

รายงานโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ระดับปฐมภูมิในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้

คณะผู้วิจัย	ดร. อุไร	หัตถกิจ
	ผศ. ถนอมศรี	อินทนนท์
	ผศ. อุษณีย์	ตันตรีบูรณ์
	ดร. อุมพร	บุญญโสพรรณ
	รศ.ดร. เพชรน้อย	สิงห์ข้างชัย
	อาจารย์ ทิพมาส	ฉินวงศ์
	อาจารย์ รังสียา	นารินทร์
	อาจารย์ นัยนา	หนูนิล
	อาจารย์ รวมพร	กังกำเนิด
	อาจารย์ สายฝน	เอกราษฎร์

ที่ปรึกษาโครงการ	รศ.ดร. อรัญญา	เขาวลิต
ที่ปรึกษาในพื้นที่	นพ. สุวัฒน์	วิริยพงษ์สุกิจ
	นายบุญยัง	สุริมานนท์

สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สภาการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในบริบทภาคใต้ของประเทศไทย พื้นที่ที่ศึกษาคือชุมชนในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา และอำเภอท่าสาป จังหวัดนครศรีธรรมราช ศึกษาโดยการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาคใต้ สำรวจความคิดเห็น ประชุมกลุ่ม และจัดเวทีระดมความคิดเห็นในกลุ่มประชาชน ผู้นำชุมชน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1 สถานการณ์ด้านสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนภาคใต้พบว่าประชาชนในพื้นที่ที่ศึกษามีปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของภาคใต้โดยรวมคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ โรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ระบบสุขภาพที่ประชาชนภาคใต้ต้องการประกอบด้วย บุคคลสุขภาพดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมที่เกื้อกูล ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และบริการสุขภาพของรัฐที่เท่าเทียม เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีความคิดเห็นว่ารบบบริการสุขภาพในปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ โดยเฉพาะบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในชนบทที่จัดโดยรัฐ เช่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนและสถานีอนามัย เพราะบริการไม่ครอบคลุมความต้องการของชุมชน อุปกรณ์การแพทย์ไม่เพียงพอ ขาดแคลนงบประมาณ ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ สมรรถนะของผู้ให้บริการมีความจำกัด ขาดการประสานงานที่ดี ประชาชนขาดความศรัทธาในบริการ ทำให้มีการข้ามขั้นไปใช้บริการในโรงพยาบาล

2 รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ประชาชนภาคใต้ต้องการ ควรเป็นบริการใกล้บ้าน และเป็นที่ยังของประชาชนได้ จัดให้มีครอบคลุมทุกชุมชนตามสัดส่วนของประชาชน บริการโดยหน่วยงานอิสระ บริหารงานโดยคณะกรรมการที่มีองค์ประกอบเป็นพหุภาคี ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ของการจัดบริการสุขภาพ ร่วมเป็นเจ้าของกิจการบริการสุขภาพ โดยมีกองทุนสุขภาพชุมชนเป็นแหล่งงบประมาณสำคัญ ให้บริการครอบคลุมบริการพื้นฐานในทุกมิติ โดยเน้นงานสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วย ผู้ให้บริการประกอบด้วย สหวิชาชีพ โดยมีพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และแพทย์แผนไทยเป็นบุคลากรหลัก ส่วนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและนักโภชนาการจะหมุนเวียนมาให้บริการที่ศูนย์ดูแลสุขภาพระดับต้น ตามความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน

3. ข้อเสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทภาคใต้ในอนาคต

3.1 ความหมาย

3.1.1 การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) หมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้กับประชาชนทุกคน ทุกครอบครัว อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องในทุกภาวะของสุขภาพ ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ครอบครัวและชุมชนในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.1.2 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care service system) หมายถึง ระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (bridging) ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ โดยเป็นบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการจัดบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยผู้ประกอบวิชาชีพ

3.2 ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ เป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่าย เท่าเทียม ทั้งถึงและมีคุณภาพ มีการกำหนดพื้นที่ให้บริการชัดเจน เชื่อมโยงกับหน่วยงาน/เครือข่ายเพื่อการจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วยในทุกมิติของภาวะสุขภาพแก่คนทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัย เปิดโอกาสให้ประชาชน เอกชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรรูปแบบอื่นๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินการหรือร่วมเป็นเจ้าของบริการ โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล นักการสาธารณสุข แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เกษตรกรในร้านขายยา เป็นต้น ร่วมกับผู้ให้บริการการแพทย์ภูมิปัญญาไทย

3.3 แนวทางการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สถานบริการควรตั้งในชุมชน มีพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน มีอุปกรณ์ที่พอเพียง ให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน แก้ไขปัญหาสุขภาพฉุกเฉิน และเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพและอื่นๆ แก่คนในชุมชน ให้บริการครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มประชากรปกติและกลุ่มเสี่ยง แก้ไขปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยเบื้องต้น ส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุคคลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ค่านิยม ภูมิปัญญาท้องถิ่น วิถีชีวิต และการดูแลสุขภาพของบุคคลตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม รู้คิดอย่างมีวิจารณญาณ มีทักษะการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสืบค้น บันทึกและจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพ

ของผู้ให้บริการ ปฏิบัติงานโดยใช้ข้อมูล (evidence-based practice) ตามมาตรฐานวิชาชีพอย่าง มีจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ

3.4 เื่อนไขในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รัฐต้องกำหนดกรอบ และขอบเขตของ การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้ชัดเจน และมีกลไกระดับชาติที่ทำหน้าที่กำหนดเงื่อนไขและ การบริหารจัดการที่ครอบคลุมระบบประกันสุขภาพ ระบบการเงิน การกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ การจัดทำลัคนและการพัฒนาบุคลากร การควบคุมและตรวจสอบคุณภาพของบริการสุขภาพ จำนวน ของผู้ให้บริการระดับวิชาชีพมีเพียงพอที่สามารถปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิตามขอบเขตของการ บริการสุขภาพที่ได้กำหนดไว้ และต้องมีกฎหมายรับรองการปฏิบัติงาน

4 บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิควรพัฒนาบทบาทการเป็นผู้สนับสนุนและเสริม พลังชุมชนด้านสุขภาพ (consumer health facilitator) บทบาทการเป็นผู้ประสานงานเครือข่ายชุมชน ด้านสุขภาพ (health network collaborator) บทบาทการเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพเชิงรุก (proactive health provider) ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health educator) นักบริหารจัดการบริการสุขภาพ (health service manager) และนักวิจัยสุขภาพร่วมกับชุมชน (health researcher) สำหรับสมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ สรุปได้ดังนี้

4.1 การดูแลสุขภาพบุคคล โดยส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน อย่างเป็นองค์รวมในทุกภาวะสุขภาพ ป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ แก่บุคคลทุกวัย ในทุก ภาวะสุขภาพ คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาโรคเบื้องต้น ปฏิบัติการผดุงครรภ์ วางแผน ครอบครัว อนามัยแม่และเด็ก ฟื้นฟูสภาพผู้รับบริการ และการดูแลผู้รับบริการในระยะสุดท้ายของ ชีวิต

4.2 รู้และเข้าใจบริบทของผู้รับบริการ ตระหนักในความสำคัญของความเชื่อ ค่านิยม ภูมิปัญญาท้องถิ่น วิถีชีวิต และแนวทางการดูแลสุขภาพของบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมและท้องถิ่น

4.3 รู้คิดอย่างมีวิจารณญาณ วิเคราะห์และตัดสินใจโดยใช้ข้อมูล ความรู้และจริยธรรม และ การนำความรู้สู่การปฏิบัติ

4.4 มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการฟัง พูด เขียน และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการสืบค้น บันทึก และจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ

4.5 ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน กฎหมายวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และปฏิบัติงานอย่าง มีจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพพร้อมทั้งการให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนและสิทธิผู้ป่วย

4.6 ปฏิบัติงานโดยใช้ข้อมูล (evidence-based practice) โดยการวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน

4.7 สามารถบริหารจัดการการให้บริการและหน่วยงานที่ให้บริการ

5 ข้อเสนอต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

5.1 รัฐต้องจัดให้มีมาตรการด้านกฎหมายเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ มาตรการการจัดสรรงบประมาณ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจ่ายตรงไปยังเครือข่ายสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือกองทุนสุขภาพชุมชนที่มีความพร้อมเพื่อทำหน้าที่ซื้อและควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพ รัฐควรมีมาตรการที่ชัดเจนในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ จำนวนเพียงพอ ตลอดจนมาตรการการพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ในระบบให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามขอบเขตของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมาตรการด้านกฎหมาย เพื่อรับรองการปฏิบัติงานของบุคลากร

5.2 สภาการพยาบาล กำหนดขอบเขตบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทุกระดับ (ตรี โท และเอก) เพื่อปฏิบัติภารกิจในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างชัดเจน จัดให้มีวุฒิบัตรรองรับการปฏิบัติพยาบาลเฉพาะทาง และการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูงสำหรับพยาบาลที่ผ่านหลักสูตรที่จัดไว้ เสนอร่างกำหนดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบ กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง กำหนดสัดส่วน จำนวนพยาบาลวิชาชีพพยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เพื่อผสมผสานความรู้และทักษะ (skill-mixed team) เร่งให้สถาบันการศึกษาพยาบาลปฏิรูปหลักสูตรและการจัดการศึกษา เพื่อให้สามารถผลิตบัณฑิตที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิได้ จัดการให้มีข้อบัญญัติและระเบียบข้อบังคับรองรับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามขอบเขตที่กำหนดไว้ จัดทำมาตรฐานและแนวทางการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จัดให้มีมาตรการควบคุม ตรวจสอบ และประเมินคุณภาพของการให้บริการอย่างเป็นระบบ

5.3 สถาบันการศึกษาต้องผลิตพยาบาลให้มีทักษะในการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิได้ สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพในอนาคต โดยจัดให้มีทั้งแผนระยะสั้น และระยะยาว โดยจัดทำหลักสูตรระยะสั้นเพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ หรือพยาบาลที่จบใหม่ให้มีความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับบทบาทใหม่ในชุมชน เพื่อจะได้ปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน และแผนระยะยาว โดยการจัดทำหลักสูตรระดับปริญญาตรีและโท เพื่อผลิตพยาบาลที่เป็นมืออาชีพที่มีความสามารถทั้งด้านบริการและบริหาร เป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะโดยเฉพาะด้านการพยาบาลครอบครัวและชุมชน เพื่อ

ให้สามารถปฏิบัติงานเชิงรุกในระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเป็นผู้นำในการจัดระบบบริการสุขภาพในชุมชน

คำนำ

โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิในภาคใต้ เป็นโครงการย่อยในการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิในชุมชน ซึ่งเป็นโครงการที่ดำเนินการโดยสภาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์จาก 7 สถาบัน คือ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อรองรับกระบวนการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ร่วมในการระดมความคิด และขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนงบประมาณการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ รศ ดร อรัญญา เชาวลิตคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ปรึกษาโครงการ ที่ให้ความช่วยเหลือคำแนะนำในการดำเนินโครงการ และช่วยเอื้ออำนวยความสะดวกในการทำวิจัยอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณ นพ สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพา และนายบุญยัง สุริมานนท์ ที่ปรึกษาในพื้นที่ที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณ ผศ ดร วันดี สุทธธรรณี ผู้ทรงคุณวุฒิในการอ่านรายงานการวิจัย ที่นอกจากจะช่วยให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการเขียนรายงานการวิจัยและพิสูจน์อักษรแล้ว ยังเป็นกำลังใจและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเสมอ ขอขอบคุณอาจารย์ประภาพร ชูกำหนด ในความช่วยเหลือในการจัดทำรายงาน ขอขอบคุณ คุณจารีย์ พรหมบุตร และคุณอังคณา คงสุวรรณ ในการพิมพ์และจัดทำรูปเล่มรายงานการวิจัย และทุกคนที่ไม่ได้กล่าวในที่นี้ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คณะผู้วิจัย

2544

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	(1)
คำนำ	(6)
สารบัญ	(7)
รายการตาราง	(9)
รายการภาพ	(10)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์	2
คำถามวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย	4
บทที่ 2 สถานการณ์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการปฏิรูประบบสุขภาพ	5
ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ	5
ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย และการปฏิรูประบบสุขภาพ	9
บทที่ 3 สถานการณ์ด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และความต้องการการบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคใต้	13
ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนภาคใต้	13
ผลการศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของชุมชนที่ศึกษา	18
บทที่ 4 รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์	51
รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิของชุมชนภาคใต้	51
1. รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และผลการสะท้อนคิดในประชาคมท้องถิ่น	51

	หน้า
2 ผลการระดมสมองเกี่ยวกับโครงสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ และบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติ ภารกิจในระดับปฐมภูมิ	62
3. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชนภาคใต้	70
ผลการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์	71
1. ผู้ให้บริการ	71
2. สมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทบาทพยาบาล วิชาชีพในการปฏิบัติภารกิจในระดับปฐมภูมิ	72
3. ขอบเขตกิจกรรมสุขภาพระดับปฐมภูมิ	76
4. การบริหารจัดการและกลไก	80
บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ	86
บทสรุปจากการศึกษา	86
ข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทบาทพยาบาล วิชาชีพในการปฏิบัติภารกิจในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ	89
บรรณานุกรม	98
ภาคผนวก	101

รายการตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 สถานการณ์ด้านสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน	21
ตารางที่ 2 สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพ และความต้องการด้านรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ตามธรรมชาติของประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้ให้บริการ	32
ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านบวกด้านลบต่อการจัดให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคตของชุมชนภาคใต้	45
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของตัวแทนกลุ่มประชาคมทักษิณจำแนกตามตำแหน่งหน้าที่หรือสถานะ	52
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของตัวแทนกลุ่มประชาคมทักษิณจำแนกตามจังหวัด	53
ตารางที่ 6 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาคมทักษิณ	54
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมระดมสมองเพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ	64
ตารางที่ 8 จำนวนบุคลากรทางสาธารณสุข และสัดส่วนต่อประชากรในประเทศไทย	82

รายการภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1	รูปแบบการดูแลสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิของชุมชนภาคใต้
ภาพที่ 2	โครงสร้างระบบสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิของชุมชนภาคใต้ในอนาคต

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมา

สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ คนไทยทุกคนต้องได้รับโอกาสและมีความเสมอภาคในการเข้าถึงภาวะสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพที่ดีโดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดังเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พศ. 2540 แผนพัฒนางานบริการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 (พศ. 2540-2544) จึงได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานให้ประชาชนทุกคนได้รับการบริการอย่างครอบคลุม ดังจะเห็นได้จากการที่ประเทศไทยมีการวางรากฐานระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีทั้งโรงพยาบาล สถานีอนามัย เพื่อให้บริการระดับต่าง ๆ ทั่วถึงในทุกตำบล อำเภอ และจังหวัด แต่เมื่อวิเคราะห์สถานบริการสุขภาพปัจจุบัน กลับพบว่าระบบสุขภาพของไทยที่ผ่านมา ไม่สามารถตอบสนองภาวะสุขภาพแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้าตามเป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากลักษณะของบริการให้ความสำคัญกับการซ่อมสุขภาพเสียเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเรื่องของสุขภาพถูกจำกัดให้แคบลงเฉพาะเรื่องของการรักษาโรคและการเจ็บป่วย บทบาทของการดูแลสุขภาพจึงเป็นบทบาทของบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นหลัก ประชาชนเกิดภาวะพึ่งพิงระบบบริการด้านสุขภาพ ทั้งที่สภาพความเจ็บป่วยของผู้รับบริการประมาณร้อยละ 70 เป็นความเจ็บป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ ด้วยการใช้บริการระดับปฐมภูมิ (ขงยุทธ์, 2542) ไม่จำเป็นต้องใช้บริการที่ซับซ้อน ราคาแพงซึ่งการมุ่งเน้นการรักษา และพัฒนาศักยภาพด้านการรักษาโรคตามแนวทางตะวันตกที่ผ่านมา ทำให้ประเทศต้องสูญเสียเงินจำนวนมหาศาล เพื่อนำเข้าเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีจากต่างประเทศ ปัจจุบันประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษามูลค่าสูงถึงปีละ 25 แสนล้านบาท (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มภาวะกดดันแก่รัฐบาล โดยเฉพาะในภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำทั้งในประเทศและทั่วโลก และเมื่อวิเคราะห์คุณภาพของการบริการสุขภาพ กลับพบว่าบริการที่ผ่านมาไม่มีคุณภาพ และไม่มีความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ คนไทยกว่าร้อยละ 20 ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) นอกจากนั้นในปัจจุบัน คนไทยยังป่วยและตายด้วยโรคที่มีความเกี่ยวเนื่องกับการเสื่อม และความล้มเหลวของสังคมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เช่น อุบัติเหตุ โรคเอดส์ ติดสารเสพติด โรคจิต โรคประสาท และโรคเรื้อรังต่าง ๆ ดังที่คุณโสภณ สุภาพงษ์ เรียกการเจ็บป่วย หรือโรคในกลุ่มดังกล่าวว่าเป็นโรคที่เกิดจากคนทำร้ายกันเอง (ปัญญา, 2543) และไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยระบบสุขภาพแบบเก่า

จากสภาพและสถานการณ์ด้านสุขภาพข้างต้น สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าระบบสุขภาพของไทยยังมีปัญหามากมาย ระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องได้รับการปฏิรูป ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและนโยบาย เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ และนำไปสู่สุขภาพที่ดีถ้วนหน้าของประชาชนทุกหมู่เหล่าอย่างแท้จริง

พยาบาลในฐานะผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของคนไทยในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ จึงควรมีส่วนร่วมในการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์บริการสุขภาพ และพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสาธารณสุข ตลอดจนร่วมกำหนดบทบาทของพยาบาลในระบบบริการสุขภาพในอนาคต ประชาคมพยาบาล จึงได้แสดงบทบาทอย่างต่อเนื่องในการศึกษาวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยเพื่อนำไปสู่การปฏิรูป เช่น ทิศทางปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย (ทัศน, 2543) การวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาระบบบริการสุขภาพ และวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพไทย มุมมองของพยาบาล (ประคิน, วารุณี, สุกัญญา, พูนทรัพย์, ชูวงศ์, ประพิมพ์, จุฑามาศ และวันชัย, 2543) ผลของการวิจัยต่างๆ รวมทั้งรายงานของกระทรวงสาธารณสุขที่นำเสนอ ซึ่งให้เห็นถึงแนวโน้มของการประสบปัญหาที่สืบเนื่องมาจากระบบบริการสุขภาพ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2543) ส่งผลให้เข้าใจสถานการณ์ระบบสุขภาพที่แท้จริงของประเทศไทย ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบใหม่ของระบบสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต อย่างไรก็ตามเพื่อให้การพัฒนาเป็นไปทั้งระบบทั่วประเทศ สถาบันวิจัยระบบในฐานะเป็นองค์กรที่ร่วมรับผิดชอบในการปฏิรูประบบสาธารณสุข จึงได้ร่วมกับสภาการพยาบาล จัดโครงการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพไทยในอนาคตในทุกภูมิภาคของประเทศไทย

สำหรับโครงการนี้เป็นโครงการที่ศึกษาในพื้นที่ภาคใต้ ข้อมูลที่ได้จะสะท้อนความคิดเห็นของประชาชนที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้เสียกับระบบสุขภาพในอนาคตในพื้นที่ภาคใต้ ได้แก่ ประชาชน ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและผู้ให้บริการสุขภาพ ประเด็นที่ได้จากการศึกษาจะนำเสนอในที่ประชุมประชาคมพยาบาลเพื่อให้ข้อคิดเห็นในการจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะนำไปสู่การจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และการปฏิรูประบบสาธารณสุข รวมทั้งการกำหนดบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการกิจในระดับปฐมภูมิต่อไป

2 วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และรูปแบบการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคใต้

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการปฏิบัติการกิจในระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนภาคใต้ โดยมุ่งเน้นที่บทบาทพยาบาล

3 คำถามวิจัย

3.1 สถานการณ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ สภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพเป็นอย่างไร และความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนในภาคใต้เป็นอย่างไร

3.2 การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคใต้มีรูปแบบและการให้บริการสุขภาพเป็นอย่างไร ในทัศนะของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้ให้บริการ

3.3 ลักษณะและรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคใต้ในอนาคตที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพไทยในอนาคต ควรเป็นอย่างไร

3.4 ประเด็นเชิงกลยุทธ์อะไรบ้างที่เกี่ยวกับการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคใต้ในอนาคต ภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพไทยในอนาคต

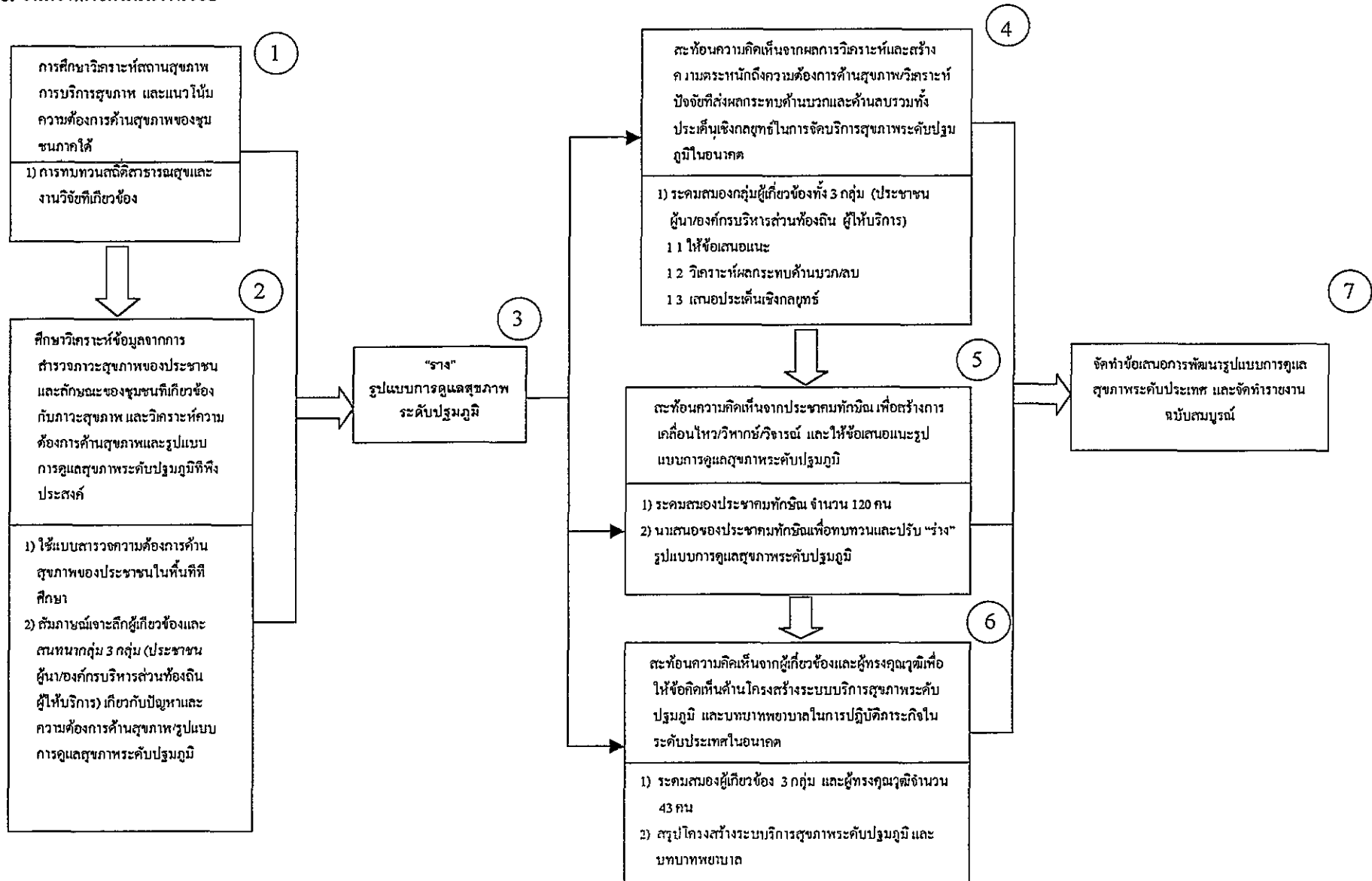
3.5 ปัจจัยใดที่ส่งผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ ต่อการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคใต้ ภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพไทยในอนาคต

3.6 รูปแบบของระบบและบทบาทของพยาบาลที่สามารถให้บริการด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน และแนวทางการทำงานร่วมกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการกำหนดนโยบาย และแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการเสริมสร้างสุขภาพประชาชนเป็นอย่างไร

4 ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคใต้ กระบวนการศึกษาเน้นที่การจัดกระบวนการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมกันระดมสมองเพื่อพัฒนาแนวคิดและขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่พึงประสงค์

5. ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย



บทที่ 2

สถานการณ์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการปฏิรูประบบสุขภาพ

ในบทนี้จะเป็นการทบทวนสถานการณ์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งในต่างประเทศและในประเทศ การเรียนรู้รูปแบบบริการสุขภาพจากประสบการณ์ของต่างประเทศ จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิของประเทศไทยในอนาคต การนำเสนอจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ และ 2) ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย และการปฏิรูประบบสุขภาพ

1. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศต่าง ๆ มีความหลากหลายมาก ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว และในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย และสวีเดน ซึ่งมีประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1.1.1 ลักษณะการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่เป็นบริการขั้นพื้นฐานที่จัดโดยทั้งภาครัฐและเอกชน และเพื่อเป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่จะกำหนดให้สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นปราการด่านแรกของการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (gate keeper) ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิต่อไป โดยจัดให้มีระบบส่งต่อเป็นกลไกเชื่อมโยงบริการสุขภาพขึ้นสูงอย่างชัดเจน

1.1.2 ขอบเขตของการให้บริการและผู้ให้บริการ

ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น โดยการผสมผสานการให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ การจัดบริการส่วนใหญ่เป็นลักษณะตั้งรับในสถานบริการ (hospital-based) มากกว่าจัดบริการเชิงรุก

สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว อย่างไรก็ตามเนื่องจากการขาดแคลนแพทย์ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในหลายประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา จึงได้มีการใช้พยาบาลเวชปฏิบัติ (nurse practitioner) พยาบาลผดุงครรภ์ (certified nurse midwife) และผดุงครรภ์

(certified midwife) ในการให้บริการระดับปฐมภูมิ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถตรวจ และรักษาเบื้องต้นได้เช่นเดียวกับแพทย์เวชปฏิบัติ ส่วนพยาบาลผดุงครรภ์ บริการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก บริการทำคลอดและดูแลหลังคลอด บริการวางแผนครอบครัว รวมทั้งตรวจและรักษาปัญหาสุขภาพอื่นๆ ด้วย ซึ่งได้ผลเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ กองทุนประกันสุขภาพต่างๆ เพราะต้นทุนค่าแรงของการให้บริการต่ำกว่าแพทย์เวชปฏิบัติ (ปริศา และคณะ, 2543) และเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการเพราะสามารถแก้ปัญหาสุขภาพที่จำเป็นได้ และพยาบาลเวชปฏิบัติมีเวลาให้ผู้ใช้บริการมากกว่าแพทย์ สำหรับในประเทศอังกฤษ สถานบริการระดับต้นของรัฐ คือสถานอนามัยซึ่งมีผู้ให้บริการเป็นทีมประกอบด้วย พยาบาลชุมชน (district nurse) ผดุงครรภ์ (midwife) เป็นหลักให้บริการเชื่อมโยงกับแพทย์ทั่วไปในคลินิกโดยใช้กลไกการขึ้นทะเบียนมาช่วยให้มีการทำงานเป็นทีม ส่วนประเทศสวีเดน พยาบาลชุมชน (district nurse) มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เด็ก มีผดุงครรภ์ (midwife) ให้การดูแลสุขภาพแม่และเด็ก รวมทั้งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สุพัตรา, สงวน, ปิยธิดา, และประภาพรณ, 2539)

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการบริการระดับปฐมภูมิในประเทศต่าง ๆ จะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น พยาบาลที่ทำงานในชุมชนมีทั้งระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (midwife) ปริญญาตรี (district nurse) และหลังปริญญาตรี (certified nurse midwife และ nurse practitioner) โดยบทบาทจะครอบคลุมการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อผู้รับบริการสุขภาพทั้งสุขภาพดีและเจ็บป่วย โดยเฉพาะการบริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และการผดุงครรภ์

1.1.3 การมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของประเทศต่าง ๆ จะแตกต่างกันตามความเชื่อเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคลในด้านสุขภาพ โดยประเทศที่เชื่อว่าประชาชนมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพอย่างน้อยขั้นพื้นฐานที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน รัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ส่วนประเทศที่เชื่อว่าสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคล ประชาชนก็จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเองเป็นส่วนใหญ่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้คือ

1.1.3.1 รูปแบบที่รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ อังกฤษ ออสเตรเลีย และสวีเดน โดยรัฐบาลจัดสรรงบประมาณที่ได้จากการจัดเก็บภาษีประเภทต่าง ๆ มาใช้ในการจัดระบบประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน ในประเทศอังกฤษ มีระบบสุขภาพที่เรียกว่า National Health Service (NHS) ซึ่งทำหน้าที่จัดระบบบริการสุขภาพฟรี อย่างครอบคลุมและเสมอภาคแก่ประชาชนทั่วประเทศตามความจำเป็นทางสุขภาพ (ธีรเกียรติ, 2543) ยกเว้นบริการบางอย่าง เช่น โรคฟัน โรคทาง

สาขาค่า และการคัดแวน ส่วนในประเทศออสเตรเลียระบบประกันสุขภาพที่เรียกว่า Medicare โดยมีสิทธิประโยชน์สำหรับงานบริการสุขภาพเรียกว่า "Medical Benefits Scheme" และสิทธิประโยชน์สำหรับยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์เรียกว่า Pharmaceutical Benefits Scheme โดยรัฐจะจ่ายค่าใช้บริการประมาณร้อยละ 75-85 ของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ ที่เหลือประชาชนต้องร่วมจ่าย (จเร, 2542) หรือประกันสุขภาพเอกชนร่วมจ่ายในกรณีที่มีประกันสุขภาพเอกชนด้วย สำหรับรูปแบบของสวีเดน รัฐจะให้บริการสุขภาพฟรีสำหรับคนจนและเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี สำหรับประชาชนทั่วไปทุกคนต้องเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายเงินเป็นรายปี และเมื่อประชาชนเข้ารับบริการจะต้องจ่ายค่ายาเพิ่มเติม (ปรีดา และคณะ, 2543)

1.1.3.2 รูปแบบที่ประชาชนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประชาชนอาจซื้อประกันสุขภาพเอกชน ทั้งนี้เพราะรัฐไม่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรืออาจจ่ายค่าบริการทั้งหมด ในกรณีที่ไม่ได้ซื้อประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามรัฐจะมีการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ (Medicare) และระบบสวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อย (Medicaid) เพื่อเป็นการช่วยเหลือกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม (สมศักดิ์, 2543)

1.2 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเอเชีย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ มาเลเซีย สิงคโปร์ ใต้หวัน และสาธารณรัฐเกาหลีมีรูปแบบที่แตกต่างกันดังนี้คือ

1.2.1 ลักษณะของบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศที่กำลังพัฒนา ยังเป็นการรักษาพยาบาล ซึ่งจัดโดยทั้งภาครัฐและเอกชน การจัดบริการโดยภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ประเทศมาเลเซีย รูปแบบของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชนบทแบ่งออกเป็นสองระดับ คือ 1) คลินิกสุขภาพ (health clinic) ซึ่งมีแพทย์ประจำ 1 คน นอกจากงานปกติของคลินิกแล้ว จะดูแลคลินิกชนบท (rural clinic) อีก 4 แห่ง และ 2) คลินิกชนบท ซึ่งแต่ละแห่งจะมีพยาบาลชุมชนประจำ 1 คน ส่วนในเขตเมือง สถานบริการประกอบด้วยคลินิกสุขภาพ และคลินิกอนามัยแม่และเด็ก ให้บริการรักษาโรคทั่วไป และโรคเรื้อรัง การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ (อาทร, 2543) สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศมาเลเซีย ไม่มีบทบาทเป็น gate keeper ถึงแม้จะมีระบบการส่งต่อเชื่อมโยงการบริการในระดับต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการบังคับ ทำให้ยังมีการข้ามขั้นตอนของการใช้บริการสุขภาพ

สำหรับประเทศที่มีภาคเอกชน ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ประเทศใต้หวัน สิงคโปร์ และสาธารณรัฐเกาหลี บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อยู่ในรูปคลินิกแพทย์ คลินิกแพทย์แผนตะวันออก (ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี และใต้หวัน) และบริการผ่านเครือข่ายของคลินิกเอกชนอย่างในประเทศสิงคโปร์ ซึ่งมีประมาณ 800 แห่งกระจายทั่วประเทศ

สถานบริการสุขภาพเหล่านี้จะให้บริการครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพที่บ้าน สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในประเทศทั้ง 3 นี้ มีสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทำหน้าที่เป็น gate keeper ระดับหนึ่ง แต่ไม่มีระบบขึ้นทะเบียนประชาชนยังสามารถเลือกใช้บริการที่สูงขึ้น โดยไม่ต้องมีการส่งต่อจากสถานบริการระดับปฐมภูมิ แต่อาจต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพที่สูงกว่าระดับปกติ

1 2 2 ขอบเขตของการให้บริการและผู้ให้บริการ

บริการเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาล มีบริการทั้งการแพทย์แผนตะวันตกและตะวันออก ในรูปแบบของคลินิกเอกชน เช่นคลินิกแพทย์ คลินิกแพทย์จีน คลินิกแพทย์ตะวันออก เป็นต้น สำหรับการจัดการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับพื้นที่ และผู้ให้บริการ จัดบริการเป็นลักษณะตั้งรับในสถานบริการเป็นหลัก สำหรับผู้ให้บริการส่วนใหญ่คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และทีมสุขภาพอื่น ได้แก่ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และแพทย์เฉพาะทาง

1 2 3 การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ

ประชาชนมีส่วนร่วมโดยการร่วมจ่ายค่าบริการ และจ่ายเองตามปริมาณบริการที่ใช้ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ไม่มีการใช้บริการสุขภาพเกินความจำเป็น เช่นในประเทศสิงคโปร์ บริการโพลีคลินิกของรัฐ (16 แห่ง) จะคิดค่าบริการถูก และจะลดราคาค่าบริการร้อยละ 50 สำหรับผู้สูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) และเด็ก (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี) ส่วนบริการสุขภาพของเอกชน (800 แห่ง) จะคิดในราคาที่แพงกว่า (สุพิตรา, 2543) ยกเว้นประเทศมาเลเซีย การรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิในสถานบริการของรัฐ ประชาชนไม่มีส่วนร่วมจ่ายในค่ายา และค่ารักษาอื่นๆ แต่การใช้บริการภาคเอกชนผู้ให้บริการเป็นผู้จ่ายเอง ประชาชนมีความอิสระในการเลือกใช้บริการสุขภาพ โดยที่ประชาชนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ และรัฐจะเสริมตามกติกากำหนดไว้ เช่นเดียวกับประเทศสาธารณรัฐเกาหลี บริการของโรงพยาบาล จัดโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชนบทส่วนใหญ่จัดโดยรัฐประกอบด้วย health centers, health sub-centers, primary care health posts ประชาชนเกาหลีเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ โดยผ่านระบบประกันสุขภาพในอัตราที่แตกต่างกัน ซึ่งให้สิทธิประโยชน์ค่อนข้างจำกัด ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายตามปริมาณบริการที่ใช้ค่อนข้างสูง คือบริการผู้ป่วยในมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 20 ของบริการทั้งหมด และบริการผู้ป่วยนอกจะมีส่วนร่วมจ่ายแตกต่างกันตามประเภทบริการ ตั้งแต่ร้อยละ 30-55 นอกจากนั้นประชาชนยังต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมการตั้งยาของแพทย์และค่ายาด้วย (สัมฤทธิ์, 2543) สำหรับประเทศไต้หวัน สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเกือบทั้งหมด เป็นเครือข่ายของสถานบริการในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้โดยไม่มีข้อจำกัดทางการ

เงิน ประชาชนได้วันมีส่วนร่วมจ่ายค่าใช้บริการ โดยการจ่ายเงินประกันสุขภาพ รัฐจะให้เงินสมทบ ในอัตราที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มผู้ยากจนและทหารผ่านศึก รัฐจะเป็นผู้จ่ายให้ทั้งหมด ส่วนใน กลุ่มผู้มี กิจการของตนเอง และกลุ่มนักวิชาชีพ รัฐจะไม่จ่ายสมทบให้ เป็นต้น (วิชิต, 2543)

2. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทยและการปฏิรูประบบสุขภาพ

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทยมีรูปแบบหลากหลาย จัดโดยภาครัฐและเอกชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2.1.1 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของภาครัฐ ได้แก่

2.1.1.1 สถานีอนามัย (ในชนบท) และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (ในเมือง) โดยให้บริการทั้งด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ แต่จะเน้น งานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

2.1.1.2 โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีการกำหนดพื้นที่ที่รับผิดชอบ (catchment area) อย่างชัดเจน คือ โรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งต้องรับผิดชอบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ/ตำบลใน เขตรับผิดชอบและให้บริการอื่น ๆ ที่มีความซับซ้อนขึ้นสำหรับประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ โรงพยาบาลชุมชน ส่วนในเขตเมืองจะไม่มีแบ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบ การบริการส่วนใหญ่คือ การ รักษาพยาบาล ดังนั้นโรงพยาบาลทั่ว ๆ ไปจะให้บริการทั้งระดับปฐมภูมิและบริการที่สูงกว่า ทำให้มี การซ้ำซ้อนของการให้บริการ ในช่วงหลัง ๆ โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง เริ่มผสมผสานการแพทย์ ทางเลือกเข้าในระบบบริการเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกใช้โดยอิสระ

2.1.2 สถานบริการสุขภาพของเอกชน ได้แก่ คลินิกแพทย์เอกชน สถานผดุงครรภ์ และโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น การบริการจะเน้นด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มีบริการส่งเสริม สุขภาพในกลุ่ม เป้าหมายที่สามารถจ่ายค่าบริการเองได้ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและกลุ่มผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ยังมีสถานบริการอื่น ๆ ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย เช่น แพทย์แผนไทย หมอตำแย แต่เป็นที่ยอมรับของชุมชน

สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศทำหน้าที่เป็น gate keeper ในบางส่วน ได้แก่ กลุ่มที่มีการขึ้นทะเบียน คือ กลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือ (สปร) กลุ่มผู้ ชี้อัตราประกันสุขภาพและกลุ่มที่ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคม ซึ่งรวมทั้งสิ้นมีประมาณร้อย ละ 50 ของประชาชนทั้งหมด (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบัน วิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) ระบบการส่งต่อสำหรับผู้รับบริการกลุ่มนี้จะเป็นระบบที่ชัดเจน แต่จะ

เป็นการเชื่อมโยงเฉพาะสถานบริการที่อยู่ในเครือข่ายเท่านั้น นอกนั้นไม่ต้องขึ้นทะเบียนและสามารถใช้บริการได้อย่างเสรี ไม่จำเป็นต้องผ่านสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2.2 ขอบเขตของการให้บริการระดับปฐมภูมิและผู้ให้บริการ

ขอบเขตของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกครอบคลุมการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ แต่การจัดบริการในชุมชนยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยังเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาล ส่วนการฟื้นฟูสภาพจะไม่ค่อยได้รับความสำคัญ

ผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งพบว่าจำนวนแพทย์และพยาบาลในสถานบริการระดับปฐมภูมิในปัจจุบันยังมีน้อย ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งขาดศรัทธาต่อบริการของสถานอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลในชุมชน และมักมีการข้ามชั้นไปใช้บริการของโรงพยาบาล

2.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนในค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ

ประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพประมาณร้อยละ 70 (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) จะได้รับสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลฟรีตามกฎหมายที่กำหนดไว้ ส่วนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ประชาชนจะจ่ายเองตามปริมาณบริการที่ใช้ โดยสถานบริการสุขภาพของรัฐจะเก็บค่าบริการที่ถูกกว่าสถานบริการของเอกชน อย่างไรก็ตามการจ่ายบริการสุขภาพได้มีการปรับเปลี่ยนอย่างสิ้นเชิงในต้นปี 2544 โดยรัฐบาลใหม่ภายใต้การนำของพันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร ได้ประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่เรียกกันว่า นโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกโรค ซึ่งเริ่มดำเนินการไปแล้วในหลายพื้นที่ของประเทศ ถือว่าเป็นนโยบายในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนที่ยังขาดหลักประกันสุขภาพ นโยบายดังกล่าวเน้นการสร้างความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติโดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีหลักการสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ จะเป็นหลักประกันการมีสุขภาพดี ไม่ใช่แค่หลักประกันเข้าถึงการซ่อมสุขภาพเฉยเท่านั้น หลักประกันนี้จะรวมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพ และเป็นบริการที่ให้ทั้งบุคคลและครอบครัว (personal and family care) ประชาชนมีส่วนร่วมจ่าย 30 บาทต่อการใช้บริการ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นเพียงค่าธรรมเนียม เพื่อป้องกันการให้บริการเกินจำเป็น ค่าธรรมเนียมนี้ไม่เรียกเก็บจากผู้ใช้บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข, 2544) การให้บริการต้องมีคุณภาพและมีมาตรฐานเสมอหน้ากันด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่การระดมค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการได้ในระดับหนึ่ง ทุกคนสามารถเข้าถึงชุดบริการหลัก (core package) ได้เท่าเทียมกัน เป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ บริการเป็นแบบผสมผสาน เป็นองค์รวม และมีบริการเชิงรุกถึงครอบครัวและชุมชน มีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการสุขภาพระดับสูงกว่าอย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีที่สถานบริการใกล้บ้านไม่สามารถดูแลได้ ระบบประกันสุขภาพที่ดีจึงต้องมีกลไกการควบคุมคุณภาพ กลไกควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เกิดการสิ้นเปลืองเกินจำเป็น (กองบรรณาธิการ, 2544)

2 4 สาเหตุของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย

แม้ว่าระบบสาธารณสุขของไทยที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาจนสามารถลดอัตราการตายในประชากรกลุ่มต่างๆ และเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของประชากรอีกทั้งยังเคยมีการตั้งเป้าหมายเอาไว้ว่า ภายในปี พ.ศ. 2543 ประชาชนจะต้องมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมีการสร้างเครื่องชี้วัด คือ ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นศูนย์กลาง และขยายขอบเขตการร่วมมือประสานงานกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง จนกระทั่งเกิดเป็นแนวความคิดในการทำงานกับภาคชนบทมากขึ้น (เกษม, 2543) แต่ยังมีประเด็นที่น่าเป็นห่วงและท้าทาย คือ

2 4 1 ระบบสุขภาพของเราในปัจจุบันเป็นระบบตั้งรับ คือ รอให้เจ็บป่วยแล้วค่อยมารักษา ซึ่งสิ้นเปลือง ถ้าหาก ช่วยไม่ทัน ได้ไม่คุ้มเสีย และสูญเสียเหลือคณานับ สูญเสียคุณค่าชีวิต สูญเสียเศรษฐกิจ และสูญเสียจิตใจ จึงควรมีการปฏิรูประบบจากการตั้งรับเป็นเชิงรุก เพื่อการสร้างสุขภาพดี โดยมีระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้คนทั้งมวลมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น การทำให้สุขภาพดี จะเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรอรักษาเมื่อสุขภาพเสียแล้ว ทำให้มีทรัพยากรเพียงพอที่จะสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีที่คนไทยเข้าถึงได้ทุกคน โดยไม่ต้องคำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ระบบสุขภาพและระบบบริการด้านสุขภาพที่ใช้มานาน จำเป็นต้องได้รับการปฏิรูป ปรับเปลี่ยนให้เท่าทันและสอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ จึงจะสามารถสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้าให้แก่มหาชนได้อย่างแท้จริง ทำให้ใช้เงินลงทุนด้านสุขภาพเพียงเท่าเดิมหรือน้อยกว่าเดิม แต่กลับได้ผลตอบแทนด้านสุขภาพที่สูงกว่าเดิม (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

2 4 2 ระบบบริการสุขภาพมีปัญหาทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ โดยเฉพาะบริการในระดับปฐมภูมิยังมีความขาดแคลนอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ประชาชนไม่เชื่อถือ และขาดศรัทธาต่อบริการระดับปฐมภูมิ มักมีการข้ามขั้นตอนไปใช้บริการที่สูงกว่าโดยไม่จำเป็น ดังนั้นการจัดบริการสาธารณสุขในปัจจุบันจึงควรมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการปฏิรูป (reform) คือ การเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและนโยบาย เพื่อให้บริการสาธารณสุขระดับ

ปฐมนุญิครอบค้อมกลุ่มผู้ด้อยโอกาส โดยจัดบริการแบบผสมผสาน (integrated care) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuous care) และเป็นบริการอย่างองค์รวม (holistic care)

2 4 3 บริการไม่มีความเป็นธรรม ไม่มีความเสมอภาค ยากต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากการบริการไม่ทั่วถึงในพื้นที่ชนบทห่างไกล และปัญหาค่าบริการสุขภาพที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยังขาดหลักประกันสุขภาพซึ่งมีถึง 20 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 30 ของประชากร (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) ส่วนกลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพก็มีความแตกต่างและเหลื่อมล้ำกันอยู่มาก นำไปสู่ความทุกข์ของทั้งฝ่ายผู้ให้และผู้รับบริการ

2 4 4 ปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมคือ เป็นปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ และโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคเอดส์ การคิดสารเสพติด โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท รวมทั้งการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยระบบสุขภาพแบบตั้งรับอย่างเก่าได้

ระบบสุขภาพของไทยจึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูป เพื่อให้สอดคล้องกับแนวโน้มและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้สามารถนำไปสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนอย่างแท้จริง กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการ เมื่อมีการประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2543 โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การปฏิรูปทิศทางสุขภาพของสังคมไทย จากการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพเสียมาสู่การรุกเพื่อสร้างสุขภาพดีโดยการจัดทำ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของสังคมไทย ซึ่งจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างกระแสปรับเปลี่ยนวิธีการคิด ระดมความร่วมมือจากทุกภาคของสังคม ช่วยกันคิด ช่วยกันฝัน ช่วยกันสร้างระบบสุขภาพที่พึงปรารถนาร่วมกัน เป็นการประกาศเจตนารมณ์ด้านสุขภาพของสังคมไทย กำหนดเงื่อนไข ระบบและโครงสร้างหลักเพื่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม

บทที่ 3

สถานการณ์ด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และความต้องการการบริการด้านสุขภาพ ในระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคใต้

สถานการณ์ด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และความต้องการการบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่น่าสนใจในบทนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพจากข้อมูลทุติยภูมิ โดยมุ่งเน้นวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพ การบริการสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนภาคใต้

2 ผลการศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่ศึกษา ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และบริบทของชุมชนภาคใต้ การนำเสนอแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

2.1 ผลการศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน

2.2 ผลการศึกษาสถานการณ์ด้านการใช้บริการสุขภาพ และความต้องการด้านรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2.3 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบทั้งด้านบวก และด้านลบต่อการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคใต้ ภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรมและสุขภาพไทยในอนาคต

ดังรายละเอียดของการศึกษาต่อไปนี้

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนภาคใต้

การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนภาคใต้ จะช่วยให้เข้าใจสถานการณ์และข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพที่จำเป็นต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต ผลการวิเคราะห์ที่น่าสนใจต่อไปนี อาศัยข้อมูลด้านระบาดวิทยา และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพ สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนภาคใต้โดยรวม

1.1 สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

ปัจจุบันลักษณะและโครงสร้างของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงไป คือ สัดส่วนของประชากรเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี) มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) และวัยสูงอายุ (60-79 ปี) มีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลให้ลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชนในอนาคต มี

แนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ก่อรูปกับการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มุ่งแข่งขันกันเชิงธุรกิจ มีผลทำให้วิถีชีวิต ค่านิยมของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากพฤติกรรมและความเครียดเพิ่มมากขึ้น (ปริศา และคณะ, 2543) เช่น ปัญหาการติดสารเสพติด โรคเอดส์ ปัญหาอุบัติเหตุจากการใช้ยานพาหนะอย่างประมาทและการปฏิบัติงานในโรงงาน และสถานประกอบการต่าง ๆ ที่ไม่มีมาตรการความปลอดภัยที่ดี รวมทั้งปัญหาความเครียดจากการทำงาน และการบีบคั้นทางเศรษฐกิจ

สำหรับภาคใต้ ถึงแม้ว่ามีอัตราการเจริญพันธุ์สูงกว่าภาคอื่น ๆ คือในปี 2539 สตรี 1 คน มีจำนวนบุตร โดยเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 ในขณะที่ภาวะการเจริญพันธุ์ของทั้งประเทศเท่ากับ 2.02 ต่อสตรี 1 คน และมีอัตราการเกิดต่อพันคนสูงสุด คือ 17.4 คน แต่ก็มีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงภาพรวมที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของประเทศ คือ แนวโน้มของสัดส่วนประชากรเด็กจะลดลง และในทางกลับกันจะมีแนวโน้มของสัดส่วนประชากรวัยแรงงาน และผู้สูงอายุสูงขึ้น ภาคใต้จึงมีแนวโน้มของการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกับแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชากรไทยโดยรวม นอกจากนี้ภาคใต้ยังมีปัญหาแรงงานเถื่อนจากประเทศพม่าเข้ามาอาศัยอยู่มาก เป็นผลให้เกิดปัญหาด้านการควบคุมโรคติดต่อ เนื่องจากแรงงานเหล่านี้ไม่กล้าออกมาใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุข (ตลาดวัลย์, ธนอมศรี, สมชาย และ อภิรติ, 2543) ทำให้โรคติดต่อที่หมดไปจากประเทศไทย เช่น โรคเท้าช้าง อาจจะเริ่มกลับมาเป็นปัญหาสุขภาพขึ้นมาอีก รวมทั้งการระบาดของโรคมาลาเรียที่ต่อเนื่อง

ดังนั้นระบบบริการสุขภาพในอนาคตของไทย จึงต้องให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม โดยเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และส่งเสริมให้ประชาชนและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ ตลอดจนมีมาตรการที่ดีในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ซึ่งรวมถึงโรคติดต่อที่มาจากแรงงานต่างชาติดังกล่าว

1.2. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชนภาคใต้

สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนภาคใต้ที่น่าสนใจต่อไปนี้ วิเคราะห์จากข้อมูลด้านระบาดวิทยาของกระทรวงสาธารณสุขและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นสถานการณ์และปัญหาสุขภาพของภาคใต้โดยรวมคือ

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยใน ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (75 โรค) ในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข พบในปี พ.ศ. 2541 ประชาชนภาคใต้ป่วยด้วยโรคติดต่อของลำไส้มากที่สุด รองลงมาคือโรคทางเดินหายใจ ตามด้วยโรคไข้เลือดออก (สถิติสาธารณสุข, 2543) ส่วนสถิติผู้ป่วย

นอกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (21 กลุ่มโรค) ในสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี พ.ศ. 2541 ประชาชนมาพบแพทย์ด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด รองลงมาคือโรคระบบย่อยอาหารรวมถึงโรคในช่องปาก ตามด้วยโรคผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง จากข้อสรุปการเฝ้าระวังโรค พ.ศ. 2541 ของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชาชนภาคใต้มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ สูงกว่าภาคอื่น ๆ ดังนี้

- 1 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) พบในอัตรา 2,420.09 ต่อประชากรแสนคน
- 2 โรคไข้เลือดออก (DF, DHF, DSS) พบในอัตรา 361.03 ต่อประชากรแสนคน โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดใน 10 อันดับของประเทศได้แก่ นครศรีธรรมราช รองลงมาได้แก่ พังงา ชุมพร ระนอง กระบี่ ตรัง และภูเก็ต หากพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยพบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดที่สุดคือ 9,661 ราย และจังหวัดสงขลามีจำนวนผู้ป่วย 3,579 ราย
- 3 โรคคอตีบ (Diphtheria) พบในอัตรา 0.14 ต่อประชากรแสนคน พบที่จังหวัดยะลา สุราษฎร์ธานี และนราธิวาส
- 4 ไข้เอนเทอริก (Enteric fever) พบในอัตราป่วยสูงสุดที่ 5 ปีติดต่อกันที่จังหวัดยะลา ส่วนจังหวัดพังงา และพัทลุง มีอัตราป่วยสูงสุดที่ 2 ปีติดต่อกัน
- 5 โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) พบอัตราป่วยสูงสุดต่อเนื่องกันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 สำหรับปี พ.ศ. 2541 มีอัตราป่วย 239.58 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือจังหวัดกระบี่ รองลงมาคือจังหวัดสตูล
- 6 โรคมาลาเรีย (Malaria) พบในอัตราป่วย 223.35 ต่อประชากรแสนคน พบมากที่สุดที่จังหวัดระนอง ในอัตรา 1894.93 ต่อประชากรแสนคน (2,941 ราย) จังหวัดสุราษฎร์ธานี 692.14 ต่อประชากรแสนคน (6,066 ราย) จังหวัดชุมพร 533.28 ต่อประชากรแสนคน (2,422 ราย) ซึ่งพบว่า จังหวัดเหล่านี้ล้วนเป็นจังหวัดชายแดนทั้งสิ้น
- 7 โรคปอดบวม (Pneumonia) พบในอัตราป่วย 305.30 ต่อประชากรแสนคนและจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง 10 อันดับแรกของประเทศคือ ยะลา พัทลุง และสุราษฎร์ธานี

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพของภาคใต้กับภาคอื่นๆ พบว่าโรคมะเร็ง เบาหวาน ไตวาย โรคตับจากแอลกอฮอล์พบในภาคใต้น้อยกว่าภาคอื่นๆ ในขณะที่โรคความดันโลหิตสูงสามารถพบได้ใกล้เคียงกับภาคอื่นๆ สำหรับปัญหาทางจิตใจและพฤติกรรม และปัญหาความผิดปกติทางจิต ในภาคใต้จะพบได้มากกว่าภาคอื่น ๆ ส่วนอุบัติการณ์ของอุบัติเหตุ พบว่าเกิดเป็นอันดับสอง

รองจากภาคกลาง (สถิติสาธารณสุข, 2543) ในส่วนของโรคติดเชื้อของจังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดสงขลา ยังพบอุบัติการณ์ของโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม อีสุกอีใส ตาแดง ดับอีสุก มาลาเรีย สมออีสุก เติบโตไปโรชีส วันโรคปอด เอดส์และกามโรค (รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน ธันวาคม, 2543) ซึ่งนับเป็นปัญหาสุขภาพที่ควรต้องหาทางควบคุมอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป

จากข้อมูลการเจ็บป่วยและระบาศาติศาสตร์ของประชากรในภาคใต้ แสดงให้เห็นว่าประชากรภาคใต้ยังเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ศ. นพ. ประเวศ วะสี (2543) ที่ว่า “คนไทยยังต้องเจ็บป่วยล้มตายด้วยโรคที่ควรจะป้องกันได้ ดังนั้นระบบบริการสุขภาพของไทยในอนาคต จำเป็นต้องเป็นบริการเชิงรุกที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ”

นอกจากนี้ข้อมูลจากการระดมสมองของประชาคมทักษิณ ซึ่งจัดโดยคณะวิจัยจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อจัดทำข้อเสนอและวิเคราะห์ประเด็นหลักของการปฏิรูประบบสุขภาพ (นัยนา, 2544) ได้สรุปสถานการณ์สุขภาพตามมุมมองของชาวใต้ดังนี้ คือ

1 ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมบริโภคนิสัยไม่เหมาะสม การขับถ่ายอย่างประมาทและไม่เคารพกฎจราจร ขาดความตระหนักเรื่องสุขภาพ ทำให้ทำงานหนักจนเกินกำลังและเสี่ยงอันตรายมากขึ้น และมีการหันไปหมกมุ่นอบายมุขมากขึ้น เช่น การเที่ยวสถานบันเทิง สำล่อนทางเพศ สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด สำหรับด้านจิตใจ พบว่าปัจจุบันคนให้ความสำคัญที่วัตถุมากกว่าจิตใจ ขาดความรับผิดชอบและสำนึกต่อส่วนรวม เห็นแก่ตัว และชีวิตมีแต่ความเครียด สำหรับด้านจิตวิญญาณพบว่า มีการเบี่ยงเบนออกจากหลักของศาสนามากขึ้น ทำให้ไร้สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ จึงง่ายต่อการถูกรอบงำ และเกิดการเอารัดเอาเปรียบและเบียดเบียนผู้อื่นมากขึ้น ส่วนด้านปัญญา พบว่าไม่สามารถแก้ปัญหาตัวเองได้ และมีจำนวนไม่น้อยที่หันไปพึ่งไสยศาสตร์ หรือคิดตันถึงกับฆ่าครอบครัวและตัวเอง

2 ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ขาดการเกื้อหนุน ขาดความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่สามารถทำหน้าที่พื้นฐาน อันหมายถึงการอบรมเลี้ยงดู กล่อมเกลาดูแลและเยาวชนให้เป็นพลเมืองที่ดี ซึ่งนำไปสู่ปัญหาเด็กถูกทอดทิ้ง เด็กเร่ร่อน เยาวชนติดยาเสพติด และการกระทำความผิดต่อชุมชนและสังคม

3. สภาพความเป็นอยู่ของชุมชนมีความอ่อนแอมากขึ้น มีความแตกแยก ขาดสามัคคี ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในสังคม รวมทั้งขาดการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น มียาเสพติดแพร่ระบาดในวงกว้างทั้งชุมชนพุทธ และมุสลิม

4 สภาพสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนไป เช่น การขาดความสามัคคี และการมีส่วนร่วมในสังคม การแข่งขัน แบ่งชนชั้นและไม่เป็นธรรม คีลธรรมตกต่ำนำไปสู่การทำลายวัฒนธรรมดั้งเดิม เกิดอาชญากรรม และความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มากขึ้น การมีแรงงานต่างชาติดำเนินอาชีพเข้ามา มาก มีคนจนมากขึ้น เนื่องจากค่าครองชีพสูง รายจ่ายมากกว่ารายรับ คนตกงานทำให้เกิดภาวะเครียดและเสียสุขภาพ ในขณะที่นโยบายของรัฐก็มุ่งเน้นไปที่การแข่งขันในตลาดโลกมากกว่าความพอเพียงของประชาชน นักการเมืองส่วนใหญ่ไม่มีความจริงใจ มุ่งกอบโกยผลประโยชน์เฉพาะกลุ่ม คอร์รัปชัน ขาดอุดมการณ์เพื่อส่วนรวม และใช้ระบบอุปถัมภ์แทนความสามารถและความดี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนแต่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น

5 ภาวะสุขภาพได้รับผลกระทบจากการที่สภาพแวดล้อมทั่วไปมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง เช่นการเกิดมลภาวะทั้งในดิน ในน้ำ และในอากาศ หรือการมีสารพิษในอาหารมากขึ้น ปัญหาขาดแคลนทรัพยากรธรรมชาติ

1.3 ปัญหาด้านการให้บริการสุขภาพของชุมชนภาคใต้

การบริการของรัฐเกือบทุกประเภทยังมีปัญหาความไม่เป็นธรรมในการให้บริการ ทำให้คนจนเข้าไม่ถึงการบริการทุกประเภท และประชาชนไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารงานของภาครัฐได้ สำหรับระบบบริการสุขภาพ พบว่ามีการใช้เทคโนโลยีสูงเกินไปทำให้ค่าใช้จ่ายสูง การรักษาโรคส่วนใหญ่เป็นแบบแยกส่วน ซึ่งยิ่งทำให้ประชาชนต้องจ่ายเงินเพื่อการรักษาเพิ่มขึ้น บัณฑิตประกันสุขภาพซึ่งน่าจะเป็นที่พึงของคนจนได้ กลับไม่เอื้อต่อการไปรับการรักษาของประชาชน เนื่องจากขั้นตอนของการให้บริการและการส่งต่อไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ นอกจากนั้นจำนวนของเจ้าหน้าที่สุขภาพก็ไม่เพียงพอกับจำนวนประชากร มีเจ้าหน้าที่บางส่วนยังขาดความรู้ ความสามารถ คุณธรรม และจรรยาบรรณ และหันไปสู่ระบบการแพทย์ธุรกิจมากขึ้น สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขต 4 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง พบว่ามีช่องว่างระหว่างวัฒนธรรมและการสื่อสารอยู่มาก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการไปรับบริการของประชาชนเป็นอย่างยิ่ง และในส่วนของรัฐก็ไม่ได้สนับสนุนงบประมาณกำลังคน และเวชภัณฑ์ต่างๆ ให้กับชุมชนอย่างทั่วถึง รวมทั้งขาดการสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างจริงจัง

1.4 ความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนภาคใต้

ชาวใต้สะท้อนความต้องการด้านสุขภาพที่มุ่งไปสู่ภาวะสุขภาพที่พึงปรารถนา ซึ่งมีลักษณะดังนี้คือ

- 1 บุคคลสุขภาพดี มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรค มีจิตใจที่เข้มแข็ง อารมณ์เบิกบาน แจ่มใส มีภูมิพลังชีวิต คิดดีทำดี ชีตหลักศาสนา และวัฒนธรรมเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินชีวิต ครอบครัวอบอุ่น มีความรัก ความเกื้อกูลต่อสมาชิกทุกคน มีความรับผิดชอบต่อเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและพิการ มีเศรษฐกิจพอเพียงต่อการดำรงชีวิต มีอาชีพ มีที่ทำกิน และห่างไกลอบายมุข
- 2 ชุมชนเข้มแข็ง มีวิถีชีวิตดั้งเดิม ทุกคนมีน้ำใจ รวมตัว รวมพลัง รวมใจ และร่วมพัฒนาชุมชน พึ่งพาตนเองได้ มีแผนแม่บทพัฒนาชุมชน มีเวทีชาวบ้าน มีกองทุนชุมชนเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและสุขภาพของชุมชน มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น และเทคโนโลยีมาใช้อย่างเหมาะสม และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละชุมชน
- 3 สังคมที่เกื้อกูล มีความเอื้ออาทรต่อกัน ความยุติธรรมและคุณธรรม มีวัฒนธรรมไทย มีการศึกษาทั่วหน้า มีความปลอดภัย ไม่มีแรงงานต่างชาติ มีแหล่งพัฒนากายและจิตวิญญาณ มีสาธารณูปโภคครบครัน "น้ำไหล ไฟสว่าง ทางสะดวก"
- 4 ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์ มีสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติที่สมบูรณ์ "ดินดี น้ำชุ่ม พุ่มไม้เขียว ในน้ำมีปลา ในนามีข้าว" ระบบนิเวศที่สมดุล ปราศจากมลพิษ เอื้ออำนวยต่อชีวิตและสุขภาพยั่งยืน
- 5 ระบบบริการของรัฐ ที่เท่าเทียม เป็นธรรม ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการมีคุณภาพ คุณธรรมและมีความจริงใจ มีระบบสุขภาพที่หลากหลายและมีมาตรฐาน และที่สำคัญคือประชาชนต้องการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและประเมินการทำงานของภาครัฐ

2. ผลการศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของชุมชนที่ศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในบริบทของชุมชนภาคใต้ของประเทศไทย โดยคณะวิจัยได้กำหนดคุณลักษณะเด่นของชุมชนภาคใต้เป็นเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ในการศึกษาคือ

- 1) ศาสนา โดยครอบคลุมทั้งไทยพุทธและมุสลิม
- 2) อาชีพที่ครอบคลุมอาชีพหลักของชุมชนภาคใต้ คือ การประมง การเกษตรกรรม (เช่น การทำสวนยางพารา สวนผลไม้) และค้าขาย
- 3) เป็นชุมชนเข้มแข็ง สะดวกในการเดินทางไปเก็บข้อมูล และยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ข้างต้นในการคัดเลือก 1 ชุมชน จากพื้นที่ภาคใต้ตอนบน คือ อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช และ 1 ชุมชนจากพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างคือ อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา ซึ่งข้อมูลพื้นฐานของแต่ละชุมชนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

ประกอบด้วย 7 ตำบล 62 หมู่บ้าน 12,834 ครัวเรือน มีประชากรทั้งหมด 62,519 คน อาชีพหลักของประชาชนคือ การทำสวน ได้แก่ สวนยางพารา และสวนผลไม้ (ร้อยละ 73) การประมง (ร้อยละ 8) ทำนา (ร้อยละ 5) และค้าขาย (ร้อยละ 9) ประชาชนนับถือศาสนาพุทธประมาณร้อยละ 45 และศาสนาอิสลามประมาณร้อยละ 55 อำเภอเทพามี อบต. ระดับสี่ 5 แห่ง และระดับห้า 2 แห่ง มีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และสถานีอนามัย 11 แห่ง

อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประกอบด้วย 10 ตำบล 106 หมู่บ้าน 13,159 ครัวเรือน มีประชากรทั้งหมด 105,962 คน อาชีพหลักของประชาชนคือ การทำการเกษตร สวนยางพารา และสวนผลไม้ การประมง รับจ้าง และค้าขาย ประชาชนนับถือศาสนาพุทธ และอิสลามในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน อำเภอท่าศาลามี อบต. ระดับสาม 1 แห่ง และระดับห้า 9 แห่ง มีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง สถานีอนามัย 16 แห่ง และคลินิกทุกประเภท 10 แห่ง

การเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เป็นการสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง จากจำนวนประชากรในพื้นที่อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา และอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 12,834 และ 13,159 ครัวเรือน ตามลำดับโดยวิธีการของยามานะ (Yamane, 1967) ได้ขนาดตัวอย่างอำเภอละประมาณ 400 ครัวเรือน รวม 800 ครัวเรือน

2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 ศึกษาสถานการณ์บริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ และความต้องการด้านรูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ (เอกสารหมายเลข 1, 2, 3, 4, 5, และ 6)

(1) การสัมภาษณ์เจาะลึก

- 1) กลุ่มประชาชน ได้แก่ ประชาชนทั่วไปและอาสาสมัคร จังหวัดละ 3-4 คน
- 2) กลุ่มองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และตัวแทนผู้นำชุมชน ได้แก่ สมาชิกอบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำศาสนา จังหวัดละ 3-4 คน

- 3) กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานอนามัย และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ จังหวัดละ 3-4 คน

(2) การสนทนากลุ่ม

- 1) กลุ่มประชาชน ได้แก่ ประชาชนทั่วไปและอสม จังหวัดละ 5-10 คน
- 2) กลุ่มองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และตัวแทนผู้นำชุมชน ได้แก่ สมาชิกอบต กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำศาสนา จังหวัดละ 5-10 คน
- 3) กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานอนามัย แพทย์แผนไทย และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ จังหวัดละ 5-10 คน

2.2 ระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่ได้จากการศึกษาและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต โดยการสนทนากลุ่ม

- 1) กลุ่มประชาชน ได้แก่ ประชาชนทั่วไป อสม จังหวัดละ 5-10 คน
- 2) กลุ่มองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และตัวแทนผู้นำชุมชน ได้แก่ สมาชิกอบต กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำศาสนา จังหวัดละ 5-10 คน
- 3) กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานอนามัย แพทย์แผนไทย และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ จังหวัดละ 5-10 คน

2.1 ผลการศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน

ข้อมูลหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน คือข้อมูลจากการสำรวจในพื้นที่อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา และอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการใช้แบบฟอร์ม ซี (Form C) (เอกสารหมายเลข 3) และเพื่อให้ผลการศึกษาครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ จึงใช้การสัมภาษณ์ร่วมด้วยเพื่อให้ได้ข้อมูลบางส่วนเพิ่มเติมจากแบบสอบถาม และรวบรวมข้อมูลทุกข้อมูจากพื้นที่ที่ศึกษา ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์ด้านสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน

ประเด็น	สถานการณ์ด้านสุขภาพ/การใช้บริการสุขภาพ		ความต้องการ
	อำเภอเทพา	อำเภอท่าศาลา	
1 สถานะสุขภาพ	จากรายงานสถานะสุขภาพของประชาชนในอ เทพา (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, 2542) พบว่าอัตราป่วยของโรคต่อประชากรแสนคน 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง และอุจจาระร่วงอย่างรุนแรง (2,981 ราย) อาหารเป็นพิษ (204 ราย) ไข้เลือดออก (30 ราย) บิด (26 ราย) และกามโรคและเอดส์ (อย่างละ 24 ราย)	จากข้อมูลทางสถิติของอ ท่าศาลา พ.ศ. 2543 พบว่าโรคที่พบบ่อย คือ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหารซึ่งรวมโรคในช่องปาก และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	1 การเฝ้าระวัง การควบคุม และป้องกันการแพร่ระบาดของโรค 2 การให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และสุขอนามัยส่วนบุคคล 3 การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ประเด็น	สถานการณ์ด้านสุขภาพ/การใช้บริการสุขภาพ		ความต้องการ
	อำเภอเทพา	อำเภอท่าศาลา	
2 ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย	<u>เด็ก</u> - ทุพโภชนาการในเด็ก - ไข้เลือดออก <u>วัยรุ่นและวัยแรงงาน</u> - ภูมิแพ้ ไข้หวัด ปวดท้อง ท้องร่วง เป็นฝี เจ็บกล้ามเนื้อ โรคผิวหนัง - ติดสารเสพติดในชุมชนประมง - โรคเอดส์ - ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย - แผลในกระเพาะอาหาร - เจริญและปัญหาทางจิต <u>ผู้สูงอายุ</u> - เบาหวาน - ความดันโลหิตสูง - เหน็บชา - เชื้อด (ปวดเมื่อย)/เจ็บเข่า - หอบ	โรคหวัด ภูมิแพ้ ทางเดินหายใจอักเสบ หอบหืด โรคกระเพาะอาหาร ท้องเสีย สุขภาพช่องปาก ฟันผุ นอกจากนี้ก็มีโรคเรื้อรัง เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เหน็บชา ปวดศีรษะ เชื้อดเมื่อย (ปวดเมื่อย)/เจ็บเข่า และปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โรคประสาท	1 ให้คำแนะนำเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก 2 โครงการนมในเด็กเล็ก 3 โครงการอาหารกลางวันเด็กในโรงเรียน 4 การป้องกันการระบาดของไข้เลือดออก 5 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การซื้อยามารับประทานเอง การติดต่อของโรคเอดส์ และการป้องกันการแพร่ของโรคเอดส์ขณะทำความสะอาดศพของชาวมุสลิม 6 การป้องกันการติดสารเสพติด และการรักษาผู้ติดสารเสพติด 7 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอันตรายของสารเสพติด 8 โครงการที่ช่วยเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว 9 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน

ประเด็น	สถานการณ์ด้านสุขภาพ/การใช้บริการสุขภาพ		ความต้องการ
	อำเภอเทพา	อำเภอท่าศาลา	
3 การใช้สถานบริการสุขภาพ	ประชาชนส่วนใหญ่นิยมใช้บริการจากสถานอนามัย (ร้อยละ 38.5) รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 34) ซึ่งประชาชนมีความเห็นว่าสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ (ร้อยละ 70.8) เนื่องจากอยู่ใกล้บ้าน โดยร้อยละ 67.3 ระบุว่าบ้านอยู่ห่างจากสถานบริการน้อยกว่า 10 กิโลเมตร ทำให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อย่างไรก็ตามพบว่าสถานอนามัยส่วนใหญ่มีผู้ให้บริการประมาณ 3-4 คน ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชน	ประชาชนส่วนใหญ่นิยมใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 41) รองลงมาคือคลินิกเอกชน (ร้อยละ 26.8) เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนสามารถเดินทางไปได้สะดวก ค่าใช้จ่ายถูก และใช้บัตรประกันสุขภาพได้ ส่วนคลินิกเอกชนเป็นแหล่งบริการที่ประชาชนพึงพอใจสูงสุด เนื่องจากมีแพทย์และอุปกรณ์พร้อม บริการสะดวก รวดเร็ว <u>ปัญหา</u> 1 สถานบริการสุขภาพของรัฐในชุมชน - อุปกรณ์ไม่พอ - เจ้าหน้าที่ไม่พอ/ไม่อยู่ - เจ้าหน้าที่ขาดความรับผิดชอบ - เจ้าหน้าที่ไม่ทันสมัย/อยู่นาน/เก่าแก่	10 บริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่บ้าน 1 ควรเพิ่มผู้ให้บริการในสถานอนามัยอีก 1-2 คน 2 ให้มีแพทย์หรือพยาบาลหมุนเวียนมาให้บริการที่สถานอนามัย เหมือนอย่างที่จัดให้มีทันตแพทย์มาให้บริการที่ตำบลวังใหญ่ อ.เทพา สัปดาห์ละ 1 วัน 3 ให้เจ้าหน้าที่สุขภาพลงมาสัมผัสชุมชนจริงๆ อย่างสม่ำเสมอ 4 สถานอนามัยควรมีอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ 5 สถานอนามัยควรให้บริการที่มีมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาลชุมชน เช่น ใช้บัญชีเดียวกัน และมีแพทย์มาให้บริการตามความต้องการของประชาชนเป็นต้น

ประเด็น	สถานการณ์ด้านสุขภาพ/การใช้บริการสุขภาพ		ความต้องการ
	อำเภอเทพา	อำเภอท่าศาลา	
		- ขาดการประชาสัมพันธ์ - ขาดการให้ความรู้แก่ประชาชน - มีข้อจำกัดในการให้บริการ - เจ้าหน้าที่บางคนเข้ากับชาวบ้านไม่ได้/พูดไม่ไพเราะ - ไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชน - บริการที่ให้โดยอาสาสมัคร เป็นการบริการที่ไม่ต่อเนื่อง 2 สถานบริการสุขภาพของรัฐในโรงพยาบาล - ขึ้นตอนมาก ค่าเช่า - รอนาน มีคนรัดคิว - บริการไม่เท่าเทียม - มาแล้วไม่พบแพทย์ - บุคลากรน้อย - จำนวนเตียงน้อย - เจ้าหน้าที่ขาดการให้ความรู้	6 บริการแบบเอกชน คือ ใช้เวลาในการซักถาม และบริการรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน 7 บริการที่เป็นธรรม เท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ 8 ผู้ให้บริการมีธรรมาจริยดี พูดจาไพเราะ 9 สถานบริการอยู่ใกล้บ้านเดินทางสะดวก

ประเด็น	สถานการณ์ด้านสุขภาพ/การใช้บริการสุขภาพ		ความต้องการ
	อำเภอเทพา	อำเภอท่าศาลา	
4 การใช้บริการสุขภาพในภาวะสุขภาพต่างๆ 4.1 ไม่เจ็บป่วย	ประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) มีความคิดเห็นว่าการบริการด้านสุขภาพ สำหรับผู้ที่ต้องการการบริการ มีความเห็น ดังนี้คือ <u>ความต้องการด้านความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษา</u> เรื่องพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงตามวัย การเฝ้าระวังตรวจสอบสุขภาพตนเอง	- ขาดการให้ความสะดวกกับผู้สูงอายุ และคนที่อ่านหนังสือไม่ออก - ขาดความยืดหยุ่นในการให้บริการ - เจ้าหน้าที่พูดไม่ไพเราะ - สถานที่แออัด ไม่สะอาด - อากาศถ่ายเทไม่สะดวก - ไกล เดินทางไม่สะดวก ประชาชนตระหนักถึงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และประชาชนส่วนใหญ่ได้สะท้อนถึงความต้องการการบริการ คือ <u>ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษา</u> (ร้อยละ 90-92.5) ในเรื่องต่อไปนี้เป็น - การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน - การป้องกันการเกิดโรค - การเฝ้าระวังตรวจสอบสุขภาพตนเอง	ในภาวะไม่เจ็บป่วย ประชาชนส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพในยามที่ไม่เจ็บป่วย หรือมีความต้องการการพึ่งตนเองสูง อย่างไรก็ตามต้องรณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาเมื่อเจ็บป่วยแล้ว

ประเด็น	สถานการณ์ด้านสุขภาพ/การใช้บริการสุขภาพ		ความต้องการ
	อำเภอเทพา	อำเภอท่าศาลา	
	การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการป้องกันโรค (ร้อยละ 50) การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด การวางแผนครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ <u>ความต้องการกิจกรรม</u> - การพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงตามวัย	- แหล่งบริการทางด้านสุขภาพ - สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ <u>ความต้องการกิจกรรม</u> - การพัฒนาการ และการเปลี่ยนแปลงตามวัย	สำหรับความต้องการการบริการ จะให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่ากิจกรรมดูแลสุขภาพ

ประเด็น	สถานการณ์ด้านสุขภาพ/การใช้บริการสุขภาพ		ความต้องการ
	อำเภอเทพา	อำเภอท่าศาลา	
4.2 เจ็บป่วยเล็กน้อย/เจ็บป่วยเล็กน้อย/เจ็บป่วยเล็กน้อย	ผู้วิจัยได้แบ่งความเจ็บป่วยเล็กน้อย/เจ็บป่วยเล็กน้อยออกเป็น 10 ระบบ คือ ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาทสมอง ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อระบบต่อมไร้ท่อและไทรอยด์ ระบบผิวหนัง กลุ่มอุบัติเหตุ/สารพิษ/สัตว์พิษ โรคติดเชื้อและโรคพยาธิในลำไส้ ผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลสุขภาพ โดยต้องการการรักษาจากบุคลากรด้านสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 51-93) รองลงมาคือ ซื้อยากินเอง ตามด้วยปล่อยให้หายเอง ซึ่งการเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาสูงสุด คือ โรคไอกรน คีชาน และรับสารพิษ (ประมาณร้อยละ 95) การเจ็บป่วย	ผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการดูแลสุขภาพโดยต้องการการรักษามากที่สุด (ร้อยละ 49-99) รองลงมาคือซื้อยากินเอง และความต้องการการดูแลสุขภาพที่น้อยที่สุด คือ การใช้วิธีพื้นบ้านและปล่อยให้หายเอง โดยความเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาสูงสุดคือ คีชาน การได้รับสารพิษ โลหิตจาง ไอกรน และไข้ที่ต้องผ่า (ร้อยละ 96-99) ความเจ็บป่วยที่ต้องการรักษาโดยซื้อยากินเองมากที่สุด คือ ปวดศีรษะ ไอ และไข้ตัวร้อน (ร้อยละ 36-49) รองลงมาคือ ปวดท้อง ท้องเดิน (ร้อยละ 29-31) การเจ็บป่วยที่ต้องการรักษาโดยวิธีพื้นบ้านมากที่สุด คือ โรคคางทูม และแมลงสัตว์กัดต่อย (ร้อยละ 17-19) ส่วนการเจ็บป่วยที่ปล่อยให้หายเองมากที่สุด คือ ปวดหลัง ปวดเอว และแมลงสัตว์กัดต่อย	ความต้องการการดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย/เจ็บป่วยเล็กน้อย มีความคล้ายคลึงกัน คือ มีความต้องการการดูแลสุขภาพโดยต้องการการรักษามากที่สุด โดยเฉพาะโรคไอกรน คีชาน การได้รับสารพิษ โลหิตจาง และไข้ที่ต้องผ่า โดยส่วนใหญ่ต้องการพบแพทย์ที่โรงพยาบาล สำหรับการเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น ไข้มีผื่น หรือจุด โรคหัด โรคผิวหนัง การอักเสบต่างๆ ประชาชนใน อ. เทพา ส่วนใหญ่ต้องการพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัย ส่วนประชาชนใน อ. ท่าศาลา ต้องการพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ความเจ็บป่วยที่ต้องการรักษาโดยวิธีซื้อยากินเองมากที่สุด คือ ปวดศีรษะ ไข้ตัวร้อน ไอ ความเจ็บป่วยที่ต้องการรักษาโดยวิธีพื้นบ้านมากที่สุด

ประเด็น	สถานการณ์ด้านสุขภาพ/การใช้บริการสุขภาพ		ความต้องการ
	อำเภอเทพา	อำเภอท่าศาลา	
4.3 ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง	ที่ต้องการการรักษาโดยวิธีชื่อยาмаกินเองมากที่สุด คือ ปวดศีรษะ ไข้ตัวร้อน ไอ (ร้อยละ 34-43) การเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาโดยวิธีพื้นบ้านมากที่สุด คือ โรคทางทรวง ปวดหลัง ปวดเอว (ร้อยละ 15.5) การเจ็บป่วยที่ปล่อยให้หายเองมากที่สุด คือ ปวดหลัง ปวดเอว และคลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ 28 และ 22 ตามลำดับ)	(ร้อยละ 19-27)	คือ โรคทางทรวง แมลงสัตว์กัดต่อย ส่วนการเจ็บป่วยที่ปล่อยให้หายเองมากที่สุด คือ ปวดหลัง ปวดเอว
	ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ต้องการการบริการสุขภาพ (ร้อยละ 53-93) กรณีที่ต้องการการบริการสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่ต้องการพบพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อ - ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาโรค และภาวะ	ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการการบริการสุขภาพ (ร้อยละ 73-91) โดยใช้บริการสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และคลินิกเอกชน ในเรื่องต่อไปนี้คือ - การติดตามโรค (เช่น เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ วัดความดันโลหิต) และการจ่ายยาตามแผนการรักษา (ร้อยละ 91)	โดยสรุป ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ประชาชนในอ.เทพาส่วนใหญ่ไม่ต้องการใช้บริการสุขภาพ ซึ่งต่างกับอ.ท่าศาลาที่มีความต้องการการบริการสุขภาพที่ค่อนข้างสูง โดยประชาชนส่วนหนึ่งให้ความเห็นว่าเมื่อรักษาไม่หายก็ต้องยอมรับทำให้ขาดความกระตือรือร้นในการแสวงหาบริการ และยัง

ประเด็น	สถานการณ์ด้านสุขภาพ/การใช้บริการสุขภาพ		ความต้องการ
	อำเภอเทพา	อำเภอท่าเสา	
	แทรกซ้อน (ร้อยละ37-39) - การติดตามโรค (เช่น เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ วัดความดันโลหิต) และการจ่ายยาตามแผนการรักษา (ร้อยละ 38) - กิจกรรมการดูแลที่ประชาชนต้องการ เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเรื่องการทำแผล ฉีดยาตามแผนการรักษา ภายหลังผ่าตัด และนัดพบ (ร้อยละ 17) รองลงมาคือ การเปลี่ยน Foley's catheter, colostomy bag, tracheostomy	- ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาและโรค รวมทั้งภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ89-90) - กิจกรรมการดูแลที่ประชาชนต้องการ เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเรื่องการทำแผล ฉีดยาตามแผนการรักษา (ร้อยละ 90-91) รองลงมาคือ การเปลี่ยน N-G tube, Foley's catheter, colostomy bag, tracheostomy (ร้อยละ 86-87)	ยี่ดัดที่การรักษาเพื่อให้หายจากโรค โดยไม่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากนักสำหรับความต้องการบริการสุขภาพที่สำคัญจะคล้ายกันคือส่วนใหญ่เป็นความต้องการการติดตามโรค ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน และกิจกรรมการดูแลที่ต้องการคือ การทำแผล ฉีดยาตามแผนการรักษา และการเปลี่ยนอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ เช่น N-G tube, Foley's catheter, colostomy bag, tracheostomy ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ระบุความต้องการบริการจากพยาบาลมากที่สุดเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ประเด็น	สถานการณ์ด้านสุขภาพ/การให้บริการสุขภาพ		ความต้องการ
	อำเภอเทพา	อำเภอท่าวสาลา	
5 ลักษณะชุมชน ตั้งแวดล้อมและ ที่อยู่อาศัย	พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) อาศัยอยู่ใน บ้านของตนเอง สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่ง แวดล้อมรอบบ้านส่วนใหญ่ (มากกว่า ร้อยละ50) มีความสะอาดระดับปานกลาง มีที่รองรับขยะที่ถูกหลักสุขาภิบาล แต่ไม่ มีการระบายน้ำที่ถูกสุขลักษณะ บริเวณ ชุมชนประมง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม มีลักษณะที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม ในชุมชนค่อนข้างสกปรก มีขยะเกลื่อน เกลटाทั่วไปตามถนน และที่สาธารณะมัก ไม่มีการกำจัดขยะอย่างถูกสุขลักษณะ ประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนที่ถูกสุขลักษณะ ใช้ (ปี 2540 มีร้อยละ 83) ความสะอาด ของห้องส้วม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปาน กลาง แหล่งน้ำดื่มที่สำคัญ คือน้ำบ่อ (ร้อย ละ 54) ซึ่งประชาชนร้อยละ 95 มีน้ำดื่มที่ สะอาดเพียงพอตลอดปี	พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) อาศัยอยู่ในบ้าน ของตนเอง สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดลอม รอบบ้านส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69) มีความสะอาด ระดับปานกลาง มีที่รองรับขยะที่ถูกหลัก สุขาภิบาล บางพื้นที่ไม่มีท่อระบายน้ำ ทำให้มี น้ำท่วมขังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรค และ เพาะพันธุ์ยุง ชุมชนที่อยู่ติดถนนจะได้รับมลพิษ ทางอากาศ อุบัติเหตุจากการจราจร น้ำอุปโภค บริโภคไม่เพียงพอ และไม่สะอาดในบางพื้นที่มี คอกสัตว์ปะปนอยู่กับที่อยู่อาศัย มีกลิ่นเหม็น ใช้ สารพิษในการเกษตรทำให้ดินและแหล่งน้ำมี สารพิษตกค้าง ความสะอาดของห้องส้วมส่วน ใหญ่อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 69)	- รณรงค์รักษาบ้านและสภาพแวดล้อมให้ ถูกสุขลักษณะ ที่อยู่อาศัยปลอดโปร่ง ปราศจากมลพิษ - จัดให้มีแหล่งน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาดเพียง พอกับความต้องการ - จัดให้มีการกำจัดขยะอย่างถูกวิธี มีท่อ ระบายน้ำ - รณรงค์ให้มีการใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ ทุกครัวเรือน

สรุป

ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในอำเภอเทพา และอำเภอท่าเสา แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ เจ็บป่วยจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งโรคเรื้อรังโดยเฉพาะที่พบในผู้สูงอายุ ประชาชนได้สะท้อนความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญที่สอดคล้องกับปัญหา คือ ต้องการการให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล การปรับพฤติกรรมและจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น พฤติกรรมการบริโภค การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ตลอดจนการปรับพฤติกรรมและวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเฝ้าระวัง การควบคุม และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับปัญหาสาเหตุ และโรคเอดส์ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงในภาคใต้และภาคอื่น ๆ ของประเทศ ต้องอาศัยมาตรการที่สามารถแก้ไขปัญหในระดับพื้นฐานจริง ๆ คือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว และชุมชน เพื่อป้องกันไม่ให้สมาชิกในครอบครัว และชุมชนหลงผิดไปเสพยาเสพติด

สำหรับสถานการณ์ด้านการใช้บริการสุขภาพ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ต้องการบริการสุขภาพตอนเจ็บป่วยเท่านั้น สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนยังไม่ให้ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งขัดแย้งกับทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพในอนาคต ดังนั้นจำเป็นต้องปรับกระบวนการคิดและมองเรื่องสุขภาพของประชาชนใหม่ นอกจากนี้ข้อมูลยังสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนมีความคิดในการพึ่งตนเองสูงมาก แต่ก็ยังมีความต้องการบริการสุขภาพที่สำคัญคือ ความต้องการด้านการรักษา ซึ่งประชาชนได้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ต้องการบริการสุขภาพใกล้บ้าน ซึ่งอาจเป็นสถานอนามัยเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย สำหรับเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นหรือเฉียบพลัน เช่น ไอกรณ คีชาน์ ได้รับสารพิษ และโลหิตจาง เป็นต้น ประชาชนมีความต้องการพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ในส่วนภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ประชาชนได้สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการพยาบาลมากที่สุด โดยต้องการการติดตามโรค การให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษา โรคและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งกิจกรรมพยาบาล ได้แก่ การทำแผล ฉีดยาตามแผนการรักษา และการเปลี่ยนอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ เช่น สายยางให้อาหาร และสายสวนคาปัสตาวะ เป็นต้น

2.2 ผลการศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพ และความต้องการด้านรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการสุขภาพ และความต้องการด้านรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้จากการสัมภาษณ์ สันทนา กลุ่มประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้ให้บริการ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพ และความต้องการด้านรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ตามธรรมชาติของประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้ให้บริการ

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	ความต้องการ		
		ประชาชน	ผู้นำชุมชน	ผู้ให้บริการ
1 สถานบริการ	ในชุมชนมีหลากหลายทั้งของรัฐและของเอกชน รัฐ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน, สถานีอนามัย, โรงพยาบาลชุมชน เอกชน คลินิกแพทย์ สถานผดุงครรภ์ คลินิกพยาบาล ร้านขายยา อื่นๆ แพทย์พื้นบ้าน รวมทั้งคลินิกหมอเถื่อนที่ให้บริการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน และแผนโบราณ	1 เสนอให้มีสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เรียก "คลินิกชุมชน" 2 ตั้งอยู่ศูนย์กลางหมู่บ้าน เพื่อความสะดวก/ทั่วถึงในการมาใช้บริการ 3 มีครอบคลุมทุกหมู่บ้าน 4 มีบริการฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง	1. เรียก "ศูนย์สุขภาพชุมชน" 2 ตั้งอยู่กึ่งกลางชุมชนอาจใช้, วัด, มัสยิด, รร , ศสมช. ที่มีอยู่แล้ว 3 มีครอบคลุมทุกหมู่บ้าน 4 มีบริการฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง	1 เรียก "ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน" หรือ "ตลาดสุขภาพ" 2 เป็นที่สาธารณะใจกลางชุมชน 3 มีอุปกรณ์การแพทย์ที่เพียงพอ มีเตียงรับผู้ป่วย 4-5 เตียง 4 มีบริการ 24 ชั่วโมง 5 มีรถฉุกเฉินพร้อมคนขับ

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	ความต้องการ		
		ประชาชน	ผู้นำชุมชน	ผู้ให้บริการ
2 บริการ/กิจกรรม	1 บริการของรัฐในชุมชน เช่น สถานีอนามัย และ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีความจำกัดในการให้บริการ ไม่ครอบคลุมความต้องการของผู้รับบริการ เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ สมรรถนะของผู้ให้บริการมีจำกัด ไม่เป็นที่เชื่อถือของประชาชน	1 บริการทั้งในและนอกสถานที่ 2 การรักษาพยาบาลขั้นต้น 3 จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกายและจิต 5 การเฝ้าระวัง และการป้องกันโรค รณรงค์ การเสพสารเสพติด 6 ให้ความรู้/คำแนะนำเกี่ยวกับสวัสดิการของรัฐ/เอกชน ในเรื่องสุขภาพทั่วไป	1 รักษาโรคต่างๆ ในชุมชน 2 ส่งเสริมสุขภาพกายและจิต 3 ให้ความรู้ด้านสุขภาพ - การฝากครรภ์และการวางแผนครอบครัว - อนามัยแม่และเด็ก 4 ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้สูงอายุที่บ้าน 5 มีบริการแพทย์แผนไทย 6 ดูแลเด็ก, ผู้สูงอายุ, ผู้พิการในชุมชน 7 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในชุมชน	1 บริการทุกเรื่องเบ็ดเสร็จครบวงจร (one stop service) 2 บริการครอบคลุมทุกมิติ แก่ผู้รับบริการทุกคนทั้งสุขภาพดี และป่วย 3 รักษาพยาบาลเบื้องต้น 4 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 5 บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรัง และพิการ 6 บริการพื้นฐาน (ตรวจครรภ์, วางแผนครอบครัว, คลินิกเด็กดี) และบริการทางเลือกอื่น ๆ
	2 ลักษณะของการบริการเป็นแบบตั้งรับมากกว่ารุก			
	3 การบริการในชุมชนยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วย			

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	ความต้องการ		
		ประชาชน	ผู้นำชุมชน	ผู้ให้บริการ
		7 มีคลินิกฝากครรภ์, หลังคลอด และคุมกำเนิด 8 เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ 9 จัดให้มีเสียงตามสาย เรื่องการดูแลสุขภาพ และ มีการ ประชา กัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง 10 บริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 11 ส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว และทันเวลา	8. ดูแลให้ทุกครัวเรือนมี ตู้ยาประจำบ้าน 9 บริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว และทันเวลา	7 เชื่อมบ้านผู้ป่วยเรื้อรัง 8 ให้ความรู้ในการดูแล สุขภาพตนเอง 9 บริการอื่นๆที่เป็นความ ต้องการของประชาชน

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	ความต้องการ		
		ประชาชน	ผู้นำชุมชน	ผู้ให้บริการ
3 แนวทางการบริหารจัดการ	1 รัฐไม่ได้สนับสนุนงบประมาณกำลังคนและเวชภัณฑ์ต่างๆให้กับชุมชนอย่างทั่วถึง และขาดการสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างจริงจัง	1 เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ	1 เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	1 การมอบหมายงานเป็นแบบแบ่งเขตรับผิดชอบ (catchment area) ผู้ให้บริการแต่ละคนสามารถให้บริการทุกเรื่อง
	2 บัณฑิตประกันสุขภาพไม่เอื้อต่อการไปรับการรักษาของประชาชนเนื่องจากขั้นตอนของการให้บริการและการส่งต่อไม่มีประสิทธิภาพ	2 เน้นการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น	2 ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น	2. เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นการดูแลแบบองค์รวม
	3 ไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารงาน หรือตรวจสอบคุณภาพของการบริการ	3 มีความเป็นธรรมชาติเสมอภาค ราคาไม่แพง	3 มีความเป็นธรรมชาติ ราคาไม่แพง	3 เน้นการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและหลักศาสนาสู่การดูแลสุขภาพ
		4 บริการรวดเร็ว ไม่รอนาน	4 บริการรวดเร็ว	4 กิจกรรมเชิงรุกใช้ครอบคลุมเป็นฐาน
		5 ประชาชนมีส่วนร่วมให้ข้อคิดเห็นในการจัดบริการ	5 ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดบริการสุขภาพในชุมชน	
		6 มีระบบจัดการปัญหาสุขภาพฉุกเฉิน และส่ง	6 มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เชื่อถือได้	

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	ความต้องการ		
		ประชาชน	ผู้นำชุมชน	ผู้ให้บริการ
	4 มีการข้ามขั้นตอนของการใช้บริการสุขภาพ ทำให้เกิดการแออัดในโรงพยาบาล บริการล่าช้า ต้องรอนาน มีเวลาพบแพทย์น้อย 5 ระบบการส่งต่อไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบของสถานบริการในระดับต่างๆ 6 การมอบหมายงานของผู้ให้บริการส่วนใหญ่ เป็นการมอบหมายให้รับผิดชอบงานเฉพาะด้าน เช่น งานวัคซีน งานอบรมอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น	ต่อที่มีประสิทธิภาพ		5 ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานบริการและผู้ให้บริการ 6 เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 7 เน้นการเยี่ยมบ้าน ช่วงเช้าอาจจะปฏิบัติงานที่สอ และช่วงบ่ายให้บริการที่บ้าน 8 ทำงานเป็นเครือข่ายกับสหวิชาชีพ และสถานบริการในระดับต่างๆ 9 มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	ความต้องการ		
		ประชาชน	ผู้นำชุมชน	ผู้ให้บริการ
4 ผู้ให้บริการ 4.1 คุณสมบัติ	ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ 'ไม่มี' มนุษยสัมพันธ์ และบางคนขาดคุณธรรมและจรรยาบรรณ หันไปผู้ระบบการแพทย์ธุรกิจมากขึ้น	1 ยิ้มแย้มแจ่มใส อธิษาศัยดี 2 เอาใจใส่ โอบอ้อมอารี มีจิตวิทยา 3 พุดดี ไม่ดวด ไม่โกรธ ไม่ตำหนิดุด่า 4 ไม่เลือกชั้นวรรณะ ไม่ถือตัว 5 เข้ากับทุกคนได้ดี ไม่เล่นพรรคเล่นพวก 6 ไม่เห็นแก่ตัว เสียสละ 7. ประชาสัมพันธ์ดี	1 มีสัมพันธภาพดี เข้าไปร่วมกิจกรรมกับชุมชน ทั้งพุทธและอิสลาม มีการสื่อสารดี ไร้พรมแดนทางศาสนา 2 ให้บริการผู้ป่วยเหมือนญาติ 3 ยิ้มแย้มแจ่มใส 4 อธิษาศัยดี 5 มีความเป็นกันเอง 6 เข้ากับชุมชนได้ดี	1 มีความรู้อย่างต่ำระดับปริญญาตรี 2. อาจจะเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบคลุมทั่วพยาบาลชุมชน หรือเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ทำหน้าที่ครอบคลุมบริการที่ให้ 3 ยิ้มแย้มแจ่มใส อธิษาศัยดี 4. สม่่าเสมอ ตรงเวลา 5 ให้บริการโดยเท่าเทียมกัน 6 เสียสละพร้อมที่จะให้เสมอ

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	ความต้องการ		
		ประชาชน	ผู้นำชุมชน	ผู้ให้บริการ
4.2 สมรรถนะ	1 ขาดทักษะในการให้บริการเชิงรุก 2 เจ้าหน้าที่สุขภาพในชุมชนมีความรู้ความสามารถ และทักษะที่จำกัด โดยเฉพาะด้านการรักษา และการแก้ปัญหาฉุกเฉิน ไม่สามารถให้บริการที่หลากหลาย นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่บางส่วนยังขาดทักษะการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้บริการ เนื่องจากมีช่องว่างทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะจังหวัดในภาคใต้ตอนล่างที่มีประชาชนมุสลิมมาก	1 สามารถให้บริการรักษาความเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อน เช่น ทำแผล มีไข้ ท้องเสีย เป็นต้น 2 สามารถสอน แนะนำ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 3 สามารถตรวจวินิจฉัยสุขภาพ และคัดกรองโรค 4 สามารถให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	1 มีภาวะผู้นำ 2 สามารถให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค การแพร่ระบาดของโรค และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย 3 ให้บริการรักษาเบื้องต้น 4 บริการสุขภาพฉุกเฉิน และส่งต่อได้ อย่างเหมาะสม และทันเวลา 5 ทำงานร่วมกับชุมชน เพื่อสร้างสุขภาพชุมชน	7 ปรับตัวให้ทันต่อสถานการณ์เสมอ 1 ดูแลด้านสุขภาพได้ทุกรื่อง 2 สามารถให้บริการรักษาขั้นต้น เช่น ทำแผล เย็บแผล ผ่าตัดเล็กได้ และจ่ายยารักษาโรคที่ไม่ซับซ้อนได้ เช่น ไข้หวัด ท้องร่วง เป็นต้น 3 คัดกรองโรคได้ 4 ส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	ความต้องการ		
		ประชาชน	ผู้นำชุมชน	ผู้ให้บริการ
5 องค์ประกอบ คณะทำงานของ ศูนย์สุขภาพ ระดับต้น		5 สามารถบริการเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ผู้ป่วย เรื้อรังและผู้สูงอายุ 6 สามารถแก้ปัญหาฉุกเฉิน และจัดการส่งต่อได้ เหมาะสม		
5.1 กรรมการบริหาร	ปัจจุบันไม่มีโครงสร้างดังกล่าว	<u>กรรมการบริหาร</u> - ประธาน สาธารณสุข อำเภอ - กรรมการ จากกลุ่ม ต่างๆ เช่น อบต./ผู้ใหญ่ บ้าน/อสม / ประชาชน/	<u>กรรมการบริหาร</u> - ประธาน คัดเลือกจาก กรรมการ - กรรมการ จากกลุ่ม ต่างๆ ในชุมชน คือ กลุ่ม ผู้นำ 3 คน: ผู้ใหญ่บ้าน	<u>ผสมผสานชุมชน/รัฐ/เอก ชน.</u> กรรมการบริหารจาก การคัดเลือก - ประธาน ผู้นำชุมชน - กรรมการ จากกลุ่ม ประชาชนในชุมชน

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	ความต้องการ		
		ประชาชน	ผู้นำชุมชน	ผู้ให้บริการ
5.2 ผู้ให้บริการ	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ให้บริการโดยอาสาสมัคร ซึ่งต้องประกอบอาชีพของตนเองทำให้ไม่สามารถให้บริการเป็นประจำตามเวลาที่กำหนด ทำให้การบริการไม่ต่อเนื่องอีกทั้งประชาชนไม่เชื่อถือ เพราะมองว่าอาสาสมัครชุมชนขาดความรู้	ครู/ผู้นำชุมชน ประจำ 1 พยาบาล 1 คน 2 อสม 1 คน 3 หมอพื้นบ้าน 1 คน 4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน	(1), อบต (2) - ประชาชน (4 คน) ผู้สูงอายุ, ผู้ทรงคุณวุฒิ และอาสาสมัครชุมชน - มีวาระการทำงาน 2 ปี ประจำ 1 พยาบาล 1 คน 2 อสม 1 คน	- เลขานุการ พยาบาล - ที่ปรึกษา ประธานอบต / ผอ รพช / สสอ - มีวาระการทำงาน 4 ปี ประจำ 1 แพทย์ 1 คน 2 พยาบาล 1 คน 3 อสม 1 คน 4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	ความต้องการ		
		ประชาชน	ผู้นำชุมชน	ผู้ให้บริการ
	<u>สถานีนอนมัย</u> ส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ประจำ 3-4 คน ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการ <u>โรงพยาบาลชุมชน</u> ให้บริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วยแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ตามจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ซึ่งประชาชนสะท้อนว่าเจ้าหน้าที่บางคนพูดจาไม่ไพเราะ ขาดการให้ความรู้ มีจำนวนน้อยไม่สัมพันธ์กับจำนวนประชากร	<u>บางเวลา</u> 1 หมอเฉพาะทาง 2 หมอฟัน	<u>บางเวลา</u> 1 แพทย์ 2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฝ่ายส่งเสริม 3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	<u>บางเวลา</u> 1 เกสเซอร์ 2 นักโภชนาการ 3 แพทย์

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	ความต้องการ		
		ประชาชน	ผู้นำชุมชน	ผู้ให้บริการ
6 การมีส่วนร่วม ของประชาชน และชุมชน	ประชาชนเริ่มมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น บางชุมชนมีการรวมกลุ่มกันเพื่อให้ความช่วยเหลือกันเอง เช่น กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ และบางชุมชนมีกองทุนชุมชนที่ให้การสนับสนุนสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลของสมาชิกในกองทุน	1 ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและสุขลักษณะของสิ่งแวดล้อม 2 ร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ร่วมจ่ายที่จุดรับบริการ (ประมาณ 30-50 บาท) 3 เรียกรายจากชาวบ้านเมื่อจำเป็นต้องใช้เงินเพื่อประโยชน์ของชุมชนโดยรวม เช่น การเลี้ยงขนมจัน เลี้ยงน้ำชา	1 ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและสุขลักษณะของสิ่งแวดล้อม 2 ร่วมแรงเพื่อพัฒนาหมู่บ้าน หรือซ่อมสร้างสถานบริการสุขภาพของชุมชน โดยรัฐทำหน้าที่จัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้ 3 มีส่วนร่วมกำหนดและจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชนซึ่งสามารถกระทำได้ในรูปแบบการเป็นอาสาสมัครด้านสาธารณสุขหรือจัดตั้งกลุ่มตัวแทนประชาชน	1 ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว 2. จัดทำโครงการด้านสุขภาพ โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นฝ่ายสนับสนุน 3. ร่วมให้บริการด้านสุขภาพ โดยร่วมให้บริการในสถานอนามัย และในโรงพยาบาลชุมชน เช่น ช่วยซักประวัติ ให้คำแนะนำต่าง ๆ หรือช่วยต้อนรับและประสานงานต่าง ๆ เป็นต้น 4 มีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดบริการสุขภาพ

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	ความต้องการ		
		ประชาชน	ผู้นำชุมชน	ผู้ให้บริการ
7 งบประมาณ	บางชุมชนเริ่มจัดให้มีสวัสดิการการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของสมาชิกบางส่วนจากกองทุนสุขภาพชุมชน	"กองทุนสุขภาพชุมชน" 1 จากอบต./อบจ 2 ชุมชนรวมกลุ่มจัดหาตนเอง 3 รัฐบาล 4 งบ ศส.	ด้านสุขภาพขึ้น "กองทุนสุขภาพชุมชน" 1 อบต./อบจ 2 รายได้/การบริจาค 3 การจัดหาทุน 4 รัฐบาล	5. มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเพื่อการปรับปรุงการให้บริการ และร่วมตรวจสอบการทำงานของผู้นำบริการในรูปแบบของประชาคมสุขภาพ "กองทุนสุขภาพชุมชน" 1 อบต./อบจ 2 รายได้/การบริจาค 3 รัฐบาล 4 เงินสมทบจากกองทุนต่างๆ

สรุปความต้องการด้านรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการประชุมกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม คือ ประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้ให้บริการ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันคือ ต้องการให้มีศูนย์สุขภาพระดับต้นทุกหมู่บ้าน ตั้งอยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย มีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่เพียงพอ เปิดบริการ 24 ชั่วโมง หรืออย่างน้อยมีบริการฉุกเฉิน 24 ชั่วโมงทุกวัน ศูนย์ฯ ดังกล่าวได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพชุมชน บริหารงานโดยคณะกรรมการที่มีองค์ประกอบเป็นพหุภาคี มีวาระการทำงาน 2 ปี ถึง 4 ปี มีกลไกควบคุมตรวจสอบโดยชุมชน เพื่อรักษาคุณภาพมาตรฐานของบริการ

ขอบเขตการบริการ ควรครอบคลุมการบริการทั้ง 4 มิติ คือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สำหรับบริการด้านการรักษาพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าควรครอบคลุมการรักษาเบื้องต้น ได้แก่ การทำแผล เย็บแผล และการรักษาโรคที่ไม่ซับซ้อน เช่น ไข้ ตัวร้อน ไข้หวัด และอุจจาระร่วง เป็นต้น บริการครอบคลุมประชากรทุกคนทั้งสุขภาพดี และเจ็บป่วยตามความต้องการของชุมชน

สำหรับแนวทางการบริหารจัดการพบว่า ศูนย์สุขภาพระดับต้นควรเป็นหน่วยงานอิสระ เน้นบริการเชิงรุก และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง บริการมีความเป็นธรรม เสมอภาค ราคาไม่แพง บริการรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดบริการ การบริหารงานในรูปแบบของกรรมการโปรงใส และตรวจสอบได้ มีระบบเครือข่ายสหวิชาชีพ เพื่อการส่งต่อ และการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพ และขยายขอบเขตการให้บริการสุขภาพของศูนย์ฯ สถานบริการในเครือข่าย อาจให้การสนับสนุนโดยหมุนเวียนแพทย์ และบุคลากรอื่น ๆ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และนักโภชนาการ มาให้บริการที่ศูนย์ฯ ตามความต้องการของชุมชน สำหรับรายละเอียดอื่น ๆ รวมทั้งผู้ให้บริการและคณะกรรมการศูนย์สุขภาพระดับต้น ที่ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลในบทนี้ได้แสดงไว้ในบทที่ 3

3 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคใต้ในอนาคต

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านบวก และด้านลบต่อการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคใต้ ภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรมและสุขภาพไทยในอนาคตนั้น ผู้วิจัยได้จัดให้มีการระดมสมองกลุ่มผู้เกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม คือ ประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้ให้บริการ นอกจากนี้ผู้ร่วมระดมสมองได้ให้ข้อคิดเห็นเชิงกลยุทธ์ในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคตดังนี้ คือ

2.3.1 ปัจจัยด้านบวก ด้านลบต่อการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านบวก ด้านลบต่อการจัดให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคตของชุมชนภาคใต้

ประเด็น	ปัจจัยด้านลบ	ปัจจัยด้านบวก
1 การจัดตั้งศูนย์สุขภาพระดับต้นทุกหมู่บ้าน	จำนวนหมู่บ้านมีมาก การจัดตั้งให้มีศูนย์สุขภาพระดับต้นทุกหมู่บ้าน จึงมีความเป็นไปได้ยาก	ในบางชุมชน มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งอยู่แล้ว และมีกองทุนอยู่บ้างแล้ว ศูนย์สุขภาพระดับต้นที่น่าเสนอ จึงน่าจะมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ
2 การบริหารงานโดยคณะกรรมการบริหาร (ผู้นำชุมชน และกลุ่มประชาชนต่าง ๆ)	1 ผู้นำชุมชนมีวิสัยทัศน์ไม่สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2 ผู้นำชุมชนและประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และประสบการณ์ด้านการจัดการระบบบริการสุขภาพ 3 ประชาชนและกลุ่มผู้นำต่างๆ ไม่มีการประชุมเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	1 ผู้นำชุมชนบางคนให้ความสนใจ ในเรื่องของสุขภาพ และพร้อมที่จะให้การสนับสนุนหากได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง 2 ผู้นำชุมชนบางพื้นที่เข้าถึงชาวบ้าน เป็นที่ยอมรับของชุมชน ทำให้ได้รับความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ 3 ทีม อบต ชุมใหม่ ได้มาจากการเลือกของประชาชน หากการดำเนินงานใดที่เป็นความต้องการของประชาชนจึงไม่น่าจะมีปัญหา

ประเด็น	ปัจจัยด้านลบ	ปัจจัยด้านบวก
3 เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพระดับต้น	4 คณะกรรมการบริหารต้องรับผิดชอบลักษณะงานที่หลากหลาย โดยเฉพาะผู้นำชุมชน อาจทำให้งานด้านสุขภาพขาดประสิทธิภาพ	4 อบต. หลายคน เคยเป็น อสม มาแล้ว จึงให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพของประชาชน
	5 การบริหารงานของกลุ่มผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ยังเป็นระบบเครือญาติ เห็นแก่ผลประโยชน์ส่วนตนเอง และพวกพ้อง และมีการคอร์รัปชันมาก	5. คณะกรรมการบริหารมิได้มาจากกลุ่มผู้นำอย่างเดียว แต่มีประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ร่วมด้วย ซึ่งน่าจะเป็นการคานอำนาจซึ่งกันและกันได้
	1 การจัดจ้างเจ้าหน้าที่ 4 คน (พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้ง จนท ผู้ช่วย 2 คน) ต่อ 1 ศูนย์ฯ เป็นการจ้างมากเกินไป คิดว่างบประมาณคงมีไม่เพียงพอ	6 เป็นการดำเนินงานโดยชุมชน ทำให้การบริการมีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน
	2 จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีน้อย จึงเป็นไปได้อย่างที่จะไปช่วยงานที่ศูนย์สุขภาพระดับต้น	1 หลักสูตรของบุคลากรสุขภาพทั้งแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับชุมชนมากขึ้น
	3 เจ้าหน้าที่ที่เข้ามาทำงานในศูนย์สุขภาพระดับต้นอาจไม่เข้าใจชุมชนอย่างแท้จริง	2 ปัจจุบันมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวนมากที่ไม่ได้รับบรรจุเป็นราชการ จึงน่าจะมีบุคลากรสุขภาพที่ต้องการกลับไปทำงานในชุมชนของตนเอง ในตำแหน่งเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฯ
	4 เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานด้านเชิงรุกน้อย	3 ในชุมชนมีบุคลากรด้านแพทย์พื้นบ้านจำนวนเพียงพอที่จะไปประจำที่ศูนย์ฯ

ประเด็น	ปัจจัยด้านลบ	ปัจจัยด้านบวก
4 ประชาชน	1 การรับรู้ด้านสุขภาพของชุมชน ยังมุ่งการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างสุขภาพ จึงเกิดภาวะพึ่งพิงระบบบริการ 2 ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในอนาคต ทำให้ไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง 3 ส่วนใหญ่ยังขาดการรวมพลังของกลุ่มประชาชนในชุมชน	1 มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาชุมชนช่วยให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความเข้มแข็งมากขึ้น 2 ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่เป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนา
5 งบประมาณ	1 งบประมาณของ อบต มีน้อย ดังนั้นการจะมาสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินงานของศูนย์ฯจึงเป็นไปได้ยาก 2 การสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพมีน้อย 3 ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะยากจนไม่สามารถดึงเงินมาสนับสนุนระบบสุขภาพได้อย่างเพียงพอ 4 การดึงเงินจากกองทุนอื่น ๆ เข้ามาสนับสนุนทำได้ยาก ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการและลักษณะของชุมชน 5 การจัดตั้งศูนย์สุขภาพระดับตำบลศูนย์ฯจำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมากทั้งการสร้างอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ และการจัดจ้างเจ้าหน้าที่	1. ปัจจุบันชุมชนมีกองทุนอยู่หลายแห่ง เช่น กองทุนสัจจะออมทรัพย์ หากประชาชนมีความเข้าใจถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพของประชาชน ก็คงสนับสนุนงบประมาณ 2 มีตัวอย่างของการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนออมทรัพย์สำหรับการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ตำบลคลองเปรี๊ยะ จังหวัดสงขลา ประสบความสำเร็จมาแล้ว

ประเด็น	ปัจจัยด้านลบ	ปัจจัยด้านบวก
6 สถานที่ตั้ง ศูนย์สุขภาพ ระดับต้น	1 สถานที่ที่เป็นจุดศูนย์กลางของ ชุมชน หาได้ยาก เนื่องจากอาจ ไม่มีคนบริจาด หรือที่มีอยู่ก็ไม่ กว้างขวางเพียงพอ	1 สถานที่ที่เป็นจุดศูนย์กลางของชุมชนน่าจะ สามารถหาได้ เพราะหากเป็นสถานที่ของ รัฐบาล เช่น ในวัด หรือโรงเรียน หรือ ศาลาเอนกประสงค์ เป็นต้น 2 คนได้ชอบทำบุญ หากศูนย์สุขภาพระดับ ต้นมีประโยชน์ต่อส่วนรวมจริง น่าจะมีผู้ คิดบริจาดอยู่บ้าง

2.3.2 กลยุทธ์ไปสู่เป้าหมาย

ผู้ร่วมระดมสมองได้ให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการจัดให้มีศูนย์สุขภาพระดับต้นในชุมชน และการขับเคลื่อนสู่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลสุขภาพในอนาคต โดยครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.3.2.1 การเตรียมประชาชน

i) เริ่มจากการประชาสัมพันธ์และจัดประชุมประชาชน และองค์กรต่างๆ เช่น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และผู้นำศาสนาในชุมชน ให้มีความเข้าใจ ตระหนักและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้มีความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ การปกป้องสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

2) จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ประชาชน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ของรัฐต่าง ๆ ในชุมชนให้เกิดความรู้ ความเข้าใจระบบบริการสุขภาพ เพื่อปรับบทบาทของตนเองให้สอดคล้องกับทิศทางการเปลี่ยนแปลงของการดูแลสุขภาพในอนาคต

3) นำประชาชนหรือผู้แทนชุมชน ไปดูงานชุมชนที่เข้มแข็ง

4) ส่งเสริมให้เกิดประชาคมสุขภาพหมู่บ้านเพื่อให้มีส่วนร่วมในการกำหนดบริการสุขภาพ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่ประชาชนพึงประสงค์

2.3.2.2 การเตรียมผู้นำชุมชน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

1) พัฒนากระบวนการทำงานกลุ่ม และการทำงานแบบมีส่วนร่วมแก่ผู้นำชุมชน เพื่อรองรับบทบาทใหม่ในอนาคต

2) จัดอบรมผู้นำชุมชนและผู้บริหาร (อบต.) ให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนในฐานะ คณะกรรมการบริหารดูแลเรื่องการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน

3) จัดให้กรรมการหมู่บ้าน ตัวแทนองค์กรบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชนไปดู งานการบริหารชุมชนที่ประสบผลสำเร็จ

4) สร้างความเข้มแข็งของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มช่วยเหลือ กันเอง (self-help) เป็นต้น

5) สร้างจิตสำนึกในกลุ่มของผู้นำชุมชน ให้มีสติจะ เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม (ชุมชน) มากกว่าตนเองหรือพรรคพวก

2.3.2.3 การจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน

1) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการระดมเงินเพื่อจัดตั้งกองทุน เพื่อการพึ่งตนเอง

2) เชิญผู้นำชุมชนที่มีความรู้และเคยประสบความสำเร็จด้านการจัดการกองทุน ชุมชนมาให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนขึ้น

3) ประชุมกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน ให้แบ่งเงินปันผลบางส่วนสมทบเข้า กองทุนสุขภาพ เพราะเงินเหล่านั้นก็เป็นเงินของคนในชุมชน และเพื่อผลประโยชน์ของชุมชนเอง

4) เมื่อจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนได้แล้ว จึงจะขอเงินสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่น และภาครัฐ เช่น อบต อบจ เป็นต้น

2.3.2.4 การดำเนินงานจัดตั้งศูนย์สุขภาพระดับต้น

1) กำหนดลักษณะสถานบริการสุขภาพระดับต้นที่ชัดเจน

2) จัดเตรียมชุมชนให้มีความรู้เกี่ยวกับศูนย์สุขภาพระดับต้น โดยเจ้าหน้าที่มีการลง พื้นที่เพื่อประชาสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ และควรเริ่มจากชุมชนที่มีศักยภาพหรือความพร้อมก่อน หรืออาจรวมตัวกันประมาณ 2-3 ชุมชน ต่อ 1 ศูนย์ฯ

3) ค้นหาผู้นำชุมชนที่มีวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพ และพัฒนาให้เป็นแกนนำในการ ดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน

4) พัฒนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่ศูนย์สาธารณสุข ชุมชนได้ และส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุข ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพที่ศูนย์ สุขภาพระดับต้น

5) ปรับวิธีการทำงานเป็นแบบร่วมคิด ร่วมทำกับประชาชนในชุมชน

6) มีการประเมินผลทุกกระยะและปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับแผนแม่บทของชุมชน และความต้องการของประชาชน

7) ขยายผลการดำเนินไปสู่ชุมชนอื่น ๆ ที่มีความพร้อมมากขึ้น

2.3.2.5 การคัดเลือกคณะกรรมการบริหาร

1) ให้ความรู้แก่ประชาชนให้เห็นถึงความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการชุดนี้ ดังนั้นการที่จะเลือกคนเข้ามาเป็นตัวแทนประชาชนต้องเลือกคนที่มีความรู้ ชี้อาศัย เสียสละ ตั้งใจจริง และเห็นประโยชน์ของชุมชนเป็นหลัก

2) สร้างจิตสำนึกให้ประชาชนรักชุมชนของตนเอง และเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารประจำศูนย์สุขภาพระดับต้น ซึ่งควรมีตัวแทนจากกลุ่มต่างๆ ที่หลากหลาย เพื่อป้องกันการเกิดระบบพรรคพวก

2.3.2.6 ปรับระบบการศึกษา

1) เน้นการทำงานเป็นทีม

2) ปรับหลักสูตรการศึกษาเป็น community-based เพื่อผลิตบุคลากรด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

2.3.2.7 ปรับโครงสร้างการบริหารงานและพัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพ

1) จัดให้สถานบริการทุกระดับเป็นเครือข่ายกัน มีการหมุนเวียนการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และร่วมใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2) ปรับระบบการให้ผลตอบแทนที่เหมาะสมแก่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน

บทที่ 4

รูปแบบการดูแลสุขภาพพระดํปฐมภูมิที่พึงประสงค์

รูปแบบการดูแลสุขภาพพระดํปฐมภูมิที่พึงประสงค์ และนำเสนอในบทนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพพระดํปฐมภูมิของชุมชนภาคใต้ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยการประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องคือ ประชาชน ผู้นำชุมชน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้ให้บริการสุขภาพ ดังผลการวิจัยปรากฏในบทที่ 2 "ร่าง"รูปแบบการดูแลสุขภาพพระดํปฐมภูมิดังกล่าว ได้ถูกนำเสนอให้สะท้อนคิดในกลุ่มประชาคมทักษิณ เพื่อการแสดงความคิดเห็น วิพากษ์ วิจารณ์ และเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับ"ร่าง"รูปแบบการดูแลสุขภาพพระดํปฐมภูมิให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาคมทักษิณ และยังได้จัดให้มีการระดมสมองอีกครั้งในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในภาคใต้ ได้แก่ ประชาชน ผู้นำชุมชน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล เกษษกร แพทย์ และแพทย์พื้นบ้าน และผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อเสนอแนะด้านโครงสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพพระดํปฐมภูมิ แนวทางการบริหารจัดการ และบทบาทพยาบาลในการปฏิบัติการะกิจในการดูแลสุขภาพพระดํปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 เป็นผลการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพพระดํปฐมภูมิที่พึงประสงค์ และบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการะกิจในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นรูปแบบที่สังเคราะห์จากผลการวิจัยในส่วนที่ 1 และประยุกต์ใช้ข้อมูลจากประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รูปแบบที่พึงประสงค์ และสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของไทยในอนาคต ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้คือ

รูปแบบการดูแลสุขภาพพระดํปฐมภูมิของชุมชนภาคใต้

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพพระดํปฐมภูมิ และผลการสะท้อนคิดในประชาคมทักษิณ

กลุ่มประชาคมทักษิณ ที่ร่วมให้ข้อเสนอแนะต่อ "ร่าง" รูปแบบการดูแลสุขภาพพระดํปฐมภูมิที่กลุ่มผู้วิจัยได้นำเสนอประกอบด้วย ประชาชน ผู้นำชุมชน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น นักวิชาการ/อาจารย์/ครู และผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์พื้นบ้าน และองค์กรเอกชน ได้แก่ ผู้สื่อข่าว นักจัดรายการวิทยุ เป็นต้น จำนวน 120 คน จาก 11 จังหวัดในภาคใต้ กลุ่มที่

เข้าร่วมระดมสมองกลุ่มใหญ่ที่สุดคือ ประชาชน มีร้อยละ 39 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้นำชุมชน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น มีร้อยละ 25 และ 24 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของตัวแทนกลุ่มประชาคมทักษิณจำแนกตามตำแหน่ง หน้าที่ หรือ สถานะ

ตำแหน่ง/สถานะ	จำนวน	ร้อยละ
1 ประชาชน	47	39
2 ผู้นำชุมชน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น	28	24
3 นักวิชาการ/อาจารย์/ครู	10	8
4 องค์กรเอกชน (ผู้สื่อข่าว, สมาคมต่าง ๆ)	5	4
5 ผู้ให้บริการสุขภาพ	30	25
- พยาบาล (12 คน)		
- เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน (8 คน)		
- ตัวแทนภาครัฐ (สสอ สสจ นักวิชาการสาธารณสุข) (6 คน)		
- เกษตรกร (1 คน)		
- ทันตแพทย์ (1 คน)		
- แพทย์พื้นบ้าน (2 คน)		
รวมทั้งสิ้น	120	100

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของตัวแทนกลุ่มประชาคมทักษิณ จำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
สงขลา	31	26
นครศรีธรรมราช	28	23
พัทลุง	9	7.5
นราธิวาส	9	7.5
สุราษฎร์ธานี	9	7.5
ชุมพร	7	6
ตรัง	7	6
ระนอง	7	6
ยะลา	6	5
สตูล	4	3
ปัตตานี	3	2.5
รวมทั้งสิ้น	120	100

ผู้วิจัยได้นำเสนอ"ร่าง"รูปแบบการดูแลสุขภาวะระดับปฐมภูมิที่สังเคราะห์จากการศึกษาในที่ประชุมประชาคมทักษิณ และให้ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะในกลุ่มย่อย แล้วนำเสนอผลการสะท้อนคิดต่อที่ประชุมกลุ่มใหญ่ ผลการศึกษาแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิของประชาคม
ทักษิณ

ประเด็น	รูปแบบที่นำเสนอ	ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ
สถานบริการ	- จัดให้มีศูนย์สุขภาพพระคัมภีร์ - มีประจำทุกหมู่บ้าน - อยู่ในศูนย์กลางของชุมชน - มีอุปกรณ์เพียงพอ - มีเตียงรับผู้ป่วย 4-5 เตียง - เปิดบริการ 24 ชั่วโมง	- จัดให้มีศูนย์สุขภาพพระคัมภีร์ - มีประจำทุกชุมชน (อาจใช้หอ เดิม) - อาจจัดให้มีตามความหนาแน่นของประชากร เช่น 3,000 คน/ศูนย์ฯ - อยู่ใกล้บ้าน - มีอุปกรณ์เพียงพอ - บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและบริการสุขภาพฉุกเฉินได้ - เปิดบริการ 24 ชั่วโมง - มีรถฉุกเฉินพร้อมคนขับรถ
กิจกรรมบริการ	- บริการทั้งในและนอกสถานที่รวมถึงบ้านผู้รับบริการ - บริการส่งเสริมสุขภาพ - บริการควบคุมและป้องกันโรค ได้แก่ โรคระบาด โรคจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม - รักษาพยาบาลขั้นต้นและบริการสุขภาพฉุกเฉินก่อนส่งต่อเพื่อการรักษาเมื่อจำเป็น - บริการทางเลือกอื่นๆ ตามความต้องการของประชาชน - บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการ - เน้นการให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง การเฝ้าระวังและการป้องกันการเกิดโรค	- ให้ความเห็นชอบตามรูปแบบที่นำเสนอ และย้ำความสำคัญของการบริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยให้ถือเป็นภาระกิจหลักของระบบดูแลสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิ

ประเด็น	รูปแบบที่นำเสนอ	ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ
แนวทางการ บริหารจัดการ	- เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ - บริการเชิงรุก - บริการครอบคลุมประชาชนทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัย และทุกภาวะสุขภาพ - เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และ เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง - เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ - เน้นการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และหลักศาสนาสู่การดูแลสุขภาพ - บริการมีความเป็นธรรม เสมอภาค ราคา ไม่แพง - บริการรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน - ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดและ จัดบริการ - การมอบหมายงานแก่ผู้ให้บริการใน ชุมชนควรเน้นแบบแบ่งเขตรับผิดชอบ (catchment area) คือ ผู้ให้บริการแต่ละ คนมีพื้นที่ในความดูแลที่ชัดเจนดังนั้นผู้ ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ควรมีความ สามารถในการปฏิบัติงานในทุกด้านทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ	- ให้ความเห็นชอบตามรูปแบบที่นำ เสนอ
ผู้ให้บริการ	<u>คุณสมบัติ</u> - สัมพันธภาพดี อธิษาศยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดดี ไม่वाद ไม่โกรธ ไม่ตำหนิ ไม่ดุด่า - เสียสละ รับผิดชอบ ไม่เห็นแก่ตัว จริงใจ ไม่โกงกิน ไม่เล่นพรรคเล่นพวก ไม่ เลือกปฏิบัติ	- ให้ความเห็นชอบตามรูปแบบที่นำ เสนอ และเพิ่มเติมดังนี้ - มีประสบการณ์การทำงาน สามารถแก้ ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ได้

ประเด็น	รูปแบบที่นำเสนอ	ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ
	- มีน้ำใจช่วยเหลือกันและรู้จักเสริมสร้างกำลังใจซึ่งกันและกัน - เป็นกันเอง ไม่ถือตัว (ให้บริการผู้ป่วยเสมือนญาติ) - สม่ำเสมอ - ตรงเวลา - เต็มใจทำงาน - พุดคุยได้ทุกเรื่อง เข้ากับชุมชนได้ดี - จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีใบประกอบโรคศิลป์ตามมาตรฐานวิชาชีพ <u>สมรรถนะ</u> - สามารถดูแลได้ทุกเรื่อง วินิจฉัยปัญหาสุขภาพได้ ตัดสินใจได้ สั่งการได้ - สามารถให้การรักษารักษาขั้นต้นในระดับที่ไม่ซับซ้อนเกินไป เช่น การทำแผล เย็บแผล รักษาไข้หวัด โรคท้องร่วง เป็นต้น - สามารถจ่ายยาได้ - สามารถให้บริการสุขภาพฉุกเฉิน และจัดการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ - สามารถประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและความเชื่อทางศาสนาสู่การดูแลสุขภาพ - ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับจิตเวช - สามารถให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคได้ - มีความสามารถด้านการสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์	- อยู่ในชุมชน(สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน) - ถ้าเป็นคนในพื้นที่จะดี ให้ความเห็นชอบตามรูปแบบที่นำเสนอ และเพิ่มเติมดังนี้ - มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และด้านสังคม สามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้เป็นอย่างดี - มีภาวะผู้นำ

ประเด็น	รูปแบบที่นำเสนอ	ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ
คณะทำงาน ของศูนย์สุข ภาพระดับ ต้น คณะผู้บริหาร	- มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับชุมชน และสามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้เป็นอย่างดี - ใช้ภาษาท้องถิ่นได้ องค์ประกอบ กรรมการที่ปรึกษา - สารารณสุขอำเภอ - ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน - ประธาน อบต <u>กรรมการบริหาร</u> - ตัวแทนกลุ่มผู้นำ 3 คน (อบต 2 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน) - ตัวแทนประชาชน 4 คน - জনท ศูนย์ฯ 1 คนเป็นเลขานุการ - เลือกตั้งโดยประชาชน มีวาระ 2 ปี	<u>กรรมการที่ปรึกษา</u> ประกอบด้วยบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน รวมทั้งควบคุมและตรวจสอบการทำงานของศูนย์ฯ ควรเพิ่มผู้นำทางศาสนา และผู้ทรงคุณวุฒิที่เลือกจากประชาชนอีก 4 คน เช่น ตัวแทนกลุ่มเยาวชน กลุ่มครู กลุ่มเกษตรกร ผู้ทรงคุณวุฒิประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่อสม รวมจำนวนกรรมการทั้งสิ้น 7 คน มีวาระ 4 ปี <u>กรรมการบริหาร</u> ให้ความเห็นชอบตามรูปแบบ ที่นำเสนอ - มีวาระ 4 ปี นอกจากนั้น ยังเสนอให้มี <u>กรรมการสุขภาพประจำหมู่บ้าน</u> - มีจำนวน 11 คน ได้จากการสรรหาแต่งตั้ง และอาสาสมัคร โดยมีพยาบาล และเจ้าหน้าที่สอ เป็นพี่เลี้ยงมีวาระ 4 ปี

ประเด็น	รูปแบบที่น่าสนใจ	ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ
	บทบาท - วางนโยบายให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน - วางแผนและจัดทำโครงการของงบประมาณจากอบต หรืออบจ - ประเมินผล/ตรวจสอบการทำงานของเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ - สร้างกระแสสังคม (พลังสังคม) เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน - มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสถานะสุขภาพของประชาชนในชุมชน - ร่วมกับชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น การจัดงานวันผู้สูงอายุ วันเด็ก หรือการแข่งขันกีฬาประจำปี เป็นต้น - เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ให้เกิดการตื่นตัวในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง ครอบครัวและชุมชน	บทบาทกรรมการสุขภาพ - ดำรงหมู่บ้านก่อนดำเนินการ - จัดเวทีชาวบ้าน - ปลุกกระแสของประชาชนให้เกิดการเคลื่อนไหว และนำไปสู่การจัดตั้งประชาคมด้านสุขภาพ - ดึงกลุ่มคนและทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เป็นประโยชน์ - ให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ - สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น ให้งานกับกิจกรรม ที่ส่งเสริมสุขภาพโดยต้องมีการประเมินผลกิจกรรม/โครงการนั้นๆ ด้วย - จัดตั้งกองทุนสุขภาพหมู่บ้าน - ประสานงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ด้านสุขภาพ - สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนโดย 1) ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแต่งตั้ง และสรรหาคณะกรรมการ 2) สร้างความเป็นเจ้าของศูนย์สุขภาพระดับต้นให้กับประชาชน 3) ฝึกให้ประชาชนเป็นผู้ดูแลสุขภาพของชุมชนตนเอง

ประเด็น	รูปแบบที่นำเสนอ	ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ
คณะผู้ให้บริการ	องค์ประกอบ เจ้าหน้าที่ประจำ ช้างด้วยเงินกองทุน ประกอบด้วยบุคลากรต่างๆ ดังนี้ - พยาบาล 1-2 คน เน้นการรักษาเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1-2 คน เน้นการส่งเสริม/ป้องกัน - ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ พยาบาล 2-3 คน คัดเลือกจาก อสม บทบาท <u>พยาบาล</u> - เป็นหัวหน้างานและปฏิบัติงานให้เป็นไปตามนโยบายของคณะกรรมการบริหาร - ปฏิบัติหน้าที่ตามขอบเขตวิชาชีพ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ - สร้างเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชน - ร่วมให้ข้อเสนอแนะแก่กรรมการบริหารงาน - ให้การรักษาดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และเด็กที่บ้าน - ติดต่อประสานงานกับแหล่งต่างๆ เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนของชุมชน - เป็นผู้ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ประชาชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน	ศูนย์สุขภาพระดับต้น ควรแบ่งเป็นฝ่ายๆ - บุคลากรประกอบด้วยผู้รู้ เช่น หมอ นวด หมอดัดยา หมอเอ็น พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ควรเพิ่มพยาบาลเป็น 6 คน

ประเด็น	รูปแบบที่น่าสนใจ	ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ
	<u>เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</u> - เน้นการดูแลส่งเสริมสุขภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชน - ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันโรคการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน - ติดต่อประสานงานและร่วมกิจกรรมต่างๆ กับประชาชนในชุมชน - ประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่แล้วในชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน <u>อสม</u> - ร่วมให้บริการด้านสุขภาพ - ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน - เป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ - ให้การรณรงค์เบื้องต้นในชุมชนและส่งต่อผู้ป่วย - ให้การรักษาดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และเด็ก - ติดต่อประสานงานกับแหล่งต่างๆ เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนของชุมชนและสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชน - ร่วมให้ข้อเสนอแนะแก่กรรมการบริหารงาน	

ประเด็น	รูปแบบที่นำเสนอ	ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ
การมีส่วนร่วมของประชาชน	- ทำงานร่วมกับประชาชนเพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้ชุมชนเป็น "ชุมชนส่งเสริมสุขภาพ" - ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และสุขภาพอนามัยของสิ่งแวดล้อม - ร่วมจ่ายค่าใช้บริการบางส่วน - ร่วมแรงเพื่อพัฒนาหมู่บ้าน หรือซ่อมสร้างสถานบริการสุขภาพในชุมชน - ร่วมกำหนดตัดสินใจ และจัดบริการสุขภาพในชุมชน	- เห็นชอบตามเสนอ และเพิ่มเติมการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกิจการบริการสุขภาพ โดยผ่านกองทุนสุขภาพชุมชน
การเงินและงบประมาณ	บริหารการเงิน และงบประมาณผ่าน กองทุนสุขภาพซึ่งมีที่มาของงบคือ - งบสส /อบค /อบจ (ภาษีท้องถิ่น) - ค่าใช้บริการสุขภาพ - เงินบริจาคหรือเรียไ้จากประชาชนโดยอาจจะจัดเลี้ยงขนมจีน หรือน้ำชา เป็นต้น - เงินสมทบจากกองทุนต่างๆ ในชุมชน	- เห็นชอบกับการมีกองทุนสุขภาพตามที่เสนอ โดยมีแหล่งที่มาของงบประมาณเพิ่มอีกแหล่งคือ เงินสนับสนุนจากรัฐภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

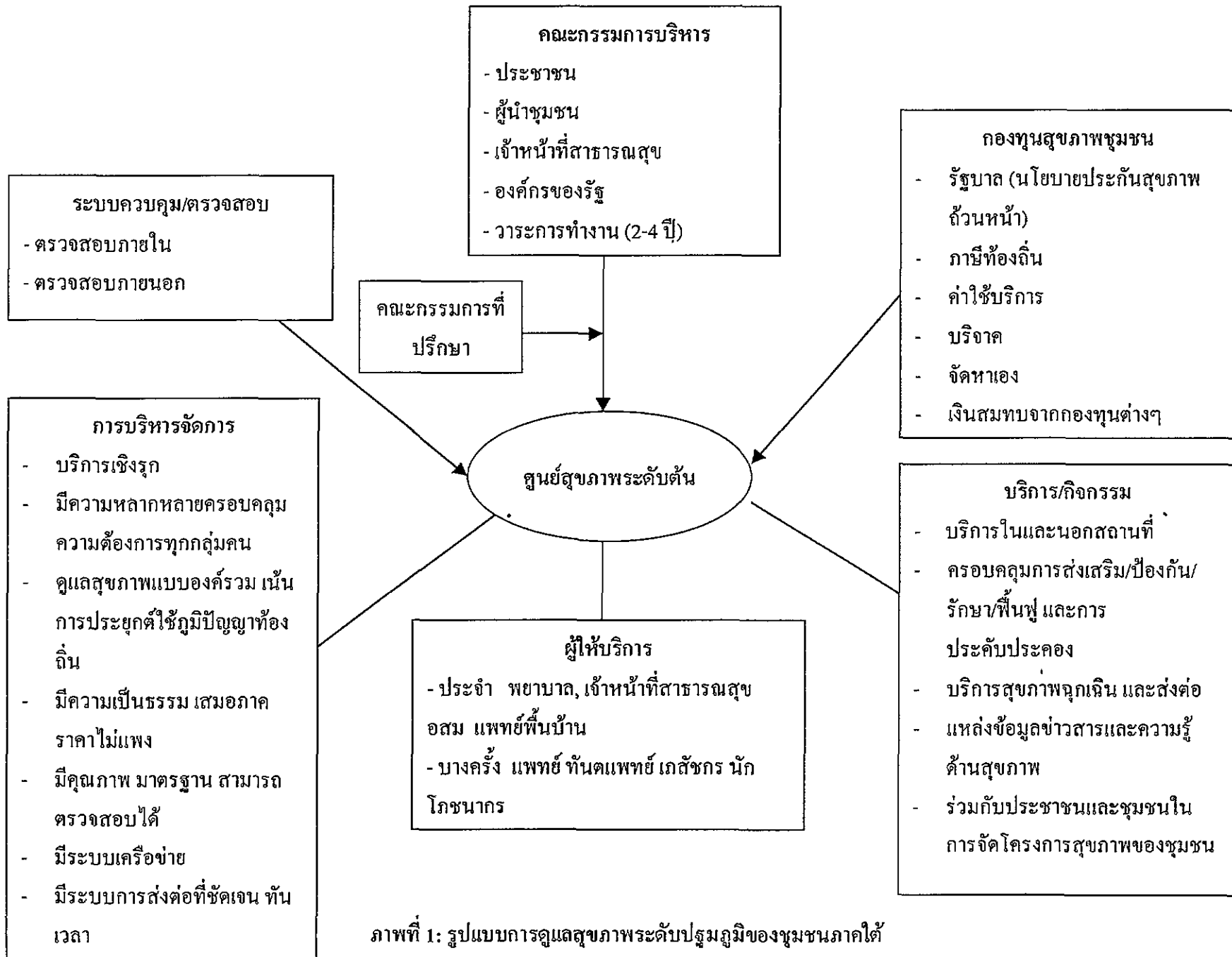
สรุป

ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพพระคัมภีร์ที่ได้จากการระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้อง และจากการสะท้อนคิดในประชาคมท้องถิ่น เป็นข้อมูลที่จะใช้ระดับท้องถิ่น มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพในชุมชนโดยศูนย์สุขภาพพระคัมภีร์ ซึ่งประชาคมท้องถิ่น ให้ข้อเสนอแนะว่าศูนย์นี้อาจจะเกิดจากการพัฒนาโครงสร้างที่มีอยู่เดิม เช่น สถานีอนามัย หรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ให้มีกิจกรรมบริการ และการบริหารจัดการตามรายละเอียดที่ได้นำเสนอไปแล้ว หรืออาจจะเป็นหน่วยงานใหม่ที่เป็นอิสระ เช่นเดียวกับบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกแพทย์ สถานผดุงครรภ์ และร้านขายยา เป็นต้น โดยศูนย์สุขภาพพระคัมภีร์ จะได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพชุมชน ประชาชนและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดและตัดสินใจเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การติดตามประเมินผล การควบคุมและ ตรวจสอบการบริการ ตลอดจนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกิจการบริการสุขภาพในชุมชน ดังจะเห็นจากความพยายามปรับโครงสร้างการบริหารงานของศูนย์ผ่านกรรมการชุดต่าง ๆ ซึ่งล้วนแต่มีองค์ประกอบของประชาชน และองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นทั้งสิ้น โดยสรุปรูปแบบที่ผ่านการสะท้อนคิดจากประชาคมท้องถิ่นมีความคล้ายคลึงกับรูปแบบที่นำเสนอ เพียงแต่มีการปรับรายละเอียดของประเด็นต่าง ๆ ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น (ภาพที่ 1)

2. ผลการระดมสมองเกี่ยวกับโครงสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพพระคัมภีร์ และบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติภารกิจในระดับปฐมภูมิ

กลุ่มผู้ร่วมระดมสมองเพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิและบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยประชาชน ผู้นำชุมชน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เกษตรกร และแพทย์พื้นบ้าน จำนวนทั้งสิ้น 43 คน โดยกลุ่มที่เข้าร่วมระดมสมองกลุ่มใหญ่ที่สุดคือ ผู้ให้บริการสุขภาพมีทั้งสิ้น 30 คน รองลงมาคือ กลุ่มผู้นำชุมชน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และประชาชน มีจำนวนทั้งสิ้น 7 คน และ 6 คนตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

สำหรับผลการระดมสมอง ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงมหภาค ที่แสดงให้เห็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และแนวทางการบริหารจัดการ ผู้วิจัยแบ่งผู้ร่วมระดมสมองออกเป็น 4 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มประชาชน กลุ่มผู้นำชุมชน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มอาจารย์พยาบาล และกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพของประเทศไทยและชุมชนภาคใต้ และร่วมระดมสมองเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพ โครงสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพในภาพรวม และโครงสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพ



ภาพที่ 1: รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิของชุมชนภาคใต้

ระดับปฐมภูมิของชุมชนภาคใต้ ตลอดจนบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการระงับการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมระดมสมองเพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ตำแหน่ง/สถานะ	จำนวน	ร้อยละ
1 ประชาชน	6	13.9
2 ผู้นำชุมชน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น	7	16.3
3 ผู้ให้บริการสุขภาพ		
-แพทย์	1	2.3
-พยาบาล	23	53.5
-เภสัชกร	4	9.3
-แพทย์พื้นบ้าน	2	4.7
รวมทั้งสิ้น	43	100

2.2. วิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพของชุมชนภาคใต้

ระบบสุขภาพของชุมชนภาคใต้ มีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นระบบบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย เป็นบริการสุขภาพเชิงรุก มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ บริการสุขภาพมีคุณภาพ มาตรฐาน มีความหลากหลายครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัย และทุกภาวะสุขภาพ บริการมีความเสมอภาค ประหยัด และเป็นธรรม ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ ร่วมเป็นเจ้าของกิจการ และดูแลสุขภาพของตนเอง

2.2.1 ระบบบริการที่อยู่ใกล้บ้าน และเป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุก

ประชาคมทักษิณมีความเห็นว่า ระบบบริการสุขภาพควรเป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้านหรือที่ทำงานได้โดยอิสระ ไม่ยึดติดกับพื้นที่เขตการปกครอง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ประหยัดค่าเดินทาง และควรมีบริการสุขภาพถึงบ้านด้วย ซึ่งจะช่วยให้มีการกระจายบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน บริการสุขภาพ

เป็นบริการเชิงรุกคือ ให้ความสำคัญกับบริการที่สร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

2.2.2 การบริหารจัดการระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่เป็นอิสระ มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายให้บริการครอบคลุมผู้รับบริการทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัย และทุกภาวะสุขภาพ ตามความต้องการของชุมชน มีกลไกการควบคุม ตรวจสอบคุณภาพ เพื่อให้บริการได้มาตรฐาน มีความเสมอภาค เป็นธรรม ประหยัด โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ มีกลไกที่ทำหน้าที่ประสานเครือข่ายสหวิชาชีพ เพื่อการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และยังมีการเกื้อหนุนด้านวิชาการ และทรัพยากรด้านสุขภาพ รวมทั้งการจัดให้มีการพัฒนาบุคลากรในระบบอย่างต่อเนื่อง

2.2.3 การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

เป็นระบบบริการสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตั้งแต่การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสุขภาพลักษณะของสิ่งแวดล้อมและชุมชน รวมทั้งการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้านสุขภาพ (self-help) การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในกระบวนการตัดสินใจในระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนร่วมเป็นเจ้าของกิจการบริการสุขภาพ

2.3. โครงสร้างของระบบสุขภาพของชุมชนภาคใต้

โครงสร้างของระบบสุขภาพของชุมชนภาคใต้ มีองค์ประกอบดังนี้คือ

2.3.1 ประชาคมสุขภาพ ที่มีองค์ประกอบเป็นพหุภาคี ได้แก่ ประชาชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้ทรงคุณวุฒิ และบุคลากรด้านสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการเคลื่อนไหวให้เกิดการพัฒนาและกิจกรรมด้านสุขภาพตามความต้องการของสังคม

2.3.2 กองทุนสุขภาพชุมชน ทำหน้าที่รวบรวมและจัดหาเงินให้การสนับสนุนงบประมาณแก่สถานบริการสุขภาพในชุมชน รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆ ที่ถือเป็นกิจกรรมมองครวมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นการสนับสนุนอาชีพที่ส่งเสริมการกินคืออยู่ดีของประชาชนในชุมชน

2.3.3 ระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยสถานบริการสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งที่เป็นบริการของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาล คลินิกเวชปฏิบัติ สถานีอนามัย ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน บริการของเอกชน เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกแพทย์ คลินิกแพทย์พื้นบ้าน คลินิกพยาบาลวิชาชีพ อิสระ สถานผดุงครรภ์ ร้านขายยา และอื่น ๆ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพระดับต้น เป็นต้น บริการมีความครอบคลุมความต้องการของชุมชนทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัย และทุกภาวะสุขภาพอย่างเบ็ดเสร็จครบวงจร (one stop service) เป็นบริการเชิงรุกที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการบริการทั้งในและนอกสถานที่ ได้แก่ การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นต้น

2.3.4 องค์การประสานเครือข่ายด้านสุขภาพ ทำหน้าที่ประสานให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ มีการเชื่อมโยงกันเป็นอย่างดีของการบริการสุขภาพในแต่ละระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นผลให้การส่งต่อเป็นระบบ รวดเร็ว และเชื่อถือได้ นอกจากนี้ยังจัดให้มีกลไกที่เอื้อให้มีการเกื้อหนุนกันด้านวิชาการ เทคโนโลยี และบุคลากรด้านสุขภาพที่อยู่ในเครือข่าย

2.3.5 ระบบข้อมูลสุขภาพ และการเตือนภัย ทำหน้าที่เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทุกด้านที่ครบถ้วนและทันสมัย มีกลไกที่เน้นการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพ และการเตือนภัยที่เป็นระบบ รวดเร็ว และทันเวลา

2.3.6 ระบบประกันสุขภาพชุมชน เป็นองค์กรอิสระมหาชน ทำหน้าที่จัดระบบ กลไก หรือ มาตรฐานต่างๆ ให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพตามสิทธิและกติกาที่กำหนดไว้

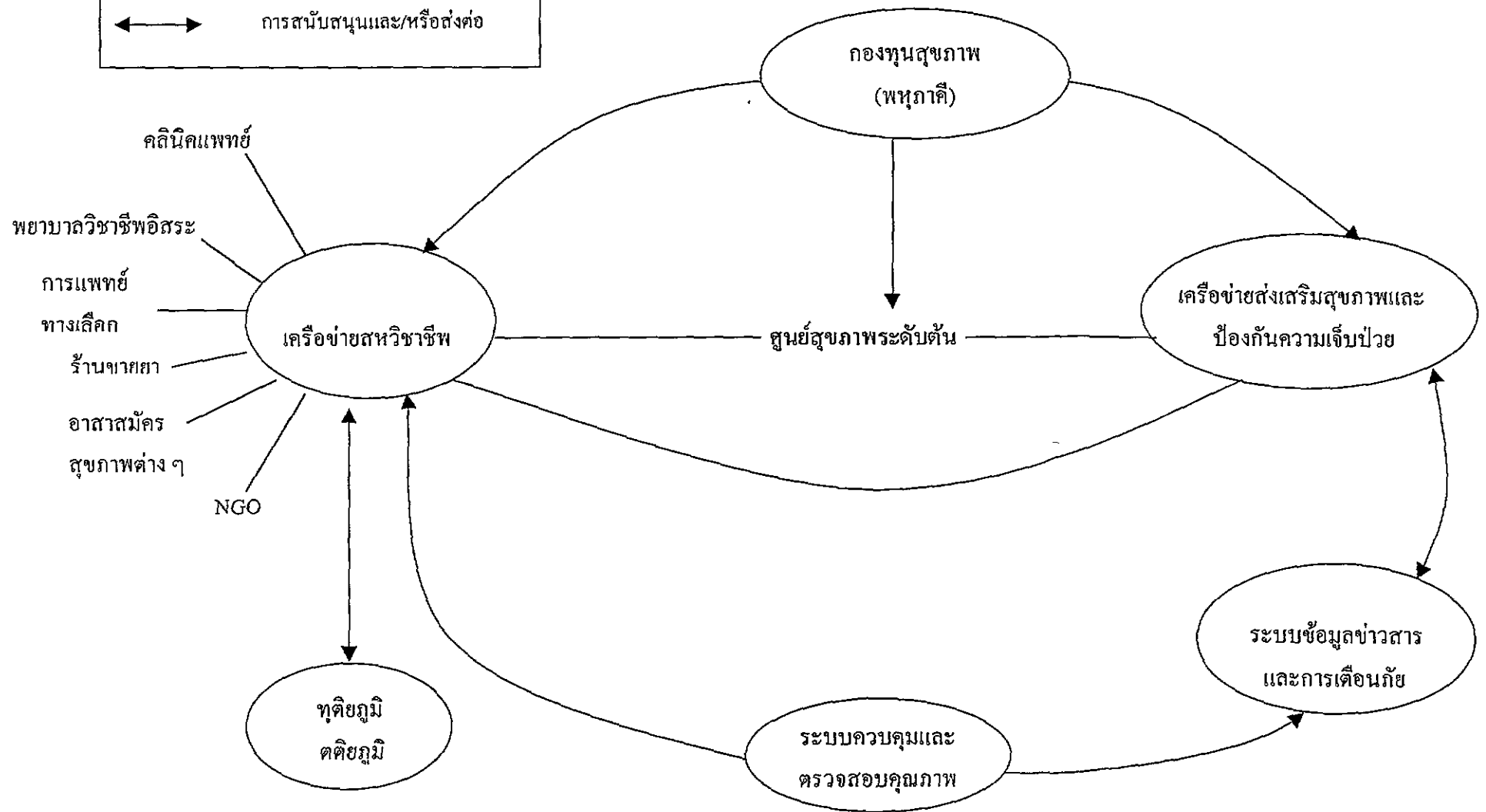
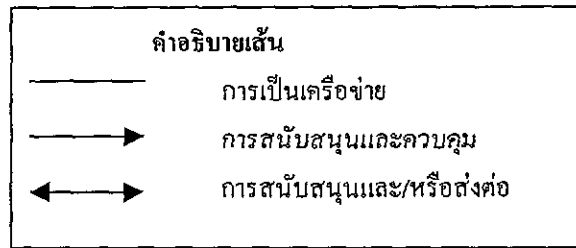
2.3.7 ระบบควบคุมและตรวจสอบคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย องค์กรตรวจสอบภายในและภายนอกเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของบริการ

2.3.8 ระบบการศึกษาและพัฒนาบุคลากร ที่สอดคล้องกับทิศทางการเปลี่ยนแปลง และบริบทสังคมใหม่ ซึ่งบุคลากรต้องมีความเข้าใจระบบการให้บริการสุขภาพเชิงรุกที่เน้นการสร้างสุขภาพ เข้าใจและสามารถทำงานกับองค์กรต่างๆ ในชุมชน เช่น ประชาคมสุขภาพ กองทุนสุขภาพ และเครือข่ายทางด้านสุขภาพ และเครือข่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้าใจกระบวนการปฏิบัติงาน และกระบวนการประกันคุณภาพและการตรวจสอบคุณภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2.4 โครงสร้างของระบบดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิของชุมชนภาคใต้

ประกอบด้วยสถานบริการสุขภาพที่หลากหลายรวมทั้งศูนย์สุขภาพระดับต้น ซึ่งการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพระดับต้นอาจอยู่ภายใต้โครงสร้างเดิม โดยการปรับบริการของสถานอนามัย หรืออยู่ภายใต้โครงสร้างใหม่ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระในชุมชน ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพชุมชน มีการบริหารงานโดยคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ องค์กรชุมชน และตัวแทนประชาชน ทำงานเป็นเครือข่ายกับสหวิชาชีพด้านสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าควรมีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย เพื่อกระตุ้นและดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ เมืองค์กรตรวจสอบคุณภาพเพื่อการบริการที่ได้มาตรฐาน และเชื่อถือได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ภาพที่ 2)

2.4.1 ศูนย์สุขภาพระดับต้น ตั้งอยู่ใกล้บ้าน ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย ให้บริการที่ครอบคลุมผู้รับบริการทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัย และทุกภาวะสุขภาพ มีบริการรักษาเบื้องต้น



ภาพที่ 2: โครงสร้างระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิของชุมชนภาคใต้ในอนาคต

และการดูแลฉุกเฉินโดยเปิดบริการ 24 ชั่วโมง และมีระบบการส่งต่อเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ทันเวลา ทำงานเป็นเครือข่ายกับสหวิชาชีพทั้งในระดับเดียวกัน และระดับที่สูงขึ้นไปคือ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ นอกจากนั้นศูนย์ฯ ยังส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครด้านสุขภาพ ต่าง ๆ เช่น อาสาสมัครดูแลผู้คิดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น เพื่อให้ชุมชนช่วยเหลือกันเองและพึ่งตนเองได้ โดยศูนย์ฯ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพชุมชน

2.4.2 เครือข่ายสหวิชาชีพ เป็นเครือข่ายการให้บริการสุขภาพในชุมชน ทั้งภาครัฐ (สถานีอนามัย คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลชุมชน สถานบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ) เอกชน (คลินิกแพทย์ คลินิกพยาบาลวิชาชีพอิสระ และร้านขายยา) องค์กรอิสระ (ศูนย์สุขภาพระดับต้น) NGO และอื่น ๆ (แพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก) เป็นเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันด้านวิชาการ เทคโนโลยี และบุคลากรด้านสุขภาพ ตลอดจนการส่งต่อในระดับต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป

2.4.3 เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย เป็นเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย เป้าหมายที่สำคัญของการจัดตั้งเครือข่ายดังกล่าว เพื่อกระตุ้นและขับเคลื่อนให้มีมาตรการ และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพในชุมชนของตนเอง โดยได้เสนอแนวทางการดำเนินงานในระดับชุมชนที่สำคัญดังนี้คือ 1) การส่งเสริมให้พิทักษ์รักษาสิ่งแวดล้อม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การรณรงค์ให้มีการใช้ทรัพยากรแบบอนุรักษ์ การรักษาความสะอาด การกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ การทำลายแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรคในชุมชน การจัดให้มีที่สาธารณะสำหรับออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น 2) การที่ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการรณรงค์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่แก้ไขค่อนข้างยาก เช่น การสูบบุหรี่ การเสพติด และการขับขี้รดยานพาหนะอย่างประมาท เป็นต้น และ 3) การพยายามสอดแทรกกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เข้าไปในวิถีชีวิตของประชาชน โดยคำนึงถึงความสนใจ และความเหมาะสมของวัฒนธรรม และแหล่งทรัพยากรที่มีในชุมชน กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว ได้แก่ การจัดให้มีการออกกำลังกายรูปแบบต่าง ๆ ในโรงเรียนและวัด การส่งเสริมการปลูกและบริโภคผักพื้นบ้าน ผักปลอดสารพิษ และการใช้สมุนไพร การส่งเสริมให้มีการจัดงานตามประเพณีของท้องถิ่นเพื่อให้ชุมชนได้ร่วมแรงร่วมใจกันทำกิจกรรมเพื่อส่วนรวมและเพื่อความภาคภูมิใจของชุมชน ตลอดจนการจัดให้มีการฝึกสมาธิในวัด หรือโรงเรียนในชุมชน เป็นต้น

บทบาทของเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยที่สำคัญคือ การทำหน้าที่กระตุ้นให้ประชาชนสนใจและมีจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน และขับเคลื่อนให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างยั่งยืน โดยสมาชิกใน

เครือข่ายจะให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันด้านความรู้ ทรัพยากร และอาจจะร่วมกันจัดให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เครือข่ายเข้มแข็งขึ้น เช่น การประกวดผลงานดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน การเจ็บป่วยของสมาชิก หรือการพิจารณาให้โบนัสแก่สมาชิกที่มีสุขภาพดี และไม่เคยเจ็บป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประสานกับเครือข่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นเพื่อให้การดำเนินงานของเครือข่ายเข้มแข็ง และมีทิศทางที่สอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของประเทศ การดำเนินการของเครือข่ายดังกล่าว จะได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสถาบัน และกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนสุขภาพชุมชน

2 4 4 กองทุนสุขภาพชุมชน เป็นองค์กรอิสระ บริหารงานโดยคณะกรรมการจากพหุภาคี ทำหน้าที่รวบรวมเงินจากแหล่งต่าง ๆ และสนับสนุนงบประมาณแก่ศูนย์สุขภาพระดับต้น และสถานบริการสุขภาพในเครือข่ายสหวิชาชีพตามกติกาที่ได้กำหนดไว้ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันความเจ็บป่วย การส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการแพทย์พื้นบ้าน นอกจากนี้กองทุนสุขภาพชุมชนยังสนับสนุนกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การทำการเกษตร พืชผักปลอดสารพิษ การดำเนินงานที่ยึดหลักตามพระราชดำริคือ เศรษฐกิจพอเพียง มีการพิจารณาให้โบนัสแก่สมาชิกที่มีสุขภาพดีและไม่เคยเจ็บป่วย แหล่งที่มาของงบประมาณคือ เงินสนับสนุนจากรัฐบาล (จากนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า) รายได้จากการจัดเก็บภาษีส่วนท้องถิ่น และอื่น ๆ เช่น ค่าใช้บริการสุขภาพ เงินบริจาค เงินที่จัดหาเอง และเงินสมทบจากกองทุนต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น

2 4 5 ระบบข้อมูลข่าวสารและการเตือนภัย เป็นระบบที่เฝ้าระวัง และเตือนภัยในชุมชน โดยจัดให้มีกลไกเพื่อรวบรวมและกระจายข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทุกด้าน ได้แก่ การระบาดของโรคต่างๆ ปัญหาที่คุกคามต่อสุขภาพของประชาชนที่เกิดจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น โดยมุ่งพัฒนาให้เป็นระบบการเฝ้าระวัง และการเตือนภัยที่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพถูกต้อง รวดเร็ว และทันเวลา

2 4 6 ระบบควบคุมและตรวจสอบ เป็นระบบควบคุมและตรวจสอบคุณภาพของสถานบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยการตรวจสอบภายในโดยองค์กรวิชาชีพนั้น ๆ และการตรวจสอบภายนอกโดยองค์กรที่เป็นพหุภาคี ซึ่งเป็นองค์กรอิสระ หน้าที่ขององค์กรตรวจสอบภายนอกคือ จัดให้มีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพของสถานบริการด้านสุขภาพทุกระดับในชุมชน ตลอดจนการประเมินผลการปฏิบัติงาน และให้ข้อเสนอแนะและเพื่อการพัฒนาการบริการแก่สถานบริการสุขภาพในชุมชน องค์กรประกอบของคณะกรรมการตรวจสอบภายนอกคือ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ตัวแทนองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวแทนองค์กรวิชาชีพแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น และตัวแทนประชาชนได้มาจากการสรรหา ซึ่งผู้เข้าร่วมระดมสมองให้เหตุผลว่า

"องค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ ควรเป็นองค์กรอิสระที่ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย ได้แก่ ประชาชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และตัวแทนจากสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นการป้องกันการปกป้องกันเองของคนในวิชาชีพ ในกรณีที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือขัดต่อจรรยาบรรณวิชาชีพ"

3. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคใต้

จากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและการสาธารณสุขอย่างมากในปัจจุบัน ผู้ร่วมระดมสมองมีความเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพในอนาคต จำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถและทักษะที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน และบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้เข้าร่วมระดมสมองได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในสังคมใหม่ และบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ดังนี้คือ

3 1 คุณลักษณะของพยาบาลในอนาคตพยาบาล ควรมีความรู้ ความสามารถดังต่อไปนี้

3 1 1 เป็นพยาบาลมืออาชีพ มีความชำนาญในการปฏิบัติพยาบาล (care) ทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชน และในคลินิกพยาบาลวิชาชีพอิสระ นอกจากนี้ยังสามารถปฏิบัติงานในขอบเขตของพยาบาลวิชาชีพ ในฐานะผู้จัดการสุขภาพ/โปรแกรมสุขภาพ ผู้ให้คำปรึกษา หรือเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพ เป็นผู้ให้การฝึกอบรม และผู้ร่วมวิจัย/ผู้วิจัยด้านการพยาบาล และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ

3 1 2 เป็นผู้มีความรู้ในเรื่องต่าง ๆ รอบด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ชุมชน มีความรู้เรื่องปัญหาสุขภาพของชุมชนและการเจ็บป่วยของคนในชุมชน มีความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น ทันต่อข้อมูลข่าวสาร และมีความตื่นตัวที่จะเรียนรู้ และพัฒนาตนเองตลอดเวลา

3 1 3 มีความสามารถในการให้บริการสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วย สามารถให้บริการแบบองค์รวมและขยายบริการถึงบ้าน

3 1 4 มีความสามารถในการให้ความร่วมมือกับชุมชน เครือข่ายสหวิชาชีพด้านสุขภาพ และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสุขภาพ

3.2 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการให้บริการที่หลากหลายและเบ็ดเสร็จในชุมชน สำหรับบริการที่ให้ครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3 2.1 การตรวจวินิจฉัย และให้การรักษามือถึงคนในระดับที่ไม่ซับซ้อนเกินไป เช่น ทำแผล เย็บแผล ใช้หวัด อูจจาระร่วงไม่รุนแรง เป็นต้น เป็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม โดยเน้นการให้

การบำบัดทางการพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นเพื่อการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

3.2.2 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้และข้อมูลที่ทันสมัย และเป็นประโยชน์ต่อชุมชน เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การจัดการทรัพยากรเพื่อสุขภาพ การเฝ้าระวัง และการเตือนภัย เป็นต้น การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ เช่น การจัดตั้งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการบริโภคเพื่อสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังจัดบริการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ เด็กวัยก่อนเรียน นักเรียน คนงานในโรงงาน หญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด และผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.2.3 การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยยึดครอบครัวเป็นฐานของการดูแล เน้นการดูแลที่บ้าน (home care) และการส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแล (family care)

3.2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน บทบาทของพยาบาลจะเน้นการเอื้ออำนวย และการเสริมพลังอำนาจให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง พึ่งตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนเข้าใจ และสามารถพิทักษ์สิทธิของตนในฐานะประชาชนในชุมชน ผู้ป่วย และผู้บริโภค

3.2.5 การบริการพยาบาลวิชาชีพอิสระ อาจจะอยู่ในรูปคลินิกพยาบาลอิสระ คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็ก คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง และการดูแลผู้เจ็บป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

3.2.6 การวิจัยชุมชน เพื่อชี้้นำให้เกิดการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง และชุมชนสุขภาพในอนาคต ตลอดจนเพื่อการประเมินและตรวจสอบคุณภาพการบริการสุขภาพ

ผลการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จะนำเสนอต่อไปนี้ เป็นรูปแบบที่สังเคราะห์จากผลการวิจัยในส่วนที่ 1 และประยุกต์ใช้ข้อมูลจากประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รูปแบบที่พึงประสงค์ และสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของสังคมไทยและทิศทางบริการสุขภาพของประเทศในอนาคต ผลการศึกษาพอสรุปได้ดังนี้คือ

1. ผู้ให้บริการ

ประกอบด้วยบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้ และทักษะตามขอบเขตการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นทีมสหวิทยาการ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกษตรกร นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย และอาสาสมัครด้านสุขภาพอื่น ๆ ทั้งในภาครัฐ เอกชน และองค์กรอิสระต่าง ๆ

2. สมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติภารกิจในระดับปฐมภูมิ

2.1 สมรรถนะของผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ

ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ควรมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และเจตคติ¹⁴ ประการ ต่อไปนี้

2.1.1 การดูแลสุขภาพบุคคล

ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุคคล สุขภาพของบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีความเข้าใจบุคคลแต่ละวัยอย่างเป็นองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เข้าใจมโนทัศน์สุขภาพ ภาวะเสี่ยง ความผิดปกติ ความเจ็บป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ พันธุกรรม พฤติกรรม ความเชื่อ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง กฎหมาย การศึกษา สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ศาสนา เทคโนโลยี และระบบบริการสุขภาพ

2.1.2 ส่งเสริมสุขภาพบุคคลทุกวัยอย่างเป็นองค์รวม ในทุกภาวะสุขภาพ

ประเมินภาวะสุขภาพบุคคล ส่งเสริม สนับสนุนพลังอำนาจและศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง สอน ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และบุคคลในครอบครัว เช่น ในเรื่องอาหารและน้ำ การออกกำลังกาย การพักผ่อนและนอนหลับ การได้รับอากาศ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การมีพัฒนาการตามวัย การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพจิต เป็นต้น และปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในเรื่องสุขภาพ

2.1.3 ป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ แก่บุคคลทุกวัย ในทุกภาวะสุขภาพ

สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง การหลีกเลี่ยงแหล่งแพร่เชื้อโรค การจัดการสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงสารเสพติด จิตเวชชนป้องกันโรค คัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก สนับสนุนและจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น การป้องกันการติดสารเสพติด การสวมหมวกกันน็อค การใส่เข็มขัดนิรภัย การไม่ขับขี้นกพาหนะเมื่อมีลมมา การใช้ถุงยางอนามัย การไม่สูบบุหรี่ การลดปัญหาความรุนแรง เป็นต้น

2.1.4 พัฒนาสุขภาพผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

ดูแลและพัฒนาสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีปัญหาติดสารเสพติด และผู้พิการที่บ้าน สนับสนุนและหาแหล่งประโยชน์ สำหรับผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด ผู้มีสุขภาพจิต และผู้เจ็บป่วยเรื้อรังในด้านการฟื้นฟูสภาพและลดภาวะแทรกซ้อน ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

2 1 5 คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาโรคเบื้องต้น

คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาโรคเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ในภาวะเจ็บป่วยเบื้องต้น และฉุกเฉิน และส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสม ประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีความผิดปกติ ตรวจวินิจฉัย ให้การรักษาโรคเบื้องต้น ดูแลเพื่อบรรเทาอาการและส่งต่อในกรณีจำเป็น

2 1 6 ปฏิบัติการผดุงครรภ์

ให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดแก่คู่สมรสก่อนมีบุตร ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เตรียมมารดาและบิดาเพื่อการคลอด ทำคลอดปกติ ดูแลบิดามารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด

2 1 7 ดูแลสุขภาพครอบครัว

ประเมินครอบครัว สนับสนุนส่งเสริมศักยภาพครอบครัว ดูแลครอบครัว สอนให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวมีสุขภาพดี

2 1 8 ดูแลสุขภาพชุมชน

ประเมินความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน เฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการระบาดของโรคและปัญหาในชุมชน จัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะ การบำบัดน้ำเสีย การควบคุมมลภาวะ สารพิษ เป็นต้น สนับสนุน ส่งเสริมศักยภาพในการดูแลสุขภาพชุมชน เช่น การจัดทำโครงการสุขภาพร่วมกับชุมชน สอน ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือชุมชน เพื่อให้มีสุขภาพดี ส่งต่อผู้ให้บริการไปรับความช่วยเหลือ หรือรักษาที่เหมาะสม ติดตามผลการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ให้บริการกลับพื้นที่

2 1 9 รู้และเข้าใจบริบทของผู้รับบริการ ตระหนักในความสำคัญของความเชื่อ ค่านิยม ภูมิปัญญาท้องถิ่น วิถีชีวิต และแนวทางการดูแลสุขภาพของบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมและท้องถิ่น

2 1 10 รู้คิดอย่างมีวิจารณญาณ วิเคราะห์และตัดสินใจโดยใช้ข้อมูล ความรู้ และจริยธรรม และการนำความรู้สู่การปฏิบัติ

2 1 11 มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการฟัง พูด เขียน และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสืบค้น บันทึก และจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ

2 1 12 ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน กฎหมายวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนและสิทธิผู้ป่วย

2.1 13 ปฏิบัติงานโดยใช้ข้อมูล (evidence-based practice) โดยการวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน

2 1 14 สามารถบริหารจัดการการให้บริการและหน่วยที่ให้บริการ ผู้ให้บริการปฐมภูมิ ต้องมีภาวะผู้นำ มีมนุษยสัมพันธ์ ทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ ประสานและสร้างความร่วมมือ

กับประชาชน ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และหน่วยงาน ทำแผนและโครงการ ติดตามงานและประเมินผล จัดการทรัพยากรบุคคล งบประมาณ สิ่งสนับสนุน และข้อมูล

นอกจากนั้นคุณลักษณะของผู้ให้บริการในสถานดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในมุมมองของผู้รับบริการ ก่อนข้างให้มีความสำคัญกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการในด้านอรรถาธิบาย กล่าวคือ มีสัมพันธภาพที่ดี อิ่มเอมแจ่มใส พุดจาไพเราะ มีน้ำใจ ให้ความเป็นกันเองกับผู้รับบริการ เข้ากันได้ดีกับชาวบ้าน และยินดีปฏิบัติงานในชุมชน หากเป็นไปได้ คนที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรเป็นคนในพื้นที่ เพราะจะมีความเข้าใจ และคุ้นเคยกับวิถีชีวิต และวัฒนธรรมของคนในชุมชน เข้ากับประชาชนได้ดี ปฏิบัติงานในชุมชนได้นาน ไม่มีปัญหาเรื่องการขอย้ายที่ทำงาน ซึ่งผู้นำชุมชนได้ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ และมีความคิดว่าจะให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียนในชุมชนให้เข้าเรียนในสาขาแพทยพยาบาล ตามที่ชุมชนต้องการด้วยทุนจากกองทุนสุขภาพชุมชน เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะได้กลับมาปฏิบัติงานในชุมชนของตนเอง

2.2 บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติภารกิจในระดับปฐมภูมิ

พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการสุขภาพหลักที่ประชาชนในชุมชนภาคใต้ต้องการให้อยู่ประจำในสถานบริการระดับปฐมภูมิ จากการวิเคราะห์ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลโดยพิจารณาจากการปฏิบัติงานจริงตามขอบเขตวิชาชีพ ความต้องการของประชาชน และบทบาทของพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่ควรจะเป็น สรุปสาระได้เป็น 3 ลักษณะคือ

(1) การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการระดับปฐมภูมิที่เป็นความต้องการของชุมชนแต่การปฏิบัติยังไม่เป็นที่ประจักษ์ หรือยังไม่มี การปฏิบัติตามที่ระบุในขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาล จึงควรจัดให้มีหรือพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและระบบสุขภาพใหม่ ได้แก่ บทบาทเป็นผู้สนับสนุนและเสริมสร้างพลังชุมชนทางด้านสุขภาพ (consumer health facilitator) และบทบาทการเป็นผู้ประสานงานเครือข่ายชุมชนด้านสุขภาพ (health network collaborator)

การเป็นผู้สนับสนุนและเสริมสร้างพลังชุมชนทางด้านสุขภาพเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ประชาชนในชุมชนภาคใต้ต้องการ ในปัจจุบันประชาชนในชุมชนมีการรวมกลุ่มมากขึ้น เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหลายกลุ่ม ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มีความเข้มแข็งและมีบทบาทมากในกิจกรรมด้านสุขภาพโดยเข้ามามีส่วนร่วมให้บริการ ตรวจสอบการจัดบริการด้านสุขภาพ และประสานการให้บริการด้านสุขภาพทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพ พยาบาลในฐานะผู้สนับสนุนและเสริมสร้างพลังชุมชนทางด้านสุขภาพควรกระตุ้นให้เกิดการจัดตั้งกลุ่มพลังดังกล่าว และเสริมความเข้มแข็งทางด้านสุขภาพให้กลุ่มโดยการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ จัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้และอำนวยความสะดวกให้กลุ่มดำเนินการ

ตามเป้าหมายด้านสุขภาพที่วางไว้ นอกจากกลุ่มผู้รับบริการที่มีภาวะสุขภาพดีแล้ว กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องการดูแลในระยะเวลาที่นานก็ต้องการบริการสุขภาพจากพยาบาลวิชาชีพเช่นกัน โดยพยาบาลจะเป็นบุคคลสำคัญที่เอื้ออำนวย ชี้แนะแหล่งประโยชน์ และเสริมพลังอำนาจให้สามารถดูแลตนเอง พึ่งตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยให้ผู้รับบริการรู้เข้าใจสิทธิและพิทักษ์สิทธิของคนในฐานะประชาชนในชุมชน ผู้ป่วย และผู้บริโภค

การเป็นผู้ประสานงานเครือข่ายชุมชนด้านสุขภาพเป็นอีกบทบาทหนึ่งสำคัญของพยาบาล เนื่องจากลักษณะการจัดบริการสุขภาพเป็นความร่วมมือกันระหว่างสหวิชาชีพ ภาควิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกลุ่มประชาชน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ที่แตกต่างไปเรียนรู้ร่วมกับบุคลากรในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและมีเวทีการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประสานงานระหว่างชุมชนกับเครือข่ายอื่นๆ ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเป็นองค์รวมผสมผสานต่อเนื่องของการบริการสุขภาพ

(2) การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการระดับปฐมภูมิที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนที่สมควรได้รับการสนับสนุนให้คงไว้ ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (health provider) บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health educator) และบทบาทการเป็นนักวิจัยร่วมกับชุมชน (health researcher) พยาบาลวิชาชีพยังคงมีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพโดยให้บริการที่หลากหลาย และเบ็ดเสร็จในชุมชน สำหรับบริการที่ให้จะครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ประชาชนยังคงต้องการให้พยาบาลวิชาชีพทำการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาเบื้องต้นในระดับที่ไม่ซับซ้อนเกินไป เช่น ทำแผล เย็บแผล ไข้หวัด อูจาระร่วงไม่รุนแรง เป็นต้น ในการนี้พยาบาลควรเน้นการดูแลรักษาแบบองค์รวมโดยให้การบำบัดทางการพยาบาล

พยาบาลเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้และข้อมูลที่ทันสมัย และเป็นประโยชน์ต่อชุมชน เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การจัดทรัพยากรเพื่อสุขภาพ ใฝ่ระวังเตือนภัย เป็นต้น การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการบริโภคเพื่อสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนั้นยังจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ เด็กวัยก่อนเรียน นักเรียน คนงานในโรงงาน หญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด และผู้สูงอายุ เป็นต้น การให้บริการควรยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและเป็นการให้บริการเชิงรุกมากขึ้น เช่น การดูแลสุขภาพที่บ้าน การบริการคลินิกเคลื่อนที่ การจัดพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพระดับต้นที่มุ่งเน้นบทบาทพยาบาลของการป้องกันความเจ็บป่วยมากกว่าการรักษาพยาบาล การบริการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปคลินิกพยาบาลอิสระ เช่น คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็ก คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง และการดูแลผู้เจ็บป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

สำหรับบทบาทการเป็นนักวิจัย พยาบาลควรเน้นการวิจัยที่ทำงานร่วมกับชุมชน โดยชุมชนและ ผู้รับบริการเป็นผู้กำหนดปัญหาการวิจัยและดำเนินการวิจัย ชุมชนและประชาชนไม่ใช่เป็นแค่ตัวอย่าง สำหรับการวิจัยอีกต่อไป ทั้งนี้การวิจัยชุมชนจะเป็นการชี้ทำให้เกิดการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง และชุมชน สุขภาพในอนาคต

(3) การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ควรลดความสำคัญลงสำหรับการปฏิบัติงานใน ระดับปฐมภูมิหรือควรปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและระบบ สุขภาพใหม่ ได้แก่ งานธุรการ งานการเงิน และรายงาน ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารโดยการ นำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อลดการจัดทำเอกสารที่ไม่จำเป็น และเพื่อการจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากประเด็นข้างต้น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับปฐมภูมิควร เป็นผู้มีความรอบรู้ในเรื่องต่างๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ควรได้รับการพัฒนาให้ความรู้ เกี่ยวกับบริบท วิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศอยู่ในชนบท และประชาชนส่วนหนึ่งของภาคใต้เป็นไทยมุสลิม ซึ่งมีวัฒนธรรมประเพณี ภาษา และการสื่อสารที่ จำเพาะต่อวัฒนธรรมและพื้นที่ พยาบาลจึงควรศึกษาและมีความเข้าใจวัฒนธรรม ภูมิปัญญา และ บริบทของชุมชนที่รับผิดชอบ มีความสามารถในการศึกษาความต้องการของชุมชน (need assessment) มีความตื่นตัว ไวต่อสถานการณ์ มีความต้องการเรียนรู้ และพัฒนาตนเอง เพื่อประโยชน์ สูงสุดต่อผู้รับบริการ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิควรมีความสามารถในการจัดโครงการสุข ภาพ ซึ่งรวมถึงการเขียนโครงการ การหาแหล่งทุนสนับสนุนโครงการสุขภาพ และการบริหารโครง การสุขภาพ และควรเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการจัดบริการเชิงรับ เช่น การให้บริการรักษา พยาบาลเบื้องต้น และการจัดคลินิกพิเศษต่างๆ และการให้บริการเชิงรุก เช่น การจัดคลินิกเคลื่อนที่ การเยี่ยมบ้าน การจัดนิทรรศการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหมายถึงการเปิดบทบาทของพยาบาลให้รุกเข้าไป ในชุมชน จนถึงครอบครัวมิใช่อยู่ในโรงพยาบาลที่เน้นการรักษาพยาบาลอย่างที่ผ่านมา

3. ขอบเขตกิจกรรมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

มีบริการทั้งในสถานที่ และนอกสถานที่ รวมทั้งการดูแลสุขภาพที่บ้านและบริการหน่วยแพทย์ เคลื่อนที่ กิจกรรมบริการครอบคลุมความต้องการของประชาชนทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัย และทุกภาวะ สุขภาพ ในทุกมิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และ การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต บริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและการส่งต่อ เพื่อการรักษาไปยังสถานบริการสุขภาพที่สูงกว่าเมื่อจำเป็น คือระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ตัวอย่าง ของกิจกรรมบริการสุขภาพได้แก่

3.1 การส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้ความรู้แก่ประชาชน การให้คำปรึกษาแนะนำ และการจัดให้มีมาตรการและบริการดังต่อไปนี้ เช่น

3.1.1 การดูแลสุขภาพตนเอง

3.1.2 การส่งเสริมสุขภาพจิตและการฝึกจิตใจให้เข้มแข็ง โดยการอบรมธรรมะ และจัดให้มีการฝึกสมาธิแก่ประชาชนในชุมชน เช่น เยาวชนในโรงเรียน

3.1.3 การบริโภคเพื่อสุขภาพ การบริโภคผักพื้นบ้านและอาหารปลอดสารพิษ ส่งเสริมโครงการผักสวนครัวรั้วกินได้ โครงการนมในเด็กเล็ก และโครงการอาหารกลางวันของนักเรียนในโรงเรียน

3.1.4 การจัดการให้มีแหล่งน้ำดื่ม น้ำใช้ ที่เพียงพอและสะอาด

3.1.5 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การรณรงค์ให้มีส้วมใช้ทั่วครัวเรือน การกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ การดูแลความสะอาดที่สาธารณะและสิ่งแวดล้อม

3.1.6 ส่งเสริมการออกกำลังกาย และจัดให้มีสถานที่สำหรับการออกกำลังกายในชุมชน เช่น ส่งเสริมการเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพของเยาวชน และการเดินแอโรบิค เป็นต้น

3.1.7 บริการดูแลสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การวางแผนครอบครัว การฝากครรภ์ การทำคลอด และการอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น

3.1.8 จัดให้มีศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก และเด็กวัยก่อนเรียน และผู้สูงอายุในชุมชน

3.2 การป้องกันโรค และการเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้แก่ประชาชน การให้คำปรึกษาแนะนำ โดยจัดให้มีมาตรการและบริการต่อไปนี้ เช่น

3.2.1 การควบคุมและป้องกันโรคส่วนบุคคล

3.2.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก

3.2.3 การค้นหาผู้ป่วยระยะแรก เช่น บริการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะทุพโภชนาการในเด็ก เป็นต้น

3.2.4 การเฝ้าระวัง การป้องกันการเกิดโรคระบาด เช่น โรคไข้เลือดออก อหิวาตกโรค เป็นต้น

3.2.5 การป้องกันการเกิดโรคและการเจ็บป่วยจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดมลพิษที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชน การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน และการขับขี่ ขวดยานพาหนะ การจัดการความเครียดจากการทำงาน และภาวะบีบคั้นทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

3.2.6 การบริการทันตกรรม

3.3 การรักษาโรค และการเจ็บป่วยขั้นพื้นฐาน สำหรับปัญหาสุขภาพฉุกเฉิน การเจ็บป่วยเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ตลอดจนการส่งต่อเพื่อรับบริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิเมื่อจำเป็น ตัวอย่างของการบริการ เช่น

3.3.1 การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษาการเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อนมาก ได้แก่ การทำแผล เย็บแผล โรคหัวใจ และท้องร่วง เป็นต้น

3.3.2 การรักษาปัญหาสุขภาพฉุกเฉิน และจัดการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อต้องการการบริการในระดับที่สูงขึ้น และรับผู้ป่วยกลับเมื่ออาการทุเลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

3.3.3 การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพตามศักยภาพสูงสุดที่สามารถพัฒนาได้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานะของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถพึ่งตนเองได้ที่บ้าน

3.3.4 การดูแลสุขภาพแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับการตอบสนองในระยะสุดท้ายของชีวิตตามความต้องการ ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ส่งเสริมให้มีการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่การดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างมีศักดิ์ศรีในบรรยากาศที่อบอุ่นของครอบครัว รวมทั้งให้บริการดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสียสมาชิกในครอบครัวด้วย

การบริการสุขภาพอาจจัดเป็นชุดกิจกรรม (benefit package) ที่ครอบคลุมความต้องการของชุมชน เพื่อสะดวกในด้านการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานการบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายการบริการ เช่น ชุดบริการส่งเสริมสุขภาพในเด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ชุดบริการสุขภาพผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคเอดส์ โรคทางจิต และชุดบริการสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น

สำหรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการในชุมชน นอกจากการจัดบริการเป็นชุดกิจกรรมแล้ว ยังควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ที่บ้านอย่างมีคุณภาพตามที่ควรจะเป็น ซึ่งเป็นกลวิธีที่สามารถลดค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ การบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะเน้นการดูแลที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการในชุมชนส่วนใหญ่ มีปัญหาเรื่องการเดินทางไปใช้บริการในสถานบริการ มีผลให้เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนทุกคน โดยประชาชนจ่ายแค่ 30 บาทต่อครั้งของการใช้บริการ เพราะบางครั้งค่าเดินทางไปรับบริการยังสถานบริการสุขภาพต้องจ่ายเงินมากกว่า นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (family care) การบริการถึงบ้านนอกจากจะสนองเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมเสมอภาคกันแล้ว ยังสามารถประหยัดเงินจากการปล่อยให้ผู้ป่วยอาการรุนแรงขึ้นจากภาวะ

การเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนของโรค เป็นผลให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเนื่องจากความต้องการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น และจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ดังคำกล่าวของนพ. วิจิต วรรณเวชกุล ในโอกาสที่ได้รับเชิญให้เป็นวิทยากรในการระดมสมองของประชาคมทักษิณ

"การที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย 1 คน และต้องนอนในโรงพยาบาล ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก เพราะเท่ากับมีคนป่วยไม่สามารถทำมาหากินได้ตามปกติถึง 2 คน คือ คนหนึ่งเป็นคนป่วยที่นอนอยู่บนเตียง และอีกคนเป็นคนที่นั่งเฝ้าอยู่ข้างเตียง"

3 4 กิจกรรมส่งเสริมความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้พึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ตัวอย่างของกิจกรรมดังกล่าว ได้แก่

3 4 1 ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน กลุ่มเสี่ยง และผู้เจ็บป่วย ครอบครัวประเด็นต่อไปนี้เป็น

3 4 1 1 การดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ

3 4 1 2 อาหารสุขภาพและอาหารปลอดภัย

3 4 1 3 มลพิษและการป้องกัน

3 4 1 4 การเฝ้าระวัง และการควบคุมโรค

3 4 1 5 การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย

3 4 1 6 โทษของยาเสพติด และการหลีกเลี่ยงสารเสพติด

3 4 1 7 โรคและปัญหาการเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามสุขภาพของประชาชน เช่น โรคฉี่หนู โรคไข้เลือดออก เป็นต้น

3 4 2 กิจกรรมส่งเสริมให้ครอบครัวเข้มแข็ง สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเอื้ออาทร มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย

3 4 3 กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ประชาชน และแกนนำชุมชนมีการเรียนรู้กระบวนการกลุ่ม และการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ตลอดจนกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็ง สามารถพึ่งตนเองได้ มีการรวมกลุ่มกันในการจัดทำโครงการต่างๆ ด้านสุขภาพเพื่อสนองตอบความต้องการของชุมชนเอง โดยเน้นการใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่น การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ประชาชนรู้ และตระหนักถึงคุณค่าของแหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อจะได้ช่วยกันดูแลไม่ให้ถูกทำลายหรือการใช้ อย่างสิ้นเปลือง เช่น การส่งเสริมให้นักเรียน ประชาชนไปทัศนศึกษาป่า เพื่อให้มีโอกาสได้เรียนรู้คุณค่าของพืชพันธุ์ไม้และสมุนไพร และสามารถประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสม

4. การบริหารจัดการ และกลไก

การบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพต้องเป็นอิสระ มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บริการที่มีความหลากหลาย ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เป็นบริการเชิงรุก เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นการดูแลแบบองค์รวม เน้นการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่การดูแลสุขภาพ มีระบบการควบคุมและตรวจสอบคุณภาพ เพื่อให้บริการได้มาตรฐาน รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน มีความเสมอภาค ความเป็นธรรม มีความประหยัด โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ มีระบบเครือข่ายสหวิชาชีพ และมีกลไกที่ทำหน้าที่ประสานเครือข่ายเพื่อการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องไม่แยกส่วนของบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อจะได้ให้การสนับสนุนบุคลากรด้านสุขภาพ เวชภัณฑ์ เทคโนโลยี และวิชาการ และเพื่อให้การใช้สถานบริการสุขภาพเป็นไปตามศักยภาพที่มีอยู่ ไม่มีการข้ามขั้นตอนนี้ไปใช้บริการในระดับที่สูงขึ้นโดยไม่จำเป็น

4.1 การเงินและงบประมาณ

4.1.1 แหล่งที่มาของงบประมาณ

4.1.1.1 รัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งภาครัฐและเอกชนภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.1.1.2 การจัดเก็บภาษีส่วนท้องถิ่น

4.1.1.3 กองทุนด้านสุขภาพ รายได้จากชุมชนจัดหาเอง บริจาค ร่วมจ่ายค่าใช้บริการ และเงินสมทบด้านสุขภาพจากกองทุนต่างๆ ในชุมชน กองทุนสุขภาพอาจจะทำหน้าที่ซื้อบริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน หรือให้การสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพเฉพาะเรื่อง ทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมและความต้องการของแต่ละท้องถิ่น

4.1.2 รูปแบบการจัดสรรงบประมาณ

การจัดสรรเงินของภาครัฐเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ที่ครอบคลุมบริการทุกมิติ ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลแบบประคับประคอง ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยจ่ายไปยังสถานดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือองค์กรในพื้นที่ที่จัดสรรขึ้นมา เพื่อดำเนินการเกี่ยวกับระบบการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการสุขภาพ เช่น กองทุนสุขภาพชุมชน เป็นต้น ในกรณีที่จ่ายเงินไปยังกองทุนสุขภาพชุมชนตามรูปแบบที่เสนอโดยชุมชนภาคใต้ กองทุนสุขภาพชุมชนจะทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ ซึ่งเป็นการแยกผู้ซื้อบริการ (purchaser or payer) และผู้ให้บริการ (provider) ออกจากกันอย่างชัดเจน กองทุนสุขภาพชุมชนจะทำหน้าที่ซื้อบริการจากสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน ให้มีความหลากหลายครอบคลุมความต้องการของชุมชน

4.1.3 รูปแบบของการซื้อบริการสุขภาพ

การจ่ายค่าซื้อบริการสุขภาพมีหลากหลายวิธี เช่น การจ่ายต่อรายการ ต่อครั้ง ต่อหัว ต่อวันนอน เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมของระบบการจ่ายค่าซื้อบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ พบว่าไม่มีวิธีใดสมบูรณ์แบบและเป็นที่พอใจของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เช่น การที่สถานบริการสุขภาพเบิกค่าใช้บริการตามรายการที่ใช้จ่ายจริง เป็นวิธีการที่ให้อิสระทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ แต่มักนำไปสู่การใช้บริการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น หรือเอื้อให้สถานบริการคิดค่าบริการสูงกว่าความเป็นจริง หรือเพิ่มรายการการรักษายาบาลที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง (คณะทำงานนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) นำไปสู่การใช้จ่ายด้านประกันสุขภาพที่สูงลิ่ว ยกต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพ ส่วนการจ่ายค่าบริการเป็นรายหัว เป็นวิธีการที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ผลดี แต่อาจจะเกิดปัญหาผู้ให้บริการจำกัดการให้บริการ ไม่เป็นไปตามสภาพที่ควรจะเป็น รวมทั้งการพยายามจำกัดการส่งต่อเพื่อลดค่าใช้จ่ายของสถานบริการสุขภาพลง การใช้มาตรการเหมาจ่ายแบบรายหัว เป็นมาตรการที่มีจุดเด่นในเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่ต้องมีมาตรการเพิ่มเติมในการควบคุมคุณภาพของบริการ โดยองค์กรอิสระที่มีองค์ประกอบหลักคือ ผู้ใช้บริการสุขภาพ

สำหรับผู้ให้บริการ ชุมชนภาคใต้มีความเห็นว่า ผู้ใช้บริการสุขภาพควรมีส่วนร่วมจ่าย (co-payment) เพื่อสมทบเข้ากองทุนสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นมาตรการที่หลาย ๆ ประเทศใช้ เพื่อป้องกันการใช้บริการเกินความจำเป็น การร่วมจ่ายอาจจะจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ของค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการในแต่ละครั้ง หรือจ่ายครั้งละ 30 บาท ในการรับบริการรักษาโรคทุกโรคตามที่รัฐบาลประกาศให้อยู่ในกรณีผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาสในสังคม เช่น ผู้พิการ ควรได้รับการยกเว้นการร่วมจ่าย และให้อยู่ภายใต้กองทุนที่ดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม

4.2 กำลังคนในด้านสุขภาพ

กำลังคนทั้งในแง่ของสมรรถนะ และจำนวนบุคลากรที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะต้องทำงานเป็นทีมสหวิทยาการ (multidisciplinary team) ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพที่มาจากสถานบริการที่เป็นทางการ (formal sectors) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันตแพทย์ เภสัชกร และนักโภชนาการ เป็นต้น และบุคลากรสุขภาพที่มาจากสถานบริการที่ไม่เป็นทางการ (informal sectors) ได้แก่ อาสาสมัครด้านสุขภาพต่างๆ และแพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น โดยมีแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และแพทย์พื้นบ้านเป็นบุคลากรหลัก ส่วนบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น เภสัชกร ทันตแพทย์ และนักโภชนาการ ควรจัดให้มีตามความเหมาะสมและความพร้อมของแต่ละพื้นที่

ในส่วนของผู้ให้บริการสุขภาพที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นว่า พยาบาลควรเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของปริดา และคณะ (2543) ซึ่งรายงานว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64) เห็นว่าพยาบาลควรเป็นผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและรองลงมา (ร้อยละ 43) คือ พนักงานอนามัย และเมื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของบุคลากรสาธารณสุขที่จะไปเป็นผู้ให้บริการหลักในระดับปฐมภูมิทั้งในแง่ของจำนวนบุคลากรและสมรรถนะที่สามารถปฏิบัติงานได้ตามขอบเขตของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพร้อมและเหมาะสมในการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิมากที่สุด เนื่องจาก 1) ในด้านจำนวนบุคลากรสาธารณสุขในระดับวิชาชีพ ดังแสดงในตารางที่ 8 จะเห็นว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 56,366 คน หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร คือ 11,073 ซึ่งเป็นจำนวนที่สามารถรองรับบทบาทการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิตามนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพได้ และ 2) ด้านสมรรถนะของการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานแบบองค์รวม ครอบคลุมบริการทุกมิติทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตตามขอบเขตของการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาด้านแรงจูงใจของบุคลากรและต้นทุนในการจ้างบุคลากร ไปปฏิบัติงานในชุมชน พยาบาลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในชุมชนค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการปฏิบัติงานในชุมชนมีความเป็นอิสระมากกว่า ไม่ต้องอยู่ในกำกับของแพทย์อย่างการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ต้นทุนค่าแรงของการใช้บริการพยาบาลวิชาชีพต่ำกว่าแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์เวชปฏิบัติ

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนบุคลากรทางสาธารณสุข และสัดส่วนต่อประชากรในประเทศไทย (Thailand Ministry of Public Health 1997-1998)

ประเภทบุคลากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร
แพทย์	22,730	1 3,136
ทันตแพทย์	6,278	1 9,741
เภสัชกร	13,326	1 4,588
พยาบาลวิชาชีพ	56,366	1.1,073

จากผลการทบทวนงานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าประเทศต่าง ๆ มีพยาบาลปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ใช้พยาบาลเวชปฏิบัติ เนื่องจากขาดแคลนแพทย์ในชุมชน และผลการวิจัยพบว่าประชาชนมีความพึงพอใจในการใช้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ เนื่องจากสามารถสนองตอบความต้องการการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิได้ และพยาบาลเวชปฏิบัติ

สามารถให้เวลากับผู้รับบริการได้มากกว่า (ปรีดา และคณะ, 2543) สำหรับประเทศสวีเดน ประชาชนจะรับบริการระดับปฐมภูมิจากพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนพบแพทย์ทั่วไป (general practitioner) และ แพทย์ประจำครอบครัว (family doctor) เป็นต้น

จากผลการตอบรับที่ดีต่อบริการของพยาบาลในต่างประเทศดังกล่าว กอปรกับความพร้อมในแง่ของจำนวนและสมรรถนะของบุคลากรที่จะลงไปปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ รวมทั้งแรงจูงใจและต้นทุนในการจ้างบุคลากรไปปฏิบัติงานในชุมชน สนับสนุนข้อเสนอที่ว่าพยาบาลน่าจะเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

สำหรับระบบพัฒนากำลังคนพบว่า จำเป็นต้องจัดให้มีระบบการพัฒนาและศึกษาต่อเนื่องสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทั้งที่กำลังปฏิบัติงานอยู่และที่จะมาปฏิบัติงานในอนาคต โดยมีกลไกที่เปิดโอกาสให้เครือข่ายสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนด้านวิชาการแก่ผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้ยังมีระบบการควบคุมและตรวจสอบเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน

สำหรับการเตรียมพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อรองรับการขยายบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิตามทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ สามารถดำเนินการโดยพัฒนาพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่มีอยู่ในระบบบริการสุขภาพให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เข้าใจชุมชน และการทำงานร่วมกับประชาชน และเครือข่ายสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับในระยะยาวต้องมีการปฏิรูปหรือปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ให้เป็นหลักสูตรที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based nursing curriculum) โดยเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย

4.3 เครือข่ายสหวิชาชีพ

เป็นเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพในระดับเดียวกัน (ระดับปฐมภูมิ) กับสถานบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นไป ได้แก่ สถานบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นเครือข่ายของสถานบริการทั้งภาครัฐ (สถานีอนามัย คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์) ภาคเอกชน (โรงพยาบาลเอกชน คลินิกแพทย์ คลินิกพยาบาล วิชาชีพอิสระ คลินิกทันตกรรม ร้านขายยา) และองค์กรอิสระ (ศูนย์สุขภาพระดับต้น และ NGO) และอื่นๆ (คลินิกแพทย์แผนไทย) เป็นเครือข่ายที่ให้ความสนับสนุนซึ่งกันและกันด้านวิชาการ เทคโนโลยี และบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งการส่งต่อระหว่างเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และเหมาะสมต่อไป กลไกการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการสุขภาพในเครือข่าย จำเป็นต้องสร้างระบบการเชื่อมโยงให้ชัดเจน สำหรับการเชื่อมโยงกับสถานบริการในระดับที่สูงขึ้นไปอาจกระทำโดยการทำอนุสัญญา (subcontract)

สำหรับระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ดีจะช่วยให้การจัดสรรและใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการให้บริการในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน อังกฤษ และเยอรมัน มีข้อกำหนดให้ผู้ให้บริการต้องพบแพทย์เวชปฏิบัติก่อน จึงจะให้บริการแพทย์เฉพาะด้านและโรงพยาบาลได้ ในขณะที่บางประเทศ เช่น ไต้หวัน และสิงคโปร์ ประชาชนสามารถใช้บริการในระดับสูงขึ้นไปได้โดยไม่ต้องผ่านระบบการส่งต่อแต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้วยตนเอง (เสาวคนธ์, 2544, ปรีดา และคณะ, 2543) ส่วนบางประเทศ เช่น มาเลเซียและไทย (ในส่วนของประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ) สามารถเลือกใช้บริการอย่างอิสระโดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง การกำหนดให้สถานบริการระดับปฐมภูมิทำหน้าที่เป็น gate keeper เป็นมาตรการที่ช่วยให้การใช้บริการสุขภาพเหมาะสมกับศักยภาพของการบริการสุขภาพในแต่ละระดับ ลดการแออัดของการใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล และช่วยให้การรักษามีความต่อเนื่อง มีข้อมูลของการรับบริการที่ครบถ้วน และที่สำคัญช่วยให้สะดวกในการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพในระดับต่างๆ และควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามการกำหนดใช้ระบบ gate keeper ดังกล่าว จะต้องพัฒนาการให้บริการในระดับปฐมภูมิให้มีคุณภาพก่อน มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับสถานะการเจ็บป่วย รวดเร็ว ทันต่อเวลา เป็นที่น่าเชื่อถือและศรัทธาของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ยังคำนึงถึงความหลากหลายของบริการที่เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการเลือกใช้บริการกับสถานบริการที่ใกล้บ้าน หรือใกล้ที่ทำงานได้โดยอิสระ

4.4 การควบคุมคุณภาพ

จัดให้มีกลไกควบคุม และตรวจสอบคุณภาพของบริการสุขภาพโดย

4 4 1 จัดให้มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยให้สถานบริการสุขภาพสมัครเข้ามาอยู่ในเครือข่ายเพื่อให้บริการแก่ประชาชน ซึ่งจะช่วยให้กองทุนหลักประกันสุขภาพและองค์กรตรวจสอบสามารถดำเนินการควบคุม กำกับ และดูแลมาตรฐานของสถานบริการสุขภาพที่อยู่ในเครือข่ายได้ง่ายขึ้น

4 4 2 กำหนดมาตรฐานของสถานบริการสุขภาพ ให้ครอบคลุมประเด็นด้านสถานะความพร้อมด้านโครงสร้าง ทรัพยากร ชีตความสามารถในการรักษาพยาบาล ระบบและกระบวนการจัดการด้านคุณภาพภายในสถานบริการสุขภาพ (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) รวมทั้งกำหนดให้สถานบริการสุขภาพจัดทำมาตรฐานการบริการสุขภาพที่แสดงให้เห็นกระบวนการให้บริการอย่างชัดเจน เพื่อสะดวกต่อการติดตาม ประเมิน ควบคุม และกำกับบริการให้อยู่ในมาตรฐาน สำหรับระบบการตรวจสอบประกอบด้วย 2 ระบบคือ 1) ระบบการตรวจสอบภายใน โดยตัวแทนขององค์กรวิชาชีพนั้นๆ และ 2) ระบบการตรวจสอบภายนอก ซึ่งเป็นองค์กรพหุภาคี มีองค์ประกอบเป็นตัวแทนของรัฐ ผู้ให้บริการสุขภาพ องค์กร

บริหารส่วนท้องถิ่น องค์การสหวิชาชีพ องค์การหลักประกันสุขภาพ และประชาชนโดยจัดให้มีการตรวจเยี่ยมเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบสถานบริการสุขภาพที่อยู่ในเครือข่ายให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ จัดให้มีการสำรวจประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อสถานบริการนั้นๆ

4.5 สถานบริการ

ต้องเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ประหยัดค่าเดินทาง มีความเท่าเทียมและเสมอภาคกัน ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการใกล้บ้านอย่างอิสระไม่ยึดติดกับพื้นที่เขตการปกครอง มีบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามความต้องการของประชาชน ในชุมชนอย่างครบถ้วนเบ็ดเสร็จ (one stop service) เช่น บริการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล เบื้องต้น การดูแลเด็กเล็ก การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น มีบริการฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง และมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเมื่อต้องการการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น

สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอาจจัดโดย

- 1 ภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน และสถานบริการเฉพาะกลุ่ม เช่น ศูนย์ดูแลเด็กเล็ก ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น
- 2 ภาคเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกแพทย์ คลินิกพยาบาลวิชาชีพอิสระ คลินิกทันตกรรม คลินิกแพทย์แผนไทย และร้านขายยา เป็นต้น
3. องค์การอิสระ และ NGO ต่าง ๆ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพระดับต้น เป็นต้น

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เป็นการนำเสนอบทสรุปและข้อเสนอเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้จากผลการวิจัย การทบทวนและวิเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะบทเรียนการปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศ เพื่อเสนอสาระบัญญัติในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นแม่บทของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต

1. บทสรุปจากการศึกษา

ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาคใต้ และการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้ให้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ เกษตรกร ทันตแพทย์ และผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น ครู อาจารย์เป็นต้น พอสรุปประเด็นสำคัญ ได้ดังนี้

1.1 สถานการณ์ด้านสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนภาคใต้

จากผลการศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษา พบว่าประชาชนมีปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของภาคใต้โดยรวม คือ ยังพบการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ ในขณะที่การเจ็บป่วยจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งโรคเรื้อรัง ก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และสัมพันธ์กับแนวโน้มสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ต้องการกลยุทธ์เชิงรุกในการแก้ปัญหา โดยอาศัยระบบดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน และชุมชนอย่างจริงจัง ประชาชนภาคใต้ได้สะท้อนความต้องการด้านสุขภาพซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ คือบุคคลสุขภาพดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมที่เกื้อกูล ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และบริการสุขภาพของรัฐที่เท่าเทียม เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ

1.2 สถานการณ์ด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและความต้องการด้านรูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่ศึกษา

จากผลการประชุมกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องคือ ประชาชน ผู้นำชุมชน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้ให้บริการสุขภาพ มีความคิดเห็นว่าระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันไม่สามารถตอบ

สนองต่อความต้องการของชุมชนได้ โดยเฉพาะบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในชนบทที่จัดโดยรัฐ เช่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนและสถานอนามัยจะมีความจำกัดในการให้บริการ บริการไม่ครอบคลุมความต้องการของชุมชน เนื่องจากอุปกรณ์การแพทย์ไม่เพียงพอ ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ นอกจากนี้สมรรถนะของผู้ให้บริการมีจำกัด ทำให้ประชาชนไม่เชื่อถือ และขาดความศรัทธาในบริการ มีการข้ามชั้นไปใช้บริการในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความแออัด และแย่งชิงบริการในโรงพยาบาลขึ้น ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ได้บริการใกล้บ้านที่เป็นที่พึงของประชาชนได้ ในที่ประชุมประชาคมทักษิณ มีความเห็นว่าควรจัดให้มี “ศูนย์สุขภาพระดับต้น” ให้ครอบคลุมทุกชุมชนโดยพิจารณาตามสัดส่วนของประชาชน ศูนย์ฯ นี้เป็นหน่วยงานอิสระบริหารงานโดยคณะกรรมการที่มีองค์ประกอบเป็นพหุภาคี ทำงานเป็นเครือข่ายกับสหวิชาชีพ มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในขั้นตอนต่าง ๆ ของการจัดบริการสุขภาพ รวมทั้งการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกิจการบริการสุขภาพ สำหรับแหล่งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์ฯ คือ กองทุนสุขภาพชุมชน

การจัดตั้งศูนย์สุขภาพระดับต้น อาจจัดให้อยู่ภายใต้โครงสร้างเดิม โดยปรับบริการของสถานอนามัย หรือภายใต้โครงสร้างใหม่ โดยสร้างสถานบริการใหม่ตามรูปแบบที่นำเสนอ

ขอบเขตของการให้บริการ ครอบคลุมบริการพื้นฐานในทุกมิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสภาพและการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ศูนย์ฯ จะให้ความสำคัญกับงานสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วย

ผู้ให้บริการ ประกอบด้วยสหวิชาชีพ คือ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และแพทย์แผนไทยเป็นบุคลากรหลัก ส่วนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและนักโภชนาการ จะหมุนเวียนมาให้บริการที่ศูนย์ฯ ตามความต้องการของชุมชน

1.3 ความคิดเห็นด้านโครงสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ แนวทางการบริหารจัดการ และบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติภารกิจในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การปฏิรูประบบสุขภาพ นอกจากการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิตามที่นำเสนอในข้อ 1 2 แล้ว จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง และการบริหารจัดการของระบบสุขภาพทั้งระบบที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับความต้องการตามบริบทของสังคม วัฒนธรรมและระบบสุขภาพในอนาคต และความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนี้คือ

1.3 1 โครงสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ เมืองค์ประกอบ ดังนี้

1.3 1.1 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้านมีความหลากหลายครอบคลุมความต้องการของประชาชน มีทั้งสถานบริการสุขภาพของรัฐ เอกชน องค์กรอิสระ รวมทั้ง NGO และอาสาสมัครด้านสุขภาพต่าง ๆ

1 3 1 2 เครือข่ายสหวิชาชีพ เป็นเครือข่ายการให้บริการสุขภาพในชุมชนทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรอิสระ NGO และอาสาสมัครสาธารณสุขต่าง ๆ เป็นเครือข่ายของการบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ มีกลไกการประสานเครือข่ายเพื่อสนับสนุนซึ่งกันและกันด้านวิชาการ เทคโนโลยี และบุคลากรด้านสุขภาพ และการส่งต่อเพื่อการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ตามความจำเป็น

1 3 1 3 เครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมการจัดทำโครงการ และกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยโดยคำนึงถึงแหล่งทรัพยากรและวัฒนธรรมของชุมชน

1 3 1 4 ระบบข้อมูลข่าวสารและการเตือนภัย เป็นระบบที่ทำหน้าที่กระจายข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การเฝ้าระวัง และการเตือนภัยในชุมชน

1 3 1 5 ระบบควบคุม และตรวจคุณภาพ เป็นระบบควบคุมคุณภาพของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วยองค์กรตรวจสอบภายใน และองค์กรตรวจสอบภายนอก

1 3.1.6 กองทุนสุขภาพชุมชน เป็นองค์กรอิสระ ที่มีองค์ประกอบเป็นพหุภาคี ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนการบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพระดับต้น และบริการสุขภาพอื่นๆ โดยเครือข่ายสหวิชาชีพ กองทุนสุขภาพจะทำหน้าที่รวบรวมเงินจากแหล่งต่าง ๆ และทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพที่มีอยู่หลากหลายในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน

1 3 2 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการะกิจในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

พยาบาลวิชาชีพที่ประชาชนภาคใต้ต้องการ ต้องมีบทบาทในการให้บริการที่หลากหลายและเบ็ดเสร็จในชุมชน โดยบริการที่ให้ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลระดับประคองในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1 3 2 1 การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย โดยการถ่ายทอดความรู้ และข้อมูลที่ทันสมัย และเป็นประโยชน์ต่อชุมชน เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การจัดการทรัพยากรเพื่อสุขภาพ การเฝ้าระวัง และการเตือนภัย การจัดตั้งเวดล้อมเพื่อสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ วัยก่อนเรียน วัยเรียน คนงานในโรงงาน กลุ่มแม่และเด็ก และผู้สูงอายุ

1 3 2 2 การตรวจวินิจฉัย การคัดกรอง การเฝ้าระวังสุขภาพชุมชน และการรักษาเบื้องต้นในระดับที่ไม่ซับซ้อน เช่น การทำแผล เย็บแผล ใช้หวัด อุดจระเข้ไม่รุนแรง โดยเป็นการดูแลแบบองค์รวม ใช้การบำบัดทางการพยาบาล และมีการส่งต่อเพื่อการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

1 3 2 3 การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว (long-term care) โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เป็นการดูแลที่บ้าน และการส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแล

1 3 2 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน โดยบทบาทของพยาบาลจะเน้นการเอื้ออำนวย และการเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน สามารถดูแลตนเอง พึ่งตนเอง ปรับเปลี่ยนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้ประชาชนเข้าใจและสามารถพิทักษ์สิทธิของตน ในฐานะประชาชนในชุมชน ผู้ป่วย ผู้บริโภค

1 3 2 5 การวิจัยชุมชน โดยเน้นการวิจัยร่วมกับชุมชน เสริมสร้างให้เกิดการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง และชุมชนสุขภาพในอนาคต ตลอดจนเพื่อการประเมินและตรวจสอบคุณภาพการบริการสุขภาพ

โดยสรุป ประชาชนในชุมชนภาคใต้ต้องการพยาบาลที่มีบทบาทเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ (care provider) ที่ครอบคลุมบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ เป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health educator) และเป็นผู้วิจัยสุขภาพร่วมกับชุมชน (health researcher)

2. ข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติภารกิจในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาวิจัย และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์และรวบรวมประเด็นที่สำคัญและจัดทำเป็นข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยนิยามของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และเป้าหมายของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้อ้างตามเอกสารประกอบการสัมมนาพยาบาลศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 3 เรื่องการพัฒนาการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบสุขภาพไทย (หน้า 31-41) ซึ่งได้ผ่านการสะท้อนคิดจากที่ประชุมประชาคมพยาบาล ระหว่างวันที่ 23-25 กรกฎาคม 2544 ที่กรุงเทพมหานคร ดังรายละเอียดต่อไปนี้คือ

2.1 ความหมายของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2 1 1 การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) หมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้กับประชาชนทุกคน ทุกครอบครัว อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องในทุกภาวะของสุขภาพ

ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น ๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ครอบครัวและชุมชนในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1.2 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care service system) หมายถึง ระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (bridging) ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ โดยเป็นบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการจัดบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยผู้ประกอบวิชาชีพ

2.2 เป้าหมาย

เป้าหมายการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ กระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชน

2.2.1 สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

2.2.2 ใช้ปัญญาในการกลั่นกรองปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตน ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม

2.2.3 สามารถประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และ

2.2.4 สามารถแสวงหาบริการที่จำเป็นเมื่อต้องใช้วิธีการรักษาในระดับที่ไม่สามารถกระทำได้โดยมีวัตถุประสงค์ของการจัดบริการดังนี้

2.2.4.1 ประชาชนในชุมชนได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ มีความเท่าเทียมกันและเหมาะสมกับการเจ็บป่วยและเพื่อสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพตามสิทธิภายใต้เงื่อนไขที่ชุมชนยอมรับได้

2.2.4.2 ประชาชนสามารถลดปัจจัยเสี่ยง ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ และควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพของตนเองและชุมชน

2.2.4.3 ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสู่การมีสุขภาพที่ดี อย่างเหมาะสมกับบริการทางสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่น

2.2.4.4 ประชาชน ครอบครัวและองค์กรท้องถิ่น ได้รับการเสริมพลังอำนาจ และมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาสุขภาพ และเป็นผู้จัดหาและควบคุมกำกับทำให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในชุมชน

2.3 ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

2 3 1 เป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่ายอย่างเท่าเทียมทั่วถึง และมีคุณภาพ

2 3 2 เป็นบริการที่จัดให้ประชาชนโดยมีการกำหนดพื้นที่ให้บริการชัดเจน

2 3 3 เป็นบริการที่เสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

2 3 4 เป็นบริการที่มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงาน/เครือข่ายเพื่อการจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วยในทุกมิติของปัญหา

2 3.5 เป็นบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลสุขภาพที่บ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลอย่างประคับประคอง อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม แก่คนทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัย ในทุกภาวะสุขภาพ

2 3 6 เป็นบริการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน เอกชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรรูปแบบอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินการหรือร่วมเป็นเจ้าของ

2 3 7 เป็นการให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล นักการสาธารณสุข แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เกษตรกรในร้านขายยา เป็นต้น ร่วมกับผู้ให้บริการการแพทย์ภูมิปัญญาไทย

2 4 แนวทางการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เพื่อให้เป็นไปตามลักษณะการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ การจัดบริการควรเป็นดังนี้

2 4 1 สถานบริการสุขภาพ เป็นสถานบริการที่ตั้งอยู่ในชุมชน ครอบคลุมพื้นที่ที่ชัดเจน มีอุปกรณ์ที่พอเพียง สามารถให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพฉุกเฉินได้ มีบริการฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง และเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพและอื่น ๆ แก่คนในชุมชน

2 4 2 ขอบเขตของการให้บริการและกิจกรรมของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2 4 2 1 การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคหรือการเจ็บป่วย เช่น การดูแลสุขภาพตนเอง และการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มต่าง ๆ เป็นต้น

2 4 2 2 การเฝ้าระวัง การควบคุมและการป้องกันโรค ความเจ็บป่วย ความรุนแรง (violence) และสารพิษ เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพ เป็นต้น

2 4 2 3 การรักษาโรคและการเจ็บป่วยเบื้องต้น การเจ็บป่วยเรื้อรัง อุบัติเหตุฉุกเฉิน และการส่งต่อเมื่อเกินความสามารถ

2 4 2 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน

2 4 2 5 การเสริมสร้างความเข้มแข็ง ให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

2 4 3 ประเภทผู้ให้บริการ ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้และทักษะตามขอบเขตของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2 4 4 สมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรเป็นดังนี้

ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ควรมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และเจตคติ 14 ประการ ต่อไปนี้

2 4 4 1 การดูแลสุขภาพบุคคล ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุคคล สุขภาพของบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น พันธุกรรม พฤติกรรม ความเชื่อ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง กฎหมาย การศึกษา สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ศาสนา เทคโนโลยี และระบบบริการสุขภาพ

2 4 4 2 ส่งเสริมสุขภาพบุคคลทุกวัยอย่างเป็นองค์รวมในทุกภาวะสุขภาพ สามารถประเมินภาวะสุขภาพบุคคล ส่งเสริม สนับสนุนพลังอำนาจและศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง

2 4 4 3 ป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ แก่บุคคลทุกวัยในทุกภาวะสุขภาพ สามารถสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง การหลีกเลี่ยงแหล่งแพร่เชื้อโรค การจัดการสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงสารเสพติด นิโคตินป้องกันโรค คัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก สนับสนุนและจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันปัญหาสุขภาพต่างๆ

2 4 4 4 ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. สามารถดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีปัญหาติดสารเสพติด และผู้พิการที่บ้าน สนับสนุนและหาแหล่งประโยชน์ สำหรับผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด ผู้มีสุขภาพจิต และผู้เจ็บป่วยเรื้อรังในด้านการฟื้นฟูสภาพและลดภาวะแทรกซ้อน ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

2 4 4 5 คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาโรคเบื้องต้น สามารถคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาโรคเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ในภาวะเจ็บป่วยเบื้องต้นและฉุกเฉิน และส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสม ประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีความผิดปกติ ตรวจวินิจฉัย ให้การรักษาโรคเบื้องต้น ดูแลเพื่อบรรเทาอาการ และส่งต่อในกรณีจำเป็น

2 4 4 6 ปฏิบัติการผดุงครรภ์ สามารถให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดแก่คู่สมรสก่อนมีบุตร ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เตรียมมารดาและ บิดาเพื่อการคลอด ทำคลอดปกติ ดูแลบิดามารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด

2 4 4 7 ดูแลสุขภาพครอบครัว สามารถประเมินครอบครัว สนับสนุนส่งเสริมศักยภาพ ครอบครัว ดูแลครอบครัว สอนให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือครอบครัวเพื่อให้ครอบครัว มีสุขภาพดี

2 4 4 8 ดูแลสุขภาพชุมชน สามารถประเมินความต้องการทางสุขภาพของชุมชน เฝ้า ระวัง ควบคุม และป้องกันการระบาดของโรคและปัญหาในชุมชน จัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะ การบำบัดน้ำเสีย การควบคุมมลภาวะ สารพิษ เป็นต้น สนับสนุน ส่งเสริมศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพชุมชน เช่น การจัดทำโครงการสุขภาพร่วมกับชุมชน สอน ให้คำแนะนำ ให้คำ ปรึกษา และช่วยเหลือชุมชน เพื่อให้มีสุขภาพดี ส่งต่อผู้ให้บริการ ไปรับความช่วยเหลือ หรือการรักษา ที่เหมาะสม ติดตามผลการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ให้บริการกลับพื้นที่

2 4 4 9 รู้และเข้าใจบริบทของผู้รับบริการ ตระหนักในความสำคัญของความเชื่อ ค่านิยม ภูมิปัญญาท้องถิ่น วิถีชีวิต และแนวทางการดูแลสุขภาพของบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมและ ท้องถิ่น

2 4 4 10 รู้คิดอย่างมีวิจารณญาณ วิเคราะห์และตัดสินใจโดยใช้ข้อมูล ความรู้ และจริยธรรม และการนำความรู้สู่การปฏิบัติ

2 4 4 11 มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการฟัง พูด เขียน และการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศเพื่อการสืบค้น บันทึก และจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ให้บริการ

2 4 4 12 ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน กฎหมายวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และปฏิบัติ งานอย่างมีจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนและสิทธิผู้ป่วย

2 4 4 13 ปฏิบัติงานโดยใช้ข้อมูล (evidence-based practice) โดยการวิจัย และนำผล การวิจัยมาใช้มาใช้ในการปฏิบัติงาน

2 4 4 14 สามารถบริหารจัดการการให้บริการและหน่วยที่ให้บริการ ผู้ให้บริการปฐมภูมิ ต้องมีภาวะผู้นำ มีมนุษยสัมพันธ์ ทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ ประสานและสร้างความร่วมมือ กับประชาชน ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และหน่วยงาน ทำแผนและ โครงการติดตามงาน และประเมินผล จัดการทรัพยากรบุคคล งบประมาณ สิ่งสนับสนุน และข้อมูล

2.5 เงื่อนไขในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2 5 1 รัฐต้องกำหนดกรอบ และขอบเขตของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้ชัดเจน และมีกลไกระดับชาติที่ทำหน้าที่กำหนดเงื่อนไขและการบริหารจัดการที่ครอบคลุมระบบประกันสุขภาพ ระบบการเงิน การกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ การจัดกำลังคนและการพัฒนาบุคลากร การควบคุมและตรวจสอบคุณภาพของบริการสุขภาพ

2 5 2 จำนวนของผู้ให้บริการระดับวิชาชีพมีเพียงพอที่สามารถปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ตามขอบเขตของการบริการสุขภาพที่ได้กำหนดไว้

2 5.3 ต้องมีกฎหมายรับรองการปฏิบัติงาน

2.6 ข้อเสนอ

2 6 1 รัฐต้องมีนโยบายและมาตรการทางการเงิน การจัดสรรทรัพยากรและมาตรการด้านกฎหมายเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

2 6 1 1 มาตรการการจัดสรรงบประมาณ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจ่ายตรงไปยังเครือข่ายสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือกองทุนสุขภาพชุมชนที่มีความพร้อมเพื่อทำหน้าที่ซื้อและควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพ

2 6 1 2 มาตรการผลิตและพัฒนากำลังคน รัฐควรมีมาตรการที่ชัดเจนในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพที่มีจำนวนเพียงพอ และความสามารถในการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ตลอดจนมาตรการการพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่ในระบบให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามขอบเขตของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2 6 1 3 มาตรการด้านกฎหมาย ให้มีสาระบัญญัติเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างชัดเจน

2 6 2 สภากาชาด

2 6 2 1 กำหนดขอบเขตบทบาทและสมรรถนะของสภากาชาดวิชาชีพทุกระดับ (ตรี โท และเอก) ในการปฏิบัติภารกิจในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างชัดเจน

2 6 2 2 จัดให้มีผู้สมัครรับการปฏิรูปพยาบาลเฉพาะทาง และการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูงสำหรับพยาบาลที่ผ่านหลักสูตรที่จัดไว้เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ

2 6 2 3 จัดทำโครงสร้างหลักสูตรและแนวทางการจัดหลักสูตรทั้งระดับปริญญาตรี และหลังปริญญาตรี เพื่อผลิตพยาบาลในระดับต่าง ๆ ให้สามารถปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ

2624 เร่งให้สถาบันการศึกษาพยาบาลปฏิรูปหลักสูตรและการจัดการศึกษา เพื่อให้สามารถผลิตบัณฑิตที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิได้

2625 จัดการให้มีข้อบัญญัติ และระเบียบข้อบังคับรองรับการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการตามขอบเขตที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะบทบาทการรักษาพยาบาลเบื้องต้น จะต้องมีกฎหมายบัญญัติไว้อย่างชัดเจน

2626 จัดทำมาตรฐานและแนวทางการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

26.27 จัดให้มีมาตรการควบคุม ตรวจสอบ และประเมินคุณภาพของการให้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

2628 เร่งสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในวิชาชีพ

263 สถาบันการศึกษาต้องผลิตพยาบาลให้มีทักษะในการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิได้ สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพในอนาคต โดยจัดให้มีทั้งแผนระยะสั้น และระยะยาวดังนี้ คือ

2631 แผนระยะสั้น จัดทำหลักสูตรระยะสั้น (3 หรือ 6 เดือน) เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ หรือพยาบาลที่จบใหม่จากหลักสูตรเก่าที่เน้นการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ให้มีความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับบทบาทใหม่ในชุมชน เพื่อจะได้ปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน

2632 แผนระยะยาว จัดทำหลักสูตรระดับปริญญาตรีและโท เพื่อผลิตพยาบาลที่เป็นมืออาชีพที่มีความสามารถทั้งด้านบริการและบริหาร เป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะโดยเฉพาะด้านการพยาบาลครอบครัวและชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานเชิงรุกในระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเป็นผู้นำในการจัดระบบบริการสุขภาพในชุมชน

1) หลักสูตรปริญญาตรี ควรปรับหลักสูตรให้มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในชุมชนตลอดจนการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามพระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาล จัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เรียนรู้และเข้าใจสภาพและวิถีชีวิตของคนในชุมชน เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับประชาชน และทำงานเป็นทีมร่วมกับเครือข่ายสหวิชาชีพ ด้านสุขภาพและองค์กรต่างๆ ในชุมชน

2) หลักสูตรปริญญาโท เป็นหลักสูตรการพยาบาลขั้นสูง ด้านการพยาบาลครอบครัวและชุมชน ที่มีความรู้ ความสามารถด้านการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในบทบาทด้านการรักษาตามพระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาลขั้นสูง สามารถเป็นผู้นำในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ

ในชุมชน และมีความสามารถใช้ผลงานวิจัยมาพัฒนาการปฏิบัติพยาบาล และทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชุมชน

2 6 4 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและชุมชน มีมาตรการที่ส่งเสริมการพึ่งตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนและมาตรการอื่น ๆ ซึ่งครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้

2 6 4 1 มาตรการส่งเสริมการพึ่งตนเองของบุคคล โดย

1) ปรับกระบวนทัศน์ของการมองสุขภาพใหม่ โดยคิดว่าสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะรักษาและคงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเอง ไม่มองว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเท่านั้น ปึงเจกบุคคลควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าการแก้ปัญหาเยียวยาเมื่อเกิดความเจ็บป่วยแล้ว

2) ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองทั้งในยาม สุขภาพดี และเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ

3) พัฒนาทักษะกระบวนการคิด และกระบวนการแก้ปัญหาของประชาชน

4) ชุมชนจัดให้มีมาตรการกระตุ้น และเสริมแรงให้ประชาชนสนใจการดูแลสุขภาพ ของตนเอง โดยอาจพิจารณาให้โบนัสกับประชาชนที่ดูแลสุขภาพตนเองดี ไม่เคยเจ็บป่วย และไม่เคย ใช้สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนสุขภาพ

2 6 4 2 มาตรการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้มแข็ง เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่เล็กที่สุด ของสังคมที่เป็นพื้นฐานที่สำคัญของปัจเจกบุคคลที่มีคุณภาพในสังคม การส่งเสริมให้มีครอบครัว อบอุ่น สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน จะเป็นภูมิคุ้มกันโรคที่ สำคัญแก่สมาชิกในครอบครัว นอกจากนั้นครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลสมาชิก ในครอบครัวที่เจ็บป่วยอีกด้วย ชุมชนควรมีมาตรการการปลูกฝังให้สมาชิกในครอบครัวมีจิตสำนึกใน การดูแลกันเองเมื่อเจ็บป่วย เพื่อลดการใช้บริการสุขภาพโดยการยกย่องผู้ที่ทำบทบาทนี้ได้ดีต่อ สาธารณะ การจัดการบริการสุขภาพถึงบ้านเพื่อลดความรู้สึกละทิ้งเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และมาตรการเสริมสร้างอื่นๆ ตามความเหมาะสมของสังคม

2 6 4 3 มาตรการส่งเสริมชุมชนเข้มแข็ง โดยมุ่งเน้นให้ชุมชนสามารถประเมินสภาพ ปัญหาและความต้องการของชุมชนเอง การจัดและดำเนินโครงการด้านสุขภาพ ตลอดจนการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้วยชุมชนเองโดย

1) ส่งเสริมให้ประชาชน และแกนนำชุมชน มีการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม และการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม มีการรวมกลุ่มของประชาชนเพื่อดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ประชาคมสุขภาพ กองทุนสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือกันเองด้านสุขภาพ (self-help)

2) ส่งเสริมให้ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชน มีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดบริการด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าใจสิทธิและบทบาทของตนเองรวมทั้งบทบาทของกรรมการชุดต่าง ๆ ในชุมชน

3) ค้นหาผู้นำชุมชนที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกลด้านสุขภาพ (ซึ่งอาจไม่ใช่ผู้นำอย่างเป็นทางการ) และพัฒนาให้เป็นแกนนำในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกันต้องสร้างผู้นำชุมชนให้มีความเข้มแข็ง มีความคิดริเริ่ม ซื่อสัตย์ และเป็นที่เชื่อถือของประชาชน

4) ส่งเสริมและกระตุ้นให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่และบทบาทด้านสุขภาพ ตามที่คาดหวังไว้ โดยอาจจัดให้มีพี่เลี้ยงซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพคอยให้คำแนะนำในการจัดกิจกรรมและโครงการต่างๆ ด้านสุขภาพในชุมชน หรือการจัดให้ไปเยี่ยมชมงานด้านบริการของชุมชนที่ประสบความสำเร็จ

2 6 4 4 ปรับระบบบริการ โครงสร้างการบริหารงาน และพัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพ

1) ให้สถานบริการสุขภาพทุกระดับ ทั้งในแนวนอนและแนวตั้ง เป็นเครือข่ายกัน เพื่อให้ความสนับสนุนซึ่งกันและกันทั้งทางด้านวิชาการ และทรัพยากรด้านสุขภาพ เช่น การหมุนเวียนบุคลากรด้านสุขภาพมาให้บริการในศูนย์สุขภาพระดับต้นเป็นครั้งคราวตามความต้องการของประชาชน

2) กำหนดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชน โดยอยู่ประจำที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น ศูนย์สุขภาพระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสุขภาพระดับต้นอื่นๆ ตลอดจนมีการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบ กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง กำหนดสัดส่วน จำนวนพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เพื่อผสานความรู้และทักษะ (skill-mixed team)

3) มีการจัดระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว (long-term care) หรือต้องการพึ่งพาเทคโนโลยีในการรักษาพยาบาล ปรับปรุงระบบการส่งต่อผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพเพื่อความต่อเนื่องของบริการ มีระบบฐานข้อมูลทางการแพทย์ มีการจัดระบบประกันคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดต้นทุนในการจัดบริการ มีหน่วยวิจัยและเครือข่ายการวิจัยทางการแพทย์ โดยเน้นการทำวิจัยร่วมกับชุมชน

4) ควรมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างผู้ปฏิบัติงานในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข พระสงฆ์ ใต้ะอิหม่าม เพื่อให้ข้อคิดเห็นและให้การสนับสนุนการทำงานของกันและกันในชุมชน

บรรณานุกรม

กองบรรณาธิการ (2544) 30 นาทักษะทุกโรคกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. วารสารหมอ
อนามัย, 10 (6), 31-34

เกษม วัฒนชัย (2543) ทำไมต้องปฏิรูประบบสุขภาพ: จากจุดเริ่มต้นจนถึงวันนี้ สรุปการ
สัมมนาระดับชาติ เรื่องระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพและสถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ที่ประชุมคณบดีและหัวหน้าสถาบันการศึกษา สาขา
การพยาบาลศาสตร์ของรัฐในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และสภาการพยาบาล (2544) เอกสารประกอบ
การสัมมนาพยาบาลศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 3: การพัฒนาการจัดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
เพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย กรุงเทพมหานคร ศักดิ์โสภารการพิมพ์

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
(2544). ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข (2544) "อะไรเป็นอะไร? ในกระแสการเปลี่ยนแปลง"
เอกสารประชาสัมพันธ์ของโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข

จร วิราไทย (2542) รายงานการศึกษาประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษา
ประเทศออสเตรเลีย รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ทัศน บุญทอง (2543) ทิศทางการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบ
บริการสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร สภาการพยาบาล

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ (2543) การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ รายงาน
งานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นัยนา หนูนิล (2544) "ข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ มุมมองประชาคมทักษิณ" ระบบ
สุขภาพที่คนไทยต้องการ ข้อเสนอจากภาคใต้ตอนบน นครศรีธรรมราช มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

บัญชา พงษ์พานิช (2543) ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ: ข้อเสนอจากภาคใต้ตอนบน.
นครศรีธรรมราช เค เอส เอ็ม พรินต์

ประคิน สุจฉายา, วารุณี ฟองแก้ว, สุกัญญา ปริสัณญกุล, พูนทรัพย์ โสภารัตน์, ยุวรงค์
จันทร์วิจิตร, ประพิมพ์ พุทธรัญกุล, จุฑามาศ เถลิงพล และวันชัย มั่งคั่ง (2543) การวิเคราะห์
สถานการณ์และปัญหาในระบบบริการสุขภาพและวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพไทย: มุมมองของพยาบาล.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประเวศ วะสี (2543) จินตนาการใหม่เกี่ยวกับสุขภาพ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้, 14 (3), 5-7

ปรีดา เต๋ออารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปะละ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โมพี และสุรศักดิ์ อรัณมานนท์ (2543) ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพระดับต้นของไทยในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน (ร่าง) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ รายงานวิจัยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ขงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2542) ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง

ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, ถนอมศรี อินทนนท์, สมชาย วงศ์เจริญยง, และอภิรดี แซ่ลิ่ม (2543) สถานะสุขภาพของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่นที่จังหวัดระนอง. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิจิต เงานิก (2543) การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศไต้หวัน รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สมศักดิ์ ธรรมธิตวัฒน์ (2543) การทบทวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถิตินาสาธารณสุข (2543) <http://www.moph.go.th/ops/bhapp/pla3.html> (computer program) สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา และประภาพรณ คำคม (2539) ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย: สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา กรุงเทพมหานคร บริษัทดีไซร์

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2543) การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศสิงคโปร์ รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2543) การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2543) การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพมหานคร อุกาการพิมพ์

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2544) “ร่าง” กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร บริษัทดีไซร์

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ (2544) ระบบหลักประกันสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. (พิมพ์ครั้งที่ 1) รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาทร รื้อไพบูลย์ (2543) การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Thailand Ministry of Public Health (1997-1998) **Thailand Health Profile 1997-1998**
Bangkok, Thailand Author

Yamane, Taro (1967) **Statistics: An introductory analysis**. New York Harper & Row

ภาคผนวก

From A

ข้อมูลทั่วไปของชุมชน
(สัมภาษณ์ผู้นำชุมชนเพียง 1 คนหรือรวมกันตอบก็ได้)

ชื่อผู้ให้ข้อมูล

วันที่ให้ข้อมูล

ID

1 ชื่อชุมชน

2 ชุมชนนี้บริหารโดยคณะกรรมการชุมชนหรือไม่ (1) ใช่ (2) ไม่ใช่

ประธานชุมชน คือ

คณะกรรมการชุมชนประกอบด้วย ใครบ้าง

1

2

3

4

5

6

3 สภาพเศรษฐกิจของชุมชนเป็นอย่างไร

3 1 สภาพเศรษฐกิจ

(1) ดี เพราะ

(2) ปานกลาง เพราะ

(3) ไม่ดี เพราะ

3 2 ผลผลิตหลักของชุมชน

(1) มี เพราะ

(2) ไม่มี เพราะ

3 3 การกระจายรายได้ของชุมชน

(1) มี เพราะ

(2) ไม่มี เพราะ

☐ A1☐ A2☐ A3☐ A4

- | | |
|--|-----------------------------|
| 4 การรวมกลุ่มทางสังคมของชุมชน (ในทุกเรื่องเกี่ยวกับชีวิต). | ☐ A5 |
| (1) ไม่มี เพราะ | |
| (2) มี เพราะ | |
| 5 กฎระเบียบของชุมชน (ที่ตกลงร่วมกันของคนในชุมชน) | ☐ A6 |
| (1) ไม่มี เพราะ | |
| (2) มี เพราะ | |
| 6 การระดมความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน | ☐ A7 |
| (1) มีวิธีการ | |
| (2) ไม่มี เพราะ | |
| 7 สนับสนุนหรือการให้ความช่วยเหลือของชุมชน | ☐ A8 |
| (1) มีวิธีการ | |
| (2) ไม่มี เพราะ | |
| 8 กฎระเบียบของชุมชน (ที่ตกลงร่วมกันของคนในชุมชน) | ☐ A9 |
| (1) สะดวก เพราะ | |
| (2) ไม่สะดวก เพราะ | |

From B

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและบริการสุขภาพในชุมชน
(สัมภาษณ์ผู้นำชุมชนแต่ละคน ได้แก่ สมาชิก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน
พยาบาล และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ)

ชื่อผู้ให้ข้อมูล

วันที่ให้ข้อมูล .

ตำแหน่ง

- (1) สมาชิก อบต. (2) กำนัน (3) ผู้ใหญ่บ้าน (4) กรรมการหมู่บ้าน
 (5) พยาบาล (6) เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ

☐ B1

1 ประชาชนในชุมชนนี้มีภาวะสุขภาพโดยรวมเป็นอย่างไร

- (1) ดี (2) ไม่ดี

☐ B2

2 มีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง จำนวน ปัญหา

☐ B3

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

3 ท่านต้องการให้มีสถานบริการสุขภาพในชุมชนของท่านหรือไม่

☐ B4

- (1) ต้องการ (2) ไม่ต้องการ

4 ถ้าหากท่านต้องการให้มีสถานบริการสุขภาพในชุมชนของท่าน ท่านคิดว่า
 ควรบริการโดยใครบ้าง

() พยาบาล จำนวน คน () อยู่ประจำ () มา วัน/สัปดาห์

☐ ☐ ☐ ☐

B5 B6 B7 B8

() เจ้าหน้าที่อนามัย จำนวน คน () อยู่ประจำ () มา วัน/สัปดาห์

☐ ☐ ☐ ☐

B9 B10 B11 B12

() เกสัชกร	จำนวน	คน ()	อยู่ประจำ ()	มา	วัน/สัปดาห์	☐ ☐ ☐ ☐
						B13 B14 B15 B16
() ทันตแพทย์	จำนวน	คน ()	อยู่ประจำ ()	มา	วัน/สัปดาห์	☐ ☐ ☐ ☐
						B17 B18 B19 B20
() แพทย์	จำนวน	คน ()	อยู่ประจำ ()	มา	วัน/สัปดาห์	☐ ☐ ☐ ☐
						B21 B22 B23 B24
() อื่นๆ โปรดระบุ	จำนวน	คน ()	อยู่ประจำ ()	มา	วัน/สัปดาห์	☐ ☐ ☐ ☐
						B25 B26 B27 B28
5 ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนควรจะมาจากแหล่งใด						☐ B29
(1) ประชาชนจ่ายเอง						
(2) งบประมาณแผ่นดิน						
(3) รายได้ของอบต						
(4) งบประมาณของอบต						
(5) อื่นๆ โปรดระบุ						
6 ท่านคิดว่า พยาบาลควรมีบทบาทอย่างไรในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนนี้						☐ B30
7 บริการด้านการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนนี้หรือให้แก่คนในชุมชนนี้มีอะไรบ้าง						☐ B31
8 บริการเหล่านี้ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพตามปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนหรือไม่						☐ B32

- | | |
|--|-------|
| 9 หากบริการไม่ครอบคลุม ควรเพิ่มอะไรบ้างที่คิดว่าจำเป็น สะดวก เหมาะสม และ
ไม่แพงจนเกินไป | ☐ B33 |
| 10 สภาพแวดล้อมด้านกายภาพในชุมชนทั้งหมดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในชุมชน
มีอะไรบ้าง | ☐ B34 |
| 11 รูปแบบศูนย์บริการสุขภาพชุมชนควรเป็นอย่างไร และรูปแบบการบริหารควรเป็น
ลักษณะใด | ☐ B35 |

From C

แบบสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน

ชื่อผู้สัมภาษณ์	วันที่สัมภาษณ์	เวลา	ถึง	น	ID□□□
สถานที่ บ้านเลขที่	หมู่ที่	สถานที่ใกล้เคียง			Amp□□
ตำบล	อำเภอ.	จังหวัด			Prov□
ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์					

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1 เพศ	(1) ชาย	(2) หญิง	sex□
2 อายุ	ปี		age□□
3 บทบาทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	(1) ดูแลสุขภาพของสมาชิก	(2) ดัดสินใจการรับบริการ	Role□
	(3) อื่นๆ ระบุ		
4 ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว	(1) หัวหน้าครอบครัว	(2) ลามี/ภรรยา	sta□
	(3) บุตร		
	(4) ปู่ย่าตายาย	(5) ญาติ	
	(6) อื่นๆ ระบุ		
5 อาชีพ	(1) รับราชการ	(2) ค้าขาย	occ□
	(3) เกษตร		
	(4) ประมง	(5) พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม	
	(6) อื่นๆ ระบุ		
6 ระดับการศึกษาสูงสุด	(1) ประถมศึกษา	(2) มัธยมต้น	edu□
	(3) มัธยมปลาย/เทียบเท่า		
	(4) อนุปริญญา/เทียบเท่า	(5) ปริญญา/เทียบเท่า	
	(6) สูงกว่าปริญญาตรี		
7 อาศัยอยู่ในชุมชนนี้นานเท่าไร	ปี		dom□□

8 ตั้งใจจะย้ายออกจากชุมชนนี้หรือไม่

(1) ไม่ย้าย (2) ย้าย เมื่อไร อีก . เดือน

Mig ☐

Migtime ☐

time ☐

num ☐

rel ☐

9 ที่บ้านของท่านอาศัยอยู่ด้วยกันทั้งหมดกี่คน คน

10 สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีหรือไม่

(1) ดี (2) ปานกลาง (3) ไม่ดี

ส่วนที่ 2 สภาพแวดล้อม

1 ลักษณะบ้าน

1 1 (1) บ้านไม้ (2) บ้านตึก (3) อื่นๆ (สังกะสี, จาก) ระบุ

☐ H1

1 2 (1) บ้านชั้นเดียว (2) บ้านสองชั้น (3) มากกว่า 2 ชั้น

☐ H2

1 3 (1) บ้านเดี่ยว (2) ห้องแถว (3) ทาวน์เฮาส์ (4) คอนโด/แฟลต

☐ H3

1 4 (1) ของตนเอง (2) เช่า (3) อาศัยเขาอยู่

☐ H4

1 5 (1) ไม่ถาวร (2) ถาวร (3) ชั่วคราว

☐ H5

2 สภาพที่อยู่อาศัย

ลำดับ	สภาพ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	code
2 1	ความสะอาดของสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน					☐ E1
2 2	ความสะอาดของบ้าน					☐ E2
2 3	ความเป็นระเบียบในการจัดบ้าน					☐ E3
2 4	ที่รองรับขยะถูกหลักสุขาภิบาล					☐ E4
2 5	การเก็บรักษาอาหารถูกหลักสุขาภิบาล					☐ E5
2 6	ความสะอาดของน้ำดื่มแหล่งน้ำ (1) ประปา (2) น้ำฝน (3) น้ำบรรจุขวด (4) อื่นๆ					☐ E6
2 7	ความสะอาดของห้องน้ำห้องส้วม					☐ E7
2 8	การระบายน้ำทิ้งถูกหลักสุขาภิบาล					☐ E8

2 9	การควบคุมและกำจัดสัตว์และแมลง นำโรคถูกต้อง					☐ E9
2 10	การระบายอากาศสภาพที่ดี					☐ E10
2 11	แสงแดดส่องถึง					☐ E11
2 12	ห้องนอนแยกเป็นสัดส่วนได้เหมาะสม					☐ E12

3 ความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย

ลำดับ	สภาพความปลอดภัยของ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	code
3 1	การจัดวางสิ่งของ (ไม่กีดขวาง)					☐ S1
3 2	การจัดเก็บของมีคม					☐ S2
3 3	การจัดเก็บยารักษาโรค					☐ S3
3 4	การจัดเก็บสารมีพิษและสารเคมี					☐ S4
3 5	บันไดบ้านแข็งแรง					☐ S5
3 6	พื้นบ้าน					☐ S6
3 7	พื้นห้องน้ำห้องส้วม					☐ S7
3 8	สายไฟและอุปกรณ์ไฟฟ้า					☐ S8
3 9	ทางเดินรอบบ้าน					☐ S9

ส่วนที่ 3 ความต้องการบริการสุขภาพ

1 การดูแลสุขภาพในภาวะที่ไม่เจ็บป่วย

กิจกรรมบริการสุขภาพ	ความต้องการ		จากใคร				ที่ ไหน	code
	ต้องการ	ไม่ต้องการ	1	2	3	4		
1 ความรู้คำแนะนำและคำปรึกษาเพื่อ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในเรื่องต่อไปนี้								☐ ☐ ☐ K1 K2 K3
1 1 พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงตามวัย								
1 2 ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและส่งเสริม สุขภาพ								☐ ☐ ☐ K4 K5 K6
1 2 1 รับประทานอาหาร								☐ ☐ ☐ K7 K8 K9
1 2 2 ออกกำลังกาย								☐ ☐ ☐ K10K11K12
1 2 3 พักผ่อน								☐ ☐ ☐ K13K14K15
1 2 4 ผ่อนคลายความเครียด								☐ ☐ ☐ K16K17K18
1 2 5 หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง								☐ ☐ ☐ K19K20K21
(1) สุรา								☐ ☐ ☐ K22K23K24
(2) บุหรี่								☐ ☐ ☐ K25K26K27
(3) อุบัติเหตุ								☐ ☐ ☐ K28K29K30
(4) สัมผัสทางเพศ								☐ ☐ ☐ K31K32K33
1 2 6 สร้างทักษะในชีวิตเพื่อการอยู่ ร่วมกันอย่างมีความสุข								☐ ☐ ☐ K31K32K33
1 2 7 อื่นๆ ระบุ								☐ ☐ ☐ K31K32K33

กิจกรรมบริการสุขภาพ	ความต้องการ		จากใคร	ที่	code
	ต้องการ	ไม่ต้องการ	1 2 3 4	ไหน	
1 3 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					☐ ☐ ☐ K34K35K36
1 4 สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค					☐ ☐ ☐ K37K38K39
1 5 ป้องกันการเกิดโรค					☐ ☐ ☐ K40K41K42
1 6 เฝ้าระวังตรวจสุขภาพตนเอง					☐ ☐ ☐ K43K44K45
1 7 วางแผนครอบครัว					☐ ☐ ☐ K46K47K48
1 8 จัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ					☐ ☐ ☐ K49K50K51
1 9 แหล่งบริการทางด้านสุขภาพ					☐ ☐ ☐ K52K53K54
1 10 สิทธิประโยชน์ต่างๆ					☐ ☐ ☐ K55K56K57
1 11 ประกอบอาชีพ/ทำงานอย่างมีเป้าหมาย					☐ ☐ ☐ K58K59K60
1 12 ดำรงชีวิตในสังคม					☐ ☐ ☐ K61K62K63
1 13 อื่นๆ ระบุ					☐ ☐ ☐ K64K65K66
2 กิจกรรมการดูแล					☐ ☐ ☐
2 1 พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงตามวัย					K67K68K69
2 2 ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ					
2 2 1 ยาคุม					☐ ☐ ☐ K70K71K72

กิจกรรมบริการสุขภาพ	ความต้องการ		จากใคร	ที่ ไหน	Code
	ต้องการ	ไม่ต้องการ			
2 2 2 ผัง/ถอดเพิ่ม					☐ ☐ ☐ K73K74K75
2 2 3 ใส่/ถอดห่วง					☐ ☐ ☐ K76K77K78
2 2 4 อื่นๆ ระบุ					☐ ☐ ☐ K79K80K81
2 3 ดูแลขณะตั้งครรภ์					☐ ☐ ☐ K82K83K84
2 4 ทำคลอด					☐ ☐ ☐ K85K86K87
2 5 ดูแลหลังคลอด					☐ ☐ ☐ K88K89K90

2 การดูแลในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย/เจ็บพลงัน

ถ้าท่านหรือสมาชิกในครอบครัวมีอาการต่อไปนี้ จะจัดการอย่างไร

1 ใช้ตัวร้อน

- (1) ปลออยให้หายเอง (2) ซื้อยารับประทานเอง (3) ใช้วิธีพื้นบ้าน
(4) รักษา ที่ไหน จากใคร

☐ ☐ ☐
C1 C2 C3

2 ใช้และมีผื่นหรือจุด

- (1) ปลออยให้หายเอง (2) ซื้อยารับประทานเอง (3) ใช้วิธีพื้นบ้าน
(4) รักษา ที่ไหน จากใคร

☐ ☐ ☐
C4 C5 C6

3 ใช้จับสัน

- (1) ปลออยให้หายเอง (2) ซื้อยารับประทานเอง (3) ใช้วิธีพื้นบ้าน
(4) รักษา ที่ไหน จากใคร

☐ ☐ ☐
C7 C8 C9

4 ไอ

- (1) ปลออยให้หายเอง (2) ซื้อยารับประทานเอง (3) ใช้วิธีพื้นบ้าน
(4) รักษา ที่ไหน จากใคร

☐ ☐ ☐
C10C11C12

5	ปวดศีรษะ	(1) ปล่อยให้หายเอง	(2) ซักยารับประทานเอง	(3) ใช้วิธีพื้นบ้าน	☐ ☐ ☐
	(4) รักษา ที่ไหน		จากใคร		C13C14C15
6	ปวดหลัง ปวดเอว	(1) ปล่อยให้หายเอง	(2) ซักยารับประทานเอง	(3) ใช้วิธีพื้นบ้าน	☐ ☐ ☐
	(4) รักษา ที่ไหน		จากใคร		C16C17C18
7	ปวดท้อง	(1) ปล่อยให้หายเอง	(2) ซักยารับประทานเอง	(3) ใช้วิธีพื้นบ้าน	☐ ☐ ☐
	(4) รักษา ที่ไหน		จากใคร		C19C20C21
8	ท้องเดิน	(1) ปล่อยให้หายเอง	(2) ซักยารับประทานเอง	(3) ใช้วิธีพื้นบ้าน	☐ ☐ ☐
	(4) รักษา ที่ไหน		จากใคร		C22C23C24
9	คลื่นไส้ อาเจียน	(1) ปล่อยให้หายเอง	(2) ซักยารับประทานเอง	(3) ใช้วิธีพื้นบ้าน	☐ ☐ ☐
	(4) รักษา ที่ไหน		จากใคร		C25C26C27
10	การอักเสบต่างๆ	(1) ปล่อยให้หายเอง	(2) ซักยารับประทานเอง	(3) ใช้วิธีพื้นบ้าน	☐ ☐ ☐
	(4) รักษา ที่ไหน		จากใคร		C28C29C30
11	โลหิตจาง	(1) ปล่อยให้หายเอง	(2) ซักยารับประทานเอง	(3) ใช้วิธีพื้นบ้าน	☐ ☐ ☐
	(4) รักษา ที่ไหน		จากใคร		C31C32C33
12	ดีซ่าน	(1) ปล่อยให้หายเอง	(2) ซักยารับประทานเอง	(3) ใช้วิธีพื้นบ้าน	☐ ☐ ☐
	(4) รักษา ที่ไหน		จากใคร		C34C35C36
13	ขาดสารอาหาร	(1) ปล่อยให้หายเอง	(2) ซักยารับประทานเอง	(3) ใช้วิธีพื้นบ้าน	☐ ☐ ☐
	(4) รักษา ที่ไหน		จากใคร		C37C38C39

14 อาหารเป็นพิษ

- (1) ปลดปล่อยให้หายเอง (2) ซื้อยารับประทานเอง (3) ใช้วิธีพื้นบ้าน
(4) รักษา ที่ไหน จากใคร

☐ ☐ ☐
C40C41C42

15 โรคพยาธิลำไส้

- (1) ปลดปล่อยให้หายเอง (2) ซื้อยารับประทานเอง (3) ใช้วิธีพื้นบ้าน
(4) รักษา ที่ไหน จากใคร

☐ ☐ ☐
C43C44C45

16 โรคหัด

- (1) ปลดปล่อยให้หายเอง (2) ซื้อยารับประทานเอง (3) ใช้วิธีพื้นบ้าน
(4) รักษา ที่ไหน จากใคร

☐ ☐ ☐
C46C47C48

17 โรคสุกใส

- (1) ปลดปล่อยให้หายเอง (2) ซื้อยารับประทานเอง (3) ใช้วิธีพื้นบ้าน
(4) รักษา ที่ไหน จากใคร

☐ ☐ ☐
C49C50C51

18 โรคฉี่หนู

- (1) ปลดปล่อยให้หายเอง (2) ซื้อยารับประทานเอง (3) ใช้วิธีพื้นบ้าน
(4) รักษา ที่ไหน จากใคร

☐ ☐ ☐
C52C53C54

19 โรคคางทูม

- (1) ปลดปล่อยให้หายเอง (2) ซื้อยารับประทานเอง (3) ใช้วิธีพื้นบ้าน
(4) รักษา ที่ไหน จากใคร

☐ ☐ ☐
C55C56C57

20 โรคไทรอย

- (1) ปลดปล่อยให้หายเอง (2) ซื้อยารับประทานเอง (3) ใช้วิธีพื้นบ้าน
(4) รักษา ที่ไหน จากใคร

☐ ☐ ☐
C58C59C60

21 ฝีที่ท้อง

- (1) ปลดปล่อยให้หายเอง (2) ซื้อยารับประทานเอง (3) ใช้วิธีพื้นบ้าน
(4) รักษา ที่ไหน จากใคร

☐ ☐ ☐
C61C62C63

22 แผล

- (1) ปลดปล่อยให้หายเอง (2) ซื้อยารับประทานเอง (3) ใช้วิธีพื้นบ้าน
(4) รักษา ที่ไหน จากใคร

☐ ☐ ☐
C64C65C66

23	สิ่งแปลกปลอม				
	(1) ปลดปล่อยให้หายเอง	(2) ซื้อมารับประทานเอง	(3) ใช้วิธีพื้นบ้าน	☐	☐
	(4) รักษา ที่ไหน		จากใคร	☐	☐
				C67	C68C69
24	รับสารพิษ				
	(1) ปลดปล่อยให้หายเอง	(2) ซื้อมารับประทานเอง	(3) ใช้วิธีพื้นบ้าน	☐	☐
	(4) รักษา ที่ไหน		จากใคร	☐	☐
				C70	C71C72
25	แมลงสัตว์กัดต่อย				
	(1) ปลดปล่อยให้หายเอง	(2) ซื้อมารับประทานเอง	(3) ใช้วิธีพื้นบ้าน	☐	☐
	(4) รักษา ที่ไหน		จากใคร	☐	☐
				C73	C74C75
3	การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง				
	เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง ท่านต้องการการดูแลในกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่				
1	ติดตามโรค เช่น เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ วัดความดันโลหิต เป็นต้น			☐	☐
	(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐	☐
				R1	R2 R3
2	จ่ายยาตามแผนการรักษา			☐	☐
	(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐	☐
				R4	R5 R6
3	ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา เกี่ยวกับ				
3 1	โรคและภาวะแทรกซ้อน			☐	☐
	(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐	☐
				R7	R8 R9
3 2	การรักษา			☐	☐
	(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐	☐
				R10	R11R12
3 3	การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ				
3 3 1	การรับประทานอาหาร			☐	☐
	(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐	☐
				R13	R14R15
3 3 2	การออกกำลังกาย			☐	☐
	(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐	☐
				R16	R17R18
3 3 3	การพักผ่อน			☐	☐
	(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐	☐
				R19	R20R21

3 3 4 การผ่อนคลายความเครียด				
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R22R23R24
3 3 5 อื่นๆ ระบุ			☐ ☐ ☐	
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R25R26R27
4 กิจกรรมการดูแล				
4 1 ทำแผล			☐ ☐ ☐	
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R28R29R30
4 2 ฉีดยาตามแผนการรักษา			☐ ☐ ☐	
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R31R32R33
4 3 เปลี่ยนอุปกรณ์การแพทย์				
4 3 1 สาย NG-tube			☐ ☐ ☐	
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R34R35R36
4 3 2 สาย Foley's cath			☐ ☐ ☐	
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R37R38R39
4 3 3 Colostomy bag			☐ ☐ ☐	
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R40R41R42
4 3 4 Tracheostomy tube			☐ ☐ ☐	
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R43R44R45
4 3 5 อื่นๆ			☐ ☐ ☐	
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R46R47R48
4 4 เตรียมและให้อาหาร			☐ ☐ ☐	
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R49R50R51
4 5 ล้วนอุจจาระ			☐ ☐ ☐	
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R52R53R54
4 6 กายภาพบำบัด (Passive exercise)			☐ ☐ ☐	
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R55R56R57
4 7 นวด ประคบ			☐ ☐ ☐	
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R58R59R60
4 8 อื่นๆ			☐ ☐ ☐	
(1) ไม่ต้องการ	(2) ต้องการ ที่ไหน	จากใคร	☐ ☐ ☐	R61R62R63

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป

- 1 การดูแลสุขภาพของตัวท่านเอง เมื่อยังไม่มีอาการเจ็บป่วยขึ้น ควรเป็นหน้าที่ของใคร
 (1) ตัวเอง/ครอบครัว (2) แพทย์ (3) พยาบาล ☐ R64
 (4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่นๆ ระบุ
- 2 เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับท่าน ใครเป็นคนแรกที่ท่านอยากให้ช่วยดูแลรักษาให้
 (1) ตัวเอง/ครอบครัว (2) แพทย์ (3) พยาบาล ☐ R65
 (4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่นๆ ระบุ
- 3 หน่วยงานใดควรเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนของท่าน
 (1) หน่วยงานเอกชน (2) รัฐบาล (3) รัฐและเอกชน ☐ R66
- 4 ท่านคิดว่าตัวท่านและประชาชนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลสุขภาพ
 ในชุมชนหรือไม่ ☐ R67
 (1) ไม่ควร เพราะ
 (2) ควร มีส่วนร่วมอย่างไร
 (1) เป็นกรรมการ (2) เป็นผู้ตรวจสอบ (3) เป็นผู้บริหาร ☐ R68
 (4) ร่วมลงทุน (5) ร่วมให้บริการ (6) อื่นๆ ระบุ
- 5 ขอให้ท่านเรียงลำดับสถานบริการสุขภาพที่ท่านและครอบครัวไปใช้
 จากน้อยที่สุด=1 รองลงเป็น 2, 3, 4 ตามลำดับ และบอกระดับความพอใจ
 ในบริการด้วย

ร้านขายยา	ท่านรู้สึกพอใจ (1) มาก (2) ปานกลาง (3) น้อย	☐ F1 ☐ F2
คลินิกเอกชน	ท่านรู้สึกพอใจ (1) มาก (2) ปานกลาง (3) น้อย	☐ F3 ☐ F4
สถานเอนามัย	ท่านรู้สึกพอใจ (1) มาก (2) ปานกลาง (3) น้อย	☐ F5 ☐ F6
โรงพยาบาลชุมชน	ท่านรู้สึกพอใจ (1) มาก (2) ปานกลาง (3) น้อย	☐ F7 ☐ F8
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	ท่านรู้สึกพอใจ (1) มาก (2) ปานกลาง (3) น้อย	☐ F9 ☐ F10
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	ท่านรู้สึกพอใจ (1) มาก (2) ปานกลาง (3) น้อย	☐ F11 ☐ F12
โรงพยาบาลเอกชน	ท่านรู้สึกพอใจ (1) มาก (2) ปานกลาง (3) น้อย	☐ F13 ☐ F14
อื่นๆ ระบุ	ท่านรู้สึกพอใจ (1) มาก (2) ปานกลาง (3) น้อย	☐ F15 ☐ F16
- 6 ความสะดวกของการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพที่ครอบครัวนิยมไปใช้มีมาก
 น้อยเพียงใด (1) มาก (2) ปานกลาง (3) น้อย ☐F17

- 7 สถานบริการสุขภาพที่ท่านนิยมไปใช้มีระยะทางห่างจากบ้านกี่กิโลเมตร เมตร ☐F18
8. สถานบริการสุขภาพที่ท่านนิยมไปใช้ ใช้เวลาเดินทางกี่นาที นาที ☐F19
- 9 ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพที่ท่านนิยมใช้ ☐F20
ประมาณเท่าไร บาท
- 10 ในการจ่ายค่าดูแลสุขภาพของสมาชิกในปีหนึ่งๆ นั้น ท่านคิดว่าจะจ่ายแบบใด ☐F21
(1) เหมาจ่ายรวม ปีละครั้ง (2) จ่ายแต่ละครั้งของบริการ (3) อื่นๆ โปรดระบุ .
- 11 ท่านคิดว่าครอบครัวของท่านสามารถเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพจำนวนเท่าไร ☐F22
ต่อปี . บาท (ต่อจำนวนสมาชิก คน)

ประเด็นคำถามสำหรับผู้นำชุมชน

- 1 สิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้สุขภาพดีคืออะไร (3 ข้อ)
- 2 กิจกรรมที่ส่งเสริมสนับสนุนสุขภาพในชุมชนที่ผ่านมามีอะไรบ้าง (3 ข้อ)
- 3 ถ้าท่านอยากให้ประชาชนมีสุขภาพดี อยากให้มีการจัดบริการด้านสุขภาพอะไรบ้าง โดยใคร (3 ข้อ)
- 4 แนวทางที่สนับสนุนหรือทำให้เกิดการบริการด้านสุขภาพที่พึงประสงค์มีอะไรบ้าง (3 ข้อ)
- 5 ท่านคิดว่าผู้นำชุมชนต่างๆ ควรมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างไร (3 ข้อ)
- 6 ท่านคิดว่าพยาบาลและเจ้าหน้าที่อนามัยควรจัดกิจกรรมบริการด้านสุขภาพแก่ชุมชนอย่างไร (3 ข้อ)
- 7 ท่านคิดว่าประชาชนควรมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างไร (3 ข้อ)
- 8 ความหมายของการดูแลสุขภาพด้านแรก หรือระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิ คืออะไร

ขอบเขตแนวคำถามสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สุขภาพ

- 1 ปัญหาและความต้องการบริการด้านสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างไร
- 2 ประสิทธิภาพการให้บริการระดับปฐมภูมิ
 - มีรูปแบบและกิจกรรมการให้บริการอย่างไร
 - บทบาทของพยาบาลเป็นอย่างไร
 - การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นอย่างไร
 - งบประมาณและทรัพยากรบุคคล
 - ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน
 - ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ
- 3 บทบาทของพยาบาลในระดับปฐมภูมิควรเป็นอย่างไร และพยาบาลควรอยู่ที่จุดใด พยาบาลควรเป็นผู้จัดการด้านสุขภาพหรือไม่ อย่างไร
- 4 รูปแบบของการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิควรเป็นอย่างไร
 - มีกิจกรรมการให้บริการอย่างไร ที่ไหน จากใคร
 - ประชาชนควรมีส่วนร่วมอย่างไร
 - งบประมาณควรมาจากไหน ใครควรมีส่วนร่วมค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพบ้าง อย่างไร
 - มีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง ในการทำให้เกิดลักษณะการบริการในระดับปฐมภูมิที่ต้องการ

ประเด็นคำถามสำหรับประชาชน

- 1 สิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้สุขภาพดีคืออะไร (3 ข้อ)
- 2 เมื่อท่านเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลด้วยตนเองได้ ท่านไปใช้บริการที่ใด (3 ข้อ)
- 3 ปีที่ผ่านมา กิจกรรมด้านสุขภาพอะไรบ้างที่จัดบริการในชุมชน (3 ข้อ)
- 4 ท่านอยากให้มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้านในเรื่องใดบ้าง (3 ข้อ)
- 5 ท่านคิดว่าพยาบาลและเจ้าหน้าที่อนามัยควรจัดกิจกรรมบริการด้านสุขภาพแก่ชุมชนอย่างไร (3 ข้อ)
- 6 ท่านคิดว่าประชาชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างไร (3 ข้อ)
- 7 ความหมายของการดูแลสุขภาพด้านแรก หรือ ระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิคืออะไร

10 พฤษภาคม 2544

09.00 น	ชี้แจงเป้าหมาย จุดประสงค์
10 00 น	แนะนำตัว
10 15 น	Time line
13 00 น	ยังเห็นจุดอ่อน จุดแข็งในระบบสุขภาพปัจจุบัน
14 00 น	วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพของคนใต้
15 15 น	ระบบบริการสุขภาพที่ต้องการ
16 15 น	วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพในระดับชุมชน

11 พฤษภาคม 2544

09 00 น	โครงสร้างระบบบริการสุขภาพชุมชน
10 15 น	วิชาชีพพยาบาล หมายถึงอะไร-นิยาม
10 45 น	บทบาทของพยาบาลใหม่ในการบริการสุขภาพชุมชน
13 00 น	กลวิธีให้เกิดโครงสร้าง-บทบาทใหม่
14 00 น	นำเสนอข้อมูลการวิจัยเบื้องต้น และอภิปราย

ใบงานที่ 1

ฉันมาเข้าร่วมการประชุมครั้งนี้ด้วยความหวังว่า

ใบงานที่ 2

สุขภาพตามที่ฉันเข้าใจ และอยู่ในความรู้สึกของฉัน หมายถึง

ใบงานที่ 3

เมื่อนึกถึงเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ครั้งหนึ่งที่ฉันเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองมีรูปลักษณ์ เรื่อง
นั้นคือ

ใบงานที่ 4

- 1 การเปลี่ยนแปลงของโลกที่ผ่านมาเป็นอย่างไร แนวโน้มจะเกิดอะไรขึ้น
 - 1 1 การเปลี่ยนแปลงของโลกด้านเศรษฐกิจที่ผ่านมา
 - 1 2 การเปลี่ยนแปลงของโลกด้านสังคม การเมืองที่ผ่านมา
 - 1 3 แนวโน้มของโลกในอนาคตที่เดาว่าน่าจะเกิดขึ้น
- 2 การเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยที่ผ่านมาเป็นอย่างไร แนวโน้มจะเกิดอะไรขึ้น
 - 2 1 การเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยด้านเศรษฐกิจที่ผ่านมา
 - 2 2 การเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยด้านสังคม และการเมืองระบบราชการที่ผ่านมา
 - 2 3 แนวโน้มของประเทศไทยในอนาคตที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
- 3 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชนคนเมืองได้ เป็นอย่างไร แนวโน้มว่าจะเกิดอะไรขึ้น
 - 3 1 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจที่ผ่านมา

3 2 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมคนเมืองได้ที่ผ่านมา

3 3 แนวโน้มของชุมชนคนเมืองได้ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

4 การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในชุมชนเป็นอย่างไร แนวโน้มจะเป็นอย่างไร ระบบสุขภาพหมายถึงทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น สิ่งแวดล้อม การบริโภค การแพทย์แผนไทย และระบบสาธารณสุข

4 1 การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในชุมชน

4 2 แนวโน้มของระบบสุขภาพในชุมชนที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

5 การเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขและระบบพยาบาลเป็นอย่างไร แนวโน้มจะเป็นอย่างไร

5 1 การเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุข

5 2 การเปลี่ยนแปลงของระบบพยาบาล

5 3 แนวโน้มสำคัญที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในระบบสาธารณสุขและพยาบาล

ใบงานที่ 5

- 1 การเปลี่ยนแปลงของโลกกระทบต่อประเทศไทยอย่างไร แนวโน้มผลกระทบต่างๆ จะเป็นอย่างไร
- 2 การเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยกระทบต่อภาคใต้และระบบสุขภาพของคนใต้ได้อย่างไร แนวโน้มผลกระทบต่างๆ จะเป็นอย่างไร
- 3 การเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยกระทบต่อระบบสาธารณสุข และระบบพยาบาลไทย อย่างไร แนวโน้มจะเป็นอย่างไร
- 4 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยจะกระทบต่อสุขภาพของชุมชนอย่างไร แนวโน้มดังกล่าวจะกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในชุมชนอย่างไร