



การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ:

กรณีศึกษาภาคเหนือ

ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่



โดย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สิงหาคม 2546

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ:

กรณีศึกษาภาคเหนือ

ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

โดย

รศ.วิลาวัลย์	เสนารัตน์
รศ.วิจิตร	ศรีสุพรรณ
รศ.ชลอศรี	แดงเปี่ยม
รศ.อำไพ	ชนะกอก
อ.ดร.ยุวรงค์	จันทร์วิจิตร
ผศ.วารุณี	แก่นสุข
อ.ศิวัชร	อิงวัฒนา
ผศ.นงเยาว์	อุดมวงศ์
อ.ชนพรรณ	จรรยาศิริ
รศ.ประยงค์	ลิ้มตระกูล
ผศ.ดร.ประคิน	สุจฉายา

โดย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สนับสนุน โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สิงหาคม 2546

คำนำ

การวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาภาคเหนือศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมาตรฐานและเหมาะสมกับบริบททางสังคมในพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพ ประชาชน ผู้นำชุมชน องค์กรท้องถิ่น และผู้เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ได้ดำเนินการตั้งแต่การประเมินสถานการณ์การให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หลังจากนั้นได้มีกระบวนการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล การพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองทุกท่าน ผู้นำกลุ่มต่างๆ ในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน และเทศบาลตำบลหนองตอง รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถานบริการพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้การสนับสนุนคู่มือในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพต่อไป

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2546

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนา เพื่อศึกษารูปแบบและพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาจากผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ(ผู้นำชุมชน และประชาชน) รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกต สำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพใช้กระบวนการมีส่วนร่วม โดยการระดมความคิดเห็นและสะท้อนปัญหาและความต้องการ การดำเนินการพัฒนาศักยภาพและบุคลากร และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย รูปแบบบริการและการปฏิบัติงานของบุคลากรไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น ระบบการทำงานไม่คล่องตัว อุปสรรคไม่เพียงพอ สถานที่บางส่วนไม่เหมาะสม ความร่วมมือจากองค์กรท้องถิ่นและการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) มีน้อย จากปัญหาดังกล่าวได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยการพัฒนาบุคลากร การจัดการระบบบริการสุขภาพ และปรับปรุงสถานที่ให้มีความคล่องตัว จัดหาอุปกรณ์ในการให้บริการ การสร้างความเข้าใจและความเข้มแข็งให้กับชุมชนด้านสุขภาพ การปรับทัศนคติของประชาชนต่อระบบบริการ การสร้างความมั่นใจในการให้บริการตามบทบาทของอสม. การสนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ทำให้ศักยภาพของบุคลากรเพิ่มมากขึ้น มีการปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสม ได้รับความร่วมมือจากเทศบาลตำบล อสม. และผู้นำกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเป็นอย่างดี ทั้งด้านงบประมาณและการร่วมกิจกรรมทางด้านสุขภาพ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมคนรักสุขภาพ ชมรมนวดแผนไทย การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ การอบรมผู้เสียสละเพื่อสังคม การป้องกันไข้เลือดออก ฯลฯ

ข้อเสนอแนะ การศึกษาครั้งนี้จะพบว่าพัฒนาระบบบริการสุขภาพจะสำเร็จได้ต้องใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและใช้วิธีการต่างๆ ผสมผสานกัน ได้แก่ การฝึกอบรม การนิเทศ การจัดเวทีร่วมคิด การให้คำแนะนำ และการเรียนรู้จากพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ค
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	1
บทที่ 1 บทนำ	4
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
คำถามหลักการวิจัย	8
คำถามรองการวิจัย	8
บทที่ 2 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	9
การพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ	15
บทบาทของพยาบาลและทีมสุขภาพในบริการระดับปฐมภูมิ	19
การมีส่วนร่วมของชุมชน	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	29
รูปแบบการวิจัย	29
พื้นที่ในการวิจัย	29
กลุ่มเป้าหมาย	29
เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล	29
ขั้นตอนการวิจัย	30
บทที่ 4 ผลการวิจัย	36
ส่วนที่ 1 รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	36
ส่วนที่ 2 ก. สรุปข้อค้นพบเกี่ยวกับปัจจัยและเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	59
ส่วนที่ 2 ข. กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	75
สรุปผลการวิจัย	75
ข้อเสนอแนะ	79

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เอกสารอ้างอิง	81
ภาคผนวก	85
ก แนวทางการประเมินระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	86
ข แนวทางการสัมภาษณ์บุคลากร	87
ค แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม ผู้นำชุมชน/ประชาชน	88
ง แผนพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง	89
จ สรุปแผนงาน โครงการ กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติ	

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สุขภาพในแนวคิดใหม่เน้นความเป็นองค์รวมของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และระบบสุขภาพคือสิ่งทั้งหมดที่มีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งพฤติกรรม วิถีชีวิต สังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพและรูปแบบการให้บริการสุขภาพจึงต้องปรับเปลี่ยน เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีบริการหลายระดับ แต่ระดับบริการที่เป็นด่านแรกที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดคือระดับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการให้บริการเชิงรุก การเสริมสร้างความเข้มแข็งและพลังอำนาจให้แก่บุคคลรวมทั้งชุมชนให้สามารถรับมือกับความเสี่ยงและดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นรูปแบบบริการจึงต้องคำนึงถึงบริบทและปัจจัยพื้นฐาน ตลอดจนความต้องการของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น เป็นบริการที่เข้าถึงง่าย ประชาชนและองค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วม และมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบการจัดบริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมาตรฐานและเหมาะสมกับบริบททางสังคมในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นรูปแบบการจัดบริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิพึงประสงค์ ที่สามารถสอดคล้องทั้งนโยบายของรัฐบาลและเป็นบริการที่เชื่อมโยงสุขภาพกับวิถีชีวิต โดยใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด จำเป็นจะต้องมีกระบวนการพัฒนาและประเมินผลวิธีการจัดบริการอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง โดยต้องอาศัยการทดลองลงมือปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามสถานการณ์และบริบทของสังคมในภาคเหนือ

รูปแบบการให้บริการ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง เดิมคือสถานีอนามัยบ้านบวกครก และได้ปรับเปลี่ยนระบบบริการเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เมื่อเดือนตุลาคม 2544 และได้ดำเนินการให้บริการในฐานะหน่วยบริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานเท่าที่สามารถพึงปฏิบัติได้ ในระยะแรกของการดำเนินการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้จัดรูปแบบการบริการให้ได้ตามมาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลหางดง ซึ่งเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา ในปัจจุบันมีทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลหางดงมาเสริมศักยภาพเป็นครั้งคราว และผลจากการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง พบว่า บุคลากรได้จัดสถานที่ทำงานเป็นระเบียบ น่าอยู่ ตลอดจนมีการปรับภูมิทัศน์รอบๆ สถานบริการ สำหรับอุปกรณ์ที่ยังไม่เพียงพอได้ประสานงานกับหน่วยบริการคู่สัญญาแล้ว แต่ยังไม่ได้รับการจัดสรร สำหรับอุปกรณ์บางส่วนทางทีมวิจัยเป็นผู้จัดหาให้

การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร บุคลากรที่จะปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จะต้องมีการเตรียมความรู้และทักษะในการทำงานในชุมชน และต้องปรับกระบวนการทัศนหรือแนวคิด โดยเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ ทักษะที่จำเป็นสำหรับบุคลากร ได้แก่ ทักษะการรักษาโรคเบื้องต้น ทักษะในการทำงานในชุมชน และทักษะในการติดต่อสื่อสาร

บทบาทของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทในด้านการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ สามารถเชื่อมโยงปัญหาการเจ็บป่วยสู่การป้องกันและการรักษา ทำหน้าที่สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างประชาชนกับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการให้บริการ ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพเชิงช่างประชาชนทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย ตลอดจนทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่ประชาชนได้ โดยต้องเข้าใจวิถีชุมชน เข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยคำนึงถึงบริบททางสังคมของประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การบริการเกิดประโยชน์สูงสุด

เงื่อนไขที่สำคัญที่จะทำให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ และให้บริการที่มีคุณภาพได้ตามมาตรฐาน มีดังนี้

1. หน่วยคู่สัญญาจะต้องมีวิสัยทัศน์ในแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ มีความแน่นอนในนโยบาย พร้อมทั้งให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร เครื่องมือ และเวชภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง
2. หน่วยคู่สัญญาต้องมีการเตรียมความพร้อมบุคลากรที่จะไปทำงานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการทำงานในชุมชน และส่งเสริมให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. หน่วยคู่สัญญาจะต้องพัฒนารูปแบบและวิธีการนิเทศติดตาม เพื่อควบคุมคุณภาพการบริการ ทั้งนี้ควรเปิดโอกาสให้บุคลากรและชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ตลอดจนควรสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน
4. บุคลากรต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการรักษาเป็นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ มีทักษะในการทำงานในชุมชน ทักษะในการสื่อสาร และทักษะในการรักษาโรคเบื้องต้น
5. การพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ประชาชน ผู้นำชุมชน และองค์กรท้องถิ่น เพื่อให้การให้บริการมีประสิทธิภาพสูงสุด
6. มีกระบวนการสร้างแนวคิดและปรับกระบวนการทัศนของประชาชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำองค์กรท้องถิ่นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ
7. สร้างแกนนำทางสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

1. สถานการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทสังคมภาคเหนือยังมีความไม่แน่นอนในการจัดรูปแบบโครงสร้างด้านกำลังคน การบริหารจัดการ งบประมาณ และการนิเทศติดตามเพื่อการควบคุมคุณภาพบริการ รูปแบบที่เกิดขึ้นในการศึกษาค้างนี้ยังไม่มีความคงที่ อย่างไรก็ตาม การเตรียมความพร้อมของบุคลากรทั้งระดับเครือข่ายและหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมทั้งประชาชนในชุมชนมีความสำคัญมากเพื่อสร้างความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ
2. หน่วยคู่สัญญาจะต้องมีวิสัยทัศน์ในแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ มีความแน่นอนในนโยบาย พร้อมทั้งให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร เครื่องมือ และเวชภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง
3. หน่วยคู่สัญญาต้องปรับกระบวนการหรือแนวคิดของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการทำงานในชุมชน และต้องเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ที่จะไปทำงานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งในด้านความรู้และทักษะในการทำงานในชุมชน
4. เนื่องจากหน่วยคู่สัญญามีปัญหาในเรื่องการขาดแคลนกำลังคน โดยเฉพาะแพทย์ ซึ่งสามารถมาให้บริการได้เป็นครั้งคราวเท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพให้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้แพทย์ควรเป็นที่ปรึกษาและให้การสนับสนุนด้านวิชาการให้แก่บุคลากรเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาบริการและวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ
5. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น เช่น สร้างแกนนำสุขภาพที่เข้มแข็ง หรือสร้างศักยภาพให้แก่ อสม. ในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านและกระตุ้นให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และความเข้มแข็งของชุมชน
6. แม้ว่าการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะได้รับการสนับสนุนจาก อสม. ผู้นำกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีตำรวจ อย่างไรก็ตามควรมีการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรมนุษย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเพื่อให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและเกิดการพัฒนายั่งยืน
7. เนื่องจากการศึกษาค้างนี้ยังไม่สามารถศึกษาถึงชุดบริการหลักสำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงชุดบริการหลักที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่และบริบททางสังคม อย่างไรก็ตามพบว่าประชาชน และ อสม. ต้องการให้มีการบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพในแนวคิดใหม่เน้นความเป็นองค์รวมของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และระบบสุขภาพคือสิ่งทั้งมวลที่มีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งพฤติกรรม วิถีชีวิต สังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพและรูปแบบการให้บริการสุขภาพจึงต้องปรับเปลี่ยน เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีบริการหลายระดับ แต่ระดับบริการที่เป็นด่านแรกที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดคือระดับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการให้บริการเชิงรุก การเสริมสร้างความเข้มแข็งและพลังอำนาจให้แก่บุคคลรวมทั้งชุมชนให้สามารถรับมือกับโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง ดังนั้นรูปแบบบริการจึงต้องคำนึงถึงบริบทและปัจจัยพื้นฐาน ตลอดจนความต้องการของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น เป็นบริการที่เข้าถึงง่าย ประชาชนและองค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วม และมี ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

จากลักษณะพันธกิจของระบบบริการปฐมภูมิที่ดี อันได้แก่การบริการที่ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ง่ายทั้งในทางเศรษฐกิจ และการคมนาคม ให้บริการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องครอบคลุมตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งให้บริการเชื่อมประสานสู่การดูแลสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพและมีมาตรฐาน สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข(2545) จึงได้มีการกำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิไว้ ดังนี้ คือ PCU แต่ละแห่งจะมีประชากรในความรับผิดชอบในจำนวนไม่เกิน 10,000 คน ใช้เวลาการเดินทางเพื่อมารับบริการโดยรถยนต์ไม่นานเกินกว่า 30 นาที เปิดบริการได้ 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในกรณีฉุกเฉินสามารถประสานงานกับเครือข่ายได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ สำหรับอัตรากำลัง ได้มีการกำหนดให้มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดย 1 ใน 4 ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สามารถให้บริการอย่างต่อเนื่อง ในอัตราเจ้าหน้าที่ต่อประชากร 1 : 1,250 มีแพทย์ในทีมบริการสุขภาพนี้ ในอัตรา 1 : 10,000 กรณีพื้นที่ทุรกันดารขาดแคลนแพทย์ก็สามารถทดแทนด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน โดยต้องมีอัตราแพทย์ต่อประชากรไม่น้อยกว่า 1 : 30,000 สำหรับทันตแพทย์ได้กำหนดอัตรากำลังไว้ที่ 1 : 20,000 กรณีขาดแคลนสามารถทดแทนด้วยทันตภิบาล 2 คน และมีทันตแพทย์กำกับดูแลในอัตรา 1 : 40,000 อัตรากำลังของเภสัชกรกำหนดไว้ในอัตราส่วน 1:15,000

กรณีขาดแคลนให้ทดแทนด้วยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้น 2 คน โดยมีเภสัชกรกำกับดูแลในอัตรา 1:30,000

จากรายงานประจำปี 2545 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่(2546) พบว่าจังหวัดเชียงใหม่ มี ประชากร 1,522,033 คน มีสัดส่วนของบุคลากรทางแพทย์ต่อประชากรดังนี้ แพทย์ 1: 2,169 พยาบาลวิชาชีพ 1 : 474 พยาบาลเทคนิค 1 : 2,181 มีสถานื่อนามัยทั้งหมด 259 แห่ง แต่บุคลากรทาง การแพทย์ในอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีแพทย์ 1 : 22,371 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 : 4194 เจ้าหน้าที่พนักงานอนามัย 1 : 9586 พยาบาลวิชาชีพ 1 : 2684 แต่ไม่มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำ ที่สถานื่อนามัย โรงพยาบาลหางดงมีผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 226 ต่อวัน หรือ 60,988 คน ต่อปี ในปี 2544 โรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยนอก 3 อันดับแรก ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อ จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลหางดงมีผู้ป่วยมากเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนต่อแพทย์ ในขณะที่ โรงพยาบาลชุมชนโดยทั่วไปมีแพทย์ประจำ 4 - 5 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ , 2546) นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าโรคที่พบบ่อยเป็นโรคที่สามารถดูแลได้ในระดับปฐมภูมิ ซึ่งการที่แพทย์ต้องดูแล ผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก อาจทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและครอบคลุม ซึ่งอาจจะเป็น ผลเสียต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้

จากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ได้มีการพัฒนาสถานื่อนามัยเป็นหน่วยให้บริการระดับ ปฐมภูมิสถานื่อนามัยหนองตองเป็นหน่วยหนึ่งที่ถูกปรับเปลี่ยนให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit (PCU)) โดยมีโรงพยาบาลหางดงเป็นโรงพยาบาล คู่สัญญา มีผู้มาใช้บริการมากคือเฉลี่ย 33 คนต่อวัน ซึ่งพบว่าเป็น PCU ที่มีผู้รับบริการมาก (สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ , 2546) มีจำนวนครอบครัวที่รับผิดชอบ 2,921 ครัวเรือน มีประชากร รวมทั้งหมด 9,854 คน โดยมีบุคลากรต่อประชากรในสัดส่วนดังนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 : 1661 ไม่มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำ เมื่อมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคที่ได้กำหนดให้สถานื่อนามัย เป็นหน่วยให้บริการระดับปฐมภูมิ โดยกำหนดมาตรฐานให้มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน แพทย์ 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน อยู่บริการไม่ต่ำกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545) และมีโรงพยาบาลหางดงเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญา อย่างไรก็ตามศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง ยังไม่มีรูปแบบการพัฒนาหรือแนวทางที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จาก การศึกษาของอนงค์ สุนทรานนท์ (2544) ซึ่งศึกษาในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาศูนย์สุขภาพชุมชน (สถานื่อนามัย) 46 แห่ง ใน 24 อำเภอพบว่ามีปัญหาในเรื่องการสื่อสาร ข้อมูลขาดการเชื่อมโยงต่อ เนื่อกัน ซึ่งเป็นปัญหาของทุกระดับของหน่วยปฐมภูมิ ผู้นิเทศ หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานในระดับ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทำให้ผู้ให้บริการไม่เข้าใจเรื่องการให้บริการในระดับปฐมภูมิ เกณฑ์มาตรฐาน วิธีการประเมินเป็นระบบ แนวทางการพัฒนางานบางอย่างยังขาดการประสานงาน และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าจุดอ่อนที่สำคัญในด้านการให้ บริการระดับปฐมภูมิคืองานเชิงรุก (การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) และด้านบุคลากร กล่าวคือ

จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ไม่มีประสบการณ์หรือมีประสบการณ์ไม่เพียงพอ ภาระงานมีมาก เวลาไม่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติงานเชิงรุก นอกจากนี้บุคลากรพยาบาลส่วนมากยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำงานกับชุมชน มีปัญหาในการปรับตัว และมีความคับข้องใจ เนื่องจากไม่มีการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิบางแห่งวางแผนให้แพทย์มาปฏิบัติงาน แต่บางครั้งแพทย์ไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ตามเวลาที่กำหนดทำให้ประชาชนไม่พอใจ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชาชนในชุมชนจำนวนมากไปรักษากับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน และอาจทำให้การให้บริการประชาชนของโรงพยาบาลชุมชนขาดคุณภาพและมาตรฐานการดูแลได้

ผลการประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (นิสิต วรรณนัจฉริยา และ คณะ, 2544) โดยคณะอนุกรรมการการตรวจมาตรฐานของสถานพยาบาลระดับจังหวัดได้ดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการของสถานพยาบาลคู่สัญญา สังกัดรัฐ 6 แห่ง ภาคเอกชน 8 แห่ง รวม 15 แห่ง และตรวจสอบสุขภาพชุมชนที่เป็นเครือข่ายทั้ง 14 แห่ง ในการประเมินรอบแรกพบว่า สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักส่วนใหญ่อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีเงื่อนไข คือต้องมีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของกรรมการ ในการประเมินรอบที่ 2 พบว่าร้อยละ 90 ขาดการวิเคราะห์ มาตรฐานข้อ 5 คือ ด้านการจัดการ โดยระบบการส่งต่อไม่มีความต่อเนื่องกัน ขาดระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างสม่ำเสมอ และไม่มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย สรุปในภาพรวมคะแนนที่ได้จากการประเมินผล มาตรฐานต่างๆ ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 45.35 ซึ่งหมายถึงต้องมีการพัฒนามาตรฐานอื่นๆ แทบทุกเรื่อง

ในการประเมินความพึงพอใจของชุมชนต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนในภาพรวมเฉลี่ย 3.11 มีความพึงพอใจมากที่สุดกับการจัดสถานีให้สะอาดเฉลี่ย 3.76 รองลงมาคือการเดินทางไปใช้บริการทันตกรรมสาธารณสุขเฉลี่ย 3.64 ความพึงพอใจระดับต่ำต่อการให้บริการทันตกรรมสาธารณสุขเฉลี่ย 2.10 และประชาชนระบุปัญหาและข้อเสนอแนะร้อยละ 65.66 ปัญหาที่ระบุมากที่สุด คือแพทย์ออกตรวจล่าช้า ร้อยละ 14.62 มีผู้รับบริการมากแต่เจ้าหน้าที่มีน้อยร้อยละ 11.14 เจ้าหน้าที่ไม่สนใจร้อยละ 7.89 ต้องการให้หมอเยี่ยมบ้านร้อยละ 18.0 ต้องการให้มีบริการทันตกรรมร้อยละ 10.44 (อนงค์ สุนทรานนท์, 2544) จากปัญหาดังกล่าวพอจะสรุปว่า ประชาชนยังต้องการให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิปรับปรุงในด้านบริการ

จากปัญหาดังกล่าวคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงได้มีการศึกษาการพัฒนาแบบแผนการจัดบริการระดับปฐมภูมิ ของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นกรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ ซึ่งมีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2544) พบว่าประชาชนในเขตภาคเหนือยังมีปัญหาสุขภาพที่สามารถป้องกันได้และได้รับการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ มีความต้องการบริการสุขภาพใกล้บ้านที่ให้บริการโดยบุคลากรวิชาชีพ และได้เสนอแนวทางในการดำเนินการจัดรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน โดยการเสริมสร้างบริการที่มีอยู่ เช่น

จัดบริการที่สถานอนามัยให้มีคุณภาพและดูแลประชาชนจำนวนหนึ่งได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งการจัดให้มีบริการขึ้นใหม่ซึ่งอาจเป็นของรัฐหรือเอกชน โดยที่ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบการจัดการบริหารทรัพยากร แต่เมื่อรัฐบาลได้มีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคและกำหนดให้มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อบริการประชาชนเป็นด่านแรกก่อนที่จะผ่านไปยังบริการที่ระดับสูงขึ้นไป ซึ่งนโยบายกำหนดการใช้จ่ายค่ารักษาของประชาชนดังกล่าว ทำให้หน่วยงานต่างๆ ต้องมีการปรับกลยุทธ์และวิธีการดำเนินงาน มีผลทำให้บุคลากรหลายฝ่าย โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมในการให้บริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพภายใต้งบประมาณที่ได้รับ โดยมีบริการที่ปกป้องคุ้มครองสุขภาพของประชาชนให้เป็นไปตามสิทธิที่ตราไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน

รูปแบบการจัดบริการที่พึงประสงค์ที่สามารถสอดคล้องทั้งนโยบายของรัฐบาลและเป็นบริการที่เชื่อมโยงสุขภาพกับวิถีการดำรงชีวิตโดยใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด จะต้องมีการพัฒนาและประเมินผลวิธีการจัดบริการอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง โดยต้องอาศัยการทดลองลงมือปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในฐานะที่เป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลและมีส่วนในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล ตลอดจนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการพยาบาลและสุขภาพ จึงร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนในเขตภาคเหนือ เพื่อให้ได้รูปแบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทสังคมและวัฒนธรรมและระบบสุขภาพท้องถิ่น ในลักษณะโครงสร้าง กลไก เครื่องมือ และวิธีทำงาน กระบวนการพัฒนาผู้ให้บริการกระบวนการสร้างความร่วมมือกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการระบบสุขภาพการพัฒนาบริการที่จำเป็น
2. เพื่อศึกษาและพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาเงื่อนไขที่ทำให้บริการสะท้อนผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน

คำถามหลักการวิจัย

1. รูปแบบการให้บริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิเป็นอย่างไรในลักษณะของโครงสร้างกลไกในการทำงาน กระบวนการพัฒนา เครื่องมือ และวิธีการทำงาน
2. แนวทางและปัจจัยเงื่อนไขอะไรบ้างที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิ
3. บทบาทพยาบาลวิชาชีพ ทีมสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้องที่สามารถให้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพที่สะท้อนผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพเป็นอย่างไร

คำถามรองการวิจัย

1. ระบบบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิในบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยในภาคเหนือเป็นอย่างไรในลักษณะดังนี้
 - ก. โครงสร้างและกลไกการจัดบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิเป็นอย่างไร
 - ข. มีเครื่องมือและวิธีการทำงานอะไรที่ทำให้การบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน เกิดประสิทธิผลต่อประชาชนทั้งในระดับบุคคลและชุมชนและมีประสิทธิภาพในเชิงของการจัดการทรัพยากร
 - ค. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ทีมสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างไรในการให้บริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิ และมีกระบวนการพัฒนาอย่างไร
2. แนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิที่มีมาตรฐานและสะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นอย่างไร
 - ก. กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิเป็นอย่างไรในการพัฒนาคน เครื่องมือ และวิธีการ
 - ข. สถานบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิ สถาบันการศึกษา หน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ควรมีบทบาทอย่างไรในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิที่มีมาตรฐานและสะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ค. ชุมชนบริการหลักสำหรับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ควรเป็นอย่างไร

บทที่ 2

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิการศึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่ครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

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

แนวคิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการขั้นต้นของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมีการปฏิรูป เพื่อให้มีลักษณะบริการเชิงรุกในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับคนไทย และเป็นบริการใกล้บ้านและใกล้ใจประชาชน ที่ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการ รวมทั้งเป็นระบบที่เชื่อมโยงกับระบบทุติยภูมิและตติยภูมิ ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับบุคลากรสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์และเหมาะสมต่อไป

ความหมาย

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

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

อารี วัลยะเสวี, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ นฤมล ศิลารักษ์ (2542) ได้ให้ความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิว่าเป็นบริการสุขภาพระดับต้นที่ให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นบริการสุขภาพที่ไม่ได้เน้นเทคโนโลยีทาง

การแพทย์ขั้นสูง แต่ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมและจิตวิทยา และการผสมผสานของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อ(interface) ระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชน และใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดบริการ (community based service) ซึ่งคณะวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2544) ได้ให้ความหมายของการดูแลระดับปฐมภูมิหมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้กับประชาชนทุกคนทุกครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ในทุกภาวะของสุขภาพ ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานบริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ครอบครัว และชุมชนในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care service system) หมายถึงระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (bridging) ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ โดยเป็นบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการจัดบริการการดูแลสุขภาพที่เสมอภาคและมีคุณภาพโดยผู้ประกอบวิชาชีพ

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปยุโรป อเมริกา และออสเตรเลีย

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้ว จะเน้นการให้บริการพื้นฐานที่สำคัญทุกด้าน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข (gatekeeper) ก่อนส่งต่อไปรับบริการกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในระดับตติยภูมิ และระดับตติยภูมิ อย่างไรก็ตามรูปแบบการบริการสุขภาพของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวคิดเรื่องการให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการเลือกใช้บริการสุขภาพ และความรับผิดชอบหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ ตลอดจนขอบเขตการให้บริการและบุคลากร โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการเลือกใช้บริการสุขภาพ แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1.1 รูปแบบที่ให้สิทธิแก่ประชาชนในการเลือกรับบริการจากผู้ให้บริการคนใดก็ได้ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาคเอกชนที่มีการบริหารงานเป็นเอกเทศจากรัฐแต่ทำสัญญาดำเนินการกับรัฐหรือบริษัทประกันสุขภาพในการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน ผู้ให้บริการส่วนใหญ่คือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งผู้รับบริการสามารถเลือกรับบริการได้ (สมศักดิ์ ธรรมธิตวัฒน์, 2543; สวางนิตยารัมภ์พงศ์, จเร วิชาไทย, และศรีสุดา เจริญดี, 2544) ในสหรัฐอเมริกา แพทย์จะมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือจัดตั้งเครือข่ายเพราะมีการแข่งขันกันสูงในการดึงดูดผู้ใช้บริการ (สมศักดิ์ ธรรมธิตวัฒน์,

2543) และผู้ป่วยจะต้องพบแพทย์ในระดับปฐมภูมิก่อนจึงจะไปรับบริการในระดับสูงขึ้นได้ (ปริดา เต๋ออาร์กซ์, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โมพี, และสุรศักดิ์ อธิคมานนท์, 2543)

ส่วนในประเทศอังกฤษ แม้ว่าจะใช้วิธีขึ้นทะเบียน ก็ให้ประชาชนขึ้นทะเบียนรับบริการกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์ประจำครอบครัวเพียงคนเดียวในช่วงเวลาหนึ่งตามที่กำหนด แต่ประชาชนมีสิทธิเลือกแพทย์ได้ และเมื่อพ้นช่วงเวลาที่กำหนดอาจขอเปลี่ยนแพทย์ผู้ให้บริการคนใหม่ได้ หากไม่พอใจในบริการของแพทย์คนเดิม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2539)

1.2 รูปแบบที่มีการกำหนดเขตรับผิดชอบสำหรับบุคลากรผู้ให้บริการ เช่น ประเทศสวีเดน บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดำเนินการโดยสถานีอนามัยของรัฐ โดยมีการแบ่งเขตความรับผิดชอบให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์ประจำครอบครัว ประชาชนจะต้องขึ้นทะเบียนรับบริการสุขภาพขั้นต้นจากแพทย์ผู้รับผิดชอบในเขตที่กำหนดเท่านั้น และประชาชนจะต้องไปรับบริการตามขั้นตอน โดยมีระบบการส่งต่อผู้รับบริการที่ชัดเจนเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง (คณะทำงานเสนอทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต, 2543)

2. ความรับผิดชอบหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ

แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

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

2.2 รูปแบบที่ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (cost sharing) ในลักษณะต่างๆ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยประชาชนซื้อประกันสุขภาพจากเอกชน แต่สำหรับผู้ไม่มีรายได้ หรือผู้มีรายได้น้อย รัฐจะมีสวัสดิการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานให้

3. ขอบเขตการให้บริการและบุคลากรผู้ให้บริการ แม้ว่าทุกประเทศจะจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมโดยเป็นบริการพื้นฐานที่ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ แต่ก็มีมีความแตกต่างกันในงานหลักและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่ร่วมให้บริการ เช่น ประเทศออสเตรเลีย ให้บริการตามชุดบริการพื้นฐานที่กำหนดอย่างชัดเจน ในขณะที่ประเทศอังกฤษมีบริการทันตกรรม โดยทันตแพทย์ที่คลินิกหรือมีบริการเสริมด้านการตรวจในห้องปฏิบัติการ โดยทั่วไปทุกประเทศบุคลากรผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร บางประเทศอาจมีผู้ช่วยแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยาให้คำปรึกษาร่วมในทีม ผู้ให้บริการด้วยโดยให้บริการตามขอบเขตหน้าที่ของวิชาชีพ ในส่วนของแพทย์เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวบางประเทศอาจมีแพทย์เฉพาะทางอื่นๆด้วย เช่น กุมารแพทย์ อายุรแพทย์ สูติ-นรี แพทย์ สำหรับบทบาทของพยาบาลจะแตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

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

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

รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปเอเชีย

ระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปเอเชียโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา มีรูปแบบที่แตกต่างกันในลักษณะโครงสร้างของการบริการ ขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม และจำนวนและประเภทของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศนั้นๆ โดยอาจแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบดังนี้

1. รูปแบบที่ดำเนินการโดยรัฐภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ เช่น ในประเทศมาเลเซีย และสาธารณรัฐเกาหลี โดยที่สถานบริการในเขตเมืองและเขตชนบทจะมีลักษณะแตกต่างกัน ในมาเลเซียสถานบริการในชนบทมี 2 ระดับ คือ ศูนย์สุขภาพ (health center) และคลินิกชนบท (rural clinic) หน่วยบริการสุขภาพชนบท (rural health unit) 1 หน่วย ประกอบด้วย 1 ศูนย์สุขภาพทำหน้าที่ให้บริการและดูแลสนับสนุน 4 คลินิกชนบท หน่วยบริการ 1 หน่วยรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนประมาณ 15,000 – 20,000 คน ส่วนในเขตเมือง สถานบริการประกอบด้วยคลินิกสุขภาพ (health clinic) และคลินิกอนามัยแม่และเด็ก (maternal and child clinic) ให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีสถานบริการของหน่วยงานอื่นของรัฐที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนเฉพาะกลุ่ม เช่น ทหาร ชนพื้นเมือง ส่วนคลินิกเอกชนให้บริการในเขตเมืองโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการในสถานบริการของรัฐมีความแตกต่างกันตามระดับของหน่วยงาน คลินิกสุขภาพในเขตเมืองมีทั้งแพทย์ ผู้ช่วยแพทย์ พยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ ผู้ช่วยเภสัชกร แต่ในคลินิกชนบท มีพยาบาลชุมชนเท่านั้น (อาทรร ริ้วไพบูลย์, 2543)

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

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

รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทยมีหลายลักษณะ (ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543) ได้แก่

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

2. บริการสุขภาพที่จัดโดยหน่วยงานของเอกชน ได้แก่ คลินิกแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน ร้านขายยา และศูนย์บริการสุขภาพเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้สูงอายุ การบริการของคลินิกและโรงพยาบาลจะเน้นบริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ไม่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

3. บริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน ได้แก่บริการจากแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน หมอจีน หมอตำแย หมอนวดพื้นบ้าน

บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ ทันตแพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ให้บริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งทำงานร่วมกับบุคลากรในสถานีอนามัยและศูนย์บริการสาธารณสุข โดยมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้บุคลากรประจำสถานีอนามัยมีแต่พยาบาลหรือผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น สำหรับแพทย์ที่ให้บริการในโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนรวมทั้งคลินิกเอกชน มีทั้งแพทย์ทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง

สำหรับบทบาทของบุคลากรในการเป็นผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข จำกัดเฉพาะการให้บริการแก่กลุ่มประชาชนที่ขึ้นทะเบียนรับการสงเคราะห์ ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพและกลุ่มผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคมเท่านั้น

การพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) เป็นหน่วยบริการด่านแรกหรือสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านหรือชุมชนตามลักษณะภูมิประเทศ เพื่อให้ประชาชนไปใช้บริการได้สะดวกเข้าถึงง่าย ซึ่งอาจจะเป็นสถานีนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชน หรือโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการที่มีลักษณะหลากหลายตามสภาพพื้นที่ และอาจเป็นเพียงอาการ ความไม่สบายทางร่างกายหรือจิตใจซึ่งยังไม่เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ชัดเจน นอกจากนี้ปัญหาที่นำมาปรึกษาอาจจะไม่ใช่มีสุขภาพโดยตรง แต่เป็นปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาครอบครัว หรือปัญหาชุมชน (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ, 2539) ฉะนั้นบริการในหน่วยนี้จึงควรมีคุณภาพเชิงสังคมที่เข้าใจความต้องการ ความคาดหวัง ความรู้สึกของประชาชนที่มาใช้บริการได้ดีกว่าหน่วยอื่น และต้องสามารถจัดการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ให้เข้ากับสภาพความต้องการที่แท้จริง สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของประชาชนได้ สามารถสื่อสารให้เข้าใจกันและกันได้ดี เป็นหน่วยที่ให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันทำหน้าที่เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการร่วมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองและพึ่งระบบบริการได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเพื่อประสานบริการ และส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่จำเป็นต้องมีความสามารถในการให้บริการโดยตรงในทุกเรื่อง แต่ต้องสามารถจัดการกับสภาพปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของประชาชนได้ดี (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545ก)

วัตถุประสงค์ของการพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

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

การจัดมาตรฐานของบริการระดับปฐมภูมิ: หน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่คาดหวัง

ในพื้นที่เขตเมืองต้องการเพิ่มจำนวนของสถานบริการสุขภาพแบบผสมผสานที่เป็นบริการด่านแรกให้แก่ประชาชน มีลักษณะเป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวที่ประชาชนเลือกลงทะเบียนได้ บุคลากรมีความสามารถให้บริการแบบผสมผสานทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพสังคมและความต้องการที่หลากหลายของประชาชน โดยสถานบริการนี้มีกระจายทั่วถึงเพื่ออำนวยความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ปัจจุบันนี้สถานพยาบาลที่ให้บริการลักษณะนี้ยังมีไม่เพียงพอ และคลินิกเอกชนที่มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมียังมีส่วนน้อย ควรต้องหามาตรการที่จูงใจและกำหนดให้หน่วยงานเอกชนเหล่านี้ทำงานด้านนี้ด้วย

ในพื้นที่เขตชนบทต้องการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นและกระจายอย่างทั่วถึง ปัจจุบันประเทศไทยมีโครงสร้างของสถานพยาบาลที่ให้บริการผสมผสานในลักษณะของบริการระดับปฐมภูมิอยู่แล้ว ได้แก่ สถานีอนามัย เพียงแต่ขีดความสามารถของสถานีอนามัยยังไม่พอในการให้บริการพื้นฐานตามมาตรฐาน จึงควรต้องเพิ่มบุคลากรที่มีความสามารถเพิ่มขึ้น รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรเดิมให้มีความสามารถในการให้บริการตรวจรักษาดูแลสุขภาพได้มากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ภายใต้งานร่วมกับโรงพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545ข)

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

มาตรฐานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มาตรฐานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้ (สุพัตรา ศรีวิชัยชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา, และประภาพรณ คำคม. 2539).

1. การจัดหน่วยบริการ

การจัดหน่วยบริการเพื่อการดูแลสุขภาพของประชากรที่รับผิดชอบหน่วยคู่สัญญาจะต้องจัดให้มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิรับผิดชอบดูแลประชากรอย่างต่อเนื่องไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ และสถานที่ตั้งของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิควรต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวก ภายใน 30 นาที

ในช่วงเวลาของระยะเปลี่ยนผ่าน กรณีที่หน่วยคู่สัญญาเป็นโรงพยาบาลภาครัฐมีประชากรในรับผิดชอบจำนวนมาก ในระยะแรกให้สามารถตั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ภายในโรงพยาบาลได้ 1 แห่งต่อจำนวนประชากรไม่เกิน 30,000 คน และให้จัดหน่วยบริการระดับปฐมภูมินอกโรงพยาบาลในพื้นที่ที่ไม่มีสถานอนามัยอย่างน้อย 1 จุด โดยดูแลประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ และจะต้องมีแผนขยายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มให้ครอบคลุมประชาชนใน ความรับผิดชอบทั้งหมดได้ในอนาคต ในกรณีที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ตั้งในพื้นที่ของโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจนแยกจากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โดยมีทีมประจำให้บริการและบริการได้สะดวกและ รวดเร็ว

2. ชี้ความสามารถของหน่วยบริการ

- 1) มีการให้บริการที่หลากหลายอย่างผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการให้ความรู้กับประชาชนที่มารับบริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (โดยเน้นช่วงเวลาที่สะดวกของประชาชน)
- 2) มีบริการด้านทันตกรรมภายในหน่วยเองหรือมีระบบเชื่อมต่อ เพื่อส่งประชาชนใน ความรับผิดชอบไปรับบริการทันตกรรม (รักษาและป้องกัน) ได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง
- 3) มีบริการให้ความรู้แก่ประชาชนที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการทุกวันทำการ
- 4) มีบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในหน่วยบริการ เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ก่อนคลอด ดูแลหญิงหลังคลอด วางแผนครอบครัว พร้อมทั้งมีระบบติดตามความต่อเนื่องของบริการ อย่างน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์
- 5) มีบริการดูแลสุขภาพเด็ก 1-8 วันต่อเดือน
- 6) มีระบบการเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อติดตามบริบาลผู้มีปัญหาสุขภาพและทำ ความรู้จักกับครอบครัว ประเมินสภาพครอบครัวและดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 10-15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- 7) มีบริการด้านยาตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 8) มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐานที่ควรทำได้เอง และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ให้บริการ ได้รวดเร็ว คล่องตัว

3. ด้านบุคลากร

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิต้องมีบุคลากรให้บริการทั้งแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานที่ทำงานเป็นทีมประจำ โดยคิดเป็นอัตราส่วนของ บุคลากรประเภทต่างๆ ต่อประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้

- 1) มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ขั้นต่ำคือมีคุณวุฒิในระดับประกาศนียบัตร ด้านสาธารณสุข) เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:1,250 โดยในจำนวนนี้ให้เป็น พยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4 และบุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ใน 4

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

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

4) มีเภสัชกรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของบริการระดับปฐมภูมิร่วมให้บริการและรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคในอัตราส่วน 1:15,000 ในพื้นที่ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอ ให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้นไปปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนเจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ 2 คนต่อเภสัชกร 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีเภสัชกรร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1:30,000 คน

4. ด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่

1) มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ

2) มีสถานที่ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง

3) มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถขอรับคำปรึกษาจากหน่วยบริการในเครือข่ายเดียวกันอย่างรวดเร็ว

4) มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

5. ด้านการจัดการ ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม เพื่อ

1) มีระบบข้อมูลของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยต้องทราบว่าประชากรที่ รับผิดชอบเป็นใครอยู่ที่ไหน

2) ให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จัดระบบข้อมูล

3) ให้มีความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

4) ให้ข้อมูลผู้รับบริการเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

5)ให้มีระบบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

6) มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

6. ระบบการเชื่อมต่อและส่งต่อกับโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการบริการ ด้านวิชาการ และระบบข้อมูล

บทบาทของพยาบาลและทีมสุขภาพในบริการระดับปฐมภูมิ

(สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545, หน้า 96 – 99)

1. บทบาทของพยาบาล ในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ พยาบาลควรมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1.1 ระยะแรกควรสร้างความคุ้นเคยและปรับแนวคิดการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีนามัย เลือกกิจกรรมที่ทำงานและเรียนรู้ด้วยกันด้วยการจัดแบ่งบทบาทและวิธีการทำงาน อาจเริ่มต้นจากงานที่แต่ละคนถนัดก่อนแล้วค่อย ๆ เรียนรู้งานของกันและกัน เพื่อจะได้สามารถช่วยกันทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 กิจกรรมที่พยาบาลจะช่วยดูแลพัฒนาในเบื้องต้น อาทิเช่น เทคนิคการปลดเคื่อ การดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ การบริการพยาบาล การเยี่ยมบ้านเพื่อการให้บริการพยาบาล การจัดการด้านยา และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

1.3 ระยะต่อมาควรมีการพูดคุย วางบทบาทและแผนการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยอย่างเป็นระบบมากขึ้น หากพยาบาลที่มาจากโรงพยาบาลมาทำงานที่สถานีนามัยเป็นประจำ ควรมีการแบ่งบทบาททำงานร่วมกันเป็นทีม หากพยาบาลมาเพียงบางเวลาควรพิจารณาการให้ความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สถานีนามัยให้เกิดประโยชน์สูงสุดและไม่เป็นการเพิ่มภาระแก่เจ้าหน้าที่มากเกินไป

1.4 พยาบาลต้องมีบทบาทอื่นนอกจากการรักษาพยาบาลคือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชนตลอดจนมีส่วนเรื่องค่าบริการระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนามัยได้ดี

2. บทบาทของแพทย์ บทบาทของแพทย์ที่สถานีนามัยไม่ใช่การตรวจให้บริการสุขภาพเท่านั้น แต่มีบทบาทที่สำคัญคือ

2.1 ร่วมรับผิดชอบเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ดูแลประชาชนทุกหมื่นคน เป็นที่ปรึกษา ร่วมคิดวางแผนการทำงานกับทีมแพทย์บทบาทในการให้บริการ โดยตรงขึ้นอยู่กับเงื่อนไขเวลาและจำนวนแพทย์ที่มีในพื้นที่

2.2 เข้าใจสภาพปัญหาการทำงานด้านต่างๆ ที่ระดับสถานีนามัยและสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ เพื่อเป็นข้อมูลฐานประกอบการพิจารณาแนวทางการพัฒนาที่สถานีนามัยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.3 มีการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่สถานีนามัยในการให้บริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล การบริการอนามัยแม่และเด็ก

2.4 ให้บริการทางการแพทย์ในส่วนที่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยดูแลไม่ได้และให้บริการตรวจรักษาเพื่อเสริมสร้างศรัทธาให้สถานีนามัยในระยะแรก

2.5 สนับสนุนในด้านวิชาการทางการแพทย์ให้แก่ทีมงานเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาบริการ และการวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ

การที่แพทย์จะมีบทบาทให้บริการสุขภาพโดยตรงได้มากเพียงใดขึ้นอยู่กับลักษณะและความพอเพียงของบุคลากรในพื้นที่ทั้งในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ตลอดจนระดับความสามารถของบุคลากรที่มีในพื้นที่ดังนี้

1. ในพื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์มากและพิจารณาและว่าในระยะยาวไม่สามารถมีแพทย์ให้บริการที่สถานีนามัย บทบาทแพทย์แพทย์จึงต้องเน้นการพัฒนาเจ้าหน้าที่สถานีนามัยให้มีความรู้ความสามารถให้มากขึ้น การให้บริการของแพทย์ควรเน้นในส่วนที่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยหรือพยาบาลคัดกรองมาและปรึกษาแพทย์มากกว่าการให้บริการตรวจรักษาทั้งหมดเพราะจะทำให้ประชาชนสับสนในบทบาทของสถานีนามัยกับโรงพยาบาล การบริการของแพทย์ควรทำในลักษณะที่ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนเชื่อถือสถานีนามัยมากขึ้น
2. ในพื้นที่รอบเขตเมืองที่มีประชากรมากและมีสภาพบริการระดับปฐมภูมิน้อย รวมทั้งในอนาคตสถานีนามัยในพื้นที่อาจมีแพทย์ให้บริการในระยะยาวได้ แพทย์สามารถให้บริการได้เต็มที่ตามบทบาท แต่ควรให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยหรือพยาบาลร่วมให้บริการรักษาเบื้องต้นควบคู่ไปด้วย
3. ในส่วนของสถานพยาบาลเอกชน ผู้ทำหน้าที่ตรวจรักษาต้องเน้นแพทย์เท่านั้น เนื่องจากต้องดำเนินการตาม พรบ. สถานพยาบาลและ พรบ.การประกอบโรคศิลป์

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย

สำหรับวิวัฒนาการในการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยนั้น แม้ว่าประเทศไทยจะมีเป้าหมายสำคัญคือ การมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า แต่การให้บริการสาธารณสุขที่ผ่านมา ส่วนใหญ่นับบริการเชิงรับ โดยเฉพาะการบริการด้านการป้องกันและรักษาโรค และเพิ่งได้มีการปรับเปลี่ยนเป็นแนวเชิงรุกมากขึ้นในช่วงหลังภายหลังคำประกาศอัลมาดาที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะกลยุทธ์ที่สำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขให้เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วม(participation) โดยเฉพาะจากชุมชนและภาคเอกชน เช่น การมี อสม. เป็นต้น มีการประสานการทำงานกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆนอกจากสาธารณสุข (intersectorality) โดยอาศัยการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่สำคัญ ซึ่งประเทศไทยได้

ดำเนินงานจนประสบผลสำเร็จได้ระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามการบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ก็ทุ่มเทให้กับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ทำให้ค่าใช้จ่ายในด้านสาธารณสุขของประเทศเพิ่มขึ้นทุกปี ประมาณการว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในแต่ละปีสูงถึง 250,000 ล้านบาท ขณะที่ดัชนีวัดสุขภาพของประเทศไม่ได้ดีขึ้น การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพยังไม่สามารถดำเนินการได้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนนัก เนื่องจากการดำเนินงานยังเป็นแบบแยกส่วน โดยแต่ละองค์กรจะรับผิดชอบเฉพาะแต่ละปัญหา และการดำเนินการยังเป็นแบบการกำหนดนโยบายให้หน่วยงานปฏิบัติ (ศิริพร กัญชนะ, 2544)

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยจึงจัดตั้งสำนักส่งเสริมสุขภาพขึ้นเพื่อรับผิดชอบดูแลงานส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงวัยชรา มุ่งเน้นความร่วมมือและการเป็นภาคีส่งเสริมสุขภาพกับองค์กรต่างๆ ทั้งในส่วนของรัฐและประชาชน

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ได้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพใน 2 ลักษณะ คือ การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ และการส่งเสริมสุขภาพตามประเภทของชุมชน โดยที่งานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ แบ่งออกเป็นงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก งานส่งเสริมสุขภาพชุมชนประเภทต่างๆ ประกอบด้วย โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โครงการเมืองน่าอยู่ โครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่น่าทำงาน ซึ่งมุ่งเน้นการให้ชุมชนต่างๆ เหล่านี้ได้คิดเองทำเอง เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็ง มีสุขภาพดี ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 9 มีแนวปฏิบัติชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพและให้ประชาชนมีส่วนร่วมคิดร่วมทำ ให้ความสำคัญกับประชาชนในแต่ละพื้นที่ที่จะแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญต่อตนมากกว่าการกำหนดเป็นนโยบายจากรัฐที่ให้ปฏิบัติต่อทุกชุมชนเหมือนกัน(ศิริพร กัญชนะ, 2544)

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ใช้กลยุทธ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ซึ่งประกอบด้วยกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อสุขภาพ การสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะชีวิต การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อสุขภาพ และการปรับทิศทางบริการสาธารณสุข ยุทธวิธีเหล่านี้เป็นกลไกที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวและปรับเปลี่ยนทั้งในระดับบุคคล ได้แก่ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของภาวะสุขภาพ และระดับชุมชน ตลอดจนเกิดการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายกฎหมาย กฎระเบียบ วัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งสิ้น

การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมหมายถึงการรวมกลุ่มทางสังคมเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ หรือดำเนินงานของกลุ่มให้สำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความร่วมมือร่วมใจ โดยที่สมาชิกมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลในสถานการณ์ กลุ่มที่มีโอกาสและใช้โอกาสในการแสดงความรู้สึกบ่งบอกความต้องการ จึงเกิดการเข้าใจในการกระทำเพราะ

บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าตนเองได้ลงทุนในการตัดสินใจและอุทิศพลังงานทุกอย่างเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ดังนั้นทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจและการประสานงาน รวมทั้งร่วมรับผิดชอบกับกลุ่ม (รพี จารุภาณ, 2540, หน้า 4)

การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และการร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบถึงประชาชนหรือชุมชน การที่จะสามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นจำเป็นที่จะต้องยอมรับปรัชญาที่ว่ามนุษย์ทุกคนต่างปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของกลุ่ม ขณะเดียวกันต้องยอมรับด้วยความบริสุทธิ์ใจว่ามนุษย์สามารถพัฒนาได้ถ้ามีโอกาส และได้รับการชี้นำที่ถูกต้อง โดยการให้ชุมชนได้พัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมการใช้ รวมทั้งกระจายทรัพยากร ตลอดจนปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคมเพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกในสังคม การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงต้องมีการพัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญาที่แสดงออกในรูปการตัดสินใจที่จะกำหนดชีวิตของตนเองอย่างเป็นตัวของตัวเอง ด้วยการมีส่วนร่วมอย่างสำนึกรับผิดชอบและมีบทบาทอย่างเต็มที่ตั้งแต่คิดค้นปัญหา วางแผนปฏิบัติงาน ดูแลกำกับ ตลอดจนประเมินผลติดตามผลงาน การมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริง จะต้องหมายถึงการมอบอำนาจอธิปไตยขึ้นพื้นฐานคืนสู่ประชาชน การพยายามจัดตั้งและพัฒนาองค์กรประชาชนให้เข้มแข็งบนพื้นฐานของการพึ่งตนเองเป็นสำคัญ (เมธี จันทจักรุณ และสุธิดา รัตนวาณิชพันธ์, 2541 หน้า 5)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา

การพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เทียบเคียงกับสิ่งเดียวกันในเวลาที่แตกต่างกัน และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีทิศทางหรือเป้าหมาย ดังนั้นการมีส่วนร่วมย่อมก่อให้เกิดผลของการพัฒนาและ ยึดหลักของการพัฒนาชุมชนมาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน การพัฒนาชุมชนคือการรวมกำลังดำเนินการปรับปรุงความเป็นอยู่ให้ชุมชนมีความเป็นปึกแผ่นและดำเนินการไปในแนวที่ตนต้องการ โดยอาศัยความร่วมมือของประชาชนในการดำเนินงานพัฒนาชุมชน และได้รับความช่วยเหลือทางวิชาการจากหน่วย ราชการ หรือองค์กรอาสาสมัครอื่นๆ ดังที่ สุภวรรณ มโนสุนทร (2534 หน้า 9) ได้สรุปว่าการพัฒนา ชุมชนโดยมีเจ้าหน้าที่รัฐบาลให้ความร่วมมือสนับสนุน และการพัฒนาชุมชนเน้นการเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นอยู่ของชุมชนให้ดีขึ้น

การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพเป็นการมีส่วนร่วมที่มีลักษณะเฉพาะในประเด็นดังต่อไปนี้

1. สุขภาพสำหรับประชาชนคือว่าเน้น “สิทธิ” หมายถึงสิทธิในฐานะที่เป็นเจ้าของสุขภาพและสิทธิในฐานะเป็นผู้เลือกที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนั้นการเลือกรูปแบบวิธีการรักษา หรือการจัดการกับสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วมหรือเปิดโอกาสให้หน่วยบริการเข้าไปมีส่วนร่วมกับภาวะสุขภาพของประชาชน โดยรัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนหรือส่งเสริมและเปิดโอกาสให้แก่ประชาชน ไม่ใช่การบังคับหรือสั่งการ

2. การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ สำหรับภาครัฐหรือหน่วยบริการมีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ 2 ลักษณะ คือ 1)การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบริการของหน่วยบริการ และ 2) การที่หน่วยบริการเข้าไปร่วมพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชน ซึ่งทั้งสองลักษณะมีความแตกต่างกันในวิธีคิดและการปฏิบัติ

ในการปรับแนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่มุ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ หน่วยบริการจะต้องมีความเข้าใจเบื้องต้น ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. การที่จะสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนได้จริง จำเป็นต้องสร้างให้เป็นระบบทางเลือกทั้งวิธีการและรูปแบบทั้งนี้เพราะการให้บริการสุขภาพมีกิจกรรมที่ต้องการการมีส่วนร่วมหลายลักษณะขึ้นอยู่กับสภาพชีวิตจริงและเงื่อนไขของประชาชน การมีช่องทางให้ประชาชนพิจารณาเลือกวิธีการหรือรูปแบบได้เองตามความเหมาะสม เป็นการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมที่สุด

2. หน่วยบริการจำเป็นต้องสร้างกลไกให้ประชาชนสามารถสะท้อนความต้องการรูปแบบหรือวิธีการที่ประชาชนต้องการเข้ามามีส่วนร่วมได้ หรือให้หน่วยบริการสามารถเข้าไปร่วมในกิจกรรมสุขภาพของประชาชนได้

3. การที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมได้มีเงื่อนไขสำคัญ 3 ประการคือ มีอิสรภาพ มีความสามารถที่จะมีส่วนร่วมและต้องเต็มใจในการมีส่วนร่วม ความสำเร็จในการมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

- 3.1 ประชาชนต้องมีเวลาที่เข้ามามีส่วนร่วม
- 3.2 ต้องไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เกินค่าผลตอบแทนที่จะได้รับ
- 3.3 ประชาชนต้องมีจุดสนใจที่สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมนั้น
- 3.4 ต้องไม่กระทบต่อสถานภาพทางสังคมของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน

การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการในการสร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับชุมชนเพื่อเข้าร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือดำเนินกิจกรรมต่างๆร่วมกัน หลักการสำคัญต้องเชื่อถือว่าชาวบ้านหรือ

ประชาชนเป็นตัวหลักในการแก้ปัญหของตนเอง องค์กรภายนอกเป็นผู้กระตุ้นหรือสนับสนุน วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมมีดังนี้ (นเรศ สงเคราะห์สุข , 2541, หน้า 113-114)

1. การจัดกระบวนการเรียนรู้ จัดเวทีในการวิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชน เพื่อความเข้าใจ และเรียนรู้ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือจัดทัศนศึกษาดูงานระหว่างชุมชน การฝึกอบรม ทักษะเฉพาะด้านต่างๆ มีการลงมือปฏิบัติงานจริง และร่วมกันสรุปบทเรียนที่นำไปสู่ การปรับปรุงงาน ให้เหมาะสม

2. การพัฒนาศักยภาพแกนนำ เป็นการสร้างแกนนำเพื่อการทำงานในชุมชน โดยให้เกิด ความมั่นใจในความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการจัดทำกิจกรรมพัฒนาที่ใกล้ชิดและไม่ยากเกินไปก่อนโดยการ ชี้นำเท่าที่จำเป็น ซึ่งจากการทำกิจกรรมที่ง่ายและประสบผลสำเร็จจะนำไปสู่การเรียนรู้และความมั่นใจ ของแกนนำ

ในปัจจุบันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคม จึงจำเป็นต้องมี การศึกษาผลการดำเนินงานหรือการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยอาศัยหลักการศึกษาวิจัยมาช่วยเป็น การดำเนินการวิจัยควบคู่ไปกับการพัฒนา ที่เรียกว่า R and D (research and development) คือมีระบบ การทำงานเป็นขั้นตอน มีเป้าหมายที่ชัดเจนที่จะศึกษาและแก้ไขปัญหาและระยะต่อมาได้พัฒนามาเป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR: Participatory Action Research) ซึ่งหมายถึงความพยายาม ทุกวิถีทางที่จะพัฒนาชุมชนโดยที่กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์จากการวิจัยต้องเข้ามามี ส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมโครงการ การหาแนวทาง และกำหนด แนวการแก้ไขปัญหา มีการดำเนินงาน ประเมินผลและปรับปรุงแผน มีการสรุปผลและรายงานให้ชุมชน ทราบและขยายผลต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. รูปแบบของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการศึกษาของ ประดิษฐ์ สุธงษา และคณะ (2544) ในเรื่องบทบาทและโครงสร้างของ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : บริการของวิชาชีพและสภาพบริการสุขภาพ ในส่วนของรูปแบบ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิพบว่า การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิมีโครงสร้าง 5 ลักษณะคือ

- 1) การจัดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง
- 2) การพัฒนาสถานอนามัยที่มีศักยภาพให้เน้น ศูนย์สุขภาพชุมชนนอกเขตเมือง
- 3) การสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมืองขึ้นมาใหม่เพื่อเป็นต้นแบบ
- 4) การปรับหรือจัดให้มีหน่วยเวชปฏิบัติครอบครัวหรือทีมเยี่ยมบ้านที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพไปเยี่ยม ผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกที่บ้าน
- 5) การเป็นร้านขายยาที่ให้บริการ ส่งเสริมสุขภาพด้านการให้ยาและการดูแลสุขภาพตนเอง

หทัยชนก ฟิงเจริญ (2544) ได้ศึกษาระบบบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิ : กรณีศึกษา โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลศูนย์มีหลากหลาย เช่น หน่วย PCU ในโรงพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนภายใต้การกำกับของโรงพยาบาลเทศบาลและสถานีอนามัย มีเงื่อนไขการพิจารณาหน่วยบริการ คือ PCU ในเขตเทศบาลจะต้องแยกออกจากผู้ป่วยนอก เสริมทีมการทำงานในชุมชน ส่งเสริมสุขภาพครอบครัว มีเกณฑ์มาตรฐานให้บริการที่ไม่ซ้ำซ้อนกับโรงพยาบาล ส่วน PCU นอกเขตเทศบาลจะต้องมีการสร้างกระบวนการในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ให้ขวัญกำลังใจในการทำงาน และเปิดเวทีแสดงศักยภาพของบุคลากรในทันที

จินตนา ลีละไกรวรรณ (2544) ได้ศึกษาบริการสุขภาพปฐมภูมิ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนได้จัดตั้งศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวซึ่งให้บริการทั้งในศูนย์และนอกศูนย์โดยพยาบาลชุมชนจะทำงานนอกศูนย์ เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในชุมชน โรงพยาบาล และส่งต่อไปยังระดับสูงขึ้น

รวมพร คงกำเนิด (2544) ได้ศึกษาระบบบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิ : กรณีศึกษา ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนได้จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่ง เป็นศูนย์หลักและมี PCU รองอีก 16 แห่ง

ศุภา บัณฑิตตานุกุล และภัชราภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร (2544) ได้ศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนภาคกลางตอนล่าง พบว่า โรงพยาบาลชุมชนในเขตเมืองได้จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่ง 3 รูปแบบคือ 1) ศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบโดยเลือกสถานีในชุมชนอยู่หน้าหมู่บ้านและมีตลาดย่อยใกล้เคียง 2) ศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลชุมชนจะรับผิดชอบพื้นที่รอบโรงพยาบาลโดยไม่ได้จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยแยกต่างหาก ประชาชนที่มารับบริการจะผ่านเข้ารูปแบบบริการของโรงพยาบาลเหมือนกัน 3) ศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นรูปแบบของสถานีอนามัย

พัชรภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร (2544) ได้ศึกษาระบบบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิ : กรณีศึกษา โรงพยาบาลทั่วไปภาคกลาง พบว่าโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดเน้นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิที่ต้องรับบริการจากการส่งต่อของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ จึงได้พัฒนาสถานีอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน 5 แห่ง โดยไม่เปิดศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลได้ดำเนินการโดยการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 จึงได้ประสานกับแนวคิดของศูนย์สุขภาพชุมชน จัดเป็นทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยเภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพ ชุมชน นอกจากนี้โรงพยาบาลได้จัดทีมรักษาเคลื่อนที่หมุนเวียนให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนสาขาต่าง ๆ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งจัดให้มีคลินิกพิเศษเฉพาะโรค สัปดาห์ละครั้งที่ศูนย์ด้วย

2. บทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการศึกษาของประคิน สุจฉายา และคณะ (2544) พบว่า บุคลากรหลักที่ให้บริการในบางแห่งมีแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาล บางแห่งมีแพทย์ เกสักรประจำทุกวันหรือบางวันมีทันตแพทย์บางวัน และในศูนย์สุขภาพชุมชนบางแห่งยังมีทันตภิบาล พนักงานสุขภาพภิบาล พนักงานผู้ช่วยร่วมในทีมด้วย แต่ละวิชาชีพที่บทบาทหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังนี้

1) แพทย์ ให้การตรวจวินิจฉัยการรักษาโรคทั่วไป โรคเรื้อรังแก่ประชาชนทุกกลุ่ม สอนและให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2) พยาบาล ตรวจสุขภาพเด็กให้ภูมิคุ้มกันโรค ตรวจครรภ์ ตรวจและให้การรักษาโรคเบื้องต้น ให้การสอน ให้คำแนะนำ บริการเยี่ยมบ้าน สืบหาข้อมูลทำแฟ้มประวัติครอบครัว เผื่อระวังโรคระบาดต่าง ๆ สร้างความร่วมมือจากชุมชน และบริหารจัดการหน่วยบริการในกรณีไม่มีแพทย์

3) เกสักร ให้การบริการทางเกสักรใน PCU และที่บ้าน บริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ใน PCU จ่ายยาและให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องการไ้ยา

4) ทันตแพทย์ ให้การรักษาฟันได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ให้ยาระงับความเจ็บปวด กำจัดรอยฟันผุ และใส่ฟันปลอม ส่งเสริมและป้องกันปัญหาของสุขภาพช่องปาก ตรวจสุขภาพ ช่องปาก แนะนำทางทันตกรรม การใช้ฟลูออไรด์ นอกจากนี้ยังให้การแนะนำแก่ประชาชนให้ดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ส่วนใหญ่ทันตแพทย์จะไม่ประจำหน่วย PCU เพราะมีค่าใช้จ่ายสูง อาจไปบางวันเพื่อรักษาและนิเทศทันตภิบาลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ PCU นอกโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

หทัยชนก บัวเจริญ (2544 เรื่องเดิม) พบว่าบทบาทและขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้บริการเชิงรุก ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ดูแลฟื้นฟูสภาพ ประเมินภาวะสุขภาพและสภาวะคุณภาพชีวิต เป็นผู้ประสานงาน ผู้จัดการที่ทำให้เกิดความคุ้มค่า คุ่มทุน ให้ความรู้ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ปกป้องพิทักษ์สิทธิประชาชนและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ลีละไกรวรรณ (2544, เรื่องเดิม) ที่พบว่าพยาบาลชุมชนมีบทบาทในการให้บริการสุขภาพประจำวัน โดยใช้เวรไม่เกินวันละ 1 ชั่วโมง ในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ เก็บส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เวลาส่วนใหญ่ว่างที่เหลือจะให้ความสำคัญกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและกลุ่มที่ขาดการรักษา การทำงานในชุมชนจะทำให้รู้จักชุมชน เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์และจัดโครงการสร้างสุขภาพในชุมชนเพื่อการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของชุมชน พิทักษ์สิทธิให้กับประชาชนและสนับสนุนการบำบัดบาทผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

รวมพร คงกำเนิด (2544, เรื่องเดิม) พบว่าบทบาทผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนพบว่าบทบาทการให้บริการบุคลากรหลักคือพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะปฏิบัติงานประจำทุกวันใน PCU ส่วนแพทย์จะมาปฏิบัติงานในวันที่มีผู้ใช้บริการจำนวนมาก ส่วนทันตแพทย์ เกสักร และเจ้าหน้าที่ชั้นสูงจะปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การจัดบริการสุขภาพได้แก่ 1) การรักษาโรคเบื้องต้นพยาบาลเป็น

บุคลากรหลักโดยให้บริการในเวลาราชการ บางแห่งกำหนดให้บริการนอกเวลาราชการด้วย 2) การส่งเสริมและการป้องกันโรคเป็นงานหลักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ การตรวจครรภ์ การตรวจหลังคลอดและการให้ภูมิคุ้มกันโรค 3) งานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุก PCU ได้วางแผนในการเยี่ยมบ้านตามนโยบายของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นพยาบาลประจำครอบครัว

3. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

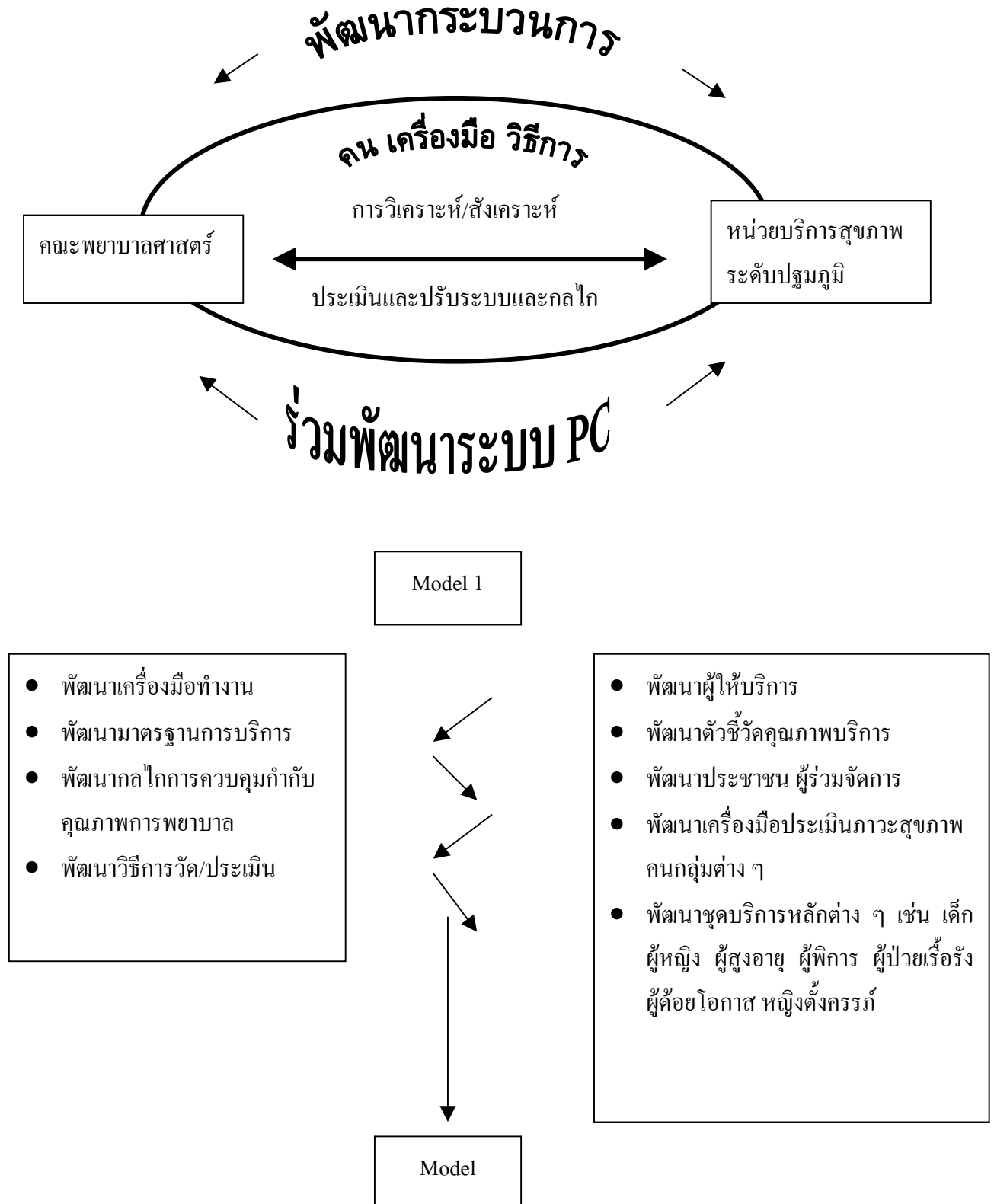
จากการศึกษาของ อัมพร ฝอยทอง (2545) เรื่องปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การแยกศูนย์จากสถานอนามัยทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูง ด้านการปฏิบัติงาน การรักษาพยาบาลเจ้าหน้าที่มีเวลาให้คำแนะนำผู้รับบริการน้อย เจ้าหน้าที่มีประสบการณ์น้อยในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การทำงานเป็นทีม และการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ โดยเฉพาะกับสถานอนามัย และมีทัศนคติไม่ดีต่อกัน นอกจากนี้ยังพบว่าชุมชนให้ความร่วมมือน้อย ประชาชนไม่เห็นความสำคัญการป้องกันโรค พึ่งพาการรักษาพยาบาล มีปัญหาการย้ายถิ่นและเศรษฐกิจ ต้องการรับการตรวจจากแพทย์ ไม่มีความมั่นใจในการตรวจจากพยาบาล

จิโนรส ลีสวัสดิ์ (2545) ได้ศึกษาการประเมินความพร้อมในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับปานกลาง มีความเห็นด้วยปานกลางเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม และการติดต่อสื่อสารในองค์กร นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ทำให้โอกาสในการศึกษาต่อของบุคลากรเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่เพียงพองบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรให้ไม่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้องค์กรต่างๆ เทศบาล และองค์กรบริหารส่วนตำบลยังไม่มีความพร้อมในการสนับสนุนด้านการเงิน แม้แต่การบริจาคจากประชาชน

จากการศึกษาของรวมพร คงกำเนิด (2544, เรื่องเดิม) พบว่าในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พยาบาลต้องใช้องค์ความรู้หลายด้านผสมผสานกันในการปฏิบัติงาน และเนื่องจากพยาบาลทุกคนปฏิบัติงานเฉพาะที่โรงพยาบาล ประกอบกับขาดการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานใน PCU จึงมีปัญหาและอุปสรรคในการทำงานตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงาน ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะจัดอบรมความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานใน PCU อย่างสม่ำเสมอ แต่พยาบาลทุกคนยังมีการขวนขวายเข้าเรียนและอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติจากสถาบันการศึกษาอื่นเพื่อเพิ่มสมรรถนะให้กับตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละ PCU มีการเชื่อมโยงการทำงานในแต่ละวิชาชีพได้ดี โดยเฉพาะการติดต่อและการปรึกษามีความสะดวกและความคล่องตัวสูง ประชาชนมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพมากถึงร้อยละ 65.5 คือสถานบริการสุขภาพให้บริการสุขภาพดีขึ้น รู้สึกมั่นใจในวิธีการรักษา การให้

คำแนะนำปรึกษา และการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และสิ่งที่ต้องการมากขึ้นถึงการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

กรอบแนวคิดในการศึกษา



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้นำชุมชน คณะกรรมการเทศบาลนครตำบล และประชาชน วิธีการศึกษาประกอบด้วยการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสะท้อนข้อมูลต่อประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง

พื้นที่ทำการวิจัย

คณะผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในการทำการวิจัยแบบเจาะจงในเขตจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง อำเภอหางดง (ซึ่งรับผิดชอบประชากรประมาณ 9,800 คน) เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอยู่แล้ว อีกทั้งผู้บริหารเขตหน่วยบริการสุขภาพมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมดำเนินงาน ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้ใช้บริการและองค์กรท้องถิ่นต่าง ๆ มีความสนใจเข้าร่วมดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย

ประกอบด้วย

1. ผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ที่ใช้บริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง อำเภอหางดง เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก
2. ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ที่มีบทบาทรับผิดชอบในการดูแลและพัฒนาชุมชน ได้แก่ กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข คณะเทศมนตรีตำบล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง
3. บุคลากรทางสุขภาพหรือผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลสร้างโดยคณะผู้วิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสังเกตระบบการทำงาน การปฏิบัติงานของบุคลากรทางสุขภาพ ความเหมาะสมและความเพียงพอของบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ และ สถานที่

2. แนวทางการประเมินระบบบริการระดับปฐมภูมิ (ภาคผนวก ก)
3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์บุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ลักษณะโครงสร้างระบบการทำงาน ความพร้อมและความเพียงพอของบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์และสถานที่ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน (ภาคผนวก ข)
4. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนกับผู้รับบริการเกี่ยวกับความเข้าใจหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ลักษณะของบริการและคุณภาพของการให้บริการ การยอมรับของชุมชนต่อบริการที่ได้รับ บทบาทของพยาบาล การมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรท้องถิ่น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของการให้บริการก่อนและหลังการจัดให้บริการในระดับปฐมภูมิ (ภาคผนวก ค)

ขั้นตอนการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ติดต่อประสานงานและสร้างความเข้าใจระหว่างผู้บริหารโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา บุคลากรทางสุขภาพ ผู้นำชุมชน และประชาชนโดยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการฯ และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล และนัดหมายผู้นำชุมชนและประชาชนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง สร้างแนวคำถาม

ขั้นตอนที่ 3 รวบรวมข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ ผู้นำชุมชน และประชาชน



ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์เจาะลึก และสนทนากลุ่มแก่บุคลากรทางสุขภาพ ผู้นำชุมชน และประชาชน

ขั้นตอนที่ 5 จัดประชุมระดมสมองระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ผู้นำชุมชน และประชาชน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้แล้วนำมาวางแผน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน



ขั้นตอนที่ 6 คณะผู้วิจัยนำเสนอร่างแผนพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิแก่บุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และได้ปรับแผนให้เหมาะสมตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 7 ดำเนินการตามแผน โดยเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ผู้นำชุมชน ผู้รับบริการ และคณะผู้วิจัย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างความตระหนัก การพัฒนาทักษะและการทำงานเป็นทีม โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนด้านความรู้และปัจจัยเกื้อหนุนต่างๆ เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพพร้อมที่จะปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การอบรมบุคลากรสุขภาพในเรื่อง การตรวจและรักษาโรคเบื้องต้น วิธีชุมชน จัดทำคู่มือการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ การอบรม อสม. เกี่ยวกับการวัดสัญญาณชีพ การวัดดัชนีมวลกาย (BMI) การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการปฐมพยาบาล พร้อมทั้งจัดทำคู่มือในเรื่องดังกล่าวให้ และสร้างความเข้าใจเรื่องสิทธิในการใช้บัตรทอง 30 บาทแก่ประชาชน โดยเชิญเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลคู่สัญญาเป็นวิทยากร และได้ร่วมจัดหาวิทยากรสนับสนุนการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนได้จัดให้บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน รวมทั้งเทศมนตรี ฝ่าย สาธารณสุข นักวิชาการจากสาธารณสุขอำเภอ และตัวแทนของประชาชนไปศึกษาดูงานกระบวนการทำงานและการพัฒนาศักยภาพของชุมชนที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น นอกจากนี้ได้ไปพูดคุยกับคณะเทศมนตรีตำบล เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนหนองดอง



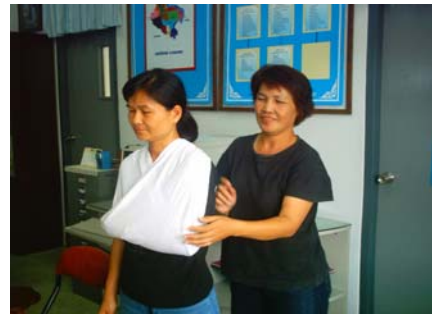


ขั้นตอนที่ 8 คณะผู้วิจัยร่วมกับคณะผู้ไปศึกษาดูงานประชุมสรุปผลการศึกษาดูงานที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น และได้ขอความร่วมมือให้ผู้ที่ได้ไปศึกษาดูงานได้นำข้อมูลที่ได้จากการไปศึกษาดูงานไปกระจายข่าวให้แก่ผู้อื่นในชุมชนเพื่อให้รับทราบข้อมูลโดยทั่วกัน และให้นำเสนอความต้องการพัฒนา ศักยภาพของประชาชนเพิ่มเติม



ขั้นตอนที่ 9 ปรับแผนการทำงานด้านสาธารณสุขของเทศบาลตำบลร่วมกับผู้นำชุมชนและบุคลากรผู้ให้บริการ

ขั้นตอนที่ 10 จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของประชาชนตามความต้องการของประชาชน และจัดบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและแก้ปัญหา



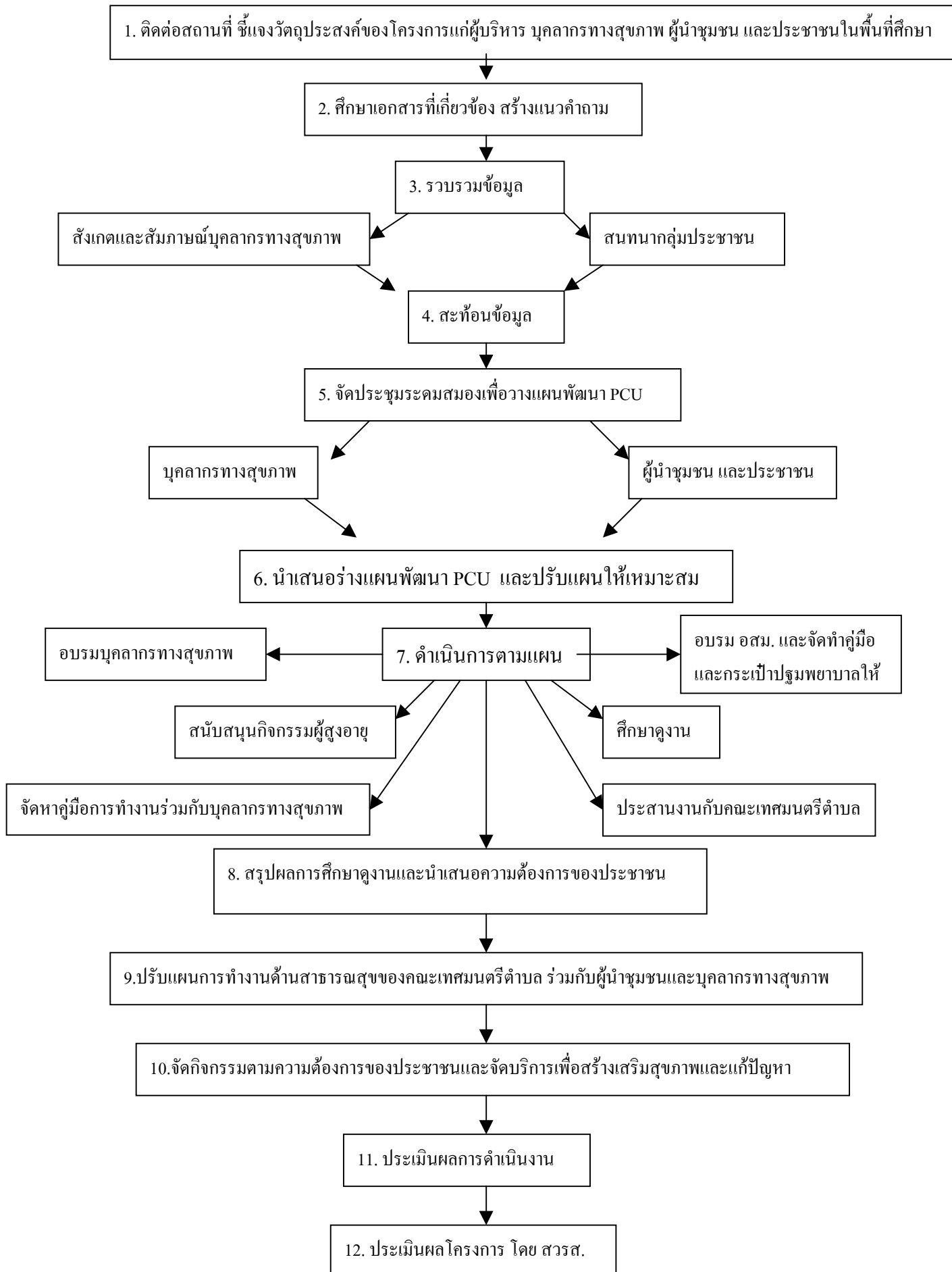
ขั้นตอนที่ 11 ประเมินผลการดำเนินงาน





ขั้นตอนที่ 12 ประเมินผลโครงการโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ขั้นตอนการดำเนินงาน สรุปได้ดังนี้



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนา โดยศึกษาจากผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ (ประชาชน และผู้นำชุมชน) ของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษานำเสนอ ดังนี้

ส่วนที่ 1 รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ลักษณะโครงสร้างการทำงาน กลไกการทำงาน (กระบวนการทำงาน วิธีการทำงาน การจัดการด้านบริการและการพัฒนา) บทบาทพยาบาล

ส่วนที่ 2 ก. สรุปข้อค้นพบเกี่ยวกับปัจจัยและเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 ข. กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ลักษณะโครงสร้างการทำงาน กลไกการทำงาน (กระบวนการทำงาน วิธีการทำงาน การจัดการด้านบริการและการพัฒนา) บทบาทพยาบาล ผลการศึกษาจากการสังเกตและสัมภาษณ์มีดังนี้

1. รูปแบบการให้บริการ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง เดิมคือสถานีอนามัยบ้านบวกรก และได้ปรับเปลี่ยนระบบบริการเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) เมื่อเดือนตุลาคม 2544 และได้ดำเนินการให้บริการในฐานะหน่วยบริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานเท่าที่สามารถพึงปฏิบัติได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้รับผิดชอบประชากร 8 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12 และ 13 มีประชากร 5,854 คน และมีสถานีอนามัยหนองไคร้เป็นเครือข่าย รับผิดชอบประชากร 6 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 7, 8, 9, 11, 14 และ 16 มีประชากรประมาณ 4,000 คน (ข้อมูลเดือนมิถุนายน 2545) ในระยะแรกของการดำเนินการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้จัดรูปแบบการบริการให้ได้ตามมาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (Contracting Unit for Primary Care : CUP) คือโรงพยาบาลหางดง ได้มอบหมายให้แพทย์ 1 คน เกสัชกร 1 คน มาปฏิบัติงานประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ โดยที่แพทย์จะมาให้บริการตรวจรักษาโรค 2 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งแพทย์และเภสัชกรได้ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 2 เดือน หลังจากนั้นไม่มีแพทย์และเภสัชกรมาปฏิบัติงานอีก มีแต่พยาบาลวิชาชีพ 2 คนให้บริการตรวจรักษาพยาบาลโรคทั่วไปอยู่ในสถานบริการเมื่อเดือนธันวาคม 2545 จนถึงปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลง

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 คนนี้โดยต้องกลับไปปฏิบัติงานนอกเวลาราชการที่โรงพยาบาลหางดง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจะปฏิบัติงานคนละ 2 วัน วันละ 1 คน เฉพาะช่วงเช้าเท่านั้น

2. ลักษณะโครงสร้างการทำงาน ซึ่งวิเคราะห์การศึกษาโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน จักระบบบริการของสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการ สาธารณสุข (มกราคม 2545) ดังนี้

2.1 ลักษณะสถานที่ จำนวนประชากร เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน สถานที่ตั้งเหมาะสม ประชาชนสามารถเดินทางเข้าถึงได้ภายใน 30 นาทีโดยรถยนต์ ลักษณะการจัดสถานบริการซึ่งเป็นอาคาร 2 ชั้น ตามแบบแปลนสถานอนามัยทั่วไป ส่วนใหญ่สถานที่หรือห้องต่าง ๆ ในการให้บริการจะอยู่ชั้นล่าง ได้แก่ โต๊ะลงทะเบียน โต๊ะสำหรับซักประวัติ ที่นั่งรอตรวจ สถานที่สำหรับวางเครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูง ห้องตรวจโรค หรือห้องปฐมพยาบาล ห้องจ่ายยา ห้องตรวจสุขภาพเด็กดี สถานที่เล่นสำหรับเด็ก สถานที่ตั้งคอมพิวเตอร์เพื่อบันทึกข้อมูลต่าง ๆ สถานที่ให้คำปรึกษา ส่วนห้องทำงานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ห้องประชุมและห้องทันตสุขภาพอยู่ชั้นบน การจัดสถานที่เหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นสัดส่วนเหมาะสม มีสถานที่ให้บริการเพียงพอกับการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพตามมาตรฐานบริการ สถานที่สะอาด มีที่นั่งรอตรวจเพียงพอ สะดวกสำหรับผู้รับบริการ มีเพียงสถานบริการให้คำปรึกษาที่ไม่เหมาะสมเพราะอยู่ชั้นบน ผู้ใช้บริการไม่นิยม จึงให้คำปรึกษาร่วมกับบริการอื่น ๆ ในบางครั้งสถานที่ให้คำปรึกษาจึงไม่เหมาะสม และไม่ได้สัดส่วน นอกจากนี้ที่นั่งรอตรวจจะมีแสงแดดส่องในช่วงเช้า ทำให้อากาศร้อนรบกวนผู้รับบริการ

2.2 บุคลากรและลักษณะหน้าที่รับผิดชอบ จำนวนบุคลากรทั้งหมด 7 คน มีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

2.2.1 ตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุขระดับ 6 เป็นหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนใหญ่รับผิดชอบด้านบริหารมากกว่าการให้บริการ แต่จะปฏิบัติงานแทนบุคลากรอื่นๆ ได้ถ้ามีความจำเป็น ทั้งในและนอกสถานบริการแต่ปฏิบัติงานเชิงรุกมากกว่าการให้บริการรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น

2.2.2 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 เดิมปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหางดงมี 2 คน ส่วนใหญ่จะให้บริการรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น แต่จะปฏิบัติงานแทนบุคลากรอื่นๆ ได้ และมีหน้าที่ให้บริการเชิงรุกด้วย โดยรับผิดชอบประชาชนคนละ 2 หมู่บ้าน รวมทั้งให้บริการอนามัยโรงเรียนและให้สุศึกษา นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เมื่อเดือนธันวาคม 2545 จนถึงปัจจุบันที่ต้องกลับไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหางดง จึงสามารถให้บริการเฉพาะช่วงเช้าคนละ 2 วัน ทำให้มีผลกระทบต่อการให้บริการด้านอื่น ๆ ที่เคยรับผิดชอบ รวมทั้งการให้บริการนอกเวลาราชการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากบุคลากร 2 ท่านนี้จะต้องไปปฏิบัติงานนอกเวลาราชการที่โรงพยาบาลหางดง

2.2.3 ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนระดับ 4 ส่วนใหญ่รับผิดชอบงานบริการตรวจสุขภาพเด็กดี และให้ความร่วมมือในการให้บริการอื่น ๆ ด้วย

2.2.4 ตำแหน่งทันตสาธารณสุขระดับ 2 พ เป็นผู้รับผิดชอบงานบริการทันตสุขภาพ แต่สามารถให้ความช่วยเหลืองานด้านอื่น ๆ

2.2.5 ตำแหน่งพนักงานวิชาการสาธารณสุข รับผิดชอบงานด้านบริการวิชาการ การประชาสัมพันธ์ การปรับปรุงพัฒนาสถานบริการและสิ่งแวดล้อม และให้บริการเชิงรุก รวมทั้งให้ความร่วมมือในการให้บริการอื่น ๆ

2.2.6 นักการภารโรง บริการดูแลรักษาความสะอาดทั่วไป การจัดสถานที่และอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

สำหรับสถานีนามัยหนองไคร้เป็นเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง มีเจ้าหน้าที่ คือ พนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน วุฒิสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต 1 คน รวมเป็น 3 คน ซึ่งสถานีนามัยแห่งนี้ยังไม่เป็นสถานีนามัยเครือข่ายตามหลักการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่แท้จริง เพราะการทำงานเป็นอิสระต่อกัน ยังไม่มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

2.2.7 มาตรฐานด้านบุคลากร พบว่าบุคลากรต่อประชากรที่รับผิดชอบเป็นไปตามเกณฑ์เกือบทุกข้อ เฉพาะในช่วงมกราคม – ธันวาคม 2545 ได้แก่

(1) พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นทีมให้บริการต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 : 1, 250 ในจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4 และอย่างน้อย 3 ใน 4 ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องทำงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ยังขาดนักวิชาการสาธารณสุขอีก 1 ตำแหน่ง

(2) ทันตภิบาลปฏิบัติงานแทนทันตแพทย์ในอัตราส่วน ทันตภิบาล 2 คนต่อทันตแพทย์ 1 คน ซึ่งรับผิดชอบประชากร 1 : 20,000 สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองมีทันตภิบาล 1 คน ครอบคลุมประชากร 10,000 คน

(3) มีแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิในอัตรา 1 : 10,000 คน ถ้าไม่สามารถจัดหาแพทย์มาให้บริการได้ ให้จัดพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ต่อแพทย์ 1 คน ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองเคยมีแพทย์มาให้บริการ 2 วันต่อสัปดาห์ประมาณ 2 เดือน (ตุลาคม – ธันวาคม 2544) หลังจากนั้นไม่มีแพทย์มาให้บริการ แต่มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน จากโรงพยาบาลหางดงมาปฏิบัติงานประจำแทนแพทย์ถึงเดือนธันวาคม 2545 คือปฏิบัติงานเต็มวันและนอกเวลาราชการ

(4) มีเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบงานเภสัชกรรมในอัตราส่วน 1 : 15,000 หรือมีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้นปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วน 2 คนต่อเภสัชกร 1 คน ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองมีเภสัชกร

มาให้บริการ 2 เดือน โดยปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ หลังจากนั้นไม่มีเกสซกร มีแต่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทน

(5) บริการดูแลสุขภาพเด็กเป็นไปตามเกณฑ์ที่ระบุ คือ 1 วัน ต่อเดือน (มาตรฐานอย่างน้อย 1-8 วัน)

(6) บริการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้บริบาลรวมทั้งติดตามเยี่ยมประจำเพื่อทำความรู้จัก สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลด้านสุขภาพให้แก่ครอบครัวและให้การบริบาลแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น ในกรณีนี้เยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังที่ขาดนัด เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้มีปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานบริการ

(7) บริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและปัจจัยกระทบต่อสุขภาพ เพื่อวางแผนและดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคแก่ประชาชนในความรับผิดชอบ ซึ่งไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ที่ระบุได้เพราะปฏิบัติได้ประมาณ 8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (มาตรฐาน 10-15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) แต่อนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ได้จากการประเมินตนเองของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง

(8) บริการอื่น ๆ ไม่ได้ระบุเวลา ได้แก่ บริการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น เพราะมีผู้ป่วยน้อยและสามารถดูแลตนเองได้เนื่องจากได้รับการฟื้นฟูแล้ว มีบริการด้านการชันสูตรพื้นฐานที่ทำได้เอง และมีการส่งต่อได้รวดเร็ว คล่องตัว (กล่าวถึงรายละเอียดต่อไป) มีบริการด้านยาจิตความสามารถเป็นไปตามเกณฑ์ (กล่าวถึงรายละเอียดต่อไป)

2.3 วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น

2.3.1 บริเวณที่ทำบัตร-จ่ายยา มีตู้เก็บเอกสาร (ระเบียบ รายงาน หรือประวัติ การตรวจรักษาเป็นไปตามเกณฑ์ คือสามารถค้นหาลาย เก็บรักษาไว้ได้ไม่น้อยกว่า 5 ปี เพราะเป็นตู้เหล็กมีความคงทนถาวร ส่วนตู้สำหรับเก็บเวชภัณฑ์พร้อมอุปกรณ์จ่ายยาเหมาะสม มีเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.3.2 การจัดเครื่องมือ เครื่องใช้และอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์ ได้แก่ ห้องตรวจโรคและปฐมพยาบาล สถานที่ให้บริการทางห้องปฏิบัติการ ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน การจัดเตรียมสถานที่เครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ต่างๆ ครบถ้วนตามที่ระบุ ห้องตรวจสุขภาพเด็กดี ขาดเครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็ก (DDST) ห้องทันตกรรมส่วนใหญ่ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุขาดเพียงตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์จะใช้ร่วมกับข้างล่าง ส่วนเครื่องมืออื่นๆ เช่น เครื่องมือทำคลอดและตรวจภายใน หรือหลังคลอด ไม่มีเนื่องจากไม่มีผู้รับบริการ

2.3.3 อุปกรณ์และโสตทัศนูปกรณ์สำหรับให้สุขศึกษาซึ่งเกณฑ์มาตรฐานไม่ได้กำหนดไว้ แต่จากการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ให้บริการ พบว่าบอร์ดการจัดกิจกรรมให้ความรู้ยังไม่เพียงพอ เครื่องวิดีโอทัศน์ชำรุด แต่เอกสารแผ่นพับโปสเตอร์เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานระบุไว้ก็สามารถ

ใช้สำหรับเผยแพร่ความรู้ให้แก่ผู้รับบริการ เพื่อให้เข้าถึงการมารับบริการได้ดี และเอกสารทันสมัยและเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อย

2.3.4 สำหรับเครื่องมือในการสื่อสารมีความรวดเร็วโดยใช้โทรศัพท์ติดต่อเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ยังไม่มีการติดต่อสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต (internet)

2.3.5 สำหรับยานพาหนะที่ใช้ในการปฏิบัติงานในชุมชน บุคลากรระบุว่าไม่เพียงพอที่จะให้บริการ ส่วนยานพาหนะสำหรับส่งต่อไม่มีเป็นของตนเอง ใช้รถยนต์ของโรงพยาบาลหางดง และผู้ป่วยมีพาหนะของตนเอง

2.4 เวลาปฏิบัติงาน การจัดการปฏิบัติงานและการจัดบริการให้กับประชาชนตามมาตรฐานด้านขีดความสามารถ ส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ มีเพียงบางข้อที่ไม่ครบตามเกณฑ์

2.4.1 จำนวนชั่วโมงในการเปิดบริการ เวลาราชการ 8.00 – 16.00 น. (จันทร์ – ศุกร์) นอกเวลาราชการทุกวันเวลา 16.30 – 19.30 น. (จันทร์ – ศุกร์) และเสาร์ – อาทิตย์ เวลา 8.00 – 16.00 น. ปัจจุบันไม่สามารถให้บริการนอกเวลาตามที่ระบุไว้เพราะบุคลากรไม่เพียงพอ

2.4.2 การจัดการปฏิบัติงานเวลาราชการ (8.00 – 16.00 น.) ได้แก่ การตรวจโรคทั่วไปทุกวัน (จันทร์ – ศุกร์) รวมเสาร์ – อาทิตย์ งานวางแผนครอบครัววันจันทร์ คลินิกเบาหวานและตรวจสุขภาพเด็กวันพุธ คลินิกทันตกรรมวันจันทร์และอังคาร คลินิกความดันโลหิตสูงวันศุกร์ การตรวจ กรู๊ปเลือดวันเสาร์ – อาทิตย์ สำหรับเกณฑ์ในการให้บริการมีดังนี้

(1) การเปิดบริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอายุมีผสมผสานร่วมกับการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น และการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไปแก่ผู้รับบริการในหน่วยบริการทุกวัน กำหนดระยะเวลาที่เปิดให้บริการเป็นไปตามเกณฑ์ที่ระบุ คือ 71 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (มาตรฐาน 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

(2) การจัดบริการทันตกรรมป้องกัน และการรักษาฟื้นฟูทางด้านทันตกรรม โดยจัดให้มีบริการภายในหน่วยบริการเองหรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนในความรับผิดชอบไปรับบริการ จำนวนชั่วโมงไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ระบุ คือสามารถให้บริการได้ 24 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (มาตรฐาน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

(3) มีบริการให้ความรู้แก่ประชาชนที่มารับบริการทุกวันทำการ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่ระบุ แต่การให้สุขศึกษารายบุคคล และการจัดบอร์ดให้ความรู้ติดโปสเตอร์เรื่องความดันโลหิตสูง เบาหวาน กรดยูริก และเอกสารอื่น ๆ ให้ผู้รับบริการที่สนใจอ่านด้วยตนเอง

(4) บริการด้านส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ดูแลหญิงหลังคลอด วางแผนครอบครัว พร้อมทั้งระบบติดตามความต่อเนื่องของบริการ สามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ที่ระบุ คือ 1 วันต่อสัปดาห์ (มาตรฐาน 1-2 วันต่อสัปดาห์)

2.5 บริการที่ควรมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.5.1 ประเภทบริการที่ต้องมี โดยมีลักษณะผสมผสานทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุม ปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชาชนในระดับบุคคลและครอบครัว รวมทั้งบริการด้านยาที่เหมาะสม ได้แก่

(1) ด้านการรักษาพยาบาล มีครบทุกข้อตามเกณฑ์ที่ระบุ คือ **หนึ่ง** ให้บริการปัญหาสุขภาพทั่วไปและเฉียบพลัน **สอง** ให้บริการปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานในผู้สูงอายุ **สาม** มีระบบการคัดกรองโรคเรื้อรังโรครุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม คัดกรองปีละ 1 ครั้ง มะเร็งเต้านม นัดตรวจสัปดาห์วันธรรมจักร โดยทำพร้อมกับการตรวจหา มะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มเป้าหมายมารับบริการครั้งละมากกว่า 200 คน พบปัญหาผิดปกติไม่ถึงร้อยละ 1 บางรายผ่าตัดมดลูกและผู้ป่วยจะมาตรวจตามนัดที่นี้ **สี่** การดูแลที่บ้าน แนะนำสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ (เรื่องอาหาร การเลี้ยงดูเด็ก การพักผ่อนของมารดา ฯลฯ) ปัญหาสุขภาพใกล้ตัว แผลฉีก ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ขาดนัด ซึ่งใช้เวลาเยี่ยมประมาณ 10 นาทีต่อราย สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยบางรายที่บ้าน เช่น ทำแผล จะเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจที่ไม่สามารถมารับบริการที่หน่วยบริการได้ และขาดนัด ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านประมาณ 10 รายต่อเดือน ตามเกณฑ์ที่ระบุ **ห้า** การบริการหรือช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงก่อนส่งต่อ **หก** การผ่าตัดเล็กที่ปฏิบัติได้คือผ่าฝี เลาะเล็บ **เจ็ด** บริการตรวจชั้นผิวหนังพื้นฐานสามารถทำได้บ้าง ถ้าเกินความสามารถให้ส่งต่อ **แปด** บริการทันตกรรมพื้นฐานสามารถทำได้ คือ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณีปกติ

(2) การส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการดูแลประชาชนตั้งแต่เกิดจนกระทั่ง เสียชีวิต มีครบเกือบทุกข้อตามเกณฑ์ที่ระบุ คือ **หนึ่ง** บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ เฉพาะก่อนคลอด หลังคลอด **แต่ไม่สามารถให้บริการคลอดตามพื้นที่และการตรวจหลังคลอด เพราะไม่มีผู้รับบริการ** ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด **สอง** บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการและวัคซีน สามารถปฏิบัติได้ในโรงเรียน ให้บริการ 5 โรงเรียน นักเรียน 500 คน (ตรวจสุขภาพ คัดกรองปัญหาสุขภาพ ให้วัคซีน ช่วยเหลือเด็กสายตาสั้น 2 รายขอปรึกษาแว่นสายตา เยี่ยมติดตามเด็กที่มีปัญหา) **ไม่สามารถประเมินพัฒนาการเด็กในคลินิก** นอกนั้นสามารถปฏิบัติได้ครบ (การตรวจสุขภาพ การคัดกรองปัญหาสุขภาพ การให้วัคซีน และการให้คำแนะนำ) **สาม** บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไป และประชาชนกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น เจาะเลือดหาสารพิษในเกษตรกรทำมา 2 ปี ไม่พบความผิดปกติ (ปัจจุบันไม่ได้ทำ) พบผู้สัมผัสโดยบังเอิญเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการ **ปีนี้ยังไม่ได้ตรวจสุขภาพคนงาน** แต่มีการค้นหาโรคเบาหวานโดยการประเมินภาวะเสี่ยงของประชาชนอายุ 35-40 ปี สำหรับโรคธาลัสซีเมียประเมินตามเกณฑ์ในนักเรียน ป.1 ปีละ 1 ครั้ง หญิงมีครรภ์ก็ไม่พบปัญหาธาลัสซีเมีย **สี่** บริการดูแลผู้สูงอายุ มีชมรมผู้สูงอายุ 4 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ ประมาณ

30 คน รวมแล้วประมาณ 100 คน แต่ยังไม่ยั่งยืน บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (โภชนาการ) ร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุในวันสำคัญทางศาสนา ตรวจสอบสุขภาพโดยการวัดความดันโลหิต ห้า บริการส่งเสริมและป้องกันทันตกรรม ตรวจให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพในช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบร่องฟัน ส่วนผู้รับบริการให้แปรงฟันถูกวิธี ตรวจสอบสุขภาพฟันในนักเรียน 5 โรงเรียน เมื่อพบว่ามีความผิดปกติให้มาอุดฟันที่หน่วยบริการนี้ ปัญหาที่พบมากคือฟันผุให้การรักษาโดยอุดฟันในผู้สูงอายุ แต่จะพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาโรคปริทันต์ ฟันโยก ส่วนในเด็กถ้ามีฟันผุและโยกจะถอนให้ ถอนฟัน ประมาณ 10 รายต่อเดือน สำหรับการฟื้นฟูสภาพเป็นเรื่องการใส่ฟันปลอมจะแนะนำให้ไปที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ การเยี่ยมบ้าน เยี่ยมกลุ่มเป้าหมายไม่ครอบคลุมตามความหมายคู่มือเกณฑ์มาตรฐาน ดังนี้ การเยี่ยมครอบครัวเพื่อทำความรู้จักเพื่อประเมินสภาพพื้นฐาน ปีละ 1 ครั้ง ปฏิบัติได้ร้อยละ 90 สำหรับการทำให้แฟ้มครอบครัว (family folder) เริ่มทำได้เพียง 100 ครอบครัวจากทั้งหมด 1,533 ครอบครัว (หลังคาเรือน) คิดเป็นร้อยละ 15.33 พบว่าข้อมูลที่บันทึกคือโครงสร้างครอบครัวทั่วไป ปัญหาคือเครื่องมือในการประเมินครอบครัวไม่มีกรอบแนวคิดเพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน ซึ่งยังไม่ครอบคลุมสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การบันทึกยังไม่ครบถ้วนที่จะสะท้อนถึงการดูแลสุขภาพองค์รวม การดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องไม่มีบุคลากรที่ดูแลครอบครัวโดยเฉพาะ

ส่วนการดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเพื่อประเมินในปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม รวมทั้งสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม พบว่ามีการเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ 5 ราย หญิงหลังคลอดและทารก 2 ราย ปัญหาเด็กวัยรุ่น 1 ราย สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอดส์อยู่ในสังคมได้ เยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังช่วยตนเองไม่ได้ ถ้าพบว่ามีปัญหาจะส่งต่อโรงพยาบาลหาดใหญ่ สำหรับการเยี่ยมคนพิการในพื้นที่ไม่มี พบแต่ปัญหาสุขภาพจิตและให้การดูแลแล้ว มีการเยี่ยมติดตามผู้ขาดนัด นอกจากนี้มีการเยี่ยมติดตามดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการที่หน่วยบริการ (พิษสุราเรื้อรัง 1 ราย แผลเรื้อรัง 1 ราย ผู้ป่วยเบาหวาน 1 ราย และการเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายยังไม่ครอบคลุมทุกกรณี เจ็ด บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว ราชบุคคลเมื่อประชาชนไปรับบริการที่หน่วยบริการ รายครอบครัวเฉพาะที่มีปัญหา ให้ความรู้เป็นกลุ่มในโรงเรียน เมื่อมีประชุมชาวบ้านแล้วแต่โอกาส และวันสำคัญทางศาสนา ประมาณ 3 ครั้งต่อปี ยังไม่ครอบคลุมและไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุ แปด บริการให้คำปรึกษาส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับโอกาส บางครั้งจะพูดคุยปรึกษาเวลาช้ายาและสวดแทรกเพื่อให้คำแนะนำ เพราะไม่มีสถานที่ที่เป็นสัดส่วน บางครั้งจะให้คำปรึกษาในช่วงบ่าย (เรื่องจิตใจ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ) ผู้ให้บริการทุกคนเคยอบรมการให้คำปรึกษา แต่ปัญหาที่พบ คือ ไม่มีช่วงเวลาวางพื่อที่จะให้บริการในเรื่องนี้ ไม่มีการบันทึกรายงานทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นกิจลักษณะ เก้า การค้นหาโรคที่ร้ายแรง (screening) เพื่อป้องกันล่วงหน้า (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สืบหาสารเสพติดในปัสสาวะ) ประสานงานกับโรงพยาบาลหาดใหญ่ และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับจังหวัด

บางครั้งใช้งบประมาณของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง ขณะสังเกตพบว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความร่วมมือกับข้าราชการตำรวจในสถานีตำรวจภูธรทางคงในการตรวจสอบเสพติด 70 คน

(3) การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และรักษาให้คงไว้อย่างต่อเนื่อง และการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ผู้รับบริการในกรณีนี้มีจำนวนน้อย ไม่มีการค้นหาปัญหาและความต้องการจากประชาชนในเรื่องการฟื้นฟูอย่างจริงจังเพียงสอบถามจาก อสม. ไม่มีผู้ป่วยประเภทนี้ที่ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสภาพ แต่มีการดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และมีการวางแผนดูแลจากโรงพยาบาล คือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต 1 ราย ไม่มีการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เพราะยังไม่พบเด็กที่มีพัฒนาการช้ากว่าปกติชัดเจน

(4) การควบคุมและป้องกันโรคระดับบุคคลและครอบครัว พบว่า มีการเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ระบุ แต่ยังไม่มีการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตาม พรบ. สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเพราะไม่มีโรคติดต่อที่ต้องรายงานในพื้นที่ ส่วนโรคอื่นๆยังไม่พบในพื้นที่เช่นกัน แต่ได้ให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคนี้แก่เกษตรกรและเกษตรกรส่วนใหญ่สวมรองเท้าบูท มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในคลินิกสุขภาพเด็กดีและในโรงเรียน การค้นหาโรคเรื้อนโดยการตรวจสุขภาพนักเรียน สังเกตโรคผิวหนัง สืบสวนโรคตามประวัติจากญาติ ส่วนวัณโรคสอบถามประวัติและคัดกรองญาติด้วยถ้ามีผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยบริการ

(5) สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กร และชุมชนด้านสุขภาพ มีครบตามเกณฑ์ 2 ข้อ ไม่ครบ 2 ข้อ มีดังนี้ หนึ่ง ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย เช่น การให้ชาวบ้านเสนอโครงการค้นหาโรคเบาหวาน (ใช้งบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน) ชาวบ้านรณรงค์ป้องกัน การป้องกันสารเสพติด (ใช้งบประมาณเทศบาลตำบล) แจกเอกสารให้ อสม. ประชาสัมพันธ์ในการป้องกันและเฝ้าระวังไข้เลือดออก สอง ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัวของประชาชน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง (กิน พักผ่อน ออกกำลังกาย) ส่วนใหญ่เป็นรายบุคคล สำหรับรายกลุ่มได้รณรงค์หญิงวัยทองออกกำลังกาย (จันทร์ พุธ ศุกร์) มีสมาชิกมาร่วมกิจกรรมประมาณ 72 คน ที่ลานเทศบาลเวลา 18.00-19.00 น. สาม ประเมินสภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยความร่วมมือเป็นเครือข่าย เพื่อทราบว่าชุมชนมีสุขภาพที่สำคัญและปัจจัยที่เชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพ สำหรับความร่วมมือเป็นเครือข่ายยังไม่ชัดเจนเพราะมีเพียง อสม. เป็นเครือข่ายในการทำกิจกรรมเท่านั้น ยังไม่ปรากฏเครือข่ายที่จริงจัง สี่ ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผนงาน และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน พบว่าไม่มีแผนงานที่ชัดเจน มีแต่แผนการให้บริการตรวจปัสสาวะและแผนให้บริการอนามัยโรงเรียนบางกิจกรรม การให้บริการเชิงรุกยังไม่มีแผนปฏิบัติที่แน่นอน มีเพียงการประสานงานความร่วมมือในการตรวจสุขภาพกับโรงพยาบาลทางคง โรงเรียน และสถานีตำรวจ

(6) บริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และให้ความรู้เรื่องยา มีความครบถ้วนตามเกณฑ์

2.5.2 บริการที่ควรมี มีบางกิจกรรมเท่านั้นที่ได้ปฏิบัติแต่ไม่ชัดเจน คือการควบคุมโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น (โรคติดต่อ ไม่ติดต่อ โรคที่มีผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและจากการประกอบอาชีพ มีระบบการติดตามและเฝ้าระวังโรคในชุมชน การคุ้มครองผู้บริโภค

2.6 งานด้านบริหาร จะมีงานด้านควบคุมกำกับบุคลากรในการปฏิบัติงาน การมอบหมายงาน การแบ่งงานรับผิดชอบให้บรรลุเป้าหมายของงาน แต่ยังไม่มีการวางแผนปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

2.7 การประเมินการทำงานของเจ้าหน้าที่ไม่มีแบบประเมิน แต่ใช้การสังเกตความรู้สึก ไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนให้ความเห็นว่าบุคลากรทุกคนรับผิดชอบงานของตนอยู่แล้ว

3. กลไกการทำงาน (กระบวนการทำงาน วิธีการทำงาน การจัดการด้านบริการและการพัฒนา)

3.1 กระบวนการทำงานของบุคลากรเป็นไปตามบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบ มีการแบ่งงานและมอบหมายงานที่ชัดเจน บุคลากรทุกคนทราบถึงลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติ แต่บุคลากรมีขีดความสามารถที่ต่างกัน จึงสามารถปฏิบัติงานได้ดีเฉพาะตามความถนัด อย่างไรก็ตามบุคลากรจะปฏิบัติหน้าที่แทนกันได้และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บริการที่สังเกตได้ส่วนใหญ่เป็นบริการตรวจโรคทั่วไปและบริการอื่น ๆ ในคลินิก สำหรับบริการตรวจโรคทั่วไปมีทุกวันจึงสามารถสังเกตได้ชัดเจนกว่าบริการอื่น ๆ ซึ่งกระบวนการให้บริการมีดังนี้

3.1.1 เตรียมความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ก่อนให้บริการ

3.1.2 ผู้มารับบริการปฏิบัติตามขั้นตอนการให้บริการอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การทำบัตรเพื่อขอรับบริการสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ การยื่นบัตรเพื่อคืนประวัติผู้รับบริการสำหรับผู้ป่วยรายเก่า การจัดลำดับเพื่อขอรับการตรวจ การชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง (สำหรับบางรายที่ต้องการประเมินในกรณีนี้) วัดความดันโลหิตและวัดสัญญาณชีพอื่น ๆ (บางรายต้องวัดให้ครบ) การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (บางราย) การให้บริการรักษาพยาบาล (ฉีดยา ทำแผล พ่นยา เย็บแผล และอื่น ๆ) การจ่ายยาและให้คำแนะนำและการนัด (สำหรับคำแนะนำบางครั้งให้พร้อมกับขั้นตอนอื่น ๆ) การบันทึกและรายงานตามแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ บางรายมีการส่งต่อพร้อมทั้งการบันทึกแบบฟอร์มเป็นไปตามขั้นตอนที่เหมาะสม

ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ซักประวัติ การตรวจร่างกายผู้ให้การรักษาพยาบาล สำหรับบุคลากรอื่นจะให้การช่วยเหลือในขั้นตอนอื่น ในขณะที่สังเกตพบว่ามีผู้รับบริการตรวจโรคทั่วไปและเรื้อรังประมาณ 20 - 30 คน ในช่วงครึ่งวันเช้า จากการสังเกตพบว่าการซักประวัติยังมีรายละเอียดไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร อาจเนื่องจากผู้รับบริการมีมากและผู้ให้บริการมีความคุ้นเคยและทราบข้อมูล

อยู่บ้างแล้วสำหรับผู้ป่วยรายเก่า (จากการสัมภาษณ์) ส่วนกระบวนการให้บริการมีความต่อเนื่องตามขั้นตอน

การให้บริการตรวจสุขภาพเด็กดี ดำเนินการตามขั้นตอนเช่นเดียวกัน การให้บริการตรวจสุขภาพเด็กดี พบว่าไม่มีการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DDST ซึ่งปัญหานี้นุเคราะห์ผู้ให้บริการได้เสนอว่าต้องการเครื่องมือ DDST เพราะเคยมีและชำรุด ในวันที่สังเกตพบว่ามีเด็กมารับบริการประมาณ 20 คน

3.1.3 สำหรับการให้บริการในชุมชนมีขั้นตอนไม่ชัดเจนเพราะมีการแบ่งเขตที่รับผิดชอบ จากการสังเกตพบว่าจะให้บริการด้วยกันครั้งละ 2 คน แต่การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่พยาบาล วิชาชีพจะให้การดูแลและติดตามเยี่ยม

3.2 วิธีการทำงาน

(1) ระบบการจัดแบ่งงาน จะแบ่งงานด้วยการพิจารณาความเหมาะสมตามความรู้ ประสบการณ์ และศักยภาพของแต่ละบุคคล เช่น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ มากกว่า 10 ปี และไม่มีประสบการณ์ในการให้บริการชุมชน เมื่อมาปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง จึงเน้นให้บริการตรวจโรคทั่วไป ส่วนการปฏิบัติงานในชุมชนยังไม่สามารถปฏิบัติได้เต็มที่ เพราะอยู่ในระยะปรับตัวเนื่องจากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการให้บริการชุมชน แต่ได้พยายามเรียนรู้จากทีมงาน

(2) ระบบข้อมูลผู้รับบริการ พบว่ามีการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการด้วยคอมพิวเตอร์แต่ยังมีรายละเอียดไม่มากนัก เนื่องจากไม่มีบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะในการใช้คอมพิวเตอร์เพราะยังไม่ได้รับการอบรมเรื่องนี้อย่างจริงจัง ข้อมูลที่บันทึกคือ อาการสำคัญที่นำมาตั้งสัญญาณชีพ ยาโรค และข้อมูลบัญชี 11 (จำนวนแม่หลังคลอด ทารก เด็กก่อนวัยเรียน ผู้รับบริการด้านการรักษา และผู้สูงอายุ) ข้อมูลเหล่านี้จะถูกบันทึกในคอมพิวเตอร์และเข้าแฟ้มทุกวัน รวมทั้งมี CD เก็บข้อมูล

(3) การปฏิสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพของบุคลากรในการทำงาน ส่วนใหญ่การทำงานแต่ละวันบุคลากรจะแยกกันปฏิบัติหน้าที่ตั้งแต่เช้าเพราะมีผู้มารับบริการค่อนข้างมาก จึงปฏิบัติงานด้วยความกระตือรือร้น รวดเร็ว และช่วยกันทำงานอย่างแข็งขัน ทำให้การดำเนินงานบริการเป็นไปด้วยดี แต่การพูดคุยหรือปรึกษาร่างกายของสัมพันธภาพที่ดีมีน้อย จะมีโอกาสบ้างในช่วงพักเที่ยง ในช่วงบ่ายจะมีผู้รับบริการไม่มากนัก แต่บุคลากรบางคนจะต้องไปเยี่ยมบ้านหรือให้บริการ เชิงรุกตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ จึงไม่มีโอกาสพูดคุยหรือปรึกษากันอย่างพร้อมเพรียง

3.3 การจัดการด้านบริการ และการพัฒนาคุณภาพบริการ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิแต่ละหน่วยต้องมีวิธีการทำงานที่ดี พบว่าบางส่วนของเกือบทุกข้อที่การจัดการไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานหรือเกณฑ์การจัดการที่ดี มีดังนี้

3.3.1 มีระบบรับผิชอบประชาชน คือทราบว่าเป็นประชากรที่รับผิชอบเป็นใคร อยู่ที่ไหน พบว่ายังไม่มีแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจนแต่ทราบข้อมูลเบื้องต้นเพียงบางส่วนไม่ครอบคลุมทุกบ้าน เพราะเพิ่งเริ่มดำเนินการทำแฟ้มครอบครัว ผู้ให้บริการจะทราบข้อมูลพื้นฐานและปัญหาความต้องการของพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบ เนื่องจากความคุ้นเคยประวัติของชาวบ้าน มีน้อยรายที่ไม่ทราบเพียงแต่ข้อมูลที่ทราบมีรายละเอียดไม่เพียงพอและไม่ชัดเจน บุคลากรตระหนักถึงปัญหานี้และมีความเห็นว่าควรเยี่ยมประชาชนในพื้นที่มากกว่านี้

3.3.2 มีระบบที่ทำให้เกิดความต่อเนื่อง บางส่วนเป็นไปตามเกณฑ์ บางส่วนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จัดเก็บข้อมูล และมีสมุดนัดที่บันทึกข้อมูลที่สำคัญให้ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไทรอยด์เป็นพิษ) จะระบุชื่อนามสกุล ยาที่ใช้ วันนัด ผลเลือด เดิมเคยมีปัญหาลืมนัด แต่ปัจจุบันน้อยลง มีการจัดระบบข้อมูลของผู้รับบริการที่ทำให้พิจารณาความต่อเนื่องที่ชัดเจน แต่การจัดการบางส่วนไม่สามารถทำได้ครบถ้วน เช่น มีการจัดการให้ผู้รับบริการพบผู้ให้บริการคนเดิมอย่างต่อเนื่อง บางรายปฏิบัติได้ บางรายปฏิบัติไม่ได้ ส่วนเรื่องการติดตามผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบกรณีที่ได้รับรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้าน บางรายสามารถติดตามได้ แต่บางรายผู้ป่วยมาพบผู้ให้บริการด้วยตนเอง

3.3.3 จัดระบบให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ จากการสังเกตพบว่าผู้รับบริการรอไม่นาน เมื่อผู้รับบริการมาถึงบุคลากรรีบเข้าไปซักถามและดำเนินการ ให้บริการทันที

3.3.4 มีระบบข้อมูลผู้รับบริการ และการจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม เช่นการบันทึกข้อมูลที่เป็นของผู้รับบริการตามลำดับเวลา (การวินิจฉัยโรค การจ่ายยา หรือกระบวนการให้บริการแก่ประชาชนแต่ละครั้ง ข้อมูลการรักษาโรคและ รพ 11) แต่ข้อมูลอื่นๆ ยังไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งมีการเก็บข้อมูลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบครบถ้วนต่อเนื่องสำหรับข้อมูลที่จำเป็น สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการมากกว่าอายุ 15 ปี ได้แก่ เรื่องพฤติกรรมเสี่ยง (การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ สภาพ น้ำหนัก ภาวะโภชนาการ) ยังไม่มีการบันทึก นอกจากนี้มีการเก็บข้อมูลผู้รับบริการเป็นความลับตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง มีการเก็บข้อมูลในคอมพิวเตอร์และป้องกันการสูญหาย และปรับข้อมูลให้ทันสมัยเท่าที่สามารถปฏิบัติได้ การปรับให้ทันสมัยตลอดเวลาทำได้ในบางเรื่อง

3.3.5 มีระบบกำกับ และพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์บางบริการ โดยหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนได้สังเกตการทำงานของบุคลากรและพยายามจะจัดบริการให้สม่ำเสมอ แต่บางครั้งทำไม่ได้ เช่น การตรวจหามะเร็งปากมดลูก(pap smear) จะทำได้เฉพาะเมื่อมีการรณรงค์เท่านั้น เนื่องจากสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ส่วนบริการในคลินิกได้พยายามปรับปรุง คือ เปิดบริการ 8.00 น. (เร็วกว่าเดิม) เพราะผู้รับบริการมาเข้า

เช่น คลินิกเบาหวานผู้ป่วยมีมากต้องให้บริการอย่างรวดเร็วไม่นาน และมีการพัฒนาเรื่องของยา คือมีจำนวนและชนิดของยามากขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย สำหรับรายงานที่แสดงถึงการพัฒนาคุณภาพบริการยังไม่มี

3.3.6 มีการจัดการด้านยาตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ ระบบการเก็บรักษายาเหมาะสม โดยมีการแยกเก็บยาเป็นสัดส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยามาเชื้อ ยาอันตราย และยาใช้ภายนอก เก็บแยกจากยากิน ยาฉีด และการเก็บยาบางอย่างที่ต้องควบคุมอุณหภูมิไว้ในตู้เย็นที่รักษาระดับอุณหภูมิที่ต้องการได้ แต่มีปัญหา คือ เป็นตู้เย็นใช้เก็บอาหารและเครื่องดื่มด้วย มีการแยกยาหมดอายุไว้ต่างหาก สำหรับการตรวจยาหมดอายุจะทำเป็นช่วง ๆ ไม่ส่งยามาเก็บไว้มากเกินไปเพื่อป้องกันการหมดอายุ ยานิดใดใกล้หมดอายุจะทำเครื่องหมายกากบาทสีน้ำเงินไว้เพื่อเร่งใช้ยาให้หมด สำหรับระบบบริการและบริหารจัดการเพื่อให้ การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ มีรายการยาที่จำเป็นพอเพียงแก่การให้บริการตามบัญชีหลัก แห่งชาติ แต่บางครั้งมีปัญหาการเบิกยาจากโรงพยาบาลทางดง คือ ความล่าช้าเพราะยาหมด มีขาดเงินและ antidote พอเพียงในคลังยา สำหรับการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยได้มีการเขียนฉลากยาที่สมบูรณ์ คือมีชื่อยา ชื่อผู้ป่วย นามสกุล วิธีการ ขนาดการให้ยา และมีการตรวจสอบก่อนจ่ายยา พร้อมทั้งให้คำแนะนำวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์

3.4 การจัดการด้านทรัพยากร ได้รับงบประมาณจากโรงพยาบาลทางดงส่วนใหญ่และเงินค่าบำรุง มีปัญหาค่าใช้จ่ายบางส่วนที่ไม่สามารถเบิกได้ บางครั้งต้องใช้เงินส่วนตัว แต่มีความพยายามจัดสรรงบประมาณให้เกิดประโยชน์สูงสุด อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ถ้าไม่เพียงพอขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลทางดง รวมทั้งเวชภัณฑ์ต่างๆ ส่วนพาหนะรถจักรยานยนต์ไม่เพียงพอในการให้บริการในชุมชน สื่อในการให้ความรู้ เช่น เครื่องเล่นวิทยุทัศน์ใช้ไม่ได้

3.5 ระบบการส่งต่อ ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลทางดง เรื่องยานพาหนะสำหรับส่งต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์ คือ

3.5.1 มีระบบส่งต่อไป - กลับภายในเครือข่าย โดยใช้แบบฟอร์มการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลทางดงกับศูนย์สุขภาพชุมชน

3.5.2 มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิจะใช้แบบฟอร์มการส่งต่อโดยผ่านโรงพยาบาลทางดงแล้วส่งไปโรงพยาบาลนครพิงค์และอื่นๆ

3.5.3 มีระบบการส่งต่อเพื่อการชันสูตรต่าง ๆ การตรวจทางห้องทดลองที่เกินขีดความสามารถ จะส่งตรวจที่โรงพยาบาลทางดง โรงพยาบาลทางดงจะส่งผลกลับมา (มีการลงทะเบียน การติดตามผล การนำผลไปใส่ในแฟ้มข้อมูลผู้ใช้บริการ) ถ้าการส่งชันสูตรบางอย่างเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลทางดง ก็จะส่งต่อไปตรวจที่โรงพยาบาลอื่น

3.5.4 มีระบบส่งต่อเพื่อรับบริการทันตกรรม ใช้แบบฟอร์มการส่งต่อตามขั้นตอน

3.5.5 มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการทั้งภายในและนอก สำหรับภายในมีการบอกเล่าข้อมูลผู้รับบริการด้วยวาจา และบันทึกรายงานปรึกษาระหว่างบุคลากร สำหรับภายนอกใช้รายงานการบันทึกตามแบบฟอร์ม การพูดคุยทางโทรศัพท์

3.5.6 มีระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการในเครือข่ายหนองไคร้จากโรงพยาบาลหางดง แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์สุขภาพชุมชนหนองดอง เพราะในทางปฏิบัติยังไม่มีมีการดำเนินการเป็นเครือข่ายที่แท้จริง

3.5.7 จัดระบบให้มียานพาหนะ เพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว โดยใช้โทรศัพท์ขอใช้รถจากโรงพยาบาลหางดงมารับผู้ป่วย หากไม่ฉุกเฉินผู้ป่วยจะมีรถของตนเอง

3.5.8 จัดระบบการติดต่อสื่อสารที่หน่วยบริการ สามารถรับคำปรึกษาจากโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักอย่างรวดเร็วด้วยการใช้โทรศัพท์ ไม่มีการติดต่อทางอินเทอร์เน็ต (internet) เพราะบุคลากรไม่มีทักษะด้านนี้

3.6 ระบบกำกับมาตรฐานคุณภาพของหน่วยบริการในเครือข่ายเกือบทั้งหมดไม่เป็นไปตามเกณฑ์ มีดังนี้

3.6.1 แนวทางดูแลสุขภาพมาตรฐานสำหรับปัญหาที่พบบ่อย โดยได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วย ได้รับตำราบริการมาตรฐานจากโรงพยาบาลหางดง

3.6.2 ระบบกำกับมาตรฐานของหน่วยงานทุกหน่วยงานในเครือข่าย พบว่าสถานีนอมา้ยเครือข่ายไม่ได้รับการดูแลจากศูนย์สุขภาพชุมชนหนองดอง แต่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลหางดง สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนหนองดองได้ประเมินตนเอง เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2545 ได้ 74 คะแนน และมีการปรับปรุงตนเอง พร้อมทั้งรายงานให้โรงพยาบาลหางดงทราบ

3.6.3 การพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในเครือข่ายให้มีความรู้ความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน พบว่าไม่เคยพัฒนาบุคลากรในสถานีนอมา้ยเครือข่าย สำหรับบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองดอง ได้รับการพัฒนาจากโรงพยาบาลหางดง โดยมีแผนพัฒนาตลอดปี โดยให้บุคลากรเวียนกันไปรับการฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการ

3.6.4 ระบบการพัฒนาหน่วยบริการในเครือข่าย พบว่าไม่มีระบบการพัฒนาสถานีนอมา้ยเครือข่าย แต่มีระบบพัฒนาตนเองแต่ยังไม่ชัดเจน มีเพียงประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีหลายประเด็นต้องปรับปรุง เช่น การเยี่ยมบ้านและการสำรวจเพื่อทำแฟ้มครอบครัวยังไม่ครบเพียงดำเนินการได้ 100 ครอบครัว

4. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจากบุคลากร ผู้นำชุมชนและผู้รับบริการ

4.1 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนหนองดองและผู้ปฏิบัติงาน ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีดังนี้

4.1.1 ความหมาย ลักษณะ และขอบเขตของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การให้ความหมายค่อนข้างต่างกัน โดยหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ให้ความหมายว่าเป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้แบบใกล้บ้านใกล้ใจ ส่วนผู้ปฏิบัติงาน ให้ความหมายว่าเป็นการให้บริการเบื้องต้นที่สามารถปฏิบัติได้

ลักษณะบริการ มีความคิดเห็นค่อนข้างต่างกัน หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ระบุว่า เป็นการให้บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพเป็นหลักและให้บริการอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ปฏิบัติงาน ระบุว่า เป็นการให้บริการทั้งในและนอกสถานที่ ในสถานที่คือการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ถ้าเกินขีดความสามารถส่งต่อโรงพยาบาลทางคง ยังรวมถึงการส่งเสริมป้องกัน ส่วนนอกสถานที่คือ การให้บริการที่บ้าน เช่น นิศยา ทำแผล เยี่ยมผู้ป่วย ฟันฟูสภาพ ติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดและติดตามผลการรักษา

ขอบเขตของการบริการ มีความคิดเห็นคล้ายคลึงกัน คือมีการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ แต่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จะระบุได้ครอบคลุมมากกว่าและจะกล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพก่อน ส่วนผู้ปฏิบัติงานจะกล่าวถึงการรักษาพยาบาลก่อน

4.1.2 การวางแผนดำเนินการ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ระบุว่ามีการวางแผนดำเนินการปรับเปลี่ยนเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนโดยการประชุมบุคลากรทั้งหมดทุกเขตพื้นที่และเลือกสถานีนามัยเป็นตัวแทนแต่ละเขตพื้นที่เพื่อปรับเปลี่ยนเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองไม่มีการวางแผนเตรียมหน่วยงานก่อน แต่ได้สำรวจวัสดุครุภัณฑ์อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ว่าสิ่งใดขาดเพื่อจัดหาเพิ่มในการปรับสถานที่รองรับการให้บริการที่เหมาะสมมากขึ้น ส่วนผู้ปฏิบัติงาน จะวางแผนให้บริการในแต่ละวันเป็นไปตามขั้นตอน มีการเตรียมสถานที่ เช่น ห้องสำหรับให้บริการ การทำความสะอาด การจัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมในการให้บริการโดยทำให้ปราศจากเชื้อคือส่งไปที่โรงพยาบาลทางคง และมีส่วนร่วมในการมอบหมายงานตามภาระหน้าที่

4.1.3 การเตรียมความพร้อม หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนไม่เคยได้รับการเตรียมความรู้ ส่วนผู้ปฏิบัติงานเห็นว่า มีเวลาน้อยมากในการเตรียมความพร้อม ส่วนมากจะศึกษาด้วยตนเอง เช่น อ่านหนังสือและวารสาร และได้รับการอบรมเป็นระยะ ๆ เช่น การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วย เรื้อรัง (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคกระดูก) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด บริการสาธารณสุข-พื้นฐานเรื่องแผนที่เดินดิน และเวชศาสตร์ครอบครัว การบันทึก ICD-10 เป็นต้น “ความรู้เหล่านี้นำไปใช้ได้มากโดยเฉพาะเรื่องยา นอกจากนี้ได้ให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ผู้ร่วมงาน) และมีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แม้ว่าผู้ป่วยอาการรุนแรงก็สามารถดูแลเบื้องต้นได้ หากเกินความสามารถจะส่งต่อ”

4.1.4 ความพึงพอใจและความสมัครใจที่จะปฏิบัติงานในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความพึงพอใจและสมัครใจเพราะคิดว่าสามารถ

ดูแลงานต่าง ๆ ได้ครอบคลุมมากขึ้นเนื่องจากมีบุคลากรเพิ่มขึ้น ส่วนผู้ปฏิบัติงานบอกเพียงว่าสมัครใจแต่ไม่กล่าวถึงความพอใจ “เริ่มแรกไม่ได้เลือกที่จะมาปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง ต้องการไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยสันผักหวานเพราะใกล้บ้าน แต่เมื่อมาปฏิบัติงานที่นี่แล้วรู้สึกชอบที่ได้ช่วยเหลือชาวบ้านมากกว่าอยู่ที่โรงพยาบาล ทำงานได้ 7 – 8 เดือน รู้สึกชอบมากทั้งที่ความรับผิดชอบและงานหนักกว่าที่เคยอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การทำงานที่นี่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง วางแผนตลอดเวลาเป็นระยะ ๆ”

4.1.5 นโยบาย หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเห็นด้วยกับนโยบายของรัฐและคิดว่าหลักการ 30 บาทรักษาทุกโรคดีมาก แต่ขาดแพทย์ในการให้บริการตามที่เกณฑ์ระบุไว้ “ระยะแรกดำเนินการมีแพทย์มาให้บริการ ปัจจุบันไม่มีแต่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทน และยังมีขาดนักวิชาการสาธารณสุขอีก 1 ตำแหน่ง ตามเกณฑ์ เพื่อจะช่วยด้านข้อมูลข่าวสารและการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดบริการอยู่ในระดับที่พอใจ แต่ต้องปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการให้บริการชาวบ้านได้รับความสะดวกในการเข้าถึงบริการมากขึ้น” มีการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการเนื่องจากมีการพัฒนากลไกการทำงาน มีการแบ่งงานรับผิดชอบตามความเหมาะสมตามตำแหน่งหน้าที่ และเพิ่มการดูแลนอกเวลาราชการ (ตอนเย็นและวันหยุด) มีบริการที่เพิ่มขึ้น รับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทางดงมาดูแลต่อ (บางรายมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือด การพ่นยาให้ผู้ป่วยที่หอบ เจาะเลือดและติดตามผลเลือด) เครื่องมือได้จัดหาเพิ่มให้ครบตามเกณฑ์ เวชภัณฑ์และวัสดุครุภัณฑ์อื่น ๆ ส่วนผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นว่า “ผู้บริหารระดับบนมีนโยบายที่ดี แต่การปฏิบัติมีความสับสน เนื่องจากไม่ชัดเจนและมีการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติ” เช่น การจัดทำ OPD card ซึ่งมีการบันทึกรายละเอียดของผู้รับบริการมากกว่าเดิมที่มีเฉพาะเรื่องยา แต่ผู้บริหารระดับจังหวัดต้องการใช้แฟ้มครอบครัวแทน OPD card โดยให้เหตุผลว่า OPD card มีความเหมาะสมที่จะใช้ในโรงพยาบาลมากกว่า การใช้พบว่ามีปัญหาไม่สะดวกในการนำข้อมูลจากแฟ้มครอบครัวมาบันทึกใน ICD – 10 จะยุ่งยากมากขึ้นเมื่อมีผู้รับบริการจำนวนมาก “คิดว่าเป็นนโยบายที่ดีแต่ปฏิบัติไม่ค่อยได้ หากมีบุคลากรเพียงพอการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการในแฟ้มครอบครัวจะดีมาก”

4.1.6 หน้าที่รับผิดชอบ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน มีหน้าที่บริหารงานและการจัดการงานทุกงานรวมทั้งการเงินและการบัญชี ควบคุมกำกับงาน รวมทั้งประเมินผลบุคลากร การให้บริการ(รักษาพยาบาล การให้บริการในชุมชน) การประสานงานและการจัดการรายงาน ส่วนผู้ปฏิบัติงานจะระบุถึงงานในหน้าที่รับผิดชอบประจำวัน กล่าวถึงการให้บริการรักษาโรคเป็นอันดับแรก การให้บริการเชิงรุก เช่น เยี่ยมบ้านมีเวลาน้อยมาก เนื่องจาก “เมื่อเริ่มงาน 8.30 น. มีผู้ป่วยมารอกว่า 20 คน (ผู้ป่วยเบาหวาน) บางวันเจ้าหน้าที่ไม่พอ เพราะไปอบรมหรือประชุม จึงได้มีความคิดร่วมกันระหว่างบุคลากรที่จะปรับแผนปฏิบัติงานโดยจัดให้บุคลากรรับผิดชอบเฉพาะเยี่ยมบ้าน 1 วันต่อสัปดาห์ และหมุนเวียนกัน” จะให้บริการเยี่ยมบ้านทั้งในและนอกเขตที่รับผิดชอบเพื่อทำความรู้จักกับชาวบ้านร่วมมือในการทำกิจกรรมกับชาวบ้าน สอนผู้ป่วยเรื่องร้องในการฟื้นฟูสภาพ ให้บริการวัดความดันโลหิต

ทำแผล ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่ท่อเพื่อให้อาหารทางสายยาง สอนสุขศึกษารายบุคคล ซึ่งนำหนักเด็กในหมู่บ้านที่รับผิดชอบบริการอนามัยโรงเรียน “ส่วนใหญ่การบริการชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วย เป็นหน้าที่ที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน เป็นหน้าที่ที่รับผิดชอบของพยาบาลต่อเนื่อง”

4.1.7 สวัสดิการ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ระบุว่าได้รับสวัสดิการทุกอย่างเหมือนเดิม เช่น เงินเดือน ด้านบุคลากรเห็นว่า “มีพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น 2 ตำแหน่งทำให้แบ่งเบาภาระงานได้มาก โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล” ผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นว่าสวัสดิการเรื่องเงินเดือนได้รับเหมือนเดิม แต่คิดว่า “น่าจะมีเงินพิเศษสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่มาทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเพราะต้องรับผิดชอบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมทั้งค่าอยู่เวรควรเพิ่มขึ้นเช่นกัน ส่วนด้านบุคลากรน่าจะเพียงพอเมื่อมีพยาบาล 2 คน และบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนเมื่อมีครบแต่ยังขาดนักวิชาการ ถ้ามีนักวิชาการดำเนินงานป้องกันโรคจะทำให้ภาระงานไม่มากจนเกินไป แต่ปัจจุบันการปฏิบัติงานจะังไปบ้างเพราะขาดแพทย์และเภสัชกร ที่เคยมาช่วยตรวจรักษา 2 วันต่อสัปดาห์ ปัจจุบันไม่มีแพทย์เพราะโรงพยาบาลหางดงแพทย์ไม่เพียงพอ” เรื่องเวชภัณฑ์ไม่มีปัญหาเพราะได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลหางดงพอเพียง บุคลากรทุกคนไม่มีปัญหาเรื่องบ้านพักอาศัยนักเพราะมีบ้านพักส่วนตัวอยู่แล้ว

4.1.8 ความร่วมมือจากประชาชน บุคลากรระบุว่าได้รับความร่วมมือจากประชาชน อสม. ช่วยเรื่องการปรับปรุงสถานบริการ หาเงินมาต่อเติมหลังคาสถานีอนามัยเพื่อบังแดด โดยร่วมกันทอดผ้าป่า ส่วนชาวบ้านได้ให้ข้อมูลย้อนกลับว่า “การให้บริการดี แต่ไม่แน่ใจ แต่จากการสังเกตพบว่าชาวบ้านมาใช้บริการเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม ชัดความสามารถเพิ่มขึ้น”

4.1.9 มาตรฐานในการให้บริการ บุคลากรระบุว่าได้ใช้เกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข เช่น มาตรฐานในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนหนองดองได้ปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐาน พบว่าผลการประเมินมาตรฐานโดยการมานิเทศงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 2 ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 นอกจากนั้นได้พบว่ามีการพัฒนาการบันทึก OPD card มีสมุดบันทึกกิจกรรมประจำวัน สมุดบันทึกสำหรับประจำตัว เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีสมุดนัด ไปนัดตรวจ การลงทะเบียนทุกวัน และ รวบรวมรายงานประจำเดือน

4.1.10 คุณภาพของการให้บริการตั้งแต่ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บุคลากรเห็นว่าคุณภาพของการให้บริการดีขึ้นกว่าเดิม เพราะนำเอามาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลมาเป็นแนวในการปฏิบัติให้บริการในขอบเขตที่กว้างขึ้นซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากผู้รับบริการว่าดีขึ้น เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น (ซักประวัติ ตรวจร่างกาย เย็บแผล ฉีดยา ทำแผล ให้การพยาบาลอื่น ๆ ให้สารน้ำทางหลอดเลือด) มียาใช้รักษาครอบคลุมทุกโรค มีการเยี่ยมบ้านเป็นต้น แต่ความพึงพอใจต่อบริการที่

ได้รับอาจไม่ครอบคลุมทุกคน เพราะบางครั้งผู้รับบริการมีมากต้องรอนาน บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ปฏิบัติงาน ระบุว่า การรับบริการบางอย่างไม่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น “ผู้ป่วยเดินได้ แต่อยากได้น้ำเกลือทั้งที่อาการป่วยอย่างอื่นก็ไม่มี บางครั้งต้องการยาฉีดทั้งที่ไม่จำเป็น ต้องอธิบายเสียเวลามาก บางครั้งต้องตามใจเพราะผู้ป่วยไม่ยอม” ถ้าจะประเมินจากผู้มารับบริการ พบว่าจะมารับบริการที่นี้เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่บุคลากรมีความคุ้นเคยกับผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของบุคลากรเต็ม 100% เพราะทุกคนตั้งใจทำงานมาก ส่วนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ระบุว่า “คุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดี เพราะบุคลากรมีประสบการณ์ด้านการรักษาพยาบาลดี ทุกคน และมียาพอที่จะครอบคลุมความต้องการของ ผู้ป่วย และสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยควรจะส่งต่อในกรณีที่ไม่สามารถรักษาได้”

4.1.11 ความเสมอภาคในการให้บริการ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเห็นว่า ผู้รับบริการทุกคนได้รับการเท่าเทียมกัน ส่วนผู้ปฏิบัติงานเห็นว่ายังไม่เสมอภาคระหว่างคนรวยกับคนจนที่ต้องจ่าย 30 บาท คนจนควรได้รับการยกเว้นสำหรับการให้บริการควรได้รับเท่าเทียมกันทั้งคุณภาพและอย่างมีประสิทธิภาพ

4.1.12 ความเข้าใจของประชาชนเรื่องความแตกต่างระหว่างหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และสถานีอนามัยบุคลากรเห็นว่าประชาชนยังไม่เข้าใจในประเด็นนี้ เพียงแต่ทราบว่า มีการให้บริการเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะให้บริการนอกเวลาราชการ และมีพยาบาลวิชาชีพ แพทย์เป็นผู้ให้บริการบางครั้ง

ส่วนความต้องการของประชาชน หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ระบุว่า “ไม่ทราบความต้องการของประชาชนที่ต้องการพัฒนาสถานีอนามัยส่วนใด และเห็นด้วยที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา PCU ให้มีคุณภาพดีขึ้น” สำหรับผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นว่า “ประชาชนมีความต้องการบริการที่มีคุณภาพ แต่มีความรู้ความเข้าใจที่ต่างกัน ต้องสร้างความเข้าใจเรื่องบริการเกินความจำเป็น เช่น ฉีดยา” นอกจากนี้การจัดระบบบริการ ควรมีการวางแผนด้านนโยบาย ชี้แจงให้บุคลากรรับทราบแนวทางปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ เพื่อหาแนวทางแก้ไขให้มีความพร้อมทั้งอาคาร สถานที่ บุคลากร (ควรใช้เวลาสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับบุคลากรเดิมให้มากขึ้น และสร้างความคุ้นเคยกันก่อน)

4.1.13 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ระบุว่าขาดขวัญกำลังใจ และการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับบน “มีความรู้สึกโดดเดี่ยว เพราะบริหารจัดการโดยลำพัง ผู้บริหารสั่งงานให้ปฏิบัติแต่ไม่เคยรับทราบว่าจะดำเนินไปอย่างไร” นอกจากนี้พบว่างบประมาณมีจำกัด ในกรณีงบประมาณไม่เพียงพอผู้บังคับบัญชาจะเสนอให้ใช้เงินบำรุงของสถานีอนามัยซึ่งการเบิกจ่ายเงินติดขัดกับกฎระเบียบ ส่วนผู้ปฏิบัติงานระบุว่ามีปัญหาการทำงานร่วมกัน การแบ่งภาระหน้าที่ การทำงานไม่ตรงเวลาของบุคลากร ประชาชนไม่เคยชินกับระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) “เช่น มีการขอซื้อยาโดยไม่มีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การวัดสัญญาณชีพ

เป็นต้น” สำหรับปัญหาการทำให้เครื่องมือเครื่องใช้ปราศจากเชื้อ ต้องส่งไปที่โรงพยาบาลหางดงเพราะหม้อหนึ่งที่มืออยู่ชำรุด เดิมเคยมีแพทย์มาให้บริการพบว่ามีปัญหาเรื่องเวลาคือมาช้า เพราะต้องปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหางดงก่อน การส่งรายงานประจำเดือนล่าช้า การเบิกค่าล่วงเวลาล่าช้าเนื่องจากเจ้าหน้าที่อำเภอไม่สามารถดำเนินการได้ตามกำหนด

4.1.14 ผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนระบบบริการ พบว่า หัวหน้าศูนย์ สุขภาพชุมชนได้รับผลกระทบด้านภาระงานคือต้องรับผิดชอบงานมากขึ้น “รู้สึกว่ามี workload ระดับหนึ่งเพราะมีงานด่วนแทรกงานประจำที่ต้องทำทุกวัน งานไม่สามารถเลื่อนไหลได้สะดวก จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของงานเสมอ ไม่มีเวลาพักผ่อนแม้จะเป็นวันหยุด ควรมีบุคลากรเพิ่มอีก 1 ตำแหน่ง” การมีบุคลากรเพียงพอจะสามารถให้บริการส่งเสริมสุขภาพได้ ผลกระทบด้านครอบครัวคือมีเวลาให้ ครอบครัวน้อยลง แต่ไม่มีผลกระทบต่อสังคม ส่วนผลกระทบของผู้ปฏิบัติงานพบว่ามีความเครียดในการปฏิบัติงาน เพราะต้องคิดวางแผนการปฏิบัติงานตลอดเวลา

4.2 ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนมีดังนี้

4.2.1 ความเข้าใจด้านบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้นำชุมชนไม่เข้าใจและไม่เคยได้ยินคำว่าบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เข้าใจว่าคือการปฐมพยาบาลคือ เมื่อเจ็บป่วยปัจจุบันทันด่วนต้องมารับบริการที่สถานีนานามัยก่อน หากมีอาการมากจะส่งต่อไปโรงพยาบาล ไม่คุ้นเคยกับคำว่า “หน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน” จะเคยชินกับคำว่า “สถานีนานามัยและรับรู้ว่าเป็นปัจจุบัน สถานีนานามัยมีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น เช่น การรักษาโรค การถอนพิษ การให้บริการนอกเวลาราชการ เป็นบริการที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด” และคิดว่า “ถ้าบริการดี กำลังใจผู้ป่วยจะดีขึ้น สุขภาพจิตสำคัญที่สุด การมารักษาเพื่อกำลังใจ” ส่วนความร่วมมือของ อสม. พบว่า อสม. บางคนให้ความร่วมมือในการให้บริการ โดยการวัดความดันโลหิตให้ประชาชน ถ้าพบความผิดปกติแนะนำให้ไปขอรับบริการที่สถานีนานามัย บางคนมาช่วยที่สถานีนานามัย บางคนก็ไม่ต้องการมาช่วยเพราะเพิ่มภาระให้ตนเอง

4.2.2 การบริการที่เคยได้รับ บางคนระบุว่าสามารถรับบริการได้ทุกอย่าง บริการที่ได้รับได้แก่ การสุขศึกษาและการให้ข้อมูลข่าวสาร การตรวจร่างกายและรักษาพยาบาล การล้างแผล ฉีดยา การให้วัคซีน การตรวจรักษาฟัน เคลือบฟันและตรวจสุขภาพฟันนักเรียน การฝากครรภ์และการเยี่ยมหลังคลอด การตรวจภายในเพื่อหามะเร็งปากมดลูก (มีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบล่วงหน้า) การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย การเจาะเลือดหาเบาหวานปีละ 1 ครั้ง (อสม. ช่วยประชาสัมพันธ์) มีการณรงค์ป้องกันโรค เช่น การกำจัดลูกน้ำยุงลายทั้งในชุมชนและในโรงเรียน (ในโรงเรียนอบรมทุกวันศุกร์) สนับสนุนให้ประชาชน อสม. และผู้นำเดินขบวนรณรงค์ต่อต้านยาเสพติดรวมทั้งการตรวจปัสสาวะเพื่อหาเสพติดในประชาชนและตำรวจด้วยความร่วมมือกับสถานีตำรวจตรวจทุก 3 สัปดาห์ที่สถานีตำรวจ

4.2.3 ความต้องการบริการ ส่วนใหญ่ให้บริการครอบคลุม “คิดว่าเหมาะสมดีแล้ว บางคนบอกว่าดีขึ้นหรือดีขึ้นมากเพราะไม่มีเสียงครหา เจ้าหน้าที่ดี บริการดี เอาใจ เข้ากับชาวบ้านได้” มีการให้บริการนอกเวลาราชการ 1 วันครึ่ง และเสาร์ – อาทิตย์ สามารถให้บริการได้ทุกอย่าง เช่น การทำ กรู๊ปเลือด ค้นหาเบาหวาน” ต้องการให้มีพยาบาลอยู่ประจำเพราะสามารถตัดสินใจได้และเพื่อให้มีการรับผู้ป่วยนอนพักรักษา มีเตียงนอนเมื่อกรณีฉุกเฉินต้องให้น้ำเกลือ ต้องการให้ทำคลอด ต้องการให้ฉีดยา “จะได้หายเร็วแต่ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความเข้าใจเพราะบางคนก็กลัวเรื่องฉีดยา” ต้องการให้มีการแนะนำเมื่อเด็กเป็นหวัดมากกว่าแทนที่จะให้ยาลดน้ำมูกมากเกินไป ต้องการหมอและต้องการให้รักษาได้เหมือนโรงพยาบาล “ เดิมเคยมีหมอที่คนไข้พอใจ เพราะรักษาด้วยการฉีดยาได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้นแม้ว่ายาจะเหมือนกันและผู้รับบริการจะมีมาก ปัจจุบันไม่มีหมอ คนไข้จะถามหาหมอเพราะเลือกมารับบริการที่นี่ แต่ความต้องการของคนไข้ไม่เหมือนกัน ส่วนใหญ่ไปรักษาที่คลินิก สถานที่เป็นที่รู้จักกัน แต่บางคนก็ไม่รู้” ต้องการให้มีความร่วมมือกันระหว่างเจ้าหน้าที่และอสม.เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่พอ เพราะผู้ป่วยมีมาก มี อสม. บางคนเท่านั้นที่มาช่วยเจ้าหน้าที่ให้บริการ ควรมีการช่วยเหลือกัน ต้องการให้สนับสนุนและแนะนำการออกกำลังกาย (ปัจจุบันจะมีบรมเดินแอโรบิก ทุกจันทร์ พุธ เสาร์ ที่สถานีนามัย)

4.2.4 ผู้ให้บริการ พบว่าบุคลากรดีมาก “เกิน 100 %” แต่ประชาชนต้องการแพทย์ แต่ถ้าไม่มีแพทย์ ต้องการพยาบาลมาประจำ 2 คน (แยกจากพยาบาลโรงพยาบาลหางดง) เพราะมั่นใจในการรักษาคนไข้ของพยาบาล “คนไข้จะได้ไม่แออัดที่โรงพยาบาลหางดงเนื่องจากมีคนไข้มาก และบางครั้งยุ่งยากในการทำเรื่องส่งต่อย้อนหลัง ถ้าจัดหาพยาบาลที่เป็นคนท้องถิ่นจะดี เพราะคุ้นเคยพูดคุยเข้าใจกันง่ายและช่วยเหลือกัน แต่ถ้าไม่สามารถจัดหาได้ก็ไม่จำเป็นจะต้องเป็นคนท้องถิ่น การให้บริการ ของพยาบาลควรจะได้วัน ปัจจุบันบางครั้งให้บริการครึ่งวันให้บริการไม่เต็มที่ หัวหน้าสถานีนามัยไม่ได้เป็นพยาบาลการให้บริการน่าจะช่วยกันดูแล” ประชาชนจะไม่ไปใช้บริการที่อื่นหรือที่ไกล ต้องการให้จัดลำดับการรักษาโดยพิจารณาคนไข้หนักไม่ต้องรอรักษาตามคิว เนื่องจากเคยมีปัญหา “ผู้ป่วยปวดท้องหารจะไปรักษาที่โรงพยาบาลลำพูน สุดท้ายก็ตายเพราะไส้ติ่งแตก” (เหตุการณ์ประมาณเกือบ 1 ปี) “แต่ปัจจุบันการรับส่งคนไข้สะดวกโดยเจ้าหน้าที่สถานีนามัยวิทยุแจ้ง อพปร. ที่เคยได้รับการอบรมแล้วมารับคนไข้ ซึ่งมีรถรับส่ง 2 คัน” ต้องการให้เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะขึ้น ต้องการให้เพิ่มค่าตอบแทนสำหรับ อสม. ที่มาช่วยงานที่สถานีนามัยเพราะทำงานเหนื่อยมาก ได้ค่าตอบแทนเดือนละ 1,000 บาท

4.2.5 การยอมรับจากชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการยอมรับจากชุมชนมากขึ้น เพราะมีคนไข้จากตำบลอื่นมาใช้บริการมากทั้งจากอำเภอสารภี สันป่าตอง และเขตติดต่อกับจังหวัดลำพูน

4.2.6 ความเหมาะสมและความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่คิดว่า ผู้ให้บริการทั้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเหมาะสมในการดูแลประชาชน และดูแลได้

ครอบคลุมพื้นที่ แต่บางครั้งผู้รับบริการมีมากโดยเฉพาะบัตรทอง และระบบการทำงานมีการเปลี่ยนแปลง ผู้ให้บริการเปลี่ยนบ่อยทำให้ความคุ้นเคยลดลง “เดิมเคยรู้จักกัน เดียวนี้ไม่ทันรู้จัก” จึงไม่ต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการ เพราะทำให้ไม่มีความต่อเนื่องของงานและข้อมูล ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ประจำทำงานเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ และต้องระวังข้อมูลที่ขาดหาย มีการเปลี่ยนการบันทึกประวัติผู้รับบริการโดยใช้สมุดพกสีม่วงแทน OPD card ที่ยกเลิก สมุดนี้เป็นบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และจะปรับปรุงให้ดีขึ้น ต้องการให้มีพยาบาลเพิ่ม เพื่อให้บริการด้านการรักษา เพราะผู้รับบริการมีมาก พยาบาลที่มีอยู่จึงไม่เพียงพอกับจำนวนประชาชน บางครั้งเจ้าหน้าที่ต้องไปปฏิบัติงานอื่น เช่น ประชุม ทำให้ขาดผู้ให้บริการ

4.2.7 บุคคลที่ควรรับผิดชอบในสถานบริการ ควรมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบประจำที่สถานอนามัยไม่ย้ายไปที่อื่น “ไม่จำเป็นต้องเป็นคนในท้องถิ่น แต่ถ้าได้คนท้องถิ่นก็ดี พยาบาลน่าจะหาให้ได้ ถ้าเป็นหมอจะดีที่สุด และอยู่ประจำตลอดเวลา เพราะสามารถปรึกษาตอนกลางคืนได้”

4.2.8 ความช่วยเหลือจากองค์กรต่าง ๆ ในทุกพื้นที่มีองค์กรอยู่แล้ว แต่ไม่ค่อยมีบทบาท ต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. เทศบาลตำบล มีส่วนร่วมมากกว่านี้ เพราะปัจจุบันมีส่วนร่วมน้อย โดยมีกิจกรรมร่วมกันในการดำเนินการด้านสุขภาพระหว่างสถานอนามัย อบต. เทศบาลตำบล เพราะเจ้าหน้าที่สถานอนามัยมีน้อย “แต่ไม่มีผู้นำทำกิจกรรม ผู้บริหารไม่ทำ เช่น ธารรงค์ใช้เลือดออก อบต. จะมียงบประมาณธารรงค์ แต่เทศบาลปีนี้มีงบประมาณก็ไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ บางครั้งตั้งงบประมาณไว้แต่ไม่ได้ดำเนินการ ปกติจะตั้งงบประมาณไว้ทุกปี ปีละ 7,500 บาท แต่ปีนี้ไม่มี เมื่อไม่มีงบประมาณการจะธารรงค์กิจกรรมไม่สามารถทำได้เต็มที่ เช่น กำหนดให้มีการธารรงค์ใช้เลือดออกทุกปีทุกหมู่บ้าน แต่ปีนี้ตั้งงบประมาณไว้ 2 – 3 หมู่บ้านเท่านั้น” ต้องการให้องค์กรสตรี (ไม่เคยมีส่วนร่วม) และทุกองค์กรเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ปัจจุบันมีเพียง อสม. และบุคลากรสถานอนามัยร่วมมือกัน เช่น การทอดผ้าป่าเพื่อต่อเติมอาคารสถานอนามัย ส่วนใหญ่ อสม. จะเป็นบุคคลหลักที่ช่วยเหลือ อสม. จะแข็งแรงและทำงานหนัก จึงต้องการให้เทศบาลตำบลให้ความช่วยเหลือบ้าง การทำกิจกรรมร่วมกันที่ผ่านมาจะมีการปรึกษาผู้นำ ผู้ใหญ่บ้าน อาจารย์ใหญ่ ครูใหญ่ ตั้งคณะกรรมการเป็นผู้ประสานงานองค์กรชุมชนในตำบล “เมื่อเดือนมิถุนายนที่ผ่านมา แต่ละองค์กรเสนอโครงการเข้าไปยัง อบต. เพื่อให้กรรมการดู ถ้าไม่มีงบประมาณก็ขอให้มีการฝึกอบรมงบประมาณไม่ค่อยจะมี ถึงต้องตั้งงบกลาง”

4.2.9 ลักษณะการบริการ การบริการดีขึ้นมาก “จาก 0 เพิ่มขึ้นเป็น 70 %” ตั้งแต่มีพยาบาลมาให้บริการ เนื่องจากปัจจุบันมีบุคลากรมากขึ้น (5 คน) เดิมมากที่สุด 2 คน ทำให้สามารถให้บริการในชุมชนได้มากขึ้น ซึ่งต่างจากเดิมอย่างมาก เช่น เข็มบ้านเดิมให้บริการนาน ๆ ครั้ง ปัจจุบันเข็มบ่อยขึ้น และก่อนเข็มบ้านจะมีการติดต่อประสานงานกับ อสม. แจ้งให้ทราบว่าจะมีการตรวจสุขภาพ นอกจากนี้มีบริการรักษาฟันโดยไม่ต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหางดงเหมือนเดิม และต้องการให้คณะพยาบาลศาสตร์มาร่วมประชุมและให้ความช่วยเหลือ

4.2.10 ปัญหาและข้อเสนอแนะอื่น ๆ คือ บุคลากรไม่เพียงพอเพราะผู้รับบริการมีมาก จึงต้องการพยาบาลเพิ่ม ขาดงบประมาณสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะตามพรบ.รัฐธรรมนูญโอนให้ท้องถิ่น “เดิมมีงบประมาณ ปัจจุบันต้องใช้เงินส่วนตัว อสม. ไม่เคยได้รับเงินเคยมีค่าอาหารให้อสม. เมื่อปฏิบัติงาน ทำให้ได้พบและพูดคุยกัน”

4.3 ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้รับบริการ (ตัวแทนประชาชนและผู้นำชุมชน)

4.3.1 ความเข้าใจด้านการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุกคนไม่ทราบและไม่เข้าใจการบริการสุขภาพปฐมภูมิ มี 2 คนตอบว่า “บริการขั้นพื้นฐาน เป็นการดูแลเกี่ยวกับท้องถิ่นและเทศบาล”

4.3.2 การบริการที่ได้รับ การรักษาพยาบาล (การวัดอุณหภูมิ ความดันโลหิต การตรวจร่างกาย ตรวจเลือด ฉีดยา) การถอนฟัน การได้รับคำแนะนำและให้สุขศึกษา (การดูแลตนเอง การดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวีในสถานดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี) คิดว่าค่าบริการเหมาะสม บางคนมีบัตรผู้สูงอายุ บางคนไม่เสียค่าบริการถ้ามาจากบ้านสงเคราะห์ ส่วนใหญ่เสียค่าบริการตามอาการที่เจ็บป่วยครั้งละ 20 บาท ไม่ถึง 30 บาท หรือค่ายาฉีดเท่านั้น

4.3.3 การบริการที่เคยได้รับ ส่วนใหญ่ระบุว่าคุณภาพการให้บริการดีประทับใจกับบริการที่ได้รับ ต้อนรับดี พุดจาสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีมนุษยสัมพันธ์ดี มารยาทดี ในกรณีฉุกเฉินจะรีบให้บริการก่อน มี 1 ราย ที่ระบุว่าคุณภาพพอใช้ (การปวดไม่พอเพราะ ไม่จ่ายยาให้เมื่อขอยา โดยให้เหตุผลว่าไม่ควรรับประทานบ่อยถ้าไม่จำเป็น ต้องการให้จ่ายยาเพิ่มมากขึ้นเพราะจ่ายยาน้อย) “ต้องการให้นัดยามื่อเจ็บป่วย ถ้าไปที่คลินิกแพทย์จะนัดยาให้” สำหรับระยะเวลาที่รอรับบริการเหมาะสมดี แต่บางครั้งรอนานบ้างถ้าคนไข้มีมาก บางรายระบุว่าช้า (ทำบัตรช้า) เจ้าหน้าที่ควรสนใจผู้ป่วยมากกว่านี้

4.3.4 การยอมรับจากชุมชน ประชาชนยอมรับบริการที่ได้รับจากสถานบริการ มีประชาชนมารับบริการมากขึ้น ให้บริการดี สะดวก รวดเร็ว แต่ถ้าผู้รับบริการมีมาก การบริการจะช้าบ้าง บางรายระบุว่าประชาชนไม่ค่อยพูดถึงการให้บริการของสถานอนามัย

4.3.5 ความเหมาะสมและเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่เห็นว่าควรเพิ่มเจ้าหน้าที่ ควรจัดให้มีแพทย์มาตรวจและให้การรักษา 3 วันต่อสัปดาห์ แต่บางส่วนเห็นว่าเหมาะสมดีแล้ว หากเจ้าหน้าที่อยู่พร้อมกัน แต่บางครั้งเจ้าหน้าที่ไปประชุม สำหรับบทบาทของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการ ควรแยกให้ชัดเจนว่าแต่ละคนมีหน้าที่อะไร “บางคนทำทุกอย่างจึงไม่ทราบว่าใครเป็นใคร” ควรประชาสัมพันธ์ให้ทราบว่าแพทย์จะให้บริการวันใดบ้าง โดยมีการประสานงานผ่านทางผู้ใหญ่บ้านหรือป้าประชาสัมพันธ์

4.3.6 ความเท่าเทียมในการรับบริการ ส่วนมากมีความรู้สึกว่าได้ตนเองได้รับบริการเท่าเทียมกับผู้อื่น

4.3.7 บทบาทของพยาบาล ส่วนใหญ่เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทเหมาะสมแล้ว แต่ควรแยกบทบาทหน้าที่แต่ละคนให้ชัดเจนเพราะไม่ทราบว่าใครทำหน้าที่อะไร เสนอว่า “หมอควรทำหน้าที่หมอ คนทำบัตรควรมีหน้าที่ทำบัตร”

4.3.8 บุคคลที่ควรรับผิดชอบในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้ร่วมสนทนาเห็นว่าแพทย์พยาบาลควรเป็นผู้รับผิดชอบ และผู้รับผิดชอบควรเป็นคนในท้องถิ่น แต่อย่างไรก็ตามหากไม่ใช่คนในท้องถิ่นก็สามารถเรียนรู้ได้โดยปรับตัวให้เข้ากับคนในท้องถิ่น มีความเป็นกันเอง พุดจาดี และมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่น สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชน เห็นด้วยว่าประชาชนควรร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย และเสนอแนะให้มีกล้อง ได้รับความคิดเห็น ข่าวสารต่าง ๆ การอบรม หรือให้คำแนะนำจะได้ส่งข่าวสารถึงกันได้ หรือใช้วิธีประชุมปรึกษา การกระจายข่าว มีบางคนระบุว่าอสม. ได้เข้าร่วมในการให้บริการสุขภาพในชุมชนอยู่แล้ว

4.3.9 การเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการปรับเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่าการให้บริการดีขึ้นกว่าเดิมมาก มีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ใหม่ ๆ มาให้บริการ การพูดจาของเจ้าหน้าที่ดีขึ้นแต่ก่อนเจ้าหน้าที่มักจะอารมณ์ไม่ดี การตรวจร่างกาย และการจ่ายยาเป็นระเบียบมากขึ้น ปัจจุบันมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการไปรักษาที่สถานบริการอื่นมากขึ้น แต่บางคนก็บอกว่าไม่มีความแตกต่างของการให้บริการ

5. บทบาทของพยาบาลที่มสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้องและกระบวนการพัฒนามูลฐาน

5.1 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ พบว่าความรับผิดชอบตามบทบาทของพยาบาลทั้งพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลต่อเนื้อมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาล มีความสนใจกระตือรือร้นในการให้บริการและสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทได้ชัดเจน โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพจะมีบทบาทโดดเด่น สามารถให้บริการตามศักยภาพและเป็นที่ปรึกษาของบุคลากรอื่น ๆ ในด้านการตรวจรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น และการปฐมพยาบาล สามารถปฏิบัติงานแทนแพทย์ได้ตามขีดความสามารถ ถ้าเกินขีดความสามารถจะส่งต่อไปยังบริการที่โรงพยาบาล ผู้รับบริการและประชาชนมีความเชื่อมั่นและศรัทธาพยาบาล และมีความต้องการให้พยาบาลมาปฏิบัติงานที่สถานบริการสุขภาพแห่งนี้เพิ่มขึ้น เดิมเคยมีแพทย์มาให้บริการ แต่หลังจากนั้นไม่มีแพทย์ พบว่าประชาชนยังมารับบริการอย่างสม่ำเสมอแม้จำนวนจะลดลงบ้างแต่ไม่มากนัก ส่วนบทบาทอื่นๆ ได้แก่ การให้คำปรึกษา บทบาทนี้ไม่ชัดเจนเพราะจะให้คำปรึกษาควบคู่ไปกับการให้บริการรักษาพยาบาล อาจจะมีบ้างบางรายที่ให้คำปรึกษาเฉพาะ ในรายที่มีปัญหาและต้องการคำปรึกษาส่วนตัว และพยาบาลได้ระบุเวลาและสถานที่ไม่เอื้ออำนวย นอกจากนี้มีบทบาทการป้องกันและควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพผู้รับบริการ การส่งต่อผู้ป่วย การประสานงาน การบันทึกรายงาน การปฏิบัติงานในและนอกคลินิก แต่อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาลปฏิบัติบทบาทในการให้บริการในเชิงรุกของพยาบาลไม่ชัดเจน และพยาบาลวิชาชีพระบุ

ว่ามีประสบการณ์ในการให้บริการชุมชนน้อยและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่นๆ ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติบทบาทของพยาบาลได้ครอบคลุม และสามารถเป็นผู้นำทางการบริการและวิชาการได้ดี ส่วนพยาบาลต่อเนื่องสามารถปฏิบัติบทบาทในการให้บริการในเชิงรุกได้มากกว่า เพราะมีประสบการณ์และตามภาระงานที่ได้รับมอบหมายและจะเน้นการปฏิบัติงานในเชิงรุกมากกว่าการรักษาพยาบาล โรคเบื้องต้นและการปฐมพยาบาล แต่ให้ความช่วยเหลือและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรอื่น ๆ

5.2 การปฏิบัติที่ได้มาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การให้ความรู้และความสามารถในการให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างเต็มที่โดยใช้หลักวิชาการพยาบาลและศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่วนเทคนิคการพยาบาลแม้บางครั้งจะไม่ปฏิบัติแต่เป็นส่วนน้อย บางกรณีที่สถานการณ์ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากนักและปฏิบัติด้วยความระมัดระวัง เช่น ไม่ได้ถุงมือในการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว (สังเกตเห็น 1 ครั้ง และเป็นหยดเลือดมีจำนวนน้อยมาก) นอกจากนี้มีจรรยาบรรณวิชาชีพขณะให้บริการ คำนึงถึงสิทธิและความปลอดภัยของผู้รับบริการ เช่น การป้องกันการติดเชื้อ การรักษาความสะอาด การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและความซื่อสัตย์

5.3 บทบาทของทีมสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในทีมสุขภาพได้กล่าวถึงแล้วในส่วนแรก แต่จะกล่าวเพิ่มเติมในบางประเด็น เช่น หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่จะปฏิบัติบทบาทผู้บริหารและผู้นำมากกว่าผู้ให้บริการ แต่ถ้าจำเป็นสามารถปฏิบัติแทนบทบาทบุคลากรอื่น ๆ ได้ สำหรับการให้บริการจะเป็นเชิงรุกมากกว่าด้านการรักษาพยาบาล เพราะฐานความรู้เดิมเป็นนักสาธารณสุขไม่ใช่พยาบาล บทบาทด้านการบริหารและผู้นำคือการวางแผน พบว่ายังไม่มีแผนงานที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่มีการวางแผนในการเตรียมความพร้อมการปรับเปลี่ยนหน่วยบริการจากสถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีเพียงแผนเฉพาะหน้า มีการแบ่งและกำหนดงาน ในแต่ละตำแหน่งของบุคลากร ส่วนวิธีการปฏิบัติและกระบวนการทำงานในการให้บริการของบุคลากรใช้แนวมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การดำเนินการด้านบุคลากร จะพิจารณาและให้โอกาสบุคลากรอื่นได้มีการพัฒนาความรู้และทักษะก่อนตนเอง การอำนวยการ มีการติดตามดูแลให้มีการปฏิบัติงานตามคำสั่งของผู้บริหารระดับบน ส่วนการแนะนำและนิเทศงานไม่ชัดเจน แต่มีการควบคุมกำกับและประเมินผลบุคลากรและปรึกษากับบุคลากรในหน่วยงาน การประสานงาน มีการประสานงานด้วยดีระหว่างบุคลากรและหน่วยงานอื่น ๆ แต่ในหน่วยงานขาดการสร้างบรรยากาศของสัมพันธภาพในลักษณะที่เป็นกันเองหรือคุ้นเคยระหว่างหัวหน้าและบุคลากรอื่น ๆ โดยให้เหตุผลว่าเวลาไม่เอื้ออำนวย การบันทึกรายงาน ดูแลรับผิดชอบให้มีการรายงานต่างๆ ตามแนวปฏิบัติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน และต้องการบุคลากร (นักวิชาการสาธารณสุข) มาช่วยปฏิบัติงานด้านการจัดระบบข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขยังไม่ชัดเจน ซึ่งประชาชนมีความต้องการในการเผยแพร่

ประชาสัมพันธุ์ให้มากขึ้น รวมทั้งประชาสัมพันธุ์บทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน **การจัดทำงบประมาณ** การจัดหางบประมาณและเงินทุนสนับสนุน ซึ่งงบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอในการดำเนินงาน การควบคุมรายรับรายจ่าย การทำบัญชี และงานด้านอื่น ๆ คืองานธุรการ

ทันตภิบาล มีบทบาทในการให้บริการทันตสุขภาพประชาชนทั่วไป และตรวจสุขภาพเด็กนักเรียนในโรงเรียนการให้บริการในคลินิกคือ การอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ช่วยงานอื่น ๆ เช่น การลงทะเบียน การบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ช่วยงานคลินิกเด็กดี

องค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลหางดง ส่วนใหญ่จะสนับสนุนด้านงบประมาณและบุคลากร ในระยะแรกในการปรับเปลี่ยนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิได้จัดบุคลากรมาปฏิบัติงานที่ มีแพทย์ เกศจักร เป็นระยะเวลา 2 เดือน ส่วนพยาบาลวิชาชีพจัดให้มาปฏิบัติงานวันละ 2 คน ในช่วงระยะ 1 ปี ประมาณเดือนธันวาคม 2545 ให้พยาบาลวิชาชีพมาปฏิบัติงานเพียงวันละ 1 คน คนละ 2 วัน ในแต่ละสัปดาห์ ส่วนเทศบาลพบว่าบทบาทไม่ชัดเจนมีความร่วมมือน้อย

5.4 มีการใช้มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยพยายามปฏิบัติงานให้ได้มาตรฐานและมีการประเมินตนเอง 2 ครั้ง พบว่ามีการพัฒนาให้มาตรฐานดีขึ้นหลังจากที่ได้ประเมินครั้งแรก คะแนน 74 คะแนน (1 มิถุนายน) 81 คะแนน (กลางเดือนมิถุนายน)

กระบวนการพัฒนามูลฐาน พบว่ายังขาดการพัฒนามูลฐานที่เป็นระบบ พยาบาลวิชาชีพจาก โรงพยาบาลหางดง 2 คน ไม่ได้รับการเตรียมพร้อมในการที่จะมาให้บริการแบบผสมผสานและแบบองค์รวมโดยเฉพาะการให้บริการสุขภาพในชุมชน แต่ได้มีการพัฒนาบ้างบางส่วน โดยส่งไปฝึกอบรมในหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ที่โรงพยาบาลหางดง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และอื่น ๆ

ส่วนที่ 2ก สรุปข้อค้นพบเกี่ยวกับปัจจัยและเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ข้อค้นพบ ได้ทราบศักยภาพและขีดความสามารถเพื่อเป็นพื้นฐานในการเพิ่มเติมหรือพัฒนาการให้บริการทางสุขภาพได้ใกล้เคียงกับมาตรฐานที่กำหนด

1. จากการสังเกตและสัมภาษณ์เจาะลึก

1.1 ลักษณะโครงสร้างและระบบการทำงานของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองได้ปรับเปลี่ยนเป็นการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2544 และพยายามจัดรูปแบบการให้บริการตามแนวมาตรฐานการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีความสามารถและศักยภาพเพียงพอในระดับหนึ่งที่สามารถพัฒนาให้ใกล้เคียงกับมาตรฐานได้

1.2 ความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์พบว่าส่วนใหญ่มีความพร้อมและค่อนข้างครบถ้วน แต่สถานที่ให้คำปรึกษายังไม่เป็นสัดส่วน ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นบางอย่าง เช่น เครื่องมือทดสอบพัฒนาการ เครื่องมือตรวจภายใน

1.3 ความเหมาะสมและคุณสมบัติของบุคลากร พบว่าประเภทจำนวนและคุณสมบัติของบุคลากรครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐานในระยะ 2 เดือนแรกที่ปรับเปลี่ยนเป็นระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพราะมีแพทย์ เกณฑ์มาให้บริการ 2 วันต่อสัปดาห์ นอกจากนี้มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ทันตภิบาล พยาบาลต่อเนื่องที่มีพื้นความรู้ด้านบริการอนามัยแม่และเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีคุณวุฒิด้านสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตเป็นหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้ขีดความสามารถในการให้บริการมีมากและประชาชนมาใช้บริการจำนวนมาก โดยเฉพาะในวันที่แพทย์มาให้บริการ แต่เมื่อไม่มีแพทย์พบว่าผู้รับบริการลดลงบ้าง ส่วนพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทโดดเด่นในการให้บริการรักษาพยาบาลและปฐมพยาบาลเพราะมีประสบการณ์จากโรงพยาบาลทางดง แต่การซักประวัติ ตรวจร่างกายยังไม่เป็นระบบตามหลักวิชาการ ประชาชนเชื่อมั่นและศรัทธาพยาบาลวิชาชีพพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีปัญหาในการปรับตัวมาก เนื่องจากมีประสบการณ์เฉพาะด้านการรักษาแต่ต้องให้บริการแบบผสมผสานและแบบองค์รวมทั้งในและนอกสถานที่บริการ ขาดการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

1.4 ความครอบคลุมของลักษณะการให้บริการที่ให้กับประชาชนตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนใหญ่การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้นและการปฐมพยาบาลเป็นไปตามเกณฑ์ ถ้าเกินขีดความสามารถส่งต่อตามขั้นตอน แต่การให้บริการสุขภาพในชุมชนยังไม่ครอบคลุม สามารถให้บริการได้และอยู่ในระดับปานกลาง พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนหนองดองได้มีการประเมินตนเองโดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานการจ้ดระบบบริการปฐมภูมิพบส่วนพร่องคือการให้บริการในเชิงรุก จึงควรมีการพัฒนาและติดตามความก้าวหน้าต่อไป

1.5 บทบาทของพยาบาลต่อเนื่องและพยาบาลวิชาชีพรวมทั้งบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ บุคลากรทุกคนมีความกระตือรือร้นและสนใจในการให้บริการ และช่วยเหลือกันในการทำงาน แต่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานตามบทบาทในการให้บริการในคลินิกชัดเจน สามารถให้บริการแบบองค์รวมในสถานบริการ แต่บทบาทการให้บริการสุขภาพในชุมชนไม่ชัดเจน ส่วนบุคลากรอื่นสามารถให้บริการตามพื้นความรู้และทักษะที่ได้ศึกษามา

1.6 ความร่วมมือขององค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องพบว่า โรงพยาบาลทางดงให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร และพาหนะในการส่งต่อ แต่บทบาทในการนิเทศงานไม่ชัดเจน ส่วนเทศบาลตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ ให้ความร่วมมือน้อย

2 จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ

2.1 ผู้ให้บริการรับรู้ว่าหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) เป็นที่ตั้งรับประชาชนเพื่อการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ส่วนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน รับทราบว่าเป็นหน่วยบริการที่เข้าถึงได้และดูแลเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก

2.2 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนยังคงทำงานในขอบเขตเดิมแต่นเน้นการบริหารผลงานด้านการรักษาพยาบาลที่เคยปฏิบัติ โดยมอบให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบแทนและได้จัดระบบ

การให้บริการในสถานบริการ เช่น เพิ่มเวชภัณฑ์และเครื่องมือ จัดทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย แยกคลินิกตามวันโดยจัดเป็นตารางปฏิบัติงาน สำหรับเวชภัณฑ์ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลทางคง

2.3 การวางแผนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพไม่ได้ทำเพิ่มขึ้นจากเดิม ไม่มีการวางแผนกิจกรรมประจำปีเพราะมีภาระงานด้านเอกสารที่ต้องปฏิบัติเหมือนเดิม ลักษณะของแผนงานจัดทำจากระดับบนสู่ระดับล่าง (top – down) การวางแผนกิจกรรมบางชนิดมีลักษณะเฉพาะหน้าโดยการสอบถามความพร้อมของเจ้าหน้าที่แล้วจึงกำหนดวันให้บริการ เช่น การตรวจภายในเพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูก

2.4 ระยะเวลาการให้บริการในชุมชนน้อยลง เช่น การเยี่ยมบ้านได้ทำเฉพาะบางรายที่ต้องติดตามผลการรักษาหรือทำแผล เพราะรูปแบบการให้บริการลักษณะดั้งเดิมมีประชาชนมารับบริการที่สถานบริการมากขึ้น

2.5 บุคลากรขาดการเตรียมพร้อม เช่น พยาบาลวิชาชีพแม้สมัครใจที่จะปฏิบัติงาน แต่ได้ใช้ความรู้เดิมและมีประสบการณ์เฉพาะด้านการรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น แต่ไม่เคยได้รับการปฐมนิเทศเกี่ยวกับการให้บริการในชุมชน อย่างไรก็ตามบุคลากรได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ในบางด้านแต่ก็ยังไม่เพียงพอในการให้บริการในชุมชน

2.6 การเปิดให้บริการนอกเวลาราชการเวลา 16.30–19.30น.และเสาร์-อาทิตย์เพื่อให้ครอบคลุมเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จึงต้องให้บุคลากรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและเพิ่มค่าล่วงเวลาให้

2.7 บุคลากรพอใจสวัสดิการที่ได้รับและคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ทำได้เป็นระบบ แต่การให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคยังทำได้น้อย

2.8 การปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นไปตามนโยบาย แต่ยังไม่มีการนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น การสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่นยังมีน้อย ไม่เพียงพอ

3 จากการสนทนากลุ่มผู้รับบริการและผู้นำชุมชน

3.1 ผู้นำชุมชนและประชาชนไม่เข้าใจความหมายการให้บริการปฐมภูมิ

3.2 ประชาชนสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น คือ ได้รับการบริการดีขึ้น มีแพทย์พยาบาลมาให้บริการการตรวจร่างกาย การจ่ายยาเป็นระเบียบดีขึ้น บุคลากรพูดจาดีขึ้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมากขึ้นและการให้บริการครอบคลุมมากกว่าเดิม

3.3 ผู้รับบริการส่วนใหญ่พอใจในบริการที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 ข กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (คน เครื่องมือและวิธีการ)

1. การกำหนดปัญหา ความต้องการและการใช้กระบวนการสะท้อนความคิดในการพิจารณา ร่วมกัน โดยสรุปปัญหาความต้องการจากสิ่งที่เรียนรู้ แล้วนำเข้าสู่กระบวนการสะท้อนความคิดด้วยการเสวนาหรืออภิปรายร่วมกันระหว่างทีมวิจัยกับตัวแทนประชาชน ผู้นำชุมชน (ผู้รับบริการ) และ

ทีมวิจัยกับบุคลากรเพื่อพิจารณาว่าปัญหาและความต้องการที่สรุปได้นั้นเป็นปัญหาและความต้องการที่แท้จริง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการปรับปรุงหรือพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของชุมชนและผู้ให้บริการ และหาแนวทางในการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

1.1 จากการสังเกตของนักวิจัยและจากมุมมองของบุคลากร ปัญหา และความต้องการ และแนวทางแก้ไขปรับปรุงหรือพัฒนา มีดังนี้

1.1.1 สถานที่ให้คำปรึกษายังไม่เป็นสัดส่วน ซึ่งบุคลากรเห็นด้วยทุกคน และมีแนวคิดที่สามารถปรับปรุงได้จากมุมใดมุมหนึ่งของสถานที่ แต่ในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีงบประมาณในการจัดทำห้องให้เป็นสัดส่วนได้ ใช้วิธีการปรับปรุงให้เป็นสถานที่ทำงานที่ทำงานน้อยอยู่ด้วยการดำเนินการ 5 ส. (สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ สร้างนิสัย) เพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบ

1.1.2 ขาดเครื่องมืออุปกรณ์บางอย่างที่จำเป็นเพื่อเตรียมพร้อมให้บริการ เช่น เครื่องมือทดสอบพัฒนาการเด็กและเครื่องมือตรวจภายใน ซึ่งบุคลากรเห็นพ้องกันว่าควรมีเครื่องมือทดสอบพัฒนาการชุดใหม่เพราะบุคลากรผู้ให้บริการได้รับการอบรมมาแล้ว แต่เครื่องมือเดิมชำรุดและไม่สามารถจัดหาใหม่ได้เพราะไม่ทราบว่าจะเป็นมาตรฐานหรือไม่ ซึ่งทางคณะวิจัยได้ติดต่อสอบถามให้ ในส่วนเครื่องมือตรวจภายในได้อภิปรายและได้ข้อสรุปร่วมกันว่าไม่ต้องการเพิ่ม คิดว่ามีเพียงพอแล้ว เนื่องจากในปัจจุบัน(2545) การให้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ไม่มีการกำหนดกิจกรรมการให้บริการเนื่องจากนโยบายไม่ชัดเจน งบประมาณไม่มีในการส่ง specimen หรือให้การรักษาได้ คิดว่าเป็นการรบกวนผู้รับบริการที่ต้องส่งต่อและตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลอีกครั้ง ควรจะรอให้มีนโยบายที่ชัดเจนก็จะดำเนินการให้บริการได้ นอกจากนี้ต้องการยานพาหนะสำหรับทำงานให้บริการสุขภาพในชุมชน เช่น รถจักรยานยนต์ เพราะปัจจุบันมี 2 คัน แต่ยังไม่พอและต้องการงบประมาณค่าน้ำมัน ส่วนทันตภิบาลต้องการเครื่องเอกซเรย์ช่วยวินิจฉัยให้ชัดเจนก่อนที่จะถอนฟัน กรณีนี้ได้วางแผนงบประมาณเพื่อเสนอผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดสรรงบประมาณเรื่องการเพิ่มเติมอาคารยานพาหนะ เครื่องเอกซเรย์ และค่าน้ำมัน เช่น เสนอโรงพยาบาลคู่สัญญา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1.1.3 บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นบางอย่าง ได้แก่ การประเมินชุมชนและครอบครัว การเยี่ยมและดูแลสุขภาพครอบครัว การประเมินสุขภาพ (การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการวินิจฉัยตามหลักวิชาการ) และขาดการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว

1.1.4 ภาระงานด้านการจัดทำข้อมูล จากการศึกษาข้อมูลในระยะแรก พบว่าบุคลากรมีปัญหาที่ต้องจัดทำข้อมูลที่ต้องใช้เวลากรรวมทั้งนอกเวลาราชการ ซึ่งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนได้เสนอขอตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมาช่วยในด้านนี้ พบว่างานด้านนี้ได้รับการปรับปรุงดีขึ้น และจะเป็นผู้นำในการจัดทำโครงการที่ทำงานน้อยอยู่โดยใช้หลัก 5 ส.

1.1.5 การเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ยังมีปัญหาล่าช้า บุคลากรมีความเห็นพ้องกันว่า ปัญหาเกิดขึ้นบางครั้งเท่านั้น ประเภทยาและจำนวนยากี่จะได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลทางคงตามที่ขอ คิดว่าไม่เป็นปัญหา

1.1.6 องค์กรท้องถิ่นและชุมชนยังมีส่วนร่วมน้อย ควรมีการประสานงาน สร้างความเข้าใจและจูงใจให้เห็นความสำคัญของสุขภาพที่เป็นพื้นฐานในการพัฒนาชุมชนในด้านอื่น ๆ ให้มากขึ้น

1.2 มุมมองของผู้รับบริการ (ตัวแทนประชาชนและผู้นำชุมชน)

1.2.1 ส่วนใหญ่ผู้รับบริการและผู้นำชุมชนจะเห็นว่า การให้บริการอยู่ในระดับพอใจและดีอยู่แล้ว ตั้งแต่สถานีอนามัยได้รับการปรับเปลี่ยนเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ได้รับการบริการดีขึ้น มีแพทย์ (ระยะ 2 เดือนแรก) มีพยาบาลจากโรงพยาบาลทางคงมาให้บริการ เจ้าหน้าที่พูดจาดี การตรวจร่างกาย การจ่ายยาเป็นระเบียบดีขึ้น มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมากขึ้น การให้พยาบาลครอบคลุมเพิ่มจากเดิมประมาณร้อยละ 70

1.2.2 ประชาชนและผู้นำชุมชนยังไม่เข้าใจในเรื่องของการให้บริการระดับปฐมภูมิ และขาดการประชาสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ของบุคลากร โดยไม่ทราบว่าเจ้าหน้าที่แต่ละคนทำหน้าที่อะไร ควรมีการประชาสัมพันธ์ในเรื่องดังกล่าวให้มากขึ้น และบุคลากรมีความเห็นว่าควรมีรูปของบุคลากรทุกคนพร้อมทั้งระบุหน้าที่ติดบอร์ดเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการและประชาชนทราบ นอกจากนี้ประชาชนต้องการให้มีการปรับปรุงข้อมูลข่าวสารการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข่าวสารหรือให้ความรู้ด้านสุขภาพ ลักษณะการให้บริการให้ประชาชนได้รับทราบในรูปแบบต่าง ๆ

1.2.3 ต้องการบุคลากรเพิ่มขึ้นเนื่องจากบุคลากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ทำงานมากมีผลต่อการพูดจาที่ไม่ไพเราะ ต้องการเจ้าหน้าที่ชาย เพราะบางครั้งผู้ป่วยชายต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ชาย ต้องการให้มีพยาบาลประจำ 24 ชั่วโมง สำหรับปัญหาได้แนวคิดร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหาบางประการ เช่น มีเจ้าหน้าที่มาเพิ่ม 1 ตำแหน่งหลังจากที่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนได้เสนอต่อผู้ให้บริการหรือผู้เกี่ยวข้อง ผู้บริหารซึ่งได้อนุมัติตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมาปฏิบัติงานที่นี่ และบุคลากรได้ยอมรับในเรื่องปัญหาการพูดจาและจะนำไปปรับปรุงแก้ไข ส่วนการให้บริการนอกเวลาราชการได้ทำตามที่กำหนดไว้แล้ว

1.2.4 ต้องการแพทย์หรือพยาบาลมาประจำที่สถานบริการ บุคลากรเห็นว่าขณะนี้ไม่มีแพทย์มาให้บริการบางวันทำให้ผู้รับบริการมีมากขึ้นไปในวันนั้นคือประมาณ 60 – 90 คน ซึ่งบางกรณีไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ พบว่าเมื่อแพทย์ไม่มาให้บริการจำนวนผู้รับบริการลดลง ถ้าหากมีแพทย์ก็ควรมาอยู่ประจำทุกวันเพื่อจำนวนผู้รับบริการจะได้กระจายเหมาะสมในแต่ละวัน สำหรับประชาชนให้ความเห็นว่าถึงไม่มีแพทย์ ก็ควรให้มีพยาบาลแทนแพทย์เพราะเชื่อมั่นศรัทธาในด้านการรักษาของพยาบาล

1.2.5 ต้องการบริการนิตยา ผู้รับบริการและผู้นำชุมชนระบุว่าสถานีนามัย บางแห่งให้บริการนิตยาซึ่งจะมีประชาชนไปใช้บริการมาก บุคลากรเห็นด้วยว่าสถานบริการบางแห่งให้บริการนิตยาจะมีประชาชนไปใช้บริการมาก และเห็นด้วยว่าสถานบริการบางแห่งจะนิตยาให้ผู้รับบริการแม้ว่าไม่จำเป็น ซึ่งได้พยายามจะให้ความรู้และชี้แจงให้ประชาชนทราบ ดังนั้นบุคลากรจะสร้างความเข้าใจกับประชาชนให้มากขึ้น และจะมีการกำหนดวันที่แน่นอนหรือกำหนดแผนการให้ความรู้ที่ชัดเจนและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ

1.2.6 ต้องการให้บุคลากรให้บริการสุขภาพในชุมชนเพราะชาวบ้านจะได้มีส่วนร่วมมากขึ้น ปัจจุบันนี้มีชมรมคนรักสุขภาพ ซึ่งดำเนินโครงการได้ 6 เดือนเพราะเป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย รำมวยจีน ต้องการให้บุคลากรสนับสนุนโครงการนี้อย่างต่อเนื่องและต้องการให้มีชมรมผู้สูงอายุเกิดขึ้นทุกหมู่บ้าน สำหรับ 2 กรณีที่กล่าวมา ได้จากการเสวนาครั้งนี้ซึ่งจะทำเสนอให้บุคลากรดำเนินการต่อไป

1.2.7 บุคลากรควรให้ความสนใจผู้รับบริการในเรื่องการเจ็บป่วยให้มากขึ้น เพราะบางครั้งเจ้าหน้าที่คุยกัน ปัญหาที่เจ้าหน้าที่ไม่เห็นด้วยเพราะขณะที่ให้บริการคนอื่นอยู่ ผู้รับบริการที่รออยู่อาจจะรอนานเกิดความรู้สึกไม่พอใจ บุคลากรจึงมีแนวคิดที่จะจัดระบบหรือสถานบริการให้เป็นสัดส่วนโดยในช่วงที่ผู้รับบริการรอการจัดสื่อหรือวิดิทัศน์ที่เป็นความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้รับบริการชม ทางคณะผู้วิจัยจะช่วยสอบถามและหาความรู้เหล่านี้มาให้ และบุคลากรเห็นว่าควรมีสื่อ เช่น เครื่องเล่นวิดิทัศน์ เทป หรือสื่ออื่น ๆ เช่น โปสเตอร์ เอกสาร ฯลฯ

1.2.8 องค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมน้อย ซึ่งเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน และผู้รับบริการเสนอความสำคัญในประเด็นนี้ว่าควรมีการประสานความร่วมมือกันระหว่างสถานีนามัย เทศบาลตำบล โรงพยาบาลที่รับผิดชอบเขตนี้ และหน่วยงานองค์กรอื่น ๆ

1.2.9 อสม. ต้องการให้ประชาชนเชื่อถือในการให้บริการของ อสม. โดยการพัฒนาศักยภาพอสม. เช่น ส่งเสริมการศึกษาเพิ่มเติม (ศึกษานอกโรงเรียนโดยคัด อสม.จากหมู่บ้านละ 2 คน ในระยะแรก) ต้องการให้บุคลากรและอสม.ทำงานร่วมกันในการให้บริการในชุมชน (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน) เวียนไปแต่ละหมู่บ้านครบทุกหมู่บ้าน เพื่อให้ชาวบ้านเกิดความเชื่อถือ อสม.มากขึ้น และต้องการอุปกรณ์เครื่องมือปฏิบัติงานของ อสม.เพิ่ม เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต ส่วนที่สถานีนามัยต้องการให้มีเตียงปรับระดับได้ (เตียง fowler) รวมทั้งเครื่องมือผ่าตัดเล็ก เพื่อให้บริการที่สถานีนามัยก่อนที่จะส่งต่อ นอกจากนี้ อสม. ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน เนื่องจากไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เดิม อสม.เคยทำงานอย่างเข้มแข็ง เคยเปิดบริการทุกวันเสาร์ ปัจจุบันไม่ได้ให้บริการ ซึ่งประเด็นเหล่านี้ได้จากการเสวนาครั้งนี้ ทีมวิจัยเสนอว่าจะมีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพของอสม. โดยความร่วมมือของบุคลากร อสม. และเสนอให้ไปศึกษาดูงานเพื่อเพิ่มพูนศักยภาพทั้งบุคลากร องค์กรท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และตัวแทนประชาชน โดยเลือกผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ เพื่อจะได้แนวคิดมาพัฒนาบริการให้ดีขึ้น

2. การดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยการพัฒนากระบวนการทำงาน เครื่องมือในการทำงาน บุคลากรผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

จัดทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองโดยนำปัญหา ความต้องการ และเงื่อนไขของการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สำเร็จตามที่วิเคราะห์ได้มาจัดทำแผนพัฒนาระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิร่วมกันระหว่างทีมวิจัยและบุคลากร (ภาคผนวก ง) หลังจากนั้นบุคลากรนำไปพัฒนาแผนปฏิบัติงาน ประจำปี 2546 (ภาคผนวก จ) และดำเนินกิจกรรมตามแผนพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิ ดังนี้

2.1 การพัฒนาบุคลากร เนื่องจากขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นบางอย่าง ต้องการข้อมูลข่าวสาร ตำรา เอกสาร สื่อเพื่อศึกษาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง

2.1.1 เป้าหมายคือบุคลากรมีความรู้และทักษะในการให้บริการในเรื่องการประเมินสุขภาพและการรักษาโรคเบื้องต้น การวินิจฉัยชุมชนและการศึกษาชุมชน

2.1.2 กำหนดแผนกิจกรรม หนึ่ง ฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในพื้นที่เรื่องการประเมินสุขภาพและการรักษาโรคเบื้องต้น ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย สอง ส่งบุคลากรเข้าอบรมการวินิจฉัยแยกโรคและการรักษาโรคเบื้องต้น และจัดอบรมการประเมินและการวินิจฉัยชุมชน การใช้ข้อมูลที่มีอยู่เพื่อการให้บริการสุขภาพในชุมชน สาม จัดหาสื่อ ตำรา เอกสาร เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้

2.1.3 ผลการดำเนินงาน ฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเรื่องการประเมินสุขภาพและการรักษาโรคเบื้องต้น 2 วัน การประเมินและการวินิจฉัยชุมชนหนองตองโดยทีมวิจัยและอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีผู้เข้ารับการอบรมเป็นเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง 6 คน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหนองไคร้ หาดแก้ว และพยาบาลจากโรงพยาบาลหางดงรวมทั้งหมด 12 คน (ขณะที่บุคลากรเข้ารับการอบรมทีมวิจัยได้เป็นผู้ให้บริการแทนเจ้าหน้าที่) ผู้รับการอบรมมีความพึงพอใจและสนใจการอบรมและมีความเห็นว่าดีมาก และต้องการให้เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ได้รับการอบรมด้วย และจากการสอบถามพบว่าบุคลากรได้นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการให้บริการได้มาก และต้องการให้มีการอบรมเป็นระยะๆ นอกจากนี้ได้ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมการวินิจฉัยแยกโรคและการรักษาโรคเบื้องต้น 2 ครั้ง ๆ ละ 3 วัน ซึ่งจัดโดยสถานบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยให้เจ้าหน้าที่เวียนกันเข้ารับการอบรมคนละ 1 ครั้ง จนครบทุกคน ส่วนสื่อตำรา เอกสารสำหรับศึกษาเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องได้จัดหาให้เท่าที่จัดหาได้ นอกจากนี้บุคลากรได้จัดหาด้วยตนเองและได้จัดเก็บไว้ในตู้เป็นระเบียบและสะดวกในการใช้

2.2 การจัดระบบบริการให้มีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพเนื่องจากพร่องการให้บริการสุขภาพในชุมชน ไม่มีแผนปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษร ขาดการประชาสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ของบุคลากรและลักษณะการให้บริการ การจัดการข้อมูลยังไม่เป็นระบบ

2.2.1 เป้าหมายคือระบบบริหารและการจัดการในการให้บริการสุขภาพ มีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ

2.2.2 การกำหนดแผนกิจกรรม เพิ่มทักษะในการบริหารจัดการของบุคลากร และสร้างทัศนคติที่ดีของบุคลากรให้เห็นความสำคัญการให้บริการสุขภาพในชุมชน การจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีเป็นลายลักษณ์อักษร จัดแผนผังการทำงานและประชาสัมพันธ์บุคลากร การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพแก่ประชาชน มีการนิเทศงานจากโรงพยาบาลทางดงอย่างสม่ำเสมอ เพิ่มพูนทักษะในการบริหารจัดการ พัฒนาคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง บุคลากร เวชภัณฑ์และการเงิน

2.2.3 ผลการดำเนินงาน บุคลากรมีการพัฒนาตนเองในการบริหารจัดการ และให้บริการสุขภาพในชุมชนมากขึ้น โดยมีแผนปฏิบัติงานและกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เช่น แผนงานสำรวจครัวเรือนและเยี่ยมบ้าน หมู่ 5 และ 12 และจัดทำแฟ้มเก็บ folder เพื่อบันทึกข้อมูลการของสมาชิกครอบครัวที่มารับบริการในสถานบริการแทน OPD card และจัดหาตู้เก็บแฟ้มครอบครัว จำนวน 8 หมู่บ้าน ส่วนการจัดทำรายงานในการให้บริการในชุมชน (การเยี่ยมบ้านและการดูแลครอบครัว กำลังดำเนินการและพยายามจัดทำเพิ่มขึ้นจากเดิม 100 ครอบครัว) ซึ่งได้รับความร่วมมือจากบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่จะมาพัฒนา เพื่อเตรียมความพร้อมมาตรฐานกระบวนการหลักของการให้บริการแบบองค์รวม โดยเน้นการดูแลครอบครัวต่อจากโครงการนี้ มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปี 2546 เป็นลายลักษณ์อักษร ได้แก่ แผนงานพัฒนาคุณภาพ (พัฒนาบุคลากรเชิงรุก พัฒนางานสุขภาพและสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาระบบความเสี่ยง) แผนงานเสริมสร้างสุขภาพตามกิจกรรมหลักของกระทรวงสาธารณสุข แผนงานบริการสาธารณสุขตามกลุ่มเป้าหมาย (ภาคผนวก จ) นอกจากนี้ได้สร้างทัศนคติที่ดีของบุคลากรให้เห็นความสำคัญในการให้บริการสุขภาพในชุมชน โดยการศึกษาดูงานในพื้นที่ประสบความสำเร็จในการให้บริการสาธารณสุขในชุมชน ตำบลน้ำพอง พบว่าหลังจากดูงานเจ้าหน้าที่มีความสนใจและมีกิจกรรมในบริการสุขภาพในชุมชนมากขึ้น และได้รับความร่วมมือกับเทศบาลตำบลซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป มีการจัดทำบอร์ดประชาสัมพันธ์บุคลากรและมีรูปภาพติดไว้ให้ประชาชนรับทราบ รวมทั้งจัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและทั่ว ๆ ไป ส่วนการจัดการข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองได้เสนอผู้บริหารขอตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขได้ 1 ตำแหน่ง โดยให้รับผิดชอบในการจัดระบบข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ พบว่างานด้านนี้มีการพัฒนาดีขึ้นกว่าเดิมอย่างชัดเจน และลดภาระงานด้านการจัดทำข้อมูล สำหรับบุคลากรอื่นๆที่จะต้องทำหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชน บุคลากรมีการพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการบริหารจัดการและจัดหาคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องบุคลากร เวชภัณฑ์ และการเงินด้วยตนเอง

2.3 การปรับปรุงสถานบริการ เนื่องจากสถานที่ให้คำปรึกษายังไม่เป็นสัดส่วนและต้องการห้องสำหรับสังเกตอาการผู้ป่วย

2.3.1 เป้าหมายคือสถานที่ให้บริการมีความเหมาะสมในการดำเนินการกิจกรรมให้บริการ

2.3.2 การกำหนดแผนกิจกรรม ปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และมีการติดตามประเมินผลโดยทีมวิจัย จัดให้มีสถานที่ให้คำปรึกษาและสังเกตอาการผู้ป่วยที่เป็นสัดส่วน

2.3.3 ผลการดำเนินงาน มีการจัดสถานที่ให้บริการเป็นระเบียบสะอาดและเป็นสถานที่ทำงานน่าอยู่โดยใช้หลัก 5 ส. ซึ่งจัดทำอย่างต่อเนื่อง มีวันทำความสะอาดสถานบริการทุกพื้นที่ (big cleaning day) ทุกวันศุกร์ที่ 4 ของเดือน และจะจัดทำต่อไปคือปรับภูมิทัศน์รอบ ๆ สถานบริการ ส่วนห้องสำหรับการให้คำปรึกษาและสังเกตอาการยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากไม่มีงบประมาณ แต่ยังคงระบุไว้ในแผนปฏิบัติงานประจำปี 2546

2.4 จัดหาอุปกรณ์ในการให้บริการและสื่อในการเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนและผู้รับบริการเนื่องจากขาดอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นบางอย่างในการให้บริการ

2.4.1 เป้าหมายคือมีอุปกรณ์และแหล่งความรู้ที่เพียงพอในการให้บริการ

2.4.2 การกำหนดแผนกิจกรรม ประสานกับโรงพยาบาลหางดงในการจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ (เครื่องวัดความดันโลหิตสำหรับ อสม. เครื่องมือทดสอบพัฒนาการเด็ก สื่อต่าง ๆ ในการเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพอื่นๆ) แสวงหาแหล่งทุนสนับสนุนติดต่อแหล่งประโยชน์ เพื่อสนับสนุนด้านสื่อและข้อมูลที่ต้องการ

2.4.3 ผลการดำเนินการ เจ้าหน้าที่ได้เสนองบประมาณให้กับโรงพยาบาลหางดงแต่ยังไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ แต่ได้มีการประสานงานกับเทศบาลตำบลในการจัดสรรงบประมาณ ได้แก่ การจัดสรรเฉพาะงบประมาณการให้บริการสุขภาพเคลื่อนที่ และโครงการส่งเสริมสุขภาพซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดเรื่องความร่วมมือขององค์กรท้องถิ่น นอกจากนี้ทีมวิจัยได้จัดหาเครื่องมือทดสอบพัฒนาการเด็ก สำหรับสื่อด้านการเผยแพร่ความรู้ได้จัดทำเอกสารคู่มือปฏิบัติงานสำหรับบุคลากร ตำรารักษาโรคเบื้องต้น คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเอกสารอื่น ๆ เท่าที่จัดหาได้

2.5 การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นมีน้อย

2.5.1 เป้าหมายคือได้รับการสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่นและชุมชน รวมทั้งชุมชนมีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของประชาชน

2.5.2 การกำหนดแผนกิจกรรม เชิญองค์กรท้องถิ่นและประชาชนเข้าร่วมเป็นกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ทุกคนเข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกัน จัดให้บุคลากรองค์กรท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและประชาชนได้ศึกษาดูงานในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ เช่น การให้บริการสาธารณสุขในชุมชนตำบลน้ำพอง

2.5.3 ผลการดำเนินการ นับว่าเป็นโอกาสที่ดีที่องค์กรท้องถิ่นคือเทศบาล

ตำบลหนองตองมีทีมบริหารใหม่ ซึ่งทีมวิจัยได้เข้าพบและชี้แจงรายละเอียดของโครงการเพื่อสร้างความเข้าใจและให้ความร่วมมือ โดยได้รับการสนับสนุนจากนายกเทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิ พบว่ามีความเข้าใจและยอมรับในระดับหนึ่ง ดังนั้นเพื่อต้องการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของประชาชนและเกิดความยั่งยืน จึงได้จัดให้มีการศึกษาดูงานในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่หมู่บ้าน ตำบลน้ำพอง โดยนำบุคลากรองค์กรท้องถิ่น (เทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุข) ผู้นำและตัวแทนประชาชน นอกจากนี้ได้เชิญบุคลากรจากโรงพยาบาลหางดงด้วย แต่ไม่ได้ส่งตัวแทนเข้าร่วมโครงการศึกษาดูงานเพราะกำลังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการให้บริการที่โรงพยาบาล ผู้เข้าร่วมโครงการศึกษาดูงานจำนวน 23 คน และทีมวิจัย 3 คน ซึ่งได้รับความรู้และประสบการณ์จากทีมงานโรงพยาบาลน้ำพอง ประธานและทีมองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) น้ำพอง และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษาดูงานครั้งนี้ และพบว่า การดูแลสุขภาพอนามัยของชุมชนในหมู่บ้าน ต.น้ำพองได้รับความร่วมมืออย่างดีระหว่างโรงพยาบาลน้ำพอง อบต. และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงและยั่งยืน โดยมุ่งเน้นที่คนในพื้นที่ อบต. น้ำพอง มาปฏิบัติงานในชุมชนซึ่งเป็นการให้บริการที่ต่อเนื่องและใกล้ชิดกับบ้าน และใกล้ชิดซึ่งโครงการพยาบาลชุมชนได้มีการดำเนินการโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลน้ำพองจำนวน 6 คน รับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนในพื้นที่คณะ 2 หมู่บ้าน (แทนพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นคนในพื้นที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต 4 ปี งบประมาณการสนับสนุนได้รับจาก อบต.น้ำพอง) นอกจากนี้ อบต. สนับสนุนงบประมาณการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน หลังจากศึกษาดูงานทีมวิจัยได้มีการเสวนากลุ่มสมาชิกที่ร่วมโครงการศึกษาดูงานทั้งหมด 20 คน เพื่อสะท้อนคิดประสบการณ์

พบว่าได้เห็นพลังความเข้มแข็งของชุมชนและการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ ในท้องถิ่น ตำบลน้ำพอง ทำให้เกิดความกระตือรือร้นพร้อมที่จะนำประสบการณ์ดังกล่าวมาปฏิบัติด้วยความร่วมมือของบุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง อสม. ผู้นำชุมชน เทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุขและตำรวจ ซึ่งเทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุขมีความตั้งใจมากในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยกล่าวว่า “บ้านหนองตองเป็นบ้านที่มีความเจริญแต่ยังมีคนถูกทอดทิ้ง อาจเนื่องจากสถานะเศรษฐกิจและหน้าที่การทำงานของสมาชิกในครอบครัว จากการดูงาน แม้ว่าอบต. น้ำพอง มีรายได้มากกว่าเทศบาลตำบลหนองตอง แต่คิดว่าเราจะทำได้เหมือน อบต.น้ำพอง ทั้งนี้ต้องพิจารณาศักยภาพของเราว่ามีความสามารถระดับใด และเทศบาลตำบลมีหน้าที่สนับสนุนงบประมาณให้ อสม. รวมทั้งสถานีนอมาลัยตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ ปัจจุบัน อสม. มีทั้งบทบาทและโอกาสจึงอยากเห็นพลังการรวมตัวของ อสม. เทศบาล เพื่อเพิ่มศักยภาพและปลูกจิตสำนึกในการดูแลคนที่ต้องการความช่วยเหลือในหมู่บ้านและสอนให้ลูกหลานให้ดูแลสุขภาพในครอบครัวได้ นอกจากนี้

ควรมีการกำหนดบทบาทที่เหมาะสมของอสม.ต่อไป” จากความคิดเห็นของอสม. ผู้นำและตัวแทนประชาชนต้องการให้มีการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ “โดยมีอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปเยี่ยม ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาความรู้ของ อสม. เพื่อให้สามารถช่วยเหลือดูแลชาวบ้านได้ บางคนระบุว่า อสม. ได้ให้บริการประชาชนที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอยู่แล้ว และมีชาวบ้านมาใช้บริการบ้าง” ความร่วมมือและการประสานงานการดำเนินงานกิจกรรมร่วมกันขององค์กรท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพประชาชน พบว่าหลังจากเทศบาลนครฝ่ายสาธารณสุขรับตำแหน่งในทีมงานบริหารเทศบาลตำบลหนองตองเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2545 โดยรับนโยบายที่จะดูแลสุขภาพของประชาชน ได้มีการประชุมปรึกษากับบุคลากรของสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพอย่างต่อเนื่อง และได้รับงบประมาณในการดำเนินงานเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2546 แต่ยังไม่ปรากฏกิจกรรมที่ชัดเจน จนกระทั่งกลับจากศึกษาดูงานที่อบต. น้ำพอง เมื่อเดือนมีนาคม 2546 พบว่ามีการดำเนินงานร่วมกันอย่างชัดเจนระหว่างเทศบาลนครฝ่ายสาธารณสุข บุคลากรสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อสม. และบางกิจกรรมร่วมมือกับตำรวจ โรงพยาบาลหางดง และหน่วยงานอื่นๆ ผลการดำเนินงานกิจกรรมมีดังนี้ (ข้อมูลการประเมินผลหลังศึกษาดูงานและข้อมูลการประเมินผลโครงการวิจัย วันที่ 30 พฤษภาคม 2546 ซึ่งการประชุมวันนี้มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 13 คน ทีมวิจัย 4 คน ผู้ประเมินโครงการวิจัย 2 คน หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง 1 คน เทศบาลนครฝ่ายสาธารณสุข 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ 1 คน อสม. 3 คน และ อสม.ที่เป็นประธานชมรมรักสุขภาพ 1 คน)

หนึ่ง การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ งบประมาณงวดแรก 30,000 บาท เป็นค่าเวชภัณฑ์ ให้บริการผสมผสานด้านสุขภาพ (วัดความดันโลหิต ชั่งประวัติ ตรวจร่างกาย จ่ายยาที่จำเป็นและบันทึกรายงาน การเยี่ยม) ตำรวจช่วยสอนตัดผมและบริการตัดผมฟรี แนะนำเรื่องการเกษตรและด้านการศึกษา ก่อนให้บริการมีการประชุมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ และประชาสัมพันธ์กำหนดการบริการให้ประชาชนทราบล่วงหน้า โดยให้บริการทุกวันอังคารเวลา 9.00 – 12.00 น. เดือนละ 4 ครั้ง ทุกเดือนทุกบ้านและครบทั้ง 14 หมู่บ้านแล้ว ประชาชนที่มารับบริการมีทุกวัย จากการสอบถามพบว่าประชาชนพอใจ และงบประมาณงวดที่ 2 กำลังจะได้รับการอนุมัติ

สอง การจัดอบรมผู้เสพยาเสพติดและผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้มีการสำรวจทั้ง อ.หางดง มี 242 คน เป็นชาวบ้านหนองตอง 107 คน (ผู้ติดยาเสพติด 54 คน ที่เหลือเป็นผู้ที่เกี่ยวข้อง) ได้นำเข้าค่ายอบรม 5 วัน และให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอติดตามเยี่ยมหลังจากอบรมแล้ว 4 ครั้ง มีการทดสอบปัสสาวะจนพบว่าไม่มีสารเสพติดใช้เวลาทั้งหมด 3 เดือน (สำหรับกิจกรรมนี้ นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้นำเสนอ)

สาม มาตรการป้องกันไข้เลือดออกเนื่องจากหนองตองมีแม่น้ำและแหล่งน้ำท่วมขังมากเมื่อถึงฤดูฝน จึงร่วมมือกับเทศบาลตำบล สถานีอนามัย (ศูนย์สุขภาพชุมชน) โดย อสม. เป็นผู้ประชาสัมพันธ์และติดตามการรณรงค์และมีการประกวดให้รางวัล

สี่ จัดงบประมาณช่วยเหลือในการยังชีพของผู้ติดเชื้อเอดส์ ต.หนองตอง เป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ง่ายเพราะสภาพแวดล้อมเอื้ออำนวยที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่ง ต.หนองตองเป็นตำบลแรกของ อ.หางดงที่ประชาชนสามารถอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อได้ ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอดส์ประมาณ 50 ราย ในจำนวนนี้เป็นรายใหม่ 5 ราย หน่วยงานหรือองค์กรท้องถิ่นไม่ละทิ้งได้มีการประสานงานกับโรงพยาบาลหางดงและเทศบาลตำบลขอได้ให้งบประมาณช่วยเหลือ 180,000 บาท ที่ประชุมประเมินผลโครงการเสนอแนะว่าควรมีการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ให้การช่วยเหลือเรื่องนี้ได้ นอกจากนี้ควรมีการตรวจสุขภาพผู้ติดเชื้อเอดส์โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ห้า โครงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หลังจากที่ได้งานที่ อบต. น้ำพอง เทศมนตรีมีความชื่นชมที่มีพยาบาลดูแลชุมชนจึงมาร่วมประชุมกับ อสม. ในการจัดกิจกรรมทางสุขภาพ ส่วน อสม. ต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และไม่มีญาติดูแลเนื่องจากบุตรหลานไปทำงาน ซึ่งจะให้ อสม. จัดทำโครงการและจัดสรรงบประมาณสนับสนุนหมู่บ้านละ 10,000 บาท 14 หมู่บ้าน(เฉพาะค่าเวชภัณฑ์อุปกรณ์เท่านั้น) ส่วน อสม. ไม่ได้รับคำตอบแทนเนื่องจากเป็นอาสาสมัครจึงสนใจที่จะทำ ที่ประชุมประเมินผลโครงการเสนอว่าให้สำรวจเพื่อทราบจำนวนและข้อมูลของผู้ป่วยก่อน เมื่อมีกิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้านควรมีบุคลากรของสถานีอนามัยไปนิเทศหรือมีการประสานงานเพื่อให้คำปรึกษาช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา

หก ชมรมคนรักสุขภาพ (กลุ่มสตรี) มีกิจกรรมออกกำลังกายหน้าเทศบาลตำบลหนองตอง เทศมนตรีได้จัดหาเครื่องเสียงให้ราคา 14,000 บาทแทนเครื่องเสียงเก่าที่มีขนาดเล็ก เพื่อสนับสนุนให้มีกิจกรรมออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก และได้ปรึกษากับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการส่งผู้แทนกลุ่ม 2 คน ไปอบรมการเดินแอโรบิกเพื่อเป็นวิทยากรการออกกำลังกายที่อำเภอเมืองเชียงใหม่ โดยสนับสนุนค่าลงทะเบียนคนละ 2,000 บาท หลังจากนั้นเลือกตัวแทนหมู่บ้านอย่างน้อย หมู่ละ 2 คน มาฝึกเดินที่หน้า เทศบาลตำบล ขณะนี้มีประมาณ 40 – 50 คน และได้เริ่มขยายเครือข่ายเป็นกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้าน โดยให้ตัวแทนที่มาฝึกเดินไปนำกลุ่มออกกำลังกายสำหรับชาวบ้านที่สนใจที่ไม่สามารถออกกำลังกายที่หน้าเทศบาลได้ และได้มีการประกวดเดินแอโรบิกซึ่งชมรมคนรักสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองได้ที่ 4

เจ็ด นอกจากนี้มีชมรมผู้สูงอายุขยายไปทุกหมู่บ้านและได้มีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในทุกวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน (เดือนละ 1 ครั้ง) ที่วัดหนองตอง เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยช่วยกันตรวจสุขภาพและมีกิจกรรมออกกำลังกายโดยป่าเป็งรำไม้พองนำกลุ่ม นายกเทศมนตรีสนับสนุนอาหารกลางวันทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง และ อสม. ไปช่วยทำกิจกรรมด้วย พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมประมาณ 300 คน (ทุกหมู่บ้าน) เข้าร่วมกิจกรรม

แปด สร้างเสริมอาชีพให้ชาวบ้านเป็นกิจกรรมการนวดเพื่อสุขภาพ ซึ่งเทศมนตรีจัด งบประมาณสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมนี้ 33,000 บาท โดยปรึกษากับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหาผู้สนใจหมู่บ้านละ 4 คน เป็น อสม. 2 คน ชาวบ้านผู้สูงอายุสุขภาพแข็งแรง 2 คน (ไม่เลือก

หนุ่มสาวเพราะไม่ค่อยตั้งใจที่จะทำ กิจกรรมนี้) รวมแล้วจะต้องเป็น 56 คน แต่มีผู้สนใจ 40 กว่าคน (ประมาณร้อยละ 60 – 70 ของกลุ่มเป้าหมาย 56 คน) เมื่ออบรมแล้วได้ประชุมปรึกษากันระหว่างเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและอสม. ที่จะจัดให้บุคคลเหล่านี้ได้ไปให้บริการร่วมกับการบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และจัดตั้งสถานบริการการนวดแผนไทยเพื่อสุขภาพที่ห้องว่างของโรงเรียนวัดหนองตอง จะทำพิธีไหว้ครูหลวง 31 พฤษภาคมนี้และวันที่ 1 มิถุนายน ประชุมวางแผนงานพิธีเปิดป้ายสถานบริการ ส่วนพิธีเปิดป้ายจัดใน วันที่ 5 มิถุนายน เป็นวันพฤหัสบดี วันครู ในปีแรกจะยังไม่เก็บค่าบริการต้องการประชาสัมพันธ์และสร้างศรัทธาก่อน ที่ประชุมประเมินผลผลโครงการเสนอว่า ควรให้มีนักกายภาพบำบัดมาให้ความรู้เสริมด้วย

เก้า จัดงบประมาณเสริมให้งานสาธารณสุขมูลฐาน เนื่องจากปีงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานได้รับเพียง 9 หมู่บ้าน ๆ ละ 7,500 บาท ขาดอีก 5 หมู่บ้าน เทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุขจัดหางบประมาณมาเสริมให้อีกจนครบ เพราะต้องการให้ อสม. ได้ทำงานสาธารณสุขมูลฐานทุกหมู่บ้าน

สิบ ทางด้านการศึกษา มีงบประมาณพร้อมที่จะดำเนินการ 1 ล้านบาท ได้มีการปรึกษาคู เนื่องจากเด็กไม่เรียนในพื้นที่ไปเรียนที่อื่นและโรงเรียนต้องปิดจึงเหลือ 4 แห่ง เดิมมี 9 แห่ง ดังนั้นมีความต้องการจัดการด้านการศึกษาระดับประถมศึกษาแต่ยังไม่ตกลงกันกับครูเพราะยังไม่พร้อม

2.6 การปรับทัศนคติของประชาชนที่มีต่อระบบบริการและเจ้าหน้าที่ เนื่องจากประชาชนมีความเชื่อในการรักษาไม่ถูกต้องคือต้องการรักษาด้วยการฉีดยาเมื่อเจ็บป่วย

2.6.1 เป้าหมาย คือ ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อระบบบริการต่อเจ้าหน้าที่และยอมรับระบบการให้บริการ

2.6.2 การกำหนดแผนกิจกรรม คือ ให้ความรู้แก่ประชาชนในรูปแบบต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ และประชุมเวทีชาวบ้าน

2.6.3 ผลการดำเนินงาน บุคลากรได้ใช้สื่อต่าง ๆ ในการทำความเข้าใจกับประชาชน เมื่อประชาชนมารับบริการอธิบายให้เข้าใจเป็นรายบุคคล และแนะนำว่าไม่ควรใช้ยาเกินความจำเป็น ซึ่งกิจกรรมนี้คงต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและมี อสม. ช่วยแนะนำสร้างความเข้าใจกับประชาชนด้วย

2.7 การสร้างความมั่นใจในการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจาก อสม. ขาดความมั่นใจในการให้บริการตามศักยภาพ ความพร้อมยังไม่เพียงพอ และต้องการให้กำหนดบทบาทของ อสม. ให้ชัดเจน ต้องการให้ชาวบ้านเชื่อถือการทำงานของ อสม. (ข้อมูลเพิ่มเติมจากการศึกษาดูงาน)

2.7.1 เป้าหมาย อสม. ได้รับการเพิ่มพูนความรู้และศักยภาพในการให้บริการ การกำหนดแผนกิจกรรม จัดอบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. สร้างขวัญและกำลังใจแก่ อสม. เจ้าหน้าที่ควรมีการนิเทศงาน อสม. และศึกษาดูงานชุมชนที่เข้มแข็ง

2.7.2 จัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม. 3 รุ่น ๆ 10 –15 คน ในเรื่องการวัดความดันโลหิต การวัดปรอท การจับชีพจร การนับการหายใจ การวัดดัชนีมวลกาย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการปฐมพยาบาล พร้อมกับจัดทำคู่มือการให้บริการและกระเป๋ปฐมพยาบาลให้แก่ อสม. พบว่า อสม. มีความตั้งใจและสนใจ และมีความมั่นใจในการให้บริการมากขึ้น ส่วนใหญ่ให้บริการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ให้คำแนะนำ จะให้บริการที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ดูแลผู้ป่วยที่บ้านบางราย เช่น ทำแผล หลังจากการศึกษาดูงานพบว่า อสม. มีความสนใจและเต็มใจที่ให้บริการ มีการทำกิจกรรมสุขภาพต่าง ๆ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เทศบาลตำบล สาธารณสุขอำเภอ หน่วยงานอื่น ๆ เช่น การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ การรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก ชมรมคนรักสุขภาพ การนวดเพื่อสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ กำลังจัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ที่บ้าน การทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน การปฏิบัติงานของอสม. มีระบบสนับสนุนที่ชัดเจน ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากเทศบาลตำบลหนองตอง (เทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุข) และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (ศูนย์สุขภาพชุมชน) นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอสนับสนุนด้านวิชาการ การให้คำปรึกษาแนะนำนิเทศงาน และส่วนใหญ่จะทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. ทำให้ อสม.มีขวัญและกำลังใจในการทำงานมากขึ้น

2.8 การสนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุเพิ่งจัดตั้งเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2545 และยังไม่ครบทุกหมู่ (มีหมู่ 1,6,12 และ 13) กิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ และต้องการให้มีกิจกรรมที่ถาวร

2.8.1 เป้าหมาย คือมีโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกอย่างครอบคลุม

2.8.2 การกำหนดแผนกิจกรรม สร้างแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนสนับสนุนการตั้งชมรมต่าง ๆ ในชุมชนแสวงหาแหล่งทุน และจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2.8.3 ผลการดำเนินงาน สถานีอนามัย (ศูนย์สุขภาพชุมชน) ได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและครบทุกหมู่บ้าน มีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมครั้งแรก ได้แก่ การปั่นจักรยานสำหรับผู้สูงอายุ โดยทีมวิจัยเป็นผู้ติดต่อวิทยากรและสนับสนุนอาหารว่าง มีผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรม 325 คน หลังจากนั้นได้มีกิจกรรมทุกวันศุกร์สัปดาห์ที่ 3 ของเดือนๆ ละ 1 ครั้ง ที่วัดหนองตอง และได้รับการสนับสนุนการตรวจสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และได้รับงบประมาณอาหารกลางวันจากนายกเทศมนตรีตลอดไป ชมรมคนรักสุขภาพพบว่ามีความเข้มแข็งและคาดว่าจะมีความยั่งยืน เพราะได้มีการสร้างวิทยากรและแกนนำ รวมทั้งขยายเครือข่ายสู่หมู่บ้านทุกหมู่บ้าน โดยมีแหล่งทุนสนับสนุนคือได้รับงบประมาณจากเทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุข จึงทำให้การทำกิจกรรมมีความต่อเนื่องและเกิดขวัญกำลังใจผู้เข้าร่วมกิจกรรม

สรุปกิจกรรมต่าง ๆ ได้จัดดำเนินการตามแผน แต่การจัดหาอุปกรณ์บางอย่างและการจัดสถานที่ให้คำปรึกษาและสังเกตอาการผู้ป่วยที่เป็นสัดส่วนยังไม่ได้ดำเนินการ และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน

หนองตองได้เสนอของบประมาณกับโรงพยาบาลหางดงซึ่งเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญา ยังไม่ได้รับการจัดสรร บางกิจกรรมอาจดำเนินการล่าช้าบ้าง เนื่องจากมีปัญหาอุปสรรค แต่บุคลากรได้มีความพยายาม และได้มีการปรับแผนการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่จะพึงปฏิบัติได้

3 ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนา

3.1 นโยบายไม่แน่นอนเกี่ยวกับการบริหารและการจัดการบุคลากรของระดับจังหวัดและอำเภอ บุคลากรมีการระบุนว่ามีความสับสนเกี่ยวกับโครงสร้างและงบประมาณ ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงาน

3.2 บุคลากรไม่เพียงพอโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ตรวจคัดกรองและรักษาโรคเบื้องต้น

3.3 การให้บริการในชุมชนยังทำได้ไม่ครอบคลุมตามแผนปฏิบัติงานเพราะมีงานฉุกเฉินเข้ามาแทรกงานประจำ เช่น งานยาเสพติด ทำให้การให้บริการในชุมชนอื่น ๆ ดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมตามเป้าหมาย

3.4 โรงพยาบาลหางดงที่เป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักยังไม่ให้การสนับสนุนเท่าที่ควร เนื่องจากบุคลากรมีน้อยและงบประมาณลดลง บางส่วนยังอยู่กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนา เพื่อศึกษาระบบการจัดบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิในบริบทสังคมวัฒนธรรม และระบบสุขภาพของท้องถิ่นคือ หนึ่ง การศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิ ได้แก่ โครงสร้างและกลไกการจัดบริการสุขภาพ เครื่องมือ และวิธีการทำงาน บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ทีมสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งกระบวนการพัฒนาที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อทราบปัญหาความต้องการในการพัฒนาขององค์กรและผู้ที่เกี่ยวข้อง สอง การกำหนดแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิ เพื่อให้มีมาตรฐานและสะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านคน เครื่องมือ และวิธีการ รวมทั้งสนับสนุนให้สถาบันการศึกษา และองค์กรท้องถิ่นมีบทบาทร่วมกันในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิ โดยสร้างความเข้มแข็งที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรต่าง ๆ อีกทั้งกำหนดแนวคิดชุดบริการหลักสำหรับประชาชน

ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ได้รวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มร่วมกับบุคลากร ผู้นำชุมชน และประชาชน และในทุกกระบวนการศึกษา ได้สะท้อนข้อมูลให้แก่บุคคลดังกล่าว ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและกระตุ้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดทำแผนเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองร่วมกัน

การศึกษาและประเมินสถานการณ์การดำเนินงานระบบบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิ

รูปแบบการให้บริการ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง เดิมคือสถานอนามัยบ้านบวกครก และได้ปรับเปลี่ยนระบบบริการเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) เมื่อเดือนตุลาคม 2544 และได้ดำเนินการให้บริการในฐานะหน่วยบริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานเท่าที่สามารถพึงปฏิบัติได้

ลักษณะโครงสร้างและการทำงาน ให้ปรับเปลี่ยนจากสถานอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง เมื่อเดือนตุลาคม 2544 และได้ดำเนินการให้บริการตามแนวมาตรฐานของการจัดระบบบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิ โดยในระยะแรกได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลหางดงซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญา

ความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ พบว่าส่วนใหญ่มีความพร้อม และค่อนข้างครบถ้วน แต่สถานที่ให้คำปรึกษายังไม่เป็นสัดส่วน ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นบางอย่าง เช่น เครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็ก และขาดตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรม และเวชภัณฑ์ ส่วนสถานที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น ประชาชนสามารถเดินทางถึงใน 30 นาที โดยรถยนต์

ความเหมาะสมและคุณสมบัติของบุคลากร บุคลากรมีจำนวน 7 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ 6 (หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน) พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 จำนวน 2 คน (เดิมปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหางดง) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ระดับ 4 จำนวน 1 คน ทันตสาธารณสุข ระดับ 2 พ. จำนวน 1 คน พนักงานวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน และนักการภารโรง จำนวน 1 คน ในระยะแรก (ตุลาคม - ธันวาคม 2547) มีแพทย์และเภสัชกรมาปฏิบัติงาน 2 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานในระยะ 2 เดือนแรกเท่านั้น จนกระทั่งเดือนธันวาคม 2545 เหลือบุคลากรประจำจำนวน 5 คน โดยพยาบาลทั้ง 2 คนได้กลับไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหางดง และมาช่วยให้บริการเฉพาะช่วงเช้าคนละ 2 วันต่อสัปดาห์ ส่วนแพทย์และเภสัชกรไม่ได้มาปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแล้ว

บุคลากรในศูนย์สุขภาพต้องการฟื้นฟูความรู้และทักษะในการซักประวัติและตรวจร่างกายและรักษาโรคเบื้องต้น การวินิจฉัยชุมชนและการศึกษาชุมชน

การให้บริการ สำหรับบริการที่ให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ แต่จะเป็นการให้บริการที่เน้นการรักษามากกว่าการป้องกันโรคหรือส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการให้บริการเยี่ยมบ้านได้ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่ขาดนัดหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจ หรือผู้ที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานบริการได้ สำหรับการให้บริการเชิงรุกในชุมชน ยังทำให้ค่อนข้างน้อย

การมีส่วนร่วมจากอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพ อสม. ยังมีส่วนสนับสนุนการให้บริการสุขภาพน้อย เนื่องจากขาดความมั่นใจในการให้บริการ อย่างไรก็ตามมี อสม. บางคนมาช่วยงานที่สถานบริการ เช่น ตรวจวัดความดันโลหิต

ความร่วมมือขององค์กรต่างๆ โรงพยาบาลหางดงซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญาได้ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ในระดับหนึ่ง และอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนเทศบาลตำบลและองค์กรท้องถิ่นอื่นๆ ให้ความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยสำหรับบทบาทในการนิเทศงานไม่ชัดเจน

แนวทางและปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เป้าหมายในการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน หนองตอง คือ เพื่อให้การให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1.) การอบรมบุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีเครือข่าย

ได้แก่ การอบรมเรื่องการประเมินสุขภาพและการรักษาโรคเบื้องต้น การวินิจฉัยชุมชนและการศึกษาชุมชน ตลอดจนได้ส่งบุคลากรไปพัฒนาและฟื้นฟูความรู้ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น และการพยาบาลอนามัยชุมชน และร่วมจัดหาเอกสารและตำราให้ 2.) การบริหารจัดการได้มีการกระตุ้นให้จัดทำแผนงานประจำปีเป็นลายลักษณ์อักษร และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ 3.) สถานบริการได้ให้คำแนะนำและกระตุ้นให้บุคลากรปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และมีการนิเทศงานโดยทีมวิจัย 4.) สื่อและอุปกรณ์ในการให้บริการและแหล่งความรู้ ได้ติดต่อแหล่งประโยชน์เพื่อสนับสนุนด้านสื่อและข้อมูลต่างๆ และจัดหาสื่อและอุปกรณ์ในบางส่วนให้ 5.) การมีส่วนร่วมกับองค์กรท้องถิ่นได้จัดการประชุมองค์กรท้องถิ่นร่วมกับประชาชน และเชิญองค์กรท้องถิ่นและประชาชนร่วมเป็นกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองร่วมกัน 6.) ความเชื่อในการรักษาพยาบาลของประชาชน กระตุ้นให้บุคลากรให้ความรู้แก่ประชาชนในรูปแบบต่างๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง 7.) การอบรม อสม. ได้แก่ อบรมเรื่องการวัดสัญญาณชีพ การคำนวณดัชนีมวลกาย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการปฐมพยาบาล พร้อมทั้งได้จัดทำคู่มือและจัดเตรียมกระเป๋าปฐมพยาบาลให้ 8.) การสนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพ ได้สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมต่างๆ ในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมคนรักสุขภาพ และร่วมจัดหาทุนสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

นอกจากนี้ได้จัดให้บุคลากรผู้แทนชุมชน และผู้แทนองค์กรส่วนท้องถิ่นไปศึกษาดูงานกระบวนการทำงานและการพัฒนาศักยภาพของชุมชนที่ตำบลน้ำพอง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำแนวคิดมาพัฒนาใช้ในรูปแบบการบริหาร

รูปแบบของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ภายใต้เงื่อนไขและสถานการณ์ที่เป็นอยู่

ผลจากการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง พบว่า บุคลากรได้จัดสถานที่ทำงานให้เป็นระเบียบ น่าอยู่ ตลอดจนมีการปรับปรุงภูมิทัศน์รอบๆ สถานบริการ สำหรับอุปกรณ์ที่ยังไม่เพียงพอได้ประสานงานกับโรงพยาบาลคู่สัญญาแล้ว แต่ยังไม่ได้รับการจัดสรร สำหรับอุปกรณ์บางส่วน ทีมวิจัยเป็นผู้จัดหาให้

พบว่า บุคลากรประจำมีจำนวน 5 คน และมีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลหางดงซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญามาช่วยให้บริการช่วงเช้า 2 วันต่อสัปดาห์ และจากการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร พบว่า บุคลากรมีความมั่นใจในการให้บริการมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ได้มีการปรับแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานในชุมชน เน้นการบริการเชิงรุกมากยิ่งขึ้น มีการจัดทำแฟ้มข้อมูลครอบครัวที่เป็นระบบ (แต่ข้อมูลรายละเอียดในครอบครัวยังไม่ครบถ้วน) และจัดทำตู้เก็บเป็นจำนวน 8 หมู่บ้าน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประกอบในการให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และได้มีการจัดทำเอกสารสำหรับ

เผยแพร่ให้ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ อสม. ที่ผ่านการอบรมก็มีความมั่นใจในการให้บริการมากยิ่งขึ้น

ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองได้เน้นการให้บริการในชุมชนมากยิ่งขึ้น (แม้ว่าจะยังไม่เป็นไปตามแผน) เช่น สร้างแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพ จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกหมู่บ้าน และสนับสนุนให้ชมรมต่างๆ มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

การมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น ผลจากการพัฒนา พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง ได้รับความร่วมมือจากองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลตำบล สาธารณสุขอำเภอ และสถานีตำรวจเพิ่มมากขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนทั้งในเรื่องการดำเนินการและงบประมาณ

ในส่วนกลไกในการควบคุมกำกับงานนั้น ได้มีการจัดทำแผนงานประจำปี มีการปฏิบัติงานตามแผน โดยมีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพการบริการจากหน่วยคู่สัญญา แต่การนิเทศติดตามงานนั้นยังไม่ชัดเจน เนื่องจากระบบการบริหารจัดการด้านกำลังคนและรูปแบบของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในจังหวัดเชียงใหม่มีการปรับปรุงอยู่เป็นระยะ อย่างไรก็ตามศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองร่วมกับชุมชนและทีมวิจัยได้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองขึ้น เพื่อดำเนินการและติดตามผล เพื่อมุ่งหวังให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนมีประสิทธิภาพสูงสุด

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ทีมสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องที่สามารถให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานและสะท้อนถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน

เนื่องจากปัญหาหลักของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ คือการขาดแคลนกำลังคน รวมทั้งรูปแบบการบริหารจัดการด้านกำลังคนยังมีการปรับเปลี่ยนอยู่เป็นระยะ ทำให้การกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรยังไม่ชัดเจน แต่ผลการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร สรุปได้ว่า

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลควรเป็นผู้ที่สามารถให้บริการแบบองค์รวม โดยให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ พยาบาลต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงาน เพื่อการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นผู้จัดและให้บริการสุขภาพเคียงข้างประชาชน ทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย ตลอดจนสามารถเชื่อมโยงปัญหาการเจ็บป่วยสู่การป้องกันและการรักษา และเป็นผู้มีบทบาทในด้านการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ ทั้งนี้ต้องเป็นผู้ที่เข้าใจวิถีชีวิตซึ่งรวมถึงสภาพความเป็นอยู่ สังคม

วัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อของชุมชน พยาบาลต้องมีทักษะในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ทักษะในการทำงานในชุมชน ทักษะในการติดต่อสื่อสาร สามารถเข้ากับประชาชนในท้องถิ่นได้ สามารถทำงานร่วมกับบุคลากรในสถานที่ทำงานและทีมสุขภาพอื่นๆ และประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ได้ นอกจากนี้ในการทำงานในชุมชนควรมีการจัดทำแฟ้มข้อมูลของครอบครัวให้ครอบคลุม การบริการเยี่ยมบ้าน การจัดการด้านยา สามารถให้บริการและให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพได้

บทบาทของทีมสุขภาพอื่น เช่น แพทย์ เภสัชกร

เนื่องจากสถานการณ์ขาดแคลนกำลังคน ทำให้ทีมสุขภาพอื่นมีบทบาทที่ไม่ชัดเจนและทำหน้าที่ได้ไม่ต่อเนื่อง เช่น ในปัจจุบันไม่มีแพทย์และเภสัชกรมาปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง สำหรับบทบาทการให้คำปรึกษาของทีมสุขภาพอื่นยังไม่ชัดเจน

บทบาทของทันตภิบาล

สำหรับทันตภิบาลเป็นผู้ที่ดูแลและให้บริการด้านสุขภาพฟัน ตลอดจนคัดกรองนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพฟันในโรงเรียน นอกจากนี้ควรมีหน้าที่ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพฟันด้วย

บทบาทของ อสม.

เนื่องจากการดูแลสุขภาพควรเน้นการดูแลสุขภาพของตนเอง และเนื่องจาก อสม. จะเป็นผู้ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับหน่วยบริการ แต่เนื่องจาก อสม. ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ประกอบกับมีข้อจำกัดในเรื่องความรู้ในการดูแลหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และการดูแลตนเอง รวมทั้งปัญหาความเชื่อจากชุมชน ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพให้แก่ อสม. เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อที่ อสม. จะได้สามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึงในส่วนของการให้บริการที่สามารถทำได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ ควรเน้นให้ อสม. เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อที่จะเป็นผู้กระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ และเป็นแกนนำทางสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ ทั้งนี้ควรอยู่ในขอบเขตภายใต้คำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ นอกจากนี้ อสม. ยังสามารถทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสาร และรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องในชุมชนได้

บทบาทขององค์กรส่วนท้องถิ่น

ผลจากการพัฒนาประกอบกับมีการเลือกตั้งคณะกรรมการเทศบาลตำบลหนองตองชุดใหม่ พบว่า เทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุข ได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง โดยได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการและให้การสนับสนุนด้านงบประมาณในการจัดกิจกรรมต่างๆ ในด้านสุขภาพ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีตำรวจได้มีส่วนร่วมสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง

บทบาทของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ควรมีการประเมินตนเองทั้งในด้านบุคลากร อุปกรณ์ ฯลฯ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การรับรองคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

บทบาทของหน่วยคู่สัญญา

ควรมีการนิเทศงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ควรมีการติดต่อประสานงานและให้ข้อมูลข่าวสารแก่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเครือข่าย และตลอดจนให้การสนับสนุนด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และงบประมาณ เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

บทบาทของสถาบันการศึกษา

เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ และควรมีการฟื้นฟูความรู้และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. สถานการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทสังคมภาคเหนือยังมีความไม่แน่นอนในการจัดรูปแบบโครงสร้างด้านกำลังคน การบริหารจัดการงบประมาณ และการนิเทศติดตามเพื่อการควบคุมคุณภาพบริการ รูปแบบที่เกิดขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ยังมีความคงที่ ใดๆ ก็ตามการเตรียมความพร้อมของบุคลากรทั้งระดับเครือข่ายและหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมทั้งประชาชนในชุมชนมีความสำคัญมากเพื่อสร้างความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ

2. หน่วยคู่สัญญาจะต้องมีวิสัยทัศน์ในแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ มีความแน่นอนในนโยบาย พร้อมทั้งให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร เครื่องมือ และเวชภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง

3. หน่วยคู่สัญญาต้องปรับกระบวนการทัศน์หรือแนวคิดของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการทำงานในชุมชน ที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ และเน้นการพึ่งตนเองของชุมชน และต้องเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานที่จะไปทำงานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งในด้านความรู้และทักษะในการทำงานในชุมชน

4. เนื่องจากหน่วยคู่สัญญามีปัญหาในเรื่องการขาดแคลนกำลังคน โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งสามารถมาให้บริการได้เป็นครั้งคราวเท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ

พยาบาล นอกจากนี้แล้วแพทย์ควรเป็นที่ปรึกษาและให้การสนับสนุนด้านวิชาการให้แก่บุคลากรเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาบริการและวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ

5. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น เช่น สร้างแกนนำสุขภาพที่เข้มแข็ง หรือสร้างศักยภาพให้อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน และให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และความเข้มแข็งของชุมชน

6. แม้ว่าการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะได้รับการสนับสนุนจากผู้นำกลุ่มต่างๆ ในชุมชน อสม. เทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีตำรวจ อย่างไรก็ตามควรมีการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรมนุษย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเพื่อให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และต้องการที่จะพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

7. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถศึกษาถึงชุดบริการหลักสำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงชุดบริการหลักที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่และบริบททางสังคม อย่างไรก็ตามพบว่าประชาชน และ อสม. ต้องการให้มีการบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ) (2544). สรุปผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข คปสอ. อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ (ปีงบประมาณ 2544).
- คณะทำงานเสนอทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ ในอนาคต.(2543). ระบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิในประเทศต่างๆ. เอกสารไม่เผยแพร่. คทา บัณฑิตตานุกุล และภัชราภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร. (2544). ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนภาคกลางตอนล่าง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ลีละไกรวรรณ (2544) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิโนรส ลีสวัสดิ์. (2545). การประเมินความพร้อมในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนของ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ทัศนา บุญทอง . (บรรณาธิการ). (2542). ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพฯ : สภาการพยาบาล.
- ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2543ก). การศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพกรณีศึกษาประเทศ อังกฤษ. รายงานวิจัย. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2543ข). การศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพกรณีศึกษาประเทศ แคนาดา. รายงานวิจัย. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โมพี, และ สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. (2543). ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย ใน การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน (ร่าง) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- ประคิน สุธงษา, ยวรงค์ จันทรวิจิตร, วารุณี ฟองแก้ว, จุฑามาศ โชติบาง, สุกัญญา ปรีสัณญากุล, พูนทรัพย์ โสภารัตน์ และ คณะ. (2545). สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและวิสัยทัศน์ ระบบสุขภาพไทย:มุมมองของพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นเรศ สงเคราะห์สุข. (2541). จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. เชียงใหม่ : สำนักงานโครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมัน.

นิสิต วรรณจักริยา, ชูจิตต์ ญาณทัษะ, จรูญ ญาณะสาร และ คณะ (2545). การประเมินมาตรฐาน

คุณภาพบริการหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เชียงใหม่:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และทักษิณ สุรกิจโกศล. (2543). **เวชปฏิบัติครอบครัวบริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน**. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

พัชรภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร (2544). **ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ :กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั่วไปภาคกลาง**.

เมธี จันทจักรภรณ์ และสุธิดา รัตนอาณิษฐ์พันธ์. (2541). **วิทยาการชุมชน : การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ระหว่างประชาชน**. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง. นครสวรรค์ : สุขุมและบุตร.

รวมพร คงกำเนิด (2544). **ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รุจี จารุภาณ. (2540). **การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลกับองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. รายงานวิจัยวิทยาการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เอกสารอัดสำเนา.

วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2544). **โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน**. ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. **การพัฒนาการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบสุขภาพไทย (หน้า 108-109)**. เอกสารประกอบการสัมมนาพยาบาลศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 3, วันที่ 23-25 กรกฎาคม 2544 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร.

วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิจิตร ศรีสุพรรณ, ประคิน สุจนาย, วิภาดา คุณาวิกติกุล, สุสันหา ยิ้มยิ้ม, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ และคณะ. (2544). **รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพร กัญชนะ. (2544). **นโยบายและแผนงานส่งเสริมสุขภาพ**. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเชิงปฏิบัติ เรื่อง การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ. จัดโดย คณะพยาบาลศาสตร์ ณ ห้องประชุมเปริยบ ปันยวณิช วันที่ 15 ตุลาคม 2544.

ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2534). **กระบวนการพยาบาลกับการพัฒนามัยชุมชน**. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, จเร วิชาไทย และศรีสุดา เจริญดี. (2544). **การปฏิรูประบบบริการสุขภาพประเทศออสเตรเลีย –นิวซีแลนด์**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- สมศักดิ์ ธรรมศิริวัฒน์. (2543). การทบทวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ. รายงานวิจัย. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. (2543). การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี **Health Care Reform in Korea**. รายงานวิจัย . กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. (2543). การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน (**Health Care Reform in Germany**). รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา, และประภาพรรณ คำคม. (2539). ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย : สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : ดีไซน์
- สุพัตรา ศรีวิเศษชากร. (2543). ทบทวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น : โรงพยาบาลขอนแก่น.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2546). รายงานประจำปี 2545 สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2545). สถิติรายงานประจำปี. เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2545). แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ.
- สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545). มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ
- หทัยชนก บัวเจริญ. (2544) . ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อนงค์ สุนทรานนท์ (2544). ปัญหาอุปสรรคและความต้องการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ .
- อัมพร ฝอยทอง. (2545). ปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์.
- อาทร รื้อไพบูลย์. (2543). การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศมาเลเซีย. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารี วัลยะเสวีและคณะ. (2542). (ร่าง) รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสอง ทศวรรษหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

“Doctors’ Reform Society of Australia : Policy Statements.” www.drs.org.au/policy04.html“ 2001.

“HPSS Management Plan 1999/00-2001/02 www.dhssni.gov.uk/hpss/perblic...index.html 2000.

Hoder, J. (1986). Primary health care seen from a general practice. In Fry, J.& Hasler, J.C. **Primary health care 2000** (pp. 17-32). New York : Churchill Livingstone.

Paine, L.L., Barger, M., Marchese, T.,& Rorie, J.(1995). Primary care for women : An overview of the role of the nurse-midwife. **Journal of Nurse-Midwifery, (40)**, 65-73.

Williams, D.R. (1995). Primary care for women : The nurse-midwifery legacy. . **Journal of Nurse-Midwifery,40**, 57-58.

World Health Organization. (1978). **Primary health care**. Geneva : Author.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แนวทางการประเมินระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

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

ภาคผนวก ข

แนวทางการสัมภาษณ์บุคลากร

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

ภาคผนวก ก

แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม ผู้นำชุมชน/ประชาชน

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

ภาคผนวก ง
แผนพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง

ปัญหา	เป้าหมาย	กิจกรรม	แหล่งสนับสนุน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. บุคลากรต้องการความรู้และทักษะการให้บริการ - การประเมินสุขภาพและการรักษาโรคเบื้องต้น - การวินิจฉัยชุมชนและการศึกษาชุมชน	- บุคลากรมีความรู้และทักษะในการให้บริการในเรื่อง - การประเมินสุขภาพและการรักษาโรคเบื้องต้น - การวินิจฉัยชุมชนและการศึกษาชุมชน (ภายในกุมภาพันธ์ 2546)	1.1 ฝึกอบรมให้ความรู้บุคลากรในพื้นที่ในเรื่อง - การประเมินสุขภาพและการรักษาโรคเบื้องต้น - การวินิจฉัยชุมชนและการศึกษาชุมชน 1.2 ส่งบุคลากรไปพัฒนาและฟื้นฟูความรู้ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น และการพยาบาลอนามัยชุมชน 1.3 จัดทำ VDO เกี่ยวกับ PMC, ANC, และ VDO เฉพาะโรค เช่น เก๊าท์ โรคข้อ และตำราต่างเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้	- สวรส. - รพ.หางดง - องค์กรท้องถิ่น - ประชาชน - คณะพยาบาลศาสตร์	พ.ย. – ธ.ค. 45 20 ธ.ค. 45 บ่าย 8 ม.ค. 46 บ่าย	อ.ดร.ยุวรงค์ ผศ.นงเยาว์ อ.ชนพรรณ รศ.อำไพ
2. การบริหารจัดการระบบบริการยังไม่คล่องตัวเท่าที่ควร - การให้บริการเชิงรุกยังไม่ครอบคลุมและเพียงพอ - ควรประชาสัมพันธ์บทบาทเจ้าหน้าที่และกิจกรรม - เวชภัณฑ์	ระบบบริหารจัดการมีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ	2.1 จัดแผนผังการทำงานและประชาสัมพันธ์ 2.2 จัดให้มีการนิเทศงานจากโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ 2.3 เพิ่มพูนทักษะในการบริหารจัดการ 2.4 พัฒนาคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่องบุคลากร เวชภัณฑ์และการเงิน	- สวรส. - รพ.หางดง (เรื่องเวชภัณฑ์) - องค์กรท้องถิ่น - ประชาชน - คณะพยาบาลศาสตร์ - สสอ. (เรื่องการเงิน)	พ.ย. – ธ.ค. 45	รศ.ชลอศรี อ.สิวพร เจ้าหน้าที่

ปัญหา	เป้าหมาย	กิจกรรม	แหล่งสนับสนุน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
3. สถานที่ให้บริการยังไม่เป็นสัดส่วน	มีสถานที่ให้บริการเหมาะสมกับกิจกรรมบริการ	3.1 ปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งมีนโยบายทำเป็น healthy workplace ซึ่งได้ดำเนินการเป็นบางส่วนแล้ว เช่น โดยใช้หลัก 5 ส. มีกิจกรรมอยู่แล้วทุกวันศุกร์ และ มี big cleaning day วันศุกร์ที่4 ของเดือน กิจกรรมที่จะทำต่อไปคือการปรับภูมิทัศน์ ต้องการให้ทางคณะผู้วิจัยช่วยประเมิน และติดตามในเรื่อง healthy workplace (ทาง PCU มีแผนหาปัจจัยเสี่ยงในการทำงาน) 3.2 กั้นห้องในการให้บริการอย่างเป็นสัดส่วน เพื่อให้การให้คำปรึกษาและการสังเกตอาการ โดยเสนอแผนเพื่อของบประมาณจากโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก	- สวรส. - รพ.หาดง - คณะพยาบาลศาสตร์		
	มีอุปกรณ์ในการให้บริการและแหล่งความรู้ที่เพียงพอ	4.1 ประสานงานกับโรงพยาบาลหาดงในการจัดหาอุปกรณ์ให้พอเพียง 4.2 แสวงหาแหล่งทุนสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ 4.3 ติดต่อแหล่งประโยชน์เพื่อสนับสนุน ด้านสื่อ/ ข้อมูลต่างๆ ที่ต้องการ 4.4 เสนอแผนเพื่อของบประมาณในการจัดหาเตียง โต๊ะทำงาน รถมอเตอร์ไซด์ เครื่องเล่นวีดีโอ เครื่องขยายเสียง	- สวรส. - รพ.หาดง - องค์กรท้องถิ่น - ประชาชน - คณะพยาบาลศาสตร์	พ.ย. – ธ.ค. 45	รศ.วิลาวัณย์ และคณะ

ปัญหา	เป้าหมาย	กิจกรรม	แหล่งสนับสนุน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
- สื่อต่างๆ ในการให้ความรู้ โดยเฉพาะ VDO เกี่ยวกับ การวัดความดันโลหิต ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ					
5. การมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นมีน้อย	ได้รับการสนับสนุนจาก องค์กรท้องถิ่นและ ประชาชน	5.1 เชิญองค์กรท้องถิ่นและประชาชนเข้าร่วมเป็น กรรมการพัฒนา PCU (โดยต้องการให้ทุกคนเข้าใจและ ขอมรับซึ่งกันและกัน) 5.2 ศึกษาดูงานจากพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ เช่น น้ำพอง เป็นต้น (พาเจ้าหน้าที่ ประชาชน และองค์กร ท้อง ถิ่นไปดูงาน)	-สวรส. -รพ.หางดง -องค์กรท้องถิ่น - ประชาชน - คณะพยาบาลศาสตร์	ปลายม.ค. 46 หรือ ต้น ก.พ. 46	รศ.อำไพ ผศ.วารุณี
6. ประชาชนยังมีความเชื่อในการ รักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง(ต้องการ ถัดยาเมื่อเจ็บป่วย) - หน้าที่ สิทธิของประชาชน	ประชาชนมีทัศนคติต่อ ระบบบริการต่อเจ้าหน้าที่ และยอมรับระบบการให้ บริการ	6.1 ให้ความรู้แก่ประชาชนในรูปแบบต่างๆ อย่าง สม่าเสมอและต่อเนื่อง เช่น ใช้สื่อ โดยเฉพาะ VDO (สื่อที่ เป็นเอกสาร หนังสือ ชาวบ้านและ อสม. ไม่ค่อยสนใจ) การประชุมเวทีชาวบ้าน	-สวรส. -รพ.หางดง -องค์กรท้องถิ่น - คณะพยาบาลศาสตร์	ต้น ม.ค. 46	ผศ.นงเยาว์ อ.ศิวพร

ปัญหา	เป้าหมาย	กิจกรรม	แหล่งสนับสนุน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
7. อสม. ขาดความมั่นใจในการให้บริการตามศักยภาพ	อสม. ได้รับการเพิ่มพูนศักยภาพในการให้บริการ	7.1 จัดอบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ เรื่องการวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก BMI การวัด vital sign ขั้นตอนการใช้สิทธิมากกว่าการใช้สิทธิ์ 30 บาท 7.2 จัดระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. 7.3 สร้างขวัญและกำลังใจแก่ อสม. เช่น มีสิทธิมากกว่าการใช้สิทธิ์ 30 บาท 7.4 เจ้าหน้าที่ควรมีการติดตามนิเทศ	- สวรส. - รพ.หางดง - เจ้าหน้าที่ PCU - คณะพยาบาลศาสตร์ (ขอให้ทางคณะเตรียมเครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดความดันโลหิต)	20 ธ.ค. 45 (บ่าย) จนท.เสนอว่าควรเป็นช่วงเช้า	อ.ชนพรรณ อ.ดร.ยุวรงค์
8. ประชาชนต้องการได้รับการสนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพ - ชมรมผู้สูงอายุ (จัดศุกร์ที่ 3 ของทุกเดือน, มีผู้สูงอายุ หมู่ 1,6,12,13 เพิ่งจัดตั้ง ชมรมวันที่ 15 พ.ย. 45) - กิจกรรมการออกกำลังกาย (จัดทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์) (VDO ที่มีอยู่เก่าแล้ว)	มีโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกอย่างครอบคลุมและทั่วถึง	8.1 สร้างแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 8.2 สนับสนุนการตั้งชมรมต่างๆ ในชุมชน 8.3 แสวงหาแหล่งทุน 8.4 จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง 8.5 ขอให้ทางคณะผู้วิจัยช่วยติดต่อวิทยากรเกี่ยวกับการปั่นจักรยานสำหรับผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ตรวจสภาพรถ เช่น เบรครด และขอสนับสนุนในเรื่องอุปกรณ์เสริมความปลอดภัยในการใช้รถ เช่น สติกเกอร์สะท้อนแสง ตลอดจนอาหารหรืออาหารว่างสำหรับผู้สูงอายุ (ประมาณ 325 คน)	- สวรส. - สสส. - รพ.หางดง - องค์กรในชุมชน - ประชาชน - คณะพยาบาลศาสตร์	ธ.ค. 45 – ม.ค. 46 20 ธ.ค. 45	รศ.ประยงค์ อ.ดร.ยุวรงค์ อ.ศิวพร เจ้าหน้าที่

วิธีการวิจัย **ระยะที่ 1** การศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพขององค์กรและผู้เกี่ยวข้องคือ **หนึ่ง** สัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มบุคลากร **สอง** สังเกตรูปแบบของการให้บริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนและบทบาทของพยาบาลรวมทั้งทีมสุขภาพ องค์กรที่เกี่ยวข้อง **สาม** สนทนากลุ่มตัวแทนประชาชนผู้นำชุมชน **สี่** สรุปปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ **ระยะที่สอง** กำหนดกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คือ **หนึ่ง** จัดเสวนากลุ่มเพื่อสะท้อนคิดปัญหาและความต้องการระหว่างบุคลากร ตัวแทนประชาชน ผู้นำชุมชนกับทีมวิจัย **สอง** การกำหนดเงื่อนไขเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ **สาม** จัดทำแผนและดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ **สี่** ประเมินผลการดำเนินการ **ห้า** สรุปปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาระบบบริการ ผลการศึกษามีดังนี้

ระยะแรก พบว่าปัญหาและความต้องการมีดังนี้

1. ลักษณะโครงสร้างและระบบการทำงานได้ปรับเปลี่ยนจากสถานอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง เมื่อเดือนตุลาคม 2544 และพยายามทดลองจัดรูปแบบการให้บริการตามแนวมาตรฐานการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งการบริการยังเป็นไปตามมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่มีขีดความสามารถและศักยภาพเพียงพอรระดับหนึ่งที่สามารถพัฒนาให้ก้าวหน้าต่อไปได้
2. ความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ พบว่าส่วนใหญ่มีความพร้อมและค่อนข้างครบถ้วน แต่สถานที่ให้คำปรึกษายังไม่เป็นสัดส่วน ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์จำเป็นบางอย่าง
3. ความเหมาะสมและคุณสมบัติของบุคลากรพบว่า ประเภท จำนวนและคุณสมบัติของบุคลากรครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐานในระยะ 2 เดือนแรก หลังจากนั้นมีการปรับเปลี่ยนบุคลากรใหม่ ยังขาดบุคลากรตามเกณฑ์ที่กำหนดอีก 1 ตำแหน่ง (นักวิชาการสาธารณสุข) พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และบุคลากรอื่น ๆ ขาดทักษะการซักประวัติ ตรวจร่างกายและรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งยังไม่เป็นระบบหรือตามหลักวิชาการ แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีประสบการณ์และบทบาทโดดเด่นด้านนี้ นอกจากนี้ยังขาดทักษะด้านการพยาบาลอนามัยชุมชนและการดูแลครอบครัว และจากการประเมินตนเองของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตองพบว่าส่วนพร่องคือการให้บริการสุขภาพในชุมชน
4. ระบบการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตขาดความคล่องตัว การจัดการ และระบบข้อมูลข่าวสารรวมทั้งสื่อต่าง ๆ ยังต้องพัฒนา
5. ความร่วมมือขององค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่าโรงพยาบาลหางดงซึ่งเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร เครื่องมือ เวชภัณฑ์ในระดับหนึ่งและอำนวยความสะดวกในการส่งต่อโดยจัดหาหน้มารับผู้ป่วยที่สถานอนามัยตามต้องการ แต่บทบาทในการนิเทศงานไม่ชัดเจน ส่วนเทศบาลตำบลและองค์กรท้องถิ่นอื่น ๆ ให้ความร่วมมือน้อย
6. ประชาชนต้องการให้เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการมากขึ้น ควรมีการประชาสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ของบุคลากร ต้องการให้สนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพ ต้องการให้บุคลากรให้

บริการสุขภาพในชุมชนมากขึ้น ประชาชนมีความเชื่อในการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง เมื่อเจ็บป่วยต้องการให้รักษา

7. อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) มีส่วนสนับสนุนการบริการสุขภาพน้อย เนื่องจากขาดความมั่นใจในการให้บริการ

ระยะที่สอง กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (คน เครื่องมือ และวิธีการ) ได้แก่ หนึ่ง การกำหนดปัญหา ความต้องการและการใช้กระบวนการสะท้อนคิดในการพิจารณา ร่วมกัน โดยการเสวนากลุ่มหรืออภิปรายร่วมกันระหว่างทีมวิจัยกับตัวแทนประชาชน ผู้นำชุมชน และ ทีมวิจัยกับบุคลากร เพื่อพิจารณาว่าปัญหาและความต้องการที่สรุปได้นั้นเป็นปัญหาและความต้องการที่แท้จริงเพื่อให้เกิดการปรับปรุงหรือพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของชุมชน สอง หลังจากนั้นกำหนดเงื่อนไขเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ประสบความสำเร็จ สาม การจัดทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพระดับ ปฐมภูมিরะหว่างทีมวิจัยและบุคลากรรวมทั้ง สี่ ประเมินผลการดำเนินการดังนี้

1. บุคลากรต้องการฟื้นฟูความรู้และทักษะการให้บริการ

1.1 เป้าหมาย คือ บุคลากรมีความรู้และทักษะในการให้บริการ

1.2 การกำหนดแผนกิจกรรม

1.2.1 ฝึกอบรมให้ความรู้บุคลากรเรื่อง

(1) การประเมินสุขภาพและการรักษาโรคเบื้องต้น

(2) การวินิจฉัยชุมชนและการศึกษาชุมชน

(3) การใช้ข้อมูลที่มีอยู่เพื่อการให้บริการสุขภาพในชุมชน

1.2.2 ส่งบุคลากรไปพัฒนาและฟื้นฟูความรู้ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น และการพยาบาลอนามัยชุมชน

1.2.3 จัดหาสื่อ ตำรา เอกสารตำรา

1.3 ผลการประเมินกิจกรรม

1.3.1 การจัดอบรมให้แก่บุคลากร พบว่าบุคลากรมีความตั้งใจฟังพอใจ และสนใจเข้าร่วมอบรมเรื่องการรักษาโรคเบื้องต้น และวิธีชุมชน(รวม 4 วัน) ผู้เข้ารับการอบรม 12 คน บุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง 6 คน ที่เหลือเป็นบุคลากรสถานีอนามัยหนองไคร้ หาดแก้วและ โรงพยาบาลหางดง

1.3.2 ส่งบุคลากรทุกคนเข้ารับการอบรมการวินิจฉัยแยกโรคและการรักษาโรคเบื้องต้น 2 ครั้ง ๆ ละ 3 วัน ซึ่งจัดโดยสถานบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ พบว่าบุคลากรมีความพอใจและมีต้องการให้มีการอบรมให้เป็นช่วง ๆ ต่อเนื่อง

1.3.3 มีการจัดหาวิทยุทัศน์ ตำรา เอกสารและจัดเก็บไว้ในตู้อย่างเป็นระเบียบ สะดวกในการใช้

2. การบริหารจัดการระบบบริการยังไม่คล่องตัว

2.1 เป้าหมาย คือ ระบบบริหารจัดการมีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ

2.2 การกำหนดแผนกิจกรรม เพิ่มทักษะในการบริการจัดการของบุคลากรและสร้างทัศนคติที่ดีของบุคลากรให้เห็นความสำคัญการให้บริการสุขภาพในชุมชน

2.2.1 จัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีเป็นลายลักษณ์อักษร

2.2.2 จัดแผนผังการทำงานและบอร์ดประชาสัมพันธ์บุคลากร

2.2.3 จัดให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ เช่น บอร์ด คู่มือการปฏิบัติงานของ อสม.

2.2.4 จัดให้มีการนิเทศจากโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

2.2.5 เพิ่มพูนทักษะในการบริหารจัดการ

2.3 ผลการประเมินกิจกรรม

2.3.1 บุคลากรของสถานีอนามัยและทีมวิจัยเป็นผู้วางแผนการปฏิบัติงาน การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ หลังจากนั้นบุคลากรได้นำไปพัฒนาแผนปฏิบัติงานประจำปี 2546 และจัดพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรและเพิ่มกิจกรรมการให้บริการในชุมชนมากขึ้น และสร้างทัศนคติที่ดี การให้บริการเชิงรุกโดยการศึกษาดูงานที่ ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

2.3.2 มีการจัดทำประชาสัมพันธ์บุคลากรและมีรูปภาพติดไว้ให้ประชาชนรับทราบ

2.3.3 จัดเอกสารสำหรับเผยแพร่ให้ประชาชนและผู้รับบริการไว้ในตู้เอกสารสามารถหยิบใช้ได้สะดวก นอกจากนี้จัดทำ family folder เพื่อบันทึกแทน OPD card และจัดทำคู่มือจำนวน 8 หมู่บ้าน

3. สถานที่ให้บริการยังไม่เป็นสัดส่วน

3.1 เป้าหมายคือ มีสถานบริการเหมาะสมกับกิจกรรมที่ให้บริการ

3.2 การกำหนดแผนกิจกรรม

3.2.1 ปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการทำงานและมีการติดตามประเมินผลโดยทีมวิจัย

3.2.2 จัดให้มีสถานที่ให้คำปรึกษาและห้องสังเกตอาการผู้ป่วยที่เป็นสัดส่วน

3.3 ผลการประเมินกิจกรรม

3.3.1 บุคลากรได้จัดสถานที่ให้เป็นระเบียบเป็นสถานที่ทำงานน่าอยู่โดยใช้ 5 ส.และมีการทำความสะอาดสถานบริการทุกพื้นที่ทุกวันศุกร์ที่ 4 ของเดือนและปรับภูมิทัศน์รอบๆสถานบริการ

3.3.2 ด้านการจัดสถานที่ให้คำปรึกษาและห้องสังเกตอาการผู้ป่วยที่เป็น สัตว์ส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากไม่มีงบประมาณ

4. ขาดอุปกรณ์ในการให้บริการและแหล่งความรู้

4.1 เป้าหมาย คือ มีอุปกรณ์ในการให้บริการและแหล่งความรู้ที่พอเพียง

4.2 การกำหนดแผนกิจกรรม

4.2.1 ประสานงานกับโรงพยาบาลหางดงในการจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ

4.2.2 แสวงหาแหล่งทุนต่าง ๆ

4.2.3 ติดต่อแหล่งประโยชน์เพื่อสนับสนุนด้านสื่อ/ข้อมูลต่าง ๆ ที่ต้องการ

4.3 ผลการประเมินกิจกรรม

4.3.1 เจ้าหน้าที่ได้เสนองบประมาณให้กับโรงพยาบาลหางดง (ยังไม่ได้รับ การจัดสรร)

4.3.2 ประสานกับเทศบาลตำบลในการจัดสรรงบประมาณให้บริการสุขภาพ เคลื่อนที่และโครงการส่งเสริมสุขภาพรายละเอียดยังได้กล่าวถึงในความร่วมมือขององค์กรท้องถิ่น

4.3.3 จัดหาสื่อในบางส่วน เช่น คู่มือปฏิบัติงานของอสม. ตำราการรักษาโรค เบื้องต้น คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

5. การมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นมีน้อย

5.1 เป้าหมาย คือ ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่นและชุมชน รวมทั้งชุมชน มีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของประชาชน

5.2 การกำหนดแผนกิจกรรม

5.2.1 เชิญองค์กรท้องถิ่นและประชาชนมาเข้าร่วมเป็นกรรมการพัฒนา PCU

5.2.2 ศึกษาดูงานจากพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ

5.3 ผลการประเมินกิจกรรม ได้มีการประชุมองค์กรท้องถิ่นและประชาชน เพื่อ ร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และหลังจากการไปศึกษาดูงานที่ตำบลน้ำพอง พบว่าเกิดความร่วมมือกันขององค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่น เช่น อสม. เทศมนตรีตำบล เทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุข และ บุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง โดยเทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ กิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

5.3.1 การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่โดยให้บริการเดือนละ 4 ครั้ง ทุกเดือนทุกบ้านทั้ง 14 หมู่บ้าน งบประมาณสนับสนุนงวดแรก 30,000 บาท

5.3.2 การจัดอบรมผู้เสียสละชีวิตและผู้เกี่ยวข้อง 5 วัน และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยติดตามเยี่ยมหลังจากอบรมแล้ว 4 ครั้งใช้เวลา 3 เดือน

5.3.3 วัคซีนป้องกันไข้เลือดออก มีการประกวดให้รางวัล

5.3.4 จัดงบประมาณช่วยเหลือในการยังชีพของผู้ติดเชื้อเอดส์ 180,000 บาท

5.3.5 จะให้มีโครงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดย อสม. โดยสนับสนุนงบประมาณหมู่บ้านละ 10,000 บาท 14 หมู่บ้าน

5.3.6 ชมรมรักสุขภาพสตรี อบรมวิทยากรในการเดินแอโรบิก 2 คน และนำตัวแทนหมู่บ้านละ 2 คนมาฝึกต่อเพื่อนำไปสร้างเครือข่ายในแต่ละหมู่บ้าน งบประมาณ 16,000 บาท

5.3.7 จัดให้มีชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้าน และจัดให้มีกิจกรรมทุกวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน นายกเทศมนตรีสนับสนุนอาหารกลางวันทุกเดือน

5.3.8 สร้างเสริมอาชีพให้ชาวบ้านมีกิจกรรมการนวดเพื่อสุขภาพ โดยให้งบประมาณสนับสนุน 33,300 บาท และจัดให้บุคลากรเหล่านี้ร่วมให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และให้บริการในสถานบริการนวดแผนไทย

6. ประชาชนยังมีความเชื่อในการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง

6.1 เป้าหมาย คือ ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อระบบบริการต่อเจ้าหน้าที่และยอมรับระบบการให้บริการ

6.2 การกำหนดแผนกิจกรรม

6.2.1 ให้ความรู้แก่ประชาชนในรูปแบบต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

6.2.2 การประชุมเวทีชาวบ้าน

6.3 ผลการประเมินกิจกรรม พบว่าบุคลากรใช้สื่อต่าง ๆ ในการทำความเข้าใจกับประชาชนในและนอกสถานบริการทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

7. อสม. ขาดความมั่นใจในการให้บริการตามศักยภาพ

7.1 เป้าหมาย คือ อสม. ได้รับความรู้และเพิ่มพูนศักยภาพในการให้บริการ

7.2 การกำหนดแผนกิจกรรม

7.2.1 จัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

7.2.2 จัดระบบการสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม.

7.2.3 สร้างขวัญและกำลังใจแก่ อสม.

7.2.4 เจ้าหน้าที่มีการติดตามนิเทศการทำงานของ อสม.

7.3 ผลการประเมินกิจกรรมพบว่า ได้จัดการอบรมให้ความรู้แก่ อสม. 3 รุ่นๆ ละ 10-15 คน ในเรื่อง การวัดอุณหภูมิ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ การคำนวณ BMI และจัดทำคู่มือการให้บริการแก่ อสม. อสม. มีความตั้งใจและสนใจในการอบรมครั้งนี้และต้องการให้มีการอบรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน อสม. 150 คน ใน 14 หมู่บ้านซึ่งจะดำเนินการโดยทีมวิจัยต่อไป

8. ประชาชนต้องการได้รับการสนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพ

8.1 เป้าหมาย คือ มีโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกอย่างครอบคลุมและทั่วถึง

8.2 การกำหนดแผนกิจกรรม

8.2.1 สร้างแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

8.2.2 สนับสนุนการสร้างชมรมต่าง ๆ ในชุมชน

8.2.3 แสวงหาแหล่งทุน

8.2.4 จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

8.3 ผลการประเมินกิจกรรม

8.3.1 สร้างแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพ

8.3.2 จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นครบทุกหมู่บ้าน

8.3.3 จัดหาทุนสนับสนุนซึ่งได้กล่าวไปแล้วในข้อ 5

8.3.4 สนับสนุนให้ชมรมต่าง ๆ มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป (ซึ่งได้กล่าวแล้วในข้อ 5)

ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิ

1. นโยบายไม่แน่นอนเกี่ยวกับการบริหารและการจัดบุคลากรของระดับจังหวัดและอำเภอ บุคลากรระบุมามีความสับสนเกี่ยวกับโครงสร้าง การทำงาน บุคลากรและงบประมาณทำให้มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน
2. บุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ตรวจคัดกรองและรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น
3. การบริการเชิงรุกยังทำได้ไม่ครอบคลุมตามแผน
4. มีงานฉุกเฉินเข้ามาแทรกงานประจำ เช่น งานยาเสพติด ทำให้การบริการเชิงรุกอื่น ๆ ดำเนินการได้ไม่ครอบคลุม
5. โรงพยาบาลทางดงที่เป็นหน่วยคู่สัญญายังไม่ให้การสนับสนุนเท่าที่ควร เนื่องจากบุคลากรมีน้อยและงบประมาณลดลง บางส่วนขึ้นอยู่กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ภาคผนวก จ

สรุปแผนงาน โครงการ กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปี 2546
ของสถานีอนามัยบ้านบวกรกรก (ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง) ตำบลหนองตอง
อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

ที่	แผนงาน โครงการ กิจกรรม	กลุ่มงาน กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มงานนโยบาย	จำนวน โครงการ กิจกรรม	งบประมาณ				หมายเหตุ
				UC	NON UC	เทศบาล	อื่นๆ	
1	แผนงานพัฒนาคุณภาพงานต่างๆ	1.1 พัฒนาคุณภาพงานบริการ 1.2 พัฒนาศักยภาพ 1.3 งานชุมชนเชิงรุก 1.4 พัฒนางานสุขภาพตำบลและ สิ่งแวดล้อม 1.5 พัฒนาระบบความเสี่ยง	7 โครงการ 8 โครงการ 4 โครงการ 2 โครงการ 1 โครงการ					
2	แผนงานสร้างสุขภาพ (แยกตามกิจกรรม หลักของกระทรวง สาธารณสุข)	2.1 งานนโยบายสร้างสุขภาพ ประจำปี 2546	9 โครงการ					
3	แผนงานบริการ สาธารณสุข (แยกตามกลุ่ม เป้าหมาย)	3.1 กลุ่มหญิงมีครรภ์ 3.2 กลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี 3.3 กลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปี 3.4 กลุ่มชาย-หญิงอายุ 15-59 ปี 3.5 กลุ่มชาย-หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป 3.6 กลุ่มชาย-หญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป 3.7 กลุ่มชาย – หญิงในชุมชน 3.8 ไม่จำกัดอายุ	13 กิจกรรม 9 กิจกรรม 13 กิจกรรม 10 กิจกรรม 5 กิจกรรม 9 กิจกรรม 4 กิจกรรม 3 กิจกรรม					

แผนปฏิบัติงาน (โครงการ/กิจกรรม) ประจำปีงบประมาณ 2546

ของสถานีนามัยบ้านบวกรก (ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง) ต. หนองตอง อ.หางดง จ.เชียงใหม่

1. พัฒนาคุณภาพบริการ

- 1.1 งานบริการผู้ป่วยนอกให้ได้รับการรับรองคุณภาพ
- 1.2 จัดซื้อแฟ้มเก็บ Folder พร้อมคู่มือเก็บจำนวน 8 หมู่
- 1.3 จัดซื้อเบาะรองนั่งมูมพัฒนาเด็ก
- 1.4 ปูพื้นด้วยหินขัดพื้นที่
- 1.5 จัดทำห้องปฏิบัติการ
- 1.6 จัดทำโรงรถสำหรับผู้รับบริการ
- 1.7 ก่อสร้างห้องบริการส่งเสริมสุขภาพและ WBC

2. พัฒนาบุคลากร

- 2.1อบรมเชิงปฏิบัติการการทำงานเป็นทีม
- 2.2 อบรมฟื้นฟูความรู้และกระบวนการทำงาน HCA
- 2.3 อบรมฟื้นฟูความรู้การควบคุมป้องกันติดเชื้อ (IC)
- 2.4 อบรมพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ (ESB)
- 2.5 อบรมฟื้นฟู Basic Life Support
- 2.6 ศึกษาดูงาน
- 2.7 งานวิเคราะห์บรรยากาศในการทำงาน
- 2.8 งานประชุมนำเสนอผลงาน

3. งานชุมชนเชิงรุก

- 3.1 การประชาสัมพันธ์บริการ สอ.
- 3.2 จัดคัดเลือก แต่งตั้ง กสท. ระดับตำบล
- 3.3 การกระจายบุคลากร
- 3.4 สร้างสุขภาพของชุมชน
 - 3.4.1 ชมรมออกกำลังกายชุมชน
 - 3.4.2 ชมรมผู้สูงอายุ
 - 3.4.3 สสำรวจครัวเรือน (เยี่ยมบ้าน)

4. พัฒนางานสุขภาพีบาลและสิ่งแวดล้อม

- 4.1 โครงการที่ทำงานน่าอยู่
 - 4.1.1 กิจกรรม 5 ส.ต่อเนื่อง
 - 4.2.2 Big cleaning day

- 4.2 ป้องกันการก่อเหตุร้ายและมลพิษต่อชุมชนผู้รับบริการ
5. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง
 - พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของสถานบริการ

แผนปฏิบัติการสร้างสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2546

ของสถานีอนามัยบ้านบวกรก (ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง) ต. หนองตอง อ.หางดง จ.เชียงใหม่
งานนโยบาย

1. โครงการเฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วย
 - 1.1 มะเร็งเต้านม
 - 1.2 มะเร็งปากมดลูก
2. โครงการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพจิต
 - 2.1 ชมรมสร้างเสริมสุขภาพจิต
 - 2.2 ส่งเสริมการออกกำลังกาย
 - 2.3 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - 2.4 สัปดาห์วันแม่
 - 2.5 งานวันอนามัยโลก
 - 2.6 งานวันครอบครัวสุขสันต์
3. เฝ้าระวังและควบคุมโรคระบาดวิทยาและคุ้มครองผู้บริโภค
 - 3.1 มหกรรม Clean Food Good Taste
 - 3.2 ตรวจฉลากโภชนาการ
 - 3.3 ความปลอดภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 - 3.4 จัดงานวันเอดส์โรค
 - 3.5 รณรงค์โรคไข้เลือดออก
 - 3.6 รณรงค์กวาดล้างโปลิโอ
4. ส่งเสริมสนับสนุนให้ อสม. มีความเข้มแข็งด้วยการเสริมพลัง
 - จัดงานวัน อสม. แห่งชาติรวมพลังสร้างสุขภาพ
5. โครงการต่อต้านการสูบบุหรี่
 - จัดสัปดาห์รณรงค์พิษภัยบุหรี่
6. ส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน
 - 6.1 รณรงค์วันเบาหวานโรค
 - 6.2 ส่งเสริมการออกกำลังกาย

- 6.3 สนับสนุนกิจกรรม ชมรมเสริมสุขภาพ
- 6.4 คัดกรองและค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน ความดัน หัวใจ
- 7. ธรรมนูญป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย
 - 7.1 อบรบ BLS เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่กู้ภัย
 - 7.2 ซ้อมแผนป้องกันอุบัติเหตุอุบัติภัยในการป้องกันอุบัติเหตุและอุบัติภัยในเทศกาลลอยกระทง ปีใหม่ สงกรานต์
- 8. บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบ Matrix Program
 - จัดสัปดาห์ยาเสพติดโลก
- 9. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
 - นิเทศติดตามผลโครงการ

แผนปฏิบัติการ งานบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2546

ของสถานีอนามัยบ้านบวกครก (ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง) ต.หนองตอง อ.หางดง จ. เชียงใหม่

1. หญิงตั้งครรภ์
 - 1.1 มีการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
 - 1.2 ตรวจครรภ์ 4 ครั้งตามเกณฑ์
 - 1.3 ตรวจสุขภาพในช่องปาก ตรวจฟัน / เหงือก
 - 1.3.1 ขูดหินปูน และฟีกควบคุมคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก
 - 1.3.2 ให้ทันตสุขศึกษา
 - 1.3.3 ในกรณีที่ต้องรักษาให้ส่งต่อเพื่อรับการรักษา
 - 1.4 เฝ้าระวังภาวะโภชนาการ
 - 1.4.1 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หาค่า BMI และประเมินค่ามาตรฐานด้วย (Vallop curve)
 - 1.4.2 ให้อาหารเสริมในรายที่ค่า BMI ต่ำกว่าเกณฑ์
 - 1.4.3 ให้ Multi vitamin, Ferrous Sulfate ในไตรมาสที่ 2 จนถึงคลอด
 - 1.4.4 ตรวจ Hct./ Hb อย่างน้อย 2 ครั้ง
 - 1.4.5 ตรวจภาวะพร่อง Thyroid Hormone
 - 1.4.6 ให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนรายมีภาวะพร่อง T4
 - 1.4.7 ติดตามผล/ประเมินค่า BMI ทุกเดือน
 - 1.5 ตรวจ VDRL 2 ครั้ง
 - 1.6 ตรวจ Hep.B
 - 1.7 ตรวจ Blood Group, CBC

- 1.8 ตรวจ Urine, Albumine ,Sugar อย่างน้อย 4 ครั้ง
 - 1.9 ตรวจ Lab รายที่ตรวจคัดกรองมีข้อบ่งชี้เฉพาะโรค
 - 1.10 การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพเฉพาะ
 - 1.10.1 ให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์และสามี/ตรวจ HIV 2 ครั้ง
 - 1.10.2 ให้คำปรึกษา/ ให้อาต้านไวรัสเอดส์ราย HIV+ve ตามเกณฑ์มาตรฐาน
 - 1.10.3 คัดกรองประเมินส่งต่อรายมีภาวะเสี่ยงตามเกณฑ์
 - 1.11 การเฝ้าระวังโรคธาลัสซีเมีย
 - 1.11.1 ให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์และสามีทุกราย
 - 1.11.2 ตรวจ OF ทุกรายทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามี
 - 1.11.3 ส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อตรวจ A2 และ PCR ในรายที่ OF + ve ทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามี
 - 1.11.4 ให้คำปรึกษารายตรวจพบพาหะโรค ธาลัสซีเมีย
 - 1.11.5 ทำ Cordo. รายพบทารกเป็นโรคชนิดรุนแรง
 - 1.12 ให้อาชีพ Tetanus Toxoid 3 เข็ม ครบชุดตามเกณฑ์
 - 1.13 ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ การดูแลเลี้ยงดูเด็กหลังคลอด เช่น โภชนศึกษา วัคซีน สุขภาพช่องปาก โรคติดต่อต่าง ๆ
 - 1.14 ตรวจดูแล/เยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ทั้งแม่และเด็ก
2. เด็กอายุ 0-5 ปี
- 2.1 ตรวจสุขภาพเด็กดีตามเกณฑ์ (WBC)
 - 2.2 ตรวจภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (เด็กทารกแรกเกิด – 7 วัน)และส่งต่อในรายที่มีข้อบ่งชี้
 - 2.3 ให้อาต้านไวรัสเอดส์ในทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อ HIV
 - 2.4 ให้อาชีพครบชุดตามเกณฑ์
 - 2.4.1 BCG 1 ครั้ง (แรกเกิด)
 - 2.4.2 BCG รายไม่มี Scar 1 ครั้ง (เด็ก 1-5 ปี)
 - 2.4.3 OPV 3 ครั้ง (เด็ก 0-1 ปี)
 - 2.4.4 OPV 2 ครั้ง (เด็ก 4-5 ปี)
 - 2.4.5 DTP 3 ครั้ง (เด็ก 0-1 ปี)
 - 2.4.6 DTP 2 ครั้ง (เด็ก 4-5 ปี)
 - 2.4.7 HB 3 ครั้ง (เด็ก 0-1 ปี)
 - 2.4.8 Measle 1 ครั้ง (เด็ก 1.5 – 2 ปี)
 - 2.4.9 JE 1 ครั้ง (เด็ก 1.5-2 ปี)

- 2.5 วัดพัฒนาการด้วยชุดวัดพัฒนาการตามเกณฑ์
- 2.6 เฝ้าระวังภาวะโภชนาการ
 - 2.6.1 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง แปลผลทุก 3 เดือน
 - 2.6.2 รายที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
 - (1) ให้อาหารเสริมและยาวิตามินรวม
 - (2) ให้โภชนศึกษา
 - 2.6.3 ติดตามชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง แปลผล 1 ครั้ง / เดือน จนปกติ
- 2.7 เฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็ก
 - 2.7.1 ตรวจสุขภาพช่องปาก
 - 2.7.2 แจกแปรงสีฟันอันแรก (9 เดือน) และฝึกทักษะผู้ปกครองในการแปรงฟันให้เด็ก
- 2.8 ให้สุขศึกษา เช่น โภชนศึกษา ทันตศึกษา และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การป้องกันอุบัติเหตุให้เด็กเล็ก
- 2.9 เฝ้าระวังโรคติดเชื้อโรคติดต่อฉับพลัน
 - 2.9.1 ARIC
 - 2.9.2 อูจจระร่วง
- 3. เด็กอายุ 6-14 ปี
 - 3.1 มีการใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวเด็ก
 - 3.2 ตรวจสุขภาพ 10 ท่า 1 ครั้ง/ปี
 - 3.3 ตรวจคัดกรองโรค Thalassemia ตามข้อบ่งชี้ 15 รายการ (ป. 1 ทุกคน) เมื่อพบข้อบ่งชี้ 5 รายการใน 15 รายการให้ส่งต่อเพื่อตรวจ OF
 - 3.4 ใ้หูฟังตรวจปอดและหัวใจ (ป.1 และ ม.1ทุกคน)
 - 3.5 วัดสายตานักเรียนทุกคนปีละ 1 ครั้งด้วย E- chart
 - 3.6 ทดสอบการได้ยินเด็กทุกคน
 - 3.7 ตรวจประเมินภาวะสุขภาพจิต
 - 3.8 เฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีน
 - 3.8.1 ตรวจคอพอก 1 ครั้ง/ปี
 - 3.8.2 รายที่พบคอพอกส่งต่อเพื่อรับการรักษา
 - 3.9 เฝ้าระวังภาวะโภชนาการ
 - 3.9.1 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง แปลผล 2 ครั้ง/ปี
 - 3.9.2 รายการที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
 - (1) ให้โภชนาการศึกษา + อาหารเสริมรายน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

(2) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง. แปลผล 1 ครั้ง/เดือนจนปกติ

3.9.3 ให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 1 เม็ด/สัปดาห์

3.10 ให้วัคซีนตามเกณฑ์

3.10.1 BCG รายที่ไม่มี Scar

3.10.2 DT 2 ครั้ง ในชั้น ป.1 และ ป.6

3.10.3 MMR 1 ครั้ง ในชั้น ป.1

3.11 เฝ้าระวังภาวะทันตสุขภาพ

3.11.1 ตรวจสอบสุขภาพช่องปากปีละ 1 ครั้งและส่งต่อเพื่อการรักษาในรายที่จำเป็น

3.11.2 เคลือบหลุมร่องฟันแท้ซี่ที่ 1 ในเด็ก 6-7 ปี

3.11.3 เคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อฟันผุ

3.12 ให้ความรู้เรื่องสุขบัญญัติ โภชนาการ สุขภาพช่องปาก ออกกำลังกาย ความฉลาดทางอารมณ์ เรื่องเพศศึกษา

3.13 เฝ้าระวังโรคติดต่อในเด็ก เช่น โรคไข้เลือดออก อหิวาต์ รุนแรง โรคตามฤดูกาลอื่น ๆ

4. กลุ่มอายุ 15-59 ปี ชาย-หญิง

4.1 มีการใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว

4.2 ตรวจสอบสุขภาพพื้นฐานประจำปี ๆ ละ 1 ครั้ง

4.3 ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและแนะนำทันตสุขภาพ

4.4 ให้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการฟันผุ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน มะเร็ง หรือผู้ได้รับการฉายรังสี

4.5 ให้โภชนาการศึกษา ให้วิตามินรวมและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในรายที่ BMI ต่ำกว่าเกณฑ์

4.6 ให้ความรู้เรื่องสุขบัญญัติ ออกกำลังกาย โภชนาการ โรคต่าง ๆ ทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

4.7 ตรวจสอบคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพที่สำคัญ เช่น โรคฝุ่นฝ้าย / ประสาทหูเสื่อม / โรคพิษตะกั่ว / โรคพิษสารเคมี ฯลฯ

4.8 ให้บริการวางแผนครอบครัว

4.9 ค้นหาผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเรื้อน วัณโรคที่มาใช้บริการ OPD

4.10 เฝ้าระวังโรคติดต่อที่สำคัญตาม พรบ. โรคติดต่อ

5. กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป

5.1 ตรวจสอบคัดกรองภาวะเสี่ยง

5.1.1 เบาหวาน ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ/เลือด

5.1.2 ความดันโลหิตสูง

5.1.3 ไขมันในเลือดสูง

5.1.4 ให้ความรู้โภชนศึกษาในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน B.P สูง

5.2 คัดกรอง/ให้คำปรึกษารายที่มีปัญหาสุขภาพจิต ประเมินสุขภาพจิตตามมาตรฐาน

6. กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

6.1 มีการใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว

6.2 ตรวจสุขภาพพื้นฐานประจำปี ๆ ละ 1 ครั้ง

6.3 ตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 1 ครั้ง

6.4 คัดกรองอาการเสี่ยงโรคมะเร็ง คั่นหามะเร็งในช่องปาก

6.5 คัดกรอง/ให้คำปรึกษารายที่มีปัญหาสุขภาพจิต

6.6 ค้นหาผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรัง เช่น วัณโรค โรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ OPD

6.7 เฝ้าระวังโรคติดต่อที่สำคัญตาม พรบ.โรคติดต่อ เช่น ไข้เลือดออก อูจาระร่วง

โรคพิษสุนัขบ้า ฯลฯ

7. กิจกรรมในชุมชน

7.1 กิจกรรมข้อมูลครอบครัว (Family Folder)

7.2 เชื่อมครอบครัวรับผิดชอบในเขตบริการและให้ความรู้เรื่องสุขภาพ

7.3 ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

7.4 ตรวจแนะนำสุขภาพาลสิ่งแวดล้อม

7.4.1 สถานประกอบการ

7.4.2 สถานบริการ

7.4.3 โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก

7.4.4 ที่อยู่อาศัย

7.4.5 ชุมชน ฯลฯ

7.4.6 กลุ่มผู้นุรักษ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มชมรมส่งเสริมสุขภาพ

8. ไม่จำกัดอายุ

8.1 ทำข้อมูลบัญชี 11 และ 13 เพิ่มมาตรฐาน

8.2 เป็นเครือข่ายการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของจังหวัด

8.3 สอบสวนและควบคุมโรคเมื่อมีโรคระบาดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง