



รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
กรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พ.ศ 2544

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ



คณะผู้วิจัย

รศ. วิลาวัลย์	เสนารัตน์	ประธานโครงการ
รศ.ดร. วิจิตร	ศรีสุพรรณ	
ผศ. ดร. ประติณ	สุธายา	
รศ. ดร. วิภาดา	คุณาวิกติกุล	
รศ. ดร. สุลักษณ์	ยิ้มแย้ม	
ผศ. ดร. สุจิตรา	เทียนสวัสดิ์	
รศ. ประยงค์	ลัมตระกูล	
รศ. ชมบาล	พจนามาตร์	
รศ. ธนารักษ์	สุวรรณประพิศ	
ผศ. ประพิมพ์	พุทธธิรักษกุล	
อ.ดร. ยุวรงค์	จันทร์วิจิตร	
อ. เตชา	ทำดี	

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2544

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ

คณะผู้วิจัย

รศ.วิลาวัลย์	เสนารัตน์	ประธานโครงการ
รศ.ดร.วิจิตร	ศรีสุพรรณ	
ผศ.ดร.ประคิน	สุจฉายา	
รศ.ดร.วิภาดา	คุณาวิกติกุล	
รศ.ดร.สุสันหา	ยิ้มแย้ม	
ผศ.ดร.สุจิตรา	เทียนสวัสดิ์	
รศ.ประยงค์	ลิ้มตระกูล	
รศ.ชมนาด	พจนามาตร์	
รศ.ธนารักษ์	สุวรรณประพิศ	
ผศ.ประพิมพ์	พุทธิรักษ์กุล	
อ.ดร.ยุวรงค์	จันทร์วิจิตร	
อ.เดชา	ทำดี	

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2544

คำนำ

การวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาในเขตภาคเหนือเป็นโครงการย่อยในการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา รูปแบบในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมในแต่ละภูมิภาค

กรณีศึกษาในเขตภาคเหนือได้ทำการศึกษาข้อมูลจากประชาชนในชุมชน 6 แห่งที่เป็นตัวแทนของวิถีชีวิตแบบต่างๆของประชาชนภาคเหนือ รวมทั้งประมวลความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพ บริการที่มีอยู่ในชุมชนจากผู้แทนองค์กรชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการสัมภาษณ์ทัศนะของผู้ทรงคุณวุฒิในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งนี้การศึกษาได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการศึกษารั้งนี้และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัย ซึ่งผลของการศึกษาจะทำให้เกิดประโยชน์ในการจัดบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนต่อไป

คณะผู้วิจัย

ธันวาคม 2544

สารบัญ

หน้า

บทสรุปและข้อเสนอแนะ	1
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	6
วัตถุประสงค์	7
ขอบเขตการศึกษา	8
วิธีการศึกษา	8
บทที่ 2 บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	
ความหมาย	14
ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย	15
ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาคเหนือ	19
ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ	23
บทที่ 3 สถานการณ์ด้านสุขภาพในภาคเหนือ	
ภาวะสุขภาพของประชาชน	27
ข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชนตัวอย่าง	30
ความต้องการด้านบริการสุขภาพ	73
ความคิดเห็นของผู้นำชุมชนและบุคลากรสุขภาพ	75
ผลการสะท้อนความคิดเห็นจากการนำเสนอข้อมูล	85
ทัศนะของผู้ทรงคุณวุฒิ	86
บทที่ 4 รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	
รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	93
คุณสมบัติของผู้ให้บริการ	94
ขอบเขตและสมรรถนะของผู้ให้บริการ	95
การบริหารจัดการ	97
บรรณานุกรม	99

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	38
2	จำนวนและร้อยละของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาจำแนกตามภาวะสุขภาพ และวิธีจ่ายค่ารักษาของสมาชิกในชุมชน	43
3	จำนวนและร้อยละของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาจำแนกตาม พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในชุมชน	47
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	51
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สภาพสิ่งแวดล้อม	59

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

สถานการณ์การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวมอันสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง อันได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ ชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ. สปรส, มกราคม.2544)

ในระหว่างที่ผ่านมาระบบสุขภาพของไทยได้มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง แต่ส่วนใหญ่จะเน้นการจัดบริการแบบตั้งรับ เพื่อการรักษาพยาบาลหรือเพื่อซ่อมสุขภาพเป็นหลัก ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนคนไทยสูงเกือบ 300,000 ล้านบาทต่อปี ขณะที่คนไทยยังเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคเอดส์ ความเครียด ปัญหาสุขภาพจิตและโรคเรื้อรังอื่นๆ (ประเวศ วะสี, 2543.) การเจ็บป่วยที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ส่วนใหญ่ป้องกันได้

นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ของรัฐเอง ยังให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย และให้บริการแบบตั้งรับ ประกอบกับประชาชนยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องด้านสุขภาพ โดยคิดว่าสุขภาพเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องดูแลเมื่อเจ็บป่วย ประชาชนขาดความใส่ใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ยังคงมีการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และเสพสารเสพติด จำนวนมาก ขาดความรู้ในการป้องกันตนเองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมโรงงานอุตสาหกรรมและการประกอบอาชีพ ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการปกป้องชุมชน

ระบบบริการด้านสุขภาพมีปัญหาทั้งด้านคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม คนไทยมากกว่า 10 ล้านคนยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพ ผู้ที่มีหลักประกันก็ยังมีปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำในการเลือกปฏิบัติ ดังนั้นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตราที่ 52 ระบุไว้ว่า ประชาชนคนไทยต้องมีความเสมอภาคในการรับบริการด้านสุขภาพจากรัฐ รัฐต้องจัดบริการให้ทั่วถึง มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วม ตลอดจนนโยบายการกระจายอำนาจ นโยบายการปฏิรูประบบราชการ และภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจได้เป็นเงื่อนไขอย่างสำคัญที่ทำให้ผู้เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้พิจารณาระบบสุขภาพอย่างจริงจัง และเห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ ในเรื่องสุขภาพและระบบสุขภาพ ตลอดจนปรับเปลี่ยนโครงสร้างพื้นฐานอย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ถึงเวลาที่ต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพ ปัจจุบันรัฐบาลได้มีการตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ และคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และคณะ

กรรมการชุดต่างๆ ขึ้น เพื่อสร้างองค์ความรู้สำหรับจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และเพื่อการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมืองในแง่มุมต่างๆ เพื่อรองรับทิศทางของการเปลี่ยนแปลง

สุขภาพในแนวคิดใหม่จะมีบริบทที่กว้างกว่าความไม่มีโรค และการรักษาโรค สุขภาพเป็นองค์รวมของ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพจึงมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยสภาพแวดล้อม และมนุษย์ทุกคนต้องการความมั่นคงทางสุขภาพ มีสุขภาพที่แข็งแรง รูปแบบการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ จึงมุ่งที่การดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เป็นเชิงรุก เน้นการเสริมสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง

ระบบบริการสุขภาพของไทยมีหลายลักษณะ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) เป็นลักษณะของบริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนสามารถเข้ามาใช้บริการทางด้านสุขภาพ เป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ รวมทั้งเป็นรูปแบบองค์รวมที่มีทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องและมีบทบาทอยู่มาก ในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำเพื่อช่วยให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเองได้ รวมทั้งการคัดกรองสุขภาพ การหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับภูมิคุ้มกัน การกำจัดพาหะของโรคและให้บริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทั้งในภาวะฉุกเฉินและเรื้อรังรวมทั้งพิจารณาส่งต่อไปรับบริการดูแลรักษาที่เหมาะสม พยาบาลอนามัยชุมชนจึงเป็นส่วนเชื่อมโยงที่สำคัญในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิและระบบที่เกี่ยวข้อง (จรัส สุวรรณเวลา, 2544.) แต่ที่ผ่านมาพบว่าการให้บริการดังกล่าวยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ประชาชนบางกลุ่มไม่เข้าไปใช้บริการ ด้วยความไม่ไว้วางใจในคุณภาพของผู้ให้บริการและบริการ การขาดหลักประกันทางสุขภาพ ความไม่สะดวก ความจำกัดของบริการที่ให้และอื่นๆ รวมทั้งการไม่ให้ความสำคัญกับบริการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เมื่อพิจารณาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยกับประเทศต่างๆ ได้แก่ เยอรมัน อังกฤษ ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ จีน ไต้หวัน สิงคโปร์ มาเลเซีย และสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้มีการปฏิรูปเกิดขึ้นในช่วงสิบปีที่ผ่านมา พบว่าทุกประเทศมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายหลักประกันทั่วหน้าและควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยคำนึงถึงความเท่าเทียมและประสิทธิภาพในการกำหนดสิทธิประโยชน์ การได้รับบริการ วิธีการจ่ายค่าบริการ แหล่งที่มาของงบประมาณ โดยคำนึงถึงความชอบธรรมในการเก็บเบี้ยประกัน การกระจายภาระการคลัง ประสิทธิภาพในการบริหารการคลัง

ปัจจุบันรัฐบาลได้ดำเนินนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งเป็นโครงการหนึ่งในการสร้างหลักประกันสุขภาพ หากพิจารณาถึงความพร้อมทางด้านบุคลากร การบริหารจัดการและการเงิน การคลัง ความรู้ที่มีอยู่ของผู้เกี่ยวข้องและโครงสร้างของระบบบริการ เพื่อรองรับโครงการดังกล่าว

ยังต้องมีการศึกษาอยู่หลายประเด็น คือ ด้านแนวทางการปฏิบัติ มาตรฐาน คุณภาพของบริการ ผู้ที่จะตรวจสอบหรือควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐาน การกระจายงบประมาณ การเตรียมบุคลากรยังต้องดำเนินการอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม

ดังนั้นในขณะที่ประเทศไทยกำลังมีการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเน้นการเพิ่มบริการเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ประกอบกับนโยบายการกระจายอำนาจที่ให้ท้องถิ่นมีหน้าที่จัดบริการสุขภาพให้กับชุมชน จึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาทบทวนบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ประเทศไทยมี ตลอดจนแสวงหารูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ความต้องการของประชาชน และบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และกำหนดบทบาทของพยาบาลในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สอดคล้อง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจึงร่วมกับสภาการพยาบาล และคณะพยาบาลศาสตร์ของรัฐทั่วประเทศ ศึกษาปัญหาความต้องการของประชาชนในภาคต่างๆ ในเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และเสนอรูปแบบที่เน้นการให้บริการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาชุมชนโดยเป็นบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึง มีส่วนร่วมและมีค่าใช้จ่ายในระดับที่คนทั่วไปสามารถจ่ายได้ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่รับผิดชอบศึกษาและพัฒนาารูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับภาคเหนือ

การศึกษาเพื่อรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาภาคเหนือนี้ ได้ใช้แบบวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยเน้นการมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สถานการณ์ด้านสุขภาพและระบาดวิทยาในภาคเหนือ ความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน ความคิดเห็นของผู้นำชุมชนและบุคลากรทางด้านสุขภาพต่อระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งทัศนคติของผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ วิธีการศึกษาประกอบด้วยการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง การศึกษาทางระบาดวิทยา การสำรวจ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึกและการนำเสนอข้อมูลเพื่อสะท้อนความคิดเห็นจากผู้นำชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข

การศึกษานี้เลือกศึกษาชุมชน 6 ชุมชนที่ตั้งในภาคเหนือของประเทศไทย ชุมชนได้มาอย่างเจาะจงเพื่อเป็นตัวแทนของวิถีชีวิตแบบต่างๆของประชาชนในภาคเหนือ โดยเป็นชุมชนในเมืองและชนบท ที่มีการเดินทางสะดวกและมีความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน

จากผลการศึกษาดังกล่าว คณะผู้วิจัยได้พิจารณารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยพยาบาลวิชาชีพที่มุ่งเน้นการจัดบริการให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของท้องถิ่นและมีข้อเสนอแนะรูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังนี้

1. พัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพเดิม โดยจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพประจำสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
2. มีระบบบริหารจัดการด้านบุคลากรให้เหมาะสม ทั้งทางด้านจำนวน คุณวุฒิและคุณภาพ
3. มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกับเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพดีไม่เน้นด้านการรักษาอย่างเดียว นอกจากนี้ภาครัฐต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
4. มีการเชื่อมประสานเครือข่ายความร่วมมือและการส่งต่อในการให้บริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับเหนือขึ้นไปโดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แนวทางในการดำเนินงาน

1. เร่งสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพแก่บุคคลที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายรวมทั้งประชาชนทุกคน
2. จัดทำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อผลิตพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้และทักษะสอดคล้องกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
3. จัดทำหลักสูตรระยะสั้นเป็นการเร่งด่วนเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้สามารถให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ
4. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ระดับอำเภอและระดับจังหวัด
5. จัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิโดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้ผ่านการเตรียมความพร้อม
6. มีระบบประเมินผลการให้บริการทั้งด้านการบริหารจัดการ คุณภาพการบริการ ความพึงพอใจ ความคุ้มค่า ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นตลอดจนแนวทางแก้ไข

บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญที่สุดในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพ เพราะพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว เป็นผู้มีวินัย สามารถทำงานเป็นทีม มีความละเอียดอ่อนในการให้บริการสุขภาพ และมีความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น รวมทั้งมีจำนวนเพียงพอในการให้บริการ

ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีบทบาทในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังต่อไปนี้

1. ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ครอบคลุมบริการตั้งแต่ก้าวแรกที่มีผู้เข้ามาใช้บริการ และดูแลอย่างต่อเนื่อง ครบทั้ง 4 มิติของการให้บริการตามขอบเขตที่กำหนด โดยคำนึงสิทธิของผู้รับบริการ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ คุณภาพ และมาตรฐานของการบริการ ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ
2. จัดการการบริการ ทั้งในด้านการบริหารบุคคล บริหารทรัพยากร และงบประมาณ และคำนึงถึงความคุ้มค่า และคุ้มทุนของการจัดบริการ
3. นำการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและชุมชน รวมทั้งการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของชุมชนและสังคมสิ่งแวดล้อมในชุมชน
4. ให้ข้อมูล ความรู้ คำปรึกษาแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนทุกกลุ่มเป้าหมาย
5. ประสานและเชื่อมต่อระบบที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับเดียวกันและระดับที่สูงขึ้นเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้รับบริการ และผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
6. เป็นทีมงานกับเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ องค์การบริการส่วนท้องถิ่นและประชาชน โดยอาศัยความมีทัศนคติ บุคลิกภาพ และมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
7. เป็นนักวิจัยหรือนำผลการวิจัยไปพัฒนาการบริการ หรือแก้ปัญหาสุขภาพได้
8. ควบคุมและพัฒนาคุณภาพของการบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีระบบการประเมินผลการบริการทั้งจากผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้อง โดยกำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพอย่างชัดเจน ตรวจสอบได้

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพไทยมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา และการให้บริการสุขภาพประสบความสำเร็จระดับหนึ่ง ที่ทำให้อัตราการรอดชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงขึ้น อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยทั้งชายและหญิงเพิ่มขึ้น แม้ว่าดัชนีบ่งชี้สุขภาพคนไทยจะสะท้อนตัวเลขที่แสดงถึงการที่คนไทยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น แต่คนไทยยังมีพฤติกรรมหลายประการที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย และแม้ว่ารัฐจะทุ่มเทงบประมาณด้านสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก จนได้ผลลัพธ์ที่ไม่เป็นที่พึงพอใจ เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในกลุ่มที่กำลังพัฒนา และเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ยังเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษามากกว่าป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

การให้บริการสุขภาพของไทยยังเผชิญปัญหาอีกหลายประการ ทั้งในเรื่องคุณภาพและประสิทธิภาพ ความเสมอภาค และความทั่วถึง โดยเฉพาะในชุมชนชนบท และในชุมชนนอกเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยปัญหาดังกล่าวประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่กล่าวถึงสุขภาพเป็นประเด็นของสิทธิมนุษยชน และระบบบริการสุขภาพที่รัฐพึงจัดให้ ตลอดจนนโยบายการกระจายอำนาจ นโยบายการปฏิรูประบบราชการ และภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจได้เป็นเงื่อนไขอย่างสำคัญที่ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้พิจารณาระบบสุขภาพอย่างจริงจัง และเห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในเรื่องสุขภาพและระบบสุขภาพ ตลอดจนปรับเปลี่ยนโครงสร้างพื้นฐานอย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ถึงเวลาที่ต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพ ปัจจุบันรัฐบาลได้มีการตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ และคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการชุดต่างๆ ขึ้น เพื่อสร้างองค์ความรู้สำหรับจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และเพื่อการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมืองในแง่มุมต่างๆ เพื่อรองรับทิศทางการเปลี่ยนแปลง

สุขภาพในแนวคิดใหม่จะมีบริบทที่กว้างกว่าความไม่มีโรค และการรักษาโรค สุขภาพเป็นองค์รวมของ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพจึงมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยสภาพแวดล้อม และมนุษย์ทุกคนต้องการความมั่นคงทางสุขภาพ มีสุขภาพที่แข็งแรง รูปแบบการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ จึงมุ่งที่การดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เป็นเชิงรุก เน้นการเสริมสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง

ระบบบริการสุขภาพของไทยมีหลายลักษณะ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) เป็นลักษณะของบริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนสามารถเข้ามาใช้

บริการทางด้านสุขภาพ แต่ที่ผ่านมามีพบว่า การให้บริการดังกล่าวยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ประชาชนบางกลุ่มไม่เข้าไปใช้บริการ ด้วยความไม่ไว้วางใจในคุณภาพของผู้ให้บริการ และบริการ การขาดหลักประกันทางสุขภาพ ความไม่สะดวก ความจำกัดของบริการที่ให้และอื่นๆ รวมทั้งการ ไม่ให้ความสำคัญกับบริการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ดังนั้นในขณะที่ประเทศไทยกำลังมีการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเน้นการเพิ่มบริการเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ประกอบกับนโยบายการกระจายอำนาจที่ให้ท้องถิ่นมี หน้าที่จัดบริการสุขภาพให้กับชุมชน จึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาทบทวนบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิที่ประเทศไทยมี ตลอดจนแสวงหารูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ความต้องการของประชาชน และบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และกำหนดบทบาท ของพยาบาลในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สอดคล้อง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจึงร่วมกับสภาการพยาบาล และคณะพยาบาลศาสตร์ของรัฐ ทั่วประเทศศึกษาปัญหาความต้องการของประชาชนในภาคต่างๆในเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ และเสนอรูปแบบที่เน้นการให้บริการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาชุมชนโดยเป็นบริการ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึง มีส่วนร่วมและมีค่าใช้จ่ายในระดับที่คนทั่วไปสามารถจ่ายได้ ทั้งนี้เพื่อ ให้บรรลุถึงเป้าหมายของการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่รับผิดชอบศึกษาและพัฒนา รูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สำหรับภาคเหนือ

1.2 วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทยและประเทศ ต่างๆ รวมทั้งระดับชาติในเขตภาคเหนือ
2. ศึกษาความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ ผู้นำชุมชน และผู้ให้ บริการหรือบุคลากรสุขภาพ เกี่ยวกับความต้องการทางสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ
3. ศึกษาทัศนคติของผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องแนวคิดและรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงจะเป็น

1.3 คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์และรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศไทยเป็นอย่างไร ประสิทธิภาพของต่างประเทศเป็นอย่างไร และของชุมชนในภาคเหนือของประเทศไทยเป็นอย่างไร
2. การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนของประเทศไทยมีรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพเป็นอย่างไรในทัศนะของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ให้บริการหรือประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้ให้บริการ
3. ผู้ทรงคุณวุฒิมีแนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงจะเป็นอย่างไร

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในบริบทของสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และระบบสุขภาพของภาคเหนือของประเทศไทย โดยจะเน้นการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องและผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อประมวลเสนอรูปแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.5 วิธีการศึกษา

1.5.1 รูปแบบการวิจัย

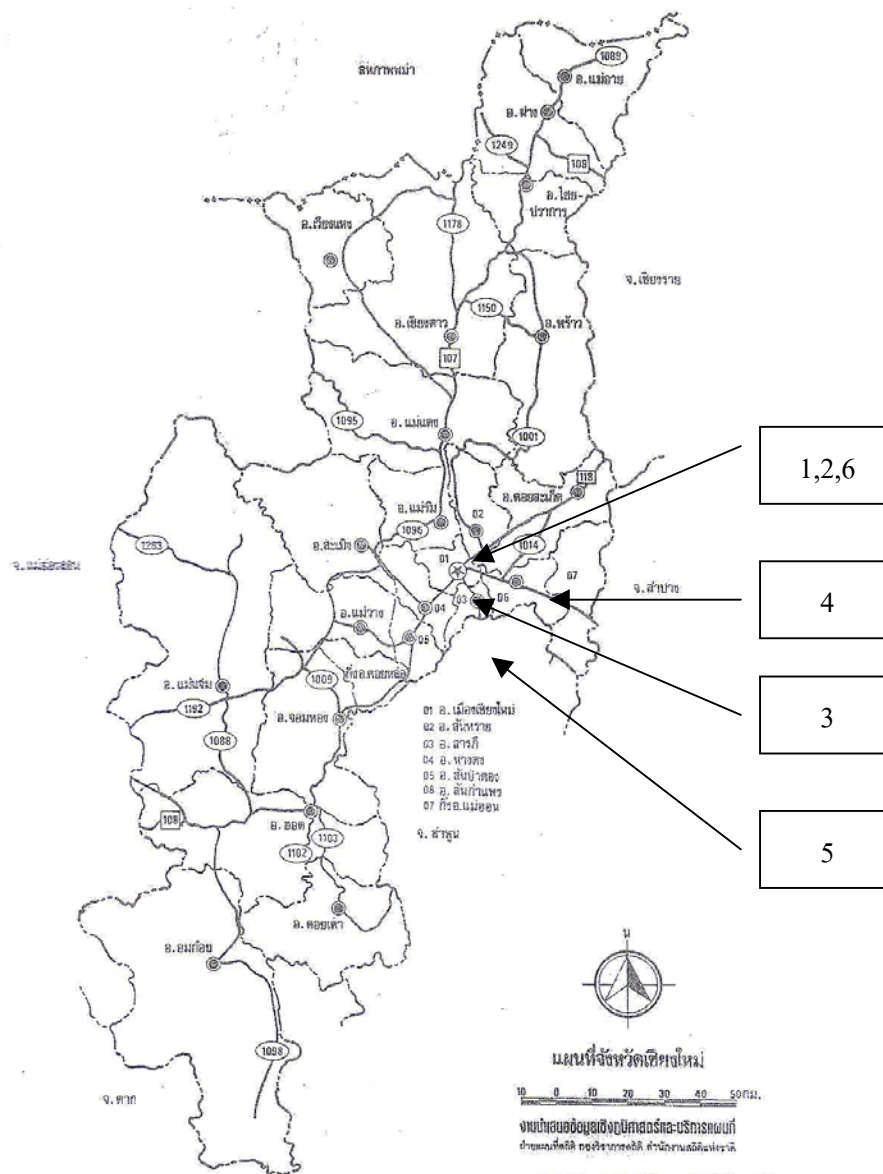
การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกรณีศึกษาภาคเหนือนี้ ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเน้นการมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สถานการณ์ด้านสุขภาพ และระบาดวิทยาในภาคเหนือ ความต้องการทางสุขภาพของประชาชน ความคิดเห็นของผู้นำชุมชน และบุคลากรสุขภาพต่อระบบบริการสุขภาพระบบปฐมภูมิ รวมทั้งทัศนะของผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ วิธีการศึกษาประกอบด้วยการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง การศึกษาทางระบาดวิทยา การสำรวจ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึกและการจัดเวทีนำเสนอและสะท้อนความคิดเห็น

1.5.2 สถานที่ศึกษา

การศึกษานี้เลือกศึกษาชุมชน 6 ชุมชนที่ตั้งในภาคเหนือของประเทศไทย ชุมชนได้มาอย่างเจาะจง เพื่อเป็นตัวแทนของวิถีชีวิตแบบต่างๆ ของประชาชนในภาคเหนือ โดยเป็นชุมชนในเมืองและชนบท มีการเดินทางที่สะดวก และมีความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน ชุมชนทั้ง 6 ชุมชน ประกอบด้วย

1. ชุมชนในเมือง ได้แก่ บ้านขุนช่างเคี่ยน หมู่ 1 บ้านเจ็ดยอด หมู่ 2 และบ้านสนสวย หมู่ 5 ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
2. ชุมชนเทศบาล ได้แก่ ชุมชนสามัคคีพัฒนาและชุมชนร่องกระเจะ แขวงศรีวิชัย เขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
3. ชุมชนชนบท ได้แก่ บ้านหัวฝาย หมู่ 5 ตำบลออนเหนือ กิ่งอำเภอแม่ออน บ้านปง หมู่ 8 ตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
4. ชุมชนหัตถกรรม ได้แก่ บ้านถวาย หมู่ 2 ตำบลขุนทอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่
5. ชุมชนอุตสาหกรรม ได้แก่ หมู่บ้านแจ่ม ตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน
6. ชุมชนชาวเขา ได้แก่ บ้านขุนช่างเคี่ยน หมู่ 4 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

แผนภูมิ แสดงแผนที่จังหวัดเชียงใหม่และสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล



1.5.3 ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากรประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ประชาชน บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย

กลุ่มที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1

ประชาชน ได้แก่ ผู้ที่อาศัยในชุมชน 6 แห่งที่เลือกศึกษา ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง โดยเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวได้ และอยู่ที่บ้านในวันที่ไปเก็บข้อมูล โดยคิดเป็น 10% ของประชากรในหมู่บ้านนั้น รวมจำนวน 790 คน

ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ที่มีบทบาทรับผิดชอบในการดูแลและพัฒนาชุมชน ทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ และเอกชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ปลัดองค์กรบริหารส่วนตำบล กรรมการองค์กรบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งนี้แต่ละตำบลจะได้ตัวแทนแตกต่างกัน ขึ้นกับการมอบหมาย

บุคลากรในชุมชน ได้แก่ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลในชุมชนนั้น ได้มาอย่างเจาะจง

กลุ่มที่ 2

ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในชุมชน หรือระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้มาอย่างเจาะจง จำนวน 9 คน

1.5.4 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้มีเครื่องมือ 4 ฉบับ

1.แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว สร้างโดยนักวิจัยโครงการหลัก ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิก การตอบเป็นแบบปลายเปิด

2.แบบสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน สร้างโดย นักวิจัยโครงการหลัก แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว อาชีพ การศึกษา ระยะเวลาอยู่ในชุมชน จำนวนสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพสมาชิกและบทบาทในการดูแลสุขภาพครอบครัว เป็นแบบมีคำตอบให้เลือก และเติมข้อมูล

ส่วนที่ 2 สภาพสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย และความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย เป็นแบบมีคำตอบให้เลือก และเป็นแบบมาตราส่วน 4 อันดับ มาก ปานกลาง น้อย ไม่มี/ไม่ปลอดภัย

ส่วนที่ 3 ความต้องการบริการสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพในภาวะที่ไม่เจ็บป่วย การดูแลในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย / เจ็บพลัน การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังและ กิจกรรมการดูแล เป็นแบบมีคำตอบให้เลือก และเติมข้อมูล

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปเป็นแบบมีคำตอบให้เลือก

3. แนวคำถามสำหรับทำสนทนากลุ่ม สร้างโดยนักวิจัยโครงการหลัก (Form A และ B) เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของชุมชนและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและบริการสุขภาพในชุมชน

4. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นคำถามปลายเปิดสร้างโดยผู้วิจัย ตัวอย่างคำถาม เช่น

- 1) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหมายความว่าอย่างไร
- 2) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรให้บริการอะไรบ้าง
- 3) ใครควรเป็นผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบุคลากรเหล่านี้ควรได้รับการศึกษา/การเตรียมอย่างไร
- 4) รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรเป็นอย่างไร มีกลไกอย่างไร จึงจะทำให้บริการมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน และประชาชนเข้าถึงได้ง่าย
- 5) พยาบาลควรมีบทบาทอย่างไรในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- 6) ประชาชน ครอบครัว และองค์กรบริหารส่วนตำบล ควรมีบทบาทอย่างไรในการบริการสุขภาพระดับต้น
- 7) ใครควรรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

1.5.6 ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะชุมชน อาณาเขต และแผนที่ของหมู่บ้าน การติดต่อคมนาคม ทั้งนี้ได้ยึดหลักพื้นที่ที่มีความแตกต่างทั้งด้านวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของกลุ่มประชากร เป้าหมาย อาชีพ ฐานะเศรษฐกิจ และมีความพร้อมที่จะให้เข้าศึกษา เพื่อคัดเลือกเป็นพื้นที่เป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 6 ชุมชน

2. ติดต่อขอความร่วมมือจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นายกเทศมนตรีนครเชียงใหม่ ประธานองค์กรบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชน แต่ละพื้นที่ที่ได้คัดเลือกไว้

3. ติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำสถานีอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ผู้แทนองค์กรบริหารส่วนตำบลในแต่ละพื้นที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขอความร่วมมือนัดหมายประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อสัมภาษณ์ต่อไป

4. คัดเลือกนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี และนักศึกษาปริญญาโท มาอบรมทำความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์ และเทคนิคการสนทนากลุ่ม เพื่อร่วมเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

5. สัมภาษณ์ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่กำหนดไว้ จำนวน 10 เปอร์เซนต์ของแต่ละพื้นที่ สัมภาษณ์ที่บ้านของประชาชนเพื่อศึกษาสิ่งแวดล้อมและลักษณะที่อยู่อาศัยของแต่ละครอบครัวด้วย ใช้เวลาสัมภาษณ์รายละประมาณ 20 นาที

6. คัดเลือกผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้แทนเทศบาลนครเชียงใหม่ กรรมการหมู่บ้าน ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนกลุ่มพ่อบ้าน แม่บ้าน ผู้แทนกลุ่มหนุ่มสาว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ทรงคุณวุฒิของหมู่บ้าน ทั้ง 6 ชุมชนที่กำหนดไว้ ชุมชนละ 6-8 คน มาสนทนากลุ่มที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 50 นาที

7. พิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้แทนองค์กรของวิชาชีพต่างๆ ทั้งด้านการศึกษา สาธารณสุข ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะและหลากหลายในบทบาทความรับผิดชอบ จำนวน 9 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์และถ่ายภาพวีดิทัศน์ร่วมด้วย ใช้เวลาทำนละประมาณ 30 นาที

8. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมาย การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

1.5.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลครอบครัว และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ประชาชน ซึ่งเป็นผู้แทนครอบครัว นำมาวิเคราะห์ ความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหา จัดกลุ่มคำตอบ

4. ข้อมูลสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์เนื้อหา

1. ความหมาย / คำจำกัดความ

ความหมายของ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) มีความคล้ายคลึงกับ ความหมายของ สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) และ เวชปฏิบัติครอบครัว (General Practice/Family Practice) โดยเฉพาะในต่างประเทศมักใช้เป็นความหมายเดียวกัน แต่สำหรับประเทศไทยนั้นอาจจะยากที่จะใช้แทนกันได้ กล่าวคือ บริการระดับปฐมภูมิ และ เวชปฏิบัติครอบครัว จึงมีที่มาและการใช้ต่างกันในมุมมองของระบบบริการ โดยที่ บริการระดับปฐมภูมิ จะพิจารณาถึงความซับซ้อนของ บริการ (แบ่งย่อยมาจาก บริการระดับ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ) ในขณะที่ เวชปฏิบัติครอบครัว พิจารณาที่ศาสตร์/วิชาการที่ใช้ (แบ่งย่อยมาจาก บริการเฉพาะทาง และบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว) อย่างไรก็ตาม การบริการระดับปฐมภูมิ และ เวชปฏิบัติครอบครัว ต่างมีขอบเขตที่ซ้อนและเชื่อมโยงกัน ภายใต้แนวคิดใหญ่ของ สาธารณสุขมูลฐาน ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดี พึ่งตนเองได้ และเข้าถึงบริการได้ง่าย บริการเป็นที่ยอมรับทั้งทางสังคมและลดค่าใช้จ่าย โดยสรุปแล้ว อารี วัลยะเสวี และ คณะ (2542: ภาคผนวก) ได้ให้ความหมายของ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ว่า

บริการสุขภาพระดับต้นที่ให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นบริการสุขภาพที่ไม่ได้เน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง แต่ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมและจิตวิทยา และการผสมผสานของ บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (interface) ระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชน และใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดบริการ (community based service)

นอกจากนี้ ทศนา บุญทอง (2542) ได้ให้ความหมายของ การพยาบาลในระดับปฐมภูมิ หมายถึง การบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกวัยที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การคัดกรองเบื้องต้น และการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยไม่รุนแรงในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและการจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการฟื้นฟูสภาพ โดยส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเอง และใช้ทรัพยากรในชุมชน รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด การส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพการดูแลให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ทั้งนี้การจัดบริการในระดับปฐมภูมิจะต้องครอบคลุมประชาชนในความรับผิดชอบโดยทั่วถึง โดยรูปแบบการบริการประกอบด้วย การบริการในสถานบริการในที่พักอาศัยของประชาชนและในชุมชนประเภทต่างๆ

2. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

2.1 แนวคิดของการบริการระดับปฐมภูมิ

จากการเปลี่ยนแปลงของสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายจากอดีตที่เป็นโรคติดต่อมาเป็นโรคหรือภาวะที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากพฤติกรรมที่สามารถป้องกันได้ โดยการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม หากเปรียบเทียบการใช้จ่ายทั้งของรัฐและของประชาชน พบว่ามีการใช้จ่ายในงานส่วนเสริมสุขภาพต่ำกว่าการใช้จ่ายในงานรักษาพยาบาล ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้การให้บริการไม่ใช่การตั้งรับอยู่เฉยๆ ในสถานบริการดังที่เป็นเช่นในอดีต การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคควรมีนโยบายทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยเฉพาะบริการในเชิงรุกนั้น บุคลากรสุขภาพจะเข้าไปให้บริการประชาชนในชุมชน แบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (ทัศนา บุญทอง, 2542; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; อารี วัลยะเสวีและคณะ, 2542) ซึ่งเป็นการเอื้อให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก และคุ้มค่า (ประหยัด) มากที่สุด และยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมทั้งชุมชนด้วย

เมื่อพิจารณาถึงความต้องการของคนไทยเกี่ยวกับระบบสุขภาพหรือระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์แล้วนั้น จะเห็นได้ว่าบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิต้องมีความสำคัญและจำเป็นหลายประการ ทั้งนี้เพราะลักษณะเด่นของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่สามารถให้บริการในลักษณะบูรณาการ (integration) โดยมีการผสมผสานกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคได้ดีที่สุด เพื่อการให้การบริการแบบองค์รวม (holistic care) (ทัศนา บุญทอง, 2542; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542) ที่เน้นการดูแลสุขภาพมากกว่าการรักษาโรค และครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม และมีบริการอย่างต่อเนื่อง (ทัศนา บุญทอง, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพในอนาคตที่แนวโน้มปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังต่างๆ ทวีความสำคัญมากขึ้น

2.2 ลักษณะของการบริการระดับปฐมภูมิ

พ.ญ. สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2542) ได้สรุปว่าลักษณะของการบริการระดับปฐมภูมิที่ดี คือ

2.2.1 เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (front-line care)

ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรค เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่น ๆ

2.2.2 เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

(ongoing / longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึง ขณะป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย

รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ / ประชาชน อย่างต่อเนื่อง

2.2.3 เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

2.2.4 เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคมเมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (coordinated care)

2.3 หน่วยงานที่รับผิดชอบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นสถานบริการด่านแรกหรือสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านหรือชุมชนตามลักษณะภูมิประเทศ เพื่อให้ประชาชนไปใช้บริการได้สะดวก เข้าถึงง่าย ฉะนั้นลักษณะปัญหาสุขภาพจึงมีลักษณะที่หลากหลายตามสภาพพื้นที่ และอาจเป็นเพียงอาการ ความไม่สบายทางร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งยังไม่เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ชัดเจน ความรุนแรงขึ้นกับลักษณะการตัดสินใจเลือกใช้บริการของประชาชนว่าจะมาพึ่งบริการตั้งแต่เริ่มแรกเพียงใด หรือมาพึ่งบริการบอຍແກ້ໄຂ ไหน นอกจากนี้ปัญหาที่นำมาปรึกษาอาจจะมีปัญหาด้านครอบครัวที่เกี่ยวข้อง ฉะนั้นบุคลากรที่ให้บริการระดับนี้ต้องเข้าใจลักษณะของงานบริการนี้ และหาแนวทางที่จะสร้างความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นให้กับประชาชนที่มาใช้บริการลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งของบริการระดับนี้ คือความสัมพันธ์ใกล้ชิด เข้าใจกันและรู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการหรือประชาชนในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการและนำไปสู่การแก้ปัญหา หรือการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง

ในการจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็งนั้น สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิควรมีความสามารถให้บริการแบบองค์รวมได้ โดยมีเงื่อนไขที่สำคัญดังนี้ (อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542)

2.3.1 มีประชากรที่รับผิดชอบ (catchment population) ที่แน่นอนและจำนวนพอเหมาะ (อารี วัลยะเสวีและคณะ, 2542) โดยการ กำหนดขอบเขตของกลุ่มประชากร ที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนพร้อมกับทำให้ทั้งบุคลากรผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการกลุ่มนั้นร่วมรับรู้ และมีความรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อให้สามารถประเมิน วางแผนงาน และการจัดบริการเชิงรุกและดูแลต่อเนื่องได้อย่างชัดเจน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542)

2.3.2 มีการจัดเงื่อนไขการให้บริการที่ผู้ให้บริการสามารถสื่อสารกับผู้รับบริการและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในและนอกสถานพยาบาล (อารี วัลยะเสวีและคณะ, 2542) โดยหน่วยบริการนี้ควรเป็น หน่วยบริการขนาดเล็กหรือขนาดกลางที่กระจายในพื้นที่อย่างทั่วถึง เพื่อสร้างความเป็นกันเอง และใกล้ชิดกับประชาชนได้ง่าย และสามารถดูแลครอบครัวและชุมชนได้อย่างทั่วถึง (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542)

2.3.3 มีสัมพันธภาพที่ต่อเนื่องระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (อารี วัลยะเสวีและคณะ, 2542) และมี การปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บริการเข้าใจสภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อประชาชนมากขึ้น และประชาชนก็เข้าใจผู้ให้บริการมากขึ้นด้วย (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542) โดยมีระบบข้อมูลสามารถแสดงให้เห็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพของบุคคลในครอบครัวและชุมชน (อารี วัลยะเสวีและคณะ, 2542)

2.3.4 ทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม โดย บุคลากรที่ให้บริการมีทัศนคติที่ดี และมีความรู้ความสามารถในการประเมินสุขภาพที่เป็นระยะที่ยังไม่แสดงอาการที่ชัดเจนได้ดี สามารถประเมินสภาพชุมชนและความต้องการของชุมชนและบุคคลในมิติต่างๆ ได้อย่างรอบด้าน มีความเข้าใจในกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และสามารถประยุกต์วิธีการได้อย่างสอดคล้องกับสภาพวิถีชีวิตของประชาชนได้ดี สามารถเป็นผู้สอน และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนได้เป็นอย่างดี

2.3.5 มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถเป็นทีมให้บริการแบบผสมผสาน (อารี วัลยะเสวีและคณะ, 2542) ทั้งงานด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ วิธีการจัดบริการสามารถยืดหยุ่น และเชื่อมโยงตามสภาพความต้องการของผู้รับบริการได้ง่าย (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542)

2.3.6 มีระบบรับผิดชอบติดตามผู้รับบริการหรือประชาชนในเขตรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้รับบริการไม่มาตามนัดหรือมีปัญหาการมารับบริการ ผู้ให้บริการสามารถรับรู้ และมีการติดตามดูแลได้อย่างเหมาะสม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542)

2.4 บุคลากรที่รับผิดชอบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

โดยทั่วไปแล้วการดำเนินงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมักเป็นทีมงานที่ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติ พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลชุมชนในศูนย์สาธารณสุขชุมชน ทันตแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ที่ครอบคลุมไม่เพียงแต่การรักษาพยาบาล (http://www.health.gov.au/public/hrom/pdf_files/prihecare3.pdf)

จากการพิจารณาถึงบุคลากรในระบบบริการสุขภาพไทยปัจจุบันนี้ จะเห็นว่าบุคลากรในกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพที่มีศักยภาพในการให้บริการที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิมียู่ 2 กลุ่มคือ กลุ่มวิชาชีพแพทย์ และกลุ่มวิชาชีพพยาบาล ในทัศนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เห็นว่าหน่วยงานหรือบุคลากรที่เหมาะสมที่สุดในการให้บริการระดับปฐมภูมิ คือ บุคลากรฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค และฝ่ายการพยาบาล ที่สมควรใจ โดยการรวมเอาบุคลากรทั้งสามฝ่ายมาจัดตั้งมาเป็นหน่วยงานใหม่ในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาล (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และทัศนีย์ สุรกิจโกศล 2543) โดยทั่วไปแล้วบุคลากรทั้งสามฝ่ายส่วนใหญ่มีพื้นฐานเป็นพยาบาลชุมชนและพยาบาลผดุงครรภ์

พยาบาลและการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 1,093 คน จะเห็นได้ว่า การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จะครอบคลุมในขอบเขตการปฏิบัติงานกว้างขวางครอบคลุมงานหลากหลายด้าน ดังนี้ (ทัศนยา บุญทอง, 2542)

1. **การประเมินภาวะสุขภาพของประชาชน** โดยการแยกกลุ่มประชาชนที่ปกติ กลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และกลุ่มผู้พิการ เพื่อการจัดการบริการให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับกลุ่มบุคคลดังกล่าว

2. **การจัดการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย** ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และมีการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

2.1 รักษาพยาบาลผู้ที่เจ็บป่วย โดย

2.1.1 ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยนั้น พยาบาลพิจารณาว่าสามารถจัดการด้วยตนเองทั้งหมด พยาบาลจะตรวจวินิจฉัย รักษา และติดตามด้วยตนเอง จนกระทั่งหายป่วย

2.1.2 ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยนั้น พยาบาลพิจารณาว่าสามารถจัดการได้บางส่วน พยาบาลจะตรวจวินิจฉัยปัญหา รักษาขั้นต้น และจัดการส่งต่อเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

2.1.3 ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยนั้น พยาบาลพิจารณาว่าไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ พยาบาลจะตรวจวินิจฉัยปัญหาลงขั้นต้น และจัดการส่งต่อเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

2.2 **ส่งเสริมสุขภาพประชาชน** โดยพยาบาลเป็นที่ปรึกษาในการสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย และสอดคล้องกับชุมชนและภาวะสุขภาพของชุมชน ให้บริการวางแผนครอบครัวอย่างทั่วถึงและครอบคลุม รวมทั้งมีการจัดระบบการให้ข้อมูลข่าวสารกับสุขภาพและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

- 2.3 จัดบริการให้เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มโดยทั่วถึง
- 2.4 ส่งเสริมการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย
- 2.5 เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคและอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคและการใช้สารเสพติดในชุมชน การให้วัคซีน เป็นต้น
- 2.6 จัดระบบการส่งต่อทางการบริการพยาบาล รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฝ้าระวังและดูแลให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 2.7 ให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุน และส่งเสริมญาติและผู้รับบริการ ให้สามารถฟื้นฟูสุขภาพตนเองในกรณีที่เจ็บป่วยหรือพิการ
- 2.8 สร้างและพัฒนาทีมงานในการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการประสานการดูแลบุคคล ครอบครัว ชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง
3. ส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ โดยการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิของตนเอง
4. สร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพ โดยพัฒนาการดูแลตนเอง มีการแลกเปลี่ยนและเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น
5. จัดระบบข้อมูลทางสุขภาพ เกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชน การวางแผนดำเนินงาน ตลอดจนการศึกษาค้นคว้าวิจัย
6. จัดระบบและพัฒนาบริการการพยาบาลระดับปฐมภูมิ โดยมีการกำหนดนโยบาย แผนงาน และกิจกรรมในการบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการบริการสุขภาพ รวมทั้งมีการประเมิน ตรวจสอบ และพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
7. สร้างและพัฒนาเครือข่ายทางการพยาบาล ทั้งในด้านวิชาการและการบริการสุขภาพ กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองและเพื่อให้ผู้ใช้บริการ ได้รับการบริการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาคเหนือปัจจุบัน

จากการศึกษาและสำรวจเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่มีอยู่ในปัจจุบันในภาคเหนือ พบว่า มีการจัดบริการที่หลากหลายรูปแบบ และในแต่ละรูปแบบก็จะมีลักษณะการให้บริการต่างๆ ดังต่อไปนี้

3.1 การดูแลสุขภาพที่บ้าน

จากการสำรวจพบว่า เป็นบริการสุขภาพที่มีการให้บริการในทุกจังหวัดในภาคเหนือ โดยลักษณะของการให้บริการมีลักษณะดังต่อไปนี้

3.1.1 เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพ หรือในรายที่จำเป็น ต้องให้บริการตามอาการ หรือกรณีที่ได้รับแจ้งจากชุมชนโดยตรง มีการสอน และให้คำแนะนำผู้ป่วย ญาติและครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและอื่นๆ การเยี่ยมบ้าน เป็นแกนนำทางสุขภาพ

3.1.2 ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นพยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร และนักสังคมสงเคราะห์ โดยมีการดำเนินการติดตามให้บริการลักษณะ เครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ สถานีอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุข มีการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งจัดตั้งศูนย์สุขภาพดี อย่างไรก็ตามในบางแห่งจะทำเฉพาะสถานีอนามัยและโรงพยาบาลที่มีความพร้อมเท่านั้น และพบว่าบางแห่งไม่มีการรายงานที่ชัดเจน

3.1.3 การดำเนินการในบางแห่งให้บริการเต็มรูปแบบ มีแพทย์และพยาบาล ร่วมกับทีมส่งเสริมสุขภาพ สุขาภิบาล และทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน ให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานกับการบริการของสถานบริการในพื้นที่

รูปแบบการให้บริการแบบนี้ วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ (2540) ได้ศึกษาการดำเนินงาน ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ผู้รับบริการทุกรายได้รับการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ร้อยละ 29.1 ด้านการรักษาพยาบาล ร้อยละ 23.7 และได้ให้ข้อเสนอแนะรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมว่าควรประกอบด้วย ขั้นตอน คือ การรับผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยพยาบาลประจำโครงการ ส่งต่อให้ทีมที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ให้บริการดูแลสุขภาพ ติดตามผลการรักษาพยาบาล หรือส่งต่อเพื่อรับการรักษา หรือจำหน่ายออกจากโครงการตามสภาวะอาการของผู้ป่วย

3.2 การดูแลสุขภาพในชุมชนในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

ทุกจังหวัดในภาคเหนือมีการจัดบริการดูแลสุขภาพในชุมชน ณ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ซึ่งมีการดำเนินการโดยทีมอาสาสมัครสาธารณสุข และเป็นการให้บริการตรวจสุขภาพโดยชุมชน มีการสร้างเครือข่ายและกลุ่มแกนนำทางสุขภาพ ให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น โดยบริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลและไขมันในปัสสาวะ การชั่งน้ำหนัก การให้วัคซีน การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และบริการส่งต่อตามอาการของผู้ป่วย นอกจากนั้น

บางแห่งยังมีการเปิดบริการขายยาโดยกองทุนยา กองทุนเกลือไอโอดีน และการมีศูนย์ข้อมูลหมู่บ้าน การให้การรักษายาบาลเบื้องต้น อย่างไรก็ตามบางแห่งรายงานข้อมูลว่า การดูแลสุขภาพในชุมชน ณ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีการให้บริการไม่สม่ำเสมอ จะเร่งทำในระยะเวลาที่จะมีการประเมินผล งบประมาณที่ได้รับไม่ได้ใช้ตามวัตถุประสงค์

3.3 การให้บริการสุขภาพในสถานีนอนามัย

รูปแบบการให้บริการสุขภาพในรูปแบบนี้ ให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพในระดับปฐมภูมิ มีการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ส่งเสริมสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ โดยเน้นคุณภาพบริการ มีระบบส่งต่อ เฝ้าระวังโรคประจำถิ่น โรคระบาด และรณรงค์งาน คบส.

3.4 การให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน

มีการจัดตั้งคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชน และนอกโรงพยาบาล ตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อและการขึ้นทะเบียน ให้บริการเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยให้มารับการบริการอย่างต่อเนื่อง เป็นการสร้างค่านิยมในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน เผยแพร่ประชาสัมพันธ์การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ให้การรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมสุขภาพ การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และติดตามเยี่ยมบ้าน ให้สุขศึกษา มีพยาบาลเวชปฏิบัติติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย เพื่อติดตามอาการ การรักษาพยาบาล และให้กำลังใจแก่ผู้รับบริการ

3.5 การให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลจังหวัด

ลักษณะการให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน และติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ออกหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ จัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาล การสร้างค่านิยมในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข บางแห่งมีการให้บริการแต่ละโรคโดยแพทย์เฉพาะทาง และมีระบบการส่งต่อ การมีทีมเวชกรรมสังคมเป็นแกนนำในการออกเยี่ยมบ้าน

3.6 การจัดบริการสุขภาพอนามัยในโรงเรียน

การให้บริการสุขภาพในโรงเรียน มีลักษณะต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน การดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน การให้บริการอนามัยโรงเรียน การบริการจัด

การในโรงเรียน การให้คำปรึกษานักเรียน การศึกษาในโรงเรียน การดำเนินการร่วมระหว่างชุมชนและโรงเรียน การบริการโภชนาการและสุขภาพอาหาร การออกกำลังกาย กีฬา และสันทนาการ การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของนักเรียน การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก การให้บริการทันตกรรมเคลื่อนที่ และการให้บริการตามระบบประกันสุขภาพ การส่งต่อเมื่อมีปัญหา การให้ความรู้ในงาน คบส. โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม มีคณะกรรมการอนามัยโรงเรียน และผู้นำนักเรียน ดำเนินการตรวจสอบสุขภาพนักเรียน การให้การศึกษา การจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย

การจัดบริการอนามัยโรงเรียนเป็นลักษณะการให้บริการแก่นักเรียนในโรงเรียน เช่น การตรวจสอบสุขภาพประจำปี โดยเจ้าหน้าที่อนามัย การแก้ไขปัญหาสุขภาพตามที่พบ การให้วัคซีน การให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน การทดสอบสายตา การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพฟัน การอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันโรค การให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การเฝ้าระวังทางโภชนาการ ดำเนินการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

โดยทั่วไปมีการแต่งตั้งคณะกรรมการการอนามัยโรงเรียนประกอบด้วยคณะครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักเรียน โดยเน้นการมีส่วนร่วมชุมชน

3.7 การจัดบริการอนามัยในวิทยาลัยและมหาวิทยาลัย

การจัดบริการอนามัยในวิทยาลัยและมหาวิทยาลัย มีลักษณะของการให้ความรู้และป้องกันโทษและพิษภัยยาเสพติด โรคเอดส์และโรคต่างๆ ตามฤดูกาล การส่งเสริมสุขภาพต่างๆ การให้บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีนักศึกษา การตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด รวมทั้งการให้บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่สถาบันติดต่อมา การให้บริการเฝ้าระวังทางโภชนาการและโรคต่างๆ นอกจากนี้ยังมีลักษณะที่ให้นักศึกษาเข้าร่วมทีมในการป้องกันโรคและรณรงค์ด้านสุขภาพ

3.8 การจัดบริการสุขภาพโดยโรงพยาบาลเอกชนและองค์กรเอกชน

การจัดบริการสุขภาพโดยโรงพยาบาลเอกชนและองค์กรเอกชน มีความหลากหลายทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ เช่น การให้บริการตามความต้องการของผู้ป่วย มีการสร้างค่านิยมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข การจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกไปให้บริการในชนบทห่างไกล การจัดหน่วยปฐมพยาบาลเมื่อหน่วยงานภาครัฐขอมา มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยประกันสังคมที่บ้าน

3.9 การให้บริการด้านจิตเวช

การให้บริการด้านจิตเวชในที่นี้ มีลักษณะการให้บริการทั้งการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต การรักษาพยาบาล และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพ การคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในสถานีนอนมัย การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิต มีทั้งลักษณะการแยกคลินิกจิตเวช และผสมผสานไปกับการรักษาพยาบาลด้านร่างกาย การให้คำปรึกษาในคลินิกและทางโทรศัพท์ในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขเอง

โดยภาพรวมของรูปแบบบริการสุขภาพที่กล่าวมาทุกรูปแบบจะมีการจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เป็นบริการที่ให้แก่ผู้มารับบริการในลักษณะของความสะดวก ในเชิงใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ความรวดเร็ว เป็นบริการด้านหน้าที่ให้กับประชาชนตามความต้องการด้านสุขภาพในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีปัญหาในบางประเด็นในแง่ของการให้บริการสุขภาพบางครั้งอาจจะไม่ครอบคลุมหรือตามความต้องการของประชาชนที่แท้จริง

4. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ

4.1 รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้ว

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้ว จะเน้นการให้บริการพื้นฐานที่สำคัญทุกด้าน ทำหน้าที่เป็น *ผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข (gate keeper)* ก่อนส่งต่อไปรับบริการกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ อย่างไรก็ตาม รูปแบบการบริการสุขภาพของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดเรื่องการให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการเลือกใช้บริการสุขภาพ และความรับผิดชอบหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ ตลอดจนขอบเขตการให้บริการและบุคลากร โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1.1 แนวคิดเรื่องการให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการเลือกใช้บริการสุขภาพ แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้คือ

1) รูปแบบที่ให้สิทธิแก่ประชาชนในการเลือกรับบริการจากผู้ให้บริการคนใดก็ได้ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาคเอกชนที่มีการบริหารงานเป็นเอกเทศจากรัฐ แต่ทำสัญญาตกลงกับรัฐ หรือบริษัทประกันสุขภาพในการจัดบริการสุขภาพขึ้นพื้นฐานแก่ประชาชน ผู้ให้บริการส่วนใหญ่คือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งผู้รับบริการสามารถเลือกรับบริการได้ (สมศักดิ์ ธรรมธิดีวัฒน์, 2543; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จเร วิชาไทย, และศรีสุตา เจริญดี, 2544) ในสหรัฐอเมริกา แพทย์

จะมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือจัดตั้งเครือข่ายเพราะมีการแข่งขันกันสูงในการดึงดูดผู้ให้บริการ (สมศักดิ์ ธรรมธิตวัฒน์, 2543)

ส่วนในประเทศอังกฤษ แม้ว่าจะใช้วิธีขึ้นทะเบียนคือให้ประชาชนขึ้นทะเบียนรับบริการกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์ประจำครอบครัวเพียงคนเดียวในช่วงเวลาหนึ่งตามที่กำหนด แต่ประชาชนมีสิทธิเลือกแพทย์ได้ และเมื่อพ้นช่วงเวลาที่กำหนดอาจขอเปลี่ยนแพทย์ผู้ให้บริการคนใหม่ได้ หากไม่พอใจในบริการของแพทย์คนเดิม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา, และประภาพรรณ คำคม 2539)

2) รูปแบบที่มีการกำหนดเขตรับผิดชอบสำหรับบุคลากรผู้ให้บริการ เช่น ประเทศสวีเดน บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดำเนินการโดยสถานีนามัยของรัฐ โดยมีการแบ่งเขตความรับผิดชอบให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์ประจำครอบครัวและประชาชนจะต้องขึ้นทะเบียนรับบริการสุขภาพขั้นต้นจากแพทย์ผู้รับผิดชอบในเขตที่กำหนดเท่านั้น ประชาชนจะต้องไปรับบริการตามขั้นตอน โดยมีระบบการส่งต่อผู้รับบริการที่ชัดเจนเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง (เอกสารประกอบการประชุมของคณะทำงานฯ)

4.1.2 ความรับผิดชอบหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

1) รูปแบบที่รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ประเทศแคนาดา อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และสวีเดน ในประเทศแคนาดาแม้ว่าบริการสุขภาพจะจัดโดยภาคเอกชน แต่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ โดยรัฐบาลกลางของแคนาดาและรัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบจัดสรรเงินภาษีต่าง ๆ มาใช้ในการจัดระบบประกันสุขภาพ ในรูปของ National Health Insurance System มีเพียงบางรัฐที่มีการเก็บเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากประชาชน และประชาชนจะได้รับบัตรประกันสุขภาพจากรัฐ ไม่ต้องเสียค่าบริการ จ่ายเพียงค่ายาเท่านั้น (ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, มปป-ก) ส่วนในประเทศอังกฤษ ระบบสุขภาพที่เรียกว่า National Health Service ได้รับการสนับสนุนด้วยเงินภาษีทั่วไปจากรัฐ ประชาชนจึงได้รับบริการสุขภาพฟรีโดยจ่ายเพียงค่ายาเท่านั้น ยกเว้นผู้ป่วยบางประเภท เช่น คนชรา เด็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รัฐให้การช่วยเหลือ (ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, มปป-ข) สำหรับประเทศออสเตรเลีย รัฐบาลกลาง (Federal Government) จัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่รัฐบาลท้องถิ่นสำหรับจัดบริการสุขภาพ และมีระบบประกันสุขภาพระดับชาติที่เรียกว่า Medicare ซึ่งการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ Medicare จะจ่ายให้อัตราร้อยละ 75-85 ส่วนที่เหลือผู้ให้บริการต้องจ่ายเอง หรือประกันสุขภาพเอกชนเป็นผู้จ่ายในกรณีที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชน สำหรับรูปแบบของประเทศนิวซีแลนด์และสวีเดนมีความคล้ายคลึงกัน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จเร วิชาไทย, และศรีสุดา เจริญดี, 2544; เอกสารประกอบการประชุมของคณะทำงานฯ)

2) รูปแบบที่ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในรูปของการซื้อประกันสุขภาพ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา

4.1.3. ขอบเขตการให้บริการและบุคลากรผู้ให้บริการ แม้ว่าทุกประเทศจะจัดบริการสุขภาพพื้นฐานให้ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันในงานหลัก และบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่ร่วมให้บริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ประเทศที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติ (nurse practitioner) พยาบาลผดุงครรภ์ (certified nurse midwife) และผดุงครรภ์ (certified midwife) เป็นผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิด้วย เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และออสเตรเลีย โดยพยาบาลเวชปฏิบัติ สามารถตรวจและรักษาเบื้องต้นได้เช่นเดียวกับแพทย์เวชปฏิบัติ ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และมีบทบาทเด่นชัดในด้านการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ที่สามารถช่วยให้ประชาชนกลุ่มด้อยโอกาส เช่น คนยากจน ผู้พิการ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น ส่วนพยาบาลผดุงครรภ์ และผดุงครรภ์ เป็นผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด การวางแผนครอบครัว ตรวจและรักษาโรคเบื้องต้นโดยเฉพาะโรคทางนรีเวช ทั้งนี้มีการทำคลอดที่บ้านด้วย (Paine, Barger, Marchese, & Rorie, 1995; Williams, 1995; www.dhssni.gov.uk/.../index.html; www.drs.org.au/policy 0.4 htm) ส่วนบุคลากรอื่นๆในทีมประกอบด้วย เภสัชกร ทันตแพทย์ ผู้ช่วยแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยาให้คำปรึกษา

2) ประเทศที่มีพยาบาลเป็นบุคลากรให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น แคนาดา สวีเดน ซึ่งในแคนาดา มีแนวโน้มว่าพยาบาลทำงานในชุมชนเพิ่มมากขึ้น โดยจะเน้นการทำหน้าที่ด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน ส่วนในสวีเดน พยาบาลซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐทำงานในชุมชนเรียกว่า district nurse มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ และมีผดุงครรภ์ เรียกว่า district midwife ให้การดูแลสุขภาพแม่และเด็ก รวมทั้งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา, และประภาพรณ คำคม 2539) รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้ว

4.2 รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศกำลังพัฒนา

ระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะในเอเชีย มีรูปแบบที่แตกต่างกันในลักษณะโครงสร้างของการบริการ ขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ

และสังคม และจำนวนและประเภทของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศนั้นๆ โดยอาจแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบดังนี้

4.2.1 รูปแบบที่ดำเนินการโดยรัฐภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ เช่น ในประเทศมาเลเซีย และสาธารณรัฐเกาหลี โดยที่สถานบริการในเขตเมืองและเขตชนบทจะมีลักษณะแตกต่างกัน ในมาเลเซียสถานบริการในชนบทมี 2 ระดับ คือ ศูนย์สุขภาพ (health center) และคลินิกชนบท (rural clinic) หนึ่งหน่วยบริการสุขภาพชนบท (rural health unit) ประกอบด้วย 1 ศูนย์สุขภาพ ทำหน้าที่ให้บริการและดูแลสนับสนุน 4 คลินิกชนบท หน่วยบริการ 1 หน่วยรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนประมาณ 15,000 – 20,000 คน ในเขตเมืองสถานบริการประกอบด้วยคลินิกสุขภาพ (health clinic) และคลินิกอนามัยแม่และเด็ก ให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป และโรคเรื้อรัง การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีสถานบริการของหน่วยงานอื่นของรัฐที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเฉพาะเช่น ทหาร ชนพื้นเมือง ส่วนคลินิกเอกชนให้บริการในเขตเมืองโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการในสถานบริการของรัฐมีความแตกต่างกันตามระดับของหน่วยงาน คลินิกสุขภาพในเขตเมืองมีทั้งแพทย์ ผู้ช่วยแพทย์ พยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ ผู้ช่วยเภสัชกร แต่ในคลินิกชนบท มีพยาบาลชุมชนเท่านั้น (อาทร รวีไพบูลย์, 2543)

ในประเทศสาธารณรัฐเกาหลี มีสถานบริการของรัฐในระดับต่างๆกัน ได้แก่ health center health sub-center และ primary care health post ทำหน้าที่เสมือน ผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข เพราะรัฐกำหนดนโยบายให้ประชาชนต้องรับบริการที่สถานบริการระดับปฐมภูมิก่อน หากได้รับการส่งต่อจึงจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลใหญ่ได้ บุคลากรที่ให้บริการคือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, 2543)

4.2.2 รูปแบบที่ดำเนินการโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ เช่น ในประเทศสิงคโปร์ และไต้หวัน ในสิงคโปร์ที่เป็นเขตเมืองทั้งหมด บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดำเนินการผ่านเครือข่ายของคลินิกเอกชนซึ่งมีประมาณ 800 แห่ง ให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และมีโพลีคลินิกของรัฐบาล 16 แห่ง ให้บริการครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพซึ่งรวมทั้งการให้การดูแลที่บ้านด้วย (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2543) สถานบริการจะทำหน้าที่เสมือนเป็น ผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข กล่าวคือ ประชาชนจะไปรับบริการขั้นต้น ณ สถานบริการนั้นก่อน อย่างไรก็ตาม รัฐไม่มีการบังคับ หากประชาชนต้องการไปรับบริการจากสถานบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิก็ได้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา, และประภาพรรณ คำคม, 2539) ส่วนในไต้หวัน สถานบริการระดับปฐมภูมิเกือบทั้งหมดเป็นคลินิกเอกชน และมีสถานอนามัยของรัฐบ้างเล็กน้อย โดยผู้ให้บริการคือแพทย์ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา, และประภาพรรณ คำคม, 2539)

1. ลักษณะภูมิประเทศทั่วไปและโครงสร้างประชากรภาคเหนือ

ภาคเหนือประกอบด้วย 17 จังหวัดมีพื้นที่รวมทั้งสิ้น 169,617 ตารางกิโลเมตร มีความหนาแน่นของประชากร เท่ากับ 71.7 คนต่อตารางกิโลเมตร (อ้างใน จันทรพีญ ชูประภาวรรณ, 2543) โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาตามภาวะการเกิด การตาย และการย้ายถิ่น ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นได้ง่ายด้วยกราฟแท่งที่เรียกว่า *ปิระมิดประชากร* โดยในระยะ 40 ปีที่ผ่านมา รูปทรงของปิระมิดเปลี่ยนไปอย่างชัดเจนมากจากรูปทรงฐานกว้างยอดแหลมซึ่งแสดงว่ามีประชากรเด็กมาก มาเป็นรูปทรงฐานแคบลงและส่วนบนของปิระมิดขยายมากขึ้น เนื่องจากอัตราการเกิดลดลงและอัตราการตายต่ำลง (จันทรพีญ ชูประภาวรรณ, 2543)

ภาคเหนือมีประชากรทั้งสิ้น 12,159,930 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 ของประชากรทั้งประเทศ ประชากรเป็นเพศหญิง 6,104,135 คน เพศชาย 6,055,795 คน จังหวัดที่มีประชากรมากกว่า 1 ล้านคน คือ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย และจังหวัดกำแพงเพชร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2542) โดยจังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีประชากรมากที่สุด คือ 1.569 ล้านคน (จันทรพีญ ชูประภาวรรณ, 2543)

ประชากรแยกตามกลุ่มอายุ พบว่าอยู่ใน กลุ่มอายุ 0- 14 ปี จำนวน 2,661,000 คน กลุ่มอายุ 15 – 59 จำนวน 7,378,000 คน กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,177,000 คน อัตราเกิดเท่ากับ 14.83 ต่อประชากร 1000 คน อัตราตายเท่ากับ 6.97 ต่อ ประชากร 1000 คน ขนาดของครอบครัวโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.5 คนต่อครอบครัว มีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 9,660 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2542)

2. ภาวะสุขภาพของประชากรภาคเหนือ

2.1 ภาวะเจริญพันธุ์

จากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากรล่าสุดในปี พ.ศ. 2538-2539 พบว่า ภาคเหนือมีอัตราเจริญพันธุ์ลดลงต่ำสุด คือเพียง 0.1 คนต่อสตรี 1 คน เท่านั้น เมื่อเทียบกับอัตราเจริญพันธุ์รวมที่มี 2.0 คนต่อสตรี 1 คน และมีแนวโน้มลดลงอีกเล็กน้อยในระยะ 10 ปีข้างหน้า โดยสตรีในเขตเทศบาล มีอัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำกว่าสตรีนอกเขตเทศบาล คือ ในอัตรา 1.3 คน และ 2.3 คนต่อสตรี 1 คน อัตราเจริญพันธุ์สูงสุดสำหรับสตรีในเขตเทศบาล ในกลุ่มอายุ 25-29 ปี ขณะที่สตรีนอกเขตเทศบาล ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี แสดงว่าสตรีในชนบทมีแนวโน้มที่จะมีบุตรเร็วกว่าสตรีในเมือง

2.2 ภาวะการตาย

อัตราการตายของประเทศในปี 2541 มีค่าเท่ากับ 5.2 ต่อพันประชากร และอัตราการตายในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ ในภาคเหนือมีอัตราการตายโดยรวมเท่ากับ 6.2 ต่อพันประชากร และพบว่าอัตราทารกต่ำกว่า 1 ปี ตาย มีค่าเท่ากับ 4.7 ต่อการเกิดมีชีวิต 1000 คน อัตราการตายเท่ากับ 13.6 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งสูงกว่าภาคอื่นๆ ในประเทศ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

สาเหตุการตายของประชากรของประเทศไทย 10 อันดับแรกได้แก่ โรคระบบไหลเวียนโลหิต สาเหตุภายนอก รวมทั้งอุบัติเหตุ เนื้องอก โรคระบบทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อและปรสิตต่างๆ โรคระบบประสาท โรคระบบย่อยอาหาร โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม และโรคระบบสืบพันธุ์รวมระบบทางเดินปัสสาวะ

ในส่วนของภาคเหนือสาเหตุการตายของประชากร คิดเป็นอัตราการตายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2539 ได้แก่ (กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข, 2539)

1. โรคหัวใจ	96.1
2. อุบัติเหตุและการเป็นพิษ	67.5
3. อุบัติเหตุยานยนต์ในการจราจรทางบก	32.4
4. ปอดอักเสบ	17.6
5. วัณโรค	11.6
6. โรคตับและตับแข็งเรื้อรัง	11.5
7. ถูกฆ่าและถูกทำร้าย	7.2
8. อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบจากการติดเชื้อ	3.2
9. โรคไขข้ออักเสบ	0.5

2.3 ภาวะการเจ็บป่วย

ในปี พ.ศ. 2541 มีรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศมีจำนวน 86,958,756 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 1,566.2 ต่อพันประชากร จากข้อมูลการเจ็บป่วย ในปี พ.ศ. 2541 ตามรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรกมีดังนี้ (กองระบาดวิทยา, 2542)

โรคที่เฝ้าระวัง	จำนวนผู้ป่วย	อัตราต่อแสนประชากร
1. ท้องร่วงรุนแรง	228,098	1875.8
2. โรคตาแดง	86,584	712.0
3. ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	67,285	553.3
4. ปอดบวม	33,680	276.9
5. อาหารเป็นพิษ	25,938	213.3
6. เอดส์	25,631	210.7
7. ไข้เลือดออก	21,693	178.4
8. มาเลเรีย	16,970	139.5
9. บิด	14,757	121.6
10. ไข้เอนทริก	5,910	48.6

สำหรับภาคเหนือมีอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสูงสุดคือ 1,589.7 ครั้งต่อพันประชากร และพบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ โรคอุจจาระร่วง มีอัตราป่วย 6.05 ต่อพันประชากร รองลงมาคือ ไข้ไม่ทราบสาเหตุ 1.92 ต่อประชากร 1000 ราย และ ปอดบวม 1.14 ต่อประชากร 1000 ราย ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข, 2539)

ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการด้วยโรคต่างๆ ของภาคเหนือในปี พ.ศ. 2539 ได้แก่ โรคระบบหายใจ โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อ โรคอื่นๆที่ไม่สามารถจำแนกโรค โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อได้ผิวหนัง สาเหตุอื่นๆเช่นอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โรคระบบไหลเวียนโลหิตและโรคติดเชื้อและปรสิตตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพในสถานบริการของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคเหนือพบว่า ได้แก่ผู้คลอดบุตร อาการที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มโรคใดๆ โรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์

โรคติดเชื้อของลำไส้ โรคติดเชื้อเฉียบพลัน โรคอื่นของระบบทางเดินหายใจส่วนบน บาดเจ็บจากการขนส่งจากการขับจักรยานยนต์ ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข, 2539)

3. ข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชนตัวอย่าง

3.1 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

3.1.1 ชุมชนในเมือง

ตำบลช้างเผือกอยู่ห่างจากตัวเมืองเชียงใหม่ประมาณ 2 กิโลเมตร ทางด้านทิศเหนือ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบเชิงเขาดอยสุเทพ มีพื้นที่สูงบนดอยสุเทพ 1 หมู่บ้านคือ บ้านขุนช่างเคี่ยน ซึ่งเป็นหมู่บ้านชาวเขาเผ่าม้ง พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชุมชนเมือง มี 5 หมู่บ้าน ประชากร 10,359 คน เป็นหญิง 5,280 คน และชาย 5,079 คน มีสถานอนามัยบ้านเจ็ดยอด 1 แห่ง และ อสม. 51 คน

ชุมชนที่เลือกศึกษา คือ หมู่บ้านในความรับผิดชอบของเทศบาลตำบลช้างเผือก 3 แห่ง คือ บ้านขุนช่างเคี่ยน บ้านเจ็ดยอด และบ้านสนสวย ของอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ระบบการปกครองเป็นแบบสภาตำบล คือ สภาตำบลช้างเผือก โดยมีเทศมนตรีประจำตำบลดูแลหมู่บ้านทุกหมู่ในตำบล และในแต่ละหมู่บ้านจะมีกรรมการชุมชนบริหารหมู่บ้านจำนวน 7 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครหมู่บ้าน ผู้แทนกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มหนุ่มสาว และชาวบ้าน

สภาพเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยบ้านสนสวยจะมีคนฐานะปานกลางมากกว่าหมู่บ้านอื่น ประชาชนส่วนใหญ่มีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเอง ส่วนอีก 2 หมู่บ้านมีคนตกงาน คนจนที่อาศัยบัตรสงเคราะห์อยู่บ้าง แหล่งรายได้ของประชาชนมาจากการค้าขายเล็กๆน้อยๆ ค้าขายรถเข็น หาบเร่ รับจ้าง และทำการเกษตร เช่น การปลูกสตอร์เบอรี่ และผลไม้ต่างๆ รวมทั้งมีกิจการหอพัก ผู้สูงอายุจะได้รับการสงเคราะห์จากรัฐผ่านจังหวัดประมาณหมู่บ้านละ 5 คน โดยได้รับเงินเดือนละ 300 บาท บางหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนจาก สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร หมู่บ้านละ 5 คน เดือนละ 1,000 บาท

การพัฒนาชุมชนได้รับงบประมาณบางส่วนจากจังหวัดและบางส่วนได้จาก สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และการบริจาคต่างๆ การพัฒนาชุมชน โดยกลุ่มจัดตั้งในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มหนุ่มสาว กลุ่มอนุรักษ์วัฒนธรรม กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ เป็นต้น

การอยู่ร่วมกันในสังคม ประชาชนอยู่ร่วมกันด้วยความสงบเรียบร้อย อะลุ่มอล่วยกัน อาจมีทะเลาะกันบ้างระหว่างสามีภรรยา หรือเมาเหล้าตีกัน แต่ก็ไกล่เกลี่ยกันได้ และบางส่วนก็ต่างคนต่างอยู่ ในวันสำคัญ เช่น วันพ่อหรือวันแม่ก็ร่วมมือกันประมาณ 50% ทำกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน เป็นครั้งคราว โดยการพัฒนาวัด ตัดหญ้าในหมู่บ้าน สถานีอนามัย ซึ่งบางครั้งก็ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาลร่วมด้วย เป็นต้น กิจกรรมอื่นๆ ที่จะทำร่วมกันก็ได้แก่ งานผ้าป่า

ยี่เป็ง ขึ้นปีใหม่ คำหัวหมื่นปีผู้อาวุโส ออกพรรษา ตานก๋วยสลาก ปลุกต้นไม้ ชุมชนมีการกำหนดระเบียบชุมชน เช่น การงดดื่มเหล้าวันเลือกตั้ง การทิ้งขยะเป็นที่ การจับสุนัขจรจัด การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้สุนัข นอกจากนี้เมื่อมีปัญหาในชุมชนก็มีการพูดคุยประชุมกันเช่น เรื่องยาเสพติด ขยะ การสร้างอาคารโรงเรียน เมื่อได้รับงบประมาณหรือเงินสนับสนุนก็จะมีการประชุมปรึกษาร่วมกันเพื่อบริหารเงิน เช่น เงินสงเคราะห์ราษฎร ที่จังหวัดจัตสกร 20,000 บาท/หมู่บ้าน ก็ให้ชาวบ้านกู้ดอกเบี้ยต่ำ และคืนเงินคืนเพื่อใช้หมุนเวียน

สภาพแวดล้อมในหมู่บ้านอยู่ในระดับพอใช้ การคมนาคมบางหมู่บ้านก็มีถนนลาดยาง ถนนคอนกรีตเชื่อมหมู่บ้าน บางหมู่บ้านเป็นซอยแคบเฉพาะรถมอเตอร์ไซด์ที่ผ่านไปมา ทั่วๆ ที่ตั้งอยู่หลังตึกแถวบนถนนไฮเวย์ ส่วนใหญ่คนในหมู่บ้านเดินทางโดยรถมอเตอร์ไซด์ ในหมู่บ้านมีประปา ไฟฟ้า โทรศัพท์ เข้าถึง บางหมู่บ้านบางฤดูกาลจะแห้งแล้ง แต่ก็มีประปาภูเขาและเก็บเงินดูแลต้นน้ำบ้านละ 30 บาทต่อเดือน น้ำจากห้วยภูเขาใช้ซักผ้า ทำความสะอาดได้ ถ้าจะดื่มใช้สารส้มแกว่ง บางบ้านจะซื้อน้ำดื่มบรรจุขวด บางหมู่บ้านมีวัด โรงเรียนประจำ แต่บางหมู่บ้านเช่น บ้านสนสวย ใช้วัดร่วมกับหมู่บ้าน ไม่มีโรงเรียน ไม่มีศูนย์ข่าวสารหมู่บ้าน เมื่อมีข่าวสารแจ้งข่าวไว้ที่วัด บอกต่อกัน หรือเดินบอก เฉพาะที่หมู่บ้านเจ็ดยอดมีสถานีอนามัย

ปัญหาที่พบในหมู่บ้านคือ เรื่องยาเสพติด ยาบ้า ซึ่งมีค่อนข้างมาก แม้จะมีตำรวจสายตรวจมาเข้าดูแลอยู่เป็นประจำ หมู่บ้านมีความพยายามจะกำจัดปัญหาสารเสพติดแต่ก็ทำได้ลำบาก มีตำรวจบางคนร่วมขาย และบางครั้งบิดามารดาและครูพูดไม่ตรงกัน บิดามารดาบางคนปกป้องลูกมากเกินไป เด็กลูกคนมีเงินบางทีก็เป็นคนขายด้วย และบางทีคนขายก็เป็นคนต่างถิ่น

ปัญหาสิ่งแวดล้อมอื่นบ้านสนสวยไม่มีแต่บ้านช่วงเคียนมีปัญหาจากเสียงรถมอเตอร์ไซด์กลิ้งน้ำมันรถ ขยะเน่าเหม็น รังน้ำอูดตัน แม้ว่าเทศบาลตำบลจะมาเก็บขยะสม่ำเสมอและลอกรางน้ำบ่อย ส่วนเรื่องหนู ยุง แต่ละหมู่บ้านพอมีบ้าง รวมทั้งแมลงวันในฤดูร้อน ซึ่งชาวบ้านก็ร่วมกับเทศบาลตำบลแก้ไข ความปลอดภัยอื่นๆ ก็อยู่ในระดับพอใช้ ถนนในเวลากลางคืนมืดที่บ้านช่วงเคียนมีผู้ตรวจแต่ไม่มีตำรวจมาตรวจ

3.1.2 ชุมชนเทศบาล

ชุมชนที่เลือกศึกษาคือชุมชนในเขตเทศบาล 3 ชุมชนได้แก่ ชุมชนเอราวัณ ชุมชนศรีวิชัย และชุมชนสามัคคีพัฒนา

รูปแบบลักษณะการปกครองในชุมชนกำหนดโดยเทศบาล ชุมชนจัดตั้งโดยการรวมกลุ่มของบ้าน 50 หลังคาเรือนขึ้นไป แล้วเสนอต่องานสวัสดิการสังคมของเทศบาล และเมื่อเทศบาลเห็นว่าเหมาะสมก็ตั้งเป็นชุมชนขึ้น การรวมเป็นชุมชนจะทำให้ได้รับข่าวสารต่างๆจากและเมื่อต้องการความช่วยเหลือ การร้องขอโดยชุมชนจะมีน้ำหนักกว่าเป็นรายครัวเรือน เช่น การขอให้มากำจัดยุง เป็นต้น ชุมชนดูแลโดยคณะกรรมการบริหารชุมชน ประกอบด้วย ประธานชุมชน รอง

ประธาน เลขานุการ เภรัญญิก และกรรมการจำนวน 15 คน ซึ่งบางชุมชน (เอราวัณ) มีกรรมการเพียง 9 คน นอกจากเป็นกรรมการบริหารชุมชนแล้วยังต้องทำหน้าที่เป็นกรรมการฝ่ายอื่นอีกที่ช่วยกันทำงานเพื่อพัฒนาชุมชน เช่น กลุ่มพัฒนาสตรี กรรมการวัฒนธรรม กลุ่ม อสม. กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มเยาวชนเป็นต้น ในบางกิจกรรมทุกกลุ่มก็มาช่วยกัน

สภาพเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ชุมชนเอราวัณ มีประมาณ 60-75 ครัวเรือน มีผู้สูงอายุและข้าราชการบำนาญมาก มีบ้านพักส่วนตัว บางคนเป็นเจ้าของหอพัก และร้านค้า ชุมชนศรีวิชัย เป็นที่ราชพัสดุ ไม่ต้องเช่า เป็นที่บุกรุก มีประมาณ 83 หลังคาเรือน บ้านส่วนใหญ่เป็นสลัมแออัด ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพหัตถการถักเชือกต่างคนต่างทำ ชุมชนสามัคคีพัฒนาเป็นที่ลำเหมือง มีประมาณ 55 หลังคาเรือน ประมาณ 262 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างค้าขายแบบรถเงิน กลุ่มที่ยากจนพอมีบ้าง ซึ่งได้รับความช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์

ในการพัฒนาชุมชนได้รับเงินจัดสรรจากเทศบาลปีละ 8,000-10,000 บาท นอกจากนั้นก็ได้จากเครือข่ายต่างๆ ผ่านองค์กรชุมชนเมือง และศูนย์ประสานงานเมืองเชียงใหม่หรือจากองค์กรเอกชน งบ สส. งบมิยาซาวา เงินบริจาค และอื่นๆ ซึ่งจำนวนเงินไม่แน่นอนขึ้นกับลักษณะโครงการและความสำเร็จของโครงการ เงินเหล่านี้ใช้เป็นกองทุนประกอบอาชีพ กองทุนการศึกษา จัดฝึกอบรม หรือจัดทำประปา ไฟฟ้า คัดแยกขยะ โดยจะเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ตั้งแต่การเขียนโครงการ การบริหารโครงการ และการร่วมในกิจกรรมโครงการ แต่ละชุมชนจัดทำโครงการของตนเอง และแสวงหาทุนจากแหล่งต่างๆ ด้วยตนเอง ยกเว้นงบจากรัฐที่ทุกชุมชนได้รับจัดสรรเช่นเดียวกัน

การอยู่ร่วมกันในชุมชน ส่วนใหญ่อยู่กันด้วยความเรียบร้อย เมื่อต้องการความร่วมมือในการทำกิจกรรมสำคัญเช่น งานวันพ่อ วันแม่ หรือการทำความสะอาดตามเทศกาล ก็ได้รับความร่วมมือดี ไม่กำหนดเป็นกฎกติกา แต่อาศัยการพูดคุย ขอความร่วมมือ เช่นเรื่องการแยกขยะสำหรับความปลอดภัยในชุมชนช่วยกันดูแล ไม่มีตำรวจชุมชน แต่มีตำรวจจากตำบลข้างเผือกเข้ามาดูแลความเรียบร้อยเป็นประจำ

สภาพแวดล้อมในชุมชนอยู่ในระดับพอใช้ ปัญหาที่พบได้แก่ น้ำเน่าเสียซึ่งส่วนหนึ่งมาจากโรงงานทอ ขนมันปิ้ง หรือโรงเรียนปล่อยน้ำที่ใช้แล้วออกมา และจากขยะเนื่องจากการตื่นเงินของผู้นำ และลำเหมือง นอกจากนี้ก็เรื่องกลิ่นที่มาจากอู่พ่นสีรถยนต์ และยุ้ง การคมนาคมในชุมชนส่วนใหญ่เป็นซอยแคบ สำหรับแถมอเตอร์ไซด์ ผ่านเข้าออก หรือเป็นทางเดิน แต่ถนนชุมชนเป็นถนนใหญ่

การสื่อสารในชุมชน ใช้เสียงตามสาย หรือการเดินบอกข่าว ในบางชุมชนมีวัด สนามกีฬา ศาลารวมใจ ศูนย์เลี้ยงเด็ก บางชุมชนไม่มีสถานที่ดังกล่าว แต่สามารถไปใช้ในบริเวณใกล้เคียง หรือดัดแปลง เช่น เล่นฟุตบอลในบริเวณสุสาน เป็นต้น หรือมีศูนย์เลี้ยงเด็กดำเนินการโดย

เอกชน เมื่อพบปัญหาในชุมชน บางเรื่องก็พูดคุยกันแต่ไม่ได้ดำเนินการต่อ บางเรื่องก็เสนอเทศบาล หรือสาธารณสุข ซึ่งก็ได้รับการตอบสนองดี มีการแก้ไขปรับปรุงบ้าง

3.1.3 ชุมชนชนบท

ชุมชนที่เลือกศึกษาคือ บ้านหัวฝาย หมู่ 5 ตำบลออนเหนือ กิ่งอำเภอแม่ออน และบ้านปาง หมู่ 8 ตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

การปกครองหมู่บ้านทำโดย คณะกรรมการชุมชน ซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการหมู่บ้าน 6-7 คน และอาสาสมัครหมู่บ้านหมู่ละ 8-14 คน

สภาพเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง แต่บางครั้งรายได้ก็ไม่แน่นอน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำการเกษตร ในช่วงเวลาที่น้ำมันแพงทำให้ปุ๋ยมีราคาแพง ราคาพืชไร่ ตกต่ำ พ่อค้าคนกลางกดราคา ชาวบ้านขายผลิตผลการเกษตรได้ราคาไม่ค่อยดี ผลผลิตหลักของหมู่บ้านคือ ข้าว นอกจากนี้ยังมี ข้าวโพด แตงโม ลำไย และเลียงไหม สำหรับการผลิตนมช่วงโรงเรียนปิดเทอม นำนมดิบราคาจะต่ำ นอกจากการเกษตรแล้วยังมีอาชีพค้าขายสินค้าเกษตร ทอผ้า ถนอมอาหาร แต่มีปัญหาคือ ไม่มีตลาดรองรับ และบางส่วนก็ประกอบอาชีพรับจ้าง เช่น เพาะกล้าไม้ของกรมป่าไม้ เป็นงานภายในครอบครัว มีรายได้ 100-120 บาท/วัน หรือรับจ้างรพช. ทำถนน นอกจากนี้บางครั้งหมู่บ้านก็มีการเก็บเงินจากการประกอบอาชีพเข้าหมู่บ้าน เช่น จากการให้ชาวบ้านทำการประมงเลี้ยงปลาพับทิมในกระชัง ถ้ามีคนไปตกปลา ก็เก็บเงินคันเบ็ดละ 10 บาท เป็นต้น

การพัฒนาหมู่บ้าน ชาวบ้านมีการรวมกลุ่มดีและมีการจัดตั้งกลุ่มต่างๆในแต่ละหมู่บ้าน เช่น กลุ่มทอผ้า กลุ่มเย็บผ้า กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มสตรีแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มจักสาน กลุ่มเลี้ยงปลาพับทิม ปลูกปาล์มในโอกาสงานสำคัญเช่นวันแม่ ก็จะทำกิจกรรมร่วมกัน ในแต่ละหมู่บ้านมีการกำหนดกฎระเบียบ การอยู่ร่วมกันของตนเองโดยแต่ละกลุ่มต้องมีการพัฒนางาน ถ้าไม่มีงานก็ถูกปรับ เช่นกลุ่มออมทรัพย์ มีการจัดระเบียบการกู้เงินและส่งเงินคืน โดยอาศัยสัจจะ มีระเบียบการกู้เงิน เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในหมู่บ้านก็มีการประชุมกรรมการหมู่บ้าน ประชุมแกนนำและประชุมชาวบ้านเพื่อแก้ปัญหา ปัญหาที่แก้ไม่ได้ก็ปรึกษาผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น เกษตร สาธารณสุข หน่วยงานของรัฐก็เข้ามาให้การช่วยเหลือและสนับสนุนเป็นอย่างดี เช่น เวลาที่มีโรคระบาดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็เข้ามาอบรม มีการณรงค์เรื่องการฉีดวัคซีน การกำจัดลูกน้ำยุงลาย นอกจากนี้ยังมีการแนะนำเรื่องการทำบัตร สปร. บัตรสงเคราะห์ บัตรสุขภาพ เป็นต้น

การคมนาคมในหมู่บ้านและการเดินทางสะดวกดี ซึ่งมีทั้งรถยนต์ส่วนบุคคล รถมอเตอร์ไซด์ ชาวบ้านรู้กฎจราจรดีโดยเฉพาะเยาวชน อาจมีอุบัติเหตุบ้างจากการดื่มสุรา การสื่อสารในหมู่บ้านสะดวก บางหมู่บ้านมีโทรศัพท์สาธารณะและโทรศัพท์มือถือ หมู่ 5 บ้านหัวฝาย ตำบลออนเหนือ กิ่งอำเภอแม่ออน กำลังติดต่อขอโทรศัพท์สาธารณะในหมู่บ้าน บ้านบางหลังจะมี

โทรศัพท์ ส่วนผู้ใหญ่บ้านมีวิทยุสื่อสาร นอกจากนี้ในหมู่บ้านยังมีเสียงตามสาย มีศาลาประจำหมู่บ้านสำหรับไว้นัดประชุม มีที่อ่านหนังสือพิมพ์รวมทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ประจำหมู่บ้าน

3.1.4 ชุมชนหัตถกรรม

ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของอำเภอเมืองเชียงใหม่ มี 8 หมู่บ้าน มีจำนวนครอบครัวทั้งสิ้น 1,322 ครอบครัว มีประชากร 4,635 คน (ข้อมูลจากสรุปแบบสอบถาม จปฐ. ปี 2543) หมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลที่สุดจะห่างจากอำเภอเมืองเชียงใหม่ 30 กิโลเมตร มีพื้นที่รวม 4,904 ไร่ มีลักษณะเป็นพื้นที่ราบลุ่มสำหรับการทำเกษตรกรรม มีลำคลองชลประทานไหลผ่าน

การคมนาคม ติดต่อระหว่างหมู่บ้าน ภายนอกหมู่บ้านรวมทั้ง อำเภอหางดง และ อำเภอเมืองเชียงใหม่ เป็นไปด้วยความสะดวก มีถนนหลักติดต่อทั่วถึง มีรถยนต์โดยสารประจำทางติดต่อระหว่างในเมืองและหมู่บ้านทุกวัน นอกจากนี้ประชาชนในแต่ละหมู่บ้านยังมีรถยนต์หรือรถมอเตอร์ไซด์ส่วนตัวใช้เกือบทุกครัวเรือน

ลักษณะการปกครองในท้องถิ่น มีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นฝ่ายรับผิดชอบในการบริหารจัดการ โดยในแต่ละหมู่บ้านทำหน้าที่ดูแลความเป็นอยู่และความสงบเรียบร้อย มีกำนันเป็นหัวหน้า ในแต่ละหมู่บ้านจะมีคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้ใหญ่บ้านในการช่วยเหลืองานด้านต่างๆ เช่น ด้านการบริหาร และด้านรักษาความปลอดภัย เป็นต้น ในแต่ละหมู่บ้านมีการจัดตั้งกลุ่มพัฒนาต่างๆ เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพนิกิจสงเคราะห์ กลุ่มออมทรัพย์ เพื่อผลประโยชน์ของกลุ่มสมาชิกและช่วยเหลือกัน เป็นต้น

สภาพเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ประชาชนมีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง และอุตสาหกรรม ในครัวเรือนได้แก่การแกะสลักไม้ ทำให้มีลักษณะเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในเกณฑ์พอเพียง ประชาชนส่วนใหญ่มีงานทำ

แหล่งประโยชน์ในชุมชน ในตำบลขุนคองมีโรงเรียน 3 แห่ง เป็นระดับประถมศึกษา 2 แห่ง อีก 1 แห่งเป็นโรงเรียนขยายโอกาสถึงระดับมัธยมศึกษา แต่ละหมู่บ้านมีวัดประจำ มีเสียงตามสาย มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3 แห่ง สถานีอนามัย 1 แห่ง ตั้งอยู่ที่หมู่ 1 ตำบลตันแก้ว

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

3.1.5 ชุมชนอุตสาหกรรม

ชุมชนที่ศึกษา คือ หมู่บ้านบ้านแจ่ม ตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน สภาพทั่วไป หมู่บ้านนี้อยู่ห่างจากตัวเมืองจังหวัดลำพูนประมาณ 12 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากบริเวณนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือประมาณ 2 กิโลเมตร การคมนาคมสะดวกสบาย มีถนนลาดยางจากตัวเมืองและแยกทางหลวงสายลำปาง-เชียงใหม่ ชาวบ้านส่วนใหญ่เดินทางโดยรถจักรยานยนต์และรถยนต์ส่วนบุคคล แต่ดั้งเดิมจะมีเฉพาะชาวพื้นบ้านที่มีพื้นเพดั้งเดิมอยู่ในหมู่บ้านนี้เกือบทั้งหมด อาชีพที่มีชื่อเสียงของหมู่บ้านคือการทำพวกเฟอร์นิเจอร์ เช่น ตู้ เตียง โต๊ะ เก้าอี้ ที่ทำด้วยไม้ เมื่อมีการก่อตั้งนิคมอุตสาหกรรมในเขตหมู่บ้านบ้านกลางขึ้นซึ่งเป็นหมู่บ้านข้างเคียงในระยะ 15 ปีที่ผ่านมา ทำให้เริ่มมีคนหลั่งไหลจากภายนอกหมู่บ้านเข้ามา โดยประกอบได้แก่ ชาวพื้นเมืองที่อยู่รอบนอกและคนต่างจังหวัดในภาคอื่นๆ โดยเฉพาะอีสานมารับจ้างทำงานในนิคมอุตสาหกรรมและเช่าที่พักอาศัยในหมู่บ้านใกล้เคียงโรงงาน ซึ่งรวมถึงหมู่บ้านแจ่มนี้ด้วย ปัจจุบันนี้มีทั้งในลักษณะหอพัก และคอร์ตมาคมาย

สภาพแวดล้อมและสวัสดิการภายในหมู่บ้าน ก่อนข้างมีความเป็นอยู่ที่สะดวกสบายมีสาธารณูปโภคครบถ้วนทั้งไฟฟ้าและน้ำประปา ศาสนาที่นับถือ ส่วนใหญ่ได้แก่ ศาสนาพุทธ มีวัดประจำหมู่บ้านและวัดอื่นๆ อีก 2-3 วัด มีโรงเรียนประจำหมู่บ้าน 1 แห่ง ซึ่งอยู่ติดกับวัดและตลาดสด (เปิดค้าขายเฉพาะช่วงเช้า) มีหอกระจายข่าวสำหรับสื่อสารภายในหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังมีศาลาประจำหมู่บ้าน ใ้วันนัดประชุม มีที่อ่านหนังสือ รวมทั้งมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ประจำหมู่บ้าน

รูปแบบการปกครอง มีการบริหารโดยกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งมีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานในการบริหาร และจำนวนกรรมการหมู่บ้านมีทั้งหมด 6 คน แบ่งงานออกเป็น 6 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายปกครอง ฝ่ายรักษาความสงบเรียบร้อย ฝ่ายการศึกษา ฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายการคลัง และฝ่ายพัฒนาสตรี

สภาพเศรษฐกิจ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง โดยเฉพาะในโรงงานนิคมอุตสาหกรรม จึงไม่มีผลผลิตหลักของหมู่บ้าน และการกระจายรายได้ของหมู่บ้านไม่ค่อยมีความแตกต่างกันระหว่างชาวบ้านในหมู่บ้านนี้ การพัฒนาชุมชนส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากจังหวัด

การรวมกลุ่มทางสังคมของหมู่บ้านมีการจัดตั้งกลุ่มในชุมชนได้แก่ กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มจักสาน กลุ่มสตรี-แม่บ้าน และกลุ่ม อสม.

การตั้งกฎระเบียบเฉพาะของชุมชน ไม่มี เนื่องจากการเป็นอยู่ของประชากรค่อนข้างอยู่แบบสังคมเมืองที่เป็นแบบต่างคนต่างอยู่ อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปจะมีการระดมความคิดเห็น

เพื่อแก้ไขปัญหาของหมู่บ้านโดยใช้ประชาคมหมู่บ้าน ส่วนการสนับสนุนหรือการให้ความช่วยเหลือของประชาชนในหมู่บ้านนั้นไม่น้อย การคมนาคมในหมู่บ้านสะดวกดี

3.1.6 ชุมชนชาวเขา

ชุมชนที่ศึกษา คือ หมู่บ้านขุนช่างเคี่ยน ดอยปุย ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในเขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลช้างเผือก

สภาพทั่วไป หมู่บ้านมีระยะห่างจากพระตำหนักภูพิงคราชนิเวศน์ 9 กม. การคมนาคมต้องเดินทางโดยรถยนต์บนถนนลาดยางเป็นระยะทาง 4 กม. จากนั้นเป็นถนนลูกรัง ขรุขระและเส้นทางคดโค้ง มีระยะทาง 5 กม. ใช้เวลาเดินทาง 40 นาที (จากพระตำหนักภูพิงคราชนิเวศน์) ส่วนการเดินทางในฤดูฝนต้องใช้รถยนต์ขับเคลื่อนสี่ล้อ เนื่องจากถนนลื่นและ และเต็มไปด้วยโคลน ชาวบ้านสัญจรไปมาโดยการเดินเท้า หรือรถจักรยานยนต์ และมีส่วนน้อยที่ใช้รถยนต์ส่วนตัว

รูปแบบการปกครอง หมู่บ้านอยู่ในความรับผิดชอบของสภาตำบลช้างเผือก มีผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้นำ และมีผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อยู่ในวาระคราวละไม่เกิน 5 ปีและมีกรรมการหมู่บ้าน โดยได้รับการเลือกตั้งอยู่ในตำแหน่งคราวละไม่เกิน 4 ปี จำนวน 9 คน มี อสม. 10 คน

สภาพเศรษฐกิจ โดยรวมยากจน มีผลผลิตหลักในหมู่บ้าน ได้แก่ ลิ้นจี่ ข้าวโพด กาแฟ และงานหัตถกรรม ปัจจุบันราคาผลผลิตเกษตรลดลง การคมนาคมไม่สะดวก มีนักท่องเที่ยวน้อย และหน่วยงานราชการให้การช่วยเหลือไม่สม่ำเสมอ ได้รับงบประมาณจากโครงการขจัดความยากจน (กขจ.) ซึ่งจัดสรรให้ชาวบ้านทำเกษตรกรรมโดยไม่คิดดอกเบี้ย

การรวมกลุ่มทางสังคมของหมู่บ้าน ได้แก่ กลุ่มเกษตรกร กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มหนุ่มสาว กลุ่มเยาวชน กลุ่มออมทรัพย์ และกลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (ทำแนวกันไฟ และดูแลป้องกันไฟป่า) ลักษณะการรวมกลุ่มมักเป็นครั้งคราว เพื่อทำกิจกรรมพิเศษในวันสำคัญ เช่น วันแม่ เป็นต้น แต่ไม่มีการจัดรูปแบบที่ชัดเจน

หมู่บ้านมีการตั้งกฎระเบียบ โดยทุกบ้านต้องให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมพิเศษ เช่น พัฒนาหมู่บ้านวันสำคัญต่างๆ ถ้าบ้านใดไม่เข้าร่วมกิจกรรมจะต้องถูกปรับเป็นเงิน และมีกรรมการหมู่บ้านเป็นกรรมการกลางในการประชุมปรึกษา/ไกล่เกลี่ย ปัญหาในหมู่บ้าน โดยยึดมติเสียงส่วนใหญ่ของกรรมการ หมู่บ้านเป็นมติที่ประชุม การพัฒนาหมู่บ้านได้รับงบประมาณจากสภาตำบลเท่านั้น

สภาพแวดล้อมในชุมชน การคมนาคมภายในหมู่บ้าน มีถนนลูกรังที่เป็นเส้นทางหลักเชื่อมจากปากทางเข้าหมู่บ้านจนถึงโรงเรียน และมีทางแยกไปวัด/โบสถ์ ส่วนทางเชื่อมระหว่างบ้านไม่มีถนนชัดเจน เนื่องจากเป็นพื้นที่ดอยสูง จึงมีการปลูกบ้านไล่ระดับตามความลาดชันของพื้นที่ และมักเกิดปัญหาการคมนาคมภายในหมู่บ้านไม่สะดวกในฤดูฝน มีปัญหาการเลี้ยงสัตว์(สุกร)

ปล่อยให้วิ่งเล่นทั่วไป ไม่มีการเลี้ยงเป็นสัดส่วน ทำให้มีปัญหากลิ่นมูลสัตว์ และความสะอาดบริเวณพื้นดิน

สวัสดิการภายในหมู่บ้าน ในหมู่บ้านมีน้ำประปาภูเขา ไฟฟ้า ซึ่งน้ำประปาภูเขาจะได้อุปโภคบริโภคจากการเก็บเงินครั้งแรกจากชาวบ้านที่ขอใช้ประปา โดยต่อท่อประปาไปให้แต่ละบ้านใช้ทั้งบริโภค (ในบางบ้านจะมีการดื่มก่อนดื่ม) และอุปโภค ส่วนไฟฟ้าไม่มีบริการจากราชการ แต่ชาวบ้านได้ปั่นไฟใช้กันเอง โดยเก็บเงินค่าเชื้อเพลิงในการปั่นไฟ 30 บาทต่อเดือนต่อการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า 1 ชิ้น/ไฟ 1 หลอด เปิดบริการเวลา 05.00-06.00 น. และ 18.00-20.00 น.

ศาสนาที่นับถือ ได้แก่ ศาสนาพุทธ คริสต์ และการนับถือผีร่วมด้วย มีศาสนาสถาน คือ วัด/โบสถ์

โรงเรียน 1 แห่ง (โรงเรียนศรีเนรุห์) เปิดสอนในหลักสูตรภาคบังคับ (ป. 1- 6) และมีสอนอนุบาลร่วมด้วย

ภายในหมู่บ้าน มีหอกระจายข่าวสำหรับสื่อสาร 3 แห่ง โดยมีศูนย์กลางที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน ไม่ได้เปิดทุกวัน แต่มีการแจ้งเป็นครั้งคราว หรือตามวาระพิเศษต่างๆ ส่วนการกำจัดขยะมีการแจ้งจากผู้นำให้รับผิดชอบกันในแต่ละครอบครัว ส่วนใหญ่มีการกำจัดโดยการเผา ส่วนขยะหรือหนูให้แต่ละครอบครัวรับผิดชอบกันเอง และพบว่าส่วนมากไม่มีขยะ เนื่องจากมีการก่อไฟทำอาหารภายในบ้าน ทำให้เกิดควันในบ้านมากจึงเป็นการกำจัดขยะทางอ้อม ห้องน้ำห้องส้วมมีไม่ครบทุกบ้าน อาศัยใช้ร่วมกันกับครอบครัวอื่น

การพัฒนาหมู่บ้าน ยังขาดการสนับสนุนทั้งด้านนโยบายและงบประมาณ เนื่องจากเขตที่ตั้งหมู่บ้านเป็นพื้นที่ของวนอุทยานแห่งชาติดอยปู่

3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวในภาพรวมของทั้ง 6 ชุมชน

สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวในภาพรวมของทั้ง 6 ชุมชน นำเสนอแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ภาวะสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาจำแนกตาม ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
1. จำนวนประชากร	1106 (35.1)	381 (12.1)	493 (15.6)	497 (15.8)	389 (12.3)	285 (9.0)	3151
2. เพศ ชาย	510 (46.1)	165 (43.3)	231 (46.9)	242 (48.7)	193 (49.6)	136 (47.7)	1477 (46.9)
หญิง	596 (53.9)	216 (56.7)	262 (53.1)	255 (51.3)	196 (52.4)	149 (52.3)	1674 (53.1)
3. อายุ <= 15 ปี	225 (20.4)	75 (19.7)	103 (21.0)	229 (46.1)	78 (20.5)	47 (16.5)	757 (24.1)
16 – 30 ปี	296 (26.8)	87 (22.9)	98 (20.0)	147 (29.6)	97 (25.5)	102 (35.9)	827 (26.4)
31 – 45 ปี	282 (25.5)	105 (27.6)	120 (24.4)	82 (16.5)	116 (30.5)	72 (25.4)	777 (24.8)
46 – 60 ปี	170 (15.4)	62 (16.3)	96 (19.6)	23 (4.6)	49 (12.9)	32 (11.3)	432 (13.8)
มากกว่า 60 ปี	132 (11.9)	51 (13.4)	74 (15.1)	16 (3.2)	40 (10.5)	31 (10.9)	344 (11.0)
ไม่ระบุ	1	1	2	-	9	1	14
ค่าเฉลี่ย	34.08	35.18	36.47	20.90	33.50	32.91	32.32
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	19.86	20.19	21.23	16.64	19.56	18.34	20.12

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาจำแนกตาม ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
4. ความสัมพันธ์กับครอบครัว							
หัวหน้าครอบครัว	258 (23.3)	110 (28.9)	112 (22.7)	63 (12.7)	100 (25.7)	78 (27.4)	721 (23.1)
พ่อบ้าน	21 (1.9)	5 (1.3)	8 (1.6)	4 (.8)	2 (.5)	3 (1.1)	43 (1.4)
แม่บ้าน	189 (17.1)	61 (16.0)	88 (17.8)	60 (12.1)	79 (20.3)	46 (16.1)	523 (16.7)
บุตร	335 (30.3)	125 (32.8)	152 (30.8)	268 (53.9)	138 (35.5)	79 (27.7)	1097 (35.1)
หลาน	144 (13.0)	35 (9.2)	74 (15.0)	54 (10.9)	29 (7.5)	26 (9.1)	362 (11.6)
เขย/สะใภ้	42 (3.8)	5 (1.3)	21 (4.3)	29 (5.8)	24 (6.2)	16 (5.6)	137 (4.4)
ญาติ	83 (7.5)	37 (9.7)	17 (3.5)	4 (.8)	11 (2.8)	2 (.7)	154 (4.9)
เพื่อน	19 (1.7)	-	6 (1.2)	-	-	22 (7.7)	47 (1.5)
ผู้อาศัย	15(1.4)	3 (.8)	15 (3.1)	15 (3.0)	6 (1.5)	13 (1.6)	67 (2.1)
		-					
5. ศาสนา							
พุทธ	1064 (96.2)	377 (99.0)	490 (99.4)	325 (65.4)	376 (96.7)	285 (100.0)	2915 (92.5)
คริสต์	29 (2.6)	4 (1.0)	-	135 (27.2)	10 (2.6)	-	178 (5.6)
อิสลาม	10 (.9)	-	1 (.2)	-	1 (.3)	-	12 (.4)
อื่น ๆ (นับถือผี)	3 (.3)	-	2 (.4)	37 (7.4)	2 (.5)	-	46 (1.5)
ไม่ระบุ		-			-		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาจำแนกตาม ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
6. การศึกษา							
ไม่ได้เรียน	42 (3.8)	7 (1.8)	14 (2.8)	176 (35.4)	25 (6.4)	16 (5.6)	280 (8.9)
ก่อนวัยเรียน	127(11.5)	36 (9.4)	60 (12.2)	7 (1.4)	30 (7.7)	8 (2.8)	268 (8.5)
อนุบาล-ประถม	393 (35.5)	175 (45.9)	294 (59.6)	205 (41.2)	212 (54.5)	145 (50.9)	1424 (45.2)
มัธยมต้น	161 (14.6)	69 (18.1)	53 (10.8)	59 (11.9)	50 (12.9)	33 (11.6)	425 (13.5)
มัธยมปลาย	160 (14.5)	42 (11.0)	44 (8.9)	36 (7.2)	38 (9.8)	58 (20.4)	378 (12.0)
อนุปริญญา	75 (6.8)	21 (5.5)	17 (3.4)	8 (1.6)	15 (3.9)	9 (3.2)	145 (4.6)
ปริญญาตรี และ สูงกว่าปริญญาตรี	148 (13.4)	31 (8.1)	11 (2.2)	6 (1.2)	19 (4.9)	16 (5.6)	231 (7.3)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาจำแนกตาม ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
7. อาชีพ							
นักศึกษา นักเรียน	286 (25.9)	99 (26.0)	122 (24.7)	195 (39.2)	68 (17.5)	35 (12.3)	808 (25.6)
ก่อนวัยเรียน	-	-	-	59 (11.9)	17 (4.4)	6 (2.1)	82 (2.6)
แม่บ้าน	51 (4.6)	15 (3.9)	20 (4.1)	15 (3.0)	7 (1.8)	3 (1.1)	111 (3.5)
คนชรา	98 (8.9)	22 (5.8)	37 (7.5)	5 (1.0)	19 (4.9)	20 (7.0)	201 (6.4)
รับราชการ	107 (9.7)	15 (3.9)	13 (2.6)	1 (.2)	9 (2.3)	7 (2.5)	152 (4.8)
ค้าขาย	164 (14.8)	86 (22.6)	26 (5.3)	2 (.4)	82 (21.1)	34 (11.9)	394 (12.5)
เกษตรกรรม	5 (.5)	-	104 (21.1)	179 (36.0)	15 (3.9)	3 (1.1)	306 (9.7)
ประมง	-	-	7 (1.4)	-	-	-	7 (0.2)
พนักงาน/ลูกจ้าง	33 (3.0)	13 (3.4)	24 (4.9)	15 (3.0)	5 (1.3)	82 (28.8)	172 (5.5)
รับจ้าง	292 (26.4)	96 (25.2)	122 (24.7)	10 (2.0)	134 (34.4)	57 (20.0)	711 (22.6)
ว่างงาน	70 (6.3)	35 (9.2)	18 (3.7)	16 (3.2)	33 (8.5)	35 (12.3)	207 (6.6)
8. รายได้เฉลี่ย/คน/ปี (บาท)	50,988	30,019	22,643	7,055	34,122	35,098	20,827

ตาราง ที่ 1 พบว่า ครอบครัวที่ศึกษาทั้งหมด 790 ครอบครัวมี จำนวนสมาชิกรวม 3,151 คน โดยส่วนมากอาศัยในชุมชนในเมือง (n = 1,106, 35.1%) รองลงมาอาศัยในชุมชนชาวเขา (n = 497, 15.8%) ชุมชนชนบท (n = 493, 15.6%) ชุมชนหัตถกรรม (n = 389, 12.3%) และชุมชนอุตสาหกรรม (n = 285, 9.0%) สมาชิกส่วนใหญ่ของครอบครัวเป็นหญิง (53.1%) และในทุกชุมชน เพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน อายุของสมาชิกในครอบครัวมีทุกวัย อายุเฉลี่ย 32.32 ปี สมาชิกใน 3 ชุมชน คือชุมชนเทศบาล ชุมชนชนบท และชุมชนหัตถกรรม สมาชิกส่วนมากอายุระหว่าง 31-45 ปี สำหรับชุมชนในเมือง และชุมชนอุตสาหกรรม สมาชิกส่วนมากอายุ 16-30 ปี และรองลงมาคือ 31-45 ปี ส่วนชุมชนชาวเขาเกือบครึ่งหนึ่ง (46.1%) เป็นเด็กอายุ 15 ปี หรือน้อยกว่า รองลงมาคือ 16-30 ปี

ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นลักษณะเครือญาติ ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร และอาจมีหลานเขย สะใภ้ ญาติ อาศัยอยู่ด้วย สมาชิกในครอบครัวของทุกชุมชนยกเว้นชุมชนชาวเขา มากกว่า 96.5% นับถือศาสนาพุทธ สำหรับชุมชนชาวนับถือศาสนาพุทธ 65.4%

ทั้ง 6 ชุมชน สมาชิกเกือบครึ่งหนึ่งคือ 45.2% มีการศึกษาระดับอนุบาลและประถมศึกษา รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (25.5%) และปริญญาตรีหรือสูงกว่า (7.3%) สำหรับการประกอบอาชีพสมาชิกของครอบครัวส่วนมาก จำนวน 808 คนยังเป็นนักเรียน นักศึกษา (26.4%) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง (22.6%) ค้าขาย (12.5%) เกษตรกรรม (9.7%) และเป็นผู้สูงอายุ (6.4%) โดยมีรายได้เฉลี่ย 20,827 บาทต่อคนต่อปี

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาจำแนกตามภาวะสุขภาพ และวิธีจ่ายค่ารักษาของสมาชิกในชุมชน

ลักษณะทั่วไป	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
1. ภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว)							
ไม่มีโรคประจำตัว	858 (77.6)	314 (82.4)	371 (75.3)	477 (96.0)	311 (79.9)	268 (94.0)	2599 (82.5)
เบาหวาน	25 (2.3)	9 (2.4)	9 (1.8)	-	9 (2.3)	-	51 (1.6)
ความดันโลหิตสูง	48 (4.3)	19 (5.0)	15 (3.0)	-	8 (2.1)	3 (1.1)	94 (3.0)
โรคหัวใจ	6 (.5)	3 (.8)	4 (.8)	1 (.2)	2 (.5)	2 (.7)	18 (.6)
ไขมันในเลือดสูง	4 (.4)	-	1 (.2)	-	-	-	5 (.2)
หอบหืด	27 (2.4)	5 (1.3)	9 (1.8)	3 (.6)	9 (2.3)	-	53 (1.7)
โรคกระเพาะอาหาร	25 (2.3)	8 (2.1)	22 (4.5)	4 (.8)	15 (3.9)	3 (1.1)	77 (2.4)
โรคข้อ กระดูก	32 (2.9)	13 (3.4)	31 (6.3)	3 (.6)	10 (2.6)	5 (1.8)	94 (3.0)
อื่น ๆ	81 (7.3)	10 (2.6)	31 (6.3)	9 (1.8)	25 (6.4)	4 (1.4)	160 (5.1)
		-	-	-	-	-	

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาจำแนกตามภาวะสุขภาพ และวิธีจ่ายค่ารักษาของสมาชิกในชุมชน (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
2. ภาวะสุขภาพ (ขณะไปเก็บข้อมูล)							
แข็งแรง	1025 (92.7)	366 (96.1)	436 (88.4)	492 (99.0)	381 (97.9)	270 (94.7)	2970 (94.3)
เป็นไข้	50 (4.5)	6 (1.6)	16 (3.2)	3 (.6)	-	15 (5.3)	90 (2.9)
ปวดศีรษะ	11 (1.0)	4 (1.0)	27 (5.5)	-	4 (1.0)	-	46 (1.5)
มีบาดแผล	7 (.6)	1 (.3)	1 (.2)	1 (.2)	-	-	10 (.3)
ท้องเดิน	3 (.3)	-	1 (.2)	-	-	-	4 (.1)
อ่อนเพลีย	10 (.9)	4 (1.0)	12 (2.4)	1 (.2)	4 (1.0)	-	31 (1.0)
						-	
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ							
ดี	471 (42.6)	274 (71.9)	224 (45.4)	21 (4.2)	29 (7.5)	12 (4.2)	1031 (32.7)
ปานกลาง	212 (19.2)	19 (5.0)	117 (23.7)	27 (5.4)	56 (14.4)	-	431 (13.7)
น้อย	385 (34.8)	6 (1.6)	46 (9.3)	28 (5.6)	72 (18.5)	2 (.7)	539 (17.1)
ไม่สนใจภาวะสุขภาพ	38 (3.4)	82 (21.5)	106 (21.5)	421 (84.7)	232 (59.6)	271 (95.1)	1150 (36.5)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาจำแนกตามภาวะสุขภาพ และวิธีจ่ายค่ารักษาของสมาชิกในชุมชน (ต่อ)

วิธีจ่ายค่ารักษา	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
4. วิธีจ่ายค่ารักษา							
ไม่มีการจ่าย	536 (48.5)	156 (40.9)	203 (41.2)	55 (11.1)	217 (55.8)	60 (21.1)	1227 (38.9)
เบิกจากต้นสังกัด	227 (20.5)	16 (4.2)	37 (7.5)	1 (.2)	32 (8.2)	13 (4.6)	326 (10.3)
ซื้อบัตรสุขภาพ	100 (9.0)	44 (11.5)	120 (24.3)	159 (32.0)	57 (14.7)	86 (30.2)	566 (18.0)
ประกันสังคม	105 (9.5)	27 (7.1)	20 (4.1)	1 (.2)	15 (3.9)	84 (29.5)	252 (8.0)
ประกันเอกชน	32 (2.9)	10 (2.6)	6 (1.2)	-	3 (.8)	10 (3.5)	61 (1.9)
สปร.	17 (1.5)	68 (17.8)	37 (7.5)	262 (52.7)	12 (3.1)	4 (1.4)	400 (12.7)
บัตรสงเคราะห์อื่น	89 (8.0)	60 (15.7)	70 (14.2)	19 (3.8)	53 (13.6)	28 (9.8)	319 (10.1)
		-					

ตารางที่ 2 พบว่าโดยทั่วไปผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ 2,599 คน (82.5%) มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับโรคประจำตัว ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบ เช่น โรคกระดูกและข้อ (3%) โรคความดันโลหิตสูง (3%) โรคกระเพาะอาหาร (2.4%) โรคหอบ หืด (1.7%) โรคเบาหวาน (1.6%) โรคหัวใจ และไขมันในเลือดสูง เป็นต้นทั้งนี้ครอบคลุมในชุมชนเทศบาล หัตถกรรม อุตสาหกรรม และชาวเขา ไม่พบว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ครอบคลุมชุมชนชนบทไม่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ส่วนครอบคลุมในชุมชนอุตสาหกรรมไม่พบว่าเป็นเบาหวานและโรคหัวใจ ในขณะที่เก็บข้อมูลสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ จำนวน 2,970 คน (94.3%) มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว มีบ้างบางคนที่ป่วยไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย มีบาดแผล หรือมีอาการท้องเดิน

สำหรับการรับรู้ภาวะสุขภาพ สมาชิกส่วนมาก (1,150 คน หรือ 36.5%) ไม่สนใจภาวะสุขภาพของตนเอง สมาชิกครอบครัว 1,031 คน หรือ 32.7% รับรู้ว่าตนมีภาวะสุขภาพดี 539 คน (17.1%) รับรู้ว่าตนมีภาวะสุขภาพในระดับน้อย 539 คน (17.1%) และ 431 คน (13.7%) รับรู้ว่าตนมีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่ในชุมชนอุตสาหกรรม ชาวเขา และหัตถกรรม ไม่สนใจภาวะสุขภาพตนเองคิดเป็นร้อยละ 95.1, 84.7 และ 59.6 ตามลำดับ ในขณะที่สมาชิกส่วนใหญ่ในชุมชนเทศบาลรับรู้ว่าตนมีสุขภาพดี (71.9%) และสมาชิกส่วนมากในชุมชนในเมือง และชนบทรับรู้ว่าตนมีสุขภาพดี

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย หรือต้องการการดูแลสุขภาพ ประมาณครึ่งหนึ่งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หรือมีบัตร สปร. (1,627 คน หรือ 51.6%) โดยเฉพาะชุมชนชาวเขา หัตถกรรม แอ้อัด และในเมือง ตามลำดับ นอกนั้นมีค่าใช้จ่ายในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การซื้อบัตรสุขภาพ (18.0%) เบิกต้นสังกัด (10.3%) บัตรสงเคราะห์อื่น (10.1%) ประกันสังคม (8.2%) และมีประกันบริษัทเอกชน (1.9%)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในชุมชน

พฤติกรรมสุขภาพ	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
1.พฤติกรรมสุขภาพ (การรับประทานอาหาร)							
การรับประทานอาหารหวาน	246 (22.3)	57 (15.0)	204 (42.3)	41 (8.2)	76 (20.1)	186 (66.4)	810 (25.9)
การรับประทานอาหารเค็ม	206 (18.7)	40 (10.5)	165 (34.1)	63 (12.7)	69 (18.1)	159 (56.8)	702 (22.4)
การรับประทานอาหารไขมัน	230 (20.8)	46 (12.1)	170 (35.1)	42 (8.5)	63 (16.6)	111 (39.6)	662 (21.2)
2. พฤติกรรมสุขภาพ (ใช้ สารเสพติด)							
สูบบุหรี่	210 (19.1)	46 (12.1)	94 (19.1)	23 (4.6)	56 (14.6)	51 (18.3)	480 (15.3)
ดื่มสุรา	270 (24.5)	23 (6.0)	137 (27.9)	21 (4.2)	100 (26.0)	82 (29.5)	633 (20.2)
อื่นๆ	13 (1.3)	14 (3.8)	44 (11.1)	3 (.6)	5 (1.4)	3 (1.1)	82 (2.8)
3. พฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย)							
ไม่ออกกำลังกาย	390 (35.3)	188 (49.3)	93 (18.9)	105 (21.1)	124 (31.9)	147 (51.6)	1047 (33.2)
ออกกำลังกาย Anaerobic	474 (42.9)	95 (24.9)	314 (63.7)	355 (71.4)	190 (48.8)	136 (47.7)	1564 (49.6)
ออกกำลังกาย Aerobic	242 (21.9)	98 (25.7)	86 (17.4)	37 (7.4)	75 (19.3)	2 (.7)	540 (17.1)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในชุมชน (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
4. การป้องกันอันตราย (รถยนต์)							
ใช้	472 (42.7)	127 (33.3)	93 (18.9)	58 (11.7)	168 (43.2)	82 (28.8)	1000 (31.7)
ไม่ใส่เข็มขัด	122 (25.8)	41 (32.3)	25 (26.9)	14 (24.1)	51 (30.4)	9 (11.0)	262 (26.2)
ใส่เข็มขัด	350 (74.2)	86 (67.7)	68 (73.1)	44 (75.9)	117 (69.6)	73 (89.0)	738 (73.8)
ไม่ใช้รถยนต์	634 (57.3)	254 (66.7)	400 (81.1)	439 (88.3)	221 (56.8)	203 (71.2)	2151 (68.3)
5. การป้องกันอันตราย (รถจักรยานยนต์)							
ใช้	711 (64.3)	278 (73.0)	299 (60.6)	97 (19.5)	292 (75.1)	167 (58.6)	1844 (58.5)
ไม่ใส่หมวก	162 (22.8)	46 (16.5)	77 (25.8)	20 (20.6)	106 (36.3)	47 (28.1)	458 (24.8)
ใส่หมวก	549 (77.2)	232 (83.5)	222 (74.2)	77 (79.4)	186 (63.7)	120 (71.9)	1386 (75.2)
ไม่ใช้รถจักรยานยนต์	395 (35.7)	103 (27.0)	194 (39.4)	400 (80.5)	97 (24.9)	118 (41.4)	1307 (41.5)

ตารางที่ 3 พบว่าชุมชนเกือบทุกแห่งยกเว้นชุมชนชาวเขา สมาชิกส่วนมากรับประทานอาหารหวาน (25.9%) รองลงมาคือ อาหารเค็ม และอาหารไขมัน ส่วนชุมชนชาวเขารับประทานอาหารเค็มมากกว่าอาหารหวานและอาหารไขมัน

ในเรื่องการใช้สารเสพติด ชุมชนชาวเขา มีการเสพยาเสพติดน้อยที่สุด และในชุมชน 4 แห่ง ยกเว้นชุมชนชาวเขา และชุมชนเทศบาล มีการดื่มสุรามากกว่าสูบบุหรี่

สมาชิกประมาณ 1,564 คน (49.6%) ออกกำลังกายแบบ anaerobic รองลงมาคือ ไม่ออกกำลังกาย และออกกำลังกายแบบ aerobic แต่ชุมชนเทศบาลเกือบครึ่งหนึ่ง (49.3%) ไม่ออกกำลังกาย และ 51.6% ของชุมชนอุตสาหกรรมไม่ออกกำลังกาย

สมาชิกส่วนใหญ่ของครอบครัว (68.3%) ไม่มีรถยนต์ใช้ สำหรับคนที่ใช้รถยนต์ส่วนใหญ่ 738 คน (73.8%) ใช้เข็มขัดรัดตัวเพื่อความปลอดภัยขณะขับรถ โดยเฉพาะในชุมชนอุตสาหกรรม (89%) และ 58.5% ของผู้ให้ข้อมูลหรือ 1,844 คน ใช้รถจักรยานยนต์ และผู้ใช้รถจักรยานยนต์ส่วนใหญ่มากกว่า 63.7% ในทุกชุมชนใส่หมวกกันน็อก

3. 3. ข้อมูลความต้องการทางสุขภาพของประชาชน

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ประชาชน แบ่งเป็น 4 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล สภาพสิ่งแวดล้อม ความต้องการบริการสุขภาพ และความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป นำเสนอในตารางที่ 4-5 ดังนี้

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	295 (37.4)	111 (14.0)	122 (15.4)	62 (7.8)	100 (12.7)	100 (12.7)	790
1. เพศ ชาย	99 (33.6)	30 (27.0)	35 (28.7)	26 (41.9)	32 (35.0)	32 (35.0)	263 (33.3)
หญิง	196 (66.4)	81 (73.0)	87 (71.3)	36 (58.1)	65 (65.0)	65 (65.0)	527 (66.7)
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-	-
2. อายุ <= 15 ปี	3 (1.0)	3 (2.7)	4 (3.3)	5 (8.2)	1 (1.0)	-	16 (2.0)
16 – 30 ปี	59 (20.1)	16 (14.4)	18 (15.0)	26 (42.6)	22 (22.0)	37 (37.0)	178 (22.6)
31 – 45 ปี	104 (35.4)	35 (31.5)	46 (38.3)	22 (36.1)	49 (49.0)	26 (26.0)	282 (35.9)
46 – 60 ปี	78 (26.5)	32 (28.8)	36 (30.0)	3 (4.9)	22 (22.0)	17 (17.0)	188 (23.9)
มากกว่า 60 ปี	50 (17.0)	25 (22.5)	16 (13.3)	5 (8.2)	6 (6.0)	20 (20.0)	122 (15.5)
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-	-
ค่าเฉลี่ย	44.01	46.44	43.07	32.69	40.13	40.91	42.44
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	15.54	16.53	15.63	15.24	12.68	17.43	15.92

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
3. บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)							
ดูแลสุขภาพของสมาชิก	226 (76.6)	76 (68.5)	111 (91.0)	43 (69.4)	76 (76.0)	64 (64.0)	596 (75.4)
ตัดสินใจการรับบริการ	162 (54.9)	64 (57.7)	83 (68.0)	23 (37.1)	54 (54.0)	46 (46.0)	432 (54.7)
เป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล	107 (36.3)	50 (45.0)	79 (64.8)	11 (17.7)	59 (59.0)	10 (10.0)	316 (40.0)
อื่นๆ	6 (2.0)	11 (9.9)	3 (2.5)	10 (16.1)	8 (8.0)	14 (14.0)	14 (1.8)
4. ความสัมพันธ์กับครอบครัว							
หัวหน้าครอบครัว	104 (35.3)	47 (42.3)	27 (22.1)	16 (25.8)	32 (32.0)	45 (45.0)	271 (34.3)
สามี / ภรรยา	102 (34.6)	35 (31.5)	50 (41.0)	24 (38.7)	40 (40.0)	19 (19.0)	270 (34.2)
บุตร	40 (13.6)	12 (10.8)	39 (32.0)	17 (27.4)	18 (18.0)	13 (13.0)	139 (17.6)
ปู่ย่าตายาย	14 (4.7)	4 (3.6)	2 (1.6)	1 (1.6)	1 (1.0)	-	22 (2.8)
ญาติ	22 (7.5)	10 (9.0)	2 (1.6)	-	2 (2.0)	8 (8.0)	44 (5.6)
เพื่อน	10 (3.4)	3 (2.7)	2 (1.6)	4 (6.5)	7 (7.0)	3 (3.0)	29 (3.7)
ผู้อาศัย	3 (1.0)	-	-	-	-	12 (12.0)	15 (1.8)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
5. อาชีพ รับราชการ	35 (12.0)	6 (5.4)	4 (3.4)	-	5 (5.0)	4 (4.1)	54 (6.9)
ค้าขาย	70 (24.1)	31 (27.9)	6 (5.1)	-	27 (27.0)	13 (13.4)	147 (18.9)
เกษตรกรรม	-	-	35 (29.7)	52 (83.9)	5 (5.0)	4 (4.1)	96 (12.3)
ประมง	-	-	-	-	1 (1.0)	-	1 (.1)
พนักงานโรงงาน	2 (.7)	1 (.9)	4 (3.4)	-	1 (1.0)	35 (36.1)	43 (5.5)
รับจ้างทั่วไป	92 (31.6)	40 (36.0)	42 (35.6)	2 (3.2)	47 (47.0)	20 (20.6)	243 (31.2)
เรียน	26 (8.9)	9 (8.1)	17 (14.4)	8 (12.9)	6 (6.0)	21 (21.6)	87 (11.2)
แม่บ้าน	35 (12.0)	9 (8.1)	6 (5.1)	-	3 (3.0)	-	53 (6.8)
คนชรา	28 (9.6)	9 (8.1)	3 (2.5)	-	2 (2.0)	-	42 (5.4)
ว่างงาน	3 (1.0)	6 (5.4)	1 (.8)	-	3 (3.0)	-	13 (1.7)
ไม่ระบุ	4	-	4	-	-	3	11

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
6. การศึกษา							
ไม่ได้รับการศึกษา	20 (6.8)	7 (6.3)	5 (4.1)	-	4 (4.0)	-	36 (4.6)
ประถม	134 (45.6)	65 (58.6)	88 (72.7)	19 (30.6)	67 (67.0)	49 (50.5)	422 (53.8)
มัธยมต้น	29 (9.9)	15 (13.5)	11 (9.1)	11 (17.7)	10 (10.0)	13 (13.4)	89 (11.3)
มัธยมปลาย	31 (10.5)	13 (11.7)	8 (6.6)	4 (6.5)	9 (9.0)	20 (20.6)	85 (10.8)
อนุปริญญา	28 (9.5)	1 (.9)	4 (3.3)	-	2 (2.0)	5 (5.2)	40 (5.1)
ปริญญาตรี	42 (14.3)	6 (5.4)	3 (2.5)	-	8 (8.0)	3 (3.1)	62 (7.9)
อื่นๆ	10 (3.4)	4 (3.6)	2 (1.7)	28 (45.2)	-	7 (7.2)	51 (6.5)
ไม่ระบุ	1	-	1	-	-	3	5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
7. อาศัยอยู่ในชุมชนนี้นานเท่าไร							
<= 5 ปี	75 (25.6)	15 (13.6)	3 (2.5)	4 (6.5)	9 (9.2)	36 (36.0)	142 (18.1)
6 – 10	40 (13.7)	15 (13.6)	8 (6.6)	2 (3.2)	14 (14.3)	6 (6.0)	85 (10.8)
11 – 15	29 (9.9)	20 (18.2)	7 (5.7)	10 (16.1)	8 (8.2)	2 (2.0)	76 (9.7)
16 – 20	36 (12.3)	12 (10.9)	13 (10.7)	9 (14.5)	7 (7.1)	1 (1.0)	78 (9.9)
21 – 25	22 (7.5)	10 (9.1)	12 (9.8)	8 (12.9)	5 (5.1)	2 (2.0)	59 (7.5)
26 – 30	24 (8.2)	16 (14.5)	14 (11.5)	11 (17.7)	10 (10.2)	1 (1.0)	76 (9.7)
31 – 35	15 (5.1)	5 (4.5)	12 (9.8)	6 (9.7)	7 (7.1)	3 (3.0)	48 (6.1)
36 – 40	22 (7.5)	8 (7.3)	13 (10.7)	10 (16.1)	8 (8.2)	9 (9.0)	70 (8.9)
มากกว่า 40 ปี	30 (10.2)	9 (8.2)	40 (32.8)	2 (3.2)	30 (30.6)	40 (40.0)	151 (19.2)
ไม่ระบุ	2	1	-	-	2	-	5
ค่าเฉลี่ย	19.34	19.59	33.72	24.37	28.98	29.84	24.54
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	16.21	13.12	17.00	11.95	18.22	26.60	18.45

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
8. ตั้งใจจะย้ายออกจากชุมชนหรือไม่							
ไม่ย้าย	206 (69.8)	80 (72.1)	114 (93.4)	60 (96.8)	90 (90.0)	72 (72.0)	622 (78.7)
ย้าย	35 (11.9)	12 (10.8)	1 (.8)	-	2 (2.0)	-	50 (6.3)
ภายใน 1 ปี	6 (17.1)	-	-	-	1 (50.0)	-	
ภายใน 2 ปี	2 (5.7)	3 (25.0)	-	-	-	-	
เกิน 2 ปี	4 (11.4)	1 (8.3)	-	-	-	-	
ไม่ระบุเวลา	23 (65.7)	8 (66.7)	1 (100.0)	-	1 (50.0)	-	
ไม่แน่ใจ	54 (18.3)	19 (17.1)	7 (5.7)	2 (3.2)	8 (8.0)	28 (28.0)	118 (14.9)
9. จำนวนสมาชิกในบ้าน							
1 - 3	133 (46.8)	69 (62.7)	42 (36.8)	4 (6.6)	42 (42.0)	48 (52.7)	338 (44.5)
4 - 6	133 (46.8)	36 (32.7)	66 (57.9)	16 (26.7)	55 (55.0)	36 (39.6)	342 (45.1)
7 - 9	17 (6.0)	4 (3.6)	6 (5.3)	15 (25.0)	3 (3.0)	6 (6.6)	51 (6.7)
10 คนขึ้นไป	1 (.4)	1 (.9)	-	25 (41.7)	-	1 (1.1)	28 (3.7)
ไม่ระบุ	11	1	8	2	-	9	31
ค่าเฉลี่ย	3.75	3.35	3.98	8.77	3.88	3.64	4.13
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.60	1.72	1.43	4.06	1.23	2.06	2.36

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	ในเมือง	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
10. สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว							
ดี	267 (91.4)	95 (86.4)	106 (87.6)	51 (82.3)	89 (89.0)	81 (81.0)	689 (87.8)
ปานกลาง	24 (8.2)	14 (12.7)	15 (12.4)	11 (17.7)	11 (11.0)	18 (18.0)	93 (11.8)
ไม่ดี	1 (.3)	1 (.9)	-	-	-	1 (1.0)	3 (.4)
ไม่ระบุ	3	1	1	-	-	-	5

ตารางที่ 4 ในการสำรวจความต้องการทางสุขภาพของประชาชนได้มีการสัมภาษณ์ประชาชนใน 6 ชุมชนรวม 790 คน โดยเป็นเพศหญิง 527 คน (66.7%) และเพศชาย 263 คน (33.3%) ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากอายุ 31-45 ปี (35.9%) รองลงมาคืออายุ 46-60 ปี (23.9%) และ 16-30 ปี (22.6%) ตามลำดับ โดยมีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว 271 คน (34.8%) รองลงมาเป็นสามีหรือภรรยา 270 คน (34.7%) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิก 596 คน (75.4%) เป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการเข้ารับบริการสุขภาพ 432 คน (54.7%) และเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล 316 คน (40.0%)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมีการศึกษา ระดับประถมศึกษา 422 คน (53.8%) รองลงมาคือศึกษาระดับมัธยมศึกษา 174 คน (22.1%) ส่วนมาก 243 คน (31.2%) ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาค้าขาย (18.9%) เกษตรกรรม (12.3%) และกำลังเรียนหนังสือ (11.2%) โดยอยู่อาศัยในชุมชนนานกว่า 40 ปี มากที่สุด จำนวน 151 คน (19.2%) รองลงมาคือ น้อยกว่า 5 ปี 142 คน (18.1%) และส่วนใหญ่ 622 คน (78.7%) ไม่มีความตั้งใจจะย้ายออกจากชุมชน ครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมีสมาชิกในบ้าน 4-6 คน (45.1%) รองลงมา 1-3 คน (44.5%) 7-9 คน และมากกว่า สำหรับชุมชนเทศบาลและอุตสาหกรรม ส่วนมากมีสมาชิก 1-3 คนในบ้าน ซึ่งโดยรวมส่วนใหญ่สัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดี จำนวน 689 คน (87.8%)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สภาพสิ่งแวดล้อม

สภาพสิ่งแวดล้อม	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	เจ็ดยอด	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
1. ลักษณะที่อยู่อาศัย							
1.1 ประเภท บ้านเดี่ยว	262 (89.1)	97 (87.4)	122 (100.0)	62 (100.0)	99 (99.0)	63 (63.6)	705 (89.5)
ห้องแถว	20 (6.8)	13 (11.7)	-	-	-	36 (36.4)	69 (8.8)
ทาวเฮาส์	10 (3.4)	-	-	-	1 (1.0)	-	11 (1.4)
คอนโด	2 (.7)	1 (.9)	-	-	-	-	3 (.4)
ไม่ระบุ	1	-	-	-	-	1	2
1.2 การก่อสร้าง ไม้	110 (37.4)	67 (60.4)	60 (49.2)	62 (100.0)	14 (14.0)	28 (28.9)	341 (43.4)
ตึก	161 (54.8)	28 (25.2)	22 (18.0)	-	22 (22.0)	55 (56.7)	288 (36.6)
ไม้ + ตึก	23 (7.8)	16 (14.4)	40 (32.8)	-	64 (64.0)	14 (14.4)	157 (20.0)
ไม่ระบุ	1	-	-	-	-	3	4
1.3 ขนาด ชั้นเดียว	179 (60.9)	71 (64.0)	55 (45.1)	62 (100.0)	42 (42.0)	70 (71.4)	479 (60.9)
สองชั้น	106 (36.1)	36 (32.4)	67 (54.9)	-	57 (57.0)	27 (27.6)	293 (37.2)
มากกว่า 2 ชั้น	9 (3.1)	4 (3.6)	-	-	1 (1.0)	1 (1.0)	15 (1.9)
ไม่ระบุ	1	-	-	-	-	2	3

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สภาพสิ่งแวดล้อม(ต่อ)

สภาพสิ่งแวดล้อม		ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
		เจ็ดยอด	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
1.4 การเป็นเจ้าของ	ของตนเอง	223 (76.1)	99 (89.2)	116 (95.9)	59 (95.2)	94 (94.0)	61 (61.6)	652 (83.0)
	เช่า	55 (18.8)	7 (6.3)	-	-	2 (2.0)	36 (36.4)	100 (12.7)
	อาศัยเขาอยู่	15 (5.1)	5 (4.5)	5 (4.1)	3 (4.8)	4 (4.0)	2 (2.0)	34 (4.3)
	ไม่ระบุ	2	-	1	-	-	1	4
1.5 อาศัยอยู่อย่าง	ถาวร	245 (83.6)	104 (93.7)	122 (100.0)	62 (100.0)	95 (95.0)	68 (69.4)	696 (88.5)
	ชั่วคราว	48 (16.4)	7 (6.3)	-	-	5 (5.0)	30 (30.6)	90 (11.5)
	ไม่ระบุ	2	-	-	-	-	2	4

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สภาพสิ่งแวดล้อม(ต่อ)

สภาพสิ่งแวดล้อม	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	เจ็ดยอด	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
2. สภาพที่อยู่อาศัย							
2.1 ความสะอาดของสิ่งแวดล้อม							
ไม่มี	53 (18.2)	34 (31.8)	8 (6.6)	-	-	-	95 (12.2)
น้อย	-	-	-	30 (49.2)	7 (7.0)	2 (2.0)	39 (5.0)
ปานกลาง	175 (60.1)	60 (56.1)	85 (70.2)	29 (47.5)	74 (74.0)	76 (76.0)	499 (64.0)
มาก	63 (21.6)	13 (12.1)	28 (23.1)	2 (3.3)	19 (19.0)	22 (22.0)	147 (18.8)
ไม่ระบุ	4	4	1	1	-	-	10
2.2 ความสะอาดภายในบ้าน							
ไม่มี	54 (18.7)	26 (23.9)	9 (7.4)	-	-	-	89 (11.4)
น้อย	-	-	-	31 (50.8)	6 (6.0)	3 (3.0)	40 (5.1)
ปานกลาง	154 (53.3)	66 (60.6)	77 (63.6)	29 (47.5)	72 (72.0)	72 (72.0)	470 (60.3)
มาก	81 (28.0)	17 (15.6)	35 (28.9)	1 (1.6)	22 (22.0)	25 (25.0)	181 (23.2)
ไม่ระบุ	6	2	1	1	-	-	10

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สภาพสิ่งแวดล้อม(ต่อ)

สภาพสิ่งแวดล้อม	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	เจ็ดยอด	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
2.3 ความเป็นระเบียบในการจัดสิ่งของ							
ไม่มี	70 (24.2)	40 (36.7)	23 (19.0)	-	-	-	133 (17.1)
น้อย	-	-	-	32 (52.5)	7 (7.0)	2 (2.0)	41 (5.3)
ปานกลาง	156 (54.0)	51 (46.8)	64 (52.9)	28 (45.9)	72 (72.0)	75 (75.0)	446 (57.2)
มาก	63 (21.8)	18 (16.5)	34 (28.1)	1 (1.6)	21 (21.0)	23 (23.0)	160 (20.5)
ไม่ระบุ	6	2	1	1	-	-	10
2.4 ที่รองรับขยะถูกหลักสุขาภิบาล							
ไม่มี	50 (17.3)	25 (24.3)	15 (12.7)	5 (8.3)	3 (3.0)	15 (15.0)	113 (14.7)
น้อย	-	-	-	29 (48.3)	13 (13.0)	9 (9.0)	51 (6.6)
ปานกลาง	116 (40.1)	41 (39.8)	61 (51.7)	21 (35.0)	53 (53.0)	38 (38.0)	330 (42.9)
มาก	123 (42.6)	37 (35.9)	42 (35.6)	5 (8.3)	31 (31.0)	38 (38.0)	276 (35.8)
ไม่ระบุ	6	8	4	2	-	-	20

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สภาพสิ่งแวดล้อม(ต่อ)

สภาพสิ่งแวดล้อม	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	เจ็ดยอด	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
2.5 การเก็บรักษาอาหารถูกหลักสุขาภิบาล							
ไม่มี	32 (11.3)	20 (18.9)	10 (8.3)	6 (10.2)	-	3 (3.0)	71 (9.2)
น้อย	-	-	-	21 (35.6)	4 (4.0)	4 (4.0)	29 (3.8)
ปานกลาง	128 (45.2)	48 (45.3)	50 (41.3)	28 (47.5)	45 (45.5)	66 (66.0)	365 (47.5)
มาก	123 (43.5)	38 (35.8)	61 (50.4)	4 (6.8)	50 (50.5)	27 (27.0)	303 (39.5)
ไม่ระบุ	12	5	1	3	1	-	22
2.6 ความสะอาดของน้ำดื่ม							
ไม่มี	19 (6.9)	6 (5.5)	14 (12.6)	-	-	1 (1.4)	40 (5.8)
น้อย	-	-	-	18 (42.9)	-	1 (1.4)	19 (2.8)
ปานกลาง	77 (27.9)	42 (38.5)	64 (57.7)	21 (50.0)	38 (48.7)	33 (45.8)	275 (40.0)
มาก	180 (65.2)	61 (56.0)	33 (29.7)	3 (7.1)	40 (51.3)	37 (51.4)	354 (51.5)
ไม่ระบุ	19	2	11	20	22	28	102
แหล่งน้ำที่ระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)							
ประปา	53 (18.3)	62 (56.9)	46 (39.0)	32 (53.3)	83 (83.8)	9 (9.2)	285 (36.9)
น้ำฝน	9 (3.1)	5 (4.6)	9 (7.6)	-	1 (1.0)	1 (1.0)	25 (3.2)
น้ำบรรจุขวด	199 (68.9)	41 (37.6)	21 (17.8)	-	8 (8.1)	88 (89.8)	357 (46.2)
อื่น ๆ เช่น น้ำบ่อ	39 (13.5)	5 (4.6)	56 (47.5)	28 (46.7)	13 (13.1)	3 (3.1)	144 (18.6)
ไม่ระบุ	6	2	4	2	1	2	17

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สภาพสิ่งแวดล้อม(ต่อ)

ส่วนที่ 2 สภาพสิ่งแวดล้อม	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	เจ็ดยอด	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
2.7 ความสะอาดของห้องน้ำ ห้องส้วม							
ไม่มี	45 (15.7)	28 (25.9)	10 (8.3)	1 (1.7)	-	1 (1.0)	85 (11.0)
น้อย	-	-	-	28 (46.7)	6 (6.3)	2 (2.0)	36 (4.7)
ปานกลาง	166 (57.8)	64 (59.3)	74 (61.7)	30 (50.0)	64 (66.7)	72 (72.7)	470 (61.0)
มาก	76 (26.5)	16 (14.8)	36 (30.0)	1 (1.7)	26 (27.1)	24 (24.2)	179 (23.2)
ไม่ระบุ	8	3	2	2	4	1	20
2.8 การระบายน้ำทิ้งถูกหลักสุขาภิบาล							
ไม่มี	67 (24.8)	41 (42.3)	25 (24.5)	18 (29.5)	4 (4.1)	13 (13.1)	168 (23.1)
น้อย	-	-	-	26 (42.6)	19 (19.6)	33 (33.3)	78 (10.7)
ปานกลาง	123 (45.6)	30 (30.9)	53 (52.0)	16 (26.2)	55 (56.7)	34 (34.3)	311 (42.8)
มาก	80 (29.6)	26 (26.8)	24 (23.5)	1 (1.6)	19 (19.6)	19 (19.2)	169 (23.3)
ไม่ระบุ	25	14	20	1	3	1	64

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สภาพสิ่งแวดล้อม(ต่อ)

สภาพสิ่งแวดล้อม	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	เจ็ดยอด	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
2.9 การควบคุมกำจัดสัตว์และแมลงนำโรค							
ไม่มี	68 (26.1)	20 (20.6)	20 (17.2)	13 (21.3)	6 (6.1)	6 (6.1)	133 (18.2)
น้อย	-	-	-	21 (34.4)	11 (11.1)	30 (30.6)	62 (8.5)
ปานกลาง	144 (55.2)	52 (53.6)	50 (43.1)	23 (37.7)	55 (55.6)	47 (48.0)	371 (50.7)
มาก	49 (18.8)	25 (25.8)	46 (39.7)	4 (6.6)	27 (27.3)	15 (15.3)	166 (22.7)
ไม่ระบุ	34	14	6	1	1	2	58
2.10 การระบายอากาศดี							
ไม่มี	46 (15.8)	33 (31.1)	12 (9.9)	-	-	-	91 (11.7)
น้อย	-	-	-	38 (62.3)	3 (3.0)	2 (2.0)	43 (5.5)
ปานกลาง	133 (45.5)	48 (45.3)	39 (32.2)	12 (19.7)	41 (41.4)	27 (27.3)	300 (38.6)
มาก	113 (38.7)	25 (23.6)	70 (57.9)	11 (18.0)	55 (55.6)	70 (70.7)	344 (44.2)
ไม่ระบุ	3	5	1	1	1	1	12

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สภาพสิ่งแวดล้อม(ต่อ)

สภาพสิ่งแวดล้อม	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	เจ็ดยอด	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
2.11 แสงแดดส่องถึง							
ไม่มี	46 (15.6)	29 (26.9)	11 (9.0)	-	-	-	86 (11.0)
น้อย	-	-	-	36 (59.0)	4 (4.0)	1 (1.0)	41 (5.2)
ปานกลาง	126 (42.9)	55 (50.9)	37 (30.3)	15 (24.6)	36 (36.4)	21 (21.2)	290 (37.0)
มาก	122 (41.5)	24 (22.2)	74 (60.7)	10 (16.4)	59 (59.6)	77 (77.8)	366 (46.7)
ไม่ระบุ	1	3	-	1	1	1	7
2.12 ห้องนอนแยกเป็นสัดส่วนได้เหมาะสม							
ไม่มี	33 (11.5)	16 (14.8)	5 (4.1)	2 (3.3)	2 (2.0)	2 (2.1)	60 (7.8)
น้อย	-	-	-	24 (39.3)	6 (6.1)	-	30 (3.9)
ปานกลาง	92 (31.9)	55 (50.9)	42 (34.7)	23 (37.7)	29 (29.3)	16 (16.8)	257 (33.3)
มาก	163 (56.6)	37 (34.3)	74 (61.2)	12 (19.7)	62 (62.6)	77 (81.1)	425 (55.1)
ไม่ระบุ	7	3	1	1	1	5	18

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สภาพสิ่งแวดล้อม(ต่อ)

สภาพสิ่งแวดล้อม	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	เจ็ดยอด	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
3. ความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย							
3.1 การจัดวางสิ่งของ							
ไม่ปลอดภัย	57 (19.7)	24 (22.2)	15 (12.3)	2 (3.3)	1 (1.0)	-	99 (12.7)
น้อย	-	-	-	28 (45.9)	10 (10.0)	3 (3.0)	41 (5.3)
ปานกลาง	157 (54.3)	68 (63.0)	74 (60.7)	29 (47.5)	61 (61.0)	70 (70.0)	459 (58.8)
มาก	75 (26.0)	16 (14.8)	33 (27.0)	2 (3.3)	28 (28.0)	27 (27.0)	181 (23.2)
ไม่ระบุ	6	3	-	1	-	-	10
3.2 การจัดเก็บของมีคม							
ไม่ปลอดภัย	42 (14.6)	12 (11.2)	11 (9.1)	1 (1.6)	2 (2.0)	-	68 (8.8)
น้อย	-	-	-	11 (18.0)	10 (10.1)	4 (4.0)	25 (3.2)
ปานกลาง	149 (51.7)	66 (61.7)	54 (44.6)	44 (72.1)	38 (38.4)	82 (82.0)	433 (55.8)
มาก	97 (33.7)	29 (27.1)	56 (46.3)	5 (8.2)	49 (49.5)	14 (14.0)	250 (32.2)
ไม่ระบุ	7	4	1	1	1	-	14

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สภาพสิ่งแวดล้อม(ต่อ)

สภาพสิ่งแวดล้อม	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	เจ็ดยอด	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
3.3 การจัดเก็บยารักษาโรค							
ไม่ปลอดภัย	57 (19.8)	19 (17.4)	34 (28.6)	-	1 (1.0)	-	111 (14.4)
น้อย	-	-	-	23 (43.4)	9 (9.0)	43 (43.0)	75 (9.8)
ปานกลาง	141 (49.0)	54 (49.5)	39 (32.8)	26 (49.1)	54 (54.0)	47 (47.0)	361 (46.9)
มาก	90 (31.3)	36 (33.0)	46 (38.7)	4 (7.5)	36 (36.0)	10 (10.0)	222 (28.9)
ไม่ระบุ	7	2	3	9	-	-	21
3.4 การจัดเก็บสารมีพิษและสารเคมี							
ไม่ปลอดภัย	52 (19.5)	21 (21.4)	27 (26.0)	2 (3.6)	1 (1.0)	-	103 (14.2)
น้อย	-	-	-	17 (30.4)	17 (17.2)	49 (49.0)	83 (11.5)
ปานกลาง	131 (49.2)	48 (49.0)	39 (37.5)	24 (42.9)	45 (45.5)	39 (39.0)	326 (45.1)
มาก	83 (31.2)	29 (29.6)	38 (36.5)	13 (23.2)	36 (36.4)	12 (12.0)	211 (29.2)
ไม่ระบุ	29	13	18	6	1	-	67

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สภาพสิ่งแวดล้อม(ต่อ)

สภาพสิ่งแวดล้อม	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	เจ็ดยอด	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
3.5 บ้านได้บ้านแข็งแรง							
ไม่ปลอดภัย	20 (8.8)	9 (9.8)	3 (3.0)	-	-	-	32 (5.3)
น้อย	-	-	-	2 (50.0)	3 (3.3)	5 (5.6)	10 (1.7)
ปานกลาง	58 (25.4)	30 (32.6)	18 (17.8)	2 (50.0)	19 (20.7)	28 (31.5)	155 (25.6)
มาก	150 (65.8)	53 (57.6)	80 (79.2)	-	70 (76.1)	56 (62.9)	409 (67.5)
ไม่ระบุ	67	19	21	58	8	11	184
3.6 พื้นบ้าน (สะอาดและปลอดภัย)							
ไม่ปลอดภัย	38 (13.1)	23 (20.9)	6 (5.0)	-	-	-	67 (8.6)
น้อย	-	-	-	35 (57.4)	4 (4.0)	3 (3.0)	42 (5.4)
ปานกลาง	136 (46.7)	64 (58.2)	66 (55.0)	25 (41.0)	45 (45.5)	50 (50.0)	386 (49.4)
มาก	117 (40.2)	23 (20.9)	48 (40.0)	1 (1.6)	50 (50.5)	47 (47.0)	286 (36.6)
ไม่ระบุ	4	1	2	1	1	-	9

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สภาพสิ่งแวดล้อม(ต่อ)

สภาพสิ่งแวดล้อม	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	เจ็ดยอด	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
3.7 พื้นห้องน้ำห้องส้วม							
ไม่ปลอดภัย	59 (20.1)	34 (30.9)	10 (8.3)	-	1 (1.0)	-	104 (13.3)
น้อย	-	-	-	24 (40.0)	3 (3.0)	3 (3.0)	30 (3.8)
ปานกลาง	153 (52.2)	61 (55.8)	67 (55.8)	31 (51.7)	65 (65.0)	69 (69.0)	446 (57.0)
มาก	81 (27.6)	15 (13.6)	43 (35.8)	5 (8.3)	31 (31.0)	28 (28.0)	203 (25.9)
ไม่ระบุ	2	1	2	2	-	-	7
3.8 สายไฟและอุปกรณ์ไฟฟ้า							
ไม่ปลอดภัย	33 (11.3)	16 (14.8)	5 (4.1)	1 (1.8)	1 (1.0)	-	56 (7.2)
น้อย	-	-	-	20 (36.4)	4 (4.0)	3 (3.0)	27 (3.5)
ปานกลาง	127 (43.3)	58 (53.7)	50 (41.0)	33 (60.0)	50 (50.0)	42 (42.4)	360 (46.3)
มาก	133 (45.4)	34 (31.5)	67 (54.9)	1 (1.8)	45 (45.0)	54 (54.5)	334 (43.0)
ไม่ระบุ	2	3	-	7	-	1	13

สภาพสิ่งแวดล้อม	ชุมชน (ร้อยละ)						รวม
	เจ็ดยอด	แออัด	ชนบท	ชาวเขา	หัตถกรรม	อุตสาหกรรม	
3.9 ทางเดินรอบบ้าน							
ไม่ปลอดภัย	45 (15.5)	29 (26.9)	14 (11.6)	-	3 (3.0)	-	91 (11.7)
น้อย	-	-	-	23 (37.7)	10 (10.1)	2 (2.0)	35 (4.5)
ปานกลาง	146 (50.3)	57 (52.8)	63 (52.1)	37 (60.7)	48 (48.5)	65 (65.0)	416 (53.4)
มาก	99 (34.1)	22 (20.4)	44 (36.4)	1 (1.6)	38 (38.4)	33 (33.0)	237 (30.4)
ไม่ระบุ	5	3	1	1	1	-	11

ในตารางที่ 5 ลักษณะที่อยู่อาศัย ครอบครัวจำนวน 705 ครอบครัว (89.5%) อาศัยในบ้านเดี่ยว ซึ่งส่วนมาก 341 หลัง (43.6%) สร้างด้วยไม้ รองลงมา 288 หลัง สร้างด้วยอิฐ โดยส่วนใหญ่ 479 หลัง (60.9%) เป็นบ้านชั้นเดียว เป็นบ้านของตนเอง (83.0%) และเป็นการอาศัยอยู่อย่างถาวร (88.5%)

สภาพของที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่ 499 หลังคาเรือน (64.0%) มีความสะอาดของสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับความสะอาดภายในบ้าน และความเป็นระเบียบในการจัดสิ่งของ ที่รองรับขยะที่ถูกหลักสุขาภิบาล ส่วนมาก 330 หลังคาเรือน (42.9%) มีในระดับปานกลาง และ 276 หลังคาเรือน (35.8%) มีในระดับมาก

เมื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ประเมินสิ่งแวดล้อม พบว่า ครอบครัวส่วนมาก 365 ครอบครัว (47.5%) เก็บรักษาอาหารถูกหลักสุขาภิบาล มีความสะอาดของน้ำดื่ม ระดับมาก (51.5%) และระดับปานกลาง (40.0%) โดยน้ำดื่มเป็นน้ำบรรจุขวด (46.2%) น้ำประปา (36.9%) และน้ำบ่อ (18.6%) ซึ่งชุมชนชนบทจะดื่มน้ำบ่อเป็นส่วนมาก ในขณะที่ชาวเขาจำนวนมากที่สุดดื่มน้ำประปา (53.5%) ครอบครัวส่วนใหญ่มีความสะอาดของห้องน้ำ ห้องส้วม ในระดับปานกลาง (61%) และมาก (23.2%) สำหรับการระบายน้ำทิ้งถูกตามหลักสุขาภิบาล อยู่ในระดับปานกลาง (42.8%) และ ระดับมาก (23.8%) ซึ่งใกล้เคียงกับบางแห่งที่ไม่มีการระบายน้ำทิ้ง (23.1%) การควบคุมกำจัดสัตว์ และแมลงนำโรคประมาณครึ่งหนึ่งคือ 371 ครอบครัว (50.7%) ดำเนินการในระดับปานกลาง รองลงมา 166 ครอบครัว (22.7%) ดำเนินการในระดับมาก บ้านส่วนมากมีการระบายอากาศในระดับดีมาก (44.2%) มีแสงแดดส่องถึงในระดับมาก (46.7%) และส่วนมาก 425 ครอบครัว (55.1%) มีห้องนอนแยกเป็นสัดส่วนได้เหมาะสมระดับมาก

ความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย อยู่ในระดับปานกลางและมาก ภายในบ้านส่วนใหญ่ (58.8%) มีการจัดวางสิ่งของปลอดภัยในระดับปานกลาง (23.2%) ระดับมาก ความปลอดภัยในการจัดเก็บของมีคมส่วนใหญ่ (55.8%) มีความปลอดภัยระดับปานกลาง และ 32.2% ระดับมาก บ้านส่วนมากมีความปลอดภัยของการจัดเก็บยาพิษและสารเคมี ส่วนมาก (45.1%) อยู่ระดับปานกลางและ 29.2% ระดับมาก บ้านส่วนใหญ่ (67.5%) มีบันไดบ้านแข็งแรงและ 57% มีพื้นห้องน้ำห้องส้วมที่ปลอดภัย ระดับมาก ความปลอดภัยของพื้นบ้านส่วนมาก (49.4%) อยู่ในระดับปานกลาง สายไฟ และอุปกรณ์ไฟฟ้ามีความปลอดภัยปานกลาง (46.3%) และมาก (43.0%) และทางเดินรอบบ้านปลอดภัยในระดับปานกลาง (53.4%) และมาก (30.4%)

ส่วนที่ 3 ความต้องการบริการสุขภาพ

3.1 การดูแลสุขภาพในภาวะที่ไม่เจ็บป่วย

ในการสัมภาษณ์ประชาชนเกี่ยวกับความต้องการความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ 545 คน (69.0%) ต้องการเกี่ยวกับเรื่อง การดูแลสุขภาพคนวัยต่างๆ โดยครึ่งหนึ่งต้องการให้แพทย์เป็นผู้สอน รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่อนามัย/สาธารณสุข และพยาบาล โดยต้องการไปรับความรู้ คำแนะนำที่โรงพยาบาล (44.8%) และ สถานีอนามัย (38.7%)

สำหรับในเรื่องการปฏิบัติคนนั้น ประมาณครึ่งหนึ่งต้องการคำแนะนำในเรื่องอาหาร (52.2%) จากแพทย์ เจ้าหน้าที่อนามัย/สาธารณสุข และพยาบาล ณ โรงพยาบาลและสถานีนามัย ส่วนคำแนะนำในเรื่องการออกกำลังกาย การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด มีจำนวนผู้ไม่ต้องการคำแนะนำสูงกว่าผู้ที่ต้องการคำแนะนำเล็กน้อย ส่วนคำแนะนำเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องสุรา บุหรี่ อุบัติเหตุ และสำล่อนทางเพศ รวมทั้งการสร้างทักษะชีวิตเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขนั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกว่าไม่ต้องการความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาในเรื่องดังกล่าว

ความรู้ คำแนะนำอื่นที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการได้แก่ เรื่องการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค วิธีการป้องกันการเกิดโรค การเฝ้าระวังตรวจสุขภาพตนเอง ข้อมูลแหล่งบริการด้านสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ต่างๆ โดยทุกเรื่องต้องการได้รับความรู้และคำแนะนำจากแพทย์มากที่สุด รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สถานีนามัย/สาธารณสุข และพยาบาล และเกือบทุกเรื่อง ยกเว้นข้อมูลแหล่งบริการด้านสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ที่ต้องการได้จากโรงพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือ สถานีนามัย

ส่วนเรื่องกิจกรรมการดูแลสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่ไม่ต้องการการดูแลในเรื่องการ
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว การดูแลขณะตั้งครรภ์ การทำคลอด และการดู
แลหลังคลอด

3.2 การดูแลในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเฉียบพลัน

การสัมผัสพบว่า เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือเจ็บพลัน ส่วนใหญ่จะ
ไปรับการรักษา อาการที่ไปรับการรักษาเช่น ไข้สูง โลหิตจาง รับประทานอาหาร ผื่นที่คัน
หรือมีจุด โรคผิวหนัง โรคข้ออักเสบ โรคทางเดินหายใจ มีบาดแผล ไข้หรือมีผื่น
หรือมีจุด โรคอสุกใส การอักเสบต่างๆ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ต้องการให้แพทย์เป็นผู้รักษามากที่
สุด รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่อนามัย / สาธารณสุข และพยาบาล และต้องการไปรักษาที่โรงพยาบาล

สำหรับอาการที่ดูแลรักษาด้วยตนเอง ได้แก่ มีไข้ตัวร้อน ไอ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ อาเจียน และแมลงสัตว์กัดต่อย

3.3 การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการการดูแลในเรื่องต่อไปนี้ การตรวจเช็คอาการของโรค (92%) การรับประทานยาตามแผนการรักษา (87.9%) ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาเกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อน (58.8%) และการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย (71.3%) การพักผ่อน (68.5%) และการผ่อนคลายความเครียด (70%) โดยทุกเรื่องส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 ต้องการได้รับจากแพทย์รณรงค์คือเจ้าหน้าที่อนามัย/สาธารณสุข และพยาบาล และเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าว ส่วนใหญ่ต้องการได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือ สถานีอนามัย บ้าน คลินิก และโรงเรียน

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

ผู้ให้สัมภาษณ์ 725 คน คิดเป็น 92.5% เห็นว่า บุคคลมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อมีการเจ็บป่วย ตนเองและครอบครัวต้องช่วยดูแล (44.1%) สำหรับผู้อื่นที่ต้องการให้มาดูแลเมื่อป่วยคือ แพทย์ (42.3%) และพยาบาล (3.1%) หน่วยงานของรัฐควรรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.3 รองลงมาคือ รัฐ และเอกชน ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 27.2 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าในการจัดบริการสุขภาพ ประชาชนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (92.1%) โดยร่วมให้บริการ เป็นกรรมการ ให้บริการ ตรวจสอบบริการ ให้ความร่วมมือ ร่วมลงทุน ตามลำดับ สำหรับสถานบริการสุขภาพอันดับแรกๆที่ผู้ให้สัมภาษณ์และครอบครัว ใช้บริการคือ สถานีอนามัย ร้านขายยา คลินิกเอกชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลชุมชน ตามลำดับ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าความสะดวกในการเดินทางไปสถานบริการมีน้อย (55.4%) สถานบริการห่างจากบ้าน 1-10 กิโลเมตร (56%) และ 30.8% อยู่ห่างไม่เกิน 1 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางเฉลี่ยไม่เกิน 17.23 นาที โดยไม่เกิน 10 นาที (56.9%) และระหว่าง 11-30 นาที 33.2% ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 71 บาท โดยส่วนใหญ่ 330 คน (78.1%) ไม่เกิน 50 บาท รองลงมา 13.2% มีค่าใช้จ่ายระหว่าง 51-100 บาท สำหรับการจ่ายค่าดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.1 คิดว่า ควรจ่ายค่าบริการเมื่อรับบริการแต่ละครั้ง รองลงมา 15.1% เห็นว่าควรเหมาจ่ายรวมปีละครั้ง โดยค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพ 174 คน หรือร้อยละ 24.9 เห็นว่าไม่ควรเกิน 500 บาท สำหรับสมาชิก 1-5 คน รองลงมา 18.9% เห็นว่าควรจ่าย 501-1,000 บาท และ 17.1% เห็นว่าควรจ่าย 1,001 - 2,000 บาท

4. ความคิดเห็นของผู้นำชุมชน และบุคลากรสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชนและบุคลากรสุขภาพ เพื่อแสดงความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ บริการสุขภาพในชุมชน และความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

4.1 ชุมชนในเมือง

เทศมนตรีประจำตำบล ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านมีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพและบริการสุขภาพในชุมชนดังนี้

สุขภาพของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เป็นเพราะใกล้สถานีนอนามัย ผู้นำชุมชนได้กล่าวว่า “นอนามัยมีประโยชน์มาก” “แต่ยังไม่ค่อยแจกชาวบ้าน”

ขณะนี้ 5 หมู่บ้าน ได้ใช้บริการสุขภาพที่สถานีนอนามัยตำบลช้างเผือก บ้านเจ็ดยอด (รับผิดชอบประชากร 1,200 คน) ซึ่งสถานีนอนามัยมีเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ 1 คน พนักงานและนักวิชาการสาธารณสุขและลูกจ้างรวม 5 คน ผู้นำชุมชนได้กล่าวว่าบริการที่ให้ในปัจจุบันดีแล้ว สะดวก มีเจ้าหน้าที่อยู่เวรที่บ้านพัก โดยหลัง 20.00 น. ไปตามที่บ้านพักได้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัยก็ดีแล้ว ไม่ใช่อารมณ์ สำหรับการให้บริการปัจจุบันได้มีบริการไปเยี่ยมผู้สูงอายุ วัดความดันโลหิตเดือนละครั้ง แต่บางเดือนก็ไม่ได้ไปหากมีประชุม นอกจากนี้ในเรื่องการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชน ก็จะเป็นหน้าที่ของ อสม. แต่ในชุมชนนี้ อสม. ไม่ค่อยมีบทบาทมาก นอกจากนี้ได้มีแพทย์อาสาออกให้บริการทุกบ่ายวันอังคาร และตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2544 เป็นต้นไป ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จัดให้มีแพทย์อยู่ให้บริการครึ่งวันทุกวัน เพื่อให้บริการผู้ป่วยในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค สำหรับค่าใช้จ่ายในเรื่องสุขภาพนั้นประชาชนส่วนหนึ่งมีบัตรต่างๆ ได้แก่ บัตรผู้มีรายได้น้อย บัตรสงเคราะห์ บัตร อสม. หรือบัตรสุขภาพ และประชาชนบางส่วนก็จ่ายค่ารักษา ส่วนผู้สูงอายุได้รับการรักษาฟรี สำหรับงบประมาณนั้น ในแต่ละปีเทศบาลได้ตั้งงบสาธารณสุขให้ 10,000 – 20,000 บาท ต่อตำบล และสภาตำบลก็มีงบประมาณจัดสรรให้

สำหรับความต้องการด้านสุขภาพในอนาคต ผู้นำชุมชนเห็นว่าควรให้มีแพทย์มาให้บริการสุขภาพที่ตำบล (5 หมู่บ้าน) โดยควรมีแพทย์จำนวน 4-5 คน แต่หากจะให้อยู่ประจำที่สถานีนอนามัยควรมี 2 คน ส่วนพยาบาลควรมีมากกว่าในปัจจุบัน (4 คน) “ไม่รู้แล้วแต่งบประมาณ” นอกจากนี้ควรมีทันตแพทย์เพราะเป็นที่ต้องการมาก โดยบางท่านได้เสนอจำนวน 3 คน

สำหรับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 2 คน ซึ่งปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัยตำบลช้างเผือกต่อการดูแลสุขภาพ กล่าวว่าสุขภาพของประชาชนยังไม่ค่อยดี ไม่มีการดูแลสุขภาพ “ไว้เป็นแล้วค่อยรักษา” “การป้องกันไม่มี เจ็บแล้วมารักษาอย่างเดียว” “อาจมาจากภาวะเศรษฐกิจปากท้อง อย่างวัคซีนละอ่อนก็มา เด็กขาดสารอาหารก็แนะนำให้กินดีแล้ว ก็ยังไม่ตระหนัก ยังไงปากท้องก็ต้องมาก่อน มันบ่มีจะกิน” “แนะนำไปก็งั้นๆ” ปัญหาสุขภาพที่พบมากคือการติดยาเสพติด ซึ่งยังแก้ไขไม่ได้แม้ว่าได้เสนอไปในระดับสูงแล้ว ในตำบลมี

การจัดอบรมให้กับแกนนำครอบครัว โดยอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไปร่วมกับปัญหาสุขภาพจิต ที่หมู่บ้านชาวเขาเคยมีค่ายบำบัด แต่ไม่ได้ผล นอกจากนี้พบปัญหาของระบบทางเดินหายใจ โรคตามฤดูกาล ในผู้สูงอายุมีปัญหาความดันโลหิต ปวดกระดูก ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด ชาวบ้านจะมา “ขอยา บ่นปวดหัว นอนไม่หลับ กินข้าวไม่ได้ วิตกกังวลเรื่องหนี้สิน สิ่งแวดล้อม ปัญหาครอบครัว” สำหรับบริการสุขภาพที่ให้ประกอบด้วย “การรักษาพยาบาล การให้คำแนะนำการใช้ยาตามบัญชีหลักของโรงพยาบาลนครพิงค์ ให้สูดศึกษา นิฉะวัชชิน งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานอนามัยแม่และเด็ก งานพัฒนาบริการสาธารณสุข งานมะเร็งปากมดลูก แต่ยังไม่ครอบคลุมในงานการให้วัคซีน(EPI) เนื่องจากเข้าไม่ถึงบางกลุ่ม ส่วนใหญ่งานที่สถานีอนามัยเป็นงานตั้งรับ สำหรับการเยี่ยมบ้านนั้นเป็นกิจกรรมหนึ่งของเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย แต่ไม่สามารถทำเป็นประจำ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ทุกคนทำงานล้นมือ ต้องรับผิดชอบ 4,000 หลังคาเรือน และมีผู้มาใช้บริการวัน 40 - 60 คน นอกจากนี้ได้มีการติดตามข้อมูลด้านสุขภาพโดยสอบถามข่าวจากญาติที่มารับบริการที่สถานีอนามัย

ในปัจจุบันการนิเทศงานขึ้นกับสาธารณสุขอำเภอ โดยตำบลมีกรรมการ อสม. จำนวน 60 คน ซึ่ง อสม.จะมีความรับผิดชอบในเรื่องการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชนในเขตที่รับผิดชอบ หากพบปัญหาสุขภาพก็จะมาลงบันทึกและแจ้งให้พยาบาลทราบเพื่อไปเยี่ยมต่อไป อย่างไรก็ตามพบว่า อสม. ในพื้นที่ไม่ค่อยมีบทบาทมาก “ขาดการยอมรับจากชาวบ้าน” ทั้งนี้ อสม. ได้มาจากการคัดเลือกของเจ้าหน้าที่ เปลี่ยนทุก 2 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ซึ่งไม่ค่อยมีเวลา เนื่องจากเวลากลางวันก็ไปประกอบอาชีพอื่น นอกจากนี้ยังเห็นว่าเทศบาลไม่ได้ให้ความสำคัญต่องานด้านสาธารณสุข “เพราะคิดว่ามีหมอมาดูแลแล้ว” จะมาหาชาวบ้านก็เฉพาะช่วงหาเสียง 4 ปีครั้ง ซึ่งคนที่มาคือหัวหน้า

สำหรับความต้องการด้านสุขภาพคือ ที่สถานีอนามัยควรมีพยาบาลอย่างน้อย 3 คน โดยอยู่ประจำ 2 คนตามเวลาราชการ และการอยู่เวรควรจัดให้มีระบบการรักษาความปลอดภัย นอกจากนี้ควรมีแพทย์ 1 คน ทำงานประมาณ 2 วันต่อสัปดาห์ ทันตแพทย์ 1 คนต่อสัปดาห์และ “ให้เน้นการใช้สมุนไพร โดยให้ 1 คนมา 3 วันต่อสัปดาห์” สำหรับพยาบาลนั้นควรเน้นบทบาทการส่งเสริมป้องกัน เยี่ยมบ้าน โดยยังคงทำด้านการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพด้วย ทั้งนี้การดูแลคนต้องทำอย่างเป็นองค์รวม อย่างไรก็ตามบางเห็นว่าควรมีเจ้าหน้าที่อีกชุดที่รับผิดชอบของงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คัดกรองผู้ป่วย และมุ่งเน้นในเรื่องการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และการเยี่ยมบ้าน ส่วนศูนย์บริการสุขภาพในชุมชนในปัจจุบันนั้น ได้มีแพทย์บ้านอาสาสมัครสัปดาห์ละครั้งวัน และทางสาธารณสุขจังหวัดส่งเจ้าหน้าที่ทันตกรรมมาถอนฟัน และชุดหินปูนที่สถานีอนามัยสัปดาห์ละครั้ง อย่างไรก็ตามควรจัดให้มีแพทย์และทันตแพทย์ประจำศูนย์ นอกจากนี้ในอนาคตจะเปิดบริการนวดแผนไทย รวมทั้งงานทันตภิบาล ซึ่งทางกระทรวงได้กำหนดไว้แล้ว

สำหรับค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของคนในชุมชนควรเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและรัฐ ส่วนการบริหารสถานบริการสุขภาพควรให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วม

จากสภาพปัจจุบันและความต้องการด้านสุขภาพในอนาคตนั้น แสดงให้เห็นว่าในการให้บริการนั้นอยู่ในระดับที่พึงพอใจ ทั้งในส่วนของบทบาทของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการในงานต่างๆ ตลอดจนลักษณะของผู้ให้บริการที่ไม่ใช้อารมณ์ แต่ก็เห็นว่าปัญหาที่สำคัญเจ้าหน้าที่มีงานมาก ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ครอบคลุม ดังนั้นจึงต้องการเพิ่มจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพขึ้น ที่สถานอนามัยควรมีพยาบาลอย่างน้อย 3 คน โดยอยู่ประจำ 2 คนตามเวลาราชการ บุคลากรที่ต้องการได้แก่ แพทย์ 1 คน ประมาณ 2 วัน/สัปดาห์ ทันตแพทย์ 1 คน/สัปดาห์ สำหรับเภสัชกรยังไม่มีควมจำเป็น และควรมีการขยายเวลาในการทำงานในวันหยุดและนอกเวลาราชการ ควรจัดให้เจ้าหน้าที่อยู่เวรในเวลากลางคืนด้วย เพราะอาจมีผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่ก็ควรมีระบบความปลอดภัยด้วย นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ก็ควรมีโอกาสเพิ่มพูนความรู้ความเชี่ยวชาญของตนเองด้วย เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สำหรับพยาบาลที่จะไปให้บริการสุขภาพที่บ้านนั้น หรือพยาบาลที่จะดูแลครอบครัว ก็ควรมีการจัดพื้นที่ที่รับผิดชอบให้ชัดเจน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ ทั้งนี้พยาบาลเหล่านี้ควรมีการประสานงานกับสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้การดูแลประชาชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ตลอดจนสามารถส่งต่อในการรักษาตามสถานบริการต่างๆ ได้ และในการบริหารสถานบริการสุขภาพ ควรเปิดโอกาสให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วมในการบริหารด้วย

พยาบาลควรเน้นหรือส่งเสริมบทบาทของ อสม. ในการทำงานในชุมชน เนื่องจาก อสม. ยัง “ขาดการยอมรับจากชาวบ้าน” ควรเน้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพโดยตนเองและครอบครัว ตลอดจนการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนั้นพยาบาลควรมีการประสานงานกับเทศบาล เนื่องจากเทศบาลไม่ได้ให้ความสำคัญต่องานสาธารณสุขเท่าที่ควร “เพราะคิดว่าหอมมาดูแล” สำหรับในเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ควรเป็นความรับผิดชอบของรัฐและประชาชนร่วมกัน

4.2 ชุมชนเทศบาล

ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพและบริการสุขภาพในชุมชนดังนี้

สภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนอยู่ในระดับดี ยกเว้นกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปวดข้อ

ในปัจจุบันในเรื่องของบริการสุขภาพนั้น ได้มีศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่ใกล้ชุมชน มีอาจารย์จากคณะแพทย์ฯ ออกตรวจ และได้มีการออกไปเยี่ยมบ้านด้วย รวมทั้ง อสม. ก็ได้มีการเยี่ยมบ้านและให้ความรู้ด้านสุขภาพอยู่แล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าบริการที่มีอยู่เพียงพอแล้ว ใน

กรณีที่ศูนย์บริการสาธารณสุขรักษาไม่ได้ ต้องส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลเครือข่าย แต่ในทุกชุมชนประสงค์จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่โดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเทศบาล หรือไปโรงพยาบาลนครพิงค์ก่อน เพราะโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่อยู่ใกล้กว่าและอยู่ในเมือง สำหรับโรงพยาบาลนครพิงค์นั้นไม่มีเงินเสียค่ารถแบบเหมาคันเนื่องจากโรงพยาบาลอยู่นอกเมืองโดยเฉพาะเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง

สำหรับความต้องการด้านสุขภาพนั้น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าบุคลากรที่ประจำที่ศูนย์ ควรประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน และอาจมีทันตแพทย์มาให้บริการเป็นบางครั้ง รวมทั้งมีรถประจำศูนย์ ควรมีแพทย์พยาบาลปฏิบัติงานก่อน 9.00 น. ควรขยายเวลาให้บริการในช่วงบ่าย และเปิดบริการวันเสาร์-อาทิตย์ ให้มีผู้อยู่เวรกลางคืนและให้มีศูนย์บริการที่อยู่ในระยะทางที่เดินไปถึงได้ มีแพทย์อยู่ประจำ และเมื่อไปที่ศูนย์ก็ควรพบพยาบาลก่อนเพื่อวัดความดันโลหิตและอื่นๆ สำหรับบริการที่ศูนย์สาธารณสุขควรจัดให้ ควรรวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจมะเร็ง การแนะนำเรื่องจิตใจ ส่วนบริการทำคลอดนั้น “ต้องมาโสมงาจะหนูไม่กล้าเสี่ยง บ่เอา”

นอกจากนี้ยังเห็นว่าพยาบาลควรไปเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ในเรื่องโรค วิธีปฏิบัติตัวและอื่นๆ ตามที่ชาวบ้านอยากรู้ รวมทั้งจ่ายยา โดยประสานงานกับ อสม. และ อสม. ก็จะแจ้งให้ชาวบ้านทราบถึงวันที่ที่พยาบาลจะไปเยี่ยมบ้าน โดยไปเยี่ยมอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง และโดยปกติพยาบาลก็จ่ายยารักษาโรคเบื้องต้น เช่น ยาแก้ปวด ไอ ท้องเสีย และให้การดูแลเบื้องต้น เช่น ทำแผลอยู่แล้ว ซึ่งควรทำต่อไป

สำหรับการใช้บัตรสงเคราะห์ บัตร 1 ใบ ควรใช้ได้ทั่วประเทศ ไม่จำกัดเขต สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญก็ควรใช้บัตรสงเคราะห์ได้เช่นเดียวกับผู้สูงอายุทุกคนเนื่องจากต้องจ่ายเงินสำรองค่ารักษาและต้องรอเบิกคืนซึ่งใช้เวลานาน เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษานั้น คนที่ยากจนจริงๆ ควรมีบัตรสงเคราะห์ และได้รับการรักษาฟรี สำหรับผู้ที่พอจะมีรายได้ ควรมีส่วนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอาจจะเป็นคนละครึ่งกับรัฐ

จะเห็นได้ว่าในการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันนั้น ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ โดยให้ความเห็นว่าบริการที่มีอยู่เพียงพอแล้ว และปัจจุบันก็มีการเยี่ยมบ้านด้วยอีกทั้ง อสม. ก็ได้การเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตามสำหรับความต้องการการให้บริการสุขภาพในอนาคตนั้น ก็ยังคงมีความต้องการให้เพิ่มจำนวนบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน และอาจมีเภสัชกรและทันตแพทย์มาเป็นบางครั้ง รวมทั้งมีรถประจำศูนย์ รวมถึงพยาบาลให้มากขึ้น โดยควรมีการปฏิบัติงานก่อน 9.00 น. ขยายเวลางานในช่วงบ่าย มีผู้อยู่เวรในเวลากลางคืน และเปิดทำการในวันหยุดราชการในขณะเดียวกัน ก็ต้องการให้พยาบาลให้บริการที่บ้านอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง โดยให้ความรู้และให้การดูแลในเรื่องต่างๆ ซึ่งพยาบาลควรได้มีการเพิ่มพูนความรู้ความชำนาญของตนเองในเรื่องดังกล่าว เพื่อที่จะเสริมสร้างให้บริการสุขภาพนั้นมีประสิทธิภาพ และเป็น

ที่ยอมรับยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามพยาบาลดูแลครอบครัวควรมีการกำหนดนั้นที่ในการปฏิบัติงานให้ชัดเจน โดยมีการพูดคุยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอีกทั้งในการเยี่ยมบ้าน ควรมีการประสานงานกับ อสม. เพื่อแจ้งให้ชาวบ้านทราบล่วงหน้าและสำหรับการใช้บัตรสงเคราะห์ต่างๆ ที่พยาบาลและ อสม. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเพื่อให้ประชาชนจะได้ทราบถึงสิทธิต่างๆ ที่เขาควรได้รับ นอกจากนี้รัฐควรสนับสนุนในเรื่องยานพาหนะที่สถานบริการสุขภาพด้วย

4.3 ชุมชนชนบท

กรรมการองค์การบริหารส่วนตำบลและผู้ใหญ่บ้าน 5 คน ได้แสดงความคิดเห็นดังนี้

สุขภาพโดยรวมของประชาชนอยู่ในระดับดี ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพมากที่สุดคือผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนได้กล่าวว่าการบริการสุขภาพในหมู่บ้านจะมี ศสมช. สถานีอนามัย และคลินิก บางหมู่บ้านต้องเดินทางไปรับบริการที่สถานีอนามัยหมู่บ้านอื่น แต่คิดว่าบริการที่มีนั้นเพียงพอแล้ว ในขณะที่หมู่บ้านที่มีสถานีอนามัยกล่าวว่าบริการยังไม่ครอบคลุม “บางโรคไปติดต่อสถานีอนามัยก็จะส่งไปโรงพยาบาลแม่อน ไปตรวจเสาร์-อาทิตย์ไม่มีแพทย์ ให้รอวันจันทร์ รอไม่ได้ ต้องไปคลินิก”

ความต้องการในเรื่องสุขภาพนั้น ผู้นำชุมชนมีความเห็นว่าสถานีอนามัยควรมีบริการทำใบส่งตัววันเสาร์-อาทิตย์สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ และควรเร่งเปิดโรงพยาบาลสันกำแพง และเห็นว่าในหมู่บ้านควรมีสถานบริการที่ทำหน้าที่เช่นคลินิก คือมีทั้งรักษาและให้คำแนะนำ “ฟังได้ทัน” โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลประจำ หรือบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 1-2 คนอยู่ประจำ และควรเปิดวันเสาร์-วันอาทิตย์ ส่วนวันธรรมดาไปใช้สถานีอนามัย ซึ่งสถานที่แบบนี้เป็นจุดแรกของการให้บริการโดยจัดให้มีบริการวัดความดันโลหิต ชักประวัติ และรักษาเบื้องต้นได้ก่อนส่งต่อ สำหรับบทบาทของพยาบาล ตั้งแต่จุดแรกของการติดต่อ ควรพูดจาดี นอกจากนี้ต้องการให้มีแพทย์หรือพยาบาลออกไปให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ชุมชนทุกเดือน หรือทุก 3 เดือน เน้นการให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคต่างๆ ตามฤดูกาล วิธีการปรุงอาหารเนื่องจาก “ถ้าพยาบาลแนะนำความเชื่อถือจะมีมาก” และมีการให้บริการตรวจรักษา นอกจากนี้ควรออกไปให้คำแนะนำแก่นักเรียนในเรื่องการดูแลสุขภาพฟัน ฯลฯ เพราะ “พ่อแม่แนะนำเด็กไม่ค่อยเชื่อ”

สำหรับงบประมาณในการบริการสุขภาพคิดว่าควรมาจาก อบต. และกระทรวงสาธารณสุข หากครัวเรือนใดมีรายได้น้อยกว่า 28,000 บาท ควรได้รับ บัตร สปร. และเจ้าหน้าที่ต้องให้ความสำคัญแก่คนถือบัตร สปร. เท่ากับคนถือบัตรประกันสังคม นอกจากนี้บัตรสุขภาพควรปรับราคาลดลงเหลือ 300 บาท/ปี สำหรับการก่อสร้างสถานที่ให้บริการ ชาวบ้านอาจมีส่วนในรูปแบบ

ต่างๆ เช่น ช่วยแรงงาน จัดหาที่ดิน/สถานที่ ระดมทุนด้วยวิธีต่างๆ เช่น ตั้งกองผ้าป่า สำหรับงบประมาณการบริการ เช่น การซื้อยา อาจทำเป็นรูปสหกรณ์ มีปันผลรายปี

ความคิดเห็นในเรื่องภาวะสุขภาพของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สถานีนามัย มีความเห็นว่าประชาชนที่สนใจสุขภาพส่วนใหญ่คือคนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ความเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ประชาชนที่มารับบริการที่สถานีนามัยส่วนมากจะเป็นโรคเรื้อรัง เช่น ปวดข้อ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจ ปัญหาสุขภาพจากโรงงาน เช่น โรคผิวหนังในกลุ่มคนทำกระดาษสา ในวันหนึ่งๆ จะมีผู้มาใช้บริการที่สถานีนามัยมาก ประมาณ 40% จะมาขอยาเฉยๆ โดยไม่ให้ตรวจ บ้างก็สั่งยาเอง ระบุต้องได้ยาชนิดนั้น ส่วนมากจะขอยาไปเก็บ มีหลายรายที่มาปรึกษาด้านสุขภาพ ของเอกสารแผ่นพับ แต่ก็ยังพบปัญหาเดิมๆ อยู่ ทั้งนี้ประชาชนมาใช้บริการที่โรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นเพราะการมีบัตรต่างๆ ช่วยลดค่าใช้จ่าย การมีบริการ home health care ที่ไปกระตุ้นผู้ป่วยที่บ้านให้มารักษา รวมทั้งที่สถานีนามัยมีบริการคัดกรองที่ดี เช่น การบริการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้มีการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมากขึ้น

สำหรับการทำงานนั้น พยาบาลมีงานประจำมาก การเยี่ยมบ้านทำไม่ได้เนื่องจากข้อจำกัดของเวลาและไม่มียานพาหนะ

ความต้องการด้านสุขภาพคือคิดว่าบริการที่ควรจัดในชุมชน ได้แก่ การให้สุขศึกษาในเรื่องการรับประทานอาหาร เช่น หน่อไม้กับการปวดเข่า หรือภาวะแทรกซ้อนของการรับประทานอาหารบางชนิด เป็นต้น ในเรื่องการให้สุขศึกษานั้น ควรให้ อสม.ทำ โดยอบรมให้อสม.มีความรู้ที่ถูกต้องและควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปพัฒนาแกนนำในชุมชน โดยให้อสม.ทำหน้าที่ในส่วนนี้ และให้พยาบาลเป็นพี่เลี้ยง นอกจากนี้มีความเห็นว่าการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน พยาบาลจะเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่จะออกไปปฏิบัติงานนั้น โดยเน้นบทบาทการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน และคิดว่าในอนาคตนี้นางานสถานีนามัยจะโอนให้ อบต. คูแล แต่กรรมการ อบต. ต้องเข้าใจและจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขด้วย หากจะให้ อบต. เป็นผู้จ้างพยาบาลเพื่อปฏิบัติงาน ก็อาจมีข้อจำกัดในบาง อบต. ที่มีรายได้น้อย

ความต้องการด้านบริการสุขภาพ พบว่าต้องการให้หมู่บ้านมีสถานบริการที่ทำหน้าที่ให้การรักษาและให้คำแนะนำ โดยให้มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ประจำ แต่ถ้าเป็นพยาบาลคิดว่าจะเสียค่าจ้างแพง จึงอาจเป็นบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพ การให้บริการนั้นควรเปิดในวันหยุดราชการด้วย โดยวันธรรมดาไปสถานีนามัยและยังต้องการให้มีแพทย์หรือพยาบาลออกไปให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพแก่ประชาชนรวมถึงนักเรียน โดยเน้นความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว ดังนั้นพยาบาลที่ทำงานในส่วนนี้จึงควรจะต้องมีความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และวิธีกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องดังกล่าว นอกจากนี้จากข้อมูลพบว่าความเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ดังนั้นพยาบาล

จึงควรอธิบายให้เห็นผลเสียของการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลที่ทำงานในส่วนนี้ควรจะต้องมีความรู้ครอบคลุมในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และในการทำงานควรมีการประสานงานระหว่างพยาบาลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในส่วนนี้กับทางสถานบริการที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ควรมีการประสานงานกับ อบต. ด้วย โดยที่คณะกรรมการ อบต. จะต้องมีความเข้าใจในเรื่องการจัดสรรงบประมาณและงานด้านสาธารณสุขด้วย

4.4 ชุมชนคัดกรอง

ผู้นำชุมชน 2 คน เจ้าหน้าที่ อบต. 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน มีความเห็นดังนี้

ในความเห็นของผู้นำชุมชน สถานะสุขภาพของชุมชนอยู่ในระดับดีถึงแม้ว่าจะมีโรคเรื้อรัง ส่วนเจ้าหน้าที่ อบต. เห็นว่าสถานะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นว่าสถานะสุขภาพของชุมชนยังไม่ดี เนื่องจากประชาชนมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย เช่น โรคกระเพาะอาหาร ภาวะเครียด ปวดข้อ ปวดหลัง ปัญหาทางจิตใจ ปัญหายาเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกจากนี้ทุกคนเห็นว่าชุมชนมีมลพิษด้านสิ่งแวดล้อมจากฝุ่นขยะ ซึ่งยังไม่มีที่กำจัดที่เหมาะสม และมลพิษจากการทำงาน เช่น กลิ่นสี กลิ่นทินเนอร์ในการทำเฟอร์นิเจอร์

ทุกคนเห็นว่าปัจจุบันสถานบริการสุขภาพในชุมชนให้บริการครอบคลุมดีทั้งด้านการรักษาโรคทั่วไป การวางแผนครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุ และเรื่องบัตรสุขภาพ อย่างไรก็ตามผู้นำชุมชนรายหนึ่งกล่าวว่า “งานบริการดีแต่บางครั้งขาดความต่อเนื่อง เช่น โครงการสวนสมุนไพร อบต. สวนไพร ซึ่งทำขึ้นมาแล้วพอหมดการสนับสนุนก็หยุดทำ”

สำหรับความต้องการด้านสุขภาพในด้านบุคลากร ส่วนใหญ่เห็นว่าบุคลากรในสถานบริการควรเป็นพยาบาลประจำ 2 คน เจ้าหน้าที่อนามัย 2 คน ต้องการให้แพทย์มา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างไรก็ตามผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ อบต. มีความเห็นว่าอยากให้มีแพทย์ และทันตแพทย์อย่างละ 1 คน อยู่ประจำสถานบริการ ทั้งนี้อยากให้มีบุคลากรสาธารณสุขครบทุกสาขาเพื่อจะให้บริการได้ครบ ไม่ต้องไปรับบริการนอกชุมชน สำหรับบทบาทของพยาบาลนั้น พยาบาลควรให้บริการที่จำเป็น เช่น การเย็บแผล การรักษาฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ไม่ควรเน้นการรักษาอย่างเดียวแต่ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การให้วัคซีนแก่เด็ก และแนะนำการปฏิบัติตัว มีการเข้าพื้นที่ ไม่ควรอยู่เฉพาะในสถานบริการ และมีส่วนกระตุ้นให้เกิดโครงการสุขภาพในชุมชน นอกจากนั้นพยาบาลควรมีใบหน้ายิ้มแย้ม พูดจาดีกับประชาชน

ส่วนรูปแบบการบริหารจัดการนั้น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยกล่าวว่าควรเป็นรูปแบบอิสระ แต่ได้รับการช่วยเหลือจากรัฐด้านวิชาการ และมีการบริหารจัดการโดย อบต. ส่วนผู้นำชุมชน

และเจ้าหน้าที่ อบต. มีความเห็นว่าศูนย์บริการสุขภาพในชุมชนควรมีการบริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับแพทย์และการรักษาโรค แต่สำหรับนโยบายและแผนการทำงาน ควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น การวางระบบงาน เป็นต้น ทั้งนี้ผู้นำชุมชนกล่าวว่า เพราะ อบต. ยังไม่เข้มแข็ง ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ขาดประสบการณ์ และยังมีความขัดแย้งสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพนั้นควรมาจากงบประมาณของแผ่นดิน เนื่องจากเป็นบริการที่รัฐควรจัดให้แก่ประชาชน บางคนให้ความเห็นว่าอาจจะใช้งบประมาณบางส่วนจาก อบต. และบางส่วนประชาชนควรจ่ายเอง มีผู้นำชุมชนบอกว่า “ให้ใช้เงินจากนโยบาย 30 บาทรักษาได้ทุกโรค” และการกำหนดค่ารักษาไม่ควรแพง มีผู้นำชุมชนบางท่านให้ข้อคิดเห็นว่าเนื่องจากตำบลขุนคองมีอาณาเขตกว้าง หากเป็นไปได้ควรมีสถานีอนามัยสำหรับหมู่บ้านใกล้เคียง อีก 1 แห่ง ซึ่งเจ้าหน้าที่ อบต. ให้ข้อคิดเห็นว่าหากศูนย์ สสมช. ในแต่ละหมู่บ้านสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็ควรมีสถานีอนามัยเพียง 1 แห่งในตำบล โดยให้สถานีอนามัยทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายและจัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่ออกไปให้บริการเวียนตามศูนย์ สสมช. ต่างๆ ด้วย

ทุกคนมีความเห็นว่าสถานบริการสุขภาพในชุมชนสามารถให้บริการได้ครอบคลุมอย่างไรก็ตามส่วนใหญ่เห็นว่าอาจจะเพิ่มจำนวนบุคลากรในสถานบริการให้มากขึ้น โดยอยากให้มีครบทุกสาขา เพื่อที่จะไม่ต้องไปรับบริการนอกชุมชน สำหรับบทบาทของพยาบาลนั้นควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และสามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้นได้ และในการให้บริการนั้นไม่ควรอยู่เฉพาะสถานบริการ ควรจัดให้มีการเข้าพื้นที่ด้วย ดังนั้นการดำเนินงานในส่วนนี้จะต้องจัดให้มีพยาบาลดูแลรอบครัว หรือเป็นการให้บริการโดยพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ที่รับผิดชอบ สำหรับรูปแบบการบริหารจัดการนั้น ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ผู้ปฏิบัติ ตลอดจนการสนับสนุนในเรื่องวัสดุอุปกรณ์ และ อบต. ควรจะมีส่วนในการบริหารด้วย ดังนั้นจึงควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการด้วย

4.5 ชุมชนอุตสาหกรรม

ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและบริการสุขภาพ ดังนี้

สภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนอยู่ในเกณฑ์ดี ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ สภาพอากาศไม่ดีซึ่งอาจเนื่องมาจากมีโรงงานอุตสาหกรรมมากทำให้เกิดมลพิษทางอากาศ อุบัติเหตุ และวัยรุ่นติดเอดส์มากขึ้น เนื่องจากชุมชนมีสถานเริงรมย์มากมาย

บริการสุขภาพของชุมชน ส่วนใหญ่เห็นว่าชุมชนไม่มีบริการด้านการดูแลสุขภาพ บริการที่มี ได้แก่ มีการแนะนำการป้องกันอันตรายจากแหล่งต่างๆ การรักษาโรค หรือการปฐมพยาบาลเบื้องต้น แต่ไม่ครอบคลุมถึงแหล่งทุรกันดาร ดังนั้นควรมีการจัดบริการสุขภาพนอกสถานบริการด้วย

ความต้องการด้านสุขภาพ ทุกคนต้องการให้มีสถานบริการสุขภาพในหมู่บ้านมาก โดยมีความเห็นว่าควรมีพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำอยู่สถานบริการ 1-4 คน มีแพทย์ประจำ 1-2 คน สำหรับเภสัชกรและทันตแพทย์ไม่ค่อยจำเป็น และอยากให้บุคลากรดังกล่าวทั้งหมดมาให้บริการ 3-7 วันต่อสัปดาห์ บางส่วนต้องการให้มีพยาบาลอยู่ประจำและเป็นกันเองกับประชาชน นอกจากนี้ยังต้องการให้มีการแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้แก่ ควันจากการเผาขยะ การทิ้งขยะไม่เป็นที่ เป็นต้น สำหรับบทบาทของพยาบาลนั้น พยาบาลควรมีบทบาทในการให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ การกำจัดขยะ รักษาพยาบาลในกรณีเจ็บป่วยไม่มากนัก บริการความสะดวกแก่ผู้รับบริการ และมีความเป็นกันเองกับผู้รับบริการ ส่วนรูปแบบศูนย์บริการสุขภาพที่ต้องการคือ ควรให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการบริการสถานบริการ และ อบต. ควรให้การสนับสนุนในด้านงบประมาณ

จากสภาพปัจจุบัน พบว่าการให้บริการยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะในแหล่งทุรกันดาร ดังนั้นจึงควรจัดให้มีพยาบาลดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เหล่านั้นด้วย นอกจากนี้ยังต้องการให้เจ้าหน้าที่ได้ให้คำแนะนำในเรื่องการแก้ไขปัญหาสภาพสุขภาพสิ่งแวดล้อมด้วย ดังนั้นพยาบาลควรจะมีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบให้ชัดเจน เพื่อที่จะได้ทราบถึงปัญหาของแต่ละเขตอย่างชัดเจน และหาแนวทางแก้ไขได้อย่างเหมาะสมกับพื้นที่นั้นๆ ในขณะเดียวกันในการทำงานควรได้รับความร่วมมือจาก อบต. ดังนั้นในส่วนนี้จึงควรมีการประสานงานกับ อบต. เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งจะนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4.6 ชุมชนชาวเขา

ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อสม. และประธานกรรมการหมู่บ้าน มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพและบริการสุขภาพดังนี้

ประชาชนมีสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะอาหาร ปวดศีรษะ ขาดสารอาหาร ไข้หวัด โรคระบบกระดูกกล้ามเนื้อและปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพื้นที่นิยมใช้เพื่อการรักษา

บริการด้านสุขภาพที่ได้รับในปัจจุบัน ได้แก่ การออกหน่วยของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เจ็ดยอดเดือนละ 1 ครั้ง มีการตรวจคัดกรองโรคมาเลเรียให้ยาป้องกันการติดเชื้อรับประทาน และมีการณรงค์การป้องกันโรคต่างๆ เช่น โปлио แต่บริการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากการคมนาคมไม่สะดวก กรณีที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ชาวบ้านบางคนไม่มีรถยนต์ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเหมารถ เพื่อไปรักษาในตัวเมือง หรือบางคนอาจไปนั่งการรักษาแบบพื้นบ้านในการบำบัดรักษาโรค เช่น การใช้สมุนไพร หรือการใช้ฟันในการบำบัดรักษาโรค

ความต้องการด้านสุขภาพ มีความต้องการด้านสุขภาพมาก โดยต้องการให้มีพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ 2 คน แพทย์ 1 คน โดยให้บริการ 1 วันต่อสัปดาห์ ส่วนเภสัชกร

และทันตแพทย์ต้องการเพียง 1 คน โดยให้บริการ 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์ สำหรับบริการสุขภาพที่ต้องการ คือ ควรเปิดให้บริการเฉพาะเวลาราชการตลอดเวลา โดยให้การดูแลสุขภาพประชาชน (ทำคลอด บริการฉุกเฉิน ทำฟัน) และให้คำแนะนำในทุกเรื่อง และต้องการให้เพิ่มความถี่ในการบริการของหน่วยเคลื่อนที่ โดยอาจมาบริการทุกเดือนหรือบ่อยกว่านั้น และในแต่ละครั้งควรขยายเวลาในการบริการ และควรมีสถานบริการสุขภาพประจำที่หมู่บ้านเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติม ในการปฏิบัติตัวหรือดูแลสุขภาพ ถ้าเป็นไปได้ต้องการให้จัดพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบเฉพาะพื้นที่ชุมชนชาวเขา โดยออกให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน สถานที่ให้บริการคือโรงเรียน สำหรับรูปแบบการบริหาร ควรให้คณะกรรมการหมู่บ้านหรือชาวบ้านมีส่วนร่วมในการบริหาร ควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ 2 คน และบุคคลที่มีความรู้ในพื้นที่ 1 คน เพื่อจะได้หมุนเวียนกันเมื่อจำเป็นและเป็นล่ามในการให้บริการ

ในชุมชนแห่งนี้มีความต้องการด้านสุขภาพมาก ดังนั้นจึงมีความต้องการในเรื่องบุคลากรในด้านสุขภาพมาก โดยต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ทำงานในเวลาราชการตลอดจนเวลา และต้องการให้มีการบริการของหน่วยเคลื่อนที่อย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่นี้ ควรมีการกำหนดงานที่ชัดเจนในประชาชนกลุ่มนี้ หากเป็นไปได้ควรจัดให้มีพยาบาลดูแลครอบครัวเนื่องจากชาวบ้านบางคนมีปัญหาในเรื่องการเดินทาง ดังนั้นรัฐควรให้การสนับสนุนในเรื่องยานพาหนะของเจ้าหน้าที่หากว่าต้องไปให้บริการครอบครัว นอกจากนี้ควรให้คณะกรรมการหมู่บ้านหรือชาวบ้านมีส่วนร่วมในการบริหารด้วย ตลอดจนสามารถของความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความรู้ในพื้นที่เพื่อจะมาช่วยเป็นล่ามให้ในกรณีที่เกิดปัญหาในการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

สรุปประชาชนโดยภาพรวมแล้วยังมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งมักจะเป็นโรคเรื้อรัง เช่น ปวดข้อ เบาทาน ความดันโลหิตสูง ภาวะอาหาร หอบหืด โรคหัวใจ โรคเอดส์และปัญหาเสพติด แต่พบว่าส่วนใหญ่แล้วประชาชนไม่เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพมักจะรอให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้นแล้วจึงไปรับบริการ

นอกจากบริการสุขภาพที่ได้รับจากสถานอนามัยหรือศูนย์บริการสุขภาพแล้ว ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2544 เพื่อให้บริการผู้ป่วยโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ได้จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพไปประจำที่สถานอนามัยสัปดาห์ละ 2 วัน โดยให้บริการในกิจกรรมต่างๆ เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่สถานอนามัย

โดยรวมแล้วจะพบว่าทุกชุมชนที่ศึกษาถ้าวาดต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัยเพิ่มมากขึ้น หากเป็นไปได้ก็อยากจะให้มีบุคลากรในทุกสาขา อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาลคือบุคลากรที่ทุกชุมชนเห็นว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพ ทั้งนี้ต้องการให้เจ้าหน้าที่

พยาบาลประจำสถานีนอนามัยขยายเวลาทำงาน โดยให้ทำงานนอกเวลาราชการและในวันหยุดราชการ สำหรับการอยู่เวรของเจ้าหน้าที่นั้นควรมีการจัดระบบการรักษาความปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ต้องการให้มีแพทย์ ทันตแพทย์ออกให้บริการในสถานีนอนามัยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง นอกจากนี้ทุกชุมชนมีความต้องการที่จะให้มีพยาบาลวิชาชีพ (ซึ่งชาวบ้านเรียกว่าหมอ) ไปให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยมีพื้นที่เฉพาะในการรับผิชอบ เน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วย นอกเหนือจากการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องการให้มีในทุกตำบล สำหรับการจตุรระบบประมานั้น รัฐควรมีการจัดจตุรระบบประมานสนับสนุนการให้บริการอย่างพอเพียง รวมทั้งวัสดุที่จำเป็นทางการแพทย์และยารักษาโรค สำหรับรูปแบบการบริหารจัดการนั้น มีความเห็นว่าควรให้ประชาชนและ อบต. มีส่วนร่วมในการบริหาร

5. สรุปการนำเสนอข้อมูลการศึกษาให้กับชุมชนเพื่อสะท้อนความคิดเห็น

การจัดเวทีนำเสนอข้อมูลและสะท้อนความคิดเห็นจากผู้นำชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมจาก 6 ชุมชนเป้าหมายรวมทั้งสิ้น 37 คนสรุปผลได้ดังนี้

ผู้นำชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขเห็นด้วยกับข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้นในแต่ละชุมชน

การให้บริการสุขภาพของสถานีนอนามัยและศูนย์สาธารณสุขเทศบาลในปัจจุบันมีแพทย์ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจากหน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่มาประจำให้บริการตรวจรักษาอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ ในส่วนการรับผิชอบของเจ้าหน้าที่นั้น ที่สถานีนอนามัยมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คนรับผิชอบประชากรประมาณ 1,200 คน ในส่วนของพื้นที่ชาวเขา เจ้าหน้าที่จะขึ้นไปให้บริการได้เพียงเดือนละครั้ง

ในส่วนของความคิดเห็นของประชาชนที่ระบุว่าต้องการได้รับการดูแลสุขภาพจาก " หมอ " นั้น มีความหมายถึง " พยาบาล " นอกจากนี้ที่ประชุมยังมีข้อเสนอแนะว่า หากมี พยาบาลวิชาชีพ (ซึ่งชาวบ้านเรียกว่า หมอ) ไปดูแลให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยมีพื้นที่เฉพาะในการรับผิชอบ โดยประมาณว่า พยาบาล 1 คนรับผิชอบประมาณ 300-400 หลังคาเรือนหรือครอบคลุม ประชาชน 1000-1500 คนก็จะเป็นการดีและอยากให้มีการครอบคลุมทุกตำบล

ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป บุคคลที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะที่ยังไม่เจ็บป่วย และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องการความช่วยเหลือดูแลจากแพทย์ แต่ประชาชนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการบริการดูแลสุขภาพด้วย โดยร่วมเป็นกรรมการพัฒนากิจกรรมต่างๆ และมีข้อเสนอแนะให้มีบริการดูแลสุขภาพนอกเวลาราชการรวมทั้งวันหยุดเพื่อให้ประชาชนสามารถไปรับบริการได้สะดวก

นอกจากนี้ผู้นำชุมชนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับค่าบริการเนื่องจากมีโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค สรุปว่า คณะพยาบาลศาสตร์จะไปประสานงานในรายละเอียดกับหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อไป ทั้งนี้ การเสียค่าใช้จ่ายสอดคล้องกับสถานการณ์ค่ารักษาพยาบาล 30 บาท รักษาได้ทุกโรคในปัจจุบัน

6. ทักษะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การศึกษานี้ได้สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทบาทพยาบาลในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ทรงคุณวุฒิมีจำนวน 9 ท่าน ประกอบด้วยผู้บริหารระดับประเทศที่มีความเข้าใจระบบสุขภาพ 2 ท่าน ผู้บริหารองค์กรวิชาชีพ 1 ท่าน บริหารสถาบันวิจัยด้านสุขภาพ 1 ท่าน ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาล 1 ท่าน เกษีกร 1 ท่าน และพระสงฆ์ 2 รูป ข้อมูลได้มีการวิเคราะห์และนำเสนอภายใต้หัวข้อ ดังนี้

6.1 ความหมายและขอบเขตของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผู้ทรงคุณวุฒิต่างเห็นตรงกันว่า ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ใกล้บ้าน สำหรับประชาชนทุกวัยในชุมชน โดยครอบคลุมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการส่งต่อผู้ป่วยที่เกินกว่าความสามารถที่จะดูแลในระดับล่างไปสู่ระดับที่สูงขึ้น โดยเน้นศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านชี้ให้เห็นว่าบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระบบส่วนต้นหรือส่วนฐานของระบบบริการทั้งระบบและแตกต่างจากสาธารณสุขมูลฐาน “สาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การพึ่งพาตนเองการนำส่วนต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาความเป็นอยู่ในชีวิต สำหรับบริการระดับปฐมภูมิจะต้องมีผู้มาใช้บริการ” “Primary care ประกอบด้วย Primary health care และ Primary medical care”

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ “เป็นบริการที่มีความง่าย แต่ก็ยังจำเป็นต้องใช้นักวิชาชีพบางกลุ่มที่ต้องเข้าไปทำเพราะเป็นการจัดบริการให้กับประชาชน” “เป็นบริการที่ทำได้ โดยไม่ต้องยึดติดกับ setting ว่าจะต้องให้ที่สถานีนอนมัย โรงพยาบาลชุมชน หรือคลินิกบริการปฐมภูมิเป็นเรื่องของ acting.... เมื่อก่อนก็มีหมอพื้นบ้าน มีผดุงครรภ์ มีพยาบาลออกไปดูแลตามบ้าน”

“บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” นอกจากนี้บริการระดับปฐมภูมิ “เป็นบริการที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องคำนึงถึงความมั่งมีหรือฐานะทางเศรษฐกิจเป็นอย่างไร เป็นใครมาจากไหน”

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งกล่าวเพิ่มเติมว่า “บริการรวมถึงการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม หรือความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน การจัด

กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชน และเมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถดูแลได้ต้องส่งผู้รับบริการ ไปสู่สถานบริการที่สูงขึ้น ระบบส่งต่อมีความจำเป็นและต้องทำให้มีประสิทธิภาพให้ได้”

ผู้ทรงคุณวุฒิอีกท่านหนึ่ง ชี้ให้เห็นว่า “ระบบบริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพสำหรับตัวเรา ครอบครัว และชุมชนของเรา ถ้าระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิเข้มแข็ง ก็หมายความว่าคนไทยมีหลักประกันสุขภาพที่นำมาซึ่งสุขภาพหรือความสุข” “ระบบบริการปฐมภูมิต้องขยับจากปัจจุบัน ซึ่งอยู่ที่อำเภอ ไปที่ตำบลและสักวันหนึ่งไปที่หมู่บ้าน.... จะมีสถานีนาม้อย่างดีก็ได้ หรือจะมีโรงพยาบาลขนาดเล็กก็ได้” “ในเขตเทศบาล เขตกรุงเทพมหานครเองก็ควรจะมีโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพเป็นปฐมภูมิเหมือนกัน”

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งขยายว่า “บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงถึงร้านขายยาด้วย ถ้าร้านนั้นมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชน ตลอดจนการรักษาทางเลือกต่างๆ”

6.2 ผู้ให้บริการและคุณลักษณะ

ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เห็นว่า ผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิควรเป็นนักวิชาชีพ ท่านหนึ่งกล่าวว่า “เพื่อให้การดูแลในระดับล่างประสบความสำเร็จ... ต้องระดมบุคลากรในทุกวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็น พยาบาล กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือกลุ่มบุคลากรอื่น เช่น เกษตรกร ทันตแพทย์ และแพทย์ ... ที่กล่าวถึงพยาบาลก่อนเพราะเป็นกลุ่มที่ทำปัจจุบัน และมีจำนวนมาก แต่ต่อไปต้องระดมบุคลากรในทุกวิชาชีพ ต้องร่วมมือกันทุกฝ่ายและต้องร่วมมือเป็นทีมจริงๆ”

ผู้ทรงคุณวุฒิ ท่านหนึ่งกล่าวว่า “พูดถึงความเป็นไปได้ในขณะนี้ พยาบาลน่าจะเป็นบุคลากรวิชาชีพที่จะจัดบริการด้านนี้ได้ ร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องและประชาชนด้วย” ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิอีกท่านหนึ่ง มีความเห็นคล้ายกันว่า พยาบาลจะเป็นกลุ่มบุคลากรที่ความเป็นไปได้สูงสุด “... คงจะยากที่จะเป็นแพทย์ เพราะการผลิตปัจจุบันยังไม่เพียงพอ และถ้าเป็นพยาบาล “จะ 2 ปี หรือ 4 ปี ไม่ใช่ประเด็นที่สำคัญคือ ประสบการณ์ ที่จะทำให้การดูแลทำได้ถูกต้องรวดเร็วมากขึ้น”

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งบอกว่า “บุคลากรที่ให้บริการจะเป็นใครก็ช่าง แต่ในหลักสูตรของแพทย์ พยาบาล เกษตร หรือทันต (กรรม) ต้องมีการบรรจุแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วย เพื่อให้รับรู้กันอย่างจริงจัง... ในสภาพปัจจุบันที่สถานีนาม้อยหรือจัดบริการที่ให้บริการเช่น พยาบาลเทคนิคที่จบ ม.6 แล้วเรียน 2 ปี แล้วก็มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนระดับชุมชนก็มี อสม. อีกส่วนคือ ประชาชนและครอบครัว ซึ่งถ้าพูดถึงภาคีทั้ง 3 นี้ น่าจะตั้งคำถามว่าในโครงสร้างปัจจุบัน พอไหมที่จะตอบสนองความคิดรวบยอดของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ... ที่สถานีนาม้อยอย่างน้อยที่สุดควรเป็นพยาบาลปริญญาที่มีหลักสูตรเน้นการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่ถ้าในอนาคตประเทศเราสามารถผลิตแพทย์ปฐมภูมิ แล้วมาอยู่ตรงนี้ได้ ดูแลประชาชน 1 ตำบล น่าจะเป็นประโยชน์”

ผู้ทรงคุณวุฒิ อีกรายหนึ่งเห็นว่า ถ้าเสริมความรู้ให้ อสม. ให้ดี อสม. น่าจะเป็นกำลังสำคัญในการช่วยให้คำแนะนำด้านสุขภาพได้ เช่นเดียวกับการเสริมความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่อนามัย เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดศรัทธาไม่ต้องไปโรงพยาบาลใหญ่ทันทีและอีกท่านเสริมว่าปัจจุบันเจ้าหน้าที่อนามัยต้องทำงานหลายอย่าง โดยเฉพาะงานเอกสาร ทำให้ไม่มีเวลาทำงานที่ควรทำ ในด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งอีกท่านก็พูดในประเด็นเดียวกัน และเสริมว่าควรใช้ระบบการบริหารจัดการสมัยใหม่ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยให้เจ้าหน้าที่มีเวลากับประชาชนมากขึ้น

คุณลักษณะสำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้น ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้แนวคิดไว้ กล่าวคือ

1. จิตใจรักเพื่อนมนุษย์ “เป็นคนดี จิตใจรักเพื่อนมนุษย์” อีกท่านมีความเห็นว่า “ให้มองประชาชนอย่างเป็นมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรี อย่างมีสายตาดูถูกประชาชน”
2. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทและขอบเขตการทำงานในระดับปฐมภูมิ “เข้าใจใน scope ของบริการขั้นปฐมภูมิ และทุติยภูมิ เพื่อที่จะรู้ว่าประเด็นใดที่ทำได้ จะต้องส่งไปที่ไหน และอย่างไร”
3. มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง “คนที่ให้บริการต้องเข้าใจเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม จิตใจของคนในพื้นที่” “คนที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ อาจไม่ใช่เทคโนโลยีหรือความรู้เท่ากับทุติยภูมิ แต่ต้องมีความรู้ง่าย”
4. มีทักษะในการคัดกรองและให้การรักษาโรคเบื้องต้น
5. มีทักษะของชุมชน การสื่อสาร การประสานงาน การสร้างเครือข่ายและการสร้างความร่วมมือ
6. มีความตื่นตัว และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
7. มีความรู้ความเข้าใจในภูมิปัญญาท้องถิ่น และผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นในการให้บริการ

6.3 รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน รูปแบบอาจมีได้หลากหลาย “ขณะนี้หลายองค์กรก็พยายามหารูปแบบที่เหมาะสมอยู่”

1. สร้างรูปแบบใหม่ที่พยาบาลปฏิบัติงานเป็นอิสระ จัดบริการของตนเอง ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่ง กล่าวว่า “คำถามที่มีคนถามมา 20-30 ปี ว่า พยาบาลในบ้านเรามีแนวโน้มว่าจะทำงานแบบเอกชน แบบแพทย์ได้ไหม ซึ่งอาจทำให้รูปแบบหรือภาวะการจัดบริการแบบปฐมภูมิดำเนินการไปได้ดีโดยไม่ต้องพึ่งพา หรือยึดติดกับโครงสร้างหรือกลไกของโรงพยาบาล ซึ่งจำกัดในการเจริญเติบโต ... คำถามคือ กฎหมาย การประกอบวิชาชีพ ยอมให้กระทำหรือไม่ รวมทั้งเรื่องการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของบริการ สภาวิชาชีพจัดการเรื่องเหล่านี้ได้มากน้อยแค่ไหน ถ้าเราวาง

แผนเป็นรูปแบบนี้ ต้องพูดถึงโครงสร้างรองรับ รวมถึงการศึกษาต่อเนื่องจะเป็นอย่างไร การเลือกคนจะมาจากส่วนใด ใครส่งให้ชุมชน ถ้าชุมชนจะจัดการจ้างงานต่อของชุมชนน่าจะเป็นคนส่ง ถ้าเรามองประเด็นปัญหาสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นเป็นตัวตั้ง โครงสร้างและรูปแบบที่ออกมาคงจะแตกต่างไปจากระบบที่เราเห็นทุกวันนี้”

“การเงิน การคลังก็ต้องปรับให้รองรับการเบิกจ่าย ... ถ้าผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลไปเยี่ยมดูที่บ้าน ต้องการคำแนะนำ ให้บริการบางเรื่อง พยาบาลจะเบิกจ่ายจากกองทุนที่ดูแลคนเหล่านี้ได้หรือไม่ กฎหมายให้หรือเปล่า สถานการณ์พยาบาลจะปรับให้มีการรองรับอย่างไร” “การใช้โครงสร้างของสถานบริการแบบเดิม ของสถานีนอนมัย โรงพยาบาลเอกชน มีข้อจำกัด เราจะขยายไม่ได้ มีปัญหาเรื่องบุคลากรไม่มี ในที่สุดคนดูแลอาจดูแลนอกจากสุขภาพ อาจมีบริการสังคมด้านอื่น ถ้าเราขยายฐานของบุคลากรด้านนี้ เราจะเชื่อมโยงแก้ไขประเด็นปัญหา สังคมและสุขภาพได้กว้างขวางกว่านี้”

2. บริการจัดการบริการโดยรัฐ เช่นปัจจุบัน ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านเห็นว่า การจัดการบริการสามารถทำแบบเดิม โดยรัฐจัดการบริการที่สถานีนอนมัย โรงพยาบาลชุมชน แต่ควรทำขอบเขตบริการที่ชัดเจน และเสริมสร้างประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ “กระทรวงสาธารณสุขคงจะเป็นเจ้าของเรื่องที่จะออกแบบระบบสุขภาพ แต่ว่าควรได้ความคิดเห็นร่วมกันในการออกแบบจากประชาชน ชุมชนเอกชน เช่นเดียวกับระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ”

3. บริหารจัดการโดยคณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งเห็นว่า “อาจมีคณะกรรมการสุขภาพในระดับตำบล รับผิดชอบในการบริหารจัดการบริการ ในแต่ละตำบลมีหลายชุมชน เพราะฉะนั้นต้องมีคนรับผิดชอบอาจจะเป็นพยาบาลก็ได้ โดยอาจแบ่งเขตรับผิดชอบ ผู้ดูแลต้องเข้าใจสภาพปัญหาของคนที่อยู่ในการดูแลอย่างไร ใครมีปัญหาอะไร ใครควรได้รับการอย่างไร โดยอาจกำหนดว่าพยาบาล 1 คนต้องดูแลกี่ครอบครัว”

6.4 กลไกการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะสำเร็จได้ต้องมีการสร้างกลไกหลายส่วนรองรับ

1. กลไกในระดับชุมชน และองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น โดยชุมชนต้องตระหนักว่า เขาเป็นเจ้าของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ทรงคุณวุฒิรายหนึ่งกล่าวว่า “ชุมชนและท้องถิ่นต้องการอะไร เป็นเรื่องใหญ่ ท้องถิ่นอาจมองว่าสิ่งที่มียอยู่แล้วเป็นสวัสดิการ กระทรวงสาธารณสุขจัดบริการให้ การให้ชุมชนเป็นเจ้าของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นสิ่งจำเป็น เป็นหัวใจ การเป็นเจ้าของไม่ได้แปลว่าเป็นเจ้าของคน แต่มีกลไกเป็นเจ้าของหลายอย่าง เช่น จ้างคนมาให้บริการ มีระบบการจ่ายค่าบริการ มีการประเมินผู้ให้บริการ การสนับสนุนให้ผู้ให้บริการศึกษาต่อเนื่อง แปลว่าท้องถิ่นเองหรือชุมชนจะต้องเข้าใจในบริบทที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการที่จะมีคนหรือกลไกการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างรอบด้าน”

“กลไกทางชุมชน เป็นหัวใจสำคัญที่จะยึดกุมระบบบริการปฐมภูมิให้ทำงานเต็มที่ โปร่งใส มีคุณภาพ และให้บริการอย่างเป็นธรรม เท่าเทียมกัน ไม่แย่งชิงผลประโยชน์กัน ชุมชนหรือคนทำหน้าที่บริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิมีสमानฉันท์ เอื้ออาทรต่อกัน ทั้งรัฐและองค์กรวิชาชีพก็ควรเข้าไปเชื่อมโยงสนับสนุนให้เกิดกลไกที่มีคุณลักษณะที่เราปรารถนา”

ผู้ทรงคุณวุฒิอีกท่านก็เห็นตรงกันว่า “องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของเรื่องด้วยเข้าไป เพราะเป็นเจ้าของพื้นที่ เป็นตัวแทนประชาชน เพราะฉะนั้นในการที่เราจะลงไปให้บริการ ต้องร่วมกันใกล้ชิดในการวางแผนการดำเนินงาน การตรวจสอบและประเมินผลว่าสิ่งที่ทำนั้นดีหรือไม่ดีอย่างไร ต้องมีการปรับแก้หรือไม่”

2. รัฐ โดยกระทรวงสาธารณสุข เข้ามาเริ่มจัดการ ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งกล่าวว่า “รัฐน่าจะเป็นคนที่ทำให้เกิดขึ้นเป็นอันดับแรก ส่วนองค์กรอื่นจะเข้ามาจัดหรือเสริมก็ได้” “กระทรวงสาธารณสุขคงจะกำกับดูแลระบบสุขภาพใหม่ แต่ผู้ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพควรจะมาจกหลายๆ ฝ่ายรวมถึงผู้ดูแลฐานรากของชุมชนด้วย”

ผู้ทรงคุณวุฒิ อีกท่านเห็นว่า “เนื่องจากแต่ละหน่วยย่อยของการให้บริการสุขภาพระบบปฐมภูมิ มีความหลากหลาย กระทรวงสาธารณสุขจึงควรคำนึงถึงปัญหาดังกล่าวและมีการสร้างเกณฑ์มาตรฐาน หรือ *Benemark* แต่ตำบลให้มีความพร้อม ถึงเกณฑ์ก็ให้เขามีอิสระ อยู่ห่างๆ ถ้าตำบลไคยังไม่เข้มแข็ง สถานีนอนามัยไม่เข้มแข็งก็ต้องช่วยเขาผ่านเกณฑ์ เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความเท่าเทียมกันทั่วประเทศ”

3. องค์กรวิชาชีพ ควรมีบทบาทในการสร้างรูปแบบและกลไกต่างๆ ในทางกฎหมาย คุณภาพมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีศักดิ์ศรี ได้รับการคุ้มครอง และมีมาตรฐานของบริการที่จัดให้ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการผลิตและการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ

4. รัฐต้องดำเนินการในเรื่องการจัดโครงสร้าง การจัดสรรงบประมาณ การประเมินผลงาน ให้สอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

5. องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นต้องได้รับการเตรียมความพร้อม การส่งเสริมความเข้าใจ เพื่อให้สามารถเข้ามาจัดบริการสุขภาพให้กับท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม

6. ด้านการเงินและงบประมาณ รัฐและประชาชน ควรร่วมในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งกล่าวว่า “รัฐควรเป็นผู้รับผิดชอบในส่วนบริการพื้นฐานที่ทุกคนควรได้รับ ถ้าต้องการดีกว่านั้น ผู้ใช้บริการต้องจ่ายเอง” “ไม่ควรวางภาระทั้งหมดให้กับรัฐ ใครมีศักยภาพจะจ่ายต้องจ่าย รัฐควรช่วยดูแลคนที่ไม่มี ระบบประเทศไทยยังมีตำแหน่งสูง เงินเดือนสูง รัฐจ่ายค่าดูแลรักษาให้สูง ซึ่งไม่ถูกต้อง”

7. การเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับผู้ปฏิบัติงานที่มีในท้องถิ่น “ทำอย่างไรให้เขาทันกับการเปลี่ยนแปลง ไม่แน่ใจว่าการตอบประกอบโรคศิลปะ สะท้อนความรู้ และทักษะที่จำเป็นต้องมีในสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปหรือไม่”

8. การให้ประชาชนตระหนักและรับรู้ว่ามีหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง ผู้ทรงคุณวุฒิ ท่านหนึ่งกล่าวว่า “ประชาชนจะต้องเกิดสำนึก มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และร่วมมาวางแผน ร่วมดำเนินกิจกรรม ที่จะทำให้พวกเขาเกิดประโยชน์สูงสุด” “ต้องทำให้ประชาชนและพวกเราทุกคนเข้าใจตรงกันคือ สุขภาพเป็นของเราและเป็นความรับผิดชอบของเรา ดังนั้นการที่เราจะทำให้สุขภาพเราดี จะป้องกันอย่างไร จะปฏิบัติอย่างไร จึงจะไม่ใช่โรคนั้น ส่วนที่รัฐจัดให้เพื่อเสริมหรือเพื่อให้เราไปรับการรักษาเมื่อเกินกว่าจะดูแลรักษาตนเองได้แล้ว”

6.5 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

ท่านผู้ทรงคุณวุฒิ รายหนึ่งกล่าวว่า “ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ได้รับการพัฒนามาคนละยุค คนละสมัย ทีละส่วน จึงถึงเวลาแล้วที่ประเทศไทยจะต้องมากำหนดให้ชัดเจนว่า ระบบบริการสุขภาพแบบปฐมภูมิกวกรอยู่ที่ตำบล แล้วกำหนดขอบเขตอย่างไร มีผู้เกี่ยวข้องอย่างไร ควรมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติที่นี้อย่างไร และก็ความสะดวกสบายที่จะให้ รวมทั้งการบริหารจัดการการเงิน การคลัง การเก็บค่าใช้จ่ายการบริการต้องมาตกลงกันให้ได้ แล้วสร้างระบบที่เข้มแข็ง เชื่อว่าประชาชนยอมรับได้ เพราะเป็นระบบที่ใกล้ตัวประชาชนที่สุด และเป็นที่พึ่งของประชาชนมากที่สุด”

6.6 หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อรองรับการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ดังนั้นเพื่อให้พยาบาลมีคุณสมบัติและทักษะดังกล่าวมาแล้ว ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการผลิตพยาบาลต่างเห็นตรงกันว่า หลักสูตรพยาบาลต้องมีการปรับปรุงให้มีเนื้อหาด้านชุมชนมากขึ้น และให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์ในด้านชุมชนมากขึ้น จุดเน้นหลักสูตรต้องเป็นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมกกว่าการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วย “เราต้องปรับเปลี่ยนหลักสูตร และเน้นเรื่องของการปฏิบัติในระดับชุมชนให้มากขึ้น โดยเฉพาะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดใหม่ในเรื่องสุขภาพ นอกจากนี้ต้องเพิ่มเรื่อง “การคัดกรอง การช่วยเหลือเบื้องต้นหรือรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อที่ประชาชนไม่ต้องวิ่งมาถึงโรงพยาบาลใหญ่”

ผู้ทรงคุณวุฒิ ท่านหนึ่งกล่าวว่า “หลักสูตรที่เราเตรียมพยาบาลปัจจุบันไม่ได้เน้นด้านชุมชน หลักสูตรต้องมีการปรับแน่นอน ที่จะเสริมศักยภาพให้พร้อมจะให้บริการในระดับปฐมภูมิได้ ต้องเพิ่มเนื้อหาให้นักศึกษาเข้าใจชุมชน เข้าใจมนุษย์ เข้าใจที่จะทำงานร่วมกับชุมชนโดยเฉพาะเคารพในสิทธิของผู้รับบริการ รวมทั้งมีทักษะที่จะสื่อสาร และรู้จักแสวงหาศักยภาพที่ชุมชนมีอยู่ ในเนื้อหาวิชาชีพต้องสามารถให้การคัดกรองสุขภาพบุคลากร สามารถวินิจฉัยว่า

บุคคลมีปัญหา มีความต้องการอะไร ควรรู้จักแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ” “ถ้าหากบุคคลมีปัญหา สุขภาพต้องสามารถให้การรักษาเบื้องต้นได้ รวมถึงการรักษาในภาวะฉุกเฉินบางอย่าง เช่น จมน้ำ มีสิ่งกีดขวางทางเดินหายใจ ควรช่วยได้ดีกว่าคนที่ไม่ได้เรียนระดับวิชาชีพ ทำ surveillance คือ เฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้” “นอกจากนี้ควรเสริมคุณธรรม จริยธรรม ให้นักศึกษา พยาบาลรู้จักคิด รู้จักการแก้ปัญหา”

“ความรู้ที่เป็น basic สามารถใส่ไว้ในหลักสูตร 4 ปี แต่อีกส่วนที่ต้องการความแม่นยำมากขึ้น ต้องการความรู้เพิ่มขึ้น จะต้องเรียนเพิ่ม 3 เดือน 6 เดือน ก็แล้วแต่ต้องดูในรายละเอียดอีก” ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิอีกท่านก็เห็นด้วยว่า ทักษะสำหรับปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิบรรจุในหลักสูตร 4 ปี แต่ต้องปรับหลักสูตรใหม่”

ผู้ทรงคุณวุฒิ อีกท่านเกิดคำถามว่า “หลักสูตรพยาบาลหลักสูตรหนึ่งจะสามารถผลิตพยาบาลเพื่อไปทำงานในที่ต่างๆ ซึ่งแตกต่างกันเช่น ที่ห้องผ่าตัด ห้องผู้ป่วยนอก สถานีนามัย เป็นต้น และทำงานได้ดีที่สุดได้อย่างไร ท่านให้ความเห็นต่อว่า “หลักสูตรพยาบาลอาจถึงจุดที่ต้องตอบคำถามตนเองเหมือนกันว่า จะใช้หลักสูตรพื้นฐาน 4 ปี เหมือนกันหมดแล้วเพิ่มอีก 1-2 ปี เพื่อให้ได้ความรู้และทักษะที่แน่น ที่เหมาะจะไปทำงานเฉพาะที่ ตรงนี้ต้องช่วยกันคิด อยู่ใน 4 ปีหรือต่อยอด”

1. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการศึกษาความคิดเห็นของชุมชนในภาคเหนือ สามารถสรุปได้ว่าการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้นเป็นบริการที่ให้การดูแลแบบองค์รวม โดยเป็นการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะฉุกเฉินหรือภาวะเรื้อรัง มีกิจกรรมการบริการที่ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา การส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและบุคลากรที่จะให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิสามารถเป็นบุคลากรในวิชาชีพใดก็ได้เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ฯลฯ แต่ในภาวะปัจจุบันซึ่งยังมีการขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพบางประเภท บุคลากรที่มีความพร้อมมากที่สุดที่จะสามารถให้บริการระดับปฐมภูมิได้คือ พยาบาล เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีอยู่จำนวนพอเพียง และปฏิบัติหน้าที่อยู่ในชุมชนอยู่แล้ว สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของประชาชนที่ต้องการให้มีบุคลากรพยาบาลรับผิดชอบดูแลในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้รูปแบบการดำเนินงานจะต้องได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในการดำเนินในรูปแบบของการร่วมมือซึ่งจะอยู่ในลักษณะของการมีกองทุนสุขภาพและคณะกรรมการชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ

ในภาวะปัจจุบัน จากผลของการประกาศนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคของรัฐบาล ซึ่งทำให้เกิดผลในการเปลี่ยนแปลงการบริการด้านสุขภาพของหน่วยงานของรัฐในทุกระดับ จังหวัดต่างๆในเขตภาคเหนือโดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่ได้รับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคมาดำเนินงานทำให้โรงพยาบาลชุมชนได้ปรับวิธีการบริการโดยมีการจัดพยาบาลประจำการออกไปเสริมให้บริการตามสถานีอนามัยต่างๆ อีกสัปดาห์ละ 2 วัน และจัดให้มีพยาบาลรับผิดชอบหมู่บ้าน เพิ่มบริการหน่วยเคลื่อนที่แก่พื้นที่ห่างไกล รวมทั้งจัดอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้มีเพิ่มมากขึ้นในระดับสถานีอนามัย จากสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้เป็นการเพิ่มศักยภาพของสถานีอนามัยให้มีความสามารถในการให้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์ข้อคิดเห็นที่ได้จากชุมชน รวมทั้งสถานะในปัจจุบัน คณะผู้วิจัยจึงเสนอรูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน 3 ลักษณะ ดังนี้

1.1 เสริมศักยภาพของโครงสร้างบริการสุขภาพเดิมให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะได้มีการเพิ่มจำนวนบุคลากรพยาบาลลงไปในพื้นที่สถานีอนามัยอีกสัปดาห์ละ 2 วันแล้วก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนได้มีข้อเสนอว่า ควรมีเจ้าหน้าที่พยาบาลปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิตลอดสัปดาห์

รวมทั้งวันหยุดราชการด้วย เพื่อว่าประชาชนจะสามารถไปใช้บริการได้สะดวก ส่วนบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรจะต้องมีพื้นที่ที่รับผิดชอบที่ชัดเจนเพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนในการจัดกิจกรรม

1.2 จัดบริการในรูปแบบหน่วยงานอิสระ. โดยมีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบการให้บริการในพื้นที่ที่รับผิดชอบประมาณ 200-300 ครอบครัว ทั้งนี้บริการที่จัดขึ้นจะครอบคลุมทั้งทางด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาวะสุขภาพในระดับปฐมภูมิโดยความร่วมมือขององค์การบริการส่วนตำบล นอกจากนี้ยังจะต้องให้บริการในการดำเนินงานประสานงานกับหน่วยงานของรัฐหากจำเป็นต้องส่งต่อไปรับบริการในระดับต่อไป

1.3 จัดบริการผสมผสานกับบริการของหน่วยงานในท้องถิ่น โดยเพิ่มความครอบคลุมของบริการให้มากยิ่งขึ้น ในลักษณะของการแบ่งพื้นที่ความรับผิดชอบในพื้นที่ห่างไกลและหน่วยงานท้องถิ่นที่มีเฉพาะบริการเคลื่อนที่เป็นครั้งคราว เช่น ชุมชนชาวเขา ทั้งนี้บริการที่จัดขึ้นจะต้องเป็นลักษณะของบริการที่เป็นเครือข่ายของหน่วยงานท้องถิ่น

2. คุณสมบัติของผู้ให้บริการ

ในส่วนของผู้รับบริการคือชุมชนนั้น มีความต้องการบุคลากรทางด้านสุขภาพทุกประเภทให้อยู่ประจำสถานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเห็นว่าผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิควรเป็นสหวิชาชีพ แต่เนื่องจากในภาวะปัจจุบันบุคลากรพยาบาลมีความพร้อมในด้านจำนวนของบุคลากรจึงมีความเป็นไปได้สูงสุดที่จะเป็นผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้จะต้องมีการพัฒนาทักษะที่เน้นการบริการระดับปฐมภูมิให้บุคลากรมีความพร้อมในการบริการ แต่ถ้าในอนาคตประเทศสามารถผลิตบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ ได้อย่างเพียงพอ ก็ควรจะมีผู้ให้บริการให้ทุกสาขาวิชาชีพ ให้บริการในระดับปฐมภูมิได้อย่างทั่วถึง ผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมินั้นจากผลการศึกษาสรุปได้ว่าควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

2.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลจะต้องเป็นผู้ที่มีอวัยวะส่วนตัวที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดี บุคลิกภาพเป็นผู้ที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส พุดจาไพเราะ มีน้ำใจ มีความเป็นกันเองกับผู้รับบริการ มีความคิดริเริ่ม รักในการทำงานร่วมกับชุมชนและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทและขอบเขตของการทำงานในระดับปฐมภูมิ และควรมีความรู้อย่างน้อยในระดับปริญญาตรีที่มีหลักสูตรเน้นการทำงานระดับปฐมภูมิ

2.3 มีทักษะในการคัดกรองและให้การรักษาโรคเบื้องต้นตามมาตรฐานของวิชาชีพรับรอง มีทักษะการวิเคราะห์ ประเมินสุขภาพผู้รับบริการ ให้การรักษาเบื้องต้น แก้ไขปัญหาเร่งด่วน และประสานงานกับหน่วยงานสุขภาพในระดับต่อไปได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความศรัทธาไม่ต้องไปรับบริการสุขภาพในสถานบริการระดับสูงกว่าระดับปฐมภูมิ

- 2.4 มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเข้าใจในภูมิปัญญาท้องถิ่น สามารถผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นในการให้บริการ ทั้งนี้จะต้องเข้าใจธรรมชาติของคนในชุมชน รู้จักรบบระเบียบและวิธีการทำงานในชุมชน ตลอดจนสามารถพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ
- 2.5 มีทักษะการสื่อสารที่ดี สามารถประสานงาน สร้างเครือข่ายและความร่วมมือในชุมชน สามารถใช้ระบบบริการจัดการสมัยใหม่ ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยเพื่อลดงานด้านเอกสาร สามารถใช้เวลาในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนได้มากขึ้น

3. บุคลากรที่ให้บริการระดับปฐมภูมิควรมีขอบเขตในการให้บริการและมีสมรรถนะ ดังนี้

ขอบเขตในการปฏิบัติงานของบุคลากรในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ	สมรรถนะของบุคลากรในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ
1. การประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน	-สามารถคัดกรองให้การวินิจฉัยความผิดปกติทางด้านสุขภาพตั้งแต่เริ่มแรก -สามารถเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์และปัจจัยที่อาจมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน
2. การจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วย 2.1 ให้การรักษาพยาบาลกลุ่มที่ป่วย	-สามารถตรวจวินิจฉัย -สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แผนปัจจุบันและการรักษาทางเลือกอื่นๆ ที่สอดคล้องกับสภาพของผู้รับบริการ -สามารถตัดสินใจวางแผนให้การรักษาพยาบาลร่วมกับ ผู้รับบริการทั้งภาวะฉุกเฉินปกติและเรื้อรังได้อย่างปลอดภัย -สามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้นต่างๆ -สามารถให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) -ติดตามให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของบุคลากรสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน -ฟื้นฟูสุขภาพ/สภาพของผู้ป่วย และกลุ่มบุคคล -จัดบริการให้เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม -ประสานงานกับองค์กร หรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่เกิดขอบเขตความพิศชอบ -ผสมผสานความรู้ในวิชาชีพและความรู้จากสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตในการปฏิบัติงานของบุคลากร ในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ	สมรรถนะของบุคลากรในการดูแลสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ
2.2 ให้การส่งเสริมสุขภาพ	-สามารถให้ความรู้ ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ -ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการวางแผนครอบครัว -สามารถให้ภูมิคุ้มกันโรคได้ -สามารถทำกิจกรรม สนับสนุน และเป็นหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหาร ผ่อนคลาย ความเครียดและการพักผ่อนให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
3. สร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลตนเอง ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้	-มีความรู้ และทักษะในด้านวิถีชุมชน/ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของชุมชน -สามารถนำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้ในการพัฒนาชุมชน -ทักษะในการทำให้ชุมชนมีส่วนร่วม/พึ่งพาตนเอง
4. ส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการทั้งบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล และชุมชน	-มีความรู้ในเรื่องสิทธิของผู้ใช้บริการและกฎหมายวิชาชีพ -ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิของผู้ใช้บริการสุขภาพ -ปฏิบัติการดูแลสุขภาพโดยเคารพสิทธิของผู้รับบริการตามมาตรฐานและกฎหมายวิชาชีพ
5. ส่งเสริมการสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อม	- มีความรู้ความสามารถในการสร้างบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การกำจัดขยะ การบำบัดน้ำเสีย การควบคุม/กำจัดสารพิษในด้านการเกษตร -สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร -ใช้หลักของ 5 R ของสิ่งแวดล้อม (Reuse Reduction Recycle Reject Repair)

4. การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมิใช่เรื่องง่าย ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย และมีปัจจัยอีกหลายด้าน ทั้งด้านบุคลากร โครงสร้างการบริหาร การเงิน งบประมาณ ระบบข้อมูลและการสื่อสาร คุณภาพและความครอบคลุมของบริการ ระบบเครือข่าย ด้านสุขภาพ การสนับสนุนขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งสิ่งสนับสนุนด้านสถานที่และอุปกรณ์

โครงสร้างการบริหาร ควรมีโครงสร้างการบริหารที่กะทัดรัด ไม่ยุ่งยาก มีขั้นตอนไม่มาก ผู้บริหารสามารถตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ไม่เกิดช่องว่างของการบริการ สามารถส่งต่อระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือในการบริการทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน รวมทั้งมีระบบตรวจสอบการบริหาร และมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

บุคลากรด้านสุขภาพ ต้องมีความสามารถและมีทักษะหลายด้าน ทั้งด้านการจัดบริการ การบริหารบุคคล บริหารทรัพยากรและงบประมาณ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่า คุ้มทุนของการจัดบริการ และสิทธิของประชาชน

นอกจากนี้จำนวนบุคลากรจะต้องมีการกระจายที่เหมาะสม เช่น พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ต่อประชากรไม่เกิน 1,250 คนโดยจัดให้มีพยาบาลประจำครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีการทำงานเป็นทีม เน้นการสร้างสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

บุคลากรสุขภาพ ต้องมีความเข้าใจมิติทางสังคม วัฒนธรรม และความเป็นมนุษย์ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรสุขภาพมีความเข้าใจชุมชน และสามารถประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับวิถีชีวิต และความต้องการของชุมชน มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานกับชุมชน ซึ่งน่าจะนำไปสู่เป้าหมายของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระบบการเงินและงบประมาณ ควรมีการกระจายงบประมาณให้เหมาะสม ตามลักษณะการบริการ ตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมุ่งเสริมสุขภาพ ในโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคได้จัดสรรงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้เพียง 175 บาท/คน/ปี คิดเป็น 14.5% จากงบประมาณ 1,202 บาท/คน/ปี ซึ่งงบประมาณส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการรักษาโรค นอกจากนี้ควรมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการเบิกจ่ายในกรณีที่ต้องจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ตามความเหมาะสม มีนโยบายการเงินการคลังที่รวมเป็นหมวดเดียวทั้งประเทศ เพื่อส่งต่อการกำกับดูแลและตรวจสอบ

คุณภาพและความครอบคลุมของบริการ การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ควรเป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก และมีความต่อเนื่องของการบริการตั้งแต่ภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุตั้งแต่เกิดจนตาย มีการจัดบริการอย่าง

เป็นองค์กรร่วม และมีความเชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการสุขภาพอื่น การบริการจะต้องมีคุณภาพตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งในการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังและการรายงาน และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยสนับสนุนการพึ่งตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งองค์กรชุมชนด้านสุขภาพ มีระบบข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการ มีเวชระเบียนครอบคลุมอย่างเป็นระบบครบถ้วน และมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเป็นความลับ ข้อมูลมีความทันสมัย มีความปลอดภัยป้องกันการสูญหายของข้อมูลไว้ด้วย

ระบบเครือข่ายด้านสุขภาพ จะช่วยลดช่องว่างของการบริการ และเป็นการสร้างความร่วมมือในการบริการเพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ มีการส่งต่อระหว่างบริการแต่ละระดับได้ จึงมีความจำเป็นต้องจัดให้มีเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งอาจเป็นสถานบริการของรัฐหรือเอกชนที่มีบริการครบตามเกณฑ์มาตรฐาน หรือให้บริการเฉพาะระดับอย่างเช่น หน่วยบริการพยาบาลอิสระด้านการให้บริการสุขภาพที่บ้าน หรือบริการในลักษณะอื่น นอกจากนี้ ควรมีเครือข่ายบริการในระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary care) จะช่วยรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเข้ารับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

รูปแบบการบริหารจัดการ การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่ต้องการของภาคเหนือควรเป็นระบบที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น แพทย์แผนไทย ยาสมุนไพร แพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อหนุนเสริมให้ระบบบริการมีคุณภาพและความหลากหลาย ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการ ในราคาที่สมเหตุสมผล มีความเสมอภาคและเป็นธรรมสำหรับผู้รับบริการ การบริหารต้องมีความชัดเจน โดยเฉพาะโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ควรมีการกำหนดให้ชัดเจนทั้งการจ่ายค่ารักษา และการกำหนดพื้นที่ในการรับบริการ ซึ่งจะเกิดปัญหากับผู้รับบริการที่ไปทำงานนอกพื้นที่ๆ ขึ้นทะเบียนไว้ อย่างไรก็ตามการประชาสัมพันธ์ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงแนวปฏิบัติจะช่วยลดปัญหาและความสับสนในการบริหารจัดการลงได้

การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีคณะกรรมการ ซึ่งอาจประกอบด้วย ผู้แทนฝ่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและประชาชนตามสัดส่วนที่ยอมรับ เข้าร่วมกับเป็นกรรมการเพื่อกำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณ สนับสนุน และเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง เพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพให้กับประชาชน

บรรณานุกรม

- ขวัญใจ เอ็มใจ และคณะ. (2543). จุดประกายปฏิรูประบบสุขภาพ ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ?. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- คทา บัณฑิตานุกูลและคณะ. (2542). ปฏิรูปบริการเภสัชกรรมเพื่อสุขภาพไทย(ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านเภสัชกรรม. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- จิรัส สุวรรณเวลา. (2544). สุขภาพพอเพียงระบบสุขภาพที่พึงประสงค์. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ดีไซน์ จำกัด
- จิรัส สุวรรณเวลา. (2543). มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ดีไซน์ จำกัด
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร : อู่การพิมพ์
- จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ดีไซน์ จำกัด
- ชูชัย ศุภวงศ์, ยุวดี คาคการณ์ไกล, จิตศิริ ธนภัทรและกิตติยา มั่งเรือน. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์). การกระจายอำนาจด้านงบประมาณและเงินบำรุงเพื่อพัฒนาสาธารณสุขในระดับจังหวัด. นนทบุรี : บริษัท ไชเบอร์ เพรส จำกัด.
- ทัศนา บุญทอง. (2542). ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพมหานคร : สภาการพยาบาล.
- ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. การศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพกรณีศึกษาประเทศอังกฤษ. รายงาน. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. การศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพกรณีศึกษาประเทศแคนาดา. รายงาน. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 4, กรุงเทพมหานคร : บริษัท พิมพ์ดี จำกัด
- ปรารธนา จันทร์พันธุ์ และอภิญญา ตันทวีวงศ์. (2543). โรงพยาบาลน้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น. ใน พงษ์พิสุทธิ์ จงอมสุข และทัศนีย์ สุรกิจโกศล. เวชปฏิบัติครอบครัวยบริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน. นนทบุรี : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข หน้า 24 - 56
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอมสุข และทัศนีย์ สุรกิจโกศล. เวชปฏิบัติครอบครัวยบริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน. นนทบุรี : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- วิพุธ พูลเจริญและคณะ. (2543). คู่มือการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ดีไซน์ จำกัด
- สำนักงานการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2543). การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : อู่การพิมพ์

- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2542). **ปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 5, กรุงเทพมหานคร : บริษัท พิมพ์ดี จำกัด
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2543). **ฝ่าวิกฤตสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : อุดมการพิมพ์
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2542). **สร้างพลังการวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : บริษัท ดีไซน์ จำกัด
- สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ. (2539). **ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย : สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา**. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : บริษัท ดีไซน์ จำกัด
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, จเร วิษาไทย และศรีสุดา เจริญดี. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์). **การปฏิรูประบบบริการสุขภาพประเทศออสเตรเลีย – นิวซีแลนด์**. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- สมศักดิ์ ธรรมธิตวัฒน์. (2543). “การทบทวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ”. รายงานการศึกษา. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี Health Care Reform in Korea**. รายงาน. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2543). **ทบทวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศสิงคโปร์**. รายงาน. ขอนแก่น : โรงพยาบาลขอนแก่น
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน (Health Care Reform in Germany)**. รายงาน. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อาทร รวีไพบูลย์. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศมาเลเซีย**. รายงานโครงการศึกษาวิจัย. กรุงเทพมหานคร : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- องค์กรภาคีเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. (2542). **ข้อเสนอเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพนานาชาติ**. ทัศนะจากองค์กรภาคีเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- อภิญญา ตันทวีวงศ์. (2543). **โรงพยาบาลระโนด อ.ระโนด จ.สงขลา**. ใน พงษ์พิสุทธิ์ จงอุมสุข และ ทศนีย์ สุรกิจโกศล. (2543). **เวชปฏิบัติครอบครัวบริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน**. นนทบุรี : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข หน้า 76 – 110
- อภิญญา ตันทวีวงศ์. (2542). **เจ็บ เกิน โรค**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- อารี วัลยะเสวีและคณะ. (2542). (ร่าง) **รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า**. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

Hoder, J. (1986). *Primary health care seen from a general practice*. In Fry, J. & Hasler, J.C. **Primary Health Care 2000**. New York : Churchill Livingstone Inc.

Reid, J. (1986). *Alma- Ata and after – the background*. In Fry, J. & Hasler, J.C. **Primary Health Care 2000**. New York : Churchill Livingstone Inc.