



การวิจัยและพัฒนารูปแบบการจ้ดและให้บริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Development of Primary Care System
in Northeastern Thailand

บนิษฐา นันทบุตร

จินตนา ลีละไกรวรรณ	วรรณภา นิวาสะวัต
บำเพ็ญจิต แสงชาติ	ปราณี ธีรโสภณ
กล้าเพ็ญญ โขดบำรุง	พิรพงษ์ บุณยสวัสดิ์กุลชัย
หทัยชนก บัวเจริญ	ทิพพยา เปรูนาวัน
อัมพร เจริญชัย	ชวนพิศ ทำนอง
สุพรรณิ สุ่มเล็ก	ภาณุทิตา จิฐรัตน์

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สภากาพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ISBN : 974-668-434-5

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความร่วมแรงร่วมใจของบุคคลหลายฝ่าย กล่าวคือ

ประชาชน ผู้ให้บริการ และผู้จัดหาบริการ ที่ให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะคิด ถึงมุมมองต่างๆ เกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพ และลักษณะการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับวิถีสุขภาพ ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ให้การสนับสนุนทุกท่าน ที่รับภาระหนักในการระดมสมอง เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลต่างๆ สร้างแนวคิดที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่าอย่างยิ่ง จนสามารถทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญต่างๆที่เกี่ยวข้อง ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะจากการสังเคราะห์งานวิจัยในทุกกระบวนการของงานวิจัย

นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานและสถาบันต่างๆดังนี้ 1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นในการส่งเสริมให้นักวิจัยได้ร่วมกระบวนการอย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการบางส่วน 2) การสนับสนุนจากสภาการพยาบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของไทย โดยจัดกระบวนการระดมสมอง เพื่อกำหนดประเด็นการวิจัยในภาพรวมของประเทศ และการเปิดเวทีสุขภาพให้ที่วิจัยได้นำเสนอผลงานวิจัยสู่สายตาของสมาชิกในวิชาชีพ และ 3) การสนับสนุนงบประมาณ และการจัดกระบวนการเรียนรู้การวิจัย และการนำผลการวิจัยไปใช้ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข งานวิจัยชิ้นนี้เป็นประโยชน์ต่อการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ใคร่ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

คำนำ

“การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” นับได้ว่าเป็นยุทธวิธีที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยให้คนมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ การทำความเข้าใจเรื่องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประชาชนในชุมชน

คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน: กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยได้นำเสนอประเด็นสำคัญ 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อค้นพบและข้อเสนอที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความต้องการด้านสุขภาพและลักษณะบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และ ส่วนที่ 3 ภาคผนวก ที่นำเสนอตัวอย่างบทบาทพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการต่างๆ ความต้องการการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในมุมมองของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรจัดหาบริการสุขภาพ การทำความเข้าใจในภาพรวมทั้งหมด จะทำให้เห็นภาพที่ชัดเจน เรื่องแนวคิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ

ธันวาคม 2544

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	
คำนำ	ก
สารบัญ	๗
ส่วนที่ 1 ข้อค้นพบที่สำคัญและข้อเสนอของกรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
ประเด็นที่ 1 ปรัชญาการจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและเป้าหมาย	1
ประเด็นที่ 2 โครงสร้างการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	3
ประเด็นที่ 3 เงื่อนไขแห่งคุณภาพระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และข้อเสนอของวิชาชีพการพยาบาล	14
ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความต้องการด้านสุขภาพและลักษณะบริการสุขภาพ ในระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
บทที่ 1 บทนำและวิธีการศึกษา	18
บทที่ 2 การศึกษาเอกสาร	26
บทที่ 3 ความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
• การศึกษาระบาดวิทยาเพื่อระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	59
• ลักษณะบริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ ของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	67
• การศึกษาลักษณะของชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยของประชาชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สะท้อนถึงความต้องการด้านสุขภาพ	70
• การศึกษาวิถีสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	82
บทที่ 4 รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง และเงื่อนไขการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทสรุปการศึกษา	97
ส่วนที่ 3 ภาคผนวก และเอกสารอ้างอิง	
ภาคผนวกที่ 1 ตัวอย่างบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการต่างๆ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	106
ภาคผนวกที่ 2 ความต้องการการบริการระดับปฐมภูมิตามมุมมองของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	127
ภาคผนวกที่ 3 ความต้องการการบริการระดับปฐมภูมิตามมุมมองของผู้ให้บริการ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	132

	หน้า
ภาคผนวกที่ 4 ความต้องการการบริการระดับปฐมภูมิตามมุมมองของกลุ่มองค์กร ผู้จัดหาบริการภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	137
ภาคผนวกที่ 5 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ประชุมกลุ่ม	142
ภาคผนวกที่ 6 ผลการสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	145
เอกสารอ้างอิง	169
บรรณานุกรม	170

ส่วนที่ 1

ข้อค้นพบที่สำคัญและข้อเสนอแนะ
ของกรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประเด็นที่ 1 ปรัชญาการจ้ดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและเป้าหมาย

ปรัชญาการจ้ดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ประเทศไทยได้ยึดหลักในการดำเนินการจัดระบบบริการสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างทั่วถึง ซึ่งถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปี พ.ศ. 2540 โดยระบุไว้ในหมวด 3 มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” นอกจากนี้การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นหัวใจสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 และ 9 ดังนั้นเพื่อให้การใช้ศักยภาพของประชาชนได้อย่างเต็มที่ประชาชนจึงต้องมีสุขภาพที่ดี

สุขภาพที่ดีแบบองค์รวมหมายถึงการปราศจากความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ การดำรงชีวิตอย่างผาสุก และมีความพึงพอใจในชีวิต ภาวะสุขภาพแบบองค์รวมเป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 4 ประการคือ 1)แนวคิดที่เน้นตัวบุคคล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะกระทบกับคนซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ของกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เกิดขึ้นอย่างผสมผสาน และจากผลกระทบซึ่งกันและกันระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม 2)สุขภาพเป็นพลวัตร ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์หนึ่งของชีวิต ระยะของการเจ็บป่วยบ่งบอกศักยภาพของมนุษย์ในการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองด้านต่างๆและความต้องการการดูแลสุขภาพ 3) เน้นการจัดการการดูแลทั้งด้วยตนเองและการเลือกใช้บริการสุขภาพโดยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ การคงไว้ซึ่งสุขภาพ การลดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ที่เกิดจากพฤติกรรม การปรับตัว และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม 4)การจัดการกับความเจ็บป่วยรวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระบบบริการขั้นพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชน กับระบบบริการสุขภาพ เป็นบริการสุขภาพที่จำเป็นและประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย เป็นบริการที่จัดให้กับประชาชนทุกคนในทุกภาวะของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องตั้งแต่การมีสุขภาพที่ดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นบริการสุขภาพแบบผสมผสาน คลอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วย ไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์ของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์ของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เน้นที่ กระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ใช้ปัญญาในการกลั่นกรองปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรวม สามารถประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาในระดับที่ตนเองไม่สามารถทำได้ ดังนี้

1. ประชาชนในชุมชนได้รับการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ มีความเท่าเทียมกันและเหมาะสมกับทั้งเมื่อเจ็บป่วยและตอบความต้องการด้านสุขภาพ ตามสิทธิภายใต้เงื่อนไขที่ชุมชนยอมรับได้
2. เพื่อปรับปรุงการดูแลสุขภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงคุณภาพการบริการทั้งระบบ
3. เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยลดการให้บริการที่ไม่เหมาะสมและเสนอทางเลือกใหม่ที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพด้วยต้นทุนการจัดบริการต่ำ

โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชน คาดหวังให้

1. ประชาชนสามารถลดปัจจัยเสี่ยง ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ และควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพของ ตนเองและชุมชน ได้
2. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสู่การมีสุขภาพที่ดี อย่างเหมาะสม ตามบริบทสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่น
3. ประชาชน ครอบครัวและองค์กรท้องถิ่น ได้รับการเสริมพลังอำนาจและ มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาสุขภาพ และเป็นผู้จัดหาและควบคุมกำกับการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในชุมชน

กลุ่มประชากรเป้าหมาย

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรจัดบริการครอบคลุมประชากรทุกคนในพื้นที่ให้บริการ โดยไม่ละเลย กลุ่มประชากรที่เป็นแรงงานย้ายถิ่น ประชากรที่ไม่มีทะเบียนบ้าน ประชากรที่ไม่มีสิทธิบัตรต่างๆ เป็นต้น การจัดบริการเน้นกลุ่มประชากรเป้าหมายในการให้บริการได้ 3 กลุ่มดังนี้

- 1) ประชากรทั่วไปในพื้นที่รับผิดชอบ ประชากรกลุ่มนี้จะได้รับการสุขภาพขั้นพื้นฐาน แบบเบ็ดเสร็จที่ครอบคลุมทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาเบื้องต้น การส่งต่อไปยังระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยที่การบริการสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพฉุกเฉินได้ การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
- 2) ประชากรกลุ่มตามวัยและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ วัยทารก และเด็กเล็ก วัยรุ่น สตรีวัยเจริญพันธุ์ ผู้สูงอายุ และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น ผู้มีโรคสุขภาพจิต ผู้เสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัว หรือการใช้สารเสพติด ผู้เสี่ยงต่อภาวะคุกคามหรือปัจจัยเสี่ยงจากการประกอบอาชีพหรือในสถานประกอบการ

เน้นการบริการที่เสริมสร้างความเข้มแข็ง และศักยภาพในการลดภาวะเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง หรือ ภาวะคุกคามต่างๆ

- 3) ประชากรที่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพเฉพาะ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง เอชไอวี โรคระบบทางเดินหายใจ จิตเภท กลุ่มนี้จะได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการส่งต่อไปยังระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ประเด็นที่ 2 โครงสร้างการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ในการกำหนดโครงสร้างการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องคำนึงถึงองค์ประกอบย่อยต่างๆ ได้แก่ กลยุทธ์ในการจัดบริการตามปรัชญาการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ กิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คุณสมบัติและสมรรถนะของผู้ให้บริการ การบริหารจัดการ ทั้งเรื่องการเงินงบประมาณ กำลังคน สถานบริการ คุณภาพบริการและเครือข่าย การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

กลยุทธ์ในการจัดบริการตามปรัชญาการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกัน เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครอบคลุมผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วยทุกกลุ่มวัยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทั้งที่บ้าน โรงเรียน สถานบริการและสถานประกอบการ การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยไม่จำเป็นจะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นก่อนการส่งต่อไปยังสถานบริการขั้นสูง การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและที่บ้าน
2. เป็นบริการสุขภาพแบบผสมผสานที่มีบริการสุขภาพที่หลากหลาย รวมทั้งบริการสุขภาพที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น
3. เป็นบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและครบวงจร โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างเครือข่ายสุขภาพ เพื่อลดค่าใช้จ่าย และมีความต่อเนื่องของการดูแลที่ไม่ต้องมีการเริ่มต้นการรักษาใหม่ทุกครั้งที่เปลี่ยนสถานบริการ โดยใช้ฐานข้อมูลของประชาชนแต่ละคน ตามลักษณะบริการสุขภาพที่ต้องใช้
4. การบริหารจัดการเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ชุมชน และองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่สามารถตรวจสอบได้
5. บริการอื่นๆ ที่เสริมความเข้มแข็งของชุมชนที่ทำให้คนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน เช่น การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรักษาที่มีความหลากหลายในชุมชนทั้งแผนไทย แผนปัจจุบัน ต้องรู้จักหมอพื้นบ้าน โดยให้ประชาชนมีโอกาสเลือกตัดสินใจ ใช้วิธีการรักษาต่างๆ ที่มีในชุมชนได้ โดย ให้การยอมรับหมอพื้นบ้าน หรือแม้แต่การจัดทำประชาคมสุขภาพ การบริการที่กระตุ้นให้คนมีการรวมกลุ่มกัน เพื่อทำกิจกรรมพัฒนาสุขภาพต่างๆ ในชุมชน

บทวิเคราะห์

ข้อมูลการเจ็บป่วยของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือชี้ให้เห็นว่า ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ. 2541 ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมากเป็นอันดับแรก รองลงมาเจ็บป่วยด้วยโรคระบบย่อยอาหารรวมโรคทางช่องปาก โรคของระบบกล้ามเนื้อ และโรคติดเชื้อและปรสิต ในอัตรา 418.84, 260.19, 127.78, และ 114.17 รายต่อประชากรแสนรายตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถิติการเจ็บป่วยในผู้ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2542 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2542) พบว่าประชาชนในจังหวัดขอนแก่นมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในอัตรา 443.86 รายต่อประชากรแสนราย รองลงมาเจ็บป่วยด้วยโรคระบบย่อยอาหารและโรคในช่องปากในอัตรา 273.11 รายต่อประชากรแสนราย โรคติดเชื้อและปรสิต 134.23 รายต่อประชากรแสนราย และโรคระบบกล้ามเนื้อในอัตรา 128.37 รายต่อประชากรแสนราย ส่วนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 10 อันดับแรกในจังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยจะมาด้วยโรคติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งอุบัติเหตุ

ข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นภาวะสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือว่าเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคซึ่งสามารถป้องกันได้ อันมีสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง มลภาวะที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในชุมชนแออัดที่อยู่กันอย่างหนาแน่น การระบายอากาศและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่ดี หรืออยู่สภาพแวดล้อมในเขตโรงงานอุตสาหกรรม ได้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ อีกทั้งลักษณะการประกอบอาชีพของประชาชนในชนบทที่เป็นเกษตรกรรม ในเขตชุมชนกึ่งเมืองและเขตเมืองที่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงาน ประชาชนในชุมชนแออัดที่เป็นกรรมกรผู้ใช้แรงงาน ล้วนส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคของระบบกล้ามเนื้อเช่นปวดหลัง ปวดเอว การแพ้สารพิษ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิตก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคของระบบทางเดินอาหาร โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และอุบัติเหตุเป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนมีการใช้บริการข้ามขั้นตอนที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ด้วยโรคที่เจ็บป่วยเล็กน้อยที่สามารถให้การดูแลที่สถานบริการสุขภาพระดับต้นได้ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคกระเพาะอาหาร โรคหู และบาดแผลจากผิวหนัง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2543) ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความไม่พึงพอใจจากการใช้บริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ทั้งในเรื่องความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจ และคุณภาพการบริการ ประกอบกับประชาชนรับรู้ถึงสิทธิในการเลือกใช้บริการ รวมทั้งการคมนาคมสะดวกทำให้ประชาชนสามารถเดินทางมารับบริการในสถานบริการที่มีชื่อเสียงได้ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะประชาชนผู้ที่ยากจนและด้อยโอกาส

อีกทั้งประชาชนเห็นว่าสถานบริการสุขภาพต้องสามารถให้บริการสุขภาพได้ทุกเรื่อง โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่ไม่ยุ่งยาก รวมทั้งการค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพบุคคลทุกวัยอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและที่บ้าน ได้แก่ การทำแผล การวางแผนครอบครัว การทำฟัน การทำคลอด การให้วัคซีน การเฝ้าระวังทางโภชนาการในเด็ก การตรวจสุขภาพเด็กนักเรียน การอบรมครูให้ดูแลสุขภาพเด็กที่โรงเรียน การตรวจหาไข้พยาธิ การตรวจเสมหะเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด การให้คำแนะนำและการเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว และสามารถถ่ายทอดที่จำเป็นได้ เป็นต้น

กิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

กิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรจัดเป็น ชุดกิจกรรม ที่ผสมผสาน ได้แก่

1. ชุดบริการสุขภาพครอบครัว เน้นการบริการรายบุคคล ตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่
 - 1.1. ประชากรทั่วไปในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น
 - 1.1.1. บริการดูแลสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์ และการทำคลอด
 - 1.1.2. บริการดูแลสุขภาพเด็กด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
 - 1.1.3. บริการดูแลสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียนและในโรงเรียน
 - 1.1.4. บริการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองและลดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง จากพฤติกรรมเสี่ยง ความรุนแรง การประกอบอาชีพ รวมทั้งในสถานประกอบการ
 - 1.1.5. บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 1.2. ประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพเฉพาะ ทั้งฉุกเฉิน เรื้อรัง และในระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง เอดส์ โรคระบบทางเดินหายใจ จิตเภท ตัวอย่างชุดบริการได้แก่
 - 1.2.1. การรักษาเบื้องต้น และฉุกเฉิน
 - 1.2.2. การส่งต่อไปยังระดับ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
 - 1.2.3. การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
 - 1.3. ประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้พิการ ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มด้อยโอกาสอื่นๆ เช่น
 - 1.3.1. การฟื้นฟูสุขภาพบุคคล
 - 1.3.2. การคลายเครียด
 - 1.3.3. การปรึกษาด้านสุขภาพ
2. ชุดบริการสุขภาพชุมชน
 - 2.1. การเฝ้าระวัง การควบคุมและ การป้องกันโรค ความรุนแรงและสารพิษ
 - 2.1.1. การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ในชุมชน
 - 2.1.2. การเฝ้าระวังประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ การค้นหาผู้ป่วย และการคัดกรองประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

2.2. การเสริมสร้างความเข้มแข็ง ของชุมชนให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

2.2.1. บริการส่งเสริมการจัดกระบวนการกลุ่มด้านสุขภาพต่างๆ

2.2.2. บริการชุดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การกระจายความรู้ที่รับมาสู่ประชาชน

2.2.3. บริการให้คำแนะนำ คำปรึกษาและสร้างความมั่นใจในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน

2.2.4. บริการประเมินภาวะสุขภาพคนในชุมชนเพื่อระบุปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในท้องถิ่น พร้อม ปัจจัยสาเหตุเพื่อการจัดทำโครงการสุขภาพของท้องถิ่น

2.2.5. ให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่างๆแก่ประชาชนในชุมชน เช่น การ ผสมไอโอดีนในน้ำดื่ม การเลือกรับประทานอาหารที่สุกสะอาด การงดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ การมี พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้รถใช้ถนน การทำงานที่ต้องใช้สารเคมี หรือ เครื่องจักรที่ อันตราย เป็นต้น

2.2.6. ร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นและเครือข่ายในการจัดทำโครงการเพื่อสุขภาพในชุมชน

กระบวนการในการจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเหล่านี้ ต้องแสดงมาตรฐานในการ
บริการและ ี่คุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

กิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่จัดให้ในระบบบริการสุขภาพที่
เป็นอยู่แล้ว เพียงแต่ไม่พบหลักฐานการแสดงผลมาตรฐาน คุณภาพและผลลัพธ์การบริการที่เกิดขึ้น ขาดความ
ครอบคลุม และขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านสัดส่วนผู้ให้บริการกับประชากรในพื้นที่ ศักยภาพผู้
ให้บริการ และกลไกการบริหารจัดการงบประมาณของรัฐและการควบคุมคุณภาพการบริการ

ตัวอย่างกิจกรรมการบริการที่พบในบริบทการดูแลสุขภาพ ในพื้นที่ศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ปัจจุบัน (ดูภาคผนวกที่ 4) ได้แก่

● กิจกรรมบริการสุขภาพดรอวงจรเป็นการบริการรายบุคคล

กิจกรรมการบริการดูแลสุขภาพเด็กด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน
โรค ได้แก่ การประเมินภาวะการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กตาม
วัย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่างๆในเด็ก การส่งเสริมพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กและการจัดการสิ่งแวดล้อม
เพื่อป้องกันการเกิดโรคและความเจ็บป่วย เป็นต้น

กิจกรรมการบริการเด็กวัยเรียน วัยรุ่น ส่วนใหญ่เน้นที่กิจกรรมบริการสุขภาพในโรงเรียน ได้แก่ การ-
ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่างๆเช่น การออกกำลังกาย การเสริมสร้างทักษะชีวิต การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง
เช่น การเสพยาเสพติด การขาดสารอาหาร อุบัติเหตุ ความรุนแรง การสร้างภูมิคุ้มกันโรค การรักษาเบื้องต้น
และฉุกเฉิน การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและป้องกันโรค เป็นต้น

กิจกรรมการบริการสตรีวัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเตรียมความ
พร้อมในการมีบุตร และการเริ่มครอบครัวใหม่ การตรวจครรภ์และการฝากครรภ์ การทำคลอด การประเมิน

ภาวะเสี่ยง หรือ ภาวะผิดปกติ ในการตั้งครรภ์และการคลอด การช่วยเหลือขั้นต้นในกรณีที่มีความผิดปกติ หรือมีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์และการคลอด การส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดและทารก การช่วยเหลือ กรณีการทำแท้ง การวางแผนการมีบุตร การให้บริการคุมกำเนิด ได้แก่ ยาฉีดคุมกำเนิด และยาเม็ดคุมกำเนิด เป็นต้น

กิจกรรมการบริการเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมการ ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มสมาธิ กลุ่มกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการรักษา เบื้องต้นและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านในกรณีการเจ็บป่วยเรื้อรัง การส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมที่ บ้านและในชุมชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แก่สมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

กิจกรรมการบริการกลุ่มเสี่ยง จากการประกอบอาชีพ การมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การประเมินภาวะ เสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพรายบุคคล การให้ข้อมูลและคำปรึกษาในการลดภาวะเสี่ยง การส่งเสริมพฤติกรรม ในการลดภาวะเสี่ยง และการป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยง เช่น การใช้สารเคมีในการเกษตรกรรม การป้องกันตนเองในระหว่างการประกอบอาชีพ การเลือกรับประทานอาหารที่ปลอดภัยและลดการมีพฤติกรรม การกินที่ถูกต้อง การใช้หมวกกันน็อกและการขับขี่ที่ปลอดภัย การใช้ยาที่ถูกต้อง การเลือกมีพฤติกรรม ทางเพศที่ปลอดภัย การหลีกเลี่ยงโอกาสของการเกิดความเสี่ยงและการใช้สารเสพติด เป็นต้น

ตัวอย่างกิจกรรมบริการสำหรับประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพเฉพาะ ทั้งฉุกเฉิน เรื้อรัง และในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่

กิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ การดูแลแผล การฉีดยาตามแผนการรักษาหรือการรักษา เบื้องต้น การให้ออกซิเจนทางจมูก การเปลี่ยนอุปกรณ์ช่วยการหายใจต่างๆ เช่น สายยางให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ การดูแลท่อเปิดลำไส้ทางผนังหน้าท้อง และช่องเปิดหายใจที่คอ การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เช่น การสังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการ การเตรียมและให้อาหารทางสายยาง การให้ยา การสวนอุจจาระ การทำกายภาพบำบัด การนวดประคบ การจัดสิ่งแวดล้อม ที่บ้านที่เอื้อต่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการกับความเครียด เป็นต้น

กิจกรรมการรักษาเบื้องต้นและฉุกเฉิน ดังเช่นปรากฏในตาราง

ลักษณะบริการ	กิจกรรม
การรักษาเบื้องต้น	• บรรเทาอาการ หรือโรค เช่น ไข้ ไอ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน การอักเสบต่างๆ โลหิตจาง ดีซ่าน โรคขาดสารอาหาร อาหารเป็นพิษ โรคพยาธิลำไส้ โรคหัด โรคสุกใส โรคคางทูม โรคผิวหนัง เป็นต้น • หัตถการเบื้องต้น เช่น การผ่าฝี การผ่าสิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในตำแหน่งที่ไม่เป็นอันตราย การทำแผล การเย็บแผลที่ไม่สาหัส • การให้ยาตามบัญชีที่กำหนด และรายการยาสมุนไพร • การเจาะเลือด ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
การดูแลฉุกเฉิน	• การให้น้ำเกลือ ผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียรุนแรง • การฉีดเซรุ่มแก้พิษงู • การล้างกระเพาะอาหารโดยใช้สายยางในรายที่ได้รับสารพิษ • การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับการได้รับสารพิษและสารมีพิษ การแพ้ยา • การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บหนัก การเสียชีวิต ภาวะช็อค หมดสติ หายใจจมน้ำ ชัก • การปฐมพยาบาลผู้ที่กระตุก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ไฟฟ้าดูด • การดูแลผู้ที่ได้รับสิ่งแปลกปลอมที่ตา หู คอ และจมูก

• กิจกรรมบริการสุขภาพชุมชน

กิจกรรมการเฝ้าระวัง การควบคุมและ การป้องกันโรคความรุนแรงและสารพิษ ได้แก่ 1) การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพชุมชน โดย การประเมินปัจจัยเสี่ยง ภาวะคุกคามของสิ่งแวดล้อมในชุมชน ต่อสุขภาพประชาชนในชุมชน และจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะคุกคามนั้น เช่น สิ่งแวดล้อมกับการระบาดของไข้เลือดออก สิ่งแวดล้อมในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม กับอันตรายจากสารพิษหรือสารเคมีที่ใช้ หรือโรคติดต่ออันตรายซึ่งตัวอย่างที่ชัดเจน คือฉี่หนู 2) ค้นหาผู้ป่วยและประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพและการคัดกรองในชุมชน โดย การประเมินภาวะสุขภาพและภาวะเสี่ยงจากการตรวจสุขภาพ ตรวจคัดกรองต่างๆในโรค หรือ อาการต่างๆอันเป็นปัญหาจากการได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม เป็นต้น

คุณสมบัติและสมรรถนะของฟ้าหับบริการ

บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ผสมผสาน เป็นองค์รวม และต่อเนื่อง เป็นทั้งบริการแผนปัจจุบันและบริการภูมิปัญญาไทย เพื่อตอบสนองของความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงต้องมีหลายสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการต้องเป็นนักวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล

นักการสาธารณสุข แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เกสเซอร์ในร้านขายยา เป็นต้น ร่วมกับผู้ให้บริการการแพทย์ภูมิปัญญาไทย ผู้ให้บริการต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่สามารถกระทำบทบาทที่หลากหลายตามลักษณะการให้บริการ ได้แก่ เป็นผู้ให้ความรู้ ผู้ให้คำปรึกษา นักวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน นักปฏิบัติการ นักประสานการจัดการดูแลผู้ป่วย นักบริหาร ทั้งนี้ต้องเป็นบทบาทที่อิสระ
- 2) เป็นผู้ที่มีความรู้ที่ถูกต้อง อยู่ในระบบสากล และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 3) เป็นผู้ที่มีทักษะชีวิตทั้งตนเองและผู้ใช้บริการ คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ใช้บริการเป็นหลัก
- 4) มีพฤติกรรมการให้บริการโดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางและมาตรฐานการบริการ เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ให้บริการด้วยความเสมอภาค เท่าเทียม มีจิตสำนึกในการให้บริการ
- 5) มีวิสัยทัศน์และเป้าหมายที่ชัดเจน เป็นนักวางแผนและนักวิเคราะห์ เน้นการพัฒนาวิชาชีพ เล่นการเมือง เป็นและมีอำนาจในการต่อรอง
- 6) เป็นผู้ที่มีคุณธรรมและจริยธรรม
- 7) เป็นนักประสานงานและนักประชาสัมพันธ์ โดยเป็นผู้ที่ประสานงานที่ดีทั้งในและนอกวิชาชีพ เป็นนักประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เน้นการให้ความร่วมมือในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ
- 8) มีการทำงานแบบมีเครือข่ายร่วมกับหลายวิชาชีพได้ และเข้าใจธรรมชาติของคนในชุมชน สามารถเข้าถึงคนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและตลอดเวลา
- 9) เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง
- 10) มีแนวคิดและวัฒนธรรมการทำงานพัฒนาสุขภาพแนวใหม่ เปิดใจฟังเสียงสะท้อนจากทุกฝ่าย และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเพื่อนร่วมงาน

นอกจากนี้ผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีสมรรถนะดังนี้

1. ความเป็นผู้จัดการมืออาชีพ มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ทั้งในการบริการที่คุ้มทุน และการจัดการที่มีความโปร่งใส
2. ความเป็นผู้ชำนาญการเรื่องโรคและการเจ็บป่วยต่างๆในพื้นที่ เพื่อให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพของคนในพื้นที่ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพของคนในพื้นที่ ที่เกิดทั้งจาก สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม ทางวัฒนธรรม และทางพฤติกรรม และวางแผนกิจกรรมบริการพยาบาลที่ตอบสนองต่อการจัดการกับปัญหาในพื้นที่ได้
3. ความเป็นผู้มีวุฒิภาวะ ในการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพ และทำงานร่วมกับประชาชน องค์กรต่างๆ ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เพื่อสร้างเครือข่ายสุขภาพในระดับปฐมภูมิได้ ได้รับการยอมรับจากกลุ่มคนดังกล่าว สามารถต่อรองการให้บริการตามเงื่อนไขของวิชาชีพได้
4. การมีรากฐานความคิดเรื่องบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และมีสมรรถนะพื้นฐานในการให้บริการพยาบาลกล่าวคือ มีสมรรถนะในระดับพื้นฐานจากการศึกษาระดับปริญญาตรี ก่อนมีประสบการณ์และมีความชำนาญเพิ่มมากขึ้น โดยการศึกษาอบรม เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

5. ความเป็นผู้มีความสามารถในการสร้างระบบและใช้ข้อมูลข่าวสารให้ทันต่อสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดบริการได้อย่างเหมาะสม

การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการ ประกอบด้วย เรื่องการเงินงบประมาณ กำลังคน สถานบริการ คุณภาพบริการ และเครือข่าย การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ วิเคราะห์จากการทบทวนระบบบริการในต่างประเทศและข้อค้นพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีข้อเสนอดังนี้

การเงินงบประมาณ

ที่มาของเงินและการใช้จ่ายของงบประมาณ เสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ส่วนกลางโดยรัฐจัดสรร ที่เป็นการบริการสุขภาพรวม
2. ส่วนท้องถิ่น เป็นการจัดสรรการบริการสุขภาพเฉพาะท้องถิ่น ได้จากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณท้องถิ่น
3. กองทุนองค์กรต่างๆสนับสนุนบริการสุขภาพเฉพาะเรื่อง และเฉพาะท้องถิ่นได้จากภาษีท้องถิ่นตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

ในระหว่างที่ผ่านมาการบริหารจัดการด้านงบประมาณของไทยมีหลากหลายรูปแบบ เช่น งบประมาณที่รัฐจ่ายผ่านกระทรวงการคลังในกลุ่มสวัสดิการของรัฐ โครงการบัตรประกันสุขภาพ (สปร) และการจ่ายผ่านกองทุนต่างๆ เช่นกองทุนประกันสังคม กองทุนเงินทดแทนที่นายจ้างจ่ายให้กับลูกจ้าง การซื้อประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน และการที่ประชาชนจ่ายให้กับสถานพยาบาลโดยตรง แต่กลับพบว่า ยังมีประชาชนประมาณร้อยละ 20 ที่ขาดหลักประกันสุขภาพ ประเด็นสำคัญได้แก่ ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ การบริการสุขภาพที่ยังไม่ได้มาตรฐาน และขาดประสิทธิภาพ ประกอบกับกระแสการปฏิรูปการเมือง การปฏิรูปการศึกษา การปฏิรูประบบราชการ และการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้กระบวนการของการบริการสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไป จึงส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ รวมถึงระบบการคลังและงบประมาณ

เมื่อพิจารณาบทเรียนจากประเทศต่างๆ พบว่าแต่ละประเทศมีวิธีการจัดการคลังสุขภาพที่ต่างกัน (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2544) บางประเทศใช้เงินจากภาษีทั่วไปเป็นค่าใช้จ่าย บางประเทศใช้การสมทบโดยลูกจ้าง นายจ้างและรัฐ และบางประเทศใช้การเก็บเบี้ยประกัน แต่ละวิธีก็มีข้อดีและข้อด้อยต่างกัน

การสร้างหลักประกันสุขภาพในหลายๆประเทศ เริ่มต้นจากการประกันกลุ่มผู้จ้างงานเป็นลำดับแรก เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น การรวมกลุ่มของผู้จ้างงานเป็นกลุ่มพลังทางการเมือง สภาพความยากลำบากของผู้จ้างงาน และความเห็นใจจากกลุ่มอื่นๆ นอกจากนี้ การบริหารจัดการสามารถรวบรวมเงินสำหรับกองทุนได้ง่ายกว่ากลุ่มแรงงานอุตสาหกรรมที่อยู่ในระบบการจ้างงานที่เป็นทางการ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้กลุ่มนี้มีโอกาสในเรื่องหลักประกันสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่นๆในสังคม แต่สำหรับประเทศที่มีประชากรส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ เช่นเกษตรกร การบริหารจัดการในระบบนี้จึงเป็นไปได้ยาก จำเป็นต้องใช้วิธีอื่นเสริมมีทั้งที่จัดตามการจ้างงานและตามพื้นที่ด้วย เช่นระบบกองทุนชุมชน

ในญี่ปุ่นที่มีฐานอยู่ที่ชุมชน (community-based) มีวิธีการรวบรวมงบประมาณเข้ากองทุน 2 วิธีคือ การเก็บเบี้ยประกันและการเก็บภาษีท้องถิ่น ซึ่งดำเนินการโดยท้องถิ่นเอง การจัดการในลักษณะนี้น่าจะมีความเหมาะสมสำหรับประเทศไทย เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ และในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในภาคเกษตรกรรม

ในส่วนของจำนวนกองทุนสุขภาพก็เช่นกัน แม้ในขณะนี้ยังไม่มีข้อกำหนดอย่างแน่ชัดว่า จะกำหนดอย่างไรแต่จากการศึกษาเรื่องกลุ่มประชาคมภาคอีสานได้เสนอวิสัยทัศน์ต่อระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ (บัญชา แก้วส่อง ,2543) เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพว่าควรมีระบบเดียว เป็นบัตรเดียวโดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์หรือคอมพิวเตอร์ตรวจสอบเพื่อให้การบริหารรวดเร็วครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและมีองค์กรประกันสุขภาพร่วมบริหารจัดการแบบภาคี ซึ่งจำนวนกองทุนประกันสุขภาพนี้จากการทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศพบว่าจำนวนกองทุนสุขภาพมีทั้งกองทุนเดียว และหลายกองทุน ซึ่งก็มีข้อดีและข้อจำกัดที่ควรนำมาพิจารณาเช่นกัน ข้อดีของการมีเพียงกองทุนเดียว คือความเรียบง่ายไม่ซับซ้อน (simplicity) บริหารจัดการง่ายการกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆทำได้พร้อมกันทีเดียว และมีต้นทุนในการจัดการรวมต่ำกว่า เนื่องจากไม่มีการซ้ำซ้อนกันระหว่างงานที่มีลักษณะเดียวกัน และการมีกองทุนเดียวหรือจำนวนน้อยทำให้มีฐานสมาชิกมาก ซึ่งจะส่งผลให้กองทุนมีอำนาจในการเจรจาต่อรองในการซื้อบริการสูงขึ้น ส่วนบางประเทศที่ใช้ระบบประกันที่มีกองทุนจำนวนมาก โดยที่กองทุนเหล่านี้มีการจัดตั้งโดยแบ่งตามอาชีพ ตามพื้นที่ หรือตามอายุ การมีกองทุนย่อยๆจำนวนมากมีข้อดีในแง่ที่เกิดการแข่งขันระหว่างกองทุน แต่ละกองทุนสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้โดยตรงมากกว่า เนื่องจากมีจำนวนสมาชิกที่น้อยลงกว่าประเภทกองทุนเดียวทั้งประเทศ แต่มีข้อเสียในแง่ที่การแข่งขันนี้อาจเป็นไปในลักษณะที่แต่ละกองทุนพยายามคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายสมาชิกที่มีความเสี่ยงน้อยกว่า กีดกันบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในระบบรวม การมีกองทุนจำนวนมากจำเป็นต้องมีระบบกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนเกิดขึ้น มิฉะนั้นบางกองทุนอาจไม่สามารถอยู่รอดได้ นอกจากนี้การมีกองทุนจำนวนมากยังอาจเกิดปัญหาในทางการบริหารจัดการในเรื่องการจ่ายค่าตอบแทน

อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะใช้รูปแบบใด ประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาคือบทบาทของกองทุนประกันสุขภาพ เนื่องจากบทบาทของกองทุนมีส่วนสำคัญในการบริหารประสิทธิภาพของระบบ หากกองทุนทำหน้าที่เป็นเพียงตัวกลางรวบรวมเงิน และผ่านเงินโดยเบิกจ่ายไปสู่ผู้ให้บริการเท่านั้น ไม่ได้มีส่วนในการช่วยจัดการด้านค่าใช้จ่ายและคุณภาพของบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์มากหรือน้อยก็ยังไม่เกิดประโยชน์ ดังนั้น กองทุนจึงควรทำหน้าที่ในการเป็นผู้ซื้อที่ฉลาด ทำการคัดเลือก เปรียบเทียบราคาของบริการที่ตรงกับความต้องการและความเหมาะสม สอดคล้องกับลักษณะของประชาชนในท้องถิ่นด้วย ดังนั้นที่มาของกองทุนสุขภาพเฉพาะท้องถิ่น ควรมาจากส่วนท้องถิ่น และองค์กรต่างๆที่สนับสนุนบริการสุขภาพเฉพาะเรื่องและเฉพาะท้องถิ่นตามวัตถุประสงค์ขององค์กรจึงจะเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง

กลไกการบริหารงบประมาณ เสนอเป็น 3 แนวทาง ได้แก่

1. กำหนดขอบเขตพื้นที่ ให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนในพื้นที่ ทั้งคนที่มีทะเบียนบ้านหรือเป็นแรงงานย้ายถิ่น หรือไม่มีทะเบียนบ้าน กลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้เป็นลักษณะเหมาจ่ายตามรายหัวตามจำนวนประชากรที่ปรากฏ ในลักษณะของบริการพื้นฐาน แต่ประชาชนร่วมจ่ายในกรณีที่ประชาชนต้องการบริการมากกว่าความจำเป็น
2. ใช้ระบบทำสัญญา โดยรัฐเป็นผู้จัดหาบริการ ส่วนสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการอิสระสามารถ รับสัญญาได้เช่นกัน ทั้งนี้ต้องมีกระบวนการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการบริการตามสัญญาได้ รัฐอาจจะจ่ายอำนาจสู่ท้องถิ่นได้โดยการจัดงบประมาณด้านสุขภาพให้กับองค์กรปกครองท้องถิ่น หรือ โดยตรงต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้
3. เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ

จากผลการศึกษาวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพประชาคมภาคอีสานโดย บัญชร แก้วส่อง และคณะ (2543) สะท้อนให้เห็นว่า ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในระบบบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพที่รัฐจัดทำให้เป็นการบริหารจัดการแบบบนลงล่าง ทำให้การแก้ไขปัญหาไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและท้องถิ่น ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคเอกชน ก่อให้เกิดความซ้ำซ้อน สิ้นเปลืองงบประมาณ และจากข้อมูล การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสุขภาพในโครงการปฏิรูประบบการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2541-2543 พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรมชัดเจน มีเพียง 4 พื้นที่เท่านั้น ได้แก่ อำเภอพล อำเภอภูเวียง-กิ่งหนองนาคำ อำเภออุบลรัตน์ และอำเภอน้ำพองปัญหาที่พบไม่มีการจัดประชุมต่อเนื่อง เพราะขาดบุคลากรที่รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน ดังนั้นจึงควรเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการมากขึ้น จากข้อมูลพบว่า ประชาชนอยากเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการแต่ไม่ทราบว่าจะเข้าไปได้ด้วยวิธีการใด ดังนั้นในช่วงแรกองค์กรภาครัฐจะต้องช่วยกระตุ้น สนับสนุน ส่งเสริม รวมทั้งให้ข้อมูล และเป็นพี่เลี้ยงเพื่อให้ประชาชนได้พัฒนาตนเองในระยะหนึ่งก่อน ประเด็นสำคัญคือต้องทำให้ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งรูปแบบการเข้ามามีส่วนร่วมควรมีหลายรูปแบบ เช่นในต่างประเทศ ประชาชนมีส่วนร่วมในหลายระดับตั้งแต่ การให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการ การบริจาคเงินสมทบ การเป็นอาสาสมัคร การเป็นที่ปรึกษาสถานบริการ และการตรวจสอบบริการต่างๆ เป็นต้น

กำลังคน สถานบริการ คุณภาพบริการ และเครือข่ายการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เสนอเป็นทางเลือกในการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังนี้

จากหลักการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ต้องการให้เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน บริการที่ได้รับเป็นแบบผสมผสานที่เน้นการให้บริการที่เบ็ดเสร็จและหลากหลาย มีรูปแบบการบริการทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การรักษา และการ

ฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเป็นการให้บริการที่ครบวงจร มีระบบเครือข่ายการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิควรที่จะตอบสนองปัญหาสุขภาพ และตรงตามความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นได้ โดยตามสิทธิของประชาชนคนไทยของรัฐธรรมนูญแห่งอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2540 ที่ประชาชน ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ โดยรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิพอจะมีศักยภาพและความเป็นไปได้ในการดำเนินการดังนี้

รูปแบบที่ 1

ใช้โครงสร้างเดิมแต่เพิ่มศักยภาพการบริการ ปัจจุบันโครงสร้างเดิมของระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขชุมชนสังกัดเทศบาล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ เป็นต้น ต้องมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านคุณภาพและมาตรฐานการบริการ พร้อมทั้งกำหนดสัดส่วนของผู้ให้บริการต่อประชากรในพื้นที่บริการให้เหมาะสม ซึ่งควรเป็น 1: 3000 ประชากร จึงจะสามารถให้บริการที่พึงประสงค์ได้ครอบคลุม

รูปแบบที่ 2

ให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการ สถานบริการสุขภาพในปัจจุบันมีสถานบริการเอกชนที่สามารถให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ เช่น คลินิกพยาบาลและผดุงครรภ์ ที่ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพในการดูแลรักษาเบื้องต้น คลินิกแพทย์ภูมิปัญญาไทย เน้นการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้านในท้องถิ่นในการให้บริการ ศูนย์สุขภาพในลักษณะต่างๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์สาธิตพัฒนาการเด็ก การให้บริการสุขภาพในสถานประกอบการตามโรงงานอุตสาหกรรม ฯลฯ โดยหน่วยงานรัฐสามารถจ้างสถานบริการสุขภาพของเอกชนเหล่านี้มาให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิให้แก่ประชาชนในชุมชน โดยเป็นการทำสัญญาว่าจ้างให้ดำเนินการดูแลสุขภาพอนามัยแก่คนในชุมชนในระบบของบริการที่ครอบคลุม ครบวงจร และเบ็ดเสร็จ ภายใต้กระบวนการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพบริการที่รัฐกำหนด

รูปแบบที่ 3

เน้นความร่วมมือระหว่างไตรภาคี ระหว่างหน่วยงานรัฐ เอกชน และท้องถิ่น เช่น

- คลินิกสุขภาพแพทย์แผนไทย ที่ดำเนินการโดยองค์กรในท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งคลินิกสุขภาพแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ที่สามารถจัดระบบการแข่งขันคุณภาพให้เป็นกลไกในการจัดบริการ ทั้งนี้หน่วยงานรัฐและเอกชนสามารถร่วมให้บริการได้
- โครงการสุขภาพขององค์กรบริหารส่วนตำบล จากจุดเริ่มต้นของการกระจายอำนาจการปกครองด้านสุขภาพให้ท้องถิ่นบริหารจัดการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนของตนเอง ซึ่ง อบต. ในฐานะของผู้จัดหาบริการสามารถให้หน่วยงานรัฐและเอกชน ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของเครือข่ายระหว่างหน่วยงานก็ตาม หน่วยงานต่างๆสามารถเข้าร่วมจัดหาบริการได้ โดยใช้ระบบคุณภาพในการแข่งขันในการทำสัญญาว่าจ้างในการดูแลสุขภาพ และหน่วยงานรัฐ

และเอกชนสามารถจัดสรรระบบการจ่ายเป็นการร่วมจ่ายในการให้บริการ และสามารถเลือก
สถานบริการสุขภาพมีคุณภาพได้

ประเด็นที่ 3 เวือนโยบายแห่งคุณภาพระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และข้อเสนอของวิชาชีพการพยาบาล

เวือนโยบายแห่งคุณภาพระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นจริงได้
บนเงื่อนไข เหล่านี้ คือ

1. รัฐมีนโยบายการจัดบริการที่ชัดเจน ที่ครอบคลุมตามลักษณะของระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่
พึงประสงค์ และมีการสร้างกลไกการจัดการระบบ การเงิน และการพัฒนานวัตกรรม
2. ผู้ให้บริการในระดับวิชาชีพต้องมีจำนวนเพียงพอที่สามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่บริการที่กำหนด
ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สัดส่วนต่อประชากรในพื้นที่บริการที่ดีที่สุดคือ
1:3000
3. ต้องมีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงาน
4. ต้องมีมาตรฐานการให้บริการและมีการควบคุมคุณภาพการให้บริการ
5. ต้องมีการทำงานอย่างเป็นเครือข่าย

ข้อเสนอจากผลการวิจัย

1. รัฐต้องมีนโยบายและมาตรการทางการเงินและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เกิดระบบบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

- 1.1. มาตรการทางด้านกฎหมาย ให้มีสาระบัญญัติเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการ
จัดสรรงบประมาณในระดับปฐมภูมิ ไว้อย่างชัดเจน
- 1.2. มาตรการในการจัดสรรงบประมาณ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น รัฐจะต้องจ่ายไปยัง
เครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิโดยตรง ไม่จ่ายแบบประกันสังคมปัจจุบัน
- 1.3. มาตรการ การจัดสรรการเงินภายใต้โครงการสาธารณสุขต่างๆ
- 1.4. มาตรการการผลิตและพัฒนากำลังคน ให้มีคุณภาพและจำนวนเพียงพอ
- 1.5. มาตรการการกระจายอำนาจและมาตรการในการกระตุ้นให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการ
ดูแลตนเองและพึ่งตนเองมากขึ้น โดยส่งเสริมให้มีองค์กรอิสระของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแล
สุขภาพ ได้แก่ ประชาคมสุขภาพ กองทุนสุขภาพ

2. สาขาวิชาชีพด้านสุขภาพต้อง

- 2.1. มีการบัญญัติข้อกำหนดและระเบียบข้อบังคับ รองรับการทำงานของวิชาชีพผู้ให้บริการ
- 2.2. มีการจัดทำมาตรฐานและแนวทางการให้บริการในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ

- 2.3. มีมาตรการในการควบคุม ตรวจสอบและประเมินคุณภาพการให้บริการ
- 2.4. มีมาตรการเร่งสร้างความเข้าใจกับสมาชิกเกี่ยวกับแนวคิดและการจัดบริการในการให้บริการ
สุขภาพระดับปฐมภูมิ
- 2.5. มีมาตรการสร้างความเข้าใจกับสหวิชาชีพในบทบาทและกิจกรรมการให้บริการในระดับปฐมภูมิ

3. ในภาวะปัจจุบัน พู้อับบริการสุขภาพระดับวิชาชีพที่เป็นไปได้สูงสุด ทั้งในเรื่องจำนวน และ สมรรถนะ ตัว พยาบาลวิชาชีพ เพราะ:

- 3.1. อัตราส่วนของพยาบาลต่อประชากร เป็นอัตราส่วนที่ดีที่สุดในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ คือ 1:1,073 เมื่อเทียบกับ อัตราส่วนของแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่เป็น 1: 3,136 1: 9,741 และ 1: 4,588 ตามลำดับ
- 3.2. การผลิตพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศ สามารถผลิตได้ ปีละ 8000-9000 คน โดยมีการลงทุนไม่สูงนัก เมื่อเทียบกับการผลิตบุคลากรอื่น ปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ที่สามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพได้ 65 แห่ง
- 3.3. พยาบาลวิชาชีพได้รับการเตรียมสมรรถนะให้สามารถปฏิบัติงานในขอบเขตของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- 3.4. การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของงานบริการสุขภาพชุมชนที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติ อยู่แล้ว วิชาชีพการพยาบาลทำหน้าที่นี้มาโดยตลอดในระบบสุขภาพไทย

4. การจัดโครงสร้างการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มี 2 ลักษณะ:

- 4.1. ใช้โครงสร้างเดิม เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น โดยเสริมสร้างความเข้มแข็งในส่วนต่างๆ ดังนี้
 - ผู้ให้บริการและผู้บริหารจัดการ ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ
 - ต้องปรับแนวคิด ภารกิจและวิธีการทำงานของผู้ให้บริการ
 - เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการในแต่ละสถานบริการ ซึ่งประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น
 - ต้องสร้างเครือข่าย กับสหวิชาชีพอื่น หน่วยงาน องค์กรท้องถิ่น
 - กำหนดมาตรฐาน และแนวทางการปฏิบัติงาน มีการตรวจสอบและควบคุมการปฏิบัติงาน
- 4.2. จัดโครงสร้างใหม่ โดย
 - มีการกำหนดพื้นที่บริการ โดยคำนึงถึง อัตราส่วนประชาชนกับผู้ให้บริการ เป็น 1: 2000-3000 คน ดังนั้นควรเพิ่มสถานบริการหรือหน่วยบริการ
 - หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถทำสัญญาจ้างผู้ประกอบวิชาชีพอิสระเพื่อให้บริการในพื้นที่ ได้
 - หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายสามารถร่วมทำสัญญาจ้างได้

โดยทั้งนี้ บริการที่จัดในโครงสร้างทั้ง 2 รูปแบบต้องตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในแต่ละชุมชน และสอดคล้องกับกลไกการบริหารจัดการเรื่องการเงินและงบประมาณจากรัฐในรูปแบบผู้จัดหาบริการแยกจากผู้ให้บริการ

5. สถาบันการศึกษาต่อพลศึกษาบาลวิชายไฟหมีสมรรถนะครอบคลุมการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

5.1 ในระยะการเปลี่ยนผ่าน

- 5.1.1 จัดทำหลักสูตรอบรมระยะสั้นในพื้นที่ เพื่อปรับวิธีคิดและพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ หรือพยาบาลที่จบใหม่ให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับบทบาทใหม่ในชุมชน
- 5.1.2 ปรับการจัดการเรียนการสอนในสาขาพยาบาลศาสตร์ ระดับปริญญาตรีและปริญญาโทให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ในการให้บริการระดับปฐมภูมิ
- 5.1.3 เร่งดำเนินการศึกษาวิจัย ฐานความคิดเรื่องระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และพัฒนาเครื่องมือทางการพยาบาลเพื่อใช้เป็นฐานในการกำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาล และแนวทางการบริการ กลไกการตรวจสอบและควบคุมการบริการ

5.2 ในระยะยาว

- 5.2.1 เพิ่มการผลิตกำลังคนในระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์
- 5.2.2 พัฒนากำลังคนในวิชาชีพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- 5.2.3 ผลิตกำลังคนในระดับปริญญาโท เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้บริการ สร้างองค์ความรู้ สอนเป็นที่ปรึกษา และพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- 5.2.4 ดำเนินการวิจัยและพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ อย่างต่อเนื่อง

6. สถาบันการสุขภาพหรือหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

6.1 ในระยะเปลี่ยนผ่าน

- 6.1.1 กำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนการพัฒนา และการกระจายกำลังคน รองรับบทบาทใหม่ ในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างเพียงพอ
- 6.1.2 กำหนดนโยบายให้ความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการนำฐานความคิดเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่บริการที่รับผิดชอบ
- 6.1.3 เร่งสร้างความเข้าใจในบุคลากร ปรับฐานความคิด ภารกิจและวิธีการทำงานของผู้ให้บริการ

6.2 ในระยะยาว

- 6.2.1 กำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนการพัฒนากำลังคนผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง
- 6.2.2 กำหนดแผนและสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยอาศัยความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพการพยาบาล

**7. วงศ์กรวิชาชีพการพยาบาล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
 สาขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พุทธสถานการพยาบาล ในจังหวัดต่างๆของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
 ชมรมพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย สมาคมศิษย์เก่าคณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นต้น**

- 7.1 เร่งสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพเกี่ยวกับฐานความคิดเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- 7.2 ร่วมกับองค์กรวิชาชีพอื่นในการกำหนดมาตรฐานการบริการและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง
- 7.3 พัฒนาเครือข่ายการประกอบอาชีพอิสระของพยาบาลในชุมชน ในฐานะองค์กรที่ดำเนินงานโดยไม่หวังผลกำไร

ส่วนที่ 2

ผลการศึกษาและความต้องการด้านสุขภาพ
และลักษณะบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ
: กรณีศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บทที่ 1

บทนำและวิธีการศึกษา

ความเป็นมาและความสำคัญ

การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของประชาชนไทยมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ระบบบริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน หย่อนประสิทธิภาพ และเข้าถึงได้ยาก ซึ่งสร้างความลำบากและเพิ่มความทุกข์ให้แก่ประชาชน รวมทั้งประชาชนไม่พึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ จนเกิดวิกฤตศรัทธาต่อวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ

เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพประชาชนมีจุดเน้นไปยังกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ และใช้ปัญญาในการกลั่นกรองปัจจัยที่จะกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง ชุมชน และสังคมโดยรวม

รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้กำหนดกติกาของสังคมในด้านสุขภาพไว้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในมาตรา 52 ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ...” และมีมาตราอื่นที่ได้มีการกล่าวถึงการที่ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางหรือพัฒนานโยบาย ซึ่งรวมถึงนโยบายด้านสุขภาพด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้องค์วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพต้องทบทวนบทบาท ให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพในอนาคตและกรอบกฎหมายที่เปลี่ยนไป

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชน และมีกำลังคนกระจายอยู่ในระบบบริการสุขภาพทุกระดับมากที่สุด บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง/ชุมชน การเชื่อมโยงปัญหาการเจ็บป่วยสู่การป้องกันและการรักษาของทุกระดับ รวมถึงการเห็นความสำคัญของมิติทางสังคมวัฒนธรรมของการพัฒนาสุขภาพประชาชนกับการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน จะเป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการปฏิรูปวิธีคิดคนไทยในเรื่องสุขภาพ

บทบาทของพยาบาลที่กล่าวข้างต้น จะสะท้อนให้ความจำเป็นของวิชาชีพพยาบาลที่จะต้องปรับกระบวนการทัศน์ในการทำหน้าที่ผู้จัดและผู้ให้บริการสุขภาพที่จะต้องทำงานเคียงข้างประชาชนทั้งที่ล้มป่วยและไม่ล้มป่วย ซึ่งจะช่วยลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพและสร้างเสริมปัจจัยเอื้อต่อการมีสุขภาพดี หากมองอีกด้านหนึ่งเป็นการสะท้อนถึงความคุ้มค่า สามารถลดอัตราตายโดยเหตุที่ป้องกันได้ จำกัดความเจ็บป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

ด้วยปัญหาในระดับปัจเจก ปัญหาด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ และบทบาทของพยาบาลที่ต้องปรับเปลี่ยนภายใต้เงื่อนไขของระบบสุขภาพในอนาคต สภาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์จาก 5 มหาวิทยาลัย เครือข่ายประชาคมพยาบาลที่ปฏิบัติงานสถานบริการสุขภาพในทุกระดับ และสถาบันวิจัย-ระบบสาธารณสุข จึงได้พัฒนา “โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน

ชุมชน”เพื่อรองรับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยและกระบวนการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อจัดให้มีกระบวนการพัฒนาแนวคิดในการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชน ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมและการปฏิรูประบบสุขภาพในอนาคต โดยมุ่งเน้นที่ บทบาทของวิชาชีพพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์และรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชนของประเทศไทยเป็นอย่างไร ประสพการณ์ของต่างประเทศเป็นอย่างไร และประเทศไทยเรียนรู้อะไรจากประสพการณ์ของต่างประเทศ และบทเรียนในอดีตของประเทศไทยเอง
2. การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชนของประเทศไทยมีรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพเป็นอย่างไรในทัศนะของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ให้บริการหรือประชาชน ผู้ทรงคุณวุฒิ (นักวิชาการ) ผู้นำชุมชน (ทั้งผู้นำทางการและผู้นำตามธรรมชาติ) และผู้ให้บริการ
3. ลักษณะและรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในอนาคตที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและระบบสุขภาพไทยในอนาคต ควรเป็นอย่างไร รวมถึงกลไกและมาตรการที่เป็นไปได้ เช่น การจัดการด้านการเงิน (งบประมาณจากรัฐบาลและองค์กรท้องถิ่น และเงินทุนภายในชุมชน) การจัดการด้านกำลังคน เป็นต้น
4. ประเด็นเชิงกลยุทธ์อะไรบ้างที่เกี่ยวกับการการจัดและให้บริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชนในอนาคต ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมและระบบสุขภาพไทยในอนาคต
5. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชนภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมและระบบสุขภาพไทยในอนาคต
6. รูปแบบของระบบและบทบาทของพยาบาลที่สามารถให้บริการด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน และแนวทางการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำหนดนโยบายและแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการเสริมสร้างสุขภาพประชาชน เป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยมุ่งเน้นที่การจัดกระบวนการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมกันพัฒนาแนวคิด โดยใช้เทคนิคในการจัดกระบวนการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วิธีการวิจัยหลักที่ใช้ คือ การศึกษาทางระบาดวิทยา และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในแต่ละระยะของการวิจัยเลือกมาอย่างเจาะจง ประกอบด้วย

1. ผู้ให้บริการหรือประชาชน
2. ผู้นำชุมชนหรือองค์กรในชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรการบริหารส่วนตำบล องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น
3. ผู้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน คือ พยาบาลหรือผู้ร่วมวิชาชีพด้านสุขภาพ หรือประชาชนที่ปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพในชุมชน

พื้นที่การศึกษา

คณะนักวิจัยเลือกพื้นที่ศึกษาอย่างเจาะจงจากชุมชนต่างๆ ที่สะท้อนวิถีชีวิตของประชาชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยในการเลือกชุมชนคำนึงถึงคุณสมบัติอย่างน้อย 3 ประการ คือ

1. ชุมชนมีความเข้มแข็ง
2. มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการ
3. อยู่ในทำเลที่สะดวกพอสมควรที่จะให้มีการแลกเปลี่ยนกับพื้นที่ศึกษาอื่นๆ ได้ รวมทั้งคณะนักวิจัยดำเนินการวิจัยด้วยความปลอดภัย

รายละเอียดหรือหลักเกณฑ์อื่นๆ คณะนักวิจัยกำหนดตามความเหมาะสมกับพื้นที่ โดยเลือกศึกษาชุมชนที่มีลักษณะของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 10 ชุมชน 4 พื้นที่ คือ

1. ชุมชนเขตเมือง คือ ชุมชน โนนทัน 1 และ 5 โดยความรับผิดชอบจัดหาบริการจากเทศบาลนครขอนแก่น
2. ชุมชนแออัด คือ ชุมชน เทพารักษ์ตอนกลาง และ เทพารักษ์ 4 โดยความรับผิดชอบจัดหาบริการจากเทศบาลนครขอนแก่น
3. ชุมชนเขตรอบเมือง คือ บ้านผือ หมู่ 1 และ 2 ที่ใช้บริการจากสถานีอนามัยบ้านผือ
4. ชุมชนชนบท ซึ่งแบ่งเป็นชนบทรอบอำเภอเมืองและอำเภอรอบนอก คือ บ้านเหล่าโพหนอง หมู่ 7 และบ้านหัวหมู่ 1 ที่ใช้บริการจากสถานีอนามัย บ้านเหล่านาคี และ โรงพยาบาลพระยีน ส่วน บ้านก่งกลาง และบ้านเปือย ที่ใช้บริการจากสถานีอนามัยบ้านก่ง และโรงพยาบาลหนองเรือ

วิธีการวิจัย และกระบวนการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กระบวนการและวิธีวิจัยเพื่อชี้ประเด็นของความต้องการด้านสุขภาพ ที่เป็นทั้งปัญหาสุขภาพ ความคิดเห็นต่อปัญหาสุขภาพ ความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ตลอดจนแนวทางในการจัดหาบริการสุขภาพดังกล่าวจาก ผู้ที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งหมด ได้แก่ ประชาชน ผู้ให้บริการ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ ที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ และองค์กรปกครองท้องถิ่น ที่เป็นผู้จัดหาบริการสุขภาพ โดยประสบการณ์และความคิดเห็น ความเข้าใจ ตลอดจนความคาดหวังของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดถูกนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อชี้ ประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัยที่ใช้ครั้งนี้ประกอบไปด้วยวิธีการต่างๆดังนี้

1. การสัมภาษณ์เจาะลึก

การสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นการเข้าถึงข้อมูลด้วยการสนทนาอย่างมีเป้าหมายและมีความเฉพาะเจาะจงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา โดยที่เป็นรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์ โดยมุ่งเน้นในการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และความคิดเห็น ความเชื่อ ตามประสบการณ์ ความนึกคิด ความเข้าใจของแต่ละบุคคล ที่สะท้อนถึงประเด็นที่ต้องการศึกษา ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้การสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นกระบวนการหนึ่งในการหาข้อมูลของสภาพปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง

2. การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มเป็นการสัมภาษณ์เจาะประเด็นด้วยการเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมสนทนาคือ ประชาชนในชุมชน ผู้ให้บริการ องค์กรท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนทัศนะ ประสบการณ์ ความคิดเห็น กันอย่างกว้างขวางในประเด็นต่างๆดังนี้

- สภาพการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมและระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน และในสภาพที่ถูกกำหนดโดยทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพไทยในอนาคต
- รูปแบบของระบบและบทบาทของพยาบาลที่สามารถให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และชุมชน แนวทางการประสานความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น เพื่อกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น

3. การสำรวจและศึกษาเอกสาร

การสำรวจและศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องโดยศึกษาวิเคราะห์จากเอกสารทั้งในส่วนภูมิภาค ระดับประเทศ และต่างประเทศ เพื่อเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ ศักยภาพ และความเป็นไปได้ที่จะนำข้อมูลต่างๆมาประกอบการสังเคราะห์ผลการวิจัย โดยมีประเด็นที่ทำการสำรวจและศึกษาเอกสารในการวิจัยคือ

- ข้อมูลทางด้านระบาดวิทยา รายงานภาวะสุขภาพ และสถิติชีพที่เป็นตัวชี้วัดด้านสุขภาพของประชาชนในส่วนภูมิภาค ระดับประเทศ
- ศึกษาวิเคราะห์พัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยและบทเรียนจากระบบบริการสุขภาพของต่างประเทศ

4. การประชุมสะท้อนความคิด จากกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง

เป็นขั้นตอนของการสะท้อนความคิดเห็นจากผลการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 และสร้างการตระหนักถึงความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน พร้อมแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยที่การประชุมสะท้อนความคิดสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบด้านบวกและด้านลบ รวมทั้งประเด็นเชิงกลยุทธ์ในการจัดการบริการสุขภาพในระดับต้น และจัดให้มีการสะท้อนคิดจากผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนากลยุทธ์การพัฒนางานด้านสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์

5. การสำรวจ

จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนและลักษณะของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น

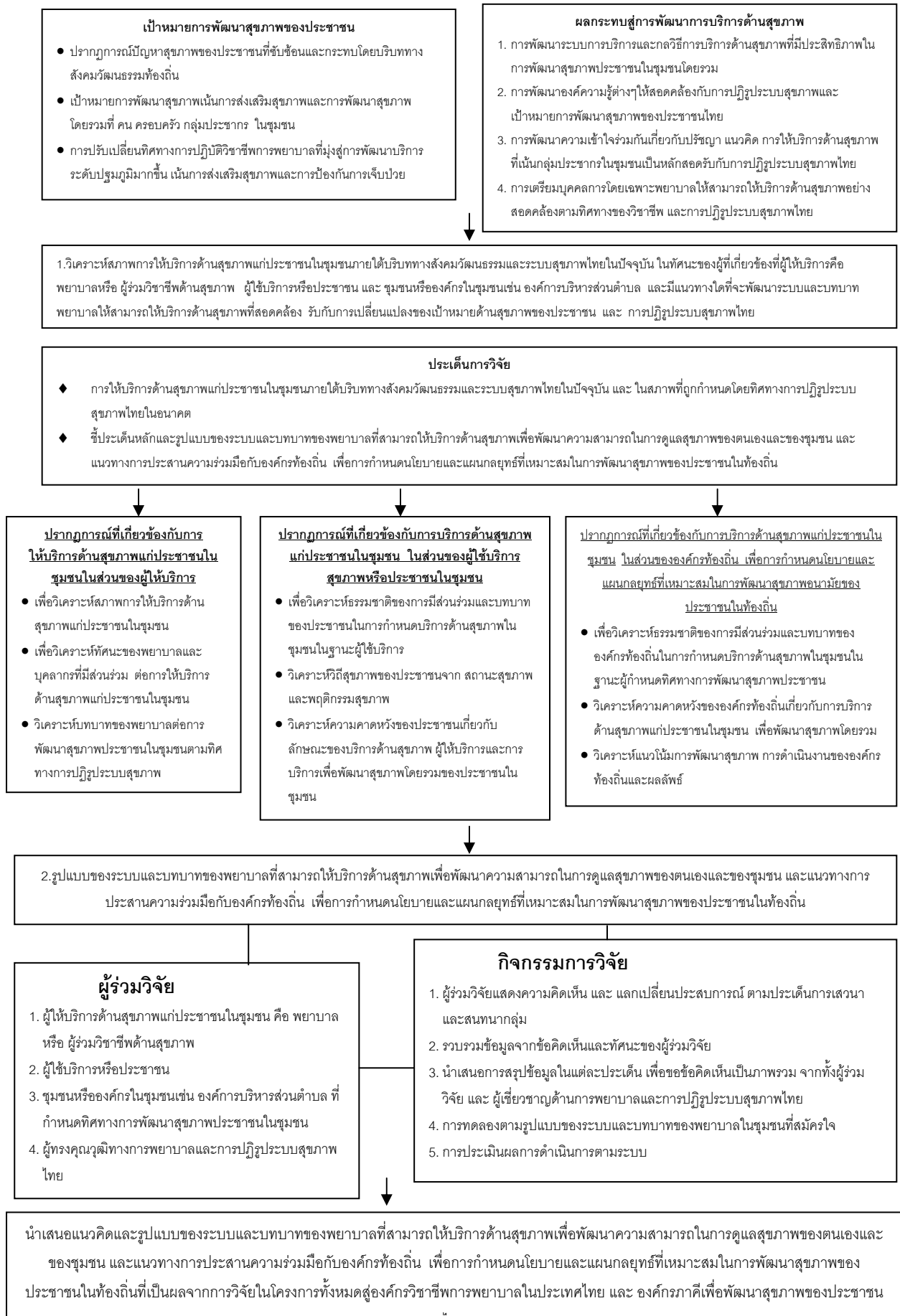
ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัยกำหนดตามวัตถุประสงค์การวิจัยแต่ละข้อเกี่ยวเนื่องกันให้เกิดความชัดเจนของข้อมูล และประเด็นต่าง ๆ มากขึ้นเป็นลำดับ (ตามกรอบแนวคิดของการวิจัย)

ระยะดำเนินการ	กิจกรรมการวิจัย	เครื่องมือและวิธีการ
1. ศึกษาวิเคราะห์ ข้อมูลรายงานภาวะ สุขภาพและสถิติชีพ ที่อธิบายตัวชี้วัดด้าน สุขภาพของ ประชาชนในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	1. รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ 2. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปข้อความรู้ที่มีอยู่ เพื่อบ่งชี้ ภาวะสุขภาพ ประชาชน สำหรับการวิเคราะห์ ลักษณะความต้องการด้านสุขภาพ ของประชาชน และ ประเด็น ลักษณะบริการด้านสุขภาพที่ ประชาชนต้องการ	1. การศึกษาเอกสารและการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา 2. การนำเสนอผลการวิเคราะห์แก่ผู้ ร่วมวิจัยเพื่อการสังเคราะห์ ข้อความรู้
2. ศึกษาวิเคราะห์ ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ ของประชาชนและ ลักษณะของชุมชนที่ เกี่ยวข้องกับภาวะ สุขภาพและการ พัฒนาสุขภาพ ประชาชน ในท้องถิ่น ที่ทำการศึกษาก่อน ว่าเป็น กรณีตัวอย่าง	3. สัมภาษณ์ข้อมูลปฐมภูมิและทบทวน ข้อมูลทุติยภูมิ ในชุมชนกรณีศึกษา เกี่ยวกับ 3.1. ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ความเข้าใจการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนใน การพัฒนา 3.2. ภาวะสุขภาพของประชาชน 4. วิเคราะห์ข้อมูลและจำแนกลักษณะ ชุมชนที่สะท้อนถึงความต้องการ ด้านสุขภาพและความเข้มแข็งของ ชุมชนและกลยุทธ์การพัฒนา 5. สังเคราะห์ข้อความรู้ที่ได้	1. การใช้แบบสำรวจ และ การศึกษาในชุมชนกรณีศึกษา 2. การศึกษาเอกสารและการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา 3. การนำเสนอผลการศึกษาเพื่อการ สังเคราะห์ระหว่างคณะผู้วิจัย
3. สะท้อนความคิดเห็น จากผลการวิเคราะห์ และสร้างความ ตระหนักถึงความ ต้องการด้านสุขภาพ	6. นำเสนอข้อความรู้ที่ได้จากการ สังเคราะห์ทั้งหมดสู่ผู้ที่เกี่ยวข้อง 3 องค์การประชาคม 6.1. ผู้ให้บริการ 6.2. ผู้ให้บริการ	1. การประชุมระดมสมอง 3 กลุ่ม ๆ ละ 1 ครั้ง 1.1. ผู้ให้บริการ จากชุมชน กรณีศึกษาจำนวน ประมาณ ชุมชน ละ 1 ครั้ง

ระยะดำเนินการ	กิจกรรมการวิจัย	เครื่องมือและวิธีการ
อนามัยของ ประชาชน พร้อม ประเด็นการพัฒนา	6.3. ผู้จัดหาบริการ 7. ระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้อง หา ประเด็น 7.1. ลักษณะของบริการด้าน สุขภาพที่ประชาชนในชุมชน ต้องการ 7.2. บทบาทร่วมระหว่างองค์กร บริหารส่วนตำบล ประชาชน และผู้ให้บริการ 7.3. ลักษณะของผู้ให้บริการด้าน สุขภาพที่เหมาะสมต่อบริการ ด้านสุขภาพที่ต้องการ	1.2. ผู้ให้บริการตัวแทนภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 200 คน 1.3. ผู้จัดหาบริการ ตัวแทนภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ และ ชุมชนกรณีศึกษา จำนวน 200 คน
4. สัมภาษณ์ลักษณะ ความต้องการด้าน สุขภาพ ลักษณะ ของผู้ให้บริการด้าน สุขภาพที่เหมาะสม และบทบาทร่วม ระหว่างองค์กร บริหารส่วนตำบล ผู้ ให้บริการ และ ประชาชนในชุมชน	8. สัมภาษณ์ข้อมูลจากกลุ่มประชากร เป้าหมายในชุมชนกรณีศึกษา เพื่อ วิเคราะห์และสังเคราะห์หา ข้อความรู้ 9. นำเสนอข้อความรู้ที่ได้ต่อกลุ่ม ประชาคม 3 กลุ่ม 10. ระดมสมอง 11. สังเคราะห์ข้อความรู้หาข้อเสนอ จากผลการศึกษา	1. การใช้แบบสำรวจและการ วิเคราะห์ 1.1. ชุมชนกรณีศึกษา และ ชุมชนตัวแทน ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 10 ชุมชน 2. การประชุมสังเคราะห์ข้อความรู้ 3. การประชุมระดมสมองในกลุ่ม ประชาคม 3กลุ่ม 3.1. ผู้ให้บริการ จากชุมชน กรณีศึกษา ประมาณ 50 คน 3.2. ผู้ให้บริการตัวแทนภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 50 คน 3.3. ผู้จัดหาบริการ ตัวแทนภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ และ ชุมชนกรณีศึกษา จำนวน 50 คน

ระยะดำเนินการ	กิจกรรมการวิจัย	เครื่องมือและวิธีการ
		4. การประชุมสังเคราะห์ข้อความรู้ โดยนักวิจัย
5. สะท้อนความคิดจาก ผู้เชี่ยวชาญในการ พัฒนากลยุทธ์การ พัฒนางานด้าน สุขภาพอนามัยของ ประชาชนระดับ ท้องถิ่น	12. นำเสนอข้อความรู้จากการศึกษา ต่อที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญ 13. สังเคราะห์หาข้อสรุป เพื่อนำเสนอ ต่อองค์กรภาคีในการพัฒนา สุขภาพต่อไป	1. การประชุมระดมสมอง 2. การประชุมสังเคราะห์ข้อความรู้ที่ ได้ 3. การจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม จำนวน 200 เล่ม



บทที่ 2

การศึกษาเอกสาร

สรุปผลการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องต่อไปนี้จะเป็นการนำเสนอเพื่อให้เห็นภาพของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย และในต่างประเทศ ดังนี้

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

การบริการสุขภาพในประเทศไทยที่ถือว่าเป็นการพัฒนาเข้าสู่ความทันสมัยปรากฏชัดเจนในสมัยเริ่มรัชกาลที่ 4 จนถึงรัชกาลที่ 6 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาประเทศในสมัยรัชกาลที่ 5 ที่ได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลศิริราชขึ้น เมื่อพ.ศ. 2432 และในรัชกาลที่ 6 ได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ขึ้น การจัดตั้งโรงพยาบาลในสมัยนั้นจะเป็นโรงเรียนแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขร่วมด้วย การก่อตั้งโรงพยาบาลได้เป็น การวางพื้นฐานของการรักษาโรคตามแนวแพทย์แผนตะวันตกมาใช้ ในสมัยนั้นปัญหาสุขภาพของประชาชนไทยส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคไข้จับสั่นและไข้รากสาดน้อยที่แพร่ระบาดในขณะนั้น จึงได้มีการจัดตั้งกรมพยาบาลขึ้นในกระทรวงมหาดไทย ในปีพ.ศ. 2455 และต่อมาในปีพ.ศ. 2482 จึงได้มีการ ก่อสร้างโรงพยาบาลวัดโรคขึ้น จนกระทั่งในปีพ.ศ. 2485 ได้มีโรงพยาบาลจำนวน 14 แห่งเมื่อเริ่มตั้งกระทรวง สาธารณสุข

แนวคิดของการจัดตั้งสถานบริการสุขภาพตามหัวเมือง ได้มีการจัดตั้ง โอสถศาลา ซึ่งใช้เป็นสถานที่ บำบัดโรค ต่อมาในปีพ.ศ. 2475 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น สุขศาลา สุขศาลาชั้นหนึ่งจะมีแพทย์ประจำ และสุขศาลาที่ไม่ มีแพทย์ประจำเรียกว่า สุขศาลาชั้นสอง หลังจากนั้น 5 ปีต่อมาจึงได้มีการจัดตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นใน กระทรวงมหาดไทย เพื่อทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตชนบท การพัฒนาการรักษายาบาล ด้วยแนวคิดการแพทย์แผนตะวันตกทำให้การแพทย์ภูมิปัญญาท้องถิ่นได้ยุติบทบาทลงในเวลาต่อมา

ในสมัยรัชกาลที่ 7 ภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง การสาธารณสุขได้นำเข้าไปรวมเป็นส่วน หนึ่งของกิจการเทศบาล ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 8 ปีพ.ศ. 2485 ได้มีประกาศพระราชบัญญัติจัดตั้งกระทรวง สาธารณสุขขึ้น กรมการแพทย์ได้รับโอนสุขศาลาชั้นหนึ่ง ที่ตั้งในอำเภอและจังหวัดใหญ่ๆ บางแห่งไปปรับปรุง เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด บางแห่งเทศบาลรับไปดำเนินงาน และส่วนที่เหลืออยู่ภายใต้การการดูแลของ กรมอนามัย จนกระทั่งปีพ.ศ. 2497 สุขศาลาเหล่านี้ได้พัฒนาเป็นสถานอนามัยชั้นหนึ่ง และอีกส่วนหนึ่งได้ พัฒนาเป็น ศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบท ในปีพ.ศ. 2515 อีก 2 ปีต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์การแพทย์ และอนามัย ในปีพ.ศ. 2518 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลอำเภอ และปีพ.ศ. 2525 จึงเรียกชื่อโรงพยาบาล ชุมชนจนกระทั่งทุกวันนี้ สำหรับสุขศาลาชั้นสองได้เปลี่ยนชื่อเป็นสถานอนามัยชั้นสองในปีพ.ศ. 2495 จนกระทั่งปีพ.ศ. 2515 จึงเรียกชื่อ สถานอนามัยจนปัจจุบัน

ในปีพ.ศ. 2497 ได้มีการจัดตั้งสำนักงานผดุงครรภ์ขึ้นเพื่อลดอัตราการตายของทารก จึงเห็นควรให้มีการ ส่งเคราะห์แก่มารดาและทารก

แนวคิดการจัดตั้งสถานบริการสุขภาพในรูปของโรงพยาบาลจังหวัด ศูนย์การแพทย์และอนามัย สถานีอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์ ได้มีผลต่อการปรับปรุงและขยายเพิ่มเติมจนมีโรงพยาบาลครบทุกจังหวัดในปี พ.ศ. 2500 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2505 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้แยกการบริการสุขภาพออกเป็นการรักษาและการป้องกันโรค โดยแบ่งระบบบริการสาธารณสุขเป็นลำดับขั้นตามความซับซ้อนของการบริการดังนี้ สำนักงานผดุงครรภ์ สถานีอนามัยขั้นสอง สถานีอนามัยขั้นหนึ่ง และโรงพยาบาล ตามลำดับ จนกระทั่งในช่วง พ.ศ. 2516 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับโครงสร้างโดยการรวมสถานบริการด้านการรักษาพยาบาลเข้ากับด้านการป้องกันโรคมาอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวง และในปีพ.ศ. 2518 ได้มีการสร้างโรงพยาบาลระดับอำเภอเพื่อเป็นสถานที่ให้บริการแบบรวมทั้งด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรค

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับได้ดังนี้

1. การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Primary care level) เป็นบริการที่อยู่ในระดับตำบล เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลขั้นต้น
2. การบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ (Secondary care level) เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญระดับปานกลาง ได้แก่
 - โรงพยาบาลชุมชน ที่ให้บริการทางการแพทย์เน้นการรักษา ในระดับอำเภอ ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10000 คนขึ้นไป
 - โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในจังหวัดหรืออำเภอ ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางครบถ้วน
 - โรงพยาบาลเอกชน เป็นโรงพยาบาลที่มีแพทย์ประจำหรือมาปฏิบัติงานเป็นเวลา
3. การบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ (Tertiary care level) เป็นบริการทางการแพทย์ที่ต้องใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ ได้แก่ สถานบริการต่อไปนี้
 - โรงพยาบาลทั่วไป
 - โรงพยาบาลศูนย์
 - โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
 - โรงพยาบาลเอกชนที่มีแพทย์เฉพาะทาง

1. สภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพ

1.1 ปัญหาจากระบบสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ พบว่าประเทศไทยและประเทศอื่นๆที่มีความพยายามในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในประเทศของตนให้มีสุขภาพะ แต่ก็ยังพบปัญหาความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะประชาชนในเขตชนบท ในประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในระยะของต้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ด้วยการสร้างสถานบริการสุขภาพ คือระหว่างปี พ.ศ. 2504-2519 รัฐบาลในสมัยนั้นได้กำหนดนโยบายด้านการสาธารณสุขด้วยการสร้างสถานพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมือง ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียม

กันในการใช้บริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น ต่อมารัฐบาลได้แก้ไขปัญหานี้ด้วยการสร้างสถานพยาบาลขนาดเล็กให้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น พร้อมกับการเพิ่มบุคลากร เพื่อแก้ไขปัญหาการให้บริการสุขภาพ ทำให้เกิดการขาดแคลนทรัพยากรสาธารณสุขที่กระจายลงพื้นที่ในเขตชนบท โดยเฉพาะสถานื่อนามัย ทำให้พบปัญหาคุณภาพบริการ และความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ

การจัดบริการสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ได้คำนึงถึงความเป็นธรรมหรือความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น และรัฐบาลได้รับแนวคิดของการ สาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลยุทธ์ของเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า หลังจากนั้นประเทศไทยได้มีการพัฒนางานสาธารณสุขด้วยความก้าวหน้ามาตลอด 20 ปี จึงนับได้ว่าการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานได้ทำให้ประเทศไทยได้เรียนรู้การทำงานด้านการพัฒนาชนบท (เกษม วัฒนชัย, 2542) ดังจะเห็นได้จากนโยบายรัฐบาลในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 ที่เน้นงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต และมีการประสานความร่วมมือกับหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะด้านการเกษตร การศึกษาและการปกครอง เน้นการพึ่งตนเองของชุมชน ครอบครัวและบุคคล ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานทำให้ประเทศไทยได้มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขให้มีความครอบคลุมทุกระดับ ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพบริการและการบริหารที่มีประสิทธิภาพ ด้านระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการเชื่อมต่อกับงานสาธารณสุขมูลฐานกับการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิขึ้นในหมู่บ้านคือสถานอนามัย พร้อมกับการพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาที่ยึด “คน” เป็นศูนย์กลางการพัฒนาและพัฒนาแบบองค์รวม กล่าวคือเป็นการพัฒนาคนโดยการส่งเสริมให้โอกาสคนได้มีการพัฒนาศักยภาพตนเอง ควบคู่ไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและปัจจัยอื่นที่เอื้อต่อการสนับสนุนให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี กระแสการปฏิรูปทางการเมืองก่อให้เกิดการร่างกฎหมายที่สำคัญของประเทศคือรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่เน้นสิทธิในการรับบริการสุขภาพของประชาชนและเน้นบทบาทของประชาชนและองค์กรท้องถิ่น

เสียงสะท้อนต่อระบบสุขภาพในปัจจุบัน การพัฒนางานของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาจะมุ่งเน้นการพัฒนาการบริการที่มุ่งเน้นคุณภาพและการปรับโครงสร้างและการบริหารจัดการของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพและเศรษฐกิจสังคมโดยรวมของประเทศ การบริหารจัดการของหน่วยงานยังเป็นแบบแยกส่วน ขาดการเชื่อมโยง กับหน่วยงานอื่นในระบบสุขภาพ ส่งผลให้ขาดประสิทธิภาพ อีกทั้งยังขาดแผนและทิศทางของการพัฒนาที่ชัดเจน

ผลการศึกษาวิจัยทัศนและยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพประชาคมภาคอีสานพบว่า ประชาคมอีสานได้สะท้อนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพดังนี้ (บุญพร แก้วสอง และคณะ, 2543)

1. รัฐมีนโยบายเน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน แม้ว่าจะมีแนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีกลไกสนับสนุนอย่างแท้จริง โดยจะเห็นได้จากงบประมาณและอัตรากำลังด้านการส่งเสริมสุขภาพยังต่ำกว่าด้านการรักษา

โดยเฉพาะการซื้อเทคโนโลยีจากต่างประเทศ ทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง แต่ไม่มีประสิทธิภาพ ในส่วนของชุมชนพบว่าไม่มีการกระจายงบประมาณสู่ชุมชน งบประมาณล่าช้า เครื่องมือและเวชภัณฑ์ไม่ทันสมัย อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ

2. ปัญหาของระบบประกันสุขภาพคือความไม่มีประสิทธิภาพ ความล่าช้า ความไม่เป็นธรรมในการออกบัตร เลือปฏิบัติ เช่นการออกบัตรให้ญาติพี่น้อง ความไม่ครอบคลุม ไม่สามารถใช้ได้ในทุกพื้นที่
3. ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในระบบบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพที่รัฐจัดหาให้เป็นการบริหารจัดการแบบจากบนลงล่าง ทำให้การแก้ไขปัญหาไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และท้องถิ่น ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคเอกชน ก่อให้เกิดความซ้ำซ้อน ล้นเปลืองงบประมาณและการบริการมีลักษณะการยึดตัวผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง
4. ขาดการส่งเสริมพัฒนาด้านการแพทย์ทางเลือก ระบบบริการสุขภาพพัฒนาตามแบบตะวันตก ซึ่งเป็นการพัฒนาที่ละเลยภูมิปัญญาชาวบ้าน ทำให้แพทย์แผนไทยไม่ได้รับการฟื้นฟูและพัฒนา ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ วิจัย การอนุรักษ์สมุนไพรและการฝึกอบรม

และจากสรุปผลการสัมมนา 6 เวทีภูมิภาคเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ , 2543) มีข้อเสนอประเด็นปัญหาที่น่าสนใจดังนี้

การปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียม

“ระบบในปัจจุบันปฏิบัติต่อคนไม่เท่าเทียมกันอยู่แล้ว แต่ระบบสวัสดิการยังไม่เท่าเทียมกันอีก อย่างเช่นบัตรประกันสุขภาพ มีทั้งบัตร สปร. บัตรประกันสุขภาพแบบ 500 บาท บัตรประกันสังคม ข้าราชการก็อีกระดับหนึ่ง บางคนก็ไม่มีบัตรอะไรเลย ความต่างของบัตรทำให้มีความต่างของการจ่ายยา บัตรนี้จ่ายยาได้บางชนิด ไม่สามารถจ่ายยาได้มากกว่าทั้งที่ความเจ็บไข้ได้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยามากกว่านี้ ”

คุณภาสกร อินทุमार สัมมนาเรื่องระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ

โรคที่หายไป กลับมาอีก

“ ที่น่าเป็นห่วงตอนนี้คือ โรคที่หายไปแล้วในประเทศไทย ขณะนี้กลับมาเป็นอีก เมื่อเดือนที่ผ่านมาที่จังหวัดพิจิตรได้เกิดโรคจากแพะขึ้นและดังไปทั่วประเทศ คือโรคเท้าช้างซึ่งเกิดขึ้นในชายแดนพม่า ตรงนี้เป็นห่วง ถึงเวลาแล้วหรือยังที่คนไทยทุกคนจะต้องตระหนัก โรคเหล่านี้จะกลับมาแพร่ระบาดมากขึ้น เราต้องทุ่มเทงบประมาณไปรักษาโรคติดต่อที่เราเคยปราบปรามไปหมดแล้ว ”

คุณลูกคิด จันทรวงุญชร สัมมนาเรื่องระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ

ตั้งรับมากกว่ารุก

“ จริงๆแล้วกระทรวงสาธารณสุขเขาทำโครงการมาตั้งแต่แผนพัฒนาฉบับที่ 1- 8 แล้ว ให้ชุมชนได้เข้มแข็ง ให้ชุมชน ให้อบรมครัวดูแลตนเองมาตลอด แต่ว่าปัญหาก็คือ ไม่ค่อยมีความคิดเห็นจากในชุมชน เพราะใช้ลักษณะสั่งๆลงมาตลอด หน่วยบริการสร้างสุขภาพหรือส่งเสริมสุขภาพของสาธารณสุขจะเป็นลักษณะการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก คือให้ชาวบ้านมาหา มาปรึกษาเอง แทนที่จะไปช่วยให้เขาคิดเองทำเอง เอาปัญหาในชุมชนขึ้นมาแก้ไขเองโดยใช้เงินงบประมาณส่งให้เขาไปจัดการ นี่งบประมาณก็ถือเอง แล้วให้ชาวบ้านมาฟังมาอบรมประชุม ชาวบ้านก็นั่งฟังเฉยๆโดยไม่ได้อะไร แต่ว่าเบี้ยเลี้ยงเจ้าหน้าที่ได้ครบ และอีกอย่างหนึ่งก็คือโครงการทั้งหมดทำแบบไฟไหม้ฟาง.....

คุณประสงค์ จันทร์ย่อง สัมมนาเรื่องระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ

แพทย์เป็นคนสำคัญในระบบสาธารณสุข

“ ปัจจุบันแพทย์เป็นบุคคลสำคัญในระบบสาธารณสุขไปแล้ว เพราะว่าทุกคนเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยก็จะมองไปที่แพทย์เป็นอันดับแรก เรื่องนี้เราคงต้องใช้เวลานานกว่าจะทำให้ชุมชนหรือชาวบ้านดูแลสุขภาพตนเองได้และให้การยอมรับการบริการในชุมชน เช่นสถานีอนามัย หรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ”

คุณพงษ์กิจ ศิริยงค์ สัมมนาเรื่องระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ

วิถีชีวิต : วิถีสุขภาพ

“ แต่ก่อน สมัยโบราณไทยเราคนไทยโดยเฉพาะในภาคอีสานมีอายุยืนยาวมาก ทั้งที่พยาบาลก็ไม่มี หมอก็ไม่มี นั่นเป็นเพราะสมัยก่อนคนไทยไม่ได้กินสารเคมี ยาฆ่าแมลง เหมือนปัจจุบันนี้ที่คนอีสานกำลังกินยาเบื่อตัวเอง ทุกคนกินยาฆ่าแมลง กินสารพิษ ถ้าเราไม่แก้ปัญหาคือต้นเหตุ ให้รู้จักทำมาหากินเอง ปลูกผักกินเอง ผมคิดว่าการสร้างโรงพยาบาลทุกหมู่บ้านก็แก้ปัญหานี้ไม่ได้ เพราะเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ เพราะฉะนั้นผมอยากให้เห็นว่าการแก้ปัญหสุขภาพประชาชนหรือคนอีสานต้องแก้ที่ต้นเหตุคือวิถีชีวิตของคนอีสานเองครับ”

คุณแสงวง สิงห์น้อย สัมมนาเรื่องระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ

ร่วมผ่าทางตัน. ระบบสุขภาพที่ประชาชนต้องการ

จากประสบการณ์การเรียนรู้จากสถานการณ์ในประเทศและของต่างประเทศ ทำให้เกิดกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศขึ้น ประเด็นที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพมีดังนี้ (วิพุธ พูลเจริญและคณะ, 2543)

- การปฏิรูปที่เน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ได้มากขึ้น ได้รับบริการที่มีคุณภาพ
- การควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพ
- ให้มีความสำคัญกับการบริหารจัดการด้านสุขภาพโดยเน้นบริบททางสังคม สิ่งแวดล้อมที่เป็นเงื่อนไขของสุขภาพของประชาชน
- ใช้กฎหมายเป็นเป็นกลไกในการบริหารจัดการ
- ใช้การบริหารจัดการแนวใหม่
- กำหนดปรัชญาหรือหลักการสำคัญในการพัฒนา
- แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยทัศนด้านสุขภาพของกลุ่มประชาคมภาคอีสานต่อระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ (ปัญชร แก้วสอง และคณะ, 2543) ดังนี้

- ระบบบริการเชิงรุกและเอื้ออาทรที่มีการส่งเสริม การป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงและเพียงพอ มีแผนการบริการที่เป็นรูปธรรม เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ของประชาชน ควรมีการกระจายการบริการที่ครบวงจรในชุมชน ทั้งการรักษา ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพโดยรัฐ ชุมชน และองค์กรท้องถิ่นร่วมมือในการจัดบริหารจัดการและระดมทุน
- การบริการต้องมีมาตรฐาน เสมอภาคและเป็นธรรม รัฐต้องกำหนดมาตรฐานของระดับสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน มีระบบตรวจสอบและติดตามประเมินผล และการรับรองมาตรฐาน รูปแบบการจัดระบบบริการควรลดขั้นตอน และจัดบริการแบบ one stop service
- ประชาชนต้องได้รับหลักประกันสุขภาพทั่วถึงและเป็นธรรม ระบบประกันสุขภาพควรมีระบบเดียว เป็นบัตรเดียว โดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์หรือคอมพิวเตอร์ตรวจสอบเพื่อให้การบริการรวดเร็ว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและองค์กรประกันสุขภาพร่วมบริหารจัดการแบบภาคี
- การส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ระบบบริการสุขภาพควรมีการผสมผสานระบบการแพทย์แผนไทยเข้ากับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันในทุกะดับของการให้บริการสุขภาพ ให้เป็นการแพทย์ทางเลือก โดยส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทย มีการ

ฟื้นฟูและถ่ายทอดองค์ความรู้ ส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยแบบผสมผสาน จัดตั้งสถาบันการศึกษานุรักษ์ฟื้นฟูตำรายาไทย การรักษาแบบแผนไทย

- ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ประชาชนต้องการทราบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค การป้องกัน หรือหากเจ็บป่วยต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค โอกาสหาย ค่าใช้จ่าย ทั้งนี้รัฐควรจัดให้มีการเผยแพร่ข่าวสารโดยผ่านสื่อต่าง ๆ กำหนดกฎหมาย การเข้าถึงและการรับรู้ข่าวสารของประชาชนที่พึงได้รับเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง

และจากสรุปผลการสัมมนา 6 เวทีภูมิภาคเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2 5 4 3) มีผู้เสนอประเด็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่น่าสนใจดังนี้

เริ่มที่แพทย์

พยาบาลก่อน

“ การปฏิรูประบบสุขภาพต้องเริ่มที่กระทรวงสาธารณสุข เริ่มที่แพทย์และพยาบาลก่อน แพทย์ต้องเปลี่ยนทัศนคติ จากที่คิดว่าตัวเองเป็นศูนย์กลาง มาให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง นอกจากนั้นในการสื่อสารกับชาวบ้านแพทย์ก็ควรจะทำให้ชาวบ้านสามารถเข้าใจได้ง่ายด้วยภาษาที่ชาวบ้านเข้าใจได้ ”

คุณพงษ์พรหม ประเสริฐสัมพันธ์ สัมมนาเรื่องระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ

การบริการแบบผสมผสาน

“ ผมคิดว่าสุขภาพดีน่าจะเริ่มที่บ้านหรือที่โรงเรียน ทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพที่ดีได้ ในเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นผมคิดว่ามีความสำคัญ ผมอยากเห็นการรักษาแบบผสมผสาน ทั้งการรักษาแผนใหม่ และการนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ามาช่วยการรักษาด้วย หลายท่านใช้คำว่าแพทย์แผนไทย ที่ผ่านมาเราได้สอนให้คนดูแลสุขภาพที่พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยมานานแล้ว เราถือว่าการให้กำลังใจคนด้วยการเป่า การให้น้ำมันดี เป็นเรื่องที่ต่ำต้อย ถ้าไม่ถึงมือหมอแผนปัจจุบันแล้วมันไม่หาย ผมจึงอยากให้กลับมาสู่ตรงนี้.....ถ้าเราหวังว่าจะให้มีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า ผมคิดว่าเราน่าจะให้ความสำคัญเรื่องสมุนไพรและภูมิปัญญาพื้นบ้านให้มากขึ้นครับ ”

คุณกิตติโชค ห้อยยี่ภู่ สัมมนาเรื่องระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ

ชุมชนร่วมพัฒนา

“ ในเรื่องของปัญหาการบริการนั้นเราได้พยายามปรับเรื่องการให้บริการภายในสถานีนอมาลัย โดยให้สถานีนอมาลัยเป็นของชุมชน และมีกระบวนการที่ทำกันมาสองปีแล้ว นั่นคือเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมวางแผน แล้วแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ในกระบวนการนี้มีขั้นตอนเตรียมการ จากความคิดที่ว่า เราเริ่มให้ชุมชนเข้ามามองปัญหาของตัวเอง อันนี้เป็นนโยบายของจังหวัด ซึ่งแต่เดิมไม่มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนมาแสดงความคิดเห็นเลย เราเลยจัดเวทีชุมชนให้ชุมชนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นว่าระบบบริการที่เขาพึงประสงค์เป็นอย่างไร และเปิดใจเจ้าหน้าที่ให้ยอมรับภาพสะท้อนของชุมชน ถ้าชุมชนเสนอความต้องการอย่างนี้ เจ้าหน้าที่จะรับได้ไหม เพราะในบางเรื่องจะเป็นเรื่องของการบริการด้วย เจ้าหน้าที่บริการไม่ดี พูดไม่เพราะ เราก็มีการเตรียมการเรื่องเจ้าหน้าที่ จากนั้นมาก็ให้ชุมชนเข้าร่วมในระบบการวางแผนพัฒนาชุมชน ทั้งในเรื่องการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข และการแก้ปัญหาแบบองค์รวม ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานในชุมชน คือเป็นผู้สนับสนุนละผู้ประสานงาน แทนการเป็นผู้ชี้แนะ ผลการดำเนินงานในสองปีพบว่าปัญหาได้รับการแก้ไขค่อนข้างจะกว้างขึ้น จากเดิมที่แก้ไขปัญหาเฉพาะส่วน เฉพาะด้านสาธารณสุข ตอนนี้มีมีการแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนโดยให้ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเองวางแผนเอง เช่น ปัญหาปากท้อง โภชนาการ โรคไข้เลือดออก ตอนนั้นเริ่มเข้ามามีบทบาทคิดหาวิธีการป้องกัน และแก้ไขปัญหาในชุมชนเองแล้ว ”

ผู้ร่วมสัมมนา สัมมนาเรื่องระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ

บริการสาธารณสุขควรเสียค่าใช้จ่ายน้อยและคุ้มค่า

“บริการสาธารณสุขควรเน้นเรื่องความประหยัดและสมเหตุสมผล เน้นถึงความจำเป็นในการใช้เครื่องมือวินิจฉัยที่สูงเกินไป การตรวจพิเศษต่างๆต้องมีเหตุผล กระบวนการบริการที่โปร่งใส ปราศจากการทุจริต คอรัปชั่น”

นพ. ชาญชัย ศิลปอวยชัย สัมมนาเรื่องระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ

คำนึงถึงดุลยภาพ

“กลยุทธ์ในการกระจายอำนาจทางสาธารณสุข ควรประกอบด้วย

1. สถานบริการที่เป็นอิสระภายใต้การกำกับของประชาชนทุกระดับตั้งแต่บริการด้านแรกจนถึงโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์
2. สถานบริการเหล่านี้ต้องเกาะเกี่ยวกันเป็นระบบเครือข่าย เพื่อดูแลประชากรในเขตบริการที่กว้างขวางพอที่จะเกิดคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยให้ประชาชนมีโอกาสเลือกจะไปรับบริการด้านแรกที่ได้
3. ต้องมีองค์กรบริหารงานสาธารณสุขรับผิดชอบบริหารจัดการโดยมุ่งที่กลุ่มประชากรในขนาดที่พอเหมาะเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์
4. ต้องมีองค์กรอิสระหรือองค์กรวิชาชีพเพื่อรับรองและกำกับคุณภาพของบริการและมาตรฐานวิชาชีพ
5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการ เนื่องจากการกระจายอำนาจทางงบประมาณจะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณมากขึ้น
6. การจัดการดูแลสุขภาพของประชาชนพึงเน้นคุณค่าภูมิปัญญาท้องถิ่น ระบบแพทย์ทางเลือกและเครือข่ายประชาชนในชุมชน

1.2 ปัญหาจากการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข

1.2.1 บุคลากรสาธารณสุข

ถึงแม้ว่าประเทศไทยได้มีความพยายามในการพัฒนาคุณภาพบริการและการกระจายสถานบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่แต่ก็ยังพบว่า มีความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข โดยพบว่า การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขในระดับภาคเมื่อเทียบกับระดับประเทศมีความแตกต่างกัน จะเห็นว่า อัตราส่วนของทรัพยากรสาธารณสุขต่อประชากรภาคอีสานเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศแล้วจะมีสัดส่วนที่อยู่ในระดับต่ำกว่าในทุกด้าน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขตามภาคต่าง ๆ

ประเภท	กรุงเทพฯ	กลาง	เหนือ	ใต้	อีสาน	ประเทศ
เตียง	1:205	1:374	1:465	1:492	1:813	1:457
สถานเฝ้าระวัง	1:39,345	1:3,554	1:4,070	1:3,657	1:4,923	1:4,172
แพทย์	1:720	1:4,506	1:5,791	1:5,216	1:9,951	1:3,649
ทันตแพทย์	1:205	1:21,263	1:30,248	1:31,760	1:45,622	1:17,711
เภสัชกร	1:3,389	1:12,201	1:15,903	1:15,535	1:30,636	1:10,178
พยาบาลทุกประเภท	1:314	1:606	1:755	1:651	1:1,212	1:701
พยาบาลวิชาชีพ	1:368	1:1,004	1:1,188	1:1,080	1:2,133	1:1,073
พยาบาลเทคนิค	1:2,137	1:1,524	1:2,072	1:1,639	1:2,806	1:2,025
เจ้าหน้าที่สถานเฝ้าระวัง	-	1:998	1:1,266	1:1,068	1:1,634	1:1,282
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	1:2,325	← 1:18,946 →				1:11,429
ร้านขายยาแผนโบราณ	1:14,136	← 1:30,987 →				1:27,925
ร้านขายยาบรรจสุเสร็จ	1:8,262	← 1:12,836 →				1:12,214

ที่มา : พิธีสิทธิ์ คำนวณศิลป์และคณะ (2544)

1.2.2 พยาบาลวิชาชีพ

จากตารางที่ 1 พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด โดยจะเห็นสัดส่วนของพยาบาลต่อประชากรในภาพรวมระดับประเทศเป็น 1: 701 คน เนื่องจากพยาบาลได้เร่งรัดการผลิตเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในชนบท จึงได้มีการผลิตพยาบาลในระดับเทคนิคขึ้น แนวโน้มปัจจุบันพยาบาลเทคนิคลดจำนวนลงเนื่องจากส่วนหนึ่งกลับมาเรียนต่ออีก 2 ปี และได้เป็นพยาบาลวิชาชีพแล้ว อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษาในวิชาชีพพยาบาลได้มีการปรับหลักสูตรในระดับอุดมศึกษา จึงมีพยาบาลวิชาชีพจำนวนหนึ่งเป็นผู้ที่ได้รับคุณวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี

ตารางที่ 2 จำนวนพยาบาลวิชาชีพแยกตามหน่วยงานต่าง ๆ

หน่วยงาน / พ.ศ.	2532	2534	2536	2538	2540
กระทรวงสาธารณสุข	19,423 (51.8)	23,996 (56.9)	28,088 (60.2)	32,976 (60.8)	37,087 (65.8)
กระทรวงอื่นๆ	10,849 (28.9)	8,540 (20.9)	9,117 (19.5)	9,148 (16.8)	9,099 (16.1)
รัฐวิสาหกิจ	2,103 (5.6)	1,986 (4.9)	2,072 (4.4)	1,816 (3.3)	2,017 (3.6)
ราชการท้องถิ่น	2,000 (5.3)	2,263 (5.6)	2,539 (5.4)	2,643 (4.9)	2,220 (3.9)
เอกชน	3,140 (8.4)	3,900 (9.6)	4,855 (10.4)	7,679 (14.2)	5,943 (10.5)
รวมจำนวนพยาบาลวิชาชีพ	37,515	40,685	46,671	54,262	56,366

ที่มา : พิระสิทธิ์ คำนวณศิลป์และคณะ (2544)

จากตารางที่ 2 สะท้อนให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 56,366 คน ในจำนวนนี้มีพยาบาลวิชาชีพสังกัดอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด โดยกระจายการปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพหลายส่วน เช่นการดูแลสุขภาพในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันในโรงพยาบาลในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด ทั้งในส่วนของรัฐและเอกชน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและทุพพลภาพ ที่บ้าน จัดบริการสุขภาพในสถานเอนามัย ในโรงงาน โรงเรียนและสถาบันการศึกษาอื่นๆการผลิตพยาบาลได้เกิดขึ้นเพื่อสนองต่อปัญหาสุขภาพของประเทศ ดังจะเห็นได้จากพระราชดำริของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชินีนาถในรัชกาลที่ 5 ทรงเห็นว่าวิชาแพทยผดุงครรภ์มีความจำเป็นแก่ชีวิตสตรี เนื่องจากสมัยนั้นสตรีต้องเสียชีวิตเป็นจำนวนมากจากการคลอดบุตร จึงได้พระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ตั้งโรงเรียนเพื่ออบรมผดุงครรภ์ขึ้นในบริเวณโรงพยาบาลศิริราช โดยเริ่มเปิดการสอนเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2493 โดยชื่อว่าโรงเรียนแพทยผดุงครรภ์และหญิงพยาบาล สังกัดกรมศึกษาธิการ ซึ่งต่อมาเรียกว่ากระทรวงธรรมการ ทรงโปรดเกล้าให้ท่านผู้หญิงเปลี่ยน ภาสกรวงศ์ เป็นผู้อำนวยการคนแรก

การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคมทำให้มีความต้องการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานสากล จึงได้มีการปรับปรุงการจัดการศึกษาพยาบาลมาโดยตลอด ดังจะเห็นได้จากระหว่างปี พ.ศ. 2469-2498 เป็นระยะที่สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรยดยุคเดชะวิกรม พระบรมราชชนกได้นำระบบการศึกษาพยาบาลแบบใหม่ของมิล ฟลอเรนซ์ ในดิงเกล ซึ่งเป็นที่นิยมแพร่หลายในสมัยนั้นเข้ามาปรับปรุงการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ได้พระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ส่งพยาบาลไทยไปศึกษาต่อในต่างประเทศ และจ้างครูพยาบาลต่างประเทศมาช่วยปรับปรุงหลักสูตร

การจัดการศึกษาในในระยะนี้ เป็นการปรับปรุงหลักสูตรและการเรียนแบบใหม่โดยรับผู้สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมปีที่ 6 ระยะเวลาเรียน 3 ปี 6 เดือน หลักสูตรประกอบด้วยวิชาการพยาบาลทั่วไป 3 ปี และเรียนหลักสูตรผดุงครรภ์ 6 เดือน นอกจากนี้ยังได้เพิ่มการปฏิบัติงานด้านอนามัยและเพิ่มวิชาด้านจิตเวชเข้าไปในหลักสูตรการศึกษาศึกษาพยาบาลในปีพ.ศ. 2495 และได้เรียกชื่อโรงเรียนเป็น โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย จนกระทั่งปัจจุบัน การศึกษาศึกษาพยาบาลได้พัฒนาขึ้นตามมาตรฐานการจัดการศึกษาวิชาชีพสากล กล่าวคือมีการพัฒนาการศึกษาศึกษาพยาบาลขึ้นเป็นระดับปริญญาตรี และได้มีการจัดการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาและปริญญาเอก

การจัดการศึกษาศึกษาพยาบาลเป็นการเตรียมให้พยาบาลสามารถดูแลบุคคลได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณ และสังคม ตลอดจนสภาพแวดล้อมของบุคคล สามารถทำบทบาทครอบคลุมทั้งการดูแลรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณางานของพยาบาลอาจจะสรุปเป็นลักษณะงานได้ 2 ลักษณะได้แก่

1. ลักษณะงานบริการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ได้แก่งานบริการพยาบาลทั่วไป ครอบคลุมบทบาทของพยาบาลทั้งในด้านการรักษาพยาบาลยามเจ็บไข้ การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ในประชาชนที่เจ็บป่วยไม่รุนแรงและไม่ซับซ้อนนัก จึงต้องการพยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี
2. ลักษณะงานบริการพยาบาลที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ได้แก่งานบริการพยาบาลแก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ต้องใช้ความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา จึงต้องการพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท

ในประเทศไทยการผลิตพยาบาลวิชาชีพได้ผลิตโดยยึดความต้องการของสังคมเป็นหลัก ดังจะเห็นได้จากการจัดให้นักศึกษาได้เรียนวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้นในหลักสูตรพยาบาลระดับปริญญาตรี เพื่อให้เป็นพยาบาลที่สามารถวินิจฉัยและตัดสินใจในการรักษาพยาบาลขั้นต้นได้อย่างถูกต้อง ทำหน้าที่คัดกรองและตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย และสามารถทำงานประสานร่วมกับบุคลากรอื่นๆทั้งในหน่วยงานราชการและนอกวงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในปัจจุบันหลักสูตรพยาบาลระดับปริญญาตรีกำลังอยู่ในระหว่างการปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองต่อการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

สภาพการณ์ให้บริการสุขภาพของพยาบาล

จากรายงานการวิจัยการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหากระบวนการบริการสุขภาพและวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพไทย: มุมมองของพยาบาล (ประคิน และคณะ, 2543) พบว่าผู้รับบริการมีความคาดหวังว่าจะได้รับบริการจากแพทย์และ พยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะโรค บุคลากรสุขภาพทำงานเกินบทบาทหน้าที่ บางครั้งพยาบาลต้องปฏิบัติงานบางอย่างแทนแพทย์ บางครั้งต้องทำงานด้านอื่นๆที่ไม่ใช่บทบาทหน้าที่ จนทำให้เกิดความไม่เพียงพอในการให้บริการการพยาบาลแก่ประชาชน ไม่มีเวลาที่จะให้คำแนะนำกับประชาชน พยาบาล

ส่วนหนึ่งเห็นว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลได้มีนโยบายการประกันคุณภาพการบริการจึงทำให้เห็นว่างานเอกสารเป็นภาระงานที่พยาบาลให้ความสำคัญมากกว่าการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับระบบงานที่ยังไม่เป็นระบบทำให้พยาบาลต้องทำงานให้เสร็จเป็นวันๆ ผู้ให้บริการรู้สึกทำงานมาก ก่อให้เกิดความเครียดและยังได้เสนอความเห็นต่อบทบาทพยาบาลในอนาคตว่า พยาบาลต้องมีบทบาทในการให้บริการเชิงรุกมากขึ้น ต้องแสดงบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างเข้มแข็ง ให้สุขศึกษาโดยจะต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การถ่ายทอดที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด ในบทบาทด้านการรักษาพยาบาล พยาบาลจะต้องสามารถตรวจวินิจฉัยโรคและให้การรักษาโรคเบื้องต้นได้ เมื่อผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยหายป่วยโดยเร็วและสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน พยาบาลต้องมีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง มีบทบาทในการปกป้องสิทธิของผู้รับบริการ ให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ประชาชน มีบทบาทในการบริหารจัดการ เป็นผู้นำและสร้างงานด้านวิชาการและองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นฐานของการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ทัศน บุญทอง. (2542) ได้กล่าวถึงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีบทบาทในการปฏิบัติงานที่กว้างขวางครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพของประชาชน สามารถแยกกลุ่มประชาชนที่อยู่ในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และกลุ่มพิการ เพื่อจัดการบริการให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มบุคคล
2. การจัดการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ มีความต่อเนื่องของการบริการสุขภาพ ครอบคลุมประชาชนกลุ่มต่าง ๆ โดยคำนึงถึงมิติการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน และผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ มีการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิของตนเอง
3. สร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพ โดยการพัฒนาการดูแลตนเอง มีการแลกเปลี่ยนและเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น
4. จัดระบบข้อมูลทางสุขภาพ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชน การวางแผนดำเนินงาน ตลอดจนการศึกษาค้นคว้าวิจัย
5. จัดระบบและพัฒนาบริการการพยาบาลระดับปฐมภูมิ โดยกำหนดนโยบาย แผนงาน และกิจกรรมการบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนบริการสุขภาพ รวมทั้งมีการประเมิน ตรวจสอบ และพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
6. สร้างและพัฒนาเครือข่ายทางการพยาบาลทั้งในด้านวิชาการและการบริการสุขภาพ ให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง และเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.2.3 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน

จำนวนและการกระจายของสถานอนามัย เมื่อพิจารณาถึงระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นบริการด้านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่าบริการสุขภาพระดับอื่น ๆ พบว่ามีสถานอนามัยมีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่องดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 จำนวนสถานอนามัยที่กระจายตามภาคต่าง ๆ

การกระจายตามภาคต่าง ๆ	2539	2540	2541	2542
ภาคกลาง	2,377	2,471	2,508	2,519
ภาคเหนือ	1,965	2,151	2,203	2,228
ภาคใต้	1,400	1,488	1,505	1,550
ภาคอีสาน	3,100	3,367	3,398	3,391
รวม	8,842	9,477	9,614	9,689

ที่มา : พิระสิทธิ์ คำนวณศิลป์และคณะ (2544)

จากตารางที่ 3 ปีพ.ศ. 2542 ประเทศไทยมีสถานอนามัยจำนวน 9,689 แห่ง เมื่อพิจารณาตามการกระจายตามภาค พบว่าภาคอีสานจะมีจำนวนสถานอนามัยมากกว่าภาคอื่นๆ เมื่อพิจารณาถึงความครอบคลุมหรือการกระจายของสถานอนามัยมีแนวโน้มที่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง แต่พบว่าการใช้บริการสุขภาพที่สถานอนามัยอยู่ในอัตราต่ำ เนื่องจากประชาชนข้ามขั้นตอนไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ไม่นิยมไปรับบริการที่สถานอนามัย เนื่องจากการพัฒนาบุคลากรระดับสถานอนามัยไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นในปีพ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย เพื่อให้สถานอนามัยเป็นแหล่งบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (First line health services) ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางการบริการ ให้บริการแบบองค์รวม (Holistic) เบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) ผสมผสาน (Integrated) ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลขั้นต้นและการฟื้นฟูสุขภาพ มีความต่อเนื่อง (Continuity) มีการเชื่อมโยงกับชุมชนและการบริการทุกระบบ การให้บริการที่สถานอนามัยเป็นบริการที่อยู่บนพื้นฐานข้อมูลข่าวสารและความรู้จริง (Information and knowledge based) สถานอนามัยเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขอำเภอที่มีการบริหารจัดการที่ดี มีอิสระและยืดหยุ่น และมีความหลากหลายตามสภาพของแต่ละพื้นที่และความต้องการของชุมชน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2539)

นอกจากนั้นยังได้มีการพัฒนารูปแบบใหม่ในการให้บริการ เช่นการเปิดบริการนอกเวลาราชการ การเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง การพัฒนาคุณภาพบริการให้เกิดความประทับใจแก่ผู้ใช้บริการ รวมทั้งการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของสถานบริการอีกด้วย ผลของการพัฒนาดังกล่าวทำให้พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพเปลี่ยนไป ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 จำนวนผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกของ รพศ./รพท.รพช./รพ.สาขาและสอ.

หน่วยงาน	จำนวนผู้ป่วยนอก(ร้อยละ)				
	2536	2538	2539	2540	2541
รพศ.+รพท.	21.2	20.0	19.6	19.1	18.8
รพช.+รพ.สาขา	37.2	35.7	35.5	33.7	35.1
สอ.+สสช	41.6	44.3	44.9	47.2	46.1

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค และกระทรวงสาธารณสุข (2542) (อ้างถึงในพิธีสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ, 2544)

จากตารางที่ 4 พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในปี พ.ศ. 2536 มีการใช้บริการร้อยละ 21.2 และลดลงเป็นร้อยละ 18.8 ในปี พ.ศ. 2541 ส่วนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่ระดับปฐมภูมิในปี พ.ศ. 2536 มีร้อยละ 41.6 และเพิ่มเป็นร้อยละ 46.1 ในปี พ.ศ.2541

ระบบบริการสุขภาพในต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในประเทศต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจในบริบทการจัดบริการสุขภาพตลอดจนการบริหารจัดการ สรุปได้ดังนี้

ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน

ระบบบริการสุขภาพ การจัดการบริการสุขภาพส่วนใหญ่จะอยู่ในความรับผิดชอบของเอกชนเป็นหลักแต่อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของภาครัฐหรือหน่วยงานที่รัฐได้มอบหมายซึ่งมักจะเป็นสภาวิชาชีพ ระบบบริการสุขภาพหลัก โดยสรุปได้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สถานที่และการดำเนินการบริการสุขภาพประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน

สถานที่	การดำเนินงาน
บริการผู้ป่วยนอก	ดำเนินงานโดยแพทย์เฉพาะทาง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และทันตแพทย์ ทั้งหมดเป็นแพทย์เอกชนที่มาร่วมกันทำคลินิก
บริการผู้ป่วยใน	การบริการสุขภาพมีทั้งแบบเต็มรูปแบบหรือเป็นบริการแบบบางส่วน ผู้ป่วยที่ได้รับบริการเป็นผู้ป่วยในจะต้องได้รับการส่งต่อจากแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินเท่านั้น
ร้านขายยา	ดำเนินการโดยเภสัชกร แพทย์ในคลินิกจะไม่สามารถจำหน่ายยาให้ผู้ป่วยได้ แต่จะออกไปสั่งยาให้ผู้ป่วยไปซื้อที่ร้านขายยา
Home care หรือ Nursing home	การพยาบาลในลักษณะ Home care หรือ Nursing home เป็นผู้ป่วย คนชรา และคนพิการ ซึ่งสนับสนุนเงินทุนจากองค์กรด้านสังคมสงเคราะห์และรัฐบาล

สถานที่	การดำเนินงาน
	ท้องถิ่น นอกจากนั้นยังมีบริการดูแลบ้านพักคนชราและผู้พิการ กองทุนจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในกรณีที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่ต้องได้รับบริการ ซึ่งมีการจัดส่งอาหารให้ การพยาบาล การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา

ระบบการคลังสาธารณสุข

ระบบการคลังสาธารณสุขกับระบบประกันสังคม และมีกฎหมายบังคับให้ประชาชนทุกคนต้องมีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งขยายครอบคลุมไปถึงการประกันการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ การหยุดงานและพิการ ปัจจุบันระบบประกันสังคมของเยอรมันครอบคลุม 5 สาขาดังนี้

1. ประกันสุขภาพ
2. ประกันการพยาบาล
3. ประกันการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุเนื่องมาจากการทำงาน
4. ประกันการเกษียณงาน
5. ประกันการว่างงาน

วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการของกองทุนการเจ็บป่วย

1. จ่ายให้แก่ผู้ให้บริการผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) สมาคมกองทุนการเจ็บป่วย ทำการเจรจาต่อรองเพื่อกำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายกับสมาคมแพทย์ที่ทำหน้าที่จ่ายเงินให้กับแพทย์สมาชิกตามผลงานรวมที่คำนวณตามปริมาณการบริการและอัตราค่าบริการที่ถูกกำหนดภายใต้งบประมาณที่ได้รับ (point system)
2. จ่ายให้กับบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital care) ซึ่งมีการจ่าย 3 ลักษณะคือ จ่ายตาม DRG จ่ายตามอัตรายอดรวมสำหรับบริการที่มีราคาแพง (Global fees) และการจ่ายแบบรายวัน (Per diem rate)
3. การจ่ายสำหรับบริการอื่น ๆ ได้แก่ ค่ายาตามรายการและราคาที่กำหนด การภาพบำบัดตามอัตราที่กำหนด การฟื้นฟูสภาพจ่ายเป็นรายวัน การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง บริการอนามัยมารดาในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ซึ่งประชาชนต้องร่วมจ่ายโดยที่บางส่วนสามารถนำมาเบิกคืนได้

จุดเด่นของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศเยอรมัน สรุปได้ดังนี้

1. การประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการจัดให้บริการสุขภาพ การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองตนเองทั้งเอกชนและส่วนท้องถิ่นดำเนินงานทั้งในด้านการคลัง สาธารณสุขและการจัดบริการโดยอิสระภายใต้กรอบกฎหมาย องค์กรปกครองตนเองทั้งเอกชนและส่วนท้องถิ่นได้แก่ กองทุนการเจ็บป่วย สมาคมแพทย์และสมาคมทันตแพทย์ แพทยสภา และผู้ดำเนินการกิจการของโรงพยาบาลซึ่งอาจเป็นเทศบาล องค์กรทางศาสนา เป็นต้น

2. การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนเกือบทุกคนและการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยประชาชนได้รับการประกันว่าสามารถเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกได้ตลอด 24 ชั่วโมง นอกเวลาทำการสามารถรับบริการได้จากหน่วยบริการฉุกเฉินโดยข้อมูลการบริการจะถูกส่งให้แพทย์เจ้าของผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ และการเรียกเก็บเงินไปยังองค์กรที่เกี่ยวข้องต่อไป รวมทั้งการให้เสรีภาพทางด้านระบบการคลังสาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการที่สามารถเลือกกองทุน เลือกหรือเปลี่ยนผู้ให้บริการภายใต้บัญชีของตนเองได้

จุดอ่อนของระบบบริการสาธารณสุข พบว่า

1. การมีจำนวนเตียงในโรงพยาบาลและการมีแพทย์มากเกินไป ทำให้เยอรมันมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรสูงถึง 3.3 คน ต่อประชากร 1,000คน รวมทั้งการมีแพทย์เฉพาะทางจำนวนมากที่แผนกผู้ป่วยนอก ทำให้มีการใช้เทคโนโลยีเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพค่อนข้างสูง
2. การจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ มีแรงจูงใจในการเพิ่มปริมาณและจำนวนการให้บริการมากขึ้นเพื่อรักษาระดับรายได้ของตนเอง ดังนั้นการให้บริการจึงเป็นไปในลักษณะเพิ่มความเข้มข้นของบริการ (Intensity of care) ที่เกินความจำเป็น และให้บริการที่อาจมีผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
3. การขาดประสิทธิภาพในการจัดสรรในการกำหนดสิทธิประโยชน์ที่กว้างขวางซึ่งบางอย่างไม่มีประสิทธิผลที่ชัดเจนต่อสุขภาพ กองทุนต่าง ๆ มีการแข่งขันด้านการเพิ่มสิทธิประโยชน์ของบริการมากกว่าประสิทธิภาพ อัตราการจ่ายก็ทำให้มีความไม่แน่ใจที่ประชาชนจะเข้ารับการรักษา มากกว่าการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือการรักษาที่บ้าน

ประเทศสหรัฐอเมริกา

ระบบบริการสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ภายใต้ระบบเชิงธุรกิจ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน ประเทศสหรัฐอเมริกามีโครงสร้างองค์กรของระบบสุขภาพ สรุปได้ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 องค์กรและการดำเนินการระบบบริการสุขภาพประเทศสหรัฐอเมริกา

องค์กร	การดำเนินงาน
องค์กรรัฐที่เป็นหลักในการดำเนินการด้านสุขภาพ	มีฐานะเท่ากับกระทรวงสาธารณสุข ดูแลกิจกรรมของรัฐที่เกี่ยวกับการประกันสังคม สวัสดิการสังคมรวมถึงด้านสุขภาพ รับผิดชอบการจัดสรรทรัพยากรทางการเงินและการกระจายอำนาจไปยังหน่วยงานเอกชนและส่วนท้องถิ่น ดำเนินกิจกรรมการตรวจคนเข้าเมือง การควบคุมกำกับด้านการค้าเวชภัณฑ์ การสอบสวนโรค การรวบรวมสถิติระดับชาติ และสนับสนุนการเงินในการดำเนินการด้านการควบคุมโรคติดต่อ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การป้องกันโรค อนามัยแม่และเด็ก การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การก่อสร้าง

องค์กร	การดำเนินงาน
	สถานบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพของคนจน การวิจัยบริการสุขภาพ ในระดับมลรัฐและท้องถิ่น มีองค์กรสุขภาพ โดยเฉพาะระดับท้องถิ่นจะมีอิสระอย่างสูงในการดำเนินการ
องค์กรของรัฐที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ	การประกันสังคม ที่เป็น Medicare และ Medicaid องค์กรบริหารอาชีวอนามัยและนิรภัย องค์กรทหารผ่านศึก
องค์กรอาสาสมัคร	องค์กรที่ดำเนินการแสวงหาทุนเพื่อการรณรงค์ดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ ตั้งแต่การต่อต้านโรค การให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ กิจกรรมสุขภาพเฉพาะกลุ่ม เช่นเด็กผู้สูงอายุ ชนกลุ่มน้อย สมาคมวิชาชีพด้านสุขภาพต่างๆ เช่น ANA ADA AMA ซึ่งจะมุ่งการพิทักษ์ประโยชน์ของสมาชิกเป็นสำคัญ
องค์กรเศรษฐกิจที่มีการดำเนินการด้านสุขภาพ	โรงงานที่มีคนงานตั้งแต่ 500 คนขึ้นไปหรืออุตสาหกรรมบริการ จะมีพยาบาลให้บริการปฐมพยาบาล มียาหรือเวชภัณฑ์สำหรับการปฐมพยาบาล สำหรับโรงงานขนาดใหญ่จะมีการตรวจสุขภาพคนงานก่อนเข้าทำงานและตรวจเป็นระยะๆ ให้การตรวจรักษาโรคทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวกับการทำงาน การให้สุขศึกษาหรือส่งเสริมสุขภาพที่ทำโดยแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรอื่น
ตลาดบริการสุขภาพเอกชน	เป็นภาคที่สำคัญที่สุดให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม บริการเภสัชกรรม เวชกรรมฟื้นฟู สำหรับบริการภาครัฐ เป็นกลุ่มหลักในการบริการผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลทั่วไปมักเป็นแผนกฉุกเฉิน บริการแบบ Ambulatory care เกือบทั้งหมดจะไปใช้บริการกับศูนย์แพทย์หรือคลินิก ผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมักจะเป็นผู้สูงอายุจะใช้บริการกับ Nursing home พยาบาลปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาล โรงงานอุตสาหกรรม โรงเรียน หน่วยสุขศึกษา คลินิกเอกชน และNursing home

จุดเด่นของระบบการบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาคือ

1. การใช้กลไกการตลาดทำให้มีนวัตกรรมทางการจัดองค์กรและการเงินขึ้น เช่น ระบบการวินิจฉัยโรค (DRG) การจัดองค์กรแบบ HMO การดูแลรักษาภายใต้การจัดการ (Managed care) การแข่งขันภายใต้การจัดการ (Managed competition) และเครื่องมือใหม่ๆทางการเงิน (Medical saving account)
2. มีความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยการสร้างกลไกให้เกิดการแข่งขันด้านราคาในระหว่างผู้ให้บริการ

3. องค์การวิชาชีพจะมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มๆ โดยมีการแบ่งรายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดร่วมกัน ระบบประกันสุขภาพได้บีบให้มีการร่วมกับกลุ่มอื่นๆ เป็นเครือข่ายที่มีขนาดและความครอบคลุมที่เหมาะสม เพื่อเข้าแข่งขันการดึงดูดผู้ซื้อประกันสุขภาพ
4. พยาบาล มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการบำบัดรักษาในผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคสามัญ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและกลุ่มผู้ที่มีอาการเฉียบพลัน และให้การส่งต่อการดูแลที่เหมาะสมในระดับบริการสุขภาพที่สูงขึ้นไป ให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งการให้คำปรึกษา พยาบาลทำงานในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน Community Health Center, Rural Clinics, Health Department, Occupational Health clinics, School Health และ Private Office
5. พยาบาลผดุงครรภ์จะให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน Birth Center, Private offices และการทำคลอดที่บ้าน รวมทั้งยังทำงานกับหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพอื่น ๆ สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้และสามารถทำงานอิสระได้โดยสามารถ reimburse จากระบบประกันสุขภาพได้

ประเทศแคนาดา

ระบบสุขภาพของประเทศแคนาดาเป็นระบบจ่ายโดยรัฐ บริการโดยเอกชน ในลักษณะที่ไม่หวังผลกำไร ซึ่งทำงานโดยคณะกรรมการชุมชน องค์การอาสาสมัครหรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลจะขึ้นตรงต่อชุมชนที่ตั้งอยู่ การให้บริการเน้นชุมชนเป็นหลัก ซึ่งหมายถึงการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเป็นส่วนหนึ่งของทีม ให้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างมีเหตุผลมากขึ้น และยังรวมความถึงการที่แต่ละคนในชุมชนต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง เนื่องจากแคนาดาไม่มีองค์กรที่เป็นตัวแทนในการปกป้องผู้บริโภคเรื่องสุขภาพโดยตรง แต่พบว่าแคนาดาเป็นประเทศที่มีการพัฒนาระบบสารสนเทศทางด้านสุขภาพ (Health information) อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพให้กับผู้บริโภค ทำให้ผู้บริโภคมีโอกาสเลือกและทำการศึกษาด้วยตนเอง ชาวแคนาดาส่วนใหญ่จึงพอใจในคุณภาพของบริการสุขภาพที่ได้รับ ซึ่งทำให้การบริหารงานเรื่องประกันสุขภาพประสบความสำเร็จได้ สื่อต่าง ๆ ทั้งหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ เป็นเสมือนตัวแทนผู้บริโภคในทางอ้อม

การบริการด้านแรกของระบบสุขภาพจะเป็นคลินิกแพทย์ คลินิกสุขภาพและศูนย์สุขภาพชุมชน บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร ส่วนใหญ่แพทย์ GP ซึ่งมีอยู่ประมาณ 51 % จะเป็นผู้ให้บริการด้านแรกของระบบสุขภาพที่เป็นทางการ และเป็นผู้ส่งต่อการดูแลไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ส่งต่อการรักษาในโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัย การจ่ายยา หรือส่งต่อไปยังผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ ส่วนใหญ่พยาบาลทำงานในโรงพยาบาล และเป็นผู้ให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน รวมทั้งการดูแลสุขภาพที่บ้านและการบริการสาธารณสุขชุมชน

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เน้นการรักษาในสถานบริการสุขภาพมาเป็น Community-based health care ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care) แก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ สุขภาพจิตและสังคม ซึ่งพบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้าน

เป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่าเงินมากกว่าการให้ผู้ป่วยพักฟื้นในโรงพยาบาล และยังทำให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการอีกด้วย

แนวคิดการใช้ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพนอกเหนือจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีอยู่หลายกลุ่ม ระบบสุขภาพจึงมีแนวคิดในเรื่องบทบาทของ self care providers และการดูแลสุขภาพโดยคนธรรมดาที่ไม่ใช่แพทย์แต่ได้รับการอบรมอย่างเหมาะสม (Informal caregivers) เริ่มมีความสำคัญขึ้น รวมทั้งการให้บุคลากรอื่นเช่นพยาบาลวิชาชีพและผดุงครรภ์เป็นผู้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งจากหลายการศึกษาในประเทศที่มีระบบการเงินการคลังของระบบสุขภาพและค่าตอบแทนแพทย์ที่แตกต่างจากแคนาดา พบว่ามีความคุ้มค่าทางการเงิน และสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยบุคลากรที่ไม่ต้องมีความเชี่ยวชาญมากแต่ได้ผลและประสิทธิภาพเท่ากัน

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดและมีหน้าที่หลากหลาย ประมาณ 48 % ทำงาน part time ส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาล เมื่อบทบาทในการดูแลสุขภาพนอกโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้สัดส่วนพยาบาลที่ทำงานในชุมชนและการดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้นเป็น 11.5 %

ในชุมชนทางตอนเหนือของประเทศแคนาดา พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (specialist nurse) จะทำหน้าที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด แต่ทางตอนใต้สูตินรีแพทย์และแพทย์จะเป็นผู้ทำคลอด ซึ่งต่อมาผดุงครรภ์เริ่มมีบทบาทมากขึ้นและได้รับใบอนุญาตในการทำคลอดที่บ้านและในโรงพยาบาลได้

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่จะมีความเกี่ยวข้องกับบริการอื่นๆ ในชุมชน จึงมีคำที่ใช้ในการบริการลักษณะนี้ 4 ลักษณะใหญ่ๆ คือ 1) community-based service 2) community / home care 3) social service & other non-health service และ 4) community / public health โครงสร้างขององค์กรจะมีความแตกต่างกัน แต่แนวโน้มของบริการสุขภาพในแนวใหม่จะเป็นการผสมผสานลักษณะของบริการทั้งหมดนี้ไว้ด้วยกัน

ประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงที่เกี่ยวข้องกับบริการในชุมชนคือ 1. จำนวนและการผสมผสานของบริการด้านการแพทย์และด้านสังคม 2. การผสมผสานลักษณะบริการ เช่นการป้องกัน การรักษาและสังคม 3. ประสิทธิภาพของบริการที่ให้ และประสิทธิผลของบริการ

ในปัจจุบันยังไม่มีรายงานที่ให้คำตอบว่าจำนวนและขนาดของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เหมาะสมจะเป็นอย่างไร แต่ก็มีการศึกษาเกี่ยวกับจำนวนและการผสมผสานการบริการทางการแพทย์และบริการทางสังคมในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศแคนาดา เช่น จากการศึกษาของ Robichaud and Quiviger (1991) ที่ได้สำรวจ local community health and social service centers พบว่า 7 ใน 10 จังหวัด บริการส่วนใหญ่จะเป็นบริการทางสังคมมากกว่าบริการทางการแพทย์ มีเพียง 3 จังหวัดเท่านั้นที่รายงานว่าบริการที่ให้เป็นลักษณะผสมผสาน บริการที่ให้ส่วนใหญ่จะเป็น ข้อมูลข่าวสารและการส่งต่อ การป้องกันโรคในระยะต้น สุขศึกษา การพัฒนาชุมชน บริการจิตสังคมและการพัฒนากลุ่มช่วยเหลือกันเอง

การศึกษาของ Bozzini (1988) ในรัฐ Quebec สังเกตว่า บริการของสถานสุขภาพชุมชน ร้อยละ 73 ศูนย์ให้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ร้อยละ 98 ให้บริการทางสังคมระดับปฐมภูมิโดยส่วนใหญ่แล้วศูนย์

จะให้บริการแบบผสมระหว่างบริการทางการแพทย์และบริการทางสังคม ทางด้าน home care แม่และเด็ก (prenatal & public health) และสุขภาพในโรงเรียน (การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ) แต่ก็พบว่า Neighbourhood Health Centres ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้บริการระดับปฐมภูมิ และบริการเฉพาะทาง (dentistry, optometry, podiatry, mental health, physical & speech therapy) บริการทางสังคมและการพยาบาล รวมถึงการวางแผนครอบครัว โภชนาการ การดูแลสุขภาพที่บ้าน สุขศึกษา การดูแลท้องถิ่นที่อยู่ไกล การติดตามผล และการเดินทาง

ด้านการจัดบริการในการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ Abelson & Lomas (1990) ได้เปรียบเทียบระดับของการให้บริการด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพระหว่าง Community health center และ Fee-for service practice ในรัฐ Ontario พบว่า ทั้งสองลักษณะของศูนย์บริการแทบจะไม่มี ความแตกต่างในการคัดกรอง การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติและความครอบคลุม แต่ก็พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชน รายงานถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า fee-for-service practice เช่นเดียวกัน ผู้ให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจะไม่นิยมใช้บุคลากรทางการแพทย์

ในด้านการเข้าถึงบริการ Robichaud & Quiviger (1991) ได้ประเมินการเข้าถึงบริการโดยใช้ตัวชี้วัด 3 ตัวได้แก่ ชั่วโมงทำการประจำวัน การมีบริการฉุกเฉิน และสถานที่ของเครื่องมือและการสื่อสาร พบว่าร้อยละ 12 ของศูนย์บริการสุขภาพมีอัตราการเข้าถึงที่สูง ร้อยละ 59 มีอัตราการเข้าถึงในระดับปานกลาง

ระบบการเงินการคลัง

ประเทศแคนาดาใช้ระบบภาษีในการสนับสนุนระบบประกันสุขภาพ ที่เรียกว่า National Health Insurance คือรัฐเป็นผู้จ่ายและมีระบบกองทุนเดียว (Single payer) ทำให้ค่าการบริหารลดลง และประสบความสำเร็จในการลดต้นทุนรวมทั้งเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการสร้างระบบประกันสุขภาพ ระบบสุขภาพของแคนาดานับว่าเป็นระบบที่มีจิตสำนึกถึงความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ (Equity) สูงมาก นั่นคือการให้บริการสุขภาพต้องเป็นระบบคิว ไม่มีการได้รับอภิสิทธิ์ในการเข้าถึงบริการเร็วกว่าคนอื่น ไม่ว่าจะร่ำรวยเพียงใดก็ตาม และในระบบสุขภาพจะมีบทลงโทษระบบ extra-billing คือจะไม่ยอมให้แพทย์เรียกเก็บเงินเพิ่มจากที่กำหนดไว้ใน fee schedule

นอกจากนี้ประชาชนในแคนาดาเมื่อมีประกันสุขภาพ สามารถถือบัตรประกันสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ใบเดียวไปใช้บริการสุขภาพในรัฐต่าง ๆ ได้ และยังคงครอบคลุมเมื่อเดินทางไปต่างประเทศอีกด้วย คือมีการเคลื่อนย้ายสิทธิประโยชน์ในการได้รับบริการได้ (Portability)

การเงินทุน (Funding)

ในประเทศแคนาดาระบบเงินทุนทางด้านสุขภาพ ที่เป็นวิธีการพื้นฐานมี 4 วิธีการใหญ่ๆ ได้แก่ 1) utilization-based 2) Population-based 3) Need-based 4) Budget/ request –based รูปแบบของการเงินเป็นกลไกที่สำคัญที่มีผลต่อค่ารักษาและคุณภาพบริการ

1. Utilization – based เป็นเงินทุนที่จ่ายลงสู่ภาคในสัดส่วนของการใช้บริการ ซึ่งสามารถดำเนินการได้หลายวิธีการ ตัวอย่างที่ง่ายที่สุดคือการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยไม่มีเงินทุน รวมถึงเงินทุนที่เป็นค่าใช้จ่าย

ทั้งหมดรวมกับค่าดำเนินการ วิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดคือการใช้ hospital performance index และ case mix index ในกรณีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ข้อดีของการลงทุนชนิดนี้คือการมีข้อมูลที่ครบถ้วน และสามารถเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆได้ง่าย การจ่ายเงินลงทุนที่เหมาะสมจะเกิดได้ง่ายถ้ามีการปรับค่าประสิทธิผลและมีระบบที่อยู่ใกล้กับระดับที่เหมาะสม

2. Population- based Funding

เป็นการจ่ายเงินตามขนาดและลักษณะทางประชากรในแต่ละเขต โดยที่องค์กรในเขตจะต้องให้หลักประกันว่าบริการสุขภาพจะสามารถครอบคลุมประชากรที่มีสิทธิได้รับการ ในประเทศแคนาดา มีความเชื่อว่าการจ่ายเงินตามหัวจะทำให้ผู้ให้บริการให้บริการที่มีคุณภาพเท่ากับหรือดีกว่าการให้เงินตามการรักษา

ข้อดีของการจัดสรรเงินทุนชนิดนี้คือ การลดอิทธิพลทางพฤติกรรมของผู้ให้บริการ สร้างแรงจูงใจในการลดการใช้บริการที่ไม่เหมาะสม และสามารถนำไปสู่การควบคุมการส่งต่อหรือการปรึกษาทางการแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยระบุผู้ให้บริการเฉพาะ

ข้อเสียคือการที่มีความแตกต่างกันทางด้านลักษณะประชากร เช่นรายได้ การศึกษา และระดับทางเศรษฐกิจสังคม การบริหารกองทุน และอุปสรรคในการดำเนินงานของการบริหารในส่วนระดับจังหวัด

มีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างการใช้งบประมาณต่อหัวกับการเสียค่าใช้จ่าย พบว่าการจ่ายตามหัวมักจะเป็นบริการที่เป็นองค์กรที่มีแพทย์เป็นหลัก เช่น Health maintenance Organization ในประเทศสหรัฐอเมริกา และ Health Service organization ในรัฐออนตาริโอ ประเทศแคนาดา ซึ่งพบว่ารัฐบาลจ่ายเงินตามจำนวนหัวและแผนการประกันคุณภาพ เป็นวิธีการ Reimbursement ของแพทย์ เนื่องจากสมารถที่จะทำนายค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในกลุ่มประชากรที่ระบุไว้ และสามารถที่จะลดการใช้โรงพยาบาลโดยทดแทนการดูแลแบบ Ambulatory cares และการป้องกันโรค

3. Needs-based Approach

เป็นการจ่ายเงินให้กับเขตตามลักษณะความต้องการของประชากรในเขตนั้นๆ โดยใช้ตัวชี้วัดสถานะทางสุขภาพ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ รูปแบบนี้เป็นอีกลักษณะหนึ่งของ Population based ที่ใช้จำนวนประชากรเป็นฐานคิด แต่ใช้ความสัมพันธ์ทางสถานะสุขภาพเป็นตัวชี้วัด และจะใช้ร่วมกับการคำนวณ ประชากรที่ต้องการสุขภาพเป็นพิเศษ เช่นมารดาที่อยู่ในวัยก่อนวัยรุ่นและมีรายได้ น้อย ที่สะท้อนถึงสถานะสุขภาพกับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ข้อดี คือการเน้นการใช้ศักยภาพของสุขภาพของประชากรที่มีความต้องการด้านสุขภาพเป็นเป้าหมายของทรัพยากร เป็นทิศทางใหม่ของการกระจายทรัพยากรโดยคำนึงถึงความต้องการ มีการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพในกลุ่มประชากรเป้าหมาย เป็นโอกาสในการจัดสรรงบประมาณโดยมีฐานของระดับความสัมพันธ์กับความต้องการ

4. Budget / Request Based

เป็นงบประมาณเฉพาะที่ต้องการใช้เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ขององค์กร ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้บ่อยในงาน Community based care มีการศึกษาเกี่ยวกับงบประมาณในศูนย์สุขภาพชุมชนของประเทศแคนาดา

พบว่ามียงบประมาณจากหลายทาง กล่าวคือ ร้อยละ 37 (จำนวน 128 ศูนย์) ได้รับงบประมาณหลายทาง ร้อยละ 28 (จำนวน 89 ศูนย์) ได้รับงบประมาณแบบ Global funding ร้อยละ 9 (จำนวน 29 ศูนย์) ได้รับงบประมาณแบบ case-by-case ตามปริมาณผู้ป่วย และร้อยละ 3 (จำนวน 9 ศูนย์) ได้รับงบประมาณตามหัว

จุดเด่นของระบบบริการสุขภาพในประเทศแคนาดา สรุปได้ดังนี้

1. เน้นเรื่อง Health Promotion โดยการให้ข้อมูลสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสนใจในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยมากขึ้น เพื่อลดการสูญเสียในการดูแลรักษา รวมทั้งการสนับสนุนการศึกษาวิจัยเรื่อง evidence-based medicine เพื่อลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น
2. เน้นและสนับสนุนการดูแลระดับปฐมภูมิ เพื่อลดความสิ้นเปลืองและการไม่มีประสิทธิภาพของการใช้บริการสุขภาพที่ไม่คุ้มค่า เนื่องจากหลายกรณีไม่มีความจำเป็นต้องใช้บริการจากผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งการสนับสนุนการให้บริการ Home care โดยคำนึงถึงบุคคลในครอบครัวผู้ที่จะให้การดูแลที่บ้านด้วย ซึ่งพบว่าค่าใช้จ่ายถูกกว่าการให้บริการที่สถานบัน
3. สนับสนุน Integrated services จากบุคลากรสาธารณสุขหลายสาขาอาชีพไม่ใช้การผูกขาดการบริการจากแพทย์เท่านั้น ซึ่งยังมีบุคคลอื่น เช่น พยาบาล เภสัชกร อาชีวบำบัด ทันตแพทย์ ฯลฯ ที่สามารถร่วมให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. การให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิโดยพยาบาลซึ่งมีอยู่จำนวนมาก พบว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลไม่ต่างจากการใช้แพทย์ในหลายกรณี และการพัฒนาความยืดหยุ่นระหว่างบุคลากรที่ให้บริการทางสุขภาพ ควรเกิดขึ้นให้มากกว่านี้ในยุคปัจจุบัน
5. การเพิ่มอำนาจให้กับประชาชน โดยการลดอำนาจของแพทย์ที่มีอำนาจในทุกเรื่องมากเกินไป ควบคู่กันไป จึงจะทำให้เกิดผลประโยชน์ของประชาชนอย่างแท้จริง

ประเทศมาเลเซีย

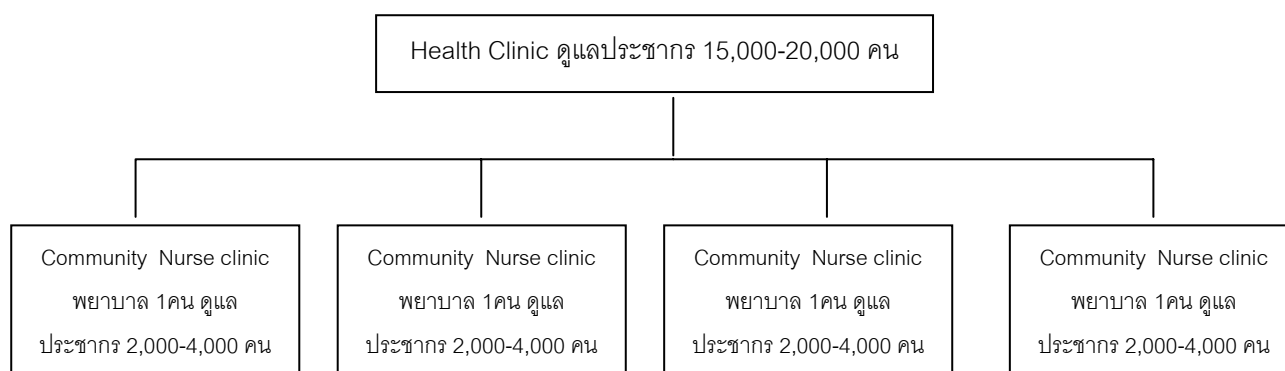
ประเทศมาเลเซียเคยเป็นประเทศที่ได้รับการยอมรับว่ามีระบบบริการสุขภาพที่ดีมากเมื่อเปรียบเทียบกับในหมู่ประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเดียวกัน รัฐใช้เงินงบประมาณในการจัดสวัสดิการด้านสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพในประเทศมาเลเซียมี 2 ระดับคือ Primary health care และ Institutional care การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีย 2 ลักษณะ สรุปได้ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

สถานที่	จำนวนประชากร	บุคลากร
Health clinic/centres	1: 20,000	แพทย์ 1 คน ผู้ช่วยแพทย์ 1-2 คน ผู้ช่วยเภสัชกร 1 คน พยาบาลชุมชน ผู้ช่วย- พยาบาลและผดุงครรภ์ 6-11 คน
Rural /Community Nurse clinics	1: 4,000	พยาบาลชุมชน 1 คน

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตชนบทจะประกอบด้วย 1 Health clinic ที่ทำหน้าที่ให้บริการ และสนับสนุน 4 Community Nurse Clinic ซึ่งมีพยาบาลทำหน้าที่ในการให้การดูแลประชากร 2,000-4,000 คนในระยะการเดินทางไปยังสถานบริการไม่เกิน 5 กิโลเมตร ตามแผนภูมิข้างล่างนี้

แผนภูมิที่ 1 แสดงระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตชนบท



การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองประกอบด้วย Health clinic ที่ให้บริการทั้งการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ คลินิกอนามัยแม่และเด็ก คลินิกผู้ป่วยนอกที่ให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และคลินิกเอกชน ตลอดจนแพทย์ทางเลือก ที่เป็นแพทย์แผนจีน แพทย์อายุรเวทแบบอินเดีย แพทย์พื้นบ้านแบบมาเลย์ที่กระจายทั้งเขตเมือง และชนบท

กิจกรรมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

ตารางที่ 8 กิจกรรมสุขภาพในระดับปฐมภูมิประเทศไทย

Setting	Services
Health clinic เขตเมือง	- บริการรักษาผู้ป่วยนอก - ส่งเสริมป้องกันโรค เช่น Dental care, imaging, clinical lab., rehabilitation, well women/ men clinic adolescent clinic
Health clinic เขตชนบท	curative services, OPD, special clinics & clinical teaching

Setting	Services
	● Family health – maternal and child health, school health, Family planning, well women clinic, care of the elderly, mental health, care of the disabled ● Dental services ● Nutrition & Dietetics
Rural clinic	● Simple curative care ● ANC ● PNC/ Family planning ● CHC & Immunization ● Domicellary delivery ● Home visit/ home nursing ● Health education

ระบบการเงินการคลัง

ประชาชนมาเลเซียใช้บริการสุขภาพจากหน่วยงานบริการของรัฐที่ระดับปฐมภูมิคือที่ community Nurse clinic และ Health clinic โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น แต่หากเข้ารับการรักษาในระดับที่สูงขึ้น ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลอำเภอจะต้องเสียค่าธรรมเนียมการรักษาครั้งละ 1 ริงกิตหรือประมาณ 10 บาทสำหรับผู้ป่วยนอก และ 5 ริงกิตหรือประมาณ 50 บาทสำหรับการรักษาผู้ป่วยใน ส่วนผู้ด้อยโอกาส คนชรา และผู้พิการจะได้รับการยกเว้น งบประมาณส่วนใหญ่รัฐบาลใช้เงินภาษีทั่วไปผ่านระบบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขที่เรียกว่า Global budget จัดสรรให้กับโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งมาจากเงินที่ผู้ป่วยจ่ายผ่านระบบประกันสังคมหรือประกันสุขภาพเอกชน และการจ่ายเองในการใช้บริการจากหน่วยงานเอกชน ต่อมารัฐบาลมีแนวคิดในการปฏิรูประบบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพว่าควรเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐบาลและประชาชน โดยผู้ที่คาดหวังการบริการในระดับที่สูงขึ้น จำเป็นต้องจ่ายสูงขึ้นสอดคล้องกับรายได้ที่สูงขึ้น และความต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้บริโภคนั้น รัฐบาลจึงคิดระบบการเงินการคลังที่อยู่ในเงื่อนไขที่ประชาชนจะจ่ายได้และได้รับการยอมรับเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่าย เพื่อรัฐบาลจะได้มีงบประมาณในการพัฒนาบริการสาธารณสุขระดับพื้นฐานให้แก่ชุมชน ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างการสร้างระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้รัฐพยายามผสมผสานให้ภาครัฐ ธุรกิจ และเอกชนมีส่วนร่วมในการบริการสาธารณสุข และเน้นการแก้ไขปัญหาระยะยาวคือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการของภาครัฐจะเป็นจ่ายค่าตอบแทนแบบเงินเดือน

จุดแข็งของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีดังนี้

1. มีมาตรการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงโดยกำหนดโครงสร้างพื้นฐานของการบริการใกล้บ้านที่อิงสัดส่วนประชากรและระยะทางในการเดินทางมารับบริการ
2. การจัดให้มีพยาบาลชุมชนประจำคลินิกชุมชน ภายใต้การสนับสนุนของคลินิกสุขภาพ ทำให้บริการสุขภาพของพยาบาลชุมชนมีการพัฒนา
3. องค์การวิชาชีพ และองค์กรเอกชนที่มีนักวิชาการเป็นแกนนำ มีการทำงานวิเคราะห์เชิงระบบอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยจะมีการเคลื่อนไหวแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อทางหนังสือพิมพ์หรือ web site ทันที

จุดอ่อนของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีดังนี้

1. ยังไม่มีระบบประกันสุขภาพ ประชาชนพึ่งพารัฐมากเกินไป ประชาชนคาดหวังจะไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียเพียงเล็กน้อยแม้ว่าจะมีความสามารถจ่ายได้ก็ตาม ประชาชนส่วนหนึ่งที่ยากจนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้ การดูแลสุขภาพยังเน้นเรื่องของการรักษาเป็นหลัก
2. แม้ว่าโดยระบบผู้รับบริการจะต้องใช้บริการตามขั้นตอนของระบบการส่งต่อ แต่รัฐบาลมีนโยบายการไม่ปฏิเสธเมื่อผู้ป่วยไปถึงสถานบริการ จึงทำให้มีการบริการที่ไม่เหมาะสม มีการข้ามขั้นตอนจากบริการสุขภาพที่ระดับปฐมภูมิไปยังบริการสุขภาพจากแพทย์เฉพาะทาง โดยเฉพาะในผู้รับบริการทางสูติ-นรีเวชและเด็ก ยังไม่มีมาตรการควบคุมระบบการดูแลที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการกับผู้ให้บริการหลายคน หลายครั้งก็ได้แม้ในการป่วยครั้งเดียวกัน
3. ขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการตรวจสอบคุณภาพ ด้านบริการสุขภาพจากองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งองค์กรในชุมชน
4. ขาดประสิทธิภาพในการส่งต่อ ทำให้มีการตรวจซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น หรือไม่ได้ให้ความสนใจในการดูแลรักษาเบื้องต้นที่ผู้ป่วยได้รับมาก่อน รวมทั้งยังไม่ค่อยมีการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปให้ได้รับการดูแลในสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านเมื่ออาการทุเลาลง

ข้อเสนอแนะ

มีนโยบายเน้นการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพอย่างครอบคลุมแก่ประชากรทุกระดับ และมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีระเบียบในการบังคับให้ประชาชนเข้ารับบริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิก่อน หากประชาชนข้ามขั้นตอนไปรับบริการที่สูงกว่า จะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง สูงถึง 3-4 เท่าซึ่งเป็นจุดเด่นที่สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องข้ามไปใช้ระดับบริการสุขภาพในระดับที่สูงกว่า ทำให้บริการระดับปฐมภูมิมีการใช้บริการอย่างคุ้มค่า

บทบาทพยาบาลในระดับปฐมภูมิ มี District nurse clinic ที่ทำงานในระดับรากหญ้าและมีความสัมพันธ์กับประชาชนในชุมชนค่อนข้างดี พยาบาลจะมีบทบาทสมรรถนะที่จะ run clinic เองได้ เช่นคลินิกเบาหวาน คลินิกผู้ติดยา คลินิกดูแลสุขภาพมารดาและทารก ซึ่งเป็นที่ยอมรับของประชาชนในเขตชนบทเป็นอย่างมาก

สำหรับบทบาทของ District midwife จะทำหน้าที่ให้การดูแลมารดา ก่อนคลอด ส่งต่อไปคลอดในโรงพยาบาล ติดตามเยี่ยมหลังคลอด และการทำ PAP smear

ประเทศออสเตรเลีย

โครงสร้างของระบบสุขภาพของออสเตรเลียมีตัวแทนของกลุ่มผู้รับบริการเป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพ ในรูปแบบของสัญญากับกลุ่มผู้ให้บริการที่สามารถสร้างพลังต่อรองกับกลุ่มผู้ให้บริการได้เป็นอย่างดี แต่มีผลทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการเป็นไปในลักษณะเหมือนการซื้อขายสินค้าทั่ว ๆ ไป รัฐบาลกลาง (Federal Government) และรัฐบาลท้องถิ่น (State / Territory Governments) มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดบริการสุขภาพ โดยรัฐบาลกลางมีหน้าที่ตัดสินใจในเชิงนโยบาย เช่นงานสาธารณสุข งานวิจัยที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบาย ระบบการประกันสุขภาพระดับชาติ (Medicare) มีหน่วยงานหลักของรัฐบาลกลางที่ดูแลเรื่องสุขภาพคือ Department of Health and Aged Care และมีหน่วยงานอิสระที่มีหน้าที่ในการพัฒนาข้อมูลรายงานสถิติและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศคือ Australian Institute of Health and Welfare มีหน่วยงาน Health Insurance Commission ทำหน้าที่บริหารจัดการโครงการ Medicare และมีหน่วยงาน National Health and Medical Research Council ทำหน้าที่ในการให้ข้อเสนอแนะงานปฏิรูประบบสุขภาพ งานวิจัยด้านสุขภาพ และควบคุมจรรยาบรรณทางด้านสาธารณสุข ส่วนรัฐบาลท้องถิ่นมีหน้าที่ในการจัดสรรเงินบางส่วนเพิ่มเติม และควบคุมการให้บริการสุขภาพและดูแลในเรื่องสิ่งแวดล้อม งานบริการในชุมชน งาน home care

ระบบการดูแลสุขภาพจะมีโปรแกรมการดูแลสุขภาพในชุมชน ซึ่งมีผู้ดูแลประจำท้องถิ่น และมีศูนย์สุขภาพชุมชน แต่ยังไม่มียระบบการลงทะเบียนในการรับบริการจึงทำให้เกิดปัญหาการ shopping around

ผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ GP / Family doctor พยาบาล NP และพยาบาลผดุงครรภ์ ให้การดูแลต่อเนื่องและทำหน้าที่เป็น gate keeper สามารถส่งต่อการดูแลได้ทุกระดับ ซึ่งจะมีการลงทะเบียนกับโครงการประกันสุขภาพ Medicare สามารถให้บริการกับประชาชนทุกคนที่มีประกันสุขภาพ Medicare สามารถเป็นผู้สัญญากับโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนเพื่อให้บริการระดับปฐมภูมิได้ เช่นการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือการเตรียมคนไข้ก่อนเข้าโรงพยาบาล รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการในระดับที่สูงขึ้นไป การใช้บริการอื่น ๆ นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ประชาชนต้องจ่ายเอง หรือจ่ายบางส่วน ซึ่งประชาชนสามารถซื้อประกันสุขภาพเอกชนเสริมเพื่อการมีทางเลือกในการรับบริการสุขภาพที่นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์พื้นฐานได้ เช่นการเข้าพักรักษาตัวในห้องพักรักษาพิเศษ การเลือกผู้ให้การดูแลรักษา หรืองานทันตกรรมที่ไม่ใช่บริการพื้นฐาน พยาบาล NP จะทำหน้าที่ในการดูแลให้บริการสุขภาพกับกลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนพยาบาลผดุงครรภ์จะมีบทบาทเป็นงานอิสระในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดรวมทั้งทารกแรกเกิด และมีบทบาทสำคัญใน Community Health Service

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลียโดยการส่งเสริมให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายระดับพื้นที่ โดยการให้มีตัวแทนผู้บริโภคท้องถิ่นอยู่ในบอร์ดบริหารของ GP division และ

พิจารณาวางนโยบายจากความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก ส่งเสริมงานวิจัยในพื้นที่เพื่อหารูปแบบความเชื่อมโยงระหว่างงาน GP กับงานบริการสุขภาพในชุมชนและโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการบริการที่มาจากทีมบุคลากรสุขภาพหลากหลายสาขา (Multidisciplinary team) มีความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยการเปลี่ยนการจ่ายเงินแบบ Free-for-service เป็นการจ่ายตามผลงานเช่นใช้ระบบ DRG ระบบ casemix-based-funding หรือการใช้สถานะทางสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้นตามเกณฑ์กำหนด หรือ sessional payment และมีระบบ co-payment ที่เหมาะสมจากประชาชนผู้ใช้บริการ เพื่อลดแรงจูงใจในการใช้บริการที่เกินความจำเป็น

นอกจากนี้จุดเด่นของระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลียคือการจัดสรรงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของประชาชนมากขึ้น เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย สนับสนุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และยังสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน เป็นระยะเวลานาน เช่น การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการสุขภาพรองรับอย่างเพียงพอ และแพทย์จบใหม่ที่ปฏิบัติงานในชุมชนอย่างน้อย 5 ปี สามารถรับใบประกอบโรคศิลป์ได้โดยอัตโนมัติ เป็นต้น

ประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษเป็นประเทศที่มีนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) ที่ครอบคลุมการบริการทางสุขภาพอย่างครบถ้วนและเสมอภาค โดยมีกฎหมาย National Health Service and Community Care Act 1990 บังคับให้ประชาชนทุกคนต้องมีระบบประกันสุขภาพเอกชน โดยรัฐให้ทุนสนับสนุน 88% เป้าหมายทางสุขภาพคือการทำให้ประชาชนเจ็บป่วยน้อยลง จึงทำให้ประเทศอังกฤษเน้นให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่าการรักษา เพราะเชื่อว่าจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ดี ระบบบริการสุขภาพแยกการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิออกจากระดับทุติยภูมิอย่างชัดเจน และมีการนำเอกสารขึ้นทะเบียน (Registration) มาใช้ โดยให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกผู้ให้บริการ สามารถเปลี่ยนสถานบริการและเครือข่ายได้ตามความสมัครใจภายในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นกลไกที่ดีทำให้ผู้ให้บริการต้องแข่งขันเรื่องของคุณภาพการบริการและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการมารับบริการสุขภาพ

ผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิจะเป็นทีมสุขภาพหลากหลายสาขา โดยมีแพทย์ GP เป็นผู้บริหารจัดการ และทำหน้าที่เป็น gate keeper พยาบาล NP และพยาบาลผดุงครรภ์จะให้การดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเฉพาะงานด้าน home care พยาบาลจะมีบทบาทอย่างมาก และมีการทำงานเชื่อมโยงกับแพทย์ GP ในคลินิกส่วนตัวเนื่องจากมีกลไกการขึ้นทะเบียนมาช่วยให้เกิดความเชื่อมโยง

จุดเด่นของระบบบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษ คือ

1. การกระจายอำนาจตัดสินใจให้กับท้องถิ่น โดยมีการพัฒนา Primary Care Group มีแพทย์ GP เจ้าหน้าที่จาก District Health Authority และประชาชนทำหน้าที่ในการตัดสินใจเลือกบริการทางสุขภาพให้กับประชาชนในท้องถิ่น

2. มีการกระจายอำนาจให้กับระดับปฏิบัติการอิสระมากขึ้น มีขั้นตอนน้อยลง ยึดหลัก Centralized Policy แต่ Local Delivery
3. รัฐบาลสร้างการแข่งขันภายในเพื่อลดการผูกขาด มีการแยกผู้ซื้อออกจากผู้ให้บริการ โดยกำหนดให้ District Health Authority มีหน้าที่วางแผนการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การทำวิจัยหาความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนในเขตที่รับผิดชอบ เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพให้กับประชาชนในท้องถิ่น ตรวจสอบคุณภาพบริการที่ซื้อ และประสานงานการทำงานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสวัสดิการสังคมให้ประสานกันอย่างดี
4. มีการจัดตั้งองค์กรที่เป็นตัวแทนของประชาชนในการตรวจสอบคุณภาพบริการสุขภาพที่เรียกว่า Commission for Health Improvement และสนับสนุนให้วิชาชีพต่าง ๆ เข้มงวดในการตรวจสอบตนเอง ผู้ให้บริการจะต้องสามารถอธิบายการกระทำและการตัดสินใจในการดูแลนั้นต่อประชาชนได้
5. ให้ผู้ซื้อเป็นผู้สะท้อนความต้องการของประชาชน โดยการจ่ายเงินสนับสนุนเป็นแบบตามผู้ป่วย และเงินสามารถข้ามเขตได้หากผู้ซื้อเห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับบริการ ณ ที่ใด เงินจะต้องตามผู้ป่วยไปด้วย

จุดอ่อนของระบบบริการสุขภาพของอังกฤษคือ

1. รัฐบาลใช้เงินจากการจัดเก็บภาษีทั่วไปในการสนับสนุนเรื่องของระบบสุขภาพ ดังนั้นจึงไม่มีความแน่นอนในการให้ความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ ขึ้นอยู่กับภาษีที่เก็บได้และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของรัฐบาล
2. แพทย์ในโรงพยาบาลมีอำนาจมากในระบบบริการสุขภาพ และไม่สามารถอธิบายสิ่งที่ตนกระทำและตัดสินใจหรือทำงานร่วมกับทีมบริหารอื่นได้ จึงเกิดการสร้างกลไกการตรวจสอบที่เข้มแข็งเพื่อลดความอำนาจของแพทย์โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพและประชาชน

ประเทศสิงคโปร์

ระบบบริการสุขภาพของประเทศสิงคโปร์ดำเนินการโดยระบบรัฐและเอกชน ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้อย่างอิสระโดยประชาชนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหรือจ่ายร่วมในการใช้บริการ ระบบบริการสุขภาพแบ่งเป็นบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิชัดเจน ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระบบบริการที่รัฐจัดเป็นบริการพื้นฐานให้กับประชาชน เป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จที่จุดเดียว สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกระจายอยู่ทั่วประเทศ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีประชากรอยู่หนาแน่น บริการสุขภาพประกอบไปด้วยลักษณะบริการดังสรุปตารางที่ 9

ตารางที่ 9 สถานบริการและกิจกรรมการบริการของประเทศสิงคโปร์

สถานที่ให้บริการ	กิจกรรมการบริการ
• คลินิกเอกชน ร้อยละ 20 • โพลีคลินิกของรัฐ ร้อยละ 80	• การตรวจรักษาผู้ป่วยนอก เช่น ผ่าตัดเล็ก ทำแผล ตรวจตามนัด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการจ่ายยา • งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยโรงเรียน การให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษา และฝึกอบรม การคัดกรองปัญหาสุขภาพ • งานฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ การพยาบาลที่บ้าน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ
• การแพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะการแพทย์แผนจีน	• บริการตรวจรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีหน่วยงานอิสระที่ควบคุมตรวจสอบให้มีแนวทางการให้บริการอย่างปลอดภัย รับรองคุณภาพการฝึกอบรม รับรองการขึ้นทะเบียนผู้ให้บริการและขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทางเลือกในกระทรวงสุขภาพ

รัฐเน้นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคพื้นฐาน และการทำหน้าที่ให้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเองที่เหมาะสมแก่ประชาชน เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนมีการดูแลตนเอง รัฐออกแบบระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพโดยการให้รางวัลแก่ผู้ที่ดูแลสุขภาพดี เงินเหลือจากการออมเพื่อสุขภาพหากไม่ได้ใช้ เจ้าของสามารถนำเงินไปใช้ในกิจกรรมเพื่อครอบครัวหรือส่วนตัวได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประเทศสิงคโปร์มีโปรแกรมสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานเข้ากับวิถีชีวิต และสร้างโอกาสในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับระยะต่าง ๆ ของชีวิตดังนี้

- โปรแกรมสำหรับเยาวชน เป็นโปรแกรมที่เสริมสร้างวิถีชีวิตที่ดีไว้ตั้งแต่เยาวชนเพื่อเป็นฐานของพฤติกรรมที่ดีตลอดชีวิต ผสมผสานในเนื้อหาของหลักสูตรในโรงเรียน เน้นเรื่องโภชนาการเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน การสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพที่โรงเรียน กิจกรรมการลดภาวะอ้วนในเด็ก
- โปรแกรมสำหรับผู้ให้แรงงาน มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยให้มีพฤติกรรมในการทำงานที่เหมาะสม การส่งเสริมเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย สร้างแรงจูงใจสำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
- โปรแกรมสำหรับประชาชนทั่วไป เน้นการให้สุขศึกษาและการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

- โปรแกรมสำหรับกลุ่มทหารและผู้ที่อยู่ในเครื่องแบบ เน้นการให้ศึกษาในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และโปรแกรมพิเศษสำหรับคนอ้วน

ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ปรัชญาด้านการเงินการคลังสุขภาพของประเทศสิงคโปร์ตั้งอยู่บนหลักการที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองและมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่ายด้วย รัฐสนับสนุนงบประมาณในชุดบริการพื้นฐาน ส่วนนอกเหนือจากนี้ผู้ใช้บริการต้องจ่ายเอง รัฐมีระบบการเงินที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 3 ระบบคือ 1) ระบบเงินออมของครอบครัว เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ เรียกว่า Medisave 2) ระบบการประกันสุขภาพ เพื่อรองรับการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเสียค่าใช้จ่ายสูง กองทุนออกให้ร้อยละ 80 เรียกว่า Medishield 3) ระบบรัฐสวัสดิการคุ้มครองช่วยเหลือผู้ยากจน เรียกว่า Medifund

การจ่ายค่าตอบแทนให้กับแพทย์ผู้ดูแลแบบเหมาจ่ายต่อหัวประชากร (Capitation) การรับบริการจากแพทย์ GP ผู้รับบริการต้องจ่ายร่วมประมาณ 5-10 เหรียญสิงคโปร์ การรับบริการจากแพทย์เฉพาะทางต้องจ่ายร่วมประมาณ 15 เหรียญสิงคโปร์ ส่วนการรักษาในโรงพยาบาลต้องจ่ายร่วมร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่าย

จุดเด่นของระบบบริการสุขภาพสิงคโปร์ พบว่า

1. ระบบการเงินการคลังเรื่องเงินออมเพื่อสุขภาพและการประกันสุขภาพ และการมีส่วนร่วมจ่ายเป็นเงื่อนไขที่ทำให้ประชาชนมีการส่งเสริมสุขภาพตนเองและการป้องกันโรค เป็นการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น เพื่อเก็บไว้ในยามเป็นผู้สูงอายุ เป็นการจัดหางบประมาณในระยะยาวสำหรับประชาชนทั้งหมด
2. ระบบ Medifund เป็นการประกันว่าประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานได้
3. การใช้กลไกเรื่องราคา การจ่ายร่วม และผู้ใช้บริการสามารถเลือกใช้บริการตามความพอใจ ทำให้เกิดการแข่งขันบริการระหว่างหน่วยงานที่ให้บริการทั้งรัฐและเอกชน

บทสรุป

จากการทบทวนระบบบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ สะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดหรือนวัตกรรมทางด้านการบริหาร และเป็นทางเลือกรูปแบบของระบบบริการสุขภาพ เช่นระบบการจัดองค์กรและการบริหารเครือข่ายแบบ Managed care การใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ในด้านการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในหลายประเทศที่ได้มีความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการจัดบริการสุขภาพให้ประชาชน โดยใช้ระบบประกันสุขภาพในระบบ Managed care ควบคุมกำกับให้การให้บริการที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ องค์กรวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการพิทักษ์ประโยชน์ของหมู่สมาชิก ขณะเดียวกันก็จะรวมตัวกันในการให้บริการ และการทำงานกับวิชาชีพอื่นในลักษณะเครือข่าย ในฐานะผู้ให้บริการ

แนวทางของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. การจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสาน (integrated care) แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานเริ่มที่จะเป็นที่น่าสนใจมากขึ้นในระบบสาธารณสุขของประเทศอังกฤษ ประเทศนิวซีแลนด์ และบางประเทศในกลุ่มประเทศสวีเดน การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เป็นวิธีการต่างๆ และเป็นชนิดขององค์กรที่ให้บริการสุขภาพที่มีลักษณะดังนี้ 1) ป้องกันโรคที่คุ้มค่า 2) บริการการดูแลต่อประชาชนที่มีความต้องการทางด้านสุขภาพสูง และ 3) เป็นหลักประกันถึงความต่อเนื่องในการดูแลและการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ
2. ฐานคิดของการดูแลใช้แนวคิด การจัดการการดูแล (managed care) ที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และเป็นผลจากการลงทุนสุขภาพที่ครอบคลุมจำนวนประชากรโดยคิดเป็นรายหัว
3. ผู้ให้บริการสุขภาพจะอยู่ในระบบที่มีบริการสุขภาพที่หลากหลายเพื่อลดการใช้บริการสุขภาพ จึงเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาสุขภาพของประชาชนที่ลงทะเบียนในกลุ่มการจัดการการดูแล
4. ระบบบริการสุขภาพเป็นในลักษณะของการทำสัญญาหรือชุมชนเป็นผู้ซื้อบริการจากหลายๆ องค์กร หรือจากองค์กรเดียว การแข่งขันจะทำให้ผู้ให้บริการในความสนใจกับกระบวนการดูแลที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งสวนทางกับผู้ป่วยที่ต้องการบริการที่หลากหลายจากหลายหน่วยงาน
5. เป็นความรับผิดชอบของชุมชนที่จะให้หลักประกันว่าการดูแลสุขภาพจะต้องมีการจัดการและการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชากรในชุมชน การจัดการแบบผสมผสานและระบบการจ่ายเงินจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการแก้ไขปัญหาและการควบคุมระบบคุณภาพบริการ

วัตถุประสงค์ของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการสุขภาพของผู้ที่มีความต้องการและได้ประโยชน์สูงสุดจากการใช้บริการสุขภาพ
- เพื่อปรับปรุงการดูแลสุขภาพบุคคลอย่างต่อเนื่อง และคุณภาพการบริการทั้งระบบ
- เพื่อลดค่าใช้จ่ายโดยการลดการใช้บริการที่ไม่เหมาะสม เสนอทางเลือกใหม่ที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ แนะนำการบริการทดแทนที่ประหยัดกว่า เช่น ทดแทนการรักษาด้วยการป้องกัน และการเคลื่อนย้ายทรัพยากรต่างๆ จากการดูแลในระดับ ตติยภูมิ ทุติยภูมิ มาเป็นระดับปฐมภูมิ
- เพื่อแก้ไขอุปสรรคทางด้านงบประมาณด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพและความเหมาะสมและสร้างระบบงบประมาณแบบการเสี่ยงร่วมกัน (risk sharing) ด้วยการจัดเตรียมพร้อมกับผู้ให้บริการที่จะส่งเสริมการดำเนินงานที่คุ้มค่า

วิธีการของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. การทำข้อตกลงและสัญญา ระบบการสื่อสารที่ดี มี guideline และ protocol

2. มีการตรวจสอบ ควบคุม กำกับ ด้วย gatekeeping discharge planning
3. รวมเงินทุนจากแหล่งต่างๆ สร้างแรงจูงใจด้านงบประมาณ (financial incentive) และจัดสิ่งที่ไม่จูงใจ เพื่อความสำเร็จในงาน
4. จัดองค์กรใหม่ เช่นการจัดตั้งเครือข่ายหรือองค์กรใหม่เพื่อการได้รับงบประมาณและการให้บริการในระดับปฐมภูมิ

กลุ่มประชากรเป้าหมายในการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานการดูแล

สิ่งสำคัญในประการแรกของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานคือการกำหนดชนิดและขนาดของประชากรที่ใช้บริการ ซึ่งมี 3 ชนิดคือ

- 1) ประชากรทั่วไปในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นผู้ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ที่ครอบคลุมทั้งการป้องกันโรค บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ระดับ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลที่บ้าน
- 2) ประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่นเด็ก สตรี ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และผู้สูงอายุ และ
- 3) ประชากรที่มีโรคหรือปัญหาด้านสุขภาพเฉพาะ เช่น เบาหวาน แพ้อากาศ จิตเภท โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หรือมะเร็ง

รูปแบบของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ควรมีการจัดตั้งองค์กรใหม่ขึ้นและมีรูปแบบให้เลือกได้หลายทางดังนี้

รูปแบบที่ 1 องค์กรที่ทำหน้าที่ประสานงานการบริการสุขภาพระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพที่ประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ เช่น เวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาล และผู้ให้บริการอื่นๆ หรือผู้ถือประโยชน์ร่วมกัน และจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่

รูปแบบที่ 2 องค์กรที่เกิดจากการรวมตัวกันของผู้ให้บริการที่เป็นสมาคม หรือผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพ ทำสัญญากับผู้ให้เงินงบประมาณที่จะให้การดูแลประชากรที่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือกลุ่มเฉพาะเพื่อให้บริการระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ จากนั้นก็จะทำ subcontract กับหน่วยงานย่อยอื่น เช่น พยาบาล แพทย์

รูปแบบที่ 3 องค์กรจะเป็นหน่วยงานในท้องถิ่นที่ได้รับงบประมาณมาดำเนินการด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน แล้วทำสัญญากับจ้างต่อกับผู้ให้บริการอื่นในชุมชน รูปแบบนี้จะคล้ายกับรูปแบบที่ 2 แต่จะแตกต่างในส่วนที่ องค์กรจะก่อตั้งและบริหารจัดการโดยกลุ่มบุคคลในท้องถิ่นและดำเนินการตามสัญญาจ้าง

รูปแบบที่ 4 องค์กรจะประกอบด้วยตัวแทนจากภาคต่างๆของคนในชุมชนที่ทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำกับผู้ให้เงินส่วนกลางและผู้ให้บริการ วัดและประเมินภาวะสุขภาพของชุมชน ขับเคลื่อนชุมชนทางด้านสุขภาพ และทำสัญญากับผู้ให้บริการ ในขณะที่เดียวกันองค์กรจะมีงบประมาณส่วนหนึ่งในการพัฒนาชุมชนและพัฒนาสุขภาพ

รูปแบบที่ 5 องค์กรจะประกอบด้วยผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยเวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลชุมชน ผู้จัดการบริการสุขภาพในชุมชน ที่จะทำหน้าที่ในการจัดสรรเงินให้กับการดูแลสุขภาพระดับ

ปฐมภูมิและบางส่วนให้กับการบริการระดับทุติยภูมิ และ องค์การสามารถจ้างหรือทำสัญญากับผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิโดยผ่าน ร้านขายยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการบริการระดับทุติยภูมิ

องค์กรทั้ง 5 รูปแบบนี้ถ้าพิจารณาตาม พรบ. การกระจายอำนาจให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองตามมาตรา 16 ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคือ การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว การรักษาพยาบาล การสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส รูปแบบที่น่าจะนำมาใช้ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรเป็นรูปแบบที่ 1,3 และ 4 แต่หากจะให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพ ควรเป็นรูปแบบที่ 2 และ 5

บทที่ 3

ความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บทนำ

การศึกษาค้นคว้าความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการสะท้อนภาพความต้องการ การบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น ซึ่งมีความสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน และลักษณะชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ทำการศึกษาจากการทบทวนเอกสาร รายงาน ข้อมูลสถิติทางด้านสุขภาพ รายงานวิจัยและการสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งผลของการศึกษาได้นำเสนอเกี่ยวกับ การศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อระบุปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ การศึกษาลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สะท้อนถึงความต้องการทางด้านสุขภาพ

การศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของ ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นสิ่งที่จำเป็นของประชาชนทุกเพศ ทุกวัย เพื่อที่จะคงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆที่ต้องการ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข จากอดีตจนถึงปัจจุบันสภาวะสุขภาพโดยรวมของประชาชนไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยจะเห็นได้จากดัชนีชี้วัดทางด้านสุขภาพทางภายในภาพรวม ได้แก่ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยที่เพิ่มสูงขึ้น อัตราตายของทารกแรกเกิด อัตราตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ และอัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่มีแนวโน้มลดลง ซึ่งดัชนีชี้วัดเหล่านี้ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพและบริการทางด้านสุขภาพที่ประชาชนไทยได้รับดีขึ้นเมื่อเทียบกับอดีตที่ผ่านมา ถึงแม้ว่าในช่วงที่ผ่านมาประเทศไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมซึ่งส่งผลต่อปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มสูงขึ้นไม่ว่าจะเป็นอัตราป่วยจากภาวะแปรปรวนทางจิตและอัตราการฆ่าตัวตายที่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น และจากการที่การดำเนินชีวิตของประชาชนไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้โรคไม่ติดต่อและโรคเอดส์เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนโรคติดต่อที่เคยเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญมีแนวโน้มที่ลดลง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542) ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นนี้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเช่นเดียวกัน การศึกษาทางระบาดวิทยาครั้งนี้ จึงเป็นการสะท้อนปัญหาและสภาวะทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับประชาชน และเป็นแนวทางในการจัดการบริการทางด้านสุขภาพที่สนองความต้องการของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเสนอประเด็นเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สถานการณ์การเจ็บป่วย และลักษณะบริการที่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ ของประชาชนภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนี้

สภาะสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดในประเทศซึ่งมีจำนวนถึง 21,057,000 คน คิดเป็นร้อยละ 34 ของจำนวนประชาชนทั้งประเทศ 61,752,000 คน (<http://www.moph.go.th/ops/bhphp/survey/tab1.html:2/8/2543>) ประชาชนส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีฐานะยากจน มีรายได้ต่อหัวเพียง 24,331 บาท/คน/ปี การ ดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐานของประชาชนยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนสารอาหาร ปัญหาทางด้านสุขภาพ อนามัยและการศึกษา ปัญหาการขาดความอบอุ่นในครอบครัวจากการอพยพแรงงานไปทำงานในท้องถิ่นอื่น ซึ่งทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ([http://www.bot.or.th/BOTHomepage/databank/regiontion/n-east/ecomne/strucecoa.html: 6/8/2543](http://www.bot.or.th/BOTHomepage/databank/regiontion/n-east/ecomne/strucecoa.html:6/8/2543)) ประกอบกับการเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2539-2540 ซึ่ง ส่งผลทำให้แรงงานบางส่วนมีการอพยพกลับถิ่นฐานเดิม โดยเฉพาะแรงงานที่มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีการอพยพย้ายถิ่นกลับสู่ชนบทถึงร้อยละ 37.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541 อ้างถึงใน จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543) ผลของการอพยพกลับถิ่นฐานเดิมของผู้ใช้แรงงานในครั้งนี้ ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพใน ด้านต่างๆมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ([http://www.moph.go.th/pos/bhphp/heal.html: 2/8/2543](http://www.moph.go.th/pos/bhphp/heal.html:2/8/2543) ;[http://www.bot.or.th/BOTHomepage/databank/regiontion/n-east/ecomne/strucecoa.html: 6/8/2543](http://www.bot.or.th/BOTHomepage/databank/regiontion/n-east/ecomne/strucecoa.html:6/8/2543) และ อัลฟา รีเสิร์ช, 2540)

และจากสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีลักษณะเฉพาะ แตกต่างจากภาคอื่นๆของประเทศ ทำให้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาซึ่งเกิดขึ้นตามบริบทที่ปรากฏ ภายใต้ลักษณะของชุมชนที่มีความหลากหลาย ทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม สภาพสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ประกอบกับกระแสของการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทำให้วิถีชีวิตของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหา สุขภาพในกลุ่มผู้ยากไร้ ปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ปัญหาสุขภาพจากการดำรงชีวิต ปัญหาสุขภาพ จากพฤติกรรมเสี่ยง และปัญหาสุขภาพตามวัยต่างๆ ล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สภาพสังคมและ วัฒนธรรมของชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยที่การศึกษาครั้งนี้ได้สะท้อนภาพสภาวะสุขภาพของประชาชนใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นจังหวัดมีลักษณะของชุมชนต่างๆ ที่สามารถสะท้อน ลักษณะของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้อย่างชัดเจน และได้ทำการเปรียบเทียบกับสภาวะสุขภาพ ของประชาชนในระดับประเทศ เพื่อเป็นการประเมินสภาวะสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สถานการณ์การเจ็บป่วย

ในการวิเคราะห์สถานการณ์การเจ็บป่วยของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือครั้งนี้เป็น การศึกษาจากสถานะสุขภาพคนไทยในภาพรวมทั้งประเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รายงานการสำรวจ

สภาวะสุขภาพอนามัยของจังหวัดขอนแก่น และรายงานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถวิเคราะห์ประเด็น ประกอบการพิจารณาสุขภาพและสภาพปัญหาความเจ็บป่วยได้ดังนี้

1. สถิติชีพ

เมื่อพิจารณาดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพ ที่เป็นสถิติชีพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่าง ปี พ.ศ.2537 – 2541 พบว่า อัตราการเกิด อัตราตาย อัตราตายของทารกแรกเกิด และอัตราตายของ มารดาต่อการเกิดมีชีพมีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2541 พบว่า อัตราการเกิด อัตราตาย อัตราตายของ ทารกแรกเกิด และอัตราตายของมารดาของภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าน้อยกว่าในระดับประเทศ แต่เมื่อ เทียบกับในระดับจังหวัดพบว่าจะมีอัตราเกิดและอัตราตายที่สูงกว่าระดับประเทศเล็กน้อย ยกเว้นอัตราตาย ของมารดาที่มีค่าน้อยกว่าระดับประเทศ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโดยส่วนรวมสภาวะสุขภาพของประชาชนและ บริการทางด้านสุขภาพที่ประชาชนได้รับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดีขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมาและดีกว่า ภาพรวมในระดับประเทศ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สถิติชีพดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพระดับประเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2541

ดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพ	ทั่วประเทศ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	จังหวัดขอนแก่น
อัตราการเกิด ต่อประชากร 1,000 คน	14.7	13.9	15.8
อัตราตาย ต่อประชากร 1,000 คน	5.1	4.8	6.5
อัตราตายทารก ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน	4.9	4.9	9.4
อัตราตายของมารดา ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	7.6	7.1	3.7

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2543 สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2541และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2541

2. สาเหตุการป่วยและแนวโน้ม

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาล ชุมชนแออัดในเขตเมือง หมู่บ้านกึ่งเมืองกึ่งชนบท หมู่บ้านชนบท พบว่าปัญหาภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นสามารถพบได้ใน ทุกกลุ่มอายุและกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้ใหญ่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ใช้แรงงานและกลุ่มสตรี ตั้งครรภ์ โดยส่วนใหญ่จะพบว่าโรคที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพนั้น เป็นโรคที่เกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ตัวอย่างเช่น โรคระบบระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบทางเดินอาหาร เป็นปัญหาที่พบบ่อยในทุกพื้นที่ สำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่าส่วนใหญ่โรคที่พบ เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสรุปรายงานการป่วยของกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับโรคที่

เป็นสาเหตุการป่วย (21 กลุ่มโรค) ที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และโรคที่เป็นสาเหตุการป่วย (75 กลุ่มโรค) ที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 10 อันดับแรก (ดังตารางที่ 2,3)

ตารางที่ 2 สาเหตุการป่วย(21 กลุ่มโรค) ที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกระดับประเทศ

และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2541

สาเหตุการป่วยที่มารักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก(10 อันดับแรก)	ทั่วประเทศต่อ ประชากรแสนราย	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่อประชากรแสนราย
1. โรคระบบหายใจ	424.90	418.84
2. โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก	221.06	260.19
3. โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม	127.41	127.78
4. โรคติดเชื้อและปรสิต	97.98	114.17
5. อาการแสดงและสิ่งผิดปกติจากการตรวจพบทาง คลินิกและตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่เคยระบุไว้	128.19	108.03
6. โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	99.27	93.57
7. สาเหตุภายนอกอื่น ๆ ที่ทำให้ป่วยหรือตาย	96.16	89.19
8. โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม	69.83	80.46
9. โรคระบบไหลเวียนเลือด	78.96	51.25
10. โรคตาารวมส่วนประกอบของตา	46.82	47.35

ที่มา: ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข, 2543

ตารางที่ 3 สาเหตุการป่วย(75 กลุ่มโรค) ที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยในระดับประเทศ

และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2541

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยที่มารักษา ในแผนกผู้ป่วยใน(10 อันดับแรก)	ทั่วประเทศ ต่อประชากรแสนราย	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่อประชากรแสนราย
1. อาการแสดงและสิ่งผิดปกติจากการตรวจพบทาง คลินิกและตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่เคยระบุไว้	731.80	724.20
2. โรคติดเชื้ออื่นๆในลำไส้	502.00	484.70
3. โรคระบบหายใจ ส่วนบนติดเชื้อเฉียบพลัน	319.10	298.90
4. โรคติดเชื้อและปรสิต	234.90	288.80
5. โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด ระยะหลังคลอด	358.40	280.50
6. ผู้ขับขีจักษยานยนต์ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการ ขนส่ง	296.80	245.40

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยที่มารักษา ในแผนกผู้ป่วยใน(10 อันดับแรก)	ทั่วประเทศ ต่อประชากรแสนราย	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่อประชากรแสนราย
7. โรคปอดอักเสบ	227.70	244.50
8. โรคอื่นๆของระบบย่อยอาหาร	241.70	225.00
9. โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น	177.00	195.40
10. โรคไข้เลือดออกจากเชื้อ登革ที่และไข้เลือดออกจาก เชื้อไวรัส	154.00	181.10

ที่มา: ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข, 2543

และจากการศึกษาข้อมูลของจังหวัดขอนแก่นในปี พ.ศ. 2542 เกี่ยวกับ โรคที่เป็นสาเหตุของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล 10 อันดับแรก และโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก พบว่า มีความสอดคล้องกับโรคที่พบใน ระดับประเทศ และระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือเช่นกัน โดยโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบย่อยอาหารรวมถึงโรคในช่องปาก และโรคติดเชื้อและปรสิตตามลำดับ สำหรับโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยในที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคติดเชื้ออื่นๆของลำไส้ โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ และโรคปอดอักเสบ ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4,5)

ตารางที่ 4 สาเหตุการป่วย(21 กลุ่มโรค) ที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกระดับจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2542

สาเหตุการป่วยที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก (10 อันดับแรก)	จังหวัดขอนแก่น ต่อประชากรแสนราย
1. โรคระบบทางเดินหายใจ	443.86
2. โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก	273.11
3. โรคติดเชื้อและปรสิต	134.23
4. โรคระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม	128.37
5. โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อโภชนาการและเมตาบอลิซึม	102.07
6. โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	101.05
7. ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	72.36
8. โรคระบบไหลเวียนเลือด	53.30
9. โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	52.12
10. โรคระบบประสาท	46.46

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2542)

ตารางที่ 5 สาเหตุการป่วย(75 กลุ่มโรค) ที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่นปี พ.ศ. 2542

สาเหตุการป่วยที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยใน (10 อันดับแรก)	จังหวัดขอนแก่น ต่อประชากรแสนราย
1. โรคติดเชื้ออื่นๆของลำไส้	507.55
2. โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ	470.68
3. โรคปอดอักเสบ	353.40
4. โรคเบาหวาน	347.42
5. โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด ระยะหลังคลอด	324.07
6. โรคอื่นๆของระบบย่อยอาหาร	304.50
7. โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน	301.46
8. โรคหัวใจและหลอดเลือด	295.08
9. ความผิดปกติอื่นๆที่กำเนิดขึ้นในระยะปริกำเนิด	264.94
10. อุบัติเหตุยานยนต์	256.09

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2542)

เมื่อพิจารณาแนวโน้ม ของโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 – 2541 ในโรคที่เป็นสาเหตุการป่วย (21 กลุ่มโรค) ที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า โรคระบบหายใจ และโรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม และโรคตา รวมส่วนประกอบของค่า มีแนวโน้มของอัตราการป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ส่วนโรคอื่นๆ พบว่ามีแนวโน้มของอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอัตราป่วยของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กับประชาชนทั่วประเทศ พบว่ามีเพียงโรคติดเชื้อและปรสิต โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม และโรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก ที่มีอัตราป่วยสูงกว่าในระดับประเทศอย่างชัดเจน

สำหรับโรคที่เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการป่วย (75 กลุ่มโรค) ที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยใน พบว่า อาการ, อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่น โรคติดเชื้ออื่นๆของลำไส้ โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ โรคระบบหายใจส่วนบนติดเชื้อเฉียบพลัน ไข้เลือดออกจากเชื้อแดงก่ำและไข้เลือดออกจากเชื้อไวรัส มีแนวโน้มของอัตราการป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ส่วนโรคอื่นๆ พบว่ามีแนวโน้มของอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอัตราป่วยของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับประชาชนทั่วประเทศพบว่า โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น โรคอื่นๆของลำไส้และเยื่อช่องท้อง โรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบโรคนิ่วในไต เนื้องอกร้ายที่เต้านมและเนื้องอกร้ายที่ตับ ไข้เลือดออกจากเชื้อแดงก่ำและไข้เลือดออกจากเชื้อไวรัส ที่มีอัตราป่วยสูงกว่าในระดับประเทศอย่างชัดเจน ส่วนโรคที่มีอัตราป่วยสูงกว่าในระดับประเทศเพียงเล็กน้อย ได้แก่ โรคของไส้ติ่ง ไตวายเฉียบพลัน ความผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน อาการ,อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่น การบาดเจ็บจากการคลอด ความ

ผิดปกติทางจิต จิตเภทและประสาทหลอน ความผิดปกติทางจิตใจที่มีสาเหตุจากโรคทั้งกลุ่มอาการของโรคและความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมอื่น ๆ

จะเห็นได้ว่าโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นสาเหตุให้มาสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน มีทั้งปัญหาทางด้านสุขภาพกายซึ่งได้แก่ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตบางอย่างที่มีอัตราป่วยสูงกว่าอัตราป่วยระดับประเทศอีกด้วย ถึงอย่างไรก็ตามปัญหาทางด้านสุขภาพกายที่มีอัตราป่วยที่สูงยังคงเป็นปัญหาจากโรคระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหารเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคทางด้านระบาดวิทยา พ.ศ. 2537 – 2541 ที่พบว่าโรคอุจจาระร่วง โรคบิดและโรคอาหารเป็นพิษมีแนวโน้มของอัตราป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น โดยโรคอุจจาระร่วงยังคงเป็นโรคที่มีอัตราป่วยที่สูงกว่าโรคระบาดอื่นๆ ส่วนโรคบิดและโรคอาหารเป็นพิษยังคงเป็นโรคที่มีอัตราป่วยมากกว่าอัตราป่วยในระดับประเทศและมีอัตราป่วยมากกว่าทุกภาค นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเลปโตสไปโรซิสเป็นอีกโรคที่มีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นเป็นอย่างมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้มีอัตราป่วยมากกว่าอัตราป่วยในระดับประเทศและมีอัตราป่วยมากกว่าทุกภาค (กอง-ระบาดวิทยา,2537-2541)

เมื่อพิจารณาโรคอื่นๆที่เป็นปัญหาสาธารณสุขซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระดับประเทศ ได้แก่ โรคเอดส์ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคจากการประกอบอาชีพ อุบัติเหตุ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม และโรคของผู้สูงอายุ พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือก็มีแนวโน้มอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ยกเว้น โรคจากการประกอบอาชีพ อุบัติเหตุ ที่มีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ส่วนโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มลดลงของประเทศ ได้แก่ โรคขาดสารอาหาร โรคขาดสารไอโอดีน โรคพยาธิ กามโรค สมออักเสบ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ไข้มาลาเรีย โรคเรื้อน โรคพิษสุนัขบ้า พบว่าโรคส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้มีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย มีเพียงโรคขาดสารอาหารและโรคพยาธิ ที่ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอัตราป่วยพบว่าโรคโรคขาดสารอาหาร และโรคพยาธิ ยังมีอัตราป่วยน้อยกว่าอัตราป่วยระดับประเทศ ส่วนโรคเรื้อน โรคสมออักเสบจากเชื้อไวรัส แม้ว่าจะมีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย แต่ยังคงมีอัตราป่วยมากกว่าอัตราป่วยระดับประเทศ สำหรับโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยของประเทศ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคติดต่อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก พบว่า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโรคอุจจาระร่วงและโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจยังคงเป็นโรคที่มีแนวโน้มของอัตราป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น(กระทรวงสาธารณสุข, 2543 ; กองระบาดวิทยา,2537-2541 ; อัลฟารีเลิร์ช, 2540)

3.สาเหตุการตาย

สาเหตุการตายเป็นดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพอย่างหนึ่ง ที่สะท้อนถึงสภาวะสุขภาพของประชาชนและประสิทธิภาพของบริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้รับ จากรายงานจำนวนตายตามสาเหตุ ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐาน จากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศแก้ไขครั้งที่ 10 พ.ศ.2541 ของประชาชนทั่วประเทศ 10 อันดับแรก พบว่าส่วนใหญ่เกิดจาก อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิกและตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่เคยระบุไว้ รองลงมาได้แก่ โรคระบบไหลเวียนเลือด และ โรคหัวใจอื่น ๆ และจากสาเหตุ

การตายของประชาชนในจังหวัดขอนแก่น 10 อันดับแรก ปี พ.ศ. 2542 พบว่า สาเหตุการตายส่วนใหญ่ เกิดจากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และอุบัติเหตุรถยนต์ (ดังตารางที่ 6,7)

ตารางที่ 6 สาเหตุการตายของประชาชนระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2541

สาเหตุการตาย (10 อันดับแรก)	ทั่วประเทศ ต่อประชากรแสนราย
1. อาการแสดงและสิ่งผิดปกติจากการตรวจพบทางคลินิกและตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่เคยระบุไว้	193.80
2. โรคระบบไหลเวียนเลือด	88.60
3. โรคหัวใจอื่นๆ	61.20
4. สาเหตุภายนอกของการป่วยและตาย	51.00
5. โรคเนื้องอก	49.30
6. โรคระบบหายใจ	39.00
7. โรคติดเชื้อและปรสิตบางชนิด	31.00
8. โรคระบบหายใจที่นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น	25.00
9. เนื้องอกร้ายที่นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น	20.00
10. อื่นๆทั้งหมดที่มาจากสาเหตุภายนอก	16.90

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2542)

ตารางที่ 7 สาเหตุการตายของประชาชนในจังหวัดขอนแก่นปี พ.ศ. 2542

สาเหตุการตาย (10 อันดับแรก)	จังหวัดขอนแก่น ต่อประชากรแสนราย
1. โรคหัวใจ	84.96
2. โรคมะเร็ง	75.70
3. อุบัติเหตุรถยนต์	34.28
4. โรคเกี่ยวกับไตและไตอักเสบ	20.17
5. โรคเบาหวาน	18.92
6. โรคเกี่ยวกับตับ	17.37
7. โรคติดเชื้อในกระแสโลหิต	17.31
8. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	16.62
9. โรคระบบทางเดินหายใจตอนบน	15.99
10. โรคปอดอักเสบ	14.73

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2542)

เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของประชาชนไทย ตั้งแต่ พ.ศ.2534-2541 จะพบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ และมีแนวโน้มสูงขึ้น เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ รวมทั้งโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ส่วนโรคติดต่ออื่นๆที่เคยเป็นปัญหาสำคัญปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง

จากปัญหาสภาวะสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่กล่าวมาในข้างต้นจะเห็นว่าสภาวะสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆทั่วประเทศจะพบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคพยาธิ โรคแผลในกระเพาะอาหาร และโรคเอดส์ นอกจากนี้โรคที่ไม่ติดต่อก็เป็นอีกกลุ่มโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน จะเห็นว่าโรคที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นในการจัดบริการทางด้านสุขภาพจึงต้องคำนึงถึงสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น เพื่อที่จะให้การส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับประชาชนในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ตลอดจนการจัดหาบริการให้สอดคล้องและเพียงพอกับสภาพปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มว่าจะรุนแรงยิ่งขึ้น

ลักษณะบริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ลักษณะของบริการด้านสุขภาพที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ได้พิจารณาประเด็นเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน ที่สะท้อนความเป็นประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งจะต้องคำนึงถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการเลือกใช้บริการ ตลอดจนการกระจายทรัพยากรทางสาธารณสุข เพื่อที่จะสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างแท้จริง

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย ทั้งที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน เจ็บป่วยเล็กน้อย และเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่ามีการศึกษาและสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศ ระดับภาค และระดับจังหวัด โดยในการสำรวจภาวะสุขภาพของวัยแรงงานทั่วประเทศทั้งหมด 4,230 คน ซึ่งเป็นวัยแรงงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 897 คน มีการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยการซื้อยากินเอง ร้อยละ 39.1 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของประเทศที่มีการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยการซื้อยากินเอง ร้อยละ 37.4 ส่วนการเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยและมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่าจะเลือกใช้บริการในสถานบริการของรัฐร้อยละ 73.6 ใช้บริการในสถานบริการเอกชนเพียง ร้อยละ 14.6 และมีส่วนที่ใช้บริการกับหมอพื้นบ้านโดยมีร้อยละ 2.0 (สถาบันวิจัยกระทรวงสาธารณสุขไทย, ม.ป.ป.) จากผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของโครงการสำรวจชุมชน (Community Survey) ในพื้นที่เขตเมืองของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคระบบทางเดินอาหาร ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 45.0, 55.1 และ 31.7 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มักไปรักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาล ร้อยละ 40.7 และรักษาที่คลินิก ร้อยละ 21.3 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2543)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน ที่พบว่าโรคที่พบบ่อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ การเป็นไข้ตัวร้อน ไอ ปวดศีรษะ ท้องเดิน โรคพยาธิ และโรคปวดหลัง โดยส่วนใหญ่ประชาชนยังคงนิยมไปรับการรักษา ที่สถานบริการ และมีประชาชนบางส่วนที่นิยมซื้อยากินเอง ซึ่งมีปริมาณที่ใกล้เคียงกัน (ดังตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย
ของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โรค / อาการที่พบ	n	ไปรับการรักษา	ซื้อยากินเอง	ใช้วิธีพื้นบ้าน	ปล่อยให้หายเอง
ไข้ตัวร้อน	199	115 (57.8)	75 (37.7)	6 (3.0)	3 (1.5)
ปวดศีรษะ	197	88 (44.7)	90 (45.7)	4 (2.0)	15 (7.6)
ไอ	190	88 (46.3)	88 (46.3)	4 (2.1)	10 (5.3)
ท้องเดิน	196	128 (65.3)	63 (32.1)	2 (1.0)	3 (1.5)
โรคพยาธิ	184	112 (60.9)	70 (38.0)	1 (0.5)	1 (0.5)
ปวดหลัง ปวดเอว	193	77(39.9)	56 (29.0)	27 (14.0)	33 (17.1)

ที่มา : ข้อมูลการสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน, 2544

และจากผลการสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน เกี่ยวกับความคิดเห็นในเรื่องหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าควรเป็นหน้าที่ของรัฐอย่างเดียว ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 59.0 และมีความเห็นว่าควรเป็นหน้าที่ของหน่วยงานเอกชนอย่างเดียว เพียงร้อยละ 5.0 ซึ่งเมื่อพิจารณาเกี่ยวกับสถานบริการที่ประชาชนไปใช้บริการบ่อย พบว่า มีความสอดคล้องกัน โดยสถานบริการที่ประชาชนไปใช้บริการบ่อยที่สุดเป็นอันดับแรก ได้แก่ สถานีอนามัย / ศูนย์แพทย์ชุมชน ส่วนอันดับสองเป็นร้านขายยา และอันดับสามเป็นโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ โดยให้เหตุผลของการเลือกใช้สถานบริการที่คล้ายกัน คือ การเดินทางสะดวกและใกล้บ้าน (ดังตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของประชาชนที่ใช้บริการในสถานบริการเรียงตามลำดับ

สถานบริการ	จำนวน (ร้อยละ)
1. สถานีอนามัย / ศูนย์แพทย์ชุมชน	75 (37.5)
2. ร้านขายยา	30 (15.0)
3. โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์	23 (11.5)
4. คลินิกเอกชน	17 (8.5)
5. โรงพยาบาลเอกชน	8 (4.0)
6. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	7 (3.5)
7. โรงพยาบาลชุมชน	5 (2.5)

ที่มา : ข้อมูลการสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน,

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความสนใจและมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับหนึ่ง ทั้งนี้จากการสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนในการวิจัยครั้งนี้ ประชาชนได้แสดงความต้องการในการดูแลตนเองและครอบครัวไว้อย่างชัดเจน

โดยพบว่า การดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อยังไม่เจ็บป่วย ควรเป็นหน้าที่ของตนเองและครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 89.5 และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็พบว่า ร้อยละ 47.5 ให้ความเห็นว่าครอบครัวและตนเองควรเป็นผู้ดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วย เมื่อให้ระบุนุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ต้องการให้ช่วยเหลือเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย/เจ็บป่วย พบว่า บุคคลที่ประชาชนต้องการให้เป็นผู้ให้บริการมากที่สุด คือ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. ความพร้อมของทรัพยากรทางสาธารณสุข

เมื่อพิจารณาสถานบริการและบุคลากรที่ให้บริการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสถานบริการทั้งของรัฐและเอกชนจำนวน 338 แห่ง มีจำนวนเตียงทั้งหมดจำนวน 25,902 เตียง โดยมีสัดส่วนจำนวนเตียงต่อประชากรมากที่สุดของประเทศ คือ 1: 5,574 เมื่อเทียบกับภาพรวมของประเทศ 1 : 1,519 มีสถานอนามัยทั้งหมด 3,398 แห่ง โดยมีสถานอนามัยต่อประชากรนอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาลมากที่สุดของประเทศเช่นเดียวกัน คือ 1: 4,923 เมื่อเทียบกับภาพรวมของประเทศ 1 : 4,172 และเมื่อพิจารณาจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พ.ศ. 2542 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า จำนวนบุคลากรที่มีมากที่สุด คือ พยาบาล โดยแบ่งเป็น พยาบาลวิชาชีพจำนวน 12,513 คน คิดเป็นสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1:1,707 และพยาบาลเทคนิค จำนวน 7,568 คน คิดเป็นสัดส่วนพยาบาลเทคนิคต่อประชากร 1:2,822 (<http://www.moph.go.th/ops/bhpp/pr4.html>: 2/8/2543) ดังนั้นบุคลากรที่เหมาะสมและสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในระดับต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงน่าจะเป็นหน้าที่ของพยาบาล (ดังตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ทรัพยากรทางสาธารณสุขของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2542

ทรัพยากรสาธารณสุข	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	จังหวัดขอนแก่น
ประเภทของบุคลากร (สัดส่วนบุคลากรต่อประชากร)		
แพทย์	2,632 (1: 8,116)	597 (1 : 2,912)
ทันตแพทย์	555 (1 : 38,487)	49 (1 : 35,480)
เภสัชกร	823 (1 : 25,954)	103 (1 : 16,878)
พยาบาลวิชาชีพ	12,513 (1 : 1,707)	1,660 (1 : 1,044)
พยาบาลเทคนิค	7,568 (1 : 2,822)	685 (1 : 2,538)
สถานบริการสุขภาพ		
โรงพยาบาลของรัฐ (รพศ./รพช.) และเอกชน	338	27
สถานอนามัย	3,398	238
คลินิกแพทย์	ไม่มีข้อมูล	166
คลินิกทันตกรรม	ไม่มีข้อมูล	28
คลินิกผดุงครรภ์	ไม่มีข้อมูล	81
ร้านขายยาชั้นหนึ่ง	ไม่มีข้อมูล	112
ร้านขายยาชั้นสอง	ไม่มีข้อมูล	87
การรักษาแผนไทย	ไม่มีข้อมูล	34

ที่มา: <http://www.moph.go.th/ops/bhpp/pr4.html> : 2/8/2543, และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ขอนแก่น, 2542.

นอกจากนี้จากการศึกษาแบบแผนการใช้จ่ายงบประมาณสาธารณสุข ของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2540) พบว่า แบบแผนรายจ่ายด้านสุขภาพของรัฐ ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5,6 และ 7 (2525-2529) มุ่งเน้นบริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ใช้เป็นบริการรักษาพยาบาล ร้อยละ 55.52 ส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 19.29 ควบคุมป้องกันโรค ร้อยละ 11.75 จากแบบแผนการใช้จ่ายงบประมาณนี้ยังเป็นภาพการใช้จ่ายงบประมาณที่เน้นการบริการในการเชิงรับอยู่ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาเป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เป็นต้นไป จะพบว่า ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทิศทางและกระบวนการพัฒนาใหม่ โดยมุ่งเน้น “คนเป็นศูนย์กลาง” ดังนั้นหากต้องการสร้างระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของ “คน” ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างแท้จริง การคำนึงถึงความต้องการของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงเป็นเงื่อนไขที่สำคัญ จากลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเป็นส่วนใหญ่ อันเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมบางประการ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจ การศึกษา และอาชีพ และส่วนใหญ่เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย มักนิยมซื้อยามารับประทานเอง และนิยมไปใช้บริการสุขภาพของภาครัฐมากกว่าเอกชน โดยนิยมใช้สถานบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน ดังนั้นหากระบบการบริการสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนระบบจากการบริการเชิงรับให้กลับมาเป็นเชิงรุกได้ โดยเชื้อให้ประชาชนสามารถจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมได้ด้วยตนเอง หรือมีความสามารถในการรักษาสุขภาพของตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพที่ไม่รุนแรง ซึ่งบางปัญหาอาจต้องได้รับคำแนะนำ/ช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บางครั้งอาจต้องการได้รับการรักษา/การส่งต่อเพื่อรับบริการการรักษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน/ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญที่เฉพาะโรคมากขึ้นจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างเหมาะสมซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง สามารถประกอบอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้มีรายได้ในครอบครัวเพิ่มขึ้น ความเป็นอยู่ดีขึ้น และมีโอกาสได้รับการศึกษาที่สูงขึ้น และจะเป็นกำลังในการพัฒนาประเทศต่อไป

การศึกษาลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยของประชาชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่สะท้อนถึงความต้องการด้านสุขภาพ

การศึกษาลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ครั้งนี้เป็นการสะท้อนให้เห็นสภาพของปัญหาสุขภาพในแต่ละชุมชน ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพชุมชน และสภาพทางสังคมของคนในชุมชนที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนและต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในคนกลุ่มต่างๆ ซึ่งข้อมูลของการศึกษาในส่วนนี้ได้มาจากการวิเคราะห์เอกสารการศึกษาชุมชน ที่ดำเนินการโดยนักศึกษาลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ในวิชาการพยาบาลชุมชน และจากการเข้าไปศึกษาและสำรวจชุมชนโดยทีมนักวิจัยที่เข้าร่วมโครงการ ผล

การศึกษาปรากฏดังรายละเอียดในตารางที่ 11 และในการศึกษานี้ได้วิเคราะห์โครงสร้างของชุมชนที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยสรุปเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย

ลักษณะของชุมชนที่ศึกษา มีทั้งชุมชนที่อยู่ในเขตเมืองและชุมชนที่ห่างไกลจากตัวเมือง การเดินทางติดต่อระหว่างชุมชนส่วนใหญ่จะมีรถโดยสารประจำทางวิ่งผ่าน มีถนนที่เชื่อมต่อระหว่างชุมชน ซึ่งบางชุมชนมีถนนค่อนข้างแคบ มีโค้งหักมุม และมีฝุ่นละอองทำให้การเดินทางไม่สะดวก หรือส่งผลให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการใช้ถนนเพิ่มขึ้น และจากการที่ประชาชนส่วนใหญ่ในแต่ละชุมชนมีรถจักรยานยนต์ใช้ แต่การใช้หมวกนิรภัยยังมีน้อยจึงส่งผลให้การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมีความรุนแรงและสูญเสียมากยิ่งขึ้น สำหรับชุมชนในเขตเมืองบางแห่งมีปัญหาความแออัดของการตั้งบ้านเรือน โดยเฉพาะในชุมชนแออัดซึ่งอากาศถ่ายเทไม่สะดวกและบ้านที่ตั้งอยู่ใกล้กับโรงงานอุตสาหกรรมหรือสถานประกอบการต่างๆ จะมีปัญหาเกี่ยวกับ ฝุ่นละออง น้ำเสีย และกลิ่นเหม็น ส่วนบ้านที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองหรืออยู่ติดถนน จะมีปัญหาฝุ่นละออง ควันพิษ และปัญหาเสียงดังจากการจราจรเช่นเดียวกัน สำหรับการจัดสภาพบ้านเรือนพบว่า สภาพบ้านเรือนบางแห่งมีบริเวณบ้านที่ไม่สะอาด มีสิ่งปฏิกูล มูลสัตว์และมีน้ำเสียขังเฉอะแฉะ เป็นที่เพาะพันธุ์ของแมลงและสัตว์นำโรคต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ตลอดจนการมีวิธีการกำจัดสัตว์นำโรคที่ไม่เหมาะสม มีขยะเกลื่อนกลาด การไม่มีท่อระบายน้ำทิ้ง ซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย เช่น โรคไข้เลือดออก อุจจาระร่วง โรคระบบทางเดินหายใจ หรืออาจจะเกิดโรคภูมิแพ้ได้

2. สภาพเศรษฐกิจ

ประชาชนส่วนใหญ่มีการศึกษาตามภาคบังคับ มีรายได้น้อย บางคนไม่มีรายได้ประจำและมีการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเขตเมืองเมื่อหมดฤดูการทำนา ส่งผลให้ประชาชนให้ความสนใจกับการทำงานหรือหางานทำมากกว่าสนใจในเรื่องสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่ให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเห็นได้จากประชาชนส่วนใหญ่ ป่วยด้วยโรคจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคพยาธิ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคเอดส์ โรคเครียด และโรคมะเร็งปอดจากการสูบบุหรี่ เป็นต้น สำหรับการประกอบอาชีพทางด้านการเกษตร โดยเฉพาะ การทำนา ทำสวนทำไร่ คนในกลุ่มนี้จะพบโรคฉี่หนู หรือเจ็บป่วยจากการใช้สารเคมีในการเกษตร ส่วนประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองหรือใกล้โรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีบางส่วนที่ประกอบอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว บางส่วนประกอบอาชีพหัตถกรรมและอุตสาหกรรมในครัวเรือน คนกลุ่มที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมจะมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน เช่น การได้รับสารพิษ อุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน สภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานไม่เหมาะสม หรือ การทำงานในท่าที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ส่วนกลุ่มที่ทำงานรับจ้างเป็นกรรมกรที่ทำงานหนัก หรือกลุ่มที่ทำงานหัตถกรรมและอุตสาหกรรมในครัวเรือนที่นั่งอยู่ท่าเดียวเป็นเวลานาน มักเป็นโรคปวดหลัง ปวดเอว หรือปวดตามกล้ามเนื้อ ส่วนในกลุ่มที่ไม่มีการทำงาน หรือมีรายได้ไม่แน่นอน หรือมีอาชีพทางด้านเกษตรกรรม อาจมีปัญหาเรื่องหลักประกันสุขภาพ ถึงแม้ว่าคนบางกลุ่มสามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้เองหรือได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย แต่ยังพบว่ามีส่วนเป็นผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพเลย ทำให้เมื่อเจ็บป่วย จำเป็นต้องมีการกู้ยืมเงิน เพื่อมาใช้ในการรักษาสุขภาพ ทำให้ความยากจนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3. สภาพสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน

สภาพสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนแต่ละชุมชน มีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของชุมชน โดยชุมชนที่อยู่ห่างไกลจากเขตเมืองหรือในชุมชนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เกษตรกรรม มักมีความผูกพันทางสังคมมีการอยู่ร่วมกันแบบเครือญาติมีการช่วยเหลือกัน มีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรม คนในชุมชนให้ความร่วมมือกับกิจกรรมชุมชนเป็นอย่างดี มีการจัดตั้งคณะกรรมการชุมชน และมีกองทุนต่างๆ ซึ่งจะเห็นได้ในบางชุมชนที่มีการรวมกลุ่มคนทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่างๆ เช่น การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคต่างๆ การจัดตั้งกองทุนเพื่อที่จะให้ประชาชนที่มีรายได้ไม่เพียงพอในชุมชนมี บัตรประกันสุขภาพ เป็นต้น แต่ในบางชุมชนพบว่ามีความขัดแย้งที่ชัดเจน ขาดความเข้มแข็ง ในการดำเนินกิจกรรมชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น ชุมชนแออัดหรือชุมชนเขตเมืองบางแห่ง โดยลักษณะสภาพสังคมของชุมชนมีความหลากหลาย เช่น ความผูกพันทางสังคมตั้งแต่การอยู่ร่วมกันแบบเครือญาติให้การช่วยเหลือกันดี จนกระทั่งความสัมพันธ์ที่ผิวเผิน ในบางชุมชนที่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น มีทั้งที่อยู่ในพื้นที่มาก่อนและที่มาจากต่างถิ่นซึ่งทำให้ไม่ค่อยมีความผูกพันกันหรือต่างคนต่างอยู่ และมีปัญหาของ ความขัดแย้งในการทำกิจกรรม ส่วนในบางชุมชนประชาชนขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน และการรวมคนกลุ่มต่างๆขาดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม อาจส่งผลให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่างๆ ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

การศึกษาลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยของประชาชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือชี้ให้เห็นว่าสาเหตุของปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดขึ้น มาจากสภาพชุมชน และวิถีชีวิต ซึ่งปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยหรือโรคสามารถป้องกันได้ หากคนเห็นความเชื่อมโยงของปัญหาสุขภาพกับวิถีการดำเนินชีวิตของตนและปัญหาสุขภาพหรือโรค

ลักษณะชุมชนและประชากรที่แสดงให้เห็นถึงวิถีสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน
จำแนกตาม ประเภทของชุมชนที่ศึกษา

ชุมชน / หมู่บ้าน ที่ศึกษา	ปัญหาสุขภาพหรือโรค	ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพชุมชน	สภาพทางสังคมของคนในชุมชนที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของคนใน ชุมชน และ ต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในคนกลุ่มต่างๆ
ชุมชนแออัดในเมือง 1. ชุมชน เทพารักษ์ ตอนกลาง 2. ชุมชน เทพารักษ์ 4	โรค / ปัญหาที่พบ บ่อย 1. โรคระบบทางเดิน หายใจ 2. ภูมิแพ้ 3. ปวดศีรษะ 4. แผล 5. ปวดหลัง	1. เป็นชุมชนแออัด ตั้งอยู่ข้างทางรถไฟ อยู่ติดถนน มีรถวิ่ง ผ่านถนนทั้งรถประจำทางและไม่ประจำทางจำนวนมาก ทำให้มีฝุ่นละอองและควันจากท่อไอเสียจากรถมาก 2. การสร้างที่อยู่อาศัยมีทั้งไม่ถาวรและถาวร เบียดเสียดกัน ส่วนมากจะเป็นห้องเดียว อับทึบ ไม่ค่อยมีหน้าต่าง นอน รวมกันหลายคน 3. การระบายอากาศทั้งในชุมชนและภายในบ้านไม่ค่อยดี 4. มีขยะอยู่ทั่วไปในชุมชน มีการเผาขยะในชุมชน มีควัน จากการประกอบอาหาร 5. มีน้ำท่วมได้ถุนบ้าน 6. สภาพเมืองที่พลุกพล่าน 7. มีการคมนาคมสะดวก 8. มีศูนย์แพทย์ชุมชน และกองสาธารณสุขเทศบาลนคร ขอนแก่น ให้บริการด้านสุขภาพ 9. มีการเลี้ยงสัตว์ในบริเวณบ้าน	1. มีการปกครองชุมชนในรูปแบบคณะกรรมการชุมชน 2. ชุมชนมีผู้นำที่มีความขัดแย้งค่อนข้างสูง 3. คณะกรรมการชุมชนและผู้นำชุมชนมีการไปศึกษาดูงานที่ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพและชุมชนบ่อย และมีความ พยายามที่จะดำเนินการกิจกรรมต่างๆของชุมชนตามที่ได้ไป ศึกษา เช่น กองทุนยา กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ เป็นต้น แต่ โครงการต่างๆไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร 4. ชุมชนมีโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล เช่น โครงการซั้งน้ำหนักเด็ก แจกอาหารกลางวัน โครงการแจกนม ถั่วเหลือง โครงการประเมินภาวะสุขภาพของเด็กวัย 1-5 ปี 5. ไม่มีโอกาสในการรับข่าวสารต่างๆ เนื่องจากการส่งต่อข่าวสาร จากบุคคลสู่บุคคลมีน้อย และชุมชนไม่มีหอ กระจายข่าวและ สื่ออื่นๆ 6. การดำเนินโครงการต่างๆ ไม่ต่อเนื่อง 7. เป็นชุมชนที่แยกการปกครองออกจากชุมชนเดิม การพัฒนา กลุ่มคนเพื่อพัฒนาชุมชน กำลังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการ

ชุมชน / หมู่บ้าน ที่ศึกษา	ปัญหาสุขภาพหรือโรค	ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพชุมชน	สภาพทางสังคมของคนในชุมชนที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของคนใน ชุมชน และ ต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในคนกลุ่มต่างๆ
			ดำเนินการ 8. คนส่วนมากไม่มีงานประจำ ไม่มีรายได้ประจำ หาเช้ากินค่ำ มี รายได้น้อย ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ค่าครองชีพสูงจาก สาธารณูปโภคต่างๆ มีหนี้สิน 9. เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ได้รับบริการใช้บริการสุขภาพ 10. คนที่เข้ามาอยู่อาศัยมาจากต่างถิ่น ไม่ค่อยมีความผูกพันกัน 11. คนในชุมชนซื้อขายกันเอง 12. คนในชุมชนบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานเช่น บริการด้านสุขภาพ บริการอื่นๆที่หน่วยงานของรัฐจัดหาให้ 13. คนส่วนมากจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา 14. มีร่องรอยของการใช้สารเสพติดต่างๆในชุมชน 15. คนในชุมชนมีความเครียดสูงจากการประกอบอาชีพ สภาพ ความเป็นอยู่ 16. คนส่วนมากรับจ้าง เช่นเป็นกรรมกรก่อสร้าง ลูกจ้างรายวัน เก็บขยะขาย ขายของรถเข็น

ชุมชน / หมู่บ้าน ที่ศึกษา	ปัญหาสุขภาพหรือโรค	ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพชุมชน	สภาพทางสังคมของคนในชุมชนที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของคนใน ชุมชน และ ต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในคนกลุ่มต่างๆ
ชุมชนเขตเมือง 1. ชุมชนโนนโนนทัน 2 2. ชุมชนโนนโนนทัน 5	โรค / ปัญหาที่พบบ่อย 1. โรคเบาหวาน 2. โรคความดันโลหิตสูง 3. โรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร 4. ภูมิแพ้ 5. โรคระบบทางเดินหายใจ 6. โรคอุจจาระร่วง 7. อุบัติเหตุ 8. โรคปวดตามกล้ามเนื้อ	1. เป็นชุมชนที่เป็นทางผ่าน มีถนนคอนกรีตผ่านกลางชุมชน แต่ถนนค่อนข้างแคบและมีความคดเคี้ยว การคมนาคมสะดวก จากชุมชนเข้าเมืองจะมีรถสองแถวบริการ ทำให้มีควันจากรถสองแถวและรถอื่นๆที่วิ่งผ่านชุมชนค่อนข้างมากและเกิดเสียงดัง 2. มีการระบายน้ำเสียจากบ้านเรือนโดยชุดเป็นร่องระบายน้ำให้ไหลไปลงท่อระบายน้ำข้างถนน แล้วไหลไปตามพื้นดินทั่วไป ทำให้เกิดน้ำขังเป็นแห่งๆในชุมชน 3. มีส้วมทุกครัวเรือน 4. มีวิธีการกำจัดขยะโดยนำไปทิ้งรวมกันไว้ในที่ดินสาธารณะข้างชุมชน มีรถจัดเก็บขยะจากเทศบาลเข้ามาเก็บขยะเฉพาะบ้านที่เสียค่าเก็บขยะทุกวัน บ้านที่อยู่ในซอยเล็กๆที่รถเก็บขยะไม่สามารถเข้าไปถึง จะได้รับการจัดเก็บโดยมีคนไปยกออกมาทุก 3 วัน 5. บางครอบครัวมีการเลี้ยงสัตว์ได้ทุนบ้านและปล่อยให้สัตว์อยู่ในชุมชนโดยไม่มีคอกสัตว์ที่ถูกสุขลักษณะ มีมูล	1. เป็นชุมชนเมือง อยู่รวมกันเป็นกลุ่มๆ ส่วนใหญ่เป็นเครือญาติกัน มีการดูแลช่วยเหลือกัน 2. ชุมชนมีคณะกรรมการชุมชนซึ่งมีการดูแลเป็นฝ่ายๆ มีฝ่ายสาธารณสุขเป็นฝ่ายหนึ่งในคณะกรรมการชุมชน 3. มีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน 4. มีกองทุนยายา กองทุนฌาปนกิจ 5. มีโครงการที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพหลายโครงการเช่นโครงการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพเด็กและผู้สูงอายุ 6. มีโครงการที่ดำเนินงานในชุมชนของศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน จำนวน 11 โครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนทั้งในกลุ่มเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มอื่นๆ 7. การกระจายข้อมูลข่าวสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนสู่ประชาชนทางโปสเตอร์และแผ่นพับ 8. ประชากรส่วนใหญ่เป็นคนท้องถิ่น เป็นเครือญาติกัน อยู่กันเป็นกลุ่ม มีการช่วยเหลือดูแลกัน

ชุมชน / หมู่บ้าน ที่ศึกษา	ปัญหาสุขภาพหรือโรค	ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพชุมชน	สภาพทางสังคมของคนในชุมชนที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของคนใน ชุมชน และ ต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในคนกลุ่มต่างๆ
		สัตว์ตามถนนทางเดินค่อนข้างมาก 6. มีโรงฆ่าสัตว์ทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย มีกลิ่น เหม็นรบกวนจากโรงฆ่าสัตว์ 7. มีร้านค้าเศษเหล็กและเฟอร์นิเจอร์ มีฝุ่นละอองและเสียง ดัง 8. มีศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดเทศบาลนครขอนแก่น แต่มีขีดความสามารถจำกัด และบริการล่าช้า 9. มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 1 แห่ง คลินิกเอกชน 1 แห่ง โดยส่วนมากจะจ่ายยาสามัญประจำบ้านราคาถูก 10. มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่ง 11. มีแหล่งให้บริการแพทย์แผนไทย 12. มีการใช้รถจักรยานยนต์ค่อนข้างมาก	9. เด็ก ผู้สูงอายุและผู้พิการส่วนใหญ่มีบัตรสุขภาพ 10. ผู้ใช้รถมอเตอร์ไซด์ไม่นิยมสวมหมวกกันน็อค 11. คนส่วนมากซื้ออาหารจากร้านแผงลอยและรถเข็นขายอาหาร สำเร็จรูป ไม่ค่อยประกอบอาหารเอง 12. ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้าง กรรมกร ไม่มีงานประจำ 13. รายได้ประมาณ 2,000-3,000 บาทต่อเดือนต่อครอบครัว ไม่เพียงพอกับรายจ่าย
หมู่บ้านกิ่งเมือง กิ่งชนบท 1. บ้านผือหมู่ ที่ 1 2. บ้านผือ หมู่ ที่ 2	โรค / ปัญหาที่พบ บ่อย 1. โรคอุจจาระร่วง 2. โรคระบบทางเดิน หายใจ 3. โรคตาแดง	1. เป็นหมู่บ้านใกล้เมือง ห่างจากตัวจังหวัด 6 กิโลเมตร การ เดินทางไปยังสถานบริการและเชื่อมต่อกับชุมชนอื่นๆสะดวก เพราะมีรถสองแถววิ่งประจำทางทุก 15 นาที สภาพถนน ในหมู่บ้านค่อนข้างแคบ ไค้ง หักมุม ไม่มีสัญลักษณ์ทาง จราจรที่ชัดเจน ในหมู่บ้านมีรถจักรยานยนต์มากและมี	1. มีสถานอนามัยและสถานผดุงครรภ์ มีเจ้าหน้าที่ประจำ ประชาชนสามารถใช้บริการได้สะดวก 2. มีโครงการร่วมระหว่างหมู่บ้านและหน่วยงานของรัฐ และได้รับ การสนับสนุนด้านการพัฒนาชุมชนจากหน่วยงานของรัฐและ เอกชน มูลนิธิ แหล่งทุนต่างประเทศและกองทุนกู้ยืม

ชุมชน / หมู่บ้าน ที่ศึกษา	ปัญหาสุขภาพหรือโรค	ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพชุมชน	สภาพทางสังคมของคนในชุมชนที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของคนใน ชุมชน และ ต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในคนกลุ่มต่างๆ
	4. ใช้เลือดออก 5. โรคเบาหวาน 6. ความดันโลหิตสูง 7. เอดส์ 8. อุบัติเหตุ	1. เกือบทุกหลังคาเรือน ประชาชนไม่สวมหมวกนิรภัยขณะ ขับขี่จักรยานยนต์ 2. การระบายน้ำเสียในหมู่บ้าน มีน้ำขัง ส่งกลิ่นเหม็น และ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ทุกครัวเรือน จะระบายน้ำเสียที่ ร่องระบายน้ำหน้าบ้าน 3. มีการเลี้ยงสัตว์ได้หมู่บ้าน และไม่มีการจัดเก็บมูลสัตว์ 4. มีโรงงานทำขนมจีนที่มีการสุขาภิบาลไม่ดี 5. รอบๆหมู่บ้านมีแหล่งน้ำ 4 แห่ง 6. ร้านค้าอาหารในหมู่บ้านไม่มีการป้องกันแมลงวันที่ดี 7. ในหมู่บ้านมีโรงสีข้าว 3 แห่ง มีฝุ่นฟุ้งกระจาย	3. มีกองทุนต่างๆในหมู่บ้าน 4. มีกรรมการหมู่บ้าน 5. มีแหล่งประโยชน์ในหมู่บ้าน เช่น วัด โรงเรียน ศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก 6. เป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนมาก มีประชากรสูงอายุค่อยข้าง มาก 7. คนในหมู่บ้านให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือกับ สถานี อนามัยทำการศึกษาและจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว 8. นิยมใช้ยาสมุนไพรรักษาตนเอง 9. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น กินยาไม่ สม่าเสมอ ไม่ถูกต้อง เมื่อเด็กไม่สบายใช้ยาไวคูล ไม่ควบคุม อาหาร ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด เด็กไม่มีสุขนิสัยการดูแล สุขภาพที่ดี คนในหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่ล้างมือและอุ่นอาหาร ก่อนรับประทาน 10. ผู้ชายไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 11. เมื่อหมดฤดูกาลทำนาจะมีการอพยพย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่นๆ 12. ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม นิยมใช้ยาฆ่า

ชุมชน / หมู่บ้าน ที่ศึกษา	ปัญหาสุขภาพหรือโรค	ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพชุมชน	สภาพทางสังคมของคนในชุมชนที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของคนใน ชุมชน และ ต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในคนกลุ่มต่างๆ
			แมลงและวัชพืชและใช้โดยไม่มีการป้องกัน ไม่มีความเข้าใจใน อันตรายของสารพิษอย่างเพียงพอ 13. รายได้ค่อนข้างน้อย ประมาณ 20,000 บาท / ปี / ครัวเรือน
หมู่บ้านชนบท เขตอำเภอเมือง 1. บ้านห้วย 2. บ้านเหล่า โพนทอง	โรค / ปัญหาที่พบบ่อย 1. โรคระบบทางเดิน หายใจ 2. แผลต่างๆ 3. ปวดศีรษะ 4. จิงเวียน 5. โรคผิวหนัง 6. โรคกระเพาะ อาหาร 7. โรคเบาหวาน 8. ความดันโลหิตสูง 9. โรคตาแดง 10. โรคพยาธิ 11. โรคอุจจาระร่วง 12. โรคเอดส์	1. เป็นหมู่บ้านชนบทห่างจากถนนใหญ่ประมาณ 1 ก.ม. สามารถเดินทางติดต่อกับหมู่บ้านอื่นๆและในเมืองได้ สะดวก ถนนมีฝุ่นละออง มีแหล่งอุตสาหกรรมขนาดย่อม เช่น โรงงานขนม โรงงานขนมจีน เป็นต้น 2. การจัดการบ้านเรือนไม่ถูกสุขลักษณะ ภายในตัวบ้าน ส่วนมากไม่ค่อยสะอาด มีมูลสัตว์และน้ำเสียน้ำขัง ตาม บริเวณบ้านและถนน 3. มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำ 4. มีสถานที่ทำเหวอนร่วมกัน กรณีรับงานมาทำที่หมู่บ้าน	1. ผู้นำหมู่บ้านกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมร่วมกันจากการรวมกลุ่ม กันได้ 2. มี อสม. กลุ่มแม่บ้าน กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มที่ จัดตั้งขึ้นในหมู่บ้าน หมอเป่า หมอส่อง หมอนวดแผนโบราณ 3. กิจกรรมหรือโครงการในการพัฒนาสุขภาพมีทั้งเชิงรุกและเชิง รับ บุคลากรมีโอกาสร่วมกิจกรรมต่างๆและมี สัมพันธภาพที่ดี กับคนในหมู่บ้าน 4. ความผูกพันทางสังคมที่อยู่กันแบบเครือญาติ ช่วยเหลือกัน 5. ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ 92.06 % ประชาชนจะไปใช้ บริการที่สถานอนามัยที่ใกล้ที่สุด ซึ่งเกิดปัญหาเรื่องการข้าม เขตตามระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ ทำให้ไม่สะดวกที่ต้องไปใช้ บริการสถานอนามัยที่เป็นเขตบริการของหมู่บ้าน และต้องเสีย ค่าใช้จ่ายเพิ่มอีกถ้าไปใช้บริการที่สถานอนามัยใกล้บ้าน เนื่องจากออกนอกเขตบริการที่ได้ทำบัตรสุขภาพไว้แล้ว

ชุมชน / หมู่บ้าน ที่ศึกษา	ปัญหาสุขภาพหรือโรค	ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพชุมชน	สภาพทางสังคมของคนในชุมชนที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของคนใน ชุมชน และ ต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในคนกลุ่มต่างๆ
	13. หญิงตั้งครรภ์ คลอดบุตรน้ำหนัก ต่ำกว่า 2,500 กรัม 14. เด็กไม่โตตาม เกณฑ์ 15. มารดาที่มีบุตรอายุ น้อยกว่า 20 ปี สูง ถึง 87.22 %		6. ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้างใน เมือง เช่น โรงงานแหวน มีการสัมผัสสารพิษจากการประกอบ อาชีพตลอดเวลา 7. ประชาชนส่วนใหญ่บริโภคอาหารรสจัด ไม่ค่อยเป็นเวลา อาหารสุกๆดิบๆ 8. ชื้อยาแก้ปวด ยาชุดรับประทานเอง 9. เด็กไม่สวมรองเท้า 10. ผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานส่วนมากสูบบุหรี่ 11. ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน มีการเคลื่อนย้ายแรงงาน เมื่อหมดฤดูกาลทำนาและชอบเที่ยวหญิงขายบริการ บางคน ใช้สารเสพติด 12. ส่วนมากยากจน มีรายได้ประมาณ 30,000 บาท/ ครอบครัว / ปี
หมู่บ้านชนบท เขตอำเภอ รอบนอก 1. บ้านกกก 2. บ้านเปือย	โรค / ปัญหาที่พบ บ่อย 1. โรคอุจจาระร่วง และโรคระบบทาง อาหาร	1. เป็นหมู่บ้านที่อยู่ห่างเมือง แต่มีความสะดวกในการ คมนาคม เชื่อมจุดต่อต่างๆได้ ถนนในหมู่บ้านเป็นถนน ลูกรัง มีฝุ่นฟุ้งกระจายมาก 2. มีการเลี้ยงสัตว์ตามบ้าน การกำจัดมูลสัตว์ไม่ถูกวิธี	1. ประชาชนมีลักษณะความสัมพันธ์กันแบบพี่น้อง มีการเอื้อ อาการ ดูแลกัน โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยเช่น การจัดอาสาสมัคร ดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีพระภิกษุที่เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพที่ไม่เป็น ทางการ ให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน และ

ชุมชน / หมู่บ้าน ที่ศึกษา	ปัญหาสุขภาพหรือโรค	ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพชุมชน	สภาพทางสังคมของคนในชุมชนที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของคนใน ชุมชน และ ต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในคนกลุ่มต่างๆ
(อยู่ในเขต อำเภอ หนองเรือ จ. ขอนแก่น)	2. HIV, AIDS 3. Leptospirosis 4. โรคตาแดง 5. โรคเบาหวาน 6. ระบบทางเดิน หายใจ 7. โรคช่องปาก 8. ความดันโลหิตสูง 9. ทุโภชนาการ 10. อื่นๆ เช่น ปวด เมื่อย กล้ามเนื้อ พยาธิ	3. ในหมู่บ้านมีโรงสีข้าว 3 แห่ง มีฝุ่นฟุ้งกระจายจากการสี ข้าว มีโรงเลี้ยงไก่ (ฟาร์ม) 3 แห่งอยู่ที่นาของชาวบ้าน ไม่ ห่างจากหมู่บ้านมาก 4. สถานีนอนามัยอยู่ไม่ห่างจากหมู่บ้าน มีอัตราการให้บริการ ที่สถานีนอนามัยสูง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้สะดวก ประชาชนมีบัตรประกันสุขภาพ 78.88 %	ประชาชนให้ความนับถือ 2. มีโครงการภายในหมู่บ้านที่ประชากรร่วมกันจัดขึ้นเพื่อส่งเสริม สุขภาพคนในหมู่บ้าน มีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ 3. มีการศึกษาระดับประถมศึกษา 4. ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน 5. ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง 6. ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการเมื่อมีอาการที่เกี่ยวข้อง กับโรค Leptospirosis จากการณรงค์การป้องกันโรคดังกล่าว ของสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ 7. งานบริการสถานีนอนามัยส่วนใหญ่ที่ได้ผล เป็นงานสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคและการฝากครรภ์ การวางแผนครอบครัว 8. มีเด็กและผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา 9. ประชาชนส่วนมากนิยมซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหารจาก ร้านขายของชำและซื้ออาหารสำเร็จรูปจากร้านอาหารใน หมู่บ้าน มีการปรุงอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ 10. เป็นหมู่บ้านเกษตรกรรม ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม เมื่อหมดฤดูทำนา มีส่วนหนึ่งไปทำงานต่างถิ่น

ชุมชน / หมู่บ้าน ที่ศึกษา	ปัญหาสุขภาพหรือโรค	ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพชุมชน	สภาพทางสังคมของคนในชุมชนที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของคนใน ชุมชน และ ต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในคนกลุ่มต่างๆ
			บางส่วนทำประมงน้ำจืด มีการจับปลาและแปรรูปปลา 11. มีรายได้น้อย ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายโดยส่วนมากจะหาเช่า กินค่า

การศึกษาวิถีสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ส่วนนี้วิเคราะห์ให้เห็นว่าวิถีสุขภาพประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างไร และบ่งบอกความต้องการด้านสุขภาพอย่างไร ปัญหาสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่ เป็นโรคพื้นฐานทั่วไปและโรคที่ย่างยากซับซ้อน ซึ่งเป็นโรคหรือการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ เนื่องจากมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง ที่สะท้อนภาพการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพต่างๆ ของชุมชนแต่ละท้องถิ่น การศึกษาวิถีสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพจึงเน้นที่ 1) ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และการจัดการกับการเจ็บป่วย 2) บริการด้านสุขภาพต่างๆ ที่พึงประสงค์ 3) ความเข้าใจในการเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ 4) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน และ 5) แหล่งทรัพยากรสนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ

ภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของคนในชุมชนที่ศึกษามีตั้งแต่กลุ่มที่มีสุขภาพที่แข็งแรงดี ไม่เจ็บป่วยอะไร จนกระทั่งกลุ่มที่เจ็บป่วย โดยการเจ็บป่วยมีตั้งแต่เจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่น เป็นไข้ เป็นหวัด ภาวะอาหารปวดหลัง ท้องร่วง ปวดเอว ปวดเข่า เหนื่อย ฯลฯ ตลอดจนการเจ็บป่วยเรื้อรังจนต้องเข้าไปทำการรักษา หรือการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เช่น มะเร็ง หรือ โรคเอดส์ กล่าวคือ

- **กลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรงดี** โดยทั่วไปคนที่ไม่เป็นอะไร ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย ทำงานได้ มีสติตั้งมั่น ไม่เจ็บป่วยร้ายแรง ถือว่าเป็นคนที่มีสุขภาพแข็งแรงดี รวมทั้งผู้พิการ จากอุบัติเหตุ หรือโรคต่างๆ ที่สามารถอยู่ได้โดยไม่ต้องรักษา หรือไปโรงพยาบาล
- **กลุ่มที่สุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรัง** คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีการเจ็บป่วยออกๆ แอดๆ จากหลายโรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคชรา โรคปวดตามมือ ข้อเสื่อม โรคเอดส์ โรคประสาท โรคอัมพฤกษ์หรือ อัมพาต โรคมะเร็ง โรคนอนไม่หลับ เป็นต้น ในกลุ่มนี้มีผู้ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต เช่น เอดส์ มะเร็ง ไตวาย ชรา เป็นต้น
- **กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ** คนกลุ่มนี้มีหลายวัย เป็นกลุ่มคนที่มีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่ประสพกับภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร ที่มีรสจัด ไม่สุก การดื่มสุรา การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การทำงานที่ไม่มีการป้องกันอันตรายหรืออุบัติเหตุ เช่น มัดแหว่น รับจ้างเก็บผักในสวน พ่นสารฆ่าแมลงในไร่ นา สวน ทำงานในพื้นที่ก่อสร้างอาคารต่างๆ เป็นต้น กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ดูเหมือนมีสุขภาพดี
- **กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่รุนแรง หรือ มีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน** การเจ็บป่วยเล็กน้อยดังกล่าวสามารถรักษาได้เองโดยการซื้อยากินเอง หรือ การดูแลสุขภาพตนเอง เช่น โรคหวัด เป็นไข้ ท้องเสีย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกายจากการทำงาน โรคตาแดง ภาวะอาหาร โรคภูมิแพ้

บาดแผลเล็กน้อย เป็นต้น ส่วนการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น มีตั้งแต่ อาการรุนแรง เช่น เป็นลม หหมดสติ อุบัติเหตุรุนแรง หรือ ช็อค เป็นต้น

ภาวะสุขภาพของกลุ่มคนในชุมชนแบ่งตามวัยต่างๆตามโรคที่พบบ่อย กล่าวคือ

- **วัยเด็ก** โรคที่พบบ่อยในเด็กแต่ละชุมชน คือ โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ไข้หวัด หรือ โรคภูมิแพ้ เป็นต้น ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ และจากสภาพแวดล้อมและสังคมของชุมชน โดยเฉพาะชุมชนที่ตั้งอยู่ริมถนน มีฝุ่นละออง คิว้นท่อไอเสียรถยนต์ ถ่าน คิว้นไฟ การเผาขยะในชุมชน ความแออัด การระบายอากาศที่ไม่ดี อย่างเช่นในชุมชนแออัดหรือในชุมชนเขตเมืองที่เป็นชุมชนที่เป็นทางผ่าน มีถนนคอนกรีตผ่านกลางชุมชน ทำให้มีคิว้นจากรถสองแถวและรถอื่นๆที่วิ่งผ่านชุมชนมาก ในชุมชนมีร้านค้าเคหะหลัก และเฟอร์นิเจอร์ ซึ่งทำให้มีฝุ่นละอองมาก หรือแม้แต่ในชุมชนเขตชนบทที่มีฝุ่นจากถนน และมีโรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็กอยู่ใกล้ เช่นชุมชนเขตกิ่งเมืองที่มีโรงสีข้าว 3 แห่งที่ก่อให้เกิดฝุ่นฟุ้งกระจาย สภาพแวดล้อมเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เด็กในชุมชนป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเป็นจำนวนมากและตลอดปี

โรคตาแดง เกิดขึ้นได้ในทุกชุมชนโดยเฉพาะชุมชนแออัดที่พบมากที่สุด ซึ่งสาเหตุการเกิดอาจมาจากฝุ่นละอองต่างๆ จากสภาพแวดล้อมที่เหมือนกันหมดของทุกชุมชน แต่ในชุมชนเขตกิ่งเมืองจะเกิดโรคตาแดงภายหลังน้ำท่วมและมีพาหะนำโรค คือ แมลงหวี่ โรคขาดสารอาหาร พบมากในเด็กวัยก่อนเรียนที่ถูกกลืนจากครอบครัวที่สนใจแต่การทำมาหากิน โดยเฉพาะในชุมชนแออัด โรคฟันผุ จากการที่มีสุขนิสัยที่ไม่ดี ไม่ทำความสะอาดฟัน หรือแปรงฟันโดยเฉพาะในชุมชนเขตกิ่งเมือง ส่วนโรคไข้เลือดออก สาเหตุมาจากสภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่มีน้ำขัง เป็นเวลานานและเป็นที่อยู่อาศัยของยุงที่เป็นพาหะ เช่นในชุมชนแออัด ในหมู่บ้านเขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท และการจัดบ้านเรือนที่ทำให้เกิดแหล่งอาศัยของยุง ตลอดจนพฤติกรรมกรรมการป้องกันยุงกัดในเด็กไม่เหมาะสม โรคอุจจาระร่วง ในชุมชนเขตกิ่งเมืองและชนบทที่มีการเลี้ยงสัตว์ได้ถูบ้าน และการจัดเก็บมูลสัตว์ที่ไม่เหมาะสม และร้านค้าในชุมชนไม่มีการป้องกันแมลงวัน มีโรงงานทำขนมจีนที่มีการจัดการสุขาภิบาลไม่ดี มีการปล่อยน้ำเสียไปตามร่องระบายจากบ้านเรือนสู่ถนน การกำจัดขยะไม่ดี เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันที่เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ประกอบกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของประชาชน ไม่เหมาะสม ชอบกินดิบ เช่น อาหารประเภทลาบก้อยดิบ ส้มตำหรืออาหารที่ปรุงด้วยปลาร้าไม่ต้ม ผักสด เป็นต้น และ ประชาชนมีพฤติกรรมกรรมการกินอาหารปรุงสำเร็จที่ขายในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ที่เรียกว่าอาหารถุง หรือแม้แต่สุขนิสัยในการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร หรือการจัดเก็บอาหารก่อนรับประทาน เป็นต้น ส่วนโรคธาลัสซีเมีย พบได้ทั่วไปรวมทั้งในชุมชนแออัดด้วย

- **วัยรุ่น** พบปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยจาก อุบัติเหตุ มากโดยเฉพาะจากการขับขีรถจักรยานยนต์ จนพิการ และเสียชีวิต เนื่องจากสภาพแวดล้อมทางสังคมของชุมชน และพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่นิยม

การสวมหมวกกันน็อก การใช้สารเสพติดเริ่มพบการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะวัยรุ่นในชุมชนเขตเมือง และชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท แต่ในชุมชนแออัดจะเป็นแหล่งรวมทุกอย่างตั้งแต่ โรคเอดส์ การใช้สารเสพติด และอุบัติเหตุ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมและสังคมของชุมชนที่เอื้อต่อการซื้อขาย และแหล่งขายยาเสพติด แล้วนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หรือการฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ และโรคเอดส์ และอุบัติเหตุก็พบได้เช่นกัน ส่วนการใช้สารเสพติดนั้นมีการกล่าวถึงมาก โดยเฉพาะเน้นที่อายุของกลุ่มเด็กที่เริ่มใช้ ว่า เป็นกลุ่มเด็กมากขึ้น

- **วัยทำงาน** เป็นวัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจากการประกอบอาชีพ เช่น 1) โรคไข้ฉี่หนู 2) โรคผิวหนังจากการใช้สารเคมี ในการทำไร่ ทำนา หรือทำเกษตรกรรม โดยเฉพาะชุมชนชนบทและชุมชนเขตกึ่งเมือง อาจเกิดอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เนื่องจากแพ้สารเคมีต่างๆ หรือ โรคสะสมเงินจากการแพ้โดยเฉพาะในชุมชนแออัดที่มีมลภาวะสิ่งแวดล้อมภายในชุมชนเอง หรือบางคนเป็นโรคโพรงจมูกอักเสบ อากาศเปลี่ยนแปลงง่าย หายใจไม่ออก แพ้อากาศ ฝุ่นละอองในชุมชนมาก 3) อาการปวดเมื่อยตามตัว เจ็บเส้นเป็นเอ็น จากการประกอบอาชีพ ความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจที่รัดตัว การขาดการออกกำลังกาย 4) พฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องอาจเป็นโรคอุจจาระร่วง โรคกระเพาะอาหารอักเสบ จากการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา 5) เครียดจากภาวะเศรษฐกิจต่างๆ การงาน การเรียน 6) โรคนี้จากการดื่มน้ำที่ไม่สะอาดหรือรับประทานผักกะโดน 6) ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานและความประมาทจากนิสัยที่ไม่สวมหมวกกันน็อก 7) โรคพยาธิจากพฤติกรรมที่ไม่ชอบใส่รองเท้า 8) นิสัยของวัยแรงงานส่วนใหญ่นิยมดื่มสุราจนเกิดโรคตับแข็ง เลือดออกในกระเพาะอาหาร หรือการที่สูบบุหรี่บ่อยๆจนโรคปอด โรคมะเร็ง และ 9) อื่นๆ เช่น พบโรคไข้รากสาดในชุมชนชนบท มีบางคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากกรรมพันธุ์ เป็นลมง่ายเนื่องจากไม่ได้รับประทานอาหาร เพื่อลดน้ำหนัก หรืออดนอนจากการดื่มหรสพ เป็นต้น

อย่างไรก็ดีวัยนี้นับว่าเป็นวัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต มาจากความเครียด ไม่มีงานเสริมรายได้ไม่พอกับรายจ่าย ทำให้คิดมาก เป็นวัยที่ต้องมีการรับผิดชอบผู้อื่นในครอบครัว ในเรื่องภาระหนี้สิน การศึกษาของบุตร การเลี้ยงดูหลาน การหาเลี้ยงตนเอง บางคนเรียกภาวะเหล่านี้ว่าเป็น “โรคอึดเงิน”

- **หญิงตั้งครรภ์** โรคที่พบในหญิงตั้งครรภ์คือ โรคเลือดจาง และโรคธาลัสซีเมีย ที่ดูเหมือนว่าประชาชนมีความเข้าใจในโรคดังกล่าวน้อยโดยเฉพาะประเด็นการเกิดโรคทางกรรมพันธุ์
- **หญิงวัยทอง** ผู้หญิงวัยทองในชุมชนจำนวนมาก เป็นกลุ่มที่มีความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันตามความคาดหวังของ ครอบครัว สภาพเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดอาการการเจ็บป่วยและโรคได้ เช่น โรคปวด โรคเครียด ปวดศีรษะ เหนื่อยเพลีย เป็นต้น
- **ผู้สูงอายุ** ส่วนใหญ่มีทั้งเจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคต้อเนื้อ ต้อกระจก โรคไต โรคปอด อัมพาต มะเร็ง โรคประสาท โรคหัวใจ ปวดขา ปวดเข่า ปวด

สะโพก และเป็นนิ้วในถุงน้ำดี ซึ่งโรคต่างๆเหล่านี้เกิดจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย ตามความเสื่อมทางร่างกาย และจากอุบัติเหตุ แต่ถ้าผู้สูงอายุในชุมชนไม่เป็นอะไร ก็จะเป็นโรคชรา ตามสังขาร สายตายาว ชี้อัม โรคเกี่ยวกับฟัน เช่น ฟันร่วง บางคนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ อยู่ บ้านเลี้ยงหลาน กวาดบ้าน และช่วยนึ่งข้าว เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพที่มีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ก. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

ในภาพรวมของการส่งเสริมสุขภาพ หรือการป้องกันโรคของประชาชนทุกกลุ่มในชุมชน มุ่งเน้นที่การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยมีการดูแลตนเองเรื่องการกิน การอยู่ ที่ไม่ให้เจ็บป่วยด้วยโรค เช่น การรับประทานอาหารที่ดี ถูกต้อง ครบ 5 หมู่ มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การปรุงสุกสุกหอมมีรสชาติ มีการล้างผักก่อนรับประทานอาหาร มีการออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ ไม่เครียด ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ หรือการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน การทำความสะอาดครัวเรือน การกำจัดขยะ เพื่อที่จะป้องกันโรคต่างๆ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง เป็นต้น

ลักษณะสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมของชุมชน ยังสามารถสะท้อน ศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ที่อาจจะมีความแตกต่างกันได้ เช่น ในชุมชนแออัดที่มีสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ความแออัดในชุมชน การสร้างที่อยู่อาศัยเบียดเสียดกันแบบไม่ถาวรและกึ่งถาวรทำให้บรรยากาศอับทึบ การระบายอากาศและน้ำทั้งในชุมชนและภายในบ้านไม่ค่อยดี เหล่านี้สะท้อนปัจจัยที่ขัดขวางหรือแหล่งทรัพยากรที่เป็นศักยภาพในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ของคนในชุมชนแออัด ได้ว่ามีแตกต่างจากในชุมชนเขตเมือง ชุมชนเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนชนบท ที่มีสภาพแวดล้อมและสังคมแตกต่างกัน การรับรู้หรือความเข้าใจในเรื่องนี้ สะท้อนให้เห็นจากพฤติกรรมและแนวคิดในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ของผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน

นอกจากนี้ประชาชนในแต่ละชุมชนยังมองว่า การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและการเจ็บป่วย มีความเชื่อมโยงกับภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากทุกชุมชนมีรายได้ที่ค่อนข้างน้อยไม่แน่นอน โดยเฉพาะชุมชนแออัด ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ไม่มีงานทำประจำ ส่วนมากจะหาเช้ากินค่ำ ไม่มีรายได้ประจำ หรือมีรายได้น้อย รายได้ไม่เพียงพอจ่าย ค่าครองชีพสูงกว่าชุมชนอื่น และมีหนี้สิน หรือแม้กระทั่งชุมชนอื่นๆทั้งชุมชนชนบท ชุมชนเขตกึ่งชนบท และชุมชนเขตเมือง รายได้ของชุมชนค่อนข้างน้อย มีรายรับไม่เพียงพอจ่าย และมีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรมขนาดเล็กเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพได้อย่างชัดเจน และเมื่อพิจารณาประชาชนในชุมชนตามกลุ่มวัยต่างๆจะเห็นกิจกรรมและกระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่แตกต่างกันออกไปตามวัยต่างๆ ดังนี้

- **วัยเด็ก** จะเน้นในการดูแลเด็กเล็กเมื่อเป็นไข้หรือป่วยเล็กน้อย โดยไม่ต้องกินยาเช่น การได้รับวัคซีนครบถ้วน
- **วัยรุ่น** ส่วนใหญ่จะเป็นการรวมกลุ่มออกกำลังกายในการเล่นกีฬา เช่น ฟุตบอล แอโรบิก วิ่ง เป็นต้น

- **วัยทำงาน** เป็นวัยที่เน้นในการประกอบอาชีพหารายได้ จึงมีกิจกรรมด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคหรือการเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ กิจกรรมที่พบได้คือ การออกกำลังกายเช่นการเดินแอโรบิก ร่วมกับวัยเดียวกันและวัยอื่นๆ การปั่นจักรยานในบ้าน การป้องกันภาวะเสี่ยงต่างๆต่อสุขภาพ เช่น การงดบุหรี่ สารเสพติด สุรา การป้องกันตนเองจากอันตรายจากการประกอบอาชีพ เช่น การใส่รองเท้าบูท การใช้ผ้าปิดปาก ใส่ถุงมือเวลาฉีดสารเคมีเมื่อทำสวน การป้องกันการเจ็บป่วยจากการกินการอยู่ เช่น การรับประทานอาหาร การจัดการกับสิ่งแวดล้อมภายในครัวเรือน และรอบบริเวณบ้าน การสร้างเสริมสุขภาพจิต จัดการกับความเครียดของตนเอง เหล่านี้เป็นต้น
- **หญิงตั้งครรภ์** ส่วนใหญ่เน้นพฤติกรรมในระดับบุคคล โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อไม่ให้เจ็บป่วย และให้ลูกในครรภ์แข็งแรง พฤติกรรมรวมกลุ่มมีน้อย ยกเว้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันในเรื่องสุขภาพของตนและการเตรียมการสำหรับการคลอดและการเลี้ยงดูบุตร
- **วัยผู้สูงอายุ** จะมีกิจกรรมที่หลากหลายเช่น การรวมกลุ่มกันออกกำลังกายส่วนใหญ่จะเป็นการเดินออกกำลังกาย ยกแขนยกขา รำมวยจีน ไ้เก็ก กวาดพื้นบ้าน ด้านการดูแลสุขภาพจิตก็มักจะเป็นการเข้าวัดทำสมาธิมีกิจกรรมทางศาสนาที่สำคัญ ส่วนการดูแลเรื่องอาหารจะมีการปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

บ. พฤติกรรมเสี่ยง

ประชาชนจะมีพฤติกรรมเสี่ยงแตกต่างกันไปตามบริบทสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมของชุมชนนั้นๆ ได้แก่

- **พฤติกรรมเสี่ยงในการประกอบอาชีพ** ในชุมชนชนบท และชุมชนกึ่งเมือง ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม นิยมการใช้ยาฆ่าแมลงและวัชพืชและใช้โดยไม่มีการป้องกัน หรือไม่เข้าใจวิธีป้องกันที่ถูกต้อง เช่น เลี้ยงเอายีนเหนือลม เข้าใจว่าการใช้ที่ปิดจมูก ปิดปาก เป็นสิ่งที่น่ารำคาญ ป้องกันไม่ได้ 100 % ไม่มีความเข้าใจในอันตรายของสารพิษอย่างพอเพียง ดังนั้นจึงมีการสัมผัสสารพิษจากการประกอบอาชีพ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรืออันตรายได้ หรือการเสี่ยงต่ออันตรายจากการทำงานโรงงาน อุตสาหกรรม หรือรับจ้างในเมือง เช่น โรงงานแหวน การรับจ้างในงานก่อสร้างต่างๆ การรับจ้างทำแหวน เป็นต้น
- **นิสัยการบริโภค** โดยภาพรวมของประชาชนทุกชุมชน จะมีนิสัยการรับประทานอาหารคล้ายกันจากความเข้าใจในเรื่องอาหารที่ไม่ถูกต้องและความคุ้นเคย เช่น การรับประทานอาหารรสจัด เค็ม รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ส่วนใหญ่จะกินดิบ หรือสุกๆดิบๆ นิยมซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากร้านอาหาร แผงลอย ในหมู่บ้านหรือในตลาด จากรถเข็นมารับประทานเอง กินผักที่ฉีดสารเคมี หรือรับประทานผักกระโดน และน้ำที่ไม่สะอาด จนเป็นโรคนี้ก็ได้ หรือบางที่ไม่ล้างมือ และไม่ทำอาหารให้สุกร้อนก่อนรับประทาน

- **ขาดการดูแลสุขภาพอนามัยของเด็กเล็ก** ในชุมชน ผู้ปกครองขาดการดูแลสุขภาพในเด็กเกี่ยวกับสุขภาพฟันที่ดี เด็กไม่มีการบ้วนปาก ไม่แปรงฟัน เมื่อไม่สบายไข้หวัดใหญ่ เด็กไม่สวมรองเท้า เมื่อออกจากบ้าน
- **การใช้สารเสพติด** โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน ในชุมชนแออัด อาจเป็นแหล่งของยาเสพติด ที่พบได้ทุกอย่างตั้งแต่การใช้และแหล่งซื้อขาย ในชุมชนชนบทพบการใช้สารเสพติดโดยใช้เข็มฉีดยาและอื่นๆ ส่วนการสูบบุหรี่พบมาก โดยเฉพาะวัยแรงงานทั้งแรงงานในเมืองและแรงงานย้ายถิ่น ปัญหาการการใช้สารเสพติดในชุมชนแออัดมีหลากหลายตั้งแต่ การซื้อขาย การเสพ
- **ไม่สวมหมวกกันน็อกเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์** โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีการขับขี่ที่ไม่ระมัดระวัง ในสภาพถนนค่อนข้างแคบ คดเคี้ยว โค้ง หักมุม ไม่มีสัญญาณจราจรที่ชัดเจน หรือค่านิยมในการมีจักรยานยนต์ของคนในชุมชน ที่พบคือเกือบทุกหลังคาเรือน มีการใช้จักรยานยนต์กันมาก ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเสี่ยงที่จะประสบอุบัติเหตุได้ และพบอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์มาก
- **ดื่มสุรา สูบบุหรี่** โดยเฉพาะผู้ชายวัยแรงงานในชุมชนชนบท เนื่องจากชุมชนมีความผูกพันทางสังคมมาก อยู่กันแบบเครือญาติ ซึ่งในชุมชนอื่นๆก็พบปริมาณของวัยแรงงานที่สูบบุหรี่และดื่มสุราค่อนข้างมาก จากความเครียดที่เป็นผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจ และการเข้าสังคม ตลอดจนการเป็นแบบอย่างให้เด็กวัยรุ่นในชุมชนนิยมการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น และเห็นว่าผู้ชายดื่มสุรา สูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง
- **มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ** ผู้ชายในชุมชนชนบทและชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่อยู่ในวัยแรงงาน มักจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับหญิงขายบริการหรือกับคู่นอนหลายคน โดยไม่มีการป้องกัน เช่น การใช้ถุงยางอนามัย โดยเฉพาะในแรงงานย้ายถิ่น ส่วนในชุมชนแออัดนั้น ประชาชนกลุ่มหนึ่งมีอาชีพขายบริการเพื่อความอยู่รอดเป็นรายวันและมักไม่มีการป้องกันหรือรักษาแต่อย่างใด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในชุมชนแออัดพบได้ในเด็กหนุ่มสาว และวัยแรงงาน เป็นต้น
- **การซื้อยากินหรือใช้เอง** โดยเฉพาะในชุมชนชนบท และชุมชนแออัด ลักษณะของยาเป็นยาที่ซื้อกินเอง โดย 1) ทราบองค์ประกอบหรือชื่อยา ตัวอย่างเช่น พวดยาเพนิซิลิน หรือยา pox กินแล้วเขาจุดปูด โดยเฉพาะกลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ยาพาราเซตามอล ใช้เวลาแก้ปวดเป็นประจำ เป็นต้น และ 2) ไม่ทราบองค์ประกอบหรือชื่อยา เช่น ยาชุดแก้ปวด ยาชุดแก้เมื่อย เป็นต้น บางคนเมื่อมีอาการหรือเจ็บป่วย นิยมซื้อยามารับประทานเองก่อน แล้วนอนพักดูอาการก่อนไป การกินยาหรือเลือกซื้อยา จะใช้วิธีปรึกษาคนใกล้ชิด เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง ขอแบ่งยาจากคนรู้จัก มารับประทานเองจากคำแนะนำของผู้ใหญ่หรือเพื่อน ที่กินหรือใช้ แล้วอาการดีขึ้น อาจไปซื้อเองที่ร้านขายของชำในหมู่บ้าน ร้านขายยา โดยเอาตัวอย่างเม็ดยาที่ได้จากเพื่อน คนรู้จักไปซื้อ และเก็บประสบการณ์ไว้บอกต่อกันไป หรือจากการดูจากสื่อโทรทัศน์ แต่อย่างไรก็ตาม ประชาชนยังมีนิสัยการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบส่วน หยุดยาตามที่ต้องการโดยเฉพาะ

เมื่ออาการหายไป และไม่ไปพบแพทย์ตามนัดเมื่อแพทย์นัดตรวจซ้ำ

- **พฤติกรรมการขับถ่ายไม่ปกติ** เนื่องจากประชาชนมักจะกลั้นปัสสาวะ ขับถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลา จนเป็นโรคริดสีดวงทวารหนัก
- **พฤติกรรมการดำเนินชีวิตกับปัญหาความเครียด** พบมากทุกชุมชนเป็นผลมาจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน โดยที่มีสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความเครียดมากขึ้น เช่น ชุมชนแออัดจะมีสภาพการประกอบอาชีพที่มีการแข่งขันสูง และเร่งรัด ฐานะทางเศรษฐกิจไม่พอเพียง รายได้ไม่แน่นอน สภาพแวดล้อมและสังคมแออัด ที่อยู่อาศัยไม่ถาวรไม่แน่นอน สภาพเมืองที่พลุกพล่าน ทำให้มีการจัดการความเครียดไม่ดี เกิดภาวะเครียดสูง หรือในชุมชนเขตเมือง ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่เครียดจากสภาพรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย การทำงานย้ายถิ่น และความยากจน ในช่วงมีงานบุญหรือเทศกาลงานต่างๆ ประชาชนมักจะได้รับผลกระทบไม่เพียงพอ โดยไม่มีการเตรียมการล่วงหน้าหรือเห็นว่ามีเรื่องร้ายแรงอะไร

ด. พฤติกรรมการจัดการกับการเจ็บป่วย

เมื่อประชาชนเกิดการเจ็บป่วยจะมีวิธีการหลากหลายในการจัดการกับความเจ็บป่วย ตั้งแต่การดูแลตนเอง จนกระทั่งการให้ผู้อื่นช่วยดูแล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพ ถ้าไม่มีการแสดงว่าไม่อันตรายจะไม่ไปหาหมอ และขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจ ถ้าไม่เป็นมากจะรักษาเอง ส่วนใหญ่จะดูแลตนเองหาซื้อยามารับประทานเองก่อน เพื่อดูอาการ กล่าวคือ

- **การดูแลตนเอง** ในกรณีที่เจ็บป่วยเล็กน้อย การดูแลตนเองอาศัยประสบการณ์ที่ได้รับ เป็นตัวกำหนด เช่น เวลาเป็นหวัดให้กินน้ำอุ่นและนอนพัก เป็นไข้เล็กน้อยสามารถดูแลได้ เมื่อปวดเมื่อยมีการนวดและออกกำลังกายเป็นส่วนๆ และใช้ยาเอง เป็นต้น จากนั้นสังเกตอาการเพื่อตัดสินใจในการรักษาเมื่ออาการไม่ดีขึ้น
- **การรักษาแบบพื้นบ้าน** หลายอย่างแล้วแต่ความเชื่อและความศรัทธาในการรักษาที่ได้มีการสื่อสารกันมาอย่างต่อเนื่อง เช่น การกินยาสมุนไพร รากไม้ ยาตั้ง ยาฝน หรือการใช้หมอนวดแผนโบราณ หมอเป่าหรือการรักษาทางไสยศาสตร์ หมอทรง หมอลำผีฟ้า หรือการย่ำไฟ หรือกินน้ำมันต์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาการเจ็บป่วยและสาเหตุ ตามความเข้าใจ ฐานะทางเศรษฐกิจ สวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ที่มีและพึงได้รับ ความรู้สึกศรัทธาต่อสถานบริการและบุคลากรด้านสุขภาพ ความสะดวกรวดเร็วของบริการ ตลอดจนความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือของสถานบริการแต่ละแห่ง อาการที่มักใช้ยาสมุนไพรได้แก่ อีสุกอีใส โรคกินผิดสำแดง เวลาเป็นแผล ริดสีดวงทวาร การย่ำเมื่อเกิดอุบัติเหตุ
- **การซื้อยามารับประทานเอง** เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นบ่อยมาก โดยอาจเลือกซื้อยาที่ร้านขายของชำ ร้านขายยา ไปขอยาที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน คลินิก สถานีอนามัย หรือคลินิกแพทย์ต่างๆ อาการที่มักซื้อยากินเอง ได้แก่ อาการปวดเข่า ปวดหัว ปวดขา ปวดฟัน เป็นหวัดเป็นไข้ บางกรณีจัดการกับภาวะเจ็บป่วยโดยการพูดคุยกันในกลุ่มครอบครัวที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและเลือกซื้อยา

ในการบำบัดอาการ เมื่อเกินกำลังและความสามารถในการรักษาเองภายในบ้านและในชุมชนแล้ว มักไปใช้บริการจากสถานบริการต่างๆ การตัดสินใจเข้ารับการรักษา ที่สถานบริการของ เอกชน หรือ รัฐบาล ขึ้นอยู่กับทัศนคติต่อบริการ ฐานะทางเศรษฐกิจ และบัตรประกันสุขภาพที่ผู้ใช้บริการได้ สิทธิในการเข้าถึงบริการต่างๆ สถานบริการของรัฐที่ใช้มาก คือ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ความดีเห็นชอบของประชาชน ฟูให้บริการและวงศ์ภคทรภะทวงทักกันต่อ บริการสุขภาพ ที่พึงประสงค์

โดยส่วนใหญ่ประชาชนในชุมชนต้องการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นของตน ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล การรักษา เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ การตัดสินใจในการดูแลรักษา ประเด็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ประชาชนวิเคราะห์เห็นความสำคัญ ได้แก่

ก. คำแนะนำในการปฏิบัติตัว

คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ในการดูแลสุขภาพตนเองและการรักษาตนเอง ให้สามารถปฏิบัติได้ หรือ เป็นการป้องกันการเจ็บป่วยและโรค เช่น เป็นการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีการระบาดหรือการเจ็บป่วย ในการมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค การจัดสิ่งแวดล้อมสุขาภิบาลในครัวเรือน การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ในการลดอาการรุนแรงหรือลดการระบาด การดูแลเด็กเมื่อเป็นไข้เพื่อป้องกันเด็กชักเมื่อมีไข้สูง หรือเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ โดยไม่ต้องกินยา หรือเมื่อหายเจ็บป่วยทั้งที่อยู่ที่บ้านและโรงพยาบาลให้หายเร็ว เช่น โรคไข้เลือดออก ท้องร่วง ในเด็ก เป็นต้น หรือการให้คำแนะนำสำหรับคู่สมรสก่อนมีบุตร เรื่องการรับประทานยา และการควบคุมอาหาร ในกรณีที่มีโรคเรื้อรัง การปฏิบัติตนเมื่อใส่หน้ากาก เป็นต้น ทั้งนี้การให้คำแนะนำต้องเน้นการทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายและถูกต้องครอบคลุม

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาด้วยตนเอง

การเลือกใช้ยาด้วยตนเองเป็นพฤติกรรมที่พบมากและประชาชนเห็นว่าน่าที่จะได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการใช้ยาดังกล่าว มียาอะไรบ้างที่ประชาชนใช้อยู่เพื่อชี้ว่า ยาใดบ้างที่ไม่ควรใช้ เป็นยารุนแรง ยาใดบ้างที่สามารถใช้ได้เอง กรณีอาการหรือการเจ็บป่วยใดบ้างที่สามารถเลือกใช้ยาด้วยตนเอง ตลอดจนแหล่ง หรือสถานที่ที่เหมาะสมในการเลือกซื้อยาบางอย่างที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน ประชาชนเห็นความสำคัญของ ยาสามัญประจำบ้าน โดยเฉพาะเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัว เป็นไข้ ซึ่งทำให้เกิดความสะดวกมากขึ้น

ค. บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย และโรค

เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เน้นในเรื่องของ การได้รับวัคซีน การเฝ้าระวังทางโภชนาการแก่เด็ก เพื่อดูว่าเด็กขาดสารอาหารหรือไม่ การตรวจสุขภาพฟัน กระตุ้นให้ผสมไอโอดีนในน้ำดื่ม การตรวจร่างกาย การตรวจน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ การค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรค ด้วยการตรวจเสมหะ ในประชาชนทุกกลุ่ม

เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมการดูแลบุคคลตามวัยต่างๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์และทารก เด็กวัย โรงเรียน วัยรุ่น วัยทอง และผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุม นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการให้คำแนะนำ การให้ความรู้

เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคและการเจ็บป่วย การส่งเสริมการออกกำลังกาย ทั้งนี้ต้องเป็นการกระตุ้นให้คนมีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่างๆได้ เช่น บางชุมชนต้องการบริการที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพในรูปแบบต่างๆ การมีผู้นำในการออกกำลังกาย การมีสถานที่ในการออกกำลังกาย อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย หรือการกระจายข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพ การวางแผนครอบครัว การมีศูนย์ดูแลเด็กในชุมชน การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุและให้มีบุคลากรด้านสุขภาพให้คำแนะนำในการทำกิจกรรมออกกำลังกาย การทำสมาธิ และการนันทนาการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ส่วนในเด็กนักเรียนนั้นกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพที่ต้องการเน้นการส่งเสริมภาวะโภชนาการ การมีอาหารกลางวันรับประทาน การได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคทั่วไปและโรคระบาดต่างๆ สุขภาพฟัน และการส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์เช่น การออกกำลังกาย การช่วยชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม การทำผักสวนครัว เป็นต้น

จ. การศึกษา

การบริการเพื่อการรักษา เน้นที่การตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาเบื้องต้น เช่น ภูมิแพ้ ไข้หวัด ตาแดง ผื่นคัน ท้องร่วง ปะดง อุบัติเหตุที่ไม่มากเช่นถลอก ปวดขา ปวดเอว หรือแม้แต่โรคฉี่หนู การให้กำลังใจและการสนับสนุนผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์ การทำคลอดปกติ เป็นต้น การบริการเหล่านี้ต้องมีการเตรียมพร้อมในการให้ข้อมูล หรือการสอนคนในชุมชนให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องนำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม กล่าวคือ

- 1) บริการที่ **จัดการได้** โดยการให้การดูแลรักษาเบื้องต้นและฉุกเฉิน มีการวิเคราะห์ปัญหาการเจ็บป่วยสาเหตุของโรคและการเจ็บป่วย และศักยภาพในการรักษาเบื้องต้น จากการประเมินอาการ ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ในผู้ที่มีอาการไม่มากและไม่รุนแรง เช่น อาการปวดศีรษะ อาการไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกายปวดข้อ ปวดเอวและเข่า การทำแผลจากอุบัติเหตุเล็กน้อย แผลถลอกจากอุบัติเหตุ โรคท้องร่วง โรคฉี่หนู โรคเบาหวานที่ไม่รุนแรง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคชรา ไมเกรน โลหิตจาง ริดสีดวงทวาร โรคเครียด เป็นต้น
- 2) บริการที่ต้อง **ส่งต่อเพื่อทำการรักษาทันที แต่ให้การดูแลเบื้องต้นก่อนได้** เช่น การเข้าเฝ้ากักตัวชั่วคราว เมื่อได้รับอุบัติเหตุแขนขาหักหรือการล้าช้ำจากการกินเห็ดพิษและสังเกตอาการ ก่อนส่งต่อไปโรงพยาบาล
- 3) **รักษาไม่ได้ต้องส่งต่อทันที** เช่น อาการที่แพ้ยาพิษจากการรับประทานยา หรือการได้รับสารเคมี และมีอาการพิษรุนแรง ที่ทำให้อาการรุนแรงและหนัก เช่น หมดสติ ชัก ไม่หายใจ เป็นต้น

การบริการที่เกี่ยวกับการรักษาดังกล่าวควรสามารถให้บริการได้ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อนรุนแรง ซึ่งเป็นการสกัดการเข้ารับการรักษาที่สถานบริการในระดับที่ซับซ้อน ส่วนการ**บริการสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชน** เป็นสิ่งที่ต้องการเช่นกัน โดยควรมีลักษณะดังนี้

- 1) การให้คำแนะนำการรักษาโรค หรือการเจ็บป่วยบางอย่างที่ไม่มาก ไม่ซับซ้อน หรือโรคที่รู้จักกันดี หรือที่เป็นมาก ในหมู่บ้าน เพราะมีคนเจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน ที่ไม่ได้รักษาที่โรงพยาบาล ที่สามารถดูแล

รักษาตนเองได้ เป็นการให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เช่น เพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเอดส์ ผู้พิการ หรือผู้สูงอายุ ที่บ้าน เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการทำให้มีสุขภาพดี เช่น การกิน การอยู่ การระวังไม่ให้เจ็บป่วยหรือเป็นโรค สำหรับสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย

3) ให้คำแนะนำ เรื่องสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและการเจ็บป่วย เช่น การชั่งน้ำหนักเด็ก เพื่อดูว่าขาดสารอาหารหรือไม่ การกระตุ้นพ่อแม่ให้นำเด็กไปฉีดวัคซีน การสวมรองเท้าป้องกันโรคฉี่หนู การล้างผักก่อนรับประทาน การตามไปเยี่ยมหญิงหลังคลอด เป็นต้น เป็นการกระตุ้นให้ประชาชนทำกิจกรรมสุขภาพเองและไปใช้บริการสุขภาพที่ควรได้ โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ช่วงระบาดของโรคท้องถิ่นบางโรค เช่น โรคท้องร่วง โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู และการกระตุ้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคบางโรคเช่น เอดส์ เป็นต้น

4) การค้นหาโรค เช่น การตรวจหาไข้พยาธิ การตรวจหาน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต รวมทั้งการตรวจสุขภาพทั่วไป เป็นต้น

จ. ผู้ให้บริการ

คุณลักษณะของผู้ที่จะสามารถให้บริการได้ดีมีหลายอย่าง ได้แก่ ควรจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีความสามารถในการวิเคราะห์ และการรักษาโรคเบื้องต้น เป็นบุคคลที่เข้าใจธรรมชาติของคนในชุมชน ความเป็นอยู่สามารถเข้ากับคนในท้องถิ่นได้ ทำงานตามวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน รู้ปัญหาโรคท้องถิ่น สามารถจัดการปัญหาโรคท้องถิ่นได้ มีเวลาตลอด 24 ชั่วโมง เรียกหาได้ตลอด จัดหาบริการอย่างรวดเร็ว พุดเพราะและเห็นใจญาติให้มาก สามารถต่อรองได้ เช่น การขอใช้ยาฉีดแทนการกินยา การจ่ายค่ายา หรือการบริจาคสมทบค่ายาที่สถานีนอนามัย อย่างไรก็ดี การต่อรองที่ไม่ปรากฏมากนักได้แก่ คนในชุมชนแออัด ที่ถือเป็นพวกด้อยโอกาส เป็นผู้ที่ไม่เคยมีการต่อรอง ไม่เรียกร้อง ขอให้มีการรักษาที่ดีแล้ว ดังนั้นคุณลักษณะของผู้ให้บริการจะเป็นอย่างไรก็ได้ถ้าสามารถให้โอกาสคนได้เข้าถึงบริการ ที่ศูนย์แพทย์ เป็นต้น คุณลักษณะดังกล่าวปรากฏร่วมกับพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพและการทำงานร่วมกับประชาชนในท้องถิ่นด้วย ได้แก่ ตรวจและรักษาโรคเบื้องต้นได้ ทำงานด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้กับประชาชนได้ ที่สำคัญต้องมีความเป็นกันเอง มีความสามารถและเข้ากับชาวบ้านได้ พุดจาสุภาพ มีความอดทน และให้เวลากับประชาชน มีเหตุผล สนใจรับต้อนรับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างดี ในเรื่องการกินยา การกินอาหาร การนอนพัก การวัดไข้ การให้น้ำเกลือ การฉีดยา ให้การรักษาโรคที่ไม่ซับซ้อนได้และหายเร็ว เจ็บป่วยเมื่อใดก็ต้องดูแล 24 ชั่วโมง ทำแผลช่วยชีวิตเมื่อบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และฉีดยาให้ ให้คำแนะนำว่าเป็นโรคอะไร ป่วยเพราะอะไร และทำอะไรจึงจะหายให้บอกทันทีที่รู้หรือตรวจเสร็จ ถามไถ่เหมือนญาติ ต้องรีบให้การรักษาดูแลไม่ปล่อยให้รอนาน สามารถประเมินปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนได้ หาที่มาของปัญหาท้องถิ่นได้ สามารถทำงานประสานกับผู้บริหารได้ เช่น เทศมนตรีที่เป็นนักการเมือง โดยมีแนวคิดที่จะเสนอโครงการต่างๆที่จะบริการประชาชนได้ เพื่อเป็นแนวทางการวางนโยบายการบริหารงานของ อบต.หรือองค์กรปกครองท้องถิ่นได้

ความเข้าใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ที่ชี้ลักษณะการจติบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนครอบคลุมตั้งแต่การให้ความหมายของสุขภาพความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพ และ หลักประกันในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

ก. สุขภาพ

ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่า สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ทุกชุมชนให้ความสำคัญกับสุขภาพ อยากให้ทุกคนมีสุขภาพดี ถึงแม้ว่า สุขภาพอาจจะไม่ใช่ประเด็นที่สำคัญที่สุดที่ต้องคิดถึงเป็นสิ่งแรก แต่สุขภาพมีความเชื่อมโยงกับเรื่องอื่นๆ เช่น เศรษฐกิจ พฤติกรรมของคนในชุมชน สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม อาชีพการงาน พฤติกรรมเสี่ยง และความเครียด เพราะถ้ามีเรื่องของความเจ็บป่วยก็ทำงานไม่ได้ ส่วนในมุมมองขององค์กรปกครองท้องถิ่นนั้นเน้นที่ ภาระกิจการจัดหาบริการสุขภาพให้ประชาชนเพื่อให้เกิดการมีสุขภาพดี

ข. การดูแลสุขภาพ

ความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพของประชาชน เน้นที่ความสามารถในการทำกิจกรรมนั้นๆ เจ็บป่วยที่สนับสนุน ส่งเสริมในการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง อาจได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ การมีเงิน รายได้ ทำให้มีเงินใช้ ในการกินการอยู่ เมื่อมีเงินใช้ก็สามารถดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยได้ (แต่ไม่เสมอไปทุกครั้ง) อย่างไรก็ตามค่านิยมของคนในชุมชน ที่นิยมการคุมหรสพ หรือ ค่านิยมในการใช้รถมอเตอร์ไซด์ รถยนต์ อาจทำให้การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องรอง

ประชาชนเห็นศักยภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพ เริ่มตั้งแต่ 1) การสังเกตอาการ การเจ็บป่วยของตนเองหรือคนใกล้ชิดได้ โดยพยายามมีความเข้าใจว่าความเจ็บป่วยตนเองสามารถดูแลเองได้ก่อน ถ้าเป็นไม่มาก โดยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรหรือผู้รู้ 2) การพิจารณาอาการที่ต้องได้รับการรักษา และ 3) การตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาในสถานบริการต่างๆ โดยที่ประชาชนใช้ประสบการณ์ทำให้สามารถตัดสินใจได้เองว่าจะรักษาอย่างไร เมื่อใด และใครหรือสถานบริการระดับใดที่สามารถให้บริการเพื่อการรักษาได้ โดยที่ส่วนใหญ่บุคลากรด้านสุขภาพไม่เชื่อถือหรือมองข้ามศักยภาพเหล่านี้ไป เช่น ถ้าหากจะตัดสินใจไปโรงพยาบาล โดยไม่ต้องไปที่สถานีอนามัย หรือศูนย์แพทย์ หรือโรงพยาบาลระดับเล็ก หรือแม้แต่การจัดการบางอย่างเพื่อบรรเทาอาการก่อนไปรับการรักษา เช่น การเข้าเฝือก การขนย้ายผู้ป่วย การเจ็บป่วยบางอย่างสามารถรักษาได้ด้วยวิธีในท้องถิ่น เช่น การเป็นไข้เล็กน้อย ท้องร่วง ปวดเมื่อย เหนื่อย จะไปใช้บริการที่สถานีอนามัย หรือเมื่อต้องการใช้บัตรสุขภาพ แต่ถ้ารุนแรงเป็นมาก มักไปโรงพยาบาลทันที เช่น มีอาการปางตาย ไม่หายใจ ช็อก เป็นการวิเคราะห์สภาพการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถที่จะรักษาได้เองในชุมชน

อย่างไรก็ตามการดูแลสุขภาพของคนในแต่ละชุมชน มีความแตกต่างกัน ตามบริบททางสิ่งแวดล้อม สังคมและการบริการสุขภาพที่มีของชุมชนเช่น ชุมชนแออัดตั้งอยู่ในเขตเมืองที่ใกล้ริมทางรถไฟ และติดถนน

การดูแลสุขภาพจะเลือกสถานบริการที่สะดวก รวดเร็ว ค่าบริการถูกและใกล้ชุมชนที่สุด ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนจึงใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ ซึ่งสามารถเทียบเคียงกับสถานีอนามัยได้ในเรื่องความสามารถในการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาล เป็นต้น การใช้บริการการรักษาดังกล่าวประชาชนส่วนหนึ่งเลือกใช้ภายใต้เงื่อนไขของบัตรประกันสุขภาพและ ความรุนแรงของอาการ

ด. หลักประกันในการดูแลสุขภาพ

ประชาชนส่วนใหญ่มีหลักการประกันในการดูแลสุขภาพ ซึ่งแยกเป็น 2 แนวทาง คือ ผู้ที่มี / หรือได้รับสิทธิในการประกันสุขภาพในรูปแบบของสิทธิบัตรต่างๆ เช่น บัตรสุขภาพ บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย บัตรประกันสังคม บัตรผู้พิการ บัตรผู้สูงอายุ กรมธรรม์ประกันชีวิตที่ครอบคลุมถึงการประกันสุขภาพ โดยที่ประชาชนที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี รายได้น้อย และต้องการที่จะมีหลักประกันสุขภาพ เช่น บัตรสุขภาพ ชุมชนอาจมีกองทุนประจำหมู่บ้านให้ยืมซื้อบัตร เช่น ในชุมชนชนบท ชุมชนกึ่งเขตเมือง ส่วนชุมชนเขตเมืองหรือชุมชนแออัด อาจได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปร.) และบัตรสุขภาพ

คนในชุมชนเขตเมืองและชุมชนแออัดเป็นกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสในหลายๆด้าน มีรายได้น้อย แต่รายจ่ายสูง เช่น ค่าเช่าบ้าน ค่าไฟ ค่าน้ำ ค่ารักษา เป็นต้น การไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพทำให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพไม่ทั่วถึง บางคนไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนทำให้ไม่สิทธิที่จะได้รับการบริการต่างๆขั้นพื้นฐาน ซึ่งการที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนนี้ เชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ ได้ เช่นการไม่มีหลักประกันในการดูแลสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้น้อย ทำให้ต้องไปกู้ยืมเงินเพื่อการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ทำให้เกิดวงจรปัญหาไม่สิ้นสุด สำหรับคนที่มาอาศัยชั่วคราว ไม่ได้ย้ายสำเนาทะเบียนบ้านเข้าในชุมชนแออัด ไม่สามารถใช้สิทธิการใช้บัตรสุขภาพและใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ได้ รวมทั้งผู้ที่ใช้บริการในสถานบริการสุขภาพที่ไม่ได้ระบุในระบบของบัตรประกันสุขภาพ

ง. สถานบริการสุขภาพ

ประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพด้านต่างๆ สามารถแยกแยะได้ว่า ความเจ็บป่วยลักษณะใดอาการอย่างไร ควรได้รับการรักษาชนิดใดและอย่างไร แต่ทั้งนี้การตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพต่างๆ เน้นที่คุณภาพของการบริการมาก กล่าวคือ ที่สถานีอนามัย บริการเน้นที่การดูแลรักษาเบื้องต้น การให้คำแนะนำเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ การแนะนำเรื่องการรับประทานยา เป็นสถานบริการที่ใกล้บ้าน สะดวก ประเด็นที่พบเป็นเงื่อนไขที่ทำให้ต้องพิจารณาเมื่อต้องใช้บริการคือ การบริการที่ไม่ประทับใจในบางแห่งเครื่องมือไม่พร้อมและพอเพียง บริการช้า บุคลากรด้านสุขภาพไม่อยู่ประจำสถานีอนามัยตลอด 24 ชั่วโมงหรือไม่สามารถตามให้มาให้การรักษาได้ หรือไม่เต็มใจให้บริการ สำหรับคนในชุมชนแออัดที่ใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ ส่วนใหญ่ยอมรับและพอใจในบริการที่ใช้ เนื่องจากอยู่ใกล้ สะดวก บุคลากรด้านสุขภาพพูดดี เข้าใจกันง่าย ประกอบกับรู้สึกยินดีที่มีศูนย์แพทย์มาให้บริการเพราะไม่เคยถูกเกลียดแกลมาก่อน

ประเด็นเกี่ยวกับการใช้บริการในสถานบริการใกล้บ้าน ที่ชี้แนะลักษณะการจัดบริการสุขภาพในระดับต้น ได้แก่ 1) คุณภาพของยา เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ 2) ท่าทีของผู้ให้บริการ ความเอาใจใส่ ความรวดเร็วในการให้บริการ 3) ความสะดวก สบายในการเดินทางไปใช้บริการ 4) ความต้องการการรักษาบางอย่าง เช่น ยาฉีด

ถ้าเป็น **คลินิกเอกชน** เข้าใจว่ามีเครื่องมืออุปกรณ์มากกว่าสถานีนอนามัย มียาครบมากกว่าสถานีนอนามัย บริการสะดวกสบายพร้อม ใจ แต่ไม่เท่าโรงพยาบาลเอกชน เพียงแต่ค่ารักษาพยาบาลแพงกว่าสถานีนอนามัย หรือในบางชุมชน เช่น ชุมชนกึ่งเมืองจะมีคลินิกพยาบาล ซึ่งเป็นที่นิยมของคนในชุมชน ในการใช้บริการ ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ได้ เช่น เป็นไข้ ปวดหัว และให้ยาราคาถูกกว่าที่อื่นๆ พยาบาลประจำคลินิกให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา และการดูแลตนเองเพื่อให้การเจ็บป่วยหายเร็วด้วย ให้บริการรวดเร็ว อดิยาศัยดี ให้คำแนะนำดี เป็นต้น

โรงพยาบาล เป็นอีกสถานบริการที่ประชาชนเลือกใช้บริการ ซึ่งมีทั้งโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน เป็นสถานบริการที่มีความพร้อมในการรักษาหรือทำการรักษาในกรณีที่ยากหนัก ที่ไปรักษาที่อื่นๆ แล้วก็ไม่หาย และป่วยด้วยโรคที่นอกเหนือความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการรักษาในท้องถิ่น ต้องใช้บริการของโรงพยาบาล บางแห่งรักษาดี บางแห่งค่ายาแพง และบริการไม่ดี สำหรับ **โรงพยาบาลเอกชน** ส่วนใหญ่ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดีหรือมีการประกันสุขภาพ จะใช้โรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากพุดดี รักษาเร็ว รักษาได้ดีไม่มีปัญหา

การบริการการรักษาแผนไทย เช่น การใช้ยาสมุนไพร การนวดจับเส้น เป็นต้น เป็นที่นิยมในกลุ่มคนทั้งในชุมชนชนบทและชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ส่วนชุมชนเมืองไม่ค่อยนิยมการรักษาแนวนี้ การเลือกแนวทางนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชื่อถือ และ วัฒนธรรมของคนในชุมชนนั้นๆ

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน

ประชาชนเห็นว่า เรื่องการดูแลสุขภาพ เป็นเรื่องของคนในชุมชนเป็นหลัก ซึ่งการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพคนในชุมชน เน้นที่ ระดับต่างๆที่ปรากฏตามประสบการณ์ของแต่ละคน และลักษณะของการมีส่วนร่วม ตั้งแต่ 1) สุขภาพเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องทำเอง หรือแม้แต่การดูแลโดยคนใกล้ชิดในครัวเรือน ถือเป็น **การมีส่วนร่วมในระดับแรก** ที่คนในครอบครัววิเคราะห์หาอาการการเจ็บป่วย ตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาต่างๆเอง ภายใต้อำนาจเข้าใจเรื่องสุขภาพและหลักประกันสุขภาพที่มี เช่นการจัดการความเครียด การหางานทำ การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการอาหารและยา สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น การมีส่วนร่วมในระดับนี้เชื่อมโยงกับการใช้บริการตามแนวการรักษาแผนอื่นๆด้วย

2) **การมีส่วนร่วมในระดับชุมชน** ที่เพื่อนบ้านทุกครัวเรือนในชุมชนร่วมกันจัดการเรื่องต่างๆของชุมชนในภาพรวม เช่น การป้องกันการระบาดของโรคในชุมชน ที่มีการรณรงค์ให้คนในชุมชนร่วมกันจัดการสิ่งแวดล้อม ช่วยกันให้การดูแลและป้องกันการติดต่อ หรือการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่เจ็บป่วยที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยเอดส์ ผู้พิการ ถึงแม้ว่าจะเป็นเรื่องของครอบครัวโดยลำดับแรก แต่ชุมชนมีส่วนช่วยได้ เช่น การให้ยืมเงินกองทุนเพื่อกู้ยืมไปดูแลสุขภาพคนในครอบครัว หรือการที่ประชาชนนิยมการซื้อยากินเอง ชุมชนต้องหามาตรการในการเลือกยามาขายในชุมชน ในบางชุมชนมีลักษณะที่ยากต่อการมีส่วนร่วมเช่น ชุมชนแออัดที่ไม่มีการจัดการ มีความลำบากในการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือหรือมีส่วนร่วมในเรื่องสุขภาพตามบริบททางสิ่งแวดล้อมทางสังคมของชุมชนแออัด ทำให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆมีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่กรรมการ

ชุมชนหรือ อสม. มีการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนรวมมาก แต่การพัฒนากลุ่มดังกล่าวให้สามารถทำกิจกรรมพัฒนาสุขภาพด้วยตนเองเป็นไปได้อย่างมาก

บทบาทของอสม.ในการเป็นผู้นำเรื่องสุขภาพในชุมชนนั้นเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจากความคาดหวังของคนในชุมชนให้อสม.มีหน้าที่ร่วมทำงานกับบุคลากรด้านสุขภาพอสม.ไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยอย่างลึกซึ้งซึ่งไม่สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องได้ ความเชื่อเรื่องความรู้จากมีน้อย ส่วนเรื่องการดูแลเอาใจใส่ผู้เจ็บป่วยในชุมชนนั้นอสม.สามารถทำได้ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวตามความรู้ที่มี บทบาทของอสม.จึงควรมีข้อจำกัด และต้องอยู่ภายใต้คำชี้แนะจากบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อให้สามารถเกิดความเข้าใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามที่ดี ที่ผ่านมามอสม.ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลสุขภาพบางอย่าง ให้บุคลากรด้านสุขภาพจนบางครั้งถูกมองว่าเป็นบุคลากรระดับชุมชน

อย่างไรก็ดี การแสดงความคิดเห็นในเรื่องบริการหรือโครงการต่างๆที่ต้องการหรือความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่เลือกใช้นั้นเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ โดยการพูดคุย บอกเล่าต่อกัน บางครั้งไม่มีการสะท้อนความพึงพอใจในเรื่องนี้ให้ผู้ให้บริการสามารถปรับปรุงหรือจัดหาบริการที่เหมาะสมหรือที่ต้องการมาได้ เช่น ชุมชนกิ่งเมืองที่ผู้นำชุมชนเห็นว่าเรื่องสารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นเป็นเรื่องที่สำคัญขอให้บุคลากรด้านสุขภาพที่ศูนย์บริการสาธารณสุขดำเนินการให้ เป็นต้น หนึ่งในส่วนของผู้ให้บริการในแนวนอน เช่น การรักษาแบบพื้นบ้านหรือแผนไทยนั้น หมอหรือผู้ให้บริการเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการมีการพูดคุย ให้คำแนะนำ หรือบอกเล่าความคิดเห็น สู่การปรับปรุงได้ ส่วนการเปิดโอกาสจากบุคลากรด้านสุขภาพของรัฐให้ได้รับการยอมรับในเรื่องศักยภาพการรักษายังมีน้อย หมอพื้นบ้านบางคนมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยสูง มีความรู้เชิงแพทย์แผนไทยดี แต่ขาดช่องทางในการปรับตนเองให้ทัดเทียมผู้รักษาของรัฐ ประเด็นที่เห็นชัดเจนคือการให้ใบอนุญาตการประกอบอาชีพการรักษาตามแนวทางพื้นบ้านซึ่งไม่ใช้การสอบตามแนววิทยาศาสตร์ เป็นต้น

3) การมีส่วนร่วมในระดับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ในปัจจุบันสมาชิกอบต. ไม่มีบทบาทในการช่วยเรื่องการดูแลสุขภาพ หน้าที่โดยส่วนใหญ่เป็นแค่เรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมโครงสร้างทางกายภาพ เช่น ถนน สาธารณูปโภค การจัดตั้งกองทุน การทำกิจกรรมอื่นๆที่เสริมในการพัฒนาชุมชน โดยที่ปัจจุบันไม่มี อบต.ใด ให้เรื่องสุขภาพเป็นภาระกิจหลัก กลุ่มผู้้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นคำนึงถึงบริการพื้นฐานด้านโครงสร้างทางกายภาพในเบื้องต้นหากมีสุขภาพในองค์กร ารจัดการให้เกิดบริการหรือโครงการด้านสุขภาพอาจมีมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อโครงสร้างทางกายภาพมีพอเพียงแล้ว เช่น การให้วัคซีน ป้องกันโรคในเด็ก การป้องกันการระบาดของโรคบางโรคทั้งชุมชน การดูแลให้บริการแก่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็ก และผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งหมดต้องปรากฏในข้อมูลของ อบต.ด้วย อย่างไรก็ตามที่ดี ขอบประมาณของอบต.ถือเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่สำคัญในการกำหนดกิจกรรมการบริการด้านสุขภาพ หากมีมากการมองภาพการให้บริการก็เป็นไปได้ชัดเจน ในทางตรงกันข้าม อำนาจการจัดหาบริการอาจมีน้อยลง

ประเด็นปัจจัยของการให้องค์กรปกครองท้องถิ่นเข้าร่วมจัดหาบริการสุขภาพระดับต้นตามมุมมองของคนที่เกี่ยวข้องรวมทั้งสมาชิก องค์กรปกครองท้องถิ่นเอง มีหลากหลาย ที่ชัดเจนได้แก่

- 1) ความเข้าใจของสมาชิกองค์กรปกครองท้องถิ่นในเรื่องการกระจายอำนาจรัฐและบทบาทของตนเอง ในการจัดให้ประชาชนในท้องถิ่นตนเองได้ใช้บริการสุขภาพตามสิทธิในการเป็นคน เนื่องจากเป็น บทบาทที่ไม่เคยทำมาก่อน ยกเว้นกรณีเทศบาลที่มีหน่วยงานสาธารณสุขในสังกัดและมีการ ดำเนินการบริการสุขภาพตลอดมา
- 2) ความเชื่อถือและการยอมรับในสมาชิกองค์กรปกครองท้องถิ่นในเรื่องการบริหารงบประมาณ และ การทำงานพัฒนาชุมชนทั้งหมดกับบทบาทใหม่ตามกฎหมายใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ ให้บริการที่เห็นว่าการทำงานภายใต้การบริหารองค์กรขององค์กรปกครองท้องถิ่นอาจมีปัญหา มาก จาก ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาของสมาชิกองค์กรปกครองท้องถิ่น ความสนใจของสมาชิกองค์กร ปกครองท้องถิ่น ความคุ้นเคยในการร่วมงานกันในฐานะข้าราชการและประชาชน เป็นต้น
- 3) ความไม่แน่ใจในเรื่องการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อการบริหารจัดการอยู่ภายใต้องค์กร ปกครองท้องถิ่น
- 4) การยอมรับและความเชื่อถือขององค์กรปกครองท้องถิ่นต่อสถานบริการสุขภาพในระดับท้องถิ่น เช่น ความไม่สอดคล้องกันของข้อมูลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ระหว่างสถานบริการและ ชุมชนหรือ องค์กรปกครองท้องถิ่น พฤติกรรมทำให้บริการของบุคลากรด้านสุขภาพในสถาน บริการในชุมชน ความสามารถของบุคลากรในการให้การรักษา โรคหรือการเจ็บป่วยของคนใน ท้องถิ่นที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญมากกว่าเดิม ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนและบุคลากรในสถาน บริการด้านสุขภาพในชุมชน ความทุ่มเทของบุคลากรด้านสุขภาพในการมุ่งทำงานให้บริการแก่ ประชาชนและทำงานร่วมกับกลุ่มคนต่างๆในชุมชนอย่างจริงจัง ความคุ้นเคยของบุคลากรในการ ไม่คิดแก้ปัญหาโรคท้องถิ่นเอง ทำตามเฉพาะโครงการที่ได้รับมา เท่านั้น เป็นต้น

บทที่ 4

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง และ: เวทีในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทสรุปการศึกษา

บทนำ

การอภิปรายในบทที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ความต้องการด้านสุขภาพต่อการให้บริการและการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งสามารถชี้ลักษณะของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ปัจจัยเงื่อนไขของการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิ

ลักษณะ:บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความหลากหลายครอบคลุมการพัฒนาสุขภาพและการแก้ปัญหาสุขภาพของคนกลุ่มต่างๆในชุมชน ประกอบด้วยบริการ 2 ทิศทางคือ 1) การรักษาโรคและการเจ็บป่วยเบื้องต้น การเจ็บป่วยเรื้อรัง อุบัติเหตุฉุกเฉิน และการส่งต่อเมื่อเกินความสามารถ และ2) การบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสมรรถภาพ ในประชากรกลุ่มต่างๆในชุมชน ดังรายละเอียด

1. การรักษาโรคและการเจ็บป่วยเบื้องต้นการเจ็บป่วยเรื้อรัง อุบัติเหตุฉุกเฉิน และการส่งต่อเมื่อเกินความสามารถ โดยจัดให้มีบริการครอบคลุม ดังนี้
 - 1.1. ตรวจวินิจฉัยโรคหรือการเจ็บป่วยเบื้องต้น อย่างละเอียดและถูกต้องตามหลักวิชาการ
 - 1.2. บอกผลการตรวจวินิจฉัย พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ทั้งเมื่อเจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน และที่โรงพยาบาล
 - 1.3. จัดการกับอาการ ที่สามารถทำได้เช่น ไข้สูงในเด็ก ท้องร่วง ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย
 - 1.4. ให้การรักษาด้วยยาที่จำเป็นได้
 - 1.5. ให้บริการด้านการรักษาโรคและการเจ็บป่วย เช่น การทำแผล การทำคลอด การทำฟัน
 - 1.6. ให้บริการการรักษาโรคและการเจ็บป่วยเพื่อบรรเทาอาการก่อนส่งต่อ เช่น การปฐมพยาบาล การเข้าเฝือก การให้ยาบรรเทาอาการต่างๆ
 - 1.7. ตรวจวินิจฉัยโรคหรือการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินและเกินขีดความสามารถในการรักษาเบื้องต้น และส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
2. การบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพในประชากรกลุ่มต่างๆในชุมชน ดังนี้
 - 2.1. ศึกษาชุมชน เพื่อวิเคราะห์ ภาวะสุขภาพของคนในชุมชน แบบแผนการเจ็บป่วยและสาเหตุ โดยเฉพาะสาเหตุจากท้องถิ่น และ ความเข้มแข็งของคนกลุ่มต่างๆในชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ

2.2. การสร้างเสริมสุขภาพ

2.2.1. ให้คำแนะนำ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับประชากรกลุ่มต่างๆในชุมชน

2.2.2. กระตุ้นให้มีการรวมกลุ่มกันของคนกลุ่มต่างๆเพื่อทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ทำสมาธิ พัฒนาจิต และกิจกรรมนันทนาการ การจัดให้มีศูนย์พัฒนาสุขภาพเด็กสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

2.3. การป้องกันการเจ็บป่วย

2.3.1. ตรวจค้นหาผู้ป่วยหรือประชากรที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ เช่น ตรวจหาไข้พยาธิ ตรวจเสมหะค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ชั่งน้ำหนักเด็กเฝ้าระวังทางโภชนาการ

2.3.2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อเข้าช่วงการระบาดของโรคท้องถิ่น เช่น โรคท้องร่วง โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู

2.3.3. ให้คำแนะนำการป้องกันการเกิดโรคอื่นๆ เช่น คำแนะนำในการผสมไอโอดีนในน้ำดื่ม การเลือกรับประทานอาหารที่สุกสะอาด การงดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การรับประทานยาอย่างถูกต้องต่อเนื่องตลอดจนอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากยา การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การมีกิจกรรมด้านร่างกายหรือการออกกำลังกายที่เหมาะสม การร่วมกิจกรรมทางสังคม และ การมีกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

2.4. การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.4.1. ตรวจวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยพร้อมทำความเข้าใจกับวิถีชีวิต ของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ เช่น กลุ่มคนที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ เอดส์

2.4.2. ให้การดูแลรักษาตามปัญหาและความต้องการ พร้อมคำแนะนำในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครัวเรือน เช่น การจัดการกับอาการและอาการแสดงที่สามารถจัดการได้เอง การรับประทานยาอย่างถูกต้องต่อเนื่องตลอดจนอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากยา การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การมีกิจกรรมด้านร่างกายหรือการออกกำลังกายที่เหมาะสม การร่วมกิจกรรมทางสังคม และ การมีกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การจัดบริการเน้นที่ความหลากหลายและครอบคลุม เพื่อให้ประชาชนสามารถที่จะเลือกได้

1. รูปแบบสถานบริการที่มีอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน เดิม เช่น สถานบริการใกล้บ้าน ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน คลินิกแพทย์ เป็นต้น

2. รูปแบบที่อิสระ เช่น คลินิกพยาบาลชุมชน พยาบาลอิสระ ศูนย์พยาบาลต่างๆ ศูนย์ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การบริการของหมอพื้นบ้านต่างๆ ร้านขายยา เป็นต้น

สำหรับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังกล่าวต้องสร้างเครือข่ายการบริการให้ชัดเจนที่ประชาชนสามารถใช้ได้อย่างทั่วถึง ส่วนกลไกในการจัดการนั้นแบ่งได้ 2 ระดับคือ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว ควรเป็นบริการที่ครบวงจร โดยสามารถเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้ มีระบบการประสานงาน โดยเฉพาะการประสานงานกับ องค์การปกครองท้องถิ่น มีระบบการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ประชาชนสามารถที่จะขอใช้บัตรสุขภาพได้ โดยอาจจะเป็นรูปแบบของคลินิกที่รักษาโรคและการเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ ในกรณีที่เจ็บป่วยเบื้องต้น และไปโรงพยาบาลสามารถใช้บริการประกันต่างๆได้ การจัดบริการอาจอยู่ในรูป การเปิดคลินิกในชุมชน โรงพยาบาลให้บริการถึงระดับครอบครัวซึ่งต้องมีกฎหมายรองรับชัดเจน หรือ การจัดให้พยาบาล 1 คน ไม่ควรเกิน 100 หลังคาเรือน หรือในความรับผิดชอบไม่เกิน 3 หมู่บ้าน ซึ่งสามารถที่จะดูแลได้ครบทุกครัวเรือนในรอบ 1 ปี

รูปแบบบริการที่ขอบ. เห็นว่าน่าจะเป็นไปได้ คือ การจัดบริการและการให้บริการในลักษณะของการออกหน่วยเคลื่อนที่ และการบริการในรูปแบบของสวัสดิการ เนื่องจากการลงทุนที่ไม่มาก และไม่ผูกพันงบประมาณ ส่วนการบริการที่คลินิกของพยาบาล นั้นทำให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งหมดแก่คนในชุมชนที่รับผิดชอบ และ เพื่อหารายได้เข้าองค์กรในกรณีคนนอกพื้นที่ องค์การปกครองท้องถิ่นยังคงมองเห็นการสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์แก่สถานอนามัยหรือศูนย์แพทย์ในความรับผิดชอบ และเปิดโอกาสให้สถานอนามัยหรือศูนย์แพทย์เริ่มโครงการด้านสุขภาพสำหรับท้องถิ่นด้วย องค์การปกครองท้องถิ่นเห็นภารกิจด้านสุขภาพเป็นเรื่องของนโยบายการทำงาน

รูปแบบการใช้บัตรสุขภาพของประชาชน พบว่า ทุกครั้งที่ป่วยประชาชนไม่ได้ใช้บัตรสุขภาพ ใช้บัตรสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยหนักโดยมุ่งหวังให้ใช้บัตรสุขภาพเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือการบริการดูแลรักษาเบื้องต้น มีการจัดตั้งกองทุนกู้ยืมเพื่อดูแลสุขภาพและการรักษาในชุมชน การจัดหาอุปกรณ์เวชภัณฑ์ มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ต้องดูแลทั้งด้านสุขภาพและ พัฒนาการ โดยส่งเสริมทั้งวิธีการเล่นและวิธีการเรียน มีคลินิกส่งเสริมสุขภาพอาจจะเป็นการบริการเคลื่อนที่ หรือประจำในชุมชน ซึ่งเสนอแนะให้ทำการทดลองก่อนเพื่อที่จะเป็นฐานข้อมูลในการวิเคราะห์กองทุนในเรื่องเงินทุน ต่อค่าใช้จ่าย ต่อคน เพื่อประเมินในภาพรวมของทั้งชุมชนในการดูแลสุขภาพได้

ส่วนการบริการของหมอพื้นบ้านนั้นดำเนินอยู่ภายใต้สองระบบหลักคือระบบการให้บริการใช้บริการ และระบบการเกื้อกูลระหว่าง เครือญาติ หมอพื้นบ้านให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและรักษาเบื้องต้น หรืออาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่นเดียวกับร้านขายของชำที่มีการขายยาด้วยถือเป็นแหล่งบริการการรักษาเบื้องต้นที่สำคัญ แหล่งหนึ่งในชุมชน

ลักษณะผู้ให้บริการ

บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ผสมผสาน เป็นองค์รวม และต่อเนื่อง ที่ให้บริการได้ทั้งแผนปัจจุบันและบริการสุขภาพทางเลือก เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงต้องมีหลายสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการต้องเป็นนักวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น

พยาบาล นักการสาธารณสุข แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เกสซ์กรในร้านขายยา เป็นต้น ร่วมกับผู้ให้บริการการแพทย์ภูมิปัญญาไทย ผู้ให้บริการต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. ควรจบการศึกษาระดับปริญญา
2. เป็นบุคคลที่เข้าใจธรรมชาติของคนในชุมชน ความเป็นอยู่สามารถเข้ากับคนในท้องถิ่นได้
3. ทำงานตามวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน
4. มีเวลาตลอด 24 ชั่วโมง เรียกว่าได้ตลอด
5. จัดหาบริการให้อย่างรวดเร็ว พุดเพระและเห็นใจญาติให้มาก สามารถต่อรองได้ ที่สำคัญต้องมีความเป็นกันเอง
6. พุดจาสุภาพ มีความอดทน และให้เวลากับประชาชน มีเหตุผล
7. สนใจรับต่อนรับผู้ป่วยและดูแลเป็นอย่างดี ถ้ามืดเหมือนญาติ ไม่ปล่อยให้รอนาน
8. สามารถทำงานประสานกับผู้บริหารได้ เช่น เทศมนตรีที่เป็นนักการเมือง โดยมีแนวคิดที่จะเสนอโครงการต่างๆที่จะบริการประชาชนได้ เพื่อเป็นแนวทางการวางนโยบายการบริหารงานของ อบต.หรือองค์กรปกครองท้องถิ่น ได้

ต้องมีสมรรถนะดังนี้

1. ความเป็นผู้จัดการมืออาชีพ อาศัยความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ทั้งในการบริการที่คุ้มทุน และการจัดการที่มีความโปร่งใส
2. ความเป็นผู้ชำนาญการเรื่องโรคและการเจ็บป่วยต่างๆในพื้นที่ เพื่อให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพของคนในพื้นที่ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพของคนในพื้นที่ ที่เกิดทั้งจาก สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม ทางวัฒนธรรม และทางพฤติกรรม และวางแผนกิจกรรมบริการพยาบาลที่ตอบสนองต่อการจัดการกับปัญหาในพื้นที่ได้
3. ความเป็นผู้มีวุฒิภาวะ ในการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพ และทำงานร่วมกับประชาชน องค์กรต่างๆ ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เพื่อสร้างเครือข่ายสุขภาพในระดับปฐมภูมิได้ ได้รับการยอมรับจากกลุ่มคนดังกล่าว สามารถต่อรองการให้บริการตามเงื่อนไขของวิชาชีพได้
4. การมีรากฐานความคิดเรื่องการบริหารสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และมีสมรรถนะพื้นฐานในการให้บริการพยาบาล กล่าวคือ มีสมรรถนะในระดับพื้นฐานจากการศึกษาระดับปริญญาตรี ก่อนมีประสบการณ์เพิ่มขึ้นและ มีความชำนาญมากขึ้น โดยการศึกษาอบรม เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
5. ความเป็นผู้มีความสามารถในการสร้างระบบและใช้ข้อมูลข่าวสารให้ทันต่อสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดบริการได้อย่างเหมาะสม

ลักษณะการจذبบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความหลากหลายครอบคลุมการพัฒนาสุขภาพและการแก้ปัญหาสุขภาพของคนกลุ่มต่างๆในชุมชน กล่าวคือ

1. เป็นบริการสุขภาพใกล้บ้านที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกัน เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครอบคลุมผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วยทุกกลุ่มวัยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทั้งที่บ้าน โรงเรียน สถานบริการและสถานประกอบการ การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นก่อนการส่งต่อไปยังสถานบริการขั้นสูง การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและที่บ้าน
2. เป็นบริการสุขภาพแบบผสมผสานที่มีบริการสุขภาพที่หลากหลาย เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล โดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น
3. เป็นบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและครบวงจร โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างเครือข่ายสุขภาพ เพื่อลดค่าใช้จ่าย และมีความต่อเนื่องของการดูแลที่ไม่ต้องมีการเริ่มต้นการรักษาใหม่ ทุกครั้งที่เปลี่ยนสถานบริการ
4. การบริหารจัดการเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ชุมชน และองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่สามารถตรวจสอบได้
5. บริการอื่นๆที่เสริมความเข้มแข็งของชุมชนที่ทำให้คนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน เช่น การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรักษาที่มีความหลากหลายในชุมชนทั้งแผนไทยแผนปัจจุบัน ต้องรู้จักหมอพื้นบ้าน โดยให้ประชาชนมีโอกาสเลือกตัดสินใจ ใช้วิธีการรักษาต่างๆที่มีในชุมชนได้ โดยให้การยอมรับหมอพื้นบ้าน หรือแม้แต่การจัดทำประชาคมสุขภาพ การบริการที่กระตุ้นให้คนมีการรวมกลุ่มกัน เพื่อทำกิจกรรมพัฒนาสุขภาพต่างๆในชุมชน

กลไกการจัดหาบริการและหน่วยบริการ

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีหลายลักษณะแตกต่างกันตามพื้นที่และความต้องการของประชากรในพื้นที่และหน่วยงาน การบริการผ่านกลไก 2 ระดับดังนี้

1. ในเขตเมืองและแออัด
 - 1.1. จัดโดยรัฐได้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชน เทศบาล ศูนย์บริการสุขภาพทางสังคม โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
 - 1.2. จัดโดยเอกชน ได้แก่ คลินิก ศูนย์บริการสุขภาพเด็ก และผู้สูงอายุ หน่วยบริการสุขภาพในสถานประกอบการ
 - 1.3. ร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน ได้แก่ คลินิกสุขภาพแพทย์ภูมิปัญญาไทย

2. ในเขตกิ่งเมือง รอบเมืองและชนบท
 - 2.1. จัดโดยรัฐได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน
 - 2.2. จัดโดยเอกชน ได้แก่ คลินิกในชุมชน
 - 2.3. ร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน ได้แก่ โครงการสุขภาพของอบต. ศูนย์เลี้ยงเด็กชุมชน
3. กลไกจากส่วนกลาง
 - 3.1. กระทรวงสาธารณสุข
 - 3.2. กระทรวงมหาดไทย ผ่านประชาสงเคราะห์กับเทศบาล และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
4. กลไกภาคเอกชน เช่น องค์กรต่างๆ มูลนิธิด้านสุขภาพ

ที่มาของเงินและการใช้เงิน

1. ที่มาของเงิน และการใช้จ่าย
 - 1.1. ส่วนกลางโดยรัฐจัดสรร ที่เป็นการบริการสุขภาพภาพรวม
 - 1.2. ส่วนท้องถิ่น เป็นการจัดสรรการบริการสุขภาพเฉพาะท้องถิ่น ได้จากภาษีท้องถิ่น และงบประมาณท้องถิ่น
 - 1.3. กองทุนองค์กรต่างๆ สนับสนุนบริการสุขภาพเฉพาะเรื่อง และเฉพาะท้องถิ่น ตามวัตถุประสงค์ขององค์กร
2. ใช้ระบบทำสัญญาซื้อบริการโดยสถานบริการทั้งของรัฐและเอกชน ซึ่งรวมการบริการแพทย์ภูมิปัญญาไทย โดยประชาชนมีอิสระในการเลือกใช้บริการที่มีคุณภาพ
3. เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายและบริหารจัดการตามสภาพของท้องถิ่น

กลไกการตรวจสอบและควบคุมกำกับมาตรฐานและคุณภาพการบริการ

อาศัยความร่วมมือระหว่างประชาชน หน่วยให้บริการ องค์กรปกครองท้องถิ่นในการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่ ผู้ที่เกี่ยวข้องจึงควรมีบทบาทดังนี้

1. องค์กรส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในท้องถิ่น
2. รัฐต้องมีกลไกในการสนับสนุนการจัดบริการ โดยใช้ระบบการเงินการคลังเป็นเงื่อนไขและสร้างแรงจูงใจในการแข่งขันด้านคุณภาพและประสิทธิภาพในการจัดบริการ
3. ควรมีการทำข้อตกลงและสัญญาระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ
4. รัฐต้องเป็นผู้จัดให้มีการป้องกันและขจัดโรคติดต่อที่อันตรายให้โดยไม่คิดมูลค่า
5. องค์กรวิชาชีพพร้อมกับพื้นที่ในการพัฒนา ระบบการตรวจสอบ ควบคุม และกำกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การกำหนดบทบาทหน้าที่ของรัฐบาล บุคลากรที่ให้บริการและการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรท้องถิ่น

ประชาชน

บทบาทของประชาชนเกี่ยวกับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้แก่ การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม ในการดูแลตนเอง ครอบครัว คนในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการเจ็บป่วย และเมื่อเจ็บป่วย การสังเกตอาการของโรคและการเจ็บป่วยเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี การมีส่วนร่วมในการจัดบริการให้มีประสิทธิภาพเพื่อสนองตอบความต้องการของตนเองและชุมชนตามความลักษณะเฉพาะของแต่ละชุมชนและสังคม บทบาทหลักในฐานะของผู้ใช้บริการคือต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการ พัฒนาสุขภาพ และทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

อาสาสมัครสาธารณสุข

เป็นกลุ่มคนที่ร่วมงานกับบุคลากรด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่นมาอย่างต่อเนื่องนั้น ควรทำหน้าที่ต่อไป แต่ควรได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคลากรอย่างต่อเนื่อง หน้าที่ที่ควรทำได้แก่ การร่วมกับบุคลากรในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การตรวจสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อม การทำกิจกรรมเพื่อป้องกันการระบาดของโรคท้องถิ่น การชักนำเด็กเพื่อดูภาวะโภชนาการของเด็ก การกระตุ้นให้มารดาหรือผู้ดูแลเด็กนำเด็กไปรับวัคซีนต่างๆ การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวหรือการประชุมสัมพันธกิจกิจกรรมสุขภาพต่างๆ เป็นต้น

สำหรับกรรมการชุมชนและผู้ใหญ่บ้านหรือประธานชุมชนนั้น มีหน้าที่ในการกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมด้านสุขภาพของคนในชุมชนขึ้น ซึ่งการสนับสนุนเป็นไปได้อย่างเหมาะสม การเป็นที่ปรึกษา การเข้าร่วมกิจกรรม การชี้ให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสอดแทรกเรื่องสุขภาพในการประชุมชาวบ้านทุกครั้งที่ได้ทำ เป็นต้น

องค์กรปกครองท้องถิ่น

มีบทบาทที่การจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน อาจเป็นไปได้โดยการให้บัตรสุขภาพ ให้การดูแลที่เน้นในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส จัดหาเวชภัณฑ์ที่ประชาชนต้องการตามการเจ็บป่วยและโรคให้แก่สถานอนามัย จัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้คนกลุ่มต่างๆ ในชุมชนได้มีการรวมตัวกันทำกิจกรรม การพัฒนาสุขภาพและดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มแม่บ้าน อสม. ช่วยกันดูแลสุขภาพคนในชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน นักเรียน เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นกับการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพและองค์กรปกครองท้องถิ่น โดยเฉพาะการวางแผนโครงการด้านสุขภาพทั้งหมด และการให้บริการในสถานบริการ

ผู้ให้บริการสุขภาพในท้องถิ่น

โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนควรที่จะพิจารณาจาก

- 1) ลักษณะการให้บริการ เช่น ต้องมีบทบาทที่หลากหลายในด้านของผู้ให้ความรู้ ผู้วิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน นักปฏิบัติการ นักประสานการทำงาน นักบริหาร ทั้งนี้ต้องเป็นบทบาทที่อิสระ เน้นการทำงานตามบทบาท การให้ความสำคัญกับการบันทึก

- 2) พฤติกรรมการให้บริการที่ต้องการความรู้ที่ถูกต้อง พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้ที่มีทัศนคติทั้งตนเองและผู้ให้บริการ คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ใช้บริการเป็นหลัก เน้นการดูแลผู้ให้บริการแบบองค์รวม ความเสมอภาค เท่าเทียม ยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง มีจิตสำนึกในการให้บริการทุ่มเท
- 3) เป็นนักวางแผนและนักวิเคราะห์ มีความเชี่ยวชาญทางมากขึ้น เป็นผู้ที่มีคุณธรรมและจริยธรรม เล่นการเมืองเป็น เน้นให้มีวิสัยทัศน์ เป้าหมายที่ชัดเจน เน้นการพัฒนาวิชาชีพและมีอำนาจในการต่อรอง
- 4) ให้บริการตามมาตรฐานการบริการ ที่พัฒนาความรู้ให้อยู่ในระบบสากล
- 5) การประสานงานและการประชาสัมพันธ์ โดยเป็นผู้ที่ประสานงานที่ดีทั้งในและนอกวิชาชีพ เป็นนักประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เน้นการให้ความร่วมมือในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ
- 6) ด้านแผนและนโยบาย และสวัสดิการ ที่ดีในเรื่องการพัฒนาความรู้ อย่างต่อเนื่อง เงินค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับการทำงาน ตลอดเวลา
- 7) มีการทำงานแบบมีเครือข่ายร่วมกับหลายวิชาชีพได้
- 8) วัฒนธรรมการทำงานพัฒนาสุขภาพแนวใหม่ ต้องเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง สามารถที่จะปรับแนวคิด วัฒนธรรมการทำงาน เปิดใจฟังเสียงสะท้อนจากทุกฝ่าย และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเพื่อนร่วมงาน

ปัจจัยเงื่อนไขต่อความสำเร็จของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ปัจจัยเงื่อนไขต่อความสำเร็จของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เชื่อมโยงกับข้อวิเคราะห์ความเข้าใจและแนวคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการพัฒนาระบบที่พึงประสงค์

● ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

การมีอุปกรณ์เวชภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลเบื้องต้นพอเพียง ทันสมัย สามารถรักษาโรคเบื้องต้นที่รักษาได้ในสถานอนามัย เป็นไข้เป็นหวัด ท้องเสีย ทำแผลจากอุบัติเหตุเล็กน้อย มีความสามารถในการวินิจฉัยชุมชน เห็นปัญหาสุขภาพของคนท้องถิ่นและเข้าใจถึงที่มาของปัญหาเหล่านั้นเป็นอย่างดี นอกเหนือจากความสามารถในการเข้าใจและเข้าถึงคนในชุมชน เป็นผู้มีความสามารถในการอธิบายให้ผู้ให้บริการเข้าใจและเกิดความมั่นใจในบริการที่ได้ ให้บริการที่รวดเร็วไม่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกว่าไม่อยากทำงาน และเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี

เมื่อต้องการบุคลากรในลักษณะดังกล่าวการเตรียมบุคลากรจึงเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไป ซึ่งมีได้ 3 แนวทาง ได้แก่ 1) การปฏิรูปการศึกษาสำหรับวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับลักษณะการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น พยาบาลศาสตร์ การสาธารณสุขศาสตร์ การศึกษาสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับท้องถิ่น เกษตรศาสตร์ และแพทยศาสตร์ เป็นต้น 2) การอบรมบุคลากรที่ดำเนินการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้สามารถให้บริการได้ครอบคลุมลักษณะบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งนี้เพื่อปรับ

แนวคิด เข้าใจฐานความคิดและปรับวิธีการทำงาน 3)การจัดการศึกษาต่อเนื่อง สำหรับบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ

สถานการณ์ปัจจุบันมีข้อจำกัดให้วิชาชีพการพยาบาลแสดงศักยภาพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้เต็มที่ เนื่องจากอัตราส่วนต่อประชากร ของพยาบาลวิชาชีพที่สูง การมีข้อบังคับรองรับการให้บริการพยาบาลตามกฎหมายการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ส่วนศักยภาพของพยาบาลวิเคราะห์จาก อัตราส่วนต่อประชากรที่ดีกว่าวิชาชีพอื่น การกระจายกำลังคนจึงทำได้เร็วกว่า อัตราการผลิตมีสูง วิชาชีพการพยาบาลได้รับการเตรียมสมรรถนะให้สามารถครอบคลุมการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและ วิชาชีพการพยาบาลให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระบบสุขภาพไทยมาโดยตลอด

สำหรับการพัฒนาการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้น องค์การวิชาชีพทุกส่วนที่เกี่ยวข้องต้องมีการทบทวนขอบเขตการประกอบวิชาชีพ โดยให้มีกฎหมายรองรับ มีการประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพและมีการพัฒนาและควบคุมคุณภาพ เช่น พยาบาลสามารถให้การรักษาโรคหรือการเจ็บป่วยเบื้องต้นที่ไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีได้ ให้การดูแลสุขภาพและรักษาที่บ้านได้ ให้การพยาบาลกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น และการสร้างความร่วมมือระหว่างวิชาชีพเป็นเครือข่ายการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

● ปัจจัยด้านประชาชนในชุมชน

ประชาชนในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นกลุ่มคนที่ถือว่าโอกาสในการเข้าถึงบริการมีน้อย เพราะ 1)รายได้มีน้อย ไม่แน่นอน 2)ขาดภาวะผู้นำ 3)ความร่วมมือกันทำงานของคนในชุมชนมีน้อย 4)ความเข้าใจและการให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพ 5) การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในการเชื่อมโยงและแก้ปัญหาสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมของชุมชนตนเอง เป็นต้น

ประเด็นดังกล่าวต้องอาศัยการทำความเข้าใจกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ในเรื่อง การกระจายอำนาจรัฐสู่ท้องถิ่นและสิทธิของประชาชนในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะสิทธิในการได้รับบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งการทำความเข้าใจดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นควบคู่กันไปกับการทำความเข้าใจแนวการให้บริการของผู้ให้บริการและแนวทางการบริหารจัดการบริการของผู้จัดหารบริการ ส่วนรัฐบาลต้องมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและจัดให้มีระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

● ปัจจัยด้านองค์กรปกครองท้องถิ่น

ทิศทางการทำงานขององค์กรปกครองท้องถิ่นมีผลกระทบสูงต่อการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมากภายใต้กฎหมายการกระจายอำนาจรัฐสู่ท้องถิ่น จึงถือเป็นปัจจัยเงื่อนไขของความสำคัญยิ่ง สถานการณ์ปัจจุบันก่อให้เกิดความกังวลในเรื่องศักยภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่นในการบริหารงบประมาณและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ จึงควรมีกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่ชัดเจน กล่าวคือ 1)การทำความเข้าใจกับองค์กรปกครองท้องถิ่นเรื่องทิศทางการบริหารงบประมาณและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพโดยเริ่มที่องค์กรที่สามารถบรรจุภารกิจด้านสุขภาพในแผนงานได้ ก่อนเพื่อเป็นตัวอย่างให้องค์กรอื่นๆได้ศึกษาและพัฒนาตนเอง 2)การศึกษาวิจัยประเด็นที่เกี่ยวกับบริหารงบประมาณและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่นเพื่อหาบทบาหน้าที่ที่ชัดเจนต่อไป

ภาคผนวกที่ 1

ตัวอย่างบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการต่างๆ

ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวอย่างที่ 1 พยาบาลที่สถานีอนามัย

สถานีอนามัยหนองผือ ตำบลหนองผือ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัด ร้อยเอ็ด ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ในพื้นที่ 11 หมู่บ้าน 1,615 ครัวเรือน ประชากร ประมาณ 7,564 คน เป็นชาย 3,741 และหญิง 3,817 คน มีบุคลากรด้านสาธารณสุข 3 คน โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีวุฒิปริญญาตรีทางการพยาบาล 1 คน อีก 2 คนสำเร็จการศึกษาทางเจ้าพนักงานสาธารณสุขและผดุงครรภ์

พยาบาลวิชาชีพที่ประจำที่สถานีอนามัยแห่งนี้ เริ่มต้นทำงานเป็นพยาบาลเทคนิค และพัฒนาตนเองโดยการเรียนในหลักสูตรต่อเนื่องจนสำเร็จปริญญาตรีทางการพยาบาล มีประสบการณ์การทำงานที่สถานีอนามัยมาประมาณ 15 ปี มีความเข้าใจในงานพัฒนาสุขภาพชุมชนเป็นอย่างดี

กิจกรรมบริการสุขภาพที่ให้โดยพยาบาลที่สถานีอนามัย

กิจกรรมบริการพยาบาลครอบคลุมทุกด้าน เช่น การให้คำแนะนำและการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค หรือการเจ็บป่วย การรักษาเบื้องต้น การให้คำแนะนำ ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว เป็นต้น

1. กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย

- 1.1. ตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคและการเจ็บป่วยเบื้องต้น และฉุกเฉินก่อนที่จะส่งต่อ เช่น ไข้ ไข้หวัด เจ็บคอ ปวดศีรษะ ท้องเสีย ท้องผูก อาหารเป็นพิษ ปวดเมื่อยตามตัว วิงเวียน กระเพาะอาหารเป็นแผล เป็นต้น
- 1.2. การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย เป็นต้น
- 1.3. การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน
- 1.4. การตรวจครรภ์ การวางแผนครอบครัว การให้วัคซีนในเด็กและหญิงตั้งครรภ์
- 1.5. ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ

2. กิจกรรมบริการพยาบาลในชุมชน

- 2.1. การเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยใกล้ตาย
- 2.2. การจัดทำแฟ้มประวัติบุคคลในครอบครัวในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ
- 2.3. การให้คำปรึกษาให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
- 2.4. การให้คำปรึกษาเรื่องการจัดบ้านเรือนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ให้ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยเรื้อรัง
- 2.5. การให้คำปรึกษา เรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคแทรก และอื่นๆ แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

3. กิจกรรมตามโครงการสุขภาพต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข

- 3.1. การตรวจร่างกายเพื่อค้นหาผู้ป่วย ในชุมชน เช่นการตรวจหาไข้พยาธิ การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคโดยการตรวจเสมหะ
- 3.2. การเฝ้าระวังทางโภชนาการในเด็ก การตรวจสุขภาพเด็กนักเรียน การอบรมครูให้ดูแลสุขภาพเด็กเมื่ออยู่โรงเรียน
- 3.3. การเฝ้าระวังโรคติดต่อ เช่น โรคท้องร่วงอย่างแรง โรคไข้เลือดออก เป็นต้น
- 3.4. การบริการที่กระตุ้นให้คนมีการรวมกลุ่มกัน เพื่อทำกิจกรรมพัฒนาสุขภาพต่างๆในชุมชน เช่นการรณรงค์การจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อม การรณรงค์เรื่องการลดการใช้สารเสพติด เป็นต้น

4. กิจกรรมอื่นๆ

- 4.1. การให้ข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- 4.2. การประสานความร่วมมือในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น ร่วมกับการรักษาทั้งแผนไทยและแผนปัจจุบัน
- 4.3. การจัดทำประชาคมสุขภาพ

กลไกในการจัดบริการ

1. มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งพื้นที่ทั้งหมดที่อยู่ในความรับผิดชอบมี 10 หมู่บ้านมีการแบ่งระหว่างบุคลากรทั้งหมด โดยรับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน /บุคลากร 1 คน จำนวนครอบครัวประมาณ 700-800 ครอบครัว ประชากรประมาณ 3000 คน
2. บริการรักษาพยาบาลในสถานอนามัยและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย เป็นหน้าที่ของพยาบาล เนื่องจากเจ้าหน้าที่อื่นไม่สามารถทำได้ดีเท่า ไม่ได้เรียนมา ส่วนบริการนอกสถานอนามัย ในการพัฒนาชุมชนโดยโครงการสุขภาพต่างๆ เช่น การควบคุม เฝ้าระวังโรคติดต่อต่างๆ การค้นหาผู้ป่วยต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น พยาบาลดำเนินการเช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่อื่น
3. ค่าบริการส่วนหนึ่งได้จากงบสนับสนุนของรัฐ อีกส่วนได้จาก ผู้ใช้บริการโดยเฉพาะเมื่อ มาใช้บริการที่สถานอนามัย หากเมื่อเยี่ยมบ้านไม่มีค่าใช้จ่าย โครงการบางโครงการเช่นการฟันวันในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกได้รับการสนับสนุนงบประมาณทั้งหมดจากองค์กรท้องถิ่น

เงื่อนไขและข้อเสนอ

1. พื้นที่บริการที่ชัดเจน จะทำให้พยาบาลสามารถทำงานร่วมกับคนท้องถิ่นได้อย่างต่อเนื่อง เข้าใจและมีข้อมูลครอบครัวครอบคลุม
2. งบประมาณควรมาจากองค์กรท้องถิ่นร่วมรัฐ
3. พยาบาลมีศักยภาพในการให้บริการได้ครอบคลุมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นพื้นฐานได้

ตัวอย่างที่ 2 พยาบาลวงศ์ศูนย์แพทย์มิตรภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

จากสภาพปัญหาที่มีผู้มาใช้บริการเป็นจำนวนมากที่โรงพยาบาลขอนแก่น จึงเกิดนโยบายที่ต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสถานบริการสุขภาพได้ในกรณีที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่รุนแรง และไม่ฉุกเฉิน โดยให้บริการครอบคลุมการส่งเสริม การป้องกัน และการควบคุมโรคในเขตพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 8 ชุมชน เป็นชุมชนแออัดในเขตเทศบาลนครขอนแก่น 6 ชุมชน ชุมชนทั่วไป 2 ชุมชน ประมาณ 2,000 หลังคาเรือน หรือประชากรเกือบ 5,400 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำจำนวน 4 คน ทั้งนี้พยาบาลจะเป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการทั้งหมด ผู้ใช้บริการที่คลินิก มีประมาณ 50 คนต่อวัน

ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพ และรายได้ไม่แน่นอน มีการเคลื่อนย้ายสูง ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน พื้นที่บริการของศูนย์แพทย์แห่งนี้ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน ระบบทางเดินอาหาร เช่น ภาวะอาหาร อุจจาระร่วง ระบบกระดูกและข้อ เบาหวาน ไทรอยด์ และโรคประสาท เป็นต้น ส่วนโรคติดต่อที่พบได้แก่ โรคเอดส์ ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง ไข้ฉี่หนู วัณโรค เป็นต้น

การบริการเป็นแบบองค์รวม โดยอาศัยการศึกษาข้อมูลประชาชน ครอบครัวและองค์กรชุมชน ในพื้นที่ ประกอบการบริการสุขภาพทำให้สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุม

กิจกรรมบริการสุขภาพโดยพยาบาล

■ บริการที่คลินิก

1. การตรวจสุขภาพเด็กดี ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การให้ภูมิคุ้มกันโรค
2. การตรวจครรภ์ที่คลินิก
3. การการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ ท้องเสีย การฉี่ดยา ทำแผล การตัดไหม และการจ่ายยาตามใบสั่งยา
4. การบริการกรณีฉุกเฉินโดยการเรียกรถพยาบาลจากโรงพยาบาลขอนแก่น

■ บริการในชุมชน

1. บริการเยี่ยมบ้านในการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทุกกลุ่มชนในชุมชนเช่น กลุ่มเด็ก กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคในชุมชน กลุ่มผู้พิการใส่อุปกรณ์เทียมเช่น ขาเทียม กลุ่มมารดาหลังคลอด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือออกจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
2. การเยี่ยมบ้านในกรณีติดตามผลการรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนตามนโยบายของโรงพยาบาล
3. การสำรวจข้อมูลเพื่อการจัดทำแฟ้มประวัติสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบที่และครอบครัวที่มาใช้บริการ

4. การเฝ้าระวังต่างๆ เช่น โรคระบาดต่างๆ ภาวะโภชนาการในเด็ก สุขภาพผู้สูงอายุ การใช้สารเสพติดต่างๆ เอดส์ ความเครียด เป็นต้น
 5. การให้ความร่วมมือกับโครงการพัฒนาชุมชน และโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชน ต่างๆ เช่น โครงการสร้างอาชีพกลุ่มสตรีในชุมชนแออัด โครงการเก็บขยะรณรงค์
- **การบริการเป็นชุด** เช่น คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน ดำเนินการทั้งในคลินิกและที่บ้าน
 1. การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน
 2. จัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย
 3. จัดรายการอาหารที่สามารถรับประทานได้
 4. การบริการเจาะเลือดที่บ้านซ้ำทุก 3 เดือน
 5. การให้ยาตามใบสั่งยา การฉีดยาและการสอนวิธีการฉีดยา การทำแผลและการสอนให้ญาติทำแผลที่สามารถทำได้
 6. การส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาล
 - **การบริหารจัดการ**
 1. การแบ่งชุมชนรับผิดชอบในกรณีบริการในชุมชน ในกลุ่มพยาบาล ประจำศูนย์
 2. การคิดคำนวณราคาที่คุณทุนต่อ บริการ ของแต่ละกิจกรรมการพยาบาล
 3. การส่งต่อการตรวจและรักษาไปที่โรงพยาบาลขอนแก่น เช่น การ x-ray การตรวจคลื่นหัวใจ การส่งตัวอย่างเลือดตรวจ เป็นต้น
 4. เปิดบริการที่คลินิกในช่วงเช้า และเข้าชุมชนในช่วงบ่าย สำหรับเสาร์ อาทิตย์เปิดให้บริการที่คลินิกครึ่งวัน
 5. บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคการเจ็บป่วย และบริการคลินิกเฉพาะโรค ในคนกลุ่มต่างๆ กำหนดให้ในวันที่แตกต่างกัน เช่น คลินิกเบาหวานให้บริการในวันพุธ ตรวจสุขภาพเด็กและให้วัคซีน ในพฤหัสบดี ตรวจครรภ์และวางแผนครอบครัว วันอังคาร
 - **การจัดหาบริการสุขภาพเสริม**
 1. เป็นบริการที่เชื่อมกับโรงพยาบาลขอนแก่น ในเรื่องการรักษาที่เกินขีดความสามารถ ของพยาบาล ที่ศูนย์แพทย์ฯและการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีที่ซับซ้อน และเทศบาลนครขอนแก่น ในเรื่องการทำงานร่วมกับชุมชน เนื่องจากพื้นที่ที่รับผิดชอบอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่นและองค์กรชุมชนทำงานร่วมกับเทศบาลนครขอนแก่น
 2. บริการส่งคนส่งเคราะห์ เช่นกรณีผู้สูงอายุไม่มีญาติ ดำเนินการโดยติดต่อ ส่งเคราะห์จังหวัดเพื่อจัดหาสิ่งอุปโภคบริโภคและการส่งต่อเพื่อเข้ารับการดูแลที่บ้านพักคนชราจังหวัดมหาสารคาม
 3. ประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆตามความต้องการ เช่น ด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

4. บริการสุขภาพในโรงเรียนดำเนินการร่วมกับโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมการป้องกันโรค การเฝ้าระวังทางโภชนาการ และโรคท้องถิ่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กนักเรียน การตรวจสุขภาพเด็ก การค้นหาและการแก้ปัญหาเด็ก เช่น เด็กกำพร้า ซึมเศร้า มีปัญหาสายตา เป็นต้น

ความพึงพอใจของประชาชนในพื้นที่ต่อบริการของศูนย์ฯ

ประชาชนในพื้นที่พอใจที่มีบริการของศูนย์แพทย์อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนส่วนใหญ่เป็นผู้ทำงานหาเช้ากินค่ำ เป็นผู้อพยพย้ายถิ่นหรืออาศัยชั่วคราว ไม่กล้าไปใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เพราะไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่และไม่มีเงิน เมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยไม่อยากเสียเวลาในการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลที่ศูนย์แพทย์ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้โดยสะดวกมีความคุ้นเคยกับพยาบาลประจำศูนย์ฯ

กลไกการจัดบริการสุขภาพ

1. การให้บริการสุขภาพของศูนย์แพทย์ดำเนินการโดยพยาบาลภายใต้นโยบายของโรงพยาบาล
2. ศูนย์แพทย์ให้บริการที่เชื่อมต่อการดูแลรักษาเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้บริการหลัก มีแพทย์ร่วมให้การตรวจรักษาโรค ที่ซับซ้อน
3. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสมาชิก เช่น อสม. ช่วยกระจายข่าวสารสุขภาพทางหอกระจายข่าว
4. เทศบาลนครขอนแก่น ประสานการทำงานในส่วนการพัฒนาชุมชน การทำงานร่วมกับองค์กรชุมชนต่างๆ เช่นกรณีการเรียกร้องให้มีบ้านเลขที่ การจัดหาสาธารณูปโภคที่จำเป็นเช่น ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ซึ่งเกิดขึ้นจากการร่วมกันของทั้งองค์กรชุมชนและหน่วยงานหลายหน่วยงาน
5. ค่าใช้จ่ายได้รับจาก งบประมาณดำเนินการของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น บางส่วนมาจากผู้ใช้บริการ และส่วนการพัฒนาชุมชนมาจากเทศบาลนครขอนแก่น ประชาชนสามารถใช้หลักประกันสุขภาพตามสิทธิต่างได้
6. สถาบันการศึกษา เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการส่งนักศึกษาฝึกปฏิบัติงาน จัดกิจกรรมการบริการการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคเบื้องต้น และการควบคุมป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

เงื่อนไขและข้อเสนอ บทบาทพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนแออัด

1. พยาบาลเป็นหัวหน้าศูนย์ฯได้และจัดชุดบริการสุขภาพต่างๆให้ครอบคลุม แต่ควรมีบุคลากรอื่นร่วมทีม เช่น เจ้าหน้าที่ธุรการ นักการสาธารณสุข เป็นต้น
2. กิจกรรมการบริการพยาบาล ต้องมีการกำหนดมาตรฐานเพื่อการควบคุมคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ

3. ระบบการส่งต่อเพื่อการรักษาต้องมีการกำหนดมาตรฐาน เพื่อการควบคุมคุณภาพ
4. อัตราค่าบริการต่อกิจกรรมการบริการต้องกำหนดอย่างชัดเจน
5. การจัดบริการสุขภาพพื้นฐานในชุมชนสามารถให้หรือว่าจ้างพยาบาลดำเนินการตามกิจกรรมการบริการตามมาตรฐานได้
6. ประชาชนในพื้นที่บริการมีการเคลื่อนย้ายสูง การทำงานในชุมชนอาจต้องอาศัยสัดส่วนพยาบาลต่อประชากรมากขึ้น เช่น 1 ต่อประชากร 1,400 คน ดังปรากฏในพื้นที่บริการของศูนย์แพทย์มิตรภาพ
7. องค์การวิชาชีพ สภาการพยาบาลควรออกกฎหมายและข้อบังคับเพื่อรองรับคุณภาพบริการของพยาบาลวิชาชีพ
8. สถาบันทางการศึกษาพยาบาลต้องจัดการเรียนการสอน ในพื้นที่จริงให้ผู้เรียนเห็นระบบการบริการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน หรือสร้างตัวอย่างบริการที่ควรเป็นมากกว่าสอนตามระบบที่เป็นอยู่
9. พยาบาลต้องมีการพัฒนาโดยกระบวนการศึกษาในระดับสูงขึ้น การศึกษาให้ลึกซึ้งในระดับผู้ชำนาญการ เช่น บัณฑิตศึกษา หรือการอบรมเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เน้นการพัฒนางานบนฐานความรู้และข้อมูลเป็นสำคัญ

ตัวอย่างที่ 3 พยาบาลโรงงาน

โรงงานขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง มีพนักงานมากกว่า 2,000 คน มีงานบริการสุขภาพโดยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นผู้จัดและให้บริการ มีทีมงาน คือ ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน พนักงานจ่ายยา 4 คนและพนักงานขับรถ 4 คน การทำงานจัดแบ่งออกเป็น 3 กะๆ ละ 8 ชั่วโมง สถานบริการตั้งอยู่ในโรงงาน

กิจกรรมบริการสุขภาพโดยพยาบาล

1. การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสายตา
2. การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ รักษาเบื้องต้นตามอาการในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ ท้องเสีย เย็บบาดแผลขนาดเล็กไม่เกิน 5 เซม
3. ให้บริการตรวจรักษาร่วมกับแพทย์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
4. การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ยกเว้นการใส่ท่อช่วยหายใจ เพราะกฎหมายไม่รองรับ
5. การจัดทำแฟ้มประวัติสุขภาพพนักงานและครอบครัวที่มาใช้บริการ
6. การส่งต่อการรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาล
7. อื่นๆ ได้แก่ การร่วมฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นให้กับพนักงาน

การจัดหาบริการสุขภาพ เสริม

1. การจ้างแพทย์ประจำโรงงาน มาให้บริการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
2. การซื้อ ชุดบริการสุขภาพ จากโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ได้แก่ การชุดหิโนบูน การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสายตา การสอนการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นให้แก่พนักงาน
3. บริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคตามปกติจากรัฐ ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การให้ภูมิคุ้มกันโรค

กลไกการจัดบริการสุขภาพ

1. จ้างพยาบาลประจำโรงงาน คิดอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพตามกรอบที่กฎหมายกำหนดในอัตราส่วน พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อพนักงาน 1,000 คน
2. ซื้อ ชุดบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการอื่น ๆ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เป็นต้น ได้แก่ การชุดหิโนบูน การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสายตา การสอนการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นให้แก่พนักงาน

เงื่อนไขและข้อเสนอแนะ

1. ต้องเป็นนโยบายของโรงงานที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้กับพนักงานของโรงงาน โดยการจัดให้มีบริการเกิดขึ้น
2. ต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงงาน เช่นอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย
3. มีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงานของพยาบาล และการควบคุมคุณภาพมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาล

ตัวอย่างที่ 4 พยาบาลศูนย์สาธารณสุขการพัฒนารเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การเลี้ยงดูบุตรให้มีสุขภาพดี มีพัฒนาการเป็นปกติครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลในช่วงเวลากลางวัน เป็นสิ่งที่ครอบครัวส่วนใหญ่ในปัจจุบันต้องการ โดยเฉพาะครอบครัวที่ทั้งสามีและภรรยาไปทำงานนอกบ้านไม่มีผู้ใหญ่หรือญาติอยู่ร่วมกันในครอบครัว เช่นเดียวกับที่ปรากฏในชุมชนอื่นๆในสังคมไทย ศูนย์สาธารณสุขการพัฒนารเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการในลักษณะนี้ นอกจากนั้น ยังสามารถเป็นแบบอย่างในการจัดบริการที่เหมาะสมเน้นการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนารเด็กเป็นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา และเป็นทีศึกษาวิจัยทางารพยาบาลเด็กของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น บริการดูแลเด็กตั้งแต่ 2 เดือนถึง 4 ปี มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการภายใต้การควบคุมดูแลโดยคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ 1 คน และมีพี่เลี้ยง 1 คนต่อเด็กเล็ก 3 คน เด็กโต 10-12 คนต่อพี่เลี้ยง 1 คน ให้บริการตั้งแต่เวลา 07.30-17.00 น.

กิจกรรมบริการสุขภาพที่จัดโดยพยาบาล

1. การเตรียมความพร้อมส่งเสริมพัฒนาการทางร่างกาย จิตวิญญาณตามวัยโดยพยาบาลที่รับผิดชอบ เป็นผู้วางแผนจัดกิจกรรมเช่น จัดบริการด้านอาหารตามหลักโภชนาการร่วมกับการฝึกอุปนิสัยและมารยาท จัดให้มีครูมาสอนเด็กเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ จัดให้มีการจัดหาของเล่นที่ส่งเสริมการพัฒนาการตามวัย
2. การเฝ้าระวังและป้องกันโรค โดยการควบคุมให้มีการทำความสะอาด อุปกรณ์เครื่องใช้ที่ใช้กับเด็ก เป็นประจำทุกเดือนตามแผนของสถานบริการ รักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมรักษาเบื้องต้น ซึ่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูง และตรวจร่างกายและพัฒนาการในด้านต่างๆ ลงบันทึกในแฟ้มประวัติ ในขอพบแรก ทุกเดือน ขอพบที่ 2 ทุก 2 เดือน และ 3 เดือนครั้งในปีต่อไป เพื่อเฝ้าระวังพัฒนาการและสุขภาพที่ผิดปกติของเด็ก
3. ทำแฟ้มประวัติสุขภาพและพัฒนาการ
4. ประชุมพยาบาลเบื้องต้นและให้การรักษายาบาลเด็กเบื้องต้นในกรณีที่เกิดเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุ เล็กน้อย และแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ
5. ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็ก และการดูแลเมื่อเด็กป่วย
6. กิจกรรมการฝึกอบรม เช่น จัดฝึกอบรมพี่เลี้ยงเด็ก และ ผู้ปกครองให้ความรู้ในการดูแลเด็ก
7. เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติการของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีต่างๆ เรื่องการดูแลเด็กตามระยะพัฒนาการ
8. สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการดูแลเพื่อเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ
9. ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเด็กทางสื่อ เช่น ผ่านจุลสารจดหมายข่าว

การจัดหาบริการสุขภาพเสริม

1. จัดให้มีแพทย์และทันตแพทย์มาตรวจสุขภาพร่างกายและฟันปีละ 1 ครั้ง
2. บริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคตามปกติจากรัฐ เช่น การให้ภูมิคุ้มกัน การชั่งน้ำหนักตรวจวัดพัฒนาการของเด็ก

กลไกในการจัดบริการสุขภาพ

1. จ้างพยาบาลประจำศูนย์สาธิตการพัฒนารเด็ก (การคิดกรอบอัตรากำลังยังไม่มีกฎหมายรองรับ)
2. จ้างพี่เลี้ยงมาช่วยดูแลเด็กโดยคิดอัตรากำลัง เด็กเล็ก 3 คนต่อพี่เลี้ยง 1 คน และเด็กโต 10-12 คนต่อพี่เลี้ยง 1 คน (การคิดกรอบอัตรากำลังยังไม่มีกฎหมายรองรับ)
3. จ้างครูที่มีวุฒิการศึกษาสาขาอนุบาลมาสอนเพื่อพัฒนาและเตรียมความพร้อมเด็กโตชั้นเรียนละ 1 คน
4. จัดให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการจัดบริการโดยให้มีสมาคมผู้ปกครอง มีการวางแผนการจัดกิจกรรมและการบริหารศูนย์ฯ

5. คณะกรรมการบริหารศูนย์มีองค์ประกอบจากสมาคมผู้ปกครองคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กุมารแพทย์ นักจิตวิทยา จิตแพทย์

ความพอใจที่ประชาชนได้รับ

1. ปัจจุบันสถานบริการที่พยาบาลจัดตั้งขึ้นนี้ได้รับความนิยมจากผู้ใช้บริการมากโดยประเมินจากปัจจุบัน
2. มีผู้ปกครองที่เป็นทั้งข้าราชการในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และประชาชนทั่วไป นำบุตรมาใช้บริการ ประมาณ 280 คน (รอเข้าคิวเข้ารับบริการอีกกว่า 500 คน)
3. เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย และดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย อย่างมีประสิทธิภาพ

การสนับสนุนเงินจากรัฐ จากประชาชนร่วมจ่าย ในการจัดหาบริการ

งบประมาณที่ได้ทั้งหมดคณะกรรมการบริหารสถานบริการจะจัดการบริหารงานแบบองค์การอิสระเลี้ยง

ตนเองและเตรียมพร้อมในการออกนอกกระบวนการ

1. จากส่วนราชการ โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐ ผ่าน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. บริหารจัดการ และดำเนินการเพื่อควบคุมการบริการให้มีคุณภาพมาตรฐานโดยได้รับการสนับสนุนทางด้านวิชาการจากคณะพยาบาลศาสตร์
3. ค่าบริการจากผู้มาใช้บริการโดยคิดค่าบริการตามวัยของเด็ก
4. เงินบริจาคจากผู้ปกครอง เพื่อพัฒนาการบริการและการวิจัย

เงื่อนไขและข้อเสนอ

1. มีกฎหมายรองรับการทำงานของพยาบาลในสถานบริการลักษณะนี้
2. มีมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติขององค์วิชาชีพในการควบคุมคุณภาพ
3. กิจการบริการดูแลกลางวัน (Day care) นี้เป็นบริการที่มีแนวโน้มว่าจะมีผู้ต้องการใช้บริการสูง จากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมในสังคมไทย
4. บริการดูแลผู้รับบริการเวลากลางวันเป็นบริการพื้นฐานและเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่พยาบาลสามารถจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างอิสระให้กับผู้ใช้บริการ และสามารถจัดให้เป็นลักษณะที่เป็นชุดบริการที่ หลากหลายให้ประชาชนเลือกใช้บริการ ตามปัญหาและความต้องการของ เช่น
 - ชุดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางพัฒนาการเฉพาะ เช่น เด็ก Autism โดยมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา ชุดบริการ ดูแลเพื่อพัฒนาการด้านโภชนาการในเด็กที่มีปัญหาเรื่องโภชนาการ ชุดบริการสำหรับเด็กที่มีความสามารถพิเศษ เป็นต้น
 - รับให้คำปรึกษาในการจัดตั้งสถานบริการพยาบาล เป็นชุดการควบคุมคุณภาพบริการ ผูกอบรม พี่เลี้ยงเด็ก เป็นต้น

ตัวอย่างที่ 5 พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำโรงเรียน

เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศ ปัจจุบันรัฐออกกฎหมายให้ประชาชนทุกคนต้องเข้ารับการศึกษาน้อยระดับมัธยมศึกษา ดังนั้นเยาวชนส่วนใหญ่ตั้งแต่3ขวบครึ่งจนกระทั่งถึง18 ปีจึงใช้ชีวิตส่วนใหญ่ในเวลากลางวัน ในโรงเรียน ปัญหาสุขภาพบางอย่างอาจเกิดจากการอยู่ร่วมกันในโรงเรียน ดังนั้นการดูแลสุขภาพนักเรียนจึงเป็นเรื่องสำคัญที่โรงเรียนหรือผู้บริหารของรัฐจะต้องคำนึงถึง โรงเรียนจึงต้องมีพยาบาลประจำโรงเรียนเพื่อให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพแก่นักเรียนเพื่อให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพดี สามารถเรียนรู้ในโรงเรียนได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ เพื่อหล่อหลอมให้เยาวชนเป็นบุคคลกรที่มีคุณค่าของชาติต่อไปได้ในอนาคต

กิจกรรมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พยาบาลสามารถจัดบริการได้ในระดับวิชาชีพและภายใต้การควบคุมของวิชาชีพ

1. กิจกรรมรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น ให้การรักษาโรคเบื้องต้นเช่นหวัด ปวดศีรษะ ท้องเสีย ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ทำแผล เย็บแผลที่มีขนาดของแผลไม่ใหญ่มาก(เย็บไม่เกิน 5 เซม) ปฐมพยาบาลนักเรียนที่ได้รับอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬาอื่นๆ ฯลฯ ส่งต่อนักเรียนไปยังโรงพยาบาลเมื่อพบว่าอาการเจ็บป่วยนั้นต้องการการดูแลรักษาเฉพาะ
2. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จัดบริการส่งเสริมให้นักเรียนมีกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามวัย การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามวัย จัดกิจกรรมการเล่นหรือการทำกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมการพัฒนาการตามวัยร่วมกับครูที่สอนประจำ
3. กิจกรรมป้องกันโรคโดยการให้บริการวัคซีนแก่นักเรียน ตามมาตรฐานการได้รับภูมิคุ้มกันที่ควรได้รับตามวัยและตามสถานการณ์ ตรวจสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนเป็นประจำเพื่อทำการเฝ้าระวังโรคต่างๆตามวัย เช่น ตรวจการขาดสารไอโอดีนในเด็ก วัยรุ่น การตรวจปัสสาวะเด็กเพื่อหาสารเสพติดในเด็กกลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวังโรคติดต่อที่อาจเกิดในโรงเรียนเช่นโรคท้องร่วง โรคหัด โรคคางทูม เหา หิด ฯลฯ สํารวจสิ่งแวดล้อมและดำเนินการเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ การเกิดโรคระบาด เช่นดูแลเกี่ยวกับแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย สุนัขจรจัด ฯลฯ นอกจากนั้นยังสามารถให้บริการตรวจร่างกายเพื่อประเมินพัฒนาการทางร่างกาย จิตวิญญาณในการเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กในวัยต่างๆ
4. จัดทำประวัติสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียน
5. กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านจิตใจแก่นักเรียนที่มีปัญหาเรื่องเครียดจากการเรียน ปัญหาสุขภาพ ฯลฯ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ แต่นักเรียนและผู้ปกครองตามวัยต่างๆ
6. กิจกรรมการฝึกอบรม โดยการจัดให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแก่นักเรียน ครู ผู้ปกครองตามความต้องการ จัดการฝึกอบรมนักเรียนเรื่องการปฐมพยาบาล การดูแลสุขภาพเบื้องต้น ฯลฯ

- กิจกรรมอื่นๆ เช่น การจัดชุดบริการตามความต้องการของโรงเรียน เช่น จัดบริการตรวจสุขภาพร่างกาย และฟันของนักเรียนในชุมชนประจำปี ร่วมกับครูในโรงเรียนสำรวจปัญหาสุขภาพของเด็กนักเรียน วางแผนหาแนวทางแก้ปัญหา ให้ การสนับสนุนการวิจัยและการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาในวิชาชีพทางสุขภาพอื่นๆ

ความพอใจที่ประชาชนได้รับ

มีหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่าประชาชนต้องการให้มีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อยระดับพยาบาลวิชาชีพ มาให้บริการที่โรงเรียน

การสนับสนุนให้มีการจัดบริการ

1. จัดสรรจากงบประมาณโรงเรียนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่มีส่วนร่วมในการจัดหาบริการ การศึกษาให้ประชาชนในท้องถิ่นนั้น
2. จากค่าบริการที่คิดค่าบริการที่ยุติธรรมคือคิดจากต้นทุนที่จ่ายบวกค่าแรงงานและค่าวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานเพื่อเบิกจ่ายจากต้นสังกัดให้สามารถมีเงินมาหมุนเวียนให้กิจการสามารถดำเนินการไปได้
3. จากเงินบริจาค

ปัญหาและข้อเสนอ

1. ควรมีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงเรียน โดยกำหนดเป็นกฎหมายเช่น กำหนดว่า ให้มีพยาบาล 1 คนต่อนักเรียน 1000 ในเด็กโตและ ในเด็กเล็กต้องมีพยาบาล 1 คนต่อนักเรียน 500คนเป็นต้น
2. ต้องมีแนวทางการปฏิบัติและมีมาตรฐานวิชาชีพในการควบคุมคุณภาพบริการพยาบาลในโรงเรียน

ตัวอย่างที่ 6 การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเทศบาลนครพิษณุโลก

เทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ลักษณะการบริการสุขภาพของเทศบาลนครขอนแก่นเป็นลักษณะการดูแลสุขภาพของประชาชนใน เทศบาลนครประมาณ 60 ชุมชน การจัดบริการสุขภาพในปัจจุบันเน้นการใช้ ทรัพยากรเดิมของเทศบาลในการ บริการประชาชน โดยมีปรัชญาในการดำเนินการจัดบริการสุขภาพที่เน้นที่การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการจัดบริการขึ้นอยู่กับความต้องการของประชาชน ตามบริบทของชุมชนเป็นหลัก แนวคิดนี้มีความสอดคล้องกับ รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่ให้ความสำคัญกับสิทธิและหน้าที่ของประชาชนเป็นสำคัญ ทั้งนี้แนวคิดผู้บริหารที่มาจาก การเลือกตั้งมีส่วนสนับสนุนให้การบริการทางสุขภาพมีความเป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้น ผู้บริหารให้ความสำคัญกับ ความต้องการของประชาชนเป็นที่หนึ่ง

กิจกรรมการจัดบริการ

1. บริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ บริการฟรี

2. เปิดให้บริการสุขภาพที่ศูนย์สาธารณสุขโดยเน้นการบริการที่ครบวงจร ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ
3. การออกหน่วยตามชุมชนฯ ละ 1 ครั้งต่อปี โดยมีกิจกรรมการตรวจร่างกายเบื้องต้น การรักษาเบื้องต้น รวมทั้งการแจกยา การติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การรับร้องทุกข์ต่างๆของชาวบ้านในทุกกรณี กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสานสัมพันธ์ภาพระหว่างเทศบาลกับประชาชนในพื้นที่
4. ฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพให้แก่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หรือชุมชน ซึ่งอยู่ในระหว่างการดำเนินการ

ความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดบริการ

ความศรัทธา ความพึงพอใจ และความต้องการของประชาชนเป็นประการสำคัญในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามแนวคิดของเทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุข ดังนั้นประชาชนย่อมมีความพึงพอใจเป็นทุนเดิม และได้รับความสะดวก สบาย สามารถเข้าถึงสถานบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน ทั้งนี้ความร่วมมือที่เทศบาลจะได้รับจากประชาชนจะง่ายขึ้นในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาเทศบาลด้านอื่นๆ หลักการที่โดดเด่นคือการใช้การบริการสุขภาพเป็นจุดร่วมของการพัฒนาชุมชนด้านอื่นๆ

กลไกในการจัดบริการสุขภาพ

1. มีนโยบายที่กระจายศูนย์บริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมในเขตเทศบาล
2. ผู้จัดบริการสุขภาพต้องมีแนวคิดเชิงธุรกิจในการบริหารจัดการ
3. เทศบาลปรับบทบาทของผู้ดูแลสุขภาพของประชาชนในฐานะนักปฏิบัติเป็นผู้ที่ควบคุมและดูแลระบบสุขภาพให้แก่ประชาชน
4. อาสาสมัครประจำหมู่บ้านหรือชุมชน ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพของในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของคนในชุมชน
5. ผู้บริหารควรมาจากการเลือกตั้งที่จะมีความเข้าใจประชาชนเพิ่มขึ้น
6. การออกหน่วยเป็นกลยุทธ์การสานสัมพันธ์ไมตรีระหว่างเทศบาลกับประชาชน
7. ลักษณะการออกชุมชนจะเป็นการทำงานทีมทุกฝ่ายตามปัญหาของชุมชนเช่น ฝ่ายสุขภาพบาล ฝ่ายช่าง เป็นต้น
8. นโยบายการบริหารงานของเทศบาลจะมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ของชุมชน
9. ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพเทศบาลเป็นผู้จัดการ โดยประชาชนรับบริการฟรี
10. สถาบันทางการศึกษามีบทบาทในการส่งนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานในชุมชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตลอดเวลา เพื่อให้เกิดการสร้างภาพจำลองของการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชน นักศึกษา สถาบันการศึกษา บุคลากรของเทศบาลฯ

เงื่อนไขและข้อเสนอในการจัดบริการสุขภาพโดยเทศบาลฯ

1. เน้นการจัดบริการที่ครบวงจรแบบเชิงพาณิชย์
2. เป็นหน่วยงานเอกชนเข้ามานำเสนอการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
3. ลักษณะของรูปแบบการบริการต้องมีความสอดคล้องกับความต้องการและความพึงพอใจของประชาชน ค่าใช้จ่ายในการจัดหาบริการ ผลประโยชน์ที่ประชาชนจะพึงได้รับ และการบริการต้องมีมาตรฐานที่สามารถเชื่อถือได้
4. การจัดบริการมีความสอดคล้องกับนโยบายของเทศบาล
5. ประชาชนในเขตเทศบาลต้องมีความรู้ในสิทธิและหน้าที่ของตนเองที่พึงได้จากเทศบาล
6. สถาบันการศึกษาควรที่จะผลิตบัณฑิตตามความต้องการของชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลอย่างสูงสุดและต่อเนื่อง

ตัวอย่างที่ 7 พยาบาลเปิดให้บริการในสถานบริการหรือคลินิกส่วนตัว

ความต้องการการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่คนไทยทุกคนต้องได้รับ และนอกจากนั้น การกระจายผู้ให้บริการสุขภาพของรัฐที่ยังไม่ครอบคลุม ประชาชนส่วนใหญ่จะดูแลตนเองเมื่อรับรู้ว่ามีปัญหาเรื่องสุขภาพและนิยมการซื้อยาตามร้านมาบรรเทาอาการเบื้องต้น การมีความรู้เรื่องดูแลสุขภาพยังไม่ถูกต้อง ผลคือสุขภาพของคนไทยไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่จ่ายไป ทำให้ปัญหาสุขภาพยังเป็นประเด็นที่ต้องหาทางแก้ไข

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของคนไทยพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังต้องการการดูแลรักษาระดับปฐมภูมิใกล้บ้านอีกมาก การให้บริการสุขภาพในบทบาทพยาบาลอิสระโดยการเปิดให้บริการสุขภาพในสถานบริการหรือคลินิกส่วนตัวเป็นทางเลือกหนึ่งที่สำคัญของคนไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ที่การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐอาจมีปัญหา ทางเลือกนี้พยาบาลสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงกับสิ่งที่ประชาชนต้องการ

กิจกรรมบริการสุขภาพโดยพยาบาล

1. ให้บริการตรวจรักษาโรคและปฐมพยาบาลเบื้องต้นเช่น เป็นหวัด ปวดท้อง อุจจาระร่วง ปวดศีรษะ ได้รับอุบัติเหตุมีแผลขนาดเล็ก เย็บไม่เกิน 5 เซม ฯลฯ ส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่ต้องการเจ็บป่วยนั้นต้องการการรักษาที่เฉพาะมากขึ้นเช่น กระดูกหัก มีบาดแผลใหญ่
2. ให้บริการฉีดยา ทำแผล เจาะเลือดเพื่อตรวจสุขภาพและการรักษาอื่นตามใบส่งตัวหรือใบนัดของแพทย์
3. บริการป้องกันโรคโดย ให้บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นเพื่อเฝ้าระวังโรคเช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน คอพอก ให้ความร่วมมือกับส่วนราชการในการให้วัคซีนแก่เด็ก ในโรงเรียนเพื่อป้องกันโรคตามบริการปกติและเฉพาะสถานการณ์
4. ให้คำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการ

5. บริการฟื้นฟูสุขภาพโดยให้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังที่บ้าน ผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ฯลฯ ตามความต้องการของผู้ใช้บริการ
6. ทำแฟ้มประวัติสุขภาพของผู้ใช้บริการ
7. ร่วมมือกับสถานบริการสุขภาพอื่นในการแก้ปัญหาชุมชน

ลักษณะการคิดค่าบริการ

ในกรณีที่ให้บริการที่พยาบาลจัดขึ้นเป็นงานอิสระ การคิดค่าบริการตามค่าเวชภัณฑ์ วัสดุครุภัณฑ์ที่ใช้จริง บวกค่าเสื่อมของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน และค่าบริการตามประเภทของงานและค่าบริการพยาบาลในอัตรา ชั่วโมงละ 200-300 บาท เพื่อให้มีรายได้เพียงพอในการจ่ายเงินเดือนผู้ดำเนินการ เก็บค่าบริการโดยตรงจากผู้ใช้บริการ

กลไกในการจัดบริการ

1. ตั้งสถานบริการส่วนตัว
2. ทำเป็นบริการอิสระและคิดค่าบริการตามแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ
3. จัดบริการสุขภาพตามความต้องการของคนในท้องถิ่นที่ครบถ้วนตามความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน
4. จัดกิจกรรมการให้บริการตามต้องการ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี ตรวจสุขภาพฟัน

เงื่อนไขและข้อเสนอ

1. การมีกฎหมายรองรับให้พยาบาลสามารถจัดบริการได้อย่างอิสระตามขอบเขตและมาตรฐานการบริการ
2. มีกลไกการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการของพยาบาลอย่างชัดเจนและเป็นที่ยอมรับและรู้จักโดยประชาชน
3. มีการศึกษาอบรมอย่างต่อเนื่องและมีเครือข่าย

ตัวอย่างที่ 8 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ ในบ้านพักคนชรา จังหวัดมหาสารคาม

บ้านพักคนชราจังหวัดมหาสารคามเป็นองค์กรที่อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมประชาสงเคราะห์ เปิดให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดบริการสุขภาพต่างๆ เพื่อจัดการปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพในเบื้องต้น ส่วนการจัดการปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนรุนแรง พยาบาลจัดการส่งต่อเพื่อการรักษาในสถานพยาบาลต่อไป

ชุดบริการสุขภาพต่างๆมีดังนี้

- ชุดบริการหลักด้านสุขภาพ

1. กิจกรรมการบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ

1.1 จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย เน้นการบริหารข้อต่อต่างๆ รำมวยจีน หรือกิจกรรมการเข้าจังหวะตามสภาพของผู้สูงอายุ วันละ 30-40 นาที ระหว่างเวลา 8.00-9.00น.

1.2 จัดกิจกรรมกลุ่มนันทนาการ เช่น

- กลุ่มสนุกรสนานรื่นเริง เน้นการเล่นเกม การแสดงความสามารถแข่งขัน การร้องเพลง การท่ายปัญหา แต่งกลอน
- กลุ่มศาสนา เน้นการทำสมาธิ สวดมนต์ให้วัพระ ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา
- กลุ่มอ่านหนังสือ
- กลุ่มประดิษฐ์สิ่งของจากเศษวัสดุ

1.3 จัดกิจกรรมนันทนาการร่วมกับชุมชนในหมู่บ้านข้างเคียง หรือเชิญครอบครัวผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง

1.4 บริการอาหารทั้ง 3 มื้อ ครบ 5 หมู่ สะอาด ถูกสุขอนามัย อาหารอ่อน เปื่อย เคี้ยวและย่อยง่าย

2. กิจกรรมการบริการพยาบาลด้านการควบคุมป้องกันโรค

2.1 จัดกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุโดยการสอนสุขศึกษา เรื่อง หลักการปฏิบัติในผู้สูงอายุ ในช่วงเช้าหลังการออกกำลังกายทุกวัน โดย

- การฉายาวิดีโอทัศน์สอนผู้สูงอายุที่มีสายตา และการรับฟังที่ดี
- จัดการสอนเสียงตามสายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้น้อยไม่ได้เข้ากลุ่มออกกำลังกาย
- สอนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มาออกกำลังกายตอนเช้า

2.2 ตรวจสุขภาพประจำปีในผู้สูงอายุทุกคน

- ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การทำงานของตับ ไหมนในหลอดเลือด
- x-ray ปอดและหัวใจ
- ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ทุก 2 เดือน
- ตรวจสุขภาพฟัน

2.3 บริการเรือนพักที่สะอาด ถูกสุขาภิบาล เรือนนอนมีห้องแยกผู้ป่วยโรคติดต่อ มีการระบายอากาศที่ดี ห้องน้ำเป็นระบบนั่งแบบชักโครก มีราวจับเดินจากตัวเรือน ถึงห้องน้ำ

2.4 บริการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ให้ 2 สัปดาห์ต่อครั้ง

3. กิจกรรมการบริการพยาบาลด้าน การรักษาพยาบาล

3.1 กลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉิน

- ให้บริการดูแลทั่วไปโดยพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ประจำ
- ให้การรักษาพยาบาลโรคหรือการเจ็บป่วยเบื้องต้น
- บริการรถพยาบาลเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อยังโรงพยาบาล ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อมีผู้เจ็บป่วยหรืออาการหนัก

3.2 กลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง

- มีห้องพยาบาลพร้อมอุปกรณ์การแพทย์และการพยาบาลเบื้องต้นที่ครบถ้วน
- ในกรณีผู้ป่วยเรื้อรังที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีผู้ดูแลในระยะแรกโดยย้ายผู้ป่วยไปนอนพักในห้องพยาบาลให้การดูแลในด้านสุขวิथाส่วนบุคคล อาหาร การทำแผล การพลิกตะแคงตัว กายภาพบำบัดข้อต่อต่างๆ
- ในกรณีผู้สูงอายุมีปัญหา ข้อกระดูก ใช้การประคบความร้อน เย็น กายภาพบำบัด ออกกำลังกายข้อต่อต่างๆโดยนักกายภาพบำบัด วันละ 1 ครั้ง
- จัดสอนสุขศึกษาเฉพาะโรค เป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ ครั้ง

4. จัดกิจกรรมการบริการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4.1 ผู้มีปัญหาการได้ยิน ผู้พิการทางหู บริการส่งตรวจสมรรถภาพการได้ยิน จากแพทย์หู คอ จมูก เพื่อพิจารณา รับเครื่องช่วยฟัง ส่วนผู้ที่มีปัญหาการมองเห็น ส่งพบจักษุแพทย์เพื่อประเมินการรักษา

4.2 ผู้สูงอายุ อัมพฤต อัมพาต

การออกกำลังกายข้อต่อเป็นรายบุคคล วันละ 1 ครั้ง โดยนักกายภาพบำบัด

4.3 ผู้สูงอายุทั่วไป

ส่งเสริมการทำอาชีวนำบัด เช่น การทำกลุ่มพรมเช็ดเท้า กลุ่มประดิษฐ์หมวกจากกล่องวัสดุ

กลไกการจัดบริการ

1. มีพยาบาลวิชาชีพ ประจำเป็นผู้วางแผนกิจกรรมการบริการทั้งหมด โดยมีการประสานกับแพทย์และผู้ช่วยเหลือในระดับต่างๆ
2. คัดราคาการให้บริการเป็นรายบุคคล และ เป็นรายบริการ ละ 1,000 บาท/ เดือน หากเจ็บป่วยคิดเพิ่มตามราคาการรักษาส่วนเกิน

เงื่อนไขและข้อเสนอ

1. เป็นบริการสุขภาพพื้นฐานที่รัฐสามารถจัดให้ประชากรผู้สูงอายุได้

2. การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการลักษณะนี้เป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลซึ่งต้องการการรองรับโดยกฎหมายวิชาชีพและการควบคุมคุณภาพมาตรฐานโดยองค์วิชาชีพ

ตัวอย่างที่ 9 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชน

จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน โดยเฉพาะโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรคเบาหวานจำนวนหนึ่งสามารถที่จะดูแลในสถานบริการระดับปฐมภูมิได้ โดยหลักการโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งถึงแม้จะมีพื้นที่และจำนวนประชากรที่รับผิดชอบชัดเจน แต่ปัญหาด้านคุณภาพบริการที่ไม่เท่าเทียมกัน ความพึงพอใจในคุณภาพบริการของประชาชน ทำให้เกิดการใช้บริการข้ามเขต ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระรับผิดชอบของสถานบริการบางแห่ง

กิจกรรมบริการสุขภาพโดยพยาบาล

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
2. การวางระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามกลุ่ม โดยจัดเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
3. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อประเมินประเด็นปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
4. วิเคราะห์ และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ
5. จัดกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่น ๆ เพื่อเรียนรู้ปัญหาและการจัดการกับปัญหา
6. จัดกิจกรรมสอนและสาธิตการออกกำลังกาย
7. ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่ครอบคลุมในเรื่องอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และสุขภาพจิต รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
8. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม
9. พัฒนาเครือข่ายสุขภาพกับแกนนำในชุมชน
10. จัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วย และคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

การจัดหาบริการเสริม

การรักษาภาวะแทรกซ้อน และสั่งยาโดยแพทย์

กลไกการจัดบริการสุขภาพ

1. พยาบาลเป็นอาชีพอิสระที่ให้บริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เช่น การเปิดคลินิกดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป
2. ประสานงานกับการแพทย์ภูมิปัญญาไทยในการส่งเสริมสุขภาพ
3. การจัดการเรื่องการเงิน การคลังด้านสุขภาพ ไม่ควรอยู่ที่โรงพยาบาลเท่านั้น

เงื่อนไขและข้อเสนอ

1. มีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงานของพยาบาล และการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาล
2. การจัดการเรื่องการเงิน ควรให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถจัดหาและจัดซื้อบริการสุขภาพ ตามความต้องการของประชาชน โดยพยาบาลสามารถเป็นผู้เสนอชุดโครงการบริการสุขภาพ ให้กับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ตัวอย่างที่ 10 บทบาทพยาบาลอิสระ

ระบบบริการสุขภาพไทยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับบทบาทของแพทย์ ในระบบบริการสุขภาพ ในขณะที่ ยังมีบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ ที่สามารถให้การดูแลสุขภาพในเบื้องต้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด รวมทั้งแพทย์ภูมิปัญญาไทย

กิจกรรมบริการสุขภาพโดยพยาบาล

1. คลินิกส่วนตัว
2. ศูนย์แพทย์ชุมชน
3. การให้บริการพิเศษ เช่น การให้บริการที่บ้าน พยาบาลเฝ้าไข้พิเศษ
4. การให้บริการผดุงครรภ์ และการคลอดปกติ รวมทั้งการดูแลมารดา และทารกหลังคลอด

กลไกในการจัดหาบริการสุขภาพ

1. เป็นบริการสุขภาพเชิงรุก ที่จัดหาโดยพยาบาล ภายใต้การมอบหมายจากแพทย์ หรือ นโยบายของโรงพยาบาล
2. ประกอบอาชีพอิสระ โดยยังไม่มีกฎหมายรองรับ และขาดการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ

เงื่อนไขและข้อเสนอแนะ

1. องค์กรวิชาชีพ สภาการพยาบาลควรออกกฎหมายและข้อบังคับ เพื่อรองรับคุณภาพของพยาบาล ประกอบวิชาชีพอิสระ
2. สถาบันทางการศึกษา ควรจะได้มีการปรับหลักสูตรในระดับสูง ให้มีความเชี่ยวชาญ ชำนาญการในการประกอบอาชีพอิสระ

ตัวอย่างที่ 11 บทบาทพยาบาลประจำศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุ

โครงสร้างประชากรวัยสูงอายุและวัยเด็กซึ่งเป็นวัยพึ่งพิงสูงขึ้น และขณะเดียวกันผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีความซับซ้อน ประกอบกับโครงสร้างครอบครัวในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการในการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและทางสังคม

กิจกรรมบริการสุขภาพโดยพยาบาล

1. ไม่มีพยาบาลประจำศูนย์ แต่จะมาให้บริการสุขภาพเป็นครั้งคราว ปัจจุบันกิจกรรมการบริการสุขภาพจะเป็นกิจกรรมทางด้านสังคม
2. บริการที่มีอยู่ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอย่างแท้จริง จึงทำให้มีผู้มารับบริการจำนวนน้อย

การจัดหาบริการสุขภาพเสริม

มีพยาบาลมาให้บริการเป็นครั้งคราว

กลไกการจัดหาบริการสุขภาพ

จัดหาพยาบาลมาให้บริการที่ศูนย์บริการผู้สูงอายุเป็นครั้งคราว

เงื่อนไขและข้อเสนอ

1. ควรจัดให้มีศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุมพื้นที่ที่ผู้สูงอายุสามารถเดินทางมารับบริการได้สะดวก
2. ควรมีพยาบาลเป็นหัวหน้าศูนย์หรือพยาบาลประจำศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุ
3. จัดชุดบริการหลัก (package) ทำสัญญาจ้างกับพยาบาลอิสระ หรือพยาบาลในหน่วยงานในการดูแลผู้สูงอายุ การจัดบริการสุขภาพร่วมกับแพทย์ภูมิปัญญาไทยในชุมชนที่รับผิดชอบ

ตัวอย่างที่ 12 พยาบาลคลินิกแพทย์แผนไทย

การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพ จำต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย ที่ได้มีมาเป็นเวลาช้านาน แต่ยังขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพราะการให้ความสนใจกับการแพทย์แผนตะวันตกมากเกินไป ปัจจุบันการพัฒนาศักยภาพภูมิปัญญาไทยเป็นที่นิยม ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

กิจกรรมบริการสุขภาพโดยพยาบาล

1. การพัฒนาเครือข่ายการบริการสุขภาพ กับแพทย์แผนไทยในชุมชน
2. การพัฒนาเครือข่ายด้านวิชาการ กับโรงพยาบาลชุมชน
3. พัฒนามาตรฐานของสถานที่ให้บริการ
4. เป็นผู้จัดการคลินิก

5. คัดกรองผู้ป่วยและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน

การจัดหาบริการสุขภาพเสริม

1. การจ้างแพทย์แผนไทยให้บริการประจำ
2. ชุดบริการหลัก [package] การอบรมและพัฒนาแพทย์แผนไทยในชุมชนที่เป็นเครือข่าย

กลไกการจัดบริการสุขภาพ

1. เป็นคลินิกเอกชน [private clinic] ที่ต้องดำเนินการแบบไม่มุ่งกำไร
2. การประสานงานกับองค์กรในท้องถิ่น ในลักษณะการพึ่งพากันและกัน

เงื่อนไขและข้อเสนอแนะ

1. กฎหมายการรองรับ การทำคลินิกของพยาบาลและการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานการปฏิบัติงาน
2. สามารถทำสัญญาจ้างกับโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

ตัวอย่างที่ 13 พยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิต

ความเครียดมีบทบาทที่สำคัญ ต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ

กิจกรรมบริการสุขภาพโดยพยาบาล

1. การชักประวัติและการวิเคราะห์ปัญหา
2. การปรึกษา
3. การสอนทักษะการคลายเครียด
4. การประเมินผล

การจัดหาบริการสุขภาพเสริม

1. ชุดบริการหลัก [package] การประเมินเพื่อคัดกรองปัญหา
2. ชุดบริการหลัก [package] การคลายเครียด

กลไกการจัดบริการสุขภาพ

1. เป็นคลินิกในโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน [private clinic] ที่ต้องดำเนินการแบบไม่มุ่งกำไร
2. การประสานงานกับองค์กรในท้องถิ่น ในลักษณะการพึ่งพากันและกัน

เงื่อนไขและข้อเสนอแนะ

1. กฎหมายการรองรับ การทำคลินิกของพยาบาลและการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานการปฏิบัติงาน
2. สามารถทำสัญญาจ้างกับโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยงานที่ต้องการได้

ตัวอย่างที่ 14 พยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

จิตเภท เป็นโรคเรื้อรัง นโยบายในการรักษาจะอยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้น การจำหน่ายผู้ป่วย จึงค่อนข้างรวดเร็ว และต้องการการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หลังการจำหน่าย

กิจกรรมบริการสุขภาพโดยพยาบาล

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย ญาติ และชุมชน
2. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อประเมินประเด็นปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
3. วิเคราะห์ วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ในการจัดการกับปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพ
4. จัดกระบวนการกลุ่มในชุมชน เพื่อเรียนรู้ปัญหาและการจัดการกับปัญหา
5. จัดกิจกรรมสอนและสาธิตการจัดการกับปัญหา
6. ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ที่ครอบคลุมในเรื่องอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และสุขภาพจิต รวมทั้งการแก้ไข ป้องกันอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา
7. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม
8. พัฒนาเครือข่ายสุขภาพกับแกนนำในชุมชน
9. จัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยและคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท

การจัดหาบริการสุขภาพเสริม

1. การรักษาภาวะแทรกซ้อนและสั่งยา โดยแพทย์
2. การส่งเคราะห์ผู้ป่วยโรคจิตจากนักสังคมสงเคราะห์

กลไกการจัดบริการสุขภาพ

1. การใช้การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน(discharge planing) เพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลที่บ้าน
2. พยาบาลเป็นอาชีพอิสระ ที่ให้บริการสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเหมาะสมต่อไป

เงื่อนไขและข้อเสนอแนะ

1. มีกฎหมายรองรับ การปฏิบัติงานของพยาบาลและควบคุมมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาล
2. การจัดการเรื่องการเงิน ควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถจัดหาและจัดซื้อบริการสุขภาพตามความต้องการของประชาชน โดยพยาบาลสามารถเป็นผู้เสนอชุดโครงการบริการสุขภาพ ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภาคผนวกที่ 2

ความต้องการการบริการระดับปฐมภูมิ

ตามมุมมองของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. ปรากฏการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างไร

ปรากฏการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงกับด้านวัฒนธรรม เช่น การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ที่พบว่ายังมีอยู่มาก การปรับเปลี่ยนจากวัฒนธรรมดั้งเดิมไปเป็นแบบเมือง เช่น การรับประทานอาหารจานด่วน การซื้ออาหารปรุงเสร็จจากร้านค้า หาบเร่ แผงลอย สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับเรื่องอาหาร เช่น การเกิดโรคพยาธิโดยเฉพาะพยาธิใบไม้ในตับ การขาดสารอาหาร ได้รับไขมันมากจนอ้วนและเกิดการเจ็บป่วยอื่นๆตามมา อาทิเช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ได้รับสารพิษหรือสีย้อมใช้ในการผสมอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจนก่อให้เกิดโรคอาหารเป็นพิษ ขั้นตอนการปรุงอาหารที่ไม่สะอาด มีแมลงวันตอม ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมของชุมชนทำให้ชุมชนได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะที่เป็นชุมชนอุตสาหกรรม ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่อุตสาหกรรมหนักก็ตาม เช่น เสียงที่ดังเกินไป ฝุ่นละอองที่แผ่กระจาย โดยไม่มีการควบคุม สารพิษที่ปล่อยหรืออยู่ในขั้นตอนของการทำงานที่ไม่ได้รับการดูแลป้องกันอันตราย ซึ่งพบว่ามีคนในชุมชนและพนักงานได้รับพิษจากสารตะกั่ว ผิวน้ำพุพอง เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ วัณโรค โรคภูมิแพ้ เป็นต้น การเกิดโรคจากการประกอบอาชีพของประชาชนนับวันจะพบมากขึ้นเรื่อยๆเพราะประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการใช้ปุ๋ย สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชและแมลงต่างๆที่เป็นศัตรูพืชมากขึ้นเรื่อยๆ ความไม่คุ้นเคยและความไม่สะดวกในการทำงานทำให้ประชาชนขาดการตระหนักในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จนทำให้เจ็บป่วยได้ พบว่า ประชาชนมีการเจ็บป่วยเกี่ยวกับข้อและกระดูกเพิ่มมากขึ้น เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดเอว ฯลฯ ในขณะเดียวกันก็พบว่าการเกิดโรคและความพิการที่เป็นผลมาจากการกีดกันเหตุมีจำนวนมากขึ้นจากการที่ไม่ได้ตระหนักในความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นและการป้องกันในภาพรวม การขับขี่ยานยนต์ในขณะมีเมาส์หรือยาบ้า ไม่สวมหมวกกันน็อก ระหว่างขับขี่มอเตอร์ไซด์ เช่น การเกิดบาดเจ็บ กระดูกหัก สมองได้รับการกระทบกระเทือน การเกิดความพิการ เป็นต้น ความเข้าใจในปัญหาสุขภาพของประชาชนที่เกิดขึ้นในภาพรวมมีความเชื่อมโยงกับภาวะเศรษฐกิจ ประชาชนยังไม่ตระหนักว่าเป็นปัญหาของตนเอง

2. เป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิแตกต่างหรือเห็นด้วยกับที่นำเสนอหรือไม่ อย่างไร

- “ ควรที่จะมีการให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยที่ให้บริการเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยที่ให้มีประชาชนมีส่วนร่วม และการสร้างเครือข่ายประชาคมสุขภาพ “

- “ เห็นด้วย แต่อยากให้มีความครอบคลุม ในแง่ของผู้ให้บริการ ที่ต้องมีแนวทาง มีเป้าหมายในการให้ความรู้กับประชาชน ”
- “ สภาพแวดล้อม ความเชื่อในเรื่องการรักษา หรือการฉีดยา การเปลี่ยนแปลงต้องอาศัยระยะเวลา ในหมู่บ้านที่มีคลินิกเน้นการรักษามากกว่าการป้องกัน ”
- “ ปัญหาเมืองชุมชนแออัด ชุมชนรถไฟ บ้านนอก จนแต่ก็ยังมีความทำมีข้าวกิน สถานบริการมีหลายแห่ง ตอนนี้ สอ. บางแห่งมีบริการ 24 ชม. เปิดทั้งคืน ”

3. หลักการสำคัญในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในขนาดตตวรเป็นอย่างไร

การให้บริการโดยพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ขนาดกระชับ “จิวแต่แจ้วในคุณภาพ” โดยมีการส่งต่อผู้ป่วยที่เกินความสามารถในการรักษา เน้นกระบวนการกลุ่ม ให้ความรู้มากขึ้น นอกจากนี้ควรมีเครือข่ายระบบบริการของรัฐและเอกชน

4. ความดีเห็นต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในขนาดสำหรับดปในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ลักษณะบริการสุขภาพระดับต้นควรจะมีการเลือกผู้ปฏิบัติงานที่เป็นคนที่รู้จักชุมชนดี ในส่วนของรัฐบาลควรเพิ่มงบประมาณ การบริการสุขภาพควรจะได้รับที่ยอมรับจากประชาชน และมีมาตรฐานการบริการ มีคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ การรักษาโรคต้องไม่เฉพาะโรคเบื้องต้นตามโครงสร้างของชุมชนเท่านั้น การให้บริการไม่กำหนดชั่วโมง ต้องมีข้อตกลงกัน ซึ่งจะช่วยให้เป้าหมายสุขภาพที่มีอยู่ครอบคลุม แก้ไขปัญหาสุขภาพได้ ตลอดจนสามารถกำหนดรูปแบบที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

- “ เราต้องมีการทำข้อตกลงร่วมกันทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ไม่ใช่เราเป็นผู้ที่กำหนดฝ่ายเดียว เช่น เรื่องใส่ถุง หมอติดธุระ เราก็ไม่บอกก่อน ก็เกิดความไม่พอใจทั้งสองฝ่าย ”
- “ อย่างเรื่องบัตรประกันสุขภาพต่างๆ ประชาชนบางคนไม่ได้ใช้ที่สถานีอนามัย เพราะไม่ประทับใจ หรือกำหนดให้ซื้อบัตรประกันสุขภาพที่สถานีอนามัยแล้วประชาชนจะเลือกได้อย่างไร บริการที่เขาอยากได้ เขาจะต้องไปจ่ายเงินเอง บางที่เขาต้องการ การบริการตรงนั้นยอมไม่ได้ ถ้าไม่เกิดความพึงพอใจ ”
- “ เมื่อวิเคราะห์นโยบาย 30 บาท ถ้าพิจารณาตามช่องทางดังกล่าวจะทำได้ โดยสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนต้องมีการส่งต่อ แต่ก็ทำไม่ได้เต็มที่เพราะจะได้รับการกำหนดเบื้องต้นว่า จะรักษาเฉพาะโรคได้เท่านั้น หรือบางที่เราก็สามารถที่จะสร้างอาสาสมัครในชุมชนให้ช่วยกันเอง เราเป็นผู้ที่ต้องสนับสนุนส่งเสริมให้ ”

5. ท่านเห็นด้วยหลักการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในขนาดหรือไม่ อย่างไร

ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับหลักการดังกล่าว แต่มีข้อเสนอแนะที่ต้องการปรับในประเด็นของ การให้บริการ นอกและในสถานบริการ ซึ่งควรที่จะให้บริการตามความจำเป็นเท่านั้น “...ส่วนบริการแบบ one stop service ไม่สามารถที่จะทำได้ เพราะเราจะต้องมีหน้าที่ในการเฝ้าระวังพื้นที่ด้วย...” ตามปัญหาที่แท้จริงแล้วเจ้าหน้าที่ ไม่ได้ประจำอยู่ตลอด 24 ชม. บางทีอาจจะมีความปัญหาในอนาคตเพราะการส่งต่อการกำหนดนั้นผู้ให้และรับยังไม่มีความชัดเจน ในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นควรที่จะให้โอกาสประชาชนมาร่วมดำเนินงานร่วมกัน ทุกคนต้องทำงานกันเป็นทีม สถานีอนามัยต้องมีความสามารถในการเชื่อมโยงกันระหว่างสถาบัน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่างๆ

6. ลักษณะของผู้ให้บริการควรเป็นอย่างไรในขนาด

ลักษณะบริการของผู้ให้บริการในอนาคตที่น่าจะเพิ่มเติม คือ

- “ผู้ให้บริการควรที่จะต้องมีความไว(Active)กล้ายืนหยัด ซื่อสัตย์ และต้องมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เพราะทุกคนมีเป้าหมายเดียวกันคือความอยากให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดีจริงๆ และอย่างน้อยผู้ให้บริการในอนาคตควรที่จะเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีกฎหมายรับรองและจบปริญญาตรีเป็น อย่างน้อย ”
- “ ผู้ให้บริการไม่จำเป็นต้องเป็นคนในพื้นที่ แต่สามารถที่จะเข้ากับพื้นที่นั้นได้ .ซึ่งอาจจะเป็นลูกหลานในพื้นที่ เพื่อที่จะทำให้ชุมชนนั้นมีอยู่ได้นาน เจ้าหน้าที่จะได้เปลี่ยนไม่บ่อย โดยเฉพาะถ้าได้คนที่ตั้งใจ มาตั้งรกรากในพื้นที่ น่าจะช่วยให้เขามีความเข้าใจในชุมชนมากขึ้น ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ต้องมีการปรับตัวเองเพื่อที่จะพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพ และตนเองสามารถที่จะให้การบริการการปฏิบัติที่ถูกต้อง เนื่องจากในอนาคตระบบบริการด้านสุขภาพต้องสนใจ มีความรับผิดชอบ เน้นความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ ทั้งนี้การซักประวัติผู้ป่วยน่าจะมีการเชื่อมโยงเพราะนอกจากการส่งต่อไปต่างๆ ในปัจจุบันไม่ได้บอกถึงสภาพปัญหาของคนไข้อย่างชัดเจน และรูปแบบของการดูแลที่เมื่อเข้าถึงชุมชนแล้วญาติจะสามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่องอีกด้วย ดังนั้น ผู้ให้บริการในอนาคตควรที่จะต้องมีความสามารถในการประมวลปัญหา การเจรจาต่อรอง การวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน และการประสานงานหน่วยงานอื่นได้ด้วย”

7. ประชาชนมีสิทธิอะไรบ้างในการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เห็นด้วยตามสิทธิทุกประการและเพิ่มในประเด็น

- ประชาชนได้รับบริการที่ทั่วถึง เท่าเทียมกัน มีคุณภาพ มีส่วนร่วมในบริการ
- สิทธิของผู้ป่วย ทั้งประชาชนและผู้ให้บริการ ควรมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม “ ต่างคนต่างไม่รู้ ก่อนให้สิทธิผู้ให้ต้องรู้อย่างแท้จริง ให้มีความชัดเจน ว่า มาตรฐานขั้นพื้นฐานเป็นอย่างไร

เราจะเสียการบริการมากขึ้นกว่าที่เขาได้รับไป ” “ สิทธิผู้ป่วยรัฐกำหนด แต่ขาดความรู้ การให้ข้อมูล ประชาชนไม่ใช่ หรือใช้ไม่เหมาะสม สิทธิเยอะใช้ไม่เหมาะสม ”

- ต้องมีการประชาสัมพันธ์ว่าให้บริการอะไรได้บ้าง ให้ข้อมูลข่าวสาร ว่าตนเองได้อะไร
- ประชาชนได้รับข้อมูลมีโอกาสตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการเลือกได้ โดยไม่ยึดสิทธิบัตรเพียงอย่างเดียว

8. ปัจจัยเชิงนโยบายอะไรบ้างที่มีผลต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาค

เงื่อนไขที่ต้องมีได้แก่

- ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร เช่นการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ
- เจ้าหน้าที่ตั้งใจจริง
- ประชาชนร่วมมือ
- มีกฎหมายรับรองบริการของเรา ต้องมีการสนับสนุนจากรัฐบาลอย่างชัดเจน มีตำแหน่งเฉพาะรองรับ อัตรากำลัง ต้องมีบทบาทและมีการปฏิบัติตามบทบาทนั้น เป็นรูปธรรม
- เปลี่ยนแนวคิดในการให้บริการ เช่น ไม่ควรคิดว่าคนในชุมชนยังไม่มีความพร้อมตามมาตรฐาน เราต้องดูหน่วยงานของเราเองด้วย ถ้าประชาชนมีสิทธิเลือก เราอาจตงงานได้ถ้าไม่มีการปรับระบบบริการให้เหมาะสมต่อความต้องการของผู้มาใช้บริการและการเปลี่ยนแปลงในกระแสสังคม เช่น การปรับระบบการบริหารจัดการที่เชื่อมกับแม่ข่าย มีโรงพยาบาลใช้ร่วมกัน การตั้งงบประมาณให้บริหารจัดการได้ การนำเอกชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการดำเนินการบางอย่างไม่เหมาะสมกับวัฒนธรรม ข้างบนสั่งมา
- ปรับทัศนคติของชุมชนที่เห็นความสำคัญของเศรษฐกิจ และอาชีพมากกว่าสุขภาพ
- ความเชื่อและพฤติกรรมเดิมในปัจจุบันเป็นผู้ที่กำหนดให้ดูแลอย่างไร เขาติดวัฒนธรรมเดิมๆอยู่ทั้งผู้ให้และผู้รับ
- ความสามารถของผู้ให้บริการ สอ. เกิดความขัดแย้งกัน โอกาสที่ สอ. พัฒนามีน้อย บริหารจัดการโครงสร้าง ความก้าวหน้าต้องคิดถึง

9. พยาบาลควรทำหน้าที่หลักในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาค

- ทุกกลุ่มเห็นด้วยกับการให้พยาบาลทำหน้าที่หลักในการจัดบริการสุขภาพระดับต้น เพราะทำหน้าที่โดยตรงอยู่แล้ว และใกล้ชิดกับชุมชน แต่ในการจัดระบบบริการควรมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบ เช่น ในกรณีที่ได้รับผิดชอบผู้รับบริการจำนวนมากจะต้องมีทีมงานที่เหมาะสม หรือกำหนดจำนวนครอบครัว เช่นพยาบาล 1 คน ดูแล100-150 หลังคาเรือนโดยมีกลยุทธ์ที่พอจะทำได้คือ ต้องพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ระดับต้น ที่มีอยู่ให้มีบันได

ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เช่นมีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารจัดการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ทำงานต่อเนื่อง ไม่ย้ายไปที่อื่น และผู้บังคับบัญชาสนับสนุน มีค่าตอบแทนที่เหมาะสม และมีเป้าหมายในการจัดบริการที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน เน้นภูมิปัญญาท้องถิ่น พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น เสริมสร้างให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ ประสานงานกับวิชาชีพอื่น ๆ ในการพัฒนา ชุมชนที่ไม่พัฒนาเฉพาะเรื่องสุขภาพ มีการแก้ปัญหาในชุมชนที่เหมาะสมเช่น กรณีที่คนในชุมชนไม่มารับบริการที่ ส.อ. ควรมีกิจกรรมจัดการ โดยการทำประวัติคนในชุมชนให้ครบถ้วน เราก็จะรู้ว่าคนไหนไม่มารับบริการต้องเข้าไปเยี่ยม และเราก็รู้ข้อมูลว่า ทำไมไม่มารับบริการ ซึ่งสามารถสรุปประเด็นเป็นระบบได้ดังนี้คือ 1) การรักษาในสถานอนามัยเบื้องต้น 2) การให้บริการเทคนิควิธี 3) ระบบที่อยู่เบื้องต้นคัดกรองส่งต่อ 4) ทำงานกิจกรรมร่วมในกลุ่ม 5) ต้องมีการบริหารจัดการ

สรุป

การนำเสนอภาพสุดท้ายที่ออกมาทุกคนในกลุ่มเห็นด้วย แต่จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ในการนำเสนอ ทุกกลุ่มไม่ได้บอกว่าจะจัดการระบบอย่างไร อาจเป็นเพราะความเคยชิน เรายังถือว่าการทำงานขึ้นอยู่กับงบประมาณเราจึงมักมองงบประมาณ เราไม่คิดเอง ดังนั้นเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เราต้องเปลี่ยนแนวคิดในการทำงาน และมีศักยภาพในการแสวงหาด้วย บางทีมีรายได้ เป็นรายได้ที่เสริม เอกชนมีกลไกที่จะได้ทำเพิ่มขึ้น ต้องคิดมากขึ้นในการเตรียมคนที่อยู่ในระบบข้างหน้าอย่างไร ความคุ้มค่าอย่างไร เป็นเรื่องที่แต่ละที่ ต้องคิด อบต.ต้องคิดว่าเงินที่ใช้อย่างไรใช้คุ้มค่าที่สุดของประชาชน ตรงนี้เจ้าหน้าที่ไม่คิดถึงเราติดกรอบเดิม

การสัมมนาครั้งนี้ น่าจะมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ให้ อบต. ประชาชน รับทราบและให้ข้อเสนอกลับมา เป็นกระบวนการสร้างความเข้มแข็งที่เกี่ยวข้องได้ อย่างมีปัญญา แต่ละท่านจะเกิดความต่อเนื่องได้อย่างไร บริการปฐมภูมิสร้างสรรค์งานได้มากขึ้นด้วย

ภาคผนวกที่ 3

ความต้องการการบริการระดับปฐมภูมิตามมุมมองของผู้ให้บริการ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามรูปแบบต่างๆ

- 1.1. เป็นผู้ให้บริการตรวจรักษาโรค อาการเจ็บป่วยเบื้องต้น ผู้ป่วยเรื้อรัง แก่คนในชุมชน การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นในโรคที่ไม่ร้ายแรงแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ รักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ
- 1.2. เป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยรวมทั้งการปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนการส่งต่อในรายที่เจ็บป่วยรุนแรงไปยังสถานบริการที่สามารถให้การดูแลรักษาที่ต้องใช้เครื่องมือและผู้รักษาที่เชี่ยวชาญเฉพาะ
- 1.3. เป็นผู้ให้สุขศึกษา ให้ความรู้ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพแก่คนในชุมชน
- 1.4. เป็นผู้จัดการระบบบริการสุขภาพ การจัดทีมสุขภาพดูแลประชาชน จัดบริการและให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของคนในชุมชน เช่น ในบ้านที่มีผู้สูงอายุมากก็จัดโครงการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมทั้งติดตามประเมินผลเพื่อวางแผนการดูแลคนในชุมชน
- 1.5. เป็นผู้สร้างมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลระดับปฐมภูมิ
- 1.6. เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหาชุมชน ทำการสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลชุมชน ปัญหาชุมชน จัดทำฐานข้อมูลชุมชนเพื่อดำเนินการโครงการต่างๆตามปัญหาและความต้องการของชุมชนร่วมกับหน่วยงานอื่นและคนในชุมชน
- 1.7. เป็นนักประชาสัมพันธ์
- 1.8. เป็น Facilitator เป็นพี่เลี้ยงชุมชนในการจัดการเรื่องสุขภาพ
- 1.9. เป็นพยาบาลครอบครัว
- 1.10. เป็นผู้ประสานงานกับ อบต.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างความสัมพันธ์กับชุมชนทำงานเป็นทีม
- 1.11. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพแก่คนในชุมชน
- 1.12. เป็นแบบอย่างในด้านการสร้างสุขภาพ
- 1.13. เป็นที่ปรึกษาของประชาชน
- 1.14. เป็นผู้ฟื้นฟูส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้านในการรักษาพยาบาล เช่น หมอพื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย
- 1.15. เป็นนักวิชาการในชุมชน
- 1.16. เป็นนักประชาสัมพันธ์

2. ลักษณะกิจกรรมบริการพยาบาลที่ควรจัดให้มีการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามรูปแบบต่างๆ

- 2.1. กิจกรรมบริการรักษาพยาบาล
- 2.2. กิจกรรมบริการรักษาพยาบาลให้การดูแลประชาชนที่บ้าน

- 2.3. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
- 2.4. กิจกรรมการป้องกันโรค ป้องกันภาวะทุโภชนาการในเด็กวัย 0 – 5 ปีในชุมชน
- 2.5. กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ
- 2.6. วินิจฉัยชุมชนและคัดกรองโรค
- 2.7. ประชาสัมพันธ์งานกิจกรรมที่ทำ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยใช้สื่อต่างๆ
- 2.8. กิจกรรมการให้ความรู้ สอน แนะนำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ

3. การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในรูปแบบต่างๆ

- 3.1. สมาชิกในกลุ่มส่วนใหญ่ตอบในลักษณะการจัดบริการสุขภาพในรูปแบบที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน เช่น
 - 3.1.1. บริการเยี่ยมบ้าน บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การติดตามเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย
 - 3.1.2. บริการให้ภูมิคุ้มกันโรค
 - 3.1.3. บริการให้การศึกษากับผู้รับบริการในการเฝ้าระวังด้านสุขภาพของกลุ่มอายุต่างๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ วัยทำงาน เด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียน
 - 3.1.4. คลินิกส่งเสริมสุขภาพ เช่น การวางแผนครอบครัว การดูแลในระยะตั้งครรภ์ การทำ Pap smear คลินิกการให้คำปรึกษา
 - 3.1.5. การส่งเสริมสุขภาพในการบริโภค การปลูกผักปลอดสารพิษ
 - 3.1.6. การจัดทำศูนย์ดูแลเด็กกลางวัน (Day care) ศูนย์เด็กเล็ก
 - 3.1.7. คลินิกวัยทอง
 - 3.2.1 จัดบริการอนามัยโรงเรียน ร่วมกับโรงเรียนเพื่อส่งเสริมสุขภาพนักเรียน
 - 3.1.8. การตรวจสุขภาพประชาชนปีละครั้ง
 - 3.1.9. การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น Health club ศูนย์กีฬา สโมสรสุขภาพในชุม
 - 3.1.10. ร่วมจัดทำสนามกีฬาชุมชน ส่งเสริมการออกกำลังกาย
 - 3.1.11. จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ประชาชนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - 3.1.12. สอน ผูกอบรมคนในท้องถิ่น และ อ.ส.ม./ ผ.ส.ส. / ก.ส.ค.
- 3.2. ที่มีความคิดเห็นแตกต่างได้แก่
 - 3.2.2. ทำงานอิสระในการพัฒนาชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาพของคนในชุมชน
 - 3.2.3. จัดตั้งทีมบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพแบ่งทีมงานเป็น 2 ทีม คือทีมบริการเชิงรุกและทีมบริการเชิงรับ
 - 3.2.4. จัดบริการในรูปของ ค.ป.ส.อ เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติเหมือนกัน
 - 3.2.5. จัดหารูปแบบบริการที่คนในชุมชนต้องการให้เหมาะสมตามแต่ละชุมชนโดยการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคิดการจัดบริการและมีการทำประชาพิจารณ์

- 3.2.6 จัดบริการที่มีการกำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบและการให้บริการที่ชัดเจนมีกฎหมายรองรับการปฏิบัติประกอบวิชาชีพและทำงานเป็นทีมโดยจัดตั้งเป็นคณะกรรมการระดับชุมชนร่วมกันแบบการประสานงานกับหน่วยงานอื่นมีเครือข่าย ทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการให้ประชาชนมีส่วนร่วม
- 3.2.7 จัดทำในรูปแบบของกองทุนสุขภาพชุมชนที่บริหารจัดการโดยชุมชน หรือองค์กรท้องถิ่นที่ประชาชนมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ
- 3.2.8 จัดบริการที่แบ่งเป็นกลุ่มตามความต้องการด้านสุขภาพเช่นบริการสุขภาพแก่ผู้ที่มีสุขภาพปกติ บริการสุขภาพแก่ผู้เจ็บป่วย และบริการสุขภาพแก่ผู้ที่อยู่ในระยะหลังการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเรื้อรัง จัดบริการด้านโภชนาการในกลุ่มวัยต่างๆ เป็นต้น
- 3.2.9 จัดบริการให้พยาบาลส่วนหนึ่งลงไปในชุมชนเพื่อดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดโดยให้องค์กรของท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน
- 3.2.10 จัดทำเป็นศูนย์สาธารณสุขชุมชน ให้บริการแบบเวชปฏิบัติครอบคลุมที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพในชุมชน
- 3.2.11 จัดทีมบริการเคลื่อนที่ มีบริการรถออกไปดูแลที่บ้าน
- 3.2.12 จัดบริการ คลินิกเฉพาะโรค เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุ จิตเวช ในชุมชนตามปัญหาของชุมชน
- 3.2.13 จัดตั้งบริการสุขภาพในชุมชนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแล และรัฐสนับสนุน
- 3.2.14 จัดบริการแบบ Home Health care

กลไกในการสร้างเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างทั่วถึงในการดูแลระดับปฐมภูมิ

1. กลไกเกี่ยวกับกฎหมาย

- มีพยาบาลเวชปฏิบัติ/พยาบาลครอบครัว ที่ถูกต้องตามกฎหมายหรือมีกฎหมายรองรับ
- จัดสรรงบประมาณจากการประกันสังคมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพเพราะผู้ประกันสังคมก็อยู่ในชุมชนที่ต้องให้การดูแล
- ใช้แนวคิด 30 บาทรักษาทุกโรคเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยองค์กรท้องถิ่นรับผิดชอบจ่ายแทนประชาชน
- จัดทำกฎหมายรองรับการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนที่ครอบคลุมการรักษาพยาบาลมากขึ้น เช่น การสั่งการรักษาที่มากกว่าการให้ยาสามัญประจำบ้าน เพราะทุกวันนี้ก็ทำมากกว่าที่ให้ตามกฎหมายอยู่แล้ว
- การสร้างขอบเขตการทำงานที่ชัดเจน

2. กลไกเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ

- การสร้างศรัทธาในการบริการสุขภาพให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นในการดูแลประชาชน
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- ให้มีพยาบาลประจำชุมชน / สถานีอนามัย

3. กลไกเกี่ยวกับการศึกษาพยาบาล

- การจัดการศึกษาพยาบาลที่เน้นชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้พยาบาลเข้าใจบทบาทของตนเองในการทำงานในชุมชน

4. กลไกการบริหารจัดการ

- มีนโยบายชัดเจน
- ให้สถานบริการขึ้นกับองค์กรท้องถิ่น เช่น อบต. เทศบาล
- มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ จัดตั้งเป็นคณะทำงานในหน่วยงาน
- การจัดสรรงบประมาณที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ
- การเสริมสร้างความเข้าใจเรื่องการดูแลระดับต้นให้แก่ประชาชน
- จัดตั้งสถานพยาบาลชุมชน หรือ องค์กรพยาบาลอิสระ
- การจัดตั้งสถานพยาบาลชุมชนที่มีความอิสระในการบริหารจัดการเพื่อความเหมาะสมในการดูแลแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน
- จัดให้ชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารงานด้านสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการในท้องถิ่นรับผิดชอบ
- ใช้ทรัพยากรท้องถิ่น ทั้งเรื่องงบประมาณ บุคลากรที่มาจากท้องถิ่นหรือมีความเข้าใจท้องถิ่นนั้นๆ
- การหาผู้นำชุมชนที่มีวิสัยทัศน์ครอบคลุมด้านสุขภาพ
- การจัดประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน
- ตั้งกองทุนพัฒนาสุขภาพชุมชน
- ใช้กลยุทธ์ partnership
- ค่าตอบแทนบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชุมชนที่เหมาะสม
- จัดตั้งประชาคมสุขภาพ สร้างแกนนำในระดับหมู่บ้านที่เข้มแข็ง
- การจัดหน่วยเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพในชุมชน
- พัฒนาข่าวสารสำหรับประชาชน
- สร้างเครือข่ายกับหน่วยงานต่างๆและองค์กรท้องถิ่น
- จัดให้มีการประเมินผลและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม
- ปรับกระบวนการทัศนผู้ให้บริการใหม่

5. กลไกวิชาการ

- มีการศึกษาวิจัยการจัดบริการเพื่อให้เกิดการพัฒนาความรู้และแสวงหารูปแบบบริการที่เหมาะสมกับท้องถิ่น
- พัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการระดับต้นให้มีความรู้ความสามารถและมีศักยภาพสูงขึ้น

6. กลไกวิชาชีพ

- สร้างความรึกวิชาชีพรักตนเอง(พยาบาล)เป็นพื้นฐาน
- สภาการพยาบาลต้องเข้ามาร่วมจัดการ ให้การสนับสนุน

ภาคผนวกที่ 4

ความต้องการการบริการระดับปฐมภูมิตามมุมมอง ของกลุ่มองค์กรผู้จัดหาบริการ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประเด็นที่ 1 ปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มีอยู่ในท้องถิ่นของท่านเป็นอย่างไร

ปัญหาสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นภาคอีสานมีมุมมองที่คล้ายคลึงกันคือ

1. โรคต่างๆที่พบในท้องถิ่นจะสามารถพิจารณาได้
 - ตามวัย เช่น วัยเด็ก การขาดสารอาหาร น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ พันผุ โรคในช่องปากโดยเฉพาะในเด็ก วัยรุ่น ปวดศีรษะข้างเดียว พบมากในเด็กที่อยู่ในวัยของการศึกษา วัยทำงาน ความเครียดจากการทำงาน โรคจากการประกอบอาชีพ โรคจากสิ่งแวดล้อมต่างๆของโรงงานอุตสาหกรรม วัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะเป็นโรคเบาหวาน
 - ตามฤดูกาล เช่น ท้องร่วง โรคระบบทางเดินอาหาร ไข้เลือดออกในเด็ก โรคไข้ฉี่หนูในฤดูฝน
 - ตามกลุ่มโรคอื่นๆที่พบ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ มะเร็งตับ เบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ จราจร เครื่องจักร การใช้ยาที่ผิด (ยาชุด)
2. โรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงเนื่องจากประชาชนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่ชอบที่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ เทียว รวมถึงการรักษาพยาบาลที่มีการรักษาตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น การกินดิบ การกินอาหารรสจัด การกินเหล้าเมายาโดยเฉพาะในผู้ชาย ส่วนในผู้สูงอายุมักจะมีการซื้อยาลูกกลอน ยาสมุนไพร ปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นมีความใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังเพิ่มปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญที่เป็นภาระกิจของทุกองค์กรท้องถิ่นต้องเข้ามาจัดการอีกด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่า สาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่จะเกิดจากความเชื่อทางตามวัฒนธรรม ระดับของการศึกษา และความยากจน เช่น เชื่อว่าใส่ห่วงอนามัยแล้วผ้าผาจะปล่อยให้ลูกตก เชื่อในทางไสยศาสตร์ มีความเชื่อที่ผิด รักษากับพระ รักษากับผี เชื่อว่ายาบางอย่างจะทำให้ทำงานได้ (ทัมใจ กระทั่งแดง) การรุดน้ำมนต์ ปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดจากภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ค่อยดี ไม่มีเงินที่จะไปจัดซื้อหลักประกันสุขภาพ ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือทางสังคม หรือจากสภาพแวดล้อมทั่วไป ความเสื่อมของสภาพแม่น้ำ ลำคลอง ทั้งนี้อาจเกิดจากองค์กรในท้องถิ่น การให้ความร่วมมือ ขาดความร่วมมือซึ่งกัน และสุดท้ายประชาชนส่วนใหญ่จะไม่ตระหนักในปัญหาสุขภาพความเจ็บป่วยแล้วจึงรักษามากกว่าดูแลก่อนป่วย และระบบบริการสาธารณสุขยังไม่สามารถสนองความต้องการของประชาชนได้เช่นกัน

ประเด็นที่ 2 การดูแลสุขภาพของชาวบ้านในท้องถิ่นของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร

การดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น โดยส่วนใหญ่จะมีวิธีการคล้ายกับเอกสารการประชุม คือ

1. การดูแลรักษาตนเองของประชาชนจะมีวิธีการรักษาตนเองได้ จากการกินยาสมุนไพร ยาแผน หรือซื้อยากินเองจากร้านค้า (ยาชุด) หรือจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และที่สำคัญ ประชาชนมักจะสังเกตอาการเจ็บป่วยก่อนที่จะได้รับการรักษา เนื่องจากกลัวการเสียเงินค่ารักษา
2. การดูแลโดยที่ใช้ผู้อื่นดูแล ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการไปรับการรักษาที่สถานีนามัย คลินิก เนื่องจากได้รับความสะดวก หรือไปโรงพยาบาล โดยจะไปเนื่องจากเขามีบัตรสุขภาพที่สามารถใช้ได้ แต่ทั้งนี้บริการที่ได้รับมักจะเป็นบริการที่รอนาน ให้บริการไม่ดี พุดจาไม่ไพเราะ หรือเป็นการรักษาตามพื้นบ้านเช่น หมอลำผีฟ้า ไสยศาสตร์ ตามค่านิยมในการรักษา การใช้สมุนไพรในการรักษา หามอประจักษ์บ้าน หรือเป็นการรักษาโดยบุคคลต่างๆเช่น อาสาสมัครสาธารณสุข หมอแผนโบราณโดยเฉพาะที่ต้องได้รับการฉีดยา ซึ่งปัญหาของการบริการส่วนใหญ่จะมีปัญหาในเรื่องการสื่อสาร ที่ก่อให้เกิดการเปรียบเทียบการบริการของแต่ละแห่ง จนทำให้ขาดความต่อเนื่อง การให้บริการที่ไม่ทั่วถึง ข้ามชั้นตอน ขาดความมั่นใจในคุณภาพของบริการเช่นกัน

ประเด็นที่ 3 ถ้าท่านต้องมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขในการจัดการ หรือรับผิดชอบบริการสุขภาพสำหรับ ประชาชนในท้องถิ่นที่ท่านรับผิดชอบ ท่านจะอย่างไร (ตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น)

หลักการในการจัดที่ผู้ให้บริการ

1. ทุกองค์กรมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่การร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไข ดำเนินการ และติดตามประเมินผล
2. จัดบริการสาธารณสุข ให้สามารถสนองความต้องการของประชาชน
3. เสริมสร้างศักยภาพให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัวได้
4. ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองแบบการผสมผสาน โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น แพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์ทางเลือก พยาบาลเวชปฏิบัติ กลุ่มช่วยกลุ่ม

ข้อเสนอ

ตามหลักการที่เสนอกลุ่มผู้ให้บริการได้มีความต้องการจัดบริการด้านสุขภาพในด้านต่างๆดังนี้

1. เน้นด้านการจัดการ

1.1 ด้านบุคลากร

- จัดบุคลากรให้เพียงพอ และเป็นอัตราส่วนระหว่างเจ้าหน้าที่และชุมชนมีอัตราส่วนที่สมดุลกัน (แพทย์กี่คนต่อประชาชนกี่คน) จะได้ให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง
- การจัดบุคลากรมาลงควรเป็นคนที่มีความสามารถในการวินิจฉัยโรคได้ อาทิเช่น พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เป็นต้น
- สามารถรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ แบบผสมผสานร่วมทั้งมีทีมที่เข้มแข็ง

1.2 ลักษณะของงาน

- มีการทำแผนโครงการเรื่องงาน โดยที่เป็นการนี้ต้องเป็นลักษณะไตรภาคี (ท้องถิ่น ภาครัฐ เอกชน) โดยมีการทำงานประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง
- ให้เน้นเรื่องการประชาสัมพันธ์ ที่มีการประชาสัมพันธ์อย่างครอบคลุม รวดเร็ว เข้าถึงชุมชน
- เน้นการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแล
- ตั้งศูนย์ข้อมูลในตำบล เช่น ให้คนติดยา แหล่งให้บริการ
- รณรงค์ให้เกิดความรู้จากการใช้หอกระจายข่าวในการประชาสัมพันธ์

1.3 ด้านกิจกรรม และการจัดการ

- อยากให้มีจัดกิจกรรมในการมีส่วนร่วมในเรื่องสิ่งแวดล้อมเช่น การกำจัดขยะของส่วนร่วม เฝ้าฝังให้เป็นระเบียบ
- จัดหน่วยงานเคลื่อนที่เฉพาะเทศบาลในทุกหมู่บ้าน เป็นหน่วยงานไปเรื่อยๆให้ข้อมูล ลงตามตลาดนัด เพื่อให้นักสนใจ
- อบรมพนักงานพนักงานสาธารณสุขโดยเฉพาะ อสม. ให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน
- ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เช่นการตรวจหาพยาธิ ฯลฯ
- จัดให้มีสวนสุขภาพในชุมชน
- จัดกิจกรรมรณรงค์ที่เกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดในเรื่องโครงการต่างๆ เช่น จัดกิจกรรมการแข่งขันงานกีฬาทางไกลยาเสพติด กิจกรรมการหารายได้ หากกองทุนของตำบล โดยใช้หน่วยงานเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม
- การจัดหาผู้ให้บริการในตำบล โดยเน้นที่ ผู้ชำนาญการคนที่มีความสามารถจริงๆ ให้มีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำตลอดเวลา 24 ชม. เป็นผู้ที่ทำหน้าที่จริงๆ มีค่าตอบแทนที่เป็นรูปธรรมได้อย่างชัดเจน ไม่ใช่อาสาสมัคร โดยที่จะเป็นการจัดจ้างเจ้าหน้าที่ มีการจัดเก็บเงินร่วมกันในการบริหารจัดการ
- จัดให้มีบัตรประกันสุขภาพฟรีที่ต่อเนื่อง และทุกครอบครัว
- สนับสนุนให้มี อสม. ไปตรวจเยี่ยมทุกหมู่บ้าน
- มีการประสานงานกับทางอนามัย โรงพยาบาล ให้รัฐมีการออกกฎหมาย มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อความสะดวกรบาย
- จัดกิจกรรมตรวจสุขภาพในโรงเรียนเช่น การกำจัดเหา
- จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย เช่น ผู้สูงอายุ วัยรุ่น เด็ก การเล่นกีฬาบาสเกตบอล เต้นแอโรบิค
- จัดกิจกรรมในการดูแลผู้ด้อยโอกาสเช่น ผู้พิการ เป็นต้น

- จัดหน่วยงานเคลื่อนที่ให้บริการในเชิงรุกในชุมชนเช่น การตรวจร่างกายเบื้องต้น ให้คำแนะนำในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และบริการให้ครอบคลุม ควบคุมการรักษา ป้องกันฟื้นฟู
- จัดบริการแบบองค์รวมหาชน

1.4 การจัดสรรงบประมาณ

- คณะผู้บริหารควรมีการกระจายงบประมาณ มีการจัดสรรเป็นส่วนให้ครอบคลุม และเป็นสัดส่วน
- กระทรวงสาธารณสุขโอนถ่ายงบประมาณมายังเทศบาลโดยตรง และควรพิจารณาค่าตอบแทน (แพทย์ พยาบาล) ส่งมาให้เทศบาลด้วย
- การให้บริการของบุคลากร โดยยิ้มแย้ม แจ่มใส ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการตรวจสอบเป็นคนในท้องถิ่น เข้าใจปัญหาของท้องถิ่น

2. วิธีการที่สามารถทำได้

- ลองทำโครงการนำร่องทดลองก่อน
- จัดหาบุคลากรที่มีความสามารถที่ต้องการในการดูแล
- จัดหาหน่วยบริการสำหรับส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ควรจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนส่ง เนื่องจากจะต้องรับโอนสาธารณสุขเบื้องต้นมาดูแลเอง อบต.อาจเพิ่มงานส่วนใหม่เข้าไปภายใต้การดูแลของประชาชน และ อบต. เพื่อดูแลเรื่องการสาธารณสุขเบื้องต้นทั้งหมด
- มีการจัดระบบข้อมูลของตำบลที่สามารถดึงมาใช้ได้ตลอดเวลา โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการเก็บข้อมูล
- สนับสนุนความสะดวกแก่ผู้ที่ทำหน้าที่บริการนั้นอย่างเต็มที่
- จัดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
- ควรมีคณะกรรมการและอนุกรรมการในการดำเนินงานกำหนดนโยบายในการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยมีคณะบุคคลไตรภาคี ร่วมกันกำหนดนโยบาย
- ปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพต้องมีการปฏิบัติ
- มีการกำกับดูแลประเมินผล ปรับปรุงให้ดีขึ้น

3. อุปสรรคและปัญหา

- งบประมาณไม่เพียงพอที่จะจัดสรรดูแล ขึ้นกับรายได้ของอบต. ซึ่งมักจะมีรายจ่ายสูงอยู่แล้ว
- สอ. ไม่มีข้อมูลที่เป็นจริง

4. แนวคิดวิธีการแก้ไข

- ในเรื่องของการจัดการงบประมาณจากเงินที่รัฐจะสนับสนุน อบต.
- ควรกำหนดให้ชัดเจนว่า จะจัดสรรให้ด้านสุขภาพได้กี่เปอร์เซ็นต์

สรุป

องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น (อบต.) ดูแลสุขภาพประชาชนจะทำได้บ้าง มีความหลากหลายที่แต่ละท้องถิ่นต้องมีการตกลงกันเอง ตามหลักที่ท่านสามารถจะจัดให้ได้ในท้องถิ่น โดยที่มีการจัดการกับ

การบริการเหล่านั้น ให้มีการสะท้อนถึงศักยภาพของประชาชน โดยที่รัฐบาลมอบหน้าที่ให้ทำ เป็นเรื่องที่ทำทนาย
โดยที่ท่านไม่สามารถที่จะทำได้ก็จะเกิดการคืนอำนาจ ดังนั้นจึงเป็นการจุดประเด็นให้แก่ อบต. ในการนำเสนอ
ความคิดต่อไปในกลุ่มของอบต.กันเอง โดยที่ท้ายที่สุดศักยภาพของท้องถิ่นจะมีภาพที่แน่นอนในการดูแล
จัดการเรื่องสุขภาพ โดยมีการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้

ภาคผนวกที่ 5

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่ม

แนวคำถามที่ 1 แนวการทำกลุ่มสนทนาร่วมกับประชาชน

วัตถุประสงค์ เพื่อเก็บข้อมูลนำสู่การวิเคราะห์ประเด็นดังต่อไปนี้

1. ลักษณะของบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนต้องการ
2. บทบาทร่วมระหว่างองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประชาชน และ ผู้ให้บริการ
3. ลักษณะของผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมต่อบริการด้านสุขภาพที่ต้องการ

บันทึก

1. แนะนำตัว
2. ประเด็นถาม-ตอบ (ผู้นำกลุ่มถาม—ผู้ร่วมกลุ่มตอบ---ผู้บันทึกเขียนลงกระดาษ)
 - 2.1. ในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน บอกเรื่องของสุขภาพที่เกิดขึ้นกับท่านที่สำคัญมากมา 5 เรื่อง (เพื่อหาประเด็นนำสู่การพูดคุย กระตุ้นผู้ร่วมสนทนาให้อธิบายเรื่องต่างๆทางสุขภาพให้ละเอียด)
 - 2.2. ในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน บริการด้านสุขภาพที่ท่านต้องการมากที่สุด 5 บริการ คืออะไรบ้าง (อธิบายว่าเพราะเหตุใดบริการดังกล่าวจึงสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน)
 - 2.3. เมื่อเจ็บป่วย บริการด้านสุขภาพที่ท่านต้องการมากที่สุด 5 บริการ มีอะไรบ้าง (อธิบายว่าเพราะเหตุใด ทำไมต้องการมากที่สุดเมื่อป่วย)
 - 2.4. แนวคิดของท่านในการที่จะให้ได้มาซึ่งบริการ 5 อย่าง ทำอย่างไร บอกมา 5วิธี (อธิบายเพิ่มเติมว่าทำไมจึงคิดว่าน่าจะทำได้มาซึ่งบริการที่ต้องการ และ ต้องทำอย่างไร)
3. ประเด็นเจาะลึก
 - 3.1. คนในหมู่บ้านหรือชุมชนมีสุขภาพเป็นอย่างไรกันบ้าง
(ให้เล่าเรื่องต่างๆที่เกี่ยวกับสุขภาพของคนทุกกลุ่มวัย เพศ อาชีพ อื่นๆทั้งหมดในชุมชน กระตุ้นให้มองภาพสุขภาพของคนทุกคนให้เห็นชัดเจนพร้อมยกตัวอย่างว่าสุขภาพที่ว่่าดี หรือ ไม่ดี เป็นอย่างไร อาจจะนำสู่การพูดถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร)
 - 3.2. สุขภาพของคนในหมู่บ้านควรเป็นอย่างไรที่จะทำให้อยู่ดีมีสุขมากขึ้น
(จากข้อ 3.1 เป็นภาพที่ชัดเจน แล้วกระตุ้นให้มองว่าสุขภาพคนในชุมชนน่าจะดีขึ้นได้อย่างไร น่าจะเป็นอย่างไร เพื่อให้เห็นแนวคิดในการต้องการพัฒนาภาวะสุขภาพของทุกคน ภาพสุขภาพของคนในชุมชนที่ดี ให้มองจากฐานที่เป็นอยู่ว่าถ้าจะดีขึ้นจะเป็นภาพอย่างไร)
 - 3.3. ในภาพภาวะสุขภาพของคนในชุมชนดังที่ได้วางไว้ จะทำอย่างไรจึงจะเป็นอย่างที่ต้องการ
 - 3.3.1.คนเราทำกิจกรรมด้านสุขภาพอะไรบ้างได้เองโดยไม่ต้องพึ่งใคร ทำให้อยู่ได้พอดี มีสุข

(อาจจะต้องกระตุ้นให้เห็นภาพบริการด้านสุขภาพที่หลากหลาย ตั้งแต่การดูแลด้วยตนเอง การดูแลจากคนในครอบครัว ญาติ หรือ เพื่อนบ้าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพหรืออื่นๆ เรื่ององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอาจต้องชี้แนะเป็นบางครั้งเพื่อกระตุ้นความคิดของผู้เข้าร่วม)

- 3.3.2. กิจกรรมที่ทำเองไม่ได้ต้องให้คนอื่นช่วยมีอะไรบ้าง ใครบ้างที่ต้องช่วย เป็นบริการสุขภาพอะไรบ้าง

แนวคำถามที่ 2 การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อให้บริการ

1. วัตถุประสงค์ของการประชุมกลุ่ม

- 1.1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็น และร่วมวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระบบย่อยในระบบบริการสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชน
- 1.2. เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจร่วมกันในแนวคิดของการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- 1.3. เพื่อขอข้อคิดเห็นและความรู้จากผู้เข้าร่วมประชุมในการร่วมวิเคราะห์หีบห่อ ของพยาบาลในงานพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน

2. กิจกรรมการประชุมกลุ่ม

- 2.1. สมาชิกกลุ่มกรรณเลือกประธานกลุ่มเพื่อดำเนินการประชุม โดยมีเลขานุการกลุ่มเป็นนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา (ปริญญาโท และปริญญาเอก) จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 2.2. แต่ละกลุ่มมีอาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นวิทยากร ให้ความกระจ่างในเนื้อหาของประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่นำเสนอ
- 2.3. ใช้เวลาประชุมกลุ่ม ตามกำหนดการ โดยพยายามให้สมาชิกทุกคน ร่วมแสดงความคิดเห็น ทุกความคิดเห็นและประสบการณ์ที่แลกเปลี่ยนมีคุณค่า
- 2.4. ประธานกลุ่มสรุปเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุมรวมตามเวลาที่กำหนด

3. แนวคำถามในการประชุมกลุ่มย่อย

กรรณแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหลักๆ ที่เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามที่นำเสนอในเรื่องต่อไปนี้

1. ท่านเห็นด้วยกับปรากฏการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือไม่อย่างไร
2. ท่านคิดว่าเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแตกต่างหรือเห็นด้วยกับที่นำเสนอหรือไม่อย่างไร
3. ท่านคิดว่าหลักการสำคัญในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคตควรเป็นอย่างไร
4. กรรณแสดงความคิดเห็นต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคตสำหรับคนในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
5. ท่านเห็นด้วยกับหลักการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคตหรือไม่ อย่างไร
6. ท่านคิดว่าลักษณะของผู้ให้บริการควรเป็นอย่างไรในอนาคต

7. ท่านคิดว่าประชาชนมีสิทธิอะไรบ้างในการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
8. ท่านคิดว่ามีปัจจัยเงื่อนไขอะไรบ้างที่มีผลต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต
9. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ ที่พยาบาลควรทำหน้าที่หลักในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต

แนวคำถามที่ 3 ปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ในส่วนของผู้ให้บริการ

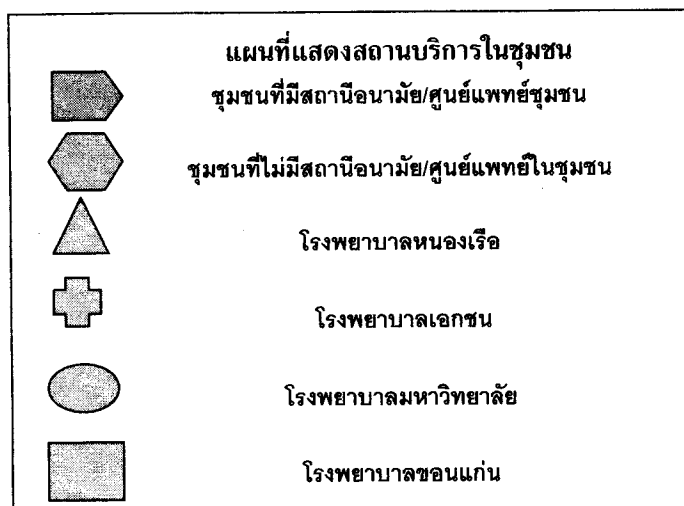
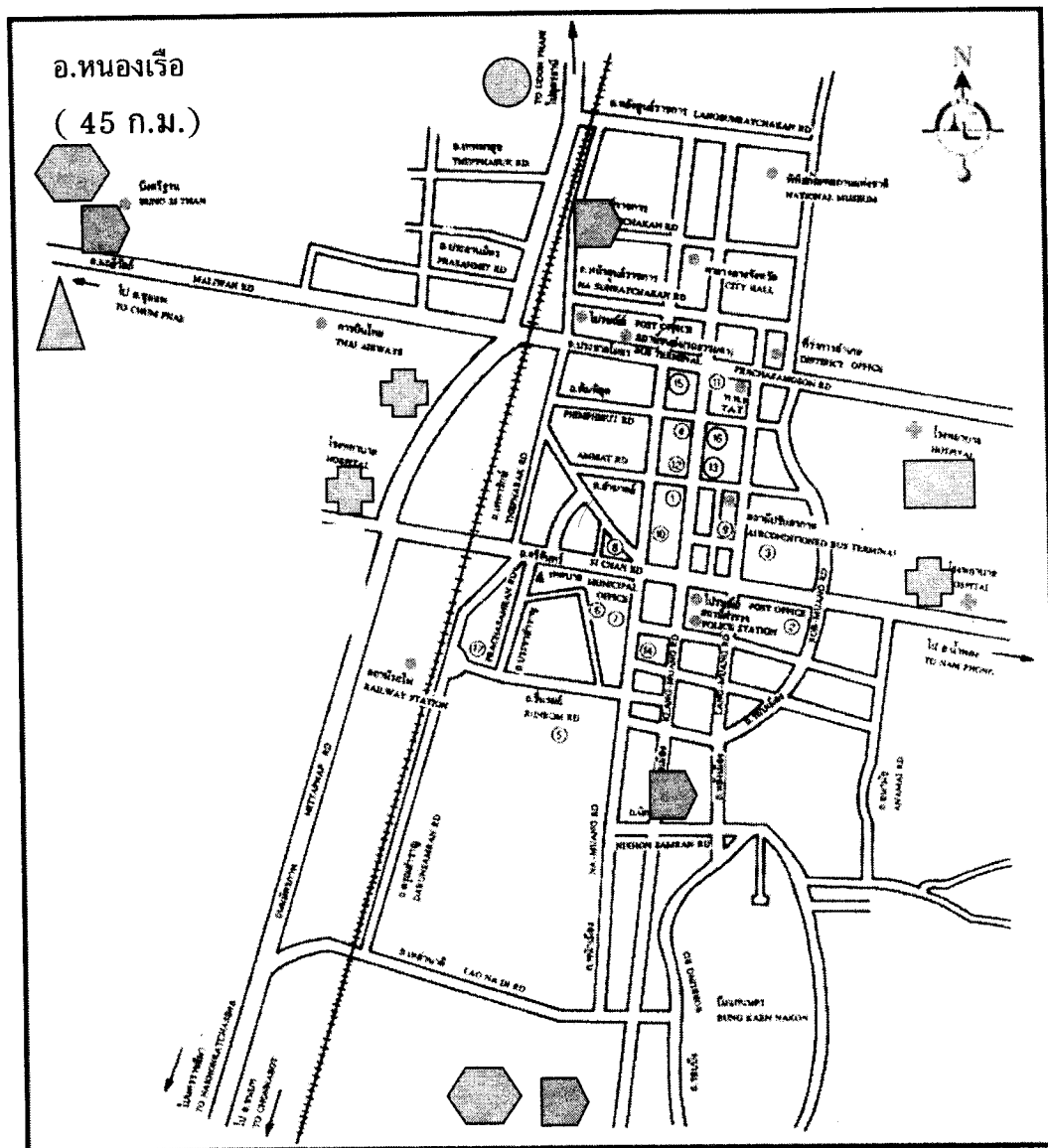
1. เพื่อวิเคราะห์สภาพการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน
2. เพื่อวิเคราะห์ทัศนคติของพยาบาลและบุคลากรที่มีส่วนร่วมต่อการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน
3. วิเคราะห์บทบาทของพยาบาลต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชนในชุมชนตามทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ

แนวคำถามที่ 4 ปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ในส่วนของผู้ใช้บริการสุขภาพหรือประชาชนในชุมชน

1. เพื่อวิเคราะห์ธรรมชาติของการมีส่วนร่วมและบทบาทของประชาชนในการกำหนดบริการด้านสุขภาพในชุมชนในฐานะผู้ใช้บริการ
2. วิเคราะห์วิถีสุขภาพของประชาชนจากสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
3. วิเคราะห์ความคาดหวังของประชาชนเกี่ยวกับลักษณะของบริการด้านสุขภาพ ในส่วนของผู้ให้บริการและการบริการเพื่อพัฒนาสุขภาพโดยรวมของประชาชนในชุมชน

แนวคำถามที่ 5 ปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ในส่วนขององค์กรท้องถิ่น เพื่อการกำหนดนโยบายและแผนกลยุทธ์ที่ เหมาะสมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในท้องถิ่น

1. เพื่อวิเคราะห์ธรรมชาติของการมีส่วนร่วม และบทบาทขององค์กรท้องถิ่นในการกำหนดบริการด้านสุขภาพในชุมชนในฐานะผู้กำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพประชาชน
2. วิเคราะห์ความคาดหวังขององค์กรท้องถิ่นเกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพโดยรวม
3. วิเคราะห์แนวโน้มการพัฒนาสุขภาพ การดำเนินงานขององค์กรท้องถิ่นและผลลัพธ์



ภาพที่ 1 แสดงที่ตั้งของ
ชุมชนที่ทำการศึกษ

ส่วนที่ 2 ผลการสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 ชายร้อยละ 20 มีอายุระหว่าง 40- 59 ปี ร้อยละ 43 และเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 31 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69 และมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.5 รองลงมามีอาชีพค้าขายและรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 15 และร้อยละ 14.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาบทบาทและความสัมพันธ์ในครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่เป็นสามีภรรยา ร้อยละ 41 และเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 30.5 ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทเป็นทั้งผู้ดูแลและผู้ตัดสินใจในการรับบริการ เกี่ยวกับสุขภาพของครอบครัวร้อยละ 54.5 สมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ยมีผู้อยู่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน 5 คน ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 67 และส่วนใหญ่ยังคงตั้งใจอาศัยอยู่ในชุมชนต่อไป ร้อยละ 95.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ลักษณะประชากร	จำนวน(200 คน)	ร้อยละ
- เพศ		
ชาย	40	20
หญิง	160	80
- อายุ		
17 – 21 ปี	30	15.0
22 – 39 ปี	53	26.5
40 – 59 ปี	86	43.0
60 ปี ขึ้นไป	31	15.5
($\bar{X}$ = 43.09, SD = 15.08)		
- อาชีพ		
รับราชการ	7	3.5
ค้าขาย	30	15.0
เกษตรกร	79	39.5
รับจ้างทั่วไป	29	14.5
แม่บ้าน	22	11.0
ไม่ตอบ	33	16.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน(200 คน)	ร้อยละ
- ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	138	69.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	21	10.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	19	9.5
อนุปริญญา/เทียบเท่า	3	1.5
ปริญญา/เทียบเท่า	11	5.5
สูงกว่าปริญญาตรี	4	2.0
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	1.5
ไม่ตอบ	1	0.5
- บทบาทเกี่ยวกับสุขภาพของครอบครัว		
ดูแลสุขภาพของสมาชิก	63	31.5
เป็นผู้ตัดสินใจในการรับบริการ	20	10.0
มีบทบาททั้งเป็นผู้ดูแลและตัดสินใจ	109	54.5
- ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	61	30.5
สามี/ภรรยา	82	41.0
บุตร	50	25.0
ปู่ย่าตายาย	1	0.5
สะใภ้	1	0.5
ไม่ตอบ	5	2.5
- จำนวนสมาชิกที่อาศัยที่บ้าน		
1 – 5 คน	142	71
6 – 11 คน	58	29
($\bar{X} = 4.59$, $SD = 1.86$)		
- ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน		
5 – 10 ปี	37	18.5
10 ปี ขึ้นไป	163	82.5
($\bar{X} = 31.95$, $SD = 18.47$)		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน(200 คน)	ร้อยละ
- ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว		
ดี	134	67.0
ปานกลาง	64	32.0
ไม่ตอบ	2	1.0
- ความตั้งใจจะย้ายออกจากชุมชนนี้		
ย้าย	7	3.5
ไม่ย้าย	191	95.5
ไม่ตอบ	2	1.0

2. สภาพแวดล้อม

2.1 ลักษณะบ้าน พบว่าส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้ร้อยละ 58 มีทั้งบ้านชั้นเดียวและสองชั้น ร้อยละ 49 และร้อยละ 46 ตามลำดับ เป็นบ้านเดี่ยวร้อยละ 87.5 ส่วนใหญ่เป็นบ้านของตนเองและอาศัยอยู่อย่างถาวร (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะบ้านของผู้ถูกสัมภาษณ์

ลักษณะบ้าน	จำนวน(200 คน)	ร้อยละ
- บ้านไม้	116	58
บ้านตึก	62	32.5
ไม่ตอบ	19	9.5
- บ้านชั้นเดียว	98	49.0
บ้านสองชั้น	92	46.0
ไม่ตอบ	10	5.0
- บ้านเดี่ยว	175	87.5
ห้องแถว	3	1.5
ทาวน์เฮาส์	2	1.0
คอนโด/แฟลต	1	0.5
ไม่ตอบ	19	9.5

ตารางที่ 2 ลักษณะบ้านของผู้ถูกสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลักษณะบ้าน	จำนวน(200 คน)	ร้อยละ
- ของตนเอง	179	89.5
เช่า	5	2.5
อาศัยอยู่กับผู้อื่น	3	1.5
ไม่ตอบ	13	6.5
- ถาวร	163	81.5
ชั่วคราว	20	10.0
ไม่ตอบ	17	8.5

2.2 สภาพความถูกต้องตามหลักสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า ความสะอาดของสิ่งแวดล้อมรอบบ้านมากที่สุด ร้อยละ 68 รองลงมา ได้แก่ ความสะอาดของบ้าน ความเป็นระเบียบ ในการจัดบ้าน ความสะอาดของห้องน้ำห้องส้วม และมีห้องนอนแยกเป็นสัดส่วนได้เหมาะสม ร้อยละ 65, 60 , 58 และ 55.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

2.3 ความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่มีความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก แต่ในแง่ความปลอดภัยในพฤติกรรมการจัดเก็บสิ่งของภายในบ้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ามีบันไดบ้านแข็งแรงมากที่สุด ร้อยละ 61 รองลงมาได้แก่ สภาพความปลอดภัยของพื้นบ้าน การจัดวางสิ่งของ การจัดเก็บของมีคม และความปลอดภัยของพื้นห้องน้ำ ห้องส้วม ร้อยละ 58 , 57.5 , 53 และ 52.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

3. ความต้องการบริการสุขภาพ

3.1 การดูแลสุขภาพในภาวะที่ไม่เจ็บป่วย พบว่า ประชาชนมีความต้องการความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการป้องกันโรค สิทธิประโยชน์ต่างๆ การประกอบอาชีพ/ทำงานอย่างมีเป้าหมาย มากที่สุด ร้อยละ 94.5 รองลงมาได้แก่ พัฒนาการ และการเปลี่ยนแปลงตามวัย การเฝ้าระวังตรวจสุขภาพตนเอง แหล่งบริการทางด้านสุขภาพ ร้อยละ 94 ความต้องการลำดับที่ 3 ได้แก่ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 93.5 (ตารางที่ 4)

3.2 กิจกรรมการดูแล พบว่า ประชาชนต้องการกิจกรรมการดูแลในเรื่อง สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมากที่สุดร้อยละ 91.5 รองลงมาได้แก่ การดูแลหลังคลอด ร้อยละ 81 และลำดับที่ 3 ได้แก่ วางแผนครอบครัว และดูแลขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 80.5 ซึ่งในการวางแผนครอบครัวนี้พบว่าวิธีการที่ประชาชนต้องการมากที่สุดคือ ยาคุมกำเนิด ร้อยละ 80.5 รองลงมาได้แก่วิธีฝัง/ถอดเข็ม ร้อยละ 71.5 และวิธี ใส่/ถอดห่วงน้อยที่สุด ร้อยละ 67.0 (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของสภาพความถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลและปลอดภัย
ของที่อยู่อาศัย**

สภาพ	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	ไม่ตอบ (ร้อยละ)
ความถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล				
ความสะอาดของสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน	44(22.0)	136(68.0)	13(6.5)	7(3.5)
ความสะอาดของบ้าน	58(29.0)	130(65.0)	10(5.0)	2(1.0)
ความเป็นระเบียบในการจัดบ้าน	63(31.5)	120(60.0)	13(6.5)	4(2.0)
ที่รองรับขยะถูกหลักสุขาภิบาล	76(38.0)	95(47.5)	25(12.5)	4(2.0)
การเก็บรักษาอาหารถูกหลักสุขาภิบาล	87(43.5)	96(48.0)	14(7.0)	3(1.5)
ความสะอาดของน้ำดื่ม	107(53.5)	87(43.5)	4(2.0)	2(1.0)
ความสะอาดของห้องน้ำห้องส้วม	73(36.5)	116(58.0)	9(4.5)	2(1.0)
การระบายน้ำทิ้งถูกหลักสุขาภิบาล	69(34.5)	99(49.5)	23(11.5)	9(4.5)
การควบคุมและกำจัดสัตว์และแมลงนำโรค	67(33.5)	101(50.5)	28(14.0)	4(2.0)
การระบายอากาศมีสภาพที่ดี	104(52.0)	84(42.0)	8(4.0)	4(2.0)
แสงแดดส่องถึง	104(52.0)	90(45.0)	3(1.5)	3(1.5)
ห้องนอนแยกเป็นสัดส่วนได้เหมาะสม	111(55.5)	70(35.0)	11(5.5)	8(4.0)
ความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย				
การจัดวางสิ่งของ	77(38.5)	115(57.5)	6(3.0)	2(1.0)
การจัดเก็บของมีคม	88(44.0)	106(53.0)	3(1.5)	3(1.5)
การจัดเก็บยารักษาโรค	73(36.5)	94(47.0)	24(12.0)	9(4.5)
การจัดเก็บสารพิษและสารเคมี	89(44.5)	79(39.5)	13(6.5)	19(9.5)
บันไดบ้านแข็งแรง	122(61.0)	45(22.5)	6(3.0)	27(13.5)
พื้นบ้าน	116(58.0)	78(39.0)	5(2.5)	1(0.5)
พื้นห้องน้ำห้องส้วม	105(52.5)	85(42.5)	9(4.5)	1(0.5)
สายไฟและอุปกรณ์	103(51.5)	81(40.5)	11(5.5)	5(2.5)
ทางเดินรอบบ้าน	98(49.0)	82(41.0)	12(6.0)	8(4.0)

ในส่วนผู้ให้บริการพบว่าประชาชน ต้องการให้พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดูแลสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 44 รองลงมาได้แก่ แพทย์ ร้อยละ 20 และลำดับที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 2.3 สำหรับ สถานที่ในการดูแลพบว่า ต้องการที่ สถานีอนามัย/ศูนย์แพทย์ ร้อยละ 42.5 รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 18 และลำดับที่ 3 ได้แก่ ในชุมชน/บ้าน ร้อยละ 16 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความต้องการการดูแลสุขภาพในภาวะไม่เจ็บป่วย

กิจกรรมบริการสุขภาพ	ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ตอบ จำนวน (ร้อยละ)	บุคคลที่ ต้องการ (ร้อยละ)	แหล่งรับบริการ (ร้อยละ)
ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา เพื่อ ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องต่อไปนี้					
1. พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงตามวัย	188 (94.0)	9 (4.5)	3 (1.5)	พยาบาล (44)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (42.0)
2. ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ รับประทานอาหาร	185(92. 5)	11 (5.5)	4 (2.0)	พยาบาล (44)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (42.0)
ออกกำลังกาย	183(91. 5)	13 (6.5)	4 (2.0)	พยาบาล (44)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (42.0)
พักผ่อน	183(91. 5)	13 (6.5)	4 (2.0)	พยาบาล (44)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (42.0)
ผ่อนคลายความเครียด	186(93. 0)	10 (5.0)	4 (2.0)	พยาบาล (44)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (42.0)
หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง	163(82. 5)	26 (13.0)	11 (5.5)	พยาบาล (43)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (41.0)
สร้างทักษะในชีวิต	182(91. 0)	11 (5.5)	7 (3.5)	พยาบาล (43.5)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (42.0)
3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	185(92. 5)	10 (5.0)	5 (2.5)	พยาบาล (43)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (41.0)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความต้องการการดูแลสุขภาพในภาวะไม่เจ็บป่วย (ต่อ)

กิจกรรมบริการสุขภาพ	ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ตอบ จำนวน (ร้อยละ)	บุคคลที่ ต้องการ (ร้อยละ)	แหล่งรับบริการ (ร้อยละ)
4. สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	187(93.5)	8 (4.0)	5 (2.5)	พยาบาล (43)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (41.0)
5. ป้องกันโรค	189(94.5)	6 (3.0)	5 (2.5)	พยาบาล (43)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (41.0)
7. เฝ้าระวังตรวจสุขภาพตนเอง	188(94.0)	7 (3.5)	5 (2.5)	พยาบาล (43)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (41.0)
8. วางแผนครอบครัว	183(91.5)	12 (6.0)	5 (2.5)	พยาบาล (42.5)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (42.0)
9. จัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	187(93.5)	8 (4.0)	5 (2.5)	พยาบาล (43)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (43.0)
10. แหล่งบริการทางด้านสุขภาพ	188(94.0)	7 (3.5)	5 (2.5)	พยาบาล (44.5)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (41.0)
11. สิทธิประโยชน์ต่างๆ	189(94.5)	6 (3.0)	5 (2.5)	พยาบาล (44.5)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (41.0)
12. ประกอบอาชีพ/ทำงานอย่างมีเป้าหมาย	189(94.5)	6 (3.0)	5 (2.5)	พยาบาล (44.5)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (41.0)
13. ดำรงชีวิตในสังคม	188(94.0)	7 (3.5)	5 (2.5)	พยาบาล (44.5)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (41.0)
กิจกรรมการดูแล					
1. สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	183(91.5)	10 (5.0)	7 (3.5)	พยาบาล (44)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (40.5)
2. วางแผนครอบครัว					
ยาคุม	161(80.5)	31 (15.5)	8 (4.0)	พยาบาล (38)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (33.0)
ฝัง/ถอดเข็ม	143(71.5)	33 (16.5)	24 (12.0)	พยาบาล (37)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (32.5)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความต้องการการดูแลสุขภาพในภาวะไม่เจ็บป่วย (ต่อ)

กิจกรรมบริการสุขภาพ	ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ตอบ จำนวน (ร้อยละ)	บุคคลที่ ต้องการ (ร้อยละ)	แหล่งรับบริการ (ร้อยละ)
ใส่/ถอดห่วง	134(67.0)	42 (21.0)	24 (12.0)	พยาบาล (36.5)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (32.5)
3. ดูแลขณะตั้งครรภ์	161(80.5)	27 (13.5)	12 (6.0)	พยาบาล (39)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (35.5)
4. ทำคลอด	160(80.0)	27 (13.5)	13 (6.5)	พยาบาล (39)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (35.5)
5. ดูแลหลังคลอด	162(81.0)	26 (13.0)	12 (6.0)	พยาบาล (35.5)	สอ./ ศูนย์แพทย์ (35.5)

4. การดูแลในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย เจ็บพลัน

จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างประชาชน 200 รายในชุมชนที่ศึกษาทั้ง 4 ลักษณะชุมชน ตามแบบสอบถามการดูแลในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย/เจ็บพลัน ผลการศึกษาดังแสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สรุปผลการสำรวจการดูแลในภาวะเจ็บป่วยเจ็บพลัน

อาการ	การจัดการ		สถานที่รับบริการ		ผู้ให้บริการ	
		จำนวน/ ร้อยละ		จำนวน/ ร้อยละ		จำนวน/ ร้อยละ
1. ใช้ตัวร้อน	1. รักษา	115/57.5	1. สถานีอนามัย	78/39.0	1. พยาบาล	75/37.5
	2. ซื้อยากินเอง	75/37.5			2. แพทย์	32/16.0
	3. วิธีพื้นบ้าน	6/3.0	2. ร้านขายของชำ	40/20.0	3. คนขายของ	29/10.0
	4. ปลดปล่อยให้หายเอง	3/1.5	3. โรงพยาบาล	22/11.0	4. อื่นๆ	26/13.0
			4. อื่นๆ	28/14.0		
2. ใช้ผื่นหรือจุด	1. รักษา	134/67.0	1. สถานีอนามัย	84/42.0	1. พยาบาล	79/39.5
	2. ซื้อยากินเอง	37/18.5			2. แพทย์	49/23.0
	3. ใช้สมุนไพร	9/4.5	2. โรงพยาบาล	38/19.0	3. คนขายของ	14/7.0
			3. ร้านขายของชำ	19/9.5	4. อื่นๆ	15/7.5
			4. คลินิก	13/6.5		
			5. อื่นๆ	11/5.5		
3. ใช้จับคัน	1. รักษา	130/65.0	1. สถานีอนามัย	71/35.5	1. พยาบาล	66/33.0
	2. ซื้อยากินเอง	16/8.0			2. แพทย์	49/24.5
	3. ปลดปล่อยให้หายเอง	1/0.5	2. โรงพยาบาล	55/27.5	3. คนขายของ	7/3.5
			3. ร้านขายของชำ	10/5.0	4. อื่นๆ	10/5.0
			4. อื่นๆ	9/4.5		
4. ไข้อ	1. ซื้อยากินเอง	88/44.0	1. สถานีอนามัย	67/33.5	1. พยาบาล	63/31.5
	2. รักษา	88/44.0			2. คนขายของ	39/19.5
	3. ปลดปล่อยให้หายเอง	10/5.0	2. ร้านขายของชำ	47/23.5	3. แพทย์	28/14.0
	4. วิธีพื้นบ้าน	4/2.0	3. โรงพยาบาล	19/9.5	4. อื่นๆ	12/6.0
			4. อื่นๆ	19/9.5		

ตารางที่ 5 สรุปผลการสำรวจการดูแลในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (ต่อ)

อาการ	การจัดการ		สถานที่รับบริการ		ผู้ให้บริการ	
		จำนวน/ ร้อยละ		จำนวน/ ร้อยละ		จำนวน/ ร้อยละ
5. ปวดศีรษะ	1. ซักยากินเอง	90/45.0	1. สถานีอนามัย	69/34.5	1. พยาบาล	63/31.5
	2. รักษา	88/44.0	2. ร้านขายของชำ	47/23.5	2. คนขายของ	40/20.0
	3. ปลดปล่อยให้หายเอง	15/7.5	3. โรงพยาบาล	11/5.5	3. แพทย์	20/10.0
	4. วิธีพื้นบ้าน	4/2.0	4. อื่นๆ	24/12.0	4. อื่นๆ	16/8.0
6. ปวดหลัง ปวดเอว	1. รักษา	77/38.5	1. สถานีอนามัย	59/29.5	1. พยาบาล	51/25.5
	2. ซักยากินเอง	56/28.0	2. ร้านขายของชำ	50/25.0	2. คนขายของ	27/13.5
	3. ปลดปล่อยให้หายเอง	33/16.5	3. โรงพยาบาล	14/7.0	3. ญาติเพื่อนบ้าน	23/20.9
	4. วิธีพื้นบ้าน	27/13.5	4. อื่นๆ	15/7.5	4. อื่นๆ	28/14.0
7. ปวดท้อง	1. รักษา	106/53.0	1. สถานีอนามัย	78/39.0	1. คนขายของ	34/17.0
	2. ซักยากินเอง	76/38.0	2. ร้านขายของชำ	40/20.0	2. แพทย์	28/14.0
	3. ปลดปล่อยให้หายเอง	6/3.0	3. โรงพยาบาล	18/9.0	3. ญาติเพื่อนบ้าน	10/5.0
	4. วิธีพื้นบ้าน	2/1.0	4. อื่นๆ	24/12.0	4. อื่นๆ	5/2.0
8. ท้องเดิน	1. รักษา	128/61.5	1. สถานีอนามัย	84/42.0	1. พยาบาล	79/5
	2. ซักยากินเอง	63/31.5	2. ร้านขายของชำ	29/14.5	2. แพทย์	36/0
	3. วิธีพื้นบ้าน	3/1.5	3. โรงพยาบาล	26/13.0	3. คนขายของ	25/5
	4. ปลดปล่อยให้หายเอง	2/1.0	4. อื่นๆ	24/12.0	4. อื่นๆ	11/5.5
9. คลื่นไส้ อาเจียน	1. รักษา	116/58.0	1. สถานีอนามัย	80/40.0	1. พยาบาล	75/37.5
	2. ซักยากินเอง	47/23.5	2. โรงพยาบาล	26/13.0	2. แพทย์	35/17.5
	3. ปลดปล่อยให้หายเอง	10/5.0	3. ร้านขายของชำ	23/11.5	3. คนขายของ	20/10.0
	4. วิธีพื้นบ้าน	6/3.0	4. อื่นๆ	22/11.0	4. อื่นๆ	12/6.0

ตารางที่ 5 สรุปผลการสำรวจการดูแลในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (ต่อ)

อาการ	การจัดการ		สถานที่รับบริการ		ผู้ให้บริการ	
		จำนวน/ ร้อยละ		จำนวน/ ร้อยละ		จำนวน/ ร้อยละ
10. การ อักเสบต่างๆ	1. รักษา 2. ซื้อยากินเอง 3. วิธีพื้นบ้าน 4. ปลดปล่อยให้หายเอง	140/70.0 32/16.0 4/2.0 1/0.5	1. สถานี อนามัย 2. โรงพยาบาล 3. ร้านขายของ ชำ 4. อื่นๆ	87/43.5 35/17.5 17/8.5 21/10.5	1. พยาบาล 2. แพทย์ 3. คนขาย ของ 4. อื่นๆ	83/41.5 45/22.5 14/7.0 9/4.5
11. โลหิตจาง	1. รักษา 2. ซื้อยากินเอง 3. ปลดปล่อยให้หายเอง	132/66.0 12/6.0 1/0.5	1. สถานี อนามัย 2. โรงพยาบาล 3. ร้านขายของ ชำ 4. อื่นๆ	64/32.0 61/30.5 6/3.0 5/2.5	1. พยาบาล 2. แพทย์ 3. คนขาย ของ 4. อื่นๆ	59/29.5 58/29.0 5/2.5 5/2.5
12. ดีซ่าน	1. รักษา 2. ซื้อยากินเอง	129/64.5 13/6.5	1. โรงพยาบาล 2. สถานี อนามัย 3. ร้านขายของ ชำ 4. อื่นๆ	66/33.0 60/30.0 4/2.0 7/3.5	1. แพทย์ 2. พยาบาล 3. อื่นๆ	60/30.0 57/28.5 10/5.0
13. ขาด สารอาหาร	1. รักษา 2. ซื้อยากินเอง 3. วิธีพื้นบ้าน 4. ปลดปล่อยให้หายเอง	114/57.0 16/8.0 7/3.5 3/1.5	1. สถานี อนามัย 2. โรงพยาบาล 3. ร้านขายของ ชำ 4. อื่นๆ	69/34.5 35/17.5 7/3.5 13/6.5	1. พยาบาล 2. แพทย์ 3. คนขาย ของ 4. อื่นๆ	67/33.5 34/17.0 6/3.0 7/3.5
14. อาหาร เป็นพิษ	1. รักษา 2. ซื้อยากินเอง 3. วิธีพื้นบ้าน 4. ปลดปล่อยให้หายเอง	131/65.5 21/10.5 2/1.0 1/0.5	1. สถานี อนามัย 2. โรงพยาบาล 3. ร้านขายของชำ 4. อื่นๆ	79/39.5 45/22.5 9/4.5 13/6.5	1. แพทย์ 2. คนขาย ของ 3. อื่นๆ	46/23.0 9/4.5 5/2.5

ตารางที่ 5 สรุปผลการสำรวจการดูแลในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (ต่อ)

อาการ	การจัดการ		สถานที่รับบริการ		ผู้ให้บริการ	
		จำนวน/ ร้อยละ		จำนวน/ ร้อยละ		จำนวน/ ร้อยละ
15. โรคโรค พยาธิในลำไส้	1. รักษา 2. ซื้อยากินเอง 3. ปลดปล่อยให้หายเอง 4. วิธีพื้นบ้าน	112/51.0 70/35.0 1/0.5 1/0.5	1. สถานี อนามัย 2. ร้านขายของ ชำ 3. โรงพยาบาล 4. อื่นๆ	63/31.5 41/20.5 33/16.5 14/7.0	1. พยาบาล 2. คนขาย ของ 3. แพทย์ 4. อื่นๆ	59/29.5 35/17.5 32/16.0 14/7.0
16. โรคสุกใส	1. รักษา 2. ซื้อยากินเอง 3. วิธีพื้นบ้าน 4. ปลดปล่อยให้หายเอง	125/62.5 18/9.0 7/3.5 3/1.5	1. สถานี อนามัย 2. โรงพยาบาล 3. ร้านขายของ ชำ 4. อื่นๆ	70/35.0 41/20.5 12/6.0 20/10.0	1. พยาบาล 2. แพทย์ 3. คนขาย ของ 4. อื่นๆ	63/31.5 42/21.0 10/5.0 13/7.5
17. โรคหัด	1. รักษา 2. ซื้อยากินเอง 3. วิธีพื้นบ้าน	126/63.0 19/9.5 7/3.5	1. สถานี อนามัย 2. โรงพยาบาล 3. ร้านขายของ ชำ 4. อื่นๆ	70/35.0 48/24.0 9/4.5 13/6.5	1. พยาบาล 2. แพทย์ 3. ญาติ เพื่อนบ้าน 4. อื่นๆ	65/32.5 45/21.0 8/4.0 13/6.5
18. โรค ผิวน้ำ	1. รักษา 2. ซื้อยากินเอง 3. ปลดปล่อยให้หายเอง 4. วิธีพื้นบ้าน	126/63.0 37/18.5 3/1.5 1/0.5	1. สถานี อนามัย 2. โรงพยาบาล 3. ร้านขายของ ชำ 4. อื่นๆ	70/35.0 40/20.0 19/9.5 20/10.0	1. พยาบาล 2. แพทย์ 3. คนขาย ของ 4. อื่นๆ	66/33.0 47/23.5 16/8.0 8/4.0
19. โรคคาง ทูม	1. รักษา 2. ซื้อยากินเอง 3. วิธีพื้นบ้าน 4. ปลดปล่อยให้หายเอง	111/55.5 13/6.5 8/4.0 4/2.0	1. สถานี อนามัย 2. โรงพยาบาล 3. ร้านขายของชำ 4. อื่นๆ	55/27.5 46/23.0 7/3.5 16/8.0	1. แพทย์ 2. ญาติ เพื่อนบ้าน 3. คนขายของ 4. อื่นๆ	46/23.0 5/2.5 5/2.5 7/3.5

ตารางที่ 5 สรุปผลการสำรวจการดูแลในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (ต่อ)

อาการ	การจัดการ		สถานที่รับบริการ		ผู้ให้บริการ	
		จำนวน/ ร้อยละ		จำนวน/ ร้อยละ		จำนวน/ ร้อยละ
20. โรคไทรอยด์	1. รักษา	117/58.5	1. สถานีอนามัย	59/29.5	1. พยาบาล	57/28.5
	2. ซื้อยากินเอง	14/7.0	2. โรงพยาบาล	48/24.0	2. แพทย์	52/26.0
	3. ปลดปล่อยให้หายเอง	1/0.5	3. คลินิก	6/3.0	3. คนขายของ	4/2.5
	4. วิธีพื้นบ้าน	1/0.5	4. อื่นๆ	10/5.0	4. อื่นๆ	2/1.0
21. ผื่นที่คัน	1. รักษา	124/62.0	1. สถานีอนามัย	59/29.5	1. พยาบาล	57/28.5
	2. ซื้อยากินเอง	21/10.5	2. โรงพยาบาล	55/27.5	2. แพทย์	52/26.0
	3. วิธีพื้นบ้าน	3/1.5	3. ร้านขายของชำ	11/5.5	3. คนขายของ	11/5.5
			4. อื่นๆ	15/7.5	4. อื่นๆ	11/5.5
22. แผล	1. รักษา	140/70.0	1. สถานีอนามัย	90/45.0	1. พยาบาล	86/43.0
	2. ซื้อยากินเอง	35/17.5	2. โรงพยาบาล	33/16.5	2. แพทย์	36/18.0
	3. ปลดปล่อยให้หายเอง	11/5.5	3. ร้านขายของชำ	16/8.0	3. คนขายของ	14/7.0
	4. วิธีพื้นบ้าน	2/1.0	4. อื่นๆ	20/10.0	4. อื่นๆ	20/10.0
23. สิ่งแปลกปลอม	1. รักษา	130/65.0	1. สถานีอนามัย	71/35.5	1. พยาบาล	72/36.0
	2. ซื้อยากินเอง	16/8.0	2. โรงพยาบาล	41/20.5	2. แพทย์	44/22.0
	3. ปลดปล่อยให้หายเอง	15/7.5	3. คลินิก	12/6.0	3. คนขายของ	9/4.5
	4. วิธีพื้นบ้าน	2/1.0	4. อื่นๆ	14/7.0	4. อื่นๆ	4/2.0
24. รับสารพิษ	1. รักษา	135/67.5	1. สถานีอนามัย	65/32.5	1. พยาบาล	64/32.0
	2. ซื้อยากินเอง	17/8.5	2. โรงพยาบาล	54/27.0	2. แพทย์	51/25.5
	3. วิธีพื้นบ้าน	1/0.5	3. คลินิก	9/4.5	3. คนขายของ	7/3.5
			4. อื่นๆ	14/7.0	4. อื่นๆ	8/4.0

ตารางที่ 5 สรุปผลการสำรวจการดูแลในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (ต่อ)

อาการ	การจัดการ		สถานที่รับบริการ		ผู้ให้บริการ	
		จำนวน/ ร้อยละ		จำนวน/ ร้อยละ		จำนวน/ ร้อยละ
25. แผลงัด ต่อ	1. ซึ่อกยากินเอง	86/43.0	1. ร้านขายของ ชำ	44/22.5	1. คนขาย ของ	43/21.5
	2. รักษา	79/39.5	2. สถานี อนามัย	45/22.5	2. พยาบาล	40/20.0
	3. วิธีพื้นบ้าน	15/7.5	3. โรงพยาบาล	24/12.0	3. แพทย์	27/13.5
	4. ปล่อยให้หายเอง	9/4.5	4. อื่นๆ	25/12.5	4. อื่นๆ	20/10.0

จากตารางที่ 5 สะท้อนภาพการจัดการในการดูแล การเลือกสถานบริการ และชี้ให้เห็นผู้ให้การดูแล เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย/เฉียบพลัน ดังนี้

4.1 การดูแลในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย/เฉียบพลัน

พบว่า เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย/เฉียบพลัน ตามอาการ/โรค 25 รายการ กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการจัดการดูแลโดยการไปรับการรักษาเป็นอันดับแรก จำนวน 23 อาการ/โรค เลือกใช้วิธีการซึ่อกยาใช้เองเป็นอันดับแรก จำนวน 3 อาการ/โรค ไม่มีกลุ่มอาการ/โรคใดที่เลือกใช้วิธีการปล่อยให้หายเองและวิธีการรักษาพื้นบ้านเป็นอันดับแรก แต่พบว่าการเลือกใช้วิธีการทั้ง 2 ในลำดับต่อมาเกือบทุกอาการ/โรค

4.2 การเลือกสถานบริการ

พบว่า เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย/เฉียบพลัน ตามอาการ/โรค 25 รายการ กลุ่มตัวอย่างเลือกไปใช้บริการที่สถานีนามัย เป็นอันดับแรกทั้งหมด ยกเว้น เมื่อแผลงัดต่อยเท่านั้นที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการร้านขายของชำ นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังเลือกไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ร้านขายของชำ คลินิกแพทย์ รองลงไปตามลำดับด้วย

4.3 ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย/เฉียบพลัน

พบว่า เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย/เฉียบพลัน ตามอาการ/โรค 25 รายการ กลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการจากบุคลากรต่างๆ โดยเมื่อเจ็บป่วยด้วย 20 อาการ/โรคกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการบริการจากพยาบาลเป็นอันดับแรก เมื่อเจ็บป่วยด้วย 3 อาการ/โรค คือ ดีซ่าน อาหารเป็นพิษ และคางทูม กลุ่มตัวอย่างจะไปรับบริการจากแพทย์เป็นอันดับแรก ส่วนเมื่อเจ็บป่วยด้วย 2 อาการ/โรค ได้แก่ ปวดท้องและแผลงัดต่อย กลุ่มตัวอย่างจะไปรับบริการจากคนขายของที่อยูร้านขายของชำ

5. การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างประชาชน 200 รายในชุมชนที่ศึกษาทั้ง 4 ลักษณะชุมชน ตามแบบสอบถามการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง

รายการ	ไม่ต้องการ ราย (%)	ต้องการ ราย (%)	สถานบริการ ราย (%)	ผู้ให้บริการ ราย (%)
1. ติดตามโรคเช่น เจาะเลือด ตรวจ ปัสสาวะ วัดความดันโลหิต	2 (1.0)	192 (96.0)	สถานีอนามัย 67 (33.5)	พยาบาล 97 (48.5)
2. จ่ายตามแผนการรักษา	4 (2.0)	190 (95.0)	สถานีอนามัย 65 (32.5)	พยาบาล (46.5)
3. ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา เกี่ยวกับ				
3.1 โรคและภาวะแทรกซ้อน	2 (1.0)	193(96.5)	สถานีอนามัย 69 (34.5)	พยาบาล (49.5)
3.2 การรักษา	2 (1.0)	191(95.5)	สถานีอนามัย 66 (33.0)	พยาบาล (45.5)
3.3 การปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ				
◆ การรับประทานอาหาร	9 (4.5)	195(97.5)	สถานีอนามัย 69 (34.5)	พยาบาล (50.0)
◆ การออกกำลังกาย	11 (5.5)	183(91.5)	สถานีอนามัย 68 (34.0)	พยาบาล (49.5)
◆ การพักผ่อน	9 (4.5)	186(93.0)	สถานีอนามัย 67 (33.5)	พยาบาล (49.0)
◆ การผ่อนคลายความเครียด	8 (4.0)	186(93.0)	สถานีอนามัย 69 (34.5)	พยาบาล (49.5)
4. กิจกรรมการดูแล				
4.1 ทำแผล	2 (1.0)	192(96.0)	สถานีอนามัย 73 (36.5)	พยาบาล (52.5)
4.2 ฉีดยาตามแผนการรักษา	2 (1.0)	191(95.5)	สถานีอนามัย 73 (36.5)	พยาบาล (51.5)
4.3 เปลี่ยนอุปกรณ์การแพทย์				
◆ สาย NG	6 (3.0)	181(90.5)	สถานีอนามัย 63 (31.5)	แพทย์ (14.5)

ตารางที่ 6 การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง (ต่อ)

รายการ	ไม่ต้องการ ราย (%)	ต้องการ ราย (%)	สถานบริการ ราย (%)	ผู้ให้บริการ ราย (%)
◆ สาย Foley's cath	6 (3.0)	180(90.0)	สถานีนามัย 61 (30.5)	พยาบาล (45.5)
◆ Colostomy	6 (3.0)	180(90.0)	สถานีนามัย 59 (29.5)	พยาบาล (45.0)
◆ Tracheostomy	5 (2.5)	181(90.5)	สถานีนามัย 58 (29.0)	พยาบาล (45.0)
4.4 เตรียมและให้อาหาร	8(4.0)	184(92.0)	สถานีนามัย 61 (30.5)	พยาบาล (48.0)
4.5 สอนอุจจาระ	13 (6.5)	178 (89.0)	สถานีนามัย 62 (31.0)	พยาบาล (48.5)
4.6 กายภาพบำบัด	7 (3.5)	184 (92.0)	สถานีนามัย 64 (32.0)	พยาบาล (48.5)
4.7 นวด ประคบ	13 (6.5)	178 (89.0)	สถานีนามัย 61 (30.5)	แพทย์ (10.5)

จากตารางที่ 6 สะท้อนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง โดยแสดงถึงความต้องการการติดตามการรักษา การจ่ายยาตามแผนการรักษา การได้รับความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษา และการได้รับการดูแลตามกิจกรรมการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนี้

5.1 ความต้องการการติดตามการรักษาและการจ่ายยาตามแผนการรักษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนมากมีความต้องการการติดตามการรักษา ร้อยละ 96 และการจ่ายยาตามแผนการรักษา ร้อยละ 95 ทั้งนี้โดยมีความต้องการได้รับการติดตามการรักษาจากพยาบาล ร้อยละ 48.5 และการจ่ายยาตามแผนการรักษาจากพยาบาล ร้อยละ 46.5 จากสถานบริการคือจากสถานีนามัย/ศูนย์แพทย์-ชุมชน เป็นส่วนมาก (ร้อยละ 65-67)

5.2 ความต้องการได้รับความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนมากมีความต้องการได้รับความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษา เกี่ยวกับเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค ร้อยละ 96.5 การรักษา ร้อยละ 95.5 การปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร ร้อยละ 97.5 การออกกำลังกาย ร้อยละ 91.5 การพักผ่อน ร้อยละ 93 และ การผ่อนคลายความเครียด ร้อยละ 93 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า พยาบาลเป็นผู้ที่สามารถให้ความรู้ คำแนะนำ

และคำปรึกษาต่างๆได้ (ร้อยละ 45.5-49.5) ทั้งนี้สามารถใช้สถานื่อนามัย/ศูนย์แพทย์ชุมชน (ร้อยละ 66-69) เป็นสถานที่ให้บริการดังกล่าว

5.3 ความต้องการได้รับการดูแลตามกิจกรรมการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนมากมีความต้องการได้รับการดูแลในเรื่องบาดแผล ร้อยละ 96 การฉีดยาตามแผนการรักษา ร้อยละ 95.5 การเปลี่ยนอุปกรณ์การรักษาต่างๆ ได้แก่ สายยางให้อาหารทางจมูก (NG tube) ร้อยละ 90.5 สายสวนปัสสาวะ (Foley's Catheter) ร้อยละ 90 การดูแลท่อเปิดลำไส้ทางผนังหน้าท้อง (Colostomy) ร้อยละ 90 และช่องเปิดหายใจที่คอ (Tracheostomy) ร้อยละ 90.5 การเตรียมและให้อาหาร ร้อยละ 90 การสวนอุจจาระ ร้อยละ 89 การทำกายภาพบำบัด ร้อยละ 92 และการนัดพบแพทย์ ร้อยละ 89 กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า พยาบาลเป็นผู้ที่สามารถให้การดูแลตามกิจกรรมเหล่านี้ได้ ร้อยละ 48-52.5 ยกเว้นกิจกรรมการนัดพบแพทย์ที่ควรได้รับจากแพทย์ (ร้อยละ 10.5) และ การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร (NG tube) ร้อยละ 14.5 ทั้งนี้มีสถานื่อนามัย/ศูนย์แพทย์ชุมชนเป็นสถานที่ให้บริการ (ร้อยละ 29-36.5)

6. ความดีเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

6.1 การดูแลสุขภาพเมื่อยังไม่เจ็บป่วยและเมื่อเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างให้ความคิดเห็นที่เป็นทัศนะสะท้อนถึงการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อยังไม่เจ็บป่วยว่าควรเป็นหน้าที่ของตนเองและครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 89.5) รองลงมาคือ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 4.5 , 2.5 และ 1.5 ตามลำดับ)

เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ร้อยละ 47.5 ให้ความเห็นว่าครอบครัวและตนเอง ควรเป็นผู้ดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วย รองลงมาคือ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 36 , 8.5 และ 6.0 ตามลำดับ)

6.2 หน่วยงานที่ควรรับผิดชอบการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นที่สะท้อนถึงหน่วยงานที่ควรเป็นหน่วยงานรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนมากที่สุด คือ หน่วยงานของรัฐอย่างเดียว (ร้อยละ 59) รองลงมาคือทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชน (ร้อยละ 35) และควรเป็นหน่วยงานเอกชนอย่างเดียว (ร้อยละ 5.0)

6.3 การมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นที่สะท้อนถึงความต้องการการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพว่าควรมีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 95) โดยมีส่วนร่วมในฐานะของการร่วมให้บริการ (ร้อยละ 43) เป็นกรรมการ (ร้อยละ 20.5) เป็นทั้งผู้ร่วมให้บริการและเป็นกรรมการ (ร้อยละ 9) เป็นผู้ตรวจสอบ (ร้อยละ 8.5) และเป็นผู้ที่ช่วยประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 4.5)

6.4 สถานที่บริการที่ไปใช้บริการบ่อยที่สุดและความพึงพอใจต่อการใช้บริการ

การแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างสะท้อนให้เห็นการไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพบ่อยที่สุดเรียงตามลำดับการไปใช้บ่อยที่สุด ดังนี้

ตารางที่ 7 แสดงลำดับสถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการบ่อยที่สุดและระดับความพึงพอใจ

สถานบริการ	จำนวน / ร้อยละ	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
ลำดับที่ 1 สถานีอนามัย/ศูนย์แพทย์ชุมชน	75 / 37.5	43.5	27.5	4.0
ลำดับที่ 2 ร้านขายยา	30 / 15.0	16.5	29.5	5.5
ลำดับที่ 3 โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	23 / 11.5	31.5	36.5	3.5
ลำดับที่ 4 คลินิกเอกชน	17 / 8.5	30.0	22.0	4.5
ลำดับที่ 5 โรงพยาบาลเอกชน	8 / 4.0	10.5	12.5	2.5
ลำดับที่ 6 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	7 / 3.5	14.0	19.0	2.0
ลำดับที่ 7 โรงพยาบาลชุมชน	5 / 2.5	11.0	21.0	5.0

ซึ่งสถานบริการต่างๆเหล่านี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเห็นว่า มีความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการสุขภาพมาก (ร้อยละ 67.0)

7. ระยะทางและเวลาในการเดินทางไปสถานบริการสุขภาพ

ระยะห่างจากบ้านถึงสถานบริการ เฉลี่ยประมาณ 3.1 กิโลเมตร โดยอยู่ในช่วง 100 เมตรถึง 45 กิโลเมตร **ข้อสังเกต** เนื่องจากชุมชนที่ศึกษาโดยส่วนมากจะมีสถานบริการสุขภาพคือสถานีอนามัย/ศูนย์แพทย์ชุมชน เป็นส่วนมาก ตลอดจนพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางคนนิยมไปใช้สถานบริการที่อยู่ห่างไกล เช่น กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชุมชนชนบทแต่ชอบไปใช้สถานบริการที่อยู่ในตัวเมืองและตัวจังหวัด ซึ่งอยู่ห่างจากชุมชนที่ศึกษาประมาณ 45 กิโลเมตร การซื้อบัตรบริการสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงสถานที่ให้บริการ จึงทำให้ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการอยู่ในช่วงที่กว้าง ไม่จำเพาะเจาะจงระยะทางที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ การใช้เวลาในการเดินทางใช้เวลาในการเดินทางอยู่ระหว่าง 2-30 นาที เฉลี่ย 14 นาที

8. ค่าใช้จ่ายและการจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายในการไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพที่ไปใช้บริการบ่อย อยู่ระหว่าง ไม่เสียค่าใช้จ่าย – 1,000 บาท เฉลี่ย 72.5 บาท **ข้อสังเกต** การไม่ได้เสียค่าใช้จ่าย ไม่ได้หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้เสียค่าอะไรเลย ที่เป็นเช่นนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างใช้บัตรสิทธิประโยชน์ เช่น บัตรสุขภาพ บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น ไม่สามารถประมาณค่าใช้จ่ายที่เป็นค่ายาและค่ารักษาพยาบาลได้ ประกอบกับในการเดินทางไปสถานบริการ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายในการรับประทานอาหารเนื่องจากบ้านอยู่ใกล้สถานบริการ (รั้วติดกัน) จึงทำให้เห็นภาพค่าใช้จ่ายในการไปใช้บริการที่ไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของครอบครัว พบว่า มีการใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตั้งแต่ ไม่เสียค่าใช้จ่าย - 100,000 บาท โดยเฉลี่ยประมาณ 3,754 บาทต่อปี ทั้งนี้โดยมีสังเกตเช่นเดียวกับที่กล่าวมาแล้ว

การจ่ายค่าบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า ผู้ไปใช้บริการน่าจะจ่ายเป็นแต่ละครั้งๆ (ร้อยละ 58.5) มากกว่าการจ่ายเหมารวมปีละครั้ง (ร้อยละ 33.0) และพบว่ามีส่วนน้อย (ร้อยละ 6.5) ที่คิดว่าไม่น่าจะจ่ายค่าดูแลสุขภาพ

ภาคผนวกที่ 6

ผลการสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นกรณีศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามพื้นที่ที่ศึกษา โดยมีกลุ่มประชากรในการศึกษา 200 ราย ซึ่งผลการศึกษานำเสนอใน 3 ลักษณะ คือ

ส่วนที่ 1 การศึกษาสภาพของชุมชน

ส่วนที่ 2 ผลการสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ส่วนที่ 1 การศึกษาสภาพของชุมชน

ชุมชนที่ทำการศึกษาในครั้งนี้จำนวน 4 ชุมชนที่อยู่ในจังหวัดขอนแก่น คือ ชุมชนเขตเมือง ชุมชนกึ่งเมือง กึ่งชนบท ชุมชนชนบท และชุมชนแออัด แต่ละชุมชนจะมีลักษณะที่เฉพาะทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน รวมทั้งสภาพทางสังคมของคนในชุมชนที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนในชุมชนที่แตกต่างกันออกไป คือ

ชุมชนเขตเมือง

เป็นชุมชนที่เป็นทางผ่าน มีถนนคอนกรีตผ่านกลางชุมชน แต่ถนนค่อนข้างแคบและมีความคดเคี้ยว การคมนาคมสะดวก จากชุมชนเข้าเมืองจะมีรถสองแถวบริการ ทำให้มีควันจากรถสองแถวและรถอื่นๆที่วิ่งผ่านชุมชนค่อนข้างมากและเกิดเสียงดัง มีการระบายน้ำเสียจากบ้านเรือนโดยขุดเป็นร่องระบายน้ำให้ไหลไปลงท่อระบายน้ำข้างถนน แล้วไหลไปตามพื้นดินทั่วไป ทำให้เกิดน้ำขังเป็นแห่งๆในชุมชน มีสวนทุกครัวเรือน มีวิธีการกำจัดขยะโดยนำไปทิ้งรวมกันไว้ในที่ดินสาธารณะข้างชุมชน มีรถจัดเก็บขยะจากเทศบาลเข้ามาเก็บขยะเฉพาะบ้านที่เสียค่าเก็บขยะทุกวัน บ้านที่อยู่ในซอยเล็กๆที่รถเก็บขยะไม่สามารถเข้าไปถึง จะได้รับการจัดเก็บโดยมีคนไปยกออกมาทุก 3 วัน บางครอบครัวมีการเลี้ยงสัตว์ได้ดูบ้านและปล่อยให้สัตว์อยู่ในชุมชนโดยไม่มีคอกสัตว์ที่ถูกสุขลักษณะ มีมูลสัตว์ตามถนนทางเดินค่อนข้างมาก มีโรงฆ่าสัตว์ทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย มีกลิ่นเหม็นรบกวนจากโรงฆ่าสัตว์ มีร้านค้าเศษเหล็กและเฟอร์นิเจอร์ มีฝุ่นละอองและเสียงดัง มีศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดเทศบาลนครขอนแก่น แต่มีขีดความสามารถจำกัด และบริการล่าช้า มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 1 แห่ง คลินิกเอกชน 1 แห่ง โดยส่วนมากจะจ่ายยาสามัญประจำบ้านราคาถูก มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่ง มีแหล่งให้บริการแพทย์แผนไทย มีการใช้รถจักรยานยนต์ค่อนข้างมาก

ชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท

เป็นหมู่บ้านใกล้เมือง ห่างจากตัวจังหวัด 6 กิโลเมตร การเดินทางไปยังสถานบริการและเชื่อมต่อชุมชนอื่นๆสะดวกเพราะมีรถสองแถววิ่งประจำทางทุก 15 นาที สภาพถนนในหมู่บ้านค่อนข้างแคบ ค้าง หักมุม ไม่มีสัญลักษณ์ทางจราจรที่ชัดเจน ในหมู่บ้านมีรถจักรยานยนต์มากและมีเกือบทุกหลังคาเรือน ประชาชนไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่จักรยานยนต์ การระบายน้ำเสียในหมู่บ้าน มีน้ำขัง ส่งกลิ่นเหม็น และเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ทุกครัวเรือน จะระบายน้ำเสียที่รองระบายน้ำหน้าบ้าน มีการเลี้ยงสัตว์ได้ขุนบ้าน และไม่มีการจัดเก็บมูลสัตว์ มีโรงงานทำขนมจีนที่มีการสุขาภิบาลไม่ดี รอบๆหมู่บ้านมีแหล่งน้ำ 4 แห่ง ร้านค้าอาหารในหมู่บ้านไม่มีการป้องกันแมลงวันที่ดี ในหมู่บ้านมีโรงสีข้าว 3 แห่ง มีฝุ่นฟุ้งกระจาย

ชุมชนชนบท

เป็นหมู่บ้านชนบทห่างจากถนนใหญ่ประมาณ 1 ก.ม.สามารถเดินทางติดต่อกับหมู่บ้านอื่นๆและในเมืองได้สะดวก ถนนมีฝุ่นละออง มีแหล่งอุตสาหกรรมขนาดย่อม เช่น โรงงานขนม โรงงานขนมจีน เป็นต้น การจัดการบ้านเรือนไม่ถูกสุขลักษณะ ภายในตัวบ้านส่วนมากไม่ค่อยสะอาด มีมูลสัตว์และน้ำเสียน้ำขัง ตามบริเวณบ้านและถนน มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำ มีสถานที่ทำเหวนร่วมกัน กรณีรับงานมาทำที่หมู่บ้าน

ชุมชนแออัด

ชุมชนแออัดของจังหวัดขอนแก่น ตั้งอยู่ข้างทางรถไฟ อยู่ติดถนน มีรถวิ่งผ่านถนนทั้งรถประจำทางและไม่ประจำทางจำนวนมาก ทำให้มีฝุ่นละอองและควันจากท่อไอเสียจากรถมาก การสร้างที่อยู่อาศัยมีทั้งไม่ถาวรและถาวร เบียดเสียดกัน ส่วนมากจะเป็นห้องเดียว อับทึบ ไม่ค่อยมีหน้าต่าง นอนรวมกันหลายคน การระบายอากาศทั้งในชุมชนและภายในบ้านไม่ค่อยดี มีขยะอยู่ทั่วไปในชุมชน มีการเผาขยะในชุมชน มีควันจากการประกอบอาหารมีน้ำท่วมได้ขุนบ้าน สภาพเมืองที่พลุกพล่าน มีการคมนาคมสะดวก มีศูนย์แพทย์ชุมชน และกองสาธารณสุขเทศบาลนครขอนแก่น ให้บริการด้านสุขภาพ

ดังนั้น การวิเคราะห์ความต้องการของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำเป็นต้องมีการพิจารณาจากภาพของทุกชุมชนและแผนที่ของสถานบริการในชุมชนเป็นหลัก เพื่อจะทำให้การสำรวจในครั้งนี้สามารถวิเคราะห์ผลที่ได้ในส่วนที่ 2 มีความเข้าใจและสามารถสะท้อนภาพความต้องการการดูแลสุขภาพได้อย่างชัดเจน (ดังภาพที่ 1)

ส่วนที่ 3 บัณฑิตจากการศึกษา

จากการสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ มีข้อสังเกตควรพิจารณาประกอบการวิเคราะห์ผลการวิจัยในครั้งนี้คือ

3.1 สถานบริการที่ประชาชนจะดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

การเลือกสถานบริการของประชาชนในชุมชนที่ทำการศึกษาค่าจะมีความสอดคล้องกับปัจจัยหลายประการจนทำให้การเลือกใช้บริการ ค่านิยมในการรับบริการ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะทางในการเดินทางไปยังสถานที่รับบริการ ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านั้นคือ

- ◆ ประชาชนบางชุมชนได้รับสิทธิประโยชน์ในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน คือ บัตรผู้สูงอายุ บัตรประกันสังคม บัตรสุขภาพ บัตรผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย/ คนพิการ/ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ซึ่งจะมีการทำสัญญาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จึงส่งผลให้บางชุมชนที่มีโรงพยาบาลชุมชนอยู่ใกล้ชุมชนแต่ไม่ได้รับความนิยมในการเลือกใช้บริการ ดังนั้นการวิเคราะห์ประเด็นที่ช่วยให้ประชาชนเลือกสถานบริการสุขภาพควรพิจารณาตามความเหมาะสม
- ◆ ความใกล้ไกลของสถานบริการทางสุขภาพ ซึ่งลักษณะของชุมชนที่ทำการศึกษามีลักษณะที่เฉพาะแตกต่างกัน แต่การวิเคราะห์ผู้วิจัยควรที่คำนึงถึงภาพการเลือกใช้บริการของแต่ละชุมชนได้เช่น ชุมชนแออัดจะเป็นการใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ หรือชุมชนชนบทที่ตั้งอยู่ในพื้นที่บ้านกองกางแต่มีสถานอนามัยอยู่อีกอำเภอหนึ่ง เป็นต้น ดังนั้นระยะทางในการเดินทางเดินไปยังสถานบริการสุขภาพที่นิยมจะมีความแตกต่างกันมาก เนื่องจากบางชุมชนประชาชนจะอาศัยอยู่ติดกับสถานบริการ เช่น ชุมชนแออัดที่ประชาชนนิยมไปรับบริการที่ศูนย์แพทย์ โดยเดินข้ามทางรถไฟเพียง 20-50 เมตร ก็สามารถไปถึงสถานบริการได้ หรือชุมชนเมืองที่สถานบริการสุขภาพอยู่ใกล้ชุมชน และมีให้เลือกใช้บริการหลากหลาย อีกทั้งระยะทางในการเดินทางไม่ไกล มีเพียงชุมชนชนบทเท่านั้นที่ไม่มีสถานอนามัยในชุมชนหรือประชาชนถือบัตรสุขภาพของโรงพยาบาลอื่น ประชาชนจึงนิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยมีระยะทางห่างจากชุมชนประมาณ 45 กิโลเมตร ทั้งที่โรงพยาบาลชุมชนอยู่ใกล้ชุมชน แต่เนื่องจากในปัจจุบันการเดินทางเข้าเมืองมีความสะดวก สบาย รวดเร็ว รวมทั้งค่านิยมและชื่อเสียงของโรงพยาบาลเช่นกัน จึงส่งผลให้ประชาชนนิยมเลือกสถานบริการทางสุขภาพที่มีความแตกต่าง
- ◆ ระยะเวลาในการเดินทางในสถานบริการที่นิยมจะมีความแตกต่างกันเช่นเดียวกับการเดินทางไปรับบริการ ถ้าประชาชนเลือกรับบริการที่สถานบริการในชุมชนย่อมใช้เวลาในการเดินทางน้อย แต่ถ้าประชาชนเลือกสถานบริการที่ไกลจากชุมชนย่อมทำให้ระยะเวลาในการเดินทางมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนตามสภาพทางกายภาพของชุมชน

- ◆ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังสถานบริการที่นิยมเช่นเดียวกัน ย่อมมีความแตกต่างของผลที่วิเคราะห์ได้ เนื่องจากประชาชนบางชุมชนไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เนื่องจากมีสถานอนามัย หรือสถานบริการทางสุขภาพอยู่ใกล้หรืออยู่ในชุมชน ในขณะที่บางชุมชนไม่มีสถานอนามัยในชุมชน

3.2 ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ

การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการจะพิจารณาได้ว่า มีความแตกต่างของค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการจะรวมถึงค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าใช้สอยต่างๆ ในแต่ละครั้งของการไปรับบริการ ที่จะคำนวณเป็นครั้งของการเจ็บป่วยในหนึ่งปี โดยที่กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่เสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากสถานบริการใกล้บ้านใกล้ชุมชน เดินทางด้วยเท้าก็สามารถถึงสถานบริการ บางรายถือสิทธิประโยชน์แตกต่างกัน ในขณะที่บางรายนิยมการรับบริการในสถานบริการเอกชนที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก เช่น คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากไม่อยากเสียเวลา หรือบางรายมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไต เป็นต้น จะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงเช่นกัน ดังนั้นการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายจึงต้องคำนึงถึงลักษณะของข้อมูลที่จะนำไปใช้เช่นกัน

สรุปประเด็นที่ได้จากการศึกษา

- ◆ ความต้องการของประชาชนในการบริการสุขภาพของผลการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นภาพของการที่ประชาชนสนใจและมีศักยภาพในการดูแลตนเองและครอบครัวได้ ทั้งในภาวะสุขภาพแข็งแรงและเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ประชาชนจะพิจารณาตามอาการและอาการแสดงที่ปรากฏ ประชาชนจะเลือกที่จะรับการรักษามากกว่าการซื้อยารับประทานเอง ทั้งที่บางโรคหรือบางอาการและอาการแสดงประชาชนสามารถที่จะเลือกการจัดการต่อภาวะสุขภาพได้
- ◆ การซื้อยาจากร้านขายของชำในชุมชน ซึ่งเป็นพฤติกรรมหนึ่งของประชาชนที่นิยมจะซื้อยารับประทานเอง โดยเน้นความสะดวกที่จะซื้อได้ในชุมชนเพื่อที่จะบรรเทาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย/เฉียบพลัน
- ◆ สถานบริการที่ใกล้บ้านจะเป็นสถานบริการที่ประชาชนนิยมไปรับบริการ เนื่องจากประหยัดค่าใช้จ่าย ประหยัดเวลา สามารถให้บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้นได้
- ◆ การจ่ายค่าบริการสุขภาพของประชาชนต้องการจะเป็นการรวมจ่ายค่าบริการในแต่ละครั้งของการรับบริการ เนื่องจากประชาชนบางรายคิดว่า ตนเองและครอบครัวมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย
- ◆ พยาบาลจะเป็นบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพได้ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย/เฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

ทัศนาศ นุญทอง. 2542. **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544. **ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ (2)**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ม.ป.พ.

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น.ม.ป.ป.รายงานประจำปี พ.ศ.2541. ม.ป.ท.:ม.ป.พ.

ม.ป.ป.รายงานประจำปี พ.ศ.2542. ม.ป.ท.:ม.ป.พ.

ม.ป.ป.รายงานประจำปี พ.ศ.2543. ม.ป.ท.:ม.ป.พ.

สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ป.**การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย**
พ.ศ. 2539-2540. ม.ป.พ.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) .2542 . **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541**. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

อัลฟา รีเสิร์ช. 2540. **ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2540-2541**. กรุงเทพฯ : ธีรพงษ์การ-
พิมพ์.

<http://www.moph.go.th/ops/bhphp/heal.html>. [2 / 8 / 2543].

<http://www.moph.go.th/ops/bhphp/survey/tab1.html>. [2 / 8 / 2543].

<http://www.moph.go.th/ops/bhphp/pr4.html> [2 / 8 / 2543].

<http://www.bot.or.th/BOTHomepage/databank/RegionFcon/n-east/econne/text/Strucecoa.htm>
[6 / 8 / 2543].

บรรณานุกรม

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2537. **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2537.**

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

. 2538. **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2538.**

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

. 2539. **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2539.**

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

. 2540. **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2540.**

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

. 2541. **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2541.**

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ป. **รายชื่อสถานบริการสาธารณสุข**

ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ประจำปี 2540. ม.ป.พ.

จเร วิชาไทย. 2542. **รายงานการศึกษาประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษา**

ประเทศออสเตรเลีย. (เอกสารอัดสำเนา).

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. ม.ป.ป. **การศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษา**

ประเทศอังกฤษ. (เอกสารอัดสำเนา). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. ม.ป.ป. **รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณี**

ศึกษาประเทศแคนาดา. (เอกสารอัดสำเนา). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บัญญัติ แก้วสอง, พีระศักดิ์ ศรีฤชา, อมร สุวรรณนิมิตร, สม นาสอำนาจ และ ธีรดา นามไผ่. 2543. **ภาค**

ผนวกรายงานการวิจัยโครงการสร้างโจทย์ปฏิรูประบบสุขภาพไทย ชุมรมพยาบาลแห่ง
ประเทศไทย.

. 2543. **ภาค**

ผนวกรายงานการวิจัยวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ ประชาคมภาค
อีสาน.

. 2543. **ราย**

งานการวิจัยวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ ประชาคมภาคอีสาน.

ประคิด และ คณะ. 2543. **รายงานการวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหากระบวนการ**

สุขภาพและวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพไทย : มุมมองของพยาบาล. (เอกสารอัดสำเนา). คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พีระสิทธิ์ คำนวนคิด และคณะ. 2544. **การประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์การบรรลุเป้าหมายสุข**

ภาพดีถ้วนหน้าปี 2543. (เอกสารอัดสำเนา). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, พินิจ ฟ้าอำนวยผล และ วิทยา กุลสมบุญ. 2543. **เหลียวมองประสบการณ์การกระจายอำนาจที่ประเทศฟิลิปปินส์**. กรุงเทพฯ : มูลนิธิโกมลคีมทอง.

ภาสกร อินทุมาร. ม.ป.ป. **รายงานผลการศึกษารื่องข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ : มุมมองของประชาคมภาคเหนือ**. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544. **ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ (2)**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ม.ป.พ.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ป. **สรุปรายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 2540**. ม.ป.พ.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. 2543. **การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ**. ม.ป.พ.

สมศักดิ์ ธรรมิทธิวัฒน์. 2543. **รายงานการศึกษาเรื่อง การทบทวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ**. (เอกสารอัดสำเนา) . ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. 2543. **การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน**. (เอกสารอัดสำเนา).

_____. 2543. **การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี**. (เอกสารอัดสำเนา).

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. 2543. **ทบทวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศสิงคโปร์**. (เอกสารอัดสำเนา).

อาทร ริวไพบูลย์. 2543. **การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย**. (เอกสารอัดสำเนา). คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

กว่าศตวรรษการพยาบาลไทย ใน จดหมายข่าวเวทีพยาบาลกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. 2544.ฉบับที่ 1 พ.ศ.2544.

ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ : ข้อเสนอของประชาคมพยาบาล ใน จดหมายข่าวเวทีพยาบาลกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. 2544.ฉบับที่ 1 พ.ศ.2544.

ขยายมุมมอง...บริการสุขภาพระดับต้น ใน จดหมายข่าวเวทีพยาบาลกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. 2544.ฉบับที่ 1 พ.ศ.2544.

ผลการศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับต้นในชุมชนระยะ 1 ใน จดหมายข่าวเวทีพยาบาลกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. 2544.ฉบับที่ 1 พ.ศ.2544.

Church, W. John B., Saunders, LD., Wanke,MI. and Pong, RW., 1995. **Component 2;**

Organizational models in community-based health care : A review of the literature. Ontario : Communications Directorate.

<http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/cbmodels.html> [1/6/44].

<http://www.oma.org/phealth/pcare/negotiat.htm> [26/6/2544].

<http://www.moph.go.th/ops/bhpp/pla3.html>. [2 / 8 / 2543].

<http://www.moph.go.th/ops/bhpp/pla1.html>. [2 / 8 / 2543].

<http://www.hsro.or.th/v0002.html> [2 / 8 / 2543].

Wanke,MI., Saunders, LD., Pong, RW. and Church, W. John B., 1995. **Building a stronger foundation : A framework for planning and evaluating community-based health services in Canada**. Ontario : Communications Directorate.

Wanke,MI., Saunders, LD., Pong, RW., Cappon, P. and Church, W. John B.,1995. **Companion Document : A summary report of site visits to selected community-based health organizations in Canada**. Ontario : Communications Directorate.

Williams, SJ. and Torrens, PR., Editors. 1988. **Introduction to health services**. 3rd ed. New York : Delmar Publishers.