

รายงานวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ :
กรณีศึกษาอำเภอหนองหม่อม จังหวัดสงขลา

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์
วรวิทย์ กิตติศักดิ์วัฒนกรณ์

อุไร หัตถกิจ	วันดี สุทธรังษี
อภิรัตน์ อัมพัฒน์	ปิ่นทิพย์ นาคดำ
เอมอร แซ่จิ้ว	เยาวรัตน์ มัชฌิม
ขวัญตา บาลทิพย์	สุดาวดี แก้วพิบูลย์
นิภาศ นิลสุวรรณ	สมใจ ลิ้มทองพันธุ์
ภัณทิรา คงสิน	

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พ.ศ.2545

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษา อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) การออกแบบระบบบริการสุขภาพตามความต้องการของชุมชน แหล่งประโยชน์ และศักยภาพของระบบสุขภาพที่มีอยู่ 3) การปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแผน จนกระทั่งได้รูปแบบบริการที่ลงตัว และ 4) การประเมินผลในภาพรวม และสรุปบทเรียนที่เกิดขึ้น สถานที่ศึกษาเป็นสถานบริการสุขภาพของรัฐในอำเภอนาหม่อม ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และตัวแทนประชาชน เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร รายงาน การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

ผลการวิจัย มีดังนี้

1. อำเภอนาหม่อมเป็นอำเภอเล็ก มีประชากรเพียงสองหมื่นเศษ อยู่ติดกับอำเภอขนาดใหญ่ สุขภาพของประชาชนอำเภอนาหม่อมโดยรวมอยู่ในระดับดี ความเจ็บป่วยที่พบบ่อยมักเป็นโรคที่ไม่รุนแรงและสามารถป้องกันได้ มีสถานบริการ และจำนวนผู้ให้บริการเพียงพอกับจำนวนประชากร สถานีนอมน้ำที่มีอยู่ 3 แห่ง ซึ่งเป็นการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่ยังไม่เป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ

2. คณะผู้วิจัย ผู้บริหารและผู้ให้บริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพในอำเภอนาหม่อม ได้ตกลงร่วมกันที่จะพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิขึ้น 4 แห่ง คือ หน่วยบริการใหม่ 1 แห่ง และอีก 3 แห่งเป็นการพัฒนาสถานีนอมน้ำที่มีอยู่เดิม ภายใต้การสนับสนุนด้านบุคลากรจากโรงพยาบาลนาหม่อม การขับเคลื่อน ติดตามและประเมินผลจากคณะกรรมการเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ อำเภอนาหม่อม ทีมวิจัย และบุคลากรของหน่วยบริการฯทั้ง 4 แห่ง ได้ประชุมและตกลงร่วมกันเกี่ยวกับหลักการของสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ เครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน ขอบเขตการทำงานซึ่งรวมถึงการบริการสุขภาพทั้งสี่ด้าน โดยมีกำหนดเวลาในการให้บริการที่สถานบริการและออกปฏิบัติงานในชุมชน

3. กระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอำเภอนาหม่อมประกอบด้วย

- 3.1 การขานรับนโยบายในระดับบริหารและการสื่อสารถึงผู้ปฏิบัติ
- 3.2 การรับรู้สถานการณ์ร่วมกันของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และชุมชน
- 3.3 การเรียนรู้จากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ประสบความสำเร็จ

3.4 ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติร่วมกันกำหนดรูปแบบการให้บริการและการปฏิบัติงาน เพื่อการเป็นสถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ

3.5 การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมการประชุม อบรม ดูงาน จัดเวที แลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อคิดเห็น

3.6 การจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

3.7 การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน สะท้อนการปฏิบัติและการปรับปรุงการปฏิบัติงาน ให้เป็นวงจรที่ต่อเนื่อง

4. ผลลัพธ์และบทเรียน: หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดตั้งขึ้นใหม่ และมีบุคลากรประจำ เป็นหน่วยบริการที่มีผลดำเนินงานชัดเจน เป็นไปตามแผนและเป้าหมายที่กำหนดไว้ สำหรับหน่วยบริการฯ ที่เป็นสถานีนอมาด 3 แห่ง สามารถดำเนินงานตามแผนได้ในระดับหนึ่ง แต่ละแห่งมีการพัฒนาในระดับที่แตกต่างกัน เงื่อนไขสำคัญ ของระดับการพัฒนา คือความพร้อม ศักยภาพ และทัศนคติของหัวหน้าหน่วยบริการ บุคลากร ภาระงานด้านเอกสาร และความจำกัดในเรื่องงบประมาณสนับสนุน ในส่วนของบุคลากร พยาบาลได้แสดงให้เห็นว่ามีศักยภาพและสมรรถนะในการปฏิบัติงานสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้การรักษเบื้องต้น และการเยี่ยมครอบครัว

5. ประเด็นที่คณะกรรมการเครือข่ายสถานบริการสุขภาพอำเภอนาม่อม จะต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อขับเคลื่อนให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นสถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ คือ

5.1 การพัฒนาระบบประเมินผลที่ชัดเจน และโปร่งใส ซึ่งครอบคลุมผู้ประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน วิธีการประเมิน ตลอดจนผลของการประเมินที่มีต่อหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานที่ถูกประเมิน

5.2 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อระบบสุขภาพ และบริการสุขภาพ

5.3 การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุน

Development of a Primary Care Model: A Case Study of Na-Mom District, Songkhla

Abstract

This action research aiming to develop primary care model in Na-Mom district, Songkhla province consisted of 4 stages: 1) Situation analysis, 2) Design health service model based on community's needs and resources, and develop action plan, 3) Implement the plan along with reflective cycle to continuously improve the services, and 4) Evaluation and synthesize what being learnt. Settings were all government health care agencies in the district. Informants included health care providers and key persons in the community. Data were collected from documents as well as reports and by in-depth interviews and group discussion. Content analysis with the validation of study conclusion were performed.

The results were followings:

1. Na-Mom is a small district with population of 20068. It is 10 kilometers from Hat Yai where people can easily come and get access to various health care agencies. Na-Mom People have good health and economic status. The common illnesses were mild and many of them could be prevented. Within the district, the number of health care providers and agencies met the criteria of Ministry of Health. People preferred to come to Na-Mom hospital when they were sick rather than the nearby health center. They wanted good medical care for the sick but were not much interested in health promotion and illness prevention. Despite many networks in agricultural and economic development, only few groups being actively involved in health development.

2. Researchers, administrative team and health care providers agreed to develop four primary care units (PCU), one unit one Tambon. One was new and the three were the previous health centers. The primary health care model was designed, based on the community's needs and available resources. The Na-Mom hospital allocated a few nurses and health workers to work regularly at PCU. Health Care Networking Committee at Na-Mom district had responsibility to create changes, monitor and evaluate the development of these 4 PCUs. In addition, the research team and the health care providers worked together and agreed on the principles of "Near House At

Heart PCU" , tools to be used, tasks and activities in health promotion, illness prevention, primary medical care and rehabilitation, and work schedules at the units as well as in communities.

3. The process to establish effective primary care units in Na-Mom district included:

3.1 Transforming health care policy by the administrative team to health care providers;

3.2 Shared perception of health care situation among administrative team, health care providers and community;

3.3 Experiential learning from the prior success primary care units;

3.4 Shared design of primary care model and guidelines;

3.5 Continuing personnel development such as meeting, conferences, training, study visits as well as sharing experiences;

3.6 Allocating resources; and

3.7 Monitoring, evaluating and reflecting the progress of PCU development to continuously improve the services and system.

4. Outcome and learned experiences: The new established PCU was the effective one which accomplished the goal and plan. The others three units, the health center based had less achievement. Each unit had its own limitations such as readiness, competencies and attitudes of heads of the units as well as health care providers, work load in documentation and inadequate supports. The nurses demonstrated high competencies in working at PCU particularly in providing primary medical care and family visit.

5. Suggestions for health care networking committee at Na-Mom district are as followed:

5.1 Developing an evaluation system, which is accountable in terms of evaluators, tools, methods and impacts on persons being evaluated.

5.2 Promoting community participation in health system development.

5.3 Strengthening a support system.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาอำเภอนาหม่อมจังหวัดสงขลา ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยการสนับสนุนและความร่วมมือจาก หน่วยงาน องค์กร และบุคคลต่าง ๆ ดังนี้

- คณะพยาบาลศาสตร์ ที่อนุญาตให้คณะผู้วิจัยได้ใช้สถานที่ ยานพาหนะ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย และให้โอกาสในการเข้าร่วมในเวทีทางวิชาการ

- โรงพยาบาลนาหม่อม ที่ตอบรับในการเป็นพื้นที่วิจัย ดำเนินการ และให้ความร่วมมือตลอดกระบวนการวิจัย

- หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลนาหม่อม สถานีอนามัยในอำเภอนาหม่อม และบุคลากร ที่เปิดรับการขับเคลื่อนด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ การให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

- ประชาชน อสม. อบ.ต สส.อ. นายอำเภอ และผู้นำชุมชน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

คำนำ

รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษา อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา นำเสนอกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ การร่วมกันวางแผน เพื่อพัฒนาปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ ทดลองปฏิบัติ ผลลัพธ์ในรูปของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น บทเรียนที่ได้รับ และบทสรุปพร้อมข้อเสนอแนะ ซึ่งได้นำเสนอในบทต่าง ๆ รวม 9 บท คณะผู้วิจัยหวังว่า รายงานนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1	โครงการวิจัย	1
บทที่ 2	ระบบบริการสุขภาพกับการปฏิรูประบบสุขภาพ	11
บทที่ 3	ระบบสุขภาพของอำเภอหนองม่อม : การสังเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน	22
บทที่ 4	รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอหนองม่อมภายใต้การคิดร่วมกัน	41
บทที่ 5	ศักยภาพของประชาชน และองค์กรชุมชน ในการมีส่วนร่วมในการบริการ- สุขภาพระดับปฐมภูมิ : อำเภอหนองม่อม จังหวัดสงขลา	61
บทที่ 6	ศักยภาพของพยาบาล ทีมสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในงานบริการ- สุขภาพระดับปฐมภูมิ	79
บทที่ 7	การสังเคราะห์การพัฒนาชุดบริการสุขภาพสำหรับชุมชนหนองม่อม	90
บทที่ 8	รายงานการวิเคราะห์และสังเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ในการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้แนวคิดใหม่ : บทเรียนเพื่อการพัฒนา	97
บทที่ 9	บทสรุปและข้อเสนอแนะ	106
ภาคผนวก		
◆	รายชื่อคณะผู้วิจัย	115
◆	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	119
◆	รายชื่อคณะกรรมการสวัสดิการสุขภาพชุมชน	119
◆	ตารางกิจกรรมการวิจัย	120
◆	แผนภูมิโครงสร้างคณะกรรมการเครือข่ายสถานพยาบาลอำเภอหนองม่อม	126
◆	กรณีตัวอย่างผู้รับบริการ	127

บทที่ 1

โครงการวิจัย

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในช่วงเวลาของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส., 2544) เพื่อให้ได้ระบบสุขภาพที่เน้น "การสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ" บนแนวคิดของ "สุขภาพเพียงพอ" โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคี อันได้แก่ ภาคการเมือง ภาคประชาชน และผู้ให้บริการ ระบบสุขภาพดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของประชาชน นอกจากนี้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิยังมีความสำคัญยิ่งต่อการช่วยบรรเทาทุกข์แก่ประชาชนเมื่อยามเจ็บป่วย และปกป้องคุ้มครองสุขภาพเพื่อให้เป็นไปตามสิทธิที่ตราไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน

ในปี พ.ศ. 2544 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยอุไรและคณะ ด้วยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ชุมชนภาคใต้ต้องการ ผลการศึกษาสะท้อนแนวคิดและมุมมองของประชาชนรวมทั้งผู้เกี่ยวข้องได้ชัดเจน รูปแบบ/ระบบการดูแลสุขภาพจะเป็นจริงได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายอย่างจริงจัง การทดลองนำรูปแบบดังกล่าวมาปฏิบัติจึงเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น

ในขณะที่รัฐบาลได้ประกาศใช้นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบกลุ่มประชากรที่ยังไม่ได้รับหลักประกันผ่านโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งได้กำหนดให้จัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อเป็นจุดบริการที่ประชาชนต้องไปรับบริการก่อนที่จะผ่านไปยังบริการระดับสูงขึ้นไป แนวคิดและลักษณะการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังกล่าวยังมีความหลากหลาย มีปัญหาในการปฏิบัติและยังไม่เป็นที่ยอมรับของประชาชน ทั้งนี้เพราะระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ตลอดจนเห็นความเชื่อมโยงของสุขภาพกับปัจจัยอื่นๆ

ฉะนั้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในการเข้าถึงชุมชนเห็นความต้องการของชุมชนที่แท้จริง ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งในด้านการปรับโครงสร้าง กลไกการจัดบริการสุขภาพ บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาเครื่องมือ และวิธีการทำงานเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

จากปัจจัยและเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ตระหนักถึงความจำเป็นของการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่เลือกสรร โดยที่คณะผู้วิจัยได้สำรวจพื้นที่ในจังหวัดสงขลาและ

ได้เลือกชุมชนนาหม่อมเป็นพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ซึ่งกำหนดให้มี 2 แห่งตามสัดส่วนประชากร (1 แห่งต่อ 10,000 คนหรือเรือน) โดยประชาชนในชุมชนนาหม่อมได้เสนอให้ปรับสถานีนามัยเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คณะผู้วิจัยเชื่อว่าผลการวิจัยจะสามารถสะท้อนองค์ความรู้ในด้านกระบวนการพัฒนาในประเด็นต่าง ๆ โดยมีสุขภาพของประชาชนเป็นผลลัพธ์ ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวอย่างในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของชุมชนอื่น ๆ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของชุมชนนาหม่อม ให้มีประสิทธิภาพตามแนวทาง และข้อเสนอที่ได้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 โดยครอบคลุมการพัฒนาโครงสร้าง กลไก เครื่องมือและวิธีการทำงาน กระบวนการพัฒนาผู้ให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการ ตลอดจนปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ที่ทำให้การบริการสะท้อนผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน

คำถามวิจัย

1. คำถามหลัก

การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามข้อเสนอผลการวิจัยในระยะที่ 1 และนโยบายของรัฐ เป็นอย่างไร ในแง่ของโครงสร้าง กลไก เครื่องมือและวิธีการทำงาน มีแนวทางและปัจจัยเงื่อนไขอะไรบ้างที่มีผลต่อการพัฒนาระบบการจัดบริการ และบทบาทของพยาบาลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถให้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและสะท้อนผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. คำถามรอง

2.1 ระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนนาหม่อมเป็นอย่างไร

2.1.1 โครงสร้างและกลไกการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนนาหม่อมเป็นอย่างไร

2.1.2 หน้าที่และบทบาทของทีมสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นอย่างไร

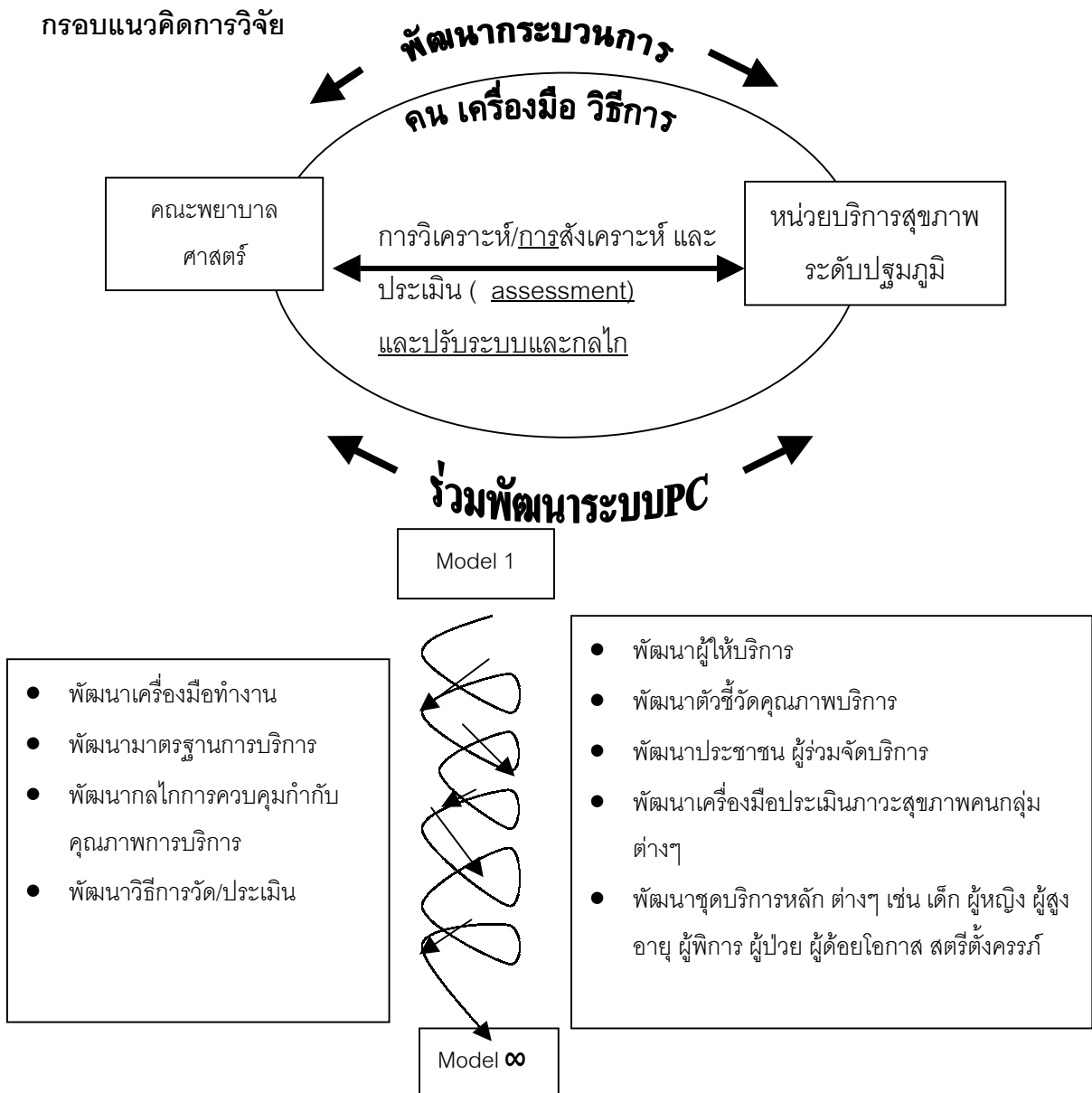
2.1.3 กระบวนการวิเคราะห์ ประเมิน และระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นอย่างไร

2.2 แนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีมาตรฐานเป็นอย่างไร

2.2.1 กระบวนการวิเคราะห์ ประเมิน และพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นอย่างไร

2.2.2 มีเครื่องมือ วิธีการทำงานอะไรบ้าง ที่ทำให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นไปได้อย่างมีมาตรฐาน เกิดประสิทธิผลต่อประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และมีประสิทธิภาพในเชิงของการจัดการทรัพยากร

2.2.3 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สถาบันการศึกษา หน่วยงานองค์กรต่างๆ ควรมีบทบาทอย่างไรในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มีมาตรฐาน และสะท้อน ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน อย่างมีประสิทธิภาพ



การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้ร่วมวิจัย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เน้นกระบวนการพัฒนา โครงสร้าง กลไก เครื่องมือและวิธีการทำงาน บนพื้นฐานของผลการวิเคราะห์และประเมินระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ เป้าหมาย และผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งได้รูปแบบหรือระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทที่เลือกสรร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่ต่อเนื่องจากโครงการวิจัยระยะที่ 1 โดยนำรูปแบบที่ได้จากโครงการวิจัยระยะที่ 1 มาพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนที่ศึกษา และสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป หลังจากนั้นนำไปใช้กับชุมชนที่ศึกษา และติดตามประเมินผลการให้บริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

สถานที่วิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในบริบทของชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการพัฒนา สะดวกต่อการเดินทางไปศึกษา ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ประชากรและตัวอย่าง

2.1 ผู้รับบริการ คือ ประชาชน กรรมการประชาคมหมู่บ้าน องค์กรเอกเซน กลุ่มการเมืองท้องถิ่น และผู้นำชุมชน ได้แก่ อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา

2.2 ผู้ให้บริการ คือ ผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการกิจระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผู้ให้บริการสุขภาพแผนไทย หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น อสม. และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ

3. แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

3.1 ศึกษาปัญหาสุขภาพ ระบบและการจัดบริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอนาหม่อม

3.2 วิเคราะห์ ประเมิน เปรียบเทียบ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นอยู่กับระบบ/ รูปแบบที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อหาข้อตกลงเกี่ยวกับระบบ/รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับชุมชน

3.3 จัดให้มีการบริการสุขภาพตามรูปแบบที่ได้จากข้อ 3.2 พร้อมทั้งสังเกต สะท้อนการปฏิบัติงาน และวางแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ตามสภาพการณ์ที่เหมาะสม (implementation, reflection ,and replaning phase) และสามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทชุมชนนาหม่อม (improving phase)

3.4 ประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ซึ่งในกระบวนการดังกล่าว อาศัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ได้แก่ การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การใช้แบบสอบถาม การใช้ข้อมูลเอกสาร การประชุมกลุ่ม การถ่ายภาพ การบันทึกเสียง การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

แผนการดำเนินงานโครงการวิจัย

การดำเนินการ	กิจกรรมการวิจัย	เครื่องมือและวิธีการ
ระยะที่ 1 1. ศึกษาสถานการณ์ การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอหนองม่อม	1. รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การสนทนากลุ่ม ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้อง	1. เอกสารทางราชการ รายงาน และสถิติของหน่วยบริการ 2. สนทนากลุ่มผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้อง 3. สัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารที่รับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ วิธีการ 1-3 เพื่อให้ได้ข้อมูลต่อไปนี้เป็น โครงสร้าง กลไก เครื่องมือ และวิธีการ ในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง 4. สัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนสุขภาพชุมชน
ระยะที่ 2 2. วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 และออกแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	2.1 วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1	2.1 จัดประชุมทีมวิจัย 2 ครั้ง ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และประมวลภาพการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นอยู่ และผู้แทน

การดำเนินการ	กิจกรรมการวิจัย	เครื่องมือและวิธีการ
	2.2 พัฒนาแนวคิด วิสัยทัศน์ ในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 2.3 ตรวจสอบผลการประเมินผล และสังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอ นาม่อม 2.4 ออกแบบ/ ปรับระบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 2.5 ประชุมร่วมกับหน่วยบริการ เพื่อหาข้อ	4.2.1 ชุมชนศึกษา ดูงานการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอระโนด และอำเภอเทพา ซึ่งได้เริ่มปฏิบัติตั้งแต่ พ.ศ. 2540 2.2.2 ประชุมเพื่อปรับฐานคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างทีมวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ให้บริการสุขภาพ 2.3 จัดสนทนากลุ่มระหว่างทีมวิจัยกับผู้ให้บริการสุขภาพ โดยทีมวิจัยนำเสนอผลการประเมินผล และสังเคราะห์สถานการณ์ของโรงพยาบาลนาม่อม และเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการแสดงความคิดเห็นต่อความตรง และความถูกต้องของภาพสถานการณ์ที่นำเสนอ 2.4 ประชุมทีมวิจัย เพื่อกำหนด/ ปรับปรุงรูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยใช้ข้อมูลจาก 2.1, 2.2, 2.3 2.5 ประชุมร่วมกันระหว่างทีมวิจัยและหน่วยบริการโดย 2.5.1 นำเสนอ “ร่าง” รูปแบบการปรับ / การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต่อหน่วยบริการ

การดำเนินการ	กิจกรรมการวิจัย	เครื่องมือและวิธีการ
	ตกลงร่วมกัน เกี่ยวกับรูปแบบการปรับปรุง แบบการให้บริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	2.5.2 รับฟังข้อเสนอแนะและปรับร่างรูปแบบการให้ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ
ระยะที่ 3 การทดลองรูปแบบที่ได้ ในพื้นที่	3.1 หน่วยบริการนำรูปแบบที่ได้ไปปฏิบัติ พัฒนาและปรับปรุง โดยมีทีมวิจัยติดตาม ประเมินผล และให้ข้อมูลย้อนกลับ	3.1 ทีมวิจัยประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบที่ตกลง (ตาม ข้อ 2.5) เดือนละ 1 ครั้ง (รวม 5 ครั้ง) พร้อมให้ข้อ มูลย้อนกลับการปรับปรุงการปฏิบัติ การพัฒนาเครื่องมือ วิธีการ ระบบและกลไก เพื่อให้สอดคล้องกับหน่วยบริการ ในบริบทของชุมชนนาหม่อม และความต้องการของ ประชาชน
ระยะที่ 4 การประเมินผลและการ สังเคราะห์องค์ความรู้ในภาพรวม	4.1 การประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ โดยประเมินจากผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการกองทุน สุขภาพ	4.1 ทีมวิจัยจัดประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ โดย 4.1.1 จัดสนทนากลุ่มกับทีมผู้วิจัย ผู้ให้บริการ ผู้บริ การ และผู้เกี่ยวข้อง 4.1.2 วิเคราะห์เอกสาร 4.1.3 สังเกตการปฏิบัติงาน 4.1.4 วิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลที่ได้จาก 4.1.1, 4.1.2, และ 4.1.3

8. **ระยะเวลาและแผนดำเนินการวิจัย**

แผนระยะเวลาที่ทำการวิจัย ระยะเวลา 1 ปี (เริ่ม เมษายน 2545- มีนาคม 2546)

[illegible]

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

9.1 รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่เหมาะสมกับอำเภอนาหม่อม

9.2 องค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

บทบาทขององค์กรวิชาการ หน่วยบริการ และองค์กรท้องถิ่นในการร่วมพัฒนาระบบ

10. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. (2541). แนวคิดในการพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Primary care) ใน ทางเลือกใหม่ระบบสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร: พรีเม็กกรุ๊ปจำกัด.

ทัศนาศ นุญทอง. (2543). ทิศทางการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร : สภาการพยาบาล.

ธีรวัฒน์ กรศิลป์ และคณะ. (2543). การประเมินผลกระบวนการดำเนินงานปฏิรูประบบปฐมภูมิในโรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา. สงขลา : โรงพยาบาลระโนด สาธารณสุขจังหวัดสงขลา.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. 2539. สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาร่างโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบในพื้นที่ วันที่ 17-18 ตุลาคม 2539 โรงแรมดิเอ็มเพรส จังหวัดเชียงใหม่.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2544). (ร่าง) กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ จำกัด.

อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ. (2544). "อะไรเป็นอะไร ? ในกระแสการเปลี่ยนแปลง":

30 บาทรักษาทุกโรค กระจายอำนาจ ปฏิรูปโครงสร้าง กสธ. กับการปฏิรูประบบสุขภาพ.
นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.).

อุไร หัตถกิจ และคณะ. (2544). รายงานโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้.

บทที่ 2

ระบบบริการสุขภาพกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

คำนำ

บทที่ 2 เป็นการนำเสนอภาพของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ การขับเคลื่อนการปฏิรูปในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การปฏิรูประบบสุขภาพและบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพ

การให้บริการสุขภาพ (Health Care Service) ของประเทศไทยส่วนใหญ่ เป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข โดยสามารถจัดแบ่งระดับของการให้บริการออกได้ ดังนี้

1. การจัดบริการในระดับการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นการให้บริการที่มุ่งเน้นให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยความพยายามร่วมกันของสมาชิกในชุมชนนั้นๆ เป็นสำคัญ และรัฐจะคอยให้การสนับสนุนในกรณีที่เกินขีดความสามารถของชุมชน ซึ่งในระดับนี้มีหน่วยบริการที่สำคัญคือ ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่คอยดูแลและประสานงานกับระบบบริการสาธารณสุขที่สูงขึ้นไป โดยในระดับนี้จะเน้นหนักในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นหลัก (ประมาณร้อยละ 90)

2. การจัดบริการในระดับที่ 1 (Primary Medical Care) การจัดบริการในระดับนี้ เป็นการให้บริการที่ดำเนินการโดยบุคลากรด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด เป็นการให้บริการสุขภาพเบื้องต้นที่มีอาการไม่รุนแรงมากนัก และผู้รับบริการสามารถเข้าใจและดูแลตนเองต่อไปได้ ซึ่งหน่วยบริการในระดับนี้ได้แก่สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) สถานีอนามัย (สอ.) และโรงพยาบาลสาขา หรือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือหน่วยบริการอื่นๆ ซึ่งหน่วยบริการในระดับนี้จะเน้นหนักในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคเป็นส่วนใหญ่ คือ ประมาณร้อยละ 50-75 ส่วนด้านการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพประมาณร้อยละ 25-50

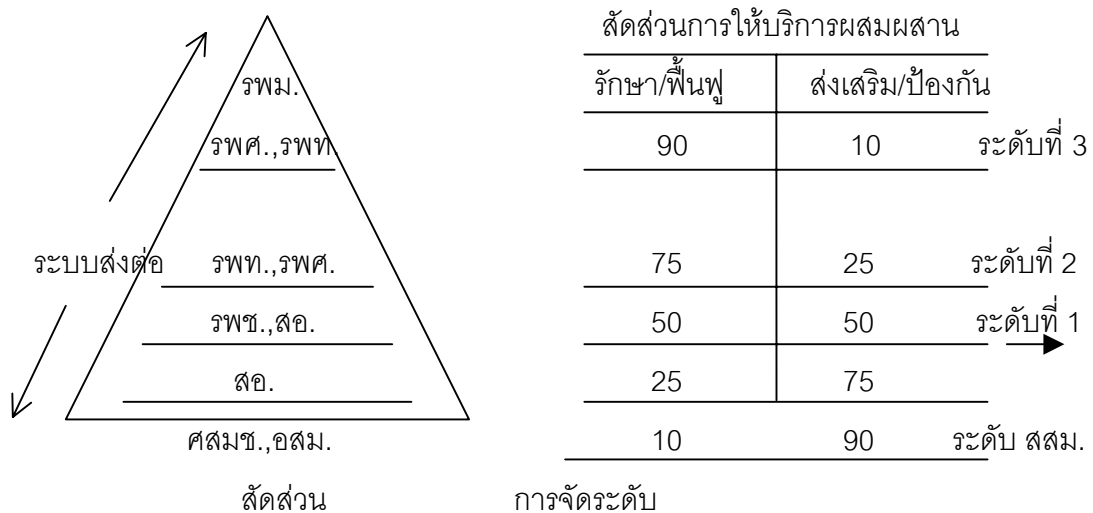
3. การจัดบริการในระดับที่ 2 (Secondary Medical Care) การจัดบริการในระดับที่ 2 นี้เป็นการดำเนินการโดยบุคลากรด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ในระดับที่สูงขึ้นมา เพื่อดูแลให้การรักษายาบาลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคค่อนข้างรุนแรง และผู้ป่วยอาจจะต้องอยู่ในความดูแลระยะหนึ่งด้วย ซึ่งหน่วยบริการในระดับนี้จะมี โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป คลินิกเอกชน หรือหน่วยบริการอื่นๆ ซึ่งเป็นหน่วยที่จะต้องมีแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทาง

การแพทย์ คอยให้การดูแล โดยในระดับนี้จะเน้นหนักในด้านของการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเป็นส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 75 ของสัดส่วนการให้บริการทั้งหมดของหน่วยงาน)

4. การจัดบริการในระดับที่ 3 (Tertiary Medical Care) ในระดับนี้จะเน้นบริการด้านการแพทย์

และสาธารณสุขที่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นพิเศษ หรือผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะทาง ซึ่งถือว่าเป็นระดับสูงสุดของระบบบริการสาธารณสุข โดยหน่วยบริการในระดับนี้จะมีโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ซึ่งจะเน้นหนักในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเป็นหลัก คือ ประมาณร้อยละ 90 ของสัดส่วนการให้บริการทั้งหมดของหน่วยงาน

แผนภูมิที่ 1 แสดงสัดส่วนการให้บริการด้านต่าง ๆ ของหน่วยบริการสุขภาพ



จาก วสุธร, 2543

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

หน่วยงานในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข กระจายอยู่ทั่วไปทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ดังนี้

หน่วยงานระดับจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นหน่วยงานบริหาร มีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุน ควบคุมกำกับ และประสานกิจการสาธารณสุขของจังหวัดในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./ รพท.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด มีหน้าที่สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาล การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน และกิจการรักษาพยาบาลในรูปแบบพิเศษอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีหน่วยบริการสาธารณสุขของเอกชนอีกมากมาย รวมทั้งหน่วยบริการของหน่วยราชการอื่นๆ อีกด้วย

หน่วยงานระดับอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เป็นหน่วยงานบริหาร มีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนและควบคุมการปฏิบัติงานของสถานีอนามัย (สอ.) และประสานกิจกรรมสาธารณสุขในอำเภอ

โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยไว้รักษาหรือรักษาต่อเนื่อง และกิจการด้านการรักษาพยาบาลในรูปแบบพิเศษอื่นๆ ซึ่งในขณะนี้โรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอทั่วประเทศ

นอกจากหน่วยงานดังกล่าวแล้วยังมีหน่วยบริการของส่วนราชการอื่นๆ เช่น มหาตไทย กลาโหม และของเอกชน กระจายอยู่ตามจุดต่างๆ ทั่วไป

หน่วยงานระดับตำบล หมู่บ้าน

สถานีอนามัย (สอ.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับตำบล มีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขสู่ประชาชนทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค และการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งสถานีอนามัยแต่ละแห่งจะครอบคลุมประชากรประมาณ 5000 คน ปัจจุบันมีสถานีอนามัยทั่วไปและสถานีอนามัยขนาดใหญ่ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบลทั่วประเทศ และบางตำบลจะมีสถานีอนามัยมากกว่า 1 แห่งได้ ทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะทางประชากร ภูมิประเทศ และปัจจัยอื่นๆ

ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการสนับสนุนในด้านวัสดุอุปกรณ์บางส่วน และด้านวิชาการต่างๆจากสถานีอนามัย ซึ่งจัดตั้งขึ้นภายใต้โครงการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยเน้นในส่วนของความร่วมมือร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ และขณะนี้ ศสมช. กระจายอยู่ในหมู่บ้านต่างๆทั่วประเทศเกือบทุกหมู่บ้าน

การปฏิรูประบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

เดิมระบบสุขภาพของไทยเป็นระบบตั้งรับ ไม่ใช่ระบบรุก คือรอให้เป็นโรคก่อนแล้วค่อยมารักษา เช่น เป็นเบาหวาน เป็นความดันเลือดสูง เป็นโรคหัวใจ เป็นโรคหลอดเลือดในสมองเสื่อม เป็นมะเร็ง เป็นโรคเครียด ฯลฯ มุ่งเน้นการแก้หรือซ่อมสุขภาพเสีย (ill health) ทรัพยากรทั้งจาก

ภาครัฐและเอกชนถูกหุ้มนำไปในการสร้างโรงพยาบาล รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่รวดเร็วยิ่งกว่าร้อยละ 10 มาหลายปีติดต่อกัน ในปี 2543 รวมค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพเพียงอย่างเดียวเกือบสามแสนล้านบาท โดยที่สุขภาพของประชาชนโดยรวมไม่ดีขึ้น จึงเป็นความจำเป็นที่รัฐต้องปฏิรูประบบสุขภาพ จุดเน้นของการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ “สร้างสุขภาพ” นำ “ซ่อมสุขภาพ” การให้บริการแบบองค์รวมและด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำลง โดยใช้กระบวนการทางการเมือง ประชาสังคมและพลังวิชาการและองค์ความรู้ ในการขับเคลื่อนให้เกิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งมีสุขภาพจะเป็นผลลัพธ์

ระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นแบบหนึ่งที่สำคัญมากในระบบสุขภาพ จะต้องปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองต่อนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ และมีเป้าหมายที่สุขภาพ การให้บริการที่สร้างสุขภาพได้แก่

1. การทำให้ชีวิตยืนยาว และป้องกันการตายก่อนกำหนดอันควร
 2. การเปลี่ยนการดูแลสุขภาพจากกรอบการเปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติทางสรีรวิทยา เป็นการมุ่งป้องกันปัจจัยนำสู่การเจ็บป่วย (Precaution) และปัจจัยเสี่ยง (risk factor)
 3. การลดการไม่สบาย เจ็บป่วย และพิการ
 4. การส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมที่ดีในระดับสูงพอ
 5. การเพิ่มความต้านทานการเจ็บป่วย และเสริมสร้างสมรรถภาพความเข้มแข็งพื้นฐานของร่างกายการเพิ่มพูนโอกาสสำหรับผู้บริโภคต่อการมีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพ
- มีการพัฒนาองค์ความรู้ทันสมัยตลอดเวลาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมได้

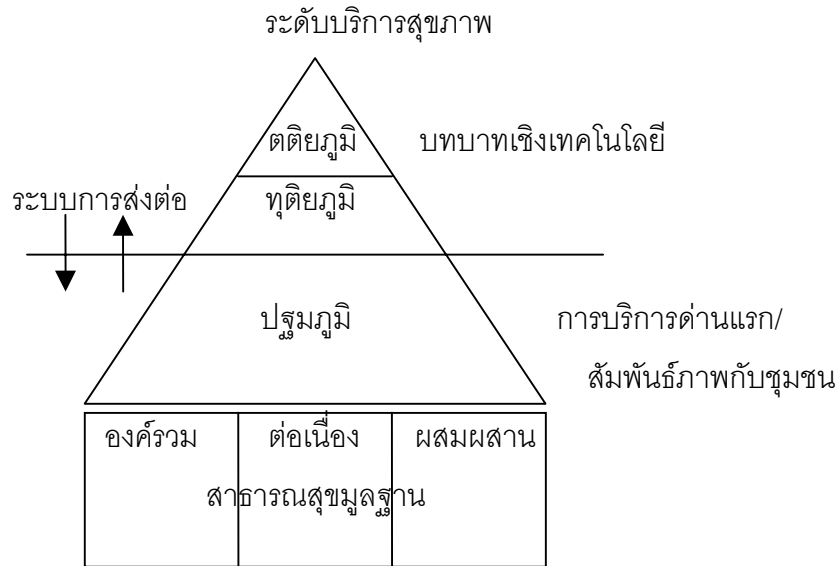
ลักษณะของระบบบริการสุขภาพที่ดี

ในด้านการงานเพื่อสร้างสุขภาพดี ระบบสุขภาพควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีความเป็นธรรมที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นทัดเทียมกัน
2. มีคุณภาพทั้งความถูกต้องทางวิชาการ น้ำใจ และความสุจริตใจ
3. มีประสิทธิภาพคุ้มค่า
4. มีความหลากหลาย เพื่อมีทางเลือกมากขึ้น
5. โปร่งใสตรวจสอบได้

การจัดบริการสุขภาพเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพต้องเปลี่ยนจากการเน้นการรักษาเฉพาะราย เป็นการเน้นการสาธารณสุข (public health orient) ซึ่งเป็นการมุ่งดูแลสุขภาพประชาชนทุกคนเป็นระบบแบบมวลรวม (Mass Intervention) โดยบริการสุขภาพที่ผสมผสานเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา

พยาบาล และการฟื้นฟูสภาพอย่างครบองค์รวม (Holistic care) ทั้งทางกาย จิต อารมณ์ และ จิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง (Continuous care) ดังแผนภูมิที่ 2



(ปรับจาก ธีระ , 2543 และสัมฤทธิ์ , 2544)

แผนภูมิที่ 2 ระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ ครบองค์รวม และต่อเนื่อง

จากแผนภูมิที่ 2 จะเห็นว่าบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นบริการด้านแรกที่พบผู้รับบริการและชุมชน จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ที่นำไปสู่สุขภาพ

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care) มีบทบาทในเชิงสังคม (Community oriented) ซึ่งต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน สามารถให้การรักษายาบาลโรคที่ไม่ซับซ้อน และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้ เป็นบริการด้านแรกที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจประชาชน เข้าถึงบริการ ได้สะดวก ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย และเป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้าน โดยยึด “คน” หรือ “ผู้ใช้บริการ” เป็นศูนย์กลาง ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วย เสริมสร้างศักยภาพของชุมชน ให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งจะเป็นคำตอบแห่งความสำเร็จของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต เป็นพลังหลักที่จะผลักดันให้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพบรรลุ

เป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชน มิใช่เป็นเพียงพื้นเพองเล็กๆ ของระบบเท่านั้น หากแต่เป็น ตัวจักรกลสำคัญที่จะหมุนฟันเฟืองของระบบให้ดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คุณลักษณะของระบบบริการระดับปฐมภูมิ

บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนโดยรวม ที่รวม ทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นการดูแลทั้งครอบครัว และชุมชนในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน ซึ่งอาจสรุปเป็นคุณลักษณะได้ 6 ประการ ดังนี้

1. เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่เข้าถึงประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบทุกครอบครัว (ใน ส่วนนี้มิใช่เพียงบริการของสถานพยาบาลเท่านั้น)
2. เป็นบริการสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค
3. เป็นบริการแบบองค์รวม (Holistic care) ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพครอบคลุมทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
4. เป็นบริการแบบบูรณาการ (Integrated care) ครอบคลุม ผสมผสานบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ ได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ
5. เป็นบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuum care) ที่ประสานเชื่อมโยงบริการ รักษาพยาบาลระหว่างสถานพยาบาลกับครอบครัว และชุมชน
6. เป็นบริการที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) ของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพในเบื้องต้นได้ทั้งในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วย

กลุ่มผู้รับบริการ

เพื่อจัดระบบบริการ/ ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมให้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทั้ง ระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ผสมผสานครอบคลุมมิติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ โดยมุ่งเน้น “คน” เป็น จุดศูนย์กลาง ด้วยกลวิธีเชิงรุก ครอบคลุมกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดี ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก ป้องกันและควบคุมโรคที่ ป้องกันได้ ส่งเสริมให้สามารถธำรงรักษาภาวะสุขภาพดีให้ยืนนาน ไม่เกิดการเจ็บป่วย
2. กลุ่มที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยง ให้บริการดูแล เฝ้าระวัง ปกป้องสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยง สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อลดและขจัดปัจจัยเสี่ยง

3. กลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วย ให้บริการดูแล ดังนี้

3.1 ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ดูแลช่วยเหลือ สืบค้นสาเหตุแห่งความเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรก หยุดยั้ง แก้ไขปัญหา เพื่อลดความรุนแรง และลดระยะเวลาการเจ็บป่วย ช่วยให้พ้นหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น

3.2 ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง/ ผู้พิการ ดูแลให้มีการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการทวีความรุนแรงของโรค ลดขนาด และความรุนแรงของปัญหา ช่วยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง รวมทั้งดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย และครอบครัวให้สามารถปรับตัวรับสภาพได้อย่างเหมาะสม

หลักเกณฑ์การจัดบริการระดับปฐมภูมิ

หลักเกณฑ์ของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หรือศูนย์สุขภาพชุมชน อันเป็นนามที่บัญญัติขึ้นใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อตอบสนองต่อนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กำหนดลักษณะสำคัญของบริการระดับปฐมภูมิที่ดีไว้ดังนี้

1. เป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front-line Care) บริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทาง
2. เป็นบริการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing Care/ Longitudinal Care) ในทุกภาวะสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย โดยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
3. เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน (Comprehensive Care) ดำเนินถึงปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง ทุกด้านตามปัญหาและความจำเป็นครอบคลุม 4 มิติแห่งการดูแลสุขภาพ
4. เป็นบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อการให้บริการอื่นๆ (Co-ordinated Care) ทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และสังคมความจำเป็น เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด

แนวทางการจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จ ครบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง

1. ผสมผสานและจัดบริการที่มีบูรณาการระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการจัดระบบบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting health care system) ซึ่งให้ประสิทธิผลด้านต้นทุนสูง (Cost-effective)
2. จัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนด้วยมาตรฐานเดียวกัน (มาตรฐานขั้นต่ำ) ซึ่งครอบคลุมมาตรฐานการแพทย์และสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

เป็นธรรม เช่น การจัดบริการใกล้บ้านใกล้ที่เชื่อมโยงบริการสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการสาธารณสุขทั้ง 3 ระดับด้วยระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

3. ประชาชนทุกคนได้รับข้อมูลการบริการอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ และเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาคตามความจำเป็นด้านสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และภูมิศาสตร์

4. มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพดีตามคุณลักษณะองค์รวม (Holistic) ผสมผสาน (Integrated) และต่อเนื่อง (Continuous)

5. เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมและสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน/สิ่งแวดล้อม ได้อย่างเหมาะสม

6. สร้างความเข้มแข็งของบริการปฐมภูมิ เพื่อบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงมากขึ้น

7. การเชื่อมโยงบริการสุขภาพและป้องกันทั้งสามระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) โดยใช้กลไกระบบส่งต่อ รวมทั้งการเชื่อมโยงระหว่างบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern Medicine) กับบริการแพทย์ทางเลือกต่างๆ (Alternative Medicine) อย่างชัดเจน

8. กระจายอำนาจและการแข่งขันบริการสุขภาพแบบเสรีอย่างเสมอภาค โดยใช้กลไกการตลาดในการเพิ่มประสิทธิภาพ และผสมผสานทรัพยากรภาครัฐ และเอกชนในการจัดบริการสุขภาพ (Public-private mix)

9. เสริมสร้างความเข้มแข็ง/ ศักยภาพของบุคคล/ องค์กร ชุมชน แบบพัฒนาการมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนา (Empowerment and Participatory Development)

10. ชักกลไกการเงินการคลังด้านระบบภาษี และระบบประกันสุขภาพเป็นแหล่งเงินสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ

11. ประสานงานระหว่างวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ ในการพัฒนาจิตสำนึกประชาสังคม สมาพันธ์ องค์กรวิชาชีพทางสาธารณสุขศาสตร์ เครือข่ายประชาสังคม/ ประชาสังคม สุขภาพ และการพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) และองค์กรชุมชนเพื่อสุขภาพ

เกณฑ์ขั้นต่ำของอัตรากำลังในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ

จากเอกสาร “แนวทางการสร้างหลักประกันถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน” กำหนดมาตรฐานเบื้องต้นด้านบุคลากรไว้ดังนี้

1. มีพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นทีมให้บริการต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1: 1250 คน (เจ้าหน้าที่ 8 คน: ประชากร 10,000 คน) โดยจัดอัตรากำลังที่มีสัดส่วนผสม

ผลงานของบุคลากร กำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4 ดังนั้นสัดส่วนผสมผลงานอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ: เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เท่ากับ 2: 6

2. มีบุคลากรทำงานประจำอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรแต่ละคนจะต้องปฏิบัติงานอย่างน้อยร้อยละ 75

3. มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมให้คำปรึกษาติดตามกำกับคุณภาพอย่างประจำในอัตราส่วนแพทย์: ประชากรเท่ากับ 1: 1000 และมีแพทย์ติดตามในพื้นที่และร่วมให้บริการโดยตรง เป็นบางเวลา 1 ครั้งต่อสัปดาห์

4. กรณีไม่สามารถจัดหาแพทย์มาให้บริการได้ จัดให้มีพยาบาลหรือพยาบาลเวชปฏิบัติเพิ่มเติมด้วยอัตราส่วน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ต่อแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ต่อประชาชนไม่น้อยกว่า 1: 30,000 คน

5. มีทันตแพทย์ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1: 20,000 คนในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพออาจจัดให้มีทันตภิบาลในอัตราส่วนอย่างน้อย 1: 20,000 คน ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ ไม่เกิน 1: 40,000 คน

6. ให้มีเภสัชกรทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดหา จัดเก็บ และบริหารเวชภัณฑ์ระบบยา เพื่อให้การบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด อย่างน้อยสัปดาห์ละชั่วโมง

รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน ไม่ได้กำหนดรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่เปิดโอกาสให้สถานบริการของรัฐคิดและพัฒนาารูปแบบตามความต้องการและทรัพยากรของท้องถิ่น จากการติดตามการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในช่วงปี 2544-2545 ประคิดและคณะ (2545) พบว่ามีการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิใน 5 ลักษณะ คือ

1. การจัดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดเวชปฏิบัติ (Extended OPD) หรือศูนย์บริการสาธารณสุขให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) เช่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

2. การพัฒนาสถานีนอนามัยที่มีศักยภาพให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเขตนอกเมือง เช่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลท่าศาลา โรงพยาบาลบางกรวย มีการพัฒนาสถานีนอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดย

ปรับแนวคิดและวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่เดิม

ขยายกิจการให้ครอบคลุม การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคมากขึ้น

การจัดบริการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ ดูแลสุขภาพประชาชนทุกคน ดูแลสุขภาพครอบครัว

การจัดบุคลากรวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร จากโรงพยาบาลคู่สัญญา บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) ไปปฏิบัติงานถาวรหรือเป็นครั้งคราว

3. การสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมืองขึ้นมาใหม่เพื่อเป็นต้นแบบ เช่น โรงพยาบาลบางกรวย ใช้เงินโรงพยาบาลสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนหมู่บ้านสมชาย และมีการให้บุคลากรของโรงพยาบาลเป็นอาสาสมัครไปปฏิบัติงาน โดยมีค่าตอบแทนสูงขึ้น

4. การปรับหรือจัดให้มีหน่วยเวชปฏิบัติครอบครัวหรือทีมเยี่ยมบ้าน ที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกที่บ้าน เช่น โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ มีทันต-แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ร่วมค้นหาผู้ป่วยที่ควรจะไปเยี่ยมบ้าน วางแผนการออกเยี่ยมบ้าน และประเมินผลในการให้บริการ

5. การเป็นร้านขายยาที่ให้บริการที่ส่งเสริมสุขภาพด้านการใช้ยา การดูแลสุขภาพตนเอง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2544). แนวทางการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. (อัดสำเนา).

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). แนวทางการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9. (2544). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

ธีระ รามสูต. (2544). เอกสารประกอบการอภิปรายเรื่อง บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวบนเวทีปฏิรูปเพื่อสุขภาพคนไทย ในการประชุมสามัญใหญ่ประจำปี 2543 ในวันเสาร์ที่ 27 มกราคม 2544 เวลา 13.00-4.00 น. ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.

ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.

วสุธร ตันวัฒนกุล.(2543). อนามัยชุมชนและการสาธารณสุขมูลฐาน.ชลบุรี: เอ.บี.พรินท์.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2544). แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะที่ผ่าน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สัมฤทธิ์ ต่อสติ. (2544).บทบาทพยาบาลในการบริการสุขภาพแบบองค์รวม. วารสารพยาบาล,50(4), 236-242.

ประคิน สุขฉายา และคณะฯ (2545). การสังเคราะห์บทบาทและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : บริบทของวิชาชีพและสถานบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ.

บทที่ 3

ระบบสุขภาพของอำเภอนาหม่อม : การสังเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน

ความเป็นมา

การวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพของอำเภอนาหม่อม เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างทีมวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์และสังเคราะห์ สถานการณ์ระบบสุขภาพของอำเภอนาหม่อม เพื่อหาข้อสรุปของประเด็นปัญหาสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง ศักยภาพขององค์กรและชุมชนนาหม่อมในปัจจุบัน

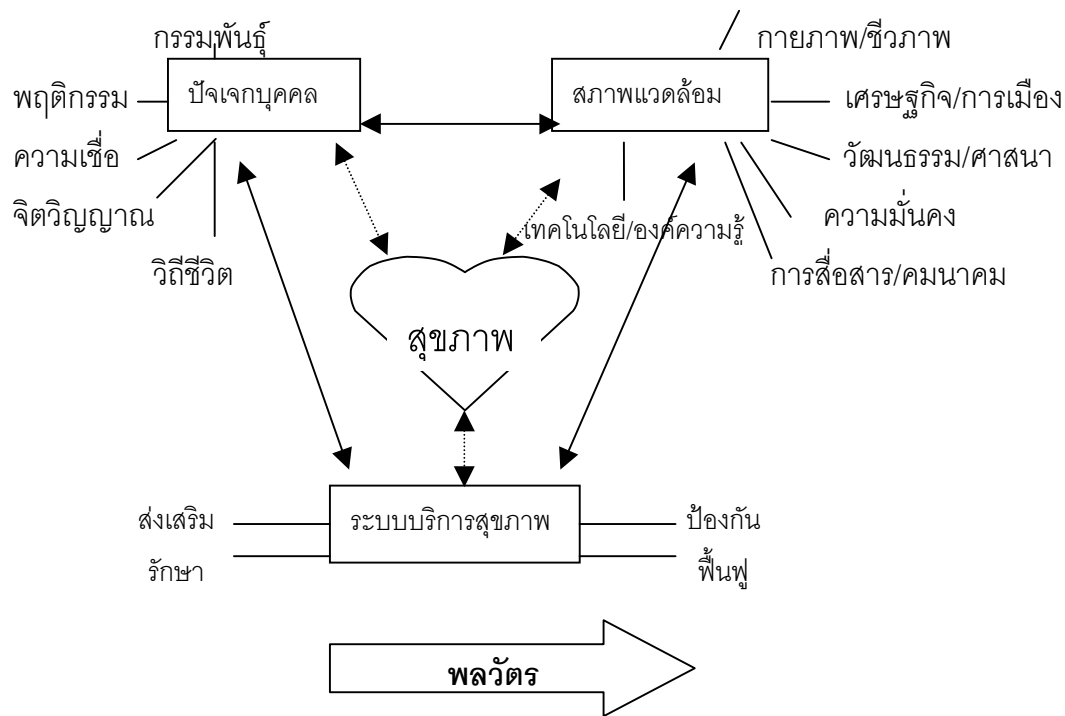
กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด "ระบบสุขภาพ" ที่ครอบคลุมองค์ประกอบและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย

ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เช่น กรรมพันธุ์ พฤติกรรม ความเชื่อ จิต วิญญาณ

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งครอบคลุมเศรษฐกิจ สังคม กายภาพ ชีวภาพ

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพโดยที่สุขภาพหมายถึง ภาวะที่เป็นปกติทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคมและจิตวิญญาณ สุขภาพจึงมิได้หมายถึงเพียงการปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น สุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยต่างๆ



ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงและผลลัพธ์เกี่ยวกับสุขภาพ

ที่มา : ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (2543)

ขอบเขตการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของอำเภอนาหม่อม
2. ปัญหาสุขภาพของประชาชนในอำเภอนาหม่อม
3. ระบบบริการสุขภาพในอำเภอนาหม่อม
 - 3.1 แหล่งบริการของรัฐ ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลอำเภอ 1 แห่ง และสถานีอนามัย 3 แห่ง
 - 3.2 แหล่งบริการที่ไม่ใช่ของรัฐ ซึ่งประกอบด้วย
 - 3.2.1 แหล่งบริการที่จัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการ
 - 3.2.1 แหล่งบริการที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ
4. ผู้ให้บริการสุขภาพ
5. ลักษณะการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในอำเภอนาหม่อม
6. ข้อคิดเห็นจากผู้ใช้บริการด้านสถานการณ์ระบบสุขภาพของอำเภอนาหม่อม และการใช้บริการสุขภาพ
7. การดำเนินงานและพัฒนางานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอนาหม่อม

วิธีการศึกษา

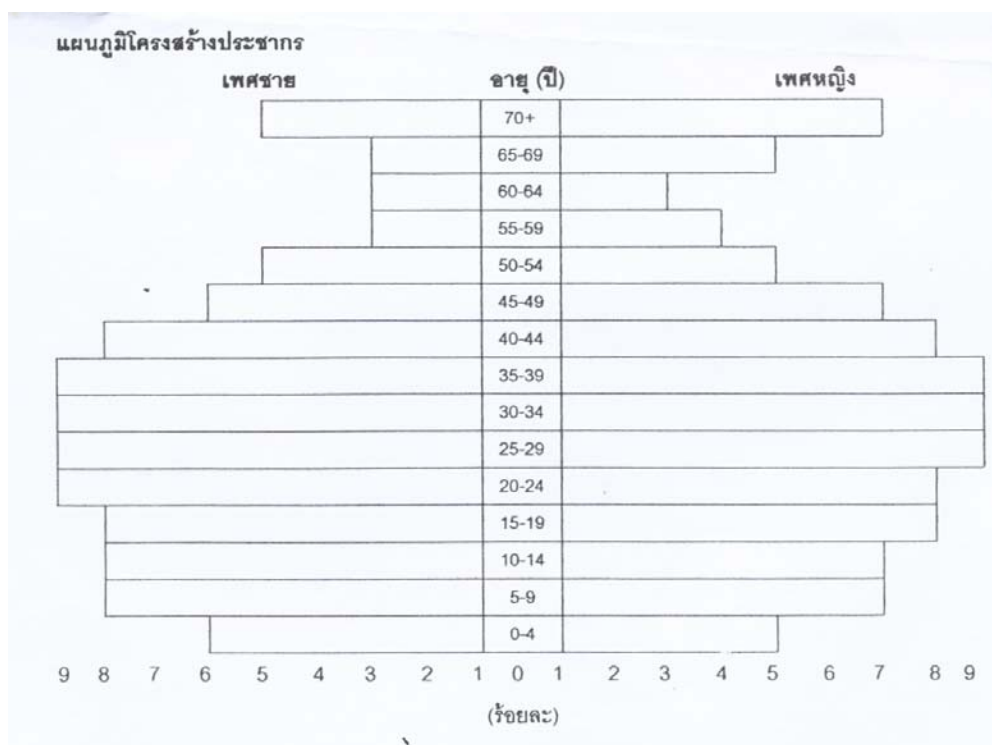
1. ศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งได้แก่ สถิติและรายงานของโรงพยาบาลนาหม่อม สถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และรายงานสถานการณ์ของอำเภอ (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาหม่อม, 2544; คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาอำเภอนาหม่อม, 2538)
2. จัดสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มตัวแทนประชาชน กลุ่มผู้นำชุมชน และกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ
3. ทีมวิจัยรวบรวมและสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากเอกสารและการสนทนากลุ่ม แล้วนำเสนอต่อตัวแทนประชาชน ผู้นำชุมชนและทีมสุขภาพ เพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูล

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของอำเภอนาหม่อม

อำเภอนาหม่อม เป็นอำเภอที่เติบโตและแยกมาจากอำเภอหาดใหญ่ มีฐานะเป็นอำเภอเมื่อ พ.ศ.2537 มีพื้นที่ 92.5 ตารางกิโลเมตร ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูง มีคลอง 5 สาย มีจำนวนประชากรรวม 20,068 คน (ทะเบียนราษฎร ปี 2545) จำนวนเพศชายและหญิงไม่ต่างกันมาก ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-44 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน ประชากรมีรายได้เฉลี่ย 12,500 บาท/คน/ปี มีสถานศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 14 แห่ง ประชาชนร้อยละ 99 นับถือศาสนาพุทธ ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม สวนยางพารา

การแบ่งพื้นที่ปกครอง แบ่งเป็น 4 ตำบล 29 หมู่บ้าน ตำบลนาหม่อม 10 หมู่บ้าน ตำบลพิจิตร 6 หมู่บ้าน ตำบลคลองหรีด 6 หมู่บ้าน ตำบลทุ่งขมิ้น 7 หมู่บ้าน สำหรับด้านสาธารณสุขพบว่ามีวัด 12 แห่ง สถานีตำรวจ 1 แห่ง ที่ทำการไปรษณีย์โทรเลข 1 แห่ง สำนักงานบริการโทรศัพท์ 1 แห่ง สำนักงานไฟฟ้า 1 แห่ง ประปา 20 แห่ง และมีสถานีรถไฟ 1 แห่ง นอกจากนี้ยังมี โรงงาน 7 แห่ง ได้แก่ โรงงานผลิตอาหารแช่แข็ง โรงงานผลิตถุงมือยาง โรงงานผลิตแป้งถุงมือ โรงงานผลิตชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ โรงงานทำกระป๋องบรรจุภัณฑ์ โรงงานทำไม้ยางพารา และโรงงานผลิตน้ำแข็งหลอด มีจำนวนคนงานรวมทั้งหมด 3,506 คน



แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างประชากรในอำเภอนาหม่อม

อำเภอนาหม่อมนับได้ว่าเป็นอำเภอขนาดเล็ก อยู่ใกล้กับชุมชนเมือง คือ อำเภอหาดใหญ่ มีระยะทางห่างจากอำเภอหาดใหญ่เพียง 21 กิโลเมตร ประชาชนมีวิถีชีวิตแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท กระแสนิยมการบริโภคมีสูง เป็นกลุ่มที่ขยันทำมาหากินและใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ส่วนที่เป็นจุดเด่น คือ เป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ในด้านเกษตรกรรม การคมนาคมสะดวก สถิติอาชญากรรมน้อย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนน่าจะมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ส่วนประเด็นที่น่าจะเป็นปัญหา ได้แก่ แหล่งน้ำไม่เพียงพอ การกำจัดขยะยังไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อชุมชนเจริญเติบโตขึ้น วิธีการกำจัดขยะที่เป็นอยู่อาจจะเป็นปัญหาได้ โดยเฉพาะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรค นอกจากนั้นยังมีกลิ่นจากคอกหมูซึ่งรบกวนชาวบ้านที่อยู่ใกล้เคียง

2. ปัญหาสุขภาพของประชาชนในอำเภอนาหม่อม

จากสถิติผู้ป่วยนอก ปี 2542, 2543 ของโรงพยาบาลนาหม่อม พบความเจ็บป่วย 3 อันดับแรก ได้แก่ อุบัติเหตุและการบาดเจ็บของร่างกาย โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ ส่วนข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรค ปี 2544 โรคที่พบบ่อยเรียงตามลำดับ ได้แก่ อุจจาระร่วง ตาแดง อาหารเป็นพิษ ไข้เลือดออก และปวดบวม ซึ่งข้อมูลทางสถิติมีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้

จากการสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน และประชาชน นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพที่ได้รับการระบุเพิ่มเติม คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การใช้สารเสพติด โรคข้อ อากาการปวดเมื่อยจากการทำงาน โดยเฉพาะจากการกรีดยาง และปัญหาสุขภาพในช่องปาก

สำหรับสาเหตุการตาย แยกเป็นรายปี คือ ปี 2543 และ 2544 สรุปได้ดังนี้ ในปี 2543 เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากที่สุด 42 ราย ชั่วตัวตาย 7 ราย มะเร็ง 6 ราย ติดเชื้อ 5 ราย โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด 5 ราย อุบัติเหตุ 5 ราย อื่น ๆ 12 ราย สำหรับปี 2544 เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากที่สุด 56 ราย ระบบหัวใจและหลอดเลือด 8 ราย ระบบทางเดินหายใจ 7 ราย อุบัติเหตุ 6 ราย เอดส์ 5 ราย อื่น ๆ 16 ราย จากข้อมูลของสาเหตุการตายมีข้อพึงสังเกตคือ การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของปี 2543 ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากความเครียดทางเศรษฐกิจ

สาเหตุของปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคระบบทางเดินอาหารนั้น บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เชื่อว่าเกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค กล่าวคือประชาชนนิยมรับประทานอาหารปรุงสำเร็จซึ่งยังไม่มีมาตรฐานด้านความสะอาด และการกำจัดขยะที่ไม่ถูกสุขลักษณะสำหรับโรคระบบทางเดินหายใจ และไข้เลือดออก มีความเกี่ยวข้องกับฤดูกาล

จะเห็นได้ว่า ปัญหาสุขภาพของชาวชุมชนนาหม่อมแตกต่างจากรายงานสถานะสุขภาพของคนไทยในภาพรวม โดยปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของประชาชนในชุมชนนาหม่อม คือ ปัญหาโรคระบบทางเดินอาหาร รองลงมา คือ การติดเชื้อ ในขณะที่ปัญหาสุขภาพในภาพรวมของประเทศ คือ โรคระบบทางเดินหายใจ รองลงมา คือ โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง และระบบทางเดินอาหาร (จันทร์เพ็ญ, 2543)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ควรให้ความสำคัญกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชนในชุมชนแห่งนี้ ซึ่งจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน คิดว่าน่าจะมีสาเหตุมาจากการที่ประชาชนนิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน ไม่นิยมปรุงอาหารรับประทานเอง

สำหรับสาเหตุการตายของประชาชนในชุมชนนาหม่อมสูงสุดมาจากความชราภาพ ซึ่งน่าจะสะท้อนความมีสุขภาพดีของประชาชนในอำเภอนาหม่อม (จันทร์เพ็ญ, 2543)

3. ระบบบริการสุขภาพในอำเภอนาหม่อม

3.1 แหล่งบริการของรัฐ ประกอบด้วย โรงพยาบาลอำเภอ คือโรงพยาบาลนาหม่อม 1 แห่ง และสถานีอนามัย 3 แห่ง

สัดส่วนของแพทย์/ประชากร ในอำเภอนาหม่อม = 1 : 10,000 คน

สัดส่วนพยาบาล/ประชากร ในอำเภอนาหม่อม = 1 : 600 คน

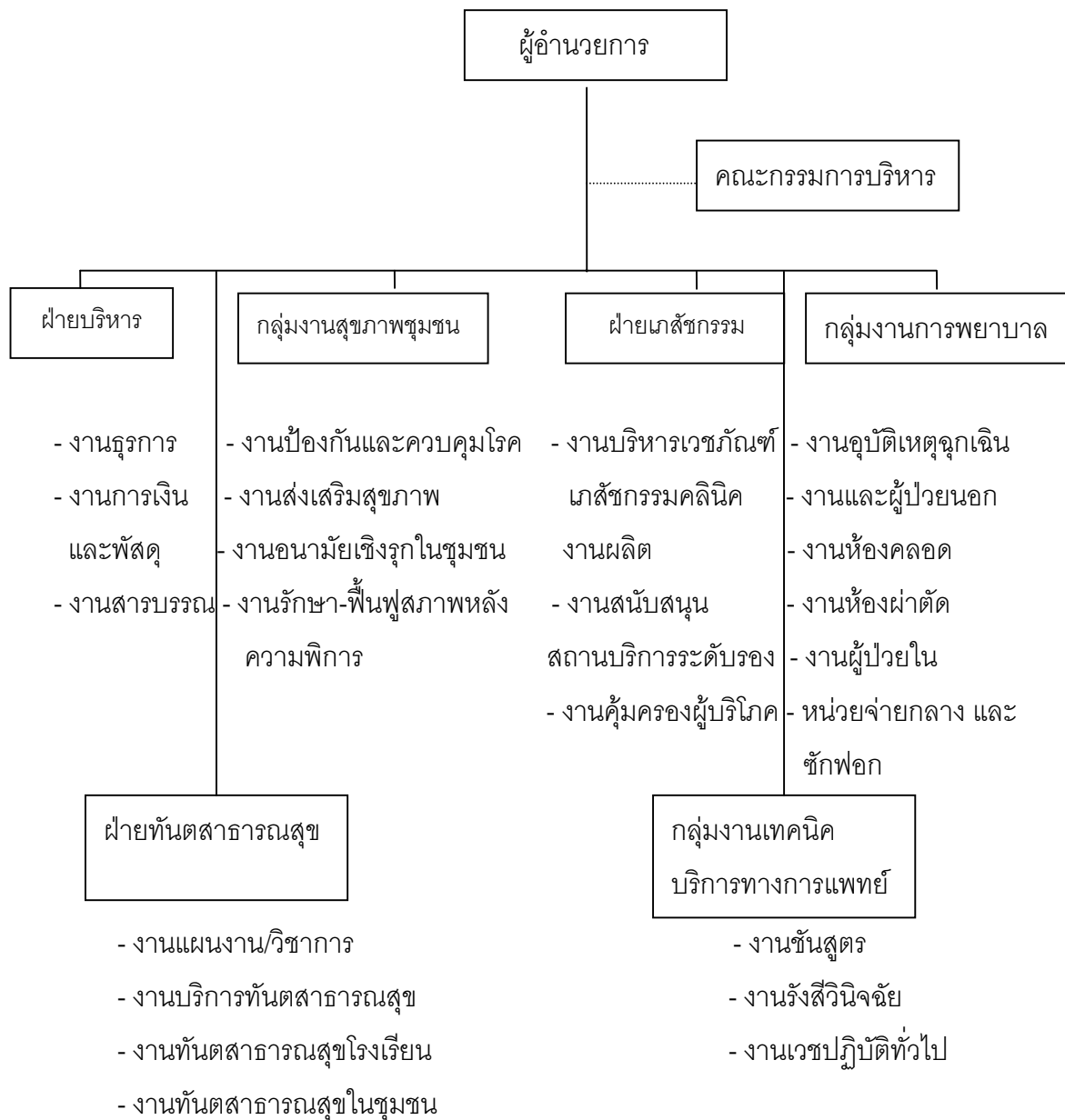
3.1.1 โรงพยาบาลนาหม่อม เป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง มีอาคาร 1 หลัง ใช้เป็นอาคารบริหาร อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน มีอัตรากำลังของบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ตามการกำหนดหน้าที่ ที่รับผิดชอบไว้ชัดเจน ดังนี้

- แพทย์	2 อัตรา
- พยาบาลวิชาชีพ	25 อัตรา
- พยาบาลเทคนิค	4 อัตรา
- ทันตแพทย์	1 อัตรา
- เภสัชกร	3 อัตรา
- เจ้าพนักงานเภสัช	2 อัตรา

บุคลากรฝ่ายสนับสนุน

- เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	2 อัตรา
- เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์	2 อัตรา
- ทันตภิบาล	3 อัตรา
- เจ้าหน้าที่รังสีวินิจฉัย	1 อัตรา
- เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	1 อัตรา
- เจ้าพนักงานการเงิน	1 อัตรา
- เจ้าหน้าที่พัสดุ	1 อัตรา
- นักวิชาการสุขาภิบาล	1 อัตรา
- นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ	1 อัตรา
- ลูกจ้างชั่วคราว	6 อัตรา
- ลูกจ้างประจำ	6 อัตรา

สำหรับโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลนาหม่อม มีผู้อำนวยการเป็นผู้บริหารสูงสุด แบ่งเป็น 3 ฝ่าย และ 3 กลุ่มงาน คือ ฝ่ายบริหาร ฝ่ายเภสัชกรรม ฝ่ายทันตสาธารณสุข กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานสุขภาพชุมชน และกลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ ซึ่งได้กำหนดขอบเขตงานที่รับผิดชอบไว้ชัดเจน โดยมีคณะกรรมการบริหาร ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายและหัวหน้ากลุ่มงาน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงโครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลน่านหม่อม

งบประมาณที่ได้รับ

งบประมาณจะได้รับจากการจัดสรรของรัฐตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ คิดเป็นเงินประมาณ 13.5 ล้านบาท/ปี และงบสนับสนุนประมาณ 4 ล้านบาท

ขอบเขตการให้บริการสุขภาพ

รับผิดชอบ ให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และสนับสนุนการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ปัจจุบัน สามารถรับผู้ป่วยใน 10 เตียง ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ย 87 ราย/วัน (ข้อมูลปี 2544)

3.1.2 สถานีนอนามัย มีทั้งหมด 3 แห่ง ประกอบด้วย

3.1.2.1 สถานีนอนามัยตำบลนาหม่อม มีประชากรในความรับผิดชอบ 7,480 คน ประกอบด้วยบุคลากร 4 คน คือ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 3 คน (จบหลักสูตรแพทย์แผนไทย 1 คน) โดยมีผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 1 คน สัดส่วนเจ้าหน้าที่ : ประชากร = 1: 1,870 โดยมีขอบเขตความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละฝ่าย ดังนี้

เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ดูแลรับผิดชอบ:งานการเจ้าหน้าที่ งานกฎหมาย สาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง งานอาชีวอนามัย งานสุขาภิบาลอาหาร งานแผนงาน สาธารณสุข งานสุศึกษาประชาสัมพันธ์ และทำหน้าที่เป็นผู้บังคับบัญชาของบุคลากรทั้งหมด

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน คนที่ 1 ดูแลรับผิดชอบ : งานการเงินและบัญชี งานการจัดหาและบริหารเวชภัณฑ์ งานอนามัยแม่และเด็ก งานทันตสาธารณสุข งานควบคุมโรคติดต่อ งานโครงการบัตรประกันสุขภาพ

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน คนที่ 2 ดูแลรับผิดชอบ : งานควบคุมโรคติดต่อ งานสุขาภิบาลอาหารและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานรักษาพยาบาล งานศูนย์ข้อมูลข่าวสารและสถิติ สาธารณสุข งานระบาดวิทยา งานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ งานศึกษาวิจัยและประเมินผล และงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายจากผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ดูแลรับผิดชอบ:งานวางแผนครอบครัว งานโภชนาการ โครงการสวัสดิการ ด้านรักษาพยาบาลและงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (แพทย์แผนไทย) ดูแลรับผิดชอบ:งานสารบรรณ งานอนามัยโรงเรียน งานสุขภาพจิต งานแพทย์แผนไทยและงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าสถานีนอนามัยนาหม่อมมีจุดแข็ง และจุดอ่อน ดังนี้

จุดแข็งของสถานีนอนามัยนาหม่อม	จุดอ่อนของสถานีนอนามัยนาหม่อม
1. มีบริการแพทย์แผนไทย เข้าผสมผสาน ในการดำเนินงาน 2. สัมพันธภาพระหว่างสถานีนอนามัยกับองค์การบริหารส่วนตำบล ค่อนข้างดี ได้รับการสนับสนุนในการจัดสรรงบประมาณ 3. มีกลุ่มชมรมผู้สูงอายุที่ค่อนข้างเข้มแข็ง 4. อสม.ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานค่อนข้างดี	ประชากรของตำบลนาหม่อม มีความหลากหลาย มีทั้งประชากรดั้งเดิมและประชากรย้ายถิ่น สภาพชุมชน เป็นแบบกึ่งเมืองกับชนบททำให้ประชาชนไม่ค่อยมารับบริการ 3. มีสถานประกอบการขนาดใหญ่ ซึ่งมีผู้ใช้แรงงานจำนวนมาก ทำให้เกิดปัญหาโรคจากการประกอบอาชีพ และสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่ค่อยดี

3.1.2.2 สถานีนอนามัยตำบลทุ่งขมิ้น มีประชากรในความรับผิดชอบ 4,848 คน ประกอบด้วยบุคลากร 4 คน คือ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน และพยาบาลเทคนิค 1 คน ฉะนั้นมีสัดส่วน เจ้าหน้าที่ : ประชากร = 1 : 1,212 โดยมีขอบเขตความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละฝ่าย ดังนี้

เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ดูแลรับผิดชอบ : งานสารบรรณ งานการเจ้าหน้าที่ งานปรับปรุงสถานบริการ งานเกี่ยวกับกฎหมายสาธารณสุข งานในรูปคณะกรรมการประสานงานระดับตำบล คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข งานสนับสนุนคุณภาพชีวิตในความจำเป็นพื้นฐาน งานอาชีวอนามัย งานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานโครงการสวัสดิการด้านการรักษา และทำหน้าที่เป็นผู้บังคับบัญชาของบุคลากรทั้งหมด

นักวิชาการสาธารณสุข ดูแลรับผิดชอบ : งานแผนงานสาธารณสุข งานข้อมูลข่าวสาร และสถิติสาธารณสุข งานระบาดวิทยา งานคุ้มครองผู้บริโภค งานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ งานสาธารณสุขมูลฐาน งานสนับสนุนโครงการหมู่บ้านพึ่งตนเอง งานสนับสนุนองค์กรในชุมชน งานประสานงานเพื่อพัฒนาชุมชน งานฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน งานศึกษาวิจัยและประเมินผล งานนิเทศ

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ดูแลรับผิดชอบ : งานรักษาพยาบาล งานสุขภาพจิต งานแพทย์แผนไทย งานสุขาภิบาลอาหาร งานควบคุม/ป้องกันโรคไม่ติดต่อ งานพัสดุ ครุภัณฑ์ และยานพาหนะ งานคลังยาออก และงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย พยาบาลเทคนิค ดูแลรับผิดชอบ : งานอนามัยแม่และเด็ก งานโภชนาการ งานอนามัยโรงเรียน งานทันตสาธารณสุข งานวางแผนครอบครัว งานผู้สูงอายุ งานจัดหา/เวชภัณฑ์ (คลังยาใน) งานการเงิน/บัญชี และงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าสถานีอนามัยทุ่งขมิ้นมีจุดแข็ง และจุดอ่อน ดังนี้

จุดแข็งของสถานีอนามัยทุ่งขมิ้น	จุดอ่อนของสถานีอนามัยทุ่งขมิ้น
1. พื้นที่ไม่กว้าง ประชากรจำนวนน้อย สัดส่วนเจ้าหน้าที่ : ประชากร = 1 : 1,212 ซึ่งทำงานได้ดี ดูแลได้ทั่วถึง และเป็นชุมชนชนบท 2. สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยกับผู้นำชุมชน, องค์กรบริหารส่วนตำบล ดี ทำให้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ 3. อสม.ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน 4. มีแพทย์พื้นบ้านที่นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีผู้มาใช้บริการจำนวนมาก	1. ไม่เข้าใจ Concept ของ PCU ยังทำงานแยกกันตามภาระงานเดิม 2. งานรักษาพยาบาล และงานควบคุมป้องกันการติดเชื้อไม่ได้มาตรฐาน 3. วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ และไม่ได้มาตรฐาน 4. ปฏิบัติงานแบบตั้งรับ มากกว่างานชุมชนเชิงรุก

จุดแข็งของสถานีนอนามัยทุ่งขมิ้น	จุดอ่อนของสถานีนอนามัยทุ่งขมิ้น
5. มีกองทุนหลายแห่ง ซึ่งมีความเข้มแข็ง และมีเงินทุนมาก เช่น กลุ่มเต้าเจี้ยว กลุ่มปุ๋ยชีวภาพ กลุ่มน้ำยาง	

3.1.2.3 สถานีนอนามัยตำบลคลองหรั่ง มีประชากรในความรับผิดชอบ 3,866 คน ประกอบด้วยบุคลากร 3 คน คือ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน, เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน ฉะนั้นมีสัดส่วนเจ้าหน้าที่ : ประชากร = 1 : 1,288 โดยมีขอบเขตความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละฝ่าย ดังนี้

เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ดูแลรับผิดชอบ : งานรักษาพยาบาล คลังยานอกงานทันต-สาธารณสุข งานสุขภาพจิต งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ งานหลักประกันสุขภาพทุกชนิด และงานหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่

นักวิชาการสาธารณสุข ดูแลรับผิดชอบ : งานแผนงานสาธารณสุข งานข้อมูลข่าวสาร/สถิติสาธารณสุข งานระบาดวิทยา งานสาธารณสุขมูลฐาน งานนิเทศ งานสนับสนุนโครงการหมู่บ้านพึ่งตนเอง งานสนับสนุนองค์กรในชุมชน งานฝึกอบรม อสม. และประชาชน งานศึกษาวิจัยและประเมินผล

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ดูแลรับผิดชอบ : งานสุขาภิบาล/อนามัยสิ่งแวดล้อม งานควบคุมโรคติดต่อ/เอดส์ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานพัสดุ วัสดุ ครุภัณฑ์ ยานพาหนะ งานการเงินและบัญชี งานเฝ้าระวังโรค/ระบาดวิทยา งานชั้นสูตรสาธารณสุข และงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ดูแลรับผิดชอบ : งานวางแผนครอบครัว งานดูแลหน่วยบริการ ในสถานีนอนามัย/บริเวณ งานประสานงาน/งานทั่วไป และงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าสถานีนอนามัยตำบลคลองหรั่งมีจุดแข็ง และจุดอ่อน ดังนี้

จุดแข็งของสถานีนามัยคลองหรั่ง	จุดอ่อนของสถานีนามัยคลองหรั่ง
ชุมชนชนบท ประชากรจำนวนไม่มาก 2. สัมพันธภาพระหว่าง สถานีนามัย กับองค์การบริหารส่วนตำบล ค่อนข้างดี	ทำงานตามภาระเดิม แยกงานกัน งานรักษาพยาบาลและควบคุม ป้องกันการติดเชื้อไม่ได้มาตรฐาน 3. วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ ไม่เพียงพอและไม่ได้มาตรฐาน 4. เน้นการตั้งรับ มากกว่าเชิงรุก 5. ศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลมีน้อย

จะเห็นว่าสถานีนามัย แต่ละแห่งมีบุคลากรประจำ 4-5 คน จะมีเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขเป็นหัวหน้าสถานีนามัย มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ และมอบหมายงานที่ชัดเจน ซึ่งแบ่งตามภาระงาน ประชาชนที่ไปใช้บริการส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพ และทั้ง 3 แห่งยังไม่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำ

โดยภาพรวม พบว่า การให้บริการสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นงานหลัก ซึ่งสามารถดำเนินการได้ดี ส่วนการใช้บริการรักษาพยาบาลค่อนข้างน้อย จากการนิเทศงานของทีมนิเทศงาน คปสอ.พบว่า งานบริการด้านการรักษาพยาบาลยังต้องปรับปรุงอีกมาก ทั้งด้านทักษะ และการบันทึก ตลอดจนงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ (สรุปผลการนิเทศ คปสอ., 2544) ประชาชนยังไม่มีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ ช่วงเวลาของการให้บริการไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน กล่าวคือ ช่วงเวลาที่ให้บริการ ประชาชนมีภาระกิจในการประกอบอาชีพ แนวโน้มในการพัฒนาของสถานีนามัยแต่ละแห่งแตกต่างกัน คือ สถานีนามัยนาหม่อม มีแผนที่จะผสมผสานแพทย์แผนไทยเข้ามาใช้ สำหรับสถานีนามัยอื่น ๆ มีแผนที่จะนำเวชปฏิบัติครอบครัสมาใช้ในการดำเนินงาน

ปัจจุบันการปฏิบัติงานเน้นในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เช่น ส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ เด็กอายุ 0 – 5 ปี วัยแรงงาน ผู้สูงอายุ การให้ภูมิคุ้มกันโรค งานสุขภาพจิต งานทันตสาธารณสุข เป็นต้น ส่วนด้านการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพจะมีน้อย ที่มีก็จะเป็นการรักษาโรคเบื้องต้น เช่น ไข้หวัด โรคผิวหนัง ปวดเมื่อย นอกจากนั้นก็มีคลินิกโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ จะแยกกันทำงานตามผังควบคุมงาน เน้นงานตั้งรับมากกว่างานชุมชนเชิงรุก

3.2 แหล่งบริการที่ไม่ใช่ของรัฐ ซึ่งประกอบด้วย

3.2.1 แหล่งบริการที่จัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการ ได้แก่ ร้านขายยา คลินิกแพทย์ และ ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ทุกหมู่บ้านในอำเภอนาหม่อมจะมี ศสมช. ซึ่งทำหน้าที่

ที่เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ศูนย์บริการงาน 4 ด้าน และกองทุนต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม พบว่า ปัจจุบันบางหมู่บ้าน มีเฉพาะตัวอาคาร ไม่ได้มีการให้บริการ เพราะประชาชนไม่ค่อยมาใช้บริการ ส่วนใหญ่จะมาใช้บริการที่สถานีนามัย หรือโรงพยาบาล มากกว่า เพราะให้บริการที่ครอบคลุมมากกว่า ศสมช. สำหรับกิจกรรมที่ยังมีใน ศสมช. ได้แก่ ชั่งน้ำหนักเด็ก 0 – 5 ปี แจกทรายอะเบท จ่ายผงน้ำตาลเกลือแร่ และยาถ่ายพยาธิ จ่ายยาลดไข้และแก้หวัด ดูแลเล็ก ๆ เป็นต้น

ในส่วนของคลินิกเอกชน ซึ่งมี 3 แห่ง ทั้งหมดตั้งอยู่ในเขตตำบลนาหม่อม เป็นคลินิกที่มีเครือข่ายกับโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลศิครินทร์ และโรงพยาบาลราชบุรียินดี

3.2.2 แหล่งบริการที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ แพทย์พื้นบ้าน ซึ่งให้การรักษาดำเนินการตามประเพณีที่ได้รับการถ่ายทอดมา ร้านขายของชำ ซึ่งขายยาสามัญประจำบ้าน วัด ซึ่งยังเป็นแหล่งที่พึ่งทางจิตวิญญาณของชาวบ้าน และสถานออกกำลังกายในหมู่บ้าน ซึ่งมีเกือบทุกหมู่บ้าน

จากการวิเคราะห์ พบว่า แหล่งบริการสุขภาพของอำเภอนาหม่อม น่าจะมีความเพียงพอในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนนาหม่อม และตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 1 แห่ง ต่อประชากร 10,000 คน (สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2544)

สำหรับโรงพยาบาลนาหม่อม แม้จะเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่มีจำนวนบุคลากรที่มีศักยภาพเพียงพอต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลนาหม่อมก็มีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร เนื่องจากมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบเพียง 20,068 คน ในขณะที่มีค่าใช้จ่ายหมวดเงินเดือนสำหรับบุคลากรประจำจำนวนมาก

4. ผู้ให้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย

1. กลุ่มวิชาชีพ เป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการศึกษา /ฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาล ฯลฯ ซึ่งให้บริการในแหล่งบริการของรัฐบาล หรือแหล่งบริการเอกชนที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ

2. กลุ่มพื้นบ้าน เป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการฝึกฝน และถ่ายทอดประสบการณ์ โดยตรงจากครอบครัว หรือเพื่อน โดยไม่มีหลักสูตรการสอน/อบรมที่ชัดเจน และเป็นระบบ ได้แก่ หมอนวด หมอต่อกระดูก หมอน้ำมัน หมอดู หมอสมุนไพร ร่างทรงตายาย ครูหมอโนราห์ ผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้อาวุโส และผู้นำการออกกำลังกายในชุมชน

จากการที่ชุมชนมีผู้ให้บริการทั้งจากกลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มพื้นบ้านนับว่าเป็นศักยภาพของชุมชนที่สามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพได้ส่วนหนึ่ง อย่างไรก็ตามในกลุ่มพื้นบ้านควรมีการศึกษาวิจัยถึงระบบการให้บริการที่ชัดเจนมากขึ้น เพื่อการสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพให้ดียิ่งขึ้น

5. ลักษณะการให้บริการสุขภาพของประชาชนในอำเภอนาหม่อม

1. กลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยนิยมซื้อยามารับประทานเอง เมื่อไม่ดีขึ้นจะไปคลินิก และโรงพยาบาลเอกชน

2. กลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ เมื่อเจ็บป่วยนิยมซื้อยารับประทานเองก่อน หากไม่ดีขึ้นจะมาใช้บริการที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาลนาหม่อม

จะเห็นได้ว่าประชาชนนิยมซื้อยามารับประทานเองเป็นการเบื้องต้น เมื่อไม่หายจึงมาใช้บริการที่แหล่งบริการสุขภาพ ฉะนั้นการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อพึ่งตนเองน่าจะเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนที่ต้องการช่วยตนเองอยู่แล้ว จากการที่ร้านขายยาเป็นแหล่งบริการแหล่งแรกที่ประชาชนนิยมไปใช้บริการ การพัฒนาร้านขายยาให้มีคุณภาพจึงมีความจำเป็น

จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ภายหลังจากที่มีการใช้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค มีผู้มาใช้บริการการรักษานอกเวลาราชการที่โรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งก่อนใช้นโยบายนี้ ในช่วงเวลานอกเวลาราชการมีผู้มาใช้บริการน้อย

6. ข้อคิดเห็นจากผู้ให้บริการ

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ให้บริการ พบว่า ประเด็นสำคัญที่ทำให้ประชาชนมาใช้บริการจากแหล่งบริการของรัฐ โดยเฉพาะสถานีอนามัยน้อย มักมาจากยังมีความนิยมในการตรวจรักษาจากแพทย์โดยตรง ไม่นิยมไปใช้บริการที่สถานีอนามัยเนื่องจากยังขาดความมั่นใจในศักยภาพของเจ้าหน้าที่ และมีความคาดหวังจากผู้ให้บริการทั้งด้านทักษะการตรวจรักษา การให้ข้อมูล และบุคลิกภาพที่ยิ้มแย้มแจ่มใส ต้อนรับด้วยไมตรีจิต ดังเสียงสะท้อนจากผู้มารับบริการที่แหล่งบริการของรัฐ ที่ว่า “บางครั้งรอนาน เพราะ เพราะมีแพทย์คนเดียว” “ไม่มั่นใจในผู้ให้บริการ” “ผู้ให้บริการ ให้ข้อมูลความเจ็บป่วยไม่ละเอียด” “ไม่ยิ้มเลย” “ไม่อยากไป สอ. ไปแล้วไม่พบใคร บางทีไม่มียา” “แพทย์ให้การรักษาทางโทรศัพท์ในช่วงนอกเวลาราชการ” “เวลาตรวจภายใน ต้องไปตรวจที่อื่น อายที่จะตรวจกับคนที่รู้จัก”

7. การดำเนินงานและพัฒนางานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอนาหม่อม

การดำเนินงานและพัฒนางานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอนาหม่อม แบ่งได้ 3 ระยะ ดังนี้

7.1 ระยะที่ 1 (โดยเริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่ 27 มิถุนายน 2543 ถึง 8 กุมภาพันธ์ 2544)

สืบเนื่องจากโครงการพัฒนาศถานีอนามัยระดับเขต ของเขต 12 ในช่วงปีงบประมาณ 2543 ซึ่งจัดทำขึ้น เพื่อพัฒนาศักยภาพของสถานีอนามัย เพื่อให้มีความสามารถในด้านต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งงานรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ โดยจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการรักษาพยาบาล ครอบคลุมงานรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน งานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home Health care) และงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในสถานบริการ

สำหรับระยะนี้มีการกำหนดให้แต่ละอำเภอคัดเลือกสถานีอนามัยนำร่อง 1 สถานีอนามัย ซึ่งทาง คปสอ. นานหม่อม ซึ่งประกอบด้วย ทีมโรงพยาบาล ทีมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ ทีมจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ได้คัดเลือกสถานีอนามัยตำบลทุ่งขมิ้นซึ่งมีระยะทางห่างจากโรงพยาบาล 9 กิโลเมตรโดยจัดให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ซึ่งอยู่ระหว่างการโอนย้ายมาช่วยราชการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นานหม่อมให้ไปปฏิบัติหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ ประจำสถานีอนามัยตำบลทุ่งขมิ้น โดยเริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่ 27 มิถุนายน 2543 ถึง 8 กุมภาพันธ์ 2544 เป็นระยะเวลา 8 เดือน ช่วงที่ไปปฏิบัติงานได้มีส่วนช่วยพัฒนาระบบบริการของสถานีอนามัยได้ระดับหนึ่ง แต่ปัญหาที่ประสบคือเมื่อมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลไปปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบงานหลายๆ งานให้กับพยาบาลวิชาชีพ โดยไม่ทราบถึงเป้าหมายของการดำเนินการดังกล่าว เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไม่ได้มาเรียนรู้ในการดำเนินงานร่วมกัน

7.2 ระยะที่ 2 (เริ่มตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2544 - กุมภาพันธ์ 2545)

สืบเนื่องจากการดำเนินงานปฏิรูประบบสาธารณสุขภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทางคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการมีพยาบาลวิชาชีพประจำที่สถานีอนามัย จึงได้จัดพยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนไปปฏิบัติงานโดยมีหน้าที่หลัก คือ การเป็นพี่เลี้ยงให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย

การเริ่มต้นการบริการ กลุ่มงานการพยาบาลของโรงพยาบาลนานหม่อมเป็นผู้รับผิดชอบ ให้หมุนเวียนพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหัวหน้างานต่าง ๆ ให้หมุนเวียนไปปฏิบัติงาน (ทุกวันในเวลาราชการ) ที่สถานีอนามัย 2 แห่ง คือ สถานีอนามัยตำบลทุ่งขมิ้น และสถานีอนามัยคลองหวั้ง โดยสถานีอนามัยทุ่งขมิ้นมีการหมุนเวียนไปเพราะมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยท่านหนึ่งลาคลอด และสถานีอนามัยตำบลคลองหวั้ง หมุนเวียนไปอาทิตย์ละ 2 วัน คือ วันอังคาร และวันพฤหัสบดี โดยรวมแล้วเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานหมุนเวียนทั้ง 2 สถานีอนามัย จำนวน 7 คน ซึ่งจะมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ลงไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยจำนวน 1 วัน และพยายามจัดให้เจ้าหน้าที่คนเดิมลงปฏิบัติงานในวันเวลาเดิม เช่น เมื่อลงปฏิบัติงานในวันจันทร์ก็พยายามที่จะจัดให้ลงในวันจันทร์อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการได้พบกับเจ้าหน้าที่คนเดิม สำหรับหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่หมุนเวียนไปปฏิบัติงาน จะมีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

1. ตรวจรักษาเบื้องต้นพร้อมทั้งคอยแนะนำพัฒนาความรู้แก่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยให้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการทางด้านการแพทย์อย่างเหมาะสม โดยมีคู่มือการปฏิบัติเก็บไว้ที่สถานีนามัย แต่เจ้าหน้าที่บอกว่า "ยังมีความบกพร่อง" ในด้านความครอบคลุมของเนื้อหา จึงไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก

2. คอยดูแลจัดการระบบการทำให้ปราศจากเชื้อตลอดจนงานควบคุม และป้องกันการติดเชื้อในสถานีนามัยให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งจากการลงไปปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพพบว่า ได้พัฒนาระบบปลอดเชื้อ เพราะก่อนหน้านี้ระบบนี้ยังไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ไม่ทราบวิธีการที่ถูกต้องในการปฏิบัติ ซึ่งอาจจะส่งผลให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้

3. พัฒนาระบบการบริการด้านการรักษาพยาบาล ตลอดจนพัฒนาระบบการส่งต่อ เนื่องจากในอดีต เมื่อมีผู้รับบริการไปรับบริการที่สถานีนามัย และเจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้การดูแลรักษาได้ก็จะบอกให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล โดยที่ไม่ได้ทำระบบส่งต่อ ไม่มีการส่งต่อข้อมูลมายังโรงพยาบาล

4. ให้คำปรึกษาในเรื่องการให้บริการ กรณีที่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยไม่มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน เช่น การฝากครรภ์ การตรวจเด็กในครรภ์ เป็นต้น

5. ประสานงานกับโรงพยาบาลนาหม่อม ในการขอความช่วยเหลือสนับสนุนทั้งทางด้านวัสดุอุปกรณ์ และทางด้านการพัฒนาศักยภาพของ เจ้าหน้าที่ สำหรับการพัฒนาศักยภาพนั้นทางโรงพยาบาลซึ่งมีเจ้าหน้าที่ที่พัฒนาระบบบริการ ทีมพัฒนาศักยภาพ จะเป็นผู้กำหนดประเด็น หรือหัวเรื่องในการพัฒนาศักยภาพ และเจ้าหน้าที่จากสถานีนามัยมาเข้าร่วมการประชุมของโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

รูปแบบการบริการ จะเป็นการให้การบริการด้านการรักษาพยาบาล และส่งเสริมป้องกันโรคเฉพาะในคลินิก การลงไปปฏิบัติงานในชุมชนยังมีน้อย

การบริหารจัดการ ทั้งในด้านเวชภัณฑ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ ต่าง ๆ ซึ่งอยู่ในงบประมาณของสถานีนามัยเป็นในลักษณะการจัดตั้งคลังยา และเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาล แล้วสถานีนามัยมาขอเบิกจ่ายจากโรงพยาบาล เมื่อต้องการใช้ โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะกระจายงบประมาณบริการสาธารณสุขระดับตำบลส่วนหนึ่งมาให้โรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์การใช้งบประมาณของแต่ละสถานีนามัย พบว่า ในแต่ละปีที่ผ่านมาสถานีนามัยเบิกยา และเวชภัณฑ์เกินจากจำนวนงบประมาณที่ได้รับ สะท้อนถึงงบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ยา และเวชภัณฑ์

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในระยะที่ 1 และ 2 สรุปได้ดังนี้

1. วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ของสถานีนามัยไม่เพียงพอ และไม่ได้มาตรฐาน

2. การไปปฏิบัติงานในฐานะพี่เลี้ยงให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย ในการให้บริการทั้ง 4 ด้าน ไม่ได้รับความสนใจที่จะเรียนรู้จากเจ้าหน้าที่สถานีนามัย เพราะเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ไม่เข้าใจเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของการลงไปปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

3. งานควบคุม และป้องกันการติดเชื้อในสถานีนามัยไม่ได้มาตรฐาน

4. สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่สถานีนามัย และโรงพยาบาลยังไม่ค่อยดี บางครั้งเจ้าหน้าที่สถานีนามัย รับรู้ว่าเหมือนเป็นการไปจับผิด

5. การติดตามนิเทศงาน ทั้งจากจังหวัด และเขตยังมีน้อย ซึ่งจากการดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 เดือน ไม่มีทีมนิเทศลงมาประเมินการปฏิบัติงานเลยแม้แต่ครั้งเดียว

6. ความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะในช่วงที่มีการหมุนเวียนพยาบาลวิชาชีพ คนละ 1 วันยังไม่ได้ผลมากนัก เนื่องจากแต่ละคนปฏิบัติเฉพาะในเวลาราชการ ไม่มีความเป็นเจ้าของงาน

7.3 ระยะที่ 3 (เริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2545 - ปัจจุบัน)

ระยะนี้เป็นขั้นเตรียมการ ทั้งการจัดอัตรากำลังบุคลากร การพัฒนามูลฐาน และการปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาล แต่ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการตามแผนงานจะมีการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตำบลพิจิตร ซึ่งตั้งอยู่ใน

โรงพยาบาล โดยใช้ชื่อ "คลินิกสุขภาพชุมชนพิจิตร" รับผิดชอบประชากรทั้งสิ้น 3,747 คน โดยมีสัดส่วน เจ้าหน้าที่ : ประชากร = 1 : 1,061 ประกอบด้วยบุคลากร 4 คน คือ พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 1 คน พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1 ดูแลรับผิดชอบงานเชิงรุกในชุมชน (เจ้าหน้าที่ประจำครอบครัว หมู่ 3 ตำบลพิจิตร) งานป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยแมลง งานป้องกันและควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ งานวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา งานสาธารณสุขมูลฐาน งานภูมิสถาปัตย์และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล งานบริหารคุณภาพ, งานแผนงานนิเทศและติดตาม และงานควบคุมการโรคและเอดส์

พยาบาลวิชาชีพคนที่ 2 ดูแลรับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยแรงงาน งานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม งานเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ เจ้าหน้าที่ประจำครอบครัว หมู่ 4, และหมู่ 6

พยาบาลวิชาชีพคนที่ 3 ดูแลรับผิดชอบงานสุขภาพดีที่บ้าน งานฟื้นฟูสภาพจากความพิการ งานสุขภาพจิต งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ งานยาเสพติดตำบลพิจิตร เจ้าหน้าที่ประจำครอบครัว หมู่ 2, และหมู่ 5

เจ้าพนักงานสาธารณสุข ดูแลรับผิดชอบ : งานควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน งานควบคุมโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัส เจ้าหน้าที่ประจำครอบครัว หมู่ 1

ภาระงานของคลินิกสุขภาพชุมชนพิจิตร

ปัจจุบันเน้นงานชุมชนเชิงรุก มากกว่างานตั้งรับ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ 4 วัย งานป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพหลังความพิการ ส่วนงานด้านรักษาพยาบาลยังไม่เปิดให้บริการ ขณะนี้ประชาชนยังใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนาหม่อม

นอกจากนี้ยังมีคลินิกของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คือ คลินิกฝากครรภ์ (ANC) คลินิกวัณโรค (TB) คลินิกสุขภาพเด็กดี (WBC) คลินิกวางแผนครอบครัวและตรวจหลังคลอด (FP) งานด้านสำนักงาน เช่น งานสารบรรณ งานวิชาการ งานบริหาร รวบรวมรายงานและติดตามผล

แผนการในอนาคต

จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ และการประเมินผลการปฏิบัติงาน จัดทำแผนการอบรมให้ความรู้ในด้านต่างๆ

การวิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมา

ระยะที่ 1 เป็นความพยายามในการพัฒนาศักยภาพของสถานีนามัย โดยจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานประจำในฐานะพี่เลี้ยงเป็นเวลา 8 เดือน

ระยะที่ 2 เป็นการทดลองการดำเนินงานหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่สถานีนามัย 2 แห่ง โดยจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนไปปฏิบัติงานที่สถานีนามัยสัปดาห์ละ 2 วัน เพื่อพัฒนาศักยภาพในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของสถานีนามัย

ระยะที่ 3 เป็นการพยายามปรับฐานคิดของผู้ปฏิบัติงาน เตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ

ในภาพรวมแล้ว อำเภอนาหม่อมยังไม่ได้เริ่มจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบายหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ การให้บริการยังเป็นการตั้งรับที่หน่วย ยังไม่รู้จักชุมชนจริงๆ ผู้ให้บริการยังไม่เกิดการเรียนรู้ และการพัฒนาทักษะร่วมกัน ปัจจัยและเงื่อนไขที่ทำให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิยังไม่เป็นหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ น่าจะเป็นเพราะ

1. ผู้ปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจนในเรื่องแนวคิด และการปฏิบัติ
2. ผู้ร่วมงาน ไม่ได้ร่วมคิด ร่วมวางแผนด้วยกัน ตั้งแต่ต้น ยังไม่เป็นทีมงาน
3. ผู้ปฏิบัติงานที่สถานีนามัยไม่เข้าใจบทบาทของพยาบาลที่มาปฏิบัติงาน
4. งานชุมชนยังไม่เป็นเชิงรุก
5. ยังไม่มีระบบติดตามประเมินผลที่ชัดเจน
6. ผู้รับผิดชอบประเมินและนิเทศงาน ของศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่อยู่ในสายงานบังคับบัญชา ทำให้ยากต่อการควบคุมและติดตามงาน

บทสรุป

โดยภาพรวมประชาชนในอำเภอหนองม่อม เป็นกลุ่มคนที่จัดอยู่ในกลุ่มมีสุขภาวะดี ทั้งนี้พิจารณาจากลักษณะของความเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง เป็นความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีแหล่งบริการสุขภาพที่หลากหลาย ประชาชนมีโอกาสเลือกมาใช้บริการจากสถานบริการในอำเภอหาดใหญ่ได้ง่าย มีความคาดหวังต่อบริการสุขภาพที่สูงมาก อย่างไรก็ตามจากการเป็นชุมชนใกล้ตัวเมือง และมีการขยายตัวในด้านอุตสาหกรรม หากไม่มีการพัฒนาระบบสุขภาพร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการส่งเสริม ป้องกัน ก็อาจจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและวิกฤตเช่นเดียวกับ

ชุมชนเมือง

การรวมตัวของประชาชน ส่วนใหญ่เป็นการรวมตัวเพื่อเศรษฐกิจ เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มอาชีพต่าง ๆ ซึ่งมีหลายกลุ่ม ส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่กลุ่มออกกำลังกาย ประชาชนยังเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพของรัฐน้อย

แหล่งบริการของรัฐที่มีอยู่ก็ยังไม่เป็นแหล่งบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ สถานีนอนมัยซึ่งตั้งขึ้นเพื่อเป็น

แหล่งบริการใกล้บ้านมีผู้มาใช้บริการน้อย โดยที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้เหตุผลและข้อมูลของการมาใช้บริการน้อยต่างกัน กล่าวคือ ผู้ให้บริการเห็นว่าผู้รับบริการต้องการได้รับการตรวจและบริการจากแพทย์ ผู้รับบริการระบุว่ายังไม่มั่นใจในคุณภาพการบริการ และบ่อยครั้งที่บุคลากรไม่อยู่ประจำที่สถานีนอนมัย การส่งเสริมสุขภาพ และการทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพยังมีน้อย มีลักษณะการดำเนินการตามคำสั่งจากกระทรวง และผู้ให้บริการยังไม่เข้าถึงชุมชนอย่างแท้จริง ประชาชนยังไม่เข้าใจถึงบทบาทศักยภาพความรับผิดชอบและข้อจำกัด ของแหล่งบริการแต่ละระดับ

ฉะนั้นการพัฒนาสถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ หรือสถานบริการระดับปฐมภูมิจึงมีความจำเป็นสำหรับอำเภอนี้ ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวควรครอบคลุมทั้งสถานบริการ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้องที่ต้องร่วมกันพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาหม่อม . (2544). สรุปผลการปฏิบัติงาน ปี 2544.
โรงพยาบาลนาหม่อม อ. นาหม่อม จ. สงขลา.

คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาอำเภอนาหม่อม. (2538). แผนพัฒนาอำเภอ (พ.ศ.2540-2544). อ.นาหม่อม จ. สงขลา.

คณะทำงานนิเทศงาน คปสอ. นาหม่อม. (2544). สรุปผลการนิเทศการปฏิบัติงานของ
สถานีนอนามัยในเขตอำเภอนาหม่อม จ. สงขลา.

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ. (2543). หลักการ เป้าหมาย กลไก และประเด็นสำคัญ
ในการปฏิรูประบบสุขภาพ และในการร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (ร่างที่ 7 -ปรับปรุง 12 ธันวาคม
2543). (อัดสำเนา).

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543).ชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543 : สถานะสุขภาพคน
ไทย. นนทบุรี : โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. (2544). (ร่าง) คู่มือ แนวทางการตรวจรับรอง
มาตรฐานสถานพยาบาลคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ. (อัดสำเนา).

บทที่ 4

รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอหนองมอมภายใต้การคิดร่วมกัน

ความเป็นมา

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหนองมอม ได้ตกลงร่วมกันที่จะพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอหนองมอม โดยใช้กระบวนการวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) การออกแบบระบบบริการ

สุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอหนองมอม อยู่บนพื้นฐานของสถานการณ์ระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และรูปแบบที่ชุมชนต้องการ การสังเคราะห์รูปแบบในขั้นต้นนี้เพื่อนำไปทดลองปฏิบัติในสถานการณ์จริงของอำเภอหนองมอม ซึ่งจะต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสมจนกระทั่งได้รูปแบบที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และผู้ปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติได้จริง

กรอบแนวคิด

หลักการพื้นฐานของระบบสาธารณสุข การออกแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดพื้นฐานของระบบสาธารณสุข และบทบาทของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คุณสมบัติที่ดีของระบบสาธารณสุข สามารถสรุปได้ 4 ประเด็น (ยงยุทธ, 2542)

1. Equity ความเป็นธรรม ความเสมอภาค สามารถแบ่งได้ 2 แนวทาง คือ 1) ความเป็นธรรมแนวขวาง หมายถึง ความเสมอภาค เป็นรายบุคคล คือ ถ้ามีผู้ใด ได้รับสิ่งใดจากผู้อื่น ผู้รับจะต้องตอบแทนผู้ให้ในจำนวนที่เท่ากัน ไม่ว่าผู้รับจะเป็นใครก็ตาม 2) ความเป็นธรรมแนวตั้ง มองความเป็นธรรมว่าเป็นการกระจายภาระ หรือกระจายความเสี่ยง ซึ่งทุกคนมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยจะได้ลดภาระที่ต้องแบกรับ และอาจกล่าวได้ว่า ความเป็นธรรม หรือความเสมอภาค ด้านสาธารณสุข คือ "ทุกคนมีความเป็นไปได้ในการเข้าถึงบริการ และได้รับบริการที่เหมาะสม ตามความจำเป็นที่ผู้รับบริการนั้นจำเป็นต้องได้"

2. Quality คุณภาพ การให้บริการที่มีคุณภาพ หมายถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (effective) หมายถึง บริการที่สามารถทำให้เกิดผลในทางที่ดีที่สุดต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นจริงในขณะนั้น และปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งควรมีคุณลักษณะดังนี้

2.1 การดูแลอย่างองค์รวม (holistic care) ผู้รับบริการได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ

2.2 การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuous care) ผู้รับบริการได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพจนกระทั่งปัญหานั้นสิ้นสุด

2.3 การดูแลอย่างผสมผสาน ประกอบด้วย การให้บริการทั้งในด้านการรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟู แก่ผู้รับบริการ หรือผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการ

3. Efficiency ประสิทธิภาพ คือ การลงทุนน้อยที่สุดแต่ได้ประสิทธิผลสูงสุด (minimising of cost) การลงทุนมิใช่เพียงเงินเท่านั้น แต่รวมถึง การใช้ความพยายาม การใช้เวลา เป็นต้น ตลอดจนทรัพยากรมนุษย์ด้วย ซึ่งอาจแบ่งได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรมนุษย์ และประสิทธิภาพในการดำเนินการ

4. Social accountability โปร่งใส สังคมหรือชุมชนรับรู้ และตรวจสอบได้ หมายถึง ประชาชนหรือชุมชนมีความจำเป็นที่จะมีส่วนในการควบคุมผู้ให้บริการหรือสถานบริการที่มีหน้าที่ช่วยเหลือและให้การดูแลทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนและชุมชนด้วย หรืออาจกล่าวได้ว่า การให้บริการควรให้บริการโดยอยู่บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ทวีเกียรติ์ (2542) อธิบายแนวคิดของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ไว้ดังนี้ เป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านแรก (first contact care) ที่เน้นคุณภาพการให้บริการเชิงสังคมควบคู่ไปกับเชิงเทคนิคบริการ กล่าวคือ นอกจากผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถด้านการรักษาพยาบาลแล้ว ยังต้องมีความรู้ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชนและชุมชนได้ดีด้วย จนทำให้การบริการมีความต่อเนื่อง (continuity) ผสมผสาน (integrated) และมีลักษณะองค์รวม (holistic) เป้าหมายงานที่เป็นความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ จะมีทั้งส่วนบริการพื้นฐานด้านต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล และอีกส่วนที่สำคัญ คือ การร่วมมือกับประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดี รู้จักดูแลตนเองได้เหมาะสม ฟังตนเองได้ในด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดคุณภาพที่พอดีระหว่างการพึ่งบริการ กับการพึ่งตนเองของประชาชน ฉะนั้นบทบาทของ primary care โดยสรุป มีดังนี้

1. เป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าสู่บริการสาธารณสุขของผู้ป่วย
2. การบริการต้องมีความต่อเนื่องทั้งป่วย และไม่ป่วย
3. การบริการมีลักษณะองค์รวม ใช้ความรู้ความสามารถหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง

4. มีความเชื่อมโยงและประสานกับการให้บริการสาธารณสุขในระดับสูงขึ้นตามความจำเป็นของผู้ป่วย

5. มีความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องในปัญหาของผู้ป่วยและชุมชนตลอดชีวิตของผู้ป่วย
ด้วยลักษณะการให้บริการเช่นนี้จึงจำเป็นยิ่งที่ primary care จะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถทั้งด้านการแพทย์ สาธารณสุขและสังคม

รูปแบบที่ทำให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีประสิทธิภาพ ควรมีลักษณะต่อไปนี้

1. ตั้งอยู่ในชุมชน กล่าวคือ ใกล้บ้าน
2. มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบจำนวนจำกัด ไม่มากเกินไปและน้อยเกินไป
3. มีทีมงานที่มีคุณภาพ รักชุมชน
4. หน่วยบริการไม่ใหญ่เกินไปจนเป็นเครื่องขัดขวางความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับหน่วยบริการ
5. สามารถให้บริการอย่างสม่ำเสมอตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ (permanent)
6. สามารถเป็นที่ปรึกษาของประชาชนในการตัดสินใจส่งต่อได้อย่างถูกต้อง (family consultation)

ขอบเขตการพิจารณาจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอำเภอนาหม่อม

จากกรอบแนวคิด คณะวิจัยฯ ได้กำหนดขอบเขตในการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของอำเภอนาหม่อม ดังนี้

1. จำนวนสถานบริการปฐมภูมิในอำเภอนาหม่อม
2. การจัดสรรบุคลากร
3. กลยุทธ์การดำเนินงาน
4. การบริหารจัดการ
5. ขอบเขตและลักษณะการบริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
6. ตารางการปฏิบัติงานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
7. เครื่องมือและวิธีการที่ใช้ในการดำเนินงาน
8. การพัฒนาบุคลากร
9. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน
10. การติดตามและประเมินผล

วิธีดำเนินการ

1. วิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของอำเภอนาหม่อม

2. ศึกษารูปแบบการบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่ต้องการของประชาชนในภาคใต้ (อุไรและคณะ, 2544)
3. ศึกษาแผนงานการให้บริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิ จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลเทพา และโรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา (วันที่ 29 – 30 เมษายน 2545)
4. ทีมวิจัยประชุมร่วมกันเพื่อออกแบบระบบการจัดบริการสุขภาพของอำเภอนาหม่อม โดยใช้ข้อมูลจากข้อ 1, 2 และ 3 (วันที่ 1 มิถุนายน 2545 ณ ห้องประชุมน้ำตกโตนงาช้าง)
5. ทีมวิจัยเสนอรูปแบบที่ได้ต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อคิดเห็น
6. ทีมวิจัยพิจารณาปรับปรุงรูปแบบการให้บริการสุขภาพตามข้อเสนอแนะ ของผู้
ทรงคุณวุฒิ
7. นำเสนอรูปแบบต่อผู้ปฏิบัติงานจริง เพื่อขอข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
8. ทีมวิจัยปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพตามข้อคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ และประสานงานกับฝ่ายบริหารเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริง

ผลการดำเนินงานและข้อสรุป

1. จำนวนและรูปแบบของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การวิเคราะห์สถานการณ์อำเภอ นาหม่อม รูปแบบการบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่ประชาชนต้องการ และภาพสะท้อนจากการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่โรงพยาบาลเทพา และโรงพยาบาลระโนด สามารถสรุปเป็นตารางเปรียบเทียบได้ดังตารางที่ 1 ซึ่งสะท้อนความเป็นไปได้ของอำเภอ นาหม่อมในการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิ ผู้บริหารของโรงพยาบาลนาหม่อม ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิ และทีมวิจัยได้พิจารณาเลือกลักษณะของ การจัดหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้บุคลากรประจำ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชุมชน ประกอบกับโรงพยาบาลนาหม่อมมีอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพที่สามารถจัดสรรให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิได้ 5 อัตรา โดยเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพที่สนใจสมัครมาปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประชุมทีมวิจัยและผู้บริหารของพื้นที่ตกลงที่จะตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ 4 แห่ง ตามข้อเสนอของผู้แทนชุมชน กล่าวคือ พัฒนาศถานีอนามัย 3 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยตำบลนาหม่อม สถานีอนามัยตำบลทุ่งขมิ้น , สถานีอนามัยตำบลลองหวัง ให้เป็นสถานบริการ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” สำหรับตำบลพิจิตร ซึ่งไม่มีสถานีอนามัย จะจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นใหม่ แต่เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ จึงจะจัดตั้งหน่วยบริการขึ้นในโรงพยาบาลก่อน เมื่อมีงบประมาณด้านการปรับปรุงสถานที่ จะพิจารณาย้ายหน่วยบริการฯ มาไว้นอกโรงพยาบาล

การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ต้องกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบระหว่างหน่วยผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน

ตารางที่ 1 แสดงข้อสรุปการศึกษาสถานการณ์และดูงาน

ข้อสรุปความต้องการบริการสุขภาพ จากการศึกษา ของ อุไร และคณะฯ (2544)	สถานการณ์ของนาหม่อมและความ ต้องการของชาวนาหม่อม	บริการสุขภาพปฐมภูมิที่ระโนด	บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เทพา
1. ด้านโครงสร้าง 1.1 สถานการณ์ใกล้บ้าน 1.2 มีบุคลากรอยู่ประจำ 24 ชั่วโมง 1.3 มีแพทย์และพยาบาลให้บริการ 1.4 ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม 1.5 มีคณะกรรมการบริหาร 2. ลักษณะและคุณภาพการบริการ 2.1 มีความหลากหลาย ครอบคลุมความต้องการของทุกกลุ่ม 2.2 เป็นองค์รวมและสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น 2.3 เป็นธรรม เสมอภาค ราคาไม่แพง 2.4 มีคุณภาพ ตรวจสอบได้ 2.5 ให้บริการทั้งในและนอกสถานที่ 2.6 เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 2.7 บริการครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาฟื้นฟู และการดูแลระดับประคอง	เป็นอำเภอเล็กอยู่ใกล้กับอำเภอหาดใหญ่ ทำให้ประชาชนมีโอกาสเลือกใช้บริการ ทั้งในอำเภอและนอกเขตอำเภอ ภายในอำเภอนาหม่อมมีแหล่งบริการที่หลากหลาย แหล่งบริการของรัฐที่มีอยู่ยังไม่เป็นแหล่งบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ 2. ภาวะสุขภาพในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ความเจ็บป่วยที่พบบ่อยไม่รุนแรงและป้องกันได้ 3. การดำเนินงานในลักษณะหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่เป็นรูปธรรม 4. องค์ประกอบของอำเภอนาหม่อม ที่สนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการ 4.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลนาหม่อมให้ความสนใจและพร้อมสนับสนุน 4.2 โรงพยาบาลนาหม่อมมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพมากพอที่จะจัดสรรให้	1. มีหน่วยบริการปฐมภูมิในความรับผิดชอบ 14 หน่วย 12 หน่วยเป็นการพัฒนาสถานีนามัย เดิม อีก 2 หน่วยเป็นหน่วยที่โรงพยาบาล จัดตั้งขึ้นใหม่อยู่ในโรงพยาบาล 1 หน่วย และอยู่ในเทศบาล 1 หน่วย 2. บุคลากรในหน่วยบริการที่ตั้งขึ้นใหม่ มีทั้งบุคลากรเดิมที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาล และสถานีนามัย รวมทั้งบุคลากรใหม่ที่โรงพยาบาลจ้างเพิ่มเติม 3. หน่วยบริการฯ ที่ทีมวิจัยได้เยี่ยมชม จัดได้ว่าเป็นหน่วยบริการที่ประสบความสำเร็จ ประเมินจากการตอบรับของประชาชน ทั้งสามหน่วยบริการ ให้บริการตรวจรักษาเบื้องต้นที่หน่วย - บริการเยี่ยมบ้าน ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 4. ปัจจัยเงื่อนไข ที่น่าจะมีผลต่อความสำเร็จ ในการดำเนินงานของหน่วยบริการ	1. มีหน่วยบริการปฐมภูมิในความรับผิดชอบ 7 หน่วยบริการ 6 หน่วย เป็นการพัฒนาสถานีนามัยเดิม อีก 1 หน่วยเป็นหน่วยที่โรงพยาบาลจัดตั้งขึ้นใหม่นอกโรงพยาบาล 2. บุคลากรในหน่วยบริการใหม่ เป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลเทพา ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในหน่วยบริการ และมีบุคลากรจากฝ่ายส่งเสริมมาปฏิบัติงานประจำ 3. หน่วยบริการใหม่ที่ทีมวิจัยได้เยี่ยมชม เน้นการให้บริการตรวจรักษาที่หน่วยบริการ การมีพื้นที่รับผิดชอบในชุมชนไม่สามารถทำได้ต่อเนื่อง จากการใช้ระบบหมุนเวียนของบุคลากร สำหรับหน่วยบริการที่พัฒนามาจากสถานีนามัย 1 แห่ง ที่ทีมวิจัยไปเยี่ยมชม ซึ่งมีบุคลากรประจำ สามารถให้บริการได้ครอบคลุมและต่อเนื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและหน่วยบริการดีมาก 4. ปัจจัยเงื่อนไข ที่น่าจะมีผลต่อความสำเร็จ ในการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อสรุปความต้องการบริการสุขภาพจากการศึกษา ของ อุไร และคณะฯ (2544)	สถานการณ์ของนานหม่อมและความต้องการของชานานหม่อม	บริการสุขภาพปฐมภูมิที่ระโนด	บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เทพา
3. งบประมาณ : จัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพ โดยมีแหล่งงบประมาณ จากรัฐ ชุมชน และค่าบริการ 4. ระบบส่งต่อ : ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ	มาปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ 4.3 บุคลากรส่วนหนึ่งสนใจ และพร้อมที่จะศึกษาและปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ 4.4 การรวมกลุ่มของภาคประชาชน มีความเข้มแข็ง 5. ข้อจำกัดและจุดอ่อนของระบบสุขภาพอำเภอานหม่อม 5.1 งบประมาณที่ได้รับจากจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนน้อย ประกอบกับโรงพยาบาลมีบุคลากรประจำมาก ทำให้งบประมาณสำหรับการดำเนินการต่าง ๆ มีน้อยมาก 5.2 ระบบข้อมูล และระบบการประเมินผล ยังไม่ชัดเจน 5.3 บุคลากรของสถานีนอนามัยส่วนใหญ่ อยู่ประจำที่สถานีนอนามัยนั้น ๆ เป็นเวลานาน มีวิถีปฏิบัติที่คุ้นชิน อาจทำให้ใช้เวลานานในการปรับเข้าสู่วิธีการทำงานแบบใหม่	ปฐมภูมิ 4.1 ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการ) ให้ความสำคัญ มีความชัดเจนในเรื่องแนวคิด ติดตามงาน 4.2 เป็นพื้นที่ในโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (เริ่มตั้งแต่ปี 2540) 4.3 งบประมาณสนับสนุนเพียงพอ สามารถจัดสรรเป็นค่าตอบแทน และสวัสดิการให้ผู้ปฏิบัติงาน PCU ได้ 4.4 CUP เข้มแข็ง ประธาน CUP มีระบบบริหารจัดการชัดเจน 4.5 บุคลากร สมครใจ เลื่องงาน บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและรักชุมชน 4.6 การใช้กลยุทธ์ การมีผู้รับผิดชอบครบครันในพื้นที่ ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวและบุคลากรที่รับผิดชอบ เป็นผลให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่อง 4.7 มีระบบข้อมูลและการประเมินผลชัดเจน	4.1 ผู้บริหาร ให้ความสำคัญ มีความชัดเจนในการดำเนินงาน 4.2 เป็นพื้นที่ในโครงการปฏิรูประบบสุขภาพ (เริ่มตั้งแต่ปี 2540) 4.3 งบประมาณมีเพียงพอสำหรับการจัดสรรค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานที่ PCU 4.4 CUP เข้มแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้ความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาสถานีนอนามัย 4.5 ระบบข้อมูล และการประเมินผลชัดเจน 4.6 การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 5. ข้อจำกัดของโรงพยาบาลเทพา คือ จำนวนบุคลากรน้อย ไม่สามารถปฏิบัติงานประจำที่หน่วย PCU ได้ นอกจากนั้นยังมีข้อจำกัดด้านการสื่อสารกับผู้บริหารมุสลิม

ข้อสรุปความต้องการบริการสุขภาพจากการศึกษา ของ อุไร และคณะฯ (2544)	สถานการณ์ของนาหม่อมและความต้องการของชาวนาหม่อม	บริการสุขภาพปฐมภูมิที่ระโนด	บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เทพา
	ความต้องการของชาวนาหม่อม 1. สถานบริการใกล้บ้านสร้างไม่ยาก	4.8 ลักษณะการให้บริการครอบคลุมงานบริการทั้งสี่ด้าน	
ข้อสรุปความต้องการบริการสุขภาพจากการศึกษา ของ อุไร และคณะฯ(2544)	สถานการณ์ของนาหม่อมและความต้องการของชาวนาหม่อมปฐมภูมิ	บริการสุขภาพปฐมภูมิที่ระโนด	บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เทพา
ข้อสรุปความต้องการบริการสุขภาพจากการศึกษา ของ อุไร และคณะฯ (2544)	แต่ใกล้ใจยาก ต้องการให้เจ้าหน้าที่เป็น กันเอง อธิบายในสิ่งที่ผู้รับบริการไม่ สถานการณ์ของนาหม่อมและความ ต้องการของชาวนาหม่อม ทราบ ให้บริการถึงชุมชน มีบริการ แพทย์เคลื่อนที่ 2. สถานบริการควรมีบรรยากาศร่มรื่น สะอาด และสวยงาม	4.9 ไม่ใช้ระบบการหมุนเวียน บุคลากรมาปฏิบัติงานที่หน่วยบริการฯ บริการสุขภาพปฐมภูมิที่ระโนด ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน 5. จุดอ่อนของหน่วยบริการฯ ในอำเภอ อำเภอระโนด คือชุมชนยังมีส่วนร่วมน้อย	บริการสุขภาพปฐมภูมิที่เทพา

2. การจัดสรรบุคลากร

ที่ประชุมได้ตกลงร่วมกันในการจัดสรรบุคลากรให้กับหน่วยบริการทั้ง 4 แห่ง โดยพิจารณาจากจำนวนบุคลากรที่มีอยู่เดิม และเกณฑ์อัตราส่วนบุคลากร : ประชาชน เพื่อให้หน่วยบริการแต่ละหน่วยมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบไม่มาก ไม่น้อยเกินไป พยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลจัดสรรให้หน่วยบริการจะปฏิบัติงานประจำที่หน่วยบริการโดยไม่มีการหมุนเวียน

2.1 หน่วยบริการใหม่ในโรงพยาบาล ได้รับจัดสรรพยาบาลวิชาชีพ 3 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน รับผิดชอบประชากรในตำบลพิจิตร จำนวน 4,247 คน สัดส่วนเจ้าหน้าที่ : ประชากรเท่ากับ 1 : 1,061 บุคลากรทั้ง 4 คน จะปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิเท่านั้น ไม่มีการหมุนเวียนบุคลากร

2.2 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินานหม่อม ได้รับจัดสรรพยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาลนานหม่อม 1 คน และบุคลากรเดิมของสถานีนานหม่อมอีก 5 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (แพทย์แผนไทย) 1 คน สัดส่วนเจ้าหน้าที่ : ประชากร คือ 1 : 1,234 (จำนวนประชากรทั้งสิ้น 7,404) โดยสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากร จะต่ำกว่าที่กำหนด ทั้งนี้เพราะกำลังรออัตราากำลังที่จะมาเพิ่มอีก 1 คน

2.3 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทุ่งมัน ทางโรงพยาบาลไม่สามารถจัดสรรบุคลากรเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการฯ ทุ่งมัน บุคลากรทั้งหมดเป็นบุคลากรเดิมของสถานีนานหม่อม ตำบลทุ่งมัน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข (พยาบาลวิชาชีพ) 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน สัดส่วนเจ้าหน้าที่ : ประชากร คือ 1 : 1,212 (จำนวนประชากรทั้งสิ้น 4,850) โดยสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากร จะสูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย แต่ทางโรงพยาบาลไม่สามารถจัดสรรพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้ตามความต้องการของศูนย์สุขภาพชุมชนทุ่งมัน ซึ่งได้มีข้อตกลงร่วมกันว่าถ้าหากโรงพยาบาลนานหม่อมมีอัตราากำลังพยาบาลวิชาชีพเพียงพอจะจัดสรรให้ในโอกาสต่อไป

2.4 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคลองหรั่ง จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาล นานหม่อม 1 คน ไปปฏิบัติงานและมีบุคลากรเดิม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน สัดส่วนเจ้าหน้าที่ : ประชากร คือ 1 : 966 (จำนวนประชากรทั้งสิ้น 3,866) จะเห็นว่าสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากรต่ำกว่าเกณฑ์ แต่ในความเป็นจริงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขไม่สามารถปฏิบัติในสถานบริการระดับปฐมภูมิได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากต้องมาช่วยงานด้านสารสนเทศ และการบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในเครือข่ายเดียวกัน

ในภาพรวมโรงพยาบาลนาหม่อม ได้จัดสรรพยาบาลวิชาชีพที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลงไปประจำในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 4 คน ทำให้สัดส่วนของเจ้าหน้าที่และประชากรของ

แต่ละหน่วยบริการเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด ยกเว้นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทุ่งขมิ้นที่ไม่ได้รับจัดสรรพยาบาลวิชาชีพ สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่จะลงไปปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นความสมัครใจ และมีการตกลงร่วมกันในการเลือกหน่วยที่จะปฏิบัติงาน

การจัดหน่วยบริการสุขภาพดังกล่าว สอดคล้องกับรูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ ในประเด็นของการตั้งอยู่ในชุมชน มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบจำนวนพอเหมาะไม่มากเกินไปและไม่น้อยเกินไป (ยงยุทธ, 2542)

นอกเหนือจากบุคลากรดังกล่าวข้างต้นซึ่งรับผิดชอบปฏิบัติงานประจำ ที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแล้ว โรงพยาบาลจะจัดให้มีเจ้าหน้าที่ไปให้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นครั้งคราว เช่น ทันตแพทย์

การจัดสรรบุคลากรไปปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นเรื่องที่จะต้องละเอียดอ่อน ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลต้องชี้แจง และทำความเข้าใจกับหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานบริการฯ ที่ไม่ได้รับบุคลากรไปปฏิบัติงานรู้สึกว่าจะไม่ยุติธรรม และเห็นว่าการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้ยาก เจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้ความเห็นว่า “ถ้าจะให้มีการเปลี่ยนแปลงที่สถานีนอนามัยจะต้องมีสิ่งใหม่ (input) เข้าไป” โดยสรุปหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอนาหม่อมจะมี 4 ลักษณะตามโครงสร้างบุคลากร คือ

1. หน่วยบริการปฐมภูมิใหม่ในโรงพยาบาล บุคลากรทั้งหมด 4 คน เป็นบุคลากรเดิมของโรงพยาบาล แต่มาปฏิบัติงานประจำเฉพาะบริการปฐมภูมิเท่านั้น

2. หน่วยบริการปฐมภูมิที่พัฒนามาจากสถานีอนามัย 3 แห่ง

2.1 มีบุคลากรเดิม 4 คน ได้รับการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาล 1 คน มาปฏิบัติงานเต็มเวลาที่สถานีอนามัย

2.2 มีบุคลากรเดิม 4 คน โดย 1 คน มาช่วยงานด้านสารสนเทศของโรงพยาบาลครึ่งเวลา และได้รับจัดสรรพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานประจำ สัปดาห์ละ 3 วัน

2.3 มีเฉพาะบุคลากรเดิมเท่านั้น จำนวนรวมทั้งหมด 4 คน ในจำนวนนี้มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน แต่อยู่ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข

ฉะนั้น จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจและน่าติดตามว่า หน่วยบริการใดที่สามารถดำเนินการไปสู่การเป็นสถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจมากที่สุด

3. กลยุทธ์การดำเนินงาน

เน้นงานชุมชน หน่วยบริการแต่ละหน่วยมีพื้นที่ในชุมชน ที่รับผิดชอบชัดเจน บุคลากรแต่ละคนมีพื้นที่และครอบครัวที่รับผิดชอบชัดเจน เพื่อให้ความมั่นใจว่าทุกครอบครัวได้รับการบริการต่อเนื่องที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ งานรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพสนับสนุนการทำงานเป็นทีมเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน มีระบบการประเมินผลที่ชัดเจน กล่าวคือใครประเมินใคร ใช้เครื่องมือประเมินอะไร มีระบบการให้ผลการประเมินอย่างไร ภายใต้ระบบบริหารจัดการที่เป็นธรรมและโปร่งใส ในส่วนของระบบข้อมูล การประเมินผล และระบบบริหารจัดการ CUP จะต้องรับผิดชอบและพัฒนาให้เป็นรูปธรรม ในช่วงเวลาที่ผ่านมาการประชุมและกิจกรรมของ CUP ยังมีน้อยมาก

4. การบริหารจัดการ

โครงสร้างการบริหารของหน่วยบริการปฐมภูมิ : แต่ละหน่วยมีหัวหน้าหน่วยบริการรับผิดชอบการดำเนินงานของหน่วยให้เป็นไปตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ภายใต้การดูแลกำกับของเครือข่ายสถานพยาบาลของอำเภอ นานาหม่อม ระดับอำเภอ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน ดังแผนภูมิที่ 1 (ดูภาคผนวก) โดยที่หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิทุกหน่วยร่วมเป็นกรรมการ อย่างไรก็ตาม ผู้รับผิดชอบในฝ่ายต่าง ๆ อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

ในส่วนของการบริหารจัดการ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะในหลายประเด็น

4.1 คณะกรรมการเครือข่ายสถานพยาบาลอำเภอ (คปสอ.) จะต้องทำให้เกิดความชัดเจน และความเข้าใจในเรื่องการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาล เพื่อไม่ให้หน่วยบริการปฐมภูมิรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความเป็นธรรม

4.2 การปรับวิถีคิดของผู้ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ ให้เห็นความสำคัญ เข้าใจระบบสุขภาพ ซึ่งอาจต้องใช้เวลามากกับการปรับแนวคิดของบุคลากร สร้างวัฒนธรรมการยอมรับการเปลี่ยนแปลง มีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน กำหนดบทบาทผู้ให้บริการให้ชัดเจน

4.3 การให้บริการและพันธกิจของโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องไม่ซ้ำซ้อนกัน ควรกำหนดและแยกให้ชัดเจน หน้าที่หลักของโรงพยาบาล คือ secondary care และให้การสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ

4.4 ต้องพัฒนาระบบข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อลดภาระในการจัดทำเอกสารที่ซ้ำซ้อน

4.5 มีระบบการประเมินผล การให้ความดีความชอบที่เป็นธรรม ชัดเจน โปร่งใส

4.6 การพัฒนาสถานเฝ้าระวังแต่ละแห่งอาจแตกต่างกัน ขึ้นกับความต้องการ และบริบทของชุมชนนั้น

4.7 ความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล มีความสำคัญมาก

5. ลักษณะและขอบเขตการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ : ยังคงลักษณะงานเดิมไว้ โดยเน้นการรักษาพยาบาลในระยะแรก และการปฏิบัติงานในชุมชนให้มากขึ้นในระยะต่อมา

ตารางที่ 2 งานและกิจกรรมบริการของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

งาน	กิจกรรมในสำนักงาน	กิจกรรมในชุมชน
ป้องกัน	1. ให้บริการวัคซีนป้องกันโรคในคลินิกเด็กดี 2. เฝ้าระวังและสอบสวนโรคทางวิทยาการระบาด 3. ค้นหา เฝ้าระวัง และลดความเสี่ยงของโรคจากการทำงาน 4. ภูมิสถาปัตย์ และการจัดการสิ่งแวดล้อมในสำนักงานและควบคุม 5. การป้องกันการติดเชื้อ งานควบคุมโรคและโรคเอดส์	1. งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ - ระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา - การให้วัคซีนป้องกันโรค 2. งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ - เฝ้าระวังพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภค - เฝ้าระวังการตรวจ ค้นหา ปัจจัยเสี่ยงและควบคุมโรคทางพันธุกรรม - ค้นหาปัจจัยเสี่ยง เฝ้าระวังการบาดเจ็บจากสาเหตุต่างๆ - เฝ้าระวังโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพสังคม - ให้คำแนะนำ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3. งานป้องกันและควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อม - เฝ้าระวังโรคจากสิ่งแวดล้อม - กระบวนการสนับสนุนให้ประชาชน

งาน	กิจกรรมในสำนักงาน	กิจกรรมในชุมชน
		มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม 4. งานป้องกันและควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ - กระบวนการค้นหา และเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม - กระบวนการค้นหา และเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม - กระบวนการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดความเสี่ยงของโรคจากการประกอบอาชีพ
งานสร้างเสริมสุขภาพ	1. งานแม่และเด็ก 1.1 บริการฝากครรภ์ (ANC) - ตรวจครรภ์ ตรวจปัสสาวะ วัดความดันโลหิต ให้วัคซีนป้องกันบาดทะยัก - ตรวจฟัน (รายใหม่) - จ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก - ตรวจเลือด 1.2 บริการตรวจหลังคลอด - ให้คำแนะนำในการวางแผนครอบครัว - วัดความดันโลหิต 2.งานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน	1. งานอนามัยแม่และเด็ก - บริการดูแลหญิงมีครรภ์อย่างครบถ้วน และมีประสิทธิภาพ - เฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง และปัญหาสุขภาพที่สำคัญในขณะตั้งครรภ์ - ดูแลและส่งเสริมสุขภาพทารกและเด็กก่อนวัยเรียน 2. งานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน - บริการตรวจสุขภาพ ค้นหาปัญหาของเด็กวัยเรียน และเยาวชน และให้บริการส่งเสริมสุขภาพให้นักเรียน

งาน	กิจกรรมในสำนักงาน	กิจกรรมในชุมชน
	3. งานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยแรงงาน - คลินิกวางแผนครอบครัว (FP) 4. งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - คลินิกผู้สูงอายุ	และเยาวชนในระบบโรงเรียน - ติดตามดูแลสุขภาพกลุ่มเยาวชนนอกระบบโรงเรียน - กระบวนการให้ความรู้เรื่องยาเสพติด 3. งานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยแรงงาน - เฝ้าระวังสุขภาพพื้นฐานทั่วไปให้แก่ประชากรวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี - บริการสุขภาพสำหรับผู้อยู่ในวัยเจริญพันธุ์อายุ 14-44 ปี - บริการสุขภาพสำหรับผู้อยู่ในวัยหลังเจริญพันธุ์ อายุ 45-59 ปี 4. งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - ส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการดูแลตนเอง - บริการให้คำปรึกษาสุขภาพทั่วไปแก่ผู้สูงอายุ - บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)
งานรักษาพยาบาล	1.งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น - OPD คัดกรอง ตรวจและรักษาโรคเบื้องต้น - ทัศนัยการเบื้องต้น เช่น ทำแผล ถอดเล็บ ฉีดยา ผ่าฝี เย็บแผล เอาสิ่งแปลกปลอมออกจากหู ตา จมูก - งานฉุกเฉิน เช่น ตามกระดูก ห้ามเลือด 2.งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการ 3.งานให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับปัญหา	1. งานเยี่ยมบ้าน (ในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาตามนัด กลุ่มเสี่ยง) - ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ - แนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วย - ทัศนัยการ เช่น ทำแผล เจาะน้ำตาลในเลือด ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายยางให้อาหาร

งาน	กิจกรรมในสำนักงาน	กิจกรรมในชุมชน
	สุขภาพ โรค 4.ระบบส่งต่อ บันทึก บส.08 เพื่อส่งต่อผู้ป่วยกรณีที่เกิดความสามารถของ PCU เช่น - โรคที่คุกคามต่อชีวิต เช่น โรคหัวใจ - อุบัติเหตุร้ายแรง เช่น มีการฉีกขาดของอวัยวะ อุบัติเหตุที่ศีรษะ สิ่งแปลกปลอมเข้าไปลึก	- วัดความดันโลหิต - ฟันฟูสุขภาพจากความพิการ
งานฟื้นฟูสภาพจากความพิการ	-	- ทำทะเบียน - กิจกรรมเยี่ยมบ้าน - กายภาพบำบัดที่บ้าน - การดูแลด้านสุขภาพจิต ให้คำแนะนำ

งานพิเศษอื่น ๆ ซึ่งต้องทำร่วมกันในระดับสถานบริการเครือข่ายระดับอำเภอ/นาหม่อม (CUP) โดยมีคณะกรรมการทั้งภาครัฐ ประชาชน เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น งานป้องกันควบคุมยาเสพติด งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก งานป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วง งานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ และงานบรรเทาสาธารณภัย เช่น อุทกภัย อุบัติเหตุหมู่

6. ตารางการปฏิบัติงานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU)

แต่ละหน่วยจะต้องประชุมปรึกษาในการกำหนดตารางปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการทำงานร่วมกัน ตัวอย่างเช่น ตารางที่ 3 แสดงกิจกรรมการบริการในแต่ละวันว่ามีอะไรบ้าง ซึ่งแต่ละหน่วยบริการอาจจะแตกต่างกันแล้วแต่สถานการณ์

ตารางที่ 3 กำหนดการปฏิบัติงานประจำสัปดาห์

วัน	08-00-12.00 น.	13.00-16.00 น.	16.00-20.00 น.
วันจันทร์	สรุปงาน	เยี่ยมประชาชนในชุมชน	ให้บริการที่ PCU
วันอังคาร	งาน ANC	เยี่ยมประชาชนในชุมชน	ให้บริการที่ PCU
วันพุธ	Well baby clinic	เยี่ยมประชาชนในชุมชน	ให้บริการที่ PCU
วันพฤหัสบดี	Family planing	เยี่ยมประชาชนในชุมชน	ให้บริการที่ PCU
วันศุกร์	สรุปงาน	เยี่ยมประชาชนในชุมชน	ให้บริการที่ PCU

การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ผู้ปฏิบัติให้ความคิดเห็นว่าสามารถปฏิบัติได้ แต่ทั้งนี้ต้องมีค่าตอบแทน ซึ่งอาจจะมีการปรับเปลี่ยนเวลาการปฏิบัติงานตามความต้องการของประชาชน

7. เครื่องมือและวิธีการที่ใช้ในการดำเนินงาน

7.1 ในขั้นต้นนี้ผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกคนได้ผ่านการฝึกอบรมการศึกษาชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นแล้ว กล่าวคือ 1) การทำแผนที่เดินดิน 2) การทำผังเครือญาติ 3) การศึกษาโครงสร้างและองค์กรชุมชน 4) การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับที่พึ่งด้านสุขภาพ 5) การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปฏิทินกิจกรรมของหมู่บ้าน 6) การศึกษาประวัติชุมชน และ 7) การทำประวัติชีวิต

7.2 ทีมผู้ปฏิบัติงานตกลงเลือกแฟ้มประวัติครอบครัวและแฟ้มดูแลสุขภาพประจำครอบครัวของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอระโนดและเทพา มาทดลองใช้ในเบื้องต้น โดยจะปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์อีกครั้ง

7.3 คู่มือการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งค่อนข้างกว้างเมื่อผู้ปฏิบัติได้ให้บริการไประยะหนึ่งแล้ว ประเด็นการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่ยังไม่ชัดเจน หรือกรณีที่ผู้ให้บริการไม่มีความมั่นใจ จะต้องมีการประชุมตกลงเพื่อทำแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจนขึ้น ซึ่งต้องประกอบด้วยแพทย์ และผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการ

7.4 การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อลดงานเอกสารและความซ้ำซ้อนในการจัดทำรายงานและเอกสาร ซึ่งคงต้องใช้เวลาและรอดูทิศทางของกระทรวงสาธารณสุข

8. การพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากร ที่ประชุมได้กำหนดแผนพัฒนาบุคลากร ดังนี้

8.1 ก่อนการดำเนินการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แบ่งได้ 2 ระยะ คือ

8.1.1 ระยะเตรียมบุคลากร โดยสร้างทีมปฏิบัติการในส่วนของพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาล ภายได้เงื่อนไขพื้นฐานที่ว่า ยินดีเข้าร่วมทีมด้วยความสมัครใจ มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดการบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ตั้งใจและเสียสละเพื่อชุมชน สามารถปฏิบัติงานนอกเวลาราชการได้ และขั้บรถจักรยานยนต์ได้

8.1.2 ระยะพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ แก่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จัดอบรม 2 รุ่น รุ่นละ 5 วัน ระหว่างวันที่ 17-28 มิถุนายน 2545 เป็นการอบรมฟื้นฟูความรู้ในการให้บริการ โดยครอบคลุมทั้งงานรักษา

พยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันและฟื้นฟูสภาพ พร้อมทั้งให้มีการประเมินผลหลังการอบรม และสอบถามความต้องการในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ประจำที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อจัดทำแผนในการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง (ดังตารางที่ 4) ทั้งนี้เพื่อให้มีความพร้อมและเพิ่มความมั่นใจแก่บุคลากร

8.2 การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เมื่อเริ่มมีการให้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแล้ว จะมีการประเมินผลการให้บริการ ประเมินผลหลักสูตรพื้นฐานที่ได้จัดอบรม และวิเคราะห์ความต้องการการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรแต่ละหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นระยะ ๆ

9. การติดตามประเมินผล

ผู้รับผิดชอบ คือ คณะทำงานวางแผนและประเมินผลของ หรือคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอหนองน้ำน้อยซึ่งรับผิดชอบ ติดตาม นิเทศ ประเมินผล และควบคุมกำกับ จะต้องสร้างและพัฒนาระบบและเครื่องมือในการประเมินผลที่ชัดเจน และส่งผลต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตารางที่ 4 กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน

วัน/เวลา	08.30-09.45 น.	10.00-12.00 น.	12.00-13.00 น.	13.00-14.30 น.	14.45-16.00 น.
จันทร์ที่ 17, 24 มิย. 45	ลงทะเบียนชี้แจงตาราง การอบรม	โรคติดเชื้อทางเดิน หายใจในเด็ก (ARIC) โดยคุณสำรวบ จินนกุล	พักรับประทาน อาหารกลางวัน	การตรวจร่างกายและการ รักษาเบื้องต้น โดย พญ. สุรชาติพย์ ธรรมชาติ	การตรวจร่างกายและการรักษา เบื้องต้น (ต่อ)
อังคารที่ 18, 25 มิย. 45	ฝึกปฏิบัติงาน	ฝึกปฏิบัติงาน	พักรับประทาน อาหารกลางวัน	การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาจารย์จาก คณะพยาบาล-ศาสตร์ ม. สงขลานครินทร์	การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการ บันทึก โดยคุณปรีดา หนูแดง
พุธที่ 19, 26 มิย. 45	ฝึกปฏิบัติงาน	ฝึกปฏิบัติงาน	พักรับประทาน อาหารกลางวัน	เทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ (IC)โดยคุณธนยา ศรีมาชะ	การปฐมพยาบาลและระบบการ ส่งต่อ โดยคุณอารี วิริกิจโกศล
พฤหัสบดีที่ 20, 27 มิย. 45	ฝึกปฏิบัติงาน	ฝึกปฏิบัติงาน	พักรับประทาน อาหารกลางวัน	การดูแลมารดา และทารก โดย นพ. ประวิทย์ วรรณโร รพ. หาดใหญ่	การดูแลมารดา และทารก (ต่อ)
ศุกร์ที่ 21, 28 มิย. 45	ฝึกปฏิบัติงาน	การใช้ยาใน PCU โดย ภก. นิรุจน์ รัตนะ ประพันธ์	พักรับประทาน อาหารกลางวัน	การตรวจพัฒนาการเด็กและ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดย *****	การตรวจพัฒนาการเด็กและ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ต่อ)

หมายเหตุ เวลา 09.45-10.00 น. และ 14.30-14.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง

สรุป

รูปแบบการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ 4 แห่ง ของอำเภอหนองม่อม มีโครงสร้างที่แตกต่างกัน ดังนี้ คือ

1. หน่วยบริการใหม่ จัดตั้งภายในโรงพยาบาล มีบุคลากรของโรงพยาบาลมาปฏิบัติงานประจำ

2. หน่วยบริการที่สถานีนอนามัย

2.1 หน่วยบริการที่ได้รับจัดสรรพยาบาลวิชาชีพมาปฏิบัติงานประจำเต็มเวลา

2.2 หน่วยบริการที่ได้รับจัดสรรพยาบาลวิชาชีพมาปฏิบัติงานประจำไม่เต็มเวลา

(3 วัน ต่อสัปดาห์)

2.3 หน่วยบริการที่มีเฉพาะบุคลากรเดิมของสถานีนอนามัย

ถึงแม้จะมีโครงสร้างด้านบุคลากรที่แตกต่างกัน แต่ทุกหน่วยมีเป้าหมายและกลยุทธ์การดำเนินงานร่วมกัน กล่าวคือ การเป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ เน้นการลงชุมชน การทำงานเป็นทีม เรียนรู้ร่วมกัน และการให้บริการที่ต่อเนื่อง ในช่วงของการดำเนินงานที่มิจัยจะศึกษาติดตามให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานของทั้ง 4 หน่วยบริการ ตลอดจนการขับเคลื่อน ติดตาม สนับสนุนของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และสถานีนอนามัยอีก 3 แห่ง ปรับและเปลี่ยนแปลงไปสู่สถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ

เอกสารอ้างอิง

ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. ใน ยงยุทธ พงสุภาพ. (บก.). (2542). แนวคิดในการพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขระดับ Primary Care. ใน ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข : กรณี ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา เป็นส่วนหนึ่งของบทเรียนจากประสบการณ์ของโครงการอยุธยาและเป็นการแสวงหาคำตอบว่าเวชปฏิบัติครอบคลุมเป็นไปได้หรือไม่ในประเทศไทย. นนทบุรี : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. หน้า 65-72.

ยงยุทธ พงสุภาพ. ใน ยงยุทธ พงสุภาพ. (บก.). (2542). หลักการพื้นฐานของระบบสาธารณสุขพึงประสงค์. ใน ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข : กรณี ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา เป็นส่วนหนึ่งของบทเรียนจากประสบการณ์ของโครงการอยุธยาและเป็นการแสวงหาคำตอบว่าเวชปฏิบัติ-ครอบคลุมเป็นไปได้หรือไม่ในประเทศไทย. นนทบุรี : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. หน้า 35-40.

สุณี วงศ์คงคาเทพ พงพิสุทธิ์ จงอุดมสุข และสุพัตรา ศรีวานิชชากกร. (2543). รายงานผลการดำเนินการโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ระยะที่ 1 ปี พ.ศ. 2540-2543. นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. (2544). แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาหน่วยบริการ-สุขภาพปฐมภูมิ ถาม – ตอบ ปัญหาการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (อัดสำเนา)

สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. (2544). (ร่าง) คู่มือ แนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ. (อัดสำเนา).

อุไร หัตถกิจ และคณะ. (2544). รายงานโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้. สงขลา.

บทที่ 5

ศักยภาพของประชาชน และองค์กรชุมชน ในการมีส่วนร่วมในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: อำเภอหนองม่อม จังหวัดสงขลา

บทนำ

การดำเนินงานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ในระบบบริการสุขภาพทุกฝ่าย ได้แก่ ประชาชน องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน รวมทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ให้บริการสุขภาพ การดำเนินงานบริการสุขภาพในอดีต ได้ให้ความสำคัญกับบุคลากรด้านสุขภาพมากกว่า จะเห็นได้จากความคิด แผนงานและการปฏิบัติมาจากบุคลากรด้านสุขภาพ ลักษณะของงานจะเป็นแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก

ลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมน้อยมากหรือไม่มีเลย เช่น การเป็นผู้รับคำสั่ง หรือผู้รับบริการ 2) การมีส่วนร่วมในลักษณะปานกลาง ได้แก่ การทำตามคำบอกเล่า หรือ คำปรึกษา หรือการเข้าร่วมงานบางส่วน และ 3) การมีส่วนร่วมในลักษณะสูง คือการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพในระดับที่เท่าๆ กัน หรือมากกว่า เช่น การมีส่วนในการควบคุมงาน จนกระทั่งการดำเนินงาน และควบคุมงานเองทั้งหมด (อุดม , 2545) การให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของชุมชนเข้มแข็ง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การพึ่งตนเองได้ และการอยู่ร่วมกันในชุมชนอย่างมีความสุข การเสริมสร้างให้คนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนามากยิ่งขึ้น มีส่วนช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้การพัฒนาส่วนรวมมีความยั่งยืน (ศูนย์พัฒนาบัณฑิตอาสา มหาวิทยาลัยทักษิณ, 2542) ประชาชน และ องค์กรของชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพน้อย จะส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขภาพไม่ประสบความสำเร็จ ไม่สามารถนำไปสู่เป้าหมายของสุขภาพดีของประชาชนได้ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงได้รับการตราไว้ในรัฐธรรมนูญ มาตรา 46 คือ "รัฐต้องส่งเสริม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจทุกระดับ" สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบลในด้านการบริการสุขภาพก็ได้รับการส่งเสริมพัฒนาอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน จนมีแนวคิดการถ่ายโอนงานสาธารณสุขระดับตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำเริง, 2544) เพื่อให้ตอบสนองต่อเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญที่มุ่งให้อำนาจแก่ชุมชน ในการจัดการตนเองได้มากขึ้น

ในระบบสุขภาพใหม่ ในยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติ ได้ให้ความสำคัญกับบทบาทของภาคประชาชน องค์กรการบริหารส่วนตำบล ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้

สามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนมากที่สุด โดยพยายามส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและดำเนินการด้านสุขภาพมากขึ้น จากการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้ของอุไรและคณะ พบว่าได้มีการเสนอแนะการดำเนินงานในรูปแบบของการมีคณะกรรมการสุขภาพชุมชน ซึ่งเชื่อว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถกระตุ้นให้ภาคประชาชนและชุมชนตื่นตัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง และจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน ได้เป็นอย่างดี (อุไร และคณะ, 2544)

เพื่อให้การดำเนินการส่งเสริมบทบาทของประชาชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลด้านศักยภาพของประชาชน และองค์กรชุมชน ในการมีส่วนร่วมในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คณะผู้วิจัยฯ จึงได้ทำการศึกษาศักยภาพของประชาชน และองค์กรชุมชน ในการมีส่วนร่วมในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาอำเภอนาหม่อม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาศักยภาพของประชาชน และองค์กรชุมชน ในการมีส่วนร่วมในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในพื้นที่อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ครอบคลุมพื้นที่ 4 ตำบล คือ ตำบลนาหม่อม ตำบลพิจิตร ตำบลคลองหรีด และตำบลทุ่งขมิ้น

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 43 คน ประกอบด้วย

- ตัวแทนประชาชน
- ผู้ใหญ่บ้าน
- อบต.
- อสม.
- ตัวแทนกองทุนหมู่บ้าน
- ตัวแทนของชมรมต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วง ตุลาคม 2545 - กุมภาพันธ์ 2546 โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ คือ การสนทนากลุ่มกับตัวแทนประชาชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนอื่นๆ จำนวน 43 คน โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. ที่ผ่านมาท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในชุมชนมากน้อยเพียงใด หากไม่มีส่วนร่วมมาก่อน เป็นเพราะเหตุใด มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง
2. ท่านคิดว่าท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในชุมชนในลักษณะใด
 - ด้านแรงงาน
 - ด้านความคิด
 - ด้านกำลังทรัพย์
 - ด้านอื่นๆ
3. ท่านคิดว่าจุดอ่อน / จุดแข็งของชุมชนด้านการพัฒนาสุขภาพของชุมชนมีอะไรบ้าง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทีมผู้วิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และบุคลากรในพื้นที่ร่วมกันกำหนดผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ ของแต่ละตำบล ให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ ตำบลละประมาณ 15 คน
2. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือเชิญจากคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อเชิญให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ตามวันเวลาที่กำหนด สำหรับสถานที่สนทนากลุ่ม อาจจะเป็น วัด โรงเรียนหรืออื่น ๆ ที่สะดวกในการเดินทางของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนั้นนักวิจัยในพื้นที่ยังช่วยติดตาม และช่วยเตือนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เข้าประชุมอย่างพร้อมเพรียงกันตามวัน เวลา และสถานที่ที่ได้ตกลงกันได้
3. ดำเนินการสนทนากลุ่ม ตามแนวคำถาม ขณะสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะบันทึกข้อความการสนทนา พร้อมทั้งบันทึกเทปการสนทนาด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จากข้อมูลที่ถูกผู้วิจัยได้บันทึก และจากการถอดเทปการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย

ศักยภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล ในสถานบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิของอำเภอนาหม่อมจะนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ ในระดับอำเภอ และในระดับตำบล ซึ่งเป็นที่ตั้งของแต่ละ PCU

1. ในระดับอำเภอ

1) การจัดตั้งคณะกรรมการสวัสดิการสุขภาพอำเภอนาหม่อม

ทีมผู้วิจัยฯ ได้เชิญผู้นำชุมชน และตัวแทนประชาชน เข้าร่วมให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษา อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา โดยผู้วิจัยได้เชิญครูชบ ยอดแก้ว ซึ่งเป็นผู้นำชุมชน และเป็นผู้ริเริ่มกองทุนสัจจะออมทรัพย์ที่เป็นที่รู้จักทั่วประเทศ มาร่วมให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชนโดยชุมชน ในที่ประชุมผู้นำชุมชน และตัวแทนประชาชนมีความเห็นว่าจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนของชุมชน เพื่อมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพของอำเภอ โดยได้ร่วมเสนอชื่อและแต่งตั้งตัวแทนของทุกตำบลเข้าร่วมเป็นกรรมการ จำนวน 20 คน และภายหลังได้ปรับโดยใช้ชื่อว่า คณะกรรมการสวัสดิการสุขภาพอำเภอนาหม่อม มีวาระการทำงาน 2 ปี มีรายละเอียดดังนี้คือ

1.1) องค์ประกอบของคณะกรรมการ

1.1.1) คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพอำเภอนาหม่อม

- ประธานคณะกรรมการ 1 คน

เลขานุการ 1 คน

- กรรมการฝ่ายจัดกิจกรรมและวิชาการ (ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่าย 1 คน

เลขา 1 คน และกรรมการ 2 คน)

- กรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์ (ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่าย 1 คน เลขา 1

คน และกรรมการ 2 คน)

- กรรมการฝ่ายจัดหาทุน (ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่าย 1 คน เลขา 1 คน

และกรรมการ 2 คน)

1.1.2) คณะที่ปรึกษาคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพอำเภอนาหม่อม

ประกอบด้วยนักธุรกิจ นักวิชาการ และผู้ทรงคุณวุฒิที่อยู่ทั้งภายในและภายนอกชุมชน ที่คณะกรรมการร่วมกันพิจารณาแต่งตั้ง จำนวน 6 คน

1.2) หน้าที่รับผิดชอบของคณะกรรมการและคณะกรรมการแต่ละฝ่าย

1.2.1) คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพอำเภอหนองหาน มีหน้าที่

- ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อสะท้อนปัญหา และความต้องการของประชาชน
- สร้างกระแสสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน และปลูกกระแสเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวเพื่อสร้างประชาคมสุขภาพวางนโยบายให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน
- วางแผน/จัดทำโครงการ
- ร่วมกับชุมชนจัดกิจกรรม/ประสานงานกับกลุ่มชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมกับประชาชนในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ
- จัดตั้งกองทุนสุขภาพหมู่บ้าน

1.2.2) คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดกิจกรรมและวิชาการ มีหน้าที่

- สร้างเครือข่ายสุขภาพ จัดให้มีการพบปะสังสรรค์ของกลุ่ม/ชมรม
- สร้างสุขภาพในอำเภอหนองหาน เพื่อหาแนวทางในการทำงานร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพ
- จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่นการบริโภคอาหารที่ถูกต้องโภชนาการส่งเสริมให้มีบริการการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพระดับต้นด้วยตนเอง

1.2.3) คณะอนุกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์ มีหน้าที่

- จัดทำสื่อสุขภาพ เช่นแผ่นพับ เทป
- เผยแพร่ให้ชุมชนทราบบทบาทของกรรมการส่งเสริมสุขภาพชุมชน
- เชิญชวน ปลูกกระแสประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

1.2.4) คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดหาทุน

- ประสานงานกับกองทุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในอำเภอหนองหาน ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการจัดหาทุนในการสร้างเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้คณะกรรมการสวัสดิการสุขภาพอำเภอหนองหานยังได้มีการเคลื่อนไหวเพื่อจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นกองทุนที่มีเป้าหมายหลักในการให้การสนับสนุนสมาชิกของกองทุนด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล และสนับสนุนด้านการจัดโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนโดยรวม เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในชุมชน อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน โดยได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อหาแนวทางในการจัดตั้ง

กองทุนสุขภาพชุมชน คณะกรรมการดังกล่าวได้มีการประชุม และให้ความเห็นว่าจะเริ่มดำเนินการที่ละพื้นที่ โดยจะเริ่มที่ตำบลพิจิตรก่อน เพราะมีความพร้อมและผู้นำชุมชนเข้มแข็ง บทเรียนและประสบการณ์จากการดำเนินงานในตำบลพิจิตร จะได้ใช้เป็นแนวทางในการขยายการจัดตั้งของกองทุนสุขภาพของตำบลอื่นต่อไป

2) การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทั้งอำเภอ

2.1) ชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุในอำเภอนาหม่อม มีทั้งที่เกิดขึ้นโดยการจัดตั้งของประชาชนเอง ได้แก่ชมรมผู้สูงอายุตำบลนาหม่อม และที่จัดตั้งโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน ในพื้นที่ตำบลอื่น ๆ กิจกรรมที่จัดส่วนใหญ่เน้นการออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุตำบลนาหม่อม มีผู้สูงอายุจากพื้นที่อื่น มาร่วมกิจกรรมด้วย กิจกรรมการออกกำลังกายที่จัด เช่น การรำมวยจีน เวลา 17.00-18.00 น. ทุกวัน โดยทางชมรมจะจัดหาสถานที่ เครื่องเสียง และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้ แต่พบว่าสมาชิกเข้าร่วมค่อนข้างน้อย เนื่องจาก

- เวลาในการจัดกิจกรรมไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

- การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ประชาชนส่วนใหญ่ เข้าใจว่าจัดให้เฉพาะสมาชิกเท่านั้น จึงไม่เข้าร่วมกิจกรรม

2.2) กลุ่มกีบจักรยาน

กลุ่มกีบจักรยาน ปัจจุบันมีสมาชิกประมาณ 80 คน นำโดยอาจารย์ จากโรงเรียนวัดธรรมโษษิต มีสมาชิกทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่ 7 ปี ถึง 60 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เข้าเป็นสมาชิกตามความสมัครใจ ไม่ได้เก็บค่าสมาชิก การประชาสัมพันธ์กิจกรรมของชมรมอาศัยการบอกต่อกันไป กิจกรรมที่ทำคือรวมกลุ่มกันปั่นจักรยานทุกตอนเย็น ในวันเสาร์ อาทิตย์ และวันหยุดพิเศษ กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เข้มแข็งมาก และได้รับความสนใจจากสมาชิกมาก คาดว่าจะเป็นกลุ่มที่ขยายใหญ่ขึ้น

2.3) กลุ่มแอโรบิค มีผู้นำเป็นชาวบ้านในชุมชนที่เป็นที่ยอมรับว่ามีความสามารถ ก่อตั้งมาเป็นเวลา 2 ปีแล้ว มีสมาชิกประมาณ 70-80 คน มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ทุกตอนเย็นบริเวณสถานีรถไฟนาม่วง

อุปสรรคในการดำเนินโครงการคือ สถานที่ไม่สะดวก ต้องหยุดกิจกรรมเมื่อมีรถไฟผ่าน ถ้าทางชมรมหาสถานที่ใหม่ได้ อบต. พร้อมที่จะให้การสนับสนุน เรื่องการปรับสถานที่ และเครื่องอำนวยความสะดวกอื่น ๆ อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางส่วนยังพอใจในสถานที่เดิม เนื่องจากมีความคุ้นเคยกับสถานที่มานาน

2. ในระดับตำบล

สำหรับศักยภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรท้องถิ่น ในสถานบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิในระดับตำบล หรือระดับ PCU ซึ่งมีทั้งสิ้น 4 ตำบล คือ

- ตำบลนาหม่อม	มี	10	หมู่บ้าน
- ตำบลพิจิตร	มี	6	หมู่บ้าน
- ตำบลคลองหรี	มี	6	หมู่บ้าน
- ตำบลทุ่งขมิ้น	มี	7	หมู่บ้าน

รายงานนี้จะนำเสนอข้อมูลในระดับตำบลในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ 1) กลุ่มและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนที่มีบทบาทในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 2) กิจกรรมด้านสุขภาพที่ดำเนินอยู่ และการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของชุมชน 3) การวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งด้านพัฒนาการบริการสุขภาพชุมชน

2.1) ตำบลนาหม่อม

2.1.1) กลุ่มและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนที่มีบทบาทในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กลุ่มที่มีความเข้มแข็ง ในตำบลนาหม่อม ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มฌาปนกิจ ซึ่งได้รับความร่วมแรงร่วมใจจากชาวบ้านอย่างแข็งขัน

2.1.2) กิจกรรมด้านสุขภาพที่ดำเนินอยู่ และการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของชุมชน ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากเป็นชุมชนที่อยู่ใกล้กับตำบลพิจิตร ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลนาหม่อม และเป็นศูนย์กลางของการคมนาคม มีสถานีรถไฟ และการตลาด ดังนั้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตำบลนาหม่อมมักทำร่วมกับตำบลพิจิตร กิจกรรมที่ประชาชนเข้าร่วมมากได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค และการถีบจักรยาน อย่างไรก็ตามประชาชนในตำบลนาหม่อมได้สะท้อนปัญหาว่า ใน PCU มีอุปกรณ์การออกกำลังกายอยู่บ้าง ประชาชนบางส่วนเคยไปใช้บริการในช่วงเย็น นอกเวลาราชการ แต่เดี๋ยวนี้ไม่ได้ใช้แล้ว เพราะเจ้าหน้าที่ PCU ลือคฤณแจไว้ ไม่อนุญาตให้ประชาชนเข้าไปใช้ จึงมีความเห็นว่ามันจะสนับสนุนให้ประชาชนได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพมากกว่านี้ โดยจัดการบริการให้เป็นระบบ และอาจจะเก็บค่าบริการอุปกรณ์บ้างก็ยินดีให้ความร่วมมือ

2.1.3) จุดอ่อนจุดแข็งด้านพัฒนาการบริการสุขภาพชุมชน

จุดแข็ง

- ชาวบ้านรับรู้ว่าคุณชุมชนมีความสามัคคี ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

จุดอ่อน

- ชาวบ้านมองว่าจุดอ่อนของชุมชนอยู่ที่การประชาสัมพันธ์ของส่วนราชการต่าง ๆ

- สิ่งแวดล้อม ปัจจุบันยังไม่มีระบบกำจัดขยะของตำบล ไม่มีที่ทิ้งขยะเนื่องจากยังหาซื้อที่สำหรับทิ้งขยะไม่ได้ ชาวบ้านเมื่อรู้ว่าจะซื้อที่เพื่อทิ้งขยะ ก็จะไม่ยอมขายให้ อบต. เคยทำเรื่องขอกำจัดขยะร่วมกับเทศบาลบ้านพรุ แต่ทางเทศบาลบ้านพรุไม่ตกลง บริเวณที่เป็นปัญหาเรื่องขยะมากที่สุดคือ บริเวณตลาด ชาวบ้านต้องการให้เป็นความรับผิดชอบของ อบต. ซึ่งเป็น เจ้าของตลาด ส่วนขยะในครัวเรือนชาวบ้านแก้ปัญหาโดยการกำจัดขยะเอง ด้วยการ เผา ผึ่ง หรือบางคนก็ทำงานในอำเภอลาดใหญ่ จะแก้ปัญหาโดยการเอาขยะใส่ถุง แล้วเอาไปทิ้งในตัวเมืองลาดใหญ่ มีบางรายเอาขยะไปโยนทิ้งในที่ดินของผู้อื่น สร้างความขัดแย้งกับเจ้าของที่ดินอย่างมาก

แนวทางในการแก้ไขที่นำเสนอโดย อบต. คือจะแยกขยะ และนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ โดย อบต. และกรรมการหมู่บ้านจะเป็นผู้ชี้แจงเรื่องการแยกขยะที่ส่งทำลาย และขยะที่ขายได้ อบต. จะเป็นผู้ติดต่อผู้รับซื้อขยะเพื่อนำกลับไปใช้ประโยชน์ใหม่ หรือดำเนินการเป็นธนาคารขยะ ซึ่งจะเป็นหนทางที่ลดจำนวนขยะที่ต้องส่งทำลายลง เป็นการลดภาระเรื่องการกำจัดขยะของตำบล

- ขาดแหล่งอาหารธรรมชาติในตำบล ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่ได้ปลูกผักกินเอง เนื่องจากไม่สะดวก ไม่มีเวลา เคยปลูกผักปลอดสารพิษ และรวมกลุ่มเพื่อปลูกผักปลอดสารพิษแต่ไม่ประสบความสำเร็จ จึงเลิกปลูก มีการรณรงค์ให้ปลูกผักกินรั้ว เช่น ตำลึง ผักหวาน ผักโขม ซึ่งเป็น ผักที่มีประโยชน์ และไม่ต้องใช้ยาฆ่าแมลง แต่ยังไม่เป็นที่แพร่หลายเท่าที่ควร ชาวบ้านที่ปลูกผักขาย ยังใช้ฟูราดาลไว้ที่ก้นหลุม เพื่อป้องกันแมลง ส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้เรื่องการใช้ยาฆ่าแมลง อาหารการกินของชาวบ้าน ส่วนใหญ่ ซื้ออาหารสำเร็จรูป ไม่ค่อยได้ปรุงเอง

2.1.4) ความต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ประชาชนพร้อมที่จะให้ความร่วมมือด้านแรงงานและความคิด หากมีการร้องขอจากส่วนราชการหรือ อบต. สำหรับการให้การสนับสนุนด้านกำลังทรัพย์ ยังให้คำตอบไม่ได้ จนกว่าจะเห็นวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานที่ชัดเจน

2.2) ตำบลพิจิตร

2.2.1) กลุ่มและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนที่มีบทบาทในการสนับสนุนด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังตารางที่ 5

- กลุ่มออมทรัพย์ เป็นกลุ่มองค์กรที่เข้มแข็งที่สุดในพื้นที่ โดยเฉพาะหมู่ที่ 1 เริ่มก่อตั้งเมื่อปี 2521 ปัจจุบันมีทุนทรัพย์ประมาณเกือบ 20 ล้านบาท มีการจัดการในเรื่องสวัสดิการ เช่น การกู้ยืมเป็นหลัก นอกจากนี้มีการสนับสนุนทุนการศึกษา และค่ารักษาพยาบาล 1,000 บาท/คน/ปี และค่าฌาปนกิจแก่สมาชิก เนื่องจากกลุ่มออมทรัพย์ของตำบลพิจิตร เป็นกลุ่มที่มีความเข้มแข็งมากที่สุดในอำเภอนาหม่อม จึงจะนำเสนอรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับกองทุนต่าง ๆ ในตำบลพิจิตร เพื่อให้เห็นศักยภาพของชุมชนด้านนี้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาให้เกิดความเข้มแข็งของกองทุนต่าง ๆ ยิ่ง ๆ ขึ้น และขยายการดำเนินงานของกองทุนให้มีบทบาทด้านบริการสุขภาพของชุมชนมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 5 แสดงรายละเอียดของกองทุนต่าง ๆ ในตำบลพิจิตร

ชื่อกองทุน	ปีที่ก่อตั้ง	สถานที่	จำนวนสมาชิก	จำนวนเงินฝากสะสม หุ้นรวม	กองทุนสวัสดิการ	สวัสดิการด้านสุขภาพ
กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต	2521	หมู่ 1	862	16,901,600	389,200	มี
กลุ่มพัฒนาอาชีพเกษตรกรชาวสวนยางบ้านเนินพิจิตร	2541	หมู่ 1	64	32,000	13,743	มี
กลุ่มน้ายางบ้านหินลับ	2539	หมู่ 1	66	129,923	18,000	มี
กลุ่มน้ายางบ้านนาคลอง	2538	หมู่ 1	93	200,000	40,000	มี
กลุ่มออมทรัพย์บ้านโคกทั้ง	2542	หมู่ 2	55	93,250	-	ไม่มี
กลุ่มซื้อน้ายางสดบ้านโคกทั้ง	2542	หมู่ 2	26	40,000	30,000	มี
กลุ่มออมทรัพย์บ้านโคกพยอม	2542	หมู่ 3	172	703,000	20,000	มี
กองทุนพัฒนาอาชีพและออมทรัพย์บ้านพลีควาย	2543	หมู่ 4	157	375,500	20,000	มี
กองทุนบ้านทุ่งนาหวาน	2543	หมู่ 5	83	773,773	-	ไม่มี
กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิตบ้านทุ่งนาหวาน	2543	หมู่ 5	81	152,200	20,000	มี
สหกรณ์กองทุนสวนยางพิจิตรจำกัด	2539	หมู่ 6	132	372,230	10,000	มี
กลุ่มศูนย์สาธิตเพื่อการตลาด หมู่ 6	2544	หมู่ 6	120	117,300	10,000	มี
กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิตหมู่ 6	2541	หมู่ 6	305	1,126,582	30,000	มี
รวม			1,634	18,731,182	459,200	

สำหรับสวัสดิการที่กองทุนให้การสนับสนุนมีดังต่อไปนี้

1. ทุนสำรอง
2. สาธารณะประโยชน์
3. การรักษาพยาบาล
4. การศึกษาของบุตรสมาชิก
5. การพัฒนาบุคลากร/การดูงาน
6. การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาส
7. การสงเคราะห์สมาชิกถึงแก่กรรม
8. การจัดงานศพโดยไม่มีดอกเบี๋ยแก่สมาชิก
9. การส่งเสริมด้านกีฬาเยาวชน
10. ด้านพัฒนากลุ่ม

กองทุนทุกกองทุนที่มีสวัสดิการให้แก่สมาชิก จะมีสวัสดิการด้านสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล หรือการสนับสนุนการด้านกีฬาเยาวชนอยู่ด้วย ขณะนี้คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพอำเภอหนองน้ำน้อยกำลังศึกษา และรณรงค์ให้เกิดการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนของตำบลพิจิตร เพื่อดูแลสวัสดิการด้านสุขภาพของประชาชนในตำบล และสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพของชุมชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ปัญหาและอุปสรรคที่กลุ่มออมทรัพย์ประสบมีดังต่อไปนี้

1. สมาชิกกู้ยืมเงิน ค้างชำระ ไม่คืนเงินตามสัญญา
2. สมาชิกกู้เงินไปแล้ว ไม่ใช้ตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ไม่มีแผนงานที่ชัดเจน
3. สมาชิกไม่สนใจในการสร้างสรรค์งานใหม่ ๆ นอกจากงานประจำที่ทำอยู่แล้ว
4. ไม่มีอาคารที่ทำการถาวรของกลุ่ม
5. คณะกรรมการยังไม่รู้บทบาทหน้าที่ ขาดความสนใจ ขาดการประชุม

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนในชุมชน

1. จัดสัมมนาให้สมาชิกเข้าใจ ปฏิบัติตามระเบียบมากยิ่งขึ้น สร้างแรงจูงใจใน

การทำงาน

2. อยากให้สถาบันองค์กรการเงินสนับสนุนด้านเงินทุน เงินหมุนเวียน จัดใน

รูปเงินสวัสดิการ เงินสมทบทุน โดยไม่มีดอกเบี๋ย ไม่มีเงื่อนไขมากเกินไปกับกลุ่ม

- กองทุนน้ำยางสด เป็นการรวมกลุ่มน้ำยางเพื่อขายตรงให้โรงงาน โดยไม่ผ่านพ่อค้าคน

กลาง

- กลุ่มร้านค้าชุมชน เป็นการรวมหุ้น (เงิน) เพื่อซื้อสินค้าอุปโภค-บริโภคมาจำหน่ายประชาชนในราคาที่เป็นธรรม ถ้ามีกำไรก็แบ่งคืนแก่ผู้ถือหุ้น

- กลุ่มแชร์แรงงาน เป็นการรวมกลุ่มกันทำงาน โดยผลัดเปลี่ยนกันไปทำงานของคนที่มา รวมกลุ่มกัน เช่น การถางป่า ทำนา เกี่ยวข้าว ปกติจะมีสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

- กลุ่มเลี้ยงสัตว์ เป็นการรวมกลุ่มกันคิด แต่แยกกันไปทำของตัวเอง แล้วนำของมารวมกัน ขายด้วยกันจึงมี สโลแกนว่า “รวมกันคิด แยกกันทำ รวมกันขาย” มีการเลี้ยงสัตว์หลายชนิด เช่น หมู วัว ไก่ ปลา เป็นต้น

- กลุ่มอนุรักษ์ประเพณีและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เช่น กลุ่มกลองยาว หมู่ 1 กลุ่มอนุรักษ์ สิ่งแวดล้อมที่เน้นสอนเด็กในโรงเรียน แล้วให้เด็กไปสอนผู้ใหญ่

- กลุ่มเยาวชนเล่นกีฬา ส่วนใหญ่ไม่เป็นทางการ แต่ อบต. จะเป็นฝ่ายสนับสนุน โดยการ จัดกีฬาระดับตำบลขึ้น ปีละครั้ง เช่น ฟุตบอล เป็นต้น

- กลุ่มแม่บ้าน

ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มองค์กรภายในตำบลพิจิตร จะเห็นว่าส่วนใหญ่ยังเน้นเรื่องการทำมาหากินเป็นส่วนใหญ่

2.2.2) กิจกรรมด้านสุขภาพที่ดำเนินอยู่ และการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของชุมชน พบว่าการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในชุมชนของคนตำบลพิจิตร จะเป็นในลักษณะ ด้านแรงงาน มีความต้องการให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้นำด้านความคิด ส่วน อบต. จะสนับสนุนด้านการ จัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมของ PCU และการแข่งขันกีฬา รวมทั้งการร่วมมือกำจัดขยะ เป็นครั้งคราว

2.2.3) จุดอ่อน/จุดแข็งของชุมชนด้านการพัฒนาบริการสุขภาพของชุมชน

จุดแข็ง

1. คนตำบลพิจิตรส่วนใหญ่ขยันในการทำมาหากิน
2. มีกองทุนที่เข้มแข็ง
3. รวมตัวกันได้ดี มีการรวมกลุ่มหลายกลุ่ม
4. มีผู้นำชุมชนเข้มแข็ง

จุดอ่อน ที่สำคัญคือต้องการผู้นำด้านความคิด

2.2.4) ความต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ส่วนใหญ่ชาวตำบลพิจิตร พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือด้านแรงงาน ส่วนด้านกำลังทรัพย์ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม และจำนวนเงินที่ต้องการ ซึ่งจะต้องพิจารณาเป็นกรณี ๆ ไป

2.3) ตำบลคลองหรั่ง

2.3.1) กลุ่มและองค์กรต่างๆ ในชุมชนที่มีบทบาทในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- กลุ่ม อบต. เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชน โดยการกำหนดให้มีการแข่งขันกีฬาประจำปี และมีการชักชวนให้มีการเล่นตระกร้อตอนเย็น ๆ เป็นต้น

- กลุ่ม อสม. ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความเห็นตรงกันว่า อสม. มีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างมาก โดยเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ และมักมีบทบาทสำคัญในกลุ่มอื่นๆ อีกด้วย เช่น กลุ่มเฝ้าระวัง กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มกองทุนหมู่บ้านในชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“อสม. คือพลังของชุมชน”

“ไม่ว่าใครทำอะไร อสม. ช่วยทั้งนั้น”

“เรามาทำด้วยใจ ทำเพราะอยากช่วยชุมชน”

- กลุ่มกองทุน ขณะนี้มีการก่อตั้งกองทุนเรียกกลุ่มเมนู 5 เป็นลักษณะเหมือน สหกรณ์ออมทรัพย์ที่มีการรับสมัครสมาชิก และเสียค่าสมาชิก หากสะสมได้เท่าไร ทางจังหวัดก็จะสมทบเท่ากับที่สะสมได้ โดยที่สมาชิกสามารถกู้ยืมได้ไม่ว่าเพื่อการลงทุน การศึกษา หรือเพื่อสุขภาพ แต่ว่าส่วนใหญ่จะเป็นการกู้ยืมเพื่อการศึกษาบุตรมากกว่า

2.3.2) กิจกรรมด้านสุขภาพที่ดำเนินอยู่ และการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของชุมชน ผู้ให้ข้อมูลในตำบลคลองหรั่งส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค เช่น การรณรงค์การแพร่ระบาดของไข้เลือดออก ผู้ให้ข้อมูล และประชาชนจะช่วยกัน ออกไปให้คำแนะนำ และคว่ำภาชนะที่มีน้ำขังได้ทั่วหมู่บ้าน

2.3.3) จุดอ่อน/จุดแข็ง ด้านการพัฒนาสุขภาพของชุมชน

จุดแข็ง

- ขณะนี้ชุมชนคลองหรั่ง ได้มีการพัฒนาสถานที่ท่องเที่ยว คือน้ำตก ไตนลาด เพื่อให้เป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งพบว่ากำลังเป็นที่นิยมมากในชุมชน ทุกวันหยุด หรือวันสุดสัปดาห์ ชาวบ้านจะไปเที่ยว หรือนำอาหารไปรับประทาน และนิยมไปเป็นครอบครัว

- ชุมชนคลองหรั่งมีวัด 1 แห่ง และสำนักสงฆ์ 1 แห่ง เจ้าอาวาสวัดได้เปิดสอนศาสนาแก่เด็ก ๆ ในชุมชน ทุกวันศุกร์เย็น และวันเสาร์ อาทิตย์

- มีบริการแพทย์พื้นบ้าน เช่น โนราลงครุ หมอบีบ ซึ่งมีผู้เข้ารับบริการมากพอสมควร

จุดอ่อน

- ประชาชนที่เป็นเพศชาย ตั้งแต่วัยรุ่นเป็นต้นไปเกือบร้อยละ ๗๐ ติดสุราที่ผลิตเองในชุมชน ตั้งแต่รัฐบาลให้ถือเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย

2.3.4) ความต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการพัฒนาสุขภาพ จากการ

สัมภาษณ์กลุ่มผู้นำชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน พบว่าทุกคนมีความต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน และมองว่าปัจจุบันก็ได้มีส่วนร่วมอยู่บ้างแล้ว ซึ่งการมีส่วนร่วมที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าจะให้ได้ คือการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และสนับสนุนด้านกำลังแรงงาน

2.4) ตำบลทุ่งขมิ้น

2.4.1) กลุ่มและองค์กรต่างๆ ในชุมชนที่มีบทบาทในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตำบลทุ่งขมิ้น เป็นตำบลที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนน้อยมาก ตัวแทนชาวบ้านเคยให้ข้อมูลว่าเคยไปช่วยในการก่อสร้าง ต่อเติมอาคารสถานีนอนามัย แต่ไม่มีข้อมูลว่าชาวบ้านเคยมีส่วนร่วมในด้านการแสดงความคิดเห็น หรือออกกำลังทรัพย์ในการพัฒนาบริการสุขภาพของชุมชนแต่อย่างใด

2.4.2) กิจกรรมด้านสุขภาพที่ดำเนินอยู่ และการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของชุมชน ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา ได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ มีสมาชิกประมาณ 50 คนผู้ก่อตั้ง คือ เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยทุ่งขมิ้น แต่ไม่ค่อยมีการประชุม กิจกรรมจะจัดเป็นครั้งคราวไม่สม่ำเสมอ เช่น การออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิค มีการจ้างครูมาสอนแอโรบิค โดยเก็บเงินจากผู้ที่มาร่วมออกกำลังกายคนละ 5บาท/ วัน แต่หลังจากครูสอนกลับไป ก็มิได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากขาดแรงจูงใจและกำลังทรัพย์ในการสนับสนุนกิจกรรม ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า กิจกรรมนี้ยังคงมีความสำคัญ และควรที่จะจัดในช่วงเย็น โดยประชาชนมีความสนใจในกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น การร่ำรวยเงิน สำหรับกิจกรรมอื่น ๆ ยังไม่มีการดำเนินการสำหรับด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพของชุมชน ประชาชนยินดีให้ความร่วมมือ ด้านแรงงาน เช่นที่ผ่านมาเคยไปช่วยในการก่อสร้าง ต่อเติมอาคารสถานีนอนามัย (ชั้นล่าง) ส่วนการมีส่วนร่วมด้านการให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับบริการสุขภาพ และการสนับสนุนกำลังทรัพย์ ที่ผ่านมาชาวบ้านยังไม่เคยให้การสนับสนุนด้านดังกล่าวมาก่อนเลย

2.4.3) การวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งด้านพัฒนาการบริการสุขภาพชุมชน

จุดแข็ง

1. มีแพทย์พื้นบ้าน เช่น หมอวิทย์ ที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น และมีผู้มาใช้บริการจำนวนมาก ทั้งในพื้นที่ และนอกพื้นที่

2. อสม. ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้วยดี ทุกครั้งที่สถานีนอนามัยขอความร่วมมือ เช่น การสำรวจจุด. การแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบเมื่อมีผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่ โครงการป้องกันไข้เลือดออก โดยการกำจัดลูกน้ำ ยุงลาย เป็นต้น

จุดอ่อน

1. ทศนคติของชาวบ้านที่มีต่อเจ้าหน้าที่อนามัยไม่ค่อยดี การที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไม่ลงพื้นที่ ไม่ได้ไปเยี่ยมบ้าน ทำให้สัมพันธภาพระหว่างสองฝ่ายไม่ค่อยดี ชาวบ้านจึงมักไปใช้บริการที่อื่นเมื่อมีการเจ็บป่วย เช่น โรงพยาบาลนาหม่อม คลินิกเอกชน เป็นต้น

2. ชาวบ้านขาดความสามัคคี และไม่ค่อยมีความคิดสร้างสรรค์ในการทำกิจกรรมเพื่อชุมชนของตนเอง แต่จะรอความช่วยเหลือจากภาครัฐ และคิดว่าเป็นหน้าที่ของภาครัฐในการพัฒนาสุขภาพชุมชน

3. อสม. ทราบปัญหาของชาวบ้านแต่จะไม่กล้าเสนอต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เนื่องจากเป็นบุคคลในพื้นที่ และทุกคนต่างเป็นเครือญาติกัน

2.4.4) ความต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการพัฒนาสุขภาพประชาชนพร้อมที่จะให้ความร่วมมือด้านแรงงาน หากมีการร้องขอจากราชการ หรือ อบต. สำหรับการให้การสนับสนุนด้านกำลังทรัพย์ ยังให้คำตอบไม่ได้ จนกว่าจะเห็นตัวโครงการ วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน และผลที่จะได้รับที่ชัดเจน

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาด้านศักยภาพของประชาชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่าที่ผ่านมาภาคประชาชน และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ยังมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนน้อยมาก ดังจะเห็นได้จากกลุ่ม และองค์กรต่าง ๆ ที่ดำเนินการอยู่ในชุมชนปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำมาหากิน เช่น กลุ่มเลี้ยงสัตว์ กลุ่มน้ำยางสด กลุ่มร้านค้าชุมชน กลุ่มแม่บ้าน รวมทั้งกลุ่มออมทรัพย์ต่าง ๆ ล้วนมีจุดประสงค์หลักในการส่งเสริมการทำมาหากินทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์กิจกรรมของกลุ่มต่าง ๆ ดังกล่าว โดยเฉพาะกลุ่มกองทุนต่าง ๆ จะเห็นว่า เริ่มให้ความสำคัญกับการให้การสนับสนุนสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้น เกือบทุกกองทุนมีการจัดสรรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกของกลุ่ม

กลุ่มกองทุนเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพสูง มีความเข้มแข็ง และได้รับความสนใจจากประชาชนมาก จึงเป็นส่วนที่น่าจะให้ความสนับสนุน เพื่อให้การดำเนินงานของกลุ่มเข้มแข็งยิ่งขึ้น และสามารถขยายบทบาทของกองทุนต่าง ๆ ในชุมชนให้มีบทบาทด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนมากยิ่งขึ้น เป็นที่น่ายินดีที่กลุ่มผู้นำชุมชน (กรรมการสุขภาพชุมชน) มีความเห็นพ้องกันว่าเห็นควรหาแนวทางในการขยายความร่วมมือจากกองทุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ให้มีกองทุนสุขภาพชุมชนเพื่อดูแลด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างจริงจัง เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือ

การจัดบริการสุขภาพ เพื่อการตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงของชุมชน ได้แก่ การบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีมากในชุมชน เป็นต้น

สำหรับกิจกรรมด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบสุขภาพ จากข้อมูลที่ดีศึกษาสามารถสะท้อนให้เห็นว่า ประชาชนมีความตื่นตัวด้านการจัดให้มีกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ดังจะเห็นได้จาก การที่ประชาชนเป็นฝ่ายริเริ่มโครงการออกกำลังกายในชุมชนหลายโครงการ เช่น กลุ่มแอโรบิค และกลุ่มทีกักยาน เป็นต้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ดำเนินการอย่างไม่เป็นทางการ นำโดยผู้นำชุมชนโดยธรรมชาติ ได้แก่ ครู หรือข้าราชการเกษียณ กลุ่ม แม่บ้าน หรือ อสม. เป็นต้น กลุ่มเหล่านี้จะเกิดจากการรวมตัวของผู้ที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน แล้วพัฒนากฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของกลุ่มอย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน ทั้งลักษณะของกิจกรรม เวลาในการจัดกิจกรรม ทำให้กลุ่มเป็นที่นิยม และเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งจะมีความยั่งยืนของโครงการมากกว่า เป็นที่น่าสังเกตว่า โครงการในลักษณะเดียวกัน ที่ริเริ่มจัดโดยเจ้าหน้าที่ของ PCU เช่น ชมรมผู้สูงอายุที่จัดโดย PCU นาหม่อม หรือ โครงการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่จัดโดย PCU ทุ่งขมิ้น จะไม่ได้รับความสนใจจากประชาชนเท่าที่ควร และไม่มีความยั่งยืน โครงการดังกล่าวทั้งสองโครงการได้เลิกล้มไปแล้ว และประชาชนในตำบลนาหม่อมได้ไปรวมตัวกันเองเพื่อจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นใหม่ ซึ่งปัจจุบันยังดำเนินการอยู่ ถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคในการดำเนินการบ้าง ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า ในพื้นที่อำเภอนาหม่อมยังมีปัญหาเรื่องสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ สุขภาพในชุมชนกับประชาชน และประชาชนอาจจะยังมีทัศนคติที่ไม่ดี ไม่มีความไว้วางใจ เจ้าหน้าที่สุขภาพ ดังจะเห็นได้จากสถิติของการใช้บริการของประชาชนใน PCU ยังมีน้อยมาก ประชาชนยังนิยมไปใช้บริการคลินิกเอกชนในอำเภอนาหม่อม โรงพยาบาลนาหม่อม รวมทั้ง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และคลินิกเอกชนในอำเภอหาดใหญ่ที่อยู่ใกล้ ๆ ทำให้ไม่เห็นความสำคัญของ PCU ในพื้นที่ สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ของ PCU กับประชาชนทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาศักยภาพของชุมชนด้านการบริการสุขภาพ กลยุทธ์ที่ผู้ให้ข้อมูลของตำบลพิจิตร เสนอคือ ให้เจ้าหน้าที่สุขภาพเข้าถึงประชาชนให้มากขึ้น โดยการออกพื้นที่และเยี่ยมบ้าน ทำให้ประชาชนได้รับข่าวสาร และมีความรู้สึกที่ดีมาก ผู้ให้บริการสุขภาพควรเข้าร่วมประชุมหมู่บ้านซึ่งมีเป็นประจำทุกเดือน นอกจากนั้นยังมีเสียงสะท้อนจากผู้นำชุมชนว่า “จะจัดกลุ่มรักษาสุขภาพ” และอยากให้ประชาชน รวมทั้งผู้ให้บริการ “ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ นำพาสุขภาพดี ถ้วนหน้า”

กลุ่มของประชาชนที่มีบทบาทมากด้านสุขภาพในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่ม อสม. ซึ่งสามารถทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับประชาชนได้เป็นอย่างดี บทบาทของ อสม. ส่วนใหญ่ จะเป็นตัวกลางในการส่งต่อข้อมูลข่าวสารระหว่าง เจ้าหน้าที่และประชาชน นอกจากนั้น ยังเป็นคนสำคัญในการชักชวนให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ของสถานบริการ

สุขภาพ เช่น การรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก โครงการให้วัคซีนแก่เด็ก เป็นต้น ข้อมูลจากการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่า อสม. เป็นกลุ่มที่มีความเข้มแข็งในชุมชน และกลุ่มนี้มักจะมีบทบาทในกลุ่มอื่นๆ รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ดังนั้นกลุ่ม อสม. จึงเป็นกลุ่มที่น่าจะให้ความสำคัญ และสนับสนุนให้มีบทบาทในด้านสุขภาพอย่างจริงจัง และยั่งยืน

บทบาท และศักยภาพขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในด้านการพัฒนาสุขภาพของชุมชนยังค่อนข้างจำกัด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่มีประสบการณ์ในการจัดบริการด้านสุขภาพ ซึ่งผู้นำชุมชนได้สะท้อนให้เห็นว่าต้องการคำแนะนำด้านนี้จากเจ้าหน้าที่สุขภาพ และยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อมีการร้องขอ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา อบต. ได้แสดงบทบาทด้านการสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพมากขึ้น โดยการให้งบประมาณสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพ เช่น การสนับสนุนงบประมาณบางส่วนแก่ PCU นานหม่อมในการฝึกอบรมชาวบ้าน เรื่องการนวดไทย เพื่อจะได้ขยายบริการของ PCU ด้านการแพทย์แผนไทย งบประมาณสนับสนุนน้ำยาเคมีฆ่ายุง งบประมาณด้านการกีฬา หรือการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาทางเข้าโรงพยาบาลนานหม่อม การแสดงบทบาทของ อบต. ดังกล่าว เป็นการสะท้อนให้เห็นว่า อบต. ให้ความสำคัญกับด้านสุขภาพของชุมชน ดังนั้นการพยายามส่งเสริมให้ อบต. เข้ามามีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพของชุมชนอย่างจริงจัง จะสามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพของชุมชนให้เข้มแข็งขึ้นได้ บทบาทของกรรมการสุขภาพชุมชนซึ่งมีองค์ประกอบส่วนหนึ่งเป็น อบต. น่าจะเป็นช่องทางอันหนึ่งในการส่งเสริมให้ อบต. มีบทบาทด้านสุขภาพของชุมชน

โดยสรุป อำเภอนานหม่อม มีประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีศักยภาพมาก แต่ยังไม่สามารถดึงศักยภาพของชุมชนออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์กับชุมชนเท่าที่ควร การชักจูงให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับประชาชน และกลยุทธอื่น ๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่องและโยงสู่การพัฒนาบริการสุขภาพของชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. เสนอให้พิจารณาจัดสรรงบประมาณ เพื่อศึกษาบทบาทของคณะกรรมการสวัสดิการสุขภาพอำเภอนานหม่อม โดยเฉพาะในส่วนของการหาแนวทางในการสนับสนุนการจัดให้มีกองทุนสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นส่วนที่ชุมชนมีศักยภาพทั้งในด้านความตื่นตัว และการตระหนักถึงความสำคัญของกองทุนสุขภาพชุมชน ของประชาชน และผู้นำชุมชน นอกจากนั้นอำเภอนานหม่อมยังอยู่ใกล้ชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ด้านกองทุน และมีผู้เชี่ยวชาญด้านกองทุนที่สามารถขอคำปรึกษาได้โดยง่ายในอำเภอใกล้เคียง

2. เสนอให้เร่งพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ และประชาชนในชุมชน เพื่อสร้างความไว้วางใจ ศรัทธาต่อสถานบริการ และเจ้าหน้าที่สุขภาพในสถานบริการระดับปฐมภูมิ พัฒนาให้มีความเชื่อมโยงระหว่างภาคประชาชนและภาคบริการ โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า ภาคบริการสุขภาพควรเข้าไปถึงประชาชน การไปออกพื้นที่และเยี่ยมบ้าน ทำให้ประชาชนได้รับข่าวสารและมีความรู้สึกดีมาก ผู้ให้บริการสุขภาพควรเข้าร่วมประชุมหมู่บ้านซึ่งมีเป็นประจำทุกเดือน

เอกสารอ้างอิง

ศูนย์พัฒนาบัณฑิตอาสา มหาวิทยาลัยทักษิณ. (2542). แนวคิดการใช้เงินตราในการพัฒนาคน. เอกสารประกอบการฝึกอบรมบัณฑิตอาสา: คู่มือการทดลองปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาแบบยั่งยืน. โครงการส่งเสริมบัณฑิตอาสาเพื่อการพัฒนาแบบยั่งยืน ศูนย์พัฒนาบัณฑิตอาสา มหาวิทยาลัยทักษิณ.

สำเริง แหยมกระโทก. (2544). การวิจัยและพัฒนา: การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การปฏิรูประบบสาธารณสุข และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์.

อุดม พานทอง. (2545). แนวคิดและวิธีการทำงานในชุมชน. เอกสารประกอบการการสอนรายวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน 2. คณะพยาบาลศาสตร์

อุไร หัตถกิจ และคณะ. (2544). รายงานโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สภาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

บทที่ 6

ศักยภาพของพยาบาล ทีมสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คำนำ

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ขอบเขตของรายงานนี้ครอบคลุมการประมวลข้อมูล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ศักยภาพของพยาบาล ทีมสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นกรณีศึกษาของอำเภอหนองหาน

กรอบแนวคิด

ศักยภาพ หมายถึง พลังความสามารถที่แฝงอยู่และสามารถที่จะทำให้ปรากฏ ความสามารถในการปัจจุบันเป็นได้ทั้งเครื่องชี้หรือสะท้อนศักยภาพของอดีต เป็นเครื่องบ่งบอกศักยภาพของอนาคต การปรากฏของศักยภาพขึ้นกับความสามารถของบุคคลหรือสิ่งนั้น และเงื่อนไขเชิงบริบทที่เป็นได้ทั้งตัวขัดขวางหรือสนับสนุนการแสดงศักยภาพ การวิเคราะห์ศักยภาพของพยาบาล ทีมสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะต้องคำนึงถึง 1) ความเป็นบุคคล หรือความเป็นองค์กรนั้นๆ ซึ่งครอบคลุม การศึกษา อบรม ประสบการณ์ ความคิดเห็น ทักษะ และ การปฏิบัติ และ 2) เงื่อนไขเชิงบริบท เช่น ขอบเขตความรับผิดชอบ ทีมงาน นโยบาย ปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ

วิธีการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดคำถามของการศึกษาโดยมี กรอบคำถามในการประเมินศักยภาพ ดังนี้
 - 1.1 ท่านมีความเห็นต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการพัฒนาสถานอนามัยให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างไร?
 - 1.2 ประสบการณ์ของท่านเกี่ยวกับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นอย่างไร?
 - 1.3 การปฏิบัติงานของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร? มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง
 - 1.4 ท่านคิดว่าหน่วยบริการฯ ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ เป็นสถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ แล้วหรือยัง? หากยังไม่เป็น ท่านคิดว่าควรมีการดำเนินการในเรื่องใดบ้าง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการเป็น “สถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ”
 - นอกจากคำถามหลัก 4 ข้อนี้ จะมีคำถามที่เฉพาะของบุคลากรแต่ละกลุ่ม เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร
 2. รวบรวมข้อมูล โดยใช้การสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เจาะลึก
 3. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการประชุมทีมวิจัย นำเสนอข้อมูลที่ได้ และสังเคราะห์ข้อมูลสรุปที่ประชุมให้ความหมาย จัดหมวดหมู่ แล้วให้สรุปรวบยอด
- ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย

พยาบาลวิชาชีพ 4 ซึ่งปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้รับบริการที่หน่วยบริการ

ข้อมูลและผลการวิเคราะห์

พยาบาล : พยาบาลวิชาชีพ 4 คนที่สมัครใจมาปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 8-13 ปี มีเหตุผลในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) ที่หลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น

1. เหตุผลส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ ชอบทำงานชุมชน เป็นคนในพื้นที่ อยากพัฒนาบ้านเกิด ไม่ต้องอยู่ภายใต้การทำให้มีเวลากับครอบครัว มั่นใจในความสามารถของตน
2. ลักษณะงาน: เป็นงานที่ใกล้ชิดประชาชน มีอิสระในการทำงานมากขึ้น มีโอกาสแสดงศักยภาพได้เต็มที่ เข้าถึงรากเหง้าของภาวะสุขภาพ หน่วยงานเล็กจะสามารถพูดคุยเปิดใจกันได้
3. เป็นนโยบายของรัฐและหน่วยงาน

พยาบาลทั้ง 4 ราย เห็นว่า “งาน PCU เน้นการปฏิบัติงานในชุมชน มุ่งสร้างสุขภาพและป้องกันโรค และให้การดูแลต่อเนื่องและเป็นองค์รวม ประชาชนทุกคนรอบตัวมีเจ้าหน้าที่ประจำ ที่ประชาชนจะสะดวกและสามารถมาขอคำปรึกษาและการบริการได้ทุกปัญหา และได้อย่างต่อเนื่อง” ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของงาน PCU

ขอบเขตและลักษณะการปฏิบัติงานที่ PCU

ในช่วงที่ผ่านมา (ก.ย. 45-มี.ค. 46) ซึ่งเป็นช่วงเวลาของการลงมือปฏิบัติที่หน่วยบริการตามข้อตกลงร่วมกัน พบว่าลักษณะงานที่ทำได้แก่ การตรวจรักษาเบื้องต้น การให้บริการสุขภาพที่บ้าน งานควบคุมการติดเชื้อ การให้วัคซีน การค้นหาผู้ป่วยในชุมชน การให้สุขศึกษาซึ่งสามารถกระทำได้เมื่อให้การตรวจรักษาและการเยี่ยมบ้าน การสร้างความเข้าใจกับชุมชน เช่น การสร้างความเข้าใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาล เป็นต้น การเป็นผู้ประสานงานระหว่างหน่วยงาน เช่น ระหว่างผู้รับบริการกับโรงพยาบาล โรงพยาบาลกับสถานีอนามัย สถานีอนามัยกับหน่วยงานภายนอก เห็นได้ว่าพยาบาลนอกจากจะมีบทบาทเป็นผู้ให้บริการ (Care provider) แล้ว ยังมีบทบาทเป็นผู้สอน ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ประสานงาน

ปัญหาอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงานที่ PCU

ขึ้นอยู่กับโครงสร้างของ PCU ในกรณีของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล มีปัญหาที่ความไม่ชัดเจนของขอบเขตงานระหว่าง PCU และ OPD ของโรงพยาบาล บุคลากรของหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาลไม่ทราบและไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ และที่มาของหน่วย PCU ในโรงพยาบาล การมี PCU และ OPD ของโรงพยาบาลในบริเวณที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ดูเหมือนแข่งขันกัน

พยาบาล 3 คน จากฝ่ายการพยาบาลระบุว่าในช่วงแรกต้องทบทวนทักษะบางอย่าง เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ งานสุขภาพจิต เป็นต้น นอกจากนั้นยังรู้สึกว่าไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเท่าที่ควร ในเรื่องการพิจารณาความดีความชอบ ยานพาหนะ และสวัสดิการในการเข้าชุมชน ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า “การปฏิบัติงานในชุมชน เป็นงานที่มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุจากการเดินทาง เป็นงานหนักที่เหนื่อยและร้อน” สำหรับหน่วยบริการที่สถานีอนามัย พยาบาลที่ไปปฏิบัติงานรู้สึกขัดข้องใจ เพราะไม่มีอำนาจสั่งการ งานต่างๆ จึงต้องปฏิบัติเองเกือบทั้งหมด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หัวหน้าสถานีอนามัยและบุคลากรมองว่าพยาบาลลงไปช่วยงานเท่านั้น และกลัวการเปลี่ยนแปลงที่ว่าพยาบาลจะมาเป็นผู้นำแทนหัวหน้าสถานีอนามัย

การมาเฝ้าตรวจของบุคลากรจากโรงพยาบาลไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงาน เนื่องจากบุคลากรของโรงพยาบาลไม่ได้อยู่ในสายงานการบังคับบัญชาของผู้ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย นอกจากนั้นงบประมาณทางด้านการส่งเสริมยังมีไม่เพียงพอ

กระบวนการทำงานและผลลัพธ์

หน่วยบริการฯ ในโรงพยาบาล ซึ่งทีมงานทุกคนมีจุดเริ่มต้นที่หน่วยนี้พร้อมกัน ทำให้ได้ใช้วิธีการทำงานเป็นทีมมากที่สุด ตั้งแต่ทำความเข้าใจขอบเขตงาน กำหนดเป้าหมายและแผนดำเนินการร่วมกัน ใน 2 เดือนแรกเป็นการให้บริการที่หน่วยบริการ และตามเยี่ยมผู้รับบริการเฉพาะรายเท่านั้น เนื่องจากในช่วงแรกยังมีปัญหาขอบเขตความรับผิดชอบของ PCU และ OPD ในโรงพยาบาล ในเดือนต่อมาจึงเริ่มปฏิบัติงานในชุมชน โดยแบ่งพื้นที่กันรับผิดชอบ แต่จะออกพื้นที่ด้วยกัน 2 คน เพื่อความมั่นใจในเรื่องความปลอดภัย แต่ละสัปดาห์จะประชุม สรุปงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันแก้ปัญหาที่พบ สำหรับหน่วยบริการฯ ที่สถานีอนามัย พยาบาล 2 คน ซึ่งปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย มีกระบวนการทำงานที่แตกต่างกันตามบุคลิกและประสบการณ์ คุณลำเจียก (นามสมมุติ) เป็นผู้ที่มีความมั่นใจในตนเองสูง ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยสัปดาห์ละ 3 วัน เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์งาน กำหนดการปรับปรุงงานใช้วิธีการทำหรือแสดงให้ดู หัวหน้าสถานีอนามัยและบุคลากรยอมรับในความรู้ความสามารถของคุณลำเจียก โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรักษาพยาบาล สำหรับการปฏิบัติงานในชุมชน คุณลำเจียกติดตามเยี่ยมเฉพาะรายที่มารับบริการ เนื่องจากต้องปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2 วัน คุณลำเจียก (นามสมมุติ) ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยอีกแห่งหนึ่ง เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน พูดคุยทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องงาน รับผิดชอบเรื่องการตรวจรักษาเป็นหลัก ศึกษาพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ ปฏิบัติงานในชุมชนพร้อมกับเจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัย และสร้างสัมพันธภาพกับชุมชน

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่ PCU คุณเกสร (นามสมมุติ) จากหน่วยบริการในโรงพยาบาลให้ข้อมูลว่า “ชาวบ้านพอใจมากที่สุดที่สุขภาพไปเยี่ยมบ้าน ทำให้ทัศนคติและสัมพันธภาพของชาวบ้านต่อทีม

สุขภาพดีขึ้นมาก ให้ความร่วมมือต่อโครงการรณรงค์ต่างๆ อย่างดี การให้วัคซีนครอบคลุม 100 เปอร์เซ็นต์” ข้อมูลของคุณเกษตรสอดคล้องกับชาวบ้านในหมู่บ้านที่คุณเกษตรรับผิดชอบ ชาวบ้านรู้สึกดีมาก ที่มีพยาบาลมาที่หมู่บ้านทุกสัปดาห์ เพราะรู้สึกอบอุ่นใจ มีปัญหา อยากรู้อะไรเกี่ยวกับสุขภาพก็สามารถถามได้ สำหรับผลของการปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย คุณลำเจียก คุณลำดวน และเจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยให้ข้อมูลตรงกันว่า “มีผู้มารับบริการการตรวจรักษาเพิ่มขึ้นและมีความพึงพอใจ มีการติดตามเยี่ยมผู้มารับบริการ หรือผู้รับบริการที่ส่งต่อจากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่เปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานเดิม เช่น การฉีดยา และเทคนิคควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ มีระบบการบันทึกชัดเจนขึ้น มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน แก้ไขปัญหาาร่วมกันทุกวันศุกร์”

ข้อเสนอของพยาบาลที่มาปฏิบัติงานที่ PCU

1. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนา PCU

1.1 หมุนเวียนผู้บริหารสถานีอนามัย และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยสรรหาผู้ที่มีความมุ่งมั่นต้องการพัฒนาปรับปรุงสถานีอนามัยอย่างจริงจัง เพราะจะมีผลต่อการปฏิบัติต่อบุคลากรระดับปฏิบัติงานอย่างมาก

1.2 จัดสรรให้มีพยาบาลวิชาชีพครั้งละ 2 คน ในปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย 1 แห่ง เพื่อเพิ่มน้ำหนักของการเปลี่ยนแปลงโดยลดจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเดิมลง

1.3 สายงานการนิเทศและการบังคับบัญชาควรไปด้วยกัน ปัจจุบันพยาบาลจากโรงพยาบาลเป็นผู้นิเทศติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่สถานีอนามัย แต่ไม่อยู่ในสายการบังคับบัญชาของสถานีอนามัย จึงไม่มีผลต่อการให้คุณให้โทษและไม่ก่อให้เกิดการปรับปรุง

1.4 การจัดให้มีผู้บริหารเครือข่ายสุขภาพของอำเภอที่ไม่ใช่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้บริหารเครือข่ายมีเวลาให้กับเครือข่ายเต็มร้อย อย่างไรก็ตามจะต้องมีระบบการพัฒนาผู้ที่ดำรงตำแหน่งนี้ ตลอดจนการมอบหมายอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน

2. ข้อเสนอสำหรับพยาบาลที่จะปฏิบัติงานที่ PCU

2.1 บุคลิกภาพและคุณสมบัติ

- มีประสบการณ์ในบทบาทของพยาบาล
- มีความมั่นใจในตนเอง ทั้งด้านความรู้และทักษะ
- มีความรอบรู้ สามารถอธิบายได้ทั้งสุขภาพ สังคม และการเมือง
- มีทักษะการสื่อสาร มีเหตุผล สามารถอธิบายให้เข้าใจได้และชัดเจน
- รู้จักแก้ปัญหาเฉพาะหน้า
- มนุษยสัมพันธ์ดี ยืดหยุ่น
- เสียสละ ทั้งกำลังทรัพย์ และเวลา

2.2 การเตรียมตัวในการปฏิบัติงานที่ PCU

- เตรียมใจ ต้องชอบงานชุมชน การทำงานใกล้ชิดกับชาวบ้าน

⑩ เตรียมกาย ร่างกายต้องเข้มแข็ง ทนแดดทนฝน เตรียมครีมนกันแดด

- เตรียมความรู้ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการเข้าถึงชุมชน
- ความสามารถในการใช้ยานพาหนะ เช่น ซีมอเตอร์ไซด์
- การรู้จักเพื่อนร่วมงาน

ในภาพรวมคณะผู้วิจัยเห็นว่าพยาบาลมีศักยภาพในการปฏิบัติงานที่ PCU สูง เนื่องจากพยาบาลมีประสบการณ์ที่ได้จากหลักสูตรการศึกษา และการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน เป็นวิถีทางในการเพิ่มทักษะการให้การรักษามือต้นอย่างมาก พยาบาลผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีเจตคติที่ดีต่องาน PCU เข้าใจหลักการและเป้าหมายของ PCU ได้ถูกต้อง แต่การปฏิบัติหรือดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้หรือไม่ขึ้นขึ้นกับโครงสร้างและบริบทของ PCU นั้น ๆ กรณีอำเภอหนองหานมัย PCU ในโรงพยาบาลเป็นหน่วยที่ดำเนินการได้ใกล้เคียงเป้าหมายมากที่สุด สำหรับสถานื่อนามัยคงเป็นไปได้ยากที่พยาบาล 1 คน ซึ่งปฏิบัติงานในฐานะผู้ไปช่วยงานจะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนและขับเคลื่อนสถานื่อนามัยไปสู่ความเป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจในช่วงเวลาจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้บริหารและบุคลากรของสถานื่อนามัยไม่ต้องการการเปลี่ยนแปลง นอกจากนั้นพยาบาลยังอาจเกิดอาการเหนื่อยหน่าย หากรู้สึกว่าได้ไม่ได้รับความร่วมมือ สนับสนุน หรือทำงานหนักอย่างโดดเดี่ยว พยาบาลผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนา PCU (ดังได้กล่าวแล้ว)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานื่อนามัย

ผู้ให้ข้อมูล เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานื่อนามัย 4 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 1 คน มีประสบการณ์การทำงานที่สถานื่อนามัยตั้งแต่ 1 ปี ถึง 20 ปี ทั้ง 4 คน มีมุมมองต่อ PCU ทั้งที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันบ้าง โกสุม(นามสมมุติ) เห็นว่า “งาน PCU ที่สถานื่อนามัยก็เพื่อให้สถานื่อนามัยเป็นสถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ รู้ปัญหาชุมชน มองชุมชนและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ส่วนงานเดิมของสถานื่อนามัยก็มีส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู แต่บุคลากรแยกกันทำงานแต่ละส่วน” สมชายซึ่งอยู่ประจำที่สถานื่อนามัยมานานกว่า 15 ปี เห็นว่า “เป็นการเอางานเดิมของสถานื่อนามัยมาจัดใหม่ ให้คนทำงานต้องทำงานทุกด้าน ยังมองไม่เห็นวิธีใหม่จะดีกว่าเดิมอย่างไร ผู้บริหารก็พูดไม่ชัดเจนว่าจะเอาอย่างไรดี” สมโภชน์ ซึ่งอยู่ประจำที่สถานื่อนามัยนานถึง 20 ปี มองว่า “งาน PCU ก็คืองานเดิมของสถานื่อนามัย แต่ปรับให้เหมาะสมมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการติดตาม วิเคราะห์ อย่างไรก็ตามการจัดระบบใหม่ให้ได้ผล ต้องมีความพร้อมในเรื่องคนและงบประมาณ โดยส่วนตัวยังไม่เชื่อว่าระบบ PCU ใหม่จะแก้ปัญหาชุมชนได้” สมคิด เห็นว่า “งาน PCU คือ งานที่สถานื่อนามัยทำมาก่อน แต่งาน PCU เน้นการลงชุมชนมากกว่า และมีวิชาชีพอื่นร่วมลงชุมชนด้วย เช่น แพทย์ พยาบาล สถานื่อนามัยเดิมก็ทำงานคล้าย PCU แต่ไม่ได้แบ่งผู้รับผิดชอบพื้นที่ในชุมชนชัดเจน เจ้าหน้าที่รู้แต่ชาวบ้านไม่รู้” โดยสรุปผู้ให้ข้อมูลเห็นว่างาน PCU คืองานสถานื่อนามัยเดิม ที่ต้องทำให้ดีขึ้น เป็นองค์รวม และลงชุมชนมากขึ้น สำหรับการไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ทุกคนให้ความสำคัญที่ผู้บริหารจะต้องจริงจัง ชัดเจน และติดตามอย่างเป็นระบบ

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในปัจจุบัน

ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า “ใช้เวลากับการทำรายงานและเอกสารมากที่สุด รองลงมาเป็นงานประชุมเร่งด่วนของอำเภอ การปฏิบัติงานในชุมชนมีน้อย” เมื่อถามว่าโอกาสที่สถานีอนามัยจะเป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจมีมากน้อยเพียงใด ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย เห็นว่าเป็นไปได้ยาก อีก 3 รายเห็นว่า ปัจจุบันยังไม่ใช่ แต่ในอนาคตมีความเป็นไปได้ แต่ต้องมีปัจจัยและแรงขับเคลื่อนจาก 1) ผู้บริการ ต้องให้ความสำคัญ จริงจัง และจริงใจ ให้ความ ให้กำลังใจ และติดตามงาน สาธารณสุขอำเภอ ต้องเข้าใจงาน PCU ชัดเจน ติดตามงานของทุกสถานีอนามัย จัดระบบงานใหม่ งานที่ไม่เกี่ยวข้องกับ PCU น่าจะให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบ 2) ปัจจัยสนับสนุน เช่น งบประมาณดำเนินการที่เพียงพอ ยานพาหนะและน้ำมันเชื้อเพลิงในการเข้าชุมชน ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกสถานที่ และนอกเวลาราชการ ระบบข้อมูลที่ลดความซับซ้อน 3) ปัจจัยด้านบุคลากร ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีแพทย์ พยาบาล ลงปฏิบัติงานร่วมด้วย 4) มีระบบการติดตามประเมินผลที่โปร่งใสเป็นธรรม

สำหรับการเรียนรู้ที่ได้จากการมีพยาบาลมาปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าได้เรียนรู้เรื่องการตรวจรักษาขั้นต้น และเทคนิคบางประการ อย่างไรก็ตามกิจกรรมการรักษาพยาบาลบางอย่าง เช่น การสวนปัสสาวะ การสอดใส่สายยางลงกระเพาะอาหาร ผู้ให้ข้อมูลทุกคนบอกว่ากลัวไม่กล้าทำ เพราะไม่มีพื้นฐานดีพอ และไม่มีความหมายรองรับ

ทีมสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ผู้ให้ข้อมูล คือ แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

แพทย์ : โรงพยาบาลนาหม่อมมีแพทย์ประจำ 2 คน แพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องกับงาน PCU ใน 2 ลักษณะ คือ

1. ในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีบทบาทสำคัญในการเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ รับการส่งต่อ การทำ clinical practice guideline และผู้ตรวจรักษาในการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่เป็นครั้งคราว
2. ในฐานะประธานคณะกรรมการเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอ สถานบริการสุขภาพของอำเภอ ซึ่งรับผิดชอบในการพัฒนาทีมงาน กำหนดนโยบายและทิศทางของ PCU การบริการและจัดการคนและงบประมาณ การสร้างแรงจูงใจ การติดตามประเมินผล และการบริหารความขัดแย้ง

จากการที่อำเภอนาหม่อมมีแพทย์ประจำเพียง 2 คน ทำให้การจัดสรรเวลาของแพทย์สำหรับงาน PCU และประธานเครือข่ายฯ มีค่อนข้างจำกัด นอกจากนั้นโดยประสบการณ์และการศึกษา แพทย์เน้นหนักเฉพาะการตรวจรักษาเป็นสำคัญ ซึ่งงานที่เกี่ยวข้องกับ PCU เป็นงานที่มีขอบเขตกว้างและหลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเน้นบทบาทของประธานเครือข่ายฯ ข้อสังเกตที่ทีมวิจัยได้จากการดูงาน คือ อำเภอที่มีแพทย์ประจำมากกว่า 2 คน แพทย์ซึ่งรับผิดชอบงานประธานเครือข่ายฯ มีเวลาและดำเนินงาน PCU ได้ดี เช่น อำเภอระโนด และอำเภอเทพา

ทันตแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน ปัจจุบันโรงพยาบาลมีทันตแพทย์ 2 คน มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับงาน PCU คือ การประเมินผลการป้องกันด้านทันตกรรม การกำหนดชุดบริการสำหรับกลุ่มผู้รับบริการเฉพาะ เช่น หญิงตั้งครรภ์ เด็กวัยเรียน และเด็กก่อนวัยเรียน และการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่เป็นครั้งคราว

เภสัชกรของโรงพยาบาลชุมชน รับผิดชอบดูแลคลังยาของโรงพยาบาล และPCU ดูแลร้านขายยา การคุ้มครองผู้บริโภค การให้คำปรึกษา และเผยแพร่ให้ความรู้เรื่องยาแก่เจ้าหน้าที่และประชาชน

จะเห็นว่าแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ก็มีบทบาทสำคัญในงาน PCU แต่มีลักษณะที่เฉพาะไม่ครอบคลุมงานทั้ง 4 ด้านที่ PCU รับผิดชอบ ทั้งนี้มาจากข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรที่มีน้อย การศึกษาประสบการณ์ที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง

องค์กรที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญได้แก่ คณะกรรมการเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอหนองนาหม่อม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มอาชีพในชุมชน

คณะกรรมการเครือข่ายสถานพยาบาลของอำเภอ เป็นองค์กรที่สำคัญของงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพราะเป็นองค์กรที่กำหนดนโยบาย กำหนดทิศทางของ PCU พิจารณาจัดสรรทรัพยากร การสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาระบบที่เอื้ออำนวยต่องานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ องค์ประกอบของคณะกรรมการในปัจจุบัน ประกอบด้วยบุคลากรจากโรงพยาบาล สำนักงานสถานีอนามัย และหัวหน้าสถานีอนามัย เพื่อให้คณะกรรมการเครือข่ายฯ สามารถมองมิติทางสุขภาพได้อย่างครอบคลุม คณะผู้วิจัยเห็นว่าควรให้นายอำเภอ และประธาน อบต. มีส่วนร่วมในคณะกรรมการเครือข่ายฯ ด้วย ในฐานะที่ปรึกษาหรือกรรมการ นอกจากนั้นกรรมการทุกคนจะต้องมีบทบาทในการผลักดันให้องค์กรมีความเข้มแข็ง และสามารถขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ ที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การมีงบประมาณสำหรับขับเคลื่อนระบบและกระบวนการต่างๆ ซึ่งดูเหมือนว่าคณะกรรมการเครือข่ายฯ ของอำเภอหนองนาหม่อมมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณอย่างมาก

สสอ. มีบทบาทสำคัญมากในการพัฒนาสร้างความเข้มแข็งให้ สอ. เนื่องจากเป็นสายงานบังคับบัญชาโดยตรง ปัจจุบัน สสอ. ทำหน้าที่คล้ายองค์กรประสานงาน และรวบรวมข้อมูล ซึ่งความจริงแล้วควรมีบทบาท และความรับผิดชอบให้มากกว่าที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาระบบการประเมินผลสถานีอนามัย

สอ. มีบทบาทและความรับผิดชอบโดยตรงในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ด้วยจำนวน สอ. ทั่วประเทศที่มีมากกว่า 7000 แห่ง จึงเป็นองค์กรที่น่าจะมีศักยภาพที่สร้างผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน แต่ลักษณะการปฏิบัติงานที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันของสถานีอนามัยที่มุ่งเน้นการทำงานเป็นส่วน โดยมีรายงานเป็นตัวชี้บ่งผลลัพธ์ของงาน ทำให้ความเป็นองค์กรรวมของบุคคล ครอบครัว และชุมชนไม่ได้รับการดูแลและตอบสนอง ในขณะที่ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนผ่าน ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งได้แสดงความไม่เข้าใจและไม่เห็นความจำเป็นของการปรับเปลี่ยนกลยุทธในการทำงาน ตลอดจนเรียกหาปัจจัยเอื้ออำนวยต่างๆ ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แท้จริงแล้วประสิทธิภาพและประสิทธิผลของ สอ. ขึ้นกับผู้ปฏิบัติเอง หัวหน้าสถานีอนามัยซึ่งมีบทบาทสำคัญมากในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เริ่มที่ตัวเองก่อน การพัฒนา สอ. จึงต้องพัฒนาทุกส่วน และทุกระบบ ทุกองค์กรที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามมี สอ. ที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนา ซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก จึงเป็นประเด็นที่น่าคิดว่าอะไรเป็นเงื่อนไขของความสำเร็จในการพัฒนา สอ. ไปสู่ PCU หรือสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายสาธารณะของพื้นที่โดยรวมซึ่งจะเกี่ยวข้องกับสุขภาพไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมเพื่อสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยองค์ประกอบของ อบต. ปัจจุบันในอำเภอนาหม่อมที่ไม่มีสมาชิกด้านสุขภาพ ความเข้าใจระบบสุขภาพจึงมีน้อย แต่องค์กรได้ให้ความสนใจและพยายามให้การสนับสนุนด้านสุขภาพ การสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้ อบต. น่าจะเป็นความจำเป็นและควรเป็นหน้าที่รับผิดชอบของคปสช. การศึกษาของเพียจันท์และคณะ (2544) พบว่า อบต. ต้องการความรู้เรื่องอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมมากที่สุด รองลงมาคือ การดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรวัยต่างๆ และผู้วิจัยยังเห็นว่าความไม่พร้อมของอบต. ด้านองค์ความรู้ในการบริการและการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ความไม่พร้อมด้านบุคลากรและงบประมาณเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข อมร (2545) ได้ระบุบทบาทขององค์กรชุมชนไว้ดังนี้

1. รับ กลั่นกรอง เผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ
2. วางแผนระดมทรัพยากร
3. ให้หลักประกันความจำเป็นพื้นฐาน
4. เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง
5. สร้างเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพ
6. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
7. ช่วยเหลือคุ้มครองผู้ด้อยโอกาส
8. วางกฎระเบียบเพื่อสุขภาพส่วนรวม
9. จัดระบบเฝ้าระวังทางโภชนาการ โรคติดต่อ และสิ่งแวดล้อม
10. ควบคุม อนุรักษ์สภาวะแวดล้อม

อสม. หรืออาสาสมัครเพื่อชุมชน เป็นองค์กรภาคประชาชนที่มีความสำคัญมากในการเป็นแกนนำทางด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการสาธารณสุขภาคประชาชน อำเภอนาหม่อมมีจำนวน อสม. รวม 290 คน เป็นหญิง 270 คน ชาย 20 คน เป็นกลุ่มที่มีความเข้มแข็งมาก เป็นตัวประสานระหว่างสถานบริการสุขภาพของรัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานีอนามัยและชาวบ้าน การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลและสะท้อนความต้องการของชาวบ้านต่อภาครัฐ นับเป็นองค์กรที่มีศักยภาพที่จะทำให้เกิดการเติบโตของการสาธารณสุขภาคประชาชน ซึ่งปัจจุบันยังไม่เข้มแข็ง คนไทยส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ดูแลสุขภาพของตนเอง มักรอให้เจ็บป่วยก่อนจึงแสวงหาความช่วยเหลือ การสาธารณสุขภาคประชาชน (ธงชัย , 2544) ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และกลุ่มต่างๆ เน้นการป้องกันโรค ใช้เทคโนโลยีอย่างง่าย การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการสร้างสุขภาพ การดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม และการปกป้องสิทธิ โดยเริ่มต้นที่ตัวบุคคล และครอบครัว โดยเริ่มจากสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ อย่างไรก็ตามการที่ อสม. จะปฏิบัติบทบาทดังกล่าวได้ดีจะต้องมีความเข้าใจในบทบาทดังกล่าวและได้รับการพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาบทบาทของบุคคลที่จะดูแลและสร้างสุขภาพ

กลุ่มบุคคลและกลุ่มอาชีพในชุมชน ชุมชนในอำเภอนาหม่อมถือได้ว่ามีความเข้มแข็ง เมื่อประเมินตามตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชน (บุญยัง, 2544) ซึ่งได้แก่ สมาชิกในชุมชนมีอาชีพเลี้ยงครอบครัว

ครัวได้ มีความสามัคคี มีการรวมตัวกันตั้งกลุ่มอาชีพต่างๆ เช่น กลุ่มออมทรัพย์ เป็นต้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีโอกาสหาความรู้ และร่วมกันแก้ปัญหา อย่างไรก็ตามประชาชนในอำเภอนาหม่อมยังให้ความสนใจด้านสุขภาพน้อย การมีกลุ่มต่างๆ จึงเป็นโอกาสดีที่หน่วย/สถานบริการสุขภาพจะเข้าไปสร้างความรู้ความเข้าใจ และความร่วมมือด้านสุขภาพกับกลุ่มต่างๆ เหล่านี้

ในภาพรวม บุคลากรที่มีศักยภาพสูงที่สุดในการทำงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ PCU แต่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายนั้นต้องการปัจจัยเงื่อนไขสนับสนุนหลายประการ คือ 1) ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ มีนโยบายชัดเจน ตลอดจนการติดตามประเมินผล 2) ผู้ร่วมงานต้องพร้อมก้าวเดินไปด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทีมงานที่สถานีอนามัย 3) กลุ่มประชาชน และองค์กรต่างๆ ต้องร่วมผลักดัน และ 4) การพัฒนาระบบข้อมูล ระบบติดตามประเมินผล และระบบสวัสดิการ ค่าตอบแทน การให้ทุนให้โทษ ต้องชัดเจนและเป็นรูปธรรม กระบวนการพัฒนาระบบเหล่านี้ต้องใช้เวลา งบประมาณ และความร่วมมือของบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

บุญยัง หมั่นดี. (2544). ตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชน. สสม. ภาคใต้, 15(4), 22-24.

ธงชัย สาระกุล. (2544). อสม. เพื่อสังคม การสาธารณสุขภาคประชาชน. สสม. ภาคใต้, 15(3), 6-

10.

เพ็ญจันทร์ เสวตศรีสกุล, สวนิต อ่องรุ่งเรือง, สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์, พนารัตน์ เทียงสุทธิกุล, และ วีรพล ภควัฒนา. (2544). การศึกษาความต้องการความรู้ด้านระบบสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2543. สสม. ภาคใต้, 15(3), 21-24.

อมร นนทสุต. (2545). เส้นทางสู่สุขภาพภาคประชาชน. สสม. ภาคใต้, 16(3), 2-4.

บทที่ 7

การสังเคราะห์การพัฒนาชุดบริการสุขภาพสำหรับชุมชนนาหม่อม

บทนำ

รายงานฉบับนี้เป็นผลจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ศักยภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน/องค์กรชุมชน และบุคลากรในทีมสุขภาพของประชาชนในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ซึ่งข้อมูลทั้งหมดนี้ได้มาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ซึ่งเริ่มทำการศึกษา ตั้งแต่ เมษายน 2545 ถึง มีนาคม 2546

วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์ชุดบริการสุขภาพที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชนนาหม่อม จังหวัดสงขลา

วิธีการศึกษา

นำผลจากการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพก่อนและหลังเข้าสู่รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ศักยภาพของประชาชนและองค์กรชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ศักยภาพของพยาบาล ทีมสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มา
 ส ัง เ ค ร ำ ะ ห ์ ชุ ด บ ริ ก ำ ร
 สุขภาพที่เหมาะสม

ผลการศึกษา

จากการสังเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยขอเสนอชุดบริการสุขภาพตามความต้องการของประชากรในชุมชนนาหม่อมจำนวน 5 ชุด คือ (1) ชุดบริการสุขภาพสำหรับผู้ใช้งานในสถานประกอบการอุตสาหกรรม (2) ชุดบริการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้อง (3) ชุดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (4) ชุดส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน และ (5) ชุดส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน

(1) ชุดบริการสุขภาพสำหรับผู้ใช้งานในสถานประกอบการอุตสาหกรรม

ความจำเป็น : จากการประเมินสถานการณ์ในอำเภอนาหม่อม พบว่า มีโรงงานทั้งสิ้น 6 โรง ได้แก่ โรงงานผลิตอาหารแช่แข็ง โรงงานผลิตถุงมือยาง โรงงานผลิตเบ้าถุงมือ โรงงานทำกระป๋องบรรจุภัณฑ์ โรงงานทำไม้ยางพารา และโรงงานผลิตน้ำแข็งหลอด โดยมีประชากรประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมทั้งสิ้น 3,506 คน ซึ่งนับได้ว่าเป็นประชาชนในวัยแรงงานกลุ่มใหญ่ ดังนั้นน่าจะมีการจัดชุดบริการสุขภาพให้กับประชาชนในกลุ่มนี้ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาสุขภาพะด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณของประชากรในโรงงาน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ประกอบการและผู้ใช้แรงงาน ในโรงงานผลิตอาหารแช่แข็ง โรงงานผลิตถั่วมีย่าง โรงงานผลิตแป้งถั่วมือ โรงงานผลิตกระป๋องบรรจุภัณฑ์ โรงงานทำไม้ยางพารา และโรงงานผลิตน้ำแข็งหลอด ซึ่งมีจำนวนประมาณ 3,506 คน

ผู้รับผิดชอบ : โรงพยาบาลนาหม่อม และเจ้าของกิจการ

วิธีดำเนินการ/กิจกรรม

เน้นความร่วมมือระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้นำทางบริการสุขภาพทางเลือก เจ้าของกิจการ

และกลุ่มประชากร โดยให้มีการวางแผนพัฒนาภาวะสุขภาพร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของสถานประกอบการ สำหรับกิจกรรมด้านสุขภาพที่ทีมสุขภาพจะดำเนินการมีดังนี้

1. บริการตรวจสุขภาพ ทุก 6 เดือน
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับการทำงาน การรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพ

ภายในครอบครัว การดูแลสุขภาพขณะทำงาน เช่น ท่าทางที่ถูกต้อง การป้องกันอันตรายจากการทำงาน เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพะด้านการพักผ่อน การออกกำลังกาย

3. ให้บริการรักษาเบื้องต้น ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางโทรศัพท์

รูปแบบกิจกรรมทั้งหมด จะมีการสอดแทรกบริการทางเลือกหรือนำผู้รู้ด้านบริการทางเลือกมา

ร่วมในการให้บริการสุขภาพ เพราะชุมชนนาหม่อมมีความเข้มแข็งในด้านนี้สูง และบริการที่จัดจะเน้นบริการเคลื่อนที่เป็นหลัก เพื่อการเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายให้มากที่สุด

การประเมินผล

ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากร

ความพึงพอใจในบริการ

อุบัติการณ์การเจ็บป่วย การหยุดงาน

สัมพันธภาพภายในครอบครัว

ความต่อเนื่องของกิจกรรม

(2) ขุดบริการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้อง

ความจำเป็น : จากการประเมินภาวะสุขภาพของอำเภอนาหม่อม พบว่า โรคที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคอุจจาระร่วง ซึ่งน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร ประชาชนอำเภอนาหม่อม นิยมซื้ออาหารถุงมารับประทาน ประกอบกับปัญหาสิ่งแวดล้อมในเรื่องของการจัดการมูลฝอยชุมชนที่ยังไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ เพื่อแก้ไขพฤติกรรมบริโภคที่มีปัญหาอยู่ในปัจจุบัน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มแม่บ้าน ผู้ขายอาหาร โรงเรียน

วิธีดำเนินการ/กิจกรรม

1. ประสานกับผู้นำชุมชนเพื่อสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน โดยเน้นการ

ดูแลมาตรฐานความสะอาดของอาหาร โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนร่วมประเมินร้านค้า ร้านอาหาร และมีการให้รางวัลร้านค้า/ร้านอาหารที่ถูกสุ่มลักษณะ

2. จัดโครงการเคลื่อนที่ในการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ถูกสุ่มลักษณะ การจัดเตรียม

เช่น การเลือกซื้ออาหาร ภาชนะที่ใช้ใส่อาหาร ขั้นตอนการปรุงอาหาร

3. ประสานงานร่วมกับโรงเรียนในชุมชน เพื่อจัดตั้งกลุ่มนักเรียนในการเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคทั้งในโรงเรียนและที่บ้าน โดยสนับสนุนให้นักเรียนเป็นผู้ไปถ่ายทอดความรู้หรือจัดกิจกรรมเพื่อโน้มน้าวให้บุคคลในบ้านมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภค โดยเฉพาะเรื่องการดื่มของมีแอลกอฮอล์ เช่น กลุ่ม"กินดีอยู่ดี โดยลูกหลาน เพื่อลูกหลาน"

4. จัดตั้งกลุ่มผักพื้นบ้าน เพื่อรณรงค์ให้มีการปลูกผักพื้นบ้านและบริโภคผักพื้นบ้านที่ปลอดภัยมากขึ้น โดยจัดเป็นตลาดนัดประจำเดือน

5. มีการประกวด กลุ่มผู้ประกอบการที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคในเรื่องอาหาร

6. สนับสนุนชุมชนให้เข้าร่วมโครงการ Clean food good test ตลาดสดน่าซื้อ และ food safety

ผู้รับผิดชอบ : โรงพยาบาลนาหม่อม และองค์การบริหารส่วนตำบล

การประเมินผล

มาตรฐานอาหารปรุงสำเร็จ

จำนวนชุมชนที่มีการบริโภคผักพื้นบ้านหรืออาหารที่ถูกสุ่มลักษณะ

อุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้านระบบทางเดินอาหารลดลง

(3) ชุดการบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความจำเป็น : ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในปัจจุบันพบว่ามีจำนวนมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 90 กลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตพบที่มีความพิการและรอยโรคหลงเหลือ และต้องการการดูแลจากครอบครัว ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในอำเภอนาหม่อม พบว่า มีอุบัติการณ์สูง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะจัดโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

ผู้รับผิดชอบ : โรงพยาบาลนาหม่อม และสถานีอนามัย

วิธีดำเนินการ/กิจกรรม

1. สนับสนุนให้สถานบริการสุขภาพมีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ การติดตามเยี่ยมที่บ้าน และนัดมาตรวจอย่างสม่ำเสมอ
2. จัดบริการคลินิกเคลื่อนที่ไปในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
3. ให้บริการคำปรึกษาด้านสุขภาพทางโทรศัพท์
4. ให้ความรู้เกี่ยวกับยา และการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับแต่ละโรค
5. สนับสนุนให้มีและคงอยู่ซึ่งกลุ่มช่วยตนเองในชุมชน เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มช่วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หรือกลุ่มอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินผล

- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล
- จำนวนกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- จำนวนครั้งของการให้บริการเคลื่อนที่ ของทีมสหสาขาวิชาชีพ
- จำนวนครั้งของการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์
- ความพึงพอใจในบริการ

(4) ขุดส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน

ความจำเป็น : การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีการปรับตัวของระบบหัวใจและหลอดเลือดมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งกล้ามเนื้อ กระดูก ระบบประสาท ระบบการทำงานของอวัยวะอื่นๆ มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่จะพัฒนาโรงพยาบาลในสังกัดให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โรงพยาบาลนาหม่อมมีความมุ่งมั่นและมีนโยบายที่จะส่งเสริมการออกกำลังกายทั้งของบุคลากรในโรงพยาบาล ประชาชนในชุมชนใกล้เคียง เพื่อให้ประชาชนในชุมชนนาหม่อมมีการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง เหมาะสม ต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ โดยถือเอาการออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการออกกำลังกาย การให้คำแนะนำปรึกษาด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การสร้างพันธมิตรทางสุขภาพโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม อันจะส่งผลต่อภาพรวมที่ดีของการพัฒนาชุมชนในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายในประเภทต่างๆ ของประชาชนทุกวัย
2. เพื่อส่งเสริมให้มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในกลุ่มการออกกำลังกายประเภทต่างๆ

3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม ในเรื่องการดูแลสุขภาพของกลุ่มการออกกำลังกายประเภทต่างๆ โดยมีการดำเนินการที่ต่อเนื่องและขยายจำนวนของสมาชิกกลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มนักเรียน กลุ่มข้าราชการ

ผู้รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลนาหม่อม ผู้นำชุมชน และโรงเรียน

วิธีดำเนินการ/กิจกรรม

1. ติดต่อและพูดคุยแกนนำผู้รักการออกกำลังกาย แต่ละประเภท เพื่อสร้างแนวคิดร่วมกันในการจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย

2. แกนนำกลุ่มการออกกำลังกายแต่ละประเภท ชักชวนประชาชนที่มีความสนใจเข้าร่วมการออกกำลังกายแต่ละประเภท เช่น กลุ่มฟุตบอล กลุ่มวิ่ง/เดินเพื่อสุขภาพ กลุ่มจักรยานเสือภูเขา กลุ่มวอลเลย์บอล กลุ่มแอโรบิค กลุ่มไทเก๊ก กลุ่มเปตอง เป็นต้น

3. ดำเนินการส่งเสริมให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง รวมทั้งกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการประเมินสภาพร่างกายก่อนการออกกำลังกาย การให้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การกีฬา ความรู้ในเรื่องโภชนาการ และการพักผ่อน

4. กระตุ้นให้กลุ่มมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ หรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพ โดยจัดให้มีกรรมการบริหารกลุ่ม จนสามารถจัดตั้งเป็นชมรมการออกกำลังกายแต่ละประเภท การจัดกิจกรรมการแข่งขันภายในกลุ่ม ภายในและภายนอกท้องถิ่น เช่น การจัดมหกรรมกีฬาเมืองนาหม่อม เป็นต้น

5. จัดให้มีการประเมินสภาพทางกาย เพื่อพัฒนาการในการออกกำลังกายที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

6. ดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการออกกำลังกาย

การประเมินผล

จำนวนคนที่เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ความต่อเนื่องของกลุ่มออกกำลังกาย

ผลการตรวจสุขภาพประจำปี ผลการตรวจสมรรถภาพร่างกาย

(5) ชุตส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน

ความจำเป็น : อำเภอนาหม่อม มีประชากรเพศหญิงอายุ 40- 59 ปี จำนวน 1,800 คน ซึ่งจะต้องอาจเผชิญกับปัญหาสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน เนื่องจากการสนทนาพบว่า ส่วนใหญ่ยังมีความรู้ไม่เพียงพอการดูแลสุขภาพ ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะกระดูกพรุนไม่ถูกต้อง ดังนั้นสตรีกลุ่มดังกล่าวจึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุนและอาการแทรกซ้อนได้ การจัดโครงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน จึงเป็นกลวิธีหนึ่งของการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะกระดูกพรุนในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนในชุมชนนาหม่อม

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน

กลุ่มเป้าหมาย

สตรีก่อนวัยหมดประจำเดือน (อายุ 35ปีขึ้นไป) ในชุมชนนาหม่อม

วิธีดำเนินการ/กิจกรรม

1. บรรยาย ความรู้เรื่อง ภาวะกระดูกพรุน พฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน
2. จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ โดยแบ่งกลุ่ม ออกเป็น 6 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวม 180 คน โดยแต่ละกลุ่มมาพบปะกันแลกเปลี่ยนความรู้และการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
3. ประชุมกลุ่มเพื่อกระตุ้นเตือนและประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะกระดูกพรุน
4. ตรวจวัดความหนาแน่นของกระดูก

การประเมินผล

จำนวนผู้ที่มีความหนาแน่นของกระดูกอยู่ในเกณฑ์ปกติ

จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม

คะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มที่ได้รับการความรู้

สรุป

ชุดบริการที่เสนอมาจากการวิเคราะห์ความต้องการ และลักษณะของชุมชนนาหม่อม การทำให้ชุดบริการเกิดขึ้นจริง ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างประชาชน องค์กรประชาชน องค์กรด้านสุขภาพ และองค์กรท้องถิ่น นโยบายและการสนับสนุนของรัฐที่เป็นรูปธรรมจะช่วยให้ประชาชนได้รับชุดบริการสุขภาพที่ตรงใจ และทันความต้องการ

บทที่ 8

รายงานการวิเคราะห์และสังเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ในการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพภายใต้แนวคิดใหม่: บทเรียนเพื่อการพัฒนา

บทนำ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนอำเภอหนองม่อม ซึ่งประกอบด้วย 4 ตำบลคือ ตำบลพิจิตร ตำบลนาหม่อม ตำบลคลองหรีด และตำบลทุ่งขมิ้น ซึ่งตามหลักการกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ จะเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและบุคลากรผู้ให้บริการในพื้นที่เป็นสำคัญ มีการปฏิบัติและปรับปรุงการดำเนินงานเป็นระยะ โดยบุคลากรในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินงานหลัก และมีการประชุมร่วมกับคณะผู้วิจัยเป็นระยะ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขให้การปฏิบัติงานเป็นไปได้ดีขึ้น เนื่องจากระบบการปฏิบัติงานในการวิจัยครั้งนี้เป็นระบบงานใหม่ตามแนวการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นคุณภาพบริการ ความเท่าเทียมและการเข้าถึงบริการ จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานโดยเฉพาะลักษณะการให้บริการในแต่ละแหล่งบริการ จึงเป็นที่น่าสนใจที่จะได้มีการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และจัดทำเป็นบทเรียนเพื่อการเรียนรู้และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในระบบใหม่ที่เกิดจากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาอำเภอหนองม่อม
2. เพื่อสังเคราะห์การเรียนรู้ที่เกิดจากงานวิจัย

วิธีการศึกษา

เป็นการนำข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนการแก้ปัญหาที่ได้ดำเนินการไปแล้ว มาวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลง และสังเคราะห์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ซึ่งข้อมูลที่น่ามาใช้ได้จากการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน ผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูล

ประชาชนในอำเภอหนองม่อม จากทั้ง 4 ตำบล

ผู้ให้บริการ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทั้ง 4 แห่ง

ตัวแทนองค์กรในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข อบต. ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการนำรูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ประชาคมอำเภอ นาม่อม ซึ่งประกอบด้วยผู้นำชุมชน บุคลากรทางสุขภาพ และตัวแทนประชาชนได้ตกลงร่วมกัน มาทดลองใช้ในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนตั้งแต่เดือนกันยายน 2545 ถึงมีนาคม 2546 โดยมีบุคลากรทีมสุขภาพทั้งจากโรงพยาบาลนาม่อม และสถานอนามัยทั้ง 3 แห่งของอำเภอเป็นผู้ปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด และมีทีมวิจัยเข้าไปร่วมรับทราบผลการดำเนินงานและร่วมประชุมติดตามประเมินผลและหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานเป็นระยะ นอกจากนี้ทีมวิจัยได้เข้าไปติดตามประเมินผลจากผู้ให้บริการเช่นกัน การนำเสนอครั้งนี้ จะเป็นการนำเสนอ 2 ส่วนคือ การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแนวใหม่

1. การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการดำเนินการภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการ หลายประการ คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการดำเนินงาน โครงสร้างบุคคล ลักษณะการให้บริการ และระบบการบันทึก ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันในแต่ละหน่วยบริการ อย่างไรก็ตามสามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภาพรวมได้ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) 4 แห่ง ในอำเภอนาม่อม ประกอบด้วย หน่วยบริการระดับปฐมภูมิพิจิตร นาม่อม คลองหรั่ง และทุ่งขมิ้น โดยหน่วยบริการระดับปฐมภูมิพิจิตร เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นใหม่ ดำเนินการภายในโรงพยาบาลนาม่อม ในขณะที่อีก 3 หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นสถานอนามัยเดิมของอำเภอ ทั้งนี้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิทั้ง 4 แห่งจะดำเนินการภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารงานเครือข่ายสถานบริการสุขภาพอำเภอนาม่อม ซึ่งเป็นองค์กรที่กำหนดนโยบาย ทิศทางการดำเนินการของหน่วย พิจารณาจัดสรรทรัพยากร สร้างแรงจูงใจ ตลอดจนพัฒนาระบบที่เอื้อต่องานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

สำหรับโครงสร้างบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เดิมเป็นสถานอนามัย 3 แห่ง คือ นาม่อม คลองหรั่งและทุ่งขมิ้น ยังคงใช้โครงสร้างและบุคลากรเดิมของสถานอนามัย มีเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขเป็นหัวหน้า และมีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลนาม่อมไปช่วยให้บริการสถานอนามัยคลองหรั่ง สถานอนามัยนาม่อม สัปดาห์ละ 5 วัน ยกเว้นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทุ่งขมิ้นไม่มีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลนาม่อมไปให้บริการ เนื่องจากมีบุคลากรที่จบด้านการพยาบาลอยู่แล้ว และจากการพิจารณาสัดส่วนเจ้าหน้าที่กับจำนวนประชากร พบว่าไม่จำเป็นต้องมีบุคลากรเพิ่มเติม

สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิพิจิตรซึ่งเป็นหน่วยงานใหม่ที่จัดตั้งขึ้น ได้มีการกำหนดโครงสร้าง ขึ้นใหม่ มีจำนวนบุคลากร 4 คน ประกอบด้วยหัวหน้าหน่วยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน

1.2 มีการตั้งคณะกรรมการสุขภาพชุมชนภาคประชาชน โดยมีกำนันตำบลพิจิตรเป็นประธาน และมีผู้แทนประธานเป็นกรรมการ ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพในการ กำหนดการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ร่วมจัดกิจกรรม ตลอดจนจัดหาหรือสนับสนุนงบประมาณในการ จัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และเป้าหมายสำคัญของคณะกรรมการชุดนี้คือ กระตุ้นให้มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนในอนาคต ด้วยเหตุผลที่ว่าประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

1.3 กำหนดลักษณะงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสภาพ โดยทุกคนจะมีพื้นที่ในความรับผิดชอบที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามจากการติดตามประเมินผลของนักวิจัย พบว่ามีเพียงสถานบริการระดับปฐมภูมิพิจิตรเท่านั้นที่สามารถ ดำเนินการได้ตามระบบที่กำหนดไว้ สถานบริการระดับปฐมภูมินาหม่อมและคลองหรั่ง สามารถดำเนินการได้บางส่วน สำหรับสถานบริการระดับปฐมภูมิทุ่งมันไม่สามารถดำเนินการได้ตามที่กำหนด

1.4 มีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาล โดยเฉพาะการรักษาเบื้องต้น และการให้บริการ อนามัยแม่และเด็ก

1.5 มีความพยายามในการพัฒนาระบบข้อมูลสำหรับหน่วยบริการ PCUและสถานีอนามัย แต่ การดำเนินการยังไม่สำเร็จเนื่องจากปัญหาด้านโปรแกรม

1.6 มีการกำหนดให้มีทีมติดตามนิเทศการดำเนินงานของสถานบริการระดับปฐมภูมิแต่ละแห่ง แต่พบว่ายังไม่สามารถดำเนินการได้เต็มรูปแบบ จึงได้มีการทบทวนผู้รับผิดชอบงานด้านนี้ แต่จนถึง ปัจจุบันก็ยังไม่มีการติดตามนิเทศที่เต็มรูปแบบเกิดขึ้น ซึ่งจากการสอบถามผู้รับผิดชอบ พบว่าการที่ต้อง รับผิดชอบดำเนินงานหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน และการมีงานเร่งด่วนเข้ามาเป็นระยะ เป็นอุปสรรค สำคัญในการดำเนินงานด้านนี้

1.7 มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เรียกว่า PCU สัณจร ทำให้แต่ละแห่งได้เรียนรู้ซึ่งกันและกันมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมนี้เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการ และ จากการติดตามงานของทีมวิจัยพบว่า การดำเนินการให้บริการของแต่ละหน่วยมีความหลากหลาย แตก ต่างกันตามบริบทของท้องที่ จากการประชุมร่วมกันระหว่างทีมวิจัยและผู้ปฏิบัติงาน จึงเห็นชอบให้มีกิจ กรรมนี้ขึ้น เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน แต่พบว่ายังมีอุปสรรคในการสัณจรแต่ละที่ เกี่ยวกับ จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม และในช่วงที่มีนโยบายเร่งด่วน เช่นนโยบายยาเสพติด

1.8 มีการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลครอบครัว (family folder) โดยปรับปรุงจาก PCU ของโรงพยาบาลระโนด และจัดให้มีการเก็บแฟ้มข้อมูลไว้ที่บ้าน ซึ่งพบว่าทุกหน่วยบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิมีความพยายามที่จะให้มีระบบนี้เกิดขึ้น แต่จากการติดตามงานพบว่า มีเพียงหน่วยบริการฯ พิจิตรเท่านั้นที่สามารถดำเนินการได้ตามแผน คือจัดทำแฟ้มครอบครัวและมีแฟ้มข้อมูลให้แก่ครอบครัว ได้ครบทุกครอบครัว นอกจากนี้ยังได้มีการจัดทำแผนที่เดินดินได้ครบถ้วน ส่วนหน่วยบริการฯนาหม่อม และคลองหรั่งจัดทำได้เพียงบางหมู่บ้าน สำหรับหน่วยบริการฯ ทุ่งมันไม่สามารถดำเนินการใดๆ ได้

จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น สามารถวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงได้ดังนี้ คือ การดำเนินการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่อำเภอหนองม่อม สะท้อนถึงความตั้งใจของบุคลากรที่มสุขภาพในอำเภอหนองม่อม ที่มีความพยายามในการจัดระบบบริการให้เป็น “บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ” มากขึ้น เพราะทุกคนตระหนักดีว่า ด้วยลักษณะพื้นที่ที่อยู่ใกล้เคียงเมืองใหญ่และเจริญเช่นหาดใหญ่ ประกอบกับความไม่มั่นใจในคุณภาพบริการ ทำให้ประชาชนในเขตอำเภอหนองม่อมส่วนใหญ่ไม่สนใจมาใช้บริการในท้องถิ่น จากความรู้ที่ได้รับเป็นระยะ ร่วมกับนโยบายของประเทศ ทำให้ทุกคนต้องการปรับระบบการให้บริการ ซึ่งก็พบว่าจากการทดลองใช้รูปแบบที่ประชาคมหนองม่อมร่วมกันกำหนดขึ้นในครั้งนี้ ทำให้ประชาชนหันมาใช้บริการที่ระดับปฐมภูมิมากขึ้น ดังเช่นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิต้องหรีง พบว่ามีจำนวนผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นเป็นวันละมากกว่า 10 คน หรือเมื่อมีคลินิกพิเศษ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีผู้มารับบริการประมาณ 40 คน (เดิมประมาณ 30 คน) ซึ่งสอดคล้องกับคำสัมภาษณ์ของชาวบ้านในบริเวณนั้นว่า “เดี๋ยวนี้มีอะไรก็จะไปคลองหรีง เพราะใกล้กว่า และเดี๋ยวนี้ก็มีน้อง... (พยาบาลวิชาชีพ) มาอยู่แล้ว” เช่นเดียวกับที่ชาวบ้านพิจิตรบอกว่า “มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ่อยขึ้น ทำให้รู้สึกอุ่นใจ” “...มีอะไรฝากน้อง...มาบอกก็ได้”

อย่างไรก็ตามพบว่า การเปลี่ยนแปลงไม่ได้เกิดขึ้นในทุกหน่วยบริการฯ จากการสัมภาษณ์บุคลากรบางคน พบว่ามองไม่เห็นความแตกต่างระหว่างรูปแบบใหม่กับงานที่ทำอยู่เดิม เนื่องจากงานที่กำหนดให้ทำในระบบนี้ ก็ยังคงไว้ซึ่งงานป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟู เพียงแต่ต้องการเพิ่มการดูแลครอบครัวให้มากขึ้นเท่านั้น เมื่อวิเคราะห์โดยใช้แนวคิดการบริหารองค์กร ซึ่งมีทั้งระบบงาน บุคลากร และสภาพแวดล้อมภายนอก สามารถสรุปปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ดังนี้

1. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เป็นแรงผลักดันให้ทุกสถานบริการต้องมีการเปลี่ยนแปลง ทุกแห่งยอมรับว่าการบริการต้องเป็นแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ และต้องมีการให้บริการปฐมภูมิมากขึ้น ดังนั้นเมื่อทีมวิจัยได้นำเสนอแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ส่วนใหญ่ต่างก็เห็นชอบให้มีการบริการระดับปฐมภูมิ เพียงแต่มีความไม่แน่ใจ หรือมั่นใจว่าจะทำได้ ซึ่งทีมวิจัยได้พยายามลดปัญหาโดยการเตรียมความพร้อมบุคลากรในหลายเรื่อง เช่น การใช้เครื่องมือประเมินชุมชน การศึกษาดูงานด้านสถานบริการระดับปฐมภูมิจากอำเภออื่น การอบรมความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการบริการระดับปฐมภูมิ

2. โครงสร้างการบริหารงานของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนยังอยู่ในระบบเดิม ในขณะที่มีการให้บริการสุขภาพในระบบใหม่ พบว่าในด้านการบริหารจัดการบริการสุขภาพ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิทุกแห่งอยู่ภายใต้การบริหารงานของ CUP ซึ่งมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่อมเป็นประธาน แต่เมื่อพิจารณาในเรื่องสายงานบังคับบัญชา พบว่าหัวหน้าหรือบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 3 แห่ง (ยกเว้นพิจิตร) อยู่ภายใต้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ หากผู้บริหารทั้งสองหน่วยไม่สามารถสื่อสารหรือประสานงานได้อย่างชัดเจน ก็นำไปสู่ความสับสนของผู้ปฏิบัติได้

สำหรับหน่วยบริการที่อยู่ที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลก็อาจเกิดปัญหาในการดำเนินงานได้หากไม่มีการประสานงานให้ชัดเจนระหว่างการดำเนินงานของหน่วยส่งเสริมในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ นายแพทย์ธีระวัฒน์ กรศิริ (2545) ที่ว่าการปฏิบัติงานต้องไม่ซ้ำซ้อนระหว่างโรงพยาบาล กับ PCU โรงพยาบาล ...จริงๆแล้ว PCU ไม่ควรอยู่ในโรงพยาบาล...”

นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดให้พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลไปปฏิบัติงานที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิน่าหม่อม และคลองหรีง โดยไม่มีระบบการนิเทศที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลเกิดความไม่มั่นใจในเรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงานและความดีความชอบ ซึ่งหากไม่รีบดำเนินการแก้ไข อาจนำไปสู่ความเบื่อหน่าย และไม่อยากปฏิบัติงานของบุคลากรได้ และท้ายสุดอาจไม่สามารถหาบุคลากรไปปฏิบัติงานที่หน่วยบริการฯ ในอนาคต

3. ความชัดเจนในการกระจายหรือจัดสรรทรัพยากร เช่นการจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ การสนับสนุนด้านเอกสารแบบฟอร์ม หรือการจัดสรรบุคลากรในการดำเนินงาน ดังจะเห็นได้ว่าบางสถานบริการไม่สามารถดำเนินงานได้ โดยให้เหตุผลว่าบุคลากรไม่เพียงพอ ทั้งที่เมื่อพิจารณาสัดส่วนประชากรแล้ว เป็นไปตามที่รัฐบาลกำหนด ประกอบกับผู้ปฏิบัติอาจมองไม่เห็นถึงความพยายามหรือตั้งใจในการช่วยเหลือของระดับบริหาร ดังคำพูดที่ว่า “คนที่ให้มาก็ไม่สามารถช่วยงานได้เต็มที่”

4. ระบบการติดตามนิเทศ สถานบริการระดับปฐมภูมิทั้ง 4 แห่งต้องการให้มีการนิเทศติดตามงานที่ชัดเจนจาก CUP เพื่อเป็นการสร้างขวัญ และกำลังใจ ตลอดจนจะได้ร่วมรับฟังปัญหาอุปสรรคหรือร่วมหาทางแก้ไข ปัจจุบันที่มีอยู่จะเป็นการติดตามพูดคุยจากทีมวิจัยเท่านั้น ดังคำพูดที่ว่า “...พออาจารย์ (หมายถึงทีมวิจัย) ไม่มา CUP ก็เงียบเหมือนกัน”

5. แนวคิดและรูปแบบในการทำงานของบุคลากรประจำหน่วยบริการฯ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก หากบุคลากรไม่สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการดูแลสุขภาพ จะไม่สามารถทำให้ระบบบริการสุขภาพ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” มีความเป็นไปได้ เพราะการดำเนินงานเช่นนี้ต้องการบุคลากรที่เข้าใจวิถีชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งไม่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้โดยการอบรมเพียงอย่างเดียว (โกมาตร, คณิศร, ราตรี, และวรัญญา, 2545) ดังเช่นบุคลากรในพื้นที่ที่ศึกษากลุ่มหนึ่ง ก็ยังไม่สามารถทำความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แม้ว่าจะได้รับการอบรมในเรื่องดังกล่าวมากกว่า 1 ครั้งต่อคน ทำให้บางหน่วยฯ ประสบปัญหาการดำเนินงาน ภายใต้อิทธิพลที่ว่า ไม่มีเวลา ไม่มีคน ไม่เห็นว่าจะต่างจากงานที่ทำอย่างไร

การเรียนรู้ที่ได้รับ

จากการดำเนินงานบริการสุขภาพตามรูปแบบที่สร้างใหม่นี้ สามารถสรุปเป็นบทเรียนที่สำคัญ ได้ดังนี้

1. การพัฒนาระบบต้องกระทำไปพร้อมๆกับการพัฒนาบุคลากร ซึ่งการพัฒนาบุคลากรที่จำเป็นก็คือการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์หรือแนวคิดในการทำงาน จากลักษณะข้อมูลสะท้อนว่าหากบุคลากรในหน่วยบริการฯ ยังเคยชินกับงานเดิมๆ และไม่สามารถเปลี่ยนกระบวนทัศน์หรือทัศนคติให้เข้าใจและยอมรับระบบบริการสุขภาพแนวใหม่ แม้ว่าจะได้เข้าร่วมในโครงการพัฒนาหรือเตรียมความพร้อมบุคลากร เป็นระยะก็ตาม ก็ไม่สามารถช่วยให้งานดำเนินการไปได้ จากสถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงใดๆ ก็ไม่สำคัญเท่าการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของตัวบุคคล การพัฒนาระบบใหม่ๆ จะดำเนินไปได้ และประสบผลสำเร็จได้หากบุคลากรหรือผู้ปฏิบัติได้เข้ามาเริ่มต้นพร้อมกันกับระบบ มีความเป็นไปได้ยากมากในการพัฒนาระบบที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการบริหารจัดการ สำหรับบุคคลที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้วยการให้ความรู้ อาจต้องนำระบบการให้ความดีความชอบมาช่วยในการเปลี่ยนแปลง อีกทั้งผู้บริหารระดับสูงอาจต้องกระทำเป็นแบบอย่าง

2. คุณลักษณะสำคัญของบุคลากรที่จะปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ต้องประกอบด้วย การมีความรู้ตามหลักวิชาชีพ และอื่นๆ ที่มีผลต่อการดูแลผู้ให้บริการ ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหา รู้จักและเข้ากับชุมชนเป็นอย่างดี มีความคิดสร้างสรรค์ มีมนุษยสัมพันธ์และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนมีความเสียสละและมีใจรักในการบริการ เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่าปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือความไม่ไว้วางใจของผู้ใช้บริการ (โกมาตร, คณิศร, ราตรี, และวรัญญา, 2545) ยิ่งเป็นพื้นที่ที่ประชาชนสามารถเลือกการให้บริการอื่นๆ ได้ง่าย เช่น อำเภอนาหม่อม ยิ่งต้องการการให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับหรือไว้วางใจจากประชาชน ดังจะเห็นได้ว่านับแต่มีการเปิดให้บริการการรักษาเบื้องต้นโดยพยาบาลจากโรงพยาบาลในบางหน่วยบริการฯ จะมีผู้มาใช้บริการมากขึ้นสำหรับคลินิกเฉพาะโรค และบริการฝากครรภ์ แต่ก็ยังมีประชาชนบางส่วนไม่มาใช้บริการเพราะยังไม่มั่นใจในบริการ ดังคำบอกเล่าว่า “...ไม่เคยไปใช้บริการหรอก เป็นไหร (อะไร) ก็ไปหาใหญ่ หรือ ม.อ เพราะอยู่ใกล้...ไปทีนั้นดีกว่า...”

3. เทคนิคการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflective practice) และการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหน่วยบริการ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรและการพัฒนางาน เพราะทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกในการปฏิบัติงาน ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้เป็นอย่างดี

4. การนิเทศงานที่ดีต้องมีประเด็นที่นิเทศชัดเจน และมีการสื่อสารระหว่างผู้นิเทศและผู้ที่ได้รับ การนิเทศ การพัฒนางานหรือระบบจะเป็นได้ดี ต้องอาศัยลักษณะการนิเทศที่เป็นแบบกัลยาณมิตร เป็นที่ปรึกษาและร่วมแก้ปัญหา ทันท่วงทีและเหตุการณ์ องค์ประกอบที่ต้องมีการนิเทศ คือ ระบบบันทึกข้อมูล การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ปฏิบัติ แผนงานหรือโครงการที่เกิดขึ้นใหม่ งบประมาณที่ใช้ ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน นอกจากนี้ควรได้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้วยปัจจัยชี้วัดความสำเร็จ ซึ่งตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ ความพึงพอใจในบริการ อัตราการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของประชาชน

5. การเป็น Change agent ต้องการการเป็นแบบอย่างที่ดี ลักษณะการทำงานเป็นแบบร่วมด้วยช่วยกัน เพราะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรที่ต้องอาศัยเวลา ในการยอมรับว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่มีปัญหาที่ต้องการแก้ไข มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองและระบบงาน โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ (Shea, Pelletier, Psoter, Stuart, & Verhey, 1999) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ต้องการผู้นำที่เป็นแบบอย่างที่ดี

6. การพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วย เปรียบเสมือนตัวเร่ง ขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ควรมีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอโดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสถานบริการฯ เป็น

ผู้รับผิดชอบดำเนินการให้เกิดขึ้น

7. การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ต้องการเวลา และความพร้อมของบุคลากรอย่างสูง แต่ละหน่วยปฏิบัติงานต้องการเวลาในการละลายพฤติกรรมไม่เท่ากัน ผู้บริหารต้องทำความเข้าใจในบริบทและนำมาใช้ในการตัดสินใจประกอบการบริหารหน่วยงาน การพัฒนาในแต่ละที่ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันหมด ควรขึ้นกับความต้องการของแต่ละหน่วยงานเป็นสำคัญ

8. ระบบบริการที่ดีต้องมีความยืดหยุ่นสูง

9. ประชาชนหรือองค์กรในชุมชนส่วนหนึ่งมีศักยภาพสูงในการดูแลสุขภาพตนเอง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้บริหารจัดการเองเรื่องสุขภาพไม่ใช่สิ่งที่ไกลเกินฝัน

สรุป

จากการทดลองใช้รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างการดำเนินงาน และลักษณะการให้บริการ บุคลากรระหว่างหน่วยบริการฯ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน และเรียนรู้ซึ่งกันและกันมากขึ้น แต่ก็พบว่ามีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะสายงานการบังคับบัญชาและการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากร ตลอดจนการนิเทศงาน ทำให้การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนทุกหน่วยบริการฯ แต่ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นับเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีแก่ทีมผู้วิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในชุมชน และการทำงานในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, รัตรี ปิ่นแก้ว, และวรัญญา เพ็ชรคง. (๒๕๔๕). วิถีชุมชน: คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

ทัศนาศา บัญทอง. (๒๕๔๓). ทิศทางการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาล.

ธีรวัฒน์ กรศิลป์ และคณะ. (๒๕๔๓). การประเมินผลกระบวนการดำเนินงานปฏิรูประบบปฐมภูมิในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดสงขลา. สงขลา: โรงพยาบาลระนอง สงขลา.

ยงยุทธ์ พงษ์สุภาพ. (๒๕๔๒). ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๔๔). (ร่าง) กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ จำกัด.

อุไร หักกิจและคณะ. (๒๕๔๔) . รายงานโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Shea, C.A., Pelletier, L.R., Poster, E.C., Stuart, G.W., & Verhey, M.P. (1999). Advanced practice nursing in psychiatric and mental health care. St Louis, MO: Mosby.

บทที่ 9

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษา อำเภอนาหม่อม เป็นการศึกษาระบบการให้บริการเพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นความร่วมมือระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลนาหม่อม สถานีอนามัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชนในอำเภอนาหม่อม คณะผู้วิจัยขอเสนอข้อสรุปและประเด็นข้อเสนอแนะ ตามหัวข้อต่อไปนี้

1. สุขภาพ ศักยภาพ และความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชนอำเภอนาหม่อม
2. สถานบริการและผู้ให้บริการ
3. เป้าหมายโครงการและกระบวนการขับเคลื่อนหน่วยบริการปฐมภูมิ
4. ผลสัมฤทธิ์ ปัจจัยและเงื่อนไขความสำเร็จ

1. สุขภาพ ศักยภาพ และความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชนอำเภอนาหม่อม

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอ
1.1 ในภาพรวมประชาชนมีสุขภาพดี การเจ็บป่วยที่พบบ่อยเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ท้องเสียจากอาหารเป็นพิษ อาการปวดหลังจากการกรีดยาง สำหรับผู้ใหญ่วัยกลางคนและผู้สูงอายุโรคที่พบบ่อยคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่จะดูแลตนเองก่อนตามประสบการณ์และความรู้ที่มี หากอาการไม่ดีขึ้นจึงมารับบริการที่สถานบริการ เช่น คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลนาหม่อม ไม่นิยมไปใช้บริการที่สถานีอนามัยเนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น เจ้าหน้าที่ไม่อยู่ ไม่มั่นใจในความสามารถของบุคลากร	จัดทำคู่มือการดูแล และการรักษาเบื้องต้นเกี่ยวกับการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ท้องเสีย และการบรรเทาอาการปวดหลัง ตลอดจนการจัดชุดบริการสำหรับผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง สำหรับเป็นคู่มือการดูแลตนเอง และแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่ให้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สสจ. สสอ. โรงพยาบาลชุมชน และสอ. ต้องร่วมกันกำหนดนโยบายกลวิธี และแผนปฏิบัติงานในการพัฒนาสถานีอนามัยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการพัฒนาสุขภาพบุคลากรเพื่อให้เป็นกำลังสำคัญด้านหน้าที่ประชาชนจะเข้าถึง และเข้าถึงประชาชนโดยเน้นการบริการเชิงรุก และแบ่งพื้นที่ความ

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอ
1.2 ประชาชนยังให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่า การป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มอาชีพต่าง ๆ และ สหกรณ์ โดยเน้นเป้าหมายที่การเพิ่มรายได้เป็นหลัก	รับผิดชอบที่ชัดเจน จัดบริการสุขภาพที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีแพทย์ หรือพยาบาลให้บริการตรวจรักษา ขณะเดียวกันก็ต้องพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความสามารถและมั่นใจในการตรวจรักษาด้วย เมื่อประชาชนและผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ผู้ให้บริการสามารถชักชวนซึ่งประเด็นให้เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกัน การรณรงค์ และการจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพควรเป็นโครงการที่ทุกฝ่ายต้องมามีส่วนร่วม เช่น ทีมสุขภาพ ประชาชน ข้าราชการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงมหาดไทย อบต. งานพัฒนาชุมชน เป็นต้น นอกจากนั้นการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ให้กลุ่มอาชีพต่าง ๆ ในวันประชุมกลุ่มอาชีพสามารถเป็นช่องทางหนึ่งในการสร้างกระแส และปลุกเร้าให้ประชาชนหันมาให้ความสนใจการสร้างเสริมสุขภาพ
1.3 ภาคประชาชนยังมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพน้อย	1.3 เปิดโอกาสและกำหนดให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ เช่น การให้มีผู้แทนของประชาชน ผู้แทนขององค์กรท้องถิ่นในคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสถานพยาบาลอำเภอฯ จัดให้มีช่องทางให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นต่อระบบสุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอ
1.4 อำเภอหนองม่อมมีโรงงานอุตสาหกรรมหลายแห่ง และมีแนวโน้มการขยายตัวสูง ปัญหาจากขยะมูลฝอย และการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพจะสูงขึ้นในอนาคต หากไม่มีการจัดระเบียบ และวางระบบการป้องกันไว้แต่ต้น	1.4 ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะและข้อปฏิบัติของแต่ละฝ่าย เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรม ในส่วนของบริษัทสุขภาพควรจัดทำชุดบริการสุขภาพสำหรับผู้ทำงานในโรงงาน โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก
1.5 อำเภอหนองม่อม มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นที่ยอมรับของประชาชน และผู้ที่มีความรู้ด้านการจัดการกองทุน	1.5 สนับสนุนการจัดตั้งองค์กรหรือเครือข่ายแพทย์พื้นบ้าน และการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กร ตลอดจนการสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนและสหกรณ์เพื่อสุขภาพ ภาครัฐสามารถสนับสนุนข้อมูล บุคลากรพี่เลี้ยง และแรงจูงใจ

2. เป้าหมายโครงการ สถานบริการและผู้ให้บริการ

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอ
สถานบริการสุขภาพในอำเภอหนองม่อมมีความหลากหลาย มีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งของรัฐและเอกชน จำนวนสถานบริการของรัฐ และผู้ให้บริการมีสัดส่วนเพียงพอกับจำนวนประชากรเครือข่ายสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีรูปแบบการบริหารจัดการโดย คณะกรรมการบริหารเครือข่ายสถานพยาบาลอำเภอหนองม่อมยังขาดผู้แทนภาคประชาชน และไม่มีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการ อีกทั้งเครือข่ายนี้ยังไม่รวมสถานบริการที่ไม่เป็นทางการ	2.1 ทบทวนโครงสร้างและการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสถานพยาบาลอำเภอหนองม่อมในด้านโครงสร้างควรประกอบด้วย คณะกรรมการทำงานจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ภาคประชาชน และสถานบริการที่ไม่เป็นทางการ และมีคณะกรรมการที่ปรึกษาเข้ามาให้คำแนะนำและประเมินผล ในส่วนการดำเนินงาน คณะกรรมการฯ ควรวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอหนองม่อม เพื่อกำหนดแผนการพัฒนา เป้าหมาย แผนปฏิบัติงานและติดตามงานอย่างชัดเจน มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอ
2.2 บุคลากรด้านสุขภาพ ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ และส่วนหนึ่งไม่เล็งเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนและยึดติดกับการให้บริการรูปแบบเดิม	2.2 ผู้บริหารจัดให้มีการประชุม / อบรม ชี้แจงเกี่ยวกับแนวคิดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทิศทางการดำเนินงาน ตลอดจนความสำคัญและความจำเป็นในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ การจัดให้มีการศึกษาดูงาน และมีเวทีแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับบุคลากรที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน เพื่อให้บุคลากรตระหนักถึงประโยชน์และคุณค่าของบริการที่มีประสิทธิภาพ เช่น การศึกษาดูงานสถานีนามัยแห่งหนึ่งในอำเภอระโนด ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากแห่งหนึ่ง
2.3 บุคลากรในทีมสุขภาพมีศักยภาพและบทบาทในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแตกต่างกัน และยังคงปฏิบัติตามความชำนาญเฉพาะของตน แพทย์ มีศักยภาพและบทบาทเด่น ในการตรวจรักษา ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ และ การบริหารเครือข่าย พยาบาล มีศักยภาพและบทบาทสำคัญในการตรวจและรักษาเบื้องต้น การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ ตลอดจนการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การประกันคุณภาพในการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีศักยภาพและบทบาทสำคัญในงานบริหารงานทั่วไป การสร้างเสริมสุขภาพ รณรงค์นโยบายเร่งด่วนในชุมชน และจัดทำรายงานต่อกระทรวงสาธารณสุข	2.3 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในทีมสุขภาพให้สามารถปฏิบัติงานที่ผสมผสานทั้งงานในด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอ
2.4 พยาบาลเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงการให้บริการระดับปฐมภูมิ	2.4.1 ในอนาคตอันใกล้ควรจัดสรรให้มีอัตรากำลังในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างน้อยหน่วยละ 2 คน 2.4.2 การพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าสู่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โดยการเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ที่จัดให้โดยเฉพาะ
2.5 การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของอำเภอหนองม่อม ไม่มีการปรับเปลี่ยนบุคลากรเป็นระยะเวลานานกว่า 20 ปี ทำให้เกิดความเคยชินในการปฏิบัติงาน ขาดการกระตุ้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบใหม่	2.5.1 การจัดหมุนเวียนบุคลากรประจำในระดับสถานีอนามัย น่าจะกระตุ้นให้เกิดแรงบันดาลใจและพลังในการพัฒนา ปรับปรุงงาน 2.5.2 ระบบนิเทศและประเมินผลที่จริงจัง และต่อเนื่องโดยสายบังคับบัญชาที่มีประสิทธิภาพพัฒนาการสื่อสารของผู้บริหารถึงผู้ใต้บังคับบัญชา ในประเด็นนโยบาย ทิศทาง และวิธีการให้มีประสิทธิภาพในรูปแบบต่าง ๆ
2.6 ผู้บริหารทุกระดับ ตั้งแต่ระดับกระทรวงฯ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล ชุมชน และสอ. ยังไม่ได้แสดงความชัดเจน และสื่อให้ทีมงานได้รับทราบโดยทั่วกันว่า ทิศทาง และการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน เป็นอย่างไร	

3. กระบวนการขับเคลื่อนหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอ
กระบวนการขับเคลื่อนหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้	
3.1 ขานรับนโยบายในระดับบริหาร	3.1 ควรมีการจัดการเพื่อให้นโยบายเป็นที่รับทราบและเข้าใจอย่างทั่วถึงภายในองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอ
3.2 ประเมินสถานการณ์ความต้องการของประชาชนอัตรากำลัง ทัศนคติของบุคลากร และงบประมาณที่มี โดยการสนทนากลุ่ม และจัดเวทีแสดงความคิดเห็นในกลุ่มต่าง ๆ ทั้งภาคประชาชนและบุคลากร ที่สามารถสะท้อนภาพสถานการณ์ที่มีความสอดคล้องกันและไม่ตรงกัน เนื่องจากการสื่อสารระหว่างกันมีน้อยการสร้างเชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ประสบความสำเร็จโดยการไปศึกษาดูงานและเยี่ยมชมของทีมวิจัย 3.3 เรียนรู้วิธีการดำเนินงานจากสถานการณ์จริง โดยคณะผู้วิจัย บุคลากรที่เกี่ยวข้องเรียนรู้จากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ประสบความสำเร็จ 3.4 กำหนดทิศทาง รูปแบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนปฏิบัติการ โดย 3.4.1 ผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนร่วมกับทีมวิจัย ยกย่องรูปแบบหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในอำเภอหนองมอม บนพื้นฐานข้อมูลความต้องการของประชาชนและทรัพยากรของอำเภอหนองมอม	3.2 ควรจัดสนทนากลุ่ม และเวทีแสดงความคิดเห็น ทั้งจากประชาชนและบุคลากร เพื่อสะท้อนภาพสถานการณ์ที่มีความสอดคล้องกันและไม่ตรงกัน เพื่อการสร้างเชื่อมโยงและการทำงานร่วมของภาคประชาชนและบุคลากรของรัฐต้องจัดให้มีมากขึ้น 3.3 การศึกษาดูงานแต่ละครั้ง ควรมีตัวแทนจากสถานบริการสุขภาพทุกแห่งเข้าร่วมเพื่อให้สามารถนำมาเป็นตัวอย่างในการดำเนินงานแรงบันดาลใจในการพัฒนา และปรับปรุงงานในหน่วยงานของตนเองมากขึ้น 3.4 เป็นการกำหนดรูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและมีความเป็นไปได้ ตามทรัพยากรที่มี โดยเน้นไปที่โครงสร้างด้านบุคลากร และแนวปฏิบัติโดยผู้บริหาร และทีมวิจัยเป็นเบื้องต้น และให้ผู้เกี่ยวข้องแสดงความคิดเห็น วิธีการที่เป็น top down เช่นนี้มีข้อดีหลายประการ รวดเร็ว ชัดเจน แต่ระดับความร่วมมือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องอาจมีน้อยกว่า ให้ผู้ปฏิบัติทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดและเสนอสิ่งที่ทุกคนต้องการ คณะผู้วิจัยและทีมบริการของโรงพยาบาลชุมชน เลือกวิธีแรก เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลา และทัศนคติของบุคลากรในระดับปฏิบัติงานบางคน
3. 4.2 บริหารสถานพยาบาลอำเภอหนองมอม เพื่อให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ 3. 4.3 ปรับรูปแบบฯ และแผนดำเนินการตามข้อเสนอแนะ	

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอ
3.4.4 ตกลงร่วมกันในการปฏิบัติตามแผน 3.5 อบรมบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเตรียมความพร้อม โดยเนื้อหาครอบคลุมการตรวจร่างกายและการรักษาเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การปฐมพยาบาลและระบบส่งต่อเทคนิคกีดกันการติดเชื้อ การดูแลมารดาและทารกการตรวจพัฒนาการเด็กและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แต่บุคลากรเข้ารับการอบรมไม่ต่อเนื่อง 3.6 ลงมือปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติปรับปรุงแล้วทดลองปฏิบัติ สะท้อนและปรับปรุง ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2545-เดือนเมษายน 2546 กระบวนการสะท้อนการปฏิบัติโดยหมุนเวียนจัดสนทนากลุ่มที่หน่วยบริการแต่ละแห่ง ทีมวิจัยให้ชื่อว่า “PCU สัญจร” โดยผู้ปฏิบัติของหน่วยPCU อื่น ต้องมาร่วมประชุมและร่วมสนทนาด้วยกระบวนการนี้เป็นขั้นตอนที่มีประโยชน์ ผู้ร่วมสนทนาทุกคนมีหน้าที่ผ่อนคลายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่ใช้สถานที่ทำงานของผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นที่ประชุม/สนทนา มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหน่วยงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเช่นนี้ น่าจะจัดหรือสร้างให้เป็นวัฒนธรรมการปฏิบัติของหน่วยงาน	3.5 เน้นการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ โดยมีแนวทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 3.5.1 ควรมีการประเมินผลก่อน และหลังการฝึกอบรม 3.5.2 ติดตามการนำผลการฝึกอบรมไปใช้อย่างต่อเนื่อง 3.5.3 กำหนดให้การเข้าอบรมเป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณาความดีความชอบ 3.6 เป็นกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาร่วมกันของผู้ปฏิบัติที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4 แห่ง ร่วมกับทีมวิจัยการให้ข้อคิดเห็นระหว่างกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเช่นนี้น่าจะจัดหรือสร้างให้เป็นวัฒนธรรมการปฏิบัติของหน่วยงาน

4. ผลสัมฤทธิ์ ปัจจัยและเงื่อนไขความสำเร็จ

จากเป้าหมายที่ตกลงร่วมกันในการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4 หน่วย กล่าวคือ 1) PCU พิจิตร ซึ่งเป็นหน่วยบริการใหม่ตั้งในโรงพยาบาลนาหม่อม 2) PCU นาหม่อม 3) PCU คลองหรีด และ 4) PCU พงษ์มนิ PCU สามแห่งหลังเป็นความพยายามในการพัฒนาปรับปรุงสถานีนามัยเดิม โดยที่ PCU นาหม่อม PCU คลองหรีด ได้รับจัดสรรพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลนาหม่อมไปปฏิบัติงานแต่ละ 1 คน แต่ที่คลองหรีดพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้เพียงสัปดาห์ละ 3 วัน

จากการศึกษาติดตามการดำเนินงานในช่วงเวลา 6-7 เดือน ได้ข้อสรุปว่า

PCU พิจิตร ซึ่งเป็นหน่วยบริการใหม่ในโรงพยาบาล มีบุคลากรจากโรงพยาบาลทั้งหมด 4 คน เป็นผู้ดำเนินงาน สามารถจัดและดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ครบถ้วน ทั้งในด้านการให้บริการที่หน่วยฯ และการออกพื้นที่เพื่อเยี่ยมชุมชน สำหรับ PCU นาหม่อมและคลองหรีด ซึ่งมีพยาบาลไปปฏิบัติงาน สามารถจัดบริการประจำ การตรวจรักษาเบื้องต้นที่หน่วยฯ ได้อย่างเป็นรูปธรรม มีผู้มารับบริการมากขึ้น แต่การออกพื้นที่เพื่อเยี่ยมชุมชนยังน้อยมาก สำหรับ PCU พงษ์มนิ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงและดำเนินการใด ๆ

ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ของคณะผู้วิจัยจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ สันทนากับผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง การดูงาน และบทเรียนจากงานวิจัยพัฒนาที่มีมาก่อน สามารถชี้ประเด็น **ปัจจัยและเงื่อนไขความสำเร็จ**ได้ดังนี้

4.1 บุคลากร บุคลากรมีทัศนคติที่ดี มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ จะมีความสุขและมีพลังที่จะพัฒนาและปรับปรุงงานไปสู่เป้าหมาย ทีม PCU พิจิตร เป็นทีมที่ประกอบด้วยสมาชิกทั้งหมดซึ่งมีความสนใจ สม่ครใจ และกระตือรือร้น ที่จะทำงานชุมชน สามารถทำงานเป็นทีมเดียวกัน ร่วมคิด ร่วมทำ เพื่อการบรรลุเป้าหมาย

การมีบุคลากรใหม่เข้าไปเพิ่ม นับได้ว่าเป็น input ใหม่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบางประการ ที่อาจเกิดจากบุคคลผู้นั้น ฉะนั้นการสร้างทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานีนามัย จึงน่าจะเป็นกุญแจสำคัญให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุง ระบบบริการในวงกว้าง

4.2 ผู้บริหาร การนำนโยบายสู่การปฏิบัติให้ชัดเจน ตลอดจนการสื่อสารจากผู้บริหารถึงผู้ปฏิบัติ เป็นหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลง และบรรลุเป้าหมาย ผู้ปฏิบัติงานระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นปลายทางของการบริหารต้องรับสื่อจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในบางครั้งไม่ตรงกัน ทำให้เกิดความสับสนว่า “ยังงี้”

คนนี้ออก “ต้อง” อีกคน “เคย” ผู้บริหารในสายงานที่เกี่ยวข้องควรได้พบปะประชุม และกำหนดทิศทาง/เป้าหมายของท้องถิ่นร่วมกัน นอกจากนั้นผู้บริหารจะต้องแสดงให้เห็นความจริงใจ จริงจัง เอาใจใส่ กับการพัฒนางานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ติดตามสนับสนุน และให้กำลังใจ

4.3 ระบบสนับสนุน ซึ่งได้แก่

4.3.1 การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ในหลายรูปแบบ

4.3.2 ยานพาหนะที่ใช้ในการเข้าชุมชน ค่าตอบแทนความเสี่ยงในการปฏิบัติงานในชุมชน

4.3.3 การพิจารณาความดีความชอบอย่างเป็นระบบ

ในส่วนของอำเภอหนองม่อม ยังมีข้อจำกัดของระบบสนับสนุนอยู่มาก เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด

4.4 การพัฒนาระบบงานของสถานีนอามัย จาก task oriented เป็น family oriented อย่างเป็นรูปธรรม ผู้ปฏิบัติงานที่สถานีนอามัยสะท้อนภาพงานเอกสารกองมเหมาและไม่รู้จบและทำให้พวกเขาไม่มีเวลาสำหรับงานอย่างอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานชุมชน ฉะนั้นการปรับระบบงานของสถานีนอามัยจะต้องปรับระบบการบันทึกข้อมูล และระบบรายงานด้วย ควรเน้นการบันทึกรายงานที่จำเป็น มีประโยชน์ ถูกต้อง ไม่ซ้ำซ้อน และเชื่อถือได้

4.5 ระบบประเมินผลที่โปร่งใส เป็นธรรม มีดัชนีชี้วัดที่เน้นสุขภาพของประชาชน และการให้บริการเป็นหลัก การประเมินผลต้องมีผลต่อการปรับปรุงและพัฒนา ไม่ว่าผู้ประเมินจะอยู่ในสายงานบังคับบัญชาของผู้ถูกประเมินหรือไม่ก็ตาม

4.6 การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ซึ่งมีได้หลายระดับ หน่วยบริการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมสูงจะสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างดี มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าประชาชนเป็นแหล่งประโยชน์หรือผู้สนับสนุนหน่วยงานนั้น

4.7 ระยะเวลาในการดำเนินการ การพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระดับรากหญ้า จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับบุคคล และหน่วยงานหลายภาคส่วน การดำเนินงานในช่วงเวลา 1 ปี ไม่สามารถที่จะขับเคลื่อนหน่วยงานให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานเดิม ที่ต้องมีรูปแบบการทำงานใหม่ เนื่องจากบุคลากรและผู้บริหารคุ้นชินกับการทำงานแบบเดิม และที่สำคัญคือ มีทัศนคติต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

5. ข้อเสนอแนะสำหรับคณะกรรมการเครือข่ายสถานบริการสุขภาพอำเภอหนองม่อมในการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

5.1 การพัฒนาระบบประเมินผลที่ชัดเจน และโปร่งใส ซึ่งครอบคลุมผู้ประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน วิธีการประเมิน ตลอดจนผลของการประเมินที่มีต่อหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานที่ถูกประเมิน

5.2 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อระบบสุขภาพ และบริการสุขภาพ

5.3 การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุน

ภาคผนวก

รายชื่อคณะผู้วิจัย

1. หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ นางสาว สุนุตตรา	ตะขุนพงศ์
วุฒิการศึกษา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ตำแหน่ง	รองศาสตราจารย์
สถานที่ทำงาน	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โทรศัพท์	074-286525
E-mail	tsunuttr@ratree.psu.ac.th

2. ผู้ร่วมโครงการวิจัย

2.1 นางสาว อุไร	หักกิจ
วุฒิการศึกษา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ตำแหน่ง	อาจารย์
สถานที่ทำงาน	ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โทรศัพท์	074-286508
E-mail	hurai@ratree.psu.ac.th

2.2 นางวันดี สุทธรังษี

วุฒิการศึกษา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ตำแหน่ง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
สถานที่ทำงาน	ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โทรศัพท์	074-286532
E-mail	swandee@ratree.psu.ac.th

2.3 นางสาวเอมอร แซ่จิ๋ว

วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ตำแหน่ง	อาจารย์
สถานที่ทำงาน	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โทรศัพท์	074-286521
E-mail	saimon@ratree.psu.ac.th

2.4 นางสาวเยาวรัตน์ มัชฌิม

วุฒิการศึกษา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
ตำแหน่ง	อาจารย์
สถานที่ทำงาน	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โทรศัพท์	074-286521
E-mail	myaowara@ratree.psu.ac.th

2.5 นายอภิรัตน์

อัมพันธ์

วุฒิการศึกษา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
ตำแหน่ง	อาจารย์
สถานที่ทำงาน	ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โทรศัพท์	074-286571
E-mail	iapirat@ratree.psu.ac.th

2.6 นางสาวขวัญตา บาลทิพย์

วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ตำแหน่ง	อาจารย์
สถานที่ทำงาน	ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โทรศัพท์ 074-286581
E-mail bquantar@ratree.psu.ac.th

2.7 นางสาวปิ่นทิพย์ นาคดำ
วุฒิการศึกษา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
ตำแหน่ง อาจารย์
สถานที่ทำงาน ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โทรศัพท์ 074-286511
E-mail pinlip@ratree.psu.ac.th

2.8 นายวรวิทย์ กิตติศักดิ์ธณกรณ์
วุฒิการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่ง นายแพทย์ รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาล
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลนาหม่อม อ. นาหม่อม จ. สงขลา
โทรศัพท์ 074-382011-5
E-mail worawit_kitisak@yahoo.com

2.9 นางสาวดี แก้วพิบูลย์
วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต (วิสัญญีพยาบาล)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาหม่อม อ. นาหม่อม
จ. สงขลา
โทรศัพท์ 074-382011-5

2.10 นายนิภาศ นิลสุวรรณ
วุฒิการศึกษา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม)
ตำแหน่ง นักวิชาการสุขาภิบาล
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลนาหม่อม อ. นาหม่อม
จ. สงขลา
โทรศัพท์ 074-382011-5

2.11 นางสาวสมใจ

วุฒิการศึกษา

ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน

โทรศัพท์

ลิมทองพันธุ์

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

พยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มงานสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลนาหม่อม อ. นาหม่อม

จ. สงขลา

074-382011-5

2.12 นางสาวภรณ์ทิรา

คงสิน

วุฒิการศึกษา

ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน

โทรศัพท์

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

พยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มงานสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลนาหม่อม อ. นาหม่อม

จ. สงขลา

074-382011-5

ที่ปรึกษาโครงการ

ชื่อ รศ.ดร. อรัญญา

วุฒิการศึกษา

ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน

โทรศัพท์

E-mail

เซาวลิต

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

รองศาสตราจารย์

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

074-286400

caranya@ratree.psu.ac.th

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

นพ.ธีรวัฒน์	กรศิลป์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระโนด
ดร.สาวิตรี	ลิ้มชัยอรุณเรือง	คณะพยาบาลศาสตร์
ดร.กิตติกร	นิลมานันต์	คณะพยาบาลศาสตร์

รายชื่อคณะกรรมการสวัสดิการสุขภาพชุมชน

1. นายคนอง พรหมประทุม
2. นายเปรม แก้วสองสี
3. นายวิจิตร ศรีผ่อง
4. นายลก แก้วรัตนะ
5. นายประวิทย์ แก้วทอง
6. นายเพ็ญ แก้วพรหม
7. นายอนันต์ แก้วชนะ
8. นายประมวล ศรีมะชะ
9. นายจบ แสงฤทธิ์
10. นายสมบุญ บุญแสงนิน
11. นางกมลพรรณ บุญศรีรัตน์
12. นายสมบุญ บุญแสงทิพย์

ตารางกิจกรรมการวิจัย

วัน เดือน ปี	กิจกรรม	สถานที่	หมายเหตุ
2 พฤศจิกายน 2544 เวลา 15.00 น. เป็นต้นไป	รับฟังคำชี้แจงการทำวิจัยจาก เจ้าหน้าที่ของสวรส.	ห้องประชุม 2228 คณะพยาบาลศาสตร์	
7 ธันวาคม 2544 เวลา 16.30 น. เป็นต้นไป	ประชุม เพื่อเตรียมความพร้อม ในการทำวิจัยของสวรส.	ห้องประชุม 2223 คณะพยาบาลศาสตร์	
ธันวาคม 2544 เวลา 17.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมเพื่อเตรียมการจัดโครง การวิจัยของสวรส.	ห้องประชุม 2222 คณะพยาบาลศาสตร์	
ธันวาคม 2544 เวลา 17.00-22.00 น.	ประชุมร่างโครงการวิจัย	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
ธันวาคม 2544 เวลา 17.00-22.00 น.	ประชุมการเขียนโครงการวิจัย	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
ธันวาคม 2544 เวลา 17.00-03.00 น.	ประชุมการเขียนโครงการวิจัย	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
27 ธันวาคม 2544 เวลา 07.00-17.00 น.	ศึกษาดูงาน: การจัดบริการสุข ภาพระดับปฐมภูมิฯ	-โรงพยาบาลระโนด	
28 ธันวาคม 2544 เวลา 08.00-16.30 น.	ศึกษาดูงาน: การจัดบริการสุข ภาพระดับปฐมภูมิฯ	-โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง -โรงพยาบาลจะนะ -โรงพยาบาลนาหม่อม	
2 มกราคม 2545 เวลา 17.00-18.00 น.	ประชุมสรุปผลการดูงาน	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
9 มกราคม 2545 เวลา 13.00-15.30 น.	ประชุมการสร้างความร่วมมือ การดำเนินการวิจัย	โรงพยาบาลนาหม่อม	
31 มกราคม 2545 เวลา 14.00-16.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมทีมวิจัยร่วมกับตัวแทน จากสวรส.	ห้องประชุมโรงพยาบาล นาหม่อม	
21 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 16.30 น. เป็นต้นไป	ประชุมเตรียมการจัดประชุม เชิงปฏิบัติการเรื่องการจั ดกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ ในการทำงานของชุมชนฯ	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	

วัน เดือน ปี	กิจกรรม	สถานที่	หมายเหตุ
22กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 09.00-11.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมการประสานงานการจัดเตรียมการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ วันที่ 27-28กุมภาพันธ์ 2545- 1 มีนาคม 2545	โรงพยาบาลนาหม่อม	
27-28 กุมภาพันธ์- 1 มีนาคม 2545 เวลา 08.30-21.00 น.	จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดการกระบวนการพัฒนาเครื่องมือในการทำงานชุมชนในระบบบริการสุขภาพระดับต้น	ห้อง 3309 คณะพยาบาลศาสตร์	
13 มีนาคม 2545 เวลา 10.00-12.00 น.	ประชุมทีมวิจัยเพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดประชุมเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับชานาหม่อม	คลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
14 มีนาคม 2545 เวลา 13.00-17.00 น.	ประชุมเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับชานาหม่อม	สหกรณ์การเกษตร จำกัด อำเภอนาหม่อม	
มีนาคม 2545 เวลา 16.30 น. เป็นต้นไป	ประชุมเพื่อ Clear concept โครงการวิจัย	โรงพยาบาลนาหม่อม	
27-28 มีนาคม 2545 เวลา 16.30 น. เป็นต้นไป	Revise Proposal โครงการวิจัย	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
5 เมษายน 2545 เวลา 13.00-17.00 น.	ประชุมศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ทุติยภูมิเกี่ยวกับประเด็นที่จะศึกษา	โรงพยาบาลนาหม่อม	
9 เมษายน 2545 เวลา 17.00-19.30 น.	ประชุมเตรียมพร้อมการทำกลุ่มวันที่ 11,18 เมษายน 2545	โรงพยาบาลนาหม่อม	
10 เมษายน 2545 เวลา 16.00-19.00 น.	สัมภาษณ์คลินิกเอกชนในชุมชนนาหม่อม	คลินิกชุมชนนาหม่อม	
11 เมษายน 2545 เวลา 14.00-16.00 น.	ประชุมการเสนอข้อคิดเห็นต่อการปรับระบบบริการสุขภาพฯ	โรงพยาบาลนาหม่อม	
เมษายน 2545 เวลา 13.00-17.00 น.	ประชุมระดมสมองผู้นำชุมชนและประชาชน	โรงเรียนธรรมโฆสิต อ.นาหม่อม จ.สงขลา	

วัน เดือน ปี	กิจกรรม	สถานที่	หมายเหตุ
19 เมษายน 2545 เวลา 18.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมสรุปการระดมสมองกลุ่มผู้ให้บริการ และผู้นำชุมชน, ประชาชน	โรงพยาบาลนาหม่อม	
22 เมษายน 2545 เวลา 13.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมคณะกรรมการสุขภาพชุมชน	โรงพยาบาลนาหม่อม	
30 เมษายน 2545 เวลา 06.30-19.00 น.	ศึกษาดูงาน “การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ	โรงพยาบาลระโนด	
3 พฤษภาคม 2545 เวลา 06.30-16.00 น.	ศึกษาดูงาน “การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ	โรงพยาบาลเทพา	
8 พฤษภาคม 2545 เวลา 16.30 น. เป็นต้นไป	ประชุมระดมสมองต่อโครงร่างวิจัยฯ	ห้องประชุม 2228 คณะพยาบาลศาสตร์	
14 พฤษภาคม 2545 เวลา 17.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมปรับโครงการวิจัยฯ เพื่อนำเสนอต่อสวรส.	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
พฤษภาคม 2545 เวลา 13.30 น. เป็นต้นไป	ประชุมเพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ ครั้งที่ 1	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
พฤษภาคม 2545 เวลา 17.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมเพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ ครั้งที่ 2	โรงพยาบาลนาหม่อม	
27 พฤษภาคม 2545 เวลา 13.30 น. เป็นต้นไป	ประชุมการ Validate ข้อมูลการวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้	โรงพยาบาลนาหม่อม	
28 พฤษภาคม 2545 เวลา 13.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมตรวจสอบข้อมูลกับพื้นที่	โรงพยาบาลนาหม่อม	

วัน เดือน ปี	กิจกรรม	สถานที่	หมายเหตุ
30 พฤษภาคม 2545 เวลา 13.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมเพื่อปรับฐานคิดกับทีมผู้ให้บริการ	โรงพยาบาลนาหม่อม	
1-2 มิถุนายน 2545 เวลา 08.00-22.00 น.	ประชุม"ร่าง" รูปแบบการจัดบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	ณ สถาบันทักษิณคดี ศึกษาจ.สงขลา	
7 มิถุนายน 2545 เวลา 17.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมการแบ่งภาระหน้าที่ความรับผิดชอบโครงการวิจัยฯ	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
14 มิถุนายน 2545 เวลา 13.00-16.00 น.	ประชุมเพื่อร่วมฟังข้อเสนอแนะ "ร่าง"PCU จากผู้ทรงคุณวุฒิ	ห้องประชุม 2228 คณะพยาบาลศาสตร์	
7 มิถุนายน 2545 เวลา 17.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมแบ่งภาระหน้าที่	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
27 มิถุนายน 2545 เวลา 13.30-15.30 น.	ประชุมเพื่อหาข้อสรุปการจัดระบบ บริการสุขภาพฯ	โรงพยาบาลนาหม่อม	
3 กรกฎาคม 2545 เวลา 13.30-16.30 น.	ประชุมการนำเสนอรูปแบบการให้ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต่อผู้ ปฏิบัติฯ	ห้องประชุมโรงพยาบาล นาหม่อม	
10 กรกฎาคม 2545 เวลา 18.30 น. เป็นต้นไป	ประชุมเรื่อง การวางแผนงานโครง การ	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
กรกฎาคม 2545 เวลา 13.30 -16.30 น.	อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การ กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจของหน่วย งาน	โรงพยาบาลนาหม่อม	
16 กรกฎาคม 2545 เวลา 18.30 น. เป็นต้นไป	ประชุมเรื่องการนำเสนองานวิจัย และเข้าร่วมประชุมกับสวรส.	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
22 กรกฎาคม 2545 เวลา 13.30 น. เป็นต้นไป	ประชุมระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการ จัดอัตรากำลังบุคลากรเพื่อปฏิบัติ งานใน CPU แต่ละแห่ง	โรงพยาบาลนาหม่อม	

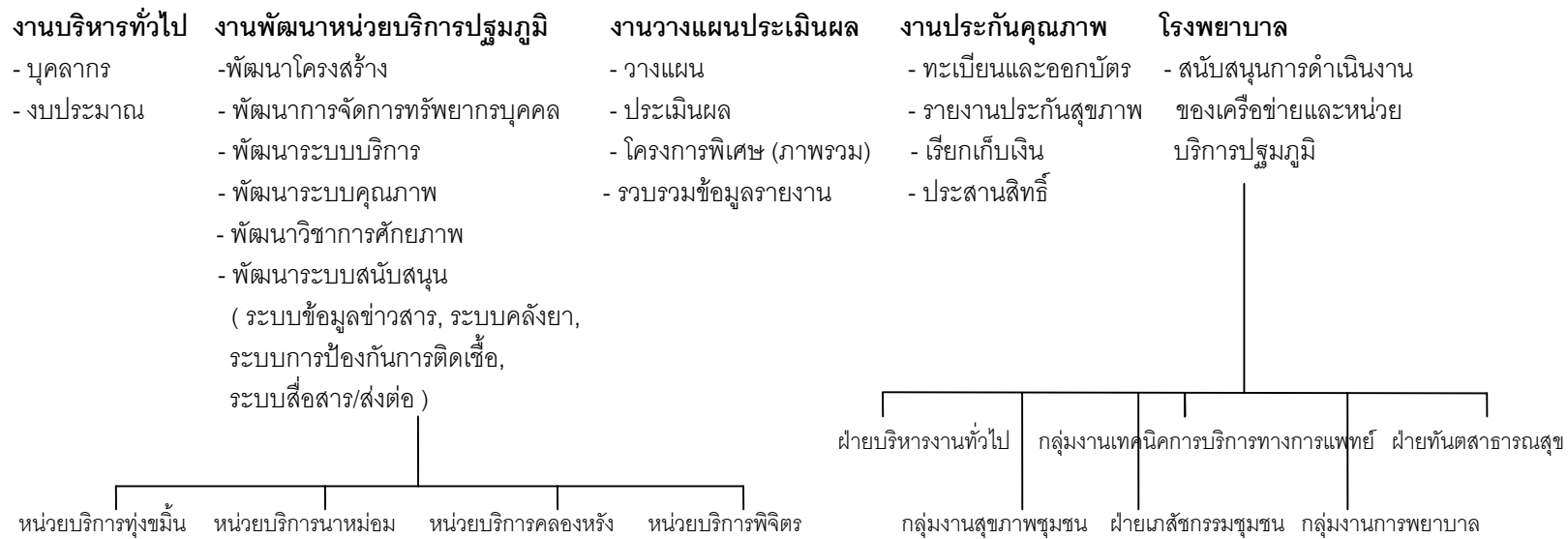
วัน เดือน ปี	กิจกรรม	สถานที่	หมายเหตุ
5 กันยายน 2545 เวลา 13.00-16.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมเพื่อรับฟังและให้ข้อคิดเห็น ความก้าวหน้าในการดำเนินการ ของ PCU	โรงพยาบาลนาหม่อม	
10 ตุลาคม 2545 เวลา 16.00-19.30 น. เป็นต้นไป	ประชุมเตรียมความพร้อมในการ ประเมินผลการดำเนินการของ CPU	โรงพยาบาลนาหม่อม	
พฤศจิกายน 2545 เวลา 13.30-16.30 น. เป็นต้นไป	ประชุมโครงการวิจัย เรื่อง การ ประเมินผลการดำเนินงานวิจัย	ห้องประชุมสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ นาหม่อม	
พฤศจิกายน 2545 เวลา 16.00-18.00 น.	ประชุมพิจารณา โครงการศึกษา ศักยภาพชุมชนและแจ้งผลความ ก้าวหน้าโครงการวิจัย	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
21-23 ธันวาคม 2545 เวลา 08.30-16.30 น.	ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานัก วิจัยในโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการฯ	ณ คานารีบีชระยอง จ.ระยอง	
ธันวาคม 2545 เวลา 16.30-18.00 น.	ประชุมรายงานความก้าวหน้าโครง การวิจัยฯ ที่ได้ไปประชุมที่ จ.ระยอง	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
มกราคม 2546 เวลา 18.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมเพื่อสรุปบทเรียนและ สังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากพื้นที่ ทั้ง 4 PCU ครั้งที่ 1	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
24 มกราคม 2546 เวลา 13.30-16.30 น.	จัดกิจกรรม PCU สัญจร ณ PCU ทุ่งขมิ้น ครั้งที่ 1	PCU ทุ่งขมิ้น	
กุมภาพันธ์ 2546 เวลา 13.30-16.30 น.	จัดกิจกรรม PCU สัญจร ณ PCU นาหม่อม ครั้งที่ 2	PCU นาหม่อม	
5-6 มีนาคม 2546 08.00-17.00 น.	ประชุมทบทวนวิเคราะห์และสังเคราะห์ ความรู้ที่ได้จากการวิจัยเพื่อพัฒนา ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	อุทยานทะเลน้อย จ.พัทลุง	
14 มีนาคม 2546 เวลา 13.30-16.30 น.	จัดกิจกรรม PCU สัญจร ณ PCU คลองหรั่ง ครั้งที่ 3	PCU คลองหรั่ง	

วัน เดือน ปี	กิจกรรม	สถานที่	หมายเหตุ
มีนาคม 2546 เวลา 16.00 น. เป็นต้นไป	ประชุมรายงานความคืบหน้าในการ ดำเนินงานวิจัยฯ	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
30 เมษายน 2546 เวลา 09.00-12.00 น.	ประชุมทีมวิจัย	โรงพยาบาลนาหม่อม	
พฤษภาคม 2546	เขียนรายงานความก้าวหน้างาน วิจัย	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
27 มิถุนายน 2546 เวลา 16.30-18.00 น.	ประชุมรายงานความก้าวหน้าใน การดำเนินงานวิจัยฯ	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
กรกฎาคม 2546	เขียนรายงานความก้าวหน้างาน วิจัย	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
สิงหาคม 2546 เวลา 14.30-16.00 น.	ประชุมรายงานความก้าวหน้าใน การดำเนินการวิจัยฯ และการจัด ประชุมระดมสมอง เรื่องการประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	ห้องประชุม 2224 คณะพยาบาลศาสตร์	
สิงหาคม 2546 เวลา 09.00-16.00 น.	จัดประชุมระดมสมอง เรื่องการ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ห้องประชุม 2228 คณะพยาบาลศาสตร์	
กันยายน-ตุลาคม 2546	ตรวจสอบรายงานการวิจัยฉบับ สมบูรณ์	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	
15 -16 พฤศจิกายน 2546 เวลา 13.00-16.00 น.	ประชุมสรุปรายงานผลการดำเนิน งานวิจัยฯ	ห้องประชุม 2228 คณะพยาบาลศาสตร์ และปตท.สงขลา	
ธันวาคม 2546	จัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์	ห้องคลินิกวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์	

โครงสร้างระบบบริหารจัดการเครือข่ายระบบบริการสุขภาพอำเภอหนองหาน (แผนภูมิที่ 1)

คณะกรรมการบริหารเครือข่ายสถานพยาบาลอำเภอหนองหาน

สำนักบริหารสถานพยาบาลอำเภอหนองหาน



กรณีตัวอย่าง ที่ 1

ประสบการณ์ ความประทับใจจากการลงปฏิบัติงาน PCU ซึ่งเรื่องราวต่อไปนี้ เป็นความประทับใจที่เกิดจากการทำงานที่สร้างความหวังและความเปลี่ยนแปลงที่นำมาสู่การมีสภาพร่างกายที่ดีขึ้นของผู้ป่วยที่มีความพิการของขาจากการประสบอุบัติเหตุ

ป้าผอน เป็นหญิงวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ที่ตำบลหนึ่งใน อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา เดิมทีป้าผอน มีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอหาดใหญ่ ตั้งแต่เกิด แต่เนื่องจากแต่งงานกับสามีซึ่งเป็นคนในอำเภอนาหม่อม จึงต้องย้ายตามสามีมาอยู่ที่อำเภอนาหม่อม มีครอบครัวที่อบอุ่น มีบุตร 2 คน คนโตเป็นผู้ชาย คนเล็กเป็นผู้หญิง เมื่อบุตรคนเล็กแต่งงานมีครอบครัวก็ยังคงอาศัยอยู่กับป้าผอน จึงทำให้มีสมาชิกในบ้านเพิ่มมาอีก 1 คน คือลูกเขย และต่อมามีหลานชาย ปัจจุบันอายุประมาณ 3 ขวบ ส่วนลูกชายรับราชการตำรวจอยู่ที่ต่างจังหวัด แต่ได้มาเยี่ยมมารดาบ่อย ๆ ยังไม่มีครอบครัวลูกสาวคนเล็กมีอาชีพเป็นครูโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงของบ้านในการดูแลจัดการทุกอย่างและยังคอยดูแลช่วยเหลือน้ำใสใจเป็นที่ปรึกษาของน้องชายป้าผอน ป่วยเป็นมะเร็งที่มดลูกได้รับการฉายรังสีรักษา มาพักฟื้นที่บ้าน มีอาการท้องปัสสาวะติดขัด ต้องสวนปัสสาวะให้ (ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว) แต่แล้วในวันหนึ่งเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันก็เกิดขึ้น และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของชีวิตป้าผอน

เหตุการณ์นี้ก็ได้เกิดขึ้นเมื่อประมาณ 4-5 เดือนก่อนมานี้เอง ในวันนั้น ป้าผอนได้เล่าว่า ป้าผอน ลูกสาว และหลานชายได้นั่งรถมอเตอร์ไซด์ โดยมีลูกสาวป้าผอนเป็นคนขับ เพื่อไปเยี่ยมญาติที่ตำบลเกาะยอ จังหวัดสงขลา ขณะที่กำลังขี่มอเตอร์ไซด์อยู่บนสะพานข้ามทะเลสาบสงขลา (สะพานติณสูลานนท์) ปรากฏว่าได้มีรถกระบะพุ่งเข้ามาชนมอเตอร์ไซด์คันที่ป้าผอนนั่งด้วยความเร็วของรถประกอบกับคนขับมีอาการเมาสุรา ทำให้การควบคุมรถผิดปกติไป แรงปะทะของรถทำให้ป้าผอนกับหลานชายกระเด็นตกลงไปในทะเลสาบ ส่วนลูกสาวป้าผอนถูกรถชนติดกับตัวสะพาน โชคดีที่มีเรือประมงผ่านมาประสบเหตุการณ์ จึงได้ช่วยกันมเอาจร่างของป้าผอนและหลานชายขึ้นจากน้ำและนำส่งโรงพยาบาลสงขลา ป้าผอนไม่รู้สึกร่างตัวและถูกนำเข้าห้อง ไอ ซี ยู เนื่องจากมีปัญหาทางระบบการหายใจ เนื่องจากสำลักน้ำ ป้าผอนรับการรักษาอยู่นานนับเดือน เพิ่งได้รับทราบข่าวในภายหลังว่าลูกสาวเสียชีวิตขณะนำส่งโรงพยาบาล ส่วนหลานชายมีอาการสาหัสได้รับบาดเจ็บที่กระดูกต้นคอ ป้าผอนไม่มีโอกาสร่วมงานศพของบุตรสาวและไม่มีโอกาสได้ดูแลหลานชายที่บาดเจ็บ ป้าผอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลสงขลา จนอาการปลอดภัยจึงขอรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ รวมระยะเวลาประมาณ 2 เดือน หลังจากทีสภาพทั่วไปของร่างกายดีขึ้น แพทย์ได้ถอดเหล็กที่ขาขวาออก แล้วใส่เฝือกตลอดทั้งขาขวา และอนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดดูอาการหลังจากนั้นป้าผอน กลับมาบ้านได้ 1 วัน มีความรู้สึกวุ่นวายตามผิวหนังบริเวณที่เฝือกห่อหุ้มอยู่มาก และรู้สึกแน่นอึดอัดบริเวณขาขวาจึงได้ใช้ใบเลื่อย เลื่อยเฝือกออกทั้ง

หลังจากนั้นรับการรักษากับหมอพื้นบ้านไม่ไปพบแพทย์ตามนัดนานประมาณ 2 เดือน จากการลงเยี่ยมบ้านและติดตามดูอาการของป้าผอนพบว่า ขาด้านขวามีรอยแผลผ่าตัดอยู่หลายจุด ซึ่งกระดูกน่าจะมีการแตกและหักหลายจุดตลอดทั้งขา ป้าผอนได้เล่าว่าแพทย์ได้ผ่าตัดและใส่เหล็กตามกระดูกข้างในไว้ ขาของ 120 ป้าผอนสั้น ยาวไม่เท่ากัน ขาขวาสั้นกว่าขาซ้าย โดยปลายเท้าขวาอยู่ประมาณข้อเท้าด้านซ้ายเท่านั้น เขาชว้างไม่ได้ลักษณะเหมือนกระดูกมาติดกันช่วงข้อต่อของเข่า และขาขวาเริ่มลีบเล็กลง เนื่องจากใช้งานไม่ได้ ป้าผอนเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน แต่จะเดินเมื่อต้องเข้าห้องน้ำ โดยมีสามีคอยช่วยเหลือ ถ้าไม่มีใครก็จะขยับกายอยู่บนเตียงนอน ส่วนหลายชายของป้าผอน ปัจจุบันอาการต่าง ๆ ดีขึ้น สามารถไปโรงเรียนได้ บิดาของเด็กพาไปบิ๊บนวด กับหมอพื้นบ้านมียาเป็นผู้ดูแล

จากสภาพที่พบได้ดูแลโดยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ สร้างความมั่นใจ และกำลังใจให้เกิดขึ้น อธิบายถึงสาเหตุที่ขาของป้าผอน งอไม่ได้ สั้นข้าง ยาวข้าง มีปัญหาในการเดิน เนื่องจากการถอดเฝือกก่อนกำหนด ทำให้กระดูกติดผิดรูป การรักษาที่ถูกต้องจะช่วยให้ป้าผอนสามารถกลับมาเดินได้ตามปกติ และช่วยดูแลหลานที่เป็นแก้วตา ดวงใจได้ต่อไป ได้แนะนำให้ลูกที่รับราชการตำรวจกลับมาดูแลมารดา และพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ อาจจะต้องทำความเข้าใจกับแพทย์ถึงสาเหตุที่ต้องถอดเฝือกออกก่อนกำหนด เนื่องจากขาดความเข้าใจหรือไม่ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน จึงนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องจนเป็นสาเหตุให้สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี

จากการลงติดตามอีกครั้ง 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นพบว่า ป้าผอนได้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่แล้ว และทราบจากเพื่อนบ้านว่า ได้รับการผ่าตัดที่ขาใหม่ ขณะที่กำลังเขียนเล่าเรื่องราวของป้าผอนฉบับนี้ ทราบว่า ป้าผอนยังคงอยู่ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งจะได้ลงติดตามเยี่ยมต่อไป และขอให้การรักษาในครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้าย และช่วยให้การดำเนินชีวิตของป้าผอนได้กลับมาปกติดังเดิมหลังจากต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป และสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตัวเองไประยะหนึ่ง โดยที่จะมีเราซึ่งเป็นพยาบาลรับผิดชอบดูแลเป็นกำลังใจให้ป้าผอนต่อสู้กับชีวิตตลอดไป ถ้านึกย้อนกลับไป หากป้าผอนไม่ได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมที่บ้าน และไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวและรับการรักษาที่ถูกต้อง ขาดความหวังและกำลังใจ มีชีวิตอยู่ไปเรื่อย ๆ ณ วันนี้ ป้าผอนจะมีชีวิตอยู่อย่างไร ?

กรณีตัวอย่าง ที่ 2

การทำงานในชุมชน เมื่อไหร่ที่เราทำงานด้วยหัวใจที่เรามองเห็นว่าชาวบ้านก็มีความเป็นมนุษย์ คือมีความสุข ความทุกข์ ความสมหวัง และความผิดหวังเหมือนกับตัวเรา เราก็จะปฏิบัติต่อชาวบ้าน หรือผู้เจ็บไข้ด้วยความรู้สึกอ่อนโยน และเห็นใจในความทุกข์ยากของเขามากยิ่งขึ้น ดังเช่น ประสบการณ์ส่วนหนึ่งของข้าพเจ้าซึ่งเป็นพยาบาลประจำครอบครัวของชาวบ้านในหมู่ที่ 3 ตำบลพิจิตร์

วันนั้นจำได้ว่าขณะกำลังปฏิบัติงานอยู่ในคลินิกสุขภาพชุมชน ได้มี “พี่ปุก” ซึ่งเป็นชาวบ้านในหมู่บ้านที่เราดูแลอยู่ มาหาเราและได้พูดคุยปรึกษาว่ามีเรื่องกลุ้มใจอยู่ มีแม่ (แม่ยาย) กำลังนอนป่วยหนักมาก นอนอยู่ที่บ้าน ญาติ ๆ ไม่ต้องการมารักษาที่โรงพยาบาล ได้แต่เฝ้าดูแลไปตามสภาพซึ่งอาการแยลงทุกวัน มาปรึกษาว่าจะทำอย่างไรดี เราก็ได้ซักถามพูดคุยถึงรายละเอียดอาการเจ็บป่วย สถานที่บ้าน แล้วบอกว่าเดี๋ยวจะตามไปดูเองที่บ้าน ซึ่งเราเสร็จจากให้บริการผู้มารับบริการที่ค้างอยู่ ก็ออกเดินทางไปด้วยรถมอเตอร์ไซด์เก่า ๆ คู่ชีพ (ที่พวกเราในทีมพูดกันเล่น ๆ ว่า ได้ขับรดป้ายแดงทุกวัน/ป้ายแดงเพราะมีสนิมเขรอะ) ซึ่งกว่าจะถึงบ้านที่เราจะไปเยี่ยม เส้นทางค่อนข้างห่างไกลจากบ้านหลังอื่น ๆ อยู่เกือบท้ายหมู่บ้าน เราต้องขับรดไปตามร่องคันนา (บ้านเราเรียกว่า “ห้วยนา”) ซึ่งเป็นคันนาเล็ก ๆ ฝนตกน้ำท่วมขัง มีทั้งน้ำขังเป็นหลุมเป็นบ่อ ขี้โคลน ระหว่างทางก็จะมีชาวบ้านกำลังปักดำข้าวในนาเกือบตลอดรายทาง ทางเข้ารถยนต์วิ่งไม่ได้ ต้องใช้มอเตอร์ไซด์หรือเดินเท่านั้น เราเห็นเส้นทางกว่าจะเข้าถึงบ้านแล้วอยากจะถอยหลังกลับ แต่ด้วยหัวใจเต็มร้อยของเราที่มุ่งมั่นต้องไปเยี่ยมดูอาการป้าที่กำลังป่วยไปคุยให้ญาติ ๆ เข้าใจ ยังไงก็ต้องไปให้ถึงวันนี้แหละ ก็ค่อย ๆ ขับรดลุยน้ำไปตามคันนา ฝนก็โปรยเม็ดลงมาเป็นช่วง ๆ ในใจก็นึกว่าถ้าเราหล่นลงไปในนาหรือรถหกหล่ม สภาพเราคงเหมือน “ลูกหมาตกน้ำ” จริง ๆ ชาวบ้านที่กำลังดำนา ก็ตะโกนทักทายว่า “หมอมาท่าไหน” “จะเข้าไปพรีอทางลำบาก” “แก่งังมาได้พรีอ” เราพอได้ยินเสียงทักทายมาจากชาวบ้านกำลังใจเพิ่มขึ้นมาเกินร้อย บิดคันเร่งรถมอเตอร์ไซด์ลุยน้ำไปจนกระทั่งถึงบ้านคนป่วย

สภาพที่เราไปเจอ มีบ้านไม้หลังเก่า ๆ ตั้งอยู่เกือบท้ายทุ่งนา มีกระต๊อบใกล้ ๆ อีก 1 หลัง มีต้นไม้ ต้นหญ้าขึ้นอยู่ค่อนข้างรก มีบ่อน้ำอยู่ป่าหญ้าหน้าบ้าน สิ่งที่เราได้สัมผัสภายในบ้าน พบคนป่วย คือ “ป้าเม็ด” วัย 68 ปี นอนสลิมนอนอยู่บนแคร่ไม้เก่า ๆ เรียกไม่ค่อยรู้สึกตัว ตัวร้อนจี๋ หายใจเร็ว ในปากมีสมุนไพรอมอยู่เต็มปาก แขนข้างซ้ายบวมแดง เป็นแผลเปื่อยตั้งแต่ต้นแขนจนเกือบถึงข้อศอก มีหนองสีเหลืองซึมไหลซึมจากแผล มีกลิ่นเหม็น สภาพแขนบวมผิดปกติ บริเวณแผลมีรอยใช้สมุนไพรมาพอก เราได้ตรวจดูประเมินสภาพร่างกายทั่วไปตามอุปกรณ์ที่เราได้เตรียมไป วัดอุณหภูมิร่างกายได้ 40 องศาเซลเซียส นับหายใจได้ 40 ครั้ง/นาที ชีพจรจะเต้นเร็วเบา วัดความดัน

โลหิตได้ 90/50 มิลลิเมตรปรอทได้ยีนเสียงเบา ๆ จากสภาพที่เราเห็นก็ได้พูดคุยกับสามีและลูกหลานที่ได้มานั่งเฝ้ากันอยู่ว่า (สภาพป่าเมื่อดอนนี้ ต้องไปรับการรักษาดูแลที่โรงพยาบาลแล้ว นอนอยู่อย่างนี้อาการจะแย่งเรื่อย ๆ ตอนนี้แผลกำลังติดเชื้อและป่าเมื่อดอนอยู่ในภาวะที่ไม่ค่อยรู้สึกตัว) ได้พูดคุยให้ฟังคร่าว ๆ ถึงแผนการรักษา ถ้าไปโรงพยาบาลจะได้รับการรักษาอย่างไรบ้าง คงจะดีกว่าที่จะนั่งเฝ้าอยู่เฉย ๆ ที่บ้าน ทั้งสามีและลูกปฎิเสธที่จะไปรักษาที่โรงพยาบาล บอกเราว่า ยิ่งไงก็จะขอรักษาดูแลที่บ้าน “ถ้าตายก็ขอตายที่บ้าน” เราพยายามพูดคุย ยกเหตุผลต่าง ๆ นานา มาเพื่อโน้มน้าวให้ทั้งครอบครัวตัดสินใจที่จะไปรักษาที่โรงพยาบาล ถามถึงเหตุผลว่าทำไมถึงไม่ยอมไปโรงพยาบาล ครอบครัวนี้บอกเราแล้วว่า “ไม่ยอมไปแล้ว” เคยพาป่าไปนอนที่โรงพยาบาลเมื่อก่อนหลายเดือนแล้ว “เจ้าหน้าที่พูดจาไม่ดีเลย แสดงกิริยาไม่ดี ไม่ยอมไปอีก” เราจึงต้องใช้ความพยายาม บวกกับวาทะศิลป์ออกมาใช้จนหมด ลองพูดคุยทีละคน กับสามี , ลูกชาย ถามลูกชาย ทำไมพ่อถึงต่อต้านอย่างแรงที่จะไม่รักษาที่โรงพยาบาล ลูกชายเล่าว่า พ่อเป็นหมอโบราณที่รักษาโรคโดยใช้สมุนไพร มีความเชื่อที่จะรักษาเองโดยใช้สมุนไพรมากกว่า (พ่อเคยเป็นทหารประจำอยู่ฝ่ายเสนารักษ์ มีความรู้เรื่องการรักษามาบ้าง และต่อมาได้รับมรดก/ความรู้ทางหมอแผนโบราณมาจากพ่อซึ่งเสียชีวิตแล้วอีกที) เราประเมินดูแล้วถ้าจะคุยกับสามีป่าเมื่อดอน เราเรียก “ลุงพันธ์” คุยกันยากที่จะเข้าใจ ก็เลยพยายามพูดคุยกับลูกชาย ซึ่งลูกชายค่อยข้างจะเข้าใจฟังเรา ใช้ความพยายามพูดคุยกับครอบครัวนี้กว่า ลุงพันธ์/ลูกชายยินยอมมารับบริการที่โรงพยาบาลใช้เวลาประมาณเกือบ 2 ชั่วโมง ได้ถามถึงประวัติเดิมของป่าเมื่อดอนได้ความว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงมาประมาณ 10 ปี มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นช่วง ๆ บางช่วงก็ขาดการรักษาไป กลับมารักษาเองทางสมุนไพร เคยมีอาการแขน ขา ชักขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ รักษาใช้สมุนไพรจนอาการดีขึ้น ครั้งนี้เจ็บป่วยญาติเล่าให้เราฟังว่า เมื่อ 10 วันที่แล้ว หกล้ม แขนข้างซ้ายหัก รักษาเองทางสมุนไพรที่บ้าน 5 วันต่อมา แขนซ้ายมีลักษณะเป็นจ้ำแดง ๆ แล้วเป็นแผลอักเสบ มีหนอง แผลเริ่มลามออกมาเรื่อย ๆ จนถึงสภาพปัจจุบันที่เราไปเจอ เมื่อคุยตกลงกันได้ที่จะมารักษาที่โรงพยาบาล เราก็ขอตัวกลับมารอรับที่โรงพยาบาล เส้นทางขากลับของเราก็ก็น่าเหมือนเดิม เรามายืนมองดูเส้นทางที่จะเดินทางกลับ แล้วคิดว่าตัวเองมาถึงได้ยังงี้ ขามากำลังใจดี ได้ยินเสียงชาวบ้านทักทายแล้วชื่นใจ แต่ขากลับชาวบ้านดำนาศรีจกลับบ้านหมดแล้ว กำลังใจเราหายหมด แต่ก็ใช้ความพยายามขับรถกลับมาถึงโรงพยาบาล มาถึงโรงพยาบาลได้ กลับมาเรียนปรึกษาแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ว่าได้ไปเจอครอบครัวของป่าเมื่อดอน และเล่าถึงปัญหาที่เราเจอจากครอบครัวนี้ รวมทั้งได้ประสานงานทางแผนกผู้ป่วยในไว้ เพื่อที่อยากจะให้ครอบครัวนี้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อโรงพยาบาล ต่อมาป่าเมื่อดอนก็ได้เข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วงแรกอาการแย่มาก จนหมอบอกถึงความหวังที่อาการจะดีขึ้นน้อยมากแล้ว เนื่องจากแผลติดเชื้อมากขึ้น สภาพร่างกายอยู่ในภาวะช็อค และมีอาการแทรกซ้อนอื่นเพิ่มอีก เราได้เวียนเย็บผิวดูอาการป่าเมื่อดอน พูดคุยกับญาติเกือบทุกวัน เฝ้าสังเกตดูปฏิกิริยาญาติที่มีความรู้สึกสบายใจขึ้น ญาติเริ่มเกิดความรู้สึกดีกับโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือในการรักษาดี หมอก็ให้การรักษาไปเรื่อย ๆ จนอาการที่คิดว่าแย่งแล้ว ช่วงหลังอาการ

กลับกระตือรือร้น บำบัดค้อย ๆ รู้สึกตัวดีขึ้น พูดคุยรู้เรื่อง กินได้ แผลดีขึ้น สีสหน้าญาติพอใจในการรักษา เราเดินไปเยี่ยมจนกระทั่งบำบัดจำเราได้ เรียกชื่อได้ถูกต้อง บำบัดนอนรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลทั้งหมด 18 วัน จนอาการดีขึ้น หมอจึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

หลังจากบำบัดกลับไปอยู่บ้าน เรายังไปเยี่ยมตลอด ช่วงแรก ๆ ไปทุกสัปดาห์ ได้รับการต้อนรับจากญาติ ทุกคนดีใจทุกครั้งที่เราไปถึง ลุงพันธ์ ลูก กุ๊กจ๊อดต้อนรับเราดี พูดคุยเป็นกันเอง บางครั้งลุงพันธ์ยังค้นหาหนังสือตำราการรักษาสุนัขแมวแผนโบราณมาให้เราดู (ตำรานี้ลุงพันธ์ “หวงมาก” บอกว่ามีอายุร้อยกว่าปีแล้ว ไม่เคยให้ใครดูเลย) เราเข้าไปดูแลครบถ้วนก็พยายามสอน สาธิตให้ดูถึงบทบาทของญาติที่จะช่วยดูแลบำบัดที่บ้าน การทำแผล การออกกำลังกาย บริหารข้อ , กล้ามเนื้อ การช่วยดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไปเยี่ยมแต่ละครั้งประเมินไปเรื่อย ๆ สภาพบำบัดก็ดีขึ้นตามลำดับ สดชื่นขึ้น บุคคลที่เฝ้าดูแลตลอดคือ ลุงพันธ์ ซึ่งเอาใจใส่ดูแลดีมาก คอยเช็ดตัว ทำความสะอาดให้ทุกอย่าง ป้อนน้ำป้อนข้าว บอกว่า “เป็นคู่ทุกข์คู่ยากกัน” (มีลูก 2 คน ต่างแยกครอบครัวไปแล้ว นาน ๆ ถึงมาเยี่ยม ช่วงที่ป่วยอยู่โรงพยาบาลมาเฝ้า , เยี่ยมบ่อย) ซึ่งเราสังเกตเห็นบางครั้งเมื่อพูดถามถึงลูก บำบัดจะน้ำตาคลอทุกครั้ง แกบอกลูกคนโตไม่ค่อยได้มาเยี่ยมเลย หลาน ๆ ก็ไม่ค่อยมาเยี่ยม คิดถึงลูก คิดถึงหลาน เราได้พูดคุยบอกบำบัดว่า เขาอาจจะไม่ว่างก็ได้ ขอให้บำบัดอย่ากังวลเลย ทำจิตใจให้สบาย พยายามกินให้ได้มาก จะแข็งแรงขึ้น แล้วใครที่ไม่มาเยี่ยมบำบัด บำบัดจะไปเยี่ยมเองให้ถึงบ้านเลย บำบัดจึงยิ้ม หัวเราะออกมาได้ เราเวียนเยี่ยมบำบัดหลายรอบเมื่อเจอปัญหาอะไรเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ก็พยายามช่วยเหลือบางครั้งก็เบิกยาไปรักษาให้ที่บ้าน ช่วงหลัง ๆ อาการดีขึ้นมาก ครอบครัวนี้สามารถดูแลบำบัดและอยู่ได้ตามอัฏภาพ เรายังไปเยี่ยมห่างขึ้นเดือนละครั้ง แต่ก็บอกไว้เมื่อไหร่มีปัญหาให้กลับมาหาเราได้ เราเข้าออกหมู่บ้านจนชาวบ้านรู้จักเรามากขึ้น ช่วงเยี่ยมบำบัดก็แวะเยี่ยม ตาสุก ยายเลี้ยง ลุงครั้น ยายแคล้ว ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในหมู่บ้านเกือบตลอดเส้นทาง ทุกครั้งที่ได้พูดคุยได้ยินเสียงทักทายจากชาวบ้านแล้วเราก็ตกใจ “ความสุขใจลึก ๆ” สิ่งเหล่านี้คงจะเป็นน้ำหล่อเลี้ยงให้เรามีพลัง ความมุ่งมั่นที่จะทำงานในชุมชนกับชาวบ้านมากขึ้น

คำอธิบายศัพท์ภาษาใต้

“หมอมาทาไหร”	หมายถึง พยาบาลประจำครอบครัวมาทำอะไร
“จะข้ามไปพรีอทางลำบาก”	หมายถึง จะเดินทางไปได้อย่างไรถนนไม่สะดวกสบาย ทุกกันดาร
“เก่งจังมาได้พรีอ”	หมายถึง ชื่นชม ยกย่องว่าเก่งที่สามารถมาได้ มาได้อย่างไร

ส่วนหนึ่งจากประสบการณ์ทำงานในชุมชนของ ภณทิรา คง
สินคลินิกสุขภาพชุมชนตำบลพิจิตร โรงพยาบาลนาหม่อม
