

ภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพระดับต้น ของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออก

Health Status and Needs of Primary Care in Community Among People in the Eastern Region, Thailand.



ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ* Suwanna Junprasert
วรรณรัตน์ ลาวัง** Wannarat Lawang
โสรัตน์ คณิงคิต** Sorut Kanoungkid
สุพิศ ศิริอรุณรัตน์** Supit Siriarunrat
สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์** Sirilak Somanusorn

บทคัดย่อ

การบริการสุขภาพระดับต้นเป็นระบบการบริการสุขภาพด่านแรก ที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพ ก่อนที่จะมีความรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งยังช่วยบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องด้วย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพระดับต้นของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออก เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในการปฏิรูปสุขภาพของภูมิภาคและของประเทศต่อไป กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวที่สุ่มศึกษามาจาก 4 ชุมชน คือ ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ชุมชนอุตสาหกรรม ชุมชนประมงและท่องเที่ยว และชุมชนเกษตรกรรม ซึ่งเป็นลักษณะการดำเนินชีวิตของประชาชนภาคตะวันออกอย่างละ 1 ชุมชน ทั้งหมด 430 ครอบครัว รวมเป็นประชาชน 1,583 คน ทำการศึกษาข้อมูลจากผู้แทน

ครอบครัว ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่สร้างโดยคณะกรรมการวิจัยจากสถาบันการศึกษาพยาบาลต่าง ๆ 6 แห่ง เก็บข้อมูลโดยคณะผู้วิจัยและพนักงานช่วยเก็บข้อมูลที่เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลปริมาณทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ผลการวิจัยมีดังนี้

ประชาชนร้อยละ 14.6 มีโรคประจำตัว โรคที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.1 ของผู้ที่เจ็บป่วย มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 11.2 ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่หวานจัด เค็มจัด และไขมันสูง ร้อยละ 32.3, 31.7 และ 20.1 ตามลำดับ มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.7 ดื่มสุราร้อยละ 18.1 ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 51.7 ไม่สวมหมวกกันน็อคและไม่คาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อใช้ยานพาหนะ ร้อยละ 29.2 และ 14.0 ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่าประชาชนมีความเห็นว่า ต้องการรับบริการสุขภาพระดับต้นในภาวะที่ไม่เจ็บป่วย ภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเจ็บป่วย

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สถานที่ที่ต้องการรับบริการส่วนใหญ่เป็นสถานเฝ้าระวัง โดยต้องการให้แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ให้บริการเป็นส่วนใหญ่ ส่วนในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการรับบริการที่บ้านโดยพยาบาล ประชาชนที่มีภาวะสุขภาพต่าง ๆ ยินดีจ่ายค่าบริการสุขภาพครั้งละประมาณ 50-100 บาท และคิดว่าประชาชนควรมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพระดับต้นในชุมชนด้วย

Abstract :

Primary care is the first contact of health service systems to provide health promotion, disease protection and care before people's conditions can develop to severity. Primary care also can facilitate clients to receive a continuity of quality care. This study examined the health status and needs of people regarding primary care in communities in the eastern region of Thailand. Results may be used as baseline data for the health care reform in the region and the national at large. The sample was 1,583 subjects from 430 households in 4 communities (sub-rural, industrial, fishing - tourist, and farming) representing the eastern people's life styles. Interviews were used to collect data, the instruments were developed by the researcher team from six different nursing schools. Qualitative data were analyzed by using content analysis and quantitative data descriptive statistics. The results revealed that :

Forty-four point six percentage of people had chronic illness and 11.2% had moderate or acute illness. Behaviors of people were not good

such as eating too sweet, too salty, and high cholesterol food which were 32.3%, 31.7% and 20.1%, respectively.

Nineteen point seven percent of the sample smoked. Eighteen point one percent drank alcohol. Fifty-one point seven percent did not exercise regularly. Twenty-nine point two percent did not use helmets while riding on their motorbikes and 14.0 percent did not buckle up when They drove. The sample expressed that they wanted to receive primary care regardless of their health. They wanted to received care from physicians and nurses at community health centers. However, they wanted get services from nurses at home for chronic illness. They were willing to pay 50-100 Baht as a fee for a service. They believed that people would like to participate in managing health care in the communities.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ผ่านมา ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน ได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง ประชาชนที่มีฐานะเศรษฐกิจที่ดี จะไปรับบริการที่โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยหรือที่โรงพยาบาลศูนย์ ขณะที่ประชาชนที่มีฐานะยากจนและไม่มีทางเลือก ก็จะไปรับบริการที่สถานเฝ้าระวังหรือซื้อยาที่ร้านค้าในตลาดกินเองลักษณะดังกล่าวทำให้การใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุข เป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยที่มีความเชี่ยวชาญ และมีความสามารถเฉพาะทาง ตลอดจนเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ต้องถูกใช้เพื่อให้

บริการแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ขณะที่บุคลากรพยาบาลและสาธารณสุข ที่มีขีดความสามารถจำกัดระดับหนึ่งปฏิบัติงานในสถานเอนามัย ต้องให้บริการแก่ประชาชนที่ไม่สามารถไปรับบริการที่โรงพยาบาลได้ แม้ภาวะสุขภาพจะเจ็บป่วยรุนแรงก็ตาม แนวทางหนึ่งที่จะแก้ไขปัญหานี้ได้ก็คือ การลดขอบของการให้บริการให้มีขนาดเล็กลง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการในระดับต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึงตามภาวะสุขภาพ (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และ ทศนีย์ สุรกิจโกศล, บรรณารักษ์, 2542) การจัดบริการสุขภาพระดับต้น (primary care) เป็นกิจกรรมบริการสุขภาพด้านแรก (first contact) ที่จำเป็นสำหรับประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งสามารถรับบริการได้สะดวก รวมถึงการจัดการให้ผู้รับบริการ (case management) ได้รับบริการที่เหมาะสมต่อไป ตามภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล การบริการสุขภาพระดับต้นเป็นบริการที่ไม่ใช่เพื่อการรักษาภาวะการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการให้การส่งสุขภาพและการป้องกันก่อนที่จะเกิดโรค เป็นบริการสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) อย่างต่อเนื่อง เสียค่าใช้จ่ายไม่สูงมากนัก เป็นบริการช่วยกลั่นกรองผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็น ที่ต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาล ให้ได้รับบริการที่เหมาะสมและมีคุณภาพ ทำให้ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับบริการขั้นสูงขึ้นไปรับบริการที่โรงพยาบาล มีผลทำให้โรงพยาบาลสามารถให้การดูแล ผู้เจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาเฉพาะทางได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยภาพรวมดีขึ้น (ทัศนนา บุญทอง, 2542; Tudor-Hart, 1989; Starfield, 1993)

การจัดบริการสุขภาพระดับต้น จึงเป็นทั้งการจัดบริการและการจัดระบบ ที่เอื้ออำนวยต่อการรับบริการที่มีประสิทธิภาพ ของระบบบริการสุขภาพโดยรวมของประเทศ การให้บริการสุขภาพระดับต้นจึงควร

เป็นบริการที่ครอบคลุมไปยังชุมชนที่มีความจำเป็นในการรับบริการที่ครอบคลุมทั้งของประชาชนในชุมชน ดังนั้นการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่ดี ควรต้องอยู่บนพื้นฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงความต้องการบริการของประชาชนในชุมชนการบริการ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วยพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี สระแก้ว และฉะเชิงเทรา เป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ตามแผนการพัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก อย่างไรก็ตามก็ยังคงเป็นพื้นที่ดำรงไว้ซึ่งธรรมชาติที่สวยงาม เป็นแหล่งท่องเที่ยวและการประกอบอาชีพที่เป็นมาแต่เดิมอันได้แก่ การทำประมง และการทำสวนผลไม้ที่มีชื่อเสียง การดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออก จึงมีลักษณะที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศ อันเนื่องจากสภาพแวดล้อมและการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน ที่ผ่านมามีการศึกษาข้อมูลทางด้านสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมักถูกรวมกับภาวะสุขภาพของประชาชนในภาคกลาง ทำให้ขาดความชัดเจนในการจัดระบบบริการสุขภาพ ของประชาชนในภาคตะวันออกที่ได้รับอิทธิพล จากสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างออกไป

ดังนั้นการศึกษาภาวะสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพระดับต้น ของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออก ซึ่งเป็นการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกโดยเฉพาะ รวมถึงความต้องการรับบริการสุขภาพระดับต้น ตามลักษณะทั่วไปทางกายภาพ ภาวะเศรษฐกิจ สภาพสังคม ภาวะสุขภาพที่ปรากฏ และตามความคิดเห็นของประชาชน ผู้นำชุมชน และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขในชุมชน จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญเพราะผลการศึกษาจะเป็นแนวทาง ในการพัฒนาระบบการจัด

บริการสุขภาพระดับต้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้เหมาะสมกับบริบทของภูมิภาค และความต้องการของชุมชน ตลอดจนเป็นข้อมูลในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ ที่อยู่ระหว่างการดำเนินการของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพระดับต้น ของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. ศึกษาภาวะสุขภาพของประชาชน
2. ศึกษาความต้องการรับบริการสุขภาพระดับต้นของประชาชน
3. ศึกษาความคิดเห็นของประชาชน ต่อรูปแบบบริการสุขภาพระดับต้น
4. ศึกษาความต้องการรูปแบบบริการสุขภาพระดับต้นของผู้นำชุมชน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สุขภาพ ตามปรัชญาการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ หมายถึงสุขภาพที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งมิติทางจิตวิญญาณ (มโนธรรม) ทางสังคม ทางกาย และทางจิต มิได้หมายถึงเฉพาะการไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น ...คนมีสุขภาพที่ดีได้ต้องมีระบบสุขภาพที่ดี...(สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) ในการศึกษาภาวะสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงได้ศึกษาสภาพทางร่างกาย จิตใจ สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้สึกนึกคิดต่อการจัดระบบบริการอย่างไรก็ตามคงไม่สามารถครอบคลุมความหมายของสุขภาพตามปรัชญาดังกล่าวทั้งหมด คงเป็นเพียงส่วนหนึ่ง

เท่านั้นที่นำมาศึกษาได้

ระบบบริการสุขภาพไทยที่ผ่านมาสามารถแบ่งระดับการให้บริการ (level of care) เป็น 5 ระดับ คือ (1) การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในครอบครัว (self care level) เป็นการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่ว ๆ ไปในชีวิตประจำวัน (2) การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care level) เป็นบริการสาธารณสุขโดยประชาชนด้วยตนเอง ผู้ให้บริการคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ (3) การจัดบริการสุขภาพระดับต้น (primary care level) เป็นการจัดบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ได้แก่ การจัดบริการที่ศูนย์สาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล และเอกชน ตลอดจนคลินิกเอกชน (4) การจัดบริการสุขภาพในระดับกลาง (secondary care level) เป็นการจัดบริการทางด้านสุขภาพที่ดำเนินการโดยแพทย์ พยาบาล ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ได้แก่ การบริการที่โรงพยาบาลชุมชน (ร.พ.ช.) โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่น ๆ ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน (5) การจัดบริการสุขภาพระดับสูง (tertiary care level) เป็นการจัดบริการที่ปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชนใหญ่ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ, 2542.) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับบริการระดับอื่น ๆ แล้ว การบริการสุขภาพระดับต้นจึงเป็นบริการที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่ต้องผ่านการศึกษามากอบรวมในด้านวิชาสุขภาพระดับหนึ่งที่จะให้

บริการแก่ประชาชนที่ซับซ้อนเกินกว่าที่ประชาชนจะดูแลตนเองได้ แต่ไม่ซับซ้อนถึงขนาดที่ต้องได้รับการบริการจากบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะ

ทูดอร์-ฮาร์ด (Tudor-Hart, 1989) ได้ให้ความหมายของบริการสุขภาพระดับต้นว่า ควรมีลักษณะบริการรักษาพยาบาลในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกลุ่มประชากรเป็นการให้บริการโดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

สตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1993) ให้ความหมายการพยาบาลระดับต้นว่า เป็นกระบวนการให้บริการด้านแรกที่เข้าถึงง่าย (front-line care) มีความต่อเนื่อง (ongoing care) เป็นบริการที่ผสมผสานความเข้าใจและความต้องการของผู้ให้บริการ (comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานกับการบริการเฉพาะทางสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (coordinated care)

ทัศนาศ นุญทอง (2542) ได้กล่าวว่า การบริการสุขภาพระดับต้น เป็นบริการที่สำคัญแก่ประชาชนทุกวัย ซึ่งเน้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การคัดกรองโรคเบื้องต้น และการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง รวมทั้งในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและการฟื้นฟูสภาพในลักษณะบูรณาการ (integration) ทำให้เกิดบริการแบบองค์รวม (holistic care) อย่างต่อเนื่อง เป็นบริการที่ใกล้บ้านทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ เสียค่าใช้จ่ายไม่สูงมากนัก ผู้ปฏิบัติสามารถช่วยกันกรองผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็น ที่ต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาล ให้ได้รับบริการที่เหมาะสมและมีคุณภาพ ซึ่งจะช่วยลดจำนวนผู้รับบริการที่ไม่จำเป็น

ในโรงพยาบาลส่งผลทำให้โรงพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้เจ็บป่วย ที่ต้องการการดูแลรักษาเฉพาะทางได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยภาพรวมดีขึ้น

ดังนั้นการบริการสุขภาพระดับต้น จึงหมายถึงการดำเนินงานทางด้านสุขภาพด้านแรกที่มีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวม เป็นการให้บริการแก่ประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก มีความต่อเนื่อง มีคุณภาพ และอย่างเสมอภาค ในราคาที่ประชาชนพึงจ่ายได้

คำนิยามตัวแปร

การศึกษาภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพระดับต้น ศึกษาจาก (1) ลักษณะทั่วไปของชุมชน ซึ่งได้แก่ ลักษณะทางกายภาพของชุมชน สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคม/ความเข้มแข็งของชุมชน ที่อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชน (2) สุขภาพของประชาชน ซึ่งหมายถึง สภาพความสมบูรณ์ หรือการเจ็บป่วยของร่างกายและจิตใจ โดยศึกษาจาก อาการ อาการแสดงที่ปรากฏ ซึ่งสามารถตรวจวัดได้ด้วยการดู คลำ เคาะ หรือฟัง หรือประเมินได้จากอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือจากการวินิจฉัยจากแพทย์ที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมป้องกันรักษา และฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง (3) การรับรู้และการดูแลสุขภาพของประชาชน หมายถึงความรู้สึนึกคิดของประชาชน ต่อสภาพร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และสังคมของประชาชน ตลอดจนวิธีการดูแลสุขภาพ

*** 1. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี 2. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 4. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 6. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ของประชาชน ซึ่งอาจจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำแก้ไข และ (4) ความต้องการรับบริการสุขภาพระดับต้น ตามความคิดเห็นของประชาชน ผู้นำชุมชน และบุคลากรที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชน ในบริบททางสังคมของชุมชน

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาวะสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพระดับต้นของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออก โดยมีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร คือประชาชนและครอบครัวของประชาชน ที่อยู่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออก 7 จังหวัด คือ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ปราจีนบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา และสระแก้ว ซึ่งมีลักษณะของชุมชนเป็นกิ่งเมืองกิ่งชนบท ชุมชนอุตสาหกรรม ชุมชนประมงและท่องเที่ยว และชุมชนเกษตรกรรม และศึกษาข้อมูลจากผู้นำชุมชน และผู้ให้บริการสาธารณสุขในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างจากครอบครัวและประชาชนแบบหลายขั้นตอน คือสุ่มเลือกชุมชนจากทั้ง 4 ลักษณะ ที่มีคุณลักษณะของพื้นที่เบื้องต้น ได้แก่ (1) ชุมชนโขมก หมู่ที่ 1 และ 2 ตำบลโขมก อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี (2) ชุมชนเขาสามมุข ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (3) ชุมชนบ้านกระโดน หมู่ 2 ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และ (4) ชุมชนไร่หนึ่ง ตำบลบึง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ทำการศึกษาข้อมูลจากครอบครัวในชุมชน ๑ ละประมาณ 100-120 ครอบครัว รวม 430 ครอบครัว เป็นประชากรรวม 1,583 คน และทำการศึกษาข้อมูลผู้นำชุมชน จากประธานองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ปลัดอบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศึกษาผู้ให้บริการ

สาธารณสุขในชุมชน จากพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข หัวหน้าสถานีอนามัย ที่ให้บริการสาธารณสุขในชุมชนที่ศึกษา

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากคณาจารย์สถาบันการศึกษาพยาบาลต่าง ๆ 6 สถาบัน*** ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและตามเนื้อหา แล้วได้นำไปทดลองใช้เก็บข้อมูลตามวิธีการที่กำหนดไว้ ที่ชุมชนหาดวนนนภา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20 ครอบครัว เพื่อตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) ของข้อคำถาม ลำดับของเนื้อหาที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูล ความสะดวกในการใช้เครื่องมือ และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแต่ละครอบครัว หลังจากนั้นนำมาปรับแก้ไขให้เหมาะสมแล้วดำเนินการเก็บข้อมูลจริง

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูล 3 ชุด คือ (1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของชุมชน (2) แบบสัมภาษณ์รูปแบบและความต้องการการบริการสุขภาพของประชาชน ผู้นำชุมชน พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่ (3) แบบสัมภาษณ์รูปแบบและความต้องการการบริการสุขภาพระดับต้นของประชาชน มีเนื้อหาสำคัญคือ ข้อมูลครอบครัว ข้อมูลประชากร ข้อมูลสภาพแวดล้อม ข้อมูลระบาคติวิทยาสภาพ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลความต้องการการบริการสุขภาพตามการรับรู้ของประชาชนในภาวะที่ไม่เจ็บป่วย ภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือในภาวะเจ็บป่วย และในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งความคิดเห็นของประชาชนต่อรูปแบบวิธีการบริหาร และบริการสุขภาพในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระทำโดยนักวิจัยและพนักงานช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาล

ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 8 คน การเก็บข้อมูลกระทำ ณ ที่อยู่อาศัยของประชาชน ใช้เวลาครบคร่าวละ 20 นาที สำหรับผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำการนัดหมายเวลาในการสัมภาษณ์ล่วงหน้า ขณะสัมภาษณ์จะให้ผู้ตอบได้ตอบอย่างอิสระไม่จำกัดเวลาส่วนใหญ่ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30-60 นาที ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2543 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2544

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อน หลังจากนั้นข้อมูลเชิงคุณภาพได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสรุปเนื้อหาโดยผู้วิจัย ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณได้นำมาลงรหัสข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติทางสังคมศาสตร์ (Statistic Package for Social Science for Windows...SPSS for Win) พรรณนาข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ฐานนิยม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออก พบว่าประชาชนร้อยละ 14.6 มีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น บางส่วนร้อยละ 11.2 มีการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ซึ่งจำเป็นต้องรับการรักษาเบื้องต้น ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่การรับประทานอาหารรสหวานจัด รสเค็มจัด และไขมันสูง คิดเป็นร้อยละ 32.3, 31.7 และ 20.1 ตามลำดับ ประชาชนภาคตะวันออกมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.7 ดื่มสุราร้อยละ 18.1 ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอมีเป็นจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 51.7 รวมทั้งการไม่สวมหมวกกันน็อคขณะขี่รถ

จักรยานยนต์ ที่ผู้ใช้ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์ คิดเป็นร้อยละ 20.2 และ 14.0 ตามลำดับ ตามตารางที่ 1-3 พฤติกรรมดังกล่าวหากไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะกลายเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขต่อไป

2. ความต้องการรับบริการสุขภาพระดับต้น ตามลักษณะต่าง ๆ มีดังนี้

2.1 ด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม พบว่าประชาชนใน 4 ชุมชนที่ศึกษา มีการเดินทางติดต่อกับชุมชนอื่น ๆ ด้วยรถจักรยานยนต์เป็นส่วนใหญ่ สภาพทางสุขภาพสิ่งแวดล้อมมีปัญหาเรื่อง การระบายน้ำเสีย ที่รองรับขยะยังไม่ถูกสุขลักษณะ ความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของที่อยู่อาศัยยังไม่ดี รวมทั้งพบว่าการจัดที่อยู่อาศัยยังไม่เป็นสัดส่วน ซึ่งเป็นสภาพที่จำเป็นต้องได้รับการ เพื่อการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพต่อไป

2.2 ด้านสภาพทางเศรษฐกิจ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้างต่าง ๆ และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ การขอรับบริการและภาระค่าใช้จ่ายการรับบริการ

2.3 ด้านสังคม/ความเข้มแข็งของชุมชน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่อยู่อาศัยกันเป็นครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยายในสัดส่วนใกล้เคียงกัน มีสมาชิกในครอบครัวประมาณ 3-6 คน ประชาชนส่วนใหญ่รู้จักคุ้นเคยกับเพื่อนบ้านละแวกเดียวกัน การปกครองเป็นแบบองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแบบตำบล 2 ชุมชน และแบบเทศบาล 2 ชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้านหรือผู้นำชุมชน มีการประชุมร่วมกันประมาณเดือนละ 1 ครั้ง ทุกชุมชนมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ค่อนข้างเข้มแข็ง และมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่รับผิดชอบ

ขอบพื้นที่เป็นอย่างดี

2.4 ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่าประชาชนในชุมชนที่ศึกษา เป็นผู้ไม่มีหลักประกันการรักษาพยาบาลจำนวนร้อยละ 32.0 การดูแลสุขภาพส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว แต่ถ้ามีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ควรเป็นหน้าที่ของแพทย์ในการให้การดูแลเป็นอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 48.1 แต่มีจำนวนร้อยละ 10.0 ที่คิดว่าควรเป็นหน้าที่ของพยาบาลในการให้บริการอันดับแรก

2.5 ความต้องการบริการสุขภาพระดับต้นตามความคิดเห็นของประชาชน : เมื่อไม่มีภาวะความเจ็บป่วย พบว่าครอบครัวที่ต้องการได้รับความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาด้านสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรค การตรวจสุขภาพตนเอง พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงตามวัย สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 74.4, 69.3, 58.1 และ 55.1 ตามลำดับ ส่วนเรื่องอื่น ๆ ได้แก่ การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีอัตราความต้องการที่น้อยกว่าร้อยละ 50 โดยสถานที่ที่ต้องการบริการมากที่สุด ได้แก่ สถานีอนามัย บุคคลที่ต้องการให้เป็นผู้บริการคือ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยมีครอบครัวที่คิดว่าควรต้องจ่ายค่าบริการร้อยละ 60 เป็นค่าใช้จ่ายประมาณ 50-100 บาท

ครอบครัวที่มีความต้องการบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 24.9 และ 48.1 ตามลำดับ โดยสถานที่ที่ต้องการบริการมากที่สุด ได้แก่ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน บุคคลที่ต้องการให้เป็นผู้บริการมากที่สุดคือ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีครอบครัวที่คิดว่าควรต้องจ่ายค่าบริการร้อยละ 30 ค่าใช้จ่ายที่ยินดีจะจ่าย

สำหรับการบริการประมาณ 60-100 บาท ส่วนการผดุงครรภ์ ได้แก่ การบริการขณะตั้งครรภ์ ทำคลอด และดูแลหลังคลอด มีความต้องการร้อยละ 10 โดยต้องการรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ส่วนผู้ให้บริการต้องการแพทย์เป็นผู้ให้บริการมากที่สุด ค่าใช้จ่ายประมาณ 230-510 บาท

2.6 ความต้องการบริการสุขภาพระดับต้นตามความคิดเห็นของประชาชน : เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยและเฉียบพลัน ได้แก่ อาการไข้ ตัวร้อน ปวดศีรษะ ไอ ปวดท้อง ท้องร่วง แผลงัดต่อย ครอบครัวยที่มีความต้องการรับบริการมีร้อยละ 25-50 สำหรับสถานที่ที่ต้องการบริการมากที่สุด ได้แก่ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน บุคคลที่ต้องการให้เป็นผู้บริการมากที่สุดคือ แพทย์ รองมาคือพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่ยินดีจะจ่ายประมาณ 50-100 บาท ครอบครัวที่ไม่ต้องการรับบริการ จะดูแลตนเองด้วยการซื้อยาจากร้านค้ารับประทานเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 50-95 ที่เหลือจะปล่อยให้หายเองหรือใช้วิธีพื้นบ้าน

2.7 ความต้องการบริการสุขภาพระดับต้นตามความคิดเห็นของประชาชน : เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่ามี 156 ครอบครัวซึ่งมีผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งส่วนใหญ่ต้องการได้รับความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 85.4 โดยมีกิจกรรมที่ต้องการบริการคิดเป็นร้อยละ 28.8 ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด (12 คน) รองลงมาเป็น ฉีดยาและทำแผล (8 คน) เท่ากัน ที่เหลือเป็นนัด ประคบ (7 คน) เตรียมและให้อาหารทางสายยาง (4 คน) สอนอุจจาระ (3 คน) เปลี่ยนอุปกรณ์ทางการแพทย์ (ได้แก่ NG-tube, Foley's catheter, Tracheostomy tube) (อย่างละ 1 คน รวม 3 คน) สถานที่ที่ต้องการรับบริการเป็นที่บ้าน สถานีอนามัย และโรงพยาบาล

ชุมชน บุคคลที่ต้องการให้เป็นผู้บริการมากที่สุดคือ แพทย์ และพยาบาล ในจำนวนใกล้เคียงกัน ค่าใช้จ่ายที่ยินดีจะจ่ายเป็นค่าบริการประมาณ 100-200 บาท ตามตารางที่ 4

3. ความคิดเห็นของประชาชนต่อรูปแบบบริการสุขภาพระดับต้น พบว่ารูปแบบที่ประชาชนต้องการคือ ภาครัฐเป็นผู้รับผิดชอบจัดบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ โดยมีภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบ ทั้งนี้ประชาชนควรต้องร่วมกันจัดบริการสุขภาพของตนเอง โดยเริ่มจากการร่วมลงทุน การเป็นกรรมการบริการกองทุน การร่วมให้บริการ และการตรวจสอบควบคุมกันไป ประชาชนยังเห็นว่าประชาชนควรมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งรูปแบบที่ต้องการคือการเหมาจ่ายปีละครั้ง โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 37.0 และ 21.6 คิดว่าควรเป็นวงเงินต่ำกว่า 500 บาท และอยู่ระหว่าง 501-1,000 บาทต่อครอบครัวต่อปี ถ้าคิดต่อคนส่วนใหญ่ร้อยละ 49.3 คิดว่าควรต่ำกว่า 300 บาทต่อคนต่อปี ตามตารางที่ 5

4. ความคิดเห็นของผู้นำชุมชนต่อรูปแบบบริการสุขภาพระดับต้น สำหรับผู้นำในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ที่มีทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง มองว่าประชาชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่านี้ มีศูนย์บริการสุขภาพที่เป็นอิสระ โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีส่วนในการบริหารจัดการเรื่องงบประมาณ สวัสดิการ จัดหาเวชภัณฑ์ให้ครบครันและมีความทันสมัย สามารถวินิจฉัยโรคในระดับต้นได้เลย ตลอดจนมีบทบาทในการเตรียมบุคลากรสาธารณสุขเพื่อบริหารศูนย์และให้บริการ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทันตแพทย์ โดยมีวันที่ปฏิบัติงานและลักษณะบริการแตกต่างกัน ตามตารางที่ 6

สำหรับความคิดเห็นของผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มองว่าประชาชนต้องช่วยเหลือตนเองมากขึ้น ไม่พึ่งบุคลากรทางการแพทย์ พัฒนากฎมีปัญญาที่มีอยู่ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว รวมถึงต้องมีส่วนเป็นเจ้าของศูนย์บริการสุขภาพ ทั้งในแง่การลงทุน บริหาร ให้บริการ หรือตรวจสอบ โดยต้องประสานงานกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

การอภิปราย

จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะพบว่าเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง จำนวนหนึ่ง มีการเจ็บป่วยที่เป็นการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ และภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ประมาณร้อยละ 11.2 และมีการเจ็บป่วยเรื้อรังร้อยละ 14.6 ลักษณะดังกล่าวเป็นความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคลที่เป็นพลวัตมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ จากสุขภาพสมบูรณ์สู่ความเจ็บป่วย และความตายอยู่เสมอ (health-illness continuum) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2534-2535 พบว่าในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ประชาชนมีความเจ็บป่วยเจ็บป่วยรุนแรงร้อยละ 41.9 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, บรรณาธิการ, 2539) ดังนั้นจะพบว่าทุกช่วงเวลาจะมีประชาชนที่มีความเจ็บป่วยอยู่ส่วนหนึ่งเสมอ และถ้าประชาชนมีพฤติกรรมหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ก็จะทำให้อัตราการเจ็บป่วยมีสูงขึ้น

จากการศึกษาพบว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมหลายประการ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน เค็ม และไขมันสูง การไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ไม่สวมหมวกกันน็อกขณะ ขับขี่รถจักรยานยนต์ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และไม่ออก

กำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้จะมีอัตราที่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับพฤติกรรมคนไทยที่ศึกษาโดยสวนดุสิตโพลในปี 2541 (สถาบันราชภัฏสวนดุสิต, 2541 อ้างใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ, 2542) ที่พบว่าคนไทยไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถร้อยละ 57.62 ไม่สวมหมวกกันน็อคขณะขี่หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ร้อยละ 44.06 มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 25.54 ดื่มสุราร้อยละ 13.25 และไม่ออกกำลังกายเป็นประจำร้อยละ 65.30 แต่ก็สะท้อนภาพโดยรวมว่าคนไทยยังมีความตระหนักในภาวะสุขภาพของตนเองน้อย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะระบบการศึกษา ที่ขาดการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ และการสร้างจิตสำนึกในการรับผิดชอบต่อความปลอดภัยในตัวเองและสังคมแก่ประชาชน ตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขาดจิตสำนึกในการรับผิดชอบต่อด้านสุขภาพอนามัยของตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากการศึกษาก็พบว่า สภาพแวดล้อมและสุขภาพที่อยู่อาศัยโดยทั่วไปของชุมชนก็ยังไม่ถูกสุขลักษณะ

ความต้องการรับบริการสุขภาพระดับต้นในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค การรักษาโรคที่มีภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยและเฉียบพลัน การดำรงรักษาสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังพบว่าประชาชนมีความต้องการการรับบริการที่สถานีนานามัย และโรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้ เพราะเป็นสถานพยาบาลที่ประชาชนคุ้นเคยและใกล้บ้านประชาชนมากที่สุด โดยบุคลากรที่ต้องการให้เป็นผู้ให้บริการจะเป็น แพทย์ พยาบาล เป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามพบว่า กิจกรรมการผดุงครรภ์ซึ่งแต่ก่อนเป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้โดยบุคคลในครอบครัว โดยหมอดูตำแยพื้นบ้าน และโดยพยาบาลผดุงครรภ์ กลับปรากฏว่าประชาชนต้องการไปรับบริการที่โรง

พยาบาลขนาดใหญ่ คือโรงพยาบาลศูนย์ และหรือโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งต้องการให้แพทย์เป็นผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพราะแบบแผนการให้บริการในระยะ 5-10 ปีที่ผ่านมา ได้ส่งเสริมให้ประชาชนไปคลอดที่โรงพยาบาลกันมาก โดยลดกิจกรรมการบริการเหล่านี้ออกจากงานของสถานีนานามัย รวมทั้งความจำกัดในบุคลากรที่สถานีนานามัยในการให้บริการทำคลอด จึงมีผลทำให้ประชาชนเกิดค่านิยมในการคลอดที่เปลี่ยนไปจากเดิม

สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชน ก็พบว่ามีความต้องการรับบริการสุขภาพ เพื่อการประคับประคองชีวิต การป้องกันและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ เป็นกลุ่มบุคคลที่ครอบครัวต้องการให้มีบุคลากร แพทย์และหรือพยาบาลไปให้บริการที่บ้าน ทั้งนี้เพราะความจำกัดในการเดินทางไปรับบริการยังสถานบริการต่าง ๆ และความจำเป็นที่ต้องการรับบริการอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการให้บริการสุขภาพที่บ้านแก่บุคคลดังกล่าวก็จะเป็นการลดภาระของครอบครัวอย่างมาก

รูปแบบบริการสุขภาพระดับต้นที่ประชาชนต้องการ มีลักษณะการบริหารงานที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงานตั้งแต่การร่วมลงทุนร่วมบริหาร ร่วมดำเนินการ และร่วมตรวจสอบควบคุมคุณภาพของการบริการ ทั้งนี้เพราะชุมชนที่ศึกษาเป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ในการร่วมมือพัฒนาชุมชนของตนเอง จึงมีความพร้อมที่จะสนับสนุนกิจกรรมการบริการสุขภาพในชุมชนของตนเอง

รูปแบบบริการสุขภาพระดับต้นตามความคิดเห็นของผู้นำชุมชน ต้องการให้มีการดำเนินการให้บริการที่หลากหลาย ทั้งกิจกรรมการรักษาจากแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ จากบุคลากรพยาบาล

และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การบริการสุขภาพอนามัย
ช่องปากโดยทันตแพทย์ ซึ่งกิจกรรมการบริการตั้ง
กล่าวก็เป็นปัญหาของประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชน ซึ่ง
ควรได้รับการอย่างเสมอภาคเช่นเดียวกับประชาชน
ในเมือง ที่สามารถเข้าถึงบริการทุกประเภทได้อย่าง
สะดวก

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมยังไม่ถูก
สุลक्षणะ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม
จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยน เพื่อป้องกันปัญหา
สุขภาพต่อไป นอกจากนี้พบว่าประชาชนบางส่วนที่มี
การเจ็บป่วยเล็กน้อย เจ็บป่วยเฉียบพลัน และเจ็บป่วย
เรื้อรัง หรือประมาณ 1 ใน 4 ของประชาชนทั้งหมด อยู่
ร่วมกับผู้มีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งการเจ็บป่วยเหล่านี้
จำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพระดับต้น กล่าวคือ
การเจ็บป่วยเล็กน้อยต้องได้รับการดูแล เพื่อมิให้ภาวะ
การเจ็บป่วยลุกลามและรุนแรง ส่วนการเจ็บป่วย
เฉียบพลันซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความรุนแรง จำเป็น
ต้องมีบุคลากรทางสุขภาพที่จะจัดการสุขภาพ (case
management) โดยรักษาพยาบาลเบื้องต้น และส่งต่อ
เพื่อให้ได้รับการที่เหมาะสมตามสภาพ และภาวะ
การเจ็บป่วยเรื้อรังก็จำเป็นต้องได้รับการสุขภาพ
เพื่อการดำรงไว้ซึ่งชีวิต ดังนั้นสถานบริการสุขภาพ
ระดับต้น จึงควรมีบริการในทุกชุมชนที่ประชาชน
สามารถใช้บริการได้สะดวกตลอดเวลา เพราะภาวะ
สุขภาพเป็นพลวัตที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งจะ
ทำให้ประชาชนมีความปลอดภัยมากกว่า การไปซื้อยา
จากร้านขายยาตามตลาด ที่ผู้ให้บริการไม่มีความรู้ที่
จะให้บริการได้

ผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพระดับต้น

ควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อให้
บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา
พยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ สามารถคัดกรองผู้
ป่วย และส่งต่อเพื่อได้รับบริการที่เหมาะสมต่อไป
ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน บทบาท
หน้าที่การบริการของวิชาชีพพยาบาล (พระราช
บัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์, 2540)
ร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ นัก
กายภาพบำบัด ฯลฯ หมุนเวียนให้บริการแก่ประชาชน
ในชุมชนได้อย่างหลากหลาย

การดำเนินงานบริการสุขภาพระดับต้นใน
ชุมชน ควรอยู่บนความรับผิดชอบร่วมกันของ
ประชาชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในชุมชนใน
การบริหารจัดการ ทั้งการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน
กำหนดวิธีการบริหารงาน ร่วมให้บริการตรวจสอบ รวม
ทั้งมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการรับ
บริการ ทั้งนี้บุคลากรผู้ให้บริการอาจมีฐานะเป็น
ข้าราชการ หรือเป็นผู้ที่ได้รับการว่าจ้างให้รับผิดชอบ
จัดบริการสุขภาพระดับต้น แก่ประชาชนในชุมชนจาก
กองทุนสุขภาพดังกล่าวก็ได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย ใน
โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพ
ระดับต้นในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนในภาคตะวันออกเฉียง
ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับทุน
สนับสนุนงบประมาณการทำวิจัย จากสถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข (สวรส) คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ
มาในโอกาสนี้ และขอขอบพระคุณคุณบดี คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่กรุณาให้การ
สนับสนุนในการวิจัยเป็นอย่างดี



เอกสารอ้างอิง

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (บรรณารักษ์). (2539). **รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

ทัศนาศ นุญทอง (บรรณารักษ์). (2543). **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพฯ : ศิริยอดการพิมพ์

พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข และ ทัศนีย์ สุรกิจโกศล (บรรณารักษ์). (2542). **เวชปฏิบัติครอบครัวบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดและใกล้บ้าน : แนวคิดและประสบการณ์** กรุงเทพฯ : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

พระราชบัญญัติ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. ใน **ราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา** เล่มที่ 114 ตอนที่ 75 ก, วันที่ 23 ธันวาคม 2540.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). **แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ**. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณารักษ์). **การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ : วี.เจ. พรินติ้ง.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณารักษ์). (2542). **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541**. นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และกองการสาธารณสุขต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส). (2544). **(ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ**. นนทบุรี : บริษัท ดีไซร์ จำกัด

Starfield, B. (1993). Provision and financing of health care in the US. In Holland, W.W., Detels, R & Know, G. **Oxford Textbook of Public Health** (2nd. Ed. Vol. 1 pp. 295-306). Oxford : Oxford University.

Tudor-Hart, V. (1989). **"Health for all, primary health care and general practitioners"**. Keynote Address WONCA.

ภาคผนวก

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชาชนในกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ	ชุมชนเสริมดี (n=363)		ชุมชนโขมง (n=424)		ชุมชนสามมุก (n=359)		ชุมชนไร่หนึ่ง (n=437)		รวม (n=1583)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคประจำตัว										
1.1 ไม่มี	315	86.8	357	84.2	312	86.1	368	84.2	1352	85.4
1.2 มี	48	23.1	67	22.2	47	13.9	69	15.8	231	14.6
2. ภาวะสุขภาพปัจจุบัน										
2.1 แข็งแรงดี	325	89.5	366	86.3	298	85.0	416	95.2	1405	88.8
2.2 เจ็บป่วย (ตอบมากกว่า 1)	38	10.5	58	13.7	39	15.0	21	4.8	178	11.2
(1) ปวดท้อง	8	21.1	23	39.6	8	20.5	1	4.8	40	22.5
(2) อ่อนเพลีย	5	13.2	5	8.6	20	51.3	10	4.7	40	22.5
(3) ปวดศีรษะ	13	34.2	8	13.8	15	38.5	1	4.8	37	20.7
(4) ไข้ตัวร้อน	4	10.5	11	18.9	10	25.6	7	33.3	32	12.3
(5) บาดแผล	9	23.7	2	3.4	3	7.7	2	9.5	16	8.9

ตารางที่ 2 อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สำคัญของประชาชนในกลุ่มตัวอย่าง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (หน่วย : 1,000 คน)

โรคที่สำคัญ	ชุมชนเสริมดี (n=363)		ชุมชนโขมง (n=424)		ชุมชนสามมุก (n=359)		ชุมชนไร่หนึ่ง (n=437)		รวม (n=1583)	
	อัตรา	อัตรา	อัตรา	อัตรา	อัตรา	อัตรา	อัตรา	อัตรา	อัตรา	อัตรา
1. ความดันโลหิตสูง	49.58	54.24	30.64	29.74	41.06					
2. หอบหืด	22.3	28.30	5.57	34.38	23.37					
3. เบาหวาน	13.77	25.94	19.49	22.88	20.84					
4. ข้อและกระดูก	16.52	21.22	13.92	18.30	17.84					
5. ภาวะแพ้อาหารฯ	19.28	11.79	13.92	18.30	15.79					
6. หัวใจ	5.50	11.79	19.49	6.86	10.73					
7. อัมพาต	11.01	7.07	11.14	9.15	9.47					

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชาชนในชุมชนกลุ่มตัวอย่างภาคตะวันออก ที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพ	ชุมชนเสมีต (n=363)		ชุมชนโขมก (n=424)		ชุมชนสามมูข (n=359)		ชุมชนไร่หนึ่ง (n=437)		รวม (n=1583)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	1. บริโภคอาหารหวานจัด	126	34.7	177	41.7	83	23.1	126	28.8	512
2. บริโภคอาหารเค็มจัด	122	33.6	164	38.7	74	20.6	142	32.5	502	31.7
3. บริโภคไขมันสูง	58	16.0	111	26.2	61	17.0	88	20.1	318	20.1
4. ดื่มสุรา	74	20.4	76	17.6	62	17.3	100	22.9	312	19.7
5. ดื่มบุหรี	58	16.0	73	17.2	63	17.5	92	21.1	286	18.1
6. ไม่ออกกำลังกาย	205	56.9	193	46.1	169	47.1	251	57.4	818	51.7
7. ไม่สวมหมวกกันน็อก	59	16.3	184	43.4	131	36.5	88	20.1	462	29.2
8. ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	56	15.4	56	15.4	44	12.3	66	15.1	222	14.0

ตารางที่ 4 ความต้องการรับบริการสุขภาพในภาวะของสุขภาพระดับต่าง ๆ

ความต้องการรับบริการสุขภาพ	ร้อยละของครอบครัวที่ต้องการ	สถานที่ที่ต้องการรับบริการ	บุคลากรที่ต้องการให้บริการ	อัตราค่าใช้จ่ายต่อบริการต่อครั้ง
1. ไม่มีภาวะเจ็บป่วย (n=430 ครอบครัว)				
1.1 การให้ความรู้คำแนะนำต่าง ๆ	<50-74.4	ส.อ.	แพทย์ พยาบาล	50-100 บาท
1.2 กิจกรรมการบริการ				
1.2.1 สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	24.9	ส.อ. รพช.	พยาบาล จนท.สส.	70 บาท
1.2.2 วางแผนครอบครัว	48.1	ส.อ. รพช.	พยาบาล จนท.สส.	60-110 บาท
1.2.3 ผดุงครรภ์	10	รพศ. รพช.	แพทย์	230-510 บาท
2. เจ็บป่วยเล็กน้อยและเฉียบพลัน (n=430 ครอบครัว)	25-50	ส.อ. รพช.	แพทย์ พยาบาล	50-100 บาท
3.1 การให้ความรู้คำแนะนำต่าง ๆ	85.4	บ้าน	แพทย์ พยาบาล	100-200 บาท
3.2 กิจกรรมการบริหาร	28.8	บ้าน	แพทย์ พยาบาล	100-200 บาท

หมายเหตุ : ส.อ. หมายถึง สถานีอนามัย

รพศ. หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์

รพช. หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน

จนท.สส. หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของครอบครัวจำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะการให้บริการระดับต้น

ลักษณะบริการ	ชุมชนเดิม (n=102)		ชุมชนใหม่ (n=127)		ชุมชนสามมูข (n=94)		ชุมชนไร่หนึ่ง (n=107)		รวม (n=430)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. หน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบ										
1.1 รัฐ	63	61.8	83	35.4	58	61.7	52	48.6	256	59.5
1.2 เอกชนร่วมกับรัฐ	52	31.4	4	31.5	31	33.0	46	43.0	149	34.2
1.3 เอกชน	7	6.9	4	3.1	5	5.3	9	8.4	25	6.3
2. การมีส่วนร่วมจัดบริการ										
2.1 ไม่ควรมี	7	6.9	1	0.8	8	8.5	7	6.5	23	5.3
2.2 ควรมี โดยเป็น	95	93.1	126	99.2	84	89.4	100	93.5	405	94.2
(1) ผู้ร่วมให้บริการ	14	14.7	40	31.7	8	8.5	11	11.0	39	9.4
(2) ผู้ร่วมลงทุน	45	47.4	56	44.4	56	59.6	61	61.0	218	52.5
(3) กรรมการ	3	3.2	13	10.3	11	11.7	16	16.0	46	11.1
(4) ผู้ตรวจสอบ	4	4.2	11	8.7	9	9.6	4	4.0	35	8.4
(5) ผู้บริหาร	1	1.1	2	1.6	0	0.0	3	3.0	7	1.7
3. การจ่ายค่าบริการ										
3.1 เหมาะจ่ายปีละครั้ง	19	18.6	54	42.5	69	73.4	77	72.0	302	70.2
3.2 จ่ายแต่ละครั้ง	83	81.4	73	57.5	25	26.6	30	28.0	128	29.8
4. ค่าใช้จ่ายต่อครอบครัวต่อปี										
4.1 ต่ำกว่า-500 บาท	22	21.6	47	37.0	46	48.9	44	41.1	159	37.0
4.2 501-1000 บาท	24	23.5	25	19.7	15	16.0	29	27.1	93	21.6
4.3 1001-1500 บาท	2	2.0	17	13.4	6	6.4	3	2.8	28	6.5
4.4 1501-2000 บาท	13	12.7	9	7.1	5	5.3	10	9.3	37	8.6
4.5 2001-2500 บาท	2	2.0	4	3.1	0	0.0	1	0.9	7	1.6
4.6 2501-3000 บาท	11	10.8	1	0.8	3	3.2	5	4.7	20	4.7
4.7 มากกว่า 3000 บาท	28	27.5	24	18.9	19	20.2	15	14.0	86	20.0
(min= 100 บาท, max=75,000 บาท, mean=2,338.72 บาท, SD.=4,713.01 บาท)										
5. ค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปี										
5.1 ต่ำกว่า-300 บาท	35	34.3	64	50.4	58	61.7	55	51.4	212	49.3
5.2 301-600 บาท	27	26.5	31	24.4	11	11.7	25	23.4	94	21.3
5.3 601-900 บาท	8	7.8	6	4.7	2	2.1	9	8.4	25	5.8
5.4 901-1200 บาท	13	12.7	5	3.9	8	8.5	8	7.5	34	7.9
5.5 1201-1500 บาท	4	3.9	6	4.7	1	1.1	1	0.9	12	2.8
5.6 มากกว่า1500 บาท	15	14.7	15	11.8	14	14.9	9	8.4	53	12.3
(min= 4 บาท, max=2,500 บาท, mean=791.79 บาท, SD.=1,673.90 บาท)										

ตารางที่ 6 บุคลากร จำนวน ระยะเวลาปฏิบัติงานและลักษณะบริการในศูนย์บริการสุขภาพระดับต้นในชุมชน
ตามความคิดเห็นของผู้บริหารท้องถิ่น

บุคลากร	จำนวน	ระยะเวลาปฏิบัติ	ลักษณะบริการ
แพทย์	1 คน	มาชั่วคราว 1 ครั้ง/เดือน	เป็นผู้ให้การรักษาที่ซับซ้อน
พยาบาล	2-3 คน	อยู่ประจำ	เป็นผู้ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาเบื้องต้น และเยี่ยมบ้าน (ควรเป็นทุกด้าน)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1 คน	อยู่ประจำ	เป็นผู้ดูแลเรื่องสุขภาพต่าง ๆ
ทันตแพทย์	1 คน	มาชั่วคราว 1 ครั้ง/สัปดาห์	ดูแลเรื่องสุขภาพฟัน