

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาด้านบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย จังหวัดพังงา ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดบริการระดับปฐมภูมิ
2. แนวคิดสถานอนามัย

แนวคิดบริการระดับปฐมภูมิ

จากความหมายที่ว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีดุลยภาพ ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงไม่ได้แยกจากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไป บนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุล ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและสิ่งแวดล้อม (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9, 2544) ดังนั้น ระบบสุขภาพ จะต้องเป็นระบบทุกระบบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของประชาชน กินความตั้งแต่สัมมาทิฐิ พฤติกรรม การเรียนรู้ เศรษฐกิจพอเพียงและประชาสังคม การเมือง กระบวนการทางสังคม ศาสนา รวมถึงระบบบริการสุขภาพ ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่ดีมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับสุขภาพไปสู่ความเป็นปกติหรือสุขภาพดี ที่ผ่านมานั้นสุขภาพจำกัดความหมายแค่เพียงการป่วยไข้และการรักษาหรือการซ่อมสุขภาพเท่านั้น ระบบสุขภาพผูกขาดอยู่กับโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เท่านั้น การปฏิรูประบบสุขภาพจึงเกิดขึ้นเพื่อเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพใหม่ให้มีความหมายที่กว้างขึ้น ครอบคลุมสุขภาวะของประชาชน (ประเวศ, 2543) พร้อมทั้งสร้างระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ภายใต้อหุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสาน เป็นบริการที่ใกล้บ้าน มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งระบบดังกล่าว เริ่มต้นจากบริการระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพทั้งทางด้านกายและสังคม (สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545)

ความหมายบริการระดับปฐมภูมิ

บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง วิธีการจัดบริการ ที่จะนำไปสู่เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพ 2 ประการ คือ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นสูงสุด และเพื่อกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างยุติธรรม บริการระดับปฐมภูมิ เป็นการให้บริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพ

ของรัฐที่ประชาชนสามารถรับบริการได้ง่าย เป็นบริการที่ต่อเนื่อง ผสมผสาน เข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ และเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประสานการบริการที่จุดเริ่มต้นกับบริการเฉพาะทาง หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (Starfield, 1992) บริการระดับปฐมภูมิ อาจหมายถึง บริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน ให้การดูแลสุขภาพและรับผิดชอบส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการอื่นๆ ตามความจำเป็น คำนึงถึงคุณค่าทางวัฒนธรรมอย่างเหมาะสม (McGivern, 1986 cited by Barnes et al., 1995) โดยบริการจะเน้นคุณภาพบริการเชิงสังคมควบคู่กับเชิงเทคนิคบริการ (Taylor, 1995) คือ นอกจากผู้ให้บริการจะมีความรู้ในด้านการบริการที่ดีแล้ว ยังจะต้องมีความรู้ในการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีกับประชาชนในชุมชนด้วย เพื่อให้การบริการเกิดความต่อเนื่อง ผสมผสานและมีลักษณะเป็นองค์รวม (ทวีเกียรติ, 2542)

A recent institute of medicine report on primary care ซึ่งตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1996 ได้ให้ความหมายของบริการระดับปฐมภูมิไว้ว่า เป็นบริการสุขภาพแบบผสมผสาน ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีผู้ให้บริการที่เข้าใจความต้องการของประชาชน การบริการตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเป็นหุ้นส่วนกับประชาชน และปฏิบัติงานในบริบทของครอบครัวหรือชุมชน (Dunphy, & Winland-Brown, 2000)

บริการระดับปฐมภูมิ เป็นกระบวนการให้การดูแลทางสาธารณสุข ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการให้การดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ลดการดูแลที่กระจัดกระจาย แยกส่วน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคลและลดราคาค่ารักษา (Klainberg et al., 1998) คือช้ทและคณะ อ้างตามบาร์เนสและคณะ (Koch et al., 1992 cited by Barnes et al., 1995) กล่าวถึงบริการระดับปฐมภูมิว่าเป็นบริการที่เกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1965 ในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นการขยายบทบาทของพยาบาลให้ทำหน้าที่แทนแพทย์ ซึ่งขณะนั้นขาดแคลนอย่างมาก โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนในชนบทผู้มีรายได้น้อย และเป็นระบบบริการที่ใช้แก้ปัญหาการรักษาที่สูงมากในขณะนั้นด้วย

บริการระดับปฐมภูมิ เป็นบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งนี้รวมถึงการสร้างชุมชนที่เข้มแข็งด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2544; ศุภชัย, 2544; สำเร็จ, 2544)

ตามคำประกาศอัลมา อตา ในปี ค.ศ. 1978 ซึ่งเป็นการประกาศความสำคัญของบริการระดับปฐมภูมิ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายบริการระดับปฐมภูมิไว้ว่า เป็นบริการด่านแรกที่ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เข้ามาสัมผัสกับระบบบริการทางการแพทย์และรวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ที่รวมปัจจัยทางด้านสังคมและการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล แต่เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสุขภาพดีของประชาชน (Rifat, 1996 อ้างตาม สุพัตรา, 2542)

สำเร็จ และรุจิรา (2545) กล่าวว่า บริการระดับปฐมภูมิมีผู้ให้ความหมายไว้หลายมุมมองทั้งในเชิงปรัชญา หลักการจัดบริการ หรือลักษณะบริการ ซึ่งยังไม่สามารถให้ความหมายบริการ

ระดับปฐมภูมิได้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้งหมด เนื่องจากบริการระดับปฐมภูมิ มีแนวคิดที่เป็นนามธรรมสูง ในการให้ความหมายต้องแปลงจากลักษณะนามธรรมไปสู่รูปธรรม จึงทำให้บริการระดับปฐมภูมิมีความหมายออกมาในลักษณะต่างๆ กัน คือ

1. สถานบริการด่านแรก (first line care) หรือสถานบริการด่านหน้า (front line care)
2. สถานบริการปฐมภูมิ หรือสถานบริการระดับต้น (primary care)
3. สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว หรือเวชศาสตร์ครอบครัว (family practice)
4. สถานบริการครอบครัว (family service)
5. หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit)

ซึ่งความหมายตรงกับสถานบริการที่มีอยู่แล้ว คือ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุขของเทศบาล ฯลฯ แต่การจัดบริการอาจยังไม่ครบถ้วนตามปรัชญาและแนวคิด

สรุป บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การบริการจุดแรกของระบบบริการสุขภาพของรัฐ ซึ่งอยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด มีบุคลากรที่มีความรู้ในการให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนและหมู่บ้าน จนสามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงหลังจากเจ็บป่วย เป็นองค์รวมซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เหล่านี้ทำให้ผู้รับบริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน สามารถเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงทางด้านภูมิศาสตร์ ที่สามารถเดินทางไปรับบริการได้สะดวก การเข้าถึงทางด้านเศรษฐกิจ ที่มีค่าใช้จ่ายในการรับบริการที่สามารถจ่ายได้ ไม่แพงจนเกินไป หรือการเข้าถึงทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากความเชื่อมั่นศรัทธาของผู้รับบริการ ที่มีต่อผู้ให้บริการและสถานบริการสุขภาพ

พันธกิจของบริการระดับปฐมภูมิ

กระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้กำหนดพันธกิจของบริการระดับปฐมภูมิไว้ดังนี้

1. เป็นบริการด่านแรกของระบบสุขภาพ ที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (front line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุและทุกกลุ่มโรค สามารถเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ
2. รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (ongoing/longitudinal) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงขณะป่วยและการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการเข้าใจกันรู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการหรือประชาชนอย่างต่อเนื่อง
3. เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้าน ตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

4. บริการส่งต่อและประสานงานกับบริการอื่น ๆ ทั้งด้านการแพทย์และด้านสังคม รวมทั้งการเชื่อมข้อมูลด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (co-ordinate care)

ระบบบริการระดับปฐมภูมิ

แนวคิดบริการระดับปฐมภูมิของสตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1992) ได้กล่าวถึงส่วนประกอบต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกันอย่างเป็นระบบ 3 ประการ คือ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ดังนี้

1. โครงสร้าง เป็นทรัพยากรพื้นฐานที่จำเป็นทำให้เกิดบริการสุขภาพขึ้น ประกอบด้วย บุคลากร เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ การจัดหน่วยงาน การให้บริการอย่างต่อเนื่อง การเข้าถึงบริการ งบประมาณและการกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายและพื้นที่รับผิดชอบ มีรายละเอียดคือ

1.1 บุคลากร เป็นผู้ให้บริการโดยตรง ต้องมีประสบการณ์การศึกษาและการฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะต่างๆ ในการให้บริการสุขภาพ สามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ (Starfield, 1992) ในส่วนประสบการณ์ หนังสือการศึกษาของไทย ซึ่งเขียนโดยพนัส (2524) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีประสบการณ์มักยอมปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้อุ่นใจได้ ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีประสบการณ์น้อย มักขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหา ซึ่งประสบการณ์การศึกษาของบุคลากรผู้จะให้บริการระดับปฐมภูมินั้นควรยกระดับถึงปริญญาตรี (อำพล และคณะ, 2540) สำหรับการพัฒนาความรู้ในขณะปฏิบัติงาน วิธีการที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การนิเทศงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสอน การฝึกฝน กำหนดวิธีการปฏิบัติงานและติดตามงาน แนะนำการปฏิบัติงานแก่บุคลากรผู้ได้บังคับบัญชา เพื่อให้งานประสบความสำเร็จ (A.O.N.E., 1992) หลักการนิเทศงานที่สำคัญ คือ จะเน้นการพัฒนางานควบคู่กับการพัฒนาระดับความสามารถของบุคคล ด้วยการสื่อสารที่เข้าใจตรงกัน เพื่อพัฒนาความรู้ทักษะในการปฏิบัติงาน ที่สำคัญที่สุด การนิเทศงานต้องอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของบุคลากร เกิดเป็นความร่วมมือ ที่ได้มาจากการวางแผนร่วมกัน (ยุพดี, มปป.) ทั้งประสบการณ์การศึกษา การฝึกอบรมและพัฒนาความรู้ ทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติงาน ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดระดับของทักษะ (psychomotor domain) ไว้ 3 ระดับ คือ 1) ทำได้เองอย่างคล่องแคล่ว 2) ทำได้ตามคู่มือ และ 3) ทำไม่ได้ (Guilbert, 1985) การศึกษาครั้งนี้ พิจารณาความสามารถของบุคลากร ตามระดับทักษะที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ 3 ระดับ คือ ทำได้เองอย่างคล่องแคล่ว ทำได้ตามคู่มือและทำไม่ได้ ในการปฏิบัติกิจกรรมบริการทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพและการควบคุมและป้องกันโรค ซึ่งดัดแปลงตามประเภทบริการที่ต้องมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

1.1.1 การรักษาพยาบาล

1.1.1.1 ปัญหาสุขภาพทั่วไป ปัญหาสุขภาพเฉียบพลันและเรื้อรังที่พบบ่อย เน้นการตรวจร่างกายและให้การรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น

1.1.1.2 ระบบคัดกรองโรคเรื้อรัง เลือกตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด

1.1.1.3 ดูแลเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงก่อน

การส่งต่อ

1.1.1.4 หัตถการขนาดเล็ก เช่น เย็บแผล ผ่าฝีและสิ่งแปลกปลอม

1.1.1.5 บริการชั้นสูตพื้นฐาน เลือกเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อมาลาเรีย

1.1.2 การส่งเสริมสุขภาพ

1.1.2.1 บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การวางแผนครอบครัว ใส่ห่วง ตรวจห่วงอนามัย ตรวจครรภ์ ทำคลอดในรายปกติ ดูแลมารดาและทารกหลังคลอด ติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด ตรวจหามะเร็งปากมดลูก

1.1.2.2 บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็ก วัคซีน คือ ประเมินภาวะโภชนาการ การเจริญเติบโต และพัฒนาการเด็ก

1.1.2.3 บริการเด็กวัยเรียน ตรวจสุขภาพและให้การรักษาในรายที่ผิดปกติ

1.1.2.4 บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.1.2.5 เยี่ยมบ้านและให้การดูแลที่บ้านแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.1.2.6 ทำบันทึกการเยี่ยมบ้าน

1.1.3 การฟื้นฟูสุขภาพ

1.1.3.1 นวดผู้ป่วยอัมพาต

1.1.3.2 สอนนวดแก่ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต

1.1.4 การควบคุม ป้องกันโรค

1.1.4.1 ประเมินสิ่งแวดล้อมในชุมชน

1.1.4.2 เฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน

1.2 เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ คือ สิ่งก่อสร้างที่เป็นตัวอาคารสถานบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลหรือสถานีอนามัย เป็นต้น รวมถึงอุปกรณ์ เครื่องมือในการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ (Starfield, 1992) การจัดเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์เพื่อบริการประชาชน อาจมีดังนี้ (สำเร็จ และ รุจิรา, 2545) ครุภัณฑ์สำนักงาน เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เตียงสำหรับตรวจโรค มีเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ เพื่อการรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอย่างครบถ้วนพอเพียง เช่น Stethoscope ยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา อุปกรณ์การตรวจชั้นสูตระดับพื้นฐาน ฯลฯ ครุภัณฑ์ ได้แก่ ยานพาหนะ เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ เป็นต้น ในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินความเพียงพอของเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์บางรายการ คือ

- 1.2.1 โตะ แก้อั้ว เตียงสำหรับตรวจโรค
- 1.2.2 ชุดผ่าตัดเล็กและอุปกรณ์ในการทำแผลเบื้องต้น
- 1.2.3 อุปกรณ์สำหรับให้ออกซิเจนและพunya
- 1.2.4 ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อ
- 1.2.5 ชุดตรวจภายในและตรวจหามะเร็งปากมดลูก (pap smear)
- 1.2.6 กระเป๋าเยี่ยมบ้านพร้อมอุปกรณ์
- 1.2.7 ยานพาหนะที่ใช้เดินทางไปเยี่ยมบ้าน
- 1.2.8 ตู้เย็นสำหรับเก็บเวชภัณฑ์ หรืออุปกรณ์ที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิต่ำ
- 1.2.9 อุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อ เช่น ตู้อบ เครื่องนึ่งหรือหม้อต้มอย่างใดอย่างหนึ่ง

อุกฤษฏ์ และคณะ (2539) ได้ศึกษาภาพลักษณ์ของสถานื่อนามัยในสองทศวรรษหน้า และกลยุทธ์ในการพัฒนา เป็นการวิจัยประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานื่อนามัย ในครั้งทศวรรษแรก พบว่า จุดแข็งที่สำคัญประการหนึ่งของสถานื่อนามัยคือ มีทรัพยากรด้าน เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ที่ใช้ในการปฏิบัติงานมากพอสมควรเมื่อมองในภาพรวม แต่ก็ยังคงขาดแคลนเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์บางรายการอยู่บ้างในบางพื้นที่ แต่มีจุดอ่อนที่สำคัญ คือ เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยขาดอิสระในการกำหนดและใช้ทรัพยากรดังกล่าว ซึ่งอาจมีสาเหตุเนื่องมาจาก ขั้นตอนในการกำหนดทรัพยากร เป็นการพิจารณาของผู้บังคับบัญชาระดับเหนือขึ้นไป ซึ่งไม่ทราบสภาพปัญหาที่แท้จริงในแต่ละพื้นที่ อีกทั้งงบประมาณที่มีอยู่น้อยทำให้การสนับสนุน ทรัพยากรด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์มีจำกัด เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเองขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดและใช้ทรัพยากร เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งบริการที่มีคุณภาพนั้น นอกจากเป็นบริการที่ต้อง มีมาตรฐาน ควบคุมตรวจสอบได้ สะดวก รวดเร็วแล้ว ยังจะต้องมีอุปกรณ์ เครื่องมือและสามารถ ประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม (สุพิตรา, 2539)

1.3 การจัดหน่วยงาน คือ การกำหนดนโยบาย โครงสร้างองค์การ จัดสรรอัตรา กำลังและหน้าที่ความรับผิดชอบ (Starfield, 1992) ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารในขั้นตอนของการวางแผนและการจัดองค์การ โดยการวางแผนจะเป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ระยะยาว ระยะสั้น และกำหนดกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่หน่วยงานกำหนด ซึ่งแบ่งการวางแผนเป็น 2 กลุ่ม คือแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติ สำหรับการจัดองค์การ จะเป็นการกำหนด กฎ ระเบียบ แบบแผนในการปฏิบัติงานให้ได้ผลผลิตบรรลุตามวัตถุประสงค์ (ไชแสง, ม.ป.ป.) การจัดหน่วยงานในลักษณะดังกล่าว กองการพยาบาล (2544) ได้กำหนดเป็นมาตรฐานการ พยาบาลในชุมชน เป็นมาตรฐานทิศทางการบริหารการพยาบาลและมาตรฐานการจัดองค์การ และการบริหาร ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญต่อระบบบริการ จะเป็นแนวทางนำไปสู่คุณภาพ ของผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่มีโอกาสเกิดข้อผิดพลาดได้น้อยที่สุด ผู้รับบริการเกิดความศรัทธาและ เชื่อมั่นต่อผู้ให้บริการนำไปสู่ความพึงพอใจและประทับใจต่อบริการ จากการศึกษาภาพลักษณ์ ของสถานื่อนามัยในสองทศวรรษหน้า และกลยุทธ์ในการพัฒนา โดยอุกฤษฏ์ และคณะ (2539)

พบว่า จุดอ่อนของสถานื่อนามัย คือ เป็นการทำงานอยู่ในระบบราชการ ที่รวมศูนย์อำนาจเข้าสู่ส่วนกลาง โดยต้องทำงานตามสั่งของผู้บังคับบัญชาระดับเหนือขึ้นไป ลักษณะงานที่ทำเป็นงานประจำในแต่ละวัน และขาดการสนับสนุนการพัฒนาวิชาการที่เป็นระบบ เพื่อให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม ตลอดจนการแก้ปัญหาด้วยตนเอง การจัดหน่วยงานโดยส่วนใหญ่จึงเป็นการกำหนดโดยส่วนกลาง ผ่านมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามลำดับ นอกจากนี้ ในการจัดทำแผนระดับต่างๆ ที่ผ่านมาขาดการมีส่วนร่วมจากบุคลากรระดับปฏิบัติ ผู้บริหารส่วนกลางมักวางกรอบแนวทางปฏิบัติไว้สำเร็จรูปเพื่อใช้ถ่ายทอดต่อๆ กันไป บุคลากรระดับปฏิบัติก็ยึดกรอบเหล่านั้นมาเขียนแผน ขาดการกระตุ้นส่งเสริมให้คิดวางแผนแก้ปัญหาด้วยตนเอง สภาพเช่นนี้มีส่วนสำคัญ ในการบั่นทอนความคิดริเริ่มและการมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหา เกิดเป็นความเคยชินในการปฏิบัติงาน ตามกรอบที่กำหนด การปฏิบัติงานมักใช้การสั่งเป็นทอดๆ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญต่อการดำเนินงานในปัจจุบัน (สุริยะ, 2538)

1.4 การให้บริการอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลสุขภาพที่ต้องมีมากกว่าหนึ่งครั้ง โดยจะต้องกำหนดการติดตามผลและแนวทางการดูแลครั้งต่อไป เช่น การนัดมาติดตามผลที่สถานบริการสุขภาพ การกำหนดแนวทางออกติดตามเยี่ยมครอบครัวในชุมชน ซึ่งสำคัญมากต่อการบริการระดับปฐมภูมิ เนื่องจากหากไม่มีโครงสร้างดังกล่าว การแก้ปัญหาที่แท้จริงจะไม่เกิดขึ้น (Starfield, 1992) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลผู้รับบริการทุกกลุ่มอายุ ทุกสภาวะ ตั้งแต่ไม่ป่วยจนถึงเจ็บป่วย ครอบคลุมทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีขั้นสูงสุด จนถึงผู้พิการแบบสมบูรณ์ (Beatty, 1980) ในทางอุดมคติ คือ ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย (ทวีเกียรติ, 2542; ยงยุทธ, 2542) ซึ่งจำเป็นจะต้องจัดระบบเพื่อให้เกิดการติดตามอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน กล่าวคือ ผู้ให้บริการนอกจากจะให้การดูแลในสถานบริการแล้ว จะต้องติดตามเยี่ยมผู้รับบริการที่บ้านด้วย (วันดี, 2543) มาตรฐานการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้กำหนดความต่อเนื่องของการบริการไว้ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

1.4.1 มีมาตรฐานบริการ และระบบการตรวจสอบที่ทำให้บริการมีความต่อเนื่อง เช่น ระบบนัดหมาย การตรวจสอบและติดตามผู้ที่ไม่มาตามนัดหมาย

1.4.2 มีระบบข้อมูลของผู้รับบริการ ที่ทำให้พิจารณาความต่อเนื่องของบริการไว้ชัดเจน

1.4.3 มีระบบจัดการที่ทำให้ผู้รับบริการได้พบผู้ให้บริการคนเดิมอย่างต่อเนื่อง

1.4.4 ติดตามผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ กรณีที่ถูกรับไว้รักษาที่โรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้าน

บริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ เกิดการยอมรับ ดังนั้น บริการจึงมีคุณภาพมากขึ้น (Hjordahl and Lacrum, 1992) สุพัตรา (2539) ได้กล่าวถึงสถานการณ์บริการสาธารณสุขระดับต้น/บริการด่านแรกว่า ผลงานบริการของสถานพยาบาลในปัจจุบัน เป็น

ลักษณะที่เป็นการให้บริการเป็นครั้งๆ หรือเป็นบริการแบบเฉพาะหน้า มากกว่าการจัดระบบเพื่อดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพิจารณาได้จาก ระบบข้อมูลข่าวสารและระบบรายงานที่มักเน้นแต่งงานบริการในสถานบริการนั้นๆ

1.5 การเข้าถึงบริการ คือ การที่ประชาชนสามารถใช้บริการสุขภาพได้ตามความเหมาะสม โดยไม่มีสิ่งใดเป็นอุปสรรคขัดขวาง ซึ่งการเข้าถึงบริการไม่ได้พิจารณาเฉพาะการที่สถานบริการสุขภาพนั้นมีบุคลากร มีเครื่องอำนวยความสะดวก เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อย่างครบครัน แต่ต้องพิจารณาให้ครอบคลุมถึงการใช้ประโยชน์จากสิ่งเหล่านี้ด้วย ประชาชนสามารถรับบริการโดยใช้เวลาไม่นานจนเกินไป ระยะทางใกล้ เดินทางไปรับบริการได้สะดวก ทั้งเส้นทางคมนาคมและพาหนะที่จะใช้ในการเดินทาง ด้านจิตใจ บุคลากรผู้ให้บริการต้องพูดภาษาเดียวกันกับประชาชนสามารถสื่อสารกันเข้าใจ ซึ่งกินความถึงการเข้าใจในวัฒนธรรม ประเพณีของท้องถิ่นด้วย ซึ่งการเข้าถึงบริการ ถือเป็นหัวใจสำคัญของบริการด้านแรก (Starfield, 1992) สุพัตรา (2539) กล่าวว่า บริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการที่ต้องเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว สามารถเข้าถึงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นลักษณะที่ไม่มีอะไรมาขวางกั้น เวลาในการเปิดบริการ ควรเปิดบริการ 24 ชั่วโมง คือ มีบริการนอกเวลาราชการ เพื่อให้ประชาชนรับบริการได้ง่าย สะดวก (อำพล, 2536) นอกจากนี้ยังมีการเข้าถึงด้านเศรษฐกิจ โดยผู้รับบริการสามารถจ่ายค่าบริการได้ ราคาไม่แพง (วิโรจน์ และคณะ, 2539) และการเข้าถึงทางด้านภาษา ผู้ให้บริการและประชาชนควรใช้ภาษาท้องถิ่นซึ่งจะทำให้มีความเข้าใจเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น รวมทั้งการเข้าถึงด้านจิตใจ วิถีชีวิตและวัฒนธรรม ลักษณะการจัดหน่วยงานที่เอื้อต่อการให้บริการและประชาชนได้รับความสะดวกสบายในการรับบริการ (มณีวรรณ, 2544) ปัญหาอุปสรรคสำคัญในการให้บริการอย่างต่อเนื่องที่ต้องได้รับการแก้ไข คือ ระบบราชการ ที่ข้าราชการมักยึดเอาตนเองเป็นศูนย์กลาง จึงใช้วิธีคิดที่เอาราชการเป็นตัวตั้ง การกำหนดขั้นตอนบริการ ก็เพื่อความสะดวกในการให้บริการ มากกว่าที่จะสะดวกแก่การรับบริการ (อำพล, 2543)

1.6 งบประมาณ เป็นเงินที่ต้องใช้ในการจัดบริการ ซึ่งบริการระดับปฐมภูมิกล่าวถึงงบประมาณว่าจะต้องจัดสรรไว้อย่างชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการประเมินความคุ้มค่าของบริการในระยะยาว ซึ่งการบริหารงบประมาณจะแตกต่างกันตามสถานการณ์ของหน่วยงาน (Starfield, 1992) การวางแผนด้านงบประมาณ เป็นแผนงานของหน่วยงานด้านจำนวนเงิน ใช้สำหรับการวางแผนและการควบคุม โดยให้รายละเอียดของต้นทุนทุกแผนเพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าหน่วยงานจะได้รับผลกำไร และเป็นการแสดงความคาดหวังต่อสถานการณ์การเงินในอนาคตของหน่วยงาน การวางแผนงบประมาณจะต้องอาศัยระเบียบ ตลอดจนวิธีการจัดทำงบประมาณของหน่วยงาน ซึ่งหน่วยงานราชการจะมีระเบียบเกี่ยวกับการเงินการคลังเฉพาะ จึงต้องวางแผนงบประมาณตามระเบียบอย่างถูกต้อง (ไชแสง, ม.ป.ป.)

1.7 การกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายและพื้นที่รับผิดชอบ แต่ละหน่วยของบริการระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องกำหนดพื้นที่รับผิดชอบในการให้บริการ ครอบคลุมถึงจำนวนประชากรในพื้นที่ที่กำหนดด้วย เหตุผลสำคัญที่จำเป็นต้องกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายและพื้นที่รับผิดชอบ คือ ทำให้บุคลากรผู้ให้บริการ สามารถเข้าใจภูมิหลังทางสังคมของประชาชน ผู้รับบริการ ตลอดจนรูปแบบสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบนั้นๆ ได้โดยง่าย จำนวนประชากรสามารถนำมากำหนดทรัพยากรที่จะใช้ในการจัดบริการ เพื่อเป็นบริการที่ตอบสนองตามความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม (Starfield, 1992) สุกพิตรา (2542) กล่าวว่า เงื่อนไขบริการระดับปฐมภูมิที่ดีประการหนึ่ง คือ จะต้องกำหนดขอบเขตพื้นที่รับผิดชอบและประชากรเป้าหมายของผู้ให้บริการที่ชัดเจน ดังนั้น เพื่อให้เกิดบริการที่ดี ควรให้ประชาชนลงทะเบียนที่เครือข่ายบริการที่มีขนาดประชากรในความรับผิดชอบเหมาะสม เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัว ซึ่งในส่วนของการลงทะเบียน อาจจะทำให้สามารถเลือกได้ตามความพอใจของประชาชน ซึ่งจำเป็นจะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขของหลักเกณฑ์ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสม เลือกสถานบริการได้ 2 แห่ง คือ หน่วยบริการปฐมภูมิหลักที่มีแพทย์ และหน่วยบริการปฐมภูมิรองที่อยู่ใกล้บ้าน โดยจะต้องอยู่ในเครือข่ายปฐมภูมิเดียวกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

2. กระบวนการ เป็นส่วนของกิจกรรมที่เกิดขึ้น โดยกระบวนการประกอบด้วยกิจกรรม 2 ส่วน คือ กิจกรรมซึ่งผู้ให้บริการจัดดูแลกับกลุ่มประชากรเป้าหมายและกิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกันกับประชาชน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 กิจกรรมที่จัดบริการให้กับกลุ่มประชากรเป้าหมาย ผู้ให้บริการต้องยอมรับความต้องการของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งอาจเป็นปัญหาสุขภาพ หรือความต้องการบริการอื่นๆ ปัญหาสุขภาพอาจเป็นอาการ อาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ หรือความต้องการด้านการป้องกันโรค การยอมรับปัญหาทำให้เกิดบริการที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา หลังจากนั้นจะถึงขั้นตอนของการวินิจฉัย ซึ่งมีความจำเป็นในการให้บริการขั้นต่อไป ก่อนเข้าสู่การรักษาหรือการจัดการปัญหา ผู้ให้บริการต้องประเมินปัญหาตลอดเวลา จนกว่าการรับรู้ปัญหา วินิจฉัยรักษาจะเพียงพอ (Starfield, 1992) กระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้เสนอกิจกรรมที่ต้องมีในบริการปฐมภูมิไว้ 4 ด้านดังนี้

2.1.1 ด้านการรักษาพยาบาล

2.1.1.1 การรักษาพยาบาลปัญหาสุขภาพพื้นฐาน ที่เป็นปัญหาสุขภาพทั่วไป ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมถึงระบบคัดกรองโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รุนแรง ตลอดจนให้การดูแลเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงก่อนการส่งต่อ ซึ่งงานดังกล่าว ต้องจัดบริการแบบ 24 ชั่วโมง เพื่อให้ประชาชนสามารถรับบริการได้โดยสะดวก (อำพล, 2536)

2.1.1.2 ทำหัตถการขนาดเล็ก เช่น เย็บแผล ผ่าฝีและสิ่งแปลกปลอม

2.1.1.3 บริการตรวจชั้นสูตรพื้นฐาน

2.1.1.4 บริการทันตกรรมพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน ซึ่งบริการทันตกรรมพื้นฐานที่สถานีอนามัย เป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทันตภิบาล แต่บุคลากรดังกล่าวขาดแคลน ดังนั้น จึงฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบางส่วนเพื่อให้บริการทันตกรรมพื้นฐานกับประชาชน แต่จากการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไม่พร้อมที่จะทำงานนี้ เพราะมีภาระหน้าที่ด้านอื่นมากแล้ว (จันทนา, 2543)

2.1.2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

2.1.2.1 บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอด จนถึงหลังคลอด ได้แก่ การวางแผนครอบครัว ใส่ห่วงอนามัยและตรวจห่วงอนามัย ตรวจครรภ์ และทำคลอดในรายปกติ เป็นต้น

2.1.2.2 บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็กและวัคซีน

2.1.2.3 บริการเด็กวัยเรียน

2.1.2.4 บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ

2.1.2.5 บริการดูแลผู้สูงอายุ

2.1.2.6 บริการที่บ้านเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย

2.1.2.7 บริการให้การปรึกษา

2.1.3 การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการดูแลที่ต่อเนื่อง

2.1.4 การควบคุมและป้องกันโรค ได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวังและรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2.2 กิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกันกับประชาชน เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ สิ่งแรกประชาชนจะตัดสินใจว่าจะใช้บริการตอนไหน เมื่อตัดสินใจใช้บริการก็ต้องเข้าใจว่า ผู้ให้บริการมีบริการอะไรบ้าง บริการเป็นที่พอใจหรือไม่ ยอมรับแนวทางการดูแล ข้อเสนอแนะและคำแนะนำหรือไม่แล้วจึงรับบริการอย่างมีส่วนร่วม ปฏิบัติตามแผนการดูแลทั้งหมดหรือดัดแปลงตามความเหมาะสม โดยกระบวนการบริการทั้งหมดประชาชนจะเป็นผู้พิจารณากำหนดกิจกรรมและความต่อเนื่องของบริการเอง (Starfield, 1992) กิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกันกับประชาชน เป็นบริการสุขภาพในลักษณะของกิจกรรมโครงการที่นอกเหนือจากกิจกรรมบริการที่กำหนด ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ประชาชนในชุมชนนั้น เป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาในชุมชนของตนเป็นอย่างดี สามารถกำหนดปัญหา วิเคราะห์และกำหนดแนวทางแก้ไข ปัญหาของชุมชน รวมทั้งแยกแยะปัญหา โดยปัญหาที่แก้ไขได้เองจะบริหารจัดการทันที ส่วนที่อยู่นอกเหนือความสามารถ ก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไขปัญหานั้น (เพ็ญศรี, 2542) ซึ่งมีทิศทางการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 4 มิติ คือ 1) มิติการวางแผน โดยชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ ว่าควรจะทำอะไรและทำอย่างไร 2) มิติการดำเนินการ

ชุมชนให้ความร่วมมือในการทำตามการตัดสินใจ 3) มิติการได้รับประโยชน์ ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น และ 4) มิติการประเมินผล ซึ่งอาจพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจในประการแรก (กรรณิการ์ และคณะ, 2541) Wass (1994) แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

2.2.1 ระดับไม่มีส่วนร่วม คือ เป็นการทำตามคำสั่งโดยประชาชนร่วมเป็นกรรมการเพียงเพื่อสนับสนุนโครงการ หรือในลักษณะของการให้บริการ ซึ่งประชาชนเป็นเพียงผู้ร่วมรับบริการเท่านั้น

2.2.2 ระดับมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย ได้แก่ การบอกให้ประชาชนรับทราบถึงสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง หรือแนวทางการดำเนินงาน การปรึกษา ซึ่งเป็นเพียงการสอบถามความคิดเห็น โดยไม่ได้นำความคิดเห็นนั้นมาใช้ในการดำเนินงาน และการได้รับประโยชน์ ซึ่งตัวแทนประชาชน 2-3 คน จะได้รับเลือกให้เป็นกรรมการ แต่ไม่มีสิทธิไม่มีเสียงในการแสดงความคิดเห็น

2.2.3 ระดับอำนาจอยู่ที่ประชาชน ซึ่งจะประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ลักษณะของหุ้นส่วน ซึ่งการเป็นหุ้นส่วน คือ การใช้อำนาจการตัดสินใจร่วมกัน 2) การกระจายอำนาจ ประชาชนส่วนใหญ่จะมีอำนาจการตัดสินใจ และ 3) ประชาชนควบคุมเอง คือ ประชาชนควบคุมโครงการทั้งหมด ซึ่งการมีส่วนร่วมระดับสูงสุด หรือระดับอำนาจอยู่ที่ประชาชน จะทำให้กิจกรรมหรือโครงการเกิดความยั่งยืน ประชาชนเกิดความเป็นเจ้าของและผู้ได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง

3. ผลลัพธ์ เป็นผลของกระบวนการบริการหรือการดูแล ที่เกิดต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยมีแนวทางในการพิจารณาสุขภาพที่เป็นผลของการดูแลได้หลากหลาย ดังนี้ (Starfield, 1992)

3.1 ความยืนยาวของชีวิต เป็นการวัดในภาพรวมของประชากร วัดด้วยอายุขัยเฉลี่ย เป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพของบุคคล ซึ่งบ่งบอกสุขภาพของประชากรระดับประเทศ

3.2 ความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวัน เป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของบุคคล เป็นคุณภาพของชีวิตที่บ่งบอกถึงความด้อยสมรรถภาพ หรือความพิการที่มีผลมาจากภาวะสุขภาพของบุคคลและชุมชน

3.3 ความสุขสบายของบุคคล คือปราศจากความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบายต่างๆ ที่จะขัดขวาง หรือเป็นอุปสรรคในการประกอบกิจการงานในหน้าที่ หรือการพักผ่อน ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะที่มีสุขภาพดี

3.4 ความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต เป็นองค์ประกอบที่บอกว่าประชากรมองชีวิตและสุขภาพของตนเองอย่างไร รวมถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนเองด้วย

3.5 การเจ็บป่วย จะมีอาการและอาการแสดงชัดเจนหรือไม่ก็ได้ แต่เป็นอุปสรรคหรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างผาสุก ซึ่งวัดได้จากอัตราป่วยและอัตราราย

3.6 ความสำเร็จในชีวิต บอกถึงภาวะสุขภาพดี พิจารณาความสำเร็จในชีวิตด้วยศักยภาพในการประกอบอาชีพที่ประสบผลสำเร็จ

3.7 การปรับตัวได้อย่างเหมาะสม บอกถึงความผาสุก มีศักยภาพในการปรับตัวต่อสู้กับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพสามารถจัดการกับความเครียดได้ อาจวัดด้วยเทคนิคทางสรีรวิทยา จิตวิทยา หรือการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้

สรุป บริการระดับปฐมภูมิตามแนวคิดของสตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1992) เป็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบของส่วนประกอบ ด้านโครงสร้าง ซึ่งเป็นทรัพยากรที่จำเป็นคือ บุคลากร เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ การจัดหน่วยงาน การให้บริการอย่างต่อเนื่อง การเข้าถึงบริการ งบประมาณ การกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายและพื้นที่รับผิดชอบ ด้านกระบวนการ เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้น ทั้งกิจกรรมที่จัดบริการให้กับกลุ่มประชากรเป้าหมายและกิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกันกับประชาชน และด้านผลลัพธ์ เป็นสถานะทางสุขภาพจากการดำเนินงาน ได้แก่ ความยืนยาวของชีวิต ความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวัน ความสุขสบายของบุคคล ความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต การเจ็บป่วย ความสำเร็จในชีวิต และการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดสถานื่อนามัย

ความหมายของสถานื่อนามัย

สถานื่อนามัย เป็นสถานบริการสุขภาพของรัฐระดับปลายสุด ที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ มีความสำคัญ คือ เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชนในหมู่บ้านกับบริการสุขภาพของรัฐ (สุวาลี, 2544) และหากสถานื่อนามัยบริหารจัดการดี ประชาชนจะได้รับประโยชน์จากทางราชการอย่างมาก (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2535) อ่ำพล (2536) ได้กล่าวถึงความหมายของสถานื่อนามัย ซึ่งนิยามโดย The Public Health and Training Unit of Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium. ไว้ว่า สถานื่อนามัยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน ผู้ให้บริการคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย โดยให้บริการในลักษณะผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะให้บริการกับกลุ่มประชากรเป้าหมายที่กำหนดชัดเจน และประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ

ประเภทของสถานื่อนามัย

สถานื่อนามัยออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2535)

1. สถานีอนามัยทั่วไป เป็นสถานีอนามัยส่วนใหญ่ของประเทศ มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบตามที่กำหนด

2. สถานีอนามัยขนาดใหญ่ เป็นสถานีอนามัยที่พัฒนามาจากสถานีอนามัยทั่วไปและมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามที่กำหนด มีขีดความสามารถและมาตรฐานการปฏิบัติงานบางอย่างสูงกว่าสถานีอนามัยทั่วไป เช่น บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานและเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนสถานีอนามัยทั่วไป ทั้งด้านการบริการรับส่งต่อผู้ป่วย การบริหารและวิชาการ มีกรอบอัตรากำลังและอาคารสิ่งก่อสร้าง ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกสถานีอนามัยขนาดใหญ่ มีดังนี้ 1) เป็นสถานีอนามัยที่เป็นศูนย์กลางของตำบลข้างเคียง หรือ 2) เป็นสถานีอนามัยที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล

หน้าที่และความรับผิดชอบของสถานีอนามัย

หน้าที่และความรับผิดชอบของสถานีอนามัย มีดังนี้ (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2535)

1. งานบริการสาธารณสุขผสมผสาน มี 5 ด้าน คือ

1.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การบริการอนามัยแม่และเด็ก การบริการวางแผนครอบครัว การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป การบริการทันตสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

1.2 ด้านการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสุขภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ตามสภาพปัญหาของชุมชนในเขตรับผิดชอบ สามารถพัฒนาการรักษาพยาบาลได้ตามสภาพปัญหา ทั้งโรคทั่วไปและโรคประจำท้องถิ่น มีขีดความสามารถในการปฐมพยาบาล ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังต่อจากโรงพยาบาล ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่างๆ จำนวน 207 โรค ทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ

1.3 ด้านควบคุมและป้องกันโรค เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ดำเนินการป้องกันการเกิดโรค ทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ไม่ให้เกิดการกระจายของโรค

1.4 ด้านฟื้นฟูสุขภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ

1.5 ด้านสนับสนุนงานบริการอื่นๆ ในการให้สุขศึกษา

2. งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน โดยครอบคลุมทั่วพื้นที่รับผิดชอบ สนับสนุนองค์กรชุมชนด้านทรัพยากร การนิเทศงานและการให้ความรู้ในการแก้ปัญหา

2.1 ด้านสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยพัฒนาศักยภาพของประชาชนเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนด้วยการสนับสนุนและดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

2.2 ด้านพัฒนาชุมชน วินิจฉัยปัญหาชุมชน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานตามแผน ควบคุมกำกับงานและประเมินผลสำเร็จของงาน

3. งานบริหาร

3.1 ด้านบริหารงานทั่วไป คือ จัดระบบงานสารบรรณ การเงิน การบัญชี การพัสดุ และยานพาหนะ การซ่อมบำรุงอาคาร สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

3.2 ด้านวางแผนและประเมินผล วางแผนปฏิบัติการ รายงานข้อมูลระดับวิทยา

3.3 ประสานงานและประชาสัมพันธ์ โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเผยแพร่กิจกรรมที่ปฏิบัติให้เป็นที่แพร่หลายในทุกระดับ

4. งานวิชาการ ด้านการวิจัยเบื้องต้น วิเคราะห์สภาพปัญหาของสถานบริการและภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ตลอดจนร่วมโครงการวิจัยต่างๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ

สำหรับการกำหนดน้ำหนักของงานบริการสาธารณสุขผสมผสาน ที่ผ่านมานั้นกระทรวงสาธารณสุขกำหนดน้ำหนักของงานส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค ต่อน้ำหนักของงานด้านการรักษาพยาบาล ในสัดส่วน 75: 25 (บุญเรียง และคณะ, 2539) การพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิในระยะเปลี่ยนผ่าน จำเป็นจะต้องปรับสัดส่วนของงานด้านการรักษาพยาบาลของสถานอนามัย ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เพื่อเพิ่มความศรัทธาเชื่อมั่น ความไว้วางใจให้สถานอนามัย เป็นสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดและใกล้บ้านของประชาชนอย่างแท้จริง (สุพิศตรา, 2542) จากรายงานประเมินผลการพัฒนาสถานอนามัย ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย ส่วนที่ 1 โดยสุณี และคณะ (2539) พบว่า ร้อยละของพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตชนบท หากเจ็บป่วยเล็กน้อยจะพักผ่อนหรือดูแลตนเองมากที่สุด (ร้อยละ 24.2) รองลงมาคือการไปสถานอนามัย (ร้อยละ 20.7) ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค พื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการสนับสนุนบริการอื่นๆ ในการให้สุขภาพจึงยังคงเป็นบทบาทหน้าที่หลักที่สำคัญของสถานอนามัย เนื่องจากหากพิจารณาจากรายงานการประเมินผลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าประชาชนในชนบท ยังคงเลือกสถานอนามัย เป็นสถานบริการสุขภาพอันดับแรก เมื่อมีปัญหาสุขภาพ

การดำเนินงานของสถานอนามัย ตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน และตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย (ทสอ.)

การดำเนินงานที่เป็นจุดเด่นสำคัญของสถานอนามัย คือ การดำเนินงานตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย ซึ่งมีรายละเอียด คือ ในปี ค.ศ. 1978 องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) จัดประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกสมัยที่ 30 เรียกว่า International Conference on Primary Health Care ที่เมืองอัลมา อตา ประเทศรัสเซีย มติที่ประชุมกำหนดให้สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 (Health For All by The Year 2000) เป็นเป้าหมายหลัก และการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีสำคัญที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว (เพ็ญศรี, 2542) สุขภาพดีถ้วนหน้า คือ การที่จะให้ประชากรทุกคนในโลก มีสุขภาพอนามัยในระดับที่ดีพอสมควร สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่าง

เป็นปกติสุขตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละท้องถิ่น (ประกอบ, 2525) การสาธารณสุขมูลฐาน คือ การดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของการปฏิบัติได้จริงที่เป็นวิทยาศาสตร์ ใช้วิธีการและเทคโนโลยีที่เป็นที่ยอมรับของบุคคลและครอบครัวในชุมชน สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพตลอดช่วงชีวิตของประชาชน ซึ่งบริการสุขภาพ พัฒนาภายใต้การพึ่งตนเองและกำหนดทิศทางเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง บริการเน้นการบูรณาการทั้งระบบบริการและสังคม การสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นบริการด่านแรกระหว่างบุคคล ครอบครัวและชุมชน กับระบบบริการสุขภาพที่รัฐมอบให้ ในการดูแลสุขภาพประชาชนทุกรูปแบบทั้งการดำเนินชีวิตที่บ้าน ที่ทำงานและที่อื่นๆ ทั้งนี้รวมถึงความต่อเนื่องของการบริการด้วย (WHO, 1981)

ในเชิงของการปฏิบัติ การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นบริการที่จำเป็นต่อชีวิตที่มีสุขภาพดี เป็นบริการที่ให้ความเสมอภาคแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งเสริมแหล่งอาหารหรือโภชนาการตลอดจนแหล่งน้ำที่เหมาะสมและเพียงพอ การสุขาภิบาลพื้นฐาน การอนามัยแม่และเด็ก การได้รับภูมิคุ้มกัน ป้องกันและควบคุมโรคระบาดประจำท้องถิ่น การรักษาโรคทั่วไปและการบาดเจ็บ การบริการทางสุขภาพจิตและการบริการด้านยาที่จำเป็น รวมถึงการพัฒนาของเศรษฐกิจและสังคม เพื่อเป็นฐานของการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า กล่าวได้ว่าการสาธารณสุขมูลฐานคือ การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐจากการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพโดยตรง เป็นผู้สนับสนุน (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2536) แต่แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย ให้ความหมายของสาธารณสุขมูลฐาน ในฐานะชุดของกิจกรรมบริการ นำหนักบทบาทของการบริการ เน้นไปที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน โดยไม่ได้กล่าวถึงคุณลักษณะการดูแล ที่ผสมผสานอย่างเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ การดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง พัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิตที่ดี (สุพัตรา, 2542)

สำหรับโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย เริ่มต้นจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา สถานการณ์และความต้องการกำลังคนของสถานีนอนามัย ซึ่งพบว่า เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยมีน้อย ต้องดูแลสุขภาพเป็นจำนวนมาก เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ขาดแคลนเครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยและจำเป็นในการบริการ สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกยังไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาสถานีนอนามัยขึ้นในปี พ.ศ. 2533 ผลสรุปของการประชุม ได้เกิดโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัยขึ้นในปี พ.ศ. 2534 ดำเนินการเป็นระยะเวลา 10 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2544 (สุทธิสิทธิ์, 2542)

การดำเนินงานโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย มีวัตถุประสงค์ 5 ประการคือ (สุวิทย์และคณะ, 2539)

1. พัฒนาระบบงานของสถานีนอนามัย ให้สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ ทั้งที่ดำเนินการเองและที่สนับสนุนการดำเนินการโดยประชาชนและชุมชน

2. พัฒนาโครงสร้างทั้งด้านอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ ให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ และจำนวนประชากรในชุมชนที่รับผิดชอบ
3. พัฒนาเจ้าหน้าที่สถานอนามัยในเชิงประเภท ปริมาณและคุณภาพ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถ ในการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานขั้นพื้นฐาน สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน และพัฒนาชุมชน
4. พัฒนาศักยภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้สามารถสนับสนุนงานของสถานอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. พัฒนาระบบบริการและการสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้สถานอนามัยสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อดำเนินงานมาได้ครึ่งทศวรรษแรก จึงได้ศึกษาอนาคตสถานอนามัยไทย ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย พ.ศ. 2539 ผลสรุปโดยย่อ มีดังนี้ (สุวิทย์และคณะ, 2539)

สถานอนามัยมีวิวัฒนาการมายาวนาน เป็นส่วนสำคัญในการแก้ปัญหาสาธารณสุข และการพัฒนางานสาธารณสุข จนเป็นผลสำเร็จอย่างชัดเจนมาแล้ว การดำเนินบทบาทหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขระดับต้น เป็นบทบาทของสถานอนามัยที่ถูกต้องและเหมาะสมอยู่แล้ว แต่ต้องปรับสัดส่วนของงาน ตลอดจนวิธีการทำงาน ให้มีความยืดหยุ่นหลากหลายและสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขตามสภาพของพื้นที่ คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมทุกด้านที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รวมทั้งต้องปรับให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ด้วย

ในภาพรวมทั้งประเทศ สถานอนามัยให้บริการสุขภาพได้เพิ่มขึ้น แต่บริการส่วนใหญ่เป็นการให้บริการพื้นฐานง่ายๆ จุดอ่อนของโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย คือ การดำเนินงานแบบราชการที่เน้นพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ใช้วิธีคิดรูปแบบเบ็ดเสร็จเหมือนกันหมดไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหา สภาพพื้นที่และความต้องการของชุมชน วัตถุประสงค์ของโครงการ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร ระบบงาน เทคโนโลยีและวิชาการน้อยเกินไป การบริหารโครงการ ไม่มีองค์การรับผิดชอบโดยเฉพาะต่างๆ ที่เป็นโครงการสำคัญ มีขนาดใหญ่ มาก และสิ่งแวดล้อมทุกระบบเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ภาพลักษณ์ของสถานอนามัยในสองทศวรรษหน้า จะเป็นสถานอนามัยที่ทำงานบนฐานความรู้จักจริง เพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขระดับต้นที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและเท่าเทียมกัน ซึ่งข้อเสนอเชิงกลยุทธ์และกลวิธีในการพัฒนาสถานอนามัยมี 4 ประการ คือ การกระจายอำนาจ การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการ การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขและการพัฒนาองค์ความรู้

สรุป สถานอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับปลายสุด ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ระดับตำบลและหมู่บ้าน กำหนดขอบเขตพื้นที่รับผิดชอบและประชากรกลุ่มเป้าหมายไว้ชัดเจน มีเจ้าหน้าที่สถานอนามัยหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินงาน ลักษณะบริการสุขภาพเป็น

แบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุข กำหนดหน้าที่ของงานส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค ต่อหน้าหน้าของงานด้านการรักษาพยาบาล ในสัดส่วน 75: 25 การดำเนินงานที่เป็นจุดเด่นที่สำคัญของสถานอนามัย คือ การดำเนินงานตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน และโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย ในส่วนของการสาธารณสุขมูลฐานนั้น องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้เป็นกลวิธีในการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ซึ่งหมายถึง การที่ประชากรโลกทุกคนมีสุขภาพอนามัยระดับที่ดีพอสมควร โดยใช้การดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของการปฏิบัติได้จริงที่เป็นวิทยาศาสตร์ บริการสุขภาพจะพัฒนาภายใต้การพึ่งพาตนเอง และประชาชนเป็นผู้กำหนดทิศทางเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง แต่แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยให้ความหมายการสาธารณสุขมูลฐานในฐานะชุดของกิจกรรมบริการ บทบาทของการบริการเน้นคัดกรองปัญหาสุขภาพพื้นฐานเป็นส่วนใหญ่ แนวคิดดังกล่าวจึงมีคุณค่าไม่เด่นชัด การพัฒนาครั้งยิ่งใหญ่ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย (ทสอ.) ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2544 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาสถานอนามัยทุกพื้นที่ทั่วประเทศให้มีขีดความสามารถที่จะให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแบบผสมผสาน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชนในความรับผิดชอบ การประเมินผลเมื่อดำเนินโครงการในครึ่งทศวรรษแรก พบว่า ในภาพรวมสถานอนามัยให้บริการสุขภาพได้เพิ่มมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการพื้นฐานง่าย ๆ โครงการดังกล่าวมีจุดอ่อน คือ ไม่มีองค์การหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง การดำเนินงานเป็นแบบราชการซึ่งจะเน้นที่การพัฒนาโครงสร้างของอาคารสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่สถานอนามัยได้รับการพัฒนาด้านประเภทและปริมาณ มากกว่าคุณภาพ การดำเนินงานเป็นคำสั่งของผู้บริหารจากส่วนกลาง ที่มีรูปแบบเบ็ดเสร็จตายตัวเหมือนกัน โดยมีได้คำนึงถึงสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ เหล่านี้เป็นเหตุผลที่ทำให้การพัฒนาการบริการสุขภาพในสถานอนามัยไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

สถานอนามัยในปัจจุบัน

สืบเนื่องจากการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการเปลี่ยนมุมมองเดิมที่สุขภาพมีความหมายจำกัดอยู่แค่เพียงการป่วยไข้และการรักษา หรือการซ่อมสุขภาพ ให้มีความหมายที่กว้างขึ้นครอบคลุมสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่าง เป็นบูรณาการของประชาชน ระบบสุขภาพต้องเป็นลักษณะที่พึงประสงค์ ควบคู่กับหลักประกันที่อุ้มใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544) นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายคือ สร้างหลักประกันให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็น และมีหลักการคือ มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพด่านแรกทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ซึ่งเป็นหัวใจหนึ่งของการจัดระบบบริการ

สุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ปัจจุบันประเทศไทยมีโครงสร้างของสถานบริการสุขภาพ ที่ให้บริการแบบผสมผสานในลักษณะของบริการปฐมภูมิอยู่แล้วคือสถานีอนามัย แต่ขีดความสามารถยังไม่เพียงพอในการให้บริการพื้นฐานตามมาตรฐาน ดังนั้น การให้สถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเพิ่มขีดความสามารถให้สถานีอนามัยมีบุคลากรเพียงพอและมีศักยภาพ สามารถให้บริการปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพ ถือเป็นเจตนาของการจัดมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การดำเนินงานพัฒนาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดพังงา

การดำเนินงานพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิ กำหนดเป็นแผนพัฒนาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2545 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2544)

1. จัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน ทำหน้าที่กำหนดและดำเนินการตามแผน
2. กำหนดเครือข่ายบริการ จำนวนประชากรและพื้นที่รับผิดชอบตามสภาพภูมิศาสตร์ การปกครองและการคมนาคมที่สะดวกของประชาชน พร้อมทั้งจัดกรอบอัตรากำลัง จังหวัดพังงามีสัดส่วนของบุคลากรต่อประชากรสูงกว่ามาตรฐาน การจัดกรอบอัตรากำลังจึงเป็นลักษณะที่สูงกว่ามาตรฐาน (Upper Standard) และคาดหวังว่า ผลลัพธ์งานจะต้องออกมาในลักษณะที่สูงกว่ามาตรฐานเช่นกัน สำหรับเจ้าหน้าที่ทันตภิบาล ถือเป็นบุคลากรประเภทขาดแคลน ซึ่งปัจจุบันจังหวัดพังงามีบุคลากรดังกล่าวทั้งสิ้น 23 คน ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 คน โรงพยาบาลชุมชน 19 คน จึงต้องหมุนเวียนกันให้บริการทันตกรรมพื้นฐานที่สถานีอนามัย
3. จัดทำแผนปฏิบัติการ ดำเนินการกำหนดกิจกรรม เป้าหมาย ระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ เพื่อนำไปใช้ในการควบคุมกำกับงาน
4. พัฒนาบุคลากร โดยกำหนดเป้าหมาย คือ บุคลากรทางสาธารณสุขทุกคน ได้เข้ารับการประชุม อบรมหรือสัมมนา ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน อย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี สำหรับการพัฒนาบุคลากร เพื่อดำเนินงานพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะ ได้กำหนดหลักสูตรเวชปฏิบัติครอบครัว เพื่ออบรมพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
5. นิเทศงาน ประเมินผล โดยจัดทำแผนนิเทศงานเฉพาะกิจและนิเทศงานผสมผสาน เพื่อสนับสนุน ติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
6. พัฒนาระบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัย

ในการพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัยในแต่ละพื้นที่นั้น ต้องประสบกับปัญหาอุปสรรคหลายประการซึ่งอาจจะเหมือนกัน หรือแตกต่างกัน จากการศึกษาของสุพัตรา และคณะ (2542) เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป: รูปแบบและกระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/บริการปฐมภูมิ ในเขตเมืองและเขตชนบทพื้นที่ต่าง ๆ พบปัญหาอุปสรรค ในการพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัย ดังนี้

1. จำนวนเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย มีไม่เพียงพอต่อการให้บริการที่ดีและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะงานรักษาพยาบาล ซึ่งควรมีเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยสามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง คือ ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

2. พื้นฐานความรู้ของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย ด้านการรักษาพยาบาล ยังไม่ดีพอสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน และนอกจากนี้เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยบางส่วนค่อนข้างที่จะอาวุโส ต้องการพัฒนาความรู้ทางวิชาการค่อนข้างมาก ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการพัฒนา

3. เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยขาดแรงจูงใจในการทำงาน คือ มีรายจ่ายทางสังคมค่อนข้างมากเมื่อเปรียบเทียบกับรายรับในแต่ละเดือน ตลอดจนภาระข้อมูลข่าวสารและกิจกรรมพิเศษที่มีจำนวนมาก โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับระบบระเบียบรายงาน และการรายงานข้อมูลที่ซ้ำซ้อนแก่ผู้บังคับบัญชาระดับเหนือขึ้นไป โดยที่ข้อมูลเหล่านั้น มักไม่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาบริการของสถานื่อนามัย

4. การบริหารงบประมาณของสถานื่อนามัย ขาดประสิทธิภาพ ทำให้การจัดบริการของสถานื่อนามัยไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่

5. ขาดการประสานงานที่ดี ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เนื่องจาก ขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ ทั้งในด้านของจำนวนและเจตคติที่จะเข้าใจระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้เป็นผู้บังคับบัญชาของสถานื่อนามัยโดยตรง ทำให้ไม่เกิดความเป็นเจ้าของ ระบบส่งต่อขาดประสิทธิภาพ บุคลากรไม่เห็นความสำคัญ ผู้รับบริการสามารถใช้บริการของสถานบริการสุขภาพระดับอำเภอได้ทุกแห่ง โดยไม่ต้องใช้ใบส่งต่อ อีกทั้งขาดมาตรการในการสนับสนุนผู้รับบริการ ที่ปฏิบัติตามขั้นตอนของการส่งต่อ ไม่มีมาตรการลงโทษแก่ผู้รับบริการที่ไม่ปฏิบัติตามระบบส่งต่อ ทำให้ประชาชนไม่เห็นประโยชน์

ปัจจัยส่งเสริมในการดำเนินงานพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัย

จากการศึกษาของสุพัตรา และคณะ (2542) ได้ระบุแนวทางในการพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์เป็นปัจจัยส่งเสริมในการดำเนินงานพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิได้ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย ตลอดจนบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ มีแนวคิดและเจตคติที่ดี เห็นความสำคัญของสถานื่อนามัย ในฐานะของสถานบริการสุขภาพด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนและมีความเหมาะสมในการให้บริการที่มีคุณภาพ

2. เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย ได้พัฒนาทักษะความรู้ความสามารถด้วยวิธีการต่างๆ เช่น จัดประชุมวิชาการในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ฝึกทักษะการตรวจวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชน ให้แพทย์หรือพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ เป็นที่ยอมรับในเทศงานรักษาพยาบาลให้กับเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย และจัดทำมาตรฐานงานรักษาพยาบาลโรคที่พบบ่อย เพื่อเพิ่มความมั่นใจและเป็นคู่มือให้คำปรึกษา

3. ลดภาระงานของสถานื่อนามัยลง เช่น การนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการเก็บรวบรวมระเบียบรายงาน

4. ส่งเสริมความก้าวหน้าของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย

5. พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาสถานื่อนามัย โดยจัดประชุมทางวิชาการ ฝึกทักษะด้านการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล และพัฒนาระบบการนิเทศงาน

6. ระบบส่งต่อได้รับการพัฒนา ส่งเสริมผู้รับบริการที่มาตามระบบส่งต่อ ได้รับมาตรการทางบวก เช่น ได้ลดขั้นตอนปกติ ได้รับการตรวจโดยแพทย์ทุกครั้ง เป็นการเพิ่มความเชื่อถือของผู้รับบริการที่มีต่อเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย ใช้มาตรการทางลบบางประการแก่ผู้รับบริการที่ข้ามขั้นตอน เช่น ให้ตรวจตามขั้นตอนปกติ และต้องจัดประชุมเกี่ยวกับระบบส่งต่อเป็นระยะๆ

สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (2545) เสนอแนวทางเบื้องต้นในการพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัยให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ดังนี้

1. กำหนดขนาดประชากรและพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน

2. ให้เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนทั้งหมดเป็นรายหมู่บ้าน ดูแลการบริการทุกเรื่องและสร้างให้เกิดความรับผิดชอบในสุขภาพโดยรวมของประชาชน

3. จัดสถานที่และบรรยากาศที่เอื้อต่อการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน

4. จัดระบบข้อมูล โดยบันทึกประวัติการดูแลประชาชนที่ต่อเนื่อง เช่น จัดให้มีบัตรบันทึกประวัติการเจ็บป่วย การบันทึกข้อมูลครอบครัว บัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

5. จัดยา เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ เครื่องมือต่างๆ ให้เพียงพอตามความจำเป็น

6. พัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านต่างๆ ตกลงเรื่องแนวทางการรักษา การส่งต่อที่เหมาะสม ฟื้นฟูความรู้วิชาการ จัดทำแนวทางรักษาโรคที่พบบ่อยให้ได้มาตรฐาน ฝึกเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย ให้มีทักษะในการตรวจร่างกายที่ถูกต้องมากขึ้น และใช้ยาได้อย่างเหมาะสม

7. ดำเนินงานในชุมชนอย่างเป็นระบบต่อเนื่องมากขึ้น โดยประเมินสภาพจริงของชุมชนว่ามีจุดเด่น จุดด้อยอย่างไรตลอดจนวางแผนแก้ไขปัญหา

สรุป

บริการระดับปฐมภูมิตามแนวคิดของสตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1992) ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้าง จะต้องมีบุคลากรที่มีศักยภาพในการให้บริการที่ผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ มีเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานของ บุคลากรอย่างเพียงพอตามความจำเป็นในแต่ละพื้นที่ กำหนดองค์ประกอบของโครงสร้างอื่นๆ เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดหน่วยงาน การบริการ อย่างต่อเนื่อง การเข้าถึงบริการ งบประมาณ การกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายและพื้นที่รับ ผิดชอบ กระบวนการ เป็นส่วนกิจกรรม ทั้งกิจกรรมที่ผู้จัดบริการให้กับกลุ่มประชากรเป้าหมาย และกิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกันกับประชาชน โดยคำนึงถึงความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้รับ บริการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ ผลลัพธ์ เป็นผลของบริการที่เกิดขึ้น กับประชาชน ได้แก่ ความยืนยาวของชีวิต ความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวัน ความสุขสบายของบุคคล ความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต การเจ็บป่วย ความสำเร็จในชีวิต และการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สถานื่อนามัยเป็นโครงสร้างของสถานบริการสุขภาพของ ประเทศไทย ที่ให้บริการผสมผสานในลักษณะของบริการระดับปฐมภูมิอยู่แล้ว เพียงแต่ความ สามารถของสถานื่อนามัย ยังไม่เพียงพอในการให้บริการพื้นฐานตามมาตรฐาน จึงจำเป็นต้อง พัฒนาบริการระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัย ซึ่งพบว่ามีปัญหาอุปสรรค คือ จำนวนเจ้าหน้าที่ สถานื่อนามัยมีไม่เพียงพอต่อการบริการที่ดี โดยเฉพาะงานด้านรักษาพยาบาล และที่มีอยู่เดิมก็ จำเป็นต้องพัฒนาวิชาการค่อนข้างมาก เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยขาดแรงจูงใจในการทำงาน มี รายจ่ายทางสังคมสูง มีภาระงานหนักเกี่ยวกับกิจกรรมพิเศษและระบบข้อมูลข่าวสารโดยเฉพาะ ระบบระเบียบรายงาน อีกทั้งการบริหารงบประมาณขาดประสิทธิภาพ เป็นต้น และได้มีผู้เสนอ ปัจจัยส่งเสริมซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนา คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขมีเจตคติที่ดีกับสถานี ออนามัย เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยต้องพัฒนาความรู้ ลดภาระงานของสถานีลง ต้องส่งเสริมความ ก้าวหน้าของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย สนับสนุนการพัฒนาสถานื่อนามัย และระบบส่งต่อ เป็นต้น

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้น บริการระดับปฐมภูมิจะดำเนินการอย่างไร เป็นระบบมากขึ้นในทุกพื้นที่ สถานื่อนามัยซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการระดับปฐมภูมิมา ตั้งแต่ต้น หากได้รับการพัฒนาไปในทิศทางที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดบริการระดับปฐมภูมิที่เป็น บริการสุขภาพจุดแรก ทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสานที่ได้มาตรฐาน และได้รับการรับรอง คุณภาพ ซึ่งนั่นหมายความว่า สุขภาวะจะเกิดขึ้นแก่ประชาชนอย่างแท้จริง ผู้วิจัยจึงศึกษา บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานื่อนามัย เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาบริการสุขภาพของ สถานื่อนามัยอย่างเป็นระบบต่อไป