

**ตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์
ของประชาชนจังหวัดพัทลุง
Predictors to Desirable Primary Health Care
of People in Phattalung**

**อนุชา หนูนุ่น
Anucha Nunun**

**วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Master of Science Thesis in Health System Research and Development
Prince of Songkla University
2546**

ชื่อวิทยานิพนธ์	ตัวทำนาลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชนจังหวัดพัทลุง
ผู้เขียน	นายอนุชา หนูนุ่น
สาขาวิชา	การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
ปีการศึกษา	2545

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบอรรถาธิบาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน และเพื่อศึกษาตัวทำนาลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 383 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือตามวิธีของครอนบาค มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.98 และหาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่ามีข้อคำถามที่เป็นไปตามเกณฑ์ 8 ด้าน จำนวน 70 ข้อ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนเพื่อวิเคราะห์ตัวทำนาลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ผลการวิจัยพบว่าลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจังหวัดพัทลุงในภาพรวมทั้ง 8 ด้าน (70 ข้อ) อยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่ามีด้านที่อยู่ในระดับมาก 4 ด้าน คือ 1) ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ (13 ข้อ) 2) ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ (15 ข้อ) 3) ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ (8 ข้อ) และ 4) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (12 ข้อ) ด้านที่อยู่ในระดับปานกลางมี 4 ด้าน คือ 1) ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ (7 ข้อ) 2) ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสุขภาพ (15 ข้อ) 3) ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ (5 ข้อ) และ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบ (6 ข้อ) ส่วนตัวทำนาลที่มีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน พบว่ามีจำนวน 7 ตัวทำนาย โดยสามารถร่วมกันทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนได้ร้อยละ 53.6 ($R^2 = .536$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีลักษณะการมีอิทธิพลของตัวทำนายแต่ละตัวดังนี้ ระยะเวลาการอาศัยอยู่ประจำในพื้นที่ที่จัดบริการนานขึ้น และสถานภาพของประชาชนที่สมรสแล้วและยังอยู่ด้วยกันจะมีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์มากขึ้น ส่วนการใช้เวลาในการ

เดินทางถึงสถานบริการที่นานขึ้น การขึ้นทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหลักที่เป็น
สถานเอนามัย อายุที่สูงขึ้น การมีโรคประจำตัว และกลุ่มผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม จะมีอิทธิพลต่อ
ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์น้อยลง

จากผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้จัดบริการสุขภาพระดับ
ปฐมภูมิ ในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนาการจัดบริการตามปัจจัยที่มีอิทธิพล
ดังกล่าว โดยให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

Thesis Title	Predictors to Desirable Primary Health Care of People in Phattalung
Author	Mr.Anucha Nunun
Major Program	Health System Research and Development
Academic Year	2002

Abstract

The objectives of this research were to investigate components of client's perception toward desirable primary health care (DPHC) in Phattalung Province. The subjects for this research were 383 people living in different parts of Phattalung Province. They were selected using multi-stage random sampling method. The instrument consisting of 79 items was tested by five experts for its content validity. Cronbach's alpha coefficient was used to find out its reliability and the value was 0.98. An explanatory factor analysis was conducted to find out its structure validity. The ratified instrument was found to contain 8 components comprising 70 items. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation) were used to analyze general data; explanatory factor analysis with oblique rotation using Oblimin's method and stepwise multiple regression analysis were used to analyze the DPHC

The results showed that the overall DPHC (8 components) of people in Phattalung Province was highly considered. The analysis of each DPHC component revealed that four of them were at high level: services meeting the needs for health care (13 items); quality of health services (15 items); efficiency of health services (8 items); and health promotion (12 items). The other four components were found to be at the moderate level; adequacy of health resources (7 items); atmosphere and facilities for health services provision (15 items); equity of health services (5 items); and community participation in services provision and accountability (6 items). Seven predictors were found to have influence on the DPHC. These predictors could jointly predict 53.6 percent of the DPHC ($R^2=0.536$) and the prediction was statistically significant (0.05). Two of which had positive influence: 1) the length of time living in the area, and 2) marital status. Five had negative influence: 1) the length of time spent in traveling to the health center; 2) the type of primary care health center registered for; 3) age; 4) condition of illness; and 5) religion.

The result may serve as necessary information for health care provider to prioritize and improve health care service as well as serve as strategy to enhance the public's participation in their health care.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
รายการตาราง	(11)
รายการภาพประกอบ	(13)
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
คำถามการวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	6
นิยามศัพท์	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
ความสำคัญของการวิจัย	7
2 วรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์	9
ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน	22
ตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน	43
3 ระเบียบวิธีวิจัย	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
เครื่องมือการวิจัย	54
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
การวิเคราะห์ข้อมูล	62
จรรยาบรรณนักวิจัย	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	64
ผลการวิจัย	64
การอภิปรายผล	82
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	106
สรุปผลการวิจัย	107
ข้อเสนอแนะ	112
บรรณานุกรม	115
ภาคผนวก	132
ภาคผนวก ก กรอบในการสร้างข้อคำถามของลักษณะบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน	133
ภาคผนวก ข แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เพื่อสร้างข้อคำถามของ ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน	134
ภาคผนวก ค เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล	135
ภาคผนวก ง ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดลักษณะบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน	147
ภาคผนวก จ องค์ประกอบของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน	148
น้ำหนักองค์ประกอบย่อยของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ของประชาชน	149
องค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยของลักษณะบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน	153
แบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ที่ได้จากผลการวิจัย	160
ภาคผนวก ฉ ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน	171
ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	173

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	179
ประวัติผู้เขียน	180

รายการตาราง

ตาราง

หน้า

1	แนวคิดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ในด้านผู้กำหนดนโยบาย หรือหน่วยงานผู้ให้บริการ	25
2	แนวคิดในการวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ในด้านผู้กำหนดนโยบาย หรือหน่วยงานผู้ให้บริการ	38
3	กรอบในการสร้างตัวชี้วัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ของประชาชน	42
4	สรุปตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิที่พึงประสงค์	49
5	เปรียบเทียบค่าสถิติและเกณฑ์ที่กำหนดในการวิเคราะห์หาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน	59
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของประชากร สังคม และ เศรษฐกิจ ลักษณะชุมชน	65
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ	68
8	องค์ประกอบของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ที่ได้จากการหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity)	70
9	ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจังหวัดพัทลุง	75
10	ค่าเมตริกสหสัมพันธ์ (The Correlation Matrix) ของตัวทำนายฯ และลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน	77
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนาย และคะแนนลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน	79
12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในการทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ของประชาชน	80
13	เปรียบเทียบองค์ประกอบของการบริการระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ที่ได้จากการวิจัยกับจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	99

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

14	กรอบในการสร้างแบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน	133
15	ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน	147
16	น้ำหนักองค์ประกอบย่อยของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน	149
17	องค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ของประชาชน ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ	153
18	องค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ของประชาชน ด้านคุณภาพในขั้นตอนการให้บริการสุขภาพ	154
19	องค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ของประชาชน ด้านคุณภาพในส่วนประกอบของการจัดบริการ สุขภาพ	155
20	องค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ของประชาชน ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ	155
21	องค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ของประชาชน ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการและตรวจสอบ	156
22	องค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ของประชาชน ด้านคุณภาพในภาพรวมของการจัดบริการสุขภาพ	157
23	องค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ของประชาชน ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ	158
24	องค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ของประชาชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	159
25	ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน	172
26	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	

และระดับความพึงประสงค์ต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 173

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
2 ความสัมพันธ์ระหว่างบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การสาธารณสุขมูลฐาน และเวชศาสตร์ครอบครัว	11
3 การสุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล	53
4 อัตราการเปลี่ยนแปลงของขนาดค่าไอเกนแต่ละองค์ประกอบ ของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน	60

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้สรุปเป้าหมายในระบบสุขภาพไว้ 2 ลักษณะ คือ การส่งเสริมให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดี และมีความเป็นธรรม (WHO, 2000) ซึ่งทั้ง 2 เป้าหมายสำคัญนี้ จะต้องเกิดขึ้นโดยไม่มีความแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นเพราะด้วย เพศ สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือความแตกต่างอื่นใด โดยมีการกระจายการจัดบริการเพื่อสุขภาพที่ดีไปสู่ประชาชนอย่างสม่ำเสมอและเท่าเทียมกัน (equity) อย่างมีประสิทธิภาพ (efficiency) รวมถึงสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน (responsiveness) อย่างมีมาตรฐานและจรรยาวิชาชีพของผู้ให้บริการ ทั้งนี้ตามความจำเป็นด้านสุขภาพที่แท้จริงและสิทธิที่ประชาชนมีอยู่ซึ่งสมควรจะได้รับ ประเทศทั้งหลายที่เป็นภาคีสมาชิกรวมถึงประเทศไทยด้วย ได้นำเป้าหมายดังกล่าวข้างต้นไปปรับให้เหมาะสมตามสภาพของสังคม และวัฒนธรรม และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศ (OECD, 2000; WHO, 2000) ในส่วนการดำเนินนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพของไทย ก็ได้เน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ ดังกำหนดไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 และกรอบแนวคิด ในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยการนำกลยุทธ์หลักที่สำคัญที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวคือการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary health care) (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2543; คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2544) ให้สอดคล้องกับสภาพสังคม หรือวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งเป็นระดับบริการสุขภาพที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะอยู่ใกล้ชิดประชาชน มีการกระจายอยู่ในทุกตำบล ประชาชนมีความสะดวกในการใช้บริการ และมีปริมาณการใช้บริการมากที่สุดอยู่แล้ว ให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างเป็นรูปธรรม (สุพัตรา ศิริวิณิชชากร และคณะ, 2539; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542)

จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าได้มีการจำแนกลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ (desirable primary health care) ที่สอดคล้องกับสภาพสังคม หรือวิถีชีวิตของชุมชน ออกเป็น 8 ลักษณะคือ บริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ มีการตอบ

สนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ด้วยความเสมอภาคถ้วนหน้ากัน เป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ มีความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพในการจัดบริการ มีบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ โดยที่สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการและการร่วมตรวจสอบ (ประเวศ วะสี, 2539; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541; อภิชาติ พันธเสน, 2541; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2543; อัมพล จินดาวัฒน์, 2543; OECD, 2000; WHO, 2000; คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2544; คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544; จรัส สุวรรณเวลา, 2544; สำเร็จ แหยงกระโทก, 2544ข) ลักษณะของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้น ต้องสามารถจัดบริการให้ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ บนพื้นฐานของสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับการจัดบริการสุขภาพที่จะต้องสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของประชาชน และที่สำคัญจะต้องมีความเป็นไปได้จริงในการจัดบริการตามแนวคิดของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ (อารี วัลยะเสวีและคณะ, 2542; สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ, 2542ข) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงเป็นบริการที่สำคัญที่สุดที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีตามเป้าประสงค์ของระบบสุขภาพทั้งหมด

จากแนวคิดและงานวิจัย ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เป็นแนวคิดของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของผู้กำหนดนโยบาย และหน่วยงานที่ให้บริการ แต่จากข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ พบว่ายังมีช่องว่าง (gap) ขององค์ความรู้ระหว่างลักษณะของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในภาพรวมของประเทศ ว่าสอดคล้องกับการรับรู้ของประชาชนจริงหรือไม่ และลักษณะที่พึงประสงค์นั้นจริง ๆ จะมีกี่ด้าน จังหวัดพัทลุงก็เป็นจังหวัดหนึ่งที่ประชาชนได้รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ เช่นประชาชนมีหลักประกันสุขภาพเพียงร้อยละ 71.4 และไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุม สถานบริการยังไม่มีคุณภาพและมาตรฐานด้านราคา ไม่มีความเท่าเทียมกันในการให้บริการ และการพัฒนาขาดความยั่งยืน ไม่ตรงกับความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะบริการระดับปฐมภูมิ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2543,2544ข) และเมื่อพิจารณาด้านเศรษฐกิจพบว่าประชาชนมีรายได้เฉลี่ยเพียง 16,000 บาท ต่อปี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ยากจนที่สุดในภาคใต้ และเป็นลำดับที่ 52 ของประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2544ก) นั่นหมายถึงจะต้องมีประชาชนส่วนหนึ่งที่มีรายได้และการบริโภคต่ำกว่าเกณฑ์ จึงทำให้ขาดโอกาส และขาดศักยภาพในการแก้ปัญหา (กุศล สุนทรธาดา, 2545) โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ ถึงแม้จะเป็นบริการที่รัฐจัดให้

เปล่า แต่ส่วนใหญ่บริการนั้นก็มักจะตกแก่คนที่มีเศรษฐกิจดีกว่าเสมอ (บุญคง หันจาง สิทธิ, 2540) สภาพความเป็นจริงของประชาชนจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น น่าจะเป็นประเด็นการวิจัยในการหาความรู้ที่เป็นช่องว่างในเรื่องลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ และระดับที่พึงประสงค์ของประชาชน รวมถึงศึกษาตัวทำนาลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ซึ่งได้มีผู้ที่ศึกษาไว้บ้างแล้ว แต่เป็นลักษณะแยกส่วน เช่น ความแตกต่างของปัจเจกลักษณะบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ลักษณะของชุมชนที่อาศัย ประเภทของสถานบริการที่ขึ้นทะเบียน เวลาที่ใช้ในการเดินทางถึงสถานบริการ เป็นต้น ซึ่งตัวทำนาลดังกล่าวล้วนมีอิทธิพลต่อการกำหนดลักษณะบริการระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในภาคของผู้รับบริการ ในแต่ละด้านหรือหลาย ๆ ด้าน (Silpasuwann, 1989; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2538; สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2542ก; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, 2543; สุรีย์ เจียมศุภฤกษ์, 2543) ซึ่งหากได้ทราบว่ามีตัวทำนาลใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนที่แท้จริง ย่อมที่จะทำให้การจัดบริการสุขภาพดังกล่าวเป็นไปอย่างถูกต้องทิศทางและสามารถลดปัญหาลงจนเหลือน้อยที่สุดหรือไม่มีอีกต่อไปได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา เพื่อที่จะได้องค์ความรู้ไปใช้ในการบริหารจัดการและจัดสรรทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ เกิดความเป็นธรรมแก่ประชาชนสูงสุด ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับพื้นที่ที่เป็นเขต ยากจน และการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตที่ประชาชน มีเศรษฐกิจดีกว่าได้อย่างมีประสิทธิภาพตามที่ควรจะเป็น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาตัวทำนาลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน จังหวัดพัทลุง

คำถามการวิจัย

1. ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน จังหวัดพัทลุงเป็นอย่างไร
2. มีปัจจัยอะไรบ้าง ที่สามารถร่วมกันเป็นตัวทำนาลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนในจังหวัดพัทลุง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ทบทวนแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 และกรอบในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย กรอบการจัดระบบบริการสุขภาพตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD) ได้สรุปและนำเสนอไว้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

โดยสรุปลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ที่สามารถจะจัดบริการให้เกิดขึ้นได้จริง ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ด้านความเสมอภาคของบริการ ด้านประสิทธิภาพของบริการ ด้านคุณภาพของบริการ ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ และด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2543; OECD, 2000; คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2544; WHO, 2000; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541; มัทนา ประทีปะเสน และคณะ, 2542ข; อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2542; สำเริง แหยมกระโทก และรุจิรา มังคะศิริ, บรรณาธิการ, 2545) และจากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าตัวทำนายที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในแต่ละลักษณะนั้นมี 4 ด้าน คือ ด้านคุณลักษณะของประชากร สังคม และเศรษฐกิจ (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ 2542; สุริย์ เจียมศุกฤกษ์; 2543) ด้านลักษณะชุมชน (ศิริพร จิรวัดเนกุล 2541) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ 2542) และด้านประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ (ศิริพร จิรวัดเนกุล 2541; สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ 2542) มีรายละเอียดดังแสดงไว้ในภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย "ตัวทำนaylorลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
ที่พึงประสงค์ของประชาชนจังหวัดพัทลุง"

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะของประชากร สังคม และเศรษฐกิจ (อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อปี) เป็นตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของ ประชาชนจังหวัดพัทลุง
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง (สภาวะสุขภาพ และภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง) เป็นตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของ ประชาชนจังหวัดพัทลุง
3. ประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ (ความถี่ในการใช้บริการสุขภาพต่อปี และประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ) เป็นตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของ ประชาชนจังหวัดพัทลุง
4. ข้อมูลลักษณะชุมชน (ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ และระยะเวลาในการเดินทางถึงสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้) เป็นตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจังหวัดพัทลุง

นิยามศัพท์

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน คือ ลักษณะของบริการสุขภาพในขั้นต้น หรือด่านแรก ที่ประชาชนมีความพอใจ อยากได้ และอยากให้มีการจัดบริการขึ้นตามความจำเป็นที่สมควรจะได้รับ ซึ่งครอบคลุมใน 8 ด้าน คือ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ด้านความเสมอภาคของบริการ ด้านประสิทธิภาพของบริการ ด้านคุณภาพของบริการ ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ ด้านบรรยากาศ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ และด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการ และการตรวจสอบ ทั้งนี้จะต้องเป็นบริการสุขภาพที่สามารถจัดให้มีขึ้นได้จริง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจังหวัดพัทลุง เฉพาะการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิรูปแบบที่เป็นทางการเท่านั้น และใช้ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน 2545 – กุมภาพันธ์ 2546

ความสำคัญของการวิจัย

ด้านการบริหาร

1. ทำให้ทราบถึงลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ที่แท้จริงของประชาชน และใช้เป็นองค์ประกอบในการจัดทำแผนตามลำดับความสำคัญเร่งด่วน เพื่อการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดพัทลุง
2. สามารถนำไปใช้ประกอบในการตัดสินใจของผู้บริหาร เพื่อการจัดการหรือการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณในการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในจังหวัดพัทลุง ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ตามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน
3. สามารถนำไปใช้ประกอบ ในการกำหนดนโยบายเพื่อการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในจังหวัดพัทลุง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนที่พิจารณาได้จากลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

ด้านการจัดบริการ

1. สามารถนำลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของจังหวัดพัทลุง
2. สามารถนำปัจจัยที่พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ไปวิเคราะห์สภาพปัญหา และดำเนินการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เป็นที่พึงประสงค์ของประชาชน

ด้านวิชาการ

1. สามารถนำองค์ประกอบลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ที่มีความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ไปทำการวิจัยในพื้นที่อื่น ๆ ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
2. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนให้กว้างขวางออกไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเชิงพรรณนา เรื่องตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจังหวัดพัทลุงนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ

1. แนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - 1.1 ความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - 1.2 แนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - 1.3 ลักษณะการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
2. ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์
 - 2.1 ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.2 ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน
 - 2.3 ด้านความเสมอภาคของของบริการ
 - 2.4 ด้านประสิทธิภาพ ของบริการ
 - 2.5 ด้านคุณภาพของบริการ
 - 2.6 ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการตรวจสอบบริการ
 - 2.7 สรุปแนวคิดในการวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์
3. ตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน
 - 3.1 ด้านคุณลักษณะของประชากร สังคม และเศรษฐกิจ
 - 3.2 ด้านลักษณะชุมชน
 - 3.3 ด้านการรับรู้สภาวะสุขภาพตนเองและการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว
 - 3.4 ด้านประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ

ซึ่งจะได้นำเสนอไปตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

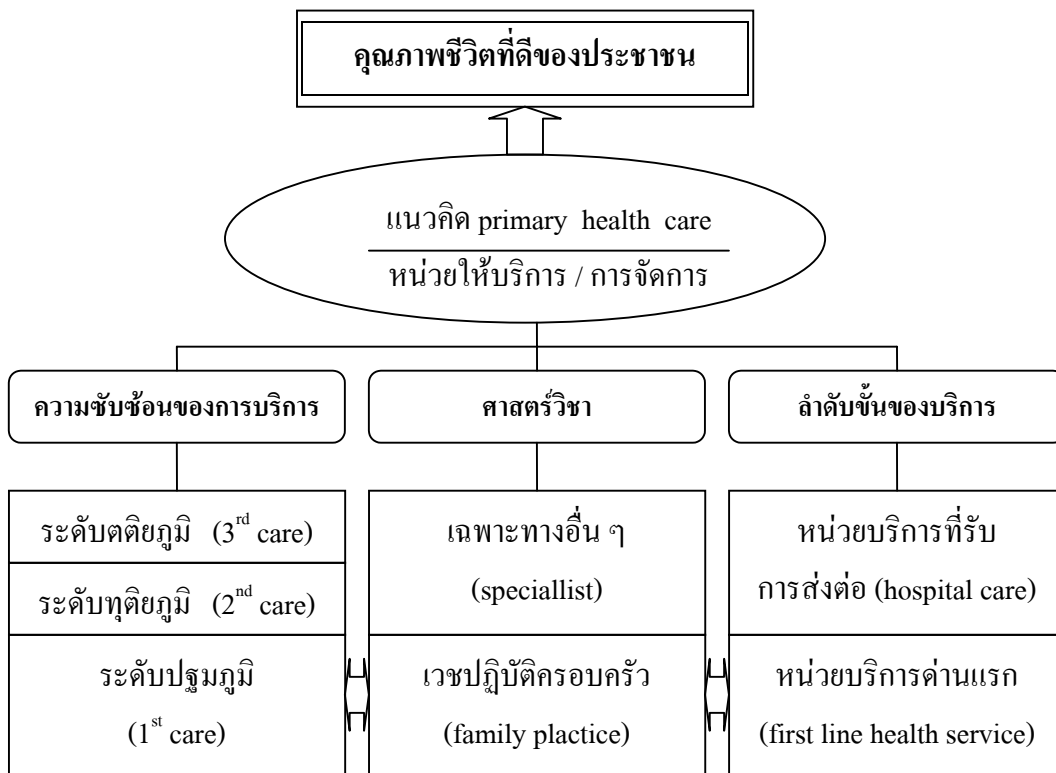
การจัดบริการสุขภาพ (delivery of health service) เป็นองค์ประกอบหนึ่งในห่วงโซ่ประกอบของระบบสุขภาพ (health system) ที่มีความสำคัญและมีผลโดยตรงต่อประชาชนมากที่สุด ซึ่งเมื่อแบ่งตามภารกิจในการจัดบริการให้ประชาชนโดยสากลแล้ว การจัดบริการสุขภาพนั้นจะสามารถแบ่งย่อยได้อีกเป็น 3 ระดับ คือ 1) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary health care) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือการให้บริการด้านการป้องกัน (preventive service) และด้านการบำบัดรักษา (therapeutic service) 2) บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (secondary health care) และ 3) บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (tertiary health care) (Roemer, 1991) ทั้ง 3 ระดับนั้นจะต้องมีลักษณะเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ใน 3 ลักษณะสำคัญ คือ 1) บทบาทในแต่ละส่วนจะต้องประสานเชื่อมโยงกันอย่างบูรณาการ เกิดเป็นบริการที่มีคุณภาพทั้งเชิงสังคม และเทคนิคบริการ 2) หน่วยบริการต้องมีบทบาทหลักที่จำเพาะ ไม่ซ้ำซ้อนในการจัดบริการ และ 3) มีการเชื่อมต่อระหว่างกันอย่างเหมาะสม เพื่อการไหลเวียนของผู้รับบริการและข้อมูลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์, 2543)

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้น เป็นการให้บริการสุขภาพด่านแรก ที่ประชาชนไปใช้บริการหรือได้รับการดูแลในเบื้องต้น เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด จึงเป็นการจัดบริการที่มีโอกาส มีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนสูงสุด มีโอกาสรับรู้ เรียนรู้และเข้าใจชีวิตในชุมชนมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นบริการที่มีความเป็นไปได้สูงสุดในระบบบริการสุขภาพที่จะรับรู้และเข้าใจปัญหาสุขภาพที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนระหว่างร่างกาย จิตใจ และสังคม ความคาดหวังจากบริการระดับนี้ จึงเป็นความคาดหวังที่สูงมาก ในการที่จะเป็นกลยุทธ์หลักสู่เป้าหมายสูงสุดในระบบสุขภาพ คือ ทุกคนมีสุขภาพที่ดีอย่างเสมอภาคถ้วนหน้ากัน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2539; OECD, 2000; WHO, 2000) ลักษณะของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สำคัญนั้นต้องสามารถจัดบริการให้ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ ซึ่งมีพื้นฐานของสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับการจัดบริการสุขภาพที่จะต้องสอดคล้องกับสังคม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของประชาชน และจะต้องมีความเป็นไปได้จริงในการจัดบริการตามแนวคิดของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ (อารี วัลยะเสวีและคณะ, 2542; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงเป็นบริการที่สำคัญที่สุดที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ตามเป้าประสงค์ของระบบสุขภาพทั้งหมด ทั้งนี้การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนนั้นมีความหมาย แนวคิด และได้ผ่านวิวัฒนาการของการจัดบริการมาจนถึงปัจจุบัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ความหมายของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คำว่า บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับคำ 3 คำ เมื่อกล่าวถึงการจัดบริการสุขภาพอยู่เสมอ คือ “บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care)”, “การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care)” และ “เวชศาสตร์ครอบครัว (family practice)” ซึ่งทั้ง 3 คำนี้จะเป็นคำที่มักใช้แทนกันอยู่เสมอในเอกสารต่างประเทศ แต่โดยทั่วไป บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ เวชศาสตร์ครอบครัว มักจะถูกนำมากล่าวถึงว่าเป็นบริการทางการแพทย์ (primary medical services) ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน ในเอกสารวิชาการของกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วเช่น อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา ที่อธิบายแนวความคิดของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ก็มักจะให้ความหมายที่ครอบคลุมแนวความคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งหมายถึงการจัดบริการที่มีแนวความคิดการมองสุขภาพที่กว้างจากเดิม รวมถึงบริการด้านสุขภาพอื่น ๆ และบริการทางสังคมเพิ่มเติมเข้าไปกับบริการทางการแพทย์ เป็นบริการที่ดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วย (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) ความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิยังมีความหมายในเชิงการจัดองค์กรการบริการสุขภาพให้เป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ มีบทบาทที่เป็นมืออาชีพ เน้นการให้บริการแก่ประชาชนที่เพิ่มเติมจากบริการเดิมที่เน้นแต่การรักษาจุดแข็งของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือกระบวนการให้บริการที่เป็นบริการด่านหน้า (front line) การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (ongoing care) และผสมผสาน (comprehensive) และเป็นผู้ประสานการบริการที่จำเป็น (co-ordinate care) (Starfield, 1998)

ประเทศไทยยังมีความสับสนในความหมายของคำเหล่านี้ ทั้งนี้เพราะความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานในระดับปฏิบัติการจริง ถูกแปลไปในลักษณะที่เป็นชุดกิจกรรมมากกว่าความหมายเชิงปรัชญาที่มุ่งให้เกิดการพึ่งตนเองได้ของประชาชนและการมีส่วนร่วมของประชาชน (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, นพวรรณ ดวงหัสดี และวันทนี จำเพ็ง, 2543) ส่วนความหมายของบริการระดับปฐมภูมิ ก็มีความเข้าใจที่หลากหลายและมีขอบเขตที่ต่างกัน จำแนกได้ตามความซับซ้อนของบริการ ศาสตร์วิชาที่ใช้ และลำดับขั้นของบริการ สรุปได้ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การสาธารณสุขมูลฐาน และเวชศาสตร์ครอบครัว

ที่มา : ดัดแปลงจาก สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้ใช้คำว่า “บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้พอจะสรุปได้ดังนี้

ความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พัฒนามาจากคำประกาศอัลตา อัตตา (Alma Ata) จากการประชุม ณ ประเทศสหภาพโซเวียตเมื่อปี ค.ศ.1978 ซึ่งเป็นการประกาศที่ว่าด้วยการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างผสมผสาน เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี ค.ศ. 2000 โดยที่ประชุมประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของคำว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care)” คือ บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน เข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน ไม่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริม และสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน (WHO, 1978)

ต่อมา สตาร์ฟิลด์ (Starfield,1993) ได้ให้ความหมายของบริการระดับปฐมภูมิที่พัฒนามาจากคำประกาศอัลมา อัดตา เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปปรับใช้จริง กล่าวคือ เป็นลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (front-line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (ongoing care) บริการที่ผสมผสานเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ผสมผสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (co-ordinate care)

สำหรับการนำแนวคิดการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมาปรับใช้ในประเทศไทย ก็ได้มีผู้ที่ให้ความหมาย คล้าย ๆ กัน แต่มีการเน้นในรายละเอียดเพื่อการนำไปปฏิบัติต่างกัน เช่น สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2539) สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2542) ก็ให้ความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเน้นที่ต้องบริการสุขภาพที่เน้นคุณภาพเชิงสังคมควบคู่ไปกับคุณภาพเชิงเทคนิคบริการ โดยดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด ดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย และหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ต่อมา พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ (2542) ก็ได้ระบุความหมายที่ชี้ชัดเพื่อการปฏิบัติได้ในการจัดบริการ โดยได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่าต้องเป็นลักษณะการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ดี (good care) กล่าวคือ เป็นบริการสุขภาพที่มีลักษณะผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพเมื่อทุเลา หรือระยะพักฟื้น ดูแลแบบองค์รวมไม่แยกส่วน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งนี้ต้องมีความต่อเนื่องในการให้บริการ หรือดูแลตั้งแต่เกิดถึงตาย

สำเร้ง แหียงกระโทก (2544ข) ให้ความหมายเพิ่มเติมจากข้างต้น คือ เป็นลักษณะบริการที่ผู้ให้บริการนอกจากมีความรู้ความสามารถด้านรักษาพยาบาลแล้ว ยังต้องมีความรู้ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชนและชุมชนด้วย รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนา ความรู้ของประชาชนในการดูแล การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเมื่อเกิดเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความสมดุลของชีวิต

สำหรับนักวิชาการที่ให้ความหมายไว้ในอดีตและได้ถูกหยิบยกขึ้นมากล่าวถึงเป็นอย่างมากในช่วงหลังที่ประเทศต่าง ๆ ได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพภายในประเทศ เช่น ริเฟท (Rifat, 1996) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง บริการระดับแรกที่บุคคลแต่ละบุคคล ครอบครัวและชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุข เป็นส่วนที่นำเอาบริการดูแลสุขภาพเข้ามาใกล้ชิดกับสถานที่พักอาศัยและสถานที่ทำงานของประชาชนมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ เวาริ (Vouri,1986) ได้เสนอมุมมองลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน 4 ด้าน คือ 1) ในฐานะเป็นชุดของกิจกรรมหลัก 10 ประการ 2) ในฐานะเป็นระดับของบริการที่เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชน

เข้ามาสัมผัสบริการสาธารณสุข 3) ในฐานะเป็นกลวิธีของการดำเนินงานที่ทำให้เกิดบริการที่เข้าถึงได้ สอดคล้องและตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชน โดยดำเนินการในลักษณะที่บูรณาการกับงานอื่น ๆ และ 4) ในฐานะปรัชญาที่ควรแทรกซึมเข้าไปสู่แนวความคิดในการจัดบริการสุขภาพทั้งหมดเพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีความเท่าเทียมและเป็นธรรม ต่อมา ทูดอร์-ฮาร์ด (Tudor-Hart, 1989) ได้ให้ความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิถึงลักษณะของการสร้างสุขภาพอย่างเด่นชัด คือกล่าวว่าการมีลักษณะบริการรักษาพยาบาลในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกลุ่มประชากร เป็นการให้บริการโดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ก็ได้ให้ความหมายของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยกล่าวไว้ในแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้ คือ การดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขที่ผสมผสาน บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือของส่วนราชการ เพื่อให้บรรลุผลการดำเนินงาน โดยมุ่งใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลัก ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม มีความสอดคล้องกับสภาพชีวิตประจำวัน วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และลักษณะทางสังคมของประชาชนในท้องถิ่น รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทันกับความต้องการ โดยการเชื่อมโยงผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่น ๆ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2531)

คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544) ได้ให้ความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อการนำไปสู่การจัดบริการได้จริงในการสนองนโยบายรัฐบาลชุดปัจจุบันให้บรรลุผล ดังนี้ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่น เข้าถึงได้ง่าย เป็นการดูแลที่ยืดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากกว่าโรค เป็นบริการที่ผสมผสานบริการประเภทต่าง ๆ ที่จำเป็น และมีการให้บริการที่ต่อเนื่องและเป็นลักษณะของการบริบาลดูแล (care) มากกว่าการรักษาโรคให้หาย (cure)” บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงเน้นลักษณะบริการเชิงรุกและเป็นระบบบริการด่านแรก เชื่อมประสานกับการสาธารณสุขมูลฐาน โดยลักษณะของบริการเป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จ เป็นองค์รวม มีการผสมผสานบริการ เป็นหน่วยของการดูแลประชาชนในชุมชน ก่อนที่จะไปสู่ระดับบริการที่สูงขึ้น (gate keeper)

จะเห็นได้ว่าบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายมุมมอง ไม่ว่าจะเป็นความหมายในเชิงปรัชญา หลักการจัดบริการหรือลักษณะบริการ ซึ่งพบว่ายังไม่สามารถให้ความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ครอบคลุมส่วนประกอบทั้งหมดได้ ทั้งนี้ เพราะลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีลักษณะแนวคิดที่เป็นนามธรรมสูง (subjective) การสะท้อนความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องใช้การแปลความหมายจากลักษณะนามธรรม ไปสู่ความหมายที่เป็นรูปธรรม (objective or operationalised concept) จึงทำให้มีการ

แปลความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิออกมาในลักษณะต่างๆ ในหลายลักษณะ ชื่อของหน่วยบริการก็เรียกแตกต่างกันหลายชื่อ (สำเร็จ แหงกระโทก, 2544ก) ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล เพียงแต่ว่าสถานบริการเหล่านี้ อาจยังจัดไม่ครบถ้วนตามปรัชญา แนวคิด และมาตรฐานการดำเนินงานของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

โดยสรุปความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ บริการสุขภาพที่จัดให้แก่ประชาชน โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (basic essential package) ครอบคลุมทั้ง 8 ด้าน (ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ด้านความเสมอภาคของของบริการ ด้านประสิทธิภาพของบริการ ด้านคุณภาพของบริการ ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ และด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ) ที่ประชาชนทุกคนพึงจะได้รับอย่างเท่าเทียมกันตามความจำเป็นด้านสุขภาพโดยไม่มีปัจจัยต่าง ๆ มาเป็นอุปสรรค และไม่ได้เน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง แต่ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมจิตวิทยาทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (interface) ระหว่างบริการสุขภาพกับประชาชน และใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดการ (community based service) เป็นบริการที่มีการผสมผสานของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (integrate) อย่างมีคุณภาพ (quality) และมีความต่อเนื่องในการให้บริการ (continue)

1.2 แนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

แนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นแนวคิดที่เริ่มปรากฏขึ้นอย่างเป็นทางการครั้งแรก คือ หลังจากที่องค์การอนามัยโลกได้รับรองคำประกาศอัลมา อัดดา แล้วโดยใช้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลยุทธ์ในการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า (WHO,1978) ซึ่งสรุปได้ คือ

แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานเป็นทั้งแนวคิดในเชิงชุดกิจกรรม (innovation) ประกอบด้วย 14 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน(กระทรวงสาธารณสุข, 2540) ที่เน้นทั้งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การทำนุบำรุงสุขภาพ (health maintenance) การรักษาและดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ตลอดไปจนถึงการพัฒนาวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (health and quality of life development) โดยการพัฒนาดังกล่าวมุ่งเน้นให้ชุมชนสามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง หรือมุ่งไปสู่การพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเอง อันเป็นเป้าหมายเชิงปรัชญาและนำมาสู่การสร้างสรรค์การพัฒนาสุขภาพโดยชุมชน ก่อให้เกิดความเป็นเจ้าของความเป็นพลเมืองที่รับผิดชอบต่อการพัฒนาสุขภาพในที่สุด ดังนั้นภายใต้แนวคิดและ

ปรัชญาดังกล่าวบริการสุขภาพของท้องถิ่นหรือของรัฐและเครือข่ายต่าง ๆ จะต้องเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุข หรือระบบการพัฒนาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยบริการสาธารณสุขที่ถือว่าเป็นระบบบริการที่บูรณาการเชื่อมต่อกับชุมชน

ระบบบริการสุขภาพในอนาคตที่พยายามเน้นให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการจัดบริการในระดับปฐมภูมิ (primary care) นั้น ควรที่จะสามารถเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพที่จัดขึ้นโดยประชาชน ครอบครัว และชุมชน โดยมีเงื่อนไขสำคัญดังนี้ 1) มุ่งเน้นการให้บริการที่ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเอง และการมีส่วนร่วมของชุมชน (community involvement) โดยสามารถบูรณาการ (integrated) ให้เชื่อมประสานและส่งเสริมการสาธารณสุขมูลฐาน 2) มีลักษณะของบริการที่เบ็ดเสร็จ (comprehensive) ทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจปัญหาและการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) เพราะสุขภาพดีมีขอบเขตความหมายกว้างกว่าการดูแลสุขภาพ นั่นคือ ต้องดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนการพัฒนาให้มีพฤติกรรมและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพ และควรมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ 3) มีประชากรรับผิดชอบชัดเจน เพื่อสร้างความครอบคลุมของบริการ (coverage) และมีความเหมาะสมกับศักยภาพในการให้บริการ และ 4) มีการจัดบริการที่ต่อเนื่อง (continuity) โดยการให้บริการมีระบบข้อมูลข่าวสารที่สามารถแสดงให้เห็นปัญหาสุขภาพ และการปรับปรุงภาวะสุขภาพของปัจเจกบุคคล และครอบครัว พัฒนความสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งในและนอกสถานบริการ ด้วยการปรับปรุงระบบการทำงานทั้งเชิงรุกและการตั้งรับอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและระบบการส่งต่อ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542)

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นจุดแรกที่ประชาชนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยได้นำแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพมาใช้ ดังนั้นแนวคิดการจัดบริการมิใช่เพียงแต่การปรับระบบโครงสร้างการดำเนินงานเท่านั้น แต่จะต้องปรับกิจกรรมบริการ ความรับผิดชอบ และแนวทางปฏิบัติเสียใหม่ ซึ่งจะรวมวิธีคิดและแนวทางการปฏิบัติ ทั้งผู้ปฏิบัติและหน่วยงานจะต้องปรับให้ตรงกัน วัฒนธรรมการบริการสุขภาพของไทยในปัจจุบันจะเน้นงานเป็นหลัก (task oriented) และปฏิบัติตามงานที่เป็นนโยบายของส่วนกลางและจังหวัด สถานีนามัย และโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นด่านแรกของระบบบริการไม่สามารถตัดสินใจกำหนดกิจกรรมบริการของตนได้ จึงไม่สามารถที่จะบอกได้ว่า ประชาชนได้รับการดูแลที่ดี (good care) หรือไม่งานที่ส่วนกลางกำหนด หรืองานตามนโยบายนั้นจะเป็นลักษณะงานที่ใช้ความชำนาญเฉพาะทางมองผู้รับบริการแบบแยกส่วน ผู้รับบริการไม่ได้รับการดูแลในฐานะเป็นบุคคล โครงการปฏิรูปบริการสาธารณสุขจึงได้นำแนวคิดของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มาใช้ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับ

การดูแลที่ดี และเวชปฏิบัติครอบครัวก็เป็นวิธีการที่จะจัดบริการให้เป็นองค์รวม ดูแลทั้งครอบครัว และชุมชน ครอบครัวและชุมชนต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของสมาชิก ชุมชน ควบคุมดูแลการบริการร่วมกับเจ้าหน้าที่

ในการพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัว (family medicine) อันเป็นลักษณะหรือวิธีการที่สำคัญของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งมุ่งหวังให้ครอบครัวได้รับบริการที่ดีเหมาะสม โดยจัดให้มีแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำครอบครัว (family doctor) นั้นควรเป็นการพัฒนาที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีทางเลือก ทั้งในด้านบริการและสถานบริการอย่างหลากหลาย เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการพึ่งตนเอง ด้วยให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และพัฒนากระบวนการตัดสินใจที่เหมาะสมในการเลือกบริการและสถานบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีความคุ้มค่า อันเป็นสิทธิของผู้บริโภคตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ นอกจากนี้ต้องสร้างความเข้มแข็งในด้านการเงินและการคลังแก่ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้มีอำนาจในการซื้อหรือการต่อรอง (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2542ก) หรือมีการสร้างหลักประกันทางสุขภาพตามแนวคิด “การส่งเสริมให้ครอบครัวบรรลุเป้าหมายครอบครัวสุขภาพดี” และ “ชุมชนพึ่งตนเองได้ทางสาธารณสุขมูลฐาน” การเชื่อมโยงระบบบริการทั้ง 3 ระดับ ควรเพิ่มประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ดียิ่งขึ้น โดยอาศัยหลักการที่สำคัญเพิ่มเติม คือ การจัดบริการสาธารณสุข ที่เชื่อมต่อกับชุมชนโดยมีหลักการที่สำคัญ คือ 1) เป็นบริการที่สนองตอบความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาสุขภาพ รวมทั้งบริการนั้นประชาชน ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนด 2) บริการที่เป็นทางเลือกหลากหลาย และสามารถบอกคุณภาพมาตรฐานบริการและประชาชนสามารถตรวจสอบได้ 3) บริการที่ก่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุกกลุ่มประชากร โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการในระดับคุณภาพระดับหนึ่งโดยเท่าเทียมกัน และ 4) เป็นการจัดบริการที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรสูงสุด

แนวคิดเวชปฏิบัติครอบครัวได้รับการยอมรับจากโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดระบบบริการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการบริการที่ดี บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่จัดให้แก่ประชากรเป้าหมาย เป็นบริการพื้นฐานที่ทุกคนพึงได้รับตามสิทธิ มีลักษณะเป็นบริการด่านแรก บริการระยะยาว (longitudinality) อาศัยความร่วมมือของผู้รับบริการ และครอบครัว (coordination) มีความสมบูรณ์และพร้อมที่จะให้บริการ (comprehensive) และเข้าถึงได้ง่าย (accessibility) ไม่มีอุปสรรคใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงินหรืออื่นๆ ที่ไม่ใช่การเงิน การบริการจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นอยู่กับทรัพยากรของหน่วยงานและชุมชนนั้น ๆ ประชาชนสามารถไปใช้บริการด้วยสภาพปัญหาที่หลากหลายในสถานบริการใกล้บ้านที่จัดบริการในระบบบริการเดิม จะต้องมีทั้งส่วนที่เป็นบริการตั้งรับในสถานบริการ และเชิงรุกนอกสถาน

บริการ โดยให้การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสภาพ (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ, 2542)

แนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการจัดกิจกรรมในหน่วยงานที่รับประชาชนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะปรับให้เป็นหน่วยหนึ่งของโรงพยาบาลก็ได้ หรือจัดเป็นหน่วยงานให้บริการในระดับชุมชนก็ได้ เป็นบริการที่ให้การดูแลกับประชาชนและครอบครัวอย่างใกล้ชิด มีเขตพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน การจัดบริการจะใช้ 4 แนวคิด คือ ความรับผิดชอบต่อหน่วยงาน การดูแลที่ต่อเนื่อง การติดต่อสื่อสารโดยตรง ผู้ให้บริการเป็นผู้วางแผนบริการ (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และอภิรัตน์ อิมพัฒน์, บรรณาธิการ, 2544)

แนวคิดที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพ ตามปรัชญาสุขภาพพอเพียง โดยเฉพาะในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ นวลักษณะ หรือ ลักษณะ 9 ประการ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541 ; จรัส สุวรรณเวลา, 2544) คือ

1. ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานตามกลุ่มบริการหลักที่จำเป็น (basic essential package หรือ core health services) อย่างทั่วถึงเมื่อเกิดความจำเป็น
2. เป็นระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ คือ บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) ที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด
3. ดูแล “คน” ไม่ใช่เพียงแค่ดูแล “ไข้” โดยให้ประชาชนไปขึ้นทะเบียนกับองค์กรดูแลสุขภาพ (health maintenance organization) เพื่อการบริการสุขภาพโดยรวมอย่างต่อเนื่องให้กับประชาชนที่ตนเองต้องรับผิดชอบ
4. ผู้ให้บริการควรมีแรงจูงใจที่จะให้บริการที่ดีแก่ประชาชน ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ทุกฝ่ายได้รับผลที่ดีขึ้นหมดไม่มีใครเสียผลประโยชน์อะไร (win-win situation)
5. ประชาชนมีโอกาสและทางเลือกมากขึ้นในการเลือกบริการสุขภาพที่ตนเองพอใจมากที่สุด
6. ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสมในขอบเขตที่คนในสังคมไทยได้ร่วมกันตกลงไว้
7. มีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้
8. ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น
9. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพจะต้องมีองค์ความรู้ที่ทันสมัย

แนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อเป็นลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ คือ (ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543)

1. ยึดปรัชญาสุขภาพแบบองค์รวม และการทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ เป็นฐานในการจัดบริการ กล่าวคือ 1) มีการปรับกระบวนทัศน์ใหม่ (paradigm) มองสุขภาพให้มีความหมายกว้างขึ้น เป็นภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ และ 2) มุ่ง สร้างเสริมการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของประชาชน

2. มีหน่วยบริการสุขภาพระดับต้นที่ชัดเจนและครอบคลุม โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้
1) ให้บริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) การรักษาพยาบาล 3) การให้บริการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การดูแลพัฒนาการเด็ก 4) การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 5) การจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ 6) การดูแลและติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 7) การเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 8) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 9) ทำหน้าที่ส่งต่อประชาชนไปรับบริการที่หน่วยอื่นเมื่อจำเป็น

3. มีการจัดบริการที่หลากหลาย เน้นการใช้กลยุทธ์ที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

4. มีรูปแบบที่หลากหลาย โดยที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดและเลือกใช้บริการได้อย่างอิสระ

5. การจัดสถานบริการสุขภาพระดับต้น เพื่อให้บริการสุขภาพระดับต้นเข้มแข็งและเข้าถึงประชาชน ซึ่งประกอบด้วย 1) มีพื้นที่รับผิดชอบโดยชัดเจน 2) มีประชากรในเขตรับผิดชอบแน่นอนและจำนวนพอเหมาะ 3) มีขนาดเล็ก 4) มีทีมงานที่มีคุณภาพ มีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการสื่อสาร 5) มีระบบปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 6) มีระบบการเงินที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน 7) มีระบบติดตามผู้รับบริการ 8) มีระบบ ข้อมูล และ 9) มีระบบบริหารจัดการที่คล่องตัว

6. ผู้ให้บริการของสถานบริการสุขภาพระดับต้น ประกอบด้วย 1) องค์กรประกอบของทีมผู้ให้บริการผสมผสาน ตามความจำเป็นของพื้นที่ 2) คุณลักษณะของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น และ 3) บุคลากรหลักในการให้บริการสุขภาพระดับต้น

7. เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการสุขภาพ

โดยสรุปลักษณะของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามแนวคิดของผู้กำหนดนโยบายหรือผู้จัดบริการในแต่ละยุคสมัยก็จะปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชน ทั้งนี้ความแตกต่างกันของบริบทสังคม ทำให้รายละเอียดมีการแปรเปลี่ยนไปบ้าง และมีแนวโน้มที่จะให้โอกาสแก่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบมากขึ้น

1.3 ลักษณะการจัดบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิในประเทศไทย

การจัดบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิในประเทศไทย ก่อนที่จะมีการเริ่มรู้จักการรักษาพยาบาลแบบการแพทย์ตะวันตก ในตอนต้นรัชสมัยรัชกาลที่ 3 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ ก็อาศัยการรักษาแบบพื้นบ้าน มีหมอที่อาศัยในชุมชน ๆ นั้น เป็นผู้รับผิดชอบในการให้การดูแล และรักษาพยาบาล ซึ่งมีการบำบัดรักษาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เช่นแนวคิดในปัจจุบัน ต่อมาเมื่อการแพทย์ตะวันตกเริ่มเข้ามามีอิทธิพล เริ่มรู้จักเชื้อโรคว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ก็มุ่งที่จะกำจัดเชื้อโรค และเริ่มที่จะมองคนเป็นส่วน ๆ ในการบำบัดรักษา และมุ่งหมายเฉพาะแต่ในคนเป็นราย ๆ ไป (คุณฉวี สุทธิปริยากุล, 2542)

ต่อมาหลังจากปี พ.ศ. 2500 การดูแล สุขภาพเริ่มพัฒนาเป็นระบบมากขึ้น มีการมุ่งรักษาคน มีการกล่าวถึงมิติทางจิตวิญญาณ ชัดเจนมากขึ้น โดยพิจารณาพร้อมกับปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ และมีการกล่าวถึงความยั่งยืนของการพัฒนา และการรักษาสภาพแวดล้อมที่เสื่อมลงและเป็นบ่อเกิดของโรคใหม่ ๆ อีกมากร่วมด้วย (คุณฉวี สุทธิปริยากุล, 2542) จนถึงปัจจุบันเมื่อ “สุขภาพ” มีความหมายเปลี่ยนไปและกว้างขวางมากขึ้น การดูแลหรือการรักษาเพียงอย่างเดียว จึงไม่ครอบคลุมทั้งหมด เพราะยังมีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วยอีกด้วย รวมเป็น 4 มิติใหญ่ ๆ ในการจัดการเรื่องสุขภาพ รวมถึงสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไป กระแสการปฏิรูปสุขภาพจึงเริ่มเกิดขึ้น (กองสาธารณสุขและคุ้มครองผู้บริโภค, ม.ป.ป.; ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2541; คุณฉวี สุทธิปริยากุล, 2542; คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

ลักษณะการจัดบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิในรูปแบบที่เป็นทางการ และเห็นเป็นรูปธรรมที่สุดก็คือเริ่มมีการก่อตั้ง สถานิออนามัยขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2456 ซึ่งในขณะนั้นเรียกว่า “โอสถสภา” หรือ “โอสถศาลา” ให้เป็นสถานที่บำบัดโรคและสำนักงานของแพทย์สาธารณสุข ต่อมาในปี พ.ศ. 2475 เรียกใหม่เป็น “สุขศาลา” ระหว่างที่เป็นสุขศาลาอยู่นั้น ในท้องที่ที่เป็นชุมชนหนาแน่น มีการจัดส่งแพทย์ไปประจำเพื่อให้บริการแก่ประชาชน สุขศาลาประเภทนี้เรียกว่า “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ส่วน “สุขศาลาชั้นสอง” คือสุขศาลา ที่ไม่มีแพทย์ประจำ ในปี พ.ศ. 2485 ได้มีการสถาปนากระทรวง สาธารณสุขขึ้น กรมการแพทย์ ได้รับโอนสุขศาลาชั้นหนึ่ง ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดและอำเภอใหญ่ ๆ ไปปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลประจำอำเภอ ส่วนสุขศาลาชั้นหนึ่งที่ยังไม่ได้โอน ให้ขึ้นอยู่กับเทศบาลและมีได้ฐานะเป็นโรงพยาบาล แต่ยังคงอยู่ภายใต้การดูแลของกรมอนามัย ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็น “สถานิออนามัยชั้นหนึ่ง” ปี พ.ศ. 2497 และเป็น “ศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบท” ในปี พ.ศ. 2515 เปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์การแพทย์และอนามัย” ปี พ.ศ. 2517 เป็นโรงพยาบาลอำเภอ ปี พ.ศ. 2518 และเป็นโรงพยาบาลชุมชน ปี พ.ศ. 2525

จนถึงปัจจุบัน สำหรับสุขภาพชั้นสอง ส่วนใหญ่อยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “สถานอนามัยชั้นสอง” ในปี พ.ศ. 2495 และเป็นสถานอนามัย ในปี พ.ศ. 2515 และในปี พ.ศ. 2525 เริ่มดำเนินการยกฐานะของสำนักงานผดุงครรภ์เป็นสถานอนามัยมาจนถึงปัจจุบัน

ช่วงระหว่างการดำเนินงานตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย ในปี พ.ศ. 2535 ก็ได้มีการกำหนดสถานอนามัยออกเป็น 2 ประเภท 1) สถานอนามัยทั่วไป หมายถึงสถานอนามัยส่วนใหญ่ของประเทศ และมีบทบาทความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้รวม 3 บทบาท 5 งานหลัก ได้แก่ บทบาทการบริการสาธารณสุขผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน และการพัฒนาชุมชน บทบาทการบริการ บทบาทงานวิชาการและงานสุขภาพประชาสัมพันธ์ 2) สถานอนามัยขนาดใหญ่ หมายถึงสถานอนามัยที่พัฒนาขึ้นมาจากสถานอนามัยทั่วไป มีบทบาทความรับผิดชอบตามที่กำหนด มีขีดความสามารถและมาตรฐานการปฏิบัติงานบางอย่างสูงกว่าสถานอนามัยทั่วไป เช่นงานบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้ยังต้องทำหน้าที่เป็นสถานอนามัยที่เลี้ยง สนับสนุนสถานอนามัยทั่วไปทั้งในด้านการรับส่งต่อผู้ป่วย ด้านการบริหาร และด้านวิชาการ ในสถานอนามัยทุกแห่งจะมีการกำหนดบทบาท การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ซึ่งมี 2 – 4 คน ตามที่กระทรวงกำหนดหรือตามเงื่อนไขของแต่ละพื้นที่ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2543)

นับตั้งแต่อดีตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน การพัฒนาทางด้านสาธารณสุขในระดับตำบลนั้น ได้มีการสร้างสถานอนามัยกระจายไปทั่วทุกตำบล ต่อมาปี พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย (ท.ส.อ.) ขึ้น กำหนดระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 – 2544 รวม 10 ปี โดยมีวัตถุประสงค์ทั่วไปคือ เพื่อพัฒนาสถานอนามัยให้มีความครอบคลุม และมีขีดความสามารถเพียงพอที่จะให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในเขตรับผิดชอบ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2539) แต่ในปัจจุบันพบว่าการพัฒนาคุณภาพการให้บริการยังไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก เนื่องจาก แนวทางการพัฒนาและการปฏิบัตินั้นเป็นนโยบายมาจากส่วนกลางที่ให้ดำเนินการเช่นเดียวกัน ทั่วประเทศโดยไม่ได้คำนึงถึงสภาพความพร้อมและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งความ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้เจ้าหน้าที่สถานอนามัยต้องมีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ในการปฏิบัติ บทบาทการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทุกด้านอย่างมีคุณภาพ (Tudor – Hart, 1989) ได้กล่าวถึงบทบาทของสถานบริการระดับปฐมภูมิ ที่ควรมีเพิ่มเติมจากลักษณะบริการแบบเดิมคือ การมีบทบาทในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของกลุ่มประชากร มีการให้บริการโดยพิจารณาปัญหาแบบเป็นองค์รวม และมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเกิดความเป็นธรรม

ปัจจุบัน รัฐบาลได้มีนโยบายให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิก็เป็นกลไกหนึ่งที่จะส่งผลให้เจตนารมณ์ดังกล่าวบรรลุผล คือประชาชนทุกคนมีหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) จึงได้กำหนดมาตรฐานในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไว้ดังนี้

1. มาตรฐานด้านลักษณะที่ตั้ง และประชากรที่รับผิดชอบ 1) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่รับผิดชอบประชากรอย่างแน่นอน และไม่ควรมีเกิน 10,000 คน 2) ประชาชนสามารถเดินทางไปรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที (โดยรถยนต์) 3) ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน ไม่รวมอยู่กับบริการสุขภาพระดับอื่น ๆ และ 4) ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องมีทีมบุคลากรผู้ให้บริการที่มีการเตรียมความพร้อมตลอดเวลา และให้บริการได้อย่างรวดเร็ว

2. ประเด็นด้านขีดความสามารถของบริการ 1) ลักษณะบริการที่ผสมผสานการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยจัดบริการได้ไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 2) ลักษณะการจัดบริการด้านทันตกรรมภายในสถานบริการ โดยมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนไปรับบริการทันตกรรม ทั้งในด้านการรักษาและการป้องกัน อย่างน้อย 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 3) ลักษณะบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในสถานบริการ เช่น การดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนหรือหลังคลอด หรือการวางแผนครอบครัว อย่างน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์ 4) มีการบริการดูแลสุขภาพเด็ก พร้อมให้วัคซีน 1-8 วันต่อเดือน 5) มีบริการเยี่ยมบ้าน และดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชนอย่างน้อย 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 6) มีบริการด้านยาที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน และ 7) มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐานตามมาตรฐาน

3. มาตรฐานด้านบุคลากร 1) มีบุคลากรที่เป็นพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วย อัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 1,250 (8 คน : ประชากร 10,000 คน) 2) ในจำนวนนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพ อัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 5,000 (2 คน : ประชากร 10,000 คน) 3) บุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 75 ของเวลาทำการของหน่วย (มีทีมดูแลประจำที่ชัดเจน) 4) มีแพทย์ในเครือข่าย ร่วมให้บริการหรือสามารถติดต่อให้คำปรึกษาได้ต่อเนื่องเต็มเวลา อัตราส่วนอย่างน้อย 1 คน : ประชากร 10,000 คน (1 : 10,000) ในพื้นที่ที่ขาดแคลน ทุกกันดาร ให้พิจารณายืดหยุ่นตามความเหมาะสม ด้วยอัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 30,000 คน 5) มีทันตแพทย์ และ/หรือ ทันตภิบาลในเครือข่าย ร่วมให้บริการ อัตราส่วนอย่างน้อย 1 คน : ประชากร 20,000 คน (1 : 20,000) และ 6) มีเภสัชกรในเครือข่าย ทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดหา จัดเก็บบริหาร

เวชภัณฑ์ และการจ่ายยา เพื่อให้การบริการด้านยาในหน่วยปฐมภูมิ (PCU) เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และอาจรวมให้บริการในหน่วยบริการที่มีแพทย์ให้บริการ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมงต่อหน่วยบริการ

4. มาตรฐานด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่ 1) มีการจัดอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบป้องกันการติดเชื้อ (sterile system) 2) สถานที่ตรวจรักษา ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง และ 3) มีระบบจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

5. มาตรฐานด้านการจัดการ 1) มีระบบรับผิดชอบประชาชน โดยทีมผู้รับผิดชอบ ต้องรู้ว่าประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นใคร อยู่ที่ไหน 2) มีระบบที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จักรระบบข้อมูล 3) มีระบบที่ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว 4) มีระบบข้อมูลผู้รับบริการเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค 5) มีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ และมีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และ 6) มีการจัดการด้านยาตามเกณฑ์มาตรฐาน

6. มาตรฐานด้านการส่งต่อ และระบบสนับสนุน 1) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการ ไปและกลับ 2) มีระบบการส่งต่อตัวอย่าง เพื่อการชันสูตร 3) มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการ และ 4) มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการอย่างต่อเนื่อง

2. ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

ในระบบสุขภาพใหม่ตามกรอบแห่งรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน (พ.ศ. 2540) ได้มีการกำหนดเรื่องหลักประกันการมีสุขภาพดี สำหรับประชาชนทุกคน คนไทยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคภัย และหากเจ็บป่วยก็ต้องได้รับการดูแลรักษาขึ้นพื้นฐานอย่างเท่าเทียม ไม่ว่าจะยากจนหรือร่ำรวย โดยจะต้องมีระบบการเงินการคลังรวมหมู่เป็นแบบเฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ร่วมกันของคนในสังคม (solidarity) และเป็นระบบที่เอื้อต่อการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพด้วย และมีความหลากหลายของทางเลือก เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันสร้างสุขภาพ โดยกำหนดให้รัฐบาลกลางและท้องถิ่นต้องจัดระบบและเงื่อนไขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และมีกลไกประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อกำหนดมาตรการป้องกันและลดผลกระทบอย่างเป็นรูปธรรม (สำนักนโยบายและแผน และกองการสาธารณสุขต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ระบบบริการด้านสุขภาพเพื่อการซ่อมสุขภาพเสียจะมีการจัดใหม่ ไม่ว่าจะเป็ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือประจำครอบครัว ระบบบริการฉุกเฉิน ระบบบริการระดับชุมชน ระบบบริการเฉพาะทาง ตลอดจนระบบการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ เพราะทุกระบบย่อยล้วนมีความสำคัญด้วยกันทั้งสิ้น โดยการแพทย์ทางเลือกจะต้องได้รับการจัดระบบให้มีที่ยืนอย่างชัดเจนในระบบสุขภาพใหม่นี้ ที่สำคัญคือระบบเหล่านี้จะถูกจัดให้เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีความเป็นธรรม โดยอาศัยกลไกการเงินการคลังและการจัดการที่เรียกว่ามีธรรมาภิบาล ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพไม่ว่าจะเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ และการบริการด้านสุขภาพจะมีความชัดเจน กลไกใหม่ ๆ จะเกิดขึ้นเพื่อทำให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมและมีอำนาจในการตรวจสอบเป็นรูปธรรมชัดเจน และจะมีระบบที่ดูแลช่วยเหลือประชาชนที่ประสบปัญหาจากการใช้บริการหรือใช้ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ (วสุธร ต้นวัฒนกุล, 2543)

บริการระดับปฐมภูมิ เป็นกระบวนการที่จะสามารถผลักดันให้เกิดภาพที่พึงประสงค์ดังกล่าวข้างต้นได้ เพราะเป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด จึงเป็นบริการที่มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนสูงสุด หากพิจารณาในแง่โครงสร้างของสถานบริการระดับปฐมภูมิแล้วจะพบว่าเป็นการจัดบริการที่มีโอกาสได้รับรู้ เรียนรู้และเข้าใจชีวิตในชุมชนมากที่สุด ดังนั้นสถานบริการระดับปฐมภูมิ จึงเป็นสถานบริการที่มีความเป็นไปได้สูงสุดในระบบที่จะรับรู้และ เข้าใจปัญหาสุขภาพที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนระหว่างร่างกาย จิตใจ และสังคม ในทางอุดมคติ ผู้ให้บริการในสถานระดับนี้ จึงมีความเป็นไปได้ที่ผู้ให้บริการต้องสามารถรู้จักโรค รู้วิธีการรักษาโรค ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพตลอดจนเรียนรู้ทุกข์ (suffering) ซึ่งอาจมีส่วนหรือไม่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรค แต่ยังคงมีส่วนสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ จากการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากชีวิตจริงในชุมชน นอกจากวินิจฉัยชุมชนได้แล้ว จะทำให้รู้จักชีวิตและเข้าใจชีวิตคนมากขึ้น และในที่สุดมีความเป็นไปได้ที่ผู้ให้บริการนั้นสามารถเป็นได้ทั้งผู้รักษาโรค และนักปรัชญาที่จะเข้าใจชีวิตคน (doctor as well as philosopher) ดังนั้นจึงถือเป็นศูนย์กลางที่สำคัญของระบบบริการที่จะทำให้เกิดการเข้าใจผู้รับบริการทั้งในแง่วัฒนธรรมทางสังคมและเศรษฐฐานะ ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการไม่ถูกมองว่าเป็นเพียงแต่คนไข้ หรือผู้ใช้บริการเท่านั้น แต่จะได้รับความเข้าใจและเอาใจใส่ ทั้งในเรื่องความเชื่อ ความกลัว ความกังวลใจ หรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ในทุกแง่มุมเกี่ยวกับตัวผู้รับบริการ ตัวอย่างสถานบริการระดับนี้ คือ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล หรือองค์กรปกครองท้องถิ่นอื่น ๆ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาล หรือศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันมักจะมีชื่อเรียกที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ (สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, 2537)

จากความหมายของคำว่า “พึงประสงค์” ที่หมายถึง ความพอใจ พอใจ และอยากได้ (มานิต มานิตเจริญ, 2507) หรือ หมายถึง “สิ่งที่ควรทำและมีความอยากได้” ตามการให้ความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525) หรือในพจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530) ที่กล่าวถึงในลักษณะเด่นว่าเป็นสิ่งที่พึงจะได้ตามสิทธิที่มี และจากคำในภาษาอังกฤษ คือ “desirable” ซึ่งหมายถึง สิ่งที่พึงปรารถนา หรือสิ่งที่ต้องการ โดยที่สามารถจัดหามาหรือจัดให้มีขึ้นได้จริง (So Sethaputra, 1986) ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน จึงเป็นลักษณะของบริการที่ประชาชนมีความพอใจและอยากได้ อยากให้มีการจัดบริการขึ้น ตามความจำเป็นของประชาชน ทั้งนี้ต้องเป็นบริการที่สามารถจัดให้มีได้จริง ในสถานการณ์ปัจจุบันนี้ได้มีการพยายามที่จะดำเนินการในการจัดบริการให้เป็นที่พึงประสงค์ของประชาชน โดยอาศัยองค์ความรู้ที่เป็นแนวความคิด ทฤษฎีในการจัดบริการจากลักษณะบริการที่มีนักวิชาการ หรือองค์กรทางสุขภาพได้นำเสนอไว้ทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนและรวบรวมไว้ เช่น ลักษณะของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามที่ระบุในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 กรอบแนวคิดในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (รายละเอียดตามตาราง 1)

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ที่สามารถจะจัดบริการให้เกิดขึ้นได้จริง จากแนวคิด หรือแนวนโยบายของนักวิชาการและกลุ่มองค์กรทางสุขภาพ สรุปได้ว่าประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านลักษณะของการสร้างเสริมสุขภาพ (health improvement) 2) ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน (responsiveness of health service) 3) ด้านความเสมอภาคของบริการ (equity of health service) 4) ด้านบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (efficiency of health service) 5) ด้านคุณภาพของบริการ (quality of health service) และ 6) ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ (social accountability) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือ ลักษณะบริการที่เป็นลักษณะของบริการเชิงรุก มุ่งส่งเสริมและ ป้องกันโรค มากกว่าการตั้งรับเพื่อคอยรักษาพยาบาล หรือฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยแล้ว เพราะเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าในอดีตนั้นว่าลักษณะของบริการสุขภาพที่เน้นการตั้งรับจะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทุกปีในระดับประเทศ และไม่ได้ทำให้สถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้นเลย กลับเลวร้ายลงไปมากขึ้นอีก (จรัส สุวรรณเวลา, 2544) อีกทั้งต้องเป็นบริการที่แสดงให้เห็นถึงผลสำเร็จที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้รับบริการหรือประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2543 และ สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ, 2542ก,2542ข)

เงื่อนไขความเหมาะสมของลักษณะบริการสุขภาพที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพคือ บริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการที่อยู่ใกล้ชุมชน ประชาชนมีความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการ ด้านผู้จัดบริการก็มีความคล่องตัวในการจัดบริการ โดยให้บริการสุขภาพในลักษณะการดูแล (care) (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ, 2542ก) ซึ่งจะมองเห็นปัญหา ได้เร็ว สามารถที่จะดำเนินการป้องกันก่อนปัญหาจะลุกลามออกไปในวงกว้าง หรือขยายใหญ่ขึ้น อีกทั้งเป็นบริการที่มีความไวสูง (sensitivity) สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับประเพณี วัฒนธรรม และวิถีชุมชน อันจะส่งเสริมให้ประชาชนมีการสร้างสุขภาพและสามารถเห็นผลได้อย่างเป็นรูปธรรมจริง ๆ โดยได้มีการศึกษาในการจัดบริการด้านลักษณะของการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น จันทรา บริสุทธิ (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคเหนือตอนล่างไว้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนะว่าบริการสุขภาพที่ดีนั้นควรเป็นบริการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต และเป็นการส่งเสริมสุขภาพ เช่นการออกกำลังกาย และต้องเป็นการบริการที่สามารถมองเห็นผลสำเร็จได้จริง อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม เช่น จากการศึกษาของ สุนีย์ ไช่มุกด์ (2533) ในเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการพานบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค ในจังหวัดปัตตานี พบว่าการได้รับทราบถึงประโยชน์ที่เป็นรูปธรรม

ของวัคซีนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาไม่ขาดนมเลย หรือการได้รับรู้ว่าการรักษานั้นจะมีประโยชน์ ให้ผลอย่างไรต่อสุขภาพจากแพทย์ ก็เป็นสิ่งจำเป็นและเป็นสิทธิที่ควรจะได้รับรู้ (สุกัญญา โจนานาภิวัฒน์, วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์ และสุชาติ ชิติวรรณะ, 2536)

การวัดลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้น มี 2 ตัวชี้วัด คือ 1) ลักษณะบริการสุขภาพที่เน้นการส่งเสริม ป้องกัน ก่อนการเกิดโรค หรือป่วย ซึ่งเป็นกลวิธีหลักในการดำเนินงานตามแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน (WHO, 1978; Tudor-Hart, 1989; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; มันทนา ประทีปเสนและคณะ, 2542ก; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2543; WHO, 2000 และ OECD, 2000) และ 2) ลักษณะบริการสุขภาพที่สามารถมองเห็นผลสำเร็จได้จริงอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม (WHO, 1978 และ ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2543) โดยประชาชนผู้รับบริการจะต้องรับรู้ได้ว่า ลักษณะของบริการที่จัดให้ นั้นให้ผลตอบสนองต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างไรบ้าง

โดยสรุปลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือลักษณะของบริการสุขภาพที่เน้นส่งเสริม ป้องกันก่อนเกิดโรคหรือป่วย มากกว่าการรอรักษาพยาบาลหรือให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อป่วยแล้ว อีกทั้งต้องเป็นการจัดบริการสุขภาพที่สามารถมองเห็นผลสำเร็จได้จริง อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม

2.2 ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน คือลักษณะของบริการสุขภาพที่สามารถสร้างความน่าเชื่อถือ และไว้ วางใจแก่ประชาชนได้ มีการจัดบริการหรือให้บริการได้อย่างทันที่ตามความจำเป็นเร่งด่วน ระยะเวลาที่รอคอยบริการเหมาะสม และมีเหตุผล มีการสื่อสารระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการอย่างชัดเจน เข้าใจได้ถูกต้องตรงกัน โดยไม่มีอุปสรรคเช่น ภาษา ระดับความรู้ หรือสิ่งรบกวนอื่นใดมาเป็นอุปสรรค ซึ่งด้านการตอบสนองต่อความต้องการหรือความคาดหวังของประชาชนนี้เป็นเป้าหมายสูงสุด ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 และองค์การอนามัยโลก (WHO, 2000 และคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีผู้ศึกษาไว้และสอดคล้องกันหลายท่าน เช่น บริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้รับบริการนั้นจะต้องเป็นบริการที่ มีความน่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ทั้งจากบุคลากร สถานพยาบาล หรือองค์กรผู้ให้บริการ (วันชื่น สงกุมาร, 2539; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2539; สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2542; โยธิน แสงวงศ์, พิมลพรรณ อิศรภักดี และมาลี สันภูวรรณ, 2543; ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2544 และ มณีวรรณ เจริญ, 2544) มีการจัดบริการอย่างทันที่ทันที่ ใช้เวลารอคอยไม่นาน

และมีเหตุผลตามความจำเป็นที่ต้องรออย่างเพียงพอ (อุทัย หิรัญโต, 2532) รวมถึงการสื่อสารจากเจ้าหน้าที่ด้วยมิตรไมตรี ใช้ภาษาในระดับที่ประชาชนเข้าใจง่าย (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2539; นवलักษณ์ บุญบง, เรือเอกหญิง, 2541; อรชร อาษาฤทธิ, 2541; สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2542; วันดี แสงเจริญ, 2543; สุรีย์ เขียมสุภฤกษ์, 2543; โยธิน แสงวงดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และมาลี สันภูวรรณ, 2543)

การวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนโดยสรุปมี 3 ตัวชี้วัด คือ 1) ลักษณะของบริการสุขภาพที่สามารถสร้างความน่าเชื่อถือ และไว้วางใจแก่ประชาชนได้ (Starfield, 1993; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542 และOECD, 2000) 2) มีการจัดบริการหรือให้บริการได้อย่างทันที่ตามความจำเป็นเร่งด่วน ระยะเวลาที่รอคอยบริการเหมาะสมและมีเหตุผล (Vuori, 1986; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก; WHO, 2000 และOECD, 2000) และ 3) มีการสื่อสารระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการอย่างชัดเจน เข้าใจได้ถูกต้องตรงกัน โดยไม่มีอุปสรรคเช่น ภาษา ระดับความรู้ หรือสิ่งรบกวนอื่นใดมาเป็นอุปสรรค (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก; WHO, 2000 และOECD, 2000)

โดยสรุป ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนหมายถึง ลักษณะของบริการสุขภาพที่สามารถสร้างความน่าเชื่อถือ และไว้วางใจแก่ประชาชนได้ มีการจัดบริการหรือให้บริการได้อย่างทันที่ตามความจำเป็นเร่งด่วน ระยะเวลาที่รอคอยบริการเหมาะสม และมีเหตุผล และ มีการสื่อสารระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการอย่างชัดเจน เข้าใจได้ถูกต้องตรงกัน โดยไม่มีอุปสรรคเช่น ภาษา ระดับความรู้ หรือสิ่งรบกวนอื่นใดมาเป็นอุปสรรค

2.3 ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านความเสมอภาคของบริการ หมายถึง ประชาชนทุกคนมีความสามารถเข้าถึงบริการและได้รับบริการตามความจำเป็น (needs) ความเสมอภาคตามแนวนอน (horizontal equity) มองความเป็นธรรมเป็นรายบุคคลโดยมองว่าถ้าผู้รับบริการได้รับสิ่งหนึ่งสิ่งใดจากบริการ (ผู้ให้บริการ) ผู้ให้บริการจะให้ค่าตอบแทน (ป่วยมากจ่ายมาก ป่วยน้อย จ่ายน้อย ในราคาเท่ากันทุกคน) ส่วนความเสมอภาคตามแนวตั้ง (vertical equity) นั้น จะมองความเสมอภาคว่าเป็นการกระจายความเสี่ยงในการจ่ายค่าเจ็บป่วย ใครจ่ายมากหรือจ่ายน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะจ่ายได้ (ability to pay) เช่น รายได้มากจ่ายมาก รายได้

น้อยจ่ายน้อย (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) ตัวอย่างกรณีของการที่ประชาชนที่สามารถ เข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับบริการที่ไม่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ย่อมแสดงถึงความเสมอภาคกันในการใช้บริการสุขภาพ หรือความเสมอภาคที่เกิดจากการได้รับบริการที่ไม่แตกต่างกันจาก การจัดบริการให้แก่บุคคลที่มีความแตกต่างกันไม่ว่าจะในเรื่องของสถานภาพ การศึกษา ฐานะฐานะ

การที่ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่เท่าเทียมกัน หรือมีฐานะเท่ากันในสิทธิต่าง ๆ โดยที่ไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น(สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2539) เกณฑ์ความเสมอภาค จะแตกต่างกันในประเทศต่าง ๆ หลายประเทศ ได้เริ่มด้วยการให้ประชาชนทุกคนได้รับการบริการ “ความจำเป็นพื้นฐาน” ในการปรับปรุง ความเสมอภาคในภาวะความเป็นอยู่ของประชาชนแล้วพัฒนาต่อไป จนกระทั่งประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ได้มาตรฐานสูงสุดที่สามารถทำได้ ความเสมอภาคในบริการสุขภาพ ในมุมมองที่เป็นความพึงประสงค์ของประชาชน ไม่ใช่เป็นการมองทั้งระบบนั้นจะสามารถ แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ความเสมอภาคที่เกิดจากการจ่ายค่าบริการที่สามารถจ่ายได้โดยไม่เดือดร้อน ความเสมอภาคที่เกิดจากการสะดวกสบาย และง่ายต่อการเข้าถึงบริการ และความเสมอภาคที่เกิดจากการไม่มีอุปสรรคใด ๆ ในระหว่างการรับบริการ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการศึกษาไว้หลายท่าน เช่นพบว่าการคิดค่าบริการที่ไม่แพงมากนัก ประชาชนสามารถที่จะจ่ายได้โดยไม่เดือดร้อนภายในครอบครัว จะเป็นลักษณะบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนที่จะทำให้ไปใช้บริการได้ง่ายขึ้น (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2539; ปฏิญญา พรรณราย, 2539; นวลลักษณ์ บุญบง, เรือเอกหญิง, 2541; อรชร อาชาฤทธิ์, 2541; สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2542; วันดี แสงเจริญ, 2543; สุรีย์ เกียมสุขฤกษ์, 2543 และ สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ และคณะ, 2543 และ มณีวรรณ เจริญ, 2544) นอกจากนี้ยังรวมด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เรื่องการเงิน เช่น ความสะดวกในการเดินทาง ระยะทางไม่ไกลมากนัก สถานที่ตั้งอยู่ในจุดศูนย์กลาง และไม่มีทางเลือกปฏิบัติต่อผู้รับบริการจากผู้ให้บริการทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ, 2539; ปฏิญญา พรรณราย, 2539; นวลลักษณ์ บุญบง, เรือเอกหญิง, 2541; อรชร อาชาฤทธิ์, 2541; สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2542; วันดี แสงเจริญ, 2543; สุรีย์ เกียมสุขฤกษ์, 2543; ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2544 และ มณีวรรณ เจริญ, 2544)

การวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านความเสมอภาคของบริการ มี 3 ตัวชี้วัด คือ 1) ลักษณะของบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสม (มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542) ; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; WHO, 2000 และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) 2) มีความสะดวกสบายในการเดินทาง และระหว่างการรับบริการ (WHO,1978; Vuori, 1986; Starfield, 1993; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; มันทนา ประทีปเสน

และคณะ, 2542ก ; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543; OECD, 2000 และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) และ 3) ลักษณะบริการสุขภาพที่ไม่มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้รับบริการจากผู้ให้บริการ (WHO, 1978; Fry and Harder, 1990; Starfield, 1993 และ อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542)

โดยสรุปลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านความเสมอภาคของบริการ หมายถึง ลักษณะของบริการสุขภาพที่ไม่มีสิ่งกีดกั้นทั้งทางด้านการเงิน และอื่นๆ ที่ไม่ใช่ว่าการเงิน โดยที่ทุกคนสามารถรับบริการได้อย่างเท่าเทียมกันตามความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการและระหว่างการรับบริการ และไม่มีการเลือกปฏิบัติในการให้บริการจากผู้ให้บริการ

2.4 ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านประสิทธิภาพของบริการ ในเชิงวิชาการ หมายถึง การจัดการโดยใช้แนวคิด “การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม” (optimal use of resource) หรือความพยายามให้เกิด “การลงทุนให้น้อยที่สุดแต่ได้ผลสูงสุด” ประสิทธิภาพมี 2 ลักษณะ คือ ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (allocation efficiency) และประสิทธิภาพเชิงเทคนิค หรือเชิงการดำเนินงาน (technical efficiency) ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน โดยมุมมองจากประชาชน จะเป็นการมองที่ความสิ้นเปลืองอย่างไร้ค่า หรือไม่ มากกว่าการมองเชิงวิชาการ (จ่ายแล้วได้ประโยชน์หรือผลลัพธ์อะไรบ้าง) จึงเป็นการมองที่เป็นลักษณะบริการที่มีค่าใช้จ่ายในการลงทุน หรือดำเนินการเพื่อสุขภาพน้อย แต่ให้ผลตอบแทนที่ดีต่อสุขภาพ การกำหนดบริการหลักที่จำเป็น เป็นมาตรการหนึ่งที่กำหนดให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้มีการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี โดยวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม หรือการกำกับให้มีการใช้เทคโนโลยีซึ่งรวมทั้งยาที่เหมาะสมไม่เกินความจำเป็นจนเกินไป การส่งเสริมการใช้บริการระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุดโดยไม่ข้ามขั้นตอน เป็นต้น (จรัส วุวรรณเวลา, 2544) มีการศึกษาไว้ในอดีตบ้างแล้วว่า บริการสุขภาพที่จัดให้อย่างมีความประหยัด ตามความจำเป็น ไม่ต้องใช้วิธีการตรวจรักษาที่พิเศษ ทำให้สิ้นเปลือง และเสียเวลา อีกทั้งก่อให้เกิดความทุกข์จากการใช้เทคโนโลยีมากเกินไป จะเป็นบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2539; สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2542; สุรีย์ เจียมสุขฤกษ์, 2543; สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ และคณะ, 2543; โยธิน แสงวงศ์, พิมลพรรณ อิศรภักดี และ มาลี สันถาวรณ , 2543; ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2544 และ มณีวรรณ เจริญ, 2544)

การวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านประสิทธิภาพของบริการ มีตัวชี้วัด คือ ลักษณะของบริการสุขภาพที่ให้ผลดีต่อสุขภาพเหมือนกัน แต่มีต้นทุนถูกที่สุด ไม่ฟุ่มเฟือย ทั้งนี้ต้องจัดให้ตามความจำเป็นด้านสุขภาพที่สมควรจะได้ (WHO,1978; Vuori, 1986; Fry and Harder, 1990; สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, 2541; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก ; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; ปรีดา แด้อารักษ์ และคณะ, 2543; WHO, 2000 ;OECD, 2000 และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544)

โดยสรุปลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านประสิทธิภาพของบริการ หมายถึง ลักษณะบริการสุขภาพที่ให้ผลเหมือนกันและที่มีต้นทุนถูกที่สุด ไม่ฟุ่มเฟือย ทั้งนี้ต้องจัดให้ตามความจำเป็นด้านสุขภาพที่สมควรจะได้

2.5 ด้านคุณภาพของบริการ

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านคุณภาพของบริการ นั้น คือการให้บริการที่มีคุณลักษณะดังต่อไปนี้ 1) การดูแลอย่างองค์รวม (holistic care) ซึ่งเป็นลักษณะที่ผู้ที่มารับบริการจะไม่ถูกมองเป็นเพียงแค่มคนไข้หรือผู้ใช้บริการเท่านั้น แต่จะมองรวมไปถึง ความกลัว ความกังวลใจ หรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้นกับคนไข้ (psychological aspect) และต้องการการเข้าใจผู้อื่น (empathic approach) ที่จะเข้าใจคนไข้ทั้งในแง่วัฒนธรรม (sociocultural) และด้านเศรษฐกิจ (socioeconomic) เพื่อประโยชน์ในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในลักษณะมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน (mutual understanding) ทำความเห็นให้ตรงกัน (mutual agreement) มีการตัดสินใจร่วมกัน (mutual decision) และนำการตัดสินใจนั้นไปประยุกต์ใช้ (decision implementing) ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self-reliance) ของคนไข้หรือผู้รับบริการ 2) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (ongoing care) เป็นการดูแลผู้รับบริการหรือผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการ ควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีปัญหสุขภาพจนกระทั่งปัญหานั้นสิ้นสุด หรือในทางอุดมคติคือตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดระบบเพื่อให้เกิดการติดตามได้อย่างต่อเนื่อง จากการเริ่มต้นให้การดูแลครั้งแรกจนกระทั่งปัญหาทางด้านสุขภาพนั้น ๆ สิ้นสุดลง (ทั้งในระดับรายบุคคลและระดับครอบครัว) การที่จะเกิดความต่อเนื่องได้นั้น ต้องมีการดูแลอย่างเป็นองค์รวมพยายามที่จะเข้าใจผู้อื่น จะช่วยทำให้ผู้รับบริการยอมรับที่จะมาติดตามผล ถึงแม้ในการให้บริการบางอย่างซึ่งอาจไม่ตอบสนองสิ่งที่คนไข้อยากได้ (initial demand) หรือสิ่งที่คนไข้ต้องการในขณะนั้นได้ทั้งหมด การที่ยังคงมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และจะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการแบบองค์รวมได้ในที่สุด ซึ่งช่วยเพิ่มหลักประกันในการที่จะทำให้เกิดการดูแลอย่าง

ต่อเนื่อง และ 3) การดูแลอย่างผสมผสาน (integrated care) ประกอบไปด้วย การให้บริการทั้งในด้านการรักษา (curative) ป้องกันโรค (preventive) และส่งเสริมสุขภาพ (promotive) การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รวมไปถึงการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ หรือผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการ สามารถดำเนินการควบคู่หรือพร้อมกับการรักษาโรค การดูแลอย่างผสมผสานมีส่วนเชื่อมโยงกับการดูแลอย่างต่อเนื่องและการดูแลอย่างองค์รวมเป็นอย่างดี ทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องและการดูแลอย่างองค์รวมจะช่วยให้เกิดความชัดเจนระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้น

การพิจารณาลักษณะบริการที่มีคุณภาพ จะมีการพิจารณาจากคุณภาพเชิงสังคม (social quality) คือการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและชุมชน ความพอใจของประชาชนต่อบริการโดยรวม และคุณภาพเชิงเทคนิค (technical quality) คือ ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการให้บริการของบุคลากรผู้ให้บริการ ที่ทำให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ซึ่งจากการทบทวนรายงานการวิจัยในอดีตพบว่า ได้มีการศึกษาที่สอดคล้องกันในเรื่องลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ด้านคุณภาพบริการ คือลักษณะบริการสุขภาพ 4 ด้านที่ผสมผสานการให้บริการในทุกด้านเข้าด้วยกันทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย โดยไม่แยกส่วน (อรชร อาชาฤทธิ์, 2541; สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2542; วันดี แสงเจริญ, 2543; โยชิน แสวงดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และมาลี สันภูวรรณ, 2543; สุรีย์ เจียมศุภฤกษ์, 2543; มณีวรรณ เจริญ, 2544) ประชาชนมีความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการ ผู้ให้บริการมีทักษะและความรู้ความสามารถทำให้รู้สึกปลอดภัยเมื่อใช้บริการ (อำไพ ยุติธรรม, 2526; แจ่มจรัส บัวแก้ว และ ปรีดา อุ่นเสียม, 2539) ให้การดูแลสุขภาพในภาพรวมทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างเป็นเครือข่าย (network) มีการให้การดูแลและส่งเสริมอย่างเหมาะสม และมีการติดตามผลของการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในการให้บริการไปแล้วว่ามีผลอย่างไรบ้าง (วันชื่น สงกุมาร, 2539; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2539; ชูศรี เมฆหมอก และเพ็ญศรี ฉันทภิรมย์, 2539; นวลลักษณ์ บุญบง, เรือเอกหญิง, 2541; สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2542; วันดี แสงเจริญ, 2543; สุรีย์ เจียมศุภฤกษ์, 2543; โยชิน แสวงดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และมาลี สันภูวรรณ, 2543 และ มณีวรรณ เจริญ, 2544)

การวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านคุณภาพของบริการ มีตัวชี้วัด 5 ตัวชี้วัด คือ 1) ลักษณะบริการสุขภาพที่ผสมผสานการให้บริการในทุกด้านเข้าด้วยกัน (WHO,1978; Vouri, 1986; Tudor-Hart, 1989; Starfield, 1993; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2543 และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) 2) มีการดูแลเป็นองค์รวมโดยไม่แยกส่วน(WHO,1978; Tudor-

Hart, 1989; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2541; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543 และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) 3) ให้การดูแลและส่งเสริมอย่างเหมาะสม และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (WHO, 1978; Vuori, 1986; Starfield, 1993; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2541; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543 และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) 4) ประชาชนมีความพึงพอใจในภาพรวมของบริการ (มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก ; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543.) และ 5) ผู้ให้บริการมีทักษะและความรู้ความสามารถทำให้รู้สึกปลอดภัยจากการใช้บริการ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2541; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543)

โดยสรุปลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านคุณภาพของบริการ คือ ลักษณะบริการสุขภาพที่ผสมผสานการให้บริการในทุกด้านเข้าด้วยกัน มีการดูแลเป็นองค์รวมโดยไม่แยกส่วน ให้การดูแลและส่งเสริมอย่างเหมาะสม และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ประชาชนมีความพึงพอใจในภาพรวม และผู้ให้บริการมีทักษะและความรู้ความสามารถ ทำให้รู้สึกปลอดภัยในการรับบริการ

2.6 ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ (social accountability) หมายถึง ลักษณะของบริการที่ประชาชนหรือชุมชนมีส่วนร่วมและช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ ในเชิงอุดมการณ์เป็นการให้บริการด้านสาธารณสุขที่ประชาชนมีอิสระทางด้านสุขภาพ (freedom of health) หมายถึง ปราศจากโรค (ปัญหาสุขภาพ) และสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค หรือปัญหาสุขภาพทั้งปวง แต่การทำให้บรรลุสู่จุดหมายปลายทางนี้ไม่ได้หมายความว่าต้องทำให้ประชาชนขึ้นตรงต่อผู้ให้บริการหรือสถานบริการ แต่หมายถึง ประชาชนหรือชุมชนมีความจำเป็นที่จะมีส่วนในการควบคุมผู้ให้บริการหรือสถานบริการที่มีหน้าที่ช่วยเหลือและให้การดูแลทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนหรือชุมชนด้วยเหมือนกัน โดยควรมีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ 1) มีตัวแทนของผู้รับบริการอยู่ในองค์กรเพื่อร่วมตรวจสอบและตัดสินใจ 2) มีกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการอภิปรายคุณภาพบริการ และ 3) มีการรับรู้การประกาศเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย (patient's right) ในสถานบริการ และในชุมชนเพื่อให้เกิดประชาคมสุขภาพ (มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก ; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542 และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544)

ดังนั้นผู้ที่เป็นผู้ให้บริการหรือสถานบริการ จำเป็นต้องมีความโปร่งใสในการจัดบริการ พอที่จะให้ประชาชนหรือ ชุมชนรับรู้และตรวจสอบ อาจกล่าวได้ว่า การให้บริการควรให้บริการ โดยอยู่บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน (dialogue) ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และ/หรือ ระหว่างระบบบริการกับสังคมหรือชุมชน (มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542 ก) โดยพยายามที่จะไม่ให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องขึ้นอยู่กับอีกฝ่ายหนึ่งเพียงอย่างเดียว โดยปกติเป็นการยากที่จะบอกว่สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะสามารถเกิดขึ้นเองโดยทั่วไป โดยเฉพาะผู้รับบริการ ในปัจจุบันขาดความเป็นตัวของตัวเอง (อาจเพราะได้รับข้อมูลไม่พอ) การให้บริการจึงขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการเป็นอย่างมาก ซึ่งผู้ให้บริการอาจเป็นทั้งผู้ตอบสนองและผู้กำหนดความต้องการ (demand) ของผู้รับบริการ ประชาชนจากทุกภาคส่วนจึงควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิให้ดีขึ้น (ธีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543) ในฐานะเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง (อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542) การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจจะมีส่วนร่วมได้ตั้งแต่ การที่ประชาชนเป็นเจ้าของสถานพยาบาลร่วมกัน หรือบริหารกองทุนที่เกี่ยวข้องกับการบริการ สุขภาพร่วมกันหรือกำกับการทำงานของบุคลากรรวมทั้งส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจให้กับสถานพยาบาล (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544)

จากการทบทวนรายงานการวิจัย พบว่าได้มีการศึกษาไว้หลายท่าน เช่น ลักษณะบริการ สุขภาพที่ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการบริหารจัดการองค์กร หรือรูปแบบของวิธีหรือบริการที่จะจัดให้ เป็นลักษณะหนึ่งที่พึงประสงค์ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2539; ธิติมาวาทานิชเวช, 2540; กรีนโฮ, โฮวิทท์ และ คินเนิสเลย์, (Greenhow, Howitt & Kinnersley, 1998; สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ, 2542; วันดี แสงเจริญ, 2543; สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ และคณะ, 2543 และ มณีวรรณ เจริญ, 2544) โดยส่งเสริมให้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและสิทธิผู้ป่วย มีการจัดการที่ดีเพื่อรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการจากฝ่ายผู้จัดบริการ (สุกัญญา โลจนากิวัฒน์, วัลยา คุโรปกรณ์พงษ์ และสุชาติ ธิติวรรณ, 2536; โยธิน แสงวงดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และมาลี สันถาวรณ , 2543; ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2544 และ มณีวรรณ เจริญ, 2544)

การวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ มี 4 ตัวชี้วัด คือ 1) ลักษณะบริการสุขภาพที่ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการบริหารจัดการองค์กร หรือรูปแบบของบริการสุขภาพที่จัดขึ้น 2) ลักษณะบริการสุขภาพที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารและสิทธิผู้ป่วย 3) ลักษณะบริการสุขภาพที่มีการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ และ 4) ลักษณะบริการสุขภาพที่มีการเปิดเผยข้อมูลการบริการ หรือการจัดการองค์กร อย่างโปร่งใส และ

เปิดโอกาสให้สังคมสามารถเข้าไปร่วมตรวจสอบได้ในทุกขั้นตอน (WHO,1978; Vuori, 1986; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543 และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544)

โดยสรุป ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมและการตรวจสอบ คือ ลักษณะบริการสุขภาพที่ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการบริหารจัดการองค์กร หรือรูปแบบของบริการสุขภาพที่จัดขึ้น เป็นบริการสุขภาพที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารและสิทธิผู้ป่วย มีการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ และมีการเปิดเผยข้อมูลการบริการ หรือการบริหารจัดการองค์กร อย่างโปร่งใส และเปิดโอกาสสังคมสามารถเข้าไปตรวจสอบได้

2.7 สรุปแนวคิดในการวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

ในการวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (รายละเอียดตามตาราง 2) ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 6 ด้าน คือ ด้านลักษณะของการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ด้านความเสมอภาคของบริการ ด้านบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ด้านคุณภาพของบริการ และด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ รวม 18 ตัวชี้วัด (รายละเอียดตามตาราง 3) ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวคิดในการวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์นั้นมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการวัดแต่ละครั้ง โดยไม่พบว่าแนวคิดเหล่านี้เป็นลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนจริง ๆ ทั้งหมดล้วนเป็นแนวคิดของภาคผู้กำหนดนโยบายในการจัดบริการหรือองค์กรผู้จัดบริการเองทั้งสิ้น

3. ตัวทำนายนลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีตัวทำนายนที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน คือด้านคุณลักษณะของประชากร สังคม และเศรษฐกิจ (อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อปี) ด้านลักษณะของชุมชน (ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ และระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางถึงสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้) ด้านการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง และภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว (ลักษณะสถานะสุขภาพของตนเองและภาวะการเจ็บป่วยหรือไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว) และด้านประสิทธิภาพในการใช้บริการสุขภาพ (ความถี่ในการใช้บริการสุขภาพต่อปี และประเภทของสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ) ซึ่งจะได้นำเสนอถึงลักษณะที่พบความสัมพันธ์กันไปตามลำดับ ดังนี้ ด้านการรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง และการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว

3.1 ด้านคุณลักษณะของประชากร สังคม และเศรษฐกิจ

3.1.1 อายุ เป็นตัวทำนายนที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ เพราะกลุ่มอายุของผู้รับบริการที่แตกต่างกันก็ต้องการลักษณะของการจัดบริการที่แตกต่างกันออกไป ในประเด็นของความเสมอภาคนั้นแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9 (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2544) ได้กำหนดไว้ว่า “คนไทยทุกคนไม่จำกัดว่ากลุ่มอายุใดย่อมมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพอย่างเสมอภาคกัน” ซึ่งเป็นความคาดหวังสูงสุดในการจัดบริการสุขภาพประการหนึ่ง หรือจากการศึกษาวิจัยของ สมชาย สุขศิริเสรีกุล (2539) ในเรื่องความหมายและนโยบายของความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ พบว่ากลุ่มอายุ ต่ำกว่า 1 - 14 ปี เป็นกลุ่มที่ถูกเรียกเก็บเงินค่าบริการสุขภาพมากที่สุด โดยที่กลุ่ม 15 - 59 ปี นั้น เป็นกลุ่มที่ถูกเรียกเก็บเงินน้อยทั้ง ๆ ที่สามารถทำงานหาเงินได้เองแล้ว นั้นหมายถึงยังไม่มีความเป็นธรรมเกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ในด้านของรูปแบบหรือลักษณะบริการสุขภาพที่ต้องจัดให้เหมาะสมตามวัยนั้น ก็เป็นสิ่งจำเป็นและมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ ซึ่งต่อไปจะยังเป็นปัญหาสังเกตได้จากการที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2544) ได้กล่าวถึงสิ่งที่สะท้อนถึงวิกฤติของระบบสุขภาพของไทย ว่ามีหลายประการนั้น ที่สำคัญประการหนึ่งก็คือ การที่จำนวนของกลุ่มเยาวชนและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวมากขึ้น อายุของผู้รับบริการสุขภาพจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

3.1.2 เพศ เป็นตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยเฉพาะลักษณะของการจัดบริการที่มีความพิเศษเป็นการเฉพาะ ทั้งนี้โดยพิจารณาได้จากลักษณะความแตกต่างทั้งทางด้านชีววิทยาและโครงสร้างที่สังคมกำหนด จากสรุปผลการศึกษาในประเทศอินเดีย พบว่าเพศหญิงมีโอกาสที่จะตายเมื่ออายุ 2 ขวบ มากกว่าทารกเพศชายถึง 2 เท่า ทั้งนี้เป็นเพราะพฤติกรรมที่ครอบครัวกระทำต่อเด็กชายและเด็กหญิงแตกต่างกัน ไม่ใช่ความแตกต่างทางชีววิทยา แต่เป็นความแตกต่างในเรื่องการถือปฏิบัติต่อเพศของบุตร มีรายงานที่สรุปได้ว่าการตายของทารกเพศหญิง 1 ใน 6 รายในประเทศอินเดีย บังกลาเทศ และปากีสถาน มีสาเหตุจากถูกทอดทิ้งและเลือกปฏิบัติ (ยูดี้ คาคการณีกุล, บรรณาธิการ, 2542) หากพิจารณาโดยทั่วไปแม้ว่าผู้หญิงจะมีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่าชายถึง 5 เท่า แต่ผู้หญิงจะต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อยู่ในระดับที่ควรได้รับการช่วยเหลือ โดยเฉพาะภัยคุกคามที่เกิดจากการทำงานและการแพร่กระจายของโรคเอดส์ หรือกลุ่มที่เป็นมารดา ก็จะพบว่ามีสาเหตุการตายเนื่องจากการคลอดบุตรและอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้อีกมากมาย ในขณะที่ เพศชายนั้นก็มีการเสี่ยงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า อุบัติเหตุ (อรทัย อาจอ่ำ, บรรณาธิการ, 2539) และ ดุยพัชร (Duyapach, 1995) ได้ศึกษาวิจัยในเรื่องสภาวะสุขภาพอนามัยของสตรีในภาคเกษตรกรรมของไทย เมื่อปี 2537 พบว่าสตรีมากกว่าร้อยละ 50 เจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจที่จะป้องกันอันตรายจากสารพิษ และสตรีได้รับสารพิษและสูญเสียชีวิตมากกว่าชายกว่าเท่าตัว ดัชนีเพศจึงน่าจะมอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

3.1.3 ศาสนา ก็เป็นตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นความคาดหวัง หรือความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะวิถีชีวิต และวัฒนธรรมที่มีความเกี่ยวเนื่องจากการนับถือศาสนาที่แตกต่างกันนั้น จะทำให้มีพฤติกรรมความต้องการลักษณะการจัดบริการที่แตกต่างกัน เห็นได้จากการศึกษาในด้านวัฒนธรรมของชาวมุสลิมในสี่จังหวัดภาคใต้ของโคลอมเบีย (Golomb, 1985) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่าระบบการแพทย์พื้นบ้านของชาวไทยมุสลิมแตกต่างกับระบบการแพทย์พื้นบ้านของไทยพุทธ ตรงที่ชาวไทยพุทธจะนิยมไปหาแพทย์แผนปัจจุบันก่อน เพราะเชื่อว่ามีประสิทธิภาพกว่าในการรักษาโรคที่รุนแรงกว่า ในขณะที่ไทยมุสลิมจะนิยมไปหาแพทย์พื้นบ้านของเขาก่อนที่จะไปหาแพทย์แผนปัจจุบันไม่ว่าจะรับรู้โรคที่รุนแรงหรือไม่ชาวไทยมุสลิมจะมีระยะเวลาในการตัดสินใจเพื่อไปรักษาพยาบาลโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยของรัฐ นานกว่าชาวไทยพุทธด้วย การนำแนวคิดของการอธิบายโรคตามแนวแพทย์แผนใหม่นั้น หมอพื้นบ้านของชาวไทยมุสลิมจะมีความรู้ น้อยกว่าหมอพื้นบ้านชาวไทยพุทธ ลักษณะการอธิบายสาเหตุของโรค จึงแคบและอยู่ในขอบเขตที่จำกัดกว่า การส่งต่อให้คนไข้เข้าสู่ระบบการแพทย์แผน

ปัจจุบันในการแพทย์พื้นบ้านของไทยมุสลิมมีน้อยกว่าไทยพุทธ ศาสนาจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

3.1.4 อาชีพ เป็นตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยอาชีพจึงเป็นสิ่งที่รัฐบาลให้ความสำคัญในการดำเนินนโยบายทางประชากร ซึ่งอาชีพเองก็เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความต้องการของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ที่แตกต่างกันในประชากร (นิสารัตน์ ศิลปเดช, 2540) อาชีพในแต่ละอาชีพมีความหลากหลายในเรื่องของรูปแบบ หรือช่วงเวลาในการทำงานที่ไม่เหมือนกัน จึงเป็นเหตุให้ผู้ที่มีอาชีพที่ต่างกัน มีความสะดวกในการใช้บริการสุขภาพที่แตกต่างกัน หรืออีกนัยคืออาชีพแต่ละอาชีพจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะยาว ที่แตกต่างกัน จึงต้องการรูปแบบลักษณะบริการสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับอาชีพของตนเองเป็นหลัก ทั้งนี้ อุมามพร จามรมาน (2528) ได้ทำการศึกษา เรื่องคุณภาพชีวิตของคนในกรุงเทพฯ พบว่าอาชีพ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีความสำคัญ รองจากสุขภาพอนามัย และจากการศึกษาของ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2538) พบว่าอาชีพ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดใช้แหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งอาชีพรับราชการจะไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ที่เป็นของรัฐ จะได้รับความคุ้มครองด้านค่ารักษาพยาบาลเต็มตามจำนวนเงินที่ต้องจ่าย หรือผู้ประกันตนจะต้องรับบริการจากสถานบริการเครือข่ายที่มีพันธะสัญญากันอยู่เท่านั้น ในแบบแผนการรักษาที่พบว่าอาชีพรับจ้างจะไปใช้บริการที่เป็นแพทย์แผนใหม่มากกว่าอาชีพอื่น ๆ อาชีพจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

3.1.5 สถานภาพสมรส มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความต้องการการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กล่าวคือ สถานภาพสมรสใน 3 ลักษณะ คือ โสด สมรส หรือเคยผ่านการสมรส แต่ไม่ได้อยู่ด้วยกันกับคู่สมรสแล้ว ทั้ง 3 กลุ่มย่อยต้องการลักษณะของการจัดบริการสุขภาพเพื่อตนเองและครอบครัวที่แตกต่างกัน เช่นคนโสดยอมมีความต้องการลักษณะบริการที่เกี่ยวกับสถานภาพโสด ไม่ต้องการบริการการวางแผนครอบครัว หรือการฝากครรภ์ เช่นเดียวกับกลุ่มสถานภาพม่าย หย่า หรือแยก และมีความแตกต่างกับกลุ่มที่สมรสและใช้ชีวิตคู่ในปัจจุบัน เป็นต้น ในการศึกษาของ วสันต์ ศิลปสุวรรณ (Silpasuwanm, 1989) พบว่าสถานภาพสมรส ที่สมรสแล้วจะไม่ค่อยที่จะอยากเปลี่ยนสถานบริการ หรือในเรื่องการให้ความร่วมมือหรือการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการที่เป็นสาธารณะประโยชน์ (กรมพัฒนาชุมชน, 2519) โดยพบว่า สถานภาพสมรสที่สมรสแล้ว จะเข้ามามีส่วนร่วมสูงกว่าผู้ที่ยังโสด แต่ไม่พบว่ามีการวิจัยเรื่องสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับลักษณะที่พึงประสงค์ของบริการสุขภาพโดยตรง สถานภาพสมรสจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

3.1.6 ระดับการศึกษา เป็นตัวทำนายที่เกี่ยวข้อง สัมพันธ์กับลักษณะของการจัดบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันว่าการศึกษา เป็นองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิต องค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ และโอกาสของการศึกษาที่ไม่เท่าเทียมกันจะนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องอื่น ๆ ไม่เว้นแต่เรื่องของสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นระดับการศึกษาของประชากรจะเป็นเครื่องชี้วัดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ อย่างเท่าเทียมและทันต่อข้อมูลในสถานการณ์ปัจจุบัน (อรัญ อัจฉา, บรรณาธิการ, 2539; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542) ผู้รับบริการสุขภาพก็เป็นผู้บริโภคในระบบสุขภาพ จึงมีสิทธิในการที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารก่อนที่จะพิจารณาตัดสินใจในเลือกบริการสุขภาพนั้น ๆ และในการศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539) พบว่า ความคาดหวังจากบริการของผู้ป่วยจะสูงหากผู้เป็นผู้ที่มีการศึกษาสูง หรือในเรื่องการเลือกใช้บริการนั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้หลายท่าน โดยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มักจะมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการแผนใหม่ และเป็นสถานบริการในเมืองใหญ่ เนื่องจากคิดว่าเป็นสถานบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการสูงกว่า และมีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการของเอกชนสูงขึ้นด้วย (สุขุมลย์ ธนาเศรษฐอังกฤษ, 2522; จุฑามาศ ศิริวงษ์พานิชย์, 2533; ตปณีย์ พรหมภักทร, 2534 และ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2538) ระดับการศึกษาจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

3.1.7 ระดับรายได้ เป็นตัวทำนายที่เกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์กับลักษณะของการจัดบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ อย่างตรงไปตรงมา โดยที่ประชาชนซึ่งเป็นผู้บริโภคบริการสุขภาพที่มีระดับรายได้สูง จะเป็นผู้ที่สามารถเลือกบริการสุขภาพได้อย่างกว้างขวางกว่า ตามกำลังจ่ายที่สูงกว่า และมีความคาดหวังต่อบริการที่ควรจะได้รับที่สูงกว่าด้วย (สำลี เปลี้นบางช้าง และคณะ, 2521; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542) อุไร ผึ้งประเสริฐศิลป์ และคณะ (2530) ก็ได้ทำการศึกษาแล้วพบว่ากลุ่มผู้มีฐานะดีที่สามารถจ่ายค่าบริการเองได้ มักจะไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนของกฎเกณฑ์การใช้บัตรประกันสุขภาพ และหากพบว่ามีปัญหาในขั้นตอนการจ่ายเงินก็สามารถจ่ายได้ ทั้งนี้เพราะผู้ที่มีทรัพย์สิน รายได้มาก จะเป็นผู้ที่สามารถครอบครองสินค้าหรือบริการได้มากกว่า (คณาจารย์ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543) ระดับรายได้ หรือเศรษฐฐานะจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

3.2 ด้านลักษณะชุมชน

3.2.1 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ซึ่งระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่นานกว่าจะหมายถึงความคุ้นเคยไม่ว่าจะเป็นกับสถานบริการ เจ้าหน้าที่ รู้สึกเป็นกันเองได้ง่ายกับผู้ให้บริการในชุมชนนั้น ๆ ทั้งนี้ได้มีการศึกษามาบ้างแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

ของประชาชน เช่น ในการศึกษารวบรวมของ วสันต์ ศิลปสุวรรณ (Silpasuwann, 1989) และ สมทรง ฦ นคร และคณะ (2536) ซึ่งพบว่าผลการศึกษาสอดคล้องดังที่กล่าวคือ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จึงน่าจะมีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

3.2.2 ระยะเวลาในการเดินทางถึงสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ เป็นตัวทำนายที่มีความสอดคล้องสัมพันธ์กับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สำคัญเช่นเดียวกัน กล่าวคือ หากระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางน้อยก็สามารถใช้บริการได้เลย ประชาชนก็พึงประสงค์ที่จะไปใช้บริการจากที่นั่นอีกเมื่อมีความจำเป็น ในทางกลับกันก็ไม่อยากไปรับบริการจากสถานบริการนั้น หากจะต้องเดินทางไกลใช้เวลานาน ทั้งนี้ได้มีการศึกษาโดย ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2531) โดยการวิเคราะห์ผลของการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเขาได้เสนอเป็นบทความวิชาการไว้ว่า ระยะเวลาในการเดินทางไปสถานบริการนั้น จะเป็นตัวแปรที่สำคัญซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการไปใช้บริการสุขภาพของประชาชน ซึ่งหมายถึง ยิ่งเดินทางได้ถึงสถานบริการได้เร็ว ประชาชนก็จะยิ่งพึงพอใจที่จะไปรับบริการ ทั้งนี้ก็สอดคล้องกับงานวิจัยของ สายสัมพันธ์ รับขวัญ (2529) และ ต่อมา ทศนีย์ ศิลปบุตร (2536) และ สมทรง ฦ นคร และคณะ (2536) ก็ได้ศึกษาไว้เช่นกัน ระยะเวลาในการเดินทางถึงสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ จึงน่าจะมีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

3.3 ด้านการรับรู้สถานะสุขภาพตนเองและการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว

3.3.1 การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง เป็นอีกหนึ่งตัวทำนายที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นคนที่มีร่างกายแข็งแรง สามารถทำงานได้หรือไม่อย่างไร ย่อมที่จะทำให้เกิดความต้องการที่จะใช้บริการในลักษณะที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังที่ สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ (2542) ได้รายงานไว้ผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป โดยกล่าวว่า สถานะสุขภาพของประชาชนที่ป่วยหรือไม่ป่วย ย่อมมีความจำเป็น (need) ต่อลักษณะบริการสุขภาพแตกต่าง การรับรู้สถานะสุขภาพตนเองจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

3.3.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว เป็นอีกหนึ่งตัวทำนายที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ เพราะภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเรื้อรัง ที่ต้องอาศัยลักษณะบริการที่ต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งจะแตกต่างจากคนที่อยู่ในภาวะปกติ ทั้งนี้จากการศึกษาของ สุรีย์ เจียมศุกฤกษ์ (2543) พบว่าผู้ที่มีภาวะการเจ็บป่วยโรคประจำตัวเรื้อรังนั้น จะมีความต้องการที่จะให้ทีมผู้ให้บริการได้กำหนดนัดในการรักษา

อย่างต่อเนื่อง ให้การติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนในการเพิ่มคุณภาพการจัดบริการ เวชปฏิบัติครอบครัวยของโรงพยาบาลสงขลาได้

3.4 ด้านประสบการณ์ในการไปใช้บริการสุขภาพ

3.4.1 ความถี่ในการไปใช้บริการสุขภาพ ก็เป็นอีกหนึ่งตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับ ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ โดยที่มีการใช้บริการบ่อยกว่าจะมองเห็น ลักษณะบริการที่ควรปรับปรุงแก้ไขหรือมีความคาดหวังต่อบริการสูงขึ้นตามประสบการณ์ดังเช่น จากผลการศึกษาวิจัยของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2542ข) ในการวิจัยและพัฒนาระบบ บริการเวชปฏิบัติทั่วไป ในเรื่องความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยใช้ข้อมูล จากการสัมภาษณ์และการสังเกต คือ ประชาชนต้องการบริการที่รวดเร็ว สะดวก เพื่อที่จะได้กลับไป ทำงานต่อ มากที่สุด รองลงมาที่ต้องการทราบว่าตนเองป่วยเป็นอะไร จะดูแลตนเองอย่างไรบ้าง และจะเกิดอะไรขึ้นบ้างไหมที่ป่วยเป็นโรคนี ซึ่งในข้อเท็จจริงเป็นเพียงความคาดหวังขั้นต้นเท่านั้น หากประชาชนได้ไปใช้บริการบ่อย หรือมีจำนวนครั้งมากขึ้น ก็จะเปลี่ยนจากความคาดหวังเดิม และ เพิ่มระดับสูงขึ้น ตามประสบการณ์ในการใช้บริการ ความถี่ในการไปสถานพยาบาล จึงเป็น ตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นตัวทำนายด้านลักษณะ บุคคลที่สั่งสมประสบการณ์ขึ้นเอง จนในที่สุดนำไปสู่การกำหนดระดับความต้องการ หรือความ คาดหวังที่สูงขึ้น ความถี่ในการไปใช้บริการสุขภาพจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

3.4.2 ประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ เป็นตัวทำนายที่สำคัญและ มีความสัมพันธ์กับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ทั้งนี้เพราะ การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลต่าง ๆ ยังไม่แยกสัดส่วนเป็นเอกเทศ โดย ประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนนี้ จะมีความแตกต่างกันในเรื่องของขนาด จำนวนเตียง จำนวนบุคลากร เครื่องมือ เครื่องใช้ ความคาดหวังต่อบริการที่ควรได้รับของประชาชนจะสูงขึ้น เมื่อไปรับบริการจากสถานบริการที่มีขนาดใหญ่ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2542ก) ในทาง ตรงกันข้าม จากการศึกษาของ ศิริพร จิรวัดน์กุล (2541) ในการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบ บริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดยโสธร: สถานการณ์ก่อนการปฏิรูป พบว่าขนาดของสถาน พยาบาลยังมีขนาดใหญ่ ก็จะมีปัญหาเห็นในการให้บริการและมีความเป็นองค์กรรวมน้อย ต่าง กับสถานบริการขนาดเล็ก เช่น สถานีอนามัย ประเภทของสถานบริการระดับปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน จึงน่าจะมีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

สรุปตัวทำนายนานต่าง ๆ ที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องในเชิงทำนายกับลักษณะบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ นั้น ประมวลสรุปได้ 13 ตัวทำนาย คือ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับรายได้ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางถึงสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ การรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความถี่ในการใช้บริการสุขภาพ และประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ รายละเอียดสรุปไว้ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 สรุปตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ กับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

งานวิจัย	ตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์
ตำลี เปลียนบางช้าง และคณะ (2521)	ผู้ที่มีระดับรายได้สูง จะเป็นผู้ที่สามารถเลือกบริการสุขภาพได้อย่างกว้างขวางกว่าตามกำลังจ่ายที่มีสูงกว่าและมีความคาดหวังต่อบริการที่ควรจะได้รับก็สูงกว่าด้วย
วสันต์ ศิลปสุวรรณ (Silpasuwanm, 1986)	สถานภาพสมรส ที่สมรสแล้วจะไม่ค่อยที่จะอยากเปลี่ยนสถานบริการ และระยะเวลาที่อยู่อาศัยในพื้นที่นั้นจะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในบริการสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ
อุไร ผังประเสริฐศิลป์ และคณะ (2530)	ความคาดหวังต่อบริการที่ควรจะได้รับ จะสูงกว่าในผู้ที่มีระดับรายได้สูง เนื่องจากกำลังจ่ายที่มีสูงกว่า จะทำให้เป็นผู้ที่สามารถเลือกบริการสุขภาพได้อย่างกว้างขวางกว่าด้วย
ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2531)	ระยะทางที่เดินทางไปถึงสถานบริการได้เร็ว จะทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการไปรับบริการมากขึ้น
จุฑามาศ ศิริวงษ์พานิชย์ (2533)	พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะคาดหวังจากระบบบริการสุขภาพสูงด้วย และจะแสวงหาบริการสุขภาพแผนใหม่ จากในเมืองใหญ่ ๆ เพราะคิดว่ามีศักยภาพสูงกว่า
ทัศนีย์ ศิลปบุตร (2536)	ระยะเวลาในการเดินทางถึงสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ จะมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพในเรื่องการส่งต่อ

ตารางที่ 4 (ต่อ)

งานวิจัย	ตัวทำนาลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์
สมทรง ฦ นคร และคณะ (2536)	ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในพื้นที่ และระยะเวลาในการเดินทางถึงสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ จะมีความสัมพันธ์กับลักษณะความต้องการบริการสุขภาพ
อดิเรก พงษ์กาฮี (2540)	ระดับการศึกษาและอาชีพที่แตกต่างกัน มีความความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ แตกต่างกัน
ศิริพร จิรวัดเนกุล (2541)	ขนาดของสถานบริการยังมีขนาดใหญ่ ก็จะมีมีความเห็นในการให้บริการและมีความเป็นองค์กรรวมน้อย เวลาที่ให้ต่อผู้รับบริการก็น้อย และไม่มีปฏิสัมพันธ์เชิงการรักษาต่างกับสถานบริการขนาดเล็ก เช่น สถานีอนามัย ถึงแม้ว่าในภาพรวมยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ แต่ก็ไม่ถึงกับมีความขัดแย้งกัน
สุพิศรา ศรีวิณิชชากร และคณะ (2542ก)	สภาวะของประชาชนที่ป่วยหรือไม่ป่วย ย่อมมีความจำเป็น (need) ต่อลักษณะบริการสุขภาพแตกต่างกัน และในเรื่องความถี่ของการไปใช้สถานบริการนั้น เมื่อมีมากขึ้นจะทำให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังต่อบริการไป ในขณะที่เดียวกันผู้รับบริการก็จะตั้งความหวังในบริการที่ควรได้รับเพิ่มมากขึ้นตามขนาดของสถานบริการ
สุรีย์ เจียมสุภฤกษ์ (2543)	พบว่าผู้ที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นมีความต้องการที่จะให้ทีมผู้ให้บริการได้กำหนดนัดในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้การติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนในการเพิ่มคุณภาพการจัดบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลสงขลาได้

ตาราง 1 แนวคิดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ในด้านผู้กำหนดนโยบายหรือหน่วยงานผู้ให้บริการ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2544)	(ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (2544)	โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สุข (2544)	องค์การอนามัยโลก (WHO) (2000)
1. การสร้างสุขภาพและผลลัพธ์ ทางสุขภาพ (health improvement and health outcomes)*	1. การสร้างสุขภาพและผลลัพธ์ ทางสุขภาพ (health improvement and health outcomes)*	1. ความเสมอภาค (equity)*	1. ความเสมอภาค (equity)*
2. ความเสมอภาค (equity)*	2. ความเสมอภาค (equity)*	2. คุณภาพ (quality)*	2. การตอบสนองต่อความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชน
3. การตอบสนองต่อความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชน (responsiveness)*	3. คุณภาพ (quality)*	3. ประสิทธิภาพ (efficiency) *	(responsiveness)*
4. ประสิทธิภาพ (efficiency)*	4. ประสิทธิภาพ (efficiency) *	4. ความโปร่งใส สังคมมีส่วนร่วม และสามารถตรวจสอบได้ (social accountability)*	3. ประสิทธิภาพ (efficiency) *
	5. ความโปร่งใส สังคมมีส่วนร่วม และสามารถตรวจสอบได้ (social accountability)*		
	6. มีหลากหลายแผน สามารถ เลือกได้ (choice)**		

ตาราง 1 (ต่อ)

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541)	มัทนา ประทีปเสนา และคณะ (2541)	อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ (2542)	สำเร็จ แหงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, บรรณาธิการ (2545)
<p>นวัตกษณ์ หรือ ลักษณะที่ดี 9 ประการ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง** 2. เป็นระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ* 3. ดูแล “คน” ไม่ใช่เพียงแค่ดูแล “ไข้”** 4. มีแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการแข่งขันและการร่วมมือของผู้ให้บริการ** 5. มีความหลากหลาย** 6. ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสม** 	<p>ข้อสรุปจากการประเมินผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับตำบล คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนพึงมีอิสระในการเลือกใช้บริการ (Freedom of Choices)** 2. ประชาชนพึงเข้าถึงบริการ และพึงได้รับความพึงพอใจจากบริการ** 3. พึงมีหลักประกันว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ (Quality Assurance) มีมาตรฐาน* 4. เป็นบริการที่มีความโปร่งใส (Transparency) สามารถตรวจสอบได้โดยประชาชนหรือรัฐบาล* 5. สังคมมีส่วนร่วม** 	<p>สรุปผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิค Delphi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสร้างสุขภาพ* 2. การตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน* 3. ความเสมอภาคในการเข้าถึง-บริการ** 4. ประสิทธิภาพของบริการ* 5. คุณภาพของบริการ* 6. ความโปร่งใส และสังคมมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ* 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มี (Availability) คือ มีสถานบริการอยู่ใกล้บ้านหรือใกล้ชุมชน มีอุปกรณ์ เครื่องมือเพียงพอ มีบุคลากรที่จะให้บริการตามมาตรฐาน** 2. ดี (Good Card, Standard care) คือ มาตรฐานระบบบริการ/การดูแลที่ดี มาตรฐานของเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ดี และทัศนคติที่ดี** 3. เข้าถึง (Accessibility of Care) คือ ประชาชนได้รับการบริการที่เท่าเทียมกัน** 4. ประชาชนมีความพึงใจในบริการที่ได้รับ (Acceptability) **

ตาราง 1 (ต่อ)

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) (ต่อ)	มัทนา ประทีปเสน และคณะ (2541) (ต่อ)	อารีย์วัลยะเสวี และคณะ (2542) (ต่อ)	สำเร็จ แหียงกระโทก และรุจิรามังคละ ศิริ, บรรณาธิการ (2545) (ต่อ)
7. มีความรับผิดชอบที่สามารถ ตรวจสอบได้**	8. ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา ระบบให้ดีขึ้น**	9. มีการพัฒนาบงกค์ความรู้ที่ ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา**	5. มีความคุ้มค่าจากบริการที่ได้รับ กับค่า ใช้จ่ายที่จ่ายออกไป(Efficency)* 6. ชุมชนมีส่วนร่วม (Community Involvement) หรือชุมชนมีพลังอำนาจ ความเข้มแข็งมากขึ้น (Community Empowerment)** 7. เป็นองค์รวม (Holistic Care)** 8. ต่อเนื่อง (Continuity of care)** 9. พร้อมทั้งเรื่องอื่น ๆ ที่มีความเหมาะสม ในแต่ละบริบทของสังคม**

หมายเหตุ : *

หมายถึง องค์ประกอบหลัก ของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

** หมายถึง องค์ประกอบย่อย ของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

ตาราง 2 แนวคิดในการวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในด้านผู้กำหนดนโยบายหรือหน่วยงานผู้ให้บริการ

WHO (1978)	Vuori (1986)	Tudor-Hart (1989)	Fry and Harder (1990)
ส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนให้เกิด ภาวะสุขภาพที่ดี *	ตอบสนองต่อความจำเป็นอย่างเหมาะสม สมกับช่วงเวลา **	เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคในกลุ่มประชากร *	มีความยุติธรรมของบริการต่อ ประชาชน ***
ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรมของ ชุมชน **	เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึง ได้ง่าย *** มีความคุ้มทุน ****	พิจารณาสภาพปัญหาของชุมชนอย่าง เป็นองค์รวม *****	มีความคุ้มค่าต่อค่าใช้จ่ายของ ประชาชน ****
เข้าถึงง่าย ใกล้เคียง, เท่าเทียมกัน *** ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและหาได้ ง่ายในชุมชน ****	เป็นบริการที่มีลักษณะการผสมผสาน และมีความต่อเนื่อง ***** ทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อ สุขภาพ *****		
เป็นบริการที่มีลักษณะเป็นองค์รวม, ผสมผสาน, และต่อเนื่อง ***** ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัด บริการ *****			

ตาราง 2 (ต่อ)

Starfield (1993)	มัทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก)	สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2542)	อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542)
เข้าใจความต้องการของประชาชน **	เน้นการสร้างเสริมสุขภาพใน	เป็นบริการที่เน้นเชิงรุก *	เน้นการส่งเสริม ป้องกัน *
เข้าถึงง่าย และมีความยุติธรรม ***	ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย *	เป็นบริการที่มีความน่าเชื่อถือ ยอมรับ	บริการที่พิจารณาถึงความจำเป็นด้าน
มีความต่อเนื่องและผสมผสานของ	มีความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้,	ได้ และให้บริการอย่างรวดเร็ว **	สุขภาพของประชาชน แล้วจัดให้ตอบ
บริการ *****	เวลาที่รอคอยเหมาะสม, มีสัมพันธภาพ	เป็นบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย อยู่	สนองได้ **
	ที่ดีต่อกัน **	ใกล้ในชุมชน และมีความสะดวกในการ	บริการที่จำเป็นต่อสุขภาพและ
	มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม, เข้าถึงได้ง่าย,	รับบริการ ***	มีค่าใช้จ่ายที่สามารถจ่ายได้, เข้าถึงได้
	สะดวก, มีอิสระในการเลือกรับบริการ ***	มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ****	โดยไม่มีอุปสรรคอื่นที่ไม่ใช่การเงิน ***
	ราคาของบริการเหมาะสม ****	มีความต่อเนื่อง ผสมผสาน และเป็น	บริการที่มีประสิทธิภาพในการจัดสรร
	มีความพึงพอใจต่อการบริการ	องค์กรวม, ผู้ให้บริการมีทักษะ ความรู้ ความ	และการใช้ทรัพยากร ****
	โดยรวม, ผู้ให้บริการมีศักยภาพที่ดี,	สามารถ *****	บริการที่เป็นองค์กรวม ผสมผสาน และ
	มีคุณภาพที่ดี *****	ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ	ต่อเนื่อง, ป้องกันได้หรือรักษาหายจากการ
	สังคมมีส่วนร่วม, มีความโปร่งใส	และการตรวจสอบประเมินผลในทุกชั้น	ป่วย *****
	สามารถตรวจสอบได้ *****	ตอน *****	ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ,
			มีความโปร่งใส *****

ตาราง 2 (ต่อ)

ปรีดา เต๋ออาร์กซ์ และคณะ (2543)	WHO (2000)	OECD (2000)	สปรส. (2544)
<p>เน้นสร้างสุขภาพมากกว่ารอซ่อมสุขภาพ, ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้พึ่งตนเองให้มากที่สุด *</p> <p>บริการที่ตรงกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละชุมชน **</p> <p>ความครอบคลุมของบริการและสามารถเข้าถึงได้ง่าย ***</p> <p>บริการที่คัดกรองก่อนส่งต่อ, บริการที่มีชุดบริการขั้นพื้นฐาน ****</p> <p>มีความเป็นองค์กรร่วม ต่อเนื่อง ผสมผสาน, มีความปลอดภัยจากบริการ, มีความพอใจและยอมรับได้ *****</p> <p>ประชาชนมีส่วนร่วม *****</p>	<p>บริการที่สร้างเสริมสุขภาพประชาชน * ความเคารพในบุคคล, ให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการ ** ความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยไม่เดือดร้อน *** คุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายที่จ่ายออกไป ****</p>	<p>บริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ * สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนได้, มีความพอใจ, สะดวกสบาย, ยอมรับได้ ** เสมอภาคกันในผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ควรจะเป็น ในการเข้าถึงฯ และในด้าน การเงิน *** สามารถจ่ายได้เทียบกับผลที่ได้รับมีความคุ้มค่า ****</p>	<p>บริการที่ตรงกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ** เข้าถึงง่าย, มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม *** ต้นทุนทั้งผู้รับ-ผู้จัดบริการถูก และมีประสิทธิผล **** มีความเป็นองค์กรร่วม ผสมผสาน และต่อเนื่องของบริการ ***** สังคมมีส่วนร่วมในการจัดบริการ, สังคมมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ *****</p>

- ๓ : สปรส. หมายถึง สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
องค์ประกอบของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์
- * ด้านการส่งเสริมสุขภาพ
 - ** ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชน
 - *** ด้านความเสมอภาคของบริการ
 - **** ด้านประสิทธิภาพของบริการ
 - ***** ด้านคุณภาพของบริการ
 - ***** ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ

ตาราง 3 กรอบในการสร้างตัวชี้วัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิฯ	ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิฯ
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ <ol style="list-style-type: none">1. ลักษณะบริการสุขภาพที่เน้นส่งเสริม ป้องกันก่อนเกิดโรคหรือป่วย (Aa)2. ลักษณะบริการสุขภาพที่สามารถมองเห็นผลสำเร็จได้จริง อย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม (Ab)	ด้านคุณภาพของบริการ <ol style="list-style-type: none">1. ลักษณะบริการสุขภาพที่ผสมผสานการให้บริการในทุกด้านเข้าด้วยกัน (Ea)2. ลักษณะบริการสุขภาพที่ดูแลเป็นองค์รวมโดยไม่แยกส่วน (Eb)3. มีการให้การดูแลและส่งต่ออย่างเหมาะสม และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในการให้บริการ (Ec)4. ลักษณะของบริการสุขภาพที่ประชาชนมีความพึงพอใจในภาพรวม (Ed)5. ลักษณะบริการสุขภาพที่ผู้ให้บริการมีทักษะและความรู้ความสามารถ ทำให้รู้สึกปลอดภัย (Ee)
ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชน <ol style="list-style-type: none">1. ลักษณะของบริการสุขภาพที่สามารถสร้างความน่าเชื่อถือและไว้วางใจแก่ประชาชนได้ (Ba)2. ลักษณะบริการที่จัดให้อย่างทันทั่วถึงตามความจำเป็น ระยะเวลาที่รอคอย บริการเหมาะสมและมีเหตุผล (Bb)3. ลักษณะบริการสุขภาพที่มีการสื่อสารระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการอย่างชัดเจน เข้าใจได้ถูกต้องตรงกัน โดยไม่มีอุปสรรค เช่น ภาษา ระดับความรู้ หรือสิ่งรบกวนอื่นใด (Bc)	ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ <ol style="list-style-type: none">1. ลักษณะบริการสุขภาพที่ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการบริหารจัดการองค์กร หรือรูปแบบของบริการสุขภาพที่จัดขึ้น (Fa)2. ลักษณะบริการสุขภาพที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร และสิทธิผู้ป่วย (Fb)3. ลักษณะบริการสุขภาพที่มีการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ (Fc)4. ลักษณะบริการสุขภาพที่มีการเปิดเผยข้อมูลการบริการ หรือการจัดการองค์กร อย่างโปร่งใส และเปิดโอกาสสังคมสามารถเข้าไปตรวจสอบได้ (Fd)
ด้านความเสมอภาคของบริการ <ol style="list-style-type: none">1. ลักษณะของบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสม (Ca)2. มีความสะดวกสบายในการเดินทาง และระหว่างการรับบริการ (Cb)3. ลักษณะบริการสุขภาพที่ไม่มีการเลือกปฏิบัติจากผู้ใช้บริการ (Cc)	
ด้านประสิทธิภาพของบริการ <ol style="list-style-type: none">1. ลักษณะบริการสุขภาพที่ให้ผลดีต่อสุขภาพเหมือนกัน แต่มีต้นทุนถูกที่สุด ไม่ฟุ่มเฟือย ทั้งนี้ต้องจัดให้ตามความจำเป็นด้านสุขภาพที่สมควรจะได้ (Da)	

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัย ตัวทำนายนัยลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจังหวัดพัทลุง นี้ เป็นการวิจัยเชิงอธิบาย (explanatory research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจังหวัดพัทลุง และเพื่อ ศึกษาถึงตัวทำนายนัยต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจังหวัดพัทลุง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนในจังหวัดพัทลุง ซึ่งอาศัยอยู่ใน 10 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ จำนวนหลังคาเรือน 139,374 หลังคาเรือน มีจำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 503,042 คน ณ วันที่ 30 กันยายน 2544 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2544ข)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรได้มาจากการใช้สูตรประมาณค่า ตัวอย่างประชากรของทาโรยามาเน่ (Yamane, Taro, 1973) กำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 จากประชากรทั้งสิ้น 503,042 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 383 คน ทั้งนี้มีวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (multistage random sampling) ดังนี้

1. จับสลากเลือกอำเภอตัวแทนมา 3 อำเภอ จาก 10 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ ได้กิ่งอำเภอ ศรีนครินทร์ อำเภอศรีบรรพต และอำเภอปากพะยูน เป็นอำเภอตัวแทน

2. แบ่งจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 383 คน โดยการคำนวณสัดส่วนไม่เท่ากัน จากทั้ง 3 อำเภอตัวแทน ได้ขนาดตัวอย่างจากจำนวนประชากรในแต่ละอำเภอ ดังนี้

2.1 กิ่งอำเภอศรีนครินทร์ จำนวนประชากรทั้งหมด 25,008 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 104 คน

2.2 อำเภอศรีบรรพต จำนวนประชากรทั้งหมด 16,421 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 67 คน

2.3 อำเภอปากพะยูน จำนวนประชากรทั้งหมด 50,292 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 212 คน

3. เลือกหมู่บ้านตัวแทน จำนวน 2 หมู่บ้านในแต่ละตำบล จากทุกตำบลในอำเภอตัวแทน ได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้

3.1 กิ่งอำเภอศรีนครินทร์ มี 4 ตำบล จับสลากเลือกหมู่บ้านมา 2 หมู่บ้านในแต่ละตำบล ได้หมู่บ้านตัวแทนทั้งหมด 8 หมู่บ้าน

3.2 อำเภอศรีบรรพต มี 3 ตำบล จับสลากเลือกหมู่บ้านมา 2 หมู่บ้านในแต่ละตำบล ได้หมู่บ้านตัวแทนทั้งหมด 6 หมู่บ้าน

3.3 อำเภอปากพะยูน มี 7 ตำบล จับสลากเลือกหมู่บ้านมา 2 หมู่บ้านในแต่ละตำบล ได้หมู่บ้านตัวแทนทั้งหมด 14 หมู่บ้าน

4. จากจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ในข้อ 2. แบ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน โดยการคำนวณสัดส่วนเท่ากันในแต่ละหมู่บ้าน ได้ดังนี้

4.1 กิ่งอำเภอศรีนครินทร์ มี 4 ตำบล จับสลากเลือกหมู่บ้านมา 2 หมู่บ้านในแต่ละตำบล ได้หมู่บ้านตัวแทนทั้งหมด 8 หมู่บ้าน จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 104 คน คำนวณจำนวนตัวอย่างได้หมู่บ้านละ 13 คน

4.2 อำเภอศรีบรรพต มี 3 ตำบล จับสลากเลือกหมู่บ้านมา 2 หมู่บ้านในแต่ละตำบล ได้หมู่บ้านตัวแทนทั้งหมด 6 หมู่บ้าน จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 67 คน คำนวณจำนวนตัวอย่างได้หมู่บ้านละ 11 คน 5 หมู่บ้าน และ หมู่บ้านละ 12 คน 1 หมู่บ้าน

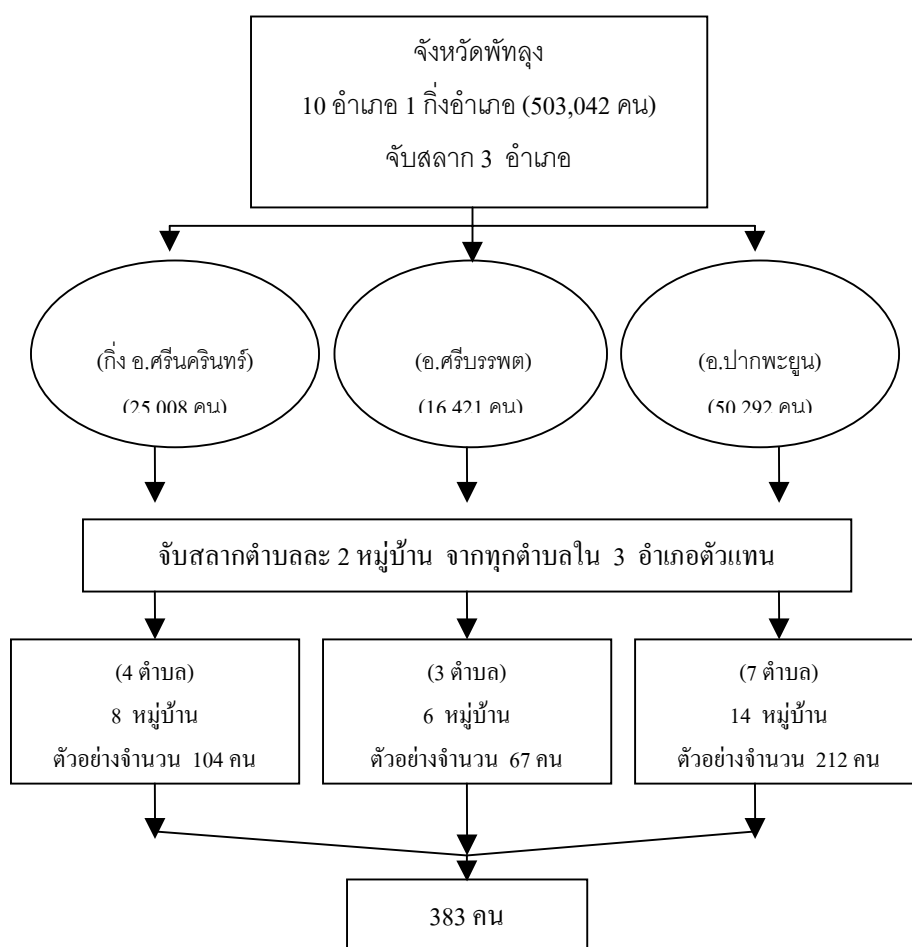
4.3 อำเภอปากพะยูน มี 7 ตำบล จับสลากเลือกหมู่บ้านมา 2 หมู่บ้านในแต่ละตำบล ได้หมู่บ้านตัวแทนทั้งหมด 14 หมู่บ้าน จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 212 คน คำนวณจำนวนตัวอย่างได้หมู่บ้านละ 15 คน จำนวน 12 หมู่บ้าน และ หมู่บ้านละ 16 คน จำนวน 2 หมู่บ้าน

5. โดยใช้บ้านเลขที่ที่ได้จากทะเบียนการสำรวจ จปฐ. ปี 2544 (ฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์) เป็นดัชนี (index) ในการเรียงลำดับ เรียงจากน้อยไปหามาก สุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเลขสุ่ม (table of random number) กำหนดช่วงการสุ่ม (interval sampling) ในแต่ละหมู่บ้านที่เป็นตัวแทน และเริ่มจากการจับสลากบ้านเลขที่แรกขึ้นมา

6. ใช้ตัวแทนของประชากร 1 คน ใน 1 หลังคาเรือนเป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์โดยมีคุณสมบัติและข้อตกลง คือที่สามารถให้ข้อมูลได้ พุดคุยรู้เรื่อง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ประจำในจังหวัดพัทลุงมาแล้วถึงวันที่ให้ข้อมูลมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และจะต้องเป็นผู้ที่เคยเป็นผู้ไปปรับหรือได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือนำผู้อื่นไปรับบริการโดยที่เป็นผู้ดำเนินการเองหรือสังเกตเห็นในทุกขั้นตอนของการบริการ ในจังหวัดพัทลุง อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และประชาชนเพียง 1 คน ที่คัดเลือกให้เป็นตัวแทนในการตอบคำถามของผู้วิจัย

ใน 1 หลังคาเรือน โดยเรียงลำดับดังนี้ 1) หัวหน้าครอบครัวหรือคู่สมรส 2) บิดาหรือมารดาของหัวหน้าครอบครัว 3) บิดาหรือมารดาของคู่สมรสของหัวหน้าครอบครัว 4) บุตรเรียงตามลำดับอายุ และ 5) ผู้อาศัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ฐานะญาติกับเจ้าบ้าน หากพบว่าไม่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ให้สอบถามจากบ้านหลังที่อยู่ถัดไปทางทิศใต้ ทิศตะวันออก ทิศเหนือ และทิศตะวันตก แทนตามลำดับ

รายละเอียดขั้นตอนการคัดเลือกตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลดังแสดงไว้ในภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แสดงการสุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ สรุปได้ตัวทำนาย 4 ด้าน คือ ด้านคุณลักษณะบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ ด้านลักษณะของชุมชน ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และ ด้านประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ และแนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 และกรอบแนวคิดในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ได้ตัวชี้วัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน 6 ด้าน 18 ตัวชี้วัด (รายละเอียดของกรอบการสร้างเครื่องมือในภาคผนวก ก) เก็บข้อมูลเป็นคำถามปลายปิด ซึ่งมีรายละเอียดของขั้นตอนและวิธีการสร้างดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ และตัวทำนายที่มีความเกี่ยวข้องกับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2. ใช้การสนทนากลุ่ม (focus group) ด้วยแนวคำถามในการสนทนาที่มีผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (รายละเอียดในภาคผนวก ข) เพื่อเป็นการดำเนินการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณให้มีความตรงด้านภาษาที่ใช้

3. ดำเนินการสร้างเครื่องมือแบบสอบถามชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบคำถามปลายปิด (รายละเอียดในภาคผนวก ค) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปมี 4 ด้าน คือ ข้อมูลด้านคุณลักษณะบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับรายได้ ต่อปี ลักษณะของชุมชน ประกอบด้วย ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ และระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางถึงสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ ข้อมูลด้านการรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือไม่ ด้านประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพต่อปี และประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ เป็นคำถามชนิดปลายปิด รวม 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของจังหวัดพัทลุง มี 6 ด้าน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 79 ข้อคำถาม เป็นคำถามชนิดปลายปิด ดังนี้

1) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ตัวชี้วัดประกอบด้วย บริการที่เน้นการสร้างสุขภาพ และการปฏิบัติที่มีความเหมาะสมเป็นรูปธรรม มีข้อคำถามรวม 9 ข้อ

2) ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ การได้รับการบริการอย่างทันท่วงที และมีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ มีข้อคำถามรวม 18 ข้อ

3) ด้านความเสมอภาคของบริการ ตัวชี้วัดประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการและระหว่างการรับบริการ และการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ มีข้อคำถามรวม 15 ข้อ

4) ด้านประสิทธิภาพของบริการ ตัวชี้วัดประกอบด้วย บริการที่มีความประหยัดไม่ฟุ่มเฟือยเพื่อความคุ้มค่า มีข้อคำถามรวม 5 ข้อ

5) ด้านคุณภาพของบริการ ตัวชี้วัดประกอบด้วย การผสมผสานการให้บริการในทุกด้านเข้าด้วยกันไม่แยกส่วน ให้การดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม มีการส่งต่ออย่างเหมาะสม และความต่อเนื่องในการให้บริการ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพโดยรวม และรู้สึกปลอดภัยจากบริการ มีข้อคำถามรวม 18 ข้อ

6) ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ ตัวชี้วัดประกอบด้วย บริการสุขภาพที่ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการบริหารจัดการ องค์กร หรือรูปแบบของบริการสุขภาพที่จัดขึ้น ส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารและสิทธิผู้ป่วย การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ และมีการเปิดเผยข้อมูลการบริการ หรือการจัดการองค์กร อย่างโปร่งใส และเปิดโอกาสสังคมสามารถเข้าไปตรวจสอบได้ มีข้อคำถามรวม 14 ข้อ

การกำหนดข้อคำถามของลักษณะบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชน เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ (เพชรน้อย ถึงห้าช้างชัย และ วัลยา กุโรปรกรณ์พงษ์, 2536) และมีการให้คะแนน ดังนี้

เป็นลักษณะที่พึงประสงค์ระดับมาก	ให้คะแนน 3
เป็นลักษณะที่พึงประสงค์ระดับปานกลาง	ให้คะแนน 2
เป็นลักษณะที่พึงประสงค์ระดับน้อย	ให้คะแนน 1
เป็นลักษณะที่ไม่พึงประสงค์	ให้คะแนน 0

4. ดำเนินการสร้างหรือแก้ไขคู่มือในการใช้แบบสอบถามชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์ ไปพร้อมกับการสร้างแบบสอบถาม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องที่ใช้ในการวิจัย มีขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1. หาค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญในสาขาวิชาระบบสุขภาพ การปฏิรูประบบสุขภาพ คุณภาพบริการสาธารณสุข การจัดระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และอาจารย์ทางการแพทย์ ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ เพื่อให้แบบสอบถามชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์มีความตรงตามเนื้อหา (content validity) และได้นำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ก่อนที่จะนำแบบสอบถามชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์ไปทดลองใช้และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในขั้นตอนต่อไป

2. หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับประชาชนในเขตที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่ละมีลักษณะเช่นเดียวกันจำนวน 36 คน แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นตามวิธีครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นเป็นอย่างน้อย ที่ 0.80 ทั้งรายด้านและรวมทั้งฉบับ (เพชรน้อย สิ่งช่างชัย และ วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์, 2536)

โดยสรุปเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งรายด้านและรวมทั้งฉบับ ดังนี้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.83 ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.91 ด้านความเสมอภาค เท่ากับ 0.84 ด้านประสิทธิภาพของบริการ เท่ากับ 0.80 ด้านคุณภาพของบริการ เท่ากับ 0.96 ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ เท่ากับ 0.95 และรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.98 (รายละเอียดในภาคผนวก ง)

3. การหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) เมื่อนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และการหาค่าความเชื่อมั่นจนได้ระดับที่กำหนดไว้แล้ว ไปเก็บข้อมูลภาคสนาม เมื่อได้ข้อมูลก็นำมาผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ EpiInfo และแก้ไขปรับปรุงข้อผิดพลาดให้ถูกต้องตรงตามต้นฉบับแล้วนั้น ก็ดำเนินการตรวจสอบหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบโดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

3.1 คำนวณเมตริกสหสัมพันธ์ เพื่อดูค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร แต่ละตัว ซึ่งจะให้เห็นภาพว่าตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ถ้าพบว่าค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ มีขนาดเล็กหรือไม่มีความสัมพันธ์กัน ตัวแปรเหล่านั้นไม่น่าจะรวมกันเป็น องค์ประกอบร่วม (common factors) ได้ จึงไม่เหมาะสมที่จะนำเมตริกสหสัมพันธ์นั้นไปวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไป โดยมีสถิติที่บ่งชี้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร คือ

3.1.1 การทดสอบเมตริกเอกลักษณ์ (identity matrix) ด้วยค่าสถิติทดสอบของบาร์ทเลท (Bartlett's test of sphericity) โดยพิจารณาที่ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05 ($p \text{ value} \leq 0.05$) ซึ่งแสดงว่าเมตริกสหสัมพันธ์ของประชากรไม่เป็นเมตริกเอกลักษณ์ และเมตริกสหสัมพันธ์นั้นมีความเหมาะสมที่จะใช้วิเคราะห์องค์ประกอบต่อไป (Kerlinger, 1986; Stevens, 1992; Tabachnick and Fidell, 2001)

3.1.2 ค่าไคเซอร์ เมเยอร์ ออลกิน (The Kaiser-Meyer-Olkin) หรือค่า KMO เป็นดัชนีเปรียบเทียบขนาดของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่สังเกตได้ และขนาดของสหสัมพันธ์พาร์เชียล (partial correlation) ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่เมื่อจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่น ๆ ออกไปแล้ว ว่ามีความเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบหรือไม่ ค่าที่เหมาะสมมากคือค่า KMO ที่เข้าใกล้ 1 และค่าที่น้อยกว่า 0.5 คือค่าที่ไม่สามารถยอมรับในการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ (Kerlinger, 1986; Stevens, 1992; Tabachnick and Fidell, 2001)

3.1.3 ค่าการร่วมกันของตัวแปร (communality) ได้มาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรอื่น ๆ หรือองค์ประกอบที่สกัดได้ กับตัวแปรนั้น เป็นดัชนีบ่งชี้ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรและตัวแปรอื่น ๆ มีพิสัยอยู่ระหว่าง 0 – 1 ค่า 0 คือค่าที่แสดงว่าองค์ประกอบรวมไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรนั้นได้ ค่า 1 คือค่าที่แสดงว่าความแปรปรวนทั้งหมดสามารถอธิบายตัวแปรนั้นได้ด้วยองค์ประกอบรวม ค่าที่สามารถนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้คือค่าที่มากกว่า 0.2 หากพบว่ามีตัวแปรใดที่มีค่าน้อยกว่าที่กำหนดให้ ขจัดออกไปจากการวิเคราะห์ก่อน (Kerlinger, 1986; Stevens, 1992; Tabachnick and Fidell, 2001)

3.2 การสกัดองค์ประกอบ (factor extraction) เพื่อหาจำนวนองค์ประกอบที่จำเป็นที่ใช้แทนข้อมูล ให้มีองค์ประกอบรวมน้อยที่สุดที่สามารถอธิบายความผันแปรรวมของชุดตัวแปรเดิมได้มากที่สุด โดยใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (principal component analysis : PCA) เป็นวิธีที่เหมาะสมในการใช้เพื่อลดจำนวนตัวแปรลงให้เหลือน้อยที่สุดแต่สามารถอธิบายความหมายได้มากที่สุด และเป็นวิธีที่จะใช้เมื่อมีการรวมกันเชิงเส้นตรงของตัวแปรที่สังเกตได้ไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือตัวแปรกลุ่มที่มีอิสระต่อกัน ซึ่งทุกตัวแปรจะมีค่าการร่วมกันของตัวแปร (common factor) เท่ากับ 1 (Kerlinger, 1986; Stevens, 1992; Tabachnick and Fidell, 2001) ค่าสถิติและเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาจำนวนองค์ประกอบที่เหมาะสมคือ

3.2.1 ค่าไอเกน (eigenvalue) คือค่าที่แสดงว่าในองค์ประกอบนั้นจะสามารถอธิบายความแปรปรวนรวมได้เท่าไร ซึ่งหากพบว่ามีค่าน้อยกว่า 1 ก็น่าจะมีตัวแปรที่น้อยกว่า 1 ตัวที่อยู่ในองค์ประกอบนั้น จึงเป็นค่าที่ตัดสินใจได้ว่าไม่ควรเลือกองค์ประกอบที่น้อยกว่า 1 (Kerlinger, 1986; Stevens, 1992; Tabachnick and Fidell, 2001)

3.2.2 แผนภาพสกรีน พล็อต (scree plot) เป็นการเขียนกราฟระหว่างองค์ประกอบและความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบ (eigenvalue) โดยจุดที่แบ่งแยกชัดเจนระหว่างความชันและความลาดเอียงขององค์ประกอบ จะใช้จุดนั้นเป็นการกำหนดจำนวนองค์ประกอบที่เหมาะสม (Kerlinger, 1986; Stevens, 1992; Tabachnick and Fidell, 2001)

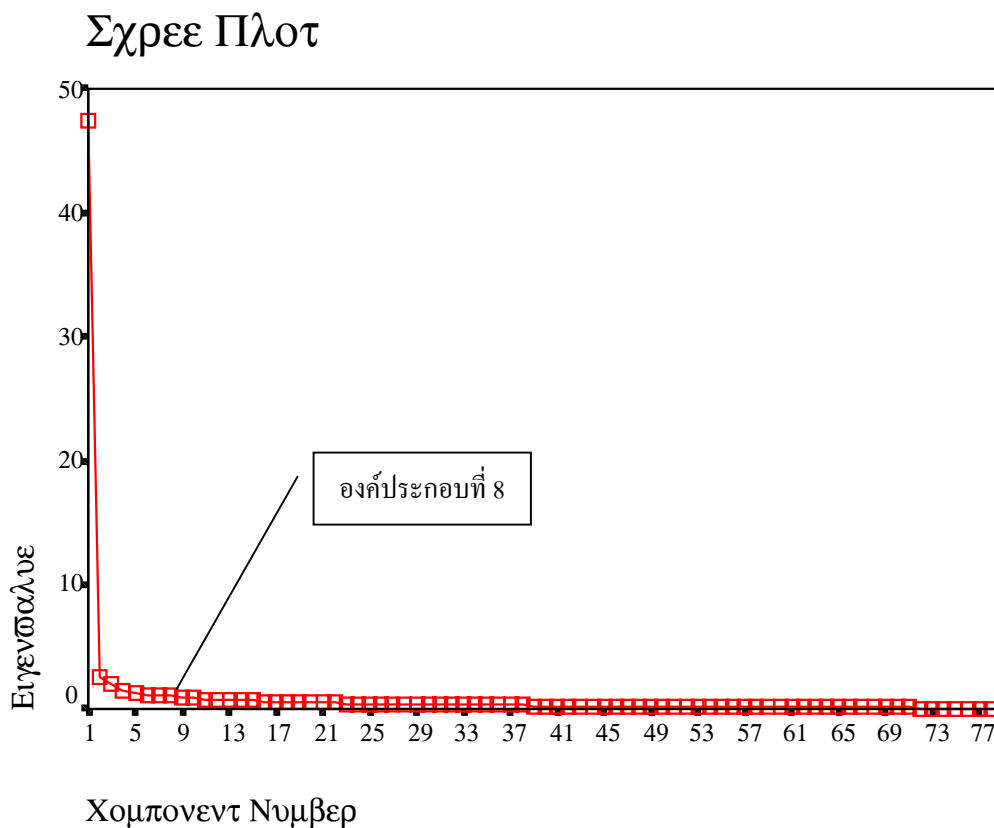
3.2.3 ค่าร้อยละของการอธิบายความแปรปรวนรวม (cumulative percentage of variance) คือค่าของจำนวนองค์ประกอบทั้งหมดที่เลือก ที่สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนรวมได้ ควรมีค่าไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (Kerlinger, 1986; Stevens, 1992; Tabachnick and Fidell, 2001)

3.3 การหมุนแกน(rotation) เพื่อการพยายามแปลงองค์ประกอบที่ได้มาให้ได้โครงสร้างที่ง่ายต่อการแปลความหมาย หรือมีความหมายของเนื้อหาสาระ ทั้งนี้การหมุนแกนจะต้องไม่ส่งผลต่อสภาพความเหมาะสม (goodness of fit) ขององค์ประกอบ ค่าการร่วมกันของตัวแปร (communality) และ ค่าร้อยละของการอธิบายความแปรปรวนรวม (cumulative percentage of variance) แต่เปลี่ยนเฉพาะค่าร้อยละของการอธิบายความแปรปรวนในแต่ละองค์ประกอบได้ โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกการหมุนแกนองค์ประกอบแบบเออบลิค (oblique) ซึ่งใช้กับองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีลักษณะความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งคล้ายกับความเป็นจริงในธรรมชาติมากที่สุด และเลือกใช้วิธีออบลิมิน (oblimin) เพราะเป็นวิธีที่ทำให้ได้โครงสร้างที่ง่ายที่แสดงว่าองค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การหมุนแกนองค์ประกอบแบบเออบลิค (oblique) จะให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) คือค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยบางส่วน (partial regression coefficients) ระหว่างตัวแปรกับองค์ประกอบนั้นหลังจากขจัดอิทธิพลขององค์ประกอบอื่น ๆ ซึ่งจะปรากฏผลในเมตริกแบบแผน (pattern matrix) โดยแต่ละตัวแปรต้องมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.3 ขึ้นไป จึงจะเหมาะสมในการใช้อธิบายความสัมพันธ์ในแต่ละองค์ประกอบ ทั้งนี้จะต่อพิจารณาองค์ประกอบที่เหมาะสมที่จะใช้อธิบายได้ คือ จำนวนองค์ประกอบที่มีตัวแปรที่บรรยายองค์ประกอบนั้นได้ไม่น้อยกว่า 3 ตัว (Kerlinger, 1986; Stevens, 1992; Tabachnick and Fidell, 2001)

ผลการวิเคราะห์หาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน สรุปได้ดังตาราง 5 และภาพประกอบ 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าสถิติและเกณฑ์ที่กำหนดในการวิเคราะห์หาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน

สถิติ	ค่าตามเกณฑ์	ค่าที่ได้จากการวิจัย	ผลการวิเคราะห์
1. จำนวนเมตริกสหสัมพันธ์			
Bartlett's test of sphericity	p value \leq 0.05	p value \leq 0.001	เป็นไปตาม
The Kaiser-Meyer-Olkin : KMO	0.5 – 1 (เข้าใกล้ 1)	.979	เกณฑ์ทั้ง 3 ค่า
communality	มากกว่า 0.2	.579 - .817	
2. การสกัดองค์ประกอบ			
eigenvalue	ไม่น้อยกว่า 1	1.060 – 47.389	เป็นไปตาม
scree plot	จุดที่แบ่งแยกชัดเจน ระหว่างความชันและ ความลาดเอียง	องค์ประกอบที่ 8 (ภาพประกอบ 4)	เกณฑ์ทั้ง 3 ค่า
cumulative percentage of variance	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70.00	ร้อยละ 73.58	
3. การหมุนแกน			
factor loading	0.3 ขึ้นไป	.304 - .853	เป็นไปตาม
จำนวนตัวแปรที่บรรยาย ในแต่ละองค์ประกอบ	ไม่น้อยกว่า 3 ตัว	องค์ประกอบที่มี จำนวนตัวแปรที่ บรรยายในแต่ละ องค์ประกอบน้อยที่ สุดถึงมากที่สุด คือ 4 – 13 ตัว	เกณฑ์ทั้ง 2 ค่า



ภาพประกอบ 4 อัตราการเปลี่ยนแปลงของขนาดค่าไอเกนแต่ละองค์ประกอบของลักษณะบริการ
สุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

จากภาพประกอบ 4 scree plot ที่แสดงอัตราการเปลี่ยนแปลงของขนาดค่าไอเกนแต่ละองค์ประกอบของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงลดลงมาก จาก 1-5 องค์ประกอบแรก จากนั้นค่อย ๆ ลดลง และองค์ประกอบที่ 8 เป็นจุดที่แบ่งแยกชัดเจนระหว่างความชันและความลาดเอียงขององค์ประกอบ ซึ่งแสดงว่า จำนวน 8 องค์ประกอบ เป็นจำนวนที่เหมาะสมกับการวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์หาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน โดยการทดสอบเมตริกเอกลักษณ์ด้วย (identity matrix) ด้วยค่าสถิติทดสอบของ บาร์ทเลท (Bartlett's test of sphericity) พบว่ามีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.001 จึงไม่เป็นเมตริกเอกลักษณ์ มีค่าดัชนีไคเซอร์ เมเยอร์ ออลกิน (The Kaiser-Meyer-Olkin : KMO) เท่ากับ .979 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 และค่าการร่วมกันของตัวแปร (communality) อยู่ในช่วง .579 - .817 ทั้ง 79 ตัวชี้วัด ซึ่งมากกว่า 0.2 จึงสรุปว่ามีความเหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้

เมื่อนำข้อมูลเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนการสกัดองค์ประกอบ (factor extraction) โดยใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (principal component analysis : PCA) พบว่าจำนวน 8 องค์ประกอบแรกมีค่าไอเกน (eigenvalue) อยู่ในช่วง 1.060 – 47.389 และองค์ประกอบที่ 9 เป็นต้นไปมีค่าไอเกน (eigenvalue) น้อยกว่า 1 พิจารณาด้วย scree plot พบว่าที่องค์ประกอบที่ 8 เป็นจุดที่แบ่งแยกชัดเจนระหว่างความชันและความลาดเอียงขององค์ประกอบ และทั้ง 8 องค์ประกอบ มีค่าร้อยละของการอธิบายความแปรปรวนรวม (cumulative percentage of variance) ร้อยละ 73.58 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 70.00 จำนวน 8 องค์ประกอบ เป็นจำนวนที่เหมาะสมกับการวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ในการพิจารณาองค์ประกอบย่อยในแต่ละองค์ประกอบใช้เกณฑ์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ .3 ขึ้นไป ซึ่งสรุปได้ว่าองค์ประกอบย่อยทั้งหมดมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง .304 - .853 จำนวน 70 องค์ประกอบย่อย จากทั้งหมด 79 ตัวชี้วัด และองค์ประกอบทั้ง 8 องค์ประกอบมีจำนวนตัวแปรที่บรรยายได้ในแต่ละองค์ประกอบมากกว่า 3 ตัว โดยพบว่าองค์ประกอบที่มีจำนวนตัวแปรที่บรรยายได้น้อยที่สุด คือ องค์ประกอบที่ 3 คุณภาพในส่วนประกอบของการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งมีจำนวน 4 ตัว

โดยสรุปผลจากการหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ประกอบด้วยจำนวนองค์ประกอบ 8 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ 2) ด้านคุณภาพในขั้นตอนการให้บริการสุขภาพ 3) ด้านคุณภาพในส่วนประกอบของการจัดบริการสุขภาพ 4) ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ 5) ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบ 6) ด้านคุณภาพในภาพรวมของลักษณะการจัดบริการสุขภาพ 7) ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ และ 8) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และองค์ประกอบทั้งหมดสามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 73.58 (รายละเอียดในภาคผนวก จ)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน จากบุคคลที่มีอายุระหว่าง 20 – 45 ปี มีคุณวุฒินุปรียญหรือเทียบเท่าขึ้นไป ไม่เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข และมีความยินดีเข้าร่วมเป็นผู้ช่วยวิจัย โดยการให้คู่มือในการสัมภาษณ์พร้อมทั้งจัดอบรมเพื่อฝึกหัดให้เกิดทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นและชี้แจงให้เข้าใจในเหตุผลและความสำคัญ จรรยาบรรณของนักวิจัย และเทคนิคที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ได้ทดลองปฏิบัติกับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้ว่าราชการจังหวัดพัทลุง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง และนายอำเภอของอำเภอที่สุ่มได้ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ก็แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย จรรยาบรรณของนักวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์ โดยผู้ช่วยวิจัยและผู้วิจัยเอง ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน อีกครั้งหากไม่สมบูรณ์ก็ให้ผู้ช่วยวิจัยหรือผู้วิจัยเองเป็นผู้ไปสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีกครั้งในทันที (ไม่เกิน 5 วัน) รวบรวมข้อมูลทั้งหมดจนครบตามจำนวนตามที่ต้องการ คือ 383 ฉบับ
4. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลในรายละเอียดทุกข้อคำถาม ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ และให้คะแนนแบบสอบถามชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์แล้วโดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ EpiInfo ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลอีกครั้งด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ EpiInfo จากนั้นจึงแปลงฐานข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC⁺ (statistical package for the social science/personal computer plus for Windows version 10.05) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติดังต่อไปนี้

1. ใช้การเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ เพื่อตรวจสอบหาความตรงเชิงโครงสร้างของข้อคำถาม (construct validity) ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor

analysis: EFA) ก่อนที่จะนำข้อคำถามที่มีความตรงเชิงโครงสร้างมาคำนวณ ค่าคะแนนรวมของ ลักษณะบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชน จังหวัดพัทลุง

2. ใช้สถิติพรรณนา คือ แจกแจงความถี่ (frequencies) ค่าร้อยละ (percentage) ค่ามัธยฐานเลขคณิต หรือ ค่าเฉลี่ย (arithmetic mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ข้อมูลด้านลักษณะของชุมชน ข้อมูลด้านการรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง และประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ และ ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ของประชาชน ซึ่งจะเป็นการตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อแรก

3. สถิติอ้างอิงเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่สอง คือ ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาตัวทำนายที่สามารถทำนายลักษณะบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชน ซึ่งจะเป็นการตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่สอง

การแปลผลข้อมูล

การแปลผลข้อมูลลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน จังหวัดพัทลุง โดยการนำข้อคำถามที่มีความตรงเชิงโครงสร้างมาคำนวณคะแนนรวม และแบ่งกลุ่มโดยใช้หลักการอิงเกณฑ์ (criterion reference) ด้วยวิธีการหาค่าสัมบูรณ์ของคะแนน (absolutely method) และแบ่งเป็น 4 ระดับคือ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2534)

มีค่าคะแนน 0 – 0.44 แปลผลเป็น ระดับที่ไม่พึงประสงค์

มีค่าคะแนน 0.45 – 1.44 แปลผลเป็น ระดับที่พึงประสงค์ น้อย

มีค่าคะแนน 1.45 – 2.44 แปลผลเป็น ระดับที่พึงประสงค์ ปานกลาง

มีค่าคะแนน 2.45 – 3.00 แปลผลเป็น ระดับที่พึงประสงค์ มาก

จรรยาบรรณนักวิจัย

จรรยาบรรณนักวิจัยทั้งในส่วนของผู้วิจัยและพหุศาสตร์ของผู้ให้ข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวว่าเป็นนักศึกษาปริญญาโท ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษา เรื่องตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน เพื่อที่จะได้นำข้อมูลไปพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในจังหวัดพัทลุงต่อไป

2. ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากประชาชน โดยแจ้งให้ทราบว่าผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวมของประชาชนในจังหวัดพัทลุงเท่านั้น

3. แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าผลที่ได้จากการวิจัย จะนำไปใช้ในการศึกษา

4. แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า สามารถปฏิเสธหรือออกจากกรให้ข้อมูลได้ หากไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด

บทที่ 4

ผลการวิจัย และอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ และเพื่อศึกษาตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในจังหวัดพัทลุง จำนวนทั้งสิ้น 383 คน ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล และอภิปรายผล โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยมี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- 1.1 ลักษณะของประชากร สังกศ เศรษฐกิจ และลักษณะชุมชน
- 1.2 ลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และประสบการณ์ในการใช้บริการ

สุขภาพ

ส่วนที่ 2 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

- 2.1 องค์ประกอบของลักษณะบริการสุขภาพที่พึงประสงค์
- 2.2 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ส่วนที่ 3 ตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะของประชากร สังคม เศรษฐกิจ และลักษณะชุมชน

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ลักษณะชุมชน

ข้อมูลส่วนบุคคล และลักษณะชุมชน	จำนวน (n=383)	ร้อยละ
อายุ		
18 – 35 ปี	109	28.5
36 – 50 ปี	179	46.7
51 ปีขึ้นไป	95	24.8
$\bar{X} = 43.2, SD = 12.7, Min = 18, Max = 86$		
เพศ		
ชาย	182	47.5
หญิง	201	52.5
ศาสนา		
พุทธ	354	92.4
อิสลาม	29	7.6
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	247	64.5
รับจ้าง	56	14.6
ธุรกิจส่วนตัว	37	9.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	5.0
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	5	1.3
ไม่ได้ทำงาน	19	5.0

สถานภาพ		
โสด	41	10.7
สมรส	307	80.2
ม่าย/หย่า/แยก	35	9.1

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล และลักษณะชุมชน	จำนวน (n=383)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	239	62.4
มัธยมศึกษา/ปวช.	110	28.7
อนุปริญญา/ปวส.	15	3.9
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	19	5.0
รายได้เฉลี่ยต่อปี		
ต่ำกว่า 20,000 บาท	106	27.7
20,001 – 45,000 บาท	159	41.5
45,001 บาทขึ้นไป	118	30.8
$\bar{X} = 43,332.5$, $SD = 39,668.6$, $Min = 2,000$, $Max = 300,000$		
ระยะเวลาอาศัยอยู่ในพื้นที่		
น้อยกว่า 15 ปี	94	24.5
16 – 35 ปี	159	41.5
36 ปีขึ้นไป	130	33.9
$\bar{X} = 28.6$, $SD = 15.6$, $Min = 1$, $Max = 74$		
ระยะเวลาในการเดินทางถึงสถานบริการสุขภาพ		
ระดับปฐมภูมิ		
น้อยกว่า 5 นาที	108	28.2
6 – 15 นาที	195	50.9
16 นาทีขึ้นไป	80	20.9
$\bar{X} = 12.6$, $SD = 10.2$, $Min = 1$, $Max = 90$		

จากตาราง 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 36 – 50 ปี (ร้อยละ 46.7) โดยมีอายุเฉลี่ย 43.2 ปี เป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ (47.5 : 52.5) และเป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 92.4) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักคืออาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 64.5) โดยมีสถานภาพสมรสมากกว่าสถานภาพอื่น ๆ (ร้อยละ 80.2) กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาสูงสุด (ร้อยละ 62.4) ทั้งนี้พบว่ามียุทธศาสตร์ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าแต่เป็นส่วนน้อย (ร้อยละ 5.00)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อปี ประมาณ 20,001 – 45,000 บาทต่อปี (ร้อยละ 41.5) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อปีเฉลี่ย 43,332.5 บาท และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่ในช่วง 16 – 35 ปี (ร้อยละ 41.5) โดยเฉลี่ยประมาณ 28.6 ปี และส่วนมากจะมีที่อยู่อาศัยอยู่ห่างจากสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ใช้บริการซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการเดินทางประมาณ 6 – 15 นาที (ร้อยละ 50.9) โดยเฉลี่ยใช้เวลาในการเดินทาง 12.6 นาที

1.2 ลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ	จำนวน (n=383)	ร้อยละ
การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง		
แข็งแรงดี	305	79.6
ไม่ค่อยแข็งแรง แต่ทำงานได้	67	17.5
ไม่ค่อยแข็งแรง และทำงานไม่ค่อยได้	11	2.9
การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว		
ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคใด ๆ	270	70.5
มีการเจ็บป่วย	113	29.5
อาการปวดเมื่อย	50	44.2
โรคความดันโลหิตสูง	26	23.0
โรคภูมิแพ้	24	21.2
โรคเบาหวาน	7	6.2
กลุ่มอาการหรือโรคอื่นๆ	12	10.1
ความถี่ในการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา		
1 – 2 ครั้ง	125	32.6
3 – 6 ครั้ง	141	36.8
7 ครั้งขึ้นไป	117	30.5
$\bar{X} = 5.96, SD = 5.37, Min = 1, Max = 36$		
สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน		
สถานีอนามัย	296	77.3
โรงพยาบาลชุมชน	80	20.9
ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนที่ใด	7	1.8

จากตาราง 7 ข้อมูลลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และประสบการณ์ในการใช้ บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีการรับรู้ตนเองว่ามีสภาวะสุขภาพ ที่แข็งแรงดี (ร้อยละ 79.6) และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวใด ๆ (ร้อยละ 70.5) ส่วนผู้ที่มี การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวนั้นส่วนใหญ่จะป่วยด้วยอาการปวดเมื่อย (ร้อยละ 38.5) รองลงไป คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20.0) และโรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 21.2) ตามลำดับ

การใช้บริการสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการ ประมาณ 3 – 6 ครั้ง (ร้อยละ 36.8) โดยเฉลี่ย 5.96 ครั้ง ทั้งนี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนเพื่อ รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกับสถานีอนามัย (ร้อยละ 77.3) แต่พบว่ามีผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน กับสถานบริการใด ๆ เลย อีกจำนวนหนึ่งแต่เป็นส่วนน้อย (ร้อยละ 1.8) และจำแนกได้ว่าเป็นผู้ที่มี อาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 1.6) และอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 0.3)

ส่วนที่ 2 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

2.1 องค์ประกอบของลักษณะบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชน

ตาราง 8 องค์ประกอบของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน
ที่ได้จากการหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity)

ลำดับ ที่	องค์ประกอบของลักษณะ บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์	จำนวน ข้อ	น้ำหนัก องค์ ประกอบ	Eigen value	SS Loading	Cum PCT of Var	Communalit y (h ²)
1	บริการที่ตอบสนองต่อ ความจำเป็นด้านสุขภาพ	13	.308-.513	47.389	59.986	59.986	.648-.792
2	ความพร้อมของทรัพยากร สุขภาพ	7	.328-.853	2.489	3.150	63.136	.651-.815
3	บรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวก	4	.397-.794	2.003	2.535	65.671	.709-.651
4	ความเสมอภาคของ บริการสุขภาพ	5	.332-.651	1.492	1.889	67.560	.680-.781
5	การมีส่วนร่วมในการจัด บริการและการตรวจสอบ	6	.331-.806	1.377	1.744	69.304	.747-.817
6	คุณภาพในภาพรวมของ การจัดบริการสุขภาพ	15	.343-.752	1.178	1.491	70.794	.673-.782
7	ประสิทธิภาพของบริการ สุขภาพ	8	.320-.739	1.141	1.444	72.238	.579-.728
8	การสร้างเสริมสุขภาพ	12	.304-.679	1.060	1.342	73.580	.611-.791
	รวม	70	.304-.853	1.060- 47.389	1.342- 59.986	73.580	.579 - .817

จากตาราง 8 จากการวิเคราะห์หาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) พบว่าองค์ประกอบของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน มีจำนวนองค์ประกอบ 8 องค์ประกอบหลัก และมีจำนวนข้อคำถาม 70 ข้อ มีค่าองค์ประกอบร่วมกัน (Communality : h²)

ระหว่าง .648-.792 มีค่าไอเกน (eigenvalue) อยู่ในช่วง 1.060 –47.389 มีค่าร้อยละของการอธิบายความแปรปรวนรวม (cumulative percentage of variance) ร้อยละ 73.58 องค์ประกอบย่อยทั้งหมดมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) อยู่ในช่วง .304 - .853 ซึ่งประกอบด้วย (รายละเอียดในภาคผนวก จ)

2.1.1 ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ มี 13 ข้อ มีค่าองค์ประกอบร่วมกัน ระหว่าง .648-.792 ประกอบด้วย 1) มีการจัดการด้านยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 2) มีค่าใช้จ่ายน้อย แต่ให้ผลตอบแทนที่ดีต่อสุขภาพ 3) ประชาชนต้องมีสิทธิที่จะใช้บริการข้ามชั้นตอนได้ในกรณีฉุกเฉิน 4) มีอุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่ให้ความปลอดภัย 5) มีการระมัดระวังการล่องละเมิดต่อสิทธิผู้ป่วย 6) เป็นบริการที่ไม่หวังผลกำไร และผลประโยชน์อื่น ๆ จากประชาชน 7) มีการเก็บรักษาข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในความปลอดภัยไว้เป็นความลับ 8) มีอุปกรณ์ เครื่องมือ และแนวทางในการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามความจำเป็น 9) มีการติดต่อสื่อสารเพื่อรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล 10) มีการแจ้งสถานบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายให้ประชาชนทราบอย่างเป็นทางการ 11) มีการชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจถึงความจำเป็นก่อนที่จะส่งตัว 12) อาคาร สถานที่ ภูมิฐาน และเหมาะสมในการจัดบริการสุขภาพ และ 13) มีการจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการสุขภาพ บนพื้นฐานความจำเป็นเร่งด่วนโดยเป็นไปตามเกณฑ์ คือ มีน้ำหนักองค์ประกอบ .308-.513 และมีค่าไอเกนเท่ากับ 47.389

2.1.2 ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ มี 7 ข้อ มีค่าองค์ประกอบร่วมกันระหว่าง .651-.815 ประกอบด้วย 1) มีบุคลากรสาธารณสุขประจำกรอย่างเพียงพอต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน (อย่างน้อย 8 คน) 2) มีเภสัชกรหมุนเวียนมาประจำในสถานพยาบาลเครือข่าย 3) มีบุคลากรทำงานประจำอย่างต่อเนื่อง (มีทีมดูแลประจำที่ชัดเจน) 4) มีการจัดให้บริการประชาชนนอกสถานบริการ 5) มีการประเมินผู้ป่วยในทุกด้านก่อนให้บริการ (holistic) เมื่อไปขอรับบริการ 6) มีกิจกรรมเสริมเพื่อลดความเบื่อหน่ายและให้ประโยชน์ ต่อสุขภาพ ในขั้นตอนของการรอคอยบริการ และ 7) มีการตรวจสอบภายใน ประเมินผล และ รายงานผลการจัดบริการต่อสาธารณะโดยเป็นไปตามเกณฑ์ คือ มีน้ำหนักองค์ประกอบ .328-.853 และมีค่าไอเกนเท่ากับ 2.489

2.1.3 ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสุขภาพ มี 4 ข้อ มีค่าองค์ประกอบร่วมกันระหว่าง .651-.709 ประกอบด้วย 1) จัดให้มีที่นั่งคอยด้วยบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติ มีความร่มรื่น 2) มีสถานที่ตรวจรักษาหรือให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมี

พื้นที่ให้บริการที่พอเพียง 3) มีบริการอื่นๆ เพื่อเพิ่มความสะดวกรสบายในการไปใช้บริการ และ 4) มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมในกำหนดทิศทางของพัฒนาการจัดบริการ โดยเป็นไปตามเกณฑ์ คือ มีน้ำหนักองค์ประกอบ .397-.794 และมีค่าไอเคนเท่ากับ 2.003

2.1.4 ความเสมอภาคของบริการสุขภาพ มี 5 ข้อ มีค่าองค์ประกอบร่วมกัน ระหว่าง .680-.781 ประกอบด้วย 1) ประชาชนสามารถขึ้นทะเบียนอยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการอย่างแน่นอน 2) มีสถานที่ให้บริการแยกออกจากการจัดบริการระดับอื่น อย่างเป็นสัดส่วน 3) ประชาชนสามารถเดินทางไปกลับได้โดยสะดวก 4) ต้องมีแพทย์ประจำในสถานพยาบาลเครือข่าย และ 5) ต้องสามารถดูแลสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้นได้เป็นที่ประจักษ์ โดยเป็นไปตามเกณฑ์ คือ มีน้ำหนักองค์ประกอบ .332-.651 และมีค่าไอเคนเท่ากับ 1.492

2.1.5 การมีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบ มี 6 ข้อ มีค่าองค์ประกอบร่วมกัน ระหว่าง .747-.817 ประกอบด้วย 1) มีการเปิดโอกาสให้ตัวแทนของประชาชนตรวจสอบการจัดบริการสุขภาพ 2) มีการตรวจสอบกันเองภายในของสถานบริการ 3) มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารในการบริหารจัดการแก่สาธารณะ 4) จัดการให้มีรพพยาบาลพร้อมบุคลากรเพื่อความสะดวก ปลอดภัยในกรณีฉุกเฉินโดยชุมชนมีส่วนร่วม 5) มีการประชาสัมพันธ์เพื่อรับทราบความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากประชาชน และ 6) เป็นผู้รับ - ส่งข่าวสารจากสถานบริการอื่นที่ประชาชนไปใช้บริการ และส่งผ่านให้ญาติได้รับรู้ทั้งนี้ในส่วนที่ไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วย โดยเป็นไปตามเกณฑ์ คือ มีน้ำหนักองค์ประกอบ .331-.806 และมีค่าไอเคนเท่ากับ 1.377

2.1.6 คุณภาพของบริการสุขภาพ มี 15 ข้อ มีค่าองค์ประกอบร่วมกัน ระหว่าง .673-.782 ประกอบด้วย 1) มีการจัดบริการที่สามารถสร้างความสบายใจแก่ประชาชนในภาพรวม 2) มีระบบสนับสนุน อันจะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพประชาชน 3) มีการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 4) มีการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง 5) มีความรับผิดชอบต่อประชาชนเป็นรายครอบครัว 6) มีจริยธรรมในการเก็บรักษาความลับและข้อมูลของประชาชน 7) มีการส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญของสิทธิผู้ป่วยด้วยความจริงใจ 8) ผู้จัดการสุขภาพมีการสร้างความเป็นกันเองกับครอบครัวและชุมชน 9) มีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่ทอดทิ้ง และเบียดเบียนผู้ป่วย 10) มีการจัดบริการให้ครอบคลุมทุกด้าน (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ/หรือการฟื้นฟูสภาพ) ไปพร้อมๆ ในคราวเดียวกัน 11) ผู้จัดการปฏิบัติตัวต่อผู้รับบริการโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ 12) ผู้จัดการรู้จักการประยุกต์ใช้สื่อต่าง ๆ ที่มีในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชนให้มากที่สุด 13) มีการเสนอทางเลือกให้แก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ 14) เปิดโอกาสให้

ประชาชนในเขตรับผิดชอบได้ร่วมกันกำหนดรูปแบบวิธีการจัดบริการสุขภาพ และ 15) สามารถจัดให้มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐานและบริการส่งตรวจต่อไปยังสถานบริการที่สูงขึ้นได้โดยที่ผู้ป่วย ไม่ต้องเดินทางไปรับบริการเอง โดยเป็นไปตามเกณฑ์ คือ มีน้ำหนักองค์ประกอบ .343-752 และมีค่าไอเกินเท่ากับ 1.178

2.1.7 ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ มี 8 ข้อ มีค่าองค์ประกอบร่วมกัน ระหว่าง .579-728 ประกอบด้วย 1) มีการเปิดบริการให้เหมาะกับวิถีชีวิตของประชาชน โดยไม่จำเป็นต้องเปิดให้บริการตลอดทั้ง 24 ชม. 2) ให้บริการได้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ที่ต้องทำการตรวจรักษาทุกครั้งของการเจ็บป่วย 3) ประชาชนสามารถใช้สถานบริการเป็นแหล่งข้อมูลในการหาความรู้ เพื่อการดูแลตนเองได้ 4) รัฐต้องจัดให้ฟรีแก่ประชาชน และโดยที่ประชาชนอาจมีส่วนร่วมจ่ายทางอ้อมเป็นเงินภาษี 5) บุคลากรผู้ให้บริการต้องมีการเตรียมความพร้อมอยู่ตลอดเวลา 6) เป็นการจัดบริการที่เน้นการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยแก่สุขภาพอนามัยของประชาชน 7) มีการให้บริการแก่ประชาชนให้แล้วเสร็จได้ในจุดเดียว และ 8) เปิดโอกาสให้แก่ประชาชน เพื่อร่วมกันตรวจสอบการดำเนินงานของสถานบริการให้มีประสิทธิภาพ โดยเป็นไปตามเกณฑ์ คือ มีน้ำหนักองค์ประกอบ .320-739 และมีค่าไอเกินเท่ากับ 1.141

2.1.8 การสร้างเสริมสุขภาพ มี 12 ข้อ มีค่าองค์ประกอบร่วมกัน ระหว่าง .611-791 ประกอบด้วย 1) มีบริการด้านการดูแลรักษาปากและฟันในสถานบริการ 2) มีทีมบุคลากรพร้อมรถฉุกเฉินในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการขนย้ายผู้ป่วย 3) มีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลประจำในเครือข่าย 4) มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการขนย้ายผู้ป่วย 5) มีการชี้แจง ข้อเท็จจริงทั้งข้อดี ข้อเสีย และผลลัพธ์ของบริการที่คาดว่าจะเกิดขึ้น 6) มีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของประชาชนอย่างต่อเนื่อง 7) ผู้ให้บริการต้องมีทักษะความชำนาญ รู้จริง และมีความมั่นใจในการให้บริการ 8) มีการออกไปให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ตามปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้นอย่างทันด่วนที่ 9) มีกิจกรรมการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน 10) มีบุคลากรผู้จัดบริการที่เป็นผู้รับผิดชอบต่อครอบครัวเป็นการเฉพาะ 11) ประชาชนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้อย่างอิสระและมีความสบายใจเมื่อไปใช้บริการ และ 12) บุคลากรผู้จัดบริการสุขภาพต้องปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเป็นไปตามเกณฑ์ คือ มีน้ำหนักองค์ประกอบ .304-679 และมีค่าไอเกินเท่ากับ 1.060

ข้อคำถามที่ไม่ได้รวมอยู่ในองค์ประกอบใด ๆ หลังจากการวิเคราะห์หาความตรงเชิงโครงสร้าง ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยกว่า 0.3 จึงไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบ จำนวน 9 ข้อ คือ 1) บุคลากรสาธารณสุขต้องมีบุคลิกภาพเหมาะสม 2) มีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้จัดบริการและผู้รับบริการ 3) จัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคนด้วยความเต็มใจ เสมอภาคกัน 4) เปิดให้ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้ตลอดเวลา 24 ชม. 5) มีการจัดบริการเสริมเป็นพิเศษเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน 6) มีการให้บริการรวม ทั้ง 4 ด้าน คือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ 7) มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการ ทั้งตอนส่งไปและรับกลับ 8) บุคลากรสาธารณสุขต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถหลากหลาย และ มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรสาธารณสุขที่จัดบริการ อยู่อย่างสม่ำเสมอ

2.2 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ตาราง 9 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจังหวัดพัทลุง

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ของประชาชน	\bar{X}	SD	แปรผลระดับ ที่พึงประสงค์
1. ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ	2.56	0.71	มาก
2. ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ	2.28	0.78	ปานกลาง
3. ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวก	2.44	0.67	ปานกลาง
4. ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ	2.40	0.78	ปานกลาง
5. ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบ	2.42	0.76	ปานกลาง
6. ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ	2.50	0.71	มาก
7. ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ	2.46	0.71	มาก
8. ด้านบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ	2.53	0.74	มาก
สรุปภาพรวม	2.52	0.69	มาก

จากตาราง 9 พบว่าลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนในด้านที่มีความพึงประสงค์ในระดับมาก มี 4 ด้าน คือ ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 2.56, SD = .71$) ด้านคุณภาพของบริการ ($\bar{X} = 2.50, SD = .71$) ด้านประสิทธิภาพของบริการ ($\bar{X} = 2.46, SD = .71$) และด้านบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 2.53, SD = .74$)

ด้านที่มีความพึงประสงค์ในระดับปานกลาง มี 4 ด้าน คือ ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ ($\bar{X} = 2.28, SD = .78$) ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.44, SD = .67$) ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.40, SD = .78$) ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบ ($\bar{X} = 2.42, SD = .76$)

โดยสรุปในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงประสงค์ในระดับมากต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ($\bar{X} = 2.52, SD = .69$)

ส่วนที่ 3 ตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

การศึกษาตัวทำนายที่มีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (multiple regression analysis) ได้นำตัวทำนายทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วยตัวทำนายด้านลักษณะของประชากร สังคม เศรษฐกิจ คือ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด และรายได้เฉลี่ยต่อปี ด้านลักษณะชุมชน คือ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ และระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางถึงสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ ด้านลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง คือสถานะสุขภาพและภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว และด้านประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ คือ ความถี่ในการใช้บริการสุขภาพต่อปี และประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ และคะแนนลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน มาคำนวณเมตริกสหสัมพันธ์ เพื่อหาค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ดังตาราง 10

ตาราง 10 ค่าเมตริกสหสัมพันธ์ (The Correlation Matrix) ของตัวทำนายฯ และลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	Y
1. อายุ : ปี (X ₁)	1.000													
2. เพศ (X ₂)	-.050	1.000												
3. ศาสนา (X ₃)	-.138**	.035	1.000											
4. อาชีพ (X ₄)	.150**	-.138**	-.118*	1.000										
5. สถานภาพ (X ₅)	.030	-.198**	-.006	.260**	1.000									
6. ระดับการศึกษาสูงสุด (X ₆)	.456**	-.026	-.043	.325**	.154**	1.000								
7. รายได้เฉลี่ยต่อปี : บาท (X ₇)	-.065	-.083	.015	-.201**	.016	-.296**	1.000							
8. ระยะเวลาอาศัยอยู่ในพื้นที่ : ปี (X ₈)	.407**	.047	-.051	-.045	-.112*	.097	.016	1.000						
9. ระยะเวลาในการเดินทางถึงสถานบริการฯ : นาที	.170**	-.041	-.038	-.008	-.075	.051	-.063	-.062	1.000					
10. สภาวะสุขภาพ (X ₁₀)	.240**	.038	.010	-.068	-.110*	.133**	-.082	.090	.091	1.000				
11. โรคประจำตัว (X ₁₁)	.349**	.088	.118*	-.058	-.123*	.159**	-.064	.164**	.097	.197**	1.000			
12. ความถี่ในการใช้บริการ : จำนวนครั้งต่อปี (X ₁₂)	.174**	.100	.063	.013	.107*	.073	-.040	.175**	.061	.051	.248**	1.000		
13. สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนสุขภาพระดับปฐมภูมิ	.302**	-.051	-.123*	.220**	-.002	.253**	-.153**	-.157**	.196**	.104*	.104*	-.039	1.000	
14. คะแนนลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่พึงประสงค์ (Y)	-.288**	.065	-.110*	-.094	.100*	-.169**	.164**	.184**	-.533**	-.107*	-.247**	-.067	-.537**	1.000

* p<0.05

** p<0.01

ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุนั้นจะมีข้อตกลงเบื้องต้นคือ ตัวแปรอิสระด้วยกันจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (multicollinearity) โดยใช้เกณฑ์ ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) สูงเกิน ($r > .65$) (Tabachnich and Fidell, 2001) ซึ่งจากตาราง 10 ไม่พบว่าตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินที่กำหนด

ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในการทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
ที่พึงประสงค์ของประชาชน

ตัวทำนาย	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย		SE	t	p-value
	ไม่ปรับ	ปรับ			
	มาตรฐาน (b)	มาตรฐาน (Beta)			
ประเภทของสถานพยาบาลฯ	-40.420	-.386	4.079	-9.909*	≤0.001
ระยะเวลาในการเดินทาง : นาที	-1.725	-.410	.152	-11.351*	≤0.001
ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว	-11.560	-.124	3.564	-3.244*	0.001
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ : ปี	.499	.183	.112	4.445*	≤0.001
อายุ : ปี	-.501	-.149	.151	-3.319*	0.001
ศาสนา	-16.004	-.100	5.773	-2.772*	0.006
สถานภาพสมรส	8.289	.078	3.813	2.174*	0.030

หมายเหตุ : * p value < 0.05

Constant = 202.646, SE = 6.421, Adjust R² = .536

จากตาราง 11 – 12 พบว่าตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนมีทั้งหมดจำนวน 7 ตัว ตัวทำนายที่ดีที่สุดที่ถูกเลือกเข้ามามาก่อนคือ ประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ เมื่อเพิ่มตัวทำนายอื่น ๆ คือ ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทาง ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ อายุ ศาสนา และสถานภาพสมรส พบว่าค่าสหสัมพันธ์พหุคูณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่าตัวทำนายทั้งหมดจำนวน 7 ตัว เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดที่สามารถร่วมกันทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ร้อยละ 53.6 (R² = .536) เมื่อนำตัวทำนายทั้ง 7 ตัว วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ในการทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน พบว่าตัวทำนายมีอิทธิพลทั้งด้านบวกและด้านลบดังนี้

ตัวทำนายที่มีอิทธิพลด้านบวก คือ ระยะเวลาอาศัยอยู่ในพื้นที่ และสถานภาพสมรส

ตัวทำนายที่มีอิทธิพลด้านลบคือ คือ ระยะเวลาในการเดินทาง ประเภทของสถาน
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน อายุ ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว และศาสนา

สมการถดถอยพหุคูณของตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์
ของประชาชน ในรูปคะแนนมาตรฐานจึงสามารถเขียนได้ดังนี้

$$Z = b_1X_1 + b_3X_3 + b_5X_5 + b_8X_8 + b_9X_9 + b_{11}X_{11} + b_{13}X_{13}$$

หรือ ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

$$\begin{aligned} &= -0.149(\text{อายุ : ปี}) - 0.100(\text{ศาสนา}) + 0.078(\text{สถานภาพสมรส}) \\ &+ 0.183(\text{ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ : ปี}) - 0.410(\text{ระยะเวลาในการเดินทาง : นาที}) \\ &- 0.124(\text{ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว}) \\ &- 0.386(\text{ประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ}) \end{aligned}$$

ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนาย และคะแนนลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ขั้นที่	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² Change	F	F Change
1	ประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ	.537	.288	.288	154.283*	154.283
2	ประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ, ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทาง	.694	.482	.194	177.017*	142.465
3	ประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ, ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทาง, ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว	.712	.507	.025	130.052*	19.182
4	ประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ, ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทาง, ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว, ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่	.722	.521	.014	102.827*	10.930
5	ประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ, ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทาง, ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว, ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่, อายุ	.728	.530	.009	85.005*	7.090
6	ประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ, ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทาง, ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว, ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่, อายุ, ศาสนา	.734	.539	.009	73.273*	7.398
7	ประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ, ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทาง, ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว, ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่, อายุ, ศาสนา, สถานภาพสมรส	.738	.545	.006	64.102*	4.725

หมายเหตุ : * p value ≤ 0.05

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลมี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ส่วนที่ 3 ตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง สามารถอภิปรายผลในแต่ละส่วนได้ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 36 – 50 ปี (ร้อยละ 46.7) สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนและรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขประจำปี 2544 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2544ก) ที่พบว่าประชากรของจังหวัดพัทลุงส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในกลุ่ม 36 – 55 ปีมากที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 43.2 ปี ซึ่งสูงกว่าอายุเฉลี่ยในภาพรวมของประเทศจากการประเมินผลงานบริการสาธารณสุขระดับตำบล โดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี 2542 (มันทนา ประทีปะเสน และคณะ, 2542ก) ที่พบว่ามีค่าเฉลี่ย 26.17 ปี เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้กำหนดอายุอย่างต่ำของกลุ่มตัวอย่างที่อายุ 18 ปี แต่ในเรื่องสัดส่วนของเพศชายพบว่ามีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับเพศหญิงสอดคล้องกัน (ชาย : หญิง เท่ากับ 52.5 : 47.5) โดยเพศหญิงจะมีจำนวนมากกว่าเล็กน้อย การนับถือศาสนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธมากกว่าศาสนาอื่นเป็นจำนวนมาก (ร้อยละ 92.4) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง(2544ก)ในด้านอาชีพกลุ่มตัวอย่างจะมีอาชีพหลักเป็นอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด(ร้อยละ 64.5) ซึ่งสอดคล้องกับจากการประเมินผลงานบริการสาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งประเมินโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี 2542 (มันทนา ประทีปะเสน และคณะ, 2542ก) โดยเมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัด เช่นจังหวัด นครราชสีมา น่าน สระแก้ว นครศรีธรรมราช และยะลา รวมถึงจังหวัดพัทลุงด้วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2544ก) ที่พบว่าประชากรจะมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลักประมาณร้อยละ 50.00 - 70.00 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสถานภาพสมรส (ร้อยละ 80.2) สอดคล้องกับสถานภาพของประชากรเมื่อแยกรายจังหวัด เช่นจังหวัด นครราชสีมา น่าน สระแก้ว นครศรีธรรมราช และยะลา ซึ่งมีประชากรที่สถานภาพสมรสมากกว่าร้อยละ 60.00 (นับจากประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป) และจังหวัดนครราชสีมา เป็น จังหวัดที่มี

ประชากรสถานภาพสมรสใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด (ร้อยละ 72.9) (มันทนา ประทีปะเสน และคณะ, 2542ก)

การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีการศึกษาขั้นสูงสุดคือระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 62.4) สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง (2544ก) และข้อมูลของจังหวัดนครราชสีมา สระแก้ว และนครศรีธรรมราช ที่มีประชากรจบการศึกษาขั้นสูงสุดคือระดับชั้นประถมศึกษาประมาณ ร้อยละ 50.00 – 65.00 สอดคล้องกับ สุวรรณ จันทรประเสริฐ และคณะ (2543) เช่นเดียวกัน และกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าในสัดส่วนที่ไม่มากนัก (ร้อยละ 5.00) เช่นเดียวกับข้อมูลของจังหวัดนครศรีธรรมราช และนครสวรรค์ ที่พบได้ประมาณร้อยละ 2.00 – 2.50 (มันทนา ประทีปะเสน และคณะ, 2542ก) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง (สูงกว่าระดับปฐมศึกษา) อาจย้ายถิ่นทั้งชั่วคราวและเป็นการถาวรเข้าไปทำงานในเขตเมือง (คำรงค์ บุญยืน, 2545) ซึ่งมีปริมาณของงานให้เลือกและได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกว่า ในเรื่องรายได้เฉลี่ยต่อปีของกลุ่มตัวอย่าง อยู่รายได้ระหว่าง 20,001 – 45,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 41.5) ซึ่งคิดเป็นรายได้เฉลี่ยต่อปีเฉลี่ย 43,578.5 บาท ซึ่งเพิ่มขึ้นจากในปี 2542 (16,000 บาท) ถึงเกือบ 2 เท่า ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะสถานการณ์การออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้นของแม่บ้านโดยการเข้ามาทำงานในโรงงานต่าง ๆ ในจังหวัดสงขลาแบบไปกลับวันเดียว หรือมีการส่งเสริมอาชีพเสริมแก่แม่บ้านทำให้เกิดรายได้แก่ครอบครัวมากขึ้น ไม่ได้อาศัยรายได้จากภาคเกษตรกรรมเพียงอย่างเดียวเช่นในอดีต (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางแก้ว, 2544) สอดคล้องกับรายได้เฉลี่ยต่อปีในภาพรวมของประชาชนในภาคตะวันออก ที่พบว่าประชาชนจะมีรายได้เฉลี่ยในระดับต่ำกว่า 60,000 บาทต่อปี (สุวรรณ จันทรประเสริฐและคณะ, 2543) แต่ต่ำกว่าจังหวัดระยอง และนครสวรรค์ (55,000 – 65,000 บาท) และสูงกว่าบางจังหวัด เช่น จังหวัดน่าน (12,000 บาท) (มันทนา ประทีปะเสน และคณะ, 2542ก) ทั้งนี้จะพบความแตกต่างอย่างชัดเจนกับข้อมูลจากการสำรวจชุมชนของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นเขตเมืองที่พบว่าประชาชนมีรายได้เฉลี่ยถึงประมาณ 110,000 บาทต่อปี (รุจิรา มังคะศิริ, 2542ก) จะเห็นได้ว่าประชาชนในจังหวัดพัทลุงถึงแม้ว่าจะมีระดับรายได้ที่สูงขึ้น แต่เมื่อเทียบกับภาพรวมของประเทศ หรือในจังหวัดอื่น ๆ ในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกันแล้ว ก็จะพบว่ายังจัดอยู่ในลำดับที่หลัง ๆ นับจากพื้นที่ที่มีระดับรายได้สูงลงมา สำหรับระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่ในช่วง 16 – 30 ปี (ร้อยละ 41.5) คิดเป็นระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่เฉลี่ย 28.7 ปี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านบริการสาธารณสุขของชาวชนบทจังหวัดขอนแก่นของสมทรง ฒ นคร และคณะ (2536)

ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่แล้วประชาชนในพื้นที่ที่จะเป็นพื้นที่เพิ่มเติม (ร้อยละ 60.00) หากย้ายถิ่นเข้ามา ก็เป็นการแต่งงานเพื่อออกเรือนไปอยู่ในบริเวณของบ้านสามีหรือภรรยาเท่านั้น

1.2 ประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ

การเดินทางเพื่อไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่จะใช้ระยะเวลาประมาณ 6 – 15 นาที (ร้อยละ 50.9) ถึงสถานบริการ และโดยเฉลี่ยใช้เวลาในการเดินทาง 12.7 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และ บุญผา ศิริรัมย์ (2532) ที่ทำการศึกษาสถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขในท้องถิ่นชนบท พบว่าประชาชนจะใช้ระยะเวลาเดินทางถึงสถานบริการสุขภาพที่เคยใช้บริการประจำ โดยเฉลี่ยเพียง 16 นาที ซึ่งน้อยมาก ทั้งนี้หากพิจารณาตามมาตรฐานการจัดบริการระดับปฐมภูมิ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) ที่กำหนดให้ประชาชนต้องสามารถเดินทางมาใช้บริการได้ภายใน 30 นาที นั้น จะพบว่าประชาชนเพียงส่วนน้อยที่ยังมีปัญหาที่อยู่ และสามารถแก้ปัญหาได้โดยการเปิดโอกาสให้เขาเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานบริการที่สะดวกและรวดเร็วในการเดินทางใหม่เป็นกรณีพิเศษ ในส่วนลักษณะของการรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพที่แข็งแรงดี (ร้อยละ 79.6) สอดคล้องกับสุวรรณ จันทร์ประเสริฐ และคณะ (2543) และไม่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวในปัจจุบัน (ร้อยละ 70.5) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ จันทร์ประเสริฐ และคณะ (2543) ที่พบว่าประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ ประมาณร้อยละ 85.4 สำหรับผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวนั้นส่วนใหญ่ มักจะป่วยด้วยอาการปวดเมื่อย (ร้อยละ 38.5) หรือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20.0) และ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ และคณะ (2543) เช่นเดียวกัน ซึ่งพบว่าในการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเรื้อรังนั้นส่วนหนึ่งเกิดจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นเพราะพลวัตการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ จากสุขภาพสมบูรณ์สู่ความเจ็บป่วย และความตายอยู่เสมอ (health-illness continuum) และอีกส่วนหนึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไม่ถูกต้อง สำหรับการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในรอบปีที่ผ่านมา จะมีการใช้บริการประมาณ 3 – 6 ครั้ง (ร้อยละ 36.8) โดยเฉลี่ย 6 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และ บุญผา ศิริรัมย์ (2532) ที่พบว่าประชาชนในเขตชนบทจะไปใช้บริการสถานอนามัย อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี คิดเป็นร้อยละ 87.0 แต่สูงกว่าความถี่ในการใช้บริการของประชาชนในเขตศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร (0.2 ครั้ง ต่อปี) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเขตกรุงเทพมหานคร กว้างขวางมาก และมีสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่ประชาชนสามารถเลือกได้มากกว่า (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ, 2542ข) ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (1.1 ครั้ง ต่อปี) (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ, 2542ข) และศูนย์แพทย์อยุธยา

(2 ครั้ง ต่อปี) (ทวีเกียรติ บุญยไพศาล และคณะ, 2538) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเกิดจากข้อมูลที่สำรวจได้ในเขตชนบทนั้นไม่ขาดหายไป เนื่องจากสถานบริการสุขภาพมิให้ประชาชนเลือกใช้บริการน้อย และแสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนในท้องถิ่นชนบทได้ดีในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ยังไม่ได้พิจารณาถึงความจำเป็นที่ต้องใช้บริการจริงๆ ประกอบด้วย

การขึ้นทะเบียนเป็นสถานบริการหลักในการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างจะขึ้นทะเบียนกับสถานีอนามัยเป็นสถานบริการหลักในการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ร้อยละ 77.3) สอดคล้องกับลักษณะของข้อมูลสัดส่วนประชากรในความรับผิดชอบของสถานีอนามัย และสถานบริการอื่น ๆ ในจังหวัดพัทลุง จะพบว่ามีสัดส่วน ประมาณ 3 ต่อ 1 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2544ก) และหลังจากรัฐบาลมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว จังหวัดพัทลุงก็เปิดให้ประชาชนขึ้นทะเบียนกับสถานบริการระดับปฐมภูมิระดับต่าง ๆ นั้น ก็ให้พิจารณาเรื่องเขตความรับผิดชอบเดิมเป็นหลัก และความสะดวกในการเดินทางเป็นเกณฑ์พิจารณาในลำดับรองในการจัดให้ขึ้นทะเบียน และสอดคล้องกับการประเมินผลงานบริการสาธารณสุขระดับตำบลของ มันทนา ประทีปะเสน และคณะ (2542ก) ที่พบว่าในทุกจังหวัดที่ทำการประเมินผล (น่าน นครสวรรค์ นครราชสีมา สระแก้ว ระยอง นครศรีธรรมราช และยะลา) ประชาชนจะระบุว่าไปรับบริการที่สถานีอนามัยเป็นแห่งแรก (ในอดีตก่อนมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า นั้นการเปิดให้ประชาชนขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลยังไม่เป็นทางการอย่างเช่นในปัจจุบัน)

ส่วนที่ 2 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

จากการวิเคราะห์หาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) พบว่าลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนทั้งหมด มีจำนวน 8 ด้าน จำนวน 70 ข้อคำถามที่เป็นไปตามเกณฑ์ คือ 1) ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ 2) ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ 3) ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสุขภาพ 4) ด้านความเสมอภาค ของบริการสุขภาพ 5) ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบ 6) ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ 7) ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ และ 8) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และมีระดับของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในแต่ละด้าน ดังนี้

2.1 ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ เป็นบริการที่มีลักษณะของอาคาร สถานที่ คุณมีฐานและมีเหมาะสมที่จะเป็นสถานที่ที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งจะทำให้สถานบริการเกิดความน่าเชื่อถือและได้รับความไว้วางใจจากประชาชน (OECD, 2000) เป็นการรับรู้

ประการต้น ๆ ที่จะเกิดขึ้นในการเข้าไปรับบริการ จากนั้นจะตามด้วยการเกิดปฏิสัมพันธ์ด้านบวก และมีการให้ความร่วมมือที่ดีต่อผู้จัดบริการ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542) โดยเป็นบริการที่มีลักษณะไม่หวังผลกำไร และผลประโยชน์อื่น ๆ จากประชาชน มีการคำนึงถึงความมีมนุษยธรรมเป็นหลักของการจัดบริการ มีจุดมุ่งหมายที่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐานของทุกคนได้อย่างเหมาะสมตามแนวคิดของ อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) กล่าวคือเป็นบริการที่ที่มีค่าใช้จ่ายน้อย แต่ให้ผลตอบแทนที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพของภาคผู้กำหนดนโยบายและองค์กรผู้ให้บริการ เช่น ฟราย และ ฮาร์เดอร์ (Fry and Harder, 1990); สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2542); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก) และ องค์กรความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD, 2000)

เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ให้ได้ตาม มีอุปกรณ์ เครื่องมือ และแนวทางในการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละบริบทของการจัดบริการ ทั้งนี้จะต้องมีมาตรฐานในการใช้ คู่มือ และความรู้ที่เหมาะสมของบุคลากรในการนำมาใช้งานโดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการหรือแม้แต่ผู้ให้บริการเอง และมีการรับประกันความปลอดภัยแก่ประชาชนได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978); สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2542); ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (2543); องค์กรความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD, 2000) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, (2544) ทั้งนี้หากพบว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบ หรือเกิดอันตรายต่อประชาชน ก็ต้องพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือหรือแก้ไขสถานการณ์ได้ทันทั้งที่ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก และ ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2543)

มีการจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการสุขภาพ บนพื้นฐานความจำเป็นเร่งด่วน โดยพิจารณาจากจำนวนประชาชนที่จะถูกผลกระทบ ความร้ายแรงของสภาพปัญหา หรือจากความไวของปัญหาในการขยายตัว เป็นต้น ทั้งนี้ให้พิจารณาโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับแนวคิดของ อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (2543); องค์กรความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD, 2000) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) เมื่อมีกรณีฉุกเฉินเกิดขึ้นการให้บริการต้องมีความยืดหยุ่น สามารถให้บริการข้ามขั้นตอนนี้ได้ ทั้งนี้โดยปกติแล้วต้องมีการแจ้งสถานบริการสุขภาพในแต่ละระดับที่สูงขึ้นไปที่อยู่ในเครือข่ายบริการให้ประชาชนทราบอย่างเป็นทางการ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้บริการในลักษณะตัดสินใจเลือกทั้งระบบ เป็นเครือข่ายสถานบริการประจำครอบครัว เช่น เมื่อจะมีการส่งต่อเพื่อรับบริการสุขภาพ ประชาชนควรจะได้ทราบล่วงหน้าก่อนแล้วว่าเป็น

สถานบริการใด สอดคล้องกับแนวคิดของ ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ (2543) ที่เห็นว่าการได้ทราบว่าคุณภาพในเครือข่ายคือที่ใด เป็นสิทธิที่ประชาชนควรได้รับทราบ และสามารถแจ้งให้ทราบได้จริงอย่างเป็นรูปธรรมเพียงแต่ผู้กำหนดนโยบายกำหนดเครือข่ายให้ชัดเจน เช่นเดียวกับแนวคิดขององค์กรความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD, 2000) และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) ที่ถือว่าการรับทราบข้อมูลส่วนนี้สามารถตอบสนองต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการได้ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่ระบบบริการ และสามารถลดปัญหาเรื่องการให้บริการข้ามขั้นตอนในภายหลังได้ หากมีความจำเป็นที่จะต้องส่งตัวไปรับบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นไปก็จะต้องมีการชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจถึงความจำเป็นก่อนที่จะส่งตัว ทั้งนี้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับบริการในขั้นต่อไปให้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2542) สอดคล้องกับแนวคิดและข้อเสนอในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542) และ ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ (2543) โดยต้องมีแนวทางสำหรับการปฏิบัติที่ได้มาตรฐานเหมือนกันทั้งสถานพยาบาลที่เป็นฝ่ายส่งและฝ่ายรับตัวไว้รักษาต่อ เพื่อลดความขัดแย้ง และเพิ่มความน่าเชื่อถือให้แก่เครือข่ายในสายตาของผู้รับบริการด้วย (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) ควรมีช่องทางการติดต่อสื่อสารที่หลากหลายเพื่อรับหรือส่งข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลและเกิดเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย แต่ต้องมีมาตรการในการรักษาความลับควบคู่ไปด้วยเสมอ ทั้งนี้การรับและการส่งข้อมูลจะต้องมีได้ทั้งในแนวตั้งและแนวราบ มีความรวดเร็ว แม่นยำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978); เวาริ (Vuori, 1986); สตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1993); สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) และมีมาตรการที่ตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องได้อย่างรวดเร็วด้วย(ปรีดา แต่อารักษ์และคณะ,2543)

ในการปฏิบัติเพื่อให้บริการสุขภาพ ผู้จัดบริการต้องมีการระมัดระวังการล่วงละเมิดต่อสิทธิผู้ป่วย ทั้งที่โดยตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจอันเกิดได้จากความประมาท หรือเหตุความสนิทสนมกับผู้รับบริการจนก้าวล่วงไปละเมิดสิทธิโดยไม่ตั้งใจ หรือการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ทั้งนี้พบว่าสอดคล้องกับแนวคิดของ สตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1993); สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) ที่กล่าวถึงลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ดีจะต้องไม่มีการละเมิดสิทธิผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม มีการเก็บรักษาข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในความลับที่สมควรซึ่งได้รับทราบ หรือเก็บบันทึกไว้ด้วยเหตุผลทางด้านสุขภาพของเจ้าของข้อมูลไว้เป็นความลับ การพิจารณาเพื่อนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ก็ใช้เหตุผลเพื่อสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลและสุขภาพโดยรวมของชุมชนหรือสังคมเท่านั้น ทั้งนี้จะต้องไม่มีผลเสียที่จะเกิดขึ้นไปกระทบต่อเจ้าของหรือ

ผู้ให้ข้อมูลโดยเด็ดขาด สอดคล้องกับแนวคิดของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2542); มันทนา ประทีปเสนา และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) และ องค์การความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD, 2000)

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ในด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน มีระดับมาก ($\bar{X} = 2.56, SD = .71$) ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดหลักของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978); เวาริ (Vuori, 1986); ทูเดอร์ฮาร์ด (Tudor-Hart, 1989); สตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1993); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปริดา เต้อารักษ์ และคณะ (2543); องค์การความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD, 2000) และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) ในประเด็นที่ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนนั้นจะต้องเป็นบริการที่สามารถจัดให้ตอบสนองต่อสภาพปัญหาและความต้องการตามความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนได้

2.2 ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ เป็นความพร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น ต้องมีบุคลากรสาธารณสุขประจำการอย่างเพียงพอต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน โดยการพิจารณาจากสภาพปัญหา และความจำเป็นของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ ทั้งนี้อาจจะใช้วิธีการใด ๆ ที่จูงใจให้บุคลากรมีความเต็มใจปฏิบัติงานและพร้อมที่จะให้บริการในพื้นที่ที่มีสภาพปัญหาด้านสุขภาพสูง สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของ สตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1993); สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2542); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542) และ องค์การความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD, 2000) ที่กล่าวถึงความพอเพียงเต็มใจ และพร้อมที่จะให้บริการอยู่เสมอของบุคลากรสาธารณสุข เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บริการนั้นมีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับของประชาชน โดยบุคลากรผู้ให้บริการนั้นจะต้องทำหน้าที่เป็นทีมดูแลสุขภาพประชาชนในเขตรับผิดชอบประจำและมีความต่อเนื่อง ถือเป็นบุคลากรผู้จัดบริการหลักที่รอบรู้ในเรื่องประเพณี วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ซึ่งเป็นความพร้อมของทรัพยากรบุคคลที่ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร หรือผู้สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะต้องจัดให้มี และสามารถจัดให้มีได้ตามลักษณะที่พึงประสงค์ของประชาชน โดยมีรูปแบบลักษณะของการจัดบริการเช่น การจัดให้มีเภสัชกรหมุนเวียนมาประจำในสถานพยาบาลเครือข่าย อันเนื่องมาจากเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีความขาดแคลน และเป็นเพียงบุคลากรผู้สนับสนุนการจัดบริการบริการในระดับนี้ ก็ใช้วิธีการหมุนเวียนเพื่อการควบคุม กำกับ หรือให้คำแนะนำแก่บุคลากรประจำให้ปฏิบัติได้ ตามข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544)

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้จัดบริการควรมีการประเมินผู้ป่วยในทุกมิติก่อนให้บริการเมื่อประชาชนไปขอรับบริการ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สภาพสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับแนวคิดในการจัดบริการขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1978) ที่เน้นการจัดบริการด้วยการพิจารณาผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและแสดงให้เห็นถึงความพร้อมของบุคลากรในการให้บริการโดยมีการตรวจวินิจฉัยและประเมินผลอย่างรอบด้าน และมีการมองผู้ป่วยเป็นองค์รวม (สุพัตรา ศรีวิชิชากร, 2542) การประเมินผู้ป่วยในทุกด้านก่อนให้บริการจึงเป็นลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ประการหนึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ ทูเดอร์-ฮาร์ท (Tudor-Hart, 1989); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ (2543) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) การจัดให้บริการประชาชนนอกสถานบริการในลักษณะการทำงานเชิงรุก เข้าหาประชาชน ทำให้จะได้รับทราบปัญหาและข้อเท็จจริงในเรื่องความเป็นอยู่ วิถีชีวิตของประชาชนด้วย แทนที่จะตั้งรับอย่างเช่นในอดีต ประชาชนเองก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อบริการด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978); ทูเดอร์-ฮาร์ท (Tudor-Hart, 1989); สุพัตรา ศรีวิชิชากร (2542); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ (2543); องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000); องค์การความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD (2000) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) สำหรับการจัดบริการในสถานบริการนั้น ควรมีกิจกรรมเสริมที่ให้ประโยชน์ต่อสุขภาพ เพื่อลดความเปราะบางในขั้นตอนของการรอคอยบริการ นับเป็นลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์เพราะเป็นการบรรเทาความทุกข์อีกทางหนึ่งให้แก่ประชาชนผู้มารับบริการ รวมถึงยังสามารถให้ประโยชน์ต่อสุขภาพแก่ประชาชนได้อีกทางหนึ่ง ด้วยการจัดกิจกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ (WHO, 1978; สุพัตรา ศรีวิชิชากร, 2542)

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีการตรวจสอบภายใน การประเมินผล และรายงานผลของการจัดบริการต่อสาธารณะ เป็นบริการที่แสดงถึงการเตรียมความพร้อมในการให้บริการอยู่ตลอดเวลา การตรวจสอบ และประเมินผล เป็นกิจกรรมที่จะทำให้ทราบจุดบกพร่องที่ควรจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข (สุพัตรา ศรีวิชิชากร, 2542) การรายงานให้สาธารณะได้รับทราบเป็นการยืนยันความพร้อม (มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542) และหากยังมีข้อบกพร่องที่ควรพัฒนาปรับปรุงก็จะได้รับคำแนะนำจากสาธารณะเพื่อการปรับปรุงจนเป็นลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ (ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543) กิจกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

ของ เวาริ (Vuori, 1986); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542) และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544)

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ในด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ มีระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.28$, $SD = .78$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในภาพรวมของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978); เวาริ (Vuori, 1986); สตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1993); สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2542); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ (2543) และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) ทั้งนี้แนวคิดดังกล่าวได้แยกส่วนพบอยู่ในแนวคิดอื่น ๆ และในการวิจัยครั้งนี้ค้นพบว่าเป็นลักษณะที่สำคัญของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์จากภาคประชาชนซึ่งเป็นผู้รับบริการโดยตรง

2.3 ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสุขภาพ เป็นลักษณะสำคัญอีกลักษณะหนึ่งของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ เช่นการมีสถานที่ตรวจรักษาหรือให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ต้องพิจารณาจัดให้ตามความจำเป็นที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานบริการ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542) โดยที่จะต้องทำให้ผู้มารับบริการมีความรู้สึกปลอดภัยไม่รู้สึกหวาดกลัวทั้งจากสาเหตุของความไม่สะอาดของอาคาร สถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ (จรัส สุวรรณเวลา, 2542) หรือเพราะกลัวที่จะเปิดเผยข้อเท็จจริงของอาการป่วยเนื่องจากไม่ได้แยกเป็นสัดส่วนในการให้บริการ เป็นต้น (อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542) การจัดให้มีที่นั่งคอยด้วยบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติ มีความร่มรื่น และมีความประหยัด ด้วยการนำวัสดุ อุปกรณ์ที่มีอยู่แล้วในห้องถิ่นมาปรับใช้ โดยไม่ต้องสิ้นเปลืองงบประมาณในการจัดหาด้วยราคาแพง ก็เป็นสิ่งที่จำเป็น (WHO, 1978) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสบายใจในระหว่างการรับบริการ หรือระหว่างที่ต้องรอรับบริการ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก) สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดบริการขององค์กรความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD, 2000) ที่ไม่เพียงมุ่งหวังให้หายจากความทุกข์แต่ต้องสร้างความสุขให้เกิดแก่ผู้มารับบริการได้ด้วย รวมถึงการจัดให้มีบริการอื่นๆ เพื่อเพิ่มความสะดวกสบายในการไปใช้บริการ โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อของชุมชน (WHO, 1978; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก) และต้องพิจารณาถึงการมีภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชนเป็นสำคัญ (OECD, 2000) ลักษณะของการจัดบริการดังกล่าวข้างต้น สามารถทำได้และจะเป็นที่พึงประสงค์ของประชาชนก็ด้วยการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมในกำหนดทิศทางของพัฒนาการจัดบริการในทุกขั้นตอน (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2538)

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ในด้านบรรยากาศ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสุขภาพ มีระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.44$, $SD = .67$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO (1978); สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ (2543); องค์การความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD, 2000) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) แต่ให้พิจารณาความประหยัด และการประยุกต์ใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่นให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

2.4 ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ ที่เป็นองค์ประกอบลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน เช่นลักษณะของสถานที่ที่จัดบริการ ต้องแยกออกจากการจัดบริการระดับอื่นอย่างเป็นสัดส่วน เพราะจะทำให้เกิดความคล่องตัวในการให้บริการและไม่เกิดความสับสนในการใช้บริการของประชาชนอันเนื่องมาจากลักษณะบริการที่แตกต่างกันกับการจัดบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO (1978); เวาริ (Vuori, 1986) และ สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542) ประชาชนขึ้นทะเบียนอยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเดียวเป็นที่แน่นอน ซึ่งจะทำให้ได้รับการดูแลสุขภาพจากสถานบริการอย่างเสมอภาคกัน สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ต้องให้ความเสมอภาคแก่ประชาชนโดยถ้วนหน้ากันของ มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ (2543) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) ทั้งนี้ควรจะใช้เกณฑ์ในการพิจารณาการรับประชาชนขึ้นทะเบียนตามหลักความจำเป็นด้านสุขภาพร่วมด้วย (WHO, 1978; Starfield, 1993) ซึ่งควรที่จะได้ศึกษาในรายละเอียดให้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (ฉัญ ภมรประวัตติ และคณะ, 2541) เช่นการได้เลือกขึ้นทะเบียนกับสถานบริการที่มีแหล่งที่ตั้งของสถานบริการที่ประชาชนสามารถเดินทางไปกลับได้โดยสะดวก รวดเร็ว เป็นไปตามแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO (1978); เวาริ (Vuori, 1986) และ สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542) ซึ่งถือความสะดวกในการรับบริการเป็นประเด็นสำคัญต่อการเกิดความเสมอภาคของบริการสุขภาพ (ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543; สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) ในส่วนประเด็นของความเสมอภาคของประชาชนที่จะได้รับบริการจากแพทย์นั้น ก็จัดให้มีประจำในเครือข่ายการให้บริการ โดยไม่จำเป็นที่จะต้องประจำอยู่ในสถานบริการระดับปฐมภูมิเป็นหลัก แต่ต้องสามารถประสานเพื่อขอคำปรึกษา (consult) หรือรับการส่งต่อเมื่อจำเป็นได้ (Fry and Harder, 1990; Starfield, 1993) ที่สำคัญต้องสามารถดูแลสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพที่ดีได้เป็นที่ประจักษ์ ซึ่งนับความผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพที่มีความหมายในเชิงความเสมอภาค

ได้ดีที่สุด และรวมไปถึงเป็นผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจริง (Fry and Harder, 1990; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; OECD, 2000; สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544)

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ในด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ มีระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.40, SD = .78$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของ ฟราย และ ฮาร์เดอร์ (Fry and Harder, 1990); มันทนา ประทีปเสน และคณะ(2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000); องค์การความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD, 2000) และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544)

2.5 ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการร่วมตรวจสอบเป็นลักษณะบริการที่พึงประสงค์ของประชาชน ด้วยการเปิดโอกาสให้ตัวแทนของประชาชนตรวจสอบการจัดบริการสุขภาพ เพื่อเป็นการยืนยันความโปร่งใสของบริการที่จัดให้และเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะให้ประชาชนได้มีโอกาสเสนอแนะข้อควรปรับปรุงการจัดบริการให้เป็นที่พึงประสงค์ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2542); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542) และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยทั่วไปในวงกว้างก็สามารถจัดให้มีขึ้นได้ด้วยการประชาสัมพันธ์เพื่อรับทราบความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากประชาชน และมีการสรุปเพื่อนำมาปรับใช้ในการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสมและเป็นไปได้จริง (ธีรพงษ์ แก้วหาญ, 2542) หากผู้จัดบริการไม่สามารถจัดให้ได้ก็ต้องมีเหตุผลในการชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจ (WHO, 2000; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข , 2544) ในภาคส่วนของผู้จัดบริการเองก็ต้องมีการตรวจสอบตนเองภายในด้วยทางหนึ่งก็เพื่อที่จะได้พิจารณำไปปรับปรุงสถานบริการที่ตนจัดอยู่ หรือเป็นการพัฒนาร่วมกันในลักษณะเครือข่าย ผลประโยชน์ก็จะตกแก่สังคมโดยรวม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) จากนั้นต้องมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารในการบริหารจัดการ รวมถึงผลของการตรวจสอบภายในแก่สาธารณะ (คุณณี สุทธิปริยากุล, 2543) เพื่อให้ประชาชนที่รับผิดชอบได้รับทราบสถานการณ์ ทิศทางของการพัฒนาและการบริหารสอดคล้องกับแนวคิดและข้อเสนอในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ดีของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2542); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) ลักษณะของบริการ

ดังกล่าวจะเป็นการแสวงหาความร่วมมือที่ดีกับประชาชนและจะนำมาซึ่งความสำเร็จของการจัดบริการอื่น ๆ เช่น การจัดให้มีโรงพยาบาลโดยบุคลากรที่พร้อมจะปฏิบัติงาน เพื่อความสะดวกและปลอดภัยในกรณีฉุกเฉินของประชาชน ทั้งนี้โดยการอาศัยชุมชนมีส่วนร่วมในรูปแบบของอาสาสมัครเป็นต้น ลักษณะเช่นนี้จะเกิดขึ้นได้จริงก็ต้องอาศัยความเข้มแข็งของชุมชนเองเท่านั้น (ปริดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543) และการได้รับความไว้วางใจจากชุมชนโดยผู้จัดบริการจะต้องปฏิบัติเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกันกับประชาชนในความรับผิดชอบ อาจจะต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทน ในการเป็นผู้รับข่าวหรือส่งข่าวสารจากสถานบริการอื่นที่ประชาชนไปใช้บริการ เพื่อ ส่งผ่าน ให้ความรู้ ปรึกษา เป็น การช่วยลดความวิตกกังวลลง ทั้งนี้โดยไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วย (ปริดา แต่อารักษ์และคณะ, 2543)

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ในด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ มีระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.42$, $SD = .76$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักในการจัดบริการของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978); เวรื (Vouri, 1986); สุพัตรา ศรีวิณิชชากร(2542); มันทนา ประทีปเสนและคณะ(2542ก); อารี วัลยะเสวีและคณะ(2542); ปริดา แต่อารักษ์และคณะ(2543) และ โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข(2544)

2.6 ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ เป็นลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ในลักษณะของการเปิดโอกาสให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ได้ร่วมกันกำหนดรูปแบบวิธีการจัดบริการสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง หรือการดูแลกันเองในชุมชน ตามความเหมาะสม มีการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ร่วมกัน แล้วจัดบริการเพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ตามแนวคิดในการจัดบริการขององค์การอนามัยโลก (WHO (1978); สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปริดา แต่อารักษ์ และคณะ (2543) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) ในส่วนของผู้จัดบริการทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำ พร้อมทั้งการเสนอทางเลือกให้แก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ อย่างตรงไปตรงมาและมีความถูกต้องของข้อมูลที่ให้ ต้องไม่พยายามเป็นผู้ชี้แนะบริการเสียเองทั้งหมด ตามแนวคิดของ มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก) และ องค์การความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD (2000) ผู้จัดบริการ ต้องรู้จักการประยุกต์ใช้ทรัพยากร เช่น ตัวบุคคล เครื่องมือ หรือสื่อต่าง ๆ ที่มีในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้ว และให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพประชาชน ตามแนวคิดและข้อแนะนำในการการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลก (WHO (2000); ทูเดอร์-ฮาร์ท (Tudor-Hart, 1989) และ อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542) ทั้งนี้ต้องมีการสร้างความเป็นกันเองกับครอบครัวและชุมชน ด้วยความจริงใจ จึงจะก่อให้เกิดคุณภาพของบริการที่แท้จริง สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดบริการเฉพาะระดับปฐมภูมิของ สุพัตราศรีวิณิชชากร(2542)และ มันทนาประทีปเสนและคณะ(2542ก)

การสร้างความเป็นกันเองนั้นมีเงื่อนไขในการจัดบริการที่จะทำให้เกิดขึ้นได้โดยง่ายคือวิธีการแบ่งความรับผิดชอบต่อประชาชนให้รับผิดชอบเป็นรายครอบครัวแทนการรับผิดชอบตามสภาพของการป่วย หรือตามตำแหน่งอวัยวะ ซึ่งเป็นการดูแลรับผิดชอบแบบแยกส่วนอย่างเช่นในอดีต (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก) ซึ่งจะมีโอกาสที่จะได้รับความไว้วางใจสูงกว่าเพราะเป็นผู้ที่สามารถจะเข้าใจประชาชนได้ในทุกมิติกว่า แต่ผู้จัดบริการจะต้องเป็นผู้ที่มีจริยธรรมในการเก็บรักษาความลับ และข้อมูลของประชาชน ซึ่งประชาชนได้มอบความไว้วางใจให้เพื่อใช้ประกอบในการดูแลสุขภาพของตนเมื่อยามเจ็บป่วย หรือเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้น (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; WHO; 2000) รวมถึงต้องแสดงความจริงใจที่จะส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญของสิทธิผู้ป่วยโดยถือว่าเป็นสิ่งที่ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับทราบอย่างไม่บิดเบือน (OECD, 2000) ไม่มีการเลือกปฏิบัติไม่ว่าผู้รับบริการจะมีฐานะที่แตกต่างกันหรือไม่ สถานภาพหรือปัจจัยอื่นใด ต้องไม่มาเป็นที่แสดงความแตกต่างของบุคคล และเป็นเหตุให้มีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ตามแนวคิดของสตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1993) และฟราย และฮาร์เดอร์ (Fry and Harder, 1990)

การผสมผสานการจัดบริการให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมและป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย โดยจัดไปพร้อมๆ ในคราวเดียวกันจะเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ตามเงื่อนไขการจัดบริการข้างต้นและเป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในฐานะที่เป็นผู้จัดบริการด่านแรกที่รับรู้และเข้าใจต้นเหตุของปัญหาได้อย่างถ่องแท้ และลึกซึ้งกว่าผู้จัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิระดับที่สูงขึ้นไป สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลก (WHO (1978); วูริ (Vuori, 1986); สตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1993); สุพัตราศรีวณิชชากร (2542) และ อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปรีดา เต๋ออาร์กซ์ และคณะ (2543) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการ สาธารณสุข (2544) ที่กล่าวถึงลักษณะการจัดบริการที่มีลักษณะผสมผสาน (integrated care)

การดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่องทั้งที่ยามเจ็บป่วย และยามที่ภาวะสุขภาพปกติ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย หรือยามที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย (WHO, 1978; Vuori, 1986; Starfield, 1993) เป็นภาระหน้าที่สำคัญของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือเป็นการดูแลตลอดชีวิต ตั้งแต่เกิดจนตาย (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542) ก็ถือว่าเป็นระดับบริการสุขภาพระดับนี้เท่านั้นที่สามารถจะดำเนินการให้เป็นไปได้จริงและมีความคุ้มค่า แต่ต้องภายใต้ระบบสนับสนุนอันจะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพประชาชน เช่นระบบข้อมูลข่าวสาร การวางแผนกำลังคน การจูงใจให้ผู้จัดบริการนำไปปฏิบัติเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่ทอดทิ้ง และเบียดเบียนผู้ป่วย เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การ

อนามัยโลก (WHO (1978); เวาริ (Vuori, 1986); สตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1993) ระบบการจัดบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องนั้นเป็นลักษณะบริการที่ดี (good care) ที่จะทำให้ประชาชนพึงพอใจในการรับบริการ (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2542; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542) ความต่อเนื่องของบริการนั้นหมายถึงไปถึงรูปแบบการจัดบริการที่สามารถรับภาระบางประการแทนประชาชนได้เช่นการจัดให้มี การตรวจขั้นพื้นฐานและบริการส่งตรวจต่อไปยังสถานบริการที่สูงขึ้น ได้โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปรับบริการเอง นอกจากจะเป็นการช่วยให้ประชาชนเสียค่าใช้จ่ายน้อยแล้ว ยังถือว่าเป็นคุณภาพบริการขั้น พื้นฐานที่ต้องจัดให้มีเพื่อสนองตอบต่อลักษณะบริการที่พึงประสงค์ของประชาชนด้วยสอดคล้อง ตามแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO (1978); เวาริ (Vuori, 1986); สตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1993); สุพัตราศรีวิณิชชากร(2542); อารี วัลยะเสวีและคณะ(2542) และปริดา เต๋ออาร์กย์และคณะ(2543)

กล่าวโดยสรุปในภาพรวมของการจัดบริการสุขภาพที่จะสามารถสร้างความสบายใจแก่ประชาชนในภาพรวม เป็นคุณภาพของบริการเชิงสังคมที่ไม่ค่อยคงที่นัก การจัดบริการจึงต้องแปรเปลี่ยนไปตามสถานการณ์อยู่ตลอดเวลา การที่จะทำให้คุณภาพบริการเชิงสังคมหรือความพอใจในบริการอยู่ได้นานและไม่เกิดเป็นช่องว่างก็คือการให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดลักษณะบริการร่วมกันในทุกชั้นตอน (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2542; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542)

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ในด้านคุณภาพของบริการ สุขภาพมีระดับมาก ($\bar{X}=2.50, SD=.71$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักของในการจัดบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิของ องค์การอนามัยโลก(WHO, 1978); เวาริ (Vuori, 1986); สตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1993); สุพัตราศรีวิณิชชากร(2542); มันทนาประทีปเสนและคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวีและคณะ (2542); ปริดา เต๋ออาร์กย์ และคณะ (2543) และ โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข(2544)

2.7 ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ เป็นลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ที่มักจะขัดแย้งกับคุณภาพของบริการสุขภาพอยู่เสมอ โดยเฉพาะคุณภาพเชิงสังคม เพราะเมื่อเน้นในด้านใดแล้วมักจะทำให้เกิดส่วนขาดในอีกด้านหนึ่งเสมอ แต่ก็สามารถทำให้เกิดความสมดุลได้ด้วยกรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ เช่นช่วงเวลาของการเปิดหรือปิดการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้นในแต่ละพื้นที่อาจจะจัดให้เหมาะกับวิถีชีวิตของประชาชน โดยไม่จำเป็นต้องเปิดให้บริการตลอดทั้ง 24 ชั่วโมงซึ่งสามารถสร้างความพอใจแก่ประชาชนได้ดี และมีความเหมาะสมกับลักษณะของท้องถิ่นและวิถีชีวิตจะมีประสิทธิภาพกว่า จึงไม่จำเป็นต้องเปิดบริการตลอดเวลาอย่างเช่นสถานบริการระดับที่สูงกว่า สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1978); เวาริ (Vuori, 1986); ทูเดอร์-ฮาร์ท (Tudor-Hart, 1989); สตาร์ฟิลด์ (Starfield, 1993); สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542);

อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ (2543); องค์การความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD (2000) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) หรือการจัดบริการสุขภาพที่สถานบริการระดับปฐมภูมินั้น ก็สามารถที่จะให้บริการได้โดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขก็เพียงพอ ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ที่ต้องทำการตรวจรักษาทุกครั้งของการเจ็บป่วย เพราะการเจ็บป่วยในแต่ละครั้งไม่ได้รุนแรงทุกครั้ง อาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะเป็นเพียงขั้นต้นเท่านั้น หากได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและทันท่วงที ก็สามารถป้องกันความรุนแรงของโรคได้ (มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542; ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543; สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544) โดยที่รัฐต้องเป็นฝ่ายจัดให้บุคลากรผู้ให้บริการมีการเตรียมความพร้อมอยู่ตลอดเวลาเพื่อรับกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของประชาชนได้ทัน ไม่รุกรามออกไป (Vuori, 1986; สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2542; มันทนา ประทีปเสน และคณะ, 2542ก) มีการให้บริการแก่ประชาชนให้แล้วเสร็จได้ในจุดเดียวก็เช่นกัน จะไม่เพียงแต่เกิดประสิทธิภาพเท่านั้น แต่จะเป็นบริการมีผลดีต่อการจัดบริการสุขภาพโดยรวม ตามแนวคิดของสุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542) และมันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก)

ทั้งนี้ลักษณะของบริการสุขภาพที่รัฐต้องจัดให้ฟรีแก่ประชาชน และโดยที่ประชาชนอาจมีส่วนร่วมจ่ายทางอ้อมเป็นเงินภาษี จะทำให้มีประสิทธิภาพว่าการที่รัฐจัดให้ฟรี แต่ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมรับรู้ในการร่วมจ่าย และร่วมรับภาระในค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วย สอดคล้องตามแนวคิดของ มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); องค์การอนามัยโลก (WHO (2000) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) และเพื่อควมมีประสิทธิภาพของบริการต้องส่งเสริมประชาชนให้สามารถดูแลตนเองได้ สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงควรเป็นแหล่งความรู้ที่ประชาชนสามารถเข้าไปใช้เป็นแหล่งศึกษาเพื่อการดูแลตนเอง หรือจะเป็นการจัดบริการที่เน้นการให้ข้อมูลข่าวสารถึงคร่าวเรื้อน เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยแก่สุขภาพอนามัยของประชาชน เพราะบริการที่มีประสิทธิภาพ จะต้องเป็นบริการที่สามารถป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพแก่ประชาชน ไม่ใช่บริการที่คอยแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (WHO, 1978; อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542)

การจัดบริการสุขภาพในลักษณะที่จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่างสอดคล้องกับคุณภาพต้องเป็นบริการที่เปิดโอกาสให้แก่ประชาชนเพื่อร่วมกันตรวจสอบการดำเนินงานของสถานบริการ ทั้งนี้เพราะประชาชนในฐานะเจ้าของงบประมาณที่แท้จริง ย่อมตระหนักถึงความเหมาะสมในการใช้จ่ายและความพึงพอใจที่ตนจะได้รับได้ดีกว่า หากผู้จัดบริการมีความจำเป็นก็สามารถอธิบายด้วยองค์ความรู้ที่ถูกต้องให้ประชาชนเข้าใจได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ สุพัตรา ศรีวิณิชชากร

(2542); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544)

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ในด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ มีระดับมาก ($\bar{X} = 2.46$, $SD = .71$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978); เวาริ (Vuori, 1986); ฟราย และฮาร์เดอร์ (Fry and Harder, 1990); สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปรีดา แต่อาร์ักษ์ และคณะ (2543); องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000); องค์การความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD, 2000) และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544)

2.8 ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ที่เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี คือ บริการที่มีการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดของ อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปรีดา แต่อาร์ักษ์ และคณะ (2543); องค์การความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD (2000) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) โดยบุคลากรผู้จัดบริการสุขภาพต้องปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ในการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ เวาริ (Vuori, 1986); สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542) และ มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก) ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่จะทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการเลียนแบบและเกิดการปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองต่อไป รวมถึงการมีบุคลากรผู้จัดบริการที่เป็นผู้รับผิดชอบต่อครอบครัวเป็นการเฉพาะสอดคล้องกับแนวคิดในการจัดบริการของ มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก) ที่เห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนจะได้ผลอย่างเป็นรูปธรรม ถ้ามีการเอาใจใส่และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนโดยเริ่มต้นมากจากคนในครอบครัวก่อน และลักษณะของบริการที่ผู้ให้บริการมีทักษะความชำนาญ รู้จริง และมีความมั่นใจในการให้บริการ จะทำให้ประชาชนเห็นด้วยและคล้อยตามในการนำไปเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติ ตามแนวคิดในการพัฒนาบุคลากรเพื่อการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542) และ มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก) การออกเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของประชาชนอย่างต่อเนื่อง เป็นการจัดบริการเชิงรุกแบบเข้าถึงครัวเรือนก็เป็นสิ่งสนับสนุนที่ดีที่จะเกิดเป็นลักษณะบริการที่พึงประสงค์ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1978); สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก) และ อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542) ที่ต้องการจัดบริการด้วยการปฏิบัติเชิงรุกและอาศัยความต่อเนื่องจนประชาชนเกิดความตระหนักและนำไปปฏิบัติจริง จะต้องมีการชี้แจงข้อเท็จจริงทั้งข้อดี ข้อเสีย

และผลลัพธ์ของบริการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นให้ประชาชนทราบร่วมด้วย ตามแนวคิดของทูดอร์-ฮาร์ท (Tudor-Hart, 1989); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก) และ อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542) หากพบว่ามีปัญหาจะต้องมีการออกไปให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ตามปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้นอย่างทันที่ และเป็นที่พึงของประชาชนได้จริงยามเมื่อมีทุกข์ ตามแนวคิดของ สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก) อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (2543); องค์การความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD (2000) และ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) เช่นการจัดทีมบุคลากรที่เป็นอาสาสมัครผู้ผ่านการอบรมให้ความรู้พร้อมรถฉุกเฉินไว้ในชุมชนที่มักจะมีปัญหาบ่อย ๆ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการขนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น หรือการมีบริการด้านการดูแลรักษาปากและฟันในสถานบริการ ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางแล้วว่าปัญหาด้านทันตสาธารณสุขของประชาชนนั้นเป็นปัญหาค้นมูลฐานที่สำคัญที่จำเป็นจะต้องได้รับการแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO,1978) ด้วยการจัดให้มีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลอยู่ประจำในเครือข่าย เป็นต้น

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีระดับมาก ($\bar{X} = 2.53, SD = .74$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักที่สำคัญของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978); ทูดอร์ ฮาร์ท (Tudor-Hart, 1989); สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542); มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก); อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542); ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (2543); องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) และองค์การความร่วมมือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (OECD, 2000)

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนในภาพรวม มีระดับมาก ($\bar{X} = 2.52, SD = .69$) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีความพึงประสงค์ในระดับมากมี 4 ด้าน คือ ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 2.56, SD = .71$) ด้านคุณภาพของการจัดบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.50, SD = .71$) ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.46, SD = .71$) และด้านบริการที่เน้นการ สร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 2.53, SD = .74$) ด้านที่มีระดับปานกลาง มี 4 ด้าน คือ ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ ($\bar{X} = 2.28, SD = .78$) ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.44, SD = .67$) ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.40, SD = .78$) และด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ ($\bar{X} = 2.42, SD = .76$)

สรุปได้ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ที่ได้จากการวิเคราะห์หาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) เปรียบเทียบกับลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ที่ทบทวนจากแนวคิดของผู้กำหนดนโยบาย หรือผู้จัดบริการ ดังตารางที่ 13

ส่วนที่ 3 ตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ตัวทำนายมีจำนวน 7 ตัว ที่สามารถรวมกันเป็นทำนายที่ดีต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน คือ อายุ (ปี) ศาสนา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ (ปี) ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทาง (นาท) ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว และประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้พบว่าตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน คือ ระยะเวลาในการเดินทาง โดยมีอิทธิพลในทางลบ รองลงมาคือประเภทของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลในทางลบเช่นกัน และตัวทำนายทั้งหมดสามารถรวมกันทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนได้ ร้อยละ 53.6 ($R^2 = .536$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวทำนายทั้ง 7 ตัว มีอิทธิพลทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

ตัวทำนายที่มีอิทธิพลด้านบวกมากที่สุด คือ ระยะเวลาอาศัยอยู่ในพื้นที่ และรองลงไปคือ สถานภาพสมรส

ระยะเวลาอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีอิทธิพลด้านบวกต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน หมายถึงการที่ประชาชนอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบในการให้บริการของสถานบริการนานขึ้นก็จะมีลักษณะการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งก็เกิดจากความมุ่งหวังที่จะให้สถานบริการจัดบริการให้เป็นไปตามลักษณะที่พึงประสงค์ โดยพิจารณาว่าสถานบริการนั้น ๆ จะสามารถดำเนินการหรือพัฒนาขึ้นได้ โดยอาศัยข้อมูลการพัฒนาของสถานบริการจากในอดีตมาก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ข้อมูลจากภายนอกมากขึ้นตามระยะเวลาที่ตนอาศัยอยู่ในพื้นที่ด้วย โดยนำมาเปรียบเทียบกับสถานบริการที่ตนเองใช้บริการหรือรับทราบถึงสถานการณ์การจัดบริการในปัจจุบัน ลักษณะดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ การศึกษาของ สมทรง ณ นคร และคณะ (2536) ที่ทำการประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านบริการ สาธารณสุขของชาวชนบทจังหวัดขอนแก่น และพบว่าระยะเวลาที่อยู่อาศัยในพื้นที่ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะความต้องการบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับ วสันต์ศิลป์สุวรรณ (Silpasuwanm, 1986) ที่ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลกระทบจากการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบทของประเทศไทย และพบว่าระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในพื้นที่จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดความต้องการลักษณะบริการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่อยู่อาศัยนานขึ้น ซึ่งในประชาชนกลุ่มนี้จะเป็นผู้ที่มีโอกาสของการเข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว เมื่อกลับมาพิจารณาถึงผู้ที่เพิ่งเข้ามาอยู่ในพื้นที่การให้บริการ หรือผู้ที่มีการอพยพย้ายถิ่นบ่อย ๆ จึงนับเป็นประเด็นที่น่าสนใจและต้องให้ความสำคัญ อันเนื่องมาจากขาดโอกาสที่สำคัญอย่างประชาชน กลุ่มอื่นๆ จึงควรจะมี

การทบทวนการจัดบริการให้เป็นพิเศษเฉพาะสำหรับประชาชนกลุ่มนี้ เพื่อให้เกิดความเสมอภาคกันกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นานกว่า เช่นการขอขึ้นทะเบียนหรือการขอเปลี่ยนแปลงเป็นผู้รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิปลายทางตามถิ่นที่อยู่จริง การให้อิสระโดยมีเงื่อนไขที่เหมาะสมในการเลือกขึ้นทะเบียนเป็นผู้รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้ที่สำคัญ จะต้องมีการการโอนย้ายฐานข้อมูลสุขภาพของประชาชนเมื่อมีการร้องขอ หรือกรณีที่เกิดความจำเป็นเร่งด่วนต่อสุขภาพ เป็นต้น

สถานภาพสมรสจะมีอิทธิพลด้านบวก หมายถึงการที่ประชาชนมีสถานภาพสมรสจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับที่มากกว่าผู้ที่ไม่มีสถานภาพโสด หรือหย่า หรือแยกกันอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ วสันต์ ศิลปสุวรรณ (Silpasuwanm, 1986) ที่พบว่าผู้ที่ไม่มีสถานภาพสมรส จะมีแนวโน้มที่ไม่อยากจะเปลี่ยนสถานบริการ แต่มีแนวโน้มที่จะให้สถานบริการมีการปรับปรุงลักษณะการจัดบริการให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในการอยู่ในชุมชนเปลี่ยนไปจากเดิม โดยมีแนวโน้มที่เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อชุมชนมากขึ้น รวมถึงกิจกรรมในการจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยมากกว่ากลุ่มสถานภาพอื่น (กรมพัฒนาชุมชน, 2519) เป็นเพราะผู้ที่ไม่มีสถานภาพสมรสแล้ว จะมีความต้องการการจัดบริการสุขภาพไม่เพียงแต่เพื่อตนเองเท่านั้น แต่มีความต้องการในลักษณะของการดูแลทั้งครอบครัว ต้องการบริการสุขภาพในหลายประเภทของบริการ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเป็นบริการสุขภาพพื้นฐานมากกว่าด้วย ทั้งนี้ตามภาระความรับผิดชอบที่มีมากขึ้น การจัดบริการในลักษณะนี้จึงควรพิจารณาจัดบริการตามแนวคิดของเวชปฏิบัติครอบครัว และมีการดูแลประชาชนในความรับผิดชอบแบบบูรณาการ ผสมผสาน มีความต่อเนื่องในการให้บริการ

ตัวทำนายที่มีอิทธิพลด้านลบมากที่สุด คือ ระยะเวลาในการเดินทาง รองลงไปคือประเภทของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ประชาชนขึ้นทะเบียน อายุ ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว และศาสนา ตามลำดับ

ระยะเวลาในการเดินทางซึ่งมีอิทธิพลในด้านลบต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน หมายถึงการที่ประชาชนใช้ระยะเวลาในการเดินทางเพื่อมารับบริการจากสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินานขึ้นจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับที่ต่ำกว่าผู้ที่ใช้เวลาในการเดินทางน้อยกว่า ด้วยเหตุผลที่ต้องเสียเวลาในการเดินทางมาก และยังคงต้องกังวลในการใช้เวลาตอนขากลับอีก จึงริบแรงที่จะใช้บริการโดยไม่ได้พิจารณาลักษณะที่พึงประสงค์ลงในรายละเอียดของบริการเหมือนกับผู้ที่ใช้เวลาในการเดินทางมาน้อย ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์จริง ๆ จึงเป็นลักษณะบริการที่เป็นพื้นฐานเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นคือการได้รับการบำบัดจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ให้ทุเลาลงเป็นประการแรกก่อน

เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสพ เรืองขำ (2539) ที่ศึกษาถึงการตัดสินใจเลือกสถานบริการเพื่อการรักษาพยาบาลของประชาชนในจังหวัดตรัง พบว่าระยะเวลาในการเดินทางไปถึงสถานบริการยิ่งนาน จะยิ่งทำให้ความคาดหวังต่อคุณภาพของบริการที่จะได้รับน้อยลงและไม่เลือกที่จะไปใช้บริการในที่สุด สอดคล้องกับ ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ และคณะ (2531) ที่กล่าวไว้ในบทความประกอบการเสวนาสภากาแฟ ครั้งที่ 1 เรื่อง การวิเคราะห์งานสาธารณสุขมูลฐานของ เจ ยู ซี (JUC) ว่าระยะเวลาในการเดินทางมีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจของบริการ และการศึกษาของ เฟรดเดอริค เอ เดย์ และบุญเลิศ เลียวประไพ (Frederic A. Day and Boollert Leoprapai, 1977) ที่ศึกษารูปแบบการให้บริการสาธารณสุขที่จังหวัดสุพรรณบุรี และพบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางยิ่งน้อยจะทำให้มีอัตราการใช้บริการมากขึ้นและมีความคาดหวังว่าต้องได้รับบริการที่มีลักษณะดีตามที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นไปเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่จะเปลี่ยนสถานบริการได้สูง ฉะนั้นด้วยเงื่อนไขการจัดบริการที่จะให้มีการขึ้นทะเบียนกับสถานบริการหลักตามเขตการปกครอง แต่เดิมนั้นจึงควรจะมีการปรับเปลี่ยนให้มีการขึ้นทะเบียนตามสภาพภูมิประเทศ ทั้งนี้โดยการจัดตั้ง คณะทำงานร่วมระหว่างภาครัฐและประชาชนขึ้นมาพิจารณาเป็นกรณีเฉพาะและให้มีในทุกระดับบริการสุขภาพ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิสำหรับเงื่อนไขที่เป็นหลักสำคัญในการพิจารณาคือความสะดวก รวดเร็วในการเดินทางไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน

สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนเป็น โรงพยาบาลชุมชนมีอิทธิพลในด้านลบต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน หมายถึงประชาชนที่ขึ้นทะเบียนสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกับโรงพยาบาลชุมชนจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์น้อยกว่าผู้ที่ขึ้นทะเบียนกับสถานอนามัย หรือผู้ที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนที่ใด ผู้ที่ขึ้นทะเบียนเพื่อรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกับโรงพยาบาลชุมชนนั้น จะมีลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ระดับน้อยกว่าผู้ที่ขึ้นทะเบียนกับสถานอนามัยหรือผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการใด ๆ พิจารณาได้ใน 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรก ผู้ที่ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็น โรงพยาบาลนั้นจะได้รับบริการที่คล้ายกันหรือเทียบเคียงได้กับบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ โดยไม่ได้แยกจากกันอย่างชัดเจน ระหว่างการให้บริการระดับทุติยภูมิกับระดับปฐมภูมิ ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนจึงได้รับบริการที่มีความพร้อมทั้งด้านอาคารสถานที่ บุคลากร และอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์เกินกว่าที่จำเป็นในการจัดบริการระดับปฐมภูมิ แต่ลักษณะดังกล่าวจะก่อให้เกิดลักษณะที่พึงประสงค์ในระดับที่สูงขึ้นได้ภายหลัง สอดคล้องกับ ศิริพร จิรวัดน์กุล (2541) ที่ได้รายงานไว้ในรายงานการประเมินผลสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดยโสธร สถานการณ์ก่อนการปฏิรูปกล่าวคือ ความคาดหวังของประชาชนต่อการจัดบริการจะสูงขึ้นเมื่อระดับสถานบริการสูงขึ้น และ

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2542) ที่พบว่าความคาดหวังต่อคุณภาพบริการจะมีอยู่อย่างต่อเนื่องและจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีประสบการณ์ในการใช้บริการกับสถานพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่าเดิม บริการในลักษณะที่คลุมเครือระหว่างบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และระดับที่สูงกว่าเช่นนี้จะไม่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในระบบบริการ ฉะนั้นการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีการแยกบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจากบริการระดับอื่นอย่างเด่นชัด ซึ่งสอดคล้องกับภารกิจที่แตกต่างกันในแต่ละระดับบริการอยู่แล้ว อีกลักษณะหนึ่งที่สำคัญ คือ ผู้ที่ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นสถานีนอมนั้น ยังมีส่วนขาดที่ควรจะมีการพัฒนาอีกมากจึงมีลักษณะบริการที่พึงประสงค์ในระดับมากกว่า จึงควรกำหนดเป็นนโยบายและสนับสนุนให้มีการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เป็นที่พึงประสงค์ของประชาชน โดยใช้แบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์เป็นเกณฑ์ในการประเมินสถานบริการแต่ละแห่งและพัฒนาตามส่วนขาดที่พบ ทั้งนี้พิจารณาจัดลำดับความสำคัญตามระดับของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์จากมากไปน้อยตามลำดับ

อายุมีอิทธิพลด้านลบต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับน้อย แต่ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับมากกว่า ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากหลายประการเช่นเมื่อมีอายุมากขึ้น การรู้สึกว่าเป็นภาระและต้องใช้บริการสุขภาพมากขึ้น หรือการสั่งสมประสบการณ์ในการใช้บริการจนเกิดการยอมรับได้ในระดับหนึ่งว่าการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้นเป็นไปได้เพียงเพื่อการให้บริการในขั้นพื้นฐานเท่านั้น และส่วนใหญ่จะเน้นที่การให้บริการเพื่อส่งเสริมและป้องกันโรค ลักษณะที่พึงประสงค์ในด้านอื่น ๆ เช่น อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นก็ไม่ต้องจัดหา และไม่ถือว่าเป็นส่วนขาดของการจัดบริการ ความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับประชาชนที่มีอายุน้อย หรือวัยรุ่นสาวที่เป็นวัยเจริญพันธุ์ เป็นความต้องการบริการที่หลากหลายกว่ากลุ่มผู้สูงอายุแล้ว เช่น ความต้องการบริการเพื่อสุขภาพด้านการวางแผนครอบครัว การเตรียมตัวก่อนคลอด ระยะเวลาคลอด ตลอดจนหลังคลอด บริการเพื่อสุขภาพของบุตรที่คลอด ภาวะปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงานเหล่านี้เป็นต้น กลุ่มของความต้องการด้านสุขภาพจะหลากหลายรูปแบบ และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบันบริการเหล่านี้ได้มีการจัดอยู่แล้วเพียงแต่คงต้องเพิ่มคุณภาพของบริการเท่านั้น ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สายสัมพันธ์ รัชชวิญญู (2529) แต่ไม่สอดคล้องกับ ประสพ เรืองจำ (2539) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการจัดบริการสุขภาพ หากพิจารณาจากแบบแผนการใช้บริการในการศึกษาของ มันทนา ประทีปเสน และคณะ (2542ก) พบว่า เมื่อประชาชนมีอายุมากขึ้นในช่วงกลางคน ก็จะมีอัตราการใช้บริการต่ำลง และประเภทของบริการที่ใช้ก็มักจะไม่ค่อย

รุนแรง ทั้งนี้เป็นเพราะธรรมชาติของการมีภูมิต้านทานโรคที่ดีขึ้น อีกทั้งมีภาระที่ต้องเร่งรีบในการทำงาน เนื่องจากอยู่ในวัยทำงาน จึงไม่ค่อยที่จะพิจารณาลักษณะบริการที่มีความพิเศษนอกจากการบรรเทาอาการและบรรเทาเป้าหมายของความต้องการในแต่ละครั้งที่ใช้บริการเท่านั้น และจะค่อย ๆ มีอัตราการใช้บริการเพิ่มอีกครั้งในช่วงวัยชรา ซึ่งเมื่อถึงตอนนั้นก็จะเกิดการยอมรับได้ในระดับหนึ่งแล้วของลักษณะการจัดบริการที่เคยได้รับ จึงสอดคล้องกันในลักษณะที่เมื่ออายุมากขึ้นจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์น้อยลง สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นแม้จะมีความต้องการด้านสุขภาพที่ต่อเนื่องเช่นกัน แต่ก็เป็นไปได้ในลักษณะเฉพาะเจาะจงตามกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมากกว่า และมักจะเป็นความต้องการเพียงด้านการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสภาพเท่านั้น แทนที่จะเป็นความต้องการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่จะต้องให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงควรมีการจัดบริการสุขภาพในลักษณะที่มีการพิจารณาถึงความจำเป็นด้านสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ และส่งเสริมให้กลุ่มผู้ที่กำลังย่างเข้าสู่วัยสูงอายุเตรียมตัวสำหรับการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดีในทุกมิติ ตลอดจนในกลุ่มผู้สูงอายุก็ต้องมีการจัดบริการเชิงรุก มีการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในแต่ละวัย ตลอดจนมีการจัดบริการที่เน้นให้มีการดูแลตนเองได้เมื่อเจ็บป่วย

กรณีโรคประจำตัว มีอิทธิพลด้านลบ หมายถึง ผู้ที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวจะมี ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวใด ๆ ทั้งนี้เป็นผล มาจากผู้ที่มีภาวะโรคประจำตัวมักจะเข้าใจคิดว่าตนเองเป็นภาระให้แก่สถานพยาบาล และจะต้องใช้บริการเป็นประจำติดต่อกันไปอีกในระยะเวลาอันยาวนาน การคาดหวังต่อลักษณะบริการที่พึงประสงค์ก็จะลดลงแต่ เป็นไปในลักษณะที่มีความเข้าอกเข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของประสพ เรืองขัม (2539) ที่พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวัง ต่อคุณภาพบริการในภาพรวมของสถานบริการที่ไปใช้บริการ ในขณะที่การศึกษาของ สุรีย์ ธิยมศุภฤกษ์ (2543) พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง จะมีความต้องการเฉพาะให้มีการกำหนดนัดเพื่อให้การรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่าที่จะมีความต้องการต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอื่น จากสภาพปัญหาของประชาชนกลุ่มนี้นั้น เป็นสภาพปัญหาที่ต้องการบริการเป็นการเฉพาะกลุ่มปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเอง และมักจะละเลยต่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือการป้องกันที่จะเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ขึ้นได้อีก จึงมักจะพบว่า มีประชาชนจำนวนหนึ่งที่มีภาวะการเจ็บป่วยพร้อม ๆ กันมากกว่า 1 กลุ่มโรคเสมอ การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เหมาะสมจึงควรพิจารณาและให้ความสำคัญกับกลุ่มบุคคลที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเป็นพิเศษ เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน การแนะนำให้สามารถรวมกลุ่มกันเพื่อดูแลตนเองหรือดูแลซึ่งกันและกันในกลุ่มได้ หรือการจัดบริการโดยมีเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบประจำครอบครัวที่รับรู้เข้าใจเป็นที่พึงและสามารถให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา เป็นต้น

การนับถือศาสนา มีอิทธิพลด้านลบต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน หมายถึง ในกลุ่มผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์น้อยกว่ากลุ่มผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ เนื่องจากกลุ่มผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามจะมีวิถีชีวิตในบางส่วนแตกต่างกันออกไปจากกลุ่มผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ เช่นในเรื่องของการดูแลการคลอดมักจะอยากได้เจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้หญิงในการให้บริการ หรือการดูแลความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่จำแนกความเป็นเพศ ก็มักจะต้องการผู้ให้บริการที่เป็นเพศเดียวกัน ชาวไทยมุสลิมนิยมใช้บริการสุขภาพจากการแพทย์พื้นบ้านก่อนที่จะใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพโดยทั่วไป (วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, บรรณาธิการ, 2539) โดยลักษณะของการแพทย์พื้นบ้านนั้นจะแตกต่างจากลักษณะการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างเป็นทางการในลักษณะที่ด้อยกว่า ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากร รวมถึงองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในการให้บริการด้วย กลุ่มผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามเมื่อต้องมาใช้บริการสุขภาพจากจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างเป็นทางการก็จะเกิดการเปรียบเทียบ และถือว่าเป็นลักษณะที่ดีกว่าอยู่แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โกลอมบ์ (Golomb, 1985) ที่พบว่าถึงแม้ว่าชาวไทยมุสลิมจะเชื่อถือว่าบริการสุขภาพของภาครัฐจะมีประสิทธิภาพสูงกว่า แต่จะเลือกใช้บริการจากหมอพื้นบ้านก่อน ถ้าไม่จำเป็นก็จะไม่ไปหาหมอแผนปัจจุบันในครั้งแรก อีกทั้งมีการจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับวัตรปฏิบัติทางศาสนา เช่น ช่วงเวลาหรือสถานที่ของการทำละหมาด หรือการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน การร่วมทำละหมาดกันที่มีสยิดในวันศุกร์หลังจากเสร็จพิธีแล้วสามารถที่จะขอเวลาเพื่อชี้แจงเรื่องที่เป็นประโยชน์โดยการขออนุญาตจากผู้นำ (โต๊ะอิหม่าม) ไว้ก่อนได้ เป็นต้น ซึ่งพอที่จะสรุปว่าเป็นเหตุผลหลักที่สำคัญที่ทำให้ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีความพึงประสงค์ต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิน้อยกว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ สิ่งเหล่านี้เป็นประเด็นที่ผู้จัดบริการต้องมีการศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรให้บริการ โดยต้องคำนึงถึงศาสนาของประชาชนในเขตการให้บริการด้วย

จากตัวทำนายทั้งหมดสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยพหุคูณของตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z = b_1X_1 + b_3X_3 + b_5X_5 + b_8X_8 + b_9X_9 + b_{11}X_{11} + b_{13}X_{13}$$

หรือ ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

$$\begin{aligned} &= -0.149(\text{อายุ : ปี}) - 0.100(\text{ศาสนา}) + 0.078(\text{สถานภาพสมรส}) \\ &+ 0.183(\text{ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ : ปี}) - 0.410(\text{ระยะเวลาในการเดินทาง : นาที}) \\ &- 0.124(\text{ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว}) \\ &- 0.386(\text{ประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ}) \end{aligned}$$

ตาราง 13 เปรียบเทียบองค์ประกอบของการบริการระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนที่ได้จากการวิจัยกับจากทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบของการบริการระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชนที่ได้จากการวิจัย	องค์ประกอบของการบริการระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. บริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ	✓	—	—	✓	—	—	✓	—
2. ความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ	—	—	—	—	✓	—	—	✓
3. บรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกฯ	—	—	—	—	—	—	—	✓
4. ความเสมอภาคของบริการสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	—	✓	✓	✓
5. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบ	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6. คุณภาพของบริการสุขภาพ	—	✓	✓	—	✓	✓	✓	✓
7. ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ	✓	✓	✓	—	✓	—	✓	✓
8. การสร้างเสริมสุขภาพ	✓	✓	—	—	—	—	✓	—

หมายเหตุ — ไม่ได้ระบุไว้
✓ ระบุไว้

1 = แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2544)

3 = โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544)

5 = สแกน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541)

7 = อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ (2542)

2 = (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (2544)

4 = องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000)

6 = มันทนา ประทีปะเสน และคณะ (2541)

8 = สำเร็จ แหงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ,บรรณาธิการ (2545)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบอธิบาย (explanatory research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน และเพื่อศึกษาตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 383 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (multistage random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการ หาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ตามวิธีครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งรายด้านและรวมทั้งฉบับ ดังนี้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.83 ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.91 ด้านความเสมอภาคของ เท่ากับ 0.84 ด้านประสิทธิภาพของบริการ เท่ากับ 0.80 ด้านคุณภาพของบริการ เท่ากับ 0.96 ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ เท่ากับ 0.95 และรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.98 และหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) พบว่ามี 8 ด้าน และมีข้อคำถามที่มีความตรงเชิงโครงสร้าง สามารถนำมาวิเคราะห์ต่อได้ จำนวน 70 ข้อ คือ 1) ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ มีจำนวน 13 ข้อ 2) ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ มีจำนวน 7 ข้อ 3) ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสุขภาพ มีจำนวน 4 ข้อ 4) ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ มีจำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบ มีจำนวน 6 ข้อ 6) ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ มีจำนวน 15 ข้อ 7) ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ มีจำนวน 8 ข้อ และ 8) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีจำนวน 12 ข้อ โดยในแต่ละองค์ประกอบมีค่าไอเกินมากกว่า 1 (1.060 – 47.389) มีค่าไคเซอร์ เมเยอร์ ออลกิน (The Kaiser-Meyer-Olkin : KMO) เท่ากับ .979 และจำนวนองค์ประกอบทั้งหมดสามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 73.58 ใช้สถิติพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) วิเคราะห์ตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 36 – 50 ปี (ร้อยละ 46.7) โดยมีอายุเฉลี่ย 43.2 ปี เป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ (47.5 : 52.5) และเป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 92.4) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักคืออาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 64.5) โดยมีสถานภาพสมรสมากกว่าสถานภาพอื่น ๆ (ร้อยละ 80.2) กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าแต่เป็นส่วนน้อย (ร้อยละ 62.4) ทั้งนี้พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าแต่เป็นส่วนน้อย (ร้อยละ 5.00)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อปี ประมาณ 20,001 – 45,000 บาทต่อปี (ร้อยละ 41.5) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อปีเฉลี่ย 43,332.5 บาท และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่ในช่วง 16 – 35 ปี (ร้อยละ 41.5) โดยเฉลี่ยประมาณ 28.6 ปี และส่วนมากจะมีที่อยู่อาศัยอยู่ห่างจากสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ไปใช้บริการซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการเดินทางประมาณ 6 – 15 นาที (ร้อยละ 50.9) โดยเฉลี่ยใช้เวลาในการเดินทาง 12.6 นาที

ลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีการรับรู้ตนเองว่ามีสภาวะสุขภาพที่แข็งแรงดี (ร้อยละ 79.6) และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวใด ๆ (ร้อยละ 70.5) ส่วนผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวนั้นส่วนใหญ่จะป่วยด้วยอาการปวดเมื่อย (ร้อยละ 38.5) รองลงไปคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20.0) และโรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 21.2) ตามลำดับ

การให้บริการสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการประมาณ 3 – 6 ครั้ง (ร้อยละ 36.8) โดยเฉลี่ย 5.96 ครั้ง ทั้งนี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนเพื่อรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกับสถานีอนามัย (ร้อยละ 77.3) แต่พบว่ายังมีผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการใด ๆ เลย อีกจำนวนหนึ่งแต่เป็นส่วนน้อย (ร้อยละ 1.8) และจำแนกได้ว่าเป็นกลุ่มผู้ที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 1.6) และอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 0.3)

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน พบว่ามี 8 ด้าน จำนวน 70 ข้อ มีค่าองค์ประกอบร่วมกัน (Communality : h^2) ระหว่าง .648-.792 มีค่าไอเกน (eigenvalue) อยู่ในช่วง 1.060–47.389 มีค่าร้อยละของการอธิบายความแปรปรวนรวม (cumulative percentage of variance) ร้อยละ 73.58 ข้อคำถามทั้งหมดมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) อยู่ในช่วง .304 - .853 ซึ่งประกอบด้วย

ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ มี 13 ข้อ ประกอบด้วย 1) มีการจัดการด้านยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 2) มีค่าใช้จ่ายน้อย แต่ให้ผลตอบแทนที่ดีต่อสุขภาพ 3) ประชาชนต้องมีสิทธิที่จะใช้บริการข้ามชั้นตอนได้ในกรณีฉุกเฉิน 4) มีอุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่ให้ความปลอดภัย 5) มีการระมัดระวังการล่งละเมิดต่อสิทธิผู้ป่วย 6) เป็นบริการที่ไม่หวังผลกำไร และผลประโยชน์อื่น ๆ จากประชาชน 7) มีการเก็บรักษาข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบไว้เป็นความลับ 8) มีอุปกรณ์ เครื่องมือ และแนวทางในการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามความจำเป็น 9) มีการติดต่อสื่อสารเพื่อรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล 10) มีการแจ้งสถานบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายให้ประชาชนทราบอย่างเป็นทางการ 11) มีการชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจถึงความจำเป็นก่อนที่จะส่งตัว 12) อาคารสถานที่ ภูมิฐาน และเหมาะสมในการจัดบริการสุขภาพ และ 13) มีการจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการสุขภาพ บนพื้นฐานความจำเป็นเร่งด่วน

ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ มี 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) มีบุคลากรสาธารณสุขประจำการอย่างเพียงพอต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน (อย่างน้อย 8 คน) 2) มีเภสัชกรหมุนเวียนมาประจำในสถานพยาบาลเครือข่าย 3) มีบุคลากรทำงานประจำอย่างต่อเนื่อง (มีทีมดูแลประจำที่ชัดเจน) 4) มีการจัดให้บริการประชาชนนอกสถานบริการ 5) มีการประเมินผู้ป่วยในทุกด้านก่อนให้บริการ (holistic) เมื่อไปขอรับบริการ 6) มีกิจกรรมเสริมเพื่อลดความเบื่อหน่าย และให้ประโยชน์ต่อสุขภาพ ในขั้นตอนของการรอคอยบริการ และ 7) มีการตรวจสอบภายในประเมินผล และรายงานผลการจัดบริการต่อสาธารณะ

ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสุขภาพ มี 4 ข้อ ประกอบด้วย 1) จัดให้มีที่นั่งคอยด้วยบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติ มีความร่มรื่น 2) มีสถานที่ตรวจรักษาหรือให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง 3) มีบริการอื่นๆ เพื่อเพิ่มความสะดวกสบายในการไปใช้บริการ และ 4) มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมในกำหนดทิศทางของพัฒนาการจัดบริการ

ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ มี 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) ประชาชนสามารถขึ้นทะเบียนอยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการอย่างแน่นอน 2) มีสถานที่ให้บริการแยกออกจากการจัดบริการระดับอื่นอย่างเป็นสัดส่วน 3) ประชาชนสามารถเดินทางไปกลับได้โดยสะดวก 4) ต้องมีแพทย์ประจำในสถานพยาบาลเครือข่าย และ 5) ต้องสามารถดูแลสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้นได้เป็นที่ประจักษ์

ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ มี 6 ข้อ ประกอบด้วย 1) มีการเปิดโอกาสให้ตัวแทนของประชาชนตรวจสอบการจัดบริการสุขภาพ 2) มีการตรวจ

สอบกันเองภายในของสถานบริการ 3) มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารในการบริหารจัดการแก่สาธารณชน 4) จัดการให้มีโรงพยาบาลพร้อมบุคลากร เพื่อความสะดวก ปลอดภัยในกรณีฉุกเฉินโดยชุมชนมีส่วนร่วม 5) มีการประชาสัมพันธ์เพื่อรับทราบความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากประชาชน และ 6) เป็นผู้รับ - ส่งข่าวสารจากสถานบริการอื่นที่ประชาชนไปใช้บริการ และส่งผ่านให้ญาติได้รับรู้ทั้งนี้ในส่วนที่ไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วย

ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ มี 15 ข้อ ประกอบด้วย 1) มีการจัดบริการที่สามารถสร้างความสบายใจแก่ประชาชนในภาพรวม 2) มีระบบสนับสนุน อันจะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพประชาชน 3) มีการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 4) มีการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง 5) มีลักษณะความรับผิดชอบต่อประชาชนเป็นรายครอบครัว 6) มีจริยธรรมในการเก็บรักษาความลับและข้อมูลของประชาชน 7) มีการส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญของสิทธิผู้ป่วยด้วยความจริงใจ 8) ผู้จัดบริการสุขภาพมีการสร้างความเป็นกันเองกับครอบครัวและชุมชน 9) มีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่ทอดทิ้ง และเมื่อนำผู้ป่วย 10) มีการจัดบริการให้ครอบคลุมทุกด้าน (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ/หรือการฟื้นฟูสภาพ) ไปพร้อมๆ ในคราวเดียวกัน 11) ผู้จัดบริการปฏิบัติตัวต่อผู้รับบริการโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ 12) ผู้จัดบริการรู้จักการประยุกต์ใช้สื่อต่าง ๆ ที่มีในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชนให้มากที่สุด 13) มีการเสนอทางเลือกให้แก่ประชาชน เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ 14) เปิดโอกาสให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบได้ร่วมกันกำหนดรูปแบบวิธีการจัดบริการสุขภาพ และ 15) สามารถจัดให้มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐานและบริการส่งตรวจต่อไปยังสถานบริการที่สูงขึ้นได้โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปรับบริการเอง

ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ มี 8 ข้อ ประกอบด้วย 1) มีการเปิดบริการให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชน โดยไม่จำเป็นต้องเปิดให้บริการตลอดทั้ง 24 ชม. 2) ให้บริการได้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ที่ต้องทำการตรวจรักษาทุกครั้งของการเจ็บป่วย 3) ประชาชนสามารถใช้สถานบริการเป็นแหล่งข้อมูลในการหาความรู้ เพื่อการดูแลตนเองได้ 4) รัฐต้องจัดให้ฟรีแก่ประชาชน และโดยที่ประชาชนอาจมีส่วนร่วมจ่ายทางอ้อมเป็นเงินภาษี 5) บุคลากรผู้ให้บริการต้องมีการเตรียมความพร้อมอยู่ตลอดเวลา 6) เป็นการจัดบริการที่เน้นการให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยแก่สุขภาพอนามัยของประชาชน 7) มีการให้บริการแก่ประชาชนให้แล้วเสร็จได้ในจุดเดียว และ 8) เปิดโอกาสให้แก่ประชาชน เพื่อร่วมกันตรวจสอบการดำเนินงานของสถานบริการให้มีประสิทธิภาพ

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ มี 12 ข้อ ประกอบด้วย 1) มีบริการด้านการดูแลรักษาปากและฟันในสถานบริการ 2) มีทีมบุคลากรพร้อมรถฉุกเฉินในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ที่เกิดจากการขนย้ายผู้ป่วย 3) มีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลประจำในเครือข่าย 4) มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการขนย้ายผู้ป่วย 5) มีการชี้แจง ข้อเท็จจริงทั้งข้อดี ข้อเสีย และผลลัพธ์ของบริการที่คาดว่าจะเกิดขึ้น 6) มีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของประชาชนอย่างต่อเนื่อง 7) ผู้ให้บริการต้องมีทักษะ ความชำนาญ รู้จริง และมีความมั่นใจในการให้บริการ 8) มีการออกหน่วยนอกสถานบริการเพื่อให้ บริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ตามปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้นอย่างทันที่ 9) มีกิจกรรมการ จัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน 10) มีบุคลากรผู้จัด บริการที่เป็นผู้รับผิดชอบต่อครอบครัวเป็นการเฉพาะ 11) ประชาชนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้ อย่างอิสระและมีความสบายใจเมื่อไปใช้บริการ และ 12) บุคลากรผู้จัดบริการสุขภาพต้องปฏิบัติตัว เป็นแบบอย่างที่ดี ในการสร้างเสริมสุขภาพ

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนในด้านที่มีระดับมาก มี 4 ด้านคือ ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ($\bar{X}=2.56, SD = .71$) ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.50, SD = .71$) ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.46, SD = .71$) และด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 2.53, SD = .74$) และด้านที่มีระดับ ปานกลาง 4 ด้าน คือ ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ ($\bar{X}=2.28, SD = .78$) ด้านบรรยากาศ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.44, SD = .67$) ด้านความเสมอภาคของ บริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.40, SD = .78$) ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการ ตรวจสอบ ($\bar{X} = 2.42, SD = .76$) โดยสรุปในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงประสงค์ในระดับมาก ต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ($\bar{X} = 2.52, SD = .69$)

ตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ตัวแปรอิสระทั้งหมดเมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise regression analysis) พบว่าตัวทำนายที่มีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของ ประชาชน มีจำนวน 7 ตัวทำนาย คือ ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทาง ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรค ประจำตัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ อายุ ศาสนา และสถานภาพสมรส ซึ่งมีอิทธิพลทั้งด้าน บวกและด้านลบดังนี้

ตัวทำนายที่มีอิทธิพลด้านบวกมากที่สุด คือ ระยะเวลาอาศัยอยู่ในพื้นที่ และรองลง ไปคือ สถานภาพสมรส ตัวทำนายที่มีอิทธิพลด้านลบมากที่สุด คือ ระยะเวลาในการเดินทาง รองลงไปคือ ประเภทของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน อายุ ภาวะการเจ็บป่วย ด้วยโรคประจำตัวและศาสนา ตามลำดับ

ตัวทำนายทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนได้ ร้อยละ 53.6 ($R^2 = .536$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมการถดถอยพหุคูณของตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ในรูปคะแนนมาตรฐานจึงสามารถเขียนได้ดังนี้

$$Z = b_1X_1 + b_3X_3 + b_5X_5 + b_8X_8 + b_9X_9 + b_{11}X_{11} + b_{13}X_{13}$$

หรือ ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

$$= -0.149(\text{อายุ : ปี}) - 0.100(\text{ศาสนา}) + 0.078(\text{สถานภาพสมรส})$$

$$+ 0.183(\text{ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ : ปี}) - 0.410(\text{ระยะเวลาในการเดินทาง : นาที})$$

$$- 0.124(\text{ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว})$$

$$- 0.386(\text{ประเภทของสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนระดับปฐมภูมิ})$$

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยในครั้งนี้ แม้ว่าผู้วิจัยจะพยายามดำเนินการเพื่อให้ผลการวิจัยสามารถแสดงผลได้อย่างเที่ยงตรงและใกล้เคียงกับความเป็นจริงให้มากที่สุดจนสามารถสรุปผลการวิจัยดังที่ได้นำเสนอไว้ข้างต้นแล้ว แต่ผู้วิจัยก็ขอยอมรับ ณ ที่นี้ว่างานวิจัยนี้ยังขาดความสมบูรณ์ตามที่ผู้วิจัยได้คาดหวังไว้ในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยที่ไม่อาจตอบคำถามได้ทั้งหมดภายในระยะเวลาการศึกษาอันจำกัดตามที่กำหนด ผู้วิจัยเห็นว่ายังมีสาระต่าง ๆ ที่สำคัญและจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาวิจัยต่อไปอีกมาก ทั้งนี้เพื่อการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชน และเป็นที่ยังประสงค์สอดคล้องกันทั้งของประชาชน ผู้รับบริการและในภาคส่วนของผู้จัดบริการ จึงควรจะได้มีการศึกษาต่อไปในอนาคต

อนึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใคร่จะได้นำเสนอเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปปรับใช้ในการพัฒนาจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เป็นที่พึงประสงค์ของประชาชน และข้อเสนอเพื่อการทำวิจัยต่อไป ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำหรับหน่วยงานผู้จัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.1 สามารถนำแบบวัดประเมินตนเองที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้มาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินลักษณะของการจัดบริการในปัจจุบันเพื่อพิจารณาส่วนขาดของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนก่อนดำเนินการแก้ไข และดำเนินการอย่างต่อเนื่องในลักษณะที่เป็นที่ยังประสงค์ของประชาชนอยู่แล้ว

1.2 สามารถนำลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปพัฒนาการจัดบริการให้เป็นที่พึงประสงค์ของประชาชนด้วยการให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการในทุกขั้นตอน และพิจารณาตามความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาการจัดบริการตามลำดับก่อนหลังในแต่ละด้าน ดังนี้ 1) ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ 2) ด้านบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ 3) ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ 4) ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ 5) ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการสุขภาพ 6) ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ 7) ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ และ 8) ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ ตามลำดับ

2. สำหรับหน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร หรือหน่วยงานที่เป็นผู้สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2.1 กำหนดเป็นนโยบาย และยุทธศาสตร์ในการการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้เป็นบริการที่พึงประสงค์ของประชาชน ตามลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

2.2 นำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ไปพิจารณากำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับปฐมภูมิ การจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนในการพัฒนา การจัดสรรงบประมาณ หรือการวางแผนในการบริหารที่จะทำให้เกิดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจริง ๆ ดังนี้

2.2.1 การปรับเปลี่ยนให้ประชาชนสามารถขึ้นทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามสภาพภูมิศาสตร์ ทั้งนี้โดยการจัดตั้งคณะทำงานร่วมระหว่างภาคผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการขึ้นมาพิจารณาเป็นการเฉพาะและให้มีในทุกระดับบริการสุขภาพ

2.2.2 กำหนดให้โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จัดบริการ โดยมีสถานที่และบริเวณที่แยกเป็นสัดส่วนออกจากการจัดบริการสุขภาพระดับที่สูงกว่า ถ้าต้องอยู่ในบริการเดียวกันก็ควรให้อยู่ด้านหน้าสามารถเข้าถึงได้ก่อนเมื่อมาใช้บริการ

2.2.3 มีการจัดบริการให้เป็นพิเศษสำหรับประชาชนกลุ่มที่มีการย้ายถิ่นบ่อย โดยสามารถขอขึ้นทะเบียนหรือการขอเปลี่ยนแปลงเป็นผู้รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิปลายทางตามถิ่นที่อยู่จริง พร้อมทั้งมีบริการการโอนย้ายฐานข้อมูลสุขภาพของประชาชนเมื่อมีการร้องขอหรือกรณีที่เกิดความจำเป็นเร่งด่วนต่อสุขภาพ

2.2.4 มีการจัดบริการเฉพาะตามกลุ่มอายุ ภาวะการเจ็บป่วย และสถานภาพการสมรส เพราะมีความแตกต่างกันในลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ เช่น กลุ่มเด็ก 0 – 5 ปี กลุ่มเด็กนักเรียน กลุ่มวัยเจริญพันธุ์ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นต้น ควบคู่ไปกับการจัดบริการโดยมีผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพรายครอบครัว

2.2.5 มีการจัดบริการให้เหมาะสมตามวิถีชีวิต ความเชื่อ และประเพณีการปฏิบัติของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เช่น เข้าร่วมให้ความรู้แก่ผู้นับถือศาสนาอิสลามในการละหมาดทุกวันศุกร์ หรือเข้าร่วมจัดกิจกรรมในประเพณีบุญต่าง ๆ ของท้องถิ่น การงดกิจกรรมเยี่ยมบ้านตามปกติในช่วงเวลากลางวัน และการขยายระยะเวลาการให้บริการในช่วงเดือนแห่งการถือศีลอดของชาวมุสลิม เป็นต้น

3. หน่วยงานด้านการจัดการศึกษา หรือการพัฒนาบุคลากร นำประเด็นของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ทั้ง 8 ด้าน คือ 1) ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ 2) ด้านบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ 3) ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ 4) ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ 5) ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัด

บริการสุขภาพ 6) ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ 7) ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ และ 8) ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ ไปประยุกต์เป็นเนื้อหาที่ใช้สอนนิสิต นักศึกษาด้านการพยาบาล หรือการสาธารณสุข หรือให้การพัฒนาบุคลากรประจำการ ในการที่จะนำไปพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เป็นที่พึงประสงค์ของประชาชนได้จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเป็นการตรวจสอบเครื่องมือวัดว่าองค์ประกอบที่ได้เป็นองค์ประกอบที่แท้จริง และใช้เป็นแบบวัดมาตรฐานในการวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนได้หรือไม่อย่างไร

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอิสระต่าง ๆ ในส่วนของผู้จัดบริการ เช่น ลักษณะของอาคารสถานที่ในการจัดบริการ จำนวนบุคลากรประจำการ จำนวนหลังคาเรือน หรือจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ เป็นต้น เพิ่มเติมให้ครอบคลุมและสามารถทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนได้มากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเพื่อหาลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ด้วยการ

3.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อหาลักษณะการจัดบริการที่เหมาะสมที่สุด จากผลการวิจัยเรื่อง “ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน” ในรายงานฉบับนี้ กับ “ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ในทัศนะผู้ทรงคุณวุฒิ” (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) ในส่วนที่เป็นบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3.2 ศึกษาวิจัยจากภาคส่วนของผู้จัดบริการ เพื่อทราบถึงความเป็นไปได้ในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ที่พึงประสงค์ของประชาชน และเหตุผลหรือความจำเป็นที่ไม่สามารถจัดบริการให้ได้

บรรณานุกรม

- กรมการพัฒนาชุมชน. 2519. รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสารภี ตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. กรุงเทพฯ : ส่วนท้องถิ่น.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2540. รายงานการประเมินผลโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า ระยะที่ 3.
(online) Available URL : <http://w3.whosea.org/cntryhealth/thailand/index.htm>
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. 2544. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล เวอร์ชัน 7-10. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : หจก. ซี เค แอนด์ เอส โฟโต้สตูดิโอ.
- กุศล สุนทรธาดา. 2545. “สถานการณ์ความยากจนในประเทศไทย”, จดหมายข่าวประชากรและการพัฒนา. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 22 ฉบับที่ 3 (กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2545). 1 – 2.
- กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ป. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544).
- คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ. 2544. (ร่าง)แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ในช่วง พ.ศ. 2545 – 2549. (สำเนา)
- คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2544. (ร่าง)แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. (สำเนา)
- คณาจารย์ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2543. แนวคิดพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรม. เชียงใหม่ : นพบุรีการพิมพ์.

- จรัส สุวรรณเวลา. 2542. การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสังคม และระบบสาธารณสุขไทยและการเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีทางการค้าบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. 2544. สุขภาพพอเพียง ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- จันทร์หา บริสุทธิ์. 2539. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (สำเนา)
- จุฑามาศ ศิริวงษ์พานิชย์. 2533. ลำดับศักร์และเขตบริการของสถานบริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองนครราชสีมา. วิทยาลัยพยาบาลปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- แจ่มจรัส บัวแก้ว และ ปรีดา อุ่นเสียม. 2539. เปรียบเทียบความพึงพอใจกับความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลของโรงพยาบาลพัทลุง. พัทลุง : กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลพัทลุง.
- ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. 2538. แนวคิด พัฒนาการและข้อพิจารณาเกี่ยวกับประชาสังคมไทย. (สำเนา)
- ชูศรี ศุภวงศ์ และคณะ. 2538. “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในการรับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี”: บทคัดย่อ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ประจำปี 2539 ระหว่างวันที่ 25 – 27 มีนาคม 2539 ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ. สภาการพยาบาล.
- ณัฐ ภมรประวัตติ และคณะ. 2541. แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ .กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์. สภาการวิจัย.

คุณฉวี สุทธปรียากุล. 2542. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

_____. 2543 . หลักการและเทคนิคการวิจัยประเมินผลแผนงานบริการสังคมและสาธารณสุข. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดำรง บุญยี่น. 2545. แนวคิดเรื่อง เมืองน่าอยู่. (online) 19 ตุลาคม 2545

URL : http://www.anamai.moph.go.th/factsheet/academic/tamra_cities.html

ตปณีย์ พรหมภักท. 2534. เขตบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพฯ.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. 2531. โครงการสาธารณสุขมูลฐาน บทความประกอบการเสวนาสภาาแพ ครั้งที่ 1 เรื่อง การวิเคราะห์งานสาธารณสุขมูลฐานของ JUC. กลุ่มสังคมศาสตร์สาธารณสุข. ม.ป.ท.; ม.ป.พ.

ทัศนีย์ ศิลปบุตร. 2536. รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยในโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข ในส่วนภูมิภาค. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกบริการสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทรงศิริ เต็มสมบัติ. 2541. การวิเคราะห์การถดถอย. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.อี.ลีฟวิ่ง จำกัด.

ธิดิมา วทานิชเวช. 2540. ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และสัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (สำเนา)

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. 2542. การพัฒนา รูปแบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐ NGOs และ องค์กรประชาชน ในการนำนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติระดับจังหวัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา.

- _____. 2543. ทศวรรษใหม่การสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาสุขภาพเพื่อมวลชน.
 ขอนแก่น : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- นวลลักษณ์ บุษบง, เรือเอกหญิง. 2541. ตัวประกอบคุณภาพบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ตาม
 ความคาดหวังของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- นววรรณ พันธุมเมธา. 2544. คลังคำ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง
 แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
- นิสารัตน์ ศิลปเดช. 2540. ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. ภาควิชาสังคมวิทยา
 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สถาบันราชภัฏธนบุรี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
 สำนักพิมพ์พิศิษฐ์การพิมพ์
- บุญคง หันจางสิทธิ์. 2540. เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ : ประชากร แรงงาน การศึกษา ฝึกอบรม
 ศาสนธรรม จริยธรรม สุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :
 โอ.เอส พริ้นติ้ง เฮ้าส์.
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และ บุปผา ศิริรัศมี. 2532. รายงานการวิจัยสถานภาพทางด้านสุขภาพ
 อนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท. นครปฐม :
 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปฎิญา พรรณราช. 2539. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรค
 ความดันโลหิตสูงในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล. (สำเนา)
- ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. 2541. “ความเหลื่อมล้ำในการดูแลสุขภาพที่จำเป็นต้องปฏิรูป”, วารสาร
 นโยบายและแผนสาธารณสุข. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. กระทรวง
 สาธารณสุข. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม 2541).

ประยงค์ เต็มชวลา. 2540. การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูปงานสาธารณสุขไทย.

ชนบุรี : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง.

_____. 2544. “บทบาทภาครัฐกับทิศทางการปฏิรูประบบงานสาธารณสุขไทย”, วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2544) : 10 – 15.

ประเวศ วะสี. 2539. การปฏิรูปเพื่อสุขภาพ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประสพ เรืองจำ. 2539. “การเลือกสถานบริการเพื่อการรักษาพยาบาลของประชาชนในจังหวัดตรัง”, วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง. ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 (มิถุนายน 2539) : 49 – 53.

ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ. 2543. ข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

_____. 2544. “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ”. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม – ธันวาคม), 664 – 670.

พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุขและคณะ. 2542. เวชปฏิบัติครอบครัวบริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน : แนวคิดและประสบการณ์. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2525. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. กรุงเทพฯ :

อักษรเจริญทัศน์.

_____. 2530. พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.

- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2538. ปัจจัยบางประการที่กำหนดการใช้บริการสุขภาพอนามัย
การศึกษาที่ชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์. 2536. เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ
วิจัยทางการพยาบาล. สงขลา : บริษัท อัดลาดีเพรส จำกัด.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และ สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. 2543. รายงานประเมินผลการปฏิรูประบบ
บริการปฐมภูมิในจังหวัดสงขลา. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- มันทนา ประทีปะเสน และคณะ. 2542ก. รายงานการประเมินผลงานบริการสาธารณสุขระดับ
ตำบล. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. 2542ข. บทสรุปสำหรับผู้บริหารการประเมินผลงานบริการสาธารณสุขระดับตำบล.
กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณีวรรณ เจริญ. 2544. องค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคมด้านการบริการสาธารณสุขระดับ
ปฐมภูมิของสถานอนามัยจังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการ. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)
- มานิต มานิตเจริญ. 2507. พจนานุกรมไทย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ขงยุทธ พงษ์สุภาพ. 2540. การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว กรณีศูนย์แพทย์ชุมชน
เมืองนครศรีอยุธยา. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
กรุงเทพฯ : 프리แมกกรุ๊ป จำกัด.
- ยุวดี คาคการณ์ไกล, บรรณาธิการ. 2542. สุขภาพและสิ่งแวดล้อมกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน : ห้าปี
หลังการประชุมสุดยอดระดับโลกด้านสิ่งแวดล้อม (Earth Summit). นนทบุรี :
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

โยชิน แสงดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และมาลี สันภูวรรณ. 2543. ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อไปใช้บริการสาธารณสุข. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

รวินันท์ ศิริกนกวิไล, ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ และ ยงยุทธ พงศ์สุภาพ. 2540. ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ปริแมกรู๊ป จำกัด.

รุจิรา มังคละศิริ. 2541. “การประเมินผลโครงการวิจัยและพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา”, วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 1 (ตุลาคม – ธันวาคม 2539), 5 – 14.

วสุธร ตันวัฒนกุล. 2543. สุขภาพกับคุณภาพชีวิต : เส้นทางที่ต้องร่วมกันพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชลบุรี : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วันชื่น สงกุมาร. 2539. “รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยขณะส่งต่อในเครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช”, วารสารสาธารณสุขเขต 12. ปีที่ 7 (ตุลาคม – ธันวาคม 2539), 10 – 14.

วันดี แสงเจริญ. 2543. คุณภาพบริการงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลเทพาในมิติผู้ให้และผู้รับบริการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิเชียร เกตุสิงห์. 2534. “คำเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้”, วารสารข่าวสารการวิจัยการศึกษา. ปีที่ 18 ฉบับที่ 3, 8 – 11.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. 2539. “รายงานผลการวิจัยคุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย”, วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 4 ฉบับที่ 3, 8 – 15.

- วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. บรรณาธิการ. 2539. รายงานการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 4 : สังคมวัฒนธรรมกับสุขภาพ. สงขลา : โอเอส พรินติ้งเฮาส์.
- ศิริพร จิรววัฒน์กุล. 2541. รายงานการประเมินผลโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดยโสธร : สถานการณ์ก่อนการปฏิรูป. ยโสธร : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยโสธร. (สำเนา)
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. 2543. ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ : ดีไซน์ จำกัด.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2541. โครงการขุณหานู (การพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุข ในระดับ อำเภอ โดยการวิจัยปฏิบัติการ). กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- _____. 2543. ทิศทางปฏิรูปบริการสุขภาพไทย Nation Forum for Health Care Reform : รายงานการประชุมวิชาการปฏิรูประบบสุขภาพไทย วันที่ 13-15 ธันวาคม 2542 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค (BITEC). นนทบุรี : สำนักงานโครงการ ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและองค์กรภาคีด้านสุขภาพ.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541. ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ในที่คณะผู้ ทรงคุณวุฒิ. (สำเนา)
- _____. 2544. การริเริ่มของการสร้างระบบคือการวิจัย. (สำเนา)
- สมชาย สุขศิริเสรีกุล. 2539. “ความหมายและนโยบายของความเสมอภาคในระบบบริการ สุขภาพ”, วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์. ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (มิถุนายน 2539), 82 – 117.
- สมทรง ณ นคร และคณะ. 2536. รายงานการวิจัย เรื่อง การประเมินปัญหาสุขภาพและความ ต้องการด้านบริการสาธารณสุขของชาวชนบทจังหวัดขอนแก่น : วิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2544.

เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการหลักสูตรการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 ประจำปี 2544 เรื่อง "ระบบบริการสุขภาพ ภายใต้การบริหารงบประมาณ แนวใหม่ : ใครได้ ใครเสีย". วันที่ 26 สิงหาคม 2544. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)

สายสัมพันธ์ รับขวัญ. 2529. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการข้ามขั้นตอนการใช้บริการที่สถานอนามัยใน โครงการบัตรสุขภาพ : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต แผนกวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. 2544. บริการปฐมภูมิ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ บริการ สุขภาพ. นนทบุรี.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2543. จุดประกายปฏิรูประบบสุขภาพ ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ (2) (สรุปการสัมมนา 6 เวทีภูมิภาค เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ). กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

_____. 2544ก. 30 บาท รักษาทุกโรค กระจายอำนาจ ปฏิรูปโครงสร้าง กสธ. กัับการปฏิรูป ระบบสุขภาพ. (สำเนา)

_____. 2544ข. (ร่าง) กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

_____. 2545. ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ : ความก้าวหน้าในการยกร่าง.

(online) Available URL : http://www.easywebtime.com/ee1hsr001/m2_indext.html

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. 2543. สรุปผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2542. (สำเนา)

_____. 2544ก. เอกสารประกอบการบรรยาย โครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาศักยภาพข้าราชการสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2544 วันที่ 6-9 กุมภาพันธ์ 2544 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลตรัง. (สำเนา)

_____. 2544ข. สรุปผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2543. (สำเนา)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางแก้ว. 2544. รายงานผลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2543. (สำเนา)

สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. 2537. เวชปฏิบัติทั่วไปกับระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์. ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักนโยบายและแผน และกองการสาธารณสุขต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2542. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

ลำเรียง แหียงกระโทก. 2544ก. การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit = PCU) เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ : การนำมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนสู่การปฏิบัติ. รุ่นที่ 3 วันที่ 1-3 สิงหาคม 2544 ณ โรงแรมโดมอนด์พลาซ่า อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. (สำเนา)

_____. 2544ข. การพัฒนาสถานบริการด้านแรกในอุดมคติ เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ : การนำมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนสู่การปฏิบัติ. รุ่นที่ 3 วันที่ 1-3 สิงหาคม 2544 ณ โรงแรมโดมอนด์พลาซ่า อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. (สำเนา)

ลำเรียง แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, บรรณาธิการ. 2545. ศูนย์สุขภาพชุมชน : หนทางสู่ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ (Primay Care Unit : For Good Health Care System). กรุงเทพฯ : บริษัท แสงโชกมาเกีตติ้ง จำกัด.

ลำลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ. 2521. สังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทกลาง : รายงานการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

สุกัญญา โลงนาภิวัฒน์ วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์ และสุชาติ ธิติวรรณะ. 2536. รายงานการวิจัย เรื่องเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วยและการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุขุมาลัย ธนาเศรษฐ์อังกูล. 2522. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเข้ามาใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยต่างจังหวัดที่โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2540. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ : หลักการ วิธีการ และการประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : เลียงเชียง.

_____. 2540. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 11 กรุงเทพฯ : บริษัท เฟื่องฟ้า พรินติ้ง จำกัด.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. “1-2-3 กับการประเมินระบบสุขภาพของไทย”, วารสารพัฒนาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2544), 56 – 64 .

สุนีย์ ไช้มุกด์, 2533. ปัจจัยที่มีผลต่อมารดาในการพาบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. 2542. อะไรคือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิและบริการด่านแรก ในเวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้ใจ และใกล้บ้าน : แนวคิดประสบการณ์. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และทัศนีย์ สุรกิจโกศล. บรรณาธิการ. นนทบุรี : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. 2539. ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย
สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย.
 กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด.
- _____. 2542ก. รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป (เล่มที่ 1)
สรุปเนื้อหาสำคัญโครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป. นนทบุรี :
 โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- _____. 2542ข. รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป (เล่มที่ 2)
รูปแบบและกระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/
บริการปฐมภูมิในเขตเมืองและเขตชนบทในพื้นที่ต่าง ๆ. นนทบุรี : โครงการปฏิรูป
 ระบบบริการสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, นพวรรณ ดวงหัสดี และวันทนี ขำเพ็ง. 2543. รายงานการประชุม
วิชาการ : การพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว. นนทบุรี : โครงการปฏิรูป
 ระบบบริการสาธารณสุข.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และอภิรัตน์ ยิ้มพัฒน์, บรรณาธิการ. 2544. เวชปฏิบัติครอบครัว : แนวคิดและ
การปฏิบัติ. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
 สงขลานครินทร์.
- สุริย์ เจียมสุภฤกษ์. 2543. รายงานการวิจัย เรื่อง ความคิดเห็นของผู้รับบริการจากบริการ
เวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
 มหบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ และคณะ. 2543. “ภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพระดับ
 ดันของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา. ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2543), 16 – 31.

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. 2539. การศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- อดิเรก พงษ์กาฮี. 2540. ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์การศึกษาศาตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. (สำเนา)
- อภิชัย พันธเสน. 2541. ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (สำเนา)
- อารี วัลยะเสวี และคณะ. 2542. (ร่าง) รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษ. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- อุทัย หิรัญโต. 2532. การบริการประยุกต์. กรุงเทพฯ : โอ เอส พรินต์ติ้งเฮาส์.
- อุมพร จามรมาน. 2528. รายงานการวิจัย เรื่อง คุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไร ผึ้งประเสริฐศิลป์ และคณะ. 2530. การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการกองทุนบัตรสุขภาพของสมาชิกกองทุนที่ปฏิบัติตามขั้นตอนและไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนของระบบส่งต่อ กรณีศึกษาที่จังหวัดชุมพร. ม.ป.ท. ม.ป.พ.
- อรชร อาษาฤทธิ. 2541. ตัวประกอบคุณภาพบริการของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปตามความคาดหวังของผู้ป่วยในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรทัย อาจอ่ำ, บรรณาธิการ. 2539. ประชากรไทย 60 ล้านคน : สถานการณ์นโยบายและมิติด้านการพัฒนา. นครปฐม : สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำไพ ยุติธรรม. 2526. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาล ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำพล จินดาวัฒนะ. 2526. “การรับส่งต่อผู้ป่วย (อีกที)”, แพทยสภาสาร. ปีที่ 12 (มกราคม 2526), 25 – 26.

อำพล จินดาวัฒนะ. 2543. ระบบสุขภาพใหม่ของไทย. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (online) Available URL : [http :\\www.moph.ac.th./other/inform/hcrp/](http://www.moph.ac.th/other/inform/hcrp/)

Day, Frederic A. and Boonlert Leoprapi. 1977. Pattern of Health Utilization in Upcountry Thailand. A Report of the Research Project on the Effect of location an Family Planning Health Facility Use. Thailand : Institute for Population and Social and Research , Mahidol University.

Dulyapach, P. 1995. “The Health of Thai Female Agricultural Labourers” In Meesook, A., et al. (Eds.). Women, Health And Development in Thailand. National Committee on Women, Health and the Environment, Bangkok : National Commission on Women’s Affairs.

Fisher, Lioyd D. and Belle, Gerald V. 1993. Biostatistics : amethodology for the health sciences. USA : A Wiley –Interscience publication.

Fraser, T.M. 1960. Rumembilan : A Malay Fishing Village in Southern Thailand. Ithaca : Cornell University Press.

- Golomb, L. 1985. Antropology of Curing in Multiethnic Thailand. Urbana and Chicago : University of Illinois Press.
- Green, Lawrence W. and Ottoson, Judith M. 1999. Community and Population Health. 8th ed. Boston : The McGraw-Hill Companies.
- Greenhow, Denys, Howitt, A. J. and Kinnersley, paul. 1998. "Patient satisfaction with referral to hospital : relationship to expectation, involvement, and information – giving in the consultation". British Journal of General Practice, (Jan.1998), 911-912.
- Johnson, F.L. et al., 1986. Lift satisfaction of the elderly American Indian. Internal Journal of Nursing Studies. 23,
- Kerlinger, Fred N. 1986. Foundations Of Behavioral Research. 3th ed. USA : Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- OECD. 2000. Labour Market and Social Policy-Occasional Paper N^o 47 Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. Paris : CEDEX 16.
- Regional Office for Europe, WHO. 1998. The Context for Health Reform, European Health Care Reform : Analysis of Current Strategies. Copenhagen.
- Rifat A. 1996. "Henrietta Lang What is good primary care?" Developing Primary Care Resource Pack. (Jan, 1996) 2 – 8.
- Roemer M.I. 1991. Nation health system. Vol. 1. New York: Oxford University Press.

- Silpasuwann. 1989. Factor Effecting Health Care Program Utilization among people in Rural Thailand. A Dissertation Submitted to The Graduate Division of the University of Hawaii in Patient Fulfillment of the Requirement for the Degree of Doctor of Public Health.
- So Sethaputra. 1986. Dictionary Thai-English. 10th ed. Bangkok Thailand : Thai Watana Panich Co. Ltd.
- Somsak Chunharas. 1995. Health System in Transition. Thailand : Desire Co. Ltd.
- Starfield, B. 1993. "Provision and financing of health care in the US." In Holland, W.W., Detels, R and Know, G. Oxford Textbook of Public Health. 2nd ed. Vol. 1, 295 – 306. Oxford : Oxford University.
- _____. 1998. Primary Care : Concept, evaluation and policy. Oxford University Press, New York.
- Stevens, Jame. 1992. Applied Multivariate Statistics for The Social Science. 2nd ed. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Tabachnick, Babara G. and Fidell, Linda S. 2001. Using Multivariate Statistics . 4th ed. USA : A pearson Education Company.
- Thompson, Neil . 1998. Promoting Equality : Challenging Discrimination Oppression in The Human Services. London : Macmilan Press Ltd.
- Tudor – Hart, V. 1989. Health for all, Primary Health Care and General Practitioners. Keynote Address WONCA.

Vouri, H. 1986. Health for all, Primary Care and General Practitioners. Keynote Address
WONCA.

Wetherill, Barrie G. 1986. Regression analysis with applications. Great Britain : University
Printing house.

WHO. 1978. "Primary Health Care." Report of the International Conference on Primary
Health Care, Alma Ata, 6-12 September 1978. Geneva.

_____. 2000. The World Health Report 2000 (Health Systems : Improving Performance).
Geneva.

Yamane, Taro. 1973. Statistic : Introductory Analysis. 3rd ed. New York : Harper and row
Publication.

ภาคผนวก ง

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ตาราง 15 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์
ของประชาชน

องค์ประกอบ	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (n=36)
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	0.83
ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ	0.91
ด้านความเสมอภาค	0.84
ด้านประสิทธิภาพของบริการ	0.80
ด้านคุณภาพของบริการ	0.96
ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ	0.95
รวมทั้งฉบับ	0.98

ภาคผนวก จ

จ – 1 นำหน้าองค์ประกอบย่อยของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์
ของประชาชน

จ – 2 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนในแต่ละด้าน
จำแนกตามประเด็นย่อยของข้อคำถาม

จ – 3 แบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน ที่ได้
จากผลการวิจัย

ภาคผนวก จ – 1

ตาราง 16 น้ำหนักองค์ประกอบย่อยของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์
ของประชาชน

ข้อคำถาม	องค์ประกอบ							
	1	2	3	4	5	6	7	8
BA44d	0.513	0.172	0.157	8.96E-02	9.92E-03	-9.24E-02	0.152	-6.86E-02
DA52d	0.493	0.221	9.71E-02	-6.66E-02	-8.96E-02	-0.190	0.164	2.17E-03
BB46d	0.469	0.255	9.68E-02	6.55E-02	6.31E-02	-7.40E-02	-5.48E-02	-0.283
BA37d	0.465	1.40E-02	0.150	-8.75E-02	7.03E-02	-0.151	-5.54E-02	-0.280
FC68d	0.456	0.230	-4.75E-02	-5.62E-02	0.272	-0.174	0.129	0.104
DA53d	0.423	0.228	-6.53E-02	-6.74E-02	7.19E-02	-0.265	0.133	-4.35E-02
FC79d	0.422	-1.68E-02	-9.68E-02	-0.237	0.348	-0.127	7.42E-03	-0.145
BA35d	0.376	-1.71E-03	0.113	-0.142	7.67E-02	-0.119	-1.40E-03	-0.365
EC75d	0.372	-4.36E-02	7.65E-02	-0.153	0.277	-0.164	3.72E-02	-0.156
EC74d	0.360	-2.84E-02	-4.75E-02	-0.181	0.245	-0.198	0.152	-9.13E-02
EC76d	0.359	-5.34E-02	-4.94E-02	-0.256	0.246	-0.176	0.169	-9.40E-02
BA36d	0.348	0.119	0.280	-0.197	-0.129	-9.42E-02	0.226	4.38E-03
BB45d	0.308	7.55E-02	0.133	-9.15E-02	8.52E-02	-0.155	3.27E-02	-0.295
CB19d	0.269	4.87E-02	-4.94E-02	-0.174	0.231	-0.144	0.133	-0.259
CA32d	8.93E-02	0.853	7.48E-03	-4.20E-02	1.68E-02	0.102	1.74E-02	-4.63E-02
BA31d	-2.00E-02	0.650	3.34E-02	-0.366	5.32E-02	-9.75E-02	-0.131	-5.29E-02
CB33d	0.151	0.516	3.16E-02	-0.334	1.53E-03	-6.78E-02	-1.56E-02	-0.114
BA14d	5.90E-03	0.505	1.30E-02	-0.208	-5.79E-02	-1.92E-02	0.289	-0.145
EB24d	-0.169	0.400	-2.80E-02	-1.22E-02	0.303	-0.231	0.286	2.41E-02
BB47d	0.213	0.330	0.265	0.170	0.233	9.25E-02	0.165	-0.168
AB43d	0.300	0.328	0.139	-0.106	4.80E-02	-0.155	4.14E-02	-7.00E-02

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อคำถาม	องค์ประกอบ							
	1	2	3	4	5	6	7	8
EC77d	0.292	0.297	-5.45E-02	-0.104	0.297	-0.100	-0.100	-0.219
EC25d	0.267	0.294	-2.81E-02	0.184	9.26E-02	-0.177	0.158	-0.276
CB40d	-3.29E-02	-9.50E-02	0.794	0.103	7.69E-02	-5.45E-02	7.67E-02	-4.33E-02
ED41d	-6.65E-02	-3.76E-02	0.733	-0.224	0.113	-0.112	-0.144	5.49E-02
CB39d	0.108	0.317	0.459	0.188	0.124	-4.35E-02	0.107	-5.85E-02
FA42d	3.25E-02	0.189	0.397	-0.342	-3.40E-02	-0.243	-3.64E-04	7.24E-02
CB03d	0.142	0.156	9.50E-03	-0.651	6.38E-02	-7.34E-02	0.159	6.99E-02
BB01d	-0.117	0.200	0.204	-0.587	0.162	0.171	0.109	-9.81E-02
CB02d	0.127	0.204	0.146	-0.519	1.66E-02	-0.224	-1.02E-02	1.16E-02
BA29d	-0.184	0.339	7.80E-02	-0.339	5.52E-02	-0.273	-1.65E-02	-0.263
BA13d	2.26E-02	7.98E-02	4.18E-02	-0.332	-2.01E-02	-0.305	0.195	-0.213
EE34d	0.259	0.163	0.126	-0.285	1.58E-02	-0.102	4.77E-02	-0.245
FD71d	-0.112	8.89E-02	0.189	-1.50E-02	0.806	5.52E-02	5.80E-02	-1.03E-02
FD72d	0.108	-5.23E-02	0.219	-2.75E-02	0.778	8.27E-02	0.100	0.146
FD70d	9.74E-02	-3.72E-02	1.84E-02	1.80E-03	0.477	-0.365	-4.15E-02	-0.206
CB73d	-0.118	0.149	0.127	-0.215	0.425	-0.186	-0.237	-0.331
FC69d	4.42E-02	-3.82E-02	-9.62E-02	-6.25E-02	0.396	-0.396	0.171	-0.140
FB78d	0.283	4.96E-02	-6.75E-02	-7.24E-02	0.331	-0.172	8.54E-02	-0.233
ED61d	6.73E-02	-7.05E-02	0.136	-2.88E-03	-7.07E-02	-0.752	0.107	-2.87E-02
EC60d	9.51E-02	5.12E-02	8.53E-02	-0.139	-3.56E-02	-0.712	5.15E-02	6.46E-02
EC58d	-4.69E-02	4.36E-02	0.144	-9.13E-02	5.69E-02	-0.674	7.44E-02	6.82E-03
EC59d	-2.57E-02	0.293	5.14E-02	6.51E-02	-2.10E-02	-0.605	-5.79E-02	-0.214
EB57d	0.156	-5.74E-03	0.131	-9.79E-02	1.32E-03	-0.600	9.10E-02	-3.95E-02
FC67d	0.162	-5.96E-02	8.66E-02	-0.128	0.145	-0.542	6.78E-02	-4.07E-02
FB65d	-4.47E-02	6.72E-02	0.119	2.15E-03	0.168	-0.535	0.174	-5.43E-02

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อคำถาม	องค์ประกอบ							
	1	2	3	4	5	6	7	8
EB56d	0.179	1.88E-02	0.127	-1.74E-02	8.39E-02	-0.533	7.75E-02	-8.18E-02
FC66d	-1.87E-03	-2.44E-02	0.111	4.43E-02	0.157	-0.524	0.114	-0.254
EB55d	0.200	3.74E-02	0.209	3.82E-02	8.86E-02	-0.506	6.74E-03	-5.72E-02
CC51d	0.259	1.69E-03	6.55E-02	-0.177	2.15E-02	-0.456	2.15E-02	-0.112
FB64d	-5.95E-02	2.93E-02	8.92E-02	7.35E-02	0.229	-0.404	0.150	-0.329
FA63d	0.173	0.217	3.72E-02	0.172	0.298	-0.401	0.218	0.127
FA62d	5.24E-03	-8.66E-03	0.117	-2.60E-02	0.327	-0.381	0.171	-3.20E-02
CB21d	0.147	4.59E-03	-0.101	-0.127	0.215	-0.343	0.220	-0.119
EE27d	0.267	2.53E-02	4.01E-02	-0.116	0.190	-0.295	6.02E-02	-0.180
BA28d	0.227	0.101	2.96E-02	-0.128	0.115	-0.281	0.207	-4.10E-02
CB20d	-1.05E-02	5.28E-02	-6.02E-03	5.20E-03	-3.08E-02	-5.00E-02	0.739	3.42E-03
DA22d	-6.48E-02	-5.89E-02	7.07E-02	-6.05E-02	0.179	-1.12E-02	0.725	-6.48E-03
AA07d	9.30E-02	-2.94E-02	5.48E-02	-0.189	6.88E-02	-8.88E-02	0.399	-0.298
CA49d	0.133	0.216	4.83E-02	0.175	4.32E-02	-0.292	0.392	-1.83E-03
EA04d	7.12E-02	-9.15E-02	8.21E-02	-0.255	-1.97E-02	-8.94E-02	0.383	-0.343
AA06d	0.149	-5.65E-02	2.13E-02	-0.239	0.172	-2.63E-02	0.349	-0.270
BC48d	0.326	5.33E-03	0.258	-6.59E-02	0.118	1.48E-02	0.336	-7.49E-02
DA54d	0.243	0.102	0.289	-1.45E-02	7.18E-02	-8.88E-02	0.320	-5.13E-02
AA09d	-4.71E-02	0.159	0.135	-0.114	2.51E-02	2.15E-02	5.55E-02	-0.679
BB15d	4.50E-02	0.330	6.00E-03	8.86E-02	3.08E-02	-4.84E-02	8.78E-02	-0.604
BA30d	0.108	0.331	3.58E-02	0.123	-1.94E-02	-9.29E-02	9.52E-02	-0.538
BB38d	0.309	9.31E-02	0.237	-9.95E-03	2.76E-02	-4.55E-02	-9.16E-02	-0.479
AB12d	0.133	-1.99E-02	3.81E-02	-0.186	5.62E-02	-0.169	0.120	-0.477
AA08d	3.37E-02	4.15E-02	1.68E-02	-0.159	3.79E-02	-9.92E-02	0.335	-0.441
AB11d	0.197	-6.75E-02	0.169	-0.129	-9.92E-02	-0.155	0.240	-0.421

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อคำถาม	องค์ประกอบ							
	1	2	3	4	5	6	7	8
CB18d	0.179	8.14E-02	3.02E-02	-9.95E-02	8.80E-02	-5.57E-02	0.276	-0.393
AA10d	0.164	5.59E-02	3.60E-02	-0.121	0.199	-6.55E-02	0.164	-0.390
ED26d	-3.16E-02	5.39E-02	-8.88E-03	-2.55E-02	0.162	-0.294	0.221	-0.347
CB50d	0.283	-5.43E-02	0.231	5.47E-02	2.75E-03	-5.26E-02	0.220	-0.325
AA05d	0.121	-7.27E-02	-1.87E-02	-0.223	0.104	-0.205	0.286	-0.304
DA23d	0.140	9.58E-02	-3.16E-02	-5.13E-02	0.242	-0.224	0.111	-0.292
CA17d	0.251	7.32E-02	-7.04E-02	-0.140	0.181	-0.238	9.21E-02	-0.285
BC16d	0.200	0.104	-5.19E-02	-0.124	0.195	-0.188	0.163	-0.272

ภาคผนวก จ – 2

ตาราง 17 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนในแต่ละด้าน จำแนกตามประเด็นย่อยของข้อคำถาม ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ

ลำดับที่ ของ ข้อคำถาม	ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็น ด้านสุขภาพ	น้ำหนัก องค์ ประกอบ	Communalit y (h ²)
1	มีการจัดการด้านยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ให้ได้ตามเกณฑ์ มาตรฐาน	.513	.702
2	มีค่าใช้จ่ายน้อย แต่ให้ผลตอบแทนที่ดีต่อสุขภาพ	.493	.744
3	ประชาชนต้องมีสิทธิที่จะใช้บริการข้ามขั้นตอนนี้ได้ในกรณี ฉุกเฉิน	.469	.765
4	มีอุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่ให้ความปลอดภัย	.465	.770
5	มีการระมัดระวังการล้วงละเมิดต่อสิทธิผู้ป่วย	.456	.770
6	เป็นบริการที่ไม่หวังผลกำไร และผลประโยชน์อื่น ๆ จาก ประชาชน	.423	.781
7	มีการเก็บรักษาข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในความลับ พิศชอบไว้เป็นความลับ	.422	.792
8	มีอุปกรณ์ เครื่องมือ และแนวทางในการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามความจำเป็น	.376	.776
9	มีการติดต่อสื่อสารเพื่อรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสถาน พยาบาล	.372	.759
10	มีการแจ้งสถานบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายให้ประชาชน ทราบอย่างเป็นทางการ	.360	.736
11	มีการชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจถึงความจำเป็นก่อนที่จะส่งตัว	.359	.785
12	อาคาร และสถานที่ คู่มือพื้นฐาน และเหมาะสมในการจัด บริการสุขภาพ	.348	.648
13	มีการจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการ บนพื้นฐาน ความจำเป็นเร่งด่วน	.308	.717

Eigenvalue = 47.389, SS Loading = 59.986, Cum PCT of Var = 59.986

ตาราง 18 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนในแต่ละด้าน จำแนกตามประเด็นย่อยของข้อคำถาม ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ

ลำดับที่ ของ ข้อคำถาม	ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ	น้ำหนัก องค์ ประกอบ	Communality (h ²)
1	มีบุคลากรสาธารณสุขประจำการอย่างเพียงพอต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน (อย่างน้อย 8 คน)	.853	.805
2	มีเภสัชกรหมุนเวียนมาประจำในสถานพยาบาลเครือข่าย	.650	.815
3	มีบุคลากรทำงานประจำอย่างต่อเนื่อง (มีทีมดูแลประจำที่ชัดเจน)	.516	.783
4	มีการจัดให้บริการประชาชนนอกสถานบริการ	.505	.700
5	มีการประเมินผู้ป่วยในทุกด้านก่อนให้บริการ (holistic) เมื่อไปขอรับบริการ	.400	.651
6	มีกิจกรรมเสริมเพื่อลดความเบื่อหน่ายและให้ประโยชน์ต่อสุขภาพ ในขั้นตอนของการรอคอยบริการ	.330	.692
7	มีการตรวจสอบภายใน ประเมินผล และรายงานผลการจัดบริการต่อสาธารณะ	.328	.693
Eigenvalue = 2.489, SS Loading = 3.150, Cum PCT of Var = 63.136			

ตาราง 19 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนในแต่ละด้าน จำแนกตามประเด็นย่อยของข้อคำถาม ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการสุขภาพ

ลำดับที่ ของ ข้อคำถาม	ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวก ในการให้บริการสุขภาพ	น้ำหนัก องค์ ประกอบ	Communalit y (h^2)
1	จัดให้มีที่นั่งคอยด้วยบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติ มีความร่มรื่น	.794	.699
2	มีสถานที่ตรวจรักษาหรือให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง	.733	.709
3	มีบริการอื่นๆ เพื่อความสะดวกสบายในการไปใช้บริการ	.459	.651
4	เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมในกำหนดทิศทางของ พัฒนาการจัดบริการ	.397	.654

Eigen Value = 2.003, SS Loading = 2.535, Cum PCT of Var = 65.671

ตาราง 20 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนในแต่ละด้าน จำแนกตามประเด็นย่อยของข้อคำถาม ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ

ลำดับที่ ของ ข้อคำถาม	ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ	น้ำหนัก องค์ ประกอบ	Communalit y (h^2)
1	ประชาชนสามารถขึ้นทะเบียนอยู่ในความรับผิดชอบของ สถานบริการอย่างแน่นอน	-0.651	.781
2	มีสถานที่ให้บริการแยกออกจากการจัดบริการระดับอื่น อย่างเป็นสัดส่วน	-0.587	.680
3	ประชาชนสามารถเดินทางไปกลับได้โดยสะดวก	-0.519	.773
4	มีแพทย์ประจำในสถานพยาบาลเครือข่าย	-0.339	.764
5	ต้องสามารถดูแลสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น ได้เป็นที่ ประจักษ์	-0.332	.723

Eigenvalue = 1.492, SS Loading = 1.889, Cum PCT of Var = 67.560

ตาราง 21 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนในแต่ละด้าน จำแนกตามประเด็นย่อยของข้อคำถาม ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบ

ลำดับที่ ของ ข้อคำถาม	ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการ และการตรวจสอบ	น้ำหนัก องค์ ประกอบ	Communalit y (h ²)
1	มีการเปิดโอกาสให้ตัวแทนของประชาชนตรวจสอบการจัด บริการสุขภาพ	.806	.817
2	มีการตรวจสอบกันเองภายในของสถานบริการ	.776	.770
3	มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารในการบริหารจัดการแก่ สาธารณะ	.477	.789 .747
4	จัดการให้มีโรงพยาบาลพร้อมบุคลากร เพื่อความสะดวก ปลอดภัยในกรณีฉุกเฉินโดยชุมชนมีส่วนร่วม	.425	
5	มีการประชาสัมพันธ์เพื่อรับทราบความคิดเห็น ข้อเสนอ แนะจากประชาชน	.396	.773
6	เป็นผู้รับ-ส่งข่าวสารจากสถานบริการอื่นที่ประชาชนไปใช้ บริการ และส่งผ่านให้ญาติได้รับรู้	.331	.759
Eigenvalue = 1.377, SS Loading = 1.744, Cum PCT of Var = 69.304			

ตาราง 22 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนในแต่ละด้าน จำแนกตามประเด็นย่อยของข้อคำถาม ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ

ลำดับที่ ของ ข้อคำถาม	ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ	น้ำหนัก องค์ ประกอบ	Communalit y (h ²)
1	มีการจัดบริการที่สามารถสร้างความสบายใจแก่ประชาชน ในภาพรวม	-0.752	.768
2	มีระบบสนับสนุน อันจะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล สุขภาพประชาชน	-0.712	.759
3	มีการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่	-0.674	.732
4	มีการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง	-0.605	.730
5	มีความรับผิดชอบต่อประชาชนเป็นรายครอบครัว	-0.600	.785
6	มีจริยธรรมในการเก็บรักษาความลับและข้อมูลของประชาชน	-0.542	.772
7	มีการส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญของสิทธิผู้ป่วย ด้วยความจริงใจ	-0.535	.728
8	ผู้จัดบริการสุขภาพมีการสร้างความเป็นกันเองกับครอบครัว และชุมชน	-0.533	.773
9	มีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่ทอดทิ้ง และเมื่อ หน่ายผู้ป่วย	-0.524	.792
10	มีการจัดบริการให้ครอบคลุมทุกด้าน (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ/หรือการฟื้นฟูสภาพ) ไปพร้อมๆ ในคราวเดียวกัน	-0.506	.717
11	ผู้จัดบริการปฏิบัติตัวต่อผู้รับบริการ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ	-0.456	.727
12	ผู้จัดบริการรู้จักการประยุกต์ใช้สื่อต่างๆ ที่มีในท้องถิ่นที่มี อยู่แล้วให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชนให้มากที่สุด	-0.404	.782
13	มีการเสนอทางเลือกให้แก่ประชาชน เพื่อใช้ในการตัดสินใจ	-0.401	.754
14	เปิดโอกาสให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบได้ร่วมกัน กำหนดรูปแบบวิธีการจัดบริการสุขภาพ	-0.381	.673
15	สามารถจัดให้มีการตรวจชั้นสุดพื้นฐานและบริการส่ง ตรวจต่อไปยังสถานบริการที่สูงขึ้นได้โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดิน ทางไปรับบริการเอง	-0.343	0.687

Eigenvalue = 1.178, SS Loading = 1.491, Cum PCT of Var = 70.794

ตาราง 23 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนในแต่ละด้าน จำแนกตามประเด็นย่อยของข้อคำถาม ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ

ลำดับที่ ของ ข้อคำถาม	ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ	น้ำหนัก องค์ ประกอบ	Communality (h ²)
1	มีการเปิดบริการให้เหมาะกับวิถีชีวิตของประชาชน โดยไม่จำเป็นต้องเปิดให้บริการทั้ง 24 ชม.	.739	.579
2	ให้บริการได้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ที่ต้องทำการตรวจรักษาทุกครั้งของการเจ็บป่วย	.725	.690
3	ประชาชนสามารถใช้สถานบริการเป็นแหล่งข้อมูลในการหาความรู้ เพื่อการดูแลตนเองได้	.399	.728
4	รัฐต้องจัดให้ฟรีแก่ประชาชน และ โดยที่ประชาชนอาจมีส่วนร่วมจ่ายทางอ้อมเป็นเงินภาษี	.392	.632
5	บุคลากรผู้ให้บริการต้องมีการเตรียมความพร้อมอยู่ตลอดเวลา	.383	.700
6	เป็นการจัดบริการที่เน้นการให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยแก่สุขภาพอนามัยของประชาชน	.349	.721
7	มีการให้บริการแก่ประชาชนให้แล้วเสร็จได้ในจุดเดียว	.336	.700
8	เปิดโอกาสให้แก่ประชาชน เพื่อร่วมกันตรวจสอบการดำเนินงานของสถานบริการให้มีประสิทธิภาพ	.320	.705

Eigenvalue = 1.141, SS Loading = 1.444, Cum PCT of Var = 72.238

ตาราง 24 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนในแต่ละด้าน จำแนกตามประเด็นย่อยของข้อคำถาม ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ลำดับที่ ของ ข้อคำถาม	ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ของประชาชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	น้ำหนัก องค์ ประกอบ	Communalit y (h ²)
1	มีบริการด้าน การดูแลรักษาปากและฟันในสถานบริการ	-.679	.765
2	มีทีมบุคลากรพร้อมรถฉุกเฉินในชุมชน เพื่อป้องกันภาวะ แทรกซ้อนที่เกิดจากการขนย้ายผู้ป่วย	-.604	.791
3	มีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลประจำในเครือข่าย	-.538	.772
4	มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการขนย้ายผู้ป่วย	-.479	.733
5	มีการชี้แจงข้อเท็จจริงทั้งข้อดี ข้อเสีย และผลลัพธ์ของ บริการที่คาดว่าจะเกิดขึ้น	-.477	.763
6	มีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของประชา ชนอย่างต่อเนื่อง	-.441	.760
7	ผู้ให้บริการต้องมีทักษะความชำนาญ ฐึ่จริง และมีความมั่น ใจในการให้บริการ	-.421	.758
8	มีการออกไปให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ตาม ปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที	-.393	.769
9	มีกิจกรรมการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการ ป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน	-.390	.744
10	มีบุคลากรผู้จัดบริการที่เป็นผู้รับผิดชอบต่อครอบครัวเป็น การเฉพาะ	-.347	.684
11	ประชาชนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้อย่างอิสระและมี ความสบายใจเมื่อไปใช้บริการ	-.325	.611
12	บุคลากรผู้จัดบริการสุขภาพต้องปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ในการสร้างเสริมสุขภาพ	-.304	.748

Eigenvalue = 1.060, SS Loading = 1.342, Cum PCT of Var = 73.580

ภาคผนวก จ – 3

แบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

คำชี้แจง แบบวัดลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนมี

8 ด้าน รวมทั้งหมด 70 ข้อ โดยแยกเป็นแต่ละด้านดังนี้

- ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ
- ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ
- ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ จำนวน 7 ข้อ
- ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ
- ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ
- ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบ จำนวน 6 ข้อ
- ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ
- ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ

□ เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

(ให้กากบาท X ลงในช่องที่ผู้ตอบเลือก)

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์			
ไม่พึงประสงค์	พึงประสงค์น้อย	พึงประสงค์ปานกลาง	พึงประสงค์มาก
①	✗	✗	③

1. ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ (A)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
1. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการจัดการด้านยา และ เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เพื่อสนับสนุนการบริการแก่ประชาชนได้ ตามเกณฑ์มาตรฐาน	① ① ② ③	A01 <input checked="" type="checkbox"/>
2. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย แต่ให้ผลดีต่อสุขภาพประชาชนอย่างเต็มที่	① ① ② ③	A02 <input checked="" type="checkbox"/>
3. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประชาชนต้องมี สิทธิที่จะใช้ บริการข้ามชั้นตอนได้ กรณีที่มีเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้น	① ① ② ③	A03 <input checked="" type="checkbox"/>
4. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีอุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่ให้ ความปลอดภัยแก่ผู้รับและผู้ให้บริการ	① ① ② ③	A04 <input checked="" type="checkbox"/>
5. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่ต้อง ระมัดระวังการล่วงละเมิดต่อสิทธิผู้ป่วยเป็นพิเศษถึงแม้จะเป็นการ ปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้จัดบริการในการให้บริการ	① ① ② ③	A05 <input checked="" type="checkbox"/>
6. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ไม่หวังผลกำไร และ ผลประโยชน์อื่น ๆ จากประชาชน	① ① ② ③	A06 <input checked="" type="checkbox"/>
7. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องมีการเก็บรักษาข้อมูลด้าน สุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบ เมื่อถึงคราวจำเป็นก็ให้ ส่งมอบไปให้สถานบริการอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการให้ บริการ	① ① ② ③	A07 <input checked="" type="checkbox"/>
8. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ และแนวทางในการให้บริการอย่างมีมาตรฐานตามความจำเป็น	① ① ② ③	A08 <input checked="" type="checkbox"/>
9. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการ ติดต่อสื่อสารเพื่อรับ-ส่งข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลทั้งในระดับ เดียวกัน และในระดับที่ สูงขึ้นไป อย่างถูกต้อง ชัดเจน และรวดเร็ว	① ① ② ③	A09 <input checked="" type="checkbox"/>

1. ด้านบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ (A)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
10. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการระบุด้านบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายเดียวกันในระดับที่สูงขึ้นไป ให้ประชาชนทราบโดยเปิดเผย	① ① ② ③	A10 <input checked="" type="checkbox"/>
11. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจ มีการแนะนำก่อนที่จะส่งตัวไปยังสถานบริการสุขภาพระดับที่สูงกว่า (กรณีที่ต้องส่งตัวไปยังสถานบริการ ที่สูงขึ้น)	① ① ② ③	A11 <input checked="" type="checkbox"/>
12. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีตัวอาคาร สถานที่ คู่มือฐาน เหมาะสำหรับเป็นที่รักษาพยาบาลประชาชนได้ทั้งร่างกายและจิตใจ	① ① ② ③	A12 <input checked="" type="checkbox"/>
13. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการจัดลำดับความสำคัญในการให้บริการบนพื้นฐานความจำเป็นเร่งด่วนของอาการที่จะได้รับการบำบัดรักษา	① ① ② ③	A13 <input checked="" type="checkbox"/>
2. ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ (B)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
14. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่จัดให้มีบุคลากรสาธารณสุขประจำการ อย่างน้อย 8 คน และเพิ่มตามสภาพปัญหาหรือความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน	① ① ② ③	B14 <input checked="" type="checkbox"/>
15. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีเภสัชกรประจำในสถานพยาบาลเครือข่าย ทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดการ จัดเก็บบริหารเวชภัณฑ์และการจ่ายยา เพื่อให้การบริการด้านยาเป็นไปตามมาตรฐาน	① ① ② ③	B15 <input checked="" type="checkbox"/>
16. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพ ที่มีบุคลากรทำงานประจำอย่างต่อเนื่อง (มีทีมดูแลประจำที่ชัดเจน)	① ① ② ③	B16 <input checked="" type="checkbox"/>

2. ด้านความพร้อมของทรัพยากรสุขภาพ (B)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
17. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการจัดบริการประชาชนนอกสถานบริการด้วย	① ① ② ③	B17 <input checked="" type="checkbox"/>
18. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการประเมินสภาพจิตใจ ความพร้อมทางครอบครัว ชุมชน และสังคม จากระบบข้อมูลของสถานบริการที่มีอยู่แล้วร่วมด้วยทุกครั้งก่อนที่จะให้บริการประชาชน	① ① ② ③	B18 <input checked="" type="checkbox"/>
19. การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้นในบางกรณี ควรมีกิจกรรมเสริมเพื่อลดความเบื่อหน่ายในการรอคอยบริการ	① ① ② ③	B19 <input checked="" type="checkbox"/>
20. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการตรวจสอบ ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	① ① ② ③	B20 <input checked="" type="checkbox"/>

3. ด้านบรรยากาศและสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ (C)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
21. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่จัดให้มีที่นั่งคอยด้วยบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติ มีความร่มรื่นเหมาะสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจด้วย	① ① ② ③	C21 <input checked="" type="checkbox"/>
22. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีสถานที่ตรวจรักษาหรือให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง	① ① ② ③	C22 <input checked="" type="checkbox"/>
23. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่จัดให้มีบริการอื่นๆ เพื่อความสะดวกสบายในการไปใช้บริการ เช่น น้ำดื่ม (ร้อน-เย็น) พัดลม หรือโทรศัพท์สาธารณะ เป็นต้น	① ① ② ③	C23 <input checked="" type="checkbox"/>
24. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบเข้าร่วมเป็นกรรมการในการกำหนดทิศทางของพัฒนาการจัดบริการ	① ① ② ③	C24 <input checked="" type="checkbox"/>

4. ด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ (D)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
25. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการที่มีประชาชน มาขึ้นทะเบียนอยู่ในความรับผิดชอบอย่างแน่นอน	① ① ② ③	D25 <input checked="" type="checkbox"/>
26. ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่ มีสถานที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน ไม่รวมอยู่กับบริการ สุขภาพระดับอื่น ๆ	① ① ② ③	D26 <input checked="" type="checkbox"/>
27. สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ให้ประชาชนเลือกขึ้น ทะเบียน จะต้องเป็นสถานบริการที่ตั้งอยู่ในเส้นทางคมนาคม ที่สามารถเดินทางได้สะดวก และใช้เวลาไปถึงไม่เกิน 30 นาที โดยรถยนต์	① ① ② ③	D27 <input checked="" type="checkbox"/>
28. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่มีแพทย์ ประจำในสถานพยาบาลเครือข่าย เพื่อให้บริการหรือสามารถติด ต่อกับคำปรึกษาได้อย่างต่อเนื่อง เต็มเวลา	① ① ② ③	D28 <input checked="" type="checkbox"/>
29. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่สามารถตอบสนอง ประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นได้	① ① ② ③	D29 <input checked="" type="checkbox"/>
5. ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ (E)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
30. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่เปิด โอกาสให้ตัวแทนของประชาชนในเขตรับผิดชอบรวมตัวกันเป็น คณะกรรมการ เพื่อตรวจสอบการดำเนินงานในด้านการบริหารจัด การองค์กร	① ① ② ③	E30 <input checked="" type="checkbox"/>
31. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการ ตรวจสอบกันเองภายในระบบราชการ แล้วนำเสนอผลการตรวจ สอบนั้นต่อสาธารณชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	① ① ② ③	E31 <input checked="" type="checkbox"/>

5. ด้านความเสมอภาคของบริการสุขภาพ (E)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
32. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารในการบริหารจัดการองค์กร โดยการเปิดเผยได้ ณ หน่วยบริการโดยเปิดเผย มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ หรือประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว	① ① ② ③	E32 <input checked="" type="checkbox"/>
33. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่จัดให้มีรพยบาลพร้อมบุคลากรสาธารณสุขในการรับ-ส่งผู้ป่วย เพื่อความสะดวก ปลอดภัยในกรณีฉุกเฉิน	① ① ② ③	E33 <input checked="" type="checkbox"/>
34. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการประชาสัมพันธ์เพื่อรับทราบความคิดเห็น ข้อเสนอแนะก่อนทุกครั้ง ในกรณีที่ผลของการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงนั้นๆ มีความสัมพันธ์ที่กระทบกับประชาชนในเขตรับผิดชอบ	① ① ② ③	E34 <input checked="" type="checkbox"/>
35. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่สามารถรับข่าวจากสถานบริการอื่นที่ประชาชนไปรับบริการ และส่งข่าวนั้นให้ญาติได้รับรู้ เพื่อลดความวิตกกังวลในเบื้องต้นได้	① ① ② ③	E35 <input checked="" type="checkbox"/>

6. ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบ (F)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
36. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่สามารถสร้างความสบายใจในภาพรวมให้แก่ผู้รับบริการได้	① ① ② ③	F36 <input checked="" type="checkbox"/>
37. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีระบบสนับสนุน อันจะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมายการติดตาม หรือการจัดระบบสนับสนุนข้อมูล	① ① ② ③	F37 <input checked="" type="checkbox"/>

6. ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบ (F)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
38. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้งหมด และดำเนินการแก้ปัญหาที่นั้น ๆ คราวเดียว และต่อเนื่องกัน จนหมดปัญหา หรือในระดับที่ไม่เป็นปัญหาต่อไป	① ① ② ③	F38 <input checked="" type="checkbox"/>
39. ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่มีการดูแลให้การรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน ต่อเนื่องไปจนกว่าจะกลับมาเป็นปกติ	① ① ② ③	F39 <input checked="" type="checkbox"/>
40. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีความรับผิดชอบต่อประชาชนเป็นรายครอบครัว โดยทีมผู้รับผิดชอบต้องรู้ว่าประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นใคร อยู่ที่ไหน	① ① ② ③	F40 <input checked="" type="checkbox"/>
41. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ให้บริการ ต้องมี จริยธรรมในการเก็บรักษาความลับ และข้อมูลของประชาชนผู้มารับบริการ	① ① ② ③	F41 <input checked="" type="checkbox"/>
42. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่ส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญของสิทธิผู้ป่วย เพื่อใช้ในการปกป้องคุ้มครองตนเอง ครอบครัว และสังคม จากการปฏิบัติด้านการแพทย์ที่อาจจะล่วงละเมิด	① ① ② ③	F42 <input checked="" type="checkbox"/>
43. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีความเป็นกันเองกับครอบครัวและชุมชน ในการที่จะได้รับทราบปัญหาข้อเท็จจริง และจะแก้ปัญหาได้ตรงจุดมากที่สุด	① ① ② ③	F43 <input checked="" type="checkbox"/>
44. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการติดตามผู้ป่วยหรือผู้ที่ขาดนัด เพื่อรับทราบปัญหาและสามารถแก้ไขให้ทันเวลา	① ① ② ③	F44 <input checked="" type="checkbox"/>
45. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการจัดการไปพร้อมๆ ในคราวเดียวกัน เช่น เมื่อรักษาคคนที่ป่วยอยู่ ก็ต้องส่งเสริม ป้องกันคนอื่นๆ ในครอบครัวหรือชุมชนไม่ให้ป่วยตามไปด้วย เป็นต้น	① ① ② ③	F45 <input checked="" type="checkbox"/>

6. ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการและการตรวจสอบ (F)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
46. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้จัดบริการควรปฏิบัติตัวต่อผู้รับบริการอย่างเสมอภาค และไม่เลือกปฏิบัติ	① ① ② ③	F46 <input checked="" type="checkbox"/>
47. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่พยายามใช้สื่อที่มีในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้วให้มากที่สุด ในการส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนได้มีการรับทราบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และสิทธิผู้ป่วย	① ① ② ③	F47 <input checked="" type="checkbox"/>
48. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่เสนอทางเลือกให้แก่ประชาชน ในหลากหลายรูปแบบ พร้อมทั้งข้อมูลสนับสนุนการ ตัดสินใจ ที่เป็นทั้งข้อดีและข้อเสียในแต่ละทางเลือกนั้นๆ	① ① ② ③	F48 <input checked="" type="checkbox"/>
49. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบได้ร่วมกันกำหนดรูปแบบวิธีการ ก่อนมีการจัดกิจกรรมทางด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการรณรงค์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หรืออื่นๆ	① ① ② ③	F49 <input checked="" type="checkbox"/>
50. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐานและบริการส่งตรวจต่อไปยังสถานบริการที่สูงขึ้น	① ① ② ③	F50 <input checked="" type="checkbox"/>

7. ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ (G)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
51. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องเป็นบริการที่เปิดให้ประชาชนส่วนใหญ่ไปใช้บริการได้ตามเวลา ที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชน โดยไม่จำเป็นต้องเปิดให้บริการทั้ง 24 ชม.	① ① ② ③	G51 <input checked="" type="checkbox"/>

7. ด้านประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ (G)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
52. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพเบื้องต้น ที่ให้บริการได้โดยพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ตรวจรักษา หรือให้บริการทุกครั้งไป	① ① ② ③	G52 <input checked="" type="checkbox"/>
53. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถใช้เป็นแหล่งข้อมูลในการหา ความรู้เพื่อการดูแลตนเองได้	① ① ② ③	G53 <input checked="" type="checkbox"/>
54. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ฟรีแก่ประชาชน และประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายทางอ้อมเป็นเงินภาษี ตามสัดส่วนรายได้ (รายได้มากจ่ายภาษีเพื่อสุขภาพมาก รายได้น้อยจ่ายน้อยหรือไม่ต้องจ่ายเลย)	① ① ② ③	G54 <input checked="" type="checkbox"/>
55. ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องมีผู้ให้บริการเป็นทีมที่มีการเตรียมความพร้อมอยู่ตลอดเวลา และสามารถให้บริการได้อย่างรวดเร็ว	① ① ② ③	G55 <input checked="" type="checkbox"/>
56. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสาร เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยแก่สุขภาพอนามัยของประชาชน	① ① ② ③	G56 <input checked="" type="checkbox"/>
57. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่จัดบริการให้แล้วเสร็จได้ในจุดเดียวไม่ต้องผ่านขั้นตอน หรือห้องต่าง ๆ เหมือนการไป โรงพยาบาล	① ① ② ③	G57 <input checked="" type="checkbox"/>
58. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ให้โอกาสแก่ประชาชน เพื่อร่วมกันตรวจสอบการดำเนินงาน และการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของสถานบริการ	① ① ② ③	G58 <input checked="" type="checkbox"/>

8. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (H)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
59. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีบริการด้าน การดูแลรักษาปากและฟัน ในสถานบริการทุกวัน เวลาราชการ	① ① ② ③	H59 <input checked="" type="checkbox"/>
60. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่จัดให้มีทีมบุคลากรพร้อมรถฉุกเฉินในชุมชน ที่สามารถเรียกใช้บริการได้เมื่อเกิดเหตุจำเป็น ทั้งนี้สามารถไปถึงที่เกิดเหตุภายในไม่เกิน 10 นาที	① ① ② ③	H60 <input checked="" type="checkbox"/>
61. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลประจำในเครือข่ายร่วมให้บริการ	① ① ② ③	H61 <input checked="" type="checkbox"/>
62. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่จัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว	① ① ② ③	H62 <input checked="" type="checkbox"/>
63. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการชี้แจงข้อเท็จจริง ทั้งข้อดี ข้อเสีย และผลลัพธ์ของบริการฯ แต่ละอย่างให้ผู้รับบริการทราบโดยไม่บิดเบือน	① ① ② ③	H63 <input checked="" type="checkbox"/>
64. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีลักษณะการออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง	① ① ② ③	H64 <input checked="" type="checkbox"/>
65. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ผู้จัดบริการ ต้องมีทักษะความชำนาญ รู้จริง และมีความมั่นใจในการให้บริการ	① ① ② ③	H65 <input checked="" type="checkbox"/>
66. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่มีการออกไปให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนใน ชุมชน ตามความจำเป็นหรือปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้น	① ① ② ③	H66 <input checked="" type="checkbox"/>
67. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องจัดให้มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ประชาชน ในสถานบริการอย่างสม่ำเสมอ	① ① ② ③	H67 <input checked="" type="checkbox"/>

8. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (H)	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
68. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่มีบุคลากร ผู้จัดบริการรับผิดชอบต่อครอบครัวเป็นการเฉพาะ โดยที่สามารถ ไว้วางใจและขอคำปรึกษา ด้านสุขภาพได้ตลอดเวลา	① ① ② ③	H68 <input checked="" type="checkbox"/>
69. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่ ประชาชนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกสถานบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ ประจำครอบครัว ได้อย่างอิสระ	① ① ② ③	H69 <input checked="" type="checkbox"/>
70. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่บุคลากร ผู้จัดบริการฯ ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ในการสร้างเสริมสุขภาพ	① ① ② ③	H70 <input checked="" type="checkbox"/>

ภาคผนวก ฉ

- ฉ – 1** ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน
- ฉ – 2** ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน
จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและประสบการณ์ในการใช้บริการ
สุขภาพ

ภาคผนวก ฉ – 1

ตาราง 25 ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

ลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่พึง ประสงค์	พึงประสงค์ น้อย	พึงประสงค์ ปานกลาง	พึงประสงค์ มาก
1. บริการที่ตอบสนองต่อความ จำเป็นด้านสุขภาพ	1 (0.3)	45 (11.7)	77 (20.1)	260 (69.9)
2. คุณภาพในขั้นตอนการให้ บริการสุขภาพ	7 (1.8)	57 (14.9)	142 (37.1)	177 (46.2)
3. คุณภาพในส่วนประกอบของ การจัดบริการ	3 (0.8)	29 (7.6)	147 (38.4)	204 (53.3)
4. ความเสมอภาคของบริการ สุขภาพ	4 (1.0)	59 (15.4)	98 (25.6)	222 (58.0)
5. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการ และการตรวจสอบ	11 (2.9)	31 (8.1)	128 (33.4)	213 (55.6)
6. คุณภาพในภาพรวมของการจัด บริการสุขภาพ	2 (0.5)	42 (11.0)	101 (26.4)	238 (62.1)
7. ประสิทธิภาพของบริการ	4 (1.0)	28 (9.9)	119 (31.1)	222 (58.0)
8. การสร้างเสริมสุขภาพ	7 (1.8)	36 (9.4)	86 (22.5)	254 (66.3)
สรุปภาพรวม	0 (0)	42 (11.0)	98 (25.6)	243 (63.4)

ภาคผนวก ฉ – 2

ตาราง 26 จำนวนและร้อยละของลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน
จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)			
	ระดับความพึงประสงค์ต่อลักษณะ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ			รวม
	น้อย	ปานกลาง	มาก	
อายุ				
18 – 35 ปี	5(4.6)	27 (24.8)	77(70.6)	109 (100)
36 – 50 ปี	15 (8.4)	44 (24.6)	120 (67.0)	179 (100)
51 ปีขึ้นไป	22 (23.2)	27 (28.4)	47 (48.4)	95 (100)
รวม	42 (11.0)	98 (25.6)	243(63.4)	383 (100)
เพศ				
ชาย	24 (13.2)	47 (25.8)	111 (61.0)	182 (100)
หญิง	18(9.0)	51 (25.4)	132 (65.7)	201 (100)
รวม	42(11.0)	98 (25.6)	243 (63.3)	383(100)
ศาสนา				
พุทธ	40 (11.3)	83 (23.4)	231 (65.3)	354 (100)
อิสลาม	2 (6.9)	15 (51.7)	12 (41.4)	29 (100)
รวม	42 (11.0)	98 (25.6)	243 (63.4)	383 (100)
อาชีพ				
เกษตรกรกรรม	30 (12.1)	62 (25.1)	155 (62.8)	247 (100)
รับจ้าง	4 (7.1)	15 (26.8)	37 (66.1)	56 (100)
ธุรกิจส่วนตัว	1 (2.7)	8 (21.6)	28 (75.7)	37 (100)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0 (0)	7 (36.8)	12 (63.2)	19 (100)
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	1 (20.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	5 (100)
ไม่ได้ทำงาน	6 (31.6)	5 (26.3)	8 (42.1)	19 (100)
รวม	42 (11.0)	98 (25.6)	243 (63.4)	383 (100)

ตาราง 26 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)			รวม
	ระดับความพึงประสงค์ต่อลักษณะ			
	บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ			
	น้อย	ปานกลาง	มาก	
สถานภาพ				
โสด	5 (12.2)	12 (29.3)	24 (58.5)	41 (100)
สมรส	28 (9.1)	79 (25.7)	200 (65.1)	307 (100)
ม่าย/หย่า/แยก	9 (25.7)	7 (20.0)	19 (54.3)	35 (100)
รวม	42 (11.0)	98 (25.6)	243 (63.4)	383 (100)
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา	38 (15.9)	56 (23.4)	145 (60.7)	239 (100)
มัธยมศึกษา/ปวช.	4 (3.6)	31 (28.2)	75 (68.2)	110 (100)
อนุปริญญา/ปวส.	0 (0)	8 (53.3)	7 (46.7)	15 (100)
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	0 (0)	3 (15.8)	16 (84.2)	19 (100)
รวม	42 (11.0)	98 (25.6)	243 (63.4)	383 (100)
รายได้เฉลี่ยต่อปี				
ต่ำกว่า 20,000 บาท	19 (17.9)	31 (28.2)	56 (52.8)	106 (100)
20,001 – 45,000 บาท	17 (10.7)	42 (26.4)	100 (62.9)	159 (100)
45,001 บาทขึ้นไป	6 (5.1)	25 (21.2)	87 (73.7)	118 (100)
รวม	42 (11.0)	98 (25.6)	243 (63.4)	383 (100)
ระยะเวลาอาศัยอยู่ในพื้นที่				
น้อยกว่า 15 ปี	16 (17.0)	25 (26.6)	53 (56.4)	94 (100)
16 – 35 ปี	17 (10.7)	42 (26.4)	100 (62.9)	159 (100)
36 ปีขึ้นไป	9 (6.9)	31 (23.8)	90 (69.2)	130 (100)
รวม	42 (11.0)	98 (25.6)	243 (63.4)	383 (100)

ตาราง 26 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)			
	ระดับความพึงประสงค์ต่อลักษณะ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ			รวม
	น้อย	ปานกลาง	มาก	
ระยะเวลาในการเดินทาง				
น้อยกว่า 5 นาที	3 (2.8)	25 (23.1)	80 (74.1)	108 (100)
6 – 15 นาที	5 (2.6)	47 (24.1)	143 (73.3)	195 (100)
16 นาทีขึ้นไป	34 (42.5)	26 (32.5)	20 (25.0)	80 (100)
รวม	42 (11.0)	98 (25.6)	243 (63.4)	383 (100)
การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง				
แข็งแรงดี	29 (9.5)	71 (23.3)	205 (67.2)	305 (100)
ไม่ค่อยแข็งแรง แต่ทำงานได้	9 (13.4)	24 (35.8)	34 (50.7)	67 (100)
ไม่ค่อยแข็งแรง และทำงานไม่ค่อยได้	4 (36.4)	3 (27.3)	4 (36.4)	11 (100)
รวม	42 (11.0)	98 (25.6)	243 (63.4)	383 (100)
การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว				
ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคใด ๆ	18 (6.7)	58 (21.5)	194 (71.9)	270 (100)
มีการเจ็บป่วย	24 (21.2)	40 (35.4)	49 (43.4)	113 (100)
รวม	42 (11.0)	98 (25.6)	243 (63.4)	383 (100)
ความถี่ในการใช้บริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา				
1 – 2 ครั้ง	16 (12.8)	23 (18.4)	86 (68.8)	125 (100)
3 – 6 ครั้ง	13 (9.2)	39 (27.7)	89 (63.1)	141 (100)
7 ครั้งขึ้นไป	13 (11.1)	36 (30.8)	68 (58.1)	117 (100)
รวม	42 (11.0)	98 (25.6)	243 (63.4)	383 (100)
สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน				
สถานีนอนมัย	10 (3.4)	75 (25.3)	211 (71.3)	296 (100)
โรงพยาบาลชุมชน	32 (40.0)	22 (27.5)	26 (32.5)	80 (100)
ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนที่ใด	0 (0)	1 (14.3)	6 (85.7)	7 (100)
รวม	42 (11.0)	98 (25.6)	243 (63.4)	383 (100)

จากตาราง 26 เมื่อนำลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในภาพรวม จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละประเด็น มีข้อค้นพบดังนี้

อายุ พบว่าในกลุ่มของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า จะมีลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ระดับมาก ในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุสูงขึ้น เมื่อเทียบกับลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ที่ระดับเดียวกัน (18-35 ปี : 36-50 ปี : 51 ปีขึ้นไป เท่ากับ 70.6 : 67.0 : 48.4 ตามลำดับ) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมจะพบว่า ทุกกลุ่มอายุจะมีลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 18-35 ปี และ 36-50 ปี ที่มีสัดส่วนมากกว่าครึ่ง เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุเดียวกัน

เพศ พบว่าเพศหญิงจะมีลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ระดับมาก ในสัดส่วนที่มากกว่าเพศชาย (หญิง : ชาย เท่ากับ 65.7 : 61.0) เมื่อเทียบกับลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ที่ระดับเดียวกัน ทั้งนี้ในภาพรวมจะพบว่า ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จะมีลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะจะมี สัดส่วนมากกว่าครึ่ง เมื่อเทียบกับกลุ่มเดียวกัน

ศาสนา พบว่ากลุ่มที่นับถือศาสนาพุทธจะมีลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ระดับมาก (ร้อยละ 65.3) ในสัดส่วนที่มากกว่าศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 41.4) เมื่อเทียบกับลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ที่ระดับเดียวกัน ทั้งนี้ในภาพรวมจะพบว่า กลุ่มที่นับถือศาสนาพุทธ จะมีลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับมาก (ร้อยละ 6.3) เป็นส่วนใหญ่ แต่กลุ่มที่นับถือศาสนาอิสลามจะมีลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.7) เป็นส่วนใหญ่

อาชีพ พบว่าผู้ที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวจะมีลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ระดับมาก (ร้อยละ 75.7) ในสัดส่วนที่มากกว่า กลุ่มอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 42.1 – 66.1) เมื่อเทียบกับลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ที่ระดับเดียวกัน ในภาพรวมพบว่า ทุกกลุ่มอาชีพจะมีลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ และเกือบทุกกลุ่มอาชีพจะมีลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับมาก ในสัดส่วนที่เกินกว่าครึ่ง เมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพเดียวกัน ยกเว้นกลุ่มที่ยังไม่ได้ทำงานที่มีไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.1)

สถานภาพ พบว่ากลุ่มที่สมรสแล้วจะมีลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ระดับมาก (ร้อยละ 65.1) ในสัดส่วนที่มากกว่าสถานภาพโสด หรือสถานภาพ ม่าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 54.3-58.5) เมื่อเทียบกับลักษณะบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ที่

ระดับเดียวกัน ทั้งนี้ในภาพรวมจะพบว่า ทั้งหมดจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะจะมีระดับมากในสัดส่วนที่เกินกว่าครึ่ง เมื่อเทียบกับกลุ่มเดียวกัน

ระดับการศึกษา พบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จะมีความพึงประสงค์ระดับมาก (ร้อยละ 84.2) ในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มของผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือ ปวช. ,ระดับประถมศึกษา และระดับอนุปริญญา หรือ ปวส. (ร้อยละ 68.2, 68.2, 60.7 และ 46.7) ตามลำดับ ทั้งนี้ในภาพรวมพบว่าเกือบทุกกลุ่มระดับการศึกษาจะมีความพึงประสงค์ฯ ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ และจะมีความพึงประสงค์ฯ ในระดับมากเกินกว่าครึ่ง เมื่อเทียบกับกลุ่มระดับการศึกษาเดียวกัน ยกเว้นกลุ่มระดับการศึกษานุปริญญา หรือ ปวส. ที่มีความพึงประสงค์ระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ในสัดส่วนที่เกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.9)

รายได้เฉลี่ยต่อปี พบว่ากลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 45,001 บาท จะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ระดับมาก (ร้อยละ 73.7) ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ที่มีรายได้ในกลุ่ม 20,001 บาท และ ต่ำกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 62.9 และ 52.8 ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ที่ระดับเดียวกัน ทั้งนี้ในภาพรวมจะพบว่า ทั้งหมดจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะจะมีในสัดส่วนที่เกินกว่าครึ่ง เมื่อเทียบกับกลุ่มเดียวกัน

ระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในพื้นที่ พบว่าผู้ที่มีระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นเวลานาน (36 ปีขึ้นไป) จะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ระดับมาก (ร้อยละ 69.2) ในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอายุ 16 – 35 ปี และกลุ่มที่น้อยกว่า 15 ปี (ร้อยละ 62.9 และ 56.4 ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ที่ระดับเดียวกัน ทั้งนี้ในภาพรวมจะพบว่า ทั้งหมดจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะจะมีสัดส่วนที่เกินกว่าครึ่ง เมื่อเทียบกับกลุ่มเดียวกัน

ระยะเวลาในการเดินทางถึงสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่าผู้ที่มีระยะเวลาในการเดินทางน้อยกว่า 5 นาที จะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ระดับมาก (ร้อยละ 74.1) ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ที่ใช้เวลาในการเดินทาง 6-15 นาที และกลุ่มผู้ที่ใช้เวลา 16 นาทีขึ้นไป (ร้อยละ 73.3 และ 25.0 ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ที่ระดับเดียวกัน ทั้งนี้ในภาพรวมจะพบว่า ผู้ที่ใช้เวลาในการเดินทางน้อยกว่า 5 นาที และ 6-15 นาที จะมีความพึงประสงค์ฯ ในระดับมาก เป็นส่วนใหญ่ และในสัดส่วนที่เกินกว่าครึ่ง

หนึ่ง ทั้งนี้พบว่าผู้ที่ใช้เวลาในการเดินทางมาก (16 นาทีขึ้นไป) จะมีความพึงประสงค์ฯ ในระดับน้อยเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเทียบกับผู้ที่ใช้เวลาในกลุ่มเดียวกัน

สภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีสภาวะสุขภาพแข็งแรงดีจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ระดับมาก (ร้อยละ 67.2) ในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่ค่อยแข็งแรงแต่พอทำงานได้ และกลุ่มผู้ที่ไม่ค่อยแข็งแรงและทำงานไม่ค่อยได้ (ร้อยละ 50.7 และ 36.4 ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ที่ระดับเดียวกัน ทั้งนี้ในภาพรวมจะพบว่า ทั้งหมดจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ โดยผู้ที่มีสภาวะสุขภาพแข็งแรงดี และ กลุ่มผู้ที่ไม่ค่อยแข็งแรงแต่พอทำงานได้ จะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ระดับมากในสัดส่วนที่เกินกว่าครึ่งหนึ่ง และในกลุ่มผู้ที่ไม่ค่อยแข็งแรงและทำงานไม่ค่อยได้จะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในแต่ละระดับในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (น้อย : ปานกลาง : มาก เท่ากับ 36.4 : 27.3 : 36.4)

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว พบว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัวใดๆ จะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ระดับมาก (ร้อยละ 71.9) ในสัดส่วนที่มากกว่า ผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว (ร้อยละ 43.4) เมื่อเทียบกับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ที่ระดับเดียวกัน ทั้งนี้ในภาพรวมพบว่า ทั้งหมดจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่

ความถี่ในการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในรอบปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ใช้บริการ 1-2 ครั้ง จะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ระดับมาก (ร้อยละ 68.8) ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ใช้บริการ 3-6 ครั้ง และ 7 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 63.1 และ 58.1 ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ที่ระดับเดียวกัน ทั้งนี้ในภาพรวมพบว่า ทั้งหมดจะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ และในสัดส่วนที่เกินกว่าครึ่งหนึ่ง

ประเภทของสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่าผู้ที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนฯ ที่ใด จะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ระดับมาก (ร้อยละ 85.7) ในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 71.3 และ 32.5 ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ที่ระดับเดียวกัน ทั้งนี้ในภาพรวมพบว่า ผู้ที่ขึ้นทะเบียนฯ แล้วที่สถานอนามัย และผู้ที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนที่ใด จะมีลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่และในสัดส่วนที่มากกว่าครึ่งหนึ่ง แต่ผู้ที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลชุมชนนั้น กลับมีลักษณะ

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในระดับน้อยเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.0) แต่ในสัดส่วนที่ไม่ถึงครึ่งหนึ่ง

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร. วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ลีลม แจ่มอุลิตร์ตัน
หน่วยควบคุมการติดเชื้อ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นายแพทย์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
4. นายแพทย์ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
5. ดร. อุมพร ปุญญโสพรรณ
ภาคการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (sampling size determination)

สูตรยามานะ (Yamane,1973)

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = ประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อน กำหนดที่ระดับ 0.05

$$n = \frac{13,973}{1+13,973(0.05)^2}$$

$$= 388 \quad \text{คน}$$

การคำนวณค่าหาดัชนีความตรงของเนื้อเรื่อง (content validity index – CVI)

ตาราง 20 ระดับความคิดเห็นความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน

ข้อที่	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				สรุปความคิดเห็น
		1	2	3	4	
1	ที่อยู่ปัจจุบัน () 1. ในเขตเทศบาล () 2. นอกเขตเทศบาล			1	6	1
2	เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง				7	1
3	อายุปัจจุบัน ปี (นับอายุเต็มถึงวันครบรอบวันเกิดที่ผ่านมา)				7	1
4	ศาสนา () 1. พุทธ () 2. อิสลาม () 3. คริสต์ () 4. อื่นๆ ระบุ.....				7	1
.	.				.	.
.	.				.	.
	(12). กิจกรรมป้องกันโรค เช่น การพ่นหมอกควันกำจัดยุง การใส่ทรายอะเบท	4			3	0
.	.					
	รวมข้อคำถาม 83 ข้อ					81

1 = ไม่สอดคล้อง 2 = สอดคล้อง 3 = สอดคล้องค่อนข้างมาก 4 = สอดคล้องมาก
กำหนดเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 7 คน (ร้อยละ 85)

ดัชนีความตรงของเนื้อเรื่อง (content validity index – CVI)

= $\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 7 คนเห็นว่าสอดคล้องค่อนข้างมาก/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

$$= 81/83$$

$$\text{CVI} = .9759$$

ภาคผนวก ข

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

เรื่อง “ตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจังหวัดพัทลุง”

ข้อมูลทั่วไป

ที่อยู่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้านตำบล อำเภอ จังหวัดพัทลุง
 นับถือศาสนา อายุ ปี เพศ รายได้เฉลี่ยต่อปีบาท

แนวคำถาม

1. ท่านขึ้นทะเบียนเป็นผู้รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ระดับต้น, ด้านแรก, ฯ) แล้วหรือไม่ หากขึ้นทะเบียนแล้ว ท่านขึ้นทะเบียนที่สถานบริการไหน ถ้าหากว่ายังไม่ขึ้นทะเบียนเป็นเพราะอะไร

2. การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ระดับต้น, ด้านแรก, ฯ) ที่พึงประสงค์ของท่านหรือท่านมีความพึงพอใจ ต้องการ และปรารถนาให้มีการจัดขึ้น หรือหากมีการจัดบริการอยู่แล้วก็ปรารถนาที่จะให้มีการจัดต่อไปนั้น ตามความคิดของท่านควรมีลักษณะอย่างไรบ้าง โดยแบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้ คือ

- 2.1 ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
- 2.2 ด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน
- 2.3 ด้านความเสมอภาคของบริการ
- 2.4 ด้านประสิทธิภาพของบริการ
- 2.5 ด้านคุณภาพของบริการ
- 2.6 ด้านการมีส่วนร่วมของสังคมในการจัดบริการและการตรวจสอบ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ข้อคิดและเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสนทนากลุ่มครั้งนี้

ภาคผนวก ค

เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจงแบบสอบถาม (ชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์)

เรื่อง “ตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจังหวัดพัทลุง”

□ ลักษณะของแบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้จะมีทั้งหมด 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร สังคม เศรษฐกิจ ลักษณะของชุมชน การรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง และประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ (13 ข้อ)

ตอนที่ 2 ข้อมูลลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน (79 ข้อ)

□ เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์

(ให้กากบาท **X** ลงในช่องที่ผู้ตอบเลือก)

ลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์			
ไม่พึงประสงค์	พึงประสงค์น้อย	พึงประสงค์ปานกลาง	พึงประสงค์มาก
①	✎	✎	③

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ด้วยดี

แบบสอบถาม (ชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์)

เรื่อง “ตัวทำนายลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชนจังหวัดพัทลุง”

แบบสอบถามเลขที่ (QID) ชื่อ – สกุล พนักงานสัมภาษณ์ (INR)

พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

อำเภอ ตำบล หมู่ที่

ชื่อหมู่บ้าน (ADD)

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร สังคม เศรษฐกิจ ลักษณะของชุมชน
การรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง และประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร สังคม เศรษฐกิจ และลักษณะของชุมชน	สำหรับผู้วิจัย
1. อายุของท่านถึงปีปัจจุบัน ปี (นับถึงครบรอบวันเกิดที่ผ่านมา)	AGE <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
2. เพศ <input checked="" type="checkbox"/> 1. ชาย <input checked="" type="checkbox"/> 2. หญิง	SEX <input checked="" type="checkbox"/>
3. ศาสนา <input checked="" type="checkbox"/> 1. พุทธ <input checked="" type="checkbox"/> 2. คริสต์ <input checked="" type="checkbox"/> 3. อิสลาม <input checked="" type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ	RLI <input checked="" type="checkbox"/>
4. อาชีพหลักของท่าน (มีรายได้มากที่สุดในรอบ 1 ปี จากอาชีพนี้) <input checked="" type="checkbox"/> 1. เกษตรกรรม <input checked="" type="checkbox"/> 2. รับจ้าง <input checked="" type="checkbox"/> 3. ลูกจ้างหรือพนักงานบริษัท/ห้างร้านเอกชน <input checked="" type="checkbox"/> 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input checked="" type="checkbox"/> 5. ธุรกิจส่วนตัว <input checked="" type="checkbox"/> 6. ไม่ได้ทำงาน	OCC <input checked="" type="checkbox"/> STU <input checked="" type="checkbox"/>
5. สถานภาพสมรส <input checked="" type="checkbox"/> 1. โสด <input checked="" type="checkbox"/> 2. สมรส <input checked="" type="checkbox"/> 3. หม้าย/หย่า/แยก	EDU <input checked="" type="checkbox"/>
6. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด	

<input checked="" type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา <input checked="" type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษา / ปวช. <input checked="" type="checkbox"/> 3. อนุปริญญา / ปวส.	INC	-----
<input checked="" type="checkbox"/> 4. ปริญญาตรี/เทียบเท่า <input checked="" type="checkbox"/> 5. สูงกว่าปริญญาตรี	LAD	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
7. รายได้เฉลี่ยของท่าน บาท ต่อ ปี		
8. ระยะเวลาที่ท่านอาศัยอยู่ หรือย้ายมาอยู่ในหมู่บ้านแห่งนี้ ปี	TIM	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
9. ท่านใช้เวลาในการเดินทางทั้งหมดนับตั้งแต่ออกจากบ้าน จนถึงสถานบริการระดับปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนไว้ประมาณเท่าไร ชั่วโมง นาที		
1.2 การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง และประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพ	HEA	<input checked="" type="checkbox"/>
10. สุขภาพของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร		
<input checked="" type="checkbox"/> 1. แข็งแรงดี		
<input checked="" type="checkbox"/> 2. ไม่ค่อยแข็งแรง แต่ทำงานได้		
<input checked="" type="checkbox"/> 3. ไม่ค่อยแข็งแรง และทำงานไม่ค่อยได้	CRO	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 4. ไม่แข็งแรง และทำงานไม่ได้เลย		
12. ท่านมีโรคประจำตัวที่ต้องใช้บริการสุขภาพเป็นประจำหรือไม่	C1-2	<input checked="" type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 1. ไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ	C3-4	<input checked="" type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 2. มีโรคประจำตัว คือโรค(ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ).....	C5-6	<input checked="" type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 2.1 โรคหัวใจ	C7-8	<input checked="" type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 2.2 เบาหวาน	C9-10	<input checked="" type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 2.3 ความดันโลหิตสูง	FRE	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 2.4 มะเร็ง		
<input checked="" type="checkbox"/> 2.5 อัมพฤกษ์		
<input checked="" type="checkbox"/> 2.6 อาการที่ต่อเนื่องจากอุบัติเหตุ		
<input checked="" type="checkbox"/> 2.7 ไทรอยด์		
<input checked="" type="checkbox"/> 2.8 โรคภูมิแพ้		
<input checked="" type="checkbox"/> 2.9 อาการปวดเมื่อย	REG	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 2.10 อื่น ๆ ระบุ		
.....		
12. ท่านไปรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือหรือพาคนอื่นไปเพื่อรับบริการฯ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน ครั้ง		
13. ท่านขึ้นทะเบียนเป็นผู้รับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ใด (ขึ้นทะเบียนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)		

- | | |
|--|--|
| <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. สถานีอนามัย <input checked="" type="checkbox"/> 2. โรงพยาบาลชุมชน (ประจำอำเภอ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3. โรงพยาบาลทั่วไป (ประจำจังหวัด) <input checked="" type="checkbox"/> 4. คลินิกเอกชน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 5. โรงพยาบาลเอกชน <input checked="" type="checkbox"/> 6. ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 7. ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนที่ใด</p> | |
|--|--|

ตอนที่ 2 ข้อมูลลักษณะบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่มีสถานที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน ไม่รวมอยู่กับบริการสุขภาพระดับอื่น ๆ	① ① ② ③	ABB01 <input checked="" type="checkbox"/>
2. สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ให้ประชาชนเลือกขึ้นทะเบียน จะต้องเป็นสถานบริการที่ตั้งอยู่ในเส้นทางคมนาคมที่สามารถเดินทางได้สะดวก และใช้เวลาไปถึงไม่เกิน 30 นาที โดยรถยนต์	① ① ② ③	ACB02 <input checked="" type="checkbox"/>
3. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการที่มีประชาชนมาขึ้นทะเบียนอยู่ในความรับผิดชอบอย่างแน่นอน	① ① ② ③	ACB03 <input checked="" type="checkbox"/>
4. ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องมีผู้ให้บริการเป็นทีมที่มีการเตรียมความพร้อมอยู่ตลอดเวลา และสามารถให้บริการได้อย่างรวดเร็ว	① ① ② ③	AEA04 <input checked="" type="checkbox"/>
5. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่บุคลากรผู้จัดบริการฯ ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ในการสร้างเสริมสุขภาพ	① ① ② ③	BAA05 <input checked="" type="checkbox"/>
6. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยแก่สุขภาพอนามัยของประชาชน	① ① ② ③	BAA06 <input checked="" type="checkbox"/>
7. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถใช้เป็นแหล่งข้อมูลในการหาความรู้เพื่อการดูแลตนเองได้	① ① ② ③	BAA07 <input checked="" type="checkbox"/>
8. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีลักษณะการออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง	① ① ② ③	BAA08 <input checked="" type="checkbox"/>
9. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีบริการด้าน การดูแลรักษาปากและฟัน ในสถานบริการทุกวัน เวลาราชการ	① ① ② ③	BAA09 <input checked="" type="checkbox"/>

	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
10. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องจัดให้มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ประชาชน ในสถานบริการอย่างสม่ำเสมอ	① ① ② ③	BAA10 <input checked="" type="checkbox"/>
11. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ผู้จัดบริการ ต้องมีทักษะความชำนาญ รู้จริง และมีความมั่นใจในการให้บริการ	① ① ② ③	BAB11 <input checked="" type="checkbox"/>
12. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการชี้แจงข้อเท็จจริง ทั้งข้อดี ข้อเสีย และผลลัพธ์ของบริการฯ แต่ละอย่างให้ผู้รับบริการทราบ โดยไม่บิดเบือน	① ① ② ③	BAB12 <input checked="" type="checkbox"/>
13. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่สามารถตอบสนองประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นได้	① ① ② ③	BBA13 <input checked="" type="checkbox"/>
14. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการจัดบริการประชาชนนอกสถานบริการด้วย	① ① ② ③	BBA14 <input checked="" type="checkbox"/>
15. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่จัดให้มีทีมบุคลากรพร้อมรถฉุกเฉินในชุมชน ที่สามารถเรียกใช้บริการได้เมื่อเกิดเหตุจำเป็น ทั้งนี้สามารถไปถึงที่เกิดเหตุภายในไม่เกิน 10 นาที	① ① ② ③	BBB15 <input checked="" type="checkbox"/>
16. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการสื่อสารระหว่างผู้จัดบริการและผู้รับบริการ ด้วยภาษาและสื่อต่าง ๆ ที่เข้าใจง่าย มีความถูกต้อง ชัดเจน สามารถเข้าใจตรงกัน ทั้ง 2 ฝ่าย	① ① ② ③	BBC16 <input checked="" type="checkbox"/>
17. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่จัดบริการให้แก่ประชาชนทุกคนด้วยความเต็มใจ เสมอภาคกัน ไม่มีการแบ่งชั้นวรรณะ	① ① ② ③	BCA17 <input checked="" type="checkbox"/>
18. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่มีการออกไปให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนใน ชุมชน ตามความจำเป็นหรือปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้น	① ① ② ③	BCB18 <input checked="" type="checkbox"/>

	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
19. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่เปิดให้ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้ตลอดเวลา 24 ชม.	① ① ② ③	BCB19 <input checked="" type="checkbox"/>
20. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องเป็นบริการที่เปิดให้ประชาชนส่วนใหญ่ไปใช้บริการได้ตามเวลาที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชน โดยไม่จำเป็นต้องเปิดให้บริการทั้ง 24 ชม.	① ① ② ③	BCB20 <input checked="" type="checkbox"/>
21. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐานและบริการส่งตรวจต่อไปยังสถานบริการที่สูงขึ้น	① ① ② ③	BCB21 <input checked="" type="checkbox"/>
22. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพเบื้องต้น ที่ให้บริการได้โดยพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ตรวจรักษา หรือให้บริการทุกครั้งไป	① ① ② ③	BDA22 <input checked="" type="checkbox"/>
23. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการจัดบริการเสริมเป็นพิเศษเพื่อแก้ปัญหาของประชาชน เช่น กรณีมีโรคระบาดเกิดขึ้น	① ① ② ③	BDA23 <input checked="" type="checkbox"/>
24. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการประเมินสภาพจิตใจ ความพร้อมทางครอบครัว ชุมชน และสังคม จากระบบข้อมูลของสถานบริการที่มีอยู่แล้วร่วมด้วยทุกครั้งก่อนที่จะให้บริการประชาชน	① ① ② ③	BEB24 <input checked="" type="checkbox"/>
25. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่มีการให้บริการรวม ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพหลังป่วยแล้ว	① ① ② ③	BEC25 <input checked="" type="checkbox"/>
26. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่มีบุคลากรผู้จัดบริการรับผิดชอบต่อครอบครัวเป็นการเฉพาะ โดยที่สามารถไว้ใจและขอคำปรึกษา ด้านสุขภาพได้ตลอดเวลา	① ① ② ③	BED26 <input checked="" type="checkbox"/>
27. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่ประกอบด้วยทีมบุคลากรที่มีความสามารถหลากหลาย สามารถให้บริการหรือให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ	① ① ② ③	BEE27 <input checked="" type="checkbox"/>

	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
28. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่บุคลากรผู้จัดบริการ มีบุคลิกภาพเหมาะสมกับการทำหน้าที่ตรวจรักษาพยาบาล และให้คำแนะนำคนอื่นให้เชื่อถือ และปฏิบัติตาม	① ① ② ③	CBA28 <input checked="" type="checkbox"/>
29. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่มีแพทย์ประจำในสถานพยาบาลเครือข่าย เพื่อให้บริการหรือสามารถติดต่อให้คำปรึกษาได้อย่างต่อเนื่อง เต็มเวลา	① ① ② ③	CBA29 <input checked="" type="checkbox"/>
30. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลประจำในเครือข่ายร่วมให้บริการ	① ① ② ③	CBA30 <input checked="" type="checkbox"/>
31. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีเกสเซอร์ประจำในสถานพยาบาลเครือข่าย ทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดการ จัดเก็บบริหารเวชภัณฑ์และการจ่ายยา เพื่อให้การบริการด้านยาเป็นไปตามมาตรฐาน	① ① ② ③	CBA31 <input checked="" type="checkbox"/>
32. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่จัดให้มีบุคลากรสาธารณสุขประจำการ อย่างน้อย 8 คน และเพิ่มตามสภาพปัญหาหรือความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน	① ① ② ③	CCA32 <input checked="" type="checkbox"/>
33. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพ ที่มีบุคลากรทำงานประจำอย่างต่อเนื่อง (มีทีมดูแลประจำที่ชัดเจน)	① ① ② ③	CCB33 <input checked="" type="checkbox"/>
34. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรที่จัดบริการอยู่อย่างสม่ำเสมอ	① ① ② ③	CEE34 <input checked="" type="checkbox"/>
35. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ และแนวทางในการให้บริการอย่างมีมาตรฐานตามความจำเป็น	① ① ② ③	DBA35 <input checked="" type="checkbox"/>
36. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีตัวอาคาร สถานที่ คูณมีฐาน เหมาะสำหรับเป็นที่รักษาพยาบาลประชาชนได้ทั้งร่างกายและจิตใจ	① ① ② ③	DBA36 <input checked="" type="checkbox"/>
37. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีอุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่ให้ความปลอดภัยแก่ผู้รับและผู้ให้บริการ	① ① ② ③	DBA37 <input checked="" type="checkbox"/>

	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
38. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่ จัดให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปโรงพยาบาลในกรณี ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว	① ① ② ③	DBB38 <input checked="" type="checkbox"/>
39. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่ จัดให้มีบริการอื่นๆ เพื่อความสะดวกสบายในการไปใช้บริการ เช่น น้ำดื่ม (ร้อน-เย็น) พัดลม หรือ โทรศัพท์สาธารณะ เป็นต้น	① ① ② ③	DCB39 <input checked="" type="checkbox"/>
40. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่ จัดให้มีที่นั่งคอยด้วยบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติ มีความร่มรื่น เหมาะสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจด้วย	① ① ② ③	DCB40 <input checked="" type="checkbox"/>
41. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มี สถานที่ตรวจรักษาหรือให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมี พื้นที่ให้บริการที่พอเพียง	① ① ② ③	DED41 <input checked="" type="checkbox"/>
42. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่เปิด โอกาสให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบเข้าร่วมเป็นกรรมการในการ กำหนดทิศทางของพัฒนาการจัดบริการ	① ① ② ③	DFA42 <input checked="" type="checkbox"/>
43. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการตรวจสอบ ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	① ① ② ③	EAB43 <input checked="" type="checkbox"/>
44. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการจัดการด้านยา และ เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เพื่อสนับสนุนการบริการแก่ประชาชน ได้ ตามเกณฑ์มาตรฐาน	① ① ② ③	EBA44 <input checked="" type="checkbox"/>
45. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการจัดลำดับความสำคัญ ในการให้บริการ บนพื้นฐานความจำเป็นเร่งด่วนของอาการที่จะ ได้รับการบำบัดรักษา	① ① ② ③	EBB45 <input checked="" type="checkbox"/>
46. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประชาชนต้องมี สิทธิที่จะใช้ บริการข้ามชั้นตอนได้ กรณีที่มีเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้น	① ① ② ③	EBB46 <input checked="" type="checkbox"/>
47. การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้นในบางกรณี ควรมีกิจ กรรมเสริมเพื่อลดความเบื่อหน่ายในการรอคอยบริการ	① ① ② ③	EBB47 <input checked="" type="checkbox"/>

	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
48. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่จัดบริการให้แล้วเสร็จได้ในจุดเดียวไม่ต้องผ่านขั้นตอน หรือห้องต่าง ๆ เหมือนการไปโรงพยาบาล	① ① ② ③	EBC48 <input checked="" type="checkbox"/>
49. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ฟรีแก่ประชาชน และประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายทางอ้อมเป็นเงินภาษี ตามสัดส่วนรายได้ (รายได้มากจ่ายภาษีเพื่อสุขภาพมาก รายได้น้อยจ่ายน้อยหรือไม่ต้องจ่ายเลย)	① ① ② ③	ECA49 <input checked="" type="checkbox"/>
50. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประจำครอบครัว ได้อย่างอิสระ	① ① ② ③	ECB50 <input checked="" type="checkbox"/>
51. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้จัดบริการควรปฏิบัติตัวต่อผู้รับบริการอย่างเสมอภาค และไม่เลือกปฏิบัติ	① ① ② ③	ECC51 <input checked="" type="checkbox"/>
52. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย แต่ให้ผลดีต่อสุขภาพประชาชนอย่างเต็มที่	① ① ② ③	EDA52 <input checked="" type="checkbox"/>
53. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ไม่หวังผลกำไร และผลประโยชน์อื่น ๆ จากประชาชน	① ① ② ③	EDA53 <input checked="" type="checkbox"/>
54. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ให้โอกาสแก่ประชาชน เพื่อร่วมกันตรวจสอบการดำเนินงาน และการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของสถานบริการ	① ① ② ③	EDA54 <input checked="" type="checkbox"/>
55. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการจัดการไปพร้อมๆ ในคราวเดียวกัน เช่น เมื่อรักษาคนที่ป่วยอยู่ก็ต้องส่งเสริม ป้องกันคนอื่นๆ ในครอบครัวหรือชุมชนไม่ให้ป่วยตามไปด้วย เป็นต้น	① ① ② ③	EEB55 <input checked="" type="checkbox"/>
56. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีความเป็นกันเองกับครอบครัวและชุมชน ในการที่จะได้รับทราบปัญหาข้อเท็จจริง และจะแก้ปัญหาได้ตรงจุดมากที่สุด	① ① ② ③	EEB56 <input checked="" type="checkbox"/>

	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
57. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีความรับผิดชอบต่อประชาชนเป็นรายครอบครัว โดยทีมผู้รับผิดชอบต้องรู้ว่าประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นใคร อยู่ที่ไหน	① ① ② ③	EEB57 <input checked="" type="checkbox"/>
58. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้งหมด และดำเนินการแก้ปัญหาเหล่านั้น ๆ คราวเดียว และต่อเนื่องกัน จนหมดปัญหา หรือในระดับที่ไม่เป็นปัญหาต่อไป	① ① ② ③	EEC58 <input checked="" type="checkbox"/>
59. ลักษณะของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่มีการดูแลให้การรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน ต่อเนื่องไปจนกว่าจะกลับมาเป็นปกติ	① ① ② ③	EEC59 <input checked="" type="checkbox"/>
60. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีระบบสนับสนุน อันจะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมายการติดตาม จัดระบบข้อมูล	① ① ② ③	EEC60 <input checked="" type="checkbox"/>
61. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่สามารถสร้างความสบายใจในภาพรวมให้แก่ผู้รับบริการได้	① ① ② ③	EED61 <input checked="" type="checkbox"/>
62. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบได้ร่วมกันกำหนดรูปแบบวิธีการ ก่อนมีการจัดกิจกรรมทางด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หรืออื่น ๆ	① ① ② ③	EFA62 <input checked="" type="checkbox"/>
63. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่เสนอทางเลือกให้แก่ประชาชน ในหลากหลายรูปแบบ พร้อมทั้งข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ ที่เป็นทั้งข้อดีและข้อเสียในแต่ละทางเลือกนั้นๆ	① ① ② ③	EFA63 <input checked="" type="checkbox"/>
64. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่พยายามใช้สื่อที่มีในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้วให้มากที่สุด ในการส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนได้มีการรับทราบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และสิทธิผู้ป่วย	① ① ② ③	EFB64 <input checked="" type="checkbox"/>

	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
65. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่ส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญของสิทธิผู้ป่วย เพื่อใช้ในการปกป้องคุ้มครองตนเอง ครอบครัว และสังคม จากการปฏิบัติด้านการแพทย์ ที่อาจจะล่วงละเมิด	① ① ② ③	EFB65 <input checked="" type="checkbox"/>
66. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการติดตามผู้ป่วยหรือผู้ที่ขาดนัด เพื่อรับทราบปัญหาและสามารถแก้ไขให้ทันเวลา	① ① ② ③	EFC66 <input checked="" type="checkbox"/>
67. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ให้บริการ ต้องมี จริยธรรมในการเก็บรักษาความลับ และข้อมูลของประชาชนผู้มารับบริการ	① ① ② ③	EFC67 <input checked="" type="checkbox"/>
68. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่ต้องระมัดระวังการล่วงละเมิดต่อสิทธิผู้ป่วยเป็นพิเศษถึงแม้จะเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้จัดบริการในการให้บริการ	① ① ② ③	EFC68 <input checked="" type="checkbox"/>
69. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการประชาสัมพันธ์เพื่อรับทราบความคิดเห็น ข้อเสนอแนะก่อนทุกครั้ง ในกรณีที่ผลของการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงนั้นๆ มีความสัมพันธ์ที่กระทบกับประชาชนในเขตรับผิดชอบ	① ① ② ③	EFC69 <input checked="" type="checkbox"/>
70. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารในการบริหารจัดการองค์กร โดยการปิดประกาศไว้ ณ หน่วยบริการโดยเปิดเผย มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ หรือประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว	① ① ② ③	EFD70 <input checked="" type="checkbox"/>
71. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ตัวแทนของประชาชนใน เขตรับผิดชอบรวมตัวกันเป็นคณะกรรมการ เพื่อตรวจสอบการดำเนินงานในด้านการบริหารจัดการองค์กร	① ① ② ③	EFD71 <input checked="" type="checkbox"/>
72. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการตรวจสอบกันเองภายในระบบราชการ แล้วนำเสนอผลการตรวจสอบนั้นต่อสาธารณชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	① ① ② ③	EFD72 <input checked="" type="checkbox"/>

	ระดับที่พึงประสงค์ ของลักษณะบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ	สำหรับ ผู้วิจัย
73. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่จัดการให้มีรพช.พร้อมบุคลากรสาธารณสุข ในการรับ-ส่งผู้ป่วย เพื่อความสะดวก ปลอดภัยในกรณีฉุกเฉิน	① ① ② ③	FCB73 <input checked="" type="checkbox"/>
74. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการระบุนุสถานบริการสุขภาพที่เป็น เครือข่ายเดียวกันในระดับที่สูงขึ้นไป ให้ประชาชนทราบโดยเปิดเผย	① ① ② ③	FEC74 <input checked="" type="checkbox"/>
75. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการติดต่อสื่อสารเพื่อรับ-ส่งข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลทั้งในระดับเดียวกัน และในระดับที่ สูงขึ้นไป อย่างถูกต้อง ชัดเจน และรวดเร็ว	① ① ② ③	FEC75 <input checked="" type="checkbox"/>
76. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่มีการชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจ มีการแนะนำก่อนที่จะส่งตัวไปยังสถานบริการสุขภาพระดับที่สูงกว่า (กรณีที่ต้องส่งตัวไปยังสถานบริการ ที่สูงขึ้น)	① ① ② ③	FEC76 <input checked="" type="checkbox"/>
77. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่จัดการให้มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการ ทั้งตอนส่งไปและรับกลับ	① ① ② ③	FEC77 <input checked="" type="checkbox"/>
78. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่สามารถรับข่าวจากสถานบริการอื่นที่ประชาชนไปรับบริการ และส่งข่าวนั้นให้ญาติได้รับรู้ เพื่อลดความวิตกกังวลในเบื้องต้นลงได้	① ① ② ③	FFB78 <input checked="" type="checkbox"/>
79. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องมีการเก็บรักษาข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบ เมื่อถึงคราวจำเป็นก็ให้ส่งมอบไปให้สถานบริการอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการให้บริการ	① ① ② ③	FFC79 <input checked="" type="checkbox"/>