

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า: การเปรียบเทียบความคาดหวังและบริการทางสุขภาพปฐมภูมิที่ได้รับจริง
คลินิกชุมชนอบอุ่น เขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่ครอบคลุม
หัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวัง
 - 1.1 คำจำกัดความของความคาดหวัง
 - 1.2 ความสำคัญของความคาดหวัง
 - 1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวัง
 - 1.4 ลักษณะของผู้สูงอายุและความคาดหวังของผู้สูงอายุ
2. บริการปฐมภูมิคลินิกชุมชนอบอุ่น ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 2.1 ความหมายและความสำคัญ
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ
 - 2.3 บริการสุขภาพปฐมภูมิ
 - 2.4 บริการสุขภาพปฐมภูมิ คลินิกชุมชนอบอุ่น
 - 2.5 การให้บริการทางสุขภาพปฐมภูมิในผู้สูงอายุ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวัง

คำจำกัดความของความคาดหวัง (expectation)

ไพฑูรย์ เจริญพันธุ์วงศ์ (2530, หน้า 109) ได้ให้ความหมายของการคาดหวังว่า
หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดถึงความเป็นไปได้บางอย่างหนึ่งของบุคคลบนพื้นฐานของ

ประสบการณ์เดิมของตน และความรู้สึกของบุคคลถึงพฤติกรรมหรือตำแหน่งที่เหมาะสมของตน หรืออาจเป็นความรู้สึกถึงความเหมาะสมในบทบาทของผู้อื่นในองค์การ หรืออีกนัยหนึ่ง ความคาดหวังของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกของบุคคลต่อตนเองอย่างหนึ่งว่า ตนเองควรจะปฏิบัติอย่างไรในสถานการณ์ต่าง ๆ หรือต่องานที่ตนเองรับผิดชอบ ความคิดดังกล่าวยังรวมไปถึงการคิดถึงบุคคลอื่น เช่น ผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงานว่าบุคคลเหล่านั้นควรจะแสดงอย่างไรเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับงาน และตำแหน่งของตน แต่ละคนควรมีบทบาทและแสดงบทบาทอย่างไร

โยธิน ศันสนยุทธ และจุมพล พูลภักชีวิน (2533, หน้า 144) กล่าวว่า ความคาดหวังหมายถึง ความเชื่อที่ว่า เมื่อกระทำอย่างนั้นแล้ว จะเกิดผลอย่างนี้ขึ้น เป็นการรับรู้จากปัจเจกบุคคล

ราชบัณฑิตยสถาน (2542, หน้า 885) ได้อธิบายเกี่ยวกับความคาดหวังว่า หมายถึง ความหวังของบุคคล หรืออาจกล่าวได้ว่า ความคาดหวังเป็นการรอเพื่อที่จะทำบางสิ่งบางอย่างที่ได้คิดไว้ในใจก่อนแล้ว เป็นสภาพที่ต้องการให้บางคน หรือบางสิ่งทีคาดหวังเอาไว้ได้เกิดขึ้นต่อไปในภายหน้า

Webster (1985, p. 664) กล่าวว่า ความคาดหวัง เป็นความมุ่งหวังถึงสิ่งหนึ่งว่าควรจะเกิดขึ้น โดยพิจารณาจากความเหมาะสม ความจำเป็น ตามความสมควรแห่งฐานะหรือสถานะภาพ

Son (1988, p. 87) กล่าวว่า ความคาดหวังเป็นความหวังที่แรงกล้าว่า บางสิ่งบางอย่างจะเกิดขึ้น หรือเป็นความเชื่อมั่นว่า บางสิ่งบางอย่างควรจะเกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้น

Murray (1988, p. 56) กล่าวว่า ความคาดหวังเป็นพฤติกรรมที่เป็นส่วนขององค์ประกอบแรงจูงใจประเภทหนึ่ง บุคคลอาจจะคาดว่าตนเองควรจะได้รับสิ่งที่สนองความพึงพอใจ และสามารถดำเนินชีวิตไปสู่สิ่งที่ตนพอใจ โดยปราศจากอุปสรรคขัดขวาง

Han and Gross (1995, p. 1202) กล่าวว่า อิทธิพลความคาดหวังของบุคคล ไม่ว่าจะคาดหวังในเรื่องใดก็ตาม จะทำให้บุคคลนั้นทุ่มเทความสนใจ หรือแม้แสดงพฤติกรรมในรูปแบบใด ๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ตนมุ่งหวัง และจะวางเฉยต่อสิ่งที่อยู่นอกเหนือสิ่งที่ตนหวังไว้

Speake (2000, p. 281) กล่าวว่า การคาดหวังเป็นสภาวะทางจิตซึ่งจะเป็นความรู้สึกนึกคิด หรือเป็นความคิดเห็นอย่างมีวิจารณ์ญาณของบุคคลที่คาดคะเน หรือคาดการณ์ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่าควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะมีเกิดขึ้น

จากแนวความคิดดังกล่าว สรุปความหมายของความคาดหวังได้ว่า ความคาดหวังเป็นสภาวะทางจิตอย่างหนึ่งของบุคคล ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิด หรือความคิดเห็นด้วยวิจารณ์ญาณเกี่ยวกับการคาดคะเน หรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่า ควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะมีเกิดตามความเป็นความเหมาะสมต่อสถานการณ์หรือสถานการณ์

สรุปได้ว่า ความคาดหวังเป็นความคาดหวังที่บุคคลกำหนด ซึ่งเกิดจากการไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลว่า ตนจะได้สิ่งที่ตอบสนองความพึงพอใจตามความเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งความคาดหวังของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันตามภูมิหลัง ประสบการณ์ ความสนใจ การให้คุณค่าแก่สิ่งนั้น ซึ่งจะส่งผลต่อการกำหนดพฤติกรรมและความเป็นไปในอนาคตของบุคคลนั้น

ความสำคัญของความคาดหวัง

โสภา ชูพิกุลชัย (2521, หน้า 56) กล่าวว่า ความคาดหวังเป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ความคาดหวังของมนุษย์เกิดขึ้นเนื่องจากแรงผลักดันแห่งความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่ายของเสีย หรือจากความต้องการทางสังคม เช่น ความต้องการความสนใจ การยอมรับจากผู้อื่น

Adler (อ้างถึงใน วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2536, หน้า 41) กล่าวว่า ความคาดหวังเป็นสิ่งที่อยากเป็นในอนาคต ของแต่ละคนที่แตกต่างกันไปนั้น มีอิทธิต่อพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพ

Found (อ้างถึงใน วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2536, หน้า 41) กล่าวว่า บุคคลจะประพฤติตัวตามที่คาดหวังไว้จนเป็นนิสัยของตนเอง ตลอดจนไปกำหนดนิสัยของคนอื่นว่าต้องเป็นไปตามบทบาทที่คาดหวังอีกไว้ด้วย

สถิติ วงศ์สวรรค์ (2529, หน้า 516) กล่าวว่า บุคคลอาจไม่ประสบผลสำเร็จหรือไม่ได้ผลดีตามที่คาดหวังไว้ เนื่องจากอุปสรรคบางอย่าง เมื่อไม่ประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวัง บุคคลย่อมแสดงออกใน 2 ลักษณะ ได้แก่ เกิดความย่อท้อ เบื่อหน่าย และอีกลักษณะ

คือ พยายามหาทางศึกษาข้อบกพร่องเพื่อแก้ไข และพยายามค้นหาวิธีการใหม่ ๆ เพื่อทำงานนั้นให้สำเร็จ สอดคล้องกับ กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2528) ที่กล่าวว่า ความคาดหวังในสิ่งที่ต้องการจะเป็นแรงจูงใจให้มนุษย์เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน หรือมีความคิดสร้างสรรค์พัฒนาตน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่คาดหวังไว้ อย่างไรก็ตามแม้ความคาดหวังจะให้คุณประโยชน์ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ แต่ในทางตรงกันข้ามก็อาจทำให้เกิดความทุกข์ใจและบั่นทอนชีวิตลงได้

สรุปได้ว่า ความคาดหวังว่ามีความสำคัญที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดกำลังใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การลดการพึ่งพาผู้อื่น เป็นแรงผลักดันแห่งความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ มุ่งหวังการมีชีวิตยืนยาว สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถมีส่วนร่วมกิจกรรมของสังคมได้อย่างเหมาะสม (อรพิชญา ไกรฤทธิ์, 2552, หน้า 65) ดังนั้น ความคาดหวังมีความสำคัญในการสร้างแรงผลักดันส่งผลให้บุคคลตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต ทำให้บุคคลนั้นทุ่มเทความสนใจหรือแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่มุ่งหวังไว้ โดยความคาดหวังแตกต่างกันตามประสบการณ์ ความสนใจ หรือการให้คุณค่ากับสิ่งนั้น

ทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวัง

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ ดังนี้

แนวคิดทฤษฎีแห่งการมุ่งหวังล่วงหน้าหรือทฤษฎีแห่งการคาดหมายล่วงหน้า

(*theory of expectation* หรือ *Tolman's sign-gestalt expectation theory*) นักจิตวิทยาที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ Tolman (อ้างถึงใน กันยา สุวรรณแสง, 2532, หน้า 195) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังว่า พฤติกรรมของมนุษย์ทุกอย่างที่แสดงออกมาจะต้องมีความมุ่งหมายหรือมีจุดหมายปลายทาง เมื่อมีความต้องการเกิดขึ้น ร่างกายย่อมจะดิ้นรนเพื่อหาทางสนองความต้องการนั้น ๆ และจะหยุดสนองที่เปะปะเมื่อพบอาการสนองที่ได้รับผลตอบแทนเป็นที่พอใจ ทั้งนี้ Tolman ยังเชื่อว่า ความคาดหวังต่างกันไปในแต่ละบุคคล เพราะทุกคนมีความแตกต่างกัน ดังที่กล่าวว่า เชื่อในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคลมาก แต่ละคนเรียนรู้ได้ไม่เหมือนกันและไม่เท่ากัน เพราะร่างกายมีคุณสมบัติหรือมีสมรรถภาพต่างกัน ในหลาย ๆ ด้าน

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
 ห้องสมุดงานวิจัย
 วันที่..... 2.1.สิ.ย. 2555
 เลขทะเบียน..... 246370
 เลขเรียกหนังสือ.....



กลุ่มทฤษฎีการเรียนรู้แบบสนาม (Lewin's field theory หรือ Lewin's topological theory) นักจิตวิทยาที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ Lewin (อ้างถึงใน กันยา สุวรรณแสง, 2532, หน้า 196) มีแนวความคิดเกี่ยวกับความคาดหวังว่า แรงจูงใจเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ โดยแรงจูงใจจะกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ส่วนปฏิกิริยาตอบสนองจะออกมาในรูปใด ก็ขึ้นกับ life space (อวกาศแห่งชีวิตของผู้นั้น) หากปฏิกิริยาตอบสนองได้รับความสำเร็จ ก็จะเกิดความพึงพอใจ ถ้าไม่ได้รับความสำเร็จก็จะเปลี่ยนจุดมุ่งหมายใหม่ เปลี่ยนแรงจูงใจใหม่ life space หมายถึง สิ่งแวดล้อมทุกอย่างของอินทรีย์ ซึ่งแยกได้เป็น 2 ส่วน คือ สิ่งแวดล้อมทางด้านจิตวิทยา (psychological environment) ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมภายใน เช่น ความคาดหวัง ความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ ความสามารถ ความกระตือรือร้น ของผู้นั้น อีกส่วนหนึ่ง ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายนอก (physical environment) เป็นสิ่งแวดล้อมนอกอินทรีย์ จะเห็นว่า Lewin เห็นว่า ความคาดหวังเป็นเรื่องภายใน

ทฤษฎีความคาดหวัง (Vroom's expectancy theory) ทฤษฎีนี้ Vroom (อ้างถึงใน สาริต สือประเสริฐสุข, 2544, หน้า 62) ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดทั้งของ Lewin และ Tolman ซึ่ง Vroom ได้นำแนวคิดทั้งสองมาปรับปรุง โดยอธิบายว่า ความคาดหวังเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของทฤษฎีความคาดหวัง (expectancy theory) ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับแรงจูงใจ ซึ่งอธิบายได้ด้วยสูตร

$$\text{Motivation} = \text{Expectancy} \times \text{Valence}$$

แรงจูงใจ = ความคาดหวัง X คุณค่าของผลลัพธ์ (ความพึงพอใจ)

โดยที่

Valance หมายถึง ความพึงพอใจ

Instrumentality หมายถึง สื่อ เครื่องมือ อุปกรณ์ วิธีทางที่จะนำไปสู่ความพึงพอใจ

Expectancy หมายถึง ความคาดหวังภายในตัวบุคคลนั้น ๆ

บุคคลหรืออินทรีย์มีความต้องการหลายสิ่งหลายอย่าง ทุกชีวิตพยายามดิ้นรนแสวงหาอย่างน้อยที่สุดก็คือ ต้องการอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค เมื่อชีวิตปัจจัยเหล่านั้นได้รับการสนองตอบแล้ว ก็มีความต้องการระดับสูงขึ้นไปเรื่อย ๆ จากความต้องการหลายสิ่งหลายอย่างนี้เองทำให้เกิดความพอใจ หรือเพื่อให้ได้รับผลของการดำเนินการนั้นตามที่ ได้แสดงความพยายามนั่นเอง เรียกว่า ความคาดหวังและความพอใจสิ่งต่าง ๆ ความคาดหวัง

อาจจะเป็นไปได้ในทางบวกหรือทางลบก็ได้ (Vroom อ้างถึงใน สาริต สื่อประเสริฐสุข, 2544, หน้า 62)

ทฤษฎีความคาดหวังของ Vroom (อ้างถึงใน สาริต สื่อประเสริฐสุข, 2544, หน้า 62) อธิบายว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมโดยอาศัยความน่าจะเป็นในการรับรู้ ซึ่งจะก่อให้เกิดความพยายามเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยทฤษฎีความคาดหวังจะเกี่ยวข้องกับขั้นตอน 3 ประการ คือ

1. การใช้ความพยายามในการทำงานของพนักงาน
2. การปฏิบัติงาน
3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน

อาจกล่าวอย่างง่าย ๆ ได้ว่า ทฤษฎีนี้มีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลได้ใช้ความพยายาม (effort) ในการทำงาน บุคคลนั้นจะคาดหวังถึงผลงาน (performance) อันเกิดจากความพยายามที่ใช้ไปจากนั้นบุคคลนั้นก็คาดหวังต่อเนื่องไปยังขั้นถัดไป คือ ผลลัพธ์ (outcome) ที่จะได้รับจากผลงานที่เกิดขึ้น ทั้งนี้บุคคลนั้นย่อมคาดหวังว่า ผลลัพธ์ที่ได้จะมีคุณค่าสูงตามที่ต้องการ (สาริต สื่อประเสริฐสุข, 2544, หน้า 62)

ทฤษฎีความคาดหวังของ Bandura (bandura self efficacy theory) ทฤษฎีนี้ Bandura (1977, pp. 191-192) ได้เสนอลักษณะความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติที่หนึ่งเกี่ยวกับปริมาณของความคาดหวัง (magnitude) กล่าวคือ ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งหรือแตกต่างกันในบุคคลเดียวกันเมื่อต้องทำงานสำเร็จถึงระดับไหน เมื่อถูกเสนองานที่มีระดับความยากแตกต่างกัน มิติที่สอง เกี่ยวกับการแผ่ขยาย (generality) ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนอาจจะแผ่ขยายจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่สถานการณ์อื่นในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่ทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนแผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นได้ มิติที่สาม เกี่ยวกับความเข้มหรือความมั่นใจ (strength) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมีความเข้มน้อยจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนลดน้อยลง แต่ถ้ามีความเข้มหรือความมั่นใจมาก บุคคลจะมีความบากบั่น มานะพยายาม แม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความหวังบ้างก็ตาม

สุริย์ จันทร โมลี (2543, หน้า 27) กล่าวว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลนั้น เป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความพยายามมากเท่าไรจะต้องใช้ความมุมานะพยายามที่จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ หรือประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจไปอีกนานเท่าใด และการที่บุคคลใช้ความพยายามและความมุมานะในการทำงานอย่างเต็มที่ตลอดเวลา เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำงานได้ประสพผลสำเร็จจะสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ระดับผลงานที่บุคคลกำหนด หรือคาดหมายว่าจะทำได้ ผลตอบแทนหรือความพอใจที่จะได้ โอกาสที่จะได้รับผลตอบแทนนั้น

สรุปได้ว่า ทฤษฎีความคาดหวัง หมายถึง การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะทุ่มเทในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งขึ้นอยู่กับการประเมินว่าตนเองจะทำได้หรือไม่ได้ ผลที่ได้รับจะเป็นอะไร และคุ้มค่าหรือไม่กับการที่ทุ่มเทไป ซึ่งจะต้องมีแรงจูงใจที่เกิดจากตัวบุคคลเอง โดยเกิดจากความคิดของตัวบุคคลที่จะตั้งความคาดหวังในสิ่งที่จะกระทำนั้น ๆ และความคาดหวังนั้นจะเป็นไปตามค่านิยมของตนเอง เพื่อจะทำให้บุคคลพยายามที่จะทำสิ่งนั้นให้ได้ ซึ่งแนวทางที่จะสร้างแรงจูงใจให้บุคคลพยายามทำสิ่งนั้น คือ การสร้างความคาดหวัง การให้บุคคลตระหนักในค่านิยมต่องาน การให้บุคคลใช้ความพยายามในการเสริมสร้างความสามารถในการทำงาน และการช่วยให้บุคคลเข้าใจบทบาทของตนเองในงานนั้น ๆ แต่ที่ต้องอาศัยทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ ทฤษฎีแรงจูงใจ และทฤษฎีความพึงพอใจ ประกอบกัน เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความคาดหวังของบุคคล

ลักษณะของผู้สูงอายุและความคาดหวังของผู้สูงอายุ

ลักษณะของผู้สูงอายุ บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2539, หน้า 10-11) ได้จำแนกลักษณะของผู้สูงอายุไว้ ดังนี้ มีผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก ฟันต้นคลอน ผู้หญิงจะหมดประจำเดือน และมีความเสื่อมโทรมโดยทั่วไปให้เห็น มีความรู้สึกที่ตัวเองเรี่ยวแรงน้อยลง กำลั้งลดถอย เหนื่อยงาน มองเห็นอะไรไม่ค่อยชัด หูตึง รับกลิ่นรสเลวลง ความจำเสื่อม เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ช้า ความสามารถในการทำงานลดลง เจ็บป่วยง่าย และเมื่อเจ็บป่วยแล้วก็หายได้ช้า ขาดความมั่นใจในตัวเอง มีอารมณ์กังวลง่าย และกลัวในสิ่งที่ไม่เคยกลัวมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลัวถูกทอดทิ้ง และกลัวความตาย นอกจากนี้ ยังรู้สึกหงอยเหงาเป็นนิจ ใจน้อย และสะเทือนใจง่าย บางคนกลายเป็นคนหงุดหงิด โมโหร้าย ชอบแยกตัว บางคนก็มีอารมณ์เศร้า

ต้องการตายเร็ว หรืออยากฆ่าตัวตาย แต่ก็มีบางคนกลายเป็นคนเพื่อเจ้า ชอบโอ้อวด และชอบต่อเติมความเป็นจริง

บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2539, หน้า 11-12) กล่าวว่า กระบวนการของภาวะสูงอายุเป็นขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของบุคคลที่อยู่ในภาวะสูงอายุ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการเกิดการเปลี่ยนแปลงนี้รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีระวิทยา จิตใจ และสังคมที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนี้

1. กระบวนการภาวะสูงอายุทางสรีระวิทยา ภาวะผู้สูงอายุทางสรีระวิทยาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่จะปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนกับร่างกายของคนเมื่อวัยสูงขึ้น กระบวนการนี้มี 2 ลักษณะ คือ

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และโครงสร้างของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ ผิบบาง เกิดบาดแผลได้ง่าย กล้ามเนื้อลดจำนวนลงทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง กระดูกเปราะบาง กระดูกผุ กระดูกข้ออักเสบ ฯลฯ

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาเป็นการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เคยใช้งานได้ดี เช่น การใช้สายตา หู ลิ้น ฯลฯ หย่อนสมรรถภาพลง จำนวนเซลล์สมองลดลงทำให้ความจำเสื่อมลงไป ระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ฯลฯ ทำงานได้น้อยลง ทำให้เกิดอาการผิดปกติตามมา เช่น อาหารไม่ย่อย เป็นไข้หวัดได้ง่าย อั้นปัสสาวะไม่ได้ ฯลฯ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยานี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพไม่มากก็น้อย ซึ่งหากผู้ใดมีปัญหามาก ก็มักจะส่งผลไปถึงจิตใจผู้สูงอายุไปด้วย อาจเกิดความหดหู่ ซึมเศร้า หรือหงุดหงิด เกรี้ยวกราด เป็นต้น ผลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในงานวิจัยจำนวนมาก พบว่า ปัญหาหลักของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาสุขภาพ ทั้งที่สุขภาพ ไม่สมบูรณ์ ไม่แข็งแรงเช่นแต่ก่อน และปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ซึ่งโรค ที่มักพบในผู้สูงอายุทั่วไป ได้แก่ ปวดหลัง/เอว ไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ ต้อกระจกตา ต้อเนื้อตา โรคเกี่ยวกับหู อัมพาต

2. กระบวนการภาวะสูงอายุทางจิตวิทยาสังคม แนวคิดทฤษฎีที่ใช้อธิบายภาวะสูงอายุทางจิตวิทยาสังคมที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบันมี 2 แนวทาง คือ

2.1 ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) ทำการศึกษาผู้สูงอายุชาวผิวขาวที่มีฐานะปานกลาง และมีสุขภาพดี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมปฏิบัติอยู่เสมอ ๆ จะมีบุคลิกที่กระฉับกระเฉง และการมีภาระกิจกรรมสม่ำเสมอจะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต และปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรม หรือบทบาทภารกิจหน้าที่ใด ๆ

2.2 ทฤษฎีภาวะถดถอย (disengagement theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายในสิ่งที่ตรงข้ามกับทฤษฎีกิจกรรม ซึ่งกล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมและบทบาทของตนเองลง ซึ่งจะเป็นผลจากการที่รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง และการที่ผู้สูงอายุไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมและบทบาททางสังคม ถือเป็น การถอนสถานภาพ และบทบาทของตนเองให้แก่หนุ่มสาว หรือคนที่จะมีบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ดีกว่า ทั้งนี้เพราะสังคมต้องการคนที่มีทักษะใหม่ และคนรุ่นใหม่เข้าไปแทนที่

ทฤษฎีทั้งสองทฤษฎีนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่สามารถอธิบายการสูงอายุของผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานของชีวิตในวัยหนุ่มสาวที่แตกต่างกัน อันอาจเนื่องมาจากการใช้ชีวิตในวัยหนุ่มสาวที่มีสภาพสังคมและเศรษฐกิจต่างกัน ทฤษฎีกิจกรรมที่นำมาใช้กับของผู้สูงอายุที่มีวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมีสถานภาพ และบทบาทในสังคมมาตลอดช่วงวัยหนุ่มสาวจนถึงวัยกลางคน เมื่อต้องละบทบาทและสถานภาพนั้นลงตามช่วงวัยชรา การเกษียณอายุ จำเป็นอย่างยิ่งที่สังคมจะต้องเตรียมสถานภาพและบทบาทอื่น ๆ รองรับ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มนั้น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีวิถีชีวิตแบบเดิม ๆ ตั้งแต่วัยหนุ่มสาว วัยกลางคน จนเข้าสู่วัยสูงอายุ อาจจะไม่ต้องการกิจกรรมรองรับมากเท่าผู้สูงอายุกลุ่มแรก ส่วนทฤษฎีภาวะถดถอยใช้อธิบายกับผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการเข้าสู่ภาวะสูงอายุที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมเข้าสู่ภาวะสูงอายุจะลดบทบาททางสังคมของตนได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และทำหน้าที่สนับสนุนคนหนุ่มสาวให้รับภาระทางสังคมแทน ตัวผู้สูงอายุเองจะหันเข้าหากิจกรรมอื่น ๆ ตามภาวะถดถอยของตน เช่น การศึกษาธรรมะ ฯลฯ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ถดถอยตนเองลงได้ช้า จึงต้องนำทฤษฎีกิจกรรมมาใช้ในการอธิบายภาวะสูงอายุของผู้สูงอายุกลุ่มนี้แทน

ความคาดหวังของผู้สูงอายุ ทฤษฎีของ Erikson (อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545, หน้า 605-606) ในขั้นที่ 8 กล่าวถึงระยะวัยผู้สูงอายุว่า วัยสูงอายุเป็นระยะที่บุคคลย้อนคิดถึงอดีตด้วยความพอใจในตัวเอง เห็นว่าตัวเองทำสิ่งที่ เป็นหน้าที่ที่ต้องทำอย่างดี

ที่สุดแล้ว และเกิดความพอใจในตนเอง มีบุคลิกที่เข้มแข็ง มีอารมณ์มั่นคง แต่หากการคิดถึงอดีตทำให้ตนขมขื่น เขาจะรู้สึกทุกข์ร้อน ผิดหวังในชีวิต จะย้อนกลับไปตั้งต้นใหม่ก็ไม่ได้เสียแล้ว ดังนั้นผู้สูงอายุต้องทนอยู่กับความขมขื่น ผิดหวัง เจ็บปวดลึก ๆ อย่างไรก็ตาม ตามทฤษฎีนี้ คุณสมบัติทางบวกและลบมิได้อยู่ในตัวบุคคลอย่างเป็นขาวล้วนหรือดำล้วน เพราะเมื่อคนปกติมองไปข้างหลังย่อมพบกับความผิดหวัง สมหวัง ความพอใจ ไม่พอใจ ในตน ถ้าความสมหวังมากกว่าความผิดหวัง ก็ถือว่าผู้สูงอายุนั้นมี ego ที่เข้มแข็ง มั่นคง ปรับตัวได้ดี สามารถทำให้ยอมรับทั้งความสำเร็จ และความล้มเหลวอย่างปล่อยวาง รู้เท่าอย่างเข้าใจรู้จักชีวิต

บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2539, หน้า 13) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมักมีความวิตกกังวล และหวาดกลัวมากกว่าวัยอื่น ต้องการอิสระมากขึ้น ในเวลาเดียวกัน ก็ต้องการให้คนคอยเอาใจใส่ และให้ความสนใจ เช่นเดียวกับ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545, หน้า 557) ที่มองว่า ความเสื่อมทางอารมณ์และจิตใจมักเกิดควบคู่กับความเสื่อมโทรมทางกาย มักเร้าให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น เมื่อประกอบกับการสูญเสียอำนาจ ตำแหน่งหน้าที่ การงาน บทบาทหน้าที่ในสังคมแล้ว ผู้สูงอายุจึงมีอารมณ์กังวล ใจน้อย และสะเทือนใจง่ายกว่าวัยอื่น ๆ

Barrow and Smith (อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม, 2541, หน้า 48) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกที่เป็นสุข ประกอบด้วย ความสนุกสนาน ไม่ต้องเผชิญความเครียด ความไม่พึงประสงค์ และความชอกช้ำ ซึ่งความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้เปรียบเทียบสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาคาดหวังให้เป็น ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ Campbell (1976, pp. 117-120) และ Powell (1983, p. 74) ที่ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า ความสุขนั้นไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นจากการที่บุคคลได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ในทุก ๆ สิ่งที่ต้องการ แต่หมายถึง ความสุขที่เกิดจากการปรับตัวรับสภาพที่เกิดขึ้นจากสิ่งต่าง ๆ หรือจากสภาพแวดล้อมได้เป็นอย่างดี

จากการศึกษาของ แสงเดือน มุสิกกรรมณี (2545) ศึกษาพบว่า คุณลักษณะ 7 ประการที่ผู้สูงอายุพึงมีอันจะนำไปสู่การมีความสุขทางใจ หรือการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขพอใจในชีวิตได้ คือ (1) เป็นผู้มีสุขภาพดี (2) เป็นผู้ที่ไม่เคยหมดหวัง (3) เป็นผู้ที่มีความขยันขันแข็ง (4) เป็นผู้ที่ทำตัวดี (5) เป็นผู้ที่เชื่อถือได้ (6) เป็นผู้ที่มีเกียรติในตนเอง และ (7) เป็นผู้ที่มี

ความสุขภาพ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่ทรุดโทรมลง เนื่องจากความมีอายุ ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการเสื่อมถอย เป็นผลให้ความสามารถทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุลดน้อยลง และมักประสบปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่นและการที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นนี้เองที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกค้อยในสายตาของบุคคลทั่วไป และจะส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุด้วย ซึ่งจากการศึกษาของ แสงเดือน มุสิกกรรมณี (2545) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. การมีความผาสุกทางด้านจิตใจ (psychological well-being) หมายถึง การที่บุคคลสามารถประเมินได้ว่า ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมามีคุณภาพ โดยประเมินได้จากผลกระทบระดับความสุขที่ได้รับ และความสำเร็จที่ได้บรรลุตามความต้องการหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. ความสามารถในการแสดงพฤติกรรม (behavioral competence) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย การมีสุขภาพที่ดี การรับรู้ที่ถูกต้อง และการมีพฤติกรรมทางสังคมที่ถูกต้อง

3. สิ่งแวดล้อมของบุคคล (objective environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะภูมิอากาศ ภูมิประเทศ และที่อยู่อาศัย

3.2 บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน

3.3 บุคคลอื่นทั่วไปที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

3.4 สถานภาพทางสังคม อายุ เชื้อชาติ และเศรษฐกิจ

3.5 สภาพสังคมและวัฒนธรรมภายในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

4. การรับรู้คุณภาพชีวิต (perceived quality of life) หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินตนเองเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อบุคคลดังที่ได้กล่าวมา

สรุปได้ว่า ความคาดหวังของผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบพื้นฐานในการสร้างระดับความคาดหวัง ทั้งด้านพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ รวมถึงมาตรฐานทางสังคม แรงผลักดัน ลักษณะพฤติกรรม ค่านิยม ความสำเร็จ ความคาดหวังของบุคคลแต่ละฝ่าย ไม่ว่าจะเป็น

สมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุ และชุมชนย่อมแตกต่างกัน และไม่สามารถทำนายได้ว่า สิ่งที่ทุกคนปรารถนาจะได้รับการตอบสนองตามที่ได้ตั้งความคาดหวังไว้หรือไม่ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ต้องการศึกษาความคาดหวังของผู้สูงอายุเกี่ยวกับบริการสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางปรับปรุงช่วยเหลือบริการสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

บริการปฐมภูมิคลินิกชุมชนอบอุ่น ภายใต้โครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความหมายและความสำคัญ

วิพุธ พูลเจริญ (2546, หน้า 10) กล่าวว่า คำว่า สุขภาพ หรือ Health มีรากศัพท์มาจาก คำว่า Whole หรือทั้งหมด เมื่อพิจารณาถึงหลักการของสุขภาพในเรื่องความเป็นทั้งหมด สุขภาพเกิดจากความถูกต้องของทั้งหมด ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีองค์ประกอบขยายไปอีกอย่างกว้างขวาง ทั้งเรื่องเศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมือง การศึกษา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบในระบบสุขภาพทั้งสิ้น ทุกส่วนต้องเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียว และมีความถูกต้องจึงจะเกิดสุขภาพ

ประเวศ วะสี (2545, หน้า 3) กล่าวว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะ ทิศทางการพัฒนาจะต้องมีแนวคิดที่ถูกต้องเป็นพื้นฐาน สุขภาพจะต้องมองทั้งในมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งยังมองให้เชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม สำหรับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ยึดแนวคิดหลักที่ว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่คนมองการมีสุขภาพดี จำกัดอยู่ที่การรักษาโรคได้ทำให้ระบบสุขภาพไทยเป็นแบบตั้งรับ เป็นระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่เฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเท่านั้น มาตรการต่าง ๆ จึงเป็นไปเพื่อการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างสุขภาพ จากแนวคิดสุขภาพ คือ สุขภาวะ ถือว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยกไม่ได้

จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุล ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม

World Health Organization (อ้างถึงใน ประเวศ วะสี, 2545, หน้า 4) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 1948 ไว้ดังนี้ สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรค และทุพพลภาพเท่านั้น ต่อมาในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2541 ได้มีมติให้เพิ่มคำว่า Spiritual well-being หรือสภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปในคำจำกัดความของสุขภาพเพิ่มเติม

สรุปได้ว่า สุขภาพ เป็นการเรียกการกล่าวถึงลักษณะของการไม่เป็นโรค สุขภาพเป็นความสมบูรณ์ของคนใน 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หากสมบูรณ์อย่างสมดุลแล้วก็จะเข้าสู่ที่เรียกว่าสภาวะ

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (2550) อธิบายว่า สำหรับแนวคิดหลักของสุขภาพของบุคคลทั่วไปมีความแตกต่างจากแนวคิดหลักขององค์การอนามัยโลก เมื่อพูดถึงสุขภาพบุคคลส่วนใหญ่จะนึกถึงสุขภาพทางร่างกาย เช่น ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ซึ่งหมายถึงมีสุขภาพดี ประชาชนบางส่วนเมื่อพูดถึงสุขภาพจะรวมไปถึงความสมบูรณ์ทางจิตด้วย ดังนั้น สุขภาพในความหมายสภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกายและทางจิตจึงเป็นที่เข้าใจของประชาชนมากกว่าความเป็นอยู่ทางสังคม และสภาวะทางจิตวิญญาณ

Smith (1983, pp. 78-81) ได้วิเคราะห์แนวคิดทางสุขภาพโดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงปรัชญา พบว่า มี 6 แนวคิด คือ

1. แนวคิดทางด้านคลินิก (clinical model) แนวคิดนี้ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นภาวะที่ปราศจากอาการ และอาการแสดงของโรค หรือปราศจากความพิการต่าง ๆ ส่วนความเจ็บป่วย หมายถึง การมีอาการและอาการแสดง หรือมีความพิการเกิดขึ้น

แนวคิดนี้เน้นการรักษาเสถียรภาพทางด้านเสรีภาพ มุ่งรักษาอาการ และอาการแสดงของโรค ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพ และปกป้องสุขภาพเกิดขึ้นได้น้อย

2. แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท (role performance model) ความหมายของสุขภาพ ในแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากนักสังคมวิทยา ซึ่งสนใจเกี่ยวกับบทบาทของบุคคลในสังคม เป็นหลัก คำว่า สุขภาพ จึงหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำตามบทบาทที่สังคม กำหนดไว้ เมื่อเจ็บป่วย หมายถึง ความล้มเหลวในการทำหน้าที่ตามบทบาท เมื่อเจ็บป่วย บุคคลสามารถหยุดกระทำในบทบาทต่าง ๆ ได้ เช่น หยุดงาน นอนพัก เป็นต้น แนวคิดนี้ ยังคงเน้นการรักษาเสถียรภาพ แต่เป็นเสถียรภาพทางสังคม ซึ่งยังถือว่าเป็นเป้าหมาย ทางด้านสุขภาพที่แคบ และนำไปสู่การบริการสาธารณสุขในเชิงรับ

3. แนวคิดทางด้านการปรับตัว (adaptational model) ซึ่งเชื่อว่า บุคคลมีการปรับตัว ต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจังและต่อเนื่องตลอดเวลา เพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อมได้อย่าง สมดุล ส่วนการเกิดโรค หมายถึง ความล้มเหลวในการปรับตัว เป็นการทาลายความสามารถ ของบุคคลที่เผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า สุขภาพตามแนวคิด การปรับตัวนั้นช่วยให้เข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ในด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งกันและกัน และมีอิทธิพลต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม สุขภาพตามแนวคิดการปรับตัวนี้ ยังถือว่าเป็นแนวคิดที่เป็นการรักษาเสถียรภาพเช่นกัน แต่เป็นเสถียรภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

4. แนวคิดทางด้านยูไดโมนิสติก (eudaimonistic model) เป็นภาวะที่บรรลุถึงซึ่ง ความสำเร็จในชีวิตของตนเอง และเป็นยอดสูงสุดของการพัฒนาบุคลิกภาพ ในแนวคิดนี้ สุขภาพ จึงหมายถึง การพัฒนา และบรรลุถึงความใฝ่ฝันในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่าง มีความสุข ส่วนความเจ็บป่วยนั้นเป็นภาวะที่ป้องกัน หรือเหนี่ยวรั้งไม่ให้บุคคลพัฒนาไปถึง จุดสูงสุดในชีวิตตามที่ใฝ่ฝัน

5. แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวม (holistic) องค์รวม หรือ holistic มาจากรากศัพท์ ในภาษากรีก “holos” หมายถึง ความเป็นจริงหรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสรรพสิ่ง มีเอกลักษณ์และเอกภาพที่มีอาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้ คำนี้ถูกนำไปใช้ในสถานการณ์ ต่าง ๆ และในศาสตร์สาขาต่าง ๆ โดยมุ่งหวังให้เกิดการมองเป้าหมายที่กว้างขวางรอบด้าน สำหรับระบบสุขภาพการทำความเข้าใจความหมายขององค์รวมย่อมแตกต่างกันไป

ตามพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรรวม จากการศึกษาเอกสารต่าง ๆ ที่อธิบายความหมายของคำนี้ พบว่า สาระหลักหรือแนวคิดหลักขององค์กรรวมที่มีจุดร่วมกัน คือ

5.1 องค์กรรวมเกิดจากความเข้าใจความหมายของคำว่า “สุขภาพ” อย่างองค์กรรวมที่หมายถึง สุขภาวะที่สมดุลของกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

5.2 องค์กรรวมเกิดจากพิจารณาปัจจัยองค์ประกอบที่กระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน ได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

5.3 องค์กรรวมในมุมมองที่เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

5.4 องค์กรรวมในลักษณะที่เชื่อมความสัมพันธ์ของบริการในแต่ละระดับ และเชื่อมกับระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ เช่น การประสานงานกันระหว่างระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การเชื่อมต่อการแพทย์ทางเลือก การเชื่อมต่อกับบริการสังคมสงเคราะห์ และบริการสังคมอื่น ๆ

ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า มิติ หรือนัยสำคัญในความหมายขององค์กรรวม ประกอบด้วย

“องค์กรรวม” ที่หมายถึง การมองอย่างกว้างขวางครอบคลุมในปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

“องค์กรรวม” ที่หมายถึง การเชื่อมประสานปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบ

“องค์กรรวม” ที่เน้นคุณภาพของการประสานและการพิจารณาปัจจัย

ด้วยเหตุนี้ การจัดบริการอย่างเป็นองค์รวมจึงมีความหมายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแนวคิด “องค์กรรวม” ที่หมายถึง การดูแลแบบเชื่อมมิติของความเป็น “คน” ในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณ โดยอาศัยความสัมพันธ์แบบเข้าอกเข้าใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และสร้างให้เกิดเจือจางของการประสานเชื่อมโยงสร้างความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลให้เข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน แต่ขณะเดียวกัน ต้องเข้าใจถึงเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพที่เป็นคุณภาพที่พอดีกับชีวิตของประชาชนแต่ละคน

6. แนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่อง (continuity) ความต่อเนื่องเป็นอีกคำหนึ่งที่ถูกนำมาใช้เป็นคุณสมบัติของการบริการที่มีคุณภาพ ในความหมายทั่วไป ความต่อเนื่องหมายถึง ยึดออกไป ขยายออกไป ไม่หยุดยั้ง เมื่อถูกนำมาใช้ในการกำหนดคุณลักษณะของ

การบริการสุขภาพ จึงหมายถึง บริการที่ประชาชนจะได้รับเป็นบริการที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง ตลอดชีวิต (ตั้งแต่เกิดจนตาย) ซึ่งนัยของความหมายนี้ทำให้มีความต่อเนื่องเกิดขึ้น 3 ลักษณะ คือ การดูแลต่อเนื่องก่อนเกิดปัญหาสุขภาพ ประเด็นต่อมา คือ การดูแลต่อเนื่องเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น นั้นหมายถึง ประชาชนจะได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มปัญหาจนกระทั่งปัญหาสิ้นสุด ซึ่งเรียกว่า intra episode และประเด็นสุดท้ายก็คือ ประชาชนจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระหว่างปัญหาหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย เรียกว่า inter episode การที่ความต่อเนื่องของการบริการสุขภาพทั้ง 3 ลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์อย่างเข้าอกเข้าใจกันระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

ที่ผ่านมาความพยายามที่จะนำแนวคิดเรื่องความต่อเนื่องไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพหลายกรณี อาทิ การพัฒนาเครื่องมือที่สามารถสนองตอบให้เกิดการบริการที่มีลักษณะต่อเนื่อง เช่น ระบบการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการตามนัด การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้เป็นฐานข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลที่มีความจำเป็นในการติดตามดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบตั้งแต่เกิดจนตาย หรือการนำแนวคิดดังกล่าวไปพัฒนาทีมสุขภาพให้ดูแลประชาชนเป็นการประจำต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นผู้รับผิดชอบระยะยาวร่วมกับประชาชน โดยมีเป้าหมายให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการประชาชน มีสุขภาพดี และมีคุณภาพที่พอดีระหว่างการพัฒนาตนเองกับพึ่งบริการ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 90-93)

7. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน (participation) การมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมมือร่วมใจ การประสานงาน ความรับผิดชอบ หรืออาจหมายถึงการทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ โดยดำเนินการอย่างถูกต้อง และเหมาะสมทั้งด้วยความรู้สึกผูกพันและสามารถเชื่อถือได้

สรุปได้ว่า จากแนวคิดหลักที่ถือว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นบูรณาการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบองค์รวม และจะเห็นว่า การพัฒนาสุขภาพจึงไม่สามารถดำเนินการอย่างแยกขาด ตัดตอน และไม่สามารถบรรลุผลได้โดยการดำเนินการของหน่วยงานหนึ่งหน่วยงานใด หรือภาคหนึ่งภาคใดอย่างแยกส่วน แต่ต้องดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ เพราะสุขภาวะที่สมบูรณ์เกิดจากระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ แนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่อง

ที่เชื่อมโยงไปถึงเหตุปัจจัยทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เข้าเป็นองค์ประกอบและกลไกสำคัญของการสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์ของสังคมอย่างเป็นบูรณาการ โดยต้องสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพ การทำความเข้าใจกับแนวคิดเหล่านี้ให้ชัดเจนต่อแท้ จึงเป็นวิถึทางหนึ่งที่จะช่วยให้การปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพในทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หน่วยที่ใกล้ชิดประชาชน คือ บริการปฐมภูมิสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น มีประสิทธิภาพ และสัมฤทธิ์ผลดียิ่งขึ้น

บริการสุขภาพปฐมภูมิ

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2545, หน้า 281) กล่าวว่า บริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Primary care หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสาน ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป บริการปฐมภูมิเป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งอาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรืออาจจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการก็ได้

ดังนั้น การบริการสุขภาพปฐมภูมิมิใช่เพียงบริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองโรคเบื้องต้นเท่านั้น แต่เป็นบริการผสมผสานที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีรายละเอียด ดังนี้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2545, หน้า 54-58)

โครงสร้างของบริการปฐมภูมิ ในการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่ดี โดยทั่ว ๆ ไปต้องอาศัยองค์ประกอบหลักที่จำเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน คือ กลุ่มปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น กลุ่มปัจจัยที่ส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ และสุดท้ายเป็นกลุ่มปัจจัยที่สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ โดยรายละเอียดของแต่ละกลุ่มปัจจัย มีดังต่อไปนี้

กลุ่มปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น ประกอบด้วย

1. มีจำนวนประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อเป็นเป้าหมายของการวางแผนและจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การติดตามดูแล ตลอดจนการประเมินผล

2. ลักษณะของหน่วยบริการควรเป็นหน่วยบริการขนาดเล็กหรือขนาดกลางที่ไม่ซับซ้อนเกินไป กระจายในพื้นที่ได้ทั่วถึง สามารถสร้างความเป็นกันเอง และความใกล้ชิดกับประชาชนได้ง่าย ครอบคลุมการดูแลประชากรจำนวนที่ไม่มากเกินไป เพื่อให้สามารถดูแลครอบครัว และชุมชนได้อย่างทั่วถึงจริง

3. มีการจัดระบบบริการที่ผสมผสาน ทั้งงานด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ วิธีการจัดบริการสามารถยืดหยุ่น และเชื่อมโยงบริการได้ตามสภาพความต้องการ ความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้ง่าย

4. มีทีมงานที่มีทัศนคติที่ดี และมีศักยภาพในการให้บริการที่ผสมผสาน สอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งนี้ ทีมงานดังกล่าวจะต้องมีขนาดไม่เล็กหรือใหญ่เกินไป สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ และชุมชนอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง สามารถประเมินสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และให้บริการหรือดำเนินการด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุป ทีมงานควรมีความรู้ ความสามารถในด้านต่าง ๆ ดังนี้

4.1 มีความเข้าใจแนวคิดแบบองค์รวมในการประเมินสภาวะสุขภาพ และกำหนดกลวิธีการดำเนินการแก้ไข มีลักษณะประสานการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน และส่วนที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

4.2 มีความสามารถในการประเมินสภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในมิติต่าง ๆ ได้อย่างรอบด้านครอบคลุม และสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้

4.3 สามารถให้บริการเบื้องต้นทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างผสมผสาน สามารถดูแลผู้รับบริการที่ยังไม่แสดงอาการชัดเจนได้ดี

4.4 สามารถดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่ประยุกต์วิธีการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.5 สามารถส่งต่อและประสานงานให้กับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม

4.6 มีทักษะในการสอน ให้ความรู้ และการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.7 สามารถวางแผนระดับปฏิบัติการ และการประเมินผลเฉพาะในระดับพื้นที่ได้

5. มีการจัดระบบการทำงานที่สร้างปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง ซึ่งเป็นฐานสำคัญที่ทำให้ทีมงานบริการมีความเข้าใจสภาพชีวิตและปัจจัยกระทบกับประชาชนมากขึ้น และช่วยให้ประชาชนเข้าใจทีมงานบริการมากขึ้นด้วย ทีมงานควรจะมีโอกาสและเงื่อนไขที่สามารถสัมผัสชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบทำความเข้าใจกับบริบทชีวิตของประชาชน ซึ่งจะเป็นเงื่อนไขที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้มากขึ้น การสร้างปฏิสัมพันธ์เช่นนี้อาจทำได้ด้วยการออกไปทำความรู้จักคุ้นเคยกับประชาชนก่อนดำเนินการ การพูดคุยแลกเปลี่ยนขณะให้บริการ รวมทั้งการพูดคุย เยี่ยมบ้านประชาชนอย่างต่อเนื่อง หรือการสื่อสารกับประชาชนด้วยวิธีต่าง ๆ

6. มีการจัดระบบให้ทีมงานรับผิดชอบต่อผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนโดยรวม มากกว่าการรับผิดชอบเป็นกิจกรรม และมีระบบการติดตามผู้รับบริการ หรือประชาชนในเขตรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดนัดหรือมีปัญหาการมารับบริการ ผู้ให้บริการสามารถรับรู้ได้ และมีการติดตามดูแลได้อย่างเหมาะสม

กลุ่มปัจจัยที่ส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

1. ที่ตั้งและการจัดองค์ประกอบของสถานพยาบาล หน่วยบริการควรตั้งอยู่ในชุมชน อยู่ใกล้ชิดชุมชน ประชาชนสามารถใช้บริการได้สะดวก สำหรับการจัดองค์ประกอบของสถานพยาบาลควรคำนึงถึงความสะดวกในการไหลเวียนของผู้รับบริการ การจัดวัสดุ-อุปกรณ์ เครื่องใช้สำนักงานควรจะเอื้อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และสอดคล้องกับบทบาท และภาระของหน่วยบริการ

2. ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีข้อมูลที่ช่วยให้หน่วยบริการสามารถดูแลประชาชนได้อย่างเป็นองค์รวม มีความต่อเนื่องของการดูแลทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ดังนั้นนอกจากหน่วยบริการจะต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สภาพครอบครัวแล้วยังจำเป็นต้องจัดทำระบบข้อมูลเกี่ยวกับการบริการให้สามารถดูแลประชาชนระหว่างการเจ็บป่วย ครั้งหนึ่ง ๆ ได้ ขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องจัดทำข้อมูลของประชาชนไว้เพื่อการดูแลในระยะยาวต่อไป

3. การจัดการระบบการเงินการคลัง หลักการสำคัญของการจัดระบบการเงินในหน่วยบริการปฐมภูมิก็คือ การคิดค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการจะต้องไม่เป็นอุปสรรคกับการใช้บริการของประชาชน ในขณะที่หน่วยบริการสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง ก็ต้องไม่ส่งเสริมให้เกิดการใช้บริการที่เกินจำเป็น

4. การเชื่อมโยงกับบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น บริการระดับทุติยภูมิหรืออื่น ๆ ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการทางห้องปฏิบัติการ ได้สะดวก การเชื่อมโยงด้านสังคมสงเคราะห์ เชื่อมโยงกับบริการของชุมชน หรือบริการด้านสังคมอื่น ๆ

5. แบ่งภาระงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลให้ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน รวมถึงการปรับให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยพร้อมทั้งข้อมูลของผู้ป่วยได้โดยไม่มีช่องว่างของการบริการ

กลุ่มปัจจัยที่สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ องค์ประกอบนี้ถือเป็นการสนับสนุนจากภายนอกเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการได้ตามเป้าหมาย มิใช่เป็นปัจจัยภายในของหน่วยบริการ รวมถึงการเชื่อมโยงและการประสานงานในระดับอำเภอ หรือจังหวัด ซึ่งจำเป็นต้องมีทีมงานสนับสนุนซึ่งทำหน้าที่สนับสนุนทรัพยากร และวิชาการด้านต่าง ๆ

อย่างชัดเจน เพื่อเอื้อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ จัดบริการที่จำเป็นตามความเร่งด่วน หรือความสำคัญของปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ได้ การสนับสนุนควรมีลักษณะ ดังนี้

1. ทีมงานสนับสนุนจะต้องมีความเข้าใจแนวคิดและทักษะที่จำเป็นในการบริการปฐมภูมิเช่นเดียวกัน จึงจะสามารถสนับสนุนและช่วยพัฒนาได้สอดคล้องตรงกับเป้าหมาย
2. ระบบบริหารจัดการขององค์กรต้องจัดให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถบริหารงานของหน่วยงานตนเองได้อย่างคล่องตัว ยืดหยุ่น มีอำนาจในการตัดสินใจ และการจัดการในการปรับบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน สามารถพัฒนางานด้วยตนเองต่อไปในระยะยาว
3. มีการสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างพอเพียง
4. มีระบบสนับสนุนการพัฒนาผู้ปฏิบัติทั้งในด้านทัศนคติ องค์กรความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
5. มีการจัดระบบการเชื่อมต่อการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย พร้อมข้อมูลที่พอดีกับโรงพยาบาล
6. มีการจัดระบบติดตามผลและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาใช้พัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิควรเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะสำคัญในด้านต่าง ๆ คือ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมและการส่งเสริมให้สุขภาพของตนเองดีขึ้นในการที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มบุคคลควรที่จะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองที่จะสนองความต้องการต่าง ๆ ของตนเอง และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เรื่องสุขภาพจึงถูกมองในลักษณะของความจำเป็นสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เป็นเพียงจุดมุ่งหมายของการดำรงชีวิตเท่านั้น สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในทางบวก เน้นหนัก

ที่ทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกับสมรรถนะต่าง ๆ ทางร่างกาย ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากเกินความนอกเหนือจากการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขดีไปสู่เรื่องของสุขภาวะโดยรวม ประกอบด้วยสภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เกิดเป็นภาวะสุขภาพที่ดี มีความเป็นอยู่ที่ดี มีความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกมีคุณค่า เคารพตนเอง สามารถควบคุมทรัพยากรได้ด้วยตนเอง (ศิริณี อินทรหนองไผ่, 2550, หน้า 42)

2. การป้องกันโรค หมายถึง การขจัดหรือยับยั้งพัฒนาการของโรครวมถึงการประเมินและการรักษาเฉพาะ เพื่อลดความก้าวหน้าของโรคในทุกกระยะ การป้องกันโรคแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Edelman & Mandel, 1994, p. 15)

2.1 การป้องกันโรคระดับแรก (primary prevention) หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพ โดยทั่วไปรวมถึงการปกป้องและต่อต้านการเกิดเฉพาะโรค ได้แก่ การให้สุขศึกษา การรับประทานอาหารเหมาะสมตามวัย การพัฒนาบุคลิกภาพ การทำงาน การพักผ่อน และนันทนาการอย่างเหมาะสม การได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการแต่งงานและเรื่องเพศ การคัดกรองพันธุกรรม การตรวจสุขภาพ

2.2 การป้องกันโรคระดับที่สอง (secondary prevention) หมายถึง การได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกของโรค และได้รับการรักษาทันที่ ความรุนแรงของโรคที่เป็นมีระยะเวลาสั้น สามารถกลับสู่สภาวะของการมีความสุขดีได้อย่างรวดเร็ว

2.3 การป้องกันโรคระดับที่สาม (tertiary prevention) หมายถึง เป็นระดับที่ไม่เพียงแต่หยุดการดำเนินของโรคเท่านั้น แต่จะต้องป้องกันความเสื่อมสมรรถภาพอย่างสมบูรณ์ จุดประสงค์ก็คือ ให้กลับสู่สังคมได้อย่างมีคุณค่า

การป้องกันโรคเป็นมาตรการลดความเสี่ยงในการเกิดโรค รวมทั้งการสร้างภูมิคุ้มกันเฉพาะโรค ด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา เพื่อมิให้เกิดโรคร่างกาย โรคจิต โรคสังคม และโรคศีลธรรม เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมล่วงหน้าก่อนเกิดโรค โดยให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อมีความสุขดี แนวทางสำคัญ คือ การสร้างประสบการณ์ให้เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพและการเกิดโรค ด้วยเหตุนี้ แนวทางการป้องกันโรคและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจึงมักถูกเข้าใจว่าเหมือนกัน ซึ่งความเป็นจริงแนวคิดทั้งสองมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ การป้องกันโรคมีแนวคิดหลัก คือ การป้องกันการเกิดพยาธิสภาพ

สาเหตุการเกิดโรคตามซาง โรคที่จะเกิดขึ้น เช่น การใช้ฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันพาหะนำโรค เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และบุญยง เกี่ยวการค้า, 2538, หน้า 170)

3. การรักษา เมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว เราต้องเร่งวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคอะไร แล้วรีบให้การรักษาด้วยวิธีที่ได้ผลดีที่สุด ปลอดภัยที่สุดเท่าที่มนุษย์จะรู้ และสามารถให้การบริการรักษาได้ เพื่อลดความเสียหายแก่สุขภาพ หรือแม้แต่เพื่อป้องกันมิให้เสียชีวิตมีการส่งต่อและเป็นการดูแลผู้รับบริการที่ต้องมีการประสานงานกับเครือข่าย มีจุดเชื่อมโยงที่ชัดเจน ภายหลังการรักษา เมื่อกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้านก็จะมีใบส่งตัวกลับมาเพื่อให้หน่วยปฐมภูมิได้มีข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่องต่อกรณีเกิดความเจ็บป่วยซับซ้อน

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ หลายโรคเมื่อเป็นแล้วก็อาจเกิดความเสียหายต่อการทำงานของระบบอวัยวะ หรือทำให้พิการ จึงต้องเริ่มมาตรการฟื้นฟูให้กลับมา มีสภาพใกล้เคียงปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยการให้ความช่วยเหลือคำนึงถึงความจำเป็น และความปลอดภัย ให้ความรู้แก่ญาติ ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการใช้ยา และเครื่องมือแพทย์ บางอย่างในการลดความพิการ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ส่วนที่พิการให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว ญาติ อยู่ในสังคมได้ตามปกติเหมือนคนอื่นทั่วไป

5. การให้คำปรึกษา (counseling) ด้านสุขภาพอนามัยทั้งในภาวะปกติ และขณะที่มีภาวะกดดัน อันเป็นเหตุให้สุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ เป็นการสนทนาเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการที่มีปัญหา หรือความเสี่ยงเปิดเผยความรู้สึก ค้นหา และเข้าใจปัญหาของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลในการหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้ใช้ศักยภาพตนเองเองเพื่อแก้ไขปัญหา และปรับตัวให้เหมาะสม สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจการให้บริการว่า สอดคล้องกับความคาดหวังของประชาชนมากน้อยเพียงใด จึงพัฒนาแนวคิดเพื่อตรวจสอบ และศึกษาข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงระบบการให้บริการต่อไป ดังนี้ (สายสวาท เผ่าพงษ์, 2542, หน้า 13)

5.1 เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ

5.2 เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน

5.3 ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต

5.4 ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการที่ต่อเนื่อง รอบด้าน อาทิ สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่าง ๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

บทบาทหน้าที่ของบริการปฐมภูมิ ในฐานะหน่วยบริการที่เป็นบริการด่านแรก ซึ่งโดยธรรมชาติจะต้องมีความใกล้ชิดกับชุมชนทั้งในแง่สถานที่ตั้ง และความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ใช้บริการ บริการปฐมภูมิจึงมีหน้าที่เสมือนเป็นที่ปรึกษาและช่วยสร้างความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชนในลักษณะผสมผสาน เช่น หากเห็นว่าผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษา เจ้าหน้าที่ก็ควรจะแนะนำวิธีการดูแล การปฏิบัติตนที่เหมาะสม แต่หากต้องรักษาหรือต้องใช้ยาในขอบเขตที่หน่วยบริการดูแลได้ เจ้าหน้าที่ควรต้องทำหน้าที่ดูแล และรักษาพยาบาลอย่างผสมผสาน ถ้าไม่สามารถทำเองได้ หรือทำแล้วยังไม่ครอบคลุม ก็จะต้องทำหน้าที่ส่งต่อ หรือประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

นอกจากด้านร่างกายแล้ว บริการปฐมภูมิจะต้องสามารถให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ และสังคมแก่ผู้มาใช้บริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับบริการทางกาย หรือเป็นบริการเฉพาะได้ด้วย ส่วนกรณีที่มีปัญหาหรือปัญหาเฉพาะทาง เจ้าหน้าที่ก็จะทำหน้าที่ส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้องต่อไป

ประการถัดมา เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิมีความใกล้ชิดกับประชาชน มีข้อมูล และเข้าใจในวิถีชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชนดีกว่าหน่วยบริการระดับอื่น บริการปฐมภูมิจึงควรมีหน้าที่ประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้านแล้วนำมาวางแผนการพัฒนา บริการให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการ และปัญหาของประชาชนทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ควรสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ รวมถึงให้ความรู้ทางเทคนิคการแพทย์ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพบางอย่าง เช่น การทำแผล การดูแลเด็กที่เป็นไข้ รู้จักสังเกตและติดตามอาการเจ็บป่วย เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

นอกจากนี้ บริการปฐมภูมิจะต้องสามารถให้การดูแลบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการประยุกต์หรือปรับวิธีการดูแลนี้ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ท้ายที่สุด บริการปฐมภูมิต้องมีหน้าที่ประสานบริการกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างต่อเนื่องและผสมผสาน รวมถึงการรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการระดับอื่นในระยะเวลา และภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จึงเป็นหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง รู้สภาวะสุขภาพ หามาตรการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นที่ปรึกษาของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพ ให้บริการพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ และบริการทั้งที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมฯ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ติดตาม ประสาน การให้บริการประเภทต่าง ๆ เพื่อให้เกิดบริการที่บูรณาการต่อเนื่อง ผสมผสาน การรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพ ตั้งอยู่บนรากฐานแนวคิด Primary health care

บริการสุขภาพปฐมภูมิ คลินิกชุมชนอบอุ่น

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2552) อธิบายว่า สำหรับ “คลินิกชุมชนอบอุ่น” เป็นชื่อของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ถูกตั้งขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตเมือง (ใกล้บ้านแต่ไม่ใกล้ใจ) โดยเฉพาะผู้ที่อพยพแรงงานมาจากต่างจังหวัด และเป็นผู้ใช้แรงงานนอกระบบ กรณีเมื่อมองปัญหาจากผู้ให้บริการเป็นสิ่งสำคัญ และเพื่อแก้ปัญหาให้กับเครือข่ายหน่วยบริการ โดยเฉพาะในเขตเมืองเช่นกัน ที่จำเป็นจะต้องขยายบริการระดับปฐมภูมิสู่ประชาชนด้วยเหตุผลเพราะการให้บริการระดับนี้ที่โรงพยาบาลจะมีต้นทุนต่อหน่วยสูงเกินไป ประสพกับการลงทุนที่สูงมาก เช่น ค่าเช่าอาคาร ที่ดิน หากจะซื้อขาดก็ยิ่งเป็นภาระแก่โรงพยาบาลที่ต้องใช้งบลงทุนจากงบที่มีอยู่เอง ซึ่งไม่เพียงพออยู่แล้วในการจัดบริการแก่ประชาชน ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นในกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ ๆ หลาย ๆ แห่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ร่วมกับกรุงเทพมหานคร พัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ทั้ง

ใกล้บ้านและใกล้ใจเพื่อแก้ปัญหา¹ และเกิดเป็นนวัตกรรมขึ้นในปี พ.ศ. 2546 ที่ผ่านมา และมีการขยายสู่จังหวัดอื่น ๆ ที่เป็นเขตเมืองในปี พ.ศ. 2547 เช่น จังหวัดนนทบุรี เป็นต้น

การดำเนินการในระยะแรกในเขตพื้นที่ของกรุงเทพมหานครนั้น ได้ประกาศให้โรงพยาบาล หรือคลินิกที่มีอยู่แล้ว เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ หรือให้กลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพที่สนใจยื่นคำขออนุญาตจัดตั้งเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น ภายใต้เงื่อนไขตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องคุณสมบัติมาตรฐานหน่วยบริการ และเครือข่ายของหน่วยบริการ รวมทั้งการจัดเครือข่ายของหน่วยบริการตามระเบียบว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ ลงวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2544 เป็นสำคัญ ทั้งนี้ก็ต้องผ่านความเห็นชอบในด้านความเหมาะสมเรื่องทำเลที่ตั้งจากคณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขากรุงเทพมหานครด้วย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552)

โดยในขั้นต้นนี้ ได้เริ่มโครงการนี้ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยประสานกับสถานบริการทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน และได้เปิดให้ประชาชนเลือกลงทะเบียนกับ “คลินิกชุมชนอบอุ่น” มาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2546 โดยคลินิกชุมชนอบอุ่นเกิดขึ้น เพื่อให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน สถานพยาบาลที่จัดตั้งอยู่ใกล้บ้านของประชาชนเพื่อให้บริการคุณภาพเชิงรุกที่ให้ความอบอุ่นใจ ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และรวมถึงการป้องกันโรคด้วย จากการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานครในช่วงที่ผ่านมา พบว่า “จุดอ่อน” ที่สำคัญคือ ขาดสถานพยาบาลระดับต้นที่ใกล้บ้าน เนื่องจากลักษณะพื้นที่การกระจายตัวของชุมชนในกรุงเทพมหานคร และปัญหาการจราจร ฯลฯ ทำให้ผู้ใช้บริการต้องไปอัดกันอยู่ตามโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ต้องใช้เวลาในการ “รอคิวตรวจ” เฉลี่ยรายละ 4 ชั่วโมง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552)

คลินิกชุมชนอบอุ่นต่อไปจะเป็นเสมือนสัญลักษณ์อย่างหนึ่งของโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งการออกแบบชองยา ภูเขา เอกสาร ฯลฯ และสถานที่ต้องคำนึงถึงบรรยากาศ และความรู้สึกของผู้ใช้บริการ การจัดตั้ง “คลินิกชุมชนอบอุ่น” จะเน้นหนักในพื้นที่ที่ขาดแคลนสถานพยาบาล หรือพื้นที่ที่มีประชากรแออัด มีปัญหาการเข้าถึงบริการ โดยในคลินิกต้องมีบุคลากรไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่สำนักงานหลัก-

ประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ต้องผ่านการตรวจประเมินรับรองจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก่อนดำเนินการสามารถให้บริการหรือมีข้อตกลงกับเครือข่ายสถานพยาบาล เพื่อให้บริการ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ต้องมีกิจกรรมเชิงรุก เช่น เยี่ยมบ้าน แนะนำการออกกำลังกาย มีการวางรูปลักษณะที่สอดคล้องกับรูปแบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552)

รูปแบบและลักษณะการดำเนินงานของคลินิกชุมชนอบอุ่นนั้น จะมีลักษณะตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องคุณสมบัติมาตรฐานหน่วยบริการ และเครือข่ายของหน่วยบริการ รวมทั้งการจัดเครือข่ายของหน่วยบริการตามระเบียบว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ ลงวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2544 เป็นสำคัญ ทั้งนี้แยกเป็นประเด็นได้ดังนี้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552)

1. โครงสร้างคลินิกชุมชนอบอุ่นในด้านสถานที่ตั้งคลินิกนั้น จะเป็นไปตามที่คณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพจังหวัดพิจารณาเห็นสมควรจะพิจารณาจากข้อมูลความเหมาะสมในรายละเอียด เช่น จำนวนประชากร ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการเชิงกายภาพ จำนวนสถานบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในบริเวณใกล้เคียง หรือวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในทำเลที่จะพิจารณา เป็นต้น สำหรับขนาด หรืออาคารที่จะให้บริการก็จะกำหนดเป็นกรอบอย่างต่ำไว้ เช่น ของจังหวัดนนทบุรี กำหนดไว้ดังนี้ “มีพื้นที่ให้บริการไม่น้อยกว่า 80 ตารางเมตร โดยมีห้องตรวจอย่างน้อย 1 ห้อง ห้องให้การรักษายาพยาบาลเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ 1 ห้อง และห้องสำหรับการเรียนการให้สุศึกษา 1 ห้อง” หรือในกรุงเทพมหานครก็จะกำหนดเป็นแบบมาตรฐาน (floor plan) ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อให้เข้ากับลักษณะของอาคารเดิม ทั้งนี้ ตามความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขากรุงเทพมหานคร

2. ในด้านบุคลากรผู้ให้บริการก็จะประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานตลอดเวลาทำการไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สอดคล้องที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ดังนี้ (1) แพทย์ประจำ 1 คนต่อประชากร UC ไม่เกิน 10,000 คน (2) พยาบาลวิชาชีพประจำ 1 คนต่อประชากร UC ไม่เกิน 5,000 คน (3) บุคลากรอื่นที่มีทักษะในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขประจำ 1 คน ต่อประชากร UC 3,500 คน (4) พยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ 1 คน ต่อประชากร UC 3,500 คน ทำงานด้านชุมชน ในกรณีที่ได้รับ

งบประมาณในส่วนสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชนมาด้วย และ (5) บุคลากรด้านทันตกรรม (ทันตแพทย์ หรือทันตภิบาล ภายใต้การกำกับดูแลของทันตแพทย์) ให้บริการทันตกรรม 1 คน ต่อประชากร UC ไม่เกิน 10,000 คน ในกรณีจัดบริการในหน่วยบริการเอง สำหรับบุคลากรด้านทันตกรรมนั้นหากไม่ได้จัดบริการในคลินิกเอง ก็จะต้องระบุเครือข่ายที่ร่วมให้บริการให้ชัดเจนในสัญญาด้วย สำหรับด้านผู้รับบริการที่เป็นประชากร UC นั้น ในระยะแรกที่ดำเนินการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประชาสัมพันธ์ให้ประชากรขึ้นทะเบียน 11,000-12,000 คน

3. แหล่งเงิน สำหรับแหล่งรายได้ของคลินิกชุมชนอบอุ่นนั้น จะมีรายได้หลัก ๆ จาก 5 แหล่ง คือ (1) งบประมาณ UC ที่ได้รับจัดสรรเป็นรายปี ตามประชาชนที่มาขอขึ้นทะเบียนด้วย ซึ่งงบประมาณที่ได้รับจัดสรรนี้หากเปิดให้บริการครบทุกด้านตามที่กำหนด หรือมีเครือข่ายรองรับเอง ก็ได้รับไปทั้งหมด 600 บาทต่อหัวประชากร (เป็นตัวเลขที่ใช้ในเขตกรุงเทพมหานคร) หากดำเนินการไม่ครบก็จะหักออกตามส่วนที่ได้ตกลงกันกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขานั้น ๆ โดยเป็นงบประมาณที่รวมผู้ป่วยนอก (OPD) งบส่งเสริมป้องกันโรค (P & P) งบลงทุน และงบส่วนที่เป็นเงินเดือนแล้ว (2) จากกลุ่มแรงงานผู้ประกันตนตามโครงการประกันสังคม กลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่ทางคลินิกต้องไปดำเนินการขอร่วมเป็นเครือข่ายให้บริการเอง (3) จากกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (เฉพาะคลินิกชุมชนอบอุ่นที่เป็นภาครัฐ) ซึ่งเป็นส่วนที่ไม่มีความแน่นอนของรายได้ แต่มีข้อดีที่รายรับเป็นเงินสด ไม่ต้องเรียกเก็บในภายหลัง (4) จากการจ่ายเองของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ซึ่งเป็นส่วนที่ไม่มีความแน่นอนของรายได้ แต่มีข้อดีที่รายรับเป็นเงินสด ไม่ต้องเรียกเก็บในภายหลัง เช่นกันกับแหล่งเงินข้อ 3 และ (5) จากสิทธิอื่น ๆ เช่น ประกันสุขภาพบริษัทเอกชน หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ เป็นต้น จะเห็นว่า งบประมาณที่คลินิกจะได้รับ โดยมีความแน่นอนว่าจะเป็นเท่าไรนั้นขึ้นอยู่กับแหล่งเงิน (1) และ (2) เท่านั้น แหล่งเงินอื่นจะขึ้นอยู่กับความเชื่อถือศรัทธา และคุณภาพของบริการที่เห็นเป็นรูปธรรมเท่านั้น

4. การบริหารจัดการและเงื่อนไขการจัดบริการ การบริหารจัดการในกรณีที่เป็นภาคเอกชนก็จะเป็นอิสระในการบริหารจัดการ แต่มีเป้าหมายเพื่อกำไรสูงสุดอย่างชัดเจน แต่ในกรณีของภาครัฐก็จะต้องมีการบริหารจัดการตามสายบังคับบัญชา ทั้งนี้สำนักงาน-



หลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ไม่ได้มุ่งเน้นที่รูปแบบการจัดการ แต่กำหนดเงื่อนไขของการจัดบริการเท่านั้น กล่าวคือ

4.1 สถานบริการสาธารณสุขที่จะเข้าร่วมดำเนินการเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นจะต้องมีการได้รับอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (กรณีเป็นสถานบริการเอกชน)

4.2 สามารถเปิดให้บริการแก่ประชาชนผู้มีสิทธิทุกวัน (จันทร์-อาทิตย์) รวมเวลาให้บริการไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยสามารถเชื่อมต่อกับการบริการภายในเครือข่าย และการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาทำการ

4.3 สามารถให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก และมีบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในสถานบริการ รวมทั้งบริการทันตกรรมได้ตามเกณฑ์กับที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

4.4 การให้บริการผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ลงทะเบียนสามารถเก็บค่าธรรมเนียมการใช้บริการ 30 บาทต่อครั้งในช่วงดำเนินการ และยกเว้นค่าธรรมเนียมแก่ผู้มีสิทธิที่กำหนดไว้ (บัตรทอง)

4.5 ต้องมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงกับเครือข่ายสารสนเทศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้ตรวจสอบการลงทะเบียนและจัดส่งข้อมูลอื่น ๆ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

4.6 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิที่เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการชันสูตร/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อเพื่อรับบริการทางด้านทันตกรรมในหน่วยบริการอื่นที่มาร่วมให้บริการ

4.7 มีเครือข่ายบริการ ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการรับส่งต่อระดับทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ (secondary care-tertiary care) และหน่วยร่วมให้บริการ เช่น ห้องปฏิบัติการ ทันตกรรม เป็นต้น

4.8 เครือข่ายที่เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ ซึ่งสามารถให้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในได้ในระดับทุติยภูมิขึ้นไป (ซึ่งรับส่งต่อผู้มีสิทธิจากหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย) สามารถให้บริการกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง

และมีจำนวนเตียงที่สำรองไว้เพียงพอสำหรับบริการประชาชนที่ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากเงื่อนไขทั้ง 8 ประเด็นที่กล่าวข้างต้น จะเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพระดับจังหวัดที่จะเป็นผู้ออกประเมิน และตัดสินใจว่า สถานบริการที่ขอเข้าร่วมโครงการนั้นควรที่จะได้เปิดเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นหรือไม่ ซึ่งผลของการประเมินอาจจะสั่งให้มีการแก้ไขปรับปรุงก่อนก็ได้จึงจะทำให้การรับรอง

การให้บริการทางสุขภาพปฐมภูมิในผู้สูงอายุ

สมิต สีชูกร (2548, หน้า 9) กล่าวว่า การบริการ คือ การให้ความช่วยเหลือ หรือ การดำเนินการเพื่อประโยชน์ทางสุขภาพการบริการทางสุขภาพที่ดี ผู้รับบริการก็จะได้รับความประทับใจ และชื่นชมองค์กร ซึ่งเป็นสิ่งดีสิ่งหนึ่งอันเป็นผลดีกับองค์กรของเรา เบื้องหลังความสำเร็จเกือบทุกงาน มักพบว่า งานบริการเป็นเครื่องมือสนับสนุนงานด้านต่าง ๆ เช่น งานด้านประชาสัมพันธ์ งานบริการวิชาการ เป็นต้น ดังนั้น ถ้าบริการดี ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ ซึ่งการบริการถือเป็นหน้าเป็นตาขององค์กร ภาพลักษณ์ขององค์กรก็จะดีไปด้วย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2552) กล่าวว่า การให้บริการทางสุขภาพ หมายถึง ระบบการจัดการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม ทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545, หน้า 613) ได้กล่าวถึงปฏิกณฺญาข้อ 5 ของผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้สุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจรและเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

จากการศึกษาของ อุมพร อุดมทรัพย์ากุล (2537) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาใคร คือ ผู้ที่อายุยังน้อย ติดตามข่าวสาร

(อ่านหนังสือพิมพ์สม่ำเสมอ) ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ และทำกิจกรรมทางสังคมเสมอ ในมิติด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ ลลิลญา ลอยลม (2545) ได้สรุปการศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ พบว่า ผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกัน คือ การมีความสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้าน หรือการได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีผลต่อความพึงพอใจ การมีคนสนิทสนมชอบพอกันที่สามารถพูดคุยระบายความทุกข์ ปรับทุกข์ได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ จากการศึกษาของ สมพร ชัยอุยर्थ (2542) ได้สรุปว่า ในทางกลับกันผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแล จะพึงพอใจในชีวิตต่ำ นอกจากนั้นจากการศึกษาของ สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2535) ศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุยังสามารถดูแลตนเองได้ สามารถทำกิจกรรมตามที่ตนเองต้องการได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขด้วย ผลการศึกษาถึงสภาพบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับ โดยการประเมินจากการได้รับบริการเกี่ยวกับโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคความดันเลือดสูง พบว่า โรคดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจและเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และมีฐานะดี และพบว่า มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 50 ที่เข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ผู้มีฐานะดี หรือมีการศึกษาสูงจะมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และมีฐานะยากจน หรือการศึกษาต่ำกว่าอย่างชัดเจน สอดคล้องกับจากการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ (2540) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในกรุงเทพมหานครมีสุขภาพแข็งแรงมากกว่าผู้สูงอายุภาคอื่น ๆ ส่วนด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการประมวลสถานภาพทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อม เช่น การที่ผู้สูงอายุได้รับความเคารพนับถือ และเชื่อกันของบุตรหลาน การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และการที่บุตรหลานยังให้ความสำคัญในฐานะเป็นที่ปรึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และมีความพอใจในการดำรงชีวิต ส่วนปัจจัยที่ส่งผลในทางตรงกันข้าม คือ ความรู้สึกสูญเสียจะมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับสูง อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ มลลิกา มัติโก (2542) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลทุกข์ร้อนห่วงใยลูกหลานกลัวจะถูกทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล ไปจนถึงมีความรู้สึกเหงา และ โดดเดี่ยวหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อย ๆ ฯลฯ และตัวแปรด้านสถานภาพสมรสภาวะสุขภาพ

และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพคู่ พบว่า จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หย่า หม้าย ผู้ที่แข็งแรงมีสุขภาพจิตดีกว่า ผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแอ และมีโรคภัยไข้เจ็บ ส่วนทางด้านสุขภาพทางกาย จากการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ศึกษาพบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยประสบอยู่ คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็น โรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด ภาวะซึมเศร้า และการหกล้ม เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัญหาด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรม ได้ตามปกติ และถือว่ามีปัญหาทุพพลภาพ โดยมีผู้ที่ประสบปัญหาทุพพลภาพนานกว่า 6 เดือนถึงร้อยละ 19 และประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 4 ประสบปัญหาภาวะสมองเสื่อม

พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ (2552) กล่าวว่า ผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรง ปานกลาง หรือรุนแรงมาก มีจำนวนประมาณร้อยละ 1.7-2.1 ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ และมีการพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ (2552) กล่าวว่า โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม และภาวะสมองเสื่อม อันนำมาด้วยอาการอัมพาต อัมพฤกษ์เรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุม อาการของโรคไม่ให้รุนแรง แต่ปัญหาในปัจจุบัน คือ ผู้สูงอายุมักไม่ได้รับการตรวจรักษา ต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ การเดินทาง ดังนั้นจึงมีแนวคิดที่จะจัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุโดยไม่ต้องเดินทางมารับบริการสุขภาพไกลจากชุมชน และได้ร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดให้บริการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน โดยเน้นรูปแบบของการจัดระบบบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพที่ให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจที่แท้จริง นั่นคือ ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มักจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถมาใช้บริการที่ใกล้บ้านได้ไม่ต้องไปไกล โรงพยาบาลที่อยู่ห่างออกไป และไม่เป็นการละทิ้งของลูกหลานที่ต้องพาไปโรงพยาบาลใหญ่ เพราะเป็นอาการที่ไม่ซับซ้อน เป็นการนัดมาตรวจอาการ ปรึกษา อาการ โดยทั่วไป ทำให้ ไม่ต้องไปรอคิว และแอดในโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล ก็มีภาระงานที่ไม่หนักมาก มีความสุขกันทั้ง 2 ฝ่าย

จากการศึกษาของ ชลธร รักษานวงศ์ (2545) ศึกษาพบว่า การดูแลตนเองที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุมี 3 สภาวะ คือ (1) การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป ได้แก่ การได้รับอาหารพอเพียง ได้ออกกำลังกาย มีกิจกรรม มีการพักผ่อน มีการปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่น ฯลฯ (2) การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ได้แก่ การร่วมกิจกรรมเพื่อป้องกัน ส่งเสริม แก้ไขปัญหาการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การมีงานอดิเรกคลายเหงา การทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง การไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยและการตาย ฯลฯ (3) การดูแลตนเองในภาวะสุขภาพถดถอย ได้แก่ การแสวงหา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับรู้และสนใจสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ผู้สูงอายุจะมีการดูแลตนเองต่างกัน ขึ้นอยู่กับเพศ อายุ ระดับ การศึกษา และสถานภาพทางเศรษฐกิจ โดยเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่อายุยังไม่สูงมากดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ที่อายุสูงมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับ การศึกษาสูง ดูแลสุขภาพตนเองยามเจ็บป่วยดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย แต่มีการรักษาความสะอาด และออกกำลังกายต่ำกว่า และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีการดูแลตนเองดีกว่า ผู้มีฐานะต่ำกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วย โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับ เครือข่ายทางสังคมมาก (เช่น ลูกหลาน เพื่อนบ้าน) จะมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูล การได้รับ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาก ซึ่งผู้อยู่อาศัยในครอบครัวขยายมีการดูแลตนเอง รักษาความสะอาด ออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยว และ ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวดีจะมีการรับประทานอาหาร และการปฏิบัติภารกิจ ประจำวันได้ดี สอดคล้องกับ ชลลดา ภัคดีประพฤทธิ (2541) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ที่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี จะขาดการตอบสนองความต้องการจากครอบครัวน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวไม่ดี

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ ความเสื่อมของการทำงาน ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผิดปกติและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ได้ง่าย การที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีอายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้น และมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงทั้ง ทางร่างกายและจิตใจนั้น แนวปฏิบัติบริการสุขภาพปฐมภูมิผู้สูงอายุจึงมุ่งเน้นจัดให้มี

การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และให้คำปรึกษาในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ตลอดจน การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง และการรักษาความเจ็บป่วยเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ของผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

อาภากร ชัยสุริยา (2543) ศึกษาเรื่อง *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค* พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ในการให้บริการด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน ด้านเครื่องใช้ ส่วนตัว ด้านการรักษาพยาบาล ด้านนันทนาการ ด้านศาสนกิจและฅาปนกิจสูงเช่นกัน ยกเว้นด้านการให้คำปรึกษา ผู้สูงอายุพอใจระดับปานกลาง

อัญชนา ณ ระนอง (2548) ศึกษาเรื่อง *ความคาดหวังการใช้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: มุมมองของประชาชน* พบว่า โครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับประชาชน บางส่วน แต่มีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ไปใช้บริการเนื่องจากเวลาที่ต้องใช้ในการรอรับ บริการนานเกินไป และไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ ผู้มีรายได้น้อยมักจะให้ความสำคัญ กับการรักษาฟรี หรือเรียกเก็บเงินน้อย เช่น โครงการ 30 บาทมากที่สุด ประชาชนกลุ่มรายได้ อื่น ๆ จะให้ความสำคัญกับการมีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอและการได้รับ การปฏิบัติที่ดีจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ หรือสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล มากกว่าการมีโครงการรักษาฟรีน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ต้องการให้มีโครงการนี้ต่อไป เพื่อช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยและเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับ ตนเองในกรณีที่ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างจากทุกภาคสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ของการจัดให้บริการของสถานพยาบาล โดยเฉพาะในด้านการต้อนรับของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตาม ยังมีคนจำนวนไม่น้อยที่ไม่ไว้วางใจคุณภาพการรักษาพยาบาลของโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มรายได้สูงและปานกลาง ซึ่งไม่ค่อยได้ไปใช้ บริการของโครงการนี้ในปัจจุบัน

ศิริกัญญา แก่นทอง (2548) ศึกษาเรื่อง *ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา* พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการสวัสดิการทางสังคมในระดับมากเพียงด้านเดียว คือ ด้านสุขภาพอนามัย ต้องการมีบัตรประกันสุขภาพยกเว้นค่ารักษาพยาบาลทุกประเภทแก่ผู้สูงอายุ มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่บริการชุมชน เช่น ศาลาประจำหมู่บ้าน มัสยิด วัด ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีคลินิกผู้สูงอายุบริการในสถานีนามัยและโรงพยาบาลใกล้บ้าน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องทำหน่วยบริการสาธารณสุขที่บ้าน ส่วนด้านอื่น ๆ มีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านบริการสังคม และด้านนันทนาการมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน รองลงมาด้านการทำงาน และการมีรายได้ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านความมั่นคง และด้านการศึกษา ตามลำดับ

เพ็ญนรินทร์ สาครเจริญ (2549) ศึกษาเรื่อง *การศึกษาทัศนคติของผู้สูงอายุยังประโยชน์กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ* พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-65 ปี สมรสแล้ว การศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้ 5,001-10,000 บาท ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นด้านการดูแลตนเองและพึ่งตนเองในระดับมาก ความพึงพอใจในชีวิตด้านสุขภาพ ด้านการทำสิ่งต่าง ๆ ได้ตามศักยภาพของตน มีส่วนร่วมกิจกรรมต่อชมรมสม่ำเสมอ และด้านการใช้ความสามารถส่วนตัวในการสร้างสรรค์ต่อการแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ส่วนทัศนคติต่อแนวทางการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมที่ีระดับมาก ผลการศึกษาความแตกต่างระหว่างตัวแปร พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ และทัศนคติต่อแนวทางการส่งเสริมผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ชลอ ชูพงษ์ (2549) ศึกษาเรื่อง *ความพึงพอใจและความคาดหวังของผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลลุง จังหวัดจันทบุรี* พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจโดยรวมทุกด้านในระดับมาก โดยพึงพอใจมากที่สุดด้านทีมผู้ให้บริการ รองลงมาด้านความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ และด้านคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยสูงอายุ และมีความคาดหวังมากที่สุดในเรื่องความรวดเร็วในการรับการตรวจจากแพทย์

ควรปรับปรุงในเรื่องการให้เวลาของแพทย์น้อยในการให้ผู้สูงอายุ และสมาชิกครอบครัว ได้ซักถามปัญหาผู้สูงอายุ และการดูแลที่บ้าน และความรวดเร็วในการได้รับการรักษา จากแพทย์

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบว่า ตนเองมีภาวะสุขภาพพอใช้มากที่สุด รองลงมา ภาวะสุขภาพดี และผู้สูงอายุที่ตอบว่า สุขภาพไม่ดีมีมากถึงร้อยละ 21.7 จากสภาพร่างกาย และความเสื่อมตามวัยทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิด โรคเรื้อรัง และเพิ่มความเสี่ยง ต่อภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทุพพลภาพ เช่น ผู้ที่เป็นเส้นเลือดสมองตีบ แดก ต้น จากการไม่ได้ควบคุมความดันโลหิตจำเป็นต้องการผู้มาดูแล ส่วนสำคัญมากที่สุดก็คือ การเตรียมความพร้อมของการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา เน้นและให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรังซึ่ง โรคเรื้อรังเป็น โรคที่ก่อให้เกิด ภาวะโรคสูงสุดแก่ผู้สูงอายุ การดำเนินงานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพควบคุม ป้องกัน โรค ตั้งแต่ในชุมชน รวมถึงการบำบัดรักษาภายในหน่วยบริการจะสามารถลดภาระโรคจาก โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุได้ โรคเรื้อรังหลายโรคสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ และมีผลกระทบต่ออายุไขของผู้สูงอายุ รวมถึงสถานะเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในกรณีนี้สามารถป้องกัน ได้ อย่างไรก็ตาม การให้ความสำคัญเกี่ยวกับการป้องกัน โรคในระดับบุคคล โดยการให้ การศึกษาในระดับบุคคลก่อนที่จะเกิดโรคนั้นจะสามารถเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดังนั้น การศึกษารุ่นนี้เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย และแนวทางป้องกัน ส่งเสริม สุขภาพ การบริการทางการแพทย์ และสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในประเทศ

ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา (2551) ศึกษาเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และเฝ้าระวัง โรคกลุ่มผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบผลกระทบด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ จะรุนแรงกว่ารุนแรงกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อย ความต้องการที่มากที่สุดของผู้สูงอายุเป็นบริการด้านสุขภาพและการรักษา และพบว่า โรคที่เป็นปัญหาของ ประชากรสูงอายุ คือ โรคที่ไม่ติดต่อ และอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็น โรคเรื้อรัง อันได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะ โคลเลสเตอรอลในเลือดสูง กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อมและการหกล้ม และโรค-

ในช่องปาก เป็นต้น หากขาดการดำเนินงานที่เหมาะสม จะทำให้ปัญหาสุขภาพทั้งการเจ็บป่วย และคุณภาพขยายตัว ในขณะที่หลักประกันสุขภาพผ่านระบบครอบครัวลดถอย เปรียบบางลง

อรวรรณ คุหา และนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร (2552) ศึกษาเรื่อง การศึกษาระบบดูแล สุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พบว่า ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการให้บริการตรวจสุขภาพ ประจำปีให้ผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 59.6 และให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ แก่ผู้สูงอายุร้อยละ 54.8 ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 50.0

งานวิจัยต่างประเทศ

Aday and Andersen (1975) ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการ ทางการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1970 พบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พอใจ ที่สุด คือ การมีสะดวกสบายในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ซึ่งใน ค.ศ. 1971 Aday and Andersen ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติม และได้ชี้ถึงพื้นฐาน 6 ประการที่เกี่ยวกับ ความพึงพอใจของผู้มารับการบริการกับการรักษาพยาบาล และด้านความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ จากบริการ การเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ความพึงพอใจ 6 ประการ ได้แก่

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกสบายที่ได้รับจากการบริการ (convenience) ซึ่งแยกออกเป็น
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานที่บริการ (office waiting time)
 - 1.2 การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ (availability of care needed)
 - 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานที่บริการ (base of getting to care)
2. ความพึงพอใจแก่การประสานงานของบริการ (coordination) ซึ่งแยกออกเป็น
 - 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่แห่งเดียว (getting all need met at one place) คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
 - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ได้แก่ ทางด้านร่างกาย และจิตใจ (concern of doctor for overall health)
 - 2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา (follow up care)

3. ความพึงพอใจต่ออัยยาศัยความสนใจต่อผู้ให้บริการ (courtesy) ได้แก่ การแสดงอัยยาศัยท่าทางที่เป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความห่วงใย ความสนใจต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (medical information)
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (quality of care) ได้แก่ คุณภาพทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการ
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายการรักษาความเจ็บป่วย

Miller and O'Callaghan (1994) ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพในการบริการไว้ 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านรายการอาหารและคุณภาพของอาหาร
2. ด้านคุณภาพการรักษาของแพทย์ พยาบาล และอุปกรณ์ทางแพทย์
3. ด้านความสะดวกสบายความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย
4. บุคคลที่เกี่ยวข้องกับงานบริการ เช่น การดูแลเอาใจใส่ ความน่าเชื่อถือ ข้อมูลข่าวสาร
5. ระยะเวลาในการรักษาและการรอคอย
6. สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล เช่น เฟอร์นิเจอร์ และความสะอาด

จากการวิจัยเปรียบเทียบความพอใจของผู้ใช้บริการระหว่างโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน พบว่า มีความพอใจไม่ต่างกันอยู่ในระดับสูงในเรื่องแพทย์ และพยาบาล การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยส่วนเรื่องคำรักษาพยาบาลของรัฐมีความพอใจอยู่ในระดับสูงกว่าโรงพยาบาลเอกชน

Walker (1998) ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุและวัยกลางคน ทำการสุ่มตัวอย่างจากประชากรวัยผู้ใหญ่จำนวน 452 ราย เพศชาย 155 ราย เพศหญิง 297 ราย อายุระหว่าง 18-68 ปี ผลการศึกษาพบว่า เมื่อบุคคลอายุมากขึ้น จะทำให้มีความตระหนักถึงสุขภาพที่เสื่อมโทรมลง และมีความรับผิดชอบดูแลสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่แข็งแรงมากขึ้น

Speake, Cowart, and Pellet (1989) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยการเชื่ออำนาจภายในและภายนอกของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ

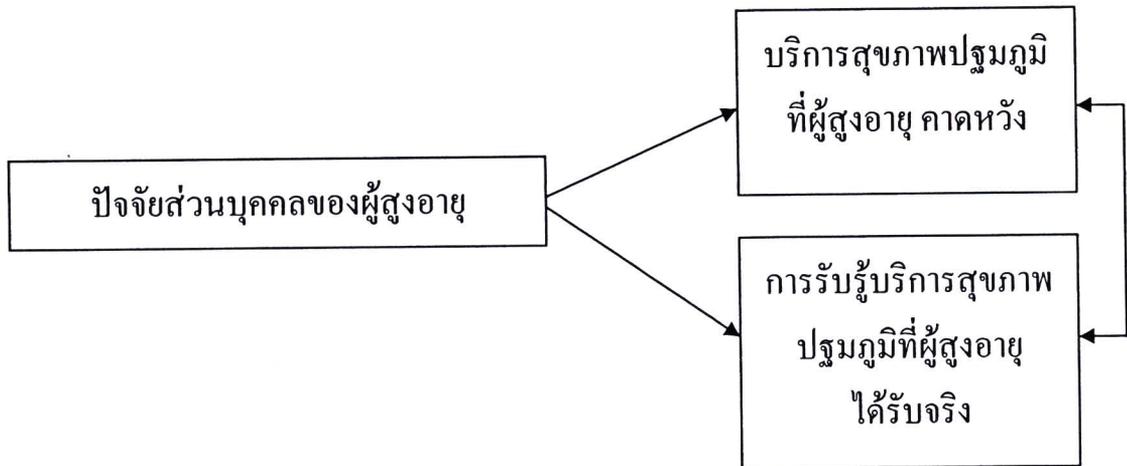
ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยจำนวน 297 คน อายุ 65 ปี และมากกว่า ผลการศึกษาภาวะสุขภาพ ทั้งในปัจจุบันและอดีต เมื่อเปรียบเทียบตามปัจจัยลักษณะประชากร พบว่า มีความสัมพันธ์ กับทางบวกกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

Forbes (1994) ศึกษาเกี่ยวกับความหวังซึ่งเป็นความต้องการที่จำเป็นของมนุษย์ ในวัยผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุเฉพาะกรณี ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาถึงความหวังเป็นวิธีหนึ่งที่ผู้สูงอายุนำมาใช้ในการเสริมสร้างความรู้สึกรับประกันทางจิตใจ และฟื้นฟูความหวังต่อการใช้ชีวิต

จากการทบทวนทฤษฎีความคาดหวัง และการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ดังกล่าวข้างต้น ได้กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความแตกต่างระหว่างการได้รับ บริการจริง และความคาดหวังจะทำให้ค้นพบข้อบกพร่อง ซึ่งนำไปสู่การวางแผน ปรับปรุง หาแนวทาง และกำหนดเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยสูงอายุต่อไป เพราะการให้บริการของคลินิกชุมชนอบอุ่นเกี่ยวข้องกับความต้องการ ของบุคคลแบบองค์รวม (holistic) การสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับ บริการจึงไม่เพียงแต่ความต้องการทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการตอบสนอง ความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมด้วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกชุมชนอบอุ่น



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย