

การดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อในชุมชนของเขตเมือง

จิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์ พ.บ.*

เรื่องย่อ : โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเร่งด่วนของประเทศประการหนึ่ง เนื่องจากสาเหตุการเกิดโรคมามากมายปัจจัย ประกอบกับข้อจำกัดของรัฐ ที่ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขอย่างครอบคลุมและเป็นธรรมแก่ประชาชนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนแออัดของเขตเมือง จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาหาวิธีในการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อให้มีประสิทธิภาพ

ได้ศึกษาย้อนหลัง “โครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีที่บ้าน” ของโรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้ดำเนินโครงการนำร่อง ในการหารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้สูงอายุ ในชุมชนดินแดง เมื่อ พ.ศ. 2536 พบว่าหลังจากเข้าดำเนินกิจกรรม ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น เช่นกลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรังมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เปลี่ยนจากร้อยละ 84.7 เป็นร้อยละ 91.5 เป็นต้น และจากรายงานผลการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพและ อสช. โรงพยาบาลราชวิถีในปี พ.ศ. 2541 ได้พบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นของผู้ป่วย เช่น การตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเปลี่ยนจากร้อยละ 76.6 เป็นร้อยละ 90 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเปลี่ยนจากร้อยละ 84.4 เป็นร้อยละ 100 เป็นต้น ซึ่งจากวิวัฒนาการของการสาธารณสุขมูลฐาน ในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าทุกประเทศทั่วโลก ได้มีความพยายามในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งการกำหนดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน มีการฝึกอบรมประชาชน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และขยายการอบรมให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกหมู่บ้านในชนบทและในเขตเมือง การสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อเป็นศูนย์กลางการปฏิบัติงานของ อสม. นั้น เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะนำไปสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ได้

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าวิธีหนึ่งที่จะให้การดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อในชุมชนเขตเมืองให้มีประสิทธิผลคือ การใช้การสาธารณสุขมูลฐาน เสริมการบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งการศึกษานี้เป็นเพียงการเริ่มต้น คงต้องอาศัยการศึกษาเพื่อหาวิธีอื่นที่มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น ไปอีก

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม, โรงพยาบาลราชวิถี, ถนนพญาไท, เขตราชเทวี, กรุงเทพมหานคร 10400.

Abstract : Care Management of Non-Communicable Diseases in Urban Community**Jiraporn Getpreechasawas, M.D.***

*Social Medicine Department, Rajavithi Hospital, Phayatai Road, Rajathevee, Bangkok 10400, Thailand.

Siriraj Hosp Gaz 1999; 51: 366-373.

In Thailand, non-communicable diseases are becoming increasingly more important problems than in the past. The government cannot afford to provide effective, health services for everyone, especially those in slums and blighted areas. There are several causes of these problems, and it is important to find ways to solve them.

In a retrospective study of methods to improve treatment of non-communicable diseases in the urban community of Din Daeng in 1993, we found that a pilot project of home health care for the elderly by the Social Medicine Department, Rajavithi Hospital, Ministry of Public Health, could change the habits of non-communicable disease patients. For example, the rate of compliance of taking medication increased from 84.7% to 91.5%. A study of the treatment of diabetic and hypertensive patients in Din Daeng in 1998, showed that Rajavithi Hospital's health teams and village health volunteers could change the habits of the patients such as improving compliance from 76.6% to 90% in diabetic patients and from 84.4% to 100% in hypertensive patients. Presently, the establishment of CPHCC, including many training activities for the volunteers the community to provide self health services in both urban and rural areas, is happening not only in Thailand, but also in other countries. This preliminary study may be an alternative way to help treat the patients with non-communicable disease. Certainly, we can achieve the goal of "Health for All by the Year 2000."

Even though this retrospective study shows an effective method for improving care management of non-communicable diseases in the urban community, there may exist other effective methods. This calls for further studies.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเร่งด่วนของประเทศประการหนึ่ง เพราะส่งผลต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่ และสภาพแวดล้อมของประชาชนเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกๆ ของคนไทยอีกด้วย เนื่องจากโรคไม่ติดต่อนี้เกิดจากพฤติกรรมอนามัยของมนุษย์ที่ไม่เหมาะสม อันเป็นผลจากความคิด ความเชื่อ ค่านิยม วิธีการดำรงชีวิต และปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ดังนั้นการจะดำเนินกิจกรรมเพื่อควบคุมโรคไม่ติดต่อให้สัมฤทธิ์ผล ย่อมเป็นไปได้ยาก นอกจากการดำเนินการอย่างผสมผสานและครอบคลุมหลายๆ กลยุทธ์ และจากข้อจำกัดซึ่งรัฐไม่สามารถจัดบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมและเป็นธรรมแก่ประชาชนได้ จึงต้องศึกษาหาวิธีในการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของ

ชุมชนในเขตเมืองให้ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง และมีประสิทธิผล

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ศึกษาย้อนหลังจากรายงานผล "โครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีที่บ้าน" ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้เวลาศึกษา 1 ปี 9 เดือน และจากรายงานผลการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพและ อสข. โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งใช้เวลาศึกษา 1 ปี นอกจากนี้ได้ค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารวิชาการ รายงานประจำปี การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง เอกสารรายงานขององค์การอนามัยโลก เอกสารรายงานการประชุมสัมมนา รายงานการศึกษาวิจัยต่าง ๆ แล้วนำมาวิเคราะห์ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

นิยามศัพท์

“โรคไม่ติดต่อ” เป็นคำที่ใช้เรียกกลุ่มโรคหลายกลุ่มโรคในลักษณะรวม โดยกลุ่มโรคเหล่านี้มีความหลากหลายกันมาก แต่มีลักษณะร่วมกันคือ มักจะมีปัจจัยสาเหตุหลายปัจจัย ทั้งทางด้านพันธุกรรม พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม มีการเกิดโรคอย่างช้าๆ มีการดำเนินโรคที่นาน การป้องกันและควบคุมทำได้ยาก และต้องการรักษาอย่างยาวนานและต่อเนื่อง

“การสาธารณสุขมูลฐาน” เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริม สนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานระดับตำบล และหมู่บ้านที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งมีหลักการสำคัญว่าประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและประเมินผลภาครัฐจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาคู่มือ และระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และพึ่งตนเองได้

“กลวิธีของสาธารณสุขมูลฐาน”⁶ หรือเรียกว่า หลักการของสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญมี 4 ประการ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งอสม. คือรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชน
2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
3. การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน
4. การผสมผสานกับงานกระทรวงอื่นๆ

“ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสข.)” หมายถึงบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในแต่ละกลุ่มบ้าน (8-15 หลังคาเรือน) ได้รับการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด แล้วทำหน้าที่เป็นผู้แจ้งข่าวสารทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ (คุ้มหรือละแวกบ้าน 8-15 หลังคาเรือน) และเป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติงานจากประชาชนแจ้งให้อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นนั้นทราบ

นอกจากนี้เป็นผู้ให้คำแนะนำเผยแพร่ความรู้และชักชวนประชาชนให้ร่วมกิจกรรมทางด้านสาธารณสุขต่างๆ ตลอดจนประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขด้านอื่นๆ

“อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)” หมายถึง ผสข. ที่ทำงานมาระยะหนึ่ง ไม่น้อยกว่า 3-4 เดือน ได้รับการคัดเลือกร่วมกันจากคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) กลุ่ม ผสข. โดยกำหนดให้มี อสม. 1 คนต่อ 1 หมู่บ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ซึ่งนอกจากทำหน้าที่เช่นเดียวกับผสข. แล้วยังทำหน้าที่ด้านบริการ ช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น การใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

“ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)” คือระบบการบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน โดยเป็นศูนย์รวมของกิจกรรมบริการสาธารณสุขเบื้องต้นแก่สมาชิกในชุมชนเป็นที่รวมของความรู้ ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ทรัพยากร และเป็นศูนย์กลางในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

ผล

โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการนำร่องในการหารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ ในชุมชนดินแดง เมื่อพ.ศ. 2536 ซึ่งผลหลังจากเข้าดำเนินกิจกรรมด้วยการผสมผสานบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน เข้ากับการให้การสงเคราะห์และการสาธารณสุขมูลฐาน ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นเช่นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เปลี่ยนจากร้อยละ 84.7 เป็นร้อยละ 91.5 เป็นต้น (ตารางที่ 1)

พ.ศ. 2539 โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มอบรม อสม.แต่ใช้ชื่อให้เหมาะสมกับกรุงเทพมหานครว่า “อาสาสมัครดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน (อสช.)” ซึ่งได้ดำเนินงาน

ตารางที่ 1. เปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนดินแดงที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (จำนวน 59 ราย) ใน “โครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีที่บ้าน” ของโรงพยาบาลราชวิถี

การดูแลตนเอง	พ.ศ.2536				พ.ศ.2537	
	ก่อนดำเนินโครงการฯ		ระหว่างดำเนินโครงการฯ		เมื่อสิ้นสุดโครงการฯ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1.1 การรับประทานยา						
สม่ำเสมอ	50	84.7	57	96.6	54	91.5
ไม่สม่ำเสมอ	7	11.9	2	3.4	5	8.5
ขาดยา	2	3.4	0	0	0	0
1.2 การตรวจตามนัด						
ทุกครั้ง	50	84.7	55	93.2	54	91.5
บางครั้ง	8	13.6	3	5.1	5	8.5
ไม่ได้ตรวจ	1	1.7	1	1.7	0	0
1.3 การปฏิบัติตามคำแนะนำ						
สม่ำเสมอ	33	55.9	53	89.8	54	91.5
ไม่สม่ำเสมอ	22	37.3	5	8.5	5	8.5
ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ	4	6.8	1	1.7	0	0

สาธารณสุขมูลฐานในชุมชนของเขตดินแดงและห้วยขวาง ธันวาคม พ.ศ. 2540 ได้เริ่มจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของโรงพยาบาลราชวิถี^๖ ณ วัดพรหมวงศาราม เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร โดยเป็นแห่งแรกของกรมการแพทย์ วัตถุประสงค์เพื่อเป็นศูนย์กลางที่ อสช. จะใช้เป็นสถานที่ให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชนดินแดงและห้วยขวาง และกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลราชวิถีให้การสนับสนุนด้านวิชาการและได้นำบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิเชิงรุกสู่ชุมชนโดยใช้สถานที่สสมช.แห่งนี้ ผลการดำเนินงานของทีมสุขภาพและอสช. โรงพยาบาลราชวิถีในระยะ 1 ปี (ตุลาคม 2540 - กันยายน 2541) ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมที่ดีขึ้นของผู้ป่วย เช่น การตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเปลี่ยนจากร้อยละ 76.6 เป็นร้อยละ 90 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเปลี่ยนจากร้อยละ 84.4 เป็นร้อยละ 100 เป็นต้น (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

วิวัฒนาการของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย^{๙,๑๐} ช่วงก่อนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยริเริ่มดำเนินการในรูปแบบโครงการนำร่อง (Pilot Project) และโครงการศึกษาวิจัยเพื่อทดลองรูปแบบ

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเอง ระหว่างการเริ่มต้น-สิ้นสุด โครงการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ของโรงพยาบาลราชวิถี

โรค	DM.		HT.		DM. c HT.		Heart	
	เริ่มต้น	สิ้นสุด	เริ่มต้น	สิ้นสุด	เริ่มต้น	สิ้นสุด	เริ่มต้น	สิ้นสุด
การดูแลสุขภาพตนเอง	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
การรับประทานยา								
ประจำ								
รับประทาน	21	70	27	90	25	78	28	87.5
ไม่รับประทาน	9	30	3	10	7	22	4	12.5
การตรวจความดัน								
ทุกครั้ง								
ทุกคน	23	76.6	27	90	27	84.4	32	100
บางครั้ง								
บางคน	7	23.3	3	10	5	15.6	-	0
การปฏิบัติตนตามคำแนะนำ								
ด้านการรับประทาน								
อาหาร								
รสจืด								
รับประทาน	3	10	4	13.3	1	3.1	1	3.1
รสปานกลาง								
รับประทาน	22	73.3	24	80	28	87.5	31	94.9
รสจัด								
รับประทาน	5	16.4	2	6.3	3	9.4	-	0
ด้านการพักผ่อน								
มากกว่า 7 ชั่วโมง/วัน								
รับประทาน	-	0	1	3.3	1	3.1	1	3.1
7 ชั่วโมง/วัน								
รับประทาน	22	73.3	22	73.3	22	68.7	23	71.8
น้อยกว่า 7 ชั่วโมง								
รับประทาน	8	26.6	7	23.3	9	28.1	8	25
ด้านการสูบบุหรี่								
สูบ								
รับประทาน	3	10	-	0	1	3.1	1	3.1
ไม่สูบ								
รับประทาน	27	90	30	100	31	96.9	31	96.9
ด้านการดื่มสุรา								
ดื่ม								
รับประทาน	2	6.7	1	3.4	3	9.4	2	6.3
ไม่ดื่ม								
รับประทาน	28	93.3	29	96.6	29	90.6	30	93.4

การดำเนินงานที่เหมาะสมในพื้นที่ต่าง ๆ เกือบทุกภาคในประเทศไทย ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524)

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 30 ในปี 2520 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000" และในการประชุมนานาชาติปี 2521 ณ เมืองอัลมา อตา ประเทศรัสเซีย ซึ่งองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟได้ร่วมกันจัดขึ้น ได้มีการประกาศให้ "การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธี

สำคัญที่จะนำไปสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000" และกำหนดกิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐาน 8 ประการคือ การให้ความรู้ด้านสาธารณสุข การโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การสุขภาพจิตและจิตเวช การควบคุมโรคประจำถิ่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการจัดหาที่จำเป็นคณะรัฐมนตรีได้บรรจุ "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน" เป็นโครงการหนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จุดมุ่งหมายคือมุ่งเน้นการค้นหาคัดเลือกและฝึกอบรม ผศส. และ อสม.

3 ธันวาคม 2523 ได้มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน¹¹ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นหน่วยกลางในการประสานงานและควบคุมกำกับงาน กำหนดเป้าหมาย วางแผนและสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2524-2529)

โครงการสาธารณสุขมูลฐาน ได้รับการบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของโครงการปรีดรงค์การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ โดยตั้งเป้าหมายการคัดเลือก ผสส. และ อสม. ครอบคลุมพื้นที่ทุกหมู่บ้านในเขตชนบท รวมทั้งให้มีการอบรมอสม. ในเขตเมือง เพิ่มกิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐาน 2 ประการคือ ทันตสาธารณสุข และสุขภาพจิต

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534)

เป็นยุคของการพัฒนาทางคุณภาพของงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งทางด้านการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศ ด้านการพัฒนากำลังคน ด้านกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539)

เนื่องจากในช่วงพัฒนาฯ ที่ 6 ได้พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมไทยเป็น ไปอย่างรุนแรงและรวดเร็วที่สำคัญได้แก่การเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมและบริการ มีการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมและโครงสร้างประชากร แต่จากการควบคุมที่ถูกต้องและมีคุณภาพทำให้โครงสร้างและแบบแผนการเจ็บป่วย คือแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ และโรคเกี่ยวกับความยากจน เช่น โรคทางเดินอาหารลดลง แต่กลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานสูงขึ้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ดังนี้

สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบทอย่างต่อเนื่อง และขยายเข้าไปในพื้นที่เขต

เมือง และเขตอุตสาหกรรมให้มากขึ้น กิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐานเดิมกำหนดไว้ 10 ประการ ได้มีการเพิ่มอีก 4 ประการคือ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

สนับสนุนการจัดตั้ง ศสมช. เป็นศูนย์กลางการปฏิบัติงานให้บริการด้านสาธารณสุขโดยอสม. ในทุกหมู่บ้าน และยกระดับ ผสส. เป็น อสม. ทั่วประเทศมีการส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้าน เช่น การแพทย์แผนไทยสมุนไพร ธรรมชาติบำบัด

วิวัฒนาการของการสาธารณสุขมูลฐานของต่างประเทศ

จากแถลงการณ์แห่งอัลมา อตา ปี 1978¹² ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน 10 ข้อ ซึ่งข้อ 9 กล่าวว่าทุกประเทศจะแสวงหาความร่วมมือซึ่งกันและกัน ด้วยความสำคัญในการมีส่วนร่วมและเกื้อกูลแก่กัน เพื่อให้เกิดการสาธารณสุขมูลฐานแก่ประชากรของโลก เนื่องจากว่าการบรรลุถึงความมีสุขภาพดีของประชาชนในประเทศหนึ่งย่อมมีความเกี่ยวเนื่องและก่อให้เกิดผลประโยชน์แก่ประเทศอื่นๆ ด้วย ดังนั้นแถลงการณ์ร่วมระหว่างองค์การอนามัยโลกและองค์การสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ เรื่อง การสาธารณสุขมูลฐาน จึงนับเป็นการวางรากฐานอันมั่นคงของการพัฒนาและปฏิบัติการแห่งการสาธารณสุขมูลฐานทั่วทุกประเทศในโลก

สถานการณ์ทางสุขภาพของประเทศยังก้ำกึ่งเหมือนทุกประเทศที่เปลี่ยนจากประเทศกสิกรรมเป็นอุตสาหกรรม¹³ คือได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรงของแบบแผนการเจ็บป่วย สถิติโรคติดต่อลดลงอย่างเห็นได้ชัด ในขณะที่โรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น สาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดทุกวันนี้ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง อุบัติเหตุและการฆ่าตัวตาย

ปัญหาในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

การบริการด้านสาธารณสุขมูลฐาน ได้ดำเนินการพร้อมกับการให้การรักษาโรคมามากกว่าการดำเนินกิจกรรมในชุมชน และเน้นการส่งเสริมสุขภาพและ

ป้องกันควบคุมโรค บุคลากรในทีมสาธารณสุขจะจ้าง โดยองค์กรท้องถิ่น แต่ถ้ามีปัญหาจะปรึกษาแพทย์ที่อยู่ใน โรงพยาบาลของท้องถิ่นนั้นๆ ดังนั้นจึงขาดความเข้าใจ ในปัญหาของทีมสาธารณสุข และขาดการเป็นที่ปรึกษา และการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพด้วยปัญหาส่วนใหญ่ เกิดจากการฝึกอบรมทางการแพทย์ของฮังการีไม่ได้เน้น การสาธารณสุขมูลฐาน ยังคงเน้นการดำเนินงานใน โรงพยาบาล จึงมีแพทย์จำนวนน้อยที่ทำงานในชุมชน แล้วจะได้รับการสนับสนุนให้ศึกษาเพิ่มเติมในเรื่อง ชุมชน และแพทย์ไม่ได้รับการสอนให้แก้ปัญหาสังคม ที่เขาได้ประสบมาบ่อยๆ ประกอบกับขาดการฝึกนักสังคม- สงเคราะห์ในประเทศด้วย จริงๆ แล้วการอบรมด้านสังคม ได้เริ่มเมื่อ 1987 ดังนั้นยังคงไม่มีนักสังคมสงเคราะห์ใน ทีมสาธารณสุข นอกจากนี้ยังประสบปัญหาเรื่องการเงิน ไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนงานนี้อีกด้วย

การสาธารณสุขมูลฐานในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศมาเลเซีย¹³

1972 ได้เริ่มดำเนินการสาธารณสุขมูลฐาน ในรูปของทีมสุขภาพเคลื่อนที่ ซึ่งจะเข้าไปให้บริการใน หมู่บ้านใหญ่ โดยประชาชนในชุมชนจะมีส่วนร่วมทั้งมารับบริการและสนับสนุนบริการ และระหว่างทีมฯ ไม่มาที่ หมู่บ้าน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและการสุขภาพด้วย โดยการใช้ทรัพยากรและบุคลากรในพื้นที่ โดยผ่านองค์กรของชุมชนและการให้ สุขภาพดีในชุมชนต้องใช้แผนสุขภาพศึกษาในชุมชน โดยผ่าน ทางวิทยุท้องถิ่น และรายการโทรทัศน์

หลักการสาธารณสุขมูลฐานในมาเลเซียจะ เหมือนเพื่อนบ้าน

การสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยในอนาคต

นายแพทย์ ดร. ประสงค์ เต็มชวลา ได้ทำการ วิจัยเรื่องการกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบ สาธารณสุขไทย¹⁴ ได้บทสรุปผลจากการวิเคราะห์ การ บริหารการพัฒนาสาธารณสุขทั้งในเชิงโครงสร้างและ พฤติกรรมการบริหารขององค์กรพบว่า มีแนวโน้มที่จะ

กระจายอำนาจด้านการบริหารงานสาธารณสุขไปยัง ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ ขณะที่องค์กร การบริหารส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ ก็มีความต้องการ และมีศักยภาพรวมทั้งมีความพร้อมที่จะดำเนินงานด้วย ตนเองด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มงานสาธารณสุข มูลฐาน

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของกรุงเทพมหานคร¹⁵

กรุงเทพมหานครเริ่มกิจกรรมสาธารณสุข มูลฐานเมื่อ พ.ศ. 2525 และตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสมข. ของกระทรวงสาธารณสุข) เมื่อพ.ศ. 2535 โดยปีแรกมี 5 แห่ง ในปี 2536 มี 10 แห่งปัจจุบันมีประมาณ 300 แห่ง โดยครั้งแรกใช้บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) การตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนจะใช้กฎเกณฑ์เมื่อมี อสส. 3 คนขึ้นไป วัสดุ ครุภัณฑ์มูลค่า 30,000 บาทปัจจุบันใช้ มูลค่า 14,000 บาท ปัญหาคือหาสถานที่เหมาะสมยาก ความนิยมของประชาชนในการใช้บริการขึ้นกับที่ตั้งศูนย์ฯ และตัวอสส. และการอยู่ใกล้-ไกลศูนย์บริการสาธารณสุข ของกทม. ดังนั้นบางศูนย์ฯ สถิติการมารับบริการเฉลี่ย เดือนละ 200 ราย แต่บางศูนย์ฯ สถิติการมารับบริการเฉลี่ย เดือนละ 10 ราย

การอบรม อสส. จะใช้หลักสูตรของกระทรวง สาธารณสุขที่นำมาปรับใหม่ให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ และสังคมของกทม.

ปัญหาอสส.ทำงานไปสักพักจำนวนอสส.มักจะ หายไปประมาณครึ่ง (ขณะนี้กทม. ยัง ไม่มีการประเมินผล การดำเนินงานของ อสส. อย่างเป็นทางการ)

จากวิวัฒนาการของการสาธารณสุขมูลฐานทั่ว โลกจะเห็นได้ว่าทุกประเทศเห็นความสำคัญของการ สาธารณสุขมูลฐาน จึงมีการพัฒนารูปแบบของการสาธา- รณสุขมูลฐานมาตลอด เพื่อให้ถึงเป้าหมายที่จะให้มี สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 และประเทศไทยได้มี การจัดตั้ง ศสมข.เพื่ออสส. จะใช้เป็นที่ดำเนินงานด้าน สาธารณสุขมูลฐานเพื่อแบ่งเบาภาระด้านการแพทย์ และ สาธารณสุขของรัฐด้วย การศึกษานี้ได้แสดงถึงการ สาธารณสุขมูลฐานช่วยให้การดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อใน ชุมชนเขตเมืองมีประสิทธิภาพได้วิธีหนึ่ง

สรุป

โรคไม่ติดถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเร่งด่วนของประเทศและจากลักษณะของโรคเหล่านี้ที่ต้องการการรักษาอย่างยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิผล แต่จากการศึกษาครั้งนี้ได้พบว่า

การใช้การสาธารณสุขมูลฐานเสริมการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ ทำให้การดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อในชุมชนของเขตเมืองใหญ่มีประสิทธิภาพได้ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการเริ่มต้น ดังนั้นจำเป็นต้องศึกษาวิจัยต่อไปเพื่อได้วิธีที่มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น ไปอีก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2540. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541.
2. จิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์, ปราวรณา ยศพล, สินีนาถ บุญค้อเดิม. รายงานผลโครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร, 2537.
3. จิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์, ปราวรณา ยศพล, สินีนาถ บุญค้อเดิม. รายงานผลการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพและอสมช. โรงพยาบาลราชวิถี (1 ตุลาคม 2540 - 30 กันยายน 2541). กรุงเทพมหานคร, 2541.
4. ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. มาตรการทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อก่อนที่สำคัญ. วารสารกรมการแพทย์ 2538; 20: 290-8.
5. Wiriyawit P. Simple meaning of primary health care. In : Matsuda M, Wongsanupat L, Budhasuwarn S, Kittisiponphandh D. Directory for primary health care project and related organization in Thailand. Bangkok: P.A.Living Co., Ltd., 1994: 1-5.
6. เมธี จันทร์จรุญณ์, วรินทร์า เขาวนนิยอม. สุขภาพดีถ้วนหน้า เป้าหมายที่ต้องไปให้ถึง. ชลบุรี : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง, 2541.
7. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2540.
8. เมธี จันทร์จรุญณ์. การศึกษาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนภาคกลาง. ชลบุรี: ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนภาคกลาง, 2539.
9. จิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์, ปราวรณา ยศพล, เกษมศิริ นันทเวชสันติ. รายงานผลการดำเนินงาน. โครงการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน. กรุงเทพมหานคร, 2541.
10. ชัยวัฒน์ พัฒนเจริญ. การพัฒนานโยบายและแผนสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2539.
11. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2530-2531, 2531: 3.
12. World Health Organization. Report of the International Conference on Primary Health Care Alma - Ata, USSR, 6-12 September 1978 : Switzerland, 1978: 3-6.
13. Tarimo E, Creese A. Achieving health for all by the year 2000. Midway reports of country experiences. Geneva : WHO, 1990 : 122-7, 158, 164.
14. ประสงค์ เต็มขวลา. การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูปงานสาธารณสุขไทย. กรุงเทพมหานคร, 2540.
15. วรินทร์า เขาวนนิยอม. การสัมภาษณ์ เรื่อง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของกรุงเทพมหานคร 5 กุมภาพันธ์ 2542.