

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประเมินการยอมรับของผู้รับบริการต่อบริการ ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติ กรณีศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

โชคชัย ลีทอชวลิต

โรงพยาบาลราชินี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ

ภายใต้สถานการณ์ขาดแคลนแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ให้เป็นหน่วยบริการด่านแรกที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อชุมชนจนเป็นสื่อที่จะนำความรู้และบริการที่ดีไปสู่ชุมชน โดยให้พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมาเป็นระยะเวลา 4-5 ปี จึงได้ประเมินการยอมรับของผู้รับบริการต่อการบริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ เปรียบเทียบกับการยอมรับของผู้รับบริการต่อการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยการสัมภาษณ์ภายหลังการให้บริการ (exit survey) ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาจากองค์การอนามัยโลก (responsiveness) สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบระบบ (systemic random sampling) จากศูนย์สุขภาพชุมชน 215 แห่ง ได้ศูนย์สุขภาพชุมชน 16 แห่ง จาก 8 อำเภอ เก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลา 10 วัน (16-30 ต.ค. 2550) ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการให้คะแนนการยอมรับต่อการบริการของพยาบาลเวชปฏิบัติสูงกว่าผู้รับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ในประเด็นความไว้วางใจ เชื่อใจในตัวผู้ให้บริการและสถานบริการ การเอื้อให้เกิดความเป็นตัวของตัวเองของผู้รับบริการ การสื่อสารในห้องตรวจ จึงควรพัฒนาให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวให้ครอบคลุมทุกแห่ง และพัฒนาทีมงานในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีศักยภาพในลักษณะสหวิชาชีพที่สามารถเสริมศักยภาพซึ่งกันและกัน จึงจะทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถให้บริการแบบเวชปฏิบัติครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, ศูนย์สุขภาพชุมชน

บทนำ

การพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิ ในประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่มีนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค หรือประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากร ที่สำคัญคือการจัดสรรเงินงบประมาณเป็นรายหัวประชากรให้กับสถานบริการ ในด้านบุคลากรมี แนวคิดที่จะมีสหวิชาชีพ ตั้งแต่แพทย์

ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่ อื่น ๆ รับผิดชอบประชากรร่วมกันตามแนวทางการให้บริการแบบเวชปฏิบัติครอบครัว⁽¹⁾ จุดมุ่งหมายให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการและเป็นหน่วยบริการด่านแรกที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อชุมชนจนเป็นสื่อที่จะนำความรู้และบริการที่ดีไปสู่ชุมชน⁽²⁾ แต่ด้วยสถานการณ์ความขาดแคลนแพทย์ กระแสความนิยมแพทย์เฉพาะทาง

และการเลือกใช้บริการแพทย์เฉพาะทางเพิ่มสูงขึ้น จึงทำให้มีแพทย์ไม่เพียงพอที่จะไปปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิได้⁽³⁾ ดังนั้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมาโดยการส่งแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนไปหมุนเวียนให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ยั่งยืน แพทย์คงทำหน้าที่เพียงตรวจรักษา แต่สาระหลักของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่ได้อยู่ที่ความสามารถตรวจรักษาโรคได้อย่างครอบคลุมและกว้างขวาง แต่อยู่ที่เป็นที่พึ่งของครอบครัว และชุมชนที่ตนเองดูแลอยู่อย่างรอบด้าน กล่าวคือเป็นแพทย์เวชปฏิบัติหรือ พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวก็ได้

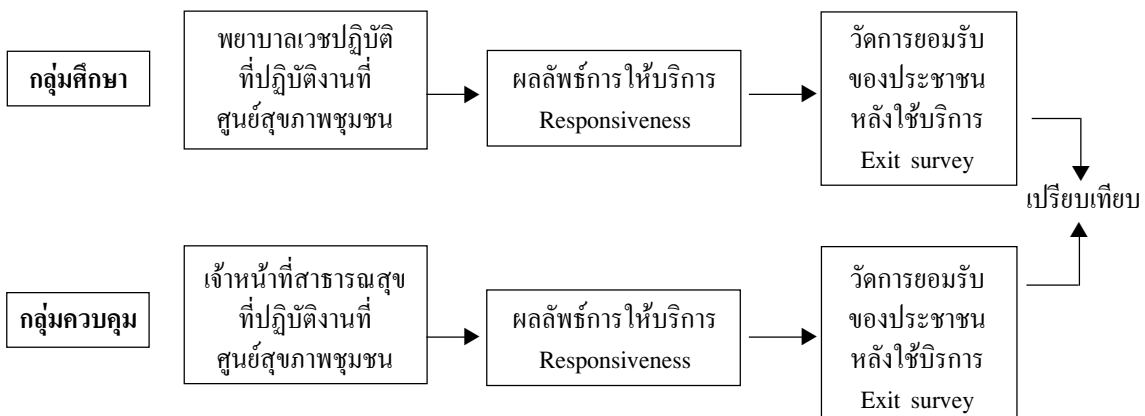
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีนโยบายที่จะพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ให้บริการครอบคลุมประชากร ทั้งจังหวัด โดยมีทีมสหวิชาชีพภายใต้แนวคิดที่ให้แพทย์เป็นที่ปรึกษา ทีมนี้มีพยาบาลวิชาชีพประจำอยู่ทุกศูนย์สุขภาพชุมชน และพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ ต่อยอด เพื่อให้บริการมีคุณภาพเพิ่มขึ้นด้วยการฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ จากข้อมูลปี 2549 มีศูนย์สุขภาพชุมชน 215 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตั้งแต่ปี 2538 จนถึงปี 2547 และได้รับการฝึกอบรมต่อยอดในหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติจากสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ปฏิบัติงานประจำอยู่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 128 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 59.53 และมีกระบวนการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนอย่าง

เป็นระบบ⁽⁴⁾ ดังนั้นเพื่อแสดงให้เห็นว่า พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นที่ยอมรับของประชาชน จึงได้ประเมินผลการยอมรับของผู้รับบริการต่อบริการของในศูนย์สุขภาพชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว เจ้าหน้าที่และสาธารณสุข ด้วยการวัดการยอมรับของผู้รับบริการ ในด้านการตอบสนองของศูนย์สุขภาพชุมชนต่อความคาดหวังของประชาชน (responsiveness) ซึ่งเป็นเครื่องมือ ในการประเมิน ระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม (non-clinical aspect of health) ที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการยอมรับของผู้รับบริการต่อการบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ เปรียบเทียบการยอมรับของผู้รับบริการต่อการบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ กับศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

วิธีการศึกษา

ประชากรคือ ประชาชนที่มาใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลจากศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมให้ข้อมูลคือผู้รับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 477 ราย มีผู้รับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 657 ราย

วิธีการศึกษา ประเมินผลโดยศึกษาการยอมรับ



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

ของผู้รับบริการต่อบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีพยาบาล เวชปฏิบัติ มีรูปแบบการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม แบบภาคตัดขวาง โดยมีกรอบแนวคิดดังรูปที่ 1 ทั้งนี้อยู่บนพื้นฐานที่เชื่อว่าการวัดผลลัพธ์การให้บริการสาธารณสุขที่ตื้นนั้นเป็นการตัดสินใจจากผู้รับบริการน่าจะดีกว่าการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ⁽⁶⁾

การเลือกพื้นที่ ที่ใช้ในการศึกษาใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากอำเภอในจังหวัดจำนวน 16 อำเภอ เลือกมา 8 อำเภอ (ร้อยละ 50) และเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติผ่านการอบรมอำเภอละ 2 แห่ง รวมเป็น 16 แห่ง และเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการหลักโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอเดียวกันอำเภอละ 2 แห่ง รวมเป็น 16 แห่ง เป็นกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการยอมรับของประชาชนที่มีค่าคะแนนเต็ม 10 นั้นได้จากสูตรการคำนวณของ Wayne WD⁽⁷⁾ โดยคำนวณความแตกต่าง ร้อยละ 10 และกำหนดค่า 0.05 ค่า 0.8 จะได้ขนาดตัวอย่างที่สามารถใช้ได้ต่ำสุดคือ 215 คน ซึ่งในการเก็บข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,143 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ใช้แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาจากแบบสัมภาษณ์ขององค์การอนามัยโลก (responsiveness)⁽⁵⁾ โดยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อสถานบริการ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ที่อยู่ สิทธิการรักษาพยาบาล รวมทั้งอาการ ครั้งที่มาใช้บริการ และเหตุผลที่มาเลือกใช้บริการ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการยอมรับของผู้รับบริการต่อการบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน (responsiveness) มีกลุ่มคำถามใน 7 องค์ประกอบ คะแนนที่ผู้รับบริการให้มีตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง แย่ที่สุด จนถึง 10 หมายถึง ดีที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 1

การเก็บข้อมูล ใช้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน

ในโรงพยาบาลที่อยู่คนละอำเภอกับอำเภอที่เป็นพื้นที่ศึกษาเป็นผู้เก็บข้อมูลพื้นที่ตัวอย่าง โดยมีการประชุมทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล สัมภาษณ์หลังจากการรับบริการ (exit survey) โดยไม่ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้ว่าเป็นบุคลากรสาธารณสุข และผู้ใช้บริการจะถูกสุ่มแบบระบบ (systemic random sampling) โดยเลือกลำดับเลขคือ 1 ใน 2 ของผู้มารับบริการตลอดเวลา 10 วันทำการ (จันทร์ - ศุกร์) ตั้งแต่วันที่ 16 - 30 ตุลาคม 2550

การวิเคราะห์ข้อมูล หาความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่มารับบริการกับพยาบาลเวชปฏิบัติและผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยการใช้ไค-สแควร์เพื่อทดสอบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มผู้รับบริการ ด้วยการใช้ t-test เป็นตัวทดสอบความแตกต่าง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า สัดส่วนเพศหญิงและชาย มาใช้บริการกับพยาบาลเวชปฏิบัติกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้เคียงกัน กลุ่มอายุที่มารับบริการใกล้เคียงกัน ส่วนกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปมารับบริการกับพยาบาลเวชปฏิบัติมากกว่ามารับบริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล และจำนวนครั้งที่มาใช้บริการ ของผู้รับบริการที่มารับบริการกับพยาบาลเวชปฏิบัติ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ข้อมูลพื้นฐานด้านการเจ็บป่วย พบว่า ผู้รับบริการร้อยละ 80 มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนด้วยอาการที่พบบ่อย อาทิ เจ็บคอ ปวดหัว เวียนหัว ปวดท้อง ปวดฟัน ปวดหู รองลงมาเป็นผู้ป่วยนัดโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดัน CVA หอบ ส่วนด้านหัตถการ และส่งเสริมสุขภาพ เช่น ลูกน้ำหนักตกเกณฑ์ ลูกไม่เดิน มีเพียงเล็กน้อย

ตารางที่ 1 แบบสัมภาษณ์การยอมรับของผู้รับบริการ

กลุ่มคำถาม (Domain)	คำถาม
1 การให้เกียรติและคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ (dignity)	1.1 ความสุภาพ กริยามารยาทของหมอในห้องตรวจ
2 ความไว้วางใจในตัวผู้ให้บริการ และสถานบริการ (trust)	2.1 หมอซักประวัติเพื่อหาสาเหตุของโรค 2.2 วันนี้หมอตรวจร่างกายท่านเพื่อเป็นข้อมูลในการวินิจฉัยโรคอย่างไรบ้าง 2.3 หมออธิบายถึงโรคที่ท่านเป็นอยู่อย่างชัดเจน 2.4 ท่านมั่นใจว่ายาที่ท่านได้รับจะทำให้ท่านหายหรือดีขึ้นจากการเจ็บป่วย 2.5 ท่านมั่นใจว่าปัญหาสุขภาพของท่านจะได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น
3 การสื่อสารในห้องตรวจ (communication)	3.1 หมอรูจักท่านและครอบครัวของท่านมากน้อยเพียงใด 3.2 หมอมีความตั้งใจและการพุดจา การอธิบายสิ่งต่าง ๆ ให้ท่านฟัง 3.3 ท่านเข้าใจในสิ่งที่หมออธิบายให้ท่านฟังมากน้อยเพียงใด 3.4 หมอมีความตั้งใจฟังสิ่งที่ท่านพูดหรืออธิบาย 3.5 หมอเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 3.6 หมออธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อให้ท่านหายจากโรคที่เป็นอยู่
4 การเอื้อให้เกิดความเป็นตัวของตัวเองของคนไข้ (autonomy)	4.1 ในขณะที่ท่านอยู่ในห้องตรวจ หมอให้โอกาสท่านในการอธิบายเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ ของท่าน 4.2 ท่านคิดว่าท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยของท่าน 4.3 หมอให้ข้อมูลเพื่อเป็นทางเลือกหรือให้แนวทางอื่น ๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของท่าน
5 ความสามารถในการเก็บความลับของผู้รับบริการ (confidentiality)	5.1 ในขณะที่ท่านอยู่กับหมอในห้องตรวจ ท่านคิดว่าหมอสามารถเก็บความลับหรือ ข้อมูลที่ไม่ควรเปิดเผยได้
6 การให้ความใส่ใจที่จะให้บริการ ทันที (prompt attention)	6.1 ความสะดวกของท่านในการเดินทางมารับบริการที่สถานบริการแห่งนี้ 6.2 เวลาที่ใช้ในการรอทำบัตร 6.3 เวลาที่ใช้ในการรอตรวจที่ห้องตรวจ 6.4 เวลาที่ใช้ในการรอรับยา(กรณีรับยา) 6.5 เวลาที่ใช้ในการจ่ายเงิน(กรณีต้องจ่ายเงิน)
7 สภาพพื้นฐานของสถานบริการ	7.1 ความสะอาดของสถานบริการ เช่น ห้องน้ำ พื้น และอื่น ๆ 7.2 ความพอเพียงของที่นั่งรอตรวจในขณะที่รอบริการ 7.3 ความรู้สึกสบายใจในขณะที่อยู่ในสถานบริการ(ไม่แออัด อบอุ่น ไม่หนาวไม่ร้อนจนเกินไป อากาศถ่ายเทสะดวก)

เหตุผลในการเลือกใช้บริการ พบว่า ผู้รับบริการเลือกใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมากที่สุดเพราะอยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน รองลงมาคือเดินทางสะดวก บริการรวดเร็ว บริการดี อธิยาศัยดี คุ่นเคย มั่นใจในบริการ รักษาหาย มียาตามที่ต้องการ

การยอมรับของผู้รับบริการ (responsiveness) พบว่า ผู้รับบริการที่ใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้

บริการโดยพยาบาลเวชปฏิบัติให้คะแนนการยอมรับต่อการบริการสูงกว่าผู้รับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยเรียงค่าคะแนนความแตกต่างมากที่สุดคือ ความไว้วางใจในตัวผู้ให้บริการและสถานบริการ มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 0.36 รองลงมาการเอื้อให้เกิดความเป็นตัวของตัวเองของผู้รับ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานบริการของกลุ่มตัวอย่างที่ไปใช้บริการ

ลักษณะทางประชากร	ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน				χ^2
	พยาบาลเวชปฏิบัติ		เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	(n = 477)	ร้อยละ	(n = 657)	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	162	33.96	240	36.53	2.130
หญิง	325	68.14	417	63.47	
อายุ					
น้อยกว่า 21 ปี	35	7.34	90	13.70	14.446*
21-30 ปี	44	9.22	63	9.59	
31-40 ปี	79	16.56	100	15.22	
41-50 ปี	101	21.17	151	22.98	
51-60 ปี	96	20.13	115	17.50	
มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป	122	25.58	138	21.09	
อาชีพ					
ว่างงาน	62	13.00	102	15.53	37.423***
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	136	28.51	110	16.74	
นักเรียน	23	4.82	52	7.91	
รับจ้าง	122	25.58	145	22.07	
ราชการ	16	3.35	41	6.24	
พนักงานบริษัท	27	5.66	65	9.89	
ค้าขาย	34	7.13	65	9.89	
เกษตรกร	57	11.95	77	11.72	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	138	28.98	10	1.52	10.108*
ระดับประถมศึกษา	184	63.52	391	59.51	
ระดับมัธยมศึกษา	103	21.59	161	24.51	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	52	10.90	95	14.46	
สิทธิการรักษา					
จ่ายเงินเอง	14	2.94	37	5.63	16.318**
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	54	11.32	106	16.13	
ประกันสังคม	61	12.79	107	16.29	
UC	348	72.94	407	61.95	
ครั้งที่มารับบริการ					
ครั้งแรก	71	14.88	101	15.37	20.435*
ครั้งที่สอง	38	7.97	47	7.15	
ครั้งที่สาม	38	7.97	81	12.33	
ตั้งแต่สี่ครั้งขึ้นไป	330	69.18	428	65.14	

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 , *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการยอมรับของผู้รับบริการ จากการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ประเด็นการยอมรับ		ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน		t-test	p-value
		พยาบาลเวชปฏิบัติ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		477	657		
1 การให้เกียรติและคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ	Mean	9.30	9.05	2.641	0.104
	SD	1.19	1.33		
2 ความพอใจในตัวผู้ให้บริการและสถานบริการ	Mean	9.12	8.76	25.067	<0.001
	SD	0.98	1.20		
3 การสื่อสารในห้องตรวจ	Mean	9.07	8.78	8.539	0.004
	SD	0.99	1.20		
4 การเอื้อให้เกิดความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วย	Mean	8.82	8.53	40.732	<0.001
	SD	1.06	1.41		
5 ความสามารถในการเก็บความลับของผู้รับบริการ	Mean	8.70	8.79	0.642	0.427
	SD	1.47	1.42		
6 การให้ความใส่ใจที่จะให้บริการทันที	Mean	8.81	8.81	0.324	0.576
	SD	1.08	1.24		
7 สภาพพื้นฐานของสถานบริการ	Mean	9.03	9.15	2.542	0.112
	SD	1.36	1.10		

บริการมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 0.29 สุดท้ายมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนต่างกันน้อยที่สุดคือ 0.29 ประเด็นการสื่อสารในห้องตรวจ

ประเด็นที่คะแนนการยอมรับที่ผู้รับบริการให้คะแนนไม่แตกต่างกัน ได้แก่ 1) การให้เกียรติและคำนึงถึงศักดิ์ศรีของคนไข้ 2) การให้ความใส่ใจที่จะให้บริการทันที 3) ความสามารถในการเก็บความลับของผู้รับบริการ และ 4) สภาพพื้นฐานของสถานบริการ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ ประชาชนยอมรับการบริการของพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวในประเด็น ความไว้วางใจในตัวผู้ให้บริการและสถานบริการ ซึ่งเป็นประเด็นเกี่ยวกับกระบวนการรักษาพยาบาล ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การอธิบายเกี่ยวกับโรค ความ

มั่นใจของผู้รับบริการต่อกระบวนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศ^(8,9,10) และหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวที่เน้นกระบวนการด้านการพยาบาล อันเป็นการแก้ปัญหาส่วนขาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ จากการศึกษาปัญหาของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าประชาชนร้อยละ 50.00 ชำมชื่นตอนจากหน่วยบริการปฐมภูมิมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนด้วยโรคร้าย ๆ เพราะขาดศรัทธาในการบริการไม่มั่นใจในการรักษาพยาบาล⁽¹¹⁾ ประเด็นการเอื้อให้เกิดความเป็นตัวของตัวเองของผู้รับบริการ และการสื่อสารในห้องตรวจเป็น การเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการอธิบายเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ให้ข้อมูลเพื่อเป็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นทักษะสำคัญของการให้บริการเวชปฏิบัติครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพสุขภาพชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่พบว่า

ผู้ให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนควรมีความรู้ สหสาขาวิชาชีพ (polyvalent) การอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ไปอยู่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีความรู้ในมิติของการแพทย์ จิตวิทยาสังคม การสื่อสาร ทำให้ตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนได้มากขึ้น⁽¹²⁾ ส่วนประเด็นการให้เกียรติและคำนึงถึงศักดิ์ศรีของคนไข้ การให้การใส่ใจที่จะให้บริการทันที ความสามารถในการเก็บความลับของผู้รับบริการ และ สภาพพื้นฐานของสถานบริการ มีการยอมรับจากประชาชนต่อการบริการของพยาบาลเวชปฏิบัติ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่แตกต่างกัน อันเนื่องจากโครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น สถานที่ มีเครื่องมือทางการแพทย์ไม่มาก ทีมงานเล็ก ระบบการให้บริการหลักไม่ต่างกัน นอกจากนี้จุดเด่นของศูนย์สุขภาพชุมชน คืออยู่ในชุมชน ทำให้เป็นโอกาสที่จะเข้าใจชีวิต เข้าใจปัญหาของประชาชน คุณภาพที่สำคัญของทีมงานคือการสัมผัสกับชีวิตมนุษย์ (human contact) การเยียวยาที่มีใจแต่ยา แต่เป็นการดูแลที่เข้าใจ ใส่ใจความเป็นมนุษย์ มีการพูดคุยเป็นกันเอง เข้าอกเข้าใจพยายามเข้าใจรากฐานที่มาของปัญหา หรือความทุกข์ของผู้รับบริการ⁽¹²⁾

ข้อยุติ

ในระยะเวลาตั้งแต่ปี 2538 จังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้พัฒนาสถานีอนามัยซึ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในปัจจุบันด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และกำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งจากการศึกษายืนยันได้ว่าการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้ปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว ทำให้เกิดการยอมรับของผู้รับบริการไม่ต่างจากห้องตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล⁽¹³⁾ และได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในประเด็นความไว้วางใจในตัวผู้ให้บริการและสถานบริการ การเอื้อให้เกิดความเป็นตัวของตัวเองของและการสื่อสารในห้องตรวจ จึงควรพัฒนาให้หน่วยบริการ

ปฐมภูมิมีพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวให้ครอบคลุมทุกแห่ง ส่วนการสัมผัสกับชีวิตมนุษย์ (human contact) การดูแลที่เข้าใจ ใส่ใจความเป็นมนุษย์นั้นถ้าได้มีการจัดโครงสร้างที่เอื้อต่อการให้บริการ ทีมงานที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ว่าจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถทำหน้าที่เป็นหมอบริการครอบครัวได้ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้เกิดความยั่งยืนนั้น ทีมงานในหน่วยบริการปฐมภูมิควรได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพ เพื่อให้ทำให้ทีมสามารถเสริมศักยภาพซึ่งกันและกันได้ ซึ่งในการพัฒนานั้นสามารถดำเนินการได้ใน 2 ลักษณะ

1.1 การสร้างการเรียนรู้ร่วมกันผ่านกระบวนการปฏิบัติงานจริง (Interactive learning through action) โดยพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวสามารถสอนทางด้านคลินิกให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในขณะปฏิบัติงานร่วมกันได้ในระดับศูนย์สุขภาพชุมชนและภายในเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งสามารถดำเนินการได้ในเครือข่ายระดับอำเภอ

1.2 การฝึกอบรมระหว่างประจำการ (In-service training) อาจจะเน้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งได้พัฒนาศักยภาพด้านเวชปฏิบัติ หรือแม้กระทั่งพยาบาลวิชาชีพเองก็ตามควรจะมีหลักสูตรฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

2. ปัจจุบันศูนย์สุขภาพชุมชนมีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการให้บริการรักษาพยาบาล จึงควรมีการประเมินคุณภาพด้านคลินิกต่อไป ตัวอย่างเช่น การประเมินคุณภาพคลินิกเบาหวาน

3. การพัฒนาและแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบและขอบเขตอำนาจหน้าที่ที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานทั้งพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ปฏิบัติ

อย่างถูกต้องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัยและให้คำปรึกษา ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรฐานและแนวทางจัดบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์; 2545.
2. ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. สถานือนามัยคือหัวใจของระบบบริการสาธารณสุข. สุพรรณบุรี: เซ็นทรัลมีเดีย แอนด์ แอดเวอร์ไทซิ่ง ; 2545
3. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, บรรณาธิการ. Conditions for increased contribution of general practioners to health system in Thailand. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาย่อยแพทยศาสตร์ศึกษาเวชปฏิบัติทั่วไปในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขไทย; 17-18 สิงหาคม 2536 ณ โรงแรมอู่ทองอินน์ จ.พระนครศรีอยุธยา. เอกสารอัดสำเนา.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รายงานประจำปี 2549. พระนครศรีอยุธยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา; 2550.
5. World Health Organization. The World Health Report 2000: health system: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
6. Valentine N, Murray CJ, Ortig JP, Kawabatak K. Background paper for the technical consultation on responsiveness concepts and measurement [on line] 2001. [Cited 2002 Dec 22], Available from: URL: <http://www.who.int.evidence> and Information for Policy Cluster.
7. Wayne WD. Biostatistics: a foundation for analysis in health sciences. 7th ed. New York: John Wiley & Sons; 1999. p 178.
8. Maxine O, Joy T. Nurse practitioners in primary care. Faculty of health and human sciences, University of Hertfordshire, Hatfield, Hertfordshire AL10 9AB, UK. J Family Practice 200 ; 17(6):564-9.
9. Mary O, Robert L, Elizabeth R, Annette M, Wei-Yann Tsai, Paul D, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians JAMA. 2000; 283:59-68.
10. Brown SA, Grimes DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. Nursing research. 1995; 44(6):332-9.
11. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, การพัฒนาเวชปฏิบัติ กรณีศึกษาศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา. นนทบุรี: พรีเมกกรุ๊ป; มปป.
12. สุพัตรา ศรีวิเศษชากร. งานสุขภาพชุมชน “จุดคานงัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพ” เอกสารอ่านประกอบหลักสูตรพัฒนาผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ, สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
13. ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้บริการเวชปฏิบัติครอบครัวในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารกรมการแพทย์ 2547; 29(9):550-62.

Abstract Responsiveness of Nurse Practitioner and Health Personnel in Primary Care Units in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Chokchai Leethochawalit

Phachi Hospital, Ayutthaya Health Office

Journal of Health Science 2008; 17:SII455-63.

Beyond the lack of medical doctors situation in Phra Nakhon Si Ayutthaya Provincial Health Office, primary care units in Phra Nakhon Si Ayutthaya have been developed in order to be the first gate of good care in community. PCUs has been operated for 4-5 years by a well trained nurse practitioner (NP) and other health personnel. The objective of positioning the NPs in each PCU was that the good human and communication skills would strengthen services and health education within their communities. This study was aimed at evaluating and compare the responsiveness of the NP as care provider and the other health personnel in the PCUs. In all, 215 PCU care receivers from 16 PCUs in 8 districts in Changwat Phra Nakhon Si Ayutthaya were selected up by systemic random sampling and to be interviewed. WHO responsiveness questionnaires were used for exit interviews within 10 official days (Oct. 16-30, 2007) .

The study revealed that the responsiveness score of the NPs were higher than that of the health personnel with significant difference at level 0.05 ($p < 0.05$). Especially in the aspect of trust in care providers and health care structure, autonomy/confidentially and good communication in consulting room. Based on the findings of this study, the NPs should be in every PCU. The PCU team work should developed their competency in term of a polyvalent team in order to support each other so that the PCU can provide more efficient family medical care.

Key words: nurse practitioner, primary care unit