

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไป จึงส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต และ ภาวะสุขภาพของประชาชน ประกอบกับการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ความพิการจากอุบัติเหตุ และโรคเอดส์ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่สำคัญในอันดับแรก ๆ ของประชากรไทยและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับไว้รักษา ในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการเปรียบเทียบอัตราป่วยต่อ ประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2535 และปี พ.ศ. 2539 (กระทรวงสาธารณสุข, 2537, หน้า 28-29 ; 2540 ก, หน้า 157-159) พบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานจาก 67.50 เพิ่มขึ้นเป็น 127.49 โรคความดันโลหิตสูงจาก 99.20 เพิ่มขึ้นเป็น 147.34 โรคหัวใจจาก 72.30 เพิ่มขึ้นเป็น 100.93 อุบัติเหตุจาก 261.50 เพิ่มขึ้นเป็น 291.44 และโรคมะเร็งมีคืบกันบกพร่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวีจาก 2.90 เพิ่มขึ้นเป็น 76.89 (กระทรวงสาธารณสุข, 2540 ข, หน้า 70 ; 2540 ก, หน้า 155) ประกอบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัว ในโรงพยาบาลนานขึ้น จึงส่งผลกระทบต่ออัตราการครองเตียงผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเพิ่มขึ้น จากสถิติ การให้บริการของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศระหว่างปีงบประมาณ 2536-2538 พบว่า มีอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 95.66 เป็นร้อยละ 99.87 (คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2540, หน้า 54) และยังทำให้รัฐบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและ ด้วยาใหม่ ๆ ในการรักษาพยาบาล จึงส่งผลให้การรักษาพยาบาลมีราคาสูงขึ้น เห็นได้จากรายจ่าย เพื่อสุขภาพของประเทศไทยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2535 คิดเป็นเงิน 148,455 ล้านบาท หรือเท่ากับ 2,560 บาทต่อคนต่อปี และในปี พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นเป็น 222,571 ล้านบาท หรือเท่ากับ 3,732 บาทต่อคนต่อปี (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2539, หน้า 7)

ในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น ทางโรงพยาบาลจะจำหน่ายผู้ป่วยให้เร็วที่สุด เมื่ออาการเจ็บป่วยดีขึ้น เพื่อให้มีเตียงว่างสำหรับผู้ป่วยหนักรายอื่นที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

อย่างใกล้ชิดต่อไป (กองการพยาบาล, 2539, หน้า 1 ; สุภาพร ไทยธานี, 2539, หน้า 2 ; Gabe & Gill-Forney, 1993, p. 30) ผู้ป่วยจึงกลับไปพักฟื้นที่บ้านเร็วขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยยังต้องการการพยาบาลอยู่ (Lasater, 1993, p. 38) ซึ่งการจำหน่ายผู้ป่วยในสภาพที่ผู้ป่วยและญาติไม่พร้อม จะทำให้ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน เกิดปัญหาและมีความยุ่งยากในการปรับตัว ทำให้โรคมียาการกำเริบรุนแรงขึ้นได้ และเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ผู้ป่วยต้องกลับมาอนรักษาทันทีในโรงพยาบาลอีกเป็นเวลานาน แต่ถ้าหากผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำ และได้รับการดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องที่บ้านจากทีมสุขภาพ ก็จะช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างถูกต้อง นอกจากการดูแลสุขภาพที่บ้านจะช่วยลดปริมาณงานของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการแล้ว ยังจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่จะมาโรงพยาบาล และช่วยลดจำนวนวันที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (Cleman-Stone, Eigsti & McGuire, 1995, p. 789) รวมถึงจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลทั้งของรัฐบาลและประชาชนได้ ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการขยายขอบเขตการให้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลที่บ้านมากขึ้น

การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการจัดบริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน (สุภาวดี ลิ้มปนาทร, 2538, หน้า 7) โดยมุ่งเน้นการรักษาที่ต่อเนื่อง สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือพิการ รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้บริการในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ (Keating & Kelman, 1988 อ้างใน สุภาพร ไทยธานี, 2539, หน้า 2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามสภาพ ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้จัดบริการเพื่อสนองตอบความต้องการของประชาชนด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องวางแนวทางในการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมและรัดกุมทั้งในเรื่องการกำหนดนโยบายและแผนงาน ขั้นตอนการให้บริการ เครื่องมือการให้บริการ และจัดเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ รวมทั้งต้องวางขอบเขตหน้าที่ของผู้รับผิดชอบและทีมสุขภาพให้ชัดเจน เพื่อให้มีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปที่บ้านของผู้รับบริการ

ในปี พ.ศ. 2536 ซึ่งตรงกับช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้เป็นปีแห่งการพัฒนาคุณภาพชีวิต จึงมีนโยบายในการจัดบริการเชิงรุก เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง มุ่งให้บุคคลและครอบครัว

สามารถแก้ปัญหาสุขภาพและเกิดการพึ่งตนเองได้ โดยมีทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลให้การช่วยเหลือสนับสนุน และได้รับเริ่มให้ดำเนินโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านขึ้น (วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และ ประยงค์ ลีมิตรสกุล, 2538, หน้า 2) โดยให้บริการในลักษณะองค์รวมแบบผสมผสาน 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับบริการสาธารณสุขมูลฐาน (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 3) ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล และติดตามไปให้บริการจนถึงที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งการดำเนินงานในระยะแรก ได้เน้นให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นแม่ข่ายในการดำเนินงานก่อน ต่อมาได้ขยายพื้นที่การดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกระดับของสถานบริการ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536, หน้า 3 ; วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และ ประยงค์ ลีมิตรสกุล, 2538, หน้า 2) และได้บรรจุการดำเนินงานบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเข้าไปในโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) (ประพิณ วัฒนกิจ, 2541, หน้า 12) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีการบรรจุรายละเอียดของการดูแลสุขภาพที่บ้านไว้ในคู่มือ พบส. เลข (จำนงค์ อิมสมบูรณ์, 2541, หน้า 25) จึงส่งผลให้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านมีลักษณะแตกต่างกันไป และทำให้สถานบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ อยู่ในช่วงการพัฒนารูปแบบและขั้นตอนการดูแลสุขภาพ ที่บ้านที่เหมาะสมต่อไป (วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และ ประยงค์ ลีมิตรสกุล, 2538, หน้า 2)

จังหวัดน่านมีโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 12 แห่ง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านได้กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา เพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 12 แห่ง ตามความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล แต่จากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นพบว่า มีโรงพยาบาลบางแห่งได้ดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านมาก่อนปี พ.ศ. 2539 แล้ว และจากการศึกษาข้อมูลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของจังหวัดน่านปี พ.ศ. 2541 พบว่ามีโรงพยาบาลชุมชน 11 แห่งที่ได้ดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านแล้ว มีเพียง 1 แห่งที่กำลังจะเริ่มดำเนินงาน แต่การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เพราะโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีการดำเนินงานแตกต่างกันไปในเรื่องการกำหนดนโยบาย ขั้นตอนการให้บริการ และเครือข่ายการให้บริการ รวมทั้งพบปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินงาน ทั้งยังไม่มีข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษรที่เชื่อถือได้ เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนเพิ่งเริ่มดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน และยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนมาก่อนเลย แต่มีเฉพาะการศึกษาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลทั่วไป เช่น เรื่องการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ โรงพยาบาลนครพิงค์ (วิลาวัลย์

เสนารัตน์, ประยงค์ ถิมตระกูล, และ พิมพ์พากรณ์ กลั่นกลิ่น, 2540, หน้า ข) หรือมีเฉพาะ การสรุปผลการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพที่บ้านประจำปีของโรงพยาบาลทั่วไปเท่านั้น (คณะทำงาน งานพัฒนาบริการเวชกรรมสังคม, 2540, หน้า 40-53 ; โรงพยาบาลชลบุรี., น.ป.ป., หน้า 8) ดังนั้นผู้ศึกษาเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึง การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน ในด้าน นโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ขั้นตอนการให้บริการ และเครือข่ายการให้บริการ รวมถึงปัญหา อุปสรรคที่พบในการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดแนวทาง ในการวางแผนพัฒนางานการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่โรงพยาบาลชุมชน อันจะเป็นประโยชน์แก่ ประชาชนของจังหวัดน่าน ให้ได้รับบริการแบบผสมผสานที่จะส่งผลให้ผู้ป่วย ครอบครัว และ ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยตนเองได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนมีการขยายเครือข่าย การดำเนินงานการดูแลสุขภาพ ที่บ้าน ไปยังสถานีอนามัยและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน รวมถึงปัญหา อุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน และแนวทางแก้ไข

ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน จากแพทย์และพยาบาลที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง จำนวน 58 คน โดยแพทย์จะศึกษาเฉพาะการรับทราบนโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน และปัญหา อุปสรรคที่พบในการดำเนินงานและแนวทางแก้ไข มีระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม - 16 กรกฎาคม 2542

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. นโยบายการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย ทีมสุขภาพและ ผู้รับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน งบประมาณ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย และพื้นที่ให้บริการ

2. ขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน คือ ขั้นตอนในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของแต่ละโรงพยาบาลที่ได้กำหนดขึ้นเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย ขั้นตอนเตรียมการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ และขั้นประเมินผลการให้บริการ

3. เครื่องมือการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน คือ การดำเนินการระหว่างญาติ ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และช่องทางการติดต่อสื่อสาร

การดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การบริการแบบต่อเนื่องด้านสุขภาพอนามัยจาก โรงพยาบาลถึงที่บ้านของผู้รับบริการโดยทีมสุขภาพ ซึ่งให้บริการครอบคลุมในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ให้เกิดการพึ่งพาตนเอง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 10-90 เตียง จำนวน 12 แห่ง และตั้งอยู่ในจังหวัดน่าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

ได้แนวทางในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย ขั้นตอนการให้บริการ ที่จะนำไปพัฒนาระบบเครื่องมือการให้บริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ทำให้ไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงถึงประชากรกลุ่มอื่นได้

2. โรงพยาบาลชุมชนที่ใช้ศึกษามีขนาดแตกต่างกัน ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ถึง 90 เตียง ซึ่งตามสภาพความเป็นจริงแล้ว โรงพยาบาลที่มีขนาดต่างกันย่อมมีศักยภาพในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านต่างกัน เนื่องจากมีทรัพยากรบริหารที่ใช้ในการดำเนินงานต่างกัน

3. โรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง มีระยะเวลาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านต่างกัน อาจส่งผลให้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านต่างกันได้

4. โรงพยาบาลชุมชนที่แพทย์สามารถให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามได้ มีเพียง 7 แห่งเท่านั้น แต่ยังมีอีก 5 แห่งที่แพทย์ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามได้ เนื่องจาก โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งมีแพทย์มาประจำการใหม่ เพราะแพทย์คนเดิมย้าย หรือลาศึกษาต่อ หรือแพทย์บางคนให้เหตุผลว่า จะให้ความสำคัญต่อโครงการอื่นที่มีความเร่งด่วน และสำคัญกว่าโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังนั้นจึงให้ความสำคัญต่อโครงการนี้น้อยและให้ข้อมูลไม่ได้

5. แบบสอบถามในชั้นการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เฉพาะในส่วนที่พยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม เนื่องจากเป็นผู้ปฏิบัติงานในชั้นตอนนี้มากกว่า แพทย์