



รุจิรา มังละศิริ *

1. หลักการและเหตุผล

ตามปรัชญาของการแพทย์และการสาธารณสุขนั้น ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เป็นสิ่งสำคัญกว่าการรักษา แต่เนื่องจากความขาดแคลนด้านบุคลากรสาธารณสุขทำให้ต้องดำเนินการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า คือ การรักษาผู้เจ็บป่วย ไม่มีเวลาที่จะมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขในอดีตเป็นการจัดบริการสาธารณสุขเชิงรับมากกว่าเชิงรุก การจัดบริการสาธารณสุขเชิงรุกหมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขแบบเปิดเสรีจะเหมาะสม อย่างครบวงจร ที่เน้นการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสาธารณสุข โดยยึดชุมชนเป็นหลัก เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

เมื่อประเทศไทยได้ให้การรับรองต่อเป้าหมาย "HFA 2000" ในที่ประชุมสมัชชาใหญ่องค์การอนามัยโลก เมื่อ พ.ศ.2523 จึงได้นำนโยบายการสาธารณสุขมูลฐาน ไปบรรจุไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) เป็นต้นมา (1,2) ทำให้บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เกิดการตื่นตัวมากขึ้น และตระหนักว่าการสาธารณสุขเชิงรุก จะสามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและถาวร ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุข (3) ได้มุ่งเน้นการสาธารณสุขเชิงรุกมากขึ้น โดยยึดเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้าของประชาชนทั้งประเทศ อย่างมุ่งมั่นมาโดยตลอด ทำให้การสาธารณสุขของประเทศไทยก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว เป็นที่ยอมรับของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก นโยบายของรัฐบาลทุก ๆ สมัยต่างก็ระบุเป้าหมายดังกล่าวไว้อย่างชัดเจน แต่เนื่องจากความจำกัดของทรัพยากรต่างๆ ทำให้ต้องจัดลำดับความสำคัญในพื้นที่ชนบทยากจนก่อน โดยยึดนโยบายพัฒนาชนบทแนวใหม่เป็นหลักในการกำหนดพื้นที่เป้าหมาย กระทรวงสาธารณสุขได้คิดค้นนวัตกรรม (Innovation) (4) ขึ้นมากมายเช่น การสาธารณสุขมูลฐาน การใช้กระบวนการ จปฐ. ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน Extended OPD. (5) ฯลฯ ซึ่งเป็นการสาธารณสุขเชิงรุกทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานต่างๆ ได้ผลดีในชนบทแต่ได้ผลค่อนข้างน้อยในเขตเมือง

* หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม รพเมหาราชนครราชสีมา

ลักษณะสำคัญของการจัดบริการสาธารณสุขเชิงรุกคือ ⁽⁶⁾

1. เป็นการจัดการบริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จผสมผสานและครบวงจร
2. เป็นการจัดการบริการเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสาธารณสุข โดยยึดปัญหาสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก ทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ
3. เป็นการจัดการบริการเพื่อให้ครอบคลุมประชากรเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสาธารณสุข

2. เทคนิคกลยุทธ์

การจัดบริการเชิงรุกมีลักษณะที่สำคัญคือเป็นการจัดการบริการแบบผสมผสาน จึงจำเป็นต้องใช้เทคนิคและกลวิธีผสมผสานกันหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีความสัมพันธ์และเอื้ออำนวยต่อกันและกัน อีกทั้งจะต้องสอดคล้องไปกับวิถีชีวิตและสภาพปัญหาของแต่ละชุมชนอีกด้วย ที่สำคัญที่สุดที่นักสาธารณสุขพึงระลึกอยู่เสมออีกคือ ไม่มีเทคนิคหรือกลวิธีใดๆ ที่จะใช้ได้ตลอดกาล หากแต่จะต้องปรับเปลี่ยนไปตามพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนไปในช่วงเวลาหนึ่งๆ อย่างไรก็ตามกลวิธีหลักๆ ในการจัดการบริการเชิงรุกที่นักสาธารณสุขชุมชนจักต้องนำไปเป็นแนวทางพัฒนาในปัจจุบันนี้ มีดังนี้คือ

2.1 การจัดทำแผนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem oriented) และชุมชนเป็นฐาน (Community based) ซึ่งต้องเริ่มจากกระบวนการวินิจฉัยชุมชน (Community diagnosis) ก่อนเพื่อค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข ตลอดจนปัญหาอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสถานสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตความรับผิดชอบ เครื่องชี้วัดสถานสุขภาพและคุณภาพชีวิต เช่น ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) อัตราป่วย อัตราตาย ความครอบคลุมบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ฯลฯ สามารถนำมาใช้สร้างเครื่องมือในการวินิจฉัยชุมชน ก่อนที่จะมีการจัดทำแผนเพื่อแก้ไขปัญหาลำดับต่อไปได้

ในปัจจุบันนี้ ได้มีการนำเทคนิคการจัดทำแผนเพื่อแก้ปัญหาโดยใช้วัตถุประสงค์เป็นหลัก (Objective Oriented Project Planning) หรือที่เรียกย่อๆ ว่า ZOPP ⁽⁷⁾ มาใช้ในการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จผสมผสาน ทั้งนี้เพราะ ZOPP ใช้เทคนิคของการสื่อสารมาช่วยให้เกิดกระบวนการกลุ่มในการจัดทำแผน ซึ่งต้องดำเนินการโดยกลุ่มบุคคลที่มาจากหลายองค์กร และมาร่วมมือกันจัดทำแผนเพื่อแก้ไขปัญหadeียวกันในกลุ่มประชากรเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการทำงานของชมเืองอย่างยิ่ง

2.2 การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร (Management information system) เป็นระบบงานขั้นพื้นฐานที่มีความสำคัญยิ่งต่อการตัดสินใจของผู้บริหาร การจัดทำแผนเพื่อแก้ปัญหา และการประเมินผลงาน ระบบข้อมูลข่าวสารในงานบริการเชิงรุกนี้ ต้องใช้ชุมชนเป็นฐานในการรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึง

2.3 การจัดการบริการในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสาธารณสุข (High risk approach) ⁽⁸⁾ หมายถึง กระบวนการค้นหา คัดกรอง กลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งอาจหมายถึงกลุ่มประชากร ครอบครัวยุ หรือ บุคคลที่มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสาธารณสุขสูงกว่ากลุ่มหรือบุคคลอื่น เช่น ผู้ที่มีรายได้น้อย การศึกษาดำเนินหรือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสาธารณสุข เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ ดื่มยาเสพติด รับประทาน อาหารดิบๆ สุกๆ รวมทั้งผู้ที่ด้อยโอกาสหรือไม่สามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขในระบบปกติ เช่น จากสภาพการทำงาน สภาพทางภูมิศาสตร์ ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม และผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือต่อการ รักษาพยาบาล (Non-compliance) ด้วย การจัดการบริการในกลุ่มเสี่ยงยังรวมไปถึงกระบวนการจัดสรร ทรัพยากรอันมีอยู่จำกัด เพื่อไปให้บริการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่าประชากรทั่วไปด้วย ซึ่งจะสามารถ ทำให้องค์กรได้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2.4 การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) เป็นกลวิธีอีกประการหนึ่งที่สำคัญในการ จัดบริการสาธารณสุขเชิงรุก โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการบริการ รวมทั้งการระดม ทรัพยากรจากชุมชนเพื่อสนับสนุนการจัดการด้วย นักสาธารณสุขชุมชนต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำในการ พัฒนางานนี้ โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนบทบาท ของผู้ให้บริการจากภาครัฐ ไปสู่ประชาชน และสามารถ เสริมศักยภาพให้ประชาชนมีทักษะในการบริหารจัดการเพื่อแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังต้อง ทำหน้าที่ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ เพื่อนำเอาเทคโนโลยีที่เหมาะสมลงสู่ชุมชนด้วย รวมทั้ง การประสานงานกับหน่วยงานในสาขาอื่น เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต แบบเบ็ดเสร็จผสมผสาน ใน ที่สุดด้วย

2.5 การวิจัยและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (Research and development/Health system research) ⁽⁹⁾ เป็นกลวิธีสำคัญอีกอันหนึ่งในการพัฒนาองค์ความรู้อย่างเป็นระบบเพื่อแก้ ปัญหาสาธารณสุข โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพการณ์ของปัญหา ค้นหาสาเหตุของปัญหา ติดตามด้วย การทดสอบรูปแบบการจัดการเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ นอกจากนี้ยังควรพิจารณานำเอามิติทางด้านสังคม ศาสตร์มาแก้ปัญหาด้วย เช่น การวิเคราะห์หาชุมชนพลังของชุมชนที่จะเป็นประโยชน์ในงานสาธารณสุข การ ศึกษาโครงสร้างและเครือข่ายของชุมชน (Social structure and social network) วัฒนธรรมความเชื่อ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ฯลฯ

3. ปัญหาที่พบในการจัดบริการเชิงรุก

ปัญหาที่ใหญ่ที่สุดที่มักพบในการบริหารการจัดการบริการเชิงรุกคือ ปัญหาทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน โดยทั่วไปมักจะแบ่งความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานต่อการจัดการบริการเชิงรุกเป็น 3 กลุ่ม ⁽¹⁰⁾ คือ

3.1 รู้สึกว่าทำไม่ได้ : ด้วยเหตุผลที่ไม่เคยทำมาก่อน เป็นเรื่องที่ยากใหญ่ ไม่พร้อมที่จะทำ ขาด งบประมาณ ขาดเวลา ขาดความรู้ ขาดคน ไม่มีใครสนับสนุน และไม่มีใครเห็นด้วย

3.2 รู้สึกว่าไม่ควรทำ : ด้วยเหตุผลเนื่องจากไม่ใช่นักที่ ไม่น่าสนใจ ทำแล้วกลัวจะไม่คุ้มค่า ไม่คุ้มทุน จะเป็นตัวอย่างที่ดีไม่ได้ จะก้าวก้าคนอื่น จะทำให้เกิดการต่อต้านหรือน่าจะทำงานอื่นที่ได้ ประโยชน์กว่า

3.3 รู้สึกไม่อยากทำ : ด้วยเหตุผลไม่เห็นด้วยในหลักการหรือไม่ถูกใจ

ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขได้โดย “ผู้บริหาร” ซึ่งต้องมีการกำหนดนโยบายให้มีความชัดเจน มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ มีการพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ความสามารถเหมาะสมกับงาน และสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ

4. ข้อเสนอเพื่อการปรับเปลี่ยนบทบาท

ในการที่จะทำให้บริการสาธารณสุขเชิงรุกเกิดผลสัมฤทธิ์ได้อย่างแท้จริงนั้น “การปรับเปลี่ยนบทบาท” ของนักสาธารณสุขชุมชน ซึ่งเป็นด้านหน้าของการจัดการบริการเชิงรุก เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง จึงมีข้อเสนอสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการปรับเปลี่ยนบทบาทตนเองดังนี้

4.1 การมุ่งมั่นเพื่อการปรับเปลี่ยนบทบาท ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบริการสาธารณสุขเชิงรุก ควรจะเพิ่มความพยายามในการปรับเปลี่ยนบทบาทของนักสาธารณสุขชุมชน จากการเป็นผู้ให้ (Providers) เป็นผู้ให้การสนับสนุน (Supporters) หรือ จากการเป็นผู้ปฏิบัติ (Actors) มาเป็นผู้กำกับดูแล (Monitors) การที่มีความคุ้นเคยกับวิธีการดังรับมาเป็นเวลานาน นับเป็นเรื่องยากลำบากต่อการเปลี่ยนแปลง แต่ถ้ายังไม่เริ่มเลยในขณะนี้ เป้าหมายสุขภาพที่ดีถ้วนหน้านั้นคงจะต้องเลื่อนออกไปอีก

4.2 ลดภาวะเงินนำ สภาพทางสังคมในปัจจุบันได้นำ “เงิน” มาเป็นสิ่งบันดาลทุกอย่างชีวิตผู้คนหลงใหลจนเวียนไปกับกระแสเงินตรา แม้กิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนก็ใช้เงินเป็นสื่อ นำ ทำให้คุณค่าของการอยู่ร่วมกัน พึ่งพาอาศัยกันแบบพี่น้องเพื่อนบ้าน เลื่อมล่อลง สังคมชุมชนหมู่บ้านมีความทะเลาะเบาะแว้งกันอย่างไม่มีขอบเขต นักสาธารณสุขชุมชนบางส่วนก็เลื่อนลอยไปกับความฟุ้งเฟ้อของสังคม แม้จะได้ดำเนินการจัดการบริการเชิงรุกแต่ภาระกิจหลักก็ยังคงเป็นภาระกิจแบบตั้งรับ จึงควรที่จะได้ร่วมกันทุกฝ่ายสร้างค่านิยมที่ดี สร้างสำนึกนำ ทวนภาวะเงินนำ

4.3 ความเป็นนักถ่ายทอด นักสาธารณสุขชุมชนโดยบทบาทหน้าที่อย่างหนึ่งคือ การเป็นนักถ่ายทอด เพื่อถ่ายทอดความรู้ที่จำเป็นสู่ชุมชน สิ่งที่ควรคำนึงคือให้ผู้รับการถ่ายทอดเป็นศูนย์กลาง วัตถุประสงค์ของการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชนนั้นมุ่งที่จะให้ผู้รับเข้าใจสามารถนำไปปฏิบัติได้ นักสาธารณสุขชุมชนจึงควรที่จะต้องพัฒนาตนเองให้เป็นนักถ่ายทอดที่ดีอยู่เสมอ

4.4 ความเป็นอิสระ ยุทธศาสตร์เชิงรุก เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนพัฒนาชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ นักสาธารณสุขชุมชนจึงควรที่จะมีความเป็นประชาธิปไตย มีจิตนาการ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความเป็นอิสระไม่ติดในกรอบหน่วยงานจนลืมห่วงเสียงประชาชน แต่ควรฝึกใฝ่การบ้าน (Family) เพราะโรคภัยไข้เจ็บนั้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่บ้าน ถ้าทุกบ้านหรือทุกครอบครัวดูแลสุขภาพตนเองได้ประชาชนก็จะมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าในที่สุด

5. บทสรุป

การจัดการบริการสาธารณสุขเชิงรุก เป็นการดำเนินงานที่ลงทุนน้อย ให้ผลตอบแทนสูง เพราะ

เป็นการป้องกันปัญหาไม่ให้เกิด แต่ต้องการการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องหลายระดับ ต้องดำเนินไปด้วยจิตสำนึกและความเข้าใจที่ถูกต้อง ด้วยการผสมผสานความรู้ทั้งทางด้านวิชาการและการบริหารอีกทั้งเป็นยุทธศาสตร์ที่มีอาจดำเนินการให้สำเร็จได้โดยลำพัง หากแต่จะต้องดำเนินการไปพร้อมกัน ทั้งตั้งรับรุกและยัน (การรักษาสถานภาพที่รุกไปด้วยความสำเร็จ) กล่าวคือ ต้องมีความพร้อมในการตั้งรับ ในขณะที่กำลังรุกเข้าไปในชุมชน อีกทั้งจะต้องมีศักยภาพในการรักษาไว้ซึ่งความสำเร็จ

การปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้ปฏิบัติงานให้สามารถดำเนินการจัดบริการเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหาร การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้นำที่เข้มแข็งในทุกระดับของการบริหารจัดการ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ "แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529)" สำนักข่าวพาณิชย์ 2524
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ "แผนพัฒนาชนบทภาคจนในระยะของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 2525-2529" มุลนิธิสวิตา, Commode, 2524
3. คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข "แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534)" องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2530
4. สมชาติ โดรักษา "แนวคิดในการดำเนินงาน นวัตกรรมสาธารณสุข ในพื้นที่ วารสารสุขศึกษา ปีที่ 10 ฉบับที่ 37 (มค.-มิค. 2530), 75-83
5. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน "ทศวรรษแห่งการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย" สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน 2531
6. Noack H. Concept of health and health promotion In: Abelin T. Ed Measurement in Health Promotion and Protection WHO Regional Publication, European Series No.22 1987, pp 5-28
7. กองโรงพยาบาลภูมิภาค "การวางแผนแบบ ZOPP" (เอกสารโรเนียวเย็นเล่ม)
8. Abelin T. Approaches to health promotion and disease prevention In : Abelin T. op cit, pp. 29-36
9. W.H.O. Task force on Health System Research. Report to the Regional Director SEA/Res/71 12 April 1988 New Delhi, 2-4 November 1987.
10. ประยุทธ์ แสงสุรินทร์ "ยุทธศาสตร์เชิงรุก : ทางออกของนักสาธารณสุขชุมชนจริงหรือ ?" ในทิศทางนักสาธารณสุขชุมชน ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, จังหวัดขอนแก่น 2534