



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ : กรณีศึกษาภาคตะวันออก

Primary Care Service Model Development

For Healthy Community : A Case Study OF Eastern Region

สุนทราวดี เชียรพิเชฐ

รวิวรรณ เผ่ากัณหา

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

วารี กังใจ

สุภาภรณ์ ตัวงแพง

วรรณิ์ เดียวอิศเรศ

วิภา วิเสโส

อารีรัตน์ ขำอยู่

อรพินท์ หลักแหลม

สุพิศ ศิริอรุณรัตน์

ผ่องศรี เกียรติเลิศนภา

จินตนา วัชรสินธุ์

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล

ฉันทนา จันทวงศ์

ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์

นารีรัตน์ สังวรวงษ์พนา

ภรณ์ สวัสดิ์ชูโต

เขมรดี มาสิงบุญ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พ.ศ. 2545-2546

ชื่องานวิจัย การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
เพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ : กรณีศึกษาภาคตะวันออก

คณะผู้วิจัย ผศ.ดร.สุนทราวดี เชียรพิเชฐและคณะ

ปีที่ทำการวิจัย 2545

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบและรูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ : กรณีศึกษาภาคตะวันออก มีกระบวนการวิจัย 5 ขั้นตอนคือ 1) การศึกษาระบบบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่ศึกษา 2) การสร้างความเข้าใจและปรับความคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 3) การสร้างความร่วมมือเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชน 4) การคงไว้ซึ่งการพัฒนาที่ยั่งยืน 5) การสรุปประเมินผลและสร้างข้อเสนอ ศึกษาใน 2 พื้นที่เขตเมือง ได้แก่ 1) ศูนย์สุขภาพชุมชน 2) ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขชุมชนเทศบาล แหล่งข้อมูลประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้แทน อสม. ผู้นำชุมชน ประชาชนผู้ใช้บริการ และทีมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมอง การสอบถาม การสังเกต รายงาน และเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยหลายคน

ผลการวิจัยเป็นดังนี้

1. รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีองค์ประกอบสำคัญคือ การเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ปรับจากงานเดิมและปรับโครงสร้างงานใหม่ในกรณีของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลกับหน่วยคู่สัญญาหลัก โรงพยาบาลสภากาชาดไทย มีขอบเขตหน้าที่เน้นงานสร้างเสริมสุขภาพและการตรวจรักษาพยาบาล ที่มีแพทย์มาให้บริการ สัปดาห์ละ ครั้งวัน พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการ มีระบบควบคุมคุณภาพ มีระบบเครือข่ายการส่งต่อ และจัดตั้งคณะกรรมการร่วมระหว่างองค์กรแบบ 4 องค์กร เป็นคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชน

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) การปรับความคิด ได้แก่ การวิเคราะห์แนวคิดเชิงนโยบาย สร้างความเข้าใจ การสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ การสร้างวิสัยทัศน์องค์กรและสุขภาพชุมชน 2) การปรับความรู้ ได้แก่ การวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบกำหนดเป้าหมายสุขภาพ สร้างแผนกลยุทธ์ และพัฒนาศักยภาพบุคลากร อสม. ประชาชน 3) การคงไว้ซึ่งการพัฒนาที่ยั่งยืน ได้แก่ การสะท้อนคิดร่วมกันเป็นระยะๆ ระหว่างทีมวิจัยและบุคลากร

การสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชน การเพิ่มพูนศักยภาพของบุคลากร และอสม.อย่างต่อเนื่อง 4) วิธีการสำคัญที่ส่งเสริมกระบวนการพัฒนา ได้แก่ การสร้างความมีส่วนร่วม การประสานเชิงวิชาการ ของนักวิจัยและสถาบันการศึกษา 5) สาระหลักของการพัฒนามี 3 ด้านคือ การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบงาน และการพัฒนาศักยภาพประชาชน

3. ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา ได้แก่ การจัดระบบงานตามลักษณะการบริการ 4 มิติ เน้นงานสร้างเสริมสุขภาพ และงานการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ที่สอดคล้องกับภูมิหลังและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน การประยุกต์แนวคิดทางมนุษยวิทยาในการปฏิบัติงานในชุมชน บุคลากรและประชาชนสร้างวิสัยทัศน์ร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชน การได้แผนกลยุทธ์ขององค์กร ได้บทเรียนที่สำคัญในการสร้างความมีส่วนร่วมขององค์กรด้านสุขภาพในชุมชนที่มีคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชนร่วมดำเนินงาน ได้ฐานข้อมูลสุขภาพชุมชน ประชาชนมีความพึงพอใจในการบริการที่สะดวกและใกล้บ้าน สถานบริการ สถาบันการศึกษา และองค์กรชุมชนที่อยู่ในพื้นที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างบูรณาการ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักที่มีศักยภาพในการให้บริการทั้งในสถานบริการและชุมชน

4. เงื่อนไขสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ นโยบายชัดเจนสื่อถึงบุคลากรทุกระดับ บุคลากรมีสมรรถนะในการบริการและการบริหาร เข้าใจงานเชิงรุกและเข้าถึงชุมชน และพยาบาลเป็นบุคลากรหลักซึ่งอาจเป็นพยาบาลระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลชุมชนหรือการพยาบาลครอบครัว การควบคุมคุณภาพงานมีประสิทธิภาพ เครือข่ายการส่งต่อรวดเร็ว ฐานข้อมูลทันสมัย งานสร้างเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชนมีความต่อเนื่อง องค์กรชุมชน และประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

5. ข้อเสนอต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สำคัญคือ การปรับโครงสร้างและกลไกของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลัก ที่มีอย่างพอเพียง สร้างระบบบุคลากรเจ้าของพื้นที่ เพิ่มสมรรถนะทางการบริหารของผู้บริหารศูนย์ ขยายงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม พัฒนาระบบการเงินและการควบคุมคุณภาพการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มประสิทธิภาพเครือข่ายการส่งต่อ สร้างศูนย์การเรียนรู้และแกนนำสุขภาพในชุมชน เพิ่มบทบาทขององค์กรชุมชนเป็นเจ้าของสุขภาพในพื้นที่

6. ข้อเสนอเชิงนโยบายที่รัฐ องค์กรวิชาชีพ และสถาบันการศึกษา ได้แก่ การศึกษาและพัฒนา รูปแบบการให้บริการระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง เน้นการพัฒนาสมรรถนะการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม การพัฒนาชุดบริการหลัก การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่อหัวในการให้บริการ การกระจายอำนาจและบทบาทขององค์กรชุมชนในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการพัฒนาการเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชนที่เป็นรูปธรรม

Abstract

The purpose of this action research was to develop a primary care model for a healthy community in the eastern region of Thailand. The research process consisted of 5 stages: 1) exploration of primary care delivery in selected settings, 2) improved understanding of the concept of primary care unit management, 3) build community health participation, 4) maintain development of primary, and 5) evaluate and recommend. Selected settings for the study were a community health center and municipal health center in the urban area of Chonburi province. Informants included administrative committees, health care providers, village health volunteers, community leaders, and people in the community. Data were collected from documents and reports by in-depth interviews, focus group discussions, brain-storming, questionnaires, and observations. Content analysis was validated by key informants and experts in the community.

The results were as follows:

1. The Primary Care Model is designed by developing and modifying structures of the previous health centers as the primary care units (PCU). The PCU activities focused on four dimensions of health care including health promotion, prevention, primary medical care and rehabilitation. The main health care providers working at the PCU were professional nurses and technical nurses. The physician worked regularly at the PCU for a half day per week. There was a health referral network. The health care networking committee was set from four alliances in order to create changes, monitor, and evaluate the development of the PCU.

2. The process to establish effective primary care units emphasized personnel development, health service system improvement, and community potential enhancement. The keys for success included shaping ideas and enhancing knowledge as well as building community participation in the health system development. The educational institutes in the community mentored and supervised the development.

3. The outcomes of the development process included providing four dimensions of health care services that were congruent with the health care providers' experiences and background. Applied the concepts from anthropology to understand the potential of the community. Health care providers and community members started working together by creating a vision and mission; building community participation in health care; setting a strategic plan, and establishing a health care networking committee. Establishing a health partnership in the community was a key for success for the primary care model. The communities were satisfied

with convenient services that were easily accessed, and provided service with care. Educational institutes and community agencies took responsibility to develop services. The professional nurses are the main personnel and demonstrated competencies in working at PCU.

4. The main element to improve the quality of services included having focused health policy and qualified personnel. The qualified nurse should be Masters prepared in the field of community or family nursing. An effective budget management , quality control health net working, community data base are needed. In addition, modification of the role of community agencies and people in the communities in order to take responsibility for their own communities by establishing community health partnership.

5. Recommendations for primary care model development are to prepare and improve the structure , the main personnel should be a professional nurse and allocate personnel based on their potential and ratio between health personnel and clients. Development of the ability of personnel and the administrator. Improvement the home health care, the holistic care. Development the budget management , the quality control and the net working. Establishing the health learning center and community volunteers in the community. And modification of the role of community agencies in the communities in order to take responsibility.

6. Suggestions for health policy should be built by agreement of government, professional agencies, and educational institutes. Future research should study the development of a primary care model focusing on service cost analysis, decentralization and role of satisfied primary care model, and a health learning center.

คำนำ

การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนการดำเนินงานสู่ระบบการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องการข้อมูลและข้อเสนอที่เกิดจากกระบวนการ ร่วมคิด ร่วมทำ จากประชาชนและองค์กรภาคีวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ทุกภูมิภาค 6 สถาบันทำการวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก ซึ่งเป็นการวิจัยในระยะที่ 1

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยต่อเนื่องจากการวิจัยในระยะที่ 1 เพื่อนำรูปแบบที่ได้ไปสู่การปฏิบัติ โดยเลือกศึกษาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน 2 พื้นที่คือ 1) ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่อยู่ในเขตเทศบาล ที่มีโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยคู่สัญญาหลัก และ 2) ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลเมืองแห่งหนึ่ง ที่มีโรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทยเป็นหน่วยคู่สัญญาหลัก เพื่อให้ได้ภาพการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพชุมชนในเขตเมือง หรือเขตเทศบาล จากหลากหลายสถานการณ์ ซึ่งจะช่วยเสริมและเติมเต็มการพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้สนับสนุนทุนในการทำวิจัย และให้โอกาสทีมวิจัยได้ร่วมในกระบวนการพัฒนาและเรียนรู้ร่วมกัน ขอขอบคุณผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนผู้ใช้บริการสุขภาพของทั้ง 2 พื้นที่ ผู้บริหารและบุคลากรเทศบาลเมืองศรีราชาและเทศบาลเมืองแสนสุข ผู้บริหารและคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ ผู้บริหารและบุคลากรศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ข้อมูล การร่วมดำเนินงาน ทำกิจกรรมต่างๆ และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนให้อาจารย์และนักศึกษา ได้ร่วมทำวิจัยในครั้งนี้

คณะผู้วิจัยหวังว่ารายงานการวิจัยฉบับนี้จะจุดประกายความคิดแก่ผู้อ่านที่ต้องการมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนแห่งสุขภาพ

คณะผู้วิจัย

ธันวาคม 2546

สารบัญ

คำนำ

บทคัดย่อ

ก-ข

Abstract

ก-ง

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จ-ช

บทที่

1 บทนำ

ความเป็นมาของการวิจัย

1

วัตถุประสงค์

4

คำถามการวิจัย

4

ขอบเขตการวิจัย

4

2 แนวคิดสำคัญที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนแปลงทางกฎหมาย

5

ระบบบริการสุขภาพไทย

6

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

7

เครื่องมือการศึกษาชุมชน

10

แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

11

แนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์

13

แนวคิดการมีส่วนร่วม

15

3 พื้นที่ที่ศึกษาและกระบวนการ วิจัย

การเลือกพื้นที่

19

แหล่งข้อมูล

23

เครื่องมือในการวิจัย

24

การเก็บรวบรวมข้อมูล

24

การวิเคราะห์ข้อมูล

25

ขั้นตอนและการดำเนินการวิจัย

25

4 ผลการวิจัย

รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

31

กระบวนการพัฒนาระบบการให้บริการระดับปฐมภูมิ

39

กระบวนการพัฒนาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน	40
กระบวนการพัฒนาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข	46
ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา	49
การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง	49
การพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากร	49
การพัฒนาและการเรียนรู้ของประชาชน	50
การสะท้อนคิดต่อการพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพและประชาชน	51
การเปลี่ยนแปลงที่สถาบันการศึกษา	51
การเปลี่ยนแปลงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	54
บทบาทของสถานบริการ สถาบันการศึกษา องค์กรชุมชน	54
ศักยภาพและบทบาทของพยาบาล	56
ปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	59
การสังเคราะห์ความรู้ที่จะนำไปสู่การสร้างชุดบริการหลัก	62
5 บทสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย	
วิธีดำเนินการวิจัย	64
รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	65
กระบวนการพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	67
ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา	68
บทบาทของสถานบริการ สถาบันการศึกษา องค์กรชุมชน	69
ปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	70
ข้อเสนอเชิงนโยบายและทิศทางการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	71
ข้อเสนอเพื่อการวิจัย	75
5 บรรณานุกรม	76
6 ภาคผนวก	
รายนามผู้วิจัย	79

สารบัญแผนภาพ

		หน้า
แผนภาพที่ 1.1	รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ภาคตะวันออก	3
แผนภาพที่ 2.1	ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย	18
แผนภาพที่ 3.1	ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย	30

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1	ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล
ตารางที่ 4.1	เปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิคุ้มกันก่อน กระบวนการพัฒนา
ตารางที่ 4.2	เปรียบเทียบรูปแบบการบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิคุ้มกันภาคตะวันออก หลักกระบวนการพัฒนา

บทที่ 1

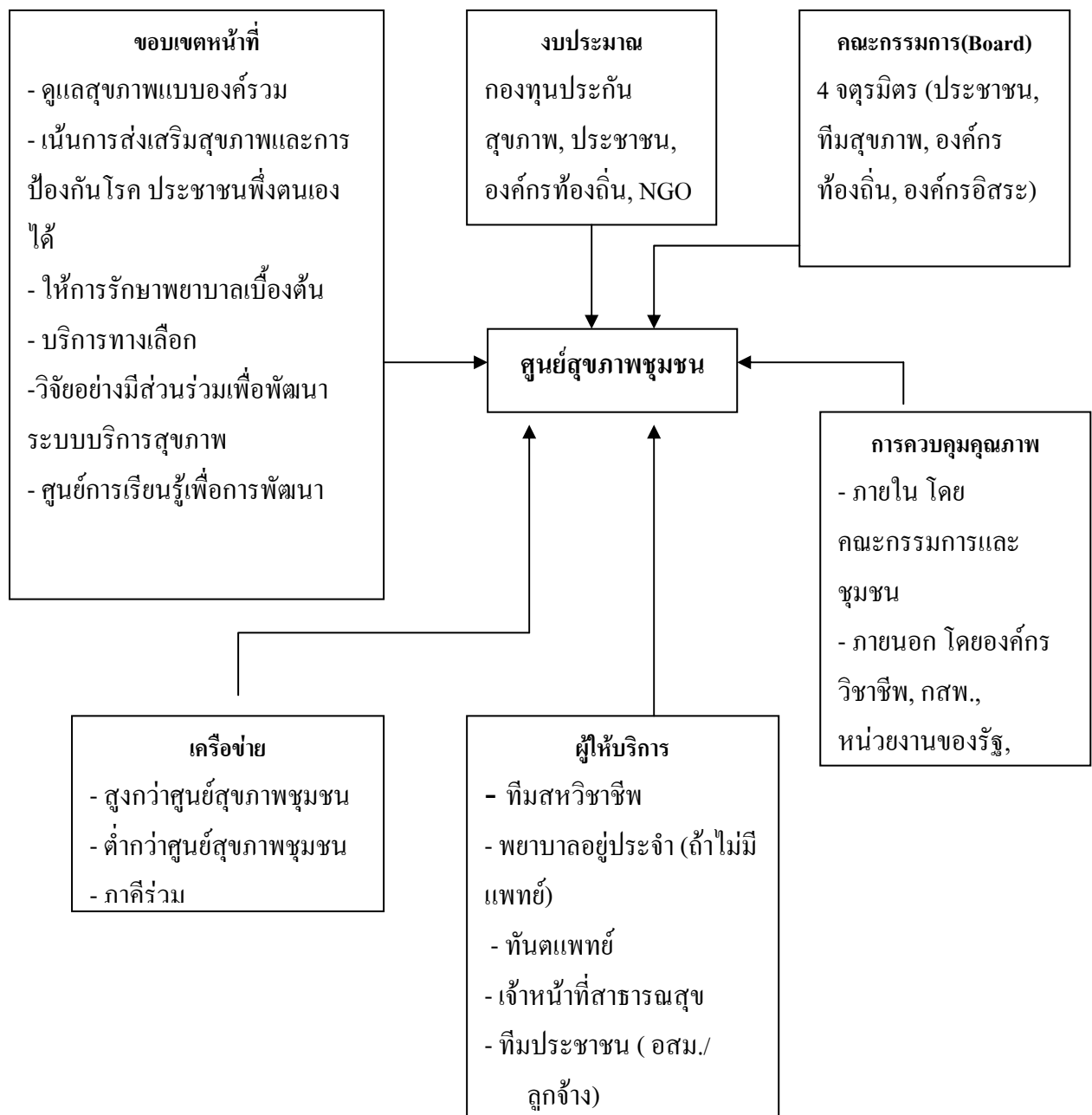
บทนำ

ความเป็นมาของการวิจัย

ภายหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดในระบบโครงสร้างหลักของสังคมไทย ที่สำคัญได้แก่ การปฏิรูประบบราชการไทย การปฏิรูปการศึกษา การปฏิรูประบบสุขภาพ และการกระจายอำนาจไปสู่ระดับการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เป้าหมายของการปฏิรูปดังกล่าวเพื่อให้ประชาชน ได้รับสิทธิเสรีภาพ มีความเสมอภาคและเท่าเทียม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ รัฐธรรมนูญ กำหนดให้บุคคล มีสิทธิพึงได้รับการบริการสุขภาพอย่างเสมอภาค และต้องเป็นบริการที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังกล่าวถึงการมีส่วนร่วมในการบริการ การตรวจสอบ รวมทั้งการได้รับการคุ้มครองปกป้องสุขภาพอนามัยในฐานะผู้บริโภค ตามมาตรา 52 มาตรา 57 มาตรา 80 และมาตรา 82 (กระทรวงศึกษาธิการ, 2540 ; สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543 หน้า 5-8) สุขภาพจึงเป็นเรื่องที่ประชาชนต้องเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการจัดการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยของรัฐ 6 แห่งทั่วประเทศได้มีส่วนร่วมผลักดันการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประชาชน และหน่วยบริการ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลางและภาคตะวันออก ในปี 2544 โดยการศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน ซึ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ประชาชนยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ต้องการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ รูปแบบระบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือประชาชนต้องการการบริการที่มีลักษณะ “แบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ สัมผัสได้ทุกมิติ” โดยสถานบริการอาจจัดตั้งขึ้นใหม่ หรือปรับสถานภาพจากสถานบริการที่มีอยู่เดิมในชุมชน ให้ชื่อเป็น “ศูนย์สุขภาพชุมชน” มีคณะกรรมการบริหาร โดยการมีส่วนร่วมของ จตุรมิติ ได้แก่ ทีมบุคลากรทางสุขภาพ ประชาชน องค์กรท้องถิ่น และองค์กรอิสระ มีกองทุนสุขภาพ ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐ และองค์กรท้องถิ่น รวมทั้งการมีส่วนร่วมจากประชาชน มีการบริหารจัดการที่ดี เน้นการมีส่วนร่วม มีการกำกับและตรวจสอบ มีบริการที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้บริการทุกกลุ่มทุกวัย ตั้งแต่เกิดถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีเครือข่ายบริการที่หลากหลาย มีคุณภาพ ประชาชนเลือกได้ เป็นบริการสุขภาพที่เน้นการเป็นศูนย์

การเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน ผู้ให้บริการเป็นทีมสุขภาพที่มีพยาบาลเป็นแกนหลัก และเป็นพยาบาลประจำครอบครัว (สุนทราวดี เขียวพิเชฐ, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, รวีวรรณ เผ่ากัณหา และคณะ 2544, หน้า ก.) ซึ่งในช่วงของการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 ดังกล่าว รัฐบาล ฯพณฯ ทักษิณ ชินวัตร ได้กำหนดนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเร่งรัดให้มีการดำเนินการนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ในช่วงต้นปี 2544 และต่อมาให้ดำเนินการทุกจังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 (กระทรวงสาธารณสุข , 2544 ; ประกาศกระทรวงสาธารณสุข , 2544) ทำให้ทุกภาคส่วนเข้าร่วมขับเคลื่อนการปฏิรูปสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขซึ่งมีบทบาทหลักในการค้นหาความรู้ใหม่เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ จึงเห็นสมควรให้มีการวิจัยเพื่อพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในภูมิภาคต่างๆ โดยความรับผิดชอบของคณะพยาบาลศาสตร์ใน 5 ภูมิภาค คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จึงได้นำรูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดด้าน 1) งบประมาณ 2) คณะกรรมการ 3) ขอบเขตหน้าที่ 4) เครือข่าย 5) ผู้ให้บริการ 6) การควบคุมคุณภาพ ตามแผนภาพที่ 1.1 เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาคตะวันออก เพื่อพัฒนาสู่ชุมชนแห่งสุขภาพ ตามแผนภาพที่ 1.2 การวิจัยจะได้องค์ความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อใช้ในการพัฒนาในพื้นที่อื่นๆต่อไป



แผนภาพที่ 1.1 รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ภาคตะวันออก

(สุนทราวดี เชียรพิเชฐและคณะ, 2544, หน้า 70)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์เพื่อนำไปสู่ชุมชนสุขภาพ
2. ศึกษากระบวนการพัฒนาการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์เพื่อนำไปสู่ชุมชนสุขภาพ
3. ศึกษาบทบาทของสถานบริการ สถาบันการศึกษา และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพพระคัมภีร์
4. ศึกษาองค์ประกอบปัจจัยเงื่อนไข วิธีการที่ส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์รวมทั้งการจัดชุดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับท้องถิ่น
5. ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและทิศทางการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ตามข้อเสนอการวิจัยระยะที่ 1 และวิธีการดำเนินงานทางสังคมมนุษยวิทยา จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างไร ทั้งด้านโครงสร้าง กลไก และวิธีทำงาน และรูปแบบนั้นสะท้อนผลอะไรบ้าง
2. กระบวนการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ ทำอย่างไร และนำไปสู่การปรับโครงสร้างองค์กรหรือไม่อย่างไร
3. สถานบริการ สถาบันการศึกษาและหน่วยงานต่างๆ ควรมีบทบาทอย่างไรในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระคัมภีร์ และพยาบาลมีบทบาทอย่างไรต่อบริการสุขภาพพระคัมภีร์ รวมถึงการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่จะนำไปสู่การจัดชุดบริการหลักได้หรือไม่ อย่างไร
4. องค์ประกอบ ปัจจัยเงื่อนไข และวิธีการอะไรบ้างที่ช่วยส่งเสริมการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ รวมทั้งส่งเสริมด้วยวิธีการอย่างไร
5. นโยบายและทิศทางการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ควรเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เลือกศึกษาสถานบริการสุขภาพ 2 แห่งที่มีบริบทอยู่ในเขตเทศบาลเมือง มีหน่วยคู่สัญญาหลักต่างสังกัดกันคือ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีหน่วยคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลที่มีหน่วยคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย และมีระยะเวลาในการวิจัยประมาณ 1 ปี 4 เดือน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2545 ถึง เมษายน 2546

บทที่ 2

แนวคิดสำคัญที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ทางสังคมและปัญหาในระบบบริการสุขภาพไทยทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งพอสรุปแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางกฎหมาย

การประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การบริการสุขภาพ การคุ้มครองสิทธิประชาชนในด้านสุขภาพดังนี้

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องจัดให้ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 53 เด็กและเยาวชนและบุคคลในครอบครัวมีสิทธิได้รับความคุ้มครองโดยรัฐจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม

มาตรา 54 บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 80 รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัวและความเข้มแข็งของชุมชน

รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

จะเห็นได้ว่ากฎหมายรัฐธรรมนูญ ได้ให้ความสำคัญในสิทธิของบุคคลด้านสุขภาพ 6 ประเด็นคือ (ชูชัย สุภวงศ์, 2544)

1. สิทธิที่จะรับรู้เรื่องที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย
2. สิทธิแสดงความคิดเห็นของประชาชนในเรื่องที่จะกระทบต่อสุขภาพอนามัย
3. สิทธิร่วมคิดร่วมตัดสินใจในเรื่องสุขภาพสิ่งแวดล้อม

4. สิทธิร่วมเข้าซื้อเสนอกฎหมายที่คุ้มครองสุขภาพของคนไทย
 5. สิทธิในการร่วมรับบริการด้านสุขภาพซึ่งครอบคลุมหลักสำคัญ 7 ประการคือ
 - 5.1 ความเป็นธรรมและเท่าเทียมกัน
 - 5.2 บริการสาธารณสุขต้องได้มาตรฐาน
 - 5.3 บุคคลมีสิทธิได้รับจากรัฐอย่างทั่วถึง
 - 5.4 บริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ที่ไม่ใช่ซ่อมสุขภาพ ต้องสร้างสุขภาพและมีประสิทธิภาพในเชิงบริหารจัดการด้วย
 - 5.5 หลักการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนภายใต้การกำกับของรัฐ
 - 5.6 หลักการประกันสังคมที่จะยกเลิกระบบประกันสังคมไม่ได้ แต่จะต้องขยายและจัดการให้มีประสิทธิภาพ
 - 5.7 สิทธิของบุคคลพิเศษบางจำพวก เช่น เด็ก เยาวชน บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ เป็นต้น จะต้องได้รับการบริการด้านสุขภาพที่มีลักษณะพิเศษตามความจำเป็นแห่งสถานะของตน
 6. สิทธิตรวจสอบกระบวนการในการบริการสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน โดยผ่านองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค
- ความสำคัญของการได้รับสิทธิต่างๆของประชาชนตามกฎหมายอยู่ที่การนำไปสู่การปฏิบัติจริงให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย เพื่อให้ประชาชนได้รับการทางสุขภาพอย่างเสมอภาค เป็นธรรม ทั่วถึง และเป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ ประชาชน ครอบครัว และชุมชน ได้รับการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นำไปสู่ความสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ โดยเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพให้มากขึ้นเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและบรรลุเป้าหมายชุมชนแห่งสุขภาพ

2. ระบบบริการสุขภาพของไทย

ระบบบริการสุขภาพของไทย (Health Care System) เป็นระบบใหญ่ที่ประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพหลายระบบ เช่น ระบบการดูแลรักษาตนเองและครอบครัว ระบบการแพทย์ ระบบการพยาบาล ระบบบริการสุขภาพไทย มีการจัดบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 1) ระดับปฐมภูมิ เป็นบริการขั้นพื้นฐานที่เน้นการแก้ปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน จัดบริการให้ที่สถานีอนามัยหรือ ที่สถานบริการสาธารณสุขชุมชน หรือที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล 2) ระดับทุติยภูมิ มุ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้นเป็นบริการที่จัดให้ที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป และ 3) ระดับตติยภูมิ เป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนมาก จัดให้ที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลในสังกัด

สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ต่างๆ ถึงแม้จะมีการแบ่งระดับการให้บริการอย่างชัดเจน แต่ยังคงพบปัญหาการให้บริการที่อยู่ในระยะของการปรับตัวต่อการเปลี่ยนผ่านตามกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพหลายประการเช่น ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ การเข้ารับการรักษาเมื่อมีปัญหารุนแรง การไม่ได้รับการดูแลอย่างองค์รวม การไม่เกิดผลสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยเฉพาะการรักษายังคงมีอัตราสูง นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านคุณภาพและความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการ ปัญหาการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น (สุนทรวาทิ เจริญพิเชฐและคณะ, 2544 หน้า 3) ดังนั้นจึงยังคงต้องการคำตอบที่ชัดเจนอันจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ระบบบริการระดับปฐมภูมิ

ระบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือระดับต้น (Primary care) ถือได้ว่าเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนและประชาชนมากที่สุด เนื่องจากประชาชนจะต้องมาใช้บริการในระดับนี้ก่อนไปสู่บริการระดับอื่นที่สูงขึ้น อันจะช่วยลดภาระให้ประชาชนที่ไม่มีความจำเป็นต้องรับบริการในระดับอื่นที่สูงขึ้น ได้รับบริการที่เหมาะสมและมีคุณภาพที่สถานบริการระดับต้นได้ ส่งผลให้ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวมดีขึ้น (ปริดา เต๋ออารักษ์และคณะ, 2543)

3.1 ความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลระดับปฐมภูมิ ปัญหาที่มักพบในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ

3.1.1 ประชาชนไทยยังไม่ได้รับสิทธิการมีสุขภาพดีอย่างเพียงพอ ดังนั้นรัฐจึงจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของความมั่นคงทางสังคม

3.1.2 ประชาชนมีความสามารถและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองน้อยซึ่งพบว่ายังคงมีแบบแผนการเจ็บป่วยด้วยโรค หรือสาเหตุของการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้อยู่ในระดับสูง

3.1.3 ระบบสุขภาพมีความไม่เป็นธรรมและเข้าถึงยาก

3.1.4 ระบบบริการสุขภาพยังไม่ได้มาตรฐานและไม่มีคุณภาพ

3.1.5 ระบบบริการสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพ ยังไม่สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดคุ้มค่าได้

3.2 ความหมายของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care) หมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้กับประชาชนทุกคน ทุกครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องในทุกภาวะของสุขภาพ ตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative

care) และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ครอบครัวและชุมชน ในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสมและการมีส่วนร่วม (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2544)

3.3 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ควรมีลักษณะดังนี้ (ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2543; วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2544)

3.3.1 ยึดปรัชญาสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งทีมสุขภาพต้องปรับกระบวนทัศน์ใหม่ คือ การมอง “สุขภาพ” ที่กว้างขวางขึ้น สุขภาพไม่ได้มีความหมายแคบเพียงแค่เรื่องทางเทคนิคการแพทย์ ที่มีเฉพาะโรงพยาบาล หมอ หรือคนป่วย อีกต่อไป แต่สุขภาพมีความหมายกว้างคือ เป็นเรื่องของวิถีชีวิตทั้งหมดของประชาชน ซึ่งหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาพจะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านปัจเจกบุคคล ด้านสภาพแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง รวมทั้งตัวระบบบริการ สุขภาพเองโดยทุกส่วนจะต้องเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกัน และมีความสมดุล จึงจะเกิดสุขภาพที่ดี

3.3.2 การทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ การจัดการบริการต้องมุ่งเสริมสร้างการพึ่งตนเอง ทางด้านสุขภาพของประชาชน การตระหนักถึงความเหมาะสมเพียงพอในการแสวงหาการรับบริการ และการใช้บริการสุขภาพ ควรสร้างให้เกิดดุลยภาพการพึ่งตนเอง และการพึ่งบริการสุขภาพของประชาชน

3.3.3 การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ประชาชน ครอบครัว และองค์กรท้องถิ่นได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาสุขภาพ และเป็นผู้จัดหา มีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับทำให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพของตนเองและชุมชน

3.3.4 มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ชัดเจนและครอบคลุม หน่วยบริการนี้มีบทบาท และหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งการส่งต่อ การส่งกลับที่เป็นระบบ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

3.3.5 ลักษณะของบริการเป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ มีความเท่าเทียมกัน และเหมาะสม

3.3.5.1 เป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เป็นบริการที่จัดให้กับประชาชนโดยมีการกำหนดพื้นที่ให้บริการที่ชัดเจน เป็นบริการที่เสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

3.3.5.2 เป็นบริการที่มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นและมีเครือข่ายเพื่อการจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วยได้ทุกมิติของปัญหา

3.3.5.3 เป็นบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลสุขภาพที่บ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมแก่คนทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัย ในทุกภาวะสุขภาพ

3.3.5.4 เป็นบริการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.3.6 มีการจัดการบริการที่หลากหลาย ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น แพทย์แผนไทย เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้น มีเครือข่ายและเชื่อมโยงกับสถานบริการอื่นในระบบบริการสุขภาพ

3.3.7 มีรูปแบบที่หลากหลาย อาจเป็นทั้งหน่วยงานของรัฐบาล เอกชน และหน่วยงานบริการระดับท้องถิ่น ซึ่งจะให้บริการที่มีมาตรฐานเหมือนกัน ครอบคลุมประชาชนทุกคน

3.4 กิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการจัดบริการดังนี้ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2544 หน้า 35 -36)

3.4.1 การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหรือการเจ็บป่วยเช่น

3.4.1.1 บริการดูแลสุขภาพเด็กด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

3.4.1.2 บริการดูแลสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์และการทำคลอด

3.4.1.3 บริการดูแลสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียน และในโรงเรียน

3.4.1.4 บริการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง และลดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งในสถานประกอบการ

3.4.1.5 บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3.4.2 การเฝ้าระวัง การควบคุม การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย ความรุนแรงและสารพิษ เช่น

3.4.2.1 การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพ

3.4.2.2 การค้นหาผู้ป่วยและประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพและการคัดกรอง

3.4.3 การรักษาโรคและการเจ็บป่วยเบื้องต้น การเจ็บป่วยเรื้อรัง อุบัติเหตุฉุกเฉิน และการส่งต่อเมื่อเกินความสามารถ โดยจัดให้มีบริการครอบคลุมเช่น

3.4.3.1 บริการรักษาโรค ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยเบื้องต้น

3.4.3.2 บริการรักษาการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินและเกินขีดความสามารถในการรักษาโรคเบื้องต้นและส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

3.4.3.3 การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้พิการ

3.4.3.4 การดูแลผู้เจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

3.4.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพในประชากรกลุ่มต่างๆในชุมชน

3.4.5 การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ เช่น

3.4.5.1 กระตุ้นให้มีการรวมกลุ่มกันของคนกลุ่มต่างๆ

3.4.5.2 สื่อสารกระจายความรู้สู่ประชาชน

3.4.5.3 ให้คำแนะนำ คำปรึกษาสร้างความมั่นใจในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน

3.4.5.4 ประเมินภาวะสุขภาพและค้นหาปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในท้องถิ่น

3.4.5.5 ให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคต่างๆ

3.4.5.6 ร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นและเครือข่ายในการวางแผนและแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน

4. เครื่องมือการเข้าถึงชุมชน: วิธีการดำเนินงานทางมนุษยวิทยา

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพที่จัดให้ในชุมชนเป็นสำคัญ ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน หรือบุคลากรทีมสุขภาพ จึงจำเป็นต้อง มีหลักการ แนวคิด และวิธีการทำงาน โดยใช้เครื่องมือทางมนุษยวิทยา เพื่อให้การศึกษาชุมชนมีวิธีการที่ชัดเจน สร้างความเข้าใจในวิถีชุมชนได้อย่างรวดเร็ว สามารถเข้าถึง และเข้าใจชุมชนได้ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อชุมชน ซึ่งจะช่วยให้การทำงานชุมชนและการเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนได้อย่างลึกซึ้ง สามารถใช้ข้อมูลและการเรียนรู้จากชุมชน มาพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เครื่องมือทางมนุษยวิทยาที่ใช้ ประกอบด้วยเครื่องมือในการศึกษาชุมชน 7 ชิ้นคือ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2544)

4.1 แผนที่เดินดิน เป็นการสำรวจชุมชนด้วยตา จดบันทึกข้อมูลทั้งทางด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อมของชุมชน และสิ่งต่างๆที่พบเห็น เช่นลักษณะบ้าน เป็นต้น

4.2 ผังเครือญาติ เป็นการศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ ในชุมชน จะทำให้เข้าใจระบบความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนและยังทำให้บุคลากรสุขภาพจดจำและคุ้นเคยคนในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว

4.3 การศึกษาโครงสร้างและองค์กรชุมชน เป็นการศึกษาโครงสร้างด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองของชุมชน ทั้งที่เป็นสถาบันองค์กรและบุคคล ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการจะทำให้ทราบบทบาท อำนาจ หน้าที่ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างกันและกันของหน่วยต่างๆในชุมชนซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการหาแหล่งข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล บทบาทของสถาบัน องค์กร บุคคลที่จะช่วยในการพัฒนาชุมชนเป็นไปได้อย่างราบรื่นเกิดผลสำเร็จ

4.4 การศึกษากิจกรรมและที่พึ่งด้านสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน สถานพยาบาลของรัฐ เอกชน คลินิก โรงพยาบาล การรักษาแบบพื้นบ้าน ร้านขายยา กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มกีฬา หรือกลุ่มออกกำลังกายต่างที่มีอยู่

4.5 การศึกษาปฏิทินชุมชน เป็นการศึกษาวิถีชีวิตของคนในชุมชน ว่าในแต่ละเดือน แต่ละปี แต่ละวันทำกิจกรรมอะไรบ้าง เพื่อนำมาวิเคราะห์ หาแนวทางที่จะทำกิจกรรมด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชนนั้นๆ กิจกรรมที่สำคัญเช่น ประเพณีต่างๆ ลักษณะการทำอาชีพ เป็นต้น

4.6 การศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชน เป็นการศึกษาเรื่องราวความเป็นมาของชุมชน ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง จะทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ต่างที่เกิดขึ้นในชุมชน ช่วยลดอคติและช่องว่างในการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน

4.7 การทำชีวประวัติบุคคล เป็นการศึกษารายละเอียดของคนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนยากจน ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน จะช่วยให้บุคลากรเข้าใจมิติความเป็นมนุษย์มากขึ้น ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ตระหนักถึงความเป็นองค์รวมมากขึ้น

5. แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.1 หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดให้บุคคลมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ตามพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 5 (สำนักงานหลักสุขภาพแห่งชาติ, 2545) เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยมีหลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังนี้(กระทรวงสาธารณสุข, 2544 , หน้า 12-13)

5.1.1 กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะ ตามหลักการสุขภาพพอเพียง

5.1.2 ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการมีความเหมาะสม ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและการใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้น หรือเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ และใกล้บ้าน/ที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว

5.1.3 สถานบริการทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (quality accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

5.1.4 ระบบประกันสุขภาพจะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ กรณีเกินความสามารถ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อสถานบริการอื่นที่เป็นเครือข่ายที่มีศักยภาพที่เหนือกว่า เป็นต้น

5.1.5 สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิดำเนินการเอง และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิกับสถานพยาบาลระดับอื่นให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยตนเอง หรือภาครัฐกับเอกชน

5.1.6 ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost containment system) และจะต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance related payment)

5.1.7 สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกันไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนใดก็ตาม

5.1.8 ระบบประกันสุขภาพในอนาคต ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว แต่ในระยะเปลี่ยนผ่านอาจจะมี 2 กองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน

5.2 มาตรฐานสถานบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการจัดบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วยบริการ 3 ระดับ ได้แก่ บริการขั้นปฐมภูมิ บริการขั้นทุติยภูมิ และบริการขั้นตติยภูมิ ในการกำหนดมาตรฐานบริการ ได้มีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของบริการทั้ง 3 ระดับ โดยเป็นมาตรฐานภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนของสถานบริการเอกชน ได้มีการกำกับดูแลมาตรฐาน โดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ

หน่วยบริการที่จะเป็นคู่สัญญาในการให้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริหารสุขภาพ, สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545 ข)

5.2.1 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care : CUP) เป็นหน่วยบริการที่บริการสุขภาพทั่วไป ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการให้บริการประเภทผู้ป่วยนอก การให้บริการ

ที่บ้านและชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยบริการที่เป็นสัญญาจะต้องมีประชากรขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และจัดให้มีหน่วยบริการประจำตัว หน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียวหรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการ

5.2.2 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary Care : CUS) เป็นหน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพทั่วไป กรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่าย หน่วยบริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

5.2.3 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary Care : CUT) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการเฉพาะทางต้องใช้เทคโนโลยี และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูง หน่วยบริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ ทั้งนี้หน่วยบริการแต่ละแห่ง อาจเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการมากกว่าหนึ่งระดับได้ หากสามารถจัดบริการได้ตามมาตรฐานของบริการในแต่ละระดับนั้น

5.3 มาตรฐานเบื้องต้นของคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริหารสุขภาพ, สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545 ก)

สถานบริการที่จะเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ให้บริการภายใต้สถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติในด้านต่างๆดังนี้

5.3.1 จิตความสามารถ สามารถให้บริการผสมผสาน ทั้งนั้นในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ มีบริการด้านยา การตรวจเช็ดชันสูตรพื้นฐาน โดยต้องมีระยะเวลาให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมง/สัปดาห์

5.3.2 การจัดหน่วยบริการ จะต้องจัดให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิน 10,000 คน/หน่วยบริการปฐมภูมิ สถานที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิหลักและหน่วยบริการปฐมภูมิรอง ต้องตั้งอยู่พื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปรับบริการได้สะดวกภายใน 30 นาที โดยรถยนต์ ซึ่งในระยะเริ่มต้น อาจจัดไม่ได้ครบตามมาตรฐานทั้งหมด แต่จะต้องมีแผนพัฒนาที่ชัดเจน ในกรณีที่หน่วยคู่สัญญาเป็นโรงพยาบาล ในระยะปีแรกให้สามารถจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลได้ 1 หน่วย รับดูแลประชากรที่ขึ้นทะเบียนไม่เกิน 30,000 คน และให้มีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 หน่วยดูแลประชากรไม่เกิน 10,000 คน/หน่วยบริการ

5.3.3 บุคลากร ต้องมีบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน ให้บริการที่หน่วยปฐมภูมิ โดยมีสัดส่วนบุคลากรขั้นต่ำต่อประชากรดังนี้ แพทย์ 1: 10,000 ทันตแพทย์ 1: 20,000 พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1: 1,250 เกษีกร ทำหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิตั้งน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง ทั้งนี้ในพื้นที่ที่มีแพทย์ และหรือทันตแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติแทน (กรณีแพทย์ไม่เพียงพอ) และ/หรือทันตภิบาล (กรณีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ) ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด

5.3.4 การจัดการ ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม เพื่อความต่อเนื่อง ความสะดวก รวดเร็ว และคุณภาพของการบริการต่างๆ อุปกรณ์ อาคาร สถานที่ มีอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน มีระบบป้องกันการติดเชื้อ มีอาคารสถานที่ที่สะดวก สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งมียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย

5.3.5 ระบบการส่งต่อ มีระบบส่งต่อเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับอื่น เพื่อการบริการอย่างต่อเนื่อง

6. การบริหารเชิงกลยุทธ์กับการจัดระบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การเปลี่ยนแปลงของของระบบสุขภาพที่มุ่งให้เกิดคุณภาพการดูแล การลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ การสร้างโอกาส และความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การพยายามเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่บุคลากรทีมสุขภาพจะต้องมีแนวคิดการบริหารจัดการที่เป็นระบบ มีการสร้างเครือข่ายการบริการ การพัฒนามาตรฐานการบริการ เพื่อให้การบริหารและการบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเกิดผลสำเร็จ ตอบสนองความต้องการการรับบริการของประชาชนในชุมชนได้ตามความเป็นจริง การวิจัยนี้้นำแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์มาเป็นกรอบการคิดและเป็นจุดเริ่มและเป็นตัวเชื่อมโยงสู่การพัฒนา ซึ่งมีหลักการสำคัญ ดังนี้ (พัตร์ผอง วัฒนสินธุ์ และ พสุ เดชะรินทร์, 2542 ; สมชาย ภคภาสน์วิวัฒน์, 2546; Hill,1998 ; Sullivan, 1999)

6.1 เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นถึงผลกระทบการเปลี่ยนแปลงในทุกบริบทที่เกี่ยวข้อง เช่นทางสังคม วัฒนธรรม การเมือง การศึกษา เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีสารสนเทศ

6.2 มุ่งเน้นกระบวนการ ผลลัพธ์และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

6.3 การวางแผนที่ดีและมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ มีความยืดหยุ่น ตัดสินใจปฏิบัติด้วยทางเลือกที่ดีที่สุด (Drucker,1998, cited in Sullivan, 1999, pp. 167-173)

6.4 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ซึ่งมีลักษณะของการกำหนดประชากรเป้าหมายที่จะต้องดูแล การจัดบริการที่ให้กับผู้รับบริการ การรวมศูนย์ทรัพยากร การประเมินผล

การปฏิบัติงาน คุณภาพการดูแล และการควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย (Sullivan, 1999, pp.167-173)

6.4.1 การกำหนดวิสัยทัศน์ หรือทิศทาง

6.4.2 การจัดองค์กร

6.4.3 กำหนดกระบวนการพัฒนาอย่างบูรณาการ

6.4.4 สร้างค่านิยมร่วมในการบริการที่บูรณาการ

6.5. องค์ประกอบของการจัดการกลยุทธ์ มีดังนี้(พัตร์พอง วัฒนสินธุ์, พสุ เดชะรัตน์, 2542 ; สมชาย ภคภาสน์วิวัฒน์, 2546)

6.5.1 การกำหนดทิศทางขององค์กร ได้แก่การกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ ภารกิจ ปรัชญา และวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยเฉพาะวิสัยทัศน์เป็นสิ่งบุคลากรใฝ่ฝันต้องการให้เกิดขึ้น รวมทั้งการแปลงวิสัยทัศน์สู่การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน

6.5.2 การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยและสถานการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะได้รู้เข้าใจ ปัจจัยต่างๆเหล่านั้นดีขึ้น รวมทั้งสถานะขององค์กร ซึ่งนิยมใช้การวิเคราะห์ SWOT (SWOT Analysis – Strengths ,Weakness, Opportunities, and Threats) ได้แก่ การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนที่เกิดจากภายในองค์กร การวิเคราะห์โอกาส ข้อจำกัดที่เกิดจากภายนอก นำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการกำหนดกลยุทธ์ต่อไป

6.5.3 การจัดทำกลยุทธ์ เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์มาจัดทำเป็นแผน เป็นแนวทาง วิธีการและกิจกรรมซึ่งกลยุทธ์มีหลายระดับ และเป็นสิ่งไม่หยุดนิ่ง การปฏิบัติตามกลยุทธ์ การจะทำให้กลยุทธ์ต่างๆดำเนินการได้มีกิจกรรมหลักที่สำคัญที่จะต้องปฏิบัติคือ

6.5.3.1 การพัฒนาคน เน้นการเสริมทักษะ ความสามารถของบุคลากร

6.5.3.2 การจัดโครงสร้างและระบบ ที่สอดคล้องกับกลยุทธ์

6.5.3.3 การจัดการทรัพยากรให้สอดคล้องกับแผนหรือกิจกรรมที่กำหนด

6.5.3.4 การจูงใจบุคลากรให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงรุก

6.5.3.5 การดึงความสามารถหรือความเชี่ยวชาญของบุคลากรมาใช้ในการพัฒนางาน

6.5.3.6 สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่จะทำให้เกิดการสนับสนุนกลยุทธ์

6.5.4 การกำกับกลยุทธ์และการประเมินผล (Hill, 1998) เป็นขั้นตอนของการประเมินกลยุทธ์ เพื่อพิจารณาถึงผลสำเร็จ หรือความล้มเหลวในการดำเนินงาน การวิเคราะห์เชิงเหตุเชิงผล ที่ผู้บริหาร ทีมบุคลากร ต้องมีการประเมิน ปรับกลยุทธ์ ปรับแผน หรือกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

7. แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลง หรือการพัฒนา โดยเฉพาะในการดำเนินงานในเรื่องที่ประชาชนเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก ในการปฏิรูปสุขภาพของประชาชนก็เช่นกัน นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย หรือพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ จำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนความคิด และเจตคติของประชาชนให้มีความคิด มีความรู้ที่ถูกต้องต่อความหมาย และเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ ซึ่งยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือการสร้างความมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

7.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมหมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของการจัดการ ควบคุมและกระจายการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2527, 2)

การมีส่วนร่วมหมายถึง การให้โอกาสประชาชนเป็นฝ่ายตัดสินใจกำหนดความต้องการของตนเอง เป็นการเสริมพลังอำนาจให้ประชาชนระดมขีดความสามารถในการจัดการทรัพยากร การตัดสินใจและควบคุมกิจกรรมต่างๆ มากกว่าเป็นฝ่ายตั้งรับ (Carner อ้างถึงใน ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543, หน้า 137)

เสาวลักษณ์ สุกใส (2542, หน้า 8) ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมว่า เป็นการรวมกลุ่มของสมาชิกเพื่อหวังผลในกิจกรรมร่วมกัน ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม ในการคิด การตัดสินใจ มีวัตถุประสงค์และการดำเนินงานร่วมกัน รวมทั้งสมาชิกในกลุ่มต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน แต่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้น สมาชิกต้องมีความสนใจและเข้าใจร่วมกัน และไว้วางใจซึ่งกันและกัน

7.2 ลักษณะของการมีส่วนร่วม แนวคิดการมีส่วนร่วมได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในการปฏิบัติงานในเชิงการพัฒนา กระบวนการมีส่วนร่วมไม่ได้ขึ้นกับการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่แรกเริ่มเท่านั้น แต่ความสำเร็จจะขึ้นอยู่กับที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการอย่างไร สาระ การมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 4 แบบ คือ (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543)

7.2.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

7.2.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

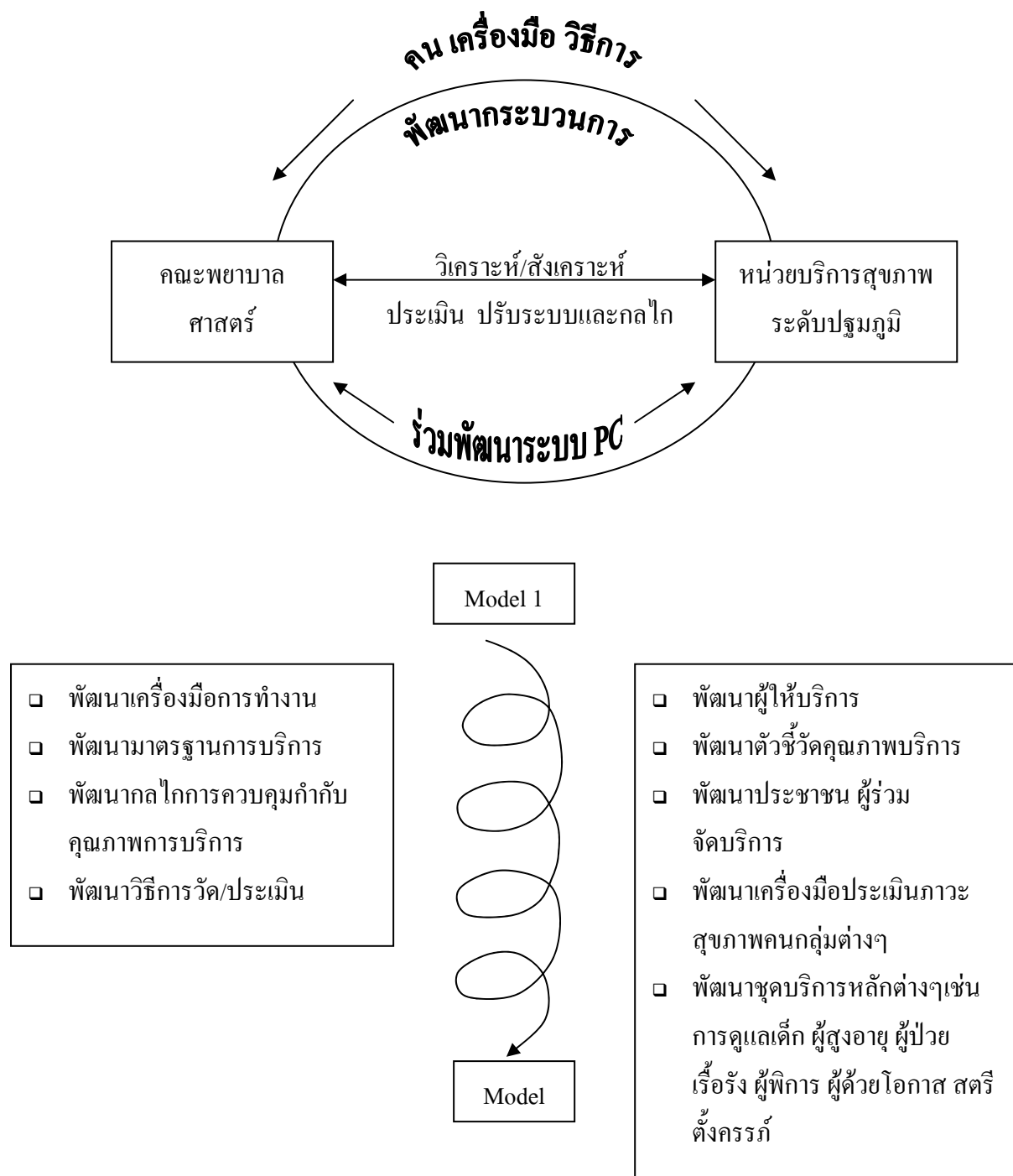
7.2.3 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์

7.2.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

การที่จะดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยใช้กระบวนการพัฒนาเชิงปฏิบัติการที่บุคลากรทีมสุขภาพ ประชาชน องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม จึงมีความจำเป็นในทุกขั้นตอนของการดำเนินการ ซึ่งทีมวิจัยเป็นหน่วยสนับสนุน กระตุ้น ส่งเสริม เชิงวิชาการ เอื้ออำนวยทรัพยากรบางส่วน และให้กำลังใจ รวมทั้งการร่วม

ประสานงานและร่วมดำเนินการในกระบวนการพัฒนา มุ่งให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด การปรับกระบวนการทัศน์ การสร้างวิสัยทัศน์ขององค์กร การสร้างวิสัยทัศน์สุขภาพชุมชน เป็นกรอบแนวคิดสำคัญของกระบวนการพัฒนา

กล่าวโดยสรุปกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตามกรอบแนวคิดสำคัญทั้งด้านสิทธิของประชาชนที่พึงได้รับบริการสุขภาพอย่างเสมอภาค มีคุณภาพและได้มาตรฐาน การได้รับโอกาสมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน บุคลากรทีมสุขภาพมีศักยภาพในการบริหารจัดการ มีทักษะในการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุม 4 มิติ คือการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ มีทักษะการทำงานในชุมชน มีเครื่องมือในการทำงานในชุมชน สามารถประสานความร่วมมือและสร้างเครือข่ายสุขภาพกับสถาบันและองค์กรที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างมาตรฐานการบริการที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ การวิจัยนี้จึงเน้นที่กระบวนการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อสร้างชุมชนแห่งสุขภาพให้เกิดผลสำเร็จ ดังกรอบแนวคิดการวิจัยตามแผนภาพที่ 2.1



แผนภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆตามกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

พื้นที่ที่ศึกษาและกระบวนการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเน้นการมีส่วนร่วม (Participatory approach) ของประชาคมต่างๆในพื้นที่ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการให้บริการ การรับบริการ และได้รับผลกระทบจากระบบบริการ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบของการจัดระบบบริการ และการออกแบบระบบบริการที่เป็นผลจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. พื้นที่ที่ทำการวิจัย

1.1 การเลือกพื้นที่

การดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ที่ทำการวิจัยในเขตเทศบาลเมือง ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากเขตชนบททั้งเชิงโครงสร้าง วัฒนธรรมความเป็นอยู่และวิถีคิด มีปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม ที่ซับซ้อน และมีหน่วยบริการของรัฐและเอกชนที่หลากหลาย ซึ่งทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของพื้นที่ที่ให้บริการ การเลือกศึกษาในพื้นที่มีลักษณะดังกล่าวทำให้ได้ภาพการทำงานจากสถานการณ์ที่หลากหลาย ที่จะช่วยเสริมและเติมเต็มการพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สมบูรณ์ครอบคลุมทั้งเขตเมืองและเขตชนบท ทีมวิจัยจึงได้เลือกศึกษาพื้นที่ในเขตจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออก ที่ได้เริ่มปฏิบัติตามนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นมา มีศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมด 71 แห่ง ทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2545) การวิจัยนี้เลือกศึกษาเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาล 2 แห่งที่มีลักษณะดังนี้

พื้นที่ที่ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่ง ในเขตจังหวัดชลบุรี ซึ่งเดิมคือ สถานีอนามัยเดิม และมีหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) เป็นหน่วยงานสังกัดเดียวกัน คือ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นหน่วยงานที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข

พื้นที่ที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในสังกัดเทศบาลเมือง มีหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) เป็นหน่วยงานต่างสังกัด คือ สังกัดสภากาชาดไทย

1.2. ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของแต่ละพื้นที่

1.2.1 ศูนย์สุขภาพชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอยู่ในเขตเทศบาล เป็นศูนย์ที่ปรับสถานภาพจาก สถานีอนามัยเดิม ในช่วงแรกของการดำเนินการวิจัยยังคงใช้ชื่อเป็น สถานี

อนามัย แต่ในระยะต่อมา สถานีอนามัยได้ปรับชื่อเป็น “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนี้มีบุคลากรประจำ จำนวน 4 คน มีประชากรในพื้นที่ที่จะต้องรับผิดชอบดูแล จำนวน 39,242 คน ให้บริการตามบทบาทและหน้าที่ในการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมีโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดชลบุรีเป็นหน่วยคู่สัญญาหลัก ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.1 นอกจากนี้ในพื้นที่ที่ศึกษายังมีเทศบาลเมือง ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ในเขตเทศบาลตามขอบเขตที่ระบุไว้ในกฎหมายการจัดตั้งเทศบาล โดยศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังคงให้บริการแบบเดิมที่มีการให้บริการฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อย โดยใช้งบประมาณของเทศบาลและกระทรวงมหาดไทยที่เป็นต้นสังกัด หรือผู้รับบริการจ่ายค่าบริการบางส่วน เท่าที่จะสามารถจ่ายได้ จึงมีลักษณะของความทับซ้อนพื้นที่การดูแลสุขภาพของประชาชน แต่ยังคงมีขอบข่ายงานเหมือนเดิม

1.2.2 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ในสังกัดเทศบาลเมือง แต่มีหน่วยคู่สัญญาหลัก(CUP) เป็นหน่วยงานต่างสังกัด คือโรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย

ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำทั้งหมด 7 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 3 คน และมีเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับเทคนิค 1 คนและทันตสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่ 2 คน และในการให้บริการตรวจรักษาพยาบาลจะมีแพทย์ 1 คน และพยาบาลจาก CUP มาให้บริการตรวจรักษาอีก 1 คน ส่วนการปฏิบัติงานในชุมชนจะมีพยาบาลที่ CUP ลงไปปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานและให้การส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ มีประชากรที่ต้องรับผิดชอบ 27,099 คน ดังรายละเอียดข้อมูลพื้นฐานใน ตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล

ลักษณะข้อมูลสำคัญ	พื้นที่ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน	พื้นที่ 2 ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล
1. ประชากรที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ	39,242 (ข้อมูลสำรวจปี 2544)	27,099 คน (ข้อมูลสำรวจปี 2546)
2. อาชีพ	ค้าขายและประมง	ค้าขายและประมง
3. สถานบริการสุขภาพ	ศูนย์สุขภาพชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลสังกัดกระทรวงมหาดไทย
4. หน่วยคู่สัญญาหลัก	หน่วยคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (PCU) ขนาด 1,000 เตียง	หน่วยคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย (CUP) ขนาด 500 เตียง
5. หน่วยบริการสุขภาพอื่นในพื้นที่วิจัยและใกล้เคียง	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขนาด 150 เตียง ซึ่งมีหน่วย PCU ในโรงพยาบาลรับผิดชอบเฉพาะเขตมหาวิทยาลัย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองที่อยู่ในเขตพื้นที่เดียวกันกับ PCU ที่เลือกศึกษาไม่ได้เป็น PCU แต่จัดให้มีบริการแผนกผู้ป่วยนอกและรับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน 9 แห่ง และยังมีงานคุ้มครองผู้บริโภค งานบริการสุขภาพเคลื่อนที่ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลไม่ได้จัดเป็นหน่วย PCU โดยให้เหตุผลว่ามีข้อจำกัดด้านบุคลากรและคิดว่าถ้าเป็นเครือข่าย PCU ด้วยจะเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีคลินิกเอกชน 17 คลินิก ร้านขายยา 15 ร้าน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน(ศสมช) 19 ศูนย์ แต่หลายแห่งไม่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีการจัดตั้งชมรมอาสาสมัคร	โรงพยาบาลอำเภอขนาด 30 เตียง ซึ่งห่างโรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย (CUP) ประมาณ 10 กิโลเมตร นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลเอกชนขนาด 150 เตียง 2 แห่ง ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการฉุกเฉินนอกเวลาราชการ -มีคลินิกเอกชน 45 แห่ง -มีร้านขายยาแผนโบราณ 3 แห่ง -ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 25 แห่ง ในโรงพยาบาลที่เป็น CUP จะมีชมรมผู้สูงอายุแต่ส่วนใหญ่เป็นคนนอกเขตพื้นที่ มีกลุ่มเต้นแอโรบิก เป็นต้น

	สาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมสตรี มีกลุ่มกีฬา	
--	--	--

ลักษณะข้อมูลสำคัญ	พื้นที่ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน	พื้นที่ 2 ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล
	กลุ่มวิ่งเพื่อสุขภาพ กลุ่มเดินแอโรบิก 2 กลุ่ม และภายในมหาวิทยาลัยมีกลุ่มเดิน แอโรบิก 3 กลุ่ม และกลุ่มไท้เก๊ก	
6. บุคลากร	มีบุคลากรประจำศูนย์สุขภาพชุมชน 4 คน ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่บริหาร ระดับ 6 ทำหน้าที่ หัวหน้าศูนย์ มีวุฒิการศึกษาผดุงครรภ์ อนามัยและสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรต่อเนื่อง) 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนระดับ 6 วุฒิการศึกษาประกาศนียบัตรพนักงาน อนามัย 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนระดับ 6 วุฒิพยาบาลเทคนิค กำลังศึกษาต่อ สาขา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) 4) นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 5 วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังมีบุคลากรจาก CUP ไปร่วม ให้บริการคือ 1) แพทย์ 1 คน สาขากุมารเวชศาสตร์ ไปตรวจรักษา สัปดาห์ละ 1 วัน 2) มีเภสัชกร ช่วยตรวจสอบบัญชีการ ใช้ยา ทุก 2 สัปดาห์	มีบุคลากรประจำ 7 คน 1) พยาบาลวิชาชีพ 3 คน 2) พยาบาลเทคนิค 1 คน 3) นักทันตสาธารณสุข 1 คน 4) ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน 5) พนักงานขับรถ 1 คน นอกจากนี้ยังมีบุคลากรจาก CUP ไปร่วมให้บริการคือ 1) พยาบาลวิชาชีพจาก โรงพยาบาลที่เป็น CUP 2 คน สำเร็จการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน 2) แพทย์ 1 คน สาขาเวชปฏิบัติครอบครัวไป ตรวจรักษา สัปดาห์ละ 1 วัน 3) เภสัชกร 1 คน ช่วยตรวจสอบ บัญชีการใช้ยา เดือนละครั้ง
7. จำนวนผู้รับบริการ	ประมาณ 800 คน ต่อเดือน	ประมาณ 200 คนต่อเดือน
8. ลักษณะบริการ	บริการตรวจรักษา ทันตกรรม(นักเรียน) ถอนฟัน	บริการตรวจรักษา อุดฟัน ขูดหินปูน

	สาธารณสุขมูลฐาน บริการเคลื่อนที่	ทันตกรรม(นักเรียน) สาธารณสุขมูลฐาน
ลักษณะข้อมูลสำคัญ	พื้นที่1 ศูนย์สุขภาพชุมชน	พื้นที่ 2 ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล
	อนามัยโรงเรียน การวางแผนครอบครัว การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ฝากครรภ์ ยาเสพติด เจาะเลือดส่งตรวจ	บริการเคลื่อนที่ อนามัยโรงเรียน โภชนาการ ยาเสพติด
9. การนิเทศติดตามงาน	มีทีมนิเทศจาก CUP และสอ. สสจ. มาติดตามงานโดยใช้แบบประเมินผล ของ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า จาก CUP	มีทีมนิเทศจาก สสจ. มาติดตาม งานโดยใช้แบบประเมินผลของ โครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า จาก CUP
10. งบประมาณ	-ได้จาก CUP ค่าธรรมเนียมบริการ -การอนุมัติ/สอ. เป็นผู้อนุมัติ โดยเสนอ เป็นโครงการ -CUP จัดหาและเวชภัณฑ์ ค่าเงินเดือน และค่าล่วงเวลา และอื่นๆ ในสำนักงานใช้เงินค่าธรรมเนียม และ เงินงบประมาณจาก สสจ. กระทรวง สาธารณสุข	-ได้จาก CUP ค่าธรรมเนียมบริการ และมีกองทุนยาหมุนเวียน -การอนุมัติงบประมาณบางส่วน CUP เป็นผู้อนุมัติตามโครงการที่ เสนอขอ -CUP จัดหาและเวชภัณฑ์ และ ค่าใช้จ่ายอื่นๆในสำนักงาน เงินเดือน ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบโดยเทศบาล/ กระทรวงมหาดไทย

2. แหล่งข้อมูล

- 2.1 เอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- 2.2 ผู้บริหารบุคลากร หน่วยบริการปฐมภูมิ
- 2.3 ผู้บริหารหน่วยคู่สัญญาหลัก ผู้ให้บริการ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่
- 2.4 บุคลากรในองค์กรชุมชน สถาบันการศึกษาในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข และ
ประชาชนที่มารับบริการและที่มาร่วมกลุ่มเวทีประชาคม
- 2.5 อาจารย์พยาบาล ซึ่งเป็นทีมวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

- 3.1 คณะผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้ศึกษาข้อมูลและพัฒนาระบบบริการไปพร้อม ๆ กัน
- 3.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกข้อมูลการสนทนา แบบสังเกต แบบประเมินผลความพึงพอใจ โครงการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ดังรายละเอียดในภาคผนวก
- 3.3 การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล ในการปฏิบัติการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งคณะผู้วิจัยจะร่วมปฏิบัติงานพร้อม ๆ กันอย่างน้อย 3 คน เมื่อได้ข้อมูลก็จะมาสรุปร่วมกัน เพื่อป้องกันการลำเอียง และทำการตรวจสอบข้อสรุปร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัย นอกจากนี้ยังตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เกี่ยวข้องอีกด้วย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลกระทำในหลายลักษณะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 4.1 ศึกษาข้อมูลจากผู้บริหารระดับสูงที่เป็นผู้กำหนดนโยบายในการบริการ ผู้บริหารระดับกลางที่มีส่วนในการนำนโยบายสู่การบริหารจัดการระบบ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อการวิเคราะห์แนวคิดเชิงนโยบายของระบบบริการในพื้นที่
- 4.2 ทำการศึกษาข้อมูลจากผู้ให้บริการ โดยวิธีสนทนากลุ่ม (focus groups) และการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคลในรูปแบบและสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเพื่อการวิเคราะห์และร่วมกันสังเคราะห์แนวคิด ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรผู้ให้บริการ การบริหารงาน การจัดสรรทรัพยากร วิธีการปฏิบัติงาน การควบคุมคุณภาพการบริการ และแนวทางการพัฒนางาน
- 4.3 ศึกษาข้อมูลจากผู้ใช้บริการและตัวแทนประชาชนในพื้นที่ โดยวิธีสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์บุคคล ทั้งที่เป็นรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ณ สถานที่ที่จัดไว้เฉพาะ และการสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไปตามบ้านเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การบริการสุขภาพ และคุณภาพการบริการ ปัญหาและความต้องการการบริการสุขภาพ
- 4.4 จัดประชุมประชาคมต่าง ๆ ร่วมกันเพื่อปรับแนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการและการพัฒนาเครือข่าย ได้แก่
 - 4.4.1 การประชุมร่วมกันระหว่างผู้ให้ทุนวิจัย ผู้ให้บริการระดับผู้บริหารและระดับผู้ปฏิบัติงาน และผู้วิจัยในฐานะสถาบันการศึกษาที่ต้องมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ เพื่อกำหนดจุดมุ่งหมายในการศึกษา แนวทางการร่วมมือในการพัฒนาดำเนินงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

4.4.2 การประชุมร่วมกันระหว่างผู้บริหารที่มีส่วนกำหนดนโยบาย ระบบการบริหารจัดการและผู้ให้บริการ เพื่อสร้างความเข้าใจ ปรับแนวคิดในการให้บริการ วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาที่เกี่ยวข้อง

4.4.3 การประชุมร่วมกันระหว่าง กลุ่มอาสาสมัครในพื้นที่ และผู้ให้บริการ เพื่อการวิเคราะห์ตนเอง สร้างความเข้าใจในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ตลอดจนการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครและประชาชนในการดูแลสุขภาพ

4.4.4 การประชุมกลุ่มอาสาสมัครและประชาชนในพื้นที่ ในการกำหนดเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดี(สุขภาพในฝัน)ร่วมกันและแนวทางการปฏิบัติของประชาชน

4.4.5 การประชุมร่วมกันของเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ ปลัดเทศบาล เทศมนตรีและผู้รับผิดชอบงานบริการสาธารณสุขของเทศบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและบุคลากรในหน่วยงาน คณะคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์และบุคลากร หัวหน้าสถานีอนามัยและบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อกำหนดแนวทางการประสานความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ การจัดตั้งกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพ การกำหนดแผนเครือข่ายพัฒนาสุขภาพ

4.4.6 การประชุมร่วมกันของคณาจารย์ในสถาบันการศึกษาในการวิเคราะห์บทบาทของสถาบันการศึกษา การพัฒนาแนวคิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้คณะผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์สรุปเป็นระยะ ๆ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Contents analysis) พร้อมทั้งสะท้อนข้อมูลให้กับบุคลากรผู้ให้บริการ และอาสาสมัครที่เป็นภาคประชาชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ตลอดจนการตรวจสอบข้อมูลกับประชาชนในพื้นที่เป็นระยะ ตลอดจนการร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในการนำเสนอผลการวิจัยในเวทีต่างๆเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบสาระ ความถูกต้อง และความเข้าใจในผลการศึกษา

6. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีขั้นตอนในการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ตามแผนภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่ศึกษา

เป้าหมายเพื่อวิเคราะห์แนวคิดเชิงนโยบายของระบบบริการในพื้นที่

กิจกรรมการดำเนินการได้แก่

1.1 ประสานงานกับหน่วยงานที่กำหนดเป็นพื้นที่ศึกษาทั้ง 2 พื้นที่ โดยการจัดประชุมชี้แจงร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรทีมสุขภาพของสถานบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกัน

1.2 สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั้งสองพื้นที่

1.3 การสังเกตการให้บริการ สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

1.4 จัดประชุม ระดมสมองร่วมคิดและวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดระบบและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามนโยบายรัฐบาล ว่าได้มีการดำเนินการอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง ร่วมกันพิจารณาความเป็นไปได้และความสอดคล้องของรูปแบบและการดำเนินการตามบริบทที่เป็นจริง และสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรที่รับผิดชอบในการดำเนินงานแนวทางในการทำงาน การจัดระบบและโครงสร้างการบริหาร การจัดระบบและให้บริการสุขภาพ การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ การรับรู้ของประชาชนต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพการบริการ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความเข้าใจและปรับความคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานของ PCU

เป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจและหาแนวทางการพัฒนา

กิจกรรมการดำเนินการได้แก่

2.1 การประชุมระดมสมองระหว่างทีมวิจัย ผู้บริหาร PCU

2.2 การประชุมระดมสมองระหว่างตัวแทนของทีมวิจัย เจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพ ประชาชน และ อสม.

2.3 การประชุมร่วมกันระหว่างทีมวิจัย เจ้าหน้าที่ ผู้แทนผู้บริหารซึ่งเป็น แพทย์ ผู้รับผิดชอบงาน PCU จาก CUP

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความร่วมมือเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชน

เป้าหมายเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบ ปรับความคิด กำหนดเป้าหมายสุขภาพ สร้างแผนกลยุทธ์และพัฒนาศักยภาพ

กิจกรรมการดำเนินการได้แก่

3.1 การประชุมระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบระหว่างทีมวิจัย เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และอสม.

3.3 การประชุมหารือร่วมกันระหว่างทีมวิจัย สถานบริการสุขภาพ เทศบาล และ PCU โดยนำเสนอรูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก ที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 ให้กลุ่มวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ รูปแบบการให้บริการโดยคณะผู้วิจัย คณะผู้บริหารและ บุคลากรของทั้ง 2 พื้นที่ที่ทำการวิจัย ร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับรูปแบบให้

เหมาะสมกับหน่วยบริการทั้ง 2 พื้นที่ โดยผู้วิจัยได้จัดให้มีการร่วมประชุม ให้ความเห็น และสร้างข้อเสนอ การปรับความคิด การสร้างแผนกลยุทธ์ เพิ่มศักยภาพผู้ให้บริการทั้งบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้บริหารและกลุ่มอาสาสมัคร ตามแนวคิดการบริหารกลยุทธ์ และการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่ใช้ความรู้เป็นสื่อ

3.3 การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการพัฒนาระบบบริการที่ยั่งยืน

เป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบบริการอย่างยั่งยืน

กิจกรรม การดำเนินการได้แก่

- 4.1 การจัดตั้งเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชน การจัดทำแผนเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชนและนำไปสู่การปฏิบัติ การติดตามประเมินผล การประชุมร่วมกันทุก 1 เดือนเพื่อปรับแผนการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4.2 การเชื่อมมิตร จัดกิจกรรมเยี่ยมเพื่อน เพื่อรับรู้สถานการณ์ปัจจุบันของการปฏิบัติงาน การให้คำแนะนำและการเสริมกำลังใจในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- 4.3 การเพิ่มพูนความรู้ ให้กับทีมสุขภาพที่ PCU ได้แก่ การจัดให้ศึกษาดูงาน การจัดให้เข้าร่วมประชุมวิชาการ การฝึกอบรม การศึกษาข้อมูลและ เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- 4.4 การเพิ่มพูนศักยภาพของอสม. ในสมรรถนะที่จำเป็นในการร่วมสร้างสุขภาพ ได้แก่การเสริมความรู้ที่อสม. ต่อเนื่องเป็นระยะๆ ตามความต้องการ เพื่อสร้างความมั่นใจในการทำงานในชุมชน

กิจกรรมการพัฒนาในแต่ละพื้นที่ ประกอบด้วย

พื้นที่ที่ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีกระบวนการพัฒนาดังนี้

- 1) ประชุมระดมสมองวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้บริหารและบุคลากร และทีมวิจัย
- 2) จัดเวทีสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพและการสร้างวิสัยทัศน์สุขภาพ
- 3) จัดกลุ่มสนทนาร่วมกับบุคลากรในพื้นที่และบุคลากรจากหน่วยคู่สัญญาหลัก ซึ่งได้แก่แพทย์จากหน่วยเวชกรรมสังคม ร่วมกับทีมวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจในนโยบายและการบริหารจัดการความชัดเจนตรงกัน และหาแนวทางในการแก้ปัญหาระบบบริการร่วมกัน
- 4) จัดกลุ่มสนทนาวิเคราะห์ความต้องการการพัฒนาตนเองของอสม.
- 5) จัดอบรมด้านคอมพิวเตอร์แก่บุคลากรด้านการใช้โปรแกรมพิมพ์งาน การเพื่อจัดทำฐานข้อมูล การจ่ายยาและเช็คสต็อกยา และการจัดทำบัญชีรายรับรายจ่าย

6) จัดอบรมความรู้ในการดูแลสุขภาพในด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ข้อเสื่อม เบาหวานและความดันโลหิตสูงการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การประเมินและการสร้างเสริมสุขภาพจิต การนัดเพื่อสุขภาพ การดูแลผู้ที่มีปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่

พื้นที่ที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุขที่สังกัดเทศบาล มีกิจกรรมที่ดำเนินการดังนี้

- 1) การจัดประชุมระดมสมองการสะท้อนคิดต่อรูปแบบการให้บริการระดับปฐมภูมิ ระหว่างทีมวิจัย ผู้บริหารจากหน่วยคู่สัญญาหลัก และบุคลากรในศูนย์สุขภาพ อสม.และประชาชน
- 2) การจัดเวทีประชาคมเพื่อการสะท้อนคิดต่อรูปแบบการให้บริการระดับปฐมภูมิ และการสร้างวิสัยทัศน์สุขภาพชุมชนที่พึงประสงค์ระหว่างทีมวิจัย ผู้บริหารจากหน่วยคู่สัญญาหลัก และบุคลากรในสถานบริการ อสม.และประชาชน
- 3) การจัดเวทีประชาคมเพื่อสร้างแผนกลยุทธ์สุขภาพชุมชนที่พึงประสงค์ระหว่างทีมวิจัย ผู้บริหารจากหน่วยคู่สัญญาหลัก และบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพของเทศบาล อสม.และประชาชน
- 4) จัดศึกษาดูงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดนครราชสีมา
- 5) จัดให้ร่วมประชุมวิชาการด้านสุขภาพและด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

4.5 การพัฒนาในสถาบันการศึกษาพยาบาล

- 1) การเพิ่มพูนความรู้ด้านหลักประกันสุขภาพ ด้านระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยจัดเสวนาวิชาการด้านแนวคิดการปฏิรูปสุขภาพและการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 2) จัดประชุมร่วมกับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาเพื่อกระตุ้นความคิดและจัดทำโครงร่างการวิจัยและหาแนวทางการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- 3) จัดให้ร่วมเสวนาทางวิชาการและนำเสนอผลการวิจัยร่วมกับทีมสุขภาพและในที่ประชุมวิชาการ
- 4) จัดกลุ่มสนทนาเพื่อสังเคราะห์ระบบและสะท้อนความคิดต่อรูปแบบและการพัฒนาระบบ ระหว่างทีมวิจัย
- 5) จัดให้มีกิจกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชน การประสานกับงานวิชาการของคณะในการจัดเตรียมการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับแผนเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชน

4.6 การพัฒนาร่วมกับองค์กรท้องถิ่น

- 1) จัดประชุมระดมสมองเพื่อปรับความคิดและนำเสนอรูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภาคตะวันออก

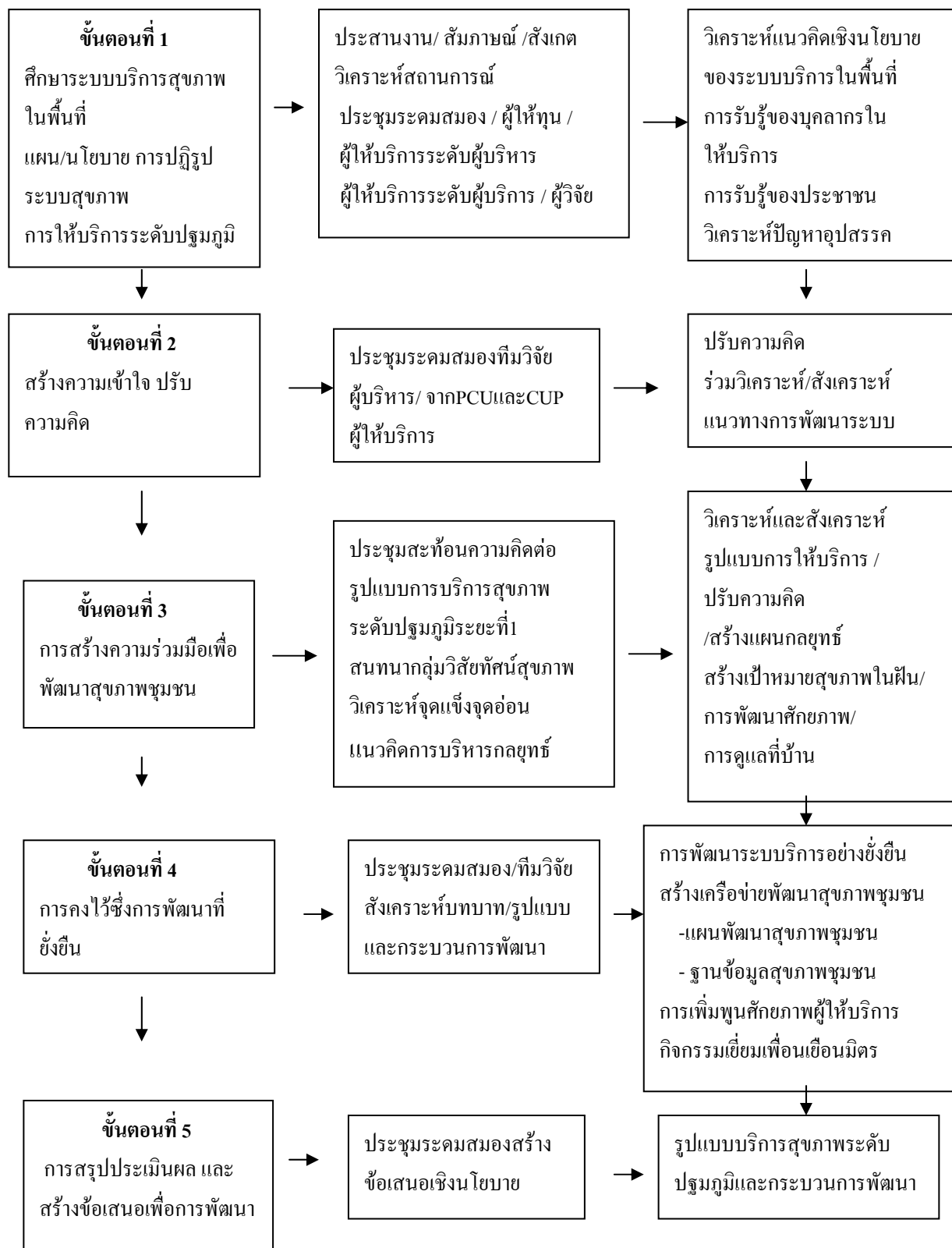
2) จัดประชุมร่วมวางแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ระหว่าง 4 หน่วยงาน ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ เทศบาลแสนสุข และศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อสร้างความมีส่วนร่วมและหุ้นส่วนในการทำงานร่วมกัน จัดตั้งเป็น กรรมการเครือข่ายสุขภาพชุมชนแสนสุข มีแผนงานร่วมของทุกหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 5 การสรุปและประเมินผลและสร้างข้อเสนอเชิงนโยบาย

เป้าหมายเพื่อสร้างข้อสรุปและให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย

กิจกรรมการดำเนินงานได้แก่

- 1) การประชุมระดมสมองในทีมวิจัยเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กระบวนการพัฒนาและการเรียนรู้
- 2) สรุปและนำเสนอผลการดำเนินการในทีมวิจัยและพื้นที่ที่ทำการวิจัย เพื่อปรับความคิดและกิจกรรมที่จะนำไปสู่การปรับระบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ
- 3) สร้างข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ



แผนภาพที่ 3.1 ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

บทที่ 4

กระบวนการพัฒนา

รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและผลลัพธ์

การดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทชุมชนเขตเทศบาล ในศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีหน่วยคู่สัญญาหลักเป็นหน่วยงานสังกัดเดียวกัน และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลที่มีหน่วยคู่สัญญาหลักต่างสังกัด ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นดังนี้

1. รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้จากการศึกษาและวิเคราะห์ระบบที่เป็นอยู่ก่อนกระบวนการพัฒนา องค์ประกอบของรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิประกอบด้วย การเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีหน่วยคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลขนาดมากกว่า 500 เตียง มีโครงสร้างงานที่ขยายจากสถานีนามัยเดิม และมีการจัดตั้ง CUP และ PCU ขึ้นใหม่ บุคลากรประจำส่วนใหญ่มีวุฒิทางการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพ 4 คน ในจำนวนนี้มีวุฒิปริญญาโทสาขาการพยาบาลชุมชน 2 คน มีบุคลากรเสริมจาก CUP เป็นแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพวุฒิปริญญาโทสาขาการพยาบาลชุมชน 2 คน ขอบเขตหน้าที่การให้บริการ เน้นงานด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การควบคุมคุณภาพงานเน้นการนิเทศจาก CUP ลักษณะการทำงานยังเป็นแบบต่างทำงานตามบทบาททางวิชาชีพ การสนับสนุนด้านงบประมาณส่วนใหญ่เบิกจ่ายจาก CUP การให้บริการมีระบบการส่งต่อและส่งกลับ ส่วนกรรมการ 4 จตุรมิติยังไม่ได้ดำเนินการให้มีการจัดตั้งอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม รายละเอียด ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน 2 พื้นที่ที่ศึกษาก่อนกระบวนการพัฒนา

องค์ประกอบของรูปแบบ	ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน	ศูนย์บริการสุขภาพเทศบาล
1. หน่วยบริการสุขภาพ	- ใช้สถานีนามัยเดิมปรับเป็นศูนย์บริการสุขภาพชุมชน	- ใช้ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลเดิมทำหน้าที่เป็น PCU
2. หน่วยคู่สัญญาหลัก	- โรงพยาบาลศูนย์ โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม	- โรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย โดยสำนักงานโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. โครงสร้างงาน	แบ่งงานเป็น 4 กลุ่มหลัก 1) งานด้านบริหารและงบประมาณรับผิดชอบโดยหัวหน้าศูนย์ตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 2) งานแผนงานโครงการพิเศษและงานบุคลากร รับผิดชอบโดยนักวิชาการสาธารณสุข 3) งานด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ รับผิดชอบโดยพยาบาลเทคนิค 4) งานและป้องกันควบคุมโรคติดต่อ รับผิดชอบโดยพนักงาน สาธารณสุข - ให้บริการตรวจรักษาเบื้องต้น และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ประชาชน	แบ่งงานเป็น 4 แผนงาน 1) แผนงานบริหารจัดการ - งานบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน 2) แผนงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า -โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า -โครงการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ - ให้บริการตรวจรักษาเบื้องต้น และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ประชาชน
4. ขอบเขตหน้าที่/การให้บริการ	- บุคลากรประจำ 4 คน 1) เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ระดับ 6 ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าศูนย์ วุฒิปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตร์ 2) นักวิชาการสาธารณสุขระดับ 5 วุฒิปริญญาโทการพยาบาลชุมชน 3) เจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับ 6 วุฒิพนักงานอนามัย 4) พยาบาลเทคนิค บุคลากรเสริมในการให้บริการระดับปฐมภูมิ	- บุคลากรประจำ 7 คน 1) เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ตำแหน่งหัวหน้ากองสาธารณสุขเทศบาล 2) พยาบาลวิชาชีพ 3 คน วุฒิพยาบาลศาสตรบัณฑิต 3) พยาบาลเทคนิค 1 คน วุฒิสารณสุขศาสตรบัณฑิต 4) ทันตสาธารณสุข 1 คน 5) ลูกจ้าง 2 คน บุคลากรเสริมในการให้บริการระดับปฐมภูมิ 1) แพทย์จำนวน 3 คน
5. บุคลากร		

	1) กุมารแพทย์ 1 คน มาปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 1 วัน เวลา 9.00 – 12.00 น. 2) เกสักร 1 คน มาปฏิบัติงานทุก 2 สัปดาห์	หมุนเวียนมาตรวจรักษาทุกวันอังคารในเวลาราชการ 2) เกสักร 1 คน 3) พยาบาลวิชาชีพ 2 คน วุฒิปริญญาโทการพยาบาลชุมชน 1 คน และสาขาพยาบาลครอบครัว 1 คน 4) ผู้ช่วยพยาบาล 3คน
6. การควบคุมคุณภาพ 6.1 ระบบการนิเทศ 6.2 การทำงานเป็นทีม	มีการนิเทศงาน โดยทีมนิเทศจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอปีละ 1 ครั้ง ในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน มีทีมนิเทศจาก CUP มาตรวจเยี่ยม 1 ครั้ง - บุคลากรประจำและบุคลากรเสริม ทำงานตามหน้าที่ ขาดการวางแผนการทำงานร่วมกัน ในฐานะเจ้าของพื้นที่ที่มีเป้าหมายในการสร้างสุขภาพชุมชนร่วมกัน	ได้รับการนิเทศงานจาก CUP และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - บุคลากรจาก CUP ร่วมเป็นทีมในการให้บริการทั้งที่ PCU และชุมชน โดยเฉพาะในชุมชน มีพยาบาลจาก CUP รับผิดชอบสำรวจชุมชน จัดทำแฟ้มครอบครัว โดยใช้เครื่องมือศึกษาชุมชนโดยใช้แนวคิดทางมนุษยวิทยา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2544) ทั้ง 7 ขั้นตอนเป็นแนวทางการทำงานในชุมชน
7. งบประมาณ	- ใช้งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักในการจ่ายค่าตอบแทน และใช้เงินรายได้จ่ายค่าล่วงเวลา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์เบิกจาก CUP ยังไม่มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน	- ใช้งบประมาณของกระทรวงมหาดไทยเป็นหลักในการจ่ายค่าตอบแทนเงินเดือน และค่าล่วงเวลา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์เบิกจาก CUP ยังไม่มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน

องค์ประกอบของรูปแบบ	ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล
8. ระบบเครือข่าย	- มีระบบส่งต่อ- ส่งกลับระหว่างโรงพยาบาลที่เป็น CUP และ PCU	- มีระบบส่งต่อ- ส่งกลับระหว่างโรงพยาบาลที่เป็น CUP และ PCU
9. ผู้รับบริการ	- ตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลรับบริการตามความพอใจ - จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย 374 คน/เดือน ในปี 2544 เพิ่มขึ้นเป็น 752 คน/เดือนในปี 2545 ผู้รับบริการพึงพอใจที่มีบริการตรวจรักษาโรคโดยแพทย์และค่าบริการลดลง ผู้รับบริการไม่แน่ใจในคุณภาพยา	- ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลตามความพอใจ - จำนวนผู้รับบริการไม่เพิ่มขึ้นเนื่องจากโรงพยาบาลที่เป็น CUP มีการขยาย PCU ในเขตเทศบาลอีก 1 แห่ง ซึ่งมีแผนที่จะพัฒนาให้เป็น PCU ที่สมบูรณ์และเป็นแบบอย่างตามเกณฑ์มาตรฐาน ส่วน PCU เทศบาลปรับเป็น Sub PCU ในอนาคต
10. กรรมการ 4 จตุรมิตร	- ยังไม่ได้มีการแต่งตั้งกรรมการบริหารอย่างเป็นทางการ แต่มีผู้แทน อสม.และกรรมการชุมชนมาร่วมให้คำปรึกษาเป็นครั้งคราว	- ยังไม่ได้มีการแต่งตั้งกรรมการบริหารอย่างเป็นทางการ

2. การนำรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามข้อเสนอจากการวิจัยระยะที่ 1 ไปใช้

การนำรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามข้อเสนอจากการวิจัยในระยะที่ 1 ไปใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่เลือกศึกษา พบว่ามีหลายส่วนที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง เช่นกรณีชื่อของศูนย์สุขภาพชุมชน ถึงแม้จะเป็นการปรับชื่อใหม่ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขแต่ คำว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ที่มวิจัยได้นำเสนอครั้งแรก ในที่ประชุมวิชาการของชมรมพยาบาลชุมชน วันที่ 4-6 สิงหาคม 2545 ที่ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียนพัทยา เพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ได้ให้ความเห็นต่อรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังกล่าว ส่วนข้อเสนออื่นๆของรูปแบบมีความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินการ โดยมีการปรับโครงสร้างงานภายใน เพื่อช่วยเสริมงานด้านการตรวจรักษาในวันที่มีแพทย์มาปฏิบัติงานที่ PCU และจัดมีการตั้งหน่วยงานขึ้นใหม่ ที่ CUP และขอบเขตหน้าที่ต้องเน้นการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพของประชาชน การดูแลที่บ้านซึ่งเป็นงานการฟื้นฟูสภาพ และยังไม่มีหลักฐานชัดเจน

ในการบริการด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ บุคลากรส่วนใหญ่คงเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นบุคลากรหลัก และที่ PCU ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล มีผู้ช่วยพยาบาลหมุนเวียนมาช่วยงานในชุมชน อีก 3 คน และมีการจัดตั้งกรรมการบริหารที่เป็นกรรมการ 4 จตุรมิตร คือคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชน และคณะกรรมการบริหารงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนสาระอื่นๆ ไม่แตกต่างจากการดำเนินงานก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการพัฒนา ซึ่งเปรียบเทียบรายละเอียดความต่างและความเหมือนของรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้ง 2 พื้นที่ที่ทำการวิจัย ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน 2 พื้นที่ที่ศึกษาหลังกระบวนการพัฒนา

รูปแบบการบริการระดับปฐมภูมิภาคตะวันออก	ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล
1. ชื่อหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ “ศูนย์สุขภาพชุมชน”	เปลี่ยนชื่อสถานีนามัยเป็น “ศูนย์สุขภาพชุมชน” เพื่อทำหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	ยังคงใช้ชื่อ “ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล” ทำหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
2. โครงสร้างงาน ขอบเขตหน้าที่	- จัดโครงสร้างงานตามบทบาทการให้บริการ 4 มิติ ให้บริการตรวจรักษาเบื้องต้นและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ประชาชนและการบริหารจัดการ	- จัดโครงสร้างงานตามบทบาทการให้บริการ 4 มิติ ให้บริการตรวจรักษาเบื้องต้นและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ประชาชน และการบริหารจัดการ
2.1 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	- การให้บริการส่วนใหญ่ยังเป็นการดูแลการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ไม่มีหลักฐานชัดเจนในกิจกรรมการดูแลทางด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ	- การให้บริการส่วนใหญ่ยังเป็นการดูแลการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ไม่มีหลักฐานชัดเจนในกิจกรรมการดูแลทางด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ
2.2 เน้นการส่งเสริมสุขภาพ	- บุคลากรมีความตระหนักในการสร้างสุขภาพและป้องกัน	- มีการใช้เครื่องมือดำเนินงานทางมนุษยวิทยาในงานชุมชนและมี

2.3 ให้ประชาชน พึ่งตนเองได้ในการดูแล สุขภาพและการสร้าง สุขภาพ	โรคมามากยิ่งขึ้น มีโครงการเพื่อ ประเมินภาวะสุขภาพ โครงการ ที่เน้นการสร้างสุขภาพ และการ ป้องกันโรคและโครงการเพื่อ ประเมินภาวะสุขภาพ เพิ่มขึ้น ได้แก่ 1) โครงการคัดกรองสุขภาพใน ชุมชน ได้แก่ การเจาะเลือดหา เบาหวาน การวัดความดันโลหิต เป็นต้น ทั้งนี้เป็นการให้บริการ ในพื้นที่ ช่วงเวลาเย็น 2) โครงการสำรวจปัญหาและ ความต้องการของประชาชน 3) โครงการออกกำลังกาย ค่าย แอโรบิก และไม้พลอง - ประชาชน / อสม. ได้รับการ สร้างเสริมความตระหนักในด้าน สุขภาพ การสร้างวิสัยทัศน์ สุขภาพชุมชน การได้รับการ เพิ่มพูนความรู้ และทักษะใน เรื่อง การดูแล สุขภาพเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความ ดันโลหิตสูง และข้อเข่าเสื่อม คลาย การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การดูแลด้านสุขภาพจิต การ ผ่อนคลายความเครียด การนวด เพื่อการผ่อนคลาย	โครงการเพื่อประเมินภาวะ สุขภาพ โครงการที่เน้นการสร้าง สุขภาพ และการป้องกันโรคและ โครงการเพื่อประเมินภาวะ สุขภาพ ได้แก่ 1) โครงการตรวจคัดกรองสุขภาพ ในชุมชน แต่ยังทำได้เพียงบาง ชุมชน 2) มีการจัดตั้งชมรมออกกำลังกาย ได้แก่ ชมรมไท้เก๊ก ชมรมรำ กระบอง ชมรมวิ่งเต่า ชมรมแอโรบิก - ประชาชน/ อสม. ได้รับการ สร้างเสริมความตระหนักในด้าน สุขภาพ การสร้างวิสัยทัศน์ สุขภาพชุมชน การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน การแพทย์แผนไทย
3. ผู้ให้บริการ 3.1 ทีมสหวิชาชีพ	มีบุคลากรสหวิชาชีพมาร่วม ให้บริการระดับปฐมภูมิ แต่การ	มีบุคลากรสหวิชาชีพมาร่วม ให้บริการระดับปฐมภูมิ และมี

3.2 พยาบาลวิชาชีพ 3.3 ทันตแพทย์ 3.4 ทีมประชาชน/ อสม.	ทำงานร่วมกันยังขาดการทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานเสริมจาก CUP ไม่มีความรู้สึกรับผิดชอบเป็นเจ้าของพื้นที่ มาปฏิบัติงานเฉพาะหน้าที่โดยไม่รับรู้ภาพรวมของศูนย์สุขภาพ - มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ประจำศูนย์ฯ แต่อยู่ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขและไม่มีพยาบาลวิชาชีพจาก CUP ดังนั้นความรับผิดชอบของนักวิชาการสาธารณสุขจึงต้องรับผิดชอบทั้ง งานแผนงาน งานพัฒนา การจัดทำโครงการต่างในชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรองสุขภาพ การประสานงานและร่วมทำงานกับทีมเทศบาล และอสม. และผู้นำชุมชน - ไม่มีทันตสาธารณสุขประจำแต่จะมีจาก CUP มาให้บริการเป็นครั้งคราว - มีทีมผู้แทน อสม. และผู้นำชุมชนร่วมให้บริการและให้คำปรึกษา ประสานงานการทำงานหรือการจัดโครงการในชุมชน - เทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงานกับอสม. โดยพยาบาลวิชาชีพเข้าไปมีส่วนร่วม	ความพยายามในการทำงานเป็นทีม และสร้างความตระหนักให้ทุกวิชาชีพทำงานในฐานะหุ้นส่วนของทีมงาน - มีพยาบาลวิชาชีพ 3 คนอยู่ประจำและมีพยาบาลวิชาชีพจาก CUP อีก 2 คนทำหน้าที่ผู้ประสานการบริหาร การบริการ และด้านวิชาการ และผู้ช่วยพยาบาลอีก 3 คนหมุนเวียนช่วยงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อทำการศึกษาร่วมกันและสำรวจข้อมูลเพื่อจัดทำฐานข้อมูลและเพิ่มครอบครัว จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการคัดกรองสุขภาพ - มีทันตสาธารณสุขประจำ 1 คน ให้บริการและหากมีปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้จะส่งต่อไปที่ CUP - มีทีมผู้แทน อสม. และผู้นำชุมชนร่วมให้บริการและให้คำปรึกษาประสานงานการทำงานหรือการจัดโครงการในชุมชน - เทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงานกับอสม. โดยพยาบาลวิชาชีพเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม
---	---	---

	ส่วนร่วมในทุกกิจกรรม เช่นการ ประชุมประจำเดือน การจัดกิจ เพิ่ม ศักยภาพการดูแลประชาชน จะดำเนินการร่วมกันและ ประสานกับคณะพยาบาลศาสตร์	
4. งบประมาณ 4.1 งานประกันสุขภาพ แห่งชาติ 4.2 ประชาชน 4.3 องค์กรท้องถิ่น 4.4 NGO	สนับสนุนงบประมาณตาม หลักเกณฑ์ที่กำหนดโดยCUP รับผิดชอบและจัดสรรไว้ใน ลักษณะการสนับสนุนการจัดทำ โครงการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ -สนับสนุนเป็นเงินค่าธรรมเนียม และการบริจาค -เทศบาลสนับสนุนในลักษณะ การร่วมกันทำงานในพื้นที่อาจ ไม่เป็นงบประมาณที่ชัดเจน ยังไม่มี การสนับสนุน	สนับสนุนงบประมาณตาม หลักเกณฑ์ที่กำหนดโดย CUP รับผิดชอบและจัดสรรไว้ใน ลักษณะการสนับสนุนการจัดทำ โครงการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ -สนับสนุนเป็นเงินค่าธรรมเนียม และการบริจาค -เทศบาลสนับสนุนเป็นค่าจ้าง เงินเดือน ค่าล่วงเวลา ยังไม่มี การสนับสนุน
5. เครือข่าย	มีเครือข่ายสุขภาพเพื่อการส่ง ต่อไปที่ CUP และส่งกลับ มีทีม จากศูนย์ฯ และทีม อสม. ช่วย ติดตามเยี่ยม	มีเครือข่ายสุขภาพเพื่อการส่ง ต่อไปที่ CUP และส่งกลับ มีทีม จากศูนย์ฯ และทีม อสม. ช่วย ติดตามเยี่ยม
6. การควบคุมคุณภาพ 6.1 การควบคุมคุณภาพ ภายใน 6.2 การควบคุมคุณภาพ ภายนอก	-ดำเนินการควบคุมคุณภาพโดย การจัดกิจกรรม 5 ส. ซึ่งยังต้องมี การกระตุ้น และร่วมกันพัฒนา อย่างต่อเนื่อง -การตรวจประเมินและนิเทศงาน จาก CUP และ สสจ.	-ดำเนินการควบคุมคุณภาพโดย การจัดกิจกรรม 5 ส. ซึ่งยังต้องมี การกระตุ้น และร่วมกันพัฒนา อย่างต่อเนื่อง - การตรวจประเมิน และนิเทศงาน จาก CUP และ สสจ.
7. คณะกรรมการบริหาร	ยังไม่มีคณะกรรมการบริหารที่ เป็นรูปธรรมมีการแต่งตั้ง	มีคณะกรรมการบริหารที่ ประกอบด้วยทีมบุคลากรจาก

	คณะทำงาน แต่มีกรรมการที่เป็นภาคีร่วมแบบจตุรมิตรเป็น กรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชนซึ่งประกอบด้วย ทีมบุคลากรสุขภาพ องค์กรชุมชน ประชาชนในนาม อสม. และผู้นำชุมชน สถาบันการศึกษา ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มีหน้าที่ จัดทำแผนและ ดำเนินการพัฒนาสุขภาพชุมชนที่ทุกส่วนงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในพื้นที่มีส่วนร่วม	CUP และเทศบาล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ คณะกรรมการบริหารงานประกันสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อ ดำเนินการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายซึ่งมีแพทย์จาก CUP เป็นประธาน กรรมการประกอบด้วย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาล พยาบาลหัวหน้าศูนย์และทีมบุคลากรที่เป็น ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทั้งที่ประจำและบุคลากรเสริมจาก CUP
--	---	--

3. กระบวนการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3.1 กระบวนการพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

กระบวนการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่

3.1.1 การปรับความคิด ได้แก่ การวิเคราะห์แนวคิดเชิงนโยบายของระบบบริการในพื้นที่การสร้างความเข้าใจและปรับความคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานของ PCU การรับรู้นโยบายที่ถูกต้อง การสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ การสร้างวิสัยทัศน์องค์กร และวิสัยทัศน์สุขภาพชุมชน

3.1.2 การปรับความรู้ ได้แก่ การสร้างความร่วมมือเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชน เป้าหมายเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบ การกำหนดเป้าหมายสุขภาพ สร้างแผนกลยุทธ์และพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากร อสม. ผู้นำชุมชน ประชาชน ทีมวิจัย ได้แก่การเพิ่มพูนความรู้ในด้านแนวคิดการบริหารกลยุทธ์ ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานในชุมชน การพัฒนาทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ การอบรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน และปรับระบบการทำงาน

3.1.3 การคงไว้ซึ่งการพัฒนาที่ยั่งยืน ได้แก่ การประเมินผลการทำงาน การสะท้อนคิด ร่วมกันเป็นระยะๆ ระหว่างทีมวิจัยและบุคลากร การจัดตั้งเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชน การจัด กิจกรรมเยี่ยมเพื่อนเพื่อนมิตร การเพิ่มพูนความรู้ ให้กับทีมสุขภาพที่ PCU การเพิ่มพูนศักยภาพ ของอสม.

3.1.4 วิธีการสำคัญที่ส่งเสริมกระบวนการพัฒนา ได้แก่ การสร้างความร่วมมือร่วม โดย สถาบันการศึกษา ทีมวิจัย มีบทบาทในการเชื่อมประสานเชิงวิชาการและการดำเนินการอย่าง ต่อเนื่อง ทั้งในกระบวนการพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบบริการ และการพัฒนาศักยภาพ ประชาชน กระบวนการพัฒนาที่สำคัญ 3 ด้านคือ การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบงาน และการพัฒนาประชาชน

3.1.5 สารหลักของการพัฒนาประกอบด้วย

3.1.5.1 กระบวนการพัฒนาบุคลากร ประกอบด้วย การปรับกระบวนการทัศน์ของบุคลากร ในการให้บริการระดับปฐมภูมิ การสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการ ด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ การเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริการระดับปฐมภูมิ การเพิ่มพูนความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาองค์ความรู้และการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

3.1.5.2 กระบวนการพัฒนาระบบงาน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบการบริหาร จัดการ ได้แก่ การปรับโครงสร้างองค์กร การจัดระบบงานใหม่ การสร้างเป้าหมายในงาน การ กำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร การเพิ่มคุณภาพด้านการสื่อสารภายในองค์กร การสร้าง ความมีส่วนร่วมในงาน และการพัฒนาเครือข่ายชุมชนแห่งสุขภาพ งานที่สำคัญคือ การพัฒนา ฐานข้อมูลด้านสุขภาพชุมชน 2) การพัฒนาคุณภาพการบริการ 3) การพัฒนากิจกรรมการบริการ ด้านสุขภาพจิต

3.1.5.3 กระบวนการพัฒนาศักยภาพประชาชน ประกอบด้วย การสร้างความตระหนัก ในเรื่องของสุขภาพของประชาชน การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมของประชาชนด้านสุขภาพ การพัฒนา งานอาสาพัฒนาสุขภาพชุมชน การสร้างความร่วมมือร่วมของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น การเพิ่ม พลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาสุขภาพตนเอง และการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชนซึ่งมีแผนงาน การพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อเป็นแกนนำสุขภาพภาคประชาชน

3.4 กระบวนการพัฒนาระบบบริการของ ศูนย์สุขภาพชุมชน

3.4.1 กระบวนการพัฒนาบุคลากร กลยุทธ์ในการพัฒนาประกอบด้วย

3.4.1.1 การปรับกระบวนการทัศน์ของบุคลากร

การปรับการปรับกระบวนการทัศน์ของบุคลากรในการให้บริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การ ร่วมสร้างความตระหนัก การสร้างความเข้าใจในงาน ตนเอง และทีมสุขภาพ การเรียนรู้และ พัฒนางานจากปัญหาเชิงนโยบาย การกระตุ้นการมีส่วนร่วมในการวิจัย

3.4.1.2 การสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการ

การสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการ ด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ ได้แก่ การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาวิสัยทัศน์ การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของตนเอง และงาน การวิเคราะห์งาน การสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจ

3.4.1.3 การเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การจัดให้ศึกษา ดูงาน ร่วมประชุมวิชาการ ร่วมประชุมในกระบวนการวิจัย การได้รับการนิเทศจากทีมนิเทศจากหน่วยคู่สัญญาหลัก การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม

3.4.1.4 การเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

การเพิ่มพูนความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยทีมวิจัยได้จัดอบรมเพิ่มพูนทักษะการใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์แก่บุคลากร

3.4.1.5 การพัฒนาองค์ความรู้และการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

บุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยและมีการการทำวิจัย2 โครงการ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน มีทีมวิจัยเป็นผู้กระตุ้น สร้างกำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุน ร่วมทำงานเป็นเสมือนหุ้นส่วนในงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน การให้ความร่วมมือกับการฝึกทำวิจัยของนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยในพื้นที่ ซึ่งจะทำได้องค์ความรู้และได้ข้อมูลที่เป็นคำตอบที่เชื่อถือได้ และเป็นจริงรวมทั้งเป็นการกระตุ้นและตรวจสอบการทำงานจากบุคคลภายนอกด้วย เช่น การศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการที่ศูนย์ หรือการศึกษาถึงการจ่ายบัตรสุขภาพ และการไม่มารับบัตรของประชาชน เป็นต้น

3.4.2 กระบวนการพัฒนาระบบงาน

กลยุทธ์ในการพัฒนาระบบงาน ประกอบด้วยการพัฒนาด้านการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริการ การขยายงานการบริการด้านจิตสังคม

3.4.2.1 การปรับโครงสร้างองค์กร : การจัดระบบงานใหม่

การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นการขยายงานเพิ่มจากงานเดิมบางส่วนเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะการบริการตรวจรักษาพยาบาล ที่มีประชาชนมารับบริการเพิ่มขึ้นในขณะที่จำนวนบุคลากรคงเดิม จึงต้องมีการจัดโครงสร้างองค์กร มีการจัดระบบงานใหม่และการมอบหมายความรับผิดชอบอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดความสำเร็จในงาน โดยแบ่งงานเป็น 4 กลุ่มหลัก คือ 1) งานด้านการบริหารและงบประมาณที่จัดให้หัวหน้าศูนย์รับผิดชอบ 2) งานแผนงาน งานโครงการพิเศษ งานพัฒนาบุคลากร มอบหมายให้นักวิชาการสาธารณสุข 3) งานด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ มอบหมายให้พยาบาลเทคนิครับผิดชอบ และ 4) งานด้านการป้องกันโรคและการควบคุมโรคติดต่อ มอบหมายให้

พนักงานสาธารณสุขรับผิดชอบ อย่างไรก็ตามในการประสานงานชุมชนส่วนใหญ่ นักวิชาการสาธารณสุขจะเป็นผู้รับผิดชอบ และงานด้านการรักษาพยาบาลในวันที่มีแพทย์มาตรวจรักษา จะจัดระบบงานเหมือนกับการตรวจผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล จึงต้องแบ่งงานและช่วยกันทำงานที่ศูนย์ทั้ง 4 คน ส่วนแพทย์ไม่ได้ลงไปเยี่ยมชุมชนด้วยเนื่องจากจะปฏิบัติงานเพียงครึ่งวันเช้า และในช่วงบ่าย ต้องรีบกลับไปปฏิบัติงานที่ CUP

3.4.2.2 การสร้างเป้าหมายในงาน การกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร

บุคลากรจำเป็นต้องมีการกำหนดโจทย์ในการทำงานทั้งส่วนตนและหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการทำงานเชิงรุก จึงต้องมีการพัฒนาวิสัยทัศน์ในการทำงานเพื่อสร้างความฝันที่เป็นจริง การพัฒนาระบบงานใช้แนวคิดการวางแผนกลยุทธ์เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน ซึ่งจะทำให้เกิดการทำงานร่วมกัน เกิดการปรับกระบวนการทัศน์ได้อย่างต่อเนื่อง โดยจัดประชุมระดมสมองภายในทีมบุคลากรกับผู้บริหารซึ่งเป็นแพทย์จาก CUP และระหว่างทีมบุคลากรกับผู้แทน อสม. และประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งหมด 4 ครั้ง ทำให้บุคลากรมีความเข้าใจนโยบาย มีความเข้าใจระหว่างกันเพิ่มขึ้นจากการวิเคราะห์ จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสและภาวะคุกคาม การประเมินผลการทำงานของตนเอง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความคิดของบุคลากรในการสร้างวิสัยทัศน์ ซึ่งสามารถกำหนดเป็นแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานของศูนย์ดังนี้

1) เพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการตามทิศทางระบบสุขภาพใหม่

- สร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารงานโดยจัดให้มีการประชุมร่วมกัน การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง การกำหนดเป้าหมายของงาน การพยายามดำเนินการตามแผนที่กำหนด
 - สร้างระบบสนับสนุนให้โอกาสแต่ละคนได้พัฒนาศักยภาพตนเอง
 - มีการพัฒนาระบบกำกับติดตามงานของแต่ละคน
 - ปรับทัศนคติในการทำงานเชิงรุก การทำงานเป็นทีม แลกเปลี่ยนผลงานร่วมกัน
- กำหนดวิธีการทำงานและเวลาทำงานร่วมกัน เช่น ทุกวันศุกร์บ่าย ควรจะได้มีการประชุม ประเมินผลงานร่วมกัน

- 2) จัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการเพื่อสร้างชุมชนแห่งสุขภาพ
- 3) เพิ่มคุณภาพการบริการทั้ง 4 มิติและครอบคลุม
- 4) สร้างเครือข่ายพัฒนาสุขภาพ
- 5) พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพ
- 6) เพิ่มประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารของประชาชน
- 7) จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพชุมชน
- 8) จัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน

3.4.2.3 การเพิ่มคุณภาพด้านการสื่อสารภายในองค์กร

การประสานงาน การสร้างมีส่วนร่วมในการทำงาน และการทำงานเป็นทีม เป็นความต้องการที่สำคัญซึ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ได้กล่าวถึงปัญหาการสื่อสาร การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ รวมทั้งแนวทางในการปฏิบัติงาน การแก้ปัญหาในการทำงานอันเนื่องจากการปรับเปลี่ยนเชิงนโยบายที่มีอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีโอกาสที่จะขาดความรู้ความเข้าใจในงานมากขึ้น ประกอบกับระบบการถ่ายทอดข้อมูลยังมีประสิทธิภาพไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น จึงทำให้บุคลากรเกิดการตระหนักรู้และให้ความสำคัญที่จะแก้ปัญหาด้านการสื่อสาร โดยจัดให้มีการจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นทางการ มีวาระและวันประชุมที่ชัดเจนในแต่ละเดือน พร้อมกับการจัดเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่ทีมสามารถศึกษาข้อมูลได้ด้วยตนเอง

3.4.2.4 การสร้างมีส่วนร่วมในงาน: การบูรณาการการบริการกับการเรียนการสอน

การสร้างมีส่วนร่วมในงาน เป็นหลักสำคัญของกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้แก่ การปรับแผนงานบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนและการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษาที่มีการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของผู้เรียนให้มีความสอดคล้องกัน เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการทำงานอย่างต่อเนื่องและเป็นมิตร ได้ผลงานและประโยชน์ในผลสำเร็จของงานร่วมกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะทำงานและการเรียนรู้ในงานร่วมกัน และเกิดกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจการทำงานในทีมสุขภาพได้เป็นอย่างดี ทั้งการช่วยเหลือและเสริมแรงใจ การให้กำลังใจ ทีมวิจัยสนับสนุนด้านความรู้ การประสาน และด้านงบประมาณบางส่วนซึ่งทำให้การดำเนินงานการให้บริการสุขภาพมีความคล่องตัวยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างการเรียนรู้ชุมชน การพัฒนานักศึกษาที่สร้างโอกาสการเพิ่มพูนประสบการณ์ทำงานและเรียนรู้งานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ชัดเจน โดยมีบุคลากรทีมสุขภาพเป็นครูพี่เลี้ยงที่ดี สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการมีส่วนร่วมในงาน ซึ่งในอนาคตมีความจำเป็นจะต้องดำเนินการให้เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

3.4.2.4 การพัฒนาคุณภาพการบริการ ได้แก่การริเริ่มการจัดระบบการควบคุมคุณภาพงานโดยใช้กิจกรรม 5 ส. การนิเทศจาก CUP และต้นสังกัดการประเมินคุณภาพการบริการโดยการสอบถามความคิดเห็นของผู้รับบริการ และ ผู้แทนชุมชน การให้ความร่วมมือให้นักศึกษาทำการวิจัยประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

3.4.2.5 การพัฒนากิจกรรมการบริการที่เน้นองค์รวม ได้แก่การขยายงานการบริการด้านจิตสังคม การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การติดตามผู้ติดยาเสพติดในชุมชน ซึ่งทำให้การดูแลสุขภาพทางจิตสังคมมีความเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น แต่การขยายงานนี้ยังอยู่ในระยะของการริเริ่ม

3.4.2.6 การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน : การสร้างพลังร่วม

การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เป็นสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพของมหาวิทยาลัย ศูนย์สุขภาพชุมชน และองค์กร

ชุมชนได้แก่ เทศบาล และชุมชนต่างๆในเขตเทศบาล ได้ร่วมกันจัดตั้งเครือข่ายการพัฒนาสุขภาพชุมชน เป็นกลไกขับเคลื่อนระหว่างหน่วยงานในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเสริมพลังร่วมในการทำงาน โดยจัดตั้งเป็นกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยผู้แทนจากคณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข ผู้แทนจากเทศบาล ประธานชมรม อสม. และผู้แทนกรรมการ และผู้นำชุมชน 6 ชุมชน ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวได้ร่วมประชุมกำหนดแผนงานพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ร่วมกัน และมอบหมายให้แต่ละหน่วยงานไปดำเนินการ โดยมีการประสานความร่วมมืออย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อติดตามและปรับแผนการทำงานร่วมกันเดือนละครั้ง ซึ่งมีการประชุมทั้งหมด 6 ครั้ง มีโครงการที่จะดำเนินการร่วมกันดังนี้

1) โครงการจัดทำฐานข้อมูลชุมชน การปรับฐานข้อมูลเป็นเครื่องมือที่สำคัญอีกประการหนึ่งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ ได้แก่ การพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลประชาชนตามแบบบันทึกครอบครัวโดยคณะพยาบาลศาสตร์ร่วมกับ PCU และเทศบาลร่วมกันพิจารณาแบบฟอร์มการจัดทำบัตรประจำครอบครัว ประสานกับการเรียนการสอนรายวิชาการปฏิบัติการดูแลที่บ้านร่วมสำรวจ แล้วนำลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อใช้เป็นฐานในการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไปจากการดำเนินงานได้แบบประเมินข้อมูลชุมชนดังกล่าว 4

2) โครงการณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพ โดยกำหนดแผนการณรงค์การออกกำลังกายเพื่อสร้างชุมชนสุขภาพ ในวันที่ 12 สิงหาคม 2546 และ 5 ธันวาคม 2546 โดยจัดกิจกรรม การตรวจสมรรถภาพร่างกาย การคัดกรองสุขภาพ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต และระดับไขมันในเส้นเลือด การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตั้งแต่เริ่มออกกำลังกาย การทดสอบสมรรถภาพ เน้นให้อสม. เป็นตัวอย่างและเป็นแกนนำ

3) โครงการณรงค์เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่การณรงค์การสวมหมวกนิรภัย การป้องกันการใช้สารเสพติด การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ กลุ่มเป้าหมายคือนักเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาซึ่งมีโรงเรียนในเขตเทศบาลที่ต้องรับผิดชอบทั้งหมด 9 โรงเรียน รวมทั้งระดับอุดมศึกษาซึ่งเน้นในมหาวิทยาลัย

4) โครงการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเทศบาลเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์รณรงค์การตรวจร้านอาหาร เพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของร้านอาหารภายในมหาวิทยาลัย และที่ชายหาด สำหรับร้านอาหารที่ได้มาตรฐานจะได้รับป้ายรับรองคุณภาพ Clean Food Good Test

5) โครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพภาคประชาชนได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของ อสม.และผู้นำชุมชน ในฐานะแกนนำสุขภาพชุมชน ที่มีอยู่ในเขตเทศบาล โดยกำหนดให้มีการฝึกอบรมการเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลสุขภาพ และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามวาระประชุมของ อสม.ทุก 2 เดือน ซึ่งปกติจัดประชุมเป็นประจำอยู่แล้วเดือนละ 1 ครั้ง

3.4.3 กระบวนการพัฒนาศักยภาพประชาชน

กลยุทธ์ในการพัฒนาประกอบด้วย

3.4.3.1 การสร้างความตระหนักของประชาชนด้านสุขภาพ

การสร้างความตระหนักด้านสุขภาพเป็นจุดเริ่มของการเปลี่ยนแนวคิดใหม่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน จากการประชุมระดมสมองสำหรับกลุ่มประชาชนและ อสม. ก่อให้เกิดเจตคติ ความรู้ ความเข้าใจ ต่อความหมายและความสำคัญ ของคำว่าสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เน้นให้ประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพมากขึ้น

3.4.3.2 การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมของประชาชนด้านสุขภาพ

การสร้างวิสัยทัศน์ของประชาชนด้านสุขภาพ ดำเนินการโดยการจัดกลุ่มเวทีประชาคมสำหรับประชาชนโดยอสม. เข้าร่วมระดมสมอง 2 ครั้ง จำนวน 66 คน เพื่อสร้างภาพสุขภาพในฝัน และกำหนดพันธกิจชุมชนแห่งสุขภาพ ซึ่งได้ภาพในฝันเป็นดังนี้

- 1) มีร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย กินได้นอนหลับ
- 2) ไม่เครียด อารมณ์ดี
- 3) ไม่เป็นหนี้ มีงานทำ
- 4) มีลูกหลานดูแล
- 5) สิ่งแวดล้อมดี อากาศดี ไม่มีขยะในชุมชน บ้านเรือนสะอาด
- 6) มีที่ออกกำลังกาย มีสระว่ายน้ำ
- 7) ดูแลสุขภาพตนเองได้
- 8) ไปตรวจสุขภาพประจำปี
- 9) มีสถานบริการสุขภาพที่ดี
 - เจ้าหน้าที่ให้การดูแลดี มีน้ำใจ เอาใจใส่ อ่อนนุ
 - ไปรับบริการสะดวก
- 10) ชุมชนช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

3.4.3.3 การกำหนดเป้าหมาย/พันธกิจ สุขภาพชุมชนของ อสม. มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของอสม.คือ

- 1) ประชาชนสุขภาพแข็งแรง
- 2) ชุมชน บ้านเรือนสะอาด ต่อต้านยาเสพติด
- 3) มีความรู้ด้านสุขภาพ
- 4) รู้จักสร้างเสริมสุขภาพ ออกกำลังกาย
- 5) รู้จักป้องกันโรค
- 6) มีผลงาน งานสำเร็จราบรื่น

- 7) มีสุขภาพดี เป็นแบบอย่างด้านการดูแลสุขภาพ
- 8) ได้รับคำปรึกษา
- 9) ตั้งใจสามัคคีร่วมประสานงาน
- 10) ทุกคนใช้เวลาในงานอาสา

3.4.3.4 การพัฒนางานอาสาพัฒนาสุขภาพชุมชน

ผลจากการจัดกลุ่มระดมสมอง เกี่ยวกับ งานอาสาพัฒนาสุขภาพชุมชนมุมมองตนเองของ อสม.จำนวน 194 คน พบว่า อสม. มีปัจจัยเชิงจิตสำนึกสำคัญในการเข้าร่วมงานอาสาพัฒนาสุขภาพชุมชนคือ

- 1) การพัฒนาตน ทำให้ได้ความรู้เพิ่ม มีวิสัยทัศน์กว้างไกล เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ ช่วยเหลือตนเองและครอบครัวในเบื้องต้นได้เมื่อมีปัญหาสุขภาพ
- 2) การพัฒนาชุมชน เป็นการช่วยเหลือเพื่อนบ้าน ประชาชน สังคม ช่วยงานเจ้าหน้าที่ ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ
- 3) การได้รับผลตอบแทนทางใจ –ทางวัตถุ ได้เพื่อนดี ได้เพื่อนใหม่ มีความสุข สนุกกับการทำงาน ได้รับการรักษาฟรี ได้เข้าร่วมสังคม ได้ไปศึกษาดูงาน

3.4.3.5 การเพิ่มพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาสุขภาพตนเอง การฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การอบรมเน้นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้แก่ โรคข้อและกระดูกเสื่อม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การฝึกทักษะการประเมิน การตรวจสุขภาพอย่างง่าย การวัดความดัน การวัดปรอท การเช็ดตัวลดไข้ โดยมีผู้เข้าอบรม จำนวน 160 คน การอบรมเน้นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้แก่ โรคข้อและกระดูกเสื่อม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การฝึกทักษะการประเมิน การตรวจสุขภาพอย่างง่าย การวัดความดัน การวัดปรอท การเช็ดตัวลดไข้ และให้มีการอบรมความรู้เป็นประจำทุก 2 เดือน ซึ่งได้ดำเนินการไป 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งมีผู้เข้าประชุมประมาณ 200 คน ซึ่งผู้เข้าอบรมทั้งโครงการใหญ่และโครงการย่อย มีความพึงพอใจในระดับมากและต้องการให้มีการจัดอย่างต่อเนื่อง

3.5 กระบวนการพัฒนาระบบบริการของ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล

3.5.1 กระบวนการพัฒนาบุคลากร กลยุทธ์ในการพัฒนาประกอบด้วย

3.5.1.1 การปรับกระบวนการทัศน์ของบุคลากรในการให้บริการระดับปฐมภูมิ เป็นการสร้างความเข้าใจระบบบริการสุขภาพภายใต้แนวคิดใหม่ การปรับแนวคิดการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการจัดประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงาน การจัดระบบบริการปฐมภูมิ การพัฒนาการเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างนักวิจัย นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติ ตลอดจนการปรับแนวคิดจากเสี่ยงสะท้อนเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของประชาชน

3.5.1.2 การสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการ แก่ ผู้ปฏิบัติงานและเพิ่มศักยภาพความมั่นใจในการดูแลสุขภาพประชาชนให้สามารถดูแลตนเองได้ โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการบริการสุขภาพเฉพาะเรื่องตามความต้องการของทีมงานและประชาชนในพื้นที่

3.5.1.3 การเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การจัดระบบการประสานงาน การนิเทศงาน การศึกษาและการทำงานเป็นทีม เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาในการทำงานและสร้างเสริมการทำงานอย่างมีระบบ มีประสิทธิภาพ

3.5.1.4 การกำหนดแผนพัฒนาบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาและเทศบาล

3.5.2 กระบวนการพัฒนาระบบงาน กลยุทธ์ในการพัฒนาประกอบด้วย

3.5.2.1 การปรับโครงสร้างองค์กร การจัดระบบงานใหม่ ในระยะเริ่มแรกมีการจัดตั้งองค์กรใหม่ที่ได้รับผิดชอบงานบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะที่หน่วยคู่สัญญา ส่วนที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเทศบาลมีการขยายงานเดิม

3.5.2.2 การสร้างเป้าหมาย การกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร เป็นการนำผลการประชุมร่วมกันระหว่างทีมวิจัย หน่วยคู่สัญญาหลัก หน่วยบริการปฐมภูมิ การทำประชาคมและการศึกษาดูงานหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์ และวางแผนการจัดรูปแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และบริบทของสังคมวัฒนธรรมชุมชนเขตเมือง

3.5.2.3 การปรับเปลี่ยนวิสัยทัศน์การทำงาน ทีมวิจัย บุคลากรสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยคู่สัญญา แก่นนำชุมชนต่างๆ ได้ประชุมร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและระดมสมองเพื่อปรับวิสัยทัศน์การทำงานโดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสและภาวะคุกคาม (SWOT Analysis) ในการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลแห่งนั้น ซึ่งได้วิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายการทำงานดังนี้

วิสัยทัศน์ของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลคือ

บริการขั้นต้นที่มีมาตรฐาน

บริหารงานอย่างมีส่วนร่วม

รวมพลังชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

มีการพึ่งพาตนเองได้

พันธกิจ มีดังนี้

- 1) จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพชุมชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน
- 2) พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
- 3) จัดบุคลากร อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอกับความต้องการของประชาชน

4) สนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์ทางเลือก และการแพทย์ปัจจุบัน

5) ประชาสัมพันธ์บริการด้านสุขภาพสู่ชุมชนอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

3.5.2.4 การกำหนดเป้าหมายการทำงานของศูนย์บริการสาธารณสุข มุ่งเน้น 3 ด้าน คือ การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน การให้บริการขั้นต้นด้านสุขภาพของบุคลากรทีมสุขภาพ และการให้บริการขั้นต้นที่ครอบคลุม

3.5.2.5 การปฏิบัติการให้บริการตามรูปแบบที่กำหนดและพัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบตามบริบทที่เปลี่ยนไป ซึ่งในกระบวนการปฏิบัติตามรูปแบบนั้น มีการช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ด้วยการอบรมพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการของบริการแต่ละด้าน การพัฒนาการทำงานเป็นทีม การประสานงาน การบริหารจัดการ การนิเทศงาน การติดตามประเมินผลการทำงาน การนำเสนอผลงานกระบวนการพัฒนางานบริการระดับปฐมภูมิระดับจังหวัด ที่สำคัญหน่วยบริการนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างดีมาจากองค์กรท้องถิ่น

3.5.2.6 การวางแผนพัฒนาบุคลากร ผลการพัฒนาบุคลากรเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแนวคิดใหม่ มีกำลังใจในการทำงาน มองเห็นทิศทางในการทำงาน มีความมั่นใจในบริการที่ให้กับประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประชาชนมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพ และได้รับการตามที่ต้องการ ประชาชนให้ความร่วมมือมากขึ้น รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้แทนชุมชนและกรรมการชุมชนได้รับการพัฒนา

3.5.2.7 การดำเนินงานบริการสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เริ่มที่

การศึกษาพื้นที่ที่รับผิดชอบ การสำรวจชุมชน การสำรวจครัวเรือนใช้เวลาประมาณ 4 เดือน การศึกษาข้อมูลพื้นที่ ประวัติ วิถีชีวิตประชาชน การจัดทำแฟ้มครอบครัวของประชาชน กลุ่มเสี่ยง และโรคเรื้อรัง และการจัดทำแฟ้มชุมชน ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน ครอบคลุม 9 ชุมชน

3.5.3 กระบวนการพัฒนาศักยภาพประชาชน กลยุทธ์ในการพัฒนาประกอบด้วย

3.5.3.1 การสร้างความตระหนักของประชาชนด้านสุขภาพ โดยการจัดเวทีชุมชน การทำประชาคมและสำรวจปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพ อุปสรรคการรับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ศักยภาพในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชนความพึงพอใจในบริการ ความต้องการบริการสุขภาพในระดับต่างๆของประชาชนในพื้นที่

3.5.3.2 การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยมีหน่วยคู่สัญญาหลัก หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นแกนนำ ร่วมกับชุมชนต่างๆ และองค์กรการเมืองร่วมด้วย

3.5.3.3 การสร้างวิสัยทัศน์ของประชาชนด้านสุขภาพ การจัดเวทีประชาคมของชุมชน เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2545 มีผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่แพทย์ 3 คน พยาบาล 4 คน สมาชิกสภาเทศบาล 14 คน กรรมการชุมชน และ อสม. 50 คน ผลจากการประชุมได้ภาพฝันของชุมชนดังนี้

- 1) สถานบริการสุขภาพมีการปรับปรุงบริการให้สนองความต้องการของชุมชน
- 2) ชุมชนมีความสามัคคี ร่วมพลังร่วมมือกัน
- 3) ชุมชนมีสุขภาพดี แข็งแรง ได้รับการดูแลสุขภาพองค์รวม
- 4) ชุมชนมีสุขภาพปลอดภัยสุขลักษณะ
- 5) ให้มีบริการทำฟันที่ศูนย์สุขภาพชุมชน
- 6) ชุมชนมีสถานที่ออกกำลังกาย
- 7) มีสถานที่พบปะพูดคุยในชุมชน
- 8) มีสำนักงานร้องทุกข์
- 9) ไม่มียาเสพติดในชุมชน
- 10) สิ่งแวดล้อมดี ทะเลสะอาด ไม่มีน้ำเสีย อากาศดีไม่มีมลพิษ
- 11) ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในสังคม
- 12) มีวัดเป็นที่พึ่งทางใจ

4. ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา

การดำเนินงานจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายประการ มีสาระสำคัญดังนี้

4.1 การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง ระบบบริหารจัดการ และการบริการ

4.1.1 การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างได้แก่ การจัดตั้งหน่วยงานการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และแต่งตั้งคณะทำงาน ที่ CUP ได้แก่ คณะกรรมการบริหารโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแต่งตั้งคณะทำงาน ที่ PCU ได้แก่ คณะกรรมการบริหารงานประกันสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการแต่งตั้งกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชน ซึ่งมีหน้าที่กำหนดแผนงานเป้าหมาย นำไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน

4.1.2 ระบบบริหารจัดการได้แก่การปรับวิธีการทำงานใหม่ การจัดแบ่งและมอบหมายงานที่แบ่งกลุ่มงานภายในตามประสบการณ์และบทบาทของบุคลากร การได้แผนงานกลยุทธ์ของเทศบาล

4.1.3 การบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการรักษาพยาบาลที่ PCU การบริการฉุกเฉิน การจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดโครงการตรวจคัดกรองสุขภาพ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การเริ่มจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพชุมชน การได้วิสัยทัศน์สุขภาพของประชาชน และการขยายงานด้านสุขภาพจิต

4.2 การพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากร

การพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากร ได้แก่ การพัฒนาความรู้ของบุคลากร การพัฒนาสมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีของบุคลากร เนื่องจากบุคลากรเห็นความสำคัญของการใช้เทคโนโลยี และสารสนเทศ เป็นเครื่องมือในการทำงาน ซึ่งสถาบันการศึกษาได้ร่วมสร้างเสริมศักยภาพบุคลากรในด้านนี้ โดยจัดการอบรมความรู้เบื้องต้นในการใช้เครื่องมือ การใช้โปรแกรมพิมพ์งาน และประสานการใช้เครือข่ายบริการสืบค้นให้กับบุคลากร ในการที่ค้นหาข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย และพัฒนางานของสถานบริการ บุคลากรในสถานบริการมีการพัฒนาความรู้ เพิ่มพูนทักษะด้านการจัดการ โดยใช้แนวคิดการวางแผนกลยุทธ์ ประกอบด้วยการสร้างวิสัยทัศน์ การกำหนดพันธกิจ ซึ่งจัดทำเป็นแผนพัฒนางานของสถานบริการ ซึ่งเป็นแผนระยะ 5 ปี และการปรับแผนระยะยาวมาสู่การปฏิบัติเป็นแผน 1 ปี บุคลากรสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข ร่วมเรียนรู้และดำเนินการ ปรับความคิด สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ และเกิดแนวคิดที่มุ่งให้ประชาชนมีความตระหนักในการร่วมสร้างวิสัยทัศน์ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน

4.3 การพัฒนาและเรียนรู้ของประชาชน ประชาชนในพื้นที่ที่มีการเรียนรู้ในด้านต่างๆ ดังนี้

4.3.1 ประชาชนกลุ่มอาสาสมัครมีความตระหนักในความสำคัญของสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง โดยตระหนักถึงการเป็นเจ้าของสุขภาพ ผู้ให้บริการเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลทางเลือกที่ประชาชนมีสิทธิเลือกการให้บริการด้วยตนเอง

4.3.2 ประชาชนเรียนรู้สิทธิ หน้าที่ในการตรวจสอบคุณภาพการบริการ และการพิทักษ์สิทธิของตนเองมากขึ้น

4.3.3 ประชาชนเรียนรู้วิถีคิดเชิงกลยุทธ์จากการร่วมวิเคราะห์ และการร่วมวางแผนกลยุทธ์ ซึ่งประกอบด้วยการสร้างวิสัยทัศน์สุขภาพ การวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยของบริการและระบบบริการที่เป็นอยู่ ซึ่งทำให้ทราบแนวทางในการคิดหาคำตอบและการแก้ปัญหาาร่วมกันของคนในชุมชน

4.3.4 ประชาชนเรียนรู้การทำงานร่วมกันระหว่างเพื่อน ที่มุ่งเน้นเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพ เช่นการแบ่งกลุ่มทำงาน การเลือกผู้นำกลุ่ม การเรียนรู้เทคนิคเบื้องต้นในการเยี่ยมผู้ป่วย การเรียนรู้เทคนิคการประเมินการการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองอย่างง่าย

4.3.5 ประชาชนเรียนรู้บทบาทและหน้าที่ในการเป็นแกนนำสุขภาพชุมชน เกิดความภาคภูมิใจที่ได้ร่วมทำงานกับเจ้าหน้าที่ ภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างสันติสุขแก่สังคม

4.3.6 ประชาชนเรียนรู้ความรู้ด้านการป้องกันส่งเสริมสุขภาพในภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่นการดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4.3.7 ประชาชนในพื้นที่ที่มีบริการปฐมภูมิ มีความพึงพอใจในบริการของสถานบริการปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่ยังคงต้องการให้มีการพัฒนา ปรับปรุงในด้านคุณภาพการบริการ เช่นความสะดวก ความรวดเร็ว ความมีน้ำใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส

การสะท้อนคิดต่อการพัฒนาศักยภาพ ของทีมสุขภาพและประชาชน พบบทเรียนที่สำคัญ คือ ประชาชน อสม. ส่วนหนึ่งมีความพร้อมที่จะพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพชุมชน มีความยินดี เต็มใจ และภาคภูมิใจในงานอาสาพัฒนาสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นเจตคติทางบวกที่จะนำไปสู่การสร้างความมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสุขภาพชุมชนได้อย่างยั่งยืน จึงเห็นได้ว่า **เครื่องมือสำคัญ** ที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการดำเนินงานตามนโยบายทั้งเชิงรับและเชิงรุก ได้แก่ การสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น โดยผ่านกระบวนการพัฒนาเชิงการวิจัย เพื่อสร้างฐานความรู้ ฐานความคิดและปัญญา และความผูกพันทางใจ ตัวอย่างกิจกรรมต่างๆที่จัดขึ้นในกระบวนการเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น เพื่อสร้างฐานความรู้ ความคิดและปัญญา และการมีส่วนร่วม เช่นการจัดเวทีประชาคมเพื่อสะท้อนความคิดต่อรูปแบบและระบบบริการที่เป็นอยู่และที่คาดหวัง โดยผู้บริหาร ผู้ให้บริการ องค์กรชุมชนและประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ การสร้างภาพฝันของชุมชนแห่งสุขภาพ เป็นต้น ดังผลการประชุมระดมความคิดของอสม. ของศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ได้ให้เจตคติ ต่อการทำงานในการเป็นอาสาสมัครว่า เกิดการพัฒนาตน พัฒนาชุมชน ได้ผลตอบแทนทางใจ ได้เพื่อนใหม่ได้เพื่อนดี มีความสุข และสนุกกับการทำงาน ซึ่งเป็นผลของการเรียนรู้จากการทำงานทั้งนี้บทเรียนนี้สอดคล้องกับแนวคิดของผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น นายแพทย์ประเวศ วะสี (2545) ราษฎรอาวุโสที่สังคมยอมรับและนายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา นักวิชาการ นักบริหารในแวดวงอุดมศึกษาและการสาธารณสุข (2545) ที่กล่าวถึงความสำคัญของการสร้างความรู้และการเรียนรู้ร่วมกัน การเรียนรู้ที่เป็นจริง การให้ข้อมูลและการศึกษา การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพ การดูแลครอบครัวและชุมชน การรวมตัวร่วมคิด ร่วมทำ ทำให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งจะแก้ไขปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพพร้อมกันไปอย่างบูรณาการ สิ่งเหล่านี้เป็นฐานการคิดที่เชื่อมโยงถึงกันและนำไปสู่ผลสำเร็จของการมีสุขภาพที่ดี บุคคล ครอบครัว และสังคมมีความสุขทั้งทางกายและใจ

4.4 การเปลี่ยนแปลงที่สถาบันการศึกษา

4.4.1 การเรียนรู้ของนักวิจัย ทีมวิจัยเกิดการเรียนรู้ดังนี้

- 1) การเรียนรู้การพัฒนาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2) การเรียนรู้เทคนิคและทักษะการเข้าถึงชุมชนของทีมวิจัยบางส่วน
- 3) การเรียนรู้ระบบบริการสุขภาพตามแนวคิด หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4) การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับ PCU ให้รู้จักเข้าใจ ความหมาย ความสำคัญ เป้าหมายการดำเนินงาน ปัญหาสุขภาพของ PCU มากขึ้น จากการร่วมงาน กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และทีมวิจัย

5) การเรียนรู้จากการทำงานร่วมกับบุคคลอื่นนอกสายงานประจำ ทำให้เกิดการ ทำงานแบบสหสาขาขึ้น โดยธรรมชาติ ซึ่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิด มุมมอง ระหว่างกัน

6) การเรียนรู้การสร้างความร่วมมือระหว่างบุคลากรและสถาบัน

7) เกิดการเรียนรู้บรรยากาศการทำงานด้วย ความเป็นกัลยาณมิตรต่อกันที่มุ่ง ช่วยเหลือแบ่งปันความรู้

8) การเรียนรู้กระบวนการถ่ายทอดความรู้กับกลุ่มประชาชน และเครือข่ายที่มีพื้นฐาน การศึกษาแตกต่างหลากหลาย ซึ่งต้องอาศัยความยืดหยุ่นและการปรับตัวตลอดเวลาตามแนวคิดการ ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

9) เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์การสอนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน ที่ ต้องเริ่มจากการพัฒนาความตระหนักรู้ในการสร้างวิสัยทัศน์สุขภาพของประชาชน

10) การเรียนรู้การพัฒนาเทคนิคการเป็นวิทยากรกลุ่ม

11) การเรียนรู้การพัฒนาเครือข่ายและมิตรภาพเพื่อเป็นฐานการทำงานในระยะยาว

12) การเรียนรู้ที่จะพัฒนาระบบอาสาสมัครชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ต้อง อาศัยปัจจัยจูงใจทั้งที่เป็นรูปธรรมและคุณค่าความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วม

4.4.2 การจัดการเรียนการสอน

4.4.2.1 ระดับปริญญาตรี

อาจารย์เกิดการเรียนรู้การบูรณาการเป้าหมายร่วมระหว่างการจัดการเรียนการ สอนของสถานศึกษากับสถานบริการสุขภาพ สร้างความร่วมมือและสร้างหุ้นส่วนการทำงาน ร่วมกันได้ ทำให้ประหยัดกำลังคน งบประมาณ และทรัพยากรอื่น ๆ ได้ ตัวอย่างได้แก่ การ วางแผนการจัดการเรียนการสอนที่จัดได้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน ซึ่งทำให้ เกิดการทำงานที่เป็นการวางแผนงานล่วงหน้าได้อย่างมีระบบ เกิดผลลัพธ์ที่คุ้มค่าร่วมกัน คือการ จัดทำแบบประเมินสุขภาพชุมชนร่วมกัน ซึ่งสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้ร่วมกัน สามารถนำไปใช้ในการจัดทำฐานข้อมูลชุมชน ส่วนสถาบันการศึกษาได้สร้างประสบการณ์การ เรียนรู้ในการศึกษาชุมชน และที่สำคัญคือมีเครือข่ายกัลยาณมิตรในการทำงาน เพื่อสร้างชุมชน สุขภาพร่วมกัน

4.4.2.2 ระดับปริญญาโท

สถานศึกษาในฐานะที่เป็นหน่วยผลิตบัณฑิตระดับมหาบัณฑิตด้านพยาบาล ศาสตร์ โดยอาจารย์ระดับบัณฑิตศึกษาได้เรียนรู้ที่จะพัฒนาระบบการสอนที่บูรณาการกับการวิจัย

เฉพาะสาขา และการวิจัยเชิงนโยบายระดับชาติ เพื่อสร้างผลลัพธ์ของการวิจัยให้เกิดการพัฒนา และสร้างข้อเสนอแนะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งเกิดการพัฒนาการเรียนรู้ การทำงานร่วมกันระหว่างอาจารย์ที่เป็นทีมวิจัยและนักศึกษาได้เป็นอย่างดี

ผลจากการวิจัยที่ได้มีการประชุมเสวนาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ ระหว่างกลุ่มอาจารย์ที่เป็นทีมวิจัย และนิสิตบัณฑิตศึกษา ทำให้นิสิตตระหนักใน ความสำคัญของปัญหาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และสนใจศึกษาวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ การศึกษารูปแบบ ระบบ ลักษณะของระบบบริการ การปฏิบัติงานของวิชาชีพพยาบาลที่ ศูนย์สาธารณสุขชุมชน ในด้านบทบาท ความพึงพอใจ ความต้องการการสนับสนุน นอกจากนี้ มีการศึกษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ในประเด็นการวางแผนกลยุทธ์ การสร้าง มาตรฐานการปฏิบัติ การประสานงาน การประเมินผล การจัดรูปแบบบริการ และคุณภาพ บริการ และการศึกษาเกี่ยวกับผู้รับบริการในประเด็นความพึงพอใจ

ส่วนสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่นิสิตใช้เป็นพื้นที่ศึกษา ได้แก่ ศูนย์ สุขภาพชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมือง และคลินิกปฐม ภูมิในโรงพยาบาลศูนย์

กรณีตัวอย่างผลงานวิจัยจากการศึกษาของลำยอง นกหงษ์ (2546) ซึ่งศึกษายบทบาท ของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี เป็นคู่สัญญา หลัก ผลการวิจัยพบว่า บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชนมี 8 ด้าน คือ 1) ด้านการ เป็นผู้นำการรักษายาบาลและผู้นำชุมชน 2) การให้คำปรึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเมื่อมีผู้มารับ บริการ และการให้คำปรึกษานอกศูนย์สุขภาพ ชุมชนขณะเยี่ยมบ้าน 3) การเป็นผู้สอนในศูนย์ สุขภาพชุมชนเมื่อมีผู้รับบริการรายบุคคล รายกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานและการเป็นผู้สอนนอกศูนย์ สุขภาพชุมชนในงานอนามัยโรงเรียน 4) การดูแลเอาใจใส่ในผู้ร่วมงาน และประชาชน 5) การ เป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค โดยการแนะนำและประชาชนสัมพันธ์ด้านอาหารและยา สิทธิการรักษา 6) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงผู้ร่วมงานโดยนำเทคนิคปราศจากเชื้อ ระบบข้อมูลมาใช้ในศูนย์ สุขภาพชุมชน และการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงประชาชนในงานส่งเสริมสุขภาพ 7) การเป็นผู้ ติดต่อสื่อสารภายในศูนย์สุขภาพชุมชน และระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนในหน่วยงานหรือบุคลากร อื่น และ 8) การเป็นผู้จัดการด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านระบบ

กรณีตัวอย่างผลงานวิจัยของ นิตยา กานดารัมภ์ (2546) ที่ศึกษาการจัดทำแผนกล ยุทธ์ ในการดำเนินงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยได้แผนกลยุทธ์ที่ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายการดำเนินงานจำนวน 4 เป้าหมายและกลยุทธ์ในการดำเนินงานโครงการสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะ 4 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 – 2549 จำนวน 7 กลยุทธ์ รวมทั้งแผนปฏิบัติงานในการดำเนินงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 4

เรื่อง ได้แก่ การพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ในเขตเทศบาล การปรับโครงสร้างการบริหารศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองศรีราชา การจัดเวทีประชาคมเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการจัดระบบข้อมูล การติดตาม นิเทศและประเมินผล สารของแผนกลยุทธ์มุ่งเน้น 3 ด้าน คือ ด้านประชาชน /ชุมชน ด้านระบบบริการ และด้านทีมสุขภาพ

4.5 การเปลี่ยนแปลงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในพื้นที่วิจัยได้แก่เทศบาลเมือง ทั้ง 2 แห่ง มีเจตคติที่ดีต่อการร่วมพัฒนาสุขภาพประชาชน ในเขตพื้นที่ที่องค์กรท้องถิ่นรับผิดชอบ โดยการเข้าร่วมเป็นกรรมการเครือข่ายสุขภาพ เข้าร่วมในกิจกรรมการวางแผนกลยุทธ์ ผู้นำองค์กรระดับสูงร่วมคิดร่วมปรับแผนกลยุทธ์กับทีมวิจัย อาสาสมัครและประชาชน จนได้แผนระยะยาว 5 ปีที่เป็นของประชาชนซึ่งสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง การเรียนรู้ที่สำคัญคือ

4.5.1 การสร้างความมีส่วนร่วมขององค์กรการเมืองท้องถิ่น การนำศักยภาพ จุดแข็ง ความพร้อมด้านการเมือง งบประมาณ และความตั้งใจร่วมพัฒนาสุขภาพเชิงรุกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชน

4.5.2 การสร้างความตระหนักในความเป็นเจ้าของพื้นที่ และเจ้าของสุขภาพชุมชน ที่ผู้บริหารองค์กรท้องถิ่นจะต้องเอื้อนโยบายด้านสุขภาพ สนับสนุนการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีการตรวจสอบ กำกับคุณภาพการบริการที่เป็นระบบ โดยชุมชนมีส่วนร่วม

4.5.3 การสร้างความมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชนที่ครบวงจร ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายสุขภาพ การคัดสรรผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่มีเจตคติที่ดีต่อการทำงานด้านสุขภาพ การประสานงานกับสถาบันการศึกษาในการสนับสนุนการศึกษา และพัฒนาผู้เรียนให้สามารถสำเร็จการศึกษาและมีสมรรถนะตามที่ชุมชนต้องการ

5. บทบาทของสถานบริการ สถาบันการศึกษา องค์กรชุมชน และบทบาทพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การวิจัยนี้วิเคราะห์บทบาทของสถานบริการ สถาบันการศึกษา องค์กรชุมชน และบทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนี้

5.1 บทบาทของสถานบริการ

สถานบริการควรมีบทบาทในการพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิดังนี้

5.1.1 บทบาทในการเป็นเจ้าของสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบ มีฐานข้อมูลสุขภาพของประชาชนอย่างครบถ้วนที่สามารถบริการให้หน่วยงานอื่นได้

5.1.2 บทบาทในการเป็นแหล่งความรู้ ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ ด้านการประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า และพัฒนาข้อมูลให้ทันสมัย

5.1.3 บทบาทเป็นหน่วยบริการต้นแบบที่พร้อมให้บริการอย่างใส่ใจ อบอุ่น ตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

5.1.4 บทบาทในการเป็นศูนย์รวมพลังแกนนำสุขภาพภาคประชาชน เพื่อสร้างพลังและมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ

5.1.5 บทบาทในการทำงานเชิงรุกในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง พัฒนามาตรฐานการทำงาน การให้บริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5.1.6 เป็นศูนย์รวมประสานการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนอย่างบูรณาการ ครอบคลุมทุกประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

5.2 บทบาทของสถาบันการศึกษา

สถาบันการศึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งคณะพยาบาลศาสตร์เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญต่อการมีบทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เกิดผลสำเร็จได้ บทบาทที่สำคัญได้แก่

5.2.1 เป็นแหล่งผลิตบุคลากรพยาบาลที่มีความรู้ มีความเป็นผู้นำ มีสมรรถนะที่สำคัญเพื่อประสานการพัฒนาชุมชนแห่งสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน

5.2.2 เป็นศูนย์รวมองค์ความรู้ พัฒนาองค์ความรู้ และถ่ายทอดความรู้ ในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาคำตอบ ชี้นำสังคม และวิชาชีพสู่การปรับเปลี่ยนการสร้างชุมชนแห่งสุขภาพที่พึงประสงค์

5.2.3 เป็นศูนย์กลางการพัฒนารูปแบบและระบบบริการที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อกระตุ้น และนำการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

5.2.4 เป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่สามารถให้บริการสืบค้นได้อย่างรวดเร็ว ทันสมัย

5.2.5 เป็นศูนย์ประสานความคิด รวมพลังสร้างต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาชุดบริการที่เป็นมาตรฐาน

5.3 บทบาทขององค์กรชุมชน

องค์กรชุมชนที่สำคัญได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. เทศบาล ซึ่งอยู่ในช่วงของการปรับตัวต่อการพัฒนาตนเองในการเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเต็มรูปแบบตามแนวคิดการกระจายอำนาจสู่ชุมชน ดังนั้น องค์กรชุมชนจึงควรมีบทบาทสำคัญดังนี้

5.3.1 การเป็นเจ้าของสุขภาพในพื้นที่และเจ้าของสุขภาพชุมชน

5.3.2 การเป็นแหล่งสำคัญด้านนโยบายและงบประมาณที่จัดสรรเพื่อพัฒนาสุขภาพคนและชุมชน การร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรทีมสุขภาพ สนับสนุนการสร้างคนในชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชน

5.3.3 บทบาทการเป็นหน่วยกลางในการประสานงานรวมทุกส่วนงานที่มีอยู่ในพื้นที่เพื่อสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจร่วมด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาสร้างเสริมสุขภาพอย่างบูรณาการ

5.3.4 การสร้างความมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชนที่ครบวงจรตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายสุขภาพ การคัดสรรผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ การประสานงานกับสถาบันการศึกษาในการสนับสนุนการศึกษา และพัฒนาผู้เรียน ร่วมทุนผลิตผู้ให้บริการเจ้าของพื้นที่

5.3.5 จัดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีการตรวจสอบ กำกับคุณภาพการบริการที่เป็นระบบ โดยชุมชนมีส่วนร่วม พัฒนาสุขภาพเชิงรุก ประชาชนสร้างความสมดุลของภาวะสุขภาพพอเพียง

5.3.6 การสนับสนุนด้านงบประมาณ จัดตั้งกองทุนสุขภาพ

6. ศักยภาพและบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

6.1 ศักยภาพของพยาบาล มีประเด็นสำคัญที่ค้นพบดังนี้

6.1.1 ภูมิหลังและประสบการณ์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับ PCU มีทั้งระดับปริญญาตรีและปริญญาโท ซึ่งทำให้เห็นความแตกต่างของการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ กับทีมวิจัยที่แตกต่างกัน

6.1.2 ลักษณะการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ PCU เมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีรูปแบบการทำงานดังนี้

6.1.2.1 การจัดพยาบาลเสริมที่รับผิดชอบงานประจำ โดยทั่วไปมีการจัดพยาบาลวิชาชีพจาก CUP (รพช.หรือ รพศ.) หมุนเวียนไปทำหน้าที่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ได้รับมอบหมายตามระยะเวลาที่แต่ละพื้นกำหนด เช่นทุก 1 เดือน ทุก 3 เดือน เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพเหล่านี้ส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการตรวจรักษาใน PCU ไม่นั่นการปฏิบัติงานในชุมชน ไม่ได้ร่วมวางแผนการดำเนินงานในชุมชนที่เป็นองค์รวม ไม่ได้ปฏิบัติงานในลักษณะเจ้าของพื้นที่ แต่ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ได้จัดพยาบาลวิชาชีพจาก CUP มาเสริมในลักษณะที่เป็นเจ้าของงานประจำ จึงทำให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคย และเป็นเจ้าของงานร่วมกันได้ดีขึ้น ถึงแม้จะอยู่ต่างสังกัดกัน

6.1.2.2 การรับภาระงานด้านการตรวจรักษาเพิ่มขึ้น การไม่ได้รับการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพ และการเสริมในอัตราพยาบาลที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จึงส่งผลต่อการปฏิบัติในชุมชน เนื่องจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นในด้านการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะวันที่มีแพทย์มาปฏิบัติงาน บุคลากรทุกคนต้องอยู่ช่วยงานที่ศูนย์ ในทางตรงข้ามที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล มีอัตราพยาบาลวิชาชีพถึง 3 คน และยังมีพยาบาลวิชาชีพจาก CUP มาเสริมอีก 2 คน ทำให้เมื่อต้องการทำงานทั้งในสถานบริการและในชุมชนมากขึ้น

6.1.2.3 พยาบาลเทคนิค และพยาบาลวิชาชีพบางคน ที่ปฏิบัติงานที่ PCU ยังเข้าใจไม่ตลอดถึงแนวคิด/ปรัชญาการปฏิบัติงานที่ PCU ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นการทำงานตามหน้าที่ และทำงานแบบแยกส่วน

6.1.2.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ปฏิบัติงานเกินขอบเขตวิชาชีพ เช่น ต้องทำหน้าที่ด้านการรักษา และการพยาบาล

6.1.2.5 ศักยภาพในการให้บริการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ (4 คน) ในพื้นที่ที่ศึกษาเป็นบุคลากรหลัก ในการให้บริการสุขภาพ การตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น การบริการสุขภาพในชุมชน ด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพด้วยการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ซึ่งเน้นการบริหารจัดการ การประสานงาน การพัฒนาทางวิชาการ โดยการสนับสนุนจากนักวิชาการ ทีมวิจัย มีข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงถึงความสามารถในการเป็นผู้นำสามารถนำการเปลี่ยนแปลง โดยการใช้ความรู้เชิงวิชาการเป็นฐานคิดและการปฏิบัติ อาจเนื่องจากส่วนใหญ่มีวุฒิปริญญาโท จึงเป็นพื้นฐานสำคัญด้านประสบการณ์และความรู้ความสามารถที่จะเข้าถึงชุมชน ด้วยการพัฒนาระบบคิด การประสานงาน การแก้ปัญหา การแสดงความเป็นผู้นำ การนำการเปลี่ยนแปลงที่ใช้ความรู้ สร้างความรู้เป็นสื่อ

ผลจากการวิจัย สามารถสรุปได้ว่าพยาบาลวิชาชีพทั้งสองพื้นที่ที่ทำการวิจัย ที่ลงปฏิบัติงานในชุมชน มีศักยภาพที่จะทำงานร่วมกับชุมชนได้ดี ทั้งในด้านการมองภาพชุมชนสุขภาพ การมีความคิดเชิงมนทัศน์ การมีความคิดที่สร้างสรรค์งานเพื่อพัฒนาชุมชน และการเข้าถึงชุมชน

6.1.2.6 ศักยภาพในการบริหารจัดการ ผู้บริหารที่เป็นหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นพยาบาลที่มีวุฒิปริญญาตรี (ต่อเนื่องด้านสาธารณสุข) และวุฒิการศึกษาขั้นต้นเป็นพยาบาล ส่วนที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล มีวุฒิเป็นพยาบาลวิชาชีพ แต่อาจมีข้อจำกัดต่อการคิดและวิธีปฏิบัติในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการด้านการรักษา ผู้นำชุมชน ผู้สอน และให้คำปรึกษา ผู้พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการเป็นผู้จัดการดูแลสุขภาพ (Sullivan,1998; Ellis & Hartley,1998) ซึ่งเป็นบทบาทเพิ่มพูนความสำคัญในอนาคต ที่ผู้ให้บริการจะต้องปรับบทบาท ดังนั้นผู้ให้บริการทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการจึงพัฒนาตนให้มีทักษะการบริการ การบริหารจัดการ มีทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ มีทักษะการคิดเชิงมนทัศน์ และทักษะในการวินิจฉัยปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อการแก้ไขที่ทันกาล (Leddy & Pepper,1998) นอกจากทักษะทั้ง 4 ด้านที่กล่าวมาแล้วนั้น ยังต้องมีทักษะเฉพาะที่สำคัญที่ทำให้การบริหารจัดการงานบริการระดับปฐมภูมิบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น คือทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การบริหารเวลา ทักษะการสื่อสาร การแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ การสร้างความร่วมมือ การประสานงาน การเป็นที่ปรึกษา การกำกับงาน และการ

มอบหมายงาน เนื่องจากงานบริการระดับปฐมภูมิเป็นงานที่ต้องการประสานทั้งเชิงกว้างและเชิงลึกกับทุกหน่วยงานทุกองค์กรในชุมชนอย่างบูรณาการ

6.2 บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้แก่

งานวิจัยนี้สังเคราะห์บทบาทพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนี้

6.2.1 บทบาทในการให้บริการทั้งในการดูแลรักษาพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพ

6.2.2 บทบาทในการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

6.2.3 บทบาทในการเป็นผู้นำด้านการบริการ และผู้นำชุมชน

6.2.4 บทบาทในการให้คำปรึกษาการให้ข้อมูล การสอน ด้านสุขภาพ

6.2.5 บทบาทในการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิประชาชนด้านสุขภาพ

6.2.6 บทบาทในการเป็นผู้ประสานความคิด เป็นสื่อกลางในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองด้านสุขภาพในชุมชน โดยการพัฒนาเครือข่ายการสร้างชุมชนแห่งสุขภาพ

6.2.7 บทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นนักพัฒนา คิดและริเริ่มสิ่งใหม่เพื่อสร้างชุมชนแห่งสุขภาพ

6.2.8 บทบาทในการเป็นผู้จัดการสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบ การเฝ้าระวัง ตรวจจับ ควบคุม ติดตาม ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการดูแลอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง

6.2.9 เป็นผู้กระตุ้นและสร้างจิตสำนึก เจตคติต่อการพัฒนางานสุขภาพชุมชน

6.2.10 บทบาทของพยาบาลในการให้บริการ มีบทบาทและหน้าที่ ดังนี้

1) ด้านการรักษาพยาบาล

- คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น
- บำบัดรักษาเบื้องต้นตามขอบเขตของกฎหมาย
- ส่งต่อ กรณีเกินความสามารถในการดูแล พร้อมทั้งประสานกับโรงพยาบาลที่รักษา เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

2) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

- ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยชุมชน
- วางแผนป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพบุคคล/ครอบครัวตามระยะพัฒนาการและชุมชน
- ส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของบุคคลตามวัย
- ดำเนินการเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง
- สร้างและพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพ
- จัดหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่

- จัดหน่วยบริการให้คำปรึกษาการดูแลสุขภาพ
- 3) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผู้พิการ
 - จัดระบบข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน
 - ติดตามการวางแผนการดูแลสุขภาพที่บ้าน
 - พัฒนาชุดบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน
 - พัฒนาระบบและการบริการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

6.3 คุณลักษณะของงานพยาบาลวิชาชีพที่มีผลต่อความสำเร็จของงานที่ PCU ควรมีคุณลักษณะดังนี้

- 6.3.1 มีความรู้ความสามารถด้านการจัดการบริหารจัดการ
- 6.3.2 มีภาวะผู้นำ/สามารถนำการเปลี่ยนแปลง
- 6.3.3 มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ
- 6.3.4 มีความคิดสร้างสรรค์และคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- 6.3.5 มีความสามารถในการประสานงานและให้ความร่วมมือกับเครือข่าย
- 6.3.6 มีความเข้าใจความต้องการและศักยภาพของชุมชน
- 6.3.7 มีวิสัยทัศน์ในการทำงานเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชน
- 6.3.8 มีความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

6.4 การสะท้อนคิดต่อการพัฒนาศักยภาพพยาบาล จากข้อมูลที่ได้และการวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนด้านการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีประเด็นด้านศักยภาพของบุคลากร ซึ่งผู้บริหารในสถานบริการและหน่วยคู่สัญญาหลัก และสถาบันการศึกษาพยาบาลจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญ ได้แก่

6.3.1 การพัฒนาศักยภาพด้านเจตคติและทักษะการบริการ บุคลากรพยาบาลบางส่วน ยังขาดการเตรียมความรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะแนวคิดและนโยบายโครงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและนโยบายสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องลึกซึ้งต่อการบริการเชิงรุกรวมทั้งทักษะการรักษาพยาบาล การเข้าถึงชุมชน และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ทำให้ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความคลุมเครือ และต้องพยายามเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามพยาบาลส่วนหนึ่งได้รับการอบรมด้านการใช้เครื่องมือทางมนุษยวิทยาในการศึกษาชุมชนมาแล้ว ประกอบกับภูมิหลังด้านการศึกษาและประสบการณ์ร่วมทั้งในการวิจัยนี้ มีกระบวนการพัฒนาด้านความรู้แก่ทีมผู้ให้บริการ การสนับสนุนด้านการเข้าประชุม การศึกษาดูงาน การพูดคุยสนทนาทางวิชาการ จึงเป็นกระบวนการสร้างความรู้เชิงการวิจัยที่เสริมจากนักวิจัยและนักวิชาการ ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้รูปแบบหนึ่งที่เรียนรู้จาก

สถานการณ์จริง ในลักษณะของการทำงานไป แก้ปัญหาไป สร้างความรู้ เรียนรู้และพัฒนาไป พร้อมกัน

6.3.2 การพัฒนาศักยภาพทางการบริหาร ภาวะผู้นำและการทำงานร่วมกับผู้อื่น ในสถานการณ์ที่มีการกำหนดนโยบายอย่างเร่งด่วน ทำให้มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานประจำ ทำให้ต้องมีการจัดโครงสร้างงานใหม่ มีการมอบหมายงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดผลสำเร็จของงานและมีความสุขในการทำงาน ทีมวิจัยใช้แนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นจุดเริ่มการปรับกระบวนการทัศน์ในการทำงาน เนื่องจากเป็นแนวทางที่เน้นกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เน้นการสร้างวิสัยทัศน์ การเปิดโอกาสให้ร่วมคิด ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีในการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม มีความเป็นเจ้าของ สร้างผู้นำทีม เน้นการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน เนื่องจากการสื่อสารให้รู้ถึงกัน ทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน(ประเวศ วะสี, 2545)

6.3.3 การใช้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี การพัฒนาและการสร้างสมรรถนะในการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพ มีความสำคัญและ เป็นแนวโน้มที่มีความจำเป็น รวมทั้งจะต้องมีการบริหารจัดการที่ดี (จรัส สุวรรณเวลา, 2545) มีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ โดยองค์กรชุมชน เข้ามาร่วมในการทำงาน ซึ่งอาจเป็นการตรวจสอบในเชิงการปฏิบัติงานร่วมกัน ที่ต้องมีความจริงใจ ความถูกต้องของข้อมูล และการเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญที่ให้สิทธิประชาชนในการตรวจสอบ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการที่สถานบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิทุกคนจะต้องใส่ใจอย่างจริงจังเพื่อสร้างความสุขและความปลอดภัยในการทำงาน

ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคลากรสุขภาพหลักที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดสรรลงสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานที่จะสามารถปฏิบัติงานในการพัฒนาชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพ การคัดกรองสุขภาพ ให้การดูแลรักษาพยาบาล การติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด

7. ปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่

7.1 ด้านนโยบาย

7.1.1 การกำหนดนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการประกาศใช้อย่างเร่งด่วนทำให้ขาดการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในทุกระดับ

7.1.2 ความไม่ชัดเจนของนโยบาย

7.1.3 การรับทราบข้อมูลนโยบายของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

7.2 ด้านบุคลากร

7.2.1 ศักยภาพของบุคลากรยังไม่สอดคล้องกับการพัฒนาการบริการสุขภาพเชิงรุก

7.2.2 บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่PCU ส่วนหนึ่ง ขาดความรู้ ความสามารถ ในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เนื่องจากมีวุฒิระดับพยาบาลเทคนิค แต่ศึกษาต่อเนื่องด้านการสาธารณสุข

7.2.3 พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ประจำที่ PCU แต่ตำแหน่งยังอยู่ที่รพช./รพศ. ซึ่งขาดความชัดเจนในเรื่องการบริหารงานบุคคล การพัฒนาบุคลากร พิจารณาความดีความชอบ ความมั่นคงและความก้าวหน้าในงาน

7.2.4 ผู้บริหารบางคน ยังขาดความรู้ความสามารถในด้านการบริหาร อาจเนื่องจากการเตรียมเข้าสู่ตำแหน่งทางการบริหารไม่เป็นระบบ มักใช้การเลื่อนขั้นเลื่อนระดับตามระบบอาวุโส

7.2.5 ความไม่ชัดเจนของความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนางาน เช่น กรณีบุคลากรพยาบาลมีวุฒิหลากหลายระดับ ตั้งแต่ระดับพยาบาลเทคนิค ระดับปริญญาตรี ระดับปริญญาโททางการพยาบาล โดยเฉพาะผู้ที่มีวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลที่ไม่มีโอกาสปรับตำแหน่งตามวุฒิการศึกษา

7.2.6 ยังไม่มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

7.3 ด้านงบประมาณ ทรัพยากรอื่น ๆ ปัจจัยด้านทรัพยากรเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องใช้ทรัพยากร ใช้งบประมาณในการดำเนินงาน ที่ต้องการความยืดหยุ่น และคล่องตัวในระเบียบปฏิบัติ และพอเพียงที่จะดำเนินการได้ หรือบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีศักยภาพที่จะสรรหา สามารถบริหารจัดการด้านทรัพยากรที่มีจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.4 ด้านการบริการ การจัดบริการสุขภาพในเขตเมืองจึงต้องจัดให้เป็นแบบเขตพิเศษ จัดให้นอกเวลาเพื่อให้ ประชาชนสะดวกที่จะมาใช้บริการ ประชาชนสามารถเลือกใช้ได้ตามกำลังซื้อ

7.5 ระบบเครือข่ายการส่งต่อ ต้องการการประสานงานที่รวดเร็ว ผู้ใช้บริการมีความเข้าใจในระบบ มีการปรับฐานข้อมูลประชากรให้ทันสมัย

7.6 การสร้างความมีส่วนร่วม ต้องมีความร่วมมือของชุมชน / ประชาชน ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ ความรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญยิ่งที่จะทำให้งานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเกิดผลสำเร็จ เนื่องจากการบริการเชิงรุกเป็นบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน การส่งเสริมสามารถในการดูแลตนเองของประชาชน มุมมองเหล่านี้เป็นปัญหาที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ง่าย จึงต้องเริ่มที่ระบบการคิดและมุมมองที่มีต่อสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้จึงท้าทายความรู้ความสามารถของทีมสุขภาพในพื้นที่ในการสร้างพลัง สร้างความตระหนักรู้ กระตุ้น ติดตามให้เกิดการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง

7.7 การสร้างเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชน การร่วมกันให้บริการ การประสานประโยชน์ ในชุมชนเขตเมือง มีสถานบริการสุขภาพที่หลากหลาย ดังนั้นควรที่จะดึงสถานบริการสุขภาพทุก

แห่ง องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้านสุขภาพเช่นสถาบันการศึกษา องค์กรชุมชน สถานบริการ ภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วม สนับสนุนการพัฒนา และทรัพยากรต่างๆ

7.8 การเพิ่มศักยภาพองค์กรท้องถิ่น ให้มีบทบาท และมีส่วนร่วม ในการให้บริการและ พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าร่วมเป็นเจ้าของพื้นที่ เจ้าของสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนา สรรหาบุคลากรสุขภาพ ประจำศูนย์บริการ สาธารณสุข หรือกองสาธารณสุขของเทศบาล ที่มีความเข้าใจในการสร้างวิสัยทัศน์สุขภาพชุมชน เพื่อกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

7.9 การเพิ่มบทบาทสถาบันการศึกษาพยาบาล ในการเตรียมและพัฒนาศักยภาพพยาบาล อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่สามารถให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ อย่างมีคุณภาพ สร้างหลักสูตรอบรมระยะสั้นเพื่อพัฒนาสมรรถนะทางการบริหารของผู้บริหาร ประจำสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั่วประเทศ

8. การสังเคราะห์องค์ความรู้ที่จะนำไปสู่การจัดชุดบริการหลัก

ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการการบริการที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ เป็น ประเด็นที่มีความสำคัญที่ประชาชนพึงได้รับการตอบสนองตามสิทธิอันพึงมี ซึ่งปัญหาสุขภาพ พบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น และผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายไปพักรักษาที่บ้านมากขึ้นจึงต้อง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ปัญหาที่สำคัญที่พบในชุมชนได้แก่ การมีจำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและขาดญาติผู้ดูแล ปัญหาด้านจิตสังคม ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เพื่อ เป็นแนวทางในการ ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพในระดับปฐม ภูมิ จึงควรมีการจัดทำชุดบริการหลัก ตัวอย่างเช่น

8.1 ข้อเสนอชุดบริการที่สำคัญ

8.1.1 ชุดบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน

8.1.2 ชุดบริการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรค

หลอดเลือดสมอง

8.1.3 ชุดบริการการดูแลผู้สูงอายุ

8.1.4 ชุดบริการเพื่อการบำบัดทางการพยาบาล เช่น การฝึกกลืนปัสสาวะ การดูแลแผลเรื้อรัง

การดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

8.1.5 ชุดบริการการส่งเสริมสุขภาพจิต

8.1.6 ชุดบริการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

8.1.7 ชุดบริการให้ภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น

8.2 แนวทางการจัดทำชุดบริการสุขภาพ

8.2.1 ศึกษาBest Practice ของการให้บริการแต่ละชุดบริการ

8.2.2 สร้างมาตรฐานการดูแลแต่ละชุด

8.2.3 จัดชุดบริการและพัฒนาผู้ให้บริการตามมาตรฐาน

8.2.4 พัฒนาชุดบริการโดยผ่านการปฏิบัติ

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทชุมชนเขตเทศบาล ในศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีหน่วยคู่สัญญาหลักเป็นหน่วยงานสังกัดเดียวกัน และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลที่มีหน่วยคู่สัญญาหลักต่างสังกัด โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิบทบาทของสถานบริการ สถาบันการศึกษาและองค์กรชุมชนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บทบาทพยาบาลต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมทั้งข้อเสนอเชิงนโยบายและทิศทางในการพัฒนาระบบและการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. การดำเนินการวิจัย

1.1 พื้นที่ที่ศึกษา มี 2 พื้นที่ได้แก่

1.1 พื้นที่ที่ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.2 พื้นที่ที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ที่มีโรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย เป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก

1.2 แหล่งข้อมูลได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการที่หน่วยคู่สัญญาหลักและหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ผู้นำชุมชน ประชาชน ทีมวิจัย บุคลากรในสถาบันการศึกษาและองค์กรชุมชนที่อยู่ในพื้นที่วิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือผู้วิจัยเอง แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกข้อมูล แบบบันทึกการสังเกต แบบประเมินผล โครงการและกิจกรรมที่ดำเนินการ

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก การประชุม ระดมสมอง การสนทนากลุ่ม โดยจัดเวทีประชาคม การสังเกต การสอบถาม การตรวจสอบข้อมูล ใช้การตรวจสอบผู้ให้ข้อมูลและโดยผู้วิจัยหลายคน และสะท้อนความคิดต่อผลการวิจัยโดยการนำเสนอผลการวิจัยในที่ประชุมต่างๆ

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

1.6 ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย มี 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่ศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความเข้าใจและปรับความคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานของ PCU

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความร่วมมือเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการพัฒนาระบบบริการที่ยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 5 การสรุปและประเมินผลและสร้างข้อเสนอเชิงนโยบาย

2. ผลการวิจัย

2.1 รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ภาคตะวันออก

2.1.1 องค์ประกอบของรูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีที่สำคัญคือ

2.1.1.1 ระบบและโครงสร้าง การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล มีการปรับและพัฒนาจากฐานเดิม ส่วนที่ CUP และ PCU ของโรงพยาบาล สภากาชาดไทยมีจัดตั้งขึ้นใหม่

2.1.1.2 บุคลากรผู้ให้บริการ และผู้บริหารที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ที่มีวุฒิทางการพยาบาลระดับปริญญาโท 3 คน (ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 คน และเสริมจาก CUP ไปที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 คน) พยาบาลระดับปริญญาตรี 3 คน และพยาบาลเทคนิค 2 คน ซึ่งส่วนหนึ่งกำลังศึกษาต่อระดับปริญญาตรี (ต่อเนื่อง) สาขาสาธารณสุขศาสตร์ และหัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้ง 2 พื้นที่แต่มีตำแหน่งเป็นนักบริหารทั่วไป แต่มีวุฒิระดับปริญญาตรี และวุฒิขั้นต้นเป็นพยาบาล ซึ่งบุคลากรกลุ่มนี้สามารถดำเนินการให้บริการสุขภาพได้ระดับหนึ่ง จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่มีวุฒิระดับปริญญาโท พบว่ายังต้องการการพัฒนาทักษะการเข้าถึงชุมชน และการพัฒนาทักษะด้านเวชปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนั้นจึงน่าจะเป็นคำตอบในการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อปฏิบัติงานในชุมชน และมีจำนวนเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.1.1.3 ขอบเขตการให้บริการสุขภาพหลัก คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ส่วนการฟื้นฟูสภาพยังดำเนินการน้อย และงานการบริหารจัดการด้านการวางแผนพัฒนา ไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจนในการให้การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2.1.1.4 การบริหารงบประมาณ งบประมาณได้รับการจัดสรรจาก CUP แต่ยังคงขาดความชัดเจนในการบริหารจัดการ งบประมาณเป็นลักษณะการสนับสนุนการทำกิจกรรมตามโครงการที่เสนอขอจาก CUP ดันสังกัด และสามารถใช้จ่ายจากค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาล ส่วนยาและเวชภัณฑ์เบิกจาก CUP ซึ่งในช่วงแรกยังแยกส่วนการใช้ แต่ในระยะหลังมีการใช้เป็นหมวดเดียวกัน และยังไม่ได้จัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพชุมชน

2.1.1.5 ระบบการควบคุมคุณภาพ มีการควบคุมคุณภาพภายนอกโดยการนิเทศจากหน่วยงานต้นสังกัดและ CUP ส่วนการควบคุมคุณภาพภายใน ยังไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นทางการ แต่

อยู่ในระยะของการเริ่มดำเนินการให้เป็นรูปธรรม เช่นมีการริเริ่มใช้ระบบ 5 ส. การขอคำปรึกษา
คำแนะนำจากผู้นำชุมชน

2.1.1.6 ระบบเครือข่าย มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อไปที่ CUP การสนับสนุน

2.1.1.7 กรรมการบริหารสถานบริการปฐมภูมิที่มีชุมชนมีส่วนร่วม หรือภาคีตุรุมิตร
นั้น ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ยังไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นทางการ แต่อยู่ในระยะของการเริ่มดำเนินการให้
เป็นรูปธรรม และในช่วงหลังของโครงการมีการจัดตั้งกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน
ส่วนที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล จัดตั้งเป็นกรรมการบริหารงานประกันสุขภาพระดับปฐมภูมิ
ซึ่งทีมวิจัยถือว่าเป็นกรรมการภาคีร่วมแบบจตุรุมิตร เนื่องจากประกอบด้วยทีมบุคลากรจากหน่วย
บริการปฐมภูมิ สถาบันการศึกษา องค์กรชุมชน และประชาชน

2.1.2 การนำวิธีการดำเนินการทางมนุษยวิทยามาใช้เป็นเครื่องมือการทำงานในชุมชน

พบว่ามีการนำมาใช้อย่างชัดเจนที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้
ครอบคลุมทุกพื้นที่ เนื่องจากต้องใช้เวลาก่อนข้างมาก และถึงแม้จะได้รับการอบรมมาก่อนแต่ยัง
ต้องใช้เวลาในการพัฒนาทักษะการเข้าถึงชุมชนพอสมควร อย่างไรก็ตามพยาบาลที่นำเครื่องมือนี้
ไปใช้ให้ความเห็นว่ามีประโยชน์อย่างมาก ทำให้เกิดความคุ้นเคยกับชุมชนอย่างรวดเร็ว ทำให้มี
ฐานข้อมูลครอบครัวและชุมชนเป็นระบบ และประชาชนมีความพึงพอใจที่ได้รับบริการที่สะดวก
และใกล้บ้าน

2.1.3 การสะท้อนความคิดต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ได้ค้นพบในการ
วิจัยระยะที่ 1 นั้น สามารถนำมาดำเนินการได้จริงเป็นส่วนใหญ่ อาจเนื่องจากสอดคล้องกับการ
ประกาศใช้นโยบายใหม่และปรับชื่อสถานอนามัยเดิม ให้เป็น ศูนย์สุขภาพชุมชน แต่โครงสร้าง
กระบวนการบริการ และการบริหารจัดการยังคงไม่แตกต่างจากเดิม มีเพียงการบริการที่เน้นการ
รักษาพยาบาลมากขึ้น ซึ่งกระทบต่อการให้บริการที่ชุมชนหรือที่บ้าน ยกเว้นที่พื้นที่ศูนย์บริการ
สาธารณสุขเทศบาล ที่มีการลงปฏิบัติงานในชุมชนมากขึ้นเนื่องจากมีพยาบาลจาก CUP มาเสริม
ถึง 2 คนและเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลชุมชน ทำให้มีความเข้าใจ
และเข้าถึงชุมชน สามารถพัฒนางานได้อย่างเป็นระบบชัดเจน และการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ CUP
จัดให้มาปฏิบัติงานเป็นคนเดิมอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการปรับตัวในการร่วมกันทำงานได้ดีขึ้น

ส่วนการให้บริการ 4 มิติ นั้นยังคงเน้นงานการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลักและการ
รักษาพยาบาลเบื้องต้น ส่วนการฟื้นฟูสภาพยังคงมีการดำเนินการน้อยทั้งๆที่มีการส่งผู้ป่วยกลับมา
ดูแลที่บ้านมากขึ้น เนื่องจากความจำกัดของจำนวนบุคลากร ดังนั้นการบริการจึงยังไม่เน้นการดูแล
สุขภาพอย่างองค์รวม และการดูแลสุขภาพที่บ้าน ส่วนระบบเครือข่ายการส่งต่อยังคงต้องพัฒนาให้
มีประสิทธิภาพ และพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพชุมชนให้ทันสมัย สืบค้นง่าย รวดเร็ว

ด้านการบริหารองค์กร การบริหารงบประมาณคงใช้การเบิกจ่ายจาก CUP และยังไม่มี กองทุนสุขภาพชุมชนเนื่องจากต้องมีการสนับสนุนเชิงนโยบาย องค์กรชุมชนและประชาชนที่ต้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการมากขึ้น

การควบคุมคุณภาพยังเน้นการนิเทศจากหน่วยงานภายนอก อย่างไรก็ตามมีการเริ่มใช้ระบบ 5 ส. ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมคุณภาพการบริการได้ดีขึ้น

สำหรับการกำหนดให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นบทบาทที่ สำคัญยังต้องใช้เวลาในการพัฒนาอย่างจริงจัง ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ที่มี ปรัชญาการบริการสุขภาพเชิงรุก มีแนวคิดการบริหารงานเชิงกลยุทธ์ มีภาวะผู้นำและผู้ตามที่ เหมาะสม มีความคิดสร้างสรรค์ เป็นนักพัฒนา เพื่อสร้างเครือข่ายชุมชนให้เกิดการกระจายศูนย์ การเรียนเป็นกลุ่ม เป็นสาขาย่อยในชุมชน ที่อาจพัฒนาในแต่ละหน่วยที่เป็น ศสมช.เดิม จึงเป็น สิ่งที่ทำทลายความคิด ความสามารถของบุคลากรในสถานบริการระดับปฐมภูมิเป็นอย่างยิ่งที่จะสร้าง งานนี้ให้เกิดผลภายใต้ความจำกัดของทรัพยากร

2.2 กระบวนการพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

กระบวนการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่

2.2.1 การปรับความคิด ได้แก่ การวิเคราะห์แนวคิดเชิงนโยบายของระบบบริการในพื้นที่ การสร้างความเข้าใจและปรับความคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานของ PCU การรับรู้นโยบายที่ถูกต้อง การสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ การสร้างวิสัยทัศน์องค์กร และวิสัยทัศน์สุขภาพชุมชน

2.2.2 การปรับความรู้ ได้แก่ การสร้างความร่วมมือเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชน เป้าหมาย เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบ กำหนดเป้าหมายสุขภาพ สร้างแผนกลยุทธ์และพัฒนา ศักยภาพให้แก่บุคลากร อสม. ผู้นำชุมชน ประชาชน ทีมวิจัย ได้แก่การเพิ่มพูนความรู้ในด้าน แนวคิดการบริหารกลยุทธ์ ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานใน ชุมชน การพัฒนาทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ การอบรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน และปรับระบบการทำงาน

2.2.3 การคงไว้ซึ่งการพัฒนาที่ยั่งยืน ได้แก่ การประเมินผลการทำงาน การสะท้อนคิด ร่วมกันเป็นระยะๆ ระหว่างทีมวิจัยและบุคลากร การจัดตั้งเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชน การจัด กิจกรรมเยี่ยมเพื่อนเยือนมิตร การเพิ่มพูนความรู้ให้กับทีมสุขภาพที่ PCU การเพิ่มพูนศักยภาพ ของอสม.

2.2.4 วิธีการสำคัญที่ส่งเสริมกระบวนการพัฒนา ได้แก่ การสร้างความรู้มีส่วนร่วม โดย สถาบันการศึกษา ทีมวิจัย มีบทบาทในการเชื่อมประสานเชิงวิชาการและการดำเนินการอย่าง ต่อเนื่อง ทั้งในกระบวนการพัฒนาศูนย์สุขภาพ การพัฒนาระบบบริการ และการพัฒนาศักยภาพ

ประชาชน กระบวนการพัฒนาที่สำคัญ 3 ด้านคือ การพัฒนานุเคราะห์ การพัฒนาระบบงาน และการพัฒนาประชาชน

2.2.5 สาระหลักของการพัฒนาประกอบด้วย

2.2.5.1 กระบวนการพัฒนานุเคราะห์ ประกอบด้วย การปรับกระบวนการทัศน์ของบุคลากรในการให้บริการระดับปฐมภูมิ การสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการ ด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ การเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริการระดับปฐมภูมิ การเพิ่มพูนความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาองค์ความรู้และการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

2.2.5.2 กระบวนการพัฒนาระบบงาน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ ได้แก่ การปรับโครงสร้างองค์กร การจัดระบบงานใหม่ การสร้างเป้าหมายในงาน การกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร การเพิ่มคุณภาพด้านการสื่อสารภายในองค์กร การสร้างความมีส่วนร่วมในงาน และการพัฒนาเครือข่ายชุมชนแห่งสุขภาพ งานที่สำคัญคือ การพัฒนาฐานข้อมูลด้านสุขภาพชุมชน 2) การพัฒนาคุณภาพการบริการ 3) การพัฒนากิจกรรมการบริการด้านสุขภาพจิต

2.2.5.3 กระบวนการพัฒนาศักยภาพประชาชน ประกอบด้วย การสร้างความตระหนักในเรื่องของสุขภาพของประชาชน การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมของประชาชนด้านสุขภาพ การพัฒนางานอาสาพัฒนาสุขภาพชุมชน การสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น การเพิ่มพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาสุขภาพตนเอง และการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชนซึ่งมีแผนงานการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อเป็นแกนนำสุขภาพภาคประชาชน

2.3 ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา ได้แก่

2.3.1 การจัดระบบงานตามลักษณะการบริการ 4 มิติ และประสิทธิภาพ ภูมิหลังของผู้ปฏิบัติงานที่มีวุฒิปริญญาโทสาขาการพยาบาลชุมชน การพยาบาลครอบครัว ซึ่งเอื้อต่อการปฏิบัติงานในชุมชน

2.3.2 การประยุกต์แนวคิดทางมนุษยวิทยาในการปฏิบัติงานในชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงชุมชน แต่ยังมีข้อจำกัดด้านเวลา ด้านบุคลากรทำให้การสำรวจชุมชนยังไม่ครอบคลุมทุกชุมชน

2.3.2 การได้แผนกลยุทธ์ การได้วิสัยทัศน์ร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชน

2.3.3 จัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะกรรมการบริหารโครงการพัฒนาโครงสร้างหลักประกันสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2.3.4 การได้ฐานข้อมูลสุขภาพชุมชน การพัฒนาเพิ่มสุขภาพครอบครัว ซึ่งยังต้องดำเนินการต่อให้มีประสิทธิภาพ ครบถ้วน ทันสมัย สืบค้นง่าย รวดเร็ว

2.3.5 ประชาชนเกิดการเรียนรู้การตระหนักถึงสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง มีความพึงพอใจที่ได้รับการบริการสะดวก ใกล้บ้าน มีจำนวนผู้มารับบริการที่ศูนย์เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้บริการส่วนหนึ่งยังไม่แน่ใจในคุณภาพยาที่ได้รับที่ศูนย์ และต้องการให้บุคลากรให้บริการที่อบอุ่น มีน้ำใจ

2.3.6 องค์กรชุมชนเกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาสุขภาพในบทบาทเจ้าของพื้นที่ ผู้บริหาร ผู้แทนองค์กรชุมชน มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการที่มีความมุ่งมั่นที่จะทำให้งานพัฒนาสุขภาพชุมชนเกิดผลสำเร็จ

2.3.7 ทีมวิจัยพัฒนาทักษะด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการศึกษาชุมชน การบูรณาการ การเรียนการสอน การวิจัย และการบริการวิชาการ

2.3.8 สถานบริการ สถาบันการศึกษา องค์กรชุมชนที่อยู่ในพื้นที่มีบทบาทต่อการพัฒนาระบบบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันการศึกษาที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงพัฒนา ใช้การจัดการความรู้ การสร้างมีส่วนร่วมเป็นสื่อในการขับเคลื่อนการพัฒนาสู่เป้าหมายชุมชนแห่งสุขภาพ

3. บทบาทสถานบริการ พยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

บทบาทของสถานบริการ สถาบันการศึกษาขององค์กรชุมชน และบทบาทพยาบาล ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การวิจัยนี้วิเคราะห์บทบาทของสถานบริการ สถาบันการศึกษา องค์กรชุมชน และบทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนี้

3.1 บทบาทของสถานบริการ สถานบริการควรมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิ คือ การเป็นเจ้าของสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบ การเป็นแหล่งความรู้ ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ ด้านการประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเป็นหน่วยบริการต้นแบบที่พร้อมให้บริการอย่างใส่ใจ อบอุ่น ตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง เป็นศูนย์รวมพลังแกนนำสุขภาพภาคประชาชน การทำงานเชิงรุกในการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนามาตรฐานและคุณภาพการบริการ ประสานการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนอย่างบูรณาการ

3.2 บทบาทของสถาบันการศึกษา สถาบันการศึกษาพยาบาล มีบทบาทผลิตบุคลากรพยาบาลที่มีความรู้ มีความเป็นผู้นำ มีสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พัฒนาองค์ความรู้ และถ่ายทอดความรู้ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง พัฒนารูปแบบและระบบบริการที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อกระตุ้น และนាំการเปลี่ยนแปลง เป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่สามารถให้บริการสืบค้นได้อย่างรวดเร็ว ทันสมัย เป็นศูนย์ประสานความคิด รวมพลังสร้างต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาชุดบริการที่เป็นมาตรฐาน

3.3 บทบาทขององค์กรชุมชน องค์กรชุมชนที่สำคัญได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. เทศบาล มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเต็มรูปแบบตาม แนวคิดการกระจายอำนาจสู่ชุมชน การเป็นเจ้าของสุขภาพในพื้นที่และเจ้าของสุขภาพชุมชน จัดสรรงบประมาณ จัดตั้งกองทุนสุขภาพ การร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรทีมสุขภาพ สนับสนุน การสร้างคนในชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชน การประสานงานกับสถาบันการศึกษาในการ สนับสนุนการศึกษา และพัฒนาผู้เรียน ร่วมทุนผลิตผู้ให้บริการเจ้าของพื้นที่ จัดระบบบริการ สุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีการตรวจสอบ กำกับคุณภาพการบริการที่เป็นระบบโดยชุมชนมีส่วนร่วม

3.4 ศักยภาพและบทบาทของพยาบาล

พยาบาล เป็นบุคลากรหลัก (บุคลากรทั้ง 2 พื้นที่เป็น พยาบาลวิชาชีพ 7 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีวุฒิ ปริญญาโท 3 คน ปริญญาตรี 3 คน พยาบาลเทคนิค 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน พนักงานสาธารณสุข 1 คน และทันตสาธารณสุข 1 คน) ในการให้บริการสุขภาพ การตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น การ การบริการสุขภาพในชุมชน ด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการจัด โครงการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ซึ่งเน้นการบริหารจัดการ การประสานงาน การพัฒนา ทางวิชาการ โดยการสนับสนุนจากนักวิชาการทีมวิจัย มีข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงถึงความสามารถ ในการเป็นผู้นำ สามารถนำการเปลี่ยนแปลงโดยการใช้ความรู้เชิงวิชาการเป็นฐานคิดและการ ปฏิบัติ อาจเนื่องจากส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่มีวุฒิระดับปริญญาโท จึงเป็นพื้นฐานสำคัญด้าน ประสบการณ์และความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน และเป็นที่ชัดเจนว่า พยาบาลมีบทบาท ในการให้บริการทั้ง 4 มิติ การพัฒนาคุณภาพการบริการ การให้คำปรึกษาการให้ข้อมูล การสอน ด้านสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิประชาชนด้านสุขภาพ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้ประสาน ความคิด เป็นสื่อกลาง ในการพัฒนาเครือข่าย เป็นนักพัฒนา คิดและริเริ่มสิ่งใหม่เพื่อสร้างชุมชน แห่งสุขภาพ

4. ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่มีผลต่อการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ

4.1 ด้านนโยบาย ได้แก่ การมีนโยบายชัดเจน สู่ถึงบุคลากรทุกระดับ

4.2 ด้านบุคลากร ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีสมรรถนะในการให้บริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิเชิงรุก ทักษะการทำงานในชุมชน มีความรู้ ความสามารถ ในการตรวจ รักษาโรคเบื้องต้น ผู้บริหารมีสมรรถนะการบริหาร มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำที่ PCU อย่างพอเพียงตามสัดส่วนประชากรที่ต้องรับผิดชอบ

4.3 ด้านงบประมาณ จัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานที่พอเพียงที่จะดำเนินการได้ มี ความยืดหยุ่น และคล่องตัวในระเบียบปฏิบัติ เปิดโอกาสให้หน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีศักยภาพที่

จะสามารถสรรหางบประมาณ สามารถบริหารจัดการด้านทรัพยากรที่มีจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน

4.4 ด้านการบริการ เพิ่มบริการสุขภาพที่บ้าน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลสุขภาพที่เน้นการดูแลสุขภาพจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ เพิ่มบริการนอกเวลาหรือจัดหน่วยเคลื่อนที่มากขึ้น เพื่อให้ประชาชนสะดวกที่จะมาใช้บริการ

4.5 ระบบเครือข่ายการส่งต่อ มีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ผู้ใช้บริการมีความเข้าใจในระบบ มีการปรับฐานข้อมูลประชากรให้ทันสมัย ครบถ้วน สืบค้นง่าย รวดเร็ว

4.6 การสร้างความมีส่วนร่วม สร้างความร่วมมือของชุมชน / ประชาชน ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ ความรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพ การให้เข้าร่วมเป็นผู้บริการ และผู้ให้บริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการสร้างความมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ประเมินผลและพัฒนางาน เป็นวงจรต่อเนื่อง

4.7 การสร้างเครือข่ายพัฒนาสุขภาพชุมชน การร่วมกันให้บริการ การประสานประโยชน์ในชุมชนเขตเมือง การ มีสถานบริการสุขภาพที่หลากหลาย ดังนั้นควรที่จะดึงสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้านสุขภาพเช่นสถาบันการศึกษา องค์กรชุมชน สถานบริการภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วม สนับสนุนการพัฒนา และทรัพยากรต่างๆ

4.8 การเพิ่มศักยภาพองค์กรท้องถิ่น ให้มีบทบาท และมีส่วนร่วม ในการให้บริการ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าร่วมเป็นเจ้าของพื้นที่ เจ้าของสุขภาพ

4.9 การเพิ่มบทบาทสถาบันการศึกษาพยาบาล ในการเตรียมและพัฒนาศักยภาพพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่สามารถให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ

5. ข้อเสนอเชิงนโยบายและทิศทางการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

5.1 ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใหม่

5.1.1 รูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่การปรับโครงสร้างองค์กรและกลไกของสถานบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีบุคลากรประจำเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีความพึงพอใจและได้สัดส่วนกับผู้รับบริการในพื้นที่รับผิดชอบ สร้างระบบพยาบาลเจ้าของพื้นที่ที่จะเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพชุมชน เพิ่มสมรรถนะด้านการบริการ การรักษาพยาบาล การบริหารจัดการและการพัฒนาชุมชน เน้นสมรรถนะการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม มีระบบพัฒนาและสร้างความพร้อมของผู้บริหารให้มีสมรรถนะทางการบริหารจัดการ พัฒนาระบบงบประมาณ การควบคุมคุณภาพการบริการ การเพิ่มประสิทธิภาพและเครือข่ายการส่งต่อ การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้และแกนนำด้านสุขภาพในชุมชน และเพิ่มบทบาทการเป็นเจ้าของสุขภาพในพื้นที่ขององค์กรชุมชน

5.1.2 การเตรียมความพร้อมด้านกำลังคน ในด้านการปรับแนวความคิดการบริหารและการบริการเชิงรุก ที่มีเป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชน

5.1.3 พัฒนาระบบการสรรหาบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานในระบบที่ปฏิรูปใหม่ โดยพิจารณาคุณลักษณะบุคคลที่สามารถสร้างและพัฒนางานใหม่ได้ เนื่องจากการปฏิบัติงานในชุมชนต้องมีผู้บริหารที่เป็นผู้นำมีศักยภาพ มีทักษะทั้งด้านการบริหาร และด้านการบริการ

5.1.4 การพัฒนาศักยภาพและเกียรติภูมิของผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ควรเน้นการสร้างความคิดใหม่ เพิ่มวิสัยทัศน์ที่มุ่งเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน โดยอาศัยทักษะการบริหาร การบริการ ทักษะชุมชน

5.1.5 สร้างระบบการสรรหาและพัฒนาบุคลากร รวมทั้งปัจจัยเกื้อหนุน เพื่อสร้างบุคลากรเจ้าของพื้นที่ สร้างโอกาสให้บุคลากรมีความก้าวหน้าในงาน ตามผลงานการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนด้านสุขภาพ เน้นความเป็นเจ้าของงาน เจ้าของพื้นที่ มากกว่าการย้ายไปพื้นที่อื่นเมื่อมีการเลื่อนระดับสูงขึ้น

5.1.6 การพัฒนาระบบงานแบบครบวงจรคุณภาพงาน (P D C A) อย่างมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (มีส่วนได้ส่วนเสีย) จัดให้มีกรรมการบริหารของศูนย์ฯ ที่มีประชาชน แกนนำชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิเข้ามามีส่วนร่วม มีระบบการนิเทศ การควบคุมคุณภาพจากองค์กรวิชาชีพที่มีการประเมินคุณภาพสถานบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

5.1.7 การเตรียมความพร้อมในการจัดสรรงบประมาณ และวิธีการเงิน-การคลัง ให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และคล่องตัว

5.1.8 การพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการสุขภาพ ที่ควรมีการร่วมประสานทั้งภาครัฐและเอกชน การประสานนโยบาย แผนงานงบประมาณ และบุคลากร ให้มีการบูรณาการแผนและเป้าหมายการสร้างชุมชนสุขภาพ บูรณาการการใช้ทรัพยากร เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จของการเกิดชุมชนสุขภาพได้

5.1.9 การพัฒนาการเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งจะเป็นการพัฒนาศักยภาพชุมชนอย่างยั่งยืน โดยการพัฒนาด้านความรู้ การสร้างเสริมสุขภาพ และการพึ่งพาตนเอง ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพให้กับคนทุกกลุ่มทุกวัยในชุมชน โดยเน้นที่องค์กรชุมชน และอาสาสมัคร แกนนำสุขภาพร่วมเป็นเจ้าของในการดำเนินงาน

5.2 ข้อเสนอต่อองค์กรวิชาชีพ

5.2.1 ผลักดันให้รัฐบาลกำหนดกรอบอัตราพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานในพื้นที่โดยตรง

5.2.2 พัฒนารอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อวางรากฐานสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิ

5.2.3 พัฒนาระบบการควบคุมคุณภาพของสถานบริการสุขภาพ

5.2.4 สร้างเกียรติภูมิให้แก่ผู้ปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพระดับพื้นฐาน

5.2.5 สร้างมาตรฐานชุดบริการหลักที่ประชาชนสามารถใช้เป็นแนวทางในการเลือกใช้บริการ

5.2.6 การพัฒนาระบบค่าตอบแทนที่จ่ายตามผลการปฏิบัติงานจริงเพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน

5.3 ข้อเสนอต่อสถาบันการศึกษาพยาบาล

5.3.1 พัฒนาหลักสูตรเพื่อเตรียมบุคลากรพยาบาลสู่ระบบบริการปฐมภูมิ

5.3.2 ปรับกระบวนการทัศน์และศักยภาพผู้สอนผู้เรียนให้มีสมรรถนะงานการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

5.3.3 ผสมผสานการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ การวิจัย การบริการวิชาการเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชน

5.3.4 จัดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญที่สามารถแสดงบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เป็นผู้นำในการดูแลบุคคล ครอบครัว ชุมชน ได้อย่างบูรณาการ

5.3.5 กระจายโอกาสทางการศึกษาทุกระดับให้กับผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิในชุมชน

5.3.6 ปรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่เน้นการพัฒนาคุณลักษณะและสมรรถนะบัณฑิตพยาบาลที่สามารถทำงานที่ PCU

5.3.7 การคัดเลือกผู้เรียน ให้ชุมชนหรือ อบต. คัดสรรผู้ที่มีคุณสมบัติและมีความสนใจที่จะศึกษาหรืออาจให้ทุนสนับสนุนการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้กลับไปปฏิบัติงานในชุมชน

5.3.8 จัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์จากสถานการณ์จริง เพื่อให้รู้จักชุมชนและเข้าใจการทำงานในชุมชน

5.3.9 สร้างระบบการเตรียมพยาบาลวิชาชีพที่จะไปทำงานที่ PCU ให้มีความมั่นใจในความรู้ความสามารถที่จะทำงานที่ PCU ที่สามารถสร้างศรัทธาให้กับประชาชนได้

5.4 ข้อเสนอต่อ องค์กรชุมชน และประชาชน

5.4.1 การเข้าร่วมเป็นเจ้าของสุขภาพคนในพื้นที่ตามแนวคิดการกระจายอำนาจอย่างสมบูรณ์แบบ

5.4.2 การมีส่วนร่วมในการควบคุมคุณภาพ การเข้าร่วมเป็นกรรมการบริหาร

5.4.3 การสร้างเวทีกระตุ้นการปรับโครงสร้างบุคลากรระดับปฐมภูมิ

5.4.4 จัดกลุ่มองค์กรชุมชน / ประชาชน เป็นกลุ่มย่อยที่หลากหลายในการร่วมทำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง

5.4.5 พัฒนาศักยภาพกลุ่มองค์กรชุมชน อย่างต่อเนื่อง จริงจัง เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ในการสร้างสุขภาพตนเอง กำหนดบทบาทและหน้าที่ชัดเจนของสมาชิกทีม เพื่อสร้างความผูกพันใน งานและความเป็นทีมสุขภาพภาคประชาชน

5.4.6 จัดกลุ่มองค์กรชุมชน / ประชาชน เป็นกลุ่มย่อยที่หลากหลายในการร่วมทำกิจกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง

5.5 ข้อเสนอต่อรัฐบาล

5.5.1 การกำหนดและประกาศใช้นโยบายต้องมีความชัดเจน มีการสร้างความเข้าใจ และเตรียมความพร้อมของบุคลากรโดยเฉพาะในพื้นที่

5.5.2 การสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณระเบียบการปฏิบัติมีความรวดเร็วเพียงพอ เป็นจริงเป็นไปในทางปฏิบัติ

5.5.3 มีระบบการรับฟังปัญหา และการประเมินผลที่ใช้หน่วยงานภายนอกเป็นผู้ประเมิน เพื่อให้ได้ผลการประเมินที่เป็นจริงมากที่สุด

5.5.4 การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศต้องมีความเป็นเอกภาพ โดยเฉพาะผู้ที่ จะต้องปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นที่ประจักษ์ว่าเป็นบุคลากรที่มีวุฒิพยาบาล และ เป็นระดับพยาบาลวิชาชีพ ยังมีวุฒิการพยาบาลระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลชุมชน ยังเป็น ปัจจัยเอื้อให้การปฏิบัติงานการพัฒนาชุมชนให้เกิดผลสำเร็จได้สูงและรวดเร็ว

5.5.5 จัดสรรอัตราพยาบาลชุมชน ประจำที่หน่วยบริการให้เพียงพอตามมาตรฐานที่กำหนด เนื่องในพื้นที่ที่ทำงานยังมีประชากรที่ต้องรับผิดชอบมากกว่าเกณฑ์หลายเท่า

5.5.6 ข้อเสนอกำลังคนด้านการพยาบาล

5.5.6.1 กรอบอัตรากำลัง

1) กำหนดกรอบอัตรากำลัง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ที่หน่วยบริการระดับปฐม ภูมิ/ศูนย์สุขภาพชุมชน ตามความต้องการของแต่ละพื้นที่

2) โอนบุคลากรที่เต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อชุมชนพร้อมตัดโอนตำแหน่งไปที่ PCU เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานระดับฐานรากของสังคม เพื่อให้สามารถ ปฏิรูปการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ตามเจตนารมณ์ของระบบหลักประกันสุขภาพ

5.5.6.2 กำหนดโครงสร้างการบริหารงานใน PCU ให้มีความชัดเจน ควรจัดสรรผู้ที่เหมาะสมในแต่ละตำแหน่ง แต่ละงาน โดยเฉพาะตำแหน่งหัวหน้างาน ไม่ควรยึดระบบอาวุโส ต้อง สรรหาผู้เหมาะสมที่จะทำหน้าที่ “นำ” การทำงาน และ “นำ” คนได้

5.5.6.3 สร้างบันไดอาชีพของผู้ปฏิบัติงานที่ PCU ให้ชัดเจนและมีความเป็นไปได้

6. ข้อเสนอเพื่อการวิจัย

- 6.1 ศึกษารูปแบบ/ความเป็นไปได้ในการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 6.2 ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริการสุขภาพแนวบูรณาการในระดับปฐมภูมิที่มีองค์กรชุมชนเป็นเจ้าของโดยยึดผู้รับบริการเป็นสำคัญ
- 6.3 พัฒนาระบบการสร้างเครือข่ายพัฒนาสุขภาพและศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพที่มีส่วนร่วมของภาคีจตุรมิตร
- 6.4 ศึกษารูปแบบการเป็นหุ้นส่วนในการผลิตบุคลากรสุขภาพระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถาบันการศึกษา
- 6.5 เครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรอื่นๆ ในชุมชนแบบบูรณาการ
- 6.6 พัฒนาชุดบริหารหลักที่มีมาตรฐานให้ครอบคลุมความต้องการการบริการทุกด้าน
- 6.7 พัฒนาโปรแกรมและกระบวนการพัฒนาศูนย์สุขภาพที่มีคุณลักษณะสอดคล้องกับสมรรถนะที่พึงประสงค์ของการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ
- 6.8 วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายจริงในการให้บริการที่จัดให้กับพื้นที่เพื่อปรับงบประมาณสนับสนุนต่อหัวประชากรที่เหมาะสม
- 6.9 พัฒนาศักยภาพของ อบต./อบจ. ในการร่วมให้บริการ และสร้างชุมชนสุขภาพ
- 6.10 ศึกษา รูปแบบและระบบการพยาบาลในระบบการบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2544). แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะเปลี่ยนผ่าน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสพ).
- _____. (2544). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544. เอกสารอัดสำเนา. ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2544.
- _____. (2544). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เพิ่มเติมพื้นที่หน่วยบริการที่ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพมีผลใช้บังคับ. เอกสารอัดสำเนา. ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2544.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2540). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรมศาสนา .
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ คณิศร เต็งรัง ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง. (2544). วิถีชุมชน คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชน ง่าย ได้ผลและสนุก. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- จรัส สุวรรณเวลา. (2545). มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชูชัย ศุภวงศ์, บรรณาธิการ. (2544). ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ). (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร : สกคีสโภาการพิมพ์
- นิตยา การดำรงภัก. (2546). การวางแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประเวศ วะสี. (2545). สุขภาพสังคมสู่สังคมสันติภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูปสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ (2543) กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ปรีดา เต๋ออาร์กย์, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โมฬี, และ สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. (2543). ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

พัคตร์ผจง วัฒนสินธุ์และพสุ เศษะรินทร์.(2542). การจัดการเชิงกลยุทธ์และนโยบายธุรกิจ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ.2540. (2540) ราชกิจจานุเบกษา.เล่ม114 ตอนที่55ก. (11คค.) หน้า 1-99.

ถ้ายอง นกหงษ์.(2546).บทบาทพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี เป็นคู่สัญญาหลัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ,สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ.(2544).รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน. เอกสารประกอบการสัมมนาพยาบาลศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 3 เรื่องการพัฒนาการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย วันที่ 23-25 กรกฎาคม พ.ศ.2544 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร .กรุงเทพฯ: ศักดิโสภณการพิมพ์.

วิพุธ พูลเจริญและคณะ.(2543) . คู่มือปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมชาย ภคภาสน์วิวัฒน์.(2546). การบริหารเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพฯ : อัมรินทร์พรินต์ติ้งเอนพับลิชชิง.

สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ (2540) การพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้าน. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์ดีจำกัด.

สำนักงานหลักสุขภาพแห่งชาติ.(2545).พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 119 ตอนที่116 ก. 18 พฤศจิกายน 2545.

สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, วรรณรัตน์ ลาวัง, ไสรัตน์ คณิงคิด, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2543). ความต้องการบริการสุขภาพระดับต้นของประชาชนในชุมชนภาคตะวันออก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์. 8(3) กันยายน - ธันวาคม. 16-31.

สุนทราวดี เขียวพิเชฐและคณะ.(2544).รายงานการวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุนทราวดี เขียวพิเชฐ, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, รัชนิ สรรเสริฐ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณ, ปิรียา ศุภศรี และคณะ. (2544). การประชุมวิชาการสามัญประจำปี สมาคมพยาบาลแห่ง

ประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สาขาภาคตะวันออก
ครั้งที่ 21 เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ : สู่การปฏิรูประบบการพยาบาล วันที่ 1-2 ธันวาคม 2544
โรงแรมแอมบาสเดอร์ พัทยา.

เสาวลักษณ์ สุกใส (2542)การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดอุดรธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาสาธารณสุขศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Anderson,Elizabeth T.andMcFarlane,Judith.(1995). **Community as Partner:Theory and Practice in
Nursing.** NewYork : Lippincott.

Ellis & Hartley.1998.**Nursing in Today's World.** Philadelphia : Lippincott.

Hill, Mary H.,(1998). Strategic management : Aprocess for increasing cultural diversity in nursing
education .**Journal of Multicultural Nursing &Health .**

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index>.

Leddy,Susan & Pepper,J.,Mae.(1998). **Conceptual Bases of Professional Nursing.** Philadelphia :
Lippincott

Sullivan,Eleanor ,J., (1999) .**Creating Nursing' s Future.** St.Louis : Mosby.

ภาคผนวก

ประวัติผู้วิจัย

1. ผศ.ดร. สุนทราวดี เขียวพิเชฐ
ตำแหน่ง คณบดี อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
2. อาจารย์รวิวรรณ เผ่ากัณหา
อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานการพยาบาล
3. ผศ.ดร. สุวรรณ จันทระเสริฐ
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลชุมชน
4. ผศ.ดร. ผ่องศรี เกียรติเลิศสนภา
อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัย ประเมินผล และบริหารทางการพยาบาล
5. ผศ.ดร. วารี กังใจ
อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานการพยาบาล
6. อ.ดร.สุภาภรณ์ ค้างคอง
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
7. ผศ.ดร. จินตนา วัชรสินธุ์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
8. ผศ.ดร. กนกนุช ชื่นเลิศสกุล
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
9. อ.ดร.ฉันทนา จันทวงศ์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลชุมชน
10. รศ.ดร. วรณี เดียวอิสเรศ
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
11. ผศ.ดร.อารีรัตน์ ขำอยู่
อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัย ประเมินผล และบริหารทางการพยาบาล
12. อ.ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
13. อ.วิภา วิเสโส
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์

14. ผศ. นาริรัตน์ สังวรวงษ์พนา
อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานการพยาบาล
15. อ.อรพินท์ หลีกแหลม
อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานการพยาบาล
16. อ.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
- 17 อ.ดร.เขมรดี มาสิงบุญ
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
18. อ. ภาณี สวัสดิ์ชูโต
อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัย ประเมินผล และบริหารทางการพยาบาล