

การสังเคราะห์การวิจัยและพัฒนา
**เครื่องมือและกลไกการทำงานชุมชน
ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ**

เพื่อจัดทำข้อเสนอ

**บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ
ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ**

**บัณฑิต นันทบุตร
กล้าเพ็ญ โชติบำรุง
ปิยะธิดา นาคะเกษียร
ปราณี ธีรโสภณ
จินตนา ลีละไกรวรรณ**

กรกฎาคม 2547

ISBN : 974-659-614-4

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จากรูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ นำสู่การสร้างแนวคิดและพัฒนา รูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นไปได้จริง ภายใต้การปรับเปลี่ยนด้านนโยบาย สุขภาพและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพในแง่ของโครงสร้าง-กลไก-เครื่องมือ-วิธีการทำงาน รวมถึงกระบวนการ พัฒนาผู้ให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ที่ทำให้การบริการ สุขภาพสะท้อนผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน โดยอาศัยกระบวนการพัฒนาและเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็น ระบบในสถานการณ์จริงของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งนักวิชาการจากสถาบันวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในสถาน บริการสุขภาพทั้งในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ประชาชน ภาพ การเปลี่ยนแปลงชี้ให้เห็นการพัฒนาอย่างหลากหลาย ภายใต้เงื่อนไขของบริบทของท้องถิ่น นโยบายและ การเปลี่ยนแปลงตามกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้เกิดบทเรียน ของการพัฒนาดังกล่าว ได้แก่

1) **การพัฒนาคน** อาศัยกระแสการใช้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ต่อเนื่องจนถึงฉบับที่ 9 และกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพว่าด้วยการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพที่เน้นการพัฒนาวิธีคิดและกำลังคนที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยเกิดขึ้น บนฐานคิด (1)การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแนวใหม่ (2)การบริหารจัดการกำลังคน (3)การจัด บุคลากรเข้าประจำในชุมชน (4)การจัดให้มีทีมพิเศษ/ผู้ประสานงาน ทั้งนี้อาศัยการจัดอัตรากำลังคนทั้งใน ระดับนโยบายและการบริหารจัดการ และระดับการผลิตและพัฒนาบุคลากร ได้แก่ (1)นโยบายขององค์กร หลักที่เป็นหน่วยคู่สัญญา (2)ความพร้อมในการดำเนินการขององค์กรที่เป็นหน่วยคู่สัญญา (3)ความพร้อม ของตัวบุคลากร (4)การสร้างความร่วมมือในการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพร่วมกับองค์กรท้องถิ่น และ (5) การสร้างความร่วมมือกับสถาบันวิชาการในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ

2) **การพัฒนาเครื่องมือการทำงาน** อาศัยเครื่องมือจำแนกตามลักษณะงานทั้งในระดับ 1)การ ทำงานในระดับบริหารจัดการ ได้แก่ (1)ระบบนิเทศ ผู้นิเทศจะต้องได้รับการยอมรับและได้รับการสนับสนุน จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (2)เครือข่ายบริการสุขภาพ มีการทำความตกลงร่วมกัน สร้างแนวคิดการเป็น หุ่นส่วนการทำงาน (3)แผนแม่บทในการพัฒนาแนวคิดการปฏิบัติงาน อาศัยวิสัยทัศน์การทำงานตาม แนวคิดสุขภาพใหม่ของผู้บริหาร ใช้กลไกทางการเงิน ใช้ศักยภาพของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมการทำ แผนแม่บท (4)กระบวนการพัฒนาและควบคุมมาตรฐานทั้งมาตรฐานวิชาชีพ การทำงาน และหน่วยงาน และ 2) **การปฏิบัติการให้บริการสุขภาพ** เลือกใช้เครื่องมือได้อย่างหลากหลาย เช่น พยาบาลชุมชน เครื่องมือทางระบาดวิทยา เครื่องมือทางมานุษยวิทยา ระบบการส่งต่อรักษา การใช้กระบวนการวิจัยเป็น ฐานการพัฒนางาน รวมถึงเครื่องมือในทางวิชาชีพ

3) **การพัฒนาวิธีการทำงาน** อาศัยการทำความเข้าใจและปรับเปลี่ยน 1)แนวคิดวิธีการทำงาน ในบริบทสุขภาพแนวใหม่ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ใช้ศักยภาพของเครือข่ายจัดบริการสุขภาพใน การร่วมพัฒนา และกำหนดเชิงนโยบายในทิศทางการพัฒนาและเป้าประสงค์ที่ต้องการ 2)การพัฒนาการ

ทำงานเป็นทีม ที่จำเป็นต้องมี การประสานงานที่ดี การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การให้เกียรติและยอมรับในความสำคัญและบทบาทของแต่ละภาคส่วน 3)การสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการให้โอกาสและสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในเวทีวิชาการและการศึกษาพื้นที่อื่นจากผู้บริหาร การส่งเสริมและเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ของสถาบันวิชาการ การสรุปบทเรียนจากการเรียนรู้ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องของผู้ปฏิบัติงาน 4)การเรียนรู้วิธีการเข้าถึงข้อมูล โดยสร้างความร่วมมือกับนักวิชาการในสถาบันวิชาการ เครือข่ายในพื้นที่ การตระหนักถึงความสำคัญของการเข้าถึงข้อมูลของผู้คนและชุมชนอย่างจริงจังทั้งในส่วนของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร 5)การปรับวิธีการทำงานใหม่ภายใต้โครงสร้างเดิม โดยอาศัย (1)การสร้างสัมพันธภาพ 2)การร่วมเรียนรู้วิธีการทำงาน 3)การใช้ระบบพี่เลี้ยงที่ปรึกษา 4) การพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กร และ 5)การสร้างความเป็นหุ้นส่วนการทำงาน เป็นเงื่อนไขของกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงาน

4) ผลกระทบจากการพัฒนา เกิดขึ้นทั้งในแง่ของ (1)คุณภาพบริการ สะท้อนจากการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ประชาชน องค์กรชุมชนต่างๆ นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และ ผู้นำชุมชน (2) การสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรทั้งในด้านของสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ องค์กรท้องถิ่น สถาบันการศึกษา จากบทเรียนที่เกิดขึ้นดังกล่าว ทำให้มีข้อเสนอบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนี้

1) ผู้จัดการสุขภาพองค์กรรวม โดยมีบทบาทหน้าที่เป็น (1)ผู้จัดการด้านสุขภาพเพื่อให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน (2)ผู้นำการเปลี่ยนแปลงร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (3)ผู้วางแผนการให้บริการ ประเมินภาวะเสี่ยงทั้งความเจ็บป่วย โรค ภาวะคุกคามต่อสุขภาพ รวมถึงมีการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ (4)สร้างกลไกการทำงานร่วมกับองค์กรที่มีภารกิจทับซ้อนกัน (5)ประสานงานติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (6)ปกป้องและพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ คุ่มครองสิทธิผู้บริโภค สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพ และ (7)เข้าร่วมทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ

2) ผู้ให้บริการสุขภาพ โดยมีบทบาทหน้าที่ (1)ให้บริการเชิงรุก (2)ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค ให้การรักษาเบื้องต้นและฉุกเฉิน (3)เป็นผู้ดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ มีการติดตามให้บริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (4)ให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำต่างๆ

3) ผู้นิเทศและติดตาม โดยมีบทบาทหน้าที่ (1)เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (2)สนับสนุนการทำงานเป็นทีม (3)ให้กำลังใจ (4)สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน (5)ให้การปรึกษา ความรู้ตามลักษณะงานในพื้นที่ (6)ร่วมวิเคราะห์และวางแผนงาน และ (7)ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการสุขภาพให้เป็นไปตามหลักวิชาการ

4) พยาบาลชุมชน โดยมีบทบาทหน้าที่ (1)ให้การดูแลในทุกมิติของประชาชน (2)จัดตั้งเครือข่ายการดูแลสุขภาพ (3)ให้การดูแลต่อเนื่อง (4)ให้การดูแลครอบครัว และ (5)บทบาทด้านการป้องกันและการส่งเสริมอนามัย

บทคัดย่อ

จากรูปแบบและแนวคิดที่นำสู่การพัฒนาบูรณาการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่เป็นไปได้จริง ตามการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายสุขภาพและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพในแง่ของโครงสร้าง-กลไก-เครื่องมือ-วิธีการทำงาน กระบวนการพัฒนาผู้ให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่อยู่บนฐานของการพัฒนาและเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบจากสถานการณ์จริงในบริบทสังคมวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ การปรับเปลี่ยนด้านนโยบายสุขภาพ และการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานทั้งในระดับผู้บริหารและผูปฏิบัติ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ประชาชน ซึ่งให้เห็นกระบวนการในการพัฒนาคน เครื่องมือการทำงาน วิธีการทำงาน และผลกระทบจากการพัฒนา จากบทเรียนดังกล่าวสะท้อนให้เห็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนี้ (1) ผู้จัดการสุขภาพองค์กร (2) ผู้ให้บริการสุขภาพ (3) ผู้นิเทศและติดตาม (4) พยาบาลชุมชน โดยมีบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลในทุกมิติของประชาชน จัดตั้งเครือข่ายการดูแลสุขภาพ ให้การดูแลต่อเนื่อง ให้การดูแลครอบคลุม และ ป้องกันและส่งเสริมอนามัย

EXECUTIVE SUMMARY

The idea of setting up practical Primary Care System, under changes of health care policies and concepts in structure, methods, tools and operating systems, involved developing health care providers and related field staffs. This was accomplished through learning and sharing experiences among academics, health care administrators and staffs, local government office administrators and the public. Based on socio-cultural context of each area, and health care policy changes and reforms, the transformation itself has shown progress in the following areas :

1. Human Resource Development

Referring to the 8th and the 9th National Economy and Social Development Plans, and the health care reform movement, human resources are the core of the development. In order to improve human resources in the health care sector, emphasis needs to be placed on manpower and ways of thinking including 1) new ways to generate and develop health care manpower, 2) manpower management, 3) staff assignment for each community, and 4) collaboration among all involving people and agencies/ Organizing team establishment. All these require setting, managing, producing and developing manpower policy focusing on 1) policy from main organizations that have bilateral agreements, 2) preparation for operation execution with organizations that have bilateral agreements, 3) human resource preparation and production, 4) coordination between health care staff and local organizations for development, and 5) cooperation with educational institutes in producing health care staffs.

2. Tool Development

The classification of tools is based on work levels in management and health care services.

At management level, tools are, 1) team supervision provides acknowledgement and support from every related field to the team, 2) community health care networking which requires co-operation and a spirit of partnership, 3) master plan for operation which is created by related sectors using, as a formula, their executives' visions

of new health care, corporate finance, and their capability and 4) quality control development including standards of professions, operations and organizations.

At health care services level, there are various types of tools available such as community nurses, epidemiological and anthropological tools, treatment referral systems, and methods of conducting research and development in work and career improvement.

3. Operating Methods Development

This requires understanding and modifications in 1) new health care providing concept for knowledge and experience sharing of which health care network capability utilization are strongly recommended, 2) teamwork development to establish good coordination, an effective communication system, respect and recognition of the role and importance of each sector, 3) learning process to facilitate knowledge sharing and learning through forums, visits to other locations, continuing education in other academies, and sharing on-going working experience among staffs, 4) information access which could be accomplished by the co-operation among academics in the area network academies, and awareness among staffs and executives of the importance of public and community information accessibility, and 5) working method reforms under the old structure involving; creating relationships, co-learning working methods, using trainer/advisor systems, strengthening the organizations, and creating a sense of partnership.

4. Effects of the development occurred in two aspects.

Quality of service reflects the development and capacity of staffs, public, organizations, academics, well-respected people and community leaders. While organization strengthening involving organizations such as health care providers, local organizations and educational institutes should be strengthened.

From the above results, recommendations for roles and responsibilities of nurses for providing primary care services are :

1) Overall health care managers

The responsibilities of the overall health care managers are ;health care managing to provide good quality and high standard health care services, leading a reform coordinated with other professional fields, planning, assessing and controlling

health risks, sickness, disease, and health-threatening phenomena, creating working systems for working with complex organizations, contacting and co-operating with other related organizations, protecting rights of consumers and service users, and supporting public involvement in health care management, and working with people from different fields.

2) Health service providers

Roles of the health service providers include; providing an aggressive approach to services, providing preliminary diagnosis, basic and emergency treatment, providing recovery treatment and home visits for follow-up, and providing medical information, consulting and advice.

3) Supervision and monitoring nurses

The supervisor's roles and responsibilities include; being a good role model and leader of reformation, supporting teamwork, providing encouragement, supporting and developing staff's capability, providing information and advice based on the nature of the work, analyzing and planning, and controlling health care service quality and standards.

4) Community nurses

The community nurse is proposed as roles and responsibilities to pursue all care activities including providing care for every dimension of the population, creating a health care network, providing continuous care, providing family care, preventing illness and promoting sanitary awareness.

ABSTRACT

The idea of setting up practical Primary Care System, under changes of health care policies and concepts in structure, methods, tools and operating systems, involved developing health care providers and related field staffs. This was accomplished through learning and sharing experiences among academics, health care administrators and staffs, local government office administrators and the public. Based on socio-cultural context of each area, and health care policy changes and reforms, the transformation itself has shown progress in human resource development, tool development, operating method development, and effects of the development management. Roles and responsibilities of nurses for providing primary care services are proposed including 1) overall health care managers, 2) health service providers, 3) supervision and monitoring nurses, and 4) community nurses, to pursue all care activities including providing care for every dimension of the population, creating a health care network, providing continuous care, providing family care, preventing illness and promoting sanitary awareness.

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ก
บทคัดย่อ	ค
Executive Summary	ง
Abstract	ช
สารบัญ	ช
บทนำ	1
ส่วนที่ 1 การพัฒนาคน	3
1 แนวคิดการพัฒนาคน	3
ส่วนที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือการทำงาน	14
1 แนวคิดการพัฒนาเครื่องมือการทำงาน	14
2 เครื่องมือการทำงานในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	14
ส่วนที่ 3 การพัฒนาวิธีการทำงาน	22
1 แนวคิดในการพัฒนาวิธีการทำงาน	22
2 กระบวนการพัฒนาวิธีการทำงาน	24
ส่วนที่ 4 ผลกระทบจากการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	31
1 คุณภาพบริการ	31
2 การสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กร	38
ข้อเสนอแนะและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	41
1 ผู้จัดการสุขภาพองค์กร	41
2 ผู้ให้บริการสุขภาพ	42
3 ผู้นิเทศและติดตาม	43
4 พยาบาลชุมชน	43
เอกสารอ้างอิง	44
ภาคผนวก	47

การสังเคราะห์การวิจัยและพัฒนาเครื่องมือและกลไกการทำงานชุมชน

ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เพื่อจัดทำข้อเสนอ

บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

บทนำ

การศึกษาวิจัยและพัฒนา รูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 ได้ชี้ให้เห็นรูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ซึ่งได้สร้างแนวคิดรูปธรรมระบบบริการสุขภาพที่เป็นไปได้ในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องอาศัยการพัฒนากระบวนการโดยใช้การประเมินและปรับระบบและกลไกร่วมกันระหว่างสถาบันวิชาการและหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนา คน เครื่องมือ และ วิธีการ (ชนิษฐา นันทบุตร, 2545) นำไปสู่การศึกษาวิจัยระยะที่ 2 ที่มีเป้าหมายเพื่อศึกษาระบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นไปได้จริง ในสภาพการปรับเปลี่ยนด้านนโยบายสุขภาพและด้านแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ ในแง่ของโครงสร้าง กลไก เครื่องมือ และวิธีการทำงาน กระบวนการพัฒนาผู้ให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการ รวมถึงปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ที่ทำให้การบริการสะท้อนผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน เป็นการวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยทำการศึกษาวิจัยใน 5 พื้นที่ของประเทศทั้งภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาคกลาง และภาคใต้ ภายใต้ความร่วมมือของสถาบันการศึกษาพยาบาล 5 แห่ง ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยแต่ละสถาบันทำการศึกษาวิจัยในภูมิภาคที่เป็นที่ตั้งของตน

ผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 นี้ สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหลายด้านทั้งในเรื่องของ คน เครื่องมือ และ วิธีการทำงาน ซึ่งเกิดขึ้นบนฐานของกระบวนการพัฒนาและเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ มีกระบวนการวิเคราะห์และประเมินผลการทำงานในสถานการณ์จริงของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง นักวิชาการจากสถาบันวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในสถาบันบริการสุขภาพทั้งในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงภาคประชาชน อาศัยการประเมินและปรับระบบและกลไก ภาพของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย ทำให้

เกิดมุมมองที่เป็นการพัฒนาอย่างหลากหลายและแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ การพัฒนาเครื่องมือทำงาน การพัฒนามาตรฐานการบริการสุขภาพ การพัฒนากลไกการควบคุมกำกับคุณภาพบริการ การพัฒนาวิธีคิด/ประเมิน การพัฒนาผู้ให้บริการ การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการ การพัฒนาประชาชนผู้ร่วมจัดบริการ การพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพคนกลุ่มต่างๆ การพัฒนาชุดบริการหลักต่างๆ เป็นต้น มีเงื่อนไขในการพัฒนาที่แตกต่างหลากหลายทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทท้องถิ่นที่ทำการศึกษา รวมถึงเงื่อนไขในเชิงนโยบาย และการเปลี่ยนแปลงตามกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพที่กำลังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ทั้งนี้ได้ส่งผลกระทบต่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่อาจจะกล่าวได้ว่าเป็น ยุคของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในฐานะที่เป็นกลไกสำคัญยิ่งต่อการช่วยบรรเทาทุกข์แก่ประชาชนเมื่อยามเจ็บป่วย และเป็นกลไกในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยทั้งนี้ตามสิทธิที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2544; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ สุมาภรณ์ แซ่ลิ่ม, 2545)

บทเรียนที่เกิดขึ้นในการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 นี้ สามารถสะท้อนให้เห็นใน 4 ส่วนของการพัฒนา คือ

- ส่วนที่ 1 การพัฒนาคน
- ส่วนที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือการทำงาน
- ส่วนที่ 3 การพัฒนาวิธีการทำงาน และ
- ส่วนที่ 4 ผลกระทบจากการพัฒนา

ส่วนที่ 1 การพัฒนาคน

1. แนวคิดการพัฒนาคน

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ต่อเนื่องมาจนถึงแผนพัฒนาฉบับที่ 9¹ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคน โดยใช้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาฐานคิด การพัฒนาคนดังกล่าวนับได้ว่าเป็นกระแสหลักที่ส่งผลกระทบต่อวิถีคิดและการปฏิบัติที่สะท้อนถึง กระบวนการพัฒนาคน ไม่เว้นแม้แต่ในการพัฒนาคนของวิชาชีพต่างๆ ซึ่งรวมถึงในวิชาชีพด้าน สุขภาพด้วย

แนวคิดการพัฒนาคนถูกใช้เป็นยุทธศาสตร์หลักของการทำงานในปัจจุบัน ไม่เว้นแม้แต่ กำลังคนด้านสุขภาพ ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ 6 ว่าด้วยเรื่องแนวนโยบายและ ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 7 มาตราที่ 83, 84, และ 85 (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546) สรุปได้ว่า การพัฒนาคนที่เป็นกำลังด้านสุขภาพนั้นเน้นที่การพัฒนาวิถีคิดและกำลังคนที่สอดคล้อง กับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์² หากมองในแนวคิดสุขภาพแนวใหม่ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ พบว่า ให้ความสำคัญในการสร้างสุขภาพ ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนในฐานะที่เป็นเจ้าของสุขภาพ มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ผลการศึกษาระยะที่ 1 ได้สะท้อนให้เห็นภาวะสุขภาพ ของกลุ่มคนต่างๆในบริบทของสังคมไทยที่มีความแตกต่างหลากหลาย ซึ่งมีทั้ง ผู้ที่มีภาวะสุขภาพ เป็นปกติคือไม่เจ็บป่วย ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วย และผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีกลุ่มคนที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษตามวัยพัฒนาการ ตลอดจนผู้คนที่มีความพิการที่ต้องการได้รับการฟื้นฟูสภาพ (ชนินฐา นันทบุตร และคณะ, 2544) สะท้อนให้เห็น ความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลาย แนวคิดการจัดบริการสุขภาพปรากฏทั้งในบริบทที่เป็นเชิงรุกและเชิงรับ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการบริการสุขภาพที่เป็นการป้องกันโรค การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ

กระบวนการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ นับว่าเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง บทเรียนจากการศึกษาทั้ง 5 พื้นที่ ชี้ให้เห็นว่า ความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพระดับ

¹ แผนพัฒนาฉบับที่ 9 เป็นยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมทิศทางการพัฒนาประเทศในระยะปานกลางที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ระยะยาว และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจากแผนพัฒนา ฉบับที่ 8 ในด้านแนวคิดที่ชื่อ “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” ในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวมและให้ความสำคัญกับการพัฒนาอย่างสมดุล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างระบบบริหารจัดการภายในที่ดีให้เกิดขึ้นในทุกระดับ อันจะทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืนที่มี “คน” เป็นศูนย์กลาง (สรุปสาระสำคัญ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ใน <http://www.thaica.com/articles/plan9.html>)

² ระบบสุขภาพที่มุ่งสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อม และสังคม อย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์สุขของการอยู่ร่วมกัน

ปฐมภูมินั้น ประเด็นสำคัญอยู่ที่การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติงาน ถือเป็นกลไกหลักที่ส่งผลต่อการพัฒนาวิธีการทำงานและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพได้ในที่สุด เห็นได้จากสถานการณ์การเตรียมความพร้อมในการทำงานภายใต้กระบวนการทัศน์สุขภาพแนวใหม่ที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการ และนำไปสู่การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

จากบทเรียนการศึกษาวิจัยใน 5 พื้นที่พบว่า ประเด็นของการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพที่สำคัญ ประกอบด้วย

- (1) การเตรียมความพร้อมในเรื่องกระบวนการทัศน์สุขภาพแนวใหม่ การทำความเข้าใจ เป้าหมาย ปรัชญาการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- (2) การพัฒนาให้เกิดภาวะผู้นำ กล้าคิด กล้าทำ กล้าพัฒนา และ
- (3) การพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน เช่น การส่งเสริมให้ได้รับการอบรมทางวิชาการ การศึกษาดูงาน หรือการศึกษาต่อ เป็นต้น

ดังนั้น การพัฒนาคนจากการศึกษาในระยะที่ 2 นี้ มีฐานคิดสำคัญ 2 ฐานคิดคือ (1) การพัฒนาวิธีคิด ที่เกิดขึ้นควบคู่กับ (2) การพัฒนาศักยภาพคน เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพ ดังที่กล่าวถึง

การพัฒนาวิธีคิด

นิยามใหม่ของคำว่าสุขภาพที่เกิดขึ้นภายใต้การปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการทำงานในเชิงรุกมากขึ้นเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพะ ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานของตนเอง กระบวนการเรียนรู้ในแนวคิดสุขภาพใหม่ จึงเป็นวิธีการที่นำมาใช้ในการพัฒนาวิธีคิดของบุคลากรในพื้นที่ โดยทำความเข้าใจวิถีชีวิต วิถีชุมชน ซึ่งทำให้มองเห็นภาพความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน กระแสแนวคิด การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทสุขภาพใหม่เป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นให้บุคลากรด้านสุขภาพเกิดการตื่นตัวและเรียกร้องจนนำไปสู่การเรียนรู้อย่างเป็นระบบเพื่อทำความเข้าใจวิถีการทำงาน จากการศึกษาวิจัยใน 5 พื้นที่พบว่ามีการใช้กระบวนการต่างๆ คือ

- (1) กระบวนการศึกษาอบรมในปรัชญาแนวคิดสุขภาพ วิธีการทำงาน เครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการทำงาน การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในการทำงาน เป็นต้น
- (2) การฝึกปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์การทำงานตามแนวคิดสุขภาพใหม่ โดยการเสริมสร้างสมรรถนะเชิงสังคมวัฒนธรรมและสมรรถนะเชิงวิชาชีพ อันเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ปฏิบัติงาน ปลุกฝังให้มีความรู้ความเข้าใจในการทำงานชุมชน การสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานเพื่อชุมชน ตัวอย่างเช่น การเพิ่มทักษะในการทำงานชุมชน ทักษะในการตรวจ

รักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น ทักษะในการติดต่อสื่อสาร ทักษะในการประสานงาน ทักษะในการเลือกใช้เครื่องมือในการทำงาน รวมถึงการสร้างและพัฒนาเครื่องมือการทำงาน เป็นต้น

(3) การใช้เวทีทางวิชาการเพื่อเรียนรู้การทำงานของพื้นที่อื่น

(4) การใช้กระบวนการนิเทศ ติดตามเพื่อ สะท้อนวิธีการทำงาน ให้การปรึกษา และร่วมมือกันปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน

ทั้งนี้ มีเงื่อนไขสำคัญในการพัฒนาวิธีคิด คือ

(1) การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันของนักวิชาการจากสถาบันวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในสถาบันบริการสุขภาพในพื้นที่ รวมถึงองค์กรภาคีอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย รวมถึงภาคประชาชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เป็นต้น

(2) การได้รับการสนับสนุนในระดับนโยบายจากผู้บริหาร เช่น การให้เวลาในการเข้าอบรม การสนับสนุนงบประมาณและร่วมจัดโครงการอบรมให้ความรู้ เป็นต้น

(3) การตระหนักรู้ในเรื่องสุขภาพ ตลอดจนความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

(4) การตระหนักรู้ในบทบาทของตนเองขององค์กรท้องถิ่นในฐานะที่เป็นผู้จัดหาบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยเฉพาะในระดับผู้บริหาร

การพัฒนาศักยภาพคน

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามแนวคิดสุขภาพใหม่ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพจำนวนมากขึ้น หากมองจากสัดส่วนที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้นพบว่า ยังขาดแคลนอยู่เป็นจำนวนมาก ถึงแม้ว่าในบริบทกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน จะมีการนับจำนวนกำลังคนที่มีอยู่ทั้งหมดแล้วทั้ง พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ทันตภิบาล เป็นต้น ก็ยังไม่เพียงพอต่อการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาเฉพาะในประเด็นเรื่องสัดส่วนความรับผิดชอบต่อประชากรในพื้นที่ดังกล่าวแล้ว การดำเนินการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ต้องอาศัยการเรียนรู้มากนั้นก็ไม่อาจจะเกิดขึ้นได้ จึงเกิดแนวทางในการบริหารจัดการเพื่อให้มีอัตรากำลังคนเพียงพอในการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งพบว่าแนวทางที่ดำเนินการนั้นมีใน 4 ลักษณะคือ

(1) **การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแนวใหม่** การจัดทำระบบการสอดคล้องกับปรัชญาสุขภาพที่พึงประสงค์ ในประเด็นนี้พบว่า มีความชัดเจนจากการศึกษาวิจัยกรณีศึกษา

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ชนินฐา นันทบุตร และคณะ, 2546) โดยที่องค์กรท้องถิ่นร่วมกับสถาบันวิชาการพยาบาลคือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินโครงการบัณฑิตคืนสู่สังคม เป็นโครงการรับผู้ที่อยู่ในชุมชนเข้ามาศึกษาต่อในวิชาชีพการพยาบาล เป็นต้น

(2) **การบริหารจัดการกำลังคน** ถึงแม้ว่าในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก องค์กรที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่มีการปรับตัวเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพได้ การบริหารจัดการกำลังคนที่มีอยู่จึงปรากฏเป็นประเด็นหลักของการศึกษาวิจัยในทุกพื้นที่ ซึ่งภาพของการบริหารจัดการกำลังคนนั้นเป็นความร่วมมือทำงาน ไม่ได้เป็นการถ่ายโอนสังกัดของบุคลากรแต่อย่างใด การบริหารจัดการกำลังคนดังกล่าวเป็นไปใน 2 ทิศทางคือ (1) *การส่งบุคลากรไปอยู่ประจำ* เช่น การส่งพยาบาลของโรงพยาบาลไปประจำสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น และ (2) *การส่งบุคลากรไปร่วมทำงานเป็นครั้งเป็นคราว* ภาพของการจัดการกำลังคนเช่นนี้ทำให้การจัดบริการสุขภาพสามารถดำเนินไปได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามยังมีความไม่ชัดเจนและเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ปฏิบัติงานอยู่บ้าง เช่น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต้องทำงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในขณะที่มีสายการบังคับบัญชาอยู่กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการพิจารณาความดีความชอบ การสั่งการของผู้ที่ปฏิบัติงานด้วยกันที่มองว่ามาจากคนละสังกัดทำให้เกิดความขัดแย้งอยู่บ้าง แต่ถ้าหากมองในแง่บวกของการทำงานร่วมกันในลักษณะหุ้นส่วนการทำงานก็มีความเป็นไปได้ ในลักษณะการจัดการกำลังคนดังกล่าวพบเห็นได้จากการวิเคราะห์ในทุกกรณีศึกษา

(3) **การจัดบุคลากรเข้าประจำในชุมชน** โดยการจัดให้มีพยาบาลชุมชนเข้าดูแลประชาชนในพื้นที่ในลักษณะรับผิดชอบดูแลสุขภาพชุมชนเต็มเวลา การจัดในลักษณะเช่นนี้นับได้ว่าเป็นการจัดอัตรากำลังในแนวใหม่ ดังตัวอย่างพยาบาลชุมชนที่เกิดขึ้นในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง อำเภอคำชะอี จังหวัดขอนแก่น(ชนินฐา นันทบุตร และคณะ, 2546)

(4) **การจัดให้มีทีมนิเทศ/ผู้ประสานงาน** การปฏิบัติงานที่ปรากฏในสถานการณ์การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พบนั่นเกิดขึ้นบนฐานคิดของการทำงานร่วมกันของบุคลากรที่มีต้นสังกัดการทำงานที่หลากหลาย ทั้งที่เป็นบุคลากรของโรงพยาบาล สถานีอนามัย ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในสังกัดของเทศบาล เป็นต้น ดังนั้นจึงเกิดภาพของการจัดการ ที่มีทีมนิเทศ/ผู้ประสานงานขึ้น โดยทำหน้าที่ในการติดตาม กำกับการทำงานในแง่ของการพัฒนาคุณภาพบริการ การพัฒนามาตรฐานการทำงาน สร้างกระบวนการทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะในกระแสแนวคิดเรื่องสหสาขาวิชาชีพ การให้คำปรึกษาต่างๆ เป็นต้น ดังที่ปรากฏในการวิเคราะห์กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะกรณีของโรงพยาบาลขอนแก่นที่มีระบบทีมนิเทศที่ชัดเจน

จากการศึกษาวิจัยพบว่า มีเงื่อนไขในการจัดอัตรากำลังคนตามลักษณะดังกล่าว จำแนกให้เห็นใน 2 ประเด็นคือ 1) ในระดับนโยบายและการบริหารจัดการ และ 2) ในระดับการผลิตและพัฒนาบุคลากร ได้แก่

(1) **นโยบายการทำงานขององค์กรหลักที่เป็นหน่วยคู่สัญญา** ซึ่งต้องมีความชัดเจนในการดำเนินการว่าจะจัดการด้านกำลังคน การจ่ายค่าตอบแทน

(2) **ความพร้อมในการดำเนินการขององค์กรที่เป็นหน่วยคู่สัญญา** ต้องกำหนดบทบาทของตนเองอย่างชัดเจน หากมีข้อจำกัดในจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ จำเป็นจะต้องใช้หลักของการจัดการอัตรากำลังคนเข้ามาช่วยพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ของตนเอง

(3) **ความพร้อมของตัวบุคลากร** เป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวคิดสุขภาพใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับวิธีการทำงานในบริบทสุขภาพใหม่ การเตรียมตัวทั้งด้านร่างกายและสภาพจิตใจ

(4) **การสร้างความร่วมมือในการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพร่วมกับองค์กรท้องถิ่น** ที่อยู่ในฐานะเป็นผู้จัดหาบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน เช่น การสนับสนุนด้านการเงินงบประมาณในการพัฒนากำลังคน เป็นต้น เพื่อสร้างวิธีการทำงานอย่างเป็นหุ้นส่วนการทำงาน

(5) **การสร้างความร่วมมือกับสถาบันวิชาการในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ** โดยให้คนในท้องถิ่นเข้าไปศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพและกลับไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ของตนเอง ตลอดจนการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้แก่บุคลากร โดยการพัฒนาลักษณะทั้งการศึกษาอบรมระยะสั้น การศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น อันเป็นการสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิในบริบทสุขภาพใหม่

ตัวอย่างของการพัฒนาคนดังที่ปรากฏข้างต้น สามารถวิเคราะห์ให้เห็นจากการศึกษาวิจัยในหลายพื้นที่ครั้งนี้ได้ดังนี้

บทวิเคราะห์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ : กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โรงพยาบาลน้ำพอง แนวคิดพยาบาลชุมชน และ โครงการบัณฑิตคืนสู่สังคม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โรงพยาบาลน้ำพอง เป็นโรงพยาบาลชุมชนในฐานะที่เป็นหน่วยคู่สัญญา ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในลักษณะของการทำงานร่วมกับองค์กรชุมชนคือ องค์การบริหารส่วนตำบลต่างๆที่มีเขตพื้นที่ดูแลทับซ้อนกัน การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลแห่งนี้เกิดขึ้นบนฐานคิดเรื่องของการกระจายโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพในลักษณะที่เป็นสวัสดิการสุขภาพชุมชน ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดในการจัดให้มีพยาบาลชุมชนขึ้น ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ในเบื้องต้นของการดำเนินการได้ร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง โดยโรงพยาบาลได้จัดสรรพยาบาลวิชาชีพ 6 คนเพื่อปฏิบัติงานในฐานะเป็นพยาบาลชุมชน การปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลบางส่วน เช่น พาหนะในการเดินทางเครื่องมือติดต่อสื่อสาร เป็นต้น นอกจากนี้ในส่วนของโรงพยาบาลเองมีงานเวชปฏิบัติครอบคลุมรับผิดชอบดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบของตนเองและสร้างการประสานงาน ติดตาม กำกับการทำงานของสถานีนอมา้ยในพื้นที่ด้วย การจัดสรรบุคลากรที่เกิดขึ้นในพื้นที่นี้จึงพบว่ามีอยู่ 2 ลักษณะคือ การจัดให้มีพยาบาลชุมชน และการจัดทีมนิเทศและประสานงานกับสถานีนอมา้ยในพื้นที่

ภายใต้การดำเนินการดังกล่าวนี้เป็นผลกระทบจากแนวคิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพของประเทศ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 กำหนดให้มีการกระจายอำนาจ โดยเฉพาะในมาตรา 52 กำหนดให้องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ของตนเอง และผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับนโยบายของประเทศที่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้แนวคิดการจัดจัดบริการสุขภาพในลักษณะสวัสดิการด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพองร่วมกับโรงพยาบาลน้ำพองที่มีอยู่เดิมคือการมีบัตรสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีพยาบาลชุมชนทดแทนระบบเดิม ทั้งนี้การดำเนินการจัดให้มีพยาบาลชุมชนในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ได้รับการสนับสนุนอัตราค่าจ้างจากโรงพยาบาลน้ำพองจำนวน 6 คนดังกล่าว ในขณะเดียวกันองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น (โดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพองคือ นายสนั่น พงษ์สมบัติ ในขณะนั้น)ในฐานะที่เป็นผู้จัดหาบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน เกิดแนวคิดในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพคือพยาบาลชุมชนที่เป็นคนในพื้นที่เองจึงมีแผนแม่บทในการพัฒนากำลังคนขึ้นและได้ขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการรับผู้ที่อยู่ในชุมชนเข้าศึกษาในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งแนวคิดดังกล่าว

บทวิเคราะห์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ : กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สอดคล้องกับแนวคิดของคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ตระหนักถึงการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพให้แก่ประชาชนในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่แล้ว จึงได้จัดทำโครงการรับผู้ที่อยู่ในชุมชนเข้าศึกษาต่อวิชาชีพการพยาบาล โดยได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 รูปแบบที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นเพียงการดำเนินการในระยะเริ่มต้น ที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติและสะท้อนประสิทธิผลที่เป็นการเรียนรู้ร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาสู่ความเข้มแข็งในการจัดบริการสุขภาพขององค์กรท้องถิ่นซึ่งเป็นองค์กรหลักในระบบสุขภาพใหม่

โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในระดับปฐมภูมิ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลขอนแก่นมีหลากหลายลักษณะได้แก่ สถานีอนามัยที่อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/จังหวัด ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ภายใต้การดูแลของเทศบาลนครขอนแก่น ทั้งนี้โรงพยาบาลขอนแก่นได้ประเมินศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพชุมชนแต่ละแห่ง โดยเฉพาะด้านบุคลากรที่มีอยู่เดิม พบว่ามีศักยภาพที่จะปฏิบัติงานได้ในระดับหนึ่ง จึงได้มีการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลเข้าร่วมทำงานในลักษณะการทำงานประจำด้วยหน่วยละ 1 คน โดยบุคลากรที่จัดสรรให้ไปประจำหน่วยบริการสุขภาพชุมชนนั้นได้เลือกจากผู้ที่มีความสนใจ ในขณะเดียวกันก็ได้สร้างบุคลากรในลักษณะที่นิเทศการทำงานขึ้นมาด้วย ซึ่งบุคลากรทั้งหมดทั้งจากศูนย์บริการสุขภาพที่มีอยู่เดิมและที่จัดสรรจากโรงพยาบาล ได้รับการเตรียมความพร้อมในกระบวนการทำงานชุมชน มีการฝึกปฏิบัติการทำงานในชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลชุมชนและการออกแบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นบนฐานความต้องการบริการสุขภาพของกลุ่มคนแต่ละกลุ่มที่พบในชุมชน โดยกระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นจากการร่วมทำงานของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กระบวนการทำงานที่เกิดขึ้นในบริบทของโรงพยาบาลขอนแก่นนอกเหนือจากการจัดสรรบุคลากรเพื่อเสริมศักยภาพการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพชุมชน และการสร้างทีมนิเทศติดตาม ดังที่กล่าวถึงแล้ว ยังมีการจัดบุคลากรเสริมในลักษณะการปฏิบัติงานเป็นครั้งคราวอีกด้วย เช่น การออกหน่วยบริการสุขภาพ เป็นต้น ในกรณีนี้จะมีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และอื่นๆ เข้าร่วมปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลวชิรนิवास จังหวัดสกลนคร

โรงพยาบาลวชิรนิवास เป็นโรงพยาบาลชุมชน ในฐานะที่เป็นหน่วยคู่สัญญา รับผิดชอบ

บทวิเคราะห์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ : กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ดูแลประชาชนในพื้นที่อำเภอวานรนิวาสเป็นหลักร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิคือสถานีอนามัยที่อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวานรนิวาส รวมหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของโรงพยาบาลแห่งนี้ 8 แห่งคือ หน่วยบริการของโรงพยาบาล 1 แห่ง หน่วยบริการนอกโรงพยาบาล 7 แห่ง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม รวม 17 สถานีอนามัย แนวคิดการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลวานรนิวาสคือการทำงานร่วมกันของบุคลากรทุกฝ่ายอย่างเป็นระบบ โดยใช้แนวคิดเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพ ดังนั้นจึงพบว่า โรงพยาบาลวานรนิวาสได้จัดให้มีผู้ประสานงานกลุ่มขึ้นมา 3 คนรับผิดชอบกลุ่มแต่ละกลุ่ม และดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยทั้งในเชิงของการพัฒนาระบบ พัฒนาวิธีคิดและการพัฒนาวิธีการทำงาน ควบคู่กันไป นอกเหนือจากการดำเนินการดังกล่าวแล้ว ยังมีการดำเนินการเสริมศักยภาพของหน่วยบริการ โดยการจัดให้บุคลากรวิชาชีพต่างๆ เข้าร่วมทำงานเป็นครั้งคราว เช่น การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เป็นต้น

ที่มา : ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546)

บทวิเคราะห์กำลังคนด้านสุขภาพ : กรณีศึกษาในภาคเหนือ

การจัดบริการสุขภาพของสถานีอนามัยตำบลขุนคอง และ

ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

สถานีอนามัยตำบลขุนคอง รับผิดชอบดูแลประชาชน 9 หมู่บ้านในพื้นที่ตำบลขุนคอง และมีประชาชนอีก 3 หมู่บ้านจากตำบลสบแม่ข่า และตำบลบ้านแหวน มาใช้บริการที่สถานีอนามัยแห่งนี้ด้วยเพราะมีอาณาเขตติดต่อกับตำบลขุนคอง รวมประชาชนประมาณ 7,000 คน สถานีอนามัยตำบลขุนคองเป็นหน่วยคู่สัญญาของโรงพยาบาลหางดง สถานีอนามัยแห่งนี้มีเจ้าหน้าที่ 3 คนคือ 1) เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข วุฒิพยาบาลระดับต้น ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าสถานีอนามัย 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน วุฒิพยาบาลระดับต้น และ 3) เจ้าพนักงานสาธารณสุข สถานีอนามัยแห่งนี้มีขีดความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการที่เป็นการรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้นและการปฐมพยาบาล การดูแลกลุ่มคนที่มีความต้องการดูแลพิเศษ เช่น หญิงตั้งครรภ์ การให้วัคซีนเด็ก เป็นต้น มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่มาใช้บริการ และการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น การชันสูตรโรค เปิดบริการในวันราชการ ช่วงเวลา 08.30-16.30 น.

ในขณะที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง ซึ่งเดิมคือสถานีอนามัยบ้านบวกรอก ได้เปลี่ยน

บทวิเคราะห์กำลังคนด้านสุขภาพ : กรณีศึกษาในภาคเหนือ

สถานะมาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเมื่อเดือนตุลาคม 2544 รับผิดชอบประชากร 8 หมู่บ้าน จำนวน 5,854 คน ทั้งนี้มีเครือข่ายบริการสุขภาพคือสถานีอนามัยหนองไคร้ ที่รับผิดชอบประชากร 6 หมู่บ้าน มีบุคลากรทั้งหมด 6 คนซึ่งนับรวมบุคลากรที่ได้รับการจัดเสริมด้วย โดยมีเจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุข เป็นหัวหน้าศูนย์บริการสุขภาพชุมชน

โรงพยาบาลหาดได้ส่งเจ้าหน้าที่เข้ามาร่วมทำงานกับสถานีอนามัยตำบลขุนคางจำนวน 4 คน โดยส่งมาเป็นครั้งคราว ในขณะเดียวกันได้ส่งแพทย์ เภสัชกร อย่างละ 1 คนเข้ามาปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตอง สัปดาห์ละ 2 วัน ทำหน้าที่ในการตรวจรักษาโรคและจ่ายยาให้แก่ผู้มาใช้บริการ ปฏิบัติเช่นนี้อยู่ 2 เดือน นอกจากนี้ยังมีพยาบาลวิชาชีพอีก 2 คน ให้การตรวจรักษาและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยแทน ภายหลังจากที่แพทย์และเภสัชกรได้ออกจากพื้นที่แล้ว อย่างไรก็ตามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพยังมีข้อจำกัด กล่าวคือสามารถให้บริการได้คนละ 2 วันๆละ 1 คน ปฏิบัติงานเฉพาะในช่วงเช้าของวันทำการเพราะต้องกลับไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหาดด้วย

การเสริมอัตรากำลังในลักษณะดังที่กล่าวถึงทำให้เกิดบริการสุขภาพในลักษณะการขยายห้องตรวจสุขภาพเข้าไปในพื้นที่ มีการบริการเยี่ยมบ้าน การจัดทำแฟ้มครอบครัว การประเมินภาวะสุขภาพครอบครัว และปัจจัยที่เป็นผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เป็นต้น ทำให้สามารถสะท้อนปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้ชัดเจนมากกว่าเดิม เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคเครียด ปวดหลังปัญหายาเสพติด ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพที่เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อม เช่น ฝุ่นละออง ชยะ กลิ่นสี กลิ่นทินเนอร์ ที่เกิดขึ้นจากการทำเฟอร์นิเจอร์ อันเป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือนในชุมชนแห่งนี้ และสามารถขยายเวลาทำการได้เพิ่มเติมอีก เช่น ที่สถานีอนามัยตำบลขุนคางที่สามารถให้บริการในวันหยุดราชการ

ที่มา : วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และคณะ (2546ก, 2546ข)

บทวิเคราะห์กำลังคนด้านสุขภาพ : กรณีศึกษาในภาคตะวันออก

โรงพยาบาลบางช้าง อำเภอบางช้าง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

โรงพยาบาลบางช้าง เป็นโรงพยาบาลชุมชน อยู่ในฐานะหน่วยคู่สัญญา (CUP: contracting unit for primary care) และเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลบางช้างมีสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในความดูแล 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ สถานีอนามัยเทพมงคล (เป็นสถานีอนามัยหลัก) สถานีอนามัยวังพัฒนา และ สถานีอนามัยแก้วฟ้า กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย สถานีอนามัยทางหลวง (เป็นสถานีอนามัยหลัก) สถานีอนามัยปลาย

บทวิเคราะห์กำลังคนด้านสุขภาพ : กรณีศึกษาในภาคตะวันออก

กัลดี และ สถานีนอนามัยเต่าเล่า โดยในสถานีนอนามัยแต่ละแห่งจะมีอัตรากำลังประจำ 2-5 คน โรงพยาบาลบางชัยจะมีการกำหนดออกหน่วยบริการสุขภาพที่สถานบริการสุขภาพชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง เป็นการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นหลัก ในการออกหน่วยบริการดังกล่าวจะประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1-2 คน เภสัชกรหรือผู้ช่วย 1 คน และการเสริมกำลังช่วยเหลือกันจากสถานีนอนามัยในกลุ่มของตนเองอีก

การบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่นี้วิเคราะห์จากบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละฝ่าย แล้วพบว่า มีการจัดบริการสุขภาพที่ประกอบด้วยบริการในคลินิกและการบริการสุขภาพในชุมชนที่ครอบคลุมแนวคิด 4 อย่างคือ การดูแลรักษาโรคเบื้องต้น การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีกิจกรรมการบริการสุขภาพคือ การออกหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน การคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน การบริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การให้การปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีกิจกรรมในเชิงวิชาการเพื่อสนับสนุนการทำงานเป็นทีม การเสริมสมรรถนะการทำงาน เช่น การสนับสนุนความรู้ทางวิชาการ การให้คำปรึกษาในการทำงาน เป็นต้น

ผลของการปรับเปลี่ยนและการบริหารจัดการในลักษณะดังกล่าว ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีความพึงพอใจบริการสุขภาพในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเวลาในการบริการสุขภาพที่มีการขยายเวลาเพิ่มเติมจนถึงเวลา 20.30 น.ทุกวัน จากเดิมที่เคยให้บริการในเวลา 8.00-16.00 น.เฉพาะวันราชการ ประชาชนเกิดความมั่นใจในศักยภาพของบุคลากรมากขึ้น เพราะมองเห็นว่ามีทีมงานทำงานที่มีคุณภาพ แต่ก็ได้รับการประเมินจากประชาชนว่า บุคลากรบางคนยังเฉื่อยในการทำงาน อย่างไรก็ตามการจัดบริการสุขภาพโดยเพิ่มการออกหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเช่นนี้ ได้สะท้อนภาพประเด็นการจัดบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ที่มา : สุปรานี เสนาดีสัย และคณะ (2546)

บทวิเคราะห์กำลังคนด้านสุขภาพ : กรณีศึกษาในภาคใต้

โรงพยาบาลนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา

โรงพยาบาลนาหม่อม เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นหน่วยคู่สัญญา การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเกิดขึ้นภายใต้ข้อตกลงร่วมกันกับคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิขึ้นในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่มีอยู่ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการในสถานีนอนามัย 3

บทวิเคราะห์กำลังคนด้านสุขภาพ : กรณีศึกษาในภาคใต้

แห่งคือ ตำบลคลองหรีง ตำบลทุ่งขมิ้น ตำบลนาหม่อม และมีการจัดตั้งขึ้นใหม่อีก 1 แห่งคือ ตำบลพิจิตร รวมเป็น 4 แห่ง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนนั้นประกอบด้วย บุคลากรเดิมที่มีอยู่และการจัดสรรบุคลากรจากโรงพยาบาลนาหม่อม เข้าร่วมปฏิบัติงานประจำ ยกเว้นในหน่วยบริการสุขภาพชุมชนที่จัดตั้งขึ้นใหม่คือตำบลพิจิตร ที่เป็นบุคลากรใหม่ทั้งหมดโดย ได้รับการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพ 2 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน ให้ปฏิบัติงานประจำ นอกจากการจัดบุคลากรไปปฏิบัติงานประจำในศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ดังที่กล่าวแล้ว ยังมีการจัดบริการสุขภาพเฉพาะอย่างซึ่งจัดให้บุคลากรไปปฏิบัติงานเป็นครั้งคราว เช่น การออกหน่วยทันตกรรม เป็นต้น

การดำเนินกิจกรรมบริการสุขภาพของพื้นที่นี้ใช้แนวคิดที่มุ่งเน้นงานชุมชน ครอบคลุม กิจกรรมทั้งด้านงานรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ โดยมีระยะเวลา ในการปฏิบัติงานระหว่าง 8.00-20.00 น. มีกิจกรรมบริการสุขภาพตามตารางการปฏิบัติงานที่ กำหนดขึ้น

ในการเลือกบุคลากรเพื่อเสริมการปฏิบัติงานในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนนั้นได้ใช้ความ สัมผัสใจเป็นหลัก รวมถึงการพิจารณาด้านมนุษยสัมพันธ์ การมีความเข้าใจแนวคิดบริการเวช ปฏิบัติครอบคลุม มีความตั้งใจและเสียสละ สามารถปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และสามารถ ขับชี้แจงจรรยาบรรณได้ มีกระบวนการเตรียมบุคลากรคือ การอบรมฟื้นฟูความรู้ในการให้บริการ ที่มา : สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และคณะ (2546ข)

ส่วนที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือการทำงาน

1. แนวคิดการพัฒนาเครื่องมือการทำงาน

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการจัดบริการสุขภาพที่อยู่บนฐานคิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพและบังเกิดประสิทธิผลในการพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพะ สร้างการร่วมเป็นหุ้นส่วนในการจัดการด้านสุขภาพ มุ่งหวังให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นจึงต้องอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นตัวขับเคลื่อนการทำงาน

ความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละกลุ่มประชาชนที่อยู่ในพื้นที่นั้นว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาและส่งเสริมต่อแนวคิดดังกล่าวข้างต้น เพราะการจัดการด้านสุขภาพในแนวคิดสุขภาพใหม่นั้น เป็นการจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพที่มีทั้งความแตกต่างและหลากหลาย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้เครื่องมือต่างๆ เข้ามาช่วยในการพัฒนาการทำงานที่มีอยู่ กระบวนการทำงานที่เกิดขึ้นในบริบทการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำแนกให้เห็นได้ใน 2 ลักษณะงานคือ 1) การทำงานในระดับบริหารจัดการ และ 2) การปฏิบัติการให้บริการสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องใช้กระบวนการทำงานทั้ง 2 ลักษณะไปพร้อมๆ กัน ดังนั้นจึงต้องใช้เครื่องมือการทำงานเพื่อตอบสนองทั้งการบริหารจัดการและการให้บริการสุขภาพ เป็นองค์ประกอบ

2. เครื่องมือการทำงานในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นระบบบริการขั้นพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพภาควิชาชีพ เป็นบริการสุขภาพที่จำเป็นและประชาชนเข้าถึงได้ง่าย จึงต้องอาศัยเครื่องมือในการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน การศึกษาในระยะที่ 2 ปรากฏเห็นเครื่องมือการทำงานใน 2 ลักษณะคือ (1) เครื่องมือในการบริหารจัดการ และ (2) เครื่องมือในการบริการสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการทำงานมีทั้งเครื่องมือเดิมที่มีอยู่ ได้แก่ เครื่องมือทางระบาดวิทยา (ข้อมูล รายงานการแพร่กระจายของโรคต่างๆ รายงานการประเมินผลโครงการต่างๆ ทะเบียนประวัติสุขภาพประชาชน เป็นต้น) เครื่องมือทางการแพทย์ (การใช้กระบวนการพยาบาล แบบประเมินภาวะสุขภาพ) แบบประเมินข้อมูลต่างๆ (แฟ้มประวัติครอบครัว หรือแฟ้มการเยี่ยมบ้าน) การเรียนรู้ในการใช้เครื่องมือเชิงสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเป็นเครื่องมือศึกษาในการวิถีชีวิตประชาชนและวิถีชุมชน ตลอดจนการพัฒนาหรือสร้างเครื่องมือใหม่ ที่มีความเหมาะสมเฉพาะพื้นที่ เช่น พยาบาลชุมชน ระบบส่งต่อผู้เจ็บป่วย ระบบนิเทศ เป็นต้น

เครื่องมือในการบริหารจัดการ

ผู้ปฏิบัติงานในระดับนโยบายต้องหาเครื่องมือเพื่อการผลักดัน ควบคุม กำกับ การปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนด ดังนั้นจึงพบว่าในสถานการณ์ที่เป็นไปได้จากการศึกษา ระยะที่ 2 สะท้อนให้เห็นว่ามีการใช้เครื่องมือในการบริหารจัดการที่แตกต่างกันไป ประกอบด้วย

(1) **ระบบนิเทศ** ในบริบทสุขภาพใหม่และการทำงานที่เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ ทำให้เกิดการบริหารจัดการการทำงานแนวใหม่ บุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ต้องมาทำงานร่วมกันโดยมีโรงพยาบาลเป็นสถาบันบริการสุขภาพอยู่ในฐานะหน่วยคู่สัญญา (CUP) ส่วนสถานบริการสุขภาพอื่นๆ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน นั้นอยู่ในฐานะหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) บนพื้นฐานของการทำงานแนวใหม่นี้ทำให้โรงพยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ทำงานในระดับนโยบายสร้างวิธีการขึ้นมาให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานที่มีอยู่ เพื่อประสานการทำงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการปฏิบัติงาน ในลักษณะการนิเทศงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การปรึกษา ร่วมวางแผนการทำงาน ให้การปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการทำงาน ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆเพื่อนำสู่การจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมในพื้นที่ ตลอดจนร่วมเรียนรู้การทำงานในพื้นที่ ในฐานะเป็นพี่เลี้ยง เป็นเพื่อนร่วมทำงานในบางครั้ง ทั้งนี้มีเงื่อนไขสำคัญคือ

1.1) **ผู้นำเทศจะต้องได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่** ซึ่งอาจจะมาโดยการคัดเลือกของโรงพยาบาลโดยตรง หรือการเลือกกันเองของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานใน PCU และ

1.2) **ผู้นำเทศจะต้องได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลอย่างจริงจัง** ทั้งในแง่ของการตัดสินใจ

(2) **เครือข่ายบริการสุขภาพ** ในแนวคิดการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทสุขภาพใหม่ ทำให้การทำงานเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นโรงพยาบาลในฐานะที่เป็นหน่วยคู่สัญญาต้องสร้างแนวคิดการทำงานร่วมกันโดยใช้ศักยภาพของหน่วยต่างๆเพื่อนำสู่การพัฒนาอย่างจริงจังทั้งนักวิชาการในสถาบันวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน เงื่อนไขสำคัญของการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพดังที่กล่าวถึง อาจจะเกิดขึ้นในลักษณะ

2.1) **การทำความตกลงร่วมกัน** เพื่อการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน

2.2) **การสร้างแนวคิดการเป็นหุ้นส่วนการทำงาน**อันเป็นความรับผิดชอบร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน เช่น การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ การเข้าร่วมจัดการโดยองค์กรท้องถิ่น เป็นต้น

(3) **แผนแม่บทในการพัฒนาแนวคิดการปฏิบัติงาน** ในบริบทสุขภาพใหม่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพการทำงานอย่างชัดเจน ภาพของการทำงานเน้นไปในทิศทางของการสร้างสุขภาพให้เกิดขึ้นกับประชาชนมากขึ้น แต่ก็ไม่ได้ทอดทิ้งการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องปรับวิธีคิดของตนเองอย่างมาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาแนวคิดการปฏิบัติงาน ดังนั้นโรงพยาบาลในฐานะที่เป็นหน่วยคู่สัญญาต้องวางแผนแม่บทของตนเองในการพัฒนาแนวคิดการปฏิบัติงานและสร้างการพัฒนาแนวคิดอย่างต่อเนื่อง ในประเด็นดังกล่าวต้องอาศัย

3.1) **ผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์**ในการทำงานตามแนวคิดสุขภาพใหม่ เพื่อผลักดันให้เกิดการสร้างแผนแม่บท

3.2) **การใช้กลไกทางการเงิน** เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิบัติตามแผน

3.3) **การใช้ศักยภาพของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมการทำแผนแม่บท** เพื่อนำสู่การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

(4) **กระบวนการพัฒนาและควบคุมมาตรฐาน** การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นการทำงานในบริบทใหม่ ในแนวคิดการจัดบริการสุขภาพตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล มุ่งเน้นให้มีการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ดังนั้นโรงพยาบาลในฐานะเป็นหน่วยคู่สัญญาต้องใช้กระบวนการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง เช่น สถานเฝ้าระวัง ศูนย์สุขภาพชุมชน ให้มีกระบวนการทำงานที่มีมาตรฐานทั้งในมาตรฐานหน่วยงานและมาตรฐานการบริการ ซึ่งพบว่า มีการใช้แนวคิด 5 ส. ในการพัฒนาหน่วยงาน มีการสร้างคู่มือแนวปฏิบัติในการปฏิบัติงาน การสร้างชุดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ของตนเอง การใช้มาตรฐานวิชาชีพโดยการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น การประเมินภาวะสุขภาพ การแก้ไขปัญหาสุขภาพต่างๆ เป็นต้น

เครื่องมือในการบริการสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นตามแนวคิดสุขภาพใหม่ ผู้ปฏิบัติงานต้องปฏิบัติงานทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ ต้องใช้ข้อมูลที่ครอบคลุมในทุกๆ ด้าน ดังนั้นจึงต้องอาศัยเครื่องมือช่วยในการให้บริการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ที่จะเลือกใช้ ดังนี้

(1) **พยาบาลชุมชน** จากแนวคิดที่ต้องการให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ในขณะเดียวกันก็เป็นสวัสดิการด้านสุขภาพที่จัดให้แก่ประชาชน ดังนั้นจึงได้เกิดการนำพยาบาลวิชาชีพเข้าประจำหมู่บ้าน รับผิดชอบในการจัดการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในทุกเรื่อง ในกรณีนี้ถือเป็นแนวคิดใหม่ในการปฏิบัติงานในบริบทการจัดการด้านสุขภาพของประเทศ พยาบาลชุมชนจึงเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานเพื่อให้บริการสุขภาพแก่คนในพื้นที่ อย่างไรก็ตามพยาบาลชุมชนต้องใช้เครื่องมืออื่นๆเพื่อเป็นการเสริมสมรรถนะของตนเองในการทำงานให้ได้มาตรฐานและเป็นไปตามแนวคิดสุขภาพใหม่ด้วย เช่น การใช้เครื่องมือทางมานุษยวิทยาเพื่อสืบค้นข้อมูลในมิติสังคมวัฒนธรรม การใช้เครื่องมือทางระบาดวิทยา เป็นต้น เหล่านี้จะช่วยให้สามารถอธิบายสถานการณ์ด้านสุขภาพที่นำไปสู่การออกแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชนได้ นอกจากนี้พยาบาลชุมชนยังต้องอาศัยเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพต่างๆในการปฏิบัติงานด้วย

(2) **เครื่องมือทางระบาดวิทยา** จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมในยุคโลกาภิวัตน์ ที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในบริบทสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และทางการเมือง ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคน ทำให้คนมีความต้องการด้านสุขภาพแตกต่างหลากหลาย เหล่านี้จะสะท้อนจากภาวะสุขภาพของผู้ที่เจ็บป่วยที่ได้มาจากข้อมูลทางระบาดวิทยา ดังนั้นจึงพบว่าในสถานการณ์การอธิบายถึงภาวะสุขภาพของคนในภาพกว้างนั้นผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องใช้เครื่องมือทางระบาดวิทยาเข้ามาในการปฏิบัติงานของตนเองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

(3) **เครื่องมือทางมานุษยวิทยา** แนวคิดสุขภาพอธิบายว่า สุขภาพเชื่อมโยงอยู่กับวิถีชีวิตของคน ดังนั้นจึงต้องมีการทำความเข้าใจคนในแนวคิด ซึ่งต้องอาศัยเครื่องมือทางมานุษยวิทยา เครื่องมือดังกล่าวนับได้ว่าเป็นเครื่องมือใหม่ในวิชาชีพด้านสุขภาพ การพัฒนาแนวคิดและวิธีการใช้ในเครื่องมือนี้จึงมีความสำคัญอย่างมาก กระบวนการพัฒนาจะต้องชัดเจนเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ความต้องการด้านสุขภาพได้ ทำที่สุดแล้วก็จะนำไปสู่การออกแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตได้ เช่นการใช้เครื่องมือศึกษาวิถีชีวิตและชุมชน 7 ชื่น ที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรสุขภาพได้เรียนรู้ชุมชนมากขึ้น รู้จักถึงวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน ได้พบผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ ที่ยังไม่เคยได้รับการรักษา หรือผู้ป่วยที่ขาดการรักษาเนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาจากความเจ็บป่วย พิกัด หรือทุพพลภาพ การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นดังกล่าวทำให้ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลที่แท้จริงของผู้ใช้บริการได้มากขึ้น เป็นต้น

(4) **ระบบการส่งต่อรักษา** การจัดการด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในบริบทความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนนั้น ไม่สามารถที่จะดำเนินการได้ทุกอย่าง ทั้งนี้เพราะสถานบริการสุขภาพที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีข้อจำกัดในการจัดบริการทั้งในแง่ของบุคลากรที่

ให้บริการ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ ประชาชนที่เจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมซึ่งต้องอาศัยระบบการส่งต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดผลกระทบและลดการสูญเสียให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การสร้างระบบการส่งต่อการรักษาจึงมีความจำเป็นโดยเฉพาะในระบบสุขภาพในพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลเป็นหน่วยคู่สัญญาที่ต้องดูแลและสนับสนุนการทำงานให้แก่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

(5) **การใช้กระบวนการวิจัยเป็นฐานคิดในการพัฒนางาน** การจัดการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนต้องอาศัยการใช้ข้อมูลอยู่ตลอดเวลา การพัฒนาข้อมูลให้เกิดความทันสมัยจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ นอกจากนี้ในแนวคิดสุขภาพแนวใหม่ที่สะท้อนถึงการสร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนมากขึ้น การพัฒนาด้านสุขภาพจึงเกิดขึ้นบนฐานคิดการวิจัยและพัฒนาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

(6) **เครื่องมือในทางวิชาชีพ** ในแต่ละวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมินั้นย่อมมีเครื่องมือของวิชาชีพเป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญ ในบริบทของวิชาชีพการพยาบาลนั้นมีเครื่องมือสำคัญคือ กระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การวินิจฉัยความต้องการด้านสุขภาพ นำสู่การวางแผนและจัดการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

ตัวอย่างของแนวคิดและเครื่องมือการทำงานที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการจัดการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนสามารถเกิดขึ้นได้ สะท้อนจากการวิเคราะห์ตัวอย่างการศึกษาในแต่ละพื้นที่ในการศึกษาระยะที่ 2 ได้ดังนี้

บทวิเคราะห์เครื่องมือการทำงาน : กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

พยาบาลชุมชน

องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง และโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ได้จัดให้มีพยาบาลชุมชนในพื้นที่ให้บริการของตนเอง ที่เป็นไปตามฐานคิดการให้บริการสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ และเป็นสวัสดิการด้านสุขภาพ โดยมีการกำหนดบทบาทของพยาบาลชุมชนให้เป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มอบหมาย ทั้งในภาพของสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน พยาบาลชุมชน 1 คนรับผิดชอบ 2 หมู่บ้าน การปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนเกิดขึ้นภายใต้การกำกับและนิเทศของผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง และการได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง

ระบบนิเทศ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์ ให้บริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเป็นหลัก จากการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพและพระราชบัญญัติประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้โรงพยาบาลขอนแก่นต้องปรับตนเองเพื่อให้บริการระดับปฐมภูมิในฐานะที่เป็นหน่วยคู่สัญญา จากการกำหนดพื้นที่ให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลขอนแก่นทำให้เกิดการจัดบริการทับซ้อนกับสถานบริการสุขภาพที่มีอยู่เดิมในพื้นที่ ซึ่งสถานบริการสุขภาพเหล่านั้นมีโครงสร้างการบริหารที่ขึ้นอยู่กับสำนักงานสาธารณสุขและเทศบาลนครขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่นจึงใช้กระบวนการทำงานโดยจัดบุคลากรเสริมการทำงานเข้าประจำเพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพให้แก่สถานบริการสุขภาพเหล่านั้น การจัดการดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลขอนแก่นหาวิธีการเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้ตามแนวคิดสุขภาพใหม่ ท้ายที่สุดได้จัดให้มีทีมนิเทศโดยเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้างานในโรงพยาบาลขอนแก่น ออกติดตามการทำงาน ให้การปรึกษา ร่วมทำงานในบางครั้ง ร่วมวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพชุมชนกับผู้ปฏิบัติงาน เป็นพี่เลี้ยง เป็นผู้ประสานงาน ร่วมแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกับผู้ปฏิบัติงาน เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเพื่อนร่วมงาน สนับสนุนการทำงานเป็นทีม เป็นนักเฝ้าหาความรู้อย่างต่อเนื่อง และทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกับสหวิชาชีพ นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ในการควบคุมคุณภาพบริการ และมาตรฐานหน่วยงาน โดยการกระตุ้นให้สถานบริการสุขภาพมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งในแง่ของความสะอาด การพัฒนาสิ่งแวดล้อม การพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานโดยการจัดอบรมการใช้เครื่องมือทำงานต่างๆ

ระบบนิเทศโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

โรงพยาบาลวานรนิวาส ในฐานะที่เป็นหน่วยคู่สัญญา มีเครือข่ายการทำงานเป็นสถานีอนามัยที่มีอยู่เดิมในพื้นที่ โรงพยาบาลวานรนิวาสได้แบ่งกลุ่มสถานีอนามัยที่ให้บริการสุขภาพ

บทวิเคราะห์เครื่องมือการทำงาน : กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ระดับปฐมภูมิก่อออกเป็น 3 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มเลือกหัวหน้าเพื่อทำหน้าที่ประสานการทำงานและเข้ามามีส่วนในการจัดการ ออกแบบระบบบริการสุขภาพร่วมกับโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงาน ร่วมกับคณะกรรมการนิเทศของหน่วยคู่สัญญา เพื่อให้การปฏิบัติงานสามารถดำเนินไปได้ตามเป้าหมายที่กำหนด บทบาทการนิเทศประกอบไปด้วย การประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน การให้คำปรึกษาและแนะนำเพื่อแก้ไข การประสานเชื่อมโยงกับระดับนโยบาย การประเมินผลการปฏิบัติงานกับเกณฑ์หรือนโยบายที่ CUP กำหนด ซึ่งทีมพยาบาลนิเทศจะมองว่าการทำงานของตนเปรียบเสมือนการทำงานเป็นทีมพี่เลี้ยงให้กับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน

ที่มา : ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546)

บทสังเคราะห์เครื่องมือการทำงาน : กรณีศึกษาในภาคกลาง

ระบบการส่งต่อการรักษาของโรงพยาบาลบางซ้าย

โรงพยาบาลบางซ้าย เป็นโรงพยาบาลหน่วยคู่สัญญา ที่ร่วมกันพัฒนาวิธีการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานีนานามัยกับโรงพยาบาล นับว่าเป็นการพัฒนาวิธีการทำงานขึ้นใหม่ โดยเป็นการร่วมพัฒนาระหว่างบุคลากรในสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สถานีนานามัย และทีมวิจัยจากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ภายใต้แนวคิดของการเสริมประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพ รวดเร็ว และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตลอดเวลาแม้กระทั่งในระหว่างการส่งต่อ ซึ่งจะช่วยลดอันตรายหรือลดความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อระหว่างสถานีนานามัยกับโรงพยาบาล

โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้ออกแบบระบบให้มีทีมพยาบาลนิเทศ มีหน้าที่ในการนิเทศงานบริการปฐมภูมิ มีส่วนร่วมในการให้บริการ โดยจะมีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่จากสถานีนานามัย เช่น การเป็นวิทยากรให้ความรู้ทางวิชาการ ในวันออกหน่วยจะทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยในวันที่แพทย์ไม่ได้ออกตรวจ จะทำหน้าที่หลักในการตรวจรักษาโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่ประจำสถานีนานามัยโดยเน้นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยใกล้ตาย การบริหารจัดการสนับสนุนการทำงานเป็นทีม ประสานงานและประชุมทีม การเฝ้าระวังและป้องกันโรค โดยการควบคุมในด้านเทคนิค sterile ของเจ้าหน้าที่ การให้สุขศึกษารายกลุ่ม และบทบาทในการเป็นที่ปรึกษา

บทสังเคราะห์เครื่องมือการทำงาน : กรณีศึกษาในภาคกลาง

ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ที่มา : สุปรภาณี เสนาดีสัย และคณะ (2546)

บทสังเคราะห์เครื่องมือการทำงาน : กรณีศึกษาในภาคตะวันออก

การใช้การวิจัยในการพัฒนางาน

บนพื้นฐานความเชื่อในเรื่องของการใช้ข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงถึงศักยภาพการทำงานของบุคลากรในพื้นที่ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัย และนำสู่การใช้ข้อมูลในการพัฒนางาน ตลอดจนสามารถใช้กระบวนการวิจัยเป็นกระบวนการในการทำงานได้

ที่มา : รวีวรรณ เผ่ากัณหา และ สุนทรวดี เขียวพิเชฐ (2546)

บทสังเคราะห์เครื่องมือการทำงาน : กรณีศึกษาในภาคเหนือ

การสร้างและพัฒนาชุดบริการสุขภาพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการเกี่ยวกับชุดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยได้ทำการศึกษาที่สถานีอนามัยขุนคงและโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาสะท้อนว่า ความต้องการชุดบริการแตกต่างกันตามการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเป็น 3 ระดับ คือ กรณีช่วยเหลือตัวเองได้ดี กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน และกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนมาก ซึ่งชุดบริการที่ให้กับผู้ป่วยทั้ง 3 ระดับย่อมมีความแตกต่างกันตามสภาพปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย ผู้ให้บริการควรเป็นทีมสุขภาพ หากไม่สามารถจัดทีมสุขภาพได้ ควรมีพยาบาลเป็นหลักสำคัญในการให้บริการ ผลประโยชน์ที่เด่นชัดของการศึกษาที่ได้จะใช้เป็นแนวทางการจัดทำชุดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ รวมถึงการใช้เป็นแนวทางในการจัดทำชุดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งแนวทางในการให้บริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการผู้รับบริการจะทำให้พยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพสามารถพัฒนาการบริการการทำงานได้อย่างครอบคลุม ชัดเจนขึ้น ชุดบริการจึงเป็นเครื่องมือสำคัญเครื่องมือหนึ่งที่ใช้เป็นแนวทางทำให้เกิดการพัฒนาการบริการของบุคลากรสุขภาพ

ที่มา : วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และคณะ (2546ก, 2546ข)

ส่วนที่ 3 การพัฒนาวิธีการทำงาน

1. แนวคิดในการพัฒนาวิธีการทำงาน

ในสถานการณ์ที่สุขภาพเป็นสิทธิที่ประชาชนต้องได้รับอย่างเท่าเทียมกัน เข้าถึงได้ง่าย และมีคุณภาพ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546) ประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพ การจัดบริการสุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของคนทุกคนที่เกี่ยวข้องในฐานะที่เป็นหุ้นส่วนการทำงาน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการทำความเข้าใจและปรับเปลี่ยนวิถีคิดการทำงานให้สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพใหม่ โดยแนวคิดสำคัญที่จะต้องเกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนคือ

1) **การปรับแนวคิดวิธีการทำงานในบริบทสุขภาพแนวใหม่** เมื่อสุขภาพถูกตีความว่าประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพ เป้าหมายของการทำงานจึงเปลี่ยนแปลงเป็นการสร้างสุขภาพให้เกิดขึ้นกับประชาชน ซึ่งผู้ที่มีบทบาทสำคัญคือตัวของประชาชนที่ต้องมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ เมื่อจัดการไม่ได้จึงจะไปสถานบริการสุขภาพ เมื่อภาพความจำเป็นดังกล่าวถึงแนวคิดวิธีการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ และองค์กรท้องถิ่น ในฐานะที่เป็นผู้จัดหาบริการสุขภาพจึงต้องเปลี่ยนแปลงไป เน้นการทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพมากขึ้น เข้าถึงประชาชนหรือผู้รับบริการมากขึ้น โดยเฉพาะการจัดรูปแบบการบริการที่เข้าถึงชุมชน การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน การออกหน่วยหรือมีคลินิกเคลื่อนที่สู่ชุมชน การพัฒนาชุดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนที่เจ็บป่วยและมีสุขภาพดี การจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ เป็นต้น ภาพของการปรับแนวคิดดังที่กล่าวถึงนี้จะต้องเกิดขึ้นในทุกภาคส่วน โดยอาศัย

- 1.1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
- 1.2) การใช้ศักยภาพของเครือข่ายจัดบริการสุขภาพในการร่วมพัฒนา และ
- 1.3) การกำหนดเชิงนโยบายในทิศทางการพัฒนาและเป้าประสงค์ที่ต้องการ

2) **การพัฒนาการทำงานเป็นทีม** เมื่อแนวคิดวิธีการทำงานสะท้อนถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นลักษณะของการทำงานจึงต้องอาศัยการทำงานเป็นกลุ่มหรือเป็นทีมมากขึ้น การพัฒนาการทำงานทีมจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะเป็นการเรียนรู้ในกลุ่มบุคลากรวิชาชีพเดียวกัน หรือระหว่างสาขาวิชาชีพ ตลอดจนการเรียนรู้กับประชาชนที่เป็นเจ้าของสุขภาพ การเรียนรู้การทำงานเป็นทีมได้นั้นจำเป็นต้องมี

- 2.1) การประสานการทำงานที่ดี
- 2.2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- 2.3) การให้เกียรติและยอมรับในความสำคัญและบทบาทของแต่ละภาคส่วน

3) **การสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้** หัวใจสำคัญอย่างหนึ่งของการทำงานในแนวคิดระบบสุขภาพใหม่ มุ่งหวังให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นประชาชน องค์กร หรือกลุ่มต่างๆในชุมชน นักวิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระบวนการสร้างและพัฒนากลไกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดการสังสมประสบการณ์จากการเรียนรู้การทำงานของคนอื่น เช่น การเข้าร่วมเวทีวิชาการ การศึกษาดูงาน เป็นต้น ทั้งนี้อยู่บนเงื่อนไขดังนี้

- 3.1) ผู้บริหารให้โอกาสและสนับสนุนการเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีวิชาการต่างๆ การศึกษาพื้นที่อื่นๆ เป็นต้น
- 3.2) สถาบันวิชาการจัดเวทีวิชาการเพื่อส่งเสริมและเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้
- 3.3) ผู้ปฏิบัติงานสรุปบทเรียนที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ในพื้นที่ของตนเองอย่างต่อเนื่อง

4) **การเรียนรู้วิธีการเข้าถึงข้อมูล** การที่บุคคลแต่ละคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีพฤติกรรมแสดงออกโดยเฉพาะในด้านสุขภาพ เป็นการสังสมตามประสบการณ์และการเรียนรู้ ปัจจัยด้านชุมชนสังคมวัฒนธรรมจะเป็นตัวหล่อหลอมวิธีคิดให้เกิดขึ้นแก่บุคคล การเข้าถึงข้อมูลที่สะท้อนวิธีคิดของคนในชุมชนจึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น แต่ทำได้ยาก ต้องอาศัยทักษะเฉพาะ เช่น กระบวนการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นต้น การพัฒนาทักษะเหล่านี้จึงเป็นกระบวนการในการพัฒนาสมรรถนะของผู้ที่จะปฏิบัติงานในชุมชนโดยวิธีการพัฒนาดังกล่าวต้องอาศัยเงื่อนไขต่างๆคือ

- 4.1) ความร่วมมือจากนักวิชาการในสถาบันวิชาการเครือข่ายในพื้นที่ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องนั้นๆ
- 4.2) การตระหนักถึงความสำคัญของการเข้าถึงข้อมูลของผู้คนและชุมชนอย่างจริงจังทั้งในส่วนของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร
- 4.3) การมีเครื่องมือในการเข้าถึงข้อมูล

5) **การปรับวิธีการทำงานใหม่ภายใต้โครงสร้างเดิม** การบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในระบบโครงสร้างเดิมที่มีอยู่นั้น เป็นการจัดบริการสุขภาพที่ทับซ้อนพื้นที่กันของสถานบริการสุขภาพที่มีต้นสังกัดแตกต่างกัน การใช้ประโยชน์จากทุนเดิมที่มีอยู่เป็นจุดเริ่มต้นที่สามารถทำให้การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นไปได้ กระบวนการทำงานที่เกิดขึ้นภายใต้โครงสร้างเดิมดังกล่าวเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกำลังคนให้เหมาะสมเพื่อให้บุคลากรที่มาจากแต่ละหน่วยงานสามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้ รูปแบบที่ปรากฏในการจัดการดังกล่าวคือ การมีคณะกรรมการรับผิดชอบร่วมกัน

2. กระบวนการพัฒนาวิธีการทำงาน

จากแนวคิดการพัฒนาวิธีการทำงานดังที่กล่าวถึงแล้วนั้น จะเห็นว่าต้องอาศัยปัจจัยเงื่อนไขต่างๆที่จะนำสู่การเปลี่ยนแปลงในวิถีคิดของผู้ปฏิบัติงาน กระบวนการพัฒนาวิธีการทำงานที่เป็นไปได้ในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เกิดขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า เกิดขึ้นบนบริบทของแต่ละพื้นที่ และมีการใช้กระบวนการเหล่านี้อย่างผสมผสานเพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้ง ให้สามารถบริหารจัดการได้ และรวมถึงสร้างวิถีคิดการทำงานร่วมกันในฐานะเป็นหุ้นส่วนการทำงาน เกิดความรู้สึกร่วมกันและมุ่งมั่น มองเห็นทางออกของการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน โดยกระบวนการเหล่านี้ได้แก่

1) **การสร้างสัมพันธภาพ** เนื่องจากองค์กรที่ต้องทำงานร่วมกันในการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพและเป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ ทำให้หน่วยงานต่างๆต้องทำงานร่วมกัน ซึ่งหน่วยงานต่างๆเหล่านี้ต่างมีโครงสร้างการบริหารงานเป็นของตัวเอง อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลในฐานะที่เป็นองค์กรหน่วยคู่สัญญา ต้องเข้ามาจัดการในระบบบริการสุขภาพทำให้เกิดการคาบเกี่ยวการทำงานขึ้น ดังนั้นเพื่อให้เกิดการประสานการทำงานที่มีอยู่เดิมในแง่ของโครงสร้างและการจัดบริการสุขภาพ จึงต้องอาศัยกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน บุคลากร ทั้งนี้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพจะต้องเกิดขึ้นทั้งในระดับเชิงนโยบายและปฏิบัติงาน ทั้งนี้มีเงื่อนไขสนับสนุนความเป็นไปได้คือ

- 1.1) การใช้สัมพันธภาพที่มีอยู่เดิม
- 1.2) การสร้างสัมพันธภาพขึ้นใหม่
- 1.3) การใช้สัมพันธภาพส่วนตัวทั้งในส่วนของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

2) **การร่วมเรียนรู้วิธีการทำงาน** เมื่อภาพของการบริการสุขภาพและการบริหารจัดการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เดียวกันมาจากหลากหลายแนวคิด หากแต่ละคนใช้กระบวนการทำงานของตนเองจะทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพตามที่คาดหวัง ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานจึงต้องมาร่วมปรับวิถีคิดการทำงานที่จะตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งจะต้องอาศัยเงื่อนไข ดังนี้

- 2.1) ยึดถือแนวคิดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการให้บริการ
- 2.2) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานลดฐิติของตนเองลง
- 2.3) ผู้บริหารส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเต็มที่
- 2.4) นักวิชาการในสถาบันวิชาการเข้าเป็นเครือข่ายร่วมเรียนรู้และสร้างหน่วยการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นหลายๆพื้นที่
- 2.5) ประชาชนและองค์กรท้องถิ่นให้ความร่วมมือและร่วมเรียนรู้ด้วย

3) **การใช้ระบบพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา** แนวคิดสุขภาพใหม่ที่หล่อหลอมขึ้นจากการเรียนรู้ร่วมกัน ถือได้ว่าเป็นวิธีการทำงานใหม่ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมียระบบพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา เพื่อให้การปรึกษาหารือและร่วมแก้ไขปัญหาการทำงาน ทั้งนี้การสร้างระบบพี่เลี้ยงที่เกิดขึ้นจากการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2546) ที่เกิดขึ้นในกรณีศึกษาโรงพยาบาลขอนแก่น และ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ได้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในแง่ที่เป็นเงื่อนไขสำคัญของการพัฒนาวิธีการทำงาน ระบบพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาดังกล่าวต้องมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ โดยเป็นระบบที่

3.1) ประสานการทำงานในทุกระดับ โดยเฉพาะระหว่างระดับบริหารและระดับปฏิบัติ ระหว่างวิชาชีพหรือองค์กรต่างๆที่มีส่วนในการจัดบริการสุขภาพ

3.2) เกื้อกูล/ช่วยเหลือการทำงาน

3.3) สร้างความเข้าใจที่ดีในการพัฒนาการทำงาน

3.4) ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน

3.5) ให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

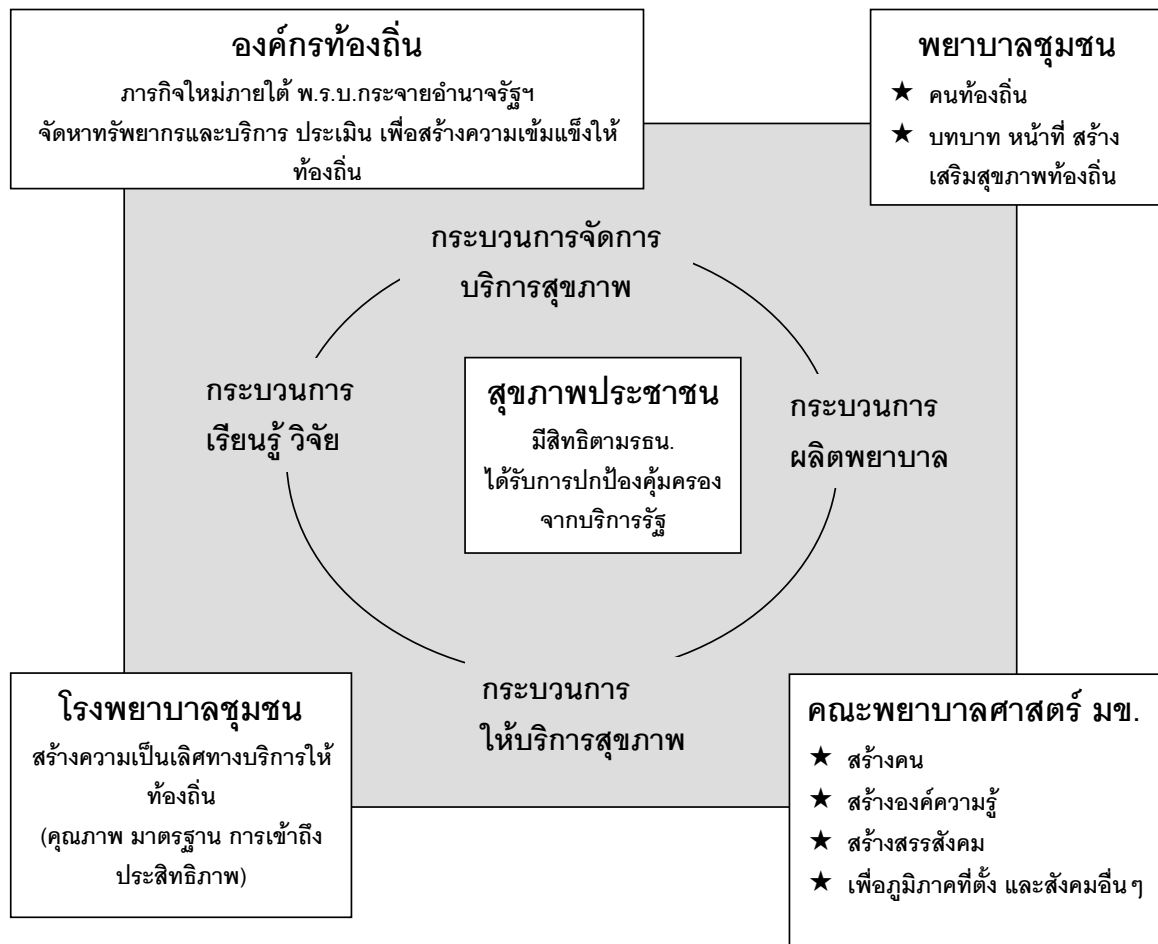
3.6) ให้การปรึกษา หาทางออกให้เมื่อเจอปัญหาในการทำงาน

3.7) มีความเป็นพี่น้อง ไม่ใช่เป็นผู้ตรวจสอบ

4) **การพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กร** เพื่อให้ประชาชนเกิดความมั่นใจในการใช้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพนั้นๆ เช่นออกหน่วยแพทย์ในการตรวจรักษาประชาชนเป็นครั้งคราว ทั้งการจัดบริการตรวจรักษาโดยแพทย์ การจ่ายยาและให้การปรึกษาเรื่องยาโดยเภสัชกร การให้บริการทันตกรรมโดยทันตแพทย์หรือทันตภิบาล เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการให้คำปรึกษาในการรักษาทางโทรศัพท์แก่พยาบาลชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง การพัฒนามาตรฐานการทำงานโดยใช้ระบบคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลขอนแก่น การพัฒนาหน่วยงานโดยใช้แนวคิด 5 ส. การส่งเสริมและกระตุ้นให้สถานีนอามัยสร้างเครื่องมือการทำงานด้วยตนเอง เช่น เครื่องมือประเมินภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล (ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2546) การพัฒนาระบบส่งต่อรักษาของโรงพยาบาลบางชัยกับสถานีนอามัยเครือข่าย (สุปรานี เสนาดีสัย และคณะ (2546) การพัฒนาชุดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยหรือกลุ่มคนต่างๆ (ตัวอย่างชุดบริการอยู่ในภาคผนวก) การพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานและการใช้องค์กรภาคประชาชนร่วมทำงาน (วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ, 2546ก; 2546ข) เป็นต้น

5) **การสร้างความเป็นหุ้นส่วนการทำงาน** เมื่อแนวคิดสุขภาพใหม่ที่ชี้ช่องทางให้เห็นว่าการจัดการด้านสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนที่เกี่ยวข้องในลักษณะการทำงานอย่างเป็นหุ้นส่วนกระบวนการพัฒนาวิธีทำงานที่ปรากฏประการหนึ่งที่สะท้อนถึงแนวคิดดังกล่าวคือ การทำความเข้าใจร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ถึงแม้ว่าจะไม่ชัดเจนในแง่มุมมองของการสร้างการมีส่วนร่วมก็ตาม

แต่กระบวนการพัฒนาวิธีทำงานดังกล่าวสามารถทำให้เกิดการจัดบริการสุขภาพที่เป็นไปได้
ตัวอย่างเช่น กรณีศึกษาในภาคเหนือ กรณีศึกษาในภาคกลางเป็นต้น ดังปรากฏแนวคิดตามแผนภูมิ
ข้างล่าง จากผลการศึกษาในกรณีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ((ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2546)



ตัวอย่างของแนวคิดและกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงานดังกล่าวนั้น ปรากฏในบท
วิเคราะห์แนวคิดและกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงานที่เกิดขึ้นในพื้นที่ในการศึกษาวิจัยระยะที่ 2
ดังนี้

บทวิเคราะห์แนวคิดและกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงาน : กรณีศึกษาในภาคตะวันออก

**การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข
และศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี**

ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีโรงพยาบาลชลบุรีเป็นหน่วยคู่สัญญา ในขณะที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลที่อยู่ภายใต้การดูแลของเทศบาล เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในสังกัดสภากาชาดไทยเป็นหน่วยคู่สัญญา

ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีวิธีการทำงานโดยในระยะเตรียมการมีการประชุมร่วมกันระหว่างสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลหน่วยคู่สัญญาเพื่อทำความเข้าใจในโครงสร้างการทำงาน หลังจากนั้นได้ปรับวิธีการทำงานโดยจัดให้มีแพทย์จากโรงพยาบาลหน่วยคู่สัญญามาให้บริการตรวจรักษาผู้เจ็บป่วยที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกวัน แต่ก็สามารถดำเนินการได้ในช่วงแรกๆ เพราะมีข้อจำกัดในอัตรากำลังแพทย์ที่มีอยู่ โดยในช่วงแรกสามารถให้บริการตรวจรักษาได้สัปดาห์ละ 4 วัน ในระยะต่อมาลดลงเหลือสัปดาห์ละ 2 วัน นอกจากนี้ยังใช้การประสานงานกับเทศบาลที่มีพื้นที่บริการทับซ้อนกัน ซึ่งได้ดำเนินการจัดหาอสม.เข้ามาเสริมการทำงานของศูนย์ฯ โดยเป็นการทำงานในลักษณะการรับผิดชอบแต่ละกิจกรรม

ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล มีวิธีการทำงานโดยมีการทำความเข้าใจร่วมกันและจัดตั้งเป็นคณะทำงานขึ้นมาชุดหนึ่ง นโยบายการทำงานของศูนย์ฯนี้เน้นที่การทำงานร่วมกับชุมชน จึงได้มีการจัดให้มีคณะกรรมการชุมชน และ อสม. เข้าร่วมที่การทำงานด้วย การจัดกิจกรรมบริการสุขภาพทำในลักษณะของโครงการด้านสุขภาพ ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหลายส่วนทั้งจากส่วนการบริหารจัดการจากรายหัวประชากร เทศบาล และได้จากโครงการวิจัยร่วมด้วย นอกจากการจัดบริการสุขภาพในลักษณะดังกล่าวแล้วยังมีการจัดแพทย์จากโรงพยาบาลหน่วยคู่สัญญามาให้บริการตรวจรักษาผู้เจ็บป่วยที่ศูนย์ฯอีกสัปดาห์ละ 2 วัน และมีการจัดให้มีพยาบาลมาเสริมการทำงานที่ศูนย์ฯนี้ด้วย

ข้อสังเกตที่พบจากการดำเนินการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้ง 2 แห่งพบว่า มีการปรับรูปแบบการบริหารงานโดยใช้โครงสร้างเดิมที่มีอยู่ และพัฒนากิจกรรมการบริการสุขภาพให้มากขึ้น แต่ยังเน้นที่การบริการในลักษณะของการตรวจรักษาผู้เจ็บป่วย จุดเด่นของการพัฒนาที่พบอีกประการหนึ่งคือการใช้โครงการวิจัยในการสนับสนุนและผลักดันให้เกิดการจัดบริการสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง

ที่มา : สุนทรวดี เขียวพิเชฐ และคณะ (2546)

**บทวิเคราะห์แนวคิดและกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงาน :
กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**

แนวคิดการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ปรากฏในกรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจุดเด่นในการกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงานที่ให้ความสำคัญต่อการปรับกระบวนการทัศน์ของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และการกระตุ้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. จัดให้มีการอบรมให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจแนวคิดสุขภาพใหม่ และเรียนรู้วิธีการทำงานในชุมชน โดยเชิญวิทยากรจากสถาบันวิชาการทั้งในและนอกพื้นที่มาให้ความรู้ และร่วมฝึกปฏิบัติ ในการเข้าถึงข้อมูลชุมชน การฝึกหัดการใช้เครื่องมือต่างๆ การฝึกหัดวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเรียนรู้ชุมชน เป็นต้น

2. เมื่อผู้ปฏิบัติงานได้แนวคิดและกระบวนการทำงานตามแนวคิดสุขภาพใหม่แล้ว ได้มีกระบวนการกระตุ้นผู้ปฏิบัติงานในชุมชน โดยในส่วนหนึ่งได้สนับสนุนให้เข้าร่วมประชุมและเสนอผลงานในเวทีวิชาการต่างๆ และมีการจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทำให้การเรียนรู้จากการวิพากษ์ให้ข้อเสนอแนะจากบุคคลอื่น

3. การกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดการสร้างชุดบริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่กลุ่มคนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยการจัดเวทีวิชาการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่

4. การใช้กระบวนการติดตามและนิเทศการทำงาน โดยแต่ละพื้นที่ที่ศึกษามีการสร้างระบบนิเทศเพื่อติดตามกำกับ เป็นพี่เลี้ยง และร่วมทำงานกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่
ที่มา : ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546)

บทวิเคราะห์แนวคิดและกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงาน : กรณีศึกษาในภาคกลาง

แนวคิดและกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีโรงพยาบาลบางชัยเป็นหน่วยคู่สัญญา ใช้โครงสร้างเดิมที่มีอยู่ในการจัดบริการสุขภาพและมีการพัฒนาวิธีการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยการพัฒนาและปรับกระบวนการทัศน์ในการทำงานการใช้เครื่องมือเรียนรู้ชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประเมินศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งจากการร่วมทำงานกับผู้ปฏิบัติงานทำให้มองเห็นว่าบุคลากรเหล่านั้นยังขาดทักษะในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น อันสะท้อนได้จากการขาดศรัทธาจากประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นจึงเกิดกระบวนการพัฒนาทักษะด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าศักยภาพในการจัดการด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการ

บทวิเคราะห์แนวคิดและกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงาน : กรณีศึกษาในภาคกลาง

โรงพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแต่ละแห่งมีข้อจำกัดเมื่อมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน จึงเกิดแนวคิดในการพัฒนาวิธีการจัดการด้านสุขภาพโดยสร้างระบบส่งต่อรักษาขึ้นระหว่างหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกับโรงพยาบาล จากการดำเนินการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังที่ปรากฏ ทำให้มองเห็นกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงานที่เด่นชัดในการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดกระบวนการคิดเพื่อแก้ไขปัญหาที่มีอยู่

ที่มา : สุปราณี เสนาดีสัย และคณะ (2546)

บทวิเคราะห์แนวคิดและกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงาน : กรณีศึกษาในภาคเหนือ

แนวคิดและกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีจุดเน้นที่กระบวนการพัฒนาการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน มีกระบวนการในการปรับกระบวนการทัศนการทำงานโดยใช้การอบรมความรู้ความเข้าใจการทำงานชุมชน การพัฒนาทักษะการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้แก่ อสม. เพื่อให้สามารถช่วยเหลือการปฏิบัติงานและเกิดการดูแลสุขภาพกันเองได้ การศึกษาดูงานนอกสถานที่เพื่อเรียนรู้การทำงานในพื้นที่อื่นๆ การพัฒนาสมรรถนะด้านวิชาชีพให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

ที่มา : วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ (2546ก; 2546ข)

บทวิเคราะห์แนวคิดและกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงาน : กรณีศึกษาในภาคใต้

แนวคิดและกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีโรงพยาบาลนอหม่อมเป็นหน่วยคู่สัญญา มีแนวคิดและกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงานโดยใช้การตกลงร่วมกันในแง่ของการจัดสรรบุคลากรเข้าประจำหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้ง 4 แห่งคือ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินาหม่อม หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทุ่งขมิ้น และ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกลองหรั่ง มีกลยุทธ์การดำเนินงานโดยเน้นงานชุมชน บุคลากรแต่ละคนมีพื้นที่และครอบครัวรับผิดชอบชัดเจน ในระยะแรกของการดำเนินการเน้นที่งานรักษาพยาบาลและมีการขยายการปฏิบัติงานในชุมชนมากขึ้น ทั้งนี้สะท้อนภารกิจหลัก 4 ประการคือ การรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เข้ามาปฏิบัติงานด้วยความสมัครใจและมีความใจแนวคิดเวชปฏิบัติครอบครัว นอกจากนี้ยังมีกระบวนการเตรียมการทั้งในเรื่อง

บทวิเคราะห์แนวคิดและกระบวนการพัฒนาวิธีการทำงาน : กรณีศึกษาในภาคใต้

การปรับวิธีคิดในการทำงาน การเลือกใช้เครื่องมือในการปฏิบัติงานซึ่งมีการตกลงใช้เหมือนกัน
ในทุกพื้นที่ มีการใช้คู่มือแนวทางรักษาพยาบาลเบื้องต้นของกระทรวงสาธารณสุขเป็นคู่มือ
หลักในการปฏิบัติงาน กระบวนการพัฒนาต่อเนื่องที่เกิดขึ้นนั้นใช้กระบวนการประเมินผลการ
ให้บริการ การวิเคราะห์ความต้องการพัฒนาของบุคลากร เป็นต้น

ที่มา : สุนุดตรา ตะบุญพงษ์ และคณะ (2546ข)

ส่วนที่ 4 ผลกระทบจากการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การดำเนินการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ผ่านมาดังที่ปรากฏจากการศึกษาระยะที่ 2 ชี้ให้เห็นว่า มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากการพัฒนาคน การพัฒนาเครื่องมือการทำงาน และการพัฒนาวิธีการทำงาน ซึ่งส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านคุณภาพบริการ และการสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กร ผลการศึกษาวิจัยยังไม่ได้สะท้อนถึงผลกระทบที่มีต่อภาวะสุขภาพของประชาชนชัดเจนนัก ซึ่งอาจจะต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร การสังเคราะห์บทเรียนที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้ชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. คุณภาพบริการ

การจัดบริการสุขภาพเป็นกระบวนการในการจัดกิจกรรมบริการด้านสุขภาพที่จะต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน คุณภาพบริการด้านสุขภาพจึงน่าจะอยู่ที่ภาวะสุขภาพของประชาชน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากคุณภาพบริการโดยทั่วไปนั้นพบว่ามีการอธิบายคุณภาพบริการว่า 1) สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ 2) ระดับความสามารถในการบริการสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ และ 3) ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังจากได้รับบริการ ศักยภาพของผู้ให้บริการถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างคุณภาพของการบริการ

การศึกษาในระยะที่ 2 ได้ชี้ให้เห็นศักยภาพที่เกิดขึ้นของผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) ศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในสมรรถนะในการทำงานทั้งในการบริหารจัดการและการจัดการด้านสุขภาพ ตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนจากการวิเคราะห์ในแต่ละกรณีศึกษา บุคลากรสุขภาพให้ความสำคัญต่อการพัฒนาตนเองตามกระบวนการทัศน์สุขภาพใหม่ โดย

- มีการปรับวิสัยทัศน์/วิธีการทำงาน การเรียนรู้การทำงานเชิงรุก การปรับวัฒนธรรมการทำงานที่เน้นการทำงานเป็นทีม และใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้
- เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีการจัดบริการเชิงรุกมากขึ้นเช่น การเยี่ยมบ้าน
- เปลี่ยนแปลงวิธีทำงานไปจากเดิม เช่น การฉีดยา เทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ ระบบการบันทึกข้อมูลชัดเจนขึ้น การแก้ปัญหาร่วมกัน
- มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตงานที่ชัดเจนขึ้น

**บทวิเคราะห์ศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพ :
กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**

ผลจากการศึกษาวิจัยสะท้อนให้เห็นประเด็นที่ว่า มีการมองเห็นศักยภาพของพยาบาลจากการทำงานร่วมกัน โดยมองเห็นศักยภาพซึ่งเป็นสมรรถนะเชิงวิชาชีพในด้านต่างๆ ได้แก่

- สมรรถนะในการเป็นผู้ให้บริการ ตามหลักการความรู้เชิงการรักษาและสังคมวัฒนธรรม ที่มีทั้งการให้บริการเชิงรับและเชิงรุก การให้บริการที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการบริการ รวมถึงการให้บริการที่มีความผสมผสาน ต่อเนื่อง
- สมรรถนะในการเป็นผู้จัดการ ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีศักยภาพในการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ การพัฒนาระบบสารสนเทศ และพัฒนาฐานข้อมูล การสร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกับองค์กรชุมชน และการมีศักยภาพในการร่วมวิจัยกับสถานบันการศึกษา และจัดการให้เกิดบริการสุขภาพสำหรับประชากรทั้งหมดได้ เป็นต้น
- สมรรถนะในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือในการบริการ โดยสามารถสร้างนวัตกรรมบริการที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของผู้รับบริการ เช่น การสร้างแบบประเมินภาวะเสี่ยงของเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลวานรนิวาส การพัฒนาระบบพยาบาลนิเทศของโรงพยาบาลขอนแก่น เป็นต้น

ที่มา : ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ (2546)

**บทวิเคราะห์ศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพ :
กรณีศึกษาในภาคเหนือ และ ภาคตะวันออก**

จากการทำงานร่วมกันในการปฏิรูปการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิระหว่างทีมผู้วิจัยกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ทำให้ได้ร่วมเรียนรู้และมองเห็นว่าบุคลากรในทีมสุขภาพนั้นยังขาดศักยภาพในเรื่องใดบ้าง ซึ่งสะท้อนให้เห็นในเรื่องของความต้องการในการพัฒนาศักยภาพในเรื่องต่างๆ ดังนี้

- พยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรได้รับการเตรียมความรู้ในเรื่องของการพัฒนาทักษะการทำงานในชุมชน
- พัฒนาศักยภาพในด้านการรักษาโรคเบื้องต้น
- การปรับกระบวนการทัศน์หรือแนวคิดในการทำงาน ที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อม

**บทวิเคราะห์ศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพ :
กรณีศึกษาในภาคเหนือ และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**

สุขภาพ

- การเป็นผู้นำและผู้บริหารจัดการ
- การสร้างสร้างเครือข่ายและการประสานประโยชน์ร่วม
- ทักษะในการทำวิจัย เพื่อแก้ปัญหาในการทำงาน

ที่มา : วิลาวัณย์ เสนาวิรัตน์ และคณะ (2546ก; 2546ข) สุนทรวดี เจริญพิเชฐและคณะ (2546)

บทวิเคราะห์ศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพ: กรณีศึกษาในภาคกลาง

จากการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนามมายบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพที่มีอยู่และศักยภาพที่ควรได้รับการพัฒนา จากคำกล่าวดังนี้

“พยาบาลที่สถานีนามมายคิดว่า ตนเองมีความสามารถในการรักษาโรคพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อน ความสามารถในการวินิจฉัยแยกโรคบางครั้งยังมีจำกัด เช่น โรคไข้เลือดออก ขาดศักยภาพการจัดการกับปัญหาสุขภาพ หรือความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนทั้งเชิงวิชาการ และสังคมวัฒนธรรม หากวินิจฉัยว่าเกินความสามารถ จะมีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการในระดับที่สูงขึ้น”

“เราจะต้องปรับปรุงมาตรฐานการรักษาของเราเพิ่มขึ้น การดูแลเพิ่มเติมนี้เราก็จัดการดูแลผู้ป่วยบางโรค อย่างที่บอกว่าเราประสบการณียังน้อย การรักษาบางโรคยังไม่มั่นใจว่าจะมีมาตรฐานที่ตอบได้ ..พยาบาลแต่ละคนมีประสบการณ์ไม่เท่ากัน การให้การดูแลเบื้องต้นอาจจะยังไม่มีมาตรฐานเดียวกัน”

ที่มา : สุปราณี เสนาดีสัย และคณะ (2546)

บทวิเคราะห์ศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพ: กรณีศึกษาในภาคใต้

ในการประเมินศักยภาพของพยาบาลและทีมสุขภาพ ทีมผู้วิจัยได้ประเมินศักยภาพโดยการกำหนด คำถามหลัก 4 ข้อ ในการใช้เป็นกรอบในการประเมินศักยภาพ ร่วมกับการใช้คำถามที่เฉพาะของบุคลากรแต่ละกลุ่ม เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ผลการประเมินพบว่า คณะผู้วิจัยเห็นว่าพยาบาลมีศักยภาพในการปฏิบัติงานที่ PCU สูง

บทวิเคราะห์ศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพ: กรณีศึกษาในภาคใต้

เนื่องจากพยาบาลมีประสบการณ์ที่ได้จากหลักสูตรการศึกษาและการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน เป็นวิถีทางในการเพิ่มทักษะการให้การรักษ่าเบื้องต้นอย่างมาก พยาบาลผู้ให้ข้อมูลทุกคน มีเจตคติที่ดีต่องาน PCU เข้าใจหลักการและเป้าหมายของ PCU ได้ถูกต้อง แต่การปฏิบัติหรือดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้หรือไม่ขึ้นขึ้นกับโครงสร้างและบริบทของ PCU นั้นๆ กรณีอำเภอหนองหม่อม หน่วย PCU ในโรงพยาบาลเป็นหน่วยที่ดำเนินการได้ใกล้เคียงเป้าหมายมากที่สุด สำหรับสถานีนามัยคงเป็นไปได้อย่างที่พยาบาล 1 คน ซึ่งปฏิบัติงานในฐานะผู้ไปช่วยงานจะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนและขับเคลื่อนสถานีนามัยไปสู่ความเป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจในช่วงเวลาจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้บริหารและบุคลากรของสถานีนามัยไม่ต้องการการเปลี่ยนแปลง นอกจากนั้นพยาบาลยังอาจเกิดการเหนื่อยหน่าย หากรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความร่วมมือ สนับสนุน หรือทำงานหนักอย่างโดดเดี่ยว

สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลว่า “ใช้เวลากับการทำรายงานและเอกสารมากที่สุด รองลงมาเป็นงานประชุมเร่งด่วนของอำเภอ การปฏิบัติงานในชุมชนมีน้อย” “กิจกรรมการรักษาพยาบาลบางอย่าง เช่น การสวนปัสสาวะ การสอดใส่สายยางลงกระเพาะอาหาร” ผู้ให้ข้อมูลทุกคนบอกว่ากลัวไม่กล้าทำ เพราะไม่มีพื้นฐานดีพอและไม่มีกฎหมายรองรับ

ที่มา : สุนตตรา ตะบุญพงศ์ และคณะ (2545)

เงื่อนไขของการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย

- (1) การนำทุนทางสังคมหรือแหล่งทรัพยากรในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการ โดยเฉพาะการคัดเลือกผู้ให้บริการที่เป็นคนในพื้นที่ จะทำให้เกิดความต่อเนื่องในการทำงาน เนื่องจากปัจจุบันปัญหาการโอนย้ายของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่คนในพื้นที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้การพัฒนางานขาดความต่อเนื่อง
- (2) ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนากระบวนการทัศนในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ กระบวนการทัศนในการทำงานในชุมชนของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการตอกย้ำความเข้าใจ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองตอบต่อปรัชญาการบริการปฐมภูมิได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

- (3) เสริมสร้างองค์ความรู้ แนวคิด การกำหนดบทบาทหน้าที่ใหม่ในการให้บริการอย่างชัดเจนทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การฟื้นฟูและการติดตามเยี่ยมบ้าน
- (4) การมีนโยบายความก้าวหน้าในงานที่ชัดเจน เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจในระบบการทำงาน เกิดแรงบันดาลใจในการพัฒนาศักยภาพในการทำงานของตน
- (5) การมีระบบบริหารจัดการที่ดี ทั้งในเรื่องของสนับสนุนงบประมาณ การเงินการคลังที่เหมาะสม การเสริมอัตรากำลังโดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลในการให้บริการทั้งในลักษณะการประจำการที่สถานบริการและการส่งพยาบาลวิชาชีพไปประจำที่สถานีอนามัย
- (6) การสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเป็นการสร้างทีมที่หลากหลายตามอัตรากำลังและสภาพของพื้นที่
- (7) การส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน โดยการจัดฝึกอบรม อบรมเชิงปฏิบัติการ สัมมนา ประชุมวิชาการ หรือการศึกษาหลักสูตรต่อเนื่องทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในเรื่องที่เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานในชุมชน เวชปฏิบัติ หรือองค์ความรู้ที่ช่วยให้เกิดการพัฒนางาน เป็นต้น
- (8) จัดเวทีแสดงศักยภาพของผู้ให้บริการ รวมทั้งการพัฒนานวัตกรรมบริการต่างๆ ระหว่างหน่วยงานหรือสถานบริการ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการกระตุ้นเตือนให้เกิดการพัฒนางานของตนเอง
- (9) พัฒนาให้เกิดความสามารถในการทำวิจัย โดยเฉพาะการทำวิจัยเชิงพัฒนา

2) ศักยภาพของประชาชน องค์การชุมชนต่างๆ

ภายใต้แนวคิดตามกระบวนทัศน์สุขภาพที่เน้นให้เห็นว่าประชาชนเจ้าของสุขภาพทำให้เกิดการเรียนรู้บทบาทตนเองในการดูแลสุขภาพจากการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ การพัฒนาความร่วมมือ การเรียนรู้การทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านสุขภาพ ได้แก่

- การพัฒนาบทบาทในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชนในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น เป็นต้น
- เกิดความพึงพอใจ ชื่นชม ในการได้รับบริการสุขภาพ
- ให้ความร่วมมือในการทำงานของผู้ให้บริการจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ใกล้ชิด มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ให้บริการมากขึ้น

- เกิดความรู้สึกเป็นญาติมิตร
- มีความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เช่น การริเริ่มโครงการออกกำลังกายในชุมชน
หลายโครงการ ได้แก่ การเดินแอโรบิค กลุ่มถีบจักรยาน เป็นต้น

บทวิเคราะห์ศักยภาพประชาชนองค์กรชุมชน : กรณีศึกษาในภาคใต้

จากการศึกษาถึงศักยภาพของประชาชน องค์กรชุมชนในพื้นที่ของอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา นำสู่การสังเคราะห์ได้ว่า พื้นที่ดังกล่าวมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็งซึ่งประกอบไปด้วย ผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งมีวิสัยทัศน์อันกว้างไกล กลุ่มหรือกองทุนต่างๆ อันได้แก่ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีประวัติอันยาวนานในชุมชน เป็นกลุ่มที่จัดสวัสดิการเพื่อชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มถีบจักรยาน กลุ่มแอโรบิค กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มอาชีพต่างๆ เป็นต้น การรวมกลุ่มของคนในชุมชน ล้วนแสดงถึงความเข้มแข็ง และความสามัคคีของคนในชุมชน และหากมองถึงศักยภาพของประชาชนและองค์กรต่างๆในพื้นที่ในมุมมองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบบเป็นองค์รวม (กาย จิต อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ)แล้วนั้น จะพบว่าทุกกิจกรรมที่กลุ่มต่างๆจัดขึ้นนั้น ล้วนเป็นการสร้างเสริมสุขภาพแทบทั้งสิ้น ทั้งกลุ่มแอโรบิค และกลุ่มถีบจักรยานที่เกิดจากการรวมกลุ่มกันเองของประชาชน โดยมีเป้าหมายให้คนในชุมชนทุกกลุ่มวัยได้มีกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน เป็นการสร้างเสริมสุขภาพทางตรงอย่างชัดเจน และถึงแม้กลุ่มอาชีพจะเป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อเป้าหมายทางธุรกิจก็ตาม หากคนในชุมชนมีอาชีพ มีรายได้ ย่อมนำมาซึ่งสุขภาพกายและใจที่ดีตามมา อาจกล่าวได้ว่าเป็นกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพทางอ้อมก็ว่าได้

จากการดำเนินการวิจัยของทีมผู้วิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ดำเนินการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้นำชุมชน ประชาชนในพื้นที่ในประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน ผลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ทำให้เกิดการต่อยอดทางความคิดของผู้เข้าร่วมสนทนา โดยผลักดันให้เกิดเครือข่ายทางด้านสุขภาพ ซึ่งภายหลังให้ชื่อว่า **“คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพอำเภอนาหม่อม”** ที่มีสมาชิกที่เป็นตัวแทนของทุกตำบล นักธุรกิจ นักวิชาการ ซึ่งพันธกิจสำคัญของคณะกรรมการฯ คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทั้งอำเภอ รวมทั้งการเคลื่อนไหวเพื่อจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในชุมชน อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ที่มา : สุนุดตรา ตะบุญพงศ์ และคณะ (2546)

บทวิเคราะห์ศักยภาพประชาชนองค์กรชุมชน : กรณีศึกษาในภาคตะวันออก

ทีมผู้วิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้สังเคราะห์แนวคิดระบบบริการที่ควรจะเป็นอันเกิดจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาคมต่างๆ ในพื้นที่ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งผู้เข้าร่วมให้แนวคิดดังกล่าว นำสู่ความเป็นรูปธรรมได้นั้น ประกอบด้วย ประชาชนทั่วไป กลุ่ม อสม. ผู้บริหารสถานสุขภาพ นักการศึกษาและผู้ให้บริการ ซึ่งการดำเนินการและการพัฒนากระทำในหลายลักษณะ ดังเช่น การสัมภาษณ์ผู้บริหาร ผู้ให้บริการโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล สิ่งหนึ่งที่มุ่งหวังให้เกิดขึ้นจากการดำเนินการครั้งนี้คือการพัฒนาให้เกิดเครือข่ายบริการสุขภาพ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในเขตเทศบาลแสนสุขเป็นพื้นที่ในการศึกษา ฉะนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้บริหารของเทศบาลซึ่งเป็นองค์กรหลักในพื้นที่ ซึ่งในส่วนของ การปรับแนวคิดเกี่ยวกับระบบและการพัฒนาเครือข่ายครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจึงได้อาศัยการจัดประชาคมต่างๆ ใช้การประชุมร่วมกันระหว่างกลุ่มอาสาสมัครและประชาชนในพื้นที่ ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบในงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ปลัดเทศบาลตรีเทศบาลผู้รับผิดชอบงานบริการสาธารณสุขของเทศบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ หัวหน้าสถานีอนามัยและบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชน ผลจากการประชุมทำให้เกิดการจัดตั้ง **คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพ** ทำให้เกิดแนวทางการประสานความร่วมมือการร่วมดูแลสุขภาพชุมชน ซึ่งทีมผู้วิจัยมองว่าการพัฒนาเครือข่ายการบริการยังไม่ชัดเจนในความประสานความร่วมมือในการพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นเพียงการทำงานเฉพาะหน่วยของตนเองเท่านั้น ในการปฏิรูประบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลภาคตะวันออกยังต้องการความร่วมมือในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะการสร้างความร่วมมือของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชนที่เน้นการนำศักยภาพของประชาชน ภาคเอกชน และการเมืองท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทเป็นเจ้าของสุขภาพชุมชนร่วมกัน และการดำเนินงานที่ต้องมีการเชื่อมประสานกับบุคคลหรือผู้บริหารที่มีอำนาจสูงสุดในการเป็นผู้กำหนดนโยบายของพื้นที่ เช่น นายกเทศมนตรีของเทศบาล นักการเมือง ซึ่งน่าจะเป็นปัจจัยเงื่อนไขสำคัญข้อหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของพื้นที่

ที่มา : สุนทรวาดี เจริญพิเชฐและคณะ, 2546

3) นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ

มีการเรียนรู้และปรับกระบวนการทัศนคติในการทำงาน และนำสู่การเชื่อมโยงในการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรที่รับผิดชอบ เพื่อการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพ มีกระบวนการเรียนรู้เรื่องการร่วมสร้างฐานการเรียนรู้ในพื้นที่ให้เกิดขึ้นเพื่อหนุนเสริมศักยภาพของกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะการร่วมออกแบบและพัฒนาระบบการบริการสุขภาพที่ดีในแต่ละท้องถิ่น และสร้างช่องทางการเข้าร่วมเรียนรู้แลกเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง จริงจัง

4) ผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนในที่นี้หมายความว่ารวมทั้งผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัคร เฒ่าจ๋า หมอยา กลุ่มองค์กรต่างๆ เกิดความมั่นใจในการแสดงบทบาทของตนเอง โดยเฉพาะในฐานะที่เป็นผู้ช่วยเหลือเบื้องต้น เกิดการพัฒนาศักยภาพในการประเมินสุขภาพเบื้องต้น การดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนการเกิดแนวคิดในการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่เสริมสร้างสุขภาพ เช่น การจัดการแข่งขันกีฬา การประชุมผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. การสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กร

จากกระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้นร่วมกันอย่างเป็นหุ้นส่วนการทำงาน ทำให้องค์กรต่างๆ มีการตื่นตัว และสะท้อนให้เห็นวิถีคิด การปฏิบัติที่เกิดขึ้นในพื้นที่ องค์กรประกอบที่ช่วยอธิบายในการสะท้อนถึงความเข้มแข็งที่เกิดขึ้นนั้นได้แก่ การตระหนักรู้ในปัญหา การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การมีการรวมตัวขององค์กรชุมชน และ การมีกระบวนการพึ่งตนเอง (<http://www.oncb.go.th/document/p1-solution02112101.htm> / 02-06-2004) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละองค์กร เป็นดังนี้

1) ด้านสถานบริการสุขภาพในพื้นที่

สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน โรงพยาบาล มีการตื่นตัวในการจัดบริการสุขภาพตามกระบวนการทัศนคติสุขภาพใหม่ สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังนี้

- การพัฒนาแนวคิดและบทบาทของสถานบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
- การพัฒนาคุณภาพการบริการ
- การพัฒนาด้านกายภาพของหน่วยงาน
- การพัฒนาเทคโนโลยีด้านการบริการสุขภาพ

- การสร้างชุดสิทธิประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของชุมชนที่บริการจัดหาเป็นชุดบริการหลักให้ครอบคลุมทั้ง รายบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน
- การพัฒนาระบบการส่งต่อ
- การพัฒนาความร่วมมือเครือข่ายบริการสุขภาพ
- การใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชนอย่างคุ้มค่าในการจัดบริการสุขภาพ

2) ด้านองค์กรท้องถิ่น

โดยกระบวนการทัศน์สุขภาพแนวใหม่ ประกอบกับแนวคิดการกระจายอำนาจ ทำให้องค์กรท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ได้แก่

- การปรับวิสัยทัศน์/วิธีการทำงาน และบทบาทในการจัดการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่
- การพัฒนาความร่วมมือกับสถานบริการสุขภาพในพื้นที่
- มีบทบาทในการเข้ามามีบทบาทในการจัดระบบบริการสุขภาพมากขึ้น เช่น การจัดทำแผนพัฒนาตำบล การพิจารณาร่างข้อบังคับที่ทำให้มีกระบวนการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของท้องถิ่นตนเอง
- เกิดการเรียนรู้โดยประเมินและวิเคราะห์สภาพปัญหาการใช้บริการสุขภาพภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ นำปัญหาทั้งหมดมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา หลังจากผ่านการพิจารณาและร่างเป็นข้อบังคับ นำสู่การดำเนินการตามข้อบังคับและแผนที่ได้จัดทำขึ้น ก่อให้เกิดโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพ
- สนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพมากขึ้น โดยการให้งบประมาณสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพ เช่น การสนับสนุนงบประมาณบางส่วนในการฝึกอบรมชาวบ้านเรื่องการนวดไทย สนับสนุนงบประมาณน้ำยาเคมีฆ่ายุง งบประมาณด้านกีฬา สนับสนุนงบประมาณทางเข้าโรงพยาบาลเพื่อให้ประชาชนมาใช้บริการได้สะดวก

3) ด้านสถาบันการศึกษา

สถาบันการศึกษา นับว่าเป็นหน่วยงานที่ได้รับการยอมรับถึงบทบาทด้านวิชาการ อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัย

- มีการปรับวิสัยทัศน์ วิธีการจัดการเรียนการสอน ที่เน้นชุมชนเป็นฐานแห่งการเรียนรู้ สำหรับนักศึกษาพยาบาล

- มีการสร้างความร่วมมือกับองค์กรต่างๆ มากยิ่งขึ้น เช่น องค์กรท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยร่วมกันพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
- การสร้างแม่แบบการจัดบริการสุขภาพ หรือ รูปแบบการทำงานลักษณะต่างๆ โดยใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญ
- การพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการและชุมชน หรือ สร้างเป็นหน่วยการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องที่ร่วมเครือข่าย เช่น ชุมชน องค์กร ชุมชน ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และ อาจารย์
- สถาบันการศึกษาเกิดการเรียนรู้ชุมชนมากขึ้น เรียนรู้ปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพของชุมชน ที่สถาบันการศึกษาสามารถนำสู่การจัดการศึกษาที่สอดคล้องกับสถานการณ์นั้นๆ ได้
- มีการปรับเปลี่ยนในการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการทัศน์สุขภาพใหม่
- มีการพัฒนาหลักสูตรโครงการคืบค้นจิตสู่สังคม ซึ่งเป็นโครงการที่ผลิตพยาบาลวิชาชีพเพื่อกลับมาทำงานให้กับชุมชน โดยใช้กระบวนการคัดเลือกจากองค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบล ที่ส่งนักศึกษาเข้าศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์ ใช้ระยะเวลาศึกษา 4 ปี ซึ่งกำหนดให้ผู้รับทุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลกลับไปทำงานด้านสุขภาพเป็นพยาบาลชุมชนภายใต้โครงสร้างการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลในลักษณะอัตราจ้าง มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนซึ่งเป็นบ้านเกิดของตนเอง (ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2546)

ข้อเสนอบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ศักยภาพของวิชาชีพการพยาบาลในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ประสานงาน ผู้เฝ้าติดตาม และความเป็นพยาบาลชุมชน ภายใต้การปฏิบัติงานตามกรอบแห่งกฎหมายและกระบวนการทัศน์สุขภาพใหม่ การจัดบริการสุขภาพครอบคลุมผู้ใช้บริการทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยกิจกรรมการบริการสุขภาพมีทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ โดยศักยภาพของพยาบาลในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ปรากฏดังกล่าวข้างต้น จึงนำเสนอบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนี้

1. ผู้จัดการสุขภาพองค์รวม

- 1) ผู้จัดการด้านสุขภาพ เพื่อให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุด ประหยัดสูง คุ่มค่า คุ่มทุน เช่น
1) การจัดหาบริการสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ 2) การบริหารจัดการข้อมูล มีการนำแฟ้มครอบครัวเป็นฐานข้อมูลในการให้บริการ จัดการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 3) การบริหารจัดการเรื่องยา ทั้งการจัดยาจ่ายยาตามแพทย์สั่ง การติดตามและประเมินผลการใช้ยา
- 2) ผู้นำในการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในสถานการณ์ต่างๆ รู้จักการเจรจาต่อรองเพื่อรักษาผลประโยชน์ของพยาบาลและวิชาชีพ เป็นผู้มีวิสัยทัศน์ มองไกล เช่น การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 3) ผู้วางแผนการให้บริการ ประเมินภาวะเสี่ยงทั้งความเจ็บป่วย โรค ภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน ครอบครัว กลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและติดตามผลการวางแผนให้บริการร่วมกับคนในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
- 4) การสร้างกลไกการทำงานร่วมกับองค์กรที่มีภารกิจทับซ้อนกันเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นรูปธรรม
- 5) ผู้ประสานงานติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การติดต่อประสานงานส่งต่อเพื่อการรักษา สามารถทำงานร่วมกับหน่วยงานหรือบุคคลอื่นๆได้ โดยเฉพาะปัญหาที่คุกคามต่อสุขภาพ

- 6) ผู้ปกป้องและพิทักษ์สิทธิของผู้ให้บริการ ผู้คุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ผู้สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม (advocacy) ในการจัดการด้านสุขภาพให้กับผู้ใช้บริการไม่ให้ถูกเอาเปรียบหรือถูกใช้ประโยชน์อย่างไม่เป็นธรรม เช่น พยาบาลได้เรียกร้องสิทธิในการได้รับการช่วยเหลือจากสวัสดิการของรัฐของคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน
- 7) การเข้าร่วมทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ

2. ผู้ให้บริการสุขภาพ

- 1) ผู้ให้บริการเชิงรุก เน้นการส่งเสริมและป้องกันโรค เน้นการกระตุ้น ปลุกฝัง แนะนำให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความร่วมมือจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในเชิงรุก เช่น การจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องทุกกลุ่มวัยในชุมชน การให้วัคซีนป้องกันโรคแก่เด็กก่อนวัยเรียน การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิก กลุ่มผู้สูงอายุสานตะกร้าที่วัด กลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อปลุกฝังจิตสำนึกที่ดีในเรื่องสุขภาพ และให้มีการเจ็บป่วยน้อยที่สุด
- 2) ผู้ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค ให้การรักษาโรคเบื้องต้นและโรคฉุกเฉิน ในหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ เช่น การรักษาตามอาการ ปวดท้อง เป็นไข้ ปวดศีรษะ การเย็บแผล ทำแผล ฉีดยา เป็นต้น (สภาการพยาบาล, 2541)
- 3) ผู้ดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ มีการติดตามให้บริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ให้คำแนะนำสอนให้ดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน หรือแนะนำให้ญาติสามารถดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ มีการพัฒนาระบบเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องจากการใช้แฟ้มครอบครัวในการส่งต่อข้อมูล มีระบบนัดผู้ป่วยในการติดตามผลการรักษา มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ามาฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย
- 4) ผู้ให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ เรื่องโรค ความเจ็บป่วย สุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน กลุ่มคนทุกวัย

3. ผู้นิเทศและติดตาม

- 1) เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง สามารถที่จะปรับแนวคิด เปิดใจรับฟังการสะท้อนคิดจากทุกสาขาวิชาชีพ เพื่อนำมาพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 2) สนับสนุนการทำงานเป็นทีมโดยเฉพาะในลักษณะการทำงานที่เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ ที่เรียกว่าการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ
- 3) การให้กำลังใจ
- 4) การสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน เช่น การส่งเสริมให้มีการศึกษาต่อเนื่อง
- 5) การให้การปรึกษา ความรู้ ตามลักษณะงานในพื้นที่
- 6) การร่วมวิเคราะห์และวางแผนงาน เพื่อการจัดการในเรื่องสุขภาพของประชาชนและชุมชน
- 7) การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการสุขภาพ ให้เป็นไปตามหลักวิชาการ

4. พยาบาลชุมชน

- 1) การดูแลในทุกมิติของประชาชน
- 2) การจัดตั้งเครือข่ายการดูแลสุขภาพ
- 3) การดูแลต่อเนื่อง
- 4) การดูแลครอบครัว
- 5) บทบาทด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมอนามัย

เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2544. **วิถีชุมชน : คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา).
- ขนิษฐา นันทบุตร. 2545. **การบริการสุขภาพพระดบปฐุมภูมิ : ปัจจัยที่ขาดความสำเร็จะยะเปลี่ยนผ่าน**. ใน **บริการสุขภาพพระดบปฐุมภูมิ : รูปธรรมที่เริ่มต้น**. เอกสารประกอบการประชุมในงานประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 5-7 สิงหาคม 2545 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค.
- ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. 2546. **โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพพระดบปฐุมภูมิ : กรณีศึกษาในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** (เอกสารอัดสำเนา).
- ขนิษฐา นันทบุตร และ คณะ . 2544. **การวิจัยและพัฒนาารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพพระดบปฐุมภูมิ : กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และคณะ. 2546(ก). **การปฏิรูประบบบริการสุขภาพพระดบปฐุมภูมิ : กรณีศึกษาตำบลขุขคอง อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่** (เอกสารอัดสำเนา).
- . 2546(ข). **การปฏิรูประบบบริการสุขภาพพระดบปฐุมภูมิ:กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนหนองดอง อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่** (เอกสารอัดสำเนา).
- คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2544. **แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน**. ใน <http://www.30bath.net>.
- คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2544. **บทสรุปหลักการสำคัญนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จินตนา ถีละไกรวรรณ.2545. **ระบบบริการสุขภาพพระดบปฐุมภูมิ กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมสร้างสุขภาพสังคม สู่สังคมสันติภาพ**. วันที่ 5-7 สิงหาคม พ.ศ. 2545. ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ.
- ทัศนา บุญทอง. 2544. **ขยายมุมมอง...บริการสุขภาพพระดบปฐุม** ใน **จดหมายข่าวเวทีพยาบาลกับการปฏิรูประบบสุขภาพ**. ฉบับที่ 1.

ประเวศ วะสี. 2545. **สุขภาพสังคมสู่สังคมสันติภาพ : มนุษย์พันธุ์ร่วมกันได้**. พิมพ์ครั้งที่ 1.

นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

----- . 2546. **การปฏิวัติเงียบ : การปฏิรูประบบสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.

วิจิตรวาทน์ เผ่ากัณหา และ สุนทรวดี เขียวพิเชษฐ , 2546. **รายงานการสังเคราะห์บทเรียนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อสร้างชุมชนแห่งสุขภาพ กรณีศึกษา ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลเมือง** (เอกสารอัดสำเนา).

สภาการพยาบาล. 2541. **กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์**.

นนทบุรี : เดอะเบสท์ กราฟฟิค แอนน์ ปรีทส์.

เสรี พงศ์พิศ. 2546. **ฐานคิด : จากแผนแม่บทสู่วิสาหกิจชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : รัชฎีการพิมพ์.

สุนุตตรา ตะบันพงศ์ และ คณะ. 2545(ก). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 1 ระบบสุขภาพของอำเภอนาหม่อม : การสังเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน)(เอกสารอัดสำเนา).

----- . 2545(ข). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 2 รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้แนวคิดใหม่ของอำเภอนาหม่อม) (เอกสารอัดสำเนา).

----- . 2545(ค). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 3 ศักยภาพของประชาชนและองค์กรชุมชน ในการมีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ) (เอกสารอัดสำเนา).

----- . 2545(ง). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 4 ศักยภาพของพยาบาล ทีมสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ)(เอกสารอัดสำเนา).

----- . 2545(จ). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาชุมชนนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา** (ส่วนที่ 5 รายงานการวิเคราะห์และสังเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและการเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้แนวคิดใหม่:บทเรียนเพื่อการพัฒนา) (เอกสารอัดสำเนา).

- สุนทราวดี เขียวพิเชฐ และ คณะ. 2546. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลภาคตะวันออก (เอกสาร
อัดสำเนา).
- สุปราณี เสนาดีสัย และคณะ. 2546. โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการ
สุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาภาคกลาง อำเภอบางซ้าย จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา (เอกสารอัดสำเนา).
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2543. การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพฯ : อูษาการพิมพ์.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2546. ธรรมนูญสุขภาพคนไทย พร้อมคำชี้แจงประกอบ
(ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบ
สุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. 2544. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช
2540. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : กองการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. 2534. กระบวนการพยาบาลกับการพัฒนาอนามัยชุมชน. ภาควิชาการ
พยาบาลสา-ธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศูนย์ปฏิบัติการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2545. แนวทางการสร้างหลักประกัน
สุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านการบริหารงบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า ใน [http:// www.30bath.net/summarize_september.html](http://www.30bath.net/summarize_september.html) [9-11-
2546].
- http://province.moph.go.th/banluam/Jurnal/HC_Network.html [9-11-2546].
- <http://www.law2day.com/hotstories/plan.html> [8-11-2546].
- <http://www.oncb.go.th/document/p1-solution02112101.htm> [02-06-2004]

ภาคผนวก

1. ตัวอย่างชุดบริการสุขภาพที่หลากหลาย ตามความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ที่ทำการศึกษา

จากแนวคิดในการพัฒนาชุดบริการสุขภาพของแต่ละพื้นที่ ที่มีความต้องการชุดบริการสุขภาพที่อาจมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นไปตามปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่ ดังเช่น บางพื้นที่อาจมีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ดังนั้นชุดบริการที่จำเป็นและเป็นความต้องการของพื้นที่ อาจสนองตอบด้วยการพัฒนาชุดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้น ก่อนชุดบริการทางด้านสุขภาพอื่นๆ หรือบางพื้นที่อาจประสบปัญหาในกระบวนการจัดบริการ เช่น การขาดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ จึงเกิดแนวคิดในการพัฒนาชุดบริการการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ดังเช่น กรณีตัวอย่าง ต่อไปนี้

ชุดบริการสุขภาพจากกรณีศึกษาในภาคกลาง

การพัฒนาระบบและเครื่องมือที่ใช้ในการจัดระบบการประสานงานและการส่งต่อและรับผู้ป่วยระหว่างสถานีนอนามัยกับโรงพยาบาลในอำเภอบางชัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ก่อนการพัฒนา -ไม่มีใบส่งต่อ -ขาดการบันทึกอย่าง ต่อเนื่อง -ไม่มีการติดต่อประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน	รูปแบบการพัฒนา -ตระหนักถึงปัญหา มองปัญหา ร่วมกัน -จัดเวทีบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ร่วมพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้น -ใช้มติที่ประชุมเป็นเครื่องมือใน การพัฒนา -คิดวางแผนร่วมกัน -วางระบบการส่งต่อที่พึง ประสงค์ -นำเสนอในที่ประชุมจากแต่ละ หน่วยงาน -พัฒนาปรับปรุง ยึดหลัก “ทำ ไปเรียนรู้ไป”	หลังการพัฒนา -รูปแบบการส่งต่อ 2 รูปแบบ 1.โทรศัพท์และมีใบส่ง ต่อ 2.โทรศัพท์แต่ไม่มีใบส่ง ต่อ -ทำให้เกิดการ แลกเปลี่ยนข้อมูล -ผู้ป่วยได้รับการอย่าง ทัน่วงที -เจ้าหน้าที่เกิด ความคุ้นเคยกับการ เขียนแบบฟอร์มที่
--	---	---

	-ทดลองนำไปใช้ ฝึกเขียนแบบฟอร์ม -พัฒนาแบบฟอร์มร่วมกัน	ละเอียด -ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง -เกิดระบบบริการที่รวดเร็ว -ข้อมูลเข้าระบบมากขึ้น
--	--	---

จากการพัฒนาชุดบริการการประสานงานส่งต่อที่เกิดขึ้น ทำให้มองเห็นว่า ชุดบริการดังกล่าวเกิดขึ้นจากการมองเห็นปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน เป็นการพัฒนาชุดบริการเพื่อการสนองตอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ นอกจากชุดบริการดังกล่าวแล้ว ยังมีตัวอย่างของชุดบริการที่เป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชนซึ่งได้แก่

ชุดบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด และการดูแลในระยะเจริญพันธุ์

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การตรวจครรภ์
- การตรวจสุขภาพทั่วไป
- การให้วัคซีนป้องกันโรคและวิตามินเสริมตามระยะการตั้งครรภ์
- การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในระยะต่างๆ
- การให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวในระยะคลอดและหลังคลอด
- การติดตามเยี่ยมหลังคลอด
- การจ่ายยาคุมกำเนิด
- การวางแผนครอบครัว
- การตรวจมะเร็งปากมดลูก

ชุดบริการสุขภาพเด็กทารกและวัยก่อนเรียน

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การตรวจสุขภาพทั่วไป
 - การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย
 - การให้วัคซีน
 - การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเพื่อการดูแล
 - การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการได้รับอาหารเสริมที่เหมาะสมกับวัย
- พัฒนาการ

ชุดบริการสุขภาพเด็กวัยเรียน

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การตรวจสุขภาพทั่วไป
- การสนับสนุนอาหารเสริม

ชุดบริการสุขภาพวัยรุ่น

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การตรวจสุขภาพทั่วไป
- การให้วัคซีน
- การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์กีฬา
- การค้นหาสารเสพติด
- การให้ความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองตามวัยพัฒนาการ

ชุดบริการสุขภาพวัยผู้ใหญ่

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การตรวจสุขภาพทั่วไป
- การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ

ชุดบริการสุขภาพวัยสูงอายุ

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การตรวจสุขภาพทั่วไป
- การให้ความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองตามวัย

ชุดบริการสุขภาพจากกรณีศึกษาในภาคใต้

การบริการสุขภาพที่ปรากฏในพื้นที่ที่ศึกษา ยังเป็นการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชน และเป็นการบริการเพื่อสนองตอบตามภารกิจเดิม ได้แก่ งานป้องกันโรค งานสร้างเสริมสุขภาพ งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสุขภาพจากความพิการ อย่างไรก็ตามพบว่าการจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพทั้งที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน จำแนกตามแต่ละงาน (สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และ คณะ, 2545ข) ดังนี้

งาน	กิจกรรมในหน่วยบริการสุขภาพ	กิจกรรมในชุมชน
งานป้องกันโรค	● ให้บริการวัคซีนป้องกันโรคในคลินิกเด็กดี ● ฝ้าระวังและสอบสวนโรคทางวิทยาการระบาด ● ค้นหา ฝ้าระวังและลดความเสี่ยงของโรคจากการทำงาน ● ภูมิสถาปัตย์และการจัดการสิ่งแวดล้อมในสำนักงานและควบคุม ● การป้องกันการติดเชื้องานควบคุมโรคและโรคเอดส์	● งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ได้แก่ ระบบฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การให้วัคซีนป้องกันโรค ● งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ฝ้าระวังพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภค ฝ้าระวัง-ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและควบคุมโรคทางพันธุกรรม ค้นหาปัจจัยเสี่ยง ฝ้าระวังการบาดเจ็บจากสาเหตุต่างๆ ให้คำแนะนำส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ● งานป้องกันและควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ฝ้าระวังโรคจากสิ่งแวดล้อม กระบวนการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม ● งานป้องกันและควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ ได้แก่ กระบวนการค้นหาและฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม กระบวนการค้นหาและฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม กระบวนการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดความเสี่ยงของโรคจากการประกอบอาชีพ
งานสร้างเสริมสุขภาพ	● งานแม่และเด็ก ได้แก่ บริการฝากครรภ์ (ตรวจครรภ์ ตรวจปัสสาวะ วัดความดันโลหิต ให้วัคซีนป้องกันบาดทะยัก ตรวจ	● งานแม่และเด็ก ได้แก่ บริการหญิงมีครรภ์อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในขณะตั้งครรภ์ ดูแลและส่งเสริมสุขภาพทารกและเด็กก่อนวัยเรียน

งาน	กิจกรรมในหน่วยบริการสุขภาพ	กิจกรรมในชุมชน
	พื้นสำหรับวัยใหม่ จำหน่ายเสริมธาตุเหล็ก ตรวจเลือด) และบริการตรวจหลังคลอด (ให้คำแนะนำในการวางแผนครอบครัว วัดความดันโลหิต) ● งานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน ● งานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยแรงงาน ได้แก่ คลินิกวางแผนครอบครัว ● งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ คลินิกผู้สูงอายุ	● งานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน ได้แก่ บริการตรวจสุขภาพ ค้นหาปัญหาของเด็กวัยเรียนและเยาวชนและให้บริการส่งเสริมสุขภาพให้แก่เด็กนักเรียนและเยาวชนในระบบโรงเรียน ติดตามดูแลสุขภาพกลุ่มเยาวชนนอกโรงเรียน กระบวนการให้ความรู้เรื่องสารเสพติด ● งานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยแรงงาน ได้แก่ เฝ้าระวังสุขภาพพื้นฐานทั่วไปให้แก่ประชากรวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี บริการสุขภาพสำหรับผู้อยู่ในวัยเจริญพันธุ์อายุ 14-44 ปี บริการสุขภาพสำหรับผู้อยู่ในวัยหลังเจริญพันธุ์อายุ 45-59 ปี ● งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง บริการให้คำปรึกษาสุขภาพทั่วไป บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
งานรักษาพยาบาล	● งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ OPD คัดกรอง ตรวจและรักษาโรคเบื้องต้น หัตถการเบื้องต้น เช่น ทำแผล ถอดเล็บ ฉีดยา ผ่าฝี เย็บแผล เอาสิ่งแปลกปลอมออกจากหู ตา จมูก งานฉุกเฉิน เช่น ดามกระดูก ห้ามเลือด	● งานเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาตามนัด กลุ่มเสี่ยง โดยมีกิจกรรมที่ทำได้ คือ ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ แนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วย หัตถการ เช่น ทำแผล เจาะน้ำตาลในเลือด ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายให้อาหาร วัดความดันโลหิต ฟังปอดจากความฟึก

งาน	กิจกรรมในหน่วยบริการ สุขภาพ	กิจกรรมในชุมชน
	● งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการ ● งานให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพโรค ● ระบบส่งต่อ บันทึกร บส.8 เพื่อส่งต่อผู้ป่วยกรณีที่เกิดเกินความสามารถ เช่น โรคที่คุกคามต่อชีวิต อุบัติเหตุร้ายแรง	
งานฟื้นฟูสุขภาพจาก ความพิการ	-	● ทำทะเบียน ● กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ● กายภาพบำบัดที่บ้าน ● การดูแลด้านสุขภาพจิต ให้คำแนะนำ

ชุดบริการสุขภาพจากกรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การพัฒนาชุดบริการสุขภาพของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ ประชาชน และองค์กรชุมชนต่างๆ โดยสะท้อนให้เกิดกระบวนการจัดบริการสุขภาพในชุมชน 3 ระดับคือ 1) การให้บริการสุขภาพรายบุคคลเน้นที่กลุ่มประชากรที่ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยเอดส์ ผู้พิการ ผู้ป่วยทางจิต และผู้สูงอายุ ที่ชี้ชัดเรื่องความต้องการการพัฒนากรอบคิดที่สร้างรูปธรรมให้เกิดขึ้นได้ด้วย 2) การบริการสุขภาพครอบครัวซึ่งต้องการความรู้ที่นำแนวคิดรวมของการบริการสุขภาพครอบครัวในชุมชนที่นอกเหนือจากการรักษา แต่อาจรวมการสร้าง ความมั่นคงให้ครอบครัว การแก้ปัญหาและความขัดแย้งของครอบครัว การดูแลตนเองในครอบครัวโดยเฉพาะกรณีมีผู้ป่วยเรื้อรัง พิการ ผู้ป่วยทางจิตหรือมีปัญหาความรุนแรง การสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพและการช่วยเหลืออื่นให้เป็นรูปธรรม 3) การทำงานร่วมกับชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างความเข้มแข็งเรื่องการดูแล

สุขภาพที่ครอบคลุมการป้องกันโรคและการเจ็บป่วย การรักษา การฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ
นั้นต้องการหาประเด็นหลักเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องและการทำงานร่วมกัน

ชุดบริการที่เกิดขึ้นของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงมีกิจกรรมต่าง ดังนี้

ชุดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด
- การติดตามการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ : ภาวะแทรกซ้อน
- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค
- การให้กำลังใจ
- การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อภาวะการเจ็บป่วยและการรักษา
- การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อการเรียนรู้ในการควบคุมภาวะการเจ็บป่วยร่วมกันของผู้เจ็บป่วย ตลอดจนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ให้การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- การส่งต่อการรักษาเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมในภาวะ 1) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 180 mg% 2) มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลเรื้อรัง ตามัว 3) ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยไม่ทราบสาเหตุ
- การจัดกิจกรรมในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและควบคุมการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย
- การติดตามเยี่ยมที่บ้านในรายที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้ที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ เป็นแผลเรื้อรัง เป็นต้น
- การส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนไปรับการตรวจรักษา

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การดูแลและติดตามภาวะสุขภาพ โดยการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับระดับความดันโลหิต
- การให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

- การจัดกิจกรรมในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและควบคุมการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตโดยการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย
- การส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนไปรับการตรวจรักษา

การดูแลผู้ป่วยวันโรคปอด

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การดูแลและติดตามภาวะสุขภาพ โดยการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไป
- การให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- การจัดกิจกรรมในการส่งเสริมภาวะสุขภาพ
- การส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนไปรับการตรวจรักษา

การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและเฉียบพลัน

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การดูแลรักษาตามอาการในระยะฉุกเฉินและเฉียบพลัน
- การส่งต่อไปรับการรักษาในรายที่มีปัญหาซับซ้อนและต้องการการดูแลรักษาที่ใช้เครื่องมือทางการแพทย์หรือวิธีการรักษาเฉพาะ

การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพในวัยสูงอายุ โดยการตรวจสุขภาพ
- การให้ข้อมูลเพื่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ
- การจัดกิจกรรมในการส่งเสริมภาวะสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย

การดูแลหลังผ่าตัด

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การเยี่ยมบ้าน
- การให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและการดูแลบาดแผลเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมในการดูแลเดิมที่มีอยู่
- การดูแลบาดแผล

การดูแลผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้า/วิตกกังวล

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การให้การปรึกษาและให้กำลังใจ

- การประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือ

การดูแลผู้ติดเชื้อ HIV

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การดูแลปัญหาที่เกิดขึ้นกับสุขภาพร่างกาย
- การให้การปรึกษาและการให้กำลังใจ
- การให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัว
- การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่ผู้ป่วยเป็น
- การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล
- การส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยเมื่อไม่สามารถให้การดูแลได้

การดูแลเด็กขาดสารอาหาร

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การติดตามประเมินภาวะการขาดสารอาหาร
- การแก้ปัญหาตามสาเหตุ
- การให้การรักษาเบื้องต้น เช่น การให้วิตามิน
- การให้การปรึกษาคครอบครัวเพื่อร่วมดูแล
- การประสานงานกับชุมชนหรือแหล่งอื่นๆเพื่อร่วมจัดการการดูแล
- การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล/พี่เลี้ยง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก
- จัดคลินิกเด็กเพื่อการตรวจค้นหาเด็กขาดสารอาหาร
- การส่งต่อการรักษาเมื่อเด็กมีภาวะการขาดสารอาหารตั้งแต่ระดับ 3

การดูแลผู้ที่ไม่มีสิทธิบัตร

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- ให้การดูแลรักษาเบื้องต้นตามโรคและอาการที่เป็น
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานบริการ

ในสถานอนามัยแห่งหนึ่ง มีการจัดคลินิกในการให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยจัดให้มีคลินิกเบาหวาน 1 วันใน 1 เดือน จากการศึกษาพบปัญหาที่พบบ่อยในการจัดคลินิกคือ ผู้ป่วยมักไม่ค่อยมาตรวจตามนัด หรือบางรายมาตรวจแต่ไม่มีเงินค่าตรวจรักษา ขอบชื้อยา รับประทานเอง ขาดการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น เมื่อมีแผลขาดการดูแลที่ถูกต้องทำให้แผล

เกิดการอักเสบติดเชื้อลุกลาม ลืมนำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานมาในวันตรวจ และมักจะรีบกลับบ้านภายหลังเจาะเลือดและรับยาเสร็จ ซึ่งทำให้ผู้ให้บริการไม่สามารถจัดกิจกรรมในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ เหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรีบกลับบ้านคือ หิวข้าว และไม่ชอบที่จะอยู่ที่สถานบริการนานๆ จากจุดนี้ทำให้เจ้าหน้าที่ของสถานีนอมนำแห่งนี้คิดรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงได้พัฒนารูปแบบและกลวิธีการให้บริการดังนี้คือ

- จัดเลี้ยงข้าวต้มสำหรับผู้ป่วย ภายหลังเจาะเลือดเสร็จ เพื่อแก้ปัญหาภาวะหิวข้าวของผู้ป่วย
- จัดทำสมุดประจำตัวแก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยจะคัดเลือกและให้รางวัลแก่ผู้ที่มาตรวจตามนัดและนำสมุดประจำตัวมาด้วยทุกครั้งในวันนัด
- จัดกลุ่ม Self-help group โดยให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน มาถ่ายทอด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
- มีการให้ความรู้ โดยใช้สื่อบุคคล และมุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมการให้ความรู้
- มีการประสานและขอความร่วมมือจากองค์กรในท้องถิ่น เช่น จาก อบต.ในการจัดกองทุนสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จากเกษตรตำบล ในการขอพันธุ์พืชมาแจกจ่ายให้กับผู้ป่วยที่ยากจนและเป็นผู้ประสานในการจำหน่ายผลผลิตนั้นๆ

การดูแลครอบครัวที่ปกติ-เสี่ยง

- การเยี่ยมบ้าน
- ค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วยการคัดกรองสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- ค้นหาศักยภาพของครอบครัว
- จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามภาวะเสี่ยง
- สนับสนุนการทำบทบาทของสมาชิกในครอบครัวตามความเหมาะสม

การดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วย-ฟื้นฟู

- การเยี่ยมบ้าน
- ดูแลผู้ป่วยรายบุคคลตามปัญหา ตามชุดกิจกรรมการดูแลรายบุคคล
- ส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- สนับสนุนเวชภัณฑ์ที่จำเป็น
- จัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือในชุมชน

- ส่งต่อ ประสานงานกับเครือข่าย
- ส่งเสริมการสร้างอาชีพในชุมชน

กิจกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน

- วางแผนจัดโครงการประชาสัมพันธ์ชี้แจงประชาชนในพื้นที่ก่อนทำงานในชุมชน
- ก่อนการลงชุมชนจะประสานงานกับผู้ใหญ่บ้าน ประชาสัมพันธ์ถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ
- นัดประชุม อสม. อบต. ผู้ใหญ่บ้านประชุมทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง
- สำรวจชุมชนตอนเย็น ทำแฟ้มครอบครัว ผังเครือญาติ แผนที่เดินดินเพื่อหา กลุ่มเป้าหมาย
- วิเคราะห์ข้อมูล เริ่มจากการแจกแจงนับตามความต้องการของประชาชน
- นำเสนอเป็นโครงการ ติดตามผลโครงการ*ด้วยมือ พัฒนาจนลงในโปรแกรม คอมพิวเตอร์
- จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ผู้นำ และ อบต. ในเรื่องชุมชนเข้มแข็ง จัด ดูงาน อบรม OD. เกษตรผสมผสาน ต่างๆเน้นการให้บริการตรวจรักษา และการ ส่งเสริมสุขภาพ

การจัดกิจกรรมโครงการดูแลสุขภาพในชุมชน

โครงการออกกำลังกายแอโรบิคในชุมชน

- พยาบาลชุมชนและผู้ช่วยพยาบาลชุมชนสร้างเวทีให้คนในชุมชนเล็งเห็นปัญหา และสาเหตุสุขภาพของคนในชุมชนร่วมกัน หาสถานที่ในชุมชน จัดการประชุม ปรีกษาหารือร่วมกัน และชี้แจงผลประโยชน์ของการออกกำลังกายแก่ประชาชน ในชุมชน
- ผู้ช่วยพยาบาลชุมชนประชาสัมพันธ์เสียงตามสายให้ประชาชนในชุมชน ร่วม กิจกรรม
เชิญ อบต. เข้าร่วมในการประชุม โดย อบต. สนับสนุนและขยายผลการดำเนิน กิจกรรม

โครงการค้นหาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

- จัดทำโครงการตามนโยบายของจังหวัด
- ทำการศึกษาข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ที่ CUP กำหนดโดยใช้ข้อมูลจาก หลายแหล่ง ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานในคอมพิวเตอร์ (โปรแกรม WinTHO) ,

ข้อมูลจากการศึกษาชุมชนและข้อมูลใน Family Folder, การสอบถามผู้ป่วยและญาติ, ข้อมูลการส่งต่อจากสถานบริการแห่งอื่น และการคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่

- ประชุมกับผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. และ อสม. เพื่อชี้แจงแผนการดำเนินงาน
- ทำการประชาสัมพันธ์โครงการผ่านทางผู้ใหญ่บ้าน และ อสม.
- ทำการเตรียมกลุ่มเสี่ยงให้ดื่มน้ำและอาหารในคืนก่อนวันตรวจ
- ดำเนินการตรวจคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน เวลา 6.30 น.-8.00 น.
- กรณีที่พบตรวจพบผู้ที่สงสัยให้ไปทำการตรวจอีกครั้งที่สถานีนอนามัย
- ทำการสรุปประเมินผลจำนวนผู้มาใช้บริการ และสรุปผลการทำงาน
- รายงานผลไปยัง CUP

โครงการออกกำลังกาย (เต้นแอโรบิคและรำไม้พอง)

- จัดทำโครงการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
- สัมภาษณ์กลุ่มที่สนใจ โดยเน้นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้หญิง
- จัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์
- ขอบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจาก อบต.
- คัดเลือกหรือหาตัวแทนของประชาชนในชุมชนเป็นผู้นำในการออกกำลังกาย
- เวลาในการออกกำลังกาย 16.00 น. – 17.30 น.
- ประเมินสภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการเป็นระยะ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง บันทึกลงในสมุดทดสอบสมรรถภาพ
- เจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย พร้อมทั้งประเมินผลกิจกรรม
- มีการขยายโครงการไปหมู่บ้านอื่นๆ ตามความต้องการของชุมชน
- จัดการแข่งขันและประกวดระดับอำเภอ พร้อมทั้งการมอบรางวัลให้กับหมู่บ้านที่ชนะเลิศ
- ทำการสรุปประเมินผลจำนวนผู้มาใช้บริการ และสรุปผลการทำงาน
- รายงานผลไปยัง CUP

ชุดบริการสุขภาพจากกรณีศึกษาในภาคเหนือ

จากการทำงานร่วมกันระหว่างทีมผู้วิจัยและบุคลากรสุขภาพในสถานีนามัยขุนคง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ก่อให้เกิดแนวคิดและการพัฒนาชุดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มต่างๆ ซึ่งชุดบริการหลักจะประกอบด้วยกิจกรรมการบริการต่างๆ เช่น การบริการสำหรับผู้สูงอายุ การบริการสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การบริการสำหรับบุคคลในวัยแรงงาน เป็นต้น ซึ่งได้นำเสนอให้เห็นเป็นชุดบริการตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

ชุดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ให้บริการคือ พยาบาล จำแนกกิจกรรมในการจัดบริการสุขภาพตามลักษณะของผู้ป่วย 3 กลุ่มคือ

- กรณีช่วยเหลือตนเองได้ดี กิจกรรมที่ดำเนินการได้แก่ การสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน 3-4 ครั้งต่อเดือน
- กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่ไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ทุกเรื่องที่ต้องอาศัยทักษะพิเศษ กิจกรรมที่ดำเนินการได้แก่ กิจกรรมการบริการที่เป็นการทดแทนบางส่วน หรือบริการสุขภาพที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์เฉพาะ ให้การบริการเยี่ยมบ้านทุก 2-3 เดือน
- กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนมาก ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย กิจกรรมที่ดำเนินการคือ การเยี่ยมบ้านทุก ½ -1 เดือน

ชุดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การประเมินร่างกายและสุขภาพ
- การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำงาน การพักผ่อน และการใช้ยาเมื่อจำเป็น
- การจัดกิจกรรมกลุ่ม เช่น ชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

ชุดบริการสุขภาพสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การประเมินร่างกายและสุขภาพ
- การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองตามโรคที่เป็นอยู่
- การให้คำแนะนำในการใช้สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน

ชุดบริการสุขภาพสำหรับบุคคลในวัยแรงงาน

กิจกรรมการบริการสุขภาพ ได้แก่

- การประเมินร่างกายและสุขภาพ
- การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอันตรายและการป้องกันโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

ชุดบริการสุขภาพจากกรณีศึกษาในภาคตะวันออก

ผลการศึกษาในพื้นที่ (สุนทรวดี เจริญพิเชฐ และ คณะ, 2546) ยังไม่สะท้อนการจัดชุดบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม แต่ริเริ่มและดำเนินการบางส่วน เช่น การดูแลสุขภาพที่บ้าน การตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมและป้องกัน และพบว่าการตระหนักถึงการพัฒนาศูตบริการสุขภาพ ได้แก่ ชุดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อุดจระรัง ไข้เลือดออก ผู้ป่วยฉุกเฉิน การสร้างมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย และการสร้างแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโครงการ 30 บาท

นอกจากนี้ทีมผู้วิจัยและบุคลากรด้านสุขภาพ ยังมีแนวคิดในการพัฒนาศูตบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นชุดบริการที่เจ้าหน้าที่ควรปฏิบัติให้บริการเพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการ การพัฒนาศูตบริการที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แกนนำครอบครัว (กนค.) อาสาสมัครสร้างเสริมสุขภาพ (ออส.) ควรใช้เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติงาน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นการพัฒนา ณ จุดนี้ เป็นการตอกย้ำให้เห็นอย่างชัดเจน ในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะการพัฒนาศูตบริการสุขภาพ รวมถึงการให้บริการด้านต่างๆ ในชุดบริการสุขภาพ จะต้องอาศัยการร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนของวิชาชีพพยาบาล บุคลากรสุขภาพด้านต่างๆ และประชาชน ตลอดจนองค์กรชุมชนในพื้นที่ ชุดบริการบางชุดอาจมีพยาบาลชุมชนเป็นผู้บริการหลักและมีผู้ช่วยพยาบาลชุมชนหรืออาสาสมัครต่างๆ เป็นผู้ช่วยสนับสนุนการให้บริการ ในขณะที่ชุดบริการบางชุดอาจมีแกนนำสุขภาพในชุมชน เช่น อสม. ออส. กนค. เป็นผู้ให้บริการหลัก โดยมีพยาบาลชุมชนเป็นที่ปรึกษาหรือเป็นผู้เฝ้าอำนวยความสะดวก เป็นต้น