

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรดิศต์ครั้งนี้ ผู้ศึษาได้ศึษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

ทฤษฎีการมีส่วนร่วม

การพัฒนาบริการสาธารณสุข

โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.)

พยาบาลกับการพัฒนาบริการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชนตามหลักการของโครงการ พบส.

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีการมีส่วนร่วม

#### 1. ความหมายของการมีส่วนร่วม

โรเจอร์และชูเมคเกอร์ (Roger & Shoemaker, 1971, p. 312-316) ได้เสนอแนวคิดว่า พลังในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ คือ การมีส่วนร่วมทำให้มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง โดยมีการปรึกษากับกลุ่มที่ได้รับผลกระทบ

โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1977, อ้างในประวิทย์ เพชรมี, 2538, หน้า 10-11) ได้กล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วมคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจควบคู่ไปกับการดำเนินงาน เกี่ยวข้องกับเรื่องผลประโยชน์ และการประเมินผลในกิจกรรมการพัฒนา

เบอร์กลีย์ (Berkley, 1975, อ้างใน โสภิญญา สุวรรณะ, 2541, หน้า 18) ได้กล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วมคือการที่ผู้นำอนุญาตให้ผู้ตามจำนวนมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุดเท่าที่จะมากได้

ออกตาเวย์ (Ottaway, 1966, อ้างใน นิคม ศักดิ์แสน, 2540, หน้า 12) อธิบายถึงความหมายของการมีส่วนร่วมของกลุ่มคือการที่สมาชิกของกลุ่มมีความสนใจ มีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการศึกษาทำความเข้าใจและดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง และการมีส่วนร่วมจะนำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

พิภพ ธงไชย (2528, อ้างใน นิคม ศักดิ์แสน, 2540, หน้า 10) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมคือการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ปรัชญาและแนวทางการบริหารด้วยกลุ่มของตนเอง

รุจี จารุภาชน์ (2540, หน้า 4) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมไว้ว่า การจะทำให้สำเร็จลุล่วงไปได้ นั้น ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลในกลุ่มว่ามีความสามารถที่จะช่วยกันทำงานมากน้อยเพียงใด ถ้าหากทุกคนต่างยอมรับจุดมุ่งหมายต่างๆ ของกลุ่มแล้ว การทำงานของกลุ่มก็จะประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้นและเร็วขึ้น กลุ่มต่างๆ จะมีความร่วมมือแตกต่างกันไปไม่ว่ากลุ่มนั้นๆ จะมีปริมาณความเป็นศูนย์กลางมากน้อยก็ตามและไม่ว่ากลุ่มนั้นๆ จะแก้ปัญหาต่างๆ หรือแก้ปัญหาสลับซับซ้อนก็ตาม กล่าวคืออย่างน้อยที่สุดกลุ่มจะต้องร่วมมือกันไม่มากก็น้อย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการยอมรับจุดมุ่งหมายของสมาชิกต่างๆ ว่ามีมากน้อยเพียงใด

สรุปการมีส่วนร่วมเป็นการรวมกลุ่มของสมาชิกเพื่อหวังผลในกิจกรรมร่วมกัน ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่มในการคิด การตัดสินใจ มีวัตถุประสงค์และการดำเนินงานร่วมกัน รวมทั้งสมาชิกในกลุ่มต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน แต่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงได้นั้น สมาชิกจะต้องมีความสนใจและความเข้าใจร่วมกันตลอดจนให้ความร่วมมือและเห็นคุณค่าประโยชน์ของการทำงานร่วมกันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

## 2. ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

โคเฮน และฮอฟฮอฟฟี (1980, อ้างใน กานู วงศ์วีระชัย, 2538, หน้า 10) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมดังนี้คือ

2.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ประกอบด้วยขั้นตอนริเริ่มในการคิดค้นปัญหา ตัดสินใจ การดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ

2.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ

2.3 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (benefits) ได้แก่ ผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ ผลประโยชน์ทางสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล

## 2.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation)

### 3. หลักการมีส่วนร่วม

3.1 การมีส่วนร่วมตามหลักการตั้งคมประชาธิปไตย สิ่งที่สอดคล้องกับชีวิตมนุษย์ ในงานพัฒนาชนบท องค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ แม้แต่สถาบันครอบครัว การมีส่วนร่วมคือการที่ สมาชิกของหน่วยงานนั้นได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยงานของตนเอง ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ระหว่างสมาชิกกับองค์กร ด้วยข้อเท็จจริงที่ว่า งานจะสำเร็จได้ก็ด้วยการมีส่วนร่วมของสมาชิก ซึ่ง จะนำไปสู่ความร่วมมือแห่งการดำรงชีวิตในสังคมเดียวกัน สมาชิกควรจะมีส่วนร่วมในด้านต่างๆ ดังนี้ (สกุนต์ สายบุญดี, 2537 อ้างในวาค หนูมา, 2540, หน้า 20)

3.1.1 การรับรู้ด้านข่าวสาร

3.1.2 การแสดงความคิดเห็น

3.1.3 การตัดสินใจ

3.1.4 การวางแผนและดำเนินการ

3.1.5 การประเมินผล

3.1.6 ความรับผิดชอบ

3.1.7 การรับผลประโยชน์

3.2 การมีส่วนร่วมโดยกระบวนการกลุ่ม (วัชรภรณ์ เชื้อวัฒนา, 2536, หน้า 44-45 ; มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2539, หน้า 175) การเข้ามามีส่วนร่วมเป็นการแสดงถึงการตัดสินใจ ในการยอมรับว่ามีประโยชน์ต่อตนเองและหน่วยงานของตน โดยมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสามารถทำได้โดยการสร้างสถานการณ์ให้เกิดการมีส่วนร่วมในกลุ่ม บุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างการมีส่วนร่วมเช่น ผลการวิจัยทางจิตวิทยาสังคมของลีวิน (Lewin) ได้ทำการวิจัยเปรียบเทียบเกี่ยวกับการจัดประสบการณ์การเรียนรู้สองอย่างคือ การอภิปรายกลุ่มและการสอนเป็นรายบุคคล จากการติดตามผลพบว่า ในกลุ่มที่ใช้วิธีบรรยายอย่างเดียว มีพฤติกรรมที่ต้องการมีส่วนร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้วิธีการอภิปราย เนื่องจากกลุ่มที่ใช้วิธีการ บรรยายนั้นผู้ฟังจะเป็นผู้รับฟังไม่มีส่วนร่วม แต่ในกลุ่มที่ใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม การมีส่วนร่วม ของสมาชิกในกลุ่มมีมาก ทุกคนมีโอกาสที่จะออกความคิดเห็นและตัดสินใจ ซึ่งความคิดเห็นของ กลุ่มมีผลต่อทัศนคติของบุคคล บุคคลในกลุ่มสามารถมองเห็นความเชื่อของกลุ่มได้จากการอภิปราย และตามความคิดเห็นของกลุ่มอาจจะมีส่วนทำให้ความคิดเห็นของบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ ขณะเดียวกัน บุคคลนั้นก็พยายามเปลี่ยนแปลงทัศนคติ สมาชิกคนอื่นในกลุ่มที่เปลี่ยนไม่ได้ก็อาจจะคล้อยตามได้ ผลจากการศึกษานี้มีส่วนทำให้เกิดขบวนการใช้ “การทำงานเป็นกลุ่ม” พบว่าการได้มีส่วนร่วม ในการช่วยแก้ปัญหาบางอย่างทำให้บุคคลที่มีส่วนร่วมนั้น เกิดความรู้สึกรู้สึกพอใจต่อวิธีการแก้ปัญหา

เพราะบุคคลนั้นมีความรู้ดีกว่าตนเองได้ “ลงทุน” ในการตัดสินใจ ได้อุทิศพลังงานทุกอย่างเพื่อให้ได้มาซึ่งขบวนการเหล่านี้จึงมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนเอง การมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้เป็นสิ่งที่แสดงออกมาให้คนอื่นได้รู้ เรียกว่า โอเวอร์ทพาทิซิเพชัน (overt participation) สำหรับการมีส่วนร่วมที่มีได้แสดงออกมาให้คนอื่นเห็น เรียกว่า โควเวอร์ทพาทิซิเพชัน (covert participation) และจากการศึกษาของสตีเวนเกี่ยวกับพฤติกรรมของกลุ่มคนขนาดเด็กในองค์กรทำให้ทราบถึงผลดีจากการเข้ามามีส่วนร่วมและการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของกลุ่ม โดยการค้นหาสาเหตุของปัญหาของหน่วยงานและพยายามหาทางแก้ไขปัญหา ซึ่งมีพื้นฐานอยู่บนความไว้วางใจกันในระหว่างคนงานด้วยกัน พยายามสร้างบรรยากาศให้เหมาะแก่การทำงาน โดยให้แต่ละฝ่ายได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเสรี ซึ่งจะนำไปสู่การร่วมมือกันในการแก้ปัญหาขององค์กรในที่สุด

การมีส่วนร่วมเป็นเรื่องสำคัญในการพัฒนา เพราะเป็นวิธีการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารด้านสภาวะการณ์ ความต้องการ จุดมุ่งหมายที่แท้จริงของกลุ่มที่จำเป็นต่อการดำเนินงานตามแผนงานและโครงการต่างๆ การที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดค้นปัญหาและวางแผนพัฒนา จะทำให้เกิดความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของในกิจกรรมพัฒนามากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การดำเนินงานอย่างเข้มแข็งจริงจัง อีกทั้งเป็นการช่วยระดมทรัพยากรในหน่วยงานและปัจจัยอื่นๆ มาสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนาอีกด้วย

#### การพัฒนาวិการสาธารณสุข

##### 1. ความหมายของการพัฒนา

ซิงห์ (Simha) ให้คำจำกัดความของการพัฒนาว่า เป็นกระบวนการของการเคลื่อนไหวจากสภาพที่ไม่น่าพอใจไปสู่สภาพที่น่าพอใจ การพัฒนาเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอไม่หยุดนิ่ง (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2539, หน้า 70)

เดวิด ซี คอร์ตเทน (David C. Korten, 1990, อ้างในวิไลพร เทพหัสดิน ณ อยุธยา, รัชณีเพ็ญ ชัยวิจิตร, และอมร ถกถจิตร, 2540, หน้า 14) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาว่าเป็นกระบวนการเพิ่มพูนความสามารถของบุคคลและสถาบันของสมาชิกในสังคมด้านการระดมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เกิดผลต่อการกระจายการปรับปรุงคุณภาพชีวิตในทิศทางตามความใฝ่ฝันของเขาด้วยความเป็นธรรมและยั่งยืน

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายของการพัฒนาคือ ทำให้เจริญ

สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราชได้ให้ความหมายของการพัฒนาว่า การทำให้เจริญขึ้นหรือดีขึ้นนั้น ในความหมายที่แท้จริงต้องเจริญขึ้นหรือดีขึ้นทั้งทางวัตถุและทางจิตใจ จึงจะเรียกได้ว่าเป็นการพัฒนาที่สมบูรณ์ (สมพร เทพสิทธา, 2538, หน้า 2)

สรุปได้ว่าการพัฒนาเป็นการทำให้ทันสมัย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน ในสังคมเพื่อให้มีสภาพดีขึ้น การทำให้ทันสมัยเป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของสังคม ในขณะที่การพัฒนาเป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับสังคมโดยส่วนรวม เพื่อให้มีสภาพดีขึ้น

2. ความหมายของการบริการสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2540, หน้า 6 ; มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2535, หน้า 233)

การบริการสาธารณสุขหมายถึง กิจกรรมใดๆ ของสังคมในการกระทำเพื่อให้คนที่มารับบริการเกิดความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นงานที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ สามารถให้บริการแก่ประชาชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันได้ ตามเป้าหมายที่มารับบริการงานบริการสาธารณสุข ซึ่งต้องมีกิจกรรมหลักอย่างน้อย 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

3. รูปแบบการให้บริการสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2531, หน้า 653)  
การให้บริการแก่ประชาชน โรงพยาบาลและสถานอนามัยต่าง ๆ ที่ให้บริการแก่ประชาชนในชนบทได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการมาเป็นลำดับสรุปได้ดังนี้

3.1 การให้บริการในสถานบริการและการมุ่งแก้ปัญหาเฉพาะเรื่อง เป็นระยะของการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลจะเน้นการให้บริการด้านรักษาพยาบาล ในฐานะเดียวกันมีหน่วยงานในส่วนกลางซึ่งจะไปจัดตั้งปฏิบัติการให้บริการในส่วนภูมิภาค เพื่อให้การรักษาพยาบาลและป้องกันกำจัดโรคต่างๆ เป็นเฉพาะโรค เช่น การกำจัดไข้มาลาเรีย การป้องกันและรักษาไข้ทรพิษ การรักษาวัดโรค เป็นต้น นอกจากนี้ก็มีสถานอนามัยทั้งในระดับอำเภอและตำบล เป็นผู้ให้บริการป้องกันโรคทั่วไปขึ้นพื้นฐานและดำเนินการสุขภาพ

3.2 การให้บริการแบบผสมผสานโดยเน้นบริการสาธารณสุขพื้นฐาน เป็นความพยายามให้สถานบริการสาธารณสุขที่มีอยู่สามารถที่จะให้บริการผสมผสานในทุกๆ ด้าน และรวมเอาการให้บริการรักษาพยาบาลหรือป้องกันเฉพาะโรคเข้ามาด้วย ในลักษณะของอนามัยเบ็ดเสร็จ รูปแบบการให้บริการนั้น มีทั้งการให้บริการในสถานบริการร่วมกับการออกหน่วยเคลื่อนที่ไปยังประชาชนที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการ ซึ่งมีโอกาสจะเข้ามารับบริการที่สถานบริการได้น้อย ทั้งนี้เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการครอบคลุมประชากรได้มากขึ้น

3.3 การจัดบริการตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน อันเป็นผลมาจากความล้มเหลวในการครอบคลุมประชากร โดยรูปแบบดังกล่าวข้างต้นร่วมกับการขาดคุณภาพของบริการเมื่อเทียบ

กับค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น และปัญหาการพัฒนาคุณภาพของประชาชนผู้รับบริการ จึงทำให้เกิดรูปแบบการสาธารณสุขมูลฐานที่เชื่อกันว่าเป็นแนวทางที่ถูกต้องในการที่จะพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนต่อไปในอนาคตอีกด้วย

4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุข (บุญเรียง ชูชัยรัตน์และคณะ, 2539, หน้า 7-8) การจัดบริการสาธารณสุขนั้นขึ้นอยู่กับค่านิยมและปรัชญาแนวความคิดที่สังคมหรือประเทศนั้นๆ ยึดถือและยังขึ้นอยู่กับระบบการเมืองและระบบเศรษฐกิจที่เป็นอยู่ในประเทศนั้นด้วย ค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขมี 4 ประการคือ

4.1 หลักความเสมอภาค (equality) หมายถึง ในการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐให้แก่ประชาชนนั้นยึดหลักของความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทั่วทั้งสังคม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคกันโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างกันในด้านรายได้หรือถิ่นที่อยู่ ในการนี้รัฐจะต้องขยายบริการอย่างทั่วถึงกันทั่วประเทศ เช่น การจัดบริการสาธารณสุขในระดับสถานีอนามัยของประเทศไทยมุ่งตามหลักการนี้

4.2 หลักของความยุติธรรม (equity) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขจะต้องสัมพันธ์กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (normative needs) ของประชาชนด้วย โดยที่ความจำเป็นทางด้านสุขภาพนี้ถูกกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ซึ่งแตกต่างจากความต้องการทางด้านสุขภาพที่ประชาชนตระหนักถึง (felt needs) ประชากรแต่ละกลุ่มที่มีความจำเป็นทางด้านสุขภาพเท่ากัน จะต้องได้รับบริการจากรัฐอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่ยึดถือรายได้หรืออำนาจซื้อของประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ภาวะทุพโภชนาการในเด็กที่ยากจนและในชนบทที่ห่างไกล รัฐจะต้องให้บริการกลุ่มเหล่านี้

4.3 หลักของเสรีภาพ (freedom) หมายถึง บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการเลือกบริโภคบริการสาธารณสุขได้ตามความสมัครใจและขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่าย (ability to pay) ของแต่ละบุคคล ซึ่งเสรีภาพนี้เกี่ยวข้องกับอำนาจซื้อและรายได้ของแต่ละบุคคลด้วย เช่น การเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลของเอกชนย่อมขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ถ้าเขามีอำนาจซื้อที่เพียงพอ

4.4 หลักของประโยชน์สูงสุด (optimality) หรือหลักของประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขของสังคมจะต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุดด้วย หลักประสิทธิภาพนี้จะเกี่ยวข้องกับการจัดบริการที่ดีที่สุดโดยใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรต่ำที่สุด การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีราคาแพงย่อมต้องการทรัพยากรของสังคมจำนวนมาก เช่น เครื่องซี ที สแกน (C.T. Scan) สำหรับเอ็กซเรย์สมอง เป็นต้น

การจัดบริการสาธารณสุขต่างๆ ในแต่ละสังคมมักจะขึ้นอยู่กับค่านิยมทั้ง 4 นี้ของคนในสังคมหรือผู้กำหนดนโยบายในสังคม โดยที่อาจจะมีการผสมกลมกลืนค่านิยมเหล่านี้ควบคู่กันไป

5. ระดับของการจัดบริการสาธารณสุข (บุญเรียง ชูชัยรัตน์และคณะ, 2539, หน้า 10-11 ; คณะกรรมการการสาธารณสุขวุฒิสภา, 2540, หน้า 23) การจัดบริการสาธารณสุขสามารถแบ่งตามระดับการให้บริการออกเป็น 4 ประเภทคือ

5.1 การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care level) คือ การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยตนเองและสามารถกระทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพโดยใช้วิชาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ไม่สูงมากนัก ซึ่งมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้มีผู้ให้บริการที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยตนเอง มีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ดำเนินงานใน ศสมช. อย่างต่อเนื่อง และประชาชนสามารถร่วมกลุ่มบริหารจัดการและดูแลให้บริการใน ศสมช. เป็นไปได้เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

5.2 การจัดบริการสาธารณสุขในระดับที่ 1 (primary care level) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้คือ

5.2.1 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน(สสช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน ครอบคลุมประชากรประมาณ 500 - 1,000 คน มีพนักงานสุขภาพชุมชน(พสช.) ปฏิบัติงาน (สถานภาพเป็นลูกจ้างประจำของกระทรวงสาธารณสุข) การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาพยาบาลโรคต่างๆ เบื้องต้น

5.2.2 สถานีอนามัย(สอ.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้าน ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000-5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำคือ พนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค(จบการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี บรรจุเข้ารับราชการในตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน) ปัจจุบันอยู่ในระหว่างดำเนินการให้ทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข บรรจุเข้าทำงานในระดับสถานีอนามัย

5.2.3 โรงพยาบาลชุมชน(รพช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอหรือกิ่งอำเภอ มีเตียงผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยภายใน ตั้งแต่ 10

เตียงขึ้นไป จนถึง 120 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอื่นๆปฏิบัติงานประจำ การให้บริการเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่า สถานบริการในข้อ 5.2.1 และ 5.2.2

5.3 การจัดบริการสาธารณสุขระดับที่ 2 (secondary care level) เป็นการจัดบริการ ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่มีความรู้ ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการต่างๆ ดังต่อไปนี้

5.3.1 โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ดำเนินการโดยธุรกิจเอกชนหรือองค์กรที่ ไม่หวังผลกำไรอื่นๆ (non-profit organization)

5.3.2 โรงพยาบาลทั่วไป (general hospital) เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัด หรืออำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 120 - 240 เตียง

5.4 การจัดบริการสาธารณสุขระดับที่ 3 (tertiary care) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการดังต่อไปนี้

5.4.1 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ซึ่งมีจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 241 เตียงขึ้นไป

5.4.2 โรงพยาบาลศูนย์ (region hospital) เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่เป็น พิเศษ มีเตียงไว้รักษาผู้ป่วยในตั้งแต่ 361 เตียงขึ้นไป เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ตั้งของเขต หรือเป็นศูนย์กลางจังหวัดต่างๆ ของเขตนั้น ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขจะพัฒนาเป็น สถานบริการที่มีขีดความสามารถสูงสุดทัดเทียมกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ

5.4.3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นสถาบันที่มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษอยู่เป็นจำนวน มาก และเป็นสถาบันที่ผลิตบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับบัณฑิตกวีวิชาการและนักวิชาชีพ ให้กับกระทรวงสาธารณสุข

6. การพัฒนาบริการสาธารณสุขตามรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ พ.ศ. 2540 (สุวิภา นิตยางกูร, 2541, หน้า 72-74 ; กระทรวงสาธารณสุข, 2540, หน้า 30-31)

การแสดงเจตนารมณ์ที่จะให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทุกคน รัฐบาลได้ บัญญัติ กฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับใหม่ ขึ้นจากสาระของ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ พบว่าส่งผลกระทบต่อ บริการสาธารณสุขของรัฐจะต้องมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนเพื่อรองรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม โดยกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาภายใต้แนวคิด พื้นฐานดังนี้

6.1 ด้านการบริการ (service) รัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของประชาชน เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องให้บริการด้วยความเต็มใจ (service mind)



6.2 ด้านมาตรฐาน (standard) รัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานทั้งด้านเทคนิคบริการ ระยะเวลา ที่ให้บริการและค่าบริการ สถานที่ให้บริการได้มาตรฐานปลอดภัย ผู้ให้บริการมีความรู้ ความสามารถตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ

6.3 ความเสมอภาค (equality) รัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทุกคนเท่าเทียมกันโดยไม่เลือกชนชั้น ศาสนา ไม่มีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการ

6.4 ด้านประสิทธิภาพ (efficiency) รัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ และคุณภาพ

6.5 การเข้าถึงบริการ (accessibility) รัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขกระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ทุกกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งจัดโอกาสให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้ารับบริการได้ทั่วถึง

6.6 การตรวจสอบ (accountability) รัฐต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างเพียงพอและชัดเจน และเปิดโอกาสให้ประชาชนตรวจสอบการทำงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐว่าให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามสิทธิที่ประชาชนควรจะได้รับคุ้มครองหรือไม่

6.7 การมีส่วนร่วม (participation) รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในบริการสาธารณสุขของประเทศ

ระบบบริการสาธารณสุขเป็นบริการที่ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือจากทุกสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานบริการพยาบาลซึ่งเป็นฐานสำคัญของระบบบริการสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงหรือพัฒนาการปฏิบัติงานสอดคล้องกับสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ และที่สำคัญจะต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ซึ่งจากวิวัฒนาการต่างๆ ได้เจริญรุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว ประชาชนมีความตื่นตัวและมีความรู้มากขึ้น อีกทั้งผลจากรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ทำให้ประชาชนมีความต้องการที่จะให้รัฐบาลจัดบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขจะต้องมีความพร้อมในการให้บริการที่ได้มาตรฐานแก่ผู้มาใช้บริการทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการปรับโฉมหน้าสถานบริการสาธารณสุขแนวใหม่ทุกระดับ ให้เป็นที่ประทับใจของประชาชน และพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) เพื่อยกระดับคุณภาพของบริการสาธารณสุขให้สูงขึ้น

โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข ในส่วนภูมิภาค (พบส.)

1. ความหมายของ พบส. (กระทรวงสาธารณสุข, 2540, หน้า 76 ; สำนักงานคณะกรรมการ พบส., 2533, หน้า 95 ; กระทรวงสาธารณสุข, 2540, หน้า ๗)

พบส. หมายถึง โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงาน สาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ที่จัดทำขึ้นมามีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงหรือยกระดับคุณภาพ ของบริการสาธารณสุขทุกสาขาให้สูงขึ้น โดยเน้นที่การรวมกลุ่มสถานบริการเป็นเครือข่าย แล้ว ร่วมพัฒนาระบบบริการ เพื่อให้การบริหารทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดเกิดประโยชน์สูงสุด และในที่สุด ประชาชนชาวไทยไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนจะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพตามเกณฑ์ มาตรฐานบริการที่กำหนดไว้ ประชาชนจะเข้าถึงบริการดังกล่าวได้ถ้วนหน้าด้วยการพัฒนาระบบ บริการด้านสาธารณสุขและระบบการส่ง-ต่อผู้ป่วยเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการระดับต่างๆ ทุกระดับให้เกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายที่สามารถช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันได้โดยมีประสิทธิภาพ

## 2. ความเป็นมาของโครงการ พบส. ( นิสารัตน์ อยู่สุข, 2541, หน้า 1-2)

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) กระทรวงสาธารณสุขได้ มีนโยบายที่จะเร่งรัดขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกอำเภอและตำบล นอกจากนี้ในระดับ หมู่บ้านที่ห่างไกลและเสี่ยงภัยยังจัดสร้างสถานบริการสาธารณสุขชุมชนสำหรับเป็นฐานในการให้ บริการประชาชนในหมู่บ้านที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการอีกด้วย รวมทั้งการจัดให้มีการบริการ สาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านโดย ผสส. และอสม. ที่ได้รับการอบรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ปรากฏว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ประสบความสำเร็จใน การขยายบริการสาธารณสุขจนครอบคลุมทุกตำบล อำเภอ จังหวัด และสามารถสนับสนุนการ พัฒนาสาธารณสุขมูลฐานโดยประชาชนในระดับหมู่บ้าน ให้มีความเชื่อมโยงกับระบบสาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่ได้อย่างทั่วถึง แต่การขยายบริการสาธารณสุขไปสู่ชนบทอย่างรวดเร็วจนมีผลกระทบ ต่อคุณภาพบริการสาธารณสุขที่ให้แก่ประชาชน เนื่องจากการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขยังไม่เป็นสัดส่วนที่เหมาะสมกับการขยายโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว สถานบริการบางแห่งเริ่มมีปัญหาในการให้บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐาน เพราะครุภัณฑ์การแพทย์และ บุคลากรไม่เพียงพอ อีกทั้งในช่วงนั้นประเทศไทยเริ่มเข้าสู่วิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ จนไม่สามารถ เพิ่มปริมาณงบประมาณที่จะมาใช้ในการพัฒนาบริการสาธารณสุขได้เท่าที่ควร ต่อมากระทรวง สาธารณสุขได้เริ่มโครงการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข โดยเริ่มจากส่วนกลาง เช่น โครงการ พัฒนาโรงพยาบาลชุมชน (พ.ศ. 2527) โครงการพัฒนาสถานีอนามัย (พ.ศ. 2527) แต่ก็ยังไม่ ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมาอีกหลายประการ เช่น

2.1 ประชาชนได้รับบริการที่ยังไม่เสมอภาค บางพื้นที่คือยโอกาสในการเข้าถึง บริการที่มีคุณภาพ เนื่องจากการพัฒนาดังกล่าวมีขีดจำกัด เพราะพัฒนาได้เฉพาะแห่งและพื้นที่ ซึ่ง

เป็นไปอย่างล่าช้า ระบบส่งต่อผู้ป่วยยังไม่สัมฤทธิ์ผล มีปัญหาทางปฏิบัติอยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านความเข้าใจระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ

2.2 การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างไม่ประหยัด เนื่องจากการจัดหาทรัพยากรไปพัฒนาอย่างไม่เป็นธรรม สถานบริการแห่งใดมีศักยภาพสูงกว่าสามารถจัดหาทรัพยากรไปพัฒนาสถานบริการของตนเอง ส่วนสถานบริการที่มีศักยภาพต่ำจะคือยโอกาสที่จะจัดหาทรัพยากรไปพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพของตนเอง จึงทำให้สถานบริการต่างๆ แข่งขันกันเคียบโตและไม่มีเมื่อนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์คุ้มค่าเท่าที่ควร

2.3 การพัฒนาที่ไม่เป็นระบบและต่อเนื่อง เนื่องจากระหว่างปลายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ถึงต้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 กระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีรูปแบบการพัฒนาระบบบริการที่ชัดเจน จึงทำให้สถานบริการแต่ละแห่งขาดแนวทางการพัฒนา ทำให้ต่างคนต่างพัฒนาไปคนละทิศคนละทาง และเกิดการแข่งกันการพัฒนา ส่วนใหญ่เป็นโครงการที่จัดขึ้นจากส่วนกลางแล้วลงไปพัฒนาเอง จบโครงการก็จบการพัฒนา การพัฒนาจึงไม่ต่อเนื่อง

2.4 รัฐไม่สามารถกำกับการใช้บริการของประชาชนให้เป็นระบบได้ ในอดีตประชาชนนิยมไปใช้บริการที่สถานบริการใหญ่ๆ ไม่ศรัทธาสถานบริการเล็ก ในช่วงนั้นกระทรวงสาธารณสุขไม่มีมาตรการใดๆ มากำกับพฤติกรรมการใช้บริการแก่ประชาชนให้เป็นระบบ

จากปัญหาดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2529 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายที่จะพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคมากกว่าการขยายโครงสร้างขั้นพื้นฐานการบริการ เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ในที่สุดก็เกิดเป็นโครงการพัฒนาระบบบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ซึ่งได้รับอนุมัติจากกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินงานโครงการตั้งแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2529 เป็นต้นมา

ในระยะแรกได้กำหนดงานที่ควรจะได้รับการพัฒนาขึ้น 9 งาน ได้แก่ งานคลินิกบริการ งานการพยาบาล งานทันตกรรม งานเวชกรรมสังคม งานบริหารที่สนับสนุนบริการโดยตรง งานสนับสนุนบริการอื่นๆ งานสนับสนุนซึ่งกันและกันเกี่ยวกับทรัพยากรและวิชาการระหว่างสถานบริการและหน่วยงาน งานชั้นสูตรสาธารณสุข และงานวางแผนก่อสร้างและพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค

### 3. หลักการและแนวคิด พบส. ( นิสารัตน์ อยู่สุข, 2541, หน้า 3)

ก่อนเริ่มโครงการได้มีการกำหนดปรัชญา ซึ่งเปรียบเสมือนความจริงที่ทุกคนต้องยอมรับคือ “คุณภาพบริการต้องพัฒนาให้ทันเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง ขณะเดียวกันต้องพัฒนาควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เพื่อให้เกิดดุลยภาพแห่งการพัฒนาสาธารณสุข” จากสภาพปัญหาในอดีตและปรัชญาในการแก้ปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้วางหลักการ

และแนวคิดในการจัดทำโครงการ โดยมองถึงสิทธิประชาชน (ผู้รับบริการ) และหน้าที่ของรัฐ (ผู้ให้บริการ) ดังนี้

สิทธิประชาชน : ประชาชนไม่ว่าจะอยู่แห่งหนตำบลใด มีสิทธิได้รับบริการที่มีคุณภาพ ที่ทัดเทียมกัน

หน้าที่ของรัฐ : จัดบริการให้ครอบคลุม ครบถ้วน ทัวถึง มีคุณภาพได้มาตรฐาน

4. กลวิธีหลักของโครงการ พบส. ( นิสารัตน์ อยู่สุข, 2541, หน้า 3 ; คณะกรรมการ วิชาการร่วมกับสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2537, หน้า 137-138)

4.1 จัดสร้างเกณฑ์มาตรฐานการบริการ และสนับสนุนบริการให้ได้มาตรฐาน

4.2 จัดเครือข่ายการบริการ (health service network) โดยจัดสถานบริการเป็นกลุ่ม ให้เกิดการเชื่อมโยงและเป็นกลไกให้เกิดความร่วมมือ ประสานงาน แบ่งปันเกื้อกูล ใช้ทรัพยากร ร่วมกันในการพัฒนาการบริการ รวมทั้งกำกับพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน

4.3 จัดองค์กรรองรับการพัฒนาและการกระจายอำนาจให้เชื่อมโยงทุกระดับ

4.4 จัดระบบการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาสถาน บริการ

5. องค์ประกอบของพบส. ( กระทรวงสาธารณสุข, 2540, หน้า ๗ ; นิสารัตน์ อยู่สุข, 2541, หน้า 4-11 )

5.1 องค์กร พบส. มีหน้าที่ควบคุม กำกับ นิเทศติดตามผลการพัฒนาระบบบริการ สาธารณสุข มี 3 ลักษณะคือ

5.1.1 องค์กรบริหาร เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ด้านการกำหนดนโยบายบริหารจัดการ รวมทั้งกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายแบ่งเป็น ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

5.1.2 องค์กรด้านวิชาการ เป็นองค์กรที่จัดให้มีขึ้นโดยรวบรวมนักวิชาการในแต่ละสาขามารวมเป็นกลุ่มคณะทำงาน เพื่อทำหน้าที่ด้านการสนับสนุนวิชาการ โดยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้การช่วยเหลือเสนอแนะ กำหนดแนวทางการพัฒนาวิชาการในแต่ละด้าน (สาขา) ให้แก่ องค์กรบริหารและสถานบริการรับไปดำเนินการต่อไปโดยจัดให้มีทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

5.1.3 องค์กรผู้ปฏิบัติ ได้แก่ สถานบริการทุกระดับมีหน้าที่โดยตรงต่อการพัฒนาระบบบริการคือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย ให้มีคุณภาพได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ภายใต้การกำกับขององค์กรบริหารและการสนับสนุนช่วยเหลือด้านวิชาการของคณะทำงาน ในแต่ละสาขา

5.2 กลุ่มเครือข่าย โดยการรวบรวมสถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค เป็น 19 เครือข่าย (network) เพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานงานและช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งด้าน

ทรัพยากรและวิชาการ รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้โรงพยาบาลศูนย์ในภูมิภาค 17 แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ที่เทียบเท่าโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง รวมเป็น 19 เครื่องข่ายเป็นแกนในแต่ละกลุ่มเครือข่ายมีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่งเป็นแม่ข่าย และมีสถานบริการระดับต่างๆ คือโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และศูนย์เขตของกรมวิชาการในส่วนภูมิภาคในจังหวัดใกล้เคียงกันเป็น 1 กลุ่มเครือข่าย จะเห็นได้ว่าในแต่ละกลุ่มนั้นจะมีบริการสุขภาพครบวงจรตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ กลุ่มเครือข่ายมีบทบาทและหน้าที่ดังนี้

5.2.1 เป็นศูนย์กลางในการช่วยเหลือเกื้อกูลทางวิชาการและทรัพยากรซึ่งกันและกันในส่วนภูมิภาคตามกำลังและศักยภาพของสถานบริการ

5.2.2 เป็นตัวกลางหรือเป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข ที่จะถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ลงไปสู่สถานบริการในภูมิภาค

5.2.3 เป็นกลไกในการที่จะก่อการร่วมมือ ประสานงานระหว่างสถานบริการและระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในแต่ละสาขา และระหว่างสาขา เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5.2.4 เป็นเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยในส่วนภูมิภาค เพื่อกำกับการใช้บริการของประชาชนให้เป็นไปตามลำดับขั้นตอน โดยพัฒนาขีดความสามารถของสถานบริการให้สามารถคัดกรองได้อย่างถูกต้อง ตามลำดับขีดความสามารถของแต่ละประเภทสถานบริการ

5.3 เกณฑ์มาตรฐาน (standard performance) จัดทำขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ และอนุมัติโดยกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นเกณฑ์สำหรับชี้วัดและเป็นเป้าหมายในการพัฒนาสถานบริการทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์จนถึงสถานีอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดทำครั้งแรกเมื่อปี 2529 ต่อมาได้มีการปรับปรุงอีก 2 ครั้ง ในปี 2533 และปี 2538 ปัจจุบันมี 11 สาขา คือ

5.3.1 คลินิกบริการ

5.3.2 การพยาบาล

5.3.3 ทันตกรรม

5.3.4 เวชกรรมสังคม

5.3.5 บริหารที่สนับสนุนบริการ

5.3.6 การสนับสนุนบริการอื่นๆ

5.3.7 การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

5.3.8 ชั้นสูตรสาธารณสุข

### 5.3.9 วางแผนพัฒนาโครงการสถานบริการ

#### 5.3.10 เกณฑ์กรรม

#### 5.3.11 ความคุมโรคติดต่อ

ในแต่ละสาขามีเกณฑ์ชี้วัดซึ่งเป็นทิศทางในการพัฒนาสำหรับสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในระดับต่างๆ

5.4 การแบ่งปันทรัพยากร (sharing of resource) ถึงแม้ว่าจะเป็นแนวคิดที่เป็นนามธรรม แต่ก็ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของโครงการ พบส. ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของแนวคิดที่ว่าการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงได้กำหนดกิจกรรมให้เป็นรูปธรรมคือ

5.4.1 การพึ่งตนเองคือ การนำทรัพยากรที่มีอยู่ในสถานบริการอาจเป็นงบประมาณปกติที่จัดสรรไว้แล้ว หรือเงินบำรุง หรือเงินบริจาคมาใช้ในการพัฒนาสถานบริการของตนเอง ในการพัฒนานั้นยึดหลักการพึ่งตนเองก่อน โดยแต่ละสถานบริการหรือหน่วยงานสาธารณสุขใช้ทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่ในการพัฒนาให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานและเพื่อสามารถไปช่วยพัฒนาผู้อื่นต่อไป

5.4.2 การช่วยเหลือซึ่งกันและกันคือ การนำทรัพยากรที่มีอยู่ในสถานบริการช่วยเหลือแก่สถานบริการอื่นในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ให้อืม แลก เปลี่ยน การพัฒนาบางอย่างเกินความสามารถของตนเอง จะให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่มของตนเองเป็นหลักการรองลงมา โดยมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในแนวนอนคือ ช่วยเหลือกันในสถานบริการระดับเดียวกัน

5.4.3 การขอรับการสนับสนุนจากหน่วยเหนือคือ สถานบริการใดไม่สามารถจะใช้ทรัพยากรของตนเองหรือช่วยเหลือกันเองได้ จึงจำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนจากหน่วยเหนือเป็นการช่วยเหลือในแนวตั้งคือ การช่วยเหลือจากระดับสูงกว่า และหากการพัฒนาเกินความสามารถของกลุ่มที่จะช่วยเหลือกันได้แล้ว จึงขอรับความสนับสนุนจากส่วนกลาง

6. แนวทางการดำเนินการพัฒนาตามหลักการของ พบส. (กระทรวงสาธารณสุข, 2540, หน้า 3-4)

6.1 องค์กรรับผิดชอบ เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปแบบต่อเนื่องและครบวงจร ประกอบด้วย

6.1.1 อนุกรรมการระดับกลุ่มหรือเครือข่ายและจังหวัด เป็นองค์กรบริหารประสานงาน ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงภายในกลุ่มเครือข่ายและจังหวัด มีหน้าที่หลักในการกำหนดนโยบาย จัดสรรทรัพยากร กำกับให้มีการประเมิน วิเคราะห์ส่วนขาด วางแผนพัฒนาบริการและประเมินผล

6.1.2 คณะทำงานระดับกลุ่มเครือข่ายและจังหวัด เป็นองค์กรที่รวมกลุ่ม นักวิชาการที่มีความรู้และประสบการณ์ในแต่ละด้านหรือสาขาภายในกลุ่มเครือข่าย หรือจังหวัด เพื่อทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านบริการและช่วยเหลือคณะกรรมการพิจารณาเกณฑ์มาตรฐาน จัดทำแบบและแนวทางการประเมิน แนวทางการวิเคราะห์ส่วนขาดและแนวทางในการวางแผน พัฒนาตลอดจนออกนิเทศงานทางวิชาการแก่สถานบริการในกลุ่มเครือข่ายหรือในจังหวัด

6.1.3 สถานบริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่จะต้องได้รับการพัฒนาและ เป็นหน้าที่ของสถานบริการที่จะต้องพัฒนาสถานบริการของตนเองให้ได้เกณฑ์มาตรฐาน โดย สถานบริการจะต้องมีผู้ประเมินส่วนขาดของตนเองหรือได้รับการประเมินจากคณะทำงานแล้ว วางแผนพัฒนาสถานบริการของตนเอง

6.2 ประเมินศักยภาพของสถานบริการในเครือข่ายทุกระดับอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ก่อนที่จะมีการวางแผนพัฒนา โดยมีการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้รู้ส่วนขาดแล้ว วิเคราะห์หาสาเหตุของส่วนขาด

6.3 การวิเคราะห์หาส่วนขาดที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสาเหตุอาจเนื่องจากขาด ทรัพยากรหรือความรู้รวมทั้งเทคโนโลยีต่างๆ ขาดบุคลากร ขาดอุปกรณ์การแพทย์ ขาดการบริหารงาน ที่เหมาะสม และอื่นๆ

6.4 การวางแผนพัฒนา เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังจากทราบสภาพปัญหาหรือสาเหตุ ที่วิเคราะห์ได้มา จัดทำเป็นแผนพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาหรือสาเหตุ ซึ่งการวางแผนต้องสอดคล้องกับงาน บริการอื่นเพื่อให้การพัฒนามีความต่อเนื่องกันในภาพรวมของสถานบริการ การวางแผนจะต้อง เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาว่ากิจกรรมใดควรได้รับการพัฒนาก่อนและกิจกรรมใดสามารถรอได้

6.5 การดำเนินการพัฒนา เป็นขบวนการที่เกิดขึ้นหลังจากทราบผลการอนุมัติแผน และงบประมาณดำเนินการแล้ว การดำเนินงานกำหนดให้ชัดว่ากิจกรรมใดสถานบริการเป็น ผู้ดำเนินงาน กิจกรรมใดคณะทำงานเป็นผู้ดำเนินงาน อาจต้องมีการประสานงานระหว่างฝ่ายหรือ กลุ่มงานและสถานบริการต่างๆ ในกลุ่มเครือข่าย อีกทั้งยังต้องติดตามประสานเพื่อมีการปรับแผน ได้ตามความเหมาะสมและทันห่วงที่

6.6 การรายงานผลปฏิบัติการ สถานบริการจะต้องรายงานผลการพัฒนา คณะทำงาน ต้องเป็นผู้ควบคุมและกำกับการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ รวมทั้งรายงานผลการปฏิบัติการ ต่อคณะกรรมการกลุ่มเครือข่าย

โรงพยาบาลชุมชนเป็นเครือข่ายหนึ่งของสถานบริการในส่วนภูมิภาคที่ดำเนินการ พัฒนาบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านวิชาการ และด้าน การสนับสนุนซึ่งกันและกันเกี่ยวกับทรัพยากรและวิชาการ ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษา

การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาบริการสาธารณสุขตามหลักการของโครงการ พบส. เน้นการพัฒนาบริการสาธารณสุขในสถานบริการ

พยาบาลกับการพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนตามหลักการของโครงการ พบส.

1. ประเภทของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 1)

กองการพยาบาลได้กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรการพยาบาลในชุมชนปี พ.ศ. 2519 ตามลักษณะการปฏิบัติงานคือ

1.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับประชาชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ เรียกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2 พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลภายในโรงพยาบาลประจำอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชน เรียกว่าพยาบาล

1.3 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลกำหนดเป็น 3 ลักษณะคือ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 1-2 ; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2533, หน้า 17)

1.3.1 พยาบาลผู้ทำหน้าที่ด้านการบริหาร ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ หัวหน้างาน เช่น งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานวิสัญญีพยาบาล งานผู้ป่วยใน งานจ่ายกลาง งานซักฟอก และหัวหน้าทีมการพยาบาลหรือหัวหน้าเวร

1.3.2 พยาบาลผู้ทำหน้าที่ด้านการบริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาล หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นพยาบาลประจำการที่มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการเป็นส่วนใหญ่

1.3.3 พยาบาลผู้ทำหน้าที่ด้านวิชาการ เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเชิงวิชาชีพ ต้องมีความรู้ ความสามารถพิเศษเฉพาะทาง ได้แก่ นักวิชาการ อาจารย์ และพยาบาลผู้ชำนาญงานที่มีประสบการณ์สูงมากเป็นพิเศษหรือผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติงานเกี่ยวกับการศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย

2. การพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนด้านการบริหาร

2.1 ความหมายของการบริหาร



การบริหาร หมายถึง การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ คน เงิน วัสดุสิ่งของ และวิธีการปฏิบัติงานเป็นอุปกรณ์ในการดำเนินงาน (สวัสดิการสำนักงาน ก.พ., 2536, หน้า 1)

การบริหาร หมายถึง การใช้คนให้ทำงาน หรือกระบวนการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ หรือได้ผลงาน โดยผู้อื่นเป็นผู้ปฏิบัติการ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 21)

2.2 ความสำคัญของการบริหาร (สวัสดิการสำนักงาน ก.พ., 2536, หน้า 5-7) มนุษย์รวมกันอยู่เป็นหมู่เป็นกลุ่ม มีหัวหน้าปกครองบังคับบัญชา มีการแบ่งงานกันทำตามลักษณะความรู้ความสามารถ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในระหว่างเผ่าเดียวกัน โดยมีจารีตประเพณีและวัฒนธรรมเป็นเครื่องกำกับความประพฤติของกลุ่มชนเหล่านั้น เมื่อสังคมขยายตัวขึ้นมีความซับซ้อนมากขึ้น มนุษย์ก็เริ่มสร้างและวางระเบียบกฎเกณฑ์ข้อบังคับต่างๆ ขึ้น โดยเรียนรู้จากประสบการณ์และความเชื่อถือ โดยมุ่งหวังที่จะให้เกิดความสำเร็จเรียบร้อยขึ้นในองค์การและเกิดความสุขในสังคมขึ้น ซึ่งความเจริญเติบโตและความสำคัญของการบริหารมีดังต่อไปนี้

2.2.1 การบริหารได้เจริญเติบโตควบคู่มากับการดำรงชีพของมนุษย์ และเป็นสิ่งช่วยให้มนุษย์ดำรงชีพอยู่ร่วมกัน ได้อย่างผาสุก

2.2.2 จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นผลทำให้องค์การต่างๆ ต้องขยายงานด้านบริหารให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

2.2.3 การบริหารเป็นตัวบ่งชี้ให้ทราบถึงความเจริญก้าวหน้าของสังคม ความก้าวหน้าทางวิทยาการ (technology) ด้านต่างๆ ทำให้การบริหารเกิดการเปลี่ยนแปลงและก้าวหน้ารวดเร็วยิ่งขึ้น

2.2.4 การบริหารเป็นมรรควิธีที่สำคัญในอันที่จะนำสังคมและโลกไปสู่ความเจริญก้าวหน้า

2.2.5 การบริหารจะช่วยชี้ให้ทราบถึงแนวโน้ม ทั้งในด้านความเจริญและความเสื่อมของสังคมในอนาคต

2.2.6 การบริหารมีลักษณะเป็นการทำงานร่วมกันของกลุ่มบุคคลในองค์การ ดังนั้นความสำเร็จของการบริหารจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมทางการเมื่ออยู่เป็นอันมาก

2.2.7 การบริหารมีลักษณะต้องใช้การวินิจฉัยสั่งการเป็นเครื่องมือ ซึ่งนักบริหารจะต้องคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมต่างๆ และการวินิจฉัยสั่งการนี้เองที่เป็นเครื่องแสดงให้ทราบถึงความสามารถของนักบริหาร และความเจริญเติบโตของการบริหาร

2.2.8 ชีวิตประจำวันของมนุษย์ไม่ว่าในครอบครัวหรือในองค์กร ย่อมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารอยู่เสมอ ดังนั้นการบริหารจึงเป็นเรื่องที่จะดำรงชีพอย่างฉลาด

2.2.9 การบริหารกับการเมืองเป็นสิ่งคู่กัน ไม่อาจแยกจากกันโดยเด็ดขาด การศึกษาวิชาบริหารต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมทางการเมืองด้วย

2.3 กระบวนการบริหาร (กองการพยาบาล, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 21-22)

กระบวนการบริหารหรือขั้นตอนในการบริหารงาน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการบริหารงาน ได้มีผู้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการบริหารไว้แตกต่างกัน แต่ที่นิยมใช้กันมากคือของ กุลิกและเออร์วิค (Gulick & Urwick) ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 7 ขั้นตอน หรือที่เรียกย่อๆ ว่า โปสดคอร์บ (POSDCORB) ได้แก่

2.3.1 การวางแผน (planning) หมายถึง การวางแผนหรือวางโครงการอย่างกว้างๆ ว่ามีอะไรบ้างที่จะต้องปฏิบัติตามลำดับ พร้อมทั้งวางแผนวิธีปฏิบัติและวัตถุประสงค์ของงานนั้นๆ ก่อนลงมือปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งการวางแผนเป็นเทคนิคชนิดหนึ่งของการบริหารที่เกี่ยวข้องระหว่างปัจจุบันและอนาคต เป็นการตัดสินใจว่าจะทำอะไร เมื่อไร และอย่างไร ซึ่งเป็นขั้นตอนแรก ผู้บริหารต้องเป็นผู้ทำการตัดสินใจ เป็นผู้กระทำ และควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้วางแผนไว้ หรือเปลี่ยนแปลงงานนั้น ๆ ในการตัดสินใจจะครอบคลุมไปถึงการเลือกวิธีการต่าง ๆ ด้วย ซึ่งเทคนิคในการนำมาใช้ในการตัดสินใจนั้นสัมพันธ์กับโครงสร้างงาน คน ตำแหน่งบริหารในองค์กร อำนาจหน้าที่ และขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ

2.3.2 การจัดรูปองค์กร (organizing) โดยกำหนดอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานหรือของตำแหน่งต่าง ๆ ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดลักษณะและวิธีการติดต่อกันที่สัมพันธ์กันตามลำดับชั้น ซึ่งการจัดรูปองค์กรเกี่ยวข้องกับ

- (1) การกำหนดความสัมพันธ์ของอำนาจหน้าที่รับผิดชอบในตำแหน่ง
- (2) ความสัมพันธ์กันระหว่างโครงสร้างและการรายงาน
- (3) การแบ่งงาน การกำหนดงาน วิธีการปฏิบัติ และกระบวนการทำงาน
- (4) การประสานงานข้อมูลต่างๆและระบบการป้อนข้อมูลกลับให้แก่

องค์กร

2.3.3 การดำเนินการเกี่ยวกับบุคคลในองค์กรหรือในหน่วยงาน (staffing) เป็นการบริหารบุคคล หรือเจ้าหน้าที่ทุกประเภทรวมทั้งการสรรหา การคัดเลือกบุคคลมาปฏิบัติงาน การบรรจุแต่งตั้ง การฝึกอบรมและพัฒนาบุคคลที่บรรจุแต่งตั้งแล้ว การบำรุงขวัญ การเลื่อนขั้น ตลอดจน

การพิจารณาให้พ้นจากงาน และการบำรุงรักษาสภาพของการทำงานที่ดีมีประสิทธิภาพให้คงอยู่ตลอดไป มีกลวิธีที่เกี่ยวข้องกับการได้มาและรักษาไว้ซึ่งทรัพยากรมนุษย์ได้แก่

- (1) การวางแผนอัตรากำลัง
- (2) การวิเคราะห์งาน
- (3) การรับสมัคร
- (4) การทดสอบ
- (5) การคัดเลือก
- (6) การประเมินผลการปฏิบัติงาน
- (7) สวัสดิการ
- (8) บุคคลสำรอง
- (9) การให้ความปลอดภัยกับสุขภาพ
- (10) การจูงใจ การให้คำปรึกษา และการอยู่ในระเบียบวินัย

2.3.4 การอำนวยความสะดวก (directing) คือ พฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มชนและมุ่งตรงไปที่การปฏิบัติตนภายในองค์การ โดยยึดประชาชนเป็นหลัก มีการติดตามดูแลให้มีการปฏิบัติงานตามคำสั่งนั้น ๆ รวมทั้งการแนะนำควบคุมและการนิเทศงาน ซึ่งต้องอาศัย การวินิจฉัยสั่งการ การใช้ภาวะผู้นำ การสร้างมนุษยสัมพันธ์ และศิลปการจูงใจ กิจกรรมพื้นฐานที่ใช้ในการอำนวยความสะดวกได้แก่

- (1) การกระตุ้น
- (2) การเป็นผู้นำ
- (3) การติดต่อสื่อสาร
- (4) สิ่งอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์

2.3.5 การประสานงาน (co-ordinating) หมายถึง การจัดระเบียบการทำงานเพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ต่างๆ ร่วมมือปฏิบัติการเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว ไม่มีการทำงานซ้ำซ้อนหรือขัดแย้งกันหรือเหลื่อมล้ำกัน ทั้งนี้เพื่อให้งานราบรื่น สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนโยบายขององค์การนั้นอย่างสมานฉันท์และมีประสิทธิภาพ การประสานงานมี 2 ลักษณะคือ

- (1) การประสานงานจากบนมาล่างหรือระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา
- (2) การประสานงานในระดับเดียวกัน เช่น ระหว่างผู้ร่วมงานหรือผู้ที่อยู่ในตำแหน่งเดียวกัน

2.3.6 การบันทึกรายงานไว้เป็นหลักฐาน (reporting) เป็นการเสนอรายงานให้ ผู้บังคับบัญชาทราบความก้าวหน้าของงานทุกระยะ สะท้อนแก่การประสานงานกับหน่วยงานอื่น ในขณะเดียวกันเสนอรายงานให้ผู้ร่วมงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชาทราบด้วยเพื่อความเข้าใจอันดีใน การปฏิบัติงาน

2.3.7 การจัดทำงบประมาณ (budgeting) เป็นการจัดทำงบประมาณการเงิน การ วางแผนหรือโครงการใช้จ่ายเงิน การบัญชีและการควบคุมดูแลการใช้จ่ายเงิน โดยรอบคอบรัดกุม เพื่อให้งานสำเร็จลุล่วงไปตามแผนที่วางไว้

2.4 กระบวนการบริหารสาธารณสุขในประเทศไทย ประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ประการ ได้แก่ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2533, หน้า 173-178)

2.4.1 การจัดระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข

2.4.2 การกำหนดนโยบายสาธารณสุข

2.4.3 การวางแผนงานสาธารณสุข

2.4.4 การจัดองค์การสาธารณสุข

2.4.5 การจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่

2.4.6 การอำนวยการในงานบริหารงานสาธารณสุขของประเทศ

2.4.7 การควบคุมกำกับดูแลและการประเมินผล

3. พยายามกับการพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนตามหลักการของ โครงการ พบส. ด้านการบริหาร

3.1 หน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลด้านการบริหาร มีลักษณะงานที่ปฏิบัติ คือ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 14 - 15)

3.1.1 วางแผนการปฏิบัติงานระดับหน่วยงาน ครอบคลุมแผนแม่บท แผน ปฏิบัติการประจำเดือน ประจำปี แผนการจัดอัตรากำลัง แผนงบประมาณและแผนพัฒนาบุคลากร

3.1.2 มอบหมายงานตามความรู้ ความสามารถของทีมการพยาบาลแต่ละระดับ

3.1.3 สร้างทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ ชุมชนและส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพและองค์กรต่าง ๆ

3.1.4 วิเคราะห์ปัญหา แก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับระบบงาน บุคคล และ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติงานตามสถานการณ์และข้อมูล

3.1.5 ร่วมกำหนดข้อปฏิบัติในการทำงาน ทั้งงานการให้บริการ โดยตรงแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งงานสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานและศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ชุมชนในความรับผิดชอบ

3.1.6 มีส่วนร่วมในโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยและประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนสนับสนุนการปฏิบัติการ

3.1.7 ร่วมปรึกษาหารือกับผู้บริหารเพื่อประเมินคุณภาพของการให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ชุมชน

3.1.8 ควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขในความรับผิดชอบ ให้เป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของงาน

3.1.9 นิเทศงาน ควบคุม ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่มอบหมายและงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพอนามัยในชุมชน

3.1.10 ประเมินผลการปฏิบัติงานในหน่วยงาน ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยแก่ชุมชนและหน่วยงาน

3.1.11 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารในหน่วยงานและชุมชน

3.1.12 จัดทำรายงานประจำปี ที่สะท้อนถึงผลสำเร็จของงานและปัญหาอุปสรรค

3.1.13 ร่วมในกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพอนามัยแก่ชุมชนและหน่วยงาน

3.2 การพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนตามหลักการของโครงการพบส. ด้านการบริหาร มีขั้นตอนดังนี้ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 14-15 ; กระทรวงสาธารณสุข, 2540, หน้า 3-5)

3.2.1 การประเมินศักยภาพของตนเองเพื่อทราบระดับขีดความสามารถหรือความพร้อมของสถานบริการและเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานหาส่วนขาด เป็นการค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับระบบงาน บุคคล และสิ่งแวดล้อม

3.2.2 วิเคราะห์หาสาเหตุของส่วนขาด ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับระบบงาน บุคคลและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติงานตามสถานการณ์และข้อมูล

3.2.3 การวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในระดับหน่วยงานครอบคลุมแผนแม่บท แผนปฏิบัติงานประจำเดือน ประจำปี แผนการจัดอัตรากำลัง แผนงบประมาณและแผนพัฒนาบุคลากร เป็นต้น ในการวางแผนต้องสอดคล้องกับงานบริการอื่นเพื่อให้การพัฒนามีความต่อเนื่องกัน เรียงลำดับความสำคัญของกิจกรรมตามความรุนแรงของแต่ละปัญหาว่ากิจกรรมใด ควรได้รับการพัฒนา ก่อน-หลัง รวมทั้งกำหนดแหล่งทรัพยากรที่จะใช้ในการพัฒนา

3.2.4 สร้างทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน และส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพและองค์กรต่างๆ

3.2.5 มอบหมายงานตามความรู้ ความสามารถของแต่ละคน

3.2.6 ร่วมกำหนดข้อปฏิบัติในการทำงาน กำหนดเกณฑ์มาตรฐานของงาน ทั้งงานให้บริการโดยตรงแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งงานสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานและศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในความรับผิดชอบ

3.2.7 มีส่วนร่วมในโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนสนับสนุนการปฏิบัติการ และดำเนินการพัฒนาตามแผน

3.2.8 ร่วมปรึกษาหารือกับผู้บริหารเพื่อประเมินคุณภาพของการให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ชุมชน

3.2.9 ควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขในความรับผิดชอบ ให้เป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของงาน

3.2.10 นิเทศงาน ควบคุม ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่มอบหมายและงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพอนามัยในชุมชน

3.2.11 ประเมินผลการปฏิบัติงานในหน่วยงาน ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยแก่ชุมชนและหน่วยงาน

3.2.12 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขในหน่วยงานและชุมชน

3.2.13 จัดทำรายงานประจำปีที่จะสะท้อนถึงผลสำเร็จของงาน ปัญหาและอุปสรรคเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการ พบส.

#### 4. การพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนด้านการบริการ

##### 4.1 ความหมายของการบริการ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายของการบริการว่า หมายถึง การปฏิบัติรับใช้ การให้ความสะดวกต่างๆ

การบริการ หมายถึง การรับใช้ การทำงาน การปฏิบัติให้แก่บุคคลอื่นให้ได้ประโยชน์ การตอบสนองความต้องการหน่วยงานของรัฐหรืองานสาธารณสุข (Hornby A.S., 1960 อ้างในสาคร พุทธปวน, 2522, หน้า 21)

4.2 การจัดบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2540, หน้า 50) โรงพยาบาลชุมชนมีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ได้แก่

4.2.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริการอนามัยแม่และเด็ก งานให้ภูมิคุ้มกันโรค งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานสุขศึกษา งานส่งเสริมสุขภาพจิต การดำเนินการให้บริการทั้งในและนอกสำนักงาน โดยเน้นการครอบคลุมประชากรในเขตรับผิดชอบ หรือตำบลที่ตั้งเป็นหลัก

4.2.2 ด้านการควบคุมและป้องกันโรค ได้แก่ การให้บริการงานสุขาภิบาลทั่วไป งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานควบคุมและป้องกัน และงานเฝ้าระวังโรค เป็นต้น

4.2.3 ด้านการรักษาพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การบริการงานรักษาพยาบาลทั่วไป งานรักษาพยาบาลในหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ งานรักษาพยาบาลทางวิทย์ งานชั้นสูตรสาธารณสุข งานเภสัชกรรม งานทันตกรรมบำบัด เป็นต้น ซึ่งการดำเนินการให้บริการทั้งในและนอกสำนักงาน โดยให้บริการครอบคลุมทั้งอำเภอ

4.2.4 การให้บริการตามระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษาต่อ โดยจัดดำเนินการสำหรับผู้รับบริการทุกประเภทไม่จำกัดเฉพาะเพียงผู้ป่วยเท่านั้น

5. พยาบาลกับการพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนตามหลักการของโครงการ พบส. ด้านการบริการ

5.1 หน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลด้านการให้บริการ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 10 - 11) ปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติการ ให้บริการสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน ที่ต้องการการดูแลไม่ซับซ้อน โดยใช้ความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพขั้นพื้นฐานรับผิดชอบงานตามที่ได้รับมอบหมายภายใต้ขอบเขตที่หน่วยงานกำหนด สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์จากผู้บังคับบัญชาหรือผู้นิเทศ ผู้อำนวยการ ผู้เชี่ยวชาญ อาจต้องได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำเป็นบางครั้งบางคราว ให้บริการเป็นการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานโดยใช้ความรู้และทักษะขั้นพื้นฐานในการให้บริการสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนที่อยู่ในภาวะปกติ มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและมีปัญหาสุขภาพซึ่งต้องการการดูแลที่ไม่ซับซ้อน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนและให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัย ป้องกันการเกิดโรค ฟื้นฟูสภาพความเจ็บป่วยและความพิการ มีส่วนร่วมในการใช้มาตรฐานการพยาบาลเพื่อควบคุมคุณภาพ ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการขอคำปรึกษาและขอการสนับสนุนจากบุคลากรในทีมสุขภาพตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสมและเป็นอย่างดี โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

5.1.1 ดำเนินการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพและการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยขั้นพื้นฐานของประชาชนในชุมชน

5.1.2 ร่วมดำเนินการสำรวจ วินิจฉัย วางแผน ดำเนินการแก้ไขปัญหามาตรฐานชุมชนและประเมินผลการดำเนินงาน

5.1.3 ร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

5.1.4 เชื่อมบ้านเพื่อให้บริการพยาบาลเป็นรายบุคคล ครอบครัว ทั้งกลุ่มที่อยู่ในภาวะปกติ มีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแล

5.1.5 วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรคและปัญหาของชุมชน ประเมินผลการพยาบาลที่บ้านและปรับแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทันต่อการเปลี่ยนแปลง

5.1.6 ร่วมประเมิน วิเคราะห์ ผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการดูแลยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วย ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนที่ยากต่อการเข้าถึง และขอคำแนะนำหรือความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านการพยาบาลในระดับสูงกว่า

5.1.7 ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านตามแผนการรักษาพยาบาลที่วางไว้ให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5.1.8 ประสานความร่วมมือกับชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยใช้วิถีทางสาธารณสุขมูลฐาน

5.1.9 ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นภายใต้ข้อกำหนดตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขและให้บริการในคลินิกส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันควบคุมโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การวางแผนครอบครัวและให้บริการตรวจสุขภาพเพื่อป้องกันโรค เป็นต้น

5.1.10 ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้าถึงปัญหาสุขภาพของชุมชนและร่วมวางแผนป้องกันและแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.1.11 มีส่วนร่วมในการรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพให้ถูกต้อง ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน

5.1.12 ดำเนินการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในชุมชน รวมทั้งบริการของอาสาสมัครสาธารณสุข ณ ศูนย์สาธารณสุขชุมชน โดยปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาล และคู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ

5.1.13 ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือบุคลากรด้านการพยาบาลในระดับรองลงไป เพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาลในชุมชน

5.1.14 มีส่วนร่วมในการวางแผนกับทีมสุขภาพและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง



5.1.15 รายงานปัญหาของผู้ป่วย ชุมชน ผลของการให้บริการและข้อมูลสำคัญอื่นๆ แก่ผู้บังคับบัญชาและทีมงาน เพื่อนำไปใช้วางแผนในการดำเนินงานต่อไป

5.2 การพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนตามหลักการของโครงการ พบส. ด้านการบริการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2540, หน้า 71-88) พยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการใช้มาตรฐานการพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน พบส. เพื่อประเมินศักยภาพของหน่วยงานในงานพัฒนาคลินิกบริการ งานพัฒนาบริการพยาบาล งานบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่

- 5.2.1 มีการจัดหน่วยบริการพยาบาลเพื่อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ
- 5.2.2 มีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นพร้อมใช้งานได้ทันที
- 5.2.3 มีทีมให้บริการพยาบาลที่มีความพร้อมในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5.2.4 มีระบบบริการพยาบาลเพื่อต่อการให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพและปลอดภัย
- 5.2.5 กระบวนการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยเป็นระบบและตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน
- 5.2.6 มีกิจกรรมดำเนินการพัฒนาและควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- 5.2.7 มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5.2.8 จัดให้มีการดูแลหญิงมีครรภ์อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ
- 5.2.9 การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชากรทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแม่ กลุ่มทารก เด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มเด็กวัยเรียน เยาวชน กลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ
- 5.2.10 เฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพภายในประชากรทุกกลุ่ม
- 5.2.11 ส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเยาวชนและเฝ้าระวังสุขภาพจิตด้วยตนเองในกลุ่มวัยทำงาน

6. พยาบาลกับการพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนตามหลักการของโครงการ พบส. ด้านวิชาการ

6.1 ความหมายของงานด้านวิชาการ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายของวิชาการว่า หมายถึง การที่เกี่ยวกับวิชาความรู้ โดยเฉพาะ

งานด้านวิชาการคือ การจัดการศึกษา ฝึกอบรมและดูงาน การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการการแพทย์การสาธารณสุขด้วยความรู้ทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและประชาชน เป็นรายบุคคล ครอบครัวยุและชุมชน (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2528, หน้า 5)

6.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลด้านวิชาการ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 15)

6.2.1 มีส่วนร่วมในการสร้างและส่งเสริมการพัฒนาวิชาการให้แก่นักเรียนเยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน

6.2.2 ให้ความรู้แก่บุคลากร และผู้ที่มารับการอบรมในหน่วยงาน

6.2.3 สอนหรือเป็นที่ปรึกษาให้แก่นักศึกษาพยาบาลในหน่วยงาน นักศึกษาสาขาอื่นในทีมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุข

6.2.4 มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งคู่มือปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

6.2.5 มีส่วนร่วมและเป็นวิทยากรในการจัดอบรมหรือฝึกทักษะการพยาบาลเฉพาะอย่างแก่อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน

6.2.6 ส่งเสริมและให้บริการวิชาการแก่สถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ

6.2.7 เสนอประเด็นที่ควรทำวิจัยในชุมชน มีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัยทางการพยาบาล รวมทั้งการนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงการให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ชุมชน

6.3 กิจกรรมของพยาบาลกับการพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนตามหลักการของโครงการ พบส. ด้านวิชาการ (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2533, หน้า 70-72)

6.3.1 มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือการสอน เอกสารวิชาการหรือบทความให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและประชาชนทั่วไป

6.3.2 ดำเนินการให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาล

(1) มีกิจกรรมสุขศึกษาเป็นรายบุคคล กลุ่ม จัดบอร์ดสุขศึกษาและจัดนิทรรศการที่เหมาะสมตามกลุ่มผู้ป่วยและญาติ

(2) เผยแพร่ความรู้ผ่านเสียงตามสายในโรงพยาบาล

(3) จัดณรงค์ทางสาธารณสุข

(4) มีป้ายประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล

6.3.3 จัดกิจกรรมสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ในชุมชน

(1) มีหน่วยประชาสัมพันธ์ ออกเยี่ยมบ้าน

(2) มีการจัดทำข้อมูลเพื่อกระจายเสียงทางหอกระจายข่าว ทางวิทยุ หรือ การจัดงานประจำปีหรืองานทำบุญประเพณีต่างๆ

(3) มีการประสานงานกับพระสงฆ์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครู องค์กร บริหารส่วนตำบล เพื่อให้ช่วยกระจายข่าวสารหรือขอความร่วมมือจากชุมชน

6.3.4 เป็นวิทยากรในการอบรมและฟื้นฟู ให้ความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาล หรือสาธารณสุขแก่กลุ่ม ผู้นำชุมชนด้านสาธารณสุข เช่น ผู้นำนักเรียน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน กลุ่มสตรีแม่บ้าน เป็นต้น

6.3.5 มีส่วนร่วมในการสร้างและส่งเสริมการพัฒนาวิชาการให้แก่นักเรียน เยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน

## 7. การพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนด้านการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

### 7.1 ความหมายของการสนับสนุน

การสนับสนุน หมายถึง ความช่วยเหลือต่างๆ ที่บุคลากรควรจะได้รับจากความต้องการรวมทั้งความรู้สึกได้รับความเป็นธรรมในการปฏิบัติงาน (สุพิศ ประสพศิลป์, 2540, หน้า 23)

การสนับสนุน เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคล หนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทองและอื่นๆ ซึ่งกันและกัน (คาห์น, Kahn, 1976, อ้างใน กัญญารัตน์ ฝั่งบรรหาร, 2539, หน้า 31)

การสนับสนุนซึ่งกันและกันเป็นการช่วยเหลือกัน โดยการนำทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบช่วยเหลือกันภายในหน่วยงานและหน่วยงานอื่นในรูปแบบต่างๆ เช่น ให้ยืม แลก เปลี่ยน เป็นต้น

7.2 พยายามกับการพัฒนาบริการสาธารณสุขด้านการสนับสนุนซึ่งกันและกันตาม หลักการของโครงการ พบส. (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 12-22 ; สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2533, หน้า 16) ได้แก่ การยกย่องชมเชย การกระตุ้น สอน แนะนำ ชี้แนะแนวทาง การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือแก้ไขเกี่ยวกับวิธีการทำงาน อัตรากำลัง อุปกรณ์ สถานที่ บรรยากาศในการทำงาน เป็นต้น แบ่งได้เป็น

#### 7.2.1 การสนับสนุนซึ่งกันและกันด้านทรัพยากร

(1) การจัดหาเอกสารตำราทางวิชาการต่างๆ และจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน ต่างๆ เช่น คู่มือการปฏิบัติงานทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

(2) พัฒนาบุคลากร อบรมปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ เผยแพร่ความรู้ทาง วิชาการ มีส่วนร่วมและเป็นวิทยากรในการอบรมความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลหรือสาธารณสุข

(3) ร่วมกำหนดโปรแกรมการปฐมนิเทศของหน่วยงาน

(4) ร่วมทบทวน ประเมินและปรับปรุง การปฐมนิเทศของหน่วยงาน

#### 7.2.2 การสนับสนุนซึ่งกันและกันด้านวิชาการ ได้แก่

(1) สร้างมาตรฐานการพยาบาล

(1) การจัดประชุมเกี่ยวกับวิชาการ

(2) การฝึกอบรมระยะสั้นหรือระยะยาวเฉพาะเรื่องหรือเฉพาะทาง

(3) การฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการ ให้ความรู้ แนะนำการใช้อุปกรณ์

เครื่องมือใหม่

(4) การศึกษาต่อเนื่อง

(5) การประชุมปรึกษาการพยาบาล

(6) ดำเนินการวิจัยหรือสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ร่วมกันทำวิจัย ให้ความ

ร่วมมือหรือมีส่วนร่วมในการทำวิจัยทางการพยาบาลและนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในชุมชนของหน่วยงาน เช่น การศึกษาเกี่ยวกับเทคนิคหรือวิธีการปฏิบัติการพยาบาล การให้สุขศึกษาในหอผู้ป่วยหรือในโรงพยาบาล การใช้อุปกรณ์ทางการพยาบาล ปัญหาคุณภาพการพยาบาลในด้านต่างๆ พฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการโดยการสังเกตจากการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ หรืออาจเป็นการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมไว้ในหน่วยงาน เป็นต้น

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาบริการสาธารณสุข แต่มีการศึกษาที่ใกล้เคียง

ด้านการบริหาร มีการศึกษาของกมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง (2539) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมความเป็นผู้นำของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขต 6 โดยศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมความเป็นผู้นำของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จำนวน 36 คน และพยาบาลประจำการจำนวน 170 คน พบว่า หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลมีคะแนนการรับรู้พฤติกรรมความเป็นผู้นำของตนเอง ทั้งเชิงปฏิรูปและเชิงเป้าหมายแตกต่างกับพยาบาลประจำการ โดยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลมีคะแนนการรับรู้พฤติกรรมความเป็นผู้นำของตนเองทั้งเชิงปฏิรูปและเชิงเป้าหมายสูงกว่าพยาบาลประจำการและการศึกษาของมอสและโรลส์ (Moss & Rowles, 1997) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ โดยศึกษากับพยาบาลประจำการจำนวน 623 คน พบว่า รูปแบบที่พยาบาลประจำการมีความพึงพอใจ คือ การบริหารแบบมีส่วนร่วม

สอดคล้องกับการศึกษาของ คาวาเนส (Cavanagh, 1992) ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาล โดยศึกษากับพยาบาลหญิงที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลจำนวน 221 คน พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นตามการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในงาน

ด้านการบริการ มีการศึกษาของจิตรา บุญทวี และกนกวรรณ จานูรัตน์อนันต์ (2541) ศึกษาเรื่อง การพัฒนางานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง โดยพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก พัฒนาคณะกรรมาธิการพยาบาลให้มีพฤติกรรมบริการที่ดีและปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพให้ดีขึ้นและศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการงานผู้ป่วยนอก มีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและดำเนินการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องภายหลังการพัฒนาได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการจำนวน 400 คน พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอ่างทองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก มีค่าเฉลี่ย 3.89 และจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการพัฒนาบริการพยาบาลพบว่า ด้านมนุษยสัมพันธ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 12 ด้านการประสานงานและการให้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 10.4 ด้านคุณภาพบริการพยาบาลเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8.8 และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกัน ระยะเวลาในการให้บริการหลังการพัฒนาดลดลงจากก่อนการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอำนาจ ผดุงผิว และนงลักษณ์ อนันตวร (2540) ศึกษาเรื่อง การพัฒนางานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอยุธยา โดยศึกษาข้อมูลความคิดเห็นของผู้ใช้บริการงานผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุและฉุกเฉินแห่งละ 100 คน พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 19 และ ร้อยละ 4 และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนาทั้งงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่ามีความแตกต่างกัน

ด้านวิชาการ มีการศึกษาของอ่อนหวาน ชูติกร (2541) ศึกษาเรื่อง ความต้องการพัฒนาทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยศึกษากับบุคลากรสาธารณสุขสังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาค พบว่าบุคลากรสาธารณสุขต้องการศึกษาต่อด้วยเหตุผลเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 88.6 รองลงมาคือ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และเพื่อปรับวุฒิการศึกษา ร้อยละ 85.1 และร้อยละ 70.8 ตามลำดับ บุคลากรสาธารณสุขมีความต้องการฝึกอบรมในหัวข้อที่เกี่ยวกับความรู้ทางวิชาการในสายงานมากที่สุด ร้อยละ 91.4 รองลงมาคือ การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ร้อยละ 87.6 บุคลากรสาธารณสุขต้องการศึกษาดูงานด้วยเหตุผลเพื่อเปิดโลกทัศน์ ร้อยละ 96.4 และสอดคล้องการศึกษาของสาคร พุทธรปวน (2522) ศึกษาเรื่อง ความต้องการของพยาบาลที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมวิชาการของคณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โดยศึกษากับพยาบาลโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 3 แห่ง จำนวน 232 คน พบว่า พยาบาลที่มีตำแหน่ง

บริหารและตำแหน่งประจำการมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมวิชาการของคณะพยาบาลศาสตร์ ไม่แตกต่างกัน

การมีส่วนร่วม มีการศึกษาของกัญญา โคท่าโรง (2541) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมความเป็นวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยศึกษากับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน 9 งานการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 399 คน พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในงานให้บริการแก่ชุมชน ร้อยละ 22.6 มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยในปัจจุบัน ร้อยละ 20.8 และไม่มีส่วนร่วมกับองค์วิชาชีพเลย ร้อยละ 35.8 สอดคล้องกับการศึกษาของราณี วิริยะเจริญกิจ (2535) ศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานจริงของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ศึกษาเกี่ยวกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนใน 17 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 241 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานจริงของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนโดยรวมทุกด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านวิชาการ ด้านการวิจัยและวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิคม ผัดแสน (2540) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการโรงเรียนประถมศึกษาต่อการพัฒนาการศึกษาของกลุ่มโรงเรียนอุดรศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอเขียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษากับคณะกรรมการโรงเรียนประถมศึกษาจำนวน 90 คน ได้แก่ ครู ผู้ปกครองหรือศิษย์เก่า และผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มละ 30 คน พบว่าคณะกรรมการโรงเรียนประถมศึกษาทุกกลุ่มมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาบริการสาธารณสุข เกี่ยวกับตำแหน่งพยาบาลและประเภทพยาบาลมีการศึกษาของกนกพร แจ่มสมบุรณ์ (2539) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อค่าของงาน การรับรู้ต่อรูปแบบการบริหารกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล โดยศึกษากับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคของโรงพยาบาลโรคทรวงอกพบว่า พยาบาลที่ทำหน้าที่หัวหน้าศึกษามีคุณภาพชีวิตการทำงานดีกว่าพยาบาลประจำการและพยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานดีกว่าพยาบาลเทคนิค เกี่ยวกับระดับการศึกษามีการศึกษาของไคคัส (Kikus, 1993) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมความเหมาะสมในการแสดงออกของพยาบาล โดยศึกษากับพยาบาลวิชาชีพในรัฐมินเนโซต้า จำนวน 320 คน พบว่า พยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีพฤติกรรมเหมาะสมในการแสดงออกสูงพยาบาลที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี เกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ มีการศึกษาของการศึกษาของ จุฑาทิพย์ เจริญวงศ์ (2541) ศึกษาเรื่อง การสนับสนุนของพยาบาลให้ผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดแพร่ ใช้สิทธิ์ตามพ.ร.บ. คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถ โดยศึกษากับพยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับพ.ร.บ. คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุและแผนกอื่นๆ ใน

โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่งของจังหวัดแพร่ จำนวน 102 คน พบว่า หัวหน้างานมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้สิทธิ์ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ป่วยประสพภัยจากกรรมมากกว่าผู้ปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการได้อ่านบทความหรือเอกสาร มีการศึกษาของกัญญา โคท่าโรง (2541, หน้า 41) ศึกษาพฤติกรรมความเป็นวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยศึกษากับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน 9 งานการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 399 คน พบว่าพยาบาลมีพฤติกรรมความเป็นวิชาชีพด้านการพัฒนาสมรรถนะของตนเองเพื่อที่จะถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้อื่นโดยการอ่านบทความมากกว่าไม่อ่าน เกี่ยวกับการได้รับข่าวสาร มีการศึกษาของกนกพร แจ่มสมบุรณ์ (2539) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อค่าของงาน การรับรู้ต่อรูปแบบการบริหารกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล โดยศึกษากับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคของโรงพยาบาลโรคทรวงอก พบว่า การอบรมเป็นการได้รับความรู้ ความชำนาญ เพิ่มประสิทธิภาพของพยาบาล ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพเพิ่มขึ้น เกี่ยวกับการนิเทศงาน มีการศึกษาของพรทิพย์ วิโรจน์แสงอรุณ (2528) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยศึกษากับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 346 คน พบว่า ระดับคะแนนความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้นเมื่อขาดการนิเทศที่ดีจากจังหวัด

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาบริการสาธารณสุข พบว่า ด้านการบริหารควรให้มีรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น ด้านการบริการผู้ปฏิบัติต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการปฏิบัติงาน ด้านวิชาการพบว่า อุปสรรคในการพัฒนาทางวิชาการคือ การขาดการสนับสนุนและนโยบายการบริหารจากผู้บริหาร บัญชา ซึ่งการพัฒนาจะมีความต่อเนื่องได้ก็ต่อเมื่อมีการปฏิบัติเป็นระยะเวลาอันจนทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าเป็นสมมติของเขา ทำให้ต้องร่วมค้นหาปัญหา ร่วมตัดสินใจ ร่วมในการปฏิบัติ ร่วมในผลประโยชน์ ร่วมในการประเมินผล ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาการพัฒนาบริการสาธารณสุขตามโครงการ พบส. ไม่มีความต่อเนื่องและไม่บรรลุตามเกณฑ์ พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญในการมีส่วนร่วมพัฒนาบริการสาธารณสุข ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้มุ่งศึกษาการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาบริการสาธารณสุขด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านวิชาการ และด้านการสนับสนุนซึ่งกันและกันเกี่ยวกับทรัพยากรและวิชาการในหน่วยงาน และศึกษาปัจจัยที่ทำให้การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาบริการสาธารณสุขต่างกัน ได้แก่ ตำแหน่งงาน ประเภทพยาบาล ระดับการศึกษา บทบาทหน้าที่ในโครงการ พบส. การได้อ่าน

บทความหรือเอกสารเกี่ยวกับโครงการ พบส. การได้รับข่าวสารโครงการ พบส. และการนิเทศงานโครงการ พบส. ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภูมิกรอบแนวคิดได้ดังนี้

#### กรอบแนวคิด

