

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับบรรยากาศองค์การ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผู้ศึกษา ได้ทบทวนเอกสารจากตำรา งานวิจัย จาก ห้องสมุด และทางอินเทอร์เน็ต มาเป็นแนวทาง ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ
2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำ
3. แนวคิด และรูปแบบการสื่อสารในองค์การ
4. แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์
5. แนวคิด และทฤษฎีค่านิยม
6. แนวคิด และทฤษฎีความพึงพอใจในการทำงาน
7. แนวคิดเกี่ยวกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ

1. ความหมายของบรรยากาศองค์การ

Litwin และStringer (1968) ให้ความหมายบรรยากาศองค์การเป็นครั้งแรกโดยได้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการรวบรวมผลประชุมในหัวข้อบรรยากาศ โดยให้ความหมายบรรยากาศว่าเป็น การรับรู้ของสมาชิกองค์การเกี่ยวกับโครงสร้างขององค์การ รางวัล ออบอุ่น และการสนับสนุน โดย เรียกว่าเป็นมิติบรรยากาศ

Forhand และGilmer (1964 อ้างใน เจนนารา สิทธิเหรียญชัย, 2541) ให้ความหมาย บรรยากาศองค์การว่า เป็นกลุ่ม คุณลักษณะที่อธิบายถึงองค์การหนึ่ง มีความสัมพันธ์ของบุคคลกับ องค์การอยู่ตลอดเวลา และบรรยากาศองค์การมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลภายในองค์การ

ชาญชัย อาจินสมาจาร (2548) ให้ความหมายบรรยากาศองค์การไว้ว่า สิ่งที่ทำให้การ ปฏิบัติงานในองค์การมีประสิทธิภาพ และสนองตอบความต้องการของพนักงาน

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540) ให้ความหมายบรรยากาศองค์การว่า ตัว แปรชนิดต่าง ๆ เมื่อนำมารวมกันแล้ว มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรภายในองค์การ

สมยศ นาวิการ (2543) ให้ความหมายบรรยากาศองค์การว่า กลุ่มของคุณลักษณะ และ

สภาพแวดล้อมของงานที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมดังกล่าว รับรู้ทั้งโดยตรง และทางอ้อม และบรรยากาศจะเป็นแรงกดดันที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคลากรในการปฏิบัติงาน

2. ความสำคัญของบรรยากาศองค์การ

Brown และ Moberg (1980, หน้า 420) ให้ความเห็นว่า บรรยากาศองค์การมีส่วนในการวางรูปแบบความคาดหวังของสมาชิกในองค์การต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ขององค์การซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ทัศนคติที่ดีต่อองค์การ และความพอใจที่จะอยู่ในองค์การ

ความสำคัญของบรรยากาศองค์การเป็นตัวแปรที่สำคัญในการศึกษาองค์การของมนุษย์ เป็นสิ่งเชื่อมโยงระหว่างลักษณะที่มองเห็นได้ขององค์การ ทั้งนี้บรรยากาศองค์การจะเป็นความรู้สึกของการปฏิบัติงานต่อลักษณะที่มองเห็นได้ขององค์การ และจะมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมต่อทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน (Litwin และ Stringer, 1968, หน้า 65; Steers และ Porter, 1979, หน้า 365)

Hellrigele และ Slocum (1974, หน้า 130) ให้ความสำคัญของบรรยากาศองค์การว่าผู้บริหารควรให้ความสำคัญต่อบรรยากาศองค์การ เพราะจะช่วยให้นักบริหาร เปลี่ยนแปลงองค์การให้ดีขึ้น และสร้างเสริมความพึงพอใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน และจะช่วยให้องค์การมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายได้เร็วขึ้น

ซึ่งพอจะสรุปได้ว่า บรรยากาศองค์การมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในองค์การ และมีผลต่อประสิทธิภาพ และสัมฤทธิ์ผลของงานที่จำเกิดขึ้นเพราะ มีอิทธิพลต่อทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์การ

3. ทฤษฎีบรรยากาศองค์การของ Litwin และ Stringer ทฤษฎีนี้พัฒนามาจากการศึกษาแรงจูงใจ และพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งทำให้เข้าใจถึงแนวความคิด ความรู้สึก และความสัมพันธ์กันของบุคลากรในองค์การที่มีความเกี่ยวข้องกัน ในการปฏิบัติงาน ซึ่งมนุษย์มีแรงจูงใจ 3 ด้าน เพื่อการแสดงพฤติกรรมออกมาในองค์การ คือ แรงจูงใจด้านความสำเร็จ แรงจูงใจด้านการประชาสัมพันธ์ และแรงจูงใจด้านอำนาจ และ Litwin และ Stringer (1968) ได้แยกบรรยากาศองค์การไว้ 9 มิติ ดังนี้

3.1 มิติโครงสร้างองค์การ (Structure) วัดการรับรู้ของบุคลากรในองค์การ ทั้งทางการและไม่ทางการ ซึ่งจะดำเนินการในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับนโยบาย วัตถุประสงค์ โครงสร้าง ทิศทาง พัฒนางาน ขั้นตอนการดำเนินงาน ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมระหว่างบุคคล และพฤติกรรมของพนักงานที่เกี่ยวข้องกับงาน และลักษณะสภาพแวดล้อมของงานที่ผู้ปฏิบัติงานรับรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบข้อบังคับ รวมถึงการติดต่อสื่อสารตามสายการบังคับบัญชา

3.2 มิติความรับผิดชอบ (Responsibility) ลักษณะ และสภาพแวดล้อมของงาน ที่บุคลากรในองค์การต้องรับผิดชอบ และทำงานจนประสบผลสำเร็จ ซึ่ง แรงจูงใจทางด้าน

ความสำเร็จของงานจะเกิดจากความรับผิดชอบสูงในงาน ความพอใจในงานของบุคลากรในองค์กร และมีผลทำให้ความจงรักภักดี ความคล่องตัวของกลุ่ม และผลการปฏิบัติงานของกลุ่มสูงขึ้นด้วย

3.3 มิติรางวัล (Reward) ลักษณะ สภาพแวดล้อมของงานที่ผู้ปฏิบัติงานรับรู้เกี่ยวกับรางวัลสำหรับงานที่ปฏิบัติบรรลุตามเป้าหมายของบุคลากรในองค์กร และความเป็นธรรมในการพิจารณาความดีชอบสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคลากรเหล่านี้มีความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ

3.4 มิติความเสี่ยง (Risk) ลักษณะ สภาพแวดล้อมของงานที่บุคลากรในองค์กรได้รับรู้ถึงความท้าทายในงาน และกิจกรรมต่าง ๆ และฝ่ายบริหารยอมรับความเสี่ยงปานกลางจะกระตุ้นถึงความต้องการทางด้านความสำเร็จของบุคลากรกว่าบรรยากาศที่ไม่มีความเสี่ยง

3.5 มิติความอบอุ่น (Warmth) ลักษณะ สภาพแวดล้อมของงานที่บุคลากรในองค์กรรับรู้ถึงความผูกพันและสัมพันธ์ภายในองค์กรในบรรยากาศทำงานเป็นทีม ไม่เน้นการลงโทษ ซึ่งความอบอุ่นในองค์กรของบุคลากรจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดความกังวลและ การบังคับบัญชาควรเป็นในลักษณะที่เป็นมิตร ไว้วางใจ เคารพ และให้ความอบอุ่นแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน

3.6 มิติการสนับสนุน (Support) ลักษณะ สภาพแวดล้อมของงานที่ผู้ปฏิบัติงานรับรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน ทั้งจากระดับบน และระดับล่าง

3.7 มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standards) ลักษณะ สภาพแวดล้อมของงาน ที่บุคลากรในองค์กรได้รับรู้ถึง วัตถุประสงค์ และมาตรฐานของการปฏิบัติงานตามที่องค์กรกำหนด รวมถึงความรู้สึกถึงความสำคัญ และความคาดหวังเกี่ยวกับผลงาน ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ ด้านความสำเร็จของ พนักงานด้วย

3.8 มิติความขัดแย้ง (Conflict) ลักษณะ สภาพแวดล้อมของงานที่ผู้ปฏิบัติงานรับรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา การปล่อยปละละเลยหรือการไม่สนใจปัญหาภายในองค์กร และเป็นการวัดความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่แตกต่างกัน และหน่วยงานต่างกันที่แข่งขันกันในองค์กร องค์กรจะต้องเผชิญกับการขัดแย้ง และการแก้ปัญหาคความขัดแย้งอยู่เสมอ

3.9 มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Identity) ลักษณะ สภาพแวดล้อมของงานที่ผู้ปฏิบัติงานรับรู้เกี่ยวกับการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ตลอดจนการเป็นสมาชิกที่ดี และมีคุณค่าขององค์กร เป็นปัจจัยที่เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้เกี่ยวกับความจงรักภักดีต่อกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ความจงรักภักดีต่อกลุ่มช่วยให้กลุ่ม มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันยิ่งขึ้น และช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำ

ไจแสง โพธิโกสุม (2543) กล่าวว่า ผู้นำต้องมีทักษะ (Skill) เป็นความชำนาญของบุคคล ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ความสามารถพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และทักษะเฉพาะ พฤติกรรม ความสามารถในการบริหารจัดการ การจัดการทรัพยากรมนุษย์ การประสานการร่วมมือ การใช้กระบวนการวิจัย การเผยแพร่ข้อมูล การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลง การเป็นตัวแทน และการเป็นแบบอย่าง

ฟาริดา อิบราฮิม (2537) เป็นการใช้อำนาจกับผู้อื่นให้เกิดการปฏิบัติเพื่อความริเริ่ม ของ กลุ่ม เกิดผลงานตามเป้าหมาย

พนิดา ดามาพงษ์ (อ้างใน ศิริพร พูนชัย, 2547) ให้ความหมายของผู้นำว่ามีหลายแบบ คือ

1. เป็นศิลปะในการทำให้ผู้อื่นยอมทำตาม ทำให้ผู้อื่นเกิดความประทับใจ เชื่อฟัง รักดี และเกิดความร่วมมือ

2. เป็นการใช้อิทธิพลทำให้การเปลี่ยนแปลงเกิดความร่วมมือไปสู่จุดมุ่งหมาย

3. เป็นรูปแบบของการชักจูงใจ ให้ยอมทำตามโดยสมัครใจหรือสร้างแรงบันดาลใจให้ยอมรับ

4. เป็นผลของการมีปฏิสัมพันธ์ มีการกระตุ้นซึ่งกัน และกัน เพื่อไปสู่อุดมการณ์เดียวกัน ด้วยความสมัครใจ ซึ่งความเป็นผู้นำเป็นความสามารถของบุคคลที่ทำให้ผู้อื่นยอมทำตาม ด้วยความสมัครใจ เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายร่วมกัน

1. ทฤษฎีภาวะผู้นำ นักวิชาการได้ศึกษา ภาวะผู้นำแนวใหม่ หรือกระบวนการทัศน์ใหม่ เนื่องจากสถานการณ์เปลี่ยนแปลง เช่น ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Theories) และทฤษฎีภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน (Transactional Theories) ซึ่งต่อมา Bass (1985) (อ้างในรัตติกรณ จงวิศาล, 2547) ได้ขยายแนวคิดโดยใช้แรงจูงใจ มาใช้ในการอธิบายทฤษฎีภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง (Transformation Leadership) และภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน (Transactional Leadership) ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดย Bass กล่าวว่า ภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนใช้การให้รางวัล เพื่อแลกเปลี่ยนกับการปฏิบัติ ส่วนภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมุ่งเน้นผลกระทบของผู้นำต่อผู้ตาม ซึ่งพบว่า ผู้ตามมีความรู้สึกไว้วางใจ เลื่อมใส จงรักภักดีนับถือผู้นำ และผู้นำสามารถจูงใจให้ผู้ตาม ปฏิบัติงานได้มากกว่าที่คาดหวังไว้ โดยรายละเอียดของทฤษฎีดังกล่าว มีดังนี้

1.1 ทฤษฎีภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน (Transactional Leadership Theories) หมายถึง กระบวนการที่ผู้นำให้รางวัลหรือลงโทษผู้ตาม ขึ้นอยู่กับผลการปฏิบัติงานของผู้ตาม ผู้นำ ใช้ กระบวนการแลกเปลี่ยนเสริมแรงตามสถานการณ์ ผู้นำจูงใจผู้ตามให้ปฏิบัติตามระดับที่คาดหวังไว้ ซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมาย ทำให้ผู้ตามมีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติงานตามบทบาท และมองเห็น

คุณค่าของผลลัพธ์ที่กำหนด และ Bass (1985) ยังได้วิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน ออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ

1.1.1 การให้รางวัลตามสถานการณ์ (Contingent reward) โดยผู้นำสนับสนุนให้ผู้ตามเกิดพฤติกรรมบางอย่างที่ผู้นำต้องการ โดยการให้สิ่งจูงใจหรือผลตอบแทน คือ ยกย่องชมเชย และค่าตอบแทนเช่น การให้โบนัส การเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น

1.1.2 การจัดการโดยขีตระเบียบ (Management by exception) เป็นการบริหารงานที่ปล่อยให้เป็นไปตามสภาพเดิม โดยผู้นำจะไม่พยายามเข้าไปยุ่งเกี่ยวในการทำงานจะเข้าไปแทรกเมื่อมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นหรือใช้วิธีการทางลบจัดการ (Negative feedback) เมื่อผู้ตามปฏิบัติงานผิดพลาดหรือไม่ได้ตามมาตรฐาน

1.2 ทฤษฎีเชิงปฏิรูปหรือทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership Theories) หมายถึงกระบวนการที่ผู้นำมีอิทธิพลต่อผู้ร่วมงาน และผู้ตามโดยเปลี่ยนแปลง ความพยายามของผู้ร่วมงาน และผู้ตามให้สูงขึ้นกว่าความพยายามที่คาดหวัง พัฒนาความสามารถไปสู่ระดับที่สูงขึ้น และมีศักยภาพมากขึ้น ทำให้เกิดความตระหนักรู้ในการกิจ และวิสัยทัศน์ของกลุ่ม และองค์การ จูงใจให้ผู้ร่วมงาน และผู้ตามมองให้ไกลเกินกว่าความสนใจของพวกเขาซึ่งจะนำไปสู่ประโยชน์ของกลุ่มองค์กร และสังคม โดยแบ่งองค์ประกอบของทฤษฎีนี้ ออกเป็น 4 องค์ประกอบคือ

1.2.1 ภาวะผู้นำเชิงบารมี หรือ การสร้างบารมี (Charisma) หมายถึง การที่ผู้นำประพฤติตัวเป็นแบบอย่างหรือเป็น โมเดลสำหรับผู้ตาม ผู้นำจะเป็นที่ยกย่อง เคารพนับถือ ศรัทธา ไว้วางใจ ทำให้ผู้ตามเกิดความภาคภูมิใจเมื่อได้ร่วมงานกัน สิ่งที่ผู้นำต้องปฏิบัติเพื่อบรรลุคุณลักษณะนี้ คือ ความมีวิสัยทัศน์ และสามารถถ่ายทอดไปยังผู้ตามมีความสม่ำเสมอมากกว่าเอาแต่อารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ในสถานการณ์วิกฤติ มีศีลธรรม และจริยธรรมสูงหลักเลียงที่จะใช้อำนาจเพื่อผลประโยชน์ส่วนตน ผู้นำจะแสดงความเฉลียวฉลาด ความมีสมรรถภาพ ความตั้งใจ การเชื่อมั่นในตัวเอง ความแน่วแน่ในอุดมการณ์ ความเชื่อ และค่านิยมของเขาจะเสริม ความภาคภูมิใจความจงรักภักดี และความมั่นใจของผู้ตาม และผู้นำ แสดงความมั่นใจ จะช่วยสร้างความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวเพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ

1.2.2 การกระตุ้นทางปัญญา (Intellectual stimulation) หมายถึง การที่ผู้นำมีการกระตุ้นผู้ตาม ให้ตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานทำให้ผู้ตามมีความต้องการแนวทางใหม่ ๆ มาแก้ปัญหา เพื่อหาข้อสรุปใหม่ที่ดีกว่าเดิม ทำให้เกิดสิ่งใหม่ และการสร้างสรรค์ โดยผู้นำมีการคิด และแก้ปัญหาเป็นระบบ มีความคิดสร้างสรรค์ ผู้นำกระตุ้นผู้ตามให้แสดง

ความคิด และเหตุผล กระตุ้นให้ตั้งคำถามต่อค่านิยม ความเชื่อของตนเองมากกว่ากระตุ้นให้ และเปลี่ยนแปลงทันทีทันใด

1.2.3 การสร้างการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualized consideration) หมายถึง ผู้นำจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับบุคคลในฐานะเป็นผู้นำให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ตามเป็นรายบุคคล และทำให้ผู้ตามรู้สึกมีคุณค่า และมีความสำคัญ ผู้นำจะเป็นโค้ช (Coach) และที่ปรึกษา (Advisor) ของผู้ตามแต่ละคน เพื่อการพัฒนาผู้ตาม และจะพัฒนาศักยภาพของผู้ตาม และเพื่อนร่วมงานให้สูงขึ้น นอกจากนี้ ผู้นำจะมีการปฏิบัติต่อผู้ตามโดยการให้โอกาสในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ สร้างบรรยากาศของการให้การสนับสนุน คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความจำเป็นและความต้องการ

1.2.4 การสร้างแรงบันดาลใจ (Inspirational motivation) หมายถึง การที่ผู้นำจะประพฤติปฏิบัติในทางที่จูงใจให้เกิดแรงบันดาลใจกับผู้ตามโดยการสร้างแรงจูงใจภายใน การให้ความหมาย และท้าทายในเรื่องงานของผู้ตาม ผู้นำจะกระตุ้นจิตวิญญาณของทีม (Team spirit) ให้มีชีวิตชีวา มีการแสดงออกที่กระตือรือร้น โดยการสร้างเจตคติที่ดี การคิดในแง่บวก ผู้นำจะแสดงความเชื่อมั่น และแสดงให้เห็นความตั้งใจอย่างแน่วแน่จะสามารถบรรลุเป้าหมายได้ และช่วยให้ผู้ตามมองข้ามผลประโยชน์ส่วนตนเพื่อวิสัยทัศน์ และภารกิจขององค์กร นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ตามพัฒนาความผูกพันของตนเองต่อเป้าหมายระยะยาว และบ่อยครั้งพบว่าการสร้างแรงบันดาลใจนี้เกิดขึ้นผ่านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และการกระตุ้นทางปัญญา การคำนึงถึงปัจเจกบุคคลทำให้ผู้ตามรู้สึกว่าตนเองมีค่า ส่วนการกระตุ้นทางปัญญาช่วยให้ผู้ตามสามารถจัดการกับอุปสรรคของตนเอง และเสริมความคิดริเริ่มที่สร้างสรรค์

จากทฤษฎีของ Bass (1985) ที่กล่าวมาจะให้ความสำคัญในด้าน วิสัยทัศน์ แรงบันดาลใจ และภาวะผู้นำ เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งผู้นำจะสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ตามหรือผู้ปฏิบัติงานได้ปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ และมีบรรยากาศในการปฏิบัติงานที่ดี และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเมื่อใช้ภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ สมยศ นาวิกาน (2543, หน้า 231) ที่กล่าวว่า ความเป็นผู้นำการแลกเปลี่ยนอย่างใดอย่างหนึ่งไม่เพียงพอต่อความมีประสิทธิภาพสูงสุด แต่ความเป็นผู้นำทั้งการเปลี่ยนแปลง และการแลกเปลี่ยน จะมีความสำคัญต่อความสำเร็จของงาน และมีผลต่อบรรยากาศขององค์กรเช่นกัน ดังนั้น ผู้ศึกษา จึงนำเอาทฤษฎีภาวะผู้นำของ Bass ทั้งภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และภาวะการแลกเปลี่ยน มาร่วมใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบรรยากาศในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ในครั้งนี้

สรุป ภาวะผู้นำ หมายถึง ความสามารถในการมีอิทธิพลต่อกลุ่ม เพื่อให้ดำเนินงาน ได้ บรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้แหล่งที่มาของการมีอิทธิพล อาจเป็นอย่างทางการ เช่น ได้กำหนดชัดเจน มา กับตำแหน่งทางบริหารขององค์กรนั้นว่ามีอำนาจอะไรบ้างเพียงไร ดังนั้น การได้รับบทบาท การ เป็นผู้นำในตำแหน่งบริหาร ก็ทำให้บุคคลนั้นได้รับอำนาจ และเกิดอิทธิพลต่อผู้อื่นตามมา อย่างไรก็ตามความเป็นจริงพบว่า ไม่ใช่ผู้นำทุกคนที่สามารถเป็นผู้บริหาร (Not all leaders are managers) และเช่นเดียวกันก็ไม่ใช่ผู้บริหารทุกคนที่สามารถเป็นผู้นำ (Not all managers are leaders) ด้วยเหตุนี้ เพียงแค่องค์กรได้มอบหมาย อำนาจหน้าที่ให้แก่ ผู้บริหารนั้นยังไม่มีหลักประกันอย่างเพียงพอว่าผู้นั้นจะสามารถในการนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจ มีอิทธิพล จากปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่มีผลกระทบมากกว่าอิทธิพลที่กำหนดตาม โครงสร้างองค์กรก็ได้ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ได้ว่า ผู้นำสามารถเกิดขึ้น จากกลุ่มคนให้การยอมรับนับถือได้เช่นเดียวกับ ที่มาจาก การแต่งตั้งอย่างทางการ ในองค์กรที่ดีจำเป็นต้อง มีทั้ง ภาวะผู้นำ และการบริหารจัดการ ที่เข้มแข็งจึงจะทำให้เกิด ประสิทธิภาพได้สูงสุด โดยเฉพาะภายใต้ ภาวะของโลก ที่มีพลวัตสูง ย่อมต้องการได้ผู้นำที่กล้าทำ ทายต่อการดำรงสถานภาพเดิม มีความสามารถในการสร้างวิสัยทัศน์ และสามารถในการคลี่คลาย ปัญหา ทั้งองค์กรให้มุ่งต่อความสำเร็จตามวิสัยทัศน์นั้น แต่เรายังคงต้องมีการบริหารที่สามารถ กำหนดรายละเอียดของแผนงาน สามารถออกแบบ โครงสร้างที่มีประสิทธิภาพขององค์กร รวมทั้ง ติดตามตรวจสอบดูแล การปฏิบัติงานประจำวันอีกด้วย

แนวคิด และรูปแบบการสื่อสารในองค์กร

ทฤษฎีการสื่อสาร เป็นการอธิบายการสื่อสารในด้านความหมาย กระบวนการ องค์กรประกอบ วิธีการ บทบาทหน้าที่ ผล อิทธิพล การใช้ การควบคุม แนวคิดของศาสตร์ต่าง ๆ แนวโน้มอนาคต และปรากฏการณ์เกี่ยวกับการสื่อสาร แต่การอธิบายต้องมีการอ้างอิงอย่างมีเหตุผล ที่ได้จากหลักฐาน เอกสาร หรือปากคำของมนุษย์

ความหมายของการสื่อสาร

นพรัตน์ หมอทรัพย์ (2549, หน้า 63) ให้ความหมายการสื่อสารว่า เป็นกระบวนการ แลกเปลี่ยนสัญลักษณ์ที่มีความหมายต่อกัน การอำนวยความสะดวกที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติงานเพื่อ ประสานกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลหลายฝ่ายร่วมกันปฏิบัติ รวมถึงเป็นกระบวนการที่จะส่งข่าวสาร และความเข้าใจจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง และการสื่อสารเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิด ความสัมพันธ์ หรือทำลายความสัมพันธ์ของคนในหน่วยงานซึ่งจะทำให้หน่วยงานเจริญก้าวหน้า หรือเกิดอุปสรรคขัดแย้งขึ้นได้

สิริอร วิชชาวุธ (2544, หน้า 17) ให้ความหมายการสื่อสารว่า การสื่อสารภายในองค์กรคือ กระบวนการในการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างหน่วยงาน และบุคลากรทุกระดับภายในองค์กรซึ่งมีความสัมพันธ์กันภายใต้สิ่งแวดล้อมบรรยากาศองค์กร และสังคม

รูปแบบในการสื่อสารตามแนวคิดของเจอร์รี่, คาร์ล และโรนัลด์

เจอร์รี่, คาร์ล และโรนัลด์ (Jerry, Karl & Ronald, 1981) ได้เสนอรูปแบบการสื่อสารไว้ 6 รูปแบบ (อ้างใน ถวิล เกื้อกูลวงศ์. 2530, หน้า 405-410) ดังนี้

1. เชิงควบคุม (Controlling Style) หมายถึง การติดต่อสื่อสารมุ่งจำกัดขอบเขต ใช้อำนาจบังคับ และควบคุมพฤติกรรมหรือความคิด ให้มีการตอบสนองตามต้องการ โดยไม่สนใจผู้ได้บังคับบัญชาหรือผู้ปฏิบัติ เว้นแต่เพื่อประโยชน์ส่วนตัวของตัวเอง เป็นการสื่อสารทางเดียว (one-way)

2. เชิงสมภาพ (Equalitarian Style) หมายถึงการสื่อสารที่กระตุ้นให้ผู้อื่นตอบสนอง ทั้งทั้งผู้ส่ง และผู้รับ และมีการเริ่มงานร่วมกันในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทำให้การติดต่อสื่อสารสะดวก ง่ายดายยิ่งขึ้น ลักษณะการสื่อสารแบบนี้เป็นสิ่งที่มีความมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมความเห็นอกเห็นใจ มีการให้ความร่วมมือซึ่งกัน และกันในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจสามารถเสริมสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการสื่อสารสองทาง (Two-way)

3. เชิงโครงสร้าง (Structuring Style) หมายถึง การสื่อสาร ตามระเบียบขององค์กรที่กำหนดไว้ เน้นที่เป้าหมาย มาตรฐาน กำหนดการ ข้อบังคับ นโยบาย ทั้งนี้ข่าวสารในการสื่อสารตามโครงสร้างจะต้องมีการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความกระจ่างแน่ชัดเพื่อการปฏิบัติดำเนินการไปตามลักษณะโครงสร้างขององค์กร เป็นการสื่อสารทางเดียว (One-way)

4. เชิงพลวัต (Dynamic Style) หมายถึงการติดต่อสื่อสารที่มุ่งเน้นให้มีระบบ การสื่อสารที่รวดเร็ว จับใจ เสริมสร้าง และรุกเร้ากำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ปฏิบัติมีอิสระในการตัดสินใจ และแสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน เป็นการสื่อสารสองทาง (Two-way)

5. เชิงยอมตาม (Relinquishing Style) หมายถึงการสื่อสารที่ ผู้ส่งสารต้องเสนอแนวความคิด ในการปฏิบัติงานให้ผู้ร่วมงานทราบ และผู้ปฏิบัติงานสามารถวินิจฉัย และตัดสินใจในการปฏิบัติงานได้โดยผู้ส่งสารพร้อมจะยินยอม ให้ผู้รับสารตัดสินใจในการปฏิบัติงานได้ เป็นการสื่อสารทางเดียว (One-way)

6. เชิงถอนตัว (Withdrawing Style) หมายถึงการสื่อสารที่แสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าขาดความรับผิดชอบต่องาน เป็นการสื่อสารที่ย่ำแย่ บุคคลจะปรับใช้รูปแบบการสื่อสารนี้เมื่อ ไม่ต้องการสื่อสาร เพราะปัญหาการขัดแย้งหรือมีความยุ่งยากต่าง ๆ โดยการแสดงพฤติกรรมการ

สื่อสารด้วยหนังสือ กิริยาหรือคำพูด ซึ่งการสื่อสารแบบนี้จะไม่เอื้ออำนวยต่อการสื่อสาร และปฏิบัติงานในองค์กร เป็นการสื่อสารทางเดียว (One-way) ที่ขาดประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า รูปแบบการติดต่อสื่อสารที่จะมีประสิทธิผลนั้นต้องขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ของการติดต่อสื่อสารซึ่งการติดต่อสื่อสารแบบเชิงสมภาพ (Equalitarian Style) เป็นอุดมคติ การสื่อสารแบบเชิงโครงสร้าง (Structuring Style) เชิงพลวัต (Dynamic Style) และเชิงยอม ตาม (Relinquishing Style) อาจนำมาใช้ได้แต่ต้องพิจารณาปัจจัยการสื่อสารต่าง ๆ ร่วมด้วยอย่างมีกลยุทธ์จึงจะเกิดผลดี ส่วนการสื่อสารรูปแบบเชิงควบคุม (Controlling Style) ซึ่งมีลักษณะแน่วแน่ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี และมีประโยชน์ในองค์กร รวมทั้งรูปแบบการสื่อสารเชิงถอนตัว (Withdrawing Style) ก็ไม่เอื้อประโยชน์อย่างใดต่อองค์กร การสื่อสารที่ดี และมีประสิทธิภาพคือการสื่อสารแบบสองทาง ดังนั้นในองค์กรจึงควรพัฒนาทักษะการสื่อสารให้มีคุณภาพเพราะความล้มเหลวของการสื่อสารเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้นในองค์กร และถ้าบุคลากรในองค์กรมีประสิทธิภาพในการสื่อสารจะสามารถช่วยแก้ปัญหา ความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในองค์กรให้หมดไปได้ ส่งผลให้บรรยากาศในองค์กรเอื้อต่อการทำงานของบุคลากร

แนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์

McClelland (1961) (อ้างใน สิทธิโชค วรานุสันติกุล, 2546) ได้กล่าวว่า ประเทศที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจ และอุตสาหกรรมส่วนมากคนในประเทศจะมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงกว่าประเทศที่ด้อยพัฒนา ผลจากการศึกษา วิจัยในเรื่องแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ พอจะสรุปได้ว่า ผู้ที่มีแรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์ คือ ผู้ที่มีความต้องการทำอะไรให้ประสบความสำเร็จ เครื่องล่อใจของผู้ที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง คือ “การทำอะไรให้ดียิ่งขึ้น” (Doing Something Better) สำหรับพวกที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง การทำอะไรให้ดียิ่งขึ้น ก็เพื่อความสุขของตนเอง (Intrinsic Satisfaction) ในเรื่อง การอบรมเลี้ยงดู เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ให้กับเด็กนั้นได้พบว่า การฝึกให้เด็กเป็นอิสระ (Independence Training) ให้พึ่งพาตนเองได้ตั้งแต่เยาว์วัยจะทำให้เด็กคนนั้นมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงขึ้น

แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ หมายถึง แรงจูงใจที่เป็นแรงขับให้บุคคลพยายามที่จะประกอบพฤติกรรมที่จะประสบสัมฤทธิ์ผลตามมาตรฐานความเป็นเลิศ (Standard of Excellence) ที่ตนตั้งไว้ บุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จะไม่ทำงานเพราะหวังรางวัลแต่ทำเพื่อจะประสบความสำเร็จ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

แม็คเคลแลนด์ ได้สรุปว่า คนที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้มีความรับผิดชอบพฤติกรรมของตน และตั้งมาตรฐานความเป็นเลิศ (Standard

Of Excellence) ในการทำงาน

2. เป็นผู้ที่ตั้งวัตถุประสงค์ที่จะมีโอกาสจะทำได้สำเร็จ 50-50 หรือเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง

3. พยายามที่จะทำงานอย่าง ำ ไม่ท้อถอยจนถึงจุดหมายปลายทาง

4. เป็นบุคคลที่มีความสามารถในการวางแผนระยะยาว

5. ต้องการข้อมูลผลย้อนกลับของผลงานที่ทำ

6. เมื่อประสบความสำเร็จมักจะอ้างสาเหตุภายใน เช่น ความสามารถ และความ

พยายาม

สรุปได้ว่าผู้ที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงจะมีคุณลักษณะ 6 ลักษณะ ดังที่กล่าวมา คือมีความกล้าเสี่ยงพอควร (Moderate Risk Taking) ขยันหมั่นเพียร (Energetic) รับผิดชอบตนเอง (Individual Responsibility) ความรอบรู้ในการตัดสินใจ และติดตามผลการตัดสินใจ (Knowledge of Result of Decision) ความสามารถในการคาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipation of Future Possibility) และมีทักษะในการจัดระบบงาน (Organizational Skill) ซึ่งผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ตามแนวคิดของ McClelland (1961) ซึ่งจะมีผลการปฏิบัติงานที่มุ่งถึงความสำเร็จของงาน และวิธีการสร้างแรงจูงใจในการทำงานเพื่อสร้างบรรยากาศองค์การให้น่าอยู่ต่อไป

แนวคิด และทฤษฎีค่านิยม

Gomez – Mejia (1986; อ้างใน สุรางค์ โค้วตระกูล, 2553, หน้า 22) กล่าวว่า ค่านิยมในการทำงานแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ค่านิยมภายในงาน (Intrinsic Work Values) เป็นสิ่งที่แสดงถึงความน่าปรารถนา (Desirability) ที่บุคคลให้กับลักษณะของงานโดยตรงเกิดจากการปฏิบัติงานหรือการทำให้ งานสำเร็จ ได้แก่

1.1 ความรู้สึกที่รับผิดชอบในงาน คือการได้รับโอกาสในการรับผิดชอบ และมีอำนาจในการรับผิดชอบงานอย่างเต็มที่ มีความเป็นอิสระในงาน ไม่มีการตรวจหรือควบคุม อย่างเข้มงวด

1.2 ความรู้สึกแห่งความสำเร็จ คือ การที่มีโอกาสได้ใช้ความสามารถของตัวเอง ในการทำงานจนประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดความรู้สึก ความภูมิใจในความสำเร็จของงาน

1.3 ความท้าทายของงาน คือ งานที่ต้องใช้ความสามารถในงานสูง งานมีความยาก และมีความหลากหลายของทักษะ ทำให้บุคคลต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำงาน

2. ค่านิยมภายนอกงาน (Extrinsic Work Values) เป็นสิ่งที่แสดงถึงความสำคัญหรือความน่าปรารถนาในสิ่งที่บุคคลให้กับ ลักษณะปัจจัยแวดล้อมของงาน ได้แก่

2.1 สภาพแวดล้อมในการทำงานคือการที่สถานที่ทำงานมีสภาพแวดล้อม ที่เหมาะสม สะอาด และปลอดภัย ทั้งในเรื่องของอุณหภูมิ แสงสว่าง และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่เหมาะสม

2.2 โครงสร้างขององค์กร คือ การที่องค์กรมีชื่อเสียง มีนโยบายที่ชัดเจน และมีโครงสร้างที่เอื้อต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กร

2.3 บรรยากาศในการทำงาน คือการมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างาน รวมถึงการได้รับความเอาใจใส่จากหัวหน้าทั้งในเรื่องงาน และเรื่องส่วนตัว

2.4 ผลตอบแทน คือ ค่าตอบแทนทั้งหมดที่ได้รับ ในรูปแบบของเงินเดือน ผลประโยชน์ และสวัสดิการต่าง ๆ รวมทั้งตำแหน่ง และความมั่นคงในอาชีพการงาน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษา สนใจที่จะศึกษาค่านิยมในการทำงานตามแนวคิดของ Gomez – Mejia (1986) ซึ่งแบ่งองค์ประกอบของค่านิยมในการทำงานออกเป็น ค่านิยมภายในงาน และค่านิยมภายนอกงาน ดังกล่าวข้างต้น

แนวคิด และทฤษฎีความพึงพอใจในการทำงาน

ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นทั้งทางบวก และทางลบ ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ ความเชื่อ ซึ่งพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542, หน้า 775) ให้ความหมายคำว่า พอใจ ชอบใจ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นเรื่องความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อ งานที่ปฏิบัติอยู่ และความพึงพอใจจะส่งผลต่อขวัญในการปฏิบัติงานซึ่งความพึงพอใจของแต่ละบุคคลไม่มีวันสิ้นสุด มีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพแวดล้อม และกาลเวลา โดยผู้บริหารจำเป็นต้องสำรวจความพึงพอใจในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร เพื่อมุ่งเน้นให้ งานสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายขององค์กรหรือหน่วยงานที่ตั้งไว้

Gilmer, V. H. B., et al. (1971; อ้างใน ศรีอัยตระกูล อรรถมานะ, 2541) ได้กล่าวถึงปัจจัย ที่เอื้ออำนวยต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 10 ประการ ดังนี้

1. ความมั่นคงปลอดภัย ได้แก่ ความมั่นคงทางกายภาพ รวมตลอดถึงความมั่นคง ปลอดภัยในการทำงาน
2. โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน ได้แก่การมีโอกาสได้เลื่อนตำแหน่งสูงขึ้นจากความรู้ ความสามารถในการทำงาน
3. บริษัทหรือสถานที่ทำงาน และการจัดการ ได้แก่ ความพอใจต่อสถานที่ทำงาน ตลอดจนชื่อเสียง และการดำเนินงานของหน่วยงานนั้น ๆ

4. ค่าจ้างสำหรับค่าจ้างหรือรางวัลนั้นต้องเป็นรางวัลที่เสมอภาคสำหรับการปฏิบัติงานที่เท่าเทียมกันโดยประกาศให้ทราบทั่วไป และเป็นรางวัลที่สอดคล้องกับเป้าหมายของผู้ปฏิบัติงานด้วย

5. ลักษณะงานที่ทำหรือความสนใจในลักษณะงานนั่นเอง ความพึงพอใจมักจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้ทำงาน ซึ่งสำหรับเขาแล้วในเนื้องานมีความน่าสนใจในตัวของมันเองแต่เนื่องจากบุคคลมีความแตกต่างกัน ดังนั้นเนื้องานซึ่งเป็นที่น่าสนใจสำหรับบุคคลจึงแตกต่างกันไปแต่มีลักษณะงานบางประการ อาทิ งานที่มีความเป็นอิสระงานที่ไม่จำเจ นำเมื่อการพบปะผู้คนมักจะเป็นงานที่หลากหลาย ๆ คนชอบ แต่ขณะเดียวกันก็มีคนจำนวนหนึ่งที่ชอบงานที่ต้องคิด และแก้ปัญหาหานานัปการ

6. การควบคุมบังคับบัญชา มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ทำงานมีความรู้สึกพอใจ หรือ ไม่พอใจต่องานได้ การควบคุมบังคับบัญชาไม่อาจเป็นสาเหตุอันหนึ่งที่ทำให้ย้ายงานหรือลาออกจากงาน

7. ลักษณะทางสังคม ถ้าผู้ปฏิบัติงานทำงานร่วมกันกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ก็จะเกิดความพอใจในงานนั้น

8. การติดต่อสื่อสาร การติดต่อสื่อสารมีความสำคัญมาก การปฏิบัติงานจะสำเร็จได้ ก็เพราะมีกระบวนการวิธีการทำงานที่ดี ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การจัดการองค์การ การบริหารงานบุคคล การวินิจฉัยสั่งการ การควบคุมบังคับบัญชา การประสานงาน และการประเมินผลงาน อาจกล่าวได้ว่าภาระหน้าที่ทางการบริหารที่กล่าวมาจะเกิดไม่ได้เลยหากไม่มีการติดต่อสื่อสารเป็นตัวเชื่อม

9. สภาพการทำงาน อาทิ แสง เสียง อากาศ ชั่วโมงการทำงาน ซึ่งต้องมีความเหมาะสมกับการทำงานนั้น ๆ

10. สิ่งตอบแทนหรือผลประโยชน์เกื้อกูลต่าง ๆ เช่น เงินบำเหน็จตอบแทนเมื่อออกจากงาน การบริการ และการรักษาพยาบาล สวัสดิการที่อยู่อาศัย

จากแนวคิด และทฤษฎีที่กล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า ความพึงพอใจเป็นภาวะทางอารมณ์ ซึ่งเป็นผลจากการรับรู้ในผลงานของบุคคลบุคคลหนึ่งหรือประสบการณ์ในงานของบุคคลบุคคลหนึ่ง ภาวะทางอารมณ์ในทางบวกจะช่วยส่งเสริมให้การทำงานตามค่านิยมซึ่งสอดคล้อง กับความต้องการของบุคคลเป็นผลได้ และความพึงพอใจยังเป็นเรื่องที่ใกล้เคียงกับเรื่องขวัญ และกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานซึ่งมีลักษณะแปรเปลี่ยนได้ทุกเมื่อผู้บริหารมักอยากทราบสภาพขององค์การ เพื่อปรับปรุง และแก้ไของค์การให้มีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแนวคิดที่เอื้ออำนวยต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของ Gilmer, V. H. B., et al. (1971; อ้างใน สร้อยตระกูล อรรถมานะ, 2541) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา

แนวคิดเกี่ยวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. แนวคิดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(Health Promoting Hospital) และความเป็นมา องค์การอนามัยโลกมีแนวคิดในการทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยมุ่งเน้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ฟังตนเองได้ สามารถเข้าถึงบริการและยอมรับได้ทั้งในด้านสังคม และเศรษฐกิจ ระบุว่าบริการปฐมภูมิ หรือ Primary care โดยไม่ได้มุ่งเน้น การรักษาพยาบาลแต่อย่างใด แต่เป็นบริการผสมผสานที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับประชาชน ในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการด้วยแนวคิดแบบองค์รวม การบริการปฐมภูมิ เป็นการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อ และเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป (สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ, 2553)

การจัดบริการสุขภาพประชาชน โดยทั่วไปแบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of care) เช่นเดียวกับ การจัดบริการของทั้งประเทศ โดยจัดแบ่งเป็น 5 ระดับ (สุจิตร์ คงจันทร์, 2550)

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (Self care level) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่อง ที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพอนามัย ตระหนักในการดูแลตนเองด้านสุขภาพตนเองมากขึ้น เช่น การลดการสูบบุหรี่ หรือมีการออกกำลังกาย

2. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health of Care level : PHC) หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่ ดำเนินการโดยประชาชนด้วยตนเอง และสามารถจะทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ผู้ให้บริการหลักคือ ประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น (Primary Care Level หรือ Primary Medical Care : PMC) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ และแพทย์ทั่วไป ลักษณะของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย นอกจาก ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนแล้ว จะเป็นลักษณะที่ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน และทั้งหมดยังไม่มีลักษณะของการดูแลให้บริการแบบองค์รวมในระดับครัวเรือน นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมุ่งเน้นการพัฒนาบริการระดับต้นที่ดูแล

แบบองค์รวม ทุกครัวเรือน ในอนาคตอันใกล้คงจะได้เห็นบริการระดับต้นที่เป็นองค์รวม และเข้มแข็งขึ้น บริการสุขภาพระดับต้น ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้ คือ

3.1 สถานีอนามัย (สอ.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปัจจุบัน
 วิวัฒนาการเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2456 จาก “โอสถสภา” (โอสถศาลาหรือโอสถสถาน) ขึ้นในบาง
 จังหวัดให้เป็นทั้งสถานที่บำบัดโรค และใช้เป็นสำนักงานของแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 ต่อมาในปี พ.ศ. 2475 ได้เปลี่ยนแปลงชื่อเป็นสุขศาลา ระหว่างที่ยังเป็นสุขศาลาอยู่นั้น ท้องที่ใดที่
 เป็นแหล่งชุมชนหนาแน่น ราชการจะส่งแพทย์ไปประจำเพื่อให้บริการแก่ประชาชน สุขศาลา
 ประเภทนี้เรียกว่าเป็น “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ส่วน “สุขศาลาชั้นสอง” คือ สุขศาลาที่ไม่มีแพทย์ประจำ
 เมื่อมีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2485 กรมการแพทย์รับโอนสุขศาลาชั้นหนึ่งที่
 ตั้งอยู่ในจังหวัด และอำเภอใหญ่ ๆ บางแห่งไปปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด และ
 โรงพยาบาลอำเภอ บางส่วนก็ถูกหน่วยงานเทศบาลรับไปดำเนินการ สำหรับ “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ที่
 มิได้โอนไปอยู่กับเทศบาล และมิได้รับการยกฐานะเป็นโรงพยาบาล จะอยู่ภายใต้การดูแลของกรม
 อนามัย ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง เมื่อปี พ.ศ. 2497 ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์
 การแพทย์อนามัยชนบท เมื่อปี พ.ศ. 2515 เป็นศูนย์การแพทย์ และอนามัย ในปี พ.ศ. 2517 และเป็น
 โรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 จนกระทั่งปัจจุบัน สำหรับ “สุขศาลา
 ชั้นสอง” ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น สถานีอนามัยชั้นสอง
 เมื่อปี พ.ศ. 2495 และต่อมาเรียกชื่อว่า “สถานีอนามัย” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน
 ดังนั้นจะเห็นได้ว่า สถานีอนามัย ในประเทศไทย มีวิวัฒนาการมาเป็นเวลาอันยาวนาน ประมาณ 72
 ปี นับจากสุขศาลาชั้นสองหรือ 52 ปี นับจากสถานีอนามัยชั้นสอง แต่ใช้ชื่อเรียกว่า “สถานีอนามัย”
 อย่างเช่นปัจจุบัน สถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ “หมออนามัย” เป็นองค์กรสุขภาพที่
 ทำหน้าที่ช่วยเหลือ และเป็นทั้งพึ่งพาด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนคนไทย มาเป็นเวลาอัน
 ยาวนานกว่าครึ่งศตวรรษ สถานีอนามัย เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้าน
 ทั่วไป ที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด (First line health service) ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 –
 5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ คือพนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค ปัจจุบันบางแห่ง
 มีทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข บรรจุเข้าทำงานในสถานีอนามัยด้วย การ
 ให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาลซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่
 ดำเนินการจะอยู่ภายใต้ การกำหนดมาตรฐานการนิเทศงาน และการสนับสนุนทางวิชาการจาก
 โรงพยาบาลชุมชน (สำนักงานนโยบาย และแผนสาธารณสุข, 2539)

3.2 ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานสังกัดของเทศบาล
 แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งของรัฐ และเอกชนทุกระดับ รวมถึงการดำเนินการ

ลักษณะเป็นคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว คลินิกชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนคลินิกเอกชน เป็นการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยแพทย์ และบุคลากรระดับวิชาชีพ

3.3 ร้านขายยา จัดเป็นบริการระดับต้นอย่างหนึ่ง ซึ่งดำเนินการโดยเภสัชกรหรือผู้ที่ได้รับการอบรมความรู้ด้านยา

4. การจัดบริการสุขภาพในระดับกลาง (Secondary Care Level หรือ Secondary Medical Care : SMC) เป็นการจัดการบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไป และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ดังนี้

4.1 โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขระดับอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียง ไปจนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป มีแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการในระดับต้น

4.2 โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่น ๆ ของรัฐ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่ มีขนาด และจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200 – 500 เตียง โรงพยาบาลศูนย์ คือโรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาดใหญ่เกิน 500 เตียงขึ้นไป และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ครบถ้วน

4.3 โรงพยาบาลเอกชน ที่ดำเนินการโดยไม่มุ่งกำไรหรือดำเนินการแบบธุรกิจ มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำหรือมาทำนอกเวลาทำงาน ประชาชนต้องเสียค่าบริการ

5. การจัดบริการสุขภาพระดับสูง (Tertiary Care หรือ Tertiary Medical Care : TMC) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการ ดังนี้ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลใหญ่ของรัฐในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ครบถ้วน ส่วนมากเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดมากกว่า 100 เตียง การแบ่งระดับสถานบริการออกเป็นระดับต่าง ๆ นี้ เป็นการแบ่งคร่าว ๆ แต่ในทางปฏิบัติตามความเป็นจริงแล้ว สถานบริการระดับสูงก็มักจะมีระดับต้นปนอยู่ด้วยเสมอ ซึ่งการจัดระดับบริการเพื่อรองรับกับการจัดสถานบริการตาม GIS (Geographic Information System) สำหรับใช้ในการวางแผน และขอสนับสนุนการลงทุนด้านบุคลากร ครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง โดยการจัดระดับบริการสาธารณสุขในสังกัดโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานการบริหารจัดการเป็นเครือข่าย (Net work) ของกระทรวงสาธารณสุข ตามระบบข้อมูลทางภูมิศาสตร์ ซึ่งแบ่งระดับสถานบริการออกเป็น 6 ระดับ คือ

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ ระดับ 1 (Main PCU)

2. โรงพยาบาลชุมชน ระดับ 2.1
3. โรงพยาบาลชุมชน ระดับ 2.2
4. โรงพยาบาลชุมชน ระดับ 2.3
5. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ระดับ 3.1
6. โรงพยาบาลระดับ Excellence Center ระดับ 3.2

2. ลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิ

- 2.1 ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม
 - 2.2 ให้บริการสุขภาพด้านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ
 - 2.3 ให้บริการสุขภาพในเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน
 - 2.4 ให้การดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต
 - 2.5 ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการที่ต่อเนื่อง รอบด้าน อาทิ สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่าง ๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น
- บทบาทการทำงานในระดับพื้นที่ หรือชุมชนจากบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 13 (3) มาตรา 18 (8) มาตรา 47 และมาตรา 48 (4) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุน และกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์ เพื่อแสวงหากำไร ดำเนินงาน และบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตาม ความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ให้คณะกรรมการสนับสนุน และประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน จากบทบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) จึงสนับสนุนงบประมาณ ให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เป็นรูปแบบของการทำงานที่ เกิดการมีส่วนร่วมของทั้ง 3 ภาคส่วน ที่อยู่ในพื้นที่ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.หรือเทศบาล) ประชาชน และสถานีนอมนัย ซึ่งควรมีการปรึกษาหารือ และกำหนดบทบาทหน้าที่ ให้ชัดเจนระหว่างกองทุน

หลักประกันสุขภาพ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวอย่างรูปแบบการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. โครงสร้างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่ง

ราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 นำไปสู่การปฏิรูปทางการเมือง ระบบราชการ ตลอดจนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรชุมชนท้องถิ่นซึ่งทำให้มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง ระบบ และกระบวนการครั้งสำคัญ ในกระทรวงสาธารณสุข ในแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจด้านสุขภาพหรือแผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจบริการสุขภาพ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (พ.ศ. 2544 - 2553) ได้กำหนดให้มีการจัดตั้ง กสพ. และถ่ายโอนภารกิจบริการสุขภาพ ไปเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง และกลไกการทำงาน ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

3.1 สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (Provincial health development bureau)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งที่ 500/ 2544 ลงวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2544 ตั้ง “สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ” (สคส.) โดยรวมกองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสาธารณสุขภูมิภาค ทำหน้าที่ ดังต่อไปนี้

3.1.1 สนับสนุนด้านบริหาร และวิชาการแก่หน่วยงานบริหาร และหน่วยงานบริการ ในส่วนภูมิภาค

3.1.2 กำหนดมาตรฐาน และสนับสนุนการพัฒนามาตรฐาน สถานบริการสุขภาพ ในส่วนภูมิภาค

3.1.3 ประสานความร่วมมือด้านสุขภาพในส่วนภูมิภาค

3.1.4 จัดหาความช่วยเหลือทั้งภายใน และภายนอกประเทศ เพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ในส่วนภูมิภาค

3.1.5 ปฏิบัติงานร่วมกัน หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

3.1.6 ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย จากปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3.2 กองโรงพยาบาลภูมิภาค มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 67 แห่ง มีการจัดทำค่าของงบประมาณที่แยกจาก กองสาธารณสุขภูมิภาค สำหรับ กองสาธารณสุขภูมิภาค มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล โรงพยาบาลชุมชน 714 แห่งทั่วประเทศ สถานีนอมาภัย 9,661 แห่งทั่วประเทศ และสถานบริการชุมชน 360 แห่ง เมื่อแผนปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กำหนดให้ ถ่ายโอนเครือข่ายไปทั้งเครือข่าย ไม่มีการแยกส่วนสถานบริการสุขภาพ ออกไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละ

ระดับ ดังนั้นการปรับโครงสร้างองค์กร โดยการตั้ง สคส. ตลอดจนการรวมงบประมาณของทั้ง 2 กอง ไปรวมเป็น งบประมาณสุขภาพ พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพในส่วนภูมิภาค หรือในระดับพื้นที่ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ (Primary care model development) ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพการบริการทั้งเครือข่าย (Development for accreditation) แทนการพัฒนาเฉพาะสถานบริการ

4. บทบาทการบริการระดับปฐมภูมิแนวใหม่ (สถาบันวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2552) สืบเนื่องจากนโยบายรัฐบาล ข้อ 3.3.3 ปรับปรุงระบบบริการสุขภาพของภาครัฐทุกระดับ ให้ได้ มาตรฐาน โดยยกระดับสถานอนามัย เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ที่ควรให้ความสำคัญกับระบบบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ตรงกับหลักการ “สร้างนำซ่อม” โดยการให้บริการเชิงรุก เน้นการป้องกันโรค เป็นการดูแลสุขภาพ โดยองค์กรรวม จัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ประชาชน และชุมชนมีส่วนร่วม มุ่งจัดการที่ต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ พื้นที่บริการระดับตำบลจึงเป็นด่านแรก และพื้นฐานที่สำคัญ โดยเฉพาะเป็นการให้บริการแก่คนยากจน และประชาชนทั่วไปซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ (ส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อปท. ชุมชน ส่วนราชการ ต่าง ๆ) และการเพิ่มคุณภาพบริการสุขภาพแบบเชิงรุก (เข้าถึง-ต่อเนื่อง-องค์กรรวม-ประสานบริการ) ออกแบบบริการบทบาทตามพันธกิจสำคัญ ได้แก่

4.1 บทบาทด้านงานเชิงรุก คือ การสร้างการเข้าถึงบริการ เข้าหาประชาชน ในรูปแบบบริการในสำนักงาน/ นอกสำนักงาน และหมายรวมถึงการมุ่งจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุปัญหาสุขภาพ ด้วยมุมมองของผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ (Humanized health care) การเพิ่มคุณภาพบริการสุขภาพแบบเชิงรุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ใช่โรงพยาบาลชุมชนย่อส่วน แต่เป็นหน่วยบริการที่เน้นคุณลักษณะบริการที่ต่างออกไป โดยมีครัวเรือน และประชาชนทุกคน เป็นเป้าหมาย และใช้แนวคิดงานเวชปฏิบัติครอบครัวมาเพิ่มคุณภาพบริการ ซึ่งมีคุณลักษณะ บริการที่ดี

ตัวอย่างรูปธรรม ทีมเยี่ยมบ้าน (ทีมสุขภาพประจำครอบครัว ประชาชนทุกครัวเรือนมีเบอร์โทรศัพท์ของทีมสุขภาพประจำครอบครัว โทรปรึกษาได้ตลอด) มีข้อมูลสภาพปัญหา เข้าใจความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

4.2 บทบาทด้านการเชื่อมโยง คือ การเชื่อมโยงบริการกับหน่วยงานสาธารณสุข (โรงพยาบาลชุมชน รพศ./ รพท.) หน่วยราชการอื่นที่เกี่ยวข้องปัญหา (พม.ศร.อปท.ฝ่ายปกครอง) องค์กรเอกชน ภาคธุรกิจ/ เอกชน NGOs ที่จะมาร่วมคิด ร่วมดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพด้วยกัน

4.3. บทบาทด้านงานชุมชน คือ การเสริมพลังชุมชน ให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนจะเข้ามาเรียนรู้ปัญหาสุขภาพตนเอง และสามารถจัดการปัญหาสุขภาพในระยะยาวได้ อย่างไร (ร่วมคิด วางแผน ระดมทุน ดำเนินการ และติดตาม) เป้าหมายการทำงานกับท้องถิ่นไม่ใช่เพื่อของบประมาณมาทำงานเอง แต่ทำอย่างไรจะให้ท้องถิ่นเข้มแข็งเข้าใจงานสาธารณสุข วิเคราะห์จัดการปัญหาได้เอง คิดตามประเมินงานได้ โดยการทำงานร่วมกัน ท้องถิ่น/ชุมชนเป็นตัวหลักในการขับเคลื่อนงาน และมี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นฝ่ายสนับสนุนวิชาการ/ องค์ความรู้ ความต้องการแต่ละฝ่ายต้องเข้าใจ และได้รับการตอบสนอง ในการทำงานแบบภาคีเครือข่าย อปท. ต้องการนโยบายที่ดี ส่งผลต่อฐานเสียงในชุมชน มีงบประมาณ และเครื่องมือทางนโยบาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องการผลงาน ด้านสาธารณสุขที่ต้องรายงานต่อระบบ มีองค์ความรู้สุขภาพ และทรัพยากร

การบริการปฐมภูมิ โดยสรุปได้มีการดำเนินการมานานแล้ว เพียงแต่มีการแยก การจัดการบริการที่ต่างกรรมต่างวาระกันโดยสังคมทั่วไปจึงขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้ จัดบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่สุขาสาธา สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อรองรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขทุกจุดจึงควรเรียนรู้ ทำความเข้าใจ เพื่อไปดำเนินการในเรื่องเหล่านี้ให้ได้ ซึ่งไม่ใช่ว่าสิ่งที่ยากเกินไปที่จะนำไปปฏิบัติได้ เพราะเราไม่ได้เริ่มต้นจากศูนย์ เพียงแต่ให้มีการ ปรับความคิด (Re-think) และปรับวิธีการทำงาน (Re-design) และพัฒนาวิชาการ และเครื่องมือในการทำงาน เช่น ระบบข้อมูล เครื่องมือ เครื่องใช้ในการทำงานต่าง ๆ (Re-tool) และฝึกอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการทำงาน (Re-train) สิ่งเหล่านี้ถือเป็นการปฏิรูปความคิด และปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งเป็นกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับประชาชนด้วย ผลที่เกิดขึ้นมิใช่สนองตอบเรื่อง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น แต่ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ (Quality) ประสิทธิภาพ (Efficiency) อย่างเสมอภาค เท่าเทียม (Equity) และเป็นการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และตรวจสอบได้ (Social accountability) ดังนั้น จึงควรศึกษา เรียนรู้ และเข้าร่วมปฏิบัติ อย่างเต็มความสามารถ เนื่องจากสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ใหม่ การปฏิบัติอาจจะมีข้อบกพร่อง ปัญหา/อุปสรรค อยู่บ้าง จะต้องช่วยกันแก้ไขปรับปรุง พัฒนา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกัน และกันต่อไป เพื่อร่วมกันผลักดันระบบสาธารณสุขของประเทศไทยให้เป็นระบบที่ดี มีคุณภาพ สนองตอบต่อปัญหา ความต้องการของประชาชน ตามอุดมการณ์ของเราต่อไป (สำเริง แหยงกระโทก, 2545)

บทบาทที่สำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552)

การส่งเสริมสุขภาพ นโยบายการจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมุ่งเน้น การสร้างเสริมสุขภาพ

การควบคุม และป้องกันโรค ขอบเขตการให้บริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ชูชัย สุทวงศ์ และคณะ, 2552) ที่ประกอบด้วยกิจกรรม เฝ้าระวัง สอบสวนโรค และรักษาสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ และรักษาสุขภาพ เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับกรมควบคุมโรคนั้น กรมควบคุมโรคเองนั้นก็ยังมีหน่วยงาน ส่วนภูมิภาคในพื้นที่ คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ทั้ง 12 แห่งในประเทศ ซึ่งกิจกรรมหลักของ สคร. ก็คือ การสนับสนุนด้านวิชาการที่ได้จากส่วนกลาง ให้จังหวัด และอำเภอ/ เป็นศูนย์ข้อมูล และเทคโนโลยีตลอดจนการพยากรณ์โรคสำหรับพื้นที่/ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และรักษาสุขภาพของจังหวัด และอำเภอ/ สอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่/ พัฒนา และสนับสนุนเครือข่ายเป้าหมายในพื้นที่ เป็นต้น

เฝ้าระวัง สอบสวนโรค และรักษาสุขภาพ (รวมมิติภายในชุมชนเอง และภายในสถานบริการ) การใช้แหล่งทรัพยากรจากชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายไม่ว่าจะเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันเองหรือ อสม./ แกนนำชุมชน/ ชาวบ้าน/ อบต. มาดำเนินงานร่วมเป็นแกนกลางหรือแกนประสานเดียวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยจำเป็นต้องหาแหล่งทุนที่มีหลากหลายในพื้นที่ มาบริหารงานการจัดการ โดยเฉพาะนำงบประมาณมาสอนอบรม งานสาธารณสุขให้ทราบปัญหาโรค/ภัย และในบางเรื่องให้เครือข่ายชุมชนดำเนินงานได้เอง รวมทั้ง ควรมีอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ ในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจโรคที่พบบ่อยในชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การทำงานร่วมกับเครือข่าย และอสม. เพื่อเฝ้าระวัง และควบคุมโรค บุคลากรผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา และควบคุมโรคต้องเป็นสมาชิกในทีม SRRT ของโรงพยาบาลแม่ข่ายอ่านรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำ/ติดตามสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ และแนวทางการดำเนินงานของสถานบริการทางสาธารณสุขบนเว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุข (<http://www.moph.go.th/>) และกรมควบคุมโรค (<http://www.ddc.moph.go.th/>) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำเสนอ ข้อมูลทางระบาดวิทยาให้ อบต. ได้ทราบสถานการณ์ และแนวโน้มของโรคให้สมาชิกทราบอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค หมายถึง การสังเกต การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์การแปลผล และการรายงาน สถานการณ์โรค รักษาสุขภาพที่เฝ้าระวังติดตามหรือคาดว่าจะเกิด และค้นหาการระบาดของโรค/ภัยที่อาจจะเกิดขึ้น และสามารถดำเนินการควบคุมได้ ทันเวลา การวิเคราะห์ปัญหาในชุมชนที่สำคัญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะวิเคราะห์ได้อย่างไรว่าชุมชนเรามีปัญหาโรคอะไรบ้างที่สำคัญ และเป็นภัยแก่ชาวบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องติดตามรวบรวมข้อมูลโรคภัยไข้เจ็บ อยู่ตลอดเวลามาประมวล และวิเคราะห์ เพื่อศึกษาโรคในชุมชนให้ทราบสภาพปัญหาคืออะไร เช่น เกิดโรคอะไร เกิดกับใคร ที่ไหน และเกิดเมื่อไหร่โดยใช่

ศาสตร์ เช่น สถิติ มาวิเคราะห์ พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญ แล้วก็จะเห็นโรคที่สำคัญของชุมชน นั้น ซึ่งการหาข้อมูลก็หาได้จากการรวบรวมรายงาน เช่น 1. จากรายงาน 506 รายงานจากเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นั้น เช่น จากแกนนำชุมชนจากผู้ใหญ่บ้าน 2. จากการสั่งการจากระดับบน เช่น สสอ./ สสจ./ สคร. เป็นต้น และหาที่ปรึกษา ในระดับสูงนี้เช่น จาก รพช. การเฝ้าระวัง จะรู้ได้อย่างไรว่าผิดปกติ การเฝ้าระวังโดยวิธีง่าย ๆ นั่นคือ การสังเกต ในระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องสร้างระบบที่จะให้เครือข่ายชุมชนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีรายงานข้อผิดปกติในระบบ และต้องให้เขา เช่น อสม. เข้าใจระบบรายงาน และแจ้งรายงานเมื่อเกิดความผิดปกติ ในระดับการบริการ ให้มีการรายงานโรคด้วยบัตรรายงาน 506 หากพบผู้ป่วยที่มีความผิดปกติมารับบริการหรือพบว่า มีการตายผิดปกติของสัตว์ ให้รายงาน โรงพยาบาลแม่ข่าย หรือให้ปรึกษาหรือส่งต่อ โรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อการวินิจฉัยยืนยันความผิดปกติ เช่น ผู้ป่วย ที่มีอาการคล้ายคลึงกันมากผิดปกติ หรือมาจากพื้นที่เดียวกันพร้อมกันเป็นกลุ่มก้อน หรืออาการรุนแรงที่ไม่ทราบสาเหตุ หรือพบผู้ป่วยกลืนเนื้อปวกเปื่อยกเนื้บลิ้นหรือการตายผิดปกติของสัตว์ การเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วย/ สัตว์ส่งสัยก่อโรคส่งตรวจหาเชื้อสาเหตุ ส่งต่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากโรค และภัยสุขภาพนั้น ๆ

การสอบสวนโรค คือ การค้นหาข้อเท็จจริงเพื่อให้ทราบสาเหตุที่เกิดจากโรคหรือปัจจัยเสี่ยง และศึกษาต่อให้ทราบว่า เกิดขึ้นได้อย่างไร โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ ให้ทราบลักษณะเฉพาะของปัญหาโดยอาจใช้การสำรวจในชุมชน การศึกษาวิจัยโดยอาจเป็นการสอบสวนการระบาด และการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย

การสอบสวนการระบาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องสามารถสอบสวน และควบคุม การระบาดเบื้องต้นของโรค และภัยได้ เช่น โรคอาหารเป็นพิษในพื้นที่ของตนเอง โดย 1. เก็บตัวอย่างอุจจาระจากผู้ป่วยที่พบมาเพาะเชื้อ 2. ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยใช้นิยามตามคู่มือ นิยามผู้ป่วย 3. สอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายจำนวนหนึ่ง (5-10 ราย) เพื่อค้นหาอาหารที่สงสัย 4. เก็บตัวอย่างอาหารที่สงสัย เพื่อส่งตรวจหาสาเหตุ 5. แจ้งเตือนประชาชนให้หยุดบริโภคอาหารที่สงสัยที่ยังเหลืออยู่ 6. รายงานโรงพยาบาลแม่ข่าย และขอความช่วยเหลือตามความจำเป็น

การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เมื่อพบผู้ป่วยรายแรกของหมู่บ้าน ผู้ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยใช้แบบสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายตามคู่มือ นิยามโรคติดเชื้อ

ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ และภัยสุขภาพ การศึกษาการเฝ้าระวัง และสอบสวนโรคนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลมาวิเคราะห์แล้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำเป็นต้องจัดทำแผนงาน

ป้องกัน และควบคุมโรค โดยกำหนดเป้าหมาย จัดทำแผนงาน ตามทฤษฎี PDCA (Plan Do Check Action) และกำหนดมาตรการลงชุมชน โดยการดำเนินงานประกอบด้วย

1. ด้านการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ เช่น โรควันโรค ค้นหาผู้ที่อาการสงสัยวันโรคที่มาตรวจ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ด้านการรักษา เช่น จัดให้มีผู้ดูแลการกินยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายตลอดการรักษา

3. ด้านการป้องกัน เช่น ให้วัคซีนป้องกันวันโรค บีซีจีแก่เด็กนักเรียน ชั้น ป.1 ซึ่งไม่มีแผลเป็นบีซีจี

4. ด้านสุขภาพ เช่น ให้ความรู้เรื่องวันโรคแก่ผู้ป่วย และญาติ

5. ด้านการนิเทศ และฝึกอบรม เช่น นิเทศ และฝึกอบรมเรื่องการดำเนินงานวันโรค ในชุมชนแก่ อสม. หรือผู้นำชุมชน/ ครอบครัว โดยให้ความรู้ในชุมชน และติดตามอาการสงสัย วันโรคของสมาชิกครอบครัว อปท. ให้การสนับสนุนงานวันโรค เช่น ลดความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย จัดรถพยาบาลรับส่งระหว่างบ้านผู้ป่วยกับ รพช. หากผู้ป่วยยากจน ไม่มีค่ารถไปโรงพยาบาล

6. การควบคุม เช่น แผลงพาหะระบาด ให้ร่วมกับ ทีมSRRT ของโรงพยาบาลแม่ข่าย ดำเนินการ เช่น ร่วมมือกับหน่วยงานด้านการควบคุมยุงพาหะ ภาควิเคราะห์ต่าง ๆ ค้นหา และทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์แมลงพาหะ และติดตามประเมินผล และดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจนกว่าการระบาดจะยุติ

7. การป้องกันควบคุมโรคที่จำเป็นต้องให้วัคซีน โดยมีขอบเขตการให้บริการ เช่น ให้วัคซีนตามกำหนดการปกติแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกคนที่มาขอรับบริการทั้งที่อยู่ใน และนอกพื้นที่รับผิดชอบ/ รมรงค์ให้วัคซีนโปลิโอ และใช้หวัดใหญ่ประจำปีแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552) ความหมายของโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการดูแลรักษายาวนาน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การเจ็บป่วยมักเป็นอย่างถาวร ค่อย ๆ ลุกลามจนมีอาการรุนแรงมากขึ้น หากได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อเนื่องจะทำให้อาการทุเลา มีคุณภาพชีวิตที่ดี หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เพียงพอ และไม่ดูแลตนเอง อาการ ก็จะรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต หอบหืด มุมมอง และหลักการในเรื่องการดูแลโรคเรื้อรัง ที่ต่างจากโรคเฉียบพลัน

1. เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมการทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. เน้นการเสริมศักยภาพของผู้ป่วย และครอบครัว ระบบดูแลสุขภาพผู้ที่มีปัญหาเรื้อรัง มี 3 ส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ 1. ผู้ป่วย และครอบครัว 2. ชุมชน และ 3. ระบบบริการสุขภาพ

กรอบความคิดในการพัฒนาระบบเพื่อดูแลผู้ที่มีปัญหาเรื้อรังแก่คนที่แท้จริงน่าจะเป็นโอกาส ที่ผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และครอบครัว ได้ประเมินความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพร่วมกัน และเรียนรู้การจัดการโรคนั้นรวมทั้งปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล มีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และยั่งยืนซึ่งแต่ละหุ้นส่วนมีบทบาท และการตอบสนองต่อบทบาทที่แตกต่างกัน ภายใต้เป้าหมายเดียวกัน คือ สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว ทั้ง 3 หุ้นส่วนจึงต้องมีการเชื่อมโยง และสนับสนุนซึ่งกันและกันโดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจากโรคเรื้อรัง เชื่อมโยงชุมชนที่มีผู้นำ สนับสนุน ประสาน ทรัพยากรกระตุ้นความตระหนัก ลดปมด้อย ร่วมให้บริการเสริม และมีทีมบริการจากสถานบริการสาธารณสุขระดับล่างที่สำคัญคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่จำเป็นต้องกระตุ้นให้เกิดทีมบริการเป็นระบบบริการสุขภาพ สนับสนุนการดูแลตนเอง จัดระบบ และทีมบริการที่ดี ใช้ข้อมูลเพื่อดูแล ตัดสินใจ ติดตาม ประเมินผล ซึ่งมีเป้าหมายหลัก และแนวทางการดำเนินงาน เพื่อจัดการ โรคเรื้อรัง เป็นแบบป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1. การป้องกัน และลดความเสี่ยงการเกิดโรค 2. การลดโรค 3. การลดความพิการ 4. เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

การออกแบบระบบบริการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ได้แก่ 1. กลุ่มเสี่ยงลดลง 2. อุบัติการณ์กลุ่มป่วยลดลง 3. อุบัติการณ์กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนลดลง 4. ลดอัตราความพิการ และการสูญเสียชีวิตจากโรค 5. เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากร

แนวทางการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบเพื่อดูแลผู้ที่มีปัญหาเรื้อรัง ได้แก่

1. การสำรวจ ประชากร เพื่อคัดกรองความเสี่ยง และค้นหาผู้ป่วย
2. การจัดการระบบข้อมูล เช่น ข้อมูลเพื่อการบริการรายบุคคล และข้อมูลรวม เป็นกลุ่มในภาพรวมทั้งระดับตำบล อำเภอ จังหวัด สูง เสี่ยงต่ำ
3. การจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น การเฝ้าระวัง คัดกรอง และค้นหาผู้ป่วย และภาวะเสี่ยงจากผู้มารับบริการ
4. การจัดบริการที่บ้าน เช่น การติดตาม เยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ขาดนัด ผู้ป่วยที่มารับบริการ ที่สถานพยาบาลได้ยาก
5. การดำเนินงานในชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมเพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยง ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนได้อย่าง ครอบคลุม
6. การจัดระบบสนับสนุน และการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น สนับสนุน และให้บริการต่อเนื่อง ทั้งรับ และส่งต่อโดยจำเป็นต้องทดสอบมาตรการก่อน แล้วจึงนำไปใช้ในชุมชน พร้อมทั้งให้มีการรายงานในประชุมผู้บริหาร เช่น สสอ.

สสจ. และมีการกำกับ ติดตาม ประเมินผล เพื่อนำมาปรับปรุงงานในชุมชน และใช้เป็นแนวทาง ในการให้บริการสาธารณสุขต่อไป

บทบาทเสริม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552) ได้แก่

1. งานคุ้มครองผู้บริโภค หลักการ และแนวคิด งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คือ การ สร้างความตระหนัก หรือส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในการติดตาม เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ ประชาชนต้องบริโภค และใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น ยา อาหาร เครื่องสำอาง น้ำ น้ำแข็ง ยาเสพติด สบู่ น้ำยาล้างห้องน้ำ เป็นต้น รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่ผลิตในชุมชน เช่น สินค้า OTOP หน่อไม้แป้น ปลายี่ หัก เป็นต้น ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจะต้องอาศัยภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ ช่วยกันสอดส่องดูแล ตรวจสอบเฝ้าระวัง ทั้งกับตนเอง ครอบครัว รวมไปถึงชุมชน โดยการ สนับสนุนกิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ เช่น การทำกิจกรรมของนักเรียน อย.น้อย การ ดำเนินงานของ อสม. เป็นต้น และการให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อเป็นการสร้าง ศักยภาพให้ประชาชน และชุมชน ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ด้วยตนเอง อันจะส่งผลให้ ชุมชนมีความเข้มแข็ง ลดอันตรายหรือความเจ็บป่วยที่จะเกิดกับผู้บริโภค ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญา ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

ลักษณะของการบริการ การเพิ่มศักยภาพของประชาชน ในเรื่องการบริโภคผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ได้แก่ การค้นหา และสร้างเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน เช่น กลุ่ม อสม. ครู/ นักเรียน อย. น้อย กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้นำทั้งทางการ และไม่เป็น ทางการ เป็นต้น การเพิ่มองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพให้กับ เครือข่ายดังกล่าว ในเรื่องการเลือกซื้อ เลือกบริโภคที่ถูกต้อง และขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบเฝ้า ระวัง ตลอดจนการจัดการกับผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ร่วมกับเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในการจัดทำ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภค และผลักดันให้เข้าสู่แผนสุขภาพชุมชน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ตลอดจน มีการติดตามผลการดำเนินงานดังกล่าว

2. งานสุขภาพจิตชุมชน แนวคิดการทำงาน งานสุขภาพจิตชุมชน (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552) เป็นงานบริการสาธารณสุข ที่จำเป็นต้องดำเนินควบคู่กับงานดูแลสุขภาพกาย โดยคำนึงถึงมิติ ทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพประชาชน แบบองค์รวมอย่างมี คุณภาพ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ตามสิทธิภายใต้รัฐธรรมนูญ ตลอดจนเพื่อสุขภาพะของผู้ป่วย ที่จะกลับมามีชีวิตอย่างเป็นปกติสุขในชุมชน

การให้บริการเชิงรับ (การบริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีการคัดกรองผู้ มีภาวะเสี่ยงหรือผู้แสดงอาการเบื้องต้นตามแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ฆ่า ตัวตาย ภาวะเครียด โรคทางจิตเวช การติดสุรา และสารเสพติดอื่น ได้แก่ บริการบำบัดรักษา

เบื้องต้น และระบบส่งต่อรองรับในภาวะฉุกเฉิน เช่น ภาวะซึมเศร้า รุนแรง การฆ่าตัวตาย อาการก้าวร้าวรุนแรงในโรคทางจิตเวช และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤตโดยบริการบำบัดรักษาเบื้องต้น ได้แก่ การให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัวในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การวางแผนการรักษา การสนับสนุนแหล่งข้อมูล และการช่วยเหลือ การแนะนำวิธีการดูแลที่ถูกต้อง ฯลฯ

การเยียวยา ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ภายใต้โครงสร้าง และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งคลังอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฐมพยาบาลทางกาย และเยียวยาจิตใจ รวมถึงความพร้อมของวิธี และอุปกรณ์การสื่อสาร ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชตามขั้นตอนของระบบสาธารณสุข การติดตามการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการขาดยา และสามารถแก้ไขผลข้างเคียงจากยาได้เหมาะสม โดยอาศัยระบบการนัดหมาย การโทรศัพท์ การติดตามเยี่ยมบ้าน การประสานการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. หน่วยงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ มูลนิธิหรือองค์กรอื่น ๆ ฐานข้อมูลทั้งผู้ป่วยรายใหม่ และรายเก่า เพื่อการให้บริการ และติดตามอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน การวินิจฉัย ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลที่รักษา กำหนดนัดจากแพทย์

การให้บริการเชิงรุก (บริการในครอบครัว/ ชุมชน) จัดให้มีหน่วยบริการเคลื่อนที่ และเยี่ยมบ้านในชุมชนเพื่อคัดกรอง ค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง และติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ จัดให้มีบริการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยกลยุทธ์การเผยแพร่ เช่น เผยแพร่ทางสื่อเอกสาร การจัดรณรงค์ เลี้ยงตามสาย วิทยุชุมชน สร้างความร่วมมือ และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ในการวางแผนทางปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน ได้แก่ การค้นหา/คัดกรอง เฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ส่งต่อ ติดตามต่อเนื่อง สนับสนุน การดำเนินงานอย่างมีโครงสร้าง และเกิดทีมผู้ปฏิบัติงานเชื่อมต่อระหว่าง หน่วยงานด้านสาธารณสุข และผู้แทนจากภาคีเครือข่ายระดับต่าง ๆ เช่น ด้านการปกครอง ด้านสังคม ด้านการเกษตร ด้านการศึกษา ด้านศาสนา และภาคประชาชน เพื่อวางแผนจัดทำแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกัน ตลอดจนประสานแหล่งทรัพยากรในพื้นที่เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคมร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขหรือองค์กรต่าง ๆ ในการสนับสนุนหรือจูงใจ ผู้มีจิตอาสาในชุมชนให้มีส่วนร่วมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลช่วยเหลือ เฝ้าระวังผู้ป่วย ผู้มีภาวะเสี่ยง ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งครอบครัวของบุคคลเหล่านั้น ตลอดจนสนับสนุนให้ชุมชนร่วมสร้างกิจกรรมเพื่อลดอคติหรือตรรกะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช เช่น โครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิต การสร้างชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน การประสานติดต่อ อบต. เพื่อบริการรับส่งผู้ป่วยหรือการสร้างงานอาชีพแก่ผู้ป่วยจิตเวช ฯลฯ

3. งานการแพทย์แผนไทย แนวคิดการดำเนินงาน (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552)

การแพทย์แผนไทย เป็นบริการหนึ่งที่ได้รับการผสมผสานอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งเป็นการแพทย์ที่ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านเวชกรรมแผนไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย และการนวดไทย มีการดำเนินงานทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้น กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก จึงมีนโยบายผสมผสานงานการแพทย์แผนไทยสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน อันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนก่อนให้เกิดการสร้างงานสร้างอาชีพให้กับประชาชนในชุมชน และยังส่งผลให้สามารถลดการนำเข้ายา และเวชภัณฑ์จากต่างประเทศในอนาคตซึ่งจะเป็นการประหยัดงบประมาณของชาติในระยะยาว ตลอดจนสามารถอนุรักษ์ และพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยสู่อนุชนคนรุ่นหลังต่อไปได้

การดำเนินงานการแพทย์แผนไทยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นยุทธศาสตร์ ที่สำคัญในการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น ที่ต้องผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในพื้นที่ความรับผิดชอบ ดังนั้น การดำเนินงานการแพทย์แผนไทยจึงต้องผสมผสานไปกับขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรที่จะดำเนินการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แพทย์แผนไทยที่จบปริญญาตรีทางด้านการแพทย์แผนไทย และได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งในปีงบประมาณ 2553 นำร่องดำเนินการจ้างแพทย์แผนไทยเป็นลูกจ้างชั่วคราวประจำที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ 1 แห่ง จังหวัดละ 2 แห่ง รวมทั้งสิ้น 150 แห่ง และจะส่งเสริมให้มีแพทย์แผนไทยประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ครบทุกแห่งต่อไป และถ้าหากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งใดยังไม่มีแพทย์แผนไทย ให้บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะหรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 ได้แก่ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุขหรือที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ รวมทั้งผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (หมอนวด) เป็นผู้ดำเนินการแพทย์แผนไทย ซึ่งขอบเขตการให้บริการแพทย์

แผนไทยของบุคคลที่ได้รับมอบหมาย จะต้องเป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ดังนั้น การดำเนินงานการแพทย์แผนไทยในภาพรวมของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีดังนี้

สถานการณ์ และการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์, 2553) ในรัฐบาลภายใต้การนำของนายก ฯ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้แถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อรัฐสภา เมื่อ 29 ธันวาคม 2551 มีนโยบายด้านสาธารณสุขข้อ 3.3.3 “ปรับปรุงบริการ ด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพภาครัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกย่องสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายส่งต่อใน ทุกระดับให้ประสิทธิภาพ” ซึ่งต่อมา กระทรวงสาธารณสุขได้ตอบสนองนโยบายดังกล่าวข้างต้น นายวิทยา แก้วภราดัย รมว.สธ. ได้ประกาศเป็นนโยบายกระทรวงรองรับใน ข้อ 2 “ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการภาครัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกย่องสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล” โดยได้มีการสื่อสารนโยบาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระดับภาค 4 ภาค และเปิดตัวอย่างเป็นทางการระดับประเทศ โดยมีนายก ฯ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นประธานในพิธีเปิดงานมหกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จุดเปลี่ยนระบบสาธารณสุขไทย เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2552 ได้มอบนโยบาย และใช้คู่มือบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นแนวทางในการดำเนินงาน พร้อมกับได้มี นโยบาย และ โครงการรองรับที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายจ่ายค่าตอบแทน อสม. 600 บาทต่อเดือน ต่อคน ตั้งแต่ ปี 2552 เพื่อสนับสนุน และสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของ อสม.โครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 (Stimulus Package – SP2) โครงการสนับสนุนกลไก การบริหารจัดการ เพื่อพัฒนาการบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2552-2554 งบประมาณ 120 ล้านบาท ได้รับสนับสนุนจาก สสส. เพื่อดำเนินกิจกรรม การสร้างระบบสุขภาพชุมชน การสร้างความเข้าใจ และพัฒนาบุคลากร สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และอปท. ค้นหา และเสริมสร้างกลไก และระบบบริหารจัดการ ค้นหารูปแบบ และเสริมสร้างการจัดการความรู้ พัฒนากลไกติดตาม และประเมินผลนโยบาย รพ.สต และการสื่อสารสาธารณะปีงบประมาณ 2553 นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์ รมว.สธ. ได้มีการปรับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญรองรับ ข้อ 1 เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นหลัก ข้อ 2 เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาล และคุณภาพการบริการทุกระดับ ข้อ 3 สร้างความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพประสิทธิผลการควบคุมโรค ข้อ 6 สนับสนุน การผลิต และพัฒนาบุคลากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน รวมทั้งใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อ 7 สนับสนุน อสม. มีบทบาทมากขึ้น ข้อ 8 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ

ข้อ 10 ผลักดัน และพัฒนากฎหมาย เช่น พรบ.วิชาชีพสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนา
 โรงส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วยระบบสนับสนุน ในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ และ
 รักษาพยาบาลเบื้องต้นของโรงพยาบาล สร้างเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ระบบ IT & Health
 Information System (HIS) Real time consultation เพื่อให้สามารถติดต่อประสานงานกับแพทย์ใน
 โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ระบบการส่งต่อ (Referral system)
 Emergency medical services (EMS) ในการออกไปรับผู้ป่วยฉุกเฉินหรือ บาดเจ็บในพื้นที่ เวชภัณฑ์
 และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ที่มีจำนวนรายการ และคุณภาพ เช่นเดียวกับ โรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็น
 secondary care community participation and empowerment รวมทั้งการทำประชาคม เพื่อสร้างการ
 มีส่วนร่วมของประชาชน ในการบริหารจัดการ และสนับสนุน โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล
 องค์ประกอบของบุคลากร และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล
 (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์, 2553) แหล่งที่มาหรือต้นสังกัดของกำลังคนในช่วงระยะแรก
 สามารถมาได้จาก 4 ช่องทางคือ

1. บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจเป็นข้าราชการ พนักงานราชการหรือ
 ลูกจ้างประจำ/ชั่วคราว ทั้งที่เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในสถานีนอมนัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน
 (PCU) เดิมหรือถูกส่งมาจากโรงพยาบาลชุมชนเพื่อมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ
 ตำบล บุคลากรสาธารณสุขมี 3 ระดับ ได้แก่

- 1.1 โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 3,000
 คน ควรมีบุคลากรสาธารณสุขอย่างน้อย 4 คน ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล สร้างเสริม
 สุขภาพตำบล (หัวหน้าสถานีนอมนัยเดิม) Nurse practitioner (NP) เพื่อช่วยเสริมในการพัฒนา และ
 ให้บริการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล โดย NP จะต้องทำงานเชิงรุกใน
 ชุมชนด้วย พยาบาลชุมชน หรือนักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ดูแล
 เรื่องงานชุมชนการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในพื้นที่ ลูกจ้าง/ คนงาน/ พนักงานบันทึก
 ข้อมูล ซึ่งควรเป็นผู้ที่มีความสามารถที่หลากหลาย เช่น สามารถช่วยบันทึกข้อมูล ขับรถ และออก
 ชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ได้ นอกจากนี้ อาจมีนักกายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด ที่มีการปฏิบัติงานใน
 ลักษณะ Part time หรือหมุนเวียนไปช่วยสนับสนุนทุกโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

- 1.2 โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง รับผิดชอบประชากรระหว่าง
 3,000 – 7,500 คน ควรมีบุคลากรสาธารณสุขอย่างน้อย 7 คน ประกอบด้วย บุคลากร 4 ประเภทของ
 โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก โดยมีบุคลากรประเภทที่ 3 เพิ่มขึ้น 2-3 คน และมี
 ลูกจ้างหรือคนงาน เพิ่มขึ้น 2-3 คน

1.3 โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ รับผิดชอบประชากรมากกว่า 7,500 คนขึ้นไป ควรมีบุคลากรสาธารณสุขทุกประเภทของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง ร่วมกับมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และเภสัชกร

2. บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจเป็นทั้งพนักงานจ้างตามภารกิจ หรือข้าราชการในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

3. บุคลากรที่จ้างเพิ่มเติม โดยใช้งบประมาณของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล จาก CUP หรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และ Supporting staff เช่น พนักงานบันทึกข้อมูล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานขับรถ เป็นต้น

4. บุคลากรที่เป็นอาสาสมัครในพื้นที่ เช่น อสม. และประชาชนในพื้นที่ ที่มุ่งเน้นการดูแลตนเอง (Self care) และครอบครัว

นอกจากนี้ สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดกรอบการประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยตนเอง ใน 4 ประเด็น สำคัญ 22 ข้อองค์ประกอบ ตลอดจนมี โครงการโรงพยาบาลสาธารณสุขยุคใหม่ เพื่อคนไทยสุขภาพดี มีรอยยิ้ม พัฒนาเป็นรพ. 3S คือ บรรยากาศ (Structure) บริการ (Service) และบริหารจัดการ (System) ที่ได้มีการกำหนดกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ (The must) และควรทำ (The best) ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งแต่ละส่วนได้อยู่ระหว่างดำเนินการในขณะนี้ นโยบาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็ยังมีการปรับปรุงและพัฒนา เพื่อให้เหมาะสม และชัดเจนเป็นรูปธรรมมาโดยตลอด

การบริหารจัดการ สนับสนุนการปฏิรูประบบการบริหารจัดการ โดยเน้นการมีส่วนร่วม ของประชาชนชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หน่วยราชการส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน โดยมีเป้าหมายร่วมให้เกิดระบบที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีความยั่งยืน มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของอีกทั้งเป็นการสอดคล้องกับนโยบาย ให้ค่าตอบแทนอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) เดือนละ 600 บาท ต่อคนซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการช่วยให้การดำเนินการตามภารกิจของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลประสบความสำเร็จ แสดงให้เห็นว่ารัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบถ้วนหน้า และมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมาตรฐานได้โดยง่าย แต่อย่างไรก็ดี ปัญหาด้านการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานีนามัยที่ไม่เพียงพอ และทั่วถึง ได้สะท้อนภาพความไม่เชื่อมั่น และไม่ไว้วางใจในบริการของสถานีนามัย และหน่วยบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ ส่งผลให้เกิดการกระจุกตัว และความแออัดในการให้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอื่น ๆ ที่ตั้งอยู่ในเขตเมือง

การสนับสนุนงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการเสนอคำขอรับการสนับสนุนการลงทุนในนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากโครงการไทยเข้มแข็ง จำนวน 1,490 ล้านบาท และงบประมาณปกติ ประจำปี 2554 อีกจำนวน 6,000 ล้านบาท (ยังไม่รวมรถพยาบาล 829 คัน และรถกระบะอีก 63 คัน) ในการลงทุน เพื่อยกระดับสถานีนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งงบประมาณเหล่านี้ เป็นเพียงงบเบื้องต้นในการปรับปรุงโครงสร้าง และจัดระบบเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ยังไม่รวมถึงบุคลากรซึ่งจะต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอีกเป็นเวลานาน

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี โดยมีสถานีนามัย กระจายไปสู่ระดับตำบลทั่วประเทศ และมีโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ ทั้งนี้ในระยะสิบปีที่ผ่านมา ความต้องการบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวน และโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทว่าสถานีนามัยส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในด้านศักยภาพ ซึ่งทำให้ไม่สามารถให้บริการเชิงรุกเพื่อ “สร้างสุขภาพ” และบริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ประชาชนจำนวนมาก ยังคงเดินทางไปรับบริการ ที่โรงพยาบาลในเขตเมือง ทำให้เกิดการกระจุกตัว และความแออัด ในการให้บริการรักษาพยาบาล และเป็นภาระอย่างมากต่อประชาชนทั้งค่าเดินทาง และเวลาที่สูญเสียไปในการเดินทาง ทั้งที่ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ส่วนส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ในระดับสถานีนามัย

การดำเนินนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อประชาชนอย่างแท้จริงได้ ในระยะยาว รวมไปถึง การตั้งเป้าหมาย และสร้างการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน โดยใช้กลยุทธ์การสร้างศรัทธา และความไว้วางใจ (Faith and Trust) ไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงภูมิสถาปัตย์ให้สวยงาม น่าใช้บริการ การเพิ่มศักยภาพของทีมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ แพทย์ (ถ้ามี) พยาบาล เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม ทันตภิบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน เมื่อมารับบริการแล้ว ได้รับยา และเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ และเหมาะสม ไม่ขาดแคลนการเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูงมากขึ้น ทำให้ไม่ต้องส่งตัวมาโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลชุมชน อันจะก่อให้เกิดความแออัด และอาจนำไปสู่การได้รับการรักษาอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรอย่างที่ได้อ้างมาข้างต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และผลงานวิจัยที่ผ่านมา ดังต่อไปนี้

วรชาติ จำเริญพัฒน์ (2553) ศึกษาบทบาทของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีบทบาทจริงครบทุกบทบาทด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ วิชาการ การรักษาพยาบาล การป้องกัน และควบคุมโรค งานสนับสนุน บริหาร และธุรการ บทบาทที่คาดหวังอันดับ 1 การส่งเสริมสุขภาพ รองลงมาการรักษาพยาบาลน้อยสุดการป้องกันควบคุมโรค ตำแหน่ง ระยะเวลาปฏิบัติงาน และความรู้เกี่ยวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนมาก สัมพันธ์กับบทบาทคาดหวังทุกด้าน และบทบาทจริงกับบทบาทที่คาดหวังสัมพันธ์กันเชิงบวกทุกด้าน ฉะนั้น จึงควรสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ชัดเจน และมีคู่มือปฏิบัติงานให้ด้วยก็ยิ่งดี

สุชานุช พันธนิยะ (2553) ศึกษาบรรยากาศองค์การที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ของข้าราชการครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสงขลาเขต 2 พบว่า ระดับความคิดเห็นของข้าราชการครูต่อบรรยากาศ และต่อคุณภาพชีวิตองค์การของโรงเรียนอยู่ในระดับมากทุกด้าน และข้าราชการครูที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนที่สังกัดเครือข่ายแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อบรรยากาศ และคุณภาพชีวิตการทำงานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ข้าราชการครูที่ปฏิบัติงาน ในโรงเรียนที่มีขนาดแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อบรรยากาศ และต่อคุณภาพชีวิตองค์การโรงเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยบรรยากาศองค์การด้านโครงสร้างองค์การ ด้านการสนับสนุน และด้านความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการครู

จิตตรี เกษสุวรรณ (2553) ศึกษาวัฒนธรรมองค์การ และบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของพนักงานบริหารสินทรัพย์กรุงเทพพาณิชย์จำกัด พบว่า วัฒนธรรมด้านความสามารถในการปรับตัว การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติพันธกิจ ความสอดคล้องกัน และบรรยากาศองค์การด้านโครงสร้างองค์การ การติดต่อสื่อสาร การได้รับการสนับสนุน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความขัดแย้งองค์การ การให้รางวัล และการลงโทษมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจในการทำงาน และมีความสัมพันธ์อยู่ในทิศทางเดียวกัน และบรรยากาศองค์การ ด้านการติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีอิทธิพลกับระดับแรงจูงใจในการทำงาน มากที่สุด

ศิริณา พงศ์หล้า (2552) ศึกษาอำนาจพยากรณ์ของการรับรู้บรรยากาศองค์การ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ต่อการรับรู้การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ประจำมูลนิธิ โครงการหลวง พบว่า การรับรู้บรรยากาศองค์การ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สามารถพยากรณ์การรับรู้การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเจ้าหน้าที่โครงการหลวง

ส่วนกลางมีการรับรู้บรรยากาศองค์การต่ำกว่าเจ้าหน้าที่โครงการส่วนภูมิภาค

สายพิน สายดำ (2552) ศึกษาบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของเภสัชกร โรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปัจจัยด้านบรรยากาศมีความผูกพันระดับปานกลางทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การฯ สำหรับปัจจัยด้านบรรยากาศที่สามารถร่วมกันทำนายความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การฯ ได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ มิตินัยความอบอุ่น มิตินัยความเสี่ยง และมิตินัยความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ทัศนีย์ ทินราช (2551) ศึกษาบรรยากาศองค์การในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การสำนักงานสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับสูง

อรรคเดช อรรถเศรษฐ์ (2551) ศึกษาบรรยากาศองค์การตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนโซน 3 จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า บรรยากาศองค์การศูนย์สุขภาพชุมชนโซน 3 จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับสูง บรรยากาศองค์การในกลุ่มที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนสูงกว่าบรรยากาศองค์การในกลุ่มที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

ชัช เมืองโคตร (2550) ศึกษาปัจจัยบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับบรรยากาศอยู่ในระดับสูง

นภดล เกษทองมา (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพในการพัฒนาตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า บรรยากาศในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ยุภาพร ทองลาภ (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับพฤติกรรมปฏิบัติงานของครูในจังหวัดปัตตานี พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การในโรงเรียนในจังหวัดปัตตานีอยู่ในระดับปานกลาง โดยนโยบายการบริหาร และด้านคุณลักษณะผู้นำอยู่ในระดับมาก สภาพแวดล้อมทางกายภาพอยู่ในระดับปานกลาง ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติงานของครู ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับพฤติกรรม การปฏิบัติงานของครูมีความสัมพันธ์ในทางบวก

กรองทิพย์ ทองธรรมชาติ (2549) ศึกษาบรรยากาศองค์การของโรงเรียนเอกชน ในจังหวัดชลบุรี โดยศึกษาบรรยากาศ 8 ด้าน พบว่า ความคิดเห็นของผู้บริหาร และครูของโรงเรียนเอกชนต่อบรรยากาศขององค์การของโรงเรียนเอกชนในจังหวัดชลบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน คือ ด้านอุปสรรค มิตินัยสัมพันธ์ และด้านมุ่งผลงาน ด้านความคิดเห็นของผู้บริหาร และครูในภาพรวมแตกต่างกัน

จากการศึกษาทฤษฎี และงานวิจัยข้างต้นสรุปให้เห็นถึงความสำคัญของบรรยากาศในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ในองค์กรต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ อย่างซึ่งปัจจัยแตกต่างกันทำให้ผลการปฏิบัติงานต่างกันดังนั้น ผู้ศึกษา จึงสนใจปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นในการศึกษาผลของปัจจัยที่สัมพันธ์กับบรรยากาศในปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University