



แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ
โรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใน
อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

GUIDELINES FOR CREATING THE NETWORK OF HEALTH CARE
SERVICE TO THE BUDDHIST MONK OF BANGLAMA
HOSPITALS AND HEALTH PROMOTING
HOSPITAL IN BANGLAMA DISTRICT,
SUPHANBURI PROVINCE

พระกนกพงศ์ สมจิตโต (หอมสุวรรณ)

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๕๖



แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ
โรงพยาบาลบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ในอำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี



พระกนกพงศ์ สมจิตโต (หอมสุวรรณ)

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๕๖

(ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)



GUIDELINES FOR CREATING THE NETWORK OF HEALTH CARE
SERVICE TO THE BUDDHIST MONK OF BANGPLAMA
HOSPITALS AND HEALTH PROMOTING
HOSPITAL IN BANGPLAMA DISTRICT,
SUPHANBURI PROVINCE

PHRA KANOKPONG SAMACITTO (HOMSUWAN)

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of
The Requirement for the Degree of
Master of Arts
(Public Administration)

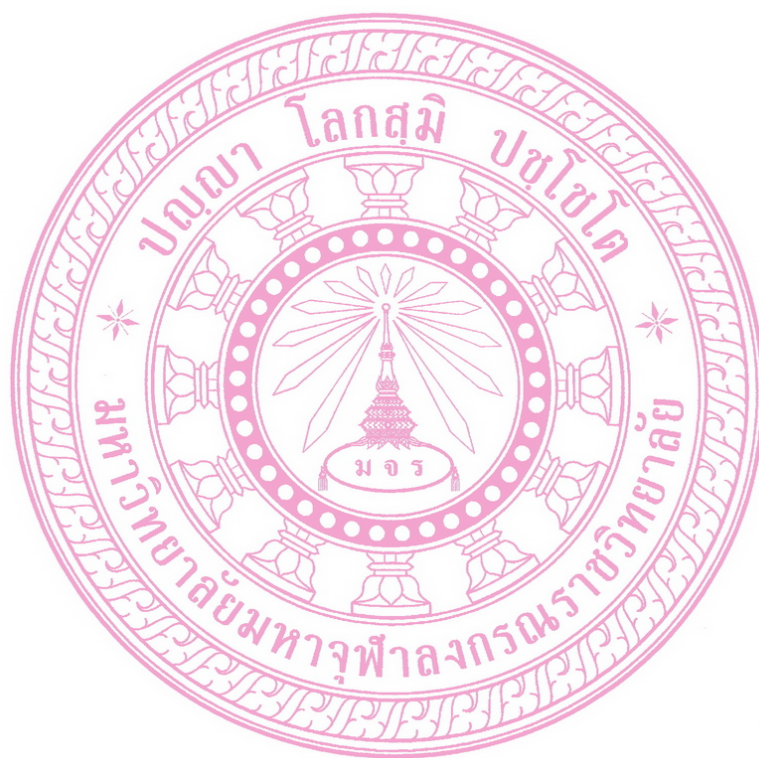
Graduate School
Mahachulalongkornrajavidyalaya University
Bangkok, Thailand

C.E.2013

(Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี” เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม หลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

.....		
(พระสุธีธรรมานวัตร, ผศ. ดร.)		
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย		
คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์		ประธานกรรมการ
	(พระครูปริมาณวัรกิจ, รศ. ดร.)	
		กรรมการ
	(ผศ.พิเศษ ว่าที่ พ.ต.ดร.สวัสดิ์ จิรัฏฐิติกาล)	
		กรรมการ
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	(ผศ.ดร.ธัชชนันท์ อิศรเดช)	
		กรรมการ
	(พระมหาบุญเลิศ อินทปญโญ, รศ.)	
		กรรมการ
	(อาจารย์ ดร.ยุทธนา ปราณีต)	
ชื่อผู้วิจัย	ผศ.ดร.ธัชชนันท์ อิศรเดช	ประธานกรรมการ
	พระมหาบุญเลิศ อินทปญโญ, รศ.	กรรมการ
	อาจารย์ ดร.ยุทธนา ปราณีต	กรรมการ
.....		
(พระกนกพงศ์ สมจิตโต)		



ชื่อวิทยานิพนธ์ : แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ
โรงพยาบาลบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ในอำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี

ผู้วิจัย : พระกนกพงศ์ สมจิตโต (หอมสุวรรณ)

ปริญญา : พุทธศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐประศาสนศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

: ผศ. ดร.ธัชชนันท์ อิศรเดช, พธ.บ., M.A., Ph.D. (Pol. Sc.)

: พระมหาบุญเลิศ อินทปณโก, รศ., ป.ธ.๗, พธ.บ., ศศ.ม., รป.ม.,
(การจัดการความขัดแย้ง)

: อาจารย์ ดร.ยุทธนา ปราณีต, พธ.บ., ร.บ., M.A., Ph.D. (Pol. Sc.)

วันที่สำเร็จการศึกษา : ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) เพื่อศึกษาแนวคิดการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ ๒) เพื่อศึกษาระบบการบริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาหม้อ ๓) เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาหม้อจังหวัดสุพรรณบุรี การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และสังเกตการณ์จากบริบทต่างๆ ของโรงพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า

๑) ปัจจุบันได้เน้นการบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิเป็นหลัก เพื่อไม่ให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัดให้มาก และหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแนวโน้มในด้านการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดำเนินการจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้แนวโน้มเงินบำรุงของหน่วยบริการเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังพบว่าการจัดการสนับสนุนนี้ไม่สม่ำเสมอในแต่ละเครือข่าย และแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด แต่ละภูมิภาค

๒) ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่จัดบริการสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างผสมผสานแก่ประชาชน รัฐมีหน้าที่กำกับดูแลให้ระบบมีความเป็นธรรมทั่วถึง มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ ซึ่ง

ระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ ซึ่งแต่ละระบบมีความเกี่ยวเนื่องและสัมพันธ์กัน การที่ภาครัฐจัดให้มีบริการหลายระดับ ทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนที่จัดโดยบริการในระดับที่สูงขึ้นลดลง ซึ่งข้อเท็จจริง คือ บริการสุขภาพแต่ละระดับเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) หากระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ ปัญหาการเข้าถึงบริการในระดับที่สูงขึ้นก็จะหมดไป ระบบบริการสุขภาพจึงสามารถจัดแบ่งได้หลายระดับ โดยในแต่ละระดับจะมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน และเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

๓) ปัจจุบันมีความจำเป็นในการพัฒนาการจัดระบบในรูปแบบเครือข่าย แทนการขยายโรงพยาบาล โดยใช้หลักการที่สามารถเชื่อมโยงบริการทั้ง ๓ ระดับเข้าด้วยกัน ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามสภาพข้อเท็จจริงทางภูมิศาสตร์และการคมนาคม โดยไม่มีเส้นแบ่งของการปกครองหรือการแบ่งเขตตรวจราชการ เป็นตัวขวางกั้น ทั้งนี้ในการพัฒนาโรงพยาบาลระดับต่างๆ ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบเครือข่ายบริการ เพื่อให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งเติบโตอย่างมีทิศทาง มีภารกิจหน้าที่ชัดเจน มีจังหวะก้าว และเกื้อหนุนซึ่งกันและกันภายในเครือข่าย ซึ่งโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งเครือข่ายภาคีมีภาระในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพทำร่วม คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการควบคุมป้องกันโรค ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ ในปัจจุบันภาครัฐควรมีการใส่ใจ และทุ่มเทในเรื่องสุขภาพมากขึ้น มีจัดการบริการสุขภาพในเชิงรุก ตลอดจนการพัฒนาส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ส่วนในด้านการส่งเสริมสุขภาพนั้น ควรที่จะมีการจัดรูปแบบในการดำเนินงานแบบต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ คือ ไม่ทำงานเฉพาะในช่วงที่ต้องส่งผลงานเท่านั้น ยังต้องทำงานอย่างสม่ำเสมอ ส่วนในด้านของประสิทธิภาพ ควรที่ต้องสร้างการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ เช่น ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการคิดกิจกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน รวมถึงการกระจายการบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ และประชาชนอย่างเท่าเทียม

Thesis title : Guidelines of the Creating of the Network for Health Care service to Monks of Bangplama Hospitals and Health Promoting Hospital in Bangplama District, Suphanburi Province

Researcher : Phra Kanokpong Samacitto (Homsuwan)

Degree : Master of Arts (Public Administration)

Thesis supervisory committee

: Asst. Prof. Dr. Thatchanan Issaradet B.A., M.A., Ph.D. (Pol .Sc.)

: Phramaha Boonlert Indapaño , Assoc. Prof., B.A., M.A., M.P.A. (Conflict Management)

: Dr. Yuttana Praneet B.A., M.A., Ph.D. (Pol. Sc.)

Date of Graduation : 31 March 2014

ABSTRACT

The objectives of this research were : 1) to study the Creating of the Network of Health Care service to the monks all over Thailand, 2) to study the system of health care services to the monks of Bangplama Hospitals and Health Promoting Hospital in Bangplama District and 3) to study the development to create a network of health services to the monks of Bangplama Hospitals and Health Promoting Hospital in Bangplama District. The methodology was the qualitative research method and in-depth interview with the key informants and collaborated the context by the content analysis technique of the hospital population.

The research findings were as follows :

1) Currently, primary health care service was focused as the core in order to prevent congestion in a community hospital and the provincial hospital. The research found the possibility of increasing the budget and financial support for operation primary care unit, but the support was inconsistency in each network and differentiate in each province, each region.

2) The health service system was a service that promoting health, preventing and controlling diseases. The combination of rehabilitation was retreated to the public. The state control of the system was ensured reasonably, effectively,

transparency and accountability. The health service system was consisted of subsystems, in each system and connection relationship. The government provided in multiple services level to access the complex medical services in higher level decreased. The fact of health services in each level linked by a referral system. If the referral system effectively, the problems of access to services in a higher level would disappear. The Health service system could be divided in several levels for example in each level had a different population roles and functions, and linked by a transmission system in order to manage the health services effectively.

3) At present, the development of management in the network model was necessary than expanding the hospital by using the principle that linked the three levels together from the primary, secondary and tertiary level to meet the actual situation by geographical and transportation without the dominance of breaking inspection as an obstacle. The development of hospital in various levels was part of the network service, to support the hospital growth direction, duty clear, and support each other within the network. The main hospital network, health promoting hospital, public health officials, and volunteers including the network party got the mission in health services together in health promotion, health care, prevention and control of the disease and rehabilitation services.

Suggestion currently, the state was proactive as well as the development to promote health care organizations including the holistic of health network in the community. The health promotion should have formed in the process continuously and effectively by working regularly in the aspects of performance, and participating in the community to reliable on themselves, such as knowledge in patient care, participate in creating health promotion activities to comply with the community culture, and joined distribution services equally.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดีเพราะอาศัยความเมตตาอนุเคราะห์ของคณะกรรมการ ควบคุมวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ได้แก่ ผศ.ดร.รัชชนันท์ อิศรเดช, พระมหาบุญเลิศ อินทปญโญ, รศ., และ อาจารย์ ดร.ยุทธนา ปราณีต ที่เมตตาอนุเคราะห์ให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือในการปรับปรุงแก้ไข วิทยานิพนธ์จนสำเร็จด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณประธานและคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในการสอบวิทยานิพนธ์ คือ พระครูปริมาณรักษ์, รศ, ดร., ผศ.พิเศษ ว่าที่ พ.ต.ดร.สวัสดิ์ จิรัฏฐิติกาล และผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือการวิจัย คือ พระมหาสม กลยาโณ, ดร., พระครูสังฆรักษ์เกียรติศักดิ์ กิตติปญโญ, ดร., อาจารย์ ดร. พิเชฐ ทั้งโต, ผศ. ดร.เต็มศักดิ์ ทองอินทร์, อาจารย์ ดร.บุษกร วัฒนบุตร

ขอเจริญพรขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปลาม้า, ท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอเจริญพรขอบคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางปลาม้า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลทุกแห่ง และอาสาสมัครสาธารณสุข ที่การความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเพื่อวิจัยทุกท่าน

ขอกราบขอบพระคุณ พระครูสุตกิจสารวิมล, พระอธิการสัมฤทธิ์ สมนจิตโต, ขอเจริญพร ขอบคุณ คุณพ่อพงษ์ หอมสุวรรณ, คุณแม่เวิน หอมสุวรรณ, คุณป้าวิง วงษ์บัณฑิต, คุณป้าสีไว วงษ์พันธุ์ ญาติโยมวัดสุขเกษม ที่ได้เมตตาสนับสนุนการศึกษา และคอยให้กำลังใจในการศึกษาเล่าเรียน สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอเจริญพรขอบคุณ อาจารย์ ดร.ธิดา หนัมนี่ และเพื่อนๆ รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต รุ่น ที่ ๗ ทุก รูป/คน ที่คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ใดๆ อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอน้อมบูชาเป็นกตเวทิตา คุณแก่ ครูบาอาจารย์ บิดามารดา ญาติสนิทมิตรสหาย ที่เป็นกำลังใจสนับสนุนในทุกๆเรื่อง รวมทั้ง บุรพจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ได้ร่วมกันสรรค์สร้างงานวิจัยฉบับนี้ให้แก่ผู้วิจัยจนประสบผลสำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

พระกนกพงศ์ สมจิตโต (หอมสุวรรณ)

๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(๑)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(๓)
กิตติกรรมประกาศ	(๕)
สารบัญ	(๖)
สารบัญตาราง	(๗)
สารบัญแผนภาพ	(๑๐)
บทที่ ๑ บทนำ	
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๕
๑.๓ ปัญหาที่ต้องการทราบ	๕
๑.๔ ขอบเขตการวิจัย	๕
๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย	๖
๑.๖ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๗
๑.๗ วิธีดำเนินการวิจัย	๔๑
๑.๘ กรอบแนวคิดในการวิจัย	๔๔
๑.๙ ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย	๔๔
บทที่ ๒ แนวคิดการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ	
๒.๑ แนวคิดเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ	๔๖
๒.๑.๑ บริบทการบริการสุขภาพในปัจจุบัน	๔๘
๒.๑.๒ การจัดระบบบริการสุขภาพกับระบบรับส่งต่อผู้ป่วย	๕๐
๒.๑.๓ คุณลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพแต่ละระดับ	๕๒
๒.๑.๔ วัตถุประสงค์ของการรับส่งต่อผู้ป่วย	๕๓
๒.๒ ระบบบริการสุขภาพ	
๒.๒.๑ ระบบบริการสุขภาพ	๕๔
๒.๒.๒ ความหมายของระบบบริการสุขภาพ	๕๕
๒.๒.๓ ระดับของระบบบริการสุขภาพ	๕๗
๒.๒.๔ ลักษณะระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์	๕๙

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
๒.๒.๕ ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันหลักสุขภาพ ถ้วนหน้า	๖๐
๒.๓ นวัตกรรม“โครงการพัฒนาศักยภาพ อสม.ช่วยเหลือเยียมบ้าน”	๖๓
บทที่ ๓ ระบบการบริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาหม่า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาหม่า	
๓.๑ ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน	๖๘
๓.๑.๑ บริบทของโรงพยาบาล	๖๘
๓.๑.๒ แนวคิดโรงพยาบาลชุมชน	๖๘
๓.๑.๓ หน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน	๗๐
๓.๑.๔ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน (บางปลาหม่า)	๗๑
๓.๒ ระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	
๓.๒.๑ ความเป็นมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๗๙
๓.๒.๒ ความหมายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๘๐
๓.๒.๓ ภารกิจหลักโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๘๒
๓.๒.๔ บทบาทเสริมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	๘๔
๓.๒.๕ ข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๙๐
บทที่ ๔ แนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ โรงพยาบาลบางปลาหม่าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาหม่า จังหวัดสุพรรณบุรี	
๔.๑ แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล	๑๐๓
๔.๑.๑ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ ด้านการส่งเสริม	๑๐๓
๔.๑.๒ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ ด้านการป้องกัน	๑๐๖
๔.๑.๓ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ ด้านการรักษา	๑๐๙
๔.๑.๔ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ ด้านการฟื้นฟู	๑๑๑

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
๔.๒ ปัญหา อุปสรรค ในการสร้างเครือข่ายการให้บริการ สุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาล	๑๑๔
๔.๓ สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย	๑๒๐
บทที่ ๕ สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
๕.๑ สรุปผลการวิจัย	๑๒๙
๕.๒ อภิปรายผลการวิจัย	๑๓๗
๕.๓ ข้อเสนอแนะ	๑๔๑
บรรณานุกรม	๑๔๓
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจแก้ไขเครื่องมือในการวิจัย	๑๕๓
ภาคผนวก ข. แบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึก	๑๖๐
ภาคผนวก ค. รายนามผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกในงานวิจัย	๑๖๔
ภาคผนวก ง. หนังสือขอความอนุเคราะห์เพื่อเก็บข้อมูลวิจัย	๑๖๖
ภาคผนวก จ. แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ	๑๗๘
ภาคผนวก ฉ. รูปโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพ	๑๘๑
ภาคผนวก ช. รูปอาสาสมัครสาธารณสุขสุขภาพ ภาควิชาการสุขภาพ	๑๘๔
ประวัติผู้วิจัย	๑๘๗

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้าที่
๓.๑ จำนวนประชากรและหลังคาเรือน จำแนกตามสถานบริการ	๗๓
๓.๒ จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกรายตำบล	๗๕
๓.๓ จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดโรงพยาบาล	๗๖
๓.๔ จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	๗๗
๓.๕ บทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย	๘๗
๓.๖ กลุ่มผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	๘๘



สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
๑.๑ แสดงการเชื่อมโยงของเครือข่าย	๑๙
๑.๒ องค์ประกอบและวัฏจักรของระบบ	๒๘
๑.๓ องค์กรในฐานระบบ	๓๑
๑.๔ กรอบแนวคิดในการวิจัย	๔๔
๓.๑ แสดงโครงสร้างของพยาบาลชุมชน	๖๙
๓.๒ แผนที่อำเภอบางปลาม้า	๗๒
๓.๓ เครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยและระยะทางในอำเภอบางปลาม้า	๗๘
๓.๔ โครงสร้างของเครือข่ายบริการ/เครือข่ายความร่วมมือ	๙๖
๔.๑ สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย	๑๒๗



บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คนไทยร้อยละ ๙๕ นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งใช้หลักการทางพระพุทธศาสนาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางประเพณีและวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์มรดกของชาติไทย พระภิกษุสงฆ์เป็นผู้มีความสำคัญในการสืบทอดพระพุทธศาสนา พัฒนาการเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรมและการพัฒนาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน อันเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับชุมชน ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งแวดล้อมภายในวัดและขยายผลสู่การพัฒนาสุขภาวะของชุมชน

ในปัจจุบันพบว่าพระภิกษุสงฆ์มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชนที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ นอกจากนี้พระภิกษุสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยง ต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ปัญหาสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ได้มีหน่วยงานต่างๆ ดำเนินการแก้ไขปัญหา แต่เป็นเพียงโครงการเฉพาะกิจที่ขาดระบบกลไกการดำเนินงานขาดการบูรณาการกับภาคส่วนต่างๆ อย่างจริงจังจึงมีการดำเนินงานเฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้นและแม้ว่าพระภิกษุสงฆ์จะมีหลักประกันสุขภาพ แต่เมื่ออาพาธยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขรวมทั้งขาดการดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์อย่างต่อเนื่องและครบวงจร หากไม่มีการพัฒนากระบวนการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ในด้านสุขภาพ จะทำให้กลไกในการสืบทอดพระพุทธศาสนาและการพัฒนาความดีงาม ด้านคุณธรรม จริยธรรม ที่สำคัญยิ่งของประเทศไทยก็จะอ่อนแอลง

ปัจจุบันได้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์แล้วหลายโครงการ เช่น โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ โครงการเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การจัดระบบสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอสีคิ้ว โดยสมัชชาสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์พัฒนาโคราช โครงการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นที่ได้ผลของเจ้าอาวาสวัดศรีรัตนาราม ตำบลขอนแก่น อำเภอนางรอง จังหวัดลพบุรี โครงการวัด ๕ ส. โดยคณะสงฆ์จังหวัดสระบุรี และโครงการวัดร่มรื่นพระสุขภาพดีด้วยวิถีชุมชน จังหวัดสิงห์บุรีและจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีสุข

ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยจะก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเข้มแข็ง^๑

สภาพโครงสร้างของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน การพัฒนาต่างๆ เจริญก้าวหน้าอย่างก้าวกระโดด ประชาชนมุ่งสู่สังคมวัตถุนิยมมากขึ้น พระภิกษุสงฆ์ถูกปล่อยให้เผชิญกับปัญหาตามลำพัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ นโยบายของรัฐบาลที่ผ่านมายังไม่สามารถตอบสนองกับการส่งเสริมสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ได้ รวมทั้งผลงานวิจัยต่างได้สะท้อนและตอกย้ำปัญหาได้อย่างชัดเจนในเรื่องการจัดการสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์อย่างรอบด้าน และเพียงพอ พระภิกษุสงฆ์เป็นผู้ที่เข้ามาบวชในพุทธศาสนาไม่สามารถที่จะประกอบกิจได้ดังฆราวาส เพราะเป็นการขัดต่อพุทธบัญญัติจึงต้องอาศัยปัจจัยสี่ อันได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรคที่เป็นเครื่องดำรงชีวิตจากประชาชน การที่พระภิกษุสงฆ์บางส่วนจะต้องแยกตัวออกเด็ดขาดจากชุมชนและปลีกตัวอยู่โดยลำพัง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างพระภิกษุสงฆ์กับสังคมโดยรอบ การอยู่แบบโดดเดี่ยวของพระภิกษุสงฆ์ย่อมเกิดความเสียหายหลายประการ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๕ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมีมาตรฐานทันต่อเหตุการณ์บนพื้นฐานแห่งดุลยภาพทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ในการตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศจำนวน ๙๐,๒๕๐ รูป โดยกรมการแพทย์ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๕๐ พบว่า มีภาวะเจ็บป่วยร้อยละ ๓๐.๕๗ โดยป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ ๔.๕ สูบบุหรี่ร้อยละ ๔๑.๓ ออกกำลังกายเฉลี่ยร้อยละ ๔๓.๑ สอดคล้องกับรายงานผลการดำเนินงานโครงการหน่วยแพทย์พระราชทานเคลื่อนที่สำหรับพระภิกษุ สามเณรในพระราชูปถัมภ์ฯเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ โดยมูลนิธิโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ จำนวน ๙๔,๙๒๘ รูป จาก ๗๗ จังหวัด ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่าพระภิกษุสงฆ์มีค่าน้ำตาลในเลือดสูง (ตรวจเลือด ๔,๗๔๘ ราย พบผิดปกติ ๘๓๖ ราย หรือ ร้อยละ ๑๗.๖) มีประวัติเป็นเบาหวานร้อยละ ๕.๒๓ ความดันโลหิตสูงร้อยละ ๔.๐๑ สูบบุหรี่ ร้อยละ ๔๐ (ข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มีพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศจำนวนทั้งสิ้น ๒๕๐,๔๓๗ รูป) และจากการศึกษาการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ พบว่าปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชนที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ เช่น แกงกะทิ อาหารที่มีไขมันสูง ขนมหวานต่างๆ เป็นต้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเกิน

^๑สมัชชาสุขภาพ ๕, “พระภิกษุสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ”, (ร่างมติ ๓ : ๒๕๕๕), หน้า ๑/๒.

กว่า ๒ ขวดต่อวันและดื่มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ ๖ แก้วฉันอาหารสุกๆ ดิบๆ และมีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ นอกจากนั้นยังพบว่ามีความเครียดถึงร้อยละ ๕๔ ตลอดจนจนเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เช่น ค่ารักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับการตรวจรักษาโรงพยาบาลสงฆ์ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นจำนวน ๕๖,๔๙๙,๑๙๘ บาท ซึ่งถ้าพระภิกษุสงฆ์ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและมีการดูแลสุขภาพระหว่างเจ็บป่วยที่ดีจะลดปัญหาเหล่านี้ลงได้มาก ในการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยยังพบว่าพระภิกษุสงฆ์จำนวนมากที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายยังไม่ได้รับการเยี่ยมและฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างจริงจัง ทำให้พระภิกษุสงฆ์ดำเนินชีวิตไปตามลำพังเป็นสาเหตุให้พระภิกษุสงฆ์ขาดการกินยาอย่างต่อเนื่อง ขาดการทำกายภาพบำบัด ขาดการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็น การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต แม้กระทั่งพระภิกษุสงฆ์ที่มีญาติพี่น้องอยู่ใกล้วัดก็ขาดการดูแลเช่นกัน สำหรับการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ด้วยตนเองพบว่ามีน้อยมาก ส่วนใหญ่มีเพียงถามทุกข์สุขเท่านั้นและมีค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์ไปโรงพยาบาลหรือไปรักษาที่คลินิก

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หมวด ๑ มาตรา ๕ กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพและตามมาตรา ๖ กำหนดให้บุคคลที่ประสงค์จะใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำของตน ซึ่งในคุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหมายถึงพระภิกษุสงฆ์ด้วย หากไม่ได้เป็นผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมหรือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และในสถานที่บริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง มีบริการการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นการให้การดูแลรักษายาบาล ณ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นการรักษาที่ต่อเนื่อง สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยเฉพาะผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการรวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้บริการด้านการรักษายาบาล การส่งเสริมป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ คำนึงถึงสังคมและวัฒนธรรมที่บ้านและชุมชนโดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ สร้างทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึ่งตนเองได้ ลดการเจ็บป่วยและพิการ สร้างคุณภาพชีวิตและอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ในชุมชนจะร่วมเยี่ยม ติดตาม และดูแลผู้ป่วยด้วย แต่พระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่ที่เป็นโรคเรื้อรังนอนป่วยในกุฏิโดยไม่ได้รับการดูแลผ่านระบบนี้ และไม่มีญาติ/อาสาสมัครมาช่วยดูแลและฟื้นฟูสภาพ

ซึ่งจากบทความข้างต้น ทำให้สามารถสรุปได้ว่า ปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีการออกมาตรการต่าง ๆ นำมาใช้ สำหรับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมมากขึ้น แต่ก็ยังปรากฏปัญหาเป็นประจำ และสามารถแบ่งเป็นประเด็นของปัญหาได้ดังนี้

๑. ปัญหาสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง ซึ่งขาดการดูแลทั้งทางด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงญาติ เป็นผลทำให้เป็นภาระที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนในปัจจุบัน

๒. ปัญหาการพัฒนาแนวทางการบริการด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดวัดส่งเสริมสุขภาพยังเป็นการแยกส่วนกันดำเนินการ ซึ่งส่งผลให้พระสงฆ์มีอาการเจ็บมากขึ้น

อำเภอบางปลาม้าเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดสุพรรณบุรี และไม่ไกลจากกรุงเทพมหานคร ตลอดจนมีเขตติดต่อกับจังหวัดอยุธยา และอีกหลายอำเภอในจังหวัดสุพรรณบุรี ถ้าดูจากบริบทที่ได้กล่าวมาดูเหมือนว่าอำเภอบางปลาม้าไม่หนีมีปัญหาก็เกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข เพราะเป็นอำเภอที่อยู่ไม่ไกลจากตัวจังหวัด และกรุงเทพมหานครเพียงประมาณ ๑๐๐ กิโลเมตร แต่ในทางตรงกันข้ามกับพบว่ามีปัญหาทางสาธารณสุข หรือการบริการสุขภาพอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอบางปลาม้า ซึ่งนับวันจะมีสูงขึ้นและการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความต้องการศึกษาแนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั้งทั้งสังคมประกอบกับพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในสังคม การลดการเจ็บป่วย ความพิการ และการตายจะทำให้เป็นการลดค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ ตามแนวทางการสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ โดยมีการดำเนินการในทุกระดับอย่างบูรณาการ และครบวงจร (บ้าน-วัด-โรงเรียน-สถานบริการสาธารณสุข-องค์กรปกครองท้องถิ่น: บวร สอ.) โดยพัฒนาระบบการเฝ้าระวังสุขภาพพระภิกษุสงฆ์โดยชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เสริมสร้างความเข้มแข็งของพระภิกษุสงฆ์ ชุมชน ให้มีศักยภาพในการสร้างสุขภาวะที่ดี มีการพัฒนาวัดและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมโรคที่อาจแพร่ระบาดได้อีกทั้งต้องมีกลไกและระบบเพื่อให้พระภิกษุสงฆ์เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ง่ายและสะดวกมีแนวทางนโยบายมารองรับ เพื่อให้การพัฒนาดำเนินไปในทิศทางเดียวกันและบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

๑.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย

๑.๒.๑ เพื่อศึกษาแนวคิดการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ

๑.๒.๒ เพื่อศึกษาระบบการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า

๑.๒.๓ เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

๑.๓ ปัญหาที่ต้องการทราบ

๑.๓.๑ แนวคิดการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพเป็นอย่างไร

๑.๓.๒ มีระบบการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้าเป็นอย่างไร

๑.๓.๓ แนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้าอะไรบ้าง

๑.๔ ขอบเขตการวิจัย

๑.๔.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

ผู้วิจัยมีการกำหนดขอบเขตการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า โดยอาศัยการศึกษาเชิงเอกสาร ทั้งเอกสารทางวิชาการ เอกสารเกี่ยวกับการสร้างเครือข่าย เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีระบบ (System Theory) แนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพ ระบบการบริการสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันหลักสุขภาพถ้วนหน้า การให้บริการ แนวคิดการพัฒนา โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ พระสงฆ์ในอำเภอบางปลาม้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

๑.๔.๒ ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการวิจัย ผู้วิจัยศึกษาจากโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน ๘ แห่ง ได้แก่

๑. โรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้า
๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมะขามล้ม
๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวังน้ำเย็น

๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดโบสถ์
๕. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดอนขาด
๖. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบางปลาม้า
๗. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดดาว
๘. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสาละ

๑.๔.๓ ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ถึง เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖ รวมเป็นระยะเวลา ๑๑ เดือน

๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

พระสงฆ์ หมายถึง พระสงฆ์ที่อยู่ในอำเภอบางปลาม้า
เครือข่าย หมายถึง กลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูล
ระหว่างกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน

ระบบ หมายถึง สิ่งประกอบขึ้นมาจากหน่วยย่อยหรือองค์ประกอบย่อย ที่จะต้องมีความสัมพันธ์และทำหน้าที่ร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

บริการ หมายถึง การปฏิบัติรับใช้และอำนวยความสะดวกต่างๆ โดยคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นหลัก

สุขภาพ หมายถึง สุขภาพกายเป็นหลัก ต่อมาจึงได้กล่าวถึงสุขภาพจิตร่วมไปด้วยเพราะเห็นว่าคนที่มีสุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรง

ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบทั้งหมดที่ซึ่งสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งหมดรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชีวิต

การพัฒนา หมายถึง ความเจริญก้าวหน้าโดยทั่ว ๆ ไป เช่น การพัฒนาชุมชนพัฒนาประเทศ คือการทำให้สิ่งเหล่านั้นให้ดีขึ้น เจริญขึ้น สนองความต้องการของประชาชนส่วนใหญ่ให้ได้ดียิ่งขึ้น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอบางปลาม้า

สาธารณสุข หมายถึง ศาสตร์และศิลปะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและจัดการสุขภาพทั้งปวงของชุมชน

เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนจากภาคประชาชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หมายถึง สถานีอนามัยประจำตำบลในอำเภอ
บางปلام้า

โรงพยาบาลอำเภอบางปلام้า หมายถึง โรงพยาบาลประจำอำเภอบางปلام้า

โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลประจำอำเภอ

๑.๖ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑.๖.๑ เอกสารที่เกี่ยวข้อง

๑) แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่าย

การสร้างเครือข่ายเป็นการเริ่มต้นของการสร้างเป้าหมายร่วมกันของภาคีสมาชิก ซึ่งแม้ว่าสมาชิกที่เกี่ยวข้องจะมีบทบาทหน้าที่ความถนัดต่างๆ กัน แต่เมื่อทุกคนได้เข้ามารับรู้ในเป้าหมายหรือปัญหาร่วมกัน สมาชิกแต่ละส่วนจะได้ปรับและแสดงบทบาทตามศักยภาพหรือความถนัดของตนเพื่อตอบสนองเป้าหมายของเครือข่ายได้ ดังนั้นเครือข่ายจึงเป็นรูปแบบการทำงาน ในลักษณะสร้างความร่วมมือประสานงานกันในแนวราบระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางที่ตรงกันกับแนวคิดของการพัฒนาในปัจจุบัน

๑.๑) ความหมายของเครือข่าย

นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้ว่า เครือข่าย หมายถึง การที่คนมาพบปะมาประชุมกัน และทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อกัน เพราะมีสิ่งยึดโยงใจระหว่างสมาชิกเข้าด้วยกัน คือ สัมพันธภาพของสมาชิกในเครือข่าย โดยบุคคลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างกันบนพื้นฐานของความเท่าเทียมในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านโอกาสในการสื่อสาร การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร และการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ร่วมกันทั้งยังได้ให้ความหมายอื่นๆ อีก เช่น

เครือข่าย หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการประสานงานของบุคคล กลุ่ม หรือองค์กรหลายๆ องค์กรที่ต่างก็มีทรัพยากรของตนเอง มีเป้าหมาย มีวิธีการทำงาน และมีกลุ่มเป้าหมายของตนเอง บุคคลหรือกลุ่มเหล่านี้ได้เข้ามาประสานงานกันอย่างมีระยะเวลายาวนานพอสมควร แม้อาจจะไม่มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอก็ตาม แต่ก็จะมีการวางรากฐานเอาไว้ (เปรียบเสมือนการมีสายโทรศัพท์ต่อเอาไว้) เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความต้องการที่จะขอความช่วยเหลือหรือขอความร่วมมือจากกลุ่มอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สามารถติดต่อไปได้ ในการเข้าร่วมเป็นองค์กรเครือข่าย แม้ว่าองค์กรเหล่านี้จะมีบางสิ่งบางอย่างร่วมกัน เช่น มีเป้าหมายการทำงานร่วมกัน มีผลประโยชน์ร่วมกัน องค์กรเหล่านี้ก็ยังคงความเป็นเอกเทศ เพราะการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายเป็นการเข้าร่วมเพียงบางส่วน ขององค์กรเท่านั้น^๒

^๒ นฤมล นิราทร, “การสร้างเครือข่ายการทำงาน : ข้อควรพิจารณาบางประการ”, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๓), หน้า ๒๑.

เครือข่าย หมายถึง การเชื่อมโยงของกลุ่มคนหรือองค์การ ที่สมัครใจจะแลกเปลี่ยนข่าวสารหรือกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดระเบียบโครงสร้างของคนในข่ายด้วยความเป็นอิสระเท่าเทียมกันภายใต้พื้นฐานของความเคารพสิทธิเชื่อถือเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน และมีการจัดระบบให้กลุ่มบุคคลหรือองค์การที่เป็นสมาชิกดำเนินกิจกรรม บางอย่างร่วมกัน เพื่อนำไปสู่จุดหมายที่เห็นพ้องต้องกัน

ซึ่งในการให้ความหมายของนักวิชาการแต่ละท่านอาจให้ความหมายที่แตกต่างออกไป เช่น เครือข่าย หมายถึง การที่ปัจเจกบุคคลองค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันใด ได้ตกลงที่จะประสานเชื่อมโยงเข้าหากัน ภายใต้วัตถุประสงค์หรือข้อตกลงอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การปฏิรูปการศึกษา โดยกลุ่มเครือข่ายนี้ต้องมีการแสดงออกเป็นการลงมือกระทำกิจกรรมร่วมกัน^๓ และยังได้กล่าวถึงเครือข่ายว่า การสร้างเครือข่าย (Networking) ก็คือ กิจกรรมในการก่อให้เกิดกลุ่มทั้งนี้ เพื่อวัตถุประสงค์การแลกเปลี่ยน การจัดกิจกรรม หรือการผลิตรายหว่างองค์กร สมาชิก การจะสร้างให้เกิดเครือข่ายนั้นจำเป็นต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันมาก่อนหน้าที่จะทำให้ความตกลงเป็นองค์กรเครือข่าย การสร้างเครือข่ายอาจปรากฏในรูปของการจัดตั้งเป็นเครือข่ายใหม่ เช่น การจัดตั้งเวทีสิทธิเด็ก หรือการขยายเครือข่ายที่มีอยู่เดิม เช่น การที่เวทีสิทธิเด็กองค์กรสมาชิกเพิ่มขึ้น^๔

ในการที่เครือข่ายทางสังคมมีการขยายตัวออกไป ทำให้เครือข่ายทางสังคมมีลักษณะคล้ายเครือข่ายในสมอง โดยโครงสร้างของสมองนั้นจะทำให้เกิดการเรียนรู้ในระดับที่สูงเพื่อการมีชีวิตรอด และโครงสร้างทางสังคมจะมีวิวัฒนาการไปเหมือนโครงสร้างทางสมองมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสังคม จากสังคมใช้อำนาจไปเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ และการที่จะเกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ได้ โครงสร้างทางสังคมต้องปรับเปลี่ยนจากโครงสร้างอำนาจในแนวดิ่ง ไปเป็นเครือข่ายสังคมที่มีการโยงใยความสัมพันธ์ในทุกทิศ และสรุปว่า เครือข่ายทางสังคม คือ สังคมแห่งกัลยาณมิตรหรือเครือข่ายสังคมแห่งการเรียนรู้ (learning social networks) โดยเครือข่ายสังคมจะต้องมีความสามารถปรับตัวให้อยู่ในดุลยภาพได้^๕

การที่เครือข่ายทางสังคมมีการขยายตัวออกไป ทำให้เครือข่ายทางสังคมมีลักษณะคล้ายเครือข่ายในสมอง โดยโครงสร้างของสมองนั้นจะทำให้เกิดการเรียนรู้ในระดับที่สูงเพื่อการมีชีวิตรอด

^๓เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, “การจัดการเครือข่าย : กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา”, (กรุงเทพมหานคร : บริษัทซัคเซสมีเดีย จำกัด, ๒๕๔๓), หน้า ๓๑.

^๔นฤมล นิราทร, “การสร้างเครือข่ายการทำงาน : ข้อควรพิจารณาบางประการ”, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๓), หน้า ๒๓.

^๕ประเวศ วะสี, “ชุมชนเข้มแข็ง ทูทางสังคม”, หนังสือชุดชุมชนเข้มแข็งลำดับที่ ๑, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม และธนาคารอมสิน, ๒๕๔๑), หน้า ๔๔.

และโครงสร้างทางสังคมจะมีวิวัฒนาการไปเหมือนโครงสร้างทางสมองมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสังคม จากสังคมใช้อำนาจไปเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ และการที่จะเกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ได้ โครงสร้างทางสังคมต้องปรับเปลี่ยนจากโครงสร้างอำนาจในแนวดิ่ง ไปเป็นเครือข่ายสังคมที่มีการโยงใยความสัมพันธ์ในทุกทิศ และสรุปว่า เครือข่ายทางสังคม คือ สังคมแห่งกัลยาณมิตรหรือเครือข่ายสังคมแห่งการเรียนรู้ (learning social networks) โดยเครือข่ายสังคมจะต้องมีความสามารถปรับตัวให้อยู่ในดุลยภาพได้^๖ ซึ่งสามารถกล่าวได้ว่า เครือข่าย (Network) ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงเป็นข่าย ซึ่งมีความหมายในหลายมิติ โดยอาจหมายถึงทั้งการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และอาจหมายถึงโครงข่ายของระบบสาธารณูปโภค สาธารณูปการ เช่น ระบบน้ำประปา ไฟฟ้า โทรศัพท์ Internet หรือระบบเทคโนโลยี โทรคมนาคมที่เป็นโครงสร้างทางกายภาพ ซึ่งมีการโยงใยเป็นโครงข่ายที่ต่อเนื่อง โดยเป็นทั้งโครงข่ายที่มีการกำหนดแบบแผนและมีได้กำหนดแบบแผนแห่งความสัมพันธ์เอาไว้รวมทั้งมีขนาดและรูปแบบความสัมพันธ์ / การเชื่อมโยงที่แตกต่างและหลากหลาย^๗

เครือข่ายทางสังคม (Social Network) หมายถึง ความสัมพันธ์ในสังคมมนุษย์ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ปัจเจกบุคคลกับกลุ่ม กลุ่มกับกลุ่มและกลุ่มกับเครือข่าย โดยเป็นการอธิบายถึงพฤติกรรมและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ เช่น กิจกรรม การสื่อสาร ความร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฯลฯ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีโครงสร้างและรูปแบบที่หลากหลาย โดยเครือข่ายทางสังคมของมนุษย์นั้น มีการเกิดขึ้นตั้งอยู่และแปรเปลี่ยนไป เช่นเดียวกับสรรพสิ่ง ซึ่งเราสามารถมองเห็นได้ทั้งในมิติแห่งความสัมพันธ์ที่ปัจเจกบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายและเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับแบบแผนหรือเส้นทางของปัจเจกบุคคลและกลุ่มคน โดยเป็นกระบวนการที่มีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรม การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและความสัมพันธ์อันใกล้ชิด^๘

จากฐานคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่า “เครือข่าย” และ “เครือข่ายทางสังคม” ได้ถูกนำมาอธิบายเปรียบเทียบกับแนวคิดทฤษฎีและกระบวนการต่าง ๆ ทั้งในด้านวิทยาศาสตร์ กระบวนทัศน์ใหม่ ระบบความสัมพันธ์ทางสังคมและกลยุทธ์ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยยึดหลักการพื้นฐานของเครือข่ายที่เป็นธรรมชาติอย่างยิ่งเป็นข่ายใยแห่งความสัมพันธ์และเป็นกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งมีความสำคัญต่อความเป็นองค์กรที่จัดการตนเอง เพื่อให้เกิดความสิ้นเปลืองของกระบวนการทางสังคมและความเป็นไปของชีวิตและสรรพสิ่ง

^๖ นฤมล นิราทร, “การสร้างเครือข่ายการทำงาน : ข้อควรพิจารณาบางประการ”, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๓), หน้า ๒๔.

^๗ พระสุทธิชัย อาภากร, “เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ”, (กรุงเทพมหานคร : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข, ๒๕๔๘), หน้า ๘๔.

^๘ เรื่องเดียวกัน, หน้า ๙.

ฐานคิด ๓ ประการ คือ ๑) เครือข่ายคือ ธรรมชาติที่แท้จริงของสรรพสิ่ง ๒) เครือข่ายเป็นความสัมพันธ์เชิงกระบวนการระบบและ ๓) เครือข่าย คือ โครงสร้างที่ออกแบบและโครงสร้างตามธรรมชาตินั้นเป็นการอธิบายถึง เครือข่ายในฐานะของข่ายใยชีวิต และความเป็นเครือข่าย ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และการปฏิสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ โดยเป็นการอธิบายถึงความสัมพันธ์ที่โยงใยของสรรพสิ่งแล้วสร้างภาระหน้าที่เชิงปฏิสัมพันธ์ต่อกันจนกลายเป็นความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนเสมือนตาข่ายที่โยงใยและซับซ้อนและเหมือนห่วงโซ่ของสิ่งต่าง ๆ ที่มีการสานต่อกันอย่างแนบแน่น แต่มีความยืดหยุ่นและมีความเป็นอิสระในตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่มีความเคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ในขณะที่ฐานคิดของเครือข่ายอีก ๒ ประการ คือ ๑) เครือข่าย คือ ระบบความสัมพันธ์ในสังคมมนุษย์ที่ว่าด้วย ความสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ ๒) เครือข่าย คือ การขยายผลและการเติบโตอย่างมีพลังนั้นเป็นการอธิบายถึงเครือข่ายทางสังคม ที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงในสังคมมนุษย์ที่กล่าวถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ทั้งในด้านความสัมพันธ์ที่มนุษย์มีต่อกันในเชิงวัฒนธรรม ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่มีทั้งในด้านการพึ่งพา การขัดแย้ง และการครอบงำสิทธิและประโยชน์ แล้วพัฒนาระบบความสัมพันธ์นั้นด้วยกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งแนวคิดทั้ง ๒ ประการนั้น มีความสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจถึงความ เป็นเครือข่าย โดยเฉพาะการนำฐานคิดข่ายใยชีวิตมาอธิบายเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้องกันในมิติของความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกัน

นักวิชาการยังได้กล่าวถึง ฐานคิดของเครือข่ายโดยนัยแห่งความสัมพันธ์ทางสังคมของมนุษย์มากกว่าในมิติของความสัมพันธ์ทางธรรมชาติ แต่ก็ยอมรับในแนวคิดของเครือข่ายในลักษณะของข่ายใยชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับธรรมชาติ ตามแนวคิดของวิทยาศาสตร์ กระบวนทัศน์ใหม่ โดยมองว่าเครือข่ายเป็นแนวคิดเครือข่ายเป็นแนวคิดที่เติบโตมาจากมุมมองด้านชีววิทยาที่เกี่ยวข้องกับหลักธรรมชาติของสรรพสิ่งที่มีจุดเริ่มต้นเติบโตหยุดพักและขยายขยาย โดยขึ้นอยู่กับจังหวะ เวลา และสถานการณ์ แวดล้อม และมองว่าเครือข่ายเป็นสัมพันธ์ภาพของสมาชิกที่จะนำพาไปสู่การบรรลุเป้าหมาย ที่มุ่งเน้นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่าง“ข่าย”ต่างๆ โดย“ข่าย”จะเป็นเครือข่ายไม่ได้ถ้าหากปราศจาก“งาน”ดังนั้น ข่ายจะเป็นเครือข่ายได้นั้น“ข่าย”หรือ“Net” ก็ต้อง“ทำงาน”หรือ Work”ร่วมกันเป็น“Network”โดยเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับบนความแตกต่างหลากหลายของสมาชิก ซึ่งเห็นคุณค่าและประโยชน์ในความเป็นเครือข่าย โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างยิ่งกับช่องทางการติดต่อสื่อสารที่จะก่อให้เกิดการรับรู้และการสร้างความสัมพันธ์ที่ยั่งยืน^๙

^๙พระสุทิพย์ อาภากรโร, “เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ”, (กรุงเทพมหานคร : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข,๒๕๔๘), หน้า ๒๖.

ผู้วิจัยสามารถสรุปความหมายได้ว่า “เครือข่าย” หมายถึง การเชื่อมโยงกันของหน่วยย่อยเล็กๆ หลายหน่วย มีทั้งที่เป็นรูปแบบ และไม่เป็นรูปแบบ มีระเบียบ และไม่มีรูปแบบ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงได้ทั้งในแนวดิ่ง หรือแนวนอน ในส่วนขนาดของเครือข่ายจะใหญ่หรือเล็กขึ้นอยู่กับ การเชื่อมโยงของหน่วยย่อยเล็กๆ ว่าจะมีจำนวนมากหรือน้อย

๑.๒) องค์ประกอบและเป้าหมายของเครือข่าย

องค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่าย มีองค์ประกอบที่สำคัญ ๗ ประการ คือ^{๑๐}

(๑) การรับรู้มุมมองร่วมกัน (common perception) หมายถึง การที่สมาชิกที่เข้ามาอยู่ในเครือข่าย ต้องมีความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ร่วมกันถึงเหตุการณ์เข้าร่วมเป็นเครือข่าย อาทิ มีความเข้าใจในปัญหา มีสำนึกในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และมีความต้องการความช่วยเหลือในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกเครือข่ายเกิดความรู้สึกผูกพันในการดำเนินกิจกรรมบางอย่างเพื่อแก้ปัญหาความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น

(๒) การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (common vision) หมายถึง การมองเห็นจุดมุ่งหมายในอนาคตร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การรับรู้เข้าใจถึงทิศทางเดียวกัน และมีเป้าหมายที่จะดำเนินไปด้วยกัน จะช่วยให้กระบวนการเคลื่อนไหวของเครือข่ายมีพลัง เกิดเอกภาพ และช่วยบรรเทาความขัดแย้งอันเกิดจากมุมมองที่แตกต่างกัน

(๓) การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (mutual interests/benefit) หมายถึง การที่สมาชิกแต่ละคนมาร่วมกัน เพื่อประสานผลประโยชน์และความต้องการซึ่งผลประโยชน์ และความต่อนั้นจะไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้หากสมาชิกต่างคนต่างอยู่ ดังนั้น จึงมีการรวมตัวกันบนผลประโยชน์ร่วมที่มากเพียงพอจะดึงดูดให้รวมเป็นเครือข่าย

(๔) การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง (all stakeholder participation) การมีส่วนร่วมของสมาชิกมีความสำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมความคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมลงมือกระทำอย่างแข็งขัน ดังนั้น สมาชิกในเครือข่ายจึงควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ในลักษณะของความเท่าเทียมกันและในฐานะหุ้นส่วนของเครือข่าย และควรสานต่อความสัมพันธ์ในแนวราบ

(๕) กระบวนการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (complementary relationship) หมายถึง การที่สมาชิกในเครือข่ายต่างก็ต้องเสริมสร้างกระบวนการทำงานของกันและกัน โดยที่ใช้จุดแข็งของฝ่ายหนึ่งไปช่วยเหลืออีกฝ่ายหนึ่งที่มีจุดอ่อน ซึ่งจะทำให้เกิดการประสานผลประโยชน์ร่วมกัน การเสริมสร้างต่อกันนั้นเกิดขึ้นจากการรวมตัวเป็นเครือข่าย ซึ่งมีผลดีมากกว่าการไม่รวมเป็นเครือข่าย

^{๑๐}เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, “การจัดการเครือข่าย : กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา”, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท ชัคเชสมิเดีย จำกัด, ๒๕๔๓), หน้า ๓๒.

(๖) การพึ่งพิงร่วมกัน (interdependence) คือ การเติมเต็มในส่วนที่ขาดของแต่ละฝ่ายเนื่องจากทุกฝ่ายต่างก็มีข้อจำกัดในกระบวนการทำงาน มีความรู้ประสบการณ์ที่แตกต่าง ดังนั้น จึงมีการพึ่งพาอาศัยระหว่างสมาชิกในเครือข่าย

(๗) การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (interaction) หมายถึง การที่สมาชิกในเครือข่ายมีการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และผลการปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนระหว่างกันนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเครือข่าย

การสร้างเครือข่ายมีเป้าหมาย^{๑๑} ดังนี้

(๑) เพื่อขยายวงความสัมพันธ์ให้กว้างขวางขึ้น นำไปสู่การขยายกิจกรรม ขยายความช่วยเหลือเกื้อกูลที่ต่อกัน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของแต่ละองค์กรให้แสดงบทบาททั้ง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” อย่างเหมาะสม

(๒) เพื่อสร้างกระบวนการการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันผ่านทางการติดต่อกันโดยตรงระหว่างบุคคลหรือกลุ่มต่างๆ ที่เข้าร่วมในเครือข่าย

(๓) เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ทางวัตถุแก่กัน และยังเป็นการแบ่งปันทรัพยากรให้แก่ผู้ด้อยโอกาสกว่า

(๔) เพื่อประโยชน์ในการรวบรวม และเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลระหว่างองค์กร

(๕) เพื่อเป็นแหล่งสำหรับการทำงานสนับสนุนต่างๆ เปิดช่องให้สมาชิกสามารถเข้าถึงเรื่องนั้นๆ ได้ในทุกแง่มุม เพื่อจะเอาไปปฏิบัติเป็นกิจกรรมต่างๆ ของตนเองและยังทำให้เกิดการรวมหมู่ที่มีพลังอิทธิพลมากกว่าองค์เดียวอย่างมากมาย

(๖) เป็นเวทีสำหรับการปฏิบัติงานรวมในพื้นที่

(๗) เพื่อนำไปสู่การสร้างแหล่งสะสมทุนเพื่อการพึ่งตนเองในด้านต่างๆ ใน

อนาคต

(๘) เพื่อเป็นการร่วมตัวกันนำประเด็นปัญหาร้องเรียนสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือนำไปสู่การเสนอ หรือผลักดันนโยบายที่เหมาะสมมากกว่าเดิม

เครือข่ายมีข้อได้เปรียบองค์กรประเภทอื่นๆ อยู่หลายประการ แต่ในขณะเดียวกัน เครือข่ายก็มีข้อเสียอยู่ด้วยเหมือนกัน^{๑๒} กล่าวคือ

ข้อได้เปรียบ

(๑) เครือข่ายเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลไปมาระหว่างแหล่งข้อมูลต่างๆ

^{๑๑} นฤมล นิราทร, “การสร้างเครือข่ายการทำงาน : ข้อควรพิจารณาบางประการ”, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๓), หน้า ๒๕.

^{๑๒} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๗.

(๒) เครือข่ายเป็นแหล่งสำหรับการทำงานสนับสนุนต่างๆ และเปิดช่องให้สมาชิกสามารถเข้าถึงเรื่องที่กำลังสนใจได้อย่างทุกแห่งทุกมุม อันนำไปสู่การสร้างกิจกรรมของเครือข่ายเอง

(๓) เครือข่ายเปิดโอกาสให้สมาชิกสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ อย่างสร้างสรรค์ ทำให้เกิดการสะสมความรู้ในประเด็นที่กำลังสนใจและประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๔) เครือข่ายเป็นแหล่งสร้างกระบวนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยผ่านการติดต่อโดยตรงระหว่างบุคคลหรือองค์กรต่างๆ ที่เข้าร่วมเป็นเครือข่าย

(๕) เครือข่ายเป็นเวทีสำหรับการปฏิบัติงานร่วมกัน และเป็นที่ระดมสรรพกำลังเพื่อปฏิบัติกิจกรรมของเครือข่ายให้ลุล่วง

(๖) การสร้างเครือข่ายการทำงานเป็นกลยุทธ์ที่เสริมสร้างจุดแข็ง (core Competencies) ขององค์กร ด้วยการเข้าร่วมทำงานกับองค์กรที่ส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตามควรระลึกไว้ว่า ข้อได้เปรียบของเครือข่ายจะเป็นข้อได้เปรียบที่เป็นประโยชน์ก็ต่อเมื่อการบริหารจัดการเครือข่ายเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพ ผลเสียของการมีเครือข่าย

(๑) เครือข่ายอาจก่อให้เกิดความแตกแยกได้ เนื่องจากส่วนที่ไม่ได้เข้าร่วมเกิดความไม่พอใจ แม้ในเครือข่ายเองก็อาจแตกแยกได้ หากเกิดความไม่ไว้วางใจกัน

(๒) การที่เครือข่ายเป็นที่รวมของสมาชิกที่มีความคิดเห็นไปทางเดียวกัน อาจทำให้ไม่สามารถปรับหรือยอมรับความคิดเห็นภายนอกที่อาจแตกต่างออกไปได้

(๓) แม้ความเท่าเทียมกันเป็นหลักสำคัญในการทำงานแบบเครือข่าย แต่ก็เป็นไปได้ที่อาจเกิดการครอบงำทางความคิด ทำให้เครือข่ายตกอยู่ใต้อิทธิพลหรือถูกดึงเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของอิทธิพลภายนอกได้โดยง่าย

(๔) การทำงานของเครือข่ายมิใช่เป็นไปโดยปราศจากต้นทุน ต้นทุนที่จะเห็นได้ชัดเจน คือ ต้นทุนในด้านทรัพยากรที่ต้องใช้ในการประสานงาน ต้นทุนของการประนีประนอมในบางเรื่องเพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพหรือให้งานของเครือข่ายบรรลุผล เช่น บางองค์กรอาจจะต้องยอมลดบทบาทการทำงานของตนเองลง เพื่อให้องค์กรอื่นมีส่วนร่วมด้วย ต้นทุนในด้านไม่ยืดหยุ่นแทนที่จะสามารถตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างรวดเร็วทันใจ เครือข่ายต้องเคลื่อนไปพร้อมกัน เป็นต้น

๑.๓) ประเภทและรูปแบบของเครือข่าย

มีการแบ่งประเภทรูปแบบและลักษณะความสัมพันธ์ของเครือข่ายก็เพื่อสร้างความเข้าใจและมองเห็นภาพความเคลื่อนไหวของกลุ่มองค์กรเครือข่ายต่าง ๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นจากพัฒนาการของความเป็นเครือข่ายในสังคมไทยจะเห็นได้ว่ามีกระบวนการเกิดขึ้นของเครือข่ายในภาคส่วนต่าง ๆ อย่างมากมายทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) และภาคประชาชน รวมทั้งในด้านแนวคิด กิจกรรม ก็มีกระบวนการแบ่งประเภทและรูปแบบของเครือข่ายออกเป็นนัยต่างๆ ดังนั้น

ประเภทและรูปแบบของเครือข่ายจึงมีความแตกต่างกันไปตามนิยาม และกิจกรรมที่แต่ละกลุ่ม หรือผู้ที่ใช้กิจกรรมเครือข่ายกำหนดขึ้น โดยในที่นี้จะกล่าวถึงเกณฑ์บางประการและรูปแบบของเครือข่าย เพื่อให้เหมาะสมกับการประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างการเรียนรู้ของทุกฝ่าย ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ ประเภท ด้วยกัน^{๑๓} ดังนี้

๑. เครือข่ายเชิงพื้นที่ (Area) หมายถึง การรวมตัวของกลุ่มองค์กรเครือข่ายที่อาศัยพื้นที่รูปธรรมหรือพื้นที่ดำเนินการเป็นปัจจัยหลักในการทำงานร่วมกันเป็นกระบวนการพัฒนาที่อาศัยกิจกรรมที่เกิดขึ้นในพื้นที่เป็นเป้าหมายนำทาง และเป็นการพัฒนาแบบบูรณาการที่ไม่แยกส่วนต่างๆ ออกจากกัน โดยยึดเอาพื้นที่เป็นที่ตั้งแห่งความสำเร็จในการทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย ลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายเชิงพื้นที่นั้น สามารถจัดลักษณะโครงสร้างความสัมพันธ์ได้หลายระดับตามพื้นที่และกิจกรรมที่เกิดขึ้น เช่น เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ระดับจังหวัด ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และเครือข่ายองค์กรระหว่างประเทศ อาทิเช่น

๑.๑ การแบ่งเครือข่ายตามระบบการปกครองของภาครัฐ เช่น

- เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล และเครือข่ายระดับอำเภอ เช่น เครือข่ายประชาคม อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก
- เครือข่ายระดับจังหวัด เช่น เครือข่ายประชาคมจังหวัดน่าน
- เครือข่ายระดับภูมิภาค เช่น เครือข่ายป่าชุมชนภาคเหนือ
- เครือข่ายระดับประเทศ เช่น เครือข่ายสมาพันธ์เกษตรแห่งประเทศไทย
- เครือข่ายองค์กรระหว่างประเทศ เช่น เครือข่ายการพัฒนาของ UNDP

๑.๒ การแบ่งพื้นที่ตามความสำคัญของทรัพยากรธรรมชาติ เช่น

- เครือข่ายลุ่มน้ำแม่ปิง
- เครือข่ายอ่าวปัตตานี

กิจกรรมและความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงพื้นที่นั้น จะอาศัยพื้นที่ทางกายภาพเป็นฐานกำหนดกิจกรรมและประเด็นปัญหา กล่าวคือ จะมีการเชื่อมโยงกลุ่ม องค์กร และเครือข่ายย่อยในพื้นที่ให้เข้ามาร่วมปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในพื้นที่ร่วมกัน โดยใช้กระบวนการที่หลากหลาย ทั้งในรูปแบบของคณะกรรมการร่วม การบูรณาการจัดการเชิงพื้นที่และการใช้ประเด็นกิจกรรมเป็นภารกิจในการทำงานร่วมกัน กิจกรรมที่เกิดขึ้นของเครือข่ายดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์ทั้งทางด้านวัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ และการใช้ทรัพยากรที่มาจากพื้นที่เป็นสำคัญ

ส่วนโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงพื้นที่ จะมีลักษณะกระบวนการทำงานทั้งในแนวดิ่งและแนวนอน โดยมีการร่วมศูนย์กิจกรรมเข้าสู่ส่วนกลางระดับพื้นที่ขนาดใหญ่ และมีศูนย์

^{๑๓} พระสุทิตย์ อาภากร, “เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ”, (กรุงเทพมหานคร : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข, ๒๕๔๘), หน้า ๒๔.

ประสานย่อยในพื้นที่ขนาดเล็ก เพื่อให้เกิดกิจกรรม การสื่อสาร และความเคลื่อนไหว มีแกนนำ ผู้ประสานงาน และคณะทำงานในเครือข่ายมาร่วมผลักดันกิจกรรมให้กลุ่มองค์กรและเครือข่ายย่อยอื่นๆ ทำงานตามหน้าที่ ทำงานตามหน้าที่และภารกิจ ในขณะที่ความสัมพันธ์ในแนวราบจะมีการประสานเครือข่ายตามประเด็นที่มีอยู่ในพื้นที่แล้วมากำหนดกิจกรรมร่วมกัน

๒) เครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรม (Issue Network) ได้แก่ เครือข่ายที่ใช้ประเด็นกิจกรรม หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยหลักในการรวมกลุ่มองค์กร โดยมองข้ามมิติในเชิงพื้นที่ มุ่งเน้นการจัดการในประเด็นกิจกรรมนั้น ๆ อย่างจริงจัง และพัฒนาให้เกิดความร่วมมือกับภาคีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรมนั้นสามารถแบ่งลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายได้อย่างมากมาย ตามประเด็นกิจกรรมและความสนใจที่เกิดขึ้นของฝ่ายต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน โดยไม่ได้ยึดติดกับพื้นที่ดำเนินการ แต่ใช้หลักของกิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นตัวกำหนดความเป็นเครือข่าย เช่น เครือข่ายป่าชุมชน เครือข่ายภูมิปัญญาชาวบ้าน เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายสิ่งแวดล้อม เครือข่ายสิทธิมนุษยชน เครือข่ายสุขภาพ เป็นต้น

เครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรมนั้น ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากประเด็นปัญหาและความสนใจของผู้ที่ทำงานในกิจกรรมนั้นๆ แล้วหาแนวร่วมและพัฒนาเครือข่ายขึ้นมา ดังนั้น กิจกรรมความสัมพันธ์ของเครือข่ายจึงเกิดขึ้นจากการร่วมตัวกันของหลายๆ ฝ่ายที่ต้องการจะแก้ไขประเด็นปัญหาเหล่านั้น และใช้ความเป็นเครือข่านั้นเป็นเครื่องมือในการพัฒนากิจกรรม โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย ในการสร้างโอกาสและการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์แบบพหุภาคี ซึ่งมีข้อสังเกตว่า เครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรมนี้จะมีการตั้งชื่อของเครือข่ายที่สื่อความหมายของการการทำงานประเด็นนั้น

กิจกรรมการทำงานของเครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรมนั้น ส่วนใหญ่จะมีลักษณะการทำงานในแนวราบ เพราะเกิดจากความสนใจในประเด็นปัญหาเดียวกันของปัจเจกบุคคล กลุ่มองค์กร และเครือข่ายที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาที่เกิดขึ้น ในขณะที่โครงสร้างความสัมพันธ์มีทั้งแนวดิ่งและแนวราบ โดยจะมีองค์กรแม่ข่ายหรือหน่วยงานหลักที่ทำงานในด้านนั้นๆ เป็นผู้ให้การสนับสนุนการทำงาน of เครือข่ายย่อยในระดับพื้นที่ ซึ่งแต่ละเครือข่ายที่อยู่ในพื้นที่ต่างก็มีความเป็นอิสระในการดำเนินการกับประเด็นนั้นๆ ภายใต้ศักยภาพของตนเอง ดังนั้น กิจกรรมและความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะของการมีส่วนร่วมและการพึ่งพิงอาศัย เช่น เครือข่ายสิ่งแวดล้อมในระดับประเทศเข้าไปมีส่วนและสนับสนุนกิจกรรมการทำงานเครือข่ายประเด็นอื่นๆ

๓) เครือข่ายแบ่งตามโครงสร้างหน้าที่ ได้แก่ เครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยอาศัยภารกิจ/กิจกรรมและการก่อตัวของกลุ่มผลประโยชน์ในสังคมเป็นแนวทางในการแบ่งเครือข่าย ซึ่งอาจแบ่งเป็นเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคธุรกิจเอกชน และภาคองค์กรพัฒนาเอกชน โดยเครือข่ายต่างๆ ดังกล่าว มุ่งเน้นการดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดหลักการ วัตถุประสงค์และเป้าหมายของ

หน่วยงานหรือโครงสร้างหลักของกลุ่มผลประโยชน์นั้น ๆ ลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายประเภทนี้ มีการก่อตัวตามภารกิจของกลุ่มผลประโยชน์ โดยกลุ่มผลประโยชน์อาจให้การสนับสนุนในการจัดตั้งเครือข่ายหรือเข้าไปเสริมสร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และมีกระบวนการพัฒนาที่สอดคล้องกับภารกิจ กิจกรรม และเป้าหมายหลักของกลุ่ม/หน่วยงานนั้นๆ ถ้าแต่ละฝ่ายเห็นความสำคัญในการร่วมพลังเพื่อการการแก้ปัญหาในภาพรวม สำหรับสังคมไทยนั้นอาจแบ่งกลุ่มผลประโยชน์ได้ ๔ ภาคส่วนใหญ่ อันได้แก่

(๑). เครือข่ายภาครัฐ เช่นเครือข่ายสถาบันการศึกษา เครือข่ายการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทยและเครือข่ายองค์กรอิสระของภาครัฐ เช่น สถาบันพระปกเกล้า สถาบันที่ปรึกษาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ เป็นต้น

(๒). เครือข่ายภาคธุรกิจเอกชน เช่น เครือข่ายสภาหอการค้า สมาอุตสาหกรรมสมาคมผู้ส่งออก เครือข่ายSME เป็นต้น

(๓). เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน เช่นเครือข่ายเพื่อนตะวันออก เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนภาคเหนือ เครือข่ายด้านแรงงานสวัสดิการสังคม เป็นต้น

(๔). เครือข่ายภาคประชาชน เช่น เครือข่ายปราชญ์อีสาน เครือข่ายประมงพื้นบ้าน เครือข่ายสมัชชาคนจน เป็นต้น

กิจกรรมและความสัมพันธ์ของเครือข่ายแย่งตามโครงสร้างหน้าที่ อาจมีกิจกรรมและความสัมพันธ์ที่สับสนกันอยู่ ซึ่งอาจมองได้หลายมิติ โดยกิจกรรมที่เกิดขึ้นของเครือข่ายดังกล่าวนี้ ส่วนใหญ่เป็นความพยายามของฝ่ายต่างๆ ที่ต้องการสร้างจุดยืนสร้างพื้นที่ทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยแต่ละกลุ่มผลประโยชน์ต่างก็พัฒนากิจกรรมในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายในภาคส่วนของตนเอง ดังนั้น กิจกรรมที่เกิดขึ้นของแต่ละเครือข่ายประเภทนี้ จึงมีความหลากหลายตามภารกิจของภาคส่วนนั้นๆ

ส่วนความสัมพันธ์ของเครือข่ายประเภทนี้ มีความหลากหลายเช่นกัน โดยเครือข่ายภาครัฐ ส่วนใหญ่จะมีโครงสร้างสัมพันธ์กับเครือข่ายอื่นๆ ในแนวดิ่ง มีกระบวนการส่งเสริมให้เกิดการจัดตั้งกับเครือข่ายภาคประชาชนหรือภาคส่วนอื่นๆที่เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ซึ่งอาจมีการครอบงำในเรื่องของทุน ทรัพยากร และการบริหารจัดการ ส่วนเครือข่ายของภาคประชาชนจะมีลักษณะความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงภายใต้ระบบความเชื่อและวัฒนธรรมชุมชน มีลักษณะความสัมพันธ์ในแนวนราบที่เกิดจากการเรียนรู้ร่วมกัน และการพึ่งพาอาศัย ในขณะที่เครือข่ายภาคธุรกิจจะมีการทำงานในลักษณะของการประสานผลประโยชน์ต่างตอบแทน ส่วนเครือข่ายองค์กรเอกชน จะมีรูปแบบความสัมพันธ์ในลักษณะของการประสานงานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายอื่นๆ

เครือข่ายสามารถพิจารณาได้จากลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกและแกนกลาง
ประสานเครือข่ายมีรูปแบบ^{๑๔} คือ

- (๑) การจำแนกตามพื้นที่ที่ดำเนินงาน เช่น เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล
จังหวัด ภาค และระดับประเทศ
- (๒) การจำแนกตามประเภทกิจกรรมหรือประเด็นปัญหา เช่น เครือข่ายที่ทำงานด้านเด็ก สตรี สาธารณสุข เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ยาเสพติด เป็นต้น
- (๓) จำแนกตามอาชีพหรือสถานภาพทางสังคม เช่น ข้าราชการ เครือข่ายกลุ่ม
พระสงฆ์ เครือข่ายครูพิทักษ์สิทธิเด็ก เป็นต้น
- (๔) จำแนกตามรูปแบบโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ จำแนกโดยใช้เกณฑ์นี้ทำให้เกิดเครือข่าย ๒ ลักษณะ คือ เครือข่ายแนวดิ่ง และเครือข่ายแนวนอน เครือข่ายแนวดิ่ง หมายถึง
เครือข่ายที่โครงสร้างมีลักษณะเป็นช่วงชั้นความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภายในเครือข่ายไม่เท่ากัน มี
องค์กรที่มีสถานภาพสูงกว่าและอยู่ในฐานะผู้ให้ความช่วยเหลือแก่องค์กรที่เป็นลูกข่าย เครือข่าย
แนวดิ่งจะพบมากในองค์กรภาครัฐกิจ ส่วนเครือข่ายแนวนอน หมายถึง เครือข่ายที่โครงสร้างมี
ลักษณะเป็นช่วงชั้นความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภายในเครือข่ายมีความเท่าเทียมกัน ลักษณะการ
แลกเปลี่ยนเป็นไปโดยช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การติดต่อเครือข่ายเป็นการติดต่อระหว่างบุคคลหรือ
องค์กร หรืออาจจะมียุทธศาสตร์ที่หาหน้าที่ประสานงานระหว่างเครือข่าย

การสร้างเครือข่ายให้บุคคลมาสัมพันธ์กันในเรื่องเกี่ยวกับชุมชน ความสัมพันธ์แบบ
วิสาสะ มีผลทำให้ผู้ที่เข้ามาติดต่อสัมพันธ์กันได้สร้างนิสัยของความร่วมมือกัน สามารถผนึกกำลังทำ
กิจกรรมต่างๆ ได้ ก่อให้เกิดจิตสำนึกในหมู่สมาชิก อยู่บนพื้นฐานของการพึ่งพาอาศัยกันอย่างเท่า
เทียม ทำให้คนสามารถพัฒนาทักษะที่จะร่วมมือกับผู้อื่น สร้างความรับผิดชอบร่วมกันในเรื่องต่างๆ ที่
ต้องทำร่วมกันเป็นหมู่คณะ

กระบวนการทำงานของเครือข่ายต่าง ๆ มีลักษณะร่วมกัน ๔ ประเด็น คือ ๑)
กระบวนการทำงานที่เชื่อมประสานจากจุดเล็กและขยายไปสู่หน่วยใหญ่ ๒) การรักษาสัมพันธภาพที่
สร้างความรู้ ความหมายและโลกทัศน์ร่วมกัน ๓) การเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้และการปรับตัว
๔) การพัฒนากิจกรรมและความเคลื่อนไหวเพื่อสร้างขบวนการทางนวัตกรรม และนวัตกรรมในการ
พัฒนาผลสัมฤทธิ์ของการสร้างเครือข่ายได้แก่ ๑) เกิดกระบวนการเรียนรู้ ๒) การเพิ่มโอกาสในการ
แก้ไขปัญหา ๓) เกิดการพึ่งพาตนเอง ๔) เกิดการจัดการทรัพยากรในท้องถิ่น ๕) เกิดกระบวนการ
ผลักดันเชิงนโยบาย

^{๑๔}ประพจน์ ช่วงภูศรี , (อ้างใน รุ่งโรจน์ เพชรบุณนิ), "เครือข่ายภาคประชาชนในการป้องกัน
และแก้ไขปัญหาการทุจริตคอร์รัปชัน : กรณีศึกษาเครือข่ายประชาชนต้านคอร์รัปชัน (คปต.)", (กรุงเทพมหานคร
: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๖), หน้า ๕๖.

วงจรชีวิตของเครือข่าย แบ่งออกเป็น ๔ ขั้นตอนใหญ่ ๆ คือ ๑) ขึ้นตระหนักและการก่อตัวของเครือข่าย ๒) ขั้นการสร้างพันธมิตร และการบริหารเครือข่าย ๓) ขั้นการพัฒนาความสัมพันธ์ และการใช้ประโยชน์ ๔) ขั้นการรักษาความสัมพันธ์และการต่อเนื่อง

๑.๔ การจัดการเครือข่าย

การจัดการเครือข่ายนั้น มีอยู่หลายประเด็นด้วยกัน ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้สรุปไว้ว่า การจัดการเครือข่ายดังนี้ ประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการจัดการเครือข่าย มี ๖ ประการ คือ ๑) จุดหมายร่วมกัน ๒) บุคคล ๓) การเชื่อมโยง ๔) การสร้างความรู้สึกร่วม ๕) การพัฒนาระบบที่โปร่งใสตรวจสอบได้ ๖) การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร^{๑๕}

นักวิชาการบางท่านกล่าวถึง แนวคิดของการจัดการเครือข่าย โดยการยกตัวอย่าง แนวคิดการจัดการเครือข่ายของกลุ่ม“พันธมิตรแห่งดวงดาว”หรือ“Star Alliances”ว่า เกิดจากความคิดของแกนนำในกลุ่มสายการบิน ผู้ประกอบธุรกิจโรงแรม รถเช่า ธุรกิจท่องเที่ยว และผู้โดยสารที่ต้องการเชื่อมโยงกระบวนการทางธุรกิจ โดยจุดสำคัญของแนวคิดคือ การรวมกลุ่มจากองค์ที่เคยเป็นคู่แข่งให้หันหน้าเข้าหากันผนวกความร่วมมือจนเป็นพันธมิตรในเชิงธุรกิจที่เอื้อประโยชน์ต่อกันและกัน แทนการทุ่มเทในการแข่งขันอย่างที่เป็นมาในอดีต โดยยึดจุดหมายร่วมกันและการจัดสรรผลประโยชน์ระหว่างกัน ซึ่งแนวคิดดังกล่าวก่อให้เกิดประเด็นทางยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการจัดการเครือข่าย ซึ่งมี ๖ ประการ โดยมีการประสานสอดคล้องกันอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงเป็นแสงสว่างแห่งดวงดาว^{๑๖} คือ

(๑) จุดมุ่งหมายร่วม การทำงานเครือข่ายจะเกิดประสิทธิภาพสูงหากทุกฝ่ายสามารถกำหนดจุดหมายร่วมกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจุดหมายที่ทุกฝ่ายเห็นและต้องการให้เกิดขึ้น

(๒) บุคคลในการทำงานของเครือข่ายนั้น บุคคลในเครือข่ายจะต้องมีจิตสำนึก ร่วม มีความถนัดในงานที่ทำ และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงาน รวมทั้งได้ผลประโยชน์จากความ เป็นสมาชิกในเครือข่าย

(๓) การเชื่อมโยงการทำงานของเครือข่ายจึงจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์การเชื่อมโยงที่เหมาะสม โดยอาจเชื่อมต่อกันผ่านการทำกิจกรรมต่างๆ การเชื่อมต่อโดยมีศูนย์ประสานงานและการเชื่อมต่อโดยเทคโนโลยี

^{๑๕}ปทุมมา ศรีนครธรรม, “สรุปเนื้อหาเครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ”, (ศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนพิษณุโลก, ๒๕๕๐), หน้า ๖๕.

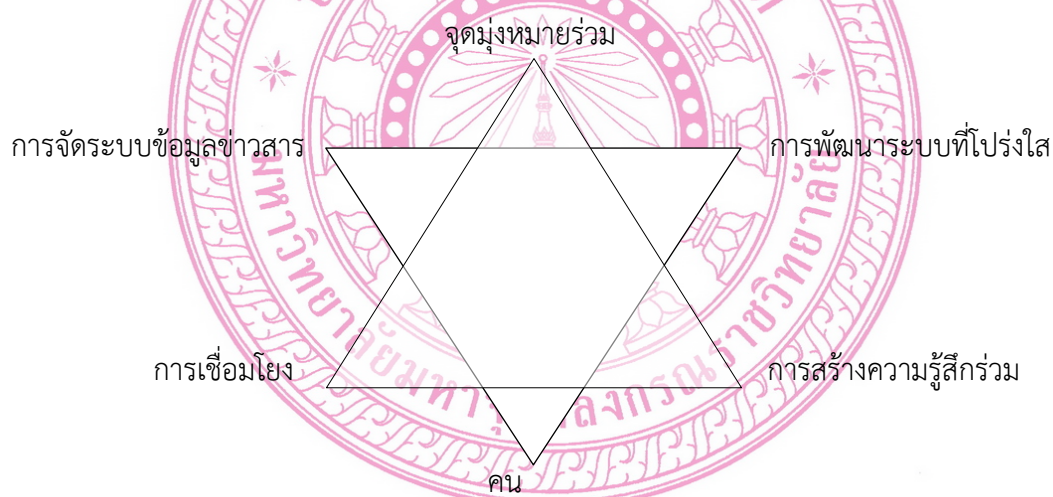
^{๑๖}พระสุทิพย์ อาภากร, “เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ”, (กรุงเทพมหานคร : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข, ๒๕๔๘), หน้า ๒๕.

(๔) การสร้างความรู้สึกร่วมหลังจากการเข้าเป็นเครือข่ายแล้วทุกฝ่ายจะต้องมีความรู้สึกร่วมกับกระบวนการทำงานของเครือข่าย เพื่อให้เกิดพลังในการผลักดันเป้าหมาย

(๕) การพัฒนาระบบที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ระบบการทำงานของเครือข่ายจะต้องสามารถและพัฒนาให้เกิดระบบบริหารจัดการที่โปร่งใส และตรวจสอบได้จากทุกฝ่าย ซึ่งจะต้องเป็นการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อทุกฝ่าย และผู้ที่เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย

(๖) การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบการติดต่อสื่อสารและสารสนเทศเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อความยั่งยืนของเครือข่าย เพราะจะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทราบถึงกิจกรรมความเคลื่อนไหวของเครือข่าย

การจัดการเครือข่ายทั้ง ๖ ประการ สามารถนำมาเป็นเป้าหมายของการทำงานในเชิงรุกของเครือข่ายได้ ซึ่งสรุปเป็นรูปภาพ ดังต่อไปนี้



ภาพที่ ๑.๑ แสดงการเชื่อมโยงของเครือข่าย “พันธมิตรแห่งดวงดาว”

ดังนั้นสามารถกล่าว สรุปได้ว่า การจัดการเครือข่ายและเสนอแนวคิดในการพัฒนาและการจัดการกลุ่มและเครือข่าย ดังนี้ ๑) การสร้างความเชื่อถือ เพื่อให้เครือข่ายนั้นเป็นเครือข่ายที่เกิดจากศรัทธา ความจริงใจ ความเป็นมิตร หรือ มีความตระหนักในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ๒) การกำหนดข้อตกลง หรือกฎกติกา เพื่อให้เครือข่ายมีข้อตกลงร่วมกัน มีกระบวนการทำงานที่หลากหลาย และมีกลไกที่เหมาะสมต่อการดำเนินงาน ๓) การสร้างแหล่งการเรียนรู้เป็นการกำหนดให้เครือข่ายเป็นศูนย์รวมแห่งการเรียนรู้และเป็นศูนย์รวมข้อมูลที่ต้องเป็นจริงและทันต่อเหตุการณ์ ๔) การดำเนินการในเชิงรุกเป็นการกำหนดแนวทางเพื่อให้เครือข่ายมีกระบวนการทำงานในเชิงรุกมีการจัดทำ

กิจกรรมอย่างต่อเนื่องมีการวางแผนการพัฒนาที่เหมาะสม ๕) การเป็นองค์กรแห่งปัญญาเป็นการพัฒนาและการจัดการความรู้ เพื่อให้เครือข่ายมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การจัดการเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพนั้น สมาชิกและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงขั้นตอนและวงจรชีวิตของเครือข่าย กระบวนการจัดการเครือข่าย ๔ ขั้นตอนตามวงจรชีวิตของเครือข่าย ได้แก่

๑) ขั้นตระหนักและการก่อตัวของเครือข่าย ในขั้นนี้ มีวิธีการที่จะจัดการ คือ การศึกษาข้อมูลและสภาพการณ์ ความพร้อมภายในกลุ่มตนเองและเครือข่ายอื่น เพื่อทราบกิจกรรมและบริบทที่เกี่ยวข้อง การสร้างศรัทธาและการหาแนวร่วม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจยอมรับและเห็นความสำคัญที่จะมาร่วมกันเป็นเครือข่าย การสร้างความตระหนักหรือการเสนอให้เห็นประเด็นปัญหา การแสวงหาข้อมูลทางเลือก อันจะนำไปสู่การตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาและจะนำไปสู่กระบวนการรวมกลุ่มและเครือข่าย การค้นหาความต้องการและการหาจุดร่วมในการพัฒนาเครือข่าย การแสวงหาทางเลือกในการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์และการแสวงหาแกนนำเครือข่ายและการสร้างระบบความสัมพันธ์ของเครือข่ายเป็นการให้ทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้มีบทบาทในการพัฒนาเครือข่าย

๒) ขั้นการสร้างพันธมิตร และการบริหารเครือข่าย ในขั้นนี้เป็นจุดก่อเกิดความร่วมมือของความเป็นเครือข่ายมีวิธีการจัดการดังนี้ การกำหนดวัตถุประสงค์และข้อตกลงร่วมกัน การกำหนดบทบาทหน้าที่และการวางแผนเครือข่ายเป็นการกำหนดในรายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เข้าร่วมเป็นเครือข่าย โดยเฉพาะแกนนำและคณะทำงานฝ่ายต่าง ๆ การเสริมสร้างและพัฒนาผู้นำ เนื่องจากผู้นำที่ดีจะเป็นผู้ที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ความสำเร็จมีการขับเคลื่อนกิจกรรมของเครือข่าย การจัดระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคลและเครือข่าย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง การติดตามและประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยให้เห็นศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองและพยายามหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และการส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ คือ การส่งเสริมและการรักษามูลประโยชน์และการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

๓) ขั้นการพัฒนาความสัมพันธ์ และการใช้ประโยชน์ ในขั้นนี้ เป็นกระบวนการหนึ่งที่จะให้ เครือข่ายมีความเข้มแข็งและยั่งยืน มีวิธีการและขั้นตอนดังนี้ การทบทวนและสรุปบทเรียน วิธีการนี้จะทำให้เครือข่ายได้ทบทวนตัวเอง ได้รู้ถึงศักยภาพและปัญหาที่เกิดขึ้นภายในเครือข่าย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและการจัดการเครือข่ายที่ต่อเนื่อง การเสริมสร้างผู้นำและหน่วยนำของเครือข่ายผู้นำจะเป็นผู้ที่ให้ความคิดและเป็นผู้เอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาเครือข่าย การเสริมสร้างผู้นำเครือข่าย คือการเข้าไปสนับสนุนให้เกิดการแสวงหาและพัฒนาผู้นำที่มีจิตสาธารณะ การเสริมสร้างกิจกรรมสาธารณะและเวทีแห่งการแลกเปลี่ยนความรู้ การขยายกิจกรรมและมนทัศน์ การ

ขยายแนวคิดและกิจกรรมของเครือข่ายที่ได้จากประสบการณ์ การทำงานและสรุปบทเรียนที่เป็นองค์ความรู้ เพื่อให้สาธารณชนทราบ หรือเพื่อแสวงหาแนวร่วมในการดำเนินการในระดับนโยบาย นอกจากนี้จะทำให้ เครือข่ายเกิดการเรียนรู้และเกิดอำนาจ/พลังในการต่อรอง การสร้างความรู้ใหม่ และการจัดการความรู้ที่ต่อเนื่อง การเสริมสร้างวัฒนธรรมเครือข่ายเพื่อขจัดความขัดแย้งและการเสริมสร้างความน่าเชื่อถือและระบบการตรวจสอบแบบมีส่วนร่วม

๔) ขั้นการรักษาความสัมพันธ์ และความต่อเนื่องมีแนวทางดังนี้ การจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่อง การรักษาสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างสมาชิกของเครือข่าย การเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีและความรู้ใหม่ การกำหนดสร้างแรงจูงใจในการทำงาน การบริหารจัดการข้อมูลระบบสื่อสารและการจัดการความรู้ที่ต่อเนื่อง การให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาภายในเครือข่าย และการเสริมสร้างผู้นำรุ่นใหม่อย่างต่อเนื่อง

ซึ่งการจัดการเครือข่ายในระดับชุมชน/หมู่บ้าน มีแนวคิด/หลักการ ดังนี้ ๑) การจัดการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้ของคนในชุมชน ๒) การจัดการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ๓) การจัดการที่เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระดับชุมชน โดยมีข้อควรพิจารณาเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

- ๑) การศึกษาชุมชนและสภาพการณ์ภายในชุมชน
- ๒) การค้นหากลุ่มผู้นำที่สำคัญ
- ๓) การเสริมสร้างความตระหนักในการรวมกลุ่มและเครือข่าย
- ๔) การพัฒนากิจกรรมและระดับความสัมพันธ์
- ๕) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
- ๖) การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของเครือข่าย
- ๗) การสรุปบทเรียนและการขยายกระบวนการเครือข่าย

ในแนวทางการสร้างพัฒนาเครือข่ายยังประกอบไปด้วยความสัมพันธ์แบบเครือญาติ เพื่อนบ้าน และพรรคพวกเพื่อนฝูง ความสัมพันธ์ผ่านกระบวนการประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์ผ่านประเพณี พิธีกรรม ความเชื่อและวัฒนธรรม วัด โรงเรียน และโครงสร้าง ช่องทางการติดต่อสื่อสาร เป็นรากฐานที่สำคัญที่นำไปสู่ความร่วมมือในชุมชน และความสัมพันธ์ในลักษณะต่างๆ นี้ได้พัฒนาไปสู่กลุ่มที่เป็นทางการมากขึ้น ในการสร้างความสัมพันธ์กับภายนอกพบว่าเครือข่ายความสัมพันธ์ของบุคคลดังกล่าวที่จะเชื่อมโยงให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์กร หรือหน่วยงานภายนอกกับชุมชนมีการวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมของชุมชน สามารถแยกพิจารณาระดับความสัมพันธ์เป็น ๓ ชั้น คือ ชั้นฐานความสัมพันธ์ของชุมชน ชั้นกลุ่มต่างๆ หรือพลเมืองที่ตื่นตัว ชั้นกลางหรือแกนนำมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเครือข่ายทางสังคมของชุมชนคือฐานความสัมพันธ์ที่หลากหลาย สถานภาพของแต่ละกลุ่มและบุคคล ผู้นำภูมิศาสตร์และทรัพยากร ศูนย์รวมจิตใจและสำนึกร่วมของคนในสังคม

โครงสร้างและช่องทางการติดต่อสื่อสาร ธรรมเนียมประเพณี ผลประโยชน์ร่วมกันกับความเข้าใจของคนในชุมชนและกระแสความคิดในสังคม เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ การเรียนรู้เป็นกระบวนการอันซับซ้อนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นมาผลจากประสบการณ์เดิมของเจ้าหน้าที่นอกจากการใช้วิธีการระดมความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถอดบทเรียนจากการสนทนาของผู้สัมภาษณ์^{๑๗}

ซึ่งกล่าวสรุปได้ว่า ในการสร้างเครือข่ายสุขภาพเป็นการสร้างเครือข่ายทางสังคมอีกประเภทหนึ่งที่มีการอาศัยความสัมพันธ์กันในสังคมมนุษย์เกี่ยวข้องกับกิจกรรม การสื่อสาร การร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฯลฯ ซึ่งเครือข่ายสุขภาพเป็นเครือข่ายเชิงประเด็น กิจกรรมเกิดขึ้นจากประเด็นปัญหาและความสนใจทางด้านสุขภาพและใช้ความเป็นเครือข่ายเป็นเครื่องมือในการพัฒนาส่งเสริม ป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย ในการสร้างโอกาสและการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชน ในการศึกษาครั้งนี้ เครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ พระสงฆ์ในอำเภอบางปลาม้า อาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอบางปลาม้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า โรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

๒. แนวคิดเกี่ยวกับระบบ

การนำเอาทฤษฎีระบบเข้ามามีใช้ในการบริหารงานต่างๆ นั้นด้วยเหตุผลที่ว่า ในปัจจุบันองค์การมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว และความสลับซับซ้อนมากขึ้น จึงยากที่จะมีการพิจารณาถึงพฤติกรรมขององค์การให้ครอบคลุม ได้หมดทุกแง่มุม ซึ่งทำให้นักวิชาการบริหารทฤษฎีองค์การสมัยใหม่ หันมาศึกษาเรื่องพฤติกรรมองค์การ โดยมีความเห็นว่าองค์การเป็นระบบย่อยของระบบสังคม ซึ่งเป็นระบบใหญ่จึงต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา

๒.๑ ความหมายของระบบ

มีนักวิชาการได้ให้คำนิยามไว้อย่างหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับระบบ ซึ่งมีนักวิชาการบางท่านกล่าวว่า ระบบสามารถแบ่งออกเป็น ๒ ลักษณะ คือ ความหมายที่เป็นนามธรรม และรูปธรรม ความหมายที่เป็นนามธรรม หมายถึง วิธีการ (Method) การปฏิบัติงานที่มีรูปแบบ และขั้นตอนที่ไม่ตายตัวอาจผันแปรตามสภาพแวดล้อม ส่วนความหมายที่เป็นรูปธรรม หมายถึง สรรพสิ่ง (Entity) ที่ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ และพึ่งพาอาศัยกัน โดยมีส่วนหนึ่งเป็นศูนย์กลางของ

^{๑๗}ไพฑูริย์ วงศ์อนุตรโรจน์, “กระบวนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายทางสังคม : กรณีศึกษาบ้านหนองขาว อำเภอดำม่วง จังหวัดกาญจนบุรี”, วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, วิทยาศาสตร์ (เทคโนโลยีการวางแผนสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาชนบท), (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๔).

ระบบ^{๑๘} หรือสามารถกล่าวอีกว่า ระบบ คือ องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ร่วมกันดำเนินการตามบทบาทความรับผิดชอบ เพื่อการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่นทั้งระบบได้^{๑๙}

ซึ่งระบบเป็นกลุ่มขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน และมีความเกี่ยวข้องกัน ในลักษณะที่ทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อกระทำให้ได้ผลสำเร็จตามความต้องการขององค์การ^{๒๐} และสามารถกล่าวได้ว่า ระบบมีหลายความหมาย ดังนี้

๑. ส่วนประกอบอิสระประกอบรวมกันขึ้น เพื่อวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง
๒. ส่วนต่างๆ จำนวนหนึ่ง ซึ่งสัมพันธ์และขึ้นอยู่กับกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อกระทำให้บางสิ่งบางอย่างให้สำเร็จผลตามที่ต้องการ
๓. กลุ่มของส่วนต่างๆ ที่มีคุณภาพสัมพันธ์กันเป็นส่วนรวมเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ

ปัจจุบันคำว่า “ระบบ” เป็นคำกล่าวที่ใช้กันแพร่หลายโดยทั่วไป ถ้ากล่าวถึง “ระบบ” จะต้องนึกถึง ๓ คำ คือ (๑) การคิดอย่างมีระบบ (System Thinking) หมายถึง การคิดอย่างมีเหตุผล โดยคิดอย่างรอบคอบถึงผลได้ ผลเสียที่จะเกิดขึ้นทั้งในภาพรวมและทุกๆ ส่วนขององค์ประกอบย่อยของระบบว่ามีส่วนสัมพันธ์กันและกันและสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (๒) วิธีการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ (System Approach) หมายถึง วิธีการปฏิบัติงานที่เป็นระบบโดยมีการนำเอาปัจจัยที่จำเป็นต่อการบริหารมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตรงตามเป้าหมายที่กำหนดทั้งปัจจัยกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะมีส่วนสัมพันธ์กันและเป็นผลซึ่งกันและกัน (๓) ทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นทฤษฎีที่ระบบว่าองค์ประกอบด้วยส่วนประกอบที่เป็นอิสระและเป็นวิธีการบริหารที่จะเพิ่มความเข้าใจ รู้จุดเด่นจุดด้อยในองค์การเพื่อการพัฒนาและแก้ปัญหาได้มากยิ่งขึ้น^{๒๑}

ผู้วิจัยสามารถกล่าวสรุปได้ว่า ระบบ หมายถึง การจัดการที่เป็นระเบียบแบบแผน มีรูปแบบที่แน่นอน ซึ่งการที่ระบบจะสามารถทำงานได้นั้นต้องอาศัยสิ่งที่เป็นปัจจัยภายนอกเป็น

^{๑๘}ชาญชัย อาจินสมาจาร , “การบริหารการศึกษา”, (กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี จำกัด , ๒๕๔๑), หน้า ๙๔.

^{๑๙}รุ่งแก้วแดง และชัยณรงค์ สุวรรณสาร, “แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผล และประสิทธิภาพองค์การ, ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติในการบริหารการศึกษา, (นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, ๒๕๕๑), หน้า ๒๔๐.

^{๒๐}จันทราณี สงวนนาม, “ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบริหารสถานศึกษา”, (กรุงเทพมหานคร : บริษัทบุ๊คพ้อย จำกัด, ๒๕๕๔), หน้า ๑๓๔.

^{๒๑}ศิริวรรณ เสรีรัตน์, “องค์การและการจัดการ”, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์พัฒนาศึกษา, ๒๕๓๙), หน้า ๗๘.

ตัวกระตุ้นในการทำงาน มีกระบวนการทำงาน มีผลของกระบวนการทำงาน และผลที่ย้อนกลับจากกระบวนการ

๒.๒ ประเภทของระบบ

ในการจำแนกประเภทของระบบ โดยทั่วไปจะจำแนกออกเป็น ๒ ประเภท ได้แก่ ระบบปิดและระบบเปิด ในองค์การที่เป็นระบบปิด (Closed System) จะเป็นองค์กรที่ไม่เกี่ยวข้องและไม่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมเป็นระบบที่มีความสมบูรณ์ภายในตัว ไม่ผูกพันกับระบบอื่นใด ในองค์การที่เป็นระบบเปิด (Open System) จะได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การพึ่งพาอาศัยระหว่างกันหาส่วนต่างๆ ในสังคม เป็นระบบที่ต้องอาศัยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคล องค์กร หรือหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปก็มีผลหรืออิทธิพลต่อการปฏิบัติการขององค์กร ฉะนั้นจึงเห็นได้ว่าระบบเปิด (Open System) จะเป็นหลักการและแนวคิดของทฤษฎีระบบที่จะเกิดประโยชน์ต่อการบริหารจัดการองค์การที่มีประสิทธิภาพในยุคของการบริหารจัดการสมัยใหม่

ซึ่งหลักการและแนวคิดของทฤษฎีระบบ สรุปได้ดังนี้ (๑) ทฤษฎีระบบมีความเชื่อว่าระบบจะต้องเป็นระบบเปิด (Open System) กล่าวคือ ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยได้รับอิทธิพลหรือได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม (๒) มีรูปแบบของการจัดลำดับ (The Hierarchical Model) ในจัดการของระบบใหญ่และระบบย่อยที่สัมพันธ์กัน (๓) มีรูปแบบของปัจจัยเข้าและผลผลิต (In Output Model) แสดงให้เห็นถึงผลของการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยเริ่มต้นจากปัจจัยกระบวนการและผลผลิตตามลำดับเป็นองค์ประกอบของระบบ (๔) แต่ละองค์ประกอบของแต่ละระบบต้องมีส่วนสัมพันธ์กัน (The Entities Model) ถ้าองค์ประกอบของระบบตัวใดตัวหนึ่งเปลี่ยนไปจึงจะมีผลกระทบต่อการปรับเปลี่ยนขององค์ประกอบตัวอื่นด้วย (๕) เชื่อในหลักการของความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ (Cause and Effect) ซึ่งเป็นหลักการทางวิทยาศาสตร์ ที่สามารถพิสูจน์ได้ (๖) ทฤษฎีระบบจะมองทุกอย่างในภาพรวมของทุกองค์ประกอบมากกว่าที่จะมองเพียงบางส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบ (๗) ทฤษฎีระบบคำนึงถึงผลการปฏิบัติที่เป็น “Output” หรือ “Product” มากกว่า “Process” ซึ่งผลสุดท้ายของงานที่ได้รับจะมีหลายสิ่งคือผลกระทบ (Outcome or Impact) ที่เกิดขึ้นตามมาภายหลัง และ (๘) ทฤษฎีระบบจะมีกระบวนการในการปรับเปลี่ยนและป้อนข้อมูลย้อนกลับเพื่อบอกให้รู้ว่าระบบมีการเบี่ยงเบนอย่างไรควรแก้ไขที่องค์ประกอบใดของระบบ ซึ่งก็คือการวิเคราะห์ระบบ (System Analysis) นั่นเอง^{๒๒}

^{๒๒} จันทราณี สงวนนาม, “ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบริหารสถานศึกษา”, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท บุ๊คพ้อย จำกัด, ๒๕๕๔), หน้า ๑๓๕.

๒.๓ วิธีระบบหรือวิถีระบบ (System Approach)

เป็นกระบวนการที่ทำให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ที่กำหนดซึ่งอยู่บนพื้นฐานหลักความต้องการ เป็นรูปแบบหนึ่งของการแก้ปัญหาเชิงตรรกวิทยา เช่นเดียวกับวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ที่มีการกำหนดปัญหา สมมุติฐานการวิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินการทดลอง แล้วนำไปสู่การสรุปผลที่เหมาะสมเพื่อการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ถ้าผลสรุปหรือผลลัพธ์ที่ได้มาเป็นสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้ผลดีก็จะนำมาทดลองใช้ แต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ก็จะต้องมีการทดลองใหม่จนกว่าจะได้รับผลลัพธ์ที่ถูกต้อง

การบริหารเชิงระบบควรนำไปประยุกต์ใช้กับกระบวนการบริหาร โดยเน้นการตามวิธีการเชิงระบบ ดังนี้ (๑) ค้นหาสาเหตุของความจำเป็น (๒) ตรวจสอบดูสาเหตุของความจำเป็น (๓) ตั้งมาตรการในการดำเนินการ (๔) วางแผนให้สอดคล้องกับโครงการ (๕) ตรวจสอบความสำเร็จตามขั้นตอนนั้น (๖) หาวิธีแก้ไขปัญหานั้น (๗) ใช้วิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพสูงสุด (๘) อบรมบุคลากรต่างๆ และ (๙) สร้างมาตรฐานการวัดผล^{๒๓} และยังได้กล่าวถึงวิธีการหรือเทคนิคเชิงระบบว่าเป็นการทำงานจากสภาพที่เป็นอยู่ ไปสู่สภาพที่ต้องการของงานนั้นทั้งระบบ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญได้แก่ (๑) กำหนดปัญหาที่ต้องแก้ไขและความต้องการในการพัฒนาของระบบให้ชัดเจน (๒) กำหนดวัตถุประสงค์ย่อยที่สัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการในการพัฒนาที่สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์รวมของระบบใหญ่เพื่อสร้างกรอบหรือขอบเขตในการทำงาน (๓) ศึกษาสิ่งแวดล้อมหรือข้อจำกัดในการทำงานของระบบและทรัพยากรที่หามาได้ (๔) สร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหามิ่ววิธีการในการพัฒนา (๕) ตัดสินใจในการเลือกทางที่เหมาะสมด้วยวิธีการที่มีเหตุผลเป็นระบบเป็นไปตามกฎเกณฑ์เหมาะสมคำนึงถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (๖) ทดลองปฏิบัติทางเลือกที่ได้ตัดสินใจเลือกไว้ (๗) ประเมินผลการปฏิบัติหรือผลการทดลอง (๘) เก็บรวบรวมข้อมูลป้อนกลับอย่างเป็นระบบเพื่อปรับปรุงระบบนั้นให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และ (๙) ดำเนินการเป็นส่วนของระบบปกติหรือจัดเป็นแผนงานประจำขององค์กร^{๒๔}

สรุปได้ว่า วิธีระบบหรือวิถีระบบ เป็นการปฏิบัติงานตามทฤษฎีระบบที่มีขั้นตอน ตั้งแต่ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือต้องการพัฒนา ระบุแนวทางหรือทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญห เลือกแนวทางแก้ไขหรือพัฒนา ปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกไว้ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามทางเลือกและนำไปปรับปรุง

^{๒๓} สุพัตรา สุภาพ, “คิดอย่างผู้นำและผู้ตาม”, (กรุงเทพมหานคร : สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี ไทย-ญี่ปุ่น, ๒๕๕๐), หน้า ๖๒.

^{๒๔} อุทัย บุญประเสริฐ, “องค์การกับการพัฒนาระบบ”, (กรุงเทพมหานคร : เอส.พี. การพิมพ์), องค์การพัฒนาเอกชนในกรุงเทพมหานคร, (วิทยานิพนธ์พัฒนาบริหารศาสตรมหาบัณฑิต), (การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, ๒๕๕๒).

๒.๔ องค์ประกอบของระบบ

ในการศึกษาความหมายของระบบจะเห็นได้ว่า ทุกระบบต้องมีองค์ประกอบหรือสิ่งต่างๆ ที่ดำเนินงานอย่างสัมพันธ์กันอย่างเป็นกระบวนการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่องค์การได้ตั้งไว้ ดังนั้นภายในระบบจะต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

ปัจจัยนำเข้า (Input) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ หรือทรัพยากร ซึ่งเป็นองค์ประกอบแรกที้นำไปสู่การดำเนินงานของระบบและรวมไปถึงสภาพแวดล้อมต่างๆ อันเป็นที่ต้องการของระบบนั้นด้วย ในระบบการศึกษาปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นักเรียน ครู และบุคลากรทางการศึกษา อาคาร สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และอื่นๆ เป็นต้น

กระบวนการ (Process) เป็นองค์ประกอบที่สอดคล้องของระบบ หมายถึง การแปรเปลี่ยนสภาพนำเข้าหรือทรัพยากรให้เป็นผลผลิต กระบวนการจะเกิดขึ้นในลักษณะใดขึ้นอยู่กับประเภทของระบบ กระบวนการของระบบการศึกษา ได้แก่ วิธีการบริหารจัดการ วิธีการสอนต่างๆ การทำกิจกรรม การวัดและประเมินผล เป็นต้น

ผลผลิต (Output) หรือ ผลิตภัณฑ์ (Product) เป็นองค์ประกอบสุดท้ายของระบบ หมายถึง สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ของระบบ หรือความสำเร็จต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผลผลิตของระบบการศึกษา ได้แก่ นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับต่างๆ หรือนักเรียนที่มีความรู้ความสามารถที่ดำรงชีพอยู่ได้ในอนาคตตามควรแก่สภาพเป็นต้น

ทั้ง ๓ องค์ประกอบนี้ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันจะขาดสิ่งหนึ่งสิ่งใดไม่ได้ นอกจากนั้น ๓ องค์ประกอบนี้ยังมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม (Environment) ที่จะส่งผลกระทบต่อการทำงานขององค์การ และสิ่งที่ช่วยให้องค์การสามารถตรวจสอบกิจกรรมขององค์การว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ มีส่วนใดที่ต้องปรับปรุงแก้ไข จะต้องอาศัยข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) เพื่อช่วยให้้องค์การปรับปรุง ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) เพื่อให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

นอกจากนี้นักวิชาการยังได้แบ่งองค์ประกอบของระบบออกเป็น ๓ ส่วน เช่น ระบบโรงเรียนประกอบด้วย (๑) สัญลักษณ์ (Symbols) ได้แก่ สื่อภาษาคำสั่ง (๒) วัตถุ (Objects) ได้แก่ โต๊ะ เก้าอี้ สิ่งปลูกสร้างต่างๆ และ (๓) บุคลากร (Subjects) ได้แก่ ครู อาจารย์ นักเรียน ผู้ปกครอง เป็นต้น โดยองค์ประกอบแต่ละส่วนเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน คือ ปัจจัยป้อน (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Output) ขณะที่การกำหนดองค์ประกอบของระบบทางการบริหารประกอบด้วยส่วนประกอบที่สำคัญ ดังนี้

๑. ปัจจัยนำเข้า (Input) หมายถึง ทรัพยากรการบริหารทุกๆ ด้าน ได้แก่ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Materials) การบริหารจัดการ (Management) และแรงจูงใจ (Motivations) ที่เป็นส่วนเริ่มต้น และเป็นตัวสำคัญในการปฏิบัติงานขององค์การ

๒. กระบวนการ (Process) คือ การนำเอาปัจจัยทางการบริหารทุกประเภทมาใช้ในการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ เนื่องจากในกระบวนการจะมีระบบย่อยๆ ร่วมกันอยู่หลายระบบ ครอบคลุม ตั้งแต่การบริหารการจัดการ การนิเทศ การวัดผลและประเมินผล การติดตามตรวจสอบ เพื่อให้ปัจจัยทั้งหลายเข้าสู่กระบวนการทุกกระบวนการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ผลลัพธ์ (Product or Output) เป็นผลที่เกิดจากกระบวนการของการนำเอาปัจจัยมาปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

๔. ผลกระทบ (Outcome or Impact) เป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากผลลัพธ์ที่ได้ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่คาดไว้ หรือไม่เคยคาดคิดมาก่อน^{๒๕}

ซึ่งมีนักวิชาการบางท่านได้ให้ความเห็นว่า องค์ประกอบของระบบได้แก่

๑. สิ่งเข้า หรือการนำเข้า (Input) เกี่ยวข้องกับการรับ และผสมองค์ประกอบเบื้องต้นที่ผ่านเข้าสู่ระบบ เพื่อผ่านกระบวนการ ตัวอย่างเช่น วัตถุดิบ พลังงาน ข้อมูล แรงงานซึ่งจะต้องได้รับการจัดการ เพื่อที่จะผ่านเข้าสู่กระบวนการที่จัดเตรียมไว้

๒. กระบวนการ (Process) เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะทำให้การเปลี่ยนสิ่งที่เข้าให้เป็นสิ่งที่ออก ตัวอย่างเช่น กระบวนการผลิต กระบวนการหายใจของมนุษย์หรือกระบวนการคำนวณทางคณิตศาสตร์

๓. สิ่งออก หรือการนำออก (Output) เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายองค์ประกอบที่เกิดจากกระบวนการในการเปลี่ยนไปสู่จุดหมายปลายทาง เช่น สินค้าสำเร็จรูป การบริการหรือสารสนเทศ เพื่อการจัดการสิ่งออกมาสู่สิ่งแวดล้อม อาจมีทั้งสิ่งออกที่เป็นผลิตภัณฑ์ (Product) เป็นสินค้าหรือการบริการ (Service) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสิ่งแวดล้อม

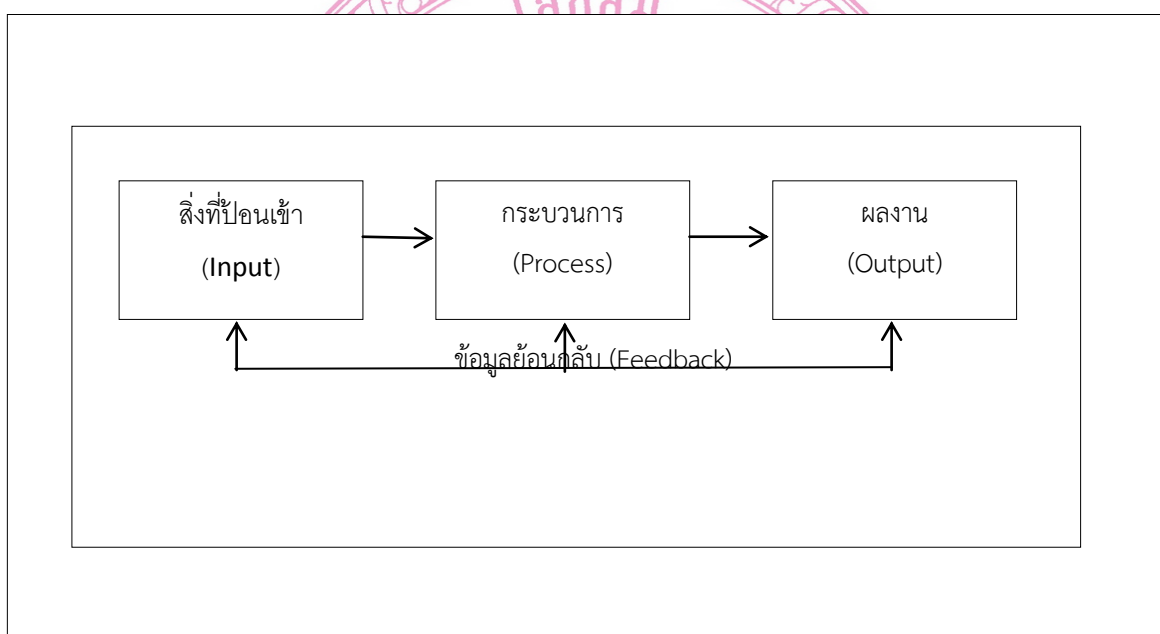
๔. ผลย้อนกลับ (Feed back) ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของระบบเช่น ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในการขาย เป็นผลย้อนกลับไปสู่ผู้จัดการฝ่ายขาย

๕. การควบคุม (Control) เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบและประเมินผลย้อนกลับเพื่อดูว่าระบบดำเนินงานไปในทิศทางที่จะบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ จากนั้นหน้าที่ควบคุมจะทำการปรับเปลี่ยนสิ่งเข้าหรือกระบวนการเท่าที่จำเป็นเพื่อให้แน่ใจว่า ระบบผลิตสิ่งออกที่ถูกต้องผลย้อนกลับมักจะรวมเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดของหน้าที่ควบคุม เพราะผลย้อนกลับจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เป็นการปฏิบัติการ ผลย้อนกลับที่เกิดขึ้นแบ่งออกได้เป็น ๒ ประเภท คือ ผลย้อนกลับเชิงบวก (Positive Feedback) หมายถึง ผลย้อนกลับที่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้กับ ผลย้อนกลับเชิงลบ

^{๒๕} จันทราณี สงวนนาม, “ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบริหารสถานศึกษา”, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท บุ๊คพ้อย จำกัด, ๒๕๕๔ , หน้า ๑๓๖.

(Negative Feedback) หมายถึง ผลย้อนกลับแสดงให้เห็นว่าสิ่งที่เบี่ยงเบนออกไปจากเป้าหมายของระบบที่วางไว้ หรือลดลงตลอดเวลา^{๒๖}

ระบบใดระบบหนึ่งจะประกอบด้วยองค์ประกอบ หรือส่วนสำคัญ ๓ ส่วน คือ สิ่งที่ป้อนเข้าไป หรือข้อมูลนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) หรือผลผลิต (Product) ซึ่งทั้ง ๓ องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์ต่อกันและกัน และทำงานร่วมกันเป็นวัฏจักร เมื่อส่วนใดส่วนหนึ่งมีปัญหาหรือ ไม่ทำงานส่วนอื่นก็จะหยุดชะงักไปด้วย นอกจากนี้ ระบบยังมีความสัมพันธ์ต่อสภาพแวดล้อม (Environment) อย่างใกล้ชิดอาจกล่าวได้ว่า ระบบจะได้รับข้อมูลนำเข้าจากสิ่งแวดล้อมและระบบจะสร้างหรือผลิตผลงานให้กับสิ่งแวดล้อมเช่นเดียวกับภาพดังนี้



ภาพที่ ๑.๒ องค์ประกอบและวัฏจักรของระบบ

สิ่งที่ป้อนเข้า (Input) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ และเป็นองค์ประกอบแรกที่จะนำไปสู่การดำเนินงานของระบบ โดยรวมไปถึงสภาพแวดล้อมต่างๆ อันเป็นที่ตั้งของระบบนั้นด้วย

กระบวนการ (Process) เป็นองค์ประกอบที่สองของระบบ ซึ่งหมายถึง วิธีการต่างๆ ที่จะนำผลงาน หรือผลผลิตของระบบ

ผลิตผล (Product) หรือผลงาน (Output) ซึ่งเป็นประกอบสุดท้ายของระบบ โดยหมายถึง ความสำเร็จในลักษณะต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ หรือประสิทธิผลโดยสิ่งที่ป้อนเข้าไป

^{๒๖} จันทราณี สงวนนาม, “ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบริหารสถานศึกษา”, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท บุ๊คพ้อย จำกัด, ๒๕๕๔), หน้า ๑๓๔.

กระบวนการ และผลผลิตหรือผลงานจะอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อม หรือสิ่งแวดล้อมเดียวกัน หรือกล่าวโดยสรุปได้ว่า ทั้ง ๓ องค์ประกอบต่างก็มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมเดียวกันจึงจะสามารถดำเนินงานได้ และดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{๒๗}

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของระบบหรือส่วนสำคัญของระบบมี ๓ ส่วนหลัก คือ สิ่งที่ป้อนเข้าไป หรือข้อมูลนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลงาน (Output) หรือผลิตผล (Product) ซึ่งจะต้องมีส่วนสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำงานร่วมกันได้ จึงจะสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๕ การวิเคราะห์ระบบ (System Analysis)

การวิเคราะห์ระบบเป็นวิธีตรวจสอบระบบเพื่อปรับปรุงแก้ไขระบบนั้น การตรวจสอบนั้นจะแยกแยะปัญหาขององค์ประกอบย่อยออกมาให้ได้เพื่อหาวิธีการแก้ไข ขั้นตอนการวิเคราะห์ระบบสามารถสรุปได้ดังนี้

๑. ปัญหา (Identify Problem) รวบรวมสิ่งที่เป็นปัญหา
 ๒. จุดมุ่งหมาย (Objective) กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหา
 ๓. ศึกษาข้อจำกัดต่างๆ (Constraints) พิจารณาขอบเขตเพื่อการศึกษาข้อจำกัดระบุหน้าที่ของส่วนต่างๆ ในระบบ
 ๔. ทางเลือก (Alternative) ค้นหาและเลือกวิธีการต่างๆ ในการแก้ปัญหา
 ๕. การพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม (Selection) หนทางแก้ปัญหาที่สามารถแก้ไขปัญหได้จริง
 ๖. การทดลองปฏิบัติ (Implementation) ทดลองปฏิบัติกลุ่มย่อย
 ๗. การประเมินผล (Evaluation) ประเมินหาจุดดี จุดด้อย
 ๘. การปรับปรุงแก้ไข (Modification) ปรับปรุงส่วนที่บกพร่อง นำส่วนดีไปปฏิบัติต่อไป
- สามารถกล่าวสรุปได้ว่า ในการทำงานอย่างเป็นระบบจำเป็นต้องมีวิธีการ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ (Analysis) จากนั้นเป็นขั้นตอนของการออกแบบ (Design) วิธีการที่นำไปสู่ความต้องการต่อมาเป็นขั้นตอนการจัดการ (Management) และขั้นตอนสุดท้าย คือ การประเมินผล (Evaluation) การดำเนินการอย่างไรก็ตามในส่วนต่างๆ ของการศึกษาระบบ (System Approach) สามารถใช้เทคนิควิธีการดำเนินการอย่างอื่นๆ เข้ามาช่วยให้เกิดผลสำเร็จได้ เช่น PERT (The Program Evaluation and Review Technique) และ CPM (Critical Path Method)

^{๒๗} ประชุม รอดประเสริฐ , “ทฤษฎีระบบ”, เอกสารประกอบบรรยาย, ๒๕๕๔, หน้า ๒๕.

๒.๖ การจัดการระบบ

ระบบ คือส่วนร่วมทั้งหมดอันประกอบด้วยส่วนย่อยหรือสิ่งต่างๆที่มีความสัมพันธ์กัน อาจเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เช่น ระบบของร่างกายมนุษย์ที่ระบบต่างๆจะทำงานอย่างมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้ร่างกายสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ หรือส่วนต่างๆ หรือมนุษย์ได้ออกแบบและสร้างขึ้นอย่างมีระเบียบ มีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อนำมาดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

องค์ประกอบของระบบจะต้องมีปัจจัยต่างๆที่เป็นข้อมูลหรือทรัพยากรต่างๆ ที่เรียกว่า “ตัวป้อน” เพื่อดำเนินงานอย่างมีระเบียบขั้นตอน เรียกว่า “กระบวนการ” เพื่อให้ได้ “ผลลัพธ์” ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ในตัวของระบบจะมีทั้ง ระบบใหญ่และระบบย่อย ซึ่งต้องมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม ดังนั้นในเรื่องของระบบจะต้องดำเนินการให้มีทั้งระบบ ใหญ่ ซึ่งครอบคลุมระบบย่อยที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันสามารถนำไปใช้ตามแนวคิดของ **Kast & Rosenzweig** ที่ว่า การจัดระบบจะเป็นไปในเชิงบูรณาการ ซึ่งมีลักษณะเป็นองค์กรในระบบเปิด ระบบย่อยที่ปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเองระหว่างระบบ และระหว่างระบบกับสภาพแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบนี้ จะประกอบด้วย ๖ ส่วน คือ สภาพแวดล้อม ซึ่งแบ่งเป็นสภาพแวดล้อม โดยทั่วไป ระดับสังคมและสภาพแวดล้อมระดับภารกิจสภาพแวดล้อมทั้งสองมีผลกระทบต่อระบบภายในองค์กร ทั้งด้านการรับรู้และกระบวนการบริหาร

๑. ระบบย่อยด้านเป้าหมายและค่านิยม โดยเป้าหมายขององค์กรสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ มีการวิเคราะห์เป้าหมายเพื่อแปลงไปสู่การปฏิบัติ

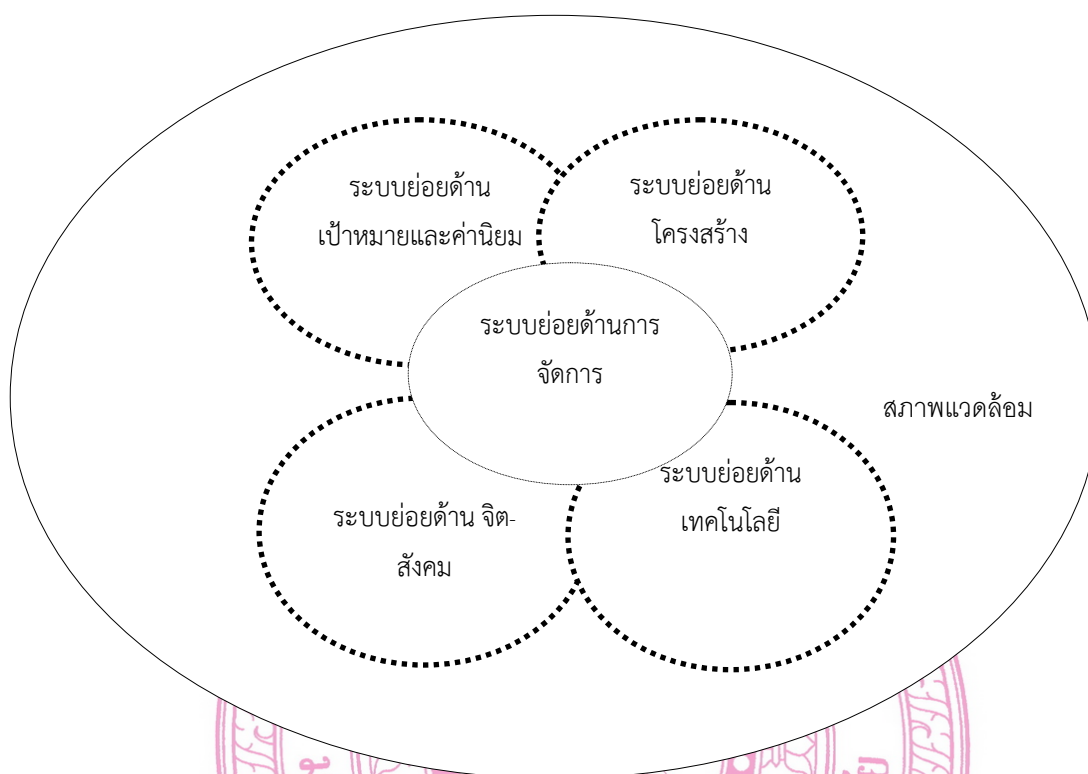
๒. ระบบย่อยด้านโครงสร้าง ซึ่งเป็นรูปแบบหรือแบบแผนที่สร้างขึ้นเพื่อแสดงความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ในองค์กร ก่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงานในองค์กร ไปสู่เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๓. ระบบย่อยด้านเทคโนโลยี หมายถึง เทคโนโลยีที่นำไปใช้ให้เกิดสัมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์ขององค์กร เทคโนโลยีจะมีลักษณะที่เป็นรูปธรรมและเป็นนามธรรม เช่น ความรู้ กระบวนการแก้ปัญหาเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิต

๔. ระบบย่อยจิตและสังคม ประกอบด้วย ทรัพยากรมนุษย์ เจตคติ การรับรู้ แรงจูงใจ ภาวะผู้นำ การสื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

๕. ระบบย่อยด้านการจัดการ เป็นระบบแกนที่เชื่อมโยงระบบย่อยเข้าไว้ด้วยกัน ได้แก่ แนวทาง เทคนิค หรือวิธีการ ที่ผู้บริหารใช้ในการปฏิบัติภารกิจให้ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย^{๒๔} ดังนั้น องค์กรในฐานะระบบตามแนวคิดของ **Kast & Rosenzweig** แสดงตามภาพดังนี้

^{๒๔}Kast, Fremont. Eand Rosenzweig, Jame E, Organization and Management A system Approach. USA : Graduate School of Business. University of Washington, P 43.



ภาพที่ ๑.๓ องค์กรในฐานระบบ

สรุปได้ว่า การจัดการระบบ คือ การรวบรวมองค์ประกอบต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงซึ่งกันและกันมาร่วมกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของแต่ละระบบเพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรนั้นๆ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยทั่วไประบบปฏิบัติงานขององค์กรจะประกอบด้วย ส่วนสำคัญ ๓ ส่วน คือ ปัจจัยป้อนเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Output) โดยแต่ละส่วนจะต้องมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรที่กำหนดได้

๑.๖.๒ ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑) งานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างเครือข่าย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเครือข่าย ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากงานวิจัยของหลายท่านด้วยกัน ซึ่งเป็นวิจัยที่เกี่ยวข้องวิจัยเครือข่ายดังนี้

ศิริพร ตันติยมาศ ได้วิจัยเรื่อง “รูปแบบการบริหารเครือข่ายโรงเรียนแบบมี สวนรวมที่มีประสิทธิภาพ สังกัดกรุงเทพมหานคร” ผลการวิจัยพบว่า

๑. องค์ประกอบของการบริหารเครือข่ายเรียนแบบมีวนร่วมสังกัดกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ๘ องค์ประกอบ เรียงตามลำดับตามน้ำหนักขององค์ประกอบจากมากไปหาน้อย คือ ๑) กิจกรรมที่ทำงานกัน ๒) การใช้เทคโนโลยี ๓) ทักษะด้านภาวะผู้นำ ๔) ผู้นำเปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วม

ร่วม ๕) การติดต่อสื่อสาร ๖) การมีส่วนร่วมของสมาชิก ๗) องค์การ (เครือข่ายโรงเรียน) แบบมีส่วนร่วม ๘) บรรยากาศการมีส่วนร่วม

๒. ระดับของประสิทธิผลการบริหารเครือข่ายโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับมาก

๓. รูปแบบการบริหารเครือข่ายโรงเรียนแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิผลสังกัดกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย องค์ประกอบด้านการบริหารเครือข่ายโรงเรียนแบบมีส่วนร่วม ๘ องค์ประกอบ ซึ่งมีความเหมาะสมถูกต้องเป็นไปได้และสามารถนำไปเป็นประโยชน์สอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีของการวิจัย^{๒๙}

ชวนชม ภาวธธญา ได้วิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม” ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยขณะอดอาหาร ฮีโมโกลบินเอวันซี ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ระดับคลอเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอล และแอลดีแอล ของผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p = 0.844, 0.449, 0.105, 0.528, 0.916, 0.716, 0.753$ และ 0.298 ตามลำดับ) และเมื่อจำแนกผู้ป่วยตามการควบคุมภาวะของโรคตามเกณฑ์ทางคลินิกพบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.031$) ในขณะที่ผลการควบคุมภาวะโรคโดยชีพจรทางคลินิกด้านอื่นไม่พบความแตกต่าง ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (๙๑.๓%) พึงพอใจต่อบริการโดยรวมและเห็นวาทบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนสะดวกและรวดเร็วกว่าที่โรงพยาบาลขณะที่การควบคุมสภาวะโรคของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันและผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (๙๕.๕%) ยอยากเข้าร่วมโครงการต่อไป สวมผู้ให้บริการพึงพอใจต่อโครงการเช่นกันและเห็นว่าเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าไม่มีความแตกต่างโดยนัยสถิติของประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนกับบริการของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชนเป็นรูปแบบหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล^{๓๐}

^{๒๙} ศิริพร ดันติยมาศ, “รูปแบบการบริหารเครือข่ายโรงเรียนแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิผล สังกัดกรุงเทพมหานคร”, *หลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารการศึกษา)*, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศิลปากร, ๒๕๕๐).

^{๓๐} ชวนชม ภาวธธญา, “การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล โพธาราม”, *หลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการทางเภสัชกรรม)*, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยศิลปากร, ๒๕๕๓).

วนิดา ก่องคำ ได้วิจัยเรื่อง “การสร้างเครือข่ายทางสังคมคนพิการของเทศบาลตำบลเจดีย์แม่ครัว” ผลการวิจัยพบว่า ในพื้นที่เทศบาลตำบลเจดีย์แม่ครัว มีทุนทางสังคม คือ เมืองค์กรภาครัฐ ได้แก่ เทศบาลตำบลเจดีย์แม่ครัว สถานีอนามัยบ้านเจดีย์แม่ครัว โรงเรียนบ้านเจดีย์แม่ครัว โรงเรียนบ้านแม่แฝก และกลุ่มในภาคชุมชน ได้แก่ กลุ่มกำนันผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มพัฒนาสตรีแม่บ้าน สถาบันครอบครัว ซึ่งถือเป็นทุนทางสังคม คือ ทุนที่เป็นสถาบัน และองค์กรและกลุ่มต่างๆ มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือคนพิการ ซึ่งบทบาทหน้าที่ดังกล่าวเป็นไปตามระเบียบ กฎหมาย นโยบายขององค์กรและกลุ่ม โดยแต่ละองค์กรและกลุ่ม มีบุคคลในสังกัด ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ด้านช่วยเหลือคนพิการ เป็นไปตามบทบาทหน้าที่ที่องค์กรและกลุ่มกำหนดไว้ได้แก่ บุคคลในองค์กรภาครัฐ คือ เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลเจดีย์แม่ครัว เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านเจดีย์แม่ครัว คุณครูโรงเรียนบ้านเจดีย์แม่ครัว คุณครูโรงเรียนบ้านแม่แฝก และบุคคลในภาคชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข สตรีแม่บ้าน และผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งถือเป็นทุนทางสังคม คือ ทุนมนุษย์ และบุคคลเหล่านี้ยังมีองค์ความรู้ในการช่วยเหลือคนพิการ ซึ่งถือเป็นทุนทางปัญญาและวัฒนธรรม ได้แก่ ความรู้ด้านดูแลสุขภาพการรักษาพยาบาลคนพิการ ความรู้ด้านการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ และนอกจากนี้ยังมีความร่วมมือกันในการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งถือว่าเป็นทุนทางปัญญา และวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง

รูปแบบการเชื่อมโยงเครือข่ายสังคมคนพิการในพื้นที่เทศบาลตำบลเจดีย์แม่ครัวพบว่า ในพื้นที่ยังไม่มีมีการร่วมตัวกันเป็นกลุ่มที่เป็นรูปธรรมร่วมกัน มีรูปแบบการเชื่อมโยงของระบบเครือข่ายสังคมด้านคนพิการในพื้นที่ขององค์กรและกลุ่มต่างๆ เป็นเพียงการเชื่อมประสานความร่วมมือกันตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มหรือกลุ่ม เป็นลักษณะเครือข่ายตามโครงสร้างหน้าที่ คือ เกิดขึ้นโดยอาศัยภารกิจ วัตถุประสงค์และเป้าหมายหลักของหน่วยงานหรือกลุ่ม ส่วนกิจกรรมและความสัมพันธ์เป็นลักษณะที่แต่ละองค์กรและกลุ่ม มี การจัดกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายในภาคส่วนของตน

การเชื่อมโยงของระบบเครือข่ายสังคมด้านคนพิการในพื้นที่เทศบาลตำบลเจดีย์แม่ครัวขององค์กรและกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ตามแนวคิดการจัดการเครือข่ายของกลุ่ม “พันธมิตรแห่งดวงดาว” หรือ “Star Alliances” โดยผ่านหลัก ๖ ประการ ซึ่งได้ศึกษาจากองค์กรและกลุ่มที่ถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคมในพื้นที่ พบว่า โดยภาพรวมแล้วการเชื่อมโยงเครือข่ายคนพิการในพื้นที่เทศบาลตำบลเจดีย์แม่ครัวไม่มีการเชื่อมโยงเครือข่ายตามแนวคิดการจัดการเครือข่ายพันธมิตรแห่งดวงดาวหรือ “Star

Alliances” พบการเชื่อมโยงเครือข่ายผ่านหลัก ๖ ประการ เพียงด้านเดียว คือ การเชื่อมโยงด้านบุคคล สำหรับการเชื่อมโยงอีก ๕ ด้าน ยังไม่มีการเชื่อมโยงเครือข่ายร่วมกัน^{๓๑}

ฉัตรชัย สิงโต ได้วิจัยเรื่อง “รูปแบบการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดระหว่างภาคประชาชนภาคท้องถิ่น และภาครัฐ ในพื้นที่ตำบลร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง” ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่ ผลการวิจัยพบว่า

๑. รูปแบบและวิธีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาเสพติด ระหว่างภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาครัฐ ในพื้นที่ตำบลร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ใช้รูปแบบเครือข่าย ๕ รั้วล้อมไทยป้องกันยาเสพติด โดยมีรูปแบบโครงสร้างเป็นคณะกรรมการ แต่ละคนมีหน้าที่ความรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์แบบแนวนราบ มีเป้าหมายทิศทางอันเดียวกันคือ การแก้ไขปัญหาเสพติดที่แพร่ระบาดในกลุ่มเด็กและเยาวชน มีกิจกรรมที่ได้มีการวางแผนร่วมกันโดยเน้นประเพณีชาวบ้านในพื้นที่ ใช้วิธีการสันติวิธี ให้อภัยซึ่งกันและกันในสังคมความเป็นอยู่ที่เปื้อนเครือญาติ

๒. ขั้นตอนวิธีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่ตำบลร่องเคาะ ระหว่างภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาครัฐ ในพื้นที่ตำบลร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง มีขั้นตอนและรูปแบบการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดของชาวบ้านที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน โดยนับตั้งแต่การสำรวจปัญหา การค้นปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา การกำหนดกิจกรรมต่างๆ การดำเนินการแก้ไขโดยชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดำเนินงานตลอดกระบวนการขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชน

๓. ข้อเสนอแนะในการดำเนินการดำเนินการแก้ไขปัญหาเสพติดตามนโยบายของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาเสพติด คือ ควรมีการส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการสร้างเครือข่ายในการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนให้มากขึ้น โดยรัฐบาลต้องให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวและติดตามประเมินผลการทำงาน โดยเฉพาะด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด^{๓๒}

สรุปได้ว่า ในสภาวะการปัจจุบันได้มีการพัฒนาสิ่งที่เรียกว่า เครือข่าย อย่างต่อเนื่องและกระจายไปในทุกภาคส่วนในสังคม ดังตัวอย่าง เช่น กลุ่มบุคคลที่มีความเห็นคล้ายกัน มีปัญหาที่เหมือนกัน ความชอบเหมือนกัน อยู่ในพื้นที่เดียวกันเป็นต้น และได้ร่วมตัวกันเพื่อทำกิจกรรมบางอย่างที่จะตอบสนองความต้องการของพวกเขาได้ ในปัจจุบันโรงพยาบาลได้หันมาใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย

^{๓๑} วนิดา ก่องคำ, “การสร้างเครือข่ายทางสังคมคนพิการของเทศบาลตำบลเจดีย์แม่ครัว”, **หลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๔).

^{๓๒} ฉัตรชัย สิงห์โต, “รูปแบบการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เสพติดระหว่างภาคประชาชนภาคท้องถิ่น และภาครัฐ ในพื้นที่ตำบลร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง”, **หลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๕).

จากโรงพยาบาลหนึ่งไปสู่อีกแห่ง ซึ่งเป็นการลดขั้นตอนต่างๆ รวมถึงเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไป ในการดำเนินงานปัจจุบันระบบเครือข่ายจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการนำมาใช้และพัฒนาร่วมกับสิ่งต่างๆอีกมาก

ลัดดาวรรณ อังควาณิช ได้วิจัยเรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา” ผลการวิจัยพบว่า ประชากรวัยทำงานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีพัฒนาทางจิตวิญญาณกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ เพื่อน ($X_{๑๗}$) บุคคลในครอบครัว ($X_{๑๖}$) อิทธิพลด้านสถานการณ์ ได้แก่ การเข้าถึงทรัพยากร ($X_{๒๐}$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($X_{๑๕}$) อายุ ($X_{๒}$) การรับรู้ประโยชน์ ($X_{๑๓}$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ ๔๕.๔๐ และสามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ มีสมการพยากรณ์ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 0.576 + 0.017X_{๑๗} + 0.236X_{๒๐} + 0.144X_{๑๕} + 0.155X_{๑๖} - 0.07X_{๒} + 0.12X_{๑๓}$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z^{\circ} = 0.150X_{๑๗} + 0.281X_{๒๐} + 0.146X_{๑๕} + 0.188X_{๑๖} - 0.019X_{๒} + 0.110X_{๑๓}$$

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้คือ ควรมีการจัดรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับลักษณะอาชีพ พร้อมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมจากเพื่อน บุคคลในครอบครัวให้มีบทบาทในการจูงใจให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และจะต้องคำนึงถึงความสะดวก ประชาชนสามารถเข้าถึง นอกจากนี้ควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับความต้องการของชุมชน สร้างศักยภาพและบทบาทของภาคีเครือข่ายให้มีมาตรฐาน เน้นการได้รับประโยชน์ของประชาชน สร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนให้มากขึ้น รวมทั้งสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และการรณรงค์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง^{๓๓}

^{๓๓} ลัดดาวรรณ อังควาณิช, “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา”, **ครุศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการส่งเสริมสุขภาพ)**, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, ๒๕๕๐).

๒ งานวิจัยที่เกี่ยวกับระบบและการบริการสุขภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบและการบริการสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากงานวิจัยของหลายท่านด้วยกัน ซึ่งเป็นวิจัยที่เกี่ยวข้องระบบและการบริการสุขภาพ ดังนี้

ฐิติวรดา อัครภาณุวัฒน์ ได้วิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน” ผลการวิจัยพบว่า

(๑) คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย ๔๐.๙๗ ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาหรือเทียบเท่า ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย ๑๘.๑๔ ปี และมีรายได้เฉลี่ย ๒๑๙๕๙.๘๑ บาท ปัจจัยกระบวนการบริหารในภาพรวม และด้านการวางแผน การจัดการอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการจัดคนเข้าทำงานและการอำนวยความสะดวกอยู่ระดับปานกลาง แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง

(๒) การพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจังหวัดแม่ฮ่องสอน ในภาพรวม และด้านการพัฒนาฐานข้อมูลและด้านการจัดบริการในบ้านอยู่ในระดับสูง

(๓) ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานและกระบวนการบริหารองค์กรในภาพรวม โดยสามารถทำนายการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ ๒๕.๕ และ ๑๘.๙ ตามลำดับ และ

(๔) ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ ภาระงานหนัก จำนวนบุคลากรไม่ครบตามกรอบ อัตรากำลัง สภาพการคมนาคมในพื้นที่ยากลำบาก และการสร้างเครือข่ายทำได้ยาก ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารสาธารณสุขในระดับจังหวัด ควรเพิ่มบุคลากรให้เหมาะสมตามโครงสร้างกำลังคน และสนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ เน้นการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครชุมชนจิตอาสาให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดแม่ฮ่องสอนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น^{๓๔}

ณัฐนิชา อุทธโยธา ได้วิจัยเรื่อง “การจัดการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของเครือข่ายภาคประชาชนตำบลแม่สุก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา” ผลการวิจัยพบว่า

การจัดการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของเครือข่ายภาคประชาชน ด้านการจัดการสุขภาพ มีการจัดสรรเงินอุดหนุนให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ

^{๓๔}ฐิติวรดา อัครภาณุวัฒน์, “ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน”, สารานุกรมสุขภาพศาสตร์มหาบัณฑิต(บริหารสาธารณสุข), (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๕๔).

ตำบลตามเกณฑ์ที่สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด โดยมีการสนับสนุนงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชน จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ สนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขและการบริหารจัดการกองทุนอย่างไรก็ตามพบว่า ประธานชมรมแม่บ้านไม่ได้รับบริการที่ครอบคลุม และในการประเมินผลพบว่าตัวชี้วัดด้านสุขภาพไม่ชัดเจน ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน พบว่า คณะกรรมการบริหารจัดการและคณะกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นการค้นหาคำปัญหาด้านสุขภาพในชุมชนและร่วมประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล และพบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนส่วนใหญ่เป็นการสมทบงบประมาณและเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมในการดำเนินโครงการต่างๆในพื้นที่ ด้านการสร้างนวัตกรรมสุขภาพ พบว่าชุมชนมีการลดเหล้าและให้บริการน้ำสมุนไพรในงานศพ

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำข้อมูลไปปรับปรุงการบริการให้มีความครอบคลุมและปรับตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น^{๓๕}

ชมพูนุท บุญรักษา ได้วิจัยเรื่อง “การปรับกระบวนการทัศน์ด้านการพึ่งพากระบวนการสุขภาพในชุมชนบ้านหนองช้าง อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่” ผลการวิจัยพบว่า ผลจากการปรับกระบวนการทัศน์ โดยใช้กระบวนการ AIC ตามขั้นตอนต่างๆ ทั้งหมด ๕ ขั้นตอนนั้น ทำให้สมาชิกชุมชนผู้เข้าร่วมกระบวนการเกิดจินตนาการด้านสุขภาพใหม่ โดยเปลี่ยนจากการคิดว่า สุขภาพเป็นเรื่องการเจ็บป่วย (ill Health) และต้องพึ่งหมอพึ่งโรงพยาบาล เป็นเรื่องสุขภาพในทิศทางบวก (Good Health) และสะท้อนความคิดออกมาจนกลายเป็นอุดมการณ์ของชุมชน เป็นแนวทางเป็นแผนปฏิบัติการและโครงการสู่การเป็นชุมชนไม่พึ่งพากระบวนการสุขภาพ^{๓๖}

ภาวิณี บุตรแสน ได้วิจัยเรื่อง “การรับรู้ขอบเขตการปฏิบัติงานพยาบาลภายใต้การปฏิรูประบบบริหารสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมสุขภาพจิต” ผลการวิจัยพบว่า การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เป็นกระบวนการที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนการจัดระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานเป็นสิ่งที่ช่วยพยาบาลเข้าใจความรับผิดชอบตามหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

^{๓๕} ญัฐนิชา อุทธโยธา, “การจัดการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของเครือข่ายภาคประชาชนตำบลแม่สุก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา”, *พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)*, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๕).

^{๓๖} ชมพูนุท บุญรักษา, “การปรับกระบวนการทัศน์ด้านการพึ่งพากระบวนการสุขภาพในชุมชนบ้านหนองช้าง อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่”, *วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ)*, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๕).

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ทั้ง ๗ ขอบเขตการปฏิบัติงาน คือ ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการ ด้านการบริหารทางการแพทย์ ด้านการวิจัยทางการแพทย์ ด้านพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ด้านการส่งเสริมและการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ ด้านบริการพยาบาล และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นขอบเขตการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๓ , ๙๘.๕ , ๙๘.๒ , ๙๗.๖ , ๙๗.๐ และ ๙๖.๒ ตามลำดับ แต่มีข้อสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังคงมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติหลายด้าน ไม่ใช่ขอบเขตการปฏิบัติงานและไม่แน่ใจว่าใช้ขอบเขตการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแปลผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การรับขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลภายใต้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับที่น่าพอใจ แต่อย่างไรก็ตามเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานพยาบาลในกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญและพิจารณาในการเสริมสร้างความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในด้านที่มีการรับรู้ไม่ใช่ขอบเขตการปฏิบัติงานและไม่แน่ใจว่าใช้ขอบเขตการปฏิบัติงาน เพื่อช่วยในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง^{๓๗}

นิชาภัทร เลิศพรมาตริ ได้วิจัยเรื่อง “การพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชน และเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพ เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอมะเข่ จังหวัดเชียงใหม่” ผลการวิจัยพบว่า

๑. การศึกษาบริบทของเครือข่ายสุขภาพ พบว่า บริบทที่เอื้อต่อการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ที่ตั้งของเครือข่ายสุขภาพไม่ห่างไกลกันมากนัก ชุมชนมีความรักใคร่ช่วยเหลือเกื้อกูลรวมทั้งเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพมีความกระตือรือร้นในการทำงาน รวมทั้งหลักการและแนวคิดการพัฒนาท้องถิ่นของเทศบาลที่ถือเอาปัญหาและความต้องการของประชาชนเป็นหลักที่จะดำเนินการเพื่อแก้ไขและตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริงและยั่งยืน

๒. การศึกษาบทบาทที่แท้จริงของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพ เทศบาลเมืองแกนพัฒนา ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกันคือ การป้องกัน/ส่งเสริม การรักษา และการฟื้นฟู และพบประเด็นเกี่ยวกับการซับซ้อนกันของบทบาท การประสานงานกันระหว่างเครือข่าย และความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการทำงาน ในส่วนที่เกี่ยวกับบทบาทที่คาดหวังพบว่า เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพคาดหวังว่าตนจะมีบทบาทการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพชุมชนก่อนที่จะเป็นโรค การให้บริการสุขภาพเชิงรุกอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ และเป็นตัวกลางประสานระหว่างเครือข่ายสุขภาพ ส่วนของ

^{๓๗} ภาวินี บุตรแสน, “การรับรู้ขอบเขตการปฏิบัติงานพยาบาลภายใต้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมสุขภาพจิต”, พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช), (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๗).

ชุมชนนั้นคาดหวังให้เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพมีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟู การให้บริการสุขภาพเชิงรุก และให้เป็นบทบาทของเครือข่ายสุขภาพที่แท้จริง

๓. การศึกษากระบวนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพ มีวิธีการและขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ ๑) การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทที่แท้จริงของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพและบทบาทที่คาดหวังทั้งเจ้าหน้าที่และชุมชน ๒) การเรียนรู้ ระดมความคิดและการถอดบทเรียน ๓) การพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความหวังของชุมชน และ ๔) การประเมินบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ขั้นตอนดังกล่าวก่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจ และการเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพนำไปสู่แนวทางการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ เริ่มจากการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพ และการทำโครงการต่างๆ ที่เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาทำให้เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพเกิดการรับรู้และเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่แนวทางการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ โดยเริ่มที่ตัวเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพก่อน โดยการพัฒนาความรู้ความสามารถ การแสดงความคิดเห็นในการทำงาน นอกจากนี้แล้วต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมการทำงาน แต่คงไว้ซึ่งวัตถุประสงค์ในการพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน^{๓๘}

พระครูปลัดวันชาติ วิชาโต (ยอดดำเนิน) ได้วิจัยเรื่อง “ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของวัดนครสวรรค์ตามหลักสังคหวัตถุ ๔” (SATISFACTION OF PEOPLE TOWARDS SERVICE APPLYING THE FOUR SANGHA VATTTHUS OF NAKHONSAN MONASTERY) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๕๒ มีอายุ ๕๑ ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๐๓ มีระดับการศึกษา ปวส/ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๐๐ มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๐๓ ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการให้บริการตามหลักสังคหวัตถุ ๔ ของวัดนครสวรรค์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($x=3.96$) เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้านเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของวัดนครสวรรค์ตาม หลักสังคหวัตถุ ๔ พบว่า ประชาชนที่มีเพศ, อายุ, ระดับการศึกษา และอาชีพที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของวัดนครสวรรค์โดยรวมไม่แตกต่างกัน

^{๓๘} ณิชภัทร เลิศพรมาตย์, “การพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชน และเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพ เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอมะเขง จังหวัดเชียงใหม่”, ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ), (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๔).

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาด้านการบริการอย่างมีประสิทธิภาพให้ดียิ่งขึ้นควรส่งเสริมการให้มีการบริการที่จะสามารถนำมาซึ่งความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ให้เกิดความประทับใจในการรับบริการทุกครั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้มี สิ่งที่สำคัญก็คือควรยึดหลักสังคหวัตถุ ๔ ในการให้บริการ ควรสงเคราะห์ประชาชนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันและไม่เลือกปฏิบัติผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของ วัดนครสวรรค์ควรคำนึงถึงหลักธรรมหลักสังคหวัตถุ ๔ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ประชาชน^{๓๙}

ชัยญวาลย์ เชิดชูกิจกุล ได้วิจัยเรื่อง “ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการ ณ ศูนย์บริการประชาชนแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร” ผลการวิจัยพบว่า โดยทั่วไปสามารถแบ่งความพึงพอใจออกเป็น ๓ ด้าน คือ ๑. ด้านพฤติกรรมในการให้บริการ ๒. ด้านอาคารสถานที่ ๓. ระบบการให้บริการ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชาชนที่เข้าไปใช้บริการ ณ ศูนย์บริการประชาชนแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จของกรุงเทพมหานคร จำนวน ๔๐๘ คน จาก ๑๒ เขต ผลการศึกษายังได้พบว่า เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส งานที่ไปติดต่อต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ไม่แตกต่างกัน แต่ระดับการศึกษาและรายได้ต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่แตกต่างกัน คือ^{๔๐}

๑. ประชาชนที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความพึงพอใจแตกต่างจากประชาชนที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

๒. ประชาชนที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน มีความพึงพอใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่แตกต่างจากประชาชนที่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ ๑๕,๐๐๐ บาท ขึ้นไปด้านพฤติกรรมในการให้บริการและระบบการให้บริการนั้น ประชาชนมีความพึงพอใจมาก ส่วนด้านอาคารสถานที่ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับกลาง

ปานจิต บุณสมภพ ได้วิจัยเรื่อง “ความพึงพอใจของนิสิตต่อการให้บริการของสำนักทะเบียนและประมวลผลมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน” ผลการวิจัยพบว่า ในการทำวิจัยนั้นเราสามารถประเมินจากปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ รวมทั้งรับรู้ปัญหาและรับข้อเสนอแนะของนิสิตในการ

^{๓๙} พระครูปลัดวันชาติ วิชาโต (ยอดดำเนิน), “ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของวัดนครสวรรค์ตามหลักสังคหวัตถุ ๔,” **หลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์)**, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔).

^{๔๐} ชัยญวาลย์ เชิดชูกิจกุล, “ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการ ณ ศูนย์บริการประชาชนแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร”, **หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการบริหารทั่วไป)**, (วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ), (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๔).

ให้บริการดังกล่าวด้วยผลการศึกษาได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายและเพศหญิงอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน (ชาย ๕๓.๐๐ %, หญิง ๔๗ %) เป็นนิสิตกลุ่มสายวิทยาศาสตร์ ๗๐.๖ % กลุ่มสายศิลป์ ๒๙.๔ % มีประสบการณ์การติดต่อใช้บริการแตกต่างกันหลายระดับ แต่ ๔๐.๐% อยู่ในช่วง ๑ – ๒ ครั้ง มักเป็นเรื่องของการทำคำร้องขอ add – drop ล่าช้า โดยพบว่า ๙๐.๕ % และ ๗๐.๕ % ของนิสิตมีความคาดหวังมากต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่และต่อการบริหารจัดการตามลำดับ

ส่วนในเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการของสำนักทะเบียนและประมวลผลได้พบว่า ๗๙.๐ % มีความรู้ความเข้าใจ มากเช่นกันในเรื่องความพึงพอใจของนิสิตต่อการให้บริการของฝ่ายบริหารและธุรการ ฝ่ายทะเบียนและสถิติการศึกษา และฝ่ายรับเข้าศึกษา ได้พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ฝ่ายบริการการเรียนการสอนและการสอบ นิสิตมีความพึงพอใจมากผลการทดสอบสมมติฐานได้พบว่า ความคาดหวังของนิสิตต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่และต่อการบริหารจัดการของสำนักทะเบียนและประมวลผล สัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ในเรื่องของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการของสำนักทะเบียนและประมวลผล^{๔๑}

ผลงานวิจัยข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ระบบบริการ หรือการบริการนั้น คือ การอำนวยความสะดวกในการกระทำบางอย่างที่บุคคลหนึ่ง หรือกลุ่มบุคคล ได้กระทำต่อบุคคล เพื่อที่จะอำนวยความสะดวก ซึ่งในการอำนวยความสะดวกอาจต้องแลกมาด้วยปัจจัยบางอย่าง เช่น เงิน สิ่งของ หรือสิ่งที่มีมูลค่า หรืออาจได้รับการอำนวยความสะดวกที่ไม่ต้องใช้ปัจจัยอย่างแลกเปลี่ยนก็ได้ เพราะอย่างที่กล่าวมาจึงทำให้ทราบว่าระบบบริการ หรือการบริการ ที่มีหลากหลายรูปแบบในการที่จะตอบสนองความต้องการของบุคคล ประชาชน ชุมชน หรือประเทศ

๑.๗ วิธีการดำเนินการวิจัย

๑.๗.๑ รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง”แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้าจังหวัดสุพรรณบุรี”เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) มีการเก็บข้อมูลภาคสนามมาจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายและผู้ที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานโดยตรงเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก

^{๔๑}ปานจิต บุณสมภพ, “ความพึงพอใจของนิสิตต่อการให้บริการของสำนักทะเบียนและประมวลผล มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์”, วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาศึกษา), (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ๒๕๔๘).

(In-depth Interview) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ได้แก่ พระสงฆ์ในอำเภอบางปลาม้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี

๑.๗.๒ ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึก

ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกประกอบด้วย พระสงฆ์ในอำเภอบางปลาม้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๒๔ รูป/คน ได้แก่

๑. พระครูสุวรรณบุญญาภรณ์ วัดคูบัว
๒. พระสมุห์สมจิตร์ โชติปัญโญ วัดโพธิ์ศรี
๓. พระอธิการสัมฤทธิ์ สอนจิตโต วัดสุขเกษม
๔. พระอธิการบุญส่ง นาคปัญโญ วัดดอนขาด
๕. พระแสง รุกขิโต วัดวังน้ำเย็น
๖. นายแพทย์ อนวัช รัชวรณวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้า
๗. นาง ลักขณา โพธากุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมะขามล้ม
๘. นาง รุ่งจี ศรีรุ่งเรือง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวังน้ำเย็น
๙. นาง สุขสวัสดิ์ คล้ายมาลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดโบสถ์
๑๐. นาย เมสรินทร์ สุวรรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดอนขาด
๑๑. นาง สมพร จิงเจริญศิลป์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบางปลาม้า
๑๒. นาง สมทรง ถักดีนารถ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดดาว
๑๓. นาง นฤมล โรคนิลมวงค์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสาละ
๑๔. นางสาว วันเพ็ญ รัตนทยากร หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้า

บางปลาม้า

๑๕. นางสาว อุบลวรรณ เรือนทองดี หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้า

บางปลาม้า

๑๖. นาย นรินทร์ ศรีรุ่งเรือง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
๑๗. นางสาว สุพรรณ คำวิลาศ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
๑๘. นางสาว ญัฐจิรา นิมอนงค์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
๑๙. นาย พงษ์ธร แสนพันธุ์ตา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
๒๐. นาง สุรีย์ฉวี จันทร์เพ็ญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
๒๑. นาง ธัญญ์รัศมี นิมอนงค์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
๒๒. นาง สีดา พนัสดิษฐ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๒๓. นาง บัวไข โสวัสสะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๒๔. นาง บังอร คุณไอนด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๑.๗.๓ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกำหนดโครงสร้างประเด็นการสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น ๒ ตอนหลัก ประกอบด้วย

ตอนที่ ๑ แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้าจังหวัดสุพรรณบุรี

ตอนที่ ๒ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้าจังหวัดสุพรรณบุรี

๑.๗.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Dept Interview) ในการสัมภาษณ์นั้นผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ และผู้มาใช้บริการ ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์สามารถแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ

กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบางปลาม้า ได้แก่ โรงพยาบาลบางปลาม้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปลาม้า ๑ ท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ๗ ท่าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ๕ ท่าน และอาสาสมัครสาธารณสุข ๖ ท่าน โดยการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกทุกคน

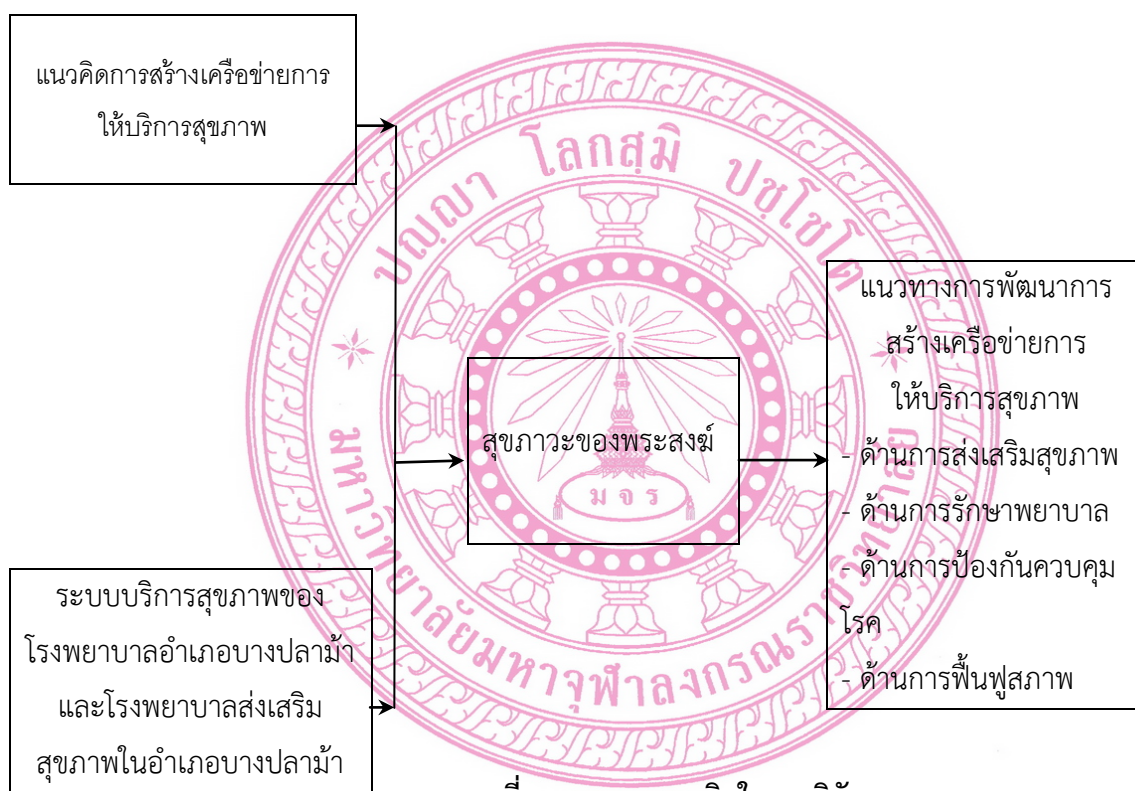
กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่อาศัยภายในอำเภอบางปลาม้า คือ พระสงฆ์ที่อาพาธจำนวน ๕ รูป ที่มารับการรักษาโรงพยาบาลบางปลาม้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโดยการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกทุกคน

๑.๗.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการจัดลำดับเนื้อหาที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ตามวัตถุประสงค์ จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ประกอบบริบท ตามโครงสร้างของแบบสัมภาษณ์ ประกอบการสังเกตของผู้วิจัย

๑.๘ กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้าจังหวัดสุพรรณบุรี” ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework) ดังนี้



แผนภาพที่ ๑.๔ กรอบแนวคิดในการวิจัย

๑.๙ ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย

๑.๙.๑ เพื่อทราบแนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ

๑.๙.๒ เพื่อทราบระบบการบริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า

๑.๙.๓ เพื่อทราบแนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

๑.๙.๔ เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการก่อสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

บทที่ ๒

แนวคิดการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษา “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาหม้และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาหม้จังหวัดสุพรรณบุรี” โดยมุ่งศึกษาในส่วนต่างๆ ดังนี้ แนวคิดเครือข่ายการให้บริการสุขภาพประเทศ แนวคิดการแก้ปัญหาทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ และเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยมีแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ มีนักทฤษฎี นักวิชาการ และนักบริหารหลายท่านได้ศึกษา ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ให้เข้ากับการศึกษาได้ โดยเฉพาะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งเป็นสถานบริการด้านสุขภาพตั้งนั้น ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกเอาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาประกอบการศึกษา

๒.๑ แนวคิดเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ

๒.๑.๑ บริบทการบริการสุขภาพในปัจจุบัน

๒.๑.๒ การจัดระบบบริการสุขภาพกับระบบรับส่งต่อผู้ป่วย

๒.๑.๓ คุณลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพแต่ละระดับ

๒.๑.๔ วัตถุประสงค์ของการรับส่งต่อผู้ป่วย

๒.๒ ระบบบริการสุขภาพของประเทศ

๒.๒.๑ ระบบบริการสุขภาพ

๒.๒.๒ ความหมายของระบบบริการสุขภาพ

๒.๒.๓ ระดับของระบบบริการสุขภาพ

๒.๒.๔ ลักษณะระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์

๒.๓ นวัตกรรม“โครงการพัฒนาศักยภาพ อสม.ช่วยเหลือเยี่ยมบ้าน”

๒.๑ แนวคิดเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ

เครือข่ายบริการสุขภาพ หมายถึง สถานบริการที่มีลักษณะดังนี้ เป็นหน่วยบริการหลายหน่วยที่รวมตัวกันขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานประกาศ มีหน่วยบริการการประจำหนึ่งหน่วยเป็นแกนกลาง รวมกับหน่วยที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้อาจมีหน่วยบริการร่วมให้บริการเข้าร่วมก็ได้ คำนึงถึงลักษณะทางภูมิศาสตร์ ศักยภาพของหน่วยบริการและความสะดวกในการเข้าถึงบริการของบุคคลเพื่อประโยชน์ในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ดังนั้นจึงได้มีการจัดการบริการสาธารณสุขในรูปเครือข่ายบริการ ซึ่งการดูแลสุขภาพเป็นรูปเครือข่าย ได้มีการดูแลสุขภาพในรูปแบบเครือข่าย ๓ ระดับ คือ

๑. ด้านแรก มี โรงพยาบาลอำเภอ และสถานอนามัย ใกล้บ้าน ผู้ป่วยเป็นด้านแรกดูแลคนไข้ได้ทุกอย่างโรค ถ้าเกินความสามารถค่อยเขียนใบส่งต่อ หรือมีรถนำคนไข้ไปรักษาต่อด้านที่เหมาะสม

๒. ด้านสอง มี โรงพยาบาลจังหวัด เป็นด้านสอง ที่มีแพทย์เฉพาะทางที่อยู่ในแต่ละแผนกเช่น สูติกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม อายุรกรรม และแผนกอื่นๆ ที่มีทีมแพทย์เฉพาะทางช่วยเหลือปรึกษากันในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง

๓. ด้านสาม มี โรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทางเป็นด้านสาม มีความสามารถรักษาโรคยากๆ ที่พบน้อย มีเครื่องมือราคาแพงไว้ใช้ มีหน้าที่รับส่งต่อจากด้านที่สอง หรือด้านแรก ที่เกินความสามารถ และยังมีหน้าที่สอนนิสิตแพทย์ที่เข้ามาเรียนแพทย์

โดยมีจุดประสงค์ของการดูแลสุขภาพเป็นรูปเครือข่าย

๑. เพื่อให้การใช้ทรัพยากรสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ละด้านมีทรัพยากรที่เหมาะสม

๒. ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจ มีแพทย์ประจำครอบครัว ในสถานพยาบาลใกล้บ้านสะดวกในการรักษาเมื่อเริ่มป่วย ถ้าเกินความสามารถก็ได้รับการส่งต่อ ในสถานพยาบาลที่เหมาะสมแทนผู้ป่วยเลือกเอง และดูแลเบื้องต้นให้ โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ

๓. ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพึงพอใจ ได้ทำงานตามขีดความสามารถไม่เครียด ไม่ลาออกเนื่องจากทำงานที่เกินขีดความสามารถ

๔. ประชาชาติประหยัดงบประมาณทางด้านสาธารณสุขลงได้อย่างมากจากได้รับการดูแลแบบองค์รวม ให้ความรู้ ร่วมกับการรักษา ทำให้ไม่เจ็บป่วยบ่อย สุขภาพแข็งแรงตามแนวทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

๒.๑.๑ บริบทการบริการสุขภาพในปัจจุบัน

โครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขประกอบด้วยระบบต่างๆ ๖ ด้าน คือ ๑) ระบบบริการ ได้แก่ ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ๒) กำลังคนด้านสุขภาพ ๓) ระบบข้อมูลข่าวสาร ๔) เทคโนโลยีด้านการแพทย์ ได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือ ในการรักษา ๕) งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ ๖) ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลของระบบ ซึ่งระบบบริการสาธารณสุข ทั้ง ๖ ด้านนี้ มีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ อยู่ ๔ ประการ ดังนี้

๑. เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ในการได้รับบริการ และการมีสุขภาพที่ดี

๒. เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจว่าการบริการสุขภาพนั้นตอบสนองความต้องการของประชาชน ในระดับที่น่าพอใจ

๓. เพื่อให้มั่นใจว่ามีระบบป้องกันความเสี่ยงด้านสังคมจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

๔. เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการ ด้านการจัดสรรทรัพยากรและเทคโนโลยี

ระบบบริการสาธารณสุขของไทยนับได้ว่าพัฒนาไปในทุกมิติ โดยการจัดบริการด้านสุขภาพนั้น ประเทศไทยได้ขยายบริการออกไปทุกระดับครอบคลุมทุกพื้นที่และมีระบบการส่งต่อที่ดี ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ประกอบกับประเทศไทยได้จัดหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทุกคน ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ เป็นต้นมา มีผลทำให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า ประชาชนได้รับการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคที่จำเป็นอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังถือว่าการป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงินให้ประชาชนทางหนึ่ง เนื่องจากช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนลง

แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีบริการที่มีความครอบคลุมต่าง คือ การตรวจคัดกรองโรค เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งหากพบในระยะเริ่มแรก จะทำให้ได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ จะเห็นได้จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างมาก ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา คือจาก ๑๔๗,๑๓๘ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ เป็น ๒๔๘,๐๗๙ ล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ โดย ๓ ใน ๔ ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เป็นค่ารักษาพยาบาล มีเพียงร้อยละ ๕ เท่านั้นที่ใช้ในการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการลงทุนเกี่ยวกับโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคน่าจะเป็นมาตรการที่สำคัญที่ควรจัดสรรในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

ประเทศไทยจึงลงทุนด้านสุขภาพ ในทุกๆ ด้าน รวมทั้งการขยายบริการทุกระดับทำให้ผู้ป่วยมาใช้บริการในระดับชุมชนถึงประมาณ ๔ ใน ๕ ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดระบบบริการสุขภาพของไทย มีการขยายตัวของบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ทั้งในส่วนของการบริการสุขภาพระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการ

รักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และการป้องกันโรค โดยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด และมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่กระจายอยู่ทุกตำบล (๙,๐๐๐ กว่าแห่งทั่วประเทศ) และโรงพยาบาลชุมชน ที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ (๗๐๐ กว่าแห่งทั่วประเทศ) ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูง หรือระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ที่เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความสลับซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษและต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จากการขยายตัวดังกล่าว ทำให้การใช้บริการของประชาชนส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนประมาณ ๔ ใน ๕ ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันการพัฒนาระบบบริการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพนั้น อยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยที่รับผิดชอบนโยบาย และการวางแผนระบบสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศ และอีกหน่วยงาน คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยที่รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการบริการสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เป็นงบประมาณส่วนใหญ่ในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน และระบบหลักประกันสุขภาพไทยในปัจจุบัน ได้จัดระบบที่ใช้ฐานของระบบบริการปฐมภูมิ เป็นฐานใหญ่ในการเป็นหน่วยบริการประจำ เพื่อจัดบริการพื้นฐานสำคัญให้แก่ประชาชน

นโยบายที่กำหนดในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (๒๕๕๐-๒๕๕๔) เน้นเนื้อหาการสร้างระบบสุขภาพพอเพียง ในสังคมการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และการแพทย์ที่ผู้รับบริการ อุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข รวมทั้งสร้างระบบภูมิคุ้มกันทางความคิด สร้างวัฒนธรรมสุขภาพ สร้างดุลยภาพและบูรณาการการพัฒนา สร้างจิตสำนึกทางสุขภาพสร้างภาวะผู้นำที่สร้างสรรค์และสร้างธรรมาภิบาล ในระบบสุขภาพ เนื้อหาในยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนฯ ในด้านระบบบริการสุขภาพ กำหนดให้มีการสร้างระบบสุขภาพชุมชน และเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง เพื่อสนับสนุนให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์

แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือ เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะ ๕ ปี (๒๕๕๐-๒๕๕๔) ที่เน้นเนื้อหาใน ๕ ประเด็น คือ ๑) เพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิ ๒) ปรับปรุงการบริหารจัดการ ๓) ปรับปรุงระบบการผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากร ๔) สร้างการยอมรับคุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ ๕) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ปัจจุบันได้มีการใช้แผนฯ ๕ ปีนี้เป็นกรอบในการวางแผนการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัด ซึ่งขณะนี้แผนได้มีการดำเนินการมาเกินครึ่งแผน ได้มีคณะทำงานที่จัดตั้งขึ้น เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาต่อยอดให้เป็นแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (๒๕๕๔-๒๕๖๔) โดยสำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยประสานการพัฒนายุทธศาสตร์ดังกล่าว

ในปัจจุบันได้มีแนวนโยบายและแผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขประกาศเป็นทางการ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๓ ที่ผ่านมา โดยให้พัฒนาระดับสถานีนอมนัยหรือหน่วยบริการปฐมภูมิเดิมให้เป็น รพ.สต. ซึ่งปัจจุบันมีจำนวน ๙,๗๗๐ แห่งทั่วประเทศให้เป็นทัพหน้าของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการด้านสุขภาพประชาชนในตำบล หมู่บ้านและชุมชน การพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานและมีศักยภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเน้นบริการสุขภาพเชิงรุก ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียมที่สำคัญคือ ให้ประชาชนและผู้บริการได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นส่วนหนึ่งตามโครงการโรงพยาบาลสาธารณสุขยุคใหม่ เพื่อคนไทยสุขภาพดีมีรอยยิ้ม คือ มีโครงสร้างทางกายภาพและบรรยากาศที่ดี มีการให้บริการที่ดี และมีการบริหารจัดการที่ดี นโยบาย รพ.สต. นี้มีการสนับสนุนด้านงบประมาณชัดเจน โดยปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ได้มีการจัดงบประมาณจากโครงการไทยเข้มแข็งที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติ ๑,๔๙๐ ล้านบาท และจากงบประมาณในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๕๔ จำนวน ๖,๐๐๐ ล้านบาท รวม ๗,๕๐๐ ล้านบาท^๑

สรุปได้ว่า สถานการณ์ในปัจจุบันได้เน้นการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นหลัก เพื่อไม่ให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัดให้มากขึ้น และหน่วยบริการปฐมภูมิมีแนวโน้มในด้านการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดำเนินการจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้แนวโน้มเงินบำรุงของหน่วยบริการเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังพบว่าการจัดการสนับสนุนนี้ไม่สม่ำเสมอในแต่ละเครือข่าย และแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด แต่ละภูมิภาค รวมทั้งยังขาดความคล่องตัวในการจัดการด้านงบประมาณส่วนที่ยังมีการเปลี่ยนแปลงน้อยและเป็นข้อจำกัด ในด้านการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมียังมีน้อย ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานประมาณครึ่งหนึ่ง แต่ก็มีแนวโน้มที่มีพยาบาลปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับนี้เพิ่มมากขึ้น ด้านผลลัพธ์การให้บริการพบว่าประชาชนมีแนวโน้มเชื่อมั่น และใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น แต่ในด้านคุณภาพบริการเพื่อการจัดการโรคเรื้อรังยังพบว่ามีความจำกัด ยังไม่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ได้ ซึ่งยังเป็นประเด็นที่ต้องมีการพัฒนาต่อเนื่อง ในด้านคุณภาพของผู้ให้บริการ และการจัดการเครือข่ายสนับสนุนบริการให้เกิดความต่อเนื่อง เชื่อมโยงที่ดีร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่วนในด้านการบริหารจัดการเครือข่ายบริการ และการจัดการบริการในแต่ละบริบททั้งเมืองและชนบท และพื้นที่ทุรกันดารนั้น พบว่ามีความแตกต่างกันเช่นกัน แต่ยังไม่พบการนำเสนอเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

^๑สุดารัตน์ คำวิชา, “การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี”, รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชานโยบายสาธารณะ), (มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๕๒).

เกือบทั้งหมดจะไม่รับผู้ป่วยในและไม่มีแพทย์ทำงานอยู่เป็นประจำ แต่จะอาศัยความร่วมมือกับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน^๒

๒.๑.๒ การจัดระบบบริการสุขภาพกับระบบรับส่งต่อผู้ป่วย

กรอบแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข ต้องการให้ใช้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกหน่วยที่มีอยู่ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน เข้ามาร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Public Private Mix) ให้มีการใช้เครือข่ายงานบริการสุขภาพทุกจุดมาสร้างและซ่อมสุขภาพให้ประชาชน โดยให้หน่วยบริการอยู่ใกล้บ้านใกล้ใจ มีการแบ่งพื้นที่ในการให้บริการชัดเจน มีสถานบริการเครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการประกอบด้วยทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลด้านปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ประชาชนทุกคนที่ขึ้นทะเบียนจะมีสถานพยาบาลประจำครอบครัว ๒ แห่ง คือ Primary Care Unit และ Main Contractor เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลแห่งใดก็ได้ ส่วนการส่งต่อไปรักษาที่ Supra Contractor ที่ร่วมโครงการได้ทุกแห่ง ตามความเร่งด่วน/ความจำเป็น/ระยะทาง/ความต้องการ ทั้งผู้ให้บริการและญาติ ทั้งนี้ควรอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

หลักการในการจัดเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ^๓

- ๑) ทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึง ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้ง่าย
- ๒) ต้องเอื้อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการ และมีการส่งต่อระหว่างสถานบริการแต่ละระดับได้อย่างไม่มีช่องว่าง ครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐานสำคัญตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลดปัญหาการบริการที่ซ้ำซ้อน
- ๓) ต้องเอื้อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานโดยทั่วหน้า เอื้อต่อการจัดบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง
- ๔) ต้องเอื้อให้เกิดระบบบริการที่ผสมผสานดูแลด้วยแนวคิดแบบองค์รวม บูรณาการการดูแลทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชน
- ๕) สร้างให้เกิดความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

^๒สุดารัตน์ คำวิษา, “การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี”, รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชานโยบายสาธารณะ), (มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๕๒).

^๓วีระพงษ์ เณลิมจิระวัฒน์, “คุณภาพในงานบริการ”, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท ประชาชน จำกัด, ๒๕๓๙), หน้า ๔๕.

๖) สร้างความร่วมมือในการบริการภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน การจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบบริการที่จัดเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ มีการจัดแบ่งสถานพยาบาลในการให้บริการออกเป็นกลุ่มๆ มีการประสานกันเป็นเครือข่ายเพื่อเอื้อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพตามมาตรฐานมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานบริการแต่ละระดับได้อย่างไม่มีช่องว่าง เป็นระบบบริการที่ดูแลประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง และตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

ดังนั้นระบบรับส่งต่อผู้ป่วยทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีสถานบริการต่างระดับเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และศูนย์เขต ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยบริการจะเป็นคู่สัญญาในการให้บริการสุขภาพซึ่งแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม คือ

๑. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care, CUP) หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกการให้บริการที่บ้านและบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้จะต้องมีประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัวหรือครอบครัว ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้

๒. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting unit for secondary care, CUS) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิ หน่วยบริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เป็นการให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนมีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่สะดวก ไม่มีช่องว่าง และมีการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับบริการต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเห็นว่าเหมาะสม พร้อมข้อมูลแผนการดูแล

๓. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting unit for tertiary care, CUT) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการที่เป็นบริการทางการแพทย์เฉพาะสาขา ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง หน่วยบริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ, “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ”, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๓), หน้า ๒๓.

๒.๑.๓ คุณลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพแต่ละระดับ

๑) ลักษณะสำคัญของกระบวนการบริการระดับปฐมภูมิที่ดี คือ

๑.๑) เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก (Front-line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ

๑.๒) เป็นบริการที่รับผิดชอบ ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing-longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ/ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

๑.๓) เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (Comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

๑.๔) เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อบริการอื่นๆทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคมเมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (Co-ordinate care)

๒) ลักษณะสำคัญของบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ คือ

๒.๑) ให้บริการทางการแพทย์ ที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน มีบุคลากรให้บริการได้ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด มีระบบรองรับการให้บริการฉุกเฉินและประสบอุบัติเหตุได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

๒.๒) มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย และข้อมูลจากหน่วยปฐมภูมิที่สะดวก ไม่มีช่องว่างและมีการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับบริการต่อเนื่อง ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเห็นว่าเหมาะสม พร้อมข้อมูลแผนการดูแล อีกทั้งมีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน สม่าเสมอ

ซึ่งจะเห็นได้ว่าหน่วยคู่สัญญาของบริการแต่ละระดับ มีการประสานต่อบริการทางการแพทย์ โดยมีระบบรับส่งต่อเป็นตัวเชื่อมให้บริการทางการแพทย์มีความต่อเนื่อง ซึ่งโดยทั่วไประบบการส่งต่อและระบบสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการ จะจัดให้มีระบบส่งต่อดังต่อไปนี้

๑. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและกลับภายในเครือข่าย มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นเพื่อการตรวจชันสูตรด้านต่างๆ

๒. มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย รวมทั้งมีระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการในเครือข่าย มียา วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่เพียงพอต่อการให้บริการตามมาตรฐาน

๓. จัดระบบให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ในกรณีฉุกเฉินและมีการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยบริการ ซึ่งสามารถรับคำปรึกษาภายในเครือข่ายอย่างรวดเร็ว

๒.๑.๔ วัตถุประสงค์ของการรับส่งต่อผู้ป่วย

การประสานงานเพื่อการรับส่งต่อผู้ป่วย ไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวตามความเหมาะสมเป็นรายๆไป โดยมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมและสนับสนุนกลไกของการประสานงาน ระหว่างหน่วยงานต่างๆทั้งของรัฐและเอกชน ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์ของการส่งต่อ คือ

๑. วัตถุประสงค์ด้านผู้ป่วย

๑.๑) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่ถูกต้อง ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน โดยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด

๑.๒) ให้ผู้ป่วยมีศรัทธาต่อสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้มีการใช้บริการในสถานบริการมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับความสะดวกรวดเร็วและพอใจ

๒. วัตถุประสงค์ด้านเจ้าหน้าที่

๒.๑) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ เข้าใจยอมรับ ปฏิบัติตามระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย มีการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยที่ให้บริการให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำให้เกิดความอุ่นใจและเกิดความมั่นใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ส่ง

๒.๒) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ส่งได้มีโอกาสติดตามผลการรักษา หรือดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ตามสมควร

๒.๓) เป็นการกระตุ้นให้หน่วยงานบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีการปรับปรุงประสานงานในด้านการรักษาพยาบาลดีขึ้น

ปัจจุบันการดำเนินงานของสถานบริการภาครัฐมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการทำให้ผู้รับบริการไม่ประทับใจ โดยส่วนใหญ่พบว่าปัญหาของการให้บริการคือ คุณภาพบริการและประสิทธิภาพของการให้บริการ ดังนั้นจึงควรเร่งดำเนินการแก้ไขในเรื่องการจัดระบบบริการเพื่อสร้างศรัทธาและความพึงพอใจในบริการแก่ผู้รับบริการตามหลักการบริหารจัดการแนวใหม่

ซึ่งถือว่า ผู้รับบริการเป็นลูกค้าที่สำคัญของสถานบริการ ความคิดเห็นของผู้รับบริการเปรียบเสมือนกระจกเงาที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่แท้จริงของระบบบริการ^๕

ระบบบริการในการรับส่งต่อของเครือข่ายบริการ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงย่อมส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการนำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ามาดำเนินการมีนโยบายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านคุณภาพ ราคา และการเข้าถึงบริการ ดังนั้นความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงมีความสำคัญ และจำเป็นในการที่จะพัฒนาระบบการให้บริการ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

๒.๒ ระบบบริการสุขภาพของประเทศ

๒.๒.๑ ระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพย่อยๆ ที่มาจากฐานความคิดมากกว่าระบบเดียว โดยเป็นระบบบริการสุขภาพแบบพหุลักษณะที่มีใช้ระบบหลักที่จะทำให้ประชาชนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพะ” แต่เป็นระบบที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างประสานสอดคล้องกับระบบอื่นๆ ในระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพสามารถจัดแบ่งได้หลายระดับ แต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่ให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และจัดบริการที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุมในมิติทางสังคม วัฒนธรรม

ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญ ๓ ประการ คือการให้บริการได้ครอบคลุม การไม่มีความซ้ำซ้อนของบทบาทสถานพยาบาลในระดับต่างๆ และการมีการเชื่อมโยงสถานพยาบาลแต่ละระดับบริการระดับต้นประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญคือ เป็นบริการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของชุมชน เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพที่สูงขึ้น และเป็นบริการจุดแรกที่ทำให้บริการที่ผสมผสาน ต่อเนื่อง และเข้าถึงได้ง่าย และบริการระดับต้นมีบทบาทในการให้บริการจุดแรกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแก่ชุมชนอย่างเป็นองค์รวม และการส่งต่อผู้ป่วยโรคที่ซับซ้อนไปรับบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น ส่วนการดูแลโดยโรงพยาบาลมีลักษณะในการให้บริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน โดยมีบทบาทในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคที่ซับซ้อนการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาวิจัย และการสนับสนุนบริการระดับต้นให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น

ปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพคือ ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ คุณภาพบริการและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ส่วนปัญหาการจัดบริการของโรงพยาบาล คือ การขาดการ

^๕วิโรจน์ นิมิตรโกนันทน์, “ความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการโทรศัพท์สาธารณะทางไกล ชนบทบริษัท ทศท คอร์ปอเรชั่น จำกัด (มหาชน) : กรณีศึกษา อำเภอกำแพงแสนจังหวัดนครปฐม”, วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา), (มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, ๒๕๔๗).

วางแผนการกระจายโรงพยาบาลที่ดี การมีแผนกผู้ป่วยนอกขนาดใหญ่และรับภาระงานบริการผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนมาก ปัญหาเรื่องต้นทุนและการกำหนดราคาค่าบริการของโรงพยาบาล และปัญหาผู้บริหารโรงพยาบาล

หลักการสำคัญของการประกันสุขภาพ คือ การเฉลี่ยความเสี่ยงทางการเงินที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านการเงิน การประกันสุขภาพมีหลายรูปแบบ และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในด้านแหล่งรายได้ของสถานพยาบาลจะมาจากระบบประกันสุขภาพเป็นหลัก หน่วยงานผู้ซื้อบริการจะมีบทบาทในการกำหนดพฤติกรรมของสถานพยาบาล และ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์เชิงพันธมิตร

๒.๒.๒ ความหมายของระบบบริการสุขภาพ

คำว่า ระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ฯลฯ มีการใช้ค่อนข้างมากแต่ก็เป็นการใช้คำต่างๆ เหล่านี้ภายใต้ความหมายที่หลากหลายแตกต่างกัน ซึ่งหลายครั้งก็ทำให้เกิดความสับสนในการสื่อความหมายพอสมควร

ส่วนหนึ่งของความสับสนเกิดจากการมองระบบในระดับที่ต่างกัน หากเข้าใจความหมายของคำว่า “ระบบ” (System) ว่าหมายถึง “...A Set of Interrelated and Interdependent Parts, Designed to Achieve a Set of Goals...” แล้ว จะสามารถเข้าใจได้ว่า แท้จริงแล้ว ระบบสามารถมองได้หลายระดับ โดยแต่ละระดับของระบบที่กำลังพิจารณานั้นสามารถจะเป็นระบบใหญ่หรือระบบย่อย (Subsystem) ของอีกระบบหนึ่งได้

ที่ผ่านมามีความพยายามที่จะเข้าใจระบบใหญ่โดยการแยกวิเคราะห์ระบบย่อยต่างๆ หรือเรียกว่าเป็นวิธีการคิดแบบ “ลดส่วน (Reductionist)” มีข้อจำกัดพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ระบบที่มีความซับซ้อน (Complex System) มากๆ เพราะลักษณะที่สำคัญอีกประการหนึ่งของ “ระบบ” คือ การที่คุณสมบัติของระบบที่ปรากฏให้เห็นจะไม่ใช่ผลรวมอย่างง่ายขององค์ประกอบย่อย (The Whole is Not the Sum of Its Parts) เพราะเมื่อองค์ประกอบย่อยๆ มารวมกันเป็นระบบ มักจะมีคุณสมบัติใหม่เพิ่มขึ้นเสมอ (Emergent Property) การพยายามทำความเข้าใจระบบโดยวิเคราะห์คุณสมบัติของส่วนย่อยๆ ของระบบจึงไม่เพียงพอ^๖ หากเริ่มต้นที่ระบบสุขภาพ (Health System) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายว่า เป็นระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง

^๖ สุदारัตน์ คำวิษา, “การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี”, รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชานโยบายสาธารณะ), (มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๕๒).

ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมกายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพด้วย^๗ จะเห็นว่า ระบบสุขภาพเป็นระบบใหญ่ที่ประกอบระบบย่อยอื่นๆ เช่น ระบบบริการสุขภาพ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ฯลฯ ซึ่งระบบย่อยแต่ละระบบจะสัมพันธ์กัน และส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน ขณะเดียวกันระบบสุขภาพก็เป็นระบบย่อยของสังคม ซึ่งสังคมยังมีระบบย่อยอื่นๆ อาทิ ระบบการศึกษา ระบบเศรษฐกิจ และระบบการเมือง ฯลฯ

ระบบบริการสุขภาพ (Health Care System) นับได้ว่าเป็นระบบย่อยที่มีความสำคัญมากระบบหนึ่งในระบบสุขภาพ ความหมายของระบบบริการสุขภาพจะกว้างขวางครอบคลุมเพียงไร ขึ้นกับความหมายของคำว่า “สุขภาพ”^๘ ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของ “ระบบบริการสุขภาพ” ว่า หมายถึง การมีเขตครอบคลุมตั้งแต่บริการเพื่อการใช้ชีวิต การร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพรวมถึงการสุขภาพ การมีอาหาร น้ำและอากาศที่ปลอดภัย อาจรวมไปถึงการมี ระบบการปกครอง ระบบการค้า ระบบการประกอบอาชีพที่ช่วยแก้ไขปัญหาคาความยากจน ซึ่งส่งผลให้ช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพได้ การได้รับการศึกษาและข้อมูลเพื่อให้รู้เท่าทันโดยใช้ชีวิตอย่างเหมาะสม และรักษาสุขภาพที่ดีไว้ได้ ระบบป้องกันโรคที่ป้องกันได้ เมื่อเกิดโรครุนก็มีระบบบริการรักษาโรค ซึ่งมีรูปแบบและระบบความซับซ้อนจากการใช้เทคโนโลยีต่างๆ มากมาย เมื่อพิจารณาถึงเทคโนโลยีในการลดความพิการและเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิต รวมไปถึงการปรับสภาพสังคมทั้งด้านกายภาพ กฎเกณฑ์สังคม และค่านิยมเพื่อให้ผู้พิการทางกาย จิต และทางสังคม เช่น โรคที่สังคมรังเกียจ ฯลฯ ได้มีสุขภาวะที่ดีที่สุดในที่สุดที่พึงจะมีได้^๙

ระบบบริการสุขภาพจึงครอบคลุมการจัดบริการที่สุขภาพที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมทั้งบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Professional Care) และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน(Non-Professional Care)

เดิมมีการใช้คำว่า “ระบบบริการสาธารณสุข” และ “ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข” ในความหมายเช่นเดียวกับระบบบริการสุขภาพ แต่เนื่องจากคำดังกล่าวทำให้เกิดความเข้าใจที่สับสน เช่น กรณีคำว่า ระบบบริการสาธารณสุขทำให้เข้าใจว่า หมายถึง ระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียว หรือกรณีคำว่า ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้

^๗ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, “ระบบบริการสุขภาพ”, (นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๖) หน้า ๑๒๔.

^๘ จรัส สุวรรณเหลา, “ระบบบริการสุขภาพ”, (กรุงเทพฯ : ม.ป.พ., ๒๕๔๓), หน้า ๓๕-๓๖.

^๙ เรื่องเดียวกัน, หน้า ๓๕-๓๖.

เข้าใจว่า เป็นระบบบริการที่จัดให้โดยบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น จึงทำให้การใช้คำดังกล่าวมีความนิยมน้อยลงในระยะหลัง

นอกจากนี้ ประเด็นอื่นๆ ที่ควรเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับ “ระบบบริการสุขภาพ” คือ

๑. ระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยระบบบริการสุขภาพย่อยๆ ที่มาจากฐานความคิดมากกว่าระบบเดียว เป็นระบบที่เรียกว่าเป็น “ระบบบริการสุขภาพแบบพหุลักษณะ (Pluralistic Health Care System)” การที่ “การแพทย์ตะวันตกหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern Medicine)” มีบทบาทมากในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน ไม่ได้หมายความว่า ไม่มีระบบบริการสุขภาพในแนวอื่นดำรงอยู่ หรือระบบบริการสุขภาพแนวอื่นไม่มีความสำคัญ ความนิยมของ “การแพทย์ทางเลือก” ในปัจจุบันสะท้อนภาพดังกล่าวได้

๒. ระบบบริการสุขภาพ มิใช่ระบบหลักในการทำให้คนในสังคมมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาวะ” ได้ ความหมายของคำว่า “สุขภาพดี” ในปัจจุบันครอบคลุมการมีสุขภาวะของทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้มีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบย่อยอื่นๆ ในระบบสุขภาพให้มีความพร้อม และสามารถสนับสนุนการสร้าง “สุขภาพดี” ได้อย่างเต็มที่ การลงทุนเน้นหนักที่ระบบบริการสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียวเหมือนเช่นอดีตที่ผ่านมา ได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า นอกจากจะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการมี “สุขภาพดี” ได้แล้ว ยังเป็นการใช้จ่ายทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่าด้วย

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพย่อยๆ ที่มาจากฐานความคิดมากกว่าระบบเดียว โดยเป็นระบบบริการสุขภาพแบบพหุลักษณะ ที่มีระบบหลักที่จะทำให้ประชาชนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาวะ” แต่เป็นระบบที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างประสานสอดคล้องกับระบบอื่นๆ ในระบบสุขภาพ

๒.๒.๓ ระดับของระบบบริการสุขภาพ (Level of Health Care System)

การจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับเช่น แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ คือ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) หรือ แบ่งออกเป็น ๒ ระดับ คือ บริการระดับปฐมภูมิ และการดูแลโดยโรงพยาบาล (Hospital Care) โดยบริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันนั้น มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ๒ ประการ คือ

๑. เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ยังสามารถสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการของประชาชน เพราะลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชนในแต่ละชุมชนนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นโรคหรือความเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อน สามารถให้การดูแลได้โดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากนักที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การจัดโครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่สามารถให้บริการครอบคลุมทั้งบริการการแพทย์ขั้นพื้นฐานและบริการการแพทย์ที่ซับซ้อนในทุกพื้นที่ หรือจัดบริการสุขภาพเป็นระดับเดียว (Single

Level) จะทำให้บริการการแพทย์ที่ซับซ้อนจะไม่ถูกใช้อย่างเต็มที่เนื่องจากอุบัติการณ์ (Incidence) การเจ็บป่วยที่ซับซ้อนที่เกิดในชุมชนมีจำนวนไม่มากนัก การจัดบริการในลักษณะนี้จึงไม่เกิดความประหยัดของขนาด (Economy of Scale) ของบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน และเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

๒. เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุมการจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพเป็นหลายระดับ โดยแต่ละระดับมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบแตกต่างกัน คือบริการสุขภาพระดับต้น หรือบริการระดับปฐมภูมิรับผิดชอบดูแลจำนวนประชากรไม่มากนัก แต่ครอบคลุมการให้บริการสุขภาพที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ ทั้งบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ขณะที่บริการในระดับที่สูงขึ้นรับผิดชอบจำนวนประชากรที่มากขึ้น แต่ครอบคลุมการให้บริการเฉพาะโรคที่ไม่เกิดบ่อยแต่มีความซับซ้อน ผลของการจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพในลักษณะเช่นนี้ ทำให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุมด้วยเหตุผลหลายประการ คือ

๒.๑. การที่บริการปฐมภูมิแต่ละแห่งดูแลจำนวนประชากรไม่มากนัก จึงมีเงื่อนไขที่จะสามารถจัดบริการให้ครอบคลุมได้โดยไม่ยาก ขณะเดียวกันก็มีเงื่อนไขที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ต่อเนื่องกับประชาชนในชุมชน ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ผู้ให้บริการเข้าใจ และสามารถจัดบริการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการในมิติทางสังคมวัฒนธรรม (Socio-Cultural Aspect)

๒.๒. การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนแต่พบไม่บ่อยด้วยสถานพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น ทำให้ผู้ให้บริการมีเงื่อนไขที่จะพัฒนาความชำนาญและเทคโนโลยีในการให้บริการ เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากพอสำหรับการพัฒนาดังกล่าว ทำให้คุณภาพบริการทางการแพทย์ (Bio-Medical Aspect) ได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพดีขึ้น

ที่ผ่านมามีความเข้าใจที่สับสนบางประการเกี่ยวกับลักษณะและบทบาทหน้าที่ของบริการสุขภาพระดับต่างๆ อาทิ

๑. การจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพ เป็นการแบ่งตามระดับความซับซ้อนของการใช้วิทยาการและทรัพยากร โดยบริการระดับต้นจะเป็นบริการที่ใช้วิทยาการและทรัพยากรที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งข้อเท็จจริง คือ บริการสุขภาพแต่ละระดับเป็นบริการที่จัดการกับปัญหาที่มีความซับซ้อนแตกต่างกัน บริการระดับต้นเป็นบริการที่จะต้องจัดการกับปัญหาที่มีความซับซ้อนทางด้านสังคมวัฒนธรรมสูง ขณะที่บริการในระดับที่สูงขึ้นต้องดูแลจัดการกับปัญหาทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนสูง

๒. บริการระดับต้นเป็นบริการที่มีราคาถูก ขณะที่บริการในระดับที่สูงขึ้นเป็นบริการที่มีราคาแพง การจัดให้มีบริการระดับต้น เพราะไม่มิงบประมาณเพียงพอที่จะจัดให้มีบริการในระดับที่สูงขึ้นในทุกพื้นที่ หากประเทศมีทรัพยากรมากขึ้น ก็ควรจะยกระดับบริการระดับต้นให้เป็นบริการ

ระดับสูงขึ้นในทุกพื้นที่ ซึ่งข้อเท็จจริง คือ การจัดให้มีบริการระดับต้นทำให้ประสิทธิภาพของระบบโดยรวมดีขึ้น แต่การจัดให้มีบริการระดับต้นมิใช่เพราะมีทรัพยากรไม่เพียงพอ แต่เป็นเพราะบริการระดับต้นสามารถจัดบริการที่ความครอบคลุมและมีคุณภาพในมิติทางสังคมวัฒนธรรมได้ดีด้วย

๓. การจัดให้มีบริการหลายระดับ ทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนที่จัดโดยบริการในระดับที่สูงขึ้นลดลง ซึ่งข้อเท็จจริง คือ บริการสุขภาพแต่ละระดับเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) หากระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ ปัญหาการเข้าถึงบริการในระดับที่สูงขึ้นก็จะหมดไป การพัฒนาระบบส่งต่อจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ ไม่ว่าจะจัดระบบบริการสุขภาพเป็นกี่ระดับก็ตาม

ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพจึงสามารถจัดแบ่งได้หลายระดับ โดยในแต่ละระดับจะมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบแตกต่างกัน มีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน และเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่ให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และจัดบริการที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุมในมิติทางสังคมวัฒนธรรม

๒.๒.๔ ลักษณะระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์

กระทรวงสาธารณสุข ได้เคยให้นิยามของ “ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์” ว่าเป็นระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Health Care System) ที่มีหลักการและคุณสมบัติสำคัญ^{๑๑} ดังนี้ คือ

๑. ให้บริการที่ครอบคลุมทั้งคุณภาพเชิงสังคมและเชิงเทคนิคบริการ และครอบคลุมบริการที่จำเป็นทั้งหมด (No Gap)

๒. ไม่มีความซ้ำซ้อนของบทบาทสถานพยาบาลในระดับต่างๆ (No Overlapping)

๓. มีความเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลแต่ละระดับ (No Obstacle In Referral System) เป็นการเชื่อมโยงทั้งการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วย

กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยและคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ได้พัฒนาภาพลักษณ์ดังกล่าวให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยเพิ่มเติมลักษณะที่สำคัญ คือ การเป็นระบบที่มีศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรม เป็นระบบที่เคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ และนำไปสู่ความเสมอภาค ความเท่าเทียมกัน มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีธรรมาภิบาลสามารถตรวจสอบได้ มีการกระจายอำนาจ และให้ประชาชนมีส่วนร่วม รวมทั้งเป็นระบบที่มีปัญญาเป็นพื้นฐาน สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่ระบบที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อม

^{๑๑}สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, “รายงานการประชุมของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี”, (อุดรธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, ๒๕๔๘), หน้า ๖๒.

สุขภาพ^{๑๑} ภาพของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์จึงมีความสมบูรณ์มากขึ้น ทั้งในแง่ของ โครงสร้าง กระบวนการจัดบริการ และผลที่คาดหวังจากระบบบริการ ดังนี้

๑. โครงสร้างเป็นระบบแบบบูรณาการที่มีความเชื่อมโยงของบริการทุกระดับ
๒. กระบวนการมีศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรม
๓. บริหารจัดการ มีประสิทธิภาพ มีธรรมาภิบาล สามารถตรวจสอบได้
๔. จัดบริการ มีปัญญาเป็นพื้นฐาน สามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง มีการกระจาย

จากบทความข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่จัดบริการ สุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษายาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างผสมผสานแก่ประชาชน รัฐมีหน้าที่กำกับดูแลให้ระบบมีความเป็นธรรม ทัวถึง มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ ซึ่งระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ ซึ่งแต่ละระบบมีความเกี่ยวเนื่องและสัมพันธ์กัน

๒.๒.๕ ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันหลักสุขภาพถ้วนหน้า

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้ว ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อให้บุคคลลงทะเบียนหน่วยบริการประจำของตน ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกข้อบังคับและประกาศที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานหน่วยบริการ สาธารณสุขและการขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

ประเภทของหน่วยบริการ

ตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่าย พ.ศ. ๒๕๔๗ ได้กำหนดประเภทของหน่วยบริการ ได้ ๔ ประเภท^{๑๒} ได้แก่

๑. “หน่วยบริการประจำ” หมายถึง สถานบริการที่มีลักษณะ ดังนี้

๑.๑ สถานบริการ หรือกลุ่มสถานบริการ ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ประจำ

^{๑๑} สำนักตรวจและประเมินผล สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, “แผนการตรวจราชการ และนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๘”, (นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป., ๒๕๔๘), หน้า ๑๖๘.

^{๑๒} สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, “ผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๕๒”, <http://www.ryt9.com/s/cabt/597890>, (สืบค้นข้อมูลเมื่อ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๒).

๑.๒ สามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑.๓ ต้องให้บริการด้านเวชกรรมด้วยเอง

๑.๔ มีเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อการส่งต่อผู้รับบริการ ไปรับบริการสาธารณสุขในกรณีที่เกิดขีดความสามารถ

๑.๕ ผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำของตน

๑.๖ ได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่นจากกองทุนตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

หน่วยบริการประจำ กับ CUP มีความหมายเหมือนกัน คือ แต่เดิมนั้นในประกาศกระทรวง สาธารณสุข พ.ศ.๒๕๔๔ ใช้คำว่า “คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care: CUP)” ต่อมาเมื่อมีข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ.๒๕๔๗ มีการกำหนดประเภทให้สอดคล้องกับ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเรียก คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิว่า หน่วยบริการประจำ^{๑๓}

๒. “หน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายถึง สถานบริการที่มีลักษณะ ดังนี้

๑.๑ สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยงานบริการประจำ

๑.๒ สามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิด้านเวชกรรมหรือทันตกรรมขั้นพื้นฐานได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑.๓ ผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำดังกล่าว สามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายได้

๑.๔ ได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุนตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบจัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยง ต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวม บูรณาการประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้าง

^{๑๓} ชูชัย ศุวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และลัดดา ดำริการเลิศ, “คู่มือการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล”, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒), หน้า ๖๔.

สุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกัน ได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม องค์ประกอบกิจกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบไปด้วย

ด้านบริการ มีองค์ประกอบ ๓ กิจกรรม ดังนี้

๑.๑ บริการในชุมชน ได้แก่ การสำรวจชุมชน การวินิจฉัยชุมชน การจัดกิจกรรม ในชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วม การแก้ไขปัญหาชุมชนแบบเชิงรุก ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้และ เป็นการสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน

๑.๒ บริการในสถานบริการ ได้แก่การจัดบริการให้เป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ ด้านการส่งเสริมป้องกันโรค มีรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการ โดยครอบคลุม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ศาสนาวัฒนธรรมและ การดำเนินชีวิตประจำในระดับตัวบุคคลและครอบครัว โดยมีทิศทางเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก สำหรับการบริการ โดยแพทย์ เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชนมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาระบบ บริการอยู่ในระดับที่ประชาชนพึงพอใจ จึงกำหนดให้มีบริการ โดยแพทย์ขึ้นในศูนย์สุขภาพชุมชน โดย ในระยะแรกอาจจัดให้แพทย์มีส่วนร่วมในศูนย์สุขภาพชุมชนรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ดังนี้ไปนี้

- ให้บริการคนเดิมต่อเนื่องทุกวัน
- ให้บริการเป็นประจำคนเดิมบางวันทุกสัปดาห์
- ให้บริการเป็นครั้งคราวคนเดิมในลักษณะแวะเยี่ยมให้คำปรึกษา (Consultation)
- ให้คำปรึกษาเป็นประจำคนเดิมต่อเนื่อง โดยไม่ได้ออกให้บริการ

ทั้งนี้เนื่องจากความจำเป็นด้านบุคลากร จึงกำหนดให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้พิจารณา รูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับนิยามความหมายและทิศทางการดูแลสุขภาพข้างต้น

๑.๓ บริการต่อเนื่อง เป็นการจัดการบริการที่เชื่อมโยงกับบริการหลักในศูนย์สุขภาพ ชุมชนเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ต่อเนื่องของระบบบริการ เช่น การจัดให้มีระบบปรึกษาด้านสุขภาพ (Counseling) ระบบส่งต่อ (Referral System) ระบบสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home Health Care) ทั้งนี้ เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับ เป็นซ้ำ รวมถึงการเฝ้าระวังโรคในชุมชน

๒. ด้านบริหารจัดการ ได้แก่ การบริหารจัดการที่มีคุณภาพทั้งด้านการพัฒนาบุคลากร และประเมินผลงาน

๓. ด้านวิชา ได้แก่ มีคู่มือการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ตลอดจนการดำเนินงาน วิจัยในพื้นที่^{๑๔}

^{๑๔} กระทรวงสาธารณสุข, สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, Manual of Primary Health Care Unit Standard Evaluation and Quality Assurance, (กรุงเทพ : สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๘), หน้า ๑๔๕.

ศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit) หรือเรียกง่ายๆ ว่า CMU เป็นรูปแบบหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิ ถือกำเนิดขึ้นมาเพื่อสนับสนุนให้การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขสู่สภาพที่พึงประสงค์ นั่นคือ เป็นระบบสุขภาพที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย และบริการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งศูนย์แพทย์ ก็คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีแพทย์ประจำ เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชนเป็นไปอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องนอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์ในเครือข่ายรอบๆ^{๑๕}

๓. “หน่วยบริการร่วมให้บริการ” หมายถึง สถานบริการที่มีลักษณะดังนี้

๓.๑ สถานบริการที่จัดการจัดการสาธารณสุขไม่ครบเกณฑ์ระดับปฐมภูมิ

๓.๒ ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมให้บริการสาธารณสุขเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง

๓.๓ มีข้อตกลงเป็นหนังสือกับหน่วยบริการประจำ ในการให้บริการสาธารณสุข

กับผู้มีสิทธิ

๓.๔ ได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำตามข้อตกลง

๔. “หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ” หมายถึง สถานบริการที่มีลักษณะ ดังนี้

๔.๑ สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

๔.๒ สามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ หรือเฉพาะทาง

๔.๓ ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อได้ เมื่อได้รับการส่งต่อหรือได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการประจำหรือตามที่สำนักงานกำหนด

๔.๔ ได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำ หรือจากกองทุน ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพย่อยๆ ที่มาจากฐานความคิดมากกว่าระบบเดียว เช่น ระบบประกันสุขภาพ โดยเป็นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม ที่มีใช้ระบบหลักที่จะทำให้ประชาชนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพะ” แต่เป็นระบบที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างประสานสอดคล้องกับระบบอื่นๆ ในระบบสุขภาพ

๒.๓ นวัตกรรม “โครงการพัฒนาศักยภาพ อสม.ช่วยเหลือเยี่ยมบ้าน”

๑. หลักการและเหตุผล

การติดตามเยี่ยมเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่จะต้องเร่งดำเนินการทั้งนี้ เพื่อความปลอดภัยในการบริโภคยา การปฏิบัติตนที่ถูกต้องและลดภาวะแทรกซ้อนที่

^{๑๕}ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และลัดดา ดำริการเลิศ, “คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ”, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒), หน้า ๖๔.

อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็นมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน ๔๒๖ คน จึงต้องทำงานเชิงรุกเข้าไปหาผู้ป่วยที่บ้าน แต่ปัญหาที่ประสบอยู่ก็คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่ทำให้การเยี่ยมผู้ป่วยไม่ครอบคลุม จึงได้ใช้กระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในพื้นที่เข้ามาร่วมในการดำเนินงานซึ่งประกอบด้วย กลุ่ม อสม.และผู้นำชุมชนต่างๆ มาร่วมปฏิบัติงานและดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น ได้จัดทำ “โครงการพัฒนาศักยภาพ อสม.ช่วยเหลือเยี่ยมบ้าน” ด้วยการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพ อสม.เพื่อฟื้นฟูทักษะในการดูแลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในละแวกบ้านที่ตนเองรับผิดชอบ ทบทวนทักษะการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น (เครื่องวัดความดันโลหิต, เครื่องเจาะน้ำตาลในกระแสเลือด สายวัด เครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูง เป็นต้น) ซึ่งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังของ อสม.จะมี **แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง** ที่ใช้เป็นเครื่องมือหรือเกณฑ์เบื้องต้นในการดูแลสุขภาพโดยจะมีเกณฑ์การเยี่ยม ๔ ข้อ คือ ๑.การวัดความดันโลหิตผู้ป่วย และเจาะปลายนิ้วหาระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ๒.วิธีการกินยาถูกต้องครบถ้วนและต่อเนื่อง ๓.วิธีการปฏิบัติตนถูกต้องโดยการยึดหลัก ๕ อ. (๑.อาหาร ๒.ออกกำลังกาย ๓.อารมณ์ ๔.ส tobayมุข ๕.อนามัยสิ่งแวดล้อม) และ ๔.ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย พร้อมกับกำหนดเกณฑ์การเยี่ยมที่เหมาะสมที่ อสม.จะต้องเข้าไปดำเนินการในผู้ป่วยละแวกบ้านของตน คือ ทุก ๓ เดือน โดยการใช้แฟ้มประจำตัว อสม. และการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วย แลปสี ในทะเบียน เพื่อช่วยต่อการปฏิบัติงาน

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อทบทวนความรู้ ทักษะให้แก่ อสม.ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

๒.๒ เพื่อสร้างความต่อเนื่องของระบบการดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของตำบลวังน้ำเย็น

๒.๓ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

๒.๔ เพื่อบูรณาการการดำเนินงานของ อสม.ให้ครอบคลุมกิจกรรมด้านอื่นในชุมชน

๓. กลุ่มเป้าหมาย

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตำบลวังน้ำเย็น จำนวน ๖๕ คน

๔. กลวิธีการดำเนินงาน

๔.๑ จัดอบรมทบทวนความรู้และทักษะ อสม.ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการใช้ แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แฟ้มประจำตัว อสม. และแลปสีแบ่งความรุนแรงของโรค

๔.๒ จัดหาเครื่องมือที่ใช้ในการทำงานให้กับอสม. สนับสนุนวิชาการและวัสดุอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง

๔.๓ อสม.ปฏิบัติงานในละแวกบ้านที่ตนรับผิดชอบและรายงานผลให้ รพ.สต.ทราบทุก ๓ เดือน

๔.๔ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม อสม. ผู้ป่วย และผู้ดูแลปัสะ ๑ ครั้ง

๔.๕ นำปัญหาที่พบมาร่วมกันแก้ไขในการประชุมประจำเดือนของ อสม. ประเมินผลโครงการ

๕. การประเมินผล

๕.๑ มีเอกสารเป็นหลักฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)

๕.๒ แฟ้มประจำตัวสามารถแสดงถึงประวัติและผลการดำเนินงานของ อสม. ที่สามารถตรวจสอบได้

๕.๓ การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในทะเบียนด้วยแถบสีสร้างความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติงานของ อสม.

๖. ศักยภาพ อสม. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพชุมชน

๑. ด้านการเพิ่มศักยภาพการทำงานของ อสม. และชุมชนในการดูแลสุขภาพด้วยการเสริมความรู้ด้านสุขภาพในส่วนที่ชุมชนต้องการ เน้นความรู้ด้านการปฏิบัติ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น บทบาทหน้าที่ของ อสม. ความรู้เรื่องยาสามัญประจำบ้าน และการจัดการความรู้ จากนั้นได้มีการจัดปรับแนวทางการดำเนินงานเชิงรุก ดึงจุดเด่นที่ อสม. ได้ดำเนินงานมาแล้วหรือกิจกรรมที่ อสม. สามารถดำเนินงานได้ คือ แบ่งเขตการดูแลบ้านของอสม.ให้ชัดเจน จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับตรวจสุขภาพเบื้องต้น ปรับปรุงศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนบ้านหนองบัวรวมทั้งภูมิทัศน์ เพื่อให้เป็นสถานที่สำหรับทำดำเนินโครงการต่าง ๆ ของอสม. จากนั้นได้ประชาสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ของ ศสมช. และ อสม. ในกิจกรรมเปิดศูนย์ฯ รวมทั้งจัดให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการเขียนโครงการเพื่อของบประมาณจากแหล่งทุนมาดำเนินงานต่อเนื่อง

๒. กระบวนการทำงานที่เหมาะสมและยั่งยืนของ อสม. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของชุมชนพฤติกรรมด้านสุขภาพของแต่ละชุมชนนั้นมีปัจจัย ๒ อย่าง คือ ปัจจัยภายนอก เช่น ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากภาครัฐ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สภาพพื้นที่ที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเข้ามาของกลุ่มพัฒนาต่าง ๆ และปัจจัยภายใน คือ ความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ ความเชื่อ จากการศึกษาพบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของชาวบ้านในพื้นที่วิจัย มีสาเหตุมาจาก การขาดความรู้ ขาดความตระหนักและขาดแรงสนับสนุนจากภาครัฐทั้ง

ด้านเงินทุนและการดำเนินงาน เมื่อพบปัญหาดังนี้แล้วกระบวนการทำงานของ อสม. ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ คือเสริมสร้างความรู้ ทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติ สำหรับดำเนินงานตามหน้าที่ อสม. ให้สมบูรณ์ เพื่อให้ อสม. เกิดความชำนาญ เกิดความภาคภูมิใจใน การทำหน้าที่

ส่วนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่เปลี่ยนแปลงได้ยากต้องอาศัย ความตระหนัก เข้าใจถึงปัญหาร่วมกันต้องใช้เวลาในการแก้ไข ต้องใช้รูปแบบการร่วมมือกันเพื่อ ทำให้เกิดความเป็นหนึ่ง ความเข้าใจปัญหาร่วมกัน โดยกิจกรรมที่ทำนั้นต้องเป็นกิจกรรมที่สร้างสรรค์ หรือส่งเสริมการทำงานร่วมกัน เป็นกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวและเกิดประโยชน์แก่ส่วนรวม เช่น การ ปรับปรุง ศสมช. การปลูกต้นไม้ เพราะกิจกรรมเหล่านี้จะได้รับความร่วมมือจากชุมชนทุกกลุ่มคนและ จำนวนมาก ชาวบ้านมาร่วมงานด้วยความเต็มใจ เกิดความรู้สึกร่วมเป็นส่วนหนึ่งของงาน และพร้อมที่จะ รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้น จากนั้นก็เสริมเรื่องการดูแลสุขภาพ หน้าที่บทบาทของ อสม. และ ศสมช. ระหว่างการดำเนินกิจกรรม และท้ายที่สุดเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและพัฒนางานด้านสุขภาพต่อไป ต้อง ให้กลุ่มอาสาสมัครสามารถดำเนินงานได้ด้วยตนเอง ทั้งสามารถชี้ปัญหาของการทำงาน การดึงจุดเด่น ของพื้นที่ออกมา การสังเคราะห์ทั้งจุดเด่น และปัญหา ของพื้นที่ การหาแนวทางแก้ปัญหา และการ ขอสันับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานเพื่อการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยตัวอย่างจาก งานวิจัยที่อาสาสมัครได้เข้าร่วมประกอบการการอบรมวิธีการเขียนโครงการเพื่อของบประมาณจาก แหล่งทุนต่าง ๆ

สำหรับพื้นที่วิจัย แม้ว่าในปัจจุบันนโยบายด้านการสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนเป็นการ ทำงานเชิงรุก เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเห็นได้จากแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติฉบับที่ ๙ และ ๑๐ แต่การปฏิบัติจริง เจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้ความใส่ใจเท่าที่ควร การปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัยยังคงยึด รูปแบบเดิมอยู่นั้น คือ ระบบสั่งการจากบนสู่ล่าง เจ้าหน้าที่ทำหน้าที่ในการเขียนโครงการเพื่อขอ สันับสนุนงบประมาณการดำเนินงานด้านสุขภาพแล้วให้ อสม.และชาวบ้าน ทำหน้าที่ปฏิบัติการเป็น การรวมอำนาจการจัดการอยู่ที่จุดเดียว ขาดการกระจายงาน การเข้ามามีส่วนร่วมน้อย ทำให้เกิดการ แก่ปัญหาที่แท้จริงไม่ได้ ปัญหาเก่าก็ยังคงเรื้อรังอยู่ ชาวบ้านเกิดความเสื่อมศรัทธาต่อการทำงาน อสม. และเจ้าหน้าที่ของรัฐ ทำให้ไม่ได้รับความร่วมมืออย่างจริงจังจากชุมชน

บทที่ ๓

ระบบการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลบางปلام้าและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปلام้า

ในการศึกษาในบทนี้จะได้มีการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีระบบ และแนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพ เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ดังนี้

๓.๑ ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน

๓.๑.๑ บริบทของโรงพยาบาล

๓.๑.๒ โรงพยาบาลชุมชน

๓.๑.๓ หน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน

๓.๑.๔ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน (บางปلام้า)

๓.๒ ระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

๓.๒.๑ ความเป็นมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๓.๒.๒ ความหมายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๓.๒.๓ ภารกิจหลักโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๓.๒.๔ บทบาทเสริมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

๓.๒.๕ ข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๓.๑ ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน

๓.๑.๑ บริบทของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลของรัฐเป็นสถานบริการด้านสาธารณสุขของรัฐ มีหน้าที่ดำเนินการบริการสาธารณสุข อันหมายถึง กิจกรรมใดๆ ของสังคม ในการกระทำเพื่อให้คนที่เข้ามารับบริการ เกิดความสุขกาย สบายทั้งร่างกาย และจิตใจตามเป้าหมายที่มารับบริการ บริการหลักอย่างน้อย ๔ กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาล การฟื้นฟู โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการแบ่งระดับของโรงพยาบาลออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

๑. โรงพยาบาลศูนย์ ประกอบด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า ๕๐๐ เตียงขึ้นไป ตั้งอยู่ในจังหวัดที่มีประชากรมาก เป็นจุดศูนย์กลางการคมนาคม ชีตความสามารถโรงพยาบาลระดับนี้อยู่ในชั้นสูงสามารถรักษาโรคซับซ้อน และทำการผ่าตัดที่ต้องใช้เครื่องมือ และผู้ชำนาญ โดยมีนายแพทย์ ๙ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีอัตรากำลังทั้งสิ้นประมาณ ๗๐๐-๑,๐๐๐ ตำแหน่ง

๒. โรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลประจำจังหวัดต่างๆ ซึ่งมีครบทุกจังหวัด ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง เป็นโรงพยาบาลขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไป มีผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์ ๘-๙) เป็นผู้อำนวยการ มีแพทย์และเจ้าหน้าที่ สามารถให้การรักษาโรคในระดับกลางได้ และสามารถรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับอำเภอเพื่อรักษาต่อได้ และมีอัตรากำลังทั้งสิ้นประมาณ ๓๐๐-๗๐๐ ตำแหน่ง

๓. โรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลอำเภอต่างๆ จัดตั้งโดยมีจุดหมายให้เป็นศูนย์กลางของงานด้านการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการป้องกันโรคแก่ประชาชนที่อยู่ในหมู่บ้านในเขตอำเภอนั้นๆ กำหนดให้มีขอบเขตความสามารถในการรักษาขั้นต้นได้ แต่ละแห่งมีแพทย์ประจำประมาณ ๓ คนมีผู้อำนวยการ (นายแพทย์ ๘ วช.) เป็นหัวหน้า

สรุปว่า โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐแบ่งเป็น ๓ ระดับตามศักยภาพในการให้บริการ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีการเชื่อมโยงการให้บริการที่ต่อเนื่องกันตามระดับความรับผิดชอบของโรงพยาบาล

๓.๑.๒ แนวคิดโรงพยาบาลชุมชน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ให้ความหมายโรงพยาบาลชุมชนว่าเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายใน ตั้งแต่ ๑๕๐ เตียงลงมามีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือในเขต

พื้นที่บริเวณรอบที่ตั้งโรงพยาบาลซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณหนึ่งหมื่นคนเป็นหน่วยงานขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหัวหน้าหน่วยงาน^๑

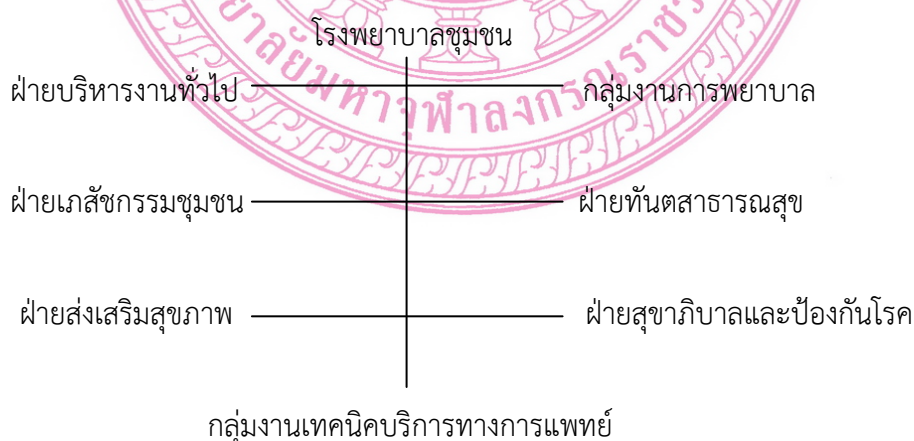
ขนาดโครงสร้างและอัตรากำลังโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนรับผิดชอบการให้บริการแก่ประชาชนในเขตของอำเภอที่โรงพยาบาลนั้น ตั้งอยู่ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดแบ่งขนาดของโรงพยาบาลชุมชนออกเป็น ๓ ขนาด^๒ ดังนี้

๑. โรงพยาบาลชุมชนขนาด ๑๐ - ๓๐ เตียง
๒. โรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียง
๓. โรงพยาบาลชุมชนขนาด ๙๐ - ๑๒๐ เตียง

โครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชนประกอบด้วย ๒ กลุ่มงานและ ๕ ฝ่ายดังนี้

- กลุ่มงานเทคนิคและบริการทางการแพทย์
- กลุ่มงานการพยาบาล
- ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
- ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
- ฝ่ายทันตสาธารณสุข
- ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
- ฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค



ภาพที่ ๓.๑ แสดงโครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชน

ที่มา : สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, ปฏิทินสาธารณสุขพุทธศักราช ๒๕๔๐.

^๑ รมณีรัตน์ แสงเดือน, “ประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐม”, (กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๒), หน้า ๔๐.

^๒ สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, “ปฏิทินสาธารณสุขพุทธศักราช ๒๕๔๐”, (กรุงเทพมหานคร : สหประชาพาณิชย์, ๒๕๔๐), หน้า ๑๘๖.

๓.๑.๓ หน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน

ในการทำงานของโรงพยาบาลชุมชนมีหน้าที่หลัก ๔ ประการ^๓ ดังนี้

๑. หน้าที่ให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานคือ

๑.๑ ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพได้แก่งานอนามัยแม่และเด็กงานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานเภสัชกรรมชุมชน งานทันตสาธารณสุข และงานสุขศึกษามีการดำเนินการให้บริการทั้งในและนอกสำนักงานโดยเน้นการบริการให้ครอบคลุมประชากรในเขตรับผิดชอบเป็นหลัก

๑.๒ ให้บริการด้านการควบคุมและป้องกันโรคได้แก่การให้บริการงานอนามัยสิ่งแวดล้อมงานสุขาภิบาลทั่วไปงานเฝ้าระวังโรคงานควบคุมและป้องกันโรคเป็นต้น

๑.๓ ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพได้แก่งานบริการรักษาพยาบาลทั่วไปงานรักษาพยาบาลในหน่วยงานสาธารณสุขเคลื่อนที่งานรักษาพยาบาลทางวิทยุงานชันสูตรสาธารณสุขงานเภสัชกรรมงานทันตกรรมบำบัดเป็นต้นทั้งนี้ดำเนินการทั้งในและนอกสำนักงานโดยให้บริการทั้งอำเภอ

๑.๔ ให้บริการตามระบบรับส่งผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจรักษาต่อโดยดำเนินการสำหรับบริการทุกประเภทไม่จำกัดเพียงเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น

๒. หน้าที่ดำเนินการทางด้านวิชาการได้แก่

๒.๑ ให้การฝึกอบรมและสนับสนุนทางด้านวิชาการแพทย์และวิชาการสาธารณสุขแก่นักศึกษาทางด้านสาธารณสุขหลักสูตรต่างๆเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งของโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งอาสาสมัครและประชาชนทั่วไป

๒.๒ ดำเนินการนิเทศงานวิชาการแพทย์และสาธารณสุขแก่สถานบริการระดับรองลงไปจนถึงการนิเทศงานสาธารณสุขมูลฐานหรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๒.๓ ดำเนินการศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อให้มีการพัฒนาการทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข

๒.๔ ให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุขแก่หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง

^๓คมคาย พระเอก, “ปัจจัยที่มีความสำคัญกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนสาธารณสุขเขต ๖”, วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (สาขาจิตวิทยาการศึกษา), (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๔๔).

๓. หน้าที่ดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชนบทได้แก่

๓.๑ ดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล

๓.๒ ให้การสนับสนุนดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานในเขตอำเภอในด้านวิชาการ
กำลังคนวัสดุอุปกรณ์และด้านอื่นๆที่สามารถสนับสนุนได้

๓.๓ สนับสนุนองค์การระดับหมู่บ้านระดับตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ
ดำเนินการพัฒนาชนบทในเขตตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล

๔. หน้าที่อื่นๆได้แก่

๔.๑ ดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและสามารถ
เชื่อมโยงหน่วยงานอื่นทั้งในระดับอำเภอและจังหวัดได้

๔.๒ สนับสนุนสถานบริการสาธารณสุขระดับเดียวกันและระดับรองลงมา
นอกเหนือจากด้านวิชาการเช่นวัสดุอุปกรณ์กำลังคนเท่าที่จะสามารถสนับสนุนได้โดยไม่ขัดกับระเบียบ
ของทางราชการ

๔.๓ หน้าที่อื่นๆที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานระดับสูงหรืองานที่ทำร่วมกับ
หน่วยงานอื่น

๓.๑.๔ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน (บางปลาม้า)

สภาพทั่วไปของอำเภอบางปลาม้า

สภาพภูมิศาสตร์ อำเภอบางปลาม้า เป็นหนึ่งใน ๑๐ อำเภอของจังหวัดสุพรรณบุรี
ตั้งอยู่บริเวณลุ่มแม่น้ำท่าจีนตอนกลาง ของจังหวัดสุพรรณบุรี อยู่ห่างจากศาลากลางจังหวัด
สุพรรณบุรีประมาณ ๑๓ กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอต่าง ๆ ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

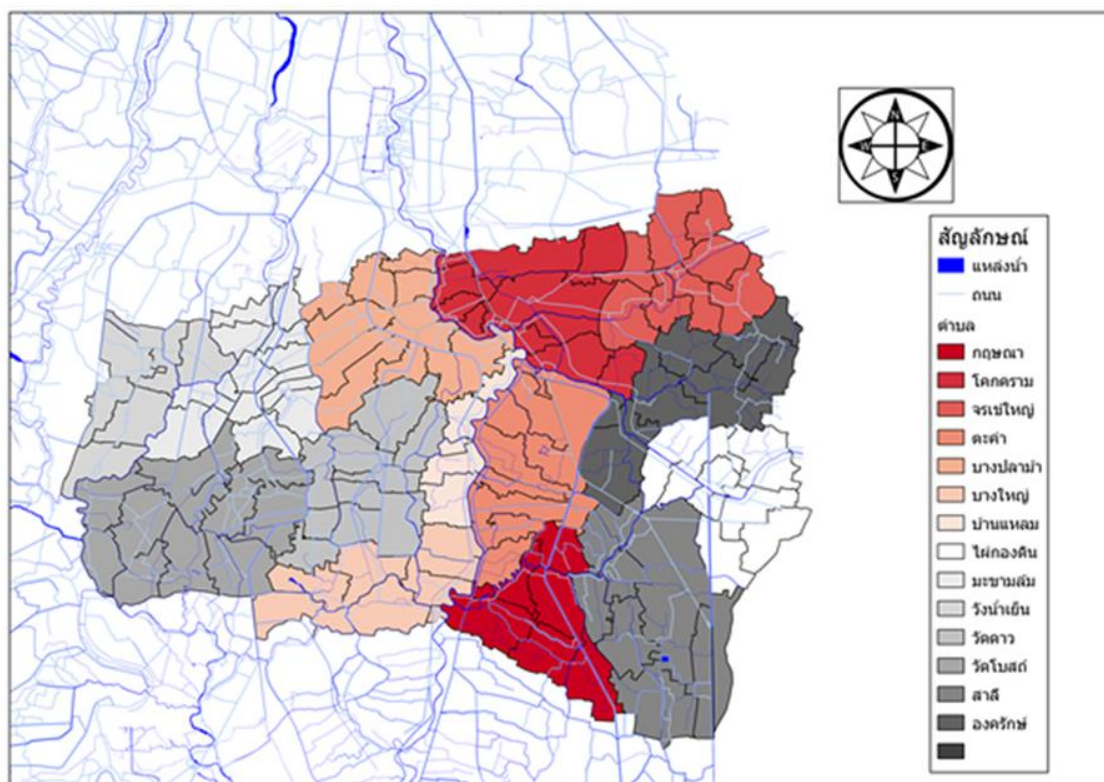
ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอบางซ้าย และอำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

อำเภอบางปลาม้า มีพื้นที่ทั้งหมด ๘๔๒.๘๕ ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ ๓๐๑,๘๔๖
ไร่ ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดสุพรรณบุรี ระยะทางห่างจากจังหวัด ๑๐ กิโลเมตร แบ่งเขตการ
ปกครองออกเป็น ๑๔ ตำบล ๑๒๗ หมู่บ้าน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี, เอกสาร
ประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PRIMARY CARE AWARD : PCA), (รพ.สต.มะขามล้ม,
๒๕๕๖, หน้า ๑ - ๒๘.



รูปภาพ ๓.๒ แผนที่อำเภอบางปลาม้า

สภาพเศรษฐกิจ

ประชากรส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ การทำนาข้าว ปลูกพืชผัก ไม้ผล ไม้ประดับ การประมง ได้แก่ การเลี้ยงปลา การเลี้ยงกุ้งก้ามกราม และการเลี้ยงสัตว์ อาชีพเสริม ได้แก่ ศิลป-หัตถกรรม การทำขนมไทย การทำอาหารแปรรูป รายได้เฉลี่ย ๓๓,๖๒๘ บาท/คน/ปี มีธนาคาร ๓ แห่ง

สถานที่สำคัญประกอบด้วย

อำเภอบางปลาม้า มีสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา จำนวน ๑ แห่ง คือ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาลัยเกษตรสุพรรณบุรี โรงเรียนมัธยมศึกษา ๓ แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา ๕๑ แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๓๖ แห่ง และวัด ๖๖ แห่ง

ลักษณะภูมิประเทศ

มีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม สูงกว่าระดับน้ำทะเลปานกลาง เฉลี่ยประมาณ ๔-๕ เมตร พื้นที่ส่วนใหญ่ใช้ทำนา มีแม่น้ำลำคลอง หนองบึงอยู่ทั่วไป เนื่องจากมีแม่น้ำท่าจีนไหลผ่าน ตั้งแต่เหนือจรดใต้ ไม่มีป่าไม้ ไม่มีภูเขา ไม่มีน้ำท่วมขัง มีระบบชลประทานครอบคลุมพื้นที่

ลักษณะภูมิอากาศ

ได้รับอิทธิพลจากลมมรสุม ทำให้เกิดฤดูกาล ๓ ฤดู คือ ฤดูฝน ฤดูหนาว และฤดูร้อน อุณหภูมิเฉลี่ย ตลอดปี ๓๒.๒ องศาเซลเซียส เดือนเมษายนเป็นเดือนที่มีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงสุดประมาณ ๓๕.๓ องศาเซลเซียส และมีอุณหภูมิต่ำสุด ในเดือนมกราคมเฉลี่ยประมาณ ๒๓.๓ องศาเซลเซียส มีฝนตกเฉลี่ยประมาณ ๑,๑๔๒ มิลลิเมตรต่อปี

ทรัพยากรธรรมชาติ

แหล่งน้ำธรรมชาติที่สำคัญของอำเภอบางปลาม้า ได้แก่ แม่น้ำท่าจีน ซึ่งเป็นแม่น้ำที่สำคัญต่อการประกอบอาชีพของเกษตรกร เป็นที่อยู่ตามธรรมชาติของปลานานาชนิด เช่น ปลาสร้อย ปลาตะเพียน โดยเฉพาะริมแม่น้ำหน้าวัด เป็นอุทยานมีจันทิมาที่หาดได้หลายแห่ง

สภาพการปกครอง

การบริหารราชการส่วนภูมิภาคของอำเภอบางปลาม้า แบ่งเขตการปกครองออกเป็น ๑๔ ตำบล ๑๒๗ หมู่บ้าน เทศบาล จำนวน ๗ แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล ๑๑ แห่ง โรงพยาบาล ๑ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๗ แห่ง ประชากร ๗๘,๐๖๒ คน ชาย ๓๘,๖๗๖ คน หญิง ๔๐,๒๐๑ คน จำนวนหลังคาเรือน ๒๔,๒๙๒ หลัง

ตารางที่ ๓.๑ จำนวนประชากรและหลังคาเรือน จำแนกตามสถานบริการ

ตำบล	สถานบริการ	ประชากร	รวมทั้งตำบล	หลังคาเรือน
๑. มะขามล้ม	รพ.สต.มะขามล้ม	๔,๙๖๖	๔,๙๖๖	๑,๓๘๒
๒. วังน้ำเย็น	รพ.สต.วังน้ำเย็น	๔,๐๕๖	๔,๐๕๖	๑,๑๗๐
๓. วัดโบสถ์	รพ.สต.วัดโบสถ์	๒,๓๗๐	๔,๘๙๔	๖๘๒
	สอ.บ้านดอนขาด	๒,๕๒๔		๖๙๔
๔. บางปลาม้า	รพ.สต.บางปลาม้า	๘,๓๕๑	๘,๓๕๑	๔,๓๓๐
๕. วัดดาว	รพ.สต.วัดดาว	๖,๐๗๓	๖,๐๗๓	๑,๘๒๖
๖. บ้านแหลม	รพ.สต.บ้านแหลม	๔,๕๕๑	๔,๕๕๑	๑,๓๖๐
๗. ตะค่า	รพ.สต.ตะค่า	๕,๖๓๐	๕,๖๓๐	๑,๗๙๙
๘. บางใหญ่	รพ.สต.บางใหญ่	๔,๔๕๔	๔,๔๕๔	๑,๓๔๒
๙. สาลี	รพ.สต.สาลี	๓,๘๖๖		๑,๓๑๙

ตารางที่ ๓.๑ ต่อ

	รพ.สต.เสาชิงทอง	๓,๐๑๑	๖,๘๗๗	๙๘๔
๑๐. กฤษณา	รพ.สต.กฤษณา	๑,๗๒๖		๖๖๕
	รพ.สต.ราษฎร์บูรณะ	๒,๐๘๖	๓,๘๑๒	๕๘๔
๑๑. ไม้กองดิน	รพ.สต.ไม้กองดิน	๖,๖๐๘	๖,๖๐๘	๑,๙๔๕
๑๒. จรเข้ใหญ่	รพ.สต.จรเข้ใหญ่	๔,๘๕๔	๔,๘๕๔	๑,๔๖๑
๑๓. องครักษ์	รพ.สต.องครักษ์	๓,๐๒๙		๙๖๔
	รพ.สต.สามัคคีธรรม	๒,๓๔๑	๕,๓๗๐	๗๕๒
๑๔. โคกคราม	โรงพยาบาลบางปลา ม้า	๗,๕๖๖	๗,๕๖๖	๗๗๔
รวมทั้งอำเภอ			๗๘,๐๖๒	๒๔,๒๙๒

ที่มา : ทะเบียนราษฎร์

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี มีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๑ แห่ง ขนาดเตียง (จริง) จำนวน ๖๐ เตียง (ขนาดเตียงตามกรอบ) จำนวน ๖๐ เตียง มีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาลดังนี้

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน	๑๗	แห่ง
- ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล	จำนวน	๑	แห่ง

สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน

- สาขาเวชกรรม/เวชกรรมเฉพาะทาง (คลินิกแพทย์)	จำนวน	๑	แห่ง
- สาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์	จำนวน	๙	แห่ง
- สถานประกอบการร้านขายยาและผลิตยาแผนโบราณ	จำนวน	๑๗	แห่ง
- ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	จำนวน	๓	แห่ง
- ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ	จำนวน	๗	แห่ง
- ร้านขายยาแผนโบราณ	จำนวน	๕	แห่ง
- สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ	จำนวน	๑	แห่ง
- ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์	จำนวน	๑	แห่ง

อำเภอบางปลาม้ามีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข ๑,๕๓๖ คน สถานบริการที่มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลาม้า มีจำนวน ๑๕๑ คน สถานบริการที่มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านน้อยที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกฤษณา มีจำนวน ๓๙ คน แต่เมื่อพิจารณา อัตราส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อหลังคาเรือนแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลาม้า มีหลังคาเรือนในความรับผิดชอบมากที่สุด โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๑ คนต้องดูแลหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบถึง ๒๙ หลังคาเรือน ส่วนสถานบริการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหลังคาเรือนในความดูแลน้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลบางปลาม้า ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๑ คนดูแลหลังคาเรือนใน

ตารางที่ ๓.๒ จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกรายตำบล

ตำบล	อาสาสมัครสาธารณสุข (คน)	อัตราส่วน อสม.ต่อ ประชากร	อัตราส่วน อสม.ต่อ หลังคาเรือน
รพ.สต.มะขามล้ม	๙๕	๑:๕๒	๑:๑๔
รพ.สต.วังน้ำเย็น	๖๕	๑:๖๒	๑:๑๘
รพ.สต.วัดโบสถ์	๕๑	๑:๔๖	๑:๑๓
รพ.สต.บ้านดอนขาด	๕๔	๑:๔๗	๑:๑๓
รพ.สต.บางปลาม้า	๑๕๑	๑:๕๕	๑:๒๙
รพ.สต.วัดดาว	๑๓๗	๑:๔๔	๑:๑๓
รพ.สต.บ้านแหลม	๑๐๗	๑:๔๓	๑:๑๓
รพ.สต.ตะค่า	๘๓	๑:๖๘	๑:๒๒
รพ.สต.บางใหญ่	๙๘	๑:๔๕	๑:๑๔
รพ.สต.สาละ	๗๖	๑:๕๑	๑:๑๗
รพ.สต.เสาธงทอง	๖๒	๑:๔๙	๑:๑๖
รพ.สต.กฤษณา	๓๙	๑:๔๔	๑:๑๗
รพ.สต.ราชบุรณะ	๗๑	๑:๒๙	๑:๐๘

ตารางที่ ๓.๒ ต่อ

รพ.สต.ไผ่ก่องดิน	๙๒	๑:๗๒	๑:๒๑
รพ.สต.จรเข้ใหญ่	๘๐	๑:๖๑	๑:๑๘
รพ.สต.องค์กรักษ์	๗๔	๑:๔๑	๑:๑๓
รพ.สต.สามัคคีธรรม	๖๕	๑:๓๖	๑:๑๒
โรงพยาบาลบางปลาหม่า	๑๓๓	๑:๕๗	๑:๐๖

ที่มา : งานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปลาหม่า

อัตรากำลัง

บุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลบางปลาหม่า มีจำนวนทั้งหมด ๒๑๘ คน และสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปลาหม่า มีจำนวนทั้งหมด ๗๓ คน

ตารางที่ ๓.๓ จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดโรงพยาบาล

สาขาวิชาชีพ	จำนวนเจ้าหน้าที่	หมายเหตุ
วุฒิปริญญาตรีหรือสูงกว่า		
แพทย์	๖	
- สูติ-นรีแพทย์		
- อายุรกรรม		
- เวชกรรมทั่วไป	๖	
ทันตแพทย์	๕	ลาศึกษาต่อ ๓
เภสัชกร	๖	
พยาบาลวิชาชีพ	๘๐	
นักกายภาพบำบัด	๒	
นักจัดการงานทั่วไป	๑	
นักเทคนิคการแพทย์	๔	
โภชนากร	๑	
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์		

ตารางที่ ๓.๓ ต่อ

นักวิชาการสาธารณสุข	๓	
นักวิชาการคอมพิวเตอร์	๒	
ต่ำกว่าปริญญาตรี		
จพ.วิทยาศาสตรการแพทย์	๒	
จพ.สาธารณสุข/จพ.ทันตสาธารณสุข	๒/๔	
จพ.เภสัชกรรม	๕	
จพ.รังสีการแพทย์	๑	
จพ.การเงินและบัญชี	๒	
จพ.ธุรการ/พัสดุ/เวชสถิติ	๑/๑/๑	
อื่น ๆ	๘๔	
รวม	๒๑๘	

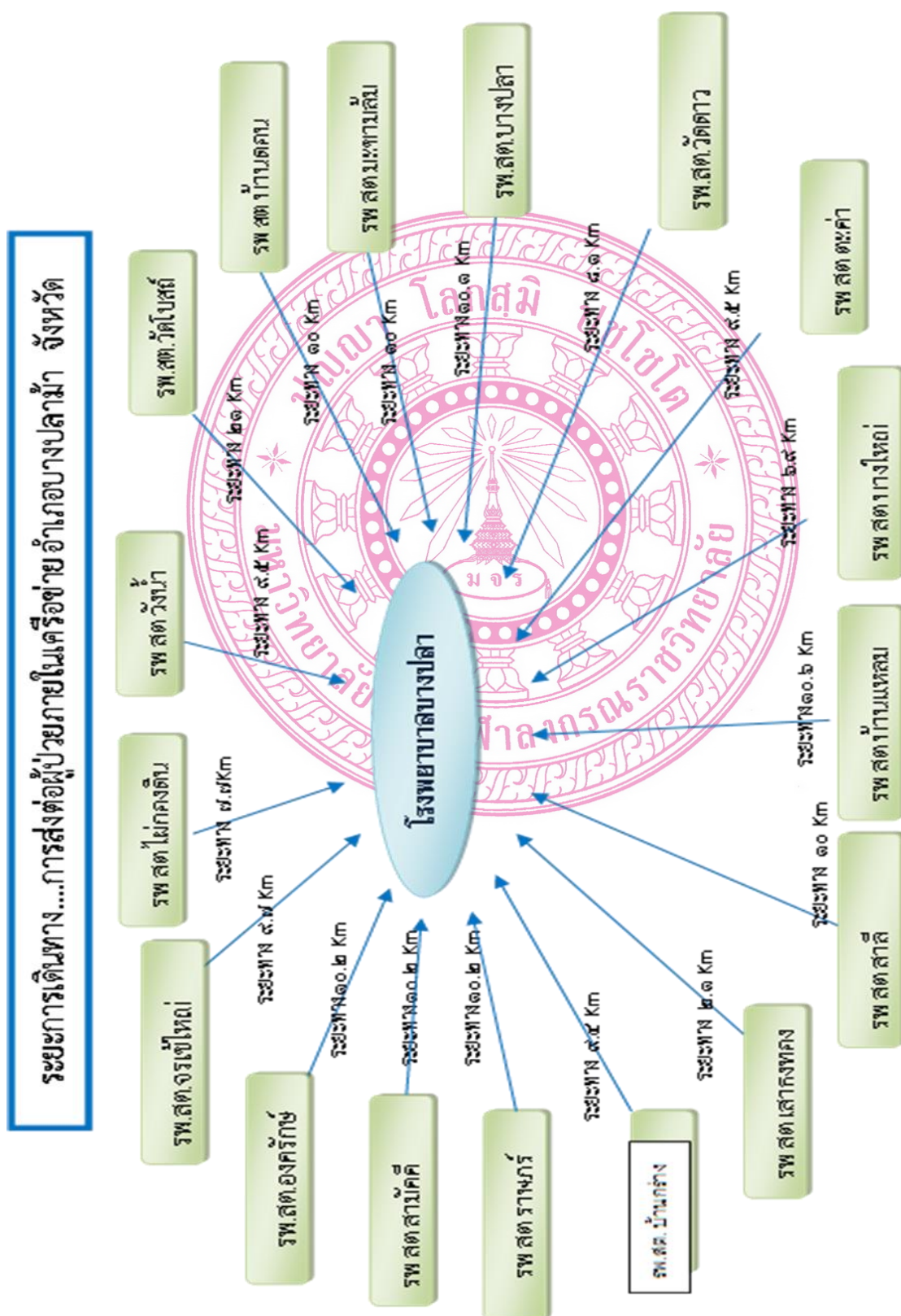
ที่มา : ฝ่ายบริหาร โรงพยาบาลบางปลาม้า วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๕

ตารางที่ ๓.๔ จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ลำดับ	ประเภทบุคลากร	จำนวน(คน)
๑.	นักวิชาการสาธารณสุข	๒๕
๒.	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	๓๓
๓.	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	๒
๔.	พยาบาลวิชาชีพ	๘
๕.	นักวิชาการการเงิน	-
๖.	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	๑
๗.	เจ้าพนักงานธุรการ	๑
๘.	ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	๓
รวม		๗๓

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๕๖.

รูปภาพที่ ๓.๓ เครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยและระยะทางในอำเภอบางปลาม้า
(ระยะการเดินทาง)



การบริการสุขภาพ

การให้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอก

การให้บริการผู้ป่วยนอก จากข้อมูลรายงานสรุปกิจกรรมบริการและค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ พบว่า จำนวนครั้งที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นตามลำดับ เมื่อพิจารณาอัตราส่วนของการมารับบริการ (ครั้งต่อคน) ตามประเภทสิทธิ จะเห็นว่า ในปี ๒๕๕๕ กลุ่มสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เบิกต้นสังกัด มาใช้บริการเฉลี่ยจำนวนครั้งต่อคนมากกว่ากลุ่มสิทธิอื่น ๆ คือ ๖.๒๐ ครั้ง/คน กลุ่มสิทธิประกันสังคม และกลุ่มสิทธิ UC มีอัตราส่วนของการมารับบริการใกล้เคียงกัน คือ ๔.๒๔ และ ๔.๒๙ ครั้ง/คน กลุ่มสิทธิแรงงานต่างด้าวมีอัตราส่วนของการมารับบริการต่อคนน้อยที่สุดคือ ๓.๐๕ ครั้ง/คน

การให้บริการผู้ป่วยใน

การให้บริการผู้ป่วยในของอำเภอบางปลาม้า จากข้อมูลรายงานสรุปกิจกรรมบริการและค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ พบว่า ปี ๒๕๕๕ พิจารณาจำนวนผู้ป่วยในต่อวัน พบว่าปี ๒๕๕๕ มีจำนวนผู้ป่วยในต่อวัน ใกล้เคียงกับปี ๒๕๕๔ และปี ๒๕๕๓ คือ ๔๔ ราย/วัน เมื่อแยกตามประเภทสิทธิ พบว่าผู้ป่วยสิทธิ ข้าราชการ มีวันนอนเฉลี่ยต่อรายสูงกว่าผู้ป่วยสิทธิอื่นๆ คือมีวันนอนเฉลี่ย ๔.๑๕ วันต่อผู้ป่วยใน ๑ ราย รองลงมาคือสิทธิ UC ๓.๒๓ วัน และสิทธิประกันสังคมมีวันนอนเฉลี่ยน้อยที่สุด ๒.๐๓ วันต่อผู้ป่วยใน ๑ ราย

๓.๒ ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

๓.๒.๑ ความเป็นมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สถานีอนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดูแลสุขภาพเชิงรุกของชุมชน ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ รัฐบาลพินาโดยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ได้ประกาศนโยบายของรัฐบาลยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นี่คือการขยายความหมายของ โรงพยาบาลไปสู่มิติใหม่ในฐานะหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบล เพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชนให้เกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีบนพื้นฐานของการ มีสุขภาพแข็งแรง ต่อเนื่อง ด้วยการมุ่งเน้นภารกิจ “ส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อมีการพัฒนาระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ ความครอบคลุมของบริการขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้น การให้วัคซีน การฝากครรภ์ ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพชีวิต (Quality of life) ของประชาชนดีขึ้น อัตราการตาย และมารดาตายลดลง การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในระดับตำบลดีขึ้น ลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่ายลง จำนวนผู้ป่วยข้ามจากตำบลมาโรงพยาบาลอำเภอ/จังหวัด ลดลง และการนอนโรงพยาบาลจากโรคแทรกซ้อนหรือโรคป้องกันได้ลดลง โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล การปรับเปลี่ยนดังกล่าวถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญหน้าใหม่ของวงการ

สาธารณสุขไทย เนื่องจากที่ผ่านมางานซ่อมสุขภาพกับงานสร้างสุขภาพยังแยกส่วนกัน แต่ครั้งนี้ถือเป็นการผนึกกำลังด้านการซ่อมสุขภาพนำสร้างสุขภาพ โดยการยกระดับในครั้งนี้นอกจากเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการสูญเสียเวลาของประชาชนที่ต้องมานั่งรอการตรวจรักษาโรคในโรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รวมถึงต้องเดินทางไกลแสนไกลเพื่อไปตรวจวินิจฉัยโรคจากแพทย์ในชั่วโมงไม่ถึงใจเท่านั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบอื่นๆ ให้ผู้ป่วยในพื้นที่ทุกแห่งสามารถเข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง รวมถึงการทำงานเชิงรุกที่มีศูนย์รวมอยู่ในพื้นที่ และเน้นให้ประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพให้ประชาชนเข้ารับบริการในพื้นที่ได้สะดวกมากขึ้น ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มี ๓ ขนาด ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ได้แก่ ขนาดเล็กดูแลประชากรไม่เกิน ๓,๐๐๐ คน ขนาดกลางดูแลประชากร ๓,๐๐๐ – ๗,๐๐๐ คน และขนาดใหญ่ดูแลประชากรมากกว่า ๗,๐๐๐ คน

๓.๒.๒ ความหมายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง “หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีพื้นที่รับผิดชอบในระดับตำบล เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน พร้อมกันมีความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น โดยเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ และสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง” โดยมีลักษณะที่สำคัญ คือ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment area) ในระดับตำบล และมีเครือข่ายร่วมกับสถานีอนามัย และหน่วยบริการสุขภาพอื่น ในตำบลข้างเคียง ซึ่งเป็นการให้บริการแบบเชิงรุก ที่มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทความพร้อม/ศักยภาพของชุมชน มีบุคลากร ที่มีความรู้และทักษะแบบสหวิชาชีพ (Skill mix) ทำงานเป็นทีม (Team work) รวมทั้งมีการให้บริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่นที่สูงกว่า โดยสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ๒๔ ชั่วโมง และมีการปฏิบัติการบริหารจัดการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคราชการ เอกชน และทุกภาคส่วน^๕

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน ซึ่งได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานีอนามัย ที่มีการดำเนินงานด้านสุขภาพเชิงรุกคือ การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานเชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิในพื้นที่ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผลการดำเนินงาน

^๕ ศุภกิจ ศิริลักษณ์, โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล, <http://bie.moph.go.th/bie/photo/e-books/hospital-tumbol.ppt>, (สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๓).

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ แนวทางสู่ก้าวใหม่เพื่อขยับภาพที่ทุกคนใฝ่ฝันมากขึ้นกว่าเดิม เพราะจะเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชนแต่ละแห่งได้อย่างมีคุณภาพและคล่องตัว จนเป็นหน่วยบริการสุขภาพบทบาทเป็นฝ่ายรุก นั่นคือ ก้าวไปถึงขั้นการป้องกันโรคก่อนจะเกิดขึ้น ไม่ใช่ตั้งรับการรักษา^๖

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นนวัตกรรมใหม่ของการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการที่เล็กที่สุดของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อยกระดับขีดความสามารถในการดูแลประชาชนแบบมีส่วนร่วม และรับผิดชอบดุจญาติมิตรโดยมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด สถานีอนามัยที่ได้รับการยกระดับอาจจะมีลักษณะสถานีอนามัยเดี่ยว แห่งเดียวหรือรวมเป็นเครือข่าย ๒-๔ แห่ง ตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนเป็นกลุ่มซึ่งอาจจะดูแลประชากรรวมกันประมาณ ๗,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบอื่นๆ ให้ผู้ป่วยในพื้นที่ทุกแห่งในแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง รวมถึงการทำงานเชิงรุกที่มีศูนย์รวม อยู่ในพื้นที่ และเน้นให้ประชาชนและองค์กรปกครองท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพให้ประชาชนเข้ารับบริการในพื้นที่ได้สะดวกมากขึ้น เป้าหมายงานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ ดูแลคนทุกคนไม่เฉพาะคนป่วยเท่านั้น กิจกรรมหรือกระบวนการ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะ มีส่วนทำให้ประชาชนทุกคนในพื้นที่ที่ดูแลอยู่ในภาวะ “สุขภาพะ” ซึ่งประชาชนดังกล่าวจะประกอบไปด้วย คนเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอันเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพ และคนที่เจ็บป่วยเฉียบพลันหรือป่วยเรื้อรัง รวมทั้งคนที่มีสุขภาพแข็งแรง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ใช่โรงพยาบาลชุมชนย่อส่วน แต่เป็นหน่วยบริการที่เน้นคุณลักษณะบริการที่ต่างออกไป โดยมีครัวเรือนและประชาชนทุกคนเป็นเป้าหมาย ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มี ๓ ขนาด ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ได้แก่ ๑) ขนาดเล็กจำนวนประชากรไม่เกิน ๓,๐๐๐ คน ๒) ขนาดกลาง จำนวนประชากร ๓,๐๐๐ - ๗,๐๐๐ คน และ ๓) ขนาดใหญ่ จำนวนประชากรมากกว่า ๗,๐๐๐ คน^๗

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีร้วตำบลเป็นร้วของโรงพยาบาล เพียงที่บ้านผู้ป่วยคือเตียงของโรงพยาบาล มีทีมสหวิชาชีพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพหรือเวชปฏิบัติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันตภิบาล นักกายภาพ และอื่นๆ รวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร่วมกันดูแลสุขภาพของคนในตำบลที่รับผิดชอบ ดูแลคนไม่ใช่แค่ดูแลโรค โดยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนจึงใกล้ชิดทั้งกายและใจกับชาวบ้าน โดยใช้กลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานที่พิสูจน์แล้วว่าช่วยพัฒนาระบบ

^๖ กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, “รายงานผลการศึกษาบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญสำหรับวัยรุ่น”, (กรุงเทพมหานคร : กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, ๒๕๔๙), หน้า ๑๖๐.

^๗ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, “โรงพยาบาล “สายพันธุ์ใหม่” ความสุขใกล้บ้าน”, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ๒๕๕๒), หน้า ๑๐๔.

สาธารณสุข ของไทยได้ผลดีมาอย่างต่อเนื่อง ที่ รพ.สต.จะต้องมีแฟ้มครอบครัวและข้อมูลชุมชนอย่างครบถ้วน เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพโดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ คือ ยกระดับสุขภาพให้ดีขึ้นกว่าปกติ เช่น ทำให้เกิดการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ทำลายสุขภาพ และการป้องกันโรคทั้งในบุคคลและชุมชน นอกจากนี้การรักษาโรคซึ่งไม่ได้มุ่งหวังให้มีแพทย์ไปอยู่ประจำทุกแห่ง พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ สามารถให้การดูแลรักษาโรคทั่วไป รวมถึงการเชื่อมต่อด้วยเทคโนโลยีสื่อสารกับโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายก็ทำให้ขีดความสามารถในการดูแลรักษาโรคมียิ่งขึ้น แพทย์สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยที่ รพ.สต.ได้ วินิจฉัยโรคจากทางไกลได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาการไม่ได้วิกฤตก็สามารถกลับมาอยู่ในความดูแลของทีม รพ.สต. ซึ่งอยู่ใกล้บ้านได้ ใครอยากจะไปนอนป่วยอย่างเหงาๆ ที่โรงพยาบาลในเมือง หาก รพ.สต. ใกล้บ้านดูแลได้ไม่แพ้กัน^๕

สรุปได้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพื้นที่รับผิดชอบในระดับตำบล เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน พร้อมทั้งมีความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น โดยเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป และสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งการปรับเปลี่ยนดังกล่าวถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญหน้าใหม่ของวงการสาธารณสุขไทย นอกจากเป็น การลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการสูญเสียเวลาของประชาชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบอื่นๆ ให้ผู้ป่วยในพื้นที่ทุกแห่งสามารถเข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง รวมถึงการทำงานเชิงรุกที่มีศูนย์รวมอยู่ในพื้นที่ และเน้นให้ประชาชนและองค์กรปกครองท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพให้ประชาชนเข้ารับบริการในพื้นที่ได้สะดวกมากขึ้น

๓.๒.๓ การกิจหลักโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ภารกิจหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งสามารถจำแนกภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็น ๒ แบบ^๖ คือ

๑) **ภารกิจหลักพื้นฐาน** จะเป็นการบริการแบบผสมผสานให้แก่ประชากรทุกกลุ่ม อายุ ในสถานพยาบาล ที่บ้าน และชุมชน งานบริการดูแลเป็นกลุ่มประชากร ตามวัย และตามประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ รวมทั้งการจัดการเพื่อเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของชุมชนและบริการที่ต้อง

^๕เกษม เวชสุทธานนท์, “การพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล”, จาก <http://www.thaiichr.org>, (สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๓).

^๖มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, “คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล”, (นนทบุรี : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๒), หน้า ๗๖.

ดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เป็นภารกิจที่ต้องดำเนินงานให้ครอบคลุมโดยเน้นตามสภาพปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลประชากร กลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยในชุมชน

๒) ภารกิจเสริม เป็นกิจกรรมที่สามารถทำเพิ่มเนื่องจากสภาพปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และความต้องการของชุมชนที่สามารถพัฒนาคุณภาพบริการที่เพิ่มมากขึ้นจากภารกิจหลัก โดยมีการบริการสุขภาพ มี ๒ ลักษณะ ได้แก่ การบริการเชิงรับ และการบริการ เชิงรุก โดยภาระหน้าที่หลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คือการบริการเชิงรุกโดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีหน้าที่ในการช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้ และให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน กลายเป็นระบบที่กลมกลืนไปกับวิถีชีวิตตามปกติของชาวบ้าน ซึ่งภารกิจหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้จำแนกไว้ ดังนี้

เด็ก

เด็กอายุ ๐-๑ ปี รพ.สต.มีภารกิจดังนี้ ตรวจประเมินคัดกรองความเสี่ยงในเด็กแรกเกิด ตามมาตรฐาน ส่งการกินนมแม่อย่างน้อย ๖ เดือน ประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือกรมอนามัย

เด็กอายุ ๐-๕ ปี รพ.สต.มีภารกิจดังนี้ คัดกรองค้นหาความผิดปกติ ตรวจสุขภาพ ประเมินพัฒนาการ ให้บริการวัคซีน ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ทันตสุขภาพ

เด็กอายุ ๖-๑๖ ปี รพ.สต. มีภารกิจดังนี้ การสร้างศักยภาพเด็กนักเรียน การพัฒนาสุขภาพจิต (จิตอาสา) การสร้างความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพ การจัดการจำหน่ายอาหารในโรงเรียนและบริเวณรอบโรงเรียน จัดให้มีการชี้แจงข้อสุขภาพของเด็กกับผู้ปกครองและโรงเรียนบริการ ทันตสุขภาพ บริการตรวจสุขภาพพื้นฐาน บริการวัคซีนตามเกณฑ์ ส่งเสริมเข้มงวดให้โรงเรียนปลอดสารเสพติด

วัยรุ่น

อายุ ๑๕-๒๐ ปี รพ.สต.มีภารกิจดังนี้ การป้องกันสารเสพติด การตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์ การเตรียมความพร้อมเพื่อการมีครอบครัวที่ดี

สตรี

สตรีวัยเจริญพันธุ์

สตรีไม่มีบุตร รพ.สต. มีภารกิจให้บริการวางแผนครอบครัว

สตรีตั้งครรภ์ รพ.สต. มีภารกิจให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ตรวจการดูแลก่อนคลอด (NCD) แบบใหม่

สตรีมีบุตรแล้ว รพ.สต.มีภารกิจการเยี่ยมหลังคลอด

สตรีหลังวัยเจริญพันธุ์ รพ.สต.มีภารกิจดังนี้ สร้างศักยภาพและความเชื่อมั่นของสตรีหลังวัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

กลุ่มสตรีที่ต้องคัดกรองโรค รพ.สต. มีภารกิจดังนี้ ตรวจคัดกรองสุขภาพตามมาตรฐาน เช่น ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก ติดตามเข้ารับบริการ ดำเนินการแจ้งผลติดตามการรักษาต่อเนื่อง

ผู้พิการ

การให้บริการในรพ.สต. การตรวจคัดกรองผู้พิการตามกฎหมาย ๖ ประเภท ประเมิน และให้การดูแลส่งต่อ เพื่อรับสวัสดิการฟื้นฟูสมรรถร่างกาย การรับอุปกรณ์ช่วยเหลือ

การให้บริการในครอบครัว/ชุมชน คัดกรองภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล เยี่ยมดูแลส่งเสริมสุขภาพทางกายและจิต

ผู้สูงอายุ

การให้บริการในรพ.สต. จัดทำข้อมูลผู้ดูแลในชุมชน

การให้บริการในครอบครัว/ชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพกายและจิตใจ ผูกอบรมผู้ดูแลจิตอาสา

ผู้ป่วยจิตเวช

การให้บริการในรพ.สต. คัดกรอง/ประเมินผู้ที่มีภาวะเสี่ยง สร้างฐานข้อมูลผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง บริการให้คำปรึกษาและจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิต

การให้บริการในครอบครัว/ชุมชน ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกับชุมชน สร้างแรงจูงใจในการรักษาแก้อาการ เพิ่มความรู้เรื่องการเจ็บป่วยผลข้างเคียงของยา

๓.๒.๔ บทบาทเสริมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

บทบาทเสริมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นการทำงานควบคู่กับบทบาทหลัก หรือภารกิจที่ต้องกระทำได้แก่^{๑๐}

งานคุ้มครองผู้บริโภค หลักการและแนวคิด งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การสร้างความตระหนัก หรือส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในการติดตาม เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่ประชาชนต้องบริโภค และใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น ยา อาหาร เครื่องสำอาง น้ำ น้ำแข็ง ยาเสพติด สูบ น้ำยาล้างห้องน้ำ เป็นต้น รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่ผลิตในชุมชน เช่น สินค้า OTOP หน่อไม้แป้น ปลาร้าหมัก เป็นต้น ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจะต้องอาศัยภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยกันสอดส่องดูแล ตรวจสอบเฝ้าระวัง ทั้งกับตนเอง ครอบครัว รวมไปถึงจนถึงชุมชน โดยการสนับสนุนกิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ เช่น การทำกิจกรรมของนักเรียน อย.น้อย การดำเนินงานของ อสม. เป็นต้น และการให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อเป็นการสร้างศักยภาพให้ประชาชน

^{๑๐}ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, “คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล”, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย, ๒๕๕๒) หน้า ๙๘.

และชุมชน ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ด้วยตนเอง อันจะส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง ลดอันตรายหรือความเจ็บป่วยที่จะเกิดกับผู้บริโภค ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของ รพ.สต. ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ลักษณะของการบริการ การเพิ่มศักยภาพของประชาชน ในเรื่องการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ การค้นหา และสร้างเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนเช่น กลุ่ม อสม. ครู/นักเรียน อย. น้อย กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้นำทั้งทางการ และไม่เป็นทางการ เป็นต้น การเพิ่มองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพให้กับเครือข่ายดังกล่าว ในเรื่องการเลือกซื้อ เลือกบริโภคที่ถูกต้อง และขั้นตอนการติดตามตรวจสอบเฝ้าระวัง ตลอดจนการจัดการกับผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ร่วมกับเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในการจัดทำแผนงานคุ้มครองผู้บริโภค และผลักดันให้เข้าสู่แผนสุขภาพชุมชน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ตลอดจนมีการติดตามผลการดำเนินงานดังกล่าว

กิจกรรมสำคัญในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ๒ กิจกรรมดังนี้

๑. การเข้าไปตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่มีการจำหน่าย เช่น ในร้านค้า ร้านอาหาร รถเร่ เป็นต้น สถานที่ผลิต และแหล่งผู้บริโภค เช่น คริวเรือน โรงเรียน วัด ตลาดสด เป็นต้นว่ามีความถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ โดยประเด็นที่จะตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประกอบด้วย

๑.๑ ตรวจสอบฉลาก สี และกลิ่น (รวมถึงการแสดงสรรพคุณบนฉลาก และเอกสาร สิ่งพิมพ์การโฆษณา)

๑.๒ ตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น (Test kit) เช่น ชุดทดสอบตรวจอาหารสด ชุดทดสอบตรวจน้ำมันทอดซ้ำ ชุดทดสอบตรวจหาสเตียรอยด์ ชุดทดสอบตรวจสารที่ห้ามใช้ในเครื่องสำอาง เป็นต้น กรณีที่ต้องสงสัยว่าจะมีสิ่งที่เป็นอันตรายในผลิตภัณฑ์ต่างๆ และไม่สามารถตรวจสอบได้ให้สุ่มเก็บตัวอย่างเพื่อส่งให้ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจวิเคราะห์ต่อไป (หากไม่ทราบว่ามีกระบวนการดำเนินงานอย่างไร ขอให้ประสานกับโรงพยาบาลชุมชน หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อทราบถึงกระบวนการฯ ที่ถูกต้อง)

๑.๓ ตรวจสอบการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีข้อความบ่งบอกถึงความ โอ้อวดเกินจริง เช่น ใช้แล้วผิวขาว กินแล้วผอมหุ่นดี กินแล้วหายปวดเมื่อย รักษาโรคได้ เป็นต้น ตามหนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร แผ่นพับ โบว์ชัวร์ต่างๆ

๒. การให้ความรู้กับผู้ผลิต ผู้จำหน่าย และผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีดังนี้

๒.๑ ให้ความรู้กับผู้จำหน่าย และผู้บริโภค ให้เข้าใจถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนบทลงโทษของผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ผ่านหอกระจายข่าว วิทยุชุมชน การเคาะประตูบ้าน และผ่านสื่อบุคคล เช่น อสม. อย.น้อย และเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

๒.๒ ให้ความรู้กับผู้ผลิตในเรื่องการผลิตที่ถูกต้องตามคู่มือหลักเกณฑ์ วิธีการที่ดีในการผลิต (Good manufacturing practice: GMP) การประเมินผล และการรายงานผลข้างเคียงที่ก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ต่อสุขภาพ

๒.๒.๑ มีการสรุปบทเรียน และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ดำเนินงานร่วมกับกลุ่มเครือข่าย เพื่อปรับปรุง และพัฒนางานให้ดีขึ้น

๒.๒.๒ หากพบผลิตภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดผลเสียอย่างรุนแรงต่อสุขภาพ ควรส่งต่อรายงานผลข้างเคียงดังกล่าวให้ สสอ. และ สสจ. เพื่อให้มีการแก้ไขปัญหาต่อไป และต้องแจ้งให้ประชาชนในชุมชนทราบถึงปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

งานสุขภาพจิตชุมชน แนวคิดการทำงานงานสุขภาพจิตชุมชนเป็นงานบริการสาธารณสุข ที่จำเป็นต้องดำเนินควบคู่กับงานดูแลสุขภาพกาย โดยคำนึงถึงมิติทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ตามสิทธิภายใต้รัฐธรรมนูญ ตลอดจนเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยที่จะกลับมามีชีวิตอย่างเป็นปกติสุขในชุมชนการให้บริการเชิงรับ (การบริการใน รพ.สต.) มีการคัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยงหรือผู้แสดงอาการเบื้องต้นตามแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ภาวะเครียด โรคทางจิตเวช การติดยาและสารเสพติดอื่นได้แก่ บริการบำบัดรักษาเบื้องต้นและระบบส่งต่อรองรับในภาวะฉุกเฉิน เช่น ภาวะซึมเศร้า รุนแรง การฆ่าตัวตาย อาการก้าวร้าวรุนแรงในโรคทางจิตเวช และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤต โดยบริการบำบัดรักษาเบื้องต้น ได้แก่ การให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การวางแผนการรักษา การสนับสนุนแหล่งข้อมูลและการช่วยเหลือ การแนะนำวิธีการดูแลที่ถูกต้อง ฯลฯ การเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤตต่างๆ ภายใต้โครงสร้างและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งคลังอุปกรณ์ที่จะเป็นในการปฐมพยาบาลทางกายและเยียวยาจิตใจ รวมถึงความพร้อมของวิธีและอุปกรณ์การสื่อสาร ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชตามขั้นตอนของระบบสาธารณสุข การติดตามการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการขาดยาและสามารถแก้ไขผลข้างเคียงจากยาได้เหมาะสม โดยอาศัยระบบการนัดหมาย การโทรศัพท์ การติดตามเยี่ยมบ้าน การประสานการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มูลนิธิหรือองค์กรอื่นๆ ฐานข้อมูลทั้งผู้ป่วยรายใหม่ และรายเก่าเพื่อการให้บริการและติดตามอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน การวินิจฉัย ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลที่รักษา กำหนดนัดจากแพทย์การให้บริการเชิงรุก (บริการในครอบครัว/ ชุมชน) จัดให้มีหน่วยบริการเคลื่อนที่และเยี่ยมบ้านในชุมชนเพื่อคัดกรอง ค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง และติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ จัดให้มีบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยกลยุทธ์การเผยแพร่ เช่น เผยแพร่ทางสื่อเอกสาร การจัดรณรงค์ เสียงตามสาย วิทยุชุมชน สร้างความมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ในการวางแผนทาง ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน

ได้แก่ การค้นหา/คัดกรอง เฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือเบื้องต้น ส่งต่อ ติดตามต่อเนื่อง สนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีโครงสร้างและเกิดทีมผู้ปฏิบัติงานเชื่อมต่อระหว่าง หน่วยงานด้านสาธารณสุขและ ผู้แทนจากภาคีเครือข่ายระดับต่างๆ เช่น ด้านการปกครอง ด้านสังคม ด้านการเกษตร ด้านการศึกษา ด้านศาสนา และภาคประชาชน เพื่อวางแผนจัดทำแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกัน ตลอดจนประสานแหล่งทรัพยากรในพื้นที่เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างครอบคลุม ทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคมร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขหรือองค์กรต่างๆ ในการสนับสนุนหรือจูงใจผู้มีจิตอาสาในชุมชนให้มีส่วนร่วม สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลช่วยเหลือเฝ้าระวังผู้ป่วยผู้มีภาวะเสี่ยงผู้มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งครอบครัวของบุคคลเหล่านั้น ตลอดจนสนับสนุนให้ชุมชนร่วมสร้างกิจกรรมเพื่อลดอคติหรือ ตราบาปที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช เช่น โครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตการสร้างชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน การประสานติดต่อ อบต.เพื่อบริการรับส่งผู้ป่วย หรือการสร้างงานอาชีพแก่ผู้ป่วยจิตเวช ฯลฯ^{๑๑}

งานการแพทย์แผนไทย แนวคิดการดำเนินงาน การแพทย์แผนไทย เป็นบริการหนึ่งที่ได้รับ การผสมผสานอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งเป็นการแพทย์ที่ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านเวชกรรมแผนไทย เภสัชกรรมไทยผดุงครรภ์ไทย และการนวดไทย มีการดำเนินงาน ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษา พยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก จึงมีนโยบายผสมผสานงานการแพทย์แผนไทยสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล เพื่อเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน อันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลด ภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนก่อให้เกิดการสร้างงานสร้างอาชีพให้กับประชาชนในชุมชน และยังส่งผล ให้สามารถลดการนำเข้ายาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศในอนาคต ซึ่งจะเป็นการประหยัด งบประมาณของชาติ ในระยะยาว ตลอดจนสามารถอนุรักษ์และพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยสู่ อนุชนคนรุ่นหลังต่อไปได้การดำเนินงานการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. การพัฒนา รพ.สต. เป็น ยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น ที่ ต้องผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการ ฟื้นฟูสภาพรวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมใน พื้นที่ความรับผิดชอบ ดังนั้นการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยจึงต้องผสมผสานไปกับขอบเขตการ ดำเนินการบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. บุคลากรที่จะดำเนินการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. ได้แก่ แพทย์แผนไทยที่จบปริญญาตรีทางการแพทย์แผนไทยและได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขา การแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๕๓ นาร่อง

^{๑๑}ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, “คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล”, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๕๒), หน้า ๓๔ – ๓๖.

ดำเนินการจ้างแพทย์แผนไทยเป็นลูกจ้างชั่วคราวประจำที่ รพ.สต. อำเภอละ ๑ แห่งจังหวัดละ ๒ แห่ง รวมทั้งสิ้น ๑๕๐ แห่ง และจะส่งเสริมให้มีแพทย์แผนไทยประจำ รพ.สต. ให้ครบทุกแห่งต่อไป และถ้าหาก รพ.สต.แห่งใดยังไม่มีแพทย์แผนไทยให้บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ สาขากาแพทย์แผนไทย หรือสาขากาแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะหรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๔ ได้แก่ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของ กระทรวงสาธารณสุขหรือที่ได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการวิชาชีพสาขากาแพทย์แผนไทยหรือสาขากาแพทย์แผนไทยประยุกต์ รวมทั้งผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (หมอนวด) เป็นผู้ดำเนินการงานการแพทย์แผนไทย ซึ่งขอบเขตการให้บริการแพทย์แผนไทยของบุคคลที่ได้รับมอบหมาย จะต้องเป็นไปตาม ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ดังนั้น การดำเนินการงานการแพทย์แผนไทยในภาพรวมของ รพ.สต.^{๑๒} มีดังนี้

๑) การให้บริการการแพทย์แผนไทย ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ เช่น การใช้ยาสมุนไพร การให้ความรู้ สาธิต สอน แสดง ด้านการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ ผักพื้นบ้าน สมุนไพร การจัดกิจกรรมบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน ทั้งนี้การให้บริการการแพทย์แผนไทยของ รพ.สต. ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่กำหนดไว้

๒) การบันทึกและรายงานข้อมูลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการดำเนินการงานการแพทย์แผนไทยในชุมชนให้ทำงานเชื่อมโยงกับประชาชน หมอพื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนแก้ไข ปัญหาและการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน

๓) การดำเนินการงานการแพทย์แผนไทยเชิงรุก ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ เพื่อมุ่งจัดการปัจจัยที่เป็นเหตุผลของปัญหาสุขภาพ ได้แก่

(๑) การดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(๒) การฟื้นฟูสภาพมารดาหลังคลอด

(๓) การส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวด้วยวิถีแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นการดูแลในระดับการสาธารณสุขมูลฐานด้วยการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อป้องกันก่อนป่วย เช่น การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การบริหาร

^{๑๒}ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, “คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล”, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย, ๒๕๕๒), หน้า ๖๔.

ร่างกายด้วยทำถุชาติตตณ การนั้งสมาธิ การสวดมนต์ภาวนา การปลูกผักพื้นบ้าน การปลูกสมุนไพร เพื่อใช้เป็นอาหารและเป็นยาของครอบครัว รวมทั้งการเรียนรู้ฝึกรอบมการดูแลรักษาการเจ็บป่วยเบื้องต้น เช่น การใช้ยาสมุนไพร การประคบสมุนไพร การนวดเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นการรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับตำรับตำราภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยและสมุนไพรรวมทั้งข้อมูลเครือข่ายบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในชุมชน เช่น หมอพื้นบ้าน นักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบโรคศิลปะด้านการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้ปลูก/ ผู้แปรรูป/ ผู้ผลิต/ ผู้จำหน่ายยาสมุนไพร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นนวัตกรรมการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ เพื่อสุขภาวะของประชาชนในชุมชน องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม ตอบสนองต่อความจำเป็น และความต้องการใช้ประโยชน์ของชุมชน นับเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการดำเนินงานของ รพ.สต.กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีบทบาทหน้าที่ในการศึกษา พัฒนา วิจัยด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้ “องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อสุขภาวะของประชาชน” และมีกระบวนการจัดการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีดังกล่าวสู่หน่วยงานองค์กร ชุมชนเป้าหมายนำไปปรับใช้ จึงเรียกชื่อว่าวิทยาศาสตร์ การแพทย์ชุมชน (Community medical sciences) วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน (Community Medical Sciences) เพื่อสนับสนุนงาน รพ.สต. ในมิติ ๓ ด้าน ซึ่งสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันทั้ง ๓ ด้าน^{๑๓} ประกอบด้วย

- ๑) การเฝ้าระวังปัญหาความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน
- ๒) การคัดกรองสุขภาพและค้นหากลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและการบริการรักษาพยาบาล
- ๓) การส่งเสริมสุขภาพประชาชนด้วยสมุนไพรและการพึ่งตนเองของชุมชน แนวทางรูปแบบ วิธีการนำวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน (Community medical sciences) ไปใช้ประโยชน์ ดังที่นำเสนอนี้ ได้รับความร่วมมือในการพิจารณาเสนอแนะโดยนักวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นักบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในระดับตำบล ผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนนักวิชาการของกรมที่เกี่ยวข้อง การบริหาร รพ.สต. โดยภาคีที่เกี่ยวข้องในรูป “คณะกรรมการบริหาร รพ.สต.” ที่ได้รับการกระจายอำนาจอย่างเหมาะสมทั้งในการบริหารทรัพยากรและบุคลากรของ รพ.สต. และการมีแผนพัฒนาสุขภาพตำบล จะส่งผลต่อการใช้ วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน (Community Medical Sciences) ให้เป็นประโยชน์อย่างมี

^{๑๓} ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, “คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล”, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก, ๒๕๕๒) หน้า ๓๕.

ประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลได้ โดยการเลือกเทคโนโลยีหรือองค์ความรู้ที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

จากบทความที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ การปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการปฏิรูประบบสาธารณสุขหรือระบบสุขภาพ เป็นการเปลี่ยนจากการเน้นงานรักษาพยาบาลแบบตั้งรับ มาเป็นการดำเนินงานเชิงรุก โดยเน้นการส่งเสริมให้มีการสร้างสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะมีผลทำให้ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมมีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ลดปริมาณผู้ป่วยที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนของรัฐบาล และที่สำคัญ คือ ลดทุกขภาวะของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

๓.๒.๕ ข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี
วิสัยทัศน์ (Vision)

“โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามล้มเป็นองค์กรชั้นนำในการดูแลประชาชนให้มีสุขภาพที่ดี”

พันธกิจ (Mission)

๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีคุณภาพ
๒. พัฒนาระบบและระบบบริการวิชาการด้านสุขภาพ
๓. สร้างวิถีแห่งสุขภาพะเพื่อการลดโรคและปัญหาสุขภาพอย่างยั่งยืน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามล้ม มีพื้นที่ ๘ ไร่ ตั้งอยู่ที่หมู่ ๓ บ้านมะขามล้ม ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี อยู่ห่างจาก ที่ว่าการอำเภอบางปลาม้าไปทางด้านทิศตะวันตก ประมาณ ๑๓ กิโลเมตร สามารถเดินทางติดต่อได้โดยถนนบางปลาม้าสายเก่า หมายเลข ๓๓๑๘ และสายสุพรรณ-บางลี่หมายเลข ๓๒๖๐

พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม มีระบบคลองส่งน้ำผ่านจึงเหมาะแก่การทำเกษตร ได้แก่ การทำนา และการเลี้ยงสัตว์ ตำบลมะขามล้มเป็นแหล่งผลิตอาหารหลายชนิด มีการจัดตั้งเป็นฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ได้แก่ เป็ด ไก่ไข่ ปลานิล ปลาดุก ปลาช่อน เป็นต้น มีอาณาเขตดังนี้^{๑๔} คือ

^{๑๔}โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี, เอกสารประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PRIMARY CARE AWARD : PCA), (รพ.สต.มะขามล้ม, ๒๕๕๖), หน้า ๒๙ - ๖๖.

ทิศเหนือ ติดต่อกับ ตำบลดอนกำยาน อำเภอเมืองสุพรรณบุรี

ทิศใต้ ติดต่อกับ ตำบลวัดโบสถ์ อำเภอบางปลาม้า

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ ตำบลบางปลาม้า อำเภอบางปลาม้า

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า

ตำบลมะขามล้ม มีความสะดวกในการติดต่อกับพื้นที่ใกล้เคียง ทั้งใน ตำบล อำเภอ และ จังหวัด มีรถประจำทางผ่านสามารถติดต่อการสื่อสารกับสังคมภายนอกได้สะดวกสบายโดยประชาชนส่วนใหญ่ใช้ยานพาหนะส่วนตัวในการเดินทาง มีหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ๙ แห่ง กระจายทั่วถึงครบทุกหมู่บ้าน ใช้ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่างๆ ภายในหมู่บ้าน มีกาติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ และมีตู้โทรศัพท์สาธารณะกระจายอยู่ตามหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน ใช้ไฟฟ้าจากการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน มีประปาหมู่บ้าน ๕ แห่ง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาละ อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นองค์กรที่เน้นมาตรฐานในการดูแลสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสุขภาวะของประชาชนที่ยั่งยืน

พันธกิจ (Mission)

๑. พัฒนางค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพ
๒. พัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพทั้งการบริหารวิชาการ บริการสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง
๓. ส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคม ให้มีส่วนร่วมในการดูแลระบบสุขภาพแบบองค์รวม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาละตั้งอยู่ที่หมู่ ๒ บ้านสาละ ตำบลสาละ อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ห่างจากอำเภอบางปลาม้าประมาณ ๑๐ กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดสุพรรณบุรีประมาณ ๒๐ กิโลเมตร โดยมีอาณาเขตติดต่อดังนี้^{๑๕}

ทิศเหนือ ติดต่อกับ ตำบลตะค่า ตำบลองครักษ์และตำบลไผ่กองดิน อำเภอบางปลาม้า

ทิศใต้ ติดต่อกับ ตำบลบางช้าง อำเภอสองพี่น้อง

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ ตำบลเทพมงคล อำเภอบางซ้าย อำเภอบางปลาม้า

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ ตำบลกฤษณา, ตำบลตะค่า อำเภอบางปลาม้า

^{๑๕}โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาละ อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี, เอกสารประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PRIMARY CARE AWARD : PCA), (รพ.สต.สาละ, ๒๕๕๖), หน้า ๒๗ - ๓๕.

พื้นที่ตำบลสาละ มีลักษณะเป็นพื้นที่ราบลุ่ม มีคลองสาละไหลผ่านวัดและบ้านปลูกอยู่ตามแนวลำคลอง ลักษณะภูมิอากาศอากาศร้อนชื้นเหมือนภาคกลางทั่วไป เนื่องจากตำบลสาละมีคลองสาละและคลองย่อยผ่านตามหมู่บ้าน ประชากรส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนาข้าว ปลูกผักผลไม้ ฯลฯ รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ค้าขาย เลี้ยงสัตว์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลาหม้อ อำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นองค์กรชั้นนำในการดูแลสุขภาพของประชาชนมุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพ การสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อสุขภาวะของประชาชนที่ยั่งยืน

พันธกิจ (Mission)

๑. พัฒนานองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพ
 ๒. พัฒนาระบบสุขภาพทั้งการบริหารจัดการวิชาการบริการให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง
 ๓. ส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคมให้มีส่วนร่วมในการดูแลระบบสุขภาพแบบองค์รวม
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลาหม้อ ตั้งอยู่ที่ หมู่ ๒ บ้านตลาดเก่าห้อง ตำบลบางปลาหม้อ อำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี ห่างจากอำเภอบางปลาหม้อประมาณ ๕ กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดสุพรรณบุรีประมาณ ๙ กิโลเมตร โดยมีอาณาเขตติดต่อดังนี้^{๑๖}
- | | |
|-------------|--|
| ทิศเหนือ | ติดต่อกับ ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี |
| ทิศใต้ | ติดต่อกับ หมู่ ๑ ตำบลบ้านแหลม อำเภอบางปลาหม้อ |
| ทิศตะวันออก | ติดต่อกับ หมู่ ๓,๔,๕ ตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาหม้อ |
| ทิศตะวันตก | ติดต่อกับ หมู่ ๔ ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาหม้อ |

พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มมีคลองชลประทานไหลผ่าน เหมาะแก่การประกอบอาชีพเกษตรกรรมและการเลี้ยงสัตว์ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ การทำนา การเลี้ยงสัตว์ การรับจ้าง และ ค้าขาย ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีวัดพุทธ ๑๑ แห่ง

^{๑๖}นางสมพร จิ่งเจริญศิลป์,รายงานการวิเคราะห์และการพัฒนางานที่รับผิดชอบ, (Portfolio No.๔) หน่วยงานที่วิเคราะห์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลาหม้ออำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี, **หลักสูตรพัฒนากิจกรรมการบริหารจัดการ**, รพ.สต.รุ่นที่ ๓ ปี , (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, ๒๕๕๕), หน้า ๒๕.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางพลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

วิสัยทัศน์ (Vision)

“โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น เป็นองค์กรชั้นนำในการดูแลประชาชนให้มีสุขภาพที่ดี”

พันธกิจ (Mission)

๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีคุณภาพ
๒. พัฒนาระบบบริการ วิชาการด้านสุขภาพ
๓. สร้างวิถีแห่งสุขภาพะ เพื่อการลดโรคและปัญหาสุขภาพอย่างยั่งยืน

ตำบลวังน้ำเย็นตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของอำเภอบางพลาม้า แบ่งการปกครองออกเป็น ๗ หมู่บ้าน ระยะทางห่างจากอำเภอบางพลาม้า ๑๘ กม. จากจังหวัดสุพรรณบุรี ๑๗ กม. การคมนาคมขนส่ง มีรถโดยสารประจำทางสาย สวนแตงฯ – สุพรรณบุรี วิ่งผ่าน ทุก ๑ ชม. ไม่มีรถโดยสารเข้าตัวอำเภอโดยตรง โดยมีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ ตำบลดอนโพธิ์ทอง อำเภอเมือง
ทิศใต้	ติดต่อกับ ตำบลวัดโบสถ์ อำเภอบางพลาม้า
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางพลาม้า
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ ตำบลสวนแตง อำเภอเมือง

ตำบลวังน้ำเย็นมีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีคลองและมีระบบการชลประทานไหลผ่าน รวมถึง คลองส่งน้ำในบางหมู่บ้าน เหมาะสำหรับการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ มีอาชีพทำนา ทำสวน ปลูกผัก และเลี้ยงสัตว์ ตามลำดับ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดดาว อำเภอบางพลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

วิสัยทัศน์ (Vision)

เราจะเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิด้านแรกในชุมชนที่ให้บริการแก่ทุกคน ด้วยความ เสมอภาคเท่าเทียมกันบนพื้นฐานแห่งความพึงพอใจของผู้รับบริการ

^{๑๗}โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางพลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี, เอกสารประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PRIMARY CARE AWARD : PCA), (รพ.สต.วังน้ำเย็น, ๒๕๕๖), หน้า ๒๗.

พันธกิจ (Mission)

เป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการประชาชนแบบผสมผสานบริการเป็นองค์รวม และต่อเนื่องได้มาตรฐาน และคุณภาพการบริการที่ดีอย่างเต็มความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกคนโดยความร่วมมือขององค์กรชุมชนและประชาชนในท้องถิ่น^{๙๔}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโบสถ์ อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นองค์กรชั้นนำในการดูแลสุขภาพของประชาชน มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วม เพื่อสุขภาวะของประชาชนที่ยั่งยืน”

พันธกิจ (Mission)

๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีคุณภาพ
๒. พัฒนาองค์กร และระบบบริการ วิชาการด้านสุขภาพ
๓. สร้างวิถีแห่งสุขภาวะ เพื่อการลดโรคและปัญหาสุขภาพอย่างยั่งยืน

ตำบลวัดโบสถ์ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของอำเภอบางปลาม้า แบ่งการปกครองออกเป็น ๑๑ หมู่บ้าน ระยะทางห่างจากอำเภอบางปลาม้า ๒๒ กม. จากจังหวัดสุพรรณบุรี ๒๑ กม. การคมนาคมขนส่ง มีรถโดยสารประจำทางสายสุพรรณบุรี- บางลี่ ผ่านทุกครึ่งชั่วโมง^{๙๕} โดยมีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า
ทิศใต้	ติดต่อกับ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ ตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

ตำบลวัดโบสถ์มีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีคลองและมีระบบการชลประทานไหลผ่าน รวมถึง คลองส่งน้ำในบางหมู่บ้าน เหมาะสำหรับการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ มีอาชีพทำนา ทำสวน ปลูกผัก และเลี้ยงสัตว์ ตามลำดับ

^{๙๔}โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี, เอกสารประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PRIMARY CARE AWARD : PCA), (รพ.สต.วัดดาว, ๒๕๕๖), หน้า ๒๖.

^{๙๕}โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโบสถ์ อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี, เอกสารประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PRIMARY CARE AWARD : PCA), (รพ.สต.วัดโบสถ์, ๒๕๕๖), หน้า ๒๗.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดอนขาด อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นองค์กรชั้นนำในการดูแลสุขภาพของประชาชน มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วม เพื่อสุขภาวะของประชาชนที่ยั่งยืน”

พันธกิจ (Mission)

๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีคุณภาพ
 ๒. พัฒนาระบบสุขภาพ ทั้งบริการ บริหาร และวิชาการให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง
 ๓. ส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคมให้มีส่วนร่วม
- ตำบลวัดโบสถ์ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของอำเภอบางปลาม้า แบ่งการปกครองออกเป็น ๕ หมู่บ้าน ระยะทางห่างจากอำเภอบางปลาม้า ๒๒ กม. จากจังหวัดสุพรรณบุรี ๒๑ กม. การคมนาคมขนส่ง มีรถโดยสารประจำทางสายสุพรรณบุรี - บางลี่ ผ่านทุกครึ่งชั่วโมง^{๒๐} โดยมีอาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า
ทิศใต้	ติดต่อกับ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ ตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

ตำบลวัดโบสถ์มีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีคลองและมีระบบการชลประทานไหลผ่าน รวมถึง คลองส่งน้ำในบางหมู่บ้าน เหมาะสำหรับการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ มีอาชีพทำนา ทำสวน ปลูกผัก และเลี้ยงสัตว์ ตามลำดับ

บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ขอบเขตของการให้บริการ

การจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดบริการตามบทบาทหน้าที่และขอบเขตการให้บริการตามภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๕ ด้าน ประกอบด้วย

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีบริการฝากครรภ์/วางแผนครอบครัว/งานอนามัยโรงเรียน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/งานทันตสุขภาพ/งานโภชนาการ/งานอนามัยแม่และเด็ก/งานออกกำลังกายผู้สูงอายุ เป็นต้น)

^{๒๐}โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดอนขาด อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี, เอกสารประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PRIMARY CARE AWARD : PCA), (รพ.สต.บ้านดอนขาด, ๒๕๕๖), หน้า ๒๖.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า และอำเภอบางปลาม้า ซึ่งมีสายการบังคับบัญชาในระดับจังหวัดคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดสุพรรณบุรี ตามลำดับ นอกจากนี้ ในการปฏิบัติงานแล้วยังจะมีเครือข่ายของการประสานงาน ไปตามสายการบังคับบัญชา และยังมีการประสานงานกับโรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ซึ่งเป็นหน่วยงานในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลในแต่ละท้องถิ่นที่ตั้งอยู่ตลอดจนโรงเรียนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนั้น รวมทั้งผู้นำชุมชนของทุกหมู่บ้านแล้วยังมีเครือข่ายความร่วมมือทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ซึ่งได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ข้อกำหนดสำคัญในการปฏิบัติร่วมกัน รวมทั้งแนวทางและวิธีการสื่อสารระหว่างกันไว้ ดังนี้

ตารางที่ ๓.๕ บทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย

ส่วนราชการ / องค์การที่เกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติร่วมกัน	ข้อกำหนดที่สำคัญในการปฏิบัติงานร่วมกัน	แนวทางและวิธีการสื่อสารระหว่างกัน
๑.หน่วยราชการในอำเภอ(ที่ว่าการอำเภอ โรงเรียน การไฟฟ้า สภอ.)	-ให้บริการประชาชนในเขตอำเภอบางปลาม้า เพื่อบรรลุตัวชี้วัดของจังหวัด	- ภารกิจหลักของแต่ละหน่วยงาน - พ.ร.บ.ข้าราชการ - ร่วมเป็นเครือข่ายในดำเนินงาน - แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	- หนังสือราชการ - การสื่อสารโดยตรง - การประชุมร่วมกัน - สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์
๒.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- ร่วมงานวางแผนและปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นที่รับผิดชอบ	- ภารกิจหลักของแต่ละองค์กร - เป็นข้อบัญญัติของท้องถิ่น - เป็นองค์กรเครือข่ายในการปฏิบัติงาน	- หนังสือราชการ - การสื่อสารโดยตรง - การประชุมร่วมกัน - สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์

ตารางที่ ๓.๕ ต่อ

๓. วัด	- ส่งเสริมภาวะด้านจิตใจให้ประชาชน	-วางรากฐานด้านจิตใจจริยธรรม ตามหลักธรรมาภิบาล	- หนังสือราชการ - การสื่อสารโดยตรง - การประชุมร่วมกัน
๔. ชมรมต่างๆ (อสม. ผู้สูงอายุ ผู้พิการ)	- การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ - ร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทางด้านสุขภาพ	- เป็นเครือข่ายทางด้านสุขภาพ	- หนังสือราชการ - การสื่อสารโดยตรง - การประชุมร่วมกัน
๕. เครือข่ายสาธารณสุขในจังหวัด (รพ.สต. สสอ. รพช. รพศ. สสจ.)	- ประเมินความร่วมมือ - การส่งต่อผู้รับบริการ - ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล - สนับสนุนการดำเนินงานด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู	- นโยบายของกระทรวง - ยุทธศาสตร์ของจังหวัด - เป็นเครือข่ายทางด้านสุขภาพ	- หนังสือราชการ - การสื่อสารโดยตรง - การประชุมชี้แจง - สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ - นิเทศแนะนำ - ร่วมดำเนินงานภาคสนาม

แนวทางและวิธีการสื่อสารกับภาคีเครือข่ายที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ และความร่วมมือที่ดี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้มีการประเมินการจัดบริการ สำหรับผู้รับบริการ ต่าง ๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความต้องการ ความคาดหวังของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งได้กำหนดแนวทางและวิธีการสื่อสารไว้ ดังนี้

ตารางที่ ๓.๖ กลุ่มผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กลุ่มผู้รับบริการ/ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บริการที่ให้	ความต้องการ/ ความคาดหวัง	แนวทางและวิธีการสื่อสาร
๑.ผู้รับบริการ ญาติ และประชาชนในพื้นที่	-บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ	-การรักษาที่ดี หายจากโรค -คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ครอบคลุมชัดเจน -การแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และแนวทางการรักษา -การออกเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนด้านสุขภาพ	-แจ้งด้วยตนเอง -แผ่นพับ -หอกระจายข่าว -จดหมายข่าว -โทรศัพท์ -อสม.ไปติดตามแจ้ง
๒.ประชากรตามกลุ่มอายุ แรกเกิด – ๕ ปี ๖ – ๑๒ ปี ๑๓ – ๑๘ ปี ๑๙ – ๕๙ ปี ๖๐ ปี ขึ้นไป ผู้พิการ/ตามกลุ่มโรค	-ได้รับบริการที่ปลอดภัย รวดเร็วไม่เสียค่าใช้จ่าย ได้รับข้อมูลชัดเจน ทำให้เกิดความมั่นใจและเชื่อถือได้	-มีความเอาใจใส่ เป็นกันเอง บริการด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง	-ประเมินความพึงพอใจ โดยแบบสอบถาม -เชิญประชุมเพื่อแก้ไขปัญหา
๓.องค์การบริหารส่วนตำบล	-การประสานงานและขอความร่วมมือในการดำเนินงานต่างๆ	-แนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน เช่น การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	-หนังสือราชการ -โทรศัพท์ -จดหมายข่าว
๔.วัด	-ตรวจสุขภาพพระสงฆ์และใช้สถานที่ทำกิจกรรม	-การสนับสนุนวิชาการจากเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.	-การประชาสัมพันธ์ ชาวบ้าน -อบรมถ่ายทอดความรู้

ตารางที่ ๓.๖ ต่อ

5.อาสาสมัคร สาธารณสุข	-การอบรมให้ความรู้ การประสานงาน สนับสนุนอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์	-การสนับสนุนด้าน เวชภัณฑ์ และ งบประมาณ -ต้องการสิทธิพิเศษ -ต้องการค่าตอบแทนใน ระดับสูง	-การประชุม ประจำเดือน -อบรมถ่ายทอด ความรู้
6.โรงเรียน	- ตรวจสุขภาพ บริการด้านวัคซีน ให้ ความรู้นักเรียน	- การศึกษาที่ดี คำแนะนำ การปฏิบัติตัวที่ครอบคลุม ชัดเจน	-หนังสือราชการ -โทรศัพท์
7.ประชาชนทั่วไป	- บริการด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การ รักษาและการฟื้นฟู สภาพ	- สนับสนุนด้านสุขภาพ เยี่ยมบ้าน	-แจ้งด้วยตนเอง ,โทรศัพท์ -หอกระจายข่าว -อสม.ไปติดตามแจ้ง

ในการจัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้บรรลุความคาดหวังของสังคม และสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนและกำหนดรูปแบบบริการระบบบริการสุขภาพนั้น ควรมีการจัดระบบเครือข่ายบริการสุขภาพที่เป็นการจัดบริการให้มีสถานบริการสุขภาพหลายระดับ ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (สถานีอนามัย) โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ให้ในแต่ละระดับของสถานบริการมีการประสานงานเป็นเครือข่าย โดยใช้ระบบส่งต่อเป็นกลไกสำคัญและการเชื่อมโยงบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (modern medicine) กับบริการทางการแพทย์ทางเลือกต่างๆ (alternative medicines) ใน**ขั้นปฐมภูมิ** คือ การบริการของโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขต่าง เป็นสถานบริการสุขภาพด่านแรกในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยไม่รุนแรง และไม่รับไว้รักษาในสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งการจัดการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ใน**ขั้นทุติยภูมิ** คือ การบริการของโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการที่มีทั้งผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนก ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้ดูในโรงพยาบาล ให้บริการทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การจัดการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง

ในชุมชน ใน**ชั้นตติยภูมิ** คือ การบริการของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นสถานบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ต้องการการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำและมีความต้องการดูแลรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เป็นแหล่งวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์รักษาพยาบาล^{๒๑}

จากลักษณะดังกล่าวของระบบบริการสุขภาพที่จัดขึ้นจะเป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการมีการประสานงานในแต่ละระดับของสถานบริการ มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เป็นองค์กรรวม และอยู่บนพื้นฐานค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม เน้นการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นเชิงรุกโดยให้ประชาชนได้พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และมีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องดังนั้น ลักษณะของการจัดบริการและบทบาทของผู้ให้บริการจะต้องมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของประชาชน

จากแนวคิดและทฤษฎี ตลอดจนบทความที่ได้นำเสนอเบื้องต้นสามารถสรุปได้ดังนี้ ในปัจจุบันได้มีการสร้างเครือข่ายเกิดขึ้นอย่างมาก เช่น เครือข่ายในท้องถิ่น ซึ่งมาจากการร่วมตัวกันของประชาชน หรือผู้ที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน ส่วนของภาครัฐเองก็มีการสร้างเครือข่ายในการประสานงานกันเองในองค์กรและประสานงานกับนอกองค์กร แต่ในการสร้างเครือข่ายของภาครัฐมีลักษณะเป็นการสร้างเครือข่ายในแนวดิ่ง ซึ่งต้องอาศัยสายการบังคับบัญชาในแต่ละขั้นตอนลงจนถึงระดับล่าง ส่วนภาคเอกชนหรือภาคประชาชน นั้นมีการสร้างเครือข่ายในลักษณะเป็นแนวนราบ ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือกันของประชาชนกับประชาชน เอกชนกับประชาชน หรือรัฐกับประชาชน เพื่อประโยชน์ของแต่ภาคส่วนอย่างเสมอภาค และเท่าเทียมกัน

^{๒๑}ทัศนา บุญทอง, “ปฏิรูประบบพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่ประสงค์ในอนาคต”, พิมพ์ครั้งที่ ๓ , (กรุงเทพมหานคร : ศิริยอดการพิมพ์, ๒๕๔๓), หน้า ๘๗.

บทที่ ๔

แนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ โรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

งานวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ
โรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัด
สุพรรณบุรี” มีวัตถุประสงค์ในการวิจัย ดังนี้ ๑) เพื่อศึกษาแนวคิดเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ ๒)
เพื่อศึกษาระบบการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ในอำเภอบางปลาม้าจังหวัดสุพรรณบุรี ๓) เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการ
ให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใน
อำเภอบางปลาม้าจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการพัฒนาการสร้าง
เครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพในอำเภอบางปลาม้า โดยจะทำการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

๔.๑ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล

๔.๑.๑ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการส่งเสริม

๔.๑.๒ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการป้องกัน

๔.๑.๓ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการการรักษา

๔.๑.๔ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการฟื้นฟู

๔.๒ ปัญหา อุปสรรค ในการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล

๔.๓ สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย

๔.๑ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล

ในการลงพื้นที่และเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต และการสัมภาษณ์ ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลบางปลาม้า และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของอำเภอบางปลาม้า สามารถนำเสนอ เป็นหัวข้อ ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงบริบทที่เอื้อต่อการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ รวมถึงบริบทที่ไม่เอื้อต่อการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล และสามารถแยกเป็นประเด็น ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ ๔.๑.๑ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการส่งเสริม

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การยกระดับสุขภาพให้ดำรงอยู่กับสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุล ซึ่งมีแรงจูงใจมาจากความต้องการที่จะมีความสุขสูงสุดของชีวิต ซึ่งกระบวนการส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นได้จาก ๒ แหล่งที่มา คือ จากบุคคลอื่นภายนอกที่จะช่วยสร้าง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแหล่งที่ ๒ ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่ปรารถนามากที่สุด เพราะการสร้างเสริมสุขภาพจากตนเองจะยั่งยืนมากกว่า ในการส่งเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อมนุษย์ เพราะตั้งแต่มนุษย์เกิดมามีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านโครงสร้างองค์ประกอบของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละช่วงชีวิต

การส่งเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในภารกิจที่ โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ “..ในการบริการสุขภาพแก่ประชาชน และร่วมถึงพระสงฆ์ด้วย นั้น ทาง รพ.สต. ได้เน้นหลัก ๔ อย่าง ดังนี้ ๑. ส่งเสริม ๒.ป้องกัน ๓.รักษา ๔.ฟื้นฟู โดยใช้โครงข่ายภาคประชาชน หรือกลุ่มต่างๆในชุมชนเป็นหลักในการดำเนินงาน..”^๑ ซึ่งในการดำเนินงานของ โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ ได้ยึดหลักการปฏิบัติของ ๖ อ. คือ

๑) อ.ออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นการทำให้ร่างกายได้ใช้กำลังงานเพื่อให้ร่างกายทั้งหมด หรือส่วนใดส่วนหนึ่งได้เคลื่อนไหว หรือเป็นกระบวนการที่ทำให้คนเกิดการเคลื่อนไหว เพื่อให้อวัยวะและระบบต่างๆ ในร่างกายพร้อมที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยที่กิจกรรมที่เลือกมานั้นต้องเหมาะสมกับวัยเพศและสภาพความพร้อมของร่างกายเพื่อช่วยกระตุ้นให้อวัยวะต่างๆ มีสมรรถภาพในการทำหน้าที่ที่ดียิ่งขึ้นจะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายนั้นเป็นการช่วยเสริมสร้างสุขภาพ และส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคน จึงควรที่จะส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนได้ตระหนักและเห็นคุณค่าของการออกกำลังกาย เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนอีกทางหนึ่งด้วยการออกกำลังกายทั่วไปบุคคลมักมีการออกกำลังกายเป็นปกติมากบางน้อยบางตาม แต่เวลา เช่น สร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เหมาะสม

^๑สัมภาษณ์ นางสมทรง ถักดินารถ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดดาว, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.

การทำงาน เน้นการออกกำลังกายต่อเนื่องวันเว้นวัน ๒๐-๓๐ นาที และการพักผ่อนที่เพียงพอ ๖-๘ ชั่วโมง จะทำให้ร่างกายมีพลังสำรอง การจัดสัดส่วนรายได้ต่อรายจ่ายเพื่อสำรองพลังงานลดปัจจัยเสี่ยงสะสมที่จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรังในอนาคต

มีรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับผลการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง ๓ ครั้งๆ เฉลี่ยครั้งละ ๒๐-๓๐ นาที ๓ วันต่อสัปดาห์ สามารถลดระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ต้องมีการสร้างการรับรู้ความสามารถและลดอุปสรรคที่จะขัดขวางต่อการออกกำลังกาย เช่น ความอาย การอ้างว่าไม่มีอุปกรณ์ ไม่มีเพื่อน ไม่มีเวลา การไม่ทราบหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง แต่ต้องเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกาย เช่น การฝึกทักษะด้วยตนเอง การให้เห็นตัวอย่างหรือมีผู้นำออกกำลังกาย การยกย่องและชมเชยถ้าปฏิบัติได้ต่อเนื่อง เป็นต้น ทั้งนี้การออกกำลังกายไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือเวลามาก เพียงรู้หลักการออกกำลังกายที่ถูกต้องและมีจิตใจที่มุ่งมั่นก็สามารถชนะอุปสรรคได้

๒) อ.อาหาร อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ทั้งเพื่อการเจริญเติบโต การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และให้มีพลังสำหรับการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ดังนั้นเราควรเลือกรับประทานอาหารที่สะอาด ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการเพื่อภาวะสุขภาพที่ดี แต่ในปัจจุบันคนไทยยังประสบปัญหาทางด้านโภชนาการอยู่มากไม่ว่าจะเป็นการขาดอาหาร เช่น โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคขาดสารไอโอดีน โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโรคเหล่านี้ทำให้เด็กไทยเจริญเติบโตและมีพัฒนาการทางร่างกายอ่อนแอ สมรรถภาพในการทำงานต่ำ ในขณะที่วัยเดียวกันภาวะการณโภชนาการเกินกำลัง เป็นปัญหาใหม่ที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อันจะนำไปสู่โรคที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารที่ถูกหลักลดอาหารเค็ม หวาน มัน ฝัด ทอด ปิ้ง ย่าง ซึ่งเป็นบ่อเกิดของโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การเกิดหลอดเลือดสมองตีบตันและแตก โรคเมเร็ง แม้มีโรคทางพันธุกรรมก็จะสามารถชะลอระยะเวลาการเป็นได้ ซึ่งในเรื่องที่เกี่ยวกับอาหารและการบริโภค ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ว่า “..ควรมีการถวายเป็นความรู้เรื่องโภชนาการ และพฤติกรรมสุขภาพแก่พระสงฆ์ เพื่อให้ท่านสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้...”^๒ และกล่าวต่อไปอีกว่า “..ต้องการให้มีตัวแทนคณะสงฆ์ได้เข้าอบรมในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อจะมีความรู้ และเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง เช่น เรื่องของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

^๒สัมภาษณ์ นางสมทรง ถักดีนารถ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดดาว, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.

อย่างเหมาะสม โดยการแบ่งเป็นโซนตามจำนวนของวัด หรือตามภูมิประเทศ...”^๓ การรับประทานอาหาร หรือ การบริโภคอาหารจึงเป็นหัวข้ออีกประการหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

๓) อ.อารมณ ร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ส่งผลถึงกันและกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “สะอาดกายเจริญวัยสะอาดใจเจริญสุข” จิตใจและอารมณเป็นเรื่องสำคัญที่สุด จะละเลยมิได้ ถึงแม้ท่านจะรับประทานอาหารดีและถูกต้อง ไม่เสพของมีนเมาเป็นพิษ ไม่หักโหมร่างกายในการทำงาน แต่ทว่าเป็นคนจิตใจไม่ดี อารมณ เคร่งเครียดหน้าตาบูดบึ้งเสมอ ก็มีสิทธิ์จะอายุสั้นเช่นกัน ถ้าร่างกายเปรียบเหมือนรถจิตใจก็คือคนขับรถยนต์จะดีวิเศษอย่างไรแต่ถ้าคนขับไร้สติหุนหันุนใจ หุนหันพลันแล่น เอาแต่อารมณขับรถยนต์อย่างไม่ปราณีรูดที่วาล์วดีเลิศสักเพียงไรก็พังได้ในพริบตา ทั้งหมดดังกล่าวมา ล้วนแล้วแต่เป็นเหตุที่ทำให้คนเราอายุสั้นสุขภาพไม่ดี พบว่าคนปกติที่มีเคยเจ็บป่วยร้ายแรงใด ๆ แต่หากต้องตกอยู่ในสภาพการณ์ ดังกล่าว คือกินอาหารไม่ถูกต้อง ได้รับสารพิษเป็นประจำ ทำงานหนักเกินไปอารมณเครียดตลอดเวลา ถ้าเป็นอย่างนี้ติดต่อกัน ไม่นานก็จะเสียชีวิตได้เช่นกัน

ประชาชนทุกเพศ ทุกวัย ทุกวัย มีการปรับตัว ปรับใจในการเผชิญปัญหา และเลือกวิธีการการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม สามารถส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมอย่างต่อเนื่องทั้งในเรื่อง การออกกำลังกาย การทำอดิเรก การเข้าวัดปฏิบัติธรรม การทัศนศึกษา เข้ากิจกรรมส่งเสริมทักษะ การดูแลจิตใจของตนเอง และครอบครัว ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลในการร่วมกัน รักพูด และการปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม ช่วยปลอบโยน ให้กำลังใจ เยี่ยมเยียน ถามไถ่อาการผู้เจ็บป่วย หรือมีปัญหาด้านใจ ไม่ทอดทิ้ง ถ้ามีเวลาควรเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม และกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมสร้างสุขภาพ

๔) อ.อโรคยา ควรที่เราจะเข้าร่วมในกิจกรรมกับสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งในแต่ละปีโดยทั่วไปควรได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้งสำหรับผู้ชาย หรือปีละ ๒ ครั้ง สำหรับผู้หญิง ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ในประเด็นนี้ว่า

“..ในแต่ละปีอาจมีการเจาะเลือด เพื่อตรวจหา ๕ โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด ซึ่งจะมีการตรวจในแต่ละปีก็แล้วแต่งบประมาณ หรือโครงการต่างๆที่เข้ามา...”^๔ และการตรวจสุขภาพประจำปี ควรมีอายุ ๓๕ ขึ้นไป เช่น ตรวจสุขภาพ การตรวจหาน้ำตาลในเลือด เจ้าหน้าที่ยังกล่าวต่อไปอีกว่า

“..กระบวนการดูแลพระสงฆ์คล้ายกับประชาชนทั่วไป คือ มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการเจาะเลือดตรวจหา ๕ โรคเรื้อรัง ซึ่งมีอายุ ๓๐ – ๓๕ ปีขึ้นไป หรือเกณฑ์สัดส่วนของอายุ โดย

^๓สัมภาษณ์ นาง ลักขณา โพธากุล, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมะขามล้ม, ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖

^๔สัมภาษณ์ นางนฤมล โรคนิลมวงค์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสาละ, ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

ส่วนมากพระสงฆ์ที่มีการจำพรรษาหรือบวชมานานมักมีอายุโดยเฉลี่ยประมาณ ๕๐ – ๖๐ ปีขึ้นไป ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงและควรได้รับการตรวจหาโรคเรื้อรัง กรณีตรวจพบโรคเรื้อรังจะต้องส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลต่อไป...”^๕ หรือในกรณีถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นให้รีบปรึกษาแพทย์

๕) อ.อนามัยสังวาล้อม ในการจัดสังวาล้อมถึงเป็นอีกภาระหนึ่งที่เป็นหน้าที่ของหน่วยงานได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งควรเข้าร่วมกับกิจกรรมการพัฒนาสังวาล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี จากการพูดคุยผู้ให้สัมภาษณ์ได้บอกว่า

“..ควรมีการส่งเสริมการสร้างเครือข่ายของวัด หรือคณะสงฆ์ด้วยการการเข้าร่วมกิจกรรมทางสาธารณสุข เช่น เข้าโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพแก่พระสงฆ์มีคุณภาพ และมีส่วนได้เสียในการดูแลสุขภาพ...”^๖ และการพัฒนาตลาดสด การพัฒนาโรงเรียนเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการจัดกิจกรรมให้ความรู้การจัดการมูลฝอยของครัวเรือนอย่างถูกวิธี และทักษะในการดูแลสุขภาพ

๖) อ.อบายมุข ในปัจจุบันสารเสพติดได้กลายเป็นปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมเนื่องจากก่อให้เกิดผลเสียในวงกว้าง ทั้งในด้านส่วนตัว ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนถึงสังคมที่อยู่อาศัยและสังคมใหญ่คือประเทศชาติ เนื่องจากยาเสพติดจะบั่นทอนชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตลดลง มีเวลาและโอกาสที่จะทำคุณประโยชน์แก่ชาติบ้านเมืองน้อยลงเพราะผู้ที่ติดสารเสพติดจะมีสุขภาพทรุดโทรมอาจมีอายุสั้นกว่าที่ควรเป็นจากความเจ็บป่วยต่างๆ หรืออาจเสี่ยงต่อการเกิดอาชญากรรมทั้งเป็นผู้กระทำ และเป็นผู้ถูกระทำ ซึ่งเป็นผลจากการคบคนชั่วเป็นมิตร ในภารกิจของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับอบายมุขต้องถือว่าเป็นภารกิจที่มีความสำคัญอย่างเร่งด่วนในสภาวะการปัจจุบัน โดยเฉพาะปัญหายาเสพติด ซึ่งควรมีการปฏิบัติตนเพื่อลดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งต่างๆ เช่น บุหรี่ สุรา ยาเสพติด และลดการเล่นการพนันในบ้าน หรือในบริเวณวัด หรือการให้มีมาตรการในการชักชวนผู้ติดยาเสพติดได้เข้ารับการบำบัดรักษา และหันมาใช้เวลาวางให้เป็นประโยชน์

๔.๑.๒ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการป้องกัน

ความสำคัญและคุณประโยชน์ของการป้องกันโรค มีคำกล่าวที่ว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” นั้นเป็นความจริงที่อย่างที่สุดเพราะว่าคนทุกคนไม่มีใครอยากเจ็บป่วย เพราะว่าเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะอยู่ในภาวะที่ไม่สบายกายไม่สบายใจ การเจ็บป่วยทรมานจิตใจ ไม่ใช่เฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยเท่านั้น พ่อแม่พี่น้อง คนใกล้ชิด ก็พลอยทุกข์ทรมานไปด้วย และยังทำให้เสียเงิน

^๕สัมภาษณ์ นางสาว นงสิดา พนัสดิษฐ์, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^๖สัมภาษณ์ นาง นฤมล โรคเฉลิมวงศ์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสาละ, ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

ทอง เสียเวลาในการรักษาการเจ็บป่วยนั้น เพื่อกลับคืนสู่สภาพปกติ หรือมีสุขภาพดีให้เร็วที่สุดอีกด้วย เมื่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ นั้นเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาเราจึงต้องการที่จะหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยโดยการป้องกันโรค

การป้องกันโรค หมายถึง การกระทำหรืองดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้วและการป้องกันไม่ให้กลับเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยเป็นโรคแล้ว ระดับการป้องกันโรคและหลักการป้องกันโรค ซึ่งจากความหมายที่ได้กล่าวมาแล้วการป้องกันโรคเป็นภาระหน้าที่ที่อยู่ที่อยู่ในการดำเนินงาน โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลประจำอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ และในการบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคที่เกี่ยวกับพระสงฆ์นั้น เจ้าหน้าที่ได้กล่าวว่า “..ในการบริการด้านสุขภาพ และการรักษาพยาบาลนั้นพระสงฆ์จะใช้หลักการเดียวกันกับประชาชนทั่วไป ในเรื่องของหลักประกันสุขภาพ โดยใช้หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก ในการแสดงสิทธิในการรักษา...”^๗

ซึ่งในการบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคของ โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ ได้มีการแบ่งลักษณะของการปฏิบัติงานไว้เบื้องต้น คือ มีบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีทีมควบคุมโรคเคลื่อนที่เร็ว มีบริการเชิงรุกในการควบคุมป้องกันโรค รวมทั้งมีระบบติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จากความหมายของการป้องกันโรคและลักษณะการทำงานสามารถที่จะแบ่งระดับของการป้องกันโรคออกเป็น ๓ ระดับ คือ ๑) การป้องกันก่อนการเกิดโรคหรือก่อนการเจ็บป่วย หมายถึง การกระทำหรืองดการกระทำใดๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเป็นโรคหรือเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ในพระสงฆ์ก็เช่นเดียวกันควรมีมาตรการในการป้องกันโรค ดังที่เจ้าหน้าที่ได้กล่าวไว้ว่า

“..กระบวนการดูแลพระสงฆ์คล้ายกับประชาชนทั่วไป คือ มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการเจาะเลือดตรวจหา ๕ โรคเรื้อรัง ซึ่งมีอายุ ๓๐ - ๓๕ ปีขึ้นไป หรือเกณฑ์สัดส่วนของอายุ โดยส่วนมากพระสงฆ์ที่มีการจำพรรษาหรือบวชมานานมักมีอายุโดยเฉลี่ยประมาณ ๕๐ - ๖๐ ปีขึ้นไป ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงและควรได้รับการตรวจหาโรคเรื้อรัง กรณีตรวจพบโรคเรื้อรังจะต้องส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลต่อไป...”^๘ ในส่วนของเจ้าหน้าที่เองยังกล่าวเสริมในเรื่องที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคอีกว่า

“..อยากให้เจ้าหน้าที่ทำงานเชิงรุก (ไม่ขอให้ตั้งรับ) เพราะเดี๋ยวนี้โรคมีมากขึ้น ถ้าตั้งรับก็ไม่ได้ประโยชน์อะไรมากนัก ลงพื้นที่หน้าจะดีกว่า อีกอย่างคนทำงานตรงนี้ไม่ค่อยมี และทำไม่ค่อยต่อเนื่อง เพราะภาระหน้าที่ที่มีมาก ทั้งในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

^๗สัมภาษณ์ นายเมสรินทร์ สุวรรณ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดอนขาด, ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^๘สัมภาษณ์ นางสีดา พันธ์ศิษฐ์, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.

สุข และพยาบาลวิชาชีพก็มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบอยู่ที่โรงพยาบาลของตนเอง...”^๙ ซึ่งในการปฏิบัติการป้องกันโรคเราสามารถที่จะกระทำด้วยตนเอง เช่น การดูแลรักษาร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ เพื่อให้เจ็บป่วยได้ง่าย เช่น การระวังไม่ให้ยุ่งลายกั๊ด เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคไขเลือดออก การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด เป็นต้น

๒) การป้องกันโรคในระยะที่เกิดโรคหรือเจ็บป่วยขึ้นแล้ว หมายถึง การกระทำหรือการงดกระทำใดๆ ที่จะทำให้อาการเจ็บป่วยจากโรคที่เป็นอยู่นั้นไม่รุนแรงมากขึ้น หรือหายป่วยจากโรคนั้นโดยเร็วที่สุด เช่น การกินยาและปฏิบัติตามที่แพทย์สั่งเมื่อป่วย เป็นต้น

๓) การป้องกันโรคเมื่อหายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคแล้ว หมายถึง การกระทำหรือการงดกระทำใดๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยหรือเกิดเป็นโรคนั้นซ้ำอีกภายหลัง

ในการป้องกันโรคมีหลักการที่สำคัญ ๒ ประการ คือ ๑) การป้องกันโรคด้วยตนเอง หมายถึง การกระทำหรือไม่กระทำบางสิ่งบางอย่างของตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นตนเองและคนอื่น ๆ เกิดเจ็บป่วยหรือการเกิดโรครุนแรง รวมทั้งการป้องกันการระบาดของโรคที่อาจเกิดขึ้นในชุมชนด้วย สิ่งที่สำคัญที่สุดในประเด็นนี้ คือ การเสริมสร้างสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค ในกระบวนการป้องกันโรคนี้ พระสงฆ์เองก็สามารถที่จะทำได้โดยที่ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ ดังที่เจ้าหน้าที่ได้กล่าวไว้ว่า

“..นอกเหนือจากการแสดงสิทธิแล้วข้างต้น พระสงฆ์อาจเข้ารับการตรวจเลือด เพื่อหาโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถแยกกลุ่มเสี่ยงได้จาก กลุ่มอายุ กลุ่มเครือญาติ โดยการสุ่มตรวจจากญาติว่าเคยเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวหรือไม่ และพฤติกรรมส่วนตัว หรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มติดยาเสพติด หรือเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ซึ่งพระสงฆ์สามารถใช้สิทธิของหลักประกันสุขภาพได้ในท้องถิ่นที่อยู่อาศัย หรือภูมิลำเนาที่พัก ในกรณีย้ายวัดในการจำพรรษาที่เช่นเดียวกัน...”^{๑๐}

๒) การป้องกันโรคระดับบุคคล มีวิธีการปฏิบัติดังนี้ ๑.๑) ดูแลรักษาสุขภาพให้สุขภาพแข็งแรง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ กินอาหารที่มีคุณค่าประโยชน์อย่างเพียงพอ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และลดการสูบบุหรี่ ๑.๒) ล้างมือด้วยสบู่และทำให้สะอาดอยู่เสมอ และใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น

^๙สัมภาษณ์ นายพงษ์ธร แสนพันธุ์ตา, นางสาวสุรีย์ฉวี จันทร์เพ็ญ,อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ๒๕๕๖.

^{๑๐}สัมภาษณ์ นางสาวณัฐจิรา นิมนองค์,เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

๔.๑.๓ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล

โดยส่วนใหญ่แล้วเรื่องการดูแลสุขภาพ คือ มาตรการการป้องกัน การเจ็บป่วย เช่น การคัดกรองต่างๆ และการทดสอบสมมติฐานของการเกิดโรค ในส่วนการรักษาพยาบาล หมายถึงรูปแบบการรักษาที่ตั้งอยู่บนการสันนิษฐานและการวินิจฉัยของแพทย์เป็นสิ่งที่กระทำหลังจากเกิดอาการเจ็บป่วยแล้ว การให้บริการในด้านการรักษาเป็นภารกิจอีกอย่างที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งล้วนมีเชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน ทั้งการรักษาพยาบาลในที่ตั้ง หรือการออกหน่วยพยาบาล โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์ ดังคำกล่าวของพระที่กล่าวไว้ว่า “..ส่วนของพระสงฆ์นั้นควรทำงานแบบเชิงรุก และควรให้มีการประสานงานกันให้มาก ทั้งนี้ที่ผ่านเจ้าหน้าที่ไม่ค่อยได้ให้ความสนใจสักเท่าไร ยกตัวอย่าง เช่น การเยี่ยมชุมชน ทั้งกรณีที่มีพระสงฆ์อาพาธ และมีพระสงฆ์สูงอายุอยู่ในวัดของชุมชน...”^{๑๑} และเจ้าหน้าที่ยังกล่าวอีกว่า

“..ควรมีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมาที่วัดบ้าง ในการตรวจเยี่ยมชุมชน หรือถ้าพระสงฆ์มีความจำเป็นต้องไปโรงพยาบาล...”^{๑๒} การดูแลสุขภาพ และการรักษาพยาบาลได้ถูกแบ่งออกเป็น ดังนี้ การดูแลเบื้องต้น การดูแลฉุกเฉิน และการดูแลพิเศษ

การดูแลเบื้องต้น คือ การดูแลขั้นพื้นฐานของการดูแลอื่นๆ และมักจะจัดขึ้นที่ศูนย์การดูแลสุขภาพเบื้องต้น (Vårdcentral) หรือศูนย์อนามัย ในปัจจุบันศูนย์อนามัยได้ถูกยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งในกระบวนการดูแลสุขภาพ และรักษาสุขภาพนั้น เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์ก็มีกระบวนการที่ไม่แตกต่างกัน ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ “..การรักษาพยาบาลของพระสงฆ์นั้นไม่แตกต่างจากของประชาชนทั่วไป คือ แสดงสิทธิในการรักษา การตรวจวินิจฉัยโรค การเข้ารับการรักษา ส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลในภายหลัง ซึ่งเป็นกระบวนการปกติในการดูแลการรักษาพยาบาลของประชาชนทั่วไป พระสงฆ์เองก็ใช้กระบวนการในการรักษาแบบเดียวกัน...”^{๑๓} และกล่าวอีกว่า

“..ส่วนใหญ่จะเป็นพระที่สูงอายุและป่วยเป็นโรครื้อรังอยู่แล้ว ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจะรักษาตามอาการเบื้องต้นก่อน ถ้าเห็นว่ามีอาการหนักจะส่งตัวเข้าโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ผู้ป่วยได้แจ้งเอาไว้ ซึ่งจะมีการส่งข้อมูลทางอีเมลหรือทางโทรศัพท์ไปก่อน เพื่อที่เมื่อไปถึงจะได้เข้ารับการรักษาทันที...”^{๑๔}

^{๑๑}สัมภาษณ์ พระแสวง รุกขิโต, รักษาการเจ้าอาวาสวัดวังน้ำเย็น, ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^{๑๒}สัมภาษณ์ พระอธิการบุญส่ง นาคบุญโล, เจ้าอาวาสวัดดอนขาด, ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^{๑๓}สัมภาษณ์ นางลักขณา โพธากุล, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมะขามล้ม, ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^{๑๔}สัมภาษณ์ นางสมทรง ถักดีนารณ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดดาว, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖

“..กรณีนี้เป็นเพราะต้องได้รับการรักษาเฉพาะทาง หรือมีอาการที่หนัก ส่วนอีกอย่างนั้น คือ ตรวจพบว่ามียาการที่ไม่หนัก หรือเป็นโรคเรื้อรังในระยะเริ่มต้น จะถูกส่งตัวมาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งจะมีใบส่งตัว(ใบรีเฟอร์)ในการส่งตัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขสุขภาพและพยาบาลวิชาชีพจะเข้ามาดูแลร่วมกันในกรณีที่กลับมารักษาตัวที่บ้าน...”^{๑๕}

การดูแลฉุกเฉิน เป็นการดูแลการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน หรือเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง ในการดูแลสุขภาพ และรักษาพยาบาลในบางครั้งอาจมีกรณีที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น ในกรณีนี้ทาง โรงพยาบาล ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มองเห็นถึงความจำเป็นในการที่จะทำการรักษาพยาบาลนอกที่ตั้ง และเป็นการลดปัญหาผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยขั้นรุนแรง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งประชาชน และพระสงฆ์ ด้วยเหตุที่กล่าวมาข้างต้นทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทำการแก้ไข ด้วยการตั้งหน่วยเคลื่อนที่เร็ว หรือรถฉุกเฉินขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ส่วนของพระสงฆ์ก็ใช้กระบวนการดังกล่าวด้วย เจ้าหน้าที่กล่าวว่า

“..ถ้าเห็นว่ามีอาการหนักจะส่งตัวเข้าโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ผู้ป่วยได้แจ้งเอาไว้ ซึ่งจะมีการส่งข้อมูลทางอีเมลหรือทางโทรศัพท์ไปก่อน เพื่อที่เมื่อไปถึงจะได้เข้ารับการรักษาทันที ในกรณีมีเจ็บป่วยอยู่ที่วัด หรือเวลาการคืนสามารถโทรฉุกเฉินได้ที่เบอร์ ๑๖๖๙ จะมีรถกู้ชีพเข้าไปรับใช้โดยเวลาไม่เกิน ๑๕ นาที...”^{๑๖} เพราะพระสงฆ์ยังคงเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไทย

การดูแลพิเศษ เป็นการดูแลที่จัดทำขึ้นในโรงพยาบาล และเป็นการดูแลรักษาในกรณีที่เกิดความเจ็บป่วยร้ายแรง หรือมีอาการหนัก ที่มักส่งต่อมาจากศูนย์การดูแลเบื้องต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ศูนย์อนามัย) หรือคลินิกแพทย์ประจำบ้าน ในการดูแลพิเศษมักเป็นขั้นตอนสุดท้ายของระบบเครือข่ายบริการ

การรักษาพยาบาลของปัจจุบันได้กระทำเป็นรูปแบบของเครือข่าย คือ การรักษาเริ่มตั้งแต่ **ระดับปฐมภูมิ (Primary Care Level)** คือ การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไป ลักษณะของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยนอกจากในระดับสถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชนแล้ว จะเป็นลักษณะที่ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจนและไม่มีลักษณะของการดูแลให้บริการแบบองค์รวมในระดับครอบครัว ประกอบด้วย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) สถานีนามัย (สอ.) ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชน และร้านขายยา **ระดับทุติย**

^{๑๕}สัมภาษณ์ นางนฤมล โรคนิลมวงศ์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสาละ, ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^{๑๖}สัมภาษณ์ นางสมทรง ถักดีนารถ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดดาว, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖

ภูมิ (Secondary Care Level) คือ การจัดบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆของรัฐ และเอกชน **ระดับตติยภูมิ (Tertiary Care Level)** เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่

๔.๑.๔ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการฟื้นฟู

การดูแลรักษา การที่บุคคลคนหนึ่งต้องเปลี่ยนสถานภาพจากที่สุขภาพดีหรือสุขภาพปกติมาสู่การเป็นผู้ป่วย ตัดสินใจอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาล และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตใหม่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความกลัว วิดกกังวลแตกต่างกันออกไป ต้องการดูแลแตกต่างกันไปตามเพศ ตามวัย ตามโรค และอาการที่เจ็บป่วย **การฟื้นฟูสุขภาพ** หมายถึง การแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นและฟื้นฟูเพื่อให้สมรรถภาพการทำงานสามารถกลับมาใช้งานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ รวมทั้งการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายหลังจากที่ได้รับการฟื้นฟูเต็มที่แล้ว ดังนั้น เพื่อที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มวัยทำงานที่เกิดโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน

ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำโดยมุ่งเน้นการบำบัดอันเป็นงานที่ต้องดำเนินการตรงเวลาและบางกิจกรรมอาจทำความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการหายของโรคก็ตาม เพราะประเด็นสำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยน้อยที่สุด และสามารถที่จะกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เป็นระยะที่บุคคลออกจากภาวะของการเป็นผู้ป่วยกำลังกลับไปอยู่ในบทบาทของคนปกติทั่วไป เป็นระยะที่จะกลับบ้านเพื่อไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน ในส่วนของพระสงฆ์ก็เช่นเดียวกัน ดังคำสัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ว่า

“..ในการติดพันฟูหลังเข้ารับการรักษา นั้น ส่วนในการดูแลพระสงฆ์นั้น อสม.ที่อยู่ในเขตเดียวกันที่วัดตั้งอยู่จะเป็นผู้รับผิดชอบ และการดูแลต้องมีการประสานงานกับพระสงฆ์ในวัดก่อน เช่น เจ้าอาวาส เป็นต้น หรืออาจเป็นผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. ในการประสานงาน ซึ่งเราจะแบ่งกลุ่มเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป คือ กลุ่มผู้ป่วยตามสีต่างๆ สีเขียว สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ การแบ่งสีสามารถทำให้เราหรือฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถจะจัดการดูแลที่เหมาะสมให้ได้ เช่น ผู้ป่วยมีเฟอร์นิเจอร้มาก หรือคนไข้ติดเตียง ในกลุ่มนี้ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ จะเข้ามาดูแลด้วยกัน (ผู้ป่วยมีเฟอร์นิเจอร้มาก หรือคนไข้ติดเตียง ในความหมาย

หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอุปกรณยังชีพต่างๆ หรือมีแผลกดทับ เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และมีโรคแทรกซ้อน)...”^{๑๗}

“..โดยทั่วไปแล้วในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาแล้วกลับมาฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน อสม. หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อาจมีการติดตามดูแลในช่วงแรกถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ หรือมีญาติคอยดูแล ซึ่งในช่วงแรกที่เข้าไปจะเป็นการเข้าไปดูแลเบื้องต้นและอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติของผู้ป่วย หรือตัวผู้ป่วยเอง และการติดตามฟื้นฟูทาง อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ มีโครงการในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่พักอยู่กับบ้าน เดือนละ ๑ ครั้ง สลับเปลี่ยนกันไป...”^{๑๘} การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วยให้ดีขึ้น รวมทั้งการรักษาและดำรงไว้ในส่วนที่เสื่อมหรือเสียไปแล้วให้คงอยู่ในสภาพเดิม การฟื้นฟูสุขภาพเป็นการให้บริการด้านการฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยที่สูญเสียสมรรถภาพนั้นๆ ซึ่งอาจจะผ่านทางกายหรือทางจิตใจตามความเหมาะสมกับสภาพของคนป่วย เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขพอสมควรตามอัตภาพทั้งร่างกายและจิตใจ แบ่งออกเป็น

การฟื้นฟูทางด้านการแพทย์ หมายถึง การดูแลทางการแพทย์เพื่อให้ความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจของคนพิการหายเป็นปกติ กระบวนการนี้ประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาที่ถูกต้องเพื่อการรักษาชีวิต และให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายมีความสูญเสียน้อยที่สุด โดยการฟื้นฟูจะขึ้นอยู่กับลักษณะการบาดเจ็บ หรือผลของโรคที่เกิดขึ้น การจัดหากายอุปกรณ์เทียม และกายอุปกรณ์เสริม การฝึกการใช้กายอุปกรณ์ ซึ่งจำเป็นต้องฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อโดยกายภาพบำบัด การออกกำลังกาย การเดิน นอกจากนี้ยังต้องมีการฝึกให้ทำงานหรือเรียกว่า อาชีวะบำบัด ซึ่งเป็นการฟื้นฟูสภาพที่เกิดตามลักษณะของงานให้ดีขึ้น การใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น เครื่องช่วยการได้ยิน ของคนที่หูเสีย การได้ยิน นอกจากนี้ยังมีเรื่องศัลยกรรมตกแต่งเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพนั้นให้กลับมาใช้งาน เช่น การผ่าตัด

การฟื้นฟูด้านจิตใจ เป็นการปรับสภาพจิตใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยคนที่พิการกลุ่มนี้มักคิดว่าความพิการทำให้สูญเสียสมรรถภาพและไม่สามารถกลับไปทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพได้ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ การฟื้นฟูด้านจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา กีฬา/นันทนาการ จริยธรรม/ศาสนา สงเคราะห์ครอบครัว จะช่วยให้สามารถปรับพฤติกรรมและอารมณ์ให้มีขวัญกำลังใจ ทำให้ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดลดความเครียดจากสภาพที่ต้องรองรับอารมณ์ สามารถอยู่ในสังคมและไม่เป็นภาระต่อสังคม

ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้กล่าวว่า “..การติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูหลังได้เข้ารับการรักษาพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว ในกระบวนการติดตามดูแลนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

^{๑๗} สัมภาษณ์ นางบังอร คุณโหนด, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^{๑๘} สัมภาษณ์ นายพงษ์ธร แสนพันธุ์ตา, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.

จะได้รับใบรีเฟอร์ในการส่งต่อผู้ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งตรงนี้จะมีการประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในระดับไหน สีเขียว กินยาเพื่อคุมอาการ สีเหลือง อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ดูแล สีส้ม อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดูแลร่วมกัน ส่วน สีแดง และสีดำ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และพยาบาลวิชาชีพดูแลร่วมกัน เพราะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และมีโรคแทรกซ้อน ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไป...”^{๑๙} และเจ้าหน้าที่ได้กล่าวว่า

“..ทั่วไป ทั้งนี้ยังมีโครงการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้านเดือนละ ๑ ครั้ง ซึ่งต้องเป็นความร่วมมือกันระหว่างภาคประชาชนในชุมชนกับส่วนภาคราชการ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนในท้องที่...”^{๒๐}

ในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว ซึ่งจะเป็นระยะพักฟื้นร่างกาย หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังต้องอาศัยความเชื่อมโยงของบุคคลในชุมชน และกลุ่มต่างๆที่มีในชุมชน เช่น กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มแม่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกอบต. ในการที่เข้ามาดูแล ซึ่งสอดคล้องกับเรื่องระบบการบริการสุขภาพที่ในปัจจุบันเน้นให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษาพยาบาล โดยเน้นที่การรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะเป็นการดูแลรักษาสุขภาพที่เน้นองค์รวม ตลอดจนเป็นการจัดตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพที่ประชาชนได้มีส่วนร่วม ในการดูแลรักษาสุขภาพ และเฝ้าระวังในเรื่องของสุขภาพ สามารถแบ่งกลุ่มได้ดังนี้ กลุ่มปกติ (สีขาว) ต้องเน้นการเฝ้าระวัง ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพไม่ให้กลายเป็นกลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) หรือเกิดโรค (สีเหลือง) หรือไม่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ (NO NEW CASE) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน)

^{๑๙} สัมภาษณ์ นางสาวสุพรรณิ คำวิลาศ และนางสาวณัฐจิรา นิมนงค์, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^{๒๐} สัมภาษณ์ นางสาวณัฐจิรา นิมนงค์, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

๔.๒ ปัญหา อุปสรรค ในการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล

จากการลงพื้นที่ของผู้วิจัย ในการทำวิจัย เรื่อง “แนวการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพทั่วไปแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางพลาม้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางพลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี” ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างขึ้น เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และประกอบการสังเกตการณ์ของผู้วิจัยเอง ซึ่งได้ทำการสัมภาษณ์ หน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ต่อไป ซึ่งสามารถแยกเป็นประเด็นคำถามได้ ดังนี้

๔.๒.๑ ปัญหา อุปสรรค ในการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านส่งเสริม

ในการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมและการสร้างเสริมให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ในการที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มบุคคลควรที่จะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองที่จะสนองความต้องการต่างๆ ของตนเอง และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เรื่องสุขภาพจึงถูกมองในลักษณะของความจำเป็นสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เป็นเพียงจุดหมายของการดำรงชีวิตเท่านั้น ดังที่เจ้าหน้าที่ได้กล่าว ในเรื่องการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ว่า “..พระสงฆ์บางรูปยังไม่เข้าใจและการดูแลสุขภาพโดยการที่ต้องหาโรค เช่น โรคเบาหวาน ความดัน ไขมัน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง บางรูปไม่ยอมเจาะเลือดตรวจตามที่ รพ.สต. ในพื้นที่ได้เข้าไปให้บริการที่วัด ซึ่งยากขอให้มียุทธศาสตร์ที่ออกมาทางคณะสงฆ์ที่จะให้พระสงฆ์ควรได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง...”^{๒๑} ซึ่งเจ้าหน้าที่อีกท่านได้กล่าวว่า

“..พระสงฆ์ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากนัก ซึ่งทำให้การทำงานที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์เป็นไปด้วยความลำบาก และจากปัญหาดังกล่าว ทำให้พระสงฆ์ไม่สนใจในการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริหารงานเครือข่ายสุขภาพในท้องถิ่น มีเพียงส่วนน้อยที่เข้ามามีส่วนร่วมในเครือข่ายสุขภาพ...”^{๒๒}

สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในทางบวก เน้นหนักที่ทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกับสมรรถนะต่างๆ ทางร่างกาย ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงมิใช่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากกินความนอกเหนือจากการมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดีไปสู่เรื่องของสุขภาวะโดยรวมอันประกอบด้วย สภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ในระยะเวลาที่ผ่านการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องมักละเลยพระสงฆ์ในท้องถิ่น จากเหตุดังกล่าวทำให้

^{๒๑} สัมภาษณ์ นางลักขณา โพธากุล, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมะขามล้ม, ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^{๒๒} สัมภาษณ์ นางสาวสุพรรณิ คำวิลาศ, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

พระสงฆ์มีปัญหาที่เกี่ยวข้องสุขภาพ ซึ่งที่จริงสามารถเข้ารับการบริการเกี่ยวสุขภาพได้เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป ดังคำกล่าวของที่เจ้าหน้าที่

“..กระบวนการดูแลพระสงฆ์คล้ายกับประชาชนทั่วไป คือ มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการเจาะเลือดตรวจหา ๕ โรคเรื้อรัง ซึ่งมีอายุ ๓๐ – ๓๕ ปีขึ้นไป หรือเกณฑ์สัดส่วนของอายุ โดยส่วนมากพระสงฆ์ที่มีการจำพรรษาหรือบวชมานานมักมีอายุโดยเฉลี่ยประมาณ ๕๐ – ๖๐ ปีขึ้นไป ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงและควรได้รับการตรวจหาโรคเรื้อรัง กรณีตรวจพบโรคเรื้อรังจะต้องส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลต่อไป...”^{๒๓}

การจัดบริการสุขภาพที่ผ่านมามุ่งเน้นด้านการรักษาพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วยความพิการ ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เพราะต้องอาศัยวิทยาการและเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ ทั่วโลกสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่กลับได้ผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำ การมีสุขภาพดีสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข เป็นความต้องการจำเป็นพื้นฐานของชีวิตที่คนเราทุกคนสามารถแสวงหาได้ การที่เราจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น เราจะต้องแสวงหามาด้วยตัวเอง ไม่มีผู้ใดจะปฏิบัติแทนเราได้ ที่มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง คนกลุ่มนี้จะต้องพยายามส่งเสริมสุขภาพของตนให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามวัยต่างๆ โดยอยู่บนพื้นฐานง่ายๆ ของการดำเนินชีวิต

๔.๒.๒ ปัญหา อุปสรรค ในการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการป้องกัน

การให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลในปัจจุบันได้มีอัตราการเจ็บป่วยของพระสงฆ์มากขึ้นในทุกปี ทั้งนี้ที่ผ่านมามีขาดการดูแลเอาใจใส่จากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มของภาคประชาชน กลุ่มของเจ้าหน้าที่ กลุ่มของผู้นำชุมชน หรือกลุ่มองค์กรส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ปัจจุบันได้เข้ามามีบทบาทในเรื่องของการดูแลสุขภาพของชุมชน และอย่างที่กล่าวมานั้นในเรื่องการดูแลสุขภาพ หรือการบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์ควรที่จะได้รับการตอบรับ แต่ในทางตรงกันข้ามทำให้การเข้าถึงบริการลำบากมากขึ้น และขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนงานในด้านสุขภาพของชุมชนทั้งที่พระสงฆ์เป็นกลุ่มที่ควรมีร่วมด้วยเพราะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการที่เจ้าหน้าที่ขาดการทำงานที่เน้นเชิงรุก ทำให้งานในส่วนการป้องกันสุขภาพจากโรคต่างๆ ไม่ประสบความสำเร็จ เช่น การตรวจเยี่ยมวัด การเข้าไปถวายความรู้ในเรื่องของสุขภาพ เรื่องของการบริโภคของฉัน และปฏิบัติกิจกรรมอย่างเนื่อง ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ที่ว่า “..อยากให้งานในการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เพื่อที่ผู้ที่เกี่ยวข้องจะได้รับรู้และสนับสนุน เพราะการส่งเสริมสุขภาพ ต้องทำงานเชิงรุก ส่วนใหญ่ต้องใช้ระยะเวลานาน และผลที่ได้บางครั้งเป็น

^{๒๓} สัมภาษณ์ นางสาวศศิธร พันธ์ศิริ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.

นามธรรมจับต้องไม่ได้ ซึ่งก็มีความพึงพอใจในการปฏิบัติแล้วในระดับหนึ่ง แต่มันไม่ใช่สิ่งที่คาดหวังหวังจากประชาชน เพราะประชาชนต้องการอะไรที่เห็นผลเร็ว ความพึงพอใจจึงจะเกิดขึ้น ถ้าเห็นเป็นรูปธรรมหรือเป็นสิ่งของต่าง...”^{๒๔} และเจ้าหน้าที่อีกท่านยังกล่าวเพิ่มเติมอีกว่า

“..ส่วนของพระสงฆ์นั้นควรทำงานแบบเชิงรุก และควรให้มีการประสานงานกันให้มากขึ้นนี้ที่ผ่านเจ้าหน้าที่ไม่ค่อยได้ให้ความสนใจสักเท่าไร ยกตัวอย่าง เช่น การเยี่ยมชุมชน ทั้งกรณีที่มีพระสงฆ์อาพาธ และมีพระสงฆ์สูงอายุอยู่ในวัดของชุมชน...”^{๒๕} และกล่าวต่อมาอีกว่า

“..ในบางครั้งก็ประสบปัญหาอยู่ในบางเรื่อง เช่น การประสานงานระหว่างองค์ส่วนปกครองท้องถิ่นในอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติงาน และเรื่องงบประมาณในการทำโครงการ ส่วนของพระสงฆ์นั้นควรมีการประสานงานกันให้มากขึ้น โดยอาจผ่านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับวัด หรือตัวของพระสงฆ์เองเพื่อความสะดวกในการตรวจรักษา และถวายเป็นบุญกุศลในเรื่องการดูแลสุขภาพ...”^{๒๖}

ซึ่งในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และอาสาสมัครสุขภาพ ส่วนใหญ่แล้วเป็นงานด้านสาธารณสุขทั้งหมด หน้าที่หลักๆ ประกอบไปด้วย การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้แล้วต้องดูในเรื่องของสิ่งแวดล้อมโดยรวมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของชุมชนด้วย ซึ่งบทบาทที่แท้จริงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อาสาสมัครสุขภาพมีคล้ายคลึงกัน อาจจะมีที่แตกต่างบ้างเล็กน้อยในภาระงานบางอย่างที่ต่างออกไป เพราะการมีภาระหน้าที่ในการทำงานของเจ้าหน้าที่ทำให้การบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคทำไม่ได้อย่างทั่วถึงและครบวงจร ทำให้ผลงานที่ออกมาไม่ประสบผลสำเร็จ

๔.๒.๓ ปัญหา อุปสรรค ในการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการรักษา

ในการบริการสุขภาพทั้ง ๔ ด้านที่กล่าวมานั้น ด้านการรักษาก็เป็นอีกด้านหนึ่งที่อยู่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่ ซึ่งบุคคลเราย่อมมีสภาวะการเจ็บได้และสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจจะเปลี่ยนด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายๆ ด้านรวมกัน ทำให้บุคคลทำหน้าที่บกพร่องหรือทำหน้าที่ได้น้อยลงกว่าปกติ เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่ามีสุขภาพไม่ดี ความเจ็บป่วยอาจไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคก็ได้ ความเจ็บป่วยอาจมีสาเหตุเริ่มแรกจากความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย หรือความผิดปกติของจิตใจ เช่น มีอาการเบื่ออาหาร ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เป็นต้น การบ่งชี้ถึงสภาวะความเจ็บป่วยและการมีสุขภาพดีนั้นบางครั้งไม่เด่นชัด ยกเว้นในรายที่เจ็บป่วยมากๆ มีอาการรุนแรง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นทางด้านใดด้านหนึ่ง

^{๒๔}สัมภาษณ์ นางนฤมล โรคนะลิขิต, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสาละ, ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^{๒๕}สัมภาษณ์ พระแสง รุกขิโต, รักษาการเจ้าอาวาสวัดวังน้ำเย็น, ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^{๒๖}สัมภาษณ์ นายณรินทร์ ศรีรุ่งเรือง, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

จะมีผลกระทบด้านอื่นๆ ในการเจ็บป่วยที่ผ่านมา นั้น โรงพยาบาลอำเภอ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ในปัจจุบันได้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้ภาคประชาชน และกลุ่มต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหาร และจัดการในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพ แต่ในระหว่างองค์กร หรือกลุ่มในท้องถิ่นขาดความร่วมมือระหว่าง ดังที่เจ้าหน้าที่ได้กล่าวว่า “..การทำงานที่อยู่บนพื้นฐานความขัดแย้ง ในการดำเนินงานระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นปัญหาทำให้ได้รับความลำบากในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแล และควบคุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ...”^{๒๗} และนอกจากความขัดแย้งระหว่างองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ

โดยเฉพาะด้านการรักษา โรงพยาบาล และสถานพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ พยายามดำเนินการแก้ไขในส่วนต่างๆ เช่น มีการเปิดบริการทุกวันเวลาราชการ และมีบริการนอกเวลาราชการ แต่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มักเป็นผู้หญิง ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลรักษา โดยเฉพาะที่เป็นพระสงฆ์ ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้กล่าวถึงปัญหานี้ว่า

“..ในการทำงานด้านการให้บริการสุขภาพในท้องถิ่นส่วนมาก มักมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้หญิง ซึ่งไม่สะดวกในการที่จะเข้าไปให้บริการด้านบริการสุขภาพ ด้านสุขศึกษา หรือให้การดูแลพระสงฆ์ที่มีอาการเจ็บป่วย และบางครั้งไม่ได้รับหนังสือตอบกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่พระสงฆ์ได้เข้ารับการ รักษา หรือได้รับการติดต่อจากญาติที่ดูแล...”^{๒๘} และยังร่วมไปถึงการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย กับโรงพยาบาลลูกข่าย เช่น การส่งทางข้อมูลของผู้ป่วย การส่งต่อในภาวะฉุกเฉิน หรือภาวะเร่งด่วน ในส่วนนี้เจ้าหน้าที่ได้กล่าวว่า

“..ในกรณีการส่งต่อผู้ป่วยบางครั้ง รถที่จะนำผู้ป่วยไปส่งไม่มี ซึ่งทางรพ.สต.ไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อรถที่จะนำมาใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่สะดวกและล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนรถที่อยู่ในหน่วยงานอื่นที่มีข้อตกลงในความร่วมมือ เช่น รถขององค์การบริหารส่วนตำบล ไม่มีความพร้อมในเรื่องของอุปกรณ์ยังชีพ...”^{๒๙} และยังร่วมถึงปัญหาที่ว่า

“..ในการติดพันฟูหลังเข้ารับการรักษานั้น ส่วนมากจะเป็นการดูแลประชาชนทั่วไป ซึ่งในกรณีที่พระสงฆ์นั้นไม่ค่อยมี อาจเพราะไม่มีใครมาแจ้ง หรือมีคนคอยดูแลอยู่แล้ว ถ้ามีการแจ้งเข้ามาทาง อสม.ก็จะเข้าไปดูแลและติดตาม ในการดูแลพระสงฆ์นั้น อสม.ที่อยู่ในเขตเดียวกันที่วัด

^{๒๗} สัมภาษณ์ นายพงษ์ธร แสนพันธุ์ตา, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^{๒๘} สัมภาษณ์ นางสุชสวัสดิ์ คล้ายมาลา, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดโบสถ์, ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^{๒๙} สัมภาษณ์ นางสมทรง ถักตีนารด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดดาว, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.

ตั้งอยู่จะเป็นผู้รับผิดชอบ และการดูแลต้องมีการประสานงานกับพระสงฆ์ในวัดก่อน เช่น เจ้าอาวาส เป็นต้น หรืออาจเป็นผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. ในการประสานงาน...”^{๓๐}

กระบวนการในการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์จะใช้กระบวนการเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป คือ เริ่มแสดงสิทธิในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เข้ารับการตรวจโรคเบื้องต้น เพื่อวินิจฉัยโรค และเข้ารับการรักษาในกรณีที่มีอาการไม่หนัก ส่วนที่มีอาการหนัก จะมีการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีข้อตกลงความร่วมมือกัน และอาจมีการส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งการส่งตัวจะต้องมีใบรีเฟอร์ (ใบส่งตัวผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ) ด้วยทุกครั้ง ในบางกรณีอาจใช้ระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยในการติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาลด้วยกัน และเมื่อเข้ารับการรักษาเสร็จสิ้น หรือให้กลับมารักษาตัวที่บ้าน โรงพยาบาลปลายทางอาจมีการแจ้งกลับมายังโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้สิทธิ เพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องหรือ มีการดูแลเป็นกรณีพิเศษจากกระบวนการที่ได้แสดงมา จะเห็นว่าการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และโรงพยาบาลประจำจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ต่างๆ ได้มีการเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย ซึ่งเป็นเชื่อมโยงของระบบที่เรียกว่า “ระบบบริการสุขภาพ” คือ การให้บริการตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิ (Primary Care Level) ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care Level) ระดับตติยภูมิ (Tertiary Care Level) และระบบส่งต่อ

๔.๒.๔ ปัญหา อุปสรรค ในการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพมีเป้าประสงค์ในการช่วยผู้ที่สูญเสียความสามารถและทักษะที่เคยมีอันเนื่องมาจากโรคหรือการบาดเจ็บ และจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้ใหม่ในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ เพื่อฟื้นฟูทักษะความสามารถที่เคยมีให้ได้มากที่สุด

ในปี ๒๕๕๓ ถึงปัจจุบัน ได้ขยายขอบข่ายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มเติมให้ครอบคลุมการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และซึ่งมีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการดังกล่าว โดยการกระจายอำนาจและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบไปยังส่วนภูมิภาค ด้วยการสนับสนุนงบประมาณ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์ให้กับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการและกิจกรรมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ในระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน และการมีส่วนร่วมขององค์กรคนพิการ อีกทั้งภาคอื่นๆ

^{๓๐}สัมภาษณ์ นางบังอร คุณโหนด, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.

งานด้านการฟื้นฟูสภาพเป็นภาระหน้าที่หนึ่งของโรงพยาบาลในทุกระดับไม่ว่าจะในระดับอำเภอ ระดับตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ดูแลในท้องที่ของตนเอง เช่น หมู่บ้าน ตำบล ซึ่งในการดูแลงานด้านฟื้นฟูสภาพนั้น เราอาจจำแนกได้ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มอื่นอีกหลายกลุ่ม ในการดูแลมีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบตลอดจนจัดทำแผนเยี่ยมรวมทั้งติดตามเยี่ยมตามเกณฑ์ ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้กล่าวเกี่ยวกับงานด้านนี้ว่า

“..โดยทั่วไปแล้ว ถ้าเป็นประชาชนทั่วไปการที่เจ้าหน้าที่จะเข้าไปดูแลติดตามนั้นจะต้องแบ่งเป็นกรณีๆไป ซึ่งจะใช้การประเมินจากอาการของผู้ป่วยว่า มีลักษณะและอาการอย่างไรบ้างสามารถแบ่งออกเป็นสี่ได้มีชื่อว่า “**ปิงปองจราจรชีวิต ๗ สี** คือ กลุ่มปกติ (สีเขียว) กลุ่มเสี่ยง (สีเหลืองอ่อน) กลุ่มผู้ป่วย (ระดับ), (สีเหลืองแก่) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับของอาการป่วย ซึ่งจะเป็นการทำงานร่วมกันของตัวแทนภาคประชาชน (อสม.) กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล...”^{๓๑}

และการทำงานที่ผ่านมาทำให้พบว่า หลังจากการรักษาตัวตามกระบวนการรักษาแล้วเมื่อถึงการฟื้นฟูสภาพของผู้กับพบว่า คนที่มีหน้าที่ในการดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้นและเจ้าหน้าที่ยังกล่าวเพิ่มเติมว่า

“..โดยทั่วไปแล้วในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาแล้วกลับมาฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน อสม. หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อาจมีการติดตามดูแลในช่วงแรกถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้หรือมีญาติคอยดูแล ซึ่งในช่วงแรกที่เข้าไปจะเป็นการเข้าไปดูแลเบื้องต้นและอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติของผู้ป่วย หรือตัวผู้ป่วยเอง และการติดพันพูนนั้นทาง อาสาสมัครสาธารณสุขเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ มีโครงการในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่พักอยู่กับบ้าน เดือนละ ๑ ครั้ง สลับเปลี่ยนกันไป...”^{๓๒} จากบทสัมภาษณ์ที่ผ่านเราจะเห็นได้ว่ายังไม่มียศกรใดเข้ามาดูแลพระสงฆ์อย่างจริงจัง ทั้งที่มีการร่วมมือกันระหว่างองค์กร และภาคีในท้องที่ เราสามารถเห็นได้จากบทสัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่ที่กล่าวว่า

“..ในการติดพันพูนหลังเข้ารับการรักษา นั้น ส่วนมากจะเป็นการดูแลประชาชนทั่วไป ซึ่งในกรณีที่พระสงฆ์นั้นไม่ค่อยมี อาจเพราะไม่มีใครมาแจ้ง หรือมีคนคอยดูแลอยู่แล้ว ถ้ามีการแจ้งเข้ามาทาง อสม. ก็จะไปดูแล และติดตาม ในการดูแลพระสงฆ์นั้น อสม.ที่อยู่ในเขตเดียวกันที่วัดตั้งอยู่จะเป็นผู้รับผิดชอบ และการดูแลต้องมีการประสานงานกับพระสงฆ์ในวัดก่อน เช่น เจ้าอาวาสเป็นต้น หรืออาจเป็นผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกอบต. ในการประสานงาน ซึ่งเราจะแบ่งกลุ่มเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป คือ กลุ่มผู้ป่วยตามสีต่างๆ สีเขียว สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ การแบ่งสีสามารถ

^{๓๑}สัมภาษณ์ นางรุ่งรุจิ ศรีรุ่งเรือง, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวังน้ำเย็น, ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^{๓๒}สัมภาษณ์ นายพงษ์ธร แสนพันธุ์ตา, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.

ทำให้เราหรือฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถจะจัดการดูแลที่เหมาะสมให้ได้ เช่น ผู้ป่วยมีเฟอร์นิเจอร์มาก หรือคนไข้ติดเตียง ในกลุ่มนี้ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ จะเข้ามาดูแลด้วยกัน (ผู้ป่วยมีเฟอร์นิเจอร์มาก หรือคนไข้ติดเตียง ในความหมายที่นี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ยังชีพต่างๆ หรือมีแผลกดทับ เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และมีโรคแทรกซ้อน...”^{๓๓}

จากบทความที่ได้กล่าวมาในเรื่องของการติดตามฟื้นฟูสภาพหลังเข้ารับการรักษาพยาบาลที่มีการติดตาม เยี่ยมผู้ป่วยถึงที่พัก หรือบ้าน เป็นการทำงานในเชิงลึก ดังที่เจ้าหน้าที่ได้กล่าวไว้ว่า “..อยากให้บทบาทการตั้งรับ (รักษา) ลดลง และเน้นบทบาททางเชิงรุกให้มากขึ้นทั้งงานด้านการส่งเสริม การป้องกัน การฟื้นฟูให้เพิ่มขึ้น และควรแบ่งบทบาทที่รับผิดชอบให้ชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น...”^{๓๔}

ในโครงการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข นั้นจะเน้นการให้ความรู้ ตรวจวัดความดัน แนะนำการดูแลตนเอง และเน้นการปฏิบัติมากกว่าของเยี่ยม ซึ่งการให้ความรู้เน้นย้ำเกี่ยวกับสุขภาพจะช่วยกระตุ้นให้ชุมชนนำความรู้ไปใช้ และสามารถไปต่อยอดในการปฏิบัติจริงได้ เช่น ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่พิการ เจ้าหน้าที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลสุขภาพ และการบริโภคอาหาร แต่การออกเยี่ยมชุมชนนั้นจะไม่ค่อยทั่วถึง เพราะจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ไม่เพียงพอ และภาระงานที่มีความหลากหลายในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นั้นมีมาก

๔.๓ สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย

จากการวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี” ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายให้บริการสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้าจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งศึกษาวิจัยพบว่า

๔.๓.๑ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล

ในการการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลจากการศึกษาวิจัย และการลงพื้นที่สัมภาษณ์กับเจ้าหน้าที่ ตลอดจนพูดคุยกับผู้รับบริการสุขภาพทั้งจาก โรงพยาบาลบาง

^{๓๓} สัมภาษณ์ นางบังอร คุณโหนด, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.

^{๓๔} สัมภาษณ์ นางสุขสวัสดิ์ คล้ายมาลา, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดโบสถ์, ๒๕ ตุลาคม

ปลาหมึก (โรงพยาบาลชุมชน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นหัวข้อ ในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลออกเป็น ๔ ด้าน คือ

๑. แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการส่งเสริม

การส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นได้จาก ๒ แหล่งที่มา คือ จากบุคคลอื่นภายนอกที่จะช่วย สร้าง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และแหล่งที่ ๒ ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ เกิดขึ้นด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่ปรารถนามากของคนที่อยู่ เพราะการสร้างเสริมสุขภาพจากตนเองจะ ยั่งยืนมากกว่าการสร้างสุขภาพที่มาจากภายนอกหรือบุคคลอื่น ในการส่งเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญ ต่อมนุษย์ และหลักในการปฏิบัติตนที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและยึดเป็นหลักการปฏิบัติใน ปัจจุบันคือหลัก ๖ อ. ได้แก่

๑.๑ อ.ออกกำลังกาย คือ การออกกำลังกายเป็นการทำให้ร่างกายได้ใช้กำลังงานเพื่อให้ ร่างกายทั้งหมด หรือส่วนใดส่วนหนึ่งได้เคลื่อนไหว หรือเป็นกระบวนการที่ทำให้คนเกิดการเคลื่อนไหว เพื่อให้อวัยวะและระบบต่างๆ ในร่างกายพร้อมที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่กิจกรรมที่ เลือกมานั้นต้องเหมาะสมกับวัยเพศ และสภาพความพร้อมของร่างกาย ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อ คุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคน จึงควรที่จะส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนได้ตระหนักและเห็นคุณค่า ของการออกกำลังกาย เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนอีกทางหนึ่งด้วยการออกกำลังกาย ทั่วไปบุคคลมักมีการออกกำลังกายเป็นปกติมากบ้างน้อยบ้างตามแต่ความเหมาะสม

๑.๒ อ.อาหาร คือ อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ทั้งเพื่อการเจริญเติบโต การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และให้มีพลังสำหรับการทำกิจกรรมใน ชีวิตประจำวันการดูแลตนเอง ซึ่งควรได้รับการรับประทานอาหารให้ถูกหลักอนามัย เช่น ลดอาหารเค็ม หวาน มัน ฝัด ทอด ปิ้ง ย่าง ซึ่งเป็นบ่อเกิดของโรคต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง

๑.๓ อ.อารมณ์ คือ การมีอารมณ์นั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทาง อารมณ์มีผลต่อร่างกาย อารมณ์ดีส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น เมื่อมีความสุข ร่างกายจะหลั่งสาร เอนโดฟิน ส่งผลให้ร่างกายต้องตื่นตัวกระชุ่มกระชวย ผ่อนคลายการทำงานของสมองจะดี หายป่วยเร็วขึ้น อายุ ยืนมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าอารมณ์ไม่ดีจะส่งผลทำลายสุขภาพทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง กิน อาหารได้น้อย นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด ก้าวร้าว ความดันโลหิตสูง ดังนั้น การรู้จักควบคุม อารมณ์อย่างเหมาะสม มีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจทำให้การดำรงชีวิตประจำวันมีความสุข

๑.๔ อ.โรคภัย คือ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น หลีกเลี่ยงการ กินอาหารที่มีไขมันสูง ลดการกินอาหารรสจัด ไม่กินอาหารที่สุกๆ ดิบๆ หรืออาหารที่มีสารปนเปื้อน การจัดการกับความเครียด โดยทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ หรือการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ก่อให้เกิดเสี่ยง เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์ สวมหมวกกันน็อกขณะขี่มอเตอร์ไซด์

๑.๕ อ.อนามัยสิ่งแวดล้อม คือ การสร้างสภาพแวดล้อมในบ้าน หรือที่พักให้เหมาะที่ ดีเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในครอบครัว ขณะเดียวกันก็ควรสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชนด้วย

๑.๖ อ.อบายมุข ในปัจจุบันสารเสพติดได้กลายเป็นปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากก่อให้เกิดผลเสียในวงกว้าง ทั้งในด้านส่วนตัว ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนถึงสังคมที่อยู่อาศัย และสังคมใหญ่คือประเทศชาติ เนื่องจากยาเสพติดจะบั่นทอนชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

นอกจากการมีสุขภาพกายที่ดีแล้ว ยังต้องมีสุขภาพจิตที่ดี สุขภาพจิตที่ดี คือมีจิตใจที่พร้อมเผชิญความไม่แน่นอนในชีวิต ด้วยการเรียนรู้ที่จะอยู่กับบุคคลอื่นด้วยความรักการแบ่งปัน รู้จักการแบ่งเวลาให้เหมาะสมและมองโลกในแง่ดี ปรับตัวปรับใจได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงได้

๒. แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการป้องกัน

การป้องกันโรคที่สัมพันธ์กับธรรมชาติของโรค โดยในแง่บนเป็นธรรมชาติของการเกิดโรคระยะต่างๆ ส่วนแฉ่งเป็นระดับการป้องกันโรค และผลกระทบของการป้องกันโรค แต่ละระดับ ซึ่งการป้องกันระดับหนึ่งนั้น เกิดขึ้นตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค ผลที่ได้ คือ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลงกว่าเดิม(หรือ ลดอุบัติการณ์) ตัวอย่างได้แก่ การให้วัคซีนแก่เด็กซึ่งยังไม่ป่วย ทำให้มีภูมิคุ้มกันโรค อัตรารายด้วยโรคที่มีวัคซีนที่ดีก็จะน้อยลง นอกจากนี้ การให้สุขศึกษาถึงือเป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิที่เห็นได้ชัดอีกประการหนึ่ง การป้องกันระดับที่สอง เป็นการตรวจวินิจฉัยให้ทราบตั้งแต่ในระยะเกิดโรคแล้วแต่ยังไม่มีการ ทั้งนี้เพื่อให้การรักษาก่อนที่จะดำเนินโรคจะถึงขั้นรุนแรงเกินกว่าที่จะแก้ไขได้ ตัวอย่างเช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้ทราบว่าปากมดลูกเริ่มผิดปกติระยะเริ่มแรก สามารถให้การรักษาโดยการตัดปากมดลูกออกทำให้ไม่เกิดการดำเนินโรคที่ร้ายแรงหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ดังนั้น ผลกระทบของการป้องกันระดับนี้คือลดความชุกของโรค(ผู้ป่วยหายจากโรคมามากขึ้น) และลดผลของโรค การป้องกันระดับที่สาม การป้องกันระดับตติยภูมิเป็นการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เป็นการลดการตายหรือลดความพิการที่เกิดจากโรคนั้นเอง

๓. แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการรักษา

การรักษาพยาบาลของปัจจุบันได้กระทำเป็นรูปแบบของเครือข่าย คือ การรักษาเริ่มตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิ คือ การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไป ลักษณะของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย นอกจากในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนแล้ว จะเป็นลักษณะที่ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจนและไม่มีลักษณะของการดูแลให้บริการแบบองค์รวมในระดับครอบครัว ประกอบด้วย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) สถานีอนามัย (สอ.) ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชน และร้านขายยา ระดับตติยภูมิ คือ การ

จัดบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆของรัฐ และเอกชน ระดับตติยภูมิ เป็นการจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่

การดูแลรักษา การที่บุคคลคนหนึ่งต้องเปลี่ยนสถานภาพจากที่สุขภาพดีหรือสุขภาพปกติมาสู่การเป็นผู้ป่วย ตัดสินใจอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาล และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตใหม่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความกลัว วิดกกังวลแตกต่างกันออกไป ต้องการดูแลแตกต่างกันไปตามเพศ ตามวัย ตามโรค และอาการที่เจ็บป่วย แม้ว่าการปฏิบัติของพยาบาลในด้านการดูแลรักษาจะเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำโดยมุ่งเน้นการบำบัดอันเป็นงานที่ต้องดำเนินการตรงเวลาและบางกิจกรรมอาจทำความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการหายของโรคก็ตาม แต่พยาบาลจะต้องรู้จักใช้ศิลปะในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การผ่อนคลาย การสัมผัสที่อ่อนโยน และความเข้าใจในความรู้สึก อารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น การอธิบายให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยรวมทั้งญาติให้เข้าใจกระจ่างจะช่วยให้ได้รับความร่วมมือที่ดีและเป็นผลดีต่อการรักษา เพราะประเด็นสำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยน้อยที่สุด และสามารถที่จะกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว

๔. แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการฟื้นฟู

การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เป็นระยะที่บุคคลออกจากภาวะของการเป็นผู้ป่วยกำลังกลับไปอยู่ในบทบาทของคนปกติทั่วไป เป็นระยะที่จะกลับบ้านเพื่อไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วยให้ดีขึ้น รวมทั้งการรักษาและดำรงไว้ในส่วนที่เสื่อมหรือเสียไปแล้วให้คงอยู่ในสภาพเดิม โดยไม่เสื่อมเพิ่มขึ้น พยาบาลจะต้องเข้าถึงจิตใจและรู้สภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างถ่องแท้ มีความอดทน มุ่งมั่นไม่ทอดทิ้งต่ออุปสรรคที่ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้กำลังใจ ให้ความหวัง ชื่นชมและยกย่องผู้ป่วย แม้ว่าสิ่งที่ฟื้นฟูพัฒนาขึ้นนั้นจะเป็นเพียงเล็กน้อยแต่ก็ต้องยอมรับว่านั่นคือความยิ่งใหญ่ของผู้ป่วยที่ได้พยายามอย่างที่สุด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยจะต้องใช้กระบวนการใดๆ ก็ตามที่จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยโรคกลับมาใช้ชีวิตในสังคมตามสภาพปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ และหมายรวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถช่วยตนเองให้ได้มากที่สุดด้วย

๔.๓.๒ ปัญหา อุปสรรค ในการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล

ในการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลจากการศึกษาวิจัย และการลงพื้นที่สัมภาษณ์กับเจ้าหน้าที่ ตลอดจนพูดคุยกับผู้รับบริการสุขภาพ เพื่อศึกษา ปัญหา อุปสรรค ในการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลบางปาลม้า (โรงพยาบาลชุมชน) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนาเป็นหัวข้อ การให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลออกเป็น ๔ ด้าน คือ

๑. ปัญหา อุปสรรค ในการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการส่งเสริม

ในการบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมเป็นขอบเขตภารกิจประการหนึ่งของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายที่ต้องทำงานร่วมกัน ในงานด้านการส่งเสริมสุขภาพได้มีการแบ่งขอบเขตของการทำงานที่โรงพยาบาลต้องทำและให้บริการ อันเป็นที่ เช่น การบริการครรภ์ การวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก งาน ทันตสุขภาพ งานโภชนาการ งานอนามัยแม่และเด็ก งานผู้สูงอายุ เป็นต้น จากขอบเขตการรับผิดชอบ ที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เห็นว่าการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพมีค่อนข้างมาก ซึ่งในการปฏิบัติงานนั้น จำเป็นต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก และบางงานต้องใช้อุปกรณ์

เพราะฉะนั้นงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพยังขาดทั้งกำลังคน อุปกรณ์ในการใช้งาน รวมทั้งเวลาในการทำงานบางอย่างต้องใช้เวลาค่อนข้างนานกว่าจะรู้ผล รวมถึงต้องการเอาใจใส่เป็นพิเศษอีกด้วย

๒. ปัญหา อุปสรรค ในการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการป้องกัน

ในปัจจุบันได้มุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย ตนเอง ในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มิได้ดูเพียงเฉพาะโรคเท่านั้น แต่จะต้องคำนึงถึง สิ่งแวดล้อม สภาพสังคม และวิถีชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายด้วย ซึ่งมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ทำให้การดำเนินงานบางส่วนเกิดความซ้ำซ้อน และมีช่องว่างในการให้บริการ เช่น ใช้เวลานานในการรับการรักษา การส่งต่อผู้ป่วยที่ขาดแคลนรถที่ สมบูรณ์ ขาดบุคลากร รวมทั้งอุปกรณ์ต่างๆ และเข้าไม่เข้าใจในบทบาทของตนเอง

ด้านการป้องกันโรค ควรมีการออกแบบให้เหมาะสมสอดคล้อง และสามารถตอบสนอง ความต้องการทางด้านสุขภาพของคนในชุมชน ตลอดจนสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ที่มีความจำเป็น ดังนั้นจำเป็นต้อง ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ โดยตัดสินใจเลือกและกำหนด ลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะแก้ไขก่อน-หลังเอง กำหนดวิธีการ ตลอดจนแนวทางการแก้ไขปัญหา

ในการป้องกันโรคของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อประชาชนในชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่

๓. ปัญหา อุปสรรค ในการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการรักษาโรค

ด้านการรักษาก็เป็นอีกด้านหนึ่งที่อยู่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่ ซึ่งบุคคลเราย่อมมีสภาวะการเจ็บได้และสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจจะเปลี่ยนด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายๆ ด้านรวมกัน ทำให้บุคคลทำหน้าที่บกพร่องหรือทำหน้าที่ได้น้อยลงกว่าปกติ เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่ามีสุขภาพไม่ดี ความเจ็บป่วยอาจไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคก็ได้ ซึ่งปัญหาในการรักษานั้นมาจากหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ สถานบริการทางด้านสุขภาพมีน้อย แม้ปัจจุบันจะมีรพ.สต.ซึ่งให้บริการประชาชนทุกพื้นที่ บางแห่งมีระยะทางอยู่ไกลจากโรงพยาบาลมาก ทำให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงบริการของประชาชนล่าช้าในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือในกรณีผู้ป่วยทั่วไป ที่ได้รับการส่งต่อจากรพ.สต. เพื่อรับการวินิจฉัยโรคและรับการรักษาจากแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียเวลาในการเดินทาง ผู้ป่วยต้องสูญเสียระยะเวลาในการรับบริการในแต่ละขั้นตอนของโรงพยาบาล

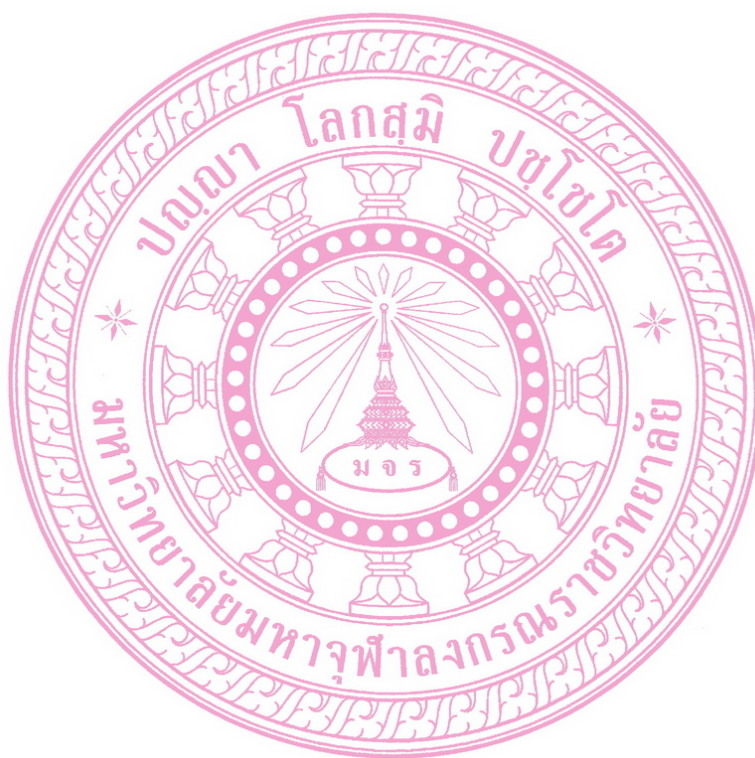
ในส่วนของการประสานงานระหว่างสถานบริการโรงพยาบาลและรพ.สต. ยังขาดช่องทางการประสานงานการส่งต่อที่รวดเร็ว การให้คำปรึกษา ในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นจากแพทย์ หรือผู้ที่ชำนาญกว่า ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้น อย่างครอบคลุม ครบถ้วน ตามมาตรฐาน ตั้งแต่แรกรับในชุมชน จึงควรที่จะต้องปรับให้สอดคล้องกับปัจจุบัน

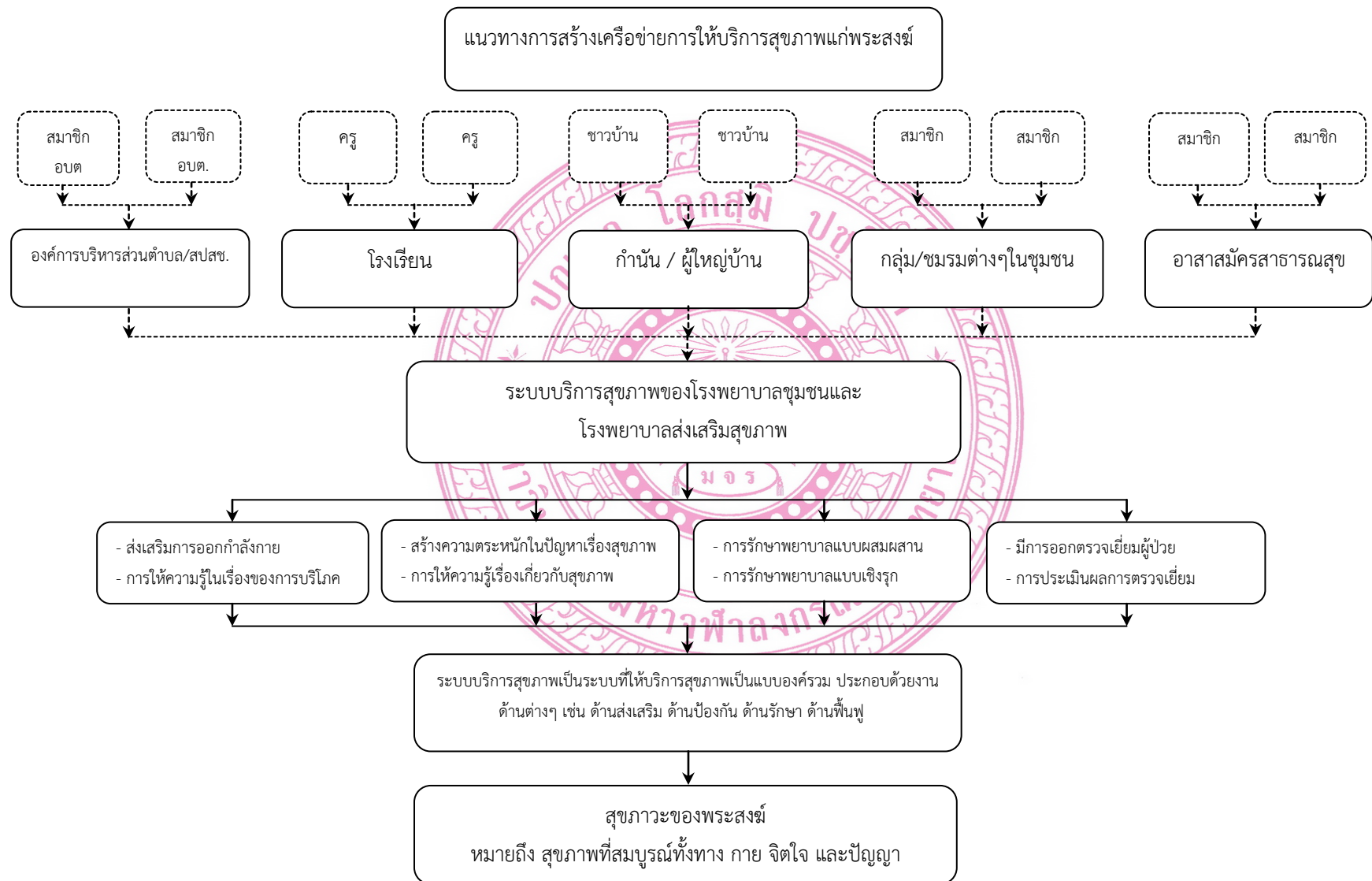
๔. ปัญหา อุปสรรค ในการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพด้านการฟื้นฟู

เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ควรได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ และการเยี่ยมอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ, นักวิชาการสาธารณสุข, นักกายภาพบำบัด, เจ้าหน้าที่รพ.สต., เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น และจิตอาสา โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา การติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการปรับระบบโดยเริ่มจาก มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านโดยตรง หรือทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ซึ่งในก่อนออกเยี่ยมบ้านมีการประสานงานกับทาง รพ.สต. และอสม.ในเขตพื้นที่รับผิดชอบนั้นๆ

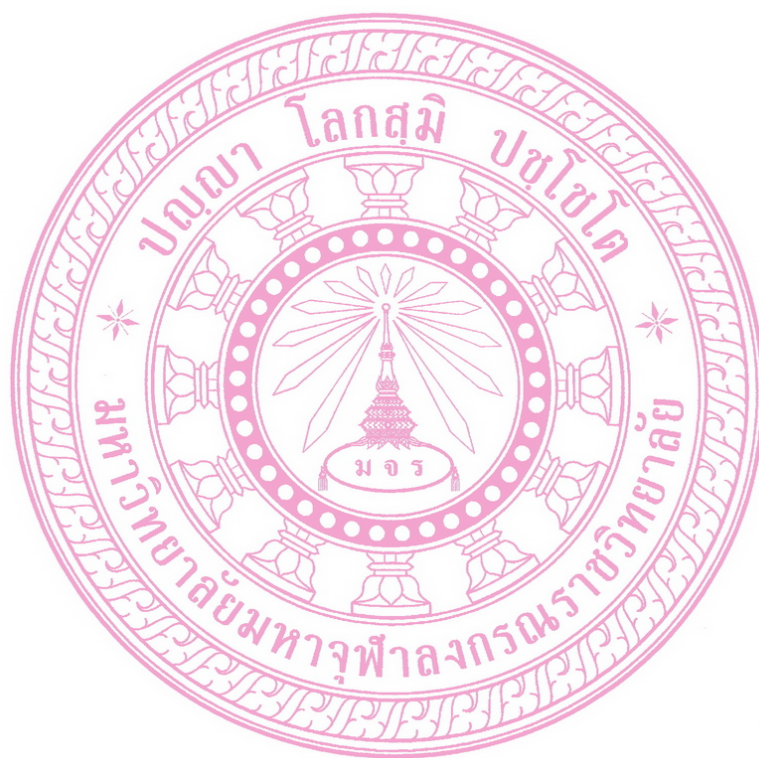
จากกระบวนการ และขั้นตอนดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เห็นว่าในการติดตามฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผู้พิการ หรือผู้สูงอายุ ควรที่จะต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้องจากพยาบาลวิชาชีพและการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่จากปัญหาที่ได้พบทำให้เห็นว่าในสภาพที่แท้จริงผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งผู้ที่ดูแลกลับเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น ญาติ พี่น้อง คนใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วย และกลุ่มที่ต้องการความดูแลขาดโอกาสในการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ใน

ส่วนของอสาสมัครสาธารณสุขนั้น ส่วนใหญ่ยังขาดการยอมรับจากประชาชน หรือคนในชุมชน และไม่สามารถปฏิบัติงานเพียงลำพังได้ ในกรณีที่เจ็บหนัก หรือฉุกเฉิน จึงทำให้อสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทในการติดตามฟื้นฟูมากนัก ซึ่งสามารถสรุปเป็นองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยดังที่แสดงไว้ในภาพที่ ๔.๑ ดังนี้





ภาพที่ ๔.๑ สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย



บทที่ ๕

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี” ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้าและเครือข่ายสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาการให้บริการสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของพระสงฆ์ โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ได้แก่ การสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อทำความเข้าใจในปรากฏการณ์และความต้องการของพระสงฆ์ ที่มีความเชื่อมโยงกับความคาดหวังของพระสงฆ์ที่มีต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยที่เรียกว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Information) คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) และผู้รับบริการ ได้แก่ พระสงฆ์ในอำเภอบางปลาม้าโรงพยาบาลบางปลาม้า เมื่อผู้วิจัยทำการได้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนและครอบคลุมตามประเด็นที่ต้องการศึกษาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ได้ทำการถอดบทสัมภาษณ์ และสรุปผลจากการสัมภาษณ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของพระสงฆ์ ซึ่งสามารถนำผลของการวิจัยไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง ผู้วิจัยได้ทำการสรุปผลของการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จากการนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ ตีความ ดูความสัมพันธ์เชื่อมโยง เทียบเคียงกับข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ตลอดจนผลการวิจัยและแนวคิดทฤษฎีอื่นๆ ซึ่งสามารถสรุปและอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

๑. แนวคิดเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของประเทศ

๒. ระบบการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า

๓. แนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

๕.๑ สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี” จากการศึกษา และวิเคราะห์บริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนั้น ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

๕.๑.๑ แนวคิดเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ

ในการวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ” พบว่า ในการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพให้สำเร็จนั้นจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันในหลายระดับ หลายภาคส่วนในท้อง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลประจำอำเภอ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชน ในส่วนการบริหารนั้นจะต้อง โปร่งใส และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย และถือเป็นการกิจร่วมกัน ต้องนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน ในปัจจุบันการทำงานในระดับอำเภอเป็นการประสานกันของหน่วยงานด้านสุขภาพสองส่วน คือ โรงพยาบาลชุมชน และ เครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ภายใต้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แม้ภารกิจของทั้งสองหน่วยงานจะเป็นภารกิจทางด้านสุขภาพเหมือนกันแต่เนื่องจากที่มาที่ต่างกันทำให้สายการบังคับบัญชาที่ต่างกันและวัฒนธรรมการทำงานที่ต่างกันอาจทำให้เกิดความขัดแย้งทั้งในระดับนโยบายและระดับบุคคลได้ง่าย ช่องว่างการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างกันทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและขาดประสิทธิภาพ เป้าหมายการให้บริการที่ต่างกันทำให้ทิศทางการทำงานไม่สอดคล้องกัน จึงมีความจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจในแนวคิดและมองเห็นภาพรวมเครือข่ายบริการ รวมไปถึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะช่วยปรับปรุงการจัดการให้สอดคล้องกับความจริงในแต่ละพื้นที่ โดยมีเป้าหมาย คือ มีการระบบบริการสาธารณสุขในภาพรวมของแต่ละอำเภอให้เหมือนกัน มีศักยภาพในการบริหารจัดการให้ระบบบริการสาธารณสุขมีคุณลักษณะของระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ หมายถึง การบริหารนั้นสามารถให้บริการทางสุขภาพที่ประชาชนต้องการ ด้วยรูปแบบที่เป็นมิตรและสำเร็จตามผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ โดยมีความเหมาะสมทางเศรษฐกิจ

ซึ่งโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขประกอบด้วยระบบต่างๆ ๖ ด้าน คือ ๑) ระบบบริการ ได้แก่ ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ๒) กำลังคนด้านสุขภาพ ๓) ระบบข้อมูลข่าวสาร ๔) เทคโนโลยีด้านการแพทย์ ได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือ ในการรักษา ๕)งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ ๖) ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลของระบบ ซึ่งระบบบริการสาธารณสุข ทั้ง ๖ ด้านนี้ มีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ อยู่ ๔ ประการ ดังนี้

๑. เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ในการได้รับการ และการมีสุขภาพที่ดี

๒. เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจว่าการบริการสุขภาพนั้นตอบสนองความต้องการของประชาชน ในระดับที่น่าพอใจ

๓. เพื่อให้มั่นใจว่ามีระบบป้องกันความเสี่ยงด้านสังคมจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

๔. เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการ ด้านการจัดสรรทรัพยากรและเทคโนโลยี

แนวคิดการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปلام้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปلام้า การสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลประกอบด้วยคณะกรรมการสุขภาพ ๒ ชุด ซึ่งมีขอบเขตของการทำงานที่ต่างกันมีดังนี้

- มีการทำงานในรูปแบบคณะกรรมการสุขภาพประจำอำเภอ ประกอบด้วย ตัวแทนจากคณะสงฆ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปلام้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ตัวแทนของอาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล และตัวแทนของกลุ่มอาชีพในอำเภอ

- คณะกรรมการสุขภาพประจำตำบล ประกอบด้วย ตัวแทนจากคณะสงฆ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ตัวแทนของอาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล และตัวแทนของกลุ่มอาชีพในตำบล

ซึ่งคณะกรรมการทั้ง ๒ ชุดมีหน้าที่ในการขับเคลื่อนเครือข่ายบริการสุขภาพให้สามารถทำงานต่อไปได้ โดยการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างภาคี หรือการประชุมในท้องถิ่นของตนเอง ซึ่งมีความสำคัญดังนี้

- **สร้างความตระหนัก** ให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพในชุมชน หรือในคณะสงฆ์เป็นปัญหาเร่งด่วน และเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกส่วนจะต้องร่วมมือกันในการแก้ไข ดังนั้นโรงพยาบาลและตัวแทนของอาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล และตัวแทนของกลุ่มอาชีพ ควรที่จะการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้านหรือในท้องถิ่น เพื่อที่จะสร้างความตระหนัก ให้ประชาชนในชุมชนเห็นความสำคัญในเรื่องปัญหาสุขภาพ มีความร่วมมือช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหา ร่วมตัดสินใจ ร่วมการวางแผน ร่วมกันปฏิบัติ และร่วมกันประเมินผล โดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของพื้นที่

- **สร้างโอกาส/ เรียนรู้ร่วมกัน** โรงพยาบาลบางปلام้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ในอำเภอบางปلام้า จะให้ความสำคัญในการเปิดเวทีในการพูดคุย และจัดประชาคมในท้องถิ่นเป็นประจำสม่ำเสมอ เพื่อจะได้รับรู้ปัญหา อุปสรรค และการแก้ไขปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นนั้นๆ และเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ความเป็นมิตร เท่าเทียมกันทุกคน ให้โอกาสทุกคนเสนอความคิดเห็นได้ตลอดเวลา

- **สร้างความร่วมมือในการทำงาน** หลังจากได้มีการตัดสินใจในการวางแผนกิจกรรมในพื้นที่ของท้องถิ่น โรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มภาคีในท้องถิ่น จะต้องเข้ามา ร่วมกันดำเนินกิจกรรม เช่น การประชุมในชุมชน เพื่อทำการค้นหา กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเฝ้าระวัง กลุ่ม ผู้ป่วย ร่วมทั้งการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูด้วย ซึ่งต้องถือว่าเป็นการร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ในการเครือข่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับท้องถิ่นควรที่จะจัดตั้งคณะกรรมการบริหาร เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Management Team) หรือคณะกรรมการบริหาร เครือข่ายบริการสุขภาพระดับตำบลเป็นรูปแบบการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันและ เชื่อมประสานงานกัน วางกรอบแนวคิดและการดำเนินงาน และเป้าหมายการพัฒนาบริการสุขภาพ ระดับอำเภอที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ร่วมกันภายใต้รูปแบบคณะกรรมการที่ประกอบด้วย ตัวแทนจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น, ตัวแทนจากภาคประชาชน, ตัวแทนจากผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยมีหน้าที่ วางแผน และกำหนดทิศทางนโยบายในการจัดบริการสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วน

๕.๑.๒ ระบบการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการกระจาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ทุกตำบล โรงพยาบาลชุมชน ครอบคลุมอำเภอและจังหวัด และมีการพัฒนาขีดความสามารถให้บริการมากขึ้น แต่ปัญหาที่คงอยู่คือประชาชนขาดการประกัน คุณภาพในระบบบริการปฐมภูมิ

รูปแบบพื้นฐานของระบบบริการปฐมภูมิ สำหรับพื้นที่ชนบทของประเทศไทย คือ การ จัดบริการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและรพ.สต. หรือที่เรียกว่าระบบบริการสาธารณสุขระดับ (District health system) การสร้างความเข้มแข็งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ (รพ.สต.) รวมทั้งพัฒนารูปแบบการจัดบริการร่วมกัน จึงเป็นเป้าหมายการพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทการเปลี่ยนแปลงบริบทระบบบริการสุขภาพในระยะหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีการเรียกชื่อหน่วยบริการที่แตกต่างกัน ออกไป ไม่ว่าจะเป็นคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิ (Contracted Unit Primary Care-CUP) ศูนย์ สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit-PCU) ศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit-CMU) และคลินิกชุมชนอบอุ่น แต่ละชื่อจะมีความหมายแตกต่างกันอยู่บ้าง แต่ยังไม่มีชื่อเรียกใดเป็นที่นิยม ในวงกว้างโดยยังสามารถสะท้อนความหมายที่แท้จริงของบริการปฐมภูมิ

ซึ่งในการบริการนั้นการบริการปฐมภูมิเป็นบริการที่มีความหลากหลาย และรอบด้าน การบริการปฐมภูมิเป็นบริการที่มีความแตกต่างจากบริการระดับทุติยภูมิมาก เพราะเป็นบริการที่

ใกล้ชิดประชาชน อีกทั้งหลายกิจกรรมต้องให้บริการที่บ้านหรือในชุมชน การจัดบริการจึงต้องสะท้อนคุณลักษณะที่สำคัญดังนี้เป็นบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ การจัดบริการจึงต้องเป็นไปตามบริบทอย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรม การบริหารจัดการต้องสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่ การให้บริการต้องคำนึงถึงคุณภาพ มิใช่บริการชั้นสอง การให้บริการที่มีคุณภาพจะมีได้ ต้องมีกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (context based learning) สอดคล้องกับบริการที่จัดใหม่ การจัดบริการภายนอกสถานบริการหรือในชุมชนนั้น มีความแตกต่างกัน และยังไม่ได้มีข้อกำหนดที่เด่นชัดว่า ต้องมีกิจกรรมอย่างไรบ้าง ทำให้บริการภายนอกสถานบริการหรือในชุมชนที่มักเรียกกันว่า “บริการเชิงรุก” นั้นในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันมาก อาจจะมีคล้ายกันแต่คุณภาพบริการก็อาจมีความแตกต่างกันมาก จึงนำมาสู่ข้อสังเกตที่ว่า สำหรับบริการเชิงรูกนั้น ไม่มีข้อกำหนดคุณภาพบริการขั้นต่ำที่ประชาชนคาดหวังได้

การจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับเช่น แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ คือ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) หรือ แบ่งออกเป็น ๒ ระดับ คือ บริการระดับปฐมภูมิ และการดูแลโดยโรงพยาบาล (Hospital Care) โดยบริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันนั้น มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ๒ ประการ คือ

๑. เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ยังสามารถสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการของประชาชน เพราะลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชนในแต่ละชุมชนนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นโรคหรือความเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อน สามารถให้การดูแลได้โดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากนักที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การจัดโครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่สามารถให้บริการครอบคลุมทั้งบริการการแพทย์ขั้นพื้นฐานและบริการการแพทย์ที่ซับซ้อนในทุกพื้นที่ หรือจัดบริการสุขภาพเป็นระดับเดียว (Single Level) จะทำให้บริการการแพทย์ที่ซับซ้อนจะไม่ถูกใช้อย่างเต็มที่เนื่องจากอุบัติการณ์ (Incidence) การเจ็บป่วยที่ซับซ้อนที่เกิดในชุมชนมีจำนวนไม่มากนัก การจัดบริการในลักษณะนี้จึงไม่เกิดความประหยัดของขนาด (Economy of Scale) ของบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน และเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

๒. เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุมการจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพเป็นหลายระดับ โดยแต่ละระดับมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบแตกต่างกัน คือ บริการสุขภาพระดับต้น หรือบริการระดับปฐมภูมิรับผิดชอบดูแลจำนวนประชากรไม่มากนัก แต่ครอบคลุมการให้บริการสุขภาพที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ ทั้งบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ขณะที่บริการในระดับที่สูงขึ้นรับผิดชอบจำนวนประชากรที่มากขึ้น แต่ครอบคลุมการให้บริการเฉพาะโรคที่ไม่เกิดบ่อยแต่มีความซับซ้อน ผลของการจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพใน

ลักษณะเช่นนี้ ทำให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุมด้วยเหตุผลหลายประการ ระบบการบริการสุขภาพ สามารถแบ่งออกเป็น ๔ ด้าน ดังนี้

ด้านการส่งเสริม

- ควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพ
- มีการให้ความรู้ในเรื่องของการบริโภค และพฤติกรรมกรกิน

ด้านการป้องกัน

- สร้างความตระหนักให้ประชาชนในพื้นที่เห็นว่าปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาใหญ่ที่จะต้องมีการแก้ไขก่อน เนื่องจากเป็นปัญหาที่สำคัญที่จะทำให้เกิดปัญหาอย่างอื่นตามมาอีกมากมาย

- การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปให้เห็นโทษของการไม่รักษาสุขภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดโทษทางร่างกายได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- การอบรมให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น กลุ่มพระสงฆ์ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ

ด้านการรักษา

- การให้บริการในการรักษาพยาบาลเป็นบริการผสมผสานที่ประกอบด้วยบริการด้านต่างๆ คือ ด้านการรักษาพยาบาลทั้งที่เป็นโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง ซึ่งผสมผสานการให้ความรู้กับผู้รับบริการ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เป็น
- การให้บริการเชิงรุก ได้แก่ การดำเนินงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน และองค์กรต่างๆ ในชุมชน

ด้านการฟื้นฟู

- มีการออกตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
- มีการประเมินผลของการตรวจเยี่ยม และวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อน เพื่อการพัฒนาต่อไป

กิจกรรมทั้ง ๔ ด้านนั้นมีการร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน

โรงพยาบาลบางปลาหมได้มีการให้บริการสุขภาพแก่ ในอำเภอบางปลาหม และร่วมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในอำเภอที่ได้ยกฐานะมาจากสถานีอนามัยเดิมร่วม ๑๗ แห่ง ซึ่งมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีส่วนในการให้บริการสุขภาพด้วย ซึ่งบทบาทส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลบางปลาหม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความคล้ายคลึงกัน คือ การส่งเสริม/การป้องกัน การรักษา และการติดตามฟื้นฟู รวมทั้งมีเรื่องสิ่งแวดล้อมเข้ามาด้วย นอกจากนี้สภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยภาพรวมของชุมชนในอำเภอบางปลาหมประกอบอาชีพเกษตรกรรม พระสงฆ์

ในอำเภอบางปลาม้าส่วนใหญ่จะไม่ค่อยตระหนักถึงภาวะเจ็บป่วย รอให้ป่วยก่อนค่อยมาสนใจตัวเอง หรือในช่วงที่ต้องปฏิบัติภารกิจ เช่น การรับกิจนิมนต์ และละเลยการออกกำลังกาย เพราะคิดว่าการทำความสะอาด และการบิณฑบาต คือการออกกำลังกายอยู่แล้ว ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง เป็นพื้นฐานสำคัญในการนำมาวางแผนการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานและเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของพระสงฆ์ ซึ่งสอดคล้องกับบทความของ หมอประเวศ วะสี^๑ ที่ได้กล่าวไว้ว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ให้บริการสุขภาพที่เป็นองค์รวม ซึ่งจะประกอบไปด้วยงานด้านต่างๆ เช่น ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งมีหน่วยงานของรัฐทำหน้าที่ในการกำกับดูแล เพื่อให้ระบบบริการมีความเป็นธรรมทั่วถึง มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส และตรวจสอบได้ ซึ่งระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ ซึ่งแต่ละระบบมีความเกี่ยวเนื่องและสัมพันธ์กัน และยังสอดคล้องกับแนวคิดของ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส)^๒ ที่กล่าวไว้ว่า ในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั้น คือ การจัดองค์ประกอบในระบบย่อยต่างๆ ให้มีความสมบูรณ์ ก่อให้เกิดการบริการทางด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งการจัดการระบบบริการสุขภาพที่ดีจึงต้องครอบคลุมทั้งการจัดบริการสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้น คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมทั้งบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ (professional care) และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน (non-professional care) และผลการวิจัยของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^๓ ที่กล่าวไว้ว่า ในการให้บริการของระบบบริการนั้น สามารถที่จะแบ่งระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ เช่น แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ คือ บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) หรือ แบ่งออกเป็น ๒ ระดับ คือ บริการระดับปฐมภูมิ และการดูแลโดยโรงพยาบาล (hospital care) โดยบริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันนั้น และมีวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานที่สำคัญ ๒ ประการ คือ (๑) เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ยังสามารถสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการของประชาชน (๒) เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุม ซึ่งการจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพเป็นหลายระดับ โดยแต่ละระดับมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบแตกต่างกัน หรืออาจแบ่งลักษณะการให้บริการต่างๆไป ในการให้บริการนั้นสามารถที่จะแบ่งตามลักษณะได้ ดังนี้ คือ (๑) การให้บริการเป็นบริการ

^๑ประเวศ วะสี, “การปฏิรูปสุขภาพ”, (กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน, ๒๕๓๙), หน้า ๔๔.

^๒สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส), “(ร่าง)กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ”, (กรุงเทพมหานคร : บริษัทไชร์ จำกัด, ๒๕๔๐), หน้า ๑๔๓.

^๓สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, “ผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๕๒”, <http://www.ryt9.com/s/cabt/597890>, (สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๒).

ผสมผสานที่ประกอบด้วยการบริการด้านต่างๆ คือ ด้านการรักษาพยาบาลทั้งที่เป็นโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง ซึ่งผสมผสานการให้ความรู้กับผู้รับบริการ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เป็น การติดตามเยี่ยมบ้าน ในรายที่จำเป็น และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในระดับบุคคล และครอบครัวทุกกลุ่มอายุ ทั้งที่เป็นบริการในสถานพยาบาล และบริการในชุมชน (๒) การให้บริการเชิงรุก ได้แก่ การดำเนินงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน และองค์กรต่างๆ ในชุมชน การให้ความรู้และความมั่นใจแก่ประชาชนในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย การให้ความรู้แก่ประชาชนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และดูแลความครอบคลุมของงานต่างๆ ในด้านส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพในชุมชน ตลอดจนการประเมินสภาพปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ร่วมมือกับชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ ในการวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพ

ซึ่งสามารถจะกล่าวได้ว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่จัดบริการสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างผสมผสานแก่ประชาชน รัฐมีหน้าที่กำกับดูแลให้ระบบมีความเป็นธรรม ทัวถึง มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ ซึ่งระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ ซึ่งแต่ละระบบมีความเกี่ยวเนื่องและสัมพันธ์กัน

๕.๑.๓. แนวทางการพัฒนาการสร้างความเชื่อว่าการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้าจังหวัดสุพรรณบุรี

ในงานวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างความเชื่อว่าการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี” ผู้วิจัยขอนำเสนอวิธีการและขั้นตอนในการพัฒนาการสร้างความเชื่อว่าการให้บริการสุขภาพ ดังนี้

๑. การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลต่อพระสงฆ์

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน ส่วนที่หนึ่งความคาดหวังของคณะสงฆ์ต่อการสร้างความเชื่อว่าการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่กับการให้บริการสุขภาพ ซึ่งได้มาจากการประชุมประจำเดือนของพระสังฆาธิการ พระสงฆ์ผู้รับบริการ วิธีการคือ การระดมความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงการใช้แบบสอบถามความคาดหวังพระสงฆ์ร่วมด้วย ส่วนที่สองการสร้างความเชื่อว่าการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข) ได้มาจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่แบบเจาะลึก ร่วมกับการสนทนา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พระ

สุทธิชัย อาภากรโร ที่กล่าวไว้ว่า องค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายว่า มีองค์ประกอบที่สำคัญ ๗ ประการ คือ (๑). การรับรู้มุมมองร่วมกัน (common perception) (๒). การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (common vision) (๓). การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (mutual interests/benefit) (๔). การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง (all stakeholder participation) (๕). กระบวนการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (complementary relationship) (๖). การพึ่งพิงร่วมกัน (interdependence) (๗). การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (interaction) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีระบบบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการบริการที่พึงพอใจ สรุปเป็นหัวข้อการให้บริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในอำเภอบางปลาม้า

๒. ส่งเสริมการเรียนรู้ไปสู่การพัฒนาการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล

ในขั้นตอนการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพนั้น ผู้วิจัยได้นัดหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพ ในอำเภอบางปลาม้า โดยมีการนัดและเข้าสัมภาษณ์ ตลอดพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปลาม้า พบว่า เครือข่ายการให้บริการสุขภาพนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขของตำบล มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายน้อยมาก เนื่องด้วยภาระงานที่เยอะและจำนวนเจ้าหน้าที่ในการดูแลงานแทนกันมีน้อย จึงทำให้การทำงานแยกส่วนกัน มีบางอย่างที่ต่างคนต่างทำ และไม่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งการเรียนรู้ในครั้งนี้ทำให้เกิดการรับรู้ในเรื่องของการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายและคุณลักษณะของเครือข่ายที่ดีของ **ไพฑูริย์ วงศ์อนันตรโรจน์**^๑ ที่กล่าวไว้ว่า แนวทางการสร้างพัฒนาเครือข่ายประกอบไปด้วยความสัมพันธ์แบบเครือข่าย เพื่อนบ้าน และพรรคพวกเพื่อนฝูง ความสัมพันธ์ผ่านกระบวนการประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์ผ่านประเพณี พิธีกรรม ความเชื่อและวัฒนธรรม วัด โรงเรียน และโครงสร้าง ช่องทางการติดต่อสื่อสาร เป็นรากฐานที่สำคัญที่นำไปสู่ความร่วมมือในชุมชน และความสัมพันธ์ในลักษณะต่างๆ นี้ได้พัฒนาไปสู่กลุ่มที่เป็นทางการมากขึ้น ในการสร้างความสัมพันธ์กับภายนอกพบว่าเครือข่ายความสัมพันธ์ของบุคคลดังกล่าว

^๑พระสุทธิชัย อาภากรโร, “เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ”, (กรุงเทพมหานคร : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข, ๒๕๔๘), หน้า ๘๔.

^๒ไพฑูริย์ วงศ์อนันตรโรจน์, “กระบวนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายทางสังคม : กรณีศึกษาบ้านหนองขาว อำเภอดำรง จังหวัดกาญจนบุรี”, วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, วิทยาศาสตร์ (เทคโนโลยีการวางแผนสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาชนบท), (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๔).

ที่จะเชื่อมโยงให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์กร หรือหน่วยงานภายนอกกับชุมชนมีการวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมของชุมชน สามารถแยกพิจารณาระดับความสัมพันธ์เป็น ๓ ชั้น คือ ชั้นฐานความสัมพันธ์ของชุมชน ชั้นกลุ่มต่างๆ หรือพลเมืองที่ตื่นตัว ชั้นกลางหรือแกนนำมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเครือข่ายทางสังคมของชุมชนคือฐานความสัมพันธ์ที่หลากหลาย สถานภาพของแต่ละกลุ่มและบุคคล ผู้นำภูมิศาสตร์และทรัพยากร ศูนย์รวมจิตใจและสำนึกร่วมของคนในสังคม โครงสร้างและช่องทางการติดต่อสื่อสาร ธรรมเนียมประเพณี ผลประโยชน์ร่วมกันกับความเข้าใจของคนในชุมชน และกระแสด้านความคิดในสังคม เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ

ซึ่งผู้วิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้ สรุปว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการอันซับซ้อนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นมาผลจากประสบการณ์เดิมของเจ้าหน้าที่นอกจากการใช้วิธีการระดมความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถอดบทเรียนจากการสนทนาของผู้สัมภาษณ์ ส่วนในการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลนั้น ในการที่จะเริ่มการพัฒนาจะได้นั้นต้องเริ่มจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขของแต่ตำบล ก่อนเป็นอันดับแรก ด้วยการมองไปที่ตัวเองว่ากำลังทำอะไรอยู่ มีบทบาทหน้าที่อะไรบ้าง มีประโยชน์มากน้อยเพียงใด พระสงฆ์หรือชุมชนมองเราอย่างไร อยากได้อะไรจากเราบ้าง ดังที่กล่าวมาข้างต้นคือ การรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองและบทบาทในสิ่งที่พระสงฆ์และชุมชนคาดหวัง เมื่อรู้ว่าตนเองมีอะไร ขาดอะไรแล้ว เราก็จะเข้าสู่การพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕.๒ อภิปรายผล

จากการค้นข้อมูล การวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี” สามารถนำมาอภิปรายผล ดังนี้

๕.๒.๑. แนวคิดการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ

ผลจากการวิจัยพบว่า “ในแนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาหม้อจังหวัดสุพรรณบุรีนั้น” มีรูปแบบของการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลนั้นมีลักษณะเป็นการสร้างเครือข่ายเชิงพื้นที่ (Area) ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ พระสุทิตย์ อากาศโร^๖ ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ พบว่า ในการสร้างเครือข่าย

^๖ พระสุทิตย์ อากาศโร, “เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ”, (กรุงเทพมหานคร : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข, ๒๕๔๘), หน้า ๘๔.

สามารถแบ่งประเภทรูปแบบและลักษณะความสัมพันธ์ของเครือข่ายนั้น ทั้งก็เพื่อสร้างความเข้าใจ และมองเห็นภาพความเคลื่อนไหวของกลุ่มองค์กรเครือข่ายต่างๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และการเกิดขึ้นได้ของเครือข่ายการให้บริการสุขภาพนั้นต้องอาศัย ภารกิจ/กิจกรรม และการก่อตัวของกลุ่มผลประโยชน์ในสังคม และแนวทางในการแบ่งเครือข่ายอาจแบ่งเป็น เครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคธุรกิจเอกชน และภาคองค์กรพัฒนาเอกชน โดยเครือข่ายต่างๆ ดังกล่าว มุ่งเน้นการดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดหลักการ วัตถุประสงค์และเป้าหมายของหน่วยงานหรือโครงสร้างหลักของกลุ่มผลประโยชน์นั้น ๆ ลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายประเภทนี้ มีการก่อตัวตามภารกิจของกลุ่มผลประโยชน์ โดยกลุ่มผลประโยชน์อาจให้การสนับสนุนในการจัดตั้งเครือข่ายหรือเข้าไปเสริมสร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และมีกระบวนการพัฒนาที่สอดคล้องกับภารกิจ กิจกรรม และเป้าหมายหลักของกลุ่ม/หน่วยงานนั้นๆ ถ้าแต่ละฝ่ายเห็นความสำคัญในการร่วมพลังเพื่อการการแก้ปัญหาในภาพรวม

กิจกรรมและความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงพื้นที่นั้น จะอาศัยพื้นที่ทางกายภาพเป็นฐาน กำหนดกิจกรรมและประเด็นปัญหา กล่าวคือ จะมีการเชื่อมโยงกลุ่ม องค์กร และเครือข่ายย่อยในพื้นที่ให้เข้ามาร่วมปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ร่วมกัน โดยใช้กระบวนการที่หลากหลาย ทั้งในรูปแบบของคณะกรรมการร่วม การบูรณาการจัดการเชิงพื้นที่และการใช้ประเด็นกิจกรรมเป็นภารกิจในการทำงานร่วมกัน กิจกรรมที่เกิดขึ้นของเครือข่ายดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์ทั้งทางด้านวัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ และการใช้ทรัพยากรที่มาจากพื้นที่เป็นสำคัญ

ส่วนโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงพื้นที่ จะมีลักษณะกระบวนการทำงานทั้งในแนวดิ่งและแนวนอน โดยมีการร่วมศูนย์กิจกรรมเข้าสู่ส่วนกลางระดับพื้นที่ขนาดใหญ่ และมีศูนย์ประสานย่อยในพื้นที่ขนาดเล็ก เพื่อให้เกิดกิจกรรม การสื่อสาร และความเคลื่อนไหว มีแกนนำ ผู้ประสานงาน และคณะทำงานในเครือข่ายมาร่วมผลักดันกิจกรรมให้กลุ่มองค์กรและเครือข่ายย่อยอื่นๆ ทำงานตามหน้าที่ ทำงานตามหน้าที่และภารกิจ ในขณะที่ความสัมพันธ์ในแนวนอนจะมีการประสานเครือข่ายตามประเด็นที่มีอยู่ในพื้นที่แล้วมากำหนดกิจกรรมร่วมกัน กระบวนการทำงานของเครือข่ายต่าง ๆ มีลักษณะร่วมกัน ๔ ประเด็น คือ (๑) กระบวนการทำงานที่เชื่อมประสานจากจุดเล็กและขยายไปสู่หน่วยใหญ่ (๒) การรักษาสัมพันธภาพที่สร้างความรู้ ความหมายและโลกทัศน์ร่วมกัน (๓) การเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้และการปรับตัว (๔) การพัฒนากิจกรรมและความเคลื่อนไหวเพื่อสร้างขบวนการทางนวัตกรรม

๕.๒.๒. ระบบการบริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาหม้อ

ผลจากการวิจัยพบว่า “ระบบการบริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี” นั้น มีโครงสร้างใน

การทำงานเป็นลักษณะของการให้บริการที่เป็นบริการผสมผสานที่ประกอบด้วยบริการด้านต่างๆ คือ ด้านการรักษาพยาบาลทั้งที่เป็นโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง ซึ่งผสมผสานการให้ความรู้กับผู้รับบริการ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เป็น การติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่จำเป็น และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในระดับบุคคล และครอบครัวทุกกลุ่มอายุ ทั้งที่เป็นบริการในสถานพยาบาล และบริการในชุมชน ซึ่งเน้นการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับบทความของ **ประเวศ วะสี**^๗ ได้กล่าวไว้ว่า “การปฏิรูปสุขภาพ” สามารถส่งผลต่อสุขภาพแห่งของประชากรทั้งประเทศรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ **ทัศนา บุญทอง**^๘ ที่กล่าวว่า ในการจัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้บรรลุความคาดหวังของสังคม และสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน และกำหนดรูปแบบบริการระบบบริการสุขภาพนั้น ควรมีการจัดระบบเครือข่ายบริการสุขภาพที่เป็น การจัดบริการให้มีสถานบริการสุขภาพหลายระดับ ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (สถานีอนามัย) โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ให้ในแต่ละระดับของสถานบริการมีการประสานงานเป็นเครือข่าย โดยใช้ระบบส่งต่อเป็นกลไกสำคัญและการเชื่อมโยงบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (modern medicine) กับ การแพทย์ทางเลือกต่างๆ (alternative medicines) ใน **ขั้นปฐมภูมิ** คือ การบริการของโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขต่าง เป็นสถานบริการสุขภาพด่านแรกในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยไม่รุนแรง และไม่รับไว้รักษาในสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งการจัดการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ใน **ขั้นทุติยภูมิ** คือ การบริการของโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการที่มีทั้งผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนก ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลให้บริการทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การจัดการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ใน **ขั้นตติยภูมิ** คือ การบริการของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นสถานบริการการสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ต้องการการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำและมีความต้องการดูแลรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เป็นแหล่งวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์

จากลักษณะดังกล่าวของระบบบริการสุขภาพที่จัดขึ้นจะเป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการมีการประสานงานในแต่ละระดับของสถานบริการ มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เป็นองค์รวม และอยู่บนพื้นฐานค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม เน้นการส่งเสริมสุขภาพ

^๗ประเวศ วะสี, “การปฏิรูปสุขภาพ”, (กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน, ๒๕๓๙), หน้า ๔๕.

^๘ทัศนา บุญทอง, “ปฏิรูประบบพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่ประสงค์ในอนาคต”, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร : ศิริยอดการพิมพ์, ๒๕๔๓), หน้า ๘๗.

ที่เป็นเชิงรุกโดยให้ประชาชนได้พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และมีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องดังนี้ ลักษณะของการจัดบริการและบทบาทของผู้ให้บริการจะต้องมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของประชาชน

๕.๒.๓. แนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

ผลจากการวิจัยพบว่า “แนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี” ซึ่งในแนวทางการพัฒนาการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลอันดับแรกที่เกี่ยวข้องคือ การทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันของเครือข่ายในการให้บริการสุขภาพ เพื่อการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านสุขภาพ และพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับกลุ่มเครือข่ายในการให้บริการสุขภาพในอำเภอ เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานด้านการบริการสุขภาพร่วมกัน และมีนักวิชาการบางท่านได้ กล่าวไว้ว่า การพัฒนา คือ กระบวนการเพื่อเพิ่มความสามารถของคนส่วนใหญ่ในอันที่จะปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนามีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรมของประเทศใด ประเทศหนึ่ง ซึ่งในการเปลี่ยนแปลงนั้น จะต้องอาศัยวิธีการบริหารและปฏิบัติงานที่เหมาะสมจนสามารถทำให้ผลที่เกิดขึ้นตามมาเกิดประโยชน์ต่อบุคคล และมีคุณค่าต่อการสร้างสรรค์สังคมมากยิ่งขึ้น

ในปัจจุบันมีความจำเป็นในการการจัดระบบในรูปแบบเครือข่าย แทนการขยายโรงพยาบาล โดยใช้หลักการที่สามารถเชื่อมโยงบริการทั้ง ๓ ระดับเข้าด้วยกัน ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามสภาพข้อเท็จจริงทางภูมิศาสตร์และการคมนาคม โดยไม่มีเส้นแบ่งของการปกครองหรือการแบ่งเขตตรวจราชการ เป็นตัวขวางกั้น ทั้งนี้ในการพัฒนาโรงพยาบาลระดับต่างๆ ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบเครือข่ายบริการ เพื่อให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งเติบโตอย่างมีทิศทาง มีการกิจหน้าที่ชัดเจน มีจังหวะก้าว และเกี่ยวพันซึ่งกันและกันภายในเครือข่าย ซึ่งโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งเครือข่ายภาคีมีการระดมในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพทำร่วม คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการควบคุมป้องกันโรค ด้านการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ

ไผท วงศ์อนุตรโรจน์^๑ ที่กล่าวไว้ว่า แนวทางการสร้างพัฒนาเครือข่ายประกอบไปด้วยความสัมพันธ์แบบเครือญาติ เพื่อนบ้าน และพรรคพวกเพื่อนฝูง ความสัมพันธ์ผ่านกระบวนการประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์ผ่านประเพณี พิธีกรรม ความเชื่อและวัฒนธรรม วัด โรงเรียน และโครงสร้าง ช่องทางการติดต่อสื่อสาร เป็นรากฐานที่สำคัญที่นำไปสู่ความร่วมมือในชุมชน และความสัมพันธ์ในลักษณะต่างๆ นี้ได้พัฒนาไปสู่กลุ่มที่เป็นทางการมากขึ้น ในการสร้างความสัมพันธ์กับภายนอกพบว่า เครือข่ายความสัมพันธ์ของบุคคลดังกล่าวที่จะเชื่อมโยงให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์กร หรือหน่วยงานภายนอกกับชุมชนมีการวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมของชุมชน สามารถแยกพิจารณา ระดับความสัมพันธ์เป็น ๓ ชั้น คือ ชั้นฐานความสัมพันธ์ของชุมชน ชั้นกลุ่มต่างๆ หรือพลเมืองที่ตื่นตัว ชั้นกลางหรือแกนนำมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเครือข่ายทางสังคมของชุมชนคือฐานความสัมพันธ์ที่หลากหลาย สถานภาพของแต่ละกลุ่มและบุคคล ผู้นำภูมิศาสตร์และทรัพยากร ศูนย์รวมจิตใจและสำนึกร่วมของคนในชั้นคม โครงสร้างและช่องทางการติดต่อสื่อสาร ธรรมเนียมประเพณี ผลประโยชน์ร่วมกันกับความเข้าใจของคนในชุมชนและกระแสความคิดในสังคม

๕.๓ ข้อเสนอแนะ

จากงานวิจัย เรื่อง แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ โรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยได้ขอเสนอแนะดังนี้

๕.๓.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. สร้างแรงจูงใจและพัฒนาขีดความสามารถของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข โดยสนับสนุนอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติงานภารกิจตามที่ได้รับมอบหมาย

๒. เร่งรัดมาตรการสร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมาย เพื่อลด อัตราป่วย ตายและผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๓. สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ โดยปรับระบบค่าตอบแทนให้เหมาะสมและความก้าวหน้าในวิชาชีพที่เป็นธรรม สร้างกลไกพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

๔. พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้มีคุณภาพและบริการข้อมูลสุขภาพ สำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

^๑ไผท วงศ์อนุตรโรจน์, “กระบวนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายทางสังคม : กรณีศึกษาบ้านหนองขาว อำเภอดำม่วง จังหวัดกาญจนบุรี”, วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, วิทยาศาสตร์ (เทคโนโลยีการวางแผนสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาชนบท), (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๔).

๕.๓.๑ ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติการ

๑. ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมมือกันในเครือข่ายสุขภาพและผู้บริหาร โดยใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ ประสานเชื่อมโยง หน่วยงานต่าง ๆ ในการทำงานร่วมกัน ไม่ทำงานแบบแยกส่วนต่างคนต่างหน่วยงาน

๒. ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในหน่วยเกี่ยวข้องการให้บริการ สุขภาพ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย พยาบาล นักพัฒนาชุมชน นักวิชาการ สาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข และที่สำคัญขาดไม่ได้คือ อสม. ทั้งในด้านความรู้สุขภาพ พื้นที่ ชุมชน และความสามารถในการเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการกล้าแสดงความคิดเห็น เสนอความคิดสร้างสรรค์ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนให้ผู้บริหารรับทราบและงานเป็นไปในทิศทาง เดียวกัน

๓. ควรมีการให้บริการสุขภาพเชิงรุกด้านการส่งเสริมสุขภาพแบบต่อเนื่อง และมี ประสิทธิภาพ ต่อเนื่องคือ ไม่เป็นช่วงที่ต้องส่งงานเท่านั้น ให้ทำสม่ำเสมอในเรื่องของประสิทธิภาพ คือ ต้องสร้างการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ เช่น ให้ความรู้ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการคิดกิจกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ชุมชน

๔. เทคโนโลยีที่ใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูล ในปัจจุบันยังคงพบปัญหาข้อมูลการรักษาของ โรงพยาบาลยังไม่เชื่อมโยงข้อมูลกัน ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยที่ต้องส่งตัวมาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายมักลืมนำใบ ส่งตัวมาด้วยเจ้าหน้าที่ต้องประสานงานกลับไปยังโรงพยาบาลต้นทาง เพื่อดูประวัติการใช้ยา และ ข้อมูลต่างๆ ดังนั้นควรมีการพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูล โดยเฉพาะทางด้านระบบคอมพิวเตอร์

๕.๓.๒ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

๑. ควรมีการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการ สุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้แนวคิดประชาสังคม

๒. ควรมีการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ และแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ สำหรับองค์กร

บรรณานุกรม

๑. หนังสือ :

กนกทิพย์ พัฒนาพัวพันธ์. สถิติอ้างอิงเพื่อการวิจัยทางการศึกษา. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กรุงเทพมหานคร : บริษัท เพรส แอนด์ ดีไซน์ จำกัด, ๒๕๔๘.

กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานผลการศึกษาดูงานบริการสุขภาพและอนามัยการ

เจริญสำหรับวัยรุ่น . กรุงเทพมหานคร : กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, ๒๕๔๙.

กระทรวงสาธารณสุข. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. Manual of Primary Health Care Unit

Standard Evaluation and Quality Assurance กรุงเทพฯ : สำนักพัฒนาระบบ

บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๘.

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. การจัดการเครือข่าย : กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูป

การศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ซีเคเอส, ๒๕๔๓.

งามพิศ สัตย์สงวน. การวิจัยทางมานุษยวิทยา. กรุงเทพมหานคร : คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๕.

จรรยา สุวรรณทัต และคณะ. พื้นฐานความเข้าใจทางจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช,

๒๕๒๒.

จำนง ทองประเสริฐ. ประวัติพุทธศาสนาในเอเชียอาคเนย์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามมิตร,

๒๕๑๔.

จำนง อติวัฒนสิทธิ์ และคณะ. สังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราช, ๒๕๓๒.

จำลอง ดิษยวณิช. ศ.นพ..วิปัสสนากรรมฐานและเขาวัวอารมณ์. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์, ๒๕๔๓.

จิราภา เต็งไตรรัตน์. ผ.ศ. และคณะ. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วน

จำกัดสามลดา, ๒๕๕๐.

จีระเดช มโนสร้อย และอรัญญา มโนสร้อย. เกสกรรมล้านนา: ตำรับยาสมุนไพรล้านนา.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๓๗.

ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ ๒,

กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๕๒.

ทวีร์สมิ ธนาคม.รศ. พัฒนาการครอบครัวและเด็ก ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพมหานคร : ศุภสภา, ๒๕๑๒.

ทองคุณ หงส์พันธุ์. รศ.ดร. วิถีทางแห่งบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : ศุภสภาลาดพร้าว, ๒๕๓๖.

บรรณานุกรม (ต่อ)

เทอดศักดิ์ เดชคง. น.พ. สติบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มติชน, ๒๕๓๔.

เทพินทร์ พิชรานุกรักษ์. การดูแลสุขภาพคือการดูแลสุขภาพต่อชีวิตนิยามสุขภาพทัศนะของบุคคล :

สังคม สุขภาวะ. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๑ ปี, ๒๕๔๖.

เทียนหวิ์ เขียน. วรรณะ มโนภินเวศ เรียบเรียง. คลายแรงกดดันของชีวิตด้วยข้อคิดจิตวิทยา.

กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เตาประยุต์, ๒๕๓๗.

ทัศนาศ บัญทอง. ปฏิรูประบบพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่ประสงค์ในอนาคต.

พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร : ศิริยอดการพิมพ์, ๒๕๔๓.

ธนา ประมุขกุล. บทความปริทัศน์. ขอนแก่น : ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต ๖, ๒๕๔๗.

ปาริชาติ สถาปตานนท์ และ ชัยวัฒน์ ถิระพันธ์. สื่อสารกับสังคมเครือข่าย. กรุงเทพมหานคร : สถาบัน

ชุมชนท้องถิ่นพัฒนา สถาบันการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม, ๒๕๔๖.

บุญญาภ ลิทธิพรอนันต์. มาตายเพราะโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ไกล่หมอ, ๒๕๕๐.

ประเวศ วะสี. ชุมชนเข้มแข็ง ทูทางสังคมของไทย. หนังสือชุดชุมชนเข้มแข็งลำดับที่ ๑.

กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนเพื่อสังคมและธนาคารออมสิน, ๒๕๔๑.

_____. สุขภาพสังคม สู่สันติภาพ : มนุษย์พันทุกขร่วมกันได้. (นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูป

ระบบสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๕.

พระธรรมโกศาจารย์ (ประยูร ธมมจิตโต). พุทธวิธีบริหาร. กรุงเทพมหานคร : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). จากจิตวิทยาสู่จิตภาวนา. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๓๗.

พระพุทโธสาจารย์ วจนา. คัมภีร์วิสุทธิมรรค. สมเด็จพระพุทธเจ้าจารย์ (อาจ อาสภมหาเถร) แปลและเรียบ

เรียง พิมพ์ครั้งที่ ๗ ฉบับรวมเล่ม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บริษัท ธนาเพรส

จำกัด, ๒๕๕๑.

พระมหาสุทิตย อาภากร (ออบุณ). เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ. กรุงเทพมหานคร :

โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส), ๒๕๔๗.

พุทธทาสภิกขุ. ธรรมศาสตร์ : ปรัชญาแห่งความพอเพียง. กรุงเทพมหานคร : มิตรสัมพันธ์กราฟฟิค,

๒๕๕๐.

ภัทพันธุ์ อาสภมหาเถระ. วิปัสสนาธุระ. กรุงเทพมหานคร : C 100 DESIGN, ๒๕๐๐.

มาโนช หล่อตระกูล. โรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, ๒๕๔๔.

บรรณานุกรม (ต่อ)

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.

นนทบุรี : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๒.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. เอกสารประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ PRIMARY CARE AWARD : PCA รพสต. มะขามล้ม, ๒๕๕๖.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาละ อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. เอกสารประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ PRIMARY CARE AWARD : PCA รพสต. สาละ, ๒๕๕๖.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. เอกสารประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ PRIMARY CARE AWARD : PCA รพสต. วังน้ำเย็น, ๒๕๕๖.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. เอกสารประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ PRIMARY CARE AWARD : PCA รพสต. วัดดาว, ๒๕๕๖.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโบสถ์ อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. เอกสารประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ PRIMARY CARE AWARD : PCA รพสต. วัดโบสถ์, ๒๕๕๖.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดอนขาด อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. เอกสารประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ PRIMARY CARE AWARD : PCA รพสต. บ้านดอนขาด, ๒๕๕๖.

วีระพงษ์ เฉลิมจิระวัฒน์. คุณภาพในงานบริการ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ประชาชน จำกัด, ๒๕๓๙.

ศุภนิธย์ โชครัตนชัย. การบริหารการบริการสู่ความเป็นเลิศ. หนังสือที่ระลึกประจำปี เล่มที่ ๑๐, กรุงเทพมหานคร : สถาบันข้าราชการพลเรือน, ๒๕๓๖.

สมยศ นาวิการ. การพัฒนาองค์การและการจูงใจ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ดวงกมล, ๒๕๒๙

บรรณานุกรม (ต่อ)

สีวลี ศิริไล. ศึกษาวิเคราะห์พุทธจริยาและเกณฑ์ตัดสินปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์สมัยปัจจุบัน .

รายงานการวิจัยภาควิชามนุษยศาสตร์. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๑.

สุพานี สฤกษ์วานิช รัช. . พฤติกรรมองค์การสมัยใหม่ : แนวคิด และทฤษฎี. กรุงเทพมหานคร :

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๙.

สมัชชาสุขภาพ ๕. ร่างมติ ๓. พระกฤษฎีกาส่งกับการพัฒนาสุขภาพ. ๒๕๕๕.

สมิต สัจฉกร. การต้อนรับและบริการที่เป็นเลิศ. กรุงเทพมหานคร : สายธาร, ๒๕๔๓.

หลุย จำปาเทศ. จิตวิทยาการจูงใจ. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสามัคคีสาส์น จำกัด, ๒๕๓๓.

๒. วิทยานิพนธ์

กมลมาศ อุเทนสุด พันโทหญิง. การพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อความพึงพอใจของ

ผู้รับบริการในโรงพยาบาลค่ายกษณสีวะรา จังหวัดสกลนคร .วิทยานิพนธ์

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์การพัฒน. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัย

ราชภัฏสกลนคร, ๒๕๔๘.

เกศินี วัจนะพุกกะ ร้อยโทหญิง. ความพึงพอใจในการทำงานของนายทหารประทวน : ศึกษาเฉพาะกรณี

กรมพลธิการทหารบก. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต รัฐศาสตร์.

บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ๒๕๔๗.

คมคาย พระเอก. ปัจจัยที่มีความสำคัญกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติ

งาน ในกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนสาธารณสุขเขต ๖ วิทยานิพนธ์ปริญญา

การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๔๔.

จิตติมา เสนาไชย. บทบาทวัดในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน : กรณีศึกษาวัดพระธาตุดอยสะเก็ด

จังหวัดเชียงใหม่. หลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพระพุทธศาสนา.

บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยพุทธ, ๒๕๕๓.

จุฬารัตน์ เขาประเสริฐ. การประยุกต์ใช้พุทธธรรมในการบำบัดโรคจิตเภท .วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร

มหابัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๘.

บรรณานุกรม (ต่อ)

เจนยุทธ ปาระกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ของคณาจารย์ในเรือนจำ

และทัณฑสถาน .วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสังคม

สงเคราะห์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๗.

ฉัตรชัย สิงโต. รูปแบบการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดระหว่างภาค

ประชาชนภาคท้องถิ่น และภาครัฐในพื้นที่ตำบลร่องเคาะ อำเภอด่านช้าง จังหวัด

ลำปาง. **หลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต.** บัณฑิตวิทยาลัย :

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๕.

ชวนชม ภัวตธนา. การพัฒนาเครือข่ายบริการชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม.

หลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต. การจัดการทางเภสัชกรรม. บัณฑิตวิทยาลัย :

มหาวิทยาลัยศิลปากร, ๒๕๕๓.

ชมพูนุท บุญรักษา. การปรับกระบวนการทัศน์ด้านการพึงพาระบบบริการสุขภาพในชุมชนบ้านหนองช้าง

อำเภอด่านช้าง จังหวัดเชียงใหม่. **วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต.** สาขาวิชาการ

ส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๕.

ชัยญวัลย์ เชิดชูกิจกุล. ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการ ณ ศูนย์บริการประชาชนแบบ

จุดเดียวเบ็ดเสร็จ สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร. **หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร**

มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารทั่วไป. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ. มหาวิทยาลัยบูรพา

, ๒๕๕๔.

ปานจิต บุณสมภพ. ความพึงพอใจของนิสิตต่อการให้บริการของสำนักทะเบียนและประมวลผล

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. **วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต.** พัฒนาสังคม.

บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ๒๕๔๘.

ไพฑูรย์ วงศ์อนุตรโรจน์, “กระบวนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายทางสังคม : กรณีศึกษานักเรียนบ้านหนองขาว

อำเภอด่านช้าง จังหวัดกาญจนบุรี”, **วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, วิทยาศาสตร์ (เทคโนโลยีการ**

วางแผนสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาชนบท), (มหาวิทยาลัยมหิดล : บัณฑิตวิทยาลัย, ๒๕๔๔).

ทิวา ธรรมอำนวยการ. พุทธศาสนาและการรักษาพยาบาล:วิเคราะห์บทบาทพระสงฆ์ในการรักษา
 พยาบาลชาวบ้านในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง **วิทยานิพนธ์**
อักษรศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๓๐.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ณิชาภัทร เลิศพรมาตรี. การพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชน
 และเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพ เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอมะเณง จังหวัด
 เชียงใหม่ . **ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต** . การส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย :
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๔.
- เรขา ศรีวิชัย. รูปแบบการบริหารงานสถานศึกษาเอกชนระดับปฐมวัยที่มีประสิทธิผล จังหวัดนนทบุรี.
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาบริหารการศึกษา. บัณฑิตศึกษา : มหาวิทยาลัยศรี
 ปทุม, ๒๕๕๔.
- ธัญทิพย์ วิภาพงศ์คานต์. ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางอริยสัจ ๔. **วิทยานิพนธ์**
พุทธศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ, ๒๕๕๓.
- นงเยาว์ ชาณรงค์. การศึกษาเปรียบเทียบการทำสมาธิของพุทธศาสนาและที่เอ็ม. : ศึกษาเปรียบเทียบ
 คำสอนวิธีปฏิบัติและผลที่ได้รับตามที่ปรากฏในคัมภีร์และที่ปฏิบัติในสำนักปฏิบัติสมาธิ
 วิปัสสนากรรมฐานที่มีชื่อเสียงต่างๆและที่ศูนย์ที่เอ็ม. **วิทยานิพนธ์อักษรศาสตร**
มหาบัณฑิต. สาขาศาสนาเปรียบเทียบ. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๕.
- วนิดา ก่องคำ. การสร้างเครือข่ายทางสังคมคนพิการของเทศบาลตำบลเจดีย์แม่ครัว. **หลักสูตรปริญญา**
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๔.
- พระธนวรรธน์ วรรณสิทธิ์. บทบาทพระสงฆ์ในการดำเนินงานเรื่องเอดส์ในชุมชน. **วิทยานิพนธ์**
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๙.
- พระมหาธานี นันทสาร. บทบาทของพระสงฆ์กับการรักษา กรณีศึกษาพระครูจันทคุณวัฒน์ วัดน้ำวน
 ตำบลบางเตือ อำเภอมะเณง จังหวัดปทุมธานี. **วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร**
มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๐.
- พระครูปลัดวันชาติ วิชาติ (ยอดดำเนิน). ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของวัดนครสวรรค์
 ตามหลักสังคหวัตถุ ๔. **หลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต**. สาขาวิชา

รัฐประศาสนศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔.
 พระครูอินทสารวิจิตร อินทสโร. ศึกษาการรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรและธรรมโอสภที่ปรากฏใน
 คัมภีร์พระพุทธศาสนา. **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย :
 มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

บรรณานุกรม (ต่อ)

ภัทริน โหลสกุล. ความพึงพอใจต่อสภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการโรงพยาบาล
 รามาธิบดี. **วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต**. สาขาการจัดการทั่วไป.
 บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร, ๒๕๕๘.
 ภาวินี บุตรแสน. การรับรู้ขอบเขตการปฏิบัติงานพยาบาลภายใต้การปฏิรูประบบบริหารสุขภาพของ
 พยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมสุขภาพจิต. **พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต**. สุขภาพจิตและ
 การพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๗.
 แม่ชีรัศมี บานเย็น. การศึกษาวิเคราะห์คุณค่าของการงดเว้นจากการบริโภคอาหารในเวลาวิกาล.
วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ
 ราชวิทยาลัย, ๒๕๕๐.
 ศศิวรรณ กำลังสินเสริม. พุทธกระบวนทัศน์ในการดำเนินชีวิตยุคบริโภคนิยม. **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร
 ดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๐.
 ศิริพร ดันตียมาศ. รูปแบบการบริหารเครือข่ายโรงเรียนแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิผล สังกัด
 กรุงเทพมหานคร. **หลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต**. (การบริหารการศึกษา)บัณฑิต
 วิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศิลปากร, ๒๕๕๐.
 สมชาย สุรชาติ. บทบาทของพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองของ
 ชาวนนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดอุบลราชธานี. **วิทยานิพนธ์อักษรศาสตร
 มหาบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๕.
 สุदारัตน์ คำวิชา. การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี.
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชานโยบายสาธารณะ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,
 ๒๕๕๒.
 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **โรงพยาบาลสายพันธุ์ใหม่ ความสุขใกล้บ้าน**.

กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ๒๕๕๒.
 อูรา สุวรรณรักษ์. การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาล
 สทิงพระจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย :
 มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๒.

บรรณานุกรม (ต่อ)

๓. รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ :

นาง ธัญญ์รัศมี นิมอนงค์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖
 นาง นฤมล โรคเฉลิมวงศ์. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสาละ. ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.
 นาง บังอร คุณไอนด. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖
 นาง บัวไข ไสวีสสะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖
 นาง ลักขณา โพธากุล. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมะขามล้ม. ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖
 นาง สมทรง ถักดีนารณ. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดดาว. ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.
 นาง สีดา พันธ์ดิษฐ์. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.
 นาง สุขสวัสดิ์ คล้ายมาลา. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดโบสถ์. ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๖.
 นางสาว ญัฏฐ์จิรา นิมอนงค์. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.
 นางสาว สุพรรณิ คำวิลาศ. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.
 นางสาว อุบลวรรณ เรือนทองดี. หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาล. ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๖.
 นาย พงษ์ธร แสนพันธุ์ตา. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖
 นาย มสรินทร์ สุวรรณ. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดอนขาด. ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.
 นายนรินทร์ ศรีรุ่งเรือง. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.
 พระครูสุวรรณบุญญาภรณ์. วัดคูบัว. ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๖.
 พระสมุห์สมจิตร์ โชติปัญญา. วัดโพธิ์ศรี. ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.
 พระแสง รกขิต. รักษาการเจ้าอาวาสวัดวังน้ำเย็น. ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๖.
 พระอธิการบุญส่ง นาคบุญ. เจ้าอาวาสวัดดอนขาด. ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๖.
 พระอธิการสัมฤทธิ์ สุนตจิตโต. วัดสุขเกษม. ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.

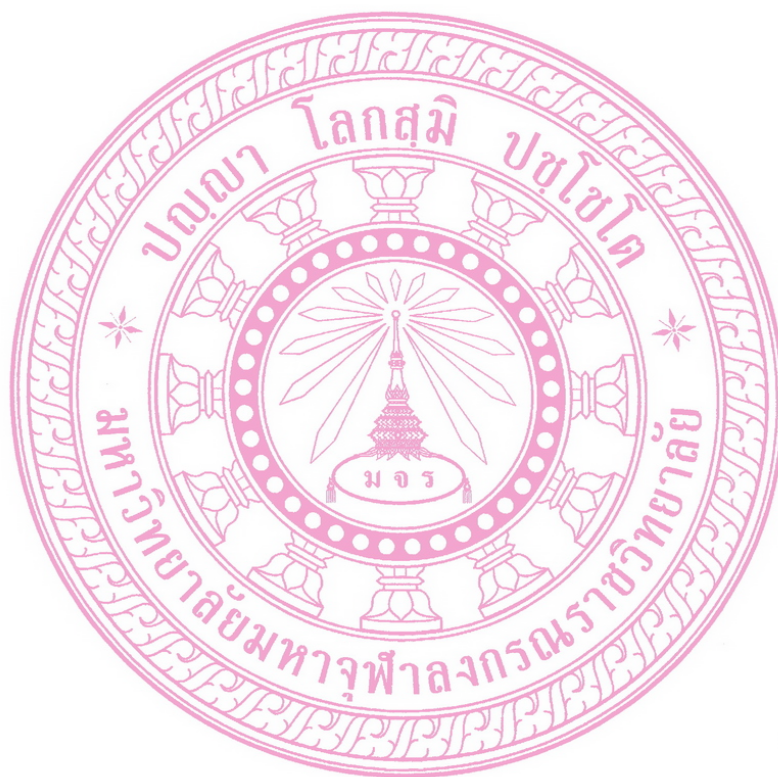
บรรณานุกรม (ต่อ)

๔. อังกฤษ :

- Chase , c. J.. **Measurement for educational evaluation**. Massachusetts : Addison Wesley Publishing Company. 1987. P20.
- Kast, Fremont. Eand Rosenzweig. Jame E. **Organization and Management Asystem Approach**. USA : Graduate School of Business. (University of Washington. 1993). P43.
- Suchman , E. A. **Evaluative research : principle and practice in public service andsocial action program**. (New York : Russel Sage Foundation. 1967). P67.
- William B. Werther, JP. And Keith David, **Human Resources and Personnel Management**. (New York : McGraw – Hill.inc. 1993). P11.

๕. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ :

- เกษม เวชสุทธานนท์. การพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล. จาก <http://www.thaiichr.org>, สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๓.
- ศุภกิจ ศิริลักษณ์. โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล. จาก <http://bie.moph.go.th/bie/photo/e-books/hospital-tumbol.ppt>. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๓.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๕๒. <http://www.ryt9.com/s/cabt/597890>. สืบค้นเมื่อ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๒.





ภาคผนวก ก.
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจแก้ไขเครื่องมือในการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจแก้ไขเครื่องมือในการวิจัย

๑. พระมหาสม กลฺยาโณ, ดร., ป.ธ.๕, พธ.บ., M.S.W., Ph.D.(S.W.)
 - อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์
 - มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
๒. พระครูสังฆรักษ์เกียรติศักดิ์ กิตติปัญโญ,ดร., น.ธ.เอก, ป.ธ.๑-๒,
พธ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ ๑), ศศ.ม, D.P.A. (Candidate)
 - อาจารย์ประจำภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์
 - มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
๓. อาจารย์ ดร.พิเชฐ ทังโต พ.ม.ช., พธ.บ., M.A., Ph.D.(Pub. Admin)
 - หัวหน้าภาควิชารัฐศาสตร์
 - อาจารย์ประจำภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์
 - มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
๔. ผศ.ดร.เต็มศักดิ์ ทองอินทร์ ปก.ศ., M.A., Ph.D.
 - อาจารย์ประจำภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์
 - มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
๕. อาจารย์ ดร.บุษกร วัฒนบุตร ศศ.บ., พบ.ม., D.P.A.
 - อาจารย์ประจำภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์
 - มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ โทร.,โทรสาร ๐ - ๒๔๓๔ - ๒๑๒๓ (ภายใน ๒๑๓๐)

ที่ ศธ ๖๑๐๕.๒/๒๘๒

วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์

นมัสการ อาจารย์ พระมหาสม กลยาโณ,ดร

ด้วย พระกนกพงศ์ ฉายา สมจิตโต รหัสประจำตัวนิสิต ๕๕๐๑๔๐๔๐๒๓ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าพระคุณท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขออาราธนาพระคุณท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ ดังที่ได้แนบมาพร้อมแล้วนี้ หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากพระคุณท่านด้วยดี จึงขอขอบคุณในความเอื้อเฟื้อทางวิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงนมัสการมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุธะพรหม)

ผู้อำนวยการหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

ตรงกลางแล้ว



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ โทร.,โทรสาร ๐ - ๒๔๓๔ - ๒๑๒๓ (ภายใน ๒๑๓๐)

ថ្ងៃ ព្រឹក ៦១០៥.២/២៨២

วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอบความอันตรายที่ตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์

นมัสการ อาจารย์ พระครูสังฆรักษ์เกียรติศักดิ์ กิตติปญฺโญ

ด้วย พระกนกพงศ์ ฉายา สมจิตโต รัชสประจาตัวนิสิต ๕๕๐๑๔๐๔๐๒๓ นิสิตปริญญาโท
หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร มหาวิทาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบาง
ปลาหมอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาคตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ หลักสูตรพุทธศาสนศรัทธาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์
พิจารณาแล้วเห็นว่าพระคุณท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขออาราธนา
พระคุณท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ ดังที่ได้แนบบมาพร้อมแล้วนี้
หลักสูตรพุทธศาสนศรัทธาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะจะได้รับความอนุเคราะห์จากพระคุณท่านด้วยดี จึงขอขอบคุณในความเอื้อเฟื้อทาง
วิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงนมัสการมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

Sam Thomas

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุธะพรหม)

ผู้อำนวยการหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

တရားရပ်ဝန်းများအတွက် ကန့်သတ်ချက်များ

Mr. S. J. Shaw

พระครูสังวรวิมล เกษรคิศักดิ์ ภูมิติพย์, ดร.



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ โทร.โทรสาร ๐ - ๒๔๓๔ - ๒๑๒๓ (ภายใน ๒๑๓๐)

ที่ ศธ ๖๑๐๕.๒/๒๘๒

วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน อาจารย์ ดร.พิเชฐ หังไธ

ด้วย พระกนกพงศ์ ฉายา สมจิตโต รหัสประจำตัวนิสิต ๕๕๐๑๔๐๔๐๒๓ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ ดังที่ได้แนบมาพร้อมแล้วนี้ หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี จึงขอขอบคุณในความเอื้อเฟื้อทางวิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุธะพรหม)

ผู้อำนวยการศูนย์พุทธศาสนมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

ตรวจแก้ไขเครื่องมือวิจัยแล้ว

(ดร.พิเชฐ หังไธ)

๑๕/๘.๑./๕๖



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ โทร.,โทรสาร ๐ - ๒๕๓๔ - ๒๑๒๓ (ภายใน ๒๑๓๐)

ที่ ศร ๖๑๐๕.๒/๒๘๒

วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผศ.ดร. เดิมศักดิ์ ทองอินทร์

ด้วย พระชนกพงศ์ ฉายา สมจิตโต รหัสประจำตัวนิสิต ๕๕๐๑๔๐๔๐๒๓ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ ดังที่ได้แนบมาพร้อมแล้วนี้ หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี จึงขอขอบคุณในความเอื้อเฟื้อทางวิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุษะพรหม)

ผู้อำนวยการสุตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

ขอขอบคุณ
นางสาว น. ๕๖



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ โทร.,โทรสาร ๐ - ๒๔๓๔ - ๒๑๒๓ (ภายใน ๒๑๓๐)

ที่ ศธ ๖๑๐๕.๒/๒๘๒

วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน อาจารย์ ดร.บุษกร วัฒนบุตร

ด้วย พระกนกพงศ์ ฉายา สมจิตโต รหัสประจำตัวนิสิต ๕๕๐๑๔๐๔๐๒๓ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ ดังที่ได้แนบมาพร้อมแล้วนี้ หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี จึงขอขอบคุณในความเอื้อเฟื้อทางวิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุธะพรหม)

ผู้อำนวยการหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

ได้ทำการศึกษาเรื่อง
และเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไข

๒๔ ต.ค. ๒๕๕๖



ภาคผนวก ข.
แบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึก



แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลา
ม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโทหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตรมหาวิทยาลัทยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ผู้ดำเนินการวิจัยมีความประสงค์ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ โดยมิได้มีเจตนาที่จะทดสอบความรู้ ความสามารถ ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์แต่อย่างใด ดังนั้นผู้ตอบจึงไม่จำเป็นต้องตอบตามหลักวิชาการ โปรดกรุณาตอบตามความคิดเห็นโดยให้ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นให้มากที่สุดแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณทุกท่าน ที่ได้โปรดตอบแบบสัมภาษณ์นี้ตามความเป็นจริงหรือตามความคิดเห็นของท่านที่ใกล้เคียงกับแบบสัมภาษณ์มากที่สุด คำตอบของท่าน ข้าพเจ้าจะเก็บไว้เป็นความลับและจะใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

พระกนกพงศ์ สมจิตโต (หอมสุวรรณ)

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์



แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้า
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

วันสัมภาษณ์ วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้สัมภาษณ์

ผู้ให้สัมภาษณ์

สถานที่

วิธีการเก็บข้อมูล บันทึกเสียงสัมภาษณ์

ประเด็นที่ใช้ในการสัมภาษณ์

ส่วนที่ ๑ สัมภาษณ์แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาล

๑. โรงพยาบาลมีการจัดโครงสร้างหรือแบบแผนในการดูแลสุขภาพหรือการให้บริการแก่พระสงฆ์อย่างไร

๒. โรงพยาบาล/อาสาสมัครสุขภาพมีกระบวนการในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์เพื่อให้สอดคล้องกับหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นนโยบายของรัฐอย่างไร

๓. ในกรณีที่พระสงฆ์มีอาการเจ็บป่วย ท่าน/โรงพยาบาลมีกระบวนการดูแลหรือการบริการอย่างไร

๔. ท่านหรือโรงพยาบาลมีมาตรการอย่างไร ในการติดตามฟื้นฟูสุขภาพหลังการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ (กรณีการรักษาตัวอยู่ที่วัด)

๕. ในความคิดของท่านการให้บริการทางด้านสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์ควรมีลักษณะอย่างไร

ส่วนที่ ๒ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๒.๒ ท่านมีข้อเสนอแนะกับการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ
โรงพยาบาลอำเภอบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาหม้ออย่างไร

๒.๓ ในอนาคตท่านต้องการให้การสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ
โรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางปลาม้าเป็นอย่างไร



รายนามผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกในงานวิจัย

๑. พระครูสุวรรณบุญญาภรณ์ วัดคูบัว
๒. พระสมุห์สมจิตร โชติปัญโญ วัดโพธิ์ศรี
๓. พระอธิการสัมฤทธิ์ สุนตจิตโต วัดสุขเกษม
๔. พระอธิการบุญส่ง นาถปัญโญ วัดดอนขาด
๕. พระแสวง รกขิตโต วัดวังน้ำเย็น
๖. นายแพทย์ อนุวัช รัชวรณวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้า
๗. นาง ลักขณา โพธากุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมะขามล้ม
๘. นาง รุ่งรุจี ศรีรุ่งเรือง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวังน้ำเย็น
๙. นาง สุขสวัสดิ์ คล้ายมาลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดโบสถ์
๑๐. นาย เมสรินทร์ สุวรรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดอนขาด
๑๑. นาง สมพร จิงเจริญศิลป์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบางปลาม้า
๑๒. นาง สมทรง ถักดีนารถ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดดาว
๑๓. นาง นฤมล โรคนิลมวงค์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสาละ
๑๔. นางสาว วันเพ็ญ รัตนทยากร หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลอำเภอบางปลาม้า
๑๕. นางสาว อุบลวรรณ เรือนทองดี หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาล
อำเภอบางปลาม้า
๑๖. นาย นรินทร์ ศรีรุ่งเรือง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
๑๗. นางสาว สุพรรณิ คำวิลาศ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
๑๘. นางสาว ญัฐจิรา นิมอนงค์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
๑๙. นาย พงษ์ธร แสนพันธุ์ตา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
๒๐. นาง สุรีย์ฉวี จันทรเพ็ญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
๒๑. นาง ธัญญ์รัศมี นิมอนงค์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
๒๒. นาง สีดา พันสติษฐ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
๒๓. นาง บัวไข โสวัสสะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
๒๔. นาง บังอร คุณไอนด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



ที่ ศธ ๖๑๐๕.๒/๖๑๒



ศูนย์บัณฑิตศึกษา

สาขาวิชาการจัดการเชิงพุทธ และสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

กรุงเทพมหานคร : อาคารเรียนศูนย์วัดศรีสุดาราม แขวงบางขุนนนท์

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

อยู่ธยา : ๗๔ หมู่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภอรังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๑๗๐

โทร. ๐๒-๘๘๒-๓๑๕๔ ต่อ ๒๑๓๐, ๒๑๓๗, ๒๑๓๘

๗ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลบางปลาม้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ชุด

ด้วย พระกนกพงศ์ ฉายา สมจิตโต รหัสประจำตัวนิสิต ๕๕๐๑๔๐๔๐๒๓ นิสิตปริญญาโท
หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ
โรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี”
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้จำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากท่าน จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน
เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทาง
วิชาการต่อไป

หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ
ราชวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบพระคุณในความ
เอื้อเฟื้อทางวิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุธะพรหม)

ผู้อำนวยการหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์

โทร/โทรสาร ๐-๒๔๓๔-๒๑๒๓ ภายใน ๒๑๓๐

- รว
๑๗
๒๒ พ.ค. ๕๖

ที่ ศธ ๖๑๐๕.๒/๖๑๒



ศูนย์บัณฑิตศึกษา

สาขาวิชาการจัดการเชิงพุทธ และสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

กรุงเทพมหานคร : อาคารเรียนศูนย์วัดศรีสุดาราม แขวงบางขุนนนท์

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

อยุธยา : ๗๙ หมู่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภอน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๑๗๐

โทร. ๐๒-๘๘๒-๓๑๕๔ ต่อ ๒๑๓๐, ๒๑๓๗, ๒๑๓๘

๗ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุมัติขอความเห็นชอบข้อมูลเพื่อการวิจัย
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ชุด

รพ.สต. ม. ขามลัม
วันที่ 7/5/56
วันที่ 28 ต.ค. 56
เวลา 9.00 น.

ด้วย พระกณพงศ์ ฉายา สมจิตโต รหัสประจำตัวนิสิต ๕๕๐๑๔๐๒๓๓ นิสิตปริญญาโท
 หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
 ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ
 โรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี”
 เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้จำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากท่าน จึงขออนุมัติขอความเห็นชอบจากท่าน
 เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทาง
 วิชาการต่อไป

หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ
 ราชวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบพระคุณในความ
 เอื้อเฟื้อทางวิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุธะพรหม)

ผู้อำนวยการหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์



ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์

โทร/โทรสาร ๐-๒๕๓๔-๒๑๒๓ ภายใน ๒๑๓๐

เรื่อง ผอ. รพ. สต. ขามลัม

เรียน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ขอความอนุเคราะห์นี้จัดเก็บข้อมูล เพื่อทำการวิจัย

เห็นด้วยแล้ว ผู้ใดยังไม่ทราบ

สุรพล สุธะพรหม

(ผ.ศ. สุรพล สุธะพรหม)

ทราบแล้ว ดำเนินการ

(นาง ลักขณา ไพโรจน์)

ผอ. รพ. สต. ขามลัม

ที่ ศธ ๖๑๐๕.๒/๖๑๒



ศูนย์บัณฑิตศึกษา

สาขาวิชาการจัดการเชิงพุทธ และสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์
ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
กรุงเทพมหานคร : อาคารเรียนศูนย์วัดศรีสุธาราม แขวงบางขุนนนท์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

อยุธยา : ๗๙ หมู่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๓๑๑๐๐
โทร. ๐๒-๘๘๒-๓๑๕๔ ต่อ ๒๑๓๐, ๒๑๓๗, ๒๑๓๘

๗ ตุลาคม ๒๕๕๖

เลขที่รับ	๒๖/๕๖
วันที่	๒๘ ๗๙ ๕๖
รับ	

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวังน้ำเย็น

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ชุด

ด้วย พระกนกพงศ์ ฉายา สมจิตโต รหัสประจำตัวนิสิต ๕๕๐๑๔๐๔๐๒๓ นิสิตปริญญาโท
หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ
โรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี”
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้จำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากท่าน จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน
เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทาง
วิชาการต่อไป

หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ
ราชวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบพระคุณในความ
เอื้อเฟื้อทางวิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุธะพรหม)

ผู้อำนวยการหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์



ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์

โทร/โทรสาร ๐๒๔๓๔-๒๑๒๓ ภายใน ๒๑๓๐

รับ ผอ.รพ.สช. อ.กมล/ผ

- นางอภิญญา พงษ์พานิชย์ รองอธิบดีฯ

- ผอ.อภิญญา พงษ์พานิชย์

- ผอ.อภิญญา พงษ์พานิชย์

พ.อ. สุรพงษ์

๐ ๗๙ ๕๖ (๕๖๐๗๗๗)

กรมฯ อ.กมล/ผ

(๕๖๐๗๗๗ ๕๖๐๗๗๗)
ผู้ช่วยอธิบดีฯ อ.กมล/ผ
๒๘ ๗๙ ๕๖

ที่ ศธ ๖๑๐๕.๒/๖๑๒



ศูนย์บัณฑิตศึกษา

สาขาวิชาการจัดการเชิงพุทธ และสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์
ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
กรุงเทพมหานคร : อาคารเรียนศูนย์วัดศรีสุธรรม แขวงบางขุนนนท์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐
อยู่ยาว : ๗๙ หมู่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภอลำไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๑
โทร. ๐๒-๘๘๒-๓๑๕๕ ต่อ ๒๑๓๐, ๒๑๓๗, ๒๑๓๘

๗ ตุลาคม ๒๕๕๖



เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดโบสถ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ชุด

ด้วย พระกนกพงศ์ ฉายา สมจิตโต รหัสประจำตัวนิสิต ๕๕๐๑๔๐๔๐๒๓ นิสิตปริญญาโท
หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ
โรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี”
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้จำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากท่าน จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน
เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทาง
วิชาการต่อไป

หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ
ราชวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบพระคุณในความ
เอื้อเฟื้อทางวิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุธรรม)

ผู้อำนวยการหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์



ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์

โทร/โทรสาร ๐-๒๔๓๔-๒๑๒๓ ภายใน ๒๑๓๐

เรียน ผอ.รพ. สภ.วัดโบสถ์

- ขอเชิญลัข มนธาตุทอง กรมราชทัณฑ์
ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
วันที่ ๑๐/๑๐/๕๖ ที่วัดโบสถ์

๑๕ ๑๐

ณ สภ.วัดโบสถ์ (พท.ระดม)

๕๖.๕๖.๕๖.๕๖
๕๖.๕๖.๕๖.๕๖
๕๖.๕๖.๕๖.๕๖

ศูนย์บัณฑิตศึกษา

สาขาวิชาการจัดการเชิงพุทธ และสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์
ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
กรุงเทพมหานคร : อาคารเรียนศูนย์วัดศรีสุทธาราม แขวงบางขุนนนท์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐
อยุธยา : ๗๙ หมู่ ๓ ตำบลลำไทร อำเภอน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๓๑๐
โทร. ๐๒-๘๘๖๒๒-๑๑๕๕ ต่อ ๒๓๑๑, ๒๓๑๒, ๒๓๑๔

ที่ ศธ ๖๑๐๕.๒/๖๑๒



๗ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความონเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดอนขาด

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน ๑

สถานีนานม้าบ้านดอนขาด
เลขที่รับ 50 16
บัดนี้ 28 ต.ค 56
19.901
๑ ขาด

ด้วย พระกนกพงศ์ ฉายา สมจิตโต รัทสประจำตวันนิสิต ๕๕๐๑๔๐๔๐๓๓ นิสิตปริญญาโท
หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ
โรงพยาบาลบางปลาหม้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี”
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้จำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากท่าน จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้บันทึกดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

หลักสูตรรพทสาธตรมหบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร มหาวิทยาลัฒมหาจุฬาลงกรณ
ราชวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบพระคุณในความ
เอื้อเฟื้อทางวิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

Jim Jones

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุธะพรหม)

ผู้อำนวยการหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์
โทร/โทรสาร ๐-๒๔๓๔-๒๑๒๓ ภายใน ๒๑๓๐

[illegible]

(the bottom part)
element 2nd row
20 07.87



ศูนย์บัณฑิตศึกษา

สาขาวิชาการจัดการเชิงพุทธ และสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

กรุงเทพมหานคร : อาคารเรียนศูนย์วัดศรีสุดาราม แขวงบางขุนนนท์

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

อยุธยา : ๗๙ หมู่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภอรังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๑๗๐

โทร. ๐๒-๘๘๒-๓๑๕๔ ต่อ ๒๑๓๐, ๒๑๓๗, ๒๑๓๘

๗ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุมัติขอทราบข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบางปาม้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ชุด

ด้วย พระกณพงศ์ ฉายา สมจิตโต รหัสประจำตัวนิสิต ๕๕๐๑๔๐๔๐๒๓ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้จำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากท่าน จึงขออนุมัติขอทราบข้อมูลจากท่าน เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะประโยชน์ทางการต่อไป

หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบพระคุณในความเอื้อเฟื้อทางวิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ผอ.รพ. บ.ป.๒๕๕๖
- ด่วน มหัทธนี ๑๕๓๑๖
รศ.ดร. เสกสรรค์ ๑๕๓๑๖
เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา
คุณท. ๑๕๓๑๖

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุษะพรหม)

ผู้อำนวยการหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์

โทร/โทรสาร ๐-๒๔๓๔-๒๑๒๓ ภายใน ๒๑๓๐

ศาสตราจารย์

๑๕ ๓๐ ๕๖

ศาสตราจารย์

ที่ ศร ๖๑๐๕.๒/๖๑๒



๗ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดดาว

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ชุด

ด้วย พระกณกพงศ์ ฉายา สมจิตฺโต รหัสประจำตัวนิสิต ๕๙๐๔๐๔๐๒๓ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตรมหาวิทยาลัทยาลงกรณราชวิทยาลัย ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของโรงพยาบาลบางปะลัมเและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปะลัมเ จังหวัดสุพรรณบุรี” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้อาจจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากท่าน จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

หลักสูตรรพชสาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิธีบูรณาการศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบพระคุณในความเอื้อเฟื้อทางวิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

Two Sines

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุธะพรหม)

ผู้อำนวยการหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์

โทร/โทรสาร ๐-๒๕๓๔-๒๑๒๓ ภายใน ๒๑๓๐

13/11/2020

- 17/02/2022

- ๑) หักส่วนที่จ่ายภาษีเงินได้

တောသစ်၊ လက်၊ ဂရုတ်၊ ဂရုတ်၊ ဂရုတ်

[illegible]

18th 2nd 9th

1000.05

- 9757V

• श्रीराम नमः

11 ଡ. ୦ ୫୬

สาขาวิชาการจัดการเชิงพุทธ และสาขาวิชาวิรูฒศาสนาสตตร์
ภาควิชาวิรูฒศาสนสตร์ คณะสังคมศาสนสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
กรุงเทพมหานคร: อาคารเรียนศูนย์วิรูฒศาสนาราม แขวงบางขุนนนท์
เตบปางน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๑๓๐๐
อยุธยา: ๗๙ หมู่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภวิรูฒพระนครศรีอยุธยา ๑๓๑๔๐
โทร. ๐๔-๔๔๒๒๒๒๓ ต่อ ๒๒๐๐, ๒๒๑๑, ๒๒๑๒, ๒๒๑๓

๑๓๓๗ ๒๑๑๕๕

สถานที่มอบค้ำประกันน้ำขึ้น

เลขที่รับ ๒๒/๑๖

วันที่ ๒๖ ๓๗ ๖๖

รับ 

few times

[illegible]

5. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

28. 09. 56.

ที่ ศธ ๖๑๐๕.๒/๖๑๒



ศูนย์บัณฑิตศึกษา

สาขาวิชาการจัดการเชิงพุทธ และสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

กรุงเทพมหานคร : อาคารเรียนศูนย์วัดศรีสุดาราม แขวงบางขุนนนท์

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

อยู่ประจำ : ๗๙ หมู่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ๓๓๑๗๐

โทร. ๐๒-๘๘๒-๓๑๕๔ ต่อ ๒๑๓๐, ๒๑๓๓, ๒๑๓๘

๗ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นางสาว สุพรรณิ คำวิลาศ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ชุด

ด้วย พระกนกพงศ์ ฉายา สมจิตโต รหัสประจำตัวนิสิต ๕๕๐๑๔๐๔๐๒๓ นิสิตปริญญาโท
หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ
โรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี”
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้จำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากท่าน จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน
เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทาง
วิชาการต่อไป

หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ
ราชวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบพระคุณในความ
เอื้อเฟื้อทางวิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุษะพรหม)

ผู้อำนวยการหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์



ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์

โทร/โทรสาร ๐-๒๕๓๔-๒๑๒๓ ภายใน ๒๑๓๐

เรื่อง ผอ.รพ. สด. ขาวลุ่ม

- ดิฉันขอขานัญญาหน้าผากแก่ราชวิทยาลัย
ขอความอนุเคราะห์ จัดเก็บข้อมูล เพื่อทำการวิจัย

- ให้นิฉันแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ

สุพรรณิ คำวิลาศ

(น.ส. สุพรรณิ คำวิลาศ)

ทนายเลขาฯ เนืองการ

(นางลัดดา โพธิ์กุล)

ผอ. รพ. สด. ขาวลุ่ม

ที่ ศธ ๖๑๐๕.๒/๖๑๒



ศูนย์บัณฑิตศึกษา

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ และสภามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์
 ภาควิชาวิทยาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
 กรุงเทพมหานคร : อาคารเรียนศูนย์วัดศรีสุทธาราม แขวงบางขุนนนท์
 เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐
 อพุดยา : ๗๔ หมู่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภอน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๑๗๐
 โทร. ๐๒-๘๘๒-๓๓๕๔ ต่อ ๒๑๓๐, ๒๑๓๗, ๒๑๓๘

๗ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุมัติขอความเห็นชอบเพื่อการจัดทำ
 เรียน นางสาว ณัฏฐ์จิรา นิ่มอนงค์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ชุด

ด้วย พระกนกพงศ์ ฉายา สมจิตโต รหัสประจำตัวนิสิต ๕๕๐๑๔๐๔๐๒๓ นิสิตปริญญาโท
 หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
 ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “แนวทางการสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพแก่พระสงฆ์ของ
 โรงพยาบาลบางปลาม้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี”
 เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้จำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากท่าน จึงขออนุมัติขอความเห็นชอบจากท่าน
 เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะจะเป็นประโยชน์ทาง
 วิชาการต่อไป

หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ
 ราชวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบพระคุณในความ
 เอื้อเฟื้อทางวิชาการมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุธะพรหม)

ผู้อำนวยการหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์



ท.ป. แฉฉา เนกเทพ

ผอ.รพ. สภ. ช.ภ.ว.ล.ส.

ภาควิชาวิทยาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์
 โทร/โทรสาร ๐-๒๔๓๔-๒๑๒๓ ภายใน ๒๑๓๐

เรื่อง ผอ.รพ. สภ. ช.ภ.ว.ล.ส.
 - ด้วยสาขาวิชาสังคมศึกษาฯ ภาควิชาสังคมศึกษาฯ
 ขออนุมัติขอความเห็นชอบเพื่อการจัดทำ
 - นิสิต/นักวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ณัฏฐ์จิรา นิ่มอนงค์
 (น.ส. ณัฏฐ์จิรา นิ่มอนงค์)



แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

เลขที่ / วันที่ เดือน พ.ศ.

จาก

ถึง

พร้อมหนังสือนี้ ขอส่งผู้ป่วยชื่อ เพศ

อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

สถานที่ใกล้เคียง คือ มาเพื่อโปรด :-

☐ รับไว้รักษาต่อ ☐ ตรวจชั้นสูตร ☐ คุมไว้สังเกต ☐ ขอทราบผล

๑. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว

.....

๒. ประวัติการป่วยปัจจุบัน

.....

๓. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องทดลองที่สำคัญ

.....

๔. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น

๕. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว

.....

.....

๖. สาเหตุที่ส่ง

๗. รายละเอียดอื่นๆ

.....

(ถ้าเป็นโรคติดต่อ ☐ แฉกความแล้ว ☐ ยังไม่ได้แจ้ง)

(ลงชื่อ)

แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับ

เลขที่ / วันที่ เดือน พ.ศ.

จาก

ถึง

ตามที่ท่านได้ส่ง เพศ อายุ ปี
มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ ดังนี้ :-

๑. ผลการชันสูตรที่สำคัญ

.....
.....
.....
.....
.....

๒. การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย

.....
.....
.....
.....
.....

๓. การรักษาที่ให้

.....
.....
.....
.....
.....

๔. ขอให้ดำเนินการต่อ ดังนี้

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)



ภาคผนวก





โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามล้ม หนึ่งในเครือข่ายบริการสุขภาพ



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น หนึ่งในเครือข่ายบริการสุขภาพ



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนขาด หนึ่งในเครือข่ายบริการสุขภาพ



การสร้างบรรยากาศที่ร่มรื่น เพื่อผ่อนคลายก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาล



ภาคผนวก ข.

รูปอาสนัมัยครุสารารณสุขสุภาพ ภาคีเครือสุภาพ



สัมภาษณ์ คุณสีดา พันธ์ดิษฐ์, อาสาสมัครสาธารณสุข, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.



สัมภาษณ์ คุณบัวไข โสวัสสะ, อาสาสมัครสาธารณสุข, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖.



บรรยากาศการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อทำวิจัย



บรรยากาศการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อทำวิจัย



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ ฉายา นาสกุล	: พระกนกพงศ์ สมจิตโต (หอมสุวรรณ)
วัน/เดือน/ปีเกิด	: วัน ศุกร์ ที่ ๙ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๑๙
สถานที่เกิด	: ๗๕๕/๑๐ แขวงบ้านช่างหล่อ เขตบางกอกน้อย จังหวัดกรุงเทพมหานคร
การศึกษา	: ปี พ.ศ.๒๕๓๓ จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นจากโรงเรียนชินโรรสาวิทยาลัย : ปี พ.ศ.๒๕๔๕ จบการศึกษามัธยมศึกษาปลายจากการศึกษานอกโรงเรียน : ปี พ.ศ.๒๕๕๔ จบการศึกษารัฐศาสตรบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ ภาควิชา รัฐศาสตร์ วิชาการเมืองการปกครองเปรียบเทียบและความสัมพันธ์ระหว่าง ประเทศ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อุปสมบท	: เมื่อวันที่ ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๑ ณ วัดสุขเกษม ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ๗๒๑๕๐
เข้าศึกษา	: เมื่อ ๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๕
สำเร็จการศึกษา	: เมื่อ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๗
ที่อยู่ปัจจุบัน	: วัดสุขเกษม หมู่ ๒ ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ๗๒๑๕๐