

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี



นางสาวณัฐพร เพชรสวัสดิ์
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทน์ ศรีโชติรัตน์,
Dr.P.H.(Preventive Care)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ตรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ศ.ค.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉัตรสุมน ทฤทธิบุญไทย,
ปช.ค.(ประชากรศาสตร์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีกรกรีนจิตร,
วท.ม.(ชีวสถิติ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ตรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ศ.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2552


นางสาวฉัฐพร เพชรสวัสดิ์
ผู้วิจัย

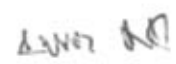

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสวงศา ผลประเสริฐ,
ปร.ด.(ประชากรศาสตร์)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉัตรสุมน พงศ์นิญโญ,
ปช.ด.(ประชากรศาสตร์)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทน์ สิริโชติรัตน์,
Dr.P.H.(Preventive Care)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีกรรณิจิตร,
วท.ม.(ชีวสถิติ)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ศรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ศ.ค.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,
พ.บ., อ.ว.(ระบาควิทยา)
คณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความช่วยเหลือของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ สิริโชติรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยธิดา ศรีเดช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิระ ครีกครั้นจิตร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์ภิณูญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของการวิจัยมาโดยตลอด และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ผลประเสริฐ ซึ่งเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล นายอำเภอบ้านลาด นายอำเภอท่ายาง เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุในอำเภอท่ายางทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มย่อยในครั้งนี้ รวมทั้งเพื่อน ๆ และบุคคลอื่น ๆ ที่มีได้เอื้อนามในที่นี้ที่ให้คำปรึกษาแนะนำและช่วยเหลือเป็นอย่างดี

ท้ายนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

ณัฐพร เพชรสวัสดิ์

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอ
ท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

COMMUNITY PARTICIPATION IN MANAGEMENT OF ELDERLY HEALTH SERVICES: A CASE
STUDY OF PRIMARY CARE UNIT IN THAYANG DISTRICT PETCHBURI PROVINCE

ณัฐพร เพชรสวัสดิ์ 4837696 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ Dr.P.H.(Preventive Care), ปิยธิดา ตรีเดช ศ.ด.,
พีระ ศรีกรรณจิตร วท.ม.(ชีวสถิติ), ฉัตรสุมน พงศ์ภิณูโย, ปช.ค.(ประชากรศาสตร์)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชน พื้นที่ในการศึกษา คือในพื้นที่บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่ายาง 20 แห่ง ครอบคลุม 12 ตำบล ของอำเภอท่ายาง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สูงอายุอำเภอท่ายาง 16 กลุ่ม และเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศบาล ประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 46 คน โดยใช้แนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์แบบอุปนัยและจำแนกชนิดข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีระดับปานกลาง ด้านการวางแผนงบประมาณไม่เพียงพอ ด้านวัตถุประสงค์ระดับปานกลาง การจัดการที่มีทิศทางน้อย การบริหารบุคคล อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังขาดกำลังคน การอำนวยความสะดวกการประสานงานและการควบคุมกำกับงานผู้สูงอายุมีระดับต่ำและอาสาสมัครมีส่วนร่วมการจัดการน้อย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมให้ประชาชน ผู้สูงอายุ และองค์กรอื่น ๆ ในชุมชนเห็นถึงความสำคัญของงานสาธารณสุข (บริการสุขภาพผู้สูงอายุ) เพื่อให้เกิดความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ อบต.ให้เข้ามามีบทบาทงานสาธารณสุข (บริการสุขภาพผู้สูงอายุ) และพัฒนาศักยภาพของ อบต. ในการวางแผนพัฒนางานสาธารณสุข ผู้บริหารควรสนับสนุนด้านกำลังคน งบประมาณให้มีความเพียงพอและเหมาะสมต่อการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม/บริหารจัดการ/งานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ/ศูนย์สุขภาพชุมชน

COMMUNITY PARTICIPATION IN MANAGEMENT OF ELDERLY HEALTH SERVICES: A CASE STUDY OF PRIMARY CARE UNIT IN THAYANG DISTRICT PETCHBURI PROVINCE

NATTAPORN PETCHSAWAT 4837696 PPHP/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NITHAT SIRICHOTIRATANA Dr.P.H. (Preventive Care), PIYATHIDA TRIDECH Dr.P.H., PEERA KRUGKRUNJIT M.Sc.(Biostatistics), CHARDSUMON PRUTIPINYO Ph.D.(Demography)

ABSTRACT

The objective of this qualitative research was to examine the community participation and the management of elderly health services in primary care units in a studied area or in 20 primary care units at Thayang District, which covered 12 sub-districts of Thayang District. The qualitative data collection has been done by means of group discussion for 16 groups between health volunteers and elderly people at Thayang District and by in-depth interviews of 46 persons, including heads of primary care units, chief executives of Sub-district Administrative Organization (SAO), the Mayor, and presidents of old-age associations. The interviews were based on the structured questions constructed by the Researcher. The data analysis was done by mean of induction and typological analysis.

The results showed that, for the Community Participation and Management of Elderly Health Services in Primary Care Units at Thayang District of Phetchaburi Province, participation in the management of elderly health services was at a moderate level, participation in budget planning was insufficient, participation in tools and equipment was moderate. There was slight participation in the arrangement of a health team, low participation in the administration in term of coordination and supervision, and low participation among health volunteers, there was a shortage of SAO personnel management and health officers.

It was suggested that there should be more publicity to educate the elderly, other community organizations, and people in general to recognize the significance of public health affairs (elderly health services), to enhance their enthusiasm to take part in community health activities, to promote and support the participation of the SAO in health affairs (elderly health services), and to develop the competence of the SAO in planning and improving health services. The health executives should give support as part of adequate and appropriate manpower and budget to fit to such undertakings.

KEY WORDS: COMMUNITY PARTICIPATION / MANAGEMENT /
ELDERLY HEALTH SERVICES / PRIMARY CARE UNIT

137 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
1. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	9
2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารจัดการ.....	15
3. แนวคิดเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชน.....	19
4. การดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี.....	38
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย.....	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	49
วิธีการเก็บข้อมูล.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
ข้อพิจารณาเชิงจริยธรรม.....	51

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลบททวนประวัติความเป็นมา.....	54
ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรี ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ.....	59
ส่วนที่ 3 ผลการศึกษากระบวนการบริหารจัดการของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรี ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ.....	63
ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ.....	68
บทที่ 5 อภิปราย.....	72
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	79
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย.....	86
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ.....	100
บรรณานุกรม.....	116
ภาคผนวก	124
ประวัติผู้วิจัย.....	137

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	การลงทะเบียน/การคัดกรอง.....	30
2	การส่งต่อ/เยี่ยมบ้าน.....	31
3	พื้นที่ความรับผิดชอบ.....	56



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
2	การบริหารแบบมีส่วนร่วม.....	14
3	ระบบการบริหารงาน.....	18
4	วิวัฒนาการสถานีอนามัยสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน.....	20
5	การสำรวจครอบครัวและชุมชน.....	30

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกลุ่มอายุของประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนไป โดยประชากรวัยเด็กลดลงในขณะที่ประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โครงสร้างประชากรที่มีการลดลงของอัตราการเกิดและอัตราการตาย ทำให้แนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” ตามเกณฑ์ของสหประชาชาติ (2542) ได้กำหนดว่า ภาวะประชากรสูงอายุเมื่อประชากรนั้นมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7.0 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้ในปี พ.ศ.2543 สัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยต่อประชากร ทั้งหมด เท่ากับร้อยละ 9.4 และได้รับการคาดการณ์ว่าสัดส่วนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.8 และ 16.8 ในปี พ.ศ.2553 และ พ.ศ.2563 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

ผู้สูงอายุไทยมีการเพิ่มจำนวนถึง 10.3 ล้านคน และมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้นเพศชาย 68.4 ปี และเพศหญิง 75.7 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) ซึ่งการที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจ และการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ในการปรับกระบวนการทัศน์และโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ ของสังคมที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จำเป็นจะต้องใช้ข้อเท็จจริงร่วมกับความ สุขุม รอบคอบและความละเอียดอ่อน เพื่อให้เกิดความเหมาะสมมากที่สุด ทั้งต่อสังคมโดยรวมและต่อประชากรสูงอายุเองอย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนและพัฒนาจำเป็นจะต้องอาศัยเวลาและความพร้อมทางสังคมอย่างมาก (กฤษณา ชวนคำบุญ, 2548: 1)

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 26.0 ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 จะเห็นได้ว่าปัญหาทางสุขภาพดังกล่าวมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม วิธีการดำเนินชีวิตตั้งแต่วัยเด็กถึงสูงอายุ และกรรมพันธุ์ ดังนั้นประชากรผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ

หลาย ๆ ด้าน อาทิการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดความเครียด การพักผ่อนที่เพียงพอ การมีโภชนาการที่เหมาะสม เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพลักษณะดังกล่าว จึงช่วยลดภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น ทั้งยังช่วยชะลอความเสื่อมของสุขภาพผู้สูงอายุ และยังคงไว้หรือเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายให้ดีขึ้น และเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านปลายได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ปัจจุบันมีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เปลี่ยนให้สถานบริการในทุกระดับ ดำเนินการบริหารงบประมาณที่รับจากการจัดสรรตามจำนวนประชากรในท้องถิ่นของแต่ละแห่ง เท่านั้น มาจัดบริการสาธารณสุขครอบคลุมทั้งด้าน ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย บวกกับแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นของตนเองมีสุขภาพดี เพื่อลดค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สามารถป้องกันได้ จากการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและแนวคิดดังกล่าว พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีการใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุขมากที่สุด (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2544)

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ และมาตรา 80 วรรค 2 รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ นอกจากนี้องค์การสหประชาชาติยังได้กำหนดให้ปี พ.ศ.2542 เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมและเร่งให้มีการออกกฎหมายผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น โดยรัฐบาลได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาและมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2546 และปฏิญาณผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2542 ในข้อที่ 5 กล่าวว่า ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงหลักประกันและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามศรัทธา

กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักสำคัญในการดูแลระบบสุขภาพของประชาชนคนไทยมาโดยตลอด ดำเนินการให้สถานอนามัยพัฒนาขีดความสามารถเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน มีบุคลากรเพิ่มขึ้นและสามารถให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานในระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงต่อเนื่องได้แก่การบริหาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ และได้มีการจัดระบบเครือข่ายบริการด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิเป็นการจัดระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นระบบบริการ “ใกล้บ้านใกล้ใจประชาชน” โดยมีศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) เป็นสถานที่ให้บริการเชิงรุก เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพซึ่งอยู่ในการกำกับดูแลของสถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญา เพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit For Primary Care: CUP)

นอกจากนี้ยังมีหน่วยคู่สัญญาบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit For Secondary Care: CUS) และหน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Contracting Unit For Tertiary Care: CUT) (สำเร็จ แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2544: 37) ตามลำดับ ปัจจุบันมีนโยบายในการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะ “ผู้สูงอายุ” การเสริมสร้างพฤติกรรมและการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ในศูนย์สุขภาพชุมชนระดับตำบล โรงพยาบาลของรัฐโดยร่วมมือกันกำหนดบทบาทความรับผิดชอบ และการประสานงานกันอย่างมีระบบ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ความร่วมมือ การประสานงาน และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันรัฐบาลได้สนับสนุนให้ชุมชน ได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรม งบประมาณต่าง ๆ (กฤษณา ชวนสำราญ, 2548: 1)

ตามนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพของไทย เปลี่ยนจากการซ่อมสุขภาพ มาเป็นการสร้างสุขภาพ กล่าวคือ เน้นที่การป้องกันมากกว่าการรักษา เป็นระบบที่คนไทยทุกคนมีสิทธิในการมีสุขภาพดีการทำให้สุขภาพดีจะทำให้ระบบเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า การรักษาและฟื้นฟูเมื่อสุขภาพเสียแล้ว ระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างสุขภาพ จึงต้องเปลี่ยนจากระบบตั้งรับเป็นระบบเชิงรุกออกไป สร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน ไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็น เน้นการปรับกระบวนการทำงานเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน โดยให้ประชาชน และชุมชนในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยให้ประชาชนเป็นผู้ริเริ่ม ดำเนินการพัฒนาการสาธารณสุขโดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนในทุกรูปแบบ เพื่อต้องการให้ประชาชนผู้มาใช้บริการเกิดความพึงพอใจ ได้รับบริการในรูปแบบที่ตนเองต้องการ (ประเวศ วะสี, 2546: 13)

การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ทุกคนเห็นว่า เป็นพื้นฐานสำคัญในการแก้ไขปัญหาในทุกๆด้าน ในงานสาธารณสุขถือว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขเช่นเดียวกัน ในปัจจุบันจึงส่งเสริมการกระจายอำนาจให้ประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ กำหนดทิศทางและบริหารจัดการสุขภาพด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการที่รัฐส่งเสริม สนับสนุน และสร้างโอกาส ให้ประชาชนในชุมชน ทั้งในรูปแบบส่วนบุคคล กลุ่มคน ชุมชน สมาคม มูลนิธิ และองค์กรอาสาสมัคร รูปแบบต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องรวมกัน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้ การเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจ เป็นการสร้างความเข้าใจร่วมกัน ในการดำเนินโครงการต่างๆในชุมชน สร้างการยอมรับและความรับผิดชอบในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชน

รวมทั้งก่อให้เกิดความรู้สึกของการเป็นเจ้าของโครงการ และเกิดความภาคภูมิใจ ในผลงานจากกิจกรรมที่ตนได้มีส่วนร่วม สิ่งเหล่านี้จะเป็นพลังผลักดันให้กิจกรรมต่างที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านดำเนินไปอย่างราบรื่น ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จ (โคเฮน และอัฟฮอฟ, 1981; อรพินท์ สฟโชคชัย, 2537)

ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในชุมชนประสบผลสำเร็จ คือ การมีความรู้ในสิทธิที่ควรจะได้รับ ความพร้อมด้านร่างกาย และฐานะ การสนับสนุนทางสังคม มีความประสงค์เข้าร่วม ประชาชนก็จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี นอกจากนี้ (บพิตร พันธุ์ปัทมา, 2546) ได้ศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการในการวางแผน และบริหารจัดการในโครงการด้านสุขภาพ เป็นการตอบสนองร่วมกันของทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ ด้านผู้ให้บริการได้รับรู้เกี่ยวกับรูปแบบบริการที่ผู้ให้บริการต้องการ ด้านผู้ให้บริการได้รับบริการตามที่ตนเองต้องการ เมื่อจัดบริการขึ้นทำให้มีผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น และผู้ให้บริการพึงพอใจในบริการสูงขึ้น

จังหวัดเพชรบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 9.18 ของประชากรทั้งหมด (ข้อมูล 31 ธันวาคม 2550 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 41,897 คน จากประชากรทั้งหมด 456,061 คน กรมปกครอง กระทรวงมหาดไทย) และจากสถิติของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด ในช่วงเดือนตุลาคม 2549 ถึงเดือนเมษายน 2551 พบว่ามีผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 29.8 ของผู้ป่วยทั้งหมด และในแผนกผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิงด้วยโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 59.64 และร้อยละ 50.6 ตามลำดับ สำหรับสถิติจากโรงพยาบาลท่าสาย อำเภوتا่ยาง จังหวัดเพชรบุรี มีผู้สูงอายุเข้ามารับบริการคิดเป็นร้อยละ 35.32 ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนหนึ่งอาศัยอยู่ในอำเภوتا่ยาง จังหวัดเพชรบุรี จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเป็นภาระพึ่งพาแก่ญาติผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ชุมชนในอำเภوتا่ยาง จังหวัดเพชรบุรี เป็นชุมชนที่ค่อนข้างจัดว่ามีลักษณะเป็นชุมชนเมือง และชุมชนชนบทรอบคร้วมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยว ผู้สูงอายุทั่วไปมีทั้งภาวะสุขภาพปกติและสุขภาพอ่อนแอมีโรคโรคที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคเรื้อรัง และความพิการ ซึ่งสถิติปี 2550 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 55.39 เป็นอันดับ 1 ของอำเภوتا่ยาง(ฝ่ายแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2550) ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องมีผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย โดยผู้ดูแลในครอบครัวเหล่านี้ต้องประกอบอาชีพนอกบ้านด้วย จากลักษณะชุมชนเมืองที่กล่าวมาอาจทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดำรงชีวิตทั้งชีวิตส่วนตัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับ

สังคมทั่วไป ศูนย์สุขภาพชุมชนมีบทบาทที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือครอบครัวที่ต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจัดเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาตามการเปลี่ยนแปลงในวัฏจักรแห่งชีวิต

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้สถานบริการของรัฐดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ของศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ว่าเป็นอย่างไร และมีปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขอย่างไร เพื่อให้การดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ของศูนย์สุขภาพชุมชน มีประสิทธิภาพสามารถส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลและครอบครัว ให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

คำถามในการวิจัย

การมีส่วนร่วมของชุมชน ในกระบวนการการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอท่ายางเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน (ได้แก่ชมรมผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข) ในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชน
2. เพื่อศึกษากระบวนการในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ของศูนย์สุขภาพชุมชน
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอท่ายาง (การวางแผน การจัดการองค์การ การบริหารงานบุคคล การอำนวยการ การควบคุม) โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรี อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอท่ายาง

นิยามศัพท์

ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ได้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอท่าทาง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน สาขา ทั้งในและนอกสถานบริการ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการดูแลผู้ป่วย พิการ การสนับสนุนบริการ รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขและการพัฒนาชุมชนระดับตำบล ของอำเภอท่าทาง

การบริหารจัดการ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ศาสตร์และศิลป์ในการจัดสรรทรัพยากรการบริหารที่มีอยู่อย่างจำกัดมาดำเนินการตามกระบวนการบริหารเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานของหน่วยงาน หรือองค์การสำเร็จตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

กระบวนการบริหารจัดการ หมายถึง ขั้นตอนการวางแผน การจัดการองค์การ การบริหารบุคคล การอำนวยการ และการควบคุม ในการดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนให้บรรลุวัตถุประสงค์

การวางแผน หมายถึง ชุมชนมีการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย และขอบข่ายที่ชัดเจน การกำหนดวิธีการหรือแผนปฏิบัติงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

การจัดองค์การ หมายถึง ชุมชนมีการกำหนดขอบเขต อำนาจหน้าที่ การมอบหมายงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลผู้รับผิดชอบงานไว้อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งมีการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนเดียวกัน ระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ

การบริหารงานบุคคล หมายถึง ชุมชนการสรรหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลหรือบุคคลที่เหมาะสมกับงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งการอบรม พัฒนา ให้มีความรู้ ความสามารถ พร้อมที่จะดำเนินงานบริการผู้สูงอายุ

การอำนวยการ หมายถึง การมีอิทธิพลของชุมชนเพื่อชักจูง กระตุ้น จูงใจให้ผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนเดียวกัน อาสาสมัครผู้สูงอายุ ร่วมแรง ร่วมใจ การดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อบรรลุเป้าหมาย

การควบคุม หมายถึง ชุมชนมีการตรวจสอบการปฏิบัติงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้และได้มาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ แล้วแนะนำ ปรับปรุงการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผนและมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

องค์การบริหารส่วนตำบล หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอท่ายาง ซึ่งเป็นหน่วยการปกครองท้องถิ่น ที่ยกฐานะจากสภาตำบล ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537

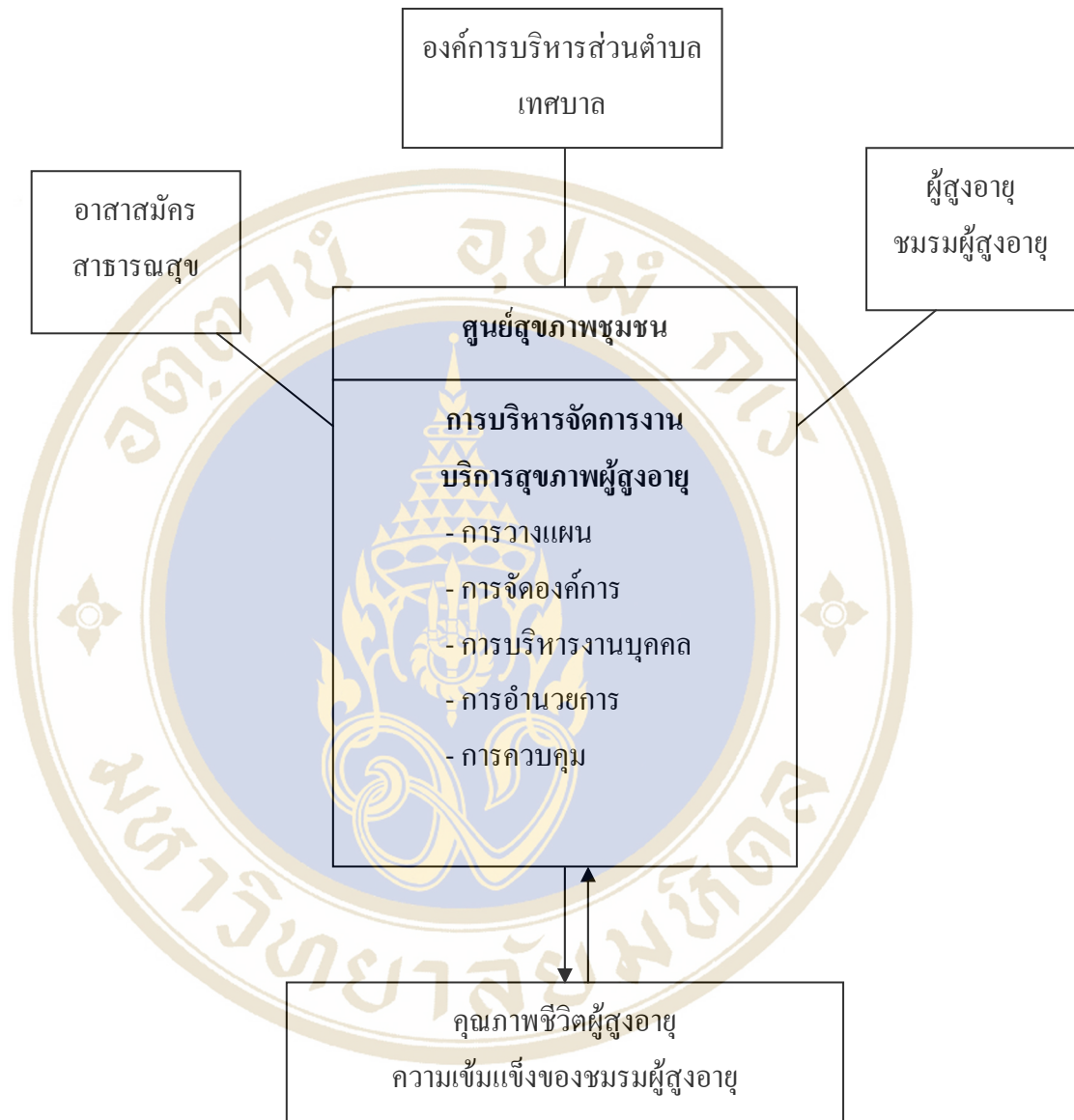
อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกให้การฝึกอบรมเพื่อปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่คนในชุมชนได้แก่ ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล ได้เข้ามามีบทบาท มีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินการกิจกรรมในการพัฒนา โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชนร่วมทำกิจกรรม ในการตัดสินใจในการดำเนินการแก้ปัญหา การรับผลประโยชน์ และการประเมินผลงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะเกิดประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค ในการดำเนินการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ชุมชน หมายถึง คนในชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ

การบริการสุขภาพ หมายถึง การบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายและจิตสำหรับผู้สูงอายุในอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกระบวนการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินกิจกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนและประกอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม
2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารจัดการ
3. แนวคิดเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชน
4. การดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

ได้มีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้หลากหลาย ดังนี้

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1981: 6) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร
2. การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
3. การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

การให้สมาชิกทุกคนของชุมชนโดยสร้างโอกาส ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค

สุชาดา จักรพิสุทธิ์ (ออนไลน์, 2547) สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านเหตุผล โดยการเปิดโอกาสให้สังคม องค์การต่าง ๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิ หน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติและการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

2. ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้งค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วม แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

อรพินท์ สฟโชคชัย (ออนไลน์, 2550: 1) ได้ให้ความหมายว่า กระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะ ร่วมเสนอปัญหา/ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิดแนวทาง ร่วมแก้ไขปัญหาร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และร่วมกระบวนการพัฒนาในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527: 6-7) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่า เป็นกระบวนการที่รัฐส่งเสริม ชักนำสนับสนุนและสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งในส่วนบุคคล กลุ่มคน ชุมชน สมาคม มูลนิธิและองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องร่วมกัน

จากแนวคิดข้างต้น สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกๆ ขั้นตอนของการตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ การประเมินผลตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงขั้นตอนสุดท้าย โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มีพื้นฐานความเชื่อว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมจะทำให้การดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

1.2 ประเภทการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนในการพัฒนา

โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen J. M. and Uphoff N. T., 1981: 55-56 อ้างในบุญชร แก้วส่อง, 2531: 17) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้นประการแรกสุดที่ต้องกระทำคือ การกำหนดความต้องการ และการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นเลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินโครงการนั้น จะได้มาจากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์แก่โครงการใดบ้าง และจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงานและประสานงาน และการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวข้องผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ในทางบวก และผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกตคือ ความเห็น (view) ความชอบ (preferences) และความคาดหวัง (expectation) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

อकिन รพีพัฒน์ (2547: 49) ได้เสนอขั้นตอนของการมีส่วนร่วมจากประสบการณ์ภาคสนามในประเทศไทยว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงนั้นน่าจะมีอยู่ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุด เพราะถ้าชาวบ้านยังไม่สามารถเข้าใจปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหาด้วยตัวของเขาเองได้ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ตามมาก็ไร้ประโยชน์ เพราะจะขาดความเข้าใจและมองไม่เห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือ ชาวบ้านเป็นผู้อยู่กับปัญหาและรู้ปัญหาตนเองดีที่สุด แต่อาจมองปัญหาไม่เด่นชัด เจ้าหน้าที่หรือพนักงานจึงเหมือนกระจกจากคอยสะท้อนภาพให้ชุมชนมองเห็นและวิเคราะห์ปัญหาได้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม การวางแผนการดำเนินกิจกรรมเป็นขั้นตอนที่ขาดไม่ได้ หากเจ้าหน้าที่หรือนักพัฒนาต้องการผลงานการพัฒนาให้เสร็จสิ้นโดยจับใจ ก็จะดำเนินการวางแผนด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผน จะช่วยให้ชุมชนเข้าใจปัญหา พัฒนาประสบการณ์ของตนเองและสามารถวางแผนได้ด้วยตนเองในที่สุด

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน ชุมชนมีทรัพยากรที่สามารถลงทุนและปฏิบัติงานได้เพราะจากประสบการณ์การทำงานในชนบท อย่างน้อยก็มีแรงงานของตนเองเป็นขั้นต่ำสุดที่จะเข้าร่วมได้และในหลาย ๆ แห่ง ก็สามารถที่จะร่วมลงทุนในกิจกรรมหลายๆประเภทได้ การร่วมลงทุนและปฏิบัติงานจะทำให้ชุมชนรู้จักคิดค้นทุนให้กับตนเองในการดำเนินงานและกิจกรรม และจะระมัดระวังรักษากิจกรรมที่สร้างขึ้น เพราะจะมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ ซึ่งต่างไปจากสภาพที่การลงทุนและการปฏิบัติงานทั้งหมดมาจากปัจจัยภายนอก จะมีอะไรเสียหายก็ไม่เดือดร้อนมากนัก และการบำรุงรักษาก็จะไม่เกิดขึ้นเพราะรู้สึกว่าไม่ใช่ของชุมชน นอกจากนั้นการร่วมปฏิบัติงานด้วยตนเอง ทำให้ได้เรียนรู้การดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด และเมื่อเห็นประโยชน์ก็สามารถดำเนินกิจกรรมชนิดนั้นด้วยตนเองต่อไปด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะถ้าหากการติดตามและประเมินผลขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่เป็นการดำเนินการโดยบุคคลภายนอก ชุมชนก็ไม่สามารถทราบว่าการที่ตนทำไปนั้นได้รับผลดี ได้รับประโยชน์หรือไม่ อย่างไร ถึงแม้ว่าอาจจะมีผู้ได้แย้งว่าการประเมินผลที่เที่ยงธรรมที่สุดน่าจะมาจากบุคคลภายนอกที่ไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นๆ แต่หากคิดถึงจุดมุ่งหมายของการพัฒนาที่มุ่งจะพัฒนาคน การคำนึงถึงแต่ความเที่ยงธรรมอาจจะไร้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์มากกว่า เพราะนอกจากจะเป็นการประเมินแล้ว ยังแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในกระบวนการประเมินและเป็นการเผยแพร่กิจกรรมออกไปสู่ชุมชนอื่น ๆ

แคร์รี่ (Cary, 1976: 144 อ้างใน หมัยฉัตร ผลจันทร์, 2542: 44) ได้แบ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมเป็น 5 รูปแบบ คือ

- 1) เป็นสมาชิก (Membership at meetings)
- 2) เป็นสมาชิกผู้นำชุมชน (Attendance at meetings)
- 3) เป็นสมาชิกผู้บริจาคเงิน (Financial contribution)
- 4) เป็นกรรมการ (Membership on committees)
- 5) เป็นประธาน (Poisson of leadership)

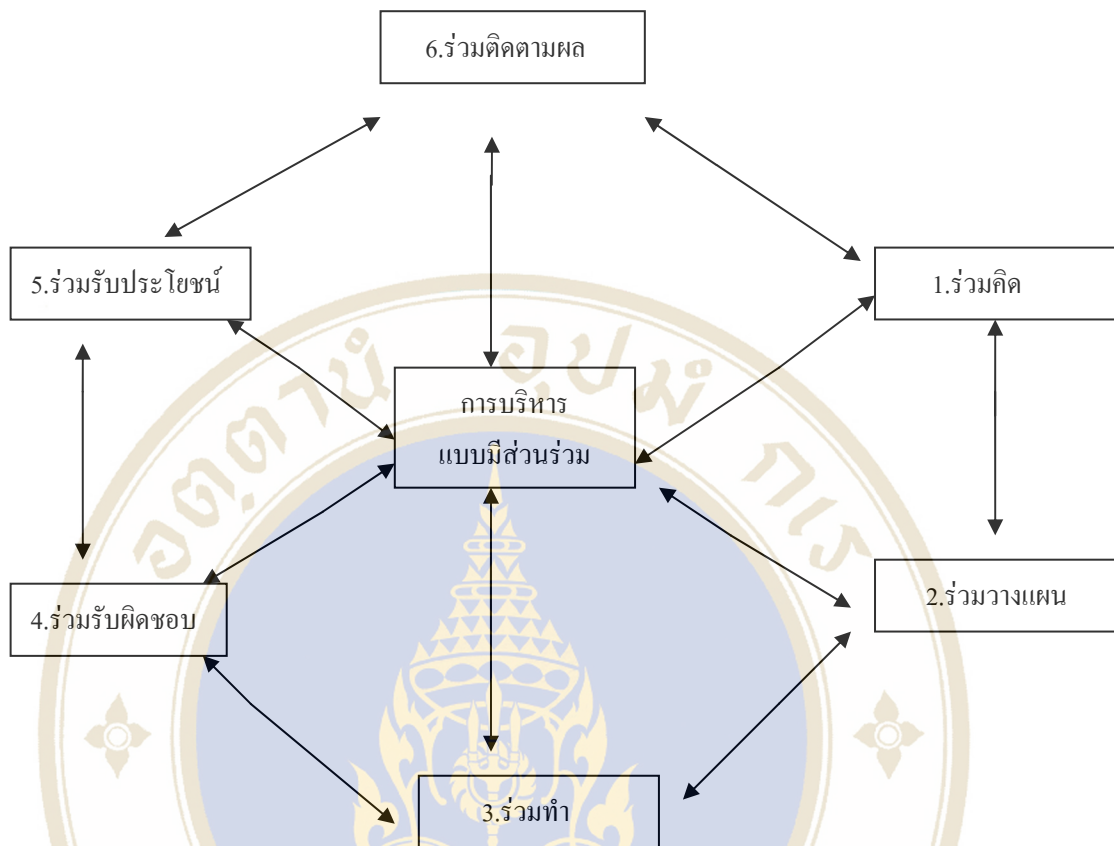
ดัสเซลดอร์ฟ (Dusseldorp 1981: 18-19 อ้างใน ภัตสุริย์ คุณกลาง 2546: 39-40) ได้จำแนกวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วม เป็น 2 ทาง คือ

- 1) การมีส่วนร่วมทางตรง หมายถึง การที่บุคคลเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาด้วยตนเอง เช่น การเข้าร่วมประชุม ร่วมอภิปราย ร่วมใช้งาน หรือร่วมลงคะแนนเสียง
- 2) การมีส่วนร่วมทางอ้อม หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมผ่านตัวแทนหรือการให้การสนับสนุนโดยไม่นำตนเองไปมีส่วนร่วมโดยตรง

องค์การสหประชาชาติ (UN. Department of International Economic and Social Affairs, 1981: 8; อ้างใน ภัตสุริย์ คุณกลาง, 2546: 40) ได้รวบรวมรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ

- 1) การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง (Spontaneous) ซึ่งเป็นโดยการอาสาสมัครหรือการรวมตัวกันเองเพื่อแก้ปัญหาของตนเอง เป็นการกระทำที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งนับเป็นรูปแบบที่เป็นเป้าหมาย
- 2) การมีส่วนร่วมแบบชักนำ (Induced) เป็นการเข้าร่วมโดยความต้องการ ความเห็นชอบหรือการสนับสนุนโดยรัฐบาล ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นลักษณะทั่วไปของประเทศกำลังพัฒนา
- 3) การมีส่วนร่วมแบบบังคับ (Coerced) เป็นผู้มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินการตามนโยบายของรัฐ ภายใต้การจัดการของเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ส่งผลให้ผู้กระทำได้รับผลทันที แต่จะไม่ได้ผลในระยะยาว และอาจเกิดผลเสียที่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

สุเทพ เชาวลิติ (2548: 155) ได้กล่าวถึงหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมไว้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมนี้ จะเน้นความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจและเสริมแรงในการทำงานของผู้ปฏิบัติหรือทีมงาน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมวางแผนถือเป็นหัวใจของการบริหารแบบมีส่วนร่วม ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 การบริหารแบบมีส่วนร่วม

ที่มา: สุเทพ เชาวลิศ. (2548). การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่. โครงการส่งเสริมตำราวิชาการและบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. กรุงเทพมหานคร: หน้า 150.

อรพินท์ สฟโชคชัย (ออนไลน์, 2550: 1) ได้กล่าว การมีส่วนร่วมของประชาชนที่จะนำไปสู่การพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืนจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ โดย 5 ขั้นตอนนั้น ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการรับรู้ สามารถให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
2. การมีส่วนร่วมในการเลือกและเสนอแนวทางเพื่อตัดสินใจ
3. การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ
4. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานติดตามตรวจสอบ
5. การมีส่วนร่วมรับประโยชน์ และเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะ

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ใช้แนวคิดของโคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen J. M. and Uphoff N. T. , 1981: 55-56) ในการวิจัยในครั้งนี้

โดยใช้รูปแบบมีส่วนร่วม 4 รูปแบบ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา การวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรับผลประโยชน์ของสุขภาพ ทั้งทางด้านวัตถุ ด้านจิตใจ และทางด้านสังคม ที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการตรวจสอบติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารจัดการ

การบริหารจัดการมีความสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กร เพื่อให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งจำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการ ซึ่งประกอบไปด้วยทรัพยากรการบริหารและกระบวนการบริหาร ดังต่อไปนี้

2.1 ความหมายของการบริหารจัดการ

ได้มีผู้ให้ความหมายการบริหารจัดการไว้หลากหลาย ดังนี้

คุนซ์ (Kootz, 1982: 5) ได้ให้ความหมายของการบริหารไว้ว่า การบริหาร คือ การนำความรู้มาประยุกต์กับสภาพที่เป็นจริง เพื่อสร้างบรรยากาศแห่งการทำงานเป็นกลุ่มเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เดียวกัน โดยมีองค์ประกอบ 5 ประการ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การบริหารงานบุคคล (Staffing) การอำนวยการ (Directing) การควบคุมกำกับงาน (Controlling)

สมยศ นาวีการ (2545: 11) กล่าวว่า การบริหาร คือ กระบวนการของการวางแผน จัดองค์การ การสั่งการและการควบคุม เป็นความพยายามของสมาชิกขององค์กร และใช้ทรัพยากรอื่น ๆ เพื่อความสำเร็จในเป้าหมายขององค์กรที่กำหนดไว้

ทองหล่อ เดชไทย (2540: 29) ได้ให้ความหมายของการบริหารไว้ว่า การบริหารและการจัดการ เป็นคำที่สามารถใช้แทนกันได้ เพราะมีจุดมุ่งหมายเหมือนกันคือ เพื่อให้งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ แต่แตกต่างกันที่นำไปใช้ โดยการบริหารมักพบบ่อยในวงของราชการและรัฐวิสาหกิจ ส่วนการจัดการนั้นใช้มากในทางธุรกิจ

จากความหมายของการบริหารจัดการดังกล่าว สรุปได้ว่าการบริหารจัดการ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ศาสตร์และศิลป์ในการจัดสรรทรัพยากรการบริหารที่มีอยู่อย่างจำกัดมาดำเนินการตาม กระบวนการบริหาร เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานของหน่วยงานหรือองค์การสำเร็จตาม เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

2.2 ปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร (Management)

การบริหารงาน นอกจากจะต้องประกอบด้วยทรัพยากรการบริหารที่สมบูรณ์แล้ว สิ่ง ที่ขาดไม่ได้ คือ กระบวนการบริหารที่ดีซึ่งจะช่วยให้การบริหารทุกอย่างดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้

เดรสเลอร์ (Dressler, 1977: 4) ได้กล่าวว่า กระบวนการบริหารจัดการควรมี 5 ประการ ดังนี้

- 1) การวางแผน (Planning) หมายถึง การตั้งเป้าหมาย การพัฒนา กฎระเบียบ ขั้นตอนการดำเนินงาน และการคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
- 2) การจัดองค์การ (Organizing) หมายถึง การแบ่งงานออกเป็นฝ่ายต่าง ๆ มีการกระจายอำนาจ การกำหนดช่วงการบังคับบัญชา สายการบังคับบัญชา การติดต่อประสานงานกับฝ่ายต่าง ๆ หรือหน่วยงานสาขา
- 3) การบริหารงานบุคคล (Staffing) หมายถึง การกำหนดคุณสมบัติบุคคล การสรรหา การคัดเลือก การตั้งมาตรฐานในการทำงาน การประเมินผลการปฏิบัติงาน การฝึกอบรมและพัฒนา
- 4) การเป็นผู้นำหรือผู้บริหาร (Leading) หมายถึง การทำให้บุคคลอื่นทำงาน การรักษาวินัยและกำลังใจ การสร้างแรงจูงใจ และการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน
- 5) การควบคุมกำกับ (Controlling) หมายถึง การตั้งมาตรฐานและการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับมาตรฐานเพื่อให้ปฏิบัติถูกต้อง

คุนท์ซ (Koontz, 1982: 27-30) ได้กำหนดกระบวนการบริหารไว้ 5 ประการ คือ

- 1) การวางแผน (Planning) คือ การกำหนดสิ่งที่จะทำ รวมทั้งวิธีดำเนินการ เวลา และผู้รับผิดชอบงานนั้น ๆ ไว้ล่วงหน้า

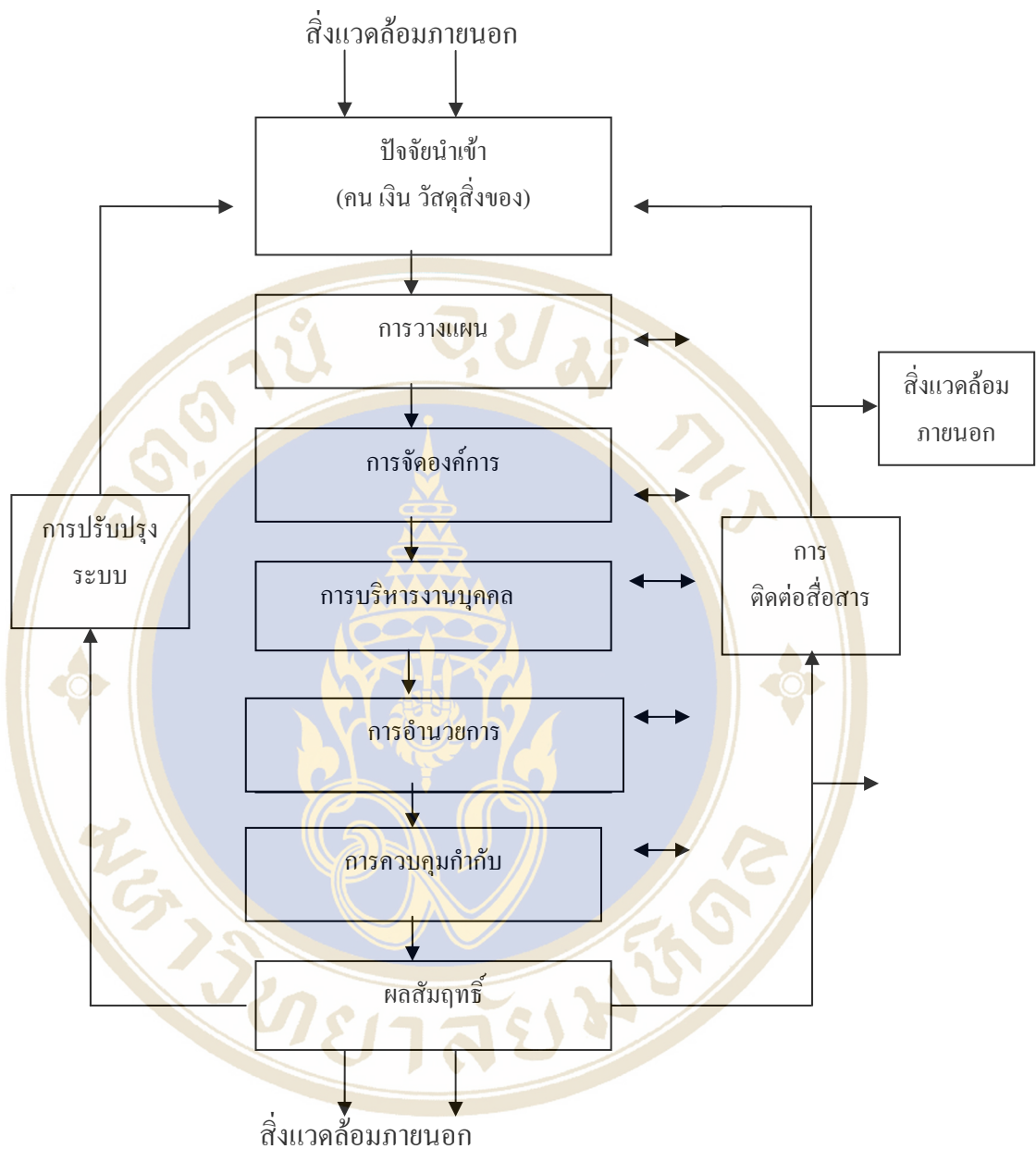
2) การจัดองค์การ (Organizing) คือ การบริหารจัดการเกี่ยวกับการกำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ อำนาจหน้าที่ การจัดรูปองค์กร

3) การบริหารงานบุคคล (Staffing) คือ การคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน โดยการคัดเลือกอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการปฐมนิเทศและฝึกอบรม

4) การเป็นผู้นำหรืออำนวยการ (Leading or directing) หมายถึง การมีอิทธิพลของผู้นำเพื่อชักจูงให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติตามเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์การ สมาชิกมีแนวโน้มจะทำตามหากเกิดความพอใจ เกิดความหวังและต้องการ การเป็นผู้นำเกี่ยวข้องกับการจูงใจ ลักษณะภาวะผู้นำและการติดต่อสื่อสาร

5) การควบคุมกำกับ (Controlling) เป็นกระบวนการตรวจสอบ ประเมินผลและแก้ไขการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

และได้กล่าวถึงกระบวนการบริหารว่ามีลักษณะเป็นระบบ เป็นกระบวนการทำงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยนำปัจจัยต่าง ๆ อันได้แก่ คน เงิน วัสดุสิ่งของ ผ่านกระบวนการบริหาร โดยหน้าที่ 5 ประการคือ การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล การอำนวยการ และการควบคุม ได้เป็นผลสัมฤทธิ์หรือผลผลิตออกสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 ระบบการบริหารงาน

ที่มา: ดัดแปลงจาก Wehrich, Heinz and Koontz, Harold. (1993). *Management A Global Perspective*. (10th ed). Singapore: McGraw-Hill.

จากความหมายและแนวคิดกระบวนการบริหารจัดการข้างต้น ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของคุนท์ซ (Koontz, 1982: 27-30) ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การบริหารงานบุคคล (Staffing) การเป็นผู้นำหรืออำนวยการ (Leading or directing) การควบคุมกำกับ (Controlling) มาเป็นตัวแปรในการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงาน

บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอยาง่าง จังหวัดเพชรบุรี ว่าได้ดำเนินการไปตามหลักการบริหารหรือไม่ และมีความสัมพันธ์หรือไม่ อย่างไร

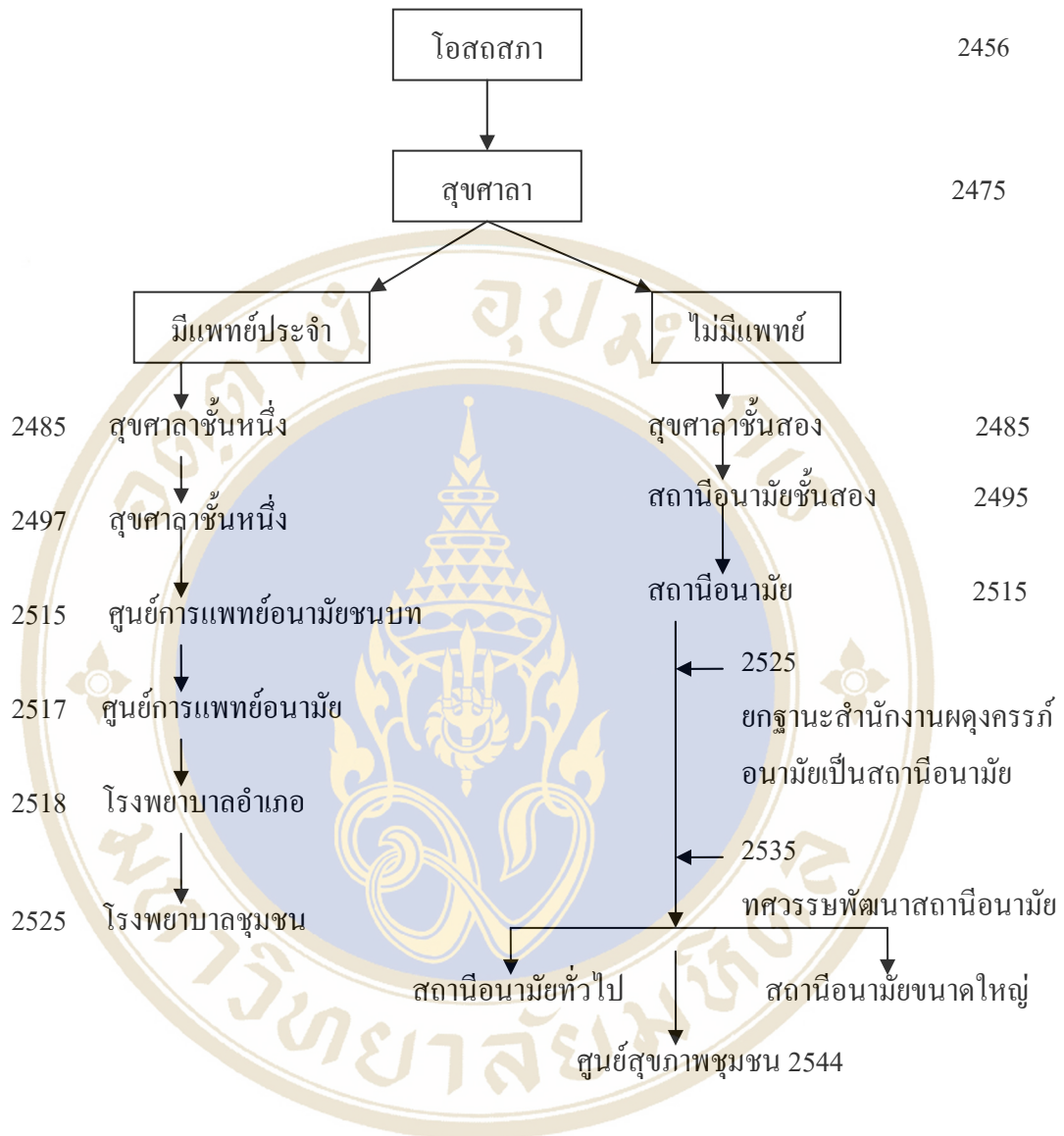
3. แนวคิดเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชน

3.1 วิวัฒนาการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ในปี พ.ศ. 2456 มีการจัดตั้ง โอสถสภา (โอสถสภา หรือ โอสถสถาน) ขึ้นในบางจังหวัด เป็นสถานที่บำบัดโรคและสำนักงานของแพทย์สาธารณสุข ต่อมาปี พ.ศ.2475 ได้เปลี่ยนแปลงเป็น สุขศาลา ระหว่างที่ยังเป็น สุขศาลา อยู่ นั้น ในท้องที่ที่เป็นชุมชนหนาแน่น ราชการส่งแพทย์ไปประจำเพื่อให้บริการแก่ประชาชน สุขศาลา ประเภทนี้เรียกเป็น สุขศาลาชั้นหนึ่ง ส่วนสุขศาลาชั้นสอง คือ สุขศาลาที่ไม่มีแพทย์ประจำ

เมื่อมีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2485 กรมการแพทย์รับโอนสุขศาลาชั้นหนึ่ง ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดและอำเภอใหญ่ๆ บางแห่งไปปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลอำเภอ บางส่วนเทศบาลไปดำเนินการ สุขศาลาชั้นหนึ่ง ที่ไม่ได้โอนไปอยู่กับเทศบาล และไม่ได้รับการยกฐานะเป็นโรงพยาบาล อยู่ภายใต้การดูแลของกรมอนามัย ซึ่งต่อมา สุขศาลาชั้นหนึ่ง เหล่านี้ได้พัฒนาเป็นสถานอนามัยชั้นหนึ่ง (พ.ศ.2497) เป็น “ศูนย์การแพทย์อนามัยชนบท” (พ.ศ.2515) เป็น “โรงพยาบาลอำเภอ” (พ.ศ.2518) จนถึงปัจจุบัน สำหรับ สุขศาลาชั้นสอง ส่วนใหญ่อยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “สถานอนามัยชั้นสอง” (พ.ศ.2495) และเป็น “สถานอนามัย” (พ.ศ.2515) ใน พ.ศ.2525 มีการยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์ขึ้นเป็นสถานอนามัยมาจนถึงปัจจุบัน

ต่อมาปี พ.ศ.2535 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายของการพัฒนาสถานอนามัย จึงได้จัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัยกำหนดระยะเวลาตั้งแต่ปี 2535-2544 รวม 10 ปี โดยกำหนดสถานอนามัยเป็น 2 ประเภท คือสถานอนามัยทั่วไปและสถานอนามัยขนาดใหญ่และเมื่อเริ่มโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อ พ.ศ. 2544 ได้มีการพัฒนาสถานอนามัยให้เข้มแข็ง และเริ่มมีการนำชื่อศูนย์สุขภาพชุมชนมาใช้ (ทวีเกียรติ บุญยไพศาล 2546; อ้างถึงใน ศศิธร ศรีแก้ว 2548: 36 - 37) ดังภาพที่ 4



แผนภูมิที่ 4 วิวัฒนาการสถานีอนามัยสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน

ที่มา: ทวีเกียรติ บุญยไพศาล. (2546). สถานีอนามัยหัวใจระบบบริการสาธารณสุข. สุพรรณบุรี: หน้า 6.

ลำเรียง แหงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ (2545: 9-10) กล่าวว่า จากการที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นการปฏิรูปและเปลี่ยนแปลง (Reform) ที่สำคัญการ Reform โดยทั่วไปประกอบด้วย

Re-Think สร้างเจตคติต่อการจัดบริการแบบองค์รวม

- Re-Design ออกแบบระบบงานให้เอื้อต่อการจัดบริการแบบองค์รวม
 Re-Tool ออกแบบเครื่องมือ เช่น ระบบข้อมูลข่าวสารใหม่
 Re-Train ฝึกอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อให้เกิด 3 Re แรก

ระบบใหม่ที่ต้องมีการคิดใหม่และออกแบบใหม่นั้น จะมีการออกแบบตั้งแต่ระบบใหญ่ (Macro System) ย่อยลงจนถึงระบบเล็ก (Micro System) ในระบบใหญ่ที่ออกแบบใหม่นั้น ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากแนวคิดเดิม โดยระบบสุขภาพแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

1. Primary Health Care (PHC) เป็นการดำเนินงานของประชาชนโดยประชาชน
2. Primary Care เป็นการบริการระดับต้นที่สถานีย่อยไม่มีแพทย์
3. Secondary Care เป็นบริการของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) มีแพทย์รองรับการบริการ
4. Tertiary Care เป็นบริการของโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ในระดับสูงขึ้นมีแพทย์เฉพาะทางสาขา

เมื่อมีการเปลี่ยนเป็นระบบโครงสร้างใหม่ (Re-design) ระบบสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. Primary Health Care (PHC) ซึ่งยังเป็นบริการของประชาชนโดยประชาชนมีเจ้าหน้าที่สนับสนุนให้เกิด Self Care และมีการเน้นระดับครอบครัวมากขึ้น (Family Medicine)
2. Non Hospital Care เป็นบริการระดับต้นที่มีเฉพาะบริการผู้ป่วยนอกและลงปฏิบัติงานในชุมชน ถ้าจำเป็นต้องมีการส่งต่อจะมีระบบการส่งต่อไปที่ระดับ Hospital Care เพื่อเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก เฉพาะทางต่อไป
3. Hospital Care เป็นระดับที่รับบริการดูแลผู้ป่วยใน โดยส่งต่อมาจาก Non Hospital Care ระดับ Hospital Care ต้องไม่มีผู้ป่วยนอกที่เดินมาเอง จะมีเฉพาะการส่งต่อมาจาก Non Hospital Care เท่านั้น หรือเฉพาะผู้ป่วยนอกที่รักษาต่อเนื่องในระดับ Tertiary Care ที่มีแพทย์เฉพาะทางได้แก่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

ระดับ Primary Health Care เป็นระดับที่มีความสำคัญมาก เพราะเป็นจุดเริ่มต้นเข้าสู่ Hospital Care ผู้ป่วยนอกจะเป็นผู้ป่วยในต้องส่งมาจาก Non Hospital Care เท่านั้น ดังนั้น Non Hospital Care จำเป็นต้องมีแพทย์ประจำและทีมงานของ Non Hospital Care ต้องทำหน้าที่รุกเข้าไปในครอบครัวและชุมชน และให้การดูแลครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสานต่อเนื่อง

มุ่งเน้นสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเพื่อสร้างศรัทธาจนกลายเป็นหมอประจำครอบครัว สถานที่และขอบเขตการทำงานของ Non Hospital Care จึงเรียกว่า Primary Care Unit (PCU) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ชื่อว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน

3.2 ความหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit) หมายถึง การจัดพื้นที่อาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบบุคคล วัสดุสิ่งของและระบบทำงานเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ปัจจุบัน “PCU” หรือ “หน่วยบริการปฐมภูมิ” กระทรวงสาธารณสุขเรียกชื่อเป็น “ศูนย์สุขภาพชุมชน” (ศสช.) เพื่อให้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (สำเร้ง แหงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545: 37) โดยมีการบริการผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ซึ่งระบบที่จะทำให้เกิดการจัดบริการแบบเป็นองค์รวมมีดังนี้ (สำเร้ง แหงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545: 28-29)

- (1) จุดที่ตั้งของสถานบริการ ควรเป็นจุดที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- (2) มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายประชากร หรือพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจนเพื่อเอื้ออำนวยให้การติดตามการให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง และประชากรต้องมีขนาดพอเหมาะกับทีมงาน
- (3) ทีมงานที่ให้บริการควรเป็นทีมผสมผสานที่ทำงานทดแทนกันได้ (Polyvalent) ขนาดไม่เล็กไม่ใหญ่จนเกินไป สามารถสร้างสัมพันธ์กับผู้มารับบริการได้ง่ายและการให้บริการทางด้านเทคนิคได้อย่างเหมาะสม
- (4) ทีมงานผู้ให้บริการควรมีโอกาสและเงื่อนไขที่สัมผัสชีวิตความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมของประชาชน เช่น การออกเยี่ยมบ้าน เยี่ยมชุมชน
- (5) อาคาร วัสดุ ครุภัณฑ์ ในการให้บริการ ต้องสอดคล้องกับบทบาทของสถานบริการควรคำนึงถึงการไหลเวียนของผู้มารับบริการที่สะดวก (One Stop Service) และเอื้อต่อการพูดคุยปรึกษาหารือระหว่างผู้มารับบริการกับผู้ให้บริการ
- (6) ควรมีผู้ให้บริการได้ตลอดเวลา มิใช่เฉพาะในเวลาราชการเท่านั้น
- (7) การบริการควรเป็นแบบเบ็ดเสร็จผสมผสาน คือ มีทั้งบริการด้านรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่เชื่อมต่อกันระหว่างสถานบริการเบื้องต้นกับโรงพยาบาล

(8) มีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจชุมชนดีขึ้น และชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการ

(9) มีการแบ่งบทบาทและภารกิจระหว่างสถานบริการระดับต้น (Primary Care) และสถานบริการในระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) อย่างชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน แต่สนับสนุนซึ่งกันและกัน

(10) มีระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit) หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการที่มีประชากรขึ้นทะเบียนที่ชัดเจนเป็นหน่วยบริการประจำตัวและจัดให้มีบริการแก่ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นหน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพทั่วไปครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการให้บริการประเภทผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ (สำนักงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2544 อ้างถึงใน สวารีย์ สุระชาติ, 2546: 9)

ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit) หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการจัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขึ้นพื้นฐานมีความเชื่อมโยง ต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวม ผสมผสาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547: 3)

3.3 แนวคิดในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน

จากทิศทางการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขของประเทศ ที่มีการปฏิรูป การกระจายอำนาจ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รูปแบบของการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงนี้ คือ การดำเนินงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนนั่นเอง ดังนั้นถือได้ว่าศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ การปฏิรูป (Reform) ต้องกระทำ 4 Re คือ Rethink Redesign Retools Retrain และ ศูนย์สุขภาพชุมชนจะนำไปสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทยได้ (สำเร็จ แหงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545: 20)

ปัจจุบันท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ต้องร่วมกันจัดทำศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ PCU เพราะศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นรูปธรรมของสิ่งที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปสู่ทิศทางที่สังคมไทยต้องการคือ การปฏิรูประบบสุขภาพ การกระจายอำนาจและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำเริง แหงกระโทก และรุจิรา มังคะศิริ, 2545: 22-23) ดังนี้

3.3.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นรูปธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ การปฏิรูประบบสุขภาพ ก่อให้เกิด

1) การปฏิรูปโครงสร้างระบบบริการที่มี Hospital Care กับ Primary Care

2) การปฏิรูประบบบริการเพื่อให้เกิด EQESA

E = Equity - การได้รับสิทธิเสมอภาค

Q = Quality - คุณภาพ คือ

คุณภาพทางพฤติกรรมบริการ → ฟังพอใจ

คุณภาพทางกิจกรรมบริการ → คุณภาพ มาตรฐาน

องค์รวม ผสมผสาน บูรณาการ

E = Efficiency - มุ่งเน้นผลลัพธ์ ลงทุนน้อย ประโยชน์สูงสุด (ใกล้บ้าน ใกล้ใจ)

SA = Social Accountability - ชุมชนมีส่วนร่วม/ตรวจสอบได้

3) การปฏิรูประบบการเงินการคลัง โดยจ่ายเงินระบบเดียวไปที่ระดับล่าง (Block Grant)

4) การทำศูนย์สุขภาพชุมชน จะต้อง Rethink, Redesign, Retool, Retrain

3.3.2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นรูปธรรมของการกระจายอำนาจ ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาคมสุขภาพเพราะ

1) ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ที่เป็นของชุมชน ชุมชนเป็นเจ้าของ

2) การบริหารศูนย์สุขภาพชุมชน ชุมชนต้องมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายการบริหารและกำหนดแผนงาน โครงการที่จะดำเนินการโดยชุมชนสำรวจ จปฐ. และ สดถ. เพื่อนำข้อมูลปัญหาความต้องการ การบริการมาเชื่อมต่อกับศูนย์สุขภาพชุมชน

3) ชุมชนมีอำนาจตัดสินใจ ประเมินความพึงพอใจในการเลือกสถานบริการ เพื่อลงทะเบียน

- 4) รูปแบบบริการต้องเป็นหมอประจำครอบครัว ชุมชน ต้องร่วมคิดร่วมทำ

3.3.3 ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นรูปธรรมของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- 1) ประชาชนไปศูนย์สุขภาพชุมชนโดยไม่ต้องจ่ายเงินเอง รัฐจ่ายเงินต่อหัวประชากร สำหรับงานสร้างซ่อมสุขภาพ
- 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเป็นหมอประจำครอบครัว มีความผูกพันกัน
- 3) เนื่องจากเงินเป็นของประชาชน ถ้าไปรักษาต้องใช้เงินมาก การสร้างสุขภาพใช้เงินน้อยกว่า จึงต้องมีการจัดระบบบริการที่มุ่งเน้นชุมชนมีส่วนร่วมสร้างสุขภาพ และพึ่งตนเองมากกว่าบริการ
- 4) ในอนาคตประชาชนจะเลือกสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจได้อย่างอิสระ

3.4 ลักษณะสำคัญของบริการศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชน มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ ที่เรียกว่า “การบริการแบบเบ็ดเสร็จ” (comprehensive care) ซึ่งมีผู้กำหนดลักษณะสำคัญของศูนย์สุขภาพชุมชนไว้ดังนี้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2545: 8) ได้สรุปแนวคิด ลักษณะของศูนย์สุขภาพชุมชนดังนี้

- 1) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม
- 2) เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน
- 3) ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสุขภาพ พร้อมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต
- 4) ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการที่ต่อเนื่องรอบด้าน อาทิ สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่าง ๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2544: 35) ได้ศึกษา “รูปแบบการบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิในชุมชน” สรุปได้ว่าลักษณะของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์มีดังนี้

- 1) เป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้ง่ายอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง

- 2) เป็นบริการที่จัดให้ประชาชนโดยมีการกำหนดพื้นที่ให้บริการชัดเจน
- 3) เป็นบริการที่เสริมพลังอำนาจของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ในยามเจ็บป่วยได้
- 4) เป็นบริการที่มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือเครือข่าย เพื่อการจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วยในทุกมิติของปัญหา
- 5) เป็นบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และความเจ็บป่วย การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลสุขภาพที่บ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมแก่คนทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัย ในทุกภาวะสุขภาพ
- 6) เป็นบริการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรรูปแบบอื่นๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินการร่วมเป็นเจ้าของ
- 7) เป็นการบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์เวชปฏิบัติ เกษตรกรในร้านขายยา เป็นต้น ร่วมกับผู้ให้บริการแพทย์ภูมิปัญญาไทย

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544) สรุปลักษณะบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญดังนี้

3.4.1 ประเภทบริการที่ต้องมี มีลักษณะบริการสุขภาพที่ผสมผสานทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชากรระดับบุคคล และครอบครัว รวมทั้งการบริการด้านยา ตั้งแต่การจดหายา และการให้ความรู้ด้านยาที่เหมาะสม

- 1) ด้านการรักษาพยาบาล
 - (1) ปัญหาสุขภาพทั่วไปและปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย
 - (2) ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย
 - (3) ระบบการคัดกรองโรคเรื้อรังหรือโรคที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
 - (4) การดูแลที่บ้าน (Home care)
 - (5) การบริการเบื้องต้น กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรง ก่อนการส่งต่อ
 - (6) การผ่าตัดเล็ก
 - (7) บริการตรวจชั้นสูตรพื้นฐาน (ทำเอง ส่งต่อ)
 - (8) บริการทันตกรรมพื้นฐาน

2) การส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการดูแลประชาชน ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ได้แก่

(1) บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด (ตามสภาพพื้นที่)

(2) บริการดูแลเด็กทั้งพัฒนาการเด็ก วัคซีน

(3) บริการเด็กวัยเรียน

(4) บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป และประชาชนกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ

(5) บริการผู้สูงอายุ

(6) บริการที่บ้าน เชื่อมกลุ่มเป้าหมาย

(7) บริการส่งเสริมและป้องกันทันตกรรม ได้แก่ การตรวจและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากการใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง และการเคลือบหลุมร่องฟัน

(8) บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

(9) บริการให้คำปรึกษา

(10) การค้นหาโรคที่ร้ายแรงหรือโรคที่เรื้อรังเพื่อการป้องกันล่วงหน้า

3) การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนฟื้นฟูที่ครบถ้วน

(1) เป็นส่วนที่เริ่มค้นหาปัญหาความต้องการจากประชาชน แล้วให้การดูแลขั้นต้น ก่อนส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนและการฟื้นฟูที่ครบถ้วน

(2) สามารถส่งต่อเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพ

(3) ดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลจากโรงพยาบาลแล้ว

4) การควบคุมป้องกันโรค ในระดับบุคคล ครอบครัว ได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหา เฝ้าระวัง และการรายงานผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(1) สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชนด้านสุขภาพ

(2) ให้ความรู้ และสร้างความมั่นใจ ในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

ก. ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงในการดำรงชีวิต

ข. ประเมินสภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยความร่วมมือเป็น
เครือข่าย เพื่อทราบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ มีปัจจัยเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพอย่างไร

ค. บริการด้านยา การจัดหา ยา การจ่ายยา และการให้ความรู้เรื่องยา

3.4.2 ประเภทบริการที่ควรมี แต่อาจเป็นส่วนเสริม และมีเงินสมทบเพิ่ม (ทั้งนี้ดู
จากความเป็นไปได้ในการดำเนินการ)

- 1) การควบคุมป้องกันโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น ครอบคลุมโรคทั้งโรคติดต่อ
โรคไม่ติดต่อ โรคที่มีผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม และจากการประกอบอาชีพ
- 2) มีระบบการติดตาม และเฝ้าระวังโรคในชุมชนได้แก่ การค้นหาปัจจัยเสี่ยง
และสาเหตุของการเกิดโรค และการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค
- 3) การคุ้มครองผู้บริโภค ครอบคลุมเรื่องยา อาหาร และการบริการทางการแพทย์
ปลอดภัย มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน เช่น ฐานมาตรฐาน และเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตาม
กฎหมาย แนะนำ เผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

จากลักษณะของการบริการสุขภาพ ดังที่กล่าวมาจะเห็นว่ากิจกรรมบริการ
สุขภาพที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่สำคัญได้แก่

- 1) การตรวจสุขภาพ การประเมินการเจ็บป่วย ภาวะเสี่ยงในการเจ็บป่วย
- 2) การวินิจฉัยโรค ปัญหาที่คุกคามสุขภาพ และการให้การรักษา หรือกำหนด
วิธีการดูแลที่เหมาะสม คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อส่งเสริมการหายและป้องกันการเจ็บป่วยมากขึ้น
- 3) การประเมินอาการในการส่งต่อเพื่อการรักษาที่ซับซ้อนเกินความสามารถ
- 4) การดูแลที่บ้านทั้งผู้ที่มีการเจ็บป่วยและผู้ที่มีสุขภาพดี
- 5) การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและผู้ที่มีสุขภาพดี
- 6) การบริการด้านสวัสดิการต่างๆ ตามสิทธิ
- 7) การพัฒนาชุมชนโดยการจัดโครงการสุขภาพสำหรับกลุ่มคนต่าง ๆ
โดยเฉพาะการสนับสนุนให้กลุ่มคนต่าง ๆ ในชุมชนรวมตัวกันทำกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ
- 8) การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- 9) การให้สุขศึกษา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านตาม
สภาพการเจ็บป่วยและความต้องการด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษา

3.5 การจัดระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

(สำเร็จ แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545: 48-52)

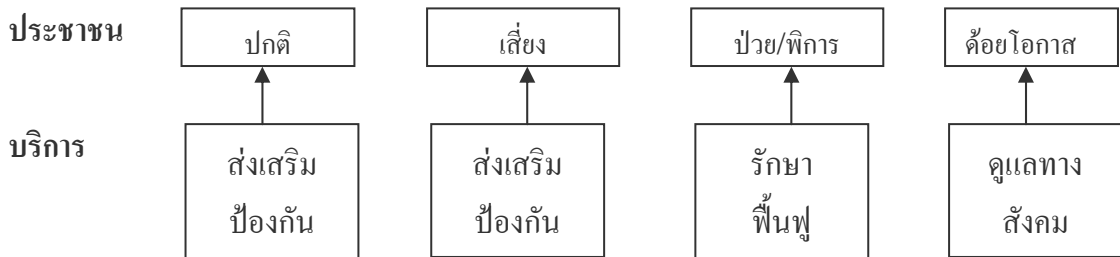
การออกแบบระบบการจัดการบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อเอื้อให้เกิด Good Care

ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) เป็นการปฏิรูประบบบริการแนวใหม่ ดังนั้น ระบบบริการที่มีอยู่เดิมหรือที่จัดมาใหม่นั้น จึงต้องปฏิรูป ปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับแนวคิดหลักการของการปฏิรูประบบบริการแนวใหม่ โดยจัดให้มีระบบบริการที่เป็นองค์รวม ผสมผสานบูรณาการอย่างต่อเนื่อง โดยผสมผสานเชื่อมโยงบริการในชุมชน การสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน โดยชุมชนเข้าด้วยกันในศูนย์สุขภาพชุมชน การบริการต่อเนื่อง แล้วนำมาจัดเป็นกระบวนการหลัก (Macro Flow Chart) ในการจัดบริการ เป็นการบริการของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน 8 กิจกรรม การบริหารจัดการนิเทศงานและประเมินผล 2 กิจกรรม และเป็นกิจกรรมของชุมชนโดยชุมชน 1 กิจกรรม รวมทั้งหมด 11 กิจกรรม/ขั้นตอน เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน

กระบวนการหลักของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 11 ขั้นตอน นำมาจัดระบบในการจัดบริการ และวิธีปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ (Quality) ประสิทธิภาพ (Efficiency) เสมอภาค (Equity) และชุมชนมีส่วนร่วม (Social Accountability) ดังมีรายละเอียดแต่ละกิจกรรม ประกอบด้วย

3.5.1 การสำรวจครอบครัวและชุมชน

- 1) สร้างสัมพันธภาพ
- 2) รู้จักและเข้าใจสภาพวิถีชีวิต
- 3) ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการในบริการโดยจำแนก ประชาชนครอบครัวเป็นกลุ่มเพื่อการจัดบริการตามสภาพปัญหา ดังภาพที่ 5



แผนภูมิที่ 5 การสำรวจครอบครัวและชุมชน

ที่มา: สำเร้ง แหงกระโทก และและรุจิรา มังคละศิริ. (2545). ศูนย์สุขภาพชุมชน หนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์. นครราชสีมา: 52.

3.5.2 การลงทะเบียน/การคัดกรอง

ตารางที่ 1 การลงทะเบียน/การคัดกรอง

การลงทะเบียน	การคัดกรอง
การจัดเตรียมเอกสารและข้อมูลเพื่อช่วยให้เกิด	การค้นหาความคาดหวังของผู้มารับบริการ
การดูแลอย่างผสมผสานเป็นองค์รวมต่อเนื่อง	การประเมินปัญหาด้าน
Family Folder	Bio-Psycho-Social
OPD Card/Chronic Card	การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง
Well Baby Card	การให้คำแนะนำเบื้องต้น
ผล Lab /Refer/ผลเยี่ยมบ้าน	
การจัดระบบนัดหมาย	
การจัดระบบข้อมูล	

3.5.3 บริการหลัก

ตรวจรักษา/ส่งเสริมป้องกัน/ทันตกรรม/ER/ชันสูตร/ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพและสิทธิประโยชน์

3.5.4 การให้คำปรึกษา

- 1) ให้ผู้รับบริการได้เปิดเผยความรู้สึก ค้นหาและเข้าใจปัญหาของตนเอง

- 2) ให้ผู้รับบริการใช้ศักยภาพของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาและปรับตัวให้เหมาะสม
- 3) การให้คำปรึกษาเพื่อแก้ปัญหายาเสพติดตาม MATRIX PROGRAM

3.5.5 บริการก่อนกลับบ้าน

- 1) ตรวจสอบความเข้าใจการมารับบริการและการตอบสนองต่อความคาดหวัง
- 2) จ่ายยา/เก็บเงิน
- 3) นัดหมายเพื่อรับบริการต่อเนื่อง (เยี่ยมบ้าน ส่งต่อ นัดมารับบริการต่อเนื่อง)

3.5.6 การส่งต่อ/การเยี่ยมบ้าน

ตารางที่ 2 การส่งต่อ/เยี่ยมบ้าน

การส่งต่อ	การเยี่ยมบ้าน
- ประสานงานเครือข่าย - มีจุดเชื่อมต่อชัดเจน - มีระบบส่งต่อและตอบกลับ - ถ้าผู้ป่วย Admit ต้องไปเยี่ยมที่ รพ. - ถ้าผู้ป่วยไม่ไปตามการส่งต่อ ต้องไปเยี่ยมที่บ้านเพื่อหาสาเหตุ	- เพื่อรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการและครอบครัว - เพื่อค้นหาศักยภาพของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม นำมาเสริมสร้าง Self Care - เพื่อให้บริการต่อเนื่องโดยติดตามเยี่ยมบ้าน * กรณีที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและมีปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง * กรณีที่ผู้ป่วยกลับมาจากโรงพยาบาลและมีปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง * กรณีที่ผู้ป่วยขาดนัด * กรณีที่ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลต่อเนื่อง * กรณีอื่นๆ

3.5.7 ประชุมวางแผนงานและกิจกรรมต่อเนื่อง

ข้อมูลนำเข้าในการประชุม

- 1) ทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ ของศูนย์สุขภาพชุมชน
- 2) ผลการให้บริการ (ขาดนัด/ส่งต่อ/เยี่ยมบ้าน)
- 3) การเฝ้าระวังโรค
- 4) ปัญหาสุขภาพที่พบจากการบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และปัญหาสุขภาพที่พบจากการดำเนินงานในชุมชน
- 5) พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง
- 6) การตอบกลับจากผู้รับบริการ/หรือผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นระยะ
- 7) ความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน
- 8) ปัญหา อุปสรรค/ผลการแก้ปัญหาที่ผ่านมา

3.5.8 กิจกรรมในชุมชน

- 1) การค้นหาศักยภาพ สภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน เพื่อนำมาเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) และแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน
- 2) กิจกรรมบริการชุมชน ได้แก่ การคัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยง/การสอบสวนโรค/การป้องกันควบคุมโรค/การสุขภาพเฝ้าระวัง การรณรงค์ต่าง ๆ
- 3) การแสวงหาการมีส่วนร่วมจากชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. กศค. อสร. อสว. ประชาคมสร้างเสริมสุขภาพ
- 4) สนับสนุนบทบาทของชุมชนในการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมประเมินผล ร่วมเรียนรู้
- 5) จัดกระบวนการประชาคมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ประชาชน

3.5.9 การบริหาร

- 1) คน เงิน สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร
- 2) แผนงาน ควบคุมกำกับ ประเมินผล
- 3) การนำองค์กร การจัดองค์กร การสร้างทีมงาน การมอบหมายงาน

3.5.10 การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล

- 1) Internal/External Surveyor
- 2) เน้นความเป็นกัลยาณมิตร
- 3) เน้นระบบงานในกระบวนการหลักของศูนย์สุขภาพชุมชน ขั้นตอน 1-8

3.5.11 กิจกรรมของชุมชนโดยชุมชน

- 1) เป็นกิจกรรมของชุมชนที่สำรวจในครอบครัว (จปฐ.) 32 ตัวชี้วัด ข้อมูลชุมชน 13 ตัวชี้วัดรวมเป็น สดถ. ย. 45 ตัวชี้วัด
- 2) ชุมชนจะรู้ปัญหาด้วยตนเอง และวางแผนแก้ไขด้วยชุมชนเอง
- 3) บุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนจะไปร่วม Empowerment ชุมชนให้เข้มแข็งมากที่สุด
- 4) กิจกรรมอื่น ๆ ที่ชุมชนดำเนินการเอง และบุคลากรเข้าไปส่งเสริมสนับสนุน

3.6 การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน

การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน มีหลักในการดำเนินงานดังต่อไปนี้
(สำโรง แหงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545: 12)

3.5.1 หลักการในการจัดเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ

- 1) ทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึงประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้ง่าย
- 2) ต้องเอื้อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการ และมีการส่งต่อ ระหว่างบริการแต่ละระดับได้อย่างไม่มีช่องว่างครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐานสำคัญตามชุดสิทธิประโยชน์หลักภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดปัญหาการบริการที่ซ้ำซ้อน
- 3) ต้องเอื้อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานโดยทั่วหน้า เอื้อต่อการจัดบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง
- 4) ต้องเอื้อก่อให้เกิดระบบที่ผสมผสาน ดูแลด้วยแนวคิดแบบองค์รวม บูรณาการดูแลทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชน
- 5) สร้างให้เกิดความรับผิดชอบของเครือข่าย ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนระยะยาว

6) สร้างความร่วมมือในการให้บริการภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน

3.5.2 หน่วยบริการที่จะเป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพ

ภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดได้ 3 กลุ่ม คือ

1) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้ จะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) ที่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำตัว ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้ อาจจัดบริการ โดยเป็นหน่วยบริการหน่วยเดียวหรือจัดเป็นข่ายบริการปฐมภูมิ ที่มีหน่วยบริการย่อย ที่ร่วมกันให้บริการได้

ในกรณีที่จะจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการที่สามารถจัดบริการได้ครบทุกประเภทและมีแพทย์ บุคลากรสาขาต่าง ๆ ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาได้โดยตรง ซึ่งเรียกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหลัก หน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ครบทุกประเภท หรือมีบุคลากรที่ไม่ครบตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด เรียกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิรองในเครือข่าย

2) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for secondary care: CUS) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไป กรณีผู้ป่วยใน เป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลสังกัดรัฐอื่น ๆ และโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิ หน่วยบริการที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน

3) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary care: CUT) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่าง ๆ

3.5.3 คุณลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพแต่ละระดับ

1) ลักษณะสำคัญของกระบวนการบริการระดับปฐมภูมิที่ดี

(1) เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front-line care)ดูแลสุขภาพของประชาชน ทุกกลุ่มอายุและทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่น ๆ

(2) เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

(3) เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน กำเนินถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

(4) เป็นบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อการบริการอื่น ๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคมเมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

2) ลักษณะสำคัญของบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ คือ

(1) ให้บริการทางแพทย์ที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

(2) มีบุคลากรให้บริการอุปกรณ์ เครื่องมือในการให้บริการได้ตามมาตรฐาน

(3) มีระบบรองรับการให้บริการฉุกเฉิน และผู้ประสบอุบัติเหตุ ได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

(4) มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย และข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่สะดวกไม่มีช่องว่าง และมีการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับบริการต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเห็นว่าเหมาะสมพร้อมข้อมูลแผนการดูแล

(5) มีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ

3.5.4 มาตรฐานของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) หน่วยบริการ

ที่จะเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ให้บริการภายใต้หน่วยบริการอย่างเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติ หน่วยบริการที่จะเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิต้องมีมาตรฐาน ดังต่อไปนี้

1) ที่ตั้งและประชากร

- (1) มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด และมีประชากรต่อหน่วยบริการไม่เกิน 10,000 คน (หนึ่งหน่วยคู่สัญญาอาจจัดให้มีหลายหน่วยบริการปฐมภูมิได้)
- (2) ในกรณีที่ประชากรขึ้นทะเบียนน้อยกว่า 10,000 คน สามารถใช้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิได้แต่ต้องจัดระบบให้คล่องตัว
- (3) ในกรณีที่มิใช่ประชากรมากกว่า 10,000 คน สามารถจัดบริการในโรงพยาบาลได้โดยรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน ส่วนที่เหลือต้องจัดเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน

2) จิตความสามารถ

- (1) มีการเปิดให้บริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการ ที่ผสมผสานร่วมกับการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น และการให้ความรู้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการทุกวัน อย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่เชื่อมต่อกับบริการภายในเครือข่าย และการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาทำการ
- (2) มีการจัดบริการด้านทันตกรรมป้องกันและการรักษาฟื้นฟูทางด้านทันตกรรมโดยต้องจัดให้มีบริการแก่ประชาชน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง
- (3) มีบริการให้ความรู้กับประชาชนที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการทุกวันทำการ
- (4) บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ดูแลหญิงตั้งครรภ์หลังคลอด ดูแลสุขภาพเด็ก วางแผนครอบครัว พร้อมทั้งมีระบบติดตามความต่อเนื่องของการบริการ
- (5) มีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การบริบาล รวมทั้งการติดตามเยี่ยมประจำเพื่อทำความรู้จักสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลด้านสุขภาพให้แก่ครอบครัว และให้การบริบาลแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น
- (6) มีบริการด้านฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น
- (7) มีบริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อประเมินสถานะสุขภาพของครอบครัว และปัจจัยที่จะกระทบต่อสุขภาพเพื่อวางแผน และ ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในความรับผิดชอบ
- (8) มีบริการด้านการชันสูตรที่ครบตามมาตรฐาน
- (9) มีบริการด้านยาทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การกำกับคุณภาพ และมาตรฐานยา

3) บุคลากร บุคลากรที่ทำหน้าที่เฉพาะบริการปฐมภูมิ หรือในกรณีที่บุคลากรทำหลายหน้าที่ ให้แบ่งส่วนที่ต้องให้บริการ ในระดับทุติยภูมิและที่สูงกว่าออกไปก่อน แล้วพิจารณาเป็น man-day เฉพาะส่วนที่ให้บริการปฐมภูมิ จากนั้นคิดเป็นอัตราส่วนของบุคลากรประเภทต่าง ๆ ต่อประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบดังนี้

(1) มีพยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอัตราส่วน 1: 1,250 และในจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4

(2) อย่างน้อย 3 ใน 4 ของพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องทำงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

(3) มีแพทย์ในอัตราส่วน 1: 10,000 ในพื้นที่ทุรกันดารและหรือไม่สามารถหาแพทย์มาให้บริการได้ให้จัดพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทน ด้วยอัตราส่วน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ต่อแพทย์ 1 คน เพิ่มเติมจากข้อ 1 แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ไม่น้อยกว่า 1 : 30,000 คน

(4) มีทันตแพทย์ในอัตราส่วน 1: 20,000 ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนทันตภิบาล 1 คน ต่อทันตแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีทันตแพทย์รวมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1: 40,000 คน

(5) มีเภสัชกรร่วมให้บริการเพื่อกำกับดูแลคุณภาพด้านยาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง ต่อหนึ่งศูนย์สุขภาพชุมชน ในพื้นที่ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 2 คน ต่อเภสัชกร 1 คน ภายใต้การกำกับดูแลของเภสัชกร

4) มีการจัดการ มีการจัดการด้านยาของหน่วยบริการในเครือข่ายตามเกณฑ์มาตรฐาน และในกรณีที่ เป็นเครือข่ายบริการต้องมีระบบสนับสนุนหน่วยบริการในเครือข่ายให้มีวัสดุการแพทย์ที่เพียงพอต่อการให้บริการตามมาตรฐาน

5) อุปกรณ์ อาคาร สถานที่

(1) มีการจัดอุปกรณ์ เครื่องมือ ให้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายตามเกณฑ์

(2) มีระบบการติดต่อสื่อสาร ที่สามารถขอรับคำปรึกษาจากหน่วยบริการในเครือข่ายเดียวกันอย่างรวดเร็ว

(3) จัดระบบให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

6) ระบบการส่งต่อ และระบบสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการ ต้องจัดให้มีระบบดังต่อไปนี้

- (1) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งไปและกลับภายในเครือข่าย
- (2) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นในระดับทุติยภูมิ

และตติยภูมิ

- (3) มีระบบการส่งต่อเพื่อการตรวจชันสูตรด้านต่างๆ
- (4) มีระบบการส่งต่อเพื่อรับบริการด้านทันตกรรม
- (5) มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย

7) ระบบกำกับมาตรฐาน คุณภาพของหน่วยบริการในเครือข่าย

- (1) มีแนวทางการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- (2) มีระบบข้อมูลที่ใช้ในการให้บริการ
- (3) มีระบบการกำกับมาตรฐานบริการของหน่วยบริการทุกหน่วยใน

เครือข่าย

- (4) มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ของบุคลากรในเครือข่าย ให้มีความรู้ความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน
- (5) มีระบบการพัฒนาหน่วยบริการในเครือข่าย

จากความหมายและแนวคิดการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน สรุปได้ว่าศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ได้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ เป็นราชการส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน สาขา ทั้งในและนอกสถานบริการ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการดูแลผู้ป่วยพิการ การสนับสนุนบริการ รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขและการพัฒนาชุมชนระดับตำบล ของอำเภอต่างๆ

4. การดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ายาง รับผิดชอบพื้นที่ 12 ตำบล มีศูนย์สุขภาพชุมชน 20 แห่ง ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การรักษาพยาบาล

- ปัญหาสุขภาพทั่วไป ให้บริการทุกวันจันทร์ - ศุกร์ และนอกเวลาราชการ
กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน

- ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิต
- การคัดกรอง โรคเรื้อรัง หรือโรครุนแรงเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม

- การดูแลที่บ้าน การเยี่ยมในผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต พิการ ป่วยเรื้อรัง โดยการประเมินสภาพปัญหาอย่างรอบด้าน ให้การดูแลช่วยเหลือพร้อมทั้งสนับสนุนผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ยังขาดการติดตามดูแลผู้ที่มารับบริการไม่ต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และดูแลให้การรักษาสู่ที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่สถานพยาบาล

- การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือประสบอุบัติเหตุก่อนส่งต่อ
- บริการตรวจชันสูตรพื้นฐาน (ทำเอง/ส่งต่อ)
- บริการทันตกรรมพื้นฐาน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณีปกติ ในศูนย์

สุขภาพที่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

2. การส่งเสริมสุขภาพ

- บริการดูแลผู้สูงอายุ
- บริการที่บ้าน ให้บริการกรณีผู้ที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานบริการ
- การส่งเสริม ป้องกันทันตสุขภาพการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ให้รายบุคคล

และรายกลุ่มในรายที่เกิดปัญหาฟัน

- การให้ความรู้ด้านสุขภาพ
- + การให้คำปรึกษา
- + การคัดกรอง โรคร้ายแรงหรือเรื้อรังเพื่อการป้องกันล่วงหน้า

3. การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน

- การค้นหาปัญหาผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อส่งต่อรักษา/ฟื้นฟู
- การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล

4. การควบคุม ป้องกันโรค

- การฉีดวัคซีน
- การค้นหาผู้ป่วย
- การเฝ้าระวัง

- การรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตาม พรบ. ต่าง ๆ

5. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล องค์การประชาชนด้านสุขภาพ

- ให้ความรู้เรื่องปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง การดำรงชีวิต ได้แก่ การปรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย

มีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่ม มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ทำให้เป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้มากกว่าที่จะต้องพึ่งพิงผู้อื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุคงความมีสุขภาพดีทั้งกายและจิตใจ

ปี 2539 ศูนย์สุขภาพชุมชนเริ่มจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าคอย ทำางหนองจอก “หมอชวนมาร่วมกลุ่ม”

ปี 2544 อำเภอท่ายางได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากจังหวัดให้ดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ตำบลมาบปลาเค้า ท่าไม้รวก ท่าแลง กัดหลวง เขากะปุก

เมื่อปีพ.ศ. 2546 เพิ่มจำนวน 3 ตำบล วังไคร้ ขางหย่อง ในดง

ต่อมาปี 2549 เจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุได้เข้าสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรม และการจัดตั้งชมรมตำบลปึกเตียนครอบคลุม 12 ตำบล และชุมชนบ้านเขากะจิว ต.ท่ายาง

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนไม่น้อยกว่า 20 ปี เป็นข้าราชการเกษียณ มีอาชีพทำไร่ ทำสวน เข้าร่วมในการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้าน มีการทำกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่นัดเดือนละครั้ง บางแห่งนัด 2 เดือน ส่วนบริการที่ได้รับ การตรวจคัดกรองสุขภาพทุกครั้งที่มีกิจกรรม การออกกำลังกาย นันทนาการ ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน บางแห่งได้รับการตรวจสุขภาพฟัน มีการเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังขาดทีมในการเยี่ยมผู้สูงอายุ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน การบริหารจัดการ และผู้สูงอายุ กันอย่างแพร่หลายดังนี้

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2539: 88-89) ศึกษาชมรมผู้สูงอายุ: การศึกษารูปแบบ และผลการดำเนินงานที่เหมาะสม ด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิก พบว่า สมาชิกไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนร้อยละ 62.8 สมาชิกไม่ให้การสนับสนุนทางการเงินหรือสิ่งของร้อยละ 58.0 สมาชิกมาร่วมกิจกรรมมาก ร้อยละ 48.0 มาร่วมกิจกรรมน้อย ร้อยละ 46.4 ไม่มาร่วมกิจกรรมร้อยละ 5.6 ในด้านการดำเนินกิจกรรมของชมรม พบว่า ส่วนใหญ่กรรมการชมรมประชุมกันทุกเดือน ร้อยละ 44.1 การประชุมสมาชิกส่วนใหญ่ปีละครั้ง ร้อยละ 31.0 ปัญหาการดำเนินงานของชมรม คือ การขาด

เงินทุนในการดำเนินงาน ร้อยละ 48.8 รองลงมาคือขาดทั้งเงินทุน และกรรมการไม่เข้มแข็ง ร้อยละ 11.5

เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ และคณะ (อ้างใน บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2539: 18) ศึกษาวิจัยเรื่องศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำงานเพื่อสังคม พบว่า การทำกิจกรรมทางสังคม หรือการเข้าไปมีบทบาททางสังคมมากนัก ผู้ที่เข้าไปมีบทบาททางสังคมแล้วก็มักจะเป็นผู้ที่มีบทบาทอยู่ในกิจกรรมต่าง ๆ เป็นระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน (ตั้งแต่ยังไม่เป็นผู้สูงอายุ) และผู้ศึกษาคนเดียวกันได้ทำวิจัยในปี พ.ศ.2533 ศึกษาเรื่องชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เฉพาะกับคนในวัยเดียวกัน หรือคนที่อยู่ในละแวกใกล้เคียงเท่านั้น และผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมกับชุมชนภายนอกครัวเรือนน้อยมาก กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาทร่วมด้วยมากที่สุดคือกิจกรรมทางศาสนา และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ผู้สูงอายุพอใจที่จะร่วมกิจกรรมกับคนในวัยเดียวกัน

สุมาลี ทิพย์ะวัฒน์ (2540: 88-89) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดราชบุรี พบว่า การสนับสนุนงบประมาณมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หฤทัย ทบวงศรี (2540: 72-73) ศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานของหัวหน้าสถานีอนามัยตามแผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในจังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยการบริหารกำลังคน ด้านความพอเพียงของผู้ปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหัวหน้าสถานีอนามัยตามแผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ

ศราวุฒิ หงิมห้วง (2542: 97-100) ศึกษาเรื่องปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขของสถานีอนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า กระบวนการบริหารจัดการในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงานของสถานีอนามัยและปัจจัยด้านกำลังคน ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงานของสถานีอนามัย

สัมฤทธิ์ ต่อสติ (2542: 93-102) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของระบบบริการสาธารณสุขเขตเมือง กรณีศึกษา: ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยศึกษาเฉพาะพื้นที่ชุมชนในเขตรับผิดชอบ 2 แห่ง คือ ศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร และศูนย์แพทย์ชุมชนวัดกล้วย การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของสถานบริการ 2 แห่งแตกต่างกัน พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขเขตเมืองจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแยกเป็นพื้นที่พบว่า ศูนย์แพทย์ฯ ที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีการนำระบบบริการ

สาธารณสุขแบบบูรณาการและเวชปฏิบัติครอบคลุมมาใช้บริการแก่ผู้รับบริการ (ศูนย์แพทย์ฯ ป้อมเพชร) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ส่วนศูนย์แพทย์ที่สังกัดเทศบาลเมืองพระนครศรีอยุธยาที่มีการบริการด้วยระบบปกติ (ศูนย์แพทย์ฯ วัดกล้วย) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ เมื่อพิจารณาการให้บริการทั้ง 7 ด้าน ของสถานบริการทั้ง 2 แห่งดังกล่าวภาพรวมของการมีส่วนร่วมของประชาชนที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การร่วมบริจาค การเป็นผู้ให้บริการ และเป็นผู้ร่วมเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และภาพรวมของการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านที่อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การร่วมประชุม การเป็นผู้เริ่มการ ผู้ร่วมสละแรง และผู้ร่วมบริจาควัสดุอุปกรณ์

ทรงศักดิ์ มีชัย (2544: 157-174) ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยลักษณะ ขั้นตอน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าขาม ตำบลเวียงใต้ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมในด้านพื้นฐานการเข้าร่วมของผู้สูงอายุในชมรมนั้นส่วนใหญ่จะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและเต็มใจ มีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมและในกิจกรรมทุกครั้ง ส่วนรูปแบบในการดำเนินงาน ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมโดยตรงในการบริหารจัดการและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของชมรม และมีส่วนร่วมโดยอ้อมในกิจกรรมที่ทางการจัดขึ้น เช่น วันพ่อแห่งชาติ วันแม่แห่งชาติ และวันปิยะมหาราช การดำเนินงานของชมรมนั้นทำให้เกิดความอิสระในการดำเนินกิจกรรม และในการที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมในทุกขั้นตอน ทำให้เกิดการเรียนรู้พัฒนาศักยภาพของตนเองและกลุ่ม

สมฤดี ลิ้มปรัชติวิชัย (2544: 175-182) ได้ศึกษาบทบาทของ อบต. ต่อการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขของชุมชน: กรณีศึกษา อบต. ปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า อบต. กับชุมชนจะมีการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ วางแผน การปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผล แผนงานของ อบต. ยังคงเน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานซึ่งเป็นการส่งเสริมงานสาธารณสุขทางอ้อม ส่วนงานที่มีแผนชัดเจนและทำต่อเนื่องคืองานกำจัดขยะมูลฝอย โดยปัจจัยต่อการดำเนินงานคือ ความรู้ความเข้าใจต่อบทบาทด้านสาธารณสุข วิถีทางการเมืองระบบงานสาธารณสุข งบประมาณ ความร่วมมือระหว่างองค์กร สภาพสิ่งแวดล้อมและชุมชน ส่วนความคาดหวังต่อ อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชนต้องการให้รัฐเป็นผู้แบกรับภาระงานด้านสาธารณสุขมากกว่าให้เป็นหน้าที่ของ อบต. ในเรื่องความพร้อมพบว่า อบต. ยังขาดกำลังคนงบประมาณ แต่มีสถานที่อุปกรณ์เพียงพอรวมทั้งระบบการบริหารงานที่ดี

จรรย์พร สุรมินิจกุล (2544: 72-73) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ กรมประชาสงเคราะห์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในด้านบริการมี 3 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมในลักษณะบุคคลคือการ

เข้าร่วมกิจกรรมบริการทางด้านสุขภาพอย่างเดียว 2) การมีส่วนร่วมในลักษณะของกลุ่มซึ่งมีการสร้างกลุ่มและโครงสร้างภายใน คือ เข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ชมรมดนตรี และ 3) การมีส่วนร่วมในลักษณะของโครงการ ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะของบุคคลมากกว่าในลักษณะของกลุ่มหรือโครงการ ส่วนกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในขั้นการปฏิบัติทุกคน บางคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจ การร่วมวางแผน และร่วมติดตามประเมินผลเล็กน้อย

นวพรรษ วุฒิชัย (2545: 1) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อการมีส่วนร่วมในกลุ่มของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านลาด อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็น 2 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชมรม และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมกลุ่มในชมรม โดยส่วนใหญ่จะมาร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 3 ครั้ง เหตุผลที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรม เพราะช่วยคลายเครียด ได้ประโยชน์ในเรื่องสุขภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต กิจกรรมที่ถนัดที่สุด คือ กิจกรรมออกกำลังกาย

นภาพร พานิช (2545: 164-165) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65 ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรมรวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการปฏิบัติในการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.8 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน พบว่า กรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้ในการบริหารจัดการ ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ชุมชนขาดการมีส่วนร่วม

สมเดช ศรีทัด (2545: 110) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยในจังหวัดอุดรธานี พบว่า ทรัพยากรการบริหารไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

สมใจ รัตนศรีทอง (2546: 77) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริการสุขภาพเชิงรุก การมีส่วนร่วมในบริการกับความพึงพอใจในบริการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การมีส่วนร่วมในบริการด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับสูง เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในบริการกับความพึงพอใจในบริการ พบว่า การมีส่วนร่วมในบริการโดยรวม มีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับสูง กับความพึงพอใจในบริการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปราณี อัมสมบัติ (2546: 74) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในด้านการวางแผนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 67.5 มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุด้านการร่วมจัดกิจกรรมชมรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.2 ด้านการรับประโยชน์จากกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75 และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมด้านการประเมินผลกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 87.2 เมื่อพิจารณาในภาพรวมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.8

ภัตสุริย์ ฤกษ์กลาง (2546: 77-78) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชน ในการพัฒนาเมืองน่าอยู่อย่างยั่งยืน เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชน จำแนกตามขั้นตอนของการมีส่วนร่วมสรุปเป็นภาพรวมได้ว่า การมีส่วนร่วมอยู่ระดับปานกลาง ส่วนใหญ่คณะกรรมการชุมชนมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ รองลงมาคือขั้นตอนการดำเนินการ ขั้นตอนการรับผลประโยชน์ และขั้นตอนการประเมินผล ตามลำดับ

พิชามณัฐ บุญดิน (2546: 148) ได้ศึกษาความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารส่วนตำบลจังหวัดนนทบุรี พบว่าคณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบลมีความคิดเห็นต่อการพัฒนาสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมและป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสุขภาพในระดับสูง การมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมและป้องกันโรค ในระดับมาก ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสุขภาพในระดับปานกลาง

ไพโรจน์ จันทรมณี (2546: 99) ได้ศึกษาลักษณะการบริหารงานชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดนครนายก พบว่า ผลของการบริหารงานของชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านบวก คือ ทำให้สมาชิกมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ในด้านของคณะกรรมการบริหารจะได้รับการสนับสนุนในเรื่องของทุน และในด้านลบคือการไม่สามารถดำเนินการจัดทำเอกสารได้ด้วยตนเองต้องอาศัยพี่เลี้ยง

ยงยุทธ ธนิกกุล (2546: ง) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพภาคประชาชนของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า 1) สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพภาคประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับสูง แยกรายด้านมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจวางแผนงานและด้านการดำเนินงานระดับสูง ด้านการรับรู้ปัญหาและความต้องการ ด้านการรับผลประโยชน์และด้านติดตามประเมินผลระดับปานกลาง มีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ ความตระหนักในปัญหาสุขภาพอนามัยและมีแรงจูงใจในการทำงานอยู่ในระดับสูง แต่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง 2) อายุ การเคยดำรงตำแหน่ง

ทางสังคมที่ต่างกัน จะมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพภาคประชาชนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเป็นสมาชิกสภา ที่ต่างกันจะมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพภาคประชาชนไม่แตกต่างกัน 3) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและความตระหนักในบทบาทหน้าที่ สามารถร่วมกันทำนุบำรุงการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพภาคประชาชนโดยรวมได้ร้อยละ 49.70

สุรศักดิ์ หันชัยศรี (2546: ง) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การควบคุมกำกับงาน และรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามมาตรการหลักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผน การควบคุมกำกับงาน มีความสัมพันธ์กับผลการบรรลุตามเป้าหมายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

ปิยวรรณ กมลวิทย์ (2547: 121-127) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน: ศึกษาเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลระนอง พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแบ่งออกได้ 2 ส่วน

1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพ ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมโดยเฉลี่ยระดับปานกลาง โดยมีส่วนร่วมด้านการรักษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการป้องกันโรค และด้านการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนด้านการฟื้นฟูมีส่วนร่วมน้อยสุด

2) การมีส่วนร่วมในโครงการของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า โครงการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งจัดเหมือนกัน โครงการที่มีจำนวนผู้เข้าร่วมมากที่สุด คือโครงการรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย โครงการออกกำลังกายมีผู้เข้าร่วมน้อยที่สุด ส่วนโครงการที่จัดขึ้นเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนบางแห่ง เช่นชมรมผู้สูงอายุมีผู้เข้าร่วมน้อยเพียงร้อยละ 11.1 ลักษณะการเข้าร่วมของผู้ใช้บริการในโครงการต่างๆ พบว่า ลักษณะการเข้าร่วมของผู้ใช้บริการที่มีจำนวนมากคือ การเข้าร่วมประชุม/อบรม/รับฟังและการร่วมใช้บริการ ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมแบบรับผลประโยชน์จากกิจกรรมการพัฒนา ส่วนลักษณะการเข้าร่วมของผู้ใช้บริการในโครงการต่าง ๆ พบว่ามีจำนวนน้อยคือลักษณะการเข้าร่วมสำรวจและค้นหาข้อมูลการกำหนดกิจกรรมและการประเมินผล เป็นการมีส่วนร่วมแบบพัฒนาที่เสริมสร้างพลังความเข้มแข็งและเพิ่มพูนศักยภาพของประชาชน ส่วนการรับรู้ของผู้ใช้บริการในการดำเนินกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในระดับมากโดยร้อยละ 80 ขึ้นไปมีการรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันโรคและด้านการฟื้นฟูสภาพมากตามลำดับ สำหรับทัศนะของผู้ใช้บริการที่มีต่อการใช้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ทั้ง 5 ด้าน โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านขีดความสามารถของบริการ ด้านบุคลากร ด้านอุปกรณ์และสถานที่ ด้านที่ตั้งและความครอบคลุม ด้านการส่งต่อ

รัชดา พรพิไลสวัสดิ์ (2548: 74-76) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ: ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง การได้รับข่าวสารมีความแตกต่างกันกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกันกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

สาทิศ พึ่งพรชัย (2550: 35-36) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลออนใต้ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจร้อยละ 56.26 ในเรื่องการใช้สิทธิ์เลือกตั้งสมาชิก อบต. ร้อยละ 96.8 มีส่วนร่วมการปฏิบัติการ ร้อยละ 55.1 ในการเข้าร่วมประชุมในหมู่บ้านเกี่ยวกับโครงการกิจกรรมของ อบต. ร้อยละ 91.4 มีส่วนร่วมในด้านผลประโยชน์ร้อยละ 62.91 เข้าร่วมกิจกรรมประเพณีขึ้นที่ อบต. ร่วมกับหมู่บ้านของตนเองจัดขึ้นร้อยละ 91.4 มีส่วนร่วมด้านการประเมินผลร้อยละ 42.6 ในกรณีติดตามข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ของ อบต. ร้อยละ 57.3

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ มากำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เทศบาล ประธานชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การบริหารจัดการ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารงานบุคคล การอำนวยการ การควบคุมกำกับ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการบริหารจัดการ งานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอยะยา เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีศึกษา (Case Study) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้ 2 วิธีการคือ 1. การสัมภาษณ์เชิงลึก 2. การสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาขอเสนอตามขั้นตอนวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลจากประชากร คือ

ประชากรในขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึก

- เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอยะยา จำนวน 20 แห่ง โดยเก็บจากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนหรือเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานบริการผู้สูงอายุ จำนวน 20 ราย
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอยะยา 12 ตำบล มีองค์การบริหารส่วนตำบล 11 แห่ง เทศบาล 2 แห่ง โดยเก็บรวบรวมจากประธานองค์การบริหารส่วนตำบล 11 คน เทศบาล 2 คน
- ชมรมผู้สูงอายุในอำเภอยะยา จำนวน 13 ชมรม เก็บจากประธานชมรมผู้สูงอายุ 13 คน

ประชากรในขั้นตอนสนทนากลุ่ม

- อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในอำเภอยะยา จำนวน 119 หมู่บ้าน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเก็บจากกลุ่มตัวอย่าง ได้จากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ที่มารับบริการ ช่วงเดือน

ธันวาคม 2550 - มีนาคม 2551 หมู่บ้านละ 1 คนจำนวน 119 คน จากประธานอาสาสมัครหมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 119 คน โดยคัดเลือกสมาชิกที่ให้ความร่วมมือ ทำกลุ่ม 16 กลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีการตามความเหมาะสมของสถานการณ์ ซึ่งได้ใช้เครื่องมือดังนี้

1. แบบแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) ใช้ในการเก็บข้อมูลหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ประธานองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประธานชมรมผู้สูงอายุ

1.1 แนวทางในการสัมภาษณ์ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป

1.1.2 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารงานบริการ

สุขภาพผู้สูงอายุ

1.1.3 ความคิดเห็นการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงาน

บริการสุขภาพผู้สูงอายุ

1.1.4 ปัญหาข้อเสนอแนะและความคิดเห็น

1.2 แนวทางในการสัมภาษณ์ ประธานองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประธานชมรมผู้สูงอายุ

1.2.1 ข้อมูลทั่วไป

1.2.2 ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามกระบวนการบริหารงาน

บริการสุขภาพผู้สูงอายุ

1.2.3 ความคิดเห็นของการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

1.2.4 ปัญหาข้อเสนอแนะและความคิดเห็น

2. แบบแนวทางในการสนทนากลุ่ม ในการเก็บข้อมูลกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขผู้สูงอายุโดยยึดกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วม เป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเนื้อหาสาระดังนี้

2.1 บริบททางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความเป็นมาของชุมชน ความคิดความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการใช้บริการของผู้สูงอายุที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

2.2 ความคิดเห็นของการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

2.3 ปัญหา อุปสรรค จากตัวผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ

2.4 แนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. เครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกการให้สัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

4. สมุดบันทึก จดบันทึกข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมตามสำนวนภาษาไทย โดยถือว่าเกณฑ์การตัดสินตรงกันถือว่าใช้ได้ แล้วนำเครื่องมือดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไข ให้สมบูรณ์แล้วจึงนำไปจริง

วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนั้นตัวผู้สัมภาษณ์จะมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งจึงต้องมีจริยธรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ มีความซื่อสัตย์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้ตรงกับเหตุการณ์จริง มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความสุภาพอ่อนโยน มีความละเอียดและมีไหวพริบดี สามารถวิเคราะห์แปลความข้อมูลได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายไว้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการ

1.1 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน เพื่อช่วยในการจดบันทึกคำตอบจากการสัมภาษณ์ เจาะลึกและสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยอธิบายรายละเอียด ทำความเข้าใจให้ตรงกันและทดลองฝึกปฏิบัติ

1.2 เตรียมรายละเอียด ของศูนย์สุขภาพชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ พร้อมกำหนดวัน เวลาในการเก็บข้อมูล

1.3 สํารวจข้อมูลจากเอกสารที่มีอยู่ ของศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอท่ายาง โดยศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานทั้งหมดที่ใช้เป็นแนวทางในปัจจุบัน จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ

2. การดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่เพื่อขอสัมภาษณ์ผู้บริหารของศูนย์สุขภาพชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ชมรมผู้สูงอายุ ตามแนวสัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรี ประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 46 คนโดยขออนุญาตฉบับที่กและบันทึกเทป ในระหว่างเดือน ธันวาคม 2550 – มีนาคม 2551

2.2 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่เพื่อจัดการสนทนากลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สูงอายุ โดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อจัดสนทนากลุ่มเป็นตำบล 12 ตำบลจำนวน 238 คน จัดสนทนากลุ่มละ 12 – 30 คน รวม 16 กลุ่ม โดยผู้วิจัยใช้แนวคำถามที่ได้กำหนดไว้เป็นหัวข้อสนทนา มีการขออนุญาตบันทึกเทป ผู้ช่วยวิจัยบันทึกเทป ร่วมสังเกตการณ์และจดบันทึกความสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วม ในระหว่างเดือน ธันวาคม 2550 – มีนาคม 2551

3. รวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ แบ่งการเก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างข้อมูลเป็น 2 กลุ่มได้แก่

3.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal Interview) ต้องใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการบันทึกข้อมูลจากเอกสารผู้ศึกษาไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง วันละ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล 11 แห่ง เทศบาล 2 แห่ง ประธานชมรมผู้สูงอายุ 13 ชมรม รวม 24 วัน ได้ตรวจสอบบันทึกถอดเทปบันทึกข้อมูลอย่างละเอียดและสรุปประเด็นสำคัญ รวมทั้งตรวจสอบข้อมูลที่ได้อาจจัดกลุ่มข้อมูลว่าครอบคลุมหรือไม่ แล้วนำข้อมูลมาสรุปตามหัวข้อที่กำหนด ถ้าข้อมูลใดยังไม่ชัดเจนก็จะมีที่ตั้งคำถามเพื่อค้นหาคำตอบในวันต่อไป

3.2 การสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาจัดสนทนาของอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สูงอายุ กลุ่มละ 12 – 30 คน รวม 16 กลุ่ม กลุ่มละ 1 วัน รวม 16 วันโดยใช้แนวคำถามที่ได้กำหนดไว้เป็นหัวข้อสนทนา มีการขออนุญาตบันทึกเทป ผู้ช่วยวิจัยบันทึกเทป ร่วมสังเกตการณ์และจดบันทึกความสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วม ได้ตรวจสอบบันทึกถอดเทปบันทึกข้อมูลอย่างละเอียดและสรุปประเด็นสำคัญ รวมทั้งตรวจสอบข้อมูลที่ได้อาจจัดกลุ่มข้อมูลว่าครอบคลุมหรือไม่ แล้วนำข้อมูลมาสรุปตามหัวข้อที่กำหนด ถ้าข้อมูลใดยังไม่ชัดเจนก็จะมีที่ตั้งคำถามเพื่อค้นหาคำตอบในวันต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ศึกษาจะทำการวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาจำแนกและจัดประเภทข้อมูลโดยยึดหลักตามแนวคำถาม หลังจากนั้นจึงประมวลข้อมูลเพื่อตีความหมายและสังเคราะห์เป็นภาพรวมของชุมชน โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. การวิเคราะห์แบบอุปนัย (Induction Analytic) โดยผู้ศึกษาใช้ข้อมูลจากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็นมาสร้างข้อสรุป จากการสังเกตและการอ่านทบทวนข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการบันทึกเพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาในภาพรวม จัดกลุ่มข้อมูล สร้างข้อค้นพบและตรวจสอบข้อค้นพบจนสามารถสรุปและตีความข้อมูลของแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ประธานชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สูงอายุให้เสร็จในวันสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม แล้วเขียนรายงานผลการวิเคราะห์ ให้หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรีหรือปลัดเทศบาล ประธานชมรมผู้สูงอายุ อ่านทบทวนว่าการสรุปข้อมูลและตีความหมายข้อมูลถูกต้องหรือไม่ แก้ไขเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ครบทุกแห่งจึงนำมาสรุปผลการศึกษาวิจัย

2. การวิเคราะห์โดยจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการบริหารงานและการมีส่วนร่วมเป็นกรอบในการจำแนกข้อมูล โดยวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการบันทึกข้อมูลจากนั้นนำข้อมูลต่างๆ มาเรียงลำดับ โดยใช้ตรรกะเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่มีความเป็นเหตุเป็นผลกัน ทำการเปรียบเทียบและตีความหมายข้อมูล นำมาสรุปผลการวิจัย

ข้อพิจารณาเชิงจริยธรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในทุกขั้นตอนของการวิจัย ในประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การเคารพในการเป็นบุคคลและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1.1 การให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ทั้งในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ

เก็บข้อมูล พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามจนมีความเข้าใจ แล้วให้อิสระในการยินยอม ซึ่งได้รับการยินยอมด้วยวาจาจากผู้ให้ข้อมูลทุกคน

1.2 ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการปกปิด ข้อมูลบางอย่างหรือสามารถถอนตัวจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อไม่ว่าเหตุผลใดก็ตาม

2. ผู้รับผิดชอบของผู้วิจัย

2.1 ความลับของข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล ในด้านชื่อ สกุลและชื่อสถานบริการที่ศึกษาจะไม่ถูกเปิดเผยโดยผู้วิจัย หรือโดยกระบวนการวิจัยครั้งนี้

2.2 เพื่อดำรงไว้ซึ่งการรักษาชื่อเสียงและภาพลักษณ์ของหน่วยงานที่วิจัยโดยรักษาเป็นความลับ ใช้นามแฝงแทนชื่อของผู้ให้ข้อมูล การจัดเก็บข้อมูลทุกชนิดเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การเผยแพร่ผลการวิจัยจะกระทำในเชิงวิชาการและพิจารณาอย่างรอบครอบทุกครั้ง ผู้วิจัยคนเดียวที่ทราบข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนกับการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ มีการทบทวนเอกสารวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรี ประธานชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งประชุมกลุ่มย่อยผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อศึกษากระบวนการในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน (ได้แก่ผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข) ในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชน ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้มี 4 กลุ่ม คือ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน 20 แห่ง จำนวน 20 คน กลุ่มที่ 2 นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 11 แห่ง และนายกเทศมนตรี 2 แห่ง จำนวน 13 คน กลุ่มที่ 3 ประธานชมรมผู้สูงอายุ 13 แห่ง จำนวน 13 คน และกลุ่มสุดท้าย ผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านละ 1 คน รวม 238 คน ประชุมกลุ่มย่อยได้ 16 กลุ่ม การวิจัยครั้งนี้ขอเสนอผลการการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทบทวนประวัติความเป็นมา

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรี ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษากระบวนการบริหารจัดการของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรี ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทบทวนประวัติความเป็นมา

1.1 สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของชุมชนอำเภอยาง

อำเภอยาง มีเนื้อที่ประมาณ 793,522 ตารางกิโลเมตร หรือ 495,951.25 ไร่ ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดเพชรบุรี ระยะทางจากจังหวัดประมาณ 18 กิโลเมตร จากกรุงเทพฯ ประมาณ 134 กิโลเมตร มีทางหลวงผ่านเขตอำเภอยาง มีสถานีรถไฟตั้งอยู่ที่ตำบลหนองจอกและมีแม่น้ำเพชรบุรีไหลผ่าน

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ อำเภอบ้านลาด และอำเภอเมืองเพชรบุรี
ทิศใต้	ติดต่อกับ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ ฝั่งทะเลอ่าวไทย
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ อำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางมีที่ทำการอยู่ เลขที่ 114 หมู่ที่ 5 ตำบลยาง บริเวณถนนเพชรเกษม ริมคลองชลประทานสาย 3 ห่างจากที่ว่าการอำเภอยางประมาณ 1 กิโลเมตร โรงพยาบาลยาง ปัจจุบันตั้งอยู่เลขที่ 259/6 หมู่ 1 ตำบลยาง อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี เริ่มแรกเริ่มปี พ.ศ. 2480 เป็นสุขศาลาชั้น 2 ปี พ.ศ.2500 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นสถานีอนามัยชั้น 2 ต่อมาได้ยกฐานะเป็นสถานีอนามัยชั้น 1 ต่อมาในปี พ.ศ.2515 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย แล้วเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลยาง ขนาด 10 เตียงในปี พ.ศ.2520 แต่ยังคงอยู่ที่เดิม จนถึงปี พ.ศ.2521 ได้รับบริจาคที่ดินและเงิน เพื่อเป็นค่าจัดซื้อที่ดินเพิ่มเติมบริเวณริมถนนสายยาง-บ้านหนองบัว หมู่ที่ 1 ตำบลยาง รวมเนื้อที่ทั้งสิ้น 28 ไร่ 89 ตารางวา ตลอดจนได้รับงบประมาณในการก่อสร้างและยกฐานะโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ในปี พ.ศ.2540 ได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ลักษณะการบริการเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิระดับต้น (2.1)

ลักษณะภูมิประเทศ

แบ่งเป็น 3 เขต ได้แก่

- เขตภูเขาและที่สูง อยู่ในเขตพื้นที่ตำบลกลัดหลวง และตำบลเขากระปุก เป็นบริเวณที่มีความแห้งแล้งมากกว่าพื้นที่บริเวณอื่นของอำเภอ
- เขตที่ราบลุ่มอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลยาง ตำบลท่าคอย ตำบลวังไคร้ ตำบลท่าไม้รวก ตำบลยางหย่อง ตำบลท่าแลง เป็นพื้นที่ที่มีแม่น้ำเพชรบุรี และแม่น้ำแม่ประจันต์ไหลผ่านและเป็นพื้นที่เกษตรกรรมที่สำคัญของอำเภอ

- เขตที่ราบชายทะเล อยู่ในเขตพื้นที่ตำบลปึกเตียน มีระยะทางติดชายทะเลประมาณ 5 กิโลเมตร เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของอำเภอ

สภาพเศรษฐกิจและสังคม

ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยประมาณ 32,500 บาท/ครัวเรือน/ปี มีโรงเรียนประถม 45 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา 2 แห่ง

ประชากร

จำนวนประชากรทั้งหมด 83,135 คน

ชาย 39,981 คน คิดเป็นร้อยละ 48.09

หญิง 43,154 คน คิดเป็นร้อยละ 51.91

จำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด 10,923 คน

ชาย 4,792 คน คิดเป็นร้อยละ 43.87 ของกลุ่มผู้สูงอายุ

หญิง 6,131 คน คิดเป็นร้อยละ 56.13 ของกลุ่มผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กระจายอยู่ที่ตำบลท่าคอย รองลงมาอยู่ที่ตำบลท่ายางและมาบ

ปลาเค้า

การปกครอง

12 ตำบล 119 หมู่บ้าน เทศบาล 2 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 11 แห่ง

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

โรงพยาบาลชุมชน 60 แห่ง 1 แห่ง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง

- ศูนย์สุขภาพชุมชน 20 แห่ง

ตารางที่ 3 พื้นที่ความรับผิดชอบ

ตำบล	เขต		หน่วยบริการ	จำนวน			
	อบต.	เทศบาล		หมู่บ้าน	หลังคาเรือน	ปชก.	อสม.
ท่ายาง		/	รพ.ท่ายาง	5	4,416	11,130	130
			ท่ายาง	5	1,830	7,177	104
หนองจอก	/		หนองจอก	8	1,428	5,081	80
			หนองบัว	5	516	2,204	42
ท่าแลง	/		ท่าแลง	9	1,668	5,678	100
ท่าคอย	/	/*	หนองหานาง	11	3,490	12,129	213
ท่าไม้รวก	/		ท่าไม้รวก	5	882	3,678	75
			หนองชุมแสง	3	672	3,388	58
			หนองเตียน	3	520	1,958	25
กัลลัดหลวง	/		ยางชุม	3	347	1,728	25
			ทุ่งโป่ง	4	616	2,361	36
			สาระเห็ด	4	743	2,814	42
เขากระปุก	/		เขากระปุก	5	603	2,555	45
			หนองโรง	5	727	2,718	43
			หุบเขลา	4	710	1,821	34
ยางหย่อง	/		ท่าวาย	5	936	3,287	50
ปึกเตียน	/		ปึกเตียน	4	418	1,861	30
ในดง	/		ในดง	6	656	2,600	43
มาบปลาเค้า	/		มาบปลาเค้า	11	1,020	3,870	73
วังไคร้	/		ฝั่งท่า	5	935	2,148	42
			วังไคร้	5	688	2,954	48
รวม 12 ตำบล	11	2	1 รพช. 20 ศสช.	119	23,821	83,135	1,338

ที่มา: โรงพยาบาลท่ายางข้อมูล ณ เดือนเมษายน 2551

หมายเหตุ 1. * เขตเทศบาลตำบลท่ายาง

1.2 การจัดบริการผู้สูงอายุ

การบริการด้านการรักษาพยาบาล ได้รับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมื่อป่วยทุกครั้ง ถ้าป่วยหนักได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาล “เจ็บน้อย ๆ ก็มาอนามัย ถ้าเป็นมากหมอเขาก็ให้ไปโรงพยาบาล” การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการเยี่ยมในผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต พิกการ ป่วยเรื้อรัง ให้ความรู้พื้นฐานการดูแลสุขภาพตนเอง โภชนาการ ออกกำลังกาย สุขภาพช่องปาก จากคำกล่าว “หมอเขาไปเยี่ยมถึงบ้าน” “ไม่เห็นพวก อบต. มาเยี่ยมเลยมีแต่ อสม. มากับหมอ”

ปี 2539 เจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุเริ่มจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าคอย ท่ายาง นอนจอก “หมอชวนมาร่วมกลุ่ม”

ปี 2544 อำเภอท่ายางได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากจังหวัดให้ดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ตำบลมาบปลาเค้า ท่าไม้รวก ท่าเลง กลัดหลวง เขากะปุก

เมื่อปี 2546 เพิ่มจำนวน 3 ตำบล วังไคร้ ยางหย่อง ในดง

ต่อมาปี 2549 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุได้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรม และการจัดตั้งชมรมตำบลปึกเตียนครอบคลุม 12 ตำบล และชุมชนบ้านเขากะจิว ต.ท่ายาง

ประธานชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนไม่น้อยกว่า 20 ปี เป็นข้าราชการเกษียณ มีอาชีพทำไร่ ทำสวน เข้าร่วมในการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้าน เริ่มจากจัดตั้งกลุ่มฌาปนกิจตั้งแต่ปี 2539 ส่วนใหญ่มีการนัดทำกิจกรรมทุก 1 เดือน จากคำกล่าว “ตำบลฉันเจอกัน 2 เดือนครั้ง” ส่วนบริการที่ได้รับ การตรวจคัดกรองสุขภาพวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มีกิจกรรม “นัดหมอให้มาช่วย” “อาสาสมัครมาช่วยด้วย” การออกกำลังกาย นันทนาการ รับการตรวจสุขภาพฟัน การเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง

1.3 ข้อมูลทั่วไป

การสัมภาษณ์หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน 20 คน ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 12 คน เพศหญิง 8 คนมีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี สถานภาพสมรส คู่ ได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรี 10 คน รองลงมาจบผดุงครรภ์ 4 คน พนักงานอนามัย 3 คน ปริญญาโท 2 คน ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์อยู่ในชุมชนไม่น้อยกว่า 15 ปี (ตารางที่ 3 ตามภาคผนวก)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรี จำนวน 13 คน ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ โดยได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอน

ปลาย 5 คน ระดับประถม 4 คน ปริญญาตรี 2 คน อนุปริญญา 2 คน ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน และมีประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 10 ปี อีก 3 คน มีประสบการณ์ 4 – 6 ปี และมีประสบการณ์อยู่ในชุมชนมากกว่า 10 ปี (ตารางที่ 4 ตามภาคผนวก)

ประธานชมรมผู้สูงอายุ 13 คน ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 9 คน เพศหญิง 4 คน มีอายุระหว่าง 61 – 70 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ การศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี 7 คน รองลงมาคือระดับอนุปริญญา 2 คน ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นประธานชมรม มีประสบการณ์ในการทำงาน 10 – 20 ปี และประสบการณ์อยู่ในชุมชนไม่น้อยกว่า 45 ปี (ตารางที่ 5 ตามภาคผนวก)

การสนทนากลุ่มย่อยกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุตัวอย่าง ที่เข้าร่วมกิจกรรมและอาสาสมัครสาธารณสุข ในแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชน หมู่บ้านละ 1 คน โดยจัดการสนทนากลุ่มย่อยเป็นตำบล 12 ตำบล มีหัวข้อเรื่องของการสนทนากลุ่มย่อย 3 หัวข้อคือ 1) การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ปัญหาอุปสรรคของผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ และ 3) แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล มี 12 ตำบล

ส่วนใหญ่นอกว่าไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพราะไม่แน่ใจว่าใช้บริการสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่ จากคำถามว่า “ฉันเคยวัดความดัน ซึ่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ใช้บริการสุขภาพหรือเปล่า” “หมอเขามาให้ความรู้เรื่องอาหาร การดูแลฟันนะ” “แล้วที่ป่าไปออกกำลังกาย ร้องเพลงเดือนละครั้งที่ศาลาวัด” และได้รับบริการดังกล่าวมาตั้งแต่มีชมรมผู้สูงอายุ

สถานการณ์การเจ็บป่วยก่อนมีชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่าเป็นโรคคนแก่ เช่น ปวดเมื่อย ปวดเข่า จะไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นโรคเกี่ยวกับระบบใดของร่างกาย ในปัจจุบันตั้งแต่มีชมรมผู้สูงอายุ สามารถบอกได้ว่าป่วยเป็นโรคอะไร เกี่ยวกับระบบไหน เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน จากคำถาม “ข้างบ้านฉันเขาเป็นเบาหวาน ฉันก็เป็นเหมือนกัน” “ฉันไปชมรมวันนี้ความดันขึ้น”

การใช้บริการสุขภาพของคนในชุมชนและของผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมารับบริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย โดยเจ็บป่วยเล็กน้อยรับบริการที่สถานีอนามัย ถ้าเจ็บป่วยเกินขีดความสามารถของสถานีอนามัยจะส่งต่อไปสถานบริการที่สูงขึ้น แต่ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแล โดยการคัดกรองเบื้องต้นก่อนที่จะเกิดความผิดปกติทางกาย และมีการส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง “เดี๋ยวนี้ฉันไปเดินออกกำลังกายตอนเย็นที่วัดเกือบทุกวัน”

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรี ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

2.1 การรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มองชุมชนมีส่วนร่วมในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนไม่น้อยกว่า 15 ปี เข้าใจสภาพปัญหาในท้องที่ งานบริการสุขภาพผู้สูงอายุเป็นงานที่บริการอยู่แล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมองชุมชนมีส่วนร่วมในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่มองว่าเหตุผลที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเนื่องจาก ประธานชมรมผู้สูงอายุ กระตุ้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการและได้รับประโยชน์ตามสิทธิ ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และรู้ถึงช่องทางที่สามารถเข้าถึงบริการหรือร้องขอการให้บริการต่าง ๆ “ปัญหาตาต่อ” และมีความภาคภูมิใจ ส่วน อบต.มีหน้าที่สนับสนุน ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อบต. มีหน้าที่ตามพรบ.กระจายอำนาจ ส่วนใหญ่ชุมชนเข้ามามีบทบาทมาก ในการส่งเสริมการออกกำลังกาย สุขภาพช่องปาก , ฟันสุขภาพ ส่งต่อไปรักษาตามช่องทาง ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นลดภาระของครอบครัว เช่น จัดให้มีสถานที่สำหรับออกกำลังกาย ประสานหน่วยงานสนับสนุนฟันปลอม อุปกรณ์ไม้เท้า รถเข็นสำหรับผู้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นต้น เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านการตัดสินใจ พบว่า เจ้าหน้าที่มากกว่าครึ่งเห็นว่าองค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมสำรวจและคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับการช่วยเหลือ และอาสาสมัครสาธารณสุขรับรู้ประโยชน์ของการทำกิจกรรม นอกจากนี้ยังมากกว่าครึ่งเห็นว่าองค์การบริหารส่วนตำบล มีส่วนร่วมวางแผน เจ้าหน้าที่มากกว่าครึ่งมองว่าผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการสำรวจและคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับการช่วยเหลือมากและรับรู้ประโยชน์ของการทำกิจกรรม ด้านการดำเนินกิจกรรมของงานบริการ พบว่า มากกว่าครึ่งเห็นว่าอาสาสมัคร ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมประชาสัมพันธ์ชักชวนคนอื่นให้ความร่วมมือ ติดต่อกับประสานงานกับหน่วยงานอื่น รวมถึงการออกเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนสละทรัพย์ และบริจาควัสดุอุปกรณ์ แต่บุคลากรสาธารณสุขน้อยกว่าครึ่งมองว่าองค์การบริหารส่วนตำบล มีส่วนร่วมออกเยี่ยมผู้สูงอายุและมีส่วนร่วมในการสละเวลาและแรงงาน ด้านการรับผลประโยชน์ พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่าผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาระบบการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน ดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเต็มความรู้ความสามารถพร้อมทั้งใช้บริการด้านสุขภาพได้สะดวกและครอบคลุม แต่ทุกกลุ่มได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานบริการสุขภาพ นอกจากนี้

กว่าครึ่งเห็นว่าการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน ขององค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการประเมินผล พบว่า ส่วนใหญ่องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ติดตามความก้าวหน้า เจ้าหน้าที่ทั้งหมดมองว่า ผู้สูงอายุติดตามผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ ให้เป็นไปอย่างถูกต้อง โปร่งใส พร้อมทั้งเจ้าหน้าที่ทั้งหมดเห็นว่า อบต. อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุร่วมสรุปผลการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ และเสนอว่าผู้สูงอายุควรเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการประชาสัมพันธ์ ชักชวนให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรม ส่งเสริมให้จัดตั้งชมรม ให้ผู้สูงอายุสร้างแกนนำ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขขอความร่วมมือให้มาช่วยอบรมเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ จัดทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สำหรับ อบต. ขอสนับสนุนงบประมาณและสถานที่ในการจัดกิจกรรม

2.2 การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลมีส่วนร่วมในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนให้บริการผู้สูงอายุดีขึ้น การให้บริการผู้สูงอายุดีขึ้น ช่วยป้องกัน (การคัดกรอง ตรวจสุขภาพ) ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการแก้ไข (ตาต้อต่าง ๆ) ฟันผุ พิกการ (รถเข็น) สุขภาพจิตดี ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งได้รับการช่วยเหลือ ส่งเสริม การมาร่วมกิจกรรมชมรม (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สังคม) มีคุณค่า เมื่อพิจารณารายด้าน

ด้านการตัดสินใจ เกือบทั้งหมดมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในการทำแผนพัฒนาตำบล คัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับการช่วยเหลือ และบางส่วนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะความต้องการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ประโยชน์ของการทำกิจกรรมบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการดำเนินกิจกรรมของงานบริการ พบว่า มากกว่าครึ่งร่วมอำนวยความสะดวกของสถานที่ อุปกรณ์เครื่องเสียง และเน้นว่าควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการออกเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน จากคำกล่าว “ผมไม่ได้ร่วมออกเยี่ยมผู้สูงอายุ” และการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งของรัฐและเอกชนในการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ และควรเน้นการประชาสัมพันธ์หรือชักชวนให้คนอื่น ๆ ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือสละทรัพยากรหรือบริจาควัสดุอุปกรณ์รวมถึงการสละเวลาและแรงงานเพื่อ

ช่วยในการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ จากคำกล่าว “ผมว่ายังมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ” “ผมยังร่วมบริจาคเลย” ด้านการรับผลประโยชน์ การได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานบริการสุขภาพโดยได้รับรางวัลด้านการบริหารจัดการที่ดี ได้รับการเชื่อถือจากผู้สูงอายุที่ได้รับบริการและใช้บริการด้านการรักษาพยาบาล การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ได้สะดวกและครอบคลุมปานกลาง ด้านการประเมินผล พบว่า ส่วนใหญ่มีการตรวจสอบ ติดตามความก้าวหน้าผลสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมในศูนย์ฯ โดยเน้นการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ และการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพให้เป็นไปอย่างถูกต้องโปร่งใสและมีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไข จากคำกล่าว “ผมว่าต้องตรวจสอบการทำงานหลังจากการรับงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์” ติดตามการใช้งบประมาณตรงตามแผนงานและประเมินผลโครงการที่ให้การสนับสนุน

2.3 การมีส่วนร่วมของประชาชนชมรมผู้สูงอายุในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ประธานชมรมผู้สูงอายุ 13 คน พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมาประธานชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการตัดสินใจ พบว่า ส่วนใหญ่มีการวางแผนงาน โครงการและกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการเสนอแนะความต้องการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จากคำกล่าว “ผมหาข้อมูลให้หมอช่วยเขียนแผนงานโครงการ ที่บ้านไม่มีอุปกรณ์” “ลุงเขียนแผนงานไม่ถูกหรือหมอช่วยด้วยนะ” โดยบางส่วนควรเน้นการรับประโยชน์ของการทำกิจกรรมบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนจากคำกล่าว “ผู้สูงอายุยังไม่รู้ถึงสิทธิประโยชน์ของตัวเอง” นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการสำรวจและคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ด้านการดำเนินกิจกรรมของงานบริการ พบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมการสละเวลาและแรงงาน สละทรัพย์สินหรือบริจาควัสดุอุปกรณ์ โดยมากกว่าครึ่งเน้นว่าควรมีการออกเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน และให้มีการประชาสัมพันธ์หรือชักชวนให้คนอื่น ๆ ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือสละทรัพย์สินหรือบริจาควัสดุอุปกรณ์เพื่อช่วยในการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพและบางส่วนมีส่วนร่วมมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งของรัฐและเอกชนในการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ ด้านการรับผลประโยชน์ พบว่า เกือบทั้งหมดได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานบริการสุขภาพโดยใช้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาลได้สะดวกครอบคลุม และร่วมดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเต็มความรู้ความสามารถส่งผลให้มีสุขภาพดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป อีกทั้งประธานชมรมสูงอายุก็หนึ่งเกิดการพัฒนาระบบการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน ด้านการประเมินผล พบว่า ส่วนใหญ่มี

ส่วนร่วมในการตรวจสอบ ติดตามความก้าวหน้าผลสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมในศูนย์ฯ รวมถึงการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ น้อยกว่าครึ่งเห็นว่าควรมีการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพให้เป็นไปอย่างถูกต้องโปร่งใสและมีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไข

2.4 มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขในงานบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่เริ่มเข้าไปมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุเมื่อปี 2544 เหตุผลที่เข้าร่วมเนื่องจาก ผู้สูงอายุถูกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชักชวนและเพื่อนบ้าน ทำให้ได้รับความรู้ และรู้ถึงช่องทางที่สามารถเข้าถึงบริการหรือร้องขอการให้บริการต่าง ๆ “ปัญหาต้อ” มีความภาคภูมิใจ ในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชน เห็นว่าตนเองและชุมชน ได้รับประโยชน์ด้านการคัดกรอง ตรวจสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการแก้ไข เช่น ตาต้อต่าง ๆ ได้รับอุปกรณ์ช่วยเดินเช่น ไม้เท้า รถเข็น สุขภาพจิตดีได้มาร่วมกิจกรรมชมรม มีคุณค่าทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรม มีการสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นเช่น ร้องเพลงพื้นบ้าน เสริมรายได้ให้ครอบครัว “ฉันทำพัฒมาขายพอได้ตั้งนะหมอ”

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มมีส่วนร่วมในกิจกรรมงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จัดบริการให้ผู้สูงอายุ ลักษณะของการมีส่วนร่วมมี 2 ลักษณะ คือการมีส่วนร่วมในลักษณะบุคคล และลักษณะกลุ่ม ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้ยกตัวอย่างกิจกรรมที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจัดให้ หรือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุร่วมกันจัด ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีลักษณะของการมีส่วนร่วมในลักษณะบุคคล เช่น กิจกรรมนันทนาการ ออกกำลังกาย ทุกเดือน ผู้สูงอายุบางท่านกล่าวว่า “ได้ร้องได้รำทุกเดือนสนุกดี” “เขานำท่าออกกำลังกายได้ใหม่นะ” แต่มีส่วนร่วมในกระบวนการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การวางแผนและปฏิบัติการ โดยเฉพาะโครงการที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกันจัดทำขึ้น จะมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผล ผู้สูงอายุที่เป็นกรรมการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้ติดตาม และประเมินผล จากคำกล่าว “กรรมการชมรมกับหมอเขาตามผล”

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษากระบวนการบริหารจัดการของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรี ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

3.1 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารจัดการของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชน

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 20 คน พบว่า มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือศูนย์สุขภาพชุมชนในเรื่อง การประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ ระหว่างองค์กร ระหว่างสมาชิก เรื่องแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น “การออกกำลังกายด้วยกะลา” เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มองว่าเหตุผลที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเนื่องจากประธานชมรมผู้สูงอายุ กระตุ้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการและได้รับประโยชน์ตามสิทธิ ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และรู้ถึงช่องทางที่สามารถเข้าถึงบริการหรือร้องขอการให้บริการต่าง ๆ “ปัญหาต้อ” และมีความภาคภูมิใจ ส่วน อบต. มีหน้าที่สนับสนุน ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อบต. มีหน้าที่ตามพรบ.กระจายอำนาจ สำหรับการเชิญให้ชุมชนเข้ามาเป็นกรรมการ ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่จะมีการกำหนดคุณสมบัติว่า ควรมีคุณวุฒิการศึกษาหรือมีประสบการณ์ และแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ ถ้าคิดจะทำ มีจิตอาสา และส่วนใหญ่คณะกรรมการที่ปรึกษามีหน้าที่เป็นผู้รวบรวมข้อมูล ประสานระหว่างสมาชิก ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการในการดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการวางแผน เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีการจัดทำแผนการดำเนินงานกิจกรรมของงานบริการสุขภาพเป็นลายลักษณ์อักษร “มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของศูนย์สุขภาพฯ ไม่สมบูรณ์กำหนดกิจกรรมไม่ครบ” มากกว่าครึ่งเน้นมีการวิเคราะห์ปัญหา ตามความต้องการของสมาชิกและผลการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ เกือบทั้งหมดเน้นให้กำหนดวัตถุประสงค์ ประชุมชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม กำหนดระยะเวลาและวิธีการประเมินผล โดยมากกว่าครึ่งมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมในแผนอย่างชัดเจน ด้านงบประมาณ ส่วนใหญ่มีการวางแผนจัดสรรงบประมาณอย่างครอบคลุมรวมถึงควบคุมค่าใช้จ่ายงบประมาณของงานบริการสุขภาพให้เกิดประโยชน์มากที่สุดกับผู้สูงอายุ ส่วนการสนับสนุนงบประมาณนั้น เจ้าหน้าที่มากกว่าครึ่งเห็นว่า “ไม่เพียงพอ “ศูนย์สุขภาพฯ มีเงินบำรุงน้อยยังไม่ได้รับการสนับสนุนเงิน” “ขอชาวบ้านมาเป็นเจ้าภาพเลี้ยงผู้สูงอายุ” สำหรับการสนับสนุนงบประมาณของท้องถิ่นมากกว่าครึ่งเห็นด้วยว่าได้รับสนับสนุน “ได้รับสนับสนุนค่าอาหารจาก อบต. เดือนละ 2,000 บาท” ด้านวัสดุอุปกรณ์ ส่วนใหญ่เห็นว่าการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์จากหน่วยงานท้องถิ่นอย่างพอเพียง ทันเวลาต่อการใช้งานตามแผนที่

กำหนดไว้ “ประสานขอ อบต.จัดเครื่องเสียงและเครื่องดนตรีให้” “วัดอนุญาตให้ใช้ศาลา” แต่เจ้าหน้าที่ที่น้อยกว่าครึ่งมีการวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับทรัพยากรกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ด้านการจัดการองค์กร ส่วนใหญ่มีคณะกรรมการงานบริการสุขภาพ โดยมีการกำหนดบทบาทและขอบเขตหน้าที่กำหนดแนวทางการสั่งการและการประสานงานของกรรมการแต่ละตำแหน่งได้เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจของงานบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่น้อยกว่าครึ่งเสนอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ (ทีมสุขภาพ) ไว้ชัดเจน พร้อมทั้งให้บุคลากรร่วมปฏิบัติในทีมสุขภาพ “บางครั้งไม่ได้ ออกปฏิบัติงานให้อาสาสมัครเข้าช่วยคัดกรองดูแลผู้สูงอายุจึงรายงานผล” ด้านการบริหารงานบุคคลส่วนใหญ่มีการวางแผนจัดบุคลากร และคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสมปฏิบัติงานบริการสุขภาพตามอัตรากำลังที่มี “มีเจ้าหน้าที่ประจำเพียง 2 คน ไม่มีพยาบาลวิชาชีพหรือทันตสาธารณสุข” เกือบทั้งหมดเห็นด้วยว่ามีจำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเฉลี่ย 2-3 คน ไม่เพียงพอที่จะทำงานอย่างสมบูรณ์ “ผมอยู่ไกลมีเจ้าหน้าที่ 2 คน ถ้าไปประชุม 1 คน อีกคนต้องอยู่บริการที่อนามัย” ส่วนใหญ่เห็นว่าการมอบหมายหน้าที่ชัดเจนแต่ไม่สามารถทุ่มเทและเสียสละเวลาให้งานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ น้อยกว่าครึ่งบอกว่ามีการจัดทีมสุขภาพเพื่อปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่มีการจัดทีมสุขภาพ ช่วยงานบริการสุขภาพ โดยมอบหมายงานและกำหนดงานของทีมสุขภาพอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพเป็นบทบาทของชุมชนที่อาสาช่วยงานบริการสุขภาพ “ไม่ใช่หน้าที่ของทีมอาสาสมัครหรือ” จึงทำให้รับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพงานบริการ และได้รับการอบรมเพิ่มความรู้อย่างต่อเนื่อง ด้านการอำนวยความสะดวก เจ้าหน้าที่เกือบทั้งหมดมีการประสานงานระหว่างกรรมการบริหารงาน “ประชุมจังหวัดและอำเภอรับนโยบายนำมาชี้แจงทุกครั้ง” เจ้าหน้าที่ครึ่งหนึ่งขอความคิดเห็นจากหน่วยงานอื่นหรือชมรมอื่น เพื่อหาแนวทางการตัดสินใจแก้ไขปัญหา “บางครั้งระยะเวลาการแก้ปัญหาสั้นจึงขาดการประชุมระดมความคิด” “มีโอกาสนจะปรึกษาปัญหาของผู้สูงอายุจากประธานและกรรมการชมรมผู้สูงอายุ” เจ้าหน้าที่มากกว่าครึ่งเห็นว่าควรเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำด้านวิชาการแก่ผู้ร่วมงาน “บางวันเจ้าหน้าที่ยังไม่ได้พบกันเลยสลับกันไปประชุม” ด้านการควบคุมกำกับงานตามเป้าหมาย เจ้าหน้าที่เกือบทั้งหมดเห็นว่าควรมีการจัดเก็บและบันทึกรายงาน มีการติดตามประเมินผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนางานบริการสุขภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งเน้นการจัดทำตารางการปฏิบัติงาน/กิจกรรมต่าง ๆ ของงานบริการสุขภาพและมีการประชาสัมพันธ์แผนการดำเนินงาน มีการควบคุมการใช้จ่ายเงิน การเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ ให้เป็นไปตามระเบียบ

3.2 ความคิดเห็นของผู้บริหารงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรี 13 คน พบว่าการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมงานบริการผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เป็นผู้ตัดสินใจสนับสนุนงบประมาณ สถานที่และอุปกรณ์ รับการร้องขอจากผู้สูงอายุในการบริการสุขภาพ เห็นว่ามีประโยชน์ต่อสมาชิกผู้สูงอายุ โดยมีส่วนช่วยเหลือศูนย์สุขภาพชุมชนในการพิจารณางบประมาณสนับสนุนเร่งด่วนกรณีโครงการที่ไม่อยู่ในแผน ผู้บริหารงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นด้วยว่าควรมีการดำเนินการ ด้านการวางแผน ทั้งหม่อมมีการวางแผนงานโครงการประจำปี โดยมีข้อเสนอแนะในการทำแผนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ให้มีการวิเคราะห์ปัญหาตามความต้องการของสมาชิกและผลการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ จากคำกล่าว “ประสานหมอขอข้อมูลทางสาธารณสุข” “บอกหมอทำแผน โครงการ” และมีการวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับทรัพยากรกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ด้านงบประมาณส่วนใหญ่มีการสนับสนุนงบประมาณ การวางแผนจัดสรรงบประมาณอย่างครอบคลุมรวมถึงควบคุมการใช้จ่ายงบประมาณ ซึ่งเป็นการจัดสรรตามแผนงานโครงการประจำปี จากคำกล่าว “หมอเขียน โครงการขอสนับสนุนงบประมาณ” มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานบริการสุขภาพให้เกิดประโยชน์มากที่สุดกับผู้สูงอายุ “อบต. ดำเนินการจัดจ้างเอง” ด้านวัสดุอุปกรณ์ส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์พอเพียงเช่น เครื่องเสียง เครื่องดนตรี ให้ใช้สถานที่ศาลาอเนกประสงค์ “หมอทำหนังสือขอสนับสนุนสถานที่ เครื่องเสียงและเครื่องดนตรี” “ผมช่วยบริจาคซื้อเครื่องดนตรี” ด้านการจัดการองค์กร มากกว่าครึ่งมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการงานบริการสุขภาพ โดยส่วนใหญ่ให้กำหนดบทบาทและขอบเขตหน้าที่กำหนดแนวทางการสั่งการและการประสานงานของกรรมการแต่ละตำแหน่งได้เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจของงานบริการสุขภาพ น้อยกว่าครึ่งของคณะกรรมการ (ทีมสุขภาพ) ไม่เข้าใจ จากคำกล่าว “ทีมสุขภาพ มีบทบาทเป็นอย่างไร ประกอบด้วยใครบ้าง” ด้านการบริหารงานบุคคล เกือบทั้งหมดเห็นว่าองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นขาดบุคลากร ไม่มีหัวหน้าส่วนรับผิดชอบด้านสาธารณสุขโดยตรง แต่มีการมอบหมายหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอย่างชัดเจน โดยเน้นการปฏิบัติงานของบุคลากรในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีการทุ่มเทและเสียสละในการปฏิบัติงาน บางส่วนที่ได้มีส่วนร่วมการจัดทีมสุขภาพเพื่อปฏิบัติงานโดยมอบหมายงานและกำหนดงานของทีมสุขภาพอย่างชัดเจน และได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ จากคำกล่าว “ผมไม่ค่อยไปอบรมด้วยตนเอง บางครั้งให้ปลัดไปประชุม” ด้านการอำนวยการ ส่วนใหญ่มีการประสานงานระหว่างกรรมการบริหารงาน และขอ

ความคิดเห็นจากหน่วยงานอื่นหรือชมรมอื่น เพื่อหาแนวทางการตัดสินใจแก้ไขปัญหา จากคำกล่าว “ประสานกับหมอขอข้อมูลและประชาสัมพันธ์งาน” ด้านการควบคุมกำกับ กิ่งหนึ่งเน้นให้มีการประชาสัมพันธ์แผนการดำเนินงาน จัดทำตารางการปฏิบัติงาน/กิจกรรมต่าง ๆ ของงานบริการสุขภาพ จากคำกล่าว “ส่วนใหญ่ อบต. จะประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับงานควบคุมและป้องกันโรค” มีการจัดเก็บและบันทึกรายงาน มีการติดตามประเมินผลและเห็นว่าควรวิเคราะห์ผลการดำเนินงานกิจกรรม เพื่อพัฒนางานบริการสุขภาพให้ดีขึ้นและเกือบทั้งหมดมีการควบคุมการใช้จ่ายเงิน ให้เป็นไปตามระเบียบ

3.3 ความคิดเห็นของประธานชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ประธานชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนไม่น้อยกว่า 20 ปี เป็นข้าราชการเกษียณ มีอาชีพทำไร่ ทำสวน เข้าร่วมในการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้าน เริ่มจากการจัดตั้งกลุ่มมาตั้งแต่ พ.ศ. 2539 ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมเข้าร่วมกิจกรรมกับศูนย์สุขภาพชุมชน กล่าวว่า “มาร่วมกิจกรรมกับหมอเกือบทุกครั้งถ้าไม่มีธุระ” ส่วนใหญ่เริ่มเข้าไปมีส่วนร่วมตั้งแต่ ตั้งชมรมผู้สูงอายุเริ่มปี 2544 เหตุผลที่เข้าร่วมเนื่องจาก ผู้สูงอายุถูกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชักชวนและกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการ และได้รับประโยชน์ตามสิทธิ ได้รู้ถึงช่องทางที่สามารถเข้าถึงบริการหรือร้องขอการให้บริการต่าง ๆ “ปัญหาตาคือ” มีความภาคภูมิใจ ในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชน เห็นว่าตนเองและชุมชนได้รับประโยชน์ด้านการป้องกันโรค (การคัดกรอง ตรวจสุขภาพ) แก่ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการแก้ไข (ตาต้อต่าง ๆ) ฟันสุขภาพ ผู้พิการ (รถเข็น) สุขภาพจิตดี ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งได้รับการช่วยเหลือ ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมชมรม (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สังคม) รู้สึกมีคุณค่า ได้พัฒนาให้เกิดความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรม มีการสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นเสริมรายได้ให้ครอบครัว ประธานชมรมผู้สูงอายุเห็นด้วยว่ามีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารจัดการของงานบริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาทางด้านดังนี้ ด้านการวางแผน บางส่วนมีการทำแผนการดำเนินงานดำเนินกิจกรรมเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ทำแผนการกิจกรรมเป็นลายลักษณ์อักษร จากคำกล่าว “ผมคุยกับคณะกรรมการว่าจะทำงานอย่างไร จึงไม่ได้เขียนแผนชัดเจน” “เขียนแผนอย่างไรหมอ” โดยมากกว่าครึ่งเน้นให้มีการวิเคราะห์ปัญหา ตามความต้องการของสมาชิกและผลการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ จากคำกล่าว “ผมสำรวจความต้องการกับปัญหาให้หมอ ไม่เคยวิเคราะห์เอง” ด้านงบประมาณวัสดุอุปกรณ์ส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยเชิญ

ชวนผู้สูงอายุ เอกชนร่วมบริจาคเงินและอุปกรณ์ ขอสนับสนุนสถานที่จากหน่วยงานของรัฐ องค์กรท้องถิ่น วัด จากคำกล่าว “ยังไม่มีอาคารก็ต้องขอใช้อำเภอมก่อน” “ไปขอ อบต.ช่วยค่าอาหาร” “บางครั้งก็ร่วมบริจาคค่าอาหารเอง” ด้านการจัดการองค์กร ประธานชมรมเกือบทั้งหมดเป็นคณะกรรมการงานบริการสุขภาพ และบางส่วนมีส่วนร่วมการแต่งตั้งคณะกรรมการ(ทีมสุขภาพ) นอกจากนี้ร่วมปฏิบัติในทีมสุขภาพ ด้านการบริหารงานบุคคล ส่วนใหญ่มีการวางแผนจัดบุคลากร และมอบหมายงานตามบทบาทหน้าที่ จัดคนมาดำเนินงานทำกิจกรรมชมรม อย่างชัดเจน ด้านการอำนวยความสะดวก มากกว่าครึ่งมีการประสานงานระหว่างกรรมการบริหารงาน และขอความคิดเห็นจากหน่วยงานอื่นหรือชมรมอื่น เพื่อหาแนวทางการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ด้านการควบคุมกำกับ มากกว่าครึ่งมีการประชาสัมพันธ์แผนการดำเนินงาน จัดทำตารางการปฏิบัติงาน/กิจกรรมต่าง ๆ ของงานบริการสุขภาพ มีการจัดเก็บและบันทึกรายงาน และเน้นให้มีการติดตามประเมินผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนางานบริการสุขภาพให้ดีขึ้น รวมถึงการควบคุมค่าใช้จ่ายเงินให้เป็นไปตามระเบียบ

3.4 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้ร่วมสนทนามีส่วนร่วมในกิจกรรมงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จัดบริการให้ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้สนับสนุนด้านกำลังคน จากคำกล่าว “มาร่วมเล่นเฉย ๆ ไม่ได้ช่วยอะไร” ให้การสนับสนุนเงินและวัสดุอุปกรณ์บางครั้ง จากคำกล่าว “ถ้ากรรมการขอก็ช่วยบ้าง” และสนับสนุนเงินค่าอาหาร บางครั้งมีผู้บริจาคหรือนำอาหารมาเลี้ยง องค์กรบริหารส่วนตำบลสนับสนุนค่าอาหาร 11 ตำบล บางแห่งสนับสนุนสถานที่ ตำบลปึกเตียนยังไม่ให้การสนับสนุน ขอสนับสนุนสถานที่ใช้ศาลาวัดทุกเดือน ตำบลมาบปลาเค้ามีอาคารชมรมเพียงแห่งเดียว

อาสาสมัครสาธารณสุข 9 ตำบล ร่วมสนับสนุนกำลังคนโดยมาช่วยทำกิจกรรมออกกำลังกาย ช่วยวัดความดันโลหิต มีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงานกำหนดวันทำกิจกรรม ส่วนการติดตามประเมินผล จะติดตามเฉพาะผลงานที่เกี่ยวข้อง ส่วน 3 ตำบล ไม่ได้มาร่วมเนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้ขอสนับสนุน อาสาสมัครบางท่านกล่าวว่า “หมอไม่บอกให้มาช่วยฉันเลยไม่มา” มีส่วนในการกำหนดวิธีการขั้นตอนระยะเวลาดำเนินงานแต่ส่วนใหญ่ไม่ได้วิเคราะห์ปัญหาหรือผลการดำเนินงานของปี “รวมข้อมูลให้ไม่ได้ช่วยวิเคราะห์” บางส่วนร่วมอยู่ในทีมสุขภาพได้ร่วมประชุมและรับการอบรมเพิ่ม “ฉันไปประชุมบ่อยทั้งของสาธารณสุขและไม่ใช่” ส่วนใหญ่ช่วย

ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบกำหนดการกิจกรรม ส่วนน้อยที่จะติดตามผลการดำเนินงานบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรค

4.1 ปัญหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ด้านกำลังคน ศูนย์สุขภาพชุมชน ขาดอัตรากำลัง ด้านงบประมาณ ได้ขอสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่น ขอบริจาคประชาชน การบริหารจัดการตามกระบวนการบริหาร มีการปฏิบัติตามกระบวนการบริหาร มีการจัดทำแผน แต่ไม่ได้ทำอย่างสมบูรณ์ บางแห่งไม่ได้ทำแผน เจ้าหน้าที่ยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ทีมสุขภาพ เป็นบทบาทชุมชนที่อาสาช่วยงานบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ยังไม่เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปานกลาง บางส่วนให้คำปรึกษาน้อย ขาดการประชาสัมพันธ์ กระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับงานติดตามประเมินผล

ชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ สิทธิประโยชน์ ของตนเองเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านการตัดสินใจ (มีส่วนร่วมน้อยที่สุด) ในการเสนอแนะปัญหาหรือแนวทางแก้ไข การวางแผนโครงการ การคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ไม่สามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมเนื่องจากการเดินทางไม่สะดวก “ฉันอยู่คนเดียวถ้าข้างบ้านไปก็อาศัยมาด้วย ถ้าเขาไม่มาฉันก็ไม่ได้มา”

สรุปการมีส่วนร่วมของชุมชนได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ เห็นว่าทุกกลุ่มร่วมเข้ารับประโยชน์จากการบริการสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ รักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ครอบคลุมโดยเฉพาะผู้สูงอายุ รองลงมาคือร่วมในการดำเนินกิจกรรมทุกกลุ่มร่วมสละทรัพย์บริจาควัสดุ ชักชวนคนอื่นๆมาให้ความร่วมมือ อบต. สนับสนุนงบประมาณค่าอาหาร อบต. บางแห่งยังไม่สนับสนุน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะร่วมกิจกรรมอย่างเดียวไม่ชอบมีบทบาทหน้าที่หรือแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล โดยการสอบถามดูความก้าวหน้าการดำเนินงาน ที่มีบทบาทมากที่สุดคือผู้สูงอายุที่เป็นกรรมการ ที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุดด้านการตัดสินใจ ในการเสนอแนะปัญหาหรือแนวทางแก้ไข การวางแผนโครงการ การคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับการช่วยเหลือ

การบริหารจัดการตามกระบวนการบริหาร ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามกระบวนการบริหาร มีการจัดทำแผนแต่ไม่ได้ทำอย่างสมบูรณ์ บางแห่งไม่ได้ทำแผน เจ้าหน้าที่มีการจัดทีมสุขภาพเพื่อช่วยงานบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพว่าเป็น

บทบาทของชุมชนที่อาสาช่วยงานบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บางส่วนให้คำปรึกษาน้อย ขาดการประชาสัมพันธ์ กระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับงานติดตามประเมินผล

4.2 ปัญหาองค์การบริหารส่วนตำบล

ด้านกำลังคน อบต. ยังขาดผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุข ด้านงบประมาณ สนับสนุนงบประมาณค่าอาหารในการจัดกิจกรรม “หมอทำโครงการของงบประมาณ” สนับสนุนอุปกรณ์ดนตรีเครื่องเสียง ให้ใช้สถานที่ห้องประชุมในการจัดกิจกรรม ด้านการวางแผนดำเนินงาน จะจัดแผนงานของตนเอง มีการนำข้อมูลปัญหาด้านสาธารณสุขร่วมจัดทำแผนน้อย ด้านการควบคุม ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน มีการติดตามงานของตนเองแต่ยังขาดแผนงานที่ชัดเจน

สรุป อบต. มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกิจกรรมด้านสาธารณสุขน้อย ได้รับการแนะนำหรือฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุขระดับปานกลาง จากคำกล่าว “ผมไม่ค่อยเข้าประชุมด้วยตนเองบางครั้งให้ปลัดไปประชุม” งานที่ อบต. ดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา ส่วนมากเป็นการพัฒนางานป้องกันโรค (ไข้เลือดออก, ไข้หวัดนก) และงานส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังขาดความครอบคลุมและต่อเนื่อง ส่วนงานรักษาพยาบาลและงานฟื้นฟูสภาพ ยังไม่มีการดำเนินงาน การสนับสนุนกำลังคน อบต. ยังขาดผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุขสนับสนุนงบประมาณค่าอาหารในการจัดกิจกรรม “หมอทำโครงการของงบประมาณ” สนับสนุนอุปกรณ์ดนตรีเครื่องเสียง ให้ใช้สถานที่ห้องประชุมในการจัดกิจกรรม การวางแผนดำเนินงานจะจัดแผนงานของตนเอง มีการนำข้อมูลปัญหาด้านสาธารณสุขร่วมจัดทำแผนน้อย การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน มีการติดตามงานของตนเองแต่ยังขาดแผนงานที่ชัดเจน

4.3 ปัญหาของประชาชนชมรมผู้สูงอายุ

ประชาชนชมรมส่วนใหญ่ไม่เข้าใจการดำเนินงานตามกระบวนการบริหาร สิทธิประโยชน์ การรับเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ไม่มีส่วนร่วมในการคัดเลือกผู้สมควรที่จะได้รับการช่วยเหลือ และยังไม่มีการจัดทีมเยี่ยมผู้สูงอายุที่ชัดเจน มีบางแห่งที่มีการเยี่ยมผู้สูงอายุ

สรุปประชาชนชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนไม่น้อยกว่า 20 ปี เป็นข้าราชการเกษียณ มีอาชีพทำไร่ ทำสวน เข้าร่วมในการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้าน เริ่มจากการจัดตั้งกลุ่มฉาบฉวย ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมเข้าร่วมกิจกรรมกับศูนย์สุขภาพชุมชน กล่าวว่า “มาร่วมกิจกรรมกับหมอเกือบทุกครั้งถ้าไม่มีธุระ” แต่เข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารงานด้านสาธารณสุขบ้าง

ประธานหรือกรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและเอกชน ประชาสัมพันธ์ ชักชวนผู้สูงอายุให้มาร่วมกลุ่ม ร่วมช่วยเหลือด้านการเงิน ชักชวนผู้สูงอายุและเอกชนมาร่วมบริจาคเงินและอุปกรณ์ ขอสนับสนุนสถานที่จากหน่วยงานของรัฐ องค์กรท้องถิ่น วัด

ในการทำงานร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุได้เสนอแนะเรื่องปัญหาและความต้องการ รวมถึงไม่เข้าใจการดำเนินงานตามกระบวนการบริหาร สิทธิประโยชน์ การรับเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ประธานชมรมส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมในการคัดเลือกผู้ที่สมควรได้รับการช่วยเหลือ ส่วนใหญ่ยังไม่การจัดทีมเยี่ยมผู้สูงอายุที่ชัดเจน มีบางแห่งที่มีการเยี่ยมผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ รักษาพยาบาล มีความสุขจึงชอบมาร่วมกิจกรรมทางศาสนาและนันทนาการ

4.4 ปัญหาของผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ

ผู้ร่วมสนทนากล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบครัวทุกคนให้การสนับสนุนผู้สูงอายุดี มีบ้างบางครอบครัวไม่สนับสนุนเนื่องจากต้องการให้อยู่กับบ้าน บางคนก็ไม่อยากมา ผู้สูงอายุบางคนเดินทางมาร่วมกิจกรรมชมรมไม่สะดวก มีเพียงองค์การบริหารส่วนตำบลคลัดหลวงที่สนับสนุนรถรับส่งในวันจัดกิจกรรม ผู้สูงอายุบางท่านกล่าวว่า “บ้านฉันไกล อบต. มีรถไปรับทุกเดือน”

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไปรับบริการด้านการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือบางครั้งไปโรงพยาบาลเมื่อป่วย ผู้สูงอายุบางท่านกล่าวว่า “สะดวกใกล้บ้านฉันไม่ไกลเหมือนโรงพยาบาล” ผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขเห็นว่าศูนย์สุขภาพชุมชนขาดเจ้าหน้าที่ ขาดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 8 ชมรม อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านขาดประสบการณ์ 6 ชมรม ผู้สูงอายุบางท่านกล่าวว่า “ไม่มีการเยี่ยมจากกลุ่มผู้สูงอายุ”

ขาดอาคารที่ตั้งชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางท่านกล่าวว่า “ใช้ศาลาวัดทุกเดือน” ตำบลมาบตาพาดมีอาคารชมรมเพียงแห่งเดียว

ขาดอุปกรณ์ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับคนสูงอายุ ผู้สูงอายุบางท่านกล่าวว่า “ไม่มีอุปกรณ์ออกกำลังกายสำหรับคนแก่”

4.5 แนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กลุ่มผู้สนทนา ได้เสนอให้ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขได้มีการศึกษาเรียนรู้สิ่งใหม่ เพื่อนำมาสู่การพัฒนาการมีส่วนร่วม ให้มีการรวมกลุ่มที่เข้มแข็ง พัฒนาทีมบริหารชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้มีผู้เสนอแนะเรื่ององค์การบริหารส่วนตำบลควรให้การสนับสนุนงบประมาณ สถานที่ ให้ค่าครองชีพกับผู้สูงอายุทุกคน และสนับสนุนรถรับส่งในวันทำกิจกรรมชมรม และให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเปิดบริการรักษาวันเสาร์อาทิตย์ มีแพทย์เฉพาะทางมารักษา จัดทำทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและอบรมเพื่อพัฒนาทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ ชักชวนผู้สูงอายุมาช่วยเหลือสังคมร่วมทำกิจกรรมเพื่อการพัฒนา

บทที่ 5

อภิปราย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยได้เสนอประเด็นการอภิปรายผลดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนได้จัดบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นตามหน้าที่ของการให้บริการแบบปฐมภูมิแก่ประชาชน โดยจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ จากการศึกษาค้นคว้าการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น/เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งการมีส่วนร่วมในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ของศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอท่าช้าง จังหวัดเพชรบุรี เป็น 4 ด้าน ตามที่โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen J. M. and Uphoff N.T., 1977: 55-56 อ้างในบัญชา แก้วส่อง, 2531: 17) ได้จำแนกไว้ คือด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมในการร่วมผลประโยชน์ และด้านการร่วมประเมนผล การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุผลการวิเคราะห์รายด้าน และโดยภาพรวม พบว่า

ชุมชนมีส่วนร่วมในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละด้านและโดยรวม ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมปานกลาง โดยเรียงจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมในการร่วมผลประโยชน์ และด้านการร่วมประเมนผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชดา พรพิไลสวัสดิ์ (2548: 56) พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในส่งเสริมสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมนผล อยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ รัตนศรีทอง (2546: 77) พบว่า การมีส่วนร่วมในบริการด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมนผล อยู่ในระดับสูง จะเห็นได้ว่าการเข้ามีส่วนร่วมของชุมชนด้านการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมในการร่วมผลประโยชน์ และด้านการร่วมประเมนผล ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมมาก

อาจเนื่องมาจากองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้ประโยชน์จากงานบริการสุขภาพ

เมื่อพิจารณารายข้อแต่ละด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดำเนินงานบริการงานสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรวมมีส่วนร่วมปานกลาง ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในวางแผนงานและคัดเลือกผู้สูงอายุสูงให้ได้รับความช่วยเหลือ และประธานชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนน้อยมีส่วนร่วมในการคัดเลือกผู้สูงอายุ เสนอความต้องการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาน้อย อาจจะเป็นเพราะ ไม่ได้เป็นกรรมการในองค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนบุคลากรสาธารณสุขมองว่าชุมชนบางส่วนมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนงาน การเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหารวมทั้งการสำรวจและคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี อัมสมบัติ (2546: 74) พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในด้านการวางแผนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ อาจจะเป็นเพราะชุมชนขาดความรู้และไม่เข้าใจขั้นตอนการวางแผนงาน การศึกษาของสมฤดี ลิ้มปรีชทวีชัย (2544: 175) สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี อัมสมบัติ (2546: 73) พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความรู้เกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ แตกต่างจากการศึกษาของสาทิศ พึ่งพรชัย (2550: 35) พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลด้านการตัดสินใจระดับกลาง ร้อยละ 56.26

ด้านการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมมีส่วนร่วมมาก ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลและประธานชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการสละทรัพย์ บริจาควัสดุอุปกรณ์และการสละเวลาและแรงงาน แต่บุคลากรสาธารณสุขมองว่าอาสาสมัครมีส่วนร่วมออกเยี่ยมผู้สูงอายุน้อย นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการสละเวลาและแรงงานน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี อัมสมบัติ (2546: 74) พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ด้านการร่วมจัดกิจกรรมชมรมอยู่ในระดับต่ำ แตกต่างจากการศึกษาของสาทิศ พึ่งพรชัย (2550: 35) พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ด้านการตัดสินใจร้อยละ 56.26 ด้านการปฏิบัติกร้อยละ 55.10 ด้านผลประโยชน์จากการดำเนินงานร้อยละ 62.91 ด้านการประเมินผลร้อยละ 42.60 เพราะอาสาสมัครเข้าใจในเรื่องการเยี่ยมผู้สูงอายุว่าเป็นงานของเจ้าหน้าที่ จึงไม่ร่วมออกเยี่ยม ส่วนการสละเวลาและแรงงานผู้สูงอายุมีส่วนร่วมน้อยเพราะไม่เข้าใจว่ากิจกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

ด้านการมีส่วนร่วมในการร่วมผลประโยชน์ โดยรวมมีส่วนร่วมปานกลาง สำหรับผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลและประธานชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในด้านการรับ

ผลประโยชน์สูงได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานบริการสุขภาพโดยใช้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุได้สะดวกและครอบคลุมและร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเต็มความรู้ความสามารถส่งผลให้มีสุขภาพดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนน้อยเกิดการพัฒนาระบบการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน แต่บุคลากรสาธารณสุขมองว่าทุกกลุ่มได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานบริการสุขภาพน้อย นอกจากนี้บางส่วนเกิดการพัฒนาระบบการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน ขององค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี อัมสมบัติ (2546: 74) พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุด้านการรับประโยชน์จากกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ ไม่สอดคล้องกับสมใจ รัตนศรีทอง (2546: 77) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับสูง และสาทิส พึ่งพรชัย (2550: 35) พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ด้านผลประโยชน์จากการดำเนินงานร้อยละ 62.91

ด้านการร่วมประเมนผล สำหรับผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ประชาชนชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวมมีส่วนร่วมปานกลาง ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการตรวจสอบติดตามความก้าวหน้าผลสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมในศูนย์ฯ รวมถึงการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ บางส่วนมีส่วนร่วมด้านการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพให้เป็นไปอย่างถูกต้องโปร่งใสและมีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไข แต่บุคลากรสาธารณสุขมองว่าสำหรับการเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพบุคลากรเห็นว่าทุกกลุ่มมีส่วนร่วมน้อย ส่วนการสรุปผลการดำเนินของกิจกรรมองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่ามีส่วนร่วมน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี อัมสมบัติ (2546: 74) พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในด้านการประเมนผลกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ และสาทิส พึ่งพรชัย (2550: 35) พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ด้านการประเมนผลร้อยละ 42.60 อาจเป็นเพราะทุกกลุ่มขาดความรู้และเข้าใจขั้นตอน บทบาท หน้าที่ของตนเองในการตรวจสอบประเมนผลการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การวางแผนและปฏิบัติ มีส่วนร่วมในการติดตามประเมนผล เล็กน้อย สนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์บางครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี อัมสมบัติ (2546: 74) พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในด้านการวางแผนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมด้านการร่วมจัดกิจกรรมชมรม ด้านการรับประโยชน์ และมีส่วนร่วมด้านการประเมนผลกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาในภาพรวมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสาทิส พึ่งพรชัย (2550: 35) พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ด้านการตัดสินใจร้อยละ 56.26

ด้านการปฏิบัติการร้อยละ 55.10 ด้านผลประโยชน์จากการดำเนินงานร้อยละ 62.91 ด้านการประเมินผลร้อยละ 42.60

อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมสนับสนุนกำลังคนโดยมาช่วยทำกิจกรรมออกกกำลังกาย ช่วยวัดความดันโลหิต สนับสนุนด้านการเงินและอุปกรณ์ในบางกิจกรรม มีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงานกำหนดวันทำกิจกรรม ส่วนการติดตามประเมินผล จะติดตามเฉพาะผลทำงานที่เกี่ยวข้อง

ตามแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพต้องตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ถ้าชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ ประเมินผลการบริการก็จะไม่สามารถตอบสนองต่อความพึงพอใจ (รุจิราด ธรรมสิทธิ อ่างใน เอกสารเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ, 2550: 19) จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ยังไม่เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้พยายามแล้ว ผู้สูงอายุก็ยังไม่สามารถมาร่วมได้ จากคำกล่าว “ฉันแก่แล้วมาไม่ไหว ไม่มีใครพา มา” หรือ “หมอไม่บอกฉันเลยไม่ได้มาช่วย” จึงสมควรที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะต้องดึงให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยการสร้างแรงจูงใจในเรื่องสิทธิประโยชน์ การสร้างแรงจูงใจได้หลายวิธี แรงจูงใจภายนอก เช่น สิทธิประโยชน์ แรงจูงใจภายในเช่น ให้บริการสุขภาพ (สมชาติ ไตรภักดิ์, 2548: 201)

2. การบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

การบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่าทาง จังหวัดเพชรบุรี เป็นการดำเนินการจัดบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นทางสุขภาพครอบคลุมกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาลและด้านการฟื้นฟูสภาพ โดยนำทรัพยากรคน เงิน สิ่งของ และกระบวนการบริหาร มาดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยดึงชุมชนมีส่วนร่วม การบริหารจัดการที่ดึงเอาประชาชนหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน เพราะการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้เกิดผลดีหลายประการ เช่น มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ตระหนัก และให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสามารถดึงทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้อย่างเต็มที่ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่ยั่งยืน (กรมอนามัย, 2543) จากการศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรด้านสาธารณสุข และชุมชนมีการจัดการทรัพยากรบริหาร พร้อมทั้งปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร ระดับปานกลาง ดังที่สมพงษ์ เกษมสิน (2525: 6-7) ให้ความหมายเกี่ยวกับการบริหารคือการใช้ศาสตร์และศิลป์นำเอาทรัพยากรการบริหาร (Administration Resources) มาประกอบกันตามกระบวนการบริหาร (Process of Administration) ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการบริหารอาศัยความร่วมมือร่วมใจของบุคคล เพื่อให้เกิดความร่วมมือ

ของกลุ่มนั้นจะสามารถทำให้บรรลุภารกิจตามวัตถุประสงค์ และเพื่อให้เกิดประสิทธิผลการดำเนินงานที่ดี ต้องอาศัย ทรัพยากร คน (Man) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ (Materials) และการจัดการ (Management) ที่เรียกว่า 4M's (ปิยธิดา ตรีเดช และศักดิ์สิทธิ์ ตรีเดช, 2530: 96) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรศักดิ์ หันชัยศรี (2546: ง) พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การควบคุมกำกับงาน และรวมทุกด้านมีผลกับการดำเนินงานตามมาตรการหลักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผน การควบคุมกำกับงาน มีผลกับการบรรลุตามเป้าหมายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างกับสราวุฒิ หิมห่วย (2542: 97-100) พบว่า ปัจจัยด้านกำลังคนและปัจจัยด้านการเงินในภาพรวม ไม่มีผลกับประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขของสถานีนอนามัย ส่วนปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ในภาพรวมมีผลกับประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขของสถานีนอนามัย

การบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่าทาง จังหวัดเพชรบุรี มีการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการบริหาร 5 ประการคือ การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล การอำนวยการ และการควบคุม ดังที่กูนท์ซ (Koontz, 1982: 27-30) ได้กำหนดกระบวนการบริหารไว้ พบว่า ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารปานกลาง สุรศักดิ์ หันชัยศรี (2546: ง) พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การควบคุมกำกับงาน และรวมทุกด้านมีผลต่อการดำเนินงานตามมาตรการหลักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผน การควบคุมกำกับงาน มีผลต่อการบรรลุตามเป้าหมายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประชาชนผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติด้านการวางแผนมาก บางส่วนมีการจัดทำแผนการดำเนินงานน้อย อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่มีภาระงานมากจึงไม่ได้จัดทำแผนการดำเนินงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ด้านงบประมาณ ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ส่วนการได้รับสนับสนุนอุปกรณ์จากหน่วยงานอื่นองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมสนับสนุนปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของหุทัย ทบวงษ์ศรี (2540: 83-93) พบว่า ปัจจัยด้านกำลังคน ได้แก่ ความรู้ ความสามารถ ปัจจัยด้านงบประมาณ ได้แก่ ความเพียงพอ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ ความเพียงพอ และการจัดสรรทดแทน มีผลกับการดำเนินงาน อาจเป็นเพราะนายกองค์การบริหารส่วนตำบลไม่เข้าใจบทบาทในการสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ (สมฤดี ลิ้มปรีชติวิชัย, 2544: 175-182) ส่วนผู้สูงอายุขาดความเข้าใจการขอสนับสนุนงบประมาณ บางส่วนวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับทรัพยากรกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์มีการ

วางแผน และมีการทำแผนการดำเนินงาน และอีกส่วนน้อย ไม่มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน อาจเนื่องจากนายก อบต. ยังขาดความเข้าใจในหน้าที่ของท้องถิ่นต้องให้การสนับสนุนด้านส่งเสริมสุขภาพ จึงวางแผนเกี่ยวกับทรัพยากรกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์น้อย (สมฤดี ลิ้มปรีชตวิชัย, 2544: 175-182) ด้านการจัดการองค์กรมีส่วนร่วมมาก ส่วนใหญ่มีคณะกรรมการงานบริการสุขภาพ โดยมีการกำหนดบทบาทและขอบเขตหน้าที่กำหนดแนวทางการสั่งการและการประสานงานของกรรมการแต่ละตำแหน่ง ได้เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจของงานบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่น้อยกว่าครึ่งเสนอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ (ทีมสุขภาพ) ไว้ชัดเจน พร้อมทั้งให้บุคลากรร่วมปฏิบัติในทีมสุขภาพ เนื่องจากปัญหาอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนมีน้อยและมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก งานตามนโยบายเร่งด่วนมีมาก ทำให้ต้องแบ่งงานกันทำ จึงร่วมปฏิบัติงานกับทีมสุขภาพน้อย และด้านการจัดตั้งทีมสุขภาพมีการดำเนินงานน้อยเนื่องจากกำลังพัฒนาทีมให้สามารถทำงานในชุมชนได้เอง

ด้านการบริหารงานบุคคลมีส่วนร่วมมาก ด้านกำลังคนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมมาก แต่การปฏิบัติงานของบุคลากรในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เห็นด้วยว่ามีการทุ่มเทและเสียสละในการปฏิบัติงานน้อย อาจเป็นเพราะอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีน้อยและมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก ปัญหาอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนมีน้อยและมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก งานตามนโยบายเร่งด่วนมีมาก ทำให้ต้องแบ่งงานกันทำ จึงไม่สามารถเสียสละเวลาให้งานบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ แต่การจัดทีมสุขภาพเพื่อปฏิบัติงานมีการจัดทีมย่อย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นขาดบุคลากรไม่มีหัวหน้าส่วนรับผิดชอบด้านสาธารณสุขโดยตรง แต่มีการมอบหมายหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอย่างชัดเจน ส่วนน้อยที่ได้มีส่วนร่วมการจัดทีมสุขภาพเพื่อปฏิบัติงาน องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนน้อยไม่มีการวางแผนจัดบุคลากรและมอบหมายงานตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของหุทัย ทบวงษ์ศรี (2540: 83-93) พบว่า ปัจจัยด้านกำลังคน ได้แก่ ความรู้ ความสามารถ มีผลกับการดำเนินงาน ด้านการอำนวยความสะดวกมีส่วนร่วมมาก ในการประสานงานระหว่างกรรมการบริหารงาน และขอความคิดเห็นจากหน่วยงานอื่นหรือชมรมอื่น เพื่อหาแนวทางการตัดสินใจแก้ไขปัญหา แต่เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการมีการปฏิบัติน้อย อาจเป็นเพราะนายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประธานชมผู้สูงอายุ ขาดความรู้และเข้าใจในเรื่องบทบาท หน้าที่ เข้ามามีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพ (สมฤดี ลิ้มปรีชตวิชัย, 2544: 175-182) ด้านการควบคุมกำกับงาน ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจัดทำตารางการปฏิบัติงาน/กิจกรรมต่าง ๆ ของงานบริการสุขภาพ อาจเป็นเพราะอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนมีน้อยและมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก งานตามนโยบายเร่งด่วนมีมาก (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ายาง, 2550) นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประธานชมผู้สูงอายุ มีการติดตามประเมินผลและวิเคราะห์ผลการ

ดำเนินกิจกรรมพัฒนางานบริการสุขภาพให้ดีขึ้นอาจเป็นเพราะ นายก อบต. มีตำแหน่งเป็นสภา อบต. ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการตรวจสอบจึงมีการติดตามประเมินผลค่อนข้างมาก (ชรินทร์ ศีกษากิจ, 2544: 125) แต่การควบคุมการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ จัดทำน้อย ส่วนด้านการประชาสัมพันธ์ยังมีการดำเนินการน้อย อาจเนื่องจากนายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประธานชมผู้สูงอายุ ขาดความรู้และเข้าใจในเรื่องบทบาท หน้าที่ ด้านสาธารณสุขต้องให้การสนับสนุนด้านส่งเสริมสุขภาพ (สมฤดี ลิ้มปรีชวิชัย, 2544: 175-182)

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนกับการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ ในภาพรวมผู้บริหารองค์กรท้องถิ่น ชมรมต่าง ๆ อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ มีส่วนร่วมปานกลาง การจะพัฒนาให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารงานบริการสุขภาพ ควรมีการวางแผนการดำเนินงาน มีการส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีการเรียนรู้เข้าใจ บทบาท หน้าที่ และประโยชน์ที่ได้รับ ส่งเสริมให้มีการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานด้านสาธารณสุข มีส่วนสำคัญที่จะทำให้งานประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ทรัพยากรการบริหาร ได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ผู้บริหารจะต้องให้การสนับสนุน ให้มีความเพียงพอ วัสดุอุปกรณ์และสื่อต่าง ๆ ที่ใช้ต้องมีความทันสมัย เหมาะสมและใช้งานได้ตลอดเวลา ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ จะต้องมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่

การศึกษาเชิงคุณภาพ ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มมีความสอดคล้องกัน โดยมีข้อสรุปว่าปัญหาในการทำงานคือทั้งสถานีนามัยและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นต่างก็ไม่ทราบบทบาทภารกิจของต่างองค์กรทำให้มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนและมีความคาดหวังที่ผิดพลาด และไม่มีการจัดทำแผนงานด้านสาธารณสุขร่วมกัน และไม่มีการบูรณาการ การดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขร่วมกัน และมีการเสนอแนวทางแก้ไขคือให้ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจง บทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการทำงานของทั้งสองหน่วยงาน รวมถึงมีการประสานงานการทำงานในชุมชนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกัน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาและเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกระบวนการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชน โดย เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พื้นที่ในการศึกษา คือในพื้นที่การบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่ายาง 20 แห่ง ครอบคลุม 12 ตำบลของอำเภอท่ายาง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สูงอายุอำเภอ ท่ายาง ตามแนวคำถามจำนวน 238 คน 16 กลุ่ม และสัมภาษณ์ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 20 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 11 คน นายกเทศบาล 2 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 13 คน รวม 46 คน โดยสำรวจความคิดเห็นหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้บริหารองค์กรท้องถิ่นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารงาน งานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ของศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอท่ายาง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุป ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

การสัมภาษณ์หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 12 คน เพศหญิง 8 คนมีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี สถานภาพสมรส คู่ ได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรี 10 คน รองลงมา จบศรศร 4 คน พนักงานอนามัย 3 คน ปริญญาโท 2 คน มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์อยู่ในชุมชนไม่น้อยกว่า 15 ปี นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรี จำนวน 13 คน เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ โดยได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 5 คน ระดับประถม 4 คน ปริญญาตรี 2 คน อนุปริญญา 2 คน ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล รองลงมาปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 10 ปี อีก 3 คน มีประสบการณ์ 4-6 ปี และมีประสบการณ์อยู่ในชุมชนมากกว่า 10 ปี ประธานชมรม

ผู้สูงอายุ 13 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 9 คน เพศหญิง 4 คน มีอายุระหว่าง 61 – 70 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ โดยได้รับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี รองลงมาคือระดับอนุปริญญา 2 คน มีตำแหน่งเป็นประธานชมรม มีประสบการณ์ในการทำงาน 10 – 20 ปี และประสบการณ์อยู่ในชุมชนไม่น้อยกว่า 45 ปี

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี โดยสรุป มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาพรวมมีส่วนร่วมปานกลาง ได้แก่ด้านการตัดสินใจ ด้านการรับผลประโยชน์และการดำเนินกิจกรรม ด้านการประเมินผล มีส่วนร่วมน้อยที่สุด เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า

2.1 ด้านการตัดสินใจ

นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประธานชมรมผู้สูงอายุเห็นว่ามีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมปานกลาง โดยส่วนใหญ่มีการวางแผนงาน โครงการและกิจกรรมของงานบริการสุขภาพและมีส่วนร่วมในสำรวจและคัดเลือกผู้สูงอายุ ที่ควรได้รับความช่วยเหลือ (เบี้ยยังชีพ) แต่ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นส่วนน้อยมีส่วนร่วมในการเสนอแนะความต้องการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ประโยชน์ของการทำกิจกรรมบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมน้อยในสำรวจและคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแสดงความคิดเห็น กำหนดวันทำกิจกรรม

2.2 ด้านการดำเนินกิจกรรมของงานบริการ

นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมปานกลาง ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมด้านการติดต่อประสานงาน กับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งของรัฐและเอกชนในการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ การประชาสัมพันธ์หรือชักชวนให้คนอื่น ๆ มาให้ความร่วมมือและช่วยเหลือสละทรัพยากรหรือบริจาควัสดุอุปกรณ์ มีส่วนร่วมน้อยในการออกเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนและการสละเวลาและแรงงานเพื่อช่วยในการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ ประธานชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมมากในเรื่อง การสละเวลาและแรงงาน สละทรัพยากรหรือบริจาควัสดุอุปกรณ์ การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน ในการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ ส่วนน้อยที่ร่วมในการประชาสัมพันธ์หรือชักชวนให้คนอื่น ๆ ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือสละทรัพยากรหรือบริจาควัสดุอุปกรณ์รวมถึงเพื่อช่วยในการ

ดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การสละทรัพย์หรือบริจาควัสดุอุปกรณ์จำนวนน้อย บางครั้งอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมปานกลาง ในการสละเวลาและแรงงานในวันทำกิจกรรม และประชาสัมพันธ์ชักชวนคนอื่น ๆ ให้มาร่วมมือช่วยเหลือ

2.3 ด้านการรับผลประโยชน์

นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ จากการดำเนินงานบริการสุขภาพ โดยได้รับรางวัลด้านการบริหารจัดการที่ดี ได้รับการเชื่อถือจากผู้สูงอายุที่ได้รับบริการและใช้บริการด้านการรักษาพยาบาล การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุได้สะดวกและครอบคลุมปานกลาง และประชาชนชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานบริการสุขภาพ โดยใช้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุได้สะดวกและครอบคลุมและร่วมดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเต็มความรู้ความสามารถส่งผลให้มีสุขภาพดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป เกิดการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูด้านร่างกายและจิตใจ

2.4 ด้านการประเมินผล

นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและประชาชนชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุปานกลาง ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ติดตามความก้าวหน้าผลสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมในศูนย์ฯ รวมถึงการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ ส่วนน้อยมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพให้เป็นไปอย่างถูกต้องโปร่งใสและมีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไข ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลน้อย

3. กระบวนการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

กระบวนการบริหารจัดการ ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารบุคคล การอำนวยความสะดวกและการควบคุมกำกับงาน โดยรวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลและประชาชนชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีส่วนร่วมด้านการวางแผนระดับมาก มีการจัดทำแผนการดำเนินงานน้อย อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่มีภาระงานมากจึงไม่ได้จัดทำแผนการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษร ด้านการเงิน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนน้อยที่เห็นว่างบประมาณที่ได้รับเพียงพอ อบต. ให้การสนับสนุนงบประมาณของท้องถิ่นสนับสนุนปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนับสนุนเงินบางครั้งวัสดุอุปกรณ์บางครั้ง ด้านวัสดุอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนน้อยได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์

จากหน่วยงานท้องถิ่นอย่างเพียงพอ อาสาสมัครสาธารณสุขสนับสนุนด้านการเงินและอุปกรณ์ในบางกิจกรรม นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ส่วนน้อยวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับทรัพยากร กำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์มีการวางแผน และมีการทำแผนการดำเนินงาน และอีกส่วนน้อยไม่มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน ด้านการจัดการองค์กรมีส่วนร่วมมาก ส่วนใหญ่มีคณะกรรมการงานบริการสุขภาพ โดยมีการกำหนดบทบาทและขอบเขตหน้าที่กำหนดแนวทางการสั่งการและการประสานงานของกรรมการแต่ละตำแหน่งได้เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจของงานบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่น้อยกว่าครึ่งเสนอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ (ทีมสุขภาพ) ไว้ชัดเจน นอกจากนี้บุคลากรร่วมปฏิบัติในทีมสุขภาพน้อย ปัญหาอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนมีน้อย และมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก งานตามนโยบายเร่งด่วนมีมาก ทำให้ต้องแบ่งงานกันทำ จึงร่วมปฏิบัติงานกับทีมสุขภาพน้อย และด้านการจัดตั้งทีมสุขภาพมีการดำเนินงานน้อยเนื่องจากกำลังพัฒนาทีมให้สามารถทำงานในชุมชนได้เอง ด้านการบริหารงานบุคคลมีส่วนร่วมมาก แต่การจัดทีมสุขภาพเพื่อปฏิบัติงานมีการจัดทีมน้อย องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนน้อยไม่มีการวางแผนจัดบุคลากรและมอบหมายงานตามบทบาทหน้าที่ ด้านกำลังคน ส่วนน้อยเจ้าหน้าที่ทุ่มเทและเสียสละในการปฏิบัติงาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้สนับสนุนทรัพยากรบุคคล อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมสนับสนุนกำลังคนโดยมาช่วยทำกิจกรรมออกกำลังกาย ช่วยวัดความดันโลหิต ด้านการอำนวยความสะดวกมีส่วนร่วมมาก ในการประสานงานระหว่างกรรมการบริหารงาน และขอความคิดเห็นจากหน่วยงานอื่นหรือชมรมอื่น เพื่อหาแนวทางการตัดสินใจแก้ไขปัญหา เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการมีการปฏิบัติน้อย ด้านการควบคุมกำกับงาน ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจัดทำตารางการปฏิบัติงาน/กิจกรรมต่าง ๆ ของงานบริการสุขภาพ นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประธานชมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการติดตามประเมินผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนางานบริการสุขภาพให้ดีขึ้น แต่การควบคุมการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ จัดทำน้อย ส่วนด้านการประชาสัมพันธ์ยังมีการดำเนินการน้อย

ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกระบวนการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การวางแผนและปฏิบัติการ โดยเฉพาะโครงการที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกันจัดทำขึ้น การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผล อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงานกำหนดวันทำกิจกรรม ส่วนการติดตามประเมินผล จะติดตามเฉพาะผลงานที่เกี่ยวข้อง

4. ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุของ ศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัญหาทรัพยากรการบริหาร ด้านกำลังคน พบว่า ขาดแคลนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานมาก โดยมีข้อเสนอแนะคือรัฐหรือองค์กรท้องถิ่นควรคัดเลือก/จัดสรรบุคลากรเพิ่มอัตรากำลังในศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านงบประมาณไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย สำหรับสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมโดยมีข้อเสนอแนะคือ องค์กรท้องถิ่น/เอกชนควรให้การสนับสนุนงบประมาณเพิ่ม ด้านอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ อุปกรณ์ออกกำลังกาย อุปกรณ์ดนตรี เครื่องเสียง ไม่มีและปริมาณไม่เพียงพอ โดยมีข้อเสนอแนะคือ รัฐ/องค์กรท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนสถานที่และอุปกรณ์

ปัญหาการบริหารของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการวางแผนพบว่า มีการจัดทำแผนการดำเนินงานน้อย โดยมีข้อเสนอแนะคือ ควรจัดทำแผนการดำเนินงานใช้ในการติดตามประเมินผลด้านการจัดองค์กร มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ (ทีมสุขภาพ) บุคลากรมีการดำเนินการแต่งตั้งไว้ชัดเจนและเข้าร่วมปฏิบัติในทีมสุขภาพน้อย ด้านการบริหารงานบุคคล การจัดทีมสุขภาพเพื่อปฏิบัติงานมีการจัดทีมสุขภาพน้อย โดยมีข้อเสนอแนะคือ ควรเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้องค์กรท้องถิ่น เอกชน ประชาชนเพื่อเป็นอาสาสมัครทีมสุขภาพ เพื่อพัฒนาทีมสุขภาพ จัดทำทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและอบรมเพื่อพัฒนาทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ปัญหามีส่วนร่วม ขององค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลประชาชนชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ในกระบวนการบริหาร พบว่า ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการบริหารงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การทำแผนงานโครงการโดยมีข้อเสนอแนะคือ ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้องค์กรท้องถิ่น เอกชน ประชาชนเกี่ยวกับงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาทีมสุขภาพ จัดทำทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและอบรมเพื่อพัฒนาทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ปัญหามีส่วนร่วม ขององค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลประชาชนชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการตัดสินใจและติดตามประเมินผล พบว่า ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ บทบาท หน้าที่ สิทธิประโยชน์ ของตนเองในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีข้อเสนอแนะคือ ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้องค์กรท้องถิ่น เอกชน ประชาชน เข้าใจบทบาท หน้าที่ สิทธิประโยชน์ เกี่ยวกับงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อนำมาสู่การพัฒนาการมีส่วนร่วม ให้มีการรวมกลุ่มที่เข้มแข็ง พัฒนาทีมบริหารชมรมผู้สูงอายุ พร้อมทั้งให้ประชาสัมพันธ์ชักชวนผู้สูงอายุมาช่วยเหลือสังคมร่วมทำกิจกรรมเพื่อการพัฒนา

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ภาครัฐควรมีการประชาสัมพันธ์อย่างจริงจัง เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องสิทธิที่ควรจะได้รับ อันจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกตัวมีคุณค่า และยังเป็นการดึงเอาศักยภาพของผู้สูงอายุมามีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศได้มากขึ้น
2. ภาครัฐควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชน ผู้สูงอายุตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิของตนเอง มีความรู้ในเรื่องสิทธิที่ควรจะได้รับ อันจะเป็นการส่งเสริมให้ประชาชน หันมาสนใจถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และเกิดความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน
3. ส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 มาตรา 8 และ พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาตรา 16 มาตรา 17 มาตรา 18 กำหนดให้องค์กรปกครองท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตนเอง โดยถือว่าการจัดการด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของบริการสาธารณสุข ดังนั้น อบต. เทศบาลควรเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานของงานบริการสุขภาพ เข้าใจสิทธิประโยชน์ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน
4. ควรมีการสนับสนุนทรัพยากรการบริหารด้านกำลังคน และงบประมาณให้มีความเพียงพอ เหมาะสม ตลอดจนมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอความร่วมมือในการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ประสิทธิผลการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

ข้อแนะนำเชิงปฏิบัติ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมให้ประชาชน และองค์กรอื่น ๆ ในชุมชน เห็นถึงความสำคัญของงานสาธารณสุข (บริการสุขภาพผู้สูงอายุ) โดยการให้เข้ามามีส่วนรับรู้ปัญหาความต้องการของตนเอง มีความรู้ในการจัดทำแผนงาน/โครงการ มีความรู้เข้าใจบทบาท สิทธิประโยชน์ เพื่อให้เกิดความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน และองค์กรอื่น ๆ ในชุมชนได้รับทราบลักษณะการให้บริการของงานสาธารณสุข (บริการสุขภาพผู้สูงอายุ) เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมาใช้บริการได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม

3. ควรจัดให้มีการประชุมชี้แจงเรื่องบทบาทภารกิจ ขอบเขต ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เพื่อให้เรียนรู้เข้าใจร่วมกัน และประสานงานตามบทบาทภารกิจในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้สอดคล้อง ไม่ซ้ำซ้อนและมีประสิทธิภาพ

4. ควรจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ในการวางแผนการพัฒนางานสาธารณสุข เพื่อเป็นการสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับงานสาธารณสุข และนำมาวางแผนพัฒนาให้เหมาะกับพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงลึก เพื่อหารูปแบบ ประเภทและกลวิธีที่เหมาะสมในการกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ควรศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์
3. ควรมีการศึกษารูปแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอท่ายาง

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

COMMUNITY PARTICIPATION IN MANAGEMENT OF ELDERLY HEALTH SERVICES:
A CASE STUDY OF PRIMARY CARE UNIT IN THAYANG DISTRICT PETCHBURI PROVINCE

ณัฐพร เพชรสวัสดิ์ 4837696 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ Dr.P.H.(Preventive Care), ปิยธิดา ตรีเดช
ส.ค., พีระ ครีกกรีนจิตร วท.ม.(ชีวสถิติ), ฉัตรสุมน พลดิณิญา โปษ.ค.(ประชากรศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกลุ่มอายุของประชากรประเทศไทยเปลี่ยนไป โดยแนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และคาดหมายว่าสัดส่วนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.8 และ 16.8 ในปี พ.ศ.2553 และ พ.ศ.2563 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) จากสถิติสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2550 พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีการเพิ่มจำนวนถึง 10.3 ล้านคน และมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น เพศชาย 68.4 ปี และเพศหญิง 75.7 ปี การที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลกระทบต่อสภาพทางสังคม สภาพเศรษฐกิจ และการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ดังนั้น การปรับกระบวนการทัศน์และโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ ของสังคมที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องใช้ข้อเท็จจริงร่วมกับความสุข ครอบคลุมและความละเอียดอ่อนเพื่อให้เกิดความเหมาะสมมากที่สุด ทั้งต่อสังคมโดยรวม และต่อประชากรผู้สูงอายุเอง อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนและการพัฒนาจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความพร้อมทางสังคมอย่างมาก (กฤษณา ชวนสำราญ, 2548: 1)

จากผลสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2550 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษา ร้อยละ 26.0 ปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 จะเห็นได้ว่าปัญหาทางสุขภาพดังกล่าวมีสาเหตุมาจากพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม วิธีการดำเนินชีวิตตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยสูงอายุ และกรรมพันธุ์ ดังนั้นประชากรผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพหลาย ๆ ด้าน อาทิ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดความเครียด การพักผ่อนที่เพียงพอ การมีโภชนาการที่เหมาะสม เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพลักษณะดังกล่าว จะช่วยลดภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น ช่วยชะลอความเสื่อมของสุขภาพ และเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านปลายได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ปัจจุบันมีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยให้สถานบริการทุกระดับ ดำเนินการบริหารงบประมาณที่ได้รับจัดสรรตามจำนวนประชากรในท้องถิ่น มาจัดบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมทั้งด้านป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย บวกกับแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพดี เพื่อลดค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สามารถป้องกันได้ จากการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและแนวคิดดังกล่าว พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีการใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุขมากที่สุด (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2544)

กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนคนไทยมาโดยตลอด ดำเนินการพัฒนาขีดความสามารถสถานอนามัยให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน มีบุคลากรเพิ่มขึ้นสามารถให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานในระดับปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพ และสามารถดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ได้แก่ การบริหาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ปัจจุบันรัฐบาลได้สนับสนุนให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรม งบประมาณต่าง ๆ และมีนโยบายในการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

ตามนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพของไทยที่เปลี่ยนจากการซ่อมสุขภาพ มาเป็นการสร้างสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา เป็นระบบที่คนไทยทุกคนมีสิทธิในการมีสุขภาพดี ซึ่งการมีสุขภาพดีจะทำให้ระบบเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาและฟื้นฟูเมื่อสุขภาพเสียแล้ว ระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างสุขภาพ จึงต้องเปลี่ยนจากระบบตั้งรับเป็นระบบเชิงรุก โดยรุกออกไปสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน ไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็น เน้นการปรับกระบวนการทำงานเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน ให้ประชาชนและชุมชนในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยให้ประชาชน

เป็นผู้ริเริ่ม ดำเนินการพัฒนากิจการสาธารณสุขโดยรัฐเป็นผู้สนับสนุน เพื่อให้ประชาชนผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ ได้รับบริการในรูปแบบที่ตนเองต้องการ (ประเวศ วะสี, 2546: 13)

การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นพื้นฐานสำคัญในการแก้ไขปัญหาในทุก ๆ ด้าน และยังเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขเช่นเดียวกัน การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการที่รัฐส่งเสริม สนับสนุน และเปิดโอกาส ให้ประชาชนในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้ เปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผน และการตัดสินใจ เป็นการสร้างความเข้าใจร่วมกัน ในการดำเนินโครงการต่างๆในชุมชน สร้างการยอมรับและความรับผิดชอบในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชน รวมทั้งก่อให้เกิดความรู้สึกรับรู้ของการเป็นเจ้าของโครงการ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานจากกิจกรรมที่ตนได้มีส่วนร่วม สิ่งเหล่านี้เป็นพลังผลักดันให้กิจกรรมต่างที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านดำเนินไปอย่างราบรื่น ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จ (โกเฮน และอัฟฮอฟ, 1981: อรพินท์ สฟโชคชัย, 2537) ปัจจุบันมีการส่งเสริมการกระจายอำนาจให้ประชาชน และองค์กรปกครองท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ กำหนดทิศทางและบริหารจัดการสุขภาพด้วยตนเอง

จังหวัดเพชรบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุ จากข้อมูลสถิติกรมปกครอง กระทรวงมหาดไทย วันที่ 31 ธันวาคม 2550 พบว่า ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 41,897 คน จากประชากรทั้งหมด 456,061 คน คิดเป็นร้อยละ 9.18 ของประชากรทั้งหมด จากสถิติของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด ในช่วงเดือนตุลาคม 2549 ถึงเดือน เมษายน 2551 พบว่า มีผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 29.8 ของผู้ป่วยทั้งหมด และแผนกผู้ป่วยในพบว่า มีผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษาด้วย โรคเรื้อรังในแผนกอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.64 และร้อยละ 50.6 ตามลำดับ และจากสถิติโรงพยาบาลท่าสาย อำเภอท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า มีผู้สูงอายุเข้ามารับบริการคิดเป็นร้อยละ 35.32 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ใน อำเภอท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเป็นภาระพึ่งพาแก่ญาติผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อำเภอท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี เป็นชุมชนที่ค่อนข้างจัดว่ามีลักษณะเป็นชุมชนเมือง และชุมชนชนบท ครอบคลุมมีทั้งเป็นครอบคลุมขยายและครอบคลุมเดี่ยว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพผิดปกติ โรคที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคเรื้อรังและความพิการ ซึ่งสถิติปี 2550 พบว่า มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 55.39 มากเป็นอันดับ 1 ของอำเภอท่าสาย (ฝ่ายแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2550) ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีสถานภาพทาง

เศรษฐกิจปานกลาง ทำให้ผู้ดูแลต้องเดินทางไปประกอบอาชีพนอกบ้าน จากลักษณะดังกล่าวอาจทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดำรงชีวิต ทั้งชีวิตส่วนตัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมทั่วไป ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนมีบทบาทที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือครอบครัวที่ต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจัดเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการพึ่งพาตามการเปลี่ยนแปลงในวัฏจักรแห่งชีวิต

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้สถานบริการของรัฐดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ของศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ว่าเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขอย่างไร เพื่อให้การดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ของศูนย์สุขภาพชุมชน มีประสิทธิภาพ สามารถส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลและครอบครัว ให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน(ได้แก่ชมรมผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข) ในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชน
2. เพื่อศึกษากระบวนการในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ของศูนย์สุขภาพชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอท่ายาง (การวางแผน การจัดการองค์การ การบริหารงานบุคคล การอำนวยการ การควบคุม) โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรี อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอท่ายาง

ทบทวนวรรณกรรม

การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกๆขั้นตอนของการดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มีพื้นฐานความเชื่อว่า การมีส่วน

ร่วมของชุมชนในภาพรวม จะทำให้การดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุประสบความสำเร็จโดยใช้แนวคิดของโคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen J. M. and Uphoff N.T., 1981: 55-56) ใช้รูปแบบมีส่วนร่วม 4 รูปแบบ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรับผลประโยชน์ของสุขภาพ ทั้งทางด้านวัตถุ ด้านจิตใจ และทางด้านสังคม ที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการตรวจสอบติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

การบริหาร

การบริหารหมายถึงกระบวนการดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ศาสตร์และศิลป์ในการจัดสรรทรัพยากรการบริหารที่มีอยู่อย่างจำกัดมาดำเนินการตามกระบวนการบริหารเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานของหน่วยงานหรือองค์การสำเร็จตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ใช้แนวคิดของคุนท์ซ (Koontz, 1982: 27-30) ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การบริหารงานบุคคล (Staffing) การเป็นผู้นำหรืออำนวยการ (Leading or directing) การควบคุมกำกับ (Controlling) ในการศึกษาถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ว่าได้ดำเนินการไปตามหลักการบริหารหรือไม่ อย่างไร

ศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ได้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน สาขา ทั้งในและนอกสถานบริการ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการดูแลผู้ป่วยพิการ การสนับสนุนบริการ รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขและการพัฒนาชุมชนระดับตำบลของอำเภอท่ายาง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หฤทัย ทบวงศรี (2540: 72-73) ศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานของหัวหน้าสถานีอนามัยตามแผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยการบริหารกำลังคน ด้านความพอเพียงของผู้ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหัวหน้าสถานีอนามัยตามแผนงานป้องกันและควบคุมโรค ติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ

สมฤดี ลิ้มปรีชตวิชัย (2544: 175-182) ได้ศึกษาบทบาทของอบต.ต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของชุมชน: กรณีศึกษาอบต.ปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่าอบต.กับชุมชนจะมีการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ วางแผน การปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผล แผนงานของอบต.ยังคงเน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานซึ่งเป็นการส่งเสริมงานสาธารณสุขทางอ้อม ส่วนงานที่มีแผนชัดเจนและทำต่อเนื่องคืองานกำจัดขยะมูลฝอย โดยปัจจัยต่อการดำเนินงานคือ ความรู้ความเข้าใจต่อบทบาทด้านสาธารณสุข วิธีการเมืองระบบงานสาธารณสุขงบประมาณ ความร่วมมือระหว่างองค์กร สภาพสิ่งแวดล้อมและชุมชน ส่วนความคาดหวัง อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชนต้องการให้รัฐเป็นผู้แบกรับภาระงานด้านสาธารณสุขมากกว่าให้เป็นหน้าที่ของ อบต. ในเรื่องความพร้อมพบว่าอบต.ยังขาดกำลังคน งบประมาณ แต่มีสถานที่อุปกรณ์เพียงพอรวมทั้งระบบการบริหารงานที่ดี

ปราณี อิ่มสมบัติ (2546: 74) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในด้านการวางแผนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 67.5 มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุด้านการร่วมจัดกิจกรรมชมรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.2 ด้านการรับประโยชน์จากกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75 และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมด้านการประเมินผลกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 87.2 เมื่อพิจารณาในภาพรวมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.8

สุรศักดิ์ หันชัยศรี (2546: ง) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การควบคุมกำกับงาน และรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามมาตรการหลักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผน การควบคุมกำกับงาน มีความสัมพันธ์กับผลการบรรลุตามเป้าหมายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีศึกษา (Case Study) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้ 2 วิธีการคือ 1. การสัมภาษณ์เชิงลึก 2. การสนทนากลุ่ม

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ที่รับผิดชอบการดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 20 คน ประธานองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล 13 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 13 คน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สูงอายุ 238 คน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี (ธันวาคม 2550 – มีนาคม 2551) จำนวน 284 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 2 วิธีการ คือ 1) การใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นการมีส่วนร่วมกับการบริหารจัดการ 2) การสนทนากลุ่ม

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ที่มารับบริการ ช่วงเดือนธันวาคม 2550 - มีนาคม 2551 หมู่บ้านละ 1 คนจำนวน 119 คน จากประธานอาสาสมัครหมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 119 คน โดยคัดเลือกสมาชิกที่ให้ความร่วมมือ ทำกลุ่ม 16 กลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมตามสำนวนภาษาไทย โดยถือว่าถ้าเกณฑ์การตัดสินตรงกันถือว่าใช้ได้ แล้วนำเครื่องมือดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ แล้วจึงนำไปใช้จริง ทำการวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาจำแนกและจัดประเภทข้อมูลโดยยึดหลักตามแนวคำถาม หลังจากนั้นจึงประมวลข้อมูลเพื่อตีความหมายและสังเคราะห์เป็นภาพรวมของชุมชน การวิเคราะห์แบบอุปนัย (Induction Analytic) การวิเคราะห์โดยจำแนกชนิดข้อมูล (Typological Analysis) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการบริหารงานและการมีส่วนร่วมเป็นกรอบในการจำแนกข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า การบริหารจัดการตามกระบวนการบริหารส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามกระบวนการบริหาร มีการจัดทำแผน แต่ไม่ได้ทำอย่างสมบูรณ์ บางแห่งไม่ได้ทำแผน เจ้าหน้าที่มีการจัดทีมสุขภาพเพื่อช่วยงานบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพว่าเป็นบทบาทของชุมชนที่สามารถช่วยงานบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บางส่วนให้คำปรึกษาน้อย ขาดการประชาสัมพันธ์กระตุ้นให้เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับงานติดตามประเมินผล

การมีส่วนร่วมของชุมชนได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ เห็นว่าทุกกลุ่มร่วมเข้ารับประโยชน์จากการบริการสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ รักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ครอบคลุมโดยเฉพาะผู้สูงอายุ รองลงมาคือ ร่วมในการดำเนินกิจกรรมทุกกลุ่ม ร่วมสละทรัพย์บริจาควัสดุ ชักชวนคนอื่นๆมาให้ความร่วมมือ อบต.สนับสนุนงบประมาณค่าอาหาร อบต.บางแห่งยังไม่สนับสนุน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะร่วมกิจกรรมอย่างเดียว ไม่ชอบมีบทบาทหน้าที่หรือแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล โดยการสอบถามความก้าวหน้าการดำเนินงานที่มีบทบาทมากคือ ผู้สูงอายุที่เป็นกรรมการที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุดด้านการตัดสินใจในการเสนอแนะปัญหาหรือแนวทางแก้ไข การวางแผนโครงการ การคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับการช่วยเหลือ

อบต. มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกิจกรรมด้านสาธารณสุขน้อยได้รับการแนะนำหรือฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุขระดับปานกลาง จากคำถามว่า “ผมไม่ค่อยเข้าประชุมด้วยตนเองบางครั้งให้ปลัดไปประชุม” งานที่อบต.ดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา ส่วนมากเป็นการพัฒนางานป้องกันโรค (ใช้เลือดออก ใช้หัวदनก) และงานส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังขาดความครอบคลุมและต่อเนื่อง ส่วนงานรักษาพยาบาลและงานฟื้นฟูสภาพยังไม่มีการดำเนินงาน การสนับสนุนกำลังคน อบต. ยังขาดผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุขสนับสนุนงบประมาณค่าอาหารในการจัดกิจกรรม “หมอทำโครงการของงบประมาณ” สนับสนุนอุปกรณ์ดนตรี เครื่องเสียง ให้ใช้สถานที่ห้องประชุมในการจัดกิจกรรม การวางแผนดำเนินงานจะจัดแผนงานของตนเอง มีการนำข้อมูลปัญหาด้านสาธารณสุขร่วมจัดทำแผนน้อย การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน มีการติดตามงานของตนเองแต่ยังขาดแผนงานที่ชัดเจน

ประธานหรือกรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและเอกชน ประชาสัมพันธ์ ชักชวนผู้สูงอายุให้มารวมกลุ่ม ร่วมช่วยเหลือด้านการเงิน ชักชวนผู้สูงอายุและเอกชนมาร่วมบริจาคเงินและอุปกรณ์ ขอสนับสนุนสถานที่จากหน่วยงานของรัฐ องค์การท้องถิ่น วัด ในการทำงานร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุได้เสนอแนะเรื่องปัญหาและความต้องการ รวมถึงไม่เข้าใจการดำเนินงานตามกระบวนการบริหาร สิทธิประโยชน์ การรับเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ประธานชมรมส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมในการคัดเลือกผู้ที่สมควรได้รับการช่วยเหลือ ส่วนใหญ่ยังไม่มีการจัดทีมเยี่ยมผู้สูงอายุที่ชัดเจน มีบางแห่งที่มีการเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ รักษาพยาบาล มีความสุขจึงชอบมาร่วมกิจกรรมทางศาสนา และนันทนาการ

การอภิปรายผลและข้อสรุป

ชุมชนมีส่วนร่วมในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละด้านและโดยรวม ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมปานกลาง โดยเรียงจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมในการร่วมผลประโยชน์ และด้านการร่วมประเมินผล

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดำเนินงานบริการงานสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรวมมีส่วนร่วมปานกลาง ผู้บริหารองค์กรบริหารส่วนตำบล ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในวางแผนงานและคัดเลือกผู้สูงอายุสูงให้ได้รับความช่วยเหลือ และประชาชนชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนน้อยมีส่วนร่วมในการคัดเลือกผู้สูงอายุ เสนอความต้องการ หรือแนวทางแก้ไขปัญหาน้อย อาจเป็นเพราะไม่ได้เป็นกรรมการในองค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนบุคลากรสาธารณสุขมองว่าชุมชนบางส่วนมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนงาน การเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการสำรวจและคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ด้านการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมมีส่วนร่วมมาก ผู้บริหารองค์กรบริหารส่วนตำบลและประชาชนชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการสละทรัพย์ บริจาควัสดุอุปกรณ์และการสละเวลาและแรงงาน แต่บุคลากรสาธารณสุขมองว่า อาสาสมัครมีส่วนร่วมออกเยี่ยมผู้สูงอายุ น้อย นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการสละเวลาและแรงงานน้อย ด้านการมีส่วนร่วมในการร่วมผลประโยชน์ โดยรวมมีส่วนร่วมปานกลาง สำหรับผู้บริหารองค์กรบริหารส่วนตำบลและประชาชนชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในด้านการรับผลประโยชน์สูงได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานบริการสุขภาพโดยใช้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุได้สะดวกและครอบคลุมและร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเต็มความรู้ความสามารถส่งผลให้มีสุขภาพดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนน้อยเกิดการพัฒนาระบบการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน แต่บุคลากรสาธารณสุขมองว่าทุกกลุ่มได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานบริการสุขภาพน้อย นอกจากนี้บางส่วนเกิดการพัฒนาระบบการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน ขององค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการร่วมประเมินผล สำหรับผู้บริหารองค์กรบริหารส่วนตำบล ประชาชนชมรมผู้สูงอายุ

อาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวมมีส่วนร่วมปานกลาง ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ติดตามความก้าวหน้าผลสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมในศูนย์ฯ รวมถึงการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพ ส่วนน้อยมีส่วนร่วมด้านการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพให้เป็นไปอย่างถูกต้องโปร่งใสและมีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไข แต่บุคลากรสาธารณสุขมองว่าสำหรับการเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไขการ

ดำเนินกิจกรรมของงานบริการสุขภาพบุคลากรเห็นว่าทุกกลุ่มมีส่วนร่วมน้อย ส่วนการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขยังมีส่วนร่วมน้อย

ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การวางแผนและปฏิบัติ มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล เล็กน้อย สนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์บ้างครั้ง

อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมสนับสนุนกำลังคนโดยมาช่วยทำกิจกรรม ออกกำลังกาย ช่วยวัดความดันโลหิต สนับสนุนด้านการเงินและอุปกรณ์ในบางกิจกรรม มีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงานกำหนดวันทำกิจกรรม ส่วนการติดตามประเมินผล จะติดตามเฉพาะผลทำงานที่เกี่ยวข้อง

ตามแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพต้องตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ถ้าชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ ประเมินผลการบริการก็จะไม่สามารถตอบสนองต่อความพึงพอใจ (รุจิราด วรรธสิทธิ์ อ้างในเอกสารเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ, 2550: 19) จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข พบว่ายังไม่เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้พยายามแล้ว ผู้สูงอายุก็ยังไม่สามารถมาร่วมได้ จากคำกล่าวที่ว่า “ฉันแก่แล้วมาไม่ไหว ไม่มีใครพามา” หรือ “หมอไม่บอกฉัน เลยไม่ได้มาช่วย” เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรดึงให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยการสร้างแรงจูงใจในเรื่องสิทธิประโยชน์ การสร้างแรงจูงใจได้หลายวิธี แรงจูงใจภายนอก เช่น สิทธิประโยชน์ แรงจูงใจภายในเช่น ให้บริการสุขภาพ (สมชาติ โตรักษา, 2548: 201)

การบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี มีการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการบริหาร 5 ประการ คือ การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล การอำนวยการ และการควบคุม ดังที่กูนต์ซ (Koontz, 1982: 27-30) ได้กำหนดกระบวนการบริหารไว้ พบว่าส่วนใหญ่มีการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารปานกลาง

หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประธานชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติด้านการวางแผนมาก ส่วนน้อยมีการจัดทำแผนการดำเนินงานน้อย อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก จึงไม่ได้จัดทำแผนการดำเนินงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ด้านงบประมาณ ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ส่วนการได้รับสนับสนุนอุปกรณ์จากหน่วยงานอื่นองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมสนับสนุนปานกลาง ส่วนผู้สูงอายุขาดความเข้าใจการขอสนับสนุนงบประมาณ บางส่วนวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับทรัพยากรกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์มีการวางแผน และมีการทำแผนการดำเนินงาน และบางส่วนไม่มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน อาจเนื่องจากนายก อบต. ยังขาดความเข้าใจในหน้าที่ของท้องถิ่นต้องให้การสนับสนุนด้านส่งเสริมสุขภาพจึงวางแผนเกี่ยวกับทรัพยากรกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์น้อย (สมฤดี ลิ้มปรีชทวีชัย, 2544: 175-182) ด้านการจัดการ

องค์กรมีส่วนร่วมมาก ส่วนใหญ่มีคณะกรรมการงานบริการสุขภาพ โดยมีการกำหนดบทบาทและขอบเขตหน้าที่กำหนดแนวทางการสั่งการและการประสานงานของกรรมการแต่ละตำแหน่ง ได้เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจของงานบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่น้อยกว่าครึ่งเสนอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการทีมสุขภาพไว้ชัดเจน พร้อมทั้งให้บุคลากรร่วมปฏิบัติในทีมสุขภาพ เนื่องจากปัญหาอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนมีน้อยและมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก งานตามนโยบายเร่งด่วนมีมาก ทำให้ต้องแบ่งงานกันทำ จึงร่วมปฏิบัติงานกับทีมสุขภาพน้อย และด้านการจัดตั้งทีมสุขภาพมีการดำเนินงานน้อยเนื่องจากกำลังพัฒนาทีมให้สามารถทำงานในชุมชนได้เอง

ด้านการบริหารงานบุคคลมีส่วนร่วมมาก ด้านกำลังคนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมมาก แต่การปฏิบัติงานของบุคลากรในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เห็นด้วยว่ามีการทุ่มเทและเสียสละในการปฏิบัติงานน้อย อาจเนื่องมาจากอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นมีน้อย และมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก ปัญหาอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนมีน้อยและมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก งานตามนโยบายเร่งด่วนมีมาก ทำให้ต้องแบ่งงานกันทำ จึงไม่สามารถเสียสละเวลาให้งานบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ แต่การจัดทีมสุขภาพเพื่อปฏิบัติงานมีการจัดทีมน้อย องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นขาดบุคลากรไม่มีหัวหน้าส่วนรับผิดชอบด้านสาธารณสุขโดยตรง แต่มีการมอบหมายหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอย่างชัดเจน ส่วนน้อยที่ได้มีส่วนร่วมการจัดทีมสุขภาพเพื่อปฏิบัติงาน องค์กรบริหารส่วนตำบลส่วนน้อยไม่มีการวางแผนจัดบุคลากรและมอบหมายงานตามบทบาทหน้าที่ ในการประสานงานระหว่างกรรมการบริหารงาน และขอความคิดเห็นจากหน่วยงานอื่นหรือชมรมอื่น เพื่อหาแนวทางการตัดสินใจแก้ไขปัญหา แต่เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการมีการปฏิบัติน้อย อาจเนื่องมาจากนายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประธานชมผู้สูงอายุ ขาดความรู้และเข้าใจในเรื่องบทบาท หน้าที่ เข้ามามีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพ (สมฤดี ลิ้มปรัชติวิชัย, 2544: 175-182) ด้านการควบคุมกำกับงาน ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจัดทำตารางการปฏิบัติงาน/กิจกรรมต่าง ๆ ของงานบริการสุขภาพ อาจเนื่องมาจากอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนมีน้อยและมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก งานตามนโยบายเร่งด่วนมีมาก (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ายาง, 2550) นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประธานชมผู้สูงอายุ มีการติดตามประเมินผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนางานบริการสุขภาพให้ดีขึ้น อาจเนื่องมาจากนายกอบต.มีตำแหน่งเป็นสภาอบต.ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการตรวจสอบจึงมีการติดตามประเมินผลค่อนข้างมาก(ชรินทร์ ศึกษากิจ, 2544: 125) แต่การควบคุมการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ จัดทำรายงานน้อย มีการดำเนินการส่วนด้านการประชาสัมพันธ์น้อย อาจเนื่องมาจากนายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประธานชมผู้สูงอายุ ขาดความรู้และ

เข้าใจในเรื่องบทบาท หน้าที่ ด้านสาธารณสุขต้องให้การสนับสนุนด้านส่งเสริมสุขภาพ (สมฤดี ติมปรัชวิชัย, 2544: 175-182)

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนกับการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ ในภาพรวมผู้บริหารองค์กรท้องถิ่น ชมรมต่าง ๆ อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ มีส่วนร่วมปานกลาง การจะพัฒนาให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารงานบริการสุขภาพ ควรมีการวางแผนการดำเนินงาน มีการส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีการเรียนรู้ เข้าใจ บทบาท หน้าที่ และประโยชน์ที่ได้รับ ส่งเสริมให้มีการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานด้านสาธารณสุข มีส่วนสำคัญที่จะทำให้งานประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ผู้บริหารจะต้องสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร ได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และสื่อต่าง ๆ ให้เพียงพอ ทันสมัย เหมาะสมกับการใช้งานและสภาพปัญหาในพื้นที่

ปัญหาการทำงาน คือ สถานีอนามัยและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นไม่ทราบบทบาทภารกิจขององค์กร ทำให้มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนและมีความคาดหวังที่ผิดพลาด ไม่มีการจัดทำแผนงานด้านสาธารณสุขร่วมกัน ไม่มีการบูรณาการ การดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขร่วมกัน ผู้บริหารจึงควร จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจง บทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการทำงานของทั้งสองหน่วยงาน รวมถึงมีการประสานงานการทำงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกัน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2551)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี โดยสรุปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาพรวมมีส่วนร่วมปานกลาง ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการรับผลประโยชน์ และการดำเนินกิจกรรม ด้านการประเมินผล มีส่วนร่วมน้อยที่สุด การบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารบุคคล การอำนวยความสะดวกและการควบคุม กำกับงาน โดยรวม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล และประธานชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมปานกลาง

ผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในกระบวนการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การวางแผนและปฏิบัติการโดยเฉพาะ โครงการที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกันจัดขึ้น การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผล อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงาน กำหนดวันทำกิจกรรม ส่วนการติดตามประเมินผล จะติดตามเฉพาะผลทำงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ภาครัฐควรมีการประชาสัมพันธ์อย่างจริงจัง เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องสิทธิที่ควรจะได้รับ อันจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกตัวมีคุณค่า และยังเป็นการดึงเอาศักยภาพของผู้สูงอายุมามีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศได้มากขึ้น
2. ภาครัฐควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชน ผู้สูงอายุตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิของตนเอง มีความรู้ในเรื่องสิทธิที่ควรจะได้รับอันจะเป็นการส่งเสริมให้ประชาชน หันมาสนใจถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และเกิดความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน
3. ส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 มาตรา 8 และพรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาตรา 16 มาตรา 17 มาตรา 18 กำหนดให้องค์กรปกครองท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตนเอง โดยถือว่าการจัดการด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของบริการสาธารณสุข ดังนั้น อบต./เทศบาล ควรเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานบริการสุขภาพ เข้าใจสิทธิประโยชน์ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน
4. ควรมีการสนับสนุนทรัพยากรการบริหารด้านกำลังคน และงบประมาณให้มีความเพียงพอ เหมาะสม ตลอดจนมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอความร่วมมือในการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

ข้อแนะนำเชิงปฏิบัติ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมให้ประชาชนและองค์กรอื่น ๆ ในชุมชน เห็นถึงความสำคัญของงานสาธารณสุข (บริการสุขภาพผู้สูงอายุ) โดยให้เข้ามามีส่วนรับรู้ปัญหาความต้องการของตนเอง มีความรู้ในการจัดทำแผนงาน/โครงการ มีความรู้เข้าใจบทบาท สิทธิประโยชน์ เพื่อให้เกิดความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและองค์กรอื่นๆ ในชุมชนได้รับทราบลักษณะการให้บริการของงานสาธารณสุข (บริการสุขภาพผู้สูงอายุ) เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมาใช้บริการได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม

3. ควรจัดให้มีการประชุมชี้แจงเรื่องบทบาทภารกิจ ขอบเขต ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เพื่อให้เรียนรู้เข้าใจร่วมกัน และประสานงานตามบทบาทภารกิจในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ให้สอดคล้อง ไม่ซ้ำซ้อนและมีประสิทธิภาพ

4. ควรจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ในการวางแผนการพัฒนางานสาธารณสุข เพื่อเป็นการสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับงานสาธารณสุข และนำมาวางแผนพัฒนาให้เหมาะกับพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงลึก เพื่อหารูปแบบ ประเภทและกลวิธีที่เหมาะสมในการกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ควรศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์
3. ควรมีการศึกษารูปแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ของศูนย์สุขภาพชุมชน

COMMUNITY PARTICIPATION IN MANAGEMENT OF ELDERLY HEALTH SERVICES: A CASE STUDY OF PRIMARY CARE UNIT IN THAYANG DISTRICT PETCHBURI PROVINCE

NATTAPORN PETCHSAWAT 4837696 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NITHAT SIRICHOTIRATANA Dr.P.H. (Preventive Care), PIYATHIDA TRIDECH Dr.P.H., PEERA KRUGKRUNJIT M.Sc.(Biostatistics), CHARDSUMON PRUTIPINYO Ph.D.(Demography)

EXTENDED SUMMARY

Rationale and Background of the Research

The structure of population ages in Thailand has been changing, that is, the elderly people (60 years up) in term of number and proportion have been increasing rapidly. It was expected that the old-age citizens would be uprising to be 11.8% and 16.8% in 2010 and 2020 restively (The National Statistical Office, 2007). According to the Institute for Population and Social Research, Mahidol University in 2007, the number of Thai elderly people reached 10.3 million. The populations' average age has been prolonged or 68.4 years for men and 75.7 years for women. Due to an increasing number of elderly people and their longer ages, they have given certain effects to the social condition, economic status and employment as well as continual allocation of health and social resources of the country in a long run. Thus, the adaptation of paradigm and other social structures affecting any changes must depend on existing facts along with some prudence, carefulness and sophistication to enhance the most suitable social structure for the whole society and those elderly people. However, any adaptation and development need so much time and social preparedness (Krisna

Chuansamran, 2005: 1).

According to a demographical survey on elderly people in Thailand done by the National Statistical Office in 2007, 26.0% of elderly people confronted health and illness problems; 31.7% for high blood pressure; 13.3% for diabetes; and 7.0% for heart attack. It is evident that such health problems were derived from those elderly people's behavior, environment and ways of life starting from their childhood to old age and heredity. Therefore, elderly people's health should be cared such as regular exercise, activities to reduce tension, sufficient relaxation, proper nutrition, etc. Such health promotions could reduce their chronic illness, curb their health deterioration, and allow them to live happily at the end of life and to have better quality of life.

At present, the health service system has been reformed; health service units at all levels must manage the budget as allocated by the number of local people to provide health services covering disease prevention, health promotion, treatment and recovery of patients. Such health service units must also carry on the project of good health promotion in order to reduce the medical costs of any curable diseases. From those health service system and concept, it was found that the elderly people were a group of populations employing most health resources (Institute of Geriatric Medicine, 2001).

The Ministry of Public Health is one of major organizations thoroughly caring health of Thai people. It has developed various community health units to be primary care units with more health staff so that the primary integrated health services are provided efficiently until they are able to take care of general people's health universally and continuously. Now, the Government encourages every community to recognize the significance of old-age people, to promote health of elderly people, to arrange activities and budgets, and to set up implementation policies about health promotion of elderly people by providing them health services.

According to the health reform policy of Thailand, which was changed from health repairs to health strengthening or prevention rather than treatment, this system allows all Thais to have a right of good health. Good health leads to fewer expenses and recovery than the medical treatment. A health system focusing on health strengthening, thus, must change from a passive one to be an active one. Under this active health system, general people must have good health and have no unnecessary

illness. Its working system also focuses on the working process to serve public needs and expectation, and to allow local people and communities to take part in caring their own health and communities. By this, those local people initiate and develop their public health under the government's support so that local people as service users have service satisfaction and obtain health services that they want (Praves Wasee (2003: 13).

Public participation is an important basis of solving all problems. It is also a key of developing other health affairs. Public participation is a process promoted and supported by the state so that community people have chance to participate in their community affairs in order to attain established development objectives and policies. As a result, all related groups in a community take part in planning and decision-making for a good mutual understanding for any project implementation there. Those people are also able to form acceptance and responsibility as community members. This participation could arouse a feeling of ownership in community projects and pride in activity results they have participated. Further, these make various activities arranged in a village smooth, continuous, efficient and successful (Cohen and Uphoff, 1981, Orapin Sopchokchai, 1994). Now, the decentralization allows local people and administrative organizations to take part in any decision-making process, forming the community direction, and administering community health.

Phetchaburi is a province confronting a constant increase of elderly people. According to the statistics of the Department of Provincial Administration, Ministry of Interior on 31 December 2007, there were 41,897 elderly people at ages of 60 and up among 456,061 populations in total or it accounted for 9.18% of all populations. According to the statistics of Phra Jom Khiao Hospital at Phetchaburi Province, which is a general provincial hospital, conducted from October 2006 to April 2008, about 29.8% of patients were elderly people being cured at the Out Patient Department. At the In-Patient Department, about 59.64% and 50.6% were male and female patients receiving the medical treatment at the Department of Internal Medicine. From the statistics of Thayang Hospital at Thayang District, Phetchaburi Province, about 35.32% were elderly people receiving the medical services. Most elderly patients have lived at Thayang District of Phetchaburi Province; they inevitably had to rely on their relatives for general caring. Thayang District of Phetchaburi Province is a community with nature of city and rural environment.

Community families are both extended and single ones. Most elderly people there have some abnormal health conditions. Most frequently-found diseases included high blood pressure, diabetes, heart attack, chronic diseases and disabilities. From the statistics on 2007, 55.39% of those elderly people had the high blood pressure, which ranked first at Thayang District (Planning Division, Phetchaburi Health Office, 2007). These elderly people should be cared by anyone they have lived together. Most local people there were agriculturists and their economic status was fair. As a result, care givers of those elderly people may have to work outside, which cause elderly people face some living difficulties, both personal life and interaction with others. Primary care unit takes an important role in helping any families loaded by caring of elderly people, who need reliance by the cycle of life.

According to a policy of Ministry of Public Health, it prescribes any state health service unit to provide services to the elderly people. Therefore, the Research was interested in examining the community participation in the management of elderly health services of primary care units at Thayang District of Phetchaburi Province, as well as problems, hindrance and solutions so that the management of elderly health services of any primary care units becomes efficient while the personal and family participation could be promoted and supported in order to sustain a good quality of life of elderly people.

Objectives of the Research

1. To examine the community participation (e.g. Old-Age Association, Sub-District Administrative Organization, health volunteer) in the management of elderly health services in primary care units.
2. To examine the management process of elderly health services in primary care units.

Scope of the Research

To examine the information about the community participation and the management of elderly health services in primary care units at Thayang District

(planning, organizing, staffing, directing and controlling). The targeted groups included heads of primary care units, chief executives of the Sub-district Administrative Organization, Mayor, health volunteers and elderly people at Thayang District.

Literature Review

Participation

Participation means the participation of people at all stages of working from the start to the end. This research was based on a belief that the overall community participation could make the elderly health services successful. Under the concept of Cohen and Uphoff (Cohen, J.M. and Uphoff, N.T., 1981: 55-56), there were 4 types of participation: participation in decision-making; participation in implementation, e.g. community participation in implementing elderly health services; participation in benefit acceptance, e.g. community participation in obtaining health benefits in form of objects, mind and society deriving from activities of elderly health services; and participation in evaluation, e.g. community participation in monitoring and evaluating the management of elderly health services in primary care units at Thayang District of Phetchaburi Province.

Service

Service means the process of implementing elderly health services to attain established objectives efficiently under art and science of allocating existing and limited management resources to enhance benefits for that agency or organization. The concept of Koontz (Koontz, 1982: 27-30) such as planning, organizing, staffing, leading or directing and controlling was used to examine the community participation in the management of elderly health services in primary care units at Thayang District of Phetchaburi Province in order to find out whether it was based on the principle of management or not.

Primary Care Unit

Primary care unit means the primary care unit of the Ministry of Public

Health, which is under the supervision of district health office under the supervision of the Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The role of primary care unit is to provide an integrated health service inside and outside, e.g. health promotion, disease control and prevention, treatment, recovery and care of disabled; to support health services, implementation and community development at the sub-district level of Thayang District.

Related Research

Haruthai Tabuangstri (1997: 72-73) studied the management factors affecting the working of heads of community health centers in accordance with plans of preventing and controlling acute infectious respiratory diseases at Khon Khen Province. She found that the management of manpower in relation to the adequacy of workers was not correlated to the working of heads of community health centers in accordance with plans of preventing and controlling acute infectious respiratory diseases.

Somrudee Limparattanavichai (2001: 175-182) studied “Roles of the Sub-district Administrative Organization in the Development of Community Health Services: A Case Study of Pak Kret SAO, Pak Kret District, Nonthaburi Province. The results showed that the SAOs and communities carried on 3 action steps: planning, implementation, and monitoring and evaluation. The SAOs’ plans have focused on the development of basic infrastructure, which gave an indirect support to the public health services. The precise and continual plan was the garbage disposal. The factors affecting the implementation of community health services included knowledge and understanding about roles of public health, political path, public health service system, budget, cooperation among organizations, and environment and community. Regarding the expectation to the SAO and health personnel, the general people required the state to be in charge of public health services rather than the SAO. Regarding the preparedness of service, the SAOs have lacked some manpower and budget, but they had sufficient equipment and good administration system.

Pranee Imsombat (2003: 74) studied factors correlated to the participation of association members in old-age association activities of Ang Thong Province. The results showed that members of the old-age associations have participated in activities

of old-age associations in respect with activity planning at a low level or at 67.5%; in respect with association activity arrangements at a low level or at 68.2%; in respect with benefit acceptance from association activities at a low level or at 75%; and in respect with activity evaluation at a low level or at 87.2%. For the overall participation in activities of old-age associations, it was at a low level or at 68.8%.

Surasak Hanchaisri (2003: d) studied factors correlated to the sub-district health personnel's performance in hemorrhagic fever prevention at Kalasin Province. The results showed that the factors in relation to management process, including planning, organizing, directing and controlling, were significantly correlated to the performance results at a statistic test level pursuant to the main measures of hemorrhagic fever prevention and control. The factors in relation to management process, including planning, controlling and directing, were significantly correlated to the results of objective attainment in hemorrhagic fever prevention and control at a statistic test level.

Methodology

This research was a case study and qualitative research based on 2 research methods: 1) in-depth interview; and 2) group discussion.

The research populations included 20 sub-district health personnel in charge of elderly health services, 13 chief executives of Sub-district Administrative Organizations, 13 presidents of old-age associations, 234 health volunteers and elderly people at Thayang District of Phetchaburi Province (December 2007 – March 2008) in the total of 284 persons. The data collection was based on 2 methods: 1) in-depth interview for issues regarding participation and management; and 2) group discussion.

The selection of sample group was based on the purposive sampling. The sample group covered the elderly people who were members of old-age associations who have received health services from December 2007 to March 2008; one member for each village and in the total of 119 elderly persons. One health volunteer of each village, totaling 119 volunteers, was also included in the sample group. These members were selected as they were willing to give cooperation. These selected persons were then divided into 16 groups.

For checking of instrument quality, the content validity of research questionnaire constructed by the Researcher was checked by 3 qualified experts to ensure that it covered all important issues and its Thai sentences were appropriate. If the checking criteria were relevant, such content validity was applicable. That instrument, then, was revised before being applied to the sample group. The obtained data has been continuously analyzed and checked throughout the period of data collection. The obtained data was sorted out and classified subject to the structured questions. After that, the data was interpreted and analyzed to receive the community overview. Both induction analysis and typological analysis were used for data analysis under the framework of management and participation theoretical concept.

Results

The results showed that most management was subject to the management process, that is, the action plans have been set up, but they were not implemented completely. Some primary care units have never made any action plans. Health operating teams were set up to assist elderly health services, but most staff has not understood roles and duties of health team that, in fact, they were a community role in voluntarily helping health services. Most health officers acted as technical advisors to related agencies. But, some primary care units gave little advice. There was a shortage of publicity stimulating health personnel to take part in controlling, directing and evaluating the services.

Community participation involves the Sub-district Administrative Organization/ Municipality, health volunteers, elderly people who are stakeholders of elderly health services, and health staff. It is evident that every group of community members has got some benefits from such health services such as physical check-up, medical treatment particularly covering elderly people. Secondly, every group has involved in health activities, donated some money and materials, and persuaded others to give cooperation. Some SAOs subsidized the budgets and meal costs, but some did not. Most elderly people liked to take part in health activities, but disliked to have any roles or duties or express opinions. They might be involved in monitoring and evaluating by asking the working progress. The elderly people most playing roles were elderly

committees. However, those elderly people had the least participation in decision-making, problem proposal or solutions, project planning, selection of elderly people to be given supports.

The SAOs have been slightly involved in the management process in part of health activities. They have received advice or training about roles and duties of public health at a moderate level subject to a statement that “I have rarely attended the meeting and, sometimes, I assigned the Deputy Officer to attend it”. Most health services previously performed by the SAOs dealt with the development of disease prevention (hemorrhagic fever, bird flu) and health promotion, but this development did not cover all related areas and was not done regularly. The services about treatment and health recovery have never been done. Regarding manpower support, the SAOs lacked the staff in charge of public health. The SAOs have been supported for food budget in arranging the activity entitled “Doctors make projects for subsidization”, for musical tools, audio, meeting rooms for activity arrangements. For working plans, the SAOs set up their own plans. But, the information about health problems was slightly used for the SAOs’ working plans. The SAOs have monitored their working, but they had no explicit plans.

The presidents or committees of the old-age associations have coordinated with governmental agencies and private companies, have publicized to persuade elderly people to form groups, have given financial supports by persuading elderly people and private companies to donate some money and equipment, and have asked for supports from governmental agencies, local organizations and temples for activity places. In co-working with primary care units, the elderly people have suggested about their problems and needs, but they did not understand the management process, privileges, old-age allowance, etc. Most association presidents have not been involved in selecting anyone who should receive assistance. The health team to visit elderly people was not set up clearly. But, some SAOs have visited elderly people. Most elderly people have received health checking and medical treatment. They felt happy; so they liked to join religious and recreation activities.

Discussion and Conclusion

The communities have participated in each aspect and all aspects of elderly health services. Most of them have involved at a moderate level. The level of participation from most to least was: participation in decision-making, participation in carrying out health service activities, participating in benefit acceptance, and participation in evaluation.

The overall participation in decision-making in the elderly health services was moderate. Most executives of sub-district administrative organizations have participated in planning and selecting elderly people to receive assistance. Few presidents of old-age associations and health volunteers have involved in selecting elderly people. Few elderly people have participating in proposing their needs or solutions because they were not committee members in those sub-district administrative organizations. However, health personnel viewed that some communities have participated in planning, proposing problem solutions, and selecting elderly people to be given health services. Regarding the overall execution of elderly health services, the participation was at a high level. Most executives of the Sub-district Administrative Organizations, presidents of old-age associations and health volunteers have been involved in donating their money, equipment, time and labor. But, some health personnel viewed that those health volunteers took part in visiting elderly people weakly. In addition, some elderly people have been involved in sacrificing their time and labor weakly. In respect with the participation in benefit acceptance, it was on a moderate level. For the executives of the Sub-district Administrative Organizations and presidents of old-age associations, most of them highly took part in benefit acceptance from health service when those elderly health services were convenient and universal. They also took part in caring the elderly people at their best; as a result, those elderly people had good health, which led to a good quality of life. However, few of them achieved the learning of co-working. But, some health personnel viewed that every related group weakly achieved some interest from those health services. Moreover, a learning process from co-working between the Sub-district Administrative Organizations and health volunteers has occurred and been developed. Regarding the participation in evaluation, most executives of the Sub-

district Administrative Organizations, presidents of old-age associations, and health volunteers had this kind of participation at a moderate level. Most of them took part in monitoring the achievements of activities held in primary care units, and in summarizing the performance of health service activities. Few of them took part in monitoring health service activities in term of operating transparency, but they have been involved in proposing some changes and solutions. However, some health personnel viewed that, regarding the proposal to change or solve health service activities, every related group had a weak participation. In respect with the summary of activity outcome, the Sub-district Administrative Organizations and health volunteers had a weak participation.

The elderly people have been involved in decision-making, planning and taking actions, but they had a weak participation in monitoring and evaluation, and, sometimes, gave supports of monies and equipment.

Most health volunteers have been involved in manpower supports by helping arrange exercise activities, measure blood pressure, by giving financial and equipment supports in some activities, by setting up the activity schedule, etc. For the participation in evaluation, those health volunteers have monitored the performance of tasks they have been involved only.

According to the concept of health service supply, needs of service users must be served. If any community is not involved in planning, making decision, and evaluating such service, the service users' satisfaction would not be met (Rujinat Uttasith cited in Paper for Development of Primary Services, 2007: 19). From interviews of elderly people and health volunteers, some elderly people did not want to take part in arranged activities although health volunteers have tried to persuade them. From a statement that, "I'm old. I cannot do it. Or, no one takes me there" or "The doctor did not tell me; so I did not come to help." Thus, health personnel should persuade related communities to take part in any activities by way of external motivations such as privileges, and internal motivations such as health services (Somchart Tohraksa, 1995: 201).

The management of elderly health services in primary care units at Thayang District of Phetchaburi Province was based on 5 following management steps: planning, organizing, personnel management, directing and controlling as

guided by Koontz (Koontz, 1982: 27-30). The results of this research showed that such management process has been followed at a moderate level.

Most heads of primary care units, Mayor, presidents of the Sub-district Administrative Organizations, presidents of old-age associations have been strongly involved in the stage of planning. But, few primary care units have set up their planning due to their overloaded work; so the action plans have not been set up in writing. In respect with budget, most presidents of the Sub-district Administrative Organizations gave supports in term of budget and equipment. These Sub-district Administrative Organizations have received the equipment supports from other agencies at a moderate level. Most elderly people had no understanding about requesting for budgets. Some of them have participating in planning about human resources, budget and equipment. Some Sub-district Administrative Organizations have set up their action plans, but some did not because the presidents of the SAOs have lacked good understanding about roles of local organizations. Such Sub-district Administrative Organizations wanted supports of health promotion; so they had weak planning about human resources, budget and equipment (Somrudee Limparattanavichai, 2001: 175-182). The participation in organizing was strong. Most Sub-district Administrative Organizations consisted of health service committees whose roles and duties were specified while instructions and coordination of each committee have been done appropriately and relevant to the mission of health services. Less than a half of health personnel proposed the explicit appointment of health team committee and assignment of health personnel to work in the health team. Due to a shortage of staff in primary care units, overloaded work and a lot of urgent tasks, health personnel have shared their tasks; so they weakly joined the health team. Regarding the setting-up of health team, there were few actions about this because it was on process of developing the health team to independently work in each community.

In part of personnel management, the participation level was strong. The participation in term of manpower was strong. But, for the personnel's operating in the elderly health services, the sacrifice was weak due to insufficient number of officers in those local organizations and the exiting officers have borne much workload. There were also few officers of primary care units with much workload and urgent service policies; so they have shared their tasks and they could not sacrifice their time to the

elderly health services fully. The setting-up of health team was weak. Those local organizations have lacked some personnel. They had no division heads directly responsible for health services, but duties of health services have been assigned clearly. Few local organizations took part in planning of personnel and in assigning roles and duties of coordinating with executive directors and requesting for opinions of other agencies or associations in order to find out problem solutions. However, little technical advice has been given because the Mayor, chief executives of local administrative organizations and presidents of old-age associations have lacked knowledge and understanding about their roles and duties in health promotion (Somrudee Limparattanavichai, 2001: 175-182). Regarding work controlling and directing, most heads of primary care units have rarely prepared the working/activity schedule on health services due to a shortage of staff in primary care units, overloaded work and a lot of urgent tasks (Thayang District Health Office, 2007). The Mayor, chief executives of local administrative organizations, and presidents of old-age associations have monitored, evaluated and analyzed the operating outcome to further improve their health services. Because the chief executives of the Sub-district Administrative Organizations must act, by law, as a member of SAO council, who have a direct duty of performance monitoring, their monitoring and evaluation have been much done (Charin Suksakit, 2001: 125). However, there were few controls of equipment withdrawal, preparation of reports, and publicities because the Mayor, chief executives of local administrative organizations, and presidents of old-age associations have lacked knowledge and understanding about their roles and duties in health promotion (Somrudee Limparattanavichai, 2001: 175-182).

In conclusion, for the community participation and the management of elderly health services, in general, executives of local organizations, local associations, health volunteers, general people and related officers at all levels had the participation at a moderate level. To improve the community participation in the management of health services, there should be the action plans; the communities were encouraged to learn and understand their roles, duties and expected benefits. The communities should be encouraged to take part in the management of health services, and to take an important role to make such health services successful. In addition, the executives should give supports for management resources such as staff, money, equipment and

media so that they are sufficient, updated and appropriate to the specific uses and area conditions.

The working problems were: community health centers and local administrative organizations have not known roles and mission of their organizations so they had misunderstanding and wrong expectation; and they had no mutual preparation of health plans so there was no integration of health activities. Thus, the executives should set up some workshop meetings to indicate roles, duties and responsibility of both organizations. The working in the communities should be coordinated with a start on the mutual preparation of strategic plans (Primary Health Care Division, 2008).

Community participation in the management of elderly health services

The chief executives of local administrative organizations, old-age associations, health volunteers, and elderly people at Thayang District of Phetchaburi Province have taken part in the management of elderly health services at a moderate level, including decision-making, benefit gaining, and activity undertaking. But, the participation in evaluation was the weakest. Regarding the general management of elderly health services, e.g. planning, organizing, personnel management, directing and controlling, most of health officers, chief executives of the Sub-district Administrative Organizations and presidents of old-age associations have been participating at a moderate level.

The elderly people took part in the process of opinion sharing, decision-making, planning and operating, especially in projects they jointly formed up together. For the participation in monitoring and evaluating, some health volunteers have been involved in work planning, and setting the activity schedule, but they had monitoring and evaluation to the activities they have been involved only.

Recommendations of the Research

Policy Suggestions

1. The state should have strong publicities to make the elderly people recognize their rights to allow them to realize their value, and to draw out the elderly

people's potential for the national development.

2. The state should have regular campaigns and publicities of elderly health promotions to urge general people and elderly people to recognize their own rights. Knowledge about equitable rights helps encourage the general people to pay attention to the interest of correct health behavior, and to be enthusiastic to take part in community health activities.

3. The participation of local organizations in accordance with Section 8 of the Act on Prescribing Plan and Process for Decentralization, B.E. 2546, and Section 16, 17 and 18 of the Royal Decree on Criteria and Method of Good Governance, B.E. 2542 should be promoted and encouraged because both laws require that local organizations have roles and duties of administering public service systems for local people subject to a principle that health management is a part of public services. Thus, the SAO/municipality should have a role in health services, and understand provided privileges for the public benefits.

4. There should be supports for management resources to enhance sufficient and suitable manpower and budget. Also, there should be the coordination with other related agencies such as local administrative organizations for their cooperation in supporting certain resources to make the services reach the established objectives.

Practical Suggestions

1. Health personnel should encourage general people and other community organizations to recognize the significance of public health services (elderly health services) by allowing them to learn about existing problems and needs, and to have knowledge about the preparation of action plans/projects, roles and privileges until they have enthusiasm in participating in community health activities.

2. Health personnel should have publicities to allow general people and other community organizations to know the nature of public health services (elderly health services) until they have a good understanding and they use such services appropriately and universally.

3. There should be meetings to indicate about roles, mission and scope of work of sub-district health personnel, Sub-district Administrative Organization,

municipality so that they learn with each other. In addition, roles and mission in public health services would be coordinated relevantly, non-repeatedly and efficiently.

4. There should be workshop meetings to develop the potential of Sub-district Administrative Organizations and municipalities in planning for the development of health services. These meetings can root a right attitude towards health services, which would be planned for the relevant area development.

Recommendations for Further Study

1. There should be qualitative or in-depth researches about appropriate forms, types and methods of encouraging and promoting the communities to participate in the management of elderly health services.
2. There should be studies about efficiency of elderly health services as managed by community hospitals, general hospitals and provincial hospitals.
3. There should be studies about types of community participation in the management of elderly health services in primary care units.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554. [online]: 2551 [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2551]
แหล่งข้อมูล: URL: http://www.moph.go.th/other/inform/10/plan_10.pdf
- กฤษณา ชวนสำราญ (2548). สภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของสมาชิกผู้สูงอายุ ตำบลท่าไม้รวก อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี. รายงานการวิจัย.
- กฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550. [online]: 2552 [สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2552] แหล่งข้อมูล: URL: <http://onezone.multiply.com/>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2547). คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2540). คู่มือส่งเสริม การออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค. (2547). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานโรคเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศาสนา, 10-17.
- กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2538). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533 – 2563. กรุงเทพมหานคร.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). คู่มือ หลักสูตรนวัตกรรมการจัดการสุขภาพชุมชน:การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์สำหรับองค์กรท้องถิ่นและองค์กรปฏิบัติการ. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (2539). รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัทแอล. ที. เพรสจำกัด.
- กองการพยาบาล. (2534). เรื่องการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. โรงพิมพ์กรุงเทพ.
- คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคมวุฒิสภา. (2534). ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพมหานคร.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2547). ผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2546-2547. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: เจ เอส การพิมพ์.
- जनัยพร สุรมินิจกุล. (2544). การมีส่วนร่วมในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ กรมประชาสงเคราะห์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเลี้ยวเฉลิมพระเกียรติ.
- ชฎาภรณ์ บุตรบุรี. (2550). การสร้างพลังชุมชนเพื่อจัดตั้งระบบการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกโดยชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีเกียรติ บุญยไพศาล. (2546). สถานื่อนามัยหัวใจระบบบริการสาธารณสุข. สุพรรณบุรี: เอ็น.พี. ปริ้นติ้ง แอนด์ ก๊อบปี.
- ทองหล่อ เดชไทย. (2528). แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารงานสาธารณสุข. ในเอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารสาธารณสุขทั่วไป หน่วยที่ 1 หน้าที่ 20 นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
- ทองหล่อ เดชไทย. (2540). หลักการบริหารสาธารณสุข. นครปฐม: สถาบันการสาธารณสุขอาเซียน.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2533). หลักการบริหาร. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- นภาพรณ พานิช. (2545). ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- นพพรธ วุฒิธรรม. (2545). การสนับสนุนทางสังคมต่อการมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านลาด อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. ภาคนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- บพิตร พันธุ์ปัทมา. (2546). การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดการศูนย์บริการทางสังคม: กรณีศึกษา ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บรรลุ ศิริพานิชและคณะ. (2531). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวและแข็งแรงรายงานวิจัย กระทรวงสาธารณสุข, รายงานวิจัยกระทรวงสาธารณสุข.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. การศึกษารูปแบบและการดำเนินที่เหมาะสม. รายงานวิจัยกระทรวงสาธารณสุข.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550. รายงานวิจัยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย กระทรวงสาธารณสุข [online]: 2552 [สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2552] แหล่งข้อมูล: URL: <http://tgri.thaihf.org/>
- ประเวศ วะสี. (2546). การปฏิวัติเจียบ: การปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูปสุขภาพ [online]: 2552 [สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2552] แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.hsro.or.h/>
- ประภาส พยมพฤษ. (2542). การบริหารจัดการกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพโภชนาการในโรงเรียนจังหวัดเพชรบุรี เพชรบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี อัมสมบัติ. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปิยธิดา ตรีเดช และศักดิ์สิทธิ์ ตรีเดช. (2530). การบริหารงานสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 3). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยธิดา ตรีเดช และคณะ. (2552). หลักการบริหารจัดการ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์จำกัด.
- ปิยวรรณ กมลวิทย์ (2547). การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน: ศึกษาเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลระนอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปรีชา อุปโยคิน และคณะ. (2541). ไม้ใกล้ฝั่ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.

- พะยอม วงษ์สารศรี. (2542). องค์การและการจัดการ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์
ครุสภา จำกัด
- พิชามญช์ บุญสิน. (2546). ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสาขารณสุขในระดับ
ท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนนทบุรี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (คหกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนาชุมชน)
มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. (2527). นโยบายและวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนา
ปัจจุบันการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภารการ
พิมพ์: 6-7.
- ไพโรจน์ จันทรมณี. (2546). ลักษณะการบริหารงานชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาขารณสุข บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์
โสภารการพิมพ์
- ภัตสุริย์ คุณกลาง. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการ
พัฒนาเมืองน่าอยู่อย่างยั่งยืน เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาขารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2550). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550.
[online]: 2552 [สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2552] แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.hsri.go.th/>
- ยงยุทธ ชนิกกุล. (2546). การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพภาคประชาชนของสมาชิกสภาองค์การ
บริหารส่วนตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศิลปากร.
- รัชดา พรพิไลสวัสดิ์. (2548). การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ: ศึกษา
เฉพาะกรณี อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร
มหาบัณฑิต (รัฐศาสตร์) สาขารัฐศาสตร์ ภาควิชารัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์.
- รุจิณาด อรรถสิทธิ์ และคณะ. (2543). การศึกษาพลังชุมชนและประชาคมด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสพ.).
- โรงพยาบาลท่าช้าง. (2550). รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานปี 2551. เพชรบุรี: แหยมทอง ก๊อบปี่ปริน.

- วันดี โภคะกุล และสมจินต์ โฉมวัฒนะชัย. (2545). การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. สิงหาคม.
- วันดี โภคะกุล สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย. (2547). ผลการสำรวจภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วาทีณี บุญชะลิกย์ และคณะ. (2547). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับสถานีนอนามัยในอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศราวุฒิ หงิมห้วง (2542). ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขของสถานีนอนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริอร ชันธหัตถ์. (2531). องค์การและการจัดการ. กรุงเทพมหานคร: อักษรบัณฑิต.
- ศศิธร ศรีแก้ว. (2548). การวิเคราะห์รูปแบบการบริหารงานและแนวทางการพัฒนาของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.
- สาทิศ พึ่งพรชัย. (2550). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. สารนิพนธ์ปริญญาสาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์การปกครอง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และกรณีการ สุขเกษม. (2547). วิธีวิทยาการวิจัยคุณภาพ: การวิจัยปัญหาปัจจุบันและการวิจัยอนาคตไกล. กรุงเทพมหานคร: หจก.สามลดา.
- สมคิด บางโม. (2539). หลักการบริหาร. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สมฤดี ลิ้มปรีชตวิชัย. (2544). บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของชุมชน: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมใจ รัตนศรีทอง. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างบริการสุขภาพเชิงรุก การมีส่วนร่วมในบริการกับความพึงพอใจในบริการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมเดช ศรีทัด. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยในจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัย-ธรรมมาธิราช.

สมยศ นาวิการ. (2522). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร: ไพลาศิลป์.

สมยศ นาวิการ. (2545). การบริหาร. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บรรณกิจ 1991 จำกัด.

ส่วนงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). การดำเนินงานและกิจกรรมต่างๆของชมรม คืบคลานวันที่ 5 มกราคม 2549 จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/index.htm>

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2548-2568. [online]: 2552 [สืบค้นเมื่อ 8 กรกฎาคม 2552] แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/>

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน, กรุงเทพมหานคร: นายมานิตย์ ไอยรา,นายประวิศ ศาตะมาน.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2544). การสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2550). เอกสารอ่านประกอบหลักสูตรพัฒนาผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สมาน รังสิโยภยกุล และสุธี สมบูรณ์. หลักการบริหารเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สวัสดิการสำนักงาน กพ, 2523.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543 – 2573. กรุงเทพมหานคร.

- สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา. (2547). พรบ.องค์การบริหารงานส่วนตำบล. [online]: 2552 [สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2552] แหล่งข้อมูล: [URL:http://www.agi.nu.ac.th/](http://www.agi.nu.ac.th/)
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2530.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2551). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2550). คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2550). รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานปี 2551. เพชรบุรี.
- สำเริง แหงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ. (2545). ศูนย์สุขภาพชุมชน หนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์. นครราชสีมา: บริษัท สมบูรณ์การพิมพ์ จำกัด.
- สังคมผู้สูงวัย. [online]: 2552 [สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2552] แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.oknation.net/>
- สังคม ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ: ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- สัมฤทธิ์ ต่อสติ. (2542). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุข เขตเมือง: กรณีศึกษาศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาดา จักรพิสูทธิ์. (2547). การศึกษาทางเลือกของชุมชน. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น 27(4): 18-23, มิถุนายน – สิงหาคม.
- สุพัตรา สุภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2536.
- สุเทพ เชาวลิติ. (2548). การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สมาธรรม.
- สุทธิ วรประดิษฐ์. การมีส่วนร่วมของชุมชน. [online]: 2552 [สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2552] แหล่งข้อมูล: URL: <http://trat.nfe.go.th/>
- มาลี ทิพย์ะวัฒน์. (2540). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขชุมชน จังหวัด ราชบุรี. วารสารสาธารณสุขภาคกลาง 12; 3: 13-18.
- สุรศักดิ์ หันชัยศรี. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

หมัยณัฐ ผลจันทร์ (2542). การมีส่วนร่วมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของแรงงานไทย ใน สหภาพแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ เสื้อผ้าสำเร็จรูป จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

หลุทัย ทับวงศรี (2540). ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานของหัวหน้าสถานีอนามัยตาม แผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัด ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.

อกิน รพีพัฒน์. (2547). การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ การศึกษา นโยบายสาธารณสุข.

อรพินท์ สฟโชคชัย. (2537). คู่มือการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้านการพัฒนา หมู่บ้านโดยพลังประชาชน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ.

อรพินท์ สฟโชคชัย (2550). หลักการบริหารราชการบริหารแบบมีส่วนร่วม. [online]: 2552 [สืบค้น เมื่อ 18 มีนาคม 2552] แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.htm.moph.go.th/>

ภาษาอังกฤษ

Cohen, J. M. and Uphoff, N. T. Rural. (1981). Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies. Cornell University.

Haile M. K. and Peter O. (1999). Community involvement in health development: a review of the concept and practice, World Health Organization, 3-19.

Rafkin S. (1990). Community participation in maternal and child health and family planning programmes: an analysis based on case study materials. Geneva, World Health Organization.

Department of International Economic and Social Affairs, United Nations. (1981). Popular Participation as a Strategy for Promoting Community Level Action and National Development. Paper presented at The Meeting of The Ad Hoc Group of Experts, pp.5 at UN Headquarter, New York, USA.

World Health Organization. (1981). Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Health for All Series No.30. Geneva: WHO.

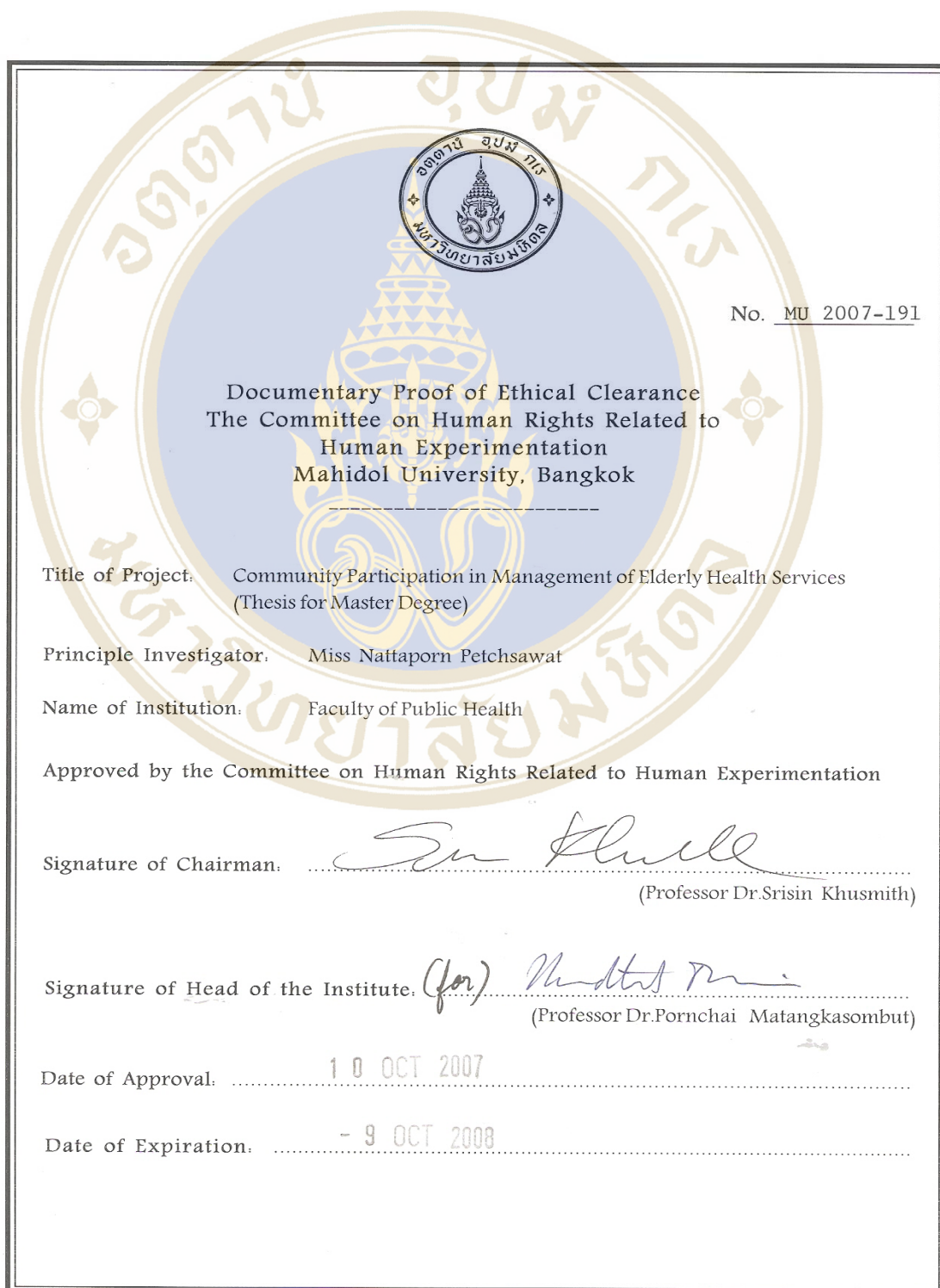


ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. นายบุญลาภ ทิพย์จันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
2. นางชลลดา คล้ายคลึง ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี
3. นายประดิษฐ์ ฤาเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

จริยธรรม



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามสำหรับ สัมภาษณ์
สำหรับ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนและทีมงาน
ประเด็นคำถาม

1. ข้อมูลทั่วไป
 - 1.1 ชื่อ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน
2. ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 2.1 ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือศูนย์สุขภาพชุมชนในเรื่องอะไรบ้าง ในด้านบริหารจัดการชุมชนมีส่วนร่วมอะไรบ้าง
 - 2.2 ทำไมชุมชนจึงเข้ามามีส่วนร่วมดังกล่าว กรุณาเล่าขั้นตอนต่าง ๆ โดยละเอียด
 - 2.3 คณะกรรมการที่ปรึกษามีหน้าที่อะไรบ้าง กรุณายกตัวอย่างประกอบ
 - 2.4 ในการเชิญให้เข้ามาเป็นกรรมการ มีวิธีการอย่างไร มีการกำหนดคุณสมบัติหรือไม่
 - 2.5 ชุมชนมีบทบาทมากน้อยเพียงใด ในเรื่องอะไรบ้าง ช่วยยกตัวอย่างด้วย
3. ความคิดเห็นการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 3.1 ทำไมชุมชนจึงเข้ามาช่วยเหลือศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นอย่างดี กรุณาวิเคราะห์เป็นข้อๆ ตามทัศนะของท่าน
 - 3.2 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการดำเนินงานส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการงานสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างไรบ้าง
4. ปัญหาข้อเสนอแนะและความคิดเห็น
 - 4.1 ในการมีส่วนร่วมของประชาชน ศูนย์สุขภาพชุมชนมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง
 - 4.2 มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน ท่านคิดว่าจะต้องมีวิธีการอะไรบ้าง อย่างไร

แนวคำถาม สำหรับสัมภาษณ์
สำหรับ นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น/เทศบาล ประธานชมรมผู้สูงอายุ
ประเด็นคำถาม

1. ข้อมูลทั่วไป
 - 1.1 ชื่อ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน
2. ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามกระบวนการบริหารงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 2.1 ท่านเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมและการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
 - ทำไมจึงเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมงานบริการผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชน
 - 2.2 ท่านมีส่วนช่วยเหลือศูนย์สุขภาพชุมชนในเรื่องใดบ้าง กรุณาเล่ารายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของท่านในแต่ละประเด็น
 - 2.3 ในการทำงานร่วมกับทางศูนย์สุขภาพชุมชน ท่านมีโอกาสได้เสนอแนะเรื่องสำคัญต่อทางศูนย์สุขภาพชุมชนบ้างหรือไม่ เช่น เรื่องอะไรบ้าง ทางศูนย์สุขภาพชุมชนยินดีรับฟังหรือไม่อย่างไร
 - การวางแผน, การจัดการองค์การ, การบริหารงานบุคคล, การอำนวยความสะดวก, การควบคุม
3. ความคิดเห็นของการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 3.1 การที่ท่านเข้าไปมีส่วนร่วมในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนให้บริการผู้สูงอายุดีขึ้นหรือแย่ลง กรุณาเล่ารายละเอียด
 - ขั้นตอนการมีส่วนร่วม
 - ร่วมในการตัดสินใจ
 - ร่วมในการดำเนินการ
 - ร่วมในการรับผลประโยชน์
 - ร่วมในการติดตามและประเมินผล
4. ข้อเสนอแนะและความคิดเห็น
 - 4.1 ในการมีส่วนร่วมของประชาชน ศูนย์สุขภาพชุมชนมีปัญหาคืออุปสรรคอะไรบ้าง
 - 4.2 มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน ท่านคิดว่าจะต้องมีวิธีการอะไรบ้าง อย่างไร

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้สูงอายุ 2. อาสาสมัครสาธารณสุข

ประเด็นคำถาม

1. บริบททางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความเป็นมาของชุมชน ความคิดความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการใช้บริการของผู้สูงอายุที่ศูนย์สุขภาพชุมชน
 - 1.1 ประวัติความเป็นมาของชุมชนท่านเป็นอย่างไร
 - 1.2 สถานการณ์การเจ็บป่วยจากอดีตถึงปัจจุบันเป็นอย่างไร
 - 1.3 การใช้บริการสุขภาพของคนในชุมชนและของผู้สูงอายุตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน เป็นอย่างไร
 - 1.4 มีเหตุผลหรือปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้องกับการใช้หรือไม่ใช้บริการสุขภาพของคน ในชุมชนและผู้สูงอายุ
 - 1.5 เคยได้ยิน หรือทราบเกี่ยวกับงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่ ทราบมานานเท่าไร
2. ความคิดเห็นของการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 2.1 มีส่วนร่วมในกิจกรรมและการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
 - เริ่มเข้าไปมีส่วนร่วมตั้งแต่เมื่อไร
 - ทำไมจึงเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชน
 - 2.2 ในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชน ท่านและชุมชน ได้รับประโยชน์หรือไม่อย่างไร กรุณาเล่ารายละเอียด
 - 2.3 ท่านมีส่วนช่วยเหลือศูนย์สุขภาพชุมชนในเรื่องใดบ้าง กรุณาเล่ารายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของท่านในแต่ละประเด็นในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
 - สนับสนุนทรัพยากรคน เงิน วัสดุอุปกรณ์
 - ขั้นตอนการมีส่วนร่วม
 - ร่วมในการตัดสินใจ

- ร่วมในการดำเนินการ
- ร่วมในการรับผลประโยชน์
- ร่วมในการติดตามและประเมินผล

2.4 มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน ท่านคิดว่ามีโอกาสดำเนินการเรื่องสำคัญต่อทางศูนย์สุขภาพชุมชนบ้างหรือไม่ เช่น เรื่องอะไรบ้าง ทางศูนย์สุขภาพชุมชนยินดีรับฟังหรือไม่ อย่างไร

- การวางแผน
- การจัดการองค์การ
- การบริหารงานบุคคล
- การอำนวยการ
- การควบคุม

3. ปัญหา อุปสรรค ของผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ

- การจัดงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุปัจจุบันเหมาะสมหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสม ควรปรับปรุงอย่างไร

4. แนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ตารางที่ 3 จำนวนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ที่รับผิดชอบการดำเนินงานการบริการ
ผู้สูงอายุ จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 20)
เพศ	
ชาย	12
หญิง	8
อายุ (ปี)	
21-30	0
31-40	4
41-50	11
มากกว่า 50	5
สถานภาพสมรส	
โสด	3
คู่	14
หม้าย	1
หย่า/ แยก	2
ระดับการศึกษา	
พนักงานอนามัย	3
ผดุงครรภ์อนามัย	4
ประกาศนียบัตรพยาบาลระดับต้น	1
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10
ปริญญาโท	2
ตำแหน่งในปัจจุบัน	
หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	18
นักวิชาการสาธารณสุข	2
อื่น ๆ	0

ตารางที่ 3 จำนวนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ที่รับผิดชอบการดำเนินงานบริการ
ผู้สูงอายุ จำแนกตามคุณลักษณะประชากร(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 20)
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)	
น้อยกว่า 10	3
10-20	6
21-30	6
มากกว่า 30	5
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน (ปี)	
น้อยกว่า 10	3
10-20	6
21-30	6
มากกว่า 30	5
ได้รับการสนับสนุน	
เงินบำรุงของสถานบริการ	0
องค์กรบริหารส่วนตำบล	15
เทศบาล	1
บริจาค	3
ไม่ได้รับการสนับสนุน	1
ได้รับการสนับสนุน (บาท)	
ต่ำกว่า 10,000	3
10,000-15,000	2
15,001-20,000	0
20,001-25,000	11
มากกว่า 25,000	4

ตารางที่ 4 จำนวน ของเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ที่รับผิดชอบการดำเนินงานการบริการ
ผู้สูงอายุ จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 13)
เพศ	
ชาย	13
หญิง	0
อายุ (ปี)	
21-30	0
31-40	3
41-50	6
มากกว่า 50	4
สถานภาพสมรส	
โสด	1
คู่	12
หม้าย/หย่า/ แยก	0
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	0
ประถม	4
มัธยมต้น	0
มัธยมปลาย/ปวช.	5
อนุปริญญา/ปวส.	2
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2
ปริญญาโท	0
ตำแหน่งในปัจจุบัน	
นายกองค์การบริหารส่วนตำบล	11
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล	2
อื่น ๆ	0

ตารางที่ 4 จำนวนของเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ที่รับผิดชอบการดำเนินงานการงาน
บริการผู้สูงอายุ จำแนกตามคุณลักษณะประชากร (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 13)
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)	
1- 10	3
10-20	10
21-30	0
มากกว่า 30	0
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน (ปี)	
1-10	3
10-20	5
21-30	4
มากกว่า 30	0
ให้การสนับสนุนงบประมาณ	
ให้การสนับสนุน	10
ไม่ได้ให้การสนับสนุน	3
ได้รับการสนับสนุน (บาท)	
ต่ำกว่า 10,000	3
10,000-15,000	2
15,001-20,000	0
20,001-25,000	6
มากกว่า 25,000	2

ตารางที่ 5 จำนวนของประชาชนชมรมผู้สูงอายุ ที่รับผิดชอบการดำเนินงานการบริการผู้สูงอายุ
จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 20)
เพศ	
ชาย	9
หญิง	4
อายุ (ปี)	
41-50	0
51-60	3
61-70	6
มากกว่า 70	4
สถานภาพสมรส	
โสด	0
คู่	9
หม้าย/หย่า/ แยก	4
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	
ประถม	2
มัธยมต้น	0
มัธยมปลาย/ปวช.	2
อนุปริญญา/ปวส.	2
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	7
ปริญญาโท	0
ตำแหน่งในปัจจุบัน	
ประชาชนชมรม	9
กรรมการชมรมผู้สูงอายุ	4
อื่น ๆ	0

ตารางที่ 5 จำนวนของประชาชนชมรมผู้สูงอายุ ที่รับผิดชอบการดำเนินงานการงานบริการผู้สูงอายุ
จำแนกตามคุณลักษณะประชากร (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 20)
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)	
1- 10	3
10-20	9
21-30	1
มากกว่า 30	0
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน (ปี)	
1- 15	1
16-30	1
31-45	3
มากกว่า 45	8
ได้รับการสนับสนุน	
เงินบำรุงของสถานบริการ	0
องค์กรบริหารส่วนตำบล	8
เทศบาล	1
บริจาค	3
ไม่ได้รับการสนับสนุน	1
ได้รับการสนับสนุน (บาท)	
ต่ำกว่า 10,000	3
10,000-15,000	2
15,001-20,000	0
20,001-25,000	6
มากกว่า 25,000	2

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

นางสาวณัฐพร เพชรสวัสดิ์

วันเดือนปีเกิด

28 สิงหาคม 2511

ประวัติการศึกษา

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, พ.ศ. 2538

วท.บ.(สาธารณสุข)

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2548- 2551

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ายาง

จังหวัดเพชรบุรี