

สำนักงานบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ระดับการประเมินคุณภาพ

ดีเยี่ยม

ดีมาก

ดี

ปานกลาง





ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่



คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์ของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์  
สำนักบริหารและพัฒนวิชาการ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่โจ้



ใบรับรองคุณวุฒิพนธ์

สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ มหาวิทยาลัยแม่โจ้  
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์

ชื่อเรื่อง

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่

โดย

ทรงราชย์ ไชยญาติ

พิจารณาเห็นชอบโดย

ประธานกรรมการที่ปรึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา สิริโรจน์)  
วันที่ 24 เดือน พ.ค. พ.ศ. 53

กรรมการที่ปรึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ ไตรแสง)  
วันที่ 25 เดือน พ.ค. พ.ศ. 53

กรรมการที่ปรึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ปัญญาดี)  
วันที่ 25 เดือน พ.ค. พ.ศ. 53

กรรมการที่ปรึกษา

(อาจารย์ ดร.สมคิด แก้วทิพย์)  
วันที่ 24 เดือน พ.ค. พ.ศ. 53

ประธานกรรมการประจำหลักสูตร

(รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ปัญญาดี)  
วันที่ 25 เดือน พ.ค. พ.ศ. 53

สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการรับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์ ดร.เทพ พงษ์พานิช)  
ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา  
วันที่ 26 เดือน พ.ค. พ.ศ. 2553

ชื่อเรื่อง	ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่
ชื่อผู้เขียน	นายทรงราชย์ ไชยญาติ
ชื่อปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์
ประธานกรรมการที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และ 3) สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ประชากรที่ศึกษาคือ ศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 181 แห่ง โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นชนิดเป็นสัดส่วนกับขนาดของประชากรได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 125 แห่ง ใช้แบบการวิจัยผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 375 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสาร แฟ้มครอบครัว แฟ้มชุมชน สังเกตการปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 51.2) ประกอบด้วย ประสิทธิผลการบริหารจัดการ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความสามารถในการปรับตัว 2) ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน 3) ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม และ 4) ด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย พบว่า หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สามารถบูรณาการกระบวนการปฏิบัติงานได้ดี และมีวัฒนธรรมการทำงานที่ดีในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 77.0 74.4 และ 76.8 ตามลำดับ) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีประสิทธิผลการบริหารจัดการต่ำกว่าหัวหน้าศูนย์สุขภาพทั้ง 3 ด้าน และ 4) ด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย พบว่า ตัวชี้วัดที่ได้ตามเกณฑ์ได้แก่ อัตราสิทธิว่างของประชากรที่รับผิดชอบ อัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีน ความครอบคลุมการคัดกรองภาวะเสี่ยง ความครอบคลุมการมีและใช้แฟ้มครอบครัว ความครอบคลุมการดูแลผู้พิการ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และอัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชน และพบตัวชี้วัดที่ต่ำกว่า



เกณฑ์ ได้แก่ ความครอบคลุมการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง ความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี ความครอบคลุมการมีและใช้แฟ้มชุมชน และ จำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านต่อสัปดาห์

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน สรุปผลได้ว่าการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน เพศ และการได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน โดยร่วมกันทำนายประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้ร้อยละ 86.9 ( $R^2=0.869$ ) ดังสมการคือ

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน =  $-0.433 + 0.974$  (การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน) +  $0.439$  (เพศ) +  $0.238$  (การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ)

ในขณะที่กลุ่มผู้ปฏิบัติงานพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ความผูกพันต่อองค์กร รายได้ของผู้ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และการบริหารการเปลี่ยนแปลง โดยสามารถร่วมกันทำนายประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้ร้อยละ 86.6 ( $R^2=0.866$ ) ดังสมการคือ

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน =  $1.443 + 0.165$  (การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน) -  $0.157$  (ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน) +  $0.189$  (ความผูกพันต่อองค์กร) -  $0.094$  (รายได้ของผู้ปฏิบัติงาน) +  $0.132$  (ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน) +  $0.408$  (การบริหารการเปลี่ยนแปลง)

ผลการศึกษาตามการบรรลุเป้าหมายบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพไม่พบความแตกต่างของการให้บริการอย่างเป็นองค์รวม แต่เป็นการเน้นเฉพาะทางกาย สังคม และสภาพแวดล้อม ยังขาดมิติทางด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้การให้บริการดำเนินการแบบผสมผสาน และต่อเนื่องซึ่งเป็นไปตามนโยบายการดำเนินงานของระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้ทันสมัย สร้างความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้บริการปฐมภูมิ เพิ่มโอกาสให้กับบุคลากรได้มีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างความผูกพันต่อศูนย์สุขภาพชุมชน และพัฒนาการบริหารการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

<b>Title</b>	Effectiveness of the Managerial Administration of Primary Care Units in Chiangmai Province
<b>Author</b>	Mr. Songrach Chaayod
<b>Degree of</b>	Doctor of Philosophy in Administrative Science
<b>Advisory Committee Chairperson</b>	Associate Professor Dr. Penprapa Siviroj

### ABSTRACT

The objectives of this study were to: 1) investigate effectiveness of the managerial administration of Primary Care Units Chiangmai province; 2) investigate factors related to the effectiveness of the managerial administration of the Primary Care Units; 3) synthesize policy and suggestions in development of the managerial administration of the Primary Pare Units. Respondents in this study consisted of 375 public health staff which included heads of Primary Care Units, administrative officers, academic officers, public health officers and registered nurses. They were obtained from 125 out of 181 Primary Care Units in Chiangmai province through stratified random sampling. A set of questionnaires was used for data collection and analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. Qualitative data were collected from documents, family files, community files, observation, and interview.

Results of the study revealed the effectiveness of the managerial administration of more than one - half of the Primary Care Units (51.2 percent) was in a high level. From aspects of the effectiveness of the managerial administration consisted of the following: 1) adaptation ability; 2) task integration ability; 3) latent ability; and 4) goal attainment. It was found that heads of the community primary care units were ready to cope with changes, able to integrate primary task process and had a high and highest level of good working culture (77.0, 74.4, and 76.8 percent, respectively). Meanwhile, working staff had a lower level of the effectiveness of the managerial administration than that of heads the Primary Care Units in 3 aspects. For goal attainment, accomplished works included percentage of non - registered population to be responsible for; the coverage of immunization; risk condition screening; having and using of family file; cripple case - taking; and satisfaction of service users. Some performance in indicators did not meet the goals

i.e., screening and finding diabetic patients, hypertension, cervical cancer, coverage of charting and using community files, and weekly home - visits.

Based on the stepwise multiple regression analysis, it was found that there was a statistically significant relationship between the effectiveness of the managerial administration of heads of the Primary Care Units and technology using, gender, and the educational tour on the concept of primary service. In other words, effectiveness of the managerial administration was at  $p = 0.01$  with  $R^2 = 0.869$ . The equation for effectiveness of the managerial administration was;

Effectiveness of the managerial administration of the Primary Care Units =  $-0.433 + 0.974$  using of technology +  $0.439$  gender +  $0.238$  educational tour.

For working staff, using of technology, duration of Primary Care Unit forming, commitment of working staff, income, years of service, and change management skill were significantly related to the effectiveness of managerial administration at  $p = 0.01$  with  $R^2 = 0.866$ . The equation for effectiveness of the managerial administration was;

Effectiveness of the managerial administration of the Primary Care Units =  $1.443 + 0.165$  using of technology -  $0.157$  years of being the Primary Care Units +  $0.189$  commitment of working staff -  $0.094$  income +  $0.132$  years of service +  $0.408$  change management skills.

Data from the qualitative approach showed that there was no difference in holistic care - taking, integration of care - taking and continuous of care - taking. Holistic care - taking focused on physical, environment, and social aspects rather than spiritual one. Meanwhile, integration and continual care - taking were similar due to the national policies. To the improve effectiveness of the managerial administration, the Primary Care Units should keep in track of employing modern technology, learn and gain skills related to primary health care service, enhance opportunity for knowledge sharing, create a sense of commitment, and continually improve change managerial administration skills.

## กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์ ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ ไตรแสง รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ปัญญาดี และอาจารย์ ดร.สมคิด แก้วทิพย์ คณะกรรมการที่ปรึกษาคุณนิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไข จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงเป็นคุณนิพนธ์อย่างสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ภญ.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์ ประธานคณะกรรมการสอบคุณนิพนธ์ อาจารย์ ดร.สินธุ์ สโรบล กรรมการสอบของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรารธนา ยศสุข ผู้อำนวยการวิทยาลัยบริหารศาสตร์ และคณะกรรมการประจำหลักสูตรคุณนิพนธ์บัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์ทุกท่าน

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์วัฒนา กาญจนกามล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยในครั้งนี้ และนายแพทย์ณรงค์เดช พิพัฒนรัตนวงศ์ รองประธานคณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ทีมงาน คณะผู้บริหารระบบบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ของจังหวัดเชียงใหม่ที่ได้กรุณาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประโยชน์ต่อวิชาการในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพระดับประเทศต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ เดชา ร่มไทรย์ อดีตคณบดีคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัมพารัตน์ ร่มไทรย์ อดีตอาจารย์ประจำคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้เปรียบเสมือนบิดา และมารดาผู้ให้ความรู้ ความรัก อบรมสั่งสอน และมอบความปรารถนาที่ดีแก่ข้าพเจ้าเกิดความตั้งใจ มุมานะ และปฏิบัติตนให้เหมาะสม ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของตนเอง เพื่อให้ข้าพเจ้าเป็นบุคคลที่มีวุฒิภาวะที่เหมาะสม สร้างคุณค่าให้กับแวดวงวิชาชีพ และสังคม

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง และเพื่อนๆ ของข้าพเจ้าที่มีส่วนร่วม ส่งเสริม สนับสนุน เป็นกำลังใจให้กับข้าพเจ้าในการทำคุณนิพนธ์จนสามารถสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ทรงราชย์ ไชยญาติ

พฤษภาคม 2553

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
ABSTRACT	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
สารบัญตาราง	(10)
สารบัญภาพ	(12)
บทที่ 1 บทนำ	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	11
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	11
ขอบเขตของการวิจัย	12
นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	13
บทที่ 2 การตรวจเอกสาร	20
สถานการณ์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	20
แนวคิดระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน	23
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับประสิทธิผลองค์การ	37
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลองค์การ	52
งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง	94
กรอบแนวความคิดในงานวิจัย	103
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	108
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	108
การหาประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน	
และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	108
สถานที่ดำเนินการวิจัย	108
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	109
เครื่องมือในการวิจัย	110
การทดสอบเครื่องมือ	116

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	118
การวิเคราะห์ข้อมูล	118
ตรวจสอบประสิทธิผลการบริหารจัดการ	121
กลุ่มเป้าหมาย	121
การเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล	121
การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย	122
กลุ่มเป้าหมาย	122
การเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล	122
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัยและวิจารณ์</b>	123
ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน	123
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของ	
ศูนย์สุขภาพชุมชน	146
การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหาร	
จัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน	216
<b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ</b>	224
สรุปผลการวิจัย	225
อภิปรายผลการวิจัย	243
ข้อเสนอแนะ	264
<b>บรรณานุกรม</b>	271
<b>ภาคผนวก</b>	282
ภาคผนวก ก รายชื่อคณะกรรมการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา	283
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	287
ภาคผนวก ค การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ	316
ภาคผนวก ง ประวัติผู้วิจัย	327

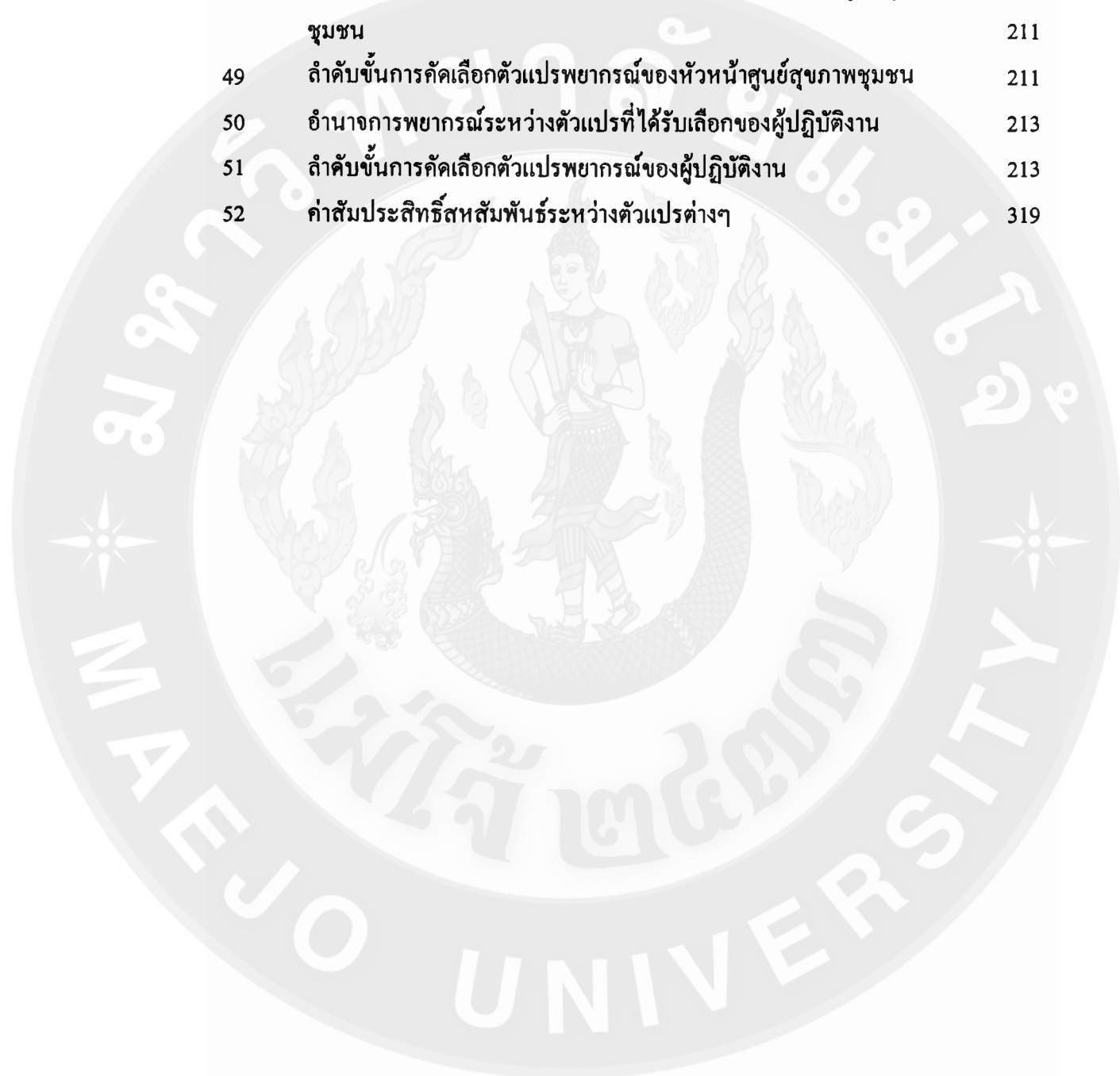
## สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่	111
2	ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามจำแนกรายด้าน	119
3	จำนวนกลุ่มตัวอย่างศูนย์สุขภาพชุมชน	122
4	ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน	124
5	ลักษณะการจัดตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน	126
6	ปริมาณในการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน	127
7	ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการปรับตัว	129
8	ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการบูรณาการงาน	131
9	ประสิทธิผลการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม	132
10	ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้ตัวชี้วัดของหน่วยงานกำกับ	134
11	ประสิทธิผลด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย โดยใช้เครื่องมือบริการปฐมภูมิ	137
12	ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน	140
13	ทำเลที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน	147
14	ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน	147
15	จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำศูนย์สุขภาพชุมชน	148
16	การกระจายอำนาจ	149
17	การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ	151
18	ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ	152
19	การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน	154
20	ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากร	156
21	การศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ	160
22	การอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิของบุคลากร	161

ตาราง		หน้า
23	ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ	163
24	เจตคติในการทำงาน	168
25	ความผูกพันต่อองค์กร	170
26	ความพึงพอใจในงาน	172
27	การทำงานเป็นทีม	175
28	การจูงใจ	178
29	ภาวะผู้นำ	180
30	การบริหารเชิงกลยุทธ์	183
31	การติดต่อสื่อสาร	185
32	การบริหารการเปลี่ยนแปลง	187
33	วัฒนธรรมองค์กร	189
34	บรรยากาศองค์กร	192
35	รายได้และรายจ่ายของประชาชน	194
36	สัดส่วนอาชีพของประชาชนภาคเกษตรกรรมกับภาคอื่น	196
37	สัดส่วนระดับการศึกษาของประชาชนภาคประถมศึกษากับภาคอื่น	197
38	ภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ	198
39	ปัญหาสุขภาพชุมชน	199
40	สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน	201
41	การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ	203
42	บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ	204
43	การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ	205
44	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กรกับ ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน	206
45	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคลากรกับประสิทธิผลการ บริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน	207
46	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการกับ ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน	208
47	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกับประสิทธิผล การบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน	209

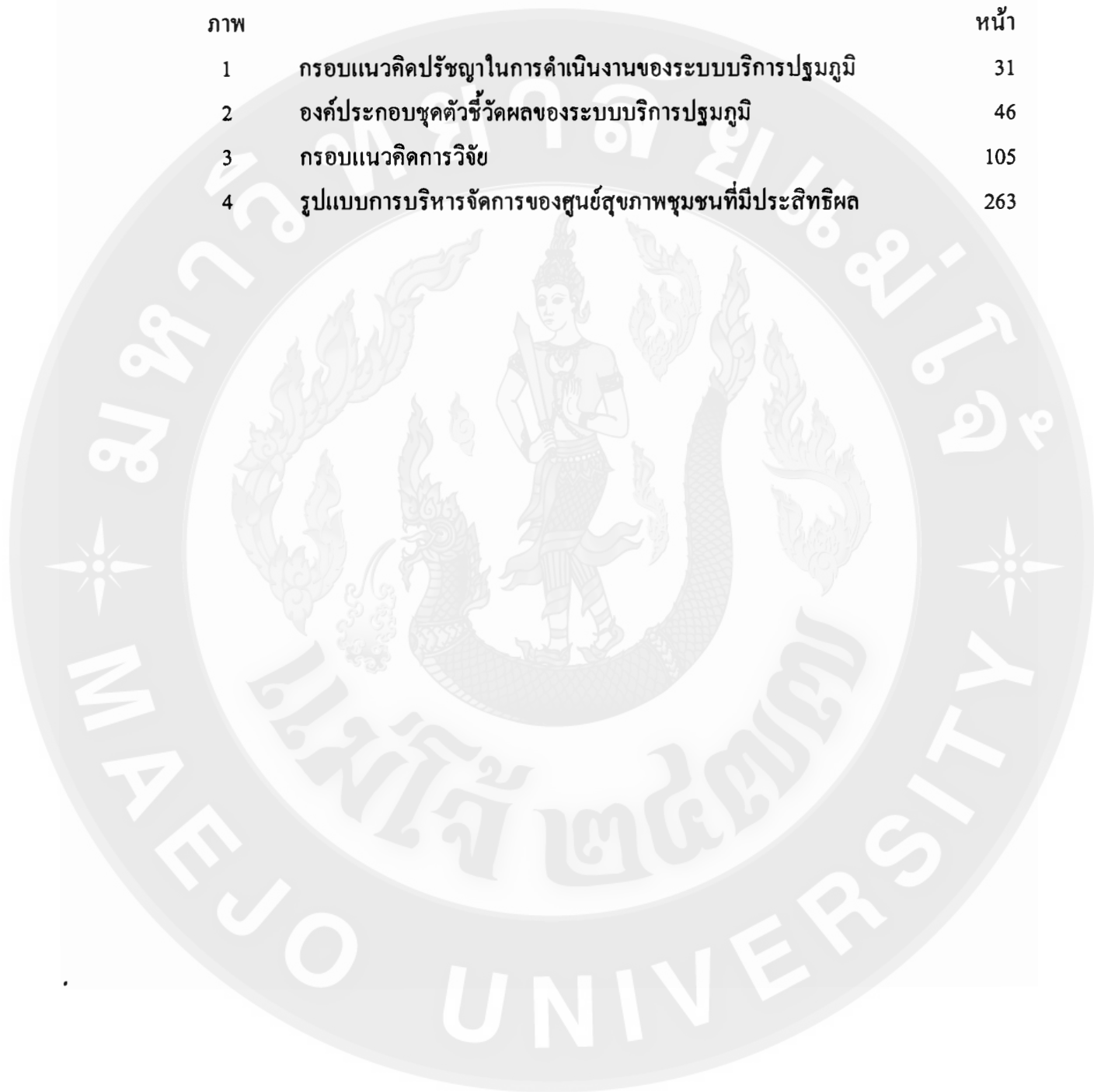


ตาราง		หน้า
48	อำนาจการพยากรณ์ระหว่างตัวแปรที่ได้รับเลือกของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	211
49	ลำดับขั้นการคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	211
50	อำนาจการพยากรณ์ระหว่างตัวแปรที่ได้รับเลือกของผู้ปฏิบัติงาน	213
51	ลำดับขั้นการคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ของผู้ปฏิบัติงาน	213
52	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ	319



## สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดปรัชญาในการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิ	31
2	องค์ประกอบชุดตัวชี้วัดผลของระบบบริการปฐมภูมิ	46
3	กรอบแนวคิดการวิจัย	105
4	รูปแบบการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิผล	263



## บทที่ 1

### บทนำ

ปัจจุบันสภาพสังคมประเทศไทยรับผลกระทบจากการพัฒนาสู่ความทันสมัย (modernization) และบริโภคนิยม (consumerism) อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (economic growth) ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศได้รับการตอบสนองเพื่อการขับเคลื่อนทางสังคม ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจ ระบบการศึกษา ระบบครอบครัว และเครือข่ายโดยระบบสุขภาพประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพ ระบบราชการ ระบบการเงินการคลัง ระบบองค์การภาครัฐ ระบบองค์การภาคเอกชน ระบบเครือข่ายสังคม ระบบการดูแลโดยเครือข่าย ประเทศไทยมีระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรีเป็นพื้นฐานวัฒนธรรมจากประเทศแถบตะวันตกซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันของประชาชน ระบบการดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่ได้รับผลกระทบดังกล่าวตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 โรงพยาบาลของประเทศไทยเริ่มสร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2439 ระบบการแพทย์แผนใหม่ตามระบบวิทยาศาสตร์ได้ถูกนำมาทดแทน ระบบการดูแลแผนโบราณหรือแผนไทยทำให้ระบบการเรียนการสอนได้ถูกยกเลิกไปพร้อมๆ กับการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ตะวันตกอย่างต่อเนื่อง มีผู้ประกอบการวิชาชีพในภาครัฐ และเอกชนที่ดำเนินการภายใต้ระบบ และกฎระเบียบของราชการร่วมกับระบบเสรีทางการค้า ทำให้สุขภาพได้กลายเป็นสินค้าเชิงพาณิชย์ที่สามารถซื้อขายได้ทั่วไป การแพทย์แผนใหม่ของประเทศไทยได้พัฒนาบนพื้นฐานของการใช้โรงพยาบาลเป็นที่ตั้ง และให้ความสำคัญกับการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในการพัฒนาโรงพยาบาลเป็นหลักในขณะที่สถานบริการในลักษณะสถานีนอนามัยได้ถูกสร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2456 เพื่อพัฒนาเป็นโรงพยาบาลในอนาคตต่อไป (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2547: 32)

การแพทย์แบบตะวันตกมุ่งเน้นเรื่องโรคหรือทฤษฎีเชื้อโรค (germ theory) มีการมองผู้ป่วยเป็นรายโรคมากกว่าการรักษาโรคอย่างเป็นระบบครอบคลุมการดูแลคนทั้งตัว (ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2543: 25) ในช่วงทศวรรษที่ 1920 บริการด้านสุขภาพแบ่งตามคุณภาพ และสมรรถนะของการให้บริการบนพื้นฐานบริการคือ โรงพยาบาล และเทคโนโลยีขั้นสูง สามารถแบ่งบริการด้านสุขภาพเป็นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และให้ความหมายของบริการปฐมภูมิคือ การใช้บริการในชุมชนโดยผู้ให้บริการที่อยู่ในสถานพยาบาล ขณะที่การให้บริการทุติยภูมิ และตติยภูมิคือ การให้บริการในโรงพยาบาล (The Dawson Report, 1920: 30) การให้บริการในชุมชนได้เกิดเป็นกรอบพื้นฐานของบริการปฐมภูมิโดยมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง เกิดศักดิ์ศรีในเชิงคุณภาพ บริการ สมรรถนะของการให้บริการไม่น้อยกว่าการให้บริการในโรงพยาบาลตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่

1950 (Balint, 1964: 112) แสดงลักษณะที่เฉพาะของการให้บริการระดับปฐมภูมิที่ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจต่อการแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนทั้งทางร่างกาย และจิตวิญญาณ ส่วนการให้บริการที่โรงพยาบาลเน้นองค์ความรู้เชิงลึกทางด้านชีววิทยาการแพทย์ (Yahn, 1979: 2202-5)

การศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการการแพทย์ และสาธารณสุขใน 12 ประเทศทางตะวันตก พบว่าประเทศที่ให้ความสำคัญกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิเข้มแข็งมีแนวโน้มผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนดีกว่าภายใต้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่า (Starfield, 1994: 1129-1133, Starfield, Shi and Macinko, 2005: 457-502) ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาได้รับอิทธิพลจากคำประกาศอัลมา อัลตาขององค์การอนามัยโลก (Alma Ata Declaration: World Health organization 1978) เรื่อง Primary Health Care (PHC) แสดงให้เห็นถึงปรัชญา มิติ การดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ มุ่งเน้นการให้บริการปฐมภูมิที่เป็นบริการด่านแรก ที่อยู่ใกล้บ้าน และใกล้ที่ทำงานเป็นส่วนแรกของบริการต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ รวมทั้งการจัดบริการที่ประชาชนยอมรับได้ภายใต้ความเหมาะสม และความคุ้มค่าของต้นทุน เทคโนโลยี สามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว และจำเป็นต้องบูรณาการกับระบบบริการสาธารณสุข ในภาพรวมเกิดสภาพการขาดแคลนบุคลากรระดับวิชาชีพในชุมชน มีสมรรถนะจำกัดต่อการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์ที่เป็นสากล (scientific medicine) จึงมีการพัฒนาบุคลากรเสริมในรูปแบบที่หลากหลายในแต่ละประเทศ และมีการวิจัยเชิงระบบ (Mercenier, 1992: 126) เพื่อศึกษาหาเงื่อนไขที่ทำให้ประเทศกำลังพัฒนามีความเป็นอิสระ โดยพึ่งเทคโนโลยีเท่าที่จำเป็น (autonomy) ดูแลตนเองและพึ่งตนเอง (self-care and self-reliance) ทั้งในระดับประเทศ ชุมชน ครอบครัว และรายบุคคลโดยการให้บริการปฐมภูมิในชุมชนที่เข้มแข็ง (Mercenier, 1986: 214) ภายใต้บริบทของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอมีกิจกรรมที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลไม่ซ้ำซ้อนมีการส่งเสริมศักยภาพต่อกัน (Unger and Criel, 1995: 113-128)

การพัฒนาบริการปฐมภูมิให้เป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ผู้ให้บริการสามารถเข้าใจบริบทที่มีความจำเพาะของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยแต่ละบุคคลโดยดูแลสุขภาพประชาชนได้ครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรม และมิติทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพได้ สามารถรองรับกับแนวโน้มปัญหาสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยทางด้านสังคมที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ พฤติกรรมเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปัญหาทางสังคมที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด (Engel, 1980: 535-544) นอกจากนี้สาเหตุการตายในประเทศไทยส่วนใหญ่มาจากปัจจัยด้านพฤติกรรม พบอุบัติการณ์ของโรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคตับ ดังนั้นลักษณะระบบบริการสุขภาพควรจัดให้มีลักษณะที่เข้าใจ และตอบสนองต่อปัจจัยทางพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน มีโอกาส

เข้าใจ และพัฒนาบริการให้ตอบสนองต่อพฤติกรรม ความเชื่อที่แตกต่างกันของชุมชนได้ดีกว่า (Levin, 1996: 849-864) ลักษณะบริบท และปัญหาสุขภาพในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกัน พบ อัตราการตายและสาเหตุการตายในแต่ละภาคต่างกัน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543: 24) ฉะนั้น การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องจัดให้ตอบสนองต่อปัญหาที่ต่างกัน ซึ่งบริการปฐมภูมิสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นดังกล่าว (Ben-Zira, 1986: 699-712) หน่วย บริการปฐมภูมิจึงควรมีลักษณะการจัดบริการที่แตกต่างกันตามความเหมาะสมของบริบทพื้นที่

ผลการพัฒนาประเทศไทยด้านสุขภาพตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 1-3 โดยเน้นนโยบายเพื่อกำจัด และควบคุมโรคติดต่อ การบริการรักษาพยาบาล การให้บริการ อนามัยแม่ และเด็ก การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ การวางแผนครอบครัว การขยายระบบ บริการสุขภาพ ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยยาวนานขึ้น มีการขยายบริการสาธารณสุขภาครัฐที่ อยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ ของพยาบาล หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ และสาธารณสุขซึ่งเป็นการ ดำเนินการที่เน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ การกำหนด นโยบาย และจัดทำแผนต่างๆ ถูกกำหนดบนพื้นฐานของสถานการณ์ของโรค ขาดการเชื่อมโยง ปัจจัยด้านสังคมโดยรัฐเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการวางแผน จัดระบบวางรากฐานด้านบุคลากร และ ให้บริการเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนไทย ขาดการเข้าไปมีส่วนร่วมขององค์กรอื่นๆ (ศุภกิจ ศิริลักษณ์, 2552: 1)

หลังจากนั้นประเทศไทยได้กำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 4-6 โดยนำหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) มาใช้ในปี พ.ศ. 2521 เมื่อองค์การอนามัย โลกร่วมกับสำนักงานกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ นำเสนอเป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วน หน้าในปี พ.ศ. 2543 (health for all by the year 2000) เกิดการดูแลด้านสุขภาพที่จำเป็นกับทุกคน สามารถเข้าถึงได้ในต้นทุนที่เหมาะสมของประเทศเป็นที่ยอมรับของสังคมภายใต้องค์ประกอบที่ สำคัญคือ ความเสมอภาค การมีส่วนร่วมของชุมชน และระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ การใช้เทคโนโลยี ที่เหมาะสม คู่มาพร้อมกับต้นทุน มีการขยายโรงพยาบาลชุมชนไปทุกอำเภอ สถานีอนามัยไปทุกตำบล ทำให้เกิดหน่วยบริการปฐมภูมิจากจำนวนสถานีอนามัยให้บริการทุกตำบลรวม 9,762 แห่ง โดยเป็น องค์ประกอบที่สำคัญของการให้บริการปฐมภูมิในบริบทของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ที่มีความเข้มแข็ง ทำให้ประชาชนในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และผู้มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงบริการ ลด ความไม่เท่าเทียมได้ดีกว่าการลงทุนด้านเทคโนโลยีระดับสูงในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545: 307-311)

สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทย การให้บริการสาธารณสุขพื้นฐานส่วนใหญ่ หนาแน่นเฉพาะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีค่าใช้จ่ายสุขภาพเพื่อบริการผู้ป่วยนอกของรัฐมากที่สุด

(ร้อยละ 32.0) สถานีอนามัยเพียงร้อยละ 2.0 คลินิกเอกชนร้อยละ 8.0 และซื้อยากินเองมีร้อยละ 8.0 (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2542: 24-26) แนวโน้มผู้ป่วยใช้บริการแอ็ดที่โรงพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยมาจากในเขตพื้นที่อำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 50.0 และในกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องดูแลโดยแพทย์เฉพาะทางประมาณร้อยละ 50.0 (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2540: 26-29) สะท้อนให้เห็นคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ และการบริหารจัดการที่ต้องพัฒนาเพิ่มขึ้นเพื่อเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับอื่นๆ นอกจากนี้ผลการศึกษาคูณภาพบริการสาธารณสุขจากข้อจำกัดของโรงพยาบาลด้านการดูแลต่อเนื่อง และการดูแลแบบองค์รวมจากอัตราการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ความครอบคลุมในการติดตามเยี่ยมบ้านทำได้อย่างจำกัด เพราะมีจำนวนผู้รับบริการที่มาก ในขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิดูแลประชากรจำนวนน้อยกว่า สามารถใกล้ชิดเข้าใจประชากรเป้าหมายได้มากกว่า สามารถประสานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ ส่งผลให้สามารถดูแลสุขภาพในมิติทางสังคมอื่นๆ ที่ไม่ใช่เฉพาะปัจจัยทางการแพทย์ (Bodenheimer, Lo and Cosalino, 1999: 2045-2049)

หลังจากนั้นผลการพัฒนาประเทศไทยด้านสุขภาพจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 7-8 เน้นการขยายบริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเริ่มจากการขยายหลักประกันสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในระบบประกันสังคม มีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นอกจากนั้นยุทธศาสตร์และนโยบายเพื่อปรับเปลี่ยนตามภาวะเศรษฐกิจ สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศ เกิดนโยบายในการลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลภาครัฐเนื่องจากงบประมาณลดลง โดยภาคการเมืองมีศักยภาพสูงซึ่งมีการนำนโยบายด้านต่างๆ แปลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค วาระแห่งชาติด้านยาเสพติด นโยบายที่ผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ (medical hub) นโยบายครัวของโลก และวาระแห่งชาติเรื่องเมืองไทยแข็งแรง (ศุภกิจ ศิริลักษณ์, 2552: 2) ต่อมาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 9 (ปี พ.ศ. 2545 – 2549)ให้ความสำคัญกับคุณภาพตามโครงสร้างพื้นฐานการบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น มีการปรับปรุง ขยายโครงสร้างพื้นฐานการให้บริการสาธารณสุข มุ่งปรับปรุงคุณภาพประสิทธิภาพของการจัดบริการสาธารณสุข การสนับสนุนทรัพยากรกำลังคน เครื่องมือ อุปกรณ์ การบริการที่ทันสมัย เพิ่มการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานในส่วนภูมิภาคให้เกิดการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุข และความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องมีทิศทาง เน้นการมีส่วนร่วม ปฏิรูประบบโครงสร้างองค์การปรับกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ส่งเสริมความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม สนับสนุนประชาคมสุขภาพ การบริหารจัดการความรู้ และภูมิปัญญาท้องถิ่น (ศุภกิจ ศิริลักษณ์, 2552: 2)

ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลประเทศไทยได้ปฏิรูปสุขภาพของไทยตามการบริหารภาครัฐแนวใหม่ (new public management) มุ่งเน้นการจัดการด้านการเงิน การคลัง การจัดระบบแข่งขันเชิงตลาด ระบบบริหารจัดการทางการเงิน พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนนโยบายการจัดบริการด้านสุขภาพจากแนวคิดรัฐจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนอย่างทั่วถึงในรูปแบบการช่วยเหลือสงเคราะห์เป็นแนวคิดที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบต่อการบริการสุขภาพของประชาชนโดยตรง (state welfare) ร่วมกับแนวคิดประกันสุขภาพแบบเฉลี่ยความเสี่ยง (insurance) และแนวคิดการพึ่งพาตนเองส่งเสริมการออมของประชาชน (saving fund) ให้เป็นเครื่องมือนำไปสู่อุดมการณ์ที่ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่เท่าเทียมกัน (universal coverage) มีเป้าประสงค์คือ เกิดความเป็นธรรม มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลง (Engel, 1980: 535-544; Gilbert, Walley and New: 1341-1344) เกิดการนำแนวคิดเรื่องระบบบริการปฐมภูมิเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพ และใช้ระบบการจัดการด้านการเงินกำหนดให้คู่สัญญาจัดบริการตามที่ผู้จัดสรรเงินกำหนดในลักษณะที่คล้ายกับการดำเนินการในประเทศทางตะวันตก และได้ปรับบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีบทบาทที่ผสมผสานทุกๆ ด้าน และผู้ให้บริการไม่จำกัดเฉพาะในวงแพทย์ มีการจัดบริการเป็นลักษณะเครือข่ายระหว่างสถานีนอามัย หน่วยบริการด้านแรกลักษณะอื่นๆ ร่วมกับโรงพยาบาลตามแนวคิดของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (DHS: District Health System) (คณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ, 2550: 10)

ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.หรือ PCU: Primary Care Unit) ที่กระทรวงสาธารณสุขใช้แทนสถานีนอามัยซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเดิม และมีคุณสมบัติได้ตามคุณภาพ และมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด โดยให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary health care) มีการประยุกต์ทางการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ บริการผ่านบุคลากรทางด้านสุขภาพ (professional care) และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน (non-professional care) ให้บริการในลักษณะแบบเป็นองค์รวมสำหรับบุคคล ครอบครัว และชุมชนซึ่งคำนึงถึงปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ผสมผสาน บูรณาการ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ และการควบคุมป้องกันโรคอย่างสอดคล้องกับบริบท มีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ประสานงานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อร่วมแก้ปัญหา และพัฒนาสุขภาพประชาชน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2547: 35) ศูนย์สุขภาพชุมชนถือเป็นการสื่อความหมายกับประชาชนในทางที่ดีขึ้นกว่าชื่อเดิมคือสถานีนอามัย ประชาชน



ในพื้นที่มีความรู้ถึงถึงความเป็นเจ้าของ และรู้ถึงถึงการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพมากขึ้น (ประสิทธิ์ ธีระพันธ์, เพ็ญประภา ศิริโรจน์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย, 2544 : 23-33 )

สถานการณ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิมีสัดส่วนภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 92.0 กับภาคเอกชน และภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เทศบาล มหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม ซึ่งการบริหารจัดการส่วนใหญ่เป็นลักษณะเครือข่ายปฐมภูมิ ที่มีหน่วยบริหารจัดการกลางคือ โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แบบแผนการบริหารเป็นแบบโรงพยาบาลที่มีความเข้าใจบริการปฐมภูมิอย่างจำกัด (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ, 2545: 9) การจัดหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในเขตเมือง และชนบทภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพโดยใช้ชื่อศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งมีการดูแลของหน่วยคู่สัญญาาระบบบริการปฐมภูมิ (CUP: Contracting Unit for Primary Care) ทำให้เกิด 1) ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มาจากสถานีอนามัยเดิม 2) ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ 3) ศูนย์สุขภาพชุมชนที่เกิดใหม่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาล 4) ศูนย์สุขภาพชุมชนสังกัดเอกชน และ 5) ศูนย์สุขภาพชุมชนในสังกัดของสถานพยาบาลรัฐอื่นๆ ที่มีใช้กระทรวงสาธารณสุข โดยมีประชากรที่รับผิดชอบแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่ และลักษณะองค์กรเดิม

ศูนย์สุขภาพชุมชนจากสถานีอนามัยเดิมที่รับผิดชอบประชากรต่ำกว่า 10,000 คน และศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งในโรงพยาบาล และศูนย์สุขภาพชุมชนในสังกัดสถานพยาบาลรัฐอื่นๆ ที่มีใช้กระทรวงสาธารณสุขรวมถึงภาคเอกชนรับผิดชอบประชากรมากกว่า 10,000 คนซึ่งมีค่าเกินมาตรฐานจำนวนประชากรที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เนื่องจากเป็นเขตเมืองมีประชากรหนาแน่นมากกว่า เกิดปัญหาการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชปฏิบัติครอบครัวยังไม่มีความเป็นเอกภาพที่เกิดจากความเข้าใจพื้นฐาน และประสบการณ์ของผู้บริหารซึ่งมีความแตกต่างกัน (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ, 2548: 145) ส่งผลทำให้การจัดบริการส่วนใหญ่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นรูปแบบขยายหน่วยบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (extended out patient department) ขาดการพัฒนาคุณลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของบริการปฐมภูมิ (เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ และวงศา เลหาศิริวงศ์, 2550: 119-137)

ผลจากการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศทำให้คนไทยร้อยละ 96.3 มีหลักประกันสุขภาพ โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพระดับชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่ที่อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบในชาย 68 ปี หญิง 75 ปี ซึ่งมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก การเจ็บป่วยโดยรวมลดลงเป็น 1,798 ต่อประชากรพันคน ในปี 2547 แต่เนื่องจากคนไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งการบริโภค และการใช้ชีวิต ทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้น ทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็งมีอัตรา



เพิ่มขึ้นร้อยละ 18.4 14.2 13.4 และ 14.1 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549: 49)

ผลการวิเคราะห์ด้านคุณค่า และศักดิ์ศรีบริการจากศูนย์สุขภาพชุมชนของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 17) พบว่าประชาชนมีการรับรู้น้อย คุณภาพดีหรือไม่ขึ้นกับตัวบุคคล ประชาชนให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน ความเป็นกันเอง การให้ความร่วมมือ เมื่อประชาชนต้องรับการส่งต่อไปหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้บริหารระดับสูง และผู้บริหารระดับอำเภอเห็นคุณค่าในหลักการบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน ขาดการนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติซึ่งต้องมีหลากหลายรูปแบบ การสั่งการ การจัดการข้อมูลจากแฟ้มชุมชนที่เน้นปริมาณแต่การขาดการนำไปใช้เชิงคุณภาพ ผู้ให้บริการมองว่าผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญเกิดความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการที่มีผลการปฏิบัติงานดีกว่า

การศึกษาของสุพัตรา ศรีวิมลชชากร และคณะ (2548: 45) ด้านกำลังคนของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่ามีการขาดแคลนบุคลากร ร้อยละ 50 ของศูนย์สุขภาพชุมชนมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่ามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข (สัดส่วนของบุคลากรต่อประชากรที่รับผิดชอบมากกว่า 1,250 คน) เฉลี่ย 2.9 คนต่อศูนย์สุขภาพชุมชน บุคลากรที่ให้บริการประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ส่วนกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรให้บริการบางเวลาเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้พบว่าแพทย์ และทันตแพทย์มีการหมุนเวียนลาออกสูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมานานจากสถานอนามัยเดิมที่ปรับเปลี่ยนเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน พยาบาลส่วนหนึ่งเป็นบุคลากรเดิมของสถานอนามัย และมาจากโรงพยาบาลเพื่อช่วยปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแบบบางเวลา และประจำ บุคลากรส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจในหลักการ และแนวคิดของบริการปฐมภูมิ การผลิตไม่ตอบสนองต่อบทบาทกิจกรรมที่มีความจำเพาะของบริการปฐมภูมิ ขาดการพัฒนาผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง บุคลากรขาดขวัญ และกำลังใจในการทำงาน รวมถึงการบริหารงานบุคคลของระบบราชการที่ไม่คล่องตัว

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 23) พบว่าชุมชนหรือท้องถิ่นมีส่วนร่วมน้อย เนื่องจากนโยบายของรัฐบาลไม่มีความชัดเจน อย่างไรก็ตามบางชุมชนมีการจัดสวัสดิการสำหรับประชาชนเมื่อเจ็บป่วยจากงบประมาณสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน ค่าเดินทาง บางชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการทางการแพทย์ร่วมกับสถานบริการ การจ่ายค่าจ้างบุคลากร ขาดการวางแผนด้านสุขภาพของชุมชนอย่างสมเหตุสมผลเพราะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ สามารถเป็นเจ้าของศูนย์สุขภาพ

ชุมชน แต่พบว่ามีภาระงานรักษาพยาบาล ขาดการลงทุนต่องานเชิงรุกในการสร้างเสริมการป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสุขภาพที่จำเป็น

ผลการศึกษาระบบสนับสนุนต่างๆ ของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 23-24) พบว่าสถานการณ์นโยบาย และแผนงานระบบบริการถูกกำหนดนโยบายจากภาคการเมืองมากกว่าการดำเนินงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติที่หน่วยงานราชการเป็นผู้กำหนด ขาดการมองปัญหาในระบบสนับสนุน และส่วนจัดการที่เป็นผลสัมฤทธิ์ของงาน โครงสร้างองค์กรที่รับผิดชอบไม่ชัดเจน ผู้บริหารขาดการมองภาพในอนาคตที่ชัดเจน ระบบสนับสนุนเป็นลักษณะแยกส่วนตามเป้าหมายของผลลัพธ์หรือโครงการแบบตั้งตรง (vertical program) เรื่องนโยบาย การบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ไม่มีการพัฒนาคนตามสมรรถนะหลักของบุคลากร (core competency) ที่ชัดเจนต่อความสามารถที่ตอบสนองภาระงานที่ต้องดำเนินการในพื้นที่ได้ การสนับสนุนวิชาการจากส่วนกลางไปยังภูมิภาค และภายในพื้นที่ลดลงเนื่องจากงบประมาณ ทิศทางนโยบายการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ชัดเจนว่าเป็นบทบาทหรือหน่วยงานไหนเป็นหลัก ระบบติดตามกำกับงานไม่ยืดหยุ่นทำให้พื้นที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างอิสระ ภาระของระบบรายงานที่มีมากไม่เกิดประโยชน์ต่อพื้นที่ และมีการพัฒนาระบบคุณภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน จากการสร้างตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพ และระบบสนับสนุนงานคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ด้านความรู้ เทคโนโลยีของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 25) พบว่า องค์ความรู้เพื่อการพัฒนางานศูนย์สุขภาพชุมชนมีลักษณะแบบแยกส่วน ขาดการมองภาพเป็นองค์รวม ขาดเอกลักษณ์ของการให้บริการปฐมภูมิ เน้นเฉพาะด้านการแพทย์ การคัดกรองโรค ขาดมิติทางด้านสังคม จิตวิทยา การบริหารจัดการเทคโนโลยีไม่ยืดหยุ่น ศูนย์สุขภาพชุมชนถูกลดทอนบทบาทให้เหลือเพียงบริการด่านหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย (gate keeper) เป็นบริการสำหรับคนจนสื่อเป็นเอกลักษณ์ของการให้บริการปฐมภูมิ บุคลากรที่ปฏิบัติงานขาดขวัญ และกำลังใจ ทีมงานไม่เห็นคุณค่า และศักดิ์ศรีในงานที่ตนเองทำ ขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่ทำวิจัย ทำให้เทคโนโลยีที่ได้ไม่สอดคล้องกับลักษณะบริบทของแต่ละพื้นที่ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ประชาธิป กะทา, 2550: 14-17)

ศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่เริ่มพัฒนาตั้งแต่ 1 เมษายน 2544 เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมและมีคุณภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งต้องผ่านการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเชียงใหม่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,

2549: 5) และมีการประเมินและรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 12) พบว่าผลการตรวจเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิในปีงบประมาณ 2544 จากคณะกรรมการตรวจมาตรฐานของสถานพยาบาลระดับจังหวัด (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2550: 8) ได้ดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการของสถานพยาบาลคู่สัญญาสังกัดรัฐ 6 แห่ง ภาคเอกชน 8 แห่งรวม 15 แห่ง และตรวจศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นเครือข่ายทั้ง 14 แห่ง มีระดับคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 45.4 พบว่าร้อยละ 90.0 ขาดการวิเคราะห์มาตรฐานด้านการบริการซึ่งไม่ได้นำมาตราฐานหมวดการให้บริการเป็นแนวทางไปใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพงานบริการอย่างจริงจัง

ปีงบประมาณ 2547 และ 2548 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ได้กำหนดให้แต่ละอำเภอตั้งเป้าหมายดำเนินการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในแต่ละอำเภอ และให้มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ของกรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี 2547 มีการประเมินตนเองของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ตามเป้าหมาย รวม 90 แห่ง ทั้งนี้เกณฑ์การประเมินต้องได้ระดับคะแนนในหมวดบริการร้อยละ 70 หมวดบริหารร้อยละ 60 และหมวดวิชาการร้อยละ 60 จึงจะผ่านมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ผลที่ได้ปรากฏว่าศูนย์สุขภาพชุมชน 52 แห่งผ่านเกณฑ์ ในระดับคะแนนรวมร้อยละ 73.8 และไม่ผ่าน 38 แห่ง คิดเป็นร้อยละของการผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน 57.8 และในปี 2548 ได้มีการเพิ่มเป้าหมายการดำเนินการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่เป็น 117 แห่ง ผลการประเมินเองของศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านเกณฑ์ประเมิน 63 แห่งในระดับคะแนนรวมร้อยละ 72.4 และไม่ผ่าน 54 แห่ง คิดเป็นร้อยละของการผ่านประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน 53.8 (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2552: 4)

ปีงบประมาณ 2549 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพสถานบริการระดับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่กำหนดให้ใช้เครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้รับผิดชอบเพื่อพัฒนาคุณภาพ และมีการรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนในปี 2549 ได้ตั้งเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนรวม 136 แห่ง ผลการประเมิน พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านเกณฑ์ประเมินและรับรองกระบวนการให้บริการ จำนวน 98 แห่งมีคะแนนรวมเฉลี่ยร้อยละ 82.8 และไม่ผ่าน 38 แห่งคิดเป็นร้อยละของการผ่านประเมินมาตรฐาน 71.0 และปีงบประมาณ 2550 – 2552 สำนักงานสาธารณสุขได้เพิ่มศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งที่มีการจัดบริการแบบเดี่ยว และแบบกลุ่มจำนวน 181 แห่ง พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านเกณฑ์ประเมิน และรับรองกระบวนการมีคะแนน

รวมเฉลี่ยร้อยละ 79.2 80.1 และ 82.4 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละของการผ่านประเมินมาตรฐาน 90.0 84.2 และ 86.4 ตามลำดับ (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2552: 5-6) ผลการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผ่านการประเมิน และรับรองคุณภาพตามมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของจำนวนปีที่เพิ่มขึ้นของการใช้มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก (อรุณวรรณษา ยมเกิด, 2548: 78)

ประสิทธิผลของการปฏิบัตินโยบายการเป็นแนวทางชีวิตความสำเร็จต่อการปฏิรูประบบราชการที่เน้นให้องค์การอยู่รอด สามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม (Goodman and Penning, 1977: 2; Zammuto, 1982: 21) โดยแนวคิดการบริหารองค์การช่วยให้ผู้บริหารดำเนินงานให้เกิดประสิทธิผลได้สูงขึ้น จากการวิเคราะห์แนวโน้มผลการพัฒนาคุณภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่มีประสิทธิผลสอดคล้องกับโครงการประเมินผลผลทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัชของบุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ (2539: บทคัดย่อ) ที่พบว่าระบบการทำงานของสถานีนามัชที่ได้พัฒนาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนมุ่งไปที่การดำเนินตามกิจกรรม (activity oriented) มากกว่ามุ่งไปที่ผลลัพธ์ของงาน (result oriented) และไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ แต่เป็นการตอบสนองต่อแผนงาน และโครงการของกรม กองต่างๆ ภายใต้อำนาจกระทรวงสาธารณสุข ด้านการบริหารงาน พบว่าสถานีนามัชส่วนใหญ่ประสบปัญหาตั้งแต่การวางแผน การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินผล และการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหาร มีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ และประสบการณ์ ระเบียบ กฎเกณฑ์ไม่เอื้ออำนวย และผลการวิเคราะห์มาตรฐานเชิงผลลัพธ์การบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่าการใช้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ปัญหาตามบริบทยังไม่มีประสิทธิภาพ บุคลากรขาดความเข้าใจ และตระหนักต่อการดูแลสุขภาพ นโยบายของคณะกรรมการบริหารระบบบริการปฐมภูมิที่ไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนปัจจัยนำเข้าของทรัพยากรบุคคล อาคาร สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ อย่างเหมาะสม

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ในปัจจุบันภายใต้การบริหารจัดการของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 ในเชิงการบรรลุเป้าหมายบริการปฐมภูมิ และการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชนในเชิงพฤติกรรมทางสังคมศาสตร์ขององค์การ และค้นหาปัจจัยทางการบริหารจัดการที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อนำมาพัฒนาการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีประสิทธิผลตามเป้าหมายของระบบบริการปฐมภูมิ

เกิดการเสริมสร้างสุขภาวะคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้ง กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ภายใต้อสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มุ่งสร้างการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน บูรณาการ งานส่งเสริมงาน ป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ภายใต้อประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบ ดันทุน มุ่งสู่สุขภาวะประชาชนซึ่งเป็นทุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน
3. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

สุขภาพชุมชน  
สุขภาพชุมชน

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบถึงประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัด เชียงใหม่ในปัจจุบันซึ่งเป็นประโยชน์ สำหรับผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถนำมาปรับปรุง พัฒนาการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อ ผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพได้ตามมาตรฐาน
2. ทราบถึงปัจจัยทางการบริหารจัดการที่สามารถทำนายประสิทธิผลดำเนินงาน ของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับสำนักงานสาธารณสุขแต่ละอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเชียงใหม่ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนา แนวทางการบริหารจัดการ การประเมินผล และติดตามการพัฒนาคุณภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนได้
3. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการเพิ่มประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์ สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ตามสภาพบริบทพื้นที่ ทำให้เกิดประสิทธิผลการดำเนินงานเป็น ไป ตามเป้าหมายของการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิที่เน้นการพึ่งพาตนเองของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนเกิดสุขภาวะอันเป็นต้นทุนทางสังคมสำหรับการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อตอบปัญหาและวัตถุประสงค์การวิจัยโดยการศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการ การศึกษาครั้งนี้ได้รวบรวม เรียบเรียง ศึกษา ค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร ข้อความ บทความ แผนปฏิบัติการ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (documentary research) รวมถึงมุ่งศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติงานจริงของศูนย์สุขภาพชุมชน ตลอดจนการนำเสนอข้อมูลต่อนักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และความเชี่ยวชาญทางด้านระบบบริการปฐมภูมิ แล้วนำมาวิเคราะห์ หาข้อสรุปโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎี (concept and theory) เป็นฐานคิด (assumption) เพื่อให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1. **ขอบเขตพื้นที่ และประชากร** การศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดขอบเขตพื้นที่ในการศึกษา คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 181 แห่ง หน่วยวิเคราะห์ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (unit of analysis) โดยศึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 125 แห่ง ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ และผู้ที่ปฏิบัติงานประจำอื่นๆ ในศูนย์สุขภาพชุมชน

2. **ขอบเขตเนื้อหา** ศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แนวคิดทฤษฎีองค์การ (organizational theory) แนวคิดทฤษฎีประสิทธิผลองค์การ (organizational effectiveness) แนวคิดทฤษฎีการบริหารจัดการ (administrative theory) และแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมองค์การ (behavioral theory) และทำการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายของปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพบริบทพื้นที่ ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตเนื้อหาในส่วนของตัวแปรอิสระได้ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ 2) ปัจจัยด้านบุคลากร 3) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ และ 4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยปัจจัยต่างๆ มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 4 ด้านคือ ความสามารถในการปรับตัว ความสามารถในการบูรณาการงาน ความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม และความสามารถบรรลุเป้าหมาย

3. **ขอบเขตวิธีการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก เพื่อศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการ และปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหาร



จัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการวิจัย ได้แก่ 1) การวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด เพื่อหาประสิทธิผล และปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผล การบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และตรวจสอบประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน และ 2) การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ที่มีประสิทธิผล นำเสนอผลการศึกษาที่ได้จาก ข้อ 1 ให้ผู้เชี่ยวชาญต่อการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน การให้บริการปฐมภูมิทั้งในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับหน่วยบริการของจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่

### นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

**ศูนย์สุขภาพชุมชน** หมายถึง หน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ในระดับตำบลที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบจัดบริการให้ตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน ผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยเพื่อการควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และเชื่อมโยงกิจกรรมดำเนินงานด้านสุขภาพต่างๆ ให้ต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นองค์กรรวม ผสมผสาน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ

**ทำเลที่ตั้ง** หมายถึง สภาพภูมิประเทศที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน ความยากลำบาก ทุรกันดาร และเสี่ยงภัยของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ระดับ 1 เป็นพื้นที่ปกติมีปัญหาต่อการปฏิบัติงานน้อย ระดับ 2 เป็นพื้นที่ปานกลาง มีปัญหาต่อการปฏิบัติงานพอใช้ และระดับ 3 เป็นพื้นที่ที่มีปัญหาต่อการปฏิบัติงานมากตามการแบ่งของชมรมสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่

**ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน** หมายถึง เวลาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนรูปแบบต่างๆ ได้แก่ สถานีอนามัย หน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลที่เริ่มมีการพัฒนา เพื่อให้ได้คุณภาพ และมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

**จำนวนบุคลากร** หมายถึง จำนวนที่ปฏิบัติงานประจำ และประเภทของบุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ทันตแพทย์ ทันตภิบาล เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และลูกจ้างที่ให้บริการด้านสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน

การกระจายอำนาจ หมายถึง การกำหนดอำนาจการควบคุมการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยลดขั้นตอนการสั่งการ เพิ่มอำนาจในการตัดสินใจ ให้รวดเร็ว ซึ่งวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Robbins

การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ หมายถึง การมอบหมายบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทีมสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นลายลักษณ์อักษร ผ่านการแจ้งให้รับทราบอย่างชัดเจน โดยแต่ละงานมีการจัดแบ่งตาม ความรู้ ทักษะความชำนาญ รวมถึงการจัดแบ่งเวลาในการให้บริการของงานต่างๆ อย่างเหมาะสม

ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง รูปแบบการจัดบริการด้านสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย การบริการโดยบุคลากรสาธารณสุขของศูนย์สุขภาพชุมชนเอง การบริการร่วมกับอาสาสมัครต่างๆ การบริการร่วมกับนักศึกษาฝึกงาน การบริการร่วมกับบุคลากรเครือข่ายหน่วยบริการประจำ

การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน หมายถึง สภาพการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหาร การบริการ และทางวิชาการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเหมาะสม ครอบคลุมประเภทต่างๆ ของเทคโนโลยีทั้งฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ที่มีความทันสมัย และเพียงพอ ซึ่งวัดจากความเพียงพอของคอมพิวเตอร์ ใช้ทุกศูนย์สุขภาพชุมชนมีความครอบคลุมประเภทต่างๆ ของเทคโนโลยีทั้งฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์ และความรู้ของบุคลากรในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของบุคลากร และการใช้ความรู้ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ

ลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตามแนวคิดของ Steers ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน รายได้

การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ หมายถึง การที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ เวชศาสตร์ครอบครัว โดยวัดจากการได้ไปศึกษาดูงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนต่างๆ

การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ หมายถึง การที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้เข้ารับการอบรม เรียนรู้ เรื่องบริการปฐมภูมิ แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว โดยวัดจาก การเข้ารับการอบรมหรือศึกษาต่อเนื่องในเรื่องแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว

ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการให้บริการกับผู้รับบริการด้านระดับสุขภาพปฐมภูมิ โดยวัดจากความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การวางแผนในการรักษาหรือดูแลสุขภาพ การประเมิน



ติดตามผลการปฏิบัติงาน การให้บริการรักษาโรคเบื้องต้น ส่งเสริมกระตุ้นการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน

**เจตคติในการทำงาน** หมายถึง ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับงานว่าชอบหรือไม่ชอบ ฟังพอใจหรือไม่ฟังพอใจ และแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความคิด ความเข้าใจและความรู้สึกของตน ซึ่งวัดจาก เจตคติด้านความคิดต่องาน เจตคติด้านความรู้สึกลูกต่องานและเจตคติด้านพฤติกรรมต่องาน โดยใช้แบบสอบถามแสดงความคิดเห็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Tradis

**ความผูกพันต่อองค์การ** หมายถึง ความรู้สึกของบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความผูกพันต่อองค์การ มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าในการเป็นสมาชิกของศูนย์สุขภาพชุมชน มีความยอมรับในเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ขององค์การในการบรรลุเป้าหมายด้วยความเต็มใจ ซึ่งวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Mowday, Steers and Porter ประกอบด้วย ความเชื่อและการยอมรับในเป้าหมายขององค์การ การรักษาความเป็นสมาชิกขององค์การศูนย์สุขภาพชุมชน และเต็มใจทุ่มเทความพยายามปฏิบัติงานเพื่อองค์การ

**ความพึงพอใจในงาน** หมายถึง การที่ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถตอบสนองความต้องการของบุคลากรทีมสุขภาพได้มากน้อยเพียงใด โดยวัดจากทัศนคติของบุคลากรต่อการทำงาน ซึ่งวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Munson and Heda ประกอบด้วย ความพึงพอใจในงานด้านภายนอก ความพึงพอใจในงานด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความพึงพอใจในงานด้านการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในงานด้านภายใน

**การทำงานเป็นทีม** หมายถึง กลุ่มบุคคลทีมสุขภาพตั้งแต่สองคนขึ้นไปมาร่วมกันทำงาน โดยมีเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์เดียวกัน มีการใช้ความรู้ทักษะความสามารถที่หลากหลาย ใช้การติดต่อสื่อสาร การตัดสินใจร่วมกัน มีการพึ่งพาช่วยเหลือกัน มีความพยายามอดทนและความมุ่งมั่น เพื่อให้การทำงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เกิดผลผลิตงานเพิ่มขึ้นและความพึงพอใจของบุคคลในทีมงานที่มีต่อการทำงาน ซึ่งวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Roming ประกอบด้วย การสร้างสรรค์ของทีม การติดต่อสื่อสารภายในทีม การประชุมทีม การจัดการความขัดแย้ง ค่านิยม วิสัยทัศน์และพันธกิจของทีม การกำหนดเป้าหมายของทีม บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมภายในองค์การ การแก้ปัญหาของทีมและการตัดสินใจของทีม

**การจูงใจ** หมายถึง การที่บุคลากรทีมสุขภาพเกิดความปรารถนา ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยได้รับการกระตุ้นอย่างเป็นระบบ และบุคลากรเกิดการยอมรับด้วยความพยายามในระดับสูงนำมาซึ่งความพอใจบุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Vroom ประกอบด้วย การสร้าง

แรงจูงใจอย่างเป็นระบบ มีรางวัล โบนัส ความมุ่งมั่นของบุคลากรทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

**ภาวะผู้นำ** หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติขั้นพื้นฐานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในการนำผู้ปฏิบัติงานภายใต้บังคับบัญชาไปสู่เป้าหมายขององค์การได้สำเร็จ ประกอบด้วย 5 แบบอย่าง คือ การทำลายกระบวนการ การเสริมแรงในวิสัยทัศน์ร่วม การเพิ่มความสามารถผู้อื่นให้ปฏิบัติ การเป็นแบบอย่างและการเสริมสร้างกำลังใจซึ่งวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kouzes and Posner ประกอบด้วย การทำลายกระบวนการ การสร้างวิสัยทัศน์ร่วม การเพิ่มความสามารถผู้อื่นให้ปฏิบัติ การเป็นแบบอย่าง การเสริมสร้างกำลังใจ

**การบริหารเชิงกลยุทธ์** หมายถึง ลักษณะการบริหารของศูนย์สุขภาพชุมชน กระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์กลยุทธ์ การกำหนดกลยุทธ์ และการปฏิบัติตามกลยุทธ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกชั้นตอน ซึ่งวัดจากแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Dess and Miller

**การติดต่อสื่อสาร** หมายถึง การใช้เทคนิควิธีการ และช่องทางในการสื่อสารของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยบุคลากรทีมสุขภาพได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้อย่างครบถ้วนและสอดคล้องตรงกัน เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Merryman ประกอบด้วยรูปแบบหรือช่องทางการติดต่อสื่อสารและการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

**การบริหารการเปลี่ยนแปลง** หมายถึง ความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชนในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีการปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพบริบท ซึ่งวัดจากการวางแผนการเปลี่ยนแปลง การสร้างวัฒนธรรมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนส่งเสริมให้มีการกระทำเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลง การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kimbrough and Burkett

**วัฒนธรรมองค์การ** หมายถึง แบบแผนของความเชื่อ บรรทัดฐานและค่านิยมที่บุคลากรของ ศูนย์สุขภาพชุมชนยึดเป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งได้มาจากการสร้างวัฒนธรรม การถ่ายทอดวัฒนธรรมและการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรม ซึ่งวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cooke and Laffety ประกอบด้วย ความสำเร็จของงานศูนย์สุขภาพชุมชน เน้นสั่งจะแห่งตน นुकค และ การสนับสนุน และไมตรีสัมพันธ์

**บรรยากาศองค์การ** หมายถึง สภาพการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน การมีสัมพันธ์และติดต่อกันอย่างไม่เป็นทางการ มีความไว้วางใจซึ่งกัน และ

กัน การส่งเสริมสนับสนุนต่อกันและมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคลากร ซึ่งวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lussier ประกอบด้วย จำนวน ฤกษ์ระเบียบ ข้อบังคับ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบในงานของบุคคล ความอบอุ่นและการสนับสนุน การให้รางวัลและการลงโทษ ความขัดแย้ง มาตรฐานการปฏิบัติงาน และความคาดหวังต่อองค์กร ความจงรักภักดีต่อองค์กร และประสิทธิภาพการบริหารจัดการความเสี่ยง

**ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน** หมายถึง ผลตอบแทนที่เป็นตัวเงินจากการทำงาน ทั้งประจำ และชั่วคราวของประชาชนในชุมชน โดยวัดจากค่าใช้จ่ายประจำจากค่าอาหาร และสินค้าอุปโภคที่จำเป็น โดยวัดจากรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน และรายจ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อเดือน

**อาชีพของประชาชน** หมายถึง ลักษณะการทำมาหากินของประชาชนในชุมชน ประกอบด้วย ภาคเกษตรกรรม ภาคค้าขาย ภาครับจ้างทั่วไป ข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ โดยวัดจากสัดส่วนอาชีพภาคเกษตรกรรมกับภาคอื่นๆ

**ระดับการศึกษาของประชาชน** หมายถึง ระดับการศึกษาของประชาชนในชุมชน ประกอบด้วย ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา โดยวัดจากสัดส่วนของประชาชนที่มีระดับประถมศึกษากับระดับการศึกษาอื่นๆ

**ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ** หมายถึง ลักษณะของประชาชนที่ต้องอาศัยการดูแลจากผู้อื่นทั้งจากหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ประกอบด้วย เด็ก ผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยวัดจากสัดส่วนของประชากรเด็กอายุระหว่าง 0- 12 ปี ผู้สูงอายุ และผู้พิการต่อประชากรทั้งหมด

**ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน** หมายถึง สภาพของปัญหาสุขภาพที่สำคัญในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคไข้เลือดออก โรคระบบทางเดินหายใจส่วนต้นโดยวัดจากอัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากร

**สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน** หมายถึง สภาพทั่วไปของสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน ประกอบด้วย ความสะอาดของน้ำดื่มและน้ำใช้ การมีและใช้ส้วม การเลี้ยงสัตว์และการกำจัดขยะ โดยวัดจากลักษณะของแหล่งน้ำดื่ม แหล่งน้ำใช้ การใช้ส้วมของครอบครัว ลักษณะการเลี้ยงสัตว์ ลักษณะการกำจัดขยะของครอบครัว และชุมชน

**การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ** หมายถึง สภาพการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ จากหน่วยงานระดับสูงกว่าศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลักษณะการสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ ประกอบด้วย การสนับสนุนให้บุคลากรร่วมให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน หรือการจัดสรรบุคลากรประจำ การ

บริหารจัดการทางการเงิน งบประมาณ การสนับสนุนความรู้ทางวิชาการ และการนิเทศติดตาม ประเมินผลในการปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพชุมชน

บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ หมายถึง สภาพการประสานความร่วมมือในการจัดบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และภาคเอกชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ หมายถึง การทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มทั้งที่เป็นภาครัฐ และเอกชนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย การร่วมคิด ร่วมเสนอความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงานและร่วมประเมินผลและรับผลประโยชน์ ซึ่งวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง ระดับความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการปรับตัวขององค์กรให้เข้ากับสภาพแวดล้อม สร้างสรรค์นวัตกรรมเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาในด้านสาธารณสุขของพื้นที่ สามารถบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ นวัตกรรมเชื่อมโยง ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ให้สามารถทำงานไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถธำรงรักษาแบบแผนทางวัฒนธรรมองค์กรตลอดไป ประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้ ด้านความสามารถในการปรับตัว ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรมด้านความสามารถในการปรับตัว และด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย

ด้านความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ระดับความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชน ในการแสดงปฏิกริยาตอบโต้กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม เพื่อรักษาภาวะสมดุลของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับสภาวะแวดล้อม มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา และพัฒนางาน ซึ่งวัดจากความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงการวางแผน ความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่อการบริหารจัดการ ความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่อระบบการทำงาน โดยใช้แบบสอบถามแสดงความคิดเห็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Hoy and Miskel

**ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน** หมายถึง ระดับความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชนในการเชื่อมประสานหน่วยงานย่อยต่างๆ ให้ร่วมมือกันในการทำงานให้ไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งวัดจากความสามารถในการเชื่อมประสานหน่วยงานภายในองค์กร ความสามารถในการเชื่อมประสานหน่วยงานภายนอกองค์กรโดยใช้ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Hoy and Miskel

**ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม** หมายถึง ระดับความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชนในการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรัก และศรัทธาในวิชาชีพของตน มีความผูกพันต่อศูนย์สุขภาพชุมชน สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานและการประพฤติน เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ประชาชน และชุมชน ซึ่งวัดจากการส่งเสริมให้บุคลากรที่มสุขภาพรักและศรัทธาในวิชาชีพของตน ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน การปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อชุมชน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Hoy and Miskel

**ด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย** หมายถึง ระดับความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชนในการให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชนที่รับผิดชอบให้มีสุขภาพที่ดี ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งวัดโดยตัวชี้วัดต่างๆ ในประเด็น การเข้าถึงบริการ ระบบดูแลสุขภาพที่ผสมผสานเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง เสริมการพึ่งตนเอง ความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้บริการ ได้แก่ จำนวนผู้รับบริการต่อวัน อัตราสิทธิว่างของประชากรที่รับผิดชอบ ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยง อัตราความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน อัตราความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อัตราการความครอบคลุมการดูแลผู้พิการในเขตพื้นที่ อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความครอบคลุมการมีและใช้แฟ้มครอบครัว ความครอบคลุมการมีและใช้แฟ้มชุมชน อัตราการเยี่ยมบ้านต่อสัปดาห์ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่อแสนประชากร และอัตราความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

**เป้าหมายของการบริการปฐมภูมิ** หมายถึง การที่ศูนย์สุขภาพชุมชนให้สามารถบริการแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมมิติต่างๆ ทั้งทางด้านกาย จิต สังคม สภาพแวดล้อม โดยผสมผสานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพอย่างเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพอื่นๆ โดยวัดจากรูปแบบการจัดบริการ แฟ้มครอบครัว และการสัมภาษณ์บุคลากรที่ให้บริการ

## บทที่ 2

### การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ได้ทำการค้นคว้าจากเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสร้างเป็นแนวความคิดการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. สถานการณ์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
2. แนวคิดระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับประสิทธิผลองค์กร
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลองค์กร
5. งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวความคิดในงานวิจัย

#### 1. สถานการณ์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

สถานการณ์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ และประเทศไทย สามารถสรุปได้ดังนี้

##### 1.1 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศต่างๆ มีความหลากหลายมาก ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศโดยแยกออกเป็น 2 กลุ่มคือ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว และในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

##### 1.1.1 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว

ประกอบด้วย สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย เยอรมันและสวีเดน ซึ่งมีประเด็นต่างๆ ดังนี้

##### 1.1.1.1 ปรัชญาและแนวคิดของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในแต่ละประเทศแตกต่างกันตามสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ซึ่งสะท้อนออกมาในรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งพอแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) บริการสุขภาพที่จัดโดยภาคเอกชนเป็นหลัก มีประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นหลัก เป็นระบบที่เน้นกลไกตลาดเสรี สังคมที่ยึดมั่นในสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล การแทรกแซงของรัฐบาลต่อประชาชนมีน้อย ระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยของประชาชนอยู่ใน

ระดับสูง มีความก้าวหน้าด้านการวิจัย และพัฒนาเกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์สูงที่สุดในโลก ดังนั้นประเทศสหรัฐอเมริกาใช้กลไกตลาดเป็นเครื่องมือในการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยบทบาทการจัดบริการสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ภาคเอกชน รัฐบาลกลาง และรัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทน้อยในการจัดบริการสุขภาพ (สมศักดิ์ ธรรมธิตวิวัฒน์, 2543: 35-36) และ 2) บริการสุขภาพที่จัดโดยภาครัฐเป็นหลัก ประกอบด้วย อังกฤษ ออสเตรเลีย เยอรมัน และสวีเดน ประเทศเหล่านี้ถือเป็นหน้าที่โดยตรงของรัฐในการจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนอย่างทั่วถึง พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกัน คือ กลุ่มแรกรัฐบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จำเป็นแก่ประชาชนเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ อังกฤษและออสเตรเลีย (ธีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, 2544: 25-30; จเร วิชาไทย, 2542: 15-20) และกลุ่มที่ 2 ได้แก่ ประเทศเยอรมัน และสวีเดน รัฐทำหน้าที่จัดการและผลักดันให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพแบบบังคับเป็นระบบพึ่งตนเองเป็นหลัก โดยกฎหมายกำหนดให้คนทำงานที่มีรายได้ไม่เกินระดับที่กำหนด ต้องเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย (sickness funds) และจ่ายเข้ากองทุนเป็นสัดส่วนรายได้ต่อเดือน ประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กำหนด สามารถเลือกประกันเอกชนได้

#### 1.1.1.2 ขอบเขตของการให้บริการ และผู้ให้บริการ

การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้วโดยให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นซึ่งจัดโดยภาครัฐ และเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ผสมผสาน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ การจัดบริการส่วนใหญ่เป็นลักษณะตั้งรับในสถานบริการ (hospital-based) มากกว่าจัดบริการเชิงรุก โดยมีการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยกำหนดให้สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นปราการด่านแรกของการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (gatekeeper) จัดระบบส่งต่อเป็นกลไกเชื่อมโยงบริการสุขภาพขั้นสูงในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิอย่างชัดเจน สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิในประเทศที่พัฒนาส่วนใหญ่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวอยู่ในคลินิกเอกชน (solo practice) (ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2543: 38-40) อย่างไรก็ตามการขาดแคลนแพทย์ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศสหรัฐอเมริกามีสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรอยู่ในระดับเกณฑ์ที่ดี คือ 1:353 (สมศักดิ์ ธรรมธิตวิวัฒน์, 2543: 25) พบปัญหาความไม่เที่ยงกันของประชาชนชาวอเมริกันในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพสูงมาก และมีแนวโน้มสูงขึ้น

#### 1.1.2 ระบบบริการสุขภาพระดับประเทศในเอเชีย

ส่วนใหญ่เป็นประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ มาเลเซีย สิงคโปร์ ใต้หวัน และเกาหลีใต้ มีรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่แตกต่างกันดังนี้



### 1.1.2.1 ลักษณะของบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศที่กำลังพัฒนา เน้นให้การ รักษาพยาบาล มีการจัดบริการโดยภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ระบบบริการสุขภาพประเทศมาเลเซียมี 2 ระดับคือ ระดับปฐมภูมิ (primary health care) และระดับโรงพยาบาล (institutional care) รูปแบบ ของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชนบท แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) คลินิกสุขภาพ (health clinic) มีแพทย์ประจำ 1 คน พยาบาลชุมชน ผู้ช่วยแพทย์ 1-2 คน ผู้ช่วยเภสัชกร 1 คนและ ผู้ช่วยพยาบาล 6 คน ดูแลประชากร 20,000 คน นอกจากงานปกติของคลินิกแล้วจะดูแลคลินิก ชนบท (rural clinic) อีก 4 แห่ง และ 2) คลินิกชนบท มีพยาบาลชุมชนประจำ 1 คนต่อประชากรที่ รับผิดชอบ 2,000-4,000 คน คลินิกสุขภาพจะให้บริการรักษาโรคทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค อนามัยครอบครัว คลินิกสตรี ผู้สูงอายุ สุขภาพจิตการดูแลผู้พิการ และโภชนาการไม่มี บทบาทเป็น gate keeper แม้จะมีระบบการส่งต่อเชื่อมโยงการบริการในระดับต่างๆ แต่ไม่มีกลไก บังคับทำให้มีการข้ามขั้นตอนของการใช้บริการสุขภาพ สำหรับประเทศที่มีภาคเอกชนทำหน้าที่ จัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ประเทศไต้หวัน สิงคโปร์ และสาธารณรัฐ เกาหลี บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอยู่ในรูปคลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน คลินิกแพทย์พื้นบ้านประเทศ สิงคโปร์มีบริการผ่านเครือข่ายของคลินิกเอกชนให้บริการครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพที่บ้าน สถานบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศเหล่านี้ทำหน้าที่เป็น gatekeeper ระดับหนึ่งไม่มีระบบขึ้นทะเบียน ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการที่สูงขึ้นได้ไม่ต้องมีการส่งต่อจากสถานการณบริการระดับปฐม ภูมิแต่อาจต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพที่สูงกว่าระดับปกติ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2537: 115-124)

### 1.1.2.2 ขอบเขตของการให้บริการ และผู้ให้บริการ

ให้บริการที่เน้นด้านการรักษาพยาบาลที่มีการบริการทั้งการแพทย์ แผนทางตะวันตก ตะวันออกในรูปแบบของคลินิกเอกชน คลินิกแพทย์จีน และคลินิกแพทย์พื้นบ้าน

## 1.2 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

### 1.2.1 ปรัชญา และแนวคิดของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

แนวคิดของการจัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุม 4 มิติ โดยเป็นสุขภาพะที่ เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2546: 159-168) สถานการณ์ด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วยมีการ เปลี่ยนแปลงจากอดีตจากโรคติดต่อมาเป็นโรคเรื้อรังซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ ประชากรสัดส่วนผู้สูงอายุมีมากขึ้น และเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นอิทธิพลของการ เปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจโรคเอดส์ ปัญหาการติดยาเสพติด ปัญหาอุบัติเหตุ และการ



ปฏิบัติงานในโรงงานต่างๆ สภาพปัญหาที่ซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นต้องใช้ระบบสุขภาพเชิงรุกเป็นบริการที่เน้นการสร้างสุขภาพ และการป้องกันการเกิดโรค และการเจ็บป่วยมากกว่าซ่อมสุขภาพ การทุ่มงบประมาณอย่างมากในการรักษาสุขภาพได้ผลตอบแทนด้านสุขภาพไม่คุ้มค่า การดูแลสุขภาพเป็นบทบาทของตนเอง ครอบครัว และสังคม

### 1.2.2 ขอบเขตของการให้บริการ และผู้ให้บริการ

ลักษณะของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในประเทศไทยมีรูปแบบหลากหลายทั้งที่อยู่ในระบบบริการที่จัดโดยภาครัฐ และอยู่นอกระบบ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดโดยภาครัฐมีอยู่ในสถานบริการทุกระดับตั้งแต่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลทั่วไป สถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ในชนบท และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลที่ตั้งในเมืองเป็นสถานบริการหน่วยเล็กที่สุดใกล้บ้านใกล้ชุมชนครอบคลุมทุกตำบล ให้บริการด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ผู้ให้บริการหลักในสถานีอนามัย คือ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2540 มีจำนวนสถานีอนามัยทั้งสิ้น 9,689 แห่ง และมีศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเมือง 212 แห่ง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2549: 310)

## 2. แนวคิดระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

### 2.1 หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2547: 2-4) ได้กำหนดเป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยให้การสร้างหลักประกันกับประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นโดยถือสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน โดยประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้กำหนดให้สุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนและเพื่อประชาชนทุกคน (all for health and health for all) เกิดระบบที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่า การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระบบบริการขั้นพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชน กับระบบบริการสุขภาพ เป็นบริการสุขภาพที่จำเป็น และประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย เป็นบริการที่จัดให้กับประชาชนทุกคนในทุกภาวะของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และต่อเนื่องตั้งแต่การมีสุขภาพที่ดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นบริการสุขภาพแบบผสมผสานครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่นๆ

เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสมเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน และครอบครัว ในการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีต้อง สนับสนุนหลักการที่สำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วยดังนี้ 1) ประชาชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพทุกระดับมีความเป็นเจ้าของร่วมกัน 2) สถานพยาบาลที่ให้บริการต้องมีมาตรฐาน และได้รับการรับรองคุณภาพ (quality accreditation) ทั้งในส่วนของภาครัฐ และเอกชน 3) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องให้ความสำคัญกับการมี และใช้หน่วยบริการระดับต้น (primary care) เป็นจุดบริการด่านแรกทำหน้าที่ให้บริการแบบ ผสมผสานการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ 4) สนับสนุนการให้บริการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น (provider network) 5) ระบบการเงินการคลังสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิดมุ่งเน้น ผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment) ไม่ก่อให้เกิดสภาพการพึ่งบริการมากเกินไป ความจำเป็น และ 6) สิทธิประโยชน์หลัก และรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) สำหรับผู้ให้บริการต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (core package)

คณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (อัญชญา ณ ระนอง, วิโรจน์ ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์, 2546: 10-12) ได้ กล่าวถึงชุดสิทธิประโยชน์หลัก (core package) ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วย บริการพื้นฐานโดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคมเพิ่มบริการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว (personal and family preventive and promotive service) รวมทั้งบริการการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองการใช้บริการนอกเหนือจาก ชุดสิทธิประโยชน์นี้ประชาชนหรือและนายจ้าง ในกรณีที่เงินลูกจ้างของสถานประกอบการต้อง รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุม ป้องกันโรคที่เป็นบริการ ส่วนบุคคลและครอบครัวครอบคลุมทั้งบริการ ในสถานพยาบาล และการจัดบริการในชุมชนจาก การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยบริการดังต่อไปนี้ 1) การมีสมุดบันทึก ประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง 2) การตรวจ และดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ 3) การดูแลสุขภาพ พัฒนาเด็ก และภาวะ โภชนาการของเด็กรวมถึงการให้ ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ 4) การตรวจสุขภาพประชาชนโดยทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง 5) การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อการป้องกัน และการแพร่กระจายของเชื้อจากแม่สู่ลูก

6) การวางแผนครอบครัว การให้ยาคุมกำเนิดทั้งชนิดเม็ด ยาฉีด และการใส่ห่วงเพื่อเป็นการป้องกัน ตั้งครรภ์ 7) การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home visit and home health care) มีการลงไป เยี่ยมเยียนครอบครัวทุกครอบครัว เพื่อทำความรู้จักกันระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการประเมินสภาพ พื้นฐานด้านสุขภาพของครอบครัวอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งทำความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ พื้นฐาน การติดตามดูแลประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ กลุ่มเสี่ยงให้การดูแลช่วยเหลืออย่าง เหมาะสมพร้อมสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมาย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่าง เหมาะสม 8) การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล และครอบครัว เพื่อให้ ประชาชนในความรับผิดชอบ มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน และสามารถดูแล ตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย 9) การให้คำปรึกษา (counseling) สนับสนุนให้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพสร้างความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน อย่างผสมผสาน และ 10) การเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ

### 2.3 ระบบบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ลำเรียง แหวงกระโทก และเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี (2545: 39-41) ให้ความสัมพันธ์ระบบบริการระดับปฐมภูมิต่อระบบต่างๆ ที่เป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพภายใต้ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มที่ 1 หน่วยคู่สัญญาของบริการปฐม ภูมิ (Contracting Unit for Primary care: CUP) ต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และจัดให้ หน่วยบริการที่ประชาชนมีสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็น สถานพยาบาลประจำตัวซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจ จัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือ จัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้ และจัดแบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หลัก (main contractor) ซึ่งสามารถจัดบริการได้ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดและหน่วย บริการปฐมภูมิรอง (sub-contractor) ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการได้ไม่ครบทุกประเภท หน่วย คู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด ศูนย์แพทย์ชุมชน ดังนั้นใน 1 หน่วยระบบบริการปฐมภูมิอาจมีหลายศูนย์ สุขภาพชุมชนก็ได้ 2) กลุ่มที่ 2 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary Care: CUS) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไป กรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก สถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการ รักษาเป็นผู้ป่วยใน CUS ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ และ 3) กลุ่มที่ 3 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary care: CUT) เป็น

หน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยงานให้บริการนี้ได้แก่โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลหรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง

## 2.4 แนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2545: 4-5) กล่าวถึงแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ซึ่งมุ่งเน้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีพึ่งตนเองได้ สามารถเข้าถึงบริการ และยอมรับได้ทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจ กำหนดให้บริการปฐมภูมิ (primary care) เป็นบริการผสมผสานที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการด้วยแนวคิดแบบองค์รวมการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องสำหรับบุคคล ครอบครัว และชุมชนมีระบบการส่งต่อ และเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป

### 2.4.1 ลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ

สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ (2545: 4) กล่าวถึงหน่วยบริการปฐมภูมิควรเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะสำคัญในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม 2) เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ 3) เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน 4) ร่วมในดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต และ 5) ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการที่ต่อเนื่องรอบด้าน ได้แก่ สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่างๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

หลักการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ลักษณะของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการคือ 1) บริการที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายอย่างเท่าเทียมทั่วถึง 2) บริการที่จัดโดยมีการกำหนดพื้นที่ให้บริการชัดเจน 3) บริการแบบองค์รวมต่อเนื่องครอบคลุมคน ทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัยในทุกภาวะ 4) การดูแลสุขภาพประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และความเจ็บป่วย การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลสุขภาพที่บ้านและการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพ 5) บริการที่เสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ครอบครัวให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ 6) บริการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน หรือ องค์กรรูปแบบอื่นๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 7) บริการที่เชื่อมโยงกับหน่วยงาน เครือข่ายต่างๆ เพื่อการเฝ้าระวัง และแก้ไขในทุกมิติของปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และ 8) ให้บริการโดย ผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญในวิชาชีพด้านสุขภาพ ประกอบด้วย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เกษษกรในร้านขายยา และผู้ให้บริการการแพทย์จากภูมิปัญญาไทยในท้องถิ่น

วัตถุประสงค์ของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เน้นกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ใช้ปัญญาในการกลั่นกรองปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม สามารถประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาในระดับที่ตนเองไม่สามารถทำได้ดังนี้ 1) ประชาชนในชุมชนได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพมีความเท่าเทียมกัน เหมาะสมกับทั้งเมื่อเจ็บป่วยตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพตามสิทธิเงื่อนไขที่ชุมชนยอมรับได้ 2) ปรับปรุงการดูแลสุขภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงคุณภาพการบริการทั้งระบบ และ 3) ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพการใช้บริการที่ไม่เหมาะสม เสนอทางเลือกใหม่ที่มีประสิทธิภาพ และคุณภาพด้วยต้นทุนการจัดบริการต่ำ

กลุ่มประชากรเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรจัดบริการครอบคลุมประชากรทุกคนในพื้นที่ให้บริการ ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่เป็นแรงงานย้ายถิ่น ประชากรที่ไม่มีทะเบียนบ้าน ประชากรที่ไม่มีสิทธิบัตรต่างๆ กลุ่มประชากรเป้าหมายให้บริการมี 3 กลุ่มดังนี้ 1) ประชากรทั่วไปในพื้นที่รับผิดชอบ โดยได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานแบบเบ็ดเสร็จครอบคลุมทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาเบื้องต้น การส่งต่อไปยังระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการบริการสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพฉุกเฉินได้ การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน 2) ประชากรกลุ่มตามวัย และกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย วัยทารก เด็กเล็ก สตรีวัยเจริญพันธุ์ ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้เสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัว กลุ่มที่มีการใช้สารเสพติด ผู้เสี่ยงต่อภาวะคุกคามหรือปัจจัยเสี่ยงจากการประกอบอาชีพจากสถานประกอบการ เน้นการบริการที่เสริมสร้างความเข้มแข็ง ลดภาวะเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง หรือภาวะคุกคามต่างๆ และ 3) ประชากรที่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพเฉพาะ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคจิตเภท โดยได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน สามารถส่งต่อไปยังระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิได้อย่างเหมาะสม

### 2.4.2 หน้าที่ของบริการปฐมภูมิ

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2545: 5) กล่าวถึงหน้าที่บริการปฐมภูมิที่เป็นบริการด่านแรกมีความใกล้ชิดกับชุมชนทั้งในด้านสถานที่ตั้ง และความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ใช้บริการ บริการปฐมภูมิจึงมีหน้าที่เป็น ที่ปรึกษาและช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชนในลักษณะผสมผสาน หากเห็นว่าผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้การรักษา เจ้าหน้าที่ควรให้คำแนะนำวิธีการดูแล การปฏิบัติตนที่เหมาะสม แต่หากต้องใช้ยาในการรักษา เจ้าหน้าที่ควรทำหน้าที่ดูแล และรักษาพยาบาลอย่างผสมผสาน ถ้าไม่สามารถทำเองได้ หรือทำแล้วไม่ครอบคลุมมีระบบส่งต่อหรือประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง บริการปฐมภูมิสามารถให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ และสังคมแก่ผู้มาใช้บริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับบริการทางกาย หรือเป็นบริการเฉพาะได้โดยสามารถส่งต่อหน่วยงานอื่นหรือผู้เกี่ยวข้องหากเกินความสามารถในการดูแลอย่างเหมาะสม

หน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีข้อมูล และเข้าใจในวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนดีกว่าหน่วยบริการระดับอื่นๆ สามารถประเมินสภาพชุมชนอย่างครอบคลุมเพื่อใช้วางแผนการพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการ และปัญหาของประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เน้นให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ให้ความรู้ทางเทคนิคการแพทย์ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เหมาะสม การรู้จักสังเกต และติดตามอาการเจ็บป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี บริการปฐมภูมิต้องสามารถให้การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสามารถประยุกต์หรือปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่บ้านอย่างเหมาะสม บริการปฐมภูมิต้องมีหน้าที่ประสานบริการกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างต่อเนื่อง และผสมผสาน การรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการระดับอื่นอย่างเหมาะสม

### 2.4.3 ผลลัพธ์ของบริการปฐมภูมิ

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2545: 5-6) กล่าวถึงการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ มีเป้าหมายดังนี้ 1) การให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ในระดับฉุกเฉินเบื้องต้น 2) การให้บริการสุขภาพพื้นฐานในระดับบุคคล ครอบครัว 3) ความสามารถในการร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนได้ทั้งคน ประกอบด้วยทางร่างกาย จิตใจ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคม 4) ความสามารถในการรับผิดชอบด้านสุขภาพร่วมกับประชาชนทั้งในเชิงรับและเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การติดตามสภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และ



ปัญหาสุขภาพสำคัญของประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบได้อย่างทันการณ์ และ 5) การทำหน้าที่เป็นหน่วยเชื่อมต่อกันระหว่างประชาชน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชน คือ 1) ประชาชนสามารถลดปัจจัยเสี่ยง ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ และควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพของตนเองและชุมชนได้ 2) ประชาชนมีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสู่การมีสุขภาพที่ดีเหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่น และ 3) ประชาชน ครอบครัว และองค์กรส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการวางแผน จัดหา พัฒนา ดำเนินการ และควบคุมกำกับให้การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในชุมชน

## 2.5 ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU: Primary Care Unit)

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546: 7) ได้กำหนดนิยามศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบจัดบริการให้ตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน และเชื่อมโยงกิจกรรมดำเนินงานด้านสุขภาพต่างๆ ให้ต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นองค์กรผสมผสาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพและการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม

### 2.5.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำเร้ง แหงกระโทก และเสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรี (2545: 3) ให้ความสำคัญต่อศูนย์สุขภาพชุมชนว่า เป็นรูปธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ ระหว่างการบริการโดยโรงพยาบาล (hospital care) กับการบริการปฐมภูมิ (primary care) เพื่อให้เกิด EQESA ประกอบด้วย 1) E = Equity คือ การได้รับสิทธิเสมอภาค 2) Q = Quality คือ คุณภาพจากพฤติกรรมบริการพึงพอใจ คุณภาพทางกิจกรรมบริการ คุณภาพมาตรฐานองค์กรรวมอย่างบูรณาการ 3) E = Efficiency คือ มุ่งเน้นผลลัพธ์ ลงทุนน้อยได้ประโยชน์สูงสุดใกล้บ้าน ใกล้ใจ และ 4) SA = Social Accountability คือ ชุมชนมีส่วนร่วมตรวจสอบได้ การปฏิรูประบบการเงินการคลังโดยจ่ายเงินระบบเดียวไปที่ระดับต่าง (block grant) ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นรูปธรรมการกระจายอำนาจให้กับการปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาคมสุขภาพมีสาเหตุจากการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ โดยเป็นสถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ การบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายการบริหาร และการกำหนดแผนงาน โดยโครงการที่จะดำเนินการโดยชุมชนสำรวจ ความจำเป็นพื้นฐาน และสุขภาพจิตถ้วนหน้าเพื่อนำข้อมูลปัญหาความต้องการบริการมาเชื่อมต่อกับศูนย์สุขภาพชุมชน ชุมชนมีอำนาจตัดสินใจประเมินความพึงพอใจในการเลือกสถานบริการเพื่อลงทะเบียน และรูปแบบบริการต้องเป็นหมอบริการครอบครัวซึ่งชุมชนต้องร่วมคิดร่วม

ทำ ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นรูปธรรมของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากประชาชนไปใช้บริการที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนโดยไม่ต้องจ่ายเงินเอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเป็นหมอประจำครอบครัว และการสร้างสุขภาพใช้เงินน้อยกว่าการรักษาโรค จึงต้องมีการจัดระบบบริการที่มุ่งเน้นชุมชนมีส่วนร่วมสร้างสุขภาพ และพึ่งตนเองมากกว่าบริการ

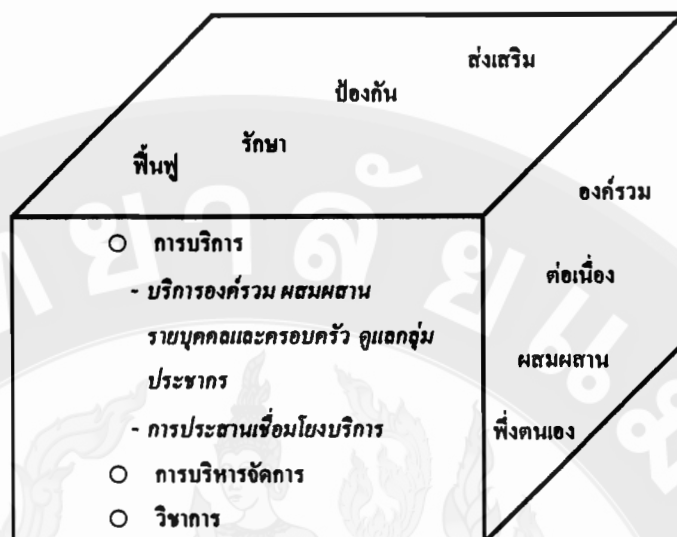
### 2.5.2 แนวคิด ปรัชญาพื้นฐาน ของการจัดบริการปฐมภูมิ

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546: 8) กล่าวถึง เป้าหมายสำคัญของคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิคือ 1) เป็นบริการองค์รวม (holistic) หมายถึงการให้บริการที่รวมในมิติทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ให้การดูแลคนทั้งคนอย่างเชื่อมโยง เข้าใจในปัญหาสุขภาพซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของมิติ ร่างกาย จิตใจ และสังคม 2) ต่อเนื่อง (continuity) หมายถึง การดูแลตั้งแต่เกิดจนตาย สนับสนุนให้ ประชาชนพึ่งตนเองได้อย่างพอดี ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องภายในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ระหว่าง การเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ที่เป็นบริการในสถานพยาบาล และบริการที่เชื่อมต่อถึงบ้านและชุมชน รวมถึงการดูแลต่อเนื่องระหว่างบริการระดับปฐมภูมิ กับบริการที่โรงพยาบาล ทั้งที่ส่งไปและ ส่งกลับ และ 3) ผสมผสาน (integration) หมายถึง การเชื่อมโยงบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน โรค รักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนอย่างสมดุล โดยผู้ให้บริการ ต้องใช้เป็นฐานการดำเนินงานบริการในทุกด้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ การดูแลประชากรแต่ละ คนหรือแต่ละกลุ่มต้องบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ การฟื้นฟูสุขภาพไปพร้อมกันและกระบวนการดำเนินงานต้องคำนึงถึงมิติทางด้านกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสภาพแวดล้อมของประชาชนหรือผู้รับบริการด้วย (รายละเอียดดังภาพ 1)

### 2.5.3 แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวม (holistic)

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546: 9) กล่าวถึง องค์รวม (holistic) ดังนี้ องค์รวมมาจากรากศัพท์ในภาษากรีก “Holos” หมายถึง ความเป็นจริงหรือ ความสมบูรณ์ทั้งหมดของสรรพสิ่ง มีเอกลักษณ์และเอกภาพที่มีอาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้ ต้องการให้เกิดการมองที่กว้างรอบด้าน สำหรับระบบสุขภาพการทำความเข้าใจความหมายขององค์ รวมย่อมแตกต่างกันไปตามพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง กับองค์รวมจากการศึกษาเอกสารต่างๆ พบว่าแนวคิดหลักขององค์รวมที่มีจุดร่วมกันคือ 1) องค์ รวมเกิดจากความเข้าใจความหมายของคำว่า “สุขภาพ” อย่างองค์รวมที่หมายถึง สุขภาวะที่สมดุล ของกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 2) องค์รวมเกิดปัจจัยองค์ประกอบที่กระทบต่อ สุขภาพอย่างรอบด้าน ได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม





ภาพ 1 กรอบแนวคิดปรัชญาในการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิ

ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546: 7)

3) องค์รวมในมุมมองที่เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ 4) องค์รวมในลักษณะที่เชื่อมความสัมพันธ์ของบริการในแต่ละระดับและเชื่อมกับระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ การประสานกันระหว่างระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การเชื่อมต่อการแพทย์ทางเลือก การเชื่อมต่อกับบริการสังคมสงเคราะห์ และบริการสังคมอื่นๆ

สุขภาพที่ดีแบบองค์รวมหมายถึงการปราศจากความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ การดำรงชีวิตอย่างผาสุก และมีความพึงพอใจในชีวิต ภาวะสุขภาพแบบองค์รวมเป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 4 ประการคือ 1) แนวคิดที่เน้นตัวบุคคล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจากผลกระทบกับคนซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ของกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เกิดขึ้นอย่างผสมผสาน และจากผลกระทบซึ่งกันและกันระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม 2) สุขภาพเป็นพลวัต ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์หนึ่งของชีวิต ระยะของการเจ็บป่วยบ่งบอกศักยภาพของมนุษย์ในการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองด้านต่างๆ และความต้องการการดูแลสุขภาพ 3) เน้นการจัดการดูแลทั้งด้วยตนเองและการเลือกใช้บริการสุขภาพโดยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ การคงไว้ซึ่งสุขภาพ การลดภาวะการเสี่ยงด้านสุขภาพ ที่เกิดจากพฤติกรรม การปรับตัว และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม 4) การจัดการกับความเจ็บป่วยรวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของบุคคล ครอบครัวและชุมชน การจัดการอย่างเป็นองค์รวม (holistic care service) จึงมีความหมายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแนวคิด “องค์รวม” ที่หมายถึงการดูแลแบบเชื่อมมิติของความเป็น “คน” ใน

ทุกด้านที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณอาศัยความสัมพันธ์แบบ เข้าอกเข้าใจ (emphatic relationship) ระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการสร้างให้เกิดเงื่อนไขการประสาน ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงต่อเนื่อง ทำให้สามารถเข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ

#### 2.5.4 แนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่อง (continuity)

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546: 10) ได้ กำหนดความหมายของความต่อเนื่อง ดังนี้ ความต่อเนื่องของบริการสุขภาพ (continuity) เป็น คุณสมบัติของการบริการที่มีคุณภาพ หมายถึงบริการที่ประชาชนจะได้รับเป็นบริการที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง ตลอดชีวิต ตั้งแต่เกิดจนตาย ทำให้มีความต่อเนื่องเกิดขึ้นสามลักษณะ คือ 1) การดูแล ต่อเนื่องก่อนเกิดปัญหาสุขภาพ 2) การดูแลต่อเนื่องเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นหมายถึงประชาชน จะได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มปัญหาจนกระทั่งปัญหาสิ้นสุด (intra episode) และ 3) ประชาชนจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระหว่างปัญหาหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย (inter episode) การที่ความต่อเนื่องของบริการสุขภาพทั้งสามลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องอาศัย ความสัมพันธ์อย่างเข้าอกเข้าใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง การนำแนวคิดบริการ อย่างต่อเนื่องไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพ เพื่อการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถสนองตอบ ให้เกิดการบริการที่มีลักษณะต่อเนื่อง ได้แก่ ระบบการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการตามนัด การ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้เป็นฐานข้อมูลซึ่งประกอบด้วยข้อมูลที่มีความจำเป็นในการติดตาม ดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบตั้งแต่เกิดจนตาย การพัฒนาทีมสุขภาพให้ดูแลประชาชนเป็นการ ประจำ ต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นผู้รับผิดชอบระยะยาวร่วมกับประชาชน โดยมีเป้าหมายให้เกิดความ ต่อเนื่องของการให้บริการ ประชาชนมีสุขภาพดี และมีคุณภาพระหว่างการพึ่งตนเองกับพึ่งบริการ

#### 2.5.5 แนวคิดเกี่ยวกับความเสมอภาค (equity)

สุพัตรา ศรีวิชิชากร และคณะ (2545: 21-22) กล่าวแสดงทัศนะต่อความ เสมอภาคซึ่งเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพอย่างแพร่หลายในปัจจุบันความเสมอ ภาคเป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นความยุติธรรม ความเป็นธรรม ในแนวคิดความเสมอภาคมี ความหมายที่แตกต่างจากความเท่ากัน ปกติความเสมอภาคมักจะถูกใช้ควบคู่ไปกับเรื่องการกระจาย ทรัพยากร หรือการบริการสุขภาพทำให้การพิจารณาประเด็นเรื่องความเสมอภาคทับซ้อนกับความ เท่ากัน ทำให้ไม่สามารถแยกให้เห็นชัดเจนระหว่างความเสมอภาคและการกระจายทรัพยากรได้ คนส่วนใหญ่มีความเข้าใจเรื่องความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ หมายถึงการจัดให้มีบริการ สุขภาพขั้นพื้นฐานให้แก่ ทุกคน ในสังคมอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวไม่เพียงพอที่ อธิบายความหมายของความเสมอภาค เนื่องจากการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสมอภาคต้อง พิจารณาโดยใช้ ความจำเป็น มาจำแนกความเท่าเทียมกันตามความเข้าใจเบื้องต้น ทำให้ความเสมอ

ภาคในระบบบริการสุขภาพคือ การบริการที่ประชาชนซึ่งมีความจำเป็นที่เท่ากันพึงได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ความเสมอภาคของบริการสุขภาพในทางปฏิบัติต้องคำนึงถึงความสามารถ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประชาชนที่มีฐานะแตกต่างกันย่อมแตกต่างกัน ดังนั้นการพัฒนาบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นให้เกิดมิติของการบริการที่มีความเสมอภาคนั้น สามารถทำได้ด้วยกระบวนการหลักๆ สองด้านคือ ด้านการบริการ จัดให้มีบริการขั้นพื้นฐานตามความจำเป็นของประชาชนอย่างครอบคลุมทั่วถึง ให้มีลักษณะเป็นทางเลือกที่หลากหลาย เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้ตามความจำเป็น และพร้อมกันนี้ต้องจัดให้มีระบบประกันคุณภาพ เพื่อให้บริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับ ด้านการเงิน จำเป็นต้องจัดให้มีระบบการประกันสิทธิประโยชน์ของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พร้อมทั้งพัฒนากลไกการจ่ายเงินให้ยืดหยุ่นเหมาะสม พอดีกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน

#### 2.5.6 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน (participation)

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2545: 22-23) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพโดย “สุขภาพ” สำหรับประชาชนถือว่าเป็น “สิทธิ” สิทธิในฐานะที่เป็นเจ้าของสุขภาพ และสิทธิในฐานะเป็นผู้เลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนั้น การเลือกรูปแบบวิธีการรักษา หรือการจัดการกับสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วม หรือการเปิดโอกาสให้หน่วยบริการเข้าไปมีส่วนร่วมกับการดูแลสุขภาพของประชาชนนั้น รัฐมีบทบาทเป็นเพียงการสนับสนุนหรือการส่งเสริมการสร้างโอกาสให้แก่ประชาชน ไม่สามารถบังคับหรือสั่งการ การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ สำหรับภาครัฐหรือหน่วยบริการ มีฐานะในระดับหน้าที่ที่หน่วยบริการจะต้องปฏิบัติ หน่วยบริการมีบทบาทที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนได้สองลักษณะคือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบริการของหน่วยบริการ กับกรณีที่หน่วยบริการเข้าไปร่วมพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชน ซึ่งแตกต่างกันในวิธีคิด และการปฏิบัติ

ศูนย์สุขภาพชุมชนต้องเข้าใจการแปลแนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่มุ่งสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้การปฏิบัติหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ใกล้ชิดประชาชน สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น มีประสิทธิภาพ และสัมฤทธิ์ผล มีแนวทางดังนี้ 1) การสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนได้จริง จำเป็นต้องสร้างให้เป็นระบบทางเลือกทั้งวิธีการและรูปแบบ ทั้งนี้เพราะการให้บริการสุขภาพปกติจะมีกิจกรรมที่ต้องการมีส่วนร่วมหลายลักษณะขึ้นกับสภาพชีวิตจริงและเงื่อนไขของประชาชน การมีช่องทางให้ประชาชนพิจารณาเลือกวิธีการหรือรูปแบบได้เองตามความเหมาะสมจะเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมที่สุด 2) ศูนย์สุขภาพชุมชนต้องสร้างกลไกให้ประชาชนสามารถสะท้อนความต้องการ รูปแบบหรือวิธีการที่ประชาชนต้องการเข้ามามีส่วนร่วมได้ หรือสามารถบอกได้ว่าต้องการให้หน่วยบริการ

เข้าไปร่วมในกิจกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใด และ 3) การที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมได้นั้นต้องมีเงื่อนไขสำคัญอย่างน้อย 3 ประการคือ มีอิสรภาพ มีความสามารถที่จะมีส่วนร่วม และต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม

## 2.6 มาตรฐานและการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

### 2.6.1 องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาบริการปฐมภูมิ

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2545: 6-9) แสดงความคิดเห็นสำหรับการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่ดีประกอบด้วยหลักที่จำเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น กลุ่มปัจจัยที่ส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ และกลุ่มปัจจัยที่ให้การสนับสนุนต่อการจัดบริการปฐมภูมิ มีรายละเอียดของแต่ละกลุ่มปัจจัยมีดังต่อไปนี้

2.6.1.1 กลุ่มปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น ประกอบด้วย 1) จำนวนประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจน ใช้กำหนดเป้าหมายของการวางแผน และจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ การติดตามดูแล และการประเมินผล 2) ลักษณะของหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการขนาดเล็กหรือขนาดกลางที่ไม่ซับซ้อนกระจายในพื้นที่ได้ทั่วถึง สามารถสร้างความเป็นกันเอง และความใกล้ชิดกับประชาชนได้ง่าย ครอบคลุมการดูแลประชากรจำนวนที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถดูแลครอบครัวและชุมชนได้อย่างทั่วถึงจริง 3) มีการจัดระบบบริการที่ผสมผสานงานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล และงานฟื้นฟูสภาพอย่างยืดหยุ่น เชื่อมโยงบริการตามความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้ 4) ทีมงานมีทัศนคติที่ดีมีขนาดพอเหมาะกับผู้รับบริการ และมีศักยภาพในการให้บริการที่ผสมผสาน องค์กรร่วม สร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ และชุมชนอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง สามารถประเมินสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนโดยให้บริการหรือดำเนินการด้วยวิธีการต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2545: 6-9)

ทีมสุขภาพมีความรู้ ความสามารถด้านต่างๆ ดังนี้ 1) มีความเข้าใจแนวคิดแบบองค์กรร่วม ในการประเมินสถานะสุขภาพ และกำหนดกลวิธีการดำเนินการแก้ไข มีลักษณะประสานการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน 2) มีความสามารถในการประเมินสถานะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในมิติต่างๆ ได้อย่างรอบด้านครอบคลุม และสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ 3) สามารถให้บริการเบื้องต้นทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างผสมผสาน สามารถดูแลผู้รับบริการที่ยังไม่แสดงอาการชัดเจนได้ดี 4) สามารถดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคประยุกต์วิธีการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน สร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 5) สามารถส่งต่อ และประสานงานให้กับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม 6) มีทักษะในการ

สอน ให้ความรู้ และการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพให้สำหรับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ 7) สามารถวางแผนระดับปฏิบัติการ และการประเมินผลเฉพาะในระดับพื้นที่ได้ 8) มีการจัดระบบการทำงานที่สร้างปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง ซึ่งเป็นฐานสำคัญที่ทำให้ทีมงานบริการมีความเข้าใจสภาพชีวิตและปัจจัยกระทบกับประชาชนมากขึ้น และช่วยให้ประชาชนเข้าใจทีมงานบริการมากขึ้นด้วย ทีมงานควรจะมีโอกาสและเงื่อนไขที่สามารถสัมผัสชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ทำความเข้าใจกับบริบทชีวิตของประชาชนซึ่งจะเป็นเงื่อนไขที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้มากขึ้น การสร้างปฏิสัมพันธ์ อาจทำได้ด้วยการออกไปทำความรู้จักคุ้นเคยกับประชาชนก่อนดำเนินการ การพูดคุยแลกเปลี่ยน ervice ให้บริการ รวมทั้งการพูดคุยเยี่ยมบ้านประชาชนอย่างต่อเนื่อง หรือการสื่อสารกับประชาชน ด้วยวิธีต่างๆ 9) มีการจัดระบบให้ทีมงานรับผิดชอบต่อผลลัพธ์สุขภาพของประชาชน โดยรวมมากกว่าการรับผิดชอบเป็นกิจกรรม และมีระบบการติดตามผู้รับบริการ หรือประชาชนในเขต รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง หากขาดนัด หรือมีปัญหาการมารับบริการ ผู้ให้บริการสามารถรับรู้ได้ และ มีการติดตามดูแลได้อย่างเหมาะสม

#### 2.6.1.2 กลุ่มปัจจัยที่ส่งเสริมให้การจัดบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ

ประกอบด้วย 1) ที่ตั้งและการจัดองค์ประกอบของสถานพยาบาล หน่วยบริการควรตั้งอยู่ในชุมชน อยู่ใกล้ชิดชุมชน ประชาชนสามารถใช้บริการได้สะดวก สำหรับการจัดองค์ประกอบของสถานพยาบาลควรคำนึงถึงความสะดวกในการไหลเวียนของผู้รับบริการ การจัดวัสดุอุปกรณ์ เครื่องใช้สำนักงานควรจะต้องเอื้อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และสอดคล้องกับ บทบาทและภาระของหน่วยบริการ 2) ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องมีข้อมูลที่ช่วยให้หน่วยบริการสามารถดูแลประชาชนได้อย่างเป็น องค์กรวม มีความต่อเนื่องของการดูแลทั้งระดับบุคคลและครอบครัว โดยหน่วยบริการต้องมีข้อมูล พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สภาพครอบครัวและจัดทำระบบข้อมูลเกี่ยวกับ การบริการให้สามารถดูแลประชาชนระหว่างการเจ็บป่วย (intra-episode record) ในแต่ละครั้งได้และ สามารถจัดทำข้อมูลของประชาชนไว้เพื่อการดูแลในระยะยาวต่อไป 3) การจัดการระบบการเงิน การคลัง มีหลักการสำคัญของการจัดระบบการเงินในหน่วยบริการปฐมภูมิก็คือการคิดค่าใช้จ่าย สำหรับการบริการจะต้องไม่เป็นอุปสรรคกับประชาชนในการใช้บริการ ขณะที่หน่วยบริการ สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่องไม่ส่งเสริมให้เกิดการใช้บริการที่เกินจำเป็น (over utilization) ทำให้เกิดสภาพคั่งค้างทางการเงินของหน่วยบริการได้ 4) การเชื่อมโยงกับบริการระดับทุติยภูมิหรือ บริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ ทางห้องปฏิบัติการได้สะดวก การเชื่อมโยงด้านสังคมสงเคราะห์ เชื่อมโยงกับบริการของชุมชน

หรือบริการด้านสังคมอื่นๆ และ 5) แบ่งภาระงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลให้ชัดเจนไม่ซ้ำซ้อนรวมถึงการปรับให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยพร้อมทั้งข้อมูลของผู้ป่วยได้โดยไม่มีช่องว่างของการบริการ (สุพิศรา ศรีวิเศษชากร และคณะ, 2545: 6-9)

**2.6.1.3 กลุ่มปัจจัยที่สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ** กลุ่มปัจจัยที่สนับสนุนจากภายนอก เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการได้ตามเป้าหมายคือ ปัจจัยภายในของระบบหน่วยบริการ รวมถึงการเชื่อมโยง และการประสานงานในระดับอำเภอหรือจังหวัด จำเป็นต้องมีทีมงานสนับสนุนที่ชัดเจนที่ทำหน้าที่สนับสนุนทรัพยากร และวิชาการด้านต่างๆ เพื่อเอื้อให้หน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการที่จำเป็นตามความเร่งด่วนหรือความสำคัญของปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ได้ การสนับสนุนมีลักษณะ ดังนี้ 1) ทีมงานสนับสนุนต้องมีความเข้าใจแนวคิดและทักษะที่จำเป็นในการบริการปฐมภูมิเพื่อสามารถสนับสนุน และช่วยพัฒนาได้สอดคล้อง ตรงเป้าหมาย 2) ระบบบริหารจัดการขององค์กร ที่ต้องจัดให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถบริหารงานของหน่วยงานตนเองได้อย่างคล่องตัว ยืดหยุ่น มีอำนาจในการตัดสินใจและการจัดการในการปรับบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน สามารถพัฒนางานด้วยตนเองต่อไปในระยะยาว 3) มีการสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างพอเพียง 4) มีระบบสนับสนุนการพัฒนาผู้ปฏิบัติทั้งในด้านทัศนคติ องค์กรความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ 5) มีการจัดระบบการเชื่อมต่อการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ กับ โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย พร้อมข้อมูลที่พอดีกับโรงพยาบาล 6) มีการจัดระบบติดตามผลและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาพัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (สุพิศรา ศรีวิเศษชากร และคณะ, 2545: 6-9)

คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ หรือ CUP (Contracting Unit of Primary Care) Board เกิดขึ้นในปี 2543- 2544 ช่วงเริ่มต้นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายของรัฐบาล มีความพยายามที่เปลี่ยน คณะประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหน่วยบริการหรือ CUP Board ตามความหมายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งถือว่าเป็นผู้ให้บริการที่รวมตัวกันเป็นเครือข่ายบริการมีบริการระดับปฐมภูมิ มีหน่วยบริการหลัก หน่วยบริการรองอย่างครบถ้วนภายในเครือข่าย เป็นหน่วยที่เล็กที่สุดที่สามารถทำสัญญาในการให้บริการแก่ประชาชนกับผู้ซื้อบริการได้ มีหน้าที่เป็นองค์การบริหารระบบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบทบาทหน้าที่ดังนี้ 1) บริหารจัดการในภาพรวมของระดับอำเภอที่ทำหน้าที่ทั้งในด้านการบริหารงาน บริหารจัดการงบประมาณ ให้การสนับสนุน ควบคุม ติดตาม และประเมินผล โดยในระยะยาวต้องพัฒนาไปสู่การกระจายอำนาจ 2) จัดให้มีการขึ้นทะเบียนสิทธิระบบข้อมูลฐานประชากรในระบบฐานข้อมูล และเวชระเบียนที่สามารถใช้ให้ในการบริการปัญหา



เฉียบพลัน ปัญหาเรื้อรัง ระบบข้อมูลเพื่อการติดตามผู้ป่วย ระบบข้อมูล เพื่อการกำกับผลงาน ความครอบคลุม และคุณภาพการดำเนินงาน 3) การพัฒนาบุคลากรการ และจัดการองค์ความรู้ของบุคลากรในแต่ละระดับ 4) การบริหารจัดการด้านการเงิน การคลังที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมด้านสุขภาพ 5) บริหารเงินภายในระบบเครือข่ายทั้งหมด และการตามจ่ายภายนอกเครือข่าย 6) บริหารจัดการให้มีบริการได้ตามเป้าหมาย และตามได้เกณฑ์มาตรฐาน ติดตาม กำกับ และสนับสนุนการดำเนินงาน 7) ส่งเสริมการสร้างสุขภาพ เร่งการสร้างองค์ความรู้เพื่อการพัฒนางาน การสร้างเสริมสุขภาพที่เห็นผลมีประสิทธิภาพ เน้นการปรับพฤติกรรม 8) สนับสนุนการจัดบริการตามสิทธิประโยชน์ของประชาชน และ 9) การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการให้มีคุณภาพ และได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ, 2545: 6-9)

### 3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับประสิทธิผลองค์การ

การศึกษาประสิทธิผลองค์การมีความสำคัญ และจำเป็นในการการบริหารองค์การยุคที่องค์การเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ประสิทธิผลองค์การเป็นศาสตร์การบริหาร นักวิชาการถือว่าเรื่องประสิทธิผลองค์การเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งในการศึกษาทฤษฎีองค์การ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วเป็นการยากที่จะทำความเข้าใจทฤษฎีองค์การ ได้โดยที่ไม่ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผล (Goodman and Penning, 1977: 146-148) ประสิทธิผลองค์การเป็นตัวตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่าการบริหารและองค์การประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใด องค์การจะอยู่รอดและมีความมั่นคงเพียงใดขึ้นอยู่กับประสิทธิผลองค์การ ได้มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างประสิทธิผลให้เกิดขึ้นในองค์การ (Zammuto, 1982: 21) ซึ่งทฤษฎีทางการบริหารได้มุ่งเน้นนำเสนอวิธีการที่จะช่วยให้ผู้บริหารดำเนินการให้้องค์การมีประสิทธิผลสูงขึ้น ส่วนทฤษฎีองค์การพยายามที่จะตอบคำถามที่ว่าปัจจัยอะไรบ้างที่จะทำให้เกิดประสิทธิผลในองค์การ (Robbins, 1990: 48) การศึกษาประสิทธิผลองค์การเป็นการประมวลทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวกับองค์การมาพิจารณา (Cameron, 1981: 40) และเป็นแนวคิดที่มีลักษณะหลายมิติ (Hoy and Miskel, 1985: 373) ได้มีนักทฤษฎีหลายแง่มุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเกณฑ์ที่ใช้ในการวัดประสิทธิผลองค์การ การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลองค์การจึงมีความแตกต่างกันไปบ้าง

ความหมายของประสิทธิผลองค์การมีนักวิชาการได้ให้ความหมายประสิทธิผลองค์การหลากหลายแง่มุมต่างๆ ดังต่อไปนี้ Etzioni (1964: 8) ประสิทธิผลองค์การ หมายถึง ระดับที่องค์การบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ส่วน Seashore and Yuchtman (1967: 377-395) กล่าวถึงประสิทธิผลองค์การ หมายถึงสภาวะการต่อรองขององค์การ ประสิทธิผลสูงสุดจะเกิดขึ้นได้นั้น องค์การมีความสามารถใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมในการแสวงหาทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม



Price (1972: 3-15) กล่าวถึงประสิทธิผลองค์กร หมายถึง ระดับการบรรลุเป้าหมายที่หลากหลายขององค์กร และ Gibson et al. (1973: 31-32) ให้ความหมายของประสิทธิผลองค์กรในด้านของพฤติกรรมองค์กร หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างองค์ประกอบ 5 ประเภทคือ ผลผลิต ประสิทธิภาพ ความพึงพอใจ การปรับตัว และการพัฒนา นอกจากนี้ Hannan and Freeman (1977: 110) ให้ความหมายของประสิทธิผลองค์กรคือ ระดับความสอดคล้องระหว่างเป้าหมายขององค์กรกับผลลัพธ์ที่สังเกตได้ ส่วน Schein (1980: 233) กล่าวถึงความหมายของประสิทธิผลองค์กรคือ สมรรถนะ (capacity) ขององค์กรต่อการอยู่รอด ปรับตัวรักษาสภาพ และเติบโต รวมทั้ง Steers Gerado and Richard (1985: 72) ให้ความหมายของประสิทธิผลองค์กร 2 นัยคือ เป็นความสามารถขององค์กรที่ใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร และเป็นความสามารถขององค์กรที่จะดำรงอยู่ได้ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงโดยประสิทธิผลองค์กรที่ดีที่สุดเป็นการทำให้องค์กรในสถานการณ์ต่างๆ สามารถบรรลุเป้าหมายได้

จากความหมายของประสิทธิผลองค์กรตามทีนักวิชาการต่างๆ ได้ให้ความหมายเอาไว้ สามารถสรุปความหมายของประสิทธิผลองค์กรแบบบูรณาการว่า ประสิทธิผลองค์กรหมายถึง ความสามารถขององค์กรในการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยมีการพัฒนาปรับตัวเพื่อความอยู่รอดขององค์กร

Zammuto (1982: 29) กล่าวถึงแนวทางการศึกษาประสิทธิผลองค์กรเป็น 3 แนวทางคือ 1) แนวทางบรรลุเป้าหมาย (goal based approach) 2) แนวทางเชิงระบบ (the system approach) และ 3) แนวทางกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง (multiple constituency or participant satisfaction models) ส่วนแนวทางของ Robbins (1990: 77) แบ่งแนวทางการศึกษาประสิทธิผลองค์กรออกเป็น 4 แนวทาง คือ 1) แนวทางการบรรลุจุดมุ่งหมาย 2) แนวทางเชิงระบบ 3) แนวทางเชิงกลยุทธ์กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง และ 4) แนวทางการแข่งขันคุณค่า และแนวทางของ Hoy and Ferguson (1985: 121-122) เสนอแนวทางที่ 5 คือ รูปแบบบูรณาการ (integrated model) มีรายละเอียดดังนี้

1. แนวทางการบรรลุเป้าหมาย (the goal-attainment approach)

แนวทางนี้มุ่งวัดประสิทธิผลองค์กรโดยเน้นที่ผล (ends) มากกว่าที่วิธีการ (means) นิยามของประสิทธิผลองค์กรคือ ระดับการบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ซึ่งเป็นแนวทางที่ยังใช้กันแพร่หลายมาจนถึงปัจจุบัน และแนวทางนี้ใช้ได้ผลดีเมื่อองค์กรมีเป้าหมายที่ชัดเจน และจำนวนเป้าหมายมีไม่มากเกินไป ข้อจำกัดของแนวทางนี้คือ หากองค์กรต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน บุคลากรต้องเห็นพ้องต้องกัน และระดับของเป้าหมายสูงเหมาะสม

## 2. แนวทางเชิงระบบ (the system approach)

แนวทางนี้เชื่อว่าต้องพิจารณาองค์การทั้งระบบให้นิยามประสิทธิผลองค์การ หมายถึง ความสามารถขององค์การในการแสวงหาทรัพยากร การแปรสภาพเป็นผลผลิต การธำรงรักษาเสถียรภาพ และความสมดุลของระบบย่อยภายในองค์การ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างประสพความสำเร็จกับสิ่งแวดล้อมภายนอก แนวทางเชิงระบบเน้นวิธีการ (means) มากกว่าผลที่ได้ (ends) แนวทางนี้จะคล้ายกับรูปแบบทรัพยากร ปัญหาที่สำคัญของการวัดประสิทธิผลองค์การโดยใช้แนวทางนี้คือ 1) ตัวชี้ประสิทธิผลขององค์การ เช่นความสามารถขององค์การในการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมเป็นตัวแปรที่วัดยากมาก ซึ่งต่างจากการวัดเป้าหมายที่เป็นผลงานขั้นสุดท้ายจะวัดได้ง่ายกว่า 2) นักวิชาการไปให้ความสนใจที่วิธีการทำงาน (means) เพื่อบรรลุเป้าหมายแทนการพิจารณาตัวเป้าหมายที่แท้จริงขององค์การ

## 3. แนวทางเชิงกลยุทธ์กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (the strategic-constituencies approach)

การวัดประสิทธิผลองค์การ โดยใช้ความสามารถขององค์การในการชนะผู้มีอิทธิพล แนวทางนี้ได้ให้ความสำคัญแก่กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีผลต่อความอยู่รอดขององค์การ นิยามประสิทธิผลขององค์การในแนวทางนี้คือ ระดับความสามารถขององค์การในการตอบสนอง ความต้องการของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในสภาพแวดล้อมขององค์การ โดยมีข้อสมมติฐานของแนวทางนี้ว่า องค์การได้รับความกดดัน ข้อเรียกร้องหรือต้องเผชิญกับความต้องการ จากกลุ่มผลประโยชน์บุคคลต่างๆ ในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แนวทางนี้ตระหนักถึงความสำคัญของการพึ่งพาอาศัยคล้ายกับแนวทางเชิงระบบ แต่มีจุดเน้นต่างกัน โดยแนวทางนี้พิจารณาสภาพแวดล้อมเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการอยู่รอดขององค์การ ผู้บริหารองค์การต้องคำนึงถึงกลุ่มอำนาจที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานขององค์การ

## 4. แนวทางค่านิยมที่มีการแข่งขันคุณค่า (the competing-value approach)

เป็นวิธีวัดประสิทธิผลขององค์การจากค่านิยมที่แตกต่างกันของสมาชิกในองค์การ ฐานคติของแนวทางนี้คือ แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผลองค์การมีลักษณะเป็นอัตนัย (subjective) ขึ้นอยู่กับค่านิยม ความชอบ และความสนใจของผู้ประเมิน ทำให้้องค์การมีเป้าหมายหลายเป้าหมายที่ขัดแย้งกัน ดังนั้นการวัดประสิทธิผลขององค์การจึงต้องพิจารณาค่านิยมต่างๆ ของผู้ประเมินผล องค์การซึ่งเป็นผู้เลือกว่าจะใช้มาตรวัดประสิทธิผลขององค์การ (organizational life cycles) ประกอบด้วย 5 ระยะดังนี้ ระยะประกอบการ (entrepreneurial stage) ระยะการรวบรวมกลุ่มสมาชิก (collectivity stage) ระยะกำหนดกฎเกณฑ์และการควบคุม (formalization and control stage) ระยะการพัฒนาโครงสร้าง (elaboration of structure stage) ระยะการเสื่อมถอย (decline stage) ซึ่ง องค์การเน้นประเด็นที่สำคัญ 4 ด้านคือ บุคลากร องค์การ ความยืดหยุ่น และการควบคุม

### 5. แนวทางบูรณาการ (integrated model )

แนวทางนี้เป็นความพยายามในการบูรณาการรูปแบบการบรรลุเป้าหมายกับรูปแบบระบบทรัพยากรโดยนักทฤษฎี Goodman and Penning, Steers and Cambell (Hoy and Miskel, 1991: 379) ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันเรื่องที่ต้องประเมินคือ เป้าหมายพฤติกรรมที่กำหนดทิศทางของเป้าหมาย และพฤติกรรมต่างๆ ขององค์การ อย่างไรก็ตามจากกรอบแนวคิดของระบบทรัพยากรนั้นเป้าหมายมีลักษณะที่หลากหลาย และเป็นผลผลิตไม่คงที่ กำหนดผลที่ได้รับสูง มีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา อีกทั้งการบรรลุเป้าหมายในระยะสั้นสามารถใช้ทรัพยากรใหม่เพื่อการบรรลุเป้าหมายต่างๆ ดังนั้นเมื่อนำกรอบแนวคิดเชิงระบบมาใช้ลักษณะของเป้าหมายในองค์การจะเป็นธรรมชาติของวงจร

Hoy and Miskel (1991: 397) เสนอว่าในการประเมินประสิทธิผลโดยใช้รูปแบบบูรณาการจะต้องรวมลักษณะ 3 ประการคือ มิติของเวลา กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง และพหุเกณฑ์ มีรายละเอียดดังนี้ 1) เกณฑ์มิติเวลา (time dimension) การประเมินประสิทธิผลขององค์การสามารถแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ตั้วัดเกณฑ์ระยะสั้น (short-term) ประกอบด้วย การผลิตประสิทธิภาพ และความพึงพอใจ ตั้วัดเกณฑ์ระยะกลาง (intermediate) คือ การปรับตัว และพัฒนา ตั้วัดเกณฑ์ระยะยาว (long term) คือ การอยู่รอด (Gibson, Ivancevich and Donnelly, 2000: 64) 2) เกณฑ์กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง (multiple constituencies) ใช้ค่านิยม และความคิดของกลุ่มที่เกี่ยวข้องที่สะท้อนถึงเกณฑ์ประสิทธิผลเป็นความสนใจของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มภายในหรือภายนอกองค์การที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานขององค์การ เพื่อให้เกณฑ์ประสิทธิผลสอดคล้องกับความพอใจของกลุ่มที่เกี่ยวข้อง มโนทัศน์นี้จึงเป็นการประเมินประสิทธิผลขององค์การตามแนวเชิงสัมพัทธ์กับสถานการณ์ (relativistic multiple - contingency approach) และ 3) พหุเกณฑ์ (multiple criteria) ใช้หลายมิติในการประเมินประสิทธิผลขององค์การ เพราะเกณฑ์เดี่ยวไม่สามารถที่เป็นตัวแทนของประสิทธิผลขององค์การได้ ตั้วัดประสิทธิผลขององค์การต้องนำมาจากแต่ละชั้นตอนของระบบเปิด ตั้งแต่ปัจจัยการนำเข้า การเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้า และผลผลิตโดยต้องเลือกตั้วัดที่มีความสำคัญ เหมาะสม และสามารถเป็นตัวแทนได้ รูปแบบบูรณาการได้กำหนดแนวทางในการเลือกเกณฑ์เฉพาะโดยใช้รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาโดย Parsons (1960) ถือได้ว่าเป็นรูปแบบที่เหมาะสมรูปแบบหนึ่ง

Hoy and Miskel (1991: 382-383) ได้นำแนวคิดของ Parsons (1960) ที่ถือว่าองค์การเป็นระบบสังคม ความอยู่รอดของระบบสังคมขึ้นกับหน้าที่สำคัญ 4 ประการซึ่งหน้าที่ดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการให้ได้ว่าซึ่งทรัพยากร และสามารถพิจารณาถึงเป้าหมายขององค์การได้ทุกระบบสังคมต้องมีหน้าที่ในการแก้ปัญหา 4 ประการคือ การปรับตัว (adaptation) การบรรลุ

เป้าหมาย (goal attainment) การบูรณาการ (integration) และการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม (latency) ซึ่งเรียกรวมว่า “AGIL” มีรายละเอียดดังนี้

**1. ความสามารถในการปรับตัว (Adaptation: A)** ให้ความหมายของความสามารถในการปรับตัวว่า หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งภายใน และภายนอกองค์กรโดยปรับการวางแผน นโยบาย การบริหารจัดการ ระบบการทำงาน ซึ่งการประเมินความสามารถในการปรับตัววัดได้จากการวางแผน นโยบายที่ส่งเสริม สนับสนุนการเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง และการฝึกอบรมการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องดังนั้นความสามารถในการปรับตัวสามารถวัดได้ทั้งระดับบุคคล และระดับกลุ่มบุคคล ได้แก่ การที่บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเต็มใจ และยอมรับระเบียบใหม่ๆ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงหรือพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยศูนย์สุขภาพชุมชนต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง พิจารณาจากการยอมรับความสามารถ ความรวดเร็วของบุคลากรต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ (adaptability) กระบวนการปฏิบัติงาน (development) และการริเริ่มสิ่งใหม่ (innovation)

ผู้วิจัยกำหนดให้ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ระดับความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชน ในการแสดงปฏิกิริยาตอบโต้กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม เพื่อรักษาภาวะสมดุลของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับสภาวะแวดล้อม มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการแก้ปัญหา และเพื่อการพัฒนางาน โดยวัดจากความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงการวางแผน ความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่อการบริหารจัดการ ความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่อระบบการทำงาน

**2. ความสามารถในการบูรณาการ (Integration: I)** องค์กรเป็นระบบทางสังคม ประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ ภายในองค์กรนั้นๆ ต้องมีการบูรณาการด้วยกระบวนการภายในผ่านกลไก และวิธีการต่างๆ ให้ระบบย่อยมีความสัมพันธ์เป็นหน่วยเดียวกัน เพื่อให้องค์กรเกิดความมั่นคง และอยู่รอด ดังนั้นต้องมีการผสมผสานกันระหว่างโครงสร้างขององค์กร โดยรวม และบุคคลที่อยู่ในองค์กร เป็นการสร้างความมั่นคงของสังคมภายในระบบ ได้แก่ กระบวนการขององค์กร การประสานงาน และความสัมพันธ์ทางสังคมให้มีลักษณะเป็นหน่วยเดียวกัน (single

unity) ตัวชี้วัดประสิทธิผลคือ ความพึงพอใจ (satisfaction) บรรยากาศองค์การ (climate) การติดต่อสื่อสาร (communication) และความขัดแย้ง (conflict)

ผู้วิจัยกำหนดให้ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการบูรณาการงาน หมายถึง ระดับความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชนในการเชื่อมประสานหน่วยงานย่อยต่างๆ ให้ร่วมมือกันทำงานไปในทิศทางเดียวกัน สามารถวัดจากความสามารถในการเชื่อมประสานหน่วยงานทั้งภายใน และภายนอกองค์การภายในองค์การ

**3. ความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม (Latency: L)** องค์การต่างๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านบุคคล ซึ่งมีความหลากหลายด้านเป้าหมายและคุณค่าที่ยึดถือ ดังนั้น เพื่อให้สมาชิกองค์การเป็นพลังร่วม และขับเคลื่อนให้องค์การอยู่รอด องค์การจำเป็นต้องปฏิบัติหน้าที่รักษาความมั่นคงของคุณค่า ได้แก่ รูปแบบวัฒนธรรมองค์การ และระบบแรงจูงใจ เพื่อให้เป้าหมายและคุณค่าส่วนบุคคลมีความสอดคล้องกับเป้าหมายและคุณค่าขององค์การ ตัวชี้วัดประสิทธิผลคือ ความจงรักภักดี (loyalty) ความสนใจในชีวิต (central life interests) การจูงใจ (motivation) และความมีเอกลักษณ์ขององค์การ (identity)

ผู้วิจัยกำหนดให้ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม หมายถึง ระดับความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชนในการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรัก และศรัทธาในวิชาชีพของตน มีความผูกพันต่อศูนย์สุขภาพชุมชน สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน และการประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ประชาชน และชุมชน สามารถวัดจากการส่งเสริมให้บุคลากรทีมสุขภาพรักและศรัทธาในวิชาชีพของตน ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน การปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อชุมชน

**4. ความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย (Goal attainment: G)** องค์การทุกมีเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง องค์การจะอยู่รอดได้จำเป็นต้องปฏิบัติหน้าที่ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้า เพื่อให้เกิดผลผลิตบรรลุตามเป้าหมายขององค์การนั้น ตัวชี้วัดประสิทธิผลคือ ผลสัมฤทธิ์ (achievement) คุณภาพ (quality) การได้มาซึ่งทรัพยากร (resource acquisition) และประสิทธิภาพ (efficiency) สามารถอธิบายการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชนได้ดังนี้

#### แนวคิดการประเมินผลลัพท์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2549: 7-18) กล่าวถึงการประเมินผลของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศทางตะวันตกมีการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิใน 2 ลักษณะคือ 1) การประเมินที่กระบวนการ การจัดการหน่วยบริการให้ได้

ตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิในบริบทของต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการเอกชน แยกให้บริการอิสระโดยแพทย์เป็นหลัก มีความแตกต่างจากบริการส่วนใหญ่ในประเทศไทย และ 2) การวัดผลลัพธ์ของบริการด้านต่างๆ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อบริการ การเข้าถึงบริการโดยกระบวนการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน และการประเมินผลลัพธ์ของคลินิกบริการ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูง

กรอบการประเมินผลของระบบบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์บริการ (output and outcome) จากการประเมินสถานการณ์การดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิปัจจุบัน (สุพิศรา ศรีวิเศษชากร, 2548: 2-6) ส่วนใหญ่เน้นที่การให้บริการแบบผสมผสานมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มประชากรเป็นรายกลุ่มเน้นบริการเชิงรุก การประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิในระยะแรกเน้นที่ส่วนการให้บริการที่ดีเป็นหลัก แต่ในขณะเดียวกันบริการที่ดีในระดับปฐมภูมิต้องมีคุณลักษณะสำคัญ คือ เสริมการดูแลตนเอง และการพึ่งตนเองของประชาชนด้วย ทำให้กรอบการประเมินผลลัพธ์ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชนนำมาพิจารณาด้วย และเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นส่วนย่อยส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ฉะนั้นการประเมินผลลัพธ์หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดต้องเชื่อมโยงกับระดับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นส่วนที่เป็นผลลัพธ์บริการโดยตรงของหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้ 1) การเข้าถึงง่ายของประชาชน 2) ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และ 3) บริการสอดคล้องกับสภาพความต้องการ สังคม เศรษฐกิจของผู้รับบริการมากขึ้น

### 1. เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์

ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นระบบบริการที่ได้ให้บริการแบบองค์รวมต่อเนื่อง (holistic and continuity of care) เชื่อมโยงของส่วนต่างๆ (integrated care) ประกอบด้วย การป้องกัน การส่งเสริม การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน โดยเป็นระบบบริการที่มีดังต่อไปนี้

1.1 ความเสมอภาค (equity) หมายถึง ระบบบริการที่ให้โอกาสประชาชนทุกคนได้รับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเท่าเทียมใน (equality) ตามความต้องการด้านสุขภาพที่เหมือนกัน (equal need to equal access) ประชาชนสามารถเข้าถึงง่าย (accessibility) แบ่งได้ 4 ด้านคือ 1) ด้านกายภาพ (physical accessibility) 2) ด้านการเงิน (economic accessibility) 3) ด้านความรู้สึกรู้สึก (psychological accessibility) และ 4) ด้านข้อมูลความรู้ (information accessibility)

1.2 คุณภาพบริการ (quality) หมายถึง บริการที่ได้รับสามารถลดอัตราผู้ป่วย อัตราป่วยตายลดระยะเวลาการเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความทุกข์ทรมานได้มากที่สุด และ



สามารถให้บริการได้ตรงกับความรู้ที่เอื้ออำนวยตามทรัพยากรที่สังคมสามารถจัดสรรได้ และเป็นสิ่งที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

1.3 ประสิทธิภาพของระบบบริการ (efficiency) หมายถึง การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดผลประโยชน์คุ้มค่าสูงสุด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตกับผลผลิตที่เกิดขึ้น

1.4 ความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) หมายถึง ระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาที่มีอยู่ (relevancy) และเป็นระบบที่โปร่งใส (transparency) สามารถตรวจสอบ และรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

## 2. ผลลัพธ์ของระบบบริการปฐมภูมิ

ผลลัพธ์ของระบบบริการปฐมภูมิ สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่เป็นผลลัพธ์ของบริการผสมผสานรายบุคคล และครอบครัว ควรเป็นบริการที่ผสมผสานองค์รวมต่อเนื่อง ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้ตรงและมีประสิทธิภาพ 2) กลุ่มที่เป็นผลลัพธ์งานที่ทำให้ประชาชนดูแลตนเอง สามารถพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมจากการที่ประชาชนได้รับข้อมูล ความรู้ต่อปัญหา และการดูแลสุขภาพ ได้รับการฝึกทักษะและสร้างความเข้าใจให้สามารถปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และ 3) กลุ่มผลลัพธ์บริการที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นรายกลุ่มประชากร มีการประสานเพื่อให้มีมาตรการด้านต่างๆ เพื่อป้องกันโรค เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ กระตุ้น และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

## 3. ผลลัพธ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลลัพธ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถแบ่งเป็น 3 ด้านคือ 1) ผลลัพธ์ด้านบริการ มีทั้งด้านที่เป็นปริมาณความครอบคลุมบริการ และด้านคุณภาพที่คำนึงถึงประสิทธิผลของบริการ การได้รับความยอมรับของประชาชนต่อบริการ 2) ผลลัพธ์ด้านคลินิก เน้นด้านประสิทธิผลในการให้บริการ และ 3) ผลลัพธ์ด้านการยอมรับ เน้นคุณค่าต่อความรู้สึก ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

## 4. แนวคิดเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการสาธารณสุข

เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการสาธารณสุข ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการศึกษาของจิรัถม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2549: 8-13) ทำการศึกษาเครื่องชี้วัดคุณภาพ (quality indicator) เป็นเครื่องชี้วัดการดำเนินงาน (performance indicator) มีจุดมุ่งหมาย เพื่อใช้เป็นเครื่องคัดกรอง ติดตามเฝ้าระวังปัญหา เพื่อประกอบการทำกิจกรรมทบทวน (review activity) ด้านคุณภาพและศึกษาเชิงลึก (in-depth study) สามารถสรุปเครื่องชี้วัดได้ 6 หมวด ครอบคลุมการ



ดำเนินงาน การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องชี้วัดมาเพื่อประเมินประสิทธิผลการบริหารจัดการของ ศูนย์สุขภาพชุมชน 5 หมวดที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อนำมาวัดประสิทธิผล การบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นมาตรฐาน กระบวนการหลักของการให้บริการ แบบ องค์กรร่วม (รายละเอียดในภาพ 2)

**1. เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง การได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น**

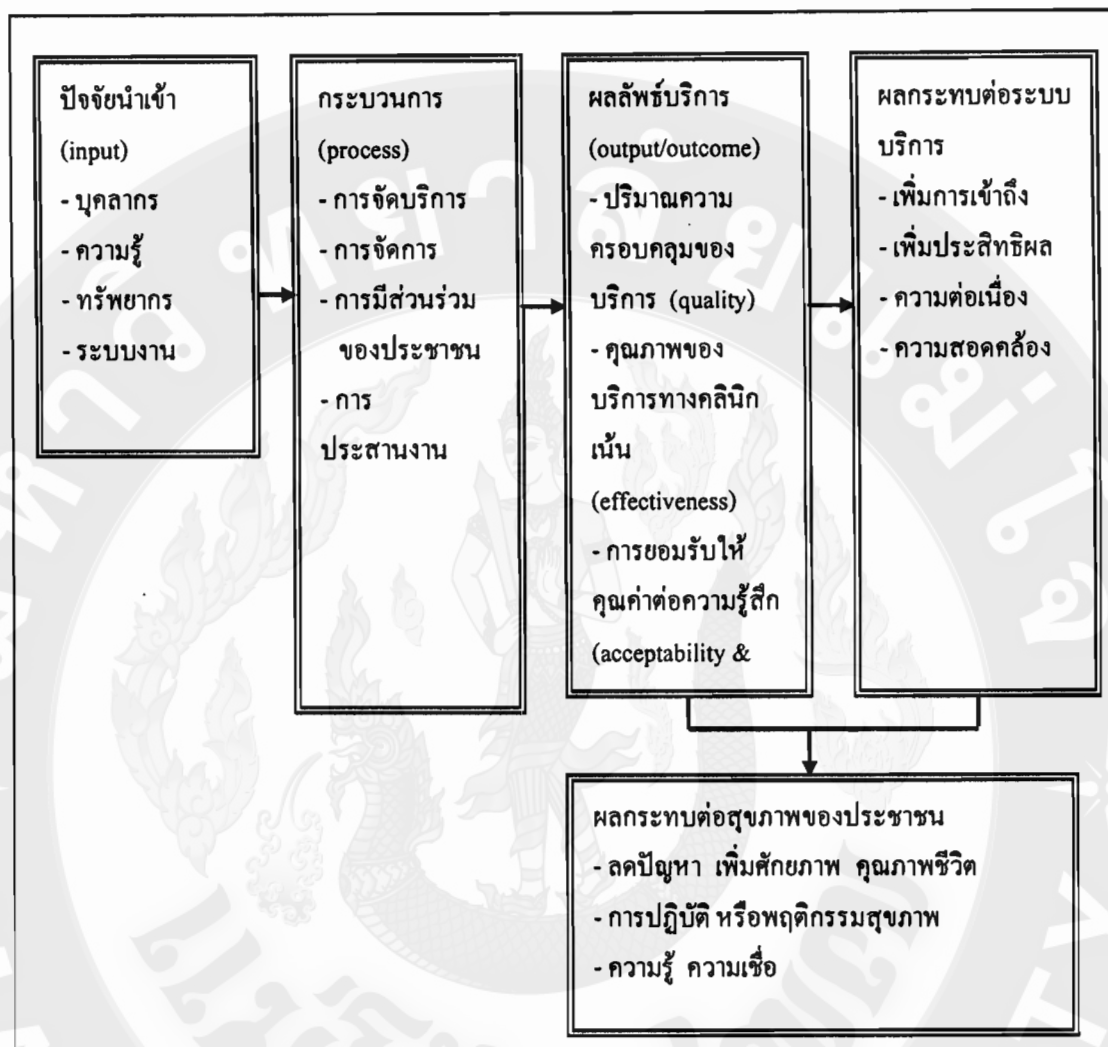
- 1.1 ระดับประสิทธิผลการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- 1.2 ระดับประสิทธิผลการให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 1.3 ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์
- 1.4 อัตราป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน
- 1.5 อัตราความครอบคลุมในการค้นหาความดันโลหิตสูง
- 1.6 อัตราความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- 1.7 อัตราความครอบคลุมของการตรวจทางทันตกรรมประจำปี
- 1.8 อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

**2. เครื่องชี้วัดที่สะท้อนมาตรฐานและธรรมาภิบาลของหน่วยบริการ**

- 2.1 จำนวนแพทย์ต่อประชากรที่ลงทะเบียนในพื้นที่
- 2.2 จำนวนทันตแพทย์ต่อประชากรที่ลงทะเบียนในพื้นที่
- 2.3 จำนวนเภสัชกรต่อประชากรที่ลงทะเบียนในพื้นที่
- 2.4 จำนวนพยาบาลต่อประชากรที่ลงทะเบียนในพื้นที่
- 2.5 จำนวนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากรที่ลงทะเบียนในพื้นที่
- 2.6 อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่อง
- 2.7 การรับรองคุณภาพศูนย์สาธารณสุขชุมชน

**3. เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการยอมรับจากผู้ใช้บริการ**

- 3.1 ความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูล คำอธิบายระหว่างการรับบริการ
- 3.2 ความพึงพอใจต่อการบริการ และการต้อนรับในการบริการ
- 3.3 ความพึงพอใจต่อสถานที่ และสิ่งแวดล้อมของศูนย์สุขภาพชุมชน
- 3.4 ความตั้งใจแนะนำ ผู้อื่นมาใช้บริการ หรือกลับมาใช้บริการอีกครั้งต่อไป
- 3.5 ความเชื่อมั่นในคุณภาพของยาที่ได้รับ
- 3.6 ความเชื่อมั่นในมาตรฐานของการรักษาของศูนย์สุขภาพชุมชน



ภาพ 2 องค์ประกอบชุดตัวชี้วัดผลของระบบบริการปฐมภูมิ

ที่มา: ดัดแปลงจากสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

(2549: 13)

4. เครื่องชี้วัดที่สะท้อนสิทธิ การได้รับทางเลือกและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

4.1 ช่องทางของศูนย์สุขภาพชุมชน ในการให้ผู้ป่วยร้องเรียน

4.2 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค

5. เครื่องชี้วัดที่สะท้อน ความต่อเนื่องของการได้รับการดูแลสุขภาพ (continuity)

5.1 สัดส่วนผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง  $\geq 4$  ครั้ง/ปี

5.2 สัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง  $\geq 4$  ครั้ง/ปี

## การสร้างคุณค่าของระบบบริการปฐมภูมิ

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (2550: 9-16) กล่าวถึงการดำเนินงานปฐมภูมิประกอบด้วย

**ประเด็นที่ 1 บริการสุขภาพรายบุคคล และครอบครัว** หมายถึง การบริการรายบุคคลและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่มาขอรับบริการที่สถานพยาบาล หรือ ที่บ้าน โดยเน้นให้เป็นบริการแบบ องค์กรร่วมผสมผสาน ต่อเนื่อง โดยที่ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลทั้งส่วนที่เป็นปัญหาสุขภาพ หรือ โรคทั่วไป และได้รับการค้นหาปัญหาและแก้ไขแบบองค์รวม (holistic problem) ตลอดจนได้รับความรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำในการบริการแต่ละครั้งควรมีการประเมินสถานะ ปัญหาปัจจุบัน (acute problem) สภาพทางด้านสังคมจิตใจ เชื่อมโยงกับครอบครัวและชุมชน แล้วประมวลเป็นแผนการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ทั้งที่เป็นบริการเฉพาะหน้าและบริการต่อเนื่อง จากนั้นให้บริการส่วนที่ตรงกับสภาพปัญหา โดยที่ให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ในลักษณะองค์รวม ผสมผสาน และมีบริการต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชน รวมทั้งติดตามผลการให้บริการ เพื่อเกิดผลในการดูแลแบบองค์รวม เสริมให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

เป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุ เพื่อให้การดูแลของหน่วยบริการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของ ผู้รับบริการ ประชาชนรายบุคคล และครอบครัว ได้ตรง สอดคล้อง ตลอดจนประชาชน มีส่วนร่วม และเสริมการดูแลการพึ่งตนเองของผู้รับบริการ และครอบครัว

แนวคิดที่ใช้คือ ผู้ป่วย และครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง สร้างการมีส่วนร่วม และเสริมสมรรถนะของผู้รับบริการและญาติในการดูแลสุขภาพ

กระบวนการสำคัญ ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาอย่างรอบด้าน วินิจฉัยเบื้องต้น และคัดกรองปัญหาสำคัญ 2) การวางแผนดูแลผู้ป่วย แบบผู้รับบริการมีส่วนร่วม 3)การดูแลที่บูรณาการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ 4) การให้ข้อมูลและเสริมการพึ่งตนเอง 5) การดูแล ติดตามต่อเนื่องทั้งที่สถานพยาบาล และเยี่ยมบ้านในชุมชน ในระดับบุคคล และ ครอบครัว และ 6) การส่งต่อผู้ป่วย และประสานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการอื่นๆ หรือ เชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน

ผลลัพธ์ที่ต้องการ ได้แก่ 1) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ 2) ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ 3) ผลการดูแลสุขภาพดี ทางด้านร่างกาย และจิตใจ และ 4) ผู้รับบริการพอใจ ขอมรับบริการ

ประเด็นคุณภาพ ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการ (first contact care) ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการ (accessibility) และการให้บริการจริง (utilization) 2) บริการองค์รวม ผสมผสาน

เบ็ดเสร็จ (wide range of comprehensive health care) เป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิต สังคม โดยมีการดูแลในระดับต่างๆ ดังนี้ health promotion disease prevention early detection disease treatment rehabilitation palliative care 3) การดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง (continuous care for individual and longitudinality) และ 4) การประสานงานการดูแลผู้ป่วย (coordination of care)

**ประเด็นที่ 2 การดูแลสุขภาพตามกลุ่มประชากร** การดูแลสุขภาพตามกลุ่มประชากร หมายถึง การดูแลสุขภาพของประชากรในลักษณะของประชากรรวมเป็นกลุ่ม (population based) มิใช่เป็นรายคน ซึ่งให้ความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัจจัยร่วมของกลุ่มประชากรนั้น (common risk) ด้วยกระบวนการส่งเสริมป้องกัน ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และจัดการด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กร ท้องถิ่น ซึ่งมีทั้งกิจกรรมบริการที่เกิดขึ้นใน และนอกสถานบริการ ประกอบด้วยกระบวนการ ที่เริ่มตั้งแต่การสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมาย ทำความรู้จักสภาพชีวิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ประเมินสภาพปัญหาด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งที่เป็นการสำรวจข้อมูลครอบครัว และชุมชน การทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย การร่วมระดมความคิดเห็นกับผู้เกี่ยวข้องการค้นหา กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มอายุต่างๆ รวมถึงการร่วมคิด ร่วมดำเนินงานกับชุมชน ผู้เกี่ยวข้องเพื่อเฝ้าระวังสภาพปัญหา หรือเพื่อดำเนินการแก้ไข ป้องกัน มีการติดตามประเมินผลร่วมกัน ตลอดจนการทำกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ สร้างความเข้มแข็งให้แก่ ชุมชน กลุ่มเป้าหมาย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เป้าหมายที่พึงประสงค์ เพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพ ป้องกันโรค แก่กลุ่มประชากร เป็นการล่วงหน้า ประกอบด้วย 2 กลุ่ม 1) ประชากรตามพัฒนาการของอายุ และ 2) ประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสุขภาพในพื้นที่นั้นๆ

### 1. การดูแลกลุ่มประชากรตามพัฒนาการของอายุ

การดูแลกลุ่มประชากรตามพัฒนาการอายุ หมายถึง การดูแลโดยมีชุมชนเป็นเป้าหมาย ซึ่งมีความจำเป็นในการที่จะต้องมีการประเมินสภาวะสุขภาพของกลุ่มประชากรในชุมชนเป้าหมาย ทั้งนี้หมายถึงรวมถึงประชากรที่แสวง หาบริการและกลุ่มประชากรที่จะได้รับผลประโยชน์จากการดูแลของชุมชนนั้นๆ โดยไม่ได้แสวงหาบริการก็ตาม ในการจำแนกกลุ่มประชากรสามารถ จำแนกได้หลายแบบด้วยกัน แต่ในเงื่อนไขของการดูแลสุขภาพประชาชน ภาฟใต้การสาธารณสุข ในปัจจุบันทำการจำแนก กลุ่มประชากรออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุ 0-5 ปี, 6-12 ปี, 13-18 ปี, 19-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป

เป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุ เพื่อให้กลุ่มประชากรสำคัญได้รับการบริการส่งเสริม ป้องกันโรคอย่างรอบครอบคลุม มีระบบการดูแลติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เกิดการจัดโครงการ เพื่อการดูแลกลุ่มประชากร

แนวคิด ประกอบด้วย 1) การดูแลกลุ่มประชากร ตาม เงื่อนไขพื้นฐานทางกายภาพ และบริบทสิ่งแวดล้อม 2) การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกลุ่มประชากร 3)การ ดำเนินการดูแลอย่างครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน ด้านวิชาการถูกต้อง

กระบวนการสำคัญ ประกอบด้วย 1) การประเมินวิเคราะห์และวินิจฉัยสุขภาพในแต่ละ กลุ่มอายุ 2) การจัดทำระบบข้อมูลสุขภาพของกลุ่มประชากรทุกกลุ่มอายุ 3) การติดตาม ประเมินผลการดูแลกลุ่มประชากร 4) การแสวงหาองค์ความรู้ ในการดูแลกลุ่มประชากรที่ทันสมัย และสอดคล้องกับสภาพปัญหา และบริบท 5) การประยุกต์ใช้องค์ความรู้เพื่อออกแบบการดูแลกลุ่ม ประชากรสำคัญ 6) มีการจัดการข้อมูลและความรู้สำคัญเพื่อปรับปรุงการดูแลกลุ่มประชากรสำคัญ อย่างสม่ำเสมอ และ 7) มีแนวทางการสนับสนุนให้กลุ่มประชากร ชุมชนจัดการสุขภาพด้วยตนเอง และแนวทางการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคแก่กลุ่มประชากรเป้าหมาย

ผลลัพธ์ ได้แก่ 1) ความครอบคลุมในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริม และป้องกัน ในกลุ่มประชากรสำคัญ 2) เจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพกลุ่ม ประชากรสำคัญอย่างถูกต้อง 3) มีระบบข้อมูลซึ่งประกอบด้วยตัวแปรพื้นฐานกลุ่มประชากรที่ สำคัญ 4) มีการติดตามประเมินผลการดูแลกลุ่มประชากรอย่างเป็นระบบ และ 5) สภาวะสุขภาพ ของกลุ่มประชากร

ประเด็นคุณภาพ ได้แก่ 1) ความครอบคลุมของกลุ่มประชากรสำคัญ 2) การบวนการดูแลกลุ่มประชากรสำคัญตามมาตรฐานวิชาการ และ 3) การออกแบบโครงการการดูแลกลุ่ม ประชากรอย่างเหมาะสมกับขนาดปัญหาและบริบท

## 2. การดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยง

การดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง การดูแลโดยมีชุมชนเป็นเป้าหมาย ซึ่งมีความจำเป็นในการที่จะต้องมีการประเมินสภาวะสุขภาพของกลุ่มประชากรในชุมชนเป้าหมาย ทั้งนี้ หมายรวมถึงประชากรที่แสวงหาบริการและกลุ่มประชากรที่จะได้รับผลประโยชน์จากการดูแล ชุมชนนั้นๆ โดยไม่ได้แสวงหาบริการก็ตามประชากรเสี่ยง คือ กลุ่มประชากรที่อยู่ในพื้นที่เป้าหมาย และมีเงื่อนไขปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสำคัญที่เป็นปัญหาของพื้นที่ การ ประเมินการเกิดโรคในกลุ่มประชากรขึ้นอยู่กับความ ถูกต้องของการวินิจฉัยผู้ป่วยแต่ละคน และ ต้องมีความสมบูรณ์เพียงพอที่ทำให้ชุมชนสามารถรับรู้ได้เพราะข้อมูลเหล่านี้นำไปสู่การจัดการ และจัดทำโครงการ แผนงานต่างๆ ได้

เป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถประเมินภาวะเสี่ยงและระบุประชากรเสี่ยงต่อโรคสำคัญในกลุ่มประชากรรับผิดชอบได้ เพื่อจะสามารถวางแผน โครงการดูแลประชากร ตามภาวะเสี่ยงที่ได้ทำการประเมิน

แนวคิด ได้แก่ 1) ความเข้าใจภาวะเสี่ยงตามบริบทและสิ่งแวดล้อม 2) การประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการดูแลประชากรเสี่ยงตามสภาพที่เป็นจริงของพื้นที่

กระบวนการสำคัญ ประกอบด้วย 1) มีการประเมินสภาวะสุขภาพของประชากรเป้าหมาย 2) มีการระบุภาวะเสี่ยงและกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง 3) มีการจัดทำฐานข้อมูลของกลุ่มประชากรเสี่ยง 4) มีการวางแผน และออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย 5) มีระบบการติดตามและประเมินผลสภาวะสุขภาพของประชากรเสี่ยง 6) มีระบบการประสานข้อมูล และการส่งต่อภายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิแก่ผู้เกี่ยวข้องตั้งแต่บุคลากรสาธารณสุขภายในเครือข่าย และการคืนข้อมูลด้านสุขภาพแก่องค์กรปกครองท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้เกิดการวางแผน และบริหารจัดการดูแลสุขภาพร่วมกัน

ผลลัพธ์ ได้แก่ 1) ความครอบคลุมในการคัดแยกกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ 2) ความถูกต้องในการวินิจฉัยทั้งกระบวนการขั้นตอน 3) มีระบบข้อมูลกลุ่มประชากรเสี่ยงที่ครบถ้วนและถูกต้อง 4) มีการจัดระบบการดูแลกลุ่มประชากรเสี่ยงสำคัญที่ครบถ้วน และเชื่อมโยง 5) เจ้าหน้าที่มีองค์ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลกลุ่มประชากรเสี่ยงตามโรคที่สำคัญ และ 6) ประชากรกลุ่มเสี่ยงสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ตามสภาพของตน สภาวะสุขภาพ บริบทและสิ่งแวดล้อม

ประเด็นคุณภาพ ประกอบด้วย 1) ความครอบคลุมของประชากรกลุ่มเสี่ยง 2) กระบวนการดูแลกลุ่มประชากรสำคัญตามมาตรฐาน วิชาการ และ 3) การออกแบบโครงการการดูแลกลุ่มประชากรอย่างเหมาะสมกับขนาดปัญหา และบริบทพื้นที่

### ความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการปฐมภูมิ

ความพึงพอใจ (satisfaction indicators) เป็นตัวชี้วัดกลางที่นิยมใช้วัดผลการดำเนินงานในด้านความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย ระดับความพึงพอใจ และอัตราความพึงพอใจ (จอนยะจง เฟ็งจาด และคณะ, 2547: 18) สรุปความหมายของความพึงพอใจคือ สภาพความรู้สึกของบุคคลที่แสดงออกเป็นความชอบพอใจ เมื่อบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการทางทั้งร่างกาย และจิตใจ ช่วยลดความตึงเครียดของบุคคลนั้นให้ลดน้อยลงได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความพึงพอใจ หมายถึง การรับรู้ด้วยจิตใจว่าบุคคลมีความรู้สึกที่ดีหรือมีความสุข เพราะความต้องการได้รับการตอบสนอง โดย

อาศัยการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความต้องการและการตอบสนอง ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การศึกษาของสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2542: 18) แสดงถึงความคาดหวังของประชาชนต่อบริการปฐมภูมิมุมมองของผู้ใช้บริการ สามารถอธิบายได้ดังนี้ 1) ตอบสนองต่อการแก้ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย 2) ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านอับติเหตุอย่างเหมาะสม 3) ให้คำปรึกษาเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยรู้ว่าจะส่งต่อเมื่อไหร่สามารถโทรศัพท์สอบถามอาการขึ้นต้นก่อนส่งพบแพทย์ 4) ให้คำปรึกษาทำความเข้าใจกับภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น และแผนการรักษาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ และ 5) ตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับสารสนเทศ เทคโนโลยีทางสุขภาพใหม่ๆ การโฆษณาให้ประชาชนทั่วไปในชุมชนต่อลักษณะบริการสุขภาพ (จอน พะจงเพ็งจาก และคณะ, 2547: 22) ดังนี้ 1) บริการเร็ว สะดวก 2) บริการดี พุดจาไพเราะ ด้อยรับดี 3) เอาใจใส่ กระจือหรืออื่น 4) ราคาถูก เป็นธรรมชาติ รักษาดี รักษาหาย และ 5) ต้องการทราบว่าคนเป็นโรคอะไร ดูแลสุขภาพอย่างไร

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงความพึงพอใจต่อการใช้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ตามประเด็นของผู้รับบริการที่ต้องการจากความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ คุณภาพในการใช้บริการ การมีประสิทธิภาพของระบบบริการ การตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของประชาชน และการมีส่วนร่วมของประชาชนเน้นการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน

จากการทบทวนงานต่างๆ ผู้วิจัยสรุปว่าประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย หมายถึง ระดับความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชนในการให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชนที่รับผิดชอบให้มีสุขภาพที่ดี ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งวัดโดยตัวชี้วัดต่างๆในประเด็น การเข้าถึงบริการ ระบบดูแลสุขภาพที่ผสมผสานเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง เสริมการพึ่งตนเอง ความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้บริการ ได้แก่ จำนวนผู้รับบริการต่อวัน อัตราสิทธิว่างของประชากรที่รับผิดชอบ ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยง อัตราความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน อัตราความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อัตราการความครอบคลุมการดูแลผู้พิการในเขตพื้นที่ อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความครอบคลุมการมีและใช้แฟ้มครอบครัว ความครอบคลุมการมีและใช้แฟ้มชุมชน อัตราการเยี่ยมบ้านต่อสัปดาห์ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่อแสนประชากร และอัตราความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน



#### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลขององค์การ

Steers (1977: 5) เสนอแบบจำลองกระบวนการ (process model) เพื่อประเมินหาความมีประสิทธิภาพขององค์การ ซึ่งเป็นแนวทางกว้างเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์องค์การได้หลายประเภท และเป็นตัวแบบที่มีข้อจำกัดน้อยที่สุดเท่าที่ปรากฏใช้กันอยู่ ตัวแบบนี้เป็นตัวแบบที่ครอบคลุมหลายด้าน (multidimensional approach) โดยเน้นกระบวนการสำคัญที่สัมพันธ์กับประสิทธิผลขององค์การ ธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงขององค์การและของสภาพแวดล้อม รวมทั้งบทบาทสำคัญของการบริหารที่จะต้องการสร้างความเข้าใจ และตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ขององค์การต่อการยกระดับความสำเร็จขององค์การ แบบจำลองกระบวนการครอบคลุมมิติสำคัญ 3 มิติคือ 1) การบรรลุถึงเป้าหมายให้ได้สูงสุด (goal optimization) ที่เป็นไปได้ 2) การพิจารณาองค์การเชิงระบบเน้นความสำคัญของปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์การกับสิ่งแวดล้อม และ 3) เป็นพฤติกรรมของบุคคลในบริบทขององค์การนั้น เน้นบทบาทของพฤติกรรมของบุคคลในองค์การที่มีต่อความสำเร็จขององค์การในระยะยาว

Steers (1977: 8) ได้เสนอตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลขององค์การสามารถจำแนกออกตามลักษณะได้ 4 ประเภท คือ 1) ลักษณะขององค์การ 2) ลักษณะของสภาพแวดล้อม 3) ลักษณะของบุคคลในองค์การ และ 4) นโยบายการบริหาร และการปฏิบัติ มีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะขององค์การ (organizational characteristics) ประกอบด้วย โครงสร้าง (structure) และเทคโนโลยี (technology) โดยโครงสร้างแสดงความสัมพันธ์ของขนาดขององค์การ ขนาดของหน่วยงาน และทรัพยากรด้านมนุษย์ที่กำหนดไว้มีสายงานการบังคับบัญชาตามบทบาทหน้าที่ โครงสร้างองค์การ ประกอบด้วย การกระจายอำนาจ (decentralization) ความชำนาญเฉพาะทาง (specialization) ความเป็นทางการ (formalization) ช่วงการบังคับบัญชา (span of control) ขนาดขององค์การ (organization size) และขนาดของหน่วยงาน (work - unit size) นอกจากนี้เทคโนโลยีเป็นองค์ประกอบขององค์การ ประกอบด้วย การปฏิบัติการ (operation) วัสดุ อุปกรณ์ (materials) และความรู้ (knowledge)

2. ลักษณะของบุคคลในองค์การ (employee characteristics) ประกอบด้วยความสัมพันธ์กับองค์การ (attachment) และผลการปฏิบัติงาน (job performance) ซึ่งความผูกพันกับองค์การ เป็นการสามารถดึงดูดคนใหม่ให้เข้ามาร่วมงาน การรักษาคณไว้ โดยเกิดความผูกพัน ส่วนผลการปฏิบัติงานเป็นแรงจูงใจ เป้าหมาย และความต้องการ พบว่าพฤติกรรมของบุคคลในองค์การมีผลกระทบหรืออิทธิพลต่อการปฏิบัติงานนำไปสู่ความสำเร็จหรือความล้มเหลวขององค์การ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่เข้ามาร่วมปฏิบัติงานในองค์การแต่ละคนต่างมีความคาดหวังต่อการที่จะได้รับ

ตอบสนองในการทำงานเพื่อองค์กรนั้นๆ และบุคคลมีความสามารถที่ทำให้องค์กรอยู่รอด การเจริญเติบโตเพื่อการได้มีงานทำ องค์กรคาดหวังผลงานจากตัวบุคคลก่อให้เกิดความผูกพันกันขึ้น การตระหนัก และการยอมรับธรรมชาติของความแตกต่างของระหว่างบุคคลในองค์กรเป็นสิ่งจำเป็นในการบริหารองค์กรที่ผู้บริหารต้องมีความสามารถในการเลือกใช้รูปแบบ และวิธีที่เหมาะสมในการจัดกลุ่มคน และเลือกวิธีการนำคนเหล่านั้นปฏิบัติงาน การบูรณาการเป้าหมายส่วนบุคคลให้เข้ากับเป้าหมายขององค์กรโดยการทำให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายของตนได้โดยการปฏิบัติงานที่มุ่งการบรรลุเป้าหมายขององค์กรส่งผลให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในงานเกิดความผูกพันกับองค์กร ผู้บริหารต้องมีการจัดระบบรางวัลตอบแทนให้เหมาะสมกับผลงาน ตลอดจนสร้างบรรยากาศในการทำงานที่เอื้ออำนวย

3. ลักษณะของนโยบายการบริหาร และการปฏิบัติ (managerial policies and practices) ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายทางกลยุทธ์ การจัดหา และใช้ทรัพยากร การสร้างสภาพแวดล้อมสำหรับการปฏิบัติงาน กระบวนการติดต่อสื่อสาร ผู้นำ และการตัดสินใจ การปรับตัวขององค์กร การคิดค้นสิ่งใหม่ๆ

4. ลักษณะของสภาพแวดล้อม (environmental characteristics) ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมภายใน และสภาพแวดล้อมภายนอก โดยสภาพแวดล้อมภายใน ประกอบด้วย การให้ความสำคัญสำเร็จ การให้ความสนใจต่อพนักงาน การมุ่งใช้รางวัล และการลงโทษ ความมั่นคงกับความเสถียร การเปิดกว้างกับการปกปิดหรือปกป้องซึ่งเป็นเรื่องของบรรยากาศ และวัฒนธรรมองค์กร ส่วนสภาพแวดล้อมภายนอกมีความสลับซับซ้อน ความมั่นคง และความไม่แน่นอนของสถานการณ์ด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้ดังนี้

### 1. ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร

Robbins (1990: 5) กล่าวถึงโครงสร้างองค์กรเป็นการกำหนดแบ่งงาน มีการรายงานต่อกันเป็นไปตามกลไกการประสานงานอย่างเป็นทางการ และรูปแบบของความสัมพันธ์ที่มีการติดตามผล ส่วน Vecchio (1991: 610-611) กล่าวถึงโครงสร้างองค์กร หมายถึง ลักษณะการจัดแบ่งส่วนต่างๆ ภายในองค์กรที่คำนึงถึงความชำนาญเฉพาะสาขา ช่วงการบังคับบัญชา การกระจายอำนาจ ระดับความซับซ้อน ขนาดขององค์กร เทคโนโลยี และองค์ประกอบภายนอก ได้แก่ ลูกค้าน การแข่งขัน แหล่งตัวป้อน การดำเนินงานของรัฐบาล เป็นต้น

จากความหมายโครงสร้างองค์การ พบว่าโครงการองค์การเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญที่มีความสำคัญยิ่งต่อการดำเนินงานขององค์การเปรียบเสมือนโครงกระดูกของร่างกายที่ทำให้การดำเนินงานในส่วนต่างๆขององค์การเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันทั้งระบบ ในรูปแบบการประสานงานระหว่างสมาชิกที่อยู่ในตำแหน่งหรือส่วนต่างๆ ขององค์การสามารถร่วมกันดำเนินการตามภารกิจขององค์การเป็นไปด้วยดีและมีประสิทธิภาพ โครงสร้างองค์การจึงมองเห็นได้โดยปรากฏออกมาในรูป แผนภูมิองค์การ (organization chart) ประกอบด้วย ลำดับชั้นการบังคับบัญชา (hierarchy) การแบ่งงาน (division of control) การจัดแผนกงาน (departmentalization) ช่วงการควบคุมการบังคับบัญชา (span of control) สายการบังคับบัญชา (chain of command) หลักเอกภาพในการบังคับบัญชา (unity of command) อำนาจหน้าที่ (authority) ความรับผิดชอบ (responsibility)

ผู้วิจัยสามารถแบ่งปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การศูนย์สุขภาพชุมชน โดยประกอบด้วย ทำเลที่ตั้ง ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวนบุคลากร การกระจายอำนาจ การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน มีรายละเอียดดังนี้

### 1.1 ทำเลที่ตั้ง

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546: 528) ให้ความหมายทำเลที่ตั้ง หมายถึงถิ่น ตำบล ลักษณะภูมิประเทศ การศึกษาเรื่องทำเลที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนอาศัยตามการกำหนดของชมรมสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2550: 3-4) ได้กำหนดทำเลที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนคือ สภาพภูมิประเทศที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน ความยากลำบาก ทุรกันดาร และเสี่ยงภัยของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ระดับ 1 เป็นพื้นที่ปกคมีปัญหาดต่อการปฏิบัติงานน้อย ระดับ 2 เป็นพื้นที่ปานกลาง มีปัญหาดต่อการปฏิบัติงานพอใช้ และระดับ 3 เป็นพื้นที่ที่มีปัญหาดต่อการปฏิบัติงานมาก

### 1.2 ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน

การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนจาก สถานีอนามัย โรงพยาบาล และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนตามการปฏิรูประบบการจ่ายเงินของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพ โดยกำหนดให้เรียกหน่วยบริการปฐมภูมิว่าศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งประกอบด้วยมาตรฐาน 3 หมวดหลัก ได้แก่ มาตรฐานบริการ มาตรฐานบริหาร และมาตรฐานวิชาการ ทั้งนี้ระยะเวลาการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบต่างๆ เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

### 1.3 จำนวนบุคลากร

จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ช่างเทคนิค ทันตแพทย์ ทันตภิบาล เกษษกร เจ้าพนักงานเกษตรกรรม และลูกจ้างอื่นๆ โดยรวมเป็นทีมงาน ให้บริการด้านสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน

### 1.4 การกระจายอำนาจ

Dean (1975: 90-91) กล่าวถึงองค์ประกอบของโครงสร้างองค์การ ประกอบด้วย 1) ลักษณะเฉพาะของงาน (job specialization) มี 3 แนวทางคือ การหมุนเวียนเปลี่ยนงานเป็นระบบ (job rotation) การเพิ่มขอบเขตของงาน (job enlargement) เป็นการเพิ่มปริมาณ และความหลากหลายของกิจกรรมแก่พนักงาน และการเพิ่มความลึกของงาน (job enrichment) เป็นการเพิ่มกิจกรรมทางการบริหารแก่พนักงาน ประกอบด้วย การตัดสินใจ การสร้างทีมงาน การใช้งบประมาณ และการรายงานผลให้พนักงานมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างแรงจูงใจ 2) การจัดแบ่งฝ่ายชาย (departmentation) 3) สายงานการบังคับบัญชา และความรับผิดชอบ (chain of command) เกี่ยวข้องกับ โดยสัมพันธ์กับหลักการ unity of command และ scalar principle 4) อำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบ (authority and responsibility) 5) การรวมอำนาจ และการกระจายอำนาจ (centralization / decentralization) 6) สายงานรับผิดชอบ (line of staff authority) และ 7) ช่วงของการบริหาร (span of management)

Robbins (1990: 487-489) กล่าวถึงการจัดโครงสร้างขององค์การที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดประสานกิจกรรมต่างๆ ควบคุมการปฏิบัติงานของสมาชิกในองค์การประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ความซับซ้อน (complexity) เป็นระดับของกิจกรรมภายในองค์การที่ถูกแบ่งแยกหรือมีความแตกต่างกัน มี 3 รูปแบบแตกต่างกัน คือ แบ่งตามแนวนอน (horizontal) แบ่งตามแนวตั้ง (vertical) และแบ่งตามพื้นที่ (spatial) ซึ่งความแตกต่างตามแนวนอนเป็นระดับความแตกต่างระหว่างหน่วยงานย่อย แบ่งตามพื้นฐานของสมาชิก ตามลักษณะงาน และระดับการศึกษา การฝึกอบรมความแตกต่างตามแนวตั้งเป็นจำนวนของระดับชั้นในองค์การ ส่วนความแตกต่างตามพื้นที่เป็นระดับที่ขึ้นอยู่กับสถานที่ตั้งของสำนักงานขององค์การหน่วยผลิตและบุคคลที่จะกระจายไปตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ 2) ความเป็นทางการ (formalization) หมายถึงระดับของงานภายในองค์การที่ถูกกำหนดให้เป็นมาตรฐานมีคำบรรยายลักษณะงานที่ชัดเจน มีกฎ ข้อบังคับขององค์การอย่างมากมาย และขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน หากองค์การมีความเป็นทางการต่ำ กิจกรรมของงานไม่ติดขัดอยู่กับโปรแกรม บุคลากรมีอิสระที่จะพินิจพิจารณาภาระงานของตนเองสูง และ 3) การรวมอำนาจ (centralization) หมายถึง ระดับของการตัดสินใจรวมศูนย์อยู่ที่ผู้บริหารเพียงคนเดียว

ซึ่งรวมถึงการมีอำนาจอย่างเป็นทางการและถูกต้องตามตำแหน่งหน้าที่โดยชอบธรรม ผู้บริหารระดับสูงจะเป็นผู้ตัดสินใจในองค์การโดยอาศัยข้อมูลปัจจัยนำเข้าจากบุคลากรระดับล่างเพียงเล็กน้อยหรือแทบจะไม่ใช้ข้อมูลดังกล่าวเลย ในทางกลับกันถ้าบุคลากรระดับล่างสามารถให้ข้อมูลหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ องค์การจะมีการกระจายอำนาจระดับสูง

Steers (1977: 61) พบว่าองค์การที่มีโครงสร้างสลับซับซ้อนมากขึ้นทำให้มีการรวมอำนาจมากมีการใช้แบบแผนเป็นทางการหรือใช้กฎเกณฑ์มากขึ้น บุคคลในองค์การมักจะรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในองค์การว่ามีลักษณะเข้มงวดกวดขัน ส่วนองค์การใด ฝ่ายบริหารยอมให้บุคคลเป็นอิสระ และใช้ดุลยพินิจของตนเองในการตัดสินใจ วินิจฉัยสั่งการได้ และฝ่ายบริหารสนใจต่อพนักงานมากขึ้นเท่าไร บรรยากาศในการทำงานก็ยิ่งเป็นไปในทางที่ดีขึ้นเท่านั้น แสดงออกด้วยบรรยากาศของการเปิดเผยไว้เนื้อเชื่อใจกัน และมีความรับผิดชอบต่อกัน

Minzberg (1983: 9-18) ได้ระบุถึงองค์ประกอบของโครงสร้างองค์การ ดังนี้ 1) ส่วนที่เป็นแกนหลักในการปฏิบัติงานขององค์การ (operating core) มีหน้าที่หาทรัพยากรที่นำมาใช้ในการผลิตสินค้าหรือบริการ การแปรรูปทรัพยากรให้ออกมาในสินค้าหรือบริการ การจำหน่ายสินค้าและบริการ และช่วยทำหน้าที่สนับสนุนในหน้าที่ด้านการหาทรัพยากร และแปรรูปทรัพยากร 2) ส่วนที่เป็นโครงสร้างระดับสูงขององค์การ (strategic apex) เนื่องจากองค์การมีความซับซ้อนมีการจัดแบ่งงานเป็นฝ่าย แผนกต่างๆ ต้องมีการบังคับบัญชาโดยมีตำแหน่งผู้บังคับบัญชาระดับสูงทำหน้าที่บังคับบัญชาใช้อำนาจในการควบคุมการดำเนินงานขององค์การไปในทิศทางที่ตอบสนองต่อเป้าหมายและมีประสิทธิผลมากที่สุด มีหน้าที่คือ การบังคับบัญชาโดยตรง การจัดการเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม และการพัฒนากลยุทธ์ขององค์การ 3) ส่วนที่เป็นระดับกลาง (middle line) เป็นส่วนที่เชื่อมต่อกับส่วนที่เป็นแกนหลักโครงสร้างระดับสูง เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสายการบังคับบัญชา ขอบเขตการบังคับบัญชาส่วนนี้จะเป็นผู้บริหาร หรือผู้ตรวจการ ผู้นิเทศงานที่มีทั้งผู้ได้บังคับบัญชากับผู้บังคับบัญชาทำหน้าที่ในการตัดสินใจในกลยุทธ์การทำงานที่รับผิดชอบ รวมถึงการประสานงานทั้งแนวนอน และแนวตั้งระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับผู้ปฏิบัติงาน 4) ส่วนที่ทำหน้าที่ด้านเทคนิค (technical) กลุ่มนักวิเคราะห์วางแผนงานพัฒนาฝึกอบรม เพื่อเพิ่มความรู้ เป็นผู้เสนอวิธีการทำให้องค์การพัฒนามีประสิทธิภาพ ปรับองค์การให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม กำหนดมาตรฐานงาน และกำกับงาน จำแนกนักวิเคราะห์เป็น กลุ่มที่วิเคราะห์งาน (work study analyst) ทำหน้าที่วางระบบเทคนิค กลุ่มที่มีหน้าที่ด้านการวางแผนและการควบคุม (planning and controlling) ทำหน้าที่เกี่ยวกับมาตรฐานเทคนิค และกลุ่มที่ทำหน้าที่ด้านบุคคล (personal analyst) ทำหน้าที่วางระบบในการพัฒนาเกี่ยวกับความรู้ความสามารถและทักษะของผู้ปฏิบัติ และ 5) ส่วนที่ให้การสนับสนุนทั่วไป (supportive) ทำหน้าที่เสริมกิจการขององค์การ

ผู้วิจัยให้ความหมายของการกระจายอำนาจ หมายถึง การกำหนดอำนาจการควบคุมการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยลดขั้นตอนการสั่งการ เพิ่มอำนาจในการตัดสินใจให้รวดเร็ว เพื่อสามารถอธิบายการกระจายอำนาจในศูนย์สุขภาพชุมชนได้

### 1.5 การแบ่งงาน และหน้าที่รับผิดชอบ

Luthans (2002: 115-122) เสนอรูปแบบโครงสร้างองค์การสมัยใหม่ที่มีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง สร้างสรรค์นวัตกรรมสามารถรองรับสภาพแวดล้อมที่มีความไม่แน่นอน และเป็นสิ่งที่ท้าทายขององค์การสมัยใหม่ โครงสร้างองค์การที่เป็นทางเลือกของระบบราชการมี 2 รูปแบบคือโครงสร้างแบบโครงการ (project design) และโครงสร้างแบบเมทริกซ์ (matrix design) ต่อมาได้มีองค์การแบบเครือข่าย (network design) องค์การแบบแนวราบ (horizontal organization) และองค์การเสมือนจริง (virtue organization) โดยเฉพาะโครงสร้างแบบเมทริกซ์นั้นนิยมใช้ในโครงการภาครัฐในปัจจุบันเพื่อรวมบุคลากรจากฝ่ายต่างๆ ผนึกกำลังร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ ขององค์การระดมความสามารถที่หลากหลายเป็นการผนึกกำลัง (synergy) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานส่งผลต่อความมีประสิทธิภาพขององค์การ

Hodge and Anthony (1990: 374) โครงสร้างขององค์การเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์การ โดยโครงสร้างองค์การเป็นเรื่องเกี่ยวกับการกำหนดภารกิจหรืองานที่รับผิดชอบ การจัดองค์การ การจัดระบบการทำงานหรือจัดรูปงานและจัดกำลังคนให้เหมาะสมสอดคล้องกับการปฏิบัติการกิจขององค์การเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่เป้าหมายขององค์การมีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ส่งเสริมประสิทธิภาพขององค์การ 2) กำหนดทิศทางการทำงาน 3) สร้างความรู้สึกรักภักดีต่อกลุ่ม 4) ทำให้มีระบบการประสานงาน 5) ทำให้เกิดเครือข่ายสารสนเทศ และ 6) ให้เกิดเสถียรภาพในองค์การ ปัจจุบันโครงสร้างองค์การที่สามารถรองรับกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมนั้นจะต้องมีความยืดหยุ่น มีช่วงการบังคับบัญชาที่สั้น หรือมีโครงสร้างในลักษณะแบนราบ มีลักษณะของการประสานความร่วมมือระหว่างหลายฝ่ายงาน (cross function) ที่มีการผนึกกำลัง (synergy) บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะ ความชำนาญในหน้าที่ ให้เกิดกระบวนการดำเนินงานในเชิงบูรณาการนำมาซึ่งความรวดเร็ว ความมีประสิทธิภาพและคุณภาพของงานที่มุ่งไปสู่ความมีประสิทธิภาพขององค์การต่อไป

ผู้วิจัยกำหนดให้การแบ่งงาน และหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นการมอบหมายบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ เป็นลายลักษณ์อักษร อย่างชัดเจน โดยแต่ละงานมีการจัดแบ่งตาม ความรู้ ทักษะความชำนาญ รวมถึงการจัดแบ่งเวลาในการให้บริการของงานต่างๆ อย่างเหมาะสม

## 1.6 ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ

ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการให้บริการของบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชน การบริการร่วมกับอาสาสมัครต่างๆ การบริการร่วมกับนักศึกษาฝึกงาน การบริการร่วมกับบุคลากรเครือข่ายหน่วยบริการประจำ เพราะศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีการให้บริการโดยอาสาสมัคร หรือเป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษาด้านสาธารณสุข มีการจัดทำแฟ้มครอบครัว ตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรัง การจัดทำแฟ้มชุมชนเพื่อการเรียนรู้ระหว่างนักศึกษา และอาจารย์พี่เลี้ยงที่เป็นบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนางานอย่างต่อเนื่องในการทำงานกับชุมชน

## 1.7 การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน

Steers (1977: 70) ได้ให้คำจำกัดความของเทคโนโลยีคือ การที่องค์การแปลงสภาพวัตถุดิบหรือตัวป้อนที่มีจำกัดให้เปลี่ยนเป็นผลผลิตที่มีประสิทธิภาพตามเป้าหมาย โดยอาศัยพลังงานทางเครื่องจักร และทางสมอง สอดคล้องกับ Perrow, Denise and Rosseau cited in Daft (1998: 119) ที่กล่าวว่าเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือ เทคนิค กิจกรรมที่องค์การใช้ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้าเป็นผลผลิต

Rothwell and Kazanas (1998: 8) กล่าวว่าเทคโนโลยีเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นโดยคนเป็นผู้กระทำนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวัตถุ บุคคล หรือสถานการณ์ภายใต้เงื่อนไขจะทำงานนี้ให้สำเร็จด้วยวิธีการอย่างไร

Robbins (1993: 492) แทนคำถามที่ว่าองค์การทำการแปรสภาพของปัจจัยนำเข้าให้เป็นผลผลิตได้อย่างไร ทุกๆ องค์การมีเทคโนโลยีอย่างน้อยหนึ่งประเภท เพื่อใช้สำหรับการแปลงงบประมาณ คน และทรัพยากรต่างๆ ให้เป็นผลผลิตหรือบริการต่างๆ

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2550: 7) กล่าวถึง การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานว่าองค์การดำเนินการอย่างไรในการเลือก รวบรวม วิเคราะห์ จัดการและปรับปรุงข้อมูลสารสนเทศ และสินทรัพย์ทางความรู้ และพิจารณาผลการดำเนินการขององค์กร มีรายละเอียดดังนี้ 1) การวัด วิเคราะห์ และพิจารณาผลการดำเนินการขององค์กรเป็นการอธิบายว่าข้อมูลและสารสนเทศของผลการดำเนินการในทุกระดับ และทุกส่วนขององค์กรนั้น องค์กรมีวิธีการอย่างไรในการวัด วิเคราะห์ ปรับให้สอดคล้อง และมุ่งไปในแนวทางเดียวกัน และปรับปรุงให้ดีขึ้น และ 2) การจัดการสารสนเทศ และความรู้เป็นการอธิบายว่าองค์กรดำเนินการอย่างไรเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ ที่เป็นที่ต้องการของพนักงาน ผู้ส่งมอบ และกลุ่มเป้าหมาย รับผลงาน รวมทั้งประชาชน ชุมชนนั้น มีคุณภาพ มีความพร้อมที่จะใช้งาน เป็นการอธิบายว่าองค์กร



ดำเนินการอย่างไรในการสร้างสินทรัพย์ทางความรู้ จากชุมชน และผู้รับบริการมีส่วนร่วม และจัดการสินทรัพย์ความรู้ดังกล่าว โดยชุมชนมีส่วนร่วม

เทคโนโลยีนับว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินงานขององค์การให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแต่ละประเภทขององค์การ เทคโนโลยีประกอบด้วย เครื่องมือ วิธี เทคนิค ตลอดจนความรู้ และทักษะของพนักงานที่ใช้ในกระบวนการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยนำเข้าเป็นผลผลิตขององค์การแต่ละประเภทจะมีการใช้เทคโนโลยีที่แตกต่างกันไปตามลักษณะงานขององค์การและ เทคโนโลยีมีผลต่อการบริหารงาน ระดับสายการบังคับบัญชา การประสานงาน การกระจายอำนาจ และการตัดสินใจ บรรยากาศขององค์การและการติดต่อสื่อสาร

ผู้วิจัยกำหนดให้ความหมายของการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน หมายถึง สภาพการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหาร การบริการ และทางวิชาการของศูนย์สุขภาพชุมชน อย่างเหมาะสม ครอบคลุมประเภทต่างๆ ของเทคโนโลยีทั้งฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์ มีความทันสมัย อย่างเพียงพอ

## 2. ปัจจัยด้านบุคลากร

ปัจจัยด้านบุคลากรประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล การได้รับการศึกษาสูงงาน เรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรที่มสุขภาพ เจตคติในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์การ ความพึงพอใจในงาน การทำงานเป็นทีม การจงใจ และภาวะผู้นำ มีรายละเอียดดังนี้

### 2.1 ลักษณะส่วนบุคคล

เป็นลักษณะทางประชากรศาสตร์ ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตามแนวคิดลักษณะส่วนบุคคลของ Steers (1977: 46-56) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และรายได้

อายุเป็นสิ่งที่แสดงออกถึงวุฒิภาวะของบุคคล บุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะมีความคิอ มีความรอบคอบในการตัดสินใจมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย บุคคลที่มีอายุมากทำงานอยู่กับองค์การมาระยะหนึ่งแล้วจะเกิดความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมขององค์การ การที่จะเปลี่ยนงานเขาก็ไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีความสามารถเหมาะสมกับงานใหม่ องค์การส่วนใหญ่จึงจำกัดในเรื่องอายุ การรับบุคลากรใหม่โดยเริ่มจากอายุน้อย และไม่รับผู้ที่มีอายุมาก ดังนั้นบุคลากรที่มีอายุมากจึงเลือกที่จะอยู่กับองค์การเดิมตลอดไป ส่วนระดับการศึกษา บุคคลที่มีโอกาสศึกษาในระดับสูงมีประสบการณ์ชีวิตจะมีข้อมูลต่างๆ ในการประกอบการตัดสินใจ และมีวุฒิการศึกษาเป็นข้อต่อรองมากกว่า ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงจึงมีโอกาสเลือกที่ทำงานและมีโอกาสย้ายงานจากองค์การหนึ่งไปยังอีกองค์การ

หนึ่ง และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในองค์กร ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานของสมาชิกในองค์กรนั้น เป็นระยะเวลาที่สมาชิกเสียสละกำลังกาย กำลังสติปัญญา สะสมประสบการณ์ สะสมทักษะความชำนาญในงานตามระยะเวลาที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเมื่อสมาชิกในองค์กรปฏิบัติงานนานเท่าใดก็จะมี ความเชื่อมั่นผูกพันต่อองค์กรมากขึ้นเท่านั้น

## 2.2 การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ

การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ หมายถึง การที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นผลทำให้บุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เปิดโลกทัศน์ในการทำงาน สร้างทัศนคติที่ดีต่อการทำงานชุมชน

## 2.3 การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ

การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ หมายถึง การที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้เข้ารับการอบรม เรียนรู้ เรื่องบริการปฐมภูมิ แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งในส่วนที่เป็นหลักสูตรหลังปริญญาบัตร หลักสูตรอบรมระยะสั้น 4 เดือน หรือ หลักสูตรอบรม 1-5 วัน การเข้าร่วมงานประกวดนวัตกรรมแสดงนิทรรศการ เพราะการที่บุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนมีโอกาสได้รับการศึกษาเพิ่มพูนความรู้เรื่องแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวทำให้บุคลากรมีทักษะที่ดี สามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 2.4 ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ

ความรู้ (knowledge) และทักษะ (skill) เป็น 2 คำที่มักกล่าวคู่กันเสมอ เพราะความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ที่ทำหน้าที่หรือปฏิบัติงานด้านต่างๆ การที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจดีก็นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องได้ ความรู้ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546: 232) หมายถึงสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากการประสบการณ์ สิ่งที่ได้มาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิดหรือการปฏิบัติข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษาหรือค้นคว้า เป็นการรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของหรือบุคคลที่ได้จากการสังเกตประสบการณ์หรือจากรายงาน ซึ่งการรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจน และอาศัยเวลา

ผู้วิจัยสรุปว่า ความรู้ หมายถึงความเข้าใจที่ถูกต้องในข้อเท็จจริง กฎหมายเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ที่บุคคลได้รับการศึกษาหรือประสบการณ์ที่ได้สะสมไว้ ความรู้ เป็นสิ่งที่สามารถวัดได้ว่ามีหรือไม่แสดงออกในด้านการรับรู้ การจำ การพัฒนาความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา

องค์ประกอบของผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ผู้ให้บริการประจำ และผู้ให้บริการไม่ประจำ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ มีเจ้าหน้าที่ระดับวิชาชีพ (health professional) ประจำสถานบริการ ตลอดเวลาโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพในจำนวนที่แตกต่างกัน และถ้าเป็นไปได้ก็อยากได้บุคลากรครบทุกสาขา คือ แพทย์ พยาบาล และทันตแพทย์ แต่หากไม่สามารถจัดให้ตามที่พึงประสงค์ ประสานจัดให้มีการสนับสนุนบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และแพทย์แผนไทยมาให้บริการที่สถานบริการเป็นบางวัน หรือร่วมให้บริการ

ดังนั้นเมื่อบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความรู้แล้วต้องมีความสามารถโดยมีคุณสมบัติ ควรมีความรู้ขั้นต่ำปริญญาตรี มีความรู้มาตรฐานของวิชาชีพรับรอง มีความรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะในการวิเคราะห์ รักษาโรคเบื้องต้น จ่ายยา แก้ปัญหาเร่งด่วน คัดกรองโรค สามารถต่อรองสื่อสาร ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง และเครือข่ายรู้ปัญหาโรคท้องถิ่น สามารถจัดการกับปัญหาโรคท้องถิ่น ทันทต่อเหตุการณ์ เข้ากับชุมชนได้ เข้าใจธรรมชาติของคนในชุมชน พูดภาษาท้องถิ่น ทันทต่อเหตุการณ์ เข้ากับชุมชนได้ เข้าใจธรรมชาติของคนในชุมชน พูดภาษาท้องถิ่น รู้จักรบบ ระเบียบ และวิธีการทำงาน มีแนวคิดในการเสนอโครงการตลอดจนสามารถพิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง และผู้รับบริการ

บุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพ มีสมรรถนะตามขอบเขตของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีรายละเอียดดังนี้ 1) ประเมินภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนอย่างเป็นองค์รวม 2) เฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ และประเมินปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน 3) สามารถวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ 4) สามารถให้ภูมิคุ้มกันโรคได้ 5) สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และการรักษาทางเลือกอื่นๆ ที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ใช้บริการ 6) สามารถตัดสินใจวางแผน ให้การรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ใช้บริการทั้งภาวะฉุกเฉิน ปกติ และเรื้อรังได้อย่างปลอดภัย 7) สามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้น ต่างๆ ตามขอบเขตการประกอบวิชาชีพ 8) สามารถให้บริการแบบองค์รวม 9) ติดตามให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยความร่วมมือของบุคลากรด้านสุขภาพ ครอบครัว ประชาชน 10) ฟื้นฟูสุขภาพ สภาพของผู้ป่วย และกลุ่มบุคคล 11) ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัวรวมทั้งปัญหาด้านสังคม 12) สามารถทำกิจกรรมสนับสนุนและเป็นหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย ความเครียด และการพักผ่อนให้ครอบครัวทั้งทาง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ 13) สามารถตรวจสอบประเมิน และพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานที่กำหนด 14) สามารถบริหารจัดการหน่วยบริการทางสุขภาพ 15) สามารถบริหารจัดการบริการสุขภาพสำหรับบุคคล

ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน 16) สามารถบริหารจัดการทรัพยากรทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การเงิน และงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ต่างๆ 17) สามารถบริหารจัดการข้อมูลทางสุขภาพ 18) มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะด้านวิถีชีวิตชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของชุมชน 19) สามารถส่งเสริม และกระตุ้นให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพ 20) สามารถสร้างสัมพันธภาพ สร้างเครือข่าย ในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน และ 21) ส่งเสริมการให้ข้อมูลที่เหมาะสมในเรื่องการพิทักษ์สิทธิประชาชนด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยให้ความหมายของทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ คือ ความสามารถในการให้บริการกับผู้รับบริการด้านระดับสุขภาพปฐมภูมิ โดยวัดจากความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การวางแผนในการรักษาหรือดูแลสุขภาพ การประเมินติดตามผลการปฏิบัติงาน การให้บริการรักษาโรคเบื้องต้น ส่งเสริมกระตุ้นการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน

#### 2.5 เจตคติในการทำงาน (work – related attitudes)

เจตคติเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งของชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับงานอาชีพ เจตคติที่เรามีต่องานหรือต่อองค์กร เรียกว่า เจตคติที่เกี่ยวกับงาน (work – related attitude) ซึ่งส่งผลอย่างลึกซึ้งไม่เพียงแต่วิถีทำงานของเราเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อคุณภาพของชีวิตตลอดช่วงเวลาของการทำงานด้วย มีนักวิชาการให้ความหมายของเจตคติดังนี้ Tandis (1971: 125) และ Anastasi (1976: 225 ) กล่าวถึงความหมายของเจตคติ หมายถึง ความรู้สึกความคิดเห็นที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ภายหลังจากที่ได้รับประสบการณ์หรืออิทธิพลเรื่องนั้นๆ มาแล้ว และเป็นสิ่งจูงใจให้แสดงพฤติกรรมต่างๆ ต่อเรื่องนั้น กล่าวโดยสรุป คือ เจตคติ หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจต่อสภาพสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนความคิดเห็นที่มีพื้นฐานจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ของบุคคลนั้นแล้ว ก่อให้เกิดความรู้สึกทางจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งนั้นในรูปของความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจสิ่งหนึ่งพร้อมที่จะกระทำให้สอดคล้องกับความชอบหรือไม่ชอบของบุคคลต่อสิ่งนั้น โดยรวมความเชื่อว่าสิ่งนั้นมีประโยชน์หรือโทษไว้ด้วย

เจตคติในการทำงานเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับปฏิกริยาหรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อแง่มุมต่างๆ ของงานหรือคนที่อยู่ในงาน การเปลี่ยนเจตคติสามารถทำได้หลายวิธี แต่เทคนิคที่นิยมใช้มากคือ เทคนิคการจูงใจ (persuasion technique) ซึ่งมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการจูงใจให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ ผู้สื่อสารที่มีประสิทธิผล การเลือกใช้เทคนิคที่ผ่านการใช้ได้ผลมาแล้ว และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความไม่ลงรอยทางความคิด

ผู้วิจัยให้ความหมายของเจตคติต่องาน หมายถึง การแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยองค์ประกอบด้านความคิดเป็นพื้นฐานของเจตคติที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกอารมณ์ของบุคคล โดยความรู้สึกอารมณ์จะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยให้ความหมายของ เจตคติในการทำงาน เป็นความคิดเห็นของบุคลากรที่มสุขภาพเกี่ยวกับงานว่าชอบหรือไม่ชอบ ฟังพอใจหรือไม่ฟังพอใจ และแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความคิด ความเข้าใจและความรู้สึกของตน

## 2.6 ความผูกพันต่อองค์การ (organizational commitment)

ความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในการนำไปสู่ความมีประสิทธิภาพขององค์การ โดย Luthans (2002: 235) เน้นให้ความผูกพันต่อองค์การมีความสำคัญอย่างมากเป็นสิ่งที่ท้าทายหลักในศตวรรษที่ 21

ภรณ์ กิริ์ดิบุตร (2529: 94) กล่าวถึง ความผูกพันต่อองค์การ หมายถึง การที่บุคลากรมีความผูกพันหรือสนใจอย่างจริงจังต่อเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ขององค์การ โดยมีทัศนคติที่ดีต่อผู้บริหารและเต็มใจที่จะทุ่มเทพลังในการปฏิบัติงาน เพื่อให้องค์การบรรลุเป้าหมาย

Luthans (2002: 235) ให้ความเห็นว่า ความผูกพันต่อองค์การ มีลักษณะเป็นทัศนคติ ส่วนใหญ่นิยามใน 3 ลักษณะ คือ 1) บรรณาอย่างแรงกล้าที่ยังคงเป็นสมาชิกขององค์การ 2) มีความเต็มใจทำงานให้กับองค์การด้วยความพยายามในระดับสูง และ 3) มีความเชื่อและยอมรับในคุณค่าและเป้าหมายขององค์การ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าเป็นทัศนคติสะท้อนถึงความจงรักภักดีของบุคลากรต่อองค์การ

Steers (1977: 290) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับประสิทธิภาพขององค์การ ดังนี้ 1) บุคลากรซึ่งมีความผูกพันอย่างสูงต่อองค์การมักมีความบรรณาอย่างมากที่ยังคงอยู่กับองค์การต่อไป เพื่อทำงานขององค์การบรรลุเป้าหมาย และ 2) เมื่อบุคคลมีความผูกพันต่อองค์การ บุคคลจะมีความผูกพันอย่างมากต่องาน เพราะเห็นว่าการทำงานคือหนทางซึ่งตนสามารถทำประโยชน์ให้้องค์การดำเนินการบรรลุเป้าหมาย

แนวทางในการเพิ่มความผูกพันต่อองค์การ Luthans (2002: 237-238) ได้เสนอแนวทางในการเพิ่มความผูกพันต่อองค์การดังนี้ 1) ยึดมั่นผูกติดกับค่านิยมเป็นอันดับแรก โดยการเขียนแสดงให้ทุกคนได้รับทราบและผู้บริหารจะต้องบอกกล่าว ตอกย้ำ อย่างสม่ำเสมอ 2) ทำความกระ่งงและการสื่อสารพันธกิจขององค์การ สร้างให้เกิดค่านิยมต่อการปฏิบัติงาน โดยการให้การปฐมนิเทศและฝึกอบรม สร้างประเพณีที่ยึดถือปฏิบัติร่วมกัน 3) ประกันในความยุติธรรมขององค์การ สร้างความพอใจในขั้นตอนที่ยังข้องใจ หรือไม่กระ่งง โดยเปิดให้มีการสื่อสารแบบสองทาง 4) สร้างจิตสำนึกของความเป็นชุมชนร่วมกัน สร้างค่านิยมพื้นฐานของความเป็นหนึ่ง

เดียว การใช้ประโยชน์ร่วมกันและความเป็นทีมงานโดยการทำงานร่วมกัน และ 5) สนับสนุนการพัฒนาพนักงานให้งานที่ทำหาย เพิ่มและเสริมพลังอำนาจแก่พนักงาน

Mowday, Steers and Porter (1979: 224-227) กล่าวถึง ความผูกพันต่อองค์การเป็นสิ่งที่มากกว่าความจงรักภักดีคือ สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างแน่นแฟ้น มีความสามัคคีและมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์การ จึงทำให้มีความเต็มใจ อุทิศเพื่อความผาสุกในการอยู่ร่วมกันของคนในองค์การมีลักษณะเฉพาะ 3 ด้าน คือ 1) มีความเชื่ออย่างแรงกล้า และยอมรับเป้าหมาย ค่านิยมขององค์การ เป็นทัศนคติทางบวกของบุคลากรในองค์การที่มีค่านิยมของตนเองสอดคล้องกับองค์การ มีความเชื่อว่าองค์การเป็นองค์การที่ดีที่สุดในที่ทำงานด้วย บุคลากรมีความผูกพันต่อเป้าหมายขององค์การสูง ทำให้มีความผูกพันต่องาน พร้อมทั้งจะปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอย่างกระตือรือร้นในกิจกรรมต่างๆ ขององค์การเพื่อให้องค์การบรรลุเป้าหมายได้สำเร็จ 2) มีความเต็มใจทุ่มเทความพยายามอย่างมากเพื่อผลประโยชน์ขององค์การ โดยบุคลากรจะทุ่มเทความพยายามอย่างมากและทุ่มเทพลังความสามารถทั้งหมดเพื่อช่วยเหลือให้องค์การประสบความสำเร็จและมีความเต็มใจที่อุทิศตนเองเพื่อความผาสุกในการอยู่ร่วมกัน และ 3) มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะรักษาซึ่งการเป็นสมาชิกขององค์การ โดยบุคลากรมีความจงรักภักดีต่อองค์การ มีความภาคภูมิใจในการเป็นสมาชิกขององค์การ พร้อมทั้งจะบอกกับผู้อื่นว่าตนเองเป็นสมาชิกขององค์การ ไม่ปรารถนาที่จะออกไปทำงานกับองค์การอื่นแม้ว่าจะมีลักษณะงานที่คล้ายคลึงกันหรือได้ผลตอบแทนมากกว่าก็ตาม

การศึกษาต่อความผูกพันต่อองค์การมีความสำคัญต่อการบริหารงานในองค์การ เพราะบุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์การจะมีความเชื่อ ยอมรับเป้าหมาย และค่านิยมขององค์การ มีความเต็มใจที่จะทุ่มเทงานให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์การซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการนำองค์การไปสู่ความมีประสิทธิภาพผลต่อไป และในปัจจุบันองค์การเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสูงส่งผลให้องค์การจำเป็นในการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงาน โครงสร้างองค์การและรวมไปถึงการจัดกำลังคนที่เหมาะสม (right sizing) จากภายใต้ความตั้งใจ ความสนใจ และความพยายามในระดับสูง เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์การ ยังส่งผลต่อความพึงพอใจแก่บุคคลนั้น ๆ

ผู้วิจัยให้ความหมายของความผูกพันต่อองค์การ คือ ความรู้สึกของบุคลากรที่มีสุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีความผูกพันหรือความปรารถนาอย่างแรงกล้าในการเป็นสมาชิกของศูนย์สุขภาพชุมชน ยอมรับในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์การในการบรรลุเป้าหมายด้วยความเต็มใจ



## 2.7 ความพึงพอใจในงาน (job satisfaction)

มีนักวิชาการให้ความหมายของความพึงพอใจในงาน โดยสามารถสรุปได้ดังนี้ Luthans (1992: 114) ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความพอใจ หรือภาวะอารมณ์ทางบวกที่เป็นผลมาจากการประเมินของบุคคลเกี่ยวกับงานหรือประสบการณ์จากงาน โดยต้องศึกษาความพึงพอใจที่มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การศึกษาความพึงพอใจในงานรูปอารมณ์ตอบสนองต่อสถานการณ์การทำงานโดยความพึงพอใจเป็นสภาวะจิตที่เป็นธรรมชาติ 2) การศึกษาความพึงพอใจโดยการเปรียบเทียบจากสิ่งคาดหวัง ถ้าบุคคลใดรู้สึกผลตอบแทนต่ำกว่าคนที่ทำงานเบาว่าความพึงพอใจในงานต่ำลง และ 3) ศึกษาความพึงพอใจในลักษณะทัศนคติต่องานในมิติต่างๆ

Steers (1991: 8) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความพอใจหรือความรู้สึกในทางบวกที่บุคคลให้คุณค่าในงาน ความพึงพอใจเป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลนั้น โดยความพึงพอใจเป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลนั้น โดยความพึงพอใจของ Steer ได้สรุปไว้เป็น 2 แนวทางได้แก่ 1) ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกซึ่งสนองตอบต่อสภาพงานโดยสามารถทำความเข้าใจได้คล้ายกับเรื่องเจตคติต่องาน ซึ่งต้องสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของพนักงานในองค์กร และ 2) ความพึงพอใจจากการเปรียบเทียบความต้องการกับความคาดหวังจากการกระทำที่บุคคลได้รับต่อคุณค่าของงานนั้นๆ แตกต่างกัน จากรายได้และการเลื่อนตำแหน่ง ความพึงพอใจจากเพื่อนร่วมงาน

Vecchio (1991: 611) ให้ความหมายของความพึงพอใจว่าเป็นผลรวมของความคิด ความรู้สึก แนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่องานที่ปฏิบัติ ความพึงพอใจในงานของบุคคลที่เกิดขึ้น และความคาดหวังเกี่ยวกับงานของบุคคล

ความพึงพอใจในงาน หมายถึงการที่องค์การสามารถตอบสนองความต้องการของบุคลากรได้มากน้อยเพียงใด (Robinson and Connors, 1963: 136-137 cited in Dean, 1975: 114) สามารถวัดได้จาก การขาดงาน การเปลี่ยนงาน ความเฉื่อยชา และความทุกข์สุขต่างๆ โดยผู้บริหารอาจกระทำการที่สร้างความพึงพอใจและจงใจคนในองค์กรซึ่งจะนำไปสู่ประสิทธิผลขององค์กร คือ การจัดงาน (job design) ที่มีลักษณะเกื้อกูลต่อการตอบสนองความต้องการความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

Munson and Heda (1974: 159 - 166) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบความพึงพอใจในงาน สามารถแบ่งได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ความพึงพอใจในงานด้านภายนอก เป็นความพึงพอใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการมีความต้องการที่เกิดขึ้นจากสภาวะการทำงานเป็นผลจากการจ้างงานภายในองค์กร ได้แก่ ความยุติธรรมของสภาพการปฏิบัติงานภายในองค์กรจาก ชั่วโมงการทำงาน นโยบายการลา การพักผ่อน การพิจารณาความดีความชอบที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ความปลอดภัย



ในการปฏิบัติงานภายในองค์การจากการไม่ติดเชื่อจากการทำงาน การไม่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานและความปลอดภัยจากการถูกทำร้าย และรางวัลตอบแทนที่เกิดจากการปฏิบัติงานในองค์การจาก เงินเดือน เงินค่าตอบแทน สวัสดิการและเงินโบนัสประจำปี 2) ความพึงพอใจในงานด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นความพึงพอใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นภายในองค์การ ได้แก่ การมีโอกาสมิปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ร่วมงานภายในองค์การ สัมพันธภาพระหว่างหัวหน้าและทีมงาน บุคลากรอื่นเข้าใจในปัญหาและความยากลำบากในการปฏิบัติงานของตน และการมีโอกาช่วยเหลือบุคคลอื่น ทั้งจากภายในองค์การ ระหว่างหน่วยงานและภายนอกองค์การ 3) ความพึงพอใจในงานด้านการมีส่วนร่วม เป็นการแสดงออกถึงความต้องการมีอำนาจต่อผู้อื่นและเหนือผู้อื่น ได้แก่ อำนาจหน้าที่ของบุคลากรในการเกี่ยวข้องกับผู้อื่น โดยตรงจากการปฏิบัติงาน มีอำนาจหน้าที่มอบหมายให้ผู้ร่วมงาน จูงใจผู้ร่วมงานให้ปฏิบัติงานหรือชี้แนะการปฏิบัติงานแก่ผู้ร่วมงาน มีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ขั้นตอนในการปฏิบัติงานในองค์การ กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน กำหนดมาตรฐานการตรวจสอบงานและกำหนดวิสัยทัศน์ แนวทางการปรับปรุงงาน และ มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติงานในองค์การอย่างเป็นอิสระ และ 4) ความพึงพอใจในงานด้านภายใน สัมพันธ์โดยตรงกับแรงจูงใจภายในที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ได้แก่ มีโอกาสใช้ทักษะและความสามารถอย่างเต็มที่ ได้รับมอบหมายให้ทำงานที่สำคัญและมีคุณค่า การทำงานสำเร็จด้วยตนเอง

จากการทบทวนเอกสาร ผู้วิจัยให้ความหมายของความพึงพอใจในงาน คือ การที่ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถตอบสนองความต้องการของบุคลากรที่มสุขภาพได้มากน้อยเพียงใด วัดจากทัศนคติด้านบวกของบุคคลที่มสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ความพึงพอใจในงานด้านภายนอก ความพึงพอใจในงานด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความพึงพอใจในงานด้านการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในงานด้านภายในส่งผลต่อประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

## 2.8 การทำงานเป็นทีม (team management)

การบริหารจัดการองค์การให้ประสบความสำเร็จ และมีประสิทธิภาพนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ผู้บริหารต้องสามารถบริหารบุคลากร พนักงานหรือทีมงานภายในองค์การ ให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ และเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ซึ่งหากองค์การใดประสบความสำเร็จด้านการพัฒนาทีมงานให้มีประสิทธิภาพในการทำงานและมีความรักต่อองค์การแล้ว นำมาซึ่งความสำเร็จของการทำงานได้ง่ายทำให้องค์กรสามารถรักษาความได้เปรียบในการแข่งขัน การทำงานเป็นทีม คือ การทำงานและทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิก โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการทำงานเดียวกัน มีการวางแผนการทำงาน แบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อให้งานและกิจกรรมบรรลุผลสำเร็จ การทำงานเป็นทีม เป็นแรงจูงใจสำคัญที่จะผลักดัน

ให้ผู้บริหารเป็นผู้นำที่ดีในการนำให้ทีมประสบความสำเร็จในการทำงาน ซึ่งผู้บริหารจำเป็นต้องค้นหาลักษณะการทำงานเป็นทีมให้พบ แล้วจึงนำเอากลยุทธ์ในการสร้างทีมเข้ามาใช้เพื่อให้ทุกคนทำงานร่วมกันและประสบความสำเร็จ ดังนั้น การทำงานเป็นทีมจึงมีความสำคัญในทุกองค์กร เนื่องจากเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารงาน โดยการทำงานเป็นทีมมีบทบาทสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของงานที่ต้องอาศัยความ ทีมงานเป็นหัวใจสำคัญยิ่งในการช่วยให้การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขององค์กรเป็นไปตามเป้าประสงค์ การสร้างความเป็นหนึ่งเดียวของทีมให้ได้จึงเป็นสิ่งจำเป็น และสิ่งที่จะช่วยได้เป็นอย่างดี คือ ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการบริหารทีมงานการทำงานเป็นทีมเป็นแนวทางปฏิบัติที่ได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางในกลุ่มผู้บริหารองค์การสมัยใหม่โดยมีความสำคัญต่อองค์การเนื่องจากการปฏิบัติงานใดๆ ก็ตาม ต้องมีความเกี่ยวข้องกับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ความร่วมแรงร่วมใจของทีมงานเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์การ

Roming (1996: 111) กล่าวถึงการทำงานเป็นทีมว่าเป็นลักษณะที่กลุ่มบุคคลร่วมกันปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยมีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายร่วมกัน โดยได้สรุปรวบรวมผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมมากกว่า 200 เรื่อง แล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบโครงสร้างการทำงานเป็นทีมที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งมีองค์ประกอบ 10 ด้าน ดังนี้

- 1) การสร้างสรรค์ของทีม (team creativity) จากการระดมสมองแก้ไขปัญหา เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ในการปรับปรุงงาน การสร้างสรรค์ของทีมมี 4 ขั้นตอน คือ การนำปัญหามาคุยกันในทีม การมีส่วนร่วมของสมาชิกทีมในการเสนอความคิดเห็น การสร้างทัศนคติที่ดีต่อกันในระหว่างทำกิจกรรม และการนำความคิดที่ดีที่สุดไปปฏิบัติ
- 2) การติดต่อสื่อสารภายในทีม (team communication) ทีมต้องมีการติดต่อสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งตัวผู้ส่งสารและผู้รับสาร เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกทีมที่ไม่เป็นทางการมากกว่าทางการ
- 3) การประชุมทีม (team meeting) สมาชิกทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการประชุม มีทักษะ การประสานงาน การรับรู้ กฏระเบียบต่างๆ อย่างเพียงพอ
- 4) การจัดการความขัดแย้ง (conflict management) สมาชิกของทีมต้องร่วมกันสร้างบรรยากาศที่ดีในการประชุม รับรู้ในเป้าหมายเดียวกันและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
- 5) ค่านิยมวิสัยทัศน์ และพันธกิจของทีม (team values vision and mission) โดยทีมงานต้องมีการกำหนดแนวทางในการทำงานร่วมกันของสมาชิก ค่านิยมของทีม ความเชื่อหรือพฤติกรรมของสมาชิกตามความคาดหวังของสมาชิกทั้งหมดเกี่ยวกับพันธกิจ กฏระเบียบ ปทัสถาน และเป้าหมาย
- 6) การกำหนดเป้าหมายของทีม (team goal setting) มีการพูดคุยหาข้อตกลงร่วมกันของสมาชิกแต่ละคน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามพันธกิจเป็นการช่วยให้ทีมมีการพัฒนา ปรับปรุงการปฏิบัติโดยใช้เวลาลดลง
- 7) บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมงานภายในองค์การ (role and responsibility

and team organization) โดยสมาชิกทุกคนในทีมต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อเป้าหมายของทีมนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพ 8) การแก้ปัญหาของทีม (team problem solving) มีการประชุมสมาชิกทีมเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นโดยการระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ ระดมสมองเพื่อการแก้ไขปัญหาโดยเลือกวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ 9) การตัดสินใจของทีม (team decision making) ต้องอาศัยทักษะความรู้การมีส่วนร่วม และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เพื่อการตัดสินใจแก้ปัญหาโดยคำนึงถึงความรวดเร็วและกระบวนการในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของทีม และ 10) การปรับปรุงกระบวนการทำงาน (work process improvement) ทำให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพลดระยะเวลาได้ผลผลิตสูงในราคาต้นทุนบริการที่เหมาะสมและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

ผู้วิจัยให้ความหมายของการทำงานเป็นทีม คือ กลุ่มบุคคลทีมสุขภาพตั้งแต่สองคนขึ้นไปมาร่วมกัน ทำงานโดยมีเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์เดียวกัน มีการใช้ความรู้ทักษะความสามารถที่หลากหลายใช้การติดต่อสื่อสาร การตัดสินใจร่วมกัน มีการพึ่งพาช่วยเหลือกัน มีความพยายามอดทนและความมุ่งมั่น เพื่อให้การทำงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เกิดผลิตภาพในงานเพิ่มขึ้นและความพึงพอใจของบุคคลในทีมงานที่มีต่อการทำงาน

## 2.9 การจูงใจ (motivation)

Luthans (2002: 249-250) ได้กล่าวถึง กระบวนการจูงใจเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ (needs) แรงขับ (drives) และสิ่งตอบแทน (incentives) โดยมีรูปแบบของความสัมพันธ์คือ



โดยที่ความต้องการ (needs) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ จากนั้นก็เกิดแรงขับ (drives) เพื่อจะชดเชยบรรเทาความต้องการ โดยแรงขับเกิดขึ้นในร่างกายและจิตใจไปสู่การกระทำเพื่อมุ่งไปสู่การได้รับสิ่งตอบแทน (incentives) ซึ่งเป็นจุดสุดท้ายของวงจรของการจูงใจ จึงทำให้เกิดสภาวะของความสมดุลและขจัดแรงขับออกไป

ทฤษฎีการจูงใจที่เน้นเนื้อหาของการจูงใจ (content theories of motivation) คือ ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of need) มาสโลว์ได้แบ่งระดับความต้องการของบุคคลออกเป็น 5 ระดับ จากระดับความต้องการพื้นฐานไปจนถึงระดับความต้องการสูงสุดของบุคคล อันได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย ความปลอดภัยมั่นคงทางสังคม การมีชื่อเสียง การยอมรับนับถือ และประสบความสำเร็จตามความนึกคิดของตนเอง ทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮอรัลด์เบอร์ก (Herzberg's two-factor theory) ประกอบด้วยปัจจัยที่จะทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจในการทำงานเรียกว่า ปัจจัยจูงใจ (motivation factors) ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน

บุคคล (intrinsic) และปัจจัยที่จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในการทำงาน เรียกว่า ปัจจัยค่าจูน หรือปัจจัยเกื้อหนุน (hygiene factors) เป็นปัจจัยภายนอก (extrinsic) ส่วนทฤษฎี (ERG) ของอัลเดอร์เฟอร์ (Alderfer's E.R.G. theory) Hunt et al (2000: 112) ได้แบ่งความต้องการของบุคคลออกเป็น 3 ระดับ คือความต้องการดำรงชีวิต (existence) สัมพันธภาพ (relatedness) และการเจริญก้าวหน้า (growth) และทฤษฎี Three Needs Theory ของ David McClell (Hunt et al, 2000: 112) ได้แบ่งความต้องการออกเป็น 3 ประเภท คือ ความต้องการประสบความสำเร็จ (need for Achievement: n-Ach) ความต้องการความรัก (need for Affiliation: n-Aff) และความต้องการทางอำนาจ (need for Power: n-Pow) กลุ่มทฤษฎีที่เป็นเนื้อหาของการจูงใจที่ได้กล่าวมานั้นเป็นทฤษฎีที่ต้องการทราบถึงปัจจัยภายในของบุคคลที่มาจูงใจของบุคคลนั้น ๆ โดยเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล มีความปรารถนา (desires) และใช้ความตั้งใจ (will) ที่เป็นส่วนหนึ่งของจิต (mind) นำไปสู่พฤติกรรมที่ทำให้ความปรารถนานั้นบรรลุความสำเร็จ อย่างไรก็ตามแม้แนวคิดเกี่ยวกับความตั้งใจ จะไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมมนุษย์ได้เพียงพอแต่ก็เป็นแนวในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมมนุษย์และในทางปฏิบัติสามารถนำไปปรับใช้ได้ในการบริหารองค์การ

ทฤษฎีการจูงใจที่เป็นกระบวนการ (process theories of motivation) ได้แก่ ทฤษฎีความคาดหวัง (Vroom's expectancy theory) ของ Victor Vroom (1964: 113) มุ่งเน้นที่อธิบายพฤติกรรมของบุคคลว่าเป็นเรื่องของบุคคล และความคาดหวังในการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมจะต้องมีเป้าหมายและความคาดหวังในการที่จะแสดงพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยเชื่อว่าปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ คือ ความคิดของบุคคล การจูงใจขึ้นกับบุคคลต้องการสิ่งนั้นมากเพียงใด เขาคิดว่าน่าจะได้สิ่งนั้นมากเพียงใด แนวคิดนี้เสนอรูปแบบการจูงใจดังนี้

$$\text{Motivation} = E \times V \times I \text{ (Expectancy Valence Instrumentality)}$$

ความคาดหวัง (E: Expectancy) คือ ความเชื่อว่าพฤติกรรมและการกระทำของเขาในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น มีความเป็นไปได้มากหรือน้อยเพียงใดที่จะประสบความสำเร็จหรือไม่ประสบความสำเร็จ เป็นความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคล การจูงใจตามความคาดหวัง ได้แก่ การรับรู้บทบาทของบุคคลในองค์การ รู้ถึงความต้องการ การเป็นเครื่องมือ (I: Instrumentality) คือ ความเชื่อว่าระดับและความเข้มข้นของพฤติกรรมหรือการกระทำในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกันเป็นสิ่งที่ได้รับจากผลงานการจูงใจตามการเป็นเครื่องมือ ได้แก่ การฝึกอบรม การได้รับคำแนะนำ การได้รับการสอนงานและการมีส่วนร่วมคุณค่าของผลตอบแทน (V: valences) คือ ระดับความปรารถนาและความต้องการของบุคคลต่อผลลัพธ์ของสิ่งหนึ่งสิ่งใดซึ่งสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับอีกสิ่งหนึ่งเป็นคุณค่ารางวัล การจูงใจตามคุณค่าของผลตอบแทน ได้แก่ ระบบการให้รางวัลที่ตรงตามความต้องการของบุคคลในองค์การ

ทฤษฎีความเสมอภาค (Adam' equity theory) Hunt et al (2000: 115) เสนอ บทบาทความเสมอภาคที่มีต่อแรงจูงใจ คือ การที่เราเปรียบเทียบตัวป้อน (inputs) กับผลลัพธ์ (outcome) ของตนกับบุคคลอื่นในการทำงาน ทฤษฎีการเสริมแรง (reinforcement theory) ซึ่ง แบ่งเป็นการเสริมแรงทางบวก (positive reinforcements) ได้แก่ รางวัล คำชมเชย และจ่ายโบนัส ส่วนการเสริมแรงทางลบ (negative reinforcements) ได้แก่ การลงโทษ (punishment) และการ ระวัง (extinction)

Gibson et al (2000: 327-335) ได้เสนอโปรแกรมการจัดการเชิงกลยุทธ์ในการเพิ่ม แรงจูงใจแก่บุคคลในการปฏิบัติงานคือ การเพิ่มคุณค่าของงาน (job enrichment) และการบรรยายถึง การเพิ่มคุณค่าของงานคือ การพยายามปรับปรุงประสิทธิภาพของงานและความพึงพอใจของบุคคล โดยการสร้างงานให้บุคคลนั้นๆ งานมีลักษณะเฉพาะ ขยายขอบเขตของการบรรลุความสำเร็จและ การยอมรับเป็นงานที่มีความท้าทายและความรับผิดชอบสูงและ โอกาสที่แต่ละบุคคลมีวามก้าวหน้า และเติบโตสูง โดยคำนึงถึงการสร้างเงื่อนไขของงานและการจับจ่ายค่าตอบแทน โครงสร้าง องค์การ การสื่อสารและการฝึกอบรม ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นที่บุคคลพึงมีสิทธิโดยชอบธรรม การเพิ่มคุณค่าของงานจะเน้นทั้งการเพิ่มขอบเขตและความลึกของงาน โดยมีทิศทางหลักของงาน 5 ประการคือ 1) ความหลากหลาย (variety) 2) งานที่ทำอย่างมีเกียรติ คือ มอบหมายให้ทำงาน ทั้งหมดไม่ใช่เพียงบางส่วน 3) งานที่มีความสำคัญ (task significance) 4) อิสระในการดำเนินงาน (autonomy) และ 5) การให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ส่วนการเชื่อมโยงค่าตอบแทนกับผลการ ปฏิบัติงานจะอยู่ในรูปประโยชน์พิเศษที่ให้กับพนักงานนอกเหนือจากค่าจ้าง ประกอบด้วย การ ประกันสุขภาพ การประกันชีวิต ค่าใช้จ่ายในวันหยุด และค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนการทำ แผนการจ่ายค่าตอบแทนเพื่อเป็นการจูงใจ

จากการทบทวนเอกสาร ผู้วิจัยให้ความหมายของการจูงใจ คือ การที่บุคลากรเกิดความปรารถนา ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ โดยการกระตุ้น อย่างเป็นระบบและบุคลากรเกิดการยอมรับด้วยความพยายามในระดับสูงนำมาซึ่งความพอใจของ บุคลากรในองค์การ การจูงใจเป็นกลไกที่สำคัญที่จะนำพาองค์การไปสู่ความสำเร็จโดยผู้บริหาร จะต้องสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นแก่บุคลากร เพื่อให้เกิดความพยายาม ความมุ่งมั่น ความตั้งใจใน การกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นการบรรลุเป้าหมายขององค์การด้วยความเต็มใจ และการให้เกิด ความภาคภูมิใจร่วมกัน ปัจจัยที่จูงใจให้บุคคลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานนั้นมีทั้งปัจจัย ภายในและปัจจัยภายนอก ผู้บริหารต้องศึกษาถึงพื้นฐานความต้องการของบุคคล ตลอดจน สถานการณ์ต่างๆ ในการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมแก่บุคคลส่งผลถึงประโยชน์สูงสุดขององค์การ

## 2.10 ภาวะผู้นำ (leadership)

เมื่อเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ผู้บริหารไม่ว่าจะองค์การประเภทหรือระดับใดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง จากผลที่เกิดจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี โลกข้อมูลข่าวสาร ภาวะการแข่งขันที่ไร้พรมแดน ภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจและภาวะที่มีทรัพยากรจำกัด ผู้บริหารจึงต้องเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ด้วยข้อผูกพันต่อการให้บริการสาธารณะ และมีความสามารถในการกระตุ้นให้บุคลากรในองค์กรได้ใช้ศักยภาพที่ดี ทำงานให้เกิดผลสูงสุด สร้างพันธมิตรทั้งภายในและภายนอกองค์กร สื่อสารกับลูกค้าด้วยความรู้สึกที่ดีต่อกัน รวมทั้งเป็นผู้มีทักษะทางการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงานสูงสุด ภายใต้ภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในลักษณะเช่นนี้ ผู้นำถือว่าเป็นบุคลากรหลักที่นำองค์กรไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายได้ดี คุณลักษณะของผู้นำที่เหมาะสม สถานการณ์ในยุคของการเปลี่ยนแปลง

ภาวะผู้นำ หมายถึง กระบวนการหรือศิลปะของการใช้อิทธิพลต่อบุคคล เพื่อให้เกิดความเต็มใจ และกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่ม (Kouzes and Posner, 1995: 397 )

Robbins (1993: 347) ระบุว่าภาวะผู้นำเป็นความสามารถในการใช้อิทธิพลต่อกลุ่มเพื่อการบรรลุเป้าหมาย เป็นกิจกรรมการจูงใจโน้มน้าวบุคคลให้เกิดการร่วมมือ เพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ

จากการทบทวนเอกสารสามารถสรุปความหมายของภาวะผู้นำ หมายถึง เป็นกระบวนการใช้ศิลปะ การจูงใจของผู้นำที่มีอิทธิพลต่อผู้ตามในการที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือในการประพฤติปฏิบัติอย่างเต็มใจเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การร่วมกัน

Kouzes and Posner (1995: 399) ได้สรุปคุณลักษณะหรือการกระทำ หรือพฤติกรรมของผู้นำที่มีความเป็นเลิศ 5 ประการคือ 1) การท้าทายกระบวนการ (challenge the process) การริเริ่มกระบวนการใหม่ๆ ที่นำมาซึ่งความเจริญเติบโตขององค์การ ทำให้ผู้นำต้องใช้เวลาพยายามที่จะชี้ให้บุคคลตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลง และนำทีมให้มุ่งการเพิ่มพูนความรู้ ความชำนาญพิเศษตลอดเวลา การใช้ทีมงานที่มีความร่วมมือกัน (cooperative teams) สำหรับการดำเนินกิจการต่างๆ ภายในองค์กร 2) การสร้างวิสัยทัศน์ร่วม (inspire a shared vision) ทีมหรือองค์การควรกำหนดพันธกิจที่ทุกคนรับรอง และยอมรับพร้อมทั้งเป้าประสงค์ที่สามารถชี้นำทิศทางความพยายามของสมาชิก ผู้นำจะต้องมีวิสัยทัศน์หรือภาพฝันที่องค์การควรจะเป็น สามารถสื่อสารวิสัยทัศน์ด้วยความกระตือรือร้นตามพันธสัญญา ทำให้วิสัยทัศน์เป็นที่ยอมรับของสมาชิก มีความเป็นเจ้าของวิสัยทัศน์ร่วมกัน และสร้างวิสัยทัศน์บนพื้นฐานของเหตุและผลตามทฤษฎีและการวิจัย พร้อมทั้งประยุกต์วิธีการดำเนินงานที่ดี 3) การเพิ่มความสามารถให้ผู้อื่นได้ปฏิบัติตาม (enabling for



others to act) ผู้นำต้องพยายามสร้างความแข็งแกร่งให้กับผู้ตามด้วยการให้อำนาจในการตัดสินใจ (empowerment) มีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกแบบเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ เชื่อใจ พร้อมทั้งรับผิดชอบและตรวจสอบงานอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ โดยใช้กระบวนการกลุ่มและเป็นรายบุคคลด้วยทักษะทางสังคม (social skills) 4) การเป็นแบบอย่าง (model the way) ทำตามที่สอน และสอนตามที่ทำเป็นสิ่งที่ผู้นำต้องกระทำ ผู้นำต้องเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้ร่วมงานโดยการใช้วิธีการแห่งความร่วมมือ และกล้าเสี่ยงเพื่อเพิ่มพูนความชำนาญการทั้งทางด้านการงานและส่วนตัว และ 5) การเสริมสร้างกำลังใจ (encourage the heart) ผู้นำต้องแสวงหาวิธีการที่ทำให้สมาชิก เพื่อนร่วมงานรู้สึกภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดกำลังใจในการทำงานต่อไป ด้วยการแสดงความยินดีเป็นการส่วนตัว และฉลองความสำเร็จเป็นกลุ่มพร้อมกับแจกของที่ระลึกที่เหมาะสม

Nanus (1992: 11-15) กล่าวถึงผู้นำที่มีประสิทธิผล สำหรับยุคการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบัน ผู้นำจำเป็นต้องอาศัยการกระทำ 4 ประการอย่างสมดุล คือ 1) ต้องมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผลผู้ปฏิบัติงานภายในองค์การในการให้คำแนะนำ สนับสนุนและการจูงใจ 2) ต้องมีความสามารถในการมุ่งมองในการใช้ประโยชน์จากข้อได้เปรียบของปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับองค์การได้แก่ ผู้ลงทุน ลูกค้า หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบัน เงื่อนไขตลาด ข้อจำกัดด้านกฎหมาย และสภาพแวดล้อมต่างๆที่มีอิทธิพลต่อองค์การ 3) ต้องมีความสามารถในการเดิมแต่่ง ปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินงานขององค์การในด้านการพัฒนาสินค้าหรือการบริการ กระบวนการผลิต ระบบควบคุมคุณภาพ โครงสร้างองค์การ และระบบข้อมูลข่าวสาร และ 4) สามารถพยากรณ์หรือคาดการณ์อนาคต ประเมิน สภาพการณ์และเตรียมการเพื่อพัฒนาสู่การเปลี่ยนแปลงตามความต้องการของลูกค้า เทคโนโลยี และเศรษฐกิจระดับโลก ตลอดจนการเตรียมรับวิกฤติการณ์ต่างๆในอนาคต

กล่าวโดยสรุป ภาวะผู้นำที่มีประสิทธิผลต้องปฏิบัติบทบาท 4 ประการคือ 1) ผู้กำหนดทิศทาง (direction setter) มีการกำหนดทิศทางขององค์การให้ชัดเจนผ่านวิสัยทัศน์ 2) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) มีความสามารถในการทำนายพัฒนาการของปัจจัยภายนอก และประเมินเพื่อนำมาใช้ในองค์การส่งเสริมให้มีความพร้อม เสริมพลังอำนาจแก่บุคลากร มีความยืดหยุ่นในการบริหารและกล้าเผชิญกับความเสี่ยงอย่างรอบคอบ 3) ผู้เจรจาต่อรอง (spokesman) มีความสามารถในการพูด และเป็นผู้ฟังที่ดีสามารถเจรจาต่อรองกับองค์การอื่นๆ สร้างเครือข่ายความสัมพันธ์กับภายนอกในการแลกเปลี่ยนแนวคิด ทรัพยากร การสนับสนุนและข้อมูลข่าวสารสามารถสำหรับองค์การ และสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างองค์การกับภายนอกในการแลกเปลี่ยนแนวคิด ทรัพยากรการสนับสนุน และข้อมูลข่าวสารสำหรับองค์การ และเป็นสื่อกลาง



ข้อมูลข่าวสารระดับโลก สร้างสิ่งจูงใจและความตื่นตัวต่ออนาคตขององค์กร และ 4) ผู้ฝึกสอน (coach) สร้างวิสัยทัศน์ร่วม และพันธสัญญากับบุคคลเพื่อความสำเร็จขององค์กรสร้างบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ นับถือให้เกียรติแก่กัน และกันให้ความช่วยเหลือแก่บุคลากรในการเรียนรู้ เติบโตก้าวหน้ายกระดับขีดความสามารถของพนักงานเพื่อบรรลุซึ่งวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้

ภาวะผู้นำที่มีประสิทธิผลของผู้บริหารเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในการบริหาร องค์กรให้ฟันฝ่าวิกฤติการณ์ต่างๆ ที่องค์กรจะต้องเผชิญกับการระดมการเปลี่ยนแปลงจาก สภาพแวดล้อมด้านต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ผู้บริหารจะต้องมีความเป็นผู้นำที่มี ความสามารถ 1) วิเคราะห์สภาพปัจจุบันและคาดการณ์หรือทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้เพื่อ การเตรียมการรับความเปลี่ยนแปลงด้วยการบริหารเชิงกลยุทธ์หรือเป็นผู้นำเชิงกลยุทธ์ 2) การ ปรับตัว แสดงออกซึ่งความสามารถทางพฤติกรรม และ 3) การสื่อสารเพื่อให้บุคลากรเข้าใจในสิ่ง ที่องค์กรต้องการบรรลุ ภาวะผู้นำที่มีประสิทธิผลจะต้องแสดงบทบาทของผู้นำ เพื่อกำหนดทิศทาง จากการเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านนวัตกรรมทั้งกระบวนการปฏิบัติงาน และ การบริหาร กล่าวเผชิญกับความเสี่ยงอย่างรอบคอบ ผู้เจรจาต่อรอง ประสานความร่วมมือกับองค์กร อื่นๆ การสร้างเครือข่ายด้านต่างๆ ที่สามารถนำมาเป็นปัจจัยในการดำเนินการขององค์กร และผู้ ฝึกสอนสร้างวิสัยทัศน์และพันธสัญญาร่วมกับบุคลากรเพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จขององค์กร และเพิ่ม ศักยภาพของพนักงานให้สูงขึ้น

### 3. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย การบริหารเชิงกลยุทธ์ การ ติดต่อสื่อสาร และการบริหารการเปลี่ยนแปลง มีรายละเอียดดังนี้

#### 3.1 การบริหารเชิงกลยุทธ์ (strategic management)

สภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ส่งผลต่อการบริหารองค์กรของผู้บริหารเป็นอย่างมาก การบริหารจะต้องเป็นการบริหารเชิงรุกที่ เป็นลักษณะของการบริหารเชิงกลยุทธ์ ที่กระบวนการตัดสินใจของผู้บริหารได้เปลี่ยนแปลงจาก อดีตที่เน้นเฉพาะสภาพแวดล้อมในขณะนั้นขององค์กร โดยเปลี่ยนมาเป็นการตัดสินใจที่คำนึงถึง ผลในอนาคตเพิ่มขึ้น โดยใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ให้ได้ดีที่สุด ภายใต้สถานการณ์และ สภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงเกิดการพัฒนาและศึกษาเรื่องกลยุทธ์ (strategy)

Glueck and Jauch (1980: 5) ได้ให้ความหมายของการบริหารเชิงกลยุทธ์ไว้ว่า เป็นชุดของการตัดสินใจ และการกระทำต่างๆ ที่ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพที่ จะช่วยให้องค์กรบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายต่างๆ ได้

Dess and Miller (1993: 322) แสดงส่วนประกอบของการบริหารเชิงกลยุทธ์ 3 ส่วนคือ 1) การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ (strategic analysis) 2) การกำหนดกลยุทธ์ (strategy formulation) และ 3) การปฏิบัติตามกลยุทธ์ (strategy implementation) ขั้นตอนสำคัญของการบริหารเชิงกลยุทธ์ไว้หลายแบบแต่แบบที่มีลักษณะสำคัญร่วมกันเป็นแกนสำคัญใน 3 ขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้ 1) การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ เป็นการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ของการวิเคราะห์โอกาสและภาวะคุกคาม (opportunities and threat) ที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมภายนอก และการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งภายในองค์กร (strength and weakness) รวมไปถึงการศึกษา การประเมินผลข้อมูลที่เป็นในการแก้ไขปัญหา หรือใช้โอกาสที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด เพื่อวินิจฉัยตัดสินใจในการบริหารว่าจะดำเนินการปรับตัวอย่างไรจึงจะเหมาะสมที่สุดต่อองค์กร 2) การกำหนดกลยุทธ์ คือ การวางแผนกลยุทธ์เป็นการวางแผนที่ต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์ การกำหนดพันธกิจ (mission) และวัตถุประสงค์ทางกลยุทธ์ (strategic objectives) และการกำหนดแผนงานหลัก (major plans) นโยบาย (policies) และกลยุทธ์ย่อย (sub strategies) 3) การปฏิบัติตามกลยุทธ์ เป็นขั้นตอนของการนำเอากลยุทธ์ไปดำเนินการในรูปแบบของแผนงานต่างๆ เพื่อนำไปปฏิบัติให้เกิดผลตามกลยุทธ์ที่วางไว้ ปัจจัยที่ทำให้การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จคือ โครงสร้างองค์กร วัฒนธรรมองค์กร บุคลากร กระบวนการบริหารงาน เทคโนโลยีการควบคุม และภาวะผู้นำของผู้บริหาร

Dess and Miller (1993: 320-324) ได้ระบุปัจจัยด้านผู้นำเชิงกลยุทธ์ (leadership strategy) และปัจจัยการควบคุมกลยุทธ์ (strategic control) จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับกิจกรรม 3 ประการ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ 1) การกำหนดทิศทาง (setting direction) ขององค์กรทั้งในด้านวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ วิธีการต่างๆ ซึ่งผู้บริหารจะต้องเข้าใจสภาพแวดล้อมอย่างลึกซึ้ง เข้าใจความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด (stakeholders) ขององค์กรและสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มากำหนดทิศทางให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนไม่แน่นอน ผู้นำจะต้องมีวิสัยทัศน์ทางกลยุทธ์ (strategic vision) ในการตอบสนองแบบรุกหน้า (proactive strategy) และการจัดกลยุทธ์ตามสถานการณ์ (contingency) 2) การออกแบบองค์กร (designing the organization) เป็นการประเมินองค์กรและจัดการออกแบบ เปลี่ยนแปลงองค์กรในด้านโครงสร้างระบบ ทีมงานและกระบวนการต่างๆ ขององค์กรที่จำเป็นต่อการเกิดผลลัพธ์ เป้าหมาย ความสำเร็จ ผู้นำจึงต้องมีความคิดสร้างสรรค์ คิดค้นใหม่ๆ และไวต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์รอบด้าน และ 3) การปลูกฝังวัฒนธรรมแห่งความเป็นเลิศ และคุณธรรม (installing a culture emphasizing excellence and ethics) เพื่อให้บุคลากรของทุกฝ่ายในองค์กรมีค่านิยม ความเชื่อ วิสัยทัศน์ บรรทัดฐานของ

ความเป็นเลิศในองค์การร่วมกัน และผู้นำจะต้องปลูกฝังวัฒนธรรมจากคุณธรรม ความรับผิดชอบ จรรยาบรรณและมาตรฐานขององค์การให้เกิดขึ้นในวิถีทางที่ถูกต้อง เหมาะสม และยุติธรรม

ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ผู้นำเชิงกลยุทธ์ จึงมีบทบาทสำคัญต่อการนำพาองค์การให้พ้นจากสภาวะวิกฤต นำองค์การไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ผู้นำจะต้องเป็นผู้สร้างวิสัยทัศน์ นำการเปลี่ยนแปลง สร้างจิตสำนึกร่วมของบุคลากรในการปฏิบัติตามกลยุทธ์ ที่เกิดจากระดมความคิดของทุกคนในองค์การ ผู้บริหารจำต้องมีบทบาทเป็นผู้ริเริ่ม ผู้ประกอบการ ผู้จัดการ ผู้จูงใจ ผู้เจรจาต่อรอง ผู้ประสานงาน ผู้ให้คำแนะนำ ผู้แก้ไขปัญหา ผู้ตัดสินใจ ผู้สนับสนุนส่งเสริมและผู้ควบคุมตามแต่สถานการณ์

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2550: 6) กล่าวถึงการบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นการอธิบายว่าองค์กรมีวิธีการอย่างไรในการ 1) กำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนการปฏิบัติการขององค์กร 2) นำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม 3) ปรับเปลี่ยนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการในกรณีที่เป็น และ 4) วัดผลความคืบหน้าในการดำเนินการโดยเทียบกับแผน มีรายละเอียดดังนี้ การจัดทำกลยุทธ์ สามารถอธิบายได้คือ องค์กรทำอย่างไรในการกำหนดกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ โดยต้องตอบสนองต่อความท้าทายที่องค์กรต้องเผชิญ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ และเป้าประสงค์ที่เกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ การแปลงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่แผนปฏิบัติการ แผนปฏิบัติการ ตัวชี้วัดหลักๆ และผลการดำเนินการที่คาดการณ์ไว้ตามตัวชี้วัดที่ระบุในแผน

กลยุทธ์ในการจัดบริการศูนย์สุขภาพชุมชน 1) เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่สามารถเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกันเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครอบคลุมผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วยทุกกลุ่มวัยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนทั้งที่บ้าน โรงเรียน สถานบริการ และสถานประกอบการ การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นก่อนการส่งไปยังสถานบริการขั้นสูง การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและที่บ้าน 2) เป็นบริการสุขภาพแบบผสมผสานที่มีบริการสุขภาพที่หลากหลาย รวมทั้งบริการสุขภาพที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น 3) เป็นบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและครบวงจร โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างเครือข่ายสุขภาพ เพื่อลดค่าใช้จ่าย และมีความต่อเนื่องของการดูแลที่ไม่ต้องการเริ่มต้นการรักษาใหม่ทุกครั้งที่ย้ายสถานบริการ โดยใช้ฐานข้อมูลของประชาชนแต่ละคน ตามลักษณะบริการสุขภาพที่ต้องใช้ 4) การบริหารจัดการเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ชุมชน และองค์กร

ต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่สามารถตรวจสอบได้ และ 5) บริการอื่นๆ ที่เสริมความเข้มแข็งของชุมชนที่ทำให้คนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรักษาที่มีความหลากหลายในชุมชนทั้งแผนไทยแผนปัจจุบันต้องรู้จักหมอพื้นบ้าน โดยให้ประชาชนมีโอกาสเลือกตัดสินใจใช้วิธีการรักษาต่างๆ ที่มีในชุมชนได้ให้การยอมรับหมอพื้นบ้าน หรือแม้แต่การจัดทำประชาคมสุขภาพ การบริการที่กระตุ้นให้คนมีการรวมกลุ่มกัน เพื่อทำกิจกรรมพัฒนาสุขภาพต่างๆ ในชุมชน

### 3.2 การติดต่อสื่อสาร (communication)

การติดต่อสื่อสารเปรียบเทียบบเสมือนเส้นชีวิตขององค์การทุกองค์การ ในฐานะเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างบุคคล กลุ่ม และ องค์การเข้าด้วยกัน การติดต่อสื่อสารเป็นสื่อกลางในการนำปัจจัยนำเข้าจากสภาพแวดล้อมสู่องค์การ และส่งผลผลิตจากองค์การสู่สภาพแวดล้อมต่อไป สำหรับผู้บริหาร การติดต่อสื่อสารเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ผู้บริหารนำมาใช้ในการตัดสินใจ การติดตามงานและการแก้ไขให้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ และให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น และจากผลการวิจัยพบว่าผู้บริหารใช้เวลาประมาณร้อยละ 80 ในการติดต่อสื่อสาร (Hoy and Miskel, 1991: 225) ให้ความหมายการสื่อสาร (communication) หมายถึง กระบวนการส่งข่าวสารข้อมูลจากผู้ส่งข่าวสารไปยังผู้รับข่าวสาร มีวัตถุประสงค์เพื่อชักจูงให้ผู้รับข่าวสารมีปฏิกิริยาตอบสนองกลับมา คาดหวังให้เป็นไปตามที่ผู้ส่งต้องการ องค์ประกอบของการสื่อสาร ประกอบด้วย ผู้ส่งข่าวสาร (sender) ข้อมูลข่าวสาร (message) สื่อในช่องทางการสื่อสาร (media) ผู้รับข่าวสาร (receivers) และ ความเข้าใจเพื่อการตอบสนอง

กระบวนการติดต่อสื่อสาร ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ (Robbins, 1998: 285 – 286 ) ดังนี้ 1) แหล่งข่าวสารที่ต้องการสื่อสาร (the communication source) ข่าวสารที่ต้องการสื่อจะต้องมีแหล่งที่มา มีวัตถุประสงค์ที่ต้องการสื่อสาร 2) การลงรหัส (encoding) ผู้ส่งสารจะต้องแปลงข่าวสารที่ต้องการสื่อสาร ประมวลผลความคิดให้อยู่ในรูปของสัญลักษณ์ต่างๆ เป็นคำพูด รูปภาพ กริยาท่าทาง หรือแผนผัง เพื่อให้ผู้รับเข้าใจง่ายขึ้น 4 ประการที่มีผลต่อการส่งรหัสคือ ทักษะ เจตคติ ความรู้และระบบสังคม และวัฒนธรรมของผู้ส่งรหัส 3) ข่าวสาร (message) 4) ช่องทางการสื่อสาร (channel) หมายถึงสื่อกลางที่เป็นช่องทางการเดินของข่าวสารที่ต้องการสื่อสาร อาจจะเป็นช่องทางที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ ถ้าเป็นช่องทางการสื่อสารที่เป็นทางการมาจากองค์การดำเนินการซึ่งข่าวสารจะเกี่ยวข้องกับการงานของบุคลากร ส่วนช่องทางการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการเป็นข่าวสารส่วนบุคคลหรือสังคม 5) การถอดรหัส (decoding) 6) ผู้รับสาร (receiver) การแปลความหมายข่าวสารจากผู้ส่งสาร การที่ข่าวสารจะถึงผู้รับสารนั้นข่าวสารอยู่ในรูปสัญลักษณ์ต่างๆ ที่ถูกส่งมาตามช่องทางต่างๆถูกแปลงให้อยู่ในรูปแบบที่ผู้รับสารสามารถเข้าใจ

ได้ ประเด็นที่สำคัญสำหรับการสื่อสาร ที่จะให้ผู้รับสารได้เข้าใจ ข่าวสารตรงกับวัตถุประสงค์ของผู้ส่งสารนั้นขึ้นอยู่กับทักษะจากแหล่งที่ส่งสารในการเขียนหรือการพูด และผู้รับสารจะต้องมีทักษะในการอ่านหรือฟังเช่นกัน และพบข้อจำกัดของทักษะ เจตคติ ความรู้ ระบบสังคม และวัฒนธรรม และ 6) การให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback loop) เป็นการตรวจสอบถึงความสำเร็จในการสื่อสารว่า ข่าวสารที่ส่งไปนั้น ผู้รับสารสามารถเข้าใจข่าวสารตรงกับวัตถุประสงค์หรือไม่ หากประสบปัญหาในจุดใดต้องหาทางแก้ไข

การสื่อสารที่มีประสิทธิผลเป็นความต้องการพื้นฐานที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์การ (Merryman A. 1996 cited in Dean, 1975: 172-177) ได้เสนอองค์ประกอบ 7 ประการที่สำคัญในการสื่อสารและสามารถลงไว้ซึ่งวัตถุประสงค์อย่างแท้จริงขององค์ประกอบดังกล่าวได้แก่ 1) ช่องทางการสื่อสารจะต้องมีความชัดเจนและแน่นอน 2) มีช่องทางการสื่อสารอย่างเป็นทางการที่แน่นอนแก่สมาชิกทุกคนในองค์การ 3) เส้นทางสื่อสารต้องสั้น และตรง ประเด็นเท่าที่เป็นไปได้ 4) เส้นทางสื่อสารอย่างเป็นทางการจะต้องถูกใช้งานได้อย่างปกติ 5) บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการสื่อสารจะต้องเป็นบุคคลที่มีความสามารถและมีจำนวนเพียงพอ 6) เส้นทางสื่อสารจะต้องไม่ถูกรบกวนในขณะที่มีการปฏิบัติงานตามหน้าที่ และ 7) ระบบการสื่อสารทุกระบบต้องเชื่อถือได้

การปรับปรุงการสื่อสารภายในองค์การผู้บริหารจะประสบความสำเร็จในการเป็นผู้บริหารที่ดีนั้นต้องมีกิจกรรมเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร 2 ประการคือ 1) ปรับปรุงเนื้อหาข่าวสาร (message) ที่ต้องการสื่อความหมาย และ 2) ค้นหาวิธีการปรับปรุงวิธีการที่จะให้บุคลากรเข้าใจในสิ่งที่ ต้องการสื่อสารต้องเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารที่ดีทั้ง 2 ฝ่าย การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความพึงพอใจในการทำงานทำให้เกิดประสิทธิผลขององค์การ Gibson, Ivancich and Donnally (2000: 415-418) กล่าวถึงการปรับปรุงเทคนิคที่จะทำให้บรรลุกิจกรรม 9 ประการ มีดังนี้ 1) การติดตามผล (following up) เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าข่าวสารที่ส่งไปนั้น ผู้รับสาร รับรู้ หรือเข้าใจตรงกับวัตถุประสงค์หรือไม่ 2) การสื่อสารเป็นไปตามกฎระเบียบ (regulating information flow) หลักการที่ยอมรับของผู้บริหาร เป็นการสร้างความมั่นใจแก่บุคลากรว่าสารที่ส่งไปนั้นถึงมือผู้บริหารแน่นอน 3) การใช้ข้อมูลป้อนกลับอย่างมีประโยชน์ (utilizing feedback) การเปิดโอกาสให้บุคลากรได้มีโอกาสหรือเปิดช่องทางสำหรับ รับฟัง การตอบสนองของผู้รับข่าวสาร การเปิดโอกาสให้เข้าพบในลักษณะการเผชิญหน้า (face to face) องค์การที่มีสุขภาพดีนั้น ต้องการสื่อสารจากล่างขึ้นบนที่มีประสิทธิผล 4) ความเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึกของผู้อื่น (empathy) เพื่อลดอุปสรรค สิ่งขัดขวางต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การสื่อสารที่มีประสิทธิผล 5) การส่งสารซ้ำ (repetition) ยึดหลักของการเรียนรู้ ใช้เมื่อแน่ใจว่ามีบางส่วนของข่าวสารไม่กระอ่างแจ้ง 6)

การสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (encouraging mutual trust) ด้วยข้อจำกัดเรื่องเวลา ผู้บริหารไม่สามารถติดตามผล หรือรับข้อมูลป้อนกลับ (feedback) จากบุคลากรได้ตลอดเวลา ภายใต้อุปกรณ์ดังกล่าว การสร้างบรรยากาศแห่งความเชื่อมั่นและไว้วางใจระหว่างผู้บริหารและบุคลากรเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนการสื่อสาร 7) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ (effective) 8) ใช้ภาษาอย่างเรียบง่าย (simplifying language) และ 9) การรับฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (effective listening) เป็นผู้ฟังที่ดี

การติดต่อสื่อสารเป็นเครื่องมือหรือกลไกที่สำคัญในการบริหารงานในองค์กรให้ไปสู่การบรรลุเป้าหมายสูงสุดขององค์กร การติดต่อสื่อสารเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ ถ่ายทอด ตั้งแต่วิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย และวัตถุประสงค์ขององค์กร กลยุทธ์ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ และกฎ ระเบียบ การปฏิบัติต่างๆ ไปสู่บุคลากรทั่วทั้งองค์กรเพื่อความเข้าใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล รวมไปถึงการเสริมสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน การจัดซื้อจัดจ้างภายในองค์กร การสร้างความเป็นปึกแผ่นขององค์กร นำไปสู่การมีวัฒนธรรม องค์กรที่แข็งแกร่ง ผู้บริหารจะต้องพัฒนาตนเองและมุ่งส่งเสริมให้บุคลากรภายในองค์กรมี ทักษะในการสื่อสารที่ดี สร้างระบบ กลไก และเครื่องมือที่ช่วยในการสื่อสารให้มีเพียงพอ และมี ประสิทธิภาพ ตลอดจนพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพทั้งภายในและภายนอกองค์กร

ผู้วิจัยให้ความหมายของการติดต่อสื่อสาร คือ การใช้เทคนิควิธีการ และช่องทาง ในการสื่อสารของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยบุคลากรทีมสุขภาพได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้อย่างครบถ้วน และสอดคล้องตรงกัน เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน

### 3.3 การบริหารเปลี่ยนแปลง (change management)

การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในปัจจุบันทำให้องค์กรต้องมีการปรับปรุง ต่างๆ เพื่อรองรับปัจจุบัน และอนาคต ไม่มีองค์กรใดที่หยุดนิ่งอยู่กับที่โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง เกิดขึ้น ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงที่ล่าช้าก็จะทำให้องค์กรเหล่านั้นล้าสมัยและประสบกับภาวะ ถดถอย (decline) หรือไม่หลงเหลือสถานภาพของการเป็นองค์กรอีกต่อไป (the death of organization) (สถาพร ปิ่นเจริญ, 2543: 78-81) การบริหารการเปลี่ยนแปลงคือ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับ คน ดังคำกล่าวที่ว่า “Change management is about people dimension” งานของการบริหารการ เปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มของกิจกรรมที่ใช้กระตุ้น และสนับสนุนองค์กรให้สามารถผ่านช่วงของการ ปรับเปลี่ยนเพื่อเข้าสู่สภาพแวดล้อมใหม่ในการทำงานได้อย่างสำเร็จ

กิงแก้ว แพทย์ปฏิพัทธ์ (2543: 71-74) กล่าวถึงปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับงานของ การบริหารการเปลี่ยนแปลงมีดังนี้ 1) องค์กรต้องมีการวางแผน การบริหารการเปลี่ยนแปลงที่ดี (planned change) 2) ผู้นำที่เกี่ยวข้องต้องเป็นผู้นำที่กระตือรือร้น (active leadership) 3) การจัดการ



ด้านพฤติกรรมของผู้บริหาร 4) เป้าหมายและประโยชน์ที่องค์กรต้องการนั้นต้องมีความชัดเจน 5) ประสิทธิภาพของการสื่อสารถึงผู้เกี่ยวข้องรวมถึงความถี่ของการสื่อสารด้วย 6) การสร้างวัฒนธรรมขององค์กรเพื่อสนับสนุนสภาพแวดล้อมใหม่ขององค์กร และ 7) การจัดการด้านระบบของการตอบแทนหรือการให้รางวัล

Paton and McCalman (2000: 36-37) กล่าวว่าการบริหารการเปลี่ยนแปลงเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้สหวิทยาการ โดยจะต้องใช้ทักษะ ทฤษฎีการ การสนับสนุนและความรู้ ได้แก่ 1) ทักษะการสื่อสารเป็นสิ่งที่สำคัญและต้องประยุกต์ทั้งในและระหว่างทีมบริหาร 2) สร้างแรงจูงใจและผู้นำต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง 3) ความสามารถในการสนับสนุนและรวมกิจกรรมระดับกลุ่มและบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญ 4) ทักษะในการเจรจา และชักจูงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก 5) การวางแผนและการควบคุมกระบวนการเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะต้องถูกนำมาใช้ 6) ความสามารถในการบริหารบุคลากรทั้งในระดับเดียวกัน ระดับที่สูงกว่าและระดับล่างตลอดจนระหว่างกลุ่ม และ 7) ความรู้และการสนับสนุนให้เกิดการชักจูง เป็นเหตุผลที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลง

Kimbrough and Burkett (1990: 134-151) ได้แสดงความเห็นไว้ว่า การบริหารการเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการ ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต่อเนื่องกัน 7 ขั้นตอนคือ 1) การกำหนดความจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลง ควรได้มาจากความต้องการของสมาชิกในองค์กร ซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนั้น 2) การเสนอความคิดเห็นในการเปลี่ยนแปลง ควรได้มาจากความต้องการของสมาชิกในองค์กร ซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนั้น 3) สร้างแรงจูงใจให้แก่ทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนต้องเอาใจใส่ในการสร้างแรงจูงใจให้ทีมงานเกิดความรู้สึกต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงและต้องการ ปฏิบัติภารกิจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ 4) แสวงหาแนวทางที่เหมาะสมและเป็นไปได้เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงนั้นประสบผลสำเร็จ 5) ลงมือปฏิบัติ พึงระลึกไว้เสมอว่าก่อนที่จะลงมือปฏิบัติ ควรจะได้วางแผนไว้เรียบร้อยแล้วเป็นอย่างดี ไม่ควรกระทำการวางแผนไปพร้อม ๆ กับการลงมือปฏิบัติ 6) การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงควรจะได้มีการวางแผน เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงนั้น โดยให้มีการประเมินผลตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการจนกระทั่งเสร็จสิ้น และ 7) การเผยแพร่เมื่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงเสร็จสิ้นแล้ว ควรได้มีการเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่นหรือระดับจังหวัด

องค์กรต่างๆ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกองค์กรอย่างมากมาย การบริหารการเปลี่ยนแปลงเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่จะนำพาองค์กรให้ผ่านพ้นช่วงเวลาแห่งวิกฤติการณ์ไปได้ องค์กรจะต้องมีความพร้อมตื่นตัวอยู่เสมอที่จะปรับตัว ทั้งโครงสร้าง ขนาดองค์กร การเพิ่มทักษะของบุคลากรให้มีความสามารถหลายๆ ด้านตลอดจน



วิธีการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำของผู้บริหารเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการที่จะโน้มน้าวเพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรเกิดความร่วมมือร่วมใจในการกระทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะองค์การที่มีวัฒนธรรมแข็งแกร่งแล้ว การบริหารการเปลี่ยนแปลงจะเป็นเรื่องที่สามารถทำได้อย่างรวดเร็ว และประสบผลสำเร็จ บรรลุเป้าหมายขององค์การต่อไป

ผู้วิจัยให้ความหมายของการบริหารการเปลี่ยนแปลงคือ ความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชนในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีการปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพบริบท วัตถุประสงค์การวางแผนการเปลี่ยนแปลง การสร้างวัฒนธรรมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนส่งเสริมให้มีการกระทำเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลง การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของศูนย์สุขภาพชุมชน

#### 4. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

Dal (2006 อ้างใน สาคร สุขศรีวงศ์, 2550: 61) อธิบายถึงสภาพแวดล้อมขององค์การ ประกอบด้วย 1) สภาพแวดล้อมภายในองค์การ (internal environment) ประกอบด้วย บรรยากาศขององค์การ ประกอบด้วย ระบบงาน ผู้มีส่วนได้เสียในองค์การ สิ่งอำนวยความสะดวก และวัฒนธรรมขององค์การ และ 2) สภาพแวดล้อมภายนอก (external environment) แบ่งออกเป็น (1) สภาพแวดล้อมทั่วไป ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางการเมือง และกฎหมาย สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมทางเทคโนโลยี และสภาพแวดล้อมระหว่างประเทศ (2) สภาพแวดล้อมทางตรงที่มีผลกระทบต่อองค์การโดยตรง ได้แก่ ลูกค้า คู่แข่งขัน ผู้จัดการปัจจัยการผลิต แรงงาน เจ้าหน้าที่ของรัฐ Collins (2001, อ้างใน สาคร สุขศรีวงศ์, 2550: 63-64)

การบริหารจัดการสภาพแวดล้อมต้องมีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ศึกษา และทำความเข้าใจถึงสาเหตุที่มาของสภาพแวดล้อมประเภทต่างๆ ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมประเภทนั้นๆ (Collin, 2001 อ้างใน สาคร สุขศรีวงศ์, 2550: 66) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรในลักษณะต่างๆ 4 ประการ ได้แก่ 1) จุดแข็ง หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ในองค์การนำไปสู่ความแข็งแกร่งข้อได้เปรียบขององค์การเมื่อเทียบกับองค์การอื่นๆ ในลักษณะเดียวกัน 2) จุดอ่อน หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ในองค์การที่นำไปสู่ความอ่อนแอหรือเสียเปรียบขององค์การเมื่อเทียบกับองค์การอื่นๆ ในลักษณะเดียวกัน 3) โอกาส หมายถึง ปัจจัยต่างๆ นอกองค์การที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานขององค์การ และเอื้อต่อความสำเร็จขององค์การ และ 4) อุปสรรค หมายถึงปัจจัยต่างๆ ขององค์การเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานองค์การ และอาจทำให้องค์การล้มเหลวได้ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม เป็นเรื่องที่สำคัญ และจำเป็นสำหรับองค์การที่จะต้องวิเคราะห์ เนื่องจากสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลสามารถส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการ

ดำเนินงานขององค์กรให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ เพราะองค์กรในปัจจุบันมีสภาพเป็นองค์กรระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมในลักษณะแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกัน และกัน ทั้งนี้ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นนั้นต้องมีความสมดุลด้วยรวมทั้งสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมีอิทธิพลทำให้ระบบมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย องค์กรต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาท และยุทธศาสตร์ในการปรับตัวให้เข้ากับยุคสมัยมากขึ้น Steers (1977: 95-99) กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อความสำเร็จขององค์กรขึ้นอยู่กับ 1) ความสามารถในการทำนายสิ่งแวดล้อมในอนาคต 2) ความถูกต้องของความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และ 3) ระดับเหตุผลขององค์กร ซึ่งทั้งสามประการนี้ย่อมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรและสิ่งแวดล้อม ในส่วนที่เกี่ยวกับประสิทธิผลขององค์กร

สภาพแวดล้อมประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม การเมือง และเทคโนโลยี ส่วนสภาพแวดล้อมภายในคือ ปัจจัยด้านองค์กร การตลาด การเงิน การผลิต หรือปฏิบัติการ และด้านทรัพยากรและบุคลากร ผู้บริหารต้องทราบว่านี่คือองค์การกำลังเผชิญกับสภาพแวดล้อมแบบใดต้องรู้จักวิธีการบริหารจัดการสภาพแวดล้อม เหมาะสมกับสถานการณ์ สามารถสรุปได้ 3 ประการ คือ 1) การปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมขึ้นกับลักษณะของสภาพแวดล้อมและการเลือกเทคนิคที่เหมาะสมของผู้บริหาร 2) การใช้สภาพแวดล้อมให้เป็นประโยชน์ มีการปรับปรุงให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมเพื่อการได้เปรียบหรือความอยู่รอดขององค์กร และ 3) การเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้องค์กร โดยองค์กรที่เผชิญกับสภาพแวดล้อมบางประเภท ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้อย่างเต็มที่ ผู้บริหารองค์กรจึงจำเป็นที่จะนำองค์กรสู่สิ่งแวดล้อมใหม่

จากความเห็นของนักวิชาการ ผู้วิจัยเห็นว่าสภาพแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกองค์กรมีความสำคัญกับประสิทธิผลองค์กร เพราะปัจจุบันสภาพแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และองค์กรไม่สามารถอยู่ได้ตามลำพัง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ สภาพแวดล้อม หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่อยู่ภายใน และภายนอกองค์กรส่งผลต่อการดำเนินงานขององค์กรทั้งทางตรง และทางอ้อม สภาพแวดล้อมขององค์กรได้แก่ สภาพแวดล้อมทางการเมืองและกฎหมาย สภาพแวดล้อมทางเทคโนโลยี ความร่วมมือจากชุมชนการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและญาติ ทีมบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพ คณะกรรมการบริหารระบบเครือข่ายบริการ ความพร้อมของยาเวชภัณฑ์ และเครื่องมืออุปกรณ์ในการให้บริการ การบริหารจัดการที่เน้นเป้าหมายของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนและวัฒนธรรมองค์กร มีรายละเอียดดังนี้

#### 4.1 สภาพแวดล้อมภายใน

สภาพแวดล้อมภายใน ประกอบด้วย วัฒนธรรมองค์การ และบรรยากาศองค์การ มีรายละเอียดดังนี้

##### 4.1.1 วัฒนธรรมองค์การ

Cooke and Laffety (1989: 225) กล่าวถึงวัฒนธรรมลักษณะสร้างสรรค์ (the constructive culture) เป็นองค์การที่มีลักษณะของการให้ความสำคัญกับค่านิยมในการทำงาน โดยมุ่งส่งเสริมให้สมาชิกในองค์กรมีปฏิสัมพันธ์และสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำงานมีลักษณะที่ส่งผลให้สมาชิกภายในองค์กรประสบความสำเร็จในการทำงาน และมุ่งที่ความพึงพอใจของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการความสำเร็จในการทำงาน และมุ่งที่ความพึงพอใจของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการความสำเร็จ และความต้องการไมตรีสัมพันธ์ ซึ่งลักษณะพื้นฐานของวัฒนธรรมองค์กรเชิงสร้างสรรค์ จากการทบทวนแนวคิดของนักวิชาการต่างๆสามารถกล่าวโดยสรุปความหมายของวัฒนธรรมองค์การ หมายถึง กลุ่มของค่านิยม ความเชื่อ ความรู้สึก เจตคติ บรรทัดฐาน และความคาดหวังของสมาชิกในองค์กรที่ยึดถือร่วมกันเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแสดงออกอย่างเหมาะสมในรูปแบบภาษา ศิลปะ ความเชื่อ ระเบียบ ประเพณี โดยวัฒนธรรมองค์การใดๆ นั้น วัฒนธรรมเป็นมรดกที่เรียนรู้จากคนรุ่นก่อนที่สังคมยอมรับ รักษาไว้ และเพาะปลูกให้เจริญงอกงาม มีการพัฒนาและถูกสั่งสมกันมาเพื่อถ่ายทอดแก่สมาชิกต่อไป

Cooke and Laffety (1989: 122) กล่าวถึงลักษณะของวัฒนธรรม 3 ลักษณะ คือ

1. ลักษณะสร้างสรรค์ (constructive styles) หมายถึง องค์การที่ให้ความสำคัญถึงค่านิยมในการทำงาน โดยมุ่งให้บุคลากรในองค์กรเกิดความพึงพอใจได้รับความสำเร็จจากการทำงาน มีความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคลากรภายในองค์กร ส่งผลให้เกิดความสำเร็จใน 4 มิติ ได้แก่ (1) มิติมุ่งความสำเร็จ (achievement dimension) คือ องค์การที่มีค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกในการทำงานที่ดี บุคลากรทำงานด้วยหลักการและเหตุผลมีการตั้งเป้าหมายของการทำงานร่วมกัน (2) มิติมุ่งสั่งการแห่งตน (self-actualizing dimension) คือ องค์การที่มีค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกในทางสร้างสรรค์ มีเป้าหมายของการทำงานอยู่ที่คุณภาพมากกว่าปริมาณ มุ่งเน้นความต้องการตามที่บุคคลคาดหวังและสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การ (3) มิติมุ่งบุคคลและการสนับสนุน (humanistic-encouraging dimension) คือ องค์การที่มีค่านิยมและพฤติกรรมการทำงานที่มีการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม และมุ่งบุคคลเป็นศูนย์กลางซึ่งถือว่าบุคลากรเป็นทรัพยากรที่มีค่าสูงสุดขององค์การ และ (4) มิติมุ่งไมตรีสัมพันธ์ (affiliative dimension) คือ องค์การที่บุคลากรมีค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกมุ่งให้ความสำคัญกับ

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและเน้นบรรยากาศที่อบอุ่นในการทำงาน มีความเป็นกันเอง เปิดเผย  
จริงใจ ให้การยอมรับซึ่งกัน และกัน

ดังนั้นวัฒนธรรมลักษณะสร้างสรรค์จะเน้นการทำงานอย่างสร้างสรรค์ สร้าง  
ค่านิยมในการทำงานที่มุ่งความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน มีความ  
กระตือรือร้นในการทำงาน เน้นการทำงานเป็นทีม สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน และมีความรู้สึก  
ว่างานท้าทายความสามารถอยู่ตลอดเวลา ต่อไปก็จะขอก้าวถึงวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้ซึ่ง  
เป็นวัฒนธรรมองค์กรอีกรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะทำให้บุคลากรในองค์กรเกิดการพัฒนาใน  
การเรียนรู้ การทำงานร่วมกันจนบรรลุเป้าหมายขององค์กร

2. ลักษณะตั้งรับ-เฉื่อยชา (passive defensive styles) หมายถึง องค์กรที่มีค่านิยม  
และพฤติกรรมการแสดงออกที่มุ่งความต้องการความมั่นคง ยึดกฎระเบียบ ขอบบังคับพึ่งพาและ  
คล้อยตามความคิดของผู้บริหาร แบ่งออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ (1) มิติมุ่งพึ่งด้วย (approval dimension)  
คือ องค์กรที่มีค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกที่บุคลากรให้การยอมรับซึ่งกันและกัน  
หลีกเลี่ยงการขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นและการเห็นด้วยกับแนวทางความคิดเห็นของผู้บริหารและ  
ผู้ร่วมงานว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง (2) มิติมุ่งยึดกฎเกณฑ์ (conventional dimension) คือ องค์กรที่มี  
ค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกลักษณะอนุรักษ์นิยม แบบแผนการปฏิบัติงานเป็นระบบ  
ราชการ บุคลากรทุกคนในองค์กรต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบที่วางไว้อย่างเคร่งครัด (3) มิติมุ่งการ  
พึ่งพา (dependent dimension) คือ องค์กรที่มีค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกโดยยึดตามสาย  
บังคับบัญชาและศูนย์รวมการบริหารจัดการบุคลากรจะต้องปฏิบัติงานตามการตัดสินใจของ  
ผู้บริหารหรือผู้นำกลุ่มและเป็นผู้ตามที่ดี และ (4) มิติหลีกเลี่ยง (avoidance dimension) คือ องค์กร  
ที่มีค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกที่เน้นการลงโทษเมื่อเกิดความผิดพลาดในการทำงาน แต่  
เมื่อประสบความสำเร็จก็ไม่ได้รางวัล ดังนั้นทำให้บุคลากรหลีกเลี่ยงการตัดสินใจเพื่อให้มีความ  
เสี่ยงน้อยที่สุด

3. ลักษณะตั้งรับ-ก้าวร้าว (aggressive defensive styles) หมายถึง องค์กรที่มี  
ค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกในลักษณะมุ่งเน้นความต้องการด้านความมั่นคงของบุคลากร มี  
ผู้นำที่มุ่งเน้นงาน บุคลากรมีลักษณะชิงดีชิงเด่นกันในการทำงาน แบ่งออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ (1) มิติ  
มุ่งเห็นตรงกันข้าม (oppositional dimension) คือ องค์กรที่มีค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออก  
ของการเผชิญหน้าอย่างมาก เน้นการเจรจาต่อรองและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ทำให้ไม่มีเวลา  
วางแผนล่วงหน้าและบุคลากรต่อต้านการเปลี่ยนแปลง (2) มิติมุ่งใช้อำนาจ (power dimension) คือ  
องค์กรที่มีค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกที่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานตามอำนาจ  
หน้าที่ในตำแหน่ง บุคลากรชอบการควบคุมอื่นและมีความเชื่อในเรื่องผลักดันเหตุการณ์ต่างๆที่

เกิดขึ้นในองค์กร (3) มิติมุ่งการแข่งขัน (competitive dimension) คือ องค์กรที่มีค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกถึงการแข่งขัน โดยมีการแพ้-ชนะเกิดขึ้น บุคลากรชอบการแข่งขันและทุกสิ่งทุกอย่างมีลักษณะท้าทายในการแข่งขันการทำงาน และ (4) มิติมุ่งความสมบูรณ์แบบ (perfectionistic dimension) คือ องค์กรที่มีค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกถึงลักษณะเจ้าระเบียบ บุคลากรทำงานหนักและขี้อึดมั่นในระบบการทำงานมากแต่บรรลุเป้าหมายขององค์กรน้อย

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าวัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งที่มองเห็นและไม่สามารถมองเห็นได้อยู่ในรูปแบบแผนที่เป็นแนวปฏิบัติของบุคคลภายในองค์กร สะท้อนให้เห็นถึงค่านิยม ความเชื่อ ข้อสมมติพื้นฐาน เจตคติ บรรทัดฐาน และความคาดหวังที่สมาชิกในองค์กรยึดถือร่วมกัน ผู้วิจัยเลือกแนวคิดของ Cooke and Laffety (1989: 122) อธิบายวัฒนธรรมองค์กรศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะเป็นองค์กรที่มีชีวิต มีการสร้างสรรค์ตลอดเวลา โดยวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เจตคติ และประสิทธิผลรวมของบุคลากร อีกทั้งวัฒนธรรมองค์กรยังส่งผลกระทบต่อกระบวนการบริหารไม่ว่าจะเป็นการจูงใจ ภาวะผู้นำ การตัดสินใจ การสื่อสาร การเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการควบคุม การประเมินผลและระบบการให้รางวัล ซึ่งผู้บริหารจะต้องตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษาการนำวัฒนธรรมองค์กรมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการบริหาร องค์กรให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้วยการส่งเสริมให้องค์กรมีวัฒนธรรมที่แข็ง (strong culture) และสร้างสรรค์วัฒนธรรมที่เอื้ออำนาจต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร เพื่อเป็นแบบแผนของวัฒนธรรมที่เป็นที่ยอมรับของสมาชิกในองค์กร และนำไปสู่การหลอมรวมความมุ่งมั่น ตั้งใจจริงของบุคลากรในการร่วมกันขับเคลื่อนภารกิจขององค์กร ไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ขององค์กรหรือสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในขณะนั้นๆ และรองรับเพื่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคตเพื่อความอยู่รอดขององค์กรต่อไป

#### 4.1.2 บรรยากาศขององค์กร

Cherrington (1994 : 469-470) กล่าวว่า บรรยากาศขององค์กรเป็น คุณลักษณะหรือความเชื่อที่แบ่งแยกองค์กรหนึ่งจากอีกองค์กรหนึ่งคล้ายคำว่าบุคลิกภาพ บรรยากาศขององค์กร หมายถึง บุคลิกภาพขององค์กร เป็นคุณลักษณะที่คงที่ของแต่ละบุคคลและเป็นคุณสมบัติทั้งหมดขององค์กรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม บุคลากรจะมีความพอใจในบรรยากาศบางองค์กรมากกว่า และปฏิบัติงานได้ดีกว่าในองค์กรอื่น

Stringer (2002: 9) ให้ความหมายของบรรยากาศขององค์กรว่าเป็นผลรวม และรูปแบบของสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ

Lussier (2002: 429) ระบุว่ามิติของบรรยากาศองค์การ ประกอบด้วย 1) โครงสร้างเป็นระดับของข้อจำกัดของสมาชิก ได้แก่ จำนวน กฎระเบียบ ข้อบังคับ และขั้นตอนการปฏิบัติงาน 2) ความรับผิดชอบเป็นระดับการควบคุมระดับของตนเองต่องานที่แต่ละคนรับผิดชอบ 3) รางวัล เป็นระดับของการให้รางวัลแก่ความพยายามของบุคลากรและการลงโทษอย่างเหมาะสม 4) ความอบอุ่นเป็นระดับของความพึงพอใจต่อมนุษย์สัมพันธ์ในองค์การ 5) การสนับสนุนเป็นระดับของการได้รับความช่วยเหลือโดยผู้อื่นและประสบการณ์ในการร่วมมือ 6) ความเป็นเอกลักษณ์และความจงรักภักดีต่อองค์การ และ 7) ความเสี่ยง เป็นระดับที่สนับสนุนให้มีการเผชิญกับความเสี่ยง

Cherrington (1994: 470-471) กล่าวถึงตัวแปรที่มีผลต่อบรรยากาศองค์การ ประกอบด้วย

1. ค่านิยมต่อการบริหารจัดการ (managerial values) ค่านิยมของผู้บริหารมีอิทธิพลต่ออย่างมากต่อบรรยากาศองค์การ เนื่องจากค่านิยมจะนำไปสู่การปฏิบัติที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ค่านิยมหรือการรับรู้ของบุคลากรจะเป็นอิทธิพลที่สำคัญต่อความเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ เผด็จการหรือการมีส่วนร่วม ความไม่เป็นการเองหรือเป็นมิตร และมีผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าค่านิยมของผู้บริหารสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความซื่อสัตย์ในองค์การ

2. แบบของผู้นำ (leadership style) ผู้นำเป็นผู้ซึ่งมีความเชื่อมั่นต่อผู้ใต้บังคับบัญชาต่อการนำไปสู่การตัดสินใจเพื่อองค์การที่สร้างความแตกต่างจากบรรยากาศที่มาจากผลของผู้บริหารผู้ซึ่งเป็นบุคคลดำเนินการตัดสินใจที่สำคัญทุกๆ เรื่องและยังคงไว้ซึ่งการควบคุมที่เข้มงวด

3. เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ (economic conditions) เมื่อเศรษฐกิจเจริญเติบโต องค์การร่ำรวย ผู้บริหารกล้าที่จะเผชิญกับความเสี่ยงสูง สมาชิกขององค์การจะเกิดความรู้สึกมั่นคงซึ่งตรงกันข้ามกับเมื่อภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ

4. โครงสร้างขององค์การ (organizational structure) คุณลักษณะหลายประการของโครงสร้างขององค์การมีแนวโน้มที่จะมีอิทธิพลต่อบรรยากาศองค์การ เช่น องค์การที่มีความสัมพันธ์ในการรายงานผลอย่างเคร่งครัด มีกฎ ระเบียบ และขั้นตอนการปฏิบัติที่เข้มงวด มีแนวโน้มทำให้บรรยากาศองค์การเป็นแบบราชการ ไม่มีความอบอุ่นและความเป็นกันเอง

5. ลักษณะของสมาชิกในองค์การ (characteristics of the members) บุคลิกภาพของสมาชิกในองค์การจะส่งผลกระทบต่อบรรยากาศในองค์การ องค์การที่มีสัดส่วนจำนวนมากของพนักงานสูงอายุ หรือการศึกษาต่ำ จะมีบรรยากาศเงียบ แตกต่างจากองค์การที่มีพนักงานส่วนใหญ่ที่อยู่ในวัยหนุ่ม-สาวมีการศึกษาสูง และมีความมุ่งมั่น



6. ความเป็นสหภาพ (unionization) การคงอยู่หรือไม่อยู่ของสภาพแรงงานจะมีอิทธิพลต่อองค์การ ความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายบริหารและแรงงานจะมีแนวโน้มเป็นทางการสูงขึ้น และเป็นปรปักษ์ เมื่อพนักงานมีการโหวตเสียงมีการก่อตัวสหภาพ และเจรจาเพื่อตกลงเกี่ยวกับค่าจ้างหรือสวัสดิการต่างๆ เกี่ยวกับแรงงาน

7. ขนาดขององค์การ (organization size) องค์การขนาดใหญ่มีแนวโน้มที่มีความเคร่งครัด ความเป็นราชการมากกว่าองค์การขนาดเล็ก และองค์การขนาดเล็กง่ายต่อการสร้างบรรยากาศแห่งความสร้างสรรค์ นวัตกรรม และความเป็นปึกแผ่นมากกว่าองค์การขนาดใหญ่

8. ธรรมชาติของงาน (nature of the work) ชนิดของงานและรูปแบบของอุตสาหกรรมจะสร้างความเป็นลักษณะเฉพาะของบรรยากาศองค์การ

จากการทบทวนเอกสารต่างๆ สามารถสรุปความหมายของบรรยากาศองค์การ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในองค์การที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการบริหาร การปฏิบัติงานของบุคคลในองค์การ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในองค์การ และสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลและบรรยากาศองค์การของแต่ละองค์การจะมีลักษณะเฉพาะหรือเอกลักษณ์ขององค์การนั้นๆ บรรยากาศองค์การที่ดีจะต้องส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรไปในทิศทางที่พึงประสงค์ เพื่อตอบสนองต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์การทำให้บุคลากรเกิดแรงจูงใจ พึ่งพอใจต่องาน องค์ประกอบที่สำคัญต่อบรรยากาศองค์การที่ดีนั้น ได้แก่ โครงสร้างองค์การที่เรียบง่าย มีความกระชับชัดเจนบทบาทหน้าที่และเน้นการกระจายอำนาจ ภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารทั้งจากบนลงล่าง ล่างขึ้นบน ในระดับเดียวกัน และมีช่องทางการสื่อสารหลายๆ ช่องทาง และค่านิยม ความเชื่อ ปทัสถานขององค์การ และระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสม

#### 4.2 สภาพแวดล้อมภายนอก

Steers (1977: 165) กล่าวว่าสภาพแวดล้อมภายนอกองค์การจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพขององค์การมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับ คือ ความสามารถในการคาดคะเนหรือการทำนายภาวะแวดล้อม ความถูกต้องในการรับรู้ภาวะแวดล้อม และระดับของความจำเป็นหรือเหตุผลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างองค์การกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากการมีอิทธิพลของสภาพแวดล้อมภายนอกองค์การนั้นเป็นความจำเป็นที่การบริหารองค์การให้มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องปรับเปลี่ยนหรือปรับปรุงการออกแบบขององค์การ เทคโนโลยี วัตถุประสงค์และพฤติกรรมองค์การให้สอดคล้องหรือสนองตอบต่อการเปลี่ยนแปลงของบริบทภายนอกองค์การได้อย่างเหมาะสมเกิดผลดี และนำไปสู่การอยู่รอดขององค์การ



สภาพแวดล้อมทางสังคม และวัฒนธรรมเป็นวิธีการคิด และการปฏิบัติที่เกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มบุคคลและสังคม ประกอบด้วยค่านิยมของสังคมทัศนคติ ความต้องการ ลักษณะเฉพาะด้านของประชากรศาสตร์ความใส่ใจในสุขภาพปัญหาต่างๆ ทางสังคม

สภาพแวดล้อมทางเทคโนโลยี เป็นการปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี โดยเฉพาะในปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารองค์การให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประกอบด้วยเทคโนโลยีด้านการสื่อสารโทรคมนาคม เทคโนโลยีพลังงาน เทคโนโลยีชีวภาพ เทคโนโลยีนาโน และการพัฒนาและถ่ายทอดเทคโนโลยี

สภาพแวดล้อมระหว่างประเทศเป็นการมองในระดับองค์การกับต่างประเทศ หากผู้บริหารสามารถวางแผน และปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ ประกอบด้วย องค์การข้ามโลก กองทุนการเงินระหว่างประเทศ ความขัดแย้งระหว่างประเทศ การรวมกลุ่ม พันธมิตรทางการค้า ข้อตกลงเปิดเสรีทางการค้า ความร่วมมือจากชุมชน ปัจจุบันการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีประสิทธิภาพต้องอาศัย ความร่วมมือกับองค์การหรือชุมชนในท้องถิ่น เพราะการมีส่วนร่วมสนับสนุนการวางแผน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรคระบาด การติดตามประเมินผลการสนับสนุนปัจจัยในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนให้สามารถปฏิบัติภารกิจให้บรรลุตามเป้าหมายของการบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก สามารถทำให้องค์การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และอยู่รอดได้ สามารถกล่าวถึง สภาพแวดล้อมภายนอกได้ดังนี้

ลูกค้า หมายถึง บุคคลและองค์การที่ใช้บริการจากองค์การเรา ทั้งนี้ผู้บริการต้องกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนเพื่อทราบความต้องการของลูกค้า เพื่อสามารถแสวงหาและนำเสนอบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

คู่แข่ง หมายถึง องค์การอื่นที่นำเสนอสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้ากลุ่มเดียวกับองค์การของเรา

ผู้จัดหาปัจจัยการผลิต หมายถึง บุคคลหรือองค์การที่จัดหาหรือจัดส่งปัจจัยการผลิตต่างๆ ได้แก่ คน เงิน อุปกรณ์ และการบริหารจัดการที่จำเป็น เช่น ทำเล จุดเด่นของผู้จัดหาปัจจัยการผลิตในอุตสาหกรรมนั้นๆ

แรงงาน หมายถึง บุคคลที่พร้อมจะทำงานและกำลังแสวงหาองค์การที่จะเข้าทำงาน ผู้บริหารต้องเน้นการดึงดูดแรงงานที่มีความรู้ความสามารถ เข้ามาในองค์การโดยการสรรหา คัดเลือก อบรม ตลอดจนจงใจให้รักษาแรงงานที่มีคุณภาพไว้กับองค์การ

เจ้าหน้าที่ของรัฐ หมายถึง เจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจการขององค์การ สนับสนุนข้อมูล และควบคุมการดำเนินการขององค์การ

ระบบงาน หมายถึง กระบวนการหรือวิธีในการทำงานในส่วนต่างๆ ขององค์กร โดยองค์กรต้องคำนึงถึงเป้าหมายขององค์กร โดยดูจากระบบงาน แต่ละส่วนองค์กรมีทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นเหมาะสมเพียงใด ทั้งนี้ระบบงานต่างๆ ในองค์กรมีการประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในองค์กร ได้แก่ คณะกรรมการ ผู้บริหารและพนักงาน ผู้บริหารต้องทราบความคาดหวัง บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบให้ชัดเจน เพื่อการบริหารจัดการ สิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง อุปกรณ์และเครื่องมือ เครื่องใช้อาคารสถานที่ โดยผู้บริหารต้องจัดหาสิ่งแวดลอมให้เหมาะสมเพื่อสมาชิกปฏิบัติงานได้สะดวกและปลอดภัยอย่างทันสมัยเพียงพอต่อการใช้งาน ปัญหาส่วนมากคือ พนักงานต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกที่ทันสมัย แต่องค์กรมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ ทั้งนี้ผู้บริหารมีหน้าที่หาจุดสมดุล และควบคุมดูแลให้ทุกฝ่ายใช้งาน และบำรุงรักษาสิ่งอำนวยความสะดวกให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2550: 6) กล่าวถึงสภาพแวดล้อมของศูนย์สุขภาพชุมชนว่าองค์กรดำเนินการอย่างไรในการ 1) ค้นหาความต้องการ และความคาดหวัง ด้านสุขภาพของผู้รับบริการประชาชน องค์กรชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ 2) สร้างสัมพันธ์ภาพกับองค์กรชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพ และ 3) การสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยกำหนดสามารถแบ่งสภาพแวดล้อมภายนอกของศูนย์สุขภาพชุมชน ดังนี้ ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน อาชีพของประชาชน ระดับการศึกษาของประชาชน ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

#### 4.2.1 ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2544: 24) กล่าวถึง สภาพเศรษฐกิจของประชาชนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบส่วนใหญ่มีการศึกษาภาคบังคับ มีรายได้น้อย บางคนไม่มีรายได้ประจำ มีการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเขตเมืองเมื่อหมดฤดูทำนา ดังนั้นผู้วิจัยให้ความหมายของฐานะเศรษฐกิจของประชาชน หมายถึง ผลตอบแทนที่เป็นตัวเงินจากการทำงานทั้งแบบประจำ และชั่วคราวของประชาชนในชุมชน และค่าใช้จ่ายประจำจากค่าอาหารและสินค้าอุปโภคที่จำเป็น โดยวัดจากรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือนและรายจ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อเดือน

#### 4.2.2 อาชีพของประชาชน

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2544: 24) สำหรับการประกอบอาชีพของประชาชนแตกต่างกันไปตามลักษณะของชุมชนที่อาศัย ซึ่งพบว่าประชาชนที่อยู่ในพื้นที่เกษตรกรรมประกอบอาชีพทางการเกษตรเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ทำนา ทำสวน ทำไร่ ทำการประมง และการเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น คนกลุ่มที่ทำนา ทำสวน และทำไร่ พบว่าเป็นโรคฉี่หนูเจ็บป่วยจากการใช้สารเคมีในการเกษตร ส่วนประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองหรือใกล้โรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพรับจ้างมีบางส่วนที่ประกอบอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว บางส่วนประกอบอาชีพหัตถกรรม และอุตสาหกรรมในครัวเรือน คนกลุ่มทำงานอุตสาหกรรมจะมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน ได้แก่ การได้รับสารพิษ อุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน สภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานไม่เหมาะสม หรือการทำงานในท่าที่ไม่เหมาะสม ส่วนนกลุ่มที่ทำงานรับจ้างเป็นกรรมกรที่ทำงานหนัก หรือกลุ่มที่ทำงานหัตถกรรมและอุตสาหกรรมในครัวเรือนที่นั่งอยู่ท่าเดียวเป็นเวลานาน มักเป็นโรคปวดหลัง ปวดเอว หรือปวดตามกล้ามเนื้อ ส่วนในกลุ่มที่ไม่มีงานทำ หรือมีรายได้ไม่แน่นอน หรือมีอาชีพด้านเกษตรกรรม อาจมีปัญหาเรื่องหลักประกันสุขภาพถึงแม้ว่าคนบางกลุ่มสามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้เองหรือได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย แต่ยังคงพบว่ามีบางส่วนเป็นผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพเลย ทำให้เมื่อเจ็บป่วยจำเป็นต้องมีการกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้ในการรักษาสุขภาพ ทำให้ความยากจนเกิดขึ้นอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดให้ อาชีพของประชาชน หมายถึง ลักษณะการทำมาหากินของประชาชนในชุมชน ประกอบด้วย ภาคเกษตรกรรม ภาคค้าขาย ภาครับจ้างทั่วไป ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ โดยวัดจากสัดส่วนอาชีพภาคเกษตรกรรมกับภาคอื่นๆ

#### 4.2.3 ระดับการศึกษาของประชาชน

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2544: 24) ประชาชนส่วนใหญ่มีการศึกษาตามภาคบังคับ มีรายได้น้อยบางคนไม่มีรายได้ประจำและมีการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเขตเมืองเมื่อหมดฤดูการทำนา ส่งผลให้ประชาชนให้ความสนใจกับการทำงานหรือหางานทำมากกว่าสนใจเรื่องของสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่ให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะเห็นได้จากอัตราการป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคพยาธิ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคเอดส์ โรคเครียด และโรคมะเร็งปอด ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับการศึกษาของประชาชน หมายถึง ระดับการศึกษาของประชาชนในชุมชนประกอบ ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา โดยวัดจากสัดส่วนของประชาชนที่มีระดับประถมศึกษา กับระดับการศึกษาอื่นๆ

#### 4.2.4 ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542 (2546: 793) ให้ความหมายของภาวะพึ่งพิงคือ การพึ่งพิงทั้งในด้านการเลี้ยงดู ด้านการเงิน การให้การศึกษาสำหรับเด็ก การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ สำหรับด้านจิตใจ การพึ่งพิง หมายถึง การให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า ส่วนด้านสังคม การพึ่งพิง หมายถึงการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือ การร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (ระบบออนไลน์, 25 มกราคม 2553) กล่าวถึงปัญหาสุขภาพคนไทยเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเป็นปัญหาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลจากการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ การพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการระบบบริการสาธารณสุข ดังนั้นผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 140,000 คน คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 240,000 ในปี พ.ศ. 2562 และผลการศึกษาของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ระบบออนไลน์, 9 มีนาคม 2552) ประชากรผู้สูงอายุไทยกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากโครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงจากการลดลงของประชากรเด็ก ในปี พ.ศ. 2537 2545 และ 2550 เหลือร้อยละ 30.0 24.9 และ 22.4 ตามลำดับ สวนทางกับประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2537 2545 และ 2550 เพิ่มเป็นร้อยละ 6.8 9.4 และ 10.7 ตามลำดับ ซึ่งปัญหาการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชาชนวัยทำงานทั้งทางกาย เศรษฐกิจ สังคม และจิตใจนำมาซึ่งภาวะพึ่งพิงในอนาคต

ผู้วิจัยกำหนดให้ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ หมายถึง ลักษณะของประชาชนที่ต้องอาศัยการดูแลจากผู้อื่นทั้งจากหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ประกอบด้วย เด็ก ผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยวัดจากสัดส่วนของประชากรเด็กอายุระหว่าง 0- 12 ปี ผู้สูงอายุ และผู้พิการ กับประชากรทั้งหมด

#### 4.2.5 ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน

ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน หมายถึง สภาพของปัญหาสุขภาพที่สำคัญในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคไขข้ออักเสบ โรคระบบทางเดินหายใจส่วนต้น สามารถวัดจากอัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากร

#### 4.2.6 สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2544: 24) กล่าวถึง ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมชุมชนเน้นที่โครงสร้างการคมนาคม การใช้ถนน สภาพถนนที่อาจส่งผลให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการใช้ถนน การใช้รถยนต์และรถจักรยานยนต์โดยไม่มีการ

ป้องกันตนเอง ส่วนการจัดการกับสุขภาพสิ่งแวดล้อม อันเป็นผลจากการลักษณะการตั้งบ้านเรือน ซึ่งมีทั้งที่อยู่ในพื้นที่เกษตรกรรมและในเขตเมือง ชุมชนที่อยู่ใกล้โรงงานอุตสาหกรรม อาจพบปัญหาที่เกี่ยวกับผลกระทบของสารพิษหรือของเสียที่ถูกกำจัดจากโรงงานอุตสาหกรรม ได้แก่ ฝุ่นละออง น้ำเสีย สารพิษตกค้าง และกลิ่นเหม็นหรือแม้แต่การเพิ่มประชากรแมลงนำโรคต่างๆ ได้แก่ แมลงวัน ยุง ชุมชนเขตเมืองอาจมีปัญหามาจากความแออัดจากการตั้งบ้านเรือน โดยเฉพาะชุมชนแออัด ปัญหาควันพิษ ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น เพลิงไหม้ หรือปัญหาเสียงดังจากการจราจร ส่วนสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านจะแตกต่างกันไป ตั้งแต่การจัดสภาพบ้านเรือนให้สะอาดเรียบร้อย ให้ภายในบ้านอากาศถ่ายเทได้สะดวก การกำจัดที่ถูกสุขลักษณะ การกำจัดสัตว์นำโรคที่ไม่เหมาะสม ประชาชนที่อาศัยสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ อาจเกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคต่างๆ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก โรคระบบทางเดินหายใจและโรคภูมิแพ้ต่างๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวกหรือสภาพบ้านเรือนที่แออัด และจากควันหรือสารพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม ชุมชนเกษตรกรรมอาจมีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีในเกษตร การใช้ผลผลิตทางการเกษตรที่มีการปนเปื้อนสารเคมี

ผู้วิจัยให้ความหมายของสภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน คือ สภาพทั่วไปของสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน ประกอบด้วย ความสะอาดของน้ำดื่มและน้ำใช้ การมีและใช้ส้วม การเลี้ยงสัตว์และการกำจัดขยะ โดยวัดจากลักษณะของแหล่งน้ำดื่ม แหล่งน้ำใช้ การใช้ส้วมของครอบครัว ลักษณะการเลี้ยงสัตว์ ลักษณะการกำจัดขยะของครอบครัว และชุมชน

#### 4.2.7 การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (2550: 19) กล่าวถึงการสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ หมายถึง ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการจัดกระบวนการที่สนับสนุนให้ ดำเนินการตามกระบวนการสร้างคุณค่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการยอมรับจากประชาชนประกอบด้วย 1) การสนับสนุนการบริหารและวิชาการ 2) การสนับสนุนและประสานเชื่อมโยงบริการ และ 3) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยต่างๆ โดยมีเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุ เพื่อให้ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถดำเนินงานได้ตามกระบวนการสำคัญๆ เกิดความสำเร็จตามภารกิจ และเป้าหมายที่กำหนดไว้

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (2550: 19-20) กล่าวถึงผลลัพธ์การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ ดังนี้ 1) หน่วยบริการประจำมีความสัมพันธ์ที่ดีกับศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นเครือข่าย 2) หน่วยบริการประจำ (CUP) กับศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ร่วมกันคิด วางแผนการดำเนินงานเพื่อ แก้ปัญหาสุขภาพชุมชนในเขตรับผิดชอบ 3) ประชาชน เข้าใจยอมรับ

เจ้าหน้าที่ ในระดับบุคคล และศูนย์สุขภาพชุมชน 4) การเรียนรู้ในด้านบริหารและวิชาการ เพื่อการพัฒนางานสุขภาพชุมชน และพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ 5) ประชาชนได้รับการดูแลและพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม ต่อเนื่อง เชื่อมโยงบริการอย่างเป็นระบบ และ 6) การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน และหน่วยต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพชุมชน และพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ หมายถึง สภาพการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ จากหน่วยงานระดับสูงกว่าศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ หน่วยบริการประจำ และสาธารณสุขอำเภอ โดยลักษณะการสนับสนุน ประกอบด้วย การให้บุคลากรร่วมบริการ หรือการจัดสรรบุคลากรประจำ การบริหารเงินงบประมาณ การให้ความรู้ทางวิชาการ และการนิเทศติดตามผลการปฏิบัติงาน

#### 4.2.8 บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ

บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ หมายถึง สภาพการประสานความร่วมมือในการจัดบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และภาคเอกชน โดยจัดให้มีการให้บริการร่วมตรวจสุขภาพ การป้องกันโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ทั้งนี้การสนับสนุนขององค์กรชุมชนมีหลายรูปแบบคือ เป็นตัวประสานงาน ร่วมกิจกรรม หรือเป็นประชาสัมพันธ์

#### 4.2.9 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ

Cohen and Uphoff (1981: 6) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียดสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ และเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค

จากแนวคิดและทัศนะที่ได้กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด สามารถแยกประเด็นสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นจาก เป้าหมายที่ต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี ความผูกพัน การเสริมแรง โอกาส ความสามารถ การสนับสนุน ความคาดหวังในสิ่งที่ต้องการ โดยมีพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของเหตุผล 2) การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของค่านิยม 3) การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของประเพณี 4) การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของความผูกพัน ความค้นหา โดยสรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น เกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทาง



สังคม ซึ่งการเข้าให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น ผู้ดำเนินงานจะต้องมีความเข้าใจในวิธีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

จากแนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งหมดสรุปได้ว่า ขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไข 2) ตัดสินใจกำหนดความต้องการ 3) ลำดับความสำคัญ 4) วางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน ทรัพยากร 5) วางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงานต่อการบริหารทรัพยากรต่างๆ 6) ดำเนินงานตามโครงการ และ/หรือ สนับสนุนการดำเนินงาน และ 7) การประเมินผล

จากการศึกษาทฤษฎี หลักการ แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผล ต่อความต้องการของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ทั้งนี้การที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้น การจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมต้องคำนึงถึง วิธีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม เพราะกลุ่มคนในชุมชน มีความแตกต่างกันใน ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางเศรษฐกิจ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้ การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนโดยสรุปมีขั้นตอนทั้งสิ้น 5 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์ - สังเคราะห์ปัญหาของชุมชน 2) การวางแผนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต 3) การกำหนดกิจกรรม 4) การดำเนินกิจกรรม และ 5) การประเมินผลกิจกรรม ซึ่งเป็นขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมที่ให้ความสำคัญโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีหน่วยงานภาครัฐคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น

การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของชุมชน โดยชุมชนที่อยู่ห่างไกลจากเขตเมืองหรือในชุมชนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เกษตรกรรม มักมีความผูกพันทางสังคมมีการอยู่ร่วมกันแบบเครือญาติมีการช่วยเหลือกัน มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรม คนในชุมชนให้ความร่วมมือกับกิจกรรมชุมชนเป็นอย่างดี มีการจัดตั้งคณะกรรมการชุมชน และเห็นได้ในบางชุมชนที่มีการรวมกลุ่มคนทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่างๆ การออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ การรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคต่างๆ การจัดตั้งกองทุนเพื่อที่จะให้ประชาชนที่มีรายได้ไม่เพียงพอในชุมชนมีบัตรประกันสุขภาพ แต่ในบางชุมชนพบว่ามีปัญหาของความขัดแย้งที่ชัดเจน ขาดความเข้มแข็ง ในการดำเนินกิจกรรมชุมชนอย่างต่อเนื่อง ชุมชนแออัดหรือชุมชนเขตเมืองบางแห่ง โดยลักษณะสภาพสังคมของชุมชนมีหลากหลาย มีการอยู่ร่วมกันแบบเครือญาติให้การช่วยเหลือกันดี จากความสัมพันธ์ที่ผิวเผินในบางชุมชนที่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น มีทั้งที่อยู่ในพื้นที่มาก่อนและที่มาจากต่างถิ่นซึ่งทำให้ไม่ค่อยมีความผูกพันกันหรือต่างคนต่างอยู่ และปัญหาของ ความ



ขัดแย้งในการทำกิจกรรม ส่วนในบางชุมชนประชาชนขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน และการรวมคนกลุ่มต่างๆ ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม อาจส่งผลให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่างๆ ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (2550: 16-17) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง ทีมงานสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเข้าใจแนวคิด ทักษะในการทำงานร่วมกับชุมชน ทำให้เกิดการเรียนรู้กันและกัน เพื่อเอื้อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยประชาชนมีส่วนร่วม เป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุ เพื่อให้ประชาชนและเจ้าหน้าที่ร่วมมือกันในการประเมินปัญหา วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางการแก้ปัญหาใช้ทรัพยากรร่วมกันจากหลายแหล่ง มีแนวคิด ประกอบด้วย 1) การมองประชาชนเป็นศูนย์กลาง 2) การมีส่วนร่วมของประชาชน และ 3) ชุมชนพึ่งตนเอง ภายใต้อักระบวนการสำคัญ คือ 1) การพัฒนาทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในการมองประชาชนเป็นศูนย์กลาง 2) มีการสื่อสาร หรือ กระบวนการเพื่อให้รู้จัก เข้าใจกันและกัน 3) มีการจัดกระบวนการ หรือกิจกรรมเพื่อเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง 4) มีการแสวงหาทรัพยากร ปัจจัยสนับสนุน เพื่อนำมาสู่การเรียนรู้ การพัฒนาและแก้ปัญหาสุขภาพ และ 5) มีการจัดการข้อมูล และความรู้ เพื่อการดำเนินงาน พัฒนางานร่วมกับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยกำหนดให้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ หมายถึง การทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มทั้งที่เป็นภาครัฐ และเอกชนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย การร่วมคิด ร่วมเสนอความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์

### งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถจัดกลุ่มเพื่อนำมาประกอบแนวคิด ในการวิจัยครั้งนี้คือ 1) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร 2) ปัจจัยด้านบุคลากร 3) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ 4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และ 5) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร

พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1.1 ทำเลที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน ผลการศึกษาของอุไร หัดกิจ และคณะ (2544: 91-97) ในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรถังในชุมชนมีพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน

สอดคล้องกับการศึกษาของคทา บัณฑิตานุกูล และพัชราภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร (2545: 17-18) ถึงทำเลที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบที่หมู่บ้านสมชาย อยู่ใกล้ชุมชน หน้าหมู่บ้าน ใกล้ตลาดย่อย ๆ ออกแบบสถานที่ให้ทันสมัย จูงใจให้เกิดความยอมรับในผู้รับบริการ

1.2 จำนวนบุคลากร และประเภทบุคลากร พบว่า จำนวนบุคลากร สามารถบอกถึงขนาดของศูนย์สุขภาพชุมชนได้จากผลการศึกษาของ วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ (2544: 93-98) ศึกษาเพื่อหารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาภาคเหนือนี้ ได้ใช้แบบวิจัยเชิงปฏิบัติการเน้นการมีส่วนร่วม (participatory action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สถานการณ์ด้านสุขภาพ และระบาดวิทยาในภาคเหนือ ความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน ความคิดเห็นของผู้นำชุมชนและบุคลากรทางด้านสุขภาพต่อระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีข้อเสนอแนะรูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังนี้ 1) พัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพเดิม โดยจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพประจำสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 2) มีระบบบริหารจัดการด้านบุคลากรให้เหมาะสม ทั้งทางด้านจำนวน คุณวุฒิและคุณภาพ สอดคล้องกับงานศึกษา อูไร หัตถกิจ และคณะ (2544: 91-97)

1.3 ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ การจัดโครงสร้างบริหารภายในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546: ก-จ) รูปแบบการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนมี 2 ลักษณะคือ 1) ใช้โครงสร้างโรงพยาบาลเดิมเพิ่มหน้าที่ใหม่ตามโครงสร้างที่นโยบายกำหนด 2) ใช้สถานีนามัยเป็นเครือข่ายโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาโดยมีการทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สำหรับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ เอกพงษ์และคณะ (2546: 119-137) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัดในเขต 6 พบว่า บางจังหวัดปรับโครงสร้างหน่วยงานที่รับผิดชอบ แต่บางแห่งเพิ่มฝ่ายหรือคณะกรรมการเพิ่มเติม มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและให้มีบริการงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานฟื้นฟูสภาพ และงานทันตสาธารณสุข เน้นให้ทำงานเชิงรุก และใช้หลักการเวชปฏิบัติครอบครัวในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยชนก บัวเจริญ (2545: 7-8) การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นมีหลายรูปแบบได้แก่ 1) จัดตั้งในโรงพยาบาล 2) ศูนย์สุขภาพชุมชนภายใต้การกำกับของโรงพยาบาล 3) ตั้งที่เทศบาล 4) ตั้งที่สถานีนามัย โดยมีเงื่อนไขไม่ทับซ้อนกับงานเดิมของโรงพยาบาลจัดบุคลากรให้เพียงพอ เสริมทีมทำงานในชุมชน ส่งเสริมสุขภาพครบวงจรสร้างระบบส่งต่อเพื่อการรักษา โดยหน่วยบริการคู่สัญญา (CUP) โดยมีหน่วยกู้ชีพที่คอยประสานงาน การจัดสรรทรัพยากรการเบิกจ่ายยาเวชภัณฑ์จาก CUP

1.4 การแบ่งงาน และหน้าที่รับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับแนวคิดการจัดกำลังคนในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยสำเร็จ แหยงกระโทก และเสาวลักษณ์ สุพรรณโมตรี (2545: 46) พบว่าการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีคุณภาพนั้นต้องมีการจัดกำลังคนให้ครบตามมาตรฐานโดยศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีบุคลากรที่อยู่ตลอดเวลาทำงาน สัปดาห์ละ 56 คน อย่างน้อย 8 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน , ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน เจ้าหน้าที่อื่น 4 คน บุคลากรที่มาเสริมบางเวลาได้แก่ เกสเซอร์ เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่ชั้นสูตร แต่ในการปฏิบัติจริงไม่สามารถจัดอัตรากำลังได้ จึงต้องมีการวางแผนดังนี้ 1) การพัฒนากำลังคนที่มีอยู่แล้วในหน่วยบริการเดิมให้มีคุณภาพตามอุดมการณ์ของศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องจัดกระบวนการฝึกอบรมสัมมนาให้คนเหล่านี้อย่างเต็มที่ ตั้งแต่ 2 วัน 4 วัน และ 11 วัน 2) ควรเกลี้ยคนจากที่ที่มีมากไปช่วยศูนย์สุขภาพชุมชนจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็น CUP รับผิดชอบ PCU ในพื้นที่ตนเองการเกลี้ยมี 3 รูปแบบคือ 1) ย้ายคนลงไปทำงานศูนย์สุขภาพชุมชน เต็มเวลา 2) จัดซื้อลงปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกสัปดาห์ 3) จัดซื้อลงเพื่อรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนโดยไปช่วยเป็นครั้งคราวตามวัตถุประสงค์และโอกาสของกิจกรรมการลงไปช่วยทำแฟ้มครอบครัว การช่วยตรวจสอบประเมิน และเสริมพลังอำนาจในการทำงานของชาวบ้าน 4) ผลิตบุคลากรแนวใหม่คือให้มีการคัดเลือกบุคคลในที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนส่งไปเรียนแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ทันตภิบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยใช้เงินศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นทุนให้เรียนและทำสัญญาให้กลับมาใช้ทุนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต้องร่วมกันทำงานเป็นทีมในการให้บริการแบบผสมผสานแก่ประชาชนดังนี้ 1) แพทย์ มีความรับผิดชอบในการกำกับคุณภาพบริการทางการแพทย์ ทั้งด้านการรักษา การดูแลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคพื้นฐานของหน่วยบริการขึ้นกับจำนวนบุคลากรที่มีในพื้นที่นั้น หากมีแพทย์เพียงพอควรมีบทบาทในการให้บริการด้วย แต่หากมีไม่พอควรมีบทบาทในการร่วมให้บริการในบางวัน และการพัฒนาให้เจ้าหน้าที่ในทีมมีความรู้ความสามารถแก้ไขปัญหาได้ และร่วมรับผิดชอบกับทีมในผลลัพธ์บริการในหน่วยงานนั้นๆ แพทย์ควรมีบทบาทช่วยสร้างศรัทธาให้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชน 2) เกสเซอร์ มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานในด้านการกำหนดกรอบรายการเข้าร่วมกับแพทย์ จัดหาและสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ ควบคุมและตรวจสอบคุณภาพของยา และให้บริการความรู้ด้านยากับบุคลากรและประชาชน 3) ทันตแพทย์ มีบทบาทหน้าที่ในการวางแผนการจัดบริการทันตกรรมพื้นฐานให้บริการทันตกรรมป้องกันในชุมชน โรงเรียน ร่วมวิเคราะห์ปรับปรุงระบบบริการด้านทันตกรรมพื้นฐานรณรงค์การดูแลสุขภาพของฟันและช่องปาก และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของช่องปากรวมทั้งให้ความรู้กับบุคลากรทางด้านทัน

คกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน และ 4) พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของทีมให้บริการสุขภาพและมีบทบาทรับผิดชอบหลักในด้านการพยาบาลของศูนย์ รวมทั้งให้บริการทุกด้านอย่างผสมผสาน ในกรณีที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่โรงพยาบาลรับผิดชอบโดยตรง พยาบาลวิชาชีพถือว่ามีความสำคัญในการดำเนินงานทั้งหมดของหน่วยบริการ และถ้าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นสถานีนามัย จะต้องมีการตกลงบทบาทร่วมกันกับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยว่าจะแบ่งบทบาทความรับผิดชอบกันอย่างไรที่เหมาะสม

1.5 การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน ผลการศึกษาของประเสริฐ บัณฑิตศักดิ์ (2540: บทคัดย่อ) ที่พบว่าเทคโนโลยีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินงานขององค์กรให้บริการดูแลสุขภาพประกอบด้วย เครื่องมือ วิธีการ เทคนิค ตลอดจนความรู้ และทักษะของบุคลากรที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้าเป็นผลผลิต สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุไร หัดกิจ และคณะ (2544: 91-97) เรื่องประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ให้บริการสุขภาพต้องมีทักษะการสื่อสาร และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการสืบค้นบันทึก และจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ ปฏิบัติงานโดยใช้ข้อมูล (evidence-based practice) ตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ

## 2. ปัจจัยด้านบุคลากรในองค์กร

2.1 ลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากร การศึกษาของ จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง (2543: บทคัดย่อ) และ ฌภัทร เดชไกรสรและคณะ (2552: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการทำงาน มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานซึ่งส่งผลต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลต่อองค์กร

2.2 เจตคติในการทำงาน ผลการศึกษาของชนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546: ก-จ) พบว่า กระบวนการพัฒนาวิธีการทำงานที่มีเป้าหมายที่การสร้างความสำเร็จร่วมกันในศักยภาพของทีม การปรับกระบวนการทัศนคติของผู้เกี่ยวข้อง การสร้างสุขภาพชุมชนต้นแบบ เน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ ลงชุมชนเป็นแบบอย่างๆ ควบคู่ไปกับการสร้างทัศนคติ ในการสร้างสุขภาพให้ชุมชน การสร้างส่วนร่วมในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจน องค์กรท้องถิ่นและภาคประชาชนทั้งในแง่การประเมินปัญหาและความต้องการและการสร้างบริการและการประเมินผลลัพธ์การบริการภายใต้พื้นฐานของความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด สอดคล้องกับผลการศึกษาของหทัยชนก บัวเจริญ (2545: 7-8) เรื่องการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการทำงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในองค์ความรู้ในการให้บริการสุขภาพเชิงรุกตรวจรักษาโรค

เบื้องต้น คุณแลภาวะสุขภาพ และภาวะคุณภาพพัฒนาศกยภาพการออกเยี่ยมบ้านให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เน้นการพัฒนาคุณภาพ และประสิทธิภาพแก่ผู้ปฏิบัติงาน

2.3 ความพึงพอใจในงาน จากแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ ผู้วิจัยจะนำมาใช้วัดจากความพึงพอใจหรือทัศนคติที่ดีจากการได้รับบริการ ซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์ไปทางบวก ส่วนความพึงพอใจของทีมสุขภาพเพื่อใช้วัดการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของทีมสุขภาพว่ามีความพึงพอใจต่อทรัพยากรนำเข้า กระบวนการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมากน้อยเพียงใดเพื่อวัดถึงผลลัพธ์ดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดี หากมีการตอบสนองต่อทรัพยากรต่างๆ ได้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ จอนพะจง เฟ็งจาด และคณะ (2547: 22)

2.4 ภาวะผู้นำ Gibson, Ivancevich และDonnelly (2000: 272) มองภาวะผู้นำ (leadership) ในเชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกในกลุ่ม โดยมีผู้นำเป็นตัวแทนในการเปลี่ยนแปลง เป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลอื่นๆ ในกลุ่ม ภาวะผู้นำจึงเกี่ยวข้องกับการใช้อิทธิพล และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นตัวแทนของการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมและการปฏิบัติงานของสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงนั้นต้องมุ่งไปสู่การบรรลุเป้าหมายของกลุ่มด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาระบบสนับสนุนต่างๆ ของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 23-24) พบว่า หากศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีผู้บริหารที่ขาดการมองภาพในอนาคตที่ชัดเจน ย่อมส่งผลต่อการนำนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านการให้บริการด้านสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้บริหารมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค รวมถึงการสื่อสารนโยบาย การส่งเสริม และป้องกันโรคไปให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจ และปฏิบัติตามได้

2.5 การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ จากผลการศึกษาของ ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546: ก-จ) พบว่าระบบการวางแผน และพัฒนาบุคลากรโดยมีการวิเคราะห์ความต้องการบุคลากรทั้งระบบของตนให้ชัดเจน และกำหนดแผนพัฒนาศกยภาพให้เป็นรูปธรรมทั้งระยะสั้น ระยะยาว การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน เตรียมความพร้อมในด้านวิชาการการบริหาร การจัดการทรัพยากร และการทำงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้เรียนรู้อย่างเต็มที่ ก่อนการปฏิบัติงานจริง และสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันแบบเป็นพันธมิตร พร้อมทั้งพัฒนาระบบค่าตอบแทน และความก้าวหน้าในวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุไร หัดกิจ และคณะ (2544: 91-97) เรื่องประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ให้บริการสุขภาพ ควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับค่านิยม ภูมิปัญญาท้องถิ่น วิถีชีวิต และการดูแลสุขภาพของ

บุคคลตามบริบททางสังคม และวัฒนธรรม รู้ดีคอย่างมีวิจารณญาณ และมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2.6 ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ ผลการศึกษาโครงสร้างสมรรถนะการบริการปฐมภูมิของพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ของอรทัย นนทเกท และคณะ (2551: 206) พบว่าโครงสร้างสมรรถนะการบริการปฐมภูมิของพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิไทยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักคือ การสร้างความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (การติดต่อสื่อสาร การประสานงาน การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมในสังคม การให้ความร่วมมือและการสนับสนุน) การจัดการดูแล (การจัดการระบบบริการ การบริหารทรัพยากร การจัดการสิ่งแวดล้อมทางด้านสุขภาพ การจัดการด้านคุณภาพและการจัดการด้านข้อมูล) การให้บริการแบบผสมผสาน (การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการดูแลแบบองค์รวม) และความรับผิดชอบในวิชาชีพ (ความรู้สึกรับผิดชอบต่อคุณธรรม การเคารพในสิทธิผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อจรรยาบรรณวิชาชีพ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การพัฒนาวิชาชีพและการพัฒนาตนเอง)

### 3. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

พบบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

3.1 การบริหารทรัพยากรและเงินงบประมาณ จากการศึกษาของ วิชาวัฒน์ เสนารัตน์ และคณะ (2544: 93-98) พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนควรมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกับเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่เน้นด้านการรักษาอย่างเดียว นอกจากนี้ภาครัฐต้องจัดสรรงบประมาณ เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ และทักษะที่เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ส่วนของทรัพยากรอื่นจากการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ และคณะ(2546: 119-137) และอุไร หัตถกิจ และคณะ(2544: 91-97) พบว่าการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การมีอุปกรณ์ให้เพียงพอ ทั้งนี้ การจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ได้เพิ่มขึ้นอย่างเพียงพอจากการดำเนินงานนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ ผลการศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ (2544: บทคัดย่อ) ถึงหลักการสำคัญในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ 1) จัดบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสานบริการทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพในสถานบริการเดียวกัน โดยบุคลากรทีมเดียวกันหรือทีมที่มีระบบการทำงานเชื่อมโยงกันอย่าง 2) จัดบริการที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน 3) จัดบริการที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพกับสถานบริการอื่น ๆ ชัดเจนทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายอย่างใกล้ชิด เป็นในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาของ



วิลาวณิชย์ เสนารัตน์ และคณะ (2544: 93-98) ในหารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาภาคเหนือที่จัดให้มีการเชื่อมประสานเครือข่ายความร่วมมือ และการส่งต่อในการให้บริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ และระดับเหนือขึ้นไปโดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.3 การพัฒนาคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชน จากการศึกษาของอรุณวรรณ ขมเกิด (2548: 78) พบว่าการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนในระยะเวลา 3 ปี และ 4 ปี มีความแตกต่างกันในมาตรฐานด้านบริการ มาตรฐานด้านการบริหารจัดการ มาตรฐานด้านวิชาการ โดยจำนวนปีที่พัฒนาคุณภาพมากกว่ามีผลการดำเนินงานที่ดีกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษานันทบุตรและคณะ (2546: ก-จ) ที่พบว่ากลไกหลักในกระบวนการเรียนรู้ และพัฒนางานให้เกิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ยอดเยี่ยมคือ ระบบนิเทศที่มีประสิทธิภาพจากการเป็นผู้ให้คำปรึกษา ประสานงาน ร่วมทำงาน เข้าใจ รับทราบ แก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกับผู้ปฏิบัติ

3.4 การติดต่อสื่อสาร Gibson, Ivancich and Donnally (2000: 415-418) กล่าวถึงการติดต่อสื่อสารเป็นเครื่องมือหรือกลไกที่สำคัญในการบริหารงานในองค์กรให้ไปสู่การบรรลุเป้าหมายสูงสุดขององค์กร การติดต่อสื่อสารเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ ถ่ายทอดตั้งแต่วิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย และวัตถุประสงค์ขององค์กร กลยุทธ์ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ และกฎ ระเบียบ การปฏิบัติต่างๆ ไปสู่บุคลากรทั่วทั้งองค์กรเพื่อความเข้าใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลเสริมสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน การขจัดข้อขัดแย้งภายในองค์กรนำไปสู่การมีวัฒนธรรมองค์กรที่แข็งแกร่ง ผู้บริหารจะต้องพัฒนาตนเอง และส่งเสริมให้บุคลากรภายในองค์กรมีทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

#### 4. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

การมีส่วนร่วม ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของ อรทัย รวยอาจิม และคณะ (2543: บทคัดย่อ) ในการบริหารโรงพยาบาลรัฐของประชาชน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมี 4 รูปแบบ ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจด้านนโยบาย และแผนพัฒนาระบบบริการ 2) การมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการ 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของโรงพยาบาล และ 4) การทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างชุมชน และโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาศำเรียง แหงกระโทก และเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี (2545: 53-56) ต่อแนวทางการมีส่วนร่วมดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน มีขั้นตอนดังนี้ 1) จัดประชุมชาวบ้านหรือทำประชาคมหมู่บ้าน ตำบล เพื่อสร้างการรับรู้ และกระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 2) การคัดเลือกสรรหากรรมการศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดบริการ กำกับ และตรวจสอบ



3) การเปิดโอกาสให้มีช่องทางการสะท้อนความคิดเห็นต่อการดำเนินงานศูนย์สุขภาพ และ 4) การดำเนินกิจกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชนควบคู่กับการดำเนินกิจกรรมของชุมชน

##### 5. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายวิจัยและพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2549: 5-10) ได้พัฒนา และติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย โดยใช้ชุดตัวชี้วัดในด้านผลลัพธ์งานของระบบบริการปฐมภูมิที่วัดผล และเปรียบเทียบกันระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่ต่างๆ ผลการศึกษา พบว่าในประเทศต่างๆ ทางตะวันตกส่วนใหญ่เน้นการประเมินระบบบริการสุขภาพ ในภาพรวมทั้งระบบที่รวมบริการทุกระดับ ส่วนตัวชี้วัดที่ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิเน้นที่การประเมินผลบริการทางคลินิก เน้นด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ไม่มีผลลัพธ์บริการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เนื่องจากบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิในต่างประเทศให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก และประเทศสหราชอาณาจักรที่มีการประเมินในด้านคุณภาพของกระบวนการของหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ไม่ได้ประเมินที่ผลลัพธ์บริการการส่งเสริม ป้องกัน และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายวิจัยและพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ (2549: 7-18) ได้ศึกษาผลของชุดตัวชี้วัด และสถานการณ์ของข้อมูลตามตัวชี้วัดใน 2 ระบบย่อย พบว่าในส่วนของระบบงานดูแลผู้เป็นเบาหวานนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบตามตัวชี้วัด ระบบงานดูแลผู้เป็นเบาหวานมีความแตกต่างกันสูงมากระหว่างพื้นที่ และระหว่างภาค ส่วนระบบงานแม่และเด็กพบว่าผลของข้อมูลที่มีการเก็บปัจจุบัน มีลักษณะที่ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างพื้นที่ได้ และไม่ไวต่อการประเมินคุณภาพระบบงานต้องมีการปรับตัวชี้วัดผลลัพธ์

ไพบุลย์ อิศวชนบดี (2553: 244) ได้ประเมินผลการดำเนินงานคลินิกชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งคลินิกชุมชนเป็นรูปแบบหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ไปประจำวันละ 8 ชั่วโมง พบว่าประสิทธิภาพ และคุณภาพของคลินิกชุมชนอบอุ่น ต้องมีนโยบายที่ชัดเจน มีการวางแผนด้านโครงสร้างขององค์กร มีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ มีแผนการจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรให้เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของประชาชน และเครือข่ายบริการการส่งต่อ

บทสรุปจากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรม และแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากแนวคิดประสิทธิภาพองค์กร ทฤษฎีองค์การ ทฤษฎีพฤติกรรมองค์กร และทฤษฎีการบริหารสามารถนำเสนอการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นรูปธรรมที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์ของระบบสุขภาพที่มีการปฏิรูปสู่การสร้าง

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระบบสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการต้องตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ มีการให้บริการแบบองค์รวม ทางกาย ทางจิต สังคมและจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม ประสิทธิภาพจากการรับบริการมีปัจจัยที่ทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยสรุปได้ 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ การศึกษาถึงจำนวนบุคลากรทีมสุขภาพ กลุ่มวิชาชีพของทีมสุขภาพ การแบ่งงานรับผิดชอบของทีมงาน ทั้งนี้สามารถที่จะบ่งบอกถึงประสิทธิผลการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนได้หากมีการใช้แนวคิดทฤษฎีองค์การ เพื่อให้มีการการออกแบบโครงสร้างองค์การศูนย์สุขภาพชุมชนได้สอดคล้องกับสภาพชุมชน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ปัจจัยด้านบุคลากร โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมขององค์การในการอธิบาย เป็นการศึกษาในระดับบุคคล กลุ่มและองค์การ ที่ส่งผลถึงประสิทธิผลขององค์การ จากการศึกษาทัศนคติต่อการทำงาน ทักษะในการบริการปฐมภูมิของทีมสุขภาพ แรงจูงใจในการทำงาน การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน หากศูนย์สุขภาพชุมชนใดสามารถบริหารพฤติกรรมองค์การได้อย่างเหมาะสมจะทำให้เกิดความพึงพอใจของทีมสุขภาพ ส่งผลถึงประสิทธิผลในการทำงานของทีมสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ เป็นการศึกษาที่ใช้เป้าหมายขององค์การเป็นหลักในการศึกษา โดยการบริหารนั้นศึกษาในประเด็น การจัดหา และใช้งานทรัพยากรที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพ โดยการใช้เทคโนโลยี ความสามารถในการปฏิบัติงานตามภารกิจหน้าที่ และความสามารถในการปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนมีประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น และ 4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เป็นการวิเคราะห์ถึงสภาพแวดล้อมภายใน และภายนอกของศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อการปรับตัว พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม มีการศึกษาถึงสภาพชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชน และการสนับสนุนทรัพยากร และงบประมาณจากหน่วยบริการประจำ

## กรอบแนวความคิดในงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัด เชียงใหม่ เพื่อศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และศึกษาปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน การพัฒนาคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนให้มี ประสิทธิภาพนั้นต้องศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ทำให้ เกิดประสิทธิผลต่อประชาชนในบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ลักษณะของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ สามารถให้ประสิทธิผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ อย่างเป็นองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง การ จัดบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนให้ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมเกิดเสมอภาคตามความจำเป็น ขั้นพื้นฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการด้านสุขภาพ เกิดความร่วมมือในการดูแลและ บริหารจัดสุขภาพได้ โดยถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน (all for health and health for all) เน้นระบบการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพ ชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ศึกษาภายใต้กรอบคิดของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิความรู้เรื่องศูนย์ สุขภาพชุมชน และประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้แนวคิดประสิทธิผล องค์การ (organizational effectiveness) นำมาอธิบายระดับความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชนใน การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม มีการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆใช้แก้ปัญหาในด้าน สาธารณสุข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถบูรณาการเชื่อมโยงประสานงาน หน่วยงานต่างๆให้สามารถทำงานไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถธำรงรักษาแบบแผนทาง วัฒนธรรมองค์การตลอดไป ประกอบด้วยประสิทธิผลการบริหารจัดการ 4 ด้าน ดังนี้ ด้าน ความสามารถในการปรับตัว ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน ด้านความสามารถในการ รักษาแบบแผนวัฒนธรรม ด้านความสามารถในการปรับตัว และด้านความสามารถในการบรรลุ เป้าหมาย ทฤษฎีการบริหารจัดการ (administrative theory) และทฤษฎีพฤติกรรมองค์การ (behavioral theory) นำมาอธิบายถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการ ของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้าน การบริหารจัดการ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกองค์การศูนย์สุขภาพชุมชน และทำการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตเนื้อหาในส่วนของตัวแปรอิสระได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ ประกอบด้วย ท่าเลที่ตั้ง ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวนบุคลากร การกระจายอำนาจ การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีในการดำเนินงาน

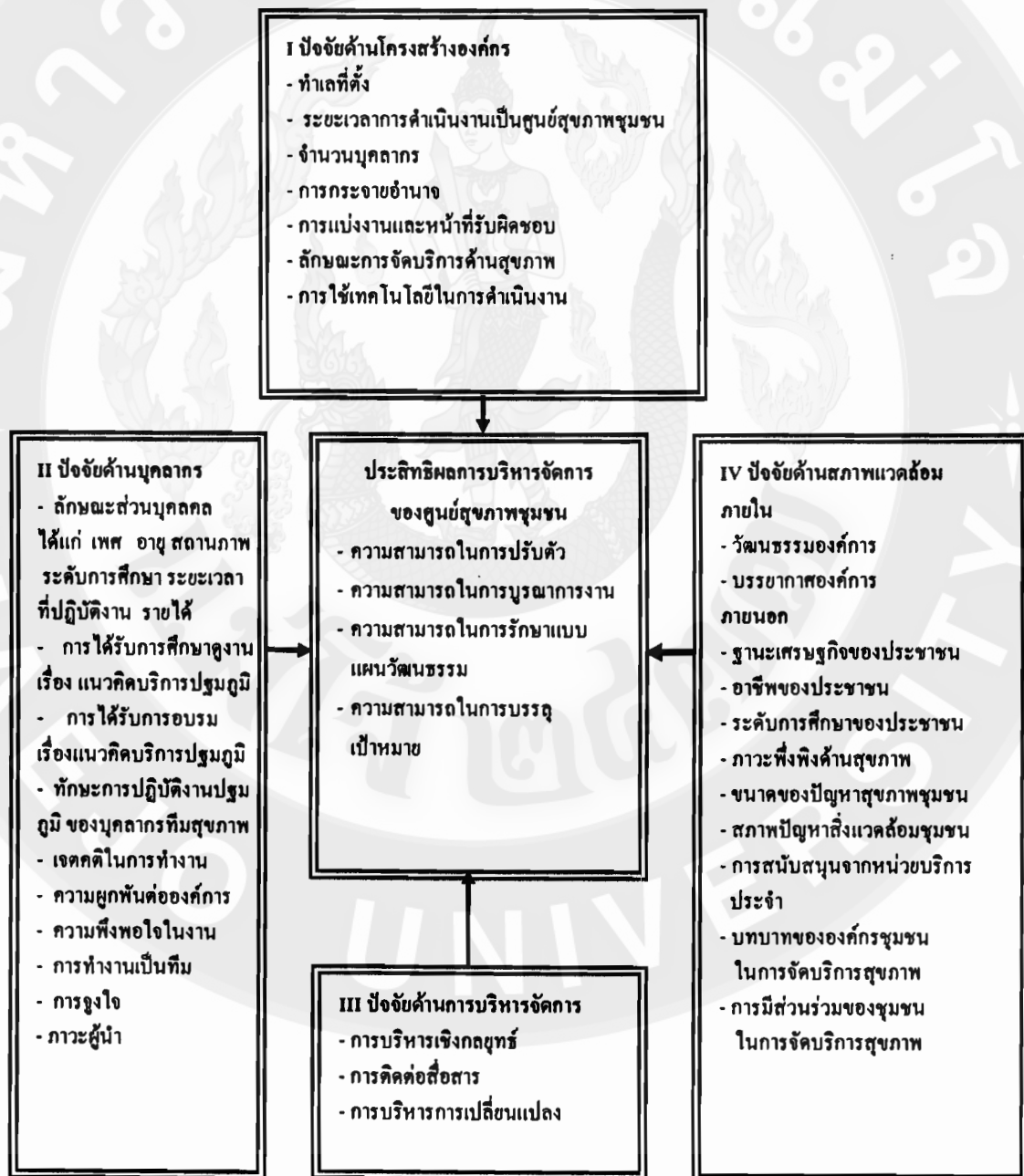
2. ปัจจัยด้านบุคลากร ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และรายได้) การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากร ทีมสุขภาพ เจตคติในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์การ ความพึงพอใจในงาน การทำงานเป็นทีม การจูงใจ และภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน

3. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย การบริหารเชิงกลยุทธ์ การติดต่อสื่อสาร และการบริหารการเปลี่ยนแปลง ซึ่งปัจจัยด้านการบริหารจัดการมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

4. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย วัฒนธรรมองค์การ บรรยากาศ องค์การ ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน อาชีพของประชาชน ระดับการศึกษาของประชาชน ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ

สำหรับตัวแปรตาม คือ ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ด้านความสามารถในการปรับตัว ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม และด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชนในการให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชนที่รับผิดชอบให้มีสุขภาพที่ดี ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของการบริการปฐมภูมิ ของศูนย์สุขภาพชุมชน ให้บริการแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้ครบมิติเป็นการบริการทั้งทางด้านกาย จิต สังคม สภาพแวดล้อม โดยผสมผสานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพอย่างเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพอื่นๆ การบรรลุตามเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชนวัดจากรูปแบบการจัดบริการ เพิ่มครอบครัว การสัมภาษณ์บุคลากรทีมสุขภาพ ตัวชี้วัดต่างๆ ในประเด็น การเข้าถึงบริการ ระบบดูแลสุขภาพที่ผสมผสานเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง เสริมการพึ่งตนเอง ความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้บริการ ได้แก่ จำนวนผู้รับบริการต่อวัน อัตราสิทธิว่างของประชากรที่รับผิดชอบ ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยง อัตราความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน อัตรา

ความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อัตราการความครอบคลุมการดูแลผู้พิการในเขตพื้นที่ อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความครอบคลุมการมีและใช้เข็มครอบคร้ว ความครอบคลุมการมีและใช้เข็มชุมชน อัตราการเยี่ยมบ้านต่อสัปดาห์ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่อแสนประชากร และอัตราความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน (ดังรายละเอียดในภาพ 3)



ภาพ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

## สมมติฐาน การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนาประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ภายใต้บริบทพื้นที่ที่มีความหลากหลายของวิถีการดำเนินชีวิตประชาชน โดยศึกษาจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยให้ความหมายของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง ระดับความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชนในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม มีการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ ใช้แก้ปัญหาในด้านสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถบูรณาการเชื่อมโยงประสานงานหน่วยงานต่างๆให้สามารถทำงานไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถธำรงรักษาแบบแผนทางวัฒนธรรมองค์การตลอดไป ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ ด้านความสามารถในการปรับตัว ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรมด้านความสามารถในการปรับตัว และด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย การให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนในการให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชนที่รับผิดชอบให้มีสุขภาพที่ดี ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งวัดโดยตัวชี้วัดต่างๆ ในประเด็น การเข้าถึงบริการ ระบบดูแลสุขภาพที่ผสมผสานเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง เสริมการพึ่งตนเอง ความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้บริการ ได้แก่ จำนวนผู้รับบริการต่อวัน อัตราสิทธิว่างของประชากรที่รับผิดชอบ ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยง อัตราความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน อัตราความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อัตราการความครอบคลุมการดูแลผู้พิการในเขตพื้นที่ อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความครอบคลุมการมีและใช้เข็มครอบคร้ว ความครอบคลุมการมีและใช้เข็มชุมชน อัตราการเยี่ยมบ้านต่อสัปดาห์ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่อแสนประชากร และอัตราความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้วิจัยสามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ ประกอบด้วย ท่าเลที่ตั้ง ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวนบุคลากร การกระจายอำนาจ การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน ซึ่งปัจจัยด้าน โครงสร้างองค์การมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

2. ปัจจัยด้านบุคลากร ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และรายได้) การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากร



ทีมสุขภาพ เจตคติในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร ความพึงพอใจในงาน การทำงานเป็นทีม การจงใจ และภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย การบริหารเชิงกลยุทธ์ การติดต่อ ซึ่งปัจจัยด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

3. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย การบริหารเชิงกลยุทธ์ การติดต่อสื่อสาร และการบริหารการเปลี่ยนแปลง ซึ่งปัจจัยด้านการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

4. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศ องค์กร ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน อาชีพของประชาชน ระดับการศึกษาของประชาชน ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

### บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน และ 3) สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบการวิจัยโดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

#### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การหาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 และ 2 และ 2) การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การหาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้  
ระยะที่ 1 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

#### สถานที่ดำเนินการวิจัย

ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเหตุผลในการเลือกพื้นที่วิจัย คือ จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ มีลักษณะการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีความหลากหลายทั้งในส่วนที่เป็นของภาครัฐบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาครัฐบาลสังกัดกระทรวงอื่น ภาคเอกชนซึ่งมีเป้าหมายในการจัดตั้งองค์การแตกต่างกัน

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 181 แห่งซึ่งเป็นหน่วยวิเคราะห์ (unit of analysis) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้กำหนดให้การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่โดยใช้รูปแบบเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ของกรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข อาศัยเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ HPH (Health Promoting Hospital) ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 6 เครือข่าย ได้แก่ 1) เครือข่ายเพื่อนร่วมทาง ประกอบด้วย อำเภอหางดง อำเภอแม่วาง อำเภอสันป่าตอง อำเภอดอยหล่อ และอำเภอแม่แจ่ม 2) เครือข่ายพัฒนาภูคอย ประกอบด้วย อำเภอแม่ฮาด อำเภอฝาง อำเภอไชยปราการ อำเภอเวียงแหง และอำเภอเชียงดาว 3) เครือข่ายสานฝัน ประกอบด้วย อำเภอสะเมิง อำเภอสารภี อำเภอสันกำแพง และอำเภอแม่ออน 4) เครือข่ายรวมใจสานฝัน ประกอบด้วย อำเภอดอยสะเก็ด อำเภอแม่แตง อำเภอพร้าว อำเภอสันทราย 5) เครือข่ายคนเมืองเชียงใหม่ ประกอบด้วย อำเภอแม่ริม และอำเภอเมือง 6) เครือข่ายอินทนนท์ ประกอบด้วย อำเภอจอมทอง อำเภอฮอด อำเภออมก๋อย และอำเภอดอยเต่า

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการสุ่มจากศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 125 แห่ง โดยคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้วิธีการของ Taro Yamane (1960: 1088-1089) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 หรือยอมให้มีความผิดพลาดได้เพียงร้อยละ 5 ใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นชนิดเป็นสัดส่วนกับขนาดของประชากรดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

กำหนดให้  $N =$  จำนวนประชากรทั้งหมด

$n =$  ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$e =$  ระดับที่ยอมให้เกิดความผิดพลาด

$$\begin{aligned} n &= \frac{181}{1 + 181(0.05)^2} \\ &= 124.61 \approx 125 \text{ แห่ง} \end{aligned}$$

การศึกษาครั้งนี้ได้ขออนุญาตทำการวิจัยผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่ กำหนดให้หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็น ตัวแทนในการตอบคำถามการวิจัย กำหนดให้เก็บข้อมูลจากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 1 คน และบุคลากรที่สุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 2 คนต่อ 1 แห่ง เลือกแบบบังเอิญ เพราะ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นตัวแทนในการบริหารคือ หัวหน้าศูนย์สุขภาพ ชุมชน บุคลากรที่เป็นตัวแทนในการปฏิบัติงานด้านวิชาการและด้านบริการ ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ได้ ตัวแทนของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 125 คน และบุคลากรของ ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 250 คน (รายละเอียดดังในตาราง 1)

### เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัด เชียงใหม่ มีเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจำแนกตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และ 2 เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์ สุขภาพชุมชน และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพ ชุมชน โดยใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม (questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น จำนวน 3 ชุด โดยมีรายละเอียดของแบบสอบถามดังนี้

แบบสอบถามชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อนำไปสอบถาม หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และบุคลากรที่ปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 2 ตอน มี รายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้าน โครงสร้างองค์การ ประกอบด้วย ทำเลที่ตั้ง ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน และ จำนวนบุคลากร มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด และเลือกตอบ และ 2) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน อาชีพของประชาชน ระดับ การศึกษาของประชาชน ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน มีจำนวนข้อคำถาม ทั้งหมด 9 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด และเลือกตอบ

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ตามแนวคิดการประเมินผลลัพธ์ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุข เครือข่ายวิจัย และพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ, 2549: 8) ประกอบด้วย 1) ข้อมูลผู้ป่วย และผู้มารับบริการ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด 2) ลักษณะการจัดบริการ ด้านสุขภาพ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด และ 3) ความสามารถในการ

ตาราง 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่

อำเภอ	จำนวน ศูนย์สุขภาพชุมชน (แห่ง)	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (แห่ง)	จำนวน หัวหน้า (คน)	จำนวน ทีมงาน (คน)
1. สะเมิง	4	3	3	6
2. แม่อน	6	4	4	8
3. สันกำแพง	9	6	6	12
4. สารภี	6	4	4	8
5. แม่แตง	14	10	10	20
6. พร้าว	4	3	3	6
7. สันทราย	11	8	8	16
8. คอยสะเก็ด	8	5	5	10
9. แม่อาขย	11	8	8	16
10. ไชยปราการ	7	5	5	10
11. เชียงดาว	6	4	4	8
12. ฝาง	8	6	6	12
13. เวียงแหง	2	1	1	2
14. หางดง	6	4	4	8
15. สันป่าตอง	12	8	8	16
16. คอยหล่อ	7	5	5	10
17. แม่แจ่ม	7	5	5	10
18. แม่วาง	8	5	5	10
19. คอยเต่า	4	3	3	6
20. ฮอด	5	3	3	6
21. จอมทอง	7	5	5	10
22. อมก๋อย	8	5	5	10
23. แม่ริม	6	4	4	8
24. เมือง	15	11	11	22
<b>รวม</b>	<b>181</b>	<b>125</b>	<b>125</b>	<b>250</b>

ที่มา: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ (2550)

บรรลุปเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย อัตราสิทธิว่างของประชากรที่รับผิดชอบ ร้อย ละของเด็กอายุ 5 ปี ได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยง อัตรา ความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน อัตราความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อัตราความครอบคลุมการมีแฟ้ม ครอบครัว อัตราการใช้แฟ้มครอบครัว อัตราความครอบคลุมการมีแฟ้มชุมชน อัตราการใช้แฟ้ม ชุมชน อัตราการเยี่ยมบ้านต่อสัปดาห์ อัตราความครอบคลุมการดูแลผู้พิการในเขตพื้นที่ และอัตรา ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อเป็นคำถามปลายเปิด

**แบบสอบถามชุดที่ 2** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อนำไปสอบถาม หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 3 ตอน มีรายละเอียดดังนี้

**ตอนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่ ปฏิบัติ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การศึกษาอบรมวิชาชีพ การศึกษาดูงาน และรายได้ เป็นคำถาม ปลายเปิด และเลือกตอบ รวมจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ 2) ปัจจัยด้านบุคลากร 3) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ และ 4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม มีรายละเอียดดังนี้

### 1. ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ

ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การกระจายอำนาจ ตามแนวคิด Robbin (1993) จำนวน 5 ข้อ การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ Hodge and Anthony (1990) จำนวน 4 ข้อ และการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน Steers (1997) รวม 6 ข้อ รวมจำนวน ข้อคำถาม 15 ข้อ ใช้แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ผู้วิจัยกำหนดระดับการให้คะแนนดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มาก

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้ปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้น้อย

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือปฏิบัติได้น้อยที่สุด

### 2. ปัจจัยด้านบุคลากร

ปัจจัยด้านบุคลากรซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิ ของบุคลากรทีมสุขภาพตามแนวคิดการให้บริการปฐมภูมิ จำนวน 20 ข้อ เจตคติในการทำงานตาม แนวคิด Tradis (1971) จำนวน 4 ข้อ ความผูกพันต่อองค์การตามแนวคิด Mowday, Steers and



Porter (1979) จำนวน 6 ข้อ ความพึงพอใจในงานตามแนวคิด Munson and Heda (1974) จำนวน 18 ข้อ การทำงานเป็นทีมตามแนวคิด Roming (1996) จำนวน 14 ข้อ การจูงใจตามแนวคิด Vroom (1964) จำนวน 7 ข้อ และภาวะผู้นำ Kouzes and Posner (1995) จำนวน 14 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถาม 83 ข้อ ใช้แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ผู้วิจัยกำหนดระดับการให้คะแนนดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มาก

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้ปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้น้อย

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือปฏิบัติได้น้อยที่สุด

### 3. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การบริหารเชิงกลยุทธ์ตามแนวคิด Dess and Miller (1993) จำนวน 5 ข้อ การติดต่อสื่อสารตามแนวคิด Merryman (1996) จำนวน 7 ข้อ และการบริหารการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิด Kimbrough and Burkett (1990) จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ ใช้แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ผู้วิจัยกำหนดระดับการให้คะแนนดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มาก

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้ปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้น้อย

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือปฏิบัติได้น้อยที่สุด

### 4. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย วัฒนธรรมองค์การตามแนวคิด Cooke and Laffety (1989) จำนวน 12 ข้อ บรรยากาศองค์การตามแนวคิด Lussier (2002) จำนวน 9 ข้อ สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมของชุมชนตามแนวคิดของวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2544) จำนวน 14 ข้อ การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำตามแนวคิด สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2550) จำนวน 4 ข้อ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพตามแนวคิด Cohen and Uphoff (1981) จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 50 ข้อ ใช้แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

ผู้วิจัยกำหนดระดับการให้คะแนนดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มาก

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้ปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้น้อย

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือปฏิบัติได้น้อยที่สุด

**ตอนที่ 3** แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพ

ชุมชน ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

ตามแนวคิดของ Parson (Hoy and Miskel, 1991: 379) ประกอบด้วย 1) ด้านความสามารถในการปรับตัวตาม จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน จำนวน 3 ข้อ และ 3) ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ

ผู้วิจัยกำหนดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มาก

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้ปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้น้อย

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือปฏิบัติได้น้อยที่สุด

**แบบสอบถามชุดที่ 3** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อนำไปสอบถาม

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 3 ตอน มีรายละเอียดดังนี้

**ตอนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การศึกษาอบรมวิชาชีพ การศึกษาดูงาน และรายได้ เป็นคำถามปลายเปิด และเลือกตอบ รวมจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร 2) ปัจจัยด้านบุคลากร 3) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ และ 4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม มีรายละเอียดดังนี้

### 1. ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร

ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การกระจายอำนาจ ตามแนวคิด Robbin (1993) จำนวน 5 ข้อ การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ Hodge and Anthony (1990) จำนวน 4 ข้อ และการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน Steers (1997) รวม 6 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มากที่สุด  
 คะแนน 4 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มาก  
 คะแนน 3 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้ปานกลาง  
 คะแนน 2 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้น้อย  
 คะแนน 1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือปฏิบัติได้น้อยที่สุด

## 2. ปัจจัยด้านบุคลากร

ปัจจัยด้านบุคลากร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิ  
 ของบุคลากรที่มีสุขภาพตามแนวคิดการให้บริการปฐมภูมิ จำนวน 20 ข้อ เจตคติในการทำงาน ตาม  
 แนวคิด Tradis (1971) จำนวน 4 ข้อ ความผูกพันต่อองค์กรตามแนวคิด Mowday, Steers and  
 Porter (1979) จำนวน 6 ข้อ ความพึงพอใจในงานตามแนวคิด Munson and Heda (1974) จำนวน 18  
 ข้อ การทำงานเป็นทีมตามแนวคิด Roming (1996) จำนวน 14 ข้อ การจงใจตามแนวคิด Vroom  
 (1964) จำนวน 7 ข้อ และภาวะผู้นำ Kouzes and Posner (1995) จำนวน 14 ข้อ รวมจำนวนข้อ  
 คำถาม 83 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มากที่สุด  
 คะแนน 4 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มาก  
 คะแนน 3 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้ปานกลาง  
 คะแนน 2 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้น้อย  
 คะแนน 1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือปฏิบัติได้น้อยที่สุด

## 3. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การบริหารเชิง  
 กลยุทธ์ตามแนวคิด Dess and Miller (1993) จำนวน 5 ข้อ การติดต่อสื่อสารตามแนวคิด Merryman  
 (1996) จำนวน 7 ข้อ และการบริหารการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิด Kimbrough and Burkett (1990)  
 จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale)  
 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มากที่สุด  
 คะแนน 4 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มาก  
 คะแนน 3 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้ปานกลาง  
 คะแนน 2 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้น้อย  
 คะแนน 1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือปฏิบัติได้น้อยที่สุด

#### 4. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย วัฒนธรรมองค์การตามแนวคิดของ Cooke and Laffety (1989) จำนวน 12 ข้อ และบรรยากาศองค์การตามแนวคิดของ Lussier (2002) จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถาม 21 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มากที่สุด  
 คะแนน 4 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มาก  
 คะแนน 3 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้ปานกลาง  
 คะแนน 2 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้น้อย  
 คะแนน 1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือปฏิบัติได้น้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) ด้านความสามารถในการปรับตัวตาม จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน จำนวน 3 ข้อ และ 3) ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถาม 11 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มากที่สุด  
 คะแนน 4 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้มาก  
 คะแนน 3 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้ปานกลาง  
 คะแนน 2 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปฏิบัติได้น้อย  
 คะแนน 1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือปฏิบัติได้น้อยที่สุด

#### การทดสอบเครื่องมือ

การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดได้เป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

##### ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม (content validity)

การหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการทดสอบตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถาม (questionnaires) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน และงานวิจัย ตรวจสอบในประเด็นความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา (wording) มีหลักในการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านคือ มีคุณวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก มีประสบการณ์ด้านการบริหารจัดการองค์การ และมีความรู้ด้านการวิจัย การทำงานกับ

ชุมชนด้านสุขภาพ (รายนามผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ในภาคผนวก ก) ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม กำหนดให้เลือกตอบ 3 ช่อง คือ

สอดคล้อง (+1) หมายถึง เห็นว่าข้อคำถามสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการถาม

ไม่แน่ใจ (0) หมายถึง ไม่สามารถสรุปได้ว่าข้อคำถามสอดคล้องหรือไม่กับประเด็นที่ต้องการถาม

ไม่สอดคล้อง (-1) หมายถึง เห็นว่าข้อคำถาม ไม่สอดคล้องกับประเด็นคำถามที่ต้องการถาม

การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Concurrence: IOC) ข้อคำถามที่ใช้ได้ต้องมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์ และอังฉรา ชำนิประศาสน์, 2545: 145)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC คือ ค่าดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$  คือ ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

N คือ จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการทดสอบแบบสอบถามได้ค่าความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาคุณวุฒินิพนธ์เพื่อให้ความเห็น และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมต่อไป

#### ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability)

หลังจากผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะทั่วไป ใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายที่สุด ในการหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 แห่ง ผลที่ได้มีความคงที่ (stability) มีความถูกต้อง (accuracy) และไม่เปลี่ยนแปลง (consistency) และทดสอบความเชื่อถือ (Reliability) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (coefficient of alpha) ตามแบบของ Cronbach แล้วนำแบบสอบถามที่ได้ปรับแก้ไขแล้วไปทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยหาความเชื่อมั่นสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach, Lee J., and Richard J. Shavelson, 2004: 391-418) ตามสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_i^2} \right\}$$

$\alpha$  = ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

$k$  = จำนวนข้อของเครื่องมือ

$s_i^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

$s_i^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

จากการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น “สัมประสิทธิ์แอลฟา” ( $\alpha$  – coefficient) ของแบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ จำแนกเป็นรายด้านและเมื่อนำไปเทียบกับเกณฑ์สัมประสิทธิ์แอลฟา ซึ่งระบุว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาไม่ควรต่ำกว่า 0.70 ดังนั้นจึงถือว่าแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปใช้งานได้ (รายละเอียดดังแสดงในตาราง 2 )

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินงานในขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยแม่โจ้ ขออนุญาต และความร่วมมือในการทำวิจัย เก็บข้อมูล ต่อนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่
2. ประสานงานกับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพชุมชน ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่กลุ่มตัวอย่างที่เลือก จำนวน 125 แห่ง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูลในแบบสอบถาม
3. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 3 จุด ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนระหว่างเดือน ธันวาคม 2551 ถึง เดือน เมษายน 2552
4. นำแบบสอบถามที่ได้เก็บข้อมูลได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์แล้วนำมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

ตาราง 2 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามจำแนกรายด้าน

ปัจจัยรายด้าน	สัมประสิทธิ์แอลฟา
<b>ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ</b>	
การกระจายอำนาจ	0.887
การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ	0.846
การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน	0.829
<b>ปัจจัยด้านบุคลากร</b>	
ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรที่มีสุขภาพ	0.900
เจตคติในการทำงาน	0.971
ความผูกพันต่อองค์การ	0.921
ความพึงพอใจในงาน	0.853
การทำงานเป็นทีม	0.954
การจูงใจ	0.739
ภาวะผู้นำ	0.968
<b>ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ</b>	
การบริหารเชิงกลยุทธ์	0.936
การติดต่อสื่อสาร	0.930
การบริหารการเปลี่ยนแปลง	0.908
<b>ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม</b>	
วัฒนธรรมองค์การ	0.974
บรรยากาศองค์การ	0.939
สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน	0.907
การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ	0.869
บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ	0.942
การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ	0.977
<b>ประสิทธิผลการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน</b>	
ด้านความสามารถในการปรับตัว	0.888
ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน	0.820
ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม	0.805



### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนในการวิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบข้อมูล ความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละชุดแล้วลงรหัสข้อมูลในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม
2. การลงข้อมูล นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบ และลงรหัสเรียบร้อยแล้วมาลงข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปที่สร้างไว้

#### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปมาวิเคราะห์ ดังนี้

3.1 การบรรยายลักษณะของศูนย์สุขภาพชุมชน ข้อมูลของบุคลากร ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยสภาพแวดล้อม และประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ได้ใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3.2 วิเคราะห์หาตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยมีการทดสอบตามสมมติฐานการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอย โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ระหว่างตัวแปรมีค่าระหว่าง 0.350 ถึง 0.700 จึงไม่เกิดปัญหาความสัมพันธ์ร่วมพหุเชิงเส้น (multicollinearity) เนื่องจากค่า  $r$  ต่ำกว่า 0.800 ลงมา (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540: 84) (รายละเอียดตามภาคผนวก ค) มีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างตัวแปรหุ่น (dummy variable) ของตัวแปรต้นที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ เพื่อให้สามารถเข้าตามเงื่อนไขการใช้ค่าทางสถิติพหุถดถอย (regression) ได้ ประกอบด้วย ทำเลที่ตั้ง เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ และการได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ

2. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient,  $r$ ) การแปลความหมายระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสิ, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุโข, 2540: 64)

ค่าระหว่าง 0.70 ถึง 1.00 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าระหว่าง 0.30 ถึง 0.69 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าระหว่าง 0.00 ถึง 0.29 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

3. ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยใช้สถิติทดสอบรวมเอฟ (Overall F-test)

4. กำหนดค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ (b) ในรูปคะแนนดิบ

5. ทดสอบค่า F เพื่อทดสอบค่า b ของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวที่จะส่งผลต่อตัวแปรเกณฑ์หรือไม่

6. หาค่าคงที่สมการพยากรณ์

7. สร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (beta)

## ระยะที่ 2 ตรวจสอบประสิทธิผลการบริหารจัดการ

สำหรับขั้นตอนนี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่

### กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับคะแนนประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนจากแบบวัดประสิทธิผลที่สร้างขึ้นในกลุ่มที่มีระดับประสิทธิผลสูงปานกลาง และต่ำ ทั้งนี้ตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพและมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546) กำหนดให้ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งที่ผ่านการประเมินและรับรองมีระดับคะแนนในหมวดมาตรฐานด้านบริการ บริหาร และวิชาการ ร้อยละ 70 โดยเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 20 แห่ง (ดังรายละเอียดในตาราง 3)

### การเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ การปฏิบัติงานของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ป่วยที่มารับบริการ และประชากรในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่รับผิดชอบ และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

**ตาราง 3** จำนวนกลุ่มตัวอย่างศูนย์สุขภาพชุมชน

ระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการ ของศูนย์สุขภาพชุมชน	จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน (แห่ง) (n=125)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ศูนย์สุขภาพชุมชน (แห่ง)
1. ต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 59)	10	5
2. ปานกลาง (ร้อยละ 60 – 69)	51	7
3. สูง (ร้อยละ 70 ขึ้นไป)	64	8
	<b>รวม</b>	<b>20</b>

## 2. การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย

การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อ 3 มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

### กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ และ/หรือ มีประสบการณ์ต่อการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนระดับจังหวัดเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานศูนย์บริการสุขภาพระดับจังหวัด หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 22 คน โดยการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (รายชื่ออยู่ในภาคผนวก ก)

### การเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำเสนอผลการวิจัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดได้ทราบผลการวิจัยประกอบด้วย ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และเป้าหมายของการให้บริการปฐมภูมิ

2. รับฟังข้อเสนอแนะ ความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

3. การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและวิจารณ์

การศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัด เชียงใหม่ เป็นการผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และ 3) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัย นำเสนอผลการวิจัยในบทนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน
3. การนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

#### 1. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้วิจัยแบ่งผลการวิจัยเป็น 2 ตอนคือ 1) ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน และ 2) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

##### 1.1 ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 125 แห่ง มีที่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำที่สังกัดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.4) เขตที่ตั้งอยู่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นเขตรับผิดชอบขององค์กรบริหารการปกครองส่วนตำบลมากที่สุด (ร้อยละ 76.0) เขตเทศบาลรองลงมา (ร้อยละ 19.2) มีระยะห่างของศูนย์สุขภาพชุมชนและอำเภอที่ตั้งเฉลี่ยต่ำกว่า 26 กิโลเมตรมากที่สุด (ร้อยละ 70.4) ซึ่งมีระยะห่างจากตัวจังหวัดเชียงใหม่ต่ำกว่า 51 กิโลเมตรมากที่สุด (ร้อยละ 53.6) รองลงมาห่างระหว่างตัวเมืองเชียงใหม่ 51-100 กิโลเมตร และมากกว่า 151 กิโลเมตรขึ้นไปเท่ากัน (ร้อยละ 16.0) และลักษณะพื้นที่อาศัยของประชากรที่รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบ (ร้อยละ 68.0) รองลงมาเป็นพื้นที่ราบและพื้นที่สูง (ร้อยละ 24.8) (ดังรายละเอียดในตาราง 4)

ทำเลที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนต้องอยู่ในที่ชุมชนเพราะศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดี ต้องเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ,

2545: 19) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะสภาพภูมิประเทศของจังหวัดเชียงใหม่ที่มีพื้นที่ประมาณ 1 ใน 3 เป็นพื้นที่ราบสูงซึ่งมีการกระจายตัวของประชาชนพักอาศัยที่แตกต่างกัน

ตาราง 4 ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน

ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
<b>1.สถานที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน</b>		
ในโรงพยาบาล	12	9.6
นอกโรงพยาบาล	113	90.4
<b>2.สถานที่ตั้งเป็นเขตรับผิดชอบ</b>		
เขตองค์การบริหารส่วนตำบล	95	76.0
เขตเทศบาล	24	19.2
เขตองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล	6	4.8
<b>3.ระยะทางห่างจากตัวอำเภอของศูนย์สุขภาพชุมชน (กิโลเมตร)</b>		
ต่ำกว่า 26	88	70.4
16-30	26	20.8
31-45	8	6.4
46 กิโลเมตรขึ้นไป	3	2.4
$\bar{X} = 13.6$ S.D.=15.8 Minimum=0 Maximum=128		
<b>4.ระยะทางห่างตัวจังหวัดเชียงใหม่ของศูนย์สุขภาพชุมชน (กิโลเมตร)</b>		
ต่ำกว่า 51	67	53.6
51 - 100	20	16.0
101 - 150	18	14.4
151 กิโลเมตรขึ้นไป	20	16.0
$\bar{X} = 72.3$ S.D.=61.3 Minimum=1 Maximum=256		
<b>5.ลักษณะพื้นที่อาศัยของประชากรที่รับผิดชอบ</b>		
พื้นที่ราบ	85	68.0
พื้นที่สูง	9	7.2
พื้นที่ราบและพื้นที่สูง	31	24.8

ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีลักษณะการจัดตั้งเป็นแบบเดี่ยว (ร้อยละ 59.2) รองลงมาเป็นแบบกลุ่ม (ร้อยละ 40.8) ซึ่งมีหน่วยบริการประจำที่สังกัดเป็นโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 88.0) เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด และรัฐนอกสังกัดรองลงมา (ร้อยละ 5.6 และ 4.0 ตามลำดับ) และเป็นโรงพยาบาลเอกชนน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.4) มีจำนวนหมู่บ้านรับผิดชอบระหว่าง 7-12 หมู่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 70.4) เฉลี่ย 9 หมู่บ้านรับผิดชอบต่อหนึ่งศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนระหว่าง 3,501-7,000 คนมากที่สุด (ร้อยละ 50.4) เฉลี่ย 6,545 คนต่อหนึ่งศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นประชากรที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพจำนวนระหว่าง 3,501-7,000 คนมากที่สุด (ร้อยละ 46.4) รองลงมาต่ำกว่า 3,501 คน (ร้อยละ 38.4) โดยเฉลี่ยมีประชากรที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ 5,047 คนต่อศูนย์สุขภาพชุมชนหนึ่งแห่ง (ดังรายละเอียดในตาราง 5)

จากข้อมูลการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนแสดงให้เห็นว่าลักษณะการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนมีการจัดตั้งตามทรัพยากรที่เหมาะสมทั้ง จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ จำนวนประชากรที่รับผิดชอบสอดคล้องกับการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานของกลุ่มประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546: 94) เน้นสัดส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการต่อประชากรที่รับผิดชอบไม่เกิน 1 : 1,1250

ตาราง 5 ลักษณะการจัดตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน

ลักษณะการจัดตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
1. รูปแบบการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน		
แบบเดี่ยว	74	59.2
แบบกลุ่ม	51	40.8
2. เครื่องอำนวยความสะดวกประจำของศูนย์สุขภาพชุมชน		
โรงพยาบาลชุมชน	110	88.0
โรงพยาบาลประจำจังหวัด	7	5.6
โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	5	4.0
โรงพยาบาลเอกชน	3	2.4
3. จำนวนหมู่บ้านรับผิดชอบ (หมู่บ้าน)		
ต่ำกว่า 7	23	18.4
7 – 12	88	70.4
13 หมู่บ้านขึ้นไป	14	11.2
$\bar{X} = 8.8$ S.D.=3.1 Minimum=3 Maximum=19		
4. จำนวนประชากรทั้งหมดที่รับผิดชอบ (คน)		
ต่ำกว่า 3,501	25	20.0
3,501-7,000	63	50.4
7,001-10,500	19	15.2
10,501 คน ขึ้นไป	18	14.4
$\bar{X} = 6,545.7$ S.D. = 4,523.4 Minimum = 1,683 Maximum = 26,454		
5. จำนวนประชากรที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ (คน)		
ต่ำกว่า 3,501	48	38.4
3,501-7,000	58	46.4
7,001-10,500	11	8.8
10,501 คนขึ้นไป	8	6.4
$\bar{X} = 5,046.8$ S.D. = 3,798.9 Minimum = 1,026 Maximum = 25,868		



การให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนมีสถิติการให้บริการ โดยเฉลี่ยของจำนวนผู้มารับบริการ และจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านการรักษาพยาบาลที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 21-40 ครั้งต่อวันมากที่สุด (ร้อยละ 56.0 และ 65.6 ตามลำดับ) รองลงมา 41-60 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 36.0 และ 19.2 ตามลำดับ) โดยเฉลี่ยมีผู้มารับบริการ 40 ครั้งต่อวัน โดยเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 34 ครั้งต่อวัน (ดังรายละเอียดในตาราง 6)

จากข้อมูลการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนแสดงให้เห็นถึงบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทั้งการรักษาผู้ป่วย และการให้บริการส่งเสริมป้องกันโรค รวมทั้งกิจกรรมการรับฝากครรภ์ การได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 0-5 ปี สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติงานด้านบริการ และส่งเสริมสุขภาพประชากรที่รับผิดชอบเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนตามคู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546: 70-75)

ตาราง 6 ปริมาณในการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ปริมาณในการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
1.จำนวนครั้งของผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อวัน (ครั้งต่อวัน)		
ต่ำกว่า 21	6	4.8
21-40	70	56.0
41-60	45	36.0
61ครั้งต่อวันขึ้นไป	4	3.2
$\bar{X}$ = 39.8 S.D.=13.6 Minimum=6 Maximum=96		
2.จำนวนครั้งของผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ยต่อวัน (ครั้งต่อวัน)		
ต่ำกว่า 21	16	12.8
21-40	82	65.6
41-60	24	19.2
61 ครั้งต่อวันขึ้นไป	3	2.4
$\bar{X}$ = 33.5 S.D.=12.9 Minimum=3 Maximum=90		

## 1.2 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

การวิเคราะห์ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัด เชียงใหม่ แยกเป็นประสิทธิผลรายด้าน 4 ด้านประกอบด้วย 1) ด้านความสามารถในการปรับตัว 2) ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน 3) ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม และ 4) ด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมายมีรายละเอียดดังนี้

### 1.2.1 ด้านความสามารถในการปรับตัว

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ร้อยละ 77.6) มีประสิทธิผลการบริหารจัดการด้านความสามารถในการปรับตัวระดับมากถึงมากที่สุดต่อความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ตลอดเวลามากที่สุด ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.4) มีความสามารถในการปรับตัว ด้านนี้ในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนความสามารถในการปรับตัวด้านอื่น ๆ ส่วนใหญ่ทั้งหัวหน้า ศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 60.0) มีประสิทธิผลการบริหารจัดการด้าน ความสามารถในการปรับตัวระดับมากถึงมากที่สุด โดยพบว่าทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และ ผู้ปฏิบัติงานจำนวนน้อยกว่าครึ่ง (ประมาณร้อยละ 50.0) มีความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็ว ต่อการรับการเปลี่ยนแปลง และการได้รับการฝึกอบรมการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องต่อการ เปลี่ยนแปลง ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตาราง 7)

ผลการวิจัยพบว่าหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นผู้บริหารระดับต้นมีความพร้อม ตลอดเวลาในการเปลี่ยนแปลง ตอบสนองต่อการปรับเปลี่ยนของบุคลากรต่อระบบการปฏิรูปการ บริหารจัดการงานสาธารณสุขของรัฐบาล สอดคล้องกับแนวคิดความสามารถในการปรับตัวของ Hoy and Miskel (1991: 382-383) และ Schein (1970: 119) ที่กล่าวว่าองค์กรต้องมีการปรับเปลี่ยน เพื่อแสดงปฏิกิริยาตอบโต้กับการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมภายในหรือภายนอก ทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากปัจจุบันมีการปฏิรูประบบ ราชการ โดยยกเลิกระบบซี เพื่อให้เกิดการรักษาภาวะสมดุลขององค์กร บุคลากรของศูนย์สุขภาพ ชุมชนต้องปรับตัวต่อแนวทางการบริหารราชการแนวใหม่ที่เปลี่ยนแปลงกับการปฏิบัติงาน ต้องมี การวัดผลการปฏิบัติงานผ่านตัวชี้วัดต่าง ๆ สามารถสร้างความสมดุลใหม่ได้ ในขณะที่ทั้งหัวหน้า ศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 60.0) มีความสามารถในการ ปรับตัวด้านอื่นๆ สะท้อนให้เห็นถึงโอกาสในการปรับปรุงทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และ ผู้ปฏิบัติงานให้มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อให้สามารถบริหารจัดการ ปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน ให้สามารถริเริ่มคิดสิ่งใหม่เพื่อการปรับปรุงงานบริการปฐมภูมิได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

ตาราง 7 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการปรับตัว

ด้านความสามารถในการปรับตัว	ระดับการปฏิบัติ (n = 375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. บุคลากรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	1 (0.8)	27 (21.6)	62 (49.6)	35 (28.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	3 (1.2)	80 (32.0)	126 (50.4)	40 (16.0)
2. บุคลากรสามารถปรับเปลี่ยนกระบวนงานได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	38 (30.4)	69 (55.2)	15 (12.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	7 (2.8)	76 (30.4)	138 (55.2)	28 (11.2)
3. บุคลากรสามารถริเริ่มคิดสิ่งใหม่เพื่อพัฒนาปรับปรุงงาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	38 (30.4)	69 (55.2)	15 (12.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	4 (1.6)	89 (35.6)	123 (49.2)	31 (12.4)
4. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมการจัดการอย่าง ต่อเนื่องเพื่อการเปลี่ยนแปลง					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	40 (32.0)	64 (51.2)	18 (14.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	21 (8.4)	103 (41.2)	106 (42.4)	18 (7.2)
5. บุคลากรมีความเต็มใจและ ยอมรับระเบียบใหม่ๆ ยอมรับการเปลี่ยนแปลง					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	41 (32.8)	58 (46.4)	23 (18.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	3 (1.2)	81 (32.4)	131 (52.4)	33 (13.2)

ตาราง 7 (ต่อ)

ด้านความสามารถในการปรับตัว	ระดับการปฏิบัติ (n = 375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6. บุคลากรมีความรวดเร็วต่อการรับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ใหม่					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	47 (37.6)	57 (45.6)	18 (14.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	9 (3.6)	92 (36.8)	126 (50.4)	23 (9.2)

### 1.2.2 ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน

หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสามารถในการประสานงานทั้งภายในและภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชนระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 80.8) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีความสามารถด้านนี้เพียงร้อยละ 71.6 ของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด และพบว่าทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 70.0) สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสังคม ชุมชนได้ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการบูรณาการกระบวนการงานปฐมภูมินั้น พบว่าหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีระดับการปฏิบัติมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 74.4 ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานแสดงความสามารถด้านนี้เพียงร้อยละ 58.4 (ดังรายละเอียดในตาราง 8)

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการบูรณาการประสานงานทั้งภายใน และภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชนพบจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถปฏิบัติได้ในด้านนี้มากกว่าผู้ปฏิบัติงาน ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเฉพาะหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสังคม ชุมชนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่ได้ สามารถประสานงานทั้งภายในศูนย์สุขภาพชุมชนเอง และภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดหน้าที่บริการปฐมภูมิของสุพัตรา ศรีวิชิษชากร และคณะ (2545: 5) ที่กล่าวว่าศูนย์สุขภาพชุมชนต้องสามารถประสานงานกับชุมชน องค์กรชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูล และเข้าใจในวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน รวมทั้งประสานงานบริการด้านสุขภาพกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการจัดบริการได้อย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน นอกจากนี้ผลการวิจัยด้านความสามารถในการบูรณาการกระบวนการงานปฐมภูมิของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีมากกว่าผู้ปฏิบัติงานงานสะท้อนให้เห็น

ระดับความเข้าใจ และการนำสู่ปฏิบัติผ่านทักษะในการทำงานปฐมภูมิอย่างเชื่อมโยงกับชุมชนของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน โดยควรมีการอบรมเพิ่มทักษะการบูรณาการงานให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงาน เพื่อส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน

ตาราง 8 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถ ในการบูรณาการงาน

ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ประสานงานทั้งภายในและภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	24 (19.2)	80 (64.0)	21 (16.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	4 (1.6)	66 (26.4)	145 (58.0)	34 (13.6)
2. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสังคม ชุมชนได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	2 (1.6)	25 (20.0)	68 (54.4)	30 (24.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	1 (0.4)	64 (25.6)	146 (58.4)	39 (15.6)
3. บูรณาการกระบวนการงานปฐมภูมิได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	29 (23.2)	81 (64.8)	12 (9.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	4 (1.6)	99 (39.6)	130 (52.0)	16 (6.4)

### 1.2.3 ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 70.0) มีประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรมระดับมากถึงมากที่สุดในเรื่อง บุคลากรมีวัฒนธรรมการทำงานที่ดี และผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนมีระบบการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ตามลำดับ ในขณะที่ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 60.0) มีประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรมระดับมากถึงมากที่สุดทั้ง 2 ด้าน (ดังรายละเอียดในตาราง 9)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่สามารถปฏิบัติงานได้ถึงเป้าหมายหลักในการให้บริการงานปฐมภูมิ อีกทั้งขาดระบบการสร้างแรงจูงใจในการทำงานบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนควรให้ความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้เกิดความผูกพันต่อการทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ส่งผลให้ทีมงานสามารถมีความคิดที่สร้างสรรค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิต่อไปสอดคล้องกับแนวคิดการรักษาแบบแผนวัฒนธรรมของ Hoy and Miskel (1991: 382-383)

ตาราง 9 ประสิทธิผลการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม

ด้านความสามารถในการรักษา แบบแผนวัฒนธรรม	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. บุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนมี วัฒนธรรมการทำงานที่ดี					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	2 (1.6)	27 (21.6)	68 (54.4)	28 (22.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	4 (1.6)	79 (31.6)	130 (52.0)	37 (14.8)
2. ทีมผู้บริหารศูนย์สุขภาพ ชุมชนมีระบบการสร้าง แรงจูงใจในการทำงาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	5 (4.0)	27 (21.6)	75 (60.0)	18 (14.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	4 (1.6)	9 (3.6)	93 (37.2)	114 (45.6)	30 (12.0)

#### 1.2.4 ด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย

ผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ ที่ได้จากแหล่งข้อมูล 2 ส่วน คือ 1) จากกลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และ 2) การสอบถามหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถสรุปได้ตามตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

##### 1. การประเมินและติดตามของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

เป็นข้อมูลที่แสดงความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการประเมินและติดตามของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ มีรายละเอียดดังนี้

ร้อยละสิทธิว่างของประชากรที่รับผิดชอบเฉลี่ย 2.63 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.58 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุ 0-5 ปี เฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 81 ขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 64.0) รองลงมา มีความครอบคลุมร้อยละ 61-80 (ร้อยละ 16.8) โดยเฉลี่ยมีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนร้อยละ 79.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 24.8

การคัดกรองภาวะเสี่ยงได้มากกว่าร้อยละ 61 ขึ้นไป ร้อยละ 72.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.4 โดยแยกเป็น 1) ความครอบคลุมการค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ระหว่างร้อยละ 61-80 มากที่สุด (ร้อยละ 27.2) รองลงมา คัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ต่ำกว่าร้อยละ 21 (ร้อยละ 22.4) และมากกว่าร้อยละ 81 ขึ้นไป (ร้อยละ 20.0) โดยมีอัตราความครอบคลุมการค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉลี่ย 49.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 29.8 2) ความครอบคลุมการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าร้อยละ 81 ขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 42.4) รองลงมาสามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 61-80 (ร้อยละ 33.6) โดยมีความครอบคลุมการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยร้อยละ 70.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.4 และ 3) ความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีได้ร้อยละ 41-60 มากที่สุด (ร้อยละ 27.2) รองลงมาสามารถคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีได้ช่วงร้อยละ 61-80 และต่ำกว่าร้อยละ 21 (ร้อยละ 24.8 และ 20.8 ตามลำดับ) โดยมีความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีเฉลี่ยร้อยละ 49.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 25.2 (ดังรายละเอียดในตาราง 10)



ตาราง 10 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยใช้ตัวชี้วัดของหน่วยงานกำกับ

ด้านความสามารถในการการบรรลุเป้าหมาย	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
1. สิทธิว่างของประชากรที่รับผิดชอบ (ร้อยละ)		
ต่ำกว่า 1.01	12	9.6
1.01-2.00	57	45.6
2.01-3.00	36	28.8
3.01-4.00	5	4.0
มากกว่า 4.01 ขึ้นไป	15	12.0
$\bar{X}=2.63$ S.D. =3.58 Minimum=0.05 Maximum= 0.05		
2. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็ก อายุ 0-5 ปี		
ต่ำกว่า 21	6	4.8
21 – 40	8	6.4
41 - 60	10	8.0
61 – 80	21	16.8
มากกว่า 81 ขึ้นไป	80	64.0
$\bar{X}=79.5$ S.D. =24.8 Minimum=12.0 Maximum=100		
3. ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยง (ร้อยละ)		
ต่ำกว่า 21	2	1.6
21 – 40	9	7.2
41 - 60	23	18.4
61 – 80	46	36.8
มากกว่า 81 ขึ้นไป	45	36.0
$\bar{X}=71.7$ S.D. =19.4 Minimum=1.7 Maximum=99.0		

## ตาราง 10 (ต่อ)

ด้านความสามารถในการการบรรลุเป้าหมาย	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
4. ความครอบคลุมการค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ)		
ต่ำกว่า 21	28	22.4
21 - 40	23	18.4
41 - 60	15	12.0
61 - 80	34	27.2
มากกว่า 81 ขึ้นไป	25	20.0
$\bar{X}=49.2$ S.D. =29.8 Minimum=2.0 Maximum=99.0		
5. ความครอบคลุมการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ)		
ต่ำกว่า 21	4	3.2
21 - 40	11	8.8
41 - 60	15	12.0
61 - 80	42	33.6
มากกว่า 81 ขึ้นไป	53	42.4
$\bar{X}=70.7$ S.D. =21.4 Minimum=4.9 Maximum=100		
6. ความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี		
ต่ำกว่า 21	26	20.8
21 - 40	21	16.8
41 - 60	34	27.2
61 - 80	31	24.8
มากกว่า 81 ขึ้นไป	13	10.4
$\bar{X}=49.5$ S.D. =25.2 Minimum=1.8 Maximum=100		

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่ายังมีตัวชี้วัดบางตัวที่ต้องได้รับการพัฒนาให้ได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ สิทธิว่างของประชากรที่รับผิดชอบ อาจเนื่องมาจากการเข้ามาทำงานของแรงงานต่างถิ่นจากสภาพเศรษฐกิจของจังหวัดเชียงใหม่ที่เป็นเมืองอุตสาหกรรม ความครอบคลุมการค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรียังอยู่ในระดับที่ไม่ถึงร้อยละ 50 แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการวิเคราะห์หาปัญหาว่าทำไมแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนไม่สามารถให้บริการด้านการป้องกันโรคได้ตามเป้าหมาย และโอกาสที่หากพบโรคทั้งสองโรคนี้อาจทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และมีผลต่อสภาพเศรษฐกิจของผู้เป็นโรค สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 23-24) นอกจากนี้พบว่าความครอบคลุมของการคัดกรองความเสี่ยง และการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 70 แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่โดยผ่านอาสาสมัครประจำตำบล การประสานงานของบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนในการทำงานค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ได้มากขึ้น เป็นข้อมูลที่ควรสนับสนุนให้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองค้นหาโรคที่สามารถป้องกันได้

## 2. การใช้เครื่องมือและการให้บริการปฐมภูมิ

ความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยการใช้เครื่องมือและการให้บริการปฐมภูมิจากความครอบคลุมการมีเครื่องมือที่ใช้ในการทำงานกับชุมชน ประกอบด้วย 1) การมีแฟ้มครอบครัวเฉลี่ยร้อยละ 88.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.5 โดยมีการใช้งานเฉลี่ยร้อยละ 71.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.9 และ 2) การมีแฟ้มชุมชนเฉลี่ยร้อยละ 85.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.7 และมีการใช้งานของแฟ้มชุมชนเฉลี่ยร้อยละ 65.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.5

ตัวชี้วัดการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านอื่นๆ ประกอบด้วย 1) การดูแลผู้พิการด้านสุขภาพมีความครอบคลุมร้อยละ 89.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.9 2) จำนวนการเยี่ยมบ้านโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์พบต่ำกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 65.6) รองลงมาเป็นการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 21.6) และมีการเยี่ยมบ้านมากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์ น้อยที่สุด (ร้อยละ 1.6) และ 3) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่พบมากระดับร้อยละ 81 ขึ้นไป (ร้อยละ 74.4) (ดังรายละเอียดในตาราง 11)

ตาราง 11 ประสิทธิภาพด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมายโดยใช้เครื่องมือบริการปฐมภูมิ

ด้านความสามารถในการการบรรลุเป้าหมาย	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
<b>1. ความครอบคลุมการมีเพิ่มครอบครัว (ร้อยละ)</b>		
ต่ำกว่า 21	0	0.0
21 - 40	2	1.6
41 - 60	10	8.0
61 - 80	44	35.2
มากกว่า 81 ขึ้นไป	69	55.2
$\bar{X}=88.6$ S.D. =15.5 Minimum=30.0 Maximum=100		
<b>2. ความครอบคลุมการใช้เพิ่มครอบครัว (ร้อยละ)</b>		
ต่ำกว่า 21	1	0.8
21 - 40	2	1.6
41 - 60	54	43.2
61 - 80	37	29.6
มากกว่า 81 ขึ้นไป	31	24.8
$\bar{X}=71.1$ S.D. =9.9 Minimum=50.0 Maximum=100		
<b>3. ความครอบคลุมการมีเพิ่มชุมชน (ร้อยละ)</b>		
ต่ำกว่า 21	1	0.80
21 - 40	2	1.60
41 - 60	14	11.20
61 - 80	44	35.20
มากกว่า 81 ขึ้นไป	64	51.20
$\bar{X}=85.1$ S.D. =17.7 Minimum=10.0 Maximum=100		
<b>4. การใช้เพิ่มชุมชน (ร้อยละ)</b>		
ต่ำกว่า 21	1	0.8
21 - 40	1	0.8
41 - 60	74	59.2
61 - 80	26	20.8
มากกว่า 81 ขึ้นไป	23	18.4
$\bar{X}=65.1$ S.D. =18.5 Minimum=20.0 Maximum=100		

ตาราง 11 (ต่อ)

ด้านความสามารถในการการบรรลุเป้าหมาย	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
5. ความครอบคลุมการดูแลผู้พิการในเขตพื้นที่ (ร้อยละ)		
ต่ำกว่า 21	0	0.0
21 – 40	0	0.0
41 - 60	3	2.4
61 – 80	33	26.4
มากกว่า 81 ขึ้นไป	89	71.2
$\bar{X}=89.0$ S.D. =9.9 Minimum=50.0 Maximum=100		
6. จำนวนการเยี่ยมบ้าน (ครั้งต่อสัปดาห์)		
ต่ำกว่า 2	82	65.6
3	27	21.6
4	9	7.2
5	5	4.0
6 ครั้งขึ้นไป	2	1.6
$\bar{X}=2.4$ S.D. =1.0 Minimum=1 Maximum=7		
7. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน (ร้อยละ)		
ต่ำกว่า 76	1	0.8
76-80	31	24.8
81-85	46	36.8
86-90	25	20.0
91 ขึ้นไป	22	17.6
$\bar{X}=85.1$ S.D. =5.1 Minimum=71.0 Maximum=99.0		

ความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการใช้เครื่องมือ และการให้บริการปฐมภูมิวัดจากความครอบคลุมการมีเครื่องมือที่ใช้ในการทำงานกับชุมชน พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนมีเพิ่มครบถ้วนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80 และมีการใช้งานเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 70 สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้เครื่องมือที่สามารถเรียนรู้ และติดตามการดูแลสุขภาพของประชาชนระดับบุคคล ครอบคลุมได้อย่างดี และควรส่งเสริมให้มีการใช้งานมากขึ้น สามารถติดตามสุขภาพประชาชนได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน ตามแนวคิดการศึกษาผลลัพธ์ของบริการปฐมภูมิของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2545: 5-6) สำหรับการมีเพิ่มชุมชนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80 สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพ ประชาชนของศูนย์สุขภาพชุมชนในการประเมินภาวะเสี่ยง การป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลถึง สุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ แต่มีการใช้งานของเพิ่มชุมชนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 65 ทั้งนี้อาจ เป็นเพราะมีการจัดทำเพิ่มชุมชนแต่ขาดการนำไปใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาให้สอดคล้องกับชุมชน ของศูนย์สุขภาพชุมชน มีการจัดทำแผนงาน โครงการจากการทำงานตามนโยบายไม่คำนึงถึงปัญหา สาธารณสุขในพื้นที่ จึงควรมีการส่งเสริมให้มีการใช้งานเพิ่มชุมชนเพื่อการวางแผนงานอย่างมี ประสิทธิภาพก่อให้เกิดประสิทธิผลต่อประชาชนต่อไป

ตัวชี้วัดการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านอื่นๆ จากการดูแลสุขภาพผู้พิการ ด้านสุขภาพมีความครอบคลุมร้อยละ 89 สะท้อนให้เห็นความครอบคลุมการดูแล และได้ขึ้น ทะเบียนของผู้พิการในชุมชน อาจเกิดจากนโยบายของกระทรวงมหาดไทยในการดูแลสุขภาพผู้พิการ สะท้อนให้เห็นการมีส่วนร่วมของภาครัฐ และเอกชนในการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส แต่ อย่างไรก็ตาม พบว่าจำนวนการเยี่ยมบ้านโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์พบต่ำกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด แสดงให้เห็นถึงการต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพผู้ป่วย หรือกลุ่มที่สมควรได้รับการดูแลยังไม่ทั่วถึง ทั้งที่การ เยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทำให้บุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนได้มีโอกาสรู้จัก และเรียนรู้ ชุมชน สามารถเข้าใจวิถีชีวิตความเป็นอยู่ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ส่วนการประเมินคุณภาพการ ให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนจากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนพบมากใน ระดับร้อยละ 81 ขึ้นไป แสดงให้เห็นถึงการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนต่อการได้รับ บริการปฐมภูมิจากศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างพึงพอใจ และควรมีการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพในด้านที่ ยังมีข้อบกพร่องให้ได้คุณภาพมากขึ้น

### 3. การบรรลุเป้าหมายบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่าร้อยละ 71 มากที่สุด (ร้อยละ 51.2) รองลงมา ร้อยละ 61-70 (ร้อยละ 40.8) โดยมีประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ร้อยละ 8.0) เมื่อใช้เกณฑ์การผ่านการประเมิน และรับรองมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ประกอบด้วย หมวดบริการ หมวดบริหาร และหมวดวิชาการซึ่งแต่ละหมวดต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50.0 (กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) และกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กำหนดให้ระดับผลคะแนนการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2550) ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70.0 ผลการวิจัยของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนเฉลี่ยได้ร้อยละ 85.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.1 (ดังรายละเอียดในตาราง 12)

ตาราง 12 ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
ต่ำกว่าร้อยละ 60	10	8.0
ร้อยละ 61-70	51	40.8
71 ขึ้นไป	64	51.2
$\bar{X}$ =85.1 S.D.=5.1 Minimum=71.0 Maximum=99.0		

ผลการศึกษาข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนและผู้ป่วยที่มารับบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 20 แห่ง ซึ่งมีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนสูง โดยมีระดับคะแนนประสิทธิผลตั้งแต่ร้อยละ 71.0 ขึ้นไปจำนวน 8 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนปานกลาง โดยมีระดับประสิทธิผลร้อยละ 61-70 จำนวน 7 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนต่ำ โดยมีระดับประสิทธิผลน้อยกว่าร้อยละ 60 จำนวน 5 แห่ง เพื่อหาข้อมูลสนับสนุนผลการศึกษาจากการวิจัยที่ได้โดยการใช้อย่างสอบถาม ผู้วิจัยแบ่งผลการศึกษาได้ 3 ส่วนคือ 1) ความสามารถในการดูแลแบบเป็นองค์รวม 2)



ความสามารถในการดูแลแบบผสมผสาน และ 3) ความสามารถในการดูแลต่อเนื่อง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 3.1 ความสามารถในการดูแลแบบเป็นองค์รวม

ศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์ และสาธารณสุข มีหน้าที่จัดบริการให้ตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐานและเชื่อมโยงกิจกรรมดำเนินงานสุขภาพด้านต่างๆ ภายใต้ปรัชญาพื้นฐานของการจัดบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยเป็นบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสานการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพไปพร้อมกัน เน้นประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกและมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ เพื่อการสร้างสุขภาพและสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่สามารถป้องกันได้ครอบคลุมถึงมิติทั้งทางกาย จิต สังคม สภาพแวดล้อมของประชาชนและผู้รับบริการ เน้นสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนอย่างมีส่วนร่วม การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะเป็นกลุ่มที่ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ให้บริการ และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ผลการศึกษาสามารถแยกเป็นรายด้าน มีรายละเอียดดังนี้

ความสามารถในการดูแลแบบเป็นองค์รวมของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านกาย และจิต พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 3 ระดับ มีการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวมในมิติทางด้านกาย และจิต ไม่แตกต่างกัน มีการให้บริการกำหนดวันคลินิกเฉพาะ มีการสนับสนุนแพทย์ พยาบาล เกษัตริกร จากเครือข่ายหน่วยบริการประจำ (CUP: Contracting Unit for Primary Care) มีการนัดพบแพทย์ตามนัด มีการอบรมพัฒนาทีมงานในองค์ความรู้ที่เหมาะสม สำหรับวันคลินิก มีการจัดทำกิจกรรมกลุ่มการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองได้ เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของประชาชน การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้มครอบครัวเพื่อติดตามผลการรักษา มีการตรวจสุขภาพผู้ป่วยประจำปีตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ มีการคัดกรองประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรค โดยมีการประสานงานทรัพยากรต่างๆ งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเหมาะสม แต่สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่มีการให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังในด้านการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การเชื่อมโยงความสัมพันธ์การเกิดโรคของประชาชนไม่ลึกซึ้งถึงมิติต่างๆ อย่างครอบคลุม ทั้งนี้ความร่วมมือกับองค์กรส่วนท้องถิ่นมีน้อย การเข้าถึงผู้บริหารงบประมาณท้องถิ่นได้ยาก

ความสามารถในการดูแลแบบเป็นองค์รวมของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา วิถีชีวิต พบว่าศูนย์ สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการระดับปานกลางถึงสูง มีการให้บริการดูแล อย่างไม่แยกส่วนระหว่างทางกายกับทางจิต มีการติดตามเยี่ยมบ้าน การดูแลสภาพแวดล้อมทั้งทาง สังคม และกายภาพอย่างเชื่อมโยงมากกว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหาร จัดการระดับต่ำ โดยเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ชนบทหรือกิ่งเมืองจะได้รับการเยี่ยมบ้าน ในจำนวนครั้งที่ยิ่งกว่าเนื่องจากสภาพการดำเนินชีวิตประจำวันที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขหรือ ทีมงานเข้าถึงได้ง่าย สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิผลการบริหารจัดการระดับสูง มีการใช้ แพ้มครอบครัวในการให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยมีการบันทึก ผลการรักษา ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยใช้แบบบันทึก เยี่ยมบ้าน และมีการนำมาบันทึกในแฟ้มครอบครัว มีการสำรวจบ้านพักอาศัย สิ่งแวดล้อมในการอยู่ ของผู้ป่วย มีการให้ความรู้ญาติและผู้นำชุมชนในการดูแลอย่างเหมาะสม แต่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มี ระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการต่ำจะมีการใช้แฟ้มครอบครัวน้อยทั้งนี้มิใช่แฟ้มครอบครัวให้เพื่อ การตรวจประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนเชิงปริมาณเท่านั้นขาดการนำมาใช้งานอย่างต่อเนื่อง

### 3.2 ความสามารถในการดูแลแบบผสมผสาน

แนวคิดเกี่ยวกับการผสมผสานเชื่อมโยงระหว่างงานส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรค การรักษาโรค และการฟื้นฟู ผู้วิจัยศึกษาได้แบ่งผลการศึกษา ได้ 4 ด้านมีรายละเอียดดังนี้

#### 3.2.1 งานส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์สุขภาพชุมชนมีพันธกิจในการส่งเสริมสุขภาพในระดับร้อยละ 75 ต่อ การ รักษาโรคร้อยละ 25 โดยพบศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการทั้ง 3 ระดับ มีการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุที่เหมาะสมโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี วัยทำงาน และ ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีเขตพื้นที่ตั้งกิ่งเมือง จะมีการประสานกับโรงพยาบาลที่เป็น หน่วยบริการประจำในการสร้างเสริมสุขภาพของวัยทำงานต่อการป้องกันโรคจากการทำงาน โรคที่ เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพอย่างมาก

#### 3.2.2 การป้องกัน

ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งในเขตพื้นที่ในเมืองหรือกิ่งเมือง มีการป้องกัน โรค ระบาดได้ยาก เนื่องจากความร่วมมือที่น้อยของชุมชน สภาพการประกอบอาชีพ ทำให้หากเกิดโรค ระบาด การควบคุมโรคหรือการป้องกันยากกว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ชนบท

### 3.2.3 การรักษาโรค

พบศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการทั้ง 3 ระดับไม่มีความแตกต่างกันในการให้บริการมีการจัดบริการเป็นวันเฉพาะสำหรับให้บริการรักษาโรคเรื้อรัง คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งนี้หากศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในการดูแลของหน่วยบริการประจำที่มีแพทย์ เกสัชกรเพียงพอสามารถจัดอัตรากำลังของแพทย์ เกสัชกร และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมาให้บริการในวันที่จัดบริการคลินิก หรือบางศูนย์สุขภาพชุมชนมีการจัดให้บริการโดยใช้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

### 3.2.4 การฟื้นฟูสภาพ

พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิผลการบริหารจัดการระดับสูงให้บริการเยี่ยมบ้านในจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ที่มากกว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิผลการบริหารจัดการระดับปานกลางถึงต่ำ โดยมีบุคลากรที่เป็นนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดจากหน่วยบริการประจำร่วมให้บริการตามกำหนดระยะเวลา มีการดูแลผู้พิการอย่างครอบคลุม จัดทำขึ้นทะเบียนผู้พิการรายใหม่ โดยได้รับความร่วมมือจากครอบครัว และชุมชน ประสานผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการช่วยเหลือฟื้นฟูอย่างเหมาะสม

## 3.3 ความสามารถในการดูแลต่อเนื่อง

แนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่อง ความหมายตามลักษณะการจัดบริการสุขภาพ เป็นบริการที่ประชาชนได้รับบริการที่ครอบคลุม ต่อเนื่องตลอดชีวิต ตั้งแต่เกิดจนตาย ทำให้มีความต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเกิดปัญหาสุขภาพ ระหว่างเกิดปัญหาสุขภาพ และจนถึงสิ้นสุดปัญหาสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้เป็น 5 ช่วงอายุ ดังนี้

### 3.3.1 กลุ่มอายุ 0-5 ปี ตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี

การขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Program on Immunization: EPI program) การติดตามประเมินพัฒนาการเด็กตามวัย การเฝ้าระวังทางโภชนาการ และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาผิดปกติได้รับการดูแลส่งต่อ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กร่วมกับชุมชนในการดำเนินการศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการระดับปานกลาง ถึงสูง มีการดูแลเด็ก 0-5 ปี ให้ได้รับวัคซีนครบตามโปรแกรม EPI การดูแลสุขภาพทางช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาเป็นไปตามตัวชี้วัดเนื่องจากมีงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเพียงพอ นอกจากนี้พบว่าใน ปีงบประมาณ 2551 ถึงกลางปีงบประมาณ 2552 เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ซึ่งเป็นเขตที่มีหน่วยบริการประจำเป็นโรงพยาบาลเอกชน และปัญหาทางการเมืองท้องถิ่นในพื้นที่ การประสานงานเบิกเงินสร้างเสริมสุขภาพจากงบประมาณที่โอนไปท้องถิ่นส่วน

ปกครองท้องถิ่นไม่ได้ ทำให้มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการดูแลเด็กไม่ครอบคลุม ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1 เชียงใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่จึงได้มอบหมายให้โรงพยาบาลสันทรายซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ รับผิดชอบในการให้บริการครอบคลุมการให้วัคซีนเด็ก 0-5 ปี ในปลายปีงบประมาณ 2552 จึงทำให้ช่วงที่เก็บข้อมูลได้ผลการดำเนินงานด้านความครอบคลุม EPI program อยู่ในระดับต่ำ

### 3.3.2 กลุ่มอายุ 6-12 ปี

พบศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการระดับปานกลางถึงสูงมีการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน โรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้มีการสร้างเสริมสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพในนักเรียน โดยวัดจากโรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เด็กอายุ 6-12 ปี มีการออกกำลังกาย สุขภาพช่องปากที่ดี ส่วนศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการในระดับต่ำซึ่งส่วนใหญ่มีโรงพยาบาลเอกชนเป็นหน่วยบริการประจำ ความเข้าใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในกลุ่มอายุมีอยู่ในระดับต่ำ รวมถึงการบริหารจัดการที่เน้นต้นทุนในการให้บริการจากการไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การดูแลสุขภาพงานอนามัยโรงเรียนมีระดับกิจกรรมที่น้อย

### 3.3.3 กลุ่มอายุ 13-18 ปี

พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการทั้ง 3 ระดับ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ มีการประสานงานให้ความรู้ พัฒนาทักษะแก่นักเรียน นักศึกษาในสถานศึกษาเขตพื้นที่ในเรื่อง สารเสพติด เพศสัมพันธ์ อุบัติเหตุอย่างเหมาะสม

### 3.3.4 กลุ่มอายุ 19-59 ปี

พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการระดับปานกลางถึงสูง มีการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง โรคเมเร็ง ภาวะโภชนาการเกิน การใช้สารเสพติด การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การให้ความรู้ และทักษะการดูแลสุขภาพป้องกันโรคที่เหมาะสม มีการเฝ้าระวัง และคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การคัดกรองโรคเมเร็งปากมดลูกในสตรี โรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่เป็นปัญหา โรคจากการประกอบอาชีพ รวมถึงมีการดูแลปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในชุมชน และพบว่าหากเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชนบท มีการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้เครือข่ายของชุมชนในการดูแล ส่วนศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการระดับต่ำ การเฝ้าระวัง การคัดกรอง และการสร้างเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนพบกิจกรรมมีน้อย

ระบบการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ศูนย์สุขภาพชุมชนมีบริการรับฝากครรภ์ เฉพาะที่มีการดูแลครรภ์ส่งต่อจากโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำต่อเนื่องมาจากโรงพยาบาล ที่เป็นหน่วยบริการประจำ ตามขอบเขตวิชาชีพที่มีอยู่ในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยจัดเป็นวันคลินิก บริการเฉพาะ สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ชนบทหากมีการผิคนัดของหญิงตั้งครรภ์จะมีการ ประสานให้ติดตามของคลินิกรับฝากครรภ์ของ โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำผ่านศูนย์ สุขภาพชุมชน และมีการติดตามผลงานความครอบคลุมกรณีที่ไม่ไปรับบริการที่อื่น สำหรับศูนย์ สุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่เมืองหรือเทศบาลนครเชียงใหม่พบว่าการติดตามเป็นไปได้ค่อนข้างยาก สำหรับ โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำที่ให้บริการรับฝากครรภ์จะมีการให้บริการที่ ครอบคลุม โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อจะมีผู้มารับบริการ ฝากครรภ์ และคลอดมากเนื่องจากการให้บริการที่เฉพาะกลุ่ม มีการติดตามมารดาถึงคลอดที่บ้าน ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพแม่ การตรวจหลังคลอดหกสัปดาห์

### 3. 3.5 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิภาพการบริหารจัดการทั้ง 3 ระดับ มี การเฝ้าระวังโรค อุบัติเหตุ พุทธิกรรม และปัจจัยเสี่ยง โดยการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง มีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน มีอัตราความครอบคลุมการคัดกรองในระดับสูง อาจเนื่องมาจาก ประชากรกลุ่มนี้เป็นวัยปลดเกษียณอายุจากการทำงานมีโอกาสในการอยู่บ้าน และการได้รับบริการ สร้างเสริมสุขภาพจากศูนย์สุขภาพชุมชนมีมาก อีกทั้งองค์กร ส่วนปกครองท้องถิ่นภายใต้ กระทรวงมหาดไทยมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างดี ให้เบี้ยยังชีพ มีการประสานผู้นำชุมชนใน การค้นหา และให้ความช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการทางสังคมได้ครอบคลุมมากกว่ากลุ่มประชากร วัยทำงาน และพบว่าพื้นที่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนต่างๆ ตั้งอยู่จะมีชมรมผู้สูงอายุ ชมรมการออกกำลังกาย ได้อย่างเหมาะสม

## 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ สามารถแยกเป็น 4 ปัจจัยใหญ่ๆ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร 2) ปัจจัยด้านบุคลากร 3) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ และ 4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม มีผลการวิจัยดังต่อไปนี้

### 2.1 ลักษณะทั่วไปของปัจจัยด้านโครงสร้างขององค์กร

ผลการวิจัยปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กรแบ่งเป็น 7 ปัจจัยย่อย ได้แก่ 1) ทำเลที่ตั้ง 2) ระยะเวลาในการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน 3) จำนวนบุคลากร 4) การกระจายอำนาจ 5) การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ 6) ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ และ 7) การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน มีรายละเอียดดังนี้

#### 2.1.1 ทำเลที่ตั้ง

การแบ่งพื้นที่ในการทำงานของศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ของชมรมสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้เกณฑ์สภาพทางภูมิศาสตร์ การเป็นพื้นที่ราบ พื้นที่ภูเขา ความยากลำบากในการเดินทาง (ชมรมสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2550: 3-4) พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่ศึกษาส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในทำเลพื้นที่ปกติมีปัญหาในการปฏิบัติงานน้อยมากที่สุด 93 แห่ง (ร้อยละ 74.4) ตั้งอยู่ในพื้นที่ทุรกันดารซึ่งมีปัญหาต่อการปฏิบัติงานมากรองลงมา (ร้อยละ 16.8) และมีปัญหาในการปฏิบัติงานระดับปกติซึ่งจัดเป็นพื้นที่ที่ทำงานได้ในระดับปานกลางน้อยที่สุด (ร้อยละ 8.8) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ, (2550: 41) และสรุปผลการดำเนินงานของกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2550: 8) เนื่องจากสภาพทางภูมิศาสตร์ของจังหวัดเชียงใหม่ ทำให้ผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีการวิเคราะห์ถึงความยากลำบากในการทำงานอย่างเหมาะสมจึงจะสามารถที่จะมีประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนตามเป้าหมายของบริการปฐมภูมิเท่ากับศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ปกติมีปัญหาต่อการปฏิบัติงานน้อย (ดังรายละเอียดในตาราง 13)

ตาราง 13 ทำเลที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน

ทำเลที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
1. พื้นที่ปกติ มีปัญหาต่อการปฏิบัติงานน้อย	93	74.4
2. พื้นที่ปานกลาง มีปัญหาต่อการปฏิบัติงานพอใช้	11	8.8
3. พื้นที่ทุรกันดาร มีปัญหาต่อการปฏิบัติงานมาก	21	16.8

### 2.1.2 ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการพัฒนามาจากสถานีอนามัย หรือหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการให้พัฒนาบริการปฐมภูมิให้ได้ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 62.4) และช่วง 1-2 ปีรองลงมา (ร้อยละ 23.2) สนับสนุนผลการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนของรัฐบาลต่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพของรัฐบาลด้านสาธารณสุขได้เป็นรูปธรรมมากในช่วงปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมาจึงทำให้เกิดศูนย์สุขภาพชุมชนในระบายนั้ันจำนวนมาก และในปัจจุบันจังหวัดเชียงใหม่ได้มีการพัฒนาศักยภาพของสถานีอนามัยให้ได้ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนมากขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2550 - 2551 ทำให้มีระยะเวลาในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นร้อยละ 23.2 เป็นอันดับที่พบรองลงมาสอดคล้องกับผลการสรุปผลการดำเนินงานของกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2550: 8) (ดังรายละเอียดในตาราง 14)

ตาราง 14 ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน

ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
1. 1-2 ปี	29	23.2
2. 3-4 ปี	18	14.4
3. 5 ปี ขึ้นไป	78	62.4

$\bar{X}$  = 4.9 S.D.=2.5 Minimum=1 Maximum=7



### 2.1.3 จำนวนบุคลากร

จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ศึกษามีจำนวน 3 คนมากที่สุด (ร้อยละ 44.8) รองลงมา 2 คนและ 4 คน (ร้อยละ 20.8) และมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำมากกว่า 5 คนขึ้นไปน้อยที่สุด (ร้อยละ 13.6) จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนพบมากที่สุด 2-4 คน แสดงให้เห็นการจัดสัดส่วนของบุคลากรต่อประชากรที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพียงพอมากขึ้น และพบว่าร้อยละ 13 ที่มีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานมากกว่า 5 คนขึ้นไป สามารถที่จะทำให้การให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนในบริการปฐมภูมิบรรลุตามเป้าหมายมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 27-28) (ดังรายละเอียดในตาราง 15)

ตาราง 15 จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำศูนย์สุขภาพชุมชน

จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำศูนย์สุขภาพชุมชน	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
1. 2 คน	26	20.8
2. 3 คน	56	44.8
3. 4 คน	26	20.8
4. 5 คนขึ้นไป	17	13.6
$\bar{X} = 3.5$ S.D.=1.8 Minimum=2 Maximum=17		

### 2.1.4 การกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า 2 ใน 3 ของจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานมีการกระจายอำนาจของศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับมากถึงมากที่สุด โดยพบว่าจำนวนของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีการกระจายอำนาจให้ทีมงานตัดสินใจน้อยกว่าผู้ปฏิบัติงาน (หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีร้อยละ 63.2, ผู้ปฏิบัติงานมีร้อยละ 70.0) (ดังรายละเอียดในตาราง 16) การกระจายอำนาจขององค์การศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าการมีสายบังคับบัญชาชัดเจน มีการประสานงานทั้งที่เป็นทางการ และไม่ทางการและทีมงานมีโอกาสในการตัดสินใจมากกว่าร้อยละ 70 สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2545: 6-9) แสดงให้เห็นถึงศูนย์สุขภาพชุมชนมีการกระจายอำนาจของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนถึง

บุคลากรที่ปฏิบัติงานได้ในระดับมีทั้งที่เป็นทางการ และไม่ทางการ แต่ยังคงพบอุปสรรคที่ว่ามีการประสานงานที่สะดวกและรวดเร็วใน และมีการกระจายอำนาจให้ทีมงานเพื่อการตัดสินใจระดับค่อนข้างน้อย แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารของทีมงานทั้งที่เป็น การพูดคุยกันระหว่างพักจากการทำงานหรือตามโอกาสที่เหมาะสม สร้างความเป็นกันเองในการ ทำงาน และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนควรต้องเน้นการทำงานเป็นทีมสร้างการมีส่วนร่วมทีมงาน

ตาราง 16 การกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจ	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. มีสายการบังคับบัญชาชัดเจน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	2 (1.6)	12 (9.6)	15 (12.0)	41 (32.8)	55 (44.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	1 (0.4)	51 (20.4)	95 (38.0)	102 (40.8)
2. การประสานงานทั้งที่เป็นทางการและไม่ทางการ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	12 (9.6)	21 (16.8)	67 (53.6)	25 (20.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	9 (3.6)	45 (18.0)	118 (47.2)	78 (31.2)
3. ทีมงานมีโอกาสดัดสินใจ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	18 (14.4)	16 (12.8)	59 (47.2)	32 (25.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	5 (2.0)	14 (5.6)	56 (22.4)	127 (50.8)	48 (19.2)
4. มีการประสานงานที่สะดวกและรวดเร็ว					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	9 (7.2)	28 (22.4)	67 (53.6)	20 (16.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	12 (4.8)	66 (26.4)	128 (51.2)	44 (17.6)
5. มีการกระจายอำนาจให้ทีมงานตัดสินใจ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	17 (13.6)	29 (23.2)	45 (36.0)	34 (27.2)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	14 (5.6)	61 (24.4)	119 (47.6)	56 (22.4)

### 2.1.5 การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ

การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ร้อยละ 80.0 ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีการแบ่งงานที่รับผิดชอบในระดับมากถึงมากที่สุด ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีเพียงร้อยละ 67.2 ส่วนการแบ่งเวลาการให้บริการชัดเจนพบในหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนปฏิบัติได้ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 79.2 ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีเพียงร้อยละ 54.8 สำหรับการกำหนดผู้รับผิดชอบตามความรู้ ความสามารถ และการบรรยายลักษณะงานเป็นลายลักษณ์อักษร มีคู่มือปฏิบัติงานของทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานไม่มีความแตกต่างกัน (ดังรายละเอียดในตาราง 17)

การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่ามีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานตามความรู้และความสามารถ โดยมีการแบ่งงานที่รับผิดชอบชัดเจน แสดงให้เห็นถึงความเป็นระบบของการบริหารงานของศูนย์สุขภาพชุมชน อีกทั้งการทำงานตามขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบตามวิชาชีพแสดงให้เห็นถึงการมีความรู้ ทักษะ ตรงตามงานที่ได้รับมอบหมายของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน แต่ผลการศึกษาพบว่าการแบ่งงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีคู่มือปฏิบัติการและแบ่งเวลาการให้บริการชัดเจนในระดับที่ค่อนข้างน้อย ทำให้หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนหรือผู้บริหารต้องมีการจัดทำระบบงานที่ชัดเจนแล้วให้เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อการประเมินงานได้อย่างตรงตามเป้าหมาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ (2545: 6-9) โดยพบว่าหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีการแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนสูงกว่าผู้ปฏิบัติงาน อาจเนื่องมาจากโอกาสในการบริหารจัดการของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีมากกว่า สามารถจัดสรรเวลาอย่างเป็นระบบมากกว่าซึ่งงานที่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นงานด้านบริหาร และวิชาการทำให้สามารถจัดทำใน และนอกเวลาราชการได้ แต่สำหรับผู้ปฏิบัติงานซึ่งเน้นการให้บริการกับผู้ป่วย และประชาชนเป็นลักษณะงานที่ต้องให้บริการในขณะนั้นจึงทำให้การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานพบระดับการปฏิบัติได้น้อยกว่าของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน

ตาราง 17 การแบ่งงานและหน้าที่ที่รับผิดชอบ

การแบ่งงานและหน้าที่ รับผิดชอบ	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. แบ่งงานที่รับผิดชอบชัดเจน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	4 (3.2)	20 (16.0)	51 (40.8)	49 (39.2)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	8 (3.2)	72 (28.8)	104 (41.6)	64 (25.6)
2. แบ่งเวลาการให้บริการ ชัดเจน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	2 (1.6)	24 (19.2)	56 (44.8)	43 (34.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	10 (4.0)	6 (2.4)	97 (38.8)	92 (36.8)	45 (18.0)
3. กำหนดผู้รับผิดชอบงานตาม ความรู้และความสามารถ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	3 (2.4)	6 (4.8)	26 (20.8)	44 (35.2)	46 (36.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	6 (2.4)	54 (21.6)	116 (46.4)	72 (28.8)
4. บรรยายลักษณะงานเป็นลาย ลักษณ์อักษร มีคู่มือปฏิบัติ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	3 (2.4)	35 (28.0)	48 (38.4)	38 (30.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	14 (5.6)	80 (32.0)	107 (42.8)	47 (18.8)

### 2.1.6 ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ

ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีอาสาสมัครร่วมในการให้บริการ (ร้อยละ 79.2) สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีอาสาสมัครร่วมให้บริการจะมีเฉพาะในวันให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 14.4) โดยศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นแหล่งฝึกงานนักศึกษาด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 72.0) (ดังรายละเอียดในตาราง 18)

ตาราง 18 ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ

ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
1. การร่วมให้บริการของอาสาสมัครที่ศูนย์สุขภาพชุมชน		
-ไม่มีอาสาสมัครร่วมให้บริการที่หน่วยบริการ	99	79.2
-มีอาสาสมัครร่วมให้บริการในวันคลินิกกลุ่มโรคเรื้อรัง	18	14.4
-มีอาสาสมัครร่วมให้บริการทุกวัน	8	6.4
2. การเป็นแหล่งฝึกงานนักศึกษาสาธารณสุข		
-ไม่มีนักศึกษาสาธารณสุขมาฝึกงาน	90	72.0
-มีนักศึกษาสาธารณสุขมาฝึกงานแบบไม่สม่ำเสมอ	20	16.0
-มีนักศึกษาสาธารณสุขมาฝึกงานอย่างสม่ำเสมอ	15	12.0

ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนการศึกษาวัดจากการมีอาสาสมัครร่วมในการให้บริการ ซึ่งเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพโดยอาสาสมัครและเป็นการเสริมพลังให้กับชุมชนในการดูแลสุขภาพชุมชนด้วยชุมชนเอง จากการศึกษาพบว่า การมีอาสาสมัครร่วมให้บริการในระดับที่น้อย ซึ่งแนวคิดการมีส่วนร่วมของ สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ (2545: 22-23) ทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่ใกล้ชิดกับชุมชน การประสานงานราบรื่น และการเป็นแหล่งฝึกงานนักศึกษาสาธารณสุขย่อมมีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะสามารถที่จะทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีความขวนขวายหาความรู้เพิ่มเติมในการเป็นอาจารย์พี่เลี้ยง และการได้ฝึกปฏิบัติเยี่ยมบ้าน จัดทำแฟ้มครอบครัว และเพิ่มชุมชนย่อมทำให้มีโอกาสได้เรียนรู้ชุมชน สามารถตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพได้อย่างตรงตามความต้องการ

### 2.1.7 การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน

การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนบุคลากรพบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนกว่าร้อยละ 30 มีเครื่องคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอหรือมีในสภาพที่ไม่สามารถใช้งานต่อ การใช้งานที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้ดี ร้อยละ 53.6 ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสามารถในการใช้งานคอมพิวเตอร์ได้ดีขณะที่พบความสามารถด้านนี้ของผู้ปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 46.0 ในขณะที่ร้อยละ 55.2 ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถใช้สารสนเทศเพื่อจัดทำข้อมูลในการดูแลสุขภาพโดยพบเพียงร้อยละ 42.8 ของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน (ดังรายละเอียดในตาราง 19)

การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนพบจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติได้ในระดับมากถึงมากที่สุดจำนวนที่ต่ำกว่าร้อยละ 60 สนับสนุนการวิเคราะห์ของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 57) ที่ต้องการพัฒนาระบบการติดตาม ประเมินผล เพื่อการตัดสินใจทางการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพัตรา ศรีวิมิชชากร และคณะ (2545: 6-9) เรื่องกลุ่มปัจจัยที่สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ สะท้อนให้เห็นถึงการจัดการข้อมูลให้เป็นสารสนเทศยังอยู่ในระดับต่ำ และพบว่าการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เหมาะสมหรือมีเครื่องคอมพิวเตอร์อย่างเพียงพอต่อการใช้งานอยู่ในระดับต่ำ ควรมีการพัฒนา ระบบคอมพิวเตอร์ให้สอดคล้องต่อการใช้งาน ทั้งให้มีการตรวจสอบสภาพความพร้อมใช้หรือมีการปรับปรุงให้ทันสมัยเหมาะสมต่อการใช้งานจะทำให้การบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง คุ่มค่ากับงบประมาณในการบริหารจัดการ อีกทั้งการเพิ่มทักษะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนให้สามารถนำข้อมูลที่ได้นำจัดการกับสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ตาราง 19 การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน

การใช้เทคโนโลยี ในการดำเนินงาน	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. มีเครื่องคอมพิวเตอร์อย่าง เพียงพอต่อการใช้งาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	2 (1.6)	7 (5.6)	29 (23.2)	57 (45.6)	30 (24.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	12 (4.8)	21 (8.4)	78 (31.2)	73 (29.2)	66 (26.4)
2. เครื่องคอมพิวเตอร์มีสภาพ การใช้งานได้ดี					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	2 (1.6)	7 (5.6)	32 (25.6)	59 (47.2)	25 (20.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	10 (4.0)	28 (11.2)	73 (29.2)	95 (38.0)	44 (17.6)
3. นำเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ หลากหลายประเภทมาใช้ในการ ดำเนินงานตามพันธกิจ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	2 (1.6)	40 (32.0)	57 (45.6)	26 (20.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	15 (6.0)	97 (38.8)	98 (39.2)	37 (14.7)
4. นำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ เหมาะสมมาใช้งาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	8 (6.4)	41 (32.8)	49 (39.2)	26 (20.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	6 (2.4)	21 (8.4)	71 (28.4)	105 (42.0)	47 (18.8)
5. บุคลากรสามารถใช้สารสนเทศ มาจัดทำฐานข้อมูลเพื่อการดูแล สุขภาพได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	11 (8.8)	45 (36.0)	55 (44.0)	14 (11.2)
- ผู้ปฏิบัติงาน	5 (2.0)	28 (11.2)	110 (44.0)	95 (38.0)	12 (4.8)
6. บุคลากรมีความสามารถในการ ใช้งานคอมพิวเตอร์ได้ดี					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	6 (4.8)	52 (41.6)	54 (43.2)	13 (10.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	7 (2.8)	24 (9.6)	104 (41.6)	106 (42.4)	9 (3.6)



## 2.2 ลักษณะทั่วไปของปัจจัยด้านบุคลากร

ปัจจัยด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน แบ่งเป็น 10 ปัจจัยย่อย ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคล 2) การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ 3) การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ 4) ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ 5) เจตคติในการทำงาน 6) ความผูกพันต่อองค์กร 7) ความพึงพอใจในงาน 8) การทำงานเป็นทีม 9) การจงใจ และ 10) ภาวะผู้นำ มีรายละเอียดดังนี้

### 2.2.1 ลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน รายได้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 375 คน ประกอบด้วย หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 125 คน และผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 250 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.7) หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีอายุระหว่าง 46-55 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 52.0) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีอายุระหว่าง 36-45 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 38.8) และรองลงมาที่ ช่วงอายุ 26-35 ปี (ร้อยละ 34.8) โดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 40 ปี มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.9) ซึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.4) หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันเป็นเจ้าพนักงานบริหารสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 52.8) รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 19.2) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 49.6) รองลงมา คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 26.4) ทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนและผู้ปฏิบัติงานมีระยะเวลาปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในปัจจุบันต่ำกว่า 6 ปี (ร้อยละ 73.3) โดยเฉลี่ย 4 ปี รายได้รวมโดยเฉลี่ยของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่า 25,001 บาทขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 52.8) รองลงมามีรายได้ในช่วง 20,001-25,000 บาท (ร้อยละ 28.0) ส่วนผู้ปฏิบัติงานมีรายได้เฉลี่ยอยู่ช่วง 15,001-20,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 28.8) รองลงมามีรายได้ในช่วงระหว่าง 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 16.0) (ดังรายละเอียดในตาราง 20) จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงการกระจายของตำแหน่งต่างๆ ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมืออย่างเหมาะสมทั้งสัดส่วน และประเภทของบุคลากรวิชาชีพ สอดคล้องกับการวิเคราะห์ของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 41-51)

ตาราง 20 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากร

ลักษณะส่วนบุคคล	ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		รวม (n=375)
	หัวหน้า (n=125)	ผู้ปฏิบัติงาน (n=250)	
1. เพศ			
ชาย	59 (47.2)	51 (20.4)	110 (29.3)
หญิง	66 (52.8)	199 (79.6)	265 (70.7)
2. อายุ (ปี)			
ต่ำกว่า 26	0 (0.0)	18 (7.2)	18 (4.8)
26 - 35	16 (12.8)	87 (34.8)	103 (27.5)
36 - 45	36 (28.8)	97 (38.8)	133 (35.5)
46 - 55	65 (52.0)	42 (16.8)	107 (28.5)
56 ปีขึ้นไป	8 (6.4)	6 (2.4)	14 (3.7)
$\bar{X}$	45.9	37.6	40.4
S.D.	6.8	8.3	8.7
Minimum	30	21	21
Maximum	60	58	60
3. สถานภาพสมรส			
โสด	12 (9.6)	52 (20.8)	64 (17.1)
คู่	105 (84.0)	172 (68.8)	277 (73.9)
หม้าย	6 (4.8)	9 (3.6)	15 (4.0)
หย่า / แยกกันอยู่	2 (1.6)	17 (6.8)	19 (5.1)
4. ระดับการศึกษา			
ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา	19 (15.2)	48 (19.2)	67 (17.9)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	96 (76.8)	183 (73.2)	279 (74.4)
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	10 (8.0)	19 (7.6)	29 (7.7)

ตาราง 20 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		รวม (n=375)
	หัวหน้า (n=125)	ผู้ปฏิบัติงาน (n=250)	
<b>5. ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน</b>			
เจ้าพนักงานบริหารสาธารณสุข	66 (52.8)	7 (2.8)	73 (19.5)
นักวิชาการสาธารณสุข	24 (19.2)	35 (14.0)	59 (15.7)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	8 (6.4)	66 (26.4)	74 (19.7)
พยาบาลวิชาชีพ	27 (21.6)	124 (49.6)	151 (40.3)
อื่นๆ	0 (0.0)	18 (7.2)	18 (4.8)
<b>6. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ปี)</b>			
ต่ำกว่า 6	85 (68.0)	190 (76.0)	275 (73.3)
6 - 10	14 (11.2)	45 (18.0)	59 (15.7)
11 - 15	4 (3.2)	7 (2.8)	11 (2.9)
16 - 20	7 (5.6)	5 (2.0)	12 (3.2)
21 ปีขึ้นไป	15 (12.0)	3 (1.2)	18 (4.8)
$\bar{X}$	6.4	4.2	4.9
S.D.	8.9	4.4	6.4
Minimum	0	0	0
Maximum	32	28	32
<b>7. รายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>			
ต่ำกว่า 10,000	2 (1.6)	58 (23.2)	60 (16.0)
10,001 - 15,000	6 (4.8)	40 (16.0)	46 (12.3)
15,001 - 20,000	16 (12.8)	72 (28.8)	88 (23.5)
20,001 - 25,000	35 (28.0)	37 (14.8)	72 (19.2)
25,001 บาทขึ้นไป	66 (52.8)	43 (17.2)	109 (29.1)
$\bar{X}$	25,170.7	17,936.0	20,347.6
S.D.	5,909.6	7,934.8	8,024.3
Minimum	9,800	8,000	8,000
Maximum	42,000	40,000	42,000

## 2.2.2 การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนไม่เคยได้รับการศึกษาดูงาน เรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิมากที่สุด (ร้อยละ 71.7) พบว่าผู้ปฏิบัติงานไม่เคยการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิมากกว่าหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ร้อยละ 76.8 และ 61.6 ตามลำดับ) ในส่วนของบุคลากรที่เคยได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมินั้นมีความถี่ในการเข้ารับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิเพียง 1 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 65.4) (ดังรายละเอียดในตาราง 21)

ตาราง 21 การศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ

การศึกษาดูงานเรื่อง แนวคิดบริการปฐมภูมิ	ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		รวม (n=375)
	หัวหน้า (n=125)	ผู้ปฏิบัติงาน (n=250)	
1. ไม่เคยศึกษา	77 (61.6)	192 (76.8)	269 (71.7)
2. เคยศึกษาดูงาน	48 (38.4)	58 (23.2)	106 (28.3)
- 1 ครั้ง	34 (70.8)	34 (60.7)	68 (65.4)
- 2 ครั้ง	10 (20.8)	14 (25.0)	24 (23.1)
- 3 ครั้ง	4 (8.4)	7 (12.5)	11 (10.5)
- 4 ครั้ง	0 (0.0)	1 (1.8)	1 (1.0)

การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่เคยศึกษาดูงานมากถึงร้อยละ 70 อีกทั้งหากได้ไปศึกษาดูงานของบุคลากรก็เป็นเพียง 1 ครั้งเป็นส่วนใหญ่ ตรงกับการศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิของสุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ (2545: 6-9) และการวิเคราะห์ของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 61) แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาบุคลากรในการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นได้โดยสามารถมีการนำมาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมกับบริบทของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ปฏิบัติงาน เพราะการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเป็นการเปิดมุมมองของการทำงานที่สามารถพัฒนาไปสู่การปรับปรุง ยกระดับการทำงานให้มีคุณภาพต่อไป

### 2.2.3 การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนไม่เคยอบรม เรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิมากที่สุด (ร้อยละ 75.7) พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งเคยอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 24.3) ได้รับการอบรมเพียง 1 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 66.3) (ดังรายละเอียดในตาราง 22)

ตาราง 22 การอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิของบุคลากร

การอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ	ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		รวม (n=375)
	หัวหน้า (n=125)	ผู้ปฏิบัติงาน (n=250)	
1. ไม่เคยอบรม	89 (71.2)	195 (78.0)	284 (75.7)
2. เคยอบรม	36 (28.8)	55 (22.0)	91 (24.3)
- 1 ครั้ง	19 (52.8)	40 (75.4)	59 (66.3)
- 2 ครั้ง	16 (44.4)	11 (20.8)	27 (30.3)
- 3 ครั้ง	1 (2.8)	2 (3.8)	3 (3.4)

การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนไม่เคยอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิมากถึงร้อยละ 75 และหากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเคยได้รับการอบรมก็เป็นเพียง 1 ครั้งมากที่สุด ตรงกับการศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิของสุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ (2545: 6-9) และการวิเคราะห์ของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 61) แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพชุมชนได้มีโอกาสหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีการพัฒนา เพิ่มคุณค่าการให้บริการอย่างสอดคล้องตามหลัก แนวคิด ทฤษฎีบริการปฐมภูมิทั้งในคลินิกบริการ และชุมชน

#### 2.2.4 ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิระดับมาก ถึงมากที่สุด ในเรื่องต่อไปนี้ตามลำดับ การให้บริการแบบองค์รวมได้ สามารถตัดสินใจวางแผนให้การรักษาร่วมกับผู้รับบริการในภาวะฉุกเฉิน เร็วจริง และปกติได้ สามารถให้ข้อมูลการแพทย์แผนปัจจุบันและการรักษาอื่นๆ ที่สอดคล้องกับผู้รับบริการได้ ให้คำปรึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพ วางแผนครอบครัว และวางแผนแก้ปัญหาสังคมได้ (ประมาณร้อยละ 90.0) ส่วนด้านอื่นๆ พบหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิระดับมากถึงมากที่สุด มีจำนวนต่ำกว่า ร้อยละ 90.0 นอกจากนี้ยังพบว่ามีจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนต่ำกว่าร้อยละ 70.0 มีทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิระดับมากถึงมากที่สุด ในเรื่องดังต่อไปนี้ตามลำดับ ทักษะการปฏิบัติงานในการจัดการบริการสุขภาพ การจัดการข้อมูลสุขภาพ และการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในขณะที่มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานต่ำกว่าร้อยละ 80.0 มีทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิในระดับมากถึงมากที่สุดทุกๆ ด้าน (ดังรายละเอียดในตาราง 23)

ตาราง 23 ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ

ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิ ของบุคลากรทีมสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การให้บริการแบบองค์รวมได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (5.6)	85 (68.0)	33 (26.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	4 (1.6)	62 (24.8)	135 (54.0)	47 (18.8)
2. ตัดสินใจวางแผนให้การรักษาร่วมกับผู้รับบริการในภาวะฉุกเฉิน เรื้อรัง และปกติได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (6.4)	89 (71.2)	28 (22.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	2 (0.8)	53 (21.2)	149 (59.6)	45 (18.0)
3. ให้ข้อมูลการแพทย์แผนปัจจุบันและการรักษาอื่นๆที่สอดคล้องกับผู้รับบริการได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	0 (0.0)	11 (8.8)	82 (65.6)	31 (24.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1(0.4)	3(1.2)	44(17.6)	155(52.0)	47(18.8)
4. ให้คำปรึกษา ส่งเสริมสุขภาพวางแผนครอบครัว และวางแผนแก้ปัญหาสังคมได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (9.6)	81 (64.8)	32 (25.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	5 (2.0)	47 (18.8)	141 (56.4)	56 (22.4)
5. ให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยความร่วมมือของบุคลากรทีมสุขภาพของครอบครัวและชุมชน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (14.4)	76 (60.8)	31 (24.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	3 (1.2)	64 (25.6)	141 (56.4)	41 (16.4)



ตาราง 23 (ต่อ)

ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิ ของบุคลากรทีมสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6. ให้การรักษาตามขอบเขต วิชาชีพได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	0 (0.0)	18 (14.4)	71 (56.8)	35 (28.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	5 (2.0)	46 (18.4)	131 (52.4)	66 (26.4)
7. สร้างสัมพันธภาพ เครื่องช่วย สร้างเสริมสุขภาพชุมชนได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	34 (27.2)	68 (54.4)	23 (18.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	5 (2.0)	79 (31.6)	135 (54.0)	30 (12.0)
8. บริหารจัดการหน่วยบริการได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	21 (16.8)	79 (63.2)	25 (20.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	7 (2.8)	95 (38.0)	127 (50.8)	20 (8.0)
9. ประเมิน และพัฒนาคุณภาพ บริการตามมาตรฐาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	27 (21.6)	79 (63.2)	19 (15.2)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	2 (0.8)	76 (30.4)	143 (57.2)	28 (11.2)
10. มีความรู้ เข้าใจ ทักษะในวิถี ชีวิตชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	0 (0.0)	27 (21.6)	82 (65.6)	15 (12.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	5 (2.0)	87 (34.8)	135 (54.0)	22 (8.8)
11. ให้การฟื้นฟูสุขภาพ สภาพ ผู้ป่วยและกลุ่มบุคคลได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	5 (4.0)	23 (18.4)	72 (57.6)	25 (20.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	7 (2.8)	73 (29.2)	126 (50.4)	42 (16.8)
	0 (0.0)	7 (1.9)	106 (28.3)	203 (54.1)	59 (15.7)

ตาราง 23 (ต่อ)

ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิ ของบุคลากรทีมสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
12. ส่งเสริมการให้ข้อมูลพิทักษ์ สิทธิประชาชนด้านสุขภาพ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (22.4)	82 (65.6)	15 (12.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	7 (2.8)	78 (31.2)	121 (48.4)	44 (17.6)
13. ส่งเสริมกระตุ้นให้ชุมชน รวมกลุ่มสร้างกิจกรรมสุขภาพ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	2 (1.6)	28 (22.4)	79 (63.2)	16 (12.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	10 (4.0)	82 (32.8)	131 (52.4)	26 (10.4)
14. วินิจฉัยปัญหาสุขภาพได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	2 (1.6)	29 (23.2)	70 (56.0)	23 (18.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	4 (1.6)	4 (1.6)	77 (30.8)	129 (51.6)	33 (13.2)
15. บริหารจัดการ การเงิน บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ อย่างมีประสิทธิภาพ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	33 (26.4)	66 (52.8)	26 (20.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	15 (6.0)	102 (40.8)	117 (46.8)	14 (5.6)
16. บริหารจัดการบริการสุขภาพ บุคคล ครอบครัวชุมชนได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	1 (0.8)	33 (26.4)	70 (56.0)	21 (16.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	5 (2.0)	89 (35.6)	137 (54.8)	18 (7.2)
17. จัดการข้อมูลสุขภาพได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	0 (0.0)	37 (29.6)	67 (53.6)	20 (16.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	7 (2.8)	84 (33.6)	140 (56.0)	18 (7.2)
	3 (0.8)	12 (3.2)	114 (30.4)	191 (50.9)	55 (14.7)

ตาราง 23 (ต่อ)

ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิ ของบุคลากรทีมสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
18. เฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	38 (30.4)	62 (49.6)	22 (17.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	9 (3.6)	76 (30.4)	129 (51.6)	33 (13.2)
19. ประเมินสุขภาพสิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัวชุมชนได้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	5 (4.0)	34 (27.2)	61 (48.8)	24 (19.2)
- ผู้ปฏิบัติงาน	4 (1.6)	4 (1.6)	83 (33.2)	129 (51.6)	30 (12.0)
20. ทำกิจกรรมออกกำลังกาย ความเครียด ครอบคลุม กาย จิต สังคม และจิต วิญญาณ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	4 (3.2)	36 (28.8)	62 (49.6)	23 (18.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	8 (3.2)	88 (35.2)	126 (50.4)	26 (10.4)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีทักษะในการปฏิบัติงานปฐมภูมิในภาพรวมมากกว่าผู้ปฏิบัติงาน สนับสนุนการศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิของสุพรรณบุรี ศรีวิชัย และคณะ (2545: 6-9) เพราะหากผู้ให้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิมีการส่งเสริมสนับสนุนการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะที่จำเป็นและเหมาะสมทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการทำงานชุมชน และสามารถบรรลุตามเป้าหมายการให้บริการปฐมภูมิได้ ทั้งนี้ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้บริหารระดับต้นส่งผลให้มีทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิสูงกว่าผู้ปฏิบัติงาน ในทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิ การบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน การบริหารจัดการการเงิน บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ เพราะต้องร่วมบริหารกับคณะผู้บริหารจากหน่วยบริการประจำ

ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถให้บริการเป็นองค์รวม การทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน การให้ข้อมูลการแพทย์แผนปัจจุบัน การให้บริการรักษาพยาบาลทั้งในภาวะฉุกเฉิน ภาวะเรื้อรัง และภาวะปกติ การให้บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประเมินการให้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน อาจเป็นเพราะหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีโอกาสในการให้บริการ และมีความชำนาญ รู้จักชุมชน มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่าผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ปฏิบัติงานก่อนเป็นหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน โดยกิจกรรมดังกล่าวเป็นพื้นฐานของการให้บริการปฐมภูมิตรงกับการวิเคราะห์ของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 27-28)

#### 2.2.5 เจตคติในการทำงาน

ส่วนใหญ่ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 90.0) มีระดับเจตคติในการทำงานระดับมากถึงมากที่สุด ทุกด้านตามลำดับ ได้แก่ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ มีความเต็มใจที่จะปฏิบัติงาน บอกผู้อื่นว่าปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ อีกทั้งเชิญชวนให้ทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นมาร่วมปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ในขณะที่จำนวนผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 70.0) มีเจตคติในการทำงานระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน สะท้อนให้เห็นว่าหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีระดับเจตคติที่มากกว่าผู้ปฏิบัติงาน อาจเนื่องมาจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ต้องมีความรับผิดชอบทั้งในด้านการบริหาร และการให้บริการปฐมภูมิของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ (2545: 6-9) ในส่วนของปัจจัยพื้นฐานด้านทัศนคติที่ดีต่อการทำงานชุมชนของหน่วยบริการปฐมภูมิ และผลการวิเคราะห์ของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 71-73) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงการทำงานของบุคลากรที่มีความชอบในการให้บริการระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนการแสดงออกถึงความภาคภูมิใจที่บอกกับผู้อื่นว่าปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ และพยายามชักชวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งอื่นๆ เข้าร่วมปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนส่งผลให้เกิดประสิทธิผลการให้บริการปฐมภูมิของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้น (ดังรายละเอียดในตาราง 24)

ตาราง 24 เจตคติในการทำงาน

เจตคติในการทำงาน	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (8.8)	59 (47.2)	55 (44.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	2 (0.8)	65 (26.0)	126 (50.4)	56 (22.4)
2. เต็มใจจะปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (9.6)	52 (41.6)	61 (48.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	3 (1.2)	64 (25.6)	113 (45.2)	70 (28.0)
3. บอกผู้อื่นว่าปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	7 (5.6)	9 (7.2)	55 (44.0)	54 (43.2)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	4 (1.6)	66 (26.4)	115 (46.0)	64 (25.6)
4. เชิญชวนทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนที่อื่นมาร่วมงานที่นี่					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	10 (8.0)	2 (1.6)	19 (15.2)	51 (40.8)	43 (34.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	7 (2.8)	67 (26.8)	121 (48.4)	52 (20.8)

### 2.2.6 ความผูกพันต่อองค์กร

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความผูกพันต่อองค์กรระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน (ประมาณร้อยละ 85.0) ได้แก่ การทำงานเต็มความสามารถ ภาคภูมิใจที่ปฏิบัติงานที่นี่ ภาคภูมิใจที่เป็นทีมงาน และจะทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ตลอดไป มีความผูกพันต่อองค์กร ศูนย์สุขภาพชุมชน และมีความเชื่อ ยอมรับในวิสัยทัศน์พร้อมที่ปฏิบัติงาน ตามลำดับ ในขณะที่จำนวนผู้ปฏิบัติงานมีความผูกพันต่อองค์กรศูนย์สุขภาพชุมชนทุกๆ ด้าน ระดับมากถึงมากที่สุด (ต่ำกว่าร้อยละ 80.0) (ดังรายละเอียดในตาราง 25)

ผลการวิจัย พบว่าระดับความผูกพันต่อองค์กรของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีระดับที่สูงกว่าผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับแนวคิดความผูกพันต่อองค์กรของ Mowday, Steers and Porter (1979: 224-227) ที่กล่าวถึงความผูกพันต่อองค์กรเป็นสิ่งที่มากกว่าความจงรักภักดี คือ สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างแน่นแฟ้น มีความสามัคคีและมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร จึงทำให้มีความเต็มใจ อุทิศเพื่อความผาสุกในการอยู่ร่วมกันของคนในองค์กร ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงความผูกพันต่อองค์กรศูนย์สุขภาพชุมชนของบุคลากรที่ว่าหากบุคลากรในองค์กรมีความผูกพันต่อองค์กรศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับสูงย่อมทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลจากการให้บริการปฐมภูมิทั้งในส่วนของการบริหารจัดการต่างๆ และการทำงานร่วมกับประชาชน ชุมชนที่รับผิดชอบในการให้บริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ตาราง 25 ความผูกพันต่อองค์กร

ความผูกพันต่อองค์กร	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ทำงานเต็มความสามารถ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	0 (0.0)	9 (7.2)	52 (41.6)	63 (50.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	2 (0.8)	37 (14.8)	114 (45.6)	97 (38.8)
2. ภาคภูมิใจที่ปฏิบัติงานที่นี่					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	1 (0.8)	11 (8.8)	55 (44.0)	57 (45.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	3 (1.2)	48 (19.2)	125 (50.0)	73 (29.2)
3. ภูมิใจว่าเป็นทีมงานที่นี่					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	0 (0.0)	12 (9.6)	50 (40.0)	62 (49.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	2 (0.8)	60 (24.0)	104 (41.6)	83 (33.2)
4. ทำงานที่แห่งนี้อย่างเต็มที่					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	2 (1.6)	12 (9.6)	46 (36.8)	64 (51.2)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	2 (0.8)	60 (24.0)	106 (42.4)	80 (32.0)
5. มีความผูกพันต่อศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	0 (0.0)	15 (12.0)	47 (37.6)	62 (49.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	3 (1.2)	62 (24.8)	104 (41.6)	81 (32.4)
6. บุคลากรมีความเชื่อ ยอมรับในวิสัยทัศน์ และปฏิบัติตาม					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.3)	2 (1.6)	14 (11.2)	51 (40.8)	57 (45.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	3 (1.2)	67 (26.8)	122 (48.8)	58 (23.2)



### 2.2.7 ความพึงพอใจในงาน

จำนวนของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80.0) มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดต่อการทำงานในเรื่องต่อไปนี้ ตามลำดับ การมีส่วนร่วมช่วยเหลือเพื่อนร่วมงาน การทำงานสำเร็จได้ด้วยตนเอง การได้ชี้แนะให้เพื่อนร่วมงาน การมีส่วนร่วมกำหนดแนวทาง ขั้นตอน มาตรฐานการทำงาน การมีสัมพันธ์ที่ดีของเพื่อนร่วมงาน การได้ใช้ทักษะและความสามารถเต็มที่ในการทำงาน ในขณะที่จำนวนผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีเฉพาะความพึงพอใจในงานระดับมากถึงมากที่สุด เรื่อง การมีส่วนร่วมช่วยเหลือเพื่อนร่วมงาน การทำงานสำเร็จได้ด้วยตนเอง (มากกว่าร้อยละ 80.0) นอกจากนั้นมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานต่ำกว่าร้อยละ 80.0 ที่มีความพึงพอใจในงานทุก ๆ ด้าน และจำนวนของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานต่ำกว่าร้อยละ 50.0 มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด ในเรื่องต่อไปนี้ตามลำดับ เงินเดือนที่ได้รับ ความพึงพอใจต่อคณะกรรมการพิจารณาความดีความชอบ สวัสดิการที่ได้รับจากการทำงาน และโบนัสที่ได้รับ (ดังรายละเอียดในตาราง 26) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงานด้านภายใน ประกอบด้วยการทำงานสำเร็จได้ด้วยตนเอง การได้รับมอบหมายงานที่มีความสำคัญ และคุณค่าของบุคลากร แสดงความคิดเห็นในจำนวนที่มากกว่าร้อยละ 80.0 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนการทำงานปฐมภูมิของ สุพัตรา ศรีวิชัยชากร และคณะ (2545: 6-9) และผลการวิเคราะห์ของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 71-73) หากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีโอกาสได้ทำงานโดยใช้ความรู้ ทักษะตามความสามารถของตน อีกทั้งงานนั้นยังเป็นงานที่มีค่าต่อศูนย์สุขภาพชุมชน

ส่วนความพึงพอใจด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน พบจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 70.0 แสดงให้เห็นถึงการได้มีโอกาสที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในศูนย์สุขภาพชุมชน การช่วยเหลือของเพื่อนร่วมงาน หากต้องการเพิ่มประสิทธิผลการบริหารจัดการโดยการเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ต้องเพิ่มองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานจากความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานในองค์กรให้มากขึ้น นอกจากนี้พบว่าความพึงพอใจในด้านภายนอกจากสภาพการทำงาน ชั่วโมงทำงาน นโยบายการลาต่างๆ การพิจารณาความดีความชอบหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานในจำนวนต่ำกว่าร้อยละ 50 ควรได้รับการปรับปรุง เพราะหากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการทำงาน หรือการพิจารณาความดีความชอบ เป็นไปด้วยความยุติธรรม โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ย่อมทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีความพึงพอใจมากขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิผลของศูนย์สุขภาพชุมชนมากขึ้นด้วย

ตาราง 26 ความพึงพอใจในงาน

ความพึงพอใจในงาน	ระดับความพึงพอใจ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. มีส่วนช่วยเหลือเพื่อนร่วมงาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (14.4)	74 (58.2)	33 (26.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	3 (1.2)	46 (18.4)	142 (56.8)	58 (23.2)
2. ทำงานสำเร็จได้ด้วยตนเอง					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	2 (1.6)	2 (1.6)	16 (12.8)	64 (51.2)	41 (32.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	4 (1.6)	41 (16.4)	135 (54.0)	70 (28.0)
3. ได้ชี้แนะให้เพื่อนร่วมงาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	0 (0.0)	19 (15.2)	72 (57.6)	33 (26.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	3 (1.2)	71 (28.4)	139 (55.6)	35 (14.0)
4. มีส่วนร่วมกำหนดแนวทาง ขั้นตอน มาตรฐานการทำงาน					
หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	0 (0.0)	22 (17.6)	70 (56.0)	32 (25.6)
ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	3 (1.2)	60 (24.0)	136 (54.4)	49 (19.6)
5. ได้รับมอบหมายงานที่มี ความสำคัญและมีค่า					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	1 (0.8)	20 (16.0)	31 (24.8)	31 (24.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	2 (0.8)	49 (19.6)	144 (57.6)	52 (20.8)
6. สัมพันธ์ที่ดีของเพื่อนร่วมงาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	0 (0.0)	22 (17.6)	68 (54.4)	34 (27.2)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	4 (1.6)	63 (25.2)	133 (53.2)	50 (20.0)
7. ใช้ทักษะและความสามารถ เต็มที่ในการทำงาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	1 (0.8)	21 (16.8)	73 (58.4)	29 (23.2)
- ผู้ปฏิบัติงาน	7 (2.8)	8 (3.2)	61 (24.4)	128 (51.2)	46 (18.4)

ตาราง 26 (ต่อ)

ความพึงพอใจในงาน	ระดับความพึงพอใจ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
8. การกำหนดชั่วโมงทำงาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	4 (3.2)	23 (18.4)	75 (60.0)	23 (18.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	6 (2.4)	5 (2.0)	73 (29.2)	121 (48.4)	45 (18.0)
8. ได้รับมอบหมายให้ทำงาน ฐานะหัวหน้าทีมอย่างมีระบบ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	0 (0.0)	27 (21.6)	67 (53.6)	30 (24.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	6 (2.4)	83 (33.2)	120 (48.0)	39 (15.6)
9. มีส่วนร่วมกำหนด วิธี แนว ทางการปรับปรุงงาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	1 (0.80)	28 (22.4)	61 (48.8)	34 (27.2)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	7 (2.8)	68 (27.2)	128 (51.2)	47 (18.8)
10. มีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมาย ในการปฏิบัติงานอย่างอิสระ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	3 (2.4)	26 (20.8)	67 (53.6)	28 (22.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	6 (2.4)	72 (28.8)	120 (48.0)	49 (19.6)
11. กำหนดนโยบายลาพักผ่อน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	2 (1.6)	29 (23.2)	71 (56.8)	23 (18.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	9 (3.6)	70 (28.0)	124 (49.6)	44 (17.6)
12. มีส่วนร่วมกำหนดมาตรฐาน การตรวจสอบงาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	2 (1.6)	31 (24.8)	62 (49.6)	29 (23.2)
- ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	13 (5.2)	77 (30.8)	121 (48.4)	39 (15.6)
13. ความปลอดภัยในการทำงาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	8 (6.4)	39 (31.2)	66 (52.8)	12 (9.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	10 (4.0)	112 (44.8)	100 (40.0)	27 (10.8)

ตาราง 26 (ต่อ)

ความพึงพอใจในงาน	ระดับความพึงพอใจ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
14. เงินเดือนที่ได้รับ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	14 (11.2)	41 (32.8)	52 (41.6)	17 (13.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	5 (2.0)	43 (17.2)	89 (35.6)	84 (33.6)	29 (11.6)
15. คณะกรรมการบริหารในการพิจารณาความคิดเห็นความชอบ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	11 (8.8)	8 (6.4)	49 (39.2)	53 (42.4)	4 (3.2)
- ผู้ปฏิบัติงาน	21 (8.4)	29 (11.6)	99 (39.6)	87 (34.8)	14 (5.6)
16. สวัสดิการที่ได้รับจากการทำงาน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	5 (4.0)	24 (19.2)	56 (44.8)	29 (23.2)	11 (8.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	21 (8.4)	46 (18.4)	104 (41.6)	65 (26.0)	14 (5.6)
17. โบนัสที่ได้รับ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	35 (28.0)	17 (13.6)	54 (43.2)	14 (11.2)	5 (4.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	33 (13.2)	59 (23.6)	80 (32.0)	69 (27.6)	9 (3.6)

### 2.2.8 การทำงานเป็นทีม

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 80.0) พบมีการทำงานเป็นทีมระดับมากถึงมากที่สุด ในเรื่องต่อไปนี้ ตามลำดับ การกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน ด้านการเน้นสร้างทัศนคติที่ดี มีกิจกรรมเคารพการตัดสินใจ ด้านกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล ผู้รับบริการพึงพอใจ มีการประชุมทีมเมื่อเกิดปัญหา เพื่อหาสาเหตุ ทางแก้ปัญหาคือ โดยนำปัญหาต่างๆ มาประชุม เพื่อหาสาเหตุ และแนวทางแก้ปัญห ภายใ้การสร้งค่านิยม ความเชื่อ เพื่อการปรับปรุงงานได้ตามเป้าหมาย ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานจำนวนต่ำกว่าร้อยละ 65.0 มีการทำงานเป็นทีมระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน ทั้งนี้ทั้งจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานกว่าครึ่ง (ต่ำกว่าร้อยละ 55.0) มีการทำงานเป็นทีมระดับมากถึงมากที่สุดในด้าน การทำงานที่ไม่เป็นทางการ และด้านทักษะการสื่อสารที่มีระบบ (ดังรายละเอียดในตาราง 27)

ตาราง 27 การทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีม	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. มีบทบาทหน้าที่ทีมงานชัดเจน					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	3 (2.4)	14 (11.2)	74 (59.2)	33 (26.4)
- ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	5 (2.0)	77 (30.8)	128 (51.2)	37 (14.8)
2. เน้นสร้างทัศนคติที่ดี มีกิจกรรม เคารพการตัดสินใจ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	2 (1.6)	17 (13.6)	81 (64.8)	25 (20.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	8 (3.2)	87 (34.8)	116 (46.4)	36 (14.4)
3. กำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อ การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	5 (4.0)	16 (12.8)	79 (63.2)	25 (20.0)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	7 (2.8)	91 (36.4)	110 (44.0)	40 (16.0)
4. กระบวนการทำงานได้ ประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล ผู้รับบริการพึงพอใจ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	20 (16.0)	71 (56.8)	31 (24.8)
- ผู้ปฏิบัติงาน	4 (1.2)	4 (1.6)	92 (36.8)	124 (49.6)	27 (10.8)
5. ประชุมทีมเมื่อเกิดปัญหา หาสาเหตุ ทางแก้ปัญหาที่ดี					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	5 (4.0)	18 (14.4)	80 (64.0)	22 (17.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	10 (4.0)	96 (38.4)	117 (46.8)	24 (9.6)
6. นำปัญหาค้างๆมาประชุม หา สาเหตุและแนวทางแก้ปัญหา					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	22 (17.6)	83 (66.4)	17 (13.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	11 (4.4)	8 (3.2)	87 (34.8)	115 (46.0)	29 (11.6)
7. สร้างค่านิยม ความเชื่อ เพื่อ ปรับปรุงงานได้ตามเป้าหมาย					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	22 (17.6)	76 (60.8)	24 (19.2)
- ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	3 (1.2)	103 (41.2)	104 (41.6)	38 (15.2)

ตาราง 27 (ต่อ)

การทำงานเป็นทีม	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
8. สร้างบรรยากาศการประชุมที่ดี ใช้เหตุผลหาทางแก้ปัญหา					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	29 (23.2)	72 (57.6)	21 (16.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	8 (3.2)	106 (42.4)	99 (39.6)	37 (14.8)
9. ใช้ทักษะความรู้ การมีส่วนร่วม ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	4 (3.2)	24 (19.2)	75 (60.0)	22 (17.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	4 (1.6)	92 (36.8)	124 (49.6)	27 (10.8)
10. ประชุมปรึกษาหารือ นำสู่ การปฏิบัติตามพันธกิจ					
- หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	4 (3.2)	27 (21.6)	72 (57.6)	22 (17.6)
- ผู้ปฏิบัติงาน	4 (1.6)	3 (1.2)	87 (34.8)	124 (49.6)	32 (12.8)
11. มีส่วนร่วมในการแสดงความ ความคิดเห็น ระดมความคิด					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	34 (27.2)	69 (55.2)	19 (15.2)
-ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	11 (4.4)	90 (36.0)	115 (46.0)	31 (12.4)
12. มีทักษะในการประสานงาน รับรู้ กฎระเบียบอย่างเพียงพอ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	38 (30.4)	56 (44.8)	28 (22.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	11 (4.4)	92 (36.8)	121 (48.4)	26 (10.4)
13. การทำงานที่ไม่เป็นทางการ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	4 (3.2)	6 (4.8)	46 (36.8)	56 (44.8)	13 (10.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	9 (3.6)	14 (5.6)	117 (46.8)	92 (36.8)	18 (7.2)
14. มีทักษะการสื่อสารที่มีระบบ การตรวจสอบมีประสิทธิภาพ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	10 (8.0)	51 (40.8)	53 (42.4)	11 (8.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	14 (5.6)	105 (42.0)	114 (45.6)	14 (5.6)

การที่ผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานต้องมีการพัฒนาการทำงานโดยมีการกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์เดียวกัน มีการใช้ความรู้ทักษะความสามารถที่หลากหลายต่อการใช้การติดต่อสื่อสาร การตัดสินใจร่วมกัน มีการพึ่งพาช่วยเหลือกัน มีความพยายามอดทนและความมุ่งมั่น เพื่อให้การทำงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เกิดผลิตภาพในงานเพิ่มขึ้นและความพึงพอใจของบุคคลในทีมงานที่มีต่อการทำงาน สอดคล้องกับแนวคิดการทำงานเป็นทีมของ Roming (1996: 111) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงโอกาสที่ต้องพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนในการรับรู้ กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติงานใหม่ๆ การเพิ่มทักษะในการทำงานปฐมภูมิ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของศูนย์สุขภาพชุมชนในบุคลากรที่ปฏิบัติงาน และพบว่าจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีการทำงานเป็นทีมในปริมาณที่มากกว่าผู้ปฏิบัติงาน อาจเป็นเพราะหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีการประสานงาน การบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งภายในเครือข่ายบริการ และภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่าผู้ปฏิบัติงานที่เน้นการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการให้บริการรักษาโรค

### 2.2.9 การงูใจ

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 80.0) มีการงูใจในระดับมากถึงมากที่สุดในด้านต่อไปนี้ ตามลำดับ การได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องเพื่อความชำนาญในงานที่ทำ ด้านการคาดหวังต่อผลสำเร็จของงาน ด้านความตั้งใจ และพยายามปฏิบัติงานตามบทบาทให้บรรลุเป้าหมาย ด้านการได้รับคำแนะนำหรือการสอนอย่างต่อเนื่องเพื่อความชำนาญ และด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินงาน ตัดสินใจ และประเมินผล ในขณะที่ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 80.0) มีการงูใจในระดับมากถึงมากที่สุดเฉพาะ 3 ด้านดังต่อไปนี้ ตามลำดับ ด้านความตั้งใจ และพยายามปฏิบัติงานตามบทบาทให้บรรลุเป้าหมาย ด้านการได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องเพื่อความชำนาญในงานที่ทำ และด้านการได้รับคำแนะนำหรือการสอนอย่างต่อเนื่องเพื่อความชำนาญ และพบว่าจำนวนน้อยกว่าครึ่งของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 50.0) มีการงูใจในระดับมากถึงมากที่สุดในด้าน การได้รับโบนัสตามผลงานประจำปี และการได้รางวัลเชิดชูสำหรับผู้ปฏิบัติงานดีเด่นประจำปี ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตาราง 28)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการงูใจของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสำคัญต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ด้านการงูใจอย่างเป็นระบบจากเงินโบนัส รางวัลจากการนำเสนอผลงานต่างๆ รูปแบบนวัตกรรม และงานวิจัย ด้านความมุ่งมั่น



ของบุคลากรที่มสุขภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน ตรงกับแนวคิดการจูงใจของ Vroom (1964: 113) ที่กล่าวถึงแรงจูงใจว่าการที่บุคลากรที่มสุขภาพเกิดความปรารถนา ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยได้รับการกระตุ้นอย่างเป็นระบบและบุคลากรเกิดการยอมรับด้วยความพยายามในระดับสูงเกิดความพึงพอใจ สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุตามเป้าหมายของบริการปฐมภูมิ ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดการจูงใจที่เหมาะสมของศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถตอบสนองให้ตรงตามความต้องการของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนยอมทำให้บุคลากรเต็มใจ พร้อมทั้งจะทำให้เป้าหมายบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถบรรลุได้ และในปีงบประมาณ 2549 -2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งมีนโยบายกำหนดให้มีเงินจูงใจโดยจ่ายเป็น โบนัสตอบแทนผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนรายบุคคลทำให้แนวโน้มของการพัฒนาคุณภาพตามตัวชี้วัดต่างๆ สามารถบรรลุตามเป้าหมาย และมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 28 การจูงใจ

การจูงใจ	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องเพื่อความชำนาญในงานที่ทำ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (7.2)	55 (44.0)	61 (48.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	2 (0.8)	43 (17.2)	95 (38.0)	109 (43.6)
2. คาดหวังต่อผลสำเร็จของงาน					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	2 (1.6)	9 (7.2)	80 (64.0)	34 (27.2)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	1 (0.4)	54 (21.6)	135 (54.0)	60 (24.0)
3. ตั้งใจและพยายามปฏิบัติงานตามบทบาทให้บรรลุเป้าหมาย					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	2 (1.6)	11 (8.8)	56 (44.8)	56 (44.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	0 (0.0)	38 (15.2)	121 (48.4)	91 (36.4)
4. ได้รับคำแนะนำหรือการสอนอย่างต่อเนื่องเพื่อความชำนาญ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (10.4)	55 (44.0)	57 (45.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	3 (1.2)	47 (18.8)	109 (43.6)	91 (36.4)

ตาราง 28 การจูงใจ

การจูงใจ	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
5. มีส่วนร่วม การวางแผน ดำเนินงาน ตัดสินใจ และ ประเมินผล					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	6 (4.8)	11 (8.8)	72 (57.6)	36 (28.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	10 (4.0)	69 (27.6)	134 (53.6)	37 (14.8)
6. ได้โบนัสตามผลงานประจำปี					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	8 (6.4)	19 (15.2)	38 (30.4)	39 (31.2)	21 (16.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	22 (8.8)	38 (15.2)	98 (39.2)	70 (28.0)	22 (8.8)
7. ได้รางวัลเชิดชูสำหรับ ผู้ปฏิบัติงานดีเด่นประจำปี					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	20 (16.0)	17 (13.6)	30 (24.0)	35 (28.0)	23 (18.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	41 (16.4)	26 (10.4)	106 (42.4)	60 (24.0)	17 (6.8)

### 2.2.10 ภาวะผู้นำ

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 90.0) มีภาวะผู้นำระดับมากถึงมากที่สุด ทุกๆ ด้าน ยกเว้นด้านการให้ข้อมูลแก่ทีมงาน แนวโน้มการปฏิบัติงานในอนาคต และด้านการจัดงานเพื่อฉลองความสำเร็จของทีมงานเป็นกลุ่ม ที่มีจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพเพียงร้อยละ 73.6 และ 68.8 เท่านั้นที่แสดงภาวะผู้นำระดับมากถึงมากที่สุด ในขณะที่ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 70.0) แสดงความคิดเห็นต่อภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนระดับมากถึงมากที่สุดทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 42.4 แสดงความคิดเห็นต่อภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนระดับมากถึงมากที่สุดด้านการจัดงานเพื่อฉลองความสำเร็จของทีมงานเป็นกลุ่มน้อยที่สุด (ดังรายละเอียดในตาราง 29)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานต้องได้รับการพัฒนา เพื่อให้ภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการทำทนายกระบวนการใหม่ๆ การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันระหว่างทีมงาน การเพิ่มความสามารถผู้อื่นให้ปฏิบัติ การเป็นแบบอย่าง การเสริมสร้างกำลังใจสอดคล้องกับแนวคิดภาวะผู้นำของ Kouzes and

Posner (1995: 399) และ Nanus (1992: 11-15) ที่กล่าวถึงภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทักษะในการนำศูนย์สุขภาพชุมชนให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของบริการปฐมภูมิได้ ส่วนภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการเป็นแบบอย่าง และการเสริมสร้างกำลังใจให้กับทีมงาน ต้องมีการพัฒนา เพราะหากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถสอนหรือให้คำแนะนำทีมงานในการปฏิบัติงานได้อย่างดีแล้ว ย่อมเป็นแบบอย่างให้ทีมงานปฏิบัติตาม อีกทั้งหากทีมงานปฏิบัติงานได้ดี หรือบรรลุตามเป้าหมายงานที่มอบหมายให้ ก็ควรแสดงถึงความยินดี ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพงานของทีมงานอย่างต่อเนื่อง อาจมีการให้รางวัลเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ทีมงานมีกำลังใจในการทำงานมากขึ้นส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน

ตาราง 29 ภาวะผู้นำ

ภาวะผู้นำ	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. มีความเป็นกันเองกับทีมงาน					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (4.8)	62 (49.6)	57 (45.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	2 (0.8)	62 (24.8)	124 (49.6)	60 (24.0)
2. ใฝ่ใจทีมงานต่องานมอบหมาย					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (8.0)	58 (46.4)	57 (45.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	5 (2.0)	62 (24.8)	134 (53.6)	48 (19.2)
3. ให้อำนาจทีมงานเพื่อตัดสินใจ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	1 (0.8)	11 (8.8)	62 (49.6)	51 (40.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	6 (2.4)	74 (29.6)	127 (50.8)	40 (16.0)
4. ชี้แนวทางที่ดีแก่ทีมงาน เพื่อการบรรลุเป้าหมายได้					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	1 (0.8)	11 (8.8)	96 (76.8)	17 (13.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	6 (2.4)	86 (34.4)	120 (48.0)	38 (15.2)
5. เน้นทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วม					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (12.0)	59 (47.2)	51 (40.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	3 (1.2)	73 (29.2)	122 (48.8)	52 (20.8)

ตาราง 29 ภาวะผู้นำ

ภาวะผู้นำ	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6. แสวงหาแนวการทำงานใหม่ๆ ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	1 (0.8)	12 (9.6)	73 (58.4)	39 (31.2)
-ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	6 (2.4)	72 (28.8)	115 (46.0)	54 (21.6)
7. ยินดีต่อความสำเร็จทีมงาน เป็นการส่วนตัว					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	0 (0.0)	14 (11.2)	72 (57.6)	38 (30.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	5 (2.0)	2 (0.8)	80 (32.0)	108 (43.2)	55 (22.0)
8. ตรวจสอบ และติดตามผลงาน อย่างสม่ำเสมอ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	1 (0.8)	14 (11.2)	73 (58.4)	37 (29.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	13 (5.2)	78 (31.2)	124 (49.6)	35 (14.0)
9. กระตือรือร้นในการสื่อสารให้ ทีมงานทำงานบรรลุวิสัยทัศน์					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (12.8)	77 (61.6)	32 (25.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	3 (1.2)	85 (34.0)	126 (50.4)	35 (14.0)
10. เป็นแบบอย่างที่ดีในการ ทำงาน สอนงาน มีส่วนร่วม					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	1 (0.8)	17 (13.6)	74 (59.2)	33 (26.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	4 (1.6)	82 (32.8)	125 (50.0)	38 (15.2)
11. สื่อสารให้ทีมงานเข้าใจให้ ทีมงานทำงานบรรลุวิสัยทัศน์					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (14.4)	79 (63.2)	28 (22.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	4 (1.6)	87 (34.8)	126 (50.4)	32 (12.8)

ตาราง 29 ภาวะผู้นำ

ภาวะผู้นำ	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
12. กำหนดวิสัยทัศน์โดยใช้ข้อมูล					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	20 (16.0)	83 (66.4)	22 (17.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	9 (3.6)	83 (33.2)	116 (46.4)	41 (16.4)
13. ให้ข้อมูลแก่ทีมงาน แนวโน้ม การปฏิบัติงานในอนาคต					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	30 (24.0)	76 (60.8)	16 (12.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	3 (1.2)	91 (36.4)	129 (51.6)	24 (9.6)
14 จัดงานเพื่อฉลองความสำเร็จ ของทีมงานเป็นกลุ่ม					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	3 (2.4)	7 (5.6)	29 (23.2)	58 (46.4)	28 (22.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	23 (9.2)	21 (8.4)	99 (39.6)	82 (32.8)	25 (10.0)

### 3. ลักษณะทั่วไปของปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

การบริหารจัดการประกอบด้วยตัวแปร 3 ปัจจัยย่อย ได้แก่ 1) การบริหารเชิงกลยุทธ์ 2) การติดต่อสื่อสาร และ 3) การบริหารการเปลี่ยนแปลง มีรายละเอียดดังนี้

#### 3.1 การบริหารเชิงกลยุทธ์

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 80.0) มีการบริหารเชิงกลยุทธ์ระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน ยกเว้นด้านผู้บริหารสามารถทำนายสภาพแวดล้อม เพื่อการวางแผนงานได้อย่างเหมาะสมที่ พบจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเพียงร้อยละ 70.4 ในขณะที่ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 70.0) มีการบริหารเชิงกลยุทธ์ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน (ดังรายละเอียดในตาราง 30)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนตามแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ของ Dess and Miller (1993: 322) ที่กล่าวว่าหากองค์กรใดมีการวิเคราะห์กลยุทธ์ การกำหนดกลยุทธ์ และการปฏิบัติตามกลยุทธ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนทุกขั้นตอนทำให้องค์กรมีโอกาสประสบความสำเร็จสูง ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการกำหนดกลยุทธ์จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของศูนย์สุขภาพ

ชุมชนทั้งภายใน และภายนอกของจำนวนผู้ปฏิบัติงานที่มีในระดับต่ำกว่าร้อยละ 70.0 ทุกด้านนั้น ย่อมเป็นผลให้การบริหารเชิงกลยุทธ์ของผู้ปฏิบัติงานต้องเพิ่มทักษะในการวางแผนกลยุทธ์ การกำหนดวิสัยทัศน์ หรือเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน จากการวิเคราะห์ที่ไม่ถึงปัญหาที่แท้จริง ส่งผลให้การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลการใช้กลยุทธ์ต่ำต้องได้รับการพัฒนาการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพของปัญหา การประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ในการจัดทำกลยุทธ์ให้เหมาะสม สามารถนำกลยุทธ์ที่ได้ไปสู่การปฏิบัติได้จริง และประเมินผลปรับปรุงให้มีการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชนต่อบริการปฐมภูมิได้

ตาราง 30 การบริหารเชิงกลยุทธ์

การบริหารเชิงกลยุทธ์	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ผู้บริหารกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์การ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	12 (9.6)	10 (8.0)	70 (56.0)	33 (26.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	9 (3.6)	69 (27.6)	146 (58.4)	26 (10.4)
2. แผนงานมีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของสถานการณ์					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	5 (4.0)	18 (14.4)	81 (64.8)	21 (16.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	6 (2.4)	85 (34.0)	126 (50.4)	33 (13.2)
3. ผู้บริหารใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนและตัดสินใจ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	5 (4.0)	19 (15.2)	75 (60.0)	26 (20.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	8 (3.2)	97 (38.8)	123 (49.2)	22 (8.8)

ตาราง 30 (ต่อ)

การบริหารเชิงกลยุทธ์	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
4. แผนงานเหมาะสมต่อ โครงสร้าง วัฒนธรรม บุคลากร เทคโนโลยี และ ภาวะผู้นำ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	5 (4.0)	19 (15.2)	79 (63.2)	22 (17.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	7 (2.8)	108 (43.2)	114 (45.6)	21 (8.4)
5. ผู้บริหารสามารถทำนาย สภาพแวดล้อม เพื่อการ วางแผนงานได้เหมาะสม					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	11 (8.8)	25 (20.0)	77 (61.6)	11 (8.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	13 (5.2)	108 (43.2)	106 (42.4)	23 (9.2)

### 3.2 การติดต่อสื่อสาร

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 80.0) มีการปฏิบัติระดับมากถึงมากที่สุดต่อช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนของศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งนี้ระบบการสื่อสารมีความน่าเชื่อถือ และช่องทางการสื่อสารมีทั้งแบบที่เป็นทางการ และไม่ทางการ ตามลำดับ ในขณะที่ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 70.0) มีการปฏิบัติในระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้านของการติดต่อสื่อสาร โดยเฉพาะด้านไม่มีการรบกวนจากแหล่งต่างๆ ระหว่างสื่อสาร และการมีบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการสื่อสารเพียงพอพบจำนวนผู้ปฏิบัติงานมีการปฏิบัติระดับมากถึงมากที่สุดต่ำที่สุด (ร้อยละ 68.8 และ 66.4 ตามลำดับ) (ดังรายละเอียดในตาราง 31)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาการติดต่อสื่อสารของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานภายในศูนย์สุขภาพชุมชนในทุก ๆ ด้านของการติดต่อสื่อสาร โดยเฉพาะการไม่มีการรบกวนจากแหล่งต่างๆ ระหว่างการสื่อสาร และต้องมีบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการสื่อสารที่เพียงพอ อีกทั้งระบบการสื่อสารต้องมีความน่าเชื่อถือผ่านช่องทางทั้งที่เป็นทางการ และไม่ทางการ โดยช่องทางการสื่อสารที่สิ้นชัดเจน สนับสนุนแนวคิดการบริหารการสื่อสารของ Merryman (1996 cited in Dean, 1975: 172-177) ที่ต้องใช้เทคนิควิธีการ และช่องทาง



ในการติดต่อสื่อสารขององค์กรที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารได้อย่างครบถ้วน และสอดคล้องตรงกัน เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน แสดงให้เห็นว่าการติดต่อสื่อสารในศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีการเน้นทุกรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการประชุม การพูดคุยในขณะที่ปฏิบัติงานของทีมงานด้วยกันเองหรือระหว่างผู้บริหารของศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสามารถนำข่าวสารต่างๆ จากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติงาน หรือจากผู้ปฏิบัติงานสู่ผู้บริหารได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้มีการทำงานที่ราบรื่น เกิดประสิทธิผลต่อการให้บริการปฐมภูมิตามเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน

ตาราง 31 การติดต่อสื่อสาร

การติดต่อสื่อสาร	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ช่องทางการสื่อสารชัดเจน					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (12.8)	77 (61.6)	32 (25.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	9 (3.6)	55 (22.0)	140 (56.0)	43 (17.2)
2. ระบบการสื่อสาร น่าเชื่อถือ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (14.4)	78 (62.4)	29 (23.2)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	8 (3.2)	51 (20.4)	147 (58.8)	43 (17.2)
3. ช่องทางการสื่อสารทั้งที่เป็นทางการและไม่ทางการ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	21 (16.8)	71 (56.8)	33 (26.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	5 (2.0)	51 (20.4)	140 (56.0)	53 (21.2)
4. เส้นทางสื่อสารสั้น					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	26 (20.8)	69 (55.2)	30 (24.0)
-ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	7 (2.8)	59 (23.6)	139 (55.6)	43 (17.2)
5. เส้นทางสื่อสารใช้ได้ตลอดเวลา					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	0 (0.0)	30 (24.0)	68 (54.4)	27 (21.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	14 (5.6)	66 (26.4)	126 (50.4)	43 (17.2)

ตาราง 31 (ต่อ)

การติดต่อสื่อสาร	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6. มีบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการสื่อสารเพียงพอ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	27 (21.6)	76 (60.8)	19 (15.2)
-ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	17 (6.8)	64 (25.6)	130 (52.0)	36 (14.4)
7. ไม่มีการรบกวนจากแหล่งต่างๆ ระหว่างสื่อสาร					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	7 (5.6)	28 (22.4)	69 (55.2)	21 (16.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	12 (4.8)	65 (26.0)	131 (52.4)	41 (16.4)

### 3.3 การบริหารการเปลี่ยนแปลง

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 80.0) มีการบริหารการเปลี่ยนแปลงระดับมากถึงมากที่สุดด้านการนำแผนการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติได้ ในขณะที่มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านนี้เพียงร้อยละ 70.4 นอกจากนี้ทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 70.0) มีการบริหารการเปลี่ยนแปลงระดับมากถึงมากที่สุดทุกๆ ด้าน และพบว่าการบริหารการเปลี่ยนแปลงระดับมากถึงมากที่สุดน้อยที่สุด (ประมาณร้อยละ 60.0) ทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานคือ การเผยแพร่ผลการเปลี่ยนแปลงให้หน่วยงานอื่น ๆ และด้านผู้บริหารต้องมีการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามลำดับ (ดังรายละเอียดในตาราง 32)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าหัวหน้าศูนย์สุขภาพต้องมีการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารองค์การเพื่อการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของ Kimbrough and Burkett (1990: 134-151) โดยเฉพาะการลงมือปฏิบัติการของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน การมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นของทีมงาน การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง และการหาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อนำแผนการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติได้ ผลการวิจัยของการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานต่อการประเมินผลการบริหารการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมของทีมงาน เพื่อการเปลี่ยนแปลงควรมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดประสิทธิผล

การให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะระบบการสร้างแรงจูงใจ การกำหนดถึงความจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลง การเผยแพร่กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่บรรลุเป้าหมาย ประสบความสำเร็จให้เป็นการเรียนรู้ของศูนย์สุขภาพอื่นๆ ต้องได้รับการปรับปรุง เพราะการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่สร้างจากแรงจูงใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานภายใต้เหตุผลความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลงเพื่อการปรับตัวของศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ส่งผลให้เกิดพลังต่อการเปลี่ยนแปลงมากกว่าการสั่งการ อีกทั้งหากมีเผยแพร่แนวทางที่ประสบความสำเร็จในการบริหารการเปลี่ยนแปลงของศูนย์สุขภาพชุมชนต่อหน่วยงานอื่นๆ เสริมสร้างการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ตาราง 32 การบริหารการเปลี่ยนแปลง

การบริหารการเปลี่ยนแปลง	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. นำแผนการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติได้					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	4 (3.2)	20 (16.0)	76 (60.8)	25 (20.0)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	5 (2.0)	69 (27.6)	153 (61.2)	23 (9.2)
2. การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของทีมงาน					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	1 (0.8)	26 (20.8)	69 (55.2)	29 (23.2)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	5 (2.0)	67 (26.8)	148 (59.2)	30 (12.0)
3. ผู้บริหารหาแนวทางให้การเปลี่ยนแปลงสำเร็จ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	5 (4.0)	25 (20.0)	60 (48.0)	35 (28.0)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	6 (2.4)	76 (30.4)	138 (55.2)	30 (12.0)
4. ผู้บริหารสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	8 (6.4)	22 (17.6)	71 (56.8)	24 (19.2)
-ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	8 (3.2)	86 (34.4)	138 (55.2)	16 (6.4)

ตาราง 32 (ต่อ)

การบริหารการเปลี่ยนแปลง	ระดับการปฏิบัติ (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
5. ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	2 (1.6)	29 (23.2)	73 (58.4)	21 (16.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	4 (1.6)	71 (28.4)	155 (62.0)	20 (8.0)
6. ทีมงานมีส่วนร่วมกำหนดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	4 (3.2)	33 (26.4)	68 (54.4)	20 (16.0)
-ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	5 (2.0)	74 (29.6)	137 (54.8)	31 (12.4)
7. เผยแพร่ผลการเปลี่ยนแปลงให้หน่วยงานอื่น					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	8 (3.2)	85 (34.0)	144 (57.6)	13 (5.2)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	7 (5.6)	33 (26.4)	70 (56.0)	15 (12.0)

#### 4. ลักษณะทั่วไปของปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

สภาพแวดล้อมของศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ สภาพแวดล้อมภายในศูนย์สุขภาพชุมชน และสภาพแวดล้อมภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

##### 4.1 สภาพแวดล้อมภายใน

สภาพแวดล้อมภายในศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถแบ่งเป็นปัจจัยย่อยได้ 2 ปัจจัยคือ 1) วัฒนธรรมองค์กร และ 2) บรรยากาศองค์กร มีรายละเอียดดังนี้

##### 4.1.1 วัฒนธรรมองค์กร

จำนวนของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 90.0) มีวัฒนธรรมองค์กรในระดับมากถึงมากที่สุด ในด้านต่อไปนี้ ตามลำดับ ด้านการมีส่วนร่วมกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายของหน่วยงาน ด้านการถือว่าบุคลากรทุกคนเป็นทรัพยากรที่มีค่าสูงสุดขององค์กร ด้านบุคลากรมีพฤติกรรมการทำงานที่ดี ด้านการมีอิสระในการทำงาน ด้านที่เน้นความสัมพันธ์ภาพระหว่างทีมงานในองค์กร และด้านบรรยากาศที่อบอุ่นในการทำงาน จริงใจ เปิดเผยตามลำดับ ในขณะที่จำนวนผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 80.0) มีวัฒนธรรมองค์กรระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้ปฏิบัติงานเพียงมีวัฒนธรรมองค์กร

ระดับมากถึงมากที่สุด ต่ำที่สุด (ร้อยละ 59.6) ด้านการกำหนดเป้าหมายงานจากคุณภาพมากกว่าปริมาณ (ดังรายละเอียดในตาราง 33)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนต้องเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดบรรยากาศในการทำงานที่อบอุ่น สร้างให้เกิดความสัมพันธ์ของบุคลากรในการทำงานร่วมกัน ขอมรับซึ่งกันและกัน มีความเป็นอิสระในการคิด และร่วมแสดงความคิดเห็น ส่งเสริมกระตุ้นให้เกิดการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ เน้นการทำงานบริการปฐมภูมิที่เน้นคุณภาพงานจากความสำเร็จของการทำงานสุขภาพปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่าด้านปริมาณ เพราะถือว่าบุคลากรเป็นองค์การที่มีค่าสำคัญที่สุด สนับสนุนแนวคิดวัฒนธรรมองค์การที่สร้างสรรค์ของ Cooke and Laffety (1989: 122) ต่อการมีวัฒนธรรมองค์การที่มีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นว่าศูนย์สุขภาพชุมชนต้องพัฒนาการทำงาน โดยกำหนดเป้าหมายของงานให้ชัดเจน กำหนดแนวทางที่บรรลุเป้าหมาย มีการติดตามประเมินผลอยู่เป็นระยะที่เหมาะสม การสร้างค่านิยม การยอมรับซึ่งกันและกันมากกว่าที่เป็นอยู่ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลการดูแลสุขภาพประชาชนด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น

ตาราง 33 วัฒนธรรมองค์การ

วัฒนธรรมองค์การ	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. บุคลากรมีส่วนร่วมกำหนด วิสัยทัศน์ เป้าหมายหน่วยงาน					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	2 (1.6)	5 (4.0)	65 (52.0)	52 (41.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	10 (4.0)	54 (21.6)	124 (49.6)	60 (24.0)
2. บุคลากรทุกคนเป็นทรัพยากร ที่มีค่าสูงสุดขององค์การ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	2 (1.6)	7 (5.6)	62 (49.6)	53 (42.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	12 (4.8)	62 (24.8)	108 (43.2)	67 (26.8)
3. บุคลากรมีพฤติกรรมทำงานดี					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	8 (6.4)	85 (68.0)	29 (23.2)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	13 (5.2)	65 (26.0)	125 (50.0)	47 (18.8)

ตาราง 33 (ต่อ)

วัฒนธรรมองค์การ	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
4. บุคลากรมีอิสระในการทำงาน					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	3 (2.4)	9 (7.2)	73 (58.4)	40 (32.0)
-ผู้ปฏิบัติงาน	8 (3.2)	9 (3.6)	43 (17.2)	139 (55.6)	51 (20.4)
5. เน้นความสัมพันธ์ภาพ ระหว่างทีมงานในองค์กร					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	2 (1.6)	9 (7.2)	61 (48.8)	52 (41.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	5 (2.0)	2 (0.8)	73 (29.2)	100 (40.0)	70 (28.0)
6. บรรยากาศที่อบอุ่นในการ ทำงาน กันเอง จริงใจ เปิดเผย					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	1 (0.8)	11 (8.8)	52 (41.6)	61 (48.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	9 (3.6)	73 (29.2)	89 (35.6)	78 (31.2)
7. บุคลากรขององค์กร ยอมรับซึ่งกันและกัน					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	1 (0.8)	13 (10.4)	64 (51.2)	47 (37.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	6 (2.4)	67 (26.8)	111 (44.4)	65 (26.0)
8. บุคลากรมีโอกาสทำงานด้วย หลักการและเหตุผล					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	2 (1.6)	13 (10.4)	78 (62.4)	31 (24.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	17 (6.8)	61 (24.4)	113 (45.2)	59 (23.6)
9. บริหารอย่างมีส่วนร่วมทุก ขั้นตอนตั้งแต่ ร่วมคิด ดำเนินการ และประเมินผล					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	2 (1.6)	13 (10.4)	63 (50.4)	46 (36.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	15 (6.0)	62 (24.8)	113 (45.2)	57 (22.8)

ตาราง 33 (ต่อ)

วัฒนธรรมองค์การ	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
10. องค์การมีค่านิยม พฤติกรรม แสดงออกที่สร้างสรรค์					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	2 (1.6)	14 (11.2)	66 (52.8)	42 (33.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	6 (2.4)	71 (28.4)	120 (48.0)	51 (20.4)
11. สร้างค่านิยมที่ดีในการ ทำงาน					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	3 (2.4)	14 (11.2)	78 (62.4)	29 (23.2)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	8 (3.2)	81 (32.4)	110 (44.0)	51 (20.4)
12. เน้นการกำหนดเป้าหมายงาน จากคุณภาพมากกว่าปริมาณ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	2 (1.6)	17 (13.6)	72 (57.6)	33 (26.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	14 (5.6)	86 (34.4)	109 (43.6)	40 (16.0)

#### 4.1.2 บรรยายกาของค์การ

จำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 80.0) และจำนวนผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 70.0) มีความคิดเห็นต่อบรรยายกาของค์การระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน และพบว่าจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานต่ำกว่าครึ่ง (ประมาณร้อยละ 50.0) มีการแสดงความคิดเห็นต่อบรรยายกาของค์การระดับมากถึงมากที่สุดในเรื่องดังต่อไปนี้ ตามลำดับ การทำงานของบุคลากรกับการบริหารจัดการความเสี่ยง และการประกาศเชิดชูให้รางวัลสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานดี (ดังรายละเอียดในตาราง 34)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าบรรยายกาของค์การของศูนย์สุขภาพชุมชนในส่วนของผู้ปฏิบัติงานต้องมีการพัฒนาทุกๆ ด้าน ประกอบด้วย การกำหนดบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้ชัดเจน เหมาะสมของผู้ปฏิบัติงาน มีอิสระในการทำงานตามความเหมาะสม การให้เกียรติซึ่งกัน และกัน การสนับสนุนให้ได้รับความร่วมมือ สอดคล้องกับแนวคิดบรรยายกาของค์การของ Lussier (2002: 429) ทั้งนี้ต้องกำหนดโครงสร้างองค์การศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีความยืดหยุ่นต่อ กฎ ระเบียบ ขั้นตอนในการทำงานให้สอดคล้องกับสภาพของ



บริบทชุมชน นอกจากนี้ทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานต้องได้รับความรู้ ความเข้าใจ ต่อระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพทั้งต่อผู้รับบริการ และตัวผู้ปฏิบัติงานเอง นอกจากนี้การทำงานของบุคลากรที่มีการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ดี สามารถจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรือหลีกเลี่ยงให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุด อีกทั้งต้องมีการประกาศเชิญให้รางวัลสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานดี เพื่อสร้างบรรยากาศองค์การที่ดี เพิ่มความพึงพอใจต่อการทำงานเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการบรรลุเป้าหมายของบริการปฐมภูมิ

ตาราง 34 บรรยากาศองค์การ

บรรยากาศองค์การ	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. บุคลากรปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่อย่างอิสระ					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	2 (1.6)	10 (8.0)	78 (62.4)	35 (28.0)
-ผู้ปฏิบัติงาน	0 (0.0)	10 (4.0)	57 (22.8)	137 (54.8)	46 (18.4)
2. บุคลากรในองค์การให้เกียรติซึ่งกันและกัน					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	2 (1.6)	12 (9.6)	68 (54.4)	43 (34.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	4 (1.6)	66 (26.4)	117 (46.8)	60 (24.0)
3. เพื่อนร่วมงานให้ความร่วมมือในการทำงาน					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	2 (1.6)	12 (9.6)	67 (53.6)	43 (34.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	2 (0.8)	3 (1.2)	67 (26.8)	131 (52.4)	47 (18.8)
3. การปฏิบัติงานของบุคลากรมีความคล่องตัว ยืดหยุ่นต่อกฎระเบียบ ข้อปฏิบัติ ขั้นตอน					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	1 (0.8)	17 (13.6)	77 (61.6)	30 (24.0)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	3 (1.2)	68 (27.2)	128 (51.2)	50 (20.0)

ตาราง 34 (ต่อ)

บรรยากาศองค์การ	ระดับความคิดเห็น (n=375)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
4. กำหนดขอบเขต บทบาท หน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	1 (0.8)	1 (0.8)	16 (12.8)	67 (53.6)	40 (32.0)
-ผู้ปฏิบัติงาน	5 (2.0)	8 (3.2)	67 (26.8)	126 (50.4)	44 (17.6)
5. กฎระเบียบ ข้อปฏิบัติ ขั้นตอนสอดคล้องกับบริบท					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	0 (0.0)	1 (0.8)	20 (16.0)	72 (57.6)	32 (25.6)
-ผู้ปฏิบัติงาน	1 (0.4)	7 (2.8)	80 (32.0)	130 (52.0)	32 (12.8)
6. บุคลากรชอบ รักการทำงานกับ ชุมชน ไม่คิดย้ายไปไหน					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	2 (1.6)	1 (0.8)	21 (16.8)	48 (38.4)	53 (42.4)
-ผู้ปฏิบัติงาน	7 (2.8)	11 (4.4)	77 (30.8)	97 (38.8)	58 (23.2)
7. บุคลากรชอบทำงานกับการ บริหารจัดการความเสี่ยงที่ดี					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	4 (3.2)	4 (3.2)	35 (28.0)	67 (53.6)	15 (12.0)
-ผู้ปฏิบัติงาน	3 (1.2)	9 (3.6)	96 (38.4)	91 (36.4)	51 (20.4)
8. ประกาศเชิดชู ให้รางวัล สำหรับบุคลากรที่ ปฏิบัติงานดี					
-หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	9 (7.2)	14 (11.2)	24 (19.2)	62 (49.6)	16 (12.8)
-ผู้ปฏิบัติงาน	19 (7.6)	25 (10.0)	102 (40.8)	79 (31.6)	25 (10.0)

#### 4.2 สภาพแวดล้อมภายนอก

สภาพแวดล้อมภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถแบ่งได้เป็น 9 ปัจจัยย่อย ประกอบด้วย 1) ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน 2) อาชีพของประชาชน 3) ระดับการศึกษาของประชาชน 4) ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ 5) ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน 6) สภาพสิ่งแวดล้อมชุมชน 7) การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ 8) บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ และ 9) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดตัวแปรต่างๆ ดังนี้

##### 4.2.1 ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน

ฐานะเศรษฐกิจของประชาชนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบ ประกอบด้วย รายได้ และรายจ่ายโดยเฉลี่ยของประชาชน พบว่าประชาชนมีรายได้ และรายจ่ายอยู่ระหว่าง 2,001-4,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด (ร้อยละ 47.2 และ 60.0 ตามลำดับ) โดยพบว่าประชาชนมีรายได้เฉลี่ย 4,835.9 บาทต่อเดือน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2,619.9 และประชาชนมีรายจ่ายเฉลี่ย 4,129.6 บาทต่อเดือน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2,216.0 (ดังรายละเอียดในตาราง 35)

ตาราง 35 รายได้และรายจ่ายของประชาชน

ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
1. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประชากรที่รับผิดชอบ (บาทต่อเดือน)		
ต่ำกว่า 2,001	1	0.8
2,001-4,000	59	47.2
4,001-6,000	39	31.2
6,001-8,000	13	10.4
8,001 ขึ้นไป	13	10.4
$\bar{X} = 4,835.9$ S.D.=2,619.9 Minimum=2,000 Maximum=20,000		
2. รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนประชากรที่รับผิดชอบ (บาทต่อเดือน)		
ต่ำกว่า 2,001	1	0.8
2,001-4,000	75	60.0
4,001-6,000	32	25.6
6,001-8,000	13	10.4
8,001 ขึ้นไป	4	3.2
$\bar{X} = 4,129.6$ S.D.=2,216.0 Minimum=1,980 Maximum=20,000		

ผลการวิจัยพบว่าฐานะเศรษฐกิจของประชาชนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบที่วัดจากรายได้ และรายจ่ายเฉลี่ยของประชาชนมีระดับต่ำทำให้โอกาสของประชาชนที่รับผิดชอบมีโอกาสมาใช้บริการด้านสุขภาพจากศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นๆ มากขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2544: 24) ที่พบว่าหากมีการประเมินหรือศึกษาถึงฐานะเศรษฐกิจประชาชนได้อย่างถูกต้องย่อมทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนรู้ และเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนที่รับผิดชอบ สามารถวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ภาวะคุกคามด้านสุขภาพที่ได้ สามารถจัดบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการในการใช้บริการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างสอดคล้อง และเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ

#### 4.2.2 อาชีพของประชาชน

อาชีพของประชาชนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบ โดยเทียบจากสัดส่วนอาชีพของประชาชนภาคเกษตรกรรมกับภาคอื่น พบว่าสัดส่วนอาชีพของประชาชนภาคเกษตรกรรมกับภาคอื่นช่วงร้อยละ 61-80 มากที่สุด (ร้อยละ 56.0) รองลงมาร้อยละ 81 ขึ้นไป (ร้อยละ 26.0) โดยพบสัดส่วนอาชีพประชาชนภาคเกษตรกรรมกับภาคอื่นระหว่างร้อยละ 21-40 น้อยที่สุด (ร้อยละ 3.2) เฉลี่ยพบสัดส่วนอาชีพภาคเกษตรกรรมกับภาคอื่นร้อยละ 70.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.0 (ดังรายละเอียดในตาราง 36)

อาชีพของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่มากกว่าร้อยละ 70 มีอาชีพภาคเกษตรกรรม สะท้อนให้เห็นถึงโอกาสที่ประชาชนที่รับผิดชอบจะเกิดปัญหาจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากกว่าอาชีพด้านอื่นๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2544: 24) ที่ได้ศึกษาถึงอาชีพของประชาชนที่รับผิดชอบทำให้สามารถทราบปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โรคที่เกิดจากการทำงาน ส่งผลให้ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถวางแผนในการดูแลได้อย่างตรงกับปัญหาภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

ตาราง 36 สัดส่วนอาชีพของประชาชนภาคเกษตรกรรมกับภาคอื่น

สัดส่วนอาชีพของประชาชนภาคเกษตรกรรมกับภาคอื่น	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
1. ต่ำกว่าร้อยละ 21	10	8.0
2. ร้อยละ 21-40	4	3.2
3. ร้อยละ 41-60	8	6.4
4. ร้อยละ 61-80	70	56.0
5. ร้อยละ 81 ขึ้นไป	33	26.4
$\bar{X} = 70.5$ S.D.=22.0 Minimum=5.0 Maximum=97.0		

#### 4.2.3 ระดับการศึกษาของประชาชน

ระดับการศึกษาของประชาชน ผู้วิจัยวัดจากสัดส่วนระดับการศึกษาของประชาชนภาคประถมศึกษาเทียบกับภาคอื่นๆ พบว่าสัดส่วนระดับการศึกษาของประชาชนระดับประถมศึกษาเทียบกับระดับอื่นระหว่างร้อยละ 41-60 มากที่สุด (ร้อยละ 39.2) รองลงมาประชาชนมีสัดส่วนระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาเทียบกับระดับอื่นอยู่ระหว่างร้อยละ 61-80 (ร้อยละ 28.0) ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนระดับการศึกษาของประชาชนระดับประถมศึกษาเทียบกับภาคอื่น ร้อยละ 56.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.5 (ดังรายละเอียดในตาราง 37)

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาของประชาชนพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา อาจเป็นเพราะอาชีพหลักของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่มีอาชีพภาคเกษตรกรรมสะท้อนให้โอกาสในการรับรู้ และเข้าใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องเน้นหรือสร้างรูปแบบที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2544: 24) ที่พบว่าระดับการศึกษาของประชาชนอาจทำให้เกิดปัญหาการย้ายถิ่นจากการประกอบอาชีพ เมื่อหมดฤดูกาลจากการทำนา ส่งผลให้ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถวางแผนในการดูแลสุขภาพประชาชนได้ตรงกับสภาพที่เป็นอยู่อย่างเหมาะสมต่อการรับรู้ และเรียนรู้ของชุมชน

ตาราง 37 สัดส่วนระดับการศึกษาของประชาชนภาคประถมศึกษากับภาคอื่น

ระดับการศึกษาของประชาชนภาคประถมศึกษากับภาคอื่น	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
1. ต่ำกว่าร้อยละ 21	11	8.80
2. ร้อยละ 21-40	16	12.80
3. ร้อยละ 41-60	49	39.20
4. ร้อยละ 61-80	35	28.00
5. ร้อยละ 81 ขึ้นไป	14	11.20
$\bar{X} = 56.8$ S.D.=20.5 Minimum=5.0 Maximum=95.0		

#### 4.2.4 ภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ

ภาวะพึงพิงด้านสุขภาพของประชาชนวัยผู้ใหญ่ วัยทำงาน ด้านการเลี้ยงดู ด้านการให้การศึกษาสำหรับเด็ก การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ ด้านจิตใจ การให้คำแนะนำปรึกษา พบภาวะพึงพิงด้านสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านจำนวนประชากรเด็กอายุระหว่าง 0-12 ปีต่อประชากรทั้งหมดเฉลี่ยประชากรผู้ใหญ่ จำนวน 3 คนดูแลประชากรเด็กเฉลี่ย 1 คน การพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรเฉลี่ยประชากรผู้ใหญ่ จำนวน 8 คนดูแลผู้สูงอายุ 1 คน โดยมีการพึ่งพิงของผู้พิการเฉลี่ยประชากร 224 คนดูแลผู้พิการ 1 คน (ดังรายละเอียดในตาราง 38)

ผลการวิจัยพบว่าหากภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชนที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพที่รับผิดชอบมีมาก โอกาสที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจะมีปฏิบัติบทบาทหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้สุขภาพเชิงป้องกัน โรคลดลง เพราะต้องเน้นการดูแลให้บริการด้านสุขภาพต่อการดูแลในกลุ่มประชากรต่างๆ มากกว่าปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2544: 24)

ตาราง 38 ภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ

ภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
1.การพึงพิงของประชากรเด็กอายุ 0-12 ปีต่อประชากรทั้งหมด (จำนวนผู้ใหญ่ต่อเด็ก 1 คน)		
ประชากรต่ำกว่า 6	13	10.4
6-10	30	24.0
11-15	38	30.4
16-20	39	31.2
ประชากร 21 คนขึ้นไป	5	4.0
$\bar{X} = 3.2$ S.D.=11.0 Minimum=3.8 Maximum=123.6		
2.การพึงพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด (จำนวนประชากรต่อผู้สูงอายุ 1 คน)		
ประชากรต่ำกว่า 6 คน	45	36.0
6-10	72	57.6
11-15	6	4.8
16-20	1	0.8
ประชากร 21 คนขึ้นไป	1	0.8
$\bar{X} = 7.9$ S.D.=10.2 Minimum=1.0 Maximum=117.9		
3.การพึงพิงของผู้พิการต่อประชากรทั้งหมด (จำนวนประชากรต่อผู้พิการ 1 คน)		
ประชากรต่ำกว่า 51	2	1.6
51-100	26	20.8
101-150	29	23.2
151-200	18	14.4
ประชากร 201 คนขึ้นไป	50	40.0
$\bar{X} = 224.1$ S.D.=4.2 Minimum=4.2 Maximum=1,709.5		

#### 4.2.5 ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนมีอัตราการป่วยของประชากรในเขตรับผิดชอบ พบโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 6,530 คนต่อแสนประชากร) รองลงมาได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย 2,008 คนต่อแสนประชากร) และพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 376 คนต่อแสนประชากร) และมีอัตราการป่วยด้วยโรค



ใช้เลือดออกเฉลี่ย 152 คนต่อแสนประชากร (ดังรายละเอียดในตาราง 39) จากปัญหาสุขภาพชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ กลุ่มโรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่มีต้องการการดูแลอย่างครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง หากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งใดสามารถลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่หรือป้องกันโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนย่อมต้องทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนมีประสิทธิผลในการให้บริการปฐมภูมิ

ตาราง 39 ปัญหาสุขภาพชุมชน

ปัญหาสุขภาพชุมชน	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (คนต่อแสนประชากร)		
ต่ำกว่า 2,001	82	65.6
2,001-4,000	24	19.2
4,001-6,000	15	12.0
6,001-8,001	2	1.6
8,0001 ขึ้นไป	2	1.6
$\bar{X} = 2,008.2$ S.D.=1,734.4 Minimum=60.0 Maximum=9,908.0		
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (คนต่อแสนประชากร)		
ต่ำกว่า 2,001	29	23.2
2,001-4,000	32	25.6
4,001-6,000	10	8.0
6,001-8,001	10	8.0
8,0001 ขึ้นไป	44	35.2
$\bar{X} = 2,008.2$ S.D.=1,734.4 Minimum=60.0 Maximum=9,908.0		
3. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (คนต่อแสนประชากร)		
ต่ำกว่า 201	83	66.4
201-400	17	13.6
401-600	6	4.8
601-801	7	5.6
801 ขึ้นไป	12	9.6
$\bar{X} = 376.5$ S.D.=1,248.2 Minimum=0.0 Maximum=13,010.0		

ตาราง 39 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=125)	ร้อยละ
4. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (คนต่อแสนประชากร)		
ต่ำกว่า 51	52	41.6
51-100	16	12.8
101-150	9	7.2
151-200	13	10.4
201 ขึ้นไป	35	28.0
$\bar{X} = 152.4$ S.D.=179.4 Minimum=0.0 Maximum=982.0		
5. ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (คนต่อแสนประชากร)		
ต่ำกว่า 2,001	72	57.6
2,001-4,000	44	35.2
4,001-6,000	5	4.0
6,001-8,001	3	2.4
8,0001 ขึ้นไป	1	0.8
$\bar{X} = 6,530.7$ S.D.=5,747.9 Minimum=211.0 Maximum=23,400.0		

#### 4.2.6 สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนมีปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชนขนาดของปัญหาและความรุนแรงระดับปานกลางค่อนข้างน้อย พบปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชนระดับน้อย (ประมาณร้อยละ 20.0) คือ การมี และใช้ส้วมของชุมชน การเลี้ยงสัตว์ในชุมชน (ร้อยละ 19.0) และความสะอาดของน้ำดื่มและน้ำใช้ในชุมชน และพบปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชนในระดับปานกลางค่อนข้างสูงคือ ปัญหาขยะมูลฝอยและการกำจัดขยะของชุมชน (ร้อยละ 36.0) (ดังรายละเอียดในตาราง 40)

ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่พบมีปัญหาค่อนข้างน้อยคือ การมีและใช้ส้วม การเลี้ยงสัตว์ แสดงให้เห็นถึงผลจากการพัฒนาด้านสาธารณสุขมูลฐานไปทั่วถึงประชาชนในพื้นที่ต่างๆของจังหวัดเชียงใหม่ แต่ยังมีปัญหาของน้ำสะอาดทั้งใช้ในการอุปโภค บริโภค ขยะมูลฝอย และขยะทั่วไปในระดับปานกลางถึงมาก สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมจากการ

เปลี่ยนการดำเนินชีวิตประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่จากภาคเกษตรกรรมเป็นภาคอุตสาหกรรม มีการอพยพย้ายถิ่นของแรงงาน มีการใช้ทรัพยากรต่างๆ มากขึ้นจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น

ตาราง 40 สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน

สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน	สภาพการณ์ (n=125)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ขนาดปัญหาจากการมีส้วม ใช้อย่างครบคลุม	107 (85.6)	6 (4.8)	6 (4.8)	6 (4.8)	0 (0.0)
2. ความรุนแรงจากความขาด แคลนส้วมใช้	104 (84.4)	10 (8.0)	4 (3.2)	5 (4.0)	0 (0.0)
3. ขนาดปัญหาการใช้ส้วม	104 (83.2)	10 (8.0)	4 (3.2)	7 (5.6)	0 (0.0)
4. ความรุนแรงจากปัญหาใน การใช้ส้วม	106 (84.4)	11 (8.8)	2 (1.6)	6 (4.8)	0 (0.0)
5. ขนาดปัญหาการเลี้ยงสัตว์	65 (52.0)	37 (29.6)	21 (16.8)	1 (0.8)	1 (0.8)
6. ความรุนแรงของปัญหา จากการเลี้ยงสัตว์ในชุมชน	60 (48.0)	42 (33.6)	17 (13.6)	5 (4.0)	1 (0.8)
7. ขนาดปัญหาจากความ สะอาดของน้ำดื่ม	74 (59.2)	18 (14.4)	20 (16.0)	11 (8.8)	2 (1.6)
8. ความรุนแรงจากปัญหา ความสะอาดของน้ำดื่ม	77 (61.6)	20 (16.0)	16 (12.8)	10 (8.0)	2 (1.6)
9. ขนาดปัญหาจากความ สะอาดของน้ำใช้	72 (57.6)	22 (17.6)	22 (17.6)	7 (5.6)	2 (1.6)
10. ความรุนแรงจากปัญหา ความสะอาดของน้ำใช้	76 (60.8)	26 (20.8)	17 (13.6)	4 (3.2)	2 (1.6)
11. ขนาดปัญหาการกำจัดขยะ	50 (40.0)	30 (24.0)	21 (16.8)	20 (16.0)	4 (3.2)
12. ความรุนแรงของปัญหาการ กำจัดขยะ	52 (41.6)	32 (25.6)	22 (17.6)	16 (12.8)	3 (2.4)
13. ขนาดปัญหาขยะมลพิษ	54 (43.2)	39 (31.2)	15 (12.0)	14 (11.2)	3 (2.4)
14. ความรุนแรงของขยะ มลพิษ	57 (45.6)	35 (28.0)	20 (16.0)	10 (8.0)	3 (2.4)

#### 4.2.7 การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ

ส่วนใหญ่ศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 55.0) ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำมากที่สุด เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ ระบบการเชื่อมต่อระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนกับโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำ การสนับสนุนความรู้แก่นุคลากรในการให้บริการปฐมภูมิ และความคล่องตัวในการบริหารจัดการอย่างยืดหยุ่น และพบว่าจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน 1 ใน 3 (ประมาณร้อยละ 35.0) ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำมากที่สุด เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ ระบบการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพบริการ ระบบพัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากร และ ความคล่องตัวการบริหารจัดการ ระบบการเงินและงบประมาณ (ดังรายละเอียดในตาราง 41)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลรัฐบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือ โรงพยาบาลเอกชนมีความสำคัญต่อการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต้องอาศัยการบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆจากหน่วยบริการประจำ ได้แก่ การสนับสนุนบุคลากรที่ร่วมให้บริการ การอบรมเพิ่มพูน หรือฟื้นฟูความรู้ และการฝึกประสบการณ์ในการทำงาน การสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ งบประมาณ ให้มีอย่างจำกัดส่งผลให้เกิดประสิทธิผลการบริหารจัดการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน

ตาราง 41 การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ

การสนับสนุน จากหน่วยบริการประจำ	สภาพการณ์ (n=125)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ระบบการเชื่อมต่อองค์กร กับโรงพยาบาลที่เป็น หน่วยบริการประจำ	6 (4.8)	10 (8.0)	43 (34.4)	44 (35.2)	22 (17.6)
2. สนับสนุนความรู้แก่ บุคลากรเรื่องบริการปฐมภูมิ	8 (6.4)	5 (4.0)	47 (37.6)	47 (37.6)	18 (14.4)
3. ความคล่องตัวในการบริหาร จัดการอย่างยืดหยุ่น	2 (1.6)	10 (8.0)	48 (38.4)	55 (44.0)	10 (8.0)
4. ระบบการติดตาม ประเมินผล อย่างต่อเนื่อง	6 (4.8)	11 (8.8)	55 (44.0)	38 (30.4)	15 (12.0)
5. ระบบพัฒนาความรู้ ทักษะ ปฏิบัติงานปฐมภูมิ	10 (8.0)	3 (2.4)	61 (48.8)	35 (28.0)	16 (12.8)
6. ความคล่องตัวการบริหาร จัดการระบบการเงิน และ งบประมาณ	8 (6.4)	15 (12.0)	60 (48.0)	29 (23.2)	13 (10.4)

#### 4.2.8 บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ

ส่วนใหญ่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 30.0) มีองค์กรชุมชนที่มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพระดับมากถึงมากที่สุด เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ การประสานความร่วมมือให้มีการดำเนินการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนงบประมาณ พัฒนาการประสานงานเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ (ดังรายละเอียดในตาราง 42)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพเพื่อประสานความร่วมมือในการจัดบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และภาคเอกชน มีผลต่อการป้องกัน ควบคุมโรคในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้นทั้งจากการสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ บุคลากร หรือประสานงาน ร่วมกิจกรรม หรือเป็นประชาสัมพันธ์ โดยจัดให้มีการให้บริการร่วมตรวจสุขภาพ การป้องกันโรคไข้เลือดออก การ

ป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ดังนั้นหากศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีการสนับสนุนขององค์กรชุมชน ในการจัดบริการสุขภาพย่อมมีแนวโน้มที่จะทำให้ประสิทธิผลการให้บริการด้านปฐมภูมิมี ประสิทธิภาพมาก สนับสนุนการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ มีต่อการบรรลุเป้าหมายบริการปฐมภูมิ (คณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงาน ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ, 2550: 23-24)

ตาราง 42 บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ

บทบาทขององค์กรชุมชน ในการจัดบริการสุขภาพ	สภาพการณ์ (n=125)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ประสานความร่วมมือให้ม ีการดำเนินการด้านสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ	4 (3.2)	11 (8.8)	59 (47.2)	32 (25.6)	19 (15.2)
2. สนับสนุนเงินงบประมาณ	18 (14.4)	19 (15.2)	45 (36.0)	30 (24.0)	13 (10.4)
3. พัฒนาการประสานงานเพิ่ม ประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง	16 (12.8)	20 (16.0)	54 (43.2)	27 (21.6)	8 (6.4)
4. ติดตามประเมินผลการ ดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ	16 (12.8)	20 (16.0)	54 (43.2)	25 (20.0)	10 (8.0)

#### 4.2.9 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ

ส่วนใหญ่ศูนย์สุขภาพชุมชนเกือบครึ่งหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 45.0) มีส่วน ร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระดับมากถึงมากที่สุด เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ การร่วมรับประโยชน์จากการดูแลสุขภาพทั้งส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน ร่วมคิดในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน และมีจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนเพียง 1 ใน 3 ที่มีการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ ในด้านดังต่อไปนี้ตามลำดับ การวางแผนในการดูแลสุขภาพของ ประชาชนในชุมชน การร่วมติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และร่วมตัดสินใจต่อ การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน (ดังรายละเอียดในตาราง 43)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพนั้น พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มากที่สุดจากการดูแลสุขภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รองลงมาได้แก่ การร่วมคิด และร่วมวางแผน สอดคล้องกับการวิเคราะห์การ

มีส่วนร่วมของชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อการบรรลุเป้าหมายบริการปฐมภูมิ (คณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ, 2550: 23-24) หากการสร้างความร่วมมือของศูนย์สุขภาพชุมชนมีทิศทางที่เพิ่มขึ้น เป็นประโยชน์ต่อศูนย์สุขภาพชุมชนและชุมชนและชุมชนต่อภาวะสุขภาพ ทั้งนี้ต้องมีการเพิ่มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทรัพยากร หรือใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการเสริมสร้างการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน

ตาราง 43 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการการสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดบริการการสุขภาพ	สภาพการณ์ (n=125)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ร่วมรับประโยชน์จากการดูแลสุขภาพทั้งตนเอง ครอบครัว และชุมชน	0 (0.0)	12 (9.6)	57 (45.6)	43 (34.4)	13 (10.4)
2. ร่วมคิดในการดูแลสุขภาพของประชาชน	3 (2.4)	15 (12.0)	54 (43.2)	40 (32.0)	13 (10.4)
3. ร่วมวางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชน	3 (2.4)	16 (12.8)	58 (46.4)	36 (28.8)	12 (9.6)
4. ร่วมติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	1 (0.8)	15 (12.0)	64 (51.2)	37 (29.6)	8 (6.4)
5. ร่วมตัดสินใจต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน	2 (1.6)	19 (15.2)	63 (50.4)	31 (24.8)	10 (8.0)



## 2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

สามารถวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการ ได้ 2 ส่วนคือ 1) การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และ 2) การหาความสำคัญของปัจจัยต่างๆ กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

### 2.5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับประสิทธิผลการบริหารจัดการ

การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน อธิบายได้เป็น 4 ปัจจัย ดังนี้

#### 2.5.1.1 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ

การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน มี 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 พบปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การมีความสัมพันธ์ทิศทางเดียวกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน ( $r=0.49$ ) การกระจายอำนาจ ( $r=0.43$ ) และการแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ ( $r=0.38$ ) ตามลำดับ นอกจากนี้พบปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การที่มีความสัมพันธ์

ตาราง 44 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน	0.49**
2. การกระจายอำนาจ	0.43**
3. การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ	0.38**
4. ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ	-0.14**
5. ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน	-0.11*
6. ทำเล ที่ตั้ง	0.03
7. จำนวนบุคลากร	0.02

\*  $p < 0.05$  , \*\*  $p < 0.01$

ตรงกันข้ามกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน คือ ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ ( $r=-0.14$ ) และระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนสัมพันธ์ทิศทางตรงกันข้ามกับ ( $r=-0.11$ ) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังรายละเอียดในตาราง 44)

### 2.5.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคลากรกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคลากรกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่ามี 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทิศทางเดียวกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 พบว่าภาวะผู้นำมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ( $r=0.51$ ) และการจงใจมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำสุด ( $r=0.11$ ) และที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คือ เพศ ( $r=0.11$ ) (ดังรายละเอียดในตาราง 45)

ตาราง 45 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคลากรกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัจจัยด้านบุคลากร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. ภาวะผู้นำ	0.51**
2. การทำงานเป็นทีม	0.51**
3. ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ	0.45**
4. ความพึงพอใจในงาน	0.45**
5. เจตคติในการทำงาน	0.44**
6. การจงใจ	0.41**
7. เพศ	0.11*
8. ความผูกพันต่อองค์กร	0.40
9. การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ	0.08
10. การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ	0.08
11. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	0.08
12. รายได้	0.07
13. ระดับการศึกษา	0.03
15. สถานภาพสมรส	< 0.01

\*  $p < 0.05$  , \*\*  $p < 0.01$

### 2.5.1.3 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการกับ

#### ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการทุกตัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 พบว่าการบริหารการเปลี่ยนแปลงมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ( $r=0.66$ ) และการติดต่อสื่อสารมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำสุด ( $r=0.55$ ) (ดังรายละเอียดในตาราง 46)

ตาราง 46 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. การบริหารการเปลี่ยนแปลง	0.66**
2. การบริหารเชิงกลยุทธ์	0.60**
3. การติดต่อสื่อสาร	0.55**

\*  $p < 0.05$  , \*\*  $p < 0.01$

### 2.5.1.4 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกับประสิทธิผล

#### การบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม 8 ปัจจัยย่อยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีทิศทางความสัมพันธ์ไปทางเดียวกันกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ วัฒนธรรมองค์กร ( $r=0.54$ ) บรรยากาศองค์กร ( $r=0.53$ ) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ ( $r=0.27$ ) อาชีพของประชาชน ( $r=0.24$ ) และการสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ ( $r=0.14$ ) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ตรงกันข้ามกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนคือ ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน ( $r=-0.16$ ) และภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ( $r=0.15$ ) โดยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และระดับการศึกษาของประชาชน ( $r=0.11$ ) มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน (ดังรายละเอียดในตาราง 47)

ตาราง 47 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. วัฒนธรรมองค์กร	0.54**
2. บรรยากาศองค์กร	0.53**
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ	0.27**
4. อาชีพของประชาชน	0.24**
5. ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน	-0.16**
6. ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ	-0.15*
7. การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ	0.14**
8. ระดับการศึกษาของประชาชน	0.11*
9. บทบาทของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ	0.08
10. สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน	0.06
11. ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน	-0.01

\*  $p < 0.05$  , \*\*  $p < 0.01$

## 2.5.2 การหาความสำคัญของปัจจัยด้านต่างๆ กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540: 158) สามารถแบ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ได้ 2 รูปแบบ คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากผู้ปฏิบัติงาน ดังนี้

### 2.5.2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยวิเคราะห์จากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน เมื่อทำการคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานเข้าสมการเป็นตัวแปรแรก ต่อจากนั้นตัวแปรที่เข้าคือ เพศของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และตัวแปรการได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิเข้าสมการลำดับสุดท้าย โดยการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานสามารถอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ 0.684 ( $R^2=0.673$ ) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์เพศของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.802 ( $R^2=0.802$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.2 ( $R^2 \text{ change}=0.172$ ) และเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.869 ( $R^2=0.869$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.3 ( $R^2 \text{ change}=0.083$ ) (ดังรายละเอียดในตาราง 48-49)

สมการที่ค้นพบในการพยากรณ์ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่สำหรับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนคือ

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน =  $-0.433 + 0.974$  (การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน) +  $0.439$  (เพศ) +  $0.238$  (การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ)

ตาราง 48 อำนาจการพยากรณ์ระหว่างตัวแปรที่ได้รับเลือกของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน

ลำดับขั้นของการคัดเลือกตัวพยากรณ์	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	F	p-value
1. การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน	0.827	0.684	0.673	55.571	<0.001**
2. เพศ	0.895	0.802	0.172	52.494	<0.001**
3. การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ	0.932	0.869	0.083	55.069	0.001**

\*\* p < 0.01

ตาราง 49 ลำดับขั้นการคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน

ลำดับขั้นของการคัดเลือกตัวพยากรณ์	B	SE.b	Beta	t	Sig
1. การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน	0.974	0.076	1.012	12.759	<0.001**
2. เพศ	0.439	0.095	0.348	4.624	<0.001**
3. การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ	0.238	0.067	0.275	3.571	0.001**

\*\* p < 0.01

R = 0.932 Overall F = 12.759

R<sup>2</sup> = 0.869 Constant = -0.433

### 2.5.2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยวิเคราะห์จากผู้ปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ของผู้ปฏิบัติงาน เมื่อทำการคัดเลือกปัจจัยที่มีความสำคัญต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานเข้าสมการเป็นตัวแปรแรก ต่อจากนั้นตัวแปรที่เข้าคือ ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ความผูกพันต่อองค์กร รายได้ของผู้ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และการบริหารการเปลี่ยนแปลงตามลำดับ

การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน สามารถอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ 0.464 (R<sup>2</sup>=0.464) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ระยะเวลาการ

ดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.593 ( $R^2=0.593$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 27.8 ( $R^2 \text{ change}=0.278$ ) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กรเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.693 ( $R^2=0.168$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.8 ( $R^2 \text{ change}=0.168$ ) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กรเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.693 ( $R^2=0.168$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.8 ( $R^2 \text{ change}=0.168$ ) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์รายได้ของผู้ปฏิบัติงานเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.762 ( $R^2=0.762$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.9 ( $R^2 \text{ change}=0.099$ ) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.806 ( $R^2=0.806$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.7 ( $R^2 \text{ change}=0.057$ ) และเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์การบริหารการเปลี่ยนแปลงเข้าไปเป็นลำดับสุดท้าย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.866 ( $R^2=0.866$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.4 ( $R^2 \text{ change} = 0.074$ ) (ดังรายละเอียดในตาราง 50-51)

สมการที่ค้นพบในการพยากรณ์ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ของผู้ปฏิบัติงานคือ

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน =  $1.443 + 0.165$  (การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน) –  $0.157$  (ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน) +  $0.189$  (ความผูกพันต่อองค์กร) –  $0.094$  (รายได้ของผู้ปฏิบัติงาน) +  $0.132$  (ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน) +  $0.408$  (การบริหารการเปลี่ยนแปลง)



ตาราง 50 อำนาจการพยากรณ์ระหว่างตัวแปรที่ได้รับเลือกของผู้ปฏิบัติงาน

ลำดับขั้นของการคัดเลือกตัวพยากรณ์	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	F	p-value
1. การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน	0.681	0.464	0.464	25.103	<0.001**
1. ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์ สุขภาพชุมชน	0.770	0.593	0.278	20.396	<0.001**
2. ความผูกพันต่อองค์กร	0.832	0.693	0.168	20.282	<0.001**
3. รายได้ของผู้ปฏิบัติงาน	0.873	0.762	0.099	20.821	<0.001**
4. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	0.898	0.806	0.057	20.799	<0.001**
6. การบริหารการเปลี่ยนแปลง	0.931	0.866	0.074	25.913	<0.001**

\*\* p &lt; 0.01

ตาราง 51 ลำดับขั้นการคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ของผู้ปฏิบัติงาน

ลำดับขั้นของการคัดเลือกตัวพยากรณ์	B	SE.b	Beta	t	Sig
1. การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน	0.165	0.082	0.266	2.010	<0.001**
1) ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์ สุขภาพชุมชน	-0.157	0.035	-0.432	-4.469	<0.001**
2) ความผูกพันต่อองค์กร	0.189	0.073	0.206	2.602	<0.001**
3) รายได้ของผู้ปฏิบัติงาน	-0.094	0.027	-0.285	-3.452	<0.001**
4) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	0.132	0.050	0.238	2.621	<0.001**
6. การบริหารการเปลี่ยนแปลง	0.408	0.124	0.453	3.284	<0.001**

\*\* p &lt; 0.01

R = 0.931 Overall F = 25.913

R<sup>2</sup> = 0.866 Constant = 1.443

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ของทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานพบมี 8 ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย

1. ระยะเวลาในการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยศูนย์สุขภาพชุมชนรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาล เริ่มมีการพัฒนาให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการวิจัยพบว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพของรัฐบาลด้านสาธารณสุขเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปี 2544 ทำให้แต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนของแต่ละพื้นที่ที่มีการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิส่วนใหญ่มีระยะเวลา 5 ปี เพราะหากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งใดที่งานมีความรู้ ความเข้าใจต่อเป้าหมายการให้บริการปฐมภูมิ สามารถที่จะจัดให้บริการอย่างเป็นองค์รวมผสมผสาน ต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ย่อมทำให้เกิดประสิทธิผลการให้บริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ระยะเวลาในการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนอาจส่งผลให้มีการเพิ่มประสิทธิผลการบริหารจัดการในระดับที่สูงขึ้นจากความรู้สึกเป็นเจ้าของด้านสุขภาพของชุมชนเอง

2. การใช้เทคโนโลยีในการในการบริหาร การบริการ และทางวิชาการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเหมาะสม ครอบคลุมประเภทต่างๆของเทคโนโลยีทั้งฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ มีความทันสมัยและเพียงพอ โดยพบว่าความเพียงพอของจำนวนคอมพิวเตอร์ที่มีใช้ทุกศูนย์สุขภาพชุมชนครอบคลุมประเภทต่าง ๆ ของเทคโนโลยีทั้งฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ และความรู้ของบุคลากรในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของบุคลากรและการใช้ความรู้ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการนำไปสู่ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนสอดคล้องกับแนวคิดของ Steers (1977: 70) กล่าวว่า การใช้เทคโนโลยีแปลงสภาพวัตถุดิบ หรือตัวป้อนให้เป็นผลผลิตที่มีประสิทธิภาพตามเป้าหมาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของประเสริฐ บัณฑิตศักดิ์ (2540: บทคัดย่อ) ที่พบว่าเทคโนโลยีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินงานขององค์การให้บรรลุวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย เครื่องมือ วิธีการ เทคนิค ตลอดจนความรู้ และทักษะของบุคลากรที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้าเป็นผลผลิต แสดงให้เห็นว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่ใช้เทคโนโลยีในรูปแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์บันทึกการให้บริการ รวบรวมสถิติ ประมวลผลผลการให้บริการเป็นข้อมูลวางแผน โครงการหรืองานต่างๆ ดังนั้นหากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งใดมีการใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งระบบคอมพิวเตอร์ และความสามารถในการใช้งานของบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีระบบข้อมูลในการจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อการดูแลสุขภาพ

3. เพศของของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานเป็นเพศหญิง เพราะเพศหญิงมีความละเอียดรอบคอบในงานทำให้การทำงานด้านบริการปฐมภูมิที่ต้องอาศัยศาสตร์ และศิลป์ในการทำงานกับคนทั้ง 4 มิติ ด้าน กาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และเพศชายสามารถทำงานเชิงรุกในชุมชนได้ดี ดังนั้นควรมีการเพิ่มทักษะในการ

ให้บริการปฐมภูมิให้กับบุคลากรทั้งในการบริหารจัดการ การให้บริการปฐมภูมิ และทักษะในการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การประสานความร่วมมือด้านงบประมาณ การทำงานในชุมชนนอกเวลาราชการ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544: 25) สามารถทำงานเชิงรุกในชุมชนได้ดี มีโอกาสประสานงานในการได้รับการจัดสรรงบประมาณ ความร่วมมือ การทำงานในชุมชนนอกเวลาราชการ

4. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน โดยเฉลี่ย 5 ปี และเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะความเข้าใจในแนวคิดบริการปฐมภูมิของบุคลากรต่อการให้บริการแบบองค์รวม สามารถประเมินภาวะสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ (2545: 6-9)

5. รายได้เฉลี่ยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ส่งผลให้บุคลากรมีความพึงพอใจต่อผลตอบแทนที่ได้รับในรูปแบบเงินเดือน โบนัส สวัสดิการ และในปีงบประมาณ 2549-2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายในการให้โบนัส เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิ เพื่อเสริมสร้างมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน ชุมชนเกิดความผูกพันต่อองค์การศูนย์สุขภาพชุมชน และมีความพยายามที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่ได้รับ

6. การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิจึงมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะการที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิเวชศาสตร์ครอบครัว ส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล สามารถนำความรู้ ประสบการณ์ที่ได้มาประยุกต์ใช้งาน ได้ต่อการปฏิบัติงานให้บริการปฐมภูมิ

7. ความผูกพันต่อองค์การมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะการทำงานด้วยความเต็มใจเพื่อผลประโยชน์ขององค์การ การมีความจงรักภักดีต่อศูนย์สุขภาพชุมชน โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนแสดงถึงความภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน มีความสัมพันธ์ที่ดีของเพื่อนร่วมงาน เกิดความสามัคคี และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์การ ทำให้มีความเต็มใจ อุทิศเวลาในการทำงาน มีความผูกพันในการอยู่ร่วมกันของคนในองค์การ และหากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีความผูกพันต่อองค์การ ขอมอบในเป้าหมายส่วนรวมของศูนย์สุขภาพชุมชนย่อมส่งผลให้ประสิทธิผลการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนมีในระดับที่สูงสอดคล้องตามแนวคิดความผูกพันต่อองค์การของ Mowday, Steers and Porter (1979: 452)

8. การบริหารการเปลี่ยนแปลง พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะหากองค์กรใดไม่มีการบริหารเพื่อปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทำให้องค์การนั้นล้มสมัย พบกับภาวะถดถอย สอดคล้องกับแนวคิดของ Kimbrough and Burkett (1990: 134-151) ที่กล่าวว่า การบริหารการเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการของพฤติกรรมที่ต่อเนื่องกัน เกิดจากการกำหนดความจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมาจากความต้องการของสมาชิกในองค์กรที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนั้น มีการสร้างแรงจูงใจให้แก่ทีมงานในองค์กรเกิดความรู้สึกต้องการเปลี่ยนแปลง โดยการแสวงหาแนวทางที่เหมาะสม และโอกาสสำเร็จ มีการลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการเปลี่ยนแปลง เมื่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงเสร็จสิ้น ควรได้มีการเผยแพร่ไปองค์กรอื่นๆ เพราะหากศูนย์สุขภาพชุมชนมีการบริหารการเปลี่ยนที่ดี องค์กรมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปย่อมทำให้องค์การเกิดประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่สูงขึ้น

### 3. การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดใหม่เชียงใหม่ โดยนำเสนอผลการวิจัยที่ได้ต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ข้อคิดเห็นเสนอแนะต่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยผู้วิจัยแบ่งได้ 4 ด้านตามกรอบแนวคิดการวิจัย คือ 1) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร 2) ปัจจัยด้านบุคลากร 3) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ 4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม มีรายละเอียดดังนี้

#### ด้านที่ 1 ข้อเสนอเชิงนโยบายจากปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร

ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นองค์กรด้านสุขภาพที่อาศัยการจัดโครงสร้างองค์กรที่เหมาะสมเพื่อประสิทธิผลการบริหารจัดการต้องมีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอ เหมาะสมทั้งด้านจำนวน และประเภทบุคลากร ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ทันตแพทย์ ทันตภิบาล เภสัชกรรม นักกายภาพบำบัด และทีมสุขภาพอื่นๆ มีการแบ่งงานที่ชัดเจน กำหนดเป็นลายลักษณ์อักษรตามความรู้ ความสามารถ และทักษะของแต่ละวิชาชีพ บุคลากร อาจกำหนดเวลาการปฏิบัติงานทั้งแบบประจำ และหมุนเวียนตามภาระงานที่เหมาะสม

สร้างแนวทางมีการกระจายอำนาจภายในศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเหมาะสมโดยลดขั้นตอนการสั่งการ เพิ่มอำนาจในการตัดสินใจของทีมงานให้รวดเร็ว เน้นการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานระหว่างหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และทีมงาน สามารถเพิ่มการประสานงานทั้งที่เป็นทางการ และไม่ทางการ สร้างความเป็นกันเองให้กับทีมงาน อาจมีการพูดคุยระหว่างปฏิบัติงาน มีการประชุม ปรึกษาหารืออย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันที่ก่อให้เกิดการพัฒนางานปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

สำหรับลักษณะการจัดบริการสุขภาพ ควรให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างอาสาสมัคร องค์กรภาครัฐ เอกชนภายในชุมชนเองกับบุคลากรสาธารณสุขอย่างบูรณาการ เพื่อการได้รับสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลด้านสุขภาพที่ดีแก่ชุมชน โดยเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขสำหรับเป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษาสาธารณสุข เกิดการกระตุ้นบุคลากรสาธารณสุขในการขวนขวายหาความรู้ต่อการเป็นอาจารย์ที่เลี้ยงในการทำงานกับชุมชน สามารถฝึกภาคสนามต่อการเยี่ยมบ้าน การสำรวจจัดทำแฟ้มครอบครัว เพื่อให้มีการรู้จักสุขภาพของครอบครัวแบบเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิด ทำให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวในชุมชนได้ มีการฝึกทำแฟ้มชุมชนเพื่อการวิเคราะห์ปัญหาชุมชน เพื่อจัดทำแผนงาน โครงการได้อย่างสอดคล้องกับบริบทชุมชน ส่วนการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีจำนวนคอมพิวเตอร์ โปรแกรมที่เหมาะสมกับข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ และจัดทำเป็นสารสนเทศในการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน ต้องมีการฝึกอบรม ความรู้ ทักษะของบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถใช้คอมพิวเตอร์ และ โปรแกรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การบริหารจัดการข้อมูลต่างๆ เพื่อการวางแผนและประเมินผลการปฏิบัติงานในด้าน บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ การบริหารจัดการงาน และงบประมาณ ได้อย่างคุ้มค่า เกิดประสิทธิผลในการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากปัจจัยด้าน โครงสร้างองค์การดังนี้

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และขยายบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนในรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล และมีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ได้อย่างสะดวก สร้างความร่วมมือกับท้องถิ่น ชุมชน และองค์กรภาคเอกชน ให้ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมกันทำงานระหว่างบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนกับคนในชุมชน อาสาสมัคร องค์กรภาครัฐในพื้นที่ต่อการดูแลสุขภาพ

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เป็นหน่วยบริการประจำ ควรพัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากร จัดสรรจำนวน และประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงานทั้งประจำ และหมุนเวียนอย่างเหมาะสมกับภาระงาน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมในการวางแผนบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการกระจายของบุคลากรที่เป็นธรรม เหมาะสม สนับสนุนการให้ทุนกับนักเรียนในชุมชน เพื่อเรียนต่อด้านสาธารณสุข และกลับมาปฏิบัติงานในชุมชนของตนเอง ซึ่งจะเป็นบุคลากรที่มีความคุ้นเคยกับชุมชน สามารถเกิดความเชี่ยวชาญ และมีความต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไปในอนาคต

3. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐนอก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นหน่วยบริการประจำ และคณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบให้เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถของบุคลากรทีมสุขภาพตามวิชาชีพ ได้แก่ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน เน้นงานบริหารจัดการ การประสานงานกับชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข เน้นการวิเคราะห์บริบท ปัญหาสุขภาพ การจัดการระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนและติดตามผล เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เน้นการทำงานด้านชุมชน การดูแลสภาพแวดล้อมของชุมชน พยาบาลวิชาชีพ เน้นการให้บริการรักษาพยาบาลด้านปฐมภูมิ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร เน้นการให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ทั้งนี้ควรมีการทำงานผสมผสานอย่างมีประสิทธิภาพทุกสาขาวิชาชีพ ภายในเป้าหมายการให้บริการปฐมภูมิคือ บริการอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสาน คดขยที่มงานที่มีส่วนร่วม

4. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐนอก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นหน่วยบริการประจำ และคณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ควรสนับสนุนให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษาด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นแหล่งข้อมูล เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในศูนย์สุขภาพชุมชน และคณะอาจารย์ที่มานิเทศ เพื่อติดตามผล การฝึกงานของนักศึกษา

5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดหาสรรงบประมาณ เพื่อจัดซื้อ จัดหาคอมพิวเตอร์ และพัฒนาระบบโปรแกรมการใช้งานให้ทันสมัย และมีความเหมาะสม รวมทั้งเพิ่มพูนความรู้ ทักษะของบุคลากรใน



การใช้งานระบบคอมพิวเตอร์อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดทำฐานข้อมูลความรู้ที่จำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และชุมชนได้

## ด้านที่ 2 ข้อเสนอเชิงนโยบายจากปัจจัยด้านบุคลากร

ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน รายได้ ผลการวิจัยพบว่า เพศ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน รายได้ มีผลต่อการทำงานปฐมภูมิ เพราะความแตกต่างด้านเพศของบุคคล ในลักษณะงานที่ต้องการความรอบคอบ การทำงานเชิงรุกในชุมชนทั้งในเวลา และนอกเวลา ราชการ สามารถประสานงาน ติดต่อกับผู้นำชุมชน ส่งผลให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณ การมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของต่อการดูแลสุขภาพของชุมชน ส่วนรายได้นั้นเป็นการตอบสนองของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการทำงาน เพราะหากบุคลากรมีความพึงพอใจต่อรายได้ที่ได้รับส่งผลให้บุคลากรทุ่มเท อุทิศตนให้งานบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน นอกจากนี้การที่บุคลากรมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจนสามารถรู้จักชุมชน เข้าใจแนวคิดการให้บริการปฐมภูมิ หรือสามารถเรียนรู้ ปรับตัวให้ทำงานประสานเป็นทีมงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพย่อมทำให้เกิดประสิทธิผลการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับที่สูงขึ้น

การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ การที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้เข้ารับการอบรม เรียนรู้ เรื่องบริการปฐมภูมิ แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวทำให้บุคลากรเกิดการกระตุ้นที่พัฒนางานได้อย่างมีเป้าหมาย อีกทั้งควรสนับสนุนให้บุคลากรทุกวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพได้มีโอกาสได้รับการอบรม หรือศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในความรู้เรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ แนวคิดการวิจัยจากงานประจำ แนวคิดการพัฒนาวัฒนธรรม บุคลากรทุกตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถประเมินภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การวางแผนในการรักษาหรือดูแลสุขภาพ การประเมินติดตามผลการปฏิบัติงาน การให้บริการรักษาโรคเบื้องต้น ส่งเสริมกระตุ้นการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน และการมีส่วนร่วมที่ดีกับชุมชน โดยไม่แบ่งขอบเขตความเป็นวิชาชีพใด ย่อมส่งผลให้การให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากปัจจัยด้านบุคลากรดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการศึกษาควรเสริมสร้างเครือข่ายวิชาชีพ และร่วมสร้างคุณค่า อุดมการณ์บริการปฐมภูมิ



ของศูนย์ สุขภาพชุมชน โดยร่วมกำหนดหลักสูตรที่เหมาะสม มีคุณค่า แสดงความเป็นเอกลักษณ์ และศักดิ์ศรีของบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน สนับสนุนแหล่งเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงในชุมชนจากการกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรม และงานวิจัยจากงานประจำ ควรมีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้ด้านบริการปฐมภูมิของชุมชนในทุกสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความก้าวหน้าในการทำงาน สร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานกับชุมชน เพิ่มศักดิ์ศรีการทำงานระดับปฐมภูมิให้ทัดเทียมกับระดับอื่น ๆ โดยบุคลากรสามารถนำความรู้ทั้งภาคทฤษฎีที่มีโอกาสได้ศึกษา ฝึกอบรมเพิ่มเติม ผสมผสานกับประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อการพัฒนางานปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์ต่อชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นหน่วยบริการประจำ และคณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ควรมีการพัฒนาทักษะการทำงานประสานงานในชุมชนให้กับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่

### ด้านที่ 3 ข้อเสนอเชิงนโยบายจากปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

การบริหารการเปลี่ยนแปลง เป็นความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชนในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีการปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพบริบท ศูนย์สุขภาพชุมชนใดมีการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่ดี สร้างวัฒนธรรมองค์การเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง สามารถสนับสนุนส่งเสริมให้มีการกระทำเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลง การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของศูนย์สุขภาพชุมชนส่งผลให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนตอบสนองต่อผู้ป่วย ประชาชน และชุมชนได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาของชุมชน ทั้งนี้หากศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถวิเคราะห์สิ่งแวดล้อม กำหนดกลยุทธ์ และการปฏิบัติตามกลยุทธ์เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกขั้นตอน สามารถวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชน โดยกำหนดแผนงาน โครงการได้อย่างสอดคล้อง มีระบบการติดตามผ่านตัวชี้วัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการบริหารการติดต่อสื่อสารทั้งที่เป็นทางการและไม่ทางการ เลือกใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารในช่องทางที่เหมาะสม บุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้อง ครบถ้วนเกิดประสิทธิภาพในการติดต่อประสานงานทั้งภายใน

และภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากปัจจัยด้านการบริหารจัดการดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการศึกษา ควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนต่อการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนให้เหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ ของพื้นที่ พัฒนาระบบการบริหารการส่งต่อ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเข้าสู่ระบบบริการของประชาชนอย่างเหมาะสมในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ องค์ความรู้ใหม่ ๆ ต่อการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการประเมินติดตาม เพื่อการตัดสินใจทางการบริหารจัดการ

2. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานที่เป็นหน่วยบริการประจำ ควรเพื่อพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลง สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม เน้นการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วม สามารถกำหนดแผนกลยุทธ์ แผนงาน โครงการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชนได้มีการประเมินติดตามอย่างเหมาะสม โดยใช้ระบบข้อมูล การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

#### ด้านที่ 4 ข้อเสนอเชิงนโยบายจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่เกิดจากการทำงานมีอาชีพซึ่งเป็นลักษณะการทำมาหากินของประชาชนในชุมชน ประกอบด้วย ภาคเกษตรกรรม ภาคค้าขาย ภาครับจ้างทั่วไป ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ โดยระดับการศึกษาเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีโอกาสในการประกอบอาชีพที่แตกต่างกัน ระดับการรับรู้ที่แตกต่างกันต่อความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และการสร้างเสริมสุขภาพต่อครอบครัว และชุมชนได้ต่ำ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนวัดจากผลตอบแทนที่เป็นตัวเงินจากการทำงานทั้งประจำและชั่วคราว และค่าใช้จ่ายประจำจากค่าอาหารและสินค้าอุปโภคที่จำเป็นของประชาชน ศูนย์สุขภาพชุมชนให้บริการประชาชนทุกฐานะเศรษฐกิจ คุณภาพของบริการที่ประชาชนได้รับจากศูนย์สุขภาพชุมชนประเมินจากความพึงพอใจที่รับในระดับมากขึ้นแตกต่างกัน หากประชาชนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบมีอาชีพภาคเกษตรกรรมมาก มีโอกาสมาใช้บริการมากส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนอาจไม่ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งเป็นภาระงานของบุคลากรที่

ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต้องให้บริการ ต้องขึ้นกับฤดูกาลเก็บเกี่ยว ภาวะโรคที่พบจากประกอบอาชีพทำงาน

ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพเป็นลักษณะของประชาชนที่ต้องอาศัยการดูแลจากผู้อื่นทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน วัดจากสัดส่วนของประชากรเด็กอายุระหว่าง 0- 12 ปี ผู้สูงอายุ และผู้พิการ ต่อประชาชนผู้ใหญ่วัยทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบ หากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งใดมีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพในระดับสูงย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน และทำทนายต่อการได้รับการดูแล เด็ก ผู้สูงอายุและผู้พิการให้ทั่วถึง และเท่าเทียม เพื่อให้ประชากรเหล่านั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งหากขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชนซึ่งเป็นสภาพของปัญหาสุขภาพที่สำคัญในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคไข้เลือดออก โรคระบบทางเดินหายใจส่วนต้นโดยวัดจากอัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากร หากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งใดพบปัญหาสุขภาพชุมชนที่มาก ทำให้ภาระงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีมาก ทั้งนี้หากสัดส่วนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่เหมาะสมย่อมส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนในการดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมายของบริการปฐมภูมิ

สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน เป็นสภาพทั่วไปของสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน ประกอบด้วย ความสะอาดของน้ำดื่มและน้ำใช้ การมีและใช้ส้วม การเลี้ยงสัตว์และการกำจัดขยะ โดยวัดจากลักษณะของแหล่งน้ำดื่ม แหล่งน้ำใช้ การใช้ส้วมของครอบครัว ลักษณะการเลี้ยงสัตว์ ลักษณะการกำจัดขยะของครอบครัวและชุมชน หากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งใดพบปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชนในระดับที่มาก ทำให้อาจเกิดโรคระบาด การควบคุมป้องกันโรคระบาดของในชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนอาจไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ส่งผลให้ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการให้บริการระดับปฐมภูมิในชุมชนมีระดับต่ำ

การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ สภาพการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ จากโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งใดได้รับการสนับสนุน การให้บุคลากรร่วมบริการ หรือการจัดสรรบุคลากรประจำ การบริหารเงินงบประมาณ การให้ความรู้ทางวิชาการ และการนิเทศติดตามผลการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการให้บริการระดับปฐมภูมิมีระดับสูง

บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพเป็นสภาพการประสานความร่วมมือในการจัดบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยบทบาทของเทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล และภาคเอกชนในการจัดบริการสุขภาพที่ดี มีในระดับสูง ไม่ว่าจะเป็บทบาท

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพในขั้นตอน การร่วมคิด ร่วมเสนอความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงานและร่วมประเมินผล และรับผลประโยชน์ การร่วมจัดบริการสุขภาพ ส่งผลให้ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการให้บริการระดับปฐมภูมิมีระดับสูง ผลการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการศึกษา ควรสนับสนุนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชนทั้ง ภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรในชุมชน ให้เกิดการใช้องค์ความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผสมผสานการให้บริการการแพทย์สมัยใหม่อย่างเหมาะสม สนับสนุน และส่งเสริมให้องค์กรส่วนท้องถิ่น และชุมชนมีแนวคิดการลงทุนด้านสุขภาพ ทั้งบริการเชิงรุก และตั้งรับ ตลอดจนมีความต้องการเป็นเจ้าของสถานพยาบาลมากขึ้น เน้นให้มีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในชุมชน เกิดการเรียนรู้ การปรับตัว การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการของชุมชน ผู้ให้บริการร่วมกันวางแผนและจัดบริการสุขภาพตามความเหมาะสมกับสภาพบริบทชุมชน

2. โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำ และคณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนระดับอำเภอ ควรมีการวิเคราะห์ปัญหาจากชุมชนทั้งปัญหา สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิต อาชีพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างเข้าใจต่อสภาพปัญหา สามารถวิเคราะห์ หาโอกาสความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างเหมาะสมกับบริบท

3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานที่เป็นหน่วยบริการประจำ ควรมีการสร้างความรู้ให้เกิดความเข้าใจต่อการบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ และการประสานงานต่าง ๆ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำให้เกิดระบบสนับสนุนทั้ง 3 หมวดงานหลัก ประกอบด้วย การบริการ การบริหาร และด้านวิชาการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างผสมผสานตอบสนองผลลัพธ์การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษา 1) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และ 3) สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากรที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 181 แห่งซึ่งเป็นหน่วยวิเคราะห์ (unit of analysis) สุ่มตัวอย่างประชากรโดยใช้วิธีการของ Taro Yamane (1973: 31) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นชนิดเป็นสัดส่วนกับขนาดของประชากร กลุ่มตัวอย่างคือ ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 125 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ หรือทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน รวมจำนวน 375 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของศูนย์สุขภาพ รวม 26 รายการ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษาริบทของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ และประสิทธิผลด้านการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน ชุดที่ 2 เพื่อใช้สอบถามหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และชุดที่ 3 เพื่อที่ใช้สอบถามบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้แนวคิดประสิทธิผลองค์กร ทฤษฎีการบริหารจัดการ และพฤติกรรมองค์กร รวมปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เป็นแบบประเมินประมาณค่า 5 ระดับ และ ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้ตัวแบบหน้าที่ทางสังคมของ Parsons (1960) เป็นแบบประเมินประมาณค่า 5 ระดับ ของประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วยประสิทธิผลการบริหารจัดการ 4 ด้าน ดังนี้ ด้านความสามารถในการปรับตัว ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม และด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้ และได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจาก

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จากนั้นทำการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา กรณีที่ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลในวันที่ไปเก็บข้อมูลได้ขณะนั้น ได้มอบซองติดแสตมป์จำหน่ายของซื้อและที่อยู่ ผู้วิจัย เพื่อส่งกลับภายใน 1 เดือน ถ้ายังไม่ได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยโดยติดตามการตอบแบบสอบถามจนครบ ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2551 – มีนาคม 2552 และนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของศูนย์สุขภาพชุมชน ประสิทธิภาพการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

### สรุปผลการวิจัย

#### ลักษณะข้อมูลทั่วไปของศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 125 แห่ง ส่วนใหญ่มีที่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำที่สังกัด (ร้อยละ 90.4) มีเขตที่ตั้งอยู่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นเขตรับผิดชอบขององค์กรบริหารการปกครองส่วนตำบลมากที่สุด (ร้อยละ 76.0) มีระยะห่างของศูนย์สุขภาพชุมชนและอำเภอที่ตั้งเฉลี่ยต่ำกว่า 26 กิโลเมตรมากที่สุด (ร้อยละ 70.4) ซึ่งมีระยะห่างจากตัวจังหวัดเชียงใหม่ต่ำกว่า 51 กิโลเมตรมากที่สุด (ร้อยละ 53.6) และลักษณะพื้นที่อาศัยของประชากรที่รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบ (ร้อยละ 68.0) ลักษณะการจัดตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นแบบเดี่ยวมากที่สุด (ร้อยละ 59.2) ซึ่งส่วนใหญ่มีหน่วยบริการประจำที่สังกัดเป็นโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 88.0) และมีหน่วยบริการประจำเป็นโรงพยาบาลเอกชนน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.4) ส่วนใหญ่มีจำนวนหมู่บ้านรับผิดชอบระหว่าง 7-12 หมู่บ้าน (ร้อยละ 70.4) เฉลี่ย 9 หมู่บ้าน โดยมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน เฉลี่ย 6,545 คนต่อหนึ่งศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นประชากรที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพเฉลี่ย 5,047 คนต่อศูนย์สุขภาพชุมชนหนึ่งแห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีการให้บริการ โดยเฉลี่ยของจำนวนผู้มารับบริการ และจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านการรักษาพยาบาลที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 21-40 ครั้งต่อวันมากที่สุด



### ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความสามารถในการปรับตัว 2) ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน 3) ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม และ 4) ด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมายมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ด้านความสามารถในการปรับตัว

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ร้อยละ 77.6) มีประสิทธิผลการบริหารจัดการด้านความสามารถในการปรับตัวระดับมากที่สุดต่อความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาที่สุด ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.4) มีความสามารถในการปรับตัวด้านนี้ในระดับมากที่สุด ส่วนความสามารถในการปรับตัวด้านอื่น ๆ ส่วนใหญ่ทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 60.0) มีประสิทธิผลการบริหารจัดการด้านความสามารถในการปรับตัวระดับมากที่สุด โดยพบว่าทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานจำนวนน้อยกว่าครึ่ง (ประมาณร้อยละ 50.0) มีความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็วต่อการรับการเปลี่ยนแปลง และการได้รับการฝึกอบรมการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องต่อการเปลี่ยนแปลง ตามลำดับ

#### 2. ด้านความสามารถในการบูรณาการ

หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสามารถในการประสานงานทั้งภายในและภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชนระดับมากที่สุด (ร้อยละ 80.8) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีความสามารถด้านนี้เพียงร้อยละ 71.6 ของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด และพบว่าทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 70.0) สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสังคม ชุมชนได้ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการบูรณาการกระบวนการงานปฐมภูมินั้น พบว่าจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีระดับการปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 74.4 ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานแสดงความสามารถด้านนี้เพียงร้อยละ 58.4

#### 3. ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 70.0) มีประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรมระดับมากที่สุดในเรื่อง นุคตากรมีวัฒนธรรมการทำงานที่ดี และผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนมีระบบการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ตามลำดับ ในขณะที่ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 60.0) มี



ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรมระดับมากถึงมากที่สุดทั้ง 2 ด้าน

#### 4. ด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย

ประสิทธิผลการบริหารจัดการด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยแบ่งผลงานวิจัยได้เป็น 3 ส่วนดังนี้ 1) ข้อมูลจากกลุ่มงานยุทธศาสตร์ และสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 2) การสอบถามหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และ 3) การบรรลุเป้าหมายของบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยการประเมินและติดตามของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ คือ อัตราสิทธิว่างของประชากรที่รับผิดชอบ (ร้อยละ 2.63) อัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีน (ร้อยละ 79.5) และ อัตราการคัดกรองภาวะเสี่ยง (ร้อยละ 72.8) และพบตัวชี้วัดที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ได้แก่ อัตราความครอบคลุมการค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 49.2 และ 70.1 ตามลำดับ) และ อัตราความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี (ร้อยละ 49.5)

2. ความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชนจากการใช้เครื่องมือและการให้บริการปฐมภูมิโดยวัดจากความครอบคลุมการมีเครื่องมือที่ใช้ในการทำงานกับชุมชน พบตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ การมีและใช้เพิ่มครอบครัว (ร้อยละ 88.6 และ 71.1 ตามลำดับ) และ อัตราความครอบคลุมการดูแลผู้พิการด้านสุขภาพ (ร้อยละ 89.0) และอัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชน (ร้อยละ 85.1) ในขณะที่ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ การมีและใช้เพิ่มชุมชน (ร้อยละ 85.1 และ 65.1 ตามลำดับ) และ จำนวนการเยี่ยมบ้าน (2-3 ครั้งต่อต่อสัปดาห์)

3. การบรรลุเป้าหมายบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้ในการสัมภาษณ์สังเกต การปฏิบัติงานของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ป่วยที่มารับบริการ และประชากรในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนสูง (ระดับคะแนนประสิทธิผลมากกว่าร้อยละ 71.0) จำนวน 8 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนระดับปานกลาง (ระดับประสิทธิผล ร้อยละ 61-70) จำนวน 7 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนระดับต่ำ (ระดับประสิทธิผลน้อยกว่าร้อยละ 60) จำนวน 5 แห่ง รวมศูนย์สุขภาพชุมชนที่ศึกษา จำนวน 20 แห่ง พบส่วนใหญ่ศูนย์สุขภาพ

ชุมชนมีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนสูง (ร้อยละ 51.2) ผู้วิจัยแบ่งผล การศึกษาตามการบรรลุเป้าหมายบริการปฐมภูมิได้ 3 ส่วนคือ

1. ความสามารถในการดูแลแบบเป็นองค์รวม พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการทั้ง 3 ระดับ มีการดูแลสุขภาพด้านกาย จิต และสภาพแวดล้อมไม่ แดกต่างกัน โดยศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการที่สูง มีการให้บริการ เยี่ยมบ้านในจำนวนครั้งที่มากกว่า ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม วิถีชีวิต ได้ดีกว่า

2. ความสามารถในการดูแลแบบผสมผสาน พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ให้ การดูแลแบบผสมผสานแนวคิด และเชื่อมโยงระหว่างงานส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ รักษาโรค และการฟื้นฟู ตามนโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยพบว่าศูนย์ สุขภาพชุมชนที่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนสูงมีการให้บริการ สร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุประชากรได้อย่างครอบคลุมมากกว่า

3. ความสามารถในการดูแลต่อเนื่อง พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้ง 3 ระดับของ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการมีดำเนินการด้านการดูแลต่อเนื่องไม่แตกต่างกัน โดยจะเน้นการดูแล ตามนโยบายผ่านตัวชี้วัดผลงาน และผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เน้นให้การดูแลสุขภาพตามกลุ่มอายุ มีการให้วัคซีนที่ ครอบคลุมในกลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการคัดกรองภาวะเสี่ยงด้าน สุขภาพตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ

#### ลักษณะทั่วไปของปัจจัยการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้วิจัยแบ่งปัจจัยการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ 2) ปัจจัยด้านบุคลากร 3) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ และ 4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม มีรายละเอียดผลการวิจัยดังต่อไปนี้

##### 1. ลักษณะของปัจจัยด้านโครงสร้างขององค์การ

ผู้วิจัยแบ่งลักษณะของปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การได้เป็น 7 ปัจจัยย่อย ได้แก่ 1) ทำเลที่ตั้ง 2) ระยะเวลาในการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน 3) จำนวนบุคลากร 4) การกระจาย อำนาจ 5) การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ 6) ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ และ 7) การใช้ เทคโนโลยีในการดำเนินงาน มีรายละเอียดดังนี้

### 1.1 ท่าเลที่ตั้ง

ส่วนใหญ่ของศูนย์สุขภาพชุมชนตั้งอยู่ในท่าเลพื้นที่ปกติมีปัญหาในการปฏิบัติงานน้อย (ร้อยละ 74.4) รองลงมาตั้งอยู่ในพื้นที่ทุรกันดารมีปัญหาต่อการปฏิบัติงานมาก(ร้อยละ 16.8) และพบว่ามีท่าเลที่ตั้งมีปัญหาในการปฏิบัติงานระดับปกติเป็นพื้นที่ที่ทำงานได้ในระดับปานกลางน้อยที่สุด (ร้อยละ 8.8)

### 1.2 ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน

ส่วนใหญ่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนโดยพัฒนามาจากสถานีอนามัยหรือหน่วยงานในโรงพยาบาลต่างๆ ที่มีการให้พัฒนาบริการปฐมภูมิให้ได้ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 62.4) และระหว่าง 1-2 ปีรองลงมา (ร้อยละ 23.2)

### 1.3 จำนวนบุคลากร

ส่วนใหญ่จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีจำนวน 3 คน (ร้อยละ 44.8) รองลงมาจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ 2 คน และ 4 คน (ร้อยละ 20.8) และมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำมากกว่า 5 คนขึ้นไปน้อยที่สุด (ร้อยละ 13.6)

### 1.4 การกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจของศูนย์สุขภาพชุมชน พบ 2 ใน 3 ของจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานมีการกระจายอำนาจของศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับมากถึงมากที่สุด โดยพบว่าจำนวนของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีการกระจายอำนาจให้ทีมงานตัดสินใจน้อยกว่าผู้ปฏิบัติงาน (หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 63.2, ผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 70.0)

### 1.5 การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ

การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ร้อยละ 80.0 ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีการแบ่งงานที่รับผิดชอบในระดับมากถึงมากที่สุด ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีเพียงร้อยละ 67.2 ส่วนการแบ่งเวลาการให้บริการชัดเจนพบในหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนปฏิบัติได้ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 79.2 ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีเพียงร้อยละ 54.8 สำหรับการกำหนดผู้รับผิดชอบตามความรู้ ความสามารถ และการบรรยายลักษณะงานเป็นลายลักษณ์อักษร การมีคู่มือปฏิบัติงานของทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานไม่มีความแตกต่างกัน

## 1.6 ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ

ส่วนใหญ่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพแบบไม่มีอาสาสมัครร่วมในการให้บริการ (ร้อยละ 79.2) สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีอาสาสมัครร่วมให้บริการจะมีเฉพาะในวันให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 14.4) โดยศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นแหล่งฝึกงานนักศึกษาด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 72.0)

## 1.7 การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน

การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนบุคลากร พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนกว่าร้อยละ 30 มีเครื่องคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอหรือมีในสภาพที่ไม่สามารถใช้งานต่อการใช้งานที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้ดี ร้อยละ 53.6 ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสามารถในการใช้งานคอมพิวเตอร์ได้ดีขณะที่พบความสามารถด้านนี้ของผู้ปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 46.0 ในขณะที่ร้อยละ 55.2 ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถใช้สารสนเทศเพื่อจัดทำข้อมูลในการดูแลสุขภาพโดยพบเพียงร้อยละ 42.8 ของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน

## 2. ลักษณะของปัจจัยด้านบุคลากร

ผู้วิจัยแบ่งลักษณะของปัจจัยด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แบ่ง 10 ปัจจัยย่อย ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคล 2) การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ 3) การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ 4) ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ 5) เจตคติในการทำงาน 6) ความผูกพันต่อองค์กร 7) ความพึงพอใจในงาน 8) การทำงานเป็นทีม 9) การจูงใจ และ 10) ภาวะผู้นำ มีรายละเอียดดังนี้

### 2.1 ลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน รายได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มตัวอย่างของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 375 คน ประกอบด้วย หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 125 คน และผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 250 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.7) หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีอายุระหว่าง 46-55 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 52.0) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีอายุระหว่าง 36-45 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 38.8) และรองลงมาที่ช่วงอายุ 26-35 ปี (ร้อยละ 34.8) เฉลี่ยมีอายุ 40 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 73.9) ซึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.4) หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันเป็นเจ้าพนักงานบริหารสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 52.8)

รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 19.2) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 49.6) รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข (ร้อยละ 26.4) ทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนและผู้ปฏิบัติงานมีระยะเวลาปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในปัจจุบันต่ำกว่า 6 ปี (ร้อยละ 73.3) โดยเฉลี่ย 4 ปี รายได้รวมโดยเฉลี่ยของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่า 25,001 บาทขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 52.8) และมีรายได้ในช่วง 20,001-25,000 บาทรองลงมา (ร้อยละ 28.0) ส่วนผู้ปฏิบัติงานมีรายได้เฉลี่ยอยู่ช่วง 15,001-20,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 28.8) รองลงมามีรายได้ในช่วงระหว่าง 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 16.0)

## 2.2 การได้รับการศึกษางานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ

ส่วนใหญ่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนไม่เคยได้รับการศึกษา งานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 71.7) และพบว่าบุคลากรที่เคยได้รับการศึกษา งานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิเพียงจำนวน 1 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 65.4)

## 2.3 การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ

ส่วนใหญ่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนไม่เคยอบรมเรื่องแนวคิด บริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 75.7) และพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนที่เคยอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิเพียง 1 ครั้ง (ร้อยละ 66.3)

## 2.4 ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิระดับมาก ถึงมากที่สุด ในเรื่องต่อไปนี้ตามลำดับ การให้บริการแบบองค์รวมได้ สามารถตัดสินใจวางแผนให้ การรักษาร่วมกับผู้รับบริการในภาวะฉุกเฉิน เร็วจริง และปกติได้ สามารถให้ข้อมูลการแพทย์แผน ปัจจุบันและการรักษาอื่นๆ ที่สอดคล้องกับผู้รับบริการได้ ให้คำปรึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพ วางแผนครอบครัว และวางแผนแก้ปัญหาสังคมได้ (ประมาณร้อยละ 90.0) ส่วนด้านอื่น ๆ พบ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิระดับมากถึงมากที่สุดมีจำนวนต่ำกว่าร้อยละ 90.0 นอกจากนี้ยังพบว่ามีจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนต่ำกว่าร้อยละ 70.0 มีทักษะการ ปฏิบัติงานปฐมภูมิระดับมากถึงมากที่สุด ในเรื่องดังต่อไปนี้ตามลำดับ ทักษะการปฏิบัติงานในการ จัดการบริการสุขภาพ การจัดการข้อมูลสุขภาพ และการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ปัจจัยที่มี ผลกระทบต่อสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในขณะที่มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานต่ำกว่าร้อยละ 80.0 มีทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิในระดับมากถึงมากที่สุดทุกๆ ด้าน

## 2.5 เจตคติในการทำงาน

ส่วนใหญ่ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 90.0) มีระดับเจตคติในการทำงานระดับมากถึงมากที่สุด ทุกด้านตามลำดับ ได้แก่ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ มีความเต็มใจที่จะปฏิบัติงาน บอกผู้อื่นว่าปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ อีกทั้งเชิญชวนให้ทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นมาร่วมปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ในขณะที่จำนวนผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 70.0) มีเจตคติในการทำงานระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน

## 2.6 ความผูกพันต่อองค์กร

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความผูกพันต่อศูนย์สุขภาพชุมชนระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน (ประมาณร้อยละ 85.0) ได้แก่ การทำงานเต็มความสามารถ ภาคภูมิใจที่ปฏิบัติงานที่นี่ ภาคภูมิใจที่เป็นทีมงาน และจะทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ตลอดไป มีความผูกพันต่อองค์กรศูนย์สุขภาพชุมชน และมีความเชื่อ ขอมรับในวิสัยทัศน์พร้อมที่ปฏิบัติงานตามลำดับ ในขณะที่จำนวนผู้ปฏิบัติงานมีความความผูกพันต่อองค์กรศูนย์สุขภาพชุมชน ทุกๆ ด้าน ระดับมากถึงมากที่สุด (ต่ำกว่าร้อยละ 80.0)

## 2.7 ความพึงพอใจในงาน

จำนวนของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80.0) มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดต่อการทำงานในเรื่องต่อไปนี้ ตามลำดับ การมีส่วนร่วมช่วยเหลือเพื่อนร่วมงาน การทำงานสำเร็จได้ด้วยตนเอง การได้ชี้แนะให้เพื่อนร่วมงาน การมีส่วนร่วมกำหนดแนวทาง ขั้นตอน มาตรฐานการทำงาน การมีสัมพันธ์ที่ดีของเพื่อนร่วมงาน การได้ใช้ทักษะและความสามารถเต็มที่ในการทำงาน ในขณะที่จำนวนผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีเฉพาะความพึงพอใจในงานระดับมากถึงมากที่สุด เรื่อง การมีส่วนร่วมช่วยเหลือเพื่อนร่วมงาน การทำงานสำเร็จได้ด้วยตนเอง (มากกว่าร้อยละ 80.0) นอกจากนั้นมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานต่ำกว่าร้อยละ 80.0 ที่มีความพึงพอใจในงานทุก ๆ ด้าน และจำนวนของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานต่ำกว่าร้อยละ 50.0 มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด ในเรื่องต่อไปนี้ ตามลำดับ เงินเดือนที่ได้รับ ความพึงพอใจต่อคณะกรรมการพิจารณาความคิดเห็นความชอบ สวัสดิการที่ได้รับจากการทำงาน และ โบนัสที่ได้รับ

## 2.8 การทำงานเป็นทีม

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 80.0) พบมีการทำงานเป็นทีมระดับมากถึงมากที่สุดในเรื่องต่อไปนี้ ตามลำดับ การกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน ด้านการเน้นสร้างทัศนคติที่ดี มีกิจกรรมเคารพการตัดสินใจ ด้านกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มี

ประสิทธิผล ผู้รับบริการพึงพอใจ มีการประชุมทีมเมื่อเกิดปัญหา เพื่อหาสาเหตุ ทางแก้ปัญหาที่ดี โดยนำปัญหาต่างๆ มาประชุม เพื่อหาสาเหตุ และแนวทางแก้ปัญหา ภายใต้การสร้างค่านิยม ความเชื่อ เพื่อการปรับปรุงงานได้ตามเป้าหมาย ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานจำนวนต่ำกว่าร้อยละ 65.0 มีการทำงานเป็นทีมระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน ทั้งนี้ทั้งจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานกว่าครึ่ง (ต่ำกว่าร้อยละ 55.0) มีการทำงานเป็นทีมระดับมากถึงมากที่สุดในด้าน การทำงานที่ไม่เป็นทางการ และด้านทักษะการสื่อสารที่มีระบบ

### 2.9 การจูงใจ

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 80.0) มีการจูงใจในระดับมากถึงมากที่สุดในด้านต่อไปนี้ ตามลำดับ การได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องเพื่อความชำนาญในงานที่ทำ ด้านการคาดหวังต่อผลสำเร็จของงาน ด้านความตั้งใจ และพยายามปฏิบัติงานตามบทบาทให้บรรลุเป้าหมาย ด้านการได้รับคำแนะนำหรือการสอนอย่างต่อเนื่องเพื่อความชำนาญ และด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินงาน ตัดสินใจ และประเมินผล ในขณะที่ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 80.0) มีการจูงใจระดับมากถึงมากที่สุดเฉพาะ 3 ด้านดังต่อไปนี้ ตามลำดับ ด้านความตั้งใจ และพยายามปฏิบัติงานตามบทบาทให้บรรลุเป้าหมาย ด้านการได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องเพื่อความชำนาญในงานที่ทำ และด้านการได้รับคำแนะนำหรือการสอนอย่างต่อเนื่องเพื่อความชำนาญ และพบว่าจำนวนน้อยกว่าครึ่งของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 50.0) มีการจูงใจในระดับมากถึงมากที่สุดในด้าน การได้รับโบนัสตามผลงานประจำปี และการได้รางวัลเชิดชูสำหรับผู้ปฏิบัติงานดีเด่นประจำปี ตามลำดับ

### 2.10 ภาวะผู้นำ

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 90.0) มีภาวะผู้นำระดับมากถึงมากที่สุดทุกๆ ด้าน ยกเว้นด้านการให้ข้อมูลแก่ทีมงาน แนวโน้มมีการปฏิบัติงานในอนาคต และด้านการจัดงานเพื่อฉลองความสำเร็จของทีมงานเป็นกลุ่มที่มีจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพเพียงร้อยละ 73.6 และ 68.8 เท่านั้นที่แสดงภาวะผู้นำระดับมากถึงมากที่สุด ในขณะที่ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 70.0) แสดงความคิดเห็นต่อภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนระดับมากถึงมากที่สุดทุกๆ ด้าน

## 3. ลักษณะของปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

ผู้วิจัยแบ่งลักษณะของปัจจัยด้านการบริหารจัดการผู้วิจัย ได้เป็น 3 ปัจจัยย่อย ได้แก่ 1) การบริหารเชิงกลยุทธ์ 2) การติดต่อสื่อสาร และ 3) การบริหารการเปลี่ยนแปลง มีรายละเอียดดังนี้



### 3.1 การบริหารเชิงกลยุทธ์

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 80.0) มีการบริหารเชิงกลยุทธ์ระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน ยกเว้นด้านผู้บริหารสามารถทำนายสภาพแวดล้อม เพื่อการวางแผนงาน ได้อย่างเหมาะสมที่ และพบจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเพียงร้อยละ 70.4 ในขณะที่ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 70.0) มีการบริหารเชิงกลยุทธ์ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน

### 3.2 การติดต่อสื่อสาร

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 80.0) มีการปฏิบัติระดับมากถึงมากที่สุดต่อช่องทางทางการสื่อสารที่ชัดเจนของศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งนี้ระบบการสื่อสารมีความน่าเชื่อถือ และช่องทางทางการสื่อสารมีทั้งแบบที่เป็นทางการ และไม่ทางการ ตามลำดับ ในขณะที่ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 70.0) มีการปฏิบัติในระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้านของการติดต่อสื่อสาร โดยเฉพาะด้านไม่มีการรบกวนจากแหล่งต่าง ๆ ระหว่างสื่อสาร และการมีบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการสื่อสารเพียงพอพบจำนวนผู้ปฏิบัติงานมีการปฏิบัติระดับมากถึงมากที่สุดต่ำที่สุด (ร้อยละ 68.8 และ 66.4 ตามลำดับ)

### 3.3 การบริหารการเปลี่ยนแปลง

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 80.8) มีการบริหารการเปลี่ยนแปลงระดับมากถึงมากที่สุดด้านการนำแผนการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติได้ ในขณะที่มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านนี้เพียงร้อยละ 70.4 นอกจากนี้ทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 70.0) มีการบริหารการเปลี่ยนแปลงระดับมากถึงมากที่สุดทุก ๆ ด้าน และพบว่าการบริหารการเปลี่ยนแปลงระดับมากถึงมากที่สุดน้อยที่สุด (ประมาณร้อยละ 60.0) ทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน คือ การเผยแพร่ผลการเปลี่ยนแปลงให้หน่วยงานอื่น ๆ และด้านผู้บริหารต้องมีการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามลำดับ

## 4. ลักษณะของปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

ลักษณะของปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของศูนย์สุขภาพชุมชน แบ่งได้ 2 ด้านคือ สภาพแวดล้อมภายใน และสภาพแวดล้อมภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

### 4.1 สภาพแวดล้อมภายใน

สภาพแวดล้อมภายในศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยแบ่ง 2 ปัจจัยย่อย คือ 1) วัฒนธรรมองค์กร และ 2) บรรยากาศองค์กร มีรายละเอียดดังนี้

#### 4.1.1 วัฒนธรรมองค์การ

จำนวนของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 90.0) มีวัฒนธรรมองค์การในระดับมากถึงมากที่สุด ในด้านต่อไปนี้ ตามลำดับ ด้านการมีส่วนร่วมกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายของหน่วยงาน ด้านการถือว่าบุคลากรทุกคนเป็นทรัพยากรที่มีค่าสูงสุดขององค์การ ด้านบุคลากรมีพฤติกรรมการทำงานที่ดี ด้านการมีอิสระในการทำงาน ด้านที่เน้นความสัมพันธ์ภาพระหว่างทีมงานในองค์การ และด้านบรรยากาศที่อบอุ่นในการทำงาน จริงใจ เปิดเผยตามลำดับ ในขณะที่จำนวนผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 80.0) มีวัฒนธรรมองค์การระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน และพบว่ามีจำนวนผู้ปฏิบัติงานเพียงมีวัฒนธรรมองค์การระดับมากถึงมากที่สุด ต่ำที่สุด (ร้อยละ 59.6) ในการกำหนดเป้าหมายงานจากคุณภาพมากกว่าปริมาณ

#### 4.1.2 บรรยากาศองค์การ

จำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 80.0) ในขณะที่จำนวนผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 70.0) มีความคิดเห็นต่อบรรยากาศองค์การระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน และพบว่าจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานต่ำกว่าครึ่ง (ประมาณร้อยละ 50.0) มีการแสดงความคิดเห็นต่อบรรยากาศองค์การระดับมากถึงมากที่สุด ในเรื่องดังต่อไปนี้ ตามลำดับ การทำงานของบุคลากรกับการบริหารจัดการความเสี่ยง และการประกาศเชิดชูให้รางวัลสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานดี

#### 4.2 สภาพแวดล้อมภายนอก

ผู้วิจัยแบ่งลักษณะของสภาพแวดล้อมภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชน ได้เป็น 9 ปัจจัยย่อย ได้แก่ 1) ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน 2) อาชีพของประชาชน 3) ระดับการศึกษาของประชาชน 4) ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ 5) ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน 6) สภาพสิ่งแวดล้อมชุมชน 7) การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ 8) บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ และ 9) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดตัวแปรต่างๆ ดังนี้

##### 4.2.1 ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน

ฐานะเศรษฐกิจของประชาชนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบ พบว่าประชาชนมีรายได้เฉลี่ย 4,835.9 บาทต่อเดือน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2,619.9 และประชาชนมีรายจ่ายเฉลี่ย 4,129.6 บาทต่อเดือน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2,216.0

#### 4.2.2 อาชีพของประชาชน

ส่วนใหญ่อาชีพของประชาชนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบ มีสัดส่วนอาชีพของประชาชนภาคเกษตรกรรมกับภาคอื่นช่วงร้อยละ 61-80 มากที่สุด (ร้อยละ 56.0) มีค่าเฉลี่ยสัดส่วนอาชีพภาคเกษตรกรรมกับภาคอื่นร้อยละ 70.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.0

#### 4.2.3 ระดับการศึกษาของประชาชน

ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาของประชาชนจากสัดส่วนระดับการศึกษาของประชาชนภาคประถมศึกษากับภาคอื่น ๆ ระหว่างร้อยละ 41-60 มากที่สุด (ร้อยละ 39.2) มีค่าเฉลี่ยสัดส่วนระดับการศึกษาของประชาชนระดับประถมศึกษากับภาคอื่น ร้อยละ 56.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.5

#### 4.2.4. ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชน พบว่าจำนวนประชากรเด็กอายุระหว่าง 0-12 ปีต่อประชากรทั้งหมดเฉลี่ยประชากรผู้ใหญ่ จำนวน 3 คนดูแลประชากรเด็กเฉลี่ย 1 คน การพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรเฉลี่ยประชากรผู้ใหญ่ จำนวน 8 คนดูแลผู้สูงอายุ 1 คน โดยมีการพึ่งพิงของผู้พิการเฉลี่ยประชากร 224 คนดูแลผู้พิการ 1 คน

#### 4.2.5 ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนมีอัตราการป่วยของประชากรในเขตรับผิดชอบ จากโรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่างมากที่สุด (เฉลี่ย 6,530 คนต่อแสนประชากร) รองลงมาได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 2,008 คนต่อแสนประชากร และพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อยที่สุด (เฉลี่ย 376 คนต่อแสนประชากร) และมีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเฉลี่ย 152 คนต่อแสนประชากร

#### 4.2.6 สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนมีปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชนขนาดของปัญหาและความรุนแรงระดับปานกลางค่อนข้างน้อย พบปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชนระดับน้อย (ประมาณร้อยละ 20.0) ได้แก่ การมีและใช้ส้วมของชุมชน การเลี้ยงสัตว์ในชุมชน และ ความสะอาดของน้ำดื่ม และน้ำใช้ในชุมชน ตามลำดับ และพบปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชนในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (ร้อยละ 36.0) คือ ปัญหาขยะมูลฝอยและการกำจัดขยะของชุมชน

#### 4.2.7 การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ

จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนกว่าครึ่ง (ประมาณร้อยละ 50.0) ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำมากถึงมากที่สุด ในด้านดังต่อไปนี้ตามลำดับ ระบบการเชื่อมต่อระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนกับโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำ การสนับสนุนความรู้แก่นุคลากรในการให้บริการปฐมภูมิ และความคล่องตัวในการบริหารจัดการอย่างยืดหยุ่น และจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 30.0) ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำมากถึงมากที่สุด ในด้านดังต่อไปนี้ตามลำดับ ระบบการติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพบริการ ระบบพัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากร และ ความคล่องตัวการบริหารจัดการ ระบบการเงิน และงบประมาณ

#### 4.2.8 บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ

จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน 1 ใน 3 (ประมาณร้อยละ 30.0) พบองค์กรชุมชนมีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพระดับมากถึงมากที่สุด ในด้านดังต่อไปนี้ ตามลำดับ การประสานความร่วมมือให้มีการดำเนินการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนงบประมาณ พัฒนาการประสานงานเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ

#### 4.2.9 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ

จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน 1 ใน 3 (ประมาณร้อยละ 30.0) มีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระดับมากถึงมากที่สุด ในด้านดังต่อไปนี้ ตามลำดับ การร่วมรับประโยชน์จากการดูแลสุขภาพทั้งส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน ร่วมคิดในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ร่วมวางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และร่วมตัดสินใจต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้วิจัยแบ่งผลการศึกษาได้ 2 ส่วน คือ 1) การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และ 2) การหาความสำคัญของปัจจัยต่างๆ กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

### 1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับประสิทธิผลการบริหารจัดการ

การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่ามี 19 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 พบว่า 16 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เรียงตามลำดับความสัมพันธ์ ดังนี้ การบริหารการเปลี่ยนแปลง การบริหารเชิงกลยุทธ์ การติดต่อสื่อสาร วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศองค์การ ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ ความพึงพอใจในงาน เจตคติในการทำงาน การจงใจ การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ อาชีพของประชาชน และการสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ และพบ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทิศทางตรงกันข้ามกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เรียงตามลำดับความสัมพันธ์ ดังนี้ ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ และระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกับประสิทธิผลการบริหารจัดการคือ เพศ และมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางตรงกันข้ามกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนคือ ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ และระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ตามลำดับ

### 2. ความสำคัญของปัจจัยต่างๆ กับประสิทธิผลการบริหารจัดการ

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสำคัญกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ การวิเคราะห์จากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และการวิเคราะห์จากผู้ปฏิบัติงาน มีรายละเอียดดังนี้

### 1. การวิเคราะห์จากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน เมื่อทำการคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานเข้าสมการเป็นตัวแปรแรก ต่อจากนั้นตัวแปรที่เข้าคือ เพศของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และตัวแปรการได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิเข้าสมการลำดับสุดท้าย โดยการันใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานสามารถอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ 0.684 ( $R^2=0.673$ ) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์เพศของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.802 ( $R^2=0.802$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.2 ( $R^2 \text{ change}=0.172$ ) และเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.869 ( $R^2=0.869$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.3 ( $R^2 \text{ change}=0.083$ )

สมการที่ค้นพบในการพยากรณ์ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่สำหรับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนคือ

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน =  $-0.433 + 0.974$  (การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน) +  $0.439$  (เพศ) +  $0.238$  (การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ)

### 2. การวิเคราะห์จากผู้ปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ของผู้ปฏิบัติงาน เมื่อทำการคัดเลือกปัจจัยที่มีความสำคัญต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการันใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานเข้าสมการเป็นตัวแปรแรก ต่อจากนั้นตัวแปรที่เข้าคือ ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ความผูกพันต่อองค์กร รายได้ของผู้ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และการบริหารการเปลี่ยนแปลงตามลำดับ

การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน สามารถอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ 0.464 ( $R^2=0.464$ ) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.593 ( $R^2=0.593$ )

ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 27.8 ( $R^2$  change=0.278) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กรเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.693 ( $R^2=0.168$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.8 ( $R^2$  change=0.168) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กรเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.693 ( $R^2=0.168$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.8 ( $R^2$  change=0.168) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์รายได้ของผู้ปฏิบัติงานเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.762 ( $R^2=0.762$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.9 ( $R^2$  change=0.099) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเข้าไปมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.806 ( $R^2=0.806$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.7 ( $R^2$  change=0.057) และเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์การบริหารการเปลี่ยนแปลงเข้าไปเป็นลำดับสุดท้าย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.866 ( $R^2=0.866$ ) ซึ่งสามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.4 ( $R^2$  change=0.074)

สมการที่ค้นพบในการพยากรณ์ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ของผู้ปฏิบัติงานคือ

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน = 1.443 + 0.165 (การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน) – 0.157 (ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน) + 0.189 (ความผูกพันต่อองค์กร) – 0.094 (รายได้ของผู้ปฏิบัติงาน) + 0.132 (ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน) + 0.408 (การบริหารการเปลี่ยนแปลง)



### ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดใหม่เชียงใหม่ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ในการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ได้ดังต่อไปนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการศึกษาควรเสริมสร้างเครือข่ายวิชาชีพ สร้างคุณค่า อุดมการณ์การให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยร่วมกำหนดหลักสูตรการเรียนรู้ด้านบริการปฐมภูมิของชุมชนในทุกสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความก้าวหน้าในการทำงาน สร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานกับชุมชน เพิ่มศักดิ์ศรีการทำงานระดับปฐมภูมิให้ทัดเทียมกับระดับอื่นๆ เกิดคุณค่าแสดงความเป็นเอกลักษณ์ และศักดิ์ศรีบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน สนับสนุนให้เกิดแหล่งเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงในชุมชน กระตุ้นให้เกิดนวัตกรรม และงานวิจัยจากงานประจำ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัด

2. กระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นหน่วยบริการประจำ และคณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ควรสร้างความรู้ให้เกิดความเข้าใจต่อการบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ และการประสานงานต่างๆ ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ องค์การภาครัฐ และภาคเอกชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อทำให้เกิดระบบสนับสนุนทั้ง 3 หมวดงานหลัก ประกอบด้วย การบริการ การบริหาร และด้านวิชาการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างผสมผสาน

3. กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการศึกษา ควรสร้างเครือข่ายการวิจัย เพื่อพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกันทำให้เกิดองค์ความรู้ในการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีการวิเคราะห์ปัญหาจากชุมชนทั้งปัญหาสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิต อาชีพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างเข้าใจถึงสภาพปัญหา สามารถวิเคราะห์โอกาส ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างเหมาะสมกับบริบท

#### 4. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐ

นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นหน่วยบริการประจำ และ คณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งระดับจังหวัด และระดับอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นหน่วยบริการประจำ และคณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งระดับจังหวัด และระดับอำเภอควรมีการวางแผนกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ สามารถกำหนด แผนงาน โครงการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชน ได้มีการประเมินติดตามอย่างเหมาะสม ผ่านระบบ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีระบบการติดตาม และประเมินผลเพื่อการตัดสินใจทางการ บริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

#### 5. คณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนระดับ จังหวัด ระดับอำเภอ และ

โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำ ควรมีการพัฒนา ทักษะการทำงาน ประสานงานในชุมชน ให้กับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานมีการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม เน้นการทำงานเป็น ทีม การมีส่วนร่วมเกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ สนับสนุนให้เกิดการมี ส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ของชุมชนทั้งจากภาครัฐ ชุมชน ท้องถิ่น และเอกชน ให้เกิดการใช้องค์ ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผลผสมผสานการให้บริการการแพทย์สมัยใหม่อย่างเหมาะสม ผู้รับบริการ ได้รับความปลอดภัยต่อการให้บริการ

#### 6. คณะกรรมการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนระดับ จังหวัด ระดับอำเภอ และ

โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำควรมีการสนับสนุนส่งเสริมให้ชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่นมี แนวคิดการลงทุนด้านสุขภาพทั้งบริการเชิงรุก และตั้งรับ ตลอดจนมีความต้องการเป็นเจ้าของ สถานพยาบาลมากขึ้น เน้นให้มีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในชุมชน เกิดการเรียนรู้ การปรับตัว การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการของชุมชน ผู้ให้บริการ ร่วมกันวางแผนและจัดบริการสุขภาพ ตามความเหมาะสมกับสภาพบริบทชุมชน

#### 7. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัด ควรพัฒนาระบบการส่งต่อกับ โรงพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพในการเข้าสู่ ระบบบริการของประชาชนอย่างเหมาะสมในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัด เชียงใหม่ ใช้แนวคิดประสิทธิผลองค์การแนวทางบูรณาการของ Hoy and Miskel (1991: 383) ที่ได้นำแนวคิดองค์การซึ่งเป็นระบบทางสังคมของ Parsons (1960) และทฤษฎีการบริหารจัดการเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการขององค์การ ตามแนวคิดของ (Steers, 1997: 8) ผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้เป็น 3 ส่วน คือ 1) ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และ 3) รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิผล มีรายละเอียดดังนี้

#### ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนใช้แนวทางวัดประสิทธิผลของศูนย์สุขภาพชุมชนแบบบูรณาการของ Hoy and Miskel (1991: 383) แนวคิดนี้มองศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นองค์การสุขภาพขนาดเล็กที่สุดของระบบสุขภาพของประเทศไทยตามแนวคิดระบบทางสังคมของ Parsons (1960) ทั้งนี้ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นองค์การด้านสุขภาพที่มีการทำงานในพื้นที่ชนบทเป็นส่วนใหญ่ (มีระยะทางเฉลี่ยจากตัวอำเภอที่ตั้งประมาณ 13 กิโลเมตรและเฉลี่ยห่างจากตัวเมืองเชียงใหม่ประมาณ 70 กิโลเมตร ลักษณะการจัดบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่เป็นแบบเดี่ยว (ประมาณร้อยละ 60.0) และเป็นแบบกลุ่มบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 40.0) ตามมาตรฐานแนวทางการตรวจประเมินขั้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องมีประชากรรับผิดชอบประมาณ 10,000 คนต่อหนึ่งหน่วยบริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549: 96) ทำให้เกิดลักษณะระบบเครือข่ายบริการของหน่วยบริการประจำที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาบริการปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (CUP: Contracting unit for Primary Care) โดยพบว่าส่วนใหญ่ของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่มีหน่วยบริการประจำคู่สัญญาบริการปฐมภูมิเป็นโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นองค์การภาครัฐ (ร้อยละ 88.0) และมีหน่วยบริการประจำคู่สัญญาบริการปฐมภูมิเป็นโรงพยาบาลเอกชนน้อยที่สุด (ประมาณร้อยละ 3.0)

ลักษณะโครงสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ซับซ้อน มีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำเฉลี่ย 3-4 คนต่อศูนย์สุขภาพชุมชน ดังนั้นการอธิบายศูนย์สุขภาพชุมชนภายใต้แนวคิดบทบาทหน้าที่องค์การของ Parsons มีความเหมาะสม เพราะศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นองค์การขนาดเล็กที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพชุมชน มีการบริหารงานภายใต้ระบบราชการเป็นส่วนใหญ่ พบว่าส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีตำแหน่งเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 52.8)

รองลงมาคือ นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 19.2) และพบหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลเอกชนเป็นหน่วยบริการประจำมีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 21.6) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการ และในชุมชนคือ พยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 49.6) และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 26.4) ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานด้านแผนงาน และวิชาการคือ นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 14.0) ดังนี้

การปรับตัวของตามหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้อยู่รอดท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และการเมืองมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีการปรับตัวให้เหมาะสมตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้เป็นการบูรณาการการวัดประสิทธิผลองค์การตามแนวคิด ทฤษฎีบริหารจัดการ และพฤติกรรมองค์การ ศูนย์สุขภาพชุมชน และประเมินผ่านตัวชี้วัดผลลัพธ์การให้บริการด้านสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนตามการประเมินผลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2549: 13) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ศูนย์สุขภาพชุมชนต้องผ่านการประเมิน และรับรองคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 8) ที่ต้องมีระดับคะแนนใน 3 หมวด ได้แก่ หมวดบริการ ร้อยละ 70.0 หมวดบริหาร ร้อยละ 60.0 และหมวดวิชาการร้อยละ 60.0 โดยพบว่ามาตรฐานนี้เป็นการประเมินคุณภาพตามลักษณะของกระบวนการให้บริการสุขภาพ ผลการประเมินต้องมีคะแนนรวมร้อยละ 70.0 ขึ้นไปจึงจะได้รับการรับรองคุณภาพและมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน ของกระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2552: 4-6)

ผลการดำเนินงานประเมิน และรับรองคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547-2552 พบว่ามีระดับคะแนนในภาพรวม ร้อยละ 73.7 72.4 71.0 79.2 80.1 และ 82.4 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผ่านการประเมิน และรับรองคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 57.7 53.8 71.0 90.0 84.2 และ 86.4 ตามลำดับ (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2552: 4-6) ทั้งนี้พบว่าคุณภาพบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการประเมินคุณภาพด้านกระบวนการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบริหารจัดการองค์การเชิงพฤติกรรมทางสังคมศาสตร์ เพื่อมองในด้านการตอบสนองขององค์การศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นด้านแรกของ

ระบบบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นเครื่องมือสู่การปฏิบัติของการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงสังคมศาสตร์ต่อการมีประสิทธิผลของศูนย์สุขภาพชุมชน การวิจัยประเมินประสิทธิผลการบริหารจัดการขององค์การตามบทบาทหน้าที่ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการปรับตัว 2) ความสามารถในการบูรณาการงาน 3) ความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม และ 4) ความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย ผลการใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นพบว่า ส่วนใหญ่ศูนย์สุขภาพชุมชน (ร้อยละ 51.2) มีประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนระดับสูง (ระดับคะแนนร้อยละ 71.0 ขึ้นไป)

เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะปีงบประมาณ 2552 พบว่า การประเมินคุณภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยใช้มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนประมาณร้อยละ 15.0 ยังไม่ได้ระดับคะแนนในภาพรวม ร้อยละ 60.0 ในขณะที่การใช้แบบวัดประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน (ร้อยละ 8.0) มีประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนระดับต่ำ (ระดับคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.0) อาจเป็นเพราะแบบประเมินประสิทธิผลการบริหารจัดการของผู้วิจัยที่สร้างขึ้นมีการบูรณาการระหว่างความสามารถขององค์การต่อการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทั้ง 4 ด้าน โดยเฉพาะ 3 ด้านแรก เป็นการมองเชิงพฤติกรรมองค์การทางสังคมศาสตร์ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนต่อความสามารถด้านบริหารจัดการ ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถนำไปใช้ในการประเมินตนเอง (self assessment) ได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการบริหารแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ที่ใช้ระบบการประเมินผลที่เป็นตัวชี้วัดเป็นตัวสะท้อนถึงผลการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (new public management) และประโยชน์ของการประเมินผลนั้นมี 4 ประการคือ 1) ตรวจสอบสถานะขององค์การศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้สามารถเปรียบเทียบสถานะของตนเองหรือติดตามความก้าวหน้า 2) สื่อถึงสถานะขององค์การศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นการให้ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบถึงผลการดำเนินงานที่สามารถบรรลุเป้าหมาย ได้ตามประสิทธิผล และเป็นการมองถึงการมุ่งเสริมปัจจัยเด่น ปัจจัยที่ต้องได้รับปรับปรุงและพัฒนาเพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานบริการปฐมภูมิ 3) สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และ 4) ขยายผลการประเมินประสิทธิผลการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประโยชน์เชิงการบริหารองค์การขนาดเล็กในชุมชนต่อไป

ผลการวิจัยพบว่า หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สามารถบูรณาการกระบวนการงานปฐมภูมิได้ดี และมีวัฒนธรรมการทำงานที่ดีในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 77.0 74.4 และ 76.8 ตามลำดับ) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีประสิทธิผลการ

บริหารจัดการต่ำกว่าหัวหน้าศูนย์สุขภาพทั้ง 3 ด้าน อาจเนื่องมาจากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่าผู้ปฏิบัติงาน พบหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป (ประมาณร้อยละ 20.0) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีระยะเวลาปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนประมาณร้อยละ 5.0 ทั้งนี้หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนต้องใช้ทักษะต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และการบริหารจัดการอย่างเชื่อมโยงกับชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดหน้าที่บริการปฐมภูมิของสุพัตรา ศรีวิเศษชกร และคณะ (2545: 5) ที่กล่าวว่าศูนย์สุขภาพชุมชนต้องสามารถประสานงานกับชุมชน องค์กรชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูล และเข้าใจในวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน รวมทั้งประสานงานบริการด้านสุขภาพกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการจัดบริการได้อย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงโอกาสของผู้ปฏิบัติงานในการเข้ารับการอบรม เพิ่มทักษะในการบูรณาการงานศูนย์สุขภาพชุมชน

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการรักษาแบบแผนวัฒนธรรมพบว่าทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ถึงเป้าหมายหลักในการให้บริการงานปฐมภูมิ สะท้อนให้เห็นการขาดระบบในการสร้างแรงจูงใจต่อการทำงานบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้บริหารระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ควรให้ความสำคัญต่อการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความผูกพันต่อการทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ส่งผลให้ทีมงานสามารถมีความคิดที่สร้างสรรค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดการรักษาแบบแผนวัฒนธรรมของ Hoy and Miskel (1991: 382-383)

ด้านการบรรลุเป้าหมายบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยใช้เฉพาะตัวประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน ตามแนวทางการศึกษาเครื่องชี้วัดสำหรับกำกับติดตามประเมินคุณภาพบริการสาธารณสุขของจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2549: 8) และคู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 8) สามารถสรุปได้ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ อัตราสิทธิว่างของประชากรที่รับผิดชอบ อัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีน ความครอบคลุมการคัดกรองภาวะเสี่ยง ความครอบคลุมการมีและใช้แฟ้มครอบครัว ความครอบคลุมการดูแลผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และอัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชน

การใช้เครื่องมือ และการให้บริการปฐมภูมิจากความครอบคลุมการมีเครื่องมือที่ใช้ในการทำงานกับชุมชนพบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนมีแฟ้มครอบครัวเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80 และ



มีการใช้งานเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 70 สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้เครื่องมือที่สามารถเรียนรู้ และติดตามการดูแลสุขภาพของประชาชนระดับบุคคล ครอบคลุมได้อย่างดี และควรส่งเสริมให้มีการใช้งานมากขึ้น สามารถติดตามสุขภาพประชาชนอย่างครอบคลุมแบบเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน สามารถค้นหาประชากรที่รับผิดชอบให้ลงทะเบียนสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดูแลการได้รับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้อย่างทั่วถึงทั้งด้านการดำเนินกิจกรรม (activity oriented) และการดำเนินงานตามผลลัพธ์ของงาน (result oriented) สอดคล้องตามแนวคิดหน้าที่บริการปฐมภูมิที่ศึกษาโดยสุพิศรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2545: 5) ความครอบคลุมของการคัดกรองความเสี่ยง และการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 70 แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่โดยผ่านอาสาสมัครประจำตำบล การประสานงานของบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนในการทำงานค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ได้มากขึ้น เป็นข้อมูลที่ควรสนับสนุนให้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองค้นหาโรคที่สามารถป้องกันได้

ตัวชี้วัดการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านอื่นๆ จากการดูแลผู้พิการด้านสุขภาพมีความครอบคลุมร้อยละ 89 สะท้อนให้เห็นความครอบคลุมการดูแล และได้ขึ้นทะเบียนของผู้พิการในชุมชน อาจเกิดจากนโยบายของกระทรวงมหาดไทยในการดูแลผู้พิการ สะท้อนให้เห็นผลการดำเนินงานด้านการมีส่วนร่วมของภาครัฐ และเอกชนต่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การประเมินคุณภาพการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนจากตัวชี้วัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อศูนย์สุขภาพชุมชนพบมากในระดับร้อยละ 81 ขึ้นไป แสดงให้เห็นถึงการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนต่อการได้รับบริการปฐมภูมิจากศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างสอดคล้อง สร้างความพึงพอใจ สามารถปรับปรุงคุณภาพด้านที่ยังมีข้อบกพร่องให้ได้คุณภาพยิ่งขึ้น

ตัวชี้วัดที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ ความครอบคลุมการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี ความครอบคลุมการมีและใช้เพิ่มชุมชน และจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านต่อสัปดาห์

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่ายังมีตัวชี้วัดบางตัวที่ต้องได้รับการพัฒนาให้ได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ ความครอบคลุมการค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรียังอยู่ในระดับที่ไม่ถึงร้อยละ 50 แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการวิเคราะห์หาปัญหาว่าทำไมแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนไม่สามารถให้บริการด้านการป้องกันโรคได้ตามเป้าหมาย และโอกาสที่หากพบทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดค่าใช้จ่าย



ในการดูแลรักษา และมีผลต่อสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยเป็นโรค จำนวนการเยี่ยมบ้าน โดยเฉลี่ยต่อ สัปดาห์พบต่ำกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วย หรือ กลุ่มที่สมควรได้รับการดูแลยังไม่ทั่วถึง ทั้งที่การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทำให้บุคลากรของ ศูนย์สุขภาพชุมชนได้มีโอกาสรู้จัก และเรียนรู้ชุมชน สามารถเข้าใจวิถีชีวิตความเป็นอยู่ตามบริบท ของแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดหน้าที่บริการปฐมภูมิของสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2545: 5) และผลการวิเคราะห์ของคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงาน ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 23-24) ต่อความครอบคลุมของการ ใช้เพิ่มชุมชนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 65 อาจเป็นเพราะมีการจัดทำเพิ่มชุมชนแต่ขาดการนำไปใช้ใน การวิเคราะห์ปัญหาให้สอดคล้องกับชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชน มีการจัดทำแผนงาน โครงการ จากการทำงานตามนโยบายไม่คำนึงถึงปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ จึงควรมีการส่งเสริมให้มีการใช้ งานเพิ่มชุมชนเพื่อการวางแผนงานอย่างมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดประสิทธิผลต่อประชาชนต่อไป

เมื่อทำการตรวจสอบผลการศึกษาจากการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการเก็บรวบรวม ข้อมูลเชิงคุณภาพตามการบรรลุเป้าหมายบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนไม่พบความแตกต่าง ของการให้บริการอย่างเป็นองค์รวม เน้นเฉพาะทางกาย สังคม และสภาพแวดล้อม ยังขาดมิติ ทางด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้การให้บริการอย่างผสมผสาน และต่อเนื่อง ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้ เห็นการทำงานของศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นตามนโยบายการดำเนินงานของประเทศ

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลขององค์การต่อการบริหาร จัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนตามแนวคิดของ Steers (1977: 5) ประกอบด้วย 4 ด้านปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้างองค์การ 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านการบริหารจัดการ และ 4) ด้านสภาพแวดล้อม ผู้วิจัย อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

#### 1. ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ

ปัจจัยด้าน โครงสร้างองค์การ ประกอบด้วย ท่าเลที่ตั้ง ระยะเวลาการดำเนินงาน เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวนบุคลากร การกระจายอำนาจ การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยพบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนกว่าร้อยละ 30 มี เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอหรือมีในสภาพที่ไม่สามารถใช้งานได้ดี ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์

สุขภาพชุมชนมีความสามารถในการใช้งานคอมพิวเตอร์ได้ดี และใช้สารสนเทศเพื่อจัดทำข้อมูลในการดูแลสุขภาพในระดับมากถึงมากที่สุด (ประมาณร้อยละ 60.0) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีความสามารถในด้านนี้น้อยกว่า (ประมาณร้อยละ 40.0) สอดคล้องกับแนวคิดการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานของ Steers (1977: 70) ที่กล่าวว่า เทคโนโลยีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการดำเนินงานขององค์การให้บริการสุขภาพ ประสงค์ประกอบด้วย เครื่องมือ วิธีการ เทคนิค ตลอดจนความรู้ และทักษะของบุคลากรที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้าเป็นผลผลิต แสดงให้เห็นว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่ใช้เทคโนโลยีในรูปแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ บันทึกการให้บริการ รวบรวมสถิติ ประมวลผลการให้บริการเป็นข้อมูลวางแผน โครงการ แผนงานต่างๆ มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของไพบุลย์ อิศวชนบดี (2553: 244) ที่มีต่อระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการ ดังนั้นหากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งใดมีการใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งมีความเพียงพอของคอมพิวเตอร์ และมีทักษะ ความสามารถในการใช้งานของบุคลากรได้ดี มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีระบบข้อมูลการจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อการดูแลสุขภาพ ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นโอกาสในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีในด้านปริมาณให้เพียงพอต่อการใช้งาน และเพิ่มทักษะการบริหารจัดการข้อมูลให้เป็นสารสนเทศเพื่อการจัดการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน

ทำเลที่ตั้งส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ปกติ มีระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเฉลี่ย 5 ปี ซึ่งเป็นผลการดำเนินนโยบายพัฒนาคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนจากหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ของรัฐบาลเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยตอบสนองความเป็นธรรมด้านสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความคุ้มค่าของงบประมาณของภาครัฐ ที่มีการจัดสรรงบประมาณต่อหัวประชากร ตั้งแต่กลางปีงบประมาณ 2544 (คณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (2550: 10) ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน อาจเป็นเพราะทำเลที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นการจัดศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งพัฒนามาจากสถานีอนามัยที่ตั้งตามพื้นที่ตำบลเป็นการแบ่งตามภูมิศาสตร์ และถนนที่เดินทางได้สะดวก และผู้ปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีความใกล้ชิดประชาชน รู้จักชุมชน สามารถเข้าใจวิถีชีวิต และตอบสนองต่อบริการปฐมภูมิได้อย่างสอดคล้องกับสภาพบริบท ผลการวิจัยขัดแย้งกับผลการศึกษาของขงยุทธ พงษ์สุภาพ (2542: บทคัดย่อ) สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ (2545: 5) และ หทัยชนก บัวเจริญ (2545: 7-8) ต่อการทำงานปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต้องใกล้ชิดชุมชนอย่างมาก

ส่วนใหญ่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ 4 คนที่รับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 5,000 คน เป็นไปตามมาตรฐานบุคลากรที่ปฏิบัติงานต่อประชากรที่

รับผิดชอบในสัดส่วน 1: 1,1250 (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 89-95) จำนวนผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.0) มีการกระจายอำนาจให้ทีมงานตัดสินใจระดับมากที่สุด ในขณะที่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีการกระจายอำนาจต่อการตัดสินใจเพียงร้อยละ 60.0 ส่วนการแบ่งงานที่รับผิดชอบ และแบ่งเวลาให้บริการที่ชัดเจนของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีมากกว่าผู้ปฏิบัติงาน (หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนร้อยละ 80.0 ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 60.0) ผลการวิจัยพบว่าทั้ง 3 ปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน อาจเนื่องมาจากการทำงานของศูนย์สุขภาพชุมชนมุ่งเน้นการทำงานตามนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ที่บริหารจัดการด้วยระบบงบประมาณแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวประชากร ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านงบประมาณ ผลการปฏิบัติงานมุ่งเน้นผลลัพธ์ตามกิจกรรมของตัวชี้วัด บุคลากรเน้นปฏิบัติงานตามปริมาณมากกว่าคุณภาพ บุคลากรขาดโอกาสต่อการตัดสินใจ ผลการวิจัยขัดแย้งกับผลการศึกษาของสำเร็จ แหงกระโทก และเสาวลักษณ์ (2545: 46) และหทัยชนก บัวเจริญ (2545: 7-8) ที่กล่าวถึงอัตรากำลังต้องมีเพียงพอต่อภาระหน้าที่รับผิดชอบในศูนย์สุขภาพชุมชน มีการกำหนดขอบเขต หน้าที่ รับผิดชอบของบุคลากรให้ชัดเจน สามารถแบ่งเวลาปฏิบัติงานได้ชัดเจนระหว่างงานบริการ ผู้รับบริการ และงานบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพิ่มโอกาสในการตัดสินใจ ตามแนวคิดการกระจายอำนาจของ Robbins (1993: 487-489) เพื่อให้เกิดโอกาสในการสั่งการ และควบคุมของทีมงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้อย่างเหมาะสม

ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่ของศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีการให้บริการร่วมด้วยจากอาสาสมัครหรือเป็นแหล่งฝึกงานนักศึกษาด้านสาธารณสุข (ประมาณร้อยละ 80.0) อาจเนื่องมาจากการบริหารจัดการเวลา หรือกระบวนงานที่ไม่เหมาะสมของทีมงานด้านสุขภาพที่มาจากชุมชน หรือนักศึกษาฝึกงาน ผลการวิจัยขัดแย้งกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ศึกษาโดยสุพัตราศรีวิมลชากร และคณะ (2545: 22-23) ที่กล่าวถึงการที่อาสาสมัครของชุมชนได้มีโอกาสร่วมให้บริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งการให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือเชิงรุกในชุมชน ส่งผลให้เกิดความใกล้ชิดของประชาชนในพื้นที่กับเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ทำให้เกิดความราบรื่นในการประสานงานด้านสุขภาพ และเกิดกระบวนการเรียนรู้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการขวนขวายหากรณีศึกษา ความรู้เพิ่มเติมโดยการเป็นครูพี่เลี้ยง การหาตัวอย่างการให้บริการทั้งในคลินิกบริการ และงานชุมชนจากการเป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษาด้านสาธารณสุข

## 2. ปัจจัยด้านบุคลากร

ปัจจัยด้านบุคลากรประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน รายได้) การได้รับการศึกษาคุณงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ เจตคติในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร ความพึงพอใจในงาน การทำงานเป็นทีม การจงใจ และภาวะผู้นำ

ผลการวิจัยพบว่าทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงานมีปัจจัยการได้รับการศึกษาคุณงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ พบว่ามีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยพบจำนวน 1 ใน 4 ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการศึกษาคุณงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ เพราะการที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการศึกษาคุณงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิเวชศาสตร์ครอบครัว ส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล สามารถนำความรู้ ประสบการณ์ที่ได้มาประยุกต์ใช้งานได้ต่อการปฏิบัติงานให้บริการปฐมภูมิ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2545: 6-9) และพบว่าเพศของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน อาจเนื่องมาจากความสามารถของเพศหญิงและเพศชายแตกต่างกันต่อความรอบคอบ ความละเอียดในการทำงานหรือการทำงานเชิงรุกในชุมชน เพราะการให้บริการปฐมภูมิต้องอาศัยศาสตร์ และศิลป์ในการทำงานกับคนทั้ง 4 มิติ ด้าน กาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544: 25) และการตัดสินใจร่วมกับชุมชนที่เด็ดขาด สามารถประสานงานกับองค์กรชุมชนในการดูแลสุขภาพได้รับการสนับสนุนงบประมาณ หรือทรัพยากรอื่นๆ ที่เหมาะสม ดังนั้นควรมีการเพิ่มทักษะที่จำเป็นต่อการประสานงานกับชุมชน การบริหารจัดการ และการตัดสินใจให้กับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีสมรรถนะที่เหมาะสมต่อการเป็นผู้บริหารขององค์การศูนย์สุขภาพชุมชน

ในขณะที่ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน รายได้ และความผูกพันต่อองค์กรของผู้ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน อาจเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนปฏิบัติงานได้มาระยะหนึ่งเกิดความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมองค์กร มีความสุขสบายต่อสภาพแวดล้อมองค์กร เกิดความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานในวิชาชีพของตนเองในงานบริการปฐมภูมิตามแนวคิดความพึงพอใจในงานของ Munson and Heda (1974: 159-166) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบความพึงพอใจในงานด้านภายนอกที่เกิดจากสภาวะการทำงานเป็นผลจากการจ้างงานภายในองค์กร จากผลตอบแทนที่ได้รับเป็นเงินเดือน ค่าจ้าง โบนัส และสวัสดิการ และผลการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2545:

6-9) ที่ว่าการทำงานบริการปฐมภูมิของทีมสุขภาพที่มงานนั้น หากทีมงานมีความพึงพอใจต่องานที่ได้รับมอบหมาย ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความผูกพันต่อศูนย์สุขภาพชุมชนระดับมาก ถึงมากที่สุดทุกด้าน (ประมาณร้อยละ 85.0) ได้แก่ การทำงานเต็มความสามารถ ภาคภูมิใจที่ปฏิบัติงานที่นี่ ภาคภูมิใจที่เป็นทีมงาน โดยจะทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ตลอดไป เกิดความผูกพันต่อศูนย์สุขภาพชุมชน เชื่อและยอมรับในวิสัยทัศน์พร้อมที่ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับแนวคิดความผูกพันต่อองค์กรของ Mowday, Steers and Porter (1979: 224-227) ที่กล่าวถึงความผูกพันต่อองค์กรเป็นสิ่งที่มากกว่าความจงรักภักดี สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างแน่นแฟ้น มีความสามัคคี และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรเกิดความเต็มใจที่ปฏิบัติงานเต็มความสามารถอุทิศเวลาในการทำงานทั้งทางกาย สติปัญญา และสั่งสมประสบการณ์ ทักษะความชำนาญในงานตามระยะเวลาที่เพิ่มมากขึ้น เกิดความผาสุกในการอยู่ร่วมกันของคนในองค์กร ยอมรับในเป้าหมายส่วนรวมของศูนย์สุขภาพชุมชน พร้อมพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนให้เกิดความก้าวหน้า มีศักดิ์ศรี และคุณค่าต่อการให้บริการปฐมภูมิ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา, 2550: 14-17)

ส่วนลักษณะส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ อายุ (หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีอายุเฉลี่ย 45 ปี และผู้ปฏิบัติงานมีอายุเฉลี่ย 37 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และระดับการศึกษาปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 5 ปี การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิพบจำนวนบุคลากรเพียง 1 ใน 4 ของบุคลากรทั้งหมด และ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ขัดแย้งกับผลการศึกษาของสุพัตรา ศรีวิมลชากร และคณะ (2545: 6-9) อาจเป็นเพราะหากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีความรู้ และเข้าใจในการปฏิบัติงานปฐมภูมิ สามารถแบ่งเวลาในการปฏิบัติงานได้อย่างเพียงพอ เหมาะสม อีกทั้งหากการปฏิบัติงานประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น ในระยะเวลาที่เหมาะสม สามารถเรียนรู้ สั่งสมประสบการณ์ที่ชำนาญต่อการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน และรู้จักชุมชนเป็นอย่างดี เกิดเจตคติที่ดีต่อการทำงานกับชุมชนสอดคล้องตามแนวคิดเจตคติที่เกี่ยวกับงานของ Tandis (971: 125) และ Anastasi (1976: 225) มีผลต่อวิธีการทำงาน และกระทบต่อคุณภาพของชีวิตการทำงาน ทั้งนี้หากเพิ่มโอกาสให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพชุมชนเข้ารับการอบรมหรือศึกษาต่อเนื่องในเรื่องแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนทำให้บุคลากรเกิดการกระตุ้นที่พัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรสนับสนุนให้บุคลากรทุกวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพ ได้มีโอกาสได้รับการอบรม หรือศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในความรู้เรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ แนวคิดการพัฒนานวัตกรรมหรือการพัฒนางานประจำโดยใช้กระบวนการงานวิจัย หรือนวัตกรรมเพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพของงาน

ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 90.0) มีภาวะผู้นำระดับมาก ถึงมากที่สุดทุกๆ ด้าน ยกเว้นด้านการให้ข้อมูลแก่ทีมงาน แนวโน้มการปฏิบัติงานในอนาคต และด้านการจัดงานเพื่อฉลองความสำเร็จของทีมงานเป็นกลุ่มมีจำนวนหัวหน้าศูนย์สุขภาพเพียงประมาณร้อยละ 70.0 ในขณะที่ส่วนใหญ่ ผู้ปฏิบัติงาน (ประมาณร้อยละ 70.0) แสดงความคิดเห็นต่อภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนระดับมากถึงมากที่สุด ทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานประมาณร้อยละ 40.0 แสดงความคิดเห็นต่อภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนระดับมากถึงมากที่สุดด้านการจัดงานเพื่อฉลองความสำเร็จของทีมงานเป็นกลุ่มน้อยที่สุด ผลการวิจัยพบว่าภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ขัดแย้งกับแนวคิดภาวะผู้นำของ Kouzes and Posner (1995: 399) ที่กล่าวถึงคุณลักษณะการกระทำของผู้นำที่มีความเป็นเลิศ 5 ประการ คือ การทำทายกระบวนการ โดยการริเริ่มกระบวนการใหม่ๆ นำมาซึ่งความเจริญเติบโตขององค์กร การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมของทีมงานในการมุ่งสู่เป้าหมายขององค์กร การเพิ่มความสามารถผู้อื่นให้ปฏิบัติการเป็นแบบอย่างในการทำงานที่ดีมีประสิทธิภาพ และ การเสริมสร้างกำลังใจหาวิธีการที่ทำให้สมาชิก เพื่อนร่วมงานรู้สึกภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเองเป็นการกระตุ้นให้เกิดกำลังใจในการทำงานต่อไป สามารถจูงใจทีมงานให้ทำงานกับชุมชนตามแนวคิดการจูงใจของ Luthans (2002: 249-250) และสามารถประสานงานที่ดี เกิดการทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนเอง และคนในชุมชน (Roming, 1996: 111) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย การบริหารเชิงกลยุทธ์ การติดต่อสื่อสาร และการบริหารการเปลี่ยนแปลง ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 80.0) มีการบริหารการเปลี่ยนแปลงระดับมากถึงมากที่สุดด้านการนำแผนการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติได้ ในขณะที่มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ร้อยละประมาณ 70.0 และพบว่า การบริหารการเปลี่ยนแปลงระดับมากถึงมากที่สุดน้อยที่สุด (ประมาณร้อยละ 60.0) ทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน คือ การเผยแพร่ผลการเปลี่ยนแปลงให้หน่วยงานอื่นๆ และด้านผู้บริหารต้องมีการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญองค์กรศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านพ้นสภาพภาวะวิกฤตในแต่ละช่วงเวลา โดยการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างองค์กร วิธีการปฏิบัติงาน การเพิ่มทักษะ ความรู้ความสามารถของบุคลากรสร้างวัฒนธรรมรองรับการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารการเปลี่ยนแปลงของ Kimbrough and Burkett (1990: 134-151) ที่กล่าวว่าการบริหารการเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการของพฤติกรรมที่ต่อเนื่องกัน เกิดจากการกำหนดความจำเป็นสำหรับ



การเปลี่ยนแปลงซึ่งมาจากความต้องการของสมาชิกในองค์กรที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนั้น มีการสร้างแรงจูงใจให้แก่ทีมงานในองค์กรเกิดความรู้สึกต้องการเปลี่ยนแปลง โดยการแสวงหาแนวทางที่เหมาะสม และโอกาสสำเร็จ มีการลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการเปลี่ยนแปลง เมื่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงเสร็จสิ้นแล้วควรได้มีการเผยแพร่ไปองค์กรอื่นๆ เพราะหากศูนย์สุขภาพชุมชนมีการบริหารการเปลี่ยนในระดับสูง องค์กรสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้ องค์กรอยู่รอด และปรับตัวให้เข้ากับสถานะสมดุลใหม่ทำให้ องค์กรศูนย์สุขภาพชุมชนมีประสิทธิผลเพิ่มขึ้นตามเป้าหมายของการให้บริการปฐมภูมิ

ส่วนการบริหารเชิงกลยุทธ์ และการติดต่อสื่อสาร ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 80.0) มีการกำหนดกลยุทธ์ และการปฏิบัติตามกลยุทธ์ ภายใต้ช่องทางการสื่อสารที่มีบุคลากรทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางที่ชัดเจนทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน ยกเว้นด้านผู้บริหารสามารถวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ทำนายสภาพแวดล้อม เพื่อการวางแผนงานได้อย่างเหมาะสมที่ ในขณะที่ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานมีความสามารถทั้ง 2 ด้านนี้ประมาณร้อยละ 70.0 ผลการวิจัยพบว่าทั้งการบริหารเชิงกลยุทธ์ และการติดต่อสื่อสารไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จัดแย้งแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ของ Dess and Miller (1993: 9) การบริหารการติดต่อสื่อสารของ Merryman A (1996 cited in Luthans, 1998: 465) และผลการศึกษาของไพบุลย์ อัครชนนบดี (2553: 244) ที่มีต่อการวางแผนโครงการ และพัฒนาระบบรองรับที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อประสิทธิภาพ และคุณภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน หากผู้บริหารของศูนย์สุขภาพชุมชนมีทักษะการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพต่อการบริการปฐมภูมิ เป็นการบริหารจัดการกับสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่มีผลต่อการบริหารองค์กร การบริหารเชิงกลยุทธ์ต้องเชิงรุกที่เน้นการตัดสินใจที่มีการคาดการณ์ต่ออนาคตที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผ่านระบบการสื่อสารเพื่อเผยแพร่ ถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อนำสู่การบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน

#### 4. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ผู้วิจัยแบ่งออกเป็นสภาพแวดล้อมภายใน ประกอบด้วย วัฒนธรรมองค์กร และบรรยากาศองค์กรซึ่งเป็นปัจจัยที่ผู้บริหารสามารถบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลองค์กร ในขณะที่สภาพแวดล้อมภายนอก ประกอบด้วย สถานะเศรษฐกิจของประชาชน อาชีพของประชาชน ระดับการศึกษาของประชาชน ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ เป็นกลุ่มปัจจัยที่ผู้บริหารต้องทราบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนกำลังเผชิญอยู่ในสถานการณ์ใด และต้องรู้จักวิธีการบริหารจัดการให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ



ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ชัดแย้งกับแนวคิดปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นระบบเปิด ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมในเชิงแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ ซึ่งกันและกัน ดังนั้นศูนย์สุขภาพชุมชนจำเป็นต้องมีการปรับตัวอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัต (Steers, 1997: 95-99) โดยการบริหารสภาพแวดล้อมเป็นความสามารถของผู้บริหารองค์การต่อการทำนายอนาคต ผลกระทบของสภาพแวดล้อม และแนวทางการเผชิญกับสภาพแวดล้อมอย่างเหมาะสม สามารถนำพาองค์การศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่รอดได้ ผลการวิจัยขัดแย้งกับแนวคิดวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ ของ Cook and Laffety (1989: 122) ที่มุ่งเน้นให้องค์การมีปฏิสัมพันธ์ สนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และบรรยากาศองค์การของ Lussier (2002: 429) ที่กล่าวว่าบรรยากาศองค์การที่ดี มีโครงสร้างองค์การที่เรียบง่าย การกำหนดหน้าที่ชัดเจน การกระจายอำนาจเหมาะสม เป็นสภาพแวดล้อมภายในองค์การที่มีความสำคัญต่อความมีประสิทธิภาพของผลผลิตขององค์การ วัฒนธรรมองค์การก่อให้เกิดเจตคติ การจูงใจ และภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ต่อการบริหารการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการบริหารการเปลี่ยนแปลง หากศูนย์สุขภาพชุมชนทำให้นุคลากรที่ปฏิบัติงานสามารถมีทักษะในการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เน้นการประกาศเชิดชูให้รางวัลผู้ที่ปฏิบัติงานได้ดี เป็นแบบอย่าง ย่อมทำให้นุคลากรในองค์การมีความพึงพอใจ เกิดบรรยากาศในการทำงานที่ดี สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายการให้บริการปฐมภูมิได้

ฐานะเศรษฐกิจ อาชีพ ระดับการศึกษาของประชาชน ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน และสภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน อาจเป็นเพราะหากศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถเข้าใจ วิเคราะห์สภาพแวดล้อมต่างๆ ของประชาชนได้ สามารถที่จะให้บริการได้ตอบสนองตรงตามความต้องการ ตรงกับการให้ความสำคัญของปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกในการศึกษาของวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2544: 24) เพราะว่าประชาชนที่มาใช้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับปฐมภูมิมีทุกฐานะเศรษฐกิจ อาชีพภาคเกษตรกรรมมาก มีโอกาสมาใช้บริการมากส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนอาจไม่ได้ตามเป้าหมายเป็นภาระงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต้องให้บริการ อีกทั้งมีปัจจัยร่วมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฤดูกาลเก็บเกี่ยว ภาวะโรคที่พบจากทำงาน รวมทั้งระดับการศึกษาสามารถทำให้ประชาชนรับรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในการป้องกันดูแลสุขภาพได้ดี หากประชาชนมีระดับการศึกษาที่ไม่สูงมากนัก มีการประกอบอาชีพที่มีภาวะเสี่ยงต่ออันตรายต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่ประชาชนกลุ่มนี้สนใจสุขภาพเฉพาะตอนเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพที่พบเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพจากประชากรวัยเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้พิการทำ

ให้ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนต้องให้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเหล่านี้ ทำให้เกิดภาระงานที่หนักในการให้บริการ เหลือเวลาให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคได้ลดลง

ปัญหาสุขภาพชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชนในกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่มีต้องการการดูแลอย่างครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง หากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งใดสามารถลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ หรือป้องกันโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนมีประสิทธิผลในการให้บริการปฐมภูมิสูงขึ้น และปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน พบขนาดของปัญหาและความรุนแรงระดับปานกลางค่อนข้างน้อย และพบปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชนในระดับปานกลางค่อนข้างสูง คือ ปัญหาขยะมูลฝอยและการกำจัดขยะของชุมชน (ร้อยละ 36.0) ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะปัญหาสิ่งแวดล้อมที่พบมีปัญหาค่า คือ การมีและใช้ส้วม การเลี้ยงสัตว์ แสดงให้เห็นถึงผลจากการพัฒนาด้านสาธารณสุขมูลฐานไปทั่วถึงประชาชนในพื้นที่ต่างๆ ของจังหวัดเชียงใหม่ แต่ยังมีปัญหาของน้ำสะอาดทั้งใช้ในการอุปโภค บริโภค ขยะมูลฝอย และขยะทั่วไปในระดับปานกลางถึงมาก อาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมในการเปลี่ยนดำเนินชีวิตของประชาชนจังหวัดเชียงใหม่จากภาคเกษตรกรรมเป็นภาคอุตสาหกรรม เกิดการอพยพย้ายถิ่นของแรงงาน มีการใช้ทรัพยากรต่างๆ มากขึ้น ดังนั้นจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นส่งผลถึงการทำงานเชิงรุก หรือการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ยากขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนลดลงด้วย

ส่วนใหญ่ของศูนย์สุขภาพชุมชนกว่าครึ่งหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 55.0) ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ ระบบการเชื่อมต่อระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนกับโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำ การสนับสนุนความรู้แก่บุคลากรในการให้บริการปฐมภูมิ และความคล่องตัวในการบริหารจัดการอย่างยืดหยุ่น และพบว่าจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน 1 ใน 3 (ประมาณร้อยละ 35.0) ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำค่อนข้างน้อย ในเรื่องระบบการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพบริการ ระบบพัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากร และความคล่องตัวการบริหารจัดการ ระบบการเงินและงบประมาณ ส่วนใหญ่ของศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณร้อยละ 30.0) มีองค์กรชุมชนที่มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพ การประสานความร่วมมือให้มีการดำเนินการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนงบประมาณ พัฒนาการประสานงานเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ผลการวิจัยขัดแย้งกับแนวคิดผลลัพธ์การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำของสถาบันวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2550: 19-20) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมคิด การวางแผนการดำเนินงานระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนกับหน่วยบริการประจำ องค์กรส่วนท้องถิ่น (เทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล และภาคเอกชน) มีส่วนทำให้การป้องกัน

ควบคุมโรคในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ บุคลากร หรือ ประสานงาน ร่วมกิจกรรม หรือเป็นอาสาสมัคร โดยจัดให้มีการให้บริการร่วมตรวจสุขภาพ การ ป้องกันโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1981: 6) และผลการศึกษาของไพบูลย์ อิศวชนบดี (2553) ที่กล่าวว่าสมาชิกของ ชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมใน 4 มิติ คือ ร่วมตัดสินใจ ร่วมพัฒนาชุมชน ร่วมรับผลประโยชน์ และ ร่วมในการประเมินผล ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชน และเครือข่ายทำให้เกิดประสิทธิภาพ และ คุณภาพบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ส่งผลให้เกิดประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพ ชุมชนให้สามารถปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิให้บรรลุตามเป้าหมาย

### **รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิผล**

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นระดับความสามารถใน การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม โดยใช้นวัตกรรม และเทคโนโลยีใหม่ที่ทันสมัยในการ แก้ปัญหาในด้านสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถบูรณาการ เชื่อมโยงประสานงานหน่วยงานต่างๆให้สามารถทำงานไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถธำรง รักษาแบบแผนทางวัฒนธรรมองค์การตลอดไป ประกอบด้วย 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้าน ความสามารถในการปรับตัว ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน ด้านความสามารถในการ รักษาแบบแผนวัฒนธรรม และด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์ สุขภาพชุมชน ควรเน้นความสามารถในการปรับตัวของบุคลากรที่ปฏิบัติงานต่อสภาพแวดล้อม ชุมชนที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความสามารถในการบูรณาการงานของศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการ เชื่อมโยงงานทั้งในศูนย์สุขภาพชุมชนเอง และภายในชุมชน และความสามารถในการรักษาแบบ แผนวัฒนธรรมเพื่อการแสดงความเป็นเอกลักษณ์ต่อการให้บริการปฐมภูมิของบุคลากรที่ ปฏิบัติงาน ผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ต้องเน้นความพึงพอใจในงานต่อการ ให้บริการปฐมภูมิของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน เป็นแบบอย่างในการทำงานที่ดี มุ่งเน้นผลงานต่อผู้รับบริการ และชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมโดย การสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อชุมชน

ประสิทธิผลด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย เป็นระดับความสามารถของ ศูนย์สุขภาพชุมชนในการให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชนที่รับผิดชอบให้มีสุขภาพที่ดี ชุมชน สามารถพึ่งตนเองได้ การวิจัยครั้งนี้ใช้ตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์ สุขภาพชุมชน เพราะศึกษาจากตัวชี้วัดที่ติดตามผลลัพธ์ของสำนักงานสาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นให้มีการพัฒนากระบวนการทำงาน

ด้านการส่งเสริมสุขภาพพระคัมภีร์ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสภาพ โดยมีระบบการประเมิน และติดตามผลการใช้เครื่องมือ เพื่อการดูแลสุขภาพชุมชนจากเครื่องมือคือ เพิ่มครอบครัว และเพิ่มชุมชน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานเป็นตัวแปรพยากรณ์อันดับแรกที่มีอิทธิพลความแปรปรวนได้ร้อยละ 68.4 ( $R^2=0.673$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าการใช้เทคโนโลยีตั้งแต่การมีเครื่องคอมพิวเตอร์ที่เพียง พร้อมใช้ มีความทันสมัยของโปรแกรมที่เหมาะสมต่อการเลือก รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพพระคัมภีร์ครอบครัว และชุมชน เพื่อจัดระบบฐานข้อมูล วางแผนสร้างกิจกรรม แผนงาน โครงการ ให้ตรงกับบริบทชุมชน และเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์เพศเป็นตัวแปรต่อไป อำนาจในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 80.2 ( $R^2=0.802$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าความแตกต่างด้านเพศของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพการทำงานที่แตกต่างกัน เพราะงานบริการปฐมภูมิต้องอาศัยทั้งศาสตร์ ศิลป์ในเชิงมานุษยวิทยา เน้นการให้บริการแบบเป็นองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง การบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนในเชิงองค์การ ทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ งบประมาณ บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ การประสานงานต่างๆ ทั้งในศูนย์สุขภาพชุมชน และระหว่างองค์กรต่างๆ ในชุมชน และการบริหารจัดการติดตาม ประเมินผลงาน ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษา ต้องกำหนดหลักสูตรการเรียนให้กับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีทักษะที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานในชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชน อาจเป็นหลักสูตรทั้งระยะยาว และระยะสั้น มีการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบทั้งแบบ on the job training และ off the job training การฝึกงานร่วมกับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีสมรรถนะต่อการบริหารจัดการระดับสูง และเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิเข้าไปเป็นลำดับสุดท้าย อำนาจในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.9 ( $R^2=0.869$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สะท้อนให้เห็นว่าหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีโอกาสได้รับรู้ เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานผ่านเรื่องเล่าดีๆ จากการให้บริการของสถานการณ์จริงที่พบทั้งในศูนย์สุขภาพชุมชน และชุมชนตลอดจนการจัดทำ บอร์ด กระดานข่าว วารสาร และ web site ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และแบ่งปันในกลุ่มบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนจากกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเชียงใหม่ และคณะประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) แต่ละแห่ง

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของผู้ปฏิบัติงาน พบว่าการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานเป็นตัวแปรพยากรณ์อันดับแรกที่ยธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 46.4 ( $R^2=0.464$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นความสำคัญของการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานทั้งในรูป ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ มีการกำหนดระยะเวลาในการเปลี่ยนอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา พร้อมกับมีการวางแผนการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรให้สามารถใช้งานระบบคอมพิวเตอร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อการดูแลสุขภาพ หรือการส่งต่อข้อมูลอย่างรวดเร็ว เพื่อการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และคุ้มค่าทั้งแผนระยะสั้น แผนระยะยาว และแผนประจำปีหรือตามความเหมาะสม และเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นตัวแปรต่อไป อำนาจในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.3 ( $R^2=0.593$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าหากทีมงานมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานปฐมภูมิ มีศักยภาพในการให้บริการที่เป็นองค์รวมผสมผสาน และต่อเนื่องจากการปรับปรุง พัฒนาระบบการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้ตามมาตรฐานทั้งในด้านการให้บริการ การบริหาร และวิชาการ

เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์กรเป็นตัวแปรต่อไป อำนาจในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 69.3 ( $R^2=0.693$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์รายได้ของผู้ปฏิบัติงานเป็นตัวแปรต่อไป อำนาจในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 76.2 ( $R^2=0.762$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นตัวแปรต่อไป อำนาจในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80.6 ( $R^2=0.806$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นถึงลักษณะการปฏิบัติงานของทีมงานที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ เป็นวิชาชีพที่ต้องอาศัยทั้งศาสตร์ในวิชาชีพ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง บูรณาการกับศิลปะต่อการดูแลสุขภาพ ประชากรที่รับผิดชอบ ต้องการแรงจูงใจในรูปแบบเงินเดือน ค่าจ้าง สวัสดิการ หรือ โบนัสที่เหมาะสม ตอบสนองต่อการทำงานอย่างเต็มความสามารถ สร้างคุณค่า ร่วมกับการใช้ความคิดที่มีเหตุผล เกิดศักดิ์ศรี ทำทนายการทำงานในระดับที่สูงขึ้น สามารถใช้ความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจต่างๆ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ และไม่คิดโยกย้ายหรือลาออกไปทำงานที่อื่น ร่วมกับการปฏิบัติงานในระยะเวลาหนึ่ง สามารถเรียนรู้ และ

เข้าใจชุมชนที่ปฏิบัติงานได้อย่างลึกซึ้ง เกิดความผูกพันต่อองค์กร ทำให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน

เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์การบริหารการเปลี่ยนแปลงเป็นตัวแปรลำดับสุดท้าย อำนาจในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.6 ( $R^2=0.866$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นถึงความต้องการทักษะต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ต่อการเข้าใจ สามารถวิเคราะห์สภาพแวดล้อม คาดการณ์ผลกระทบของสภาพแวดล้อมในชุมชน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการควีนชีวิตประชาชนในชุมชน เกิดปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมสุขภาพ หรืออุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อใหม่ๆ ดังนั้น บุคลากรที่ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชนต้องตื่นตัวต่อพลวัตการเปลี่ยนแปลง มีความพร้อมเสมอต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างองค์กร การเพิ่มพูนทักษะที่เหมาะสมของทีมงาน การบริหารภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนหรือภาวะผู้นำของผู้ปฏิบัติงาน ที่สามารถโน้มน้าวสร้างแรงจูงใจให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพมีความร่วมมือให้ปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้วิจัยสามารถสร้างกรอบปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนตามผลการวิจัยที่ได้ และได้จากการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านโครงสร้างองค์กรของศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนรูปแบบต่างๆ ได้แก่ สถานีอนามัย หน่วยงานในโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ เริ่มมีการพัฒนาหน่วยบริการให้ได้คุณภาพ และมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาในการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นผลการดำเนินงานจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพของรัฐบาลด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปีกลางปีงบประมาณ 2544 ทำให้แต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนของแต่ละพื้นที่มีการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยใช้ระยะเวลาในการพัฒนาประมาณ 5 ปี ทั้งนี้หากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งใด ทีมงานมีความรู้ ความเข้าใจต่อเป้าหมายการให้บริการปฐมภูมิสามารถที่จะจัดให้บริการอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ความรู้สึกเป็นเจ้าขององค์กรศูนย์สุขภาพชุมชน และเจ้าของสุขภาพของชุมชนเอง เน้นการจัดบริการที่ชุมชนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเป็นเจ้าของ จุดบริการเน้นครอบคลุมพื้นที่เป็นชุมชน มีบริการเฉพาะที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนเป็นหลักทั้งนี้ อาจมีการจัดสรรอัตรากำลังและประเภทของบุคลากรที่หลากหลายตามความเหมาะสมกับภาระงานในบริบทชุมชนนั้นๆ สร้าง



เครือข่ายระบบบริการเชื่อมโยงส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อจำเป็น ไปยังระบบบริการระดับที่สูงขึ้น (ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีเป็นพันธมิตรชุมชน

การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานเป็นตัวแปรหนึ่งในด้านโครงสร้างองค์การ โดยเทคโนโลยีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินงานขององค์การศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย เครื่องมือ วิธีการ เทคนิค ตลอดจนความรู้และทักษะของบุคลากรที่ใช้ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้าเป็นผลผลิต ดังนั้นการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อการบริหาร การบริการ และทางวิชาการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมประเภทต่างๆ ของเทคโนโลยีทั้งฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์ มีความทันสมัยและเพียงพอ โดยต้องมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดซื้อจัดหางานคอมพิวเตอร์ให้มือเพียงพอกต่อการใช้งาน รวมทั้งพัฒนาระบบ โปรแกรมที่ใช้งานให้มีความทันสมัย สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีทักษะที่เหมาะสมต่อการใช้เพื่อบันทึกการให้บริการ รวบรวมสถิติ ประมวลผลการให้บริการเป็นข้อมูลวางแผน โครงการหรืองานต่างๆ เป็นสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพต่อไป

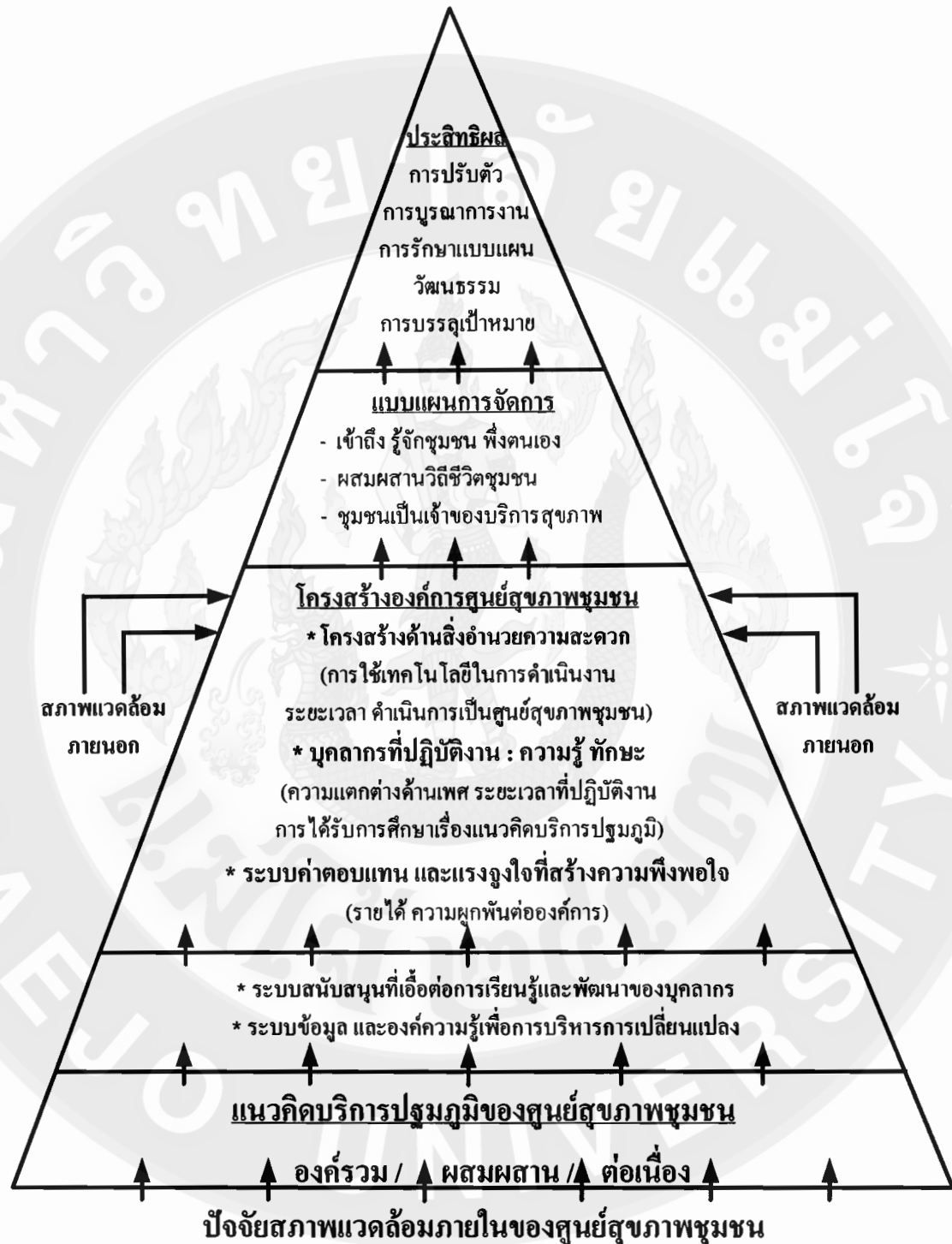
2. ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน พบปัจจัยความแตกต่างด้านเพศของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยของบุคลากร การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน การทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต้องอาศัยทั้งความละเอียด รอบคอบ การตัดสินใจที่ทันต่อสถานการณ์ อาศัยศาสตร์ และศิลป์ในการทำงานกับประชาชนทั้ง 4 มิติ ประกอบด้วย ด้าน กาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การทำงานเชิงรุกในชุมชนอย่างมีการประสานงานได้ดีทั้งด้านความร่วมมือ งบประมาณ และการติดตามประเมินผล ควรมีการเพิ่มทักษะที่จำเป็นต่อการให้บริการปฐมภูมิให้กับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน บุคลากรที่ปฏิบัติงานทั้งในการบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ การให้บริการปฐมภูมิ และทักษะในการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การประสานความร่วมมือด้านงบประมาณ การทำงานในชุมชน

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยของบุคลากร การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน โดยเฉลี่ย 5 ปี สามารถเข้าใจในแนวคิดบริการปฐมภูมิของบุคลากรต่อการให้บริการแบบองค์รวม ประเมินภาวะสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ อีกทั้งรายได้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพ



ชุมชนที่ได้รับเป็นผลตอบแทนในรูปแบบเงินเดือน โบนัส และสวัสดิการต่างๆ ส่งผลให้บุคลากรมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เสริมสร้างแรงจูงใจ เกิดทัศนคติที่ดีต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน การได้มีโอกาสไปศึกษาดูงาน เพื่อแลกเปลี่ยน ร่วมเรียนรู้เรื่องแนวคิด บริการปฐมภูมิเวชศาสตร์ครอบครัว ส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล สามารถนำความรู้ ประสบการณ์ที่ได้มาประยุกต์ใช้งาน ได้ต่อการปฏิบัติงานให้บริการปฐมภูมิ การทำงานด้วยความเต็มใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อผลประโยชน์ขององค์กร จงรักภักดีต่อศูนย์สุขภาพชุมชน ภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน มีความสัมพันธ์ที่ดีของเพื่อนร่วมงาน เกิดความสามัคคี และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ทำให้มีความเต็มใจ อุทิศเวลาในการทำงาน มีความผาสุกในการอยู่ร่วมกันของคนในองค์กร ขอมอบในเป้าหมายส่วนรวมของศูนย์สุขภาพชุมชนเกิดความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนส่งผลให้ประสิทธิผลการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนสูงขึ้น

3. ด้านการบริหารจัดการ เป็นทักษะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนต่อ ความสามารถในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ทำนายสภาพแวดล้อมในอนาคตต่อผลกระทบกับองค์กรศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประชาชนในชุมชน เกิดปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมสุขภาพ หรืออุบัติการณ์ของโรคติดต่อใหม่ๆ ดังนั้นบุคลากรที่ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชนต้องตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างองค์กร มีการเพิ่มพูนทักษะที่เหมาะสมของทีมงานต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลง การบริหารภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนหรือภาวะผู้นำของผู้ปฏิบัติงาน ที่สามารถโน้มน้าวสร้างแรงจูงใจ แรงบันดาลใจต่อการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพมีความร่วมมือให้ปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีการนิเทศติดตาม เพื่อการให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากคณะกรรมการที่ทำหน้าบริหารจัดการคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนระดับอำเภอ และจังหวัดเชียงใหม่ (ดังรายละเอียดในภาพ 4)



ภาพ 4 รูปแบบการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิผล

### ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัด เชียงใหม่ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อปัญหา และผลการวิจัยที่ค้นพบ เพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่ม ประสิทธิผลการบริหารจัดการผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้เฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับประสิทธิผลการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมา อธิบายโดยข้อเสนอแนะครั้งนี้

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งเป็นการประเมินตาม แนวคิดคืดหน้าทีทางสังคมของ Parsons (1960) โดยการศึกษาประสิทธิผลแบบบูรณาการของ Hoy and Miskel (1991: 382-383) และแนวคิดผลลัพธ์การดูแลสุขภาพปฐมภูมิศูนย์สุขภาพชุมชนของ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2549: 7-18) นั้น สามารถใช้ประเมินสถานะขององค์การศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งในด้านการบริหารจัดการขององค์การ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในส่วนของบริหารจัดการปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้าน โครงสร้างองค์การ ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยมีการวัดผลในเชิงการบริหารจัดการจากปัจจัยทั้ง 4 ด้าน และมีการวัดผลตามแนวคิดบทบาท หน้าที่ทางสังคมขององค์การ ได้แก่ ด้านความสามารถในการปรับตัว ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม และด้านความสามารถในการบรรลุ เป้าหมายบริการปฐมภูมิ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายประสิทธิผลการบริหาร จัดการ ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพ ชุมชน (ความแตกต่างด้านเพศ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และรายได้) การได้รับการศึกษาดูงานเรื่อง แนวคิดบริการปฐมภูมิ ความผูกพันต่อองค์กร และการบริหารการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เป็นการบูรณา การระหว่างการประเมินผลเชิงผลลัพธ์การให้บริการด้านสุขภาพทางคลินิกเน้นด้านการสร้างเสริม สุขภาพของศูนย์สุขภาพ และผลการบริหารจัดการเชิงสังคมศาสตร์ จากผลของปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยมี ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ควรมี นโยบายที่ชัดเจนในการประเมินประสิทธิผลการบริหารจัดการเชิงสังคมขององค์การศูนย์สุขภาพ

ชุมชนร่วมกับการประเมินผลลัพธ์จากตัวชี้วัดทางคลินิกในการให้บริการด้านสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถนำไปใช้ในการประเมินตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับการบริหารแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ที่ใช้ระบบการประเมินผลที่มีตัวชี้วัดเป็นตัวสะท้อนถึงผลการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับระบบการปฏิรูปการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ เพื่อให้ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถตรวจสอบสถานะขององค์กร เปรียบเทียบสถานะตนเองหรือติดตามความก้าวหน้า มุ่งเสริมปัจจัยเด่น และปัจจัยที่ต้องการพัฒนาหรือปรับปรุงเพื่อให้ผลการดำเนินงานปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนบรรลุตามเป้าหมายของบริการแบบเป็นองค์รวม ผสมผสาน และมีความต่อเนื่องทุกกลุ่มอายุ โดยแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนอาจมีการปรับลดข้อคำถามหรือเพิ่มตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนผลการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนให้เหมาะสมกับการประเมิน และเป็นแบบวัด ประเมินที่ท้าทายยิ่งขึ้น

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษา ควรมีการวิจัยเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมของโครงสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนที่ประกอบด้วย ทำเลที่ตั้ง จำนวนและประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงาน การบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ การพัฒนาความทันสมัยของเทคโนโลยี เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญมีความจำเป็นต่อการให้บริการปฐมภูมิ การพัฒนาศักยภาพ และทักษะที่เหมาะสมของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานปฐมภูมิในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันในเขตอุตสาหกรรม เขตท่องเที่ยว พื้นที่ทุรกันดารยากต่อการเข้าถึง มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาสภาพแวดล้อม ความร่วมมือจากองค์กรต่างๆ ของชุมชน เพราะศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดเล็ก สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้ความเหมาะสมของทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดของประเทศ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทั้งในรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพ และการบริหารจัดการขององค์กร โดยมีเป้าหมายการให้บริการปฐมภูมิที่สำคัญคือ การให้บริการด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้นในการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชน

### ข้อเสนอแนะเชิงบริหารจัดการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้บริหารระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดเชียงใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนทุกระดับที่ควบคุมนโยบาย ติดตามผลการดำเนินงาน และประเมินผลการปฏิบัติงานสู่ประชาชนทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ควรวิเคราะห์ ให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้จากการวิจัย เพื่อปรับปรุง พัฒนาให้เกิดการให้บริการที่บรรลุตามเป้าหมายบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยมีข้อเสนอเชิงบริหารจัดการภายใต้เงื่อนไขของศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีลักษณะการบริหารจัดการภายใต้เครือข่ายของหน่วยบริการประจำคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (CUP) ที่มีโรงพยาบาลประจำเป็น โรงพยาบาลสังกัดภาครัฐบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากมีนโยบายการบริหารด้านการดูแลสุขภาพที่เน้นทุกกลุ่มอายุ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล และมีการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิจากสถานีนามัยที่มีการบริหารจัดการทั้งในส่วนโครงสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมต่อการให้บริการ รวบรวมข้อมูลสุขภาพของชุมชน มีจำนวนบุคลากรสหวิชาชีพที่เพียงพอต่องานบริการงานบริหาร และงานวิชาการของศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งนี้ต้องผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของกระทรวงสาธารณสุขในระดับคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 70.0 และต้องมีการนิเทศ ประเมิน ติดตามผลการดำเนินงานเพื่อให้บริการด้านสาธารณสุขผ่านระบบตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และคณะประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อย่างต่อเนื่อง โดยมีสภาพการสิ่งแวดล้อมของชุมชนเป็นกึ่งเมือง หรือชนบทที่มีระดับการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนต่างๆ ในระดับดี สามารถประสานงานด้านต่างๆ ทรัพยากรที่จำเป็นต่อการจัดบริการที่สร้างความเป็นเจ้าของชุมชนด้านสุขภาพ เน้นการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพเป็นอย่างดี มีรายละเอียดข้อเสนอแนะเชิงบริหารจัดการดังนี้

1. ด้านโครงสร้างองค์กร ผลการวิจัยพบว่าจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน 1 ใน 3 มีความเพียงพอ หรือความพร้อมใช้ในระบบเทคโนโลยีจากคอมพิวเตอร์ อีกทั้งระยะเวลาการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบต่างๆ ให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน เฉลี่ย 5 ปี เป็นผลจากการดำเนินงานตามนโยบายการปฏิรูปด้านสุขภาพโดยการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวประชากรของรัฐบาลในปีงบประมาณ 2544 ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ควรกำหนดงบประมาณ

ในการพัฒนาระบบเทคโนโลยี การจัดหาคอมพิวเตอร์ การพัฒนาระบบข้อมูลโปรแกรมต่างๆ ให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายในระดับการปฏิบัติงาน สามารถมีระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการจัดการระบบบริการได้อย่างเหมาะสม โดยต้องพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนที่เน้นครอบคลุมพื้นที่บริการในชุมชน สอดคล้องกับวิถีชีวิตปกติในชุมชนตามสภาพภูมิศาสตร์ สามารถเข้าถึงได้โดยการคมนาคมทางถนนที่เดินทางได้อย่างสะดวก โดยการจัดสรรทั้งจำนวน และประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ พัฒนาการที่ตอบสนองกับชุมชนด้านสุขภาพ เน้นให้ชุมชนร่วมคิดร่วมเป็นเจ้าของบริการด้านสุขภาพ สร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าผ่านระบบเครือข่ายเชื่อมโยง (network management) การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ สร้างความเป็นเอกลักษณ์มีคุณค่า และศักดิ์ศรีของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในชุมชนของบริการปฐมภูมิ

2. ด้านบุคลากรเชิงพฤติกรรม ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีระยะเวลาเฉลี่ย 5 ปี รายได้จากผลตอบแทนต่างๆ ที่ได้รับ เฉลี่ย 20,347 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความผูกพันต่อองค์กรระดับมากถึงมากที่สุดทุกๆ ด้าน โดยมีระดับความผูกพันต่อองค์กรสูงกว่าผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ การทำงานเต็มความสามารถ ภาควิชาที่ปฏิบัติงานที่นี่ ภาควิชาที่เป็นทีมงาน และจะทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ตลอดไป มีความผูกพันต่อองค์กรศูนย์สุขภาพชุมชน และมีความเชื่อ ยอมรับในวิสัยทัศน์พร้อมที่ปฏิบัติงาน ตามลำดับ ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดนโยบายให้ผลตอบแทนในรูปแบบเงินจูงใจจากการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนงบประมาณสำหรับการศึกษาดูงาน เพื่อการเปิดโลกทัศน์ต่อการทำงานชุมชน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในชุมชน มีการคำนึงถึงสภาพพื้นที่ของชุมชน พื้นที่ทุรกันดารห่างไกล พื้นที่ปกติ ต้องมีการคำนึงถึงระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่นานกว่าควรได้รับผลตอบแทนที่มากกว่า อาจกำหนดเป็นช่วงปีที่ปฏิบัติงาน เป็นการสร้างแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานในชุมชนของบุคลากร และควรมีนโยบายที่สนับสนุนให้บุคลากรในชุมชน สร้างความร่วมมือกับท้องถิ่นในการให้ทุน จ้างงาน สำหรับนักเรียน หรือคนในชุมชนเองได้เรียนหลักสูตรด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ชนบท พยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมชุมชน ทันตภิบาลชุมชน นักกายภาพบำบัด เป็นต้นเพื่อให้เกิดความเหมาะสมของอัตราค่าจ้างที่ปฏิบัติงานในชุมชน ไม่มีการโยกย้ายของบุคลากรที่บอย สร้างงานให้กับคนในชุมชนอย่างยั่งยืนพร้อมกับแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ทุรกันดาร และห่างไกล

3. ด้านความรู้ และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากร ผลการวิจัยพบว่าลักษณะความแตกต่างด้านเพศของบุคลากรที่เป็นหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนส่งผลต่อประสิทธิผลในการบริหารจัดการ โอกาสในการได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ พบเพียง 1 ใน 3 ของบุคลากรทั้งหมด ส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ และบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพสูงกว่าผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่ และสถาบันการศึกษา ควรกำหนดหลักสูตรการเรียน การฝึกอบรมทั้งในระดับอุดมศึกษา (ปริญญาตรี โท เอก หรือ ประกาศนียบัตร) หลักสูตรอบรมระยะสั้น ระยะยาว หรือตามความเหมาะสมต่อการสร้างความรู้ ทักษะการปฏิบัติงานกับชุมชน แนวคิดเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน มีความรู้พื้นฐานต่อการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาปัญหาสุขภาพ สามารถประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว การให้คำปรึกษากับประชาชนอย่างเข้าใจได้ง่าย และโรคที่พบบ่อยในชุมชนได้ เสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน และชุมชน การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดความเป็นเจ้าของสุขภาพ ร่วมคิด ร่วมแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนได้ เพิ่มความรู้พื้นฐานอื่นๆที่เสริมการทำงานด้านสังคมศาสตร์ จิตวิทยา และเศรษฐศาสตร์ เพิ่มทักษะการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อการบันทึกข้อมูลสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวางแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล ครอบครัว และการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนอย่างเป็นระบบ

4. ด้านการบริหารจัดการ ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีการบริหารการเปลี่ยนแปลงสูงกว่าผู้ปฏิบัติงานในระดับมากถึงมากที่สุด ด้านการนำแผนการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติได้ และพบว่าการบริหารการเปลี่ยนแปลงระดับมากถึงมากที่สุดในระดับต่ำทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน คือ การเผยแพร่ผลการเปลี่ยนแปลงให้หน่วยงานอื่นๆ และด้านผู้บริหารต้องมีการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และคณะกรรมการบริหารระบบบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนระดับอำเภอต่างๆ ควรมีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง นโยบายการบริหารภาครัฐ และวัฒนธรรมแต่ละพื้นที่ชุมชน เพื่อสามารถทำนาย คาดการณ์ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อองค์การศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถบริหารความร่วมมือกับองค์กรส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนในพื้นที่ เพื่อกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ การบูรณาการงานบริการปฐมภูมิ



ของศูนย์สุขภาพชุมชนให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม ภายใต้ประสิทธิภาพในการบริหารทรัพยากรที่ยืดหยุ่น และคุ้มค่าจำเพาะแต่ละบริบทพื้นที่ โดยมีการนำเทศติดตาม ประเมินผล ให้คำแนะนำ เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม ทั้งในส่วนของคณะกรรมการบริหารงานบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (CUP: Contracting Unit for Primary Care) คณะกรรมการทีมที่ปรึกษาพัฒนาคุณภาพประจำจังหวัดเชียงใหม่ (QRT: Quality Realization Team) และคณะกรรมการงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเชียงใหม่ เพื่อให้ศูนย์สุขภาพชุมชนปฏิบัติงานได้บรรลุตามเป้าหมายขององค์กรในรูปแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

#### ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ เป็นงานวิจัยที่หาประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร ปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านการบริหาร มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน และพบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนทุกตัวแปรย่อย ผู้วิจัยได้พบประเด็นที่น่าสนใจต่อผู้ที่สนใจ และสามารถที่จะนำมาทำการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปคือ

1. ควรมีการศึกษาหาแบบวัดตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมภายใน และสภาพแวดล้อมภายนอกของศูนย์สุขภาพชุมชนที่สามารถสะท้อนให้เห็นลักษณะที่ชี้วัดได้ของตัวแปรด้านปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณ วิธีการดำเนินชีวิตของประชาชนที่รับผิดชอบ การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์หารูปแบบความสัมพันธ์ได้มากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการทางด้านตัวชี้วัดทางคลินิกที่เป็นข้อมูลเชิงลึกสามารถสะท้อนถึงผลลัพธ์การดูแลสุขภาพประชาชนเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นพันธกิจหลักของการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาโรค โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพื่อหาความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการให้ได้ผลบรรลุตามเป้าหมายการให้บริการปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และแบบผสมผสาน

3. ควรมีการศึกษาตัวแปรในแง่มุมอื่นๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นองค์การสุขภาพขนาดเล็ก อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมาก มีโครงสร้างองค์การ และการบริหารจัดการไม่ซับซ้อน อาจมีการผนวกเข้ากับแบบประเมินประสิทธิผลจากการวิจัยในครั้งนี้ใช้ แนวคิดบทบาทหน้าที่ทางสังคมขององค์การศูนย์สุขภาพชุมชนของ Parsons หรือมีการเปรียบเทียบผลการประเมินที่ได้กับการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เน้นเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้สามารถอธิบายความผันแปรของปัจจัยต่างๆ ต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

## บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. 2546.

คู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

\_\_\_\_\_. 2550. คู่มือพัฒนาระบบงานศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานกระทรวง  
สาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

เกรียงศักดิ์ เอกพงศ์ และ วงศา เลหาศิริวงศ์. 2550. “การบริหารระบบบริการภาครัฐระดับพื้นที่”.  
น. 119-137. ไพบูลย์ เอกสารวิชาการประชุมวิชาการ พลังปัญญาสู่การพัฒนาหลักประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้า เล่ม 4. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

กิ่งแก้ว เทพย์ปฏิพัทธ์. 2543. “การบริหารการเปลี่ยนแปลง”. *Business Com* 12, 39 (September):  
71-74.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ประชาธิป กะทา. 2550. รายงานผลการวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ บริการ  
ปฐมภูมิ: จากปรัชญาสู่ปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

ขนิษฐา นันทบุตร, กล้าเผชิญ โชคบำรุง และ ปิยะธิดา นาคะเกษียร. 2546. รายงานการวิจัย  
โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษา  
ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

คชา บัณฑิตานุกุล และ พัทธภรณ์ ปัญญาภูมิไกร. 2545. “การประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษ  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมสร้างสุขภาพสังคม ผู้สังคมแห่งสันติภาพ”. น. 17-18.

ไพบูลย์ เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ :  
กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน ภาคกลางตอนล่าง. วันที่ 5-7 สิงหาคม 2545 ณ ศูนย์  
นิทรรศการและการประชุมไบเทค. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

คณะกรรมการอำนวยการ และ คณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบ  
บริการปฐมภูมิ. 2550. แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.

2550 - 2554. นนทบุรี: นโม พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

จอนพะจง เฟื่องจาด, กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, ประภาพร จินันทยา และ รุติมา หลิมสุนทร.

2547. รายงานการศึกษาประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และพฤติกรรม  
สุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวัน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี:  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยาลัยประชากรศาสตร์. 2551. “ภาวะพึงพิงของผู้สูงอายุไทย.” [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [http://www.cps.chula.ac.th/pop\\_info/tha/Newsletter-2551/news/news\\_th\\_71-162.pdf](http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/tha/Newsletter-2551/news/news_th_71-162.pdf). (9 มีนาคม 2552).
- จร เวชชาไทย. 2542. รายงานการศึกษาประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศออสเตรเลีย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สุรรัตน์ นามเกียรติไพศาล, ภาวีกา ศรีรัตนบัลล์, สรรชัช อิศวเรืองชัย และ จเด็จ ธรรมรัชอารี. 2549. รายงานโครงการวิจัยและพัฒนาแผนแม่บทและเครื่องชี้วัดคุณภาพส่วนที่ 2 ชุด 8. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรรณ. 2543. สถานะสุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน และบรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมรมสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. 2550. “การจัดแบ่งทำเลที่ตั้งของสถานอนามัยในจังหวัดเชียงใหม่”. น. 3-4. ใน รายงานการประชุมสาธารณสุขอำเภอจังหวัดเชียงใหม่. ครั้งที่ 2 ประจำปี 2550. วันที่ 21 สิงหาคม 2550. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.
- ณภัทร เดชไกรสร, วิภาพร วรหาญ, จงรัก อิศูรัตน์ และวรรณชนก จันทชุม. 2552. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชนเขต 14 กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธงชัย สันติวงษ์. 2540. พฤติกรรมองค์การ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. 2544. รายงานการวิจัยการปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ (ฉบับรวม). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2543. พรหมแดนความรู้แดนด้านการวิจัยและสถิติ. ชลบุรี: บริษัทเอ็มเอ็นบุญเรือง ชูชัยแสงรัตน์. 2539. รายงานการวิจัยการพัฒนาสถานอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ประสิทธิ์ ธีระพันธ์, เพ็ญประภา ศิวโรจน์ และ ลักษณ์า เดิมศิริกุลชัย. 2544. รายงานผลการวิจัยการประเมินสองทศวรรษของการสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสพ.).

- ประเสริฐ บัณฑิตศักดิ์. 2540. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลองค์การของหน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยนพนธ์ปริญญาเอก, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีดา แต่อารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โมฬี และ สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. 2543. รายงานการศึกษาข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระค้ำต้นของไทย ในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. 2550. “ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๔ ตอนที่ ๑๖ ก ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๐”. [ระบบออนไลน์]: แหล่งที่มา <http://www.nationalhealth.or.th/database/P.R.B/1/ratchakitcha.pdf> (1 มีนาคม 2553).
- ไพบุลย์ อัครนบดี. 2553. “การประเมินผลการดำเนินงานคลินิกชุมชนโรงพยาบาลมหาสารคาม”. จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย. 93, 2 (กุมภาพันธ์): 244.
- ภรณ์ มหานนท์. 2529. การประเมินประสิทธิผลขององค์การ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไอดีเอ็นเอสโตร์.
- มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2544. รายงานการวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนภาคกลาง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ขงยุทธ พงษ์สุภาพ. 2542. รายงานการวิจัยทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2546. “ความรู้”. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- \_\_\_\_\_. 2546. “ทำเล”. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- \_\_\_\_\_. 2546. “ภาวะฟุ้งฟิง”. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์ และ อัจฉรา ชำนิประศาสตร์. 2545. ระเบียบวิธีการวิจัย. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.

- วิจิตร ศรีสุพรรณ, ประคิด สูงฉายา, ขนิษฐา นันทบุตร และ อุไร หัตถกิจ. 2544. รายงานผลการวิจัยพยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิลาวัลย์ เสนารัตน์, วิจิตร ศรีสุพรรณ, ประคิด สูงฉายา, วิภาดา คุณาวิคติกุล, สุสัณหา ชัมรัมย์, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, ประยงค์ ลี้มตระกูล, ชมนาด พงนามาศร์, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, ประพิมพ์ พุทธรักษ์กุล, ยูวรงค์ จันทรวิจิตร และ เฉชา ทำดี. 2544. รายงานการวิจัยรูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. 2546. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย - คำถามวิจัยที่สำคัญ. วิชาการสาธารณสุข 12, 2: 159-168.
- ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และ ดิเรก ศรีสุโข. 2540. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: บริษัท พชรกานต์พับลิเคชั่น จำกัด.
- สุภกิจ ศิริลักษณ์ (บรรณาธิการ). 2552. “ความสำคัญของกระบวนการแปลงนโยบายสาธารณสุข”. นโยบายและแผนสาธารณสุข 11, 1-4 (มกราคม – ธันวาคม): 1-2.
- สถาพร ปิ่นเจริญ. 2543. “การบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์การ: ตามแนวทางของทฤษฎี Z”. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (มฉก.วิชาการ) 3, 6 (ม.ค. – มิ.ย.): 78-81.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547. หลากคิด หลากทำ พลังปัญญา: ผู้พัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. 2548. รายงานผลการดำเนินโครงการประเมินผลลัพท์การพัฒนาบริการปฐมภูมิในโครงการส่งเสริมสุขภาพสถานบริการปฐมภูมิสู่ความเป็นเลิศ (PCU ในฝัน). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. 2550. รายงานวิจัยโครงการพัฒนาข้อเสนอกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ งวดที่ 4. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. 2550. เก็บตกผลึกอุดมการณ์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดี. สมศักดิ์ ธรรมศิริวัฒน์. 2543. รายงานการวิจัยการทบทวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในการปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สาคร สุขศรีวงศ์. 2550. การจัดการ: จากมุมมองนักบริหาร. กรุงเทพฯ: บริษัท จี.พี. ไซเบอร์พรีนท์ จำกัด.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. 2550. “ผลการประเมินและรับรองคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชน”. น. 8. ใน การประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาพัฒนาคุณภาพประจำจังหวัดเชียงใหม่ (QRTจังหวัด) และเครือข่าย (QRTเครือข่าย). ครั้งที่ 1/2550. วันที่ 31 มีนาคม 2550. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. 2549. การสาธารณสุขเชียงใหม่ 2548. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ . 2550. “ผลการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนรายงานการประชุม”. น. 8. ใน รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 2/2550. วันที่ 15 พฤศจิกายน 2550. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.
- \_\_\_\_\_. 2552. “ผลการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนรายงานการประชุม”. น. 4-6. ใน รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 1/2552. วันที่ 24 ธันวาคม 2552. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- \_\_\_\_\_. 2549. แนวทางการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการร่วมให้บริการ. นนทบุรี: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย . 2552. “บริการสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง: ระบบบริการที่ถูกกลืน”. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=16> (25 มกราคม 2553).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2549. “แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 2550-2554”. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=139> (16 มกราคม 2552).
- สุขภาพ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2540. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เลียงเชียง.
- สุขภาพ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2546. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: บริษัทเฟื่องฟ้าพรินติ้ง จำกัด.



- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยะธิดา ศรีรักษา และ ประภาพรณ คำคม. 2540. รายงานผลการวิจัยการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ทวีเกียรติ บุญญไพศาลเจริญ, รวิพันธ์ ศิริภักดิ์, นงศ์น้อย ภูริพันธ์ภิญโญ, รุจิรา มังคละศิริ, วีระพันธุ์ สุพรรณไชยมาตย์, วิชัย อัสวภาคย์, พิรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ และ อมร รอดคล้าย. 2542. รายงานสรุปโครงการวิจัยการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย เล่มที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สุรศักดิ์ อธิมานนท์, บำรุง ชะลอเดช, ทศนีย์ สุรกิจโกศล และ ฉัฐพร สุขพอดิ. 2545. รายงานผลการวิจัยบริการปฐมภูมิ: บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. 2548. รายงานการวิจัยโครงการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคลินิกเอกชนคู่สัญญาภายใต้ระบบประกันสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2549. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายวิจัยและพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ. 2549. รายงานผลการศึกษาโครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- \_\_\_\_\_. 2549. แนวทางการตรวจประเมินขั้นทะเบียนหน่วยบริการประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการร่วมให้บริการ. นนทบุรี: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำเร็จ แหงกระโทก และ เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. 2545. คู่มือฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหารและผู้นำเทศศูนย์สุขภาพชุมชน. นนทบุรี: โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- หทัยชนก บัวเจริญ. 2545. “ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”. น. 7-8. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมสร้างสุขภาพสังคม คู่สังคมแห่งสันติภาพ. วันที่ 5-7 สิงหาคม 2545 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค, กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

- อรรถัย รวยอาจิม, สุวจิ จันทรถนอม กู๊ด และ ชวัลชัย บุญโชติ. 2543. รายงานการวิจัยการมีส่วนร่วมของประชาชนกับการบริหารโรงพยาบาลรัฐ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อรรถัย นนทเกท, แสงอรุณ อิศระมาลัย, วงจันทร์ เพชรพิเชษ และ Constance W. B. 2551. “โครงสร้างสมรรถนะการบริการปฐมภูมิของพยาบาลหน่วยปฐมภูมิไทย”. *วิจัยทางการแพทย์*. 12, 3 (กรกฎาคม-กันยายน): 206.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. 2537. ระบบประกันสุขภาพ. *การวิจัยระบบสาธารณสุข* 2: 115-124.
- อรุณวรรณ ขมเกิด. 2548. รายงานผลการวิจัยมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการเต็มรูปแบบในจังหวัดตาก. ตาก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก.
- อุไร หัดกิจ, ถนอมศรี อินทนนท์, อุษณีย์ ตันตรีบุรณ์, อุมพร ปุญญโสพรรณ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ทิพมาศ ชินวงศ์, รังสิยา นารินทร์, นัยยา หนูนิล, รวมพร คงกำเนิด และ สายฝน เอกวางกูร. 2544. รายงานการวิจัยโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้. นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อัญชณา ณ ระนอง, วิโรจน์ ณ ระนอง และนิภา ศรีอนันต์. 2546. รายงานผลการวิจัยสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Anastasi, A. 1976. *Psychological*. New York: Macmillan.
- Arthur G. Bedeian. 1980. *Organization: Theory and Analysis*. Illinois: Dryden Press.
- Avi, Y. Ellenweig. 1992. *Analysing Health Systems: A Modular Approach*. Great Britain: Biddles Ltd, Guilford and King's Lynn.
- Balint. M. 1964. *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical.
- Ben-Zira, Z. 1986. “The plight of primary health care: the problematics of committedness to practice”. *Soc. Sci. Med.* 22: 699-712.
- Bodenheimer. T, Lo. B and Casalino. L. 1999. “Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers”. *JAMA*. 281, 21: 2045-2049.
- Cameron, K. S. 1981. “Effectiveness as paradox and consensus”. *Management Science*. 32: 40.
- Cherrington, David J. 1994. *Organizational Behavior the Management of Individual and Organizational Performance*. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Allyn and Bacon.

- Cohen, J. M. and Uphoff N. T. 1981. **Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation.** New York: Cornell University.
- Cooke R. A. and Lafferty L. J. 1989. **Organization Culture Inventory.** Plymouth: Human Synergistics.
- Cronbach, Lee J., and Richard J. Shavelson. 2004. "My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures". **Educational and Psychological Measurement** 64, 3 (June): 391-418.
- Daft R. L. 1998. **Organization Theory and Design.** 6<sup>th</sup> ed. Cincinnati: Ohio South-Western College Publishing.
- Dean, J. Champion. 1975. **The Sociology of Organization.** New York: Mc Graw-Hill Book Co.
- Dess and Miller , A. 1993. **Strategic Management.** Singapore: McGraw-Hill.
- Etzioni, Amitai. 1964. **Modern Organization.** New York : Prentice-Hall Inc.
- Engel, G. L. 1980. "The clinical application of the biopsychosocial model". **Am. J. Psychiatry.** 137, 5: 535-544.
- Gareth, R. Jones. 2001. **Organization Theory.** New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Gareth, M. 1998. **Images of Organization: The Executive Edition.** San Francisco: Berrett Koehler Publishers, Inc.
- Gibson, James L., Ivancevich John M. and Donnelly, Jame. H.. 1973. **Organizations Behavior Structure Processes.** 9<sup>th</sup> ed. Boston: McGraw-Hill company.
- Gibson, James L., Ivancevich John M. and Donnelly, Jame. H. .2000. **Organizations Behavior Structure Processes.** 10<sup>th</sup> ed. Singapore: McGraw-Hill company.
- Gilbert, D, Walley. T and New. B. 2000. "Lifestyle medicinences". **BMJ.** 321,7272: 1341-1344.
- Glueck, W. and Jauch L. 1980. **Business Policy and Strategic Management.** 4<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill.
- Goodman, P. S. and Penning. J. M.. 1977. **New Perspectives on Organizational Effectiveness.** San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.

- Hannan, M.T. and Freeman J. Paul, S. and Pennings, Johannes M. (eds.) 1977. **“Obstacles to the Comparative Study of Organization Effectiveness Is New Perspectives on Organizational Effectiveness.”** San Francisco: Jessey-Bass.
- Hodge, B. J. and Anthony. William P. 1990. **Organization Theory.** 4<sup>th</sup> ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Hoy, Wayne K., and Cecil G. Miskel . 1991. **Educationa Administry Theory Research and Practice.** 4<sup>th</sup> ed. Singapore: McGraw-Hill.
- Hoy, Wayne K., and J. Ferguson. 1985. “A Theoretical Framework and Exploration of Organizational Effectiveness in School Educational”. **Administration Quarterly** 21,2: 121-122.
- Hunt, James G., Richard N. Osborn, John R. and Schermerhorn. Jr. 2000. **Organizational Behavior.** New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Jame, L. Price. 1972. “The study of Organizational effectiveness”. **The sociological Quarturly** 13,1(Winter): 3-15.
- Kimbrough, R. and Burkett C. 1990. **The Principalsip: Concepts and Practices.** New Jersey: Prentice Hall.
- Kouzes. J.M., and Posner. B. Z. 1995. **The leadership challenge.** 2<sup>nd</sup> ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Levin, J. S. 1996. “How religion influences morbidity and health: reflections an natural History salutogenesis and host resisitance”. **Soc. Sci. Med.** 43,5: 849-864.
- Lussier Robert N. 2002. **Human relations in organizations applications and skill building.** 5<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Companies.
- Luthans, Fred. 1992. **Organization behavior.** New York: McGraw-Hill.
- Luthans Fred. 2002. **Organizational behavior.** 9<sup>th</sup> ed. New York: McGraw – Hill Companies.
- Mercenier, P. 1986. **The Role of Health Centre in the Context of District Health System Based on Primary Health Care.** Ref Type: Unpublished work.
- Mercenier, P. 1992. **Methodology and Relevance of health System Research.** Paris: Centre international de l’Enfance.
- Minzberg, H. 1983. **The Nature of Managerial Work.** New York: Harper and Row.

- Mowday, Steers and Porter. 1979. "The measurement of organization commitment". **Journal of Vocational Behavior** 14: 224-227.
- Munson, F.C. and Heda, S.S. 1974. "An instrument for measuring nursing satisfaction". **Nursing Research** 23,2: 159-166.
- Nanus, B. 1992. **Visionary leadership: creating a compelling sense of direction for your organization**. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers.
- Parsons, Talcott. 1960. **Structure and Process in Modern Societies**. New York: Free Press.
- Paton, R. A. and McCalman J. 2000. **Change management: A Guide to Effective implementation**. London: London Sage.
- Penning, Johannes M. and Paul S. Goodman. 1971. **Toward a workable framework" in new perspectives on organizational effectiveness**. San Francisco: Jossey Bass.
- Price. J. L. 1972. "The study of organizational effectiveness". **Sociological Quarterly** 13: 3-15.
- Robbins, Stephen P. 1990. **Organization Theory: Structure Design and Application**. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Englewood Cliffs Prentice-Hall International Inc.
- \_\_\_\_\_. 1993. **Organization Theory: Structure Design and Application**. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Englewood Cliffs Prentice-Hall International Inc.
- \_\_\_\_\_. 1998. **Organization Behavior: Concepts Controversies and Application**. 9<sup>th</sup> ed. New Jersey: Englewood Cliffs Prentice-Hall International Inc.
- Roming. 1996. **Breakthrough Team: Outstanding Result Using Structured Teamwork**. Chicago: IL Irwin.
- Rothwell, William J. and Kazanas. H.C. 1998. **Mastering the Instructional Design Process**. 2<sup>nd</sup> ed. San Francisco: Jossey-Bass Pfeiffer and Wiley Company.
- Schein, Edgar H. 1980. **Organization Psychology**. 2<sup>nd</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Schermerhorn, John R. Jr. 2005. **Management**. 8th ed. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Seashore, S. E. and Yuchtman E. 1967. "Factorial analysis of organizational performance". **Administrative Science Quarterly** 12,2: 377-395.
- Smircich, L. and G. Morgan. 1989. "Leadership: The management of Meaning". **Journal of Applied Behavioral Studies** 18: 257-273.

- Starfield Barbara. 1994. "Primary Care: Is it essential?". **Lancet** 344: 1129-1133.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. 2005. "Contribution of primary care to health system and Health". **Milbank Q** 83, 3: 457-502.
- Steers, Richard .M. 1977. **Organizational Effectiveness: A Behavioral View**. Santa Monica: Calif.Goodyear Publishing Co Inc.
- \_\_\_\_\_. 1992. **Introduction to Organizational Behavior**. 4<sup>th</sup> ed. New York: Harper Collins Publisher.
- Steers, Richard M., Gerado R. Ungson and Richard T. Mowdy. 1985. **Managing Effective Organization: An Introduction**. Boston: Kent Publishing Company.
- Stephen, M. Shortell and Arnold, D. Kaluzny. 1994. **Health Care Management: Organization Design and Behavior**. 3<sup>rd</sup>. Albany, New York: Delmar Publishers Inc.
- Stringer Robert. 2002. **Leadership and Organizational Climate**. New Jersey: Parson.
- The Dawson Report. 1920. pp. 30. **In The germ of primary / secondary / tertiary care distinction**. HMSO.
- The World Health Report. 2008. **Now More Than Ever**. Switzerland: World Health Organization.
- Tradis. F. 1971. **Attitude Can Be Measurement: Reading In Attitude Theory And Measurement**. New York: John Wiley and Sons.
- Unger, J. P. and Criel, B. 1995. "Principles of health infrastructure planning in less developed countries". **Int. J Health Plann Manage** 10, 2: 113-128.
- Vecchio, Robert P. 1991. **Organizational Behavior**. 2nd ed .London: The Dryden Press.
- Vroom, Victor. 1964. **Work and Motivation**. New York: John Wiley and Son.
- WHO. 1978. "Primary Health Care". pp. XII. **In Report of the international conference on primary health care Alma-Ata**. USSR. 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Found.
- Yahn, G. 1979. "The impact of holistic medicine, medical groups, and health concepts". **JAMA**. 242, 20: 2202-2205.
- Yamane, T. 1993. **Statistical and introductory analysis**. Tokyo: Harper and Row Inc.
- Zammuto, R. F. 1982. **Assessing Organizational Effectiveness: Systems Change, Adaptation and Strategy**. Albany NY: Sunny Press.



ภาคผนวก





ภาคผนวก ก

### รายชื่อคณะกรรมการตรวจความตรงของเนื้อหา (content validity)

คณะกรรมการภายนอกเพื่อตรวจความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1. ดร.ทพ.สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขระดับเชี่ยวชาญ  
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
2. ผศ.ดร.จิตติณัฐ อัคระเคชอนันต์  
ภาควิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. ผศ.ดร.บุวรงค์ จันทร์วิจิตร  
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### รายชื่อศูนย์สุขภาพชุมชน ในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปฏิบัติงาน และการสังเกตการปฏิบัติงาน

ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ใช้เพื่อการค้นหาข้อมูลจากการ สังเกต สัมภาษณ์ จำนวน 20 แห่ง ได้แก่

1. ศูนย์สุขภาพชุมชนไผ่ล้อม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
2. ศูนย์สุขภาพชุมชนแขวงศรีวิชัย ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
3. ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลช้างเผือก ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
4. ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสยามราษฎร์ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
5. ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลค่ายกาวิละ ตำบลวัดเกต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
6. ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเขื่อนท่าแม่เอเรียลเชียงใหม่ ตำบลป่าแดด อำเภอเมือง  
จังหวัดเชียงใหม่
7. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเจ็ดยอด ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
8. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านป่าข่อยเหนือ ตำบลป่าข่อยเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
9. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านทุ่งหลุก ตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
10. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านป่าตาล ตำบลบวกค้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
11. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านคอยยาว ตำบลแช่ช้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
12. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหลวงเหนือ ตำบลหลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
13. ศูนย์สุขภาพชุมชนไชยสถาน ตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
14. ศูนย์สุขภาพชุมชนข้าวมุง ตำบลข้าวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
15. ศูนย์สุขภาพชุมชนยางเนิ้ง ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
16. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านสันคะยอม ตำบลสันทรายน้อย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
17. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านมะขุนหวาน ตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าดอง จังหวัดเชียงใหม่
18. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองห่าย ตำบลช่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

19. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหลงหลวง ตำบลสบโขง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่
20. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านอุดม ตำบลนาเกียน อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความคิดเห็นเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการ บริหารจัดการของ ศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้เชี่ยวชาญที่แสดงความคิดเห็นเพื่อการสังเคราะห์นโยบายการบริหารจัดการของ ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 22 ท่าน ได้แก่

1. นายณรงค์เดช พิพัฒนธวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง  
รองประธานคณะกรรมการทีมที่ปรึกษาพัฒนาคุณภาพประจำจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2552
2. นายจรัส สิงห์แก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี  
คณะกรรมการทีมที่ปรึกษาพัฒนาคุณภาพประจำจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2552
3. นางพัชรกาญจน์ คงทวีพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
4. นางจันทร์พลอย สีนสุขเศรษฐ์ นักวิเคราะห์แผนและนโยบายชำนาญการพิเศษ  
คณะกรรมการทีมที่ปรึกษาพัฒนาคุณภาพประจำจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2552
5. นางจิราภรณ์ มงคงศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการชำนาญการพิเศษ  
คณะกรรมการทีมที่ปรึกษาพัฒนาคุณภาพประจำจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2552
6. นางฐิติรัตน์ อินตาวง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการชำนาญการ  
คณะกรรมการทีมที่ปรึกษาพัฒนาคุณภาพประจำจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2552
7. นางนภาพร มุลมั่ง สาธารณสุขอำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่
8. นางมุกดา ชาเทพ สาธารณสุขอำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่
9. คณะกรรมการทีมที่ปรึกษาพัฒนาคุณภาพระดับเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2552
10. นายธีรวัฒน์ วงศ์ตัน นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
ประธานเครือข่ายพัฒนาคุณภาพคนเมือง ประจำจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2552
11. นายภาคิน นันทจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
ประธานเครือข่ายพัฒนาคุณภาพรวมใจสามฝืน ประจำจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2552
12. นางนิภาพร อุปปีนใจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
ประธานเครือข่ายพัฒนาคุณภาพพัฒนาภูคอย ประจำจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2552
13. นางนุชจรินทร์ พันธุ์บุญปลูก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการชำนาญการ  
ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

14. นางศรีเพ็ญ วิฑิตานนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
คณะกรรมการทีมที่ปรึกษาพัฒนาคุณภาพระดับเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2552
15. นางอุไรวรรณ พวงสายใจ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการชำนาญการพิเศษ  
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
16. นางกรลักษ์ณ์ พันธุ์เกษมสุข หัวหน้าบริหารทั่วไป โรงพยาบาลช้างเผือก  
โรงพยาบาลช้างเผือก จังหวัดเชียงใหม่
17. นางประภา สุวิกรม ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
18. นางเสาวภา รัตนบรรยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสันกลาง (บ้านมอญ) อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
19. นางพัทยา นีละภมร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
หัวหน้างานยุทธศาสตร์และแผนงาน โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
20. นานภานุ ใจกุล เกษัชกรชำนาญการ  
กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
21. นางสาคร ใจพยอม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
22. นางวิภา จตุพรพิทักษ์กุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่



ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

## แบบสอบถามชุดที่ 1

เลขที่แบบสอบถาม □ □ □

## เรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่

ชื่อศูนย์สุขภาพชุมชน \_\_\_\_\_

ที่อยู่-โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

## ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของศูนย์สุขภาพชุมชน (Unit profile)

1. ทำเลที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน
  1. เป็นพื้นที่ปกคิ มีปัญหาต่อการปฏิบัติงานน้อย
  2. เป็นพื้นที่ปานกลาง มีปัญหาต่อการปฏิบัติงานพอใช้
  3. เป็นพื้นที่ที่มีปัญหาต่อการปฏิบัติงานมาก
2. ระยะทางของศูนย์สุขภาพชุมชน ห่างจากตัวอำเภอ... กิโลเมตร ห่างจากตัวจังหวัด ... กิโลเมตร
3. สถานที่การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน
  1. ในโรงพยาบาล
  2. นอกโรงพยาบาล
4. สถานที่ตั้งที่ศูนย์สุขภาพชุมชน อยู่ในความรับผิดชอบ
  1. เขตองค์การบริหารส่วนตำบล
  2. เขตเทศบาล
  3. เขตอบต. และเขตเทศบาล
6. จำนวนหมู่บ้านที่ศูนย์สุขภาพชุมชน รับผิดชอบ ..... หมู่บ้าน/ชุมชน
7. จำนวนประชากรทั้งหมดในพื้นที่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน รับผิดชอบ ..... คน
9. จำนวนประชากรที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของศูนย์สุขภาพชุมชน..... คน
10. จำนวนประชากรเด็กอายุระหว่าง 0-12 ปี ในพื้นที่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน รับผิดชอบ ..... คน
11. จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน รับผิดชอบ ..... คน
12. จำนวนผู้พิการในพื้นที่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน รับผิดชอบ ..... คน
13. ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นเครือข่ายการบริหารของ CUP .....
14. รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือนของประชากรที่รับผิดชอบ ..... บาท/คน/เดือน
15. รายจ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อเดือนของประชากรที่รับผิดชอบ ..... บาท/คน/เดือน
16. ร้อยละของอาชีพของประชากรระหว่างเกษตรกรต่ออาชีพอื่นๆ ของประชากรที่รับผิดชอบ .....
17. ร้อยละของระดับการศึกษาประถมศึกษาต่อระดับการศึกษาอื่นๆ ของประชากรที่รับผิดชอบ .....
18. ศูนย์สุขภาพชุมชนมีอาสาสมัครช่วยในการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือไม่
  1. ไม่มี
  2. มีบางวัน (ระบุวันที่มีอาสาสมัคร) .....
  3. มีทุกวัน มีอาสาสมัครช่วยวันละ ..... คน
19. ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษาหรือไม่
  1. ไม่มี
  2. มี แบบไม่สม่ำเสมอ จากสถาบัน .....
  3. มีอย่างสม่ำเสมอ มากกว่า 1 สถาบัน จากสถาบัน .....

## 20. จำนวนบุคลากรที่มสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน

ทีมสุขภาพ	จำนวนบุคลากร (คน) / จำนวนวันปฏิบัติงาน (วัน)				ประเภทและจำนวนของบุคลากร		
	ประจำ		หมุนเวียน		ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างระบุ .....
	คน	วัน	คน	วัน			
1. แพทย์							
2. ทันตแพทย์							
3. ทันตภิบาล							
4. เกสัชกร							
5. เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม							
6. พยาบาลวิชาชีพ							
7. เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป							
8. นักวิชาการสาธารณสุข							
9. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ชุมชน							
10. อื่นๆ (ระบุ) .....							



## ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

### 1. ข้อมูลผู้ป่วยและผู้มารับบริการทั้งหมด

ข้อมูล	ปีงบประมาณ		
	2549	2550	2551
1. จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด (ครั้ง/วัน)			
2. จำนวนผู้ป่วยมารับบริการ (ครั้ง/วัน)			
3. จำนวนการเยี่ยมบ้าน (ครั้ง/สัปดาห์)			

### 2. โรคที่มีความสำคัญ 5 อันดับแรก

อันดับที่ / โรค	ปีงบประมาณ / อัตราป่วยต่อแสนประชากร		
	2549	2550	2551
1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน			
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
3. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง			
4. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก			
5. ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจส่วนต้น (URI)			

### 3. ประสิทธิภาพการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ประสิทธิภาพการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน	ปีงบประมาณ		
	2549	2550	2551
1. ร้อยละสิทธิว่างของประชากรที่รับผิดชอบ			
2. ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์			
3. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยง			
4. ร้อยละความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน			
5. ร้อยละความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง			
6. ร้อยละความครอบคลุมการดูแลผู้พิการในเขตพื้นที่			
7. ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
8. ร้อยละครอบคลุมการมีแฟ้มครอบครัว			
9. ร้อยละครอบคลุมการใช้แฟ้มครอบครัว			
10. ร้อยละความครอบคลุมการมีแฟ้มชุมชน			
11. ร้อยละความครอบคลุมการใช้แฟ้มชุมชน			
12. ร้อยละความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้บริการ			

เลขที่แบบสอบถาม □ □ □

**แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน**  
**เรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่**

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นข้อมูลของท่านจึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาทางวิชาการในภาพรวมเท่านั้น จึงขอความกรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและขอขอบคุณท่านผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้

**ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

1. เพศ
 

<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง
---------------------------------	----------------------------------
2. อายุ ..... ปี (อายุปีเต็ม)
3. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. หย่า
<input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่	
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 

<input type="checkbox"/> 1. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> 2. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> 3. ปริญญาโท	<input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ (ระบุ).....
5. ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในปัจจุบัน
 

<input type="checkbox"/> 1. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> 2. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข
<input type="checkbox"/> 3. นักวิชาการสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> 4. พยาบาลวิชาชีพ
6. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ ..... ปี
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ..... บาท/เดือน
8. การศึกษาดูงานเวชปฏิบัติชุมชน / เวชปฏิบัติครอบครัว
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 2. เคยศึกษาดูงาน จำนวน ..... ครั้ง
------------------------------------	---
9. การศึกษาอบรมเวชปฏิบัติชุมชน/ เวชปฏิบัติครอบครัว
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 2. เคยอบรม จำนวน ..... ครั้ง
------------------------------------	---

- ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน  
 คำชี้แจง ข้อคำถามนี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นการประเมินสภาพการณ์ไม่ได้ประเมินความผิดถูกของการมีหรือไม่มี

### 2.1 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายนอก

โปรดอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความซึ่งตรงกับความเป็นจริงในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ท่านปฏิบัติงานอยู่โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง มีปัญหาและสภาพความรุนแรงจากประเด็นที่ระบุมากกว่า ร้อยละ 90 ของพื้นที่  
 4 หมายถึง มีปัญหาและสภาพความรุนแรงจากประเด็นที่ระบุ ร้อยละ 81 – 89 ของพื้นที่  
 3 หมายถึง มีปัญหาและสภาพความรุนแรงจากประเด็นที่ระบุ ร้อยละ 71 – 79 ของพื้นที่  
 2 หมายถึง มีปัญหาและสภาพความรุนแรงจากประเด็นที่ระบุ ร้อยละ 61 – 69 ของพื้นที่  
 1 หมายถึง มีปัญหาและสภาพความรุนแรงจากประเด็นที่ระบุ น้อยกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายนอก	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมของชุมชน					
1 ขนาดปัญหาจากความสะอาดของน้ำดื่มในชุมชน					
2 ความรุนแรงของปัญหาจากความสะอาดของน้ำดื่มในชุมชน					
3 ขนาดปัญหาจากความสะอาดของน้ำใช้ในชุมชน					
4 ความรุนแรงของปัญหาจากความสะอาดของน้ำใช้ในชุมชน					
5 ขนาดปัญหาการมีส่วนร่วมใช้ของชุมชนอย่างครอบคลุม					
6 ความรุนแรงของปัญหาจากการมีส่วนร่วมใช้ไม่เพียงพอ					
7 ขนาดปัญหาในการใช้ร่วมของชุมชน					
8 ความรุนแรงของปัญหาในการใช้ร่วมของชุมชน					
9 ขนาดปัญหาที่เกิดจากการเลี้ยงสัตว์ในชุมชน					
10 ความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการเลี้ยงสัตว์ในชุมชน					
11 ขนาดปัญหาจากการกำจัดขยะในชุมชน					
12 ความรุนแรงจากปัญหาการกำจัดขยะในชุมชน					
13 ขนาดปัญหาจากขยะมูลฝอยภายในชุมชน					
14 ความรุนแรงจากปัญหาขยะมูลฝอยภายในชุมชน					

โปรดอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความซึ่งตรงกับความเป็นจริงในหน่วยศูนย์สุขภาพชุมชนที่ท่านปฏิบัติงานอยู่โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง มีการปฏิบัติเกิดขึ้นประจำ หรือมากกว่าร้อยละ 90  
 4 หมายถึง มีการปฏิบัติเกิดขึ้นบ่อย หรือร้อยละ 81 – 89  
 3 หมายถึง มีการปฏิบัติปานกลาง หรือร้อยละ 71 – 79  
 2 หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆ ครั้ง หรือร้อยละ 61 – 69  
 1 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยมากหรือ ไม่มีเลย หรือน้อยกว่าร้อยละ 50

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายนอก	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
<b>การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ</b>					
1 หน่วยบริการประจำสนับสนุนความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพในการให้บริการปฐมภูมิ					
2 หน่วยบริการประจำให้ความคล่องตัวแก่ศูนย์สุขภาพชุมชนในการบริหารจัดการอย่างยืดหยุ่น					
3 หน่วยบริการประจำให้ความคล่องตัวในการบริหารจัดการระบบเงินงบประมาณในการบริหารงาน					
4 หน่วยบริการประจำมีระบบการพัฒนาผู้ปฏิบัติงานศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิ					
5 หน่วยบริการประจำจัดระบบเชื่อมต่อการดำเนินงานระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
6 หน่วยบริการประจำมีการจัดระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาประสิทธิภาพบริการ					
<b>บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ</b>					
1 องค์กรชุมชน ได้แก่ องค์กรเทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบลและ องค์กรอื่นๆ ในชุมชนประสานความร่วมมือให้มีการดำเนินการด้านสุขภาพของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ					
2 องค์กรชุมชนให้การสนับสนุนเงินงบประมาณในการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชน					
3 องค์กรชุมชนมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ					
4 องค์กรชุมชนมีการพัฒนาการประสานงานด้านสุขภาพของชุมชนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง					

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายนอก	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ					
1 ชุมชนได้ร่วมคิดในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน					
2 ชุมชนได้ร่วมวางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน					
3 ชุมชนได้ร่วมตัดสินใจต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน					
4 ชุมชนได้รับผลประโยชน์จากการร่วมดูแลสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัวและชุมชนกับองค์กรชุมชนต่างๆและศูนย์สุขภาพชุมชน					
5 มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานจากการดำเนินการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง					

## 2.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายใน

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายใน	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
วัฒนธรรมองค์กร					
1 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นการ สร้างค่านิยมที่ดีในการทำงาน					
2 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นการ แสดงพฤติกรรมจากการทำงานที่ดี					
3 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนให้โอกาสบุคลากรในการทำงานด้วยหลักการ และเหตุผล					
4 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการ กำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน					
5 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นองค์กรที่มี ค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกที่สร้างสรรค์					
6 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนกำหนดเป้าหมายงานจากคุณภาพมากกว่า					
7 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนให้โอกาสบุคลากรทีมสุขภาพได้ทำงานตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างอิสระ					
8 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของ บุคลากรทีมสุขภาพตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการและร่วมประเมินผล					
9 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนให้ความสำคัญกับบุคลากรทีมสุขภาพทุกคน เพราะถือว่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าสูงสุดขององค์กร					
10 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นให้เห็นความสำคัญของสัมพันธภาพ ระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ					
11 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นบรรยากาศที่อบอุ่นในการทำงาน มีความ เป็นกันเอง เปิดเผย จริงใจ					
12 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนมีการยอมรับซึ่งกันและกัน					

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายใน	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
<b>บรรยากาศองค์การ</b>					
1 การปฏิบัติงานของบุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนมีความคล่องตัว ยืดหยุ่นกับกฎ ระเบียบ ข้อปฏิบัติต่างๆและขั้นตอนการปฏิบัติงาน					
2 กฎ ระเบียบและขั้นตอนการปฏิบัติงานต่างๆ ของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสอดคล้องกับสภาพปัจจุบันในการปฏิบัติงาน					
3 มีการกำหนดขอบเขตและหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรอย่างชัดเจน					
4 บุคลากรปฏิบัติงานเต็มความสามารถตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างอิสระอย่างสร้างสรรค์					
5 มีการประกาศเจตคติหรือให้รางวัลแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานดี					
6 บุคลากรทีมสุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชนให้เกียรติซึ่งกันและกัน					
7 สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน					
8 ท่านชอบและรักการทำงานให้กับชุมชน โดยเฉพาะการทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ทำให้ท่าน ไม่คิดจะย้ายไปไหน					
9 ท่านชอบทำงานที่มีความเสี่ยง โดยมีระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ดี					

### 2.3 ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ

ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
<b>การกระจายอำนาจ</b>					
1 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีสายการบังคับบัญชาที่ระบุไว้อย่างชัดเจน					
2 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีบริหารจัดการที่สะดวก รวดเร็วในการประสานงาน					
3 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการประสานงานทั้งที่เป็นทางการและไม่ทางการ					
4 มีการให้โอกาสในการบริหารและตัดสินใจแก่บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน					
5 มีการกระจายอำนาจในการบริหารและตัดสินใจแก่หัวหน้างานต่างๆ ในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อความรวดเร็วและคล่องตัวในการดำเนินงาน					
<b>การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ</b>					
1 กำหนดบุคคลรับผิดชอบงานตามความรู้และความสามารถ					
2 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการบรรยายลักษณะงานที่ชัดเจนของบุคลากรทีมสุขภาพเป็นลายลักษณ์อักษร มีคู่มือปฏิบัติงาน					
3 มีการแบ่งงานรับผิดชอบอย่างชัดเจน					
4 ศูนย์สุขภาพชุมชนแบ่งเวลาในการให้บริการงานต่างๆ อย่างชัดเจน					

ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน					
1 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการนำเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ หลากหลายประเภทมาใช้ดำเนินงานตามพันธกิจ					
2 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีเครื่องคอมพิวเตอร์จำนวนเพียงพอต่อการใช้งาน					
3 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีสภาพการใช้งานได้ดี					
4 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานได้ดี เหมาะสมกับลักษณะงานที่ปฏิบัติ					
5 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสามารถในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
6 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ					

#### 2.4 ปัจจัยด้านบุคลากรใน

ปัจจัยด้านบุคลากร	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
ความผูกพันต่อองค์กร					
1 ท่านมีความเชื่อและยอมรับในวิสัยทัศน์และเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุผลตามวิสัยทัศน์และเป้าหมายนั้น					
2 ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนี้					
3 ท่านทำงานด้วยความเต็มใจอย่างเต็มความสามารถ					
4 ท่านพร้อมที่จะทำงานทุกอย่างที่ได้รับมอบหมายเพื่อทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนี้ตลอดไป					
5 ท่านภาคภูมิใจที่จะบอกว่าเป็นทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้					
6 ท่านมีความผูกพันต่อศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้					



โปรดอ่านข้อคำถามสำหรับความพึงพอใจในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความซึ่งตรงกับความพึงพอใจของท่าน โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อประเด็นที่ระบุมากที่สุด หรือมากกว่าร้อยละ 90  
 4 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อประเด็นที่ระบุมาก หรือร้อยละ 81 – 89  
 3 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อประเด็นที่ระบุปานกลาง หรือร้อยละ 71 – 79  
 2 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อประเด็นที่ระบุค่อนข้างน้อย หรือร้อยละ 61 – 69  
 1 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อประเด็นที่ระบุน้อยที่สุด หรือน้อยกว่าร้อยละ 50

ปัจจัยด้านบุคลากร	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
<b>ความพึงพอใจในงาน</b>					
1 ท่านพึงพอใจในการกำหนดชั่วโมงทำงาน					
2 ท่านพึงพอใจต่อคณะกรรมการบริหาร ในการพิจารณาความดีความชอบ					
3 ท่านพึงพอใจต่อการกำหนดคนไขยบาลพักก่อน					
4 ท่านพึงพอใจต่อระบบความปลอดภัยในการทำงาน					
5 ท่านพึงพอใจต่อเงินเดือนที่ได้รับ					
6 ท่านพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่เป็นโบนัส					
7 ท่านพึงพอใจต่อสวัสดิการต่างๆที่ได้รับจากการทำงาน					
8 ท่านพึงพอใจต่อความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน					
9 ท่านพึงพอใจต่อการได้มีส่วนช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานหรือผู้อื่นทำงาน					
10 ท่านพึงพอใจต่อการได้รับมอบหมายให้ทำงานในฐานะหัวหน้าทีม สามารถมอบหมายงานให้ทีมงาน ได้อย่างมีระบบ					
11 ท่านพึงพอใจที่ได้ชี้แนะในการทำงานให้เพื่อนร่วมงาน					
12 ท่านพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการทำงาน ขั้นตอนใน การทำงาน มาตรฐานการปฏิบัติงาน					
13 ท่านพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐานการตรวจสอบงาน					
14 ท่านพึงพอใจในการมีส่วนร่วมกำหนดวิธี แนวทางปรับปรุงงาน					
15 ท่านพึงพอใจที่มีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงานอย่างอิสระ					
16 ท่านมีโอกาสใช้ทักษะและความสามารถอย่างเต็มที่ในการทำงาน					
17 ท่านพึงพอใจต่อการได้รับมอบหมายงานที่มีความสำคัญและมีคุณค่า					
18 ท่านพึงพอใจที่สามารถทำงานสำเร็จได้ด้วยตนเอง					
<b>การทำงานเป็นทีม</b>					
1 นำปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นมาประชุม เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ แก้ไข					
2 ทีมงานมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น ระดมความคิดของสมาชิก					

ปัจจัยด้านบุคลากร	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
3 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสร้างทัศนคติที่ดีต่อกันในการทำกิจกรรมและนำความคิดที่ดีที่สุดไปใช้ในการปฏิบัติ					
4 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นการทำงานที่ไม่เป็นทางการ					
5 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนมีการฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพผ่านการตรวจสอบที่เป็นระบบ					
6 ทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนมีทักษะในการประสานงาน การรับรู้กฎระเบียบต่างๆอย่างเพียงพอ					
7 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนสร้างบรรยากาศที่ดีในการประชุม เน้นการใช้เหตุผล รับรู้เป้าหมายเดียวกันและหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน					
8 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนมีการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกันของสมาชิก การสร้างค่านิยมของทีม ความเชื่อหรือความคาดหวังเพื่อการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดตามเป้าหมายของทีม					
9 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนมีการประชุม ปรึกษาหารือตกลงร่วมกันเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามพันธกิจที่เป็นส่วนช่วยให้ทีมมีการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ใช้เวลาน้อยลง					
10 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย					
11 มีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละคนไว้อย่างชัดเจน					
12 มีการประชุมทีมเมื่อเกิดปัญหา โดยการระบุปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุ ระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหา โดยเลือกวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ					
13 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนอาศัยทักษะ ความรู้ การมีส่วนร่วม และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจแก้ปัญหา เน้นความรวดเร็วและกระบวนการทำงานเป็นทีมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของทีม					
14 การทำงานเป็นทีมทำให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลา ได้ผลงานตามที่ตั้งเป้าหมายและผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจ					
การงูใจ					
1 ท่านมีความคาดหวังต่อผลสำเร็จในการทำงาน					
2 ท่านมีความตั้งใจพยายามปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมาย					
3 ท่านต้องการได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อความชำนาญในงานที่ทำ					

ปัจจัยด้านบุคลากร		สภาพการณ์				
		5	4	3	2	1
4	ท่านต้องการได้รับคำแนะนำหรือการสอนอย่างสม่ำเสมอเพื่อการปรับปรุงคุณภาพงาน					
5	ท่านมีส่วนร่วมในดำเนินงาน วางแผน ตัดสินใจและติดตามประเมินผล					
6	มีการจ่ายเงิน โบนัสตามผลการปฏิบัติงานประจำปี					
7	มีการให้รางวัล เชิดชูสำหรับผู้ปฏิบัติงานดีเด่นประจำปี					
ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรที่มสุขภาพ						
1	ท่านสามารถประเมินสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนอย่างเป็นองค์รวม					
2	ท่านสามารถเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์และประเมินปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน					
3	ท่านสามารถวินิจฉัยปัญหาสุขภาพได้					
4	ท่านสามารถให้ภูมิคุ้มกันโรคได้และให้การรักษาเบื้องต้นต่างๆตามขอบเขตวิชาชีพได้					
5	ท่านสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แผนปัจจุบันและการรักษาทางเลือกอื่นๆ ที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ใช้บริการ					
6	ท่านสามารถตัดสินใจวางแผนให้การรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ให้บริการทั้งภาวะฉุกเฉิน ปกติ และเรื้อรังได้อย่างปลอดภัย					
7	ท่านสามารถให้บริการแบบองค์รวมได้					
8	ท่านสามารถติดตามให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยความร่วมมือของบุคลากรด้านสุขภาพ ครอบครัวประชาชน					
9	ท่านสามารถให้การฟื้นฟูสุขภาพ สภาพผู้ป่วยและกลุ่มบุคคลได้					
10	ท่านสามารถให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการวางแผนครอบครัวและปัญหาสังคมได้					
11	ท่านสามารถทำกิจกรรมสนับสนุนและเป็นหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหารผ่อนคลายความเครียดและการพักผ่อนให้ครอบครัวทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ					
12	ท่านสามารถตรวจประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานที่กำหนด					
13	ท่านสามารถบริหารจัดการหน่วยบริการสุขภาพได้					
14	ท่านสามารถบริหารจัดการบริการสุขภาพสำหรับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนได้					

ปัจจัยด้านบุคลากร	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
15 ท่านสามารถบริหารจัดการทรัพยากรทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การเงิน งบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ต่างๆ					
16 ท่านสามารถจัดการข้อมูลทางสุขภาพได้					
17 ท่านมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะด้านวิถีชีวิตชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของชุมชน					
18 ท่านสามารถส่งเสริมและกระตุ้นให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพได้					
19 ท่านสามารถสร้างสัมพันธภาพ สร้างเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน					
20 ท่านสามารถส่งเสริมการให้ข้อมูลที่เหมาะสมในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ ประชาชนด้านสุขภาพ					
<b>ภาวะผู้นำ</b>					
1 ท่านสามารถให้ข้อมูลแก่บุคลากรทีมสุขภาพถึงแนวโน้มการปฏิบัติงาน ในอนาคตขององค์กรได้					
2 ท่านเน้นการทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วม					
3 ท่านสามารถชี้แนวทางการทำงานที่ดีแก่บุคลากรทีมสุขภาพเพื่อบรรลุ เป้าหมายขององค์กรที่กำหนดได้					
4 ท่านมีวิสัยทัศน์ที่ศูนย์สุขภาพจะเป็นในอนาคตบนพื้นฐานของข้อมูลพื้นที่					
5 ท่านสื่อสารด้วยความกระตือรือร้นให้ทีมงานในการทำให้บรรลุวิสัยทัศน์					
6 ท่านสื่อสารให้ทีมงานเข้าใจและมีส่วนในการดำเนินงานวิสัยทัศน์ให้ บรรลุผลสำเร็จ					
7 ท่านให้อำนาจทีมงานในการตัดสินใจในการทำงานอย่างเต็มที่					
8 ท่านมีความเป็นกันเองกับทีมงานในการทำงาน					
9 ท่านไว้ใจทีมงานในการมอบหมายหมายงานต้องทำได้					
10 ท่านมีการตรวจสอบติดตามงานอย่างสม่ำเสมอและแสดงความคิดเห็นได้					
11 ท่านเป็นแบบอย่างในการทำงานที่ดีและสอนงานทีมงานเน้นการสร้าง ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม					
12 ท่านแสวงหาแนวทางการทำงานใหม่ๆ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง					
13 ท่านแสดงความยินดีต่อความสำเร็จของทีมงาน เป็นการส่วนตัว					
14 ท่านจัดงานฉลองความสำเร็จเป็นกลุ่มพร้อมกับแจกของที่ระลึกที่ เหมาะสมสำหรับความสำเร็จของทีมงาน					

ปัจจัยด้านบุคลากร	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
เจตคติในการทำงาน					
1 ท่านภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้					
2 ท่านบอกผู้อื่นว่าทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ดี					
3 ท่านเต็มใจที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้					
4 ท่านพยายามเชิญชวนทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนที่อื่นมาร่วมงานที่นี่ได้					

## 2.5 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
เจตคติการบริหารเชิงกลยุทธ์ในการทำงาน					
1 ทีมผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนมีการทำนายถึงแวดล้อมเพื่อการวางแผนในอนาคต					
2 ทีมผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนใช้ข้อมูลในการวางแผนและตัดสินใจ					
3 ทีมผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย วัตถุประสงค์และเป้าหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิ					
4 แผนงานที่วางไว้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับโครงสร้าง วัฒนธรรมองค์การ บุคคล กระบวนการบริหารงาน เทคโนโลยีและภาวะผู้นำผู้บริหาร					
5 แผนงานหรือ โครงการต่างๆ มีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง					
การติดต่อสื่อสาร					
1 ช่องทางในการติดต่อสื่อสารภายในศูนย์สุขภาพชุมชนต้องชัดเจน					
2 ช่องทางการสื่อสารมีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ					
3 เส้นทางในการติดต่อสื่อสารต้องสั้นตรงประเด็น					
4 เส้นทางในการสื่อสารต้องใช้งานได้ตลอดเวลา					
5 ศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการสื่อสารที่มีความสามารถและจำนวนเพียงพอ					
6 ระหว่างการสื่อสารต้องไม่มีการรบกวนจากแหล่งต่างๆ เพื่อข้อมูลที่ถูกต้อง					
7 ระบบการสื่อสารที่มีมีความน่าเชื่อถือ					

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
การบริหารการเปลี่ยนแปลง					
1 ท่านมีส่วนร่วมกำหนดการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในศูนย์สุขภาพชุมชน					
2 ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นจากความต้องการของทีมงาน					
3 ทีมผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนสร้างแรงจูงใจในการที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง					
4 ทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงนั้นประสบความสำเร็จ					
5 นำแผนการเปลี่ยนแปลงที่ได้ไปปฏิบัติ					
6 ประเมินผลการนำแผนการเปลี่ยนแปลงไปใช้งาน					
7 เผยแพร่ผลการเปลี่ยนแปลงให้หน่วยงานอื่นทราบ					

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

โปรดอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความซึ่งตรงกับความเป็นจริงในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ท่านปฏิบัติงานอยู่โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง มีการปฏิบัติเกิดขึ้นประจำ หรือมากกว่าร้อยละ 90  
 4 หมายถึง มีการปฏิบัติเกิดขึ้นบ่อย หรือร้อยละ 81 – 89  
 3 หมายถึง มีการปฏิบัติปานกลาง หรือร้อยละ 71 – 79  
 2 หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆ ครั้ง หรือร้อยละ 61 – 69  
 1 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยมากหรือไม่มีเลย หรือน้อยกว่าร้อยละ 50

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
<b>ด้านความสามารถในการปรับตัว</b>					
1 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนเตรียมพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา					
2 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการฝึกอบรมการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องเพื่อเตรียมรับการเปลี่ยนแปลง					
3 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเต็มใจและยอมรับระเบียบใหม่ๆ ยอมรับการเปลี่ยนแปลง					
4 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความรวดเร็วในการรับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ใหม่					
5 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถรับการปรับเปลี่ยนกระบวนงานได้					
6 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถริเริ่มคิดสิ่งใหม่เพื่อการพัฒนาปรับปรุงงาน					
<b>ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน</b>					
1 ท่านสามารถบูรณาการกระบวนกรงานของศูนย์สุขภาพชุมชน					
2 ท่านสามารถติดต่อประสานงานทั้งภายในและภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
3 ท่านสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสังคม ชุมชนที่ท่านทำงานได้					
<b>ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม</b>					
1 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนมีวัฒนธรรมการทำงานที่ดี					
2 ทีมผู้บริหารของศูนย์สุขภาพชุมชนสร้างระบบแรงจูงใจในการทำงาน					



เลขที่แบบสอบถาม   

**แบบสอบถามชุดที่ 3 สำหรับทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชน**  
**เรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่**

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นข้อมูลของท่านจึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาทางวิชาการในภาพรวมเท่านั้น จึงขอความกรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและขอขอบคุณท่านผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้

**ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

1. เพศ
 

<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง
---------------------------------	----------------------------------
2. อายุ ..... ปี (อายุปีเต็ม)
3. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. หย่า
<input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่	
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 

<input type="checkbox"/> 1. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> 2. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> 3. ปริญญาโท	<input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ (ระบุ).....
5. ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในปัจจุบัน
 

<input type="checkbox"/> 1. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> 2. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข
<input type="checkbox"/> 3. นักวิชาการสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> 4. พยาบาลวิชาชีพ
6. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ ..... ปี
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ..... บาท/เดือน
8. การศึกษาดูงานเวชปฏิบัติชุมชน / เวชปฏิบัติครอบครัว
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 2. เคยศึกษาดูงาน จำนวน ..... ครั้ง
------------------------------------	---
9. การศึกษาอบรมเวชปฏิบัติชุมชน/ เวชปฏิบัติครอบครัว
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 2. เคยอบรม จำนวน ..... ครั้ง
------------------------------------	---

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

คำชี้แจง ข้อคำถามนี้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นการประเมินสภาพการณ์ไม่ได้ประเมินความผิดถูกของการมีหรือไม่มี

โปรดอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความซึ่งตรงกับความเป็นจริงในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง มีการปฏิบัติเกิดขึ้นประจำ หรือมากกว่าร้อยละ 90  
 4 หมายถึง มีการปฏิบัติเกิดขึ้นบ่อย หรือร้อยละ 81 – 89  
 3 หมายถึง มีการปฏิบัติปานกลาง หรือร้อยละ 71 – 79  
 2 หมายถึง มีการปฏิบัติหลายๆ ครั้ง หรือร้อยละ 61 – 69  
 1 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยมากหรือไม่มีเลย หรือน้อยกว่าร้อยละ 50

### 2.1 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายใน

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายใน	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
<b>วัฒนธรรมองค์การ</b>					
1 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นการสร้างค่านิยมที่ดีในการทำงาน					
2 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นการแสดงผลการจากการทำงานที่ดี					
3 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนให้โอกาสบุคลากรทำงานด้วยหลักการเหตุผล					
4 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเปิด โอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายหน่วยบริการปฐมภูมิ					
5 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสร้างให้เป็นองค์การที่มีค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกที่สร้างสรรค์					
6 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นการกำหนดเป้าหมายของงานจากคุณภาพมากกว่าปริมาณ					
7 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเปิด โอกาสให้บุคลากรที่มสุขภาพดีทำงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างอิสระ					
8 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มสุขภาพตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการและร่วมประเมินผล					
9 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนให้ความสำคัญกับบุคลากรที่มสุขภาพทุกคนเพราะถือว่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าสูงสุดขององค์การ					
10 เน้นให้เห็นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรที่มสุขภาพ					
11 เน้นบรรยากาศการทำงานที่อบอุ่น กันเอง เปิดเผย จริงใจ					
12 บุคลากรที่มสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนมีการยอมรับซึ่งกันและกัน					

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายใน	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
<b>บรรยากาศองค์การ</b>					
1 การปฏิบัติงานของบุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนมีความคล่องตัว ยืดหยุ่น กับกฎ ระเบียบ ข้อปฏิบัติต่างๆ และขั้นตอนการปฏิบัติงาน					
2 กฎ ระเบียบและขั้นตอนการปฏิบัติงานต่างๆของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสอดคล้องกับสภาพปัจจุบันในการปฏิบัติงาน					
3 มีการกำหนดขอบเขตและหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรอย่างชัดเจน					
4 บุคลากรปฏิบัติงานเต็มความสามารถตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างอิสระอย่างสร้างสรรค์					
5 มีการประกาศเชิดชูเกียรติหรือให้รางวัลแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานดี					
6 บุคลากรทีมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิให้เกียรติซึ่งกันและกัน					
7 สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน					
8 ท่านชอบและรักการทำงานให้กับชุมชนโดยเฉพาะการทำงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิแห่งนี้ทำให้ท่านไม่คิดจะย้ายไปไหน					
9 ท่านชอบทำงานที่มีความเสี่ยงโดยมีระบบการบริหารความเสี่ยงที่ดี					

## 2.2 ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ

ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
<b>การกระจายอำนาจ</b>					
1 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีสายการบังคับบัญชาที่ระบุไว้อย่างชัดเจน					
2 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีบริหารจัดการที่สะดวก รวดเร็วในการประสานงาน					
3 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการประสานงานทั้งที่เป็นทางการและไม่ทางการ					
4 มีการให้โอกาสในการบริหารและตัดสินใจแก่บุคลากรทีมสุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชน					
5 มีการกระจายอำนาจในการบริหารและตัดสินใจแก่หัวหน้างานต่างๆ ในศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อความรวดเร็วและคล่องตัวในการดำเนินงาน					
<b>การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ</b>					
1 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการกำหนดบุคคลรับผิดชอบงานตามความเหมาะสมของความรู้และความสามารถ					
2 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการบรรยายลักษณะงานที่ชัดเจนของบุคลากรทีมสุขภาพเป็นลายลักษณ์อักษร มีคู่มือปฏิบัติงาน					
3 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการแบ่งงานรับผิดชอบอย่างชัดเจน					
4 ศูนย์สุขภาพชุมชนแบ่งเวลาในการให้บริการงานต่างๆ อย่างชัดเจน					

ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การ	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน					
1 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการนำเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ หลากหลายประเภทมาใช้ดำเนินงานตามพันธกิจ					
2 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีเครื่องคอมพิวเตอร์จำนวนเพียงพอต่อการใช้งาน					
3 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีสภาพการใช้งานได้ดี					
4 ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานได้ดี เหมาะสมกับลักษณะงานที่ปฏิบัติ					
5 บุคลากรที่มรสสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสามารถในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
6 บุคลากรที่มรสสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ					

### 2.3 ปัจจัยด้านบุคลากรใน

ปัจจัยด้านบุคลากรใน	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
ความผูกพันต่อองค์การ					
1 ท่านมีความเชื่อและยอมรับในวิสัยทัศน์และเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุผลตามวิสัยทัศน์และเป้าหมายนั้น					
2 ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนี้					
3 ท่านทำงานด้วยความเต็มใจอย่างเต็มความสามารถ					
4 ท่านพร้อมที่จะทำงานทุกอย่างที่ได้รับมอบหมายเพื่อทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนี้ตลอดไป					
5 ท่านภาคภูมิใจที่จะบอกว่าเป็นทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้					
6 ท่านมีความผูกพันต่อศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้					

โปรดอ่านข้อคำถามสำหรับความพึงพอใจในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  
หลังข้อความซึ่งตรงกับความพึงพอใจของท่าน โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อประเด็นที่ระบุมากที่สุด หรือมากกว่าร้อยละ 90  
4 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อประเด็นที่ระบุมาก หรือร้อยละ 81 – 89  
3 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อประเด็นที่ระบุปานกลาง หรือร้อยละ 71 – 79  
2 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อประเด็นที่ระบุค่อนข้างน้อย หรือร้อยละ 61 – 69  
1 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อประเด็นที่ระบุน้อยที่สุด หรือน้อยกว่าร้อยละ 50

ปัจจัยด้านบุคลากร	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
<b>ความพึงพอใจในงาน</b>					
1 ท่านพึงพอใจในการกำหนดชั่วโมงทำงาน					
2 ท่านพึงพอใจต่อคณะกรรมการบริหาร ในการพิจารณาความดีความชอบ					
3 ท่านพึงพอใจต่อการกำหนดนโยบายลาพักผ่อน					
4 ท่านพึงพอใจต่อระบบความปลอดภัยในการทำงาน					
5 ท่านพึงพอใจต่อเงินเดือนที่ได้รับ					
6 ท่านพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่เป็นโบนัส					
7 ท่านพึงพอใจต่อสวัสดิการต่างๆที่ได้รับจากการทำงาน					
8 ท่านพึงพอใจต่อความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน					
9 ท่านพึงพอใจต่อการได้มีส่วนช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานหรือผู้อื่นทำงาน					
10 ท่านพึงพอใจต่อการได้รับมอบหมายให้ทำงานในฐานะหัวหน้าทีมสามารถมอบหมายงานให้ทีมงานได้อย่างมีระบบ					
11 ท่านพึงพอใจที่ได้ชี้แนะในการทำงานให้เพื่อนร่วมงาน					
12 ท่านพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการทำงาน ขั้นตอนในการทำงาน มาตรฐานการปฏิบัติงาน					
13 ท่านพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐานงาน					
14 ท่านพึงพอใจในการมีส่วนร่วมกำหนดวิธี แนวทางปรับปรุงงาน					
15 ท่านพึงพอใจที่มีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงานอย่างอิสระ					
16 ท่านมีโอกาสใช้ทักษะและความสามารถอย่างเต็มที่ในการทำงาน					
17 ท่านพึงพอใจต่อการได้รับมอบหมายงานที่มีความสำคัญและมีคุณค่า					
18 ท่านพึงพอใจที่สามารถทำงานสำเร็จได้ด้วยตนเอง					

ปัจจัยด้านบุคลากร	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
การทำงานเป็นทีม					
1 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนนำปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นมาประชุมเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ หาแนวทางในการแก้ปัญหา					
2 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นระดมความคิดของสมาชิก					
3 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสร้างทัศนคติที่ดีต่อกันในการทำกิจกรรมและนำความคิดที่ดีที่สุดไปใช้ในการปฏิบัติ					
4 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นการทำงานที่ไม่เป็นทางการ					
5 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนมีการฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพผ่านการตรวจสอบที่เป็นระบบ					
6 ทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนมีทักษะในการประสานงาน การรับรู้กฎระเบียบต่างๆอย่างเพียงพอ					
7 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนสร้างบรรยากาศที่ดีในการประชุม เน้นการใช้เหตุผล รับรู้เป้าหมายเดียวกันและหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน					
8 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนมีการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกันของสมาชิก การสร้างค่านิยมของทีม ความเชื่อหรือความคาดหวังเพื่อการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดตามเป้าหมายของทีม					
9 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนมีการประชุม ปรึกษาหารือตกลงร่วมกันเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามพันธกิจที่เป็นส่วนช่วยให้ทีมมีการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ใช้เวลาอันน้อยลง					
10 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย					
11 มีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละคนไว้อย่างชัดเจน					
12 มีการประชุมทีมเมื่อเกิดปัญหาโดยการระบุปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุ ระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหาโดยเลือกวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ					
13 ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนอาศัยทักษะ ความรู้ การมีส่วนร่วม และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจแก้ปัญหา เน้นความรวดเร็วและกระบวนการทำงานเป็นทีมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย					

ปัจจัยด้านบุคลากร	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
14 การทำงานเป็นทีมทำให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลา ได้ผลงานตามที่ตั้งเป้าหมายและผู้ใช้บริการเกิดความ พึงพอใจ					
<b>การจงใจ</b>					
1 ท่านมีความคาดหวังต่อผลสำเร็จในการทำงาน					
2 ท่านมีความตั้งใจและพยายามจะปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ให้ บรรลุเป้าหมาย					
3 ท่านต้องการได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อความชำนาญใน งานที่ทำ					
4 ท่านต้องการได้รับคำแนะนำหรือการสอนอย่างเหมาะสมเพื่อ การปรับปรุงคุณภาพงาน					
5 ท่านมีส่วนร่วมในดำเนินงาน วางแผน ตัดสินใจและติดตาม ประเมินผล					
6 มีการจ่ายเงินโบนัสตามผลการปฏิบัติงานประจำปี					
7 มีการให้รางวัล เชิดชูสำหรับผู้ปฏิบัติงานดีเด่นประจำปี					
<b>ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรที่มสุขภาพ</b>					
1 ท่านสามารถประเมินสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนอย่างเป็นองค์รวม					
2 ท่านสามารถเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์และประเมินปัจจัยที่มี ผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน					
3 ท่านสามารถวินิจฉัยปัญหาสุขภาพได้					
4 ท่านสามารถให้ภูมิคุ้มกัน โรคได้และให้การรักษาเบื้องต้นต่างๆ ตามขอบเขตวิชาชีพได้					
5 ท่านสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แผน ปัจจุบันและการรักษาทางเลือกอื่นๆ ที่สอดคล้องกับสภาพของ ผู้ใช้บริการ					
6 ท่านสามารถตัดสินใจวางแผนให้การรักษาพยาบาลร่วมกับ ผู้ใช้บริการทั้งภาวะฉุกเฉิน ปกติ และเรื้อรังได้อย่างปลอดภัย					
7 ท่านสามารถให้บริการแบบองค์รวมได้					
8 ท่านสามารถติดตามให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดย ความร่วมมือของบุคลากรด้านสุขภาพ ครอบครัวประชาชน					
9 ท่านสามารถให้การฟื้นฟูสุขภาพ สภาพผู้ป่วยและกลุ่มบุคคลได้					



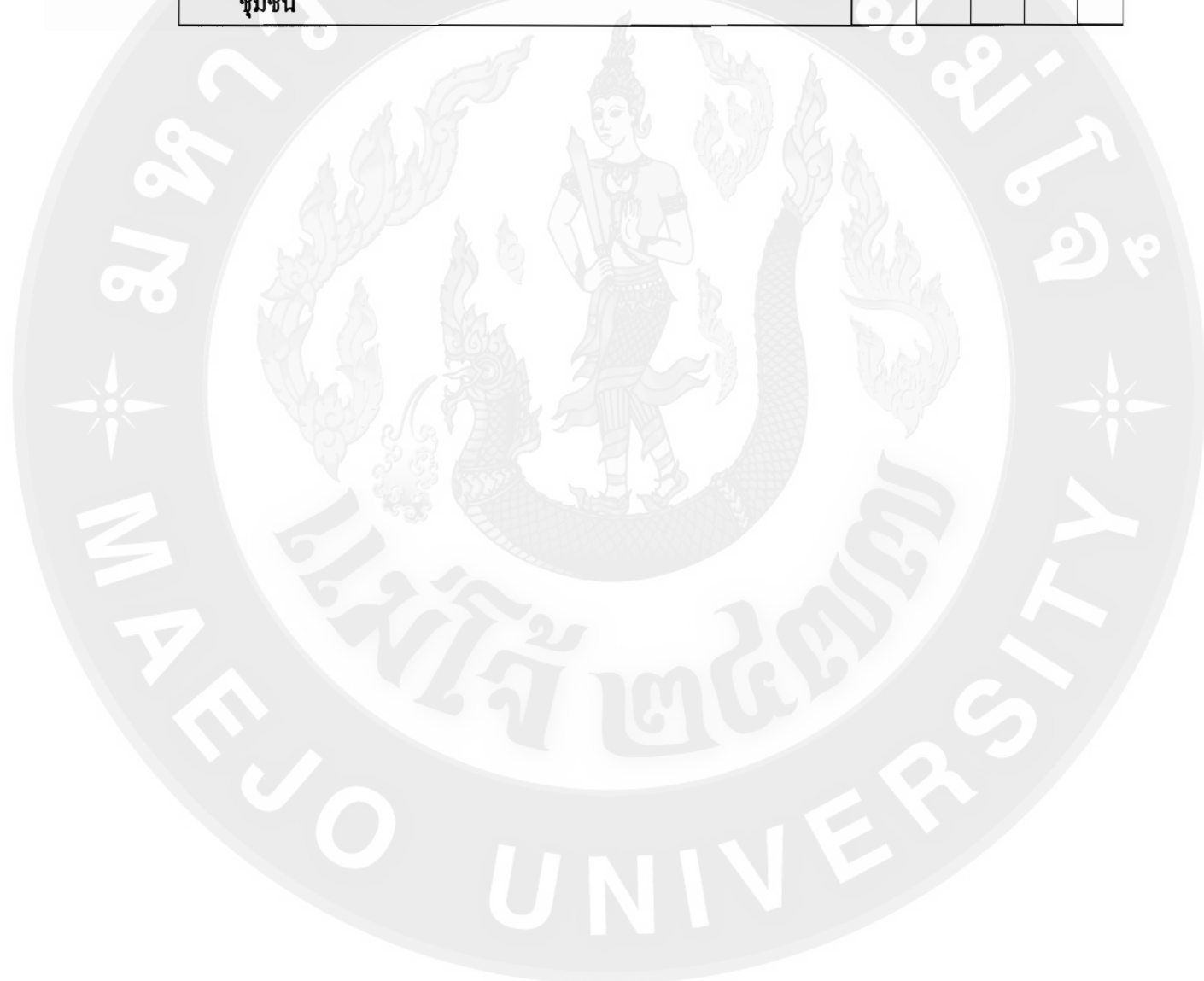
ปัจจัยด้านบุคลากร	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
10 ท่านสามารถให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการวางแผนครอบครัวและปัญหาสังคมได้					
11 ท่านสามารถทำกิจกรรมสนับสนุนและเป็นหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหารอ่อนคลายความเครียด และการพักผ่อนให้ครอบครัวรวมทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ					
12 ท่านสามารถตรวจประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานที่กำหนด					
13 ท่านสามารถบริหารจัดการหน่วยบริการสุขภาพได้					
14 ท่านสามารถบริหารจัดการบริการสุขภาพสำหรับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนได้					
15 ท่านสามารถบริหารจัดการทรัพยากรทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การเงิน งบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ต่างๆ					
16 ท่านสามารถจัดการข้อมูลทางสุขภาพได้					
17 ท่านมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะด้านวิถีชีวิตชุมชน ภูมิปัญญา ท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของชุมชน					
18 ท่านสามารถส่งเสริมและกระตุ้นให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้					
19 ท่านสามารถสร้างสัมพันธภาพ สร้างเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน					
20 ท่านสามารถส่งเสริมการให้ข้อมูลที่เหมาะสมในเรื่องการพิทักษ์สิทธิประชาชนด้านสุขภาพ					
<b>ภาวะผู้นำ</b>					
1 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถให้ข้อมูลแก่บุคลากรทีมสุขภาพถึงแนว โน้มการปฏิบัติงานในอนาคตขององค์กรได้					
2 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเน้นการทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วม					
3 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถชี้แนวทางการทำงานที่ดีแก่บุคลากรทีมสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กรที่กำหนดได้					
4 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีวิสัยทัศน์ที่ศูนย์สุขภาพจะเป็นในอนาคตบนพื้นฐานของข้อมูลพื้นที่					
5 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสื่อสารด้วยความกระตือรือร้นให้ทีมงานในการทำให้บรรลุวิสัยทัศน์					

ปัจจัยด้านบุคลากร	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
6 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสื่อสารให้ทีมงานเข้าใจและมีส่วนในการดำเนินงานวิสัยทัศน์ให้บรรลุผลสำเร็จ					
7 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนให้อำนาจทีมงานในการตัดสินใจในการทำงานอย่างเต็มที่					
8 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเป็นกันเองกับทีมงานในการทำงาน					
9 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนไว้วางใจทีมงานมอบหมายงานที่ต้องทำได้					
10 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีการตรวจสอบติดตามงานอย่างสม่ำเสมอและสามารถแสดงความคิดเห็นได้					
11 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นแบบอย่างในการทำงานที่ดีและสอนงานทีมงานเน้นการสร้างความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม					
12 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนแสวงหาแนวทางการทำงานใหม่ๆ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง					
13 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนแสดงความยินดีต่อความสำเร็จของทีมงาน เป็นการส่วนตัว					
14 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจัดงานฉลองความสำเร็จเป็นกลุ่มพร้อมกับแจกของที่ระลึกที่เหมาะสมสำหรับความสำเร็จของทีมงาน					
<b>เจตคติในการทำงาน</b>					
1 ท่านภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้					
2 ท่านบอกผู้อื่นว่าทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ดี					
3 ท่านเต็มใจที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้					
4 ท่านพยายามเชิญชวนทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนที่อื่นมาร่วมงานที่นี่ได้					

## 2.4 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

ด้านการบริหารจัดการ	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
<b>การบริหารเชิงกลยุทธ์</b>					
1 ทีมผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนมีกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อการวางแผนงานในอนาคต					
2 ทีมผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนใช้ข้อมูลในการวางแผนและตัดสินใจ					
3 ทีมผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย วัตถุประสงค์และเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน					
4 แผนงานที่วางไว้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับโครงสร้าง วัฒนธรรมองค์การ บุคคล กระบวนการบริหารงาน เทคโนโลยีและภาวะผู้นำผู้บริหาร					
5 แผนงานหรือโครงการต่างๆ มีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง					
<b>การติดต่อสื่อสาร</b>					
1 ช่องทางการติดต่อสื่อสารภายในศูนย์สุขภาพชุมชนชัดเจน					
2 ช่องทางการสื่อสารมีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ					
3 เส้นทางในการติดต่อสื่อสารต้องสั้นตรงประเด็น					
4 เส้นทางในการสื่อสารต้องใช้งานได้ตลอดเวลา					
5 ศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการสื่อสารที่มีความสามารถและจำนวนเพียงพอ					
6 ระหว่างการสื่อสารต้องไม่มีการรบกวนจากแหล่งต่างๆ เพื่อข้อมูลที่ถูกต้อง					
7 ระบบการสื่อสารที่มีมีความน่าเชื่อถือ					
<b>การบริหารการเปลี่ยนแปลง</b>					
1 ท่านมีส่วนร่วมกำหนดการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในศูนย์สุขภาพชุมชน					
2 ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นจากความต้องการของทีมงาน					
3 ทีมผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนสร้างแรงจูงใจในการที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง					
4 ทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงนั้นประสบความสำเร็จ					

ด้านการบริหารจัดการ	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
5 นำแผนการเปลี่ยนแปลงที่ได้ไปปฏิบัติ					
6 ประเมินผลการนำแผนการเปลี่ยนแปลงไปใช้งาน					
7 เผยแพร่ผลการเปลี่ยนแปลงให้หน่วยงานอื่นทราบ					
8 ท่านมีส่วนร่วมกำหนดการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในศูนย์สุขภาพชุมชน					



ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

โปรดอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความซึ่งตรงกับความเป็นจริงในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ท่านปฏิบัติงานอยู่โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง มีการปฏิบัติเกิดขึ้นประจำ หรือมากกว่าร้อยละ 90  
 4 หมายถึง มีการปฏิบัติเกิดขึ้นบ่อย หรือร้อยละ 81 – 89  
 3 หมายถึง มีการปฏิบัติปานกลาง หรือร้อยละ 71 – 79  
 2 หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆ ครั้ง หรือร้อยละ 61 – 69  
 1 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยมากหรือไม่มีเลย หรือน้อยกว่าร้อยละ 50

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน	สภาพการณ์				
	5	4	3	2	1
<b>ด้านความสามารถในการปรับตัว</b>					
1 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนเตรียมพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา					
2 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการฝึกอบรมการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องเพื่อเตรียมรับการเปลี่ยนแปลง					
3 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเต็มใจและยอมรับระเบียบใหม่ๆยอมรับการเปลี่ยนแปลง					
4 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความรวดเร็วในการรับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ใหม่					
5 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถรับการปรับเปลี่ยนกระบวนงานได้					
6 บุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถริเริ่มคิดสิ่งใหม่เพื่อการพัฒนาปรับปรุงงาน					
<b>ด้านความสามารถในการบูรณาการงาน</b>					
1 ท่านสามารถบูรณาการกระบวนกรงานของศูนย์สุขภาพชุมชนได้					
2 ท่านสามารถติดต่อประสานงานทั้งภายในและภายนอกศูนย์สุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
3 ท่านสามารถสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสังคม ชุมชนที่ท่านทำงานได้					
<b>ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม</b>					
1 ทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนมีวัฒนธรรมการทำงานที่ดี					
2 ผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนมีระบบสร้างแรงจูงใจในการทำงาน					



ภาคผนวก ค  
การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ

### การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ

การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายและสัญลักษณ์ดังนี้

PCU EFF	หมายถึง	ประสิทธิผลการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน
LOC	หมายถึง	ทำเลที่ตั้ง
OPEN	หมายถึง	ระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน
PERSON	หมายถึง	จำนวนบุคลากร
SPAN	หมายถึง	การกระจายอำนาจ
JOB ALLO	หมายถึง	การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ
HEALTH MGT	หมายถึง	ลักษณะการให้บริการด้านสุขภาพ
TECHNO	หมายถึง	การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน
SEX	หมายถึง	เพศ
AGE	หมายถึง	อายุ
STATUS	หมายถึง	สถานภาพ
EDUC	หมายถึง	ระดับการศึกษา
YEAR	หมายถึง	ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน
INC	หมายถึง	รายได้
VISIT	หมายถึง	การได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ
TRAIN	หมายถึง	การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ
SKILL	หมายถึง	ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ
ATTRI	หมายถึง	เจตคติในการทำงาน
ATTACH	หมายถึง	ความผูกพันต่อองค์กร
JOB SAT	หมายถึง	ความพึงพอใจในงาน
TEAM	หมายถึง	การทำงานเป็นทีม
MOTIVE	หมายถึง	การจูงใจ
LEADER	หมายถึง	ภาวะผู้นำ
STRAT	หมายถึง	การบริหารเชิงกลยุทธ์
COMMU	หมายถึง	การติดต่อสื่อสาร
CHANGE	หมายถึง	การบริหารการเปลี่ยนแปลง



ORG. CULT	หมายถึง	วัฒนธรรมองค์การ
ORG. CLIM	หมายถึง	บรรยากาศองค์การ
INC	หมายถึง	ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน
OCC	หมายถึง	อาชีพของประชาชน
EDU LEV	หมายถึง	ระดับการศึกษาของประชาชน
STAND	หมายถึง	ภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ
HEALTH PRO	หมายถึง	ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน
ENV PRO	หมายถึง	สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน
CUP SUP	หมายถึง	การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ
COM ROLE	หมายถึง	บทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ
PARTI	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ระหว่างตัวแปรมีค่าระหว่าง 0.350 ถึง 0.700 จึงไม่เกิดปัญหาความสัมพันธ์ร่วมพหุเชิงเส้น (multicollinearity) เนื่องจากค่า  $r$  ต่ำกว่า 0.800 ลงมา (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540: 84) รายละเอียดในตาราง 52

ตาราง 52 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ

	LOC	OPEN	PERS	SPAN	JOB	H.MGT	TECH	SEX	AGE
LOC	1.00								
OPEN	0.12*	1.00							
PERS	0.09	0.20*	1.00						
SPAN	0.03	-0.13*	-0.03	1.00					
JOB	0.04	-0.08	-0.00	0.59**	1.00				
H.MGT	-0.18**	-0.04	0.29**	0.00	0.04	1.00			
TECH	0.09	0.04	-0.04	0.49**	0.52**	0.04	1.00		
SEX	-0.16*	-0.03	-0.10*	0.02	0.04	0.04	0.04	1.00	
AGE	0.13*	-0.05	0.06	0.02	0.01	0.02	0.11*	0.06	1.00
STAT	-0.01	-0.01	0.01	-0.01	0.00	0.05	0.11*	0.19*	0.13*
EDUC	-0.12*	-0.16**	-0.03	0.00	0.02	0.10*	0.07	0.08	0.01
YEAR	-0.00	-0.01	0.07	-0.20	0.02	0.10*	-0.10*	0.13**	0.27**
INC	0.20**	-0.07	0.15**	0.00	0.14*	0.03	0.13**	0.02	0.68**
VISIT	0.02	-0.10	0.00	0.04	0.02	0.06	0.01	0.01	0.12*
TRAIN	0.05	-0.09	0.03	-0.07	-0.01	0.04	0.00	-0.04	0.06
SKILL	-0.01	-0.15**	0.04	0.22**	0.28**	-0.01	0.38**	-0.01	0.13**
ATTIR	0.02	-0.06	0.00	0.44**	0.44**	0.05	0.43**	0.06	0.21
ATTA	0.00	-0.07	0.01	0.34**	0.38**	0.11*	0.41**	0.06	0.21**
J.SAT	0.04	-0.17**	0.04	0.41**	0.48**	0.09	0.48**	0.09	0.10*
TEAM	0.02	-0.17*	-0.06	0.38**	0.53**	0.01	0.54**	0.06	0.08
MOTI	-0.01	-0.14**	-0.06	0.19**	0.26**	0.03	0.35**	-0.00	0.01
LEAD	-0.00	-0.15**	0.06	0.19**	0.32**	0.00	0.37**	0.12*	0.19**
STRA	-0.06	-0.15**	0.03	0.36**	0.47**	-0.03	0.49**	0.06	0.09
COMN	0.03	-0.13**	-0.04	0.39**	0.36**	-0.00	0.45**	0.03	0.17**
CHAN	-0.03	-0.06	-0.05	0.38**	0.42**	-0.04	0.49**	0.06	0.05
CUTU	0.05	-0.15**	-0.08	0.49**	0.55**	-0.01	0.58**	0.07	0.10
CLIM	0.04	-0.15**	-0.06	0.49**	0.59**	0.03	0.54**	0.02	0.13**
INC	0.31**	0.06	0.37**	-0.10*	-0.05	0.01	-0.05	-0.14**	0.16**
OCCU	-0.37**	-0.13**	-0.24**	0.12*	0.13*	-0.04	0.05	0.11	-0.16

ตาราง 52 (ต่อ)

	LOC	OPEN	PERS	SPAN	JOB	H.MGT	TECH	SEX	AGE
E.LEV	-0.36**	-0.08	-0.06	0.07	0.10*	-0.08	0.03	0.20**	-0.15**
STAN	-0.14**	0.09	-0.00	-0.11*	-0.08	0.08	-0.04	-0.02	-0.07
H.PRO	0.21**	-0.04	0.13*	0.04	-0.01	-0.00	0.08	-0.06	0.17**
E.PRO	-0.13*	-0.02	-0.11	0.01	-0.01	-0.06	-0.11*	0.07	-0.06
CUPS	0.00	-0.11*	0.06	0.14**	0.14**	-0.08	0.10*	0.11*	0.06
ROLE	-0.00	-0.16**	0.14**	0.02	-0.07	-0.17**	0.11*	0.11*	0.06
PARTI	0.11*	-0.06	0.09	0.13*	0.17	-0.15**	0.26**	-0.00	0.10*
EFF	0.03	-0.11*	0.02	0.43**	0.38**	-0.14**	0.49**	0.11*	0.03

\* p < 0.05 , \*\* p < 0.01

ตาราง 52 (ต่อ)

	STAT	EDUC	YEAR	INC	VISIT	TRAIN	SKILL	ATTIR	ATTA
LOC									
OPEN									
PERS									
SPAN									
JOB									
H.MGT									
TECH									
SEX									
AGE									
STAT	1.00								
EDUC	0.08	1.00							
YEAR	-0.10	-0.04	1.00						
INC	-0.14*	-0.21	0.24*	1.00					
VISIT	0.08	0.02	0.02	0.07	1.00				
TRAIN	0.06	0.01	-0.02	0.13**	0.50**	1.00			
SKILL	-0.13**	0.05	0.03	0.24**	0.00	0.20**	1.00		
ATTIR	-0.15**	-0.10*	0.08	0.15**	0.02	0.05	0.44**	1.00	
ATTA	-0.19**	-0.13*	0.10*	0.12*	0.06	0.13*	0.41**	0.67**	1.00
J.SAT	-0.11*	0.07	0.09	0.06	0.02	0.06	0.52**	0.52**	0.59**
TEAM	-0.85**	0.03	0.04	0.15**	-0.09	0.03	0.54**	0.54**	0.53**
MOTI	-0.07	0.03	-0.06	0.07	-0.10*	0.13**	0.62**	0.38**	0.42**
LEAD	-0.16**	-0.01	-0.00	0.19**	0.03	0.21**	0.72**	0.59**	0.53**
STRA	-0.13*	0.10*	0.02	0.09	0.09	0.12**	0.56**	0.63**	0.56**
COMN	0.13*	-0.10*	0.09	0.17	-0.02	0.07	0.52**	0.50**	0.37**
CHAN	-0.10	0.02	0.04	0.06	0.01	0.09	0.54**	0.55**	0.54**
CUTU	-0.10**	0.02	0.00	0.11*	-0.06	-0.04	0.43**	0.52**	0.56**
CLIM	-0.15**	0.04	0.01	0.16**	0.00	0.04	0.48**	0.56**	0.67**
INC	-0.07	-0.14**	0.00	0.17**	0.16**	0.08	-0.05	0.01	0.04
OCCU	0.12*	0.03	-0.05	-0.16**	-0.09	-0.01	0.10*	-0.05	-0.08

ตาราง 52 (ต่อ)

	STAT	EDUC	YEAR	INC	VISIT	TRAIN	SKILL	ATTIR	ATTA
E.LEV	0.04	0.03	-0.04	-0.11	-0.14**	-0.08	0.06	0.02	0.03
STAN	0.01	0.00	-0.09	-0.04	0.03	0.07	-0.01	-0.00	-0.06
H.PRO	0.12*	-0.01	-0.09	0.15**	0.11*	0.03	0.02	0.16**	0.14**
E.PRO	-0.02	0.02	0.09	-0.12	-0.06	-0.17	-0.04	-0.07	-0.02
CUPS	0.07	-0.00	0.08	0.10*	-0.04	-0.03	0.16**	-0.02	-0.15**
ROLE	-0.16*	-0.15*	-0.02	0.06	0.12*	0.12*	0.21**	0.06	0.07
PARTI	-0.03	-0.02	0.00	0.12*	0.03	0.03	0.25**	0.14**	0.05
EFF	0.00	0.03	0.08	0.07	0.08	0.08	0.45**	0.44**	0.40**

\*  $p < 0.05$  , \*\*  $p < 0.01$

## ตาราง 52 (ต่อ)

	J.SAT	TEAM	MOTI	LEAD	STRA	COMM	CHAN	CUTU	CLIM
LOC									
OPEN									
PERS									
SPAN									
JOB									
H.MGT									
TECH									
SEX									
AGE									
STAT									
EDUC									
YEAR									
INC									
VISIT									
TRAIN									
SKILL									
ATTIR									
ATTA									
J.SAT	1.00								
TEAM	0.66**	1.00							
MOTI	0.55**	0.57**	1.00						
LEAD	0.57**	0.61**	0.56**	1.00					
STRA	0.52**	0.66**	0.58**	0.69**	1.00				
COMN	0.45**	0.46**	0.46**	0.58**	0.56**	1.00			
CHAN	0.50**	0.63**	0.57**	0.65**	0.74**	0.68**	1.00		
CUTU	0.59**	0.71**	0.52**	0.57**	0.64**	0.53**	0.59**	1.00	
CLIM	0.61**	0.67**	0.50**	0.57**	0.62**	0.46**	0.60**	0.77**	1.00
INC	-0.03	-0.06	-0.09	-0.06	-0.14	-0.07	-0.09	-0.05	-0.06
OCCU	0.03	0.04	0.08	0.05	0.20**	0.10*	0.10*	0.08	0.04

ตาราง 52 (ต่อ)

	J.SAT	TEAM	MOTI	LEAD	STRA	COMM	CHAN	CUTU	CLIM
E.LEV	0.02	0.00	0.09	0.04	0.13**	0.07	0.07	0.09	0.06
STAN	-0.06	-0.04	-0.04	-0.02	-0.07	-0.00	-0.07	-0.10*	-0.06
H.PRO	0.05	0.00	0.06	0.02	0.04	0.08	0.01	0.06	0.10
E.PRO	-0.06	-0.09	-0.00	-0.03	0.02	0.03	0.00	0.05	-0.02
CUPS	0.07	0.08	0.04	0.05	0.04	0.03	0.02	-0.00	0.05
ROLE	0.08	0.08	0.16*	0.13**	0.13**	-0.01	0.09	0.03	0.08
PARTI	0.16**	0.19**	0.18**	0.20**	0.27**	0.13*	0.15**	0.16**	0.18**
EFF	0.45**	0.51**	0.41**	0.51**	0.60**	0.55**	0.66**	0.54**	0.53**

\* p < 0.05 , \*\* p < 0.01



## ตาราง 52 (ต่อ)

	INC	OCCU	E.LEV	STAN	H.PRO	E.PRO	CUP S.	ROLE	PAR
LOC									
OPEN									
PERS									
SPAN									
JOB									
H.MGT									
TECH									
SEX									
AGE									
STAT									
EDUC									
YEAR									
INC									
VISIT									
TRAIN									
SKILL									
ATTIR									
ATTA									
J.SAT									
TEAM									
MOTI									
LEAD									
STRA									
COMN									
CHAN									
CUTU									
CLIM									
INC		1.00							
OCCU		-0.55**	1.00						

ตาราง 52 (ต่อ)

	INC	OCCU	E.LEV	STAN	H.PRO	E.PRO	CUP S.	ROLE	PAR	EFF
E.LEV	-0.43**	0.56**	1.00							
STAN	0.08	-0.11	-0.10*	1.00						
H.PRO	0.20**	-0.27**	-0.26**	0.02	1.00					
E.PRO	-0.26**	0.26**	0.24**	-0.04	-0.10*	1.00				
CUPS	-0.24	0.19**	0.13*	-0.08	-0.15**	0.01	1.00			
ROLE	0.07	-0.02	-0.03	-0.11*	0.10*	-0.20**	0.26**	1.00		
PARTI	-0.15**	0.22**	-0.09	-0.04	-0.04	-0.02	0.46**	0.53**	1.00	
EFF	-0.16**	0.24**	0.11*	-0.15*	-0.01	0.06	0.14**	0.08	0.27**	1.00

\* p < 0.05 , \*\* p < 0.01



ภาคผนวก  
ประวัติผู้วิจัย

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นายทรงราชย์ ไชยญาติ	
เกิดเมื่อ	3 มกราคม 2516	
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2536	ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (เทคนิคการแพทย์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2543	ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (บธ.ม.) การจัดการธุรกิจ (การจัดการเงิน) มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2549	Certificate in Modern Executive Program: Experience Oklahoma State University, USA
	พ.ศ. 2552	ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวิชาบริหารศาสตร์ (การบริหารเพื่อการพัฒนาสุขภาพะ) มหาวิทยาลัยแม่โจ้ จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2537 - 2538	นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม 1
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2538 - 2541	หัวหน้าห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม 1 และ 2 จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2541 – 2543	นักเทคนิคการแพทย์ 3 โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2543 – 2545	นักเทคนิคการแพทย์ 4 – 5 โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2546 – 2550	นักเทคนิคการแพทย์ 6-7 โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2550 – ปัจจุบัน	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่