บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสามารถการบริหารจัดการ ในการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ในด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนะคติและทักษะกับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ตามความคิดเห็นของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยจำแนกเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค และบทบาทของหัวหน้าสถานีอนามัยก่อนปรับเปลี่ยนเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชน
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถ การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนา และการบริหารเพื่อพัฒนาองค์กร
4. รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค และบทบาทของหัวหน้าสถานีอนามัยก่อนปรับเปลี่ยนเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน

1.1 ประวัติความเป็นมาของสถานีอนามัย (บุญเรียง ชูแสงรัตน์ และคนอื่นๆ 2539:12)

พ.ศ. 2456 มีการจัดตั้ง "โอสถสภา" (บางแห่งเรียก โอสถศาลา หรือโอสถสถาน) ขึ้นในบางจังหวัด ให้เป็นทั้งสถานที่บำบัดโรคและสำนักงานของแพทย์สาธารณสุข ต่อมาใน พ.ศ. 2475 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น "สุขศาลา" ในระหว่างที่เป็นสุขศาลาอยู่นั้น ในท้องถิ่นที่เป็นชุมชนหนาแน่นทางราชการจัดส่งแพทย์ไปประจำเพื่อให้บริการแก่ประชาชน สุขศาลาประเภทนี้เรียกว่า "สุขศาลาชั้นหนึ่ง" ส่วนที่ไม่มีแพทย์ประจำเรียกว่า "สุขศาลาชั้นสอง"

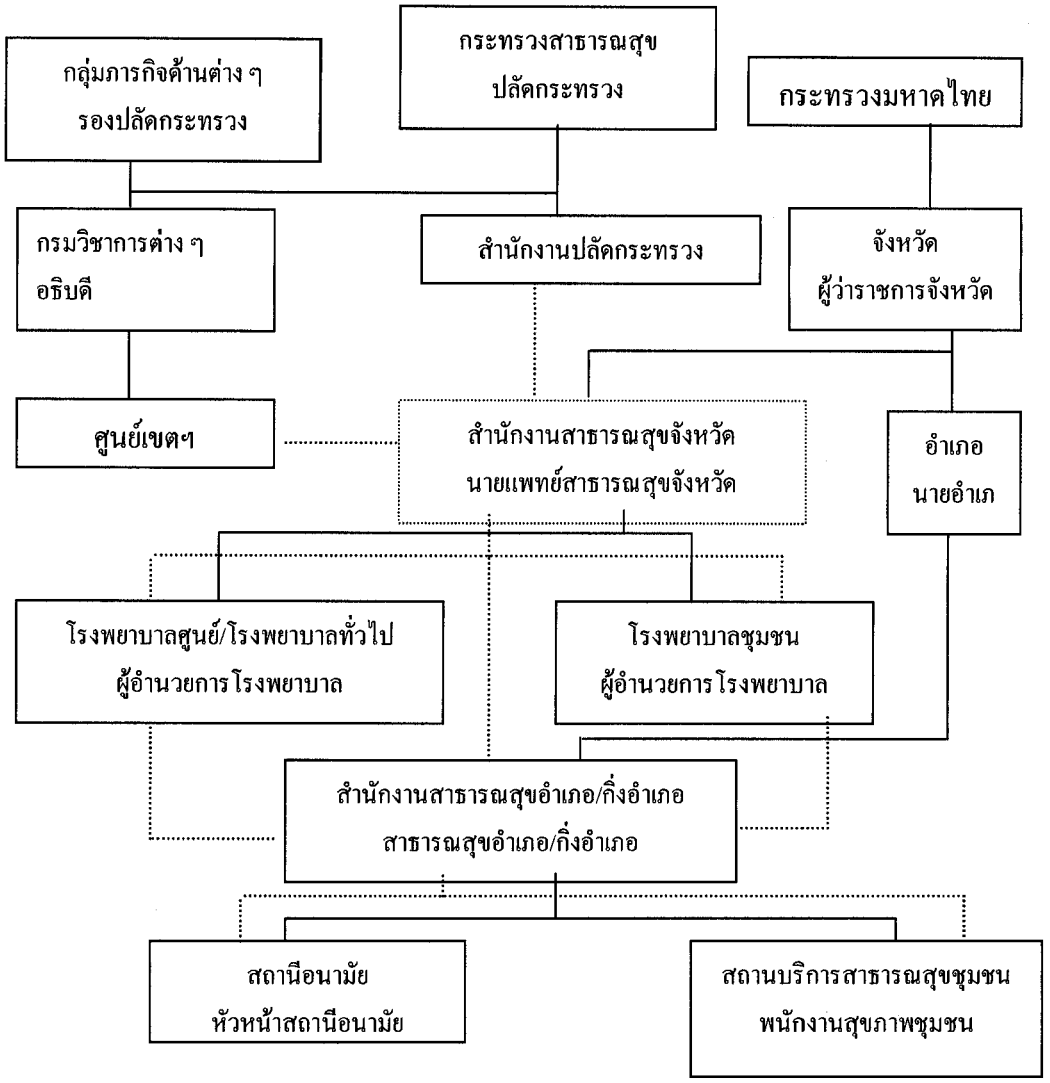
พ.ศ. 2482 เมื่อมีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข มีการโอน "สุขศาลาชั้นหนึ่ง" ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดและอำเภอใหญ่ ๆ ไปสังกัดกรมการแพทย์ โดยนำไปปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ บางส่วนโอนให้เทศบาลรับไปดำเนินการ สำหรับ "สุขศาลาชั้นหนึ่ง" ที่ไม่ได้โอนไปอยู่กับเทศบาลและไม่ได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาล ได้อยู่ภายใต้การดูแล

ของกรมอนามัย ซึ่งต่อมาใน พ.ศ. 2497 “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” เหล่านี้ได้พัฒนามาเป็น“สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง

พ.ศ. 2515 ได้พัฒนาสถานีอนามัยชั้นหนึ่งเป็น “ศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบท” พ.ศ. 2517 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์การแพทย์และอนามัย” พ.ศ. 2518 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “โรงพยาบาลอำเภอ” และต่อมา พ.ศ. 2525 เปลี่ยนชื่อเป็น “โรงพยาบาลชุมชน” จนถึงปัจจุบัน

สำหรับ “สุขศาลาชั้นสอง” ได้อยู่ในการดูแลของกรมอนามัย ซึ่งต่อมาใน พ.ศ. 2495 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สถานีอนามัยชั้นสอง” และใน พ.ศ. 2515 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สถานีอนามัย” จนถึงปัจจุบัน

1.2 โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในราชการส่วนภูมิภาค

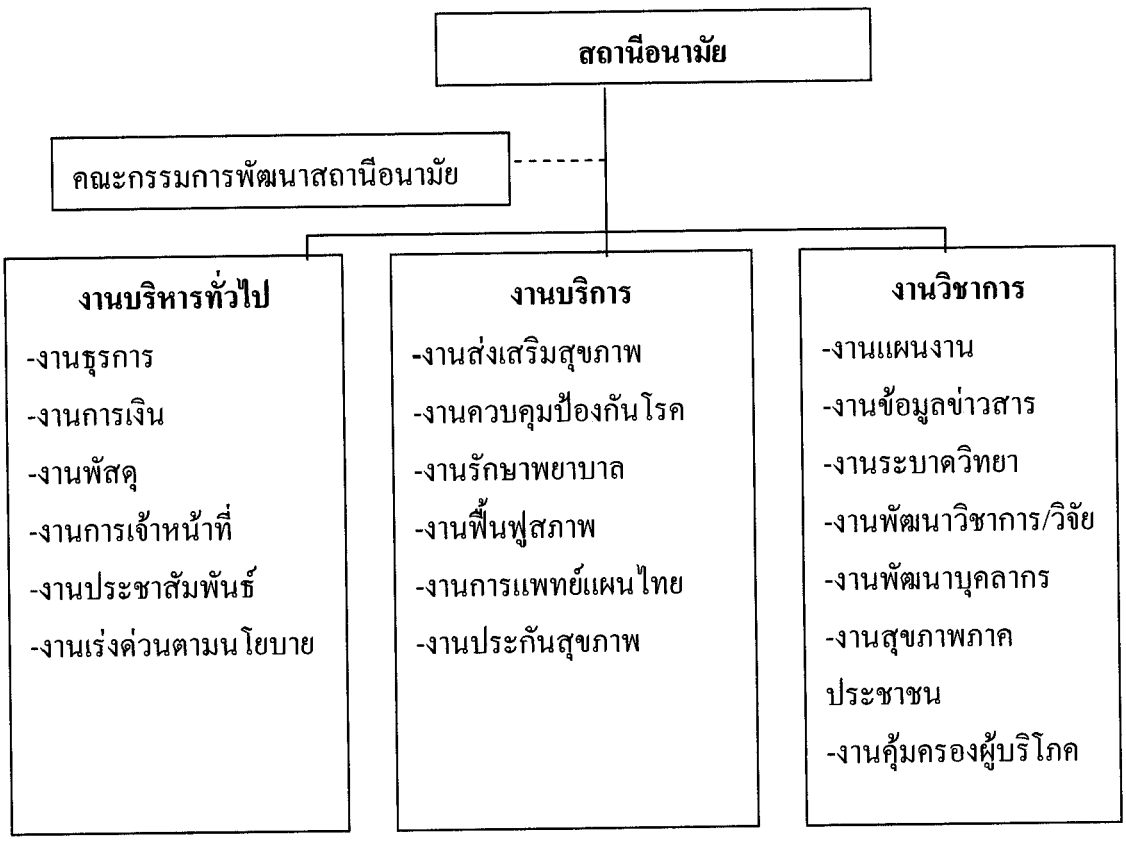


ภาพที่ 2.1 โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในราชการส่วนภูมิภาค

ที่มา : อรุณ บุญมาก สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (2547) *ปฏิทินสาธารณสุข* กรุงเทพมหานคร สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย

1.3 โครงสร้างองค์กรของสถานีอนามัย

จากพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ทำให้หน่วยงานในระดับต่าง ๆ ต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบทบาท ภารกิจและความรับผิดชอบไปจากเดิม และจากการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) ทำให้สถานีอนามัยมีบทบาท ภารกิจและความรับผิดชอบยุ่งยากมากขึ้น การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขต้องอาศัยความรู้ด้านวิชาการหลายด้าน รวมทั้งปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้น กฎกระทรวงว่าด้วยการแบ่งส่วนราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกาศใช้เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2545 สถานีอนามัยเป็นหน่วยงานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงกับสาธารณสุขอำเภอ มีหัวหน้าสถานีอนามัยเป็นผู้บังคับบัญชา ในปัจจุบันสถานีอนามัยไม่มีระเบียบกำหนดการแบ่งส่วนราชการภายใน เมื่อพิจารณาตามกลุ่มบุคลากรไม่มีการแบ่งโครงสร้างภายในอย่างเป็นทางการ แต่ในการปฏิบัติจริงมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบภายในสถานีอนามัย ดังนี้



ภาพที่ 2.2 โครงสร้างภายในของสถานีอนามัย

1.4 กรอบอัตรากำลังบุคลากรในสถานีอนามัย

กรอบอัตรากำลังเดิม สถานีอนามัยมีอัตรากำลัง 5 อัตรา ดังนี้

หัวหน้าสถานีอนามัย(เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข6)	1	ตำแหน่ง
วิชาการสาธารณสุข 3-5 หรือ 6ว. หรือ 7ว.	1	ตำแหน่ง
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2-4 หรือ 5 หรือ6	2	ตำแหน่ง
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข2-4 หรือ 5	1	ตำแหน่ง
รวม 5 ตำแหน่ง		ปัจจุบัน

กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการตกลงกับสำนักงาน กพ. กำหนดกรอบอัตรากำลังสถานีอนามัยใหม่เนื่องจากมีภารกิจมากขึ้น ดังนั้นสถานีอนามัยจึงมีกรอบอัตรากำลัง ดังนี้

หัวหน้าสถานีอนามัย (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 หรือ 7)	1 ตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุข 3-5 หรือ 6ว. หรือ 7ว.	1 ตำแหน่ง
พยาบาลวิชาชีพ 3-5 หรือ 6ว. หรือ 7ว.	1 ตำแหน่ง
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2-4 หรือ 5 หรือ6	2-6 ตำแหน่ง
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 2-4 หรือ 5	1 ตำแหน่ง
รวม 6-10 ตำแหน่ง	

หมายเหตุ จำนวนพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปรับตามจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบและงาน

1.5 ความรับผิดชอบของสถานีอนามัยและบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัย

(กองสาธารณสุขภูมิภาค พ.ศ.2535 : 2-5)

สถานีอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขในระดับชุมชน โดยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล ให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย วางแผน และบริหารการพัฒนาการบริการสาธารณสุขระดับตำบล ตลอดจนต้องมีบทบาทให้บริการสาธารณสุขระดับอำเภอ กรณีไม่มีโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอหรือกิ่งอำเภอนั้น ในปัจจุบันมีการจัดแบ่งสถานีอนามัยออกเป็น 2 ลักษณะ ตามโครงสร้างและขีดความสามารถในการให้บริการประชาชนคือ สถานีอนามัยทั่วไป รับผิดชอบเฉพาะประชากรในพื้นที่ที่กำหนด และสถานีอนามัยขนาดใหญ่รับผิดชอบประชากรในพื้นที่ที่กำหนดและยังเป็นสถานีอนามัยพี่เลี้ยง สนับสนุนทางการบริหาร บริการและวิชาการแก่สถานีอนามัยทั่วไป

จากโครงสร้างการบริหารงาน การจัดองค์กร กรอบอัตรากำลัง และบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัย พบว่ากระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถจัดอัตรากำลังให้กับสถานีอนามัย

ได้ตามกรอบทั้งหมด และปัจจุบันสถานีอนามัยได้มีภาระงานและบทบาทมากขึ้นในการดูแลสุขภาพประชาชน หัวหน้าสถานีอนามัยจึงจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพมากขึ้น ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสังคม

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชน

2.1 แนวคิดความหมาย "Primary care" ในต่างประเทศ

"Primary care" ในคำจำ กัดความขององค์การอนามัยโลก(World Health Organization (WHO) cited in Hoder ,1986.P.17) ได้ให้ความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนี้

VUOPI, H. ได้กล่าวในการประชุมของสมาคม วิทยาลัยด้านเวชศาสตร์ทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัวทั่วโลก (WONCA) ใน ค.ศ. 1986 ให้ความหมายของ Primary care ตามความหมายหลักขององค์การอนามัยโลก แต่ขยายเพิ่มเติมในลักษณะที่แสดงถึงภาพสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยเสนอมุมมองของ Primary health careใน 4 ด้าน

1) ในฐานะเป็นชุดกิจกรรม 10 ประการ

2) ในฐานะเป็นระดับของการบริการที่เป็นด่านแรก

3) ในฐานะเป็นกลวิธีของการดำเนินงานที่ทำให้เกิดบริการเข้าถึงได้ สอดคล้องและตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชน โดยดำเนินการในลักษณะบูรณาการ ประสานความร่วมมือ อยู่บนฐานการมีส่วนร่วมของประชาชน มีการดำเนินการที่คุ้มทุน รวมถึงการจัดสรรบุคลากรและทรัพยากรอื่นจากระดับตติยภูมิไปยังระดับปฐม

4) ในฐานะปรัชญาที่ควรแทรกซึมเข้าไปสู่แนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพทั้งหมด เพื่อให้เกิดระบบบริการที่เท่าเทียม ยุติธรรม แต่ละคนในสังคมมีความรับผิดชอบ ช่วยกันสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี และยอมรับความหมายของสุขภาพที่กว้างกว่าเรื่อง

Starfield (1993) ให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ ในลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการ ให้บริการที่เป็นด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (Front-line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (Ongoing care) บริการที่ผสมผสานเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น ๆ หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (Coordinated care)

Tudor-Hart (1989) ได้กล่าวถึงบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ควรมีเพิ่มเติมจากลักษณะบริการรักษาพยาบาลแบบดั้งเดิม คือ การมีบทบาทในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพ

และการป้องกันโรคของกลุ่มประชากร มีการให้บริการโดยที่พิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

Fry, J.&Yuen, N. Horder (1994) ให้ความเห็นว่า ระบบบริการปฐมภูมิมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และยุติธรรม

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2546) ได้สรุปแนวคิดและความหมายของบริการปฐมภูมิในต่างประเทศไว้ว่า คำว่า "Primary care" ในประเทศทางตะวันตก มีรากฐานมาจาก Primary health care ที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกเช่นเดียวกัน แต่ผลการปฏิบัติที่ผ่านมาจะเน้นให้น้ำหนักทางด้านบริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์มากกว่าบริการปฐมภูมิ ในประเทศทางตะวันตกจึงเป็นลักษณะเป็นเรื่องเดียวกับ "บริการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice) หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว" ที่เป็นบริการด่านแรกของระบบสาธารณสุขสำหรับประชาชนทุกคน และมักเน้นเรื่องการรักษาพยาบาลมากกว่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและงานชุมชน บริการปฐมภูมิในประเทศตะวันตกในช่วงปัจจุบัน เห็นความสำคัญที่ต้องพัฒนาระบบบริการให้มีความเป็นบูรณาการ มีการต่อเชื่อมบริการด้านต่าง ๆ ให้บริการที่ครอบคลุมมากกว่าการแพทย์ และรวมถึงบริการด้านสังคมด้วย โดยเน้นที่แนวคิด กลวิธีสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และบูรณาการกระบวนการให้บริการพื้นฐาน เช่น การปฏิรูปที่เกิดขึ้นในประเทศแคนาดา ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์

โดยสรุป แนวคิดการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ เป็นการบริการด่านแรก เข้าถึงง่าย บริการในลักษณะบูรณาการ ประสานความร่วมมือกับประชาชน มุ่งให้เกิดความเท่าเทียม เป็นธรรม ประชาชนยอมรับ มองสุขภาพกว้างกว่าโรค แต่การดำเนินการที่ผ่านมายังเน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าปฐมภูมิ

2.2 ศูนย์สุขภาพชุมชนในประเทศไทย

2.2.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนในประเทศไทย

บริการปฐมภูมิเป็นแนวคิดบริการด่านแรก การสาธารณสุขมูลฐาน และเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีความเชื่อมโยงและซ้อนกันอยู่อย่างแยกไม่ออก หากมองที่ลำดับขั้นของการบริการสุขภาพ บริการปฐมภูมิก็จะหมายถึง บริการด่านแรกในมุมมองของสถานบริการ ในขณะที่มองถึงเนื้อหาในการบริการสุขภาพ ในการดูแลปัญหาสุขภาพที่ไม่ซ้ำซ้อนในด้านการแพทย์ แต่มีความลึกซึ้งในเชิงความเข้าใจความเป็นคน ศาสตร์ที่นำมาใช้คือ เวชศาสตร์ครอบครัว ที่เน้นการประสานเชื่อมโยงในแนวราบ เน้นการสื่อสารการสร้างสัมพันธภาพกับประชาชน และการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ที่เข้ากับชีวิต การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก มีความหมายเชื่อมโยงกับบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมไปถึงการจัดบริการที่เป็น"บริการด่านแรก" และเป็นกิจกรรมดำเนินการโดยประชาชนและชุมชนเองเป็น

หลัก ซึ่งแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานถูกแปลงเป็นกิจกรรมในลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแนวคิดดังกล่าวถูกเน้นไปที่กิจกรรมดำเนินการมากกว่าเป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้บรรลุ แต่อย่างไรก็ตามแนวคิดที่เป็นหลักการหรือปรัชญาสำคัญ ในการทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วม และมีการจัดบริการที่สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมของชุมชนและประชาชนเข้าถึงได้ยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ยึดถือของทุกประเทศ จากประเด็นดังกล่าวจะเห็นว่า การบริการระดับปฐมภูมิ บริการเวชศาสตร์ครอบครัว หรือบริการด่านแรก ต่างมีขอบเขตที่ซ้อนและเชื่อมโยงกันภายใต้แนวคิดใหญ่ของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มุ่งเน้นนำไปสู่เป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ประชาชนพึ่งตนเองได้ เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและยอมรับได้ทั้งในด้านสังคมและค่าใช้จ่าย

โดยสรุปแนวคิดศูนย์สุขภาพชุมชนในประเทศไทย คือ การจัดบริการด่านแรก การดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม บริการที่มีคุณภาพ ประชาชนยอมรับเข้าถึงบริการได้ง่าย ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

2.2.2 บริการปฐมภูมิกับแนวคิดสำคัญในการพัฒนาบริการ

แนวคิดการดูแลสุขภาพ ดุลยภาพระหว่างการพึ่งตนเองและการพึ่งสถานบริการ องค์ประกอบหลักของการดูแลสุขภาพของคนเรา แบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ การให้บริการของสถานบริการและการที่ประชาชนดูแลตนเองหรือพึ่งตนเอง การดูแลสุขภาพของตนเองหรือการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพแบ่งเป็น 2 ส่วนย่อยคือ การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไปในขณะที่ไม่ป่วย ได้แก่ การกิน การนอน การพักผ่อน กับอีกส่วนหนึ่งคือ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งหมายถึงการช่วยเหลือตนเองได้เมื่อมีการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องพึ่งพาบริการ และเมื่อเกิดเจ็บป่วยทางแก้คือพึ่งสถานบริการ ซึ่งในระบบแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ สิ่งที่สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขคือ การสร้างดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบสองส่วนนี้ นับว่าเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของระบบเพราะปัจจุบันกรอบของการให้บริการสาธารณสุขได้ถูกขยายใหญ่ขึ้น อาจจะโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ทั้งนี้พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และจากจำนวนสถานพยาบาลเอกชนหรือคลินิกที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเหล่านี้ได้ขยายตัวเติบโตขึ้น จนทำให้นับวันประชาชนไทยก็ยิ่งขาดแนวคิดและวิธีการในการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ นั่นคือแม้เพียงอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่สามารถดูแลและรักษาตัวเองได้ แต่ประชาชนจำนวนมากก็ยังเลือกที่จะไปพบแพทย์ ซึ่งหลายครั้งทำให้ต้องสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายคราวละมาก ๆ

ดังนั้น จากแนวคิดการพัฒนาบริการสุขภาพ ทางแก้ปัญหาสุขภาพจึงน่าจะเป็นการเปลี่ยนดุลยภาพของการรับผิดชอบ โดยลดกรอบของการที่รัฐให้บริการสาธารณสุขให้แก่

ประชาชนที่มีขนาดเล็กลง แล้วส่งเสริมกรอบของการที่ประชาชนรู้จักพึ่งตนเองในด้านสุขภาพให้มีขนาดใหญ่ขึ้น ด้วยการทำให้ประชาชนมีความรู้ เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ทั้งนี้ต้องมีความพอเหมาะที่สมดุลกับความรู้ความสามารถของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ หรือเหมาะกับประชาชนในแต่ละคน บริการระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดตามสภาพธรรมชาติที่ไม่รุนแรง หน่วยบริการระดับนี้จึงสำคัญมาก หากได้รับการพัฒนาที่มีคุณภาพมากขึ้น จะช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยการช่วยทำให้เกิดการสมดุลระหว่างการพึ่งบริการและการพึ่งตนเองของประชาชนมากขึ้น รวมทั้งช่วยทำให้ประชาชนใช้บริการอย่างเหมาะสม ใช้บริการที่สะดวกและมีคุณภาพใกล้บ้านก่อน ไม่ต้องตะเวนไปใช้บริการในที่ต่างๆโดยขาดความเข้าใจ อันเป็นผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรทั้งฝ่ายประชนและฝ่ายรัฐบาล

2.2.3 ความหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Units: PCU) ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีการบริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ (สำนักงานประกันสุขภาพ,2544)

หน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง หน่วยบริการที่ไม่ได้ทำหน้าที่แต่ด้านการรักษาพยาบาล หรือเป็นหน่วยคัดกรองโรค มิได้เป็นลักษณะ Extended OPD แต่มีบทบาทรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการให้บริการอื่น ๆ ที่มีคุณภาพมากขึ้น ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ที่หลาหลายอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตลอดจนจัดบริการที่เป็นองค์รม คำนึงถึงความต้องการทางด้านจิตใจ มีการพิจารณาปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจของประชาชน (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545)

หน่วยบริการปฐมภูมิ ตามแนวทางในการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ทำหน้าที่บริการสุขภาพทั่วไป ส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ตั้งอยู่ในที่ที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที มีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์การจัดบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยหน่วยคู่สัญญาเป็นโรงพยาบาลของรัฐ มีประชากรขึ้นทะเบียนเป็นจำนวนมาก ระยะแรกให้สามารถตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลได้ 1 แห่ง ต่อประชากรไม่เกิน

30,000 คน และหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลประชากรนอกพื้นที่โรงพยาบาลรับผิดชอบไม่เกิน 10,000 คน ต่อหน่วยงาน อาจจะบริการโดยแบ่งเป็นหน่วยบริการหน่วยเดียว คือสามารถให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน หรือจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่มีหน่วยบริการย่อยร่วมกันให้บริการ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการปฏิรูประบบสุขภาพ, 2545)

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Units: PCU) หมายถึง การจักพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบบุคคล วัตถุ สิ่งของ และระบบการทำงานเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ โดยมีสัดส่วนและองค์ประกอบเพื่อจัดบริการที่ชัดเจน ในปัจจุบันคำว่า PCU หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขเรียกเป็นชื่อ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) เพื่อให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (สำเริง แหยงกระโทก รุจิรา มังคละศิริ, 2550)

ดังนั้น ความหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยสรุปหมายถึง หน่วยบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก ดูแลสุขภาพประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วย สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล อนุโลมให้ดูแลประชากรไม่เกิน 30,000 คนต่อหน่วย ดูแลประชากรตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงขณะป่วย และฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย ให้การดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คือ คำนึงถึงปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้บริการผสมผสานตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ในด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนทำหน้าที่ส่งต่อประสานเชื่อมต่อการบริการอื่น ๆ มีเครื่องมือ อุปกรณ์ในด้านการแพทย์พร้อม และที่สำคัญคือ มีทีมบุคลากรร่วมในการบริการครบตามเกณฑ์มาตรฐาน

2.2.4 หลักการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ภายใต้แนวคิดใหญ่ขององค์การอนามัยโลกที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมุ่งเน้นทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี พึ่งตนเองได้ สามารถเข้าถึงบริการ และยอมรับได้ทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ระบุว่า บริการปฐมภูมิ หรือ Primary care มิใช่บริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองโรคเบื้องต้น แต่เป็นบริการผสมผสานที่อยู่ใกล้บ้านใกล้ที่ทำงาน ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการด้วย แนวคิดแบบองค์รวม บริการปฐมภูมิเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม ให้บริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถ

ประสานกับองค์กรชุมชนและท้องถิ่น หน่วยบริการปฐมภูมิมีลักษณะสำคัญในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผสมผสาน ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคvรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ

2) เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยาและด้านเศรษฐกิจ

3) เน้นบทบาทการให้บริการเชิงรุก เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน

4) รวมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต

5) ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการที่ต่อเนื่องรอบด้าน เช่น สถานบริการเฉพาะทางด้านต่างๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

2.2.5 เป้าหมายบริการปฐม

1) การให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ในระดับฉุกเฉินเบื้องต้น

2) การให้บริการสุขภาพพื้นฐานในระดับบุคคลและครอบครัว

3) ความสามารถในการร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนได้ทั้งคน อันหมายถึงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคม

4) ความสามารถในการรับผิดชอบด้านสุขภาพร่วมกับประชาชนทั้งในเชิงรับและเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน การติดตามสภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอย่างทันการ

5) การทำหน้าที่เป็นหน่วยเชื่อมต่อระหว่างประชาชน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างมีอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.6 หน่วยงานที่จะเป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดเป็นกลุ่มได้ 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care: CUP) หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไปทั้งการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ที่เป็นลักษณะการให้บริการผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยคู่สัญญา

ของบริการระดับนี้ จะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนชัดเจน และจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) ที่ประชาชนมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานบริการประจำตัว ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้

กลุ่มที่ 2 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary care:CUS) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่างๆที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการปฐมภูมิ สถานบริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

กลุ่มที่ 3 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contraction Unit for Tertiary care: CUT) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาเฉพาะทางต่าง ๆ

2.2.7 มาตรฐานทรัพยากรและการจัดการเพื่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิ

สถานพยาบาลที่เป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ(CUP) จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการภายใต้สถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1) ขีดความสามารถ มีการให้บริการผสมผสานทั้งรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ มีบริการด้านยา การตรวจชันสูตรพื้นฐานที่ทำเองได้และระบบส่งต่อที่รวดเร็ว มีระยะเวลาที่ให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2) การจัดหน่วยบริการ(ที่ตั้งและประชากรรับผิดชอบ) หน่วยบริการปฐมภูมิต้องดูแลประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ ต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนใช้บริการได้สะดวก ใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 30 นาที

3) ด้านบุคลากร ต้องมีบุคลากรทั้งส่วนที่เป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีพยาบาลวิชาชีพดูแลประชากรอย่างน้อย 1:5,000 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลประชากร 1:1,250 คน ในพื้นที่ที่ไม่มีแพทย์อาจให้พยาบาลวิชาชีพดูแลรับผิดชอบภายใต้การดูแลของแพทย์ มีทันตแพทย์ในอัตราส่วน 1:20,000 คน หรืออาจให้ทันตาภิบาลดูแลแทนทันตแพทย์ ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ไม่เกิน 1:40,000 คน มีเภสัชกรทำหน้าที่ดูแลระบบยาตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง

4) ด้านบริหารจัดการ ให้เกิดความต่อเนื่องในการบริการ เกิดความสะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ สนับสนุนส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีระบบกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการ บริหารจัดการยาที่ได้มาตรฐาน

5) ด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ มีอุปกรณ์เครื่องมือในการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน มีระบบป้องกันการติดเชื้อ มีการจัดการยานพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วย มีสถานที่ให้บริการที่สะดวก สะอาด ปลอดภัย พื้นที่พอเพียง มีระบบการเชื่อมต่อและส่งต่อกับโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่สนับสนุนบริการและวิชาการได้อย่างต่อเนื่อง

2.2.8 องค์ประกอบของศูนย์สุขภาพชุมชน

1) องค์ประกอบด้านโครงสร้าง (Structure) ซึ่งอาจเกิดจากโครงสร้างเดิมเป็นสถานีอนามัยหรือเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล ที่สามารถจัดบริการเบ็ดเสร็จได้ด้วยตัวเอง (One Stop Service) หรืออาจเกิดจากการจัดตั้งหน่วยบริการในพื้นที่ ที่ยังไม่มีหน่วยบริการเดิมมาก่อน เพื่อจัดบริการอย่างน้อยตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้

2) องค์ประกอบด้านหน้าที่ (Function) ที่ต้องมีศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วยบริการและกิจกรรมต่างๆตามกระบวนการหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ได้แก่ ด้านบริหารจัดการ ด้านบริการ และด้านวิชาการ

2.2.9 มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

เพื่อให้การประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน มีทิศทางและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน ดังนี้

หมวดที่ 1 มาตรฐานด้านบริการ

มาตรฐานด้านกิจกรรมในชุมชน

1) ประสานงานให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการวางแผน/ทำกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนตนเอง และสนับสนุนการจัดกิจกรรมสุขภาพที่ริเริ่มจากองค์กรชุมชน/ท้องถิ่น

ตัวชี้วัด 1.1 ร้อยละของกิจกรรมสาธารณสุขที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน/ทำกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนตนเอง

1.2 ร้อยละของกิจกรรมสร้างสุขภาพที่ใช้ทรัพยากรชุมชนเป็นหลัก

1.3 ความครอบคลุมการมีและทำกิจกรรมสร้างสุขภาพ

2) ร่วมดำเนินงานกับหน่วยราชการ/องค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน

ตัวชี้วัด ร้อยละการมีส่วนร่วมดำเนินงานกับหน่วยราชการ/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

3) บริการเชิงรุกเพื่อให้ชุมชนสามารถ ประเมินสภาวะสุขภาพของครอบครัว และปัจจัยที่จะกระทบต่อสุขภาพ เพื่อวางแผนในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด 3.1 ความสามารถในการอธิบายการดูแลสุขภาพคนในครอบครัวและเพื่อนบ้านได้ถูกต้องของอาสาสมัคร

3.2 การดำเนินการโครงการอาหารปลอดภัย

4) มีและใช้แฟ้มครอบครัว (Family Folder) เพื่อการดูแลสุขภาพ

ตัวชี้วัด ความครอบคลุมการมีและใช้แฟ้มครอบครัว เพื่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน

5) มีและใช้แฟ้มชุมชน (Community Folder)

ตัวชี้วัด ความครอบคลุมการมีและใช้แฟ้มชุมชน เพื่อวางแผนแก้ไขปัจจัยเสี่ยงในระดับชุมชน

มาตรฐานกิจกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน

6) มีรูปแบบบริการที่เห็นชัดเจนด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม)

ตัวชี้วัด ความสามารถในการจัดรูปแบบบริการที่ดูแลกลุ่มเป้าหมายได้ทั้งทางด้าน กาย จิต สังคมและครอบครัวมีส่วนร่วม

7) มีระบบข้อมูลที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย การติดตามและการส่งต่อได้สะดวก

ตัวชี้วัด ระบบข้อมูลที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย เพื่อการติดตามและส่งต่อได้สะดวก

8) ทีมสุขภาพสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการไปสู่การป้องกันปัญหาเสริมสร้างสุขภาพ (กายจิตสังคม) ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องตามแนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน คู่มือ

ตัวชี้วัด ความสามารถของทีมสุขภาพในการเชื่อมโยงข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการไปสู่การป้องกันปัญหา เสริมสร้างสุขภาพ (กาย จิต สังคม) ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องตามแนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน คู่มือ

9) มีบริการรักษาพยาบาล ทุกกลุ่มอาการ ที่ผสมผสานกับการส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ เชื่อมต่อกับการบริการภายในเครือข่ายและการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ

ตัวชี้วัด 9.1 บริการสุขภาพที่ผสมผสานกับการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูสภาพ

9.2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและการประเมินการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

9.3 ความพึงพอใจของประชาชนในเขตรับผิดชอบต่อการเข้าถึงบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

9.4 ระบบป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ

10) มีการจัดบริการด้านทันตกรรมและการส่งเสริมป้องกันโรคทางด้านทันตกรรม

ตัวชี้วัด ความสามารถในการจัดบริการด้านทันตกรรม

11) มีบริการด้านการชันสูตรที่ครบตามมาตรฐาน

ตัวชี้วัด ความสามารถในการตรวจด้านห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา

12) มีบริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การกำกับคุณภาพ มาตรฐานยา

ตัวชี้วัด 12.1 ความสามารถในการบริหารเวชภัณฑ์

12.2 ร้อยละของผู้รับบริการได้รับมอบยาที่ถูกต้อง และสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

13) มีบริการการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก

ตัวชี้วัด ความสามารถในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก

14) มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-5 ปี

ตัวชี้วัด 14.1 ความครอบคลุมของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ตามมาตรฐาน

14.2 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5ปี เจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน อายุ น้ำหนัก

14.3 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุไม่เกิน 5 ปี ตาม EPI program

มาตรฐานบริการต่อเนื่อง

15) มีและใช้บันทึกสุขภาพรายบุคคล (Personal Record)

ตัวชี้วัด ความครอบคลุมของการมีและใช้บันทึกสุขภาพรายบุคคล

16) มีบริการให้คำปรึกษา (Counseling)

ตัวชี้วัด ความสามารถในการจัดบริการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน

17) มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

ตัวชี้วัด 17.1 ความสามารถในการจัดระบบส่งต่อทั้งไปและกลับ

17.2 ความสามารถของทีมสุขภาพในการอธิบายการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่พบได้บ่อย

18) มีการบริการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การบริการ รวมทั้งติดตามเยี่ยม เพื่อทำความรู้จัก สร้างความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพให้แก่ครอบครัว และการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น

ตัวชี้วัด 18.1 ความสามารถในการให้บริการเยี่ยมบ้าน

18.2 ร้อยละของผู้พิการในชุมชนรับผิดชอบที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

หมวดที่ 2 มาตรฐานการบริหารจัดการ

19) มีทีมสุขภาพให้บริการต่อเนื่องเป็นทีมประจำ

ตัวชี้วัด 19.1 รูปแบบบริการที่ต่อเนื่องเป็นทีมประจำของทีมสุขภาพ

19.2 ความสามารถในการจัดบุคลากรต่อประชากรตามหลักเกณฑ์

20) มีการพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด แผนพัฒนาบุคลากร

21) บุคลากรมีความสามารถในการวางแผนแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

ตัวชี้วัด 21.1 ความสามารถของทีมสุขภาพในการอธิบายแนวทางดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน

21.2 ความสามารถในการบริหารจัดการให้ทีมสุขภาพรับผิดชอบพื้นที่แบบบูรณาการ

21.3 ร้อยละของแผน/กิจกรรมสร้างสุขภาพแบบมุงเน้นผลสัมฤทธิ์

22) มีการพัฒนามาตรฐานบริหารจัดการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัด 22.1 ระบบการจ่ายค่าตอบแทนเป็นแบบมุ่งเน้นผลงาน

22.2 ระบบบริหารโดยคำนึงความคุ้มค่า

22.3 ระบบบริหารงานที่แสดงต้นทุนบริการที่แท้จริง

23) มีแผนพัฒนาและติดตามประเมินผลงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

ตัวชี้วัด ร้อยละของแผนงาน/โครงการที่มีการติดตามประเมินผล

หมวดที่ 3 มาตรฐานด้านวิชาการ

24) มีแนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน คู่มือการ ให้บริการ

ตัวชี้วัด ความครอบคลุมการมีมาตรฐานการให้บริการด้านต่าง ๆ ในศูนย์สุขภาพชุมชน

25) มีนวัตกรรมด้านต่าง ๆ ในศูนย์สุขภาพชุมชน

ตัวชี้วัด ความพึงใจของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้รับบริการต่อนวัตกรรม

26) มีการดำเนินงานวิจัยในพื้นที่

ตัวชี้วัด ผล/แผนการดำเนินงานวิจัยในพื้นที่

การประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นแนวทางในการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ให้มีทิศทางที่ชัดเจน โดยแบ่งเป็น 3 หมวด คือ

หมวดที่ 1 มาตรฐานด้านบริการ แบ่งเป็น

- มาตรฐานด้านกิจกรรมในชุมชน	5 ข้อ	8	ตัวชี้วัด
- มาตรฐานกิจกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน	9 ข้อ	15	ตัวชี้วัด
- มาตรฐานบริการต่อเนื่อง	4 ข้อ	6	ตัวชี้วัด

(ต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 ของคะแนน)

หมวดที่ 2 มาตรฐานการบริหารจัดการ	5 ข้อ	10	ตัวชี้วัด
(ต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของคะแนน)			
หมวดที่ 3 มาตรฐานด้านวิชาการ	3 ข้อ	3	ตัวชี้วัด
(ต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนน)			
รวม	26 ข้อ	42	ตัวชี้วัด

2.2.10 บทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานให้ชัดเจน โดยยึดประชาชน ครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบตามงาน กรม กองต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานสาธารณสุขมูลฐาน การยึดครอบครัวเป็นฐานที่จะต้องทำทุกกิจกรรมแบบองค์รวม (Holistic Care) และต่อเนื่อง (Ongoing หรือ Continuity) ส่วนการกำหนดบทบาทของการบริการภายในศูนย์สุขภาพชุมชนก็ให้กำหนดตาม Macro Flow Chart เช่น การมอบหมายหน้าที่ลงทะเบียน ตรวจคัดกรอง บริการหลัก บริการก่อนกลับบ้านและอื่น ๆ

การแบ่งบทบาทของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน บทบาทของบุคลากรทั้งหมดในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ ร่วมกันทำงานเป็นทีมในการให้บริการที่ผสมผสานแก่ประชาชนในความรับผิดชอบ ซึ่งในทางปฏิบัติจริงควรมีการแบ่งบทบาทร่วมและบทบาทเฉพาะของบุคลากรแต่ละคน หรือแต่ละวิชาชีพตามพื้นฐานความรู้ ความสามารถและความเป็นไปได้ในการทำงานจริง

ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพประชาชน ให้การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพในลักษณะองค์รวมและต่อเนื่อง ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน โดยให้ประชานมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการให้บริการจากทีมสหวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถพึ่งตนเองได้ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็สามารถใช้บริการจากสถานบริการที่มีมาตรฐาน ดังนั้นเพื่อให้สถานบริการที่ใกล้บ้านที่สุดคือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นสถานบริการปฐมภูมิที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจตามปรัชญาของการบริการปฐมภูมิ จึงจำเป็นต้องมีเกณฑ์มาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐาน 3 ด้าน ได้แก่ มาตรฐานด้านบริการจำนวน 18 ข้อ มาตรฐานด้านบริหารจัดการจำนวน 5 ข้อ และมาตรฐานด้านวิชาการจำนวน 3 ข้อ แต่จากมาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากความแตกต่างกันในหลาย ๆ ด้าน เช่น บุคลากร งบประมาณ ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาเพื่อให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ผู้นำองค์กรหรือหัวหน้าศูนย์

สุขภาพชุมชน ต้องมีความรู้ มีทัศคติ มีทักษะ และความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน เป็นหน่วยบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจประชาชน ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี พึ่งพาตนเองในด้านสุขภาพได้

2.3 การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดนครราชสีมา

จากการที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นการปฏิรูปและเปลี่ยนแปลง (Reform) ที่สำคัญ จังหวัดนครราชสีมาได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงโดยทั่วไปประกอบไปด้วย การคิดใหม่ (Re-think) การออกแบบระบบใหม่หรือออกแบบวิธีการทำงานใหม่ (Re-design) การใช้เครื่องมือใหม่ (Re-tool) และการฝึกอบรมบุคลากรใหม่เพื่อการพัฒนา (Re-train) เมื่อเปลี่ยนเป็นระบบโครงสร้างใหม่ ระบบสุขภาพจะแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1 Primary Health Care (PHC) ซึ่งยังคงเป็นบริการของประชาชน มีเจ้าหน้าที่สนับสนุนให้เกิด Self Care และมีการเน้นระดับครอบครัวมากขึ้น (Family Medicine)

ระดับ 2 Non Hospital Care เป็นการบริการระดับต้น (1° Care) ที่มีเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก (OPD) และลงปฏิบัติงานในชุมชน ถ้าจำเป็นต้องมีการส่งต่อจะมีระบบการส่งต่อไปที่ในระดับ Hospital Care เพื่อเป็นผู้ป่วยใน (IPD) หรือ OPD เฉพาะทางต่อไป

ระดับ 3 Hospital Care เป็นระดับที่รับบริการดูแลผู้ป่วยในโดยส่งต่อมาจาก 1° Care ระดับ Hospital Care จะต้องไม่มีผู้ป่วยนอกที่เดินมาเอง (Walk in) จะมีเฉพาะการส่งต่อมาจาก1° Care เท่านั้น หรือเฉพาะ OPD ที่รักษาต่อเนื่องในระดับ Hospital Care บริการรับผู้ป่วยในจะแบ่งเป็นระดับ 2°Care และระดับ 3° Care ที่มีแพทย์เฉพาะทางได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

ระดับ 1° Care เป็นระดับที่มีความสำคัญมาก เพราะเป็นจุดเริ่มต้นเข้าสู่ Hospital Care ผู้ป่วยนอกที่จะเป็นผู้ป่วยใน ต้องส่งต่อมาจาก 1°Care เท่านั้น ดังนั้น 1°Care จำเป็นต้องมีแพทย์ประจำและทีมงานของ1°Care ต้องทำหน้าที่รุกเข้าไปในครอบครัวและชุมชน ให้การดูแลครอบครัวและชุมชนแบบเป็นองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง มุ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เพื่อสร้างศรัทธา จนกลายเป็นหมอประจำครอบครัว สถานที่และขอบเขตการทำงานของ1°Care จึงเรียกว่า Primary Care Unit (PCU) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ชื่อว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.)” โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 คุณลักษณะการจัดบริการที่ ศสช. ที่พึงประสงค์ หรือ ศสช.ในอุดมคติ จะมีคุณลักษณะเป็นตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายที่ชัดเจน โดยมีคำสำคัญ (Key Word) 4 คำ ประกอบด้วย

Equity	ความเสมอภาคเท่าเทียม
Quality	คุณภาพ
Efficiency	ประสิทธิภาพ
Social Accountability	ชุมชนมีส่วนร่วมและตรวจสอบได้

เมื่อนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมและจำง่าย ๆ 9 ประการ คือ มีดี เข้าถึง พึงใจ จ่ายคุ้ม ชุมชนมีส่วนร่วม เป็นองค์รวม พร้อมทั้งเรื่องอื่น ๆ ขยายความ ดังนี้

มี (Availability) คือ มีสถานบริการอยู่ใกล้บ้านและใกล้ชุมชน มีอุปกรณ์พอเพียง มีบุคลากรให้บริการตามมาตรฐาน

ดี (Good Care,Standard Care) มาตรฐานระบบบริการการดูแล (Standard of care) มาตรฐานเครื่องมือ อุปกรณ์ (Standard of Equipment) ทัศนคติที่ดี (Attitude)

เข้าถึง (Accessibility of care) ประชาชนได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งสภาพภูมิศาสตร์ หลักประกันด้านสุขภาพ ราคา/ค่าใช้จ่าย (Financial Accessibility) มีบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน (Service Accessibility)

พึงใจ (Acceptability) ผู้มารับบริการจ้องมีความพึงพอใจ มีความประทับใจ ประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อนหรือให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นแก่สถานบริการ

จ่ายคุ้ม (Efficiency) เป็นการลงทุนในสถานบริการ บริการที่ใช้ต้นทุนต่ำและผลลัพธ์สูง คุ้มค่าราคาจ่าย (Cost Effectiveness/Cost-Benefit) ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocation Efficiency) ระบบการจัดสรรทรัพยากรที่มุ่งเน้นความสมดุลระหว่างผลผลิต (Supply) และความต้องการ (Demand)

ชุมชนมีส่วนร่วม (Community Involvement) หรือ ชุมชนมีพลังอำนาจความเข้มแข็งมากขึ้น (Community Empowerment) ประชาชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการในรูปแบบต่างๆ ประชาชนมีส่วนร่วมในข้อเสนอด้านการบริหารและการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน

เป็นองค์รวม (Holistic Care) ให้การดูแลครบทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีระบบข้อมูลที่เอื้อต่อการบริการแบบองค์รวม มีการเชื่อมโยงบูรณาการ (Integration) ของระบบบริการ

ต่อเนื่อง (Continuity of care) มีการดูแลต่อเนื่องตลอดเหตุการณ์ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเมื่อส่งไปรักษาต่อในแต่ละระดับ การจัดบริการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันหลากหลาย

พร้อมทั้งเรื่องอื่น ๆ การพัฒนา ศสช. ที่สมบูรณ์อาจมีข้อแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่และเงื่อนไขเวลาต่างๆ พร้อมที่จะพัฒนาเรื่องอื่นๆ ตามสถานการณ์

2.3.2 การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน 4 รูปแบบ 3 ระดับ

การปฏิรูประบบสุขภาพ ระบบบริการไม่ได้เริ่มจากศูนย์ เพราะมีระบบบริการสุขภาพอยู่เดิมหลายรูปแบบ เช่น โรงพยาบาล, สถานีอนามัย, ศูนย์แพทย์ชุมชน (ศพช.) ฯลฯ ดังนั้นจะต้องเปลี่ยนสถานบริการเหล่านี้ให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน 4 รูปแบบ แต่ละรูปแบบจะต้องใช้เวลาในการพัฒนาเป็นขั้นตอน 3 ระดับ เพื่อการบริหารจัดการและดำเนินการให้ไปถึงอุดมคติ (ศสช.ระดับ 3) ในระยะเปลี่ยนผ่านต้องมีการพัฒนาสถานีอนามัยเป็นศสช.ระดับ 1 โดยเริ่มจากกระบวนการฝึกอบรม เพื่อปฏิรูปแนวคิดและทำความเข้าใจระบบบริการ และพัฒนาเป็นระดับ 2, ระดับ 3 ตามลำดับ

ศสช. 4 รูปแบบ 3 ระดับ

รูปแบบที่ 1 ในโรงพยาบาล คือ คลินิก OPD

รูปแบบที่ 2 ในเขตเมือง คือ ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล,ศูนย์แพทย์ชุมชน

รูปแบบที่ 3 ในชนบท คือ สถานีอนามัย

รูปแบบที่ 4 เขตทุรกันดารห่างไกล คือ Mobile PCU

ระดับที่ 1 อบรม 2 วัน ทำแฟ้มอนามัยครอบครัว ร้อยละ 50

ระดับที่ 2 อบรม 6 วัน ทำแฟ้มอนามัยครอบครัว ร้อยละ 100

ระดับที่ 3 อบรม 12 สัปดาห์ ทำแฟ้มอนามัยครอบครัวร้อยละ 100 คนไข้ในพื้นที่มารักษามากกว่าร้อยละ 70

การปรับสถานีอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจาก 1 สถานีอนามัย (สอ.) มีประชากรรับผิดชอบประมาณ 3,000 คน ดังนั้น 1 ศสช. อาจจะมี 1-4 สอ. รวมกันตามลักษณะภูมิ ประเทศ เส้นทางคมนาคม พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน ฯลฯ แต่เมื่อมีแพทย์ทันตแพทย์ และเครื่องมือต่าง ๆ ไม่สามารถจัดลงได้ทุกสถานีอนามัย จึงต้องแบ่งสถานีอนามัยในศูนย์สุขภาพ ชุมชนนั้น เป็นสถานีอนามัยแม่ข่าย หรือสถานีอนามัยหลัก หรือ Main PCU สรุปง่าย ๆ ว่า "ทุกสถานีอนามัยเป็นPCU แต่ 1 PCU ไม่ใช่ 1 สถานีอนามัย" ใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่มีอยู่เดิม พัฒนาแนวคิดการทำงานแบบ PCU

กรรมการสุขภาพระดับตำบล (กสต.)

กรรมการสุขภาพระดับตำบลหรือเรียกว่า คณะกรรมการบริหารและพัฒนาสาธารณสุขระดับตำบล (คบสต.) กรรมการสุขภาพระดับตำบลมีองค์ประกอบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิ และตัวแทนสาธารณสุข มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาให้กับ PCU ร่วมวางแผนสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพื้นที่ตนเอง มีวาระดำรงตำแหน่ง 2-4 ปี เป็นการประสานแนวราบกับ PCU และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน พ.ศ. 2549 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และการบริหารจังหวัดแบบบูรณาการ (CEO) ได้ใช้แผนชุมชนในการทำยุทธศาสตร์ ตำบล/อำเภอ /จังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงเปลี่ยน กสต. เข้าร่วมเป็น กรรมการแผนชุมชนตำบล (กชต.) โดยเชื่อมโครงสร้างต่อกับคำสั่งผู้ว่าราชการจังหวัด เรื่อง แผนชุมชน

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่ระดับล่างสุดและที่มีบทบาทต่องานสาธารณสุขระดับตำบล ซึ่ง พรบ. การกระจายอำนาจ กำหนดให้ อบต. รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขด้วย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมทั้ง 2 ฝ่าย และเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน จึงควรให้ อบต. เข้ามามีบทบาทในงานสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของ กสต. และให้มีฝ่ายสาธารณสุขใน อบต. อาจให้บุคลากรใน PCU ไปทำหน้าที่หัวหน้าฝ่ายหรือเจ้าหน้าที่ฝ่าย หรือที่ปรึกษาฝ่าย ซึ่งจะทำให้ อบต. และ ศสช. ทำงานได้ดีขึ้น มีการถ่ายเทงบประมาณช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีสมานฉันท์ เป็นการประสานงานแนวราบ ในอนาคตไม่ว่าจะมีการถ่ายโอนในรูปแบบใด อบต. และ ศสช. จะประสานการทำงานได้เป็นอย่างดี ส่วน ศสช. ที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล ให้ประสานกับเทศบาลเช่นเดียวกับตำบล

2.3.4 การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดนครราชสีมา

ในปีงบประมาณ 2550 งานรักษาพยาบาลจะบริหารแบบแยกจ่ายงบบริการผู้ป่วยนอกและงบผู้ป่วยใน (Exclusive capitation) ตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน (คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ให้มีการตัดเงินเดือนระดับจังหวัด หักเงินตามจ่ายผู้ป่วยนอกจังหวัดไว้เป็นกองกลาง ที่เหลือจัดสรรเงินบริการผู้ป่วยนอก เงินสร้างสุขภาพ ให้กับ CUP ตามรายหัวประชากร ส่วนเงินผู้ป่วยใน จัดสรรตามผลงาน DRG โดยให้ CUP ตามจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการนอกหน่วยบริการเอง ส่วนการจัดสรรเงินในเครือข่ายบริการซึ่ง CUP BOARD จะต้องดูแลโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และศูนย์สุขภาพชุมชน การจัดสรรเงินใช้การจัดสรรแบบ คิดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน (FIX COST) โดยใช้คณะกรรมการ CUP BOARD เป็นผู้พิจารณา คิดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และศูนย์สุขภาพชุมชน

ส่วนงบประมาณที่เหลือ ใช้สำหรับดำเนินงานตามแผนงานต่าง ๆ เช่น แผนงานสร้างสุขภาพ แผนพัฒนาบุคลากร แผนลงทุน การจัดสรรเงินงบประมาณให้กับศูนย์สุขภาพชุมชน พิจารณาตามขนาดความรับผิดชอบ ภาระงาน โดยจังหวัดมีเกณฑ์กลางในการพิจารณา คือ แบ่งศูนย์สุขภาพชุมชนออกเป็น 3 ระดับ คือ ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ใช้ประชากรที่รับผิดชอบและจำนวนผู้ใช้บริการเป็นเกณฑ์ โดยเฉลี่ยงบประมาณดำเนินงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนควรได้รับอยู่ระหว่าง 200,000-600,000 บาทต่อแห่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมติคณะกรรมการของแต่ละ CUP BOARD ที่จะพิจารณาจัดสรรอีกครั้งหนึ่ง

2.3.5 การประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนตามเกณฑ์มาตรฐาน

จากการดำเนินงานพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน (กันยายน 2550) พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผ่านการประเมินโดยคณะกรรมการระดับจังหวัดแล้ว จำนวน 271 แห่ง จากศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมด 384 แห่ง (รวมทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลและศูนย์แพทย์ชุมชน) คิดเป็นร้อยละ 70.57 ยังเหลือศูนย์สุขภาพชุมชนอีก 113 แห่ง ที่ยังไม่ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด

จากแนวคิดศูนย์สุขภาพชุมชน การบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ประชาชนใช้บริการอย่างมีคุณภาพ ซึ่งการที่จะพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกข้อเกิดความยั่งยืนได้นั้น ยังเป็นไปค่อนข้างลำบาก เพราะเกณฑ์มาตรฐานหลายข้อยังปฏิบัติได้น้อย เช่น บุคลากร เพราะปัจจุบันนโยบายของรัฐมุ่งเน้นการปฏิรูประบบราชการ ลดอัตรากำลังข้าราชการ ทำให้การบรรจุข้าราชการใหม่มีน้อย ในขณะที่ประชากรเพิ่มขึ้น บุคลากรที่จำเป็น เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังขาดแคลน อัตรากำลังไม่เป็นไปตามกรอบ การเพิ่มบุคลากรต้องใช้เวลาและงบประมาณในการผลิต แม้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จะเพิ่มการผลิตบุคลากรโดยใช้ทุนตนเองเรียนก็ตาม แต่ก็ยังขาดแคลนอยู่มาก งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งถือว่ามีความเป็นธรรมและเท่าเทียมพอสมควร แต่การบริหารจัดการอาจยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ศูนย์สุขภาพชุมชนหลายแห่งมีการพัฒนาทั้งโครงสร้าง การบริการ แต่ยังมีศูนย์สุขภาพชุมอีกหลายแห่งยังไม่พัฒนาเท่าที่ควร การที่จะพัฒนาให้ศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้นั้น หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในฐานะเป็นผู้บริหารองค์กร มีส่วนสำคัญในการพัฒนาเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงใช้หลักการที่มาของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยศึกษาเฉพาะรูปแบบที่ปรับเปลี่ยนมาจากสถานีอนามัย เพราะมีองค์ประกอบพื้นฐานใกล้เคียงกัน หลักการศูนย์สุขภาพชุมชนด้านโครงสร้าง บทบาทภารกิจ ตามเกณฑ์รับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ในส่วนที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ได้แก่ องค์ประกอบส่วนบุคคล จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง งบประมาณสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน ความรู้ ทัศนคติ ทักษะของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน การ

ให้บริการแบบผสมผสานเป็นองค์รวม การวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน เพื่อจัดทำเป็นเครื่องมือในการวิจัย

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถและการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาองค์กร

3.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถ

ความสามารถ Competency มักให้คำจำกัดความที่แตกต่างกัน เช่น บางท่านแปลว่า "ขีดความสามารถ" บางท่านแปลว่า "สมรรถนะ" หรือบางท่านแปลว่า "ศักยภาพ" เป็นต้น

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2530: 773,801) ได้ให้ความหมายของความสามารถไว้ว่า หมายถึง คุณสมบัติที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ซึ่งมีคำที่มีความหมายเช่นเดียวกับความสามารถในภาษาไทยหลายคำ ได้แก่ สมรรถภาพ หรือ สมรรถนะ เป็นต้น

David C. McClelland 1973 ที่กล่าวว่า Competency คือ บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายใต้ปัจเจกบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้น สร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนด ในงานที่ตนรับผิดชอบ

Rylatt & Lohan. 1995 (อ้างในพุฒิ เด่นสมพรพันธ์: 2543) ให้ความหมาย Competency หมายถึง ลักษณะของทักษะ ความรู้ และทัศนคติ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ณ สถานการณ์หนึ่ง ๆ หรือเฉพาะงานนั้น ๆ

ดนัย เทียนพุฒ, 2540 (อ้างในปรัญญ์ พิชญวิจิตร์: 2544) ให้ความหมาย Competency หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่ประกอบด้วยทักษะ ความรู้ ที่สามารถทำงานได้ตามมาตรฐานที่องค์กรกำหนด โดยแบ่งความสามารถเป็น 2 มิติ คือ มิติของพฤติกรรมและมิติของงาน

เดวิส และนิวตรอน (Davis & Newstome, 1989: 16) กล่าวว่า ความสามารถเป็นการปฏิบัติงานเพื่อสร้างสรรค์ผลผลิตขององค์กร ซึ่งประกอบด้วยความรู้และทักษะที่ใช้ประยุกต์การปฏิบัติงานต่างๆ ซึ่งแสดงสมการ ได้ดังนี้

1) ความรู้ X ทักษะ = ความสามารถ

2) ทัศนคติ X สถานการณ์ = แรงจูงใจ

3) ความสามารถ X แรงจูงใจ = ศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคคล

4) การปฏิบัติงานของบุคคล X ทรัพยากร = ผลการดำเนินงานขององค์กร

พจนานุกรมอเมริกัน (The American Heritage Dictionary of English Language,1992:4) ให้ความหมายความสามารถว่า เป็นการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งที่มีคุณภาพ ซึ่ง

จะเกี่ยวข้องทางด้านกายภาพ อารมณ์ การเงิน หรือกฎระเบียบที่จะปฏิบัติงาน เป็นพัฒนาจากการใช้ปัญญาและทักษะ

แมคมาฮอน โรสแมรี่และพิอ็อต (Mcmahon,Rosemary,& Piot,1992:467) กล่าวว่า ความสามารถประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่มีต่องานหรือกิจกรรมที่ปฏิบัติ

ธงชัย สันติวงษ์ (2536: 21) กล่าวว่า ความสามารถหมายถึง ความชำนาญที่มีอยู่ของแต่ละบุคคลและสามารถที่จะพัฒนา โดยการที่บุคคลเรียนรู้ด้วยตนเอง จากสิ่งแวดล้อมหรือประสบการณ์ในอดีตที่เคยปฏิบัติมาก่อน

เทพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ (2540: 127) กล่าวว่า หมายถึงความรู้ และทักษะที่เป็นประโยชน์ หรือมีคุณค่าต่อการแก้ปัญหาหรือต่องานที่ทำในบทบาทที่มีอยู่ ความรู้ความสามารถนั้นสามารถที่จะปรับปรุงได้ โดยอาศัยประสบการณ์หลาย ๆ ทางอาศัยการฝึกอบรมและการศึกษาสำหรับการวัดและการประเมินความสามารถนั้นมีการวัด 2 ด้านด้วยกันคือ การวัดความถนัดทางธรรมชาติ (Aptitude) ซึ่งเป็นการวัดว่าบุคคลสามารถเรียนรู้หรือพัฒนาตนเองที่จะทำอะไรได้บ้าง ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นการวัดความสำเร็จ (Achievement) ซึ่งเป็นการวัดว่าบุคคลนั้นได้เรียนรู้การทำอะไรมาบ้าง และสามารถทำได้เป็นปกติวิสัยในชีวิตจริงได้แค่ไหน แสดงว่ามีลักษณะทางบุคลิกภาพเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ดังนั้นในการวัดความสามารถด้านความสำเร็จนี้ จำเป็นต้องแยกการวัดออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนหนึ่งเป็นการวัดว่าบุคคลสามารถทำอะไรได้บ้างเมื่อใช้ความพยายามอย่างเต็มที่และเต็มกำลังความสามารถ และอีกส่วนหนึ่งเป็นการวัดตัวแปรทางบุคลิกภาพ ที่จะทำให้ความสามารถสูงสุดนี้ลดลงมาเป็นความสามารถในชีวิตจริงโดยทำเป็นปกติวิสัย

ในด้านความแตกต่างระหว่างการวัดความถนัดทางธรรมชาติ (Aptitude) กับการวัดความสำเร็จหรือการวัดความสัมฤทธิ์ (Achievement) นั้น ทองห่อ วิภาวิน (อ้างในขวัญเรือน วัฒนา 2534 : 20) กล่าวเปรียบเทียบไว้ดังนี้

1) ต่างกันที่จุดมุ่งหมาย การวัดความสำเร็จก็เพื่อดูว่า การที่บุคคลนั้นจะมีความสารถปฏิบัติงานได้มากน้อยเพียงใดในช่วงเวลาที่รับผิดชอบหรือเรียนรู้มา ส่วนการวัดความถนัดนั้นก็เพื่อดูว่าบุคคลจะสามารถเรียนรู้ได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งผลที่ได้จะนำไปคาดคะเนอนาคตของผู้ปฏิบัติงานได้ว่ามีความสามารถได้ไกลเท่าไร

2) ต่างกันที่การนำผลการวัดไปใช้ การวัดความถนัดนั้นมักใช้ผลการวัดในการคาดคะเน จึงมักจะใช้ทดสอบก่อนการเรียนหรือก่อนการปฏิบัติงาน แต่การวัดความสำเร็จหรือผลสัมฤทธิ์มักใช้หลังจากเรียนแล้วหรือหลังจากการปฏิบัติงานไปแล้วในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

3) ต่างกันที่เนื้อหาของแบบทดสอบ เนื้อหาของแบบทดสอบวัดความสำเร็จหรือผลสัมฤทธิ์ที่จะมีแนวการวัดไปในด้านความรู้ วิชาการต่าง ๆ แต่แนวการถามตอบแบบทดสอบ

ความถนัดนั้น ผู้ตอบต้องใช้ความสามารถด้านสังเกตการณ์แก้ปัญหาเหตุการณ์เฉพาะหน้า การวิเคราะห์เหตุผล การเปรียบเทียบ คาดคะเน ตลอดจนอุปมาอุปไมยโดยที่ผู้ตอบต้องอาศัยความสามารถที่สะสมมาโดยไม่รู้ตัวตั้งแต่เด็ก ๆ แล้วมาคิดตอบ

ส่วนวิธีการเขียนแบบทดสอบและวิธีการวิเคราะห์คำถามของแบบทดสอบทั้งสองแบบนี้ไม่แตกต่างกัน ในการประเมินความสามารถของบุคคลต้องคำนึงถึงลักษณะทางจิตวิทยาของบุคคลแต่ละคน ซึ่งอาจวัดผลได้ดังนี้ คือ

1) ความสามารถ (Ability) หมายถึง หลักฐานที่แสดงว่าบุคคลแต่ละคนสามารถทำอะไรได้บ้าง แบ่งออกเป็น ความถนัดทางธรรมชาติ (Aptitude) และความสำเร็จ (Achievement)

2) ตัวแปรทางบุคลิกภาพ ซึ่งจะเป็นนามธรรมที่แฝงอยู่ในความสามารถที่ให้ผลสัมฤทธิ์หรือความสำเร็จนั้นออกมาในรูปของความสามารถในปกติวิสัย จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลนั้น ๆ จะมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในการครองชีวิตอย่างไร เป็นผลให้บุคคลแสดงความสามารถออกมาเป็นปกติวิสัย แยกเป็น 5 ประเภท คือ

(1) ลักษณะนิสัยและอุปนิสัย หมายถึง คุณสมบัติบางประการที่สังคมยกย่องว่าเป็นส่วนดีหรือส่วนเสีย

(2) ความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ระดับความสามารถของแต่ละคนที่จะปฏิบัติตนและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขโดยสอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคม

(3) อารมณ์ หมายถึง คุณสมบัติที่เกี่ยวกับ กำลังใจ ความรู้สึกโต้ตอบ และแนวในการครองชีวิต

(4) ความสนใจ หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลแต่ละคนประสงค์จะทำคืออยากจะทำหรือไม่อยากจะทำ

(5) ทัศนคติ หมายถึง ปฏิกิริยาของบุคคลแต่ละคนที่มีต่อหรือสนองตอบบุคคลอื่น ๆ หรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ หรือแนวคิดต่าง ๆ ในสังคม

การศึกษาเรื่องเกี่ยวกับการวัดความสามารถในการปฏิบัติงานนี้ จะเกี่ยวข้องกับคำศัพท์ 3 คำ คือ การประเมินผล การวัด และการทดสอบ ซึ่ง กรอนลันด์ (Gronlund 1985: 5) ได้ให้ความหมายของคำทั้ง 3 ดังนี้

การประเมินผล (Evaluation) เป็นกระบวนการที่เป็นระบบเพื่อการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ อธิบายข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ทราบว่าบุคคลมีความก้าวหน้า หรือได้รับการพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการมากน้อยเพียงใดคือจะเป็นการตอบคำถาม “How good”

การวัด (Measurement) เป็นกระบวนการที่จะให้ได้คำอธิบายออกมาเป็นตัวเลขที่บ่งบอกถึงระดับของลักษณะเฉพาะของแต่ละคนว่าอยู่ในระดับมากน้อยแค่ไหน คือเป็นการตอบคำถาม "How much"

การทดสอบ (Testing) เป็นเครื่องมือหรือวิธีการที่เป็นระบบ ใช้สำหรับวัดพฤติกรรมของตัวอย่าง เพื่อจะตอบคำถามว่า บุคคลแต่ละคนนั้นปฏิบัติงานเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับบุคคลอื่น ๆ หรือเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง คือตอบคำถาม"How well" ซึ่งหมายความว่า จะต้องมีการเปรียบเทียบกับสิ่งที่ทราบกันอยู่แล้ว หรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับกันหรือได้รับการทดสอบแล้ว และการทดสอบมี 2 รูปแบบ คือ

1) การทดสอบแบบอิงกลุ่ม (Norm-referenced test) เป็นการทดสอบที่ใช้วัดการปฏิบัติงาน โดยเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่รู้ระดับความสามารถของสมาชิกในกลุ่มแล้ว

2) การทดสอบแบบอิงเกณฑ์ (Criterion-referenced test) เป็นการทดสอบที่ใช้วัดการปฏิบัติงาน เปรียบเทียบกับลักษณะงานมาตรฐานหรือวัตถุประสงค์เฉพาะของงาน

สำหรับการที่จะประเมินการปฏิบัติงานของพนักงานอย่างมีประสิทธิผลนั้น ต้องคำนึงถึงคุณลักษณะที่ดีของการประเมิน ดังนี้

1) ครอบคลุมลักษณะงานที่ต้องการประเมิน

2) มีความถูกต้อง

3) ควรใช้แบบฟอร์มเดียวกันในการประเมิน

4) แบบฟอร์มที่ใช้ในการประเมินความรู้ ควรเป็นรูปแบบที่ง่านต่อการบันทึกคำตอบ คือ ใช้คำพูดที่เข้าใจง่ายไม่ต้องใช้เวลาในการเขียนมากเกินไป

5) เป็นผลการประเมินทั้งของผู้ทำหน้าที่ประเมินและผู้ถูกประเมิน

6) ผลสรุปที่ได้สามารถอธิบายข้อสงสัยหรือบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

นอกจากนี้ วิเชียร ทวีลาภ (2522:73) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการประเมินผลการพยาบาลและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พยาบาลไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่ยากมากเพราะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งยังไม่มีเครื่องมือชนิดใดที่วัดผลออกมาได้แน่นอน และยุติธรรมเพียงพอ เพราะวิธีการสังเกตโดยคนมักจะมีอคติลำเอียงไปบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตามยังมีวิธีการที่สำคัญซึ่งจะช่วยให้การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลมีความแน่นอนและยุติธรรมยิ่งขึ้นก็คือ

1) วัตถุประสงค์และมาตรฐานของการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice) จะต้องกำหนดแน่นอน

2) การประเมินผลที่อาจได้ผลแน่นอนควรมีการพิจารณารวมกันหลายวิธีคือ

(1) ใบประเมินผลสร้างเป็นแบบอิงวัตถุประสงค์ (Objective)

(2) ให้มีการประเมินผลงานของตนเอง (Self-evaluation)

(3) มีการประเมินผลโดยการประชุมพิจารณาเป็นรายบุคคล (Individual)

(4) การประเมินผลที่กระทำโดยผู้ตรวจการ หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าทีมพยาบาล

กรอนลันด์ (Gronlund 1985: 407-408) ได้แนะนำเกี่ยวกับการประเมินโดยวิธีให้คะแนนว่า ควรให้ผู้ประเมินหลาย ๆ ฝ่ายมาร่วมกันประเมินด้วยกันเพื่อตัดความลำเอียงหรืออคติ และนอกจากนี้ยังเสนอแนะให้มีการประเมินทั้งโดยตนเองและกลุ่มเพื่อน ๆ ถ้าเป็นกรณีนักเรียนก็ใช้เพื่อนร่วมชั้นเรียน ในกรณีทำงานก็ใช้เพื่อนร่วมงาน

สมพงษ์ เกษมสิน (2526: 221-224) กล่าวว่า "เทคนิคการประเมินผลการปฏิบัติงานมีมากมายหลายวิธี แต่การประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยตนเอง (Self-evaluation) จะเป็นวิธีที่ประนีประนอม ให้ผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาตนเอง

สรุปความหมายของความสามารถ (Competency) หมายถึง ศักยภาพของบุคคลที่ประกอบด้วยทักษะ ความรู้ พฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถที่จำเป็นในการปฏิบัติงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของงานนั้น ๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 มุมมอง ได้แก่ ความสามารถที่วัดเป็นความรู้ (Knowledge) ความสามารถที่วัดเป็นทักษะ (Skills) และความสามารถที่วัดเป็นทัศคติส่วนตัว (Attributes) ซึ่งความสามารถของแต่ละบุคคลนั้นจะมากหรือน้อย เป็นผลมาจากสมรรถภาพทางสมอง ประสบการณ์ การศึกษา การฝึกอบรมและการพัฒนาตนเอ

ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้เกิดการกระตุ้นการพัฒนาตนเองและเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านกำลังคนและระยะเวลา จึงเป็นการวัดความสามารถในการบริหารจัดการของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนตามแนวคิดของสมพงษ์ เกษมสิน โดยกำหนดให้หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนประเมินตนเอง ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบที่กระกรวงสาธารณสุขกำหนด แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ

3.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารจัดการ

สิ่งที่สำคัญที่สุดในกิจกรรมของมนุษย์ คือ การบริหาร ตั้งแต่ผู้คนรู้จักการรวมกลุ่มกันทำงาน เพื่อความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งพวกเขานั้นไม่สามารถประสบความสำเร็จได้เพียงลำพัง การบริหารจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการประสานความพยายามของแต่ละบุคคล (Weihrich & Koothz 1993: 4) ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของเซอร์โต (Certo 1985: 9) กล่าวว่า การบริหารเป็นสิ่งที่จะสนับสนุนกิจกรรมของแต่ละบุคคล เพื่อที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร และบทบาทของผู้บริหารคือ การนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยมีความรับผิดชอบต่อการ

รวบรวมและใช้ทรัพยากรขององค์กร และการจัดการทรัพยากรและการประสานงานจึงก่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน (Carlisle 1976 : 5) และธงชัย สันติวงษ์ (2543 : 3)

คำว่า "การบริหาร" และ "การจัดการ" นั้นบางครั้งอาจใช้แทนกันได้เพราะคำ 2 คำนี้ เป็นกิจกรรมที่หวังผลสุดท้ายเดียวกันคือ ความสำเร็จของงาน แต่การใช้คำ 2 คำนี้ อาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับคำนิยามของผู้ใช้ "การบริหาร" ใช้กันมากในการบริหารรัฐกิจ ส่วน "การจัดการ" พบว่าใช้กันมากในทางธุรกิจ หรืออีกนัยหนึ่งอาจกล่าวได้ว่า "การบริหาร" มุ่งเน้นการกำหนดนโยบายและการวางแผน ส่วน "การจัดการ" เป็นการนำเอานโยบายและแผนไปดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (ทองหล่อ เดชไทย 2537 : 5)

มีนักบริหารหลายท่านได้ให้ความหมายการบริหารไว้ ดังนี้

ฟาโยล์ (Fayol 1929 อ้างอิงในสมยศ นาวีการ, 2540: 43-49) กล่าวว่า ความสำเร็จจะเกิดขึ้นจากทักษะที่ถูกพัฒนาขึ้นจากประสบการณ์ หลักการคือการตัดสินใจทางการบริหารที่ดี หลักการไม่ตายตัว ควรยืดหยุ่นและปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ การบริหารงานมิใช่สิทธิพิเศษผูกขาดหรือความรับผิดชอบของหัวหน้า หรือผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานเพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นกิจกรรมร่วมกันระหว่างหัวหน้า (ผู้บริหาร) กับผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานนั้นๆ ด้วย

ไซมอน และทอมสัน (Simon & Thomson 1956 : 3-4) ได้ให้ความหมายของการบริหารว่า คือศิลปะในการทำสิ่งต่าง ๆ จนเป็นผลสำเร็จ คือ ผู้บริหารไม่ใช้ผู้ปฏิบัติ แต่ใช้ศิลปะทำให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานจนเป็นผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายขององค์กร และตรงตามจุดหมายที่ผู้บริหารตัดสินใจเลือกแล้ว

เทอร์รี่ (Terry 1964: 48) ได้ให้ความหมายของการบริหารไว้ว่า เป็นศิลปะของการเพิ่มผลลัพธ์ให้มากที่สุด โดยใช้ความพยายามน้อยที่สุด เพื่อที่จะรักษาความมั่งคั่งและความสุขของทั้งนายจ้างและลูกจ้าง เพื่อให้เกิดการบริการที่ดีที่สุดแก่ประชาชน

เดล (Dale 1973: 4) ได้ให้ความหมายของการบริหารว่า เป็นการจัดการโดยมนุษย์ เป็นการตัดสินใจ และเป็นกระบวนการของการรวบรวมและกระจายทรัพยากร เพื่อที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ ที่ตั้งใจเอาไว้

โฮวาร์ด (Howard 1976:5) ได้สรุปความหมายของการบริหารไว้ว่า เป็นเรื่องของการใช้ทรัพยากรขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ และความหมายที่เจาะจงลงไปนั้น การบริหารจะเป็นเรื่องกระบวนการผสมผสาน หรือการประสานงาน เพื่อดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งสรุปได้ว่า

1) การบริหารเป็นกระบวนการ

2) การบริหารเป็นเรื่องขององค์การที่เกี่ยวข้องกับคน

3) การบริหารที่มีประสิทธิผลทำให้ได้รับผลลัพธ์ที่ต้องการ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง

4) การบริหารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด

5) การบริหารทำให้มุ่งเน้นลงไปที่กิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมาย

ไฮมานน์ (Haimann, 1977: 7) กล่าวว่า การบริหาร คือ การอำนวยการให้งานสำเร็จโดยอาศัยความพยายามของผู้อื่น เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เดียวกัน

ชวารทซ์ (Schwaetz, 1982 :5) กล่าวว่า การบริหาร หมายถึง กระบวนการของความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร โดยการประสานการปฏิบัติตามหน้าที่ของการบริหาร 5 ประการ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การบริหารบุคคล (Staffing) การอำนวยการ (Directing) และการควบคุมกำกับ (Controlling)

เซอร์โต (Certo, 1985:9) กล่าวว่า การบริหาร หมายถึง กระบวนการของการบรรลุเป้าหมายขององค์การ โดยการปฏิบัติงานของกลุ่มคนและการใช้ทรัพยากรขององค์กา

มอนทานา และชาร์นอฟ (Montana & Charnov, 1993:2) ให้ความหมายของการบริหารว่า คือการปฏิบัติงานโดยกลุ่มคน เพื่อให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กรและสมาชิกในองค์กร

ไวริช และคูนท์ซ (Weihrich & Koontz, 1993:4) กล่าวว่า การบริหารหมายถึง กระบวนการที่จะดำรงรักษา ภาวะแวดล้อมในส่วนบุคคล การทำงานร่วมกันภายในกลุ่ม เพื่อให้เกิดความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายความหมายพื้นฐานการบริหารได้ดังนี้

1) เป็นผู้บริหารที่ปฏิบัติตามหน้าที่ทางการบริหาร เช่น การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคลากร การเป็นผู้นำและการควบคุมกำกับ

2) การบริหารสามารถประยุกต์ใช้ได้ตามชนิดขององค์การ

3) เป็นการประยุกต์ใช้การบริหารของผู้บริหารทุกระดับในองค์การ

4) ผู้บริหารมีวัตถุประสงค์อย่างเดียวกัน คือ การสร้างสรรค์งานให้เพิ่มขึ้น

5) การจัดการผลผลิต ที่เน้นความมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

กริฟฟิน (Griffin 1996: 5) กล่าวว่าการบริหาร หมายถึง กิจกรรมชุดหนึ่ง ได้แก่การวางแผนและการตัดสินใจ (Planning and Decision making) การจัดองค์การ (Organizing) การเป็นผู้นำ (Leading) และการควบคุมกำกับ (Controlling) ในการจัดสรรทรัพยากรองค์การ(คน เงิน ทรัพยากรทางกายภาพและข้อมูลข่าวสาร) เพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ปิยธิดา ตรีเดช และ ศักดิ์สิทธิ ตรีเดช (2537: 63) สรุปความหมายการบริหารว่า คือ กระบวนการร่วมกันระหว่างหัวหน้า (ผู้บริหาร) และผู้ปฏิบัติงาน ในอันที่จะทำให้งานสำเร็จ บรรลุวัตถุประสงค์เดียวกันนั่นเอง และเป็นหน้าที่ที่ผู้บริหารจะกระทำการใด ๆ ให้มีความร่วมมือกันอย่างตั้งใจ เต็มใจและเต็มความสามารถ โดยใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและให้เกิดประโยชน์สูงสุด

สมพงษ์ เกษมสิน (2526: 6-7) ได้ให้ความหมายของการบริหารไว้ คือ การใช้ศาสตร์และศิลปะ นำเอาทรัพยากรการบริหารมาประกอบกัน ตามกระบวนการบริหาร ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ และกล่าวว่า การบริหารมีลักษณะเด่นเป็นสากลอยู่หลายประการ คือ

1) การบริหารย่อมมีวัตถุประสงค์

2) การบริหารอาศัยปัจจัยบุคคลเป็นองค์ประกอบสำคัญ

3) การบริหารต้องใช้ทรัพยากรการบริหารเป็นองค์ประกอบพื้นฐาน

4) การบริหารมีลักษณะการดำเนินการเป็นกระบวนการ

5) การบริหารเป็นการดำเนินการร่วมกันของกลุ่มคน

6) การบริหารเป็นการอาศัยการร่วมมือร่วมใจของบุคคล ฉะนั้นต้องอาศัยความร่วมใจ (Collective mind) เพื่อให้เกิดความร่วมมือของกลุ่ม (Group Co-operation) อันจะนำไปสู่พลังร่วมของกลุ่ม (Group Effort) ที่จะทำให้ภารกิจบรรลุตามวัตถุประสงค์

7) การบริหารมีลักษณะเป็นการร่วมมือกันดำเนินการอย่างมีเหตุผล

8) การบริหารมีลักษณะเป็นการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

9) การบริหารไม่มีตัวตน (Intangible) แต่มีอิทธิพลกับความเป็นอยู่ของมนุษย์

ยอดชาย ทองไทยนันท์ (2526: 5) ให้คำจำกัดความของการบริหารไว้ว่า การบริหารคือ การทำงานร่วมกันกับและโดยผู้อื่น เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์การ

ธงชัย สันติวงศ์ (2536: 12) ได้ให้คำจำกัดความที่จะช่วยให้เข้าใจและเห็นถึงขอบเขตลักษณะของงานบริหารที่ชัดแจ้งทั้งสามด้านพร้อมกัน คือ

1) ด้านที่เป็นผู้นำหรือหัวหน้างาน หมายถึง ภาระหน้าที่ของบุคคลหนึ่งที่ปฏิบัติตนเป็นผู้นำในองค์การ

2) ด้านที่เป็นภารกิจหรือสิ่งที่ต้องทำ หมายถึง การจัดระเบียบทรัพยากรต่าง ๆ ภายในองค์การและการประสานงานกิจกรรมต่างๆเข้าด้วยกัน

3) ด้านความรับผิดชอบ หมายถึง การต้องทำให้งานต่าง ๆ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยการอาศัยบุคคลต่าง ๆ ในองค์การช่วยทำให้เกิดผล

ทองหล่อ เดชไทย (2537: 5) กล่าวว่าการบบริหารเป็นการจัดการอย่างมีระเบียบแบบแผน เกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด และทำให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่น บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วยความร่วมมือของกลุ่มบุคคล

สมยศ นาวีการ (2538: 18) กล่าวว่าการบริหาร คือ กระบวนการวางแผน การสั่งการ การจัดองค์การ การควบคุมกำกับ ความพยายามของสมาชิกขององค์การ และใช้ทรัพยากรอื่น ๆ เพื่อความสำเร็จในเป้าหมายขององค์การที่กำหนดไว้

สมยศ นาวีการ (2536: 6-7) กล่าวว่า กระบวนการบริหารเป็นแนวทางของการกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างมีระบบ ในการบริหารงานแต่ละอย่างให้เสร็จสิ้นไปนั้น ผู้บริหารทุกคนจะเริ่มจากการวางแผนหรือปรุงแต่งองค์การของตน ดำเนินการจัดการเกี่ยวกับกำลังคนต่อเนื่องด้วยการสั่งการ และทำกาควบคุมงานต่าง ๆ เป็นลักษณะของกระบวนการ การปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องไปตลอดเวลา การบริหารงานตามหน้าที่ที่ดำเนินไปเป็นวัฏจักรหมุนเวียนเป็นกระบวนการเช่นนี้เรื่อยไป

กูลิค และเออร์วิค (Gulick & Urwick, 1937: 12-14) ได้สรุปกระบวนการบริหารไว้ว่า กระบวนการบริหารย่อมประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 7 ประการ หรือเรียกย่อ ๆ ว่า "POSDCORB Model"

1) การวางแผน (Planning) หมายถึง การวางแผนอันเป็นการคาดการณ์ในอนาคต ซึ่งจะต้องคำนึงถึงนโยบาย ทั้งนี้ เพื่อให้แผนงานที่กำหนดขึ้นไว้มีความสอดคล้องกัน ในการดำเนินการวางแผนเป็นเรื่องเกี่ยวกับการใช้ความรู้ในทางวิทยาการและวิจารณญาณ วินิจฉัยเหตุการณ์ในอนาคต แล้วกำหนดวิธีการโดยถูกต้องอย่างมีเหตุผล เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยถูกต้องแลสมบูรณ์

2) การจัดองค์การ (Organizing) หมายถึง การจัดส่วนราชการหรือองค์การ ซึ่งในการศึกษาบางแห่งก็พิจารณารวมไปกลับการปฏิบัติงานหรือวิธีการจัดการด้วย เรื่องการจัดแบ่งส่วนงานนี้จะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน เช่น การจัดแบ่งงานเป็นกรม กอง แผนก โดยอาศัยปริมาณงาน คุณภาพงา หรือจัดตามลักษณะของงานเฉพาะอย่าง นอกจากนี้อาจพิจารณาในแง่ของการควบคุม หรือพิจารณาในแง่ของหน่วยงาน เช่น หน่วยงานหลัก หน่วยงานที่ปรึกษา และหน่วยงานช่วย เป็นต้น นอกจากนี้ในการศึกษาเรื่องการจัดองค์การนี้ยังได้ศึกษาการแก้ไขอุปสรรคข้อขัดข้อง ตลอดจนการปรับปรุงองค์การบริหารให้ดีขึ้นด้วย

3) การจัดเจ้าหน้าที่ (Staffing) หมายถึง การจัดหาบุคคล และเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับการจัดแบ่งหน่วยงานที่กำหนดไว้ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งหมายถึง การจัดเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล เพื่อให้บุคคลมีความรู้ความสามารถมาปฏิบัติงานให้เหมาะสม กับ

รวมถึงการที่จะเสริมสร้างและธำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในการปฏิบัติงานของคนงานและพนักงานด้วย

4) การอำนวยการ (Directing) หมายถึง การศึกษาวิธีการอำนวยการ รวมทั้งการควบคุมและนิเทศ ตลอดจนศิลปะในการบริหารงาน เช่น ภาวะผู้นำ (Leadership) มนุษย์สัมพันธ์ (Human relationships) และการจูงใจ (Motivation) เป็นต้น การอำนวยการในที่นี้รวมถึงการวินิจฉัยสั่งการ (Decision making) ซึ่งเป็นหลักอันสำคัญยิ่งอย่างหนึ่งของการบริหาร และขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าแผนก การที่จะอำนวยการให้ภารกิจดำเนินไปด้วยดีได้จำเป็นต้องมีการตัดสินใจที่ดี และมีการสั่งการที่ถูกต้องเหมาะสมกับแต่ละลักษณะของการตัดสินใจ

5) การประสานงาน (Coordinating) หมายถึง ความร่วมมือประสานงานเป็นไปด้วยความราบรื่น ศึกษาเกณฑ์และวิธีการที่จะช่วยให้การประสานงานดีขึ้น เพื่อช่วยแก้ปัญหาข้อขัดข้องในการปฏิบัติงาน การร่วมมือประสานงานเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากในการบริหาร เพราะเป็นกิจวัตรประจำวันที่ต้องกระทำในการปฏิบัติงาน และเป็นสิ่งที่มีอยู่ในระดับงานของตน เพราะเป็นปัจจัยสำคัญในอันที่จะช่วยให้เกิดความสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ

6) การรายงาน (Reporting) หมายถึง การรายงานผลการปฏิบัติงาน ตลอดจนถึงการประชาสัมพันธ์ ที่จะต้องแจ้งให้ประชาชนทราบด้วย อันที่จริงการรายงานนี้มีความสัมพันธ์กับการติดต่อสื่อสารอยู่มาก การรายงานโดยทั่วไปหมายถึง วิธีการหรือสถาบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อเท็จจริง หรือข้อมูลแก่ผู้สนใจมาติดต่อสอบถามผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ร่วมงาน ความสำคัญของรายงานนั้นอยู่ที่จะต้องตั้งอยู่บนรากฐานของความจริง

7) การงบประมาณ (Budgeting) หมายถึง การงบประมาณโดยศึกษาให้ทราบถึงระบบและกรรมวิธีในการบริหารเกี่ยวกับงบประมาณและการเงิน ตลอดจนการใช้วิธีการงบประมาณเป็นแผนงานเป็นเครื่องมือในการควบคุมงาน วิธีการงบประมาณ โดยทั่วไปมักดำเนินหมุนเวียนคล้ายคลึงกันอย่างที่เรียกว่า วงจรงบประมาณ (Budget cycle)

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า “การบริหาร” หรือ “การจัดการ” หมายถึง การใช้ศาสตร์และศิลปะในการจัดสรรทรัพยากรทางการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ ตามกระบวนการบริหารทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิผล

ด้วยเหตุผลดังกล่าวที่จะช่วยให้เข้าใจและเห็นถึงขอบเขต ลักษณะของการบริหารจัดการอย่างชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของธงชัย สันติวงศ์ เป็นแนวทางศึกษาขอบเขตการบริหารจัดการของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ในด้านที่เป็นผู้นำองค์กรหรือหัวหน้างาน ภาระหน้าที่ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ปฏิบัติตนเป็นผู้นำในองค์กร ด้านที่เป็นภารกิจหรือสิ่งที่ต้องทำ ได้แก่ การบริหารทรัพยากร การประสานงานกิจกรรมต่างๆในองค์กร โดยจัดแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

ด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ แล้วนำไปแบ่งกลุ่มตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อสร้างแบบสอบถามในการวิจัย

3.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนา

ในทางสังคมศาสตร์ เป็นธรรมดาที่การแสดงแนวคิดหรือการให้ความหมายของคำใดคำหนึ่ง ย่อมหลากหลายและแตกต่างกันเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าผู้แสดงแนวคิดหรือผู้ให้ความหมายมีประสบการณ์หรือมีพื้นฐานการศึกษาในสาขาเดียวกันหรือไม่ก็ตาม การให้แนวคิดและความหมายของการบริหารการพัฒนาก็มีลักษณะเช่นว่านี้เหมือนกัน คำว่า การบริหาร การพัฒนา นั้น เขียนเป็นภาษาอังกฤษได้ว่า development administration หรือ administration of development แต่ในที่นี้ยึดถือคำแรก และเนื่องจากเป็นการให้ความหมายของคำในทางสังคมศาสตร์ จึงควรทำความเข้าใจเรื่องการให้ความหมายของคำหรือถ้อยคำในทางสังคมศาสตร์ก่อน กล่าวคือ

"ศาสตร์" มาจากคำว่า "science" ซึ่งมิใช่หมายความว่า "วิทยาศาสตร์" เท่านั้น แต่ยังหมายถึง วิชาความรู้ หรือความรู้ที่เป็นระบบที่มีรากฐานมาจากการสังเกต ศึกษา ค้นคว้า และทดลอง ตรงกันข้ามกับ สัญชาติญาณ หรือการรู้โดยความรู้สึกนึกคิด หรือการรู้โดยความรู้สึกที่เกิดขึ้นเองในใจ (Intuition) คำว่า ศาสตร์ นั้น แบ่งเป็น 2 แขนงใหญ่ ๆ (branch) คือ สังคมศาสตร์ (social science) และศาสตร์ธรรมชาติ (natural science)

ในทางสังคมศาสตร์ ซึ่งหมายถึง ความรู้ที่เป็นระบบที่เกี่ยวกับสังคม ครอบคลุมศาสตร์ (science) ด้านศาสนา การศึกษา นิติศาสตร์ รัฐศาสตร์ และรัฐประศาสนศาสตร์ เป็นต้น ศาสตร์เหล่านี้ไม่เป็นสูตรสำเร็จที่ใช้ได้ทุกหนทุกแห่งและไม่อาจเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายได้ง่าย เหตุผลสืบเนื่องมาจากการเป็นวิชาความรู้ที่มีลักษณะไม่ตายตัว เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด การคาดการณ์ คาดคะเน หรือการคาดว่าจะเป็น อีกทั้งอคติของผู้ให้ความหมายความสามารถเข้าไปสอดแทรกอยู่ในความหมายที่ให้ รวมทั้งไม่อาจสัมผัสพิสูจน์และตรวจสอบได้ง่าย นอกจากนี้ ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์เป็นจำนวนมากมีลักษณะที่เรียกว่า ทฤษฎีทัสถาน (normative theories) ดังเช่น ทฤษฎีเทวสิทธิ์ ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ ตลอดจนทฤษฎีหรือแนวคิดประชาธิปไตย หรือแนวคิดการแบ่งแยกการใช้อำนาจ เป็นต้น ลักษณะของศาสตร์ทางสังคมศาสตร์แขนง (branch) นี้ ค่อนข้างจะตรงกันข้ามกับศาสตร์อีกแขนงหนึ่ง คือ ศาสตร์ธรรมชาติ (natural science) ซึ่งหมายถึง ความรู้ที่เป็นระบบเกี่ยวกับธรรมชาติและโลกทางวัตถุที่ชัดเจนและจับต้องได้ เช่น เคมี ฟิสิกส์ คณิตศาสตร์ พฤกษศาสตร์ และธรณีวิทยา ที่มีลักษณะแน่นอน ตายตัว สัมผัสได้เป็นระบบ ทดสอบและพิสูจน์ได้ง่ายกว่าศาสตร์แขนงแรก รวมทั้งอคติของผู้เกี่ยวข้องเข้าไปสอดแทรกได้ยาก ศาสตร์ธรรมชาตินี้สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีที่แน่นอนชัดเจน (positive theories) ดังเช่น ทฤษฎีเส้นตรงทางเรขาคณิต และทฤษฎีทางคณิตศาสตร์ เป็นต้น

กล่าวโดยย่อ การให้ความหมายของคำในทางสังคมศาสตร์นั้น ไม่อาจให้ความหมายได้อย่างแน่นอนตายตัว จนเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายได้ง่าย เหตุผลสำคัญสืบเนื่องจากธรรมชาติของลักษณะวิชาซึ่งแตกต่างจากศาสตร์ธรรมชาติดังกล่าว รวมทั้งขึ้นอยู่กับความรู้ความคิด และประสบการณ์ของผู้ให้ความหมายแต่ละคน (วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2548: 13-15)

จอร์จ เอฟ. แก้นท์ (George F. Gant 1979: 20) นักวิชาการชาวอเมริกันอธิบายแนวคิดและความหมายของการบริหารการพัฒนา (development administration) เป็นคนแรก ๆ โดยมีประสบการณ์มาจากการปฏิบัติงานที่ Tennessee Valley Authority (TVA.) ว่า การบริหารการพัฒนาเป็นคำที่ให้ความสำคัญกับหน่วยงาน ระบบการจัดการ และกระบวนการต่าง ๆ ซึ่งรัฐบาลจัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนา พร้อมกันนี้ การบริหารการพัฒนายังเป็นเครื่องมือของรัฐบาลที่กำหนดให้เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ของการพัฒนาเพื่อทำการเชื่อมโยงและทำให้วัตถุประสงค์ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของชาติประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้การบริหารการพัฒนายังช่วยปรับให้ระบบราชการและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานราชการต่าง ๆ ตอบสนองต่อการพัฒนาอีกด้วย ดังนั้น การบริหารการพัฒนาจึงหมายถึง การบริหารนโยบาย แผนงาน และโครงการต่าง ๆ เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาการบริหารการพัฒนาของแก้นท์แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ “การบริหารงานภายใน (internal administration) หมายถึง ว่าการบริหารงานใด ๆ มีความจำเป็นที่จะต้องจัดให้มีองค์การบริหารงานนั้น ๆ สามารถเป็นกลไกการบริหารที่ดีเสียก่อน จึงจำเป็นจะต้องจัดการภายในองค์การให้ดีให้มีประสิทธิภาพที่สุดซึ่งอาจทำได้ด้วยการจัดองค์การการบริหารงานบุคคลงานคลัง งานวางแผน การตัดสินใจ ฯลฯ อันเป็นสาขาย่อยของรัฐประศาสนศาสตร์ให้ดีที่สุด ส่วนการบริหารงานภายนอก (external administration) ครอบคลุมถึงเรื่องต่าง ๆ ที่หน่วยงานนั้นติดต่อกับปัจจัยนอกทั้งหมด ทั้งนี้ด้วยการที่ค้นพบว่า ในการบริหารงานนั้น มิใช่แต่จะมุ่งถึงประสิทธิภาพของการบริหารภายในองค์การอย่างเดียว เพราะองค์การมีหน้าที่ต้องปฏิบัติงานในหน้าที่ของตนให้เป็นผลสำเร็จอย่างดีที่สุด ซึ่งหมายถึงว่า นอกเหนือไปจากการจัดการภายในที่ดีแล้ว ยังต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในการหาลู่ทางที่ดีติดต่อกับปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ให้ปัจจัยเหล่านั้นมาร่วมมือกับองค์การของตน เพื่อช่วยให้งานที่ได้รับมอบหมายสัมฤทธิผล ความสามารถในเชิงบริหารขององค์การที่จะบริหารปัจจัยภายนอกนี้ มีผลเกี่ยวกับความเป็นตายขององค์การส่วนมาก เพราะองค์การบริหารต้องมีส่วนปฏิบัติการติดต่อกับคนหรือปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ด้วยกันแทบทั้งนั้น

เออร์วิง สเวิดโลว์ (Irving Swerdlow, 1963 อ้างในวิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2548) นักวิชาการชาวอเมริกันอธิบายว่า การบริหารการพัฒนา หมายถึง การบริหารในประเทศที่ยากจนหรือประเทศด้อยพัฒนาทั้งหลาย ทั้งนี้เพราะการบริหารราชการในประเทศด้อยพัฒนาย่อมมีความ

แตกต่างกันกับการบริหารราชการในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งอาจพิจารณาและสังเกตเห็นได้จากลักษณะของความแตกต่างกันหลายแง่หลายมุม อาทิ พิจารณาจากลักษณะและแบบแผนของการบริหาร บทบาทของรัฐบาลและบทบาทของข้าราชการ เป็นต้นโดยนัยเดียวกัน สเวิดโลว์ยังได้กล่าวอีกว่า ประเทศที่ยากจนทั้งหลายมีลักษณะพิเศษหลายประการซึ่งทำให้รัฐบาลต้องมีบทบาทแตกต่างกัน ลักษณะนี้และบทบาทของรัฐดังกล่าว ทำให้การทำงานของนักบริหารมีลักษณะแตกต่างออกไปในที่ใดก็ตามที่มีความแตกต่างนั้นอยู่ การบริหารรัฐกิจจะต้องถือได้หรือเรียกได้ว่าเป็นการบริหารการพัฒนา

เมิร์ล เฟนสอด (Merle Fainsod, 1963 อ้างในวิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2548) นักวิชาการชาวอเมริกันได้ให้แนวคิดหรือความหมายของการบริหารการพัฒนาว่า โดยปรกติการบริหารการพัฒนาเป็นเรื่องเกี่ยวกับการสร้างกลไกเพื่อการวางแผนให้เกิดความเจริญเติมโตทางเศรษฐกิจ การระดมและจัดสรรจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เกิดการแผ่ขยายรายได้ของชาติ จะเห็นได้ว่าการบริหารการพัฒนาตามความคิดของเฟนสอดนั้น เกี่ยวข้องอย่างมากกับการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ

พอล มิวโดส์ (Paul Meadows, 1963: 86) นักวิชาการชาวอเมริกันอธิบายว่า การบริหารการพัฒนาถือได้ว่าเป็นการจัดการทางภาครัฐบาลในเรื่องที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของรัฐที่กำหนดไว้ นักบริหารการพัฒนาจึงเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการนำการเปลี่ยนแปลง

แฮร์รี่ เจ. ฟรายด์แมน (Harry J. Friedman, 1970 อ้างใน วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2548) นักวิชาการชาวอเมริกันอีกคนหนึ่งอธิบายว่า การบริการการพัฒนา ประกอบด้วยปัจจัย 2 อย่าง คือ (1) การปฏิบัติงานตามแผนงานต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้เพื่อก่อให้เกิดความทันสมัย (Modernity) (2) การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ภายในระบบบริหารเพื่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานตามแผนงานต่าง ๆ ดังกล่าว

จอห์น ดี. มอนโกเมอรี่ (John D. Montgomery, 1966 อ้างในวิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2548) นักวิชาการชาวอเมริกัน กล่าวว่า การบริหารการพัฒนาเป็นเรื่องของการปฏิบัติตามแผนการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และสังคมของรัฐ โดยปรกติจะไม่เกี่ยวข้องกับความพยายามเพิ่มความสามารถทางการเมือง เห็นได้ว่า มอนโกเมอรี่ มีความคิดว่า การบริหารการพัฒนาให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นหลัก

เอ็ดเวิร์ด ดับบลิว.ไวด์เนอร์ (Edward W. Weidner, 1962 อ้างในวิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2548) นักวิชาการชาวอเมริกันกล่าวไว้ว่า การบริหารการพัฒนา หมายถึง การปรับมรรควิธี (means) ของการบริหารให้เข้ากับจุดมุ่งหมายต่าง ๆ ของแผนงานของรัฐบาล ซึ่งก่อนอื่น ต้องทราบถึงความ

ต้องการของรัฐบาลว่ามีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาอย่างไรก่อน แล้วจึงนำการบริหารมาช่วยปฏิบัติการให้สำเร็จผลตามความมุ่งหมายนั้นนอกจากนี้ ไวด์เนอร์ได้แบ่งการบริหารการพัฒนาเป็น 2 ส่วน คือ กระบวนการ และความรู้ทางวิชาการ (area of study) ส่วนที่เป็นกระบวนการนั้น ไวด์เนอร์มีความเห็นว่าการบริหารการพัฒนาเป็นกระบวนการบริหารงานของรัฐบาลที่นำองค์กรไปสู่การประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ในด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้ถูกกำหนดโดยผู้มีอำนาจหน้าที่ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ส่วนที่เป็นความรู้ทางวิชาการ ไวด์เนอร์มองว่า การบริหารการพัฒนาเป็นเรื่องของการศึกษาหาความรู้ทางวิชาการ เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารรัฐกิจที่มุ่งแสวงหาความรู้ในเรื่องบางเรื่อง และเรื่องดังกล่าวจะเป็นที่ยอมรับกันได้มากน้อยเพียงใดนั้น ย่อมขึ้นอยู่ความศรัทธาของบุคคล กลุ่มบุคคลและประเทศนั้น ๆ

เฟรด ดับบลิว ริกส์ (Fred W. Riggs, 1970 อ้างในวิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2548) นักวิชาการชาวอเมริกันมีความเห็นว่าการบริหารการพัฒนามีความหมายที่สำคัญ 2 ประการ คือ การบริหารการพัฒนาหมายถึง การบริหารแผนงานพัฒนา (development programs) ทั้งหลายด้วยวิธีการต่าง ๆ ขององค์การขนาดใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หน่วยของของรัฐบาล เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายและแผนที่กำหนดขึ้นซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนา (developmental objectives) การเสริมสร้างสมรรถนะของการบริหาร ริกส์ยังมีความเห็นว่า การบริหารการพัฒนาไม่เพียงแต่ครอบคลุมถึงการบริหารแผนงานพัฒนาต่าง ๆ ของหน่วยงานรัฐบาลให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนาเท่านั้น แต่หมายความรวมไปถึงการเพิ่มสมรรถนะของการบริหารด้วย ซึ่งหมายความว่า การบริหารการพัฒนาจะสมบูรณ์ได้นั้น จะต้องคำนึงถึงสมรรถนะของการบริหาร คือ ต้องทำให้เข้มแข็งขึ้นด้วย และเมื่อการบริหารงานมีสมรรถนะเพิ่มมากขึ้น ก็จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้การพัฒนาบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้ ความคิดเห็นของริกส์ ดังกล่าวนี้เป็นการให้ความหมายของการบริหารการพัฒนาที่ครอบคลุมเรื่องการพัฒนาการบริหารหรือเพิ่มพูนสมรรถนะของระบบบริหารด้วย

ชู เช็ง สู (Shou-Sheng Hsueh อ้างในวิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2548) เป็นนักวิชาการที่เกิดในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน อธิบายว่า การบริหารการพัฒนามิใช่การบริหารชนิดใหม่ซึ่งแยกออกมาจากการบริหารรัฐกิจ ในความหมายอย่างกว้าง แต่การบริหารการพัฒนาเป็นการบริหารที่ยึดจุดมุ่งหมาย (goal-oriented) เป็นหลักและต้องการที่จะเน้นหนักบทบาทเฉพาะอย่างของการบริหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทบาทที่เกี่ยวกับการบริหารเพื่อการพัฒนา (administration for development)

ฮัน บีน ลี (Hahn-Been Lee อ้างใน วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2548) นักวิชาการชาวเกาหลีใต้ กล่าวว่า การบริหารการพัฒนาเป็นการเพิ่มสมรรถนะ (capability) ของระบบบริหารที่จะ

รับมืออย่างไม่หยุดยั้งกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุจุดหมายปลายทางในการสร้างความก้าวหน้าทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม

โจเซ่ เวลโลโซ อบูวา (Jose Veloso Abueva อ้างในวิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2548) นักวิชาการชาวฟิลิปปินส์ "มีข้อสันนิษฐาน (assumption) ว่า การบริหารการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบริหารแผนงานพัฒนาต่าง ๆ ที่ประสบผลสำเร็จได้นั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาการบริหาร (administrative development) ดังนั้น การบริหารการพัฒนา จึงเป็นการเพิ่มความสามารถของระบบการเมืองหรือของรัฐของประเทศใดประเทศหนึ่ง เพื่อดำเนินการตามที่ได้ร่วมกันตัดสินใจไว้แล้ว นอกจากนั้น ยังได้ให้คำจำกัดความของการบริหารการพัฒนาว่า หมายถึง การบริหารแผนงานพัฒนาทั้งหลายในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งการปรับปรุงแผนงานต่าง ๆ ขององค์การและการบริหารระบบราชการซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาชาติ

จูเย็น ดู ชวน (Nguyen-Duy Xuan อ้างในวิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2548) นักวิชาการชาวเวียดนามอธิบายว่า การบริหารการพัฒนา หมายถึง การบริหารบรรดาแผนงานต่าง ๆ ซึ่งเป็นแผนงานที่กำหนดขึ้นมาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการสร้างชาติ และเพื่อสนับสนุนให้เกิดความเจริญก้าวหน้าในด้านเศรษฐกิจ-สังคม การบริหารการพัฒนาจะประสบผลสำเร็จได้ จะต้องดำเนินงาน 2 ประการ คือ (1) จัดให้มีการฝึกอบรมแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม และ (2) ปรับปรุงองค์การบริหารทั้งหลายที่มีอยู่ และจัดตั้งหน่วยงานใหม่ ๆ ขึ้นมาเพื่อปฏิบัติงานตามแผนงานพัฒนาต่าง ๆ

อาษา เมฆสวรรค์ (2522: 23) ได้กล่าวถึงความหมายของการบริหารการพัฒนาว่าแบ่งเป็น 2 ทรรศนะ ตามทรรศนะประการแรกนั้น ถือว่า การบริหารการพัฒนา หรือ Development Administration คือ การบริหารงานหรือการบริหารราชการในประเทศด้อยพัฒนาที่มุ่งมั่นที่จะดำเนินการพัฒนา ดังที่เขียนในภาษาอังกฤษ ว่า administration in poor developed countries which are committed to development ส่วนอีกทรรศนะหนึ่งเห็นว่า การบริหารการพัฒนา ได้แก่ การบริหารเพื่อการพัฒนาหรือการบริหารตามโครงการพัฒนาของประเทศ หรือ administration in development or administration of a program of national development ตามความเข้าใจอย่างง่าย ๆ ทั่ว ๆ ไป

ปฐม มณีโรจน์ (อ้างใน วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2548) ไม่ได้ให้ความหมายของการบริหารการพัฒนาไว้โดยตรง แต่ได้กล่าวถึงแนวคิดของการบริหารการพัฒนาว่า แนวคิดนี้ได้สำรวจพิจารณากันมาอย่างค่อนข้างละเอียดแล้วในข้อเขียนทั้งภาษาต่างประเทศและภาษาไทย คำนิยามที่มีผู้ให้ไว้ต่าง ๆ กันก็มีพิสัยครอบคลุมตั้งแต่ที่หมายถึงการบริหารรัฐกิจของประเทศด้วยพัฒนา จนถึงการบริหารขององค์การ โครงการ หรืองานใด ๆ ที่มีลักษณะเกี่ยวข้อง หรือเป็นงานพัฒนา ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่มีความเจริญในระดับใด โดยปรกติจะเป็นงานที่มีลักษณะบุกเบิก มีการใช้ความคิด

ประดิษฐ์สร้างสรรค์สูง และเกี่ยวพันกับปัจจัยหรือตัวแปรนานาชนิดที่มีลักษณะพลวัต และไม่แน่นอนสูงกว่าการบริหารในองค์การธรรมดา พอจะประมวลสรุปสาระสำคัญได้ว่า เป็นการบริหารการพัฒนาประเทศ

อนันต์ เกตุวงศ์ มีความเห็นว่า นักวิชาการส่วนใหญ่ถือว่า การบริหารการพัฒนามีขอบเขต ครอบคลุมไปถึงการเมืองด้วย และบางคนมีแนวคิดกว้างมากถึงขนาดที่กล่าวว่าการบริหารการพัฒนาหมายถึงการบริหารการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น ไม่ว่าจะกระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เป็นไปตามนโยบายและแผน ย่อมถือว่าอยู่ในขอบเขตของการบริหารการพัฒนาทั้งสิ้น โดยมีขอบเขตทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และการบริหาร ฉะนั้น การบริหารการพัฒนา จึงย่อมหมายถึง การบริหารของงานพัฒนา หรือการนำเอาโครงการพัฒนาด้านต่าง ๆ ไปดำเนินการให้บรรลุผลสำเร็จ รวมทั้งการพัฒนาการบริหาร หรือการทำให้การบริหารมีขีดความสามารถเพิ่มมากขึ้น และอาจเขียนเป็นรูปสมการดังนี้

development administration (การบริหารการพัฒนา) = administration of development (การบริหารเพื่อการพัฒนา) + development of administration (การพัฒนาการบริหาร) หรือ DA = A of D + D of A

อุทัย เลาหวิเชียร เขียนบรรยายถึงการบริหารการพัฒนาว่าหมายถึง หน่วยงานทางราชการ หรือกระบวนการของรัฐบาลที่จัดตั้งขึ้นเพื่อบริหารกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนา กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การบริหารการพัฒนาจะช่วยให้กลไกต่าง ๆ ของรัฐเชื่อมโยงส่วนต่าง ๆ ของงานพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ การบริหารการพัฒนาตามแนวคิดของอุทัย เลาหวิเชียร นั้นยังมีความหมายรวมไปถึงการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและการควบการบริหาร โดยประชาชนหรือผู้รับบริการด้วย

กมล อดุลพันธุ์ อธิบายถึงความหมายของคำว่าการบริหารพัฒนาว่า “เมื่อนำมาใช้ในภาษาไทยได้มีผู้บัญญัติศัพท์ต่าง ๆ กัน แต่ที่เป็นที่นิยมกันนั้น ใช้คำว่าการบริหารการพัฒนาเมื่อเป็นการปฏิบัติการ และใช้คำว่า พัฒนบริหารศาสตร์ หรือ วิชาการบริหารการพัฒนา เมื่อเป็นหลักวิชาที่นำมาใช้เรียนใช้สอนกันได้ (a field of study)

ติน ปรัชพฤทธิ์ อธิบายว่า การบริหารการพัฒนา (development administration, administration of development, หรือ a of d) หมายถึง การนำเอาความสามารถที่มีอยู่ในการพัฒนาการบริหารมาลงมือปฏิบัติตามนโยบายแผน แผนงาน หรือโครงการพัฒนาประเทศจริง ๆ เพื่อให้บังเกิดความเปลี่ยนแปลงตามที่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า และความเปลี่ยนแปลงตามที่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้านี้ จะมุ่งความเจริญงอกงามทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของประเทศ

อันจะนำไปสู่การลดความทุกข์ยากของคนทั้งที่อยู่ในองค์การ (ข้าราชการ) และที่อยู่ภายนอกองค์การ (ประชาชน)

ชัยอนันต์ สมุทวณิช ได้กล่าวสรุปถึงการบริหารการพัฒนาตามแนวคิดของ จอร์ช เอฟ. แก้นท์ ข้างต้นว่า การบริหารการพัฒนานั้นถูกสร้างขึ้นเพื่อแยกเป้าหมายของการบริหารเพื่อให้การสนับสนุนและการจัดการสำหรับการพัฒนาออกจากการบริหารกฎหมายและความเป็นระเบียบ และเนื่องจากการบริหารเพื่อการพัฒนามิใช่จะรวมถึงเฉพาะสมรรถนะที่จะเติบโตและเปลี่ยนแปลงเท่านั้น แต่ยังหมายถึงทิศทางของการเปลี่ยนแปลง และเป้าหมายอันสูงสุดของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอีกด้วย ดังนั้น การบริหารการพัฒนาจึงมีความเกี่ยวพันกับการบริหารทั้งด้านภายในและภายนอก

จากแนวคิดและความหมายของการบริหารการพัฒนาของนักวิชาการหรือผู้รู้ของต่างประเทศและของไทยข้างต้น ทำให้กล่าวได้ว่า คำว่า การบริหารการพัฒนานั้น เกิดขึ้นในช่วง ค.ศ. 1950 โดย จอร์จ เอฟ. แก้นท์ ได้เริ่มใช้ความหมายนี้ใน ค.ศ. 1955 หรือ ค.ศ. 1956 เพื่อแสดงให้เห็นถึงแนวทางพื้นฐานสำหรับการวิจัยทางการบริหารและเพื่อใช้ในโครงการฝึกอบรมสำหรับสถาบันการศึกษาด้านการพัฒนาชนบท ซึ่งต่อมาได้จัดตั้งขึ้นที่ คามิลลา (Comilla) ในปากีสถานตะวันออก (บังคลาเทศ) และที่ปาชาวา (Pashawar) ในปากีสถานตะวันตก ความหมายเริ่มแรกของคำว่า การบริหารการพัฒนาของแก้นท์นั้น ต้องการแสดงให้เห็นถึงข้อแตกต่างที่สำคัญของการบริหารที่เน้นการสนับสนุน และการจัดการสำหรับงานพัฒนา กับการบริหารที่เน้นในเรื่องกฎหมายและความเป็นระเบียบ

นอกจากนี้ แม้นักวิชาการหรือผู้รู้ที่อ้างถึงข้างต้นได้กล่าวถึงแนวคิดและความหมายของการบริหารการพัฒนาที่คล้ายคลึงกันหรือแตกต่างกันบ้าง แต่ได้ปรากฏชัดเจนว่า นักวิชาการและผู้รู้ดังกล่าว โดยเฉพาะนักวิชาการชาวเอเชีย ได้ให้ความหมายร่วมหรือลักษณะร่วมที่เห็นพ้องต้องกันหรือคล้ายคลึงกันไว้ด้วย ลักษณะร่วมดังกล่าวมี 4 ประการ ได้แก่

ประการที่หนึ่ง การบริหารการพัฒนาเป็น “การบริหารงานภาครัฐ” โดยเป็นวิธีการหนึ่งหรือแนวทางหนึ่งที่หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐนำมาใช้ในทำนองเดียวกับคำว่า “การบริหารงาน” หรือ “การบริหารจัดการ”

ประการที่สอง การบริหารการพัฒนาเป็น “การบริหารเพื่อการพัฒนา” (administration of development) หมายถึง การบริหารที่เกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนา เช่น การพัฒนาเมือง การพัฒนาชนบท การพัฒนาเศรษฐกิจ การพัฒนารัฐวิสาหกิจ การพัฒนาองค์กรตามรัฐธรรมนูญ และการพัฒนาโครงการ ทั้งนี้ เป็นการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการ หรือกิจกรรม (action or activity oriented) ที่เกี่ยวกับการพัฒนา

ประการที่สาม การบริหารการพัฒนาเป็น “การพัฒนาการบริหาร” (development of administration) ซึ่งหมายถึง การพัฒนาหรือปรับปรุงการบริหารภายในของหน่วยงาน เช่น ปรับปรุงที่โครงสร้าง อำนาจหน้าที่ กระบวนการ และตัวบุคคล โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อมด้วย

ประการที่สี่ การบริหารการพัฒนาให้ความสำคัญกับ “การมีวัตถุประสงค์หรือจุดหมายปลายทาง (goal oriented) เพื่อประโยชน์ของประชาชนและประเทศชาติ” โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง หรือการมีวัตถุประสงค์ที่เน้นการอำนวยความสะดวกและให้บริการประชาชน ทั้งนี้ ต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ไม่ใช่เพื่อการรักษาสถานภาพเดิมเหตุผลที่มีลักษณะร่วมดังกล่าวเกิดขึ้น เนื่องจากนักวิชาการหรือผู้รู้บางส่วนเป็นชาวเอเชียซึ่งสนใจและให้ความสำคัญอย่างยิ่งในเรื่องการพัฒนา นอกจากนี้ นักวิชาการชาวตะวันตกทุกคนที่ให้แนวคิดและความหมายเป็นลักษณะร่วมดังกล่าวก็ล้วนสนใจศึกษาค้นคว้าหรือมีประสบการณ์จากการปฏิบัติงานพัฒนาในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศในเอเชียทั้งสิ้น

สรุป การบริหารการพัฒนา เป็นแนวทางหรือวิธีการหนึ่งของการบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐที่นำมาใช้ในการบริหารที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมพัฒนารวมทั้งการพัฒนาหรือปรับปรุงการบริหารภายในของหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐ เช่น โครงสร้าง อำนาจหน้าที่ กระบวนการ และบุคคล โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อมด้วย ทั้งนี้ มีจุดหมายปลายทางเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการประชาชนและเพื่อความเจริญก้าวหน้าของประเทศ

3.4 การบริหารเพื่อพัฒนาองค์กร

การพัฒนาองค์กร (Organization Development) ในยุคปัจจุบันได้รับความสนใจอย่างยิ่งจากนักบริหาร และนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กร มีเครื่องมือใหม่เกิดขึ้นเพื่อใช้ในการการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น Strategic planning Balanced Scorecard Six Sigma Competency Knowledge Managementและ Learning Organization ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์กรคงต้องเลือกใช้เครื่องมือต่าง ๆ เหล่านั้นอย่างเหมาะสม โดยต้องมีการเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริงในแนวคิดปรัชญาของเครื่องมือทางด้านการบริหารและพัฒนาองค์กรนั่น ๆ ว่าเครื่องมือใดเหมาะสมกับองค์กรของเราและสามารถนำมาใช้ได้อย่างแท้จริง (อำนาจวัดจินดา, 2550)

ในปัจจุบันการพัฒนาองค์กรของไทยได้รับเอาแนวคิดการบริหารจากต่างประเทศมาใช้อย่างกว้างขวาง ทั้งนี้ก็เพื่อที่จะดำรงสถานภาพทางการแข่งขัน หรือกล่าวอีกนัยคือ เพื่อความอยู่รอดในกระแสการแข่งขันอันเชี่ยวกรากในระบบทุนนิยม (Capitalist) ดังนั้นสถานภาพที่องค์กรต้องการคือการสร้างความยั่งยืนให้กับองค์กรนั่นเอง เครื่องมือทางด้านการบริหารประการหนึ่งที่จะสามารถส่วนช่วยให้องค์กรได้รับความสำเร็จอันยั่งยืนคือ องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning

Organization) ซึ่งได้รับการกล่าวถึงกับอย่างกว้างขวางทั้งในภาครัฐ และเอกชน โดยภาครัฐเองถึงกับมีการตราไว้ในกฎหมายคือพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 หมวด 3 มาตรา 11 "ส่วนราชการมีหน้าที่พัฒนาความรู้ในส่วนราชการเพื่อให้มีลักษณะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ โดยต้องรับรู้ข้อมูลข่าวสารและสามารถประมวลผลความรู้ในด้านต่าง ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติราชการได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสมกับสถานการณ์ รวมทั้งต้องส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถ สร้างวิสัยทัศน์และปรับเปลี่ยนทัศนคติของข้าราชการในสังกัดให้เป็นบุคลากรที่มีประสิทธิภาพและมีการเรียนรู้ร่วมกัน"

จากภาวะปัจจัยต่าง ๆ จึงทำให้เกิดความปรารถนาที่จะสร้างและพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยนักวิชาการผู้ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ Peter M. Senge (อ้างในอำนาจ วัดจินดา, 2550) กล่าวไว้ว่าองค์กรแห่งการเรียนรู้คือ " องค์กรที่ซึ่งบุคลากรสามารถเพิ่มพูนความรู้ความสามารถได้อย่างต่อเนื่องและสามารถสร้างผลงานได้ตามความปารถนาอีกทั้งเป็นแหล่งสร้างความคิดทางปัญญาโดยการเรียนรู้ที่จะเรียนรู้ร่วมกัน" และการที่จะสร้างให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้นั้น Peter M. Senge ได้แนะนำว่าองค์กรต้องสร้างวินัย 5 ประการ (fifth discipline) ให้เกิดขึ้นแก่บุคลากร ดังต่อไปนี้

1) บุคลากรที่มีความรอบรู้ (Personal mastery) การเรียนรู้ของปัจเจกบุคคลเป็นจุดเริ่มต้นขององค์กรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งบุคคลควรต้องได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาอยู่เสมอ โดยในการพัฒนาควรเป็นไปอย่างต่อเนื่อง รูปแบบของการเรียนรู้จะเน้นการเรียนรู้ในที่ทำงาน (Work place learning) หรือการเรียนรู้งานในหน้าที (on the job learning)

2) รูปแบบความคิด (Mental models) รูปแบบความคิดของบุคคลมีอิทธิพลต่อแนวทางการปฏิบัติของบุคคลนั่น ๆ อีกทั้งเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติงานว่าจะมีลักษณะเช่นไร ด้วยเหตุนี้เององค์กรต้องพัฒนาบุคลากรให้มีการเรียนรู้และเข้าใจถึงสิ่งที่บุคคลต้องการ (Self Vision) กับสิ่งที่องค์กรต้องการ (Organizational Vision) ซึ่งองค์กรควรเตรียมการสร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนแนวความคิดระหว่างกันอันทำให้คนในองค์กรมีแนวความคิดไปในแนวทางเดียวกัน และนำไปสู่ผลงานที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

3) วิสัยทัศน์ร่วม (Shared vision) ความสอดคล้องระหว่างวิสัยทัศน์ขององค์กรและวิสัยทัศน์ของบุคคล ส่งผลให้บุคคลปฏิบัติหน้าที่ด้วยความผูกพันมิใช่เพียงแค่การทำตามหน้าที่เท่านั้น ดังนั้นจุดมุ่งหมายขององค์กรแห่งการเรียนรู้คือ การผลักดันให้บุคคลในองค์กรทุกคนมีข้อสัญญาผูกมัดทางใจ โดยอาศัยจุดประสงค์ร่วมกันบนพื้นฐานของการเป็นหุ้นส่วน (Partner) ซึ่งสิ่งดังกล่าวเกิดขึ้นได้เนื่องจากการแลกเปลี่ยนแนวความคิด ความรู้ ประสบการณ์ ซึ่งกันและกันนั่นเอง

4) การเรียนรู้เป็นทีม (Team learning) ในองค์กรแห่งการเรียนรู้ไม่ควรให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเก่งอยู่ผู้เดียวในองค์กร ควรก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการ (Formal) และไม่เป็นทางการ (Informal) ก่อให้เกิดเป็นความรู้ ความคิดร่วมกัน ภายในองค์กร การดำเนินการอาจตั้งเป็นทีมเรียนรู้เพื่อพิจารณาความเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร รวมทั้งสภาพความเป็นไปภายในองค์กร เพื่อนำมาแลกเปลี่ยนแนวความคิดและนำไปสู่ข้อกำหนดในการปรับปรุงองค์กรให้มีประสิทธิภาพ

5) ความคิดเป็นระบบ (System thinking) เป็นวินัยข้อที่สำคัญมาก มีลักษณะคือ การพิจารณาองค์กรต้องพิจารณาในรูปแบบองค์รวมขององค์กร ไม่ควรพิจารณาแต่เพียงปัจเจกบุคคลเท่านั้น มีกรอบแนวความคิดคือ คิดเป็นกลยุทธ์ เน้นรูปแบบที่สามารถนำมาปฏิบัติจริงได้ คิดทันเหตุการณ์ การคิดควรทันต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมภายนอกที่มีอิทธิพลต่อองค์กร และสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันเหตุการณ์ การมองเห็นโอกาส การคิดไม่เพียงแต่การคิดในปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น แต่ควรพิจารณาถึงสภาพการณ์ในอนาคต เพื่อสามารถกำหนดแนวทางการปฏิบัติเชิงรุกได้

อาจกล่าวได้ว่ามิติในการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ เกี่ยวเนื่องกับมิติทางด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development) อย่างแท้จริงกล่าวสถานะขององค์กรแห่งการเรียนรู้จะดำรงอยู่ได้ต้องอาศัยบุคลากรเป็นสำคัญ ซึ่งบุคลากรนั่นคงเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายระดับ เช่น ผู้บริหาร หัวหน้างาน พนักงานระดับปฏิบัติการ ซึ่งต้องมีความชัดเจนในวินัยทั้ง 5 ประการของ Peter M. Senge นั้นเอง

โดยสรุป แนวคิดการบริหารเพื่อการพัฒนาองค์กร หมายถึง ให้ความสำคัญกับภาวะผู้นำ ยึดหลักการบริหารที่ยืดหยุ่น (flexible) พยายามลดขั้นตอนในการปฏิบัติงาน โดยเน้นความสำเร็จหรือผลงาน (product) มีจิตใจที่มุ่งความสำเร็จ (achievement consciousness) ส่วนใหญ่มีแนวคิดที่ก้าวหน้าเน้นการเปลี่ยนแปลงและการริเริ่มทำสิ่งใหม่ เน้นการประสานงาน ร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกอื่น ๆ สนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เน้นการให้บริการประชาชนที่อยู่ภายนอกหน่วยงานเพื่อให้ประชาชนมีความสุข เน้นกิจกรรมพัฒนาต่าง ๆ เพื่อประชาชน ให้ความสำคัญกับการพัฒนาหรือการปรับปรุงมากกว่าหรือควบคู่ไปกับการบริหาร มุ่งประดิษฐ์คิดค้น ใช้ความคิดริเริ่ม และการสร้างสรรค์ ไม่เน้นเฉพาะงานด้านบริหารเท่านั้น แต่รวมด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองด้วย เป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากภายในและภายนอกหน่วยงาน เป็นการบริหารงานที่มีวัตถุประสงค์ ขอบเขต และความสลับซับซ้อนมาก ปฏิบัติงานเป็นทีม มีทีมงานร่วมมือกัน ใช้ทั้งความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ หลักวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีสมัยใหม่ จัดองค์การตามแนวนอนที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานมากกว่า

การบังคับบัญชา อันเป็นลักษณะของการสั่งการจากบนลงล่างและล่างขึ้นบน (top down & bottom up) มาประสานกัน เน้นการประชาสัมพันธ์ มีจิตใจของการให้บริการ (service minded) ให้ความสำคัญกับการเพิ่มปริมาณของผู้รับบริการหรือการตลาด (marketing) เน้นการชักจูงใจ และการให้รางวัลตอบแทน

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการบริหารเพื่อพัฒนาองค์กรของ Peter M. Senge เป็นแนวทางในการศึกษา ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นองค์กรภาครัฐ เป็นการบริหารกิจกรรมการพัฒนา ปรับปรุงกระบวนการ คำนึงถึงสภาพแวดล้อม ให้ความสำคัญกับวัตถุประสงค์ขององค์กร ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง อำนวยความสะดวกให้กับประชาชน เพื่อการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น การพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ การพัฒนาทีมงาน การทำงานเป็นทีม คิดเป็นระบบแบบองค์รวม การคิดค้นนวัตกรรมใหม่เพื่อพัฒนาองค์กร ให้ประชาชนมีส่วนร่วมและเกิดความพึงพอใจ มีจิตใจของการให้บริการ โดยผู้วิจัยนำแนวคิดการบริหารเพื่อการพัฒนาองค์กร ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน โดยจัดแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ แล้วนำไปแบ่งกลุ่มตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อสร้างแบบสอบถามในการวิจัย 4

3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

ตามทฤษฎีระบบ องค์การสาธารณสุขก็เหมือนกับองค์การอื่นๆ ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 องค์ประกอบ (ทองหล่อ เดชไทย,2542) ได้แก่

1) ปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากร (Inputs or Resources) ภายในองค์การซึ่งอยู่ในรูปของบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้และเทคโนโลยี

2) กระบวนการหรือการแปลงรูป (Process of Transformation) ซึ่งเป็นส่วนที่ปัจจัยนำเข้าถูกเปลี่ยนรูปไปเป็นผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่มีประโยชน์สำหรับคนไข้หรือผู้รับบริการ

3) ผลสัมฤทธิ์ (Outputs) ขององค์การสาธารณสุขก็คือผลิตภัณฑ์หรือบริการทำให้คนไข้มีสุขภาพอนามัยดีกว่าเดิม หลังจากการใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการขององค์การ

4) ห่วงการป้อนข้อมูลกลับ (Feedback Loop) ซึ่งจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผลผลิตหรือบริการที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว

บุคลากรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดไม่ว่าจะเป็นเรื่องของผลกำไร ความพึงพอใจของลูกค้า การพัฒนาองค์การ การตัดสินใจ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การวางแผนกลยุทธ์ การแก้ปัญหา การติดต่อสื่อสาร การประสานงานที่ดี ฯลฯ ล้วนแล้วแต่ขึ้นกับคน (พิภพ ชังเงิน, 2547) จากเหตุผลเรื่องของทรัพยากรมนุษย์ ถึงแม้ว่าองค์กรแต่ละแห่งจะมีลักษณะหรือสภาพอย่างไรก็ตาม สิ่งที่เหมือนกันก็คือ ทุกองค์กรจะพยายามสร้างความสำเร็จ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์

สูงสุด เช่น เงิน สถานที่ เครื่องจักร และบุคคล ทรัพยากรทุกอย่างล้วนมีความสำคัญและส่งเสริมความสำเร็จในการทำงาน แต่มักพบว่าทรัพยากรที่สำคัญที่สุดที่กำหนดความสำเร็จขององค์กรคือทรัพยากรบุคคล เพราะจะเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อทรัพยากรทุกๆ ด้าน เช่น บุคคลจะต้องบริหารงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ บุคคลจะต้องดูแลเครื่องจักรในการผลิตสินค้า บุคคลจะต้องดูแลเรื่องการตลาด เป็นต้น ดังนั้นตามหลักการบริหารงานสมัยใหม่จึงเน้นความสำคัญไปที่บุคคล องค์กรควรเอาใจใส่ดูแลเรื่องบุคคลให้ดี (คมเพชร ฉัตรศุภกุล, 2546) เมื่อบุคคลแต่ละคนเข้ามาอยู่ในองค์กรก็จะนำคุณลักษณะต่างๆ ติดตัวมาด้วย ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวก็จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการทำงาน (พิชัย ลิขิตธรรมโรจน์, 2545) ได้แก่

3.5.1 อายุ (Age) ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการปฏิบัติงานนับวันยิ่งทวีความสำคัญมากขึ้นในทศวรรษหน้า พนักงานที่มีอายุมากขึ้นไม่อยากลาออกจากงาน ทั้งนี้เพราะเมื่อทำงานนานจะได้รับค่าจ้างสูงขึ้น มีวันหยุดมากขึ้น และได้รับเงินบำเหน็จบำนาญมากขึ้น พนักงานที่มีอายุมากขึ้นจะหนีงานน้อยกว่าพนักงานที่มีอายุน้อย (พรชัย ลิขิตธรรมโรจน์, 2545) พนักงานที่มีอายุมากขึ้นจะปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ขาดงานน้อยกว่าพนักงานที่มีอายุน้อยหรือไม่หลีกเลี่ยงงาน (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ,2541) จากการศึกษาของนันทิยา ชุ่มช่วย (2542) ศึกษาความสามารถในการบริหารงานและแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม การศึกษาของกัมปนาท บุญทอง (2547) ศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ของหัวหน้างานโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสกลนคร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชน แต่แตกต่างกับการศึกษาของสุมาลี เฮงสุวรรณ (2541) ศึกษาความสามารถในการบริหารงานที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องคลอด

สรุปได้ว่า จากแนวคิดและจากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ หรืออาจกล่าวได้ว่าอายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ใช้อายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

3.5.2 ระดับการศึกษา ในการศึกษาความพึงพอใจในการทำงาน พบว่า ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานโดยตรง พบว่าบุคคลที่มีการศึกษาระดับสูงมักจะได้งานในระดับสูงและเขาเหล่านั้นมักคาดหวังในความพึงพอใจในงานสูงด้วย และเขามัก

ประสบความพึงพอใจในงานตามที่ปรารถนาทุกอย่าง (สร้อยตระกูล อรรถมานะ, 2545) องค์ประกอบที่เหมาะสมในการจัดบุคคลในการทำงาน ซึ่งความเป็นจริงมีองค์ประกอบหลายประการ เช่น ปัจจัยภายนอกรวมทั้งระดับการศึกษาและทัศนคติที่มีต่องาน จากการศึกษาของนันทิยา ชุ่มช่วย (2542) ศึกษาความสามารถในการบริหารงานและแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจรัญ แตงเล็ก (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัยในงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน และการศึกษาของกัมปนาท บุญทอง (2547) ศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ของหัวหน้างานโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสกลนคร พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชน

สรุปได้ว่า จากแนวคิดและจากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการศึกษาเป็นตัวแปรหนึ่ง ที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ หรืออาจกล่าวได้ว่าการศึกษาเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ใช้ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้

3.5.3 ประสบการณ์ในการทำงาน ในการที่ผ่านงานมามากมีประสบการณ์มากย่อมทำให้บุคคลมีความสุขุมรอบครอบมากกว่าสมัยที่ยังเป็นหนุ่มสาว (สร้อยตระกูล อรรถมานะ ,2545) จากการศึกษาของประจักร บัวผัน (2547) ศึกษากระบวนการบริหารงานกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน P.S.O 1101 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ประสบการณ์มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน แต่แตกต่างจากการศึกษาของ กัมปนาท บุญทอง (2547) ศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ของหัวหน้างานโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสกลนคร พบว่า ประสบการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชน

สรุปได้ว่า จากแนวคิดและจากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการประสบการในการทำงานเป็นตัวแปรหนึ่ง ที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ หรืออาจกล่าวได้ว่าประสบการณ์ในการทำงานาเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ใช้ประสบการณ์ในการทำงานเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้

3.5.4 การได้รับการฝึกอบรม การอบรมและการพัฒนาเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ใช้ในการบริหารบุคคลหรือทรัพยากรมนุษย์ การฝึกอบรมเกี่ยวโยงกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ

การเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้กับผู้ปฏิบัติงานด้วยกระบวนที่กำหนดขึ้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทองหล่อ เดชไทย,2542) การฝึกอบรมนอกจากจะแก้ปัญหาเรื่องความผิดพลาดในการปฏิบัติงานแล้ว ยังเป็นการยกระดับความสามารถของผู้ปฏิบัติงานในด้านความรู้ในเชิงจัดการ ความสามารถในการแก้ปัญหาและความรับผิดชอบ (ประเวศน์ มหารัตน์สกุล ,2545) การฝึกอบรมเป็นการนำให้รับรู้สิ่งใหม่ๆ มีแนวคิดปรับปรุงแก้ไข เปลี่ยนแปลงให้งานดีขึ้น

สรุปได้ว่า จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการได้รับการฝึกอบรมเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ หรืออาจกล่าวได้ว่าการได้รับการฝึกอบรมเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ใช้การได้รับการฝึกอบรมเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน คุณลักษณะของบุคคลที่สำคัญ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน รายได้ การได้รับการฝึกอบรม เป็นสิ่งที่ในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน และคุณลักษณะบางประการก็สามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็น ที่ผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญ ที่จะต้องวิเคราะห์ให้ได้คุณลักษณะของผู้ร่วมงานแต่ละคนเพื่อให้งานเกิดประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำคุณลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าวมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

4. รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทัศนีย์ ศรีจันทร์ (2528: 64-65) ได้ศึกษาอิทธิพลของปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยต่อผลงานโภชนาการของสถานีอนามัยจังหวัดลำปาง พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับผลงานโภชนาการของหัวหน้าสถานีอนามัย กล่าวคือ สถานภาพสมรสที่เป็นโสดส่วนใหญ่จะมีปริมาณงานอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ผู้มีสถานภาพสมรสคู่จะมีปริมาณงานอยู่ในเกณฑ์ดีมาก เนื่องจากผู้ที่มีสถานภาพสมรสมักจะมีที่พักอยู่ที่สถานีอนามัย ทำให้มีเวลาปฏิบัติงานครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

สมพร อิทธิเดชพงศ์ (2530: 75) ได้ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนมีผลต่อการปฏิบัติงานด้านบริหาร บริการและวิชาการ

สาคร ใจพยอม (2531: 92-97) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน ทั้งในทัศนะของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและทัศนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร

ตัวอย่าง คือ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 402 คน ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพในทัศนะของตนเองและทัศนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) ทั้งรายด้าน และรวมทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นระยะเวลานาน จะมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย ทั้งในทัศนะของตนเองและทัศนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาล แต่เมื่อแยกตามวุฒิการศึกษาแล้วพบว่าในทัศนะของตนเอง กลุ่มที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกันมีความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริหารและด้านวิชาการแตกต่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและความสามารถในการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ พบว่าในทัศนะของตนเองปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบันและอดีต แรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการได้รับการสนับสนุนด้านกำลังคน ในส่วนทัศนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ส่วนประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพในอดีตนั้นมีความสัมพันธ์ในทางลบ และปัจจัยที่สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพในทัศนะของผู้อำนวยการได้แก่ ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน แรงจูงใจด้านผู้บังคับบัญชาและการบริหาร ส่วนในทัศนะของตนเอง ได้แก่ แรงจูงใจด้านงานและประสบการณ์ในตำแหน่งปัจจุบัน

วันเพ็ญ ตั้งสะสม (2532: 86 ,115, 117, 119) ได้ศึกษาเรื่องอิทธิพลของสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติงานและภาวะผู้นำ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรีและนครปฐม จำนวน 217 คน การประเมินความสามารถในการพบว่าหัวหน้าสถานีอนามัยที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติงานแตกต่างกันแต่ผลการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

พรทิพย์ อุ่นโกมล (2535: 59) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าอายุราชการมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรคโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ยอดเยี่ยม แสงรัตนกุล (2535:139-141) ได้ศึกษาการบริหารทรัพยากรของหัวหน้าสถานีอนามัย ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 โดยทำการศึกษาจาก

หัวหน้าสถานีอนามัยจำนวน 463 คนในจังหวัดนนทบุรี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง สมุทรปราการ และประทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า สถานีอนามัยที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานมาก ได้รับการนิเทศงานจากระดับจังหวัดและอำเภอครบตามเป้าหมาย มีการประสานงานภายในสถานีอนามัยแบบเป็นทางการและมีการประสานงานภายนอกสถานีอนามัย จะมีความสามารถในการบริหารสูงกว่าหัวหน้าสถานีอนามัยที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยกว่า ได้รับการนิเทศงานจากระดับจังหวัดและระดับอำเภอไม่ครบตามเป้าหมาย มีการประสานงานภายในสถานีอนามัยแบบไม่เป็นทางการและไม่มีการประสานภายนอก ตามลำดับ

นรินทร์ สังข์รักษา (2537: ก-ข,98) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัยในภาคกลาง ตามโครงการทศวรรษพัฒนาสถานีอนามัย (ทสอ.) (พ.ศ.2535-2544) ในด้านบริหาร บริการและวิชาการ และรวมทุกด้าน ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัย พบว่า การปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ อายุราชการ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง การฝึกอบรม การศึกษาต่อ จำนวนหมู่บ้านและประชากรรับผิดชอบ

ภคินี ศรีสารคาม (2538: 98-106) ศึกษาระดับความสามารถในการบริหารจัดการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อจังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ อายุราชการ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา การฝึกอบรม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการบริหารจัดการ

สุมาลี เฮงสุวรรณ (2541: 84-86) ศึกษาความสามารถในการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุราชการ และตำแหน่งไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของหัวหน้าห้องคลอด

จำรัส ชูวงศ์ (2542: 86-88) ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า อายุ ความรู้ อายุราชการ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการฝึกอบรมในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

เพ็ญแข ลาภยิ่ง และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2546: 923) ได้ทำการศึกษาการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนในหนึ่งปีแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา 4 จังหวัด พบว่า รูปแบบการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ได้เป็นไปตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้

เกิดจากข้อจำกัดด้านบุคลากรเป็นสำคัญ ประกอบกับส่วนหนึ่งขาดความชัดเจนด้านแนวคิดของผู้บริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แม้ประชาชนจะมีส่วนร่วมน้อยในด้านสุขภาพ แต่ได้ประโยชน์จากการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลมากขึ้นจากศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่นอกโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและบริการโรคเรื้อรัง การใช้สถานีอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นการพัฒนาคุณภาพและศักยภาพการจัดบริการของสถานีอนามัย ซึ่งผู้รับประโยชน์โดยตรงคือประชาชนในพื้นที่

รติวัน พิสัยพันธ์ (2546: บทคัดย่อ) ศึกษารูปแบบและการพัฒนาการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการจัดโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจน โดยสายบริการขึ้นตรงต่อหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการโดยวิเคราะห์ข้อมูลจากแฟ้มประวัติครอบครัว งานตามนโยบาย ให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ของหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ ระบบการทำงานไม่มีความคล่องตัว ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ระบบข้อมูลขาดความต่อเนื่อง ขาดแคลนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนมีการร่วมดำเนินการและแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ปฏิบัติงานและกำหนดค่านิยมร่วมกันโดยสมาชิกในศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชน มีความคิดเห็นต่อการพัฒนาการบริหารงานศูนย์สุขภาพชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โครงสร้างการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ชัดเจน การวางแผนมุ่งเน้นการดำเนินงานตามนโยบาย การจัดระบบงานไม่ชัดเจนขาดการบูรณาการงานร่วมกันของสถานีอนามัยเครือข่าย สัดส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากรไม่เป็นไปตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีบทบาทในการบริหารงาน บุคลากรขาดทักษะการทำงานเป็นทีมและขาดค่านิยมร่วมในการปฏิบัติงาน

อนุชา วรหาญ (2546: บทคัดย่อ) ศึกษาความสามารถในการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีอนามัย เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า หัวหน้าสถานีอนามัยประเมินตนเอง มีองค์ประกอบของความสามารถในการบริหารจัดการคือ ความรู้และการฝึกอบรมที่จำเป็น ทัศนคติที่ดี และทักษะในระดับสูง ทั้งด้านบริหาร บริการ และวิชาการ และมีความสามารถด้านบริหารและบริการในระดับสูง ด้านวิชาการและรวมทุกด้านในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางตรงระหว่างความสามารถในการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีอนามัยด้านบริหารกับจำนวน อสม.ในหมู่บ้านที่รับผิดชอบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 มีความสัมพันธ์ทางตรงระหว่างความสามารถในการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีอนามัยด้านบริหาร ด้านวิชาการและรวมทุกด้านกับองค์ประกอบความสามารถด้านทัศนคติในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 มีความสัมพันธ์ทางตรงระหว่างความสามารถในการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีอนามัยด้านบริหาร ด้านบริการ วิชาการและรวมทุกด้าน กับองค์ประกอบความสามารถด้านทักษะในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนอายุ อัตราเงินเดือน อายุราชการ ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง จำนวนเจ้าหน้าที่ หมู่บ้านรับผิดชอบ จำนวนประชากรรับผิดชอบ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีอนามัย

กนิษฐ์ โง้วศิริ (2548: บทคัดย่อ) ศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดนครนายก พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีความคิดเห็นระดับปานกลางเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการดำเนินงานด้านบริการ บริหารจัดการและวิชาการ มีความต้องการฝึกอบรมจากมากไปหาน้อยในเรื่อง การวางแผนแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ การวิจัยงานสาธารณสุข การคิดต้นทุนต่อหน่วยและการประเมินผลแผนงานโครงการ

สรุปจากการงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งความสามารถของหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน องค์ประกอบต่าง ๆ ในการจัดบริการ การได้รับการสนับสนุนปัจจัยในการบริการ เช่น บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ ซึ่งผู้บริหารต้องนำปัจจัยเหล่านี้มาจัดสรรให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ โดยใช้ความรู้ทักษะ ประสบการณ์ในการทำงาน ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น อายุราชการ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนเจ้าหน้าที่ งบประมาณสนับสนุน การได้รับการฝึกอบรม เช่น จากการศึกษาของ ทัศนีย์ ศรีจันทร์ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับผลงานโภชนาการของหัวหน้าสถานีอนามัย การศึกษาของสาคร ใจพยอม ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน พบว่า กลุ่มที่มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นระยะเวลานาน จะมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย และตำแหน่งปัจจุบันมีผลต่อระดับความสามารถ การศึกษาของ พรทิพย์ อุ่นโกมลได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชน พบว่าอายุราชการมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน การศึกษาของ ยอดเยี่ยม แสงรัตนกุล ได้ศึกษาการบริหารทรัพยากรของหัวหน้าสถานีอนามัย พบว่า หัวหน้าสถานีอนามัยที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานมากจะมีความสามารถในการบริหารสูงกว่าหัวหน้าสถานีอนามัยที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยกว่า การศึกษาของภคินี ศรีสาร ศึกษาระดับความสามารถในการบริหารจัดการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อพบว่า เพศ อายุ อายุราชการ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา การฝึกอบรมไม่มีความสัมพันธ์ กับความสามารถ

ในการบริหารจัดการ จากการศึกษาการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนของเพ็ญแข ลาภยิ่ง พบว่า รูปแบบการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ได้เป็นไปตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้เกิดจากข้อจำกัดด้านบุคลากรเป็นสำคัญ และการศึกษาของรติวัน พิสัยพันธ์ พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการจัดโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจน ระบบการทำงานไม่มีความคล่องตัว ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ระบบข้อมูลขาดความต่อเนื่อง สัดส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากรไม่เป็นไปตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีบทบาทในการบริหารงาน บุคลากรขาดทักษะการทำงานเป็นทีมและขาดค่านิยมร่วมในการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน ในส่วนของเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น โครงสร้าง อัตรากำลัง ภาระงานที่รับผิดชอบ งบประมาณสนับสนุนบริการ ตามแนวคิดสถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ การบริการแบบองค์รวม ใช้ทฤษฎีความสามารถในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคล เพศอายุ รายได้ การศึกษา การได้รับการฝึกอบรม ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ความรู้ ทัศนคติ ทักษะ ทฤษฎีการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนา ทฤษฎีการพัฒนาองค์ ได้แก่ ภาวะผู้นำองค์กร การสร้างทีมงานและการทำงานเป็นทีม การคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ การวางแผนโดยมุ่งเน้นผลงาน การประเมินผล และจากการศึกษางานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป็นเครื่องมือในการวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับระดับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดนครราชสีมา แยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ