

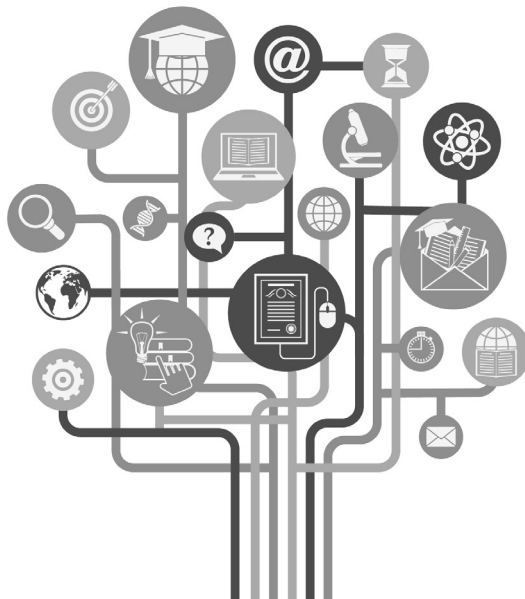
12

การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการ สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

The Study of Public Health Social Work Practice in Public
Health Center, Health Department, Bangkok Metropolitan
Administration

ศุภรัตน์ บุรณสมภพ

Suparat Buranasomphob



การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

The Study of Public Health Social Work Practice in Public Health Center,
Health Department, Bangkok Metropolitan Administration

ศุภรัตน์ บุรณสมภพ¹

Suparat Buranasomphob

¹คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ 10200 ประเทศไทย

Faculty of Social Administration, Thammasat University

Bangkok 10200, Thailand E-Mail address: suparatbu@hotmail.com

Received : August 26, 2022 Revised : April 2, 2023 Accepted : May 18, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2) ศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข และ 3) ศึกษาแนวทางการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 คน ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับต้น และผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ของสำนักอนามัย ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหารระดับสูงและระดับต้น จำนวน 8 คน และการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ปฏิบัติ จำนวน 68 คน แบ่งเป็น 6 กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า งานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นการดูแลสุขภาพของประชาชนในมิติด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงกับสุขภาพร่างกาย งานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพปฐมภูมิของกรุงเทพมหานคร ที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ นักสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุขมีบทบาททั้งในทางวิชาชีพและการบริหารศูนย์บริการสาธารณสุข ปัญหาของการปฏิบัติงานพบว่า จากปัญหาเชิงโครงสร้าง อัตรากำลังของนักสังคมสงเคราะห์ไม่สอดคล้องกับภาระงาน สถานการณ์ปัญหา และการบริหารจัดการระบบสุขภาพ แนวทางการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ควรมีการมุ่งเน้นผู้ใช้บริการ ความเป็นผู้นำ การมีส่วนร่วมของบุคลากร การเน้นกระบวนการ การปรับปรุงงาน และการตัดสินใจบนพื้นฐาน

ของข้อมูล ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการพัฒนาคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management : TQM) จากข้อค้นพบดังกล่าว จึงมีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อเป็นเครื่องมือและกลไกที่จะนำไปสู่การพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุขต่อไป

คำสำคัญ : งานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข; ศูนย์บริการสาธารณสุข; สุขภาพปฐมภูมิ

Abstract

The objectives of this study were to 1) examine the practice of public health social work in the Public Health Center, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration (BMA) 2) investigate the problems of public health social work and 3) analyze the guidelines for the development of public health social work. The methodology of this study was qualitative research with the samples size of 75 people from executive high level, executive primary level and operational level as a social workers of Health Department. The data were collected from the in-depth interviews of 8 executives and from the focus groups of 68 social workers, divided into 6 groups. The data were analyzed by content analysis. The results found that the work of the public health social work in the Public Health Center covers the dimensions of mental, social and spiritual healthcare that are combined to physical health. It is part of primary health care service in BMA which covers health promotion, prevention, treatment and rehabilitation. Public health social workers have both professional and administrative roles in Public Health Centers. The problem of the operation was found from structural problems, the workforce of social workers is inconsistent with the workload, situation and health system management. Guidelines for the development of public health social work, therefore, should be focused on clients, leadership, participation, process, improvement and data-based which are the components of the Total Quality Management

(TQM). Thus, it was suggested to develop standards for public health social work practice in Public Health Center as tools and mechanisms that will lead to the further development of public health social work.

Keywords : Public Health Social Work; Health Center; Primary Health Care

บทนำ

สุขภาพ เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหรือองค์ประกอบที่บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตของคนหรือการพัฒนาประเทศ ดังนั้น สุขภาพ จึงเป็นประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน และมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ประกอบกับกระบวนทัศน์สุขภาพแนวใหม่ (Health Paradigm) ทำให้สุขภาพไม่ได้ถูกจำกัดเพียงแค่การบำบัดรักษาทางร่างกายหรือจิตใจ แต่เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic) อันประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

จากการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2540 มีการขยายกรอบคิดเรื่องสุขภาพจากที่เน้นชีวการแพทย์ หรือความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลไปสู่สภาวะที่ครอบคลุมไปถึงมิติทางสังคม วัฒนธรรม และปัญญา จากความคิดที่เจ็บป่วยแล้วค่อยไปหาหมอรักษา ไปสู่ความคิด ‘สร้างนำซ่อม’ ที่ย้ายหัวใจของสุขภาพไปไว้ที่การสร้างเสริมสุขภาพ และการดำเนินการต่างๆ ที่กว้างกว่าการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุข (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) ประกอบกับนโยบายให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงสิทธิสุขภาพ ดังที่รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ช่วงเวลาดังกล่าวนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงนโยบายและระบบสุขภาพไทย มีการสร้างกลไก การบริหารจัดการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อองค์กรด้านสุขภาพในทุกระดับ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ , 2549)

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีภารกิจด้านการสาธารณสุขและดูแลสุขภาพปฐมภูมิแก่ประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง เป็นหน่วยบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิ เริ่มก่อตั้งเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ.2504 จนถึงปัจจุบันมีศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง (ในปี พ.ศ.2563 เปิดเพิ่มอีก 1 แห่ง จาก

68 แห่ง) ทำหน้าที่ดูแลประชาชนด้านสาธารณสุข และขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพของ ประเทศไปสู่การปฏิบัติ หนึ่งในภารกิจของศูนย์บริการสาธารณสุขคือ การให้บริการ สังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานบนพื้นฐานวิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้ เทคนิค และ ทักษะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน หรือชุมชน ที่ประสบ ปัญหาเกี่ยวข้องกับสุขภาพ (สำนักอนามัย, 2564)

สังคมสงเคราะห์ มีพื้นฐานปรัชญาและแนวคิดจากการปฏิบัติ มีการจำแนกสาขา ตามภารกิจขององค์กรและลักษณะการปฏิบัติ สำหรับภารกิจพื้นที่สุขภาพ เมื่อต้น ศตวรรษที่ 20 ประเทศสหรัฐอเมริกา ในระยะแรกเริ่มงานสังคมสงเคราะห์ด้านสุขภาพ เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ต่อมา ปี ค.ศ.1920 ได้บูรณาการงานสังคมสงเคราะห์เข้ากับ บริการสาธารณสุขของ US Public Health Service (USPHS) จึงได้เกิดนิยามของงาน สังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข (Public Health Social Work) ขึ้น และมีความ พยายามในการแสดงบทบาทของงานสังคมสงเคราะห์ในการสาธารณสุข โดยเชื่อมโยง สุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน รวมถึงการขยายขอบเขตความเข้าใจด้านสุขภาพ (Ruth, B.L., & Marshall, J.W., 2017)

สำหรับ ประเทศไทยมีการจำแนกสาขาในงานสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่สุขภาพเป็น สาขาสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Social Work) ซึ่งมีการปฏิบัติใน โรงพยาบาลสังกัดต่างๆ ทั้งทางการแพทย์ฝ่ายกายและฝ่ายจิต รวมถึงมีการพัฒนาองค์ ความรู้ทางวิชาการในสถาบันการศึกษาด้านสังคมสงเคราะห์ ในขณะที่ยังไม่มีนิยาม หรือกล่าวถึงงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในวงกว้าง แต่พบปฏิบัติการภายใต้ โครงสร้างของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยจะเห็นได้ จากจากการก่อตั้งแผนกสงเคราะห์แม่และเด็กในกองสาธารณสุขพระนคร เทศบาลนคร กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2480 และปรับปรุงโครงสร้างเรื่อยมาเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขใน ปัจจุบัน (สำนักอนามัย, ม.ป.ป.)

จากการศึกษาเกี่ยวกับงานสังคมสงเคราะห์ในองค์กรด้านสุขภาพทั้งโรงพยาบาล และศูนย์บริการสาธารณสุขในอดีตที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาของงานสังคมสงเคราะห์ ไม่มี การกำหนดบทบาท หน้าที่ และลักษณะงานสังคมสงเคราะห์ที่ชัดเจน งานที่ปฏิบัติมัก เป็นการบริการโดยตรงกับผู้ประสบปัญหา การให้บริการในเชิงรุกหรืองานเชิงป้องกัน ไม่ได้ถูกให้ความสำคัญ เหล่านี้ส่งผลต่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพและการพัฒนาการ

ปฏิบัติงานในองค์กร จึงควรมีแผนการปฏิบัติงาน มีการพัฒนาความรู้ มีการทำงานเชิงรุก และมีการประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ (เกิดศิริ ยอดพริ้ง, 2530; จรวยพร กุลอำนวยการชัย, 2538; ปานทิพย์ บุญยะสุด, 2540; สุกัญญา กกแก้ว, 2544) จากการศึกษาบทบาทการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ.2556 พบว่า นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในด้านการพัฒนาน้อยที่สุด (ศศิพิมล แก่นเมือง, 2563) และการศึกษาเกี่ยวกับคุณค่าและสมรรถนะของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พบว่า หนึ่งในสมรรถนะของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ที่จำเป็น คือ การเห็นภาพองค์รวม สามารถเชื่อมโยงมิติของปัญหาเชิงบูรณาการ (จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร และคณะ, 2564)

การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งหวังให้เห็นถึงการดำรงอยู่ของงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ผ่านปฏิบัติการสังคมสงเคราะห์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงปัญหาในการปฏิบัติงาน และแนวทางการพัฒนา ภายใต้ต้นนโยบายและระบบสุขภาพ จากมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ คาดว่าจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ทั้งในเชิงปฏิบัติ ต่อตัวนักสังคมสงเคราะห์และผู้ใช้บริการ เชิงวิชาการในการสร้างองค์ความรู้จากการปฏิบัติ และผลักดันไปสู่ต้นนโยบายสุขภาพที่นักสังคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งในบุคลากรที่ขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

วิธีการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานสังคมสงเคราะห์

ทางสาธารณสุขทั้งในระดับนโยบาย ระดับบริหาร และระดับปฏิบัติ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีจำนวนทั้งสิ้น 76 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

- 1) ระดับนโยบาย ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงของสำนักอนามัย จำนวน 1 คน
- 2) ระดับบริหาร ได้แก่ ผู้บริหารระดับต้นของสำนักอนามัย โดยคัดเลือกจากผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ประธานกลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุข 6 กลุ่มเขต กลุ่มเขตละ 1 คน และหัวหน้ากลุ่มที่กำกับดูแลการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 3) ระดับปฏิบัติ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข 68 คน ในศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง แห่ง ละ 1 คน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูล

2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ส่วนการสนทนากลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ศูนย์บริการสาธารณสุข ใช้แนวคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น โดยกำหนดประเด็นคำถามในลักษณะเดียวกันเพื่อให้ได้ข้อมูลจากมุมมองที่แตกต่างกัน เช่น ท่านคิดว่าลักษณะการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในปัจจุบันเป็นอย่างไร ท่านคิดว่าปัญหาในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์เป็นอย่างไร และท่านคิดว่าควรมีแนวทางการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ในศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างไร

2.2 การตรวจสอบข้อมูล ใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) จากผู้ให้ข้อมูลที่มีระดับต่างกัน ได้แก่ ระดับนโยบาย ระดับบริหาร และระดับปฏิบัติ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของข้อมูลที่ได้

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ได้แก่ หนังสือ คู่มือ เอกสารวิชาการ เอกสารทางราชการ

ส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) ผู้บริหารระดับสูงของสำนักอนามัย 1 คน ผู้บริหารระดับต้นของสำนักอนามัย 6 คน และหัวหน้ากลุ่ม 1 คน

ส่วนที่ 3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข จำนวน 68 คน แบ่งเป็น 6 กลุ่มเขต ตามการบริหารจัดการพื้นที่ของสำนักอนามัย ได้แก่ กลุ่มกรุงเทพเหนือ กลุ่มกรุงเทพใต้ กลุ่มกรุงเทพกลาง กลุ่มกรุงเทพตะวันออก กลุ่มกรุงธนเหนือ และกลุ่มกรุงธนใต้

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มาดำเนินการถอดเทปเพื่อทบทวนความครบถ้วน ถูกต้อง ประกอบกับการตรวจสอบ ข้อมูลจากเอกสาร และใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) มีการจัดระเบียบ ข้อมูล สร้างข้อสรุปและตีความ

ผลการวิจัย

จากการศึกษาการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการ สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ สรุป ผลการศึกษา ดังนี้

1. ศูนย์บริการสาธารณสุขกับภารกิจงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง

สำนักอนามัย มีภารกิจในการดูแลสุขภาพของคร่อมในระดับปฐมภูมิของประชาชน ในพื้นที่ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การบำบัดรักษาปฐมภูมิ และการฟื้นฟูสภาพ มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง ซึ่งมีโครงสร้างที่แตกต่างจากหน่วยงานภาครัฐหรือภาคเอกชนที่มีภารกิจให้บริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิอื่น ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น หรือคลินิกชุมชนอบอุ่น การมีวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ในโครงสร้างศูนย์ บริการสาธารณสุข ทำให้การดูแลสุขภาพประชาชนสะท้อนความเป็นองค์รวมอย่างเป็น รูปธรรม ดังที่ผู้บริหารระดับสูง กล่าวว่า “นักสังคมสงเคราะห์ไปพร้อมกับทีมแพทย์ พยาบาล เกษัชฯ เพื่อที่จะดูแลและคนแบบองค์รวม ซึ่งก็เป็นจุดเด่นของสำนักอนามัย”

ความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นการดูแลเชิงพื้นที่ต่อประชาชน ทุกกลุ่มวัย เป็นการดูแลตั้งแต่ก่อนเกิดจนเสียชีวิต อย่างต่อเนื่อง มีจุดเด่นคือ การเข้า ถึงและใกล้ชิดประชาชน เน้นการทำงานเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน เป็นประตูสู่การดูแลสุขภาพ ดังที่ผู้บริหารระดับต้นคนที่ 6 กล่าวว่า “เราต้องรับผิดชอบต่อทั้ง กทม. ...แผ่นดินทั้งหมดที่มีเสาเข็มอยู่ในเขตเราต้องรู้ ยุคก่อนไม่รู้ไม่แปลก ยุคนี้ไม่รู้ปฏิเสธความรับผิดชอบไม่ได้ เพราะ ระบบสาธารณสุขเปลี่ยนตามพื้นที่ ที่ผู้บริหารชอบเรียกว่า area-based”

นอกจากนั้นยังพบว่า นโยบายและระบบสุขภาพ ทำให้บริการปฐมภูมิในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ทั้งความรับผิดชอบต่อประชากรด้านสุขภาพและในเชิง พื้นที่ เดิมเน้นการทำงานเชิงรับ ดูแลความเจ็บป่วยทางร่างกายเป็นหลัก แต่เมื่อมีการ

เปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและให้ความสำคัญของสิทธิด้านสุขภาพ การทำงานจึงเน้นเชิงรุกมากขึ้น มีขอบเขตความรับผิดชอบด้านการสาธารณสุขต่อประชากรในกรุงเทพมหานครทั้งหมด ศูนย์บริการสาธารณสุขต้องรู้สภาพปัญหาในเชิงพื้นที่และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและทันสถานการณ์ นอกจากนั้นยังมีการบริหารจัดการด้านการรักษาพยาบาลซึ่งแบ่งพื้นที่การรักษาพยาบาลปฐมภูมิร่วมกับคลินิกชุมชนอบอุ่น รวมถึงการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิกับทุติยภูมิและตติยภูมิ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงทำให้ภาระงานของศูนย์บริการสาธารณสุขมีมากขึ้น ดังผู้บริหารคนที่ 6 กล่าวว่า “ปัจจุบันงานเราเปลี่ยนจากหน้ามือเป็นหลังมือ แต่ก่อนคนไม่รู้จักศูนย์บริการสาธารณสุขเพราะเราทำงานแค่นี้คือตรวจรักษา เยี่ยมบ้านก็เอาเฉพาะเครือข่ายชุมชนจัดตั้ง ที่มี อส.อยู่ แต่พอสาธารณสุขของประเทศเปลี่ยน ระบบของ สปสช.เราเปลี่ยนไป เราต้องรับผิดชอบทั้ง กทม. เราต้องรู้ทุกอย่าง นอกจากการรักษาแล้วเราต้องดูแลส่งเสริม มันไม่สามารถปฏิเสธความรับผิดชอบนี้ได้ ทำให้งานการแพทย์และสาธารณสุขของ กทม.เปลี่ยนโดยสิ้นเชิง”

2. งานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข

2.1 การเปลี่ยนผ่านของงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข

ในอดีตงานสังคมสงเคราะห์เน้นการรักษาพยาบาลและการทำงานเชิงรับ เป็นงานที่มีลักษณะของการสนับสนุนให้การรักษาพยาบาลเป็นไปด้วยความราบรื่น เช่น การสงเคราะห์ชั่วคราว การลดหย่อน ส่วนใหญ่เป็นการทำงานกับคนที่ยากจนที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ดังผู้บริหารคนที่ 6 กล่าวว่า “ถ้าคนไข้ยากไร้ก็ต้องให้สังคมสงเคราะห์ เพื่อดูว่าจนจริงไหม นำสงเคราะห์ให้ และก็เซ็นลดหย่อน อันนี้สมัยก่อนเข้ามาแรกๆ นักสังคมฯ จะมีบทบาทนี้เยอะ”

แต่เมื่อระบบสุขภาพเปลี่ยนไป งานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข จึงมีการเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับนโยบาย ตอบสนองต่อประชากรในพื้นที่ โดยเน้นการทำงานเชิงรุก การเข้าถึงประชาชนทั้งตัวบุคคล ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน และเครือข่าย เป็นการดูแล “ชีวิต” ของคนตั้งแต่ก่อนเกิดจนเสียชีวิต ดังผู้บริหารคนที่ 6 กล่าวว่า “คือมันไม่เหมือนกัน พยาบาลกับสายแพทย์เขาจะมองด้านตัวผู้ป่วย แต่นักสังคมฯ เขาจะมองรอบ บ้านเป็นยังไง เขาจน เขายากไร้ คือมองแบบชีวิต ไม่ใช่ตัวคน มองแบบชีวิตคือมองแบบสังคมสงเคราะห์”

มิติของงานสังคมสงเคราะห์ที่มีทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มที่ไม่ได้มี ปัญหาสุขภาพ ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหา สุขภาพและสังคม ด้านการบำบัดและฟื้นฟูทางสังคมสำหรับผู้ประสบปัญหาทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเฉพาะการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิสวัสดิการแก่กลุ่มเป้าหมาย ต่างๆ และด้วยเงื่อนไขภารกิจของศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีขอบเขตการดูแลสุขภาพ ปฐมภูมิ ประกอบกับข้อจำกัดของทรัพยากร จึงทำให้นักสังคมสงเคราะห์ต้องแสดงความสามารถและศักยภาพในเรื่องของการประสานงาน และการบริหารจัดการทรัพยากร องค์กรเครือข่ายทางสังคมและสุขภาพ รวมถึงการประสานงานเชื่อมโยงทุกระบบใน ศูนย์บริการสาธารณสุข ดังที่ผู้ปฏิบัติกลุ่มที่ 2 กล่าวว่า “*นักสังคมฯ จะต้องเข้มแข็งรุกและ แข็งรับ แล้วก็ร่วมประสานเครือข่ายในพื้นที่ สิ่งที่สำคัญตัวนักสังคมฯ ต้องเป็นคนที่ย่อยเรียง ในเรื่องของการเชื่อมโยงของทุกระบบ*”

อย่างไรก็ตาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยบางส่วนมีมุมมองที่ต่างออกไปว่า งาน สังคมสงเคราะห์ในศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นเพียงการทำงานเชิงสงเคราะห์กับกลุ่ม ผู้ที่ประสบปัญหาเท่านั้น บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นเรื่องส่งเสริม ป้องกัน บำบัด ฟื้นฟู ที่เกี่ยวกับโรค ไม่ใช่เรื่องสิทธิของผู้สูงอายุหรือคนพิการ ดังที่ผู้บริหารระดับต้นคนที่ 1 กล่าวว่า “*นักสังคมฯ ต้องมาสำรวจดูตัวเองว่าจะมีบทบาทอย่างไรในปฐมภูมิ ถ้ารักษาทั่วไป ดูแลทั่วไป นักสังคมฯ ตอนนี้อย่างไร เพราะปฐมภูมิไม่ได้เกี่ยวเรื่องสิทธิผู้พิการ ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการดูแลเรื่องรักษาโรค ฟื้นฟู ส่งเสริมทั่วไปมากกว่า*”

2.2 บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ ในศูนย์บริการสาธารณสุข

จากความเห็นของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้ง 3 ระดับ มีความสอดคล้องกันว่า นักสังคมสงเคราะห์ ในศูนย์บริการสาธารณสุข มีบทบาท 3 ส่วน ได้แก่

1) บทบาทในการปฏิบัติงานตามวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เป็นการปฏิบัติงาน ตามหลักการ กระบวนการ และวิธีการทางสังคมสงเคราะห์ ภายใต้ภารกิจของศูนย์ บริการสาธารณสุข รวมถึงตามนโยบายและแผนของสำนักอนามัย ดังผู้บริหารระดับต้น คนที่ 7 กล่าวว่า “*เราอยู่ภายใต้สำนักอนามัย บทบาทหน้าที่ของสำนักอนามัยเป็นอย่างไร เราต้องทำงานให้สอดคล้อง*”

2) บทบาทการบริหารศูนย์บริการสาธารณสุข โดยเป็นหนึ่งในสหวิชาชีพที่ร่วม เป็นคณะกรรมการบริหารศูนย์บริการสาธารณสุข ที่เรียกกันว่า “ห้าเสือ” ซึ่งองค์ประกอบ

ของห้าเสีย อาจมีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา หรือวิชาชีพอื่น แต่จะต้องมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งในนั้น มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และให้ความเห็นภายใต้ความเป็นวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เพื่อขับเคลื่อนงานของศูนย์บริการสาธารณสุข ดังผู้ปฏิบัติกลุ่มที่ 6 กล่าวว่า “คุณหมอมองว่าในห้าเสียนี้ คุณต้องสามารถทำได้ ถ้าให้งานมาแล้วคุณก็ต้องทำได้ เราก็ต้องบริหารจัดการ”

3) บทบาทการบริหารจัดการงานสังคมสงเคราะห์ในกลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย มีการบริหารจัดการภายในโดยแบ่งพื้นที่บริหารศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง ออกเป็นกลุ่มเขต 6 กลุ่ม พร้อมมอบหมายวิชาชีพอาวุโสกำกับดูแลการปฏิบัติงาน ดังนั้น แต่ละกลุ่มเขตจะมีนักสังคมสงเคราะห์อาวุโสทำหน้าที่กำกับ ดูแลการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ในกลุ่ม มีการให้คำปรึกษา สนับสนุนด้านจิตใจ ให้แรงเสริม แลกเปลี่ยนความรู้ ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและจัดการทรัพยากรต่างๆ ร่วมกัน ดังที่ผู้บริหารระดับสูง กล่าวว่า “ใน 6 กลุ่มเขต คิดว่ามันอาจจะมีความแตกต่างกันบ้าง ทำงานเราต้องกระจายความรับผิดชอบ กระจายอำนาจเพื่อสามารถเข้าถึงปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ตรงจุดตรงประเด็นมีประสิทธิภาพ”

2.3 ความสำเร็จของงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้ง 3 ระดับเห็นว่า งานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ยังไม่มีการกำหนดผลสำเร็จ หรือวิธีการประเมินงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุขที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม แต่อาจประเมินความสำเร็จได้จาก 2 ทาง ได้แก่

1) ประเมินจากผู้ใช้บริการ ได้รับการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความภูมิใจในตนเอง มีความพึงพอใจ มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังผู้ปฏิบัติงานกลุ่มที่ 6 กล่าวว่า “ถ้าเขามีความรู้ความเข้าใจในสังคม ทำให้เขาปรับตัวปรับใจ เข้ากับสถานการณ์ได้ ก็ทำให้เขามีชีวิตที่ดีเป็นปกติได้ จากการช่วยเหลือตัวเอง การทำหน้าที่ทางสังคม การปรับตัว เขาสามารถที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี นี่คือเป้าหมายระดับสูงของสังคมสงเคราะห์แล้ว”

2) ประเมินจากนักสังคมสงเคราะห์ มีความสุข เมื่อให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย และการแสดงความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจากการได้รับบริการสังคมสงเคราะห์ ดังผู้ปฏิบัติงานกลุ่มที่ 5 กล่าวว่า “สามารถที่จะให้เขายืนอยู่ได้ในระดับหนึ่งแล้ว ก็ภูมิใจลึกๆ ว่าเป็นความสามารถเรา”

3. ปัญหาของการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข

3.1 ปัญหาเชิงโครงสร้าง

จากโครงสร้างศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเพียง 1 อัตรา ได้ส่งผลกระทบต่อปฏิบัติการและการบริหารงานสังคมสงเคราะห์ โดยเฉพาะการปฏิบัติงานภายใต้การเปลี่ยนแปลงทั้งระบบสุขภาพ นโยบาย สภาพแวดล้อม ความเป็นเมือง และลักษณะทางประชากร ทำให้สภาพปัญหาในพื้นที่ที่มีความหลากหลาย เป็นปัญหาเชิงลึก และซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลต่อลักษณะงานและภาระงาน (Workload) ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ อัตรากำลังไม่สัมพันธ์กับขนาดพื้นที่และประชากร ดังผู้บริหารระดับต้นคนที่ 6 กล่าวว่า “นักสังคมฯ ยังมีอัตราเดียวของทุกศูนย์ สำรก่อนน้ามัยเราไม่ได้แบ่งพื้นที่ตามประชากร ทำให้การกระจายตัวของบุคลากรในบางพื้นที่ไม่สัมพันธ์กัน บางพื้นที่ใหญ่บางพื้นที่เล็ก”

ด้วยภาระงานดังกล่าว ศูนย์บริการสาธารณสุขจึงมีการจ้างงานพนักงานช่วยงานสังคมสงเคราะห์เป็นบุคลากรอัตราจ้างรายวัน เพื่อแก้ปัญหาเชิงโครงสร้าง คุณสมบัติของพนักงานช่วยงานฯ มีผลต่องานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุขอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นสาขาของการศึกษา ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์เฉพาะทาง ดังนั้น ต้องมีกระบวนการคัดเลือก รวมถึงวิธีการสอนงาน เพื่อให้ได้ผู้ช่วยปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ที่มีศักยภาพ ดังผู้บริหารระดับสูง กล่าวว่า “ปัญหานี้มันก็มีทางออกหลายอย่าง คือเรามีผู้ช่วยนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งจบทางด้านสังคมสงเคราะห์ แล้วก็ทำงานเคียงบ่าเคียงไหล่กับนักสังคมสงเคราะห์ตัวจริงมาตลอด”

3.2 ความก้าวหน้าทางวิชาชีพ

จากอัตรากำลังนักสังคมสงเคราะห์ในสังกัดสำนักอนามัย จำนวน 165 อัตรา มีโครงสร้างระดับตำแหน่งตั้งแต่ระดับปฏิบัติการ ชำนาญการ และชำนาญการพิเศษ โดยในศูนย์บริการสาธารณสุขมีระดับตำแหน่งชำนาญการพิเศษเพียง 10 อัตรา ผ่านการสอบคัดเลือก ข้อจำกัดดังกล่าวทำให้นักสังคมสงเคราะห์ขาดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ส่งผลต่อความต้องการพัฒนางาน ดังผู้บริหารระดับต้นคนที่ 6 กล่าวว่า “นักสังคมฯ เราเข้าใจว่าเหนื่อยเพราะมีคนเดียว ปัญหา career path ก็ไม่ขึ้น”

3.3 การบริหารจัดการเชิงพื้นที่ของระบบสุขภาพ

จากการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ โดยแบ่งพื้นที่การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขกับคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นการแบ่งพื้นที่การรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่บริการด้านอื่นๆ ยังคงอยู่ในความดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยของคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ประสบปัญหาทางสังคมจำเป็นต้องได้รับการสังคมสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์ที่ต้องลงปฏิบัติงานในพื้นที่โดยไม่มีวิชาชีพอื่นของศูนย์บริการสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรของศูนย์บริการสาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องการเดินทาง โดยมองถึงความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรศูนย์บริการสาธารณสุข ที่เป็นการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์เพียงด้านเดียว ดังที่ผู้ปฏิบัติกลุ่มที่ 4 กล่าวว่า “คลินิกชุมชนอบอุ่น ต้องมาดูว่าพื้นที่นี้อยู่คลินิกไหน เพราะว่าเรื่องของทรัพยากรพยาบาลแบ่งกันชัดเจน แต่ด้านนักสังคมสงเคราะห์กับนักกายภาพฯ ต้องดูแลทั้งหมด”

3.4 ข้อจำกัดของการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ภายใต้ขอบเขตการดูแลสุขภาพปฐมภูมิของศูนย์บริการสาธารณสุข

จากภารกิจของศูนย์บริการสาธารณสุข ที่มีขอบเขตการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ จึงมีข้อจำกัดในเรื่องการดูแลผู้ประสบปัญหา ทำให้ไม่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการที่อยู่นอกเหนือขอบเขตบริการได้ การประสานงานและส่งต่อจึงเป็นงานสำคัญที่จำเป็น ข้อจำกัดดังกล่าว ในอีกนัยหนึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงศักยภาพ และความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของนักสังคมสงเคราะห์ที่สามารถบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังผู้ปฏิบัติกลุ่มที่ 5 กล่าวว่า “ทางศูนย์ฯ ไม่มีทรัพยากรของตัวเองเลย คือถือว่าเป็นข้อจำกัดของศูนย์ฯ แต่ว่านักสังคมฯ ศูนย์ฯ ถือว่ามีความเก่งตรงที่ว่าสามารถจัดการทำได้ ไม่ว่าจะของนั้นจะเป็นอะไรหรือเรื่องอะไร ก็จะไปแสวงหามาได้ ซึ่งจะเป็นข้อจำกัดแต่ก็ไม่ใช่ว่าข้อจำกัด”

3.5 ระบบสารสนเทศในงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข

สำนักอนามัยมีระบบจัดเก็บข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศทางสาธารณสุข (Health Center Information System : HCIS) โดยงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุขเป็นหนึ่งในระบบงานที่นักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์บริการสาธารณสุขต้องนำเข้าสู่ข้อมูลผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งพบว่า นักสังคมสงเคราะห์ไม่ได้นำเข้าสู่ข้อมูล

อย่างสม่ำเสมอ ข้อมูลจากระบบไม่ได้ถูกนำมาใช้ในการทำงานและวางแผน ระบบสารสนเทศไม่สอดคล้องกับลักษณะงาน และช่องทางที่รายงานผ่านอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขไม่ได้รับทราบผลการปฏิบัติงาน ดังผู้ปฏิบัติกลุ่มที่ 4 กล่าวว่า “บางคนลงบ้าง บางคนไม่ได้ลงบ้าง ยอตนั่นก็จะไม่ตรง...ประเภทปัญหาไม่ตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ต้องไปแก้ที่ระบบ HCIS”

4. แนวทางการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข

ผลการศึกษานโยบายการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข โดยนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management : TQM) 7 ด้าน มาเป็นกรอบในการนำเสนอแนวทางการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข พบว่า

4.1 การให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการ (Customer Focus)

ควรมีการประเมินผลสำเร็จของงานสังคมสงเคราะห์จากผู้ให้บริการ ทั้งความพึงพอใจ การตอบสนองความต้องการ คุณภาพชีวิต และการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น ดังผู้บริหารระดับต้นคนที่ 4 กล่าวว่า “ผลสำเร็จก็ควรวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ”

4.2 ความเป็นผู้นำ (Leadership)

นักสังคมสงเคราะห์ ควรแสดงความเป็นผู้นำในบทบาทวิชาชีพที่ชัดเจน ทั้งบุคลิกภาพและลักษณะเฉพาะของวิชาชีพ ส่วนในทางบริหาร การถูกคาดหวังให้เป็นหนึ่งในคณะกรรมการบริหารศูนย์บริการสาธารณสุข หรือ หัวหน้า จึงจำเป็นต้องมีคุณสมบัติและศักยภาพ ทั้งการบริหารองค์กรและบริหารงานสังคมสงเคราะห์ นอกจากนั้น การพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ควรมีบทบาทในหมวดการนำองค์กร ดังผู้บริหารคนที่ 2 กล่าวว่า “นักสังคมฯ เป็นหนึ่งในผู้บริหารคณะกรรมการบริหารศูนย์ฯ ก็ควรจะอยู่ในหมวดการนำในองค์กร”

4.3 การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Engagement of People)

การจัดการบริหารงานสังคมสงเคราะห์เป็นกลุ่มเขต ควรเป็นพื้นที่สื่อสารให้นักสังคมสงเคราะห์ภายในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหา ให้ความช่วยเหลือให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องงาน และความสัมพันธ์ต่างๆ นอกจากนั้น ควรมีการพัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากรที่ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ ทั้งข้าราชการและพนักงานช่วยงานสังคมสงเคราะห์ ตั้งแต่ก่อนเริ่มปฏิบัติงานและระหว่างพัฒนาระหว่างการปฏิบัติงาน

ตลอดจนมีระบบคัดเลือกและจ้างงานผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการเป็นพนักงานช่วยงานสังคมสงเคราะห์ และสิ่งที่สำคัญคือนักสังคมสงเคราะห์ควรมีความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ดังผู้ปฏิบัติกลุ่มที่ 6 กล่าวว่า “งานที่เราต้องมียุทธศาสตร์ เราต้องทำให้เห็นว่าคุณภาพของเราต้องเท่าเทียมกับวิชาชีพอื่น”

4.4 การเน้นกระบวนการ (Process Approach)

จากการรับตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข (Public Health Center Accreditation) เห็นว่าควรมีการทำงานสังคมสงเคราะห์ โดยคำนึงหลัก 3P (Propose Process Performance) ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพ และกำหนดเป้าหมายเชิงกระบวนการ ดังผู้ปฏิบัติกลุ่มที่ 6 กล่าวว่า “เขาให้แก้ปัญหาด้วยการใช้ 3P หมด มันต้องระบุให้ชัด งานคนพิการเราจะพัฒนา 3P ทำอะไร ผู้สูงอายุทำอะไร” และ “อบรมนักสังคมฯ เลยว่า 3P คืออะไร”

4.5 การปรับปรุง (Improvement)

การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ควรมีมาตรฐาน ที่แสดงให้เห็นขอบเขต ตัวชี้วัด ผลลัพธ์ที่ชัดเจน เพื่อให้แก่นักสังคมสงเคราะห์ทุกศูนย์บริการสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ ปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ควรส่งเสริมให้มีการวิจัยเพื่อพัฒนา นวัตกรรม หรือ Best Practice ของงานสังคมสงเคราะห์ นอกจากนั้น ควรกำหนดตัวชี้วัดที่สามารถวัดและประเมินได้อย่างชัดเจน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังผู้ปฏิบัติกลุ่มที่ 6 กล่าวว่า “การสร้างมาตรฐานขึ้นมาทำให้เรารู้ว่าขอบเขตงานของเราที่แท้จริงคืออะไร ต้องให้วิชาชีพอื่นเขารู้ในบริบทของขอบเขตงานเราด้วย”

4.6 การตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐาน (Evidence-base Decision Making)

ควรมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูล โดยนำข้อมูลทางสังคมสงเคราะห์ไปใช้ในการวิเคราะห์เพื่อวางแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ระบบรายงานควรมีการนิยามให้ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน มีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมือนกัน ดังผู้ปฏิบัติกลุ่มที่ 2 กล่าวว่า “รายงานควรจะชัดเจน อยากให้เอาข้อมูลไปวิเคราะห์ว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายไหน หนักในพื้นที่ไหน แล้วก็วางแผน ในการลง HCIS แต่ละเดือนจะมีฐานข้อมูลไปวิเคราะห์ วางแผน ไม่ใช่ลงไปก็เหมือนเดิม ยังทำงานเหมือนเดิม”

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาคครั้งนี้ ได้สะท้อนภาพงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ปัญหาในการปฏิบัติงาน และแนวทางการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งระดับบริหาร และระดับปฏิบัติ โดยพบว่า การเปลี่ยนแปลงของนโยบายและระบบสุขภาพ ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งองค์กรและผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ลักษณะงานเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่ให้บริการรักษาปฐมภูมิเป็นหลัก ปัจจุบัน ศูนย์บริการสาธารณสุขมีความรับผิดชอบในเชิงพื้นที่ (area based) เน้นการทำงานเชิงรุกมากขึ้น เป็นด่านหน้าที่เข้าถึงสุขภาพของประชาชน เชื่อมโยงกับบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สิทธิด้านสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญที่หน่วยบริการและผู้ปฏิบัติงานพึงตระหนัก งานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของการสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพ มีความรับผิดชอบต่อ “ชีวิต” ของประชากรตั้งแต่ (ก่อน) เกิดจนเสียชีวิต นักสังคมสงเคราะห์ ในศูนย์บริการสาธารณสุข มีทั้งบทบาทต่อการเป็นวิชาชีพ บทบาทการบริหารศูนย์บริการสาธารณสุข และบทบาทการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ ความสำเร็จของงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข สามารถประเมินได้จากผู้ใช้บริการและตัวนักสังคมสงเคราะห์เอง ส่วนปัญหาของการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข มีทั้งปัญหาเชิงโครงสร้าง จากอัตรากำลังนักสังคมสงเคราะห์ 1 คนต่อศูนย์บริการสาธารณสุข 1 แห่ง ส่งผลกระทบต่อภาระงาน คุณภาพ และการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ รวมถึงปัญหาการขาดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และปัญหาจากการบริหารจัดการระบบสุขภาพ นำไปสู่แนวทางการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุขว่า ควรประเมินผลลัพธ์จากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ นักสังคมสงเคราะห์ควรมีความเป็นผู้นำ ควรมีการพัฒนาวิชาชีพ สังคมสงเคราะห์ทั้งในเชิงการพัฒนาบุคลากร (Human Resources Development) และการบริหารจัดการผ่านวัฒนธรรมวิชาชีพ ควรมีการเน้นกระบวนการทำงานภายใต้หลัก 3P ควรมีการปรับปรุงและพัฒนางาน โดยมีมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และควรปฏิบัติงานบนฐานข้อมูลจริง

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข ภายใต้กระบวนทัศน์สุขภาพแนวใหม่

ศูนย์บริการสาธารณสุข และงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข มีลักษณะงานเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต ไม่ว่าจะเป็นความรับผิดชอบเชิงพื้นที่ (area based) การดูแลประชากรทุกช่วงชีวิต การเข้าถึงสุขภาพเชิงรุก และสิทธิด้านสุขภาพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของนโยบายและระบบสุขภาพของประเทศ ในการกำหนดให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการรักษาพยาบาล หรือ มีหลักประกันสุขภาพโดยถ้วนหน้า เน้นนโยบาย “สร้างนำซ่อม” ประกอบกับการกำหนดนโยบายภายใต้กระบวนทัศน์สุขภาพแนวใหม่ (Health Paradigm) และแนวคิดการดูแลสุขภาพพหุมิติที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในทุกมิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพทางร่างกาย กับจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผลการศึกษา สะท้อนให้เห็นการยอมรับการมีอยู่และความสำคัญของนักสังคมสงเคราะห์ในองค์กรด้านสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพพหุมิติ ต่อบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ทั้งในฐานะวิชาชีพและการบริหารองค์กร จากมุมมองของทั้งตัวนักสังคมสงเคราะห์ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารขององค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของ Pagaling, M. (2022) ที่พบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์สุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้น เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญและจำเป็นของนักสังคมสงเคราะห์ ฐานะที่เป็นหนึ่งในวิชาชีพที่ดูแลสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ไม่เพียงแต่จะต้องมีองค์ความรู้ที่เท่าทันนโยบาย และสามารถปรับตัวต่อระบบสุขภาพที่มีความเป็นพลวัตได้เท่านั้น แต่ยังต้องคาดการณ์แนวโน้มสถานการณ์ทางสังคมและสุขภาพ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตด้วย

2. ปัญหาของการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาของการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ได้แก่ ปัญหาเชิงโครงสร้าง การขาดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ปัญหาระบบสารสนเทศ งานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ข้อจำกัดของภารกิจทำให้บริการพหุมิติ เหล่านี้

เป็นปัญหาที่เกิดจากโครงสร้างและระบบภายในองค์กรเอง จากโครงสร้างอัตรากำลังเพียง 1 คนต่อศูนย์บริการสาธารณสุข 1 แห่ง กับความรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ ประกอบกับความซับซ้อนและหลากหลายของปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภายใต้ภารกิจบริการปฐมภูมิ ได้ส่งผลกระทบต่อภาระงานของนักสังคมสงเคราะห์ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ในขณะที่ระบบสนับสนุนเช่นการใช้ระบบสารสนเทศไม่ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ขาดการสะท้อนกลับของข้อมูล และการวางแผนบนพื้นฐานข้อมูลจริง นอกจากนี้โครงสร้างตำแหน่งที่ขาดความก้าวหน้าไม่ได้ทำให้นักสังคมสงเคราะห์เกิดแรงจูงใจในการพัฒนางาน ส่วนปัญหาจากการบริหารจัดการของระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ถึงแม้ว่าการบริหารจัดการแบบให้เอกชนร่วมให้บริการปฐมภูมิในลักษณะคลินิกชุมชนอบอุ่น จะเป็นการกระจายบริการให้เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ แต่บริการดังกล่าวยังคงเป็นรักษาพยาบาลปฐมภูมิมากกว่าการดูแลสุขภาพองค์รวม เนื่องจากคลินิกชุมชนอบอุ่นไม่มีนักสังคมสงเคราะห์ที่จะดูแลมิติทางจิตสังคมสำหรับผู้ใช้บริการที่ประสบปัญหา กลุ่มดังกล่าวจึงต้องอยู่ในความรับผิดชอบของนักสังคมสงเคราะห์ ในศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ยังต้องใช้ทรัพยากรของศูนย์บริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ใช้บริการ

3. การพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข

ภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management : TQM) ผลการศึกษา พบว่า งานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุขควรมีการพัฒนาในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การให้ความสำคัญกับผู้ใช้บริการ ความเป็นผู้นำ การมีส่วนร่วมของบุคลากร การเน้นกระบวนการ การปรับปรุง การตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐาน ซึ่งแนวทางการพัฒนาดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกันเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยรวมมาใช้ในบริบทการดูแลสุขภาพของ Alzoubi, M.M. et al. (2019) ที่พบว่าแนวคิดการพัฒนาคุณภาพส่งผลในเชิงบวกต่อระบบการดูแลสุขภาพ และเป็นแนวทางสำคัญที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากข้อค้นพบที่ได้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรกำหนดนโยบาย รูปแบบ มาตรการ และการบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบสุขภาพ โดยคำนึงถึงการดูแลสุขภาพองค์รวมในทุกมิติ นอกเหนือจากบริการรักษาพยาบาลปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อประชาชนที่สามารถเข้าถึงบริการ และหน่วยบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

2. กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่มีภารกิจดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ควรสนับสนุนให้มีอัตรากำลังนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ที่ครอบคลุมองค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมอย่างแท้จริง

3. กรุงเทพมหานคร ควรมีการเพิ่มอัตรากำลังนักสังคมสงเคราะห์ ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข หรือบริหารจัดการอัตรากำลังของนักสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ให้เหมาะสมกับภาระงาน สามารถรองรับสถานการณ์ รวมถึงนโยบายด้านสุขภาพและสังคมในอนาคต

4. กรุงเทพมหานคร ควรส่งเสริมให้นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ (Career Path) เทียบเท่าบุคลากรวิชาชีพสายการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเป็นแรงจูงใจและผลักดันให้เกิดการพัฒนาตนเอง นำไปสู่การพัฒนางานตามภารกิจต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. สำนักอนามัย ควรสนับสนุนให้มีการปรับปรุงและพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข ภายใต้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยรวม เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีทิศทาง และส่งเสริมวัฒนธรรมการพัฒนาให้เกิดขึ้นในองค์กร

2. นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย ควรพัฒนาวัฒนธรรมทางวิชาชีพ เพื่อเป็นพื้นที่และกลไกในการบริหารจัดการคนและงาน ให้เกิดความเข้มแข็งและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุขในศูนย์บริการสาธารณสุข โดยนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management : TQM) มาเป็นกรอบในการศึกษา

2. ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุข หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ในประเด็นต่างๆ เพื่อหาช่องว่างและสร้างองค์ความรู้จากการปฏิบัติงาน อันจะนำไปสู่การพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ทางสาธารณสุขในวงกว้างต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- เกิดศิริ ยอดพริ้ง. (2530). การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ชุมชนในกรุงเทพมหานคร : ศึกษาเฉพาะกรณีการประยุกต์ใช้แนวคิดความจำเป็นพื้นฐานในศูนย์บริการสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
TULibrary. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:119220.
- จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร, ระพีพรรณ คำหอม, เยาวเรศ คำมะนาว และทองศิริ กำแดง. (2564). การสร้างคุณค่าและสมรรถนะหลักนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพ. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 29(1), 294 – 328.
- จรรยาพร กุลอานวยชัย. (2538). ความพึงพอใจของผู้รับบริการสังคมสงเคราะห์ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). TULibrary. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:124224.
- ปานทิพย์ บุญยะสุด. (2540). ทักษะของนักสังคมสงเคราะห์ต่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). TULibrary. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:118640

- ศศิพิมล แก่นเมือง และระพีพรรณ คำหอม. (2563). *ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาตตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2556. ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาตตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2556* (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). TULibrary. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:175600
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *สุขภาพคนไทย 2556 : ปฏิรูปประเทศไทย ปฏิรูปโครงสร้างอำนาจเพิ่มพลังพลเมือง*. บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
- สุกัญญา กกแก้ว. (2544). *ความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลต่องานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ภายใต้ทิศทางการสูงส่งการมหาชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). TULibrary. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:116639.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2549). *ผลการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ.2540 – 2549)*. การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ.2549 วันที่ 27 – 29 ตุลาคม 2549.
- สำนักอนามัย. (2564). *คู่มือการปฏิบัติงานของสำนักอนามัย (ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2564)*. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. <https://webportal.bangkok.go.th/health/page/sub/>
- สำนักอนามัย. (ม.ป.ป.). *ประวัติของสำนักอนามัย*. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. <https://webportal.bangkok.go.th/health/page/sub/3523/> ประวัติของสำนัก
- Alzoubi, M. M., Hayati, KS., Rosliza, AM., Ahmad, AA., & Al-Hamdan, ZM. (2019). Total quality management in the health-care context: integrating the literature and directing future research. *Dove press*, 12(n.d.), 167–177. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S197038>

- Pagaling, M. (2022). *Social Connection : An Exploration of Screening Methods in Primary Care* (Doctoral dissertation, Alliant International University) ProQuest. <https://www.proquest.com/openview/adf87599a495c92ca375b8fad7609a17/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Ruth, B. J., & Marshall, J. W. (2017). A history of social work in public health. *American Journal of Public Health*, 107(53), S236-S242. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304005>