



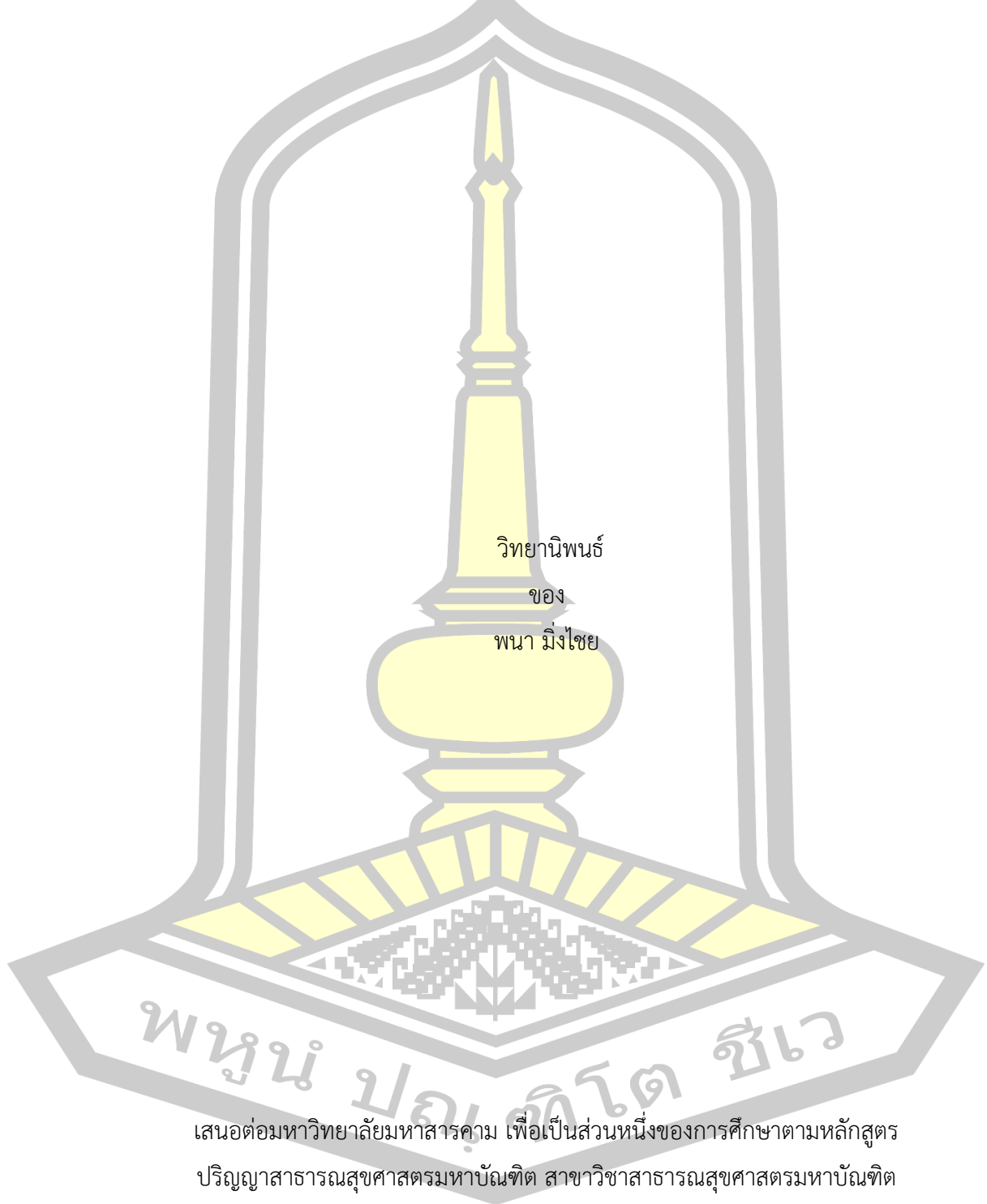
การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชายางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยานิพนธ์
ของ
พนา มิ่งไชย

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มิถุนายน 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวช่างกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี



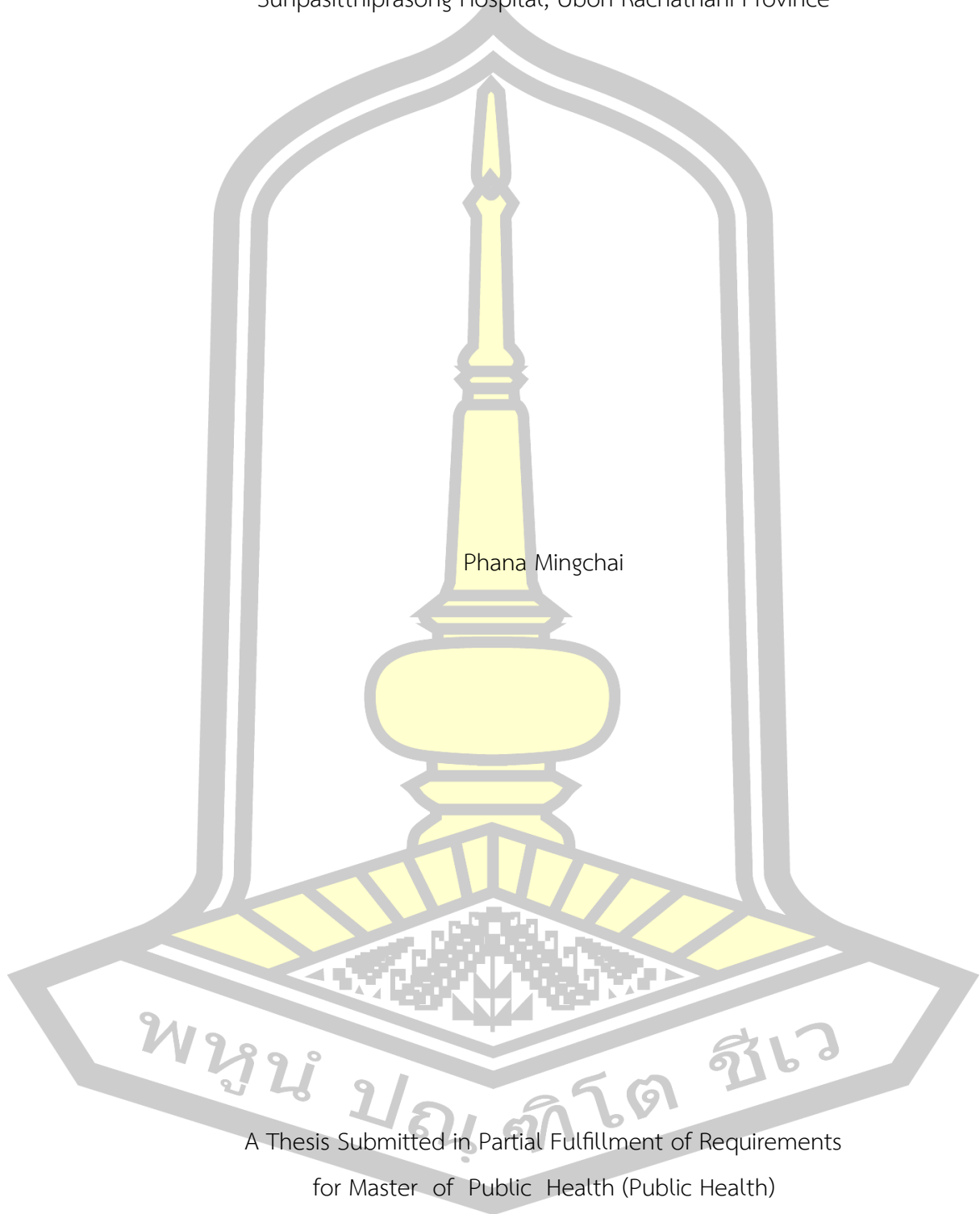
วิทยานิพนธ์
ของ
พนา มิ่งไชย

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มิถุนายน 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Out Patient Department System Development of Chayangkul Primary Care Cluster,
Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Rachathani Province



Phana Mingchai

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

June 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายพนา มิ่งไชย แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....กรรมการ

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. คมสันต์ ธงชัย)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

..... (รศ. ดร. สุภัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาขารณสุขศาสตร์

..... (รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวชายางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้วิจัย	พนา มิ่งไชย		
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตย์พรต		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

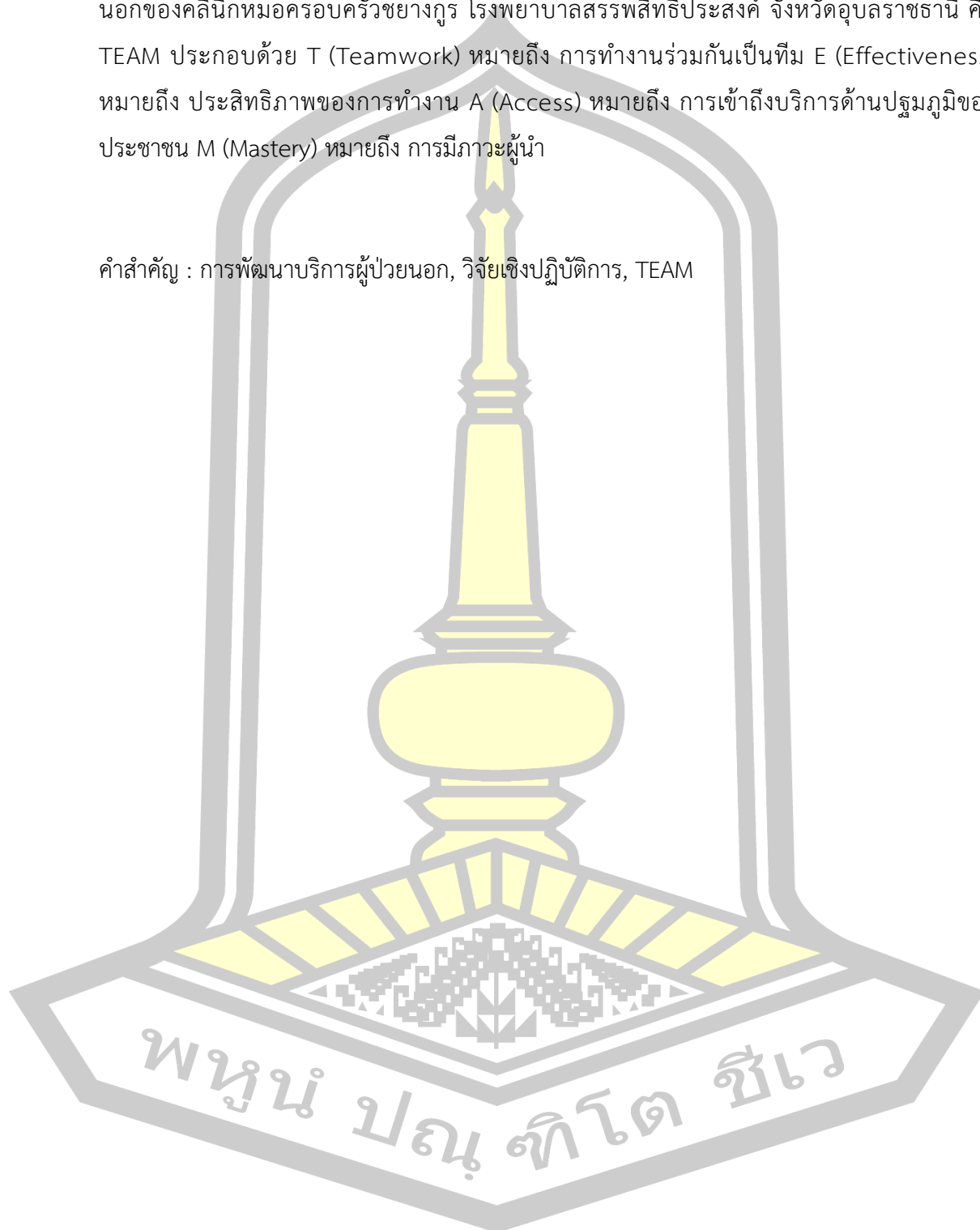
บทคัดย่อ

คลินิกหออครอบครัวจัดเป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งของการจัดระบบบริการในระดับปฐมภูมิ โดยอาศัยหัวใจของเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวชายางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ 1.การวางแผน 2.การปฏิบัติ 3.การสังเกต 4.การสะท้อนผล ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิชายางกูร จำนวน 21 คน และกลุ่มผู้รับบริการในคลินิกหออครอบครัวชายางกูร จำนวน 385 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Paired t-test dependent และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกมีทั้งหมด 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1.การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ 2.จัดทำแผนปฏิบัติการ 3.พัฒนาศักยภาพทีมหออครอบครัวหออครอบครัวชายางกูร 4.นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในคลินิกหออครอบครัว 5.การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน 6.ประชุมเชิงปฏิบัติการ “ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ” 7.สนับสนุนติดตาม นิเทศงาน 8.ประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 9.ถอดบทเรียนจัดเวทีแลกเปลี่ยน ซึ่งการวิเคราะห์การดำเนินงาน พบว่า ผู้ให้บริการมีระดับค่าเฉลี่ยของบทบาทและความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงขึ้นจากก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value<0.001) ผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจในการมารับบริการในระดับมาก หลังการพัฒนา พบว่าคลินิกหออครอบครัวชายางกูรผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการ

สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ทั้ง 8 ด้าน ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชายางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี คือ TEAM ประกอบด้วย T (Teamwork) หมายถึง การทำงานร่วมกันเป็นทีม E (Effectiveness) หมายถึง ประสิทธิภาพของการทำงาน A (Access) หมายถึง การเข้าถึงบริการด้านปฐมภูมิของประชาชน M (Mastery) หมายถึง การมีภาวะผู้นำ

คำสำคัญ : การพัฒนาบริการผู้ป่วยนอก, วิจัยเชิงปฏิบัติการ, TEAM



TITLE	Out Patient Department System Development of Chayangkul Primary Care Cluster, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Rachathani Province		
AUTHOR	Phana Mingchai		
ADVISORS	Terdsak Promarak , Ph.D. Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2023

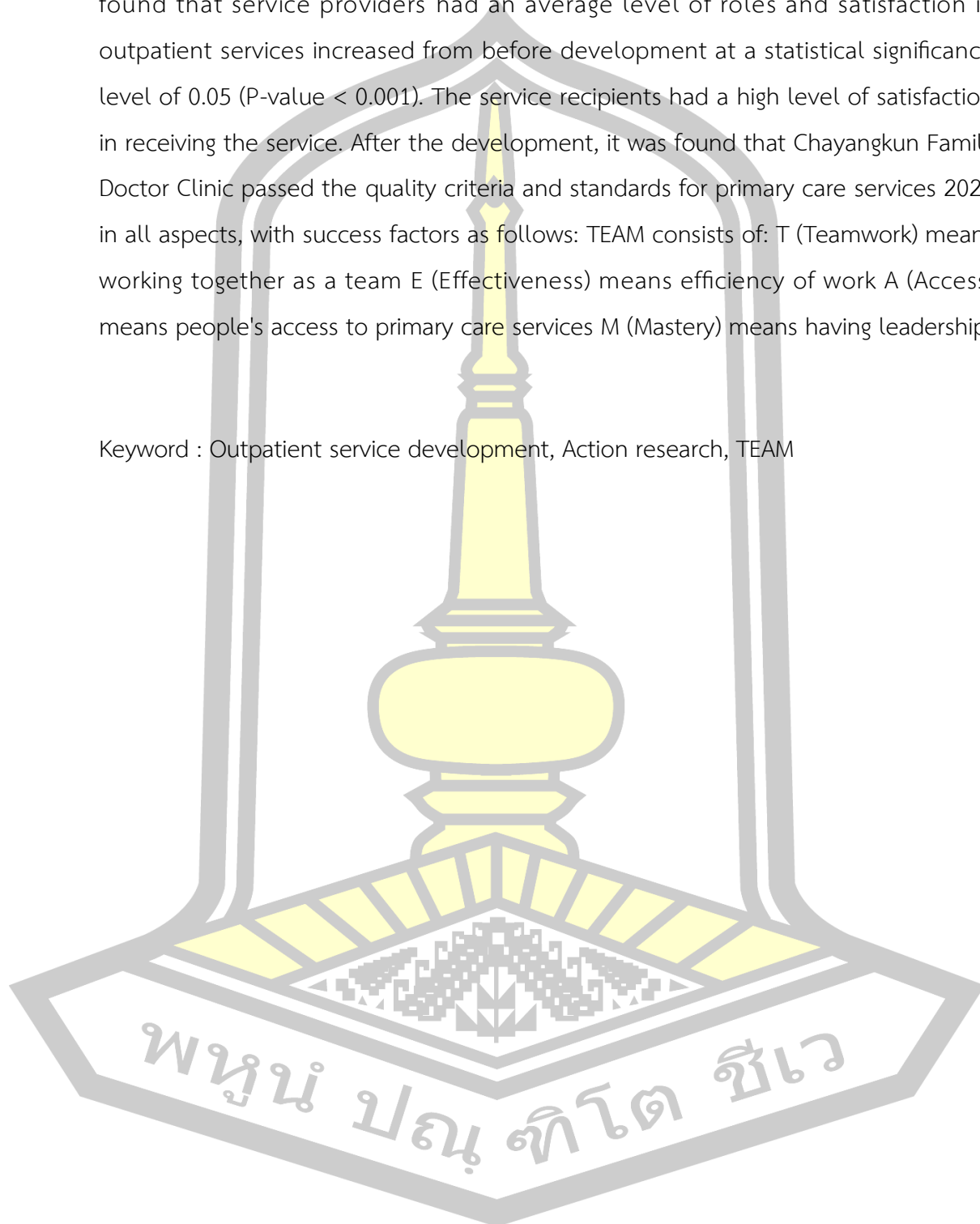
ABSTRACT

The Family Doctor Clinic is one of the developments in the primary care system based on the heart of family medicine, which is patient-centered care. This research aims to To develop outpatient services of the Chayangkun Family Doctor Clinic Sappasitthiprasong Hospital Ubon Ratchathani Province It is an action research with 4 steps: 1. Planning 2. Implementation 3. Observation 4. Reflection It was conducted between February and April 2023. The sample group was 21 members of the Chayangkun Primary Care Network Executive Committee and 385 recipients of the Chayangkun family doctor's clinic. Data were collected by using a questionnaire. and an assessment form for quality criteria and standards for primary health care services Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation. Comparison before and after development by Paired t-test dependent and content analysis.

The study found that Outpatient service development process consists of 9 steps: 1. Context and situation analysis. 2. Prepare an action plan. 3. Develop the potential of the Chayangkun family doctor team. 4. Bring information technology to use in family doctor clinics. 5. Proactive implementation in the community 6. Workshop “Infection prevention and control system” 7. Support, follow-up, supervision 8. Assessment of quality criteria and standards for primary health care

services 9. Take lessons learned, arrange exchange forums The operational analysis found that service providers had an average level of roles and satisfaction in outpatient services increased from before development at a statistical significance level of 0.05 (P-value < 0.001). The service recipients had a high level of satisfaction in receiving the service. After the development, it was found that Chayangkun Family Doctor Clinic passed the quality criteria and standards for primary care services 2023 in all aspects, with success factors as follows: TEAM consists of: T (Teamwork) means working together as a team E (Effectiveness) means efficiency of work A (Access) means people's access to primary care services M (Mastery) means having leadership

Keyword : Outpatient service development, Action research, TEAM



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้ และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาช่วยให้คำแนะนำตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดีศกุล ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ กรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมสันต์ ธงชัย ผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่เคารพทุกท่านที่กรุณาชี้แนะตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จครบถ้วน

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์เด่นชัย ตั้งมโนกุล ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ และนายวิระพล วิเศษสังข์ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือในการทำ วิทยานิพนธ์

ขอบพระคุณทีมหมอครอบครัวช่างกรู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด อุบลราชธานีทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ประสานงาน และ ปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการบริหาร และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุนในครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมทีมวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่เป็นกำลังใจ และร่วมแลกเปลี่ยนปัญหาและประสบการณ์ ร่วมกันจนสำเร็จในวันนี้ ขอขอบคุณครอบครัวที่ให้โอกาสทางการศึกษาครั้งนี้

ประโยชน์และคุณค่าในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบบูชาพระคุณบุพการีครูอาจารย์ทุกท่านที่ ให้ความรู้และกัลยาณมิตรทุกคนที่สนับสนุนให้เกิดความมานะ พยายาม ให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

พูน ปณ ทิโต ชีเว

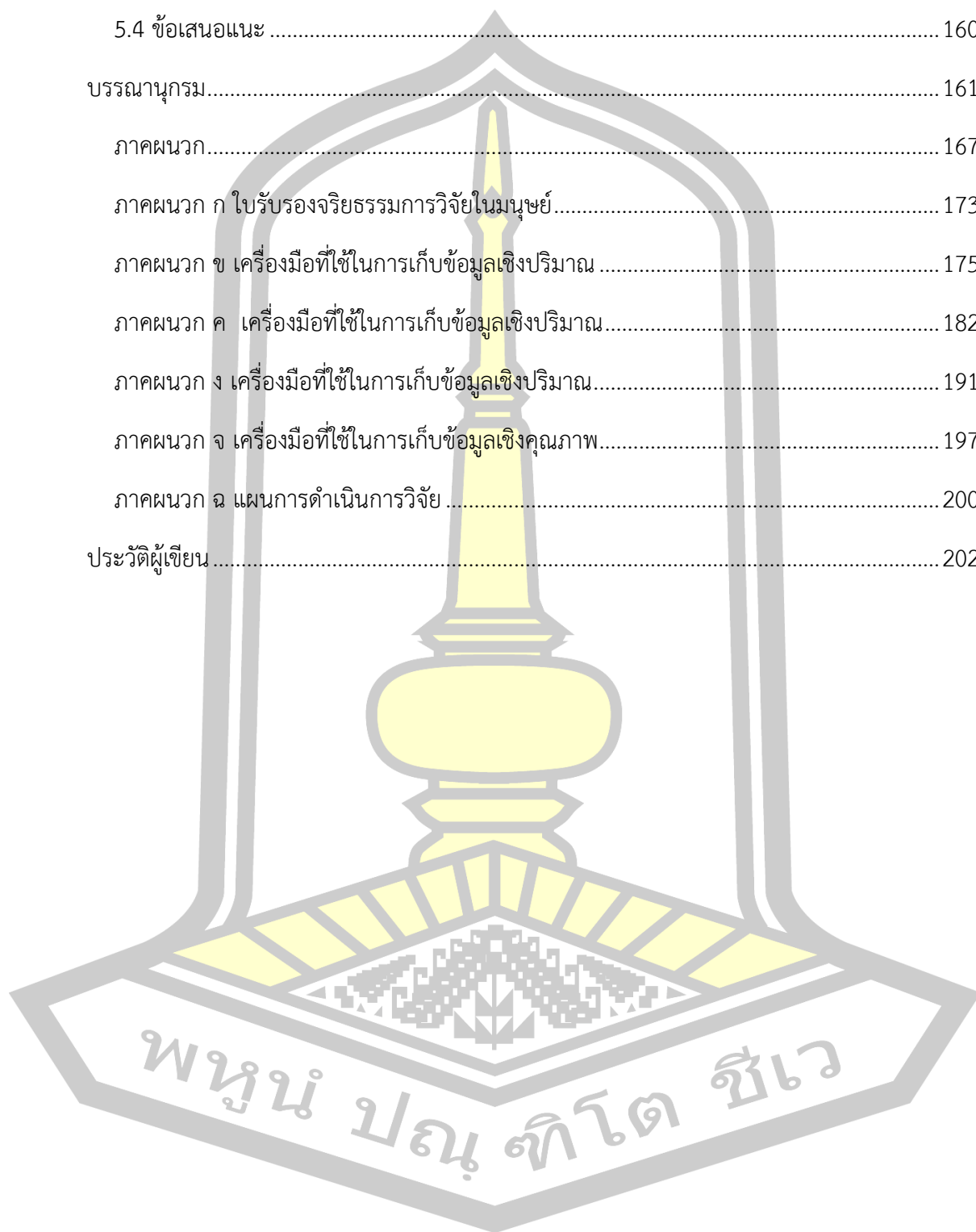
พนา มิ่งไชย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	6
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ.....	9
บทที่ 2.....	10
ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	10
2.1 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย.....	10
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพในเขตเมือง.....	30
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพ.....	36
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการ.....	40
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการบริการ.....	49
2.6 การดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวอย่างบูรณาการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.....	54

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	60
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	73
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)	78
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	79
3.1 รูปแบบการศึกษา.....	79
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	79
3.3 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	82
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	84
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	87
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	88
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	92
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.....	92
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	93
4.1 บริบทของการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครบวรวัชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	93
4.2 กระบวนการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครบวรวัชยางกูร โรงพยาบาลสรรพ สิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	98
4.3 ผลของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครบวรวัชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	108
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครบวรวัชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.....	147
บทที่ 5	149
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	149
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา	149
5.2 สรุปผล.....	150

5.3 อภิปรายผล.....	157
5.4 ข้อเสนอแนะ.....	160
บรรณานุกรม.....	161
ภาคผนวก.....	167
ภาคผนวก ก ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	173
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ.....	175
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ.....	182
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ.....	191
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	197
ภาคผนวก ฉ แผนการดำเนินการวิจัย.....	200
ประวัติผู้เขียน.....	202



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 จำนวนบุคลากรตามวิชาชีพใน Primary Care Cluster (PCC).....	17
ตาราง 2 รูปแบบบริการคลินิกหมอครอบครัว.....	20
ตาราง 3 กิจกรรมการบริการคลินิกหมอครอบครัวขงากร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด 57	57
ตาราง 4 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของคลินิกหมอครอบครัวขงากร ในปีงบประมาณ.....	59
ตาราง 5 ผู้รับบริการกลุ่มผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขงากร โรงพยาบาลสรรพสิทธิ.....	59
ตาราง 6 กลุ่มผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขงากร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....	60
ตาราง 7 คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิขงากร และผู้ให้บริการปฐมภูมิขงากร....	80
ตาราง 8 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ.....	90
ตาราง 9 การบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขงากรก่อนการพัฒนา.....	94
ตาราง 10 แนวทางการแก้ปัญหาพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวให้ได้คุณภาพ.....	99
ตาราง 11 กำหนดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan).....	101
ตาราง 12 รายละเอียดโครงการพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวขงากร.....	101
ตาราง 13 รายละเอียดโครงการหมอครอบครัวขงากร ก้าวสู่เทคโนโลยี 4.0.....	102
ตาราง 14 รายละเอียดโครงการประชาชนทุกครอบครัว มีหมอครอบครัวดูแลทุกคน.....	103
ตาราง 15 รายละเอียดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทีม.....	104
ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการ ในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก (N = 21).....	109
ตาราง 17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตามบทบาท.....	111
ตาราง 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตามบทบาท.....	116

ตาราง 19 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก..... 119

ตาราง 20 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอกของผู้ให้บริการ ก่อนและ..... 120

ตาราง 21 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตามความพึง
..... 121

ตาราง 22 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตาม ความพึง
..... 124

ตาราง 23 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการบริการ
..... 126

ตาราง 24 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอกของผู้ให้บริการ ก่อนและ
..... 127

ตาราง 25 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก (n = 385)..... 128

ตาราง 26 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้รับบริการ จำแนกตามความ
..... 132

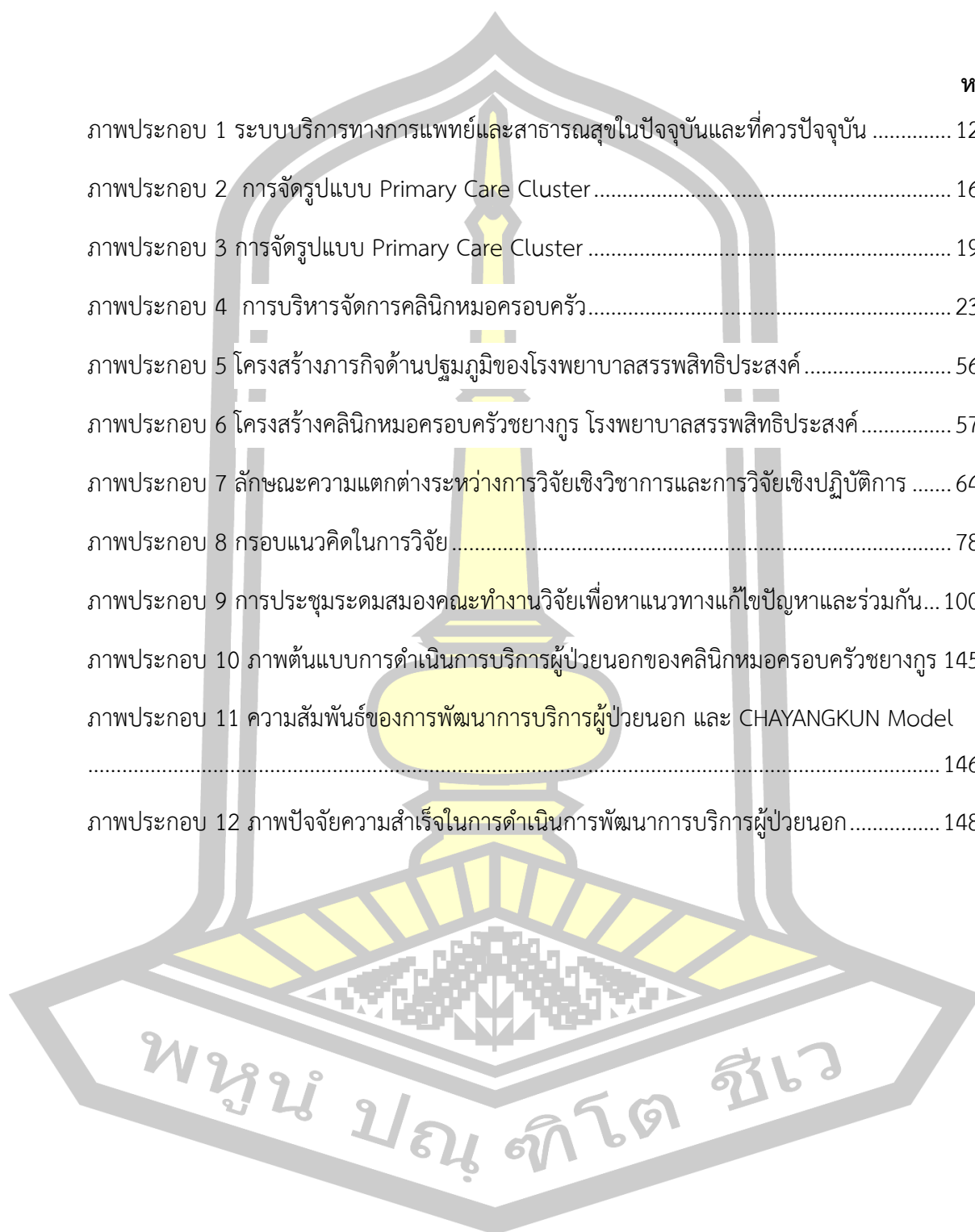
ตาราง 27 จำนวน ร้อยละ ของผู้รับบริการ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการมารับบริการ.... 135

ตาราง 28 ผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว 136



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันและที่ควรปัจจุบัน	12
ภาพประกอบ 2 การจัดรูปแบบ Primary Care Cluster	16
ภาพประกอบ 3 การจัดรูปแบบ Primary Care Cluster	19
ภาพประกอบ 4 การบริหารจัดการคลินิกหออครอบครัว	23
ภาพประกอบ 5 โครงสร้างภารกิจด้านปฐมภูมิของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	56
ภาพประกอบ 6 โครงสร้างคลินิกหออครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	57
ภาพประกอบ 7 ลักษณะความแตกต่างระหว่างการวิจัยเชิงวิชาการและการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	64
ภาพประกอบ 8 กรอบแนวคิดในการวิจัย	78
ภาพประกอบ 9 การประชุมระดมสมองคณะทำงานวิจัยเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน... ..	100
ภาพประกอบ 10 ภาพต้นแบบการดำเนินการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวชยางกูร	145
ภาพประกอบ 11 ความสัมพันธ์ของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก และ CHAYANGKUN Model	146
ภาพประกอบ 12 ภาพปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก	148



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 47 วรรคหนึ่ง กำหนดให้บุคคลมีสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ มาตรา 55 กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง และมาตรา 258 ข (5) กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องออกกฎหมายใหม่เนื่องจาก กฎหมายที่มีอยู่เดิมไม่สนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2560 มาตรา 258 ข (5) ทั้งนี้เพื่อทำให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ มีความเข้มแข็งมากขึ้น และสามารถดูแล ประชาชนให้มีสุขภาพแข็งแรง ลดการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการนอนและเวลาดอนในโรงพยาบาล ประชาชนและชุมชนพึ่งพาตนเองได้โดยทำดีที่สุด จะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ลดลงได้ในระยะยาว ซึ่งกฎหมายฉบับดังกล่าว คือ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2562 พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มีสาระสำคัญ คือ

- 1) ระบบสุขภาพปฐมภูมิหมายถึง กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการ เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ
- 2) เนื้อหาประกอบด้วย 6 หมวด 2 ได้แก่ หมวด 1 คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิหมวด 2 การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิหมวด 3 การ ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหมวด 4 การ ส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ หมวด 5 พนักงานเจ้าหน้าที่ และหมวด 6 บทกำหนดโทษ
- 3) กำหนดให้มีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิทำหน้าที่กำกับดูแลเชิงนโยบาย ควบคุมกำกับกำหนด หลักเกณฑ์การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและกำหนดมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติตามนโยบาย/ ยุทธศาสตร์/ แผน รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศ สำหรับเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบ สุขภาพปฐมภูมิและจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในจำนวนที่เหมาะสม
- 4) กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิและการรักษาพยาบาลตามกฎหมาย
- 5) กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ และร่วมกับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง จัดทำบัญชีรายชื่อผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการ รวมทั้งจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการ จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ 6) ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งผู้รับบริการให้หน่วยบริการอื่น ๆ กำหนดให้มีระบบ ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้รับบริการ และ 7) กำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจในการ ตรวจสอบสถานที่หน่วยบริการ ตลอดจนกำหนดโทษ ในกรณีไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ โดยให้เป็นความผิดที่สามารถ เปรียบเทียบปรับได้ ทั้งนี้ ภาครัฐมีความมุ่งหวังว่าหากมีการดำเนินการตามพระราชบัญญัติระบบ สุขภาพปฐมภูมิพ.ศ. 2562 อย่างเป็นรูปธรรม ประชาชนจะได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีมาตรฐาน และลดความเหลื่อมล้ำในการ เข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิอันเป็นการสร้างความเป็นธรรมและความ มั่นคงด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นในสังคมและประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ. 2562)

กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการนำเอาแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้าน สาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนา ระบบสุขภาพของประเทศให้สอดคล้องกับนโยบายในระดับชาติ และมีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 -2579) แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) นโยบายประเทศไทย 4.0 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การ สหประชาชาติ (Sustainable Development Goals : SDGs) โดยแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขฉบับนี้ประกอบไปด้วย สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ คัดกรองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็น เลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศ ด้วย ธรรมาภิบาล (Governance Excellence) มีแผนงานและโครงการรวมทั้งสิ้น 15 แผนงาน 45 โครงการซึ่งมีเป้าหมาย ตัวชี้วัดและมาตรการสำคัญในแต่ละโครงการตลอดจนแนวทางการขับเคลื่อน และการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อขับเคลื่อนและสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้าน สาธารณสุขให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน, 2559) ซึ่งเป้าหมายการปฏิรูปประเทศไทยของรัฐบาล ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปด้าน สาธารณสุขมี 10 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว(Primary Care Cluster : PCC) 3) การพัฒนาระบบบริการ(Service Plan) 4) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) 5) นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมี สิทธิทุกที่(Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) 6) การกระทรวงสาธารณสุข

ได้ดำเนินการนำเอาแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้สอดคล้องกับนโยบายในระดับชาติ และมีความสอดคล้องเชื่อมโยงกันกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 -2579) แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) นโยบายประเทศไทย 4.0 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals : SDGs) โดยแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขฉบับนี้ประกอบไปด้วย สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) มีแผนงานและโครงการรวมทั้งสิ้น 15 แผนงาน 45 โครงการซึ่งมีเป้าหมาย ตัวชี้วัดและมาตรการสำคัญในแต่ละโครงการตลอดจนแนวทางการขับเคลื่อนและการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนและสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) ซึ่งเป้าหมายการปฏิรูปประเทศไทยของรัฐบาล ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปด้านสาธารณสุขมี 10 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) 3) การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) 4) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) 5) นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) 6) การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC) 7) การพัฒนาอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร 8) การเพิ่มประสิทธิภาพการขึ้นทะเบียน และใบอนุญาต 9) ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพพิเศษ และ 10) โครงการ Green & Clean Hospitals โดยมีกรอบแนวคิดเป็นกรอบการพัฒนาในระยะยาว มุ่งเน้นเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทย มีความมั่นคงมั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่าย เพื่อเป้าหมายสูงสุดให้คนไทยมีสุขภาพดี (กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559)

กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูปด้านสาธารณสุขส่วนหนึ่งคือการปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อปรับสามเหลี่ยมระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ควรจะเป็นให้กลับตั้งอยู่บนฐานที่มี

ความมั่นคง เน้นการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข ตลอดจนลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม และสร้างโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการของรัฐอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีม “หมอครอบครัว (Family Care Team)” อันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ เข้าไปบริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือน โดยอาศัยหัวใจของเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered Care) มาใช้ในการจัดบริการ เพื่อตอบสนองความท้าทายต่อประชาชนให้ความเชื่อถือและมุ่งไปรับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ด้วยการใช้หลักการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับสถานการณ์สุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต นโยบายนี้มุ่งพัฒนาให้เกิดทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลประชาชนในระดับปฐมภูมิ โดยจัดให้มีจำนวนประชากรในขนาดที่เหมาะสมเพื่อให้ทีมรู้จักประชากรและชุมชนเป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดการดูแลได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนมีที่พึ่งยามเจ็บไข้ได้ป่วยเสมือนการมีหมอเป็นญาติ และให้ทีมรวมตัวกันเป็นกลุ่มเครือข่าย (Cluster) เพื่อร่วมกันบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2559)

คลินิกหมอครอบครัวขยายกรุง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหน่วยบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองแห่งหนึ่งในจำนวน 5 แห่ง ของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ (CUP Board) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองขยายกรุง ภายใต้การกำกับควบคุมของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลนครอุบลราชธานี รับผิดชอบประชากร 18,568 คน มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพเฉลี่ย 28 คนต่อวัน ให้บริการระบบสุขภาพปฐมภูมิในงานสาธารณสุขพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน คือ งานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมและป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสุขภาพ มีจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดเฉลี่ยในรอบ 3 ปี จำนวน 9,958 คนต่อปี หรือ 30,968 รายต่อปี และเนื่องจากสภาพการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองมีความซับซ้อนกว่าเขตชนบท กล่าวคือประกอบด้วยหน่วยบริการประจำแม่ข่ายที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีลักษณะของระบบงานเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจในด้านบริการงานรักษาพยาบาลทางการแพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ ในระดับตติยภูมิ (Tertiary Care Level) มีขอบเขตการให้บริการครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยในจังหวัดของตนเองและผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากจังหวัดข้างเคียง จึงทำให้คลินิกหมอครอบครัวขยายกรุง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ประสบอุปสรรคปัญหาในการดำเนินงานจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การขาดความเข้าใจในบทบาทและภารกิจของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้บริหารในโรงพยาบาลแม่ข่าย นโยบายลดความแออัด

ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลที่ส่งผลโดยตรงต่อปริมาณผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในคลินิกหมอครอบครัว การขาดความเชื่อมต่อสอดคล้องในระบบการดูแลควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างคลินิกหมอครอบครัวและโรงพยาบาลแม่ข่าย การจัดสรรงบประมาณที่ไม่สอดคล้องและตอบสนองปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ความล่าช้าในการแก้ไขปัญหาด้านโครงสร้างสถานที่เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ที่ไม่เพียงพอ อัตรากำลังปฏิบัติงานไม่เพียงพอ การมอบหมายภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องให้ปฏิบัติแก่คลินิกหมอครอบครัว ปัญหาผู้รับบริการร้องเรียนแพทย์และเจ้าหน้าที่จากความล่าช้าในบริการต่าง ๆ หน่วยบริการอื่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขประกอบกับประชาชนในเขตเมืองมีความคาดหวังกับระบบบริการสุขภาพที่ดีเทียบเท่าโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชนขนาดใหญ่ ส่งผลให้การดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวขงากรุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิมาโดยตลอดนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน และจากการสำรวจตามแบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ฉบับปี พ.ศ. 2566 ในเบื้องต้นพบว่า คลินิกหมอครอบครัวขงากรุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ไม่ผ่านเกณฑ์ 4 ด้าน จากเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานทั้งหมด 8 ด้าน โดยไม่ผ่านเกณฑ์ด้านที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ คือ ไม่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และไม่มีแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ ด้านที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ คือ ไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข, ไม่มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และไม่มีมีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านที่ 5 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ การจัดบริการในชุมชนไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ขาดความต่อเนื่อง และด้านที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คือ ไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ขาดทักษะ ความรู้ ไม่ผ่านการอบรม จึงส่งผลให้การบริการผู้ป่วยนอกขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ขาดการทำงานในเชิงรุก ไม่มีความครอบคลุมของการบริการ ไม่มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดการมีส่วนร่วมในการทำงานของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เป็นต้น

ดังนั้น คลินิกหมอครอบครัวขงากรุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นสถานบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จึงจำเป็นต้องดำเนินการพัฒนาระบบบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการด้านบริการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี โดยมีคุณภาพและมาตรฐานการ

ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่ดี อันจะนำไปสู่การได้รับบริการสุขภาพที่ดี เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบต่อไปได้

1.2 คำถามการวิจัย

การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรับครีวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการบริการ และผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรับครีวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1. บริบทในการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรับครีวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. กระบวนการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรับครีวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
3. ผลของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรับครีวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรับครีวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรับครีวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีขอบเขตในการศึกษา ดังนี้

1.4.1 ด้านเนื้อหา

การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกคลินิกหออกรับครีวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 มี 8 ด้าน ประกอบด้วย ด้านระบบบริหารจัดการ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อม ด้านระบบสารสนเทศ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการจัดบริการเภสัช

กรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค (คปส.) และด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

1.4.2 ด้านประชากร

1) คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 13 คน และผู้ให้บริการในคลินิกหออครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 8 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 คน

2) ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในคลินิกหออครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2566 จำนวน 1,665 คน โดยสามารถคำนวณหาขนาดตัวอย่างในกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยนอก ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 385 คน

1.4.3 ด้านพื้นที่

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาในการจัดบริการของคลินิกหออครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.4 ระยะเวลา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษา ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 3 เดือน

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้วิจัยจึงได้กำหนดนิยามความหมายของคำต่าง ๆ เพื่อเป็นการทำความเข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ไว้ดังนี้

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง การบริการสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย การดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ในลักษณะการให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งในบริบทของครอบครัวและชุมชน ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 มี 8 ด้าน ประกอบด้วย ด้านระบบบริหารจัดการ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านระบบสารสนเทศ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค (คปส.) และด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

คลินิกหออครอบครัวขยายงูร หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพที่มีการจัดให้บริการระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยคณะกรรมการบริหารเครือข่าย (CUP Board) ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ให้แก่ประชาชนในพื้นที่เขตรับผิดชอบของชุมชนเมืองขยายงูร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยจัดให้มีทีมหออครอบครัวซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันต

แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่น ๆ รวมเป็น
ทีมหมอครอบครัว ที่ปฏิบัติหน้าที่ร่วมกันดูแลสุขภาพองค์รวมของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
(Catchment Population)

ผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด
อุบลราชธานี หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูร โรงพยาบาลสรรพ
สิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาล สามารถกลับบ้านได้
เลยในวันที่เข้ารับการรักษา

การบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี หมายถึง กิจกรรมในการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่คลินิกหมอ
ครอบครัวขยายกรูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จัดบริการให้แก่ผู้ป่วยนอก
ที่มารับบริการ รวมถึงการดูแลบริการในด้านความสะดวกในการรับบริการ สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก
ขั้นตอนและระยะเวลาในการรับบริการ

การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิ
ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี หมายถึง กิจกรรมในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 9
ขั้นตอน เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ทั้ง 8 ด้าน
ประกอบด้วย ด้านระบบบริหารจัดการ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ด้านสถาน
ที่ตั้งหน่วยบริการ อาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อม ด้านระบบสารสนเทศ ด้านระบบบริการสุขภาพ
ปฐมภูมิ ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและ
งานคุ้มครองผู้บริโภค (คปส.) และด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ความพึงพอใจต่อการบริการของคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิ
ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี หมายถึง ความรู้สึกหรือการแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการที่เกิดขึ้น
หลังจากการได้รับบริการในคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด
อุบลราชธานี โดยมีการประเมินจาก 4 ด้านคือ 1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับการบริการ
(Convenience) 2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Co-ordination) 3) ความพึง
พอใจต่ออัธยาศัยของผู้ให้บริการ (Courtesy) และ 4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ
(Medical Information)

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1. คลินิกหมอครอบครัวขยายกรู ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ทั้ง 8 ด้าน
2. ใช้เป็นแนวทางการยกระดับคุณภาพ และมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้เป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566
3. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในการบริการสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

- 2.1 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย
- 2.2 แนวคิดระบบการสาธารณสุขและการบริการสุขภาพในเขตเมือง
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพ
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการ
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการบริการ
- 2.6 การดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวขงากรุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
- 2.7 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย

ตามที่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้กำหนดสาระสำคัญด้านสาธารณสุขให้กับประชาชน กล่าวคือ ประชาชนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐทุกคนตามสิทธิที่กฎหมายกำหนดไว้ รวมถึงได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แม้กระทั่งเด็กและแม่ที่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์จนคลอดออกมามีชีวิต ต่อเนื่องไปจนถึงการดูแลและพัฒนา ก่อนเข้ารับการศึกษา เพื่อพัฒนาร่างกาย จิตใจ วินัย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาให้สมกับวัย โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนเข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินการด้วย ด้านการให้บริการสาธารณสุขจะต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ พร้อมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยจะต้องมีการพัฒนาบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ต่อมาในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ขึ้นโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2562 และมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 มีหลักการสาระสำคัญเป็นการกำหนดกลไกการจัดระบบ

สุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 โดยมีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำหน้าที่กำหนดรูปแบบจัดตั้งกลไกดำเนินงาน ควบคุมและกำกับดูแลเชิงนโยบายควบคู่ไปกับการกำหนดหลักเกณฑ์การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ การผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมถึงแต่งตั้งคณะทำงานผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิโดยกำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบงานเลขานุการของคณะกรรมการดังกล่าว โดยกลไกการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีดังนี้ คือ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

- 1) บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมาย โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นผู้ดูแล
- 2) จัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในจัดกระบวนการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่รับผิดชอบตามพื้นที่บริการ
- 3) ให้นำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่งต่อผู้รับบริการ จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตลอดจนส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิหรือส่งเสริมและสร้างเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง
- 4) ควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน โดยมีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิกำหนดมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และจัดให้มีการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบ
- 5) ส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้เป็นไปตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยส่งเสริมและพัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน (สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2562)

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้นำพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มาเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดนโยบายและวางแผน กำหนดทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ในการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศ ประกอบไปด้วย

- 1) จุดยืนองค์กร (Positioning) คือ ส่วนกลางทำหน้าที่พัฒนานโยบาย กำกับ ติดตาม ประเมินผล ส่วนภูมิภาค (เขตสุขภาพ) ให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการหน่วยบริการ และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ
- 2) วิสัยทัศน์เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี
- 3) พันธกิจพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน
- 4) เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

5) ค่านิยม MOPH: Mastery, Originality, People-centered Approach, Humility

6) ยุทธศาสตร์หลัก 4 ด้าน

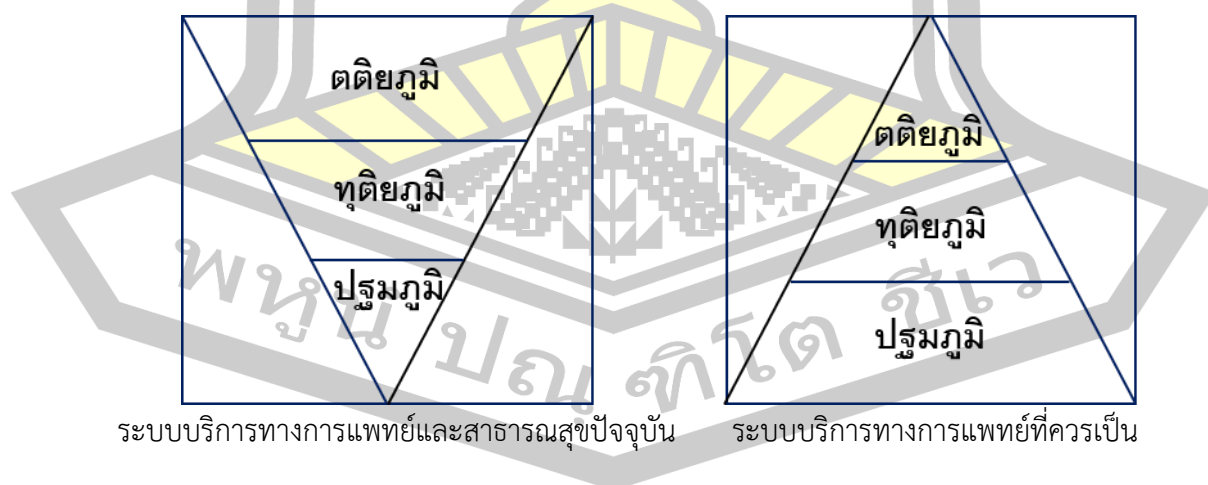
6.1 ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)

6.2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

6.3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

6.4 บริหารจัดการเป็นเลิศ (Governance Excellence)

จากสภาพการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยที่ซบเซาลงด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความแออัด ใช้เวลานานในการรอรับบริการ เกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการและความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาพยาบาล มีความไม่พึงพอใจในการรับบริการของพี่น้องประชาชน การให้การดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญทำให้เกิดการดูแลเป็นรายโรค เฉพาะอวัยวะ ไม่มีเจ้าภาพในการดูแลแบบองค์รวม เวลามีปัญหาไม่รู้จะปรึกษาแพทย์ท่านใด แตกต่างจากคนที่มีญาติเป็นหมอ สามารถปรึกษาหรือถามปัญหาเวลาเจ็บไข้ได้ตลอดเวลา ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขควรเป็นระดับต่าง ๆ ในรูปสามเหลี่ยม จากฐานสามเหลี่ยมควรเป็นระดับปฐมภูมิที่ดูแลรักษาป้องกันโรคง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนที่พบได้มากมาย พื้นที่ตรงกลางของสามเหลี่ยมเป็นการดูแลขั้นทุติยภูมิ ยอดปลายแหลมของสามเหลี่ยมเป็นพื้นที่การดูแลด้วยตติยภูมิคือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ขณะนี้ระบบบริการของประเทศไทยจึงเป็นสามเหลี่ยมหัวกลับตั้งบนยอดสามเหลี่ยมทำให้มีโอกาสล้มได้ตลอดเวลา ดังภาพประกอบ 1 (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)



ภาพประกอบ 1 ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันและที่ควรปัจจุบัน

ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559.

กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลต้องการแก้ไขปัญหาระบบบริการด้วย คลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) เป็นระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชนในจำนวน 10,000 คน ต่อหนึ่งทีม มอบหมายพื้นที่ในการดูแลที่ชัดเจน ในรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2559 ในหมวดเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุข ระบุให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมประชาชนทุกคนทุกครอบครัวจะมีหมอครอบครัวเป็นญาติให้การดูแล แบบใกล้บ้านใกล้ใจ เหมือนพี่น้อง (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

คลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster)

คลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) เป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งของการจัดระบบบริการในระดับปฐมภูมิโดยอาศัยหัวใจของเวชศาสตร์ครอบครัวคือ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient & Centered Care) มาใช้ในการจัดบริการเพื่อตอบสนองความท้าทายของที่ประชาชนให้ความเชื่อถือและไปรับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และใช้หลักการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับสถานการณ์สุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต นโยบายนี้มุ่งพัฒนาให้เกิดทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลประชาชนในระดับปฐมภูมิ โดยจัดให้มีจำนวนประชากรในขนาดที่เหมาะสมเพื่อให้ทีมรู้จักประชากรและชุมชนเป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดการดูแลได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนมีที่พึ่งยามเจ็บไข้ได้ป่วย เสมือนการมีหมอเป็นญาติ และให้ทีมรวมตัวกันเป็นกลุ่มเครือข่าย (Cluster) เพื่อร่วมกันบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มเครือข่าย (Cluster) นี้ต้องเชื่อมโยงการทำงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายระบบบริการในระดับอำเภอ (District Health System) อีกด้วย การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่น ๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว หรืออาจเรียกได้ว่า “Family Medical Care Team” ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ (Catchment Population) โดยจัดให้มีจำนวนประชากร 10,000 คน/ ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 Cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน สำหรับสถานที่ตั้งของหน่วยบริการให้พิจารณาตามความจำเป็น สำหรับการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ดูแล สามารถจัดให้มีหน่วยบริการได้ตั้งแต่ 1 แห่งจนถึง 3 แห่งได้ ตามความเหมาะสมและความคุ้มค่า (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ระบบบริการคลินิกหมอครอบครัวมีผลต่อประชาชนดังนี้ (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

1. การให้บริการที่เป็นองค์รวม ทำให้ประชาชนสุขภาพดี ได้แก่

1.1 การตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพได้รับการดูแล ANC ใกล้บ้านด้วยแพทย์และพยาบาลคนเดิม สามารถตรวจพบความผิดปกติได้รวดเร็ว มีระบบส่งต่อที่รวดเร็วพบผู้เชี่ยวชาญตรงสาขาที่เป็นปัญหาของประชาชน

1.2 คลินิกสุขภาพเด็กดีให้คำปรึกษาตรวจพัฒนาการของเด็กเพื่อให้เด็กไทยมีพัฒนาการที่ดี

1.3 งานอนามัยโรงเรียน ทำให้เด็กนักเรียนเติบโตสมส่วน ป้องกันโรคและลดการสูญเสียจากโรคที่ไม่สมควร เช่น การจมน้ำเสียชีวิต

1.4 NCD Clinic คุณภาพ มีการคัดกรองสามารถลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้การรักษาโรคที่ดี สามารถควบคุมได้ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวาย เรื้อรัง โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมอง ตาบอด หรือมีปัญหาเป็นแผลที่เท้า เป็นต้น

1.5 ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ และป้องกันผู้สูงอายุรายอื่น ๆ ไม่ให้เข้าสู่ภาวะต้องพึ่งพิง

1.6 การควบคุมป้องกันโรคที่เป็นเป้าหมายสำคัญ หรือปัญหาของพื้นที่ เช่น เอชไอวี โรค มาลาเรีย เป็นต้น

1.7 การตรวจสุขภาพ/ ระบบข้อมูลส่วนบุคคล Personal Health Record

1.8 ระบบข้อมูลของคลินิกหมอครอบครัว Data Center

1.9 ระบบให้คำปรึกษา ให้ความรู้แก่พี่น้องประชาชน Health Literacy ด้วยการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบ LINE ไลน์ อบรมจัดตั้งอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

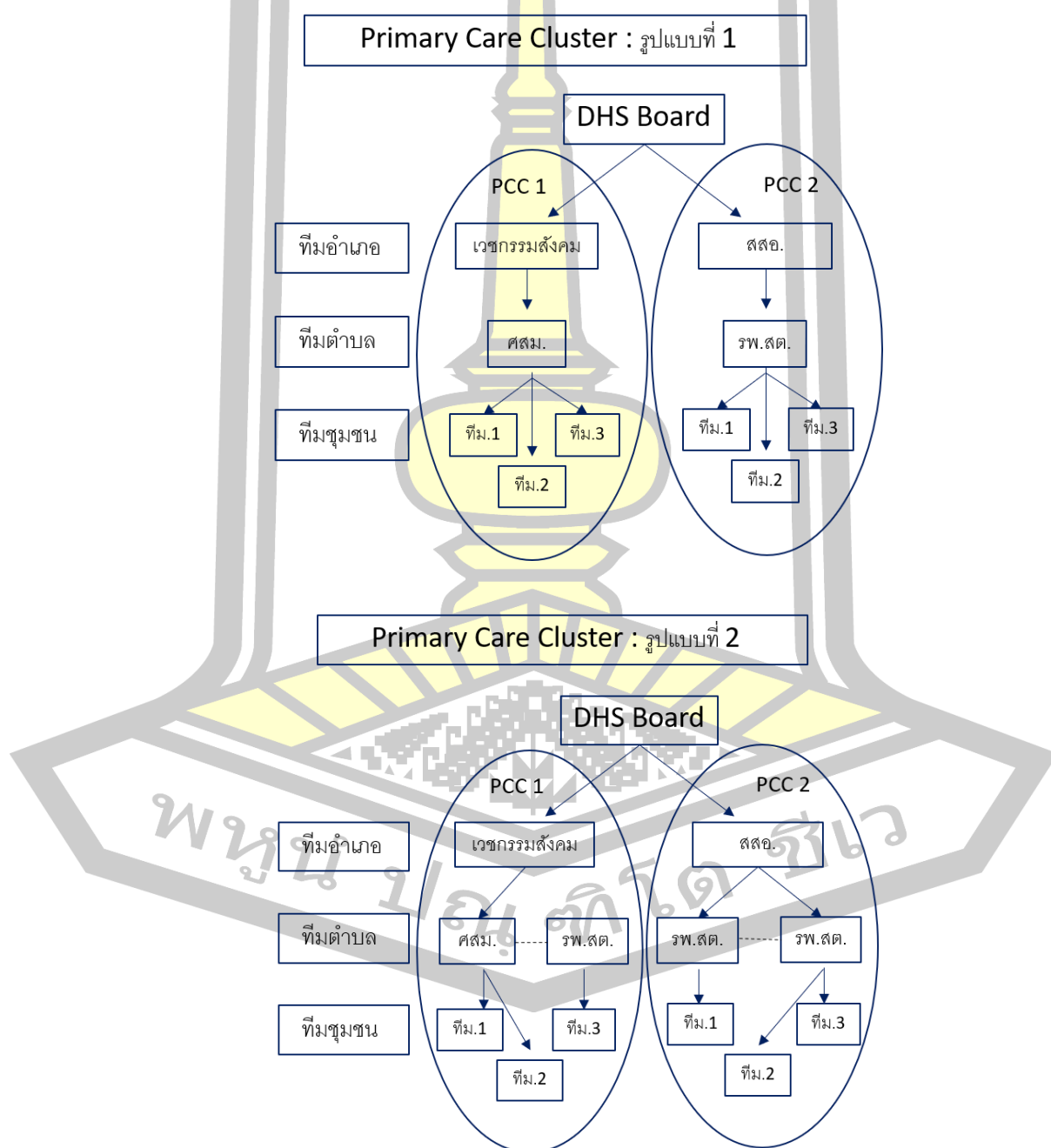
1.10 มีระบบการส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ใช้โปรแกรม Thai Refer หรือ Refer Link โปรแกรมรับคนไข้จาก โรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น COC

2. การบริการที่สะดวกรวดเร็ว เป็นกันเอง ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

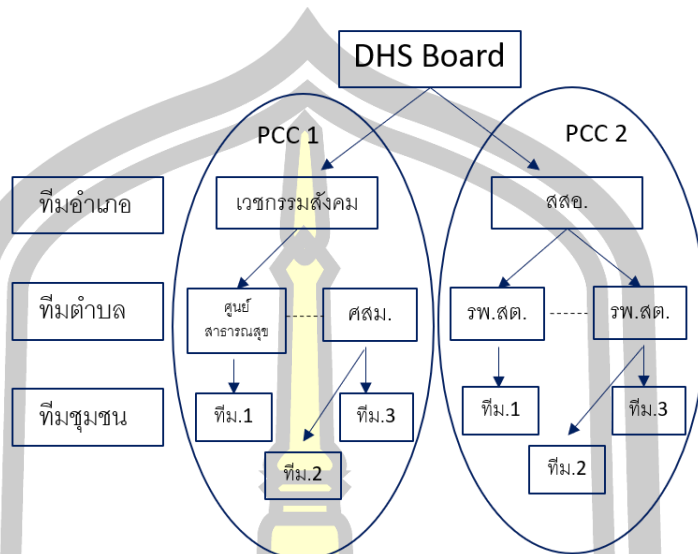
องค์ประกอบของหน่วยเครือข่าย

หน่วยบริการปฐมภูมิ ในการจัดหน่วยบริการให้ยึดจำนวนประชากรเป็นหลัก โดย 1 Cluster สามารถประกอบด้วย 1-3 ศูนย์ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ (ให้ยึดเป้าหมายการเข้าถึงบริการเป็นสำคัญ) สามารถจัดบริการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือคลินิกเอกชนได้ หรือในพื้นที่ประชากรเบาบางอาจมีการจัดบริการร่วมระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลแม่ข่ายกับพื้นที่ดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายก็ได้

ในการจัดกลุ่มของหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิเป็นเครือข่ายนั้นสามารถจัดได้หลากหลายรูปแบบ สิ่งสำคัญขึ้นกับการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปตามความเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายของบริการปฐมภูมิที่สำคัญ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการ, การดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั้งพื้นที่ และครบถ้วนทั้งการส่งเสริมป้องกันโรค รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วย ทั้งนี้ได้ทำการรวบรวมรูปแบบของการจัดทีมเพื่อสร้างเครือข่ายการให้บริการร่วมกันไว้พอสังเขป ดังภาพประกอบ 2



Primary Care Cluster : รูปแบบที่ 3



ภาพประกอบ 2 การจัดรูปแบบ Primary Care Cluster
ที่มา: คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ, 2559.

จากภาพประกอบที่ 2 จะเห็นได้ว่า สามารถจัดทีมผู้ให้บริการเป็นเครือข่ายได้หลากหลายรูปแบบ และภายในเครือข่ายควรจัดให้มีคณะทำงานร่วม เพื่อให้เกิดการประสานงานภายในให้เกิดความเรียบร้อยในการจัดบริการ ทั้งนี้อาจมีการรวมเอาหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการเพื่อให้เกิดทีมสุขภาพที่สามารถให้การดูแลประชาชนได้อย่างเพียงพอครบถ้วนตรงตามเป้าหมายของนโยบายการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิแบบ Primary Care Cluster ซึ่งได้มีการจัดบุคลากรตามวิชาชีพที่เกี่ยวข้องใน Primary Care Cluster จัดให้มีแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งในแต่ละทีมประกอบด้วยบุคลากรของแต่ละวิชาชีพโดยประมาณ ตามตาราง 1

พหุ ประเด็น โท ชีเว

ตาราง 1 จำนวนบุคลากรตามวิชาชีพใน Primary Care Cluster (PCC)

ลำดับ	วิชาชีพ	จำนวนบุคลากร (คน)		
		สัดส่วน	ต่อ 1 ทีม	รวมต่อ 1 PCC
1	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1: 10,000	1	3*
2	ทันตแพทย์	1: 30,000	3	1
3	พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ	1: 2,500	4	12
4	ทันตภิบาล	1: 10,000	1	3
5	เภสัชกร	1: 30,000	3	1
6	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	1: 15,000	3	2
7	นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1: 5,000	2	6
8	แพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	1: 10,000	1	3
9	กายภาพบำบัด	1: 30,000	3	1

ที่มา: คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ (2559)

*แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ควรมีอย่างน้อย 1 คนต่อ PPC ส่วนที่เหลืออาจเป็นแพทย์สาขาอื่นที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

ทั้งนี้อาจมีบุคลากรอื่น ตามความจำเป็นและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น นักจิตวิทยา/ ผู้ให้คำปรึกษาสุขภาพ/ ผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) เป็นต้น

บทบาทหน้าที่

บุคลากรใน Primary Care Cluster มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ (คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ, 2559)

- 1) เป็นหมอครอบครัว ที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับประชาชน โดยยึดหลักการ “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่างด้วยเทคโนโลยี”
- 2) เป็นทีมที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพ ร่วมกันทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ฟื้นฟูสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่ดูแล “คน” เป็นองค์รวมไม่ใช่ทำเป็นกิจกรรมหรืองาน
- 3) ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลความเจ็บป่วย (Illness) มากกว่าดูแลเฉพาะโรค (Disease)

4) การประชาสัมพันธ์ แนะนำและสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจ เพื่อเพิ่มการเข้าถึง บริการ การจัดระบบข้อมูล ช่องทางการสื่อสาร และออกแบบการจัดบริการร่วมกัน

5) ทีมสหวิชาชีพ ควรได้มีการประชุม วางแผน ให้บริการและติดตามประเมินผล สถานการณ์ของงาน และสุขภาพของประชาชนร่วมกัน

6) ทำงานร่วมกับชุมชน โดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ประชาชนในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

แนวทางการสร้างทีมหมอครอบครัว

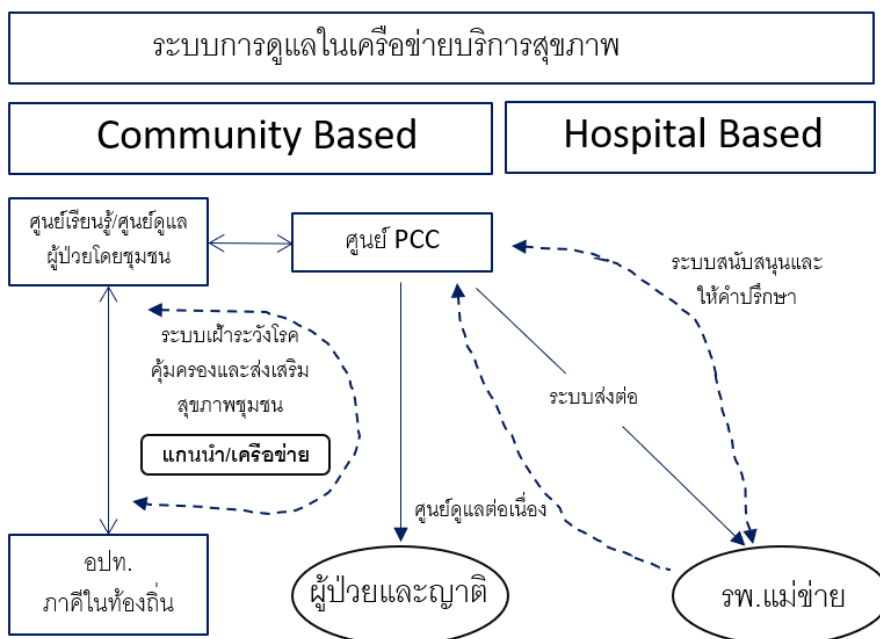
รูปแบบการจัดการทีมหมอครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านร่วมกับ โรงพยาบาลในบริบทต่าง ๆ มีดังนี้ (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

1) พื้นที่เขตชนบท (รพ.สต.): บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. แบ่งพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250-2,500 คน/ หมอครอบครัว โดยเพิ่มการมีแพทย์ที่ปรึกษา หรือแพทย์หัวหน้าทีมจากโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้คำปรึกษาและรับส่งต่อและมีทีมหมอครอบครัวซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลรวมทั้งมีทีมสุขภาพในชุมชน เช่น อสม., จิตอาสา, นักบริหาร, อปท., กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและประชาชนคอยช่วยเหลือในการดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

2) พื้นที่เขตเมือง (ศสม./ ท้องถิ่น/ เอกชน/ สังกัดอื่น) ทุกชุมชนในเขตเทศบาลมีทีม หมอครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย พยาบาล นักวิชาการ/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2-3 คนต่อชุมชน โดยมี แพทย์ผู้รับผิดชอบ เป็นแพทย์ที่ปรึกษา (แพทย์ 1 คนต่อ 1 ศสม.) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

3) พื้นที่เขตอำเภอเมืองนอกเขตเทศบาล ดำเนินการเหมือนพื้นที่เขตชนบท (รพ.สต.) โดยที่โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป มอบหมายให้มีแพทย์ที่ปรึกษาและทีมสหวิชาชีพ ร่วมดูแล 133 รพ.สต. ต่อทีม หรือจัดหาแพทย์พร้อมกับสหวิชาชีพ ให้ปฏิบัติงานในเครือข่าย รพ.สต. ที่รวมกลุ่มในขนาดที่เหมาะสม

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาพประกอบ 3 การจัดรูปแบบ Primary Care Cluster
ที่มา: คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ (2559)

จากภาพประกอบ 3 การจัดบริการในชุมชนเป็นการดูแลแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), แกนนำชุมชน, เครือข่ายต่าง ๆ เพื่อมุ่งสู่การจัดการให้เกิดระบบสุขภาพเพื่อดูแลประชาชน โดยมีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ศสม. หรือ รพ.สต.) เป็นเพียงส่วนหนึ่งของชุมชน และสามารถจัดรูปแบบการบริการในระดับปฐมภูมิได้เป็น 4 บริการที่สำคัญ ได้แก่ การบริการเชิงรับในหน่วยบริการ, การดูแลต่อเนื่อง, การบริการเชิงรุกในชุมชน, การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมกับชุมชน เป็นต้น สำหรับการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย อาศัยระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและกลับ, การดูแลต่อเนื่องและจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนและการให้คำปรึกษาแก่หน่วยปฐมภูมิดำเนินการได้อย่างราบรื่น

ในแต่ละรูปแบบบริการมีรายละเอียดของกิจกรรมดำเนินการดังตาราง 2 (คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ, 2559)

ตาราง 2 รูปแบบบริการคลินิกหมอครอบครัว

ลำดับ	รูปแบบ	กิจกรรม
1	การบริการ เชิงรับใน หน่วยบริการ	<p>การจัดตั้งศูนย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยพัฒนาระดับจากหน่วยบริการเดิม (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ให้มีบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลรักษาแบบผสมผสาน 2. การจัดบริการสำหรับกลุ่มวัย เช่น คลินิกเด็กดี (Well Baby Clinic), การตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก, คลินิกฝากครรภ์ 3. การให้บริการป้องกันโรค ได้แก่ การให้วัคซีนต่าง ๆ เป็นต้น 4. การให้บริการทันตกรรม 5. การให้บริการฟื้นฟูสุขภาพ 6. จัดคลินิกให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพ: คลินิกลดปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, คลินิกลดพุง เป็นต้น 7. การให้บริการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ แพทย์แผนไทย, แพทย์แผนจีน 8. บริการตรวจสุขภาพ ได้แก่ ตรวจเลือด, ตรวจภายใน, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น
2	การบริการ ต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) มีกิจกรรมดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อตรวจเยี่ยมอาการ หรือให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามอาการของผู้ป่วยที่บ้าน 1.2 การบริการทำหัตถการให้กับผู้ป่วยที่บ้าน 1.3 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ การดูแลให้ออกซิเจน 1.4 บริการสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย (Care Giver) 2. การจัดตั้งศูนย์รับส่งต่อ เพื่อประสาน และติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง 3. การจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
3	การบริการ เชิงรุก ในชุมชน	<p>การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการวัคซีน, การตรวจคัดกรองโรคในชุมชน, ให้บริการวัคซีนเด็กในโรงเรียน, การส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดการอาหารปลอดภัย เป็นต้น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเฝ้าระวังโรคควบคุมการเกิดโรค ได้แก่ การสอบสวนโรค การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชน การสร้างเครือข่ายจิตเวชชุมชน การจัดการลดภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ เป็นต้น

ตาราง 2 รูปแบบบริการคลินิกหมอครอบครัว (ต่อ)

ลำดับ	รูปแบบ	กิจกรรม
3	การบริการเชิงรุกในชุมชน	<p>การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการวัคซีน, การตรวจคัดกรองโรคในชุมชน, ให้บริการวัคซีนเด็กในโรงเรียน, การส่งเสริมการออกกำลังกาย</p> <p>การจัดการอาหารปลอดภัย เป็นต้น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเฝ้าระวังโรคควบคุมการเกิดโรค ได้แก่ การสอบสวนโรค การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชน การสร้างเครือข่ายจิตเวชชุมชน การจัดการลดภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ เป็นต้น 2. การดูแลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ การตรวจประเมินสถานประกอบการ เช่น การผลิตน้ำดื่ม น้ำแข็ง ผลิตภัณฑ์อาหารสมุนไพร 3. การประเมินมาตรฐานสุขภาพิบาลต่าง ๆ เช่น ประเมินตลาด ประเมินมาตรฐานเรือนจำ ประเมินโรงอาหารในโรงเรียน เป็นต้น
4	การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม	<p>สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การจัดทำแผนสุขภาพร่วมกับชุมชน การร่วมจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน การร่วมดำเนินการศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน การร่วมดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุ การสนับสนุนชมรมเพื่อสุขภาพต่างๆ เป็นต้น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสร้างเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคคุณภาพ ได้แก่ เครือข่ายร้านยาคุณภาพ ร้านอาหารสะอาดปลอดภัย “Clean Food Good Taste” 2. การพัฒนาศักยภาพของ อสม.
5	การรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดช่องทางรับคำปรึกษาหรือรับนัดหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้ ได้แก่ การจัดทำ Web Application หรือระบบโทรศัพท์รับคำปรึกษา เป็นต้น 2. การนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจให้กับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เช่น การจัดตั้ง Line Group สำหรับทีม

ลักษณะการจัดบริการ

ในการจัดบริการให้ยึดหลักการและเป้าหมาย “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี” โดยมี ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้บริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ทำงานเป็นเครือข่าย ให้ประชาชน ชุมชน มีส่วนร่วม ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าโดยทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจจัดการบริการเป็น 5 ลักษณะที่สำคัญ ดังนี้ (คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูประบบบริการ, 2559)

- 1) บริการผสมผสานในสถานบริการ
- 2) บริการต่อเนื่อง ได้แก่บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit and Home Care) การติดตามผู้ป่วยกรณี การส่งต่อไปหน่วยบริการอื่น การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ
- 3) บริการเชิงรุกในชุมชน
- 4) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม
- 5) การให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่ประชาชน

การบริหารจัดการและการจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย

การบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเน้นองค์ประกอบที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก 6 ประการ ดังนี้

1) ระบบบริการที่ดูแลแบบองค์รวมด้วยทีมหมอครอบครัวที่รับผิดชอบประชาชนเป็นการประจำด้วยผู้เชี่ยวชาญเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายจัดทีมหมอครอบครัวทั้งหมด 6,500 ทีม ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศภายในระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2559-2569)

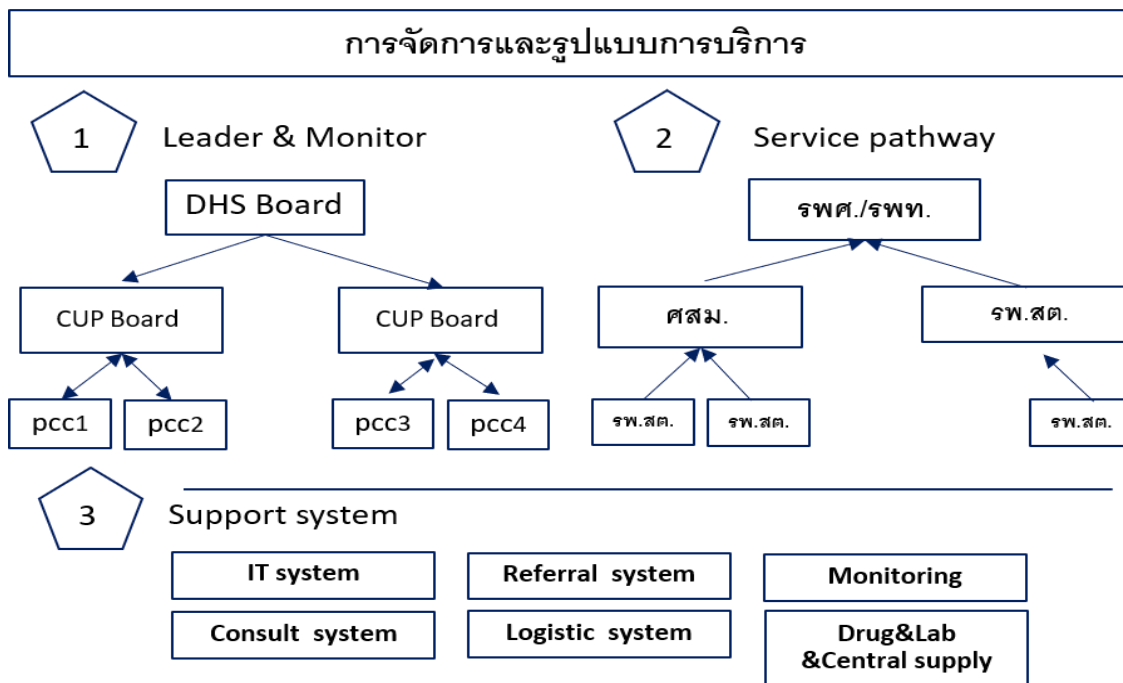
2) บุคลากร วางแผนกำลังคนทั้งทีมเพิ่มเติมให้โรงพยาบาล เป็นส่วนที่เพิ่มเติมจาก FTE ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใช้แผนกำลังคนตามสัดส่วนประชากรที่ได้วางไว้แล้ว การจัดหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ได้จำนวน 6,500 คนภายใน 10 ปี

3) การเงินการคลัง จัดงบประมาณให้อยู่ในเงินรายได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มเติมจำนวน 100-300 บาทต่อประชากร การบริหารจัดการยังคงให้อำนาจการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้บริหารจัดการ การแยกบริหารแบบ CUP Split ต้องดูความเป็นไปได้และความยั่งยืนของระบบ จัดงบประมาณสนับสนุนเพื่อซื้อครุภัณฑ์และอาคารสถานที่ตามความจำเป็น

4) ยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี ให้เป็นระบบยาเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย มีระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วย

5) ระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาและวางนโยบายตลอดจนการติดตามประเมินผลทั้ง 43 แฟ้มและระบบ PHR

6) ความเป็นผู้นำและธรรมาภิบาล ต้องมีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมและพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ครอบครัวมีความยั่งยืนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีระบบบริหารจัดการแบบประชารัฐ การบูรณาการภายในกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยราชการอื่นและภาคประชาชน



ภาพประกอบ 4 การบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว

ที่มา: คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ (2559)

จากภาพประกอบ 4 จะพบว่าการบริหารจัดการเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิอาศัยกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ คือ 1) การให้บริการสุขภาพ 2) บุคลากรสุขภาพ 3) สารสนเทศสุขภาพ 4) ผลิตภัณฑ์การแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยี 5) การเงินการคลังสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ

มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และการประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

คุณภาพการให้บริการเป็นการตอบสนองความต้องการบนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ อันประกอบไปด้วยเกณฑ์ต่าง ๆ หลายประการ อาทิ ความเชื่อมั่นไว้วางใจ การเข้าถึงบริการ การสื่อสารที่มีมิตรไมตรี ความมั่นคงปลอดภัย เป็นต้น ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมินั้นมีความเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน มุ่งเน้นการป้องกันส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ในการสร้างสุขภาพะทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน โดยอาศัยพื้นฐานหรือบริบทเดิมแห่งการดำรงชีวิตและวัฒนธรรมพื้นถิ่นการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิจึงมีความละเอียดอ่อนที่มีมิติแห่งการดูแลสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ นำไปพัฒนาการให้บริการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่กล่าวเบื้องต้นเพื่อให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรคการ

รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงมีหน้าที่จัดทำแผนงานในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้รับบริการที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ที่ระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิและคุณภาพ มาตรฐานในที่สุด (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2566)

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566

สำนักสนับสนุนบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิ (2565) ได้กำหนดเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย 8 หมวด ดังนี้ คือ

หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

1.1 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนอย่างน้อยเจ็ดคน แต่ไม่เกินสิบคน

1.2 มีแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2564-2575)

1.3 มีการจัดการทรัพยากรโดยการสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย ครอบคลุมงาน IT, IC, LAB, เครื่องมือบริการ, เกสซกรรม และ RDU/ คบส.

1.4 มีเวลาทำการไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง/ วัน เป็นเวลา 5 วัน/ สัปดาห์ หากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบ

1.5 มีระบบจัดการเรื่องร้องเรียน วิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รับฟังความคิดเห็น และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

1.6 มีแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

2.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ

2.1.1 มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1 คน หรือแพทย์อื่น ซึ่งผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

2.1.2 มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2 คนขึ้นไป

2.1.3 มีผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน 2 คนขึ้นไป

2.2 มีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.2.1 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย

2.2.2 การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพ
ของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

2.2.3 มีบริการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรค ดูแล
รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ

2.2.4 มีระบบบริการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง

2.2.5 จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง
ระยะประคับประคอง และระยะท้ายของชีวิตตามกลุ่มวัย

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

3.1 มีอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
ตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ

3.2 สถานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการ
ในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น

3.3 สถานที่บริการสะอาดมีความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีการแบ่ง
พื้นที่ใช้สอยการจัดบริการแต่ละด้านแยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ

3.4 สถานที่มีการระบายอากาศที่ดีมีแสงสว่างเพียงพอ

3.5 มีการจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารและภายในสถานที่ทำงานดำเนินการ
ตามมาตรฐาน 5ส.

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

4.1 มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้ข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับ
สิทธิของผู้รับบริการ

4.2 ให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้รับบริการอย่างครบถ้วน ได้แก่ ผลการวินิจฉัยโรค

4.3 มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข

4.4 มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

4.5 มีระบบการส่งออกข้อมูลที่ครบถ้วนและไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ

4.6 มีการคุ้มครองข้อมูลและการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ

4.7 กรณีที่มีการส่งต่อผู้รับบริการ มีระบบข้อมูลการส่งต่อ/ รับกลับของผู้รับบริการ

4.8 มีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ

4.9 มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยจัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการ
ปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มี
กระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

5.1 การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)

5.2 การจัดบริการในสถานบริการ ได้แก่

- 1) OPD
- 2) ER
- 3) ANC
- 4) NCD (DM, HT, Stroke, CKD)
- 5) WCC
- 6) ให้การคำปรึกษาด้านสุขภาพ

5.3 การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ ทันตกรรม

5.4 การจัดบริการแพทย์แผนไทย/ กายภาพบำบัด

5.5 การจัดบริการในชุมชน ได้แก่

- 1) COC: LTC (4 กลุ่มเป้าหมาย)
- 2) SRRT

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

6.1 บุคลากร

6.1.1 มีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักและรอง

6.1.2 ผู้ปฏิบัติงานฯ ต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟู

6.1.3 มีที่ปรึกษาทางวิชาการ

6.2 พื้นที่ปฏิบัติงาน

6.2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติการเพียงพอ มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติการ ออกจากพื้นที่งานอื่น

6.2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็น 1 พื้นที่

6.3 วัสดุยาและเครื่องมือทดสอบ

6.3.1 วัสดุยา

1) มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ

2) มีการบันทึกหมายเลขการผลิต (Lot Number) ระบุวันเริ่มใช้วันหมดอายุ

6.3.2 เครื่องมือทดสอบ

1) มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ

2) มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือ หรือใช้แผนสอบเทียบรวม

3) มีบันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องปั่น Hematocrit เป็นปัจจุบัน

4) มีบันทึกการสอบเทียบนาฬิกาจับเวลาชนิดมีสัญญาณเตือนที่เป็นปัจจุบัน

5) มีบันทึกการบำรุงรักษาเครื่อง Glucose Meter ที่เป็นปัจจุบัน

- 6) อุปกรณ์การตรวจ Hematocrit มีความพร้อมใช้
- 7) มีอุปกรณ์เจาะเลือด เข็มเจาะปลายนิ้ว (Lancet)
- 8) มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด, แห้ง, ใช้ครั้งเดียว)

6.4 ขั้นตอนก่อนการทดสอบ

- 1) มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บแต่ละชนิด
- 2) ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน
- 3) ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง หน่วยงานที่ส่งตรวจ

6.5 ขั้นตอนการทดสอบ

- 1) มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ
- 2) ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด

6.6 การประกันคุณภาพการทดสอบ

- 1) มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคุมคู่กับการทดสอบ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
- 2) ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter Lab)
- 3) กรณีที่พบว่าผลการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกออกนอกเกณฑ์ มีการหาสาเหตุดำเนินการแก้ไขและกำหนดมาตรการป้องกัน

6.7 การประกันคุณภาพการทดสอบ

- 1) มีทะเบียนบันทึกผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบ กรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ
- 2) กรณีส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องมีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจและผลการตรวจใบรายงานผลการทดสอบ

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดการเภสัชกรรม และงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

7.1 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม (RDU)

7.1.1 การบริหารจัดการระบบยา

- 1) การบริหารจัดการระบบยาโดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร รพ.แม่ข่ายกับ รพ.สต.

7.1.2 การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ

- 1) มียาใช้อย่างเหมาะสม และเพียงพอ

2) มีการเฝ้าระวังการใช้ยา

7.1.3 คลังยาและเวชภัณฑ์

- 1) มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและเหมาะสม
- 2) มีการควบคุมสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐาน
- 3) การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์เป็นไปตามระเบียบ
- 4) การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ
- 5) มีระบบการควบคุมยาหมดอายุ
- 6) ตู้เย็นเก็บยา ตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน)
- 7) ตู้เย็นเก็บวัคซีน ตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน)

7.1.4 การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุสมผล

- 1) มีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม
- 2) มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- 3) มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- 4) มีการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน

7.2 งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

7.2.1 การบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ

7.2.2 มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวัง อาหารสด อาหารแปรรูป

7.2.3 ร้านค้า/ ร้านชำ และบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย

7.2.4 ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

7.2.5 มีการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค

7.2.6 เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

8.1 การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร

8.1.1 มีที่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อใน รพ.สต.

8.1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

8.2 การดำเนินงาน

8.2.1 ระบบการเฝ้าระวัง

8.2.2 การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี

8.2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

8.2.4 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง

8.2.5 การทำความสะอาดมือ

8.2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล

8.2.7 การจัดแบ่งพื้นที่ใน รพ.สต.

8.2.8 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน

8.3 การจัดการมูลฝอยทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะ

มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย และนำไปกำจัดตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด

8.4 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

8.4.1 บุคลากร (มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและผ่านการอบรม)

8.4.2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

8.4.3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ

8.4.4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ

8.4.5 บริเวณที่พักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ

8.4.6 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องในส่วนนี้สรุปได้ว่า คลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน เป็นการประกาศส่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงปฏิบัติงานในระดับตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย และครอบครัวทั่วประเทศภายใน 10 ปี เป็นนโยบายที่ดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 เป็นการพลิกกลับสามเหลี่ยมการให้บริการของระบบสาธารณสุขไทยที่ปัจจุบันตั้งบนยอดสามเหลี่ยมให้กลับมาวางบนฐานของสามเหลี่ยมด้านกว้างเพื่อความมั่นคงแข็งแรงของระบบบริการสาธารณสุขไทย เป็นการรวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกัน เป็นการประจำต่อเนื่อง ด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการใช้ทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มปฐมภูมินั้น ๆ บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ขับเคลื่อนด้วยแนวคิด การให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน มีขอบเขตงานบริการเชิงรุกในครอบครัวและชุมชน ครอบคลุมทั้งกายจิต สังคมและจิตวิญญาณ เป็นการทำงานเชื่อมโยงกับสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสานกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพร่วมกัน ทั้งตั้งรับ ดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ปรับพฤติกรรมสุขภาพ จัดการสิ่งแวดล้อม สื่อสารรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และอื่น ๆ คลินิกหมอครอบครัวจะประสบความสำเร็จได้ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับร่วมกันผลักดันนโยบายและขับเคลื่อนด้วยความวิริยะอุตสาหะ ความรู้ ความสามารถ และความมุ่งมั่นเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพในเขตเมือง

แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นแนวคิดที่สำคัญในนโยบายสุขภาพ (Penchansky and Thomas, 1981) และเป็นดัชนีชี้วัดของระบบบริการสุขภาพ (Maesneer and Willems, 2000)

ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

Gulliford M. et al. (2001) สรุปไว้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสะดวกในการที่ประชาชนสมควรได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ได้แก่ 1) มีบริการสุขภาพที่พอเพียงต่อการให้บริการสุขภาพ 2) มีบริเวณที่ประชาชนเข้าถึงอย่างกว้างขวางโดยอาศัยระบบการเงิน การคลัง คำนึงถึงความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม และทางด้านกายภาพ 3) การบริการที่ให้ตรงปัญหา มีประสิทธิภาพ ประชาชนพึงพอใจ 4) การให้บริการสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ มีการยอมรับคุณภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2543) สรุปไว้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นการบริการดูแลประชาชนแบบปฐมภูมิเพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพในมิติต่าง ๆ ได้แก่

- 1) ด้านภูมิศาสตร์ (Geographical) พิจารณาถึงระยะทาง ระยะเวลาเดินทาง ค่าเฉลี่ยการเดินทางที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการสุขภาพ
- 2) ด้านการเงิน (Financial) หมายถึง การสามารถชำระค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพ
- 3) ด้านวัฒนธรรม (Cultural) หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการบริการสุขภาพซึ่งสามารถรักษารูปแบบและวัฒนธรรมของชุมชน
- 4) ด้านหน้าที่ (Functional) หมายถึง การให้การบริการสุขภาพตามพื้นฐานอันพึงได้รับอย่างพอเพียงและต่อเนื่อง

Millet (1954) อธิบายว่า สิ่งที่เป็นตัวกำหนดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ค่านิยม ทศนคติ ความเชื่อ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัย เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยอื่นที่มาประกอบการตัดสินใจเลือกใช้บริการ

Penchansky and Thomas (1981) อธิบายว่า การยอมรับคุณภาพการบริการยอมรับการบริการที่มีประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม มีความพึงพอใจในบริการนำไปสู่การตัดสินใจเข้ารับบริการ การยอมรับความเชื่อและทศนคติ เป็นประเด็นสำคัญ

สรุปได้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสะดวกและความสามารถของผู้ใช้บริการในการรับบริการสุขภาพ ซึ่งวัดได้จาก 5 มิติ คือ 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ 2) เข้าถึงแหล่งบริการ 3) มีสิ่งอำนวยความสะดวกและให้ความสะดวกในการมารับบริการ 4) ความสามารถของผู้รับบริการในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ และ 5) การยอมรับในคุณภาพของบริการ

การบริการและระบบบริการสุขภาพต้องอยู่ในหลักการสำคัญ คือ การมีบริการด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ ความสามารถที่เข้าถึงบริการสุขภาพ คือ ค่าบริการควรอยู่ในระดับที่ทุกคนพอจ่ายได้ และอยู่บนหลักความยุติธรรม ที่ตั้งของสถานบริการสุขภาพ ควรตั้งอยู่ในที่คนเข้าถึงได้และมีบริการที่คำนึงถึงผู้มีความพิการ และกลุ่มที่อ่อนแออื่น ๆ บุคคลบนพื้นที่สูง ชนกลุ่มน้อยและบุตรที่เกิดในประเทศไทยรวมถึงผู้ลี้ภัยทางการเมือง (พันธูทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในระดับสากลที่ปรากฏในเอกสารขององค์การสหประชาชาติ และตราไว้ในกฎหมายระหว่างประเทศที่ให้ความหมายคำว่า “สิทธิในสุขภาพ” (Right to Health) หมายถึง สิทธิที่รัฐพึงมีหลักประกันให้กับบุคคลที่อยู่ในดินแดนของตน คือ สิทธิในการรับบริการทางสุขภาพ และสิทธิในการได้รับเงื่อนไขอันจำเป็นต่อสุขภาพะ เช่น การมีน้ำดื่มและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เป็นต้น หรือคือสิทธิที่พึงได้รับเพื่อมิให้บุคคลต้องทนทุกข์จากความอยุติธรรมทางสังคมและเศรษฐกิจ นั่นคือการมีเสรีภาพที่พึงมีได้แก่ เสรีภาพที่จะควบคุมสุขภาพและร่างกายตนเอง เสรีภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์ เสรีภาพจากการรักษาพยาบาล และการทดลองโดยไม่ยินยอม เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้ได้รับการขยายความไว้ใน “ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสุขภาพของทุกคน” (Health for All – Primary Health Care Strategies) ขององค์การอนามัยโลก ดังนี้ (Toebes, 2001)

1. องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล
 - สุขภาพอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการวางแผนครอบครัว
 - การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อร้ายแรงบางโรค
 - การให้ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่รักษาโรคที่จำเป็น
2. องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับสุขภาพ
 - การให้การศึกษาที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและวิธีการที่จะควบคุมและป้องกัน
 - การส่งเสริม การจัดหาอาหาร และโภชนาการที่เหมาะสม

องค์ประกอบของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

Schulz and Johnson (1990) กล่าวถึงแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพว่าการเข้าถึงบริการประกอบด้วย 5 A (Five A's) ได้แก่

- 1) ความพอเพียงของบริการ (Availability) คือ ความเพียงพอของผู้ให้บริการและสถานที่ให้บริการ
- 2) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) หมายถึง สถานที่ตั้งสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวก คำนึงถึงที่ตั้งสถานบริการคมนาคมสะดวก
- 3) ความสะดวกเมื่อใช้บริการ (Accommodation) ได้รับบริการรวดเร็วไม่มีขั้นตอนยุ่งยากในการบริการ

4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) หมายถึง ความสามารถในการจ่ายอันเนื่องจากการใช้บริการ

5) การยอมรับในบริการ (Acceptability) หมายถึง การยอมรับความสามารถ

การประเมินสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ

เป็นสิ่งจำเป็นในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การประเมินสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพสามารถทำได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ตัวอย่างเครื่องมือเชิงประจักษ์ที่สามารถใช้ประเมินความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพคือ ความครอบคลุมของประกันสุขภาพ (Insurance Coverage) และอัตราการใช้บริการ (Utilization Rate) เครื่องมือเชิงคุณภาพ ที่พบมีการใช้เพื่อประเมินความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพคือ ความคิดเห็นของประชาชนหรือผู้รับบริการ ต่อคุณภาพการบริการ หรือต่อการปฏิบัติจากบุคลากรในสถานบริการ การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ หรือความต้องการนำผลการประเมินไปใช้ อย่างไรก็ตาม มิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่พบมีการอ้างถึงในหลายงานวิจัยคือ มิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เสนอโดย Penchansky and Thomas (1981) ซึ่งเสนอว่า การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ ควรประเมินจาก 5 มิติ หรือ “5A” ดังต่อไปนี้

1) บริการที่มี (Availability) ซึ่งพิจารณาจากความเหมาะสมของสัดส่วนของการมีอยู่ของสถานบริการ ต่อจำนวนของผู้ที่ต้องการรับบริการ ตลอดจนความสามารถของสถานบริการในการจัดบริการที่ตรงตามความต้องการของประชาชน

2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) พิจารณาการเข้าถึงทางกายภาพ (Physical Accessibility) จากความเหมาะสมทางด้านภูมิศาสตร์ของสถานบริการว่าเอื้อต่อการใช้บริการหรือไม่โดยพิจารณาจาก 3 องค์ประกอบ คือ (1) ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ (2) ระยะเวลาในการเดินทาง (3) วิธีการเดินทางที่สะดวก

3) ความเพียงพอ (Adequacy) เป็นการพิจารณาความสามารถของสถานบริการในการจัดบริการที่อำนวยความสะดวกให้ประชาชนได้มาใช้บริการ ประเมินจากความไว้วางใจและเชื่อมั่นของประชาชนต่อความสามารถของสถานบริการ ความพึงพอใจต่อลักษณะการจัดบริการ เช่น ช่วงเวลาให้บริการมากเพียงพอที่ประชาชนจะได้ใช้บริการ ขั้นตอนการใช้บริการที่ไม่มีความยุ่งยากหรือซับซ้อนจนเกินไป

4) ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) เป็นการพิจารณาราคาของบริการเทียบกับความสามารถในการจ่ายของผู้ต้องการบริการ โดยพิจารณาทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทางที่ใช้เพื่อการเข้าถึงบริการ รวมทั้งอัตราความครอบคลุมของประกันสุขภาพ ประเภทของโรคหรือยาที่ครอบคลุมในประกันสุขภาพ

5) การยอมรับ (Acceptability) เป็นการพิจารณาความสามารถของสถานบริการในการให้บริการที่เป็นที่ยอมรับในเชิงวัฒนธรรม ภาษาและศาสนา เป็นทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อการปฏิบัติของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ เช่น การปฏิบัติตนของผู้ให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการที่ไม่ทำให้ประชาชนรู้สึกมีกำแพงขวางกั้นเมื่อต้องมาใช้บริการ ผู้ให้บริการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีการสื่อสารในการให้บริการที่ดี (กระทรวงสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2562)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcome) อันเกิดขึ้นหลังจากมีการใช้บริการสามารถวัดได้จาก 3 ปรัชญาการณ คือ (1) สภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (2) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดว่าประชาชนจะกลับมารับบริการอีกหรือไม่ และ (3) ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญที่ใช้ในการกำหนดนโยบายทางสุขภาพ

ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง การกระจายของบริการอย่างเท่าเทียมในแต่ละพื้นที่ แต่ละกลุ่มเศรษฐกิจ แต่ละเชื้อชาติ แต่ละกลุ่มการเมือง โดยต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ที่จะใช้บริการ (Proportional Equity Based on Needs) โดยความเท่าเทียมจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบริการนั้นถูกจัดขึ้น บนพื้นฐานของความต้องการหรือตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ (Aday and Andersen, 1981)

จะเห็นได้ว่า วิธีการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีทั้งส่วนที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์และส่วนที่เป็นเชิงคุณภาพ อันได้แก่ ความคิดเห็น มุมมองของบุคคล โดยความพึงพอใจของผู้รับบริการในแต่ละมิติของการเข้าถึงบริการ นอกจากจะใช้เพื่อประเมินคุณภาพการบริการแล้ว ยังสามารถใช้เพื่อวิเคราะห์ว่ามีมิติใดใน 5A ที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงมากที่สุด

โดยสรุป การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสะดวกและความสามารถของผู้ใช้บริการในการรับบริการสุขภาพ ซึ่งวัดได้จาก 5 มิติ คือ 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ 2) เข้าถึงแหล่งบริการ 3) มีสิ่งอำนวยความสะดวกและให้ความสะดวกในการมารับบริการ 4) ความสามารถของผู้รับบริการในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ และ 5) การยอมรับในคุณภาพของบริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเกณฑ์บ่งชี้ของคุณภาพบริการระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่สำคัญคือ การเข้าถึงบริการ (Access) ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกในการมาใช้บริการ ระเบียบขั้นตอนไม่ซับซ้อนเกินไป บริการนั้นต้องกระจายอย่างทั่วถึง การบริการเป็นไปอย่างเสมอภาคกับผู้รับบริการทุกคน

ระบบบริการสุขภาพในเขตเมือง

ผลจากการขยายตัวของชุมชนเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองมีความสำคัญมากขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การจัดบริการในปัจจุบัน

มีหน่วยงานที่ดำเนินการหลากหลาย ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการบริการสุขภาพในภาครัฐส่วนใหญ่บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุข จัดทำนโยบาย “เขตสุขภาพ” เป็นนโยบายเร่งด่วน เพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาคในรูปแบบเขตบริการสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 12 เขต แต่ละเขตครอบคลุม 4-8 จังหวัด (ประชากร 3-6 ล้านคน) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ สร้างความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ แต่อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ ปัจจุบันองค์ประกอบของเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ครอบคลุมภาคส่วนอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน และในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข มีแนวคิดในการสนับสนุนให้มีการจัดบริการสุขภาพเขตเมืองในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2560)

1) คลินิกชุมชน: จัดบริการตรวจรักษาแบบคลินิกเพิ่มเติม เพื่อดำเนินการให้ประชาชนเข้าถึงบริการโดยเป็นการดำเนินการของภาครัฐหรือการจ้างเหมาบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงง่าย โดยมีการจัดบริการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น

2) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.): มีแพทย์ออกตรวจในเวลาราชการตลอด 5-7 วันต่อสัปดาห์ และมีพื้นที่รับผิดชอบบริการสาธารณสุข ดูแลทั้งการแพทย์ (รักษาพยาบาล) และการสาธารณสุข (ชุมชน) โดยมีทีมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหลักในการทำงาน

3) โรงพยาบาลเมือง: มีการสร้างหรือขยายอาคาร ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในเขตเมือง ในกรณีที่มีโรงพยาบาลศูนย์หรือ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีจำนวนผู้ป่วยในหนาแน่น (อัตราครองเตียงสูง) เพื่อให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยมีแพทย์เฉพาะทางบางสาขา มีระบบรับและส่งต่อกับสถานบริการในระดับต่ำกว่าและโรงพยาบาลแม่ข่าย

อนึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีรูปแบบการบริหารจัดการตามรูปแบบโครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งที่ดำเนินการเองและร่วมดำเนินการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชน โดยจำแนกได้เป็น 4 รูปแบบคือ

1) กลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัด เป็นผู้ดำเนินการ เช่น โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลหาดใหญ่ ฯลฯ

2) หน่วยบริการประจำมีอิสระในการบริหารจัดการ โดยโรงพยาบาลตัดโอนงบประมาณรายหัว หลังหักเงินเดือนให้เครือข่ายหน่วยบริการประจำเป็นผู้ดูแลทั้งหมด ทั้งผู้ป่วยนอก ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงบลงทุนค่าเสื่อม เช่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา

3) โรงพยาบาลดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการรวมกองทุนผู้ป่วยนอกใช้ร่วมกัน มีการสนับสนุนบุคลากรสุขภาพ ส่วนกองทุนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการ เช่น เทศบาลนครพิษณุโลกและโรงพยาบาลพระพุทธชินราช และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

4) โรงพยาบาลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชนดำเนินการเอง โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายซื้อบริการจากท้องถิ่นหรือเอกชน เช่น เทศบาล คลินิกเอกชน หรือคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นต้น นอกจากการดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขแล้ว กฎหมายหลายฉบับได้กำหนดอำนาจหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่าง ๆ ทำหน้าที่จัดการระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองหลายรายการ ซึ่งรวมถึง “การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว การรักษาพยาบาล” และ “การพัฒนาศักยภาพของประชาชนทางด้านพฤติกรรมและสำนักทางสุขภาพ”

การจัดระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมือง 5 มาตรการ ตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ที่เป็นมุมมองหนึ่งทางด้านโอกาสการพัฒนาเมืองก็มีทรัพยากรเพื่อการพัฒนามากกว่าในเขตชนบท มีความพร้อมในโครงสร้างพื้นฐานดีกว่า องค์การอนามัยโลกจึงเสนอให้ใช้โอกาสนี้สร้าง 5 มาตรการของระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในเมืองมีสุขภาพที่ดี โดยนักการสาธารณสุขควรมีกิจกรรม ดังนี้ (WHO: 2010)

- 1) ส่งเสริมการวางผังเมือง และจัดทำแผนระบบสุขภาพเขตเมือง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพและความปลอดภัย
- 2) พัฒนาชีวิตความเป็นอยู่และเงื่อนไขความเป็นอยู่ที่ดีถ้วนหน้า
- 3) สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ และบริหารระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างมีส่วนร่วม
- 4) สร้างสิ่งแวดล้อมเมืองที่ไม่เลือกปฏิบัติ และสร้างกลไกให้เป็นมิตรกับสังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างเท่าเทียมกัน
- 5) ทำให้ชุมชนเมือง มีภูมิคุ้มกัน พลังต้านต่อภัยอันตรายและเหตุฉุกเฉิน

การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองที่สะดวก ทันสมัย ไร้รอยต่อกับระบบโรงพยาบาล การจัดการที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจในเขตเมือง เพื่อให้เหมาะกับวิถีชีวิตคนเมืองทุกชนชั้น (ชนชั้นกลางในเมือง คนชั้นสูง คนด้อยโอกาสในเมือง) ที่ต้องมาใช้ชีวิตร่วมกันในพื้นที่เดียวกัน

- การออกแบบโครงสร้างสถาปัตยกรรม
- กระบวนการจัดบริการและส่งมอบบริการ
- มาตรฐาน ความปลอดภัย การรับรองมาตรฐานความน่าเชื่อถือ

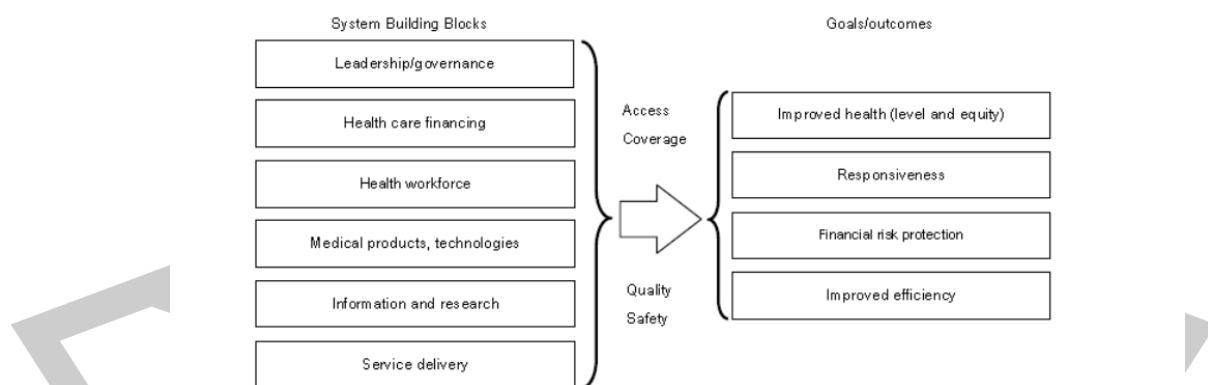
ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง จะต้องรวดเร็วทันใจ ทันสมัย เชื่อมต่อข้อมูลกับโรงพยาบาลอย่างไร้รอยต่อ โดยเฉพาะการจัดการดูแลผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ที่สำคัญคือ ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองจะต้องบูรณาการกับสวัสดิการทางสังคม (Social Welfare) เครือข่ายความปลอดภัยทางสังคม (Safety Net) กิจกรรมรับผิดชอบต่อสังคมการตลาดเพื่อสังคม

(CSR; Social Marketing) เครือข่ายประชาคมสุขภาพ (Civil Society) และแกนนำชุมชนวัฒนธรรมย่อย (Sub-culture Leaders)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (The WHO Health System Framework) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ (Six Building Blocks) ได้แก่ ระบบบริการ (Service Delivery) ระบบยา (Drug System) บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce) ข้อมูลข่าวสาร (Information) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical Product, Vaccine and Technology) การเงิน (Financing) และการนำและการอภิบาลระบบ (Leading / Governance) ซึ่งผลจากการบริหารจัดการ Building Block ทั้ง 6 จะส่งผลให้เกิดการเข้าถึงบริการ (Access) การเพิ่มความครอบคลุมการบริการ (Coverage) คุณภาพบริการและความปลอดภัย (Quality and Safety) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในระบบ 4 ด้าน คือ สุขภาพดีขึ้น (Improve Health) ตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงินหรือไม่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (Social and Risk Protection) และเพิ่มประสิทธิภาพ (Improved Efficiency) (อติญาน์ ศรีเกษตริน, 2551) ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 : WHO Health System Framework

ที่มา : อติญาน์ ศรีเกษตริน, 2551

กระทรวงสาธารณสุข นำแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก มาใช้โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ ประกอบด้วย การให้บริการบุคลากร ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ยาและเวชภัณฑ์ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพที่

ดีจะส่งมอบงานบริการสุขภาพตามความจำเป็นของประชาชน โดยมีกลไกการคลังที่เข้มแข็ง มีบุคลากรดี มีความพร้อมในการจัดส่งยา และเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ และมีระบบสารสนเทศที่ครอบคลุม และใช้เป็นฐานในการตัดสินใจเชิงนโยบายได้

1. การให้บริการสุขภาพ

งานให้บริการสุขภาพเป็นงานสำคัญที่สุดในระบบสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชน ซึ่งอาจมีรูปแบบที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ แต่มีองค์ประกอบหลัก ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การมีเครือข่ายที่ให้บริการครอบคลุมตามความจำเป็นของประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งรวมถึงงานป้องกัน งานรักษา งานฟื้นฟูสุขภาพ และงานสร้างเสริมสุขภาพ มีการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ปราศจาก อุปสรรคในเรื่องค่าบริการภาษา วัฒนธรรมหรือภูมิประเทศ มีเครือข่ายการให้บริการไปถึงระดับชุมชน ระบบ บริการสุขภาพนี้ต้องกำหนดขอบเขตการคุ้มครองค่าบริการสุขภาพ ให้แก่ประชาชนทุกคน มีความต่อเนื่องใน กระบวนการรักษา ข้ามเครือข่ายเขตพื้นที่บริการได้ แยก บริการรักษาชั้นสูงเป็นระดับความซับซ้อน และยังครอบคลุมไปทุกกลุ่มอายุ คุณภาพงานบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประสานงานกัน ส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพ แบบไร้รอยต่อและต้องมีประสิทธิภาพในการให้บริการซึ่งมีการจัดการที่ดี เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดี ไปพร้อมกัน และที่สำคัญต้องมุ่งเน้นที่“คน” เป็นศูนย์กลางในการให้บริการไม่ใช่ “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการให้บริการและการประเมินผลด้วย จะได้เข้าใจถึงแหล่งที่มา ของกองทุน ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการร่วมกันรับผิดชอบ ปลุกฝังให้ประชาชนดูแลสุขภาพก่อนที่จะป่วย

2. บุคลากรด้านสุขภาพ

ความสามารถของประเทศที่จะบริหารจัดการทรัพยากรคน-เงิน-ของ ที่มีอยู่ทั้งหมด ให้บรรลุเป้าหมายให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพดีนั้น ประเด็นเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพก็ต้องอาศัยบุคลากรที่มี ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจและรับผิดชอบต่องานให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้จำนวนของบุคลากรที่เหมาะสมก็มี ส่วนที่ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นได้เช่นกัน บุคลากรด้านสุขภาพหมายรวมถึง บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งที่ทำงานภาครัฐและภาคเอกชน เต็มเวลาหรือทำงาน กึ่งเวลาทำงานเต็มหรือควบหลายงาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้างก็ตาม นอกจากนี้ยังรวมกลุ่มบุคลากรที่ทำงานด้านการศึกษาในวิชาชีพสุขภาพ งานวิจัย และงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ การมองภาพรวมของทั้งประเทศและภูมิภาคเท่าที่เป็นอยู่ยังมีความขัดแย้งที่ยังมองภาคเอกชนดึงคนไปจากภาครัฐ อนาคตทั้งภาครัฐและเอกชนก็อาจถูกดึงไปยังภูมิภาค อาเซียน หรือภูมิภาคอื่นก็ได้ การ

วิเคราะห์จึงต้องเห็นข้อมูลความต้องการของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และทุกภาคส่วนทั้งหมดมาร่วมมือกันผลิตให้เพียงพอกับความต้องการในอดีตภาคบริการอยากให้ภาควิชาการในมหาวิทยาลัยเร่งผลิตเมื่อได้รับการปฏิเสธภาคบริการก็ผลิตเสียเอง ผ่านมา 10-20 ปี ภาคบริการเลยต้องแบกภาระงานสอนไปด้วย ส่วนภาควิชาการ งบประมาณไม่พอก็เพิ่มงานบริการขึ้นอีกแทนที่จะเพิ่มงานสอน หรืองานวิจัยที่สร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นในการพัฒนางานบริการของประเทศปัจจุบันบุคลากรทั้งส่วนบริการและวิชาการจึงทำงานเหมือนกันต่างคนต่างทำ และทำงานหนักทั้งสองส่วน นอกจากปัญหาการผลิตบัณฑิตสาขาสุขภาพแล้วยังมีปัญหาเรื่องเรื่องค่าตอบแทนตามภาระงาน (Pay For Performance; P4P) ที่ยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม บทบาทขององค์กรวิชาชีพในสาขาต่าง ๆ ต้องมีส่วนร่วม ชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาภาครวม ของประเทศและของภูมิภาค การคิดแก้ไขปัญหาแบบแยกเป็นส่วน ๆ หรือคิดเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะเป็นคราว ๆ ไป นอกจากไม่ทำให้ระบบสุขภาพมั่นคงแข็งแรงแล้วยังซ้ำเติมให้เกิดปัญหาที่เรื้อรังมากขึ้น

3. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

ข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อถือได้จะถูกนำไปใช้พื้นฐานในการตัดสินใจในทั้ง 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ และยังมีบทบาทในการนำเอานโยบายระบบสุขภาพไปปรับใช้ ควบคุม ดำเนินการทำวิจัยเพื่อพัฒนา แก้ไข ในประเด็นปัญหาต่าง ๆ อาทิเช่นงานให้บริการกำลังคน และกลไกการคลังด้านสุขภาพ ระบบ สารสนเทศยังใช้ติดตามและประเมินผล จัดการเวชระเบียน กระบวนการรักษา วิเคราะห์แผนสร้างโจทย์งานวิจัย สื่อสารข่าวสารไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ฯลฯ ในการบริหารระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเจริญได้อย่างยั่งยืนนั้นผู้บริหารนโยบายต้องการข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยต่าง ๆ ที่มี ผลต่อสุขภาพ ปัจจัยทั้งหมดที่นำเข้าสู่ระบบสุขภาพ ผลผลิตของระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงความพร้อม การเข้าถึง คุณภาพ ผู้ใช้ข้อมูลข่าวสาร และผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ อันได้แก่อัตราการตายและอัตราการเกิดทุพพล ภาพ สุขภาวะ ความพึงการรวมไปถึงการไม่ได้รับความธรรมจากการรับบริการ อาทิเช่น ขอบเขตการคุ้มครอง ผลลัพธ์จากการรักษาเปรียบเทียบกับวิธีที่ต่างกัน ต้นทุนการดำเนินการต้นทุนของการให้บริการของแต่ละกลุ่มโรค เป็นต้น

4. การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบการทำงาน ที่ต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น ซึ่งต้องมีคุณภาพและความคุ้มค่ากับราคา อาจกำหนดเป็น บัญชียาและเวชภัณฑ์ แนวทางปฏิบัติ หรือเป็นมาตรฐานในระดับชาติ แสดงขั้นตอนและวิธีการกำหนดราคา สถานภาพการต่อรองราคา กำหนดมาตรฐานและคุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ที่เข้าสู่ตลาดภายในประเทศ ระเบียบการจัดซื้อ การจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้น ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งต้อง เน้นมาตรการ “การใช้ยาอย่างเหมาะสม” เพื่อเป็นการลดอุบัติการณ์เชื้อดื้อยา เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และฝึกอบรมบุคลากร

5. ระบบการคลังด้านสุขภาพ

การคลังด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่ายเก็บสะสมหรือแบ่งปันไปให้เกิดงานบริการที่ยังขาดไปในระบบหรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของบุคลากรหรือเอาไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน เพื่อให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการประชาชนเข้าถึงได้ตลอดเวลาและสถานที่ที่สามารถบรรลุเป้าหมายให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่องและที่สำคัญ คือ ปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากจนต้องล้มละลาย ดังนั้น กลไกการคลังสุขภาพจึงมิได้หมายถึงแค่มีกองทุนเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดสรรงบประมาณ ระบบการซื้อและระบบการให้บริการด้านสุขภาพโดยทั่วไป ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแต่ละประเทศด้วยการเทียบสัดส่วนกับผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Products; GDP) และตัวชี้วัดที่ระบุถึงภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในครัวเรือน คือ สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเอง (Out-of-pocket Payment) ต่อรายได้ทั้งหมด

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

ธรรมาภิบาลเป็นเรื่องสำคัญมากขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้นำต้องใส่ใจในยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ต้องกำกับ ดูแล และควบคุม รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากมายหลายกลุ่ม ผู้นำมีความสำคัญมากในการบูรณาการทุกภาคส่วนให้เกิดการเชื่อมโยงในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ให้ระบบนี้เกิดความสมดุลและยั่งยืนของประเทศ ดังนั้น ลำพังตัวชี้วัดด้านธรรมาภิบาลของผู้นำมิได้สัมพันธ์กับความสำเร็จของระบบสุขภาพที่ดีได้เลย ธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพนั้นมีความหลากหลาย มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน การตรวจสอบ กำกับ ควบคุมปัจจัยนำเข้า กระบวนการจนถึงผลลัพธ์ของการดำเนินการในระบบสุขภาพทั้งหมดจึงเป็นเรื่องยากและท้าทายเป็นอย่างมาก การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของระบบสุขภาพจึงต้องมีการเชื่อมประสานองค์ประกอบของระบบสุขภาพทั้งหมด ซึ่งแต่ละประเทศก็มีบริบทที่แตกต่างกันไป คำจำกัดที่ต่างกัน ทำให้ที่มาของตัวชี้วัดแตกต่างกันเปรียบเทียบผลลัพธ์กันไม่ได้

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการ

ความหมายของการให้บริการ

จากการปฏิรูประบบราชการตามนโยบายรัฐบาล ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักในการให้บริการแก่ประชาชนผู้มาติดต่อที่เรียกว่าผู้รับบริการนั่นเอง องค์กรของรัฐจะต้องตอบสนองความต้องการของคนหลายกลุ่มการให้บริการขององค์กรหรือหน่วยงานในภาครัฐเป็นลักษณะงานที่ต้องมีการติดต่อประสานสัมพันธ์กับประชาชนที่ขอรับบริการโดยตรงเพื่อให้ประชาชนผู้ขอรับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว มีแนวคิดการให้บริการของนักวิชาการโดยยกตัวอย่างพอสังเขป ดังนี้

ชัชวาล อรวงศ์ศุภทัต (2557) กล่าวว่า หลายทศวรรษนับจากประเทศไทยผ่านการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการบริหารจากระบบการใช้อำนาจแบบอำมาตยาธิปไตย (Bureaucratic Polity) มาเป็นการปกครองที่เน้นการให้อำนาจแก่ตัวแทนของประชาชนผ่านระบบรัฐสภา (Parliamentary Regime) การบริหารงานภาครัฐไทย ไม่ค่อยได้ให้ความสำคัญเท่าใดนักกับการให้บริการประชาชน ไม่ว่าจะมองในแง่คุณภาพการตอบสนองความต้องการให้เกิดผล หรือปริมาณของการให้บริการที่เพียงพอเพื่อสนับสนุนการเติบโตของภาคธุรกิจและภาคประชาชน และยังให้ความสำคัญน้อยลงไปเมื่อกล่าวถึงเรื่องคุณภาพการให้บริการ (Service Quality) โดยได้ไปให้ความสำคัญกับประเด็นความพึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการพร้อมกับมีเครื่องมือวัดประเมินความพึงพอใจแบบต่างหน่วยต่างว่กันไปเอง การใช้เครื่องมือวัดคุณภาพของการให้บริการที่ได้มาตรฐาน จึงไม่ปรากฏแพร่หลายมากนักกับหน่วยงานภาครัฐไทยที่ทำหน้าที่หลักในการจัดบริการสาธารณะ แม้ระบอบราชการของเรา หลายที่ผ่านมานานปัจจุบัน จะอยู่ในภาวะของการบริหารราชการแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (Result-based Management) ก็ตาม แตกต่างไปจากการบริหารภาครัฐของประเทศในโลกตะวันตก ยกเว้นไว้แต่ในแวดวง วิชาชีพการพยาบาลของไทย ที่ดูจะได้รับความสนใจและมีการพัฒนาองค์ความรู้ ตลอดไปจนถึงการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพการให้บริการอย่างกว้างขวางต่อเนื่อง

นอกจากนั้นยังเพิ่มเติมอีกว่าเนื่องจากคุณภาพเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนและมีองค์ประกอบหรือปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องอันส่งผลให้การมองคุณภาพจำเป็นต้องทำการมองจากหลายด้านตามที่สมวงศ์ พงศ์สถาพร (2550) อธิบายให้เห็นว่า คุณภาพการให้บริการโดยพื้นฐานแล้วนับเป็นเรื่องที่ยากเนื่องจากธรรมชาติความไม่แน่นอนของงานบริการที่จับต้องไม่ได้และคาดหมายลำบาก จึงได้มีความพยายามจากนักวิชาการมาโดยต่อเนื่องในการพยายามค้นหาแนวทางการประเมินหรือวัดคุณภาพการให้บริการที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงมิติของการปฏิบัติและสามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างเด่นชัดที่สุด กรอนรูส (Gronroos, 1984) ได้เสนอแนวคิดไว้ว่าคุณภาพเชิงเทคนิค (Technical Quality) และคุณภาพเชิงหน้าที่ (Functional Quality) เป็นภาพแห่งมิติของคุณภาพที่ส่งผลกระทบไปถึงทั้งความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการและคุณภาพการ

ให้บริการจะมีมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับของ คุณภาพเชิงเทคนิค และคุณภาพเชิงหน้าที่นั่นเอง ทั้งนี้กรอนรูส (Gronroos, 1984) ได้กล่าวถึงเกณฑ์การพิจารณาคุณภาพการบริการที่สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ตามหลัก 6 ประการกล่าว คือ

1. การเป็นมืออาชีพและการมีทักษะของผู้ให้บริการ (Professionalism and Skill) เป็นการพิจารณาว่า ผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้จากการเข้ารับบริการจากผู้ให้บริการที่มีความรู้และทักษะในงานบริการซึ่งสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีระบบและแบบแผน

2. ทักษะคติและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (Attitude and Behavior) ผู้รับบริการจะเกิดความรู้สึกได้จากการที่ผู้ให้บริการสนใจที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน

3. การเข้าพบได้อย่างง่ายและมีความยืดหยุ่นในการให้บริการ (Accessibility and Flexibility) ผู้รับบริการจะพิจารณาจากสถานที่ตั้งไว้ให้บริการและเวลาที่ได้รับการจากผู้ให้บริการ รวมถึงระบบการบริการที่จัดเตรียมไว้ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ

4. ความไว้วางใจและความเชื่อถือได้ (Reliability and Trustworthiness) ผู้รับบริการจะทำการพิจารณาหลังจากที่ได้รับบริการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งการให้บริการของผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติตามที่ได้รับการตกลงกัน

5. การแก้ไขสถานการณ์ให้กับสู่ภาวะปกติ (Recovery) พิจารณาจากการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าเกิดขึ้น หรือเกิดเหตุการณ์ที่ผิดปกติและผู้ให้บริการสามารถแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ ได้ทันท่วงทีด้วยวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งทำให้สถานการณ์กลับสู่ภาวะปกติ

6. ชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือ (Reputation and Credibility) ผู้รับบริการจะเชื่อถือในชื่อเสียงของผู้ให้บริการจากการที่ผู้ให้บริการดำเนินกิจการด้วยดีมาตลอด

วรุณพร บุญสมบัติ (2548). ได้ให้ความหมายของการบริการ (Service) หมายถึง กิจกรรมหรือกระบวนการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งของ บุคคลหรือองค์กรในอันที่จะสนองความต้องการของ บุคคลอื่นตามที่คาดหวังและทำให้เกิดความพึงพอใจต่อสูงที่ได้รับและกล่าวว่าการให้บริการคือประโยชน์หรือความพอใจ ซึ่งได้เสนอไว้เพื่อขาย หรือจัดขึ้นร่วมกับการขายสินค้า

สุนันทา ทวีผล (2550) กล่าวถึงการให้บริการสรุปได้ ดังนี้

1. หลักความสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลส่วนใหญ่ กล่าวคือประโยชน์และบริการที่องค์กรจัดให้นั้นจะต้องตอบสนองความต้องการของ บุคคลเป็นส่วนใหญ่หรือทั้งหมดมิใช่เป็นการจัดให้แก่บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ มิฉะนั้นแล้วนอกจากจะไม่เกิดประโยชน์สูงสุดในการเอื้ออำนวยประโยชน์และบริการแล้วยังไม่คุ้มค่ากับการดำเนินงานนั้น ๆ

2. หลักความสม่ำเสมอ กล่าวคือการให้บริการต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมิใช่ทำ ๆ หยุด ๆ ตามความพอใจของผู้บริการหรือผู้ปฏิบัติ

3. หลักความเสมอภาค บริการที่จัดนั้นจะต้องให้แก่ผู้มาใช้บริการทุกคนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

4. หลักความประหยัด ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการบริการจะต้องไม่มากจนเกินกว่าผลที่จะได้รับ

5. หลักความสะดวก บริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะปฏิบัติได้ง่าย สะดวกสบายสิ้นเปลืองทรัพยากรไม่มากนัก ทั้งยังไม่เป็นการสร้างภาระ ยุ่งยากใจให้แก่ผู้บริการหรือผู้ให้บริการมากจนเกินไป

สมิต สัจฉกร (2560) ให้ความหมายว่าการบริการเป็นการปฏิบัติงานที่กระทำหรือติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการการให้บุคคลต่าง ๆ ได้ใช้ประโยชน์ในทางใดทางหนึ่ง ทั้งด้วยความพยายามใด ๆ ก็ตามด้วยวิธีการหลากหลายในการทำให้บุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้รับความช่วยเหลือจัดได้ว่าเป็นการให้บริการทั้งสิ้นการจัดอำนวยความสะดวก การสนองความต้องการของผู้ใช้บริการก็เป็นการให้บริการการให้บริการจึงสามารถดำเนินการได้หลากหลายวิธีจุดสำคัญคือเป็นการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ

เลื่อนใส ใจแจ่ม (2559) ได้เสนอแนวความคิดในการบริการประชาชนที่ดีและมีคุณภาพต้องอาศัยเทคนิค กลยุทธ์ ทักษะที่จะทำให้ชนะใจผู้รับบริการซึ่งสามารถกระทำได้ทั้งก่อนการติดต่อ ระหว่างการติดต่อและหลักการติดต่อโดยได้รับการบริการจากตัวบุคคลทุกระดับ ในองค์กรรวมทั้งผู้บริหารขององค์กรนั้น ๆ ทั้งนี้ การบริการที่ดีจะเป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้ติดต่อรับบริการเกิดความเชื่อถือศรัทธาและสร้างภาพลักษณ์ซึ่งจะมีผลในการใช้บริการต่าง ๆ ในโอกาสหน้าต่อไป

สรุปได้ว่า การให้บริการประชาชนที่ดีควรเป็นการให้บริการแบบครบถ้วนสมบูรณ์เป็นการพัฒนาระบบการให้บริการและทัศนคติวิธีคิด วิธีทำงานของพนักงานส่วนตำบลที่มีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนได้รับการที่ควรจะได้รับอย่างครบถ้วนสมบูรณ์มีความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการมุ่งที่จะให้บริการในเชิงส่งเสริมและสร้างทัศนคติและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการตลอดจนเป็นการให้บริการที่มีความถูกต้องชอบธรรม สามารถตรวจสอบได้สร้างความเสมอภาคทั้งในการให้บริการและในการที่จะได้รับบริการจากพนักงานส่วนตำบลของรัฐทำให้เกิดความพึงพอใจ

หลักการที่ดีของงานบริการ

การบริการที่ดีได้มีผู้แสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับหลักการที่ดีของงานบริการ ไว้ดังนี้
จรัส สุวรรณมาลา (2558) กล่าวถึง ลักษณะการให้บริการที่มีคุณภาพ โดยมีตัวแปรที่จะนำมาใช้ในการกำหนดคุณภาพของบริการ ดังนี้

1. ความถูกต้องตามกฎหมาย หมายถึง บริการที่จัดให้มีขึ้นตามกฎหมาย โดยเฉพาะบริการที่บังคับให้ประชาชนต้องมาใช้บริการ เช่น บริการรับชำระภาษีอากรจำเป็นต้องควบคุมให้ถูกต้องตามระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องเป็นสำคัญ

2. ความเพียงพอ หมายถึง บริการที่มีจำนวนและคุณภาพเพียงพอกับความต้องการของผู้รับบริการไม่มีการรอคอย หรือเข้าคิว เพื่อขอรับบริการ

3. ความทั่วถึง เท่าเทียม ไม่มีข้อยกเว้น ไม่มีอภิสิทธิ์ หมายถึง บริการที่ดีต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนในทุกพื้นที่ กลุ่ม อาชีพ เพศ วัย ได้ใช้บริการประเภทเดียวกัน คุณภาพเดียวกันได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียมกัน โดยไม่มีข้อยกเว้น

4. ความสะดวกรวดเร็ว เชื่อถือได้ หมายถึง การให้บริการที่ดีมีคุณภาพนั้นจะต้องมีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

4.1 ผู้ใช้บริการจะต้องได้รับความสะดวก คือ สามารถใช้บริการได้ ณ ที่ต่าง ๆ และสามารถเลือกใช้วิธีการได้หลายแบบตามสภาพของผู้ใช้บริการนอกจากนั้นความสะดวกอาจ พิจารณาได้จากกระบวนการให้บริการเช่น การจัดให้มีจุดให้บริการเพียงจุดเดียว (One-stop Service)

4.2 ความรวดเร็ว หมายถึง ประชาชนต้องได้รับการบริการทันทีโดยไม่ต้องรอคิวคอยรับบริการนานเกินสมควร

4.3 ความน่าเชื่อถือได้ของระบบบริการ หมายถึง บริการที่มีคุณภาพจะต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีระเบียบแบบแผนการให้บริการที่แน่นอน คาดการณ์ล่วงหน้าได้แน่นอนเป็นที่พึงพาของผู้รับบริการได้เสมอ และมีโอกาสเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด

5. ความได้มาตรฐานทางเทคนิคหรือมาตรฐานทางวิชาการ หมายถึง การให้บริการประเภทนี้ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญทางเทคนิคหรือทางวิชาการ เช่น การเงินการบัญชีบริการทางการแพทย์ เศรษฐกิจ กฎหมาย ฯลฯ บริการดังกล่าวนี้จะมีคุณภาพดีก็ต่อเมื่อมีบุคลากรและกระบวนการให้บริการที่ได้มาตรฐานทางเทคนิคและวิชาการ

6. การเรียกเก็บค่าบริการที่เหมาะสมต้นทุนการให้บริการต่าง ๆ หมายถึง การให้บริการของรัฐประเภทที่มีการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการต้องมีค่าบริการที่เหมาะสมและต้องมีระบบการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ มีต้นทุนการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพดี และมีค่าบริการที่ไม่สูงเกินไป

ปรัชญา เวสารัชช์ (2560) กล่าวถึง การให้บริการสรุปได้ ดังนี้

1. ทำให้ผู้รับบริการเต็มใจ และไม่เกิดความทุกข์ ความเครียดในการมารับบริการต้องทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกพอใจ หรือแปลกใจที่ไม่เลวร้ายอย่างที่คิด

2. อย่าปล่อยให้ผู้รับบริการอยู่ที่หน่วยบริการนานเกินไป หากมีผู้รับบริการมาติดต่อก็ต้องให้ผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการให้เร็วที่สุดทั้งนี้รวมทั้งพยายามจัดบริการให้เสร็จเสียในคราวเดียวกันจะได้ไม่ต้องเป็นภาระมาติดต่ออีกในเรื่องเดิม

3. อย่าทำผิดพลาดจนผู้มารับบริการเดือดร้อน หัวหน้าหน่วยลงมาดูแล และพบปะด้วยตนเองและสร้างความพอใจด้วยการอำนวยความสะดวกเป็นพิเศษให้เท่าที่สามารถทำได้

4. สร้างบรรยากาศของหน่วยบริการให้น่ารื่นรมย์โดยการจัดสถานที่ให้ร่มรื่น มีที่นั่งพักผ่อน รับประทานอาหารแต่งตัวเรียบร้อย สุภาพ สถานที่ดูสะอาด

5. ทำให้ผู้รับบริการเกิดความคุ้นเคยกับบริการโดยจัดป้ายประชาสัมพันธ์แนะนำมีขั้นตอนอย่างไร มีพนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งพร้อมจะตอบคำถาม

6. เตรียมความสะดวกให้พร้อมจัดสิ่งอำนวยความสะดวก มีคำแนะนำ

สรุปได้ว่า การให้บริการเป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ในการสนองความต้องการส่วนรวมของประชาชน โดยคำนึงถึงความสอดคล้องความต้องการของบุคคลส่วนใหญ่ ความสม่ำเสมอ ความเสมอภาค ความประหยัด ความสะดวก และตรงเวลาอย่างต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ได้ยึดการให้บริการโดยมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในคลินิกหออกรับครุฑวงกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

2.4.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพ

จากการศึกษาคุณภาพการบริการ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของผู้ที่การศึกษา ดังนี้

สมิต สัจฉกร (2550) ให้ความหมายคำว่า “การบริการ” ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Service” ซึ่งเป็นคำที่เราคุ้นเคยและคนส่วนมากจะเรียกร่องขอรับบริการเพื่อความพึงพอใจของตน โดยกล่าวว่า การบริการเป็นการปฏิบัติงานที่กระทำหรือติดต่อและเกี่ยวข้องกับการใช้บริการทำให้บุคคลต่าง ๆ ได้ใช้ประโยชน์ในทางใดทางหนึ่ง ทั้งด้วยความพยายามใด ๆ ก็ตามด้วย วิธีการหลากหลายในการทำให้คนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้รับความช่วยเหลือจัดได้ว่าเป็นการให้บริการทั้งสิ้น

การจัดอำนวยความสะดวกก็เป็นการให้บริการการสนองความต้องการของผู้ใช้บริการก็เป็นการให้บริการการให้บริการจึงสามารถดำเนินการได้หลากหลายวิธีจุดสำคัญคือเป็นการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ใช้บริการ

การบริการเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในงานด้านต่าง ๆ เพราะบริการคือการให้ความช่วยเหลือหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ไม่มีการดำเนินงานใด ๆ ที่ปราศจากบริการทั้งในภาครัฐราชการและภาคธุรกิจเอกชน การขายสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ใด ๆ ก็ต้องมีการบริการรวมอยู่ด้วยเสมอซึ่งเป็นธุรกิจบริการตัวบริการนั่นเองคือ สินค้าการขายจะประสบความสำเร็จได้ต้องมีการบริการที่ดีกิจการค้าจะอยู่ได้ต้องทำให้เกิดการ “ขายซ้ำ” คือ ต้องรักษาลูกค้าเดิมและเพิ่มลูกค้าใหม่ การบริการที่ดีจะช่วยรักษาลูกค้าเดิมไว้ทำให้เกิดการขายซ้ำแล้วซ้ำอีก และชักนำให้มีลูกค้าใหม่ ๆ ตามมาเป็นความจริงว่า “เราสามารถพัฒนาคุณภาพสินค้าที่ละตัวได้แต่การพัฒนาคุณภาพบริการต้องทำพร้อมกันทั้งสององค์กร” การพัฒนาคุณภาพของการบริการเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกคนในองค์กรจะต้องถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน มิฉะนั้นจะเสียโอกาสแก่คู่แข่งหรือสูญเสียลูกค้าไป

ซัชวาล อรรถศาสตร์ (2557) กล่าวว่า ส่วนแนวคิดพื้นฐานเรื่องคุณภาพการให้บริการเป็นแนวคิดที่ได้รับการเสนอไว้โดยโครนินและเทเลอร์ (Cronin and Taylor, 1992) ในทัศนะของนักวิชาการทั้งสองท่าน ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เป็นเรื่องของการเปรียบเทียบประสบการณ์ของผู้รับบริการได้รับบริการกับความคาดหวังที่ผู้รับบริการนั้นมีในช่วงเวลาที่มาใช้บริการและเป็นสิ่งที่จะช่วยให้สามารถวัดคุณภาพการให้บริการได้ ส่วนคุณภาพการให้บริการในมุมมองเชิงการตลาด

สุนันทา ทวีผล (2560) กล่าวไว้ว่า ในการพิจารณาความสำคัญของบริการอาจพิจารณาได้ใน 2 ด้าน ได้แก่

- 1) ถ้ามีบริการที่ดีจะเกิดผลอย่างไร
- 2) ถ้าบริการไม่ดีจะมีผลเสียอย่างไร

บริการที่ดีจะส่งผลให้ผู้รับบริการมีทัศนคติอันดีแก่ ความคิดและความรู้สึก ทั้งต่อตัว ผู้ให้บริการและหน่วยงานที่ให้บริการเป็นไปในทางบวก คือ ความชอบ ความพึงพอใจ ดังนี้

- 1) มีความชื่นชมในตัวผู้ให้บริการ
- 2) มีความนิยมในหน่วยงานที่ให้บริการ
- 3) มีความระลึกถึงและยินดีมาขอรับบริการอีก
- 4) มีความประทับใจที่ดีไปอีกนานแสนนาน
- 5) มีการบอกกล่าวไปยังผู้อื่นแนะนำให้มาใช้บริการเพิ่มขึ้น
- 6) มีความรักดีต่อหน่วยงานที่ให้บริการ
- 7) มีการพูดถึงผู้ให้บริการและหน่วยงานในทางที่ดี

บริการที่ไม่ดีจะส่งผลให้ผู้รับบริการมีทัศนคติทั้งต่อตัวผู้ให้บริการและหน่วยงานที่ให้บริการเป็นไปในทางลบ มีความไม่ชอบและความไม่พึงพอใจ ดังนี้

- 1) มีความรังเกียจตัวผู้ให้บริการ
- 2) มีความเสื่อมศรัทธาในหน่วยงานที่ให้บริการ
- 3) มีความผิดหวัง และไม่ยินดีมาใช้บริการอีก
- 4) มีความประทับใจที่ไม่ดีไปอีกนานแสนนาน
- 5) มีการบอกกล่าวไปยังผู้อื่น ไม่แนะนำให้มาใช้บริการอีก
- 6) มีการพูดถึงผู้ให้บริการและหน่วยงานในทางที่ไม่ดี

พฤติกรรมของผู้ที่จะทำงานบริการได้ดี มีดังต่อไปนี้

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2541) ได้ศึกษาขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพรูปแบบสำหรับบริการสุขภาพ กล่าวถึง ความหมายคุณภาพ คือ ภาวะที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้สินค้าหรือบริการเราอาจเรียกผู้ใช้สินค้าหรือบริการว่าลูกค้าซึ่งหมายถึงที่พึงพิงการทำงานของเราที่ผลงานของเราจะเป็นคุณประโยชน์ต่อลูกค้าได้นั้นจะต้องทำในสิ่งที่ควรทำให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก (Do Right

Thing Right Since The First Time) การทำในสิ่งที่ควรทำคือ การแก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของลูกค้า การทำให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรกคือ การปฏิบัติตามมาตรฐานทางเทคนิคหรือมาตรฐานวิชาชีพ

มีการจำแนกคุณภาพ ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ คุณภาพที่ต้องมี (Must Be Quality) และคุณภาพที่ประทับใจ (Attractive Quality) คุณภาพที่ต้องมีคือสิ่งที่ลูกค้าคาดหวังหากไม่ได้รับจะเกิดความไม่พึงพอใจคุณภาพที่ประทับใจคือสิ่งที่เกินความคาดหวังของลูกค้า หากไม่ได้รับก็จะไม่รู้สึกรู้สึ แต่เมื่อได้รับแล้วจะรู้สึกประทับใจ การพัฒนาคุณภาพจะต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพที่ต้องมีเป็นอันดับแรก และจัดให้มีคุณภาพที่ประทับใจหากเป็นไปได้ เราอาจจำแนกคุณภาพบริการสุขภาพออกเป็นมิติต่าง ๆ ได้ดังนี้

- 1) ความรู้ความสามารถ (Competency) ของผู้ให้บริการ
- 2) ความเหมาะสม (Appropriateness) ของการให้บริการเป็นการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้ หรือความสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ
- 3) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ของการให้บริการได้แก่การที่ผู้ป่วยรอดชีวิตหายจากการเจ็บป่วย ไม่มีความพิการ
- 4) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ของการให้บริการได้แก่การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ
- 5) ความปลอดภัย (Safety) ได้แก่ การที่ไม่เกิดอันตราย หรือภาวะแทรกซ้อน
- 6) การเข้าถึงบริการหรือมีบริการให้เมื่อจำเป็น (Accessibility)
- 7) ความเท่าเทียมกันในการรับบริการ(Equity)
- 8) ความต่อเนื่อง (Continuity)

หลักการสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ คือ การมุ่งตอบสนองความต้องการของลูกค้าการปรับกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบต่อเนื่องโดยการใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์การทำงานเป็นทีม และการที่ผู้นำมีบทบาทในการชี้แนะและสนับสนุนอย่างเหมาะสมคุณภาพจะต้องเกิดจากความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนทำงานในหน้าที่ของตนให้ดีที่สุดในระบบงานที่ซับซ้อน เช่น โรงพยาบาลต้องอาศัยความรู้ความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติงานจำนวนมากและหลากหลายวิชาชีพความร่วมมือและการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการจึงมีความจำเป็นต่อการให้บริการที่มีคุณภาพการพัฒนาคุณภาพเป็นการจัดระบบงานของแต่ละหน่วยงาน และระบบงานที่เชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ การจัดระบบงานดังกล่าวจะต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม ทั้งทีมภายในหน่วยงานระหว่างหน่วยงาน ทีมระหว่างวิชาชีพ ทีมระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร

พีริลลีย์ คำนวณศิลป์ (2557) ได้กล่าวถึง คุณภาพการบริการว่า บริการที่ดีหรือมีคุณภาพนั้นจะต้องไม่ทำให้ผู้รับบริการเสียเวลาในการรอคอยนาน ผู้ให้บริการต้องมีมนุษยสัมพันธ์ มีการทักทาย

โอภาปราศรัย และเป็นกันเองกับผู้รับบริการหรือที่ว่า “หน้าไม่งอ รอไม่นาน วาจาไพเราะเสนาะหู” นอกจากเกณฑ์ดังกล่าวแล้วยังมีเกณฑ์ในการวัดคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานที่ให้บริการที่เรียกว่า “5 ส” คือ แสง สี เสียง สะอาด และสะดวก ซึ่งหมายความว่าสถานที่ให้บริการจะต้องมีแสงสว่างที่เพียงพอหรือเหมาะสม สถานที่ให้บริการจะต้องมีสิ่งที่เป็นที่สอดคล้องกับชนิดของบริการเช่น สถานบริการสาธารณสุขควรมีสีขาวสะอาด เสียงของสถานบริการก็ควรจะไม่มีความดังหรืออีกที่ก็ไม่เหมาะสม เช่น โรงพยาบาลควรมีเสียงเงียบสงบ โรงมหรสพก็ควรมีเสียงดังไพเราะ ความสะอาดเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการทุกคนต้องการ เช่น สถานบริการสาธารณสุขต้องให้บริการที่สะอาดและท้ายที่สุดคือความสะดวก ได้แก่ สถานที่ตั้งของสถานบริการนั้นต้องมีความสะดวกในการติดต่อหรือเข้ารับบริการ ไม่ตั้งอยู่ห่างไกล เช่น อยู่ในชนบท หรือขาดความสะดวกในการไปรับบริการ สรุปก็คือ ความยากในการพัฒนาคุณภาพของการบริการและการบริหารเพื่อให้บริการมีคุณภาพนั้นอยู่ที่การทราบความต้องการความคาดหวัง ค่านิยม และรสนิยมของผู้ใช้บริการ

เป้าหมายสำคัญของการบริการ คือ การสร้างความพึงพอใจในการให้บริการสาธารณะแก่ประชาชน โดยมีหลัก และแนวทาง คือ การให้บริการอย่างเสมอภาค หมายถึง ความยุติธรรมในการบริหารงานภาครัฐที่มีฐานคติที่ว่า “คนทุกคนเท่าเทียมกัน” ดังนั้น ประชาชนทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันในแง่มุมของกฎหมาย ไม่มีการแบ่งแยกกีดกันในการให้บริการประชาชน จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่ใช้มาตรฐานในการให้บริการเดียวกันการให้บริการที่ตรงเวลา หมายถึง ในการบริการจะต้องมองว่าการให้บริการสาธารณะจะต้องตรงต่อเวลา ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ จะถือว่าไม่มีประสิทธิผลเลย ถ้าไม่มีการตรงต่อเวลา ซึ่งจะต้องสร้างความไม่พอใจให้แก่ประชาชนการให้บริการอย่างเพียงพอ หมายถึง การให้บริการสาธารณะต้องมีลักษณะ มีจำนวนการให้บริการและสถานที่ให้บริการอย่างเหมาะสม มิเล็ด (Millet, 1954) เห็นว่าความเสมอภาคหรือการตรงต่อเวลาจะไม่มี ความหมายเลย ถ้ามีจำนวนการให้บริการไม่เพียงพอ และสถานที่ตั้งที่ให้บริการสร้างความไม่ยุติธรรมให้เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ การให้บริการอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยยึดประโยชน์ของสาธารณะเป็นหลัก ไม่ใช่อึดความพอใจของหน่วยงานที่ให้บริการว่า จะให้บริการหรือหยุดบริการเมื่อใดก็ได้ และการให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service) หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่มีการปรับปรุงคุณภาพ และผลการปฏิบัติงานกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือการเพิ่มประสิทธิภาพหรือความสามารถที่จะทำหน้าที่ได้มากขึ้นโดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิม

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการเป็นสิ่งสำคัญหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจการให้บริการ คือ การรักษาระดับการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่ง โดยเสนอคุณภาพการให้บริการตามลูกค้าคาดหวังไว้ ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการที่ลูกค้าต้องการจะได้จากประสบการณ์ในอดีตจากการพูดปากต่อปาก จากการโฆษณาของธุรกิจ ให้บริการลูกค้าจะพอใจถ้าเขา

ได้รับในสิ่งที่เขาต้องการเมื่อเขามีความต้องการในรูปแบบที่ต้องการ ดังนั้น จึงต้องคำนึงถึงคุณภาพของการให้บริการซึ่งการบริการที่ประสบความสำเร็จจะต้อง ประกอบด้วย คุณสมบัติสำคัญต่าง ๆ คือ

- 1) ความเชื่อถือได้ ประกอบด้วย ความสม่ำเสมอ ความพึงพาได้
- 2) การตอบสนอง ประกอบด้วย ความเต็มใจที่จะให้บริการ ความพร้อมที่จะให้บริการและการอุทิศเวลาในการติดต่ออย่างต่อเนื่องปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการเป็นอย่างดี
- 3) ความสามารถ ประกอบด้วย สามารถในการให้บริการ สามารถในการสื่อสาร สามารถในความรู้อาการที่จะให้บริการ
- 4) การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย ผู้ใช้บริการเข้าใช้ หรือรับบริการได้สะดวกระเบียบขั้นตอนไม่ควรมากมายซับซ้อนเกินไป ผู้ใช้บริการใช้เวลารอคายน้อย เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้ใช้บริการอยู่ในสถานที่ที่ผู้ใช้บริการติดต่อได้สะดวก
- 5) ความสุภาพอ่อนโยน ประกอบด้วย การแสดงความสุภาพต่อผู้ใช้บริการ ให้การต้อนรับที่เหมาะสมผู้ให้บริการมีบุคลิกภาพดี
- 6) การสื่อสาร ประกอบด้วย มีการสื่อสารชี้แจงขอบเขตและลักษณะงานบริการมีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ
- 7) ความซื่อสัตย์ ประกอบด้วย คุณภาพของงานบริการมีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ
- 8) ความมั่นคง ประกอบด้วย ความปลอดภัยทางกายภาพ เช่น เครื่องมืออุปกรณ์
- 9) ความเข้าใจ ประกอบด้วย การเรียนรู้ผู้ใช้บริการการให้คำแนะนำและเอาใจใส่ผู้ใช้บริการการให้ความสนใจต่อผู้ใช้บริการ
- 10) การสร้างสิ่งจำเป็นที่จับต้องได้ ประกอบด้วย การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ให้พร้อมสำหรับให้บริการ การเตรียมอุปกรณ์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการการจัดสถานที่ให้บริการสวยงามสะอาด

ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่า คุณภาพการบริการ จึงเป็นสภาวะการณ์ปฏิบัติงานที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้สินค้าหรือบริการขององค์กรใดองค์กรหนึ่งหรือสินค้าและบริการใดบริการหนึ่ง ซึ่งการให้บริการสามารถทำได้หลายวิธีที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจหรือประทับใจในการบริการนั้น คุณภาพการให้บริการอาจประกอบกันเข้าด้วยหลาย ๆ องค์ประกอบ เช่น ความเชื่อถือได้ การตอบสนองด้วยความเต็มใจที่จะให้บริการความพร้อมที่จะให้บริการและการอุทิศเวลา ความสามารถในการให้บริการสามารถในการสื่อสาร สามารถในความรู้อาการที่จะให้บริการการเข้าถึงบริการหรือรับบริการได้สะดวก ความสุภาพอ่อนโยน ให้การต้อนรับที่เหมาะสม ผู้ให้บริการมีบุคลิกภาพดี การสื่อสาร มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการความซื่อสัตย์ เที่ยงตรงน่าเชื่อถือ ความมั่นคง ความเข้าใจ การสร้างสิ่งจำเป็นที่จับต้องได้ การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ให้พร้อมสำหรับให้บริการการเตรียมอุปกรณ์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการการจัดสถานที่ให้บริการสวยงามสะอาดโดยคุณภาพการให้บริการเป็นแนวคิดในการบริหารงานภาครัฐ

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการบริการ

“ความพึงพอใจ” นั้นได้มีการศึกษามาเป็นระยะเวลานานตั้งแต่ช่วงก่อนสงครามโลก ครั้งที่ 1 โดยมุ่งที่จะตอบคำถามว่า ทำอย่างไรจึงจะสามารถเอาชนะความจำเจและความน่าเบื่อของงาน ต่อการศึกษาความพึงพอใจจะต้องนำมาใช้ได้มากกว่าความพึงพอใจต่องานของตน โดยนำไปใช้ในทางสังคมในลักษณะการปรับปรุงงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการที่จะประกอบด้วยกัน 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายผู้มีหน้าที่ในการบริการหรือพนักงาน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและฝ่ายผู้รับบริการโดยศึกษา ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการบริการมากน้อยเพียงใด ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความจำกัดความรวมถึงแนวคิดทาง “ความพึงพอใจ” ผู้วิจัยจึงนำมากล่าวมีดังต่อไปนี้

ความพึงพอใจหรือความพอใจ ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Satisfaction” ความหมายตามพจนานุกรมทางด้านจิตวิทยา โดย แซปลิน (Chaplin, 1968, อ้างถึงใน วันชัย แก้วศิริโกมล, 2550) ให้คำจำกัดความว่า เป็นความรู้สึกของผู้รับบริการต่อสถานประกอบการตามประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าไปติดต่อขอรับบริการในสถานบริการนั้น ๆ

มิลเลท (Millet, 1954) สรุปความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ชาญชัย ราชโคตร, 2559)

1) การให้บริการอย่างเสมอภาค (Equitable Service) คือ ไม่มีการแบ่งแยกกีดกันใน การให้บริการประชาชนจะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่ใช้มาตรฐานการให้บริการ เดียวกัน

2) การให้บริการอย่างทันเวลา (Time Service) คือ ในการบริการจะต้องมองว่าการ ให้บริการสาธารณะจะต้องตรงเวลา ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐจะถือว่าไม่มีประสิทธิภาพ เลยถ้าไม่มีการตรงต่อเวลาซึ่งจะสร้างความไม่พึงพอใจให้แก่ประชาชน

3) การให้บริการอย่างพอเพียง (Ample Service) คือ การให้บริการสาธารณะต้องมี จำนวนการให้บริการและสถานที่ให้บริการอย่างเหมาะสม

4) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service) คือ การยึดประโยชน์ของ สาธารณชนเป็นหลัก ไม่ใช่ยึดความพอใจของหน่วยงานที่ให้บริการว่าจะให้หรือหยุดบริการเมื่อใด

5) การบริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service) คือ การให้บริการสาธารณะที่มี การปรับปรุงคุณภาพและผลการปฏิบัติงาน

ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ มาสโลว์ (A. Maslow) ในระดับต่ำไประดับสูงมี 5 ขั้น ดังนี้ (ชาญชัย ราชโคตร, 2554)

ขั้นที่ 1 ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Need) เป็นความต้องการขั้น พื้นฐานเพื่อความอยู่รอดของชีวิต เช่น ความต้องการอาหาร อากาศ น้ำ ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรคและ ความต้องการทางเพศ

ขั้นที่ 2 ความต้องการทางด้านความมั่นคงปลอดภัย (Safety Need) ได้แก่ เมื่อได้รับการตอบสนองทางร่างกายแล้ว ขั้นต่อไป คือ ความต้องการความปลอดภัยต่าง ๆ ได้แก่ ความมั่นคงในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นอาชีพ หรือการทำงาน เป็นความต้องการทุกอย่างที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยในชีวิตที่เกิดขึ้นกับร่างกายความมั่นคงในทางเศรษฐกิจ

ขั้นที่ 3 ความต้องการทางด้านสังคม (Social Need) เป็นความต้องการขั้นที่ 3 เมื่อความต้องการในขั้นที่ 1 และ 2 ได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์จะมีความต้องการสังคม ต้องการเพื่อน ต้องการความรัก ความเป็นมิตรจากบุคคลอื่น ๆ

ขั้นที่ 4 ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องในสังคม (Esteem Need) เป็นความต้องการในเรื่องความรู้ ความสามารถ รวมทั้งได้รับการยกย่องสรรเสริญจากบุคคลอื่นเกี่ยวกับความมั่นใจในตนเอง

ขั้นที่ 5 ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization Need) เมื่อความต้องการพื้นฐานขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 4 ได้รับการตอบสนองแล้วในขั้นนี้ เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ คือ อยากให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่ง ทุกอย่าง ตามความต้องการของตน

ลักษณะวรรณ พวงไม้มี้ง (2555) ความพึงพอใจเป็นแนวความคิดหรือทัศนคติอย่างหนึ่ง เป็นสภาวะรับรู้ภายในซึ่งเกิดจากความคาดหวังไว้ว่าเมื่อทำงานชิ้นหนึ่งแล้วจะได้รับรางวัลอย่างใดอย่างหนึ่ง ถ้าได้รับตามที่คาดหวัง ความพึงพอใจก็จะเกิดขึ้นแต่ถ้ารางวัลต่ำกว่าอินทรีย์ที่คาดหวังก็จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ กล่าวหาว่า ความพึงพอใจ หมายถึง สภาพของจิตที่ปราศจากความเครียด ทั้งนี้ เพราะธรรมชาติของมนุษย์ นั้นมีความต้องการ ถ้าความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองทั้งหมดหรือบางส่วนความเครียดจะน้อยลง ความพึงพอใจก็จะเกิดขึ้นและในทางกลับกัน ถ้าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองความเครียดและความไม่พึงพอใจจะเกิดขึ้น

ซาบฟิน (Chaphin, 1998) กล่าวว่า ความพึงพอใจตามคำจำกัดความของพจนานุกรมทางด้านจิตวิทยา หมายถึง เป็นความรู้สึกในขั้นแรกเมื่อบรรลุถึงจุดมุ่งหมายโดยมีแรงกระตุ้น

แม็คคอร์มิก (McCormick, 1965) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง แรงจูงใจของมนุษย์ซึ่งตั้งอยู่บนความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic Needs) มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับผลสัมฤทธิ์และสิ่งจูงใจ (Incentive) และพยายามหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ไม่ต้องการ

คอตเลอร์ (Kotler, 1994) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจว่าเป็นระดับความรู้สึกที่มีผลมาจากการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ผลจากการทำงาน หรือประสิทธิภาพกับความคาดหวังของลูกค้า โดยลูกค้าได้รับบริการหรือสินค้าต่ำกว่าความคาดหวัง จะเกิดความไม่พึงพอใจแต่ถ้าตรงกับความคาดหวังลูกค้าจะเกิดความพอใจและถ้าสูงกว่าความคาดหวังจะเกิดความประทับใจ

วรูม (Vroom, 1964) กล่าวว่า ทัศนคติและความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งสามารถใช้แทนกันได้เพราะทั้งสองคำนี้ จะหมายถึง ผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น

มาสโลว์ (A. Maslow) มีข้อสังเกตเกี่ยวกับความต้องการของคนที่มีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมามีจะประกอบไปด้วยหลัก 2 ประการคือ (ชาญชัย ราชโคตร, 2554)

1) หลักการแห่งความขาดตกบกพร่อง (The Deficit Principle) ความขาดตกบกพร่องในชีวิตประจำวันของคนที่ได้รับอยู่เสมอ จะทำให้ความต้องการที่เป็นความพอใจของคนไม่เป็นตัวจูงใจให้เกิดพฤติกรรมในด้านนั้นอีกต่อไป คนเหล่านี้ กลับจะเกิดความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ยอมรับและพอใจในความขาดแคลนต่าง ๆ ในชีวิตโดยยึดถือเป็นเรื่องธรรมดา

2) หลักการแห่งความก้าวหน้า (The Progression Principle) กล่าวคือลำดับขั้นความต้องการทั้ง 5 ระดับ จะเป็นไปตามลำดับที่กำหนดไว้จากระดับต่ำไปหาระดับสูง และความต้องการของคนในแต่ละระดับจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อความต้องการของระดับต่ำกว่าได้รับการตอบสนองจนเกิดความพึงพอใจแล้ว

ศิริพร ตัณฑิพุลวินัย (2558) กล่าวว่า ความพึงพอใจผู้รับบริการเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกในทางบวกของผู้รับบริการต่อการให้บริการซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่สำคัญ ๆ ดังนี้

1) สถานที่บริการการเข้าถึงการบริการได้สะดวกเมื่อลูกค้าต้องการยอมก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการทำเลที่ตั้ง และการกระจายสถานที่บริการให้ทั่วถึงเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ลูกค้าจึงเป็นเรื่องสำคัญ

2) การส่งเสริมแนะนำบริการความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดขึ้นได้จากกรไต่ถามข้อมูลข่าวสารหรือบุคคลกล่าวขานถึง คุณภาพของการบริการไปในทางบวก หากตรงกับความเชื่อถือที่มีก็จะมีความรู้สึกดีกับบริการดังกล่าว อันเป็นแรงจูงใจ ผลักดันให้มีความต้องการบริการตามมาได้

3) ผู้ให้บริการ ผู้ประกอบการบริหารการบริการ และผู้ปฏิบัติการนี้เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานบริการให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจทั้งสิ้น ผู้บริหารที่มีการบริการที่วางนโยบายการบริการโดยคำนึงถึงความสำคัญของลูกค้าเป็นหลัก ย่อมสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้เกิดความพึงพอใจได้ง่ายเช่นเดียวกับผู้ปฏิบัติงานหรือพนักงานบริการที่ตระหนักถึงลูกค้าเป็นสำคัญแสดงพฤติกรรมบริการ และสนองบริการที่ลูกค้าต้องการ มีความสนใจเอาใจใส่อย่างเต็มที่ด้วยจิตสำนึกของการบริการ

ผู้รับบริการจะมีความพึงพอใจมากน้อยเพียงไรขึ้นอยู่กับความต้องการของตนว่า ได้รับการตอบสนองมากน้อยเพียงไร หากได้รับการตอบสนองมากก็จะก่อให้เกิดความจงรักภักดี และเกิดการสื่อสารแบบปากต่อปาก แต่ถ้าได้รับการตอบสนองน้อยก็จะรู้สึกในแง่ลบ พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นต้องมีสิ่งจูงใจ (Motive) หรือแรงขับ (Drive) เป็นความต้องการที่กดดันจนมากพอที่จะจูงใจให้บุคคลเกิดพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งความต้องการของแต่ละคนไม่เหมือนกันความต้องการบางอย่างเป็นความต้องการทางชีววิทยา (Biological) เกิดขึ้นจากสภาวะตั้ง

เครียด เช่น ความหิวกระหาย หรือความลำบากบางอย่างเป็นความต้องการทางจิตวิทยา (Psychological) เกิดจากความต้องการการยอมรับ (Recognition) การยกย่อง (Esteem) หรือการเป็นเจ้าของทรัพย์สิน (Belonging) ความต้องการส่วนใหญ่อาจจะไม่มากพอที่จะจูงใจให้บุคคลกระทำในช่วงเวลานั้นความต้องการกลายเป็นสิ่งจูงใจ เมื่อได้รับการกระตุ้นอย่างเพียงพอจนเกิดเป็นความตึงเครียด โดยทฤษฎีที่ได้รับความนิยมมากที่สุด 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีของพรอยด์ และทฤษฎีของมาสโลว์ มิลเลท (Millet, 1954) กล่าวว่า เป้าหมายสำคัญของการบริการ คือ การสร้างความพึงพอใจในการให้บริการสาธารณะแก่ประชาชนโดยมีหลักและแนวทาง คือ การให้บริการอย่างเสมอภาค หมายถึง ความยุติธรรมในการบริหารงานภาครัฐที่มีฐานคติที่ว่าคนทุกคนเท่าเทียมกัน ดังนั้นประชาชนทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันในแง่มุมของกฎหมายไม่มีการแบ่งแยกกีดกันใน การให้บริการประชาชนจะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่ใช้มาตรฐานในการให้บริการเดียวกันการให้บริการที่ตรงเวลา หมายถึง ในการบริการจะต้องมองว่า การให้บริการสาธารณะจะต้องตรงต่อเวลาผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐจะถือว่าไม่มีประสิทธิผลเลยถ้าไม่มีการตรงต่อเวลา ซึ่งจะต้องสร้าง ความไม่พอใจให้แก่ประชาชนการให้บริการอย่างเพียงพอ หมายถึง การให้บริการสาธารณะต้องมีลักษณะ มีจำนวนการให้บริการและสถานที่ให้บริการอย่างเหมาะสม Millet เห็นว่า ความเสมอภาค หรือการตรงต่อเวลาจะไม่มี ความหมายเลย ถ้ามีจำนวนการให้บริการไม่เพียงพอและสถานที่ตั้งที่ให้บริการสร้างความไม่ยุติธรรมให้เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการการให้บริการอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยยึดประโยชน์ของสาธารณะเป็นหลัก ไม่ใช่อึดความพอใจของหน่วยงานที่ให้บริการว่า จะให้บริการหรือหยุดบริการเมื่อใดก็ได้และการให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service) หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่มีการปรับปรุงคุณภาพและผลการปฏิบัติงานกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การเพิ่มประสิทธิภาพหรือความสามารถที่จะทำหน้าที่ได้มากขึ้นโดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิมผลิตภาพในการให้บริการในการเพิ่มผลิตภาพของการให้บริการสามารถทำได้หลายวิธี คือ การให้พนักงานทำงานมากขึ้น หรือมีความชำนาญสูงขึ้นโดยจ่ายค่าจ้างเท่าเดิม เพิ่มปริมาณ การให้บริการโดยยอมสูญเสียคุณภาพบางส่วนลง เช่น หมอตรวจคนไข้มีจำนวนมากขึ้น โดยลดเวลาที่ใช้สำหรับแต่ละรายลง เปลี่ยนบริการนี้ให้เป็นแบบอุตสาหกรรมโดยเพิ่มเครื่องมือเข้ามาช่วย และสร้างมาตรฐานการให้บริการ เช่น บริการขายอาหารแบบเร่งด่วนและบริการตนเอง การให้บริการที่ปลดการใช้บริการหรือสินค้าอื่น ๆ เช่น บริการซักรีดเป็นการลดบริการจ้างคนใช้หรือการใช้เตารีด การออกแบบบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น เช่น ชมรมวิ่งจ็อกกิ้งจะช่วยลดการใช้บริการการรักษาพยาบาลน้อยลง การให้สิ่งจูงใจลูกค้าให้ใช้แรงงานของเขาแทนแรงงานของบริษัท เช่น ร้านขายอาหารแบบให้ลูกค้าช่วยตัวเองธุรกิจที่ให้บริการที่ต้องการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการต่อระมัดระวังไม่ให้เกิดภาพพจน์ในแง่การลดคุณภาพของบริการรวมทั้งรักษาระดับความพึงพอใจของลูกค้า

อีกทั้งมิลเลท (Millet, 1954) ได้ให้ทัศนะว่า ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการของหน่วยงานภาครัฐนั้น โดยได้สรุปประเด็นว่า เป้าหมายที่เป็นที่นิยมมากที่สุดที่ผู้ปฏิบัติต้องยึดถือไว้เสมอในหลักการ 5 ประการ คือ

1. การให้บริการอย่างเสมอภาค (Equitable Service) หมายถึง ความยุติธรรมในการบริหารงานภาครัฐที่มีฐานของความคิดว่าทุกคนเท่าเทียมกัน ดังนั้น ประชาชนทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันในทุกแง่มุมของกฎหมายไม่มีการแบ่งแยกกีดกันในการให้บริการประชาชนจะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่ใช้มาตรฐานการให้บริการเดียวกัน

2. การให้บริการที่ตรงเวลา (Timely Service) หมายถึง ในการให้บริการจะต้องมองว่าการให้บริการจะต้องตรงเวลา ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐจะถือว่าไม่มีประสิทธิผลเลย ถ้าไม่มีการตรงเวลาซึ่งจะสร้างความพึงพอใจให้แก่ประชาชน

3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample Service) หมายถึง การให้บริการจะต้องมีลักษณะที่มีจำนวนการให้บริการและสถานที่ให้บริการอย่างเหมาะสม (The Right Quantity at the Right Geographical Location) มิลเลท (Millet) เห็นว่า ความเสมอภาค หรือการตรงเวลาจะไม่มี ความหมายเลย ถ้ามีจำนวนการให้บริการที่ไม่เพียงพอและสถานที่ตั้งที่ให้บริการสร้างความไม่ยุติธรรมให้เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ

4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service) คือ การให้บริการที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยยึดประโยชน์ของสาธารณชนเป็นหลักไม่ใช่ยึดตามความพอใจของหน่วยงานที่ให้บริการว่าจะให้หรือหยุดบริการเมื่อใดก็ได้

5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service) คือ การให้บริการที่มีการปรับปรุงคุณภาพและผลการปฏิบัติงานกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การเพิ่มประสิทธิภาพหรือความสามารถที่จะทำหน้าที่ได้มากขึ้นโดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิม

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึก ความชอบ ความพอใจ และความต้องการของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งความรู้สึกพึงพอใจ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับในสิ่งที่ต้องการซึ่งในที่นี้ได้หมายถึง การบริการที่ดีความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ใช้บริการได้รับตอบสนองในสิ่งที่ต้องการหรือบรรลุเป้าหมายในระดับหนึ่ง ความรู้สึก ดังกล่าวจะลดลงไม่เกิดขึ้นหากความต้องการหรือจุดหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง

2.6 การดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เดิมชื่อโรงพยาบาลอุบลราชธานี ก่อสร้างเมื่อปี พ.ศ. 2478 โดยหม่อมเจ้าอุบลีสานชุมพล ได้ประทานที่ดินของพระองค์แปลงหนึ่ง ที่สวนโนนดง ซึ่งอยู่ทางทิศตะวันออกของสถานีตำรวจอันเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลในปัจจุบัน มีเนื้อที่ 27 ไร่ ซึ่งมีเงื่อนไขว่าจะต้องเป็นที่ตั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัดเท่านั้น เพื่อเป็นอนุสรณ์แก่ พลตรีพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมหลวงสรรพสิทธิประสงค์ พระบิดาของพระองค์ ประกอบกับในช่วงเวลานั้น พลเอกพระยาพหล พลพยุหเสนา นายกรัฐมนตรีมีนโยบายที่จะสร้างโรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคอีสาน ที่อยู่ติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดย กระทรวงมหาดไทย ได้รับอนุมัติงบประมาณ มาใช้ในการก่อสร้างโรงพยาบาลและให้กรมราชทัณฑ์เป็นผู้รับเหมาในการก่อสร้าง เริ่มก่อสร้างเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2478

ปัจจุบัน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของเขตบริการสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัดคือ จังหวัดอุบลราชธานี, จังหวัดศรีสะเกษ, จังหวัดยโสธร, จังหวัดอำนาจเจริญ, และจังหวัดมุกดาหาร ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินงานจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิขึ้นตามนโยบายระดับประเทศ จึงได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่าย (CUP Board) ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ถูกดำเนินการจัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการแก่ประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งสถานบริการที่ตั้งเป็นคลินิกหมอครอบครัว รวมจำนวน 5 แห่ง ที่กระจายตัวในพื้นที่ของชุมชนเทศบาลนครอุบลราชธานี คือ คลินิกหมอครอบครัวยางกูร รับผิดชอบพื้นที่ทางทิศเหนือ จำนวน 23 ชุมชน คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน รับผิดชอบพื้นที่ทางทิศตะวันตก จำนวน 15 ชุมชน คลินิกหมอครอบครัวโรงเรียนปทุมวิทยากร รับผิดชอบพื้นที่ด้านทิศตะวันออก จำนวน 18 ชุมชน คลินิกหมอครอบครัววัดปทุมมาลัย รับผิดชอบ 18 ชุมชน และคลินิกหมอครอบครัววัดใต้ รับผิดชอบพื้นที่ทางทิศใต้ จำนวน 11 ชุมชน รวมประชากรที่รับผิดชอบทั้งสิ้น 86,528 คน มีการดำเนินงานที่ครอบคลุมงานด้านสาธารณสุขทั้ง 4 ด้าน (ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมป้องกันโรค และด้านการฟื้นฟูสภาพ) การบริการผู้ป่วยนอกแต่ละแห่งจะเปิดให้บริการช่วงเช้ามีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป สำหรับคลินิกหมอครอบครัวยางกูร และคลินิกหมอครอบครัวปทุมวิทยากร จะมีบริการกายภาพบำบัด โดยเป็นจัดรองรับการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้มายังคลินิกหมอครอบครัวสองแห่ง ดังกล่าว และในคลินิกหมอครอบครัวยางกูร และคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน จะเปิดบริการแพทย์แผนไทยทั้งวันทำการ ส่วนในเวลาช่วงบ่ายจะเป็นการออกปฏิบัติงานในชุมชนต่าง ๆ ของพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ เช่น การเยี่ยมบ้าน

การออกงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนหรือโรงเรียน สถานประกอบการต่าง ๆ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า อัตราการใช้บริการของประชาชนในคลินิกหมอครอบครัวชายางกูร และคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน มีอัตราการใช้บริการเฉลี่ย 10,000 คนต่อปี และ 30,000 รายครั้งต่อปี รองลงมาคือ คลินิกหมอครอบครัวโรงเรียนปทุมวิทยากร, คลินิกหมอครอบครัววัดปทุมมาลัย และคลินิกหมอครอบครัววัดไต้ ตามลำดับ (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี, 2562)

คำขวัญ :

เป็นที่พึ่งสุดท้าย ปลายทางสุขภาพ ไม่ปฏิเสธคนไข้ ไม่มีคำว่าเตียงเต็ม

วิสัยทัศน์โรงพยาบาล :

สถาบันทางการแพทย์และการสาธารณสุขชั้นนำเลิศที่ได้มาตรฐานสากล

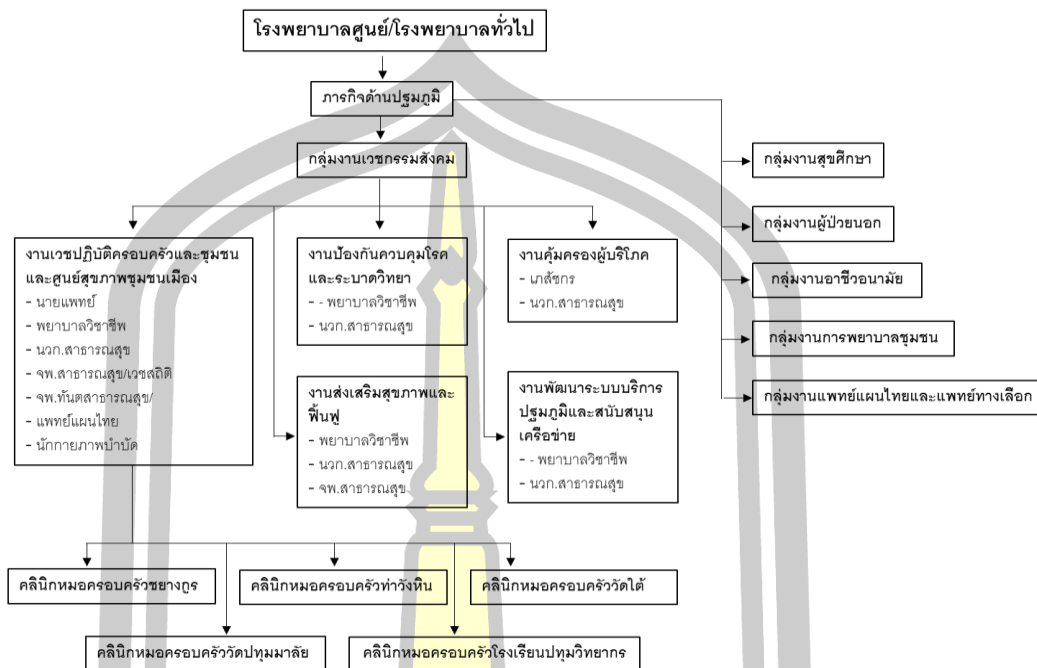
พันธกิจ :

1. ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางขั้นสูง โดยเน้นระดับตติยภูมิและให้บริการดูแลสุขภาพองค์รวมแบบผสมผสาน
2. ผลิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และพัฒนาศักยภาพแพทย์และบุคลากรวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในด้านวิชาการ การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบบริการ
3. เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ในเขตสุขภาพที่10และบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพแบบยั่งยืน
4. มีระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพและระบบสนับสนุนบริการที่ได้มาตรฐานสากล
5. บริหารจัดการระบบสารสนเทศ ให้ตอบสนองต่อการบริการสุขภาพ

ค่านิยม SUNPASIT :

S =	Service Excellence	บริการเป็นเลิศ
U =	Unity	ความร่วมมือร่วมใจ
N =	Nobleness	มีคุณธรรมสูง
P =	Professional Mastery	เป็นมืออาชีพในงาน
A =	Accountability	วัดได้โปร่งใส
S =	Social Responsibility	รับผิดชอบต่อสังคม
I =	Innovation	สร้างสรรค์นวัตกรรม
T =	Technology	โรงพยาบาลดิจิทัล

โครงสร้างภารกิจด้านปฐมภูมิของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์



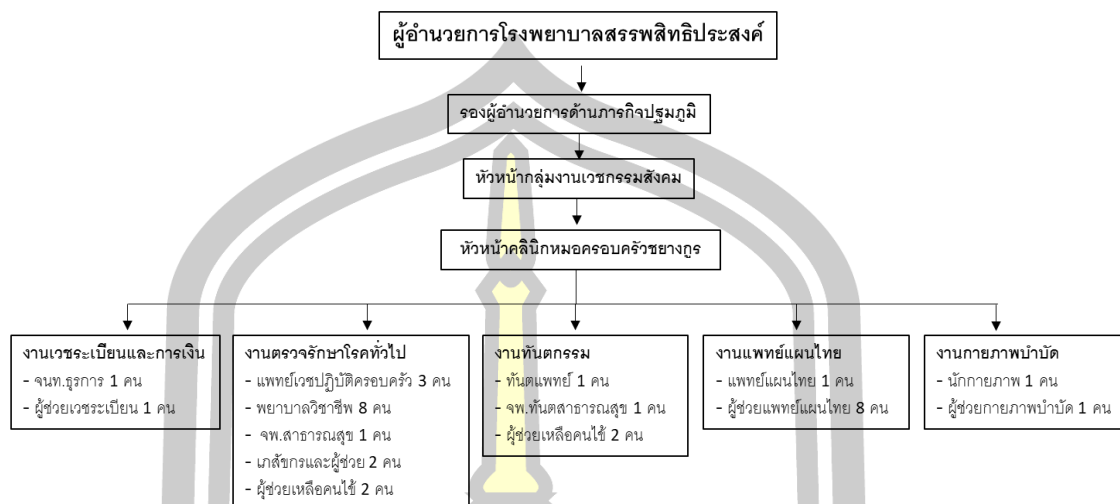
ภาพประกอบ 5 โครงสร้างภารกิจด้านปฐมภูมิของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ที่มา: กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี (2562)

คลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

คลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีการปฏิบัติงานในรูปแบบทีมหมอครอบครัว จำนวน 2 ทีม รับผิดชอบพื้นที่ 23 ชุมชน จำนวนประชากร 18,568 คน มีสถานที่ที่ตั้งปัจจุบันอยู่เลขที่ 532/50 ถนนขยายงูร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี มีการกำหนดแบ่งการปฏิบัติงานให้บริการเป็นสองส่วนคือ งานบริการในสถานพยาบาลและงานปฏิบัติการในชุมชน และส่วนที่สองเป็นการปฏิบัติงานในชุมชน ช่วงเวลาบ่ายของทุกวัน โดยมีทีมสหวิชาชีพที่ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักร่างกายบำบัด แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพในพื้นที่ของชุมชนรับผิดชอบทั้งหมดตามภารกิจงานที่กำหนดไว้ การปฏิบัติงานทั้งสองส่วนนี้จะครอบคลุมงานทั้ง 4 ด้านคือ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมป้องกันโรค และด้านการฟื้นฟูสุขภาพไปด้วยกัน

โครงสร้างคลินิกหมอครอบครัวขงากร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี



ภาพประกอบ 6 โครงสร้างคลินิกหมอครอบครัวขงากร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ที่มา: กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี (2562)

สำหรับการปฏิบัติการกิจของงานให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่มารับบริการด้านการตรวจรักษาโรคทั่วไป ด้านการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมบำบัดฟื้นฟู (กายภาพ) และทันตกรรม อยู่ในช่วงเช้าเวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. ของทุกวันในช่วงปี 2554-2562 ต่อมาด้วยเหตุการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ทั่วโลกและในประเทศไทยช่วงปี 2563-2565 จึงได้ปรับเปลี่ยนเวลาให้บริการใหม่ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ระบาดของโรค

ตาราง 3 กิจกรรมการบริการคลินิกหมอครอบครัวขงากร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

วัน - เวลา	กิจกรรมการบริการ	แผนกงานบริการ
วันจันทร์ – ศุกร์ 08.00 – 12.00 น.	- ตรวจรักษาโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง - ฉีดยา ทำแผล หัตถการเล็ก	งานรักษาพยาบาล งานแพทย์แผนไทย งานกายภาพบำบัด
13.00 – 16.00 น.	- ฉีดยา ทำแผล หัตถการเล็ก - ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานในชุมชน	งานทันตกรรม
16.00 – 20.00 น.	- คลินิกพิเศษนอกเวลา	งานแพทย์แผนไทย งานกายภาพบำบัด

ตาราง 3 กิจกรรมการบริการคลินิกหออกรับผู้ป่วยยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี (ต่อ)

วัน - เวลา	กิจกรรมการบริการ	แผนกงานบริการ
วันเสาร์ – อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ 08.00 – 12.00 น.	- คลินิกพิเศษนอกเวลา	งานรักษาพยาบาล งานแพทย์แผนไทย งานกายภาพบำบัด
13.00 – 16.00 น.	- คลินิกพิเศษนอกเวลา	งานแพทย์แผนไทย

ที่มา : คลินิกหออกรับผู้ป่วยยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี (2566)

ลักษณะเด่นของคลินิกหออกรับผู้ป่วยยางกูร มีสถานที่ตั้งของสถานบริการที่อยู่ใกล้กับถนนยางกูร ที่สัญจรไปมาสะดวก ง่ายต่อการเดินทาง การเข้าถึงบริการตรวจรักษา และมีขนาดอาคารสถานที่ให้บริการสุขภาพที่มีพื้นที่กว้างขวางมากกว่าคลินิกหออกรับแห่งอื่น ๆ ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน จึงทำให้มีลักษณะขององค์ประกอบของการเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ คือ ความเพียงพอของผู้ให้บริการและสถานที่ให้บริการ สถานที่ตั้งสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวก มีความสะดวกเมื่อใช้บริการ ขั้นตอนบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน จึงมีสถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกในแต่ละปีสูงเฉลี่ย 9,958 คนต่อปี หรือ 30,968 รายต่อปี โดยส่วนมากเป็นกลุ่มผู้ป่วยนอกทั่วไป ร้อยละ 60 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) ร้อยละ 20 ผู้ป่วยอื่น ๆ หรือผู้มารับบริการอื่น ๆ ร้อยละ 20 ซึ่งการที่มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากนี้เอง ทำให้เกิดสภาพปัญหาการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มากเกินไปจนกระทบกับงานในชุมชนอื่น ๆ เช่น งานอนามัยโรงเรียน งานพยาบาลชุมชน งานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย งานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นต้น ทำให้เกิดข้อร้องเรียนการบริการและข้อขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการขึ้นบ่อยครั้ง ในส่วนของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการก็ประสบปัญหาเหนื่อยล้าจากการทำงาน การปฏิบัติงานประจำวันที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลสำคัญด้านสาธารณสุขและการบริการที่จำเป็นต้องบันทึกให้เสร็จ

ผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกในคลินิกหออกรับผู้ป่วยยางกูร แยกออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยนอกกายภาพบำบัด และผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทย โดยจำนวนที่มารับบริการในปี 2563 มี 25,353 คน ปี 2564 มี 24,332 คน ปี 2565 มี 22,111 คน และในไตรมาสแรกปี 2566 มีจำนวน 7,302 คน และพบว่าในต้นปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการมากกว่าไตรมาสแรกของทุกปีที่ผ่านมา 500-1,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในไตรมาสต่อไป ซึ่งคาดการณ์ว่าเป็นผลมาจากนโยบายรัฐบาลในการควบคุมเฝ้าระวังโรคโควิด 19 (Covid-19) ที่ผ่อนปรนมากขึ้น ทำให้ประชาชนสามารถออกมาใช้ชีวิตได้ตามปกติสุข ซึ่งจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่มารับบริการต่าง ๆ เช่น ฉีดยาทำแผล ตรวจรักษาโรคทั่วไป

รับวัคซีนป้องกันโรคตามกลุ่มวัยต่าง ๆ เป็นต้น รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ตามมาด้วย แพทย์แผนไทย และกายภาพบำบัด ดังแสดงในตาราง 4, 5, และ 6 ตามลำดับ

ตาราง 4 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของคลินิกหมอครอบครัวยางกูร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565

เดือน	ปี พ.ศ. 2566				รวม
	ประเภทผู้ป่วยนอก				
	ทั่วไป	NCD	กายภาพบำบัด	แผนไทย	
ต.ค.	1,388	399	68	366	2,221
พ.ย.	1,768	484	122	352	2,726
ธ.ค.	1,586	384	69	316	2,355
รวม	4,742	1,267	259	1,034	7,302

ตาราง 5 ผู้รับบริการกลุ่มผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทผู้ป่วยนอก	ปีงบประมาณ			จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย (คน)
	2563	2564	2565	
ผู้ป่วยทั่วไป	16,330	15,603	13,943	15,292
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD)	3,962	4,581	4,834	4,459
ผู้ป่วยกายภาพบำบัด	1,174	790	496	820
ผู้ป่วยแพทย์แผนไทย	3,887	3,358	2,838	3,361
รวม	25,353	24,332	22,111	23,932

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ตาราง 6 กลุ่มผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครบครวัชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี ช่วงเดือน ม.ค.-มี.ค. ปีงบประมาณ 2563-2565

เดือน	ปี 2563				ปี 2564				ปี 2565			
	ประเภทผู้ป่วยนอก				ประเภทผู้ป่วยนอก				ประเภทผู้ป่วยนอก			
	ทั่วไป	NCD	บำบัด	แผน ไทย	ทั่วไป	NCD	บำบัด	แผน ไทย	ทั่วไป	NCD	บำบัด	แผน ไทย
ต.ค.	1,422	313	109	404	1,339	324	83	419	1,078	356	50	244
พ.ย.	1,354	271	99	387	1,292	305	67	396	1,313	465	56	265
ธ.ค.	1,267	313	111	358	1,429	399	78	401	1,474	474	62	220
ม.ค.	1,526	411	206	405	1,296	378	64	310	1,166	371	45	222
ก.พ.	1,408	265	261	364	1,231	322	80	295	1,121	413	40	226
มี.ค.	1,292	322	50	323	1,585	390	216	341	1,065	427	30	240
เม.ย.	1,085	351	22	0	1,102	397	37	233	506	301	23	180
พ.ค.	1,277	320	29	0	1,280	356	14	141	808	377	10	208
มิ.ย.	1,474	367	85	408	1,538	507	44	248	1,309	398	45	275
ก.ค.	1,471	342	57	384	1,252	378	44	232	1,026	356	47	239
ส.ค.	1,400	342	76	418	1,002	399	27	131	1,532	497	44	244
ก.ย.	1,354	345	69	436	1,257	426	36	211	1,545	399	44	275
รวม	16,330	3,962	1,174	3,887	15,603	4,581	790	3,358	13,943	4,834	496	2,838

ที่มา: โปรแกรม HomC ณ วันที่ 4 มกราคม 2566

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1. ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ในปัจจุบันนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นที่รู้จักและได้รับการกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวาง และยิ่งไปกว่านั้นยังได้ถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาในชุมชน สถานศึกษา สถาบัน หรือองค์กรต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชนของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น เป็นลำดับ ซึ่งได้มีนักวิชาการให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังต่อไปนี้

จอห์นสัน (Johnson A.P., 2018) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นการวิจัยระหว่างการทำงานเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่โดยเป็นกระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ และพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน

เคมมิสและแมกทาการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่น ๆ ในเชิงเทคนิคแต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงาน ที่เป็นการสะท้อนผลการ

ปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-reflection) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

องอาจ นัยวัฒน์ (2558) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานองค์กร หรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรคส์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมและด้านอื่น ๆ ที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการศึกษารวบรวม หรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้ศึกษาสามารถดำเนินการได้หลายๆ ครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหานั้นได้สำเร็จ โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัย ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

2. ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ด้วยลักษณะการดำเนินการวิจัยที่สามารถที่จะผสมระหว่างวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณได้ แต่เนื่องจากมีจุดเน้นที่การสร้างความรู้และสร้างศักยภาพ จึงพบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ประวัติชีวิต และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งนักวิจัยจะต้องเลือกวิธีที่เหมาะสมกับข้อมูลแต่ละประเภท ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความแตกต่างกันตามประเภทการเลือกใช้วิธีการใดขึ้นกับผู้ร่วมวิจัย ประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการ ชนิดที่ใช้บ่อยในการพยาบาล Holter & Schwartz-Bardot (1993) แบ่งระเบียบวิธีวิจัยเป็น 3 แนวทาง ดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2560)

1. ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical Collaborative Approach) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ปัญห (Intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติมักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมาน (Deductive Approach) ผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ปัญหามาก่อนแล้วความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัยคือการตกลง หรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำ

วิธีการนั้น ๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive Knowledge) ซึ่งสอดคล้องกับชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เรียกว่า (Traditional Action Research) ที่หมายถึง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแท้ ๆ ที่ทำในเรื่องโครงสร้างอำนาจขององค์กรในการปฏิบัติการแก้ไขปัญหา

2. การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual Collaboration Approach) โดยมีปรัชญาพื้นฐานมาจาก Historical Hermeneutic ในลักษณะนี้ผู้วิจัยอาจมีแนวคิดหรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อนอย่างกว้าง ๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมักร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ๆ รวมทั้งสาเหตุของปัญหา และวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้ (Possible interventions) มักใช้วิธีการอุปมาน (Inductive Approach) เป็นส่วนใหญ่ผลที่ได้รับคือ ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไข ปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่ หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Contextual Action Research: Action Learning ซึ่งงานวิจัยทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างองค์กร ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจงานทั้งหมดและช่วยให้ ผู้ร่วมงานได้กระทำตนเป็นผู้ออกแบบโครงการและเป็นผู้ร่วมวิจัย Action Research

3. ดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อนถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (Enhancement Approach) มีเป้าหมาย คือ ช่วยให้ผู้ประสบปัญหาได้ค้นพบปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการคิดถึงสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับ บุคคลหรือองค์กรภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุและผลของผู้ร่วมวิจัยจะทำให้ได้มุมมองใหม่ ๆ เกี่ยวกับปัญหาและการปฏิบัติจะได้มาซึ่งความรู้เชิงบรรยาย และเชิงทำนายด้วย (Descriptive and Predictive Knowledge) หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าเป็น Radical Action Research ซึ่งมีรากฐานมาจากทฤษฎีวิถุนิยมของ Marx มีการใช้ PAR ในการเคลื่อนไหวทางเสรีภาพ สิทธิสตรี เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

3. สาเหตุที่ทำให้การวิจัยเชิงปฏิบัติการได้รับความสนใจ (องอาจ นัยพัทธ์, 2548)

1. กระแสเรียกร้องจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติอยู่ในชุมชนหรือองค์กรระดับท้องถิ่นต้องการมีบทบาทในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเองมาก
2. ผลของการศึกษาวิจัยตามรูปแบบดั้งเดิมที่มีลักษณะมุ่งเน้นวิชาการดำเนิน การโดยนักวิจัยจากภายนอกแต่เพียงฝ่ายเดียว มีความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบทและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนน้อย ยิ่งไปกว่านั้นยังมีลักษณะที่ยากต่อการทำความเข้าใจและการนำไปใช้ในการแก้ปัญหาของผู้ปฏิบัติงานในระดับล่างได้น้อย

3. ความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรมหรือการปฏิรูปใด ๆ โดยองค์กรหรือชุมชนเป็นรากฐานสำคัญ ซึ่งเน้นหนักในการบูรณาการเชื่อมโยงระหว่าง แนวคิดเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวันของนักเรียน ครู และผู้บริหาร การศึกษาในโรงเรียน หรือประชาชนในชุมชน ซึ่งในปัจจุบันแนวคิดดังกล่าวนี้กำลังได้รับความสนใจจากนักวิชาการและสาธารณชนมาก

4. การตอบสนองต่อกระแสเรียกร้องของสาธารณชนที่ต้องการให้มีการตรวจสอบ ผลการปฏิบัติงานตามพันธภาระรับผิดชอบ (Accountability) ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละระดับของหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ว่ามีคุณภาพมากน้อยเพียงใดกระแสเรียกร้องดังกล่าว เป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนหรือกลุ่มจะต้องมีบทบาทใน การติดตาม ตรวจสอบคุณภาพ ผลการปฏิบัติงานที่ตนรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ในลักษณะ การใคร่ครวญ ตรวจสอบ หรือสะท้อนผลการปฏิบัติงานด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

5. การเกิดขึ้นของวิถีวิทยาการแสวงหาความรู้ ความจริงตามแนวคิดที่เป็นคลื่นลูกที่นำมาใช้ในวงการวิจัยและการประเมิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการพัฒนามาจากฐานคติเชิงปรัชญา ตามกระบวนทัศน์แบบตีความ/ สร้างสรรค์นิยม (Interpretivist/ Constructivist) ที่มุ่งเน้นการตีความหมายข้อค้นพบ ซึ่งได้รับการแสวงหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ใด ๆ ที่นักวิจัยมีความสนใจใคร่รู้

4. ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาขึ้นมาจากฐานคติ ความเชื่อ (Assumption) สำคัญที่ว่า การสร้างสรรค์และการใช้ความรู้เชิงปฏิบัติการ (Action or Practical Knowledge) สำหรับการแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนาใด ๆ ใน องค์กรชุมชนหรือสังคมหนึ่งๆ จะต้องตั้งอยู่บนหลักการพื้นฐานของความเป็นประชาธิปไตย ความยุติธรรม ความสันติสุข และความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบททางด้านวัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ รวมทั้งอยู่ใต้บรรยากาศของความเอื้ออาทร หรือเป็นแบบกัลยาณมิตรที่นักวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยมีการเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งยอมรับฟังความคิดเห็นและให้เกียรติซึ่งกันและกัน ความรู้เชิงปฏิบัติการที่เป็น ผลผลิตอันเกิดจากความร่วมมือร่วมใจระหว่างนักวิจัยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย (Stakeholders) โดยผู้ปฏิบัติงานซึ่งมีความใกล้ชิดกับปัญหาได้เกิดความรู้สึกรู้สึก ในการเป็นเจ้าของความรู้ จึงเป็นปัจจัยผลักดันสำคัญต่อแนวโน้มชุมชน หรือสังคมให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป ซึ่งลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยทั่วไปจะมีการนำความรู้ที่นั้น ๆ ไปใช้ประโยชน์ ในการแก้ปัญหา หรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในองค์กร ความแตกต่างจากการวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) (วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558) รายละเอียดปรากฏในภาพประกอบ 7

ภาพประกอบ 7 ลักษณะความแตกต่างระหว่างการวิจัยเชิงวิชาการและการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ประเด็นพิจารณา	การวิจัยเชิงวิชาการ	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
โอกาสในการทำวิจัย	เป็นโครงการวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานที่ได้รับเงินทุนสนับสนุน การทำวิจัยตามความสนใจ ของ นักวิจัยหรือแหล่งทุน	เกิดจากความสนใจของนักวิจัย บางครั้งอาจเป็นโครงการศึกษา วิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจาก แหล่งทุน
บทบาทของผู้ศึกษา	มีการควบคุม มีส่วนเกี่ยวข้อง ใน การดำเนินงานบางส่วนหรือ ทั้งหมด และอาจมีความรู้ใน เรื่องที่ ทำวิจัยหรือไม่ก็ได้	มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ในการ ดำเนินงานวิจัย และมีความรู้ใน เรื่องนั้น เป็นอย่างดี
จุดมุ่งหมาย	เพื่อพัฒนาทฤษฎีทาง การศึกษา และการปฏิบัติ ตอบสนองความ ต้องการทางวิชาการ	นำผลที่ได้ไปใช้ในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในวิชาชีพ บางครั้งอาจตอบสนองเงื่อนไข ทาง วิชาการ
แบบแผนการวิจัย	การวิจัยมีการจัดกระทำ ตัวแปร และใช้ตัวแปรนั้น จนสิ้นสุด การทดลอง เน้น การควบคุม สภาวะการณ์ต่าง ๆ เพื่อป้องกัน ความลำเอียง	มีการจัดกระทำตัวแปร แต่ใน ระหว่างการทดลองนั้นสามารถ เปลี่ยนแปลงได้ และต้องพยายาม ไม่รบกวนสภาวะการณ์ปกติที่เป็น อยู่จริงในสนามการวิจัย
เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	จะต้องเหมาะสมและ สอดคล้องกับ ตัวแปรที่ศึกษา	ใช้เครื่องมือเช่นเดียวกับการ วิจัย เชิงวิชาการ แต่สามารถ เปลี่ยนแปลงได้ในขณะดำเนิน การเก็บรวบรวมข้อมูล

พหุ ประถมศึกษา

ภาพประกอบ 7 ลักษณะความแตกต่างการวิจัยเชิงวิชาการและการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ต่อ)

ประเด็นพิจารณา	การวิจัยเชิงวิชาการ	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
การเลือกตัวอย่าง จากประชากร	อิงทฤษฎีความน่าจะเป็น	คำนึงถึงจุดมุ่งหมายและความ สะดวก กลุ่มตัวอย่างอาจจะเป็น ตัวแทนของ ประชากร หรืออาจมี กลุ่มตัวอย่าง เพียงกลุ่มเดียวหรือ หน่วยเดียวก็ได้
การกำหนดตัวอย่าง เข้ากลุ่มศึกษาวิจัย	ใช้วิธีการสุ่มหน่วยตัวอย่าง เข้ากลุ่มที่ศึกษาวิจัย	ไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการสุ่มหน่วย ตัวอย่างเข้ากลุ่มที่ศึกษาวิจัย
การรวบรวมข้อมูล	จะต้องใช้เครื่องมือที่มีความ ตรง และความเที่ยง รวมทั้ง ปราศจาก ค่านิยมหรือ ความลำเอียงใด ๆ แอบแฝง	ควรใช้วิธีการที่มีความไว้วางใจและ เชื่อถือได้และให้ตระหนักต่อความ ลำเอียงจากแหล่งต่าง ๆ
การวิเคราะห์ข้อมูล	ใช้วิธีการทางสถิติที่เหมาะสม โดย ปกติจะใช้สถิติเชิงอนุมาน หน่วยที่ ใช้ในการวิเคราะห์ มักเป็นกลุ่มหรือ บางครั้ง อาจเป็นกลุ่มย่อย	ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา วิธีการทาง สถิติง่าย ๆ หรือหลาย วิธีรวมกัน หน่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์อาจเป็น กลุ่ม รายบุคคล หรือกลุ่มย่อย

5. ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์ (2558) ได้สรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุ วิธีการแก้ปัญหา และผลที่ได้รับ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดหากผู้ศึกษาสามารถทำการประมวลและสรุปเป็นหลักการ วิธีการดำเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ดังนี้

5.1 การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้ศึกษาและกลุ่มที่ทำการวิจัย จะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นใน โรงเรียนที่จะทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องศึกษาค้นคว้า แสวงหาหลักการและทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ๆ ให้กว้างขวางพอสมควร

5.2 เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัย โดยอาศัยพื้นฐานจากหลักการ และทฤษฎีมาใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะของปัญหา แล้วสร้างวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย ในรูปแบบของข้อความที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของปัญหากับหลักการหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

5.3 เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมติฐาน ที่ตั้งไว้ โดยเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัยมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ปฏิบัติหรือการฝึกหัดตามวิธีการ และเครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นผลจากการปฏิบัติการ เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

5.4 บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้าและที่เป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการทั้ง 4 ขั้นตอน โดยจะต้องเก็บสะสมข้อบันทึกต่าง ๆ ไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติในรอบต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลสำหรับใช้วิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

1. ขั้นวางแผน (Planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหาร่วมกันระหว่างบุคลากรภายในองค์กร หรือหน่วยงาน เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไข ตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้นเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนมาดำเนินการ โดยวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงาน เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ฉะนั้นแผนที่กำหนดควรจะมีที่ยืดหยุ่น ปรับได้

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยต้องอาศัยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เข้าช่วย

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยทำการประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหา หรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้ศึกษาร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และระบบการปฏิบัติงานขององค์กรหรือหน่วยงานที่ประกอบกันอยู่โดยผ่านการร่วมอภิปรายปัญหา และการประเมินโดยกลุ่ม ซึ่งจะทำได้แนวทางของการพัฒนาและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

5.5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่าง ๆ ของข้อมูลที่ได้รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้มั่นใจในความถูกต้อง แสดงรายละเอียดในการอธิบายเหตุการณ์ต่าง ๆ จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่างและความคล้ายคลึงของข้อมูล แต่ละประเภทโดยการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งร่วมกับกลุ่มผู้ศึกษา

5.6 ตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มวิจัยได้ร่วมกันพิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุ วิธีการแก้ปัญหา และผลที่ได้รับ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดหากผู้ศึกษาสามารถทำการประมวลและสรุปเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของการปฏิบัติ ข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) หรือทฤษฎี (Theory) ของปฏิบัติการแก้ปัญหานั้น ๆ ได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยา โดยวิธีอุปนัย (Induction) และความรู้เชิงทฤษฎีของผู้ศึกษาเป็นสำคัญ (วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558)

6. ข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

องอาจ นัยวัฒน์ (2554) ได้สรุปข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการวิจัย ดังนี้

6.1 ข้อดีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1) ได้คำถามการวิจัยที่มีความหมายและตรงความสนใจของผู้เกี่ยวข้องเนื่องจากมีบุคคลผู้ทำงานอยู่ในระดับปฏิบัติการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ/ หรือ ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับการบวนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ จึงทำให้ประเด็นคำถามการวิจัยที่กำหนดขึ้นร่วมกันมีความหมายเชื่อมโยงกับวิถีการทำงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งตรงกับความสนใจของนักวิจัยปฏิบัติการและกลุ่มบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) สนับสนุนการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์เพิ่มมากขึ้น ข้อสรุปผลของการศึกษาวิจัยที่ได้ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้น จากการรวมพลังทำกิจกรรมการวิจัยของผู้ปฏิบัติการ “หน้างาน” และ กลุ่มบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีแนวโน้มสูงต่อการได้รับความ สนใจและการประยุกต์ไปใช้เปลี่ยนแปลง/ หรือชุมชน ทั้งนี้เพราะการมีความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานการวิจัยที่ได้กระทำขึ้น

3) ส่งเสริมความเสมอภาค และความเป็นประชาธิปไตยในหมู่ นักวิจัย เนื่องจากโดยหลักการแล้ว การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการอยู่ภายใต้บรรยากาศของการมีส่วนร่วม การร่วมมือร่วมใจ การเชื่อถือและไว้วางใจ รวมทั้งการมีความอิสระและความเสมอภาคในการ แสดงความคิดเห็นในหมู่ของนักวิจัยต่าง ๆ โดยไม่คำนึงถึงระดับของการศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม หรือปัจจัยอื่น ๆ จึงทำให้ “นักวิจัยท้องถิ่น” หรือ “นักวิจัยปฏิบัติการที่หน้างาน” ที่อาจสำเร็จการศึกษาหรือมีสถานภาพทางสังคมในระดับไม่สูงมากนักแต่เป็นผู้ “สัมผัส” หรือมี ประสบการณ์ตรงกับปัญหาที่ต้องการปรับปรุงแก้ไข มีความรู้สึกภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตน ขณะปฏิบัติการวิจัยร่วมกับ “นักวิจัยวิชาการ” ผู้มีการศึกษาสูงและมีความเชี่ยวชาญพิเศษ ซึ่งสิ่งสำคัญนี้ส่งเสริมความเป็นประชาธิปไตยและความเสมอภาคทางความคิดเห็นในหมู่นักวิจัย

4) ส่งเสริมวัฒนธรรมทางวิชาชีพและชุมชนของผู้เรียนรู้ เมื่อนักวิจัยเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ นักวิจัยจะค่อยๆ เกิดทักษะการวิจัย โดยเฉพาะทักษะ

ด้านการสะท้อนและวิพากษ์การคิดและผลการคิดของตนเอง และของเพื่อนนักวิจัยปฏิบัติการในกลุ่ม เมื่อนักวิจัยปฏิบัติการแต่ละคนที่อยู่ในวิชาชีพเดียวกันและต่างกัน “ร่วมมือ และร่วมพลังกัน” พัฒนาทักษะดังกล่าวนี้อย่างต่อเนื่อง ก็จะก่อให้เกิดวัฒนธรรมทางวิชาชีพและชุมชนของผู้เรียนรู้ขึ้นในสถานที่ทำงานขององค์กรใด ๆ

6.2 ข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1) ใช้เวลา และพลังร่างกายแรงใจในการทำวิจัยค่อนข้างมาก เนื่องจากสัมฤทธิ์ผลของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ขึ้นอยู่กับพลังความร่วมมือร่วมใจและการมีส่วนร่วม “ที่พร้อมเพรียงและแข็งขัน” ของนักวิจัยปฏิบัติการจากหลายกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ปฏิบัติการ “หน้างาน” และ/ หรืออำนวยความสะดวกในการทำวิจัย จึงทำให้จำเป็นต้องใช้เวลาและความทุ่มเทพลังร่างกายแรงใจใน การทำกิจกรรมการวิจัยจากนักวิจัยค่อนข้างมาก

2) อาศัยภาวะผู้นำ และทักษะการทำวิจัยของนักวิจัยและ ผู้เชี่ยวชาญสูง การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นักวิจัยปฏิบัติการ จะต้องมีความรู้ การเปลี่ยนแปลง และทักษะการทำวิจัยในระดับสูง ในกรณีที่นักวิจัยขอคำปรึกษา ด้านวิชาการ หรือรับการฝึกฝนทักษะ การทำวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกสถานที่ทำการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญจะต้องมีคุณสมบัติทั้ง 2 ประการนี้ด้วยซึ่งในทางปฏิบัติทั่วไปมักพบว่านักวิจัยปฏิบัติการจำนวนไม่มากนักที่มีคุณสมบัติสำคัญทั้ง 2 ประการนี้ อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ (องอาจ นัยพัฒน์, 2554)

7. การเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

องอาจ นัยพัฒน์ (2554) ได้นำเสนอหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัยนั้นคือ การวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพังและควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงานแล้วดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ของวงจรทั้ง 4 ขั้นตอนดังกล่าว โดยจะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (Spiral) กระทำซ้ำตามวงจร จนกว่าจะได้ผลปฏิบัติการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พร้อมกับต้องบันทึกผลในทุก ๆ ขั้นตอนที่สำคัญ เครื่องมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล อาจจำแนกได้ตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การสอบถาม และการทดสอบ

ทั้งนี้ผู้ศึกษาจะเลือกใช้เครื่องมือประเภทใดในการวิจัย ย่อมขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของข้อมูลที่ต้องการเป็นสำคัญ เนื่องจากงานนี้ใช้วิธีวิทยาวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการและเครื่องมือที่สำคัญและใช้ในงานวิจัยนี้ คือ

7.1 แบบสังเกต

เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่นิยมใช้มากที่สุดในการเก็บข้อมูล ซึ่งต้องใช้ตัวบุคคลมาทำหน้าที่สังเกตพฤติกรรมของกลุ่มที่ทำการศึกษาวิจัย หรือสังเกตในสิ่งที่ทำการศึกษาวิจัย ด้วยการใช้ตา และหูเป็นเครื่องมือสำคัญในการเฝ้าติดตามดูพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มคนที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เมื่อได้พฤติกรรมที่สังเกตแล้วจึงใช้วิธีการจดบันทึกข้อมูลต่อไปการสังเกตที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (ธีรวิทย์ เอกะกุล, 2553)

1) การสังเกตโดยเข้าไปมีส่วนร่วม (Participant Observation) หรือเรียกว่า การสังเกตเชิงคุณภาพ เป็นการสังเกตที่ผู้สังเกตเข้าไปอยู่ร่วมในกลุ่มในสถานการณ์ที่ถูกสังเกต โดยผู้สังเกตเป็นสมาชิกผู้หนึ่งของกลุ่ม เพื่อจะได้สังเกตหรือเพื่อเข้าถึงจุดยืนของผู้อื่นด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

(1) วิธีการพยายามให้สมาชิกของกลุ่มเป้าหมายนั้น รับนักวิจัยเป็นสมาชิกของกลุ่มด้วย แต่ก็จะทำให้นักวิจัยไม่มีโอกาสทำงานวิจัยเต็มที่นัก

(2) วิธีการที่นักวิจัยแสดงตัวเป็นนักวิจัย ซึ่งต้องการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษา แต่นักวิจัยต้องพยายามสร้างภาพพจน์ที่ดี ให้เป็นที่ยอมรับของสมาชิกกลุ่มนั้นให้ได้ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม มีวิธีการศึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสังเกต การซักถาม หรือการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ

2) การสังเกตโดยไม่เข้าไปมีส่วนร่วม (Non-participant Observation) เป็นการสังเกตที่ผู้สังเกตอยู่ภายนอกสถานการณ์หรือกิจกรรม โดยที่ผู้ถูกสังเกตรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ เป็นการเก็บข้อมูลในระยะเวลาที่สั้นกว่าการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แต่ไม่อาจเก็บข้อมูลได้ละเอียดสมบูรณ์เท่ากับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (องอาจ นัยพัฒน์, 2554)

นักวิจัยสามารถใช้วิธีการสังเกตทั้ง 2 แบบ ในการวิจัยหนึ่งก็ได้ แต่ควรจะมีจุดมุ่งหมายชัดเจนว่าจะศึกษาอะไร คนกลุ่มใด แล้วเลือกใช้วิธีการสังเกตที่เหมาะสม แต่ปัญหาของนักวิจัยส่วนใหญ่ คือ ความสับสนว่าจะควรสังเกตอะไรในพื้นที่การวิจัยบ้าง การยอมรับของผู้ถูกสังเกตไม่มีโอกาสที่จะสังเกต หรือบางครั้งมีเหตุการณ์เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ไปจนถึงความไม่สะดวกในการจดบันทึก ดังนั้น เพื่อให้มีการสังเกตที่เป็นระบบ ควรจะมีวิธีการที่ใช้ในการสังเกต ดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2545)

(1) การสอบถาม เป็นการสนทนาพูดคุยกับสมาชิกในพื้นที่การวิจัย ไม่ใช่หมายถึง การใช้แบบสอบถามแต่เป็นการสนทนาอย่างเป็นกันเองเพื่อให้เกิดความสนิทสนมไว้วางใจ

(2) การทำบันทึกภาคสนาม การสังเกตที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นิยมใช้การจดบันทึกภาคสนาม (Field Note) มากที่สุด เพื่อป้องกันการลืมช่วยตั้งสมมติฐานชั่วคราวในการวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่การวิจัย ช่วยเรียบเรียงความคิดในการวางแผนงานต่อไป และเพื่อช่วยสรุปข้อมูลเป็นระยะ ๆ โดยมีรูปแบบที่แบ่งออกได้ ดังนี้

- บันทึกข้อมูลการสังเกต (Observation Note: ON) เป็นการจดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ตามความเป็นจริง เป็นการบรรยายอย่างละเอียดถึงสิ่งแวดล้อม สถานที่ บุคคล เหตุการณ์ คำพูดของบุคคล สรุปรวมว่าใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร กับใคร และทำไม ดังนั้นข้อมูลในส่วนนี้จะไม่มีการตีความ

- บันทึกการตีความของผู้ศึกษา (Theoretical Note: TN) เป็นส่วนที่ตีความเบื้องต้น โดยของนักวิจัย ประกอบการแสดงความคิดเห็น เน้นความหมายให้ชัดเจนและสร้างสมมติฐานชั่วคราว บางครั้งต้องใช้ข้อมูลในส่วนที่หนึ่งหลายๆ เรื่องสรุปเป็นส่วนนี้

- บันทึกรายละเอียดของการสังเกต (Methodological Note: MN) เป็นบันทึกสิ่งที่ตนเองได้ประสบความสำเร็จ หรือความบกพร่องในการสังเกตความรู้สึกส่วนตัวของผู้สังเกต ปฏิกริยาของผู้ถูกสังเกต ตลอดจนข้อมูลที่ขาดหายไป บันทึกส่วนนี้เป็นส่วนที่ช่วยเตือนความจำและช่วยประเมินคุณภาพของข้อมูลที่ได้มา โดยการที่จะทำให้ได้ข้อมูลครอบคลุมและละเอียดที่สุดนั้น (สุภางค์ จันทวานิช, 2545) ได้เสนอกรอบ 6 ประการ ไว้ดังนี้

(1) ฉาก (Setting) หมายถึง สถานที่และลักษณะทางกายภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม และเหตุการณ์ที่นักวิจัยกำลังสังเกต ส่วนบุคคล ก็คือผู้คนที่ปรากฏอยู่ในกิจกรรมนั้น ๆ การสังเกตต้องสังเกตทั้งจำนวน ลักษณะทั่วไป และลักษณะเฉพาะ ตลอดจนข้อมูลทางสังคมของบุคคลเหล่านั้น ข้อมูลฉากและบุคคลคือการตอบคำถามใคร และที่ไหน

(2) การกระทำ (Acts) นักวิจัยต้องสังเกตการกระทำในลักษณะของพฤติกรรมสังคมที่เกิดขึ้น หรือการกระทำระหว่างกันของบุคคลขณะสังเกตข้อมูลจากการสังเกตการณ์กระทำ คือการตอบคำถามว่าทำอะไร

(3) แบบแผนพฤติกรรม (Pattern of Activities) เป็นการนำข้อมูลการกระทำมาร้อยเรียงให้เห็นความเกี่ยวเนื่องกันอย่างมีหลักการและเหตุผล ตามข้อเท็จจริงที่ได้จากการสังเกตและการสนทนาขณะสังเกตเป็นการตอบคำถามว่าอย่างไร

(4) ความสัมพันธ์ (Relationship) เป็นส่วนที่นักวิจัยต้องสังเกตว่าการกระทำที่เฝ้าดูอยู่นั้นใครทำกับใคร ในบทบาทและสถานภาพอย่างไร

(5) การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นการมองขยายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นผู้กระทำออกไปสู่ภาพรวมของปรากฏการณ์ทั้งหมด เป็นการตอบคำถามเพิ่มเติมจากใครกับใคร เป็นใครบ้าง

(6) ความหมาย (Meaning) เป็นการรับรู้เหตุการณ์หนึ่ง ๆ ของบุคคลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มนั้น ๆ เป็นการตอบคำถามอย่างไร และทำไมจึงมีพฤติกรรมหรือการกระทำนั้น ๆ เกิดขึ้น นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตอื่น ๆ ที่นิยมใช้ คือ แบบรายการสำรวจ (Check List)

และแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การใช้เครื่องมือชนิดใดในการสังเกตนั้น ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายในการวิจัย และสภาพการณ์ที่ทำการสังเกตหรืออาจใช้หลายวิธีผสมกัน

7.2 การสัมภาษณ์ (Interview Method)

เป็นการสนทนาอย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการโดยตรง โดยทั่วไปแล้วการสัมภาษณ์ มักจะถูกแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2552)

1) การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการหรือกึ่งทางการ ซึ่งใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีการเตรียมชุดคำถาม

2) การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ซึ่งคล้ายกับการพูดคุยสนทนาอย่าง ไม่มีพิธีรีตรอง มักมีเพียงแนวคำถามกว้างๆ และยังสามารถแยกวิธีการสัมภาษณ์นี้ได้อีก

(1) สนทนาตามธรรมชาติ (Natural Conversation) มักเกิดขึ้นเมื่อนักวิจัยดำเนินการสังเกตและเห็นสถานที่บุคคล หรือการกระทำต่าง ๆ แล้วต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

(2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นการสนทนา ให้ข้อมูลหลักบางคน เนื่องจากบุคคลนั้นมีคุณสมบัติพิเศษที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ นักวิจัยต้องการได้ หรือมีประสบการณ์พิเศษที่แตกต่างไปจากคนอื่น ๆ

7.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และพฤติกรรมของมนุษย์ รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ คำถามในการสนทนากลุ่มจะเป็นคำถามที่ถามถึงความรู้สึก การตัดสินใจ การให้เหตุผล แรงจูงใจ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนความประทับใจ เป็นต้น การสนทนากลุ่ม มีลักษณะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันอย่างกว้างขวาง ของผู้เข้าร่วมสนทนากับนักวิจัย การถกประเด็นสนทนาที่มีความเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการโต้แย้งปัญหา หรือหัวข้อของการสนทนาถูกกำหนดโดยนักวิจัย หรือผู้สนใจทำการศึกษา นั้น ๆ แล้วเลือกสรร บุคคลที่คิดว่าสามารถให้คำตอบได้ตรงประเด็นที่สุดเข้าร่วมการสนทนา (ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2553)

ศิริพร จิรวัดณ์กุล (2552) ได้ให้ความเห็นว่า การสนทนากลุ่มใช้ได้ดีในกรณีที่นักวิจัยต้องการประเมินความเห็น ประเมินความต้องการ พัฒนาเครื่องมือหรือผลิตภัณฑ์บางอย่าง หรือทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อการตีความบางประการที่ได้จากผลการศึกษาวิจัย ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาควรประกอบด้วย สมาชิกซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 คน ซึ่งเป็นผู้ที่นักวิจัยคัดเลือกกว่าเป็นผู้มีข้อมูล มีประสบการณ์ในประเด็นที่กำลังศึกษา และเป็นผู้ที่ยินดีในการพูดคุยในกลุ่ม นักวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) มีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่บันทึกกลุ่มและดูแลการบันทึกเทปการสนทนากลุ่มโดยไม่ต้องเข้าร่วมอยู่สนทนาโดยขั้นตอน มีดังนี้

1) ขั้นเตรียมการ

สิ่งที่ต้องเตรียมลำดับแรก คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็น รายการประเด็นหรือคำถามที่นักวิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา คำถามควรเป็นคำถามปลายเปิด และเจาะลึกประเด็นไปเรื่อย ๆ โดยประเด็นคำถามแรกๆควรเป็นเรื่องใกล้ตัวหรือพูดถึงคนอื่น มากกว่าพูดถึงตนเอง แล้วคำถามหลังๆจึงดึงประเด็นให้เข้าใจในตัวผู้ร่วมสนทนา นอกจากนี้นักวิจัยและผู้ช่วย จะต้องเตรียมตัวให้พร้อมในประเด็นที่ศึกษาแล้ว การเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งจำเป็น เช่น เครื่องบันทึกเสียง สมุด ปากกา กล้องถ่ายรูป เตรียมของรับประทาน เตรียมสถานที่ที่ก่อให้เกิดความสบายใจ ผ่อนคลายและเป็นกันเอง

2) ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

หลังจากนักวิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ร่วมวงสนทนา มาพบกัน ก็เริ่มด้วยการทำความรู้จักกัน รับประทานของว่างและเครื่องดื่มร่วมกันให้ผ่อนคลายและคุ้นเคยกันแล้ว จึงเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยเริ่มจากการแจ้งเป้าหมายของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษา ความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และการขออนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกกลุ่มพร้อมบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นนักวิจัยจึงจุดประเด็นการสนทนาตามแนวทางการสนทนา โดยนักวิจัยต้อง พยายามให้ผู้ร่วมวงสนทนาทุกคนได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด โดยไม่จำเป็นต้องมีข้อสรุปที่เห็นพ้องกันในแต่ละประเด็นการดำเนินการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ควรใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อได้ประเด็นต่าง ๆ แล้ว นักวิจัยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มจึงกล่าวสรุปด้วยการขอบคุณผู้ร่วมวงสนทนาอีกครั้ง ยืนยันถึงคุณค่าและประโยชน์ของสิ่งที่ได้จากการสนทนา แล้ว ปิดการสนทนากลุ่ม

3) ขั้นสรุปหลังการสนทนากลุ่ม

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการสนทนากลุ่มทุกครั้ง นักวิจัยและผู้ช่วยวิจัย ต้องตรวจสอบว่าการสนทนาได้บันทึกไว้ในเทปเรียบร้อยดีหรือไม่ นักวิจัยร่วมกันสรุปบรรยากาศโดยรวม บริบทของกลุ่มและปฏิริยาลงในบันทึกกลุ่ม จากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยถอดเทปการสนทนากลุ่มคำต่อคำ โดยบันทึกลงในกระดาษตลอดการสนทนาเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการ วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

7.4 ข้อมูลเอกสาร

ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการสนทนากลุ่ม แม้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แต่ข้อมูลจากเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ก็เป็นสิ่งที่มาเติมเต็มให้ข้อมูลสมบูรณ์ขึ้นได้ เพราะข้อมูลบางอย่างก็ไม่สามารถได้จากเพียงการสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มเท่านั้น เอกสารเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ ที่ผู้ศึกษาจะต้องเลือกว่าจะนำเอกสารใดมาใช้ ประโยชน์ให้มากที่สุด ประเภทของเอกสาร มีดังตัวอย่างต่อไปนี้ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2552)

1) เอกสารขั้นต้น

(1) เอกสารทางการ เช่น จดหมายเหตุ ประกาศ กฎหมาย สถิติของหน่วยงานต่าง ๆ บันทึกทางการบริหาร บันทึกทางการแพทย์ เป็นต้น

(2) เอกสารกึ่งทางการ เช่น บทความในหนังสือพิมพ์ แบบเรียนต่าง ๆ หนังสือรายงานวิจัย เป็นต้น

(3) เอกสารไม่เป็นทางการ เช่น บันทึกส่วนตัว จดหมายโต้ตอบ ระหว่างบุคคล บันทึกความคิดเห็นส่วนตัว เป็นต้น

2) เอกสารชั้นรอง เป็นข้อมูลหลักฐานที่ไม่ได้มาโดยตรงจากเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ หนึ่งๆ แต่ได้มาจากแหล่งเอกสารขั้นต้นอื่น ๆ แล้วนำมาอ้างอิง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipator Action Research) ประกอบด้วยขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตการณ์ ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ซึ่งมีการเก็บข้อมูลที่หลากหลายวิธีทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลให้เข้าใจงานและสามารถพัฒนา รูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครครอบครัวชายกรุง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพในคลินิกหออัครครอบครัว และพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกในคลินิกหออัครครอบครัว เป็นแนวการสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

พจนา โพธิ์จันดี และ ทรงวุฒิ เอกอุทัยวงศ์ (2565) ทำการศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กในพื้นที่เทศบาลเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กที่พัฒนาใหม่ มีระดับคะแนนประเมินประสิทธิภาพสูงกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปรากฏความสัมพันธ์กันของระดับคะแนนประเมินประสิทธิภาพที่เป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกัน $[r]=-0.087$ ซึ่งผลลัพธ์การวิจัยที่เกิดขึ้นนั้น กระตุ้นให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ จนสามารถสร้างให้เกิดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการสุขภาพที่พัฒนาในระดับมากที่สุด (mean=4.47, SD=0.238) ซึ่งระดับความพึงพอใจมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับการบริการสุขภาพและมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเชิงบวก $[r]=0.238$ โดยประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดระบบการให้บริการสุขภาพแก่แม่และเด็กที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าระบบแบบเดิม

ฐิติวรดา อัครภานุวัฒน์ และคณะ (2554) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบบริการในคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดแม่ฮ่องสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และกระบวนการบริหารองค์กร โดยสามารถทำนายการพัฒนาระบบบริการในคลินิกหมอครอบครัวได้ ร้อยละ 21.6 และ 14.2 ตามลำดับ ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ คือ ภาระงานหนัก เนื่องจากบุคลากรไม่ครบตามกรอบอัตรากำลัง การคมนาคมยากลำบากทำให้การพัฒนาระบบบริการ

พัฒนา พรหมณี และคณะ (2564) การพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวสามบัณฑิต อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการวิจัยเพื่อพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ สภาพ และปัญหาการดำเนินงาน 2) ศึกษาการรับรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัวต่อนโยบายการดำเนินงานพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวของ กระทรวงสาธารณสุข 3) พัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่าย และ 4) ศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เจาะจงเลือกจากผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน 16 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 19 คน ทีมผู้ปฏิบัติงาน 14 คน และคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ 12 คน ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และแบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) การสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสถานการณ์และ สภาพปัญหา 2) การสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาการรับรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว 3) การสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ 4) การสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบ และ 5) การใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า 1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทัยร่วมกับโรงพยาบาลอุทัย จัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ พบปัญหาการขาดแคลนแพทย์ การดำเนินงานไม่ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีความต้องการสร้างรูปแบบการดำเนินงานเป็นแบบเครือข่าย 2) ทีมคลินิกหมอครอบครัวรับรู้นโยบายภาครัฐที่ให้บริการตามกลุ่มเป้าหมายหลัก มีบทบาทชัดเจน รับรู้ว่าทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ 3) รูปแบบที่พัฒนาประกอบด้วย (1) วัตถุประสงค์ (2) หลักการ (3) ขั้นตอน 9 ขั้นตอน ผลการประเมินรูปแบบมีความเหมาะสมในระดับดี 4) ผลการดำเนินงานมีการ ให้บริการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งเชิงรับและเชิงรุกโดยชุมชนมีส่วนร่วม

นฤมล บุญโสภิน, วรางคณา จันทรังค และช่อทิพย์ บุรมธนรัตน์ (2560) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ของตำบลวังสาว อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น พบว่า (1) การพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยกิจกรรมพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน กิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุติดบ้านในการดูแลตนเองและกิจกรรมดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุติดบ้านรายบุคคล (2) การมีส่วนร่วมต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในภาพรวมพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวดีขึ้นในระดับมาก (3) ผู้สูงอายุติดบ้านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบทีมหมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (4) ปัญหา อุปสรรคของการ

ดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านพบว่าการของบสนับสนุนทรัพยากรเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่น ๆ ยังน้อยอยู่ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและการทำความเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุติดบ้าน

ณัฐวุฒิ วั่งคะฮาดและคณะ (2558) ศึกษารูปแบบการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวตำบล ตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิพื้นที่อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาตามรูปแบบดังกล่าว ความรู้ของบุคลากร รพ.สต. อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 31.8$) การดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ PCA อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.77$) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.14$) รพ.สต. ทั้งหมด 9 แห่ง ผ่านเกณฑ์ประเมิน ชั้น 3 จำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 77.77) ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนารพ.สต.ของอำเภอดงหลวง คือ DONGLUANG Model ดังนี้ การถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ (Deployment), การกำกับดูแลตนเองที่ดี (Organizational Governance), การทำงานเป็นทีม เป็นเครือข่าย (Network), การมีเป้าหมาย (Goal), การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Association), การนำไปใช้เพื่อเกิดประโยชน์ (Utilization), การถอดบทเรียนร่วมกัน (After Action Review), การบริการปฐมภูมิแบบใหม่ (New Primary Care), การบริหารจัดการโดยหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) รพ.สต. ควรมีการพัฒนาตามรูปแบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดมาตรฐานคุณภาพบริการอย่างยั่งยืน ต่อไป ปัจจัยความสำเร็จ คือการพัฒนาทีมนำในองค์กรเพื่อถ่ายทอดการนำไปปฏิบัติการทำงานเป็นทีมในระดับองค์กรและการสร้างเครือข่ายระดับโซน รพ.สต. และกระบวนการดำเนินงานตามวงจรคุณภาพ

ปัทมราภรณ์ นานรัมย์ (2558) ศึกษาแบบการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิรูปแบบใหม่ (CUP Split) กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ มี 9 ขั้นตอนได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประชุมคณะกรรมการบริหารเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ 3) ประชุมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารงานเครือข่าย 5) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบาย/ ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ, จัดระบบบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมพื้นที่และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน, ปรับปรุงระบบฐานข้อมูล, จัดระบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด, บริหารจัดการเรื่องบุคลากรงบประมาณ สิ่งของ, นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน 6) สรุประเบิดและประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่นำไปปฏิบัติ 7) ประเมินความพึงพอใจของ ผลงานของบุคลากร 8) วิเคราะห์ข้อมูลและผลการดำเนินงาน 9) ประชุมคณะกรรมการบริหารสรุปผล การดำเนินงาน ตามรูปแบบความสำเร็จที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานและโอกาสพัฒนาต่อไป และส่งผลให้เกิดผลการประเมินการรับรองการปฏิบัติราชการ (KPI) อยู่ในลำดับที่ดีขึ้นและได้ข้อสรุปที่เป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยสรุป ประเด็นการดำเนินงานที่สำคัญของการบริหารแบบ CUP Split คือ

การจัดโครงสร้าง การบริหารงานรูปแบบใหม่ เพิ่มบทบาทหน้าที่และอำนาจการบริหารจัดการแก่ สาธารณสุขอำเภอเน้นการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เน้นความชัดเจนของนโยบาย การสื่อสารที่ดี การสร้างการมีส่วนร่วมใน ทุกขั้นตอนใช้ยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม

สงครามชัย ลีทองดี (2554) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ในระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาเขตสุขภาพนครชัยบุรินทร์ พบว่า ได้มีการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่มีนวัตกรรมที่เกิดขึ้น เช่น การพัฒนา CUP Split ที่ เน้นการเสริมพลังให้กับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้มีการพัฒนาคุณภาพและสร้างความเข้มแข็ง ในการ จัดบริการจนสามารถพัฒนาเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาตามหลักการในระดับหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ได้ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการเชื่อมโยงระบบที่เน้นการสนับสนุนและส่งเสริมซึ่งกันและกันแทนที่จะ เป็นการแข่งขันกัน ในรูปแบบเครือข่ายการจัดการบริการตามหน้าที่และภารกิจของพื้นที่การคลังสุขภาพ พบว่ามีการให้อำนาจการบริหารจัดการการเงินการคลังด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้นโดยการเน้นตั้งแต่การ จัดสรร การซื้อบริการการจ่ายเงินและการตรวจสอบโดยมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการและกลไก การเงินจะต้องไม่เป็นสิ่งจูงใจเพียงอย่างเดียว ในการทำงานระบบสารสนเทศ เป็นการพัฒนาที่ใช้ระบบ สารสนเทศเพื่อการจัดการเนื่องจากรูปแบบการบริหารจัดการในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบกองทุนดังนั้น ระบบข้อมูลข่าวสารเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาแต่ผลการศึกษาพบว่าแม้ว่ามีความพยายามอย่างมากใน การลงทุนด้านระบบสารสนเทศแต่การจัดการระบบยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องกับการ จัดการระบบโปรแกรมเมอร์

วันเพ็ญ ศุภตระกูล และคณะ (2559) ศึกษาวิจัยแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ส่วนที่ 1 ระดับความคาดหวังและการ รับรู้ต่อคุณภาพการบริการของผู้มารับบริการ มีผลด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจมากที่สุด (mean = 3.92) ด้านความมั่นใจได้ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความคาดหวังในบริการอยู่ในระดับมาก (mean = 3.81) ด้านลักษณะทางกายภาพ รูปลักษณ์ที่สัมผัสได้อยู่ในระดับมาก (mean = 3.87) ด้านความเข้าใจและ เห็นอกเห็นใจผู้มารับบริการอยู่ในระดับมาก (mean = 3.80) ด้านการสนองตอบการให้บริการผู้มารับ บริการอยู่ในระดับมาก (mean = 3.50) ส่วนที่ 2 การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่โดยใช้ RATER Model เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า ด้านความน่า เชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) ด้านการให้ความมั่นใจ (Assurance) ด้านลักษณะทางกายภาพ/ รูปลักษณ์ ที่สัมผัสได้ (Tangibles) ด้านการเข้าใจการรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ (Empathy) ด้านการ ตอบสนองความต้องการผู้มารับบริการ (Responsiveness)

บุษกร คงผอม และ วิวัฒน์ชัย อัครถาวร (2562) ศึกษาความพึงพอใจของประชาชน ผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข 50 บีงกุ่ม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากการศึกษาทั้ง 8 ด้าน คือ ด้านความสะดวกในการใช้บริการ ด้านอภัยภัยไมตรี

ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านการให้ความรู้คำแนะนำและคำปรึกษา ด้านความน่าเชื่อถือ ใ้วางใจ ด้านความพร้อมที่จะให้การรักษายาบาล ด้านจริยธรรมของเจ้าหน้าที่ และด้านความคุ้มค่ายุทธธรรมในราคาของระบบบริการที่ได้รับ พบว่า ความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข 50 บึงกุ่ม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ด้านความสะดวกในการใช้บริการ อยู่ในระดับมาก รองลงมาได้แก่ ด้านความคุ้มค่า ยุทธธรรมในราคาของระบบบริการที่ได้รับ และน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากหน่วยบริการมีสถานที่ให้บริการค่อนข้างจะคับแคบ และจำนวนห้องน้ำน้อย รวมทั้งมีที่จอดรถไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้มาใช้บริการ ส่วนด้านของ เพศ สถานภาพสมรส ภูมิสำเนา อาชีพ จำนวนครั้งในการรับบริการ รูปแบบการเดินทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ อันเนื่องมาจากผู้ที่เข้ามาใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข 50 บึงกุ่ม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และส่วนใช้ระยะเวลาในการเดินทางไม่นาน

จากการทบทวนปริทรรศน์ เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่า บริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นการบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด ดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ การบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชากรส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแบบผสมผสานในบริบทของครอบครัวและชุมชน ที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก มีการจัดระบบบริการสุขภาพ (Health Service System) ให้แก่ประชาชน ประกอบด้วยกิจกรรมบริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษายาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ในรูปแบบสถานบริการสาธารณสุขคลินิกหมอครอบครัว โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่น ๆ ทำหน้าที่ร่วมกันดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

ดังนั้น เพื่อให้การปฏิบัติงานของคลินิกหมอครอบครัวขงากร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้ดียิ่งขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะการให้บริการผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นภารกิจส่วนใหญ่นั้นให้มีความสะดวกรวดเร็ว และไม่ส่งผลกระทบต่องานด้านอื่น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาวิจัยถึงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกในคลินิกหมอครอบครัว ขงากร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ให้มีระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่เพียงพอ สะดวกรวดเร็ว มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีกว่าเดิม อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนได้

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



ภาพประกอบ 8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชายางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ศึกษาได้มีแนวทางดำเนินการตามระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการศึกษา
- 3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย
- 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 จริยธรรมในการศึกษา

3.1 รูปแบบการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบอิสระ Emancipatory Action Research ของเคมมิสและแมกทาการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PAOR) คือ ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 กลุ่มเป้าหมายผู้ให้บริการ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายผู้ให้บริการ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย

ก. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 13 คน

ข. ผู้ให้บริการในคลินิกหมอครอบครัวชายางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 8 คน

รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 คน รายละเอียด ดังตาราง 7

ตาราง 7 คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิขยายกร และผู้ให้บริการปฐมภูมิขยายกร

ประเภทวิชาชีพ	จำนวน (คน)
แพทย์	4
พยาบาล	8
เภสัชกร	1
วิชาชีพอื่น ๆ และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนงานบริการ	8
รวม	21

3.2.2 กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ เป็นกลุ่มผู้ป่วย โดยใช้ฐานข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการในคลินิกหมอครอบครัวขยายกร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายน ในปีงบประมาณ 2563-2565 โดยในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 25,353 คน ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 24,332 คน และปีงบประมาณ 2565 จำนวน 22,111 คน โดยมีผู้รับบริการช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายน ในปีงบประมาณ 2563-2565 เฉลี่ย จำนวน 23,932 คน

3.2.3 ขนาดตัวอย่าง

3.2.3.1 กลุ่มเป้าหมายผู้ให้บริการ เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวขยายกร และคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิขยายกร โดยขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยจากคณะกรรมการฯ ทุกคน ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) เป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิขยายกร 28 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาของการวิจัย
- 2) เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวขยายกรอย่างต่อเนื่องในเวลาราชการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
- 3) เป็นผู้ที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ที่ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย หรืองดให้ข้อมูล
- 2) บุคลากรที่ย้ายไปทำงานที่อื่นในระหว่างการทำกรวิจัย

3.2.3.2 กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก ที่มาใช้บริการในคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2566 ในขณะศึกษา ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566

การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง

จากรายงานในฐานข้อมูลโปรแกรม HomC (พ.ศ. 2565) พบว่ามีกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการในคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ประเภทผู้ป่วยนอกทั่วไปและผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มที่สนใจศึกษาในระยะเวลาช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 มีกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการ โดยเฉลี่ย 1,665 คน จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของข้อมูลไม่แจกแจงความถี่} &= (X_1+X_2+\dots+X_n)/n \\ &= (1,936+1,673+1,614+1,674+1,553+ \\ &\quad 1,975+1,537+1,534+1,492)/9 \end{aligned}$$

$$\text{ดังนั้น ค่าเฉลี่ยผู้ป่วยนอก} = 1,665 \text{ คน}$$

สูตรในการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง ในกรณีที่ไมทราบค่าสัดส่วนและขนาดประชากร

$$n = \frac{P(1-P)Z^2}{e^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

P = ค่าสัดส่วนของประชากร โดยที่ค่า $P(1-P)$ จะมีค่ามากที่สุดเมื่อสัดส่วนประชากรเท่ากับ 50% หรือ $P = 0.5$ ดังนั้น เมื่อไม่ทราบค่าสัดส่วนประชากร จึงกำหนดไว้ที่ 0.5 แทนได้

e = ความคลาดเคลื่อนจากกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ กำหนดที่ค่า 0.05

Z = ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดไว้ที่ 95% เท่ากับมีค่า 1.96

แทนค่า

$$n = \frac{0.5 \times 0.5 \times (1.96)^2}{(0.05)^2}$$

$$n = 385 \text{ คน}$$

มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยนอกกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เคยมาใช้บริการในคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูรจำนวนมากกว่า 1 ครั้ง

2. ผู้ป่วยนอกที่สมัครใจในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการตามที่ได้รับบริการ
ในคลินิกหออกรับผู้ป่วยนอก

3. อยู่ในเขตพื้นที่บริการหรือนอกเขตพื้นที่บริการ
4. มีสิทธิการรักษาพยาบาลทุกสิทธิ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยนอกที่มีปัญหาสุขภาพไม่สะดวกให้ข้อมูล
2. ผู้ป่วยนอกที่ไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้ป่วยนอกที่ถูกส่งต่อการรักษาในช่วงระยะเวลาศึกษาวิจัย

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างในกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยนอก ที่มาใช้บริการในคลินิก
หออกรับผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เท่ากับ 385 คน

3.3 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Panning)

ระยะเวลาดำเนินการ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

กิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน

- 1) แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิขยายบริการ
- 2) วิเคราะห์สถานการณ์ สืบหาข้อมูลบทบาทการมีส่วนร่วมของในการดำเนินงานที่
คลินิกหออกรับผู้ป่วยนอก ความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก และประเมินคุณภาพ
และมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหออกรับผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี สืบหาความพึงพอใจของผู้รับบริการ

กิจกรรมที่ 2 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) พัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกคลินิกหออกรับ
ผู้ป่วยนอก (Action Plan) เพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกคลินิกหออกรับผู้ป่วยนอก และ
ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยประชุมระดมสมองคณะทำงาน
เพื่อหาแนวทางแก้ไข แก้ไขปัญหาเชิงระบบและกำหนดแผนปฏิบัติการ เครื่องมือที่ช่วยในการระดม
สมอง คือ การวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อนตามเกณฑ์คลินิกหออกรับผู้ป่วยนอกคุณภาพมาตรฐานบริการ
สุขภาพปฐมภูมิ 8 ด้าน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

ระยะเวลาดำเนินการ เดือน มีนาคม – เมษายน พ.ศ. 2566

กิจกรรมที่ 3 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก

ดำเนินการตามแผนงาน ขั้นตอนและกระบวนการบริการผู้ป่วยนอกที่กำหนดขึ้นโดย ทีมสหวิชาชีพในการให้บริการแก่กลุ่มผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observing)

ระยะเวลาดำเนินการ เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

กิจกรรมที่ 4 การกำกับ ติดตามและนิเทศงาน

ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพกำหนดบทบาทในการกำกับ ติดตามและนิเทศ ของสหสาขาวิชาชีพในการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

กิจกรรมที่ 5 ประเมินผลการบริการผู้ป่วยนอก หลังการพัฒนา

1. การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหออัครครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จากแบบประเมินมาตรฐานบริการ
2. การประเมินบทบาทการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก, ความพึงพอใจของกลุ่มผู้ให้บริการในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกคลินิกหออัครครอบครัวชยางกูร
3. การประเมินผลการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จากการสำรวจแบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มผู้รับบริการ

ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Groups) ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสะท้อนกลับผลของการปฏิบัติการอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะการวิพากษ์วิจารณ์ และประเมินแนวทางการปฏิบัติ สรุปรายงาน และหาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อสรุปการนำเสนอเอกสารฉบับร่างไปยังคณะกรรมการบริหารเครือข่ายของคลินิกหออัครครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

ระยะเวลาดำเนินการ เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

กิจกรรมที่ 6 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การสนทนากลุ่ม (Focus Groups) กำลังคนด้านสุขภาพตามวิชาชีพ ในการหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครครอบครัวชยางกูร

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และการสะท้อนกลับผลการประเมินผ่านกระบวนการกลุ่มในลักษณะการวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินแนวทางการปฏิบัติตามความเหมาะสม

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดให้มีการเก็บข้อมูลในการศึกษา ดังนี้

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้ศึกษาได้ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามในการวิจัย ใช้สำหรับกลุ่มผู้ให้บริการในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร	จำนวน	7 ข้อ
ส่วนที่ 2 บทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก	จำนวน	15 ข้อ
ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก	จำนวน	14 ข้อ

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในชุดที่ 1 ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สาขาวิชาชีพ (ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน) จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 2 บทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก, ปานกลาง, น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆหรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้น
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ ได้แก่ มาก, ปานกลาง, น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อที่กำหนดดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้น
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น

ชุดที่ 2 แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในชุดที่ 2 ดังนี้

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีองค์ประกอบ 8 ส่วน

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค (คปส.)

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

นำเสนอคะแนนผลการประเมิน 2 ระยะ คือ คะแนนก่อนพัฒนา และหลังพัฒนา มีเกณฑ์ผ่านการประเมินคือ ส่วนที่ 1-4 ต้องผ่านร้อยละ 100 และส่วนที่ 5-8 ต้องมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 จะถือว่าคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามในการวิจัยใช้สำหรับกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก ในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการมารับบริการของผู้ป่วยนอก จำนวน 44 ข้อ

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในชุดที่ 3 ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานะการรับบริการ ระดับการศึกษา เหตุที่ต้องมารับบริการในคลินิกหมอครอบครัวขยางกูร เขตพื้นที่อาศัย สิทธิการรักษา สาเหตุที่เลือกใช้บริการของคลินิกหมอครอบครัวขยางกูร

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการมารับบริการของผู้ป่วยนอก จำนวน 44 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ ได้แก่ มาก, ปานกลาง, น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อที่กำหนด ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้น
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น

3.4.2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ศึกษาได้ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกประเด็นสนทนากลุ่มค้นหาปัญหาและแนวทางพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต

สนทนากลุ่มคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิชยางกูร และผู้ให้บริการปฐมภูมิชยางกูร จำนวน 21 คน ในหัวข้อ ดังนี้ หมวดที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ หมวดที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ หมวดที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อม หมวดที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ หมวดที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมวดที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข หมวดที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค (คบส.) และหมวดที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ แต่ละหมวดมีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อะไรคือสาเหตุ แนวทางใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำไปปฏิบัติ ผู้ศึกษาสรุปปัญหาแนวทางปฏิบัติ และทำหน้าที่บันทึกผลการสนทนากลุ่ม โดยไม่ต้องเข้าร่วมอยู่ในวงสนทนา

ชุดที่ 2 แบบบันทึกประเด็นสะท้อนผลการปฏิบัติ

ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ความคิดเห็นต่อผลการประเมิน สรุปผลการปฏิบัติงาน อุปสรรคในการปฏิบัติงาน แนวทางปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมในการปฏิบัติและปัจจัยความสำเร็จ ส่วนที่ 2 ประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ร่วมวิจัยประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการตามกิจกรรมต่าง ๆ หลังปฏิบัติตามแผนปฏิบัติ โดยแบ่งระดับความเป็นไปได้ 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยและเรียงลำดับความเป็นไปได้ของกิจกรรม

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

- 1) รายงานการประชุมกำลังคนด้านสุขภาพตามวิชาชีพ ที่เป็นคณะทำงานสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง
- 2) ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกบันทึกลงในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ได้แก่ ประวัติการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครครอบครัวช่างกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
- 3) ประเมินความคิดเห็นต่อบริบทและสถานการณ์การบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครครอบครัวช่างกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย ผู้ศึกษาได้ดำเนินการดังนี้

3.5.1 ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยปรับปรุงแบบสอบถามโดยศึกษาค้นคว้าและตรวจสอบความถูกต้องตามวัตถุประสงค์จากเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านที่มีคุณสมบัติด้านคุณวุฒิที่จบไม่ต่ำกว่าปริญญาโท และ/หรือเคยทำวิทยานิพนธ์หรืองานวิจัย เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและตรวจสอบสำนวนภาษา หลังจากนั้นได้อาข้อเสนอแนะ มาปรับแก้ข้อความของเนื้อหาให้ถูกต้องเหมาะสม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย

1. นายแพทย์เด่นชัย ตังมโนกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) แพทยศาสตร์บัณฑิต กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รัฐประศาสนศาสตร์ คุชฌีบัณฑิต (รัฐประศาสนศาสตร์) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
3. นายวีระพล วิเศษสังข์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชะบุง อำเภอกุดชุมพภูมิพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

เป็นผู้พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ (Content Validity) ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence: IOC) ตามสูตร

$$IOC = \Sigma R/n$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อความ คำตอบกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

$$\Sigma R = \text{ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ}$$

$$n = \text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}$$

จากการทดสอบค่าความตรงของเนื้อหา พบว่า มีค่าค่าความตรงของเนื้อหา IOC: Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 0.87

ใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปถือว่ามีความเที่ยงตรงใช้ได้จากนั้นทำการตรวจสอบแก้ไขให้ถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ตรงตามเนื้อหา หากพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่ตรงกัน ผู้วิจัยเลือกใช้ความเห็นที่สอดคล้องกันจาก 2 ใน 3 คน แล้วนำไปปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ หลังจากนั้นนำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อแก้ไขให้มีความถูกต้องและครอบคลุมเนื้อหามากขึ้น

3.5.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามภายหลังการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกำลังคนทางด้านสุขภาพ หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัว โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชिरาลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับกลุ่มเป้าหมายหลักที่ใช้ในการวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรหาความเชื่อมั่นใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. ค่าความเชื่อมั่นของบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอกของผู้ให้บริการ เท่ากับ 0.816
2. ค่าความเชื่อมั่นของความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอกของผู้ให้บริการ เท่ากับ 0.834
3. ค่าความเชื่อมั่นของความพึงพอใจในการมารับบริการของผู้ป่วยนอก เท่ากับ 0.867

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบสอบถามในการวิจัย ใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายหลัก ในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งมี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ จำนวน (Number) ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percent) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 2 บทบาทในการบริการผู้ป่วยนอกของผู้ให้บริการ เป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้นให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆหรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้นให้ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้นให้ 1 คะแนน

โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ แบ่งระดับบทบาทออกเป็น 3 ระดับ การแบ่งอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการแบ่ง (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 100 อ้างอิงจาก Best, 1977: 174; Daniel, 1995: 19)

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = 0.66 \end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน

ระดับบทบาทมาก	หมายถึง การมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่าง 2.34 – 3.00
ระดับบทบาทปานกลาง	หมายถึง การมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่าง 1.67 – 2.33
ระดับบทบาทน้อย	หมายถึง การมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่าง 1.00 – 1.66

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอกของผู้ให้บริการ เป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้นให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเฉยๆหรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้นให้ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้นให้ 1 คะแนน

โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ แบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับ การแบ่งอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการแบ่ง (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 100 อ้างอิงจาก Best, 1977: 174; Daniel, 1995: 19) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = 0.66 \end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน

ระดับความพึงพอใจมาก	หมายถึง การมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่าง 2.34 – 3.00
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง การมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่าง 1.67 – 2.33
ระดับความพึงพอใจน้อย	หมายถึง การมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่าง 1.00 – 1.66

ชุดที่ 2 แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีองค์ประกอบ 8 ส่วน
ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค (คปส.)

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ นำเสนอคะแนนผลการประเมิน

2 ระยะ คือ คะแนนก่อนพัฒนา และหลังพัฒนา

ตาราง 8 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ	คะแนน เต็ม	คะแนน ผ่านเกณฑ์
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	6	6
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	8	8
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และ สิ่งแวดล้อม	5	5
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	9	9
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	60	≥ 48
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	40	≥ 32
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ (คปส.)	80	≥ 64
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	65	≥ 52
รวมคะแนน	272	

ชุดที่ 3 แบบสอบถามในการวิจัยใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก
ในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรับครีวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิ
ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ จำนวน (Number) ค่าเฉลี่ย (mean) ร้อยละ (Percent) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการมารับบริการของผู้ป่วยนอก เป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อที่กำหนดดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้นให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆหรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้นให้ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้นให้ 1 คะแนน

โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ แบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 3 ระดับ การแบ่งอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการแบ่ง (สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 100 อ้างอิงจาก Best, 1977: 174; Daniel, 1995: 19) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = 0.66 \end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน

ระดับความพึงพอใจมาก	หมายถึง	การมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่าง 2.34 – 3.00
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	การมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่าง 1.67 – 2.33
ระดับความพึงพอใจน้อย	หมายถึง	การมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่าง 1.00 – 1.66

พหุ ประถมศึกษา ชีวะ

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชายางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้วางแผนดำเนินการ เพื่อการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.7.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ลักษณะทางประชากร ผู้ศึกษาได้มีการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3.7.2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

3.7.2.1 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของบทบาทและความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

3.7.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.7.3.1 การตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยการนำ ข้อมูลที่ได้จากภาคสนาม และข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างเวลา สถานที่ บุคคล และเนื้อหาที่ต่างกัน ว่าถ้าหากเวลาต่างกัน ข้อมูลที่ได้จะเหมือนกันหรือไม่ ข้อมูลที่ได้ต่างสถานที่กันเหมือนกันหรือไม่ และหากบุคคลเปลี่ยนไป ข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือไม่ หากได้ข้อมูลเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

3.7.3.2 การตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีการและข้อมูลด้านต่างๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยในการศึกษาจะใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบไม่มีส่วนร่วมควบคู่กับการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย หากข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างกันหรือขัดแย้งกัน ผู้ศึกษาจะเข้าไปทำการเก็บข้อมูลอีกครั้ง และหากข้อมูลที่ได้ทำการตรวจสอบแล้วปรากฏว่าเป็นข้อมูลที่เหมือนกันก็น่าเชื่อถือว่าเป็นข้อมูลที่ต้องสมบูรณ์ แล้วหลังจากนั้นนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลักษณะการเขียนรายงานการวิจัยเชิงพรรณนา

3.7.3.3 การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการอธิบาย ตีความ สร้างข้อสรุป ด้วยวิธีอุปนัยจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม และจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหา

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เอกสารรับรองเลขที่ 804-072/2566 วันที่รับรอง 22 มีนาคม 2566 ซึ่งมีการป้องกันการเข้าถึงข้อมูล โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการใช้ชื่อผู้ป่วย และการเก็บรักษาข้อมูลในรูปเอกสารและสื่ออิเล็กทรอนิกส์

จำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้วิจัย รวมถึงจะทำลายข้อมูลด้วยเครื่องทำลายเอกสาร และลบจากคอมพิวเตอร์หลังจากเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัยเป็นเวลา 1 ปี

การศึกษาครั้งนี้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นทีมสหวิชาชีพคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ในการทำหน้าที่เกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีสิทธิ์มีเสียงในทุกขั้นตอนของการวิจัยร่วมกับ ดังนั้นผู้มีส่วนร่วมทุกคนต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การพัฒนากระบวนการบริการผู้ป่วยนอกโดยมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่จะต้องเข้าร่วมเป็นผู้ร่วมการวิจัย และจะต้องมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน และกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรค NCDs ณ คลินิกหมอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลใน คลินิกหมอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้น ผู้ศึกษาจะทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมายที่นำมาศึกษา โดยกลุ่มเป้าหมายทุกรายจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการศึกษา และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมายในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใด ๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ มีการเคารพในสิทธิของผู้ร่วมวิจัยก่อน ถ้าผู้ร่วมวิจัยยินดีให้ทำการศึกษาและร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ถู้อข้อมูลที่ได้มาจากผู้ร่วมวิจัย เป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผย และในการที่จะถ่ายภาพและบันทึกเทปผู้วิจัยจะต้องขออนุญาตก่อน โดยเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้ใบรับรองอนุมัติ เลขที่ 804-072/2566 วันที่รับรอง 22 มีนาคม พ.ศ. 2566 และมุ่งสร้างสัมพันธภาพให้เท่าเทียมกัน ดังนี้

3.7.1 ต้องพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมายโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้ ความเสี่ยงในการเข้าร่วมโครงการ อาสาสมัครอาจเสียเวลา

3.7.2 รับฟังความคิดเห็นผู้เข้าร่วมประชุม วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความเห็น

3.7.3 ต้องเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวการปกปิดความลับของผู้วิจัย ไซรห้สแทนชื่อในแบบสอบถาม การนำภาพถ่ายในการนำเสนอจะปกปิดใบหน้าผู้ป่วย

3.7.4 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

3.7.5 อาสาสมัครวิจัยสามารถบอกเลิกโดยไม่แจ้งเหตุผล

3.7.6 การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ในคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ชยางกูรและผู้ให้บริการในคลินิกหออกรอครอบครัวชยางกูร จำนวน 21 คน ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2566 ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PAOR) คือ ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) แสดงผลการวิจัยในขั้นตอนต่าง ๆ ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอรายละเอียดข้อมูลผลการวิจัยดังต่อไปนี้

4.1 บริบทของการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

4.2 กระบวนการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

4.3 ผลการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

4.1 บริบทของการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

4.1.1 ข้อมูลบริบทของการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

คลินิกหออกรอครอบครัวชยางกูร มีโครงสร้างด้านอาคารสถานที่ และแบบอาคารที่เหมาะสมในการให้บริการผู้ป่วยนอก สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวก มีห้องบริการครบ ทั้งห้องรักษาพยาบาล ห้องทันตกรรม ห้องแพทย์แผนไทย ห้องกายภาพบำบัด ห้องฉุกเฉิน ห้องส่งเสริมสุขภาพ จากการทำ Focus Group พบว่า คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิชยางกูรและผู้ให้บริการในคลินิกหออกรอครอบครัวชยางกูร มีจำนวน 21 คน จัดกิจกรรมวิเคราะห์สถานการณ์และ

กำหนดเป้าหมายในประเด็นบริบทการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครอบคร้วขยงกูร ตามกรอบแนวคิด The Six Building Blocks of Health System ในประเด็น ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล รายละเอียด ดังตาราง 9

ตาราง 9 การบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครอบคร้วขยงกูรก่อนการพัฒนา

การบริการผู้ป่วยนอก	ก่อนการพัฒนา	ประเด็นเพื่อพัฒนา
1. ระบบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบงานของโรงพยาบาลแม่ข่าย ต่าง ๆ ไม่ตอบสนองแก้ไขปัญหา ทันสถานการณ์ - ไม่มีแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ - มีขั้นตอนในการบริการในคลินิกหออัครอบคร้วขยงกูร การทำงานเชิงรุก - มีแผนการจัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน, พยาบาลวิชาชีพ 2 คน, นักวิชาการ/จพ. สาธารณสุข 1 คน ออกปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> - อัตรากำลังคนด้านสุขภาพในการให้บริการยังไม่เพียงพอ - ขาดความรู้ ทักษะความเข้าใจ ความชำนาญในการทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ - เจ้าหน้าที่ไม่มีเป้าหมายในการทำงาน รับผิดชอบในหลายหน้าที่ ทำให้ภาระงานมากเกินไป ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ - ขาดการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการเพิ่มอัตรากำลังลงไปแผน FTI ของโรงพยาบาล - มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ - จัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมหออัครอบคร้วขยงกูร
3. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)	<ul style="list-style-type: none"> - เงินที่ใช้ในการดำเนินระบบสุขภาพส่วนใหญ่ได้จาก สปสช. 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการหาแหล่งงบประมาณเพิ่มเติมในการดำเนินกิจกรรม เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพ

ตาราง 9 การบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชายางกูรก่อนการพัฒนา (ต่อ)

การบริการผู้ป่วยนอก	ก่อนการพัฒนา	ประเด็นเพื่อพัฒนา
4. สื่อองค์ความรู้/ เทคโนโลยีทาง การแพทย์ (Assess to Essential Medicines)	- ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทาง การแพทย์ของโรงพยาบาลแม่ ข่ายไม่สมบูรณ์ - ขาดความเสถียรภาพ - ระบบอินเทอร์เน็ตไฟเบอร์ ออฟติกที่ขัดข้องบ่อยครั้ง	- มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยี สารสนเทศทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลแม่ข่ายให้สมบูรณ์ - พัฒนาระบบอินเทอร์เน็ตไฟ เบอร์ออฟติกให้มีประสิทธิภาพ
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)	- ขาดการใช้เทคโนโลยีในการ สื่อสารกับผู้รับบริการ - ในส่วนของกรอบยาใน PCC ไม่ครบถ้วน เบิกจ่ายล่าช้า - ใช้ระบบสารสนเทศในการ สื่อสารกับผู้รับบริการไม่เกิด ความคุ้มค่า ขาดการพัฒนา - ไม่มี Facebook ในการแจ้ง ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้กับ ประชาชนในพื้นที่	- มีเจ้าหน้าที่ดูแล มีการจัดทำ ข้อมูลสื่อด้านสุขภาพเพื่อให้ ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการ ได้ง่ายการพัฒนาระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศทาง การแพทย์ของโรงพยาบาลแม่ ข่ายให้สมบูรณ์ - พัฒนาระบบอินเทอร์เน็ตไฟ เบอร์ออฟติกให้มีประสิทธิภาพ และมีเจ้าหน้าที่ดูแล - มีการจัดทำข้อมูลสื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึง บริการได้ง่าย - มีการจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข จัดระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ สร้าง ระบบกลุ่มไลน์สุขภาพ ใช้ระบบ แอปพลิเคชัน อสม. ออนไลน์ ใช้ ระบบประเมินสำรวจข้อมูล สุขภาพด้วยแบบฟอร์ม Google Form และจัดเก็บข้อมูลเข้าสู่ ระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ

ตาราง 9 การบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครบคร้วชยางกูรก่อนการพัฒนา (ต่อ)

การบริการผู้ป่วยนอก	ก่อนการพัฒนา	ประเด็นเพื่อพัฒนา
6. ภาวะผู้นำและ ธรรมาภิบาล (Leadership and Government)	- ไม่มีแนวทางนโยบายและ มาตรฐานในการดำเนินงาน พัฒนางานปฐมภูมิที่ชัดเจน - วิสัยทัศน์ของผู้บริหารใน โรงพยาบาลแม่ข่าย มองในระดับ ตติยภูมิมากเกินไป - ได้รับนโยบายที่ไม่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินงานปฐมภูมิ	- ผู้บริหารนำนโยบายในการ พัฒนางานบริการปฐมภูมิเป็น นโยบายหลักของโรงพยาบาล - ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน ร่วมกัน และมีแนวทางนโยบาย และมาตรฐานในการดำเนินงาน พัฒนางานปฐมภูมิที่ชัดเจน

จากนั้นผู้วิจัยและคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิชยางกูร และผู้ให้บริการในคลินิกหออัครบคร้วชยางกูร จำนวน 21 คน ร่วมกันศึกษาบริบท วิเคราะห์และประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหออัครบคร้วชยางกูร 8 ด้าน พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ ด้านที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ ด้านที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และด้านที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

“...คือดิฉันคิดว่าระบบบริหารจัดการของเรายังไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งยังไม่มี การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการ ซึ่งจะเป็นคนขับเคลื่อนในการพัฒนาคลินิกหออัครบคร้วชยางกูรให้มีประสิทธิภาพ...”

(พยาบาล คนที่ 2)

“...ผมคิดว่าการที่คลินิกหออัครบคร้วของเรา มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ และมีการอบรมพัฒนาศักยภาพของทีมหออัครบคร้ว จะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ และมีเป้าหมายร่วมกัน อีกทั้งบุคลากรก็จะได้รับการฝึกพัฒนาตัวเองอยู่เป็นประจำ...”

(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คนที่ 2)

ด้านที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

“...โดยคลินิกหออัครบคร้วชยางกูรยังขาดข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับบุคลากร เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลความเชี่ยวชาญ ไม่มีการจัดโครงการของทีมหออัครบคร้ว และยังขาดการประชาสัมพันธ์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น Facebook เป็นต้น...”

(นักวิชาการสาธารณสุข คนที่ 1)

“...ควรจัดตั้งไลน์กลุ่มทีมหมอครอบครัว เพื่อติดต่อประสานงาน ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลต่าง ๆ ในการดำเนินงานพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกในคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้ทีมหมอครอบครัวได้รับทราบร่วมกัน...”

(พยาบาล คนที่ 3)

ด้านที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

“...ผมมีความเห็นว่าควรมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของทีมคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้ทุกคนมีความรู้และเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้ง 8 ด้าน จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและอยากมารับบริการ...”

(แพทย์แผนไทย คนที่ 1)

“...จำนวนผู้รับบริการที่มากในทุกวัน ทำให้เกิดการบริการไม่ทั่วถึง และไม่ครอบคลุม ต้องให้ทีมเยี่ยมบ้าน ช่วยในเรื่องการประชาสัมพันธ์ และแนะนำผู้ป่วยสำหรับการมารับบริการ ต้องทำอย่างไร และมาในวันไหนบ้าง...”

(เภสัชกร คนที่ 2)

“...ขอให้ทีมภาคีเครือข่าย ตัวแทนจาก อปท. อสม. ผู้นำชุมชน ร่วมออกเยี่ยมบ้าน ลงพื้นที่เยี่ยม ประชาชนร่วมกันเป็นทีม เพื่อให้การบริการเชิงรุก ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ...”

(กายภาพบำบัด คนที่ 1)

ด้านที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

“... ผมคิดว่าการมีคู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จะสามารถทำให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบมีแนวทางในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล และทำให้ประชาชนที่มารับบริการ ไม่มีความเสี่ยงอีกด้วย...”

(นักวิชาการสาธารณสุข คนที่ 2)

พหุ ประเด็น ชีว

4.2 กระบวนการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

กระบวนการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการทั้งหมด 9 ขั้นตอน โดยมีกลุ่มที่เข้าร่วมประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิขยายกรุงและผู้ให้บริการในคลินิกหออครอบครัวขยายกรุง จำนวน 21 คน โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และค้นหาปัญหาในการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และกำหนดเป้าหมาย ในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยใช้เวลาทั้งหมด 8 ชั่วโมง โดยเชิญคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิขยายกรุง และผู้ให้บริการในคลินิกหออครอบครัวขยายกรุง จำนวน 21 คน ณ ห้องประชุมคลินิกหออครอบครัวขยายกรุง เพื่อสำรวจข้อมูลบทบาทการมีส่วนร่วมของการดำเนินงานที่คลินิกหออครอบครัว เพื่ออธิบายเกี่ยวกับเรื่องการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การเก็บข้อมูลการวิจัย พร้อมทั้งนำเสนอปัญหาการดำเนินงานบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุงที่พบในปีที่ผ่านมา และชี้แจงนโยบายและเป้าหมายการดำเนินการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุง จนผู้เข้าร่วมประชุมเกิดความเข้าใจ สามารถสรุปประเด็นปัญหาได้ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาความล่าช้าของระบบการทำงาน ที่ต้องทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ
2. ปัญหาการทำงานเชิงรุกในชุมชน ไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. ปัญหาความชัดเจนในการดำเนินงาน เนื่องจากไม่มีคำสั่งในการแต่งตั้ง

คณะกรรมการดำเนินงานคลินิกหออครอบครัวขยายกรุง

4. ปัญหาบุคลากรขาดการพัฒนาศักยภาพในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และค้นหาปัญหาในการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุงตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า ด้านที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ มีจำนวน 4 ด้าน สามารถสรุปปัญหาได้ ดังนี้ คือ

ด้านที่ 1 ระดับบริหารจัดการ

ปัญหาที่พบ คือ ไม่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และไม่มีแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ด้านที่ 4 ระบบสารสนเทศ

ปัญหาที่พบ คือ ไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ไม่มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และไม่มีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนผู้มารับบริการ

ด้านที่ 5 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ปัญหาที่พบ คือ การจัดบริการในชุมชนไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ขาดความต่อเนื่อง

ด้านที่ 8 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ปัญหาที่พบ คือ ไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และเจ้าหน้าที่ดูแลเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ขาดทักษะ ความรู้ ไม่ผ่านการอบรม

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาการบริการของคลินิกหออครอบครัวขยายกร เพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก และผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการประชุมระดมสมองคณะทำงานที่คลินิกหออครอบครัวเพื่อหาแนวทางแก้ไข ปัญหาเชิงระบบ และกำหนดแผนปฏิบัติการ เครื่องมือที่ช่วยในการประชุมระดมสมอง คือ การวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อนตามเกณฑ์คลินิกหออครอบครัวคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ 8 ด้าน จึงสรุปแนวทางการแก้ปัญหาพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายกร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดังตารางที่ 10 และภาพประกอบที่ 9

ตาราง 10 แนวทางการแก้ปัญหาพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวให้ได้คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ คลินิกหออครอบครัวขยายกร

ประเด็นคุณภาพมาตรฐานที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา
ด้านที่ 1 ระบบบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ - จัดทำแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ด้านที่ 4 ระบบสารสนเทศ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข - จัดโครงสร้างบุคลากรของทีมหออครอบครัว ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ รวมถึงมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) ที่อยู่ในพื้นที่ร่วมเป็น ทีมหออครอบครัว - จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ - จัดทำแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูลด้าน

ประเด็นคุณภาพมาตรฐานที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา
	<p>สุขภาพเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบข้อมูล สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สร้างระบบกลุ่มไลน์สุขภาพ ใช้ระบบแอปพลิเคชัน อสม.ออนไลน์ ใช้ระบบประเมิน/สำรวจข้อมูลสุขภาพด้วยแบบฟอร์ม Google form และจัดเก็บข้อมูลเข้าสู่ระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ
ด้านที่ 5 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนการจัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน, พยาบาลวิชาชีพ 2 คน, นักวิชาการสาธารณสุข/ จพง. สาธารณสุข 1 คน ออกปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์
ด้านที่ 8 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของคลินิกหออครอบครัว - จัดการอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับเพื่อดูแลเรื่องการจัดการณ์มูลฝอยติดเชื้อร่วมกัน



ภาพประกอบ 9 การประชุมระดมสมองคณะทำงานวิจัยเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาละร่วมกัน จากนั้นที่ประชุมจึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกคลินิกหออครอบครัวขงากร และเพื่อให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังตารางที่ 11 โดยมีกิจกรรมที่ 1 โครงการพัฒนาศักยภาพทีมหออครอบครัวหออครอบครัวขงากร ในการดำเนินการแก้ปัญหาในด้านที่ 1 ระบบบริหารจัดการ กิจกรรมที่ 2 โครงการหออครอบครัวขงากร ก้าวสู่เทคโนโลยี 4.0 ใช้ดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านที่ 4 ระบบสารสนเทศ กิจกรรมที่ 3 โครงการประชาชนทุกครอบครัว มีหออครอบครัวดูแลทุกคน ใช้ดำเนินการ

แก้ปัญหาในด้านที่ 5 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และกิจกรรมที่ 4 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มหอครอบครัวหออครอบครัวชายางกูร” ใช้ดำเนินการแก้ปัญหาในด้านที่ 8 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ดังตาราง 11

ตาราง 11 กำหนดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

กิจกรรม	ช่วงเวลา
1. โครงการพัฒนาศักยภาพทีมหออครอบครัวชายางกูร	2 มีนาคม พ.ศ. 2566
2. โครงการหออครอบครัวชายางกูร ก้าวสู่เทคโนโลยี 4.0	9 มีนาคม พ.ศ. 2566
3. โครงการประชาชนทุกครอบครัว มีหออครอบครัวดูแลทุกคน	23 มีนาคม พ.ศ. 2566
4. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มหอครอบครัวหออครอบครัวชายางกูร”	5 เมษายน พ.ศ. 2566

ขั้นตอนที่ 3 จัดดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพทีมหออครอบครัวชายางกูร โดยการจัดกิจกรรมในวันที่ 2 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมหออครอบครัวแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และจัดทำแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยงาน ผลการดำเนินโครงการ พบว่าทีมหออครอบครัวชายางกูรได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีทักษะความรู้และความสามารถในการดำเนินงานพัฒนาการบริการให้ได้คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ, มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีแผนการปฏิบัติงานสุขภาพปฐมภูมิประจำปี ดังตาราง 12

ตาราง 12 รายละเอียดโครงการพัฒนาศักยภาพทีมหออครอบครัวชายางกูร

โครงการ	รายละเอียดกิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
โครงการพัฒนาศักยภาพทีมหออครอบครัวชายางกูร	- ประชุมเชิงปฏิบัติการทีมหออครอบครัวให้มีความรู้ในกระบวนการดำเนินงานและประสานงาน แบบบูรณาการตามแผนงานโดยอาศัยต้นทุนในชุมชน/ศักยภาพของคนในชุมชน	- ทีมหออครอบครัวได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีทักษะความรู้ ความสามารถในการดำเนินงานพัฒนาการบริการให้ได้คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
วัตถุประสงค์: - เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมหออครอบครัวชายางกูร - แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและจัดทำแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ	- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการทำงานอย่างชัดเจน	- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ - มีแผนการปฏิบัติงานสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 จัดดำเนินโครงการหมอบรรณครวชยงกร ก้าวสู่เทคโนโลยี 4.0 โดยจัดกิจกรรม วันที่ 9 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมหมอบรรณครวชยงกรในด้านการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ผลการดำเนินโครงการพบว่า ทีมหมอบรรณครวชยงกรสามารถใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารในการติดต่อพูดคุยกับผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่ได้ อีกช่องทางมีช่องทางการติดต่อประชาสัมพันธ์คือ Page Facebook, Line ของคลินิกหมอบรรณครวชยงกร ดังตาราง 13

ตาราง 13 รายละเอียดโครงการหมอบรรณครวชยงกร ก้าวสู่เทคโนโลยี 4.0

โครงการ	รายละเอียดกิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
โครงการหมอบรรณครวชยงกร ก้าวสู่เทคโนโลยี 4.0 วัตถุประสงค์ : - เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมหมอบรรณครวชยงกรในด้านการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ตัวชี้วัด : - ทีมหมอบรรณครวชยงกรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ร้อยละ 80 - มีช่องทางการติดต่อทางสารสนเทศ มากกว่า 2 ช่องทางให้ผู้มารับบริการ	- วางแผนจัดทำสื่อในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในเขตพื้นที่ร่วมกัน - ประชุมวางแผน สร้างภาพฝันร่วมกัน	- ทีมหมอบรรณครวชยงกรสามารถใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารกับผู้ป่วยผู้มารับบริการได้ - มีช่องทางการติดต่อประชาสัมพันธ์ คือ Page Facebook, Line

ขั้นตอนที่ 5 ดำเนินโครงการประชาชนทุกครอบครัวมีหมอบรรณครวชยงกรดูแลทุกคน จัดกิจกรรม วันที่ 23 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับการเยี่ยมบ้านและประเมินภาวะสุขภาพโดยมีหมอบรรณครวชยงกรเป็นผู้ดูแล ผลจากการดำเนินโครงการพบว่า ประชาชนในพื้นที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ทุกภาคส่วนต่าง ๆ ในท้องถิ่นเกิดบูรณาการทำงานร่วมกัน ภายใต้คณะกรรมการบริหารคลินิกหมอบรรณครวชยงกร อีกทั้งประชาชนในพื้นที่รู้จักหมอบรรณครวชยงกรที่ดูแลตนเองและครอบครัว ประชาชนเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ อย่างทั่วถึง รู้จักทีมหมอบรรณครวชยงกรที่ดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถส่งต่อข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงอีกด้วย

ดังตาราง 14

ตาราง 14 รายละเอียดโครงการประชาชนทุกครอบครัว มีหมอครอบครัวดูแลทุกคน

โครงการ	รายละเอียดกิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
โครงการประชาชนทุกครอบครัวมีหมอครอบครัวดูแลทุกคน	- ประสานงานผู้เกี่ยวข้อง ประชุมค้นหาแนวทาง กำหนดการเยี่ยมบ้าน	- ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แบบองค์รวม ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ทุกภาคส่วน
วัตถุประสงค์ :	- ลงพื้นที่เยี่ยมประชาชนตามรายชื่อที่กำหนดตามแผน	ต่างๆ ในท้องถิ่นเกิดบูรณาการทำงานร่วมกัน ภายใต้คณะกรรมการบริหารคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร อีกทั้งประชาชนในพื้นที่รู้จักหมอครอบครัวที่ดูแลตนเองและครอบครัว
- เพื่อให้ประชาชนได้รับการเยี่ยมบ้านประเมินภาวะสุขภาพมีหมอครอบครัวดูแลตัวชีวิต :		
- ประชาชนเข้าถึงการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม		- ประชาชนเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ทั่วถึง รู้จักทีมหมอครอบครัวที่ดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถส่งต่อข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงอีกด้วย
- ประชาชนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี		

ขั้นตอนที่ 6 จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทีมหมอครอบครัวหมอครอบครัวชยางกูร” จัดกิจกรรมในวันที่ 5 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566 มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญ และเข้าใจในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการ และมีระบบการเฝ้าระวังที่ดี ผลการดำเนินโครงการพบว่า คลินิกหมอครอบครัวชยางกูรมีแผนเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการ มีแนวทางในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการจัดทำคู่มือปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ ดังตาราง 15

ตาราง 15 รายละเอียดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ม
หอครอบครัวหออครอบครัวช่างูร”

โครงการ	รายละเอียดกิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มหอครอบครัวช่างูร	- อบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ในเรื่องของความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันเฝ้าระวังการติดเชื้อ	- มีแผนเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการ - จัดทำคู่มือในหน่วยบริการ
วัตถุประสงค์ :	- จัดทำแผนเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการ	
- เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความเชี่ยวชาญและเข้าใจในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการ มีระบบการเฝ้าระวัง		
ตัวชี้วัด :		
- อุบัติการณ์เกิดขึ้นร้อยละ ศูนย์		

ขั้นตอนที่ 7 การกำกับติดตามและนิเทศงาน ผู้วิจัยและคณะผู้ร่วมวิจัยได้มีการเฝ้ากำกับติดตามและนิเทศงานโดยการปฏิบัติการในหน้างานเชิงรุก ใช้การสัมภาษณ์ และใช้การสังเกตบริบทหน้างาน ติดตามจากผู้ให้บริการของคลินิกหอครอบครัวและผู้รับบริการผู้ป่วยนอกในคลินิกหอครอบครัวช่างูร ดังนี้

1) ติดตามนิเทศงานในส่วนของผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย ดำเนินการในวันที่ 6-12 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566 โดยวิธีการสัมภาษณ์ สังเกตหน้างานและประเมินบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก และความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งพบว่า เมื่อประเมินบทบาทในการให้บริการผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีระดับบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

2) ติดตาม นิเทศงานในส่วนของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก วันที่ 18-22 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566 โดยวิธีการสัมภาษณ์ สังเกตบริบทหน้างาน และประเมินความพึงพอใจในการมารับบริการผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจมากในการมารับบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ 8 การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิขยายงูร ได้ดำเนินการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร ประกอบด้วย 8 ด้าน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ในวันที่ 25 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566 พบว่า ก่อนการพัฒนาไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ระบบบริหารจัดการ กล่าวคือ ไม่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และไม่มีแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ ด้านที่ 4 ระบบสารสนเทศ กล่าวคือ ไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ไม่มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และไม่มีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านที่ 5 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กล่าวคือ การจัดบริการในชุมชนไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ขาดความต่อเนื่อง และด้านที่ 8 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กล่าวคือ ไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ขาดทักษะและความรู้ ไม่เคยผ่านการอบรม โดยหลังจากการพัฒนา พบว่า คลินิกหมอครอบครัวขยายงูรได้ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้ง 8 ด้าน

ขั้นตอนที่ 9 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิขยายงูร และผู้ให้บริการในคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร รวมจำนวน 21 คน เพื่อแสดงความคิดเห็นในประเด็นผลของการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ อุปสรรคในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน ปัจจัยของความสำเร็จในการดำเนินงาน และประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร ในวันที่ 27 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566 ณ ห้องประชุมขยายงูร คลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

จากการถอดบทเรียนสรุปผลได้ว่าการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 โครงการ บรรลุตามวัตถุประสงค์ ผู้เข้าร่วมการประชุมทั้ง 21 คน เห็นว่าพ้องกันว่ามีความสำเร็จของการดำเนินงาน และมีความเห็นว่าผลการปฏิบัติงานที่ร่วมกันสามารถแก้ไขปัญหาได้ สิ่งที่เป็นรูปธรรมที่ดีและที่ต้องปรับปรุงในการปฏิบัติตามการพัฒนาการบริการผู้ป่วยของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร สรุปได้ดังนี้

สิ่งที่ได้แก่

1. การพัฒนาศักยภาพทีมหมอบรรณครวชยางกูร
2. การอบรมเชิงปฏิบัติการ “ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทีมหมอบรรณครวชยางกูร”

3. การที่นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในคลินิกหมอบรรณครวชยางกูร

สิ่งที่ต้องปรับปรุง ได้แก่

1. ระยะเวลาในการอบรม
2. งบประมาณที่จำกัด

โดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุม มีดังต่อไปนี้คือ

“...นานแล้วที่ไม่ได้ฝึกอบรมพัฒนาการทำงานของทีมหมอบรรณครว ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับแนวทางของการทำงานร่วมกับชุมชน และนโยบายที่มีการปรับเปลี่ยนต่าง ๆ ด้วย...”

(นักวิชาการสาธารณสุขคนที่ 1)

“...อบรมก็หลายรอบแล้ว แต่รอบนี้เพิ่งเข้าใจว่าแผนปฏิบัติการในการทำงานหมอบรรณครว ทำอย่างไร และต้องพัฒนาทีมอย่างไรบ้าง..”

(นักวิชาการสาธารณสุขคนที่ 2)

“...ระยะเวลาอบรมค่อนข้างใช้เวลา อาจส่งผลกระทบต่องานประจำ อยากให้จัดกิจกรรมในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์...”

(พยาบาล คนที่ 2)

“...การจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง จะมีเรื่องงบประมาณที่ต้องใช้จำนวนมาก อาจส่งผลกระทบต่อทีม ถึงรูปแบบการอบรมจะดีก็ตาม แต่มาตรฐานจะต้องใช้งบประมาณ การจะให้ได้มาตรฐานทันที อาจจะไม่สำเร็จ ควรมีการวางแผนล่วงหน้า...”

(พยาบาลวิชาชีพ คนที่ 1)

ผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ เห็นประโยชน์ของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอนร่วมกัน โดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุม มีดังต่อไปนี้คือ

“...การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอนร่วมกัน เพื่อให้ได้มาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิ ทำให้คลินิกหมอบรรณครวมีการพัฒนาทีมให้มีศักยภาพ มีการทำคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ ผู้รับบริการลดเวลาในการรอคอย เจ้าหน้าที่รู้จักหน้าที่ของตัวเอง...”

(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คนที่ 2)

“...อย่างน้อยหลังจากอบรม ทำให้ทีมหมอบรรณครวตระหนักถึงการพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ตามกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด...”

(พยาบาล คนที่ 3)

การดำเนินการวางรอบต่อไป ที่ประชุมสรุปว่าควรมีการสนับสนุนเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1. ด้านระบบบริหารจัดการ
 - จัดทำแผนปฏิบัติการที่มทมอครบครันทั้งเชิงรุกและเชิงรับในแต่ละปี
2. ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ
 - จัดอบรมพัฒนาศักยภาพที่มทมอครบครันทุกปี
3. ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม
 - ควรมีการปรับปรุงสถานที่เฉพาะด้าน เช่น ในส่วนของห้องฉุกเฉิน
 - เพิ่มพื้นที่สีเขียวในหน่วยบริการ
4. ด้านระบบสารสนเทศ
 - พัฒนาใช้ Application Line ในการสื่อสารกับที่มทมอครบครัน และ อสม. ใน

พื้นที่เพื่อดูแลผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น

5. ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
 - จัดทำแผนออกเยี่ยมบ้านเป็นที่มทววิชาชีพอครบครันในทุกเดือน
6. ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์สาธารณสุข
 - ดำเนินการจัดทำแผนการบำรุงดูแลห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
7. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค
 - วางแผนการใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่
8. ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
 - ทำแผนอบรมเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบทุกปี



4.3 ผลของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูรของผู้ให้บริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โดยการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการศึกษาในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 บทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

จากการศึกษา พบว่า ลักษณะทางประชากรของผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 และเพศชาย ร้อยละ 28.57 มีอายุอยู่ในช่วง 41 ถึง 49 ปี ร้อยละ 42.86 เป็นส่วนใหญ่ รองลงมาเป็นอายุระหว่าง 50 ถึง 56 ปี ร้อยละ 33.34 และอายุระหว่าง 31 ถึง 40 ปี ร้อยละ 23.80 อายุเฉลี่ย 46.28 ปี อายุต่ำสุด 31 ปี สูงสุด 56 ปี สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 66.67 และสถานะโสดร้อยละ 33.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาจบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.96 รองลงมาระดับปริญญาโท ร้อยละ 9.52 และปวส./ อนุปริญญา ร้อยละ 9.52 รายได้จากการปฏิบัติงานต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30,501-40,500 บาท ร้อยละ 33.33 รองลงมาอยู่ระหว่าง 40,501-54,500 บาท ร้อยละ 28.57 และอยู่ระหว่าง 20,501-30,500 บาท ร้อยละ 23.81 ตามลำดับ สาขาวิชาชีพเป็นพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.10 รองลงมาคือนักวิชาการสาธารณสุข และ แพทย์ ร้อยละ 19.05 นักกายภาพบำบัด ร้อยละ 9.52 เกษัชกร แพทย์แผนไทย ทันตภิบาล ร้อยละ 4.76 ตามลำดับ จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยต่อสัปดาห์ส่วนใหญ่ 40 ชั่วโมง (วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น.) ร้อยละ 71.43 รองลงมา 44 – 48 ชั่วโมง (จันทร์-ศุกร์ 8.00- 16.00 น./ เสาร์อาทิตย์ 8.00-12.00 น.) ร้อยละ 28.57 ดังตาราง 16

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการ ในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก (N = 21)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	6	28.57
หญิง	15	71.43
2. อายุ		
ระหว่าง 31-40 ปี	5	23.80
ระหว่าง 41-49 ปี	9	42.86
ระหว่าง 50-56 ปี	7	33.34
Mean = 46.28; SD = 4.34; Min. = 31; Max. = 56		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	7	33.33
สมรส	14	66.67
4. ระดับการศึกษา		
ปวส./ อนุปริญญา	2	9.52
ปริญญาตรี	17	80.96
ปริญญาโท	2	9.52
5. รายได้จากการปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อเดือน		
ระหว่าง 18,509-20,500 บาท	3	14.29
ระหว่าง 20,501-30,500 บาท	5	23.81
ระหว่าง 30,501-40,500 บาท	7	33.33
ระหว่าง 40,501-54,500 บาท	6	28.57
Mean = 37,428; SD = 34,404; Min. = 18,509; Max. = 54,500		
6. สาขาวิชาชีพ		
แพทย์	4	19.05
พยาบาลวิชาชีพ	8	38.10
เภสัชกร	1	4.76
นวก. สาธารณสุข/ จพง. สาธารณสุข	4	19.05
นักกายภาพบำบัด	2	9.52

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของผู้ให้บริการ ในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก (N = 21) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แพทย์แผนไทย	1	4.76
ทันตภิบาล	1	4.76
7. จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยต่อสัปดาห์ใน		
คลินิกหออัครอภครวชยงกร		
40 ชั่วโมง (จันทร์-ศุกร์ 8.00-16.00 น.)	15	71.43
44 – 48 ชั่วโมง (จันทร์-ศุกร์ 8.00- 16.00 น./เสาร์อาทิตย์ 8.00-12.00 น)	6	28.57

ส่วนที่ 2 บทบาทในการให้บริการผู้ป่วยนอก

2.1 บทบาทในการให้บริการผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนา

เมื่อประเมินบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอกก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีระดับบทบาทในการให้บริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.08; SD=0.69) คือ เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีในปัจจุบันสำหรับให้บริการผู้ป่วยนอกมีเพียงพอ ครบถ้วนตามศักยภาพของแพทย์และสหวิชาชีพในการให้บริการแล้ว (Mean=2.29; SD=0.70) สถานที่ตั้งจุดบริการแต่ละงานบริการ เช่น ห้องฉีดยาทำแผล ห้องเก็บส่งตรวจ ห้องตรวจรักษา ฯลฯ มีความเหมาะสมกับภาพรวมของการปฏิบัติงานทั้งหมด (Mean=2.19; SD=0.73) เจ้าหน้าที่ของคลินิกหออัครอภครวชยงกรทุกคนได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบได้ถูกต้องตรงตามตำแหน่งสาขาวิชาชีพ (Mean=2.19; SD=0.65) การพัฒนาปรับปรุงการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครอภครวชยงกรส่วนมากมาจากความคิดเห็นของหัวหน้าคลินิกหออัครอภครวชยงกรมากที่สุด (Mean=2.19; SD=0.66) คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) ได้มีการประชุมพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครอภครวชยงกรในเครือข่ายทุกแห่งอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Mean=2.14; SD=0.64) คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) มีการติดตามนิเทศกำกับงานการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครอภครวชยงกรสม่ำเสมอ (Mean=2.10; SD=0.75) รูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครอภครวชยงกรได้รับการทบทวนและปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้นโดยทุกคนมีส่วนร่วมทุกระดับในทุกปี (Mean=2.10; SD=0.68) การพัฒนาปรับปรุงการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครอภครวชยงกรส่วนมากมาจากความคิดเห็นของแพทย์ประจำคลินิกหออัครอภครวชยงกรมากที่สุด (Mean=2.10; SD=0.61) คลินิกหออัครอภครวชยงกรสามารถที่จะเพิ่มศักยภาพการบริการ

อื่นๆ แก่ผู้ป่วยได้อีก เช่น X-rays, Lab เพื่อสนองต่อนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่ข่าย (no walk in) (Mean=2.05; SD=0.72) การสนับสนุนในเรื่อง คน เงิน ของ ในงานบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีความสะดวก คล่องตัว สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันเหตุการณ์ (Mean=2.05; SD=0.72) การพัฒนาปรับปรุงการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายจากส่วนมากมาจากความคิดเห็นของสหวิชาชีพเพื่อนร่วมงานทุกระดับและท่านมากที่สุด (Mean=2.00; SD=0.53) การบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายสามารถให้บริการผู้ป่วยได้แบบ One Stop Service ยกเว้นกรณีส่งต่อตามเกณฑ์กำหนดทางการแพทย์บ่งชี้ (Mean=1.95; SD=0.79) คลินิกหออครอบครัวขยายสามารถที่จะเพิ่มศักยภาพปรับเปลี่ยนบริการผู้ป่วยนอกเพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น จัดบริการตรวจรักษาโรค (Mean=1.95; SD=0.79) หัวหน้าคลินิกหออครอบครัวและเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพได้มีการประชุมเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายบ่อยครั้งในระยะเวลาแต่ละเดือน (Mean=1.95; SD=0.65) แพทย์และสหวิชาชีพมีแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานต่างๆ ในการให้บริการที่มีความสอดคล้องและเป็นแนวทาง ทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาผู้ป่วย (Mean=1.90; SD=0.75) ตามลำดับ ดังตาราง 17

ตาราง 17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตามบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนา (N=21)

ประเด็นบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก	บทบาทในการบริการผู้ป่วย			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
1. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) ได้มีการประชุมพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวในเครือข่ายทุกแห่งอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ	6 (28.6)	12 (57.1)	3 (14.3)	2.14	0.64	ปานกลาง
2. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) มีการติดตามนิเทศกำกับงานการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายกรม้าเสมอ	7 (33.3)	9 (42.9)	5 (23.8)	2.10	0.75	ปานกลาง

ตาราง 17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตามบทบาท
ในการบริการผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนา (N=21) (ต่อ)

ประเด็นบทบาทในการบริการ ผู้ป่วยนอก	บทบาทในการบริการผู้ป่วย			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
3. การสนับสนุนในเรื่อง คน เงิน ของ ในงานบริการผู้ป่วยนอกของ คลินิกหออัครอบคร้วชยางกูรจาก โรงพยาบาลแม่ข่ายมีความสะดวก คล่องตัว สามารถแก้ไขปัญหาที่ เกิดขึ้นได้ทันเหตุการณ์	6 (28.6)	10 (47.6)	5 (23.8)	2.05	0.72	ปานกลาง
4. รูปแบบการบริการผู้ป่วยนอก ของคลินิกหออัครอบคร้วชยางกูร ได้รับการทบทวนและปรับปรุง พัฒนาให้ดีขึ้นโดยทุกคนมีส่วนร่วม ทุกระดับในทุกปี	6 (28.6)	11 (52.4)	4 (19.0)	2.10	0.68	ปานกลาง
5. หัวหน้าคลินิกหออัครอบคร้ว และเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพได้มีการ ประชุมเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วย นอกของคลินิกหออัครอบคร้วชยาง กูรบ่อยครั้งในระยะเวลาแต่ละเดือน	4 (19.0)	12 (57.1)	5 (23.8)	1.95	0.65	ปานกลาง
6. การพัฒนาปรับปรุงการบริการ ผู้ป่วยนอกของคลินิกหออ ครอบคร้วชยางกูรส่วนมากมาจาก ความคิดเห็นของแพทย์ประจำ คลินิกหออัครอบคร้วมากที่สุด	5 (23.8)	13 (61.9)	3 (14.3)	2.10	0.61	ปานกลาง
7. การพัฒนาปรับปรุงการบริการ ผู้ป่วยนอกของคลินิกหออ ครอบคร้วชยางกูรส่วนมากมาจาก ความคิดเห็นของหัวหน้าคลินิก หออัครอบคร้วมากที่สุด	7 (33.3)	11 (52.4)	3 (14.3)	2.19	0.66	ปานกลาง

ตาราง 17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตามบทบาท
ในการบริการผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนา (N=21) (ต่อ)

ประเด็นบทบาทในการบริการ ผู้ป่วยนอก	บทบาทในการบริการผู้ป่วย			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
8. การพัฒนาปรับปรุงการบริการ ผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอ ครอบครัวขยายมีส่วนร่วมมาจาก ความคิดเห็นของสหวิชาชีพเพื่อน ร่วมงานทุกระดับและท่านมากที่สุด	3 (14.3)	15 (71.4)	3 (14.3)	2.00	0.53	ปานกลาง
9. เจ้าหน้าที่ของคลินิกหมอ ครอบครัวขยายทุกคนได้รับ มอบหมายให้ปฏิบัติงานที่ รับผิดชอบได้ถูกต้องตรงตาม ตำแหน่งสาขาวิชาชีพ	7 (33.3)	11 (52.4)	3 (14.3)	2.19	0.66	ปานกลาง
10. แพทย์และสหวิชาชีพมี แนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงาน ต่างๆ ในการให้บริการที่มีความ สอดคล้องและเป็นแนวทาง ทำให้ เกิดผลดีต่อการรักษาผู้ป่วย	5 (23.8)	9 (42.9)	7 (33.3)	1.90	0.75	ปานกลาง
11. การบริการผู้ป่วยนอกของ คลินิกหมอครอบครัวขยาย สามารถให้บริการผู้ป่วยได้แบบ One Stop Service ยกเว้นกรณี ส่งต่อตามเกณฑ์กำหนดทางการ แพทย์บ่งชี้	6 (28.6)	8 (38.1)	7 (33.3)	1.95	0.79	ปานกลาง
12. สถานที่ตั้งจุดบริการแต่ละงาน บริการ เช่น ห้องฉีดยาทำแผล ห้อง เก็บส่งตรวจ ห้องตรวจรักษา ฯลฯ มีความเหมาะสมกับภาพรวม ของการปฏิบัติงานทั้งหมด	8 (38.1)	9 (42.9)	4 (19.0)	2.19	0.73	ปานกลาง

ตาราง 17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตามบทบาท
ในการบริการผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนา (N=21) (ต่อ)

ประเด็นบทบาทในการบริการ ผู้ป่วยนอก	บทบาทในการบริการผู้ป่วย			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
13.เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีใน ปัจจุบันสำหรับให้บริการผู้ป่วย นอกมีเพียงพอ ครบถ้วนตาม ศักยภาพของแพทย์และสหวิชาชีพ ในการให้บริการแล้ว	9 (42.9)	9 (42.9)	3 (14.3)	2.29	0.70	ปานกลาง
14.คลินิกหอออดครวัชยางกูร สามารถที่จะเพิ่มศักยภาพการ บริการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยได้อีก เช่น X- rays ,Lab เพื่อสนองตอบนโยบาย ลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่ ข่าย (no walk in)	6 (28.6)	10 (47.6)	5 (23.8)	2.05	0.72	ปานกลาง
15.คลินิกหอออดครวัชยางกูร สามารถที่จะเพิ่มศักยภาพ ปรับเปลี่ยนบริการผู้ป่วยนอกเพื่อ ตอบสนองนโยบายของกระทรวง สาธารณสุขและโรงพยาบาลแม่ ข่าย เช่น จัดบริการตรวจรักษาโรค สรุปบทบาทในการบริการผู้ป่วย	6 (28.6)	8 (38.1)	7 (33.3)	1.95	0.79	ปานกลาง
				2.08	0.69	ปานกลาง

พหุ ประถมศึกษา

2.2 บทบาทในการให้บริการผู้ป่วยนอก หลังการพัฒนา

เมื่อประเมินบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีระดับบทบาทในการให้บริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับมาก (Mean=2.40; SD=0.74) คือ เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีในปัจจุบันสำหรับให้บริการผู้ป่วยนอกมีเพียงพอ ครบถ้วนตามศักยภาพของแพทย์และสาขาวิชาชีพในการให้บริการแล้ว (Mean=2.71; SD=0.70) สถานที่ตั้งจุดบริการแต่ละงานบริการ เช่น ห้องฉีดยาทำแผล ห้องเก็บสิ่งส่งตรวจ ห้องตรวจรักษา ฯลฯ มีความเหมาะสมกับภาพรวมของการปฏิบัติงานทั้งหมด (Mean=2.62; SD=0.65) การพัฒนาปรับปรุงการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายมีส่วนร่วมมาจากความคิดเห็นของสาขาวิชาชีพเพื่อนร่วมงานทุกระดับและท่านมากที่สุด (Mean=2.57; SD=0.66) เจ้าหน้าที่ของคลินิกหออครอบครัวขยายทุกคนได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบได้ถูกต้องตรงตามตำแหน่งสาขาวิชาชีพ (Mean=2.57; SD=0.72) คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) มีการติดตามนิเทศกำกับงานการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายสม่ำเสมอ (Mean=2.48; SD=0.66) การพัฒนาปรับปรุงการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายมีส่วนร่วมมาจากความคิดเห็นของหัวหน้าคลินิกหออครอบครัวมากที่สุด (Mean=2.48; SD=0.68) แพทย์และสาขาวิชาชีพมีแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานต่างๆ ในการให้บริการที่มีความสอดคล้องและเป็นแนวทาง ทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาผู้ป่วย (Mean=2.43; SD=0.79) คลินิกหออครอบครัวขยายสามารถที่จะเพิ่มศักยภาพปรับเปลี่ยนการบริการผู้ป่วยนอกเพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น จัดบริการตรวจรักษาโรคโควิด-19 จัดบริการคลินิกรุ่งอรุณเพื่อเจาะเลือดผู้ป่วย NCD เป็นต้น (Mean=2.43; SD=0.73) ตามลำดับ และผู้ให้บริการมีบทบาทในการให้บริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับปานกลาง คือ คลินิกหออครอบครัวขยายสามารถที่จะเพิ่มศักยภาพการบริการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยได้อีก เช่น X-rays ,Lab เพื่อสนองตอบนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่ข่าย (No Walk In) (Mean=2.29; SD=0.76) การบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายสามารถให้บริการผู้ป่วยได้แบบ One Stop Service ยกเว้นกรณีส่งต่อตามเกณฑ์กำหนดทางการแพทย์บ่งชี้ (Mean=2.19; SD=0.91) ตามลำดับ ดังตาราง 18

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

ตาราง 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตามบทบาท
ในการบริการผู้ป่วยนอก หลังการพัฒนา (N=21)

ประเด็นบทบาทในการบริการ ผู้ป่วยนอก	บทบาทในการบริการผู้ป่วย			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
1. คณะกรรมการบริหารเครือข่าย บริการปฐมภูมิ (CUP Board) ได้มี การประชุมพัฒนาการบริการผู้ป่วย นอกของคลินิกหออครอบครัวใน เครือข่ายทุกแห่งอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ	13 (61.9)	6 (28.6)	2 (9.5)	2.52	0.66	มาก
2. คณะกรรมการบริหารเครือข่าย บริการปฐมภูมิ (CUP Board) มี การติดตามนิเทศกำกับงานการ บริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออ ครอบครัวขงกรรสม่ำเสมอ	12 (57.1)	7 (33.3)	2 (9.5)	2.48	0.66	มาก
3. การสนับสนุนในเรื่อง คน เงิน ของ ในงานบริการผู้ป่วยนอกของ คลินิกหออครอบครัวขงกรรจาก โรงพยาบาลแม่ข่ายมีความสะดวก คล่องตัว สามารถแก้ไขปัญหาที่ เกิดขึ้นได้ทันเหตุการณ์	8 (38.1)	6 (28.6)	7 (33.3)	2.05	0.84	ปาน กลาง
4. รูปแบบการบริการผู้ป่วยนอก ของคลินิกหออครอบครัวขงกรร ได้รับการทบทวนและปรับปรุง พัฒนาให้ดีขึ้นโดยทุกคนมีส่วนร่วม ทุกระดับในทุกปี	10 (47.6)	6 (28.6)	5 (23.8)	2.24	0.81	ปาน กลาง

ตาราง 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตามบทบาท
ในการบริการผู้ป่วยนอก หลังการพัฒนา (N=21) (ต่อ)

ประเด็นบทบาทในการบริการ ผู้ป่วยนอก	บทบาทในการบริการผู้ป่วย			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
5. หัวหน้าคลินิกหมอครอบครัว และเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพได้มีการ ประชุมเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วย นอกของคลินิกหมอครอบครัวขง นอกร้อยครั้งในระยะเวลาแต่ละเดือน	8 (38.1)	9 (42.9)	4 (19.0)	2.19	0.73	ปาน กลาง
6. การพัฒนาปรับปรุงการบริการ ผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอ ครอบครัวขงนอกร้อยครั้งมาจาก ความคิดเห็นของแพทย์ประจำ คลินิกหมอครอบครัวมากที่สุด	12 (57.1)	5 (23.8)	4 (19.0)	2.38	0.79	มาก
7. การพัฒนาปรับปรุงการบริการ ผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอ ครอบครัวขงนอกร้อยครั้งมาจาก ความคิดเห็นของหัวหน้าคลินิก หมอครอบครัวมากที่สุด	12 (57.1)	7 (33.3)	2 (9.5)	2.48	0.66	มาก
8. การพัฒนาปรับปรุงการบริการ ผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอ ครอบครัวขงนอกร้อยครั้งมาจาก ความคิดเห็นของสหวิชาชีพเพื่อน ร่วมงานทุกระดับและท่านมากที่สุด	14 (47.6)	5 (23.8)	2 (9.5)	2.57	0.66	มาก
9. เจ้าหน้าที่ของคลินิกหมอ ครอบครัวขงนอกร้อยครั้งได้รับ มอบหมายให้ปฏิบัติงานที่ รับผิดชอบได้ถูกต้องตรงตาม ตำแหน่งสาขาวิชาชีพ	15 (71.4)	3 (14.3)	3 (14.3)	2.57	0.72	มาก

ตาราง 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตามบทบาท
ในการบริการผู้ป่วยนอก หลังการพัฒนา (N=21) (ต่อ)

ประเด็นบทบาทในการบริการ ผู้ป่วยนอก	บทบาทในการบริการผู้ป่วย			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
10. แพทย์และสหวิชาชีพมี แนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงาน ต่างๆ ในการให้บริการที่มีความ สอดคล้องและเป็นแนวทาง ทำให้ เกิดผลดีต่อการรักษาผู้ป่วย	13 (38.1)	4 (19.0)	4 (19.0)	2.43	0.79	มาก
11. การบริการผู้ป่วยนอกของ คลินิกหออัครวัชยางกูร สามารถให้บริการผู้ป่วยได้แบบ One Stop Service ยกเว้นกรณี ส่งต่อตามเกณฑ์กำหนดทางการ แพทย์บ่งชี้	11 (52.4)	3 (14.3)	7 (33.3)	2.19	0.91	ปาน กลาง
12. สถานที่ตั้งจุดบริการแต่ละงาน บริการ เช่น ห้องฉีดยาทำแผล ห้อง เก็บส่งส่งตรวจ ห้องตรวจรักษา ฯลฯ มีความเหมาะสมกับภาพรวม ของการปฏิบัติงานทั้งหมด	15 (71.4)	4 (19.0)	2 (9.5)	2.62	0.65	มาก
13. เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีใน ปัจจุบันสำหรับให้บริการผู้ป่วย นอกมีเพียงพอ ครบถ้วนตาม ศักยภาพของแพทย์และสหวิชาชีพ ในการให้บริการแล้ว	12 (57.1)	8 (38.1)	5 (23.8)	2.71	0.70	มาก
14. คลินิกหออัครวัชยางกูร สามารถที่จะเพิ่มศักยภาพการ บริการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยได้อีก เช่น X- rays ,Lab เพื่อสนองตอบนโยบาย ลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่ ข่าย (no walk in)	10 (47.6)	7 (33.3)	4 (19.0)	2.29	0.76	ปาน กลาง

ตาราง 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตามบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก หลังการพัฒนา (N=21) (ต่อ)

ประเด็นบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก	บทบาทในการบริการผู้ป่วย			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
15.คลินิกหมอครอบครัวช่างูร สามารถที่จะเพิ่มศักยภาพ ปรับเปลี่ยนบริการผู้ป่วยนอกเพื่อ ตอบสนองนโยบายของกระทรวง สาธารณสุขและโรงพยาบาลแม่ ข่าย เช่น จัดบริการตรวจรักษาโรค สรุปบทบาทในการบริการผู้ป่วย	12 (57.1)	6 (28.6)	3 (14.3)	2.43	0.73	มาก
				2.78	0.74	มาก

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีระดับบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.95 (Mean = 2.08; SD = 0.69) รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 19.05 และหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีระดับบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.43 (Mean = 2.78; SD = 0.74) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.57 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนา (N=21)

ระดับบทบาทการบริการผู้ป่วยนอก	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับบทบาทมาก	4	19.05	15	71.43
ระดับบทบาทปานกลาง	17	80.95	6	28.57
ระดับบทบาทน้อย	0	0.00	0	0.00
	Mean = 2.08; SD = 0.69		Mean = 2.78; SD = 0.74	

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังพัฒนาพบว่า ระดับบทบาทในการให้บริการผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 20

ตาราง 20 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอกของผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา (N=21)

ค่าเฉลี่ย บทบาท	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
หลังการพัฒนา	21	2.78	0.74					
ก่อนการพัฒนา	21	2.08	0.69	0.43	0.35-0.67	75	-3.39	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก

3.1 ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนา

ความพึงพอใจการบริการผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับน้อย (Mean=1.66; SD=0.72) คือ มีระบบจัดการให้บริการผู้ป่วยนอกเป็นไปด้วยจำนวนที่เหมาะสมกับอัตรากำลัง และไม่มีภาระงานเกินกำลังแต่จุดบริการ (Mean=1.38; SD=0.65) มีการจัดตารางปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับเป็นไปอย่างเสมอภาคกัน (Mean=1.57; SD=0.66) นโยบายและการบริหารงานการบริการผู้ป่วยนอกของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) เช่น การจัดบริการเพื่อรองรับสถานการณ์ภัยสุขภาพ การจัดคลินิกพิเศษต่างๆ การส่งให้ไปปฏิบัติงานที่คลินิก หมอครอบครัวอื่นตามภารกิจมอบหมาย เป็นต้น (Mean=1.62; SD=0.72) มีค่าตอบแทนต่างๆที่เหมาะสมและเป็นธรรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ (Mean=1.62; SD=0.65) การปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนความรู้ เครื่องมือ และงบประมาณในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (Mean=1.63; SD=0.84) มีระบบรายงานปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่ทันเหตุการณ์พร้อมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันสถานการณ์ด้วยดี (Mean=1.64; SD=0.64) มีสถานที่ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยนอกเหมาะสม ไม่คับแคบ สะดวกสบาย (Mean=1.65; SD=0.71) การปฏิบัติตัวระหว่างเพื่อนร่วมงานและสหวิชาชีพทุกคนเป็นไปด้วยความเป็นมิตรที่ดีต่อกัน (Mean=1.65; SD=0.71) ตามลำดับ ดังตาราง 21

ตาราง 21 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตามความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนา (N=21)

ประเด็นความพึงพอใจในการ บริการผู้ป่วยนอก	ความพึงพอใจในการบริการ			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
1. นโยบายและการบริหารงานการ บริการผู้ป่วยนอกของ คณะกรรมการบริหารเครือข่าย บริการปฐมภูมิ (CUP Board) เช่น การจัดบริการเพื่อรองรับ สถานการณ์ภัยสุขภาพ การจัด คลินิกพิเศษต่างๆ การส่งให้ไป ปฏิบัติงานที่คลินิกหออัครครบ อื่นตามภารกิจมอบหมาย เป็นต้น	3 (14.3)	7 (33.3)	11 (52.4)	1.62	0.72	น้อย
2. มีขั้นตอนปฏิบัติงานแต่ละจุด และผู้รับผิดชอบในแต่ละจุดบริการ ผู้ป่วยนอกที่ชัดเจน สะดวก และ ได้ผลการปฏิบัติที่ดีต่อผู้รับและ ให้บริการ	5 (23.8)	6 (28.6)	10 (47.6)	1.76	0.81	ปานกลาง
3. มีระบบจัดการให้การบริการ ผู้ป่วยนอกเป็นไปด้วยจำนวนที่ เหมาะสมกับอัตรากำลัง และไม่มี ภาระงานเกินกำลังแต่ละจุดบริการ	2 (9.5)	4 (19.0)	15 (71.4)	1.38	0.65	น้อย
4. มีการตรวจสอบการให้บริการที่ ถูกต้อง ถูกคน ไม่เกิดความเสียหาย ขึ้นในการให้บริการ และใช้ระยะเวลา ให้บริการที่เหมาะสมในแต่ละราย	4 (19.0)	8 (38.1)	9 (42.9)	1.76	0.75	ปานกลาง
5. การปฏิบัติงานได้รับการ สนับสนุนความรู้ เครื่องมือ และ งบประมาณในการปฏิบัติงานอย่าง เพียงพอจากโรงพยาบาลแม่ข่าย	5 (23.8)	4 (19.0)	12 (57.1)	1.63	0.84	น้อย

ตาราง 21 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตาม ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนา (N=21) (ต่อ)

ประเด็นความพึงพอใจในการ บริการผู้ป่วยนอก	ความพึงพอใจในการบริการ			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
6. มีระบบรายงานปัญหาและ อุปสรรคในการปฏิบัติงานที่ทัน เหตุการณ์ พร้อมทั้งสามารถแก้ไข ปัญหาได้ทันสถานการณ์ด้วยดี	2 (9.5)	10 (47.6)	9 (42.9)	1.64	0.64	น้อย
7. มีวิธีการป้องกันและรักษาความ ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของ ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและ เจ้าหน้าที่ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน	3 (14.3)	9 (42.9)	9 (42.9)	1.71	0.70	ปานกลาง
8. มีรูปแบบการสร้างความสัมพันธ์ ที่ดีขณะรับบริการระหว่างผู้ป่วย นอกและเจ้าหน้าที่ เช่น การสวัสดี การแนะนำการรับบริการในคลินิก หมอครอบครัว เป็นต้น	4 (19.0)	8 (38.1)	9 (42.9)	1.76	0.75	ปานกลาง
9. ได้รับการดูแลเยี่ยมเยียน เสริมสร้างขวัญกำลังใจจาก ผู้บริหารในระดับโรงพยาบาลแม่ ข่ายอย่างสม่ำเสมอ (ไม่นับรวม หัวหน้ากลุ่มงาน และรอง ผอ.ด้าน ภารกิจปฐมภูมิ)	4 (19.0)	7 (33.3)	10 (47.6)	1.71	0.76	ปานกลาง
10. มีการจัดตารางปฏิบัติงานทั้งใน และนอกเวลาราชการให้กับ เจ้าหน้าที่ทุกระดับเป็นไปอย่าง เสมอภาคกัน	2 (9.5)	8 (38.1)	11 (52.4)	1.57	0.66	น้อย
11. มีสถานที่ปฏิบัติงานให้บริการ ผู้ป่วยนอกเหมาะสม ไม่คับแคบ สะดวกสบาย	3 (14.3)	8 (38.1)	10 (47.6)	1.65	0.71	น้อย

ตาราง 21 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตาม ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนา (N=21) (ต่อ)

ประเด็นความพึงพอใจในการ บริการผู้ป่วยนอก	ความพึงพอใจในการบริการ			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
12.มีสถานที่ทำงานและบริเวณ ห้องพักของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ	3 (14.3)	9 (42.9)	9 (42.9)	1.71	0.70	ปานกลาง
13.การปฏิบัติตัวระหว่างเพื่อน ร่วมงานและสวัสดีทุกคน เป็นไปด้วยความเป็นมิตรที่ดีต่อกัน	3 (14.3)	8 (38.1)	10 (47.6)	1.65	0.71	น้อย
14.มีคำตอบแทนต่างๆที่เหมาะสม และเป็นธรรมสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ทุกระดับ	2 (9.5)	9 (42.9)	10 (47.6)	1.62	0.71	มาก
สรุปความพึงพอใจในการบริการ				1.66	0.70	

3.2 ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก หลังการพัฒนา

ความพึงพอใจการบริการผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับมาก (Mean=2.43; SD=0.61) คือ มีการจัดตารางปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับเป็นไปอย่างเสมอภาคกัน (Mean=2.81; SD=0.50) มีขั้นตอนปฏิบัติงานแต่ละจุดและผู้รับผิดชอบในแต่ละจุดบริการผู้ป่วยนอกที่ชัดเจน สะดวก และได้ผลการปฏิบัติที่ดีต่อผู้รับและให้บริการ (Mean=2.76; SD=0.53) มีการตรวจสอบการให้บริการที่ถูกต้อง ถูกคน ไม่เกิดความเสียหายขึ้นในการให้บริการ และใช้ระยะเวลาให้บริการที่เหมาะสมในแต่ละราย (Mean=2.71; SD=0.55) มีวิธีการป้องกันและรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน (Mean=2.71; SD=0.55) มีสถานที่ปฏิบัติให้บริการผู้ป่วยนอกเหมาะสม ไม่คับแคบ สะดวกสบาย (Mean=2.67; SD=0.64) นโยบายและการบริหารงานการบริการผู้ป่วยนอกของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) เช่น การจัดบริการเพื่อรองรับสถานการณ์ภัยสุขภาพ การจัดคลินิกพิเศษต่างๆ การส่งให้ไปปฏิบัติงานที่คลินิกหอออร์บครวอื่นตามภารกิจมอบหมาย เป็นต้น (Mean=2.57; SD=0.66) มีคำตอบแทนต่างๆที่เหมาะสมและเป็นธรรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ (Mean=2.52; SD=0.66) การปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนความรู้ เครื่องมือ และงบประมาณในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (Mean=2.43; SD=0.79) และผู้ให้บริการส่วนใหญ่มี

ระดับความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีระบบรายงานปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่ทันเหตุการณ์ (Mean=2.38; SD=0.79) ตามลำดับ ดังตาราง 22

ตาราง 22 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตาม ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก หลังการพัฒนา (N=21)

ประเด็นความพึงพอใจในการ บริการผู้ป่วยนอก	ความพึงพอใจในการบริการ			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
1.นโยบายและการบริหารงานการ บริการผู้ป่วยนอกของ คณะกรรมการบริหารเครือข่าย บริการปฐมภูมิ (CUP Board) เช่น การจัดบริการเพื่อรองรับ สถานการณ์ภัยสุขภาพ การจัด คลินิกพิเศษต่างๆ การส่งให้ไป ปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัว	14 (66.7)	5 (23.8)	2 (9.5)	2.57	0.66	มาก
2. มีขั้นตอนปฏิบัติงานแต่ละจุด และผู้รับผิดชอบในแต่ละจุดบริการ ผู้ป่วยนอกที่ชัดเจน สะดวก และ ได้ผลการปฏิบัติที่ดีต่อผู้รับบริการ	17 (81.0)	3 (14.3)	1 (4.8)	2.76	0.53	มาก
3. มีระบบจัดการให้การบริการ ผู้ป่วยนอกเป็นไปด้วยจำนวนที่ เหมาะสมกับอัตรากำลัง และไม่มี ภาระงานเกินกำลังแต่ละจุดบริการ	13 (61.9)	4 (19.0)	4 (19.0)	2.43	0.79	มาก
4. มีการตรวจสอบการให้บริการที่ ถูกต้อง ถูกคน ไม่เกิดความเสียหาย ในการให้บริการ และใช้ระยะเวลา ให้บริการที่เหมาะสมในแต่ละราย	16 (76.2)	4 (19.0)	1 (4.8)	2.71	0.55	มาก
5. การปฏิบัติงานได้รับการ สนับสนุนความรู้ เครื่องมือ และ งบประมาณในการปฏิบัติงานอย่าง เพียงพอจากโรงพยาบาลแม่ข่าย	12 (57.1)	6 (28.6)	3 (14.3)	2.43	0.73	มาก

ตาราง 22 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตาม ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก หลังการพัฒนา (N=21) (ต่อ)

ประเด็นความพึงพอใจในการ บริการผู้ป่วยนอก	ความพึงพอใจในการบริการ			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
6. มีระบบรายงานปัญหาและ อุปสรรคในการปฏิบัติงานที่ทัน เหตุการณ์ พร้อมทั้งสามารถแก้ไข ปัญหาได้ทันสถานการณ์ด้วยดี	12 (57.1)	5 (23.8)	4 (19.0)	2.38	0.79	ปาน กลาง
7. มีวิธีการป้องกันและรักษาความ ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของ ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและ เจ้าหน้าที่ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน	16 (76.2)	4 (19.0)	1 (4.8)	2.71	0.55	มาก
8. มีรูปแบบการสร้างความสัมพันธ์ ที่ดีขณะรับบริการระหว่างผู้ป่วย นอกและเจ้าหน้าที่ เช่น การสวัสดี การแนะนำการรับบริการในคลินิก หมอครอบครัว เป็นต้น	14 (47.6)	5 (23.8)	2 (9.5)	2.57	0.66	มาก
9. ได้รับการดูแลเยี่ยมเยียน เสริมสร้างขวัญกำลังใจจาก ผู้บริหารในระดับโรงพยาบาลแม่ ข่ายอย่างสม่ำเสมอ (ไม่นับรวม หัวหน้ากลุ่มงาน และรอง ผอ.ด้าน ภารกิจปฐมภูมิ)	15 (71.4)	3 (14.3)	3 (14.3)	2.57	0.72	มาก
10. มีการจัดตารางปฏิบัติงานทั้งใน และนอกเวลาราชการให้กับ เจ้าหน้าที่ทุกระดับเป็นไปอย่าง เสมอภาคกัน	18 (85.7)	2 (9.5)	1 (4.8)	2.81	0.50	มาก
11. มีสถานที่ปฏิบัติงานให้บริการ ผู้ป่วยนอกเหมาะสม ไม่คับแคบ สะดวกสบาย	16 (76.2)	3 (14.3)	2 (9.5)	2.67	0.64	มาก

ตาราง 22 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ให้บริการ จำแนกตาม ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก หลังการพัฒนา (N=21) (ต่อ)

ประเด็นความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก	ความพึงพอใจในการบริการ			Mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
12.มีสถานที่ทำงานและบริเวณห้องพักของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ	15 (71.4)	4 (19.0)	2 (9.5)	2.62	0.65	มาก
13.การปฏิบัติตัวระหว่างเพื่อนร่วมงานและสวัสดีทุกคน เป็นไปด้วยความเป็นมิตรที่ดีต่อกัน	12 (57.1)	8 (38.1)	5 (23.8)	2.71	0.70	มาก
14.มีคำตอบแทนต่างๆที่เหมาะสม และเป็นธรรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ	13 (61.9)	6 (28.6)	2 (9.5)	2.52	0.66	มาก
สรุปความพึงพอใจในการบริการ				2.73	0.89	

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 52.38 (Mean=1.66; SD=0.70) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.57 ระดับมาก ร้อยละ 19.05 และหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.95 (Mean=2.73; SD=0.89) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 19.05 ตามลำดับ ดังตาราง 23

ตาราง 23 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนา (N=21)

ระดับความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจมาก	4	19.05	17	80.95
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	6	28.57	4	19.05
ระดับความพึงพอใจน้อย	11	52.38	0	0.00
	Mean=1.66; SD=0.70		Mean=2.73; SD=0.89	

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 24

ตาราง 24 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอกของผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา (N=21)

ความพึงพอใจ	N	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
หลังการพัฒนา	21	2.73	0.89					
ก่อนการพัฒนา	21	1.66	0.70	0.36	0.27-0.45	79	8.42	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์การพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขงากร ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โดยการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาในการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขงากร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการมารับบริการของผู้ป่วยนอก

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะทางประชากรของผู้รับบริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.25 และเพศหญิง ร้อยละ 46.75 มีอายุอยู่ในช่วง 48 ถึง 58 ปี ร้อยละ 35.06 เป็นส่วนใหญ่ รองลงมาเป็น อายุระหว่าง 37 ถึง 47 ปี ร้อยละ 26.75 อายุระหว่าง 37-47 ปี ร้อยละ 26.75 และอายุระหว่าง 58 ถึง 65 ปี ร้อยละ 22.08 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 51.53 ปี อายุต่ำสุด 27 ปี สูงสุด 65 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 40.75 รองลงมา อาชีพค้าขาย ร้อยละ 26.23 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 23.90 อาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 5.71 และอาชีพแม่บ้าน/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 3.90 ตามลำดับ ระดับการศึกษา อยู่ในระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.14 รองลงมา ระดับปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 25.45 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 13.77 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 11.95 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 9.09 ระดับปริญญาโท ร้อยละ 2.08 และระดับปริญญาเอก ร้อยละ 0.52 ตามลำดับ เหตุผลที่มาใช้บริการในคลินิกหมอครอบครัวขงากร ส่วนใหญ่ มาตามนัด ร้อยละ 17.66 รองลงมา ผิดยา/ทำแผล ร้อยละ 15.32 แพทย์แผนไทย ร้อยละ 14.55 เจาะเลือด ร้อยละ 13.77 เจ็บป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 11.95

กายภาพบำบัด ร้อยละ 11.69 ส่งต่อการรักษาจากที่อื่น ร้อยละ 9.09 และย้ายสิทธิ ร้อยละ 5.95 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่บริการของคลินิกหมอบรรณครวัชยางกูร ร้อยละ 84.94 รองลงมา อาศัยนอกเขตพื้นที่บริการของคลินิกหมอบรรณครวัชยางกูร แต่อยู่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี ร้อยละ 9.87 สิทธิการรักษา เป็นสิทธิข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ส่วนใหญ่ร้อยละ 38.70 รองลงมา สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ร้อยละ 35.84 สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 23.90 และสิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร้อยละ 1.56 ตามลำดับ เหตุผลสำคัญที่เข้ารับบริการในคลินิกหมอบรรณครวัชยางกูร ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาได้ ร้อยละ 29.87 รองลงมา มีคนแนะนำ ร้อยละ 15.06 มีเครื่องมือเพียงพอให้บริการ ร้อยละ 11.17 เดินทางสะดวก 10.39 มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ บริการดี รวดเร็ว ร้อยละ 9.61 ส่งต่อจากที่อื่น ร้อยละ 9.09 และมีชื่อเสียงดี ร้อยละ 5.19 ตามลำดับ ดังตาราง 25

ตาราง 25 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก (n = 385)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	205	53.25
หญิง	180	46.75
2. อายุ		
ระหว่าง 26-36 ปี	62	16.10
ระหว่าง 37-47 ปี	103	26.75
ระหว่าง 48-58 ปี	135	35.06
ระหว่าง 58-65 ปี	85	22.08
mean = 51.53; SD = 6.504; Min. = 27; Max. = 65		
3. อาชีพ		
ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	155	40.75
พนักงานบริษัทเอกชน	22	5.71
ค้าขาย	101	26.23
รับจ้างทั่วไป	92	23.90
แม่บ้าน/ ธุรกิจส่วนตัว	15	3.90

ตาราง 25 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก (n = 385) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. สถานการณ์รับบริการ		
ผู้ป่วย	308	80.00
ญาติ	35	9.09
เพื่อน/ผู้นำพามารับบริการ	42	10.91
5. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	53	13.77
มัธยมศึกษาตอนต้น	46	11.95
มัธยมศึกษาตอนปลาย	35	9.09
ปวส./ อนุปริญญา	98	25.45
ปริญญาตรี	143	37.14
ปริญญาโท	10	2.60
6. เหตุที่ต้องมารับบริการในคลินิกหมอครอบครัวชายางกูร		
มาตามนัด	59	15.32
เจ็บป่วยฉุกเฉิน	68	17.66
ส่งต่อการรักษาจากที่อื่น	46	11.95
เจาะเลือด	35	9.09
กายภาพบำบัด	53	13.77
แพทย์แผนไทย	45	11.69
อื่นๆ เช่น ขอใบส่งต่อการรักษา/	56	14.55
7. เขตพื้นที่อาศัย		
ในเขตพื้นที่บริการของคลินิกหมอครอบครัวชายางกูร	327	84.94
นอกเขตพื้นที่บริการ แต่อยู่ในเขตเทศบาล	38	9.87
นอกเขตพื้นที่เขตเทศบาลนครอุบลราชธานี	20	5.19
8. สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	138	35.84
ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	149	38.70
ประกันสังคม	98	25.46

ตาราง 25 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก (n = 385) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
9. เหตุผลสำคัญที่เข้ามาใช้บริการ		
ชื่อเสียงที่ดี	20	5.19
มีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์	37	9.61
เดินทางสะดวก	40	10.39
มีคนแนะนำ	58	15.06
บริการดี รวดเร็ว	37	9.61
มีเครื่องมือเพียงพอให้บริการ	43	11.17
ใช้สิทธิการรักษาได้	115	29.87
ส่งต่อจากที่อื่น	35	9.09

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการมารับบริการของผู้ป่วยนอก

การให้บริการตรวจรักษาของแพทย์ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการมารับบริการในระดับความพึงพอใจมาก (mean=2.55; SD=0.61) คือ ความน่าเชื่อถือในการตรวจรักษา วินิจฉัยโรคของแพทย์ (mean=2.79; SD=0.49) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของแพทย์ (mean=2.69; SD=0.59) อยู่ในระดับมาก และน้อยที่สุด คือ แต่ระยะเวลาการรอคอยการตรวจรักษาของแพทย์ (mean=2.52; SD=0.59) อยู่ในระดับปานกลาง

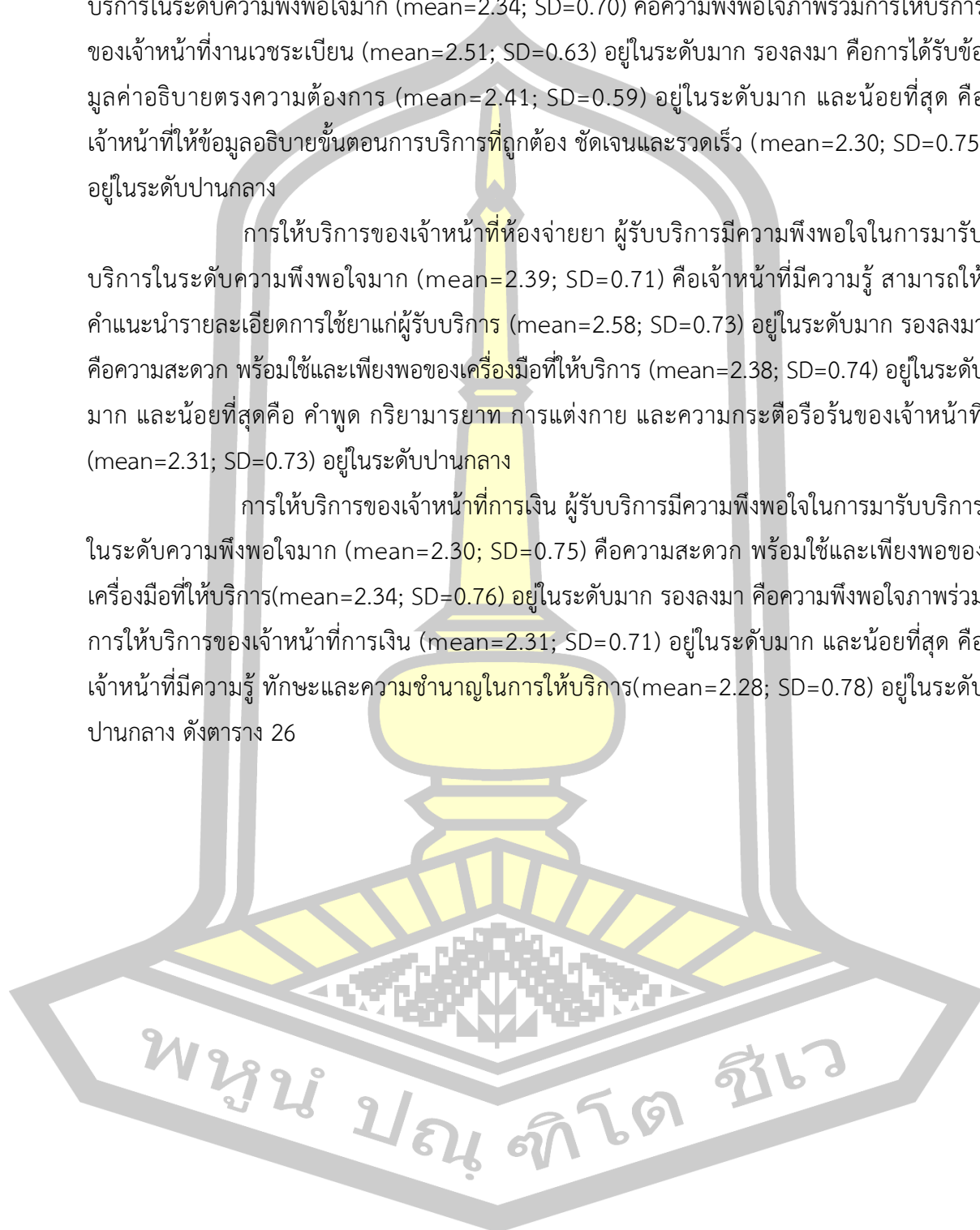
การให้บริการของพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการมารับบริการในระดับความพึงพอใจมาก (mean=2.47; SD=0.69) คือ ความสะดวกพร้อมใช้ และเพียงพอของเครื่องมือการแพทย์ (mean=2.73; SD=0.53) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ การให้บริการตามลำดับก่อน-หลัง และความเสมอภาคในการรักษาพยาบาล (mean=2.61; SD=0.68) อยู่ในระดับมาก และน้อยที่สุด คือ ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของพยาบาล (mean=2.34; SD=0.82) อยู่ในระดับปานกลาง

การให้บริการของเจ้าหน้าที่บริการด้านหน้า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการมารับบริการในระดับความพึงพอใจมาก (mean=2.40; SD=0.67) คือ ความสะดวกพร้อมใช้ และเพียงพอของเครื่องมือให้บริการ (mean=2.42; SD=0.67) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ความสะดวกพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือที่ให้บริการ (mean=2.39; SD=0.70) อยู่ในระดับมาก และน้อยที่สุด คือเจ้าหน้าที่ให้การบริการแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่รวดเร็วและถูกต้อง (mean=2.22; SD=0.78) อยู่ในระดับปานกลาง

การให้บริการของเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการมารับบริการในระดับความพึงพอใจมาก (mean=2.34; SD=0.70) คือความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน (mean=2.51; SD=0.63) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือการได้รับข้อมูลคำอธิบายตรงความต้องการ (mean=2.41; SD=0.59) อยู่ในระดับมาก และน้อยที่สุด คือเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลอธิบายขั้นตอนการบริการที่ถูกต้อง ชัดเจนและรวดเร็ว (mean=2.30; SD=0.75) อยู่ในระดับปานกลาง

การให้บริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการมารับบริการในระดับความพึงพอใจมาก (mean=2.39; SD=0.71) คือเจ้าหน้าที่มีความรู้ สามารถให้คำแนะนำรายละเอียดการใช้ยาแก่ผู้รับบริการ (mean=2.58; SD=0.73) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือความสะดวก พร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือที่ให้บริการ (mean=2.38; SD=0.74) อยู่ในระดับมาก และน้อยที่สุดคือ คำพูด กริยามารยาท การแต่งกาย และความกระตือรือร้นของเจ้าหน้าที่ (mean=2.31; SD=0.73) อยู่ในระดับปานกลาง

การให้บริการของเจ้าหน้าที่การเงิน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการมารับบริการในระดับความพึงพอใจมาก (mean=2.30; SD=0.75) คือความสะดวก พร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือที่ให้บริการ (mean=2.34; SD=0.76) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของเจ้าหน้าที่การเงิน (mean=2.31; SD=0.71) อยู่ในระดับมาก และน้อยที่สุด คือเจ้าหน้าที่มีความรู้ ทักษะและความชำนาญในการให้บริการ (mean=2.28; SD=0.78) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตาราง 26



ตาราง 26 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้รับบริการ จำแนกตามความพึงพอใจในการมารับบริการผู้ป่วยนอก (n=385)

ประเด็นความพึงพอใจในการมารับบริการผู้ป่วยนอก	ความพึงพอใจในการมารับบริการ			mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
1. การให้บริการตรวจรักษาของแพทย์				2.55	0.61	มาก
1.1 ระยะเวลาการรอคอยการตรวจรักษาของแพทย์	220 (57.1)	145 (37.7)	20 (5.2)	2.52	0.59	ปานกลาง
1.2 การพูดจาดูแลเอาใจใส่ อธิบายคำไม่ตรี การแต่งกาย และกริยามารยาท	168 (43.6)	172 (44.7)	45 (11.7)	2.32	0.67	มาก
1.3 การให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและรักษา ตอบข้อซักถามเพียงพอจนผู้รับบริการเข้าใจ	256 (66.5)	94 (24.4)	35 (9.1)	2.57	0.65	มาก
1.4 ความสะดวกพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือการแพทย์	189 (49.1)	156 (40.5)	40 (10.4)	2.39	0.67	มาก
1.5 ความน่าเชื่อถือในการตรวจรักษา วินิจฉัยโรคของแพทย์	320 (83.1)	50 (13.0)	15 (3.9)	2.79	0.49	มาก
1.6 ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของแพทย์	290 (75.3)	70 (18.2)	25 (6.5)	2.69	0.59	มาก
2. การให้บริการของพยาบาล				2.47	0.69	มาก
2.1 การได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว และชัดเจน	189 (49.1)	145 (37.7)	51 (13.2)	2.36	0.70	มาก
2.2 การให้บริการตามลำดับก่อนหรือหลัง และความเสมอภาคในการรักษาพยาบาล	276 (71.7)	67 (17.4)	42 (10.9)	2.61	0.68	มาก
2.3 การแต่งกาย กริยามารยาท และพฤติกรรมการบริการของผู้ให้บริการ	240 (62.3)	87 (22.6)	58 (15.1)	2.47	0.74	มาก
2.4 การสื่อสาร ประสานงาน ให้ข้อมูล และตอบข้อซักถาม	196 (50.9)	135 (35.1)	54 (14.0)	2.37	0.72	มาก

ตาราง 26 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้รับบริการ จำแนกตามความพึงพอใจในการมารับบริการผู้ป่วยนอก (n=385) (ต่อ)

ประเด็นความพึงพอใจในการมารับบริการผู้ป่วยนอก	ความพึงพอใจในการมารับบริการ			mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
2.5 ความสะดวกพร้อมใช้ และเพียงพอของเครื่องมือการแพทย์	297 (77.1)	72 (18.7)	16 (4.2)	2.73	0.53	มาก
2.6 ได้รับการที่ตรงความต้องการถูกต้องครบถ้วน	188 (48.8)	164 (42.6)	33 (8.6)	2.40	0.64	มาก
2.7 ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของพยาบาล	217 (56.4)	80 (20.8)	88 (22.9)	2.34	0.82	ปานกลาง
3. ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่บริการด้านหน้า				2.40	0.67	มาก
3.1 เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล อธิบายขั้นตอนการบริการที่ถูกต้อง ชัดเจน และรวดเร็ว	186 (48.3)	130 (33.8)	69 (17.9)	2.30	0.75	ปานกลาง
3.2 คำพูด กริยามารยาท การแต่งกาย และความกระตือรือร้น ของเจ้าหน้าที่	196 (50.9)	145 (37.7)	44 (11.4)	2.39	0.68	มาก
3.3 ความสะดวก พร้อมใช้ และเพียงพอของเครื่องมือให้บริการ	225 (58.4)	132 (34.3)	28 (7.3)	2.51	0.63	มาก
3.4 การได้รับข้อมูลค่าอธิบายตรงความต้องการ	178 (46.2)	187 (48.6)	20 (5.2)	2.41	0.59	มาก
3.5 ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของเจ้าหน้าที่บริการ	190 (49.4)	146 (37.9)	49 (12.7)	2.37	0.70	มาก
4. ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน				2.34	0.70	มาก
4.1 เจ้าหน้าที่ให้การบริการเพิ่มประวัติผู้ป่วยที่รวดเร็วและถูกต้อง	168 (43.6)	134 (34.8)	83 (21.6)	2.22	0.78	ปานกลาง
4.2 คำพูด กริยามารยาท การแต่งกาย และความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน	177 (46.)	154 (40.0)	54 (14.0)	2.32	0.71	ปานกลาง

ตาราง 26 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้รับบริการ จำแนกตามความพึงพอใจในการมารับบริการผู้ป่วยนอก (n=385) (ต่อ)

ประเด็นความพึงพอใจในการมารับบริการผู้ป่วยนอก	ความพึงพอใจในการมารับบริการ			mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
4.3 ความสะดวก พร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือที่ให้บริการ	197 (51.2)	140 (36.4)	48 (12.5)	2.39	0.70	มาก
4.4 การได้รับข้อมูล คำอธิบายตรงความต้องการ	188 (48.8)	158 (41.0)	39 (10.1)	2.39	0.66	มาก
4.5 ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน	190 (49.4)	155 (40.3)	40 (10.4)	2.39	0.67	มาก
5. ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา				2.39	0.71	มาก
5.1 การให้ข้อมูล ขั้นตอนการบริการที่ถูกต้องชัดเจน	190 (49.4)	132 (34.3)	63 (16.4)	2.33	0.74	ปานกลาง
5.2 คำพูด กริยามารยาท การแต่งกาย และความกระตือรือร้น	180 (46.8)	143 (37.1)	62 (16.1)	2.31	0.73	ปานกลาง
5.3 ความสะดวก พร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือที่ให้บริการ	206 (53.5)	120 (31.2)	59 (15.3)	2.38	0.74	มาก
5.4 เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ สามารถให้คำแนะนำรายละเอียด	250 (64.9)	110 (28.6)	25 (6.5)	2.58	0.73	มาก
5.5 ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ห้องยา	196 (50.9)	130 (33.8)	59 (15.3)	2.36	0.73	มาก
6. ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่การเงิน				2.30	0.75	ปานกลาง
6.1 การให้ข้อมูล ขั้นตอนการบริการที่ถูกต้องชัดเจน	180 (46.8)	135 (35.1)	70 (18.2)	2.29	0.75	ปานกลาง
6.2 คำพูด กริยามารยาท การแต่งกาย และความกระตือรือร้น	176 (45.7)	143 (37.1)	66 (17.1)	2.29	0.74	ปานกลาง

ตาราง 26 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้รับบริการ จำแนกตามความพึงพอใจในการมารับบริการผู้ป่วยนอก (n=385) (ต่อ)

ประเด็นความพึงพอใจในการมารับบริการผู้ป่วยนอก	ความพึงพอใจในการมารับบริการ			mean	SD	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
6.3 ความสะดวก พร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือที่ให้บริการ	197 (51.2)	120 (31.2)	68 (17.7)	2.34	0.76	ปานกลาง
6.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้ ทักษะและความชำนาญในการให้บริการ	187 (48.6)	120 (31.2)	78 (20.3)	2.28	0.78	ปานกลาง
6.5 ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของเจ้าหน้าที่การเงิน	175 (45.5)	155 (40.3)	55 (14.3)	2.31	0.71	ปานกลาง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในการมารับบริการในระดับมาก ร้อยละ 47.79 (mean=2.48; SD =0.68) รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 37.66 และระดับความพึงพอใจน้อย ร้อยละ 14.55 ตามลำดับ ดังตาราง 27

ตาราง 27 จำนวน ร้อยละ ของผู้รับบริการ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการมารับบริการผู้ป่วยนอก (n=385)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจมาก	184	47.79
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	145	37.66
ระดับความพึงพอใจน้อย	56	14.55
		mean=2.48; SD=0.68

การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร 8 ด้าน พบว่า ก่อนการพัฒนา ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 4 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ระบบบริหารจัดการ มี 3 ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ 1. ไม่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. ไม่มีแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2564 - 2575) 3. ไม่มีแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ด้านที่ 4 ระบบสารสนเทศมี 5 ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ข้อ 1 ไม่มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้ข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการ ข้อ 3 ไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข ข้อ 4 ไม่มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ข้อ 5 ไม่มีระบบการ

ส่งออกข้อมูลที่ครบถ้วนและไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ และข้อ 8 ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านที่ 5 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ ข้อ 2 การออกบริการเชิงรุกกลุ่ม NCD, การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และด้านที่ 8 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มี 4 ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ 1. ไม่มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อใน รพ.สต. คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกัน 2. ไม่มี การคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย และนำไปกำจัดตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด 3. ไม่มี บุคลากรรับผิดชอบที่ผ่านการฝึกอบรม และข้อ 4. ไม่มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ รายละเอียดดัง ตาราง 28

ตาราง 28 ผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว
ชยางกูร ก่อนและหลังการพัฒนา

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ			ไม่ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
1	มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนอย่างน้อยเจ็ดคน แต่ไม่เกินสิบคน	1 (มี) 0 (ไม่มี)	0	1
2	มีแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2564 - 2575)	1 (มี) 0 (ไม่มี)	0	1
3	มีการจัดการทรัพยากรโดยการสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย ครอบคลุมงาน IT IC LAB	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
4	มีเวลาทำการไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง/วัน เป็นเวลา 5วัน /สัปดาห์ หากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบ	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
5	มีระบบจัดการเรื่องร้องเรียน วิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รับฟังความคิดเห็น	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
6	มีแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคล	1 (มี) 0 (ไม่มี)	0	1
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่านทุกข้อ100%)		6	4	6

ตาราง 28 ผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว
 ขยายกรก่อน และหลังการพัฒนา (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ			ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ				
1	มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1คน หรือ แพทย์อื่น ซึ่งผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
2	มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2คนขึ้นไป	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
3	มีผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน 2คนขึ้นไป	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
ด้านศักยภาพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ				
4	การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
5	การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
6	มีบริการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
7	มีระบบบริการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
8	จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรังระยะประคับประคอง และระยะท้ายของชีวิตตามกลุ่มวัย	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่านทุกข้อ100%)		8	8	8
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม			ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
9	มีอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสม	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
10	สถานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1

ตาราง 28 ผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว
 ชยางกูร ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
11	สถานที่บริการสะอาดมีความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีการแบ่งพื้นที่ใช้สอยการจัดบริการแต่ละด้านแยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
12	สถานที่มีการระบายอากาศที่ดีมีแสงสว่างเพียงพอ	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
13	มีการจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารและภายในสถานที่ทำงานดำเนินการตามมาตรการ 5 ส.	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่านทุกข้อ100%)		5	5	5
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ			ไม่ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
14	มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้ข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการ	1 (มี) 0 (ไม่มี)	0	1
15	ให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้รับบริการอย่างครบถ้วน ได้แก่ ผลการวินิจฉัยโรค สาเหตุหรือที่มาของโรค	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
16	มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข	1 (มี) 0 (ไม่มี)	0	1
17	มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	1 (มี) 0 (ไม่มี)	0	1
18	มีระบบการส่งออกข้อมูลที่ครบถ้วนและไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ	1 (มี) 0 (ไม่มี)	0	1
19	มีการคุ้มครองข้อมูลและการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
20	กรณีที่มีการส่งต่อผู้รับบริการ มีระบบข้อมูลการส่งต่อรับกลับของผู้รับบริการ	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
21	มีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูล	1 (มี) 0 (ไม่มี)	0	1
22	มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ	1 (มี) 0 (ไม่มี)	1	1
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่านทุกข้อ100%)		9	4	9

ตาราง 28 ผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว
 ชยางกูร ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ			ไม่ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
23	การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)	5 (มี) 0 (ไม่มี)	5	5
24	การจัดบริการในสถานบริการ ได้แก่	5 (มี) 0 (ไม่มี)		
	1) OPD		5	5
	2) ER		5	5
	3) ANC		5	5
	4) NCD (DM, HT, Stroke, CKD)		0	5
	5) WCC		5	5
	6) ให้การคำปรึกษาด้านสุขภาพ		0	5
25	การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ ทันตกรรม	5 (มี) 0 (ไม่มี)	5	5
26	การจัดบริการแพทย์แผนไทย/ กายภาพบำบัด	5 (มี) 0 (ไม่มี)	5	5
27	การจัดบริการในชุมชน ได้แก่	5 (มี) 0 (ไม่มี)		
	1) COC: LTC (4 กลุ่มเป้าหมาย)		5	5
	2) SRRT		5	5
	คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่าน 80%) >= 48	60	45	60
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข			ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
28	บุคลากร	4 (มี) 0 (ไม่มี)		
	1) มีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักและรอง		4	4
	2) ผู้ปฏิบัติงานฯ ต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟู		0	4
	3) มีที่ปรึกษาทางวิชาการ		0	4
29	พื้นที่ปฏิบัติงาน	4 (มี) 0 (ไม่มี)	4	4
	1) มีพื้นที่ปฏิบัติการเพียงพอ มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติการ ออกจากพื้นที่งานอื่น			
	2) มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็น			

ตาราง 28 ผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว
 ชยางกูร ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
30	วัสดุน้ำยาและเครื่องมือทดสอบ			
	วัสดุน้ำยา	4 (มี)	4	4
	1) มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ	0 (ไม่มี)		
	2) มีการบันทึกหมายเลขการผลิต (Lot number) ระบุวันเริ่มใช้ วันหมดอายุ			
	เครื่องมือทดสอบ	4 (มี)	4	4
	1) มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ	0 (ไม่มี)		
	2) มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือ หรือใช้แผนสอบเทียบรวม			
	3) มีบันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษา			
	เครื่องปั่น Hematocrit เป็นปัจจุบัน			
	4) มีบันทึกการสอบเทียบนาฬิกาจับเวลาชนิด			
	มีสัญญาณเตือนที่เป็นปัจจุบัน			
	5) มีบันทึกการบำรุงรักษาเครื่อง Glucose Meter ที่เป็นปัจจุบัน			
	6) อุปกรณ์การตรวจ Hematocrit มีความพร้อม			
	7) มีอุปกรณ์เจาะเลือด เข็มเจาะปลายนิ้ว			
31	ขั้นตอนก่อนการทดสอบ	4 (มี)	4	4
	1) มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บแต่ละชนิด	0 (ไม่มี)		
	2) ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน			
	3) ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย วัน เวลาที่เก็บตัวอย่าง หน่วยงาน			
32	ขั้นตอนการทดสอบ *	4 (มี)	4	4
	มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ	0 (ไม่มี)		

ตาราง 28 ผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว
 ชยางกูร ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
33	การประกันคุณภาพการทดสอบ * 1) มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 2) ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter lab) 3) กรณีที่พบว่าผลการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกออกนอกเกณฑ์ มีการหาสาเหตุดำเนินการแก้ไขและกำหนด มาตรการป้องกัน	4 (มี) 0 (ไม่มี)	4	4
34	การประกันคุณภาพการทดสอบ 1) มีทะเบียนบันทึกผลการทดสอบ จัดทำรายงาน ผลการทดสอบ กรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมี บันทึกการรายงานค่าวิกฤติ 2) กรณีส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องมี ระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจและผลการ ตรวจใบรายงานผลการทดสอบ	4 (มี) 0 (ไม่มี)	4	4
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่าน 80%) ≥ 32		40	32	40
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดการเภสัชกรรม และงานคุ้มครองผู้บริโภค			ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
35	ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม (RDU) 1) การบริหารจัดการระบบยา การบริหารจัดการระบบยาโดยการมีส่วนร่วมของ เภสัชกร รพ.แม่ข่าย กับ รพ.สต.	4 (มี) 0 (ไม่มี)	4	4
36	2) การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมี คุณภาพ 1) มียาใช้อย่างเหมาะสม และเพียงพอ 2) มีการเฝ้าระวังการใช้ยาในหน่วยงาน	4 (มี) 0 (ไม่มี)	4 4	4 4

ตาราง 28 ผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว
 ชยางกูร ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
37	คลังยาและเวชภัณฑ์	4 (มี)		
	1) มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและเหมาะสม	0 (ไม่มี)	4	4
	2) มีการควบคุมสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐาน		4	4
	3) การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์			
	4) การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ		0	4
	5) มีระบบการควบคุมยาหมดอายุ			
	6) ตู้เย็นเก็บยา ตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน)		0	4
38	การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุสมผล			
	1) มีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง		4	4
	2) มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล		4	4
	3) มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล		4	4
	4) มีการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน		4	4
39	งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)			
	1) การบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภค		4	4
	2) มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวัง อาหารสดอาหารแปรรูป		4	4
	3) ร้านค้า/ร้านชำ และบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย		4	4
	4) ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ		4	4
	5) มีการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค		4	4
	6) เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่มีส่วนร่วม		4	4
	คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่าน 80%) >= 65	80	68	80

ตาราง 28 ผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว
 ชยางกูร ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ			ไม่ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
40	การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร	5 (มี)		
	1. มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อใน รพ.สต. คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกัน	0 (ไม่มี)	0	5
	การดำเนินงาน	5 (มี)		
	1 ระบบการเฝ้าระวัง	0 (ไม่มี)	5	5
	2 การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี		5	5
	3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค		5	5
	4 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัส		0	5
	5 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล		0	5
	6 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน		5	5
41	การจัดการมูลฝอยทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะ	5 (มี)		
	1 มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย และนำไปกำจัดตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด	0 (ไม่มี)	5	5
42	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	5 (มี)	5	5
	1 บุคลากร (มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบผ่านอบรม)	0 (ไม่มี)	0	5
	2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ		0	5
	3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ		5	5
	4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ		5	5
	5 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ		5	5
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่าน 80%) \geq 52		65	45	65

สรุปรูปแบบการพัฒนาต้นแบบจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็นต่อผลการประเมินในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรับผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการสรุปผลของกระบวนการในการพัฒนาจากการจัดกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับคณะกรรมการบริหารเครือข่ายชยางกูร และผู้ให้บริการในคลินิกหออกรับผู้ป่วยนอก รวมจำนวน 21 คน เพื่อแสดงความคิดเห็นในประเด็นผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน มีข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยนอกแบบมีส่วนร่วมของทีมหออกรับผู้ป่วยนอกและเครือข่าย ในการมีส่วนร่วมนำไปสู่การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลงานของทุกภาคส่วน โดยได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน และผู้วิจัยจึงขอเสนอต้นแบบการพัฒนาบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออกรับผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เรียกว่า “CHAYANGKUN Model” (ชยางกูรโมเดล) ได้จากการถอดบทเรียนและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่พัฒนา ซึ่งประกอบด้วยตัวอักษรภาษาอังกฤษของคลินิกหออกรับผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย

C = Coverage หมายถึง การเพิ่มความครอบคลุมของการบริการ ทีมหออกรับผู้ป่วยนอก ต้องมีการวางแผนการบริการทั้งเชิงรุก และเชิงรับ ให้บริการกับประชาชนในพื้นที่ทั่วถึง ครอบคลุมในทุกมิติ ตามแผนงานที่ได้วางแผนไว้ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

H = Health Workforce หมายถึง กำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารมีการสนับสนุนทีมสหวิชาชีพให้เพียงพอ ตามอัตรากำลังต่อประชาชนในพื้นที่ และทีมหออกรับผู้ป่วยนอกทุกสหวิชาชีพได้รับการอบรมในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว ทีมหออกรับผู้ป่วยนอกได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงานร่วมกันกับชุมชน

A = Access หมายถึง การเข้าถึงบริการด้านปฐมภูมิของประชาชน ประชาชนในพื้นที่ต้องเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยมีทีมสหวิชาชีพและอสม. คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ตามนโยบาย บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี

Y = Yield หมายถึง มุ่งเกิดผลสัมฤทธิ์กับสุขภาพประชาชน โดยทีมหออกรับผู้ป่วยนอก มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน คือ ทุกปัญหา ทุกอย่าง สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต้องมาก่อน และสำคัญที่สุด โดยในการทำงานปฐมภูมิ สิ่งสำคัญที่สุด คือ คน สุขภาพประชาชนเป็นสิ่งที่ต้องตระหนักและนึกถึงเป็นลำดับแรก โดยการทำงานต้องเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

A = Application หมายถึง การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของคลินิกหออกรับผู้ป่วยนอกได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

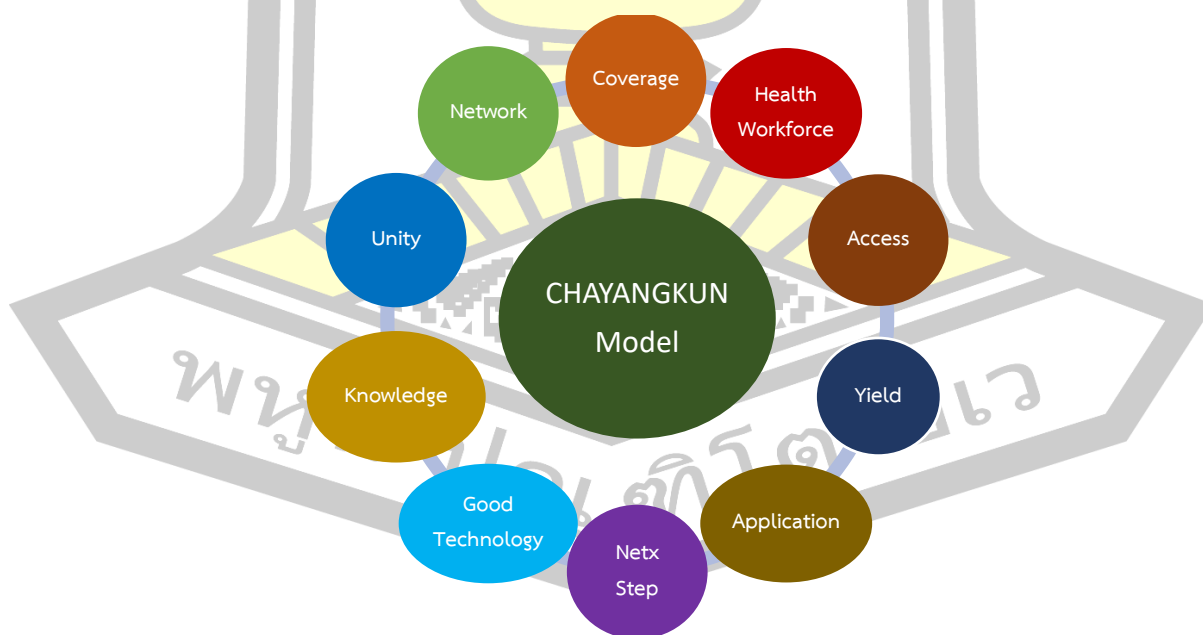
N = Next Step หมายถึง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

G = Good Technology หมายถึง การนำเทคโนโลยีที่ดีและทันสมัยมาใช้ มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย และสะดวก รวดเร็ว การนำเทคโนโลยีมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกในด้านของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การติดต่อสื่อสาร พบได้ในกิจกรรมประชาชนทุกครอบครัว มีหมอปประจำตัวทุกคน ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และสอดคล้องกับการเปลี่ยนของโลก

K = Knowledge หมายถึง สร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้อง โดยต้องมีการอบรม สร้างความรู้ใหม่ให้กับทีมหมอรอบครัวอยู่เป็นประจำ เจ้าหน้าที่ต้องพัฒนาตัวเองอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น

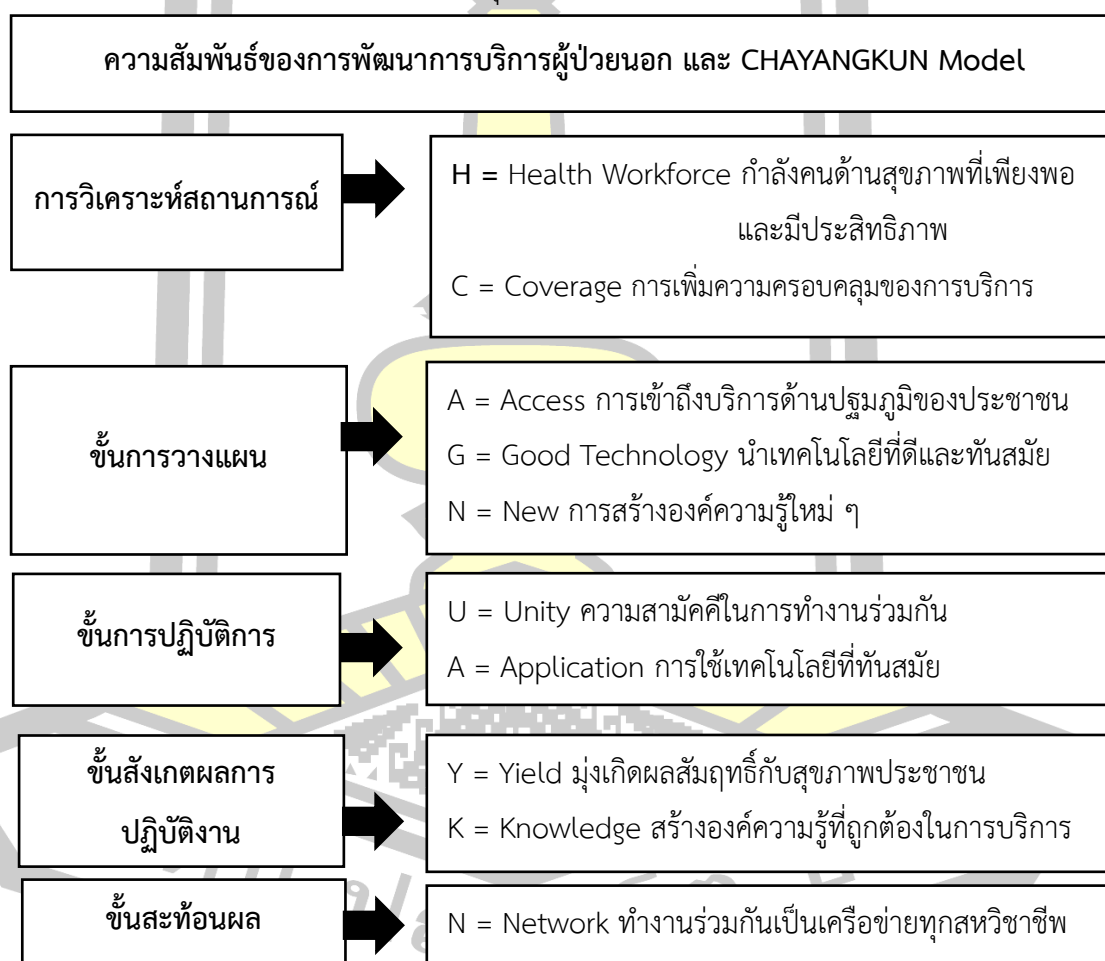
U = Unity หมายถึง ความสามัคคีในการทำงานร่วมกัน หัวใจของการทำงานร่วมกันในการสื่อสาร การพูดคุย และช่วยเหลือกันและกัน เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน การทำงานด้วยความรัก และสามัคคี ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะทำให้งานทุกอย่างสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และทุกคนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่

N = Network หมายถึง ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายทุกสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ แกนนำ อสม. ในการให้บริการทั้งเชิงรุก และเชิงรับ เพื่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านสุขภาพให้พื้นที่ มีการเรียนรู้ร่วมกันของคนในหน่วยงาน (Team Learning) เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ และ ทักษะการแก้ปัญหาาร่วมกัน และพัฒนาองค์การอย่างต่อเนื่อง



ภาพประกอบ 10 ภาพต้นแบบการดำเนินการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอรอบครัวชยางกูร

โดยต้นแบบการพัฒนาบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวของ รพ. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เรียกว่า “CHAYANGKUN Model” (ชยางกูรโมเดล) ได้พบในแต่ละขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ คือ H = Health Workforce กำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ และ C = Coverage การเพิ่มความครอบคลุมของการบริการ ขั้นตอนการวางแผน คือ A = Access การเข้าถึงบริการด้านปฐมภูมิของประชาชน และ G = Good Technology นำเทคโนโลยีที่ดีและทันสมัย และ N = New การสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ ขั้นตอนการปฏิบัติการ คือ U = Unity ความสามัคคีในการทำงานร่วมกัน และ A = Application การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ขั้นตอนสังเกตผลการปฏิบัติงาน คือ Y = Yield มุ่งเกิดผลสัมฤทธิ์กับสุขภาพประชาชน และ K = Knowledge สร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องในการบริการ ขั้นตอนสะท้อนผล คือ N = Network ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายทุกสหวิชาชีพ ดังภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 ความสัมพันธ์ของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก และ CHAYANGKUN Model

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

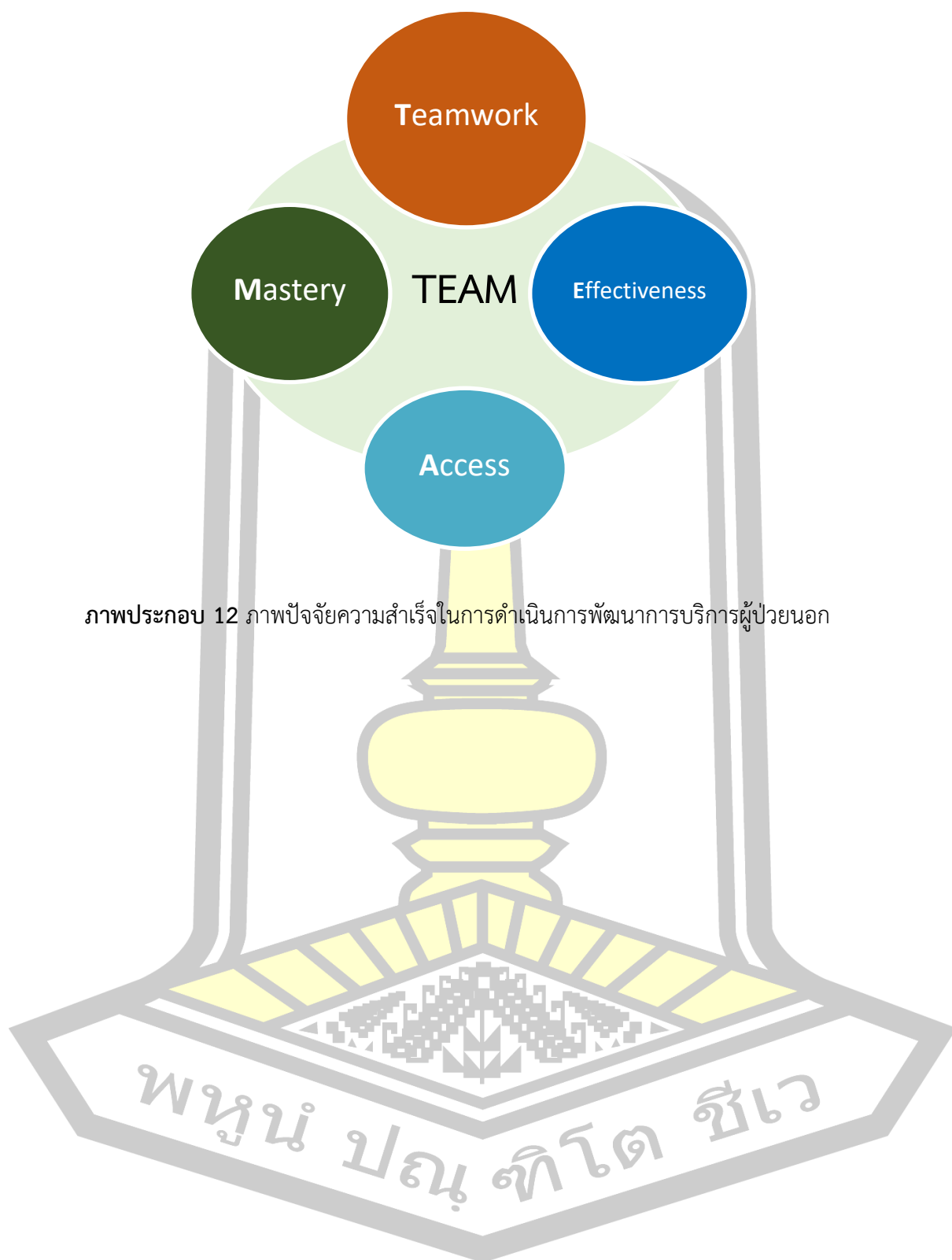
ผลการดำเนินงานในกิจกรรมการถอดบทเรียน ระดมสมองร่วมกันของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายขยายงูร และผู้ให้บริการในคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร รวมจำนวน 21 คน เพื่อค้นหา ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี คือ TEAM ประกอบด้วย

Teamwork หมายถึง การทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยการปฏิบัติงานที่มุ่งสร้างผลลัพธ์ที่เป็นเลิศจากการทำงานเป็นทีม การเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี และการยอมรับความแตกต่างทางความคิด เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการบนพื้นฐานของความไว้วางใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเห็นได้จากขั้นตอนการปฏิบัติที่ทุกคนจะร่วมเสนอความคิดเห็นในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกร่วมกัน โดยถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

Effectiveness หมายถึง ประสิทธิภาพของการทำงาน ทีมหมอครอบครัวขยายงูรที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก สร้างความตระหนักรู้และมีการสร้างความตื่นตัว มองผลลัพธ์ของงานแบบเดียวกัน คือ คุณแลสุขภาพของประชาชน ให้ประชาชนในพื้นที่สามารถจะเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครบถ้วนและทั่วถึง ดังเห็นได้จากการทำให้รู้สึกว่าคุณทุกคนมีส่วนร่วมในทุกด้าน และทุกคนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง ซึ่งทำให้คลินิกหมอครอบครัวขยายงูรผ่านการประเมินของเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ทั้ง 8 ด้าน

Access หมายถึง การเข้าถึงบริการด้านปฐมภูมิของประชาชน ประชาชนในพื้นที่ต้องเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยมีทีมสหวิชาชีพและ อสม. คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ดังเห็นได้จากการที่ประชาชนในพื้นที่ มีทีมหมอครอบครัวดูแลทุกคน เกิดการติดตามดูแลในพื้นที่ มีการประสานงานผ่าน อสม. ในพื้นที่เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน

Mastery หมายถึง การมีภาวะผู้นำ ในการแสดงถึงการเป็นหัวหน้าที่ดีต้องมีวุฒิภาวะในการตัดสินใจ และวางแผนในการทำงาน อีกทั้งมีแนวทางและนโยบายด้านการบริการปฐมภูมิพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ดังเห็นได้จากการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของทีมหมอครอบครัว พร้อมทั้งมีคำสั่งในการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ดังภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 ภาพปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งได้นำเอาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย กระบวนการวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) โดยดำเนินการพัฒนาใน 1 วนรอบ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และในเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 และ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามบทบาทและความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก 2) แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ทั้ง 8 ด้าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 13 คน และผู้ให้บริการในคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 8 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 คน และชุดที่ 3 เป็นแบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก โดยสอบถามความพึงพอใจในการมารับบริการ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 385 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอการสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะตามลำดับ ดังนี้

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

5.1.1 บริบทของการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2 กระบวนการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.3 ผลของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

5.2 สรุปผล

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปผลได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ทั้งหมด 4 ประเด็นดังต่อไปนี้

5.2.1 บริบทของการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครบคร้วขยงกูรโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

5.2.1.1 บริบทของการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครบคร้วขยงกูรโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี หลังการพัฒนา สรุปได้ว่า 1) ด้านระบบบริการ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีขั้นตอนการบริการในคลินิกหออัครบคร้วขยงกูร การทำงานเชิงรุก มีแผนการจัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน, พยาบาลวิชาชีพ 2 คน, นักวิชาการสาธารณสุข/จพ. สาธารณสุข 1 คน ออกปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ 2) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ มีการเพิ่มอัตรากำลังลงไปแผน FTI ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมหออัครบคร้วขยงกูร 3) ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีการหาแหล่งงบประมาณเพิ่มเติมในการดำเนินกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน เช่น จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ 4) ด้านสื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลแม่ข่ายให้สมบูรณ์ พัฒนาระบบอินเทอร์เน็ตไฟเบอร์ออฟติกให้มีประสิทธิภาพ และมีเจ้าหน้าที่ดูแล มีการจัดทำข้อมูลสื่อด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการได้ง่าย 5) ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ มีการจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข จัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สร้างระบบกลุ่มไลน์สุขภาพ ใช้ระบบแอปพลิเคชัน (อสม.ออนไลน์) ใช้ระบบประเมิน/สำรวจข้อมูลสุขภาพด้วยแบบฟอร์ม Google form และจัดเก็บข้อมูลเข้าสู่ระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ 6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล พบว่า ผู้บริหารนำนโยบายในการพัฒนางานบริการปฐมภูมิเป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาล และร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกัน และมีแนวทางนโยบายและมาตรฐานในการดำเนินงานพัฒนางานปฐมภูมิที่ชัดเจน การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหออัครบคร้วขยงกูร 8 ด้าน พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 ระบบบริหารจัดการ มี 3 ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ 1) ไม่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนอย่างน้อยเจ็ดคนแต่ไม่เกินสิบคน 2) ไม่มีแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2564 - 2575) 3) ไม่มีแผนการพัฒนาศักยภาพบุคคล ด้านที่ 4 ระบบสารสนเทศ มี 5 ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ 1) ไม่มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้ข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการ 3) ไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข 4) ไม่มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการ

สุขภาพปฐมภูมิ 5) ไม่มีระบบการส่งออกข้อมูลที่ครบถ้วนและไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ 8) ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านที่ 5 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มี 1 ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ 2) ไม่มีการออกบริการเชิงรุกกลุ่ม NCD, การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และด้านที่ 8 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มี 4 ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ 1) ไม่มีที่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อใน รพ.สต. คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกัน 2) ไม่มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย และนำไปกำจัดตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด 3) ไม่มีบุคลากรผ่านการฝึกอบรม (มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบผ่านอบรม) 4) ไม่มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

5.2.2 กระบวนการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

1. ขั้นการวางแผน (Planning)

1. วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย สืบหาข้อมูล และบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอกและความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอกของผู้ให้บริการ และประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ทั้ง 8 ด้าน ของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูรโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลกับคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 13 คน และผู้ให้บริการในคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 8 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 คน ผลการศึกษา พบว่า คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และผู้ให้บริการในคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา ซึ่งในบางครั้งไม่สามารถออกให้บริการประชาชนได้ เนื่องจากแพทย์ติดประชุมหรือออกตรวจคนไข้ในโรงพยาบาล และอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ในคลินิกหมอครอบครัวไม่เพียงพอที่จะเปิดให้บริการได้ ส่วนด้านบทบาทการให้บริการผู้ป่วยนอก พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก พบว่า อยู่ในระดับน้อย การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ คือ คือ ไม่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และไม่มีแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ ด้านที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ คือ ไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข, ไม่มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และไม่มีมีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านที่ 5 ระบบบริการ

สุขภาพปฐมภูมิ คือ ไม่มีการออกบริการเชิงรุกกลุ่ม NCD, และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่ และด้านที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คือ ไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และเจ้าหน้าที่ดูแลเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อขาดทักษะ ความรู้ไม่ผ่านการอบรม

2. จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) วิเคราะห์ จุดอ่อน จุดแข็งตาม

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ใน 4 ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์ เพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกคลินิกหอบหืดรอบครัวชยางกูร และผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ไว้ทั้งหมด 4 กิจกรรม ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) โครงการพัฒนาศักยภาพทีมหอบหืดรอบครัวหอบหืดรอบครัวชยางกูร 2) โครงการหอบหืดรอบครัวชยางกูร ก้าวสู่เทคโนโลยี 4.0 3) โครงการประชาชนทุกครอบครัว มีหอบหืดรอบครัวดูแลทุกคน 4) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ให้ความรู้เจ้าหน้าที่เชี่ยวชาญด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทีมหอบหืดรอบครัวหอบหืดรอบครัวชยางกูร”

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action)

1) จัดดำเนินการโครงการพัฒนาศักยภาพทีมหอบหืดรอบครัวหอบหืดรอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 2 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 เวลา 08.00-16.00 น. และหัวหน้าคลินิกหอบหืดรอบครัวชยางกูร ได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารทีมหอบหืดรอบครัวชยางกูร เพื่อให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ทั้ง 8 ด้าน และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิคลินิกหอบหืดรอบครัวชยางกูร ตามคำสั่งทีมหอบหืดรอบครัวชยางกูร ที่ 228/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารทีมหอบหืดรอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อดำเนินการเป็นแกนนำในการใช้นโยบายหอบหืดรอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการให้บริการเชิงรุกที่ทำให้ประชาชนอุ่นใจ มั่นใจในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลประชาชนในทุกมิติแบบองค์รวม ในรูปแบบของทีมหอบหืดรอบครัว เพื่อให้ไปบริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือนทั่วไปในเขตเมืองและชนบท แผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ คลินิกหอบหืดรอบครัวชยางกูร ประจำปี พ.ศ. 2566 มี 5 กิจกรรม มุ่งเน้นส่งเสริมการให้บริการสุขภาพประชาชนเชิงรุก เพื่อเป็นการป้องกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่

2) โครงการหอบหืดรอบครัวชยางกูร ก้าวสู่เทคโนโลยี 4.0 เพื่อพัฒนาระบบบริการสารสนเทศ ในวันที่ 9 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 เป็นกิจกรรมการจัดทำข้อมูลสารสนเทศของประชาชนในพื้นที่ พัฒนาการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่สามารถ

เข้าถึงบริการตามสโลแกน บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยเกิดเพจ Facebook Line การให้ข้อมูลทางสุขภาพ ผ่านแกนนำ อสม.

3) โครงการประชาชนทุกคนครอบครัว มีหมอบริการครอบครัวดูแลทุกคน ในวันที่ 23 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 เป็นการประชุมวางแผนทีมในการทำงานออกเยี่ยมบ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอบริการครอบครัวช่างกร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีการเขียนแผน และระดมสมอง วางแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมออกเยี่ยมบ้านทุกคน มีการติดตาม โดยแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ดูแลร่วมกับ อสม. ในแต่ละครัวเรือน

4) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทีมหมอบริการครอบครัวหมอบริการช่างกร ในวันที่ 5 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566 มีการอบรมในเรื่องการควบคุมการติดเชื้อให้กับบุคลากรทีมหมอบริการครอบครัว และมีการทำแผนป้องกันร่วมกัน เพื่อวางแนวทางในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3. ขั้นตอนการสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

การกำกับ ติดตามนิเทศงาน เป็นประเมินบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก และความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอกของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจในการมารับบริการผู้ป่วยนอก และการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ทั้ง 8 ด้าน ของคลินิกหมอบริการครอบครัวช่างกร ก่อนและหลังการพัฒนา ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

1) บทบาทในการบริการผู้ป่วยนอก ของคลินิกหมอบริการครอบครัวช่างกร ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนาบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอบริการครอบครัวช่างกร อยู่ใน ระดับปานกลาง (Mean=2.08; SD=0.69) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean=2.78; SD=0.74) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก ของคลินิกหมอบริการครอบครัวช่างกร ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย (Mean=1.66; SD=0.70) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean=2.73; SD=0.89) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ความพึงพอใจในการมารับบริการของผู้ป่วยนอกในคลินิกหมอบริการครอบครัวช่างกร หลังการพัฒนา พบว่า อยู่ในระดับมาก (mean=2.48; SD=0.68)

4) ประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ทั้ง 8 ด้าน ของคลินิกหมอบริการครอบครัวช่างกร ก่อนการพัฒนา พบว่า คลินิกหมอบริการครอบครัวช่างกรผ่านการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 4 ด้าน ร้อยละ 50 และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 4 ด้าน ร้อยละ 50 และหลังการ

พัฒนา พบว่า ผ่านการเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 8 ด้าน ร้อยละ 100

4. ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

ผลการถอดบทเรียน การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ทั้ง 9 ชั้นตอน ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิขยายกรูร และผู้ให้บริการในคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูร ในการมีส่วนร่วมนำไปสู่การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลงานของทุกภาคส่วน โดยได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน และผู้วิจัยจึงขอเสนอต้นแบบการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี คือ “CHAYANGKUN Model” (ขยายกรูรโมเดล)

5.2.3 ผลของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผลของการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เกิดต้นแบบของการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายกรูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี คือ “CHAYANGKUN Model” (ขยายกรูรโมเดล) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

C = Coverage หมายถึง การเพิ่มความครอบคลุมของการบริการทีมหมอครอบครัวขยายกรูร ต้องมีการวางแผนการบริการทั้งเชิงรุก และเชิงรับ ให้บริการกับประชาชนในพื้นที่ทั่วถึงครอบคลุมในทุกมิติ ตามแผนงานที่ได้วางแผนไว้ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

H = Health Workforce หมายถึง กำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารมีการสนับสนุนทีมสหวิชาชีพให้เพียงพอตามอัตรากำลังต่อประชาชนในพื้นที่ และทีมหมอครอบครัวทุกสหวิชาชีพได้รับการอบรมในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว ทีมหมอครอบครัวได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงานร่วมกันกับชุมชน

A = Access หมายถึง การเข้าถึงบริการด้านปฐมภูมิของประชาชน ประชาชนในพื้นที่ต้องเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทั้งเชิงรุก และเชิงรับ โดยมีทีมสหวิชาชีพ และ อสม. คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ตามนโยบาย บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี

Y = Yield หมายถึง มุ่งเกิดผลสัมฤทธิ์กับสุขภาพประชาชน โดยทีมหมอครอบครัวขยายกรูร มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน คือ ทุกปัญหา ทุกอย่าง สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต้องมาก่อน และสำคัญที่สุด โดยในการทำงานปฐมภูมิสิ่งสำคัญที่สุดคือ คน สุขภาพประชาชนเป็นสิ่งที่ต้อง

ตระหนักและนึกถึงเป็นลำดับแรก โดยการทำงานต้องเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

A = Application หมายถึง การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของคลินิกหมอครอบครัวได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

N = Next Step หมายถึง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

G = Good Technology หมายถึง การนำเทคโนโลยีที่ดีและทันสมัยมาใช้ มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย และสะดวก รวดเร็ว การนำเทคโนโลยีมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก ในด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การติดต่อสื่อสาร พบได้ในกิจกรรมประชาชนทุกครอบครัว มีหมอประจำตัวทุกคน ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และสอดคล้องกับการเปลี่ยนของโลก

K = Knowledge หมายถึง สร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้อง โดยต้องมีการอบรมสร้างความรู้ใหม่ให้กับทีมหมอครอบครัวอยู่เป็นประจำ เจ้าหน้าที่ต้องพัฒนาตัวเองอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น

U = Unity หมายถึง ความสามัคคีในการทำงานร่วมกัน หัวใจของการทำงานร่วมกันในการสื่อสาร การพูดคุย และช่วยเหลือกันและกัน เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน การทำงานด้วยความรักและสามัคคี ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะทำให้งานทุกอย่างสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และทุกคนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่

N = Network หมายถึง ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายทุกสาขาชีพ มีการประสานงานกับเพื่อนร่วมสาขาชีพ แกนนำ อสม. ในการให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อประสิทธิภาพในการทำงานด้านสุขภาพให้พื้นที่ มีการเรียนรู้ร่วมกันของคนในหน่วยงาน (Team Learning) เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ประสบการณ์และทักษะการแก้ปัญหาร่วมกันในองค์กรอย่างต่อเนื่อง



5.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายกรู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายกรู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี คือ “TEAM” ประกอบด้วย

1. Teamwork หมายถึง การทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยการปฏิบัติงานที่มุ่งสร้างผลลัพธ์ที่เป็นเลิศจากการทำงานเป็นทีม การเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี และการยอมรับความแตกต่างทางความคิด เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการ บนพื้นฐานของความไว้วางใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเห็นได้จากขั้นตอนการปฏิบัติที่ทุกคนจะร่วมเสนอความคิดเห็นในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกร่วมกัน โดยถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

2. Effectiveness หมายถึง ประสิทธิภาพของการทำงาน ทีมหมอครอบครัวขยายกรูทุกคน ที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก สร้างความตระหนักรู้ และมีการสร้างความตื่นตัว มองผลลัพธ์ของงานแบบเดียวกัน คือ คุณแลสุขภาพของประชาชน ให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครบถ้วนและทั่วถึง ดังเห็นได้จากการทำให้รู้สึกว่าคุณทุกคนมีส่วนร่วมในทุกด้าน และทุกคนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง ซึ่งทำให้คลินิกหมอครอบครัวขยายกรู ผ่านเกณฑ์เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

3. Access หมายถึง การเข้าถึงบริการด้านปฐมภูมิของประชาชนประชาชนในพื้นที่ต้องเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทั้งเชิงรุก และเชิงรับ โดยมีทีมสหวิชาชีพ และ อสม. คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ดังเห็นได้จากการที่ประชาชนในพื้นที่ มีทีมหมอครอบครัวดูแลทุกคน เกิดการติดตาม ดูแลในพื้นที่ มีการประสานงานผ่าน อสม. ในพื้นที่เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

4. Mastery หมายถึง การมีภาวะผู้นำ ในการแสดงถึงการเป็นหัวหน้าที่ดีต้องมีวุฒิภาวะในการตัดสินใจ และวางแผนในการทำงาน อีกทั้งมีแนวทาง และนโยบายด้านการบริการปฐมภูมิพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ดังเห็นได้จากการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของทีมหมอครอบครัว พร้อมทั้งมีคำสั่งในการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัวขยายกรู เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

5.3 อภิปรายผล

5.3.1 บริบทของการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษาบริบทของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร พบว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนาการบริการผู้ป่วย นำไปสู่การประกาศเป็นนโยบาย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวอย่างชัดเจน มีการทำแผนปฏิบัติงานปฐมภูมิในแต่ละปี และที่สำคัญการเกิดการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว คลินิกหมอครอบครัวชยางกูร ในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล จึงทำให้ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชฌิตา สุภิสุทธิ (2550) ได้ศึกษาการพัฒนาบริการในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร ซึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพปรับบทบาทนโยบายในการนำกระบวนการพัฒนาการบริการมาใช้ในองค์กรพยาบาล สามารถนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติตามแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด รวมถึงสามารถพัฒนาการบริการได้จากการนำเทคโนโลยีมาใช้ให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของโลกปัจจุบัน ทำให้การเข้าถึงของทั้งผู้รับบริการและ บุคลากรสาธารณสุขง่ายขึ้น สะดวก รวดเร็วขึ้น

5.3.2 กระบวนการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดของ (Kemmis,1998) มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) พบว่า มีดังนี้ บทบาทในการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนาบทบาทในการบริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.08; SD=0.69) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean=2.78; SD=0.74) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างทราบบทบาทของตนเองในหน่วยบริการ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้มีค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของนภัสภรณ์ เจริญสะอาด (2560) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบบริการมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอานาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ระดับบทบาทและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการตามมาตรฐาน ก่อนและหลังการพัฒนา

พบว่า ก่อนการพัฒนาในระดับบทบาทและการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.34; SD=0.41) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean=2.67; SD=0.33) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ซึ่งอาจชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน และเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

5.3.3 ผลของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผลของการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 9 ขั้นตอน พบว่า ผลของการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดต้นแบบของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี คือ “CHAYANGKUN Model” (ขยายงูรโมเดล) การมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการร่วมกันวางแผนดำเนินงาน กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ทีมหมอครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์สร้างสามัคคีในหมู่คณะและก่อให้เกิดพลังร่วม (Group Effort) ในหมู่คณะทำให้เกิดพลังสามัคคีสามารถจะฝ่าฟันอุปสรรคทั้งหลายได้ เสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างบุคคลในองค์กร กับนโยบายและวัตถุประสงค์ขององค์กร และยังเกื้อหนุนและจูงใจให้สมาชิกเกิดความคิดสร้างสรรค์ในโครงการ/ กิจกรรมต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล บุญโสภิน วรางคณา จันทร์คง และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2560) ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสวาบ อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านตำบลวังสวาบ ให้อื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การสนับสนุนให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดี สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ในระดับเบื้องต้น รวมถึงการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม และสนับสนุนให้ใช้ระบบสุขภาพตามความจำเป็นของปัญหาสุขภาพ

พูนุ ปณ ทิโต ชีเว

5.3.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษารายการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี คือ “TEAM” ประกอบด้วย T = Teamwork หมายถึง การทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยการปฏิบัติงานที่มุ่งสร้างผลลัพธ์ที่เป็นเลิศจากการทำงานเป็นทีม การเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี และการยอมรับความแตกต่างทางความคิด เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการ บนพื้นฐานของความไว้วางใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเห็นได้จากขั้นตอนการปฏิบัติที่ทุกคนจะร่วมเสนอความคิดเห็นในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกร่วมกัน โดยที่ยึดเอาประโยชน์ของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ E = Effectiveness หมายถึง ประสิทธิภาพของการทำงาน ทีมหมอครอบครัวขยายงูรทุกคน ที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก สร้างความตระหนักรู้ และมีการสร้างความตื่นตัว มองผลลัพธ์ของงานแบบเดียวกัน คือ คุณภาพของประชาชน ให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครบถ้วน และทั่วถึง ดังเห็นได้จากการทำให้รู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในทุกด้าน และทุกคนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง ซึ่งทำให้คลินิกหมอครอบครัวขยายงูร ผ่านเกณฑ์เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ A = Access หมายถึง การเข้าถึงบริการด้านปฐมภูมิของประชาชน ประชาชนในพื้นที่ต้องเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทั้งเชิงรุก และเชิงรับ โดยมีทีมสหวิชาชีพ และ อสม. คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ดังเห็นได้จากการที่ประชาชนในพื้นที่ มีทีมหมอครอบครัวดูแลทุกคน เกิดการติดตาม ดูแลในพื้นที่ มีการประสานงานผ่าน อสม. ในพื้นที่เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค M= Mastery หมายถึง การมีภาวะผู้นำ หัวหน้าที่ดีต้องมีวุฒิภาวะในการตัดสินใจ และวางแผนในการทำงาน อีกทั้งมีแนวทาง และนโยบายด้านการบริการปฐมภูมิ พัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ดังเห็นได้จากการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของทีมหมอครอบครัว พร้อมทั้งมีคำสั่งในการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานหมอครอบครัวขยายงูร เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรธิตา โภคาพันธ์ (2562) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยงด้านคลินิก คือ ภาวะผู้นำของผู้บริหารสูงสุดและการกำหนดบทบาทให้กับทีมผู้พิทักษ์ความเสี่ยง การมอบอำนาจการตัดสินใจแก่หัวหน้าหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งแนวทางในการดำเนินการครั้งนี้ สามารถประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพในประเด็นอื่นได้ต่อไป

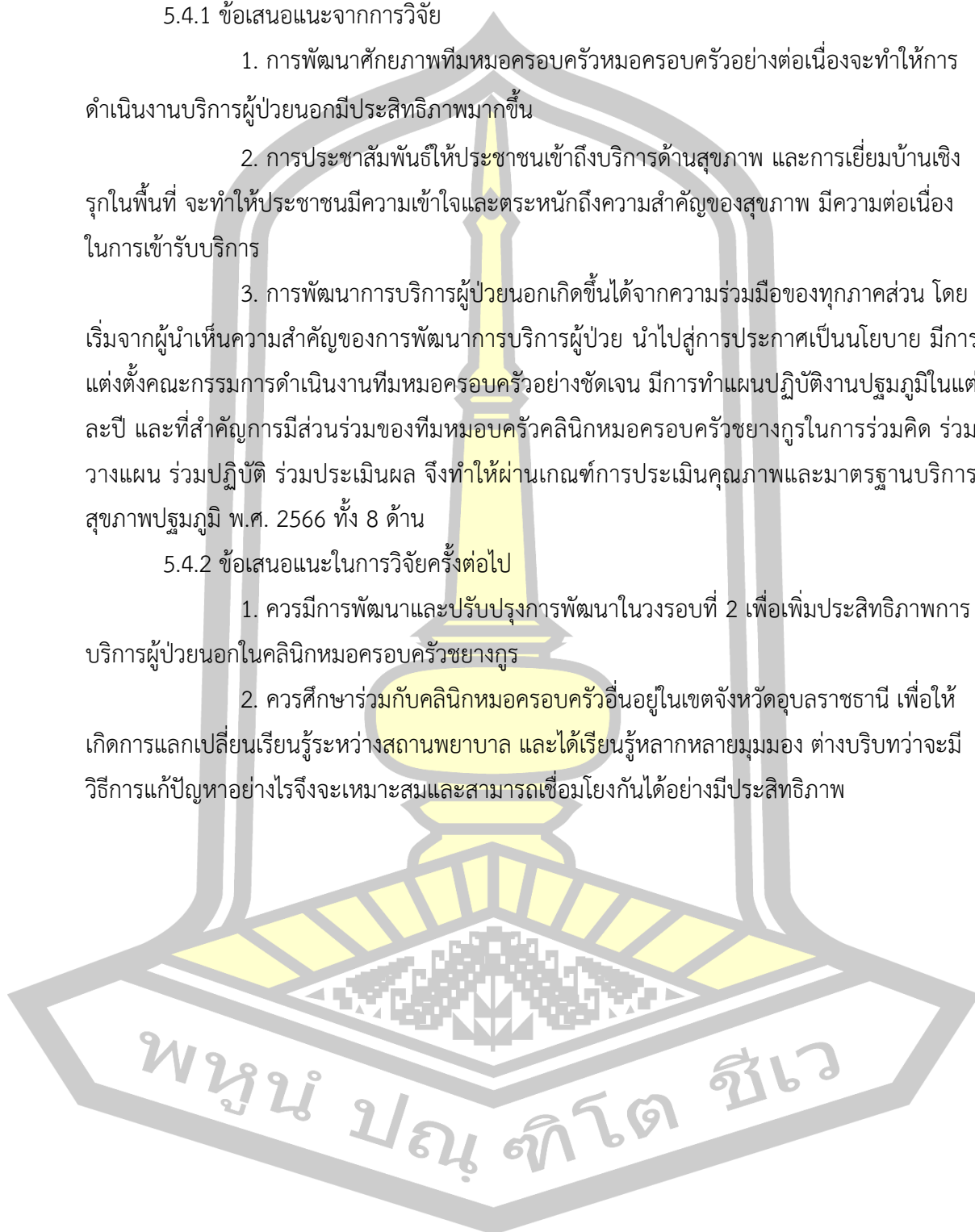
5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การพัฒนาศักยภาพทีมหมอบครว้หมอบครว้อย่างต่อเนื่องจะทำให้การดำเนินงานบริการผู้ป่วยนอกมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในพื้นที่ จะทำให้ประชาชนมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ มีความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการ
3. การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกเกิดขึ้นได้จากความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนาการบริการผู้ป่วย นำไปสู่การประกาศเป็นนโยบาย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอบครว้อย่างชัดเจน มีการทำแผนปฏิบัติงานปฎิบัติงานปฎิบัติงานในแต่ละปี และที่สำคัญการมีส่วนร่วมของทีมหมอบครว้คลินิกหมอบครว้ชยางกูรในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล จึงทำให้ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฎิบัติ พ.ศ. 2566 ทั้ง 8 ด้าน

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาและปรับปรุงการพัฒนาในวงรอบที่ 2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยนอกในคลินิกหมอบครว้ชยางกูร
2. ควรศึกษาร่วมกับคลินิกหมอบครว้อื่นอยู่ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถานพยาบาล และได้เรียนรู้หลากหลายมุมมอง ต่างบริบทว่าจะมีวิธีการแก้ปัญหาอย่างไรจึงจะเหมาะสมและสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2559). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว สำหรับหน่วยบริการ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2562). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรรณิการ์ รุจิระโชติ. (2564). *ความพึงพอใจและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ ณ ศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กรีช แร่งสูงเนิน. (2554). *การวิเคราะห์ปัจจัยด้วย SPSS และ AMOS เพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. (2565). *การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ*. (ออนไลน์) <https://www.sunpasit.go.th/socialmed> (อ้างเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2565).
- คณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ. (2559). *แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ชัยสมพล ชาวประเสริฐ. (2547). *การตลาดบริหาร*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- ทศนา แคมมณี. (2548). *ศาสตร์การสอน*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- ทพพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ. (2540). *พฤติกรรมขององค์กร*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไทยพานิช.
- เนตรเพชรธรรม์ ตระกูลบุญเนตร. (2560). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนวมิตสมเด็จย่า*. *วารสารพยาบาลตำรวจ*. 9(2), 64-74.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัตินักวิจัยเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปรัชญา เวสารัชช์. (2540). *บริการประชาชนทำได้ไม่ยาก (ถ้าอยากทำ)*. กรุงเทพฯ: กราฟฟิคเพอร์แมท. (ไทยแลนด์) จำกัด.

- ประกายรัตน์ สุวรรณ และอมรวิทย์ วิเศษสงวน. (2555). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 20*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- เพ็ชรภรณ์ ชัชวาลชาญชนกิจ และพรรณรัตน์ อารณพิศาล. (2560). ทักษะคิดที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า กรณีศึกษากิจการต่อเนื่องประมง จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารปริชาต. มหาวิทยาลัยทักษิณ, ฉบับพิเศษ*, 57-63.
- พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. (2551). *รวมบทบัญญัติแห่งกฎหมายไทยและเอกสารสำคัญเกี่ยวกับคนต่างด้าวในประเทศไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิมพ์ลักษณ์, กรุงเทพฯ: วิทยุชน.
- พัชฌिता สุภัสสร์. (2550). *การพัฒนาบริการในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร*. *ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- พิลือ เขียวแก้ว. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ*. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ*.
- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และ คณะ. (2558). *โครงการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายที่มหอมครอบครัว*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส).
- ภัทรธิตา โภคาพันธ์. (2555). *การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(2), พฤษภาคม-สิงหาคม.
- ภูติห เตชาติวัฒน์ และคณะ. (2560). *การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองเขตสุขภาพที่ 3*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส).
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมี. บุคส์.
- วรเดช จันทศร. (2540). *การนำนโยบายไปปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ.
- วิริศา พานิชเกรียงไกร และคณะ. (2560). *การจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองกรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 11(2), 221-237.
- วันชัย แก้วศิริโกมล. (2550). *ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการงานเขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร*. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ. (2557). *การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น*. *วารสารสภาการพยาบาล*. 29(3), 104-115.
- วีระพงษ์ เฉลิมจิระ. (2543). *คุณภาพในงานบริการ*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี(ไทย-ญี่ปุ่น).

- ศราวุฒิ เหล่าสาย. (2555). การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2541). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ: ธีระฟิรมและไซเท็กซ์.
- สมาน อัครภูมิ. (2558). รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการบูรณาการระบบประกันคุณภาพภายในกับการบริหารสถานศึกษาสำหรับสถานศึกษาขั้นพื้นฐานขนาดกลาง. พิ มพ์ครั้งที่ 2. อุบลราชธานี : โรงพิมพ์อุบลกิจออฟเซทการพิมพ์, 2558.
- สมาน อัครภูมิ. (2549). การพัฒนารูปแบบการบริหารการประถมศึกษาในระดับจังหวัด. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรานันท์ อนุชน. (2556). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุ อุจเฉดิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก. 14 (3), 159-169.
- สงครามชัย ลีทองดี. (2554). การบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาเขตสุขภาพนครชัยบุรีนทร์. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สมชาย นันทวัฒน์ภรณ์. (2552). การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานีนอนมัยสันพระเนตรอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพงษ์ จันทรโสภา และคณะ. (2557). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแกด้า จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 23(3), 394-402.
- โสภภาพรรณ จิรนิริติศัย และคณะ. (2555). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ : กรณีศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี. ราชบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี.
- สุวิมล คำย่อย. (2555). ความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหยวก อำเภอป่าโมก จังหวัดอุตรธานี. อุตรธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหยวก.
- สุ่มัทนา กลางคาร และวราพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). ระเบียบวิธีวิจัย. มหาสารคาม: รัตนสุวรรณ.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2560). *ยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง (พ.ศ.2561-2570)*.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

หน่วยวิจัยเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร “คณศ” คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.

(2560). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทาง*

เศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหออัครครบถ้วน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส..

อรรถัย มานะธนะ. (2555). การให้บริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพจากมุมมองผู้รับบริการ

อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.

18(1), 17-28.

อรรถพร คำคม. (2546). *การให้บริการสินเชื่อของธนาคารอาคารสงเคราะห์ : ศึกษาจากความคิดเห็น*

ของผู้ใช้บริการฝ่ายกิจการสาขากรุงเทพและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

พัฒนาสังคม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อรรธรณ พุ่มพวง. (2551). *การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่.*

การค้นคว้าอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อติญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ. (2560). *การพัฒนาศักยภาพของนักจิตวิทยาในการดำเนินงานร่วมกับ*

ทีมหออัครครบถ้วนในบริการระดับปฐมภูมิ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ

สาธารณสุขภาคใต้. 4(2), 15-27.

Aday Lu Ann, and R. Andersen. (1975). *Development of Induce of Michigan Access to*

Medical Care. Michigan Ann Arbor: Health Administration Press.

Ingram, Helen M. and Man, Dean E. Eds. (1980). *Why Policies Success or Fail.*

California: Sage. Publications, 1980.

Cronbach, L. Lee. (1990). *Essentials of Psychological Testing. New York: Harper*

Collins.

Daft, Richard L. (2010). *Management. New York: Cengage Learning EMEA.*

Eisner, E. (1996). *Education Connoisseurship and Criticism: There from Functions in*

Education Evaluation. 4th ed. New York: McGraw-Hill.

Gulliford , M.(2001). *Access to Health Care, NCCSDO. (online) Available*

fromhttp://www.sdo.lshtm.uk/PDF/Access Scoping Exercise Report.pdf.

Keeves, J.P. (1988). *Educational Research, Methodology, and Measurement: An*

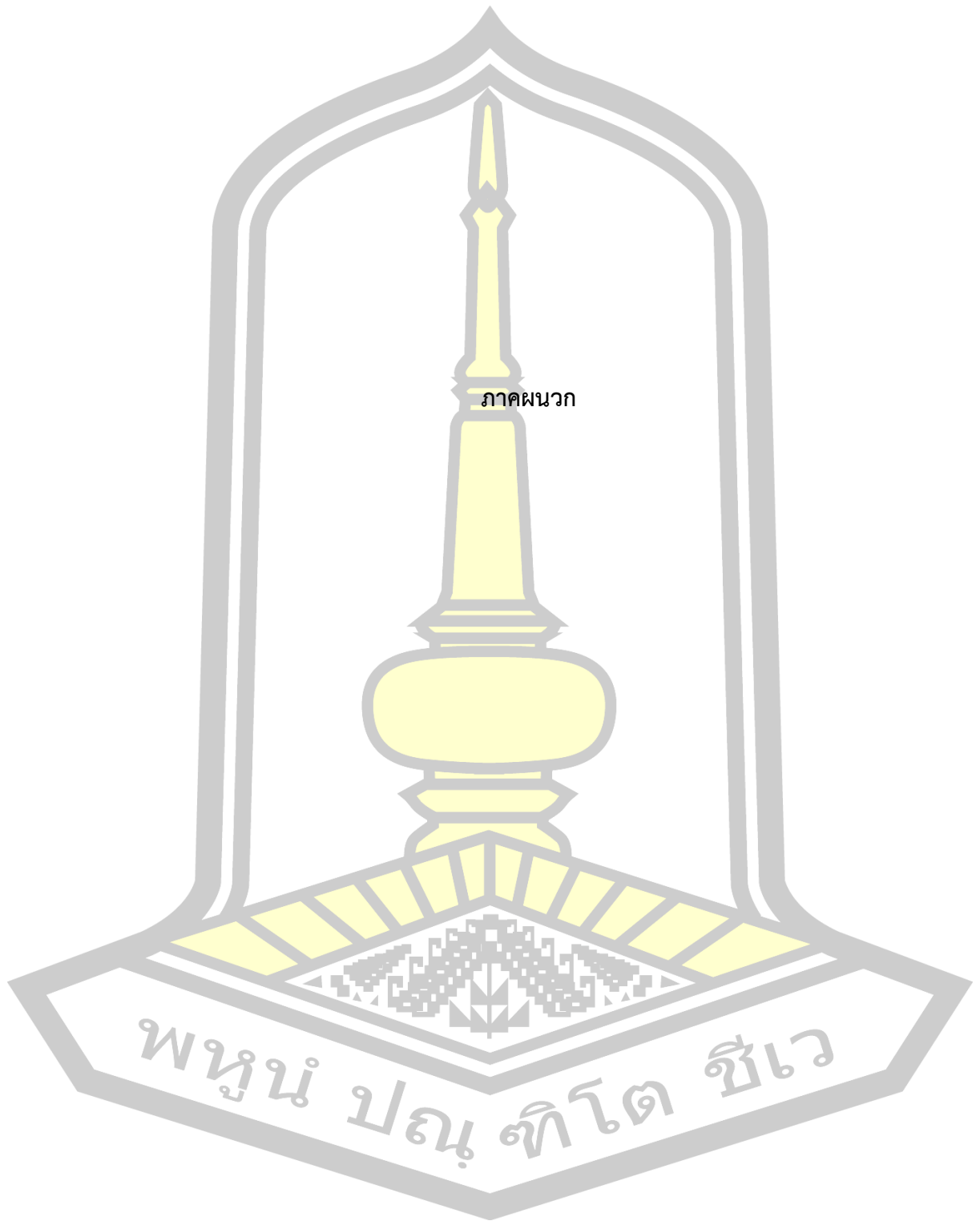
International Handbook. Oxford: Pergamum.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research reader. Geelong. Victoria:*

Deakin University Pres

- Krejcie, Robert V. and D.W. Morgan. (1970). Daryle W. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. 2(5), 607-610.
- Millet, D. J. (1954). *Management in Public Service: The quest for Coeffective Performance*. New York.
- Oliver, Richard L. (1997). *Satisfaction: A behavioral Perspective on the Consumer*, Irwin/McGraw. Hill New York.
- Smith, R.H. and Others. (1980). *Management Organizations Perform*. New York: Macmillan.
- World Health Organization. (2003). *World Health Report*. Geneva: World Health Organization. World Health.
- World Health Organization. (2004). *Towards Age-Friendly Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.





ภาคผนวก

พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว



ภาพกิจกรรม

การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก คลินิกหมอครอบครัวชายางกูร
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

พญัน ปณุ ทิโต ชีเว



กิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน



กิจกรรมที่ 2 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan)



โครงการที่ 1 พัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวหมอครอบครัวช่างูร



โครงการที่ 2 หมอครอบครัวช่างูร ก้าวสู่ 4.0



โครงการที่ 3 ประชาชนทุกครอบครัว มีหมอครอบครัวดูแลทุกคน

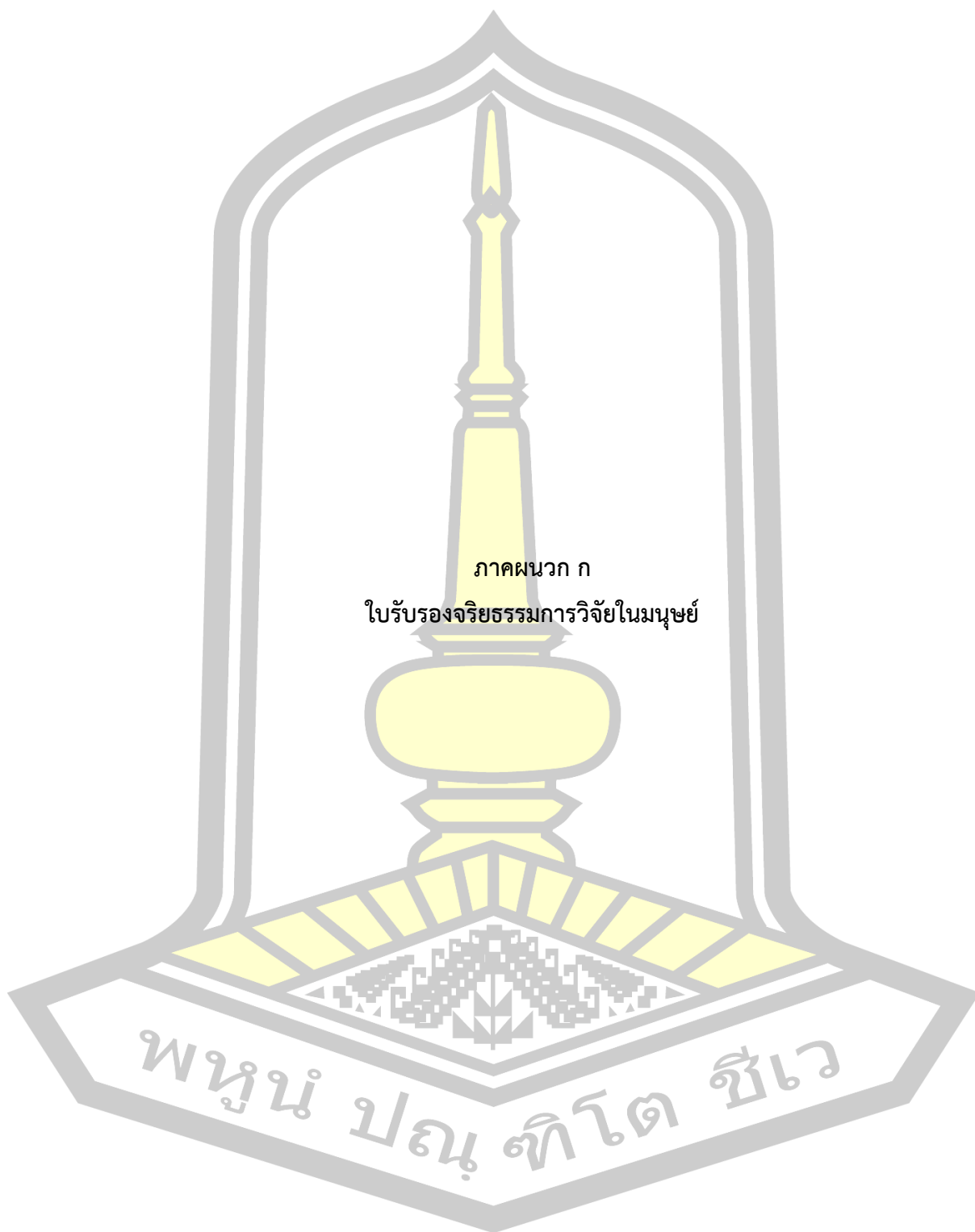


โครงการที่ 4 อบรมเชิงปฏิบัติการ “ให้ความรู้เจ้าหน้าที่เชี่ยวชาญด้านระบบการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ”



จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน หาปัจจัยสู่ความสำเร็จ





ภาคผนวก ก

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 084-072/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Out Patient Department System Development of Chayangkul
Primary care cluster, Sapphasitthiprasong Hospital, Ubon Rachathani Province.

ผู้วิจัย : นายพนา มิ่งไชย

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : คลินิกหมอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 23 มีนาคม 2566

วันหมดอายุ : 22 มีนาคม 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของ
โครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิด
โครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ
หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

กตวีร์ สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษักรหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ชุดที่ 1

แบบสอบถามในการวิจัย ใช้สำหรับกลุ่มผู้ให้บริการในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอก
ของคลินิกหมอครอบครัวยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

พญัน ปณุ ทิโต สีเว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ชุดที่ 1

แบบสอบถามในการวิจัย ใช้สำหรับกลุ่มผู้ให้บริการในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอก
ของคลินิกหมอครอบครัวขยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง และเติมคำในช่องว่าง.....หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุปี
3. อายุราชการ ปี
4. สถานะภาพสมรส
 1) โสด 2) คู่
5. ระดับการศึกษา
 1) ปวส./อนุปริญญา 2)ปริญญาตรี 3) ปริญญาโท
6. สาขาวิชาชีพ(ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน)
 1) แพทย์ 2) พยาบาลวิชาชีพ 3) เภสัชกร 4) นวค.
สาธารณสุข/จพง.สาธารณสุข
 5) นักกายภาพบำบัด 6) แพทย์แผนไทย 7) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
 8) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน/ทันตภิบาล 9) อื่น.....
7. รายได้จากการปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อเดือน บาท (รวมเงินค่าตอบแทนทุกประเภท)
8. จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยต่อสัปดาห์ในคลินิกหมอครอบครัวขยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และคลินิกหมอครอบครัวในเครือข่ายบริการปฐมภูมิแห่งอื่น
สังกัดเดียวกัน
 1) 40 ชั่วโมง (จันทร์-ศุกร์ 8-16 น.)
 2) 44 - 48 ชั่วโมง (จันทร์-ศุกร์ 8-16 น./เสาร์อาทิตย์ 8-12 น.)

ตอนที่ 2 บทบาทในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

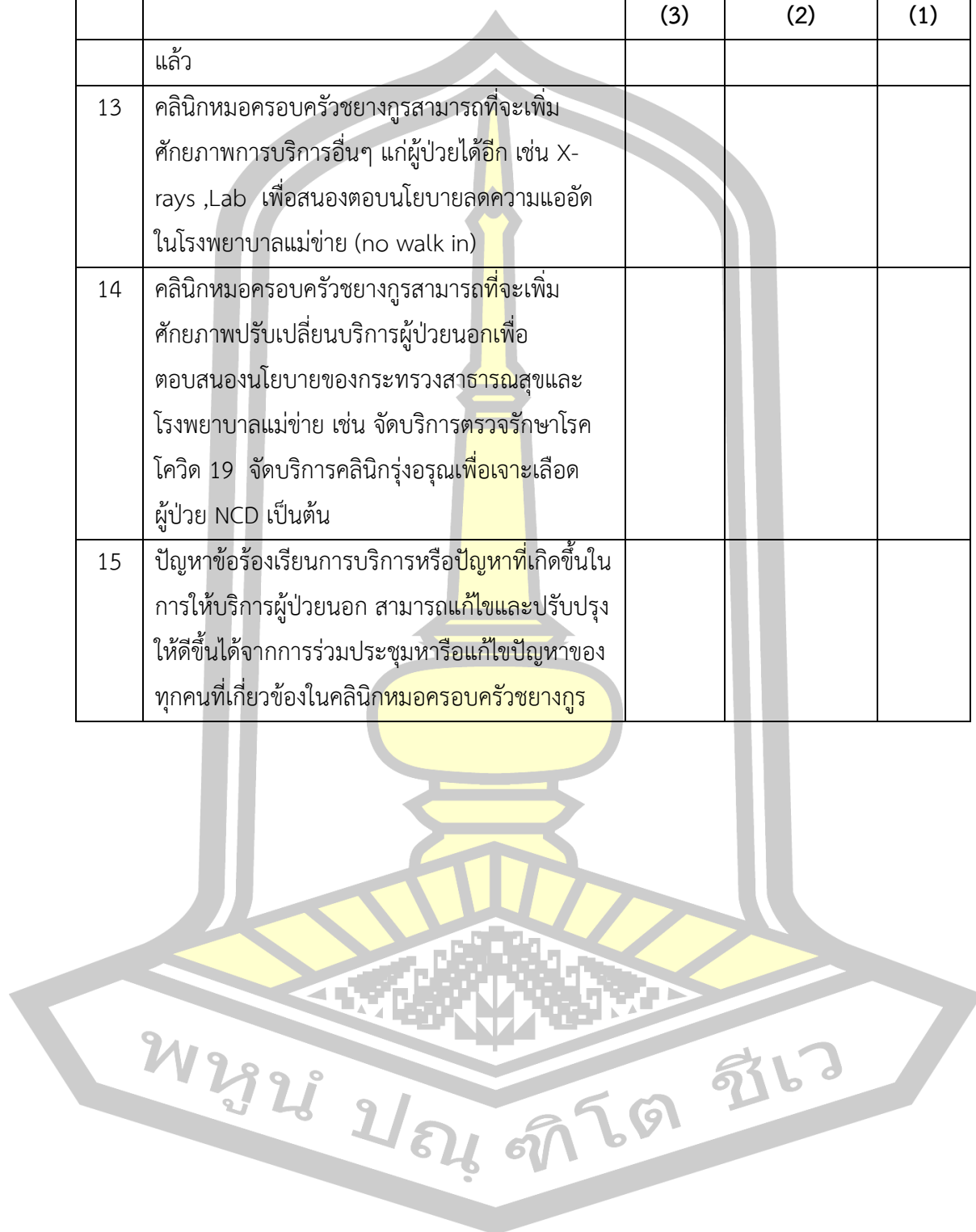
คำถาม : ท่านมีความคิดเห็นต่อบทบาทการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี อย่างไร

มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเฉยๆหรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้น
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น

ข้อ	บทบาทการบริการผู้ป่วยนอก	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
1	คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) ได้มีการประชุมพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวในเครือข่ายทุกแห่งอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ			
2	คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) มีการติดตามนิเทศกำกับงานการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูรสม่ำเสมอ			
3	การสนับสนุนในเรื่อง คน เงิน ของ ในงานบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูรจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีความสะดวก คล่องตัว สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันเหตุการณ์			
4	รูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูรได้รับการทบทวนและปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้นโดยทุกคนมีส่วนร่วมทุกระดับในทุกปี			
5	หัวหน้าคลินิกหมอครอบครัวและเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพได้มีการประชุมเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูรบ่อยครั้งใน			

ข้อ	บทบาทการบริการผู้ป่วยนอก	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
	ระยะแต่ละเดือน			
6	การพัฒนาปรับปรุงการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิก หมอครอบครัวชยางกูรส่วนมากมาจากความคิดเห็นของแพทย์ประจำคลินิกหมอครอบครัวมากที่สุด			
7	การพัฒนาปรับปรุงการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิก หมอครอบครัวชยางกูรส่วนมากมาจากความคิดเห็นของหัวหน้าคลินิกหมอครอบครัวมากที่สุด			
8	การพัฒนาปรับปรุงการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิก หมอครอบครัวชยางกูรส่วนมากมาจากความคิดเห็นของสหวิชาชีพเพื่อนร่วมงานทุกระดับและท่านมากที่สุด			
9	เจ้าหน้าที่ของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูรทุกคน ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบได้ถูกต้องตรงตามตำแหน่งสาขาวิชาชีพ			
10	แพทย์และสหวิชาชีพมีแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานต่างๆ ในการให้บริการที่มีความสอดคล้องและเป็นแนวทาง ทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาผู้ป่วย			
10	การบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร สามารถให้บริการผู้ป่วยได้แบบ One Stop Service ยกเว้นกรณีส่งต่อตามเกณฑ์กำหนดทางการแพทย์ป่งซี			
11	สถานที่ตั้งจุดบริการแต่ละงานบริการ เช่น ห้องฉีดยาทำแผล ห้องเก็บสิ่งส่งตรวจ ห้องตรวจรักษา ฯลฯ มีความเหมาะสมกับภาพรวมของการปฏิบัติงานทั้งหมด			
12	เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีในปัจจุบันสำหรับให้บริการผู้ป่วยนอกมีเพียงพอ ครบถ้วนตามศักยภาพของแพทย์และสหวิชาชีพในการให้บริการ			

ข้อ	บทบาทการบริการผู้ป่วยนอก	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
	แล้ว			
13	คลินิกหออกรับผู้ป่วยสามารถที่จะเพิ่มศักยภาพการบริการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยได้อีก เช่น X-rays ,Lab เพื่อสนองต่อนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่ข่าย (no walk in)			
14	คลินิกหออกรับผู้ป่วยสามารถที่จะเพิ่มศักยภาพปรับเปลี่ยนบริการผู้ป่วยนอกเพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น จัดบริการตรวจรักษาโรคโควิด 19 จัดบริการคลินิกรุ่งอรุณเพื่อเจาะเลือดผู้ป่วย NCD เป็นต้น			
15	ปัญหาข้อร้องเรียนการบริการหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการผู้ป่วยนอก สามารถแก้ไขและปรับปรุงให้ดีขึ้นได้จากการร่วมประชุมหารือแก้ไขปัญหาของทุกคนที่เกี่ยวข้องในคลินิกหออกรับผู้ป่วย			



ตอนที่ 3 ความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัว

ชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

คำถาม : ท่านมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัว

ชยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีอย่างไร

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเฉยๆหรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้น

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น

ข้อ	ความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอก	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
1	นโยบายและการบริหารงานการบริการผู้ป่วยนอกของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) เช่น การจัดบริการเพื่อรองรับสถานการณ์ภัยสุขภาพ การจัดคลินิกพิเศษต่างๆ การส่งให้ไปปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัวอื่นตามภารกิจมอบหมาย เป็นต้น			
2	มีขั้นตอนปฏิบัติงานแต่ละจุดและผู้รับผิดชอบในแต่ละจุดบริการผู้ป่วยนอกที่ชัดเจน สะดวก และได้ผลการปฏิบัติที่ดีต่อผู้รับและให้บริการ			
3	มีระบบจัดการให้การบริการผู้ป่วยนอกเป็นไปด้วยจำนวนที่เหมาะสมกับอัตรากำลัง และไม่มีภาระงานเกินกำลังแต่ละจุดบริการ			
4	มีการตรวจสอบการให้บริการที่ถูกต้องถูกคน ไม่เกิดความเสียหายขึ้นในการให้บริการ และใช้ระยะเวลาให้บริการที่เหมาะสมในแต่ละราย			
5	การปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนความรู้ เครื่องมือ และงบประมาณในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอจากโรงพยาบาลแม่ข่าย			
6	มีระบบรายงานปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่ทันเหตุการณ์ พร้อมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาได้ทัน			

ข้อ	ความพึงพอใจในการพัฒนา รูปแบบการบริการผู้ป่วยนอก	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
	สถานการณ์ด้วยดี			
7	มีวิธีการป้องกันและรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน			
8	มีรูปแบบการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีขณะรับบริการระหว่างผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ เช่น การสวัสดิการแนะนำการรับบริการในคลินิกหมอครอบครัว เป็นต้น			
9	ได้รับการดูแลเยี่ยมเยียนเสริมสร้างขวัญกำลังใจจากผู้บริหารในระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างสม่ำเสมอ (ไม่นับ รวมหัวหน้ากลุ่มงาน และรอง ผอ.ด้านภารกิจปฐมภูมิ)			
10	มีการจัดตารางปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลา ราชการให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับเป็นไปอย่างเสมอภาคกัน			
11	มีสถานที่ปฏิบัติให้บริการผู้ป่วยนอกเหมาะสม ไม่คับแคบ สะดวกสบาย			
12	มีสถานที่ทำงานและบริเวณห้องพักของเจ้าหน้าที่ทุกระดับเพียงพอ			
13	การปฏิบัติตัวระหว่างเพื่อนร่วมงานและสหวิชาชีพ ทุกคนเป็นไปด้วยความเป็นมิตรที่ดีต่อกัน			
14	มีค่าตอบแทนต่างๆที่เหมาะสมและเป็นธรรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ			



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ชุดที่ 2 แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

พหุบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ชุดที่ 2
แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

หน่วยรับตรวจ.....

ครั้งที่ 1 วันที่ตรวจ..... ครั้งที่ 2 วันที่ตรวจ.....

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ				
1	มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนอย่างน้อยเจ็ดคน แต่ไม่เกินสิบคน	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
2	มีแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2564 - 2575)	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
3	มีการจัดการทรัพยากรโดยการสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย ครอบคลุมงาน IT IC LAB เครื่องมือ บริการ เภสัชกรรม และ RDU/ คบส.	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
4	มีเวลาทำการไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง/วัน เป็นเวลา 5 วัน / สัปดาห์ หากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบ	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
5	มีระบบจัดการเรื่องร้องเรียน วิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รับฟังความคิดเห็น และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
6	มีแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคล	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่านทุกข้อ100%)		6		
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ				
ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ				
1	มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1คน หรือ แพทย์อื่น ซึ่งผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
2	มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2คนขึ้นไป	1 (มี) 0 (ไม่มี)		

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ชุดที่ 2
แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
3	มีผู้ประกอบการวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน 2 คนขึ้นไป	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
ด้านศักยภาพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ				
4	การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
5	การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
6	มีบริการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
7	มีระบบบริการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
8	จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรังระยะประคับประคอง และระยะท้ายของชีวิตตามกลุ่มวัย	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่านทุกข้อ100%)		8		
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม				
9	มีอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสม	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
10	สถานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
11	สถานที่บริการสะอาดมีความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีการแบ่งพื้นที่ใช้สอยการจัดบริการแต่ละด้านแยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
12	สถานที่ที่มีการระบายอากาศที่ดีมีแสงสว่างเพียงพอ	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
13	มีการจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารและภายในสถานที่ทำงานดำเนินการตามมาตรการ 5 ส	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่านทุกข้อ100%)		5		

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ชุดที่ 2
แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ				
14	มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้ข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการ	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
15	ให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้รับบริการอย่างครบถ้วน ได้แก่ ผลการวินิจฉัยโรค สาเหตุหรือที่มาของโรค แผนการรักษาโรค	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
16	มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
17	มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
18	มีระบบการส่งออกข้อมูลที่ครบถ้วนและไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
19	มีการคุ้มครองข้อมูลและการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
20	กรณีที่มีการส่งต่อผู้รับบริการ มีระบบข้อมูลการส่งต่อรับกลับของผู้รับบริการ	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
21	มีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
22	มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ	1 (มี) 0 (ไม่มี)		
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่านทุกข้อ100%)		9		

แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ				
23	การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)	5 (มี) 0 (ไม่มี)		
24	การจัดบริการในสถานบริการ ได้แก่ 1) OPD 2) ER 3) ANC 4) NCD (DM, HT, Stroke, CKD) 5) WCC 6) ให้การคำปรึกษาด้านสุขภาพ	5 (มี) 0 (ไม่มี)		
25	การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ ทันตกรรม	5 (มี) 0 (ไม่มี)		
26	การจัดบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด	5 (มี) 0 (ไม่มี)		
27	การจัดบริการในชุมชน ได้แก่ 1) COC: LTC (4 กลุ่มเป้าหมาย) 2) SRRT	5 (มี) 0 (ไม่มี)		
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่าน 80%) >= 48		60		
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข				
28	บุคลากร 1) มีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักและรอง 2) ผู้ปฏิบัติงานฯ ต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟู 3) มีที่ปรึกษาทางวิชาการ	4 (มี) 0 (ไม่มี)		
29	พื้นที่ปฏิบัติงาน 1) มีพื้นที่ปฏิบัติการเพียงพอ มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติการ ออกจากพื้นที่งานอื่น 2) มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็น	4 (มี) 0 (ไม่มี)		

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ชุดที่ 2

แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
30	วัสดุหน้ายาและเครื่องมือทดสอบ			
	วัสดุหน้ายา	4 (มี)		
	1) มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดหน้ายาทดสอบ	0 (ไม่มี)		
	2) มีการบันทึกหมายเลขการผลิต (Lot number) ระบุวันเริ่มใช้ วันหมดอายุ			
	เครื่องมือทดสอบ	4 (มี)		
	1) มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ	0 (ไม่มี)		
	2) มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือ หรือใช้แผนสอบเทียบรวม			
	3) มีบันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษา เครื่องปั่น Hematocrit เป็นปัจจุบัน			
	4) มีบันทึกการสอบเทียบนาฬิกาจับเวลาชนิด มีสัญญาณเตือนที่เป็นปัจจุบัน			
	5) มีบันทึกการบำรุงรักษาเครื่อง glucose meter ที่เป็นปัจจุบัน			
	6) อุปกรณ์การตรวจ Hematocrit มีความพร้อม			
	7) มีอุปกรณ์เจาะเลือด เข็มเจาะปลายนิ้ว			
31	ขั้นตอนก่อนการทดสอบ	4 (มี)		
	1) มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดง วิธีการเก็บแต่ละชนิด	0 (ไม่มี)		
	2) ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน			
	3) ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย วัน เวลาที่เก็บตัวอย่าง หน่วยงาน			
32	ขั้นตอนการทดสอบ *	4 (มี)		
	มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิด ให้บริการ	0 (ไม่มี)		

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ชุดที่ 2
แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
33	การประกันคุณภาพการทดสอบ *	4 (มี)		
	1) มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 2) ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter lab) 3) กรณีที่พบว่าผลการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกออกนอกเกณฑ์ มีการหาสาเหตุดำเนินการแก้ไขและกำหนด มาตรการป้องกัน	0 (ไม่มี)		
34	การประกันคุณภาพการทดสอบ	4 (มี)		
	1) มีทะเบียนบันทึกผลการทดสอบ จัดทाराายงาน ผลการทดสอบ กรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมี บันทึกการรายงานค่าวิกฤติ 2) กรณีส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องมี ระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจและผลการ ตรวจใบรายงานผลการทดสอบ	0 (ไม่มี)		
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่าน 80%) ≥ 32		40		
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดการเภสัชกรรม และงานคุ้มครองผู้บริโภค				
35	ด้านการจัดการบริการเภสัชกรรม (RDU)			
	1) การบริหารจัดการระบบยา การบริหารจัดการระบบยาโดยการมีส่วนร่วมของ เภสัชกร รพ.แม่ข่าย กับ รพ.สต.	4 (มี) 0 (ไม่มี)		
36	2) การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมี คุณภาพ 1) มียาใช้อย่างเหมาะสม และเพียงพอ 2) มีการเฝ้าระวังการใช้ยาในหน่วยงาน	4 (มี) 0 (ไม่มี)		

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ชุดที่ 2
แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
37	คลังยาและเวชภัณฑ์ 1) มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและเหมาะสม	4 (มี) 0 (ไม่มี)		
	2) มีการควบคุมสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐาน			
	3) การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์			
	4) การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ			
	5) มีระบบการควบคุมยาหมดอายุ			
	6) ตู้เย็นเก็บยา ตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน)			
38	การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุสมผล			
	1) มีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง			
	2) มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล			
	3) มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล			
	4) มีการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน			
39	งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)			
	1) การบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภค			
	2) มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวัง อาหารสด อาหารแปรรูป			
	3) ร้านค้า/ร้านชำ และบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย			
	4) ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
	5) มีการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค			
	6) เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ มีส่วนร่วม			
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่าน 80%) >= 65				

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ชุดที่ 2

แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ				
40	การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร	5 (มี)		
	1. มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อใน รพ.สต. คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกัน	0 (ไม่มี)		
	การดำเนินงาน	5 (มี)		
	1 ระบบการเฝ้าระวัง	0 (ไม่มี)		
	2 การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี			
	3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค			
	4 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัส			
	5 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล			
	6 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน			
41	การจัดการมูลฝอยทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะ	5 (มี)		
	1 มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย และนำไปกำจัดตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด	0 (ไม่มี)		
42	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	5 (มี)		
	1 บุคลากร (มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบผ่านอบรม)	0 (ไม่มี)		
	2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ			
	3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ			
	4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ			
	5 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ			
คะแนนรวม (เกณฑ์กำหนดให้ผ่าน 80%) >= 52		65		



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ชุดที่ 3

แบบสอบถามในการวิจัยใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก

ในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชายางกูร

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

พหุบัณฑิต โท ซิว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ชุดที่ 3
แบบสอบถามในการวิจัยใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก
ในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

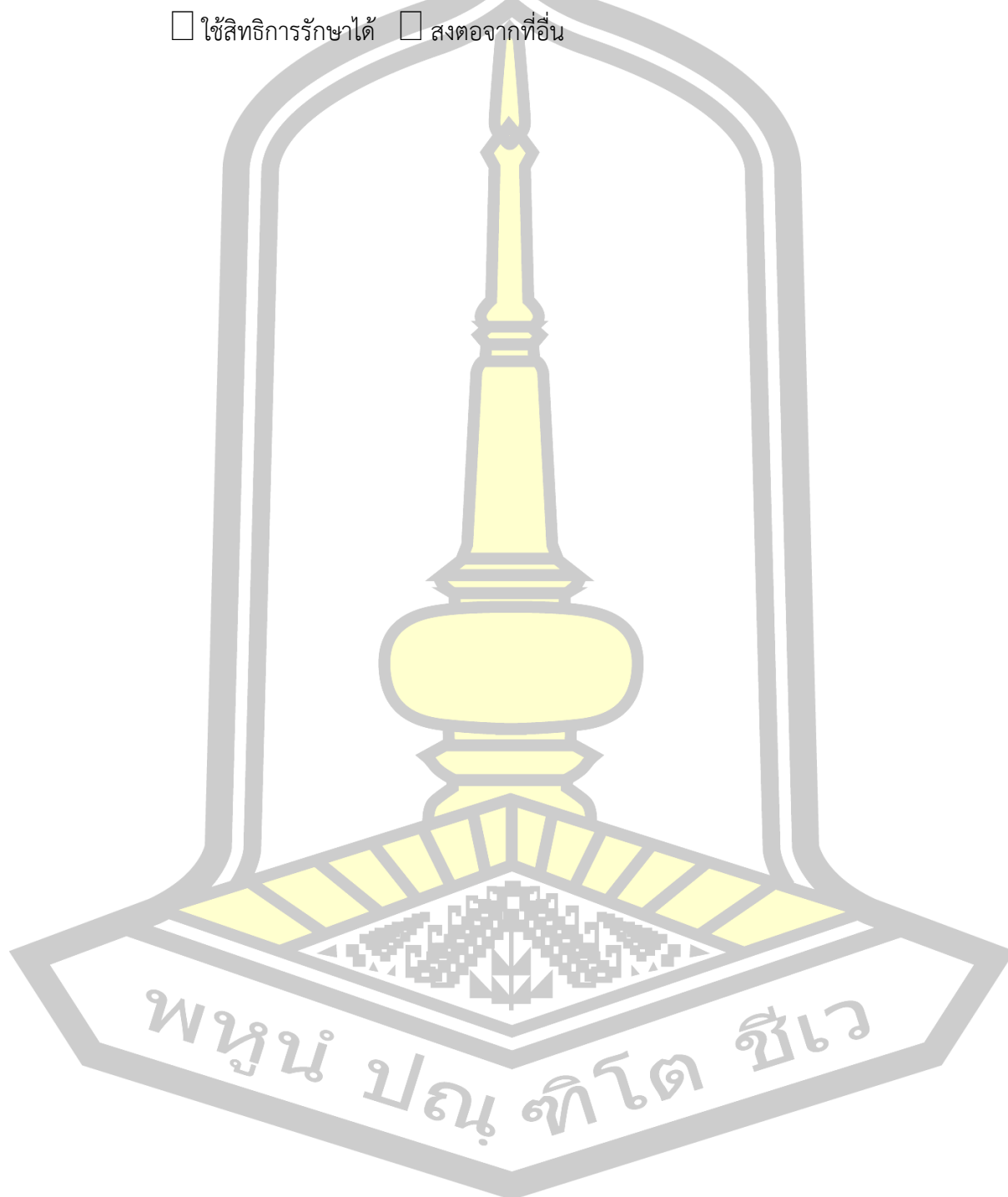
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง และเติมค่าในช่องว่าง.....หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุปี
3. อาชีพ
 - 1) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ 2) พนักงานบริษัทเอกชน 3) ค้าขาย
 - 4) รับจ้างทั่วไป 5) แม่บ้าน/ธุรกิจส่วนตัว
4. สถานะการรับบริการ
 - 1) ผู้ป่วย 2)ญาติ 3) เพื่อน/ผู้นำพามารับบริการ
5. ระดับการศึกษา
 - 1) ประถมศึกษา 2) มัธยมศึกษาตอนต้น 3) มัธยมศึกษาตอนปลาย
 - 4) ปวส./อนุปริญญา 5)ปริญญาตรี 6)ปริญญาโท
6. เหตุที่ต้องมารับบริการในคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร
 - 1) ฉีดยา/ทำแผล 2) มาตามนัด 3) เจ็บป่วยฉุกเฉิน
 - 4) ส่งต่อการรักษาจากที่อื่น 5) เจาะเลือด/ส่งส่งตรวจทางการแพทย์
 - 6) ภาวะภาพ 7) แพทย์แผนไทย
 - 8) อื่นๆ เช่น ขอใบส่งต่อการรักษา/งานย้ายสิทธิบัตร
8. เขตพื้นที่อาศัย
 - 1) ในเขตพื้นที่บริการของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร
 - 2) นอกเขตพื้นที่บริการของคลินิกหมอครอบครัวขยายงูร แต่อยู่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี
 - 3) นอกเขตพื้นที่เขตเทศบาลนครอุบลราชธานี
9. สิทธิการรักษา
 - 1) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30บาท) ขรก./รัฐวิสาหกิจ 3) อปท.
 - 4) ประกันสังคม

10. สาเหตุที่เลือกใช้บริการของคลินิกหมอครอบครัวช่างกูร

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ชื่อเสียงที่ดี | <input type="checkbox"/> มีแพทย์เฉพาะทาง | <input type="checkbox"/> เดินทางสะดวก |
| <input type="checkbox"/> มีคนแนะนำ | <input type="checkbox"/> บริการดี รวดเร็ว | <input type="checkbox"/> มีเครื่องมือเพียงพอให้บริการ |
| <input type="checkbox"/> ใช้สิทธิการรักษาได้ | <input type="checkbox"/> สงต่อจากที่อื่น | |



แบบสอบถามความพึงพอใจในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

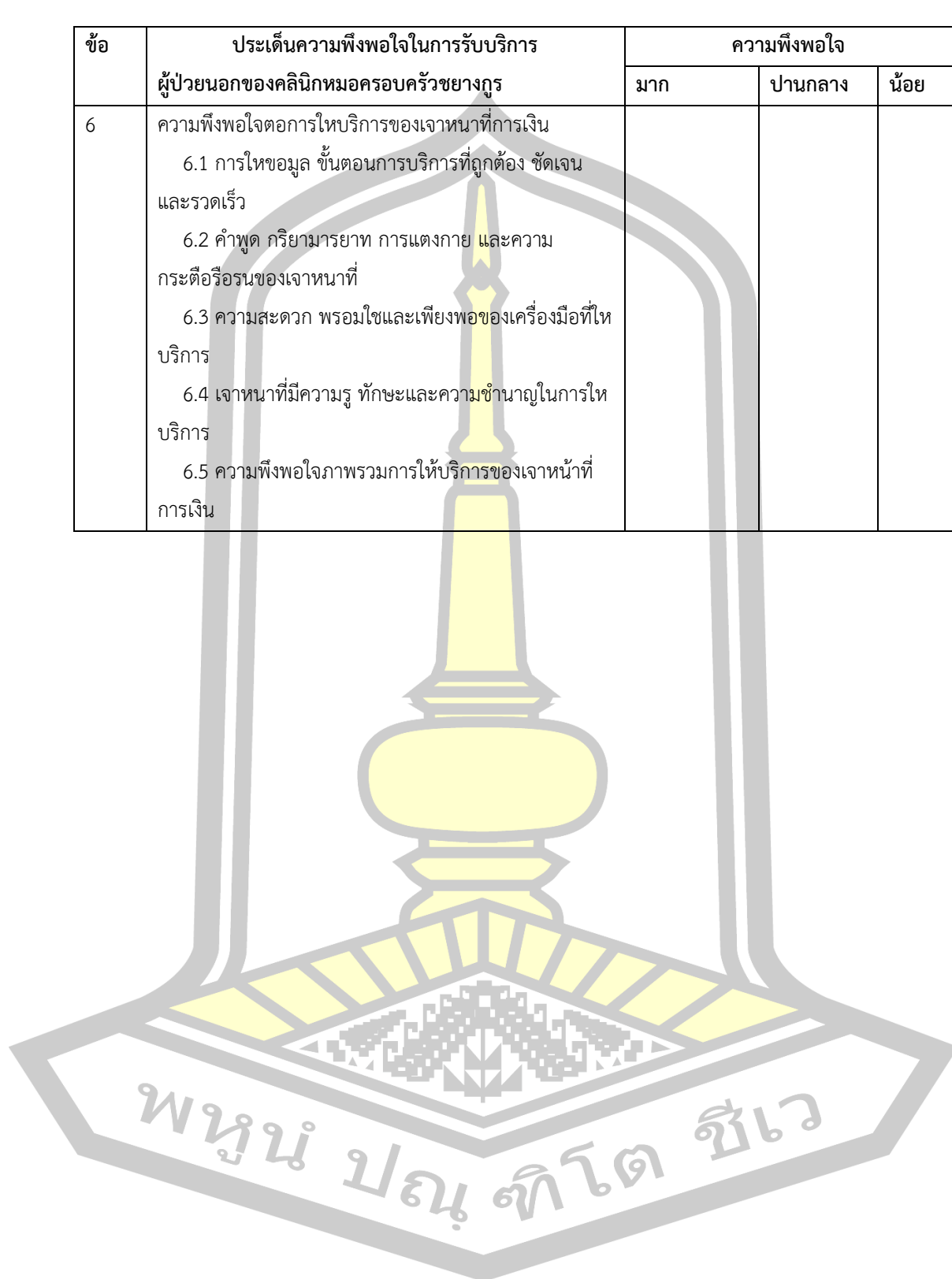
คำถาม : ท่านมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูรโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีอย่างไร

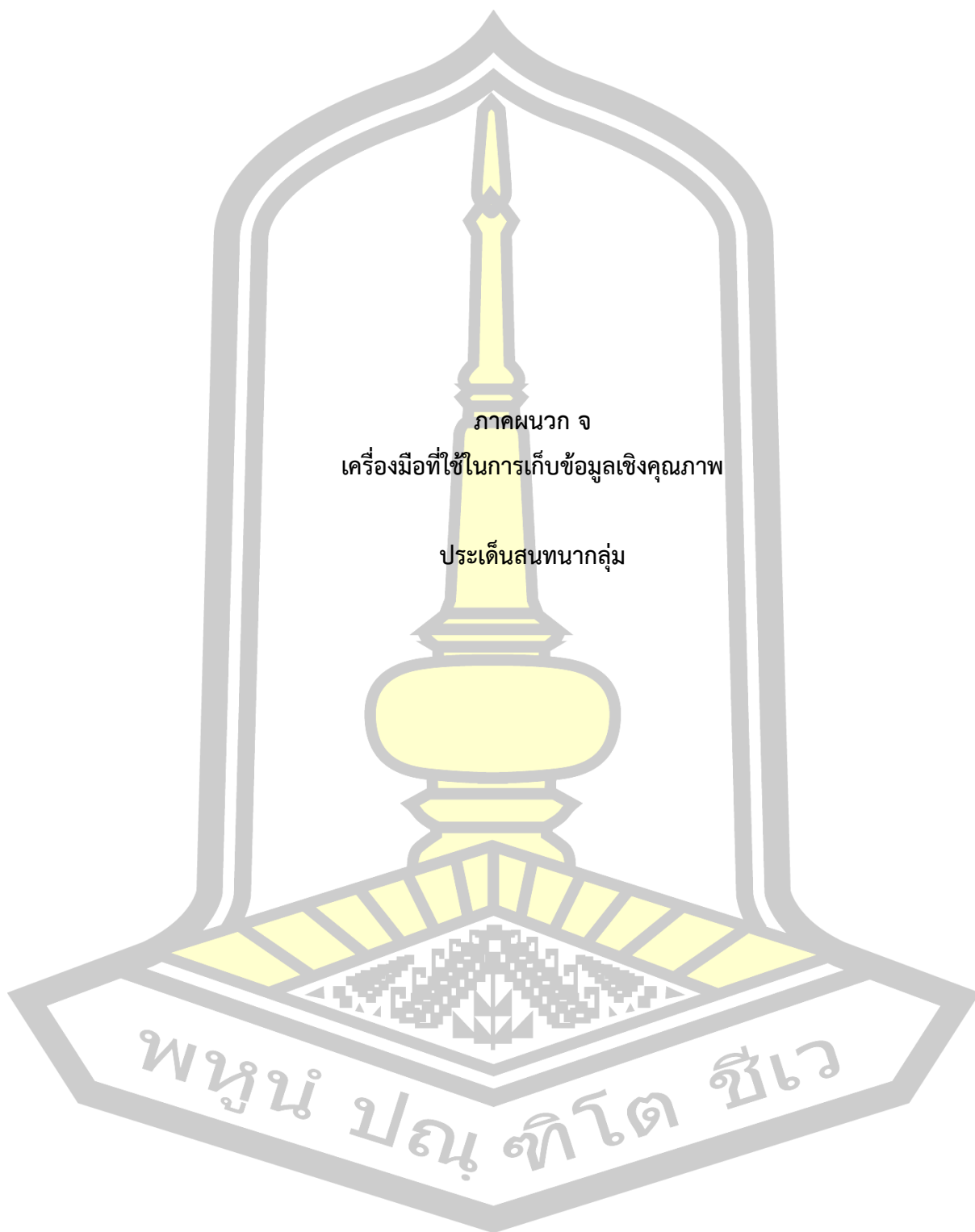
มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเฉยๆหรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้น
น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น

ข้อ	ประเด็นความพึงพอใจในการรับบริการ ผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวชยางกูร	ความพึงพอใจ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1	<p>การให้บริการตรวจรักษาของแพทย์</p> <p>1.1 ระยะเวลาการรอคอยการตรวจรักษาของแพทย์</p> <p>1.2 การพูดจาดูแลเอาใจใส่ อธิบายดีไม่ตรี การแต่งกาย และกริยามารยาท</p> <p>1.3 การให้ขอมูลการเจ็บป่วยและรักษา ตอบข้อซักถาม เพียงพอ จนผู้รับบริการเข้าใจ</p> <p>1.4 ความสะอาดพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือ การแพทย์</p> <p>1.5 ความน่าเชื่อถือในการตรวจรักษา วินิจฉัยโรคของ แพทย์</p> <p>1.6 ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของแพทย์</p>			
2	<p>การให้บริการของพยาบาล</p> <p>2.1 การได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว และชัดเจน</p> <p>2.2 การให้บริการตามลำดับก่อน - หลัง และความเสมอภาคในการรักษาพยาบาล</p> <p>2.3 การแต่งกาย กริยามารยาท และพฤติกรรมกรบริการของ ผู้ให้บริการ</p> <p>2.4 การสื่อสาร ประสานงาน ให้ข้อมูล และตอบข้อ ซักถาม</p> <p>2.5 ความสะอาดพร้อมใช้ และเพียงพอของเครื่องมือ การแพทย์</p> <p>2.6 ได้รับการที่ตรงความต้องการ ถูกต้อง ครบถ้วน</p> <p>2.7 ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของพยาบาล</p>			

ข้อ	ประเด็นความพึงพอใจในการรับบริการ ผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครบศรวิชายางกูร	ความพึงพอใจ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
3	<p>ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่บริการ ด้านหน้า</p> <p>3.1 เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล อธิบายขั้นตอนการบริการที่ถูกต้อง ชัดเจนและรวดเร็ว</p> <p>3.2 คำพูด กิริยามารยาท การแต่งกาย และความกระตือรือ รณของเจ้าหน้าที่</p> <p>3.3 ความสะอาด พรอมใส และเพียงพอของเครื่องมือให้บริการ</p> <p>3.4 การได้รับข้อมูลคำอธิบายตรงความต้องการ</p> <p>3.5 ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของเจ้าหน้าที่บริการ ด้านหน้า</p>			
4	<p>ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน (ห้องบัตร)</p> <p>4.1 เจ้าหน้าที่ให้บริการแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่รวดเร็ว ละ ถูกต้อง</p> <p>4.2 คำพูด กิริยามารยาท การแต่งกาย และความ กระตือรือร้นของเจ้าหน้าที่</p> <p>4.3 ความสะอาด พรอมใสและเพียงพอ ของเครื่องมือที่ใ ให้บริการ</p> <p>4.4 การได้รับข้อมูล คำอธิบายตรงความต้องการ</p> <p>4.5 ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของเจ้าหน้าที่งานเวช ระเบียน</p>			
5	<p>ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ห้องฉายยา</p> <p>5.1 การให้ข้อมูล ขั้นตอนการบริการที่ถูกต้อง ชัดเจน และรวดเร็ว</p> <p>5.2 คำพูด กิริยามารยาท การแต่งกาย และความ กระตือรือรณของเจ้าหน้าที่</p> <p>5.3 ความสะอาด พรอมใสและเพียงพอของเครื่องมือที่ใ ให้บริการ</p> <p>5.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้ สามารถให้คำแนะนำ รายละเอียดการฉายยาแก่ผู้รับบริการ</p> <p>5.5 ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ห้องยา</p>			

ข้อ	ประเด็นความพึงพอใจในการรับบริการ ผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวยางกูร	ความพึงพอใจ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
6	<p>ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่การเงิน</p> <p>6.1 การให้ข้อมูล ขั้นตอนการบริการที่ถูกต้อง ชัดเจน และรวดเร็ว</p> <p>6.2 คำพูด กริยามารยาท การแต่งกาย และความกระตือรือร้นของเจ้าหน้าที่</p> <p>6.3 ความสะอาด พรอมใสและเพียงพอของเครื่องมือที่ให้บริการ</p> <p>6.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้ ทักษะและความชำนาญในการให้บริการ</p> <p>6.5 ความพึงพอใจภาพรวมการให้บริการของเจ้าหน้าที่การเงิน</p>			





ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประเด็นสนทนากลุ่ม

พหุ ประถม ชาติ ชีวะ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

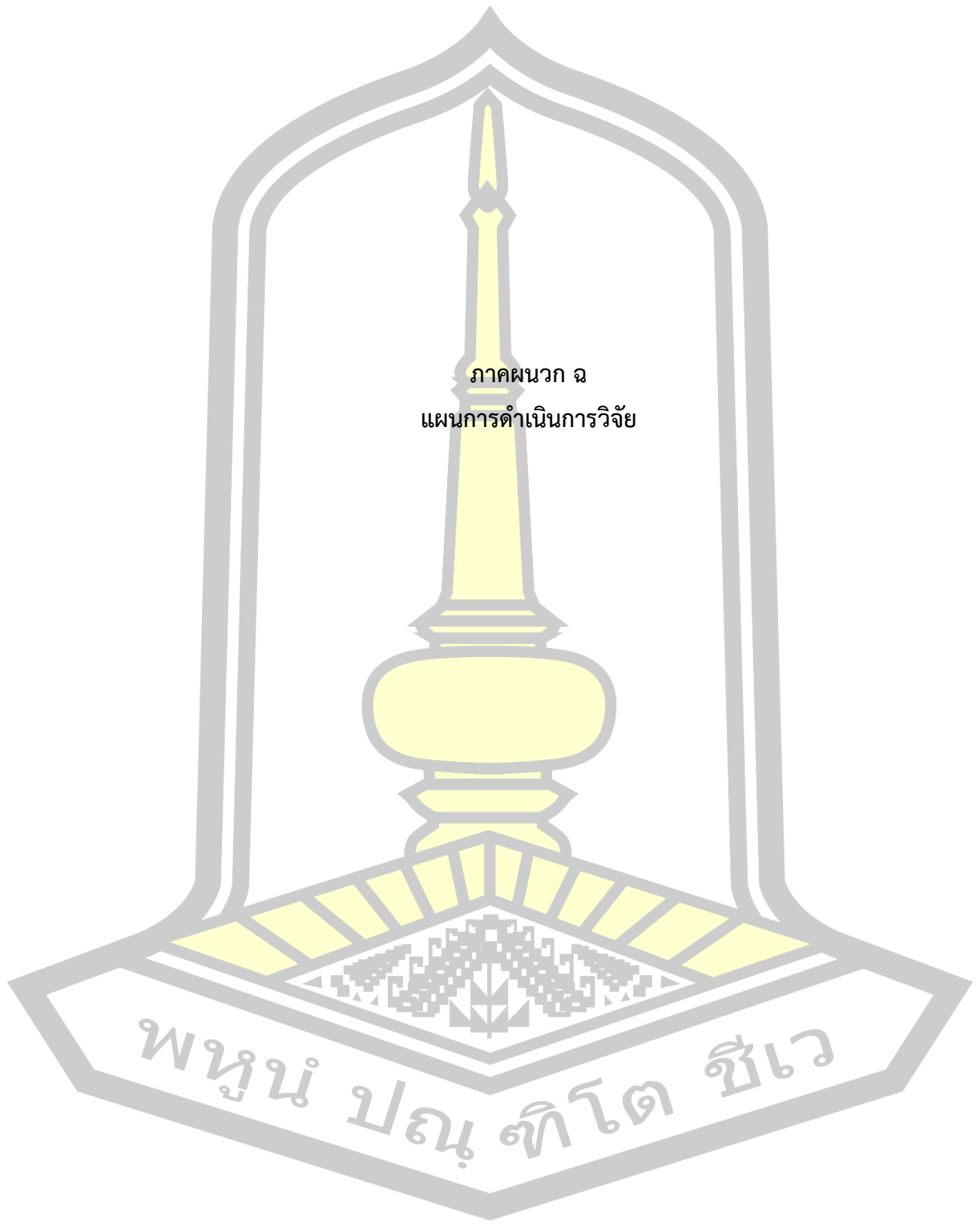
ประเด็นสนทนากลุ่ม

การค้นหาปัญหาและแนวทางพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกคลินิกหออครอบครัวขยายกรุง

วันที่/...../.....

ตอนที่ 1 หัวข้อของการสนทนา

หมวด	แนวคำถาม
1. ด้านระบบบริหารจัดการ	1. ท่านคิดว่าระบบบริหารจัดการการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุง มีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อะไรคือสาเหตุ แนวทางใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำไปปฏิบัติ
2. ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	2. ท่านคิดว่าการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุง มีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อะไรคือสาเหตุ แนวทางใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำไปปฏิบัติ
3. ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	3. ท่านคิดว่า สถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุงมีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อะไรคือสาเหตุ แนวทางใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำไปปฏิบัติ
4. ด้านระบบสารสนเทศ	4. ท่านคิดว่า ระบบสารสนเทศของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุงมีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อะไรคือสาเหตุ แนวทางใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำไปปฏิบัติ
5. ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	5. ท่านคิดว่าด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุงมีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อะไรคือสาเหตุ แนวทางใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำไปปฏิบัติ
6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	6. ท่านคิดว่า ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุงมีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อะไรคือสาเหตุ แนวทางใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำไปปฏิบัติ
7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม (RDU)	ท่านคิดว่า ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม (RDU)ของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุงมีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อะไรคือสาเหตุ แนวทางใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำไปปฏิบัติ
8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	ท่านคิดว่า ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของคลินิกหออครอบครัวขยายกรุงมีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อะไรคือสาเหตุ แนวทางใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำไปปฏิบัติ



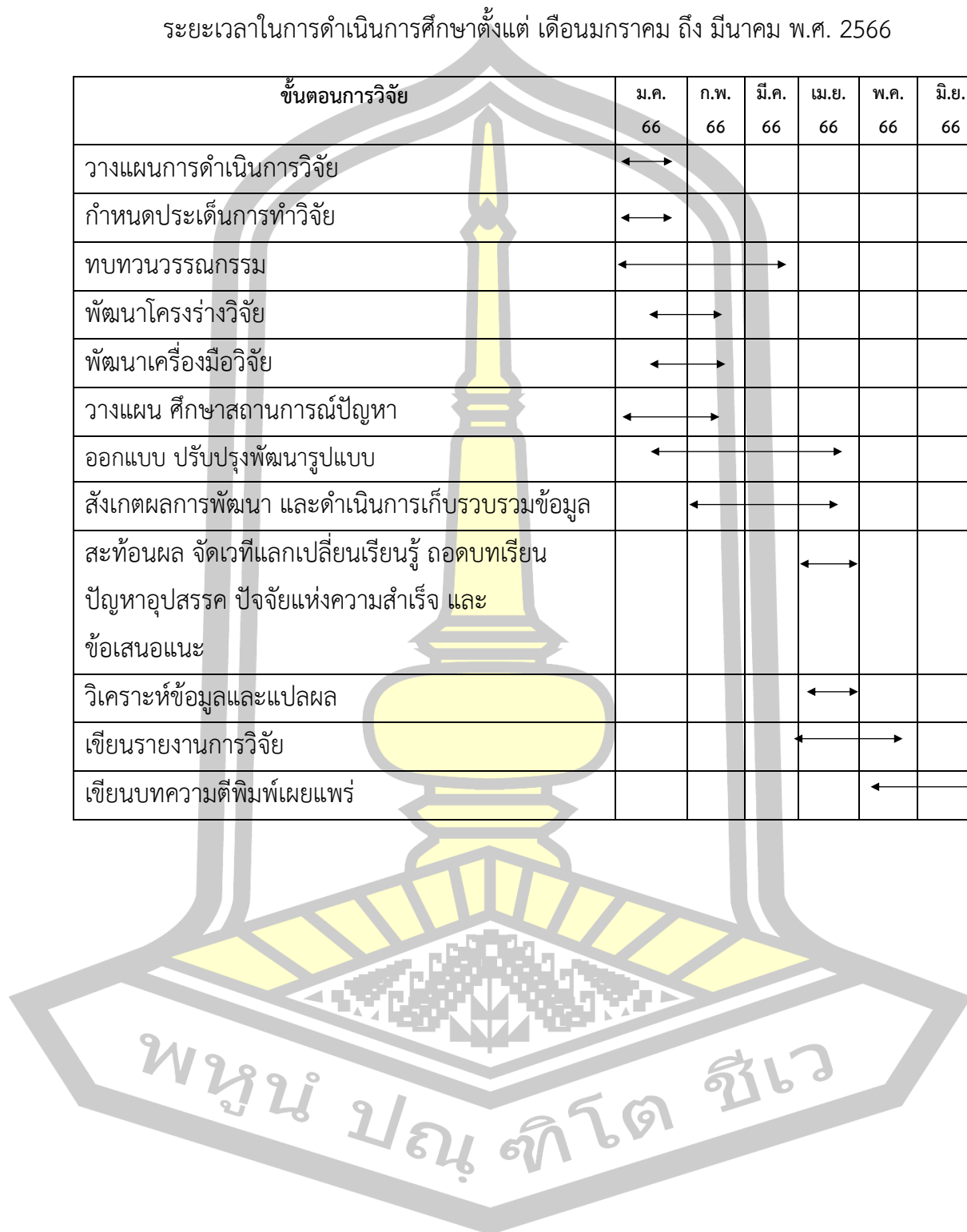
ภาคผนวก ฉ
แผนการดำเนินการวิจัย

พหุ ประถม ชาติ ชีวะ

แผนการดำเนินการวิจัย

ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566

ขั้นตอนการวิจัย	ม.ค. 66	ก.พ. 66	มี.ค. 66	เม.ย. 66	พ.ค. 66	มิ.ย. 66
วางแผนการดำเนินการวิจัย	←→					
กำหนดประเด็นการทำวิจัย	←→					
ทบทวนวรรณกรรม	←→		→			
พัฒนาโครงร่างวิจัย	←→					
พัฒนาเครื่องมือวิจัย	←→					
วางแผน ศึกษาสถานการณ์ปัญหา	←→					
ออกแบบ ปรับปรุงพัฒนารูปแบบ	←→		→			
สังเกตผลการพัฒนา และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล		←→		→		
สะท้อนผล จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และ ข้อเสนอแนะ				←→		
วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล				←→		
เขียนรายงานการวิจัย				←→	→	
เขียนบทความตีพิมพ์เผยแพร่					←→	→



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายพนา มิ่งไชย
วันเกิด	วันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2513
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 53 หมู่ 9 ตำบลประทุม อำเภอมือเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอมือเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2523 ประถมศึกษา โรงเรียนวัดศรีอุบลรัตนาราม อำเภอมือเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2526 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอัสสัมชัญ อำเภอมือเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2529 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนารีนุกูล อำเภอมือเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2533 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พจนัน ปณฺ ทิโต ชีเว



พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว