



รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

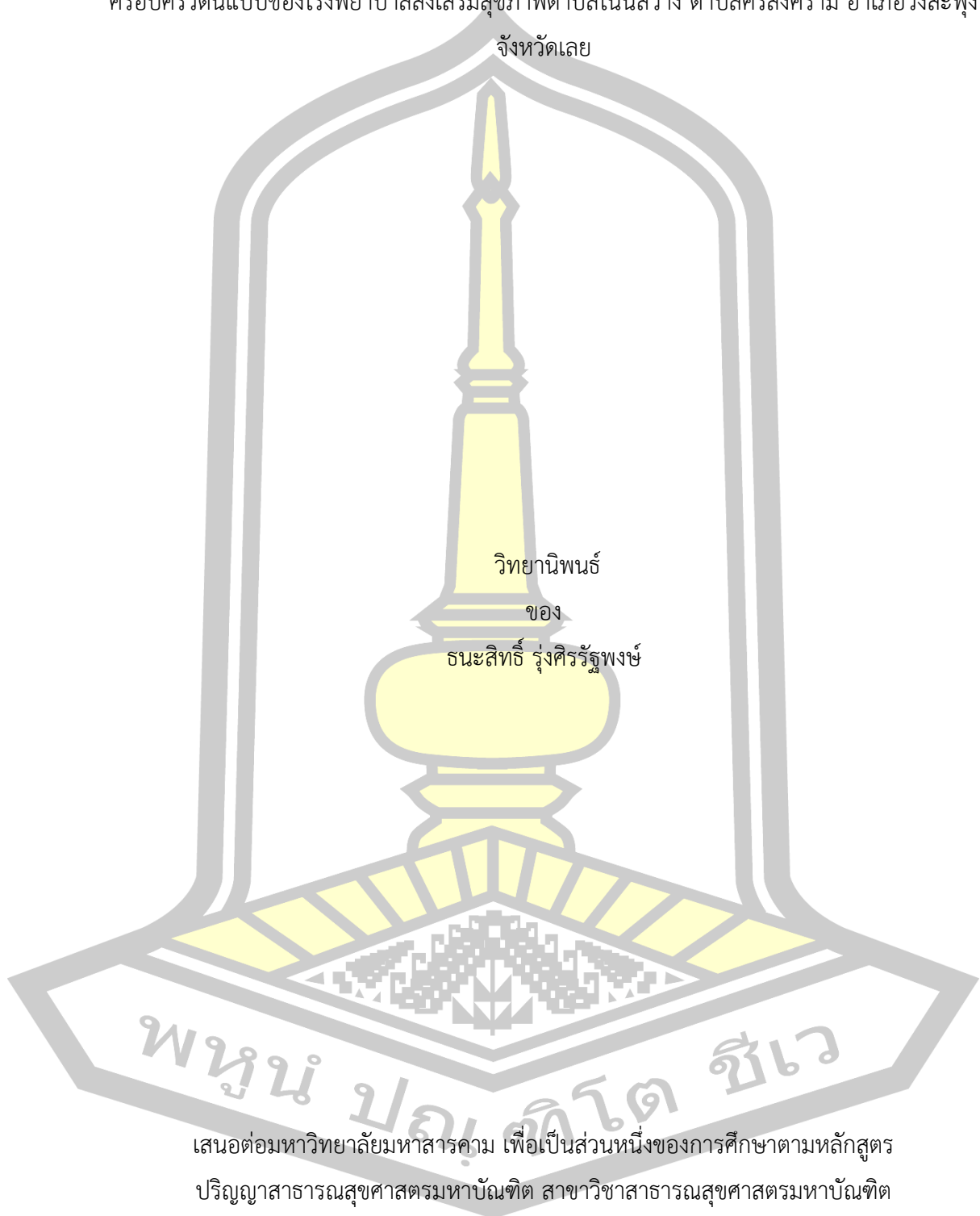
วิทยานิพนธ์
ของ
ธนะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มกราคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง

จังหวัดเลย



วิทยานิพนธ์

ของ

ธนะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์

พูน ปลูกดีโต ชีเว

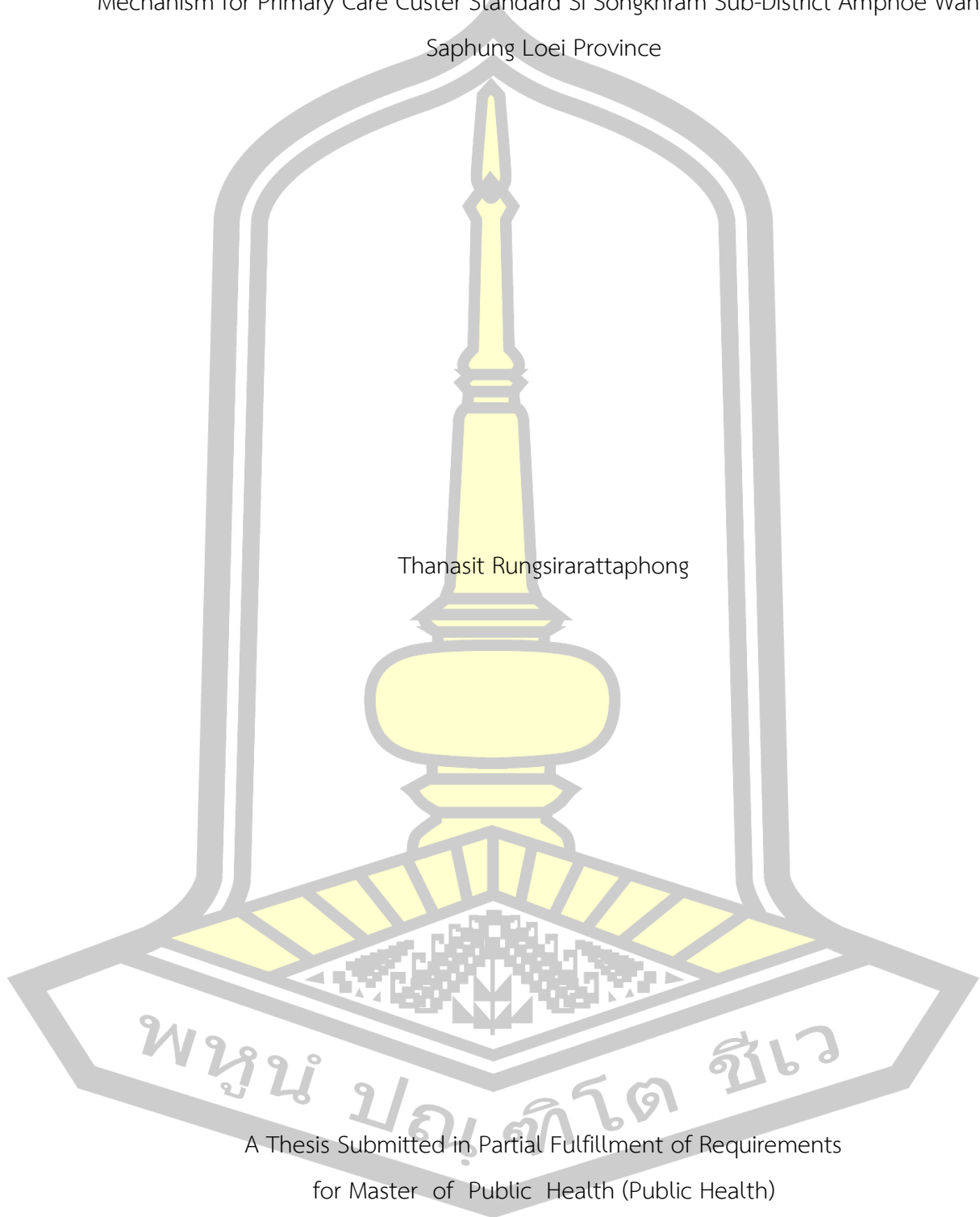
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มกราคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Quality Management Model of Primary Care Custer by Community Participation
Mechanism for Primary Care Custer Standard Si Songkhram Sub-District Amphoe Wang
Saphung Loei Province

Thanasit Rungsirarattaphong



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

January 2021

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายธนะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วงศา เล้าหศิริวงศ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. กฤษณ์ ขุนลิก)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย		
ผู้วิจัย	ธนะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กฤษณ์ ขุนลิก		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2564

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหออกรับ ได้แก่ ภาคการเมือง จำนวน 5 คน ภาควิชาการ จำนวน 29 คน และภาคประชาชน จำนวน 16 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Paired t-test dependent และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนามี 11 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) จัดตั้งทีมหออกรับ 2) ศึกษาบริบทคลินิกหออกรับ 3) วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ระบุปัญหา หาสาเหตุแท้จริง และตั้งเป้าหมายร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน 4) เลือกแนวทางแก้ปัญหาพัฒนาระบบบริหารจัดการคลินิกหออกรับ กำหนดแผนปฏิบัติการ 5) ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหออกรับ ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (ก่อน) 6) ประชุมเชิงปฏิบัติการตามเกณฑ์คลินิกหออกรับต้นแบบ (3S) 7) ปฏิบัติตามแนวทางคลินิกหออกรับ 8) นิเทศติดตาม/สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน 9) สรุปประเด็นและประเมินผลการดำเนินงาน 10) ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหออกรับ ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (หลัง) 11) สรุปผล

การดำเนินงาน ถอดบทเรียนตามรูปแบบ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรคการดำเนินงานและ โอกาสพัฒนา กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอ ครอบครั้ว ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ของกลุ่มเป้าหมายใน ระยะก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความ เชื่อมั่น 95% การดำเนินงานครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบเบื้องต้นในการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพ คลินิกหมอครอบครั้วโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครั้วต้นแบบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย โดยกลไก การมีส่วนร่วมของทีมคลินิกหมอครอบครั้ว

สรุป ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครั้วโดย กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครั้วต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโนนสว่าง เกิดขึ้นได้จากกลไกการมีส่วนร่วมของทีมคลินิกหมอครอบครั้วทุกภาคส่วน ทั้งการมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วม ในการประเมินผล

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของชุมชน, คลินิกหมอครอบครั้ว



TITLE	The Quality Management Model of Primary Care Custer by Community Participation Mechanism for Primary Care Custer Standard Si Songkhram Sub-District Amphoe Wang Saphung Loei Province		
AUTHOR	Thanasit Rungsirattaphong		
ADVISORS	Associate Professor Songkramchai Leethongdee , Ph.D. Assistant Professor Kris Khunluek , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2021

ABSTRACT

This is an action research. The objectives of the research were to study The Quality Management Model of Primary Care Cluster (PCC) by Community Participation Mechanism for Primary Care Cluster Standard at Non Sawang Health Promoting Hospital, Si Songkhram Sub-District ,Wang Saphung District, Loei Province. The target group are those involved in Primary Care Cluster by order to appoint a Primary Care Cluster committee, consisting of 5 political parties, 29 academic departments and 16 public sector, a total of 50 people, collecting both quantitative and qualitative data. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation. Compared between before and after development of the model with Paired t-test dependent statistic and content analysis.

The results showed that The development process has 11 steps consisting of 1) Establishing a Primary Care Cluster team 2) Studying the context of the Primary Care Cluster 3) Analyzing issues, identifying problems, finding real causes And set goals for joint planning of operations. 4) Select solutions to problems, develop administrative systems, Organize Primary Care Cluster Establish an action plan. 5) Assess knowledge and understanding about Primary Care Cluster operations.

Operational satisfaction and participation in operations (before) 6) Workshop on the Family Doctor Clinic criteria (3S) 7) Follow the Primary Care Cluster guidelines 8) Supervision, follow up / support, Observe operations. 9) Summary of issues and assess operations. 10) Assess knowledge and understanding about Primary Care Cluster operations. Operational satisfaction and participation in operations (after) 11) Summary of operations and take lesson learned; according to the model, the success, the problems, the obstacles of operations and the development opportunities. The results of the development model were that found the knowledge and understanding about Primary Care Cluster operations , the operational satisfaction and participation in operations of target group between before development were significantly different from after development with statistically significant different at 95% confidence level. This action research can give the model of development of a Quality Management Model of Primary Care Cluster by Community Participation Mechanism for Primary Care Cluster Standard at Non Sawang Health Promoting Hospital Si Songkhram Sub-District Wang Saphung District, Loei Province by Participation Mechanism for Primary Care Cluster (PCC).

Conclusion, the succeed of the development of a Quality Management Model of PCC by Community Participation Mechanism for to be Primary Care Cluster Standard Occurred by the participation mechanism of the Primary Care Cluster team from all of sector. Including; the participation decision, the Participatation in the operated working, the Participation in receiving benefits and the participatation in the evaluation.

Keyword : Community participation, Primary Care Custer

พญ. ปณ. ที.โต ชีเว

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดีศกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษณ์ ขุนลิก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ท่านได้กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำในการวิจัย รวมทั้งตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จสมบูรณ์ได้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการวิจัยรวมทั้งตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการคลินิกหออกรับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยและเสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบรูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ในการศึกษาวิจัยนี้เป็นอย่างดี

สุดท้าย ขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่านที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จด้วยดี

ธนะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์

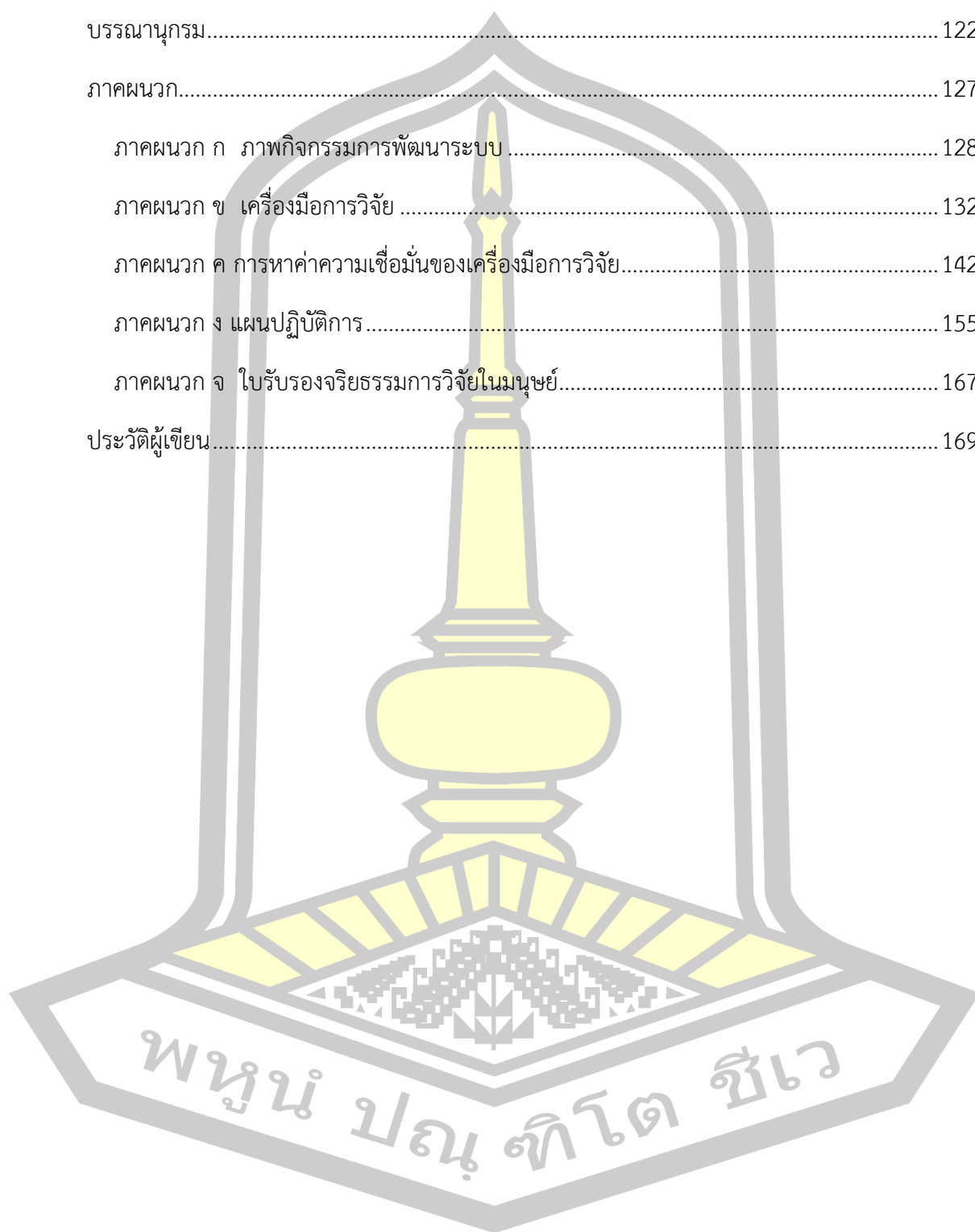
พูน ปณ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามในการวิจัย.....	3
1.3 ความมุ่งหมายในการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง.....	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	7
2.1 ข้อมูลและบริบทของพื้นที่.....	7
2.2 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ.....	16
2.3 ความรู้เกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัว.....	30
2.4 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม.....	47
2.5 แนวคิดการบริหารจัดการคุณภาพหน่วยบริการ.....	54
2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	73
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	78

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	81
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	82
3.1 รูปแบบการวิจัย	82
3.2 ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย.....	83
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	86
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	88
3.5 ขั้นตอนการวิจัย	90
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	91
3.7 การประเมินผลการดำเนินงานวิจัย.....	92
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	92
3.9 จริยธรรมในการวิจัย.....	93
บทที่ 4 ผลการวิจัย	95
4.1 บริบทคลินิกหออกรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง	95
4.2 รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็น คลินิกหออกรับต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรี สงคราม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเลย	108
4.3 ผลของการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็น คลินิกหออกรับต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรี สงคราม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเลย	109
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วย โดย กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเลย	114
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	117
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	117
5.2 อภิปรายผล.....	119

5.4 ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป.....	121
บรรณานุกรม.....	122
ภาคผนวก.....	127
ภาคผนวก ก ภาพกิจกรรมการพัฒนาระบบ.....	128
ภาคผนวก ข เครื่องมือการวิจัย.....	132
ภาคผนวก ค การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือการวิจัย.....	142
ภาคผนวก ง แผนปฏิบัติการ.....	155
ภาคผนวก จ ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	167
ประวัติผู้เขียน.....	169



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษา	84
ตารางที่ 2 สรุปแนวทางการแก้ปัญหาพัฒนาระบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออโรคอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออโรคอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย.....	103
ตารางที่ 3 สรุปแผนปฏิบัติการพัฒนาการจัดการคุณภาพคลินิกหออโรคอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออโรคอบครัวต้นแบบ.....	105
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของทีมหออโรคอบครัว	109
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความรู้ของทีมคลินิกหออโรคอบครัว ภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา.....	111
ตารางที่ 6 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ของทีมคลินิกหออโรคอบครัว ภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test dependent	111
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออโรคอบครัวภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา	111
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออโรคอบครัวภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา	112
ตารางที่ 8 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออโรคอบครัว ภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test dependent	112
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออโรคอบครัวภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา	113
ตารางที่ 10 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออโรคอบครัว ภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test dependent	114
ตารางที่ 11 แสดงการคำนวณวิเคราะห์ค่าคงที่ KR-20.....	150

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 มิติพื้นที่ของการพัฒนา 4 วงเพื่อความครอบคลุม: กลุ่มของระบบย่อยในศูนย์บริการ สาธารณสุข.....	26
ภาพที่ 2 มิติของกระบวนการพัฒนาตามแนวคิด 3C-PDSA	27
ภาพที่ 3 รูปแบบของการจัดทีมหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบที่ 1	32
ภาพที่ 4 รูปแบบของการจัดทีมหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบที่ 2	33
ภาพที่ 5 รูปแบบของการจัดทีมหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบที่ 3	34
ภาพที่ 6 ระบบการดูแลในเครือข่ายบริการสุขภาพ.....	36
ภาพที่ 7 การบูรณาการ Service plan	39
ภาพที่ 8 การจัดการและรูปแบบการบริการ	41
ภาพที่ 9 กรอบแนวทางการติดตามประเมินผล	46
ภาพที่ 10 การถ่ายทอดตัวชี้วัดผลสำเร็จของงานจากบนลงล่าง (Goal-cascading Method).....	57
ภาพที่ 11 กรอบแนวคิดการดำเนินงาน รพ.สต.ติดตาม	60
ภาพที่ 12 รพ.สต.ติดตาม (5 ดาว 5 ดี) ปี 2562.....	63
ภาพที่ 13 กรอบแนวคิดในการวิจัย	81
ภาพที่ 14 ประชุมชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	99
ภาพที่ 15 สรุปกระบวนการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน	100
ภาพที่ 16 แสดงการวิเคราะห์หาประเมินระบุปัญหา หาสาเหตุแท้จริง คลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ	102
ภาพที่ 17 การประชุมระดมสมองคณะทำงานวิจัยเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาเชิงระบบ	104

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

องค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2550) กำหนด ว่าระบบสุขภาพจะต้องมีเป้าหมายวัตถุประสงค์พื้นฐาน 4 ประการคือ 1) ช่วยเหลือสุขภาพของประชาชนดีขึ้น (improved Health) 2) ตอบสนองความคาดหวังของประชาชน (responsiveness) 3) การปกป้องประชาชนจากปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วย (social and financial risk protection) และ 4) ความมีประสิทธิภาพ (improved efficiency) และองค์การอนามัยโลกได้ กำหนดกรอบระบบสุขภาพ มีองค์ประกอบหลัก 6 ส่วน หรือ Health system building blocks การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยก็ได้ใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลกในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย และได้เพิ่มเติมองค์ประกอบที่ 7 คือระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System) อีกด้วย มีดังนี้ 1) ระบบบริการ (Service Delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information) 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Products, Vaccines & Technologies) 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing) 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership / Governance) 7) ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System) (WHO, 1978)

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียม ช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ประเทศไทยมีนโยบายและแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องกว่า 10 ปี ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ยังมีข้อจำกัดและพัฒนาไปได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากสภาพของบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่พอเพียง และการลงทุนพัฒนาหน่วยปฐมภูมียังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ อีกทั้งองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมียังมีจำกัด จึงควรมีการเร่งรัดจัดระบบเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาในส่วนที่เกี่ยวข้องต่างๆ ให้มีความสอดคล้องร่วมมือกันอย่างมีพลังทั้งในส่วนที่เป็นการบริหารจัดการด้วยการกลไกทำงานต่อเนื่องและมีบุคลากรที่สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายโดยการจัดทำให้มีแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อรองรับการดำเนินงานในระยะยาว ถือว่าเป็นกลไกหนึ่งในการจัดการให้เกิดการประสานการทำงานกับส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องอย่างมีทิศทางและเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จึงมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในภาพรวมของประเทศ ที่ครอบคลุมทั้งส่วนที่อยู่ในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข และส่วนงานอื่นที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขก็ได้พัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งการปรับเปลี่ยนสถานอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีการกำหนดพื้นที่และจำนวนประชาชนที่ต้องดูแลที่ชัดเจน กำหนดหน้าที่ในการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกมิติตั้งแต่การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การ

ฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วยและการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างครอบคลุม ครบถ้วนและมีคุณภาพมาตรฐาน ภายใต้แนวคิดด้านบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งให้สูงขึ้นตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิบางแห่งสามารถพัฒนาไปศูนย์แพทย์ชุมชนจัดบริการได้ครบถ้วน มีแพทย์มาปฏิบัติงานประจำ บางแห่งมีแพทย์หมุนเวียนไปตรวจรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามยังขาดการดูแลผู้ป่วยหรือประชาชนอย่างต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของระบบบริการสาธารณสุขและเป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสาขาชีพดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัวอันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ซึ่งกำหนดไว้ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ข) ด้านอื่นๆ (5) ที่กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผน 20 ปี กระทรวงสาธารณสุของค์กรแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (P&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และเป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืนซึ่งนโยบายคลินิกหมอครอบครัวถือเป็นนโยบายใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการพัฒนาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559)

แผนการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ระยะที่ 1 เริ่มมิถุนายน 2559 ให้มี 48 ทีม ระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2560 ให้มี 548 ทีม รวมสะสม 596 ทีม ระยะที่ 3 ปีงบประมาณ 2564 ให้มี 3,250 ทีม ระยะที่ 4 ปีงบประมาณ 2569 ให้มี 6,500 ทีม การดำเนินงาน ณ 30 กันยายน 2560 มีคลินิกหมอครอบครัว ที่ลงทะเบียนทั้งหมด จำนวน 585 ทีม ผ่านเกณฑ์ จำนวน 289 ทีม ผ่านเกณฑ์แบบมีเงื่อนไข จำนวน 275 ทีม ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 21 ทีม

จังหวัดเลย ปี 2559-2560 มีคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดดำเนินการ จำนวน 6 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 ไม่ผ่านมาตรฐาน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 ปี 2561 มีคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดดำเนินการ จำนวน 4 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25 ไม่ผ่านมาตรฐาน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2560)

อำเภอวังสะพุง ปี 2560 มีคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดดำเนินการ จำนวน 1 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 1 แห่ง (แบบมีเงื่อนไข) และในปี 2561 มีคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดดำเนินการ จำนวน 1 แห่ง (ยังไม่ได้รับการประเมิน) จากเกณฑ์มาตรฐานคลินิกหมอครอบครัว ที่สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้ตั้งไว้ด้วยกัน 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้าง (Structure)

ต้องมีที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัวและเครื่องมือ ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ 2) ด้านบุคลากร (Staff) ต้องแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงาน 3 วัน/สัปดาห์ มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และมีนักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน 3) ด้านระบบ (System) มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน และตามบริบทของพื้นที่ มีรูปแบบการจัดบริการ ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยี เช่น Application/LINE โทรศัพท์ / SMS มีระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า มีการจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ และมีข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง, 2560)

จากการศึกษาในพื้นที่อำเภอวังสะพุง พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ได้ดำเนินการจัดตั้งและเปิดคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ตั้งแต่เดือน มกราคม 2560 จนถึงปัจจุบัน โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (วุฒิ อว. , วว. หรือ ผ่านการอบรม short course) จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 3 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน และมีผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัว 1 คนซึ่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยประสานงานกับแม่ข่ายคือ โรงพยาบาลวังสะพุงและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง คอยสนับสนุนและ กำกับ ดูแล จากการประเมินมาตรฐานยังพบว่า ด้านระบบบริการ (system) หลายองค์ประกอบยังไม่ผ่านการประเมิน รวมถึงการมีส่วนร่วม (Participation) ของภาคีเครือข่ายด้วย และด้านด้านโครงสร้าง (Structure) ต้องมีที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัวและเครื่องมือ ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยังต้องพัฒนาอีกหลายอย่างให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง, 2560)

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และมีแนวคิดที่จะนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart มาใช้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล และประชาชนในชุมชน เนื่องจากวิธีดังกล่าวเป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในทุกขั้นตอน ตลอดจนหากระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์มาตรฐานเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบต่อไป

1.2 คำถามในการวิจัย

รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายในการวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

1.3.2.2 เพื่อศึกษาผลของการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

1.3.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษารูปแบบการจัดการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านพื้นที่การวิจัย

พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

จำนวนทั้งสิ้น 50 คน ประกอบด้วย

1) ภาคการเมือง ได้แก่ บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีตำบลศรีสงคราม รองนายกเทศมนตรีตำบลศรีสงคราม ปลัดเทศบาลตำบลศรีสงคราม และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข รวม 5 คน

2) ภาควิชาการ ได้แก่ บุคลากรจากโรงพยาบาลวังสะพุง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 คน หัวหน้าฝ่ายเวชฯ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน หัวหน้างานทันตฯ 1 คน หัวหน้างานเภสัช 1 คน หัวหน้างานแพทย์แผนไทย 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานประกัน 1 คน และหัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 คน รวม 14 คน บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพ.สต. 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน แพทย์แผนไทย 1 คน

และเจ้าพนักงานทันตฯ 1 คน รวม 10 คน บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอวังสะพุง 1 คน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน รวม 5 คน

3) ภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน 8 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 8 คน รวม 16 คน

1.4.3 ระยะเวลาดำเนินงานวิจัย

ทำการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม 2562 ถึง มิถุนายน 2562

1.5 นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

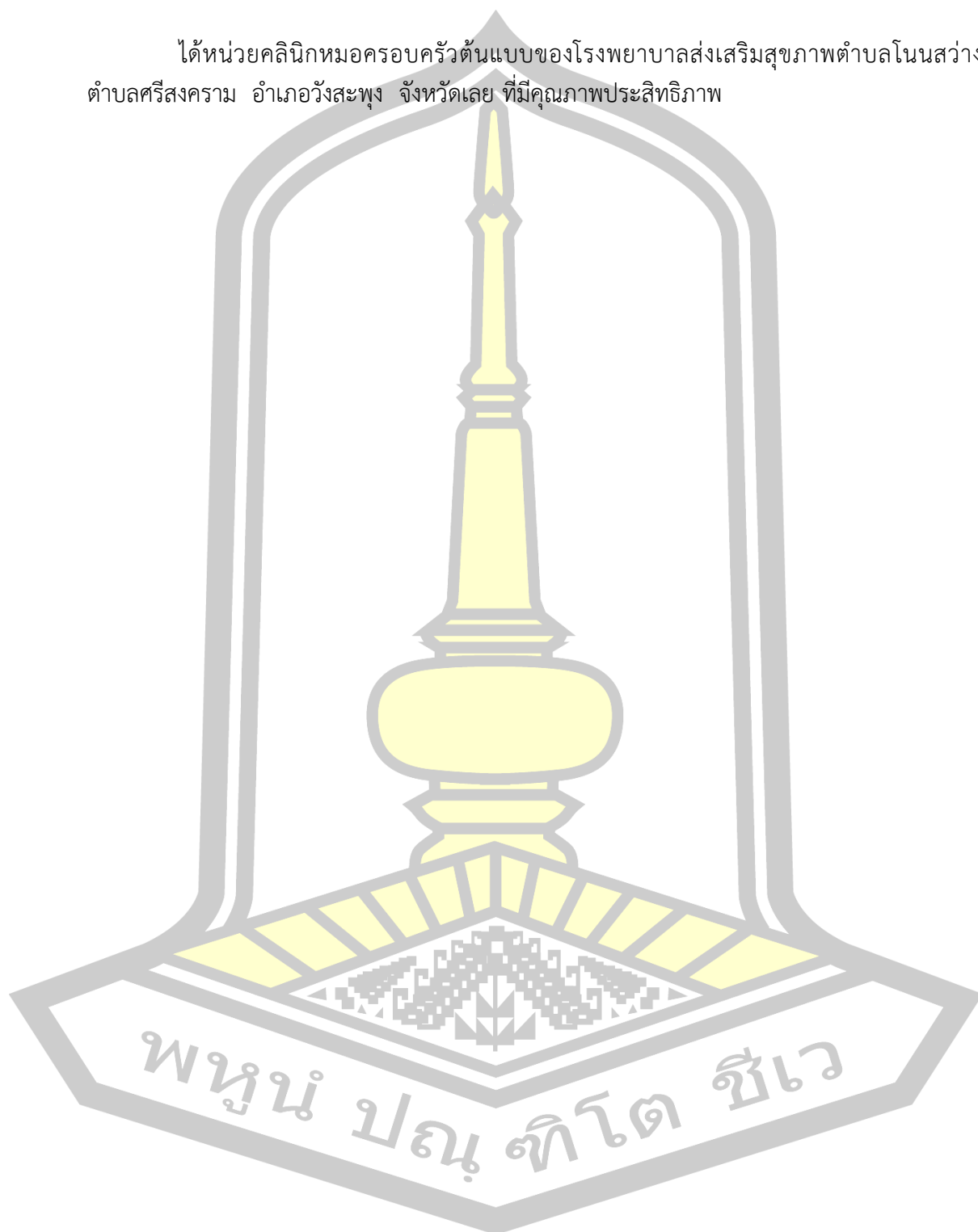
1.5.1 การจัดการคุณภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือ กระบวนการที่ต่อเนื่องในการเน้นคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพของการทำงานทุกส่วนกิจกรรม ตลอดทั้งวงจรทุกขั้นตอนของการทำงาน เป็นระบบการบริหารงานที่เป็นคุณภาพในทุกด้านขององค์การ ที่จะปรับปรุงการทำงานให้บรรลุเป้าหมายและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมทุกอย่างจะต้องมีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยผู้บริหารระดับสูงขององค์การมองเห็นความสำคัญและสนับสนุนกิจกรรมเหล่านั้นทุกคนจะต้องให้ความร่วมมือและรับผิดชอบร่วมกัน การปรับปรุงคุณภาพเป็นหน้าที่ของทุกคนเป้าหมายที่สำคัญคือการมุ่งทำให้เกิดความพึงพอใจของทุกภาคส่วนทั้งภายในและภายนอก

1.5.2 คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว หรืออาจเรียกได้ว่า “Family medical care team” ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ โดยจัดให้มีจำนวนประชากร 10,000 คน/ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน สำหรับสถานที่ตั้งของหน่วยบริการให้พิจารณาตามความจำเป็นสำหรับการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ดูแล สามารถจัดให้มีหน่วยบริการได้ตั้งแต่ 1 แห่งจนถึง 3 แห่งได้ ตามความเหมาะสมและความคุ้มค่า

1.5.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชน หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ในชุมชน เข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุนหรือทำกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ รพ.สต.โนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย การมีส่วนร่วมอาจเป็นลักษณะการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การปฏิบัติการ การประเมินผล รวมถึงการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ เพื่อให้เกิดการดำเนินงาน เกิดการพัฒนา และเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของการพัฒนาชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงาน หรือการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแผนงานหรือโครงการเกิดประสิทธิผล

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้หน่วยคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ที่มีคุณภาพประสิทธิภาพ



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการศึกษารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้ารวบรวมข้อมูลแนวคิดและทฤษฎีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 2.1 ข้อมูลและบริบทของพื้นที่
- 2.2 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- 2.3 ความรู้เกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัว
- 2.4 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม
- 2.5 แนวคิดการบริหารจัดการคุณภาพหน่วยบริการ
- 2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

2.1 ข้อมูลและบริบทของพื้นที่

2.1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

2.1.1.1 ที่ตั้ง

ที่อยู่ตั้งอยู่บนถนน ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 201 ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ระยะทางห่างจาก รพ.วังสะพุง 5 กม. เส้นทางติดถนนสายหลัก

2.1.1.2 เขตพื้นที่รับผิดชอบ

รับผิดชอบ 14 หมู่บ้าน 14 โรงเรียน (รวมศูนย์เด็กเล็ก) จำนวนประชากร 13,768 คน เพศชาย 6,883 คน (ร้อยละ 49.99) เพศหญิง 6,885 คน (ร้อยละ 50.01)

2.1.2 ข้อมูลการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

คลินิกหมอครอบครัวโนนสว่างเปิดดำเนินการ 4 มกราคม พ.ศ. 2560

ระบบลงทะเบียนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

รายละเอียดข้อมูลคลินิกหมอครอบครัว

- ชื่อโรงพยาบาลแม่ข่าย
 - ตำบล.....
 - อำเภอ.....
 - จังหวัด.....

- Code Cluster.....(กรอกรหัสCode Cluster ทีม6หลัก)
- จำนวน PCC ที่เปิดดำเนินการแล้ว..... (กรอกจำนวนทีม)
- จำนวน PCCที่ต้องการลงทะเบียนใหม่..... (กรอกจำนวนทีม)
- ชื่อแม่ข่าย Cluster.....
- รายชื่อแม่ข่ายของทีม(เรียงตามลำดับทีม)

1) รพช.วังสะพุง

2).....

3).....

4).....

- ชื่อ-นามสกุลผู้จัดการ PCC นายแสวง ชัดติสร
รหัสบัตรประชาชน 3420900961512

ศสม.หรือรพสต.ในทีม (1)

- ชื่อศสม.หรือ รพ.สต.โนนสว่าง
- วัน/เดือน/ปีที่เปิดดำเนินการ 4 มกราคม 2560
- รหัสสถานบริการ.....(กรอกรหัส 5 หลักของสนย.)
- ประชากรรวมทุกสิทธิ 7,474 คน
 - ประชากรสิทธิ UC(UCS+WEL 5,900 คน
 - ประชากรสิทธิ ข้าราชการ (OFC) 614 คน
 - ประชากรสิทธิ ประกันสังคม (SSS) 952 คน
 - ประชากรแรงงานต่างด้าว 3 คน
 - ประชากรสิทธิพนักงานท้องถิ่น (LGO) 5 คน
 - ประชากรไร้สิทธิ - คน
- ชื่อ-สกุลแพทย์
 - 1) นพ.อมรวัฒน์ ภัทรศุภไพบูลย์ ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ
รหัสบัตรประชาชน 1539900197406
 - วุฒิการศึกษา
 - วุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว เลขที่ 49897
 - อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว เลขที่ 49897
 - ผ่านการอบรมระยะสั้นเวชศาสตร์ครอบครัวของราชวิทยาลัย รุ่นที่...(กรอกเลขรุ่น)
 - อื่นๆ.....(ระบุถ้ามี)
- ชื่อ-สกุลพยาบาล
 - 1) นางไพลิน หอมนาน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รหัสบัตรประชาชน 3420900084899

2) นางพรรณณี ทองท่าย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รหัสบัตรประชาชน 3420900747481

3) นางนุชนาฏ พิมศิริ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
รหัสบัตรประชาชน 3420901316955

● ชื่อ-สกุลนักวิชาการ

1) นายแสวง ชัดติสร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
รหัสบัตรประชาชน 3420900961512

2) น.ส.วีระนันท์ ยวงใย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
รหัสบัตรประชาชน 1401700097088

3) น.ส.พรรณนิภา กาลภูมิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
รหัสบัตรประชาชน 1409600032437

4) นายณัฐภวิศ หอมวิจิตรกุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
รหัสบัตรประชาชน 1101401640777

● ชื่อ-สกุลเจ้าพนักงานสาธารณสุข

1)..... ตำแหน่ง.....
รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร 13 หลัก)

2)..... ตำแหน่ง.....
รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร 13 หลัก)

● ชื่อ-สกุลทันตแพทย์

1)..... ตำแหน่ง.....
รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร 13 หลัก)

● ชื่อ-สกุลเภสัชกร

1)..... ตำแหน่ง.....
รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร 13 หลัก)

● ชื่อ-สกุลทันตภิบาล

1) น.ส.ดวงสมร แก้วสุฟอง ตำแหน่ง จพ.ทันตสาธารณสุขปฏิบัติการ
รหัสบัตรประชาชน 1429900155682

● ชื่อ-สกุลเจ้าพนักงานเภสัชกรรม

1)..... ตำแหน่ง.....
รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร 13 หลัก)

● ชื่อ-สกุลแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก

1) นายเพิ่มพล จันทรประจักษ์ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย
รหัสบัตรประชาชน 1459900388725

- ชื่อ-สกุลนักกายภาพบำบัด

1)..... ตำแหน่ง.....
รหัสนิติบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสนิติบัตร 13 หลัก)

- ชื่อ-สกุลเจ้าหน้าที่อื่นๆ

1)..... ตำแหน่ง.....
รหัสนิติบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสนิติบัตร 13 หลัก)

2)..... ตำแหน่ง.....
รหัสนิติบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสนิติบัตร 13 หลัก)

3)..... ตำแหน่ง.....
รหัสนิติบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสนิติบัตร 13 หลัก)

4)..... ตำแหน่ง.....
รหัสนิติบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสนิติบัตร 13 หลัก)

ข้อมูลการจัดการระบบบริการ (System)

รายการ	มี	ไม่มี
Line Group บริการ24ชั่วโมง	✓	
Continuity Care (การเยี่ยมบ้าน)	✓	
Green Chanel	✓	
ระบบ Refer (โปรแกรม)	✓	
ระบบข้อมูลเชื่อมกับแม่ข่าย	✓	
Lab Investigation	✓	
Virtual Account		✓

ข้อมูลครุภัณฑ์ที่มีอยู่

รายการ	มี	ไม่มี
อำเภอ		
เครื่องวัดความดันโลหิตแบบไม่สัมผัสกระจกตา		✓
กล้องถ่ายภาพจอประสาทตาดิจิตอล	✓	
ระดับ PCC		
รถบรรทุก (ดีเซล) ขนาด 1 ตัน ปริมาตรกระบอกสูบไม่ต่ำกว่า 2,400 ซีซี. หรือกำลังเครื่องยนต์สูงสุดไม่ต่ำกว่า 110 กิโลวัตต์ ขับเคลื่อน 4 ล้อ แบบดับเบิลแค้น พร้อมหลังคาไฟเบอร์กลาสหรือเหล็ก (พื้นที่สูง)	✓	
รถบรรทุก (ดีเซล) ขนาด 1 ตัน ปริมาตรกระบอกสูบ		✓

รายการ	มี	ไม่มี
ไม่ต่ำกว่า 2,400 ซีซี. หรือกำลังเครื่องยนต์สูงสุดไม่ต่ำกว่า 110 กิโลวัตต์ ขับเคลื่อน 2 ล้อ แบบดับเบิลแค้น พร้อมหลังคาไฟเบอร์กลาสหรือเหล็ก (พื้นที่ปกติ)		
เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ชนิดสี 2 หัวตรวจ	✓	
เครื่องดึงคอและหลังอัตโนมัติพร้อมเตียงปรับระดับได้		✓
เครื่องกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้า		✓
เครื่องฝึกยืนพร้อมเตียงไฟฟ้า		✓
เครื่องอบความร้อนคลื่นสั้น		✓
หม้อต้มแผ่นความร้อน		✓
หม้อแช่พาราฟิน		✓
ยูนิตทันตกรรม	✓	
รถจักรยานยนต์ ขนาด 150 ซีซี		✓
เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจชนิดอัตโนมัติ (AED)	✓	
เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	✓	
เครื่องวัดความดันโลหิต แบบสอดแขนชนิดอัตโนมัติ	✓	
เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximeter) ชนิดพกพา		✓
เครื่องฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ (Fetal Doptone)	✓	
เครื่องผลิตออกซิเจน (Oxygen generator) ขนาด 8 ลิตร		✓
เครื่องปั่นฮีมาโตคริต (Hematocrit Centrifuge)	✓	
เครื่องนึ่งฆ่า (Autoclave) เชื้อไฟฟ้า ไม่น้อยกว่า 40 ลิตร		✓

- ชื่อ-นามสกุลผู้ประสานงาน PCC

1) นางจิตติมา ศรีสวัสดิ์ ตำแหน่ง

รหัสบัตรประชาชน

2.1.1.4 ผลการดำเนินงานคลินิกหมอคอบครัว

จากการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณี ปกติกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2561 วันที่ 25 มกราคม 2561

ตัวชี้วัด : ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) ร้อยละ 36

คปสอ.วังสะพุงได้เปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวในปี 2560 จำนวน 1 ทีม คือ คลินิกหมอครอบครัวโนนสว่าง-โคกหนองแก ระยะทางห่างจากโรงพยาบาลวังสะพุงประมาณ 5 กม. รับผิดชอบประชากร 13,768 คน ซึ่งมีแพทย์ที่ผ่านการอบรมแพทย์เวชศาสตร์หมอครอบครัวหลักสูตรระยะสั้น ปฏิบัติงานเต็มเวลาร่วมกับ บุคลากรสหวิชาชีพประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จากรพ.สต.ทั้ง 2 แห่ง และโรงพยาบาลวังสะพุงได้สนับสนุน เกสเซอร์ และ นักกายภาพบำบัด ปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 1 วัน

คปสอ.วังสะพุง มีแผนจะเปิดคลินิกหมอครอบครัวในปี 2561 เพิ่ม 2 ทีม ที่ รพ.สต.เหมืองแบ่ง 1 ทีม และ รพ.สต.โคกขมิ้น-โคกสว่าง 1 ทีม แผนจะเปิดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 12 ทีม 4 Cluster ภายในปี 2568

ปัญหาอุปสรรค และโอกาสในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

1. แพทย์ไม่สมัครใจไปปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัว ทำให้ไม่สามารถเปิดดำเนินการตามแผนที่วางไว้ได้

2. อัตรากำลังในพื้นที่ไม่เพียงพอ

2.1.3 เกณฑ์การพัฒนามตามตัวชี้วัดของจังหวัด

คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัด

การปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ประจำปีงบประมาณ 2661

ยุทธศาสตร์กระทรวง (4E)	1. Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)		
แผนงานกระทรวง	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)		
โครงการกระทรวง	1.โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ		
ตัวชี้วัดกระทรวง	25.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)		
เป้าประสงค์ สสจ.เลย	4. ระบบบริการสุขภาพทุกระดับได้มาตรฐาน มีความเป็นเลิศ และผู้รับบริการพึงพอใจ		
กลยุทธ์ สสจ.เลย	4.พัฒนาหน่วยบริการทุกระดับให้มีมาตรฐาน ประชาชนพึงพอใจ		
นโยบาย นพ.สสจ.เลย			
ชื่อตัวชี้วัด	๒๙.1 ร้อยละของทีม PCC มีมาตรฐาน		
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2561	ร้อยละ 80	หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 2.5000	ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Monitoring
หน่วยรับประเมิน	<input checked="" type="checkbox"/> คปสอ.	<input type="checkbox"/> รพช.	<input type="checkbox"/> สสอ.

คำนิยาม

ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน และให้มีการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ดูแลประชาชนทุกสิทธิ์ 8,000-12,000 คน

Staff ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ดังนี้

1. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (วุฒิ อว., วว. หรือ ผ่านการอบรม short course) 1 คน
2. พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือพยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อย 2 คน
3. นักวิชาการสาธารณสุข หรือ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน อย่างน้อย 2 คน
4. ทันตภิบาล 1 คน
5. แพทย์แผนไทย หรือผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 1 คน

System ประกอบด้วย

1. ระบบบริการ
2. ระบบส่งต่อ
3. ระบบบัญชี
4. ระบบข้อมูล
5. มีการดำเนินงานรพ.สต.ติดดาว ระดับ 3 ดาว ขึ้นไป

Structure

1. มีอาคารสำนักงาน
2. มีเครื่องมืออุปกรณ์ อาทิเช่น ยูนิททันตกรรม EKG เครื่องอัลตราซาวน์ รถกระบะมอเตอร์ไซค์ Smart phone Tablet

เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1 และ รอบที่ 2

กิจกรรมดำเนินงาน	น้ำหนัก (Wi)	เกณฑ์การให้คะแนน					คะแนน ที่ได้ (Ci)	คะแนนถ่วง น้ำหนัก (WixCi)
		1	2	3	4	5		
1. ร้อยละของทีมคลินิกหมอครอบครัวที่ จัดตั้งในปี 2559 - 2561 ผ่านเกณฑ์ระดับดี ขึ้นไป	๑.๕๐	50	60	70	80	90	C1	W1xC1
2. ร้อยละของทีมคลินิกหมอครอบครัวที่ พร้อมจัดตั้งในปี 2562 - 2569 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไป	๑.๐๐	20	30	40	50	60	C2	W2xC2
รวม	๒.๕๐							$\Sigma(WixCi)$

สูตรคำนวณ

1. ร้อยละของทีมคลินิกหมอครอบครัวที่จัดตั้งในปี 2559 - 2561 ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป

$$= \frac{\text{พื้นที่ที่มีการจัดทีมหมอครอบครัวระดับดีขึ้นไป}}{\text{จำนวนทีมทั้งหมดในอำเภอที่จัดตั้งในปี 2559 - 2561}} \times 100$$

2. ร้อยละของทีมคลินิกหมอครอบครัวที่พร้อมจัดตั้งในปี 2562 – 2569 ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป

$$= \frac{\text{พื้นที่ที่มีการจัดทีมหมอครอบครัวระดับดีขึ้นไป}}{\text{จำนวนทีมทั้งหมดในอำเภอที่จัดตั้งในปี 2562 – 2569}} \times 100$$

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
29.1 ร้อยละของทีม PCC มีมาตรฐาน	ร้อยละ	3 ทีม	13 ทีม	

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล	วิธีการจัดเก็บข้อมูล
1. Profile 3 S (Staff, System, Structure) 2. แบบรายงานประเมินตนเอง (ประเมินเป็นทีม)	1. คณะกรรมการเยี่ยมเสริมพลัง DHS-PCA-PCC-รพ.สต. ติตดาว-พขอ. ระดับอำเภอ และส่งผลการประเมินให้จังหวัด 2. คณะกรรมการเยี่ยมเสริมพลัง DHS-PCA-PCC-รพ.สต. ติตดาว-พขอ. ระดับจังหวัด ออกประเมินรับรอง 3. การรับรอง ผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัดเท่านั้นและสามารถยื่นขอรับการประเมินได้ ระหว่าง เดือน มกราคม – กันยายน 2561 (โดยบูรณาการร่วมกับ DHS-PCA-PCC-รพ.สต.ติตดาว)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางปาริชาติ เดี่ยวพานิช

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 4461 1562 ต่อ 124, 125

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทรศัพท์มือถือ 08 1966 5047

ผู้จัดเก็บข้อมูล

นางสาวเบญญา ลวกโรสง

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 4461 1562 ต่อ 124, 125

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทรศัพท์มือถือ 08 1876 4980

นางสาวพัทธ์ชนก พุทธรนต์สิงห์

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 4461 1562 ต่อ 124, 125

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทรศัพท์มือถือ 088-0557056

แนวทางการประเมิน PCC
ระดับความสำเร็จที่ดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ปี 2559 – 2560

ที่	กิจกรรม	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1.	ประชากร ดูแลประชากรทุกสิทธิ์ จำนวน 8,000 – 12,000 คน	1	
2	Staff		
	2.1 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (วุฒิ อว. , วว. หรืออบรม short course) 1 คน	1	
	2.2 พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือพยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อย 2 คน	1	
	2.3 นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน อย่างน้อย 2 คน	1	
	2.4 ทันตภิบาล 1 คน	1	
	2.5 แพทย์แผนไทยหรือผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 1 คน	1	
3.	System		
	3.1 ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 3 ดาว	1	
	3.2 ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 4 ดาว	2	
	3.3 ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว	3	
หมายเหตุ : กรณี ใน 1 ทีม มีจำนวน รพ.สต. มากกว่า 1 แห่ง จะยึด รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ระดับสูงสุด			
4	Structure	1	
	4.1 มีสถานที่พร้อมสำหรับจัดตั้ง PCC		
รวมคะแนน		10	

แปลผลการประเมิน

9-10 คะแนน = ระดับ ดีเยี่ยม 7-8 คะแนน = ระดับ ดีมาก 5-6 คะแนน = ระดับ ดี
 3-4 คะแนน = ระดับ พัฒนา 1-2 คะแนน = ระดับ พื้นฐาน

ระดับความสำเร็จที่ดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ปี 2562 - 2569

ที่	กิจกรรม	ผลงาน	คะแนน
1.	ประชากร ดูแลประชากรทุกสิทธิ์ จำนวน 8,000 – 12,000 คน	1	
2	Staff		
	2.1 แพทย์ที่ปรึกษา 1 คน เป็นหัวหน้าทีม	1	
	2.2 พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือพยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อย 2 คน	1	
	2.3 นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน อย่างน้อย 2 คน	1	
	2.4 ทันตภิบาล 1 คน	1	
	2.5 แพทย์แผนไทย 1	1	
3.	System		
	3.1 ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 3 ดาว	1	
	3.2 ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 4 ดาว	2	
	3.3 ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว	3	
หมายเหตุ : กรณี ใน 1 ทีม มีจำนวน รพ.สต. มากกว่า 1 แห่ง จะยึด รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ระดับสูงสุด			

ที่	กิจกรรม	ผลงาน	คะแนน
4	Structure 4.1 มีสถานที่พร้อมสำหรับจัดตั้ง PCC	1	
	รวมคะแนน	10	

แปลผลการประเมิน

9-10 คะแนน = ระดับ ดีเยี่ยม 7-8 คะแนน = ระดับ ดีมาก 5-6 คะแนน = ระดับ ดี
3-4 คะแนน = ระดับ พัฒนา 1-2 คะแนน = ระดับ พื้นฐาน

การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวของของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงครามอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ได้ยึดตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ให้ผ่านตามเกณฑ์เพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ จากการประเมินมาตรฐานยังพบว่า ด้านระบบบริการ (system) หลายองค์ประกอบยังไม่ผ่านการประเมิน รวมถึงการมีส่วนร่วม (Participation) ของภาคีเครือข่ายด้วย และด้านด้านโครงสร้าง (Structure) ต้องมีที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัวและเครื่องมือ ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยังต้องพัฒนาอีกหลายอย่างให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

2.2 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

2.2.1 ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care)

WHO (1978) ได้ให้คำจำกัดความคำว่า “ระบบบริการปฐมภูมิ” เป็นส่วนหนึ่งของชุดคำที่อธิบายลักษณะระบบบริการทางการแพทย์เป็นระดับต่างๆ โดยแบ่งตามความซับซ้อนทางการแพทย์ เป็นบริการปฐมภูมิ ทูติยภูมิและตติยภูมิทั้งนี้เพื่อการวางแผนหน่วยบริการ การใช้ทรัพยากร เทคโนโลยีและการจัดบุคลากรให้บริการที่เหมาะสม ตามลักษณะบริการ โดยที่บริการปฐมภูมิ หมายถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับแรกของระบบ ทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่ซับซ้อน

แนวคิดด้านนี้ ในระยะแรกเป็นส่วนที่ได้รับอิทธิพลจากองค์กรอนามัยโลก แต่ในระยะ 10-15 ปีหลังเริ่มรับความคิดจากประเทศทางด้านตะวันตก ยุโรป ที่จัดแบ่งบริการเป็นเพียงบริการปฐมภูมิ(primary care) และบริการโดยโรงพยาบาล (hospital care) โดยไม่ได้แบ่งแยกเป็นระดับทูติยภูมิและตติยภูมิ

นอกจากนี้ยังมีการให้ความหมายของบริการปฐมภูมิในเชิงคุณค่าอื่นเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ตามคำประกาศของอัลตา อัลตา ปี ค.ศ.1978 กำหนดว่า หมายถึง บริการด้านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศและให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว

ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน

แนวคิดต่อระบบบริการปฐมภูมิที่ดี หมายถึง บริการที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่น เข้าถึงได้ เป็นการดูแลที่เอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากกว่าโรค เป็นบริการที่ผสมผสานบริการประเภทต่างๆ ที่จำเป็น ให้บริการที่ต่อเนื่อง เป็นลักษณะของการบริบาลดูแล (Care) มากกว่า การรักษาโรคให้หาย (cure)

Starfield Babara (1998) ให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิในลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (Front-line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (Ongoing care) บริการที่ผสมผสาน เข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (Coordinated care)

Tudor-Hart (1989) ได้กล่าวถึงบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ควรมีเพิ่มเติมจากลักษณะบริการรักษาพยาบาลแบบเดิมคือ มีบทบาทในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของกลุ่มประชากร มีการให้บริการโดยที่พิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

จากทั้งหมดข้างต้นที่ให้ความหมายต่อระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ทั้งที่พิจารณาจากส่วนที่เป็นผลลัพธ์ของบริการ และบทบาทของบริการ พบว่า เป็นการให้ความหมายที่ให้ “คุณค่า” ของ “ระบบบริการที่ดี” รวมไปด้วย มิใช่หมายถึงบริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเหมือนแต่เดิม

ในส่วนของประเทศไทย บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ตามที่กล่าวแล้วข้างต้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีบทบาททั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพเช่นกัน รวมทั้งมีบทบาทสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่น้ำหนักของบทบาทจะเน้นไปที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน มิได้กล่าวถึงคุณลักษณะในลักษณะของการดูแลที่ผสมผสานอย่างเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ มิได้เน้นบริการที่ดูแลประชาชนต่อเนื่อง แต่มีแผนงานที่กำหนดให้หน่วยงานเหล่านี้มีบทบาทในการประสานกับหน่วยงาน 5 กระทรวงหลักเพื่อการพัฒนาชุมชน และคุณภาพชีวิตที่ดีตามแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน ลักษณะของแนวคิดดังกล่าวข้างต้นนี้ในประเทศไทย เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คุณค่าหรือศักดิ์ศรีของบริการระดับปฐมภูมิไม่เด่นชัด และด้อยกว่าบริการที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์สูง

กระทรวงสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (2562) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่เกี่ยวข้องกับการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

“บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชนและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า

- (1) สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภาวิชาชีพ
- (2) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
- (3) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (4) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

“หน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ

“เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายความว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัตินี้

“แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

“คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

กระทรวงสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (2562) ระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบการจัดการตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อให้คนมีสุขภาพที่ดี อาจจะถูกกล่าวอีกนัยหนึ่งคือสุขภาพที่ดีนั้นจะต้องเริ่มต้นที่ระบบปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ค่านิยมที่ยึดถือเป็นหลักของแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบปฐมภูมิจนบัดนี้ จึงนำคำย่อ ของระบบบริการปฐมภูมิเพื่อสุขภาพ (Primary Care System for Health; PCSH) กำหนดเป็นค่านิยมของแผนยุทธศาสตร์นี้ คือ

P หมายถึง People and Participation การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นระบบบริการที่ยึด ประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งกระบวนการ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล ประชาชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วม และเป็นเจ้าของในการจัดการระบบปฐมภูมิเพื่อสุขภาพ

C หมายถึง Community and Continuous เป็นระบบที่ใส่ใจดูแลชุมชนและให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องเชื่อมโยงทั้งครอบครัวและชุมชน อย่างใกล้ชิด ใกล้บ้านใกล้ใจ

S หมายถึง Smart health and Security เป็นระบบที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและ โปรแกรมแบบบอเนกประสงค์เพื่อให้เกิดการสะดวก แม่นยำ และสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงที่ทันสมัย นำมาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม และเป็นระบบที่ประชาชนเชื่อถือและไว้วางใจในคุณภาพ ความปลอดภัย และมี มาตรฐานการดำเนินงาน

H หมายถึง Humanized health care การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นการบูรณาการ สุขภาพกับความเป็นมนุษย์ ที่เชื่อมโยงมิติเชิงสังคมกับการดูแลทางสุขภาพทั้งสี่มิติคือ กาย จิต สังคมและปัญญาอย่างเข้าใจ กล่าวคือการมองเชิงองค์รวมทางสุขภาพ การเข้าใจมนุษย์ และ

การมองเห็นความทุกข์ของ มนุษย์อย่างเข้าใจ ซึ่งเป็นจุดเด่นสำคัญของระบบปฐมภูมิที่สามารถจะเข้าใจประเด็นนี้อย่างชัดเจน

สรุปคำจำกัดความ ระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงแนวคิดและหลักการ หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health care services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุลย์

2.2.2 การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ

นโยบายการพัฒนาประเทศของรัฐบาลของคณะรัฐมนตรีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้เข้มแข็ง มีสุขภาพ เพื่อเป็นฐานรากในการขับเคลื่อนประเทศในอนาคต ดังนี้

2.2.2.1 นโยบายของรัฐบาล

นโยบายของรัฐบาลของคณะรัฐมนตรีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2557

ข้อ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม การสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยให้มีการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ข้อ 5 การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยให้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากร ไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคมกกว่ารอให้ป่วย แล้วจึงมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทน การกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง.....

2.2.2.2 ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579)

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีได้กำหนดวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ได้แก่ (1) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง (2) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน (3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน (4) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม (5) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และ (6) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ โดยยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านสาธารณสุข ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ อาทิ (1) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ และ (2) การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคมกรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ อาทิ (1) การสร้างความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (2) การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ และ (3) การสร้างความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคมทุนทางวัฒนธรรมและความเข้มแข็งของชุมชน

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิสัยทัศน์เป็นองค์หลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดีมีเป้าหมายระยะ 20 ปีคือประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนโดยใช้ยุทธศาสตร์ “4 Excellence Strategies” ประกอบด้วย

(1) P&P Excellence ประกอบด้วย 4 แผนงานได้แก่ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

(2) Service Excellence ประกอบด้วย 4 แผนงานได้แก่แผนการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ/เขตเศรษฐกิจพิเศษ

(3) Governance Excellence ประกอบด้วย 4 แผนงานได้แก่ แผนระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพ ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์และการคุ้มครองผู้บริโภค และระบบธรรมาภิบาล

(4) People Excellence ประกอบด้วย 4 แผนงานได้แก่แผนการวางแผนความต้องการอัตรากำลัง การผลิตและพัฒนากำลังคน การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพและการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ

2.2.2.3 ประเทศไทย 4.0 (Startup Thailand)

ตามที่ยุทธศาสตร์สำคัญภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรีเน้นในเรื่องการพัฒนาสู่ “ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” ด้วยการสร้าง “ความเข้มแข็งจากภายใน” ขับเคลื่อนตามแนวคิด “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ผ่านกลไก “ประชารัฐ” นั้น หลายประเทศได้กำหนดโมเดลเศรษฐกิจรูปแบบใหม่เพื่อสร้างความมั่งคั่งในศตวรรษที่ 21 อาทิสหรัฐอเมริกาพูดถึง A Nation of Makers อังกฤษกำลังผลักดัน Design of Innovation ขณะที่จีนได้ประกาศ Made in China 2025 ส่วนอินเดียกำลังขับเคลื่อน Made in India หรืออย่างเกาหลีใต้ก็วางโมเดลเศรษฐกิจเป็น Creative Economy เป็นต้น

หากย้อนหลังไปในอดีต ประเทศไทยเองก็มีการปรับโมเดลเศรษฐกิจอยู่หลายครั้งเริ่มจาก

“โมเดลประเทศไทย 1.0” ที่เน้นภาคการเกษตร

“โมเดลประเทศไทย 2.0” ที่เน้นอุตสาหกรรมเบา และก้าวสู่

“โมเดลประเทศไทย 3.0” ในปัจจุบันที่เน้นอุตสาหกรรมหนัก

“โมเดลประเทศไทย 4.0” จึงเป็นการพัฒนา “เครื่องยนต์เพื่อขับเคลื่อนการเติบโตทางเศรษฐกิจ ชุดใหม่” (New Engines of Growth) ด้วยการแปลง “ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ” ของประเทศที่มีอยู่ 2 ด้าน คือ “ความหลากหลายเชิงชีวภาพ” และ “ความหลากหลายเชิง

วัฒนธรรม” ให้เป็น “ความได้เปรียบในเชิงแข่งขัน” โดยการเติมเต็มด้วยวิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์นวัตกรรม วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการวิจัยและพัฒนา แล้วต่อยอดความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบเป็น “5 กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมาย”

ในส่วนของเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข คือ กลุ่มที่ 2 กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Health, Wellness & Bio-Med) ทั้ง 5 กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมายจะเป็นแพลตฟอร์มในการสร้าง “New Startups” ต่างๆมากมาย อาทิในกลุ่มที่ 2 เทคโนโลยีสุขภาพ (Healthtech) เทคโนโลยีการแพทย์ (Meditech) สปา

เป้าหมายของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ “ประเทศไทย 4.0” คือ การขับเคลื่อน 5 กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมายให้เกิดผลสัมฤทธิ์ภายในระยะเวลา 3-5 ปีข้างหน้า เป็นการเปลี่ยน “ปัญหาและความท้าทาย” ให้เป็น “ศักยภาพและโอกาส” ในการสร้างความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนให้กับประเทศอย่างเป็นรูปธรรม เช่น เปลี่ยนจากปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ให้เป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีพลัง (Active Aging)

กล่าวโดยสรุป กระบวนทัศน์ในการพัฒนาประเทศไทยใต้ “ประเทศไทย 4.0” มี 3 ประเด็นที่สำคัญ

1) เป็นจุดเริ่มต้นของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีในการขับเคลื่อนไปสู่การเป็นประเทศที่มั่งคั่ง มั่นคง และยั่งยืน อย่างเป็นรูปธรรม

2) เป็น “Reform in Action” ที่มีการผลักดันการปฏิรูปโครงสร้างเศรษฐกิจ การปฏิรูปการวิจัยและการพัฒนา และการปฏิรูปการศึกษาไปพร้อมๆ กัน

3) เป็นการผนึกกำลังของทุกภาคส่วนภายใต้แนวคิด “ประชารัฐ” โดยเป็นประชารัฐที่ผนึกกำลังกับเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจ การวิจัยพัฒนา และบุคลากรระดับโลก ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของการ “รู้จักเต็ม รู้จักพอ และรู้จักปัน”

2.2.2.4 ร่าง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2559

การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิถือเป็นทิศทางที่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญตามที่รัฐบาลได้ดำเนินการร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2559 และได้ผ่านประชามติเมื่อ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2559 นั้น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ ได้แก่

“มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทย ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

“มาตรา 258 ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผลดังต่อไปนี้

....ช. ด้านอื่น ๆ

(4) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จาก การบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน

(5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชน ใน สัดส่วนที่เหมาะสม”

2.2.2.5 การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

แนวโน้มจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ ใน 5 - 10 ปีข้างหน้า สืบเนื่องจากทิศทางแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้กล่าวถึงสถานะของประเทศด้านสังคม ส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีรายได้ไม่เพียงพอ ในการยังชีพ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) ในปี 2558 เป็น 20.5 ล้าน คน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายจะส่งผลต่อภาระ ค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น แม้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มขึ้น แต่มีรายได้ไม่เพียงพอ กับค่าใช้จ่าย เนื่องจากมีการออมน้อย และแหล่งรายได้หลักร้อยละ 78.5 ของรายได้ทั้งหมดมาจากการเกื้อหนุนของบุตร

2.2.2.6 ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจุบัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งส่งผลคุกคามต่อสุขภาพ ของประชาชนและการพัฒนาประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ทุกปี ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 36 ล้านคน (ร้อยละ 63) โดยประมาณร้อยละ 44 เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี ทั้งนี้ร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกิดจาก 4 กลุ่ม โรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากร ๑๗ ล้านคนต่อปี โรคมะเร็ง 7.6 ล้านคนต่อปีโรคทางเดินหายใจ 4.2 ล้านคนต่อปีและโรคเบาหวาน 1.3 ล้านคนต่อปี

สำหรับประเทศไทย พบร้อยละของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากเป็น อันดับสองในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รองจากมัลดีฟส์จากสถิติพบว่าประมาณร้อยละ 71 ของ การเสียชีวิตทั้งหมด เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่สามารถป้องกัน ได้ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยง ภายใต้วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป

จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550–2557 อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน พบว่าในปี 2553 ถึง 2557 มีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกโรค ทั้งนี้องค์การ อนามัยโลกกำหนด 9 เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยกำหนดเป้าหมาย ความสำเร็จในการดำเนินงาน ภายในปี พ.ศ. 2568 ประเด็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ ติดต่อ (Premature Mortality) คือ อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของประชากรอายุระหว่าง 30–70 ปีลดลงร้อยละ 25

ตลอดเวลากว่า 70 ปีถึงแม้จะมีแผนงานที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต่างๆ อันได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หรือแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวในระดับ

ปฏิบัติการ ยังมีความไม่ชัดเจนในเรื่องของรูปแบบโดยเฉพาะบริบทของการให้บริการ ซึ่งมีความแตกต่างจากการให้บริการกลุ่มโรคเฉียบพลัน ดังนั้น ควรมีการทบทวน ปรับปรุงระบบการให้บริการ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ และระดับโลก

2.2.3 การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.2.3.1 แนวคิด CQI (Continuous Quality Improvement)

หัวใจสำคัญที่เป็นคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิคือ ต้องเป็นบริการองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสานและสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนอย่างสมดุล ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้เป็นหลักการที่ผู้ให้บริการต้องใช้เป็นฐานในการดำเนินงานบริการในทุกด้านของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลประชากรแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่ม ต้องพยายามที่จะบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพไปพร้อมกัน และกระบวนการดำเนินงานต้องคำนึงถึงมิติทางด้านจิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อมของประชาชนหรือผู้รับบริการด้วย

การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิได้นำแนวคิด CQI (Continuous Quality Improvement) มาใช้ซึ่งจะเน้นการประเมินเพื่อการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้มาตรฐานและการประเมินตนเองเป็นเครื่องมือให้เกิดกระบวนการเรียนรู้/ พัฒนา ให้กับหน่วยบริการ

1) เป้าหมาย

เป้าหมายของระบบการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิคือการกระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ(CUP) ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ตอบสนองความต้องการ ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และนำไปสู่การมีสุขภาพดีชุมชนพึ่งตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) แก่นคุณค่าของการทำงานพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ประกอบด้วย

- การนำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างมีวิสัยทัศน์
- ความรับผิดชอบต่อชุมชน และสังคม
- มุมมองเชิงระบบ
- การมุ่งเน้นอนาคต และการใช้ประโยชน์จากการคาดการณ์แนวโน้มในอนาคต
- การมองประชาชนเป็นศูนย์กลาง หรือ ความเป็นเลิศที่ต้องได้มาจากการให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย
- การทำงานเป็นทีม และมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน
- การมีความคล่องตัว
- การยึด “ผลสัมฤทธิ์” และ “การสร้างคุณค่า” เป็นเป้าหมายในการทำงาน
- การบริหารจัดการเพื่อสร้างนวัตกรรม
- การเรียนรู้ของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการปฐมภูมิและทีมสุขภาพ
- การบริหารจัดการด้วยการใช้ข้อมูล และข้อเท็จจริง

3) เนื้อหาสำคัญของเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ส่วนพื้นฐาน และองค์ประกอบขององค์กร 3 ส่วน 7 หมวด คือ

ส่วนที่ 1 การบริหารจัดการองค์กร

หมวด 1 การนำองค์กร

- 1.1 การนำองค์กร
- 1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม

หมวด 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์

- 2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์
- 2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

หมวด 3 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

- 3.1 ความรู้เกี่ยวกับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของประชากร เป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้

- 4.1 การวัด วิเคราะห์และพิจารณาผลการดำเนินงานขององค์กร
- 4.2 การจัดการสารสนเทศ และการจัดการความรู้

หมวด 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

- 5.1 ระบบบริหารงานบุคคลที่ก่อให้เกิดการมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของงานตาม

ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ

- 5.2 การเรียนรู้และการสร้างแรงจูงใจ บุคลากรในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
- 5.3 การสร้างความผูกพัน และความพึงพอใจแก่บุคลากร

ส่วนที่ 2 กระบวนการสำคัญของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

หมวด 6 ด้านระบบบริการ

- 6.1 กระบวนการให้บริการที่สร้างคุณค่าของระบบบริการปฐมภูมิ
- 6.2 กระบวนการสนับสนุนการให้บริการที่สร้างคุณค่าของระบบบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

- 7.1 ผลลัพธ์การดำเนินการด้านประสิทธิผล
- 7.2 ผลลัพธ์การดำเนินการด้านคุณภาพการให้บริการ
- 7.3 ผลลัพธ์การดำเนินการด้านประสิทธิภาพของกระบวนการให้บริการ
- 7.4 ผลลัพธ์การดำเนินการด้านการพัฒนาองค์กรเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

4) ความเชื่อมโยงของระบบคุณภาพกับมาตรฐานด้านต่างๆ

องค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริการ และการบริหารจัดการ เพื่อให้ได้ผลผลิต และผลลัพธ์บริการที่มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งปัจจุบันระบบของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีมาตรฐาน

ต่างๆ เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับและประกันคุณภาพของระบบในส่วนต่างๆ ซึ่งในแต่ละมาตรฐานมีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดคุณภาพในจุดที่ต่างกัน กล่าวคือ

- มาตรฐานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำที่กำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือ มาตรฐานการขึ้นทะเบียนคลินิกเอกชน เป็นส่วนที่กำกับตั้งแต่จุดเริ่มต้นที่เป็นปัจจัยนำเข้าที่กำหนดมาตรฐานด้านบุคลากรทั้งเชิงจำนวน และเชิงคุณภาพ มาตรฐานอุปกรณ์ เครื่องมือ และเงื่อนไขระบบการจัดบริการที่เป็นมาตรฐานขั้นต่ำของแต่ละหน่วยบริการต้องมีอย่างไร จึงจะขึ้นทะเบียนได้

- มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (HCA) เป็นมาตรฐานของชุดกระบวนการหลายส่วนและมาตรฐานงานย่อยด้านต่างๆ เช่น มาตรฐานการพยาบาลชุมชน มาตรฐานด้านสุศึกษา มาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ (IC) เป็นมาตรฐานที่กำกับ ควบคุมและส่วนที่เป็นกระบวนการบริการ โดยกำหนดเกี่ยวกับลักษณะคุณภาพของกิจกรรมหรือขั้นตอนสำคัญของระบบย่อยนั้นๆ ว่าควรทำอย่างไร

- ผลผลิต ผลลัพธ์งาน นั้นมิได้ถูกกำหนดคุณภาพในลักษณะของมาตรฐานแต่กำหนดเป็นเป้าหมายที่ต้อง/ควรดำเนินการให้บรรลุ ตามแผนงาน โครงการต่างๆ ทั้งส่วนที่เป็นเป้าหมายผลผลิตกิจกรรม และผลลัพธ์ที่เป็นตัวชี้วัด เช่น อัตราป่วย อัตราตาย อัตราการติดเชื้อ หรือความครอบคลุมในการจัดการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ผลงานตามนโยบายที่สำนักตรวจราชการฯ ติดตาม รวมทั้งการกำหนดเป้าหมายที่มีผลต่อการให้งบประมาณเพิ่มเมื่อมีผลลัพธ์ที่มีปริมาณคุณภาพตามที่พึงประสงค์ เช่น Pay for Performance (P4P) ที่ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้แบ่ CUP เป็นต้น

- ระบบคุณภาพที่กำหนดในลักษณะที่เป็นการประกันคุณภาพขององค์กรทั้งองค์กรที่ครอบคลุมองค์ประกอบมากกว่าหนึ่งส่วน (ดังภาพที่ 2) และเน้นการเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริการ รวมทั้งการบริหารจัดการ ที่ประกันจะทำให้เกิดการจัดการที่ส่งผลให้งานมีคุณภาพได้อย่างยั่งยืน ทัวถึง เป็นระบบทั้งองค์กร มิใช่เกิดบริการคุณภาพเฉพาะกับผู้ให้บริการบางคน หรือบางบริการ ระบบนี้ใช้ฐานคิดจากเรื่อง Total Quality Management ตัวอย่างที่ใช้ระบบนี้ได้แก่ เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award: MBNQA) หรือเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติประเทศไทย (Thailand Quality Award : TQA) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA : Public Sector Management Quality Award) รวมทั้งระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) และระบบคุณภาพที่พัฒนาในเอกสารฉบับนี้ในชื่อว่า เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA) ซึ่งเป็นระบบที่ประกันคุณภาพทั้งองค์กร

2.2.3.1 แนวคิด 3C-PDSA, 3P (Purpose -Process - Performance)

หัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพประเภทที่ไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน คือ การเน้นบริการแบบองค์รวม ผสมผสาน บริการทั้ง 4 มิติ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ไปพร้อมกัน และสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน ซึ่งกระบวนการดำเนินงานต้องคำนึงถึงมิติทางด้านจิตใจ สังคม และ สภาพแวดล้อมของประชาชน หรือผู้รับบริการ

การพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข ได้นำแนวคิด 3C-PDSA , 3P (Purpose -Process - Performance) เน้นวิธีคิด และการเรียนรู้ปรับตัวอย่างเป็นระบบมาใช้ ซึ่งจะเน้นการประเมินเพื่อการพัฒนา โดยใช้มาตรฐานและการประเมินตนเองเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และการพัฒนา

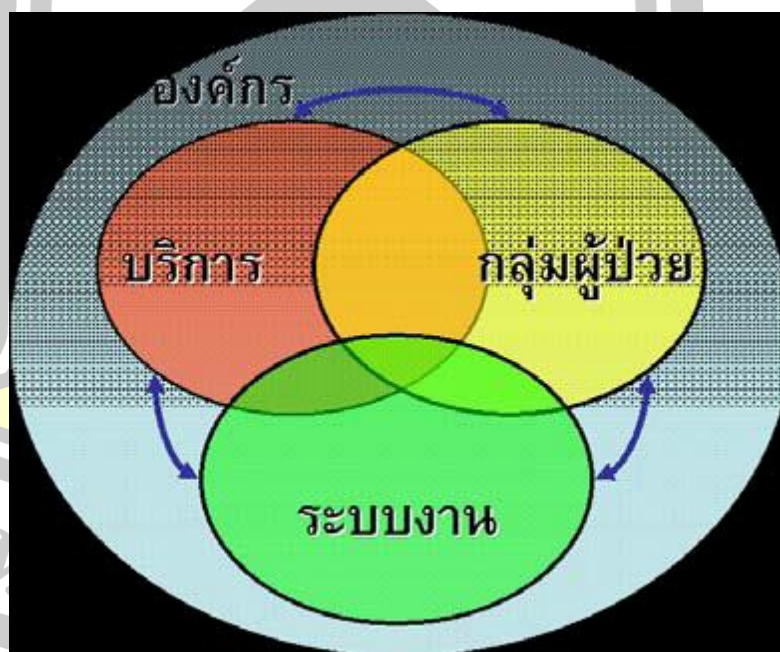
1) เป้าหมาย

เป้าหมายของกระบวนการพัฒนา และประเมินกระบวนการคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข คือ การกระตุ้นให้ศูนย์บริการสาธารณสุข เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง ผู้ปฏิบัติ และผู้บริหารในหน่วยงานของศูนย์บริการสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชุมชน เพื่อพัฒนาระบบบริการทั้งภายในศูนย์บริการสาธารณสุขและในชุมชน ให้ตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ผสมผสานกับชุมชนปรับวิธีทำงานตามหลักการให้เหมาะสมกับบุคคลและสภาพแวดล้อม รวมทั้งทำให้ผู้รับบริการและประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย

2) การทำความเข้าใจกับการพัฒนาและรับรองศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างรอบด้าน

การทำความเข้าใจกระบวนการคุณภาพให้รอบด้านอาจใช้มุมมองใน 3 มิติคือ 1) มิติของพื้นที่การพัฒนา 2) มิติของกระบวนการพัฒนาตามแนวคิด 3C-PDSA 3) มิติของการประเมิน

ก. มิติพื้นที่ของการพัฒนา 4 วงเพื่อความครอบคลุม: กลุ่มของระบบย่อยในศูนย์บริการสาธารณสุข



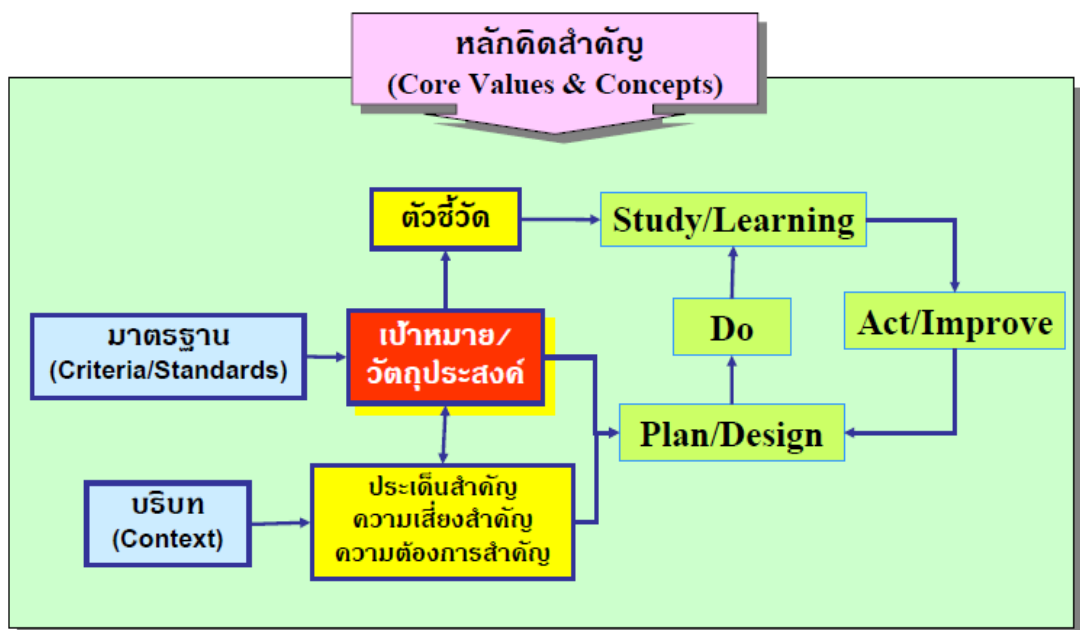
ภาพที่ 1 มิติพื้นที่ของการพัฒนา 4 วงเพื่อความครอบคลุม: กลุ่มของระบบย่อยในศูนย์บริการสาธารณสุข

ศูนย์บริการสาธารณสุข ประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ จำนวนมาก การพัฒนาต่างๆ จะเริ่มต้นที่ระบบย่อยเหล่านี้ ระบบย่อยแต่ละระบบจะมีเป้าหมาย ผู้รับผลงาน กระบวนการทำงาน และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

การทำความเข้าใจในการมีอยู่ของระบบย่อยต่างๆ ความสัมพันธ์กับระบบย่อยอื่นๆ และโอกาสที่จะมีการทับซ้อนในการพัฒนาระหว่างระบบย่อยต่างๆ จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพง่าย มีประสิทธิภาพ สมบูรณ์และไม่สับสน

เมื่อวิเคราะห์ระบบย่อยต่างๆ ในศูนย์บริการสาธารณสุข สามารถจัดกลุ่มหรือพื้นที่ได้เป็น 1) ระบบย่อยที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการต่างๆ หรือระบบย่อยของแต่ละหน่วยบริการ 2) ระบบย่อยของการดูแลกลุ่มผู้รับบริการต่างๆ ที่เรียกว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) หรือกลุ่มโรค และ หัตถการต่างๆ นั้นเอง 3) ระบบงานต่างๆ ที่สนับสนุนหรือเป็นแกนหลักสำคัญและเกี่ยวข้องกับหน่วยงานและกิจกรรมบริการจำนวนมาก รวมทั้งการขับเคลื่อนและติดตามการพัฒนาในระดับองค์กร เมื่อรวมทั้งสามกลุ่มเข้าด้วยกัน ก็จะเป็นระบบของทั้งองค์กร

ข. มิติของกระบวนการพัฒนาตามแนวคิด 3C-PDSA



ภาพที่ 2 มิติของกระบวนการพัฒนาตามแนวคิด 3C-PDSA

การใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและติดตามคุณภาพถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ เป็นการเชื่อมโยงหลักการและนามธรรมสู่การปฏิบัติ

3C (Context, Core Values & Concepts, Criteria) คือองค์ประกอบที่จะทำให้เกิดการคิดหรือการวางแผนที่ดี ทำให้รู้ว่าอะไรคือลำดับความสำคัญหรือความจำเป็นที่ตนจะต้องทำ PDSA (Plan-Do-Study-Act) คือวงล้อของการปฏิบัติ ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การ

เรียนรู้หรือทบทวนติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น โดย 3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือ

สิ่งที่เชื่อมระหว่างความคิด (3C) กับการทำ (PDSA) คือเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์: เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือการพัฒนาที่ดี มาจากการวิเคราะห์ context หรือสถานการณ์เฉพาะของตน คู่กับการวิเคราะห์เป้าหมายของ criteria หรือมาตรฐาน เมื่อได้เป้าหมายชัดเจน ก็สามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อการติดตามกำกับหรือการประเมินผลได้ เมื่อมีเป้าหมายชัดเจน รู้ประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เป็นความเสี่ยงหรือความต้องการ ก็สามารถออกแบบระบบงานที่เหมาะสมได้

ในการคิดและการทำที่ดีนั้น ควรจะมีหลักการหรือแก่นคุณค่าการทำงาน/ค่านิยมหลัก (Core Values & Concepts) เป็นตัวกำกับ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความลุ่มลึกในการพัฒนา ยิ่งทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง ยิ่งเห็นโอกาสพัฒนามากขึ้น

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุมการทบทวนและติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงระบบในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย ตัวอย่างเช่น

1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติ ซึ่งเดิมมักจะถือกันว่าเป็นสิ่งที่อยู่นอกตำรา แต่ที่จริงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงานส่วนหนึ่งจะได้คำตอบว่าทำอย่างไรให้ความรู้ในตำราไปสู่การปฏิบัติได้จริง และในกรณีที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้ จะทำอย่างไรให้ปลอดภัยที่สุด

2) สนทนาสนทนา (dialogue) เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า

3) การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น CQI story

4) การใช้ตัวตามรอย (tracer) เป็นการติดตามสิ่งที่เราค้นเคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะกลุ่มผู้รับบริการ หรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ เป็นต้น การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน

5) การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review) ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรม ไม่ว่าจะป็นกิจกรรมเล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

6) การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring, data analysis, & goal achievement assessment) เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงและระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมาย ควรให้ความสำคัญให้มากกว่าการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวัง

ข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆ มาประกอบด้วย

7) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities) เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเสียงสะท้อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น พึงระวังว่าจะไม่ใช่การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรก แต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ (cognitive walkthrough) จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

8) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและการให้คะแนนตามระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (self assessment of standard compliance & scoring) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด

9) การทบทวนเวชระเบียน (medical record review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือ การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

ค. มิติการประเมินผล

การประเมินผลในมุมมองทั่วไปก็คือ S (Study) ใน 3C-PDSA ซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการที่หลากหลายมาแล้วในหัวข้อที่ผ่านมา

การประเมินผลที่เป็นเรื่องเฉพาะของศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบถึงระดับความก้าวหน้าในการพัฒนา โดยการประเมินในลักษณะนี้อยู่บนสมมุติฐานว่า ถ้าแต่ละแผนก/หน่วยงานทำหน้าที่ของตนเองอย่างดีแล้ว สถานพยาบาลแห่งนั้นจะให้บริการ และการรักษาด้านการบริการ รักษาพยาบาล แบบผสมผสาน และการฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพนี้ เห็นว่าการทำดีของแต่ละแผนก/หน่วยงานเป็นสิ่งจำเป็นแต่ไม่เพียงพอจะต้องดูว่าแผนก/หน่วยงานต่างๆ เหล่านี้ทำงานร่วมกันอย่างไร ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอหรือไม่ นอกจากนี้การประเมินยังมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา และเพื่อให้เห็นว่าโอกาสข้างหน้าคือการพัฒนาในเรื่องใด กล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการประเมินเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องไปข้างหน้าการประเมินภายใน เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ทำได้บ่อย ซึ่งหากทำด้วยความเข้าใจว่าเป็นการประเมินเพื่อให้งานลุล่วงและให้เห็นโอกาสพัฒนา จะได้ประโยชน์และจะเป็นกลไกสำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นรูปแบบของการเยี่ยมสำรวจเพียงอย่างเดียว

การประเมินจากภายนอก เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการรวมตัว การตั้งเป้าหมายระยะเวลาที่จะทำให้สำเร็จ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องยากๆ ได้ในเวลาที่ไม่นานเกินไป ข้อสำคัญคือควรมีความสัมพันธ์แบบผู้ใหญ่-ผู้ใหญ่ และทีมงานของศูนย์บริการสาธารณสุขไม่มีเจตคติที่ไม่สุจริตไปด้านใดด้านหนึ่ง คือ เจตคติของการยอมจำนน และเจตคติของการปกป้องตนเอง

การประเมินจากภายนอกจะเป็นการประเมินตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งเป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นที่ระบบงาน และ ผลลัพธ์การดำเนินการศูนย์บริการสาธารณสุข

2.3 ความรู้เกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัว

2.3.1 หลักการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family physician) ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาหนึ่ง ที่ใช้ปรัชญาการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยของบุคคลโดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเจ็บป่วยอย่างรอบด้าน หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดสำคัญ 5 ประการ คือ

2.3.1.1 Primary medical care หรือ Care on first contact basis การดูแลแต่แรก ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพ ทำการรักษาในขั้นต้น เน้นการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้การดูแลรักษาที่ไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูง ตั้งอยู่ในชุมชน อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานสะดวกสบาย เป็นการดูแลสุขภาพทุกเรื่องตั้งแต่แรก สามารถให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ

2.3.1.2 บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic care) คือ การดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะไม่มองผู้ป่วยเพียงหนึ่งมุมมอง เฉพาะด้านชีววิทยา (โรค) ของผู้ป่วยแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะมองผู้ป่วยทุกมิติ ทุกด้านที่มีผลกระทบต่อภาวะเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Bio psycho social spiritual) เพื่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มุ่งเน้นให้ระบบบริการมีความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ (Humanistic sensibility) โดยปรับทัศนคติที่มองแบบแยกส่วนมาเป็นการมองชีวิตแบบองค์รวม ให้ความสำคัญกับทุกอย่างที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน แม้กระทั่ง “สถาปัตยกรรมโรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา” ซึ่งการออกแบบระบบงาน อาคารสถานที่ บรรยากาศ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ที่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัย ความสะดวกรวดเร็วทันสมัย ความสบายผ่อนคลาย ลดความเครียด ความวิตกกังวลและสร้างแรงบันดาลใจ สนับสนุนทางสังคมด้วยมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และชุมชน

2.3.1.3 การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) คือการดูแลทุกระยะตั้งแต่พฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตขณะที่ยังไม่มีสถานะการเจ็บป่วย การค้นพบความเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย ระยะสุดท้ายของการป่วยจนถึงการเสียชีวิต เป็นการดูแลตลอดชีวิตของคนๆ นั้น รวมถึงครอบครัวและชุมชน โดยทีมสุขภาพที่มีความเข้าใจ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ ความศรัทธา และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (doctor-patient relationship)

2.3.1.4 การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (Comprehensive care) คือการดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วย (treatment) ให้หายจากโรค การป้องกันโรค (prevention) ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ (promotion) ให้มีสุขภาพแข็งแรงและการ

ฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ การให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัว การพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2.3.1.5 มีระบบให้การปรึกษาและการส่งต่อ (Consultation and referral system) เป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย สามารถช่วยให้คำแนะนำก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ รวมถึง ทำหน้าที่ช่วยเชื่อมประสานและส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อประสิทธิภาพและผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

ดังนั้น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ หมอครอบครัวแตกต่างจากหมอเฉพาะทางสาขาอื่น ที่ไม่เน้นรักษาเฉพาะตัวโรคเพียงอย่างเดียว แต่ดูแลไปถึงความเจ็บป่วย (Illness) ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และการเชื่อมโยงกับภาวะแวดล้อมต่างๆ ด้วย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2.3.2 ความหมายของคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster)

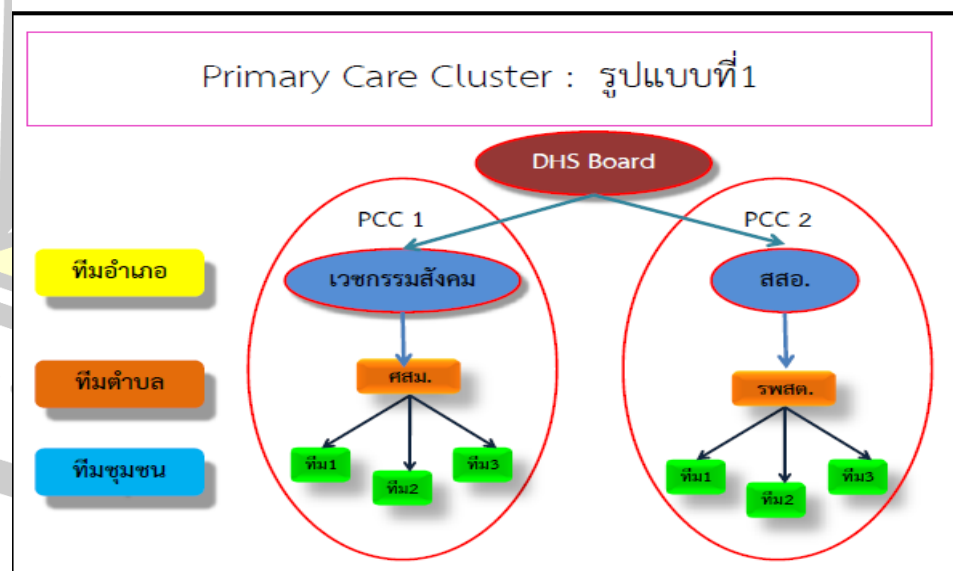
หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่นๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว หรืออาจเรียกได้ว่า “Family medical care team” ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ (catchment population) โดยจัดให้มีจำนวนประชากร 10,000 คน/ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน สำหรับสถานที่ตั้งของหน่วยบริการให้พิจารณาตามความจำเป็นสำหรับการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ดูแล สามารถจัดให้มีหน่วยบริการได้ตั้งแต่ 1 แห่งจนถึง 3 แห่งได้ ตามความเหมาะสมและความคุ้มค่า (กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559)

2.3.3 องค์กรประกอบและการบริหารจัดการ

องค์กรประกอบของคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) คลินิกหมอครอบครัวมิได้มีความหมายเป็นเพียงศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการหน่วยใดหน่วยหนึ่งเท่านั้น แต่หมายถึงหน่วยบริการที่มีองค์ประกอบทั้งคนทำงานหน่วยบริการ และการบริหารจัดการให้มีกระบวนการทำงานที่ทำให้เกิดบริการที่มีคุณค่า มีการดูแลทั้งเชิงรับ เชิงรุก ดูแลต่อเนื่อง ให้การดูแลรายบุคคล รายครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นการบริการในหลายมิติ ในการดำเนินการจำเป็นต้องเริ่มต้นจากการจัดตั้งกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการจัดทีมสหวิชาชีพ เมื่อมีการจัดองค์ประกอบทั้ง 2 ส่วนแล้ว ยังจำเป็นต้องจัดให้มีกระบวนการทำงานที่ครบถ้วนเพื่อให้ได้รูปแบบบริการดังกล่าว “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ และทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” (กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559)

2.3.3.1 หน่วยบริการปฐมภูมิ ในการจัดหน่วยบริการให้ยึดจำนวนประชากรเป็นหลัก โดย 1 Cluster สามารถประกอบด้วย 1-3 ศูนย์ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ (ให้ยึดเป้าหมายการเข้าถึงบริการเป็นสำคัญ) ในกรณีที่เขตที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป สามารถจัดบริการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคลินิกเอกชนได้ หรือในพื้นที่ประชากรเบาบางอาจมีการจัดบริการร่วมระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลแม่ข่ายกับพื้นที่ดูแลของสาธารณสุขอำเภอ คือ รพสต.ในเครือข่ายก็ได้ในการจัดกลุ่มของหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิเป็นเครือข่ายนั้นสามารถจัดได้หลากหลาย รูปแบบ สิ่งสำคัญขึ้นกับการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปตามความเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายของบริการปฐมภูมิที่สำคัญ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการ การดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั้งพื้นที่ และครบถ้วนทั้งการส่งเสริมป้องกันโรค รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วย ทั้งนี้ได้ทำการรวบรวมรูปแบบของการจัดทีมเพื่อสร้างเครือข่ายการให้บริการร่วมกันไว้พอสังเขป ดังนี้

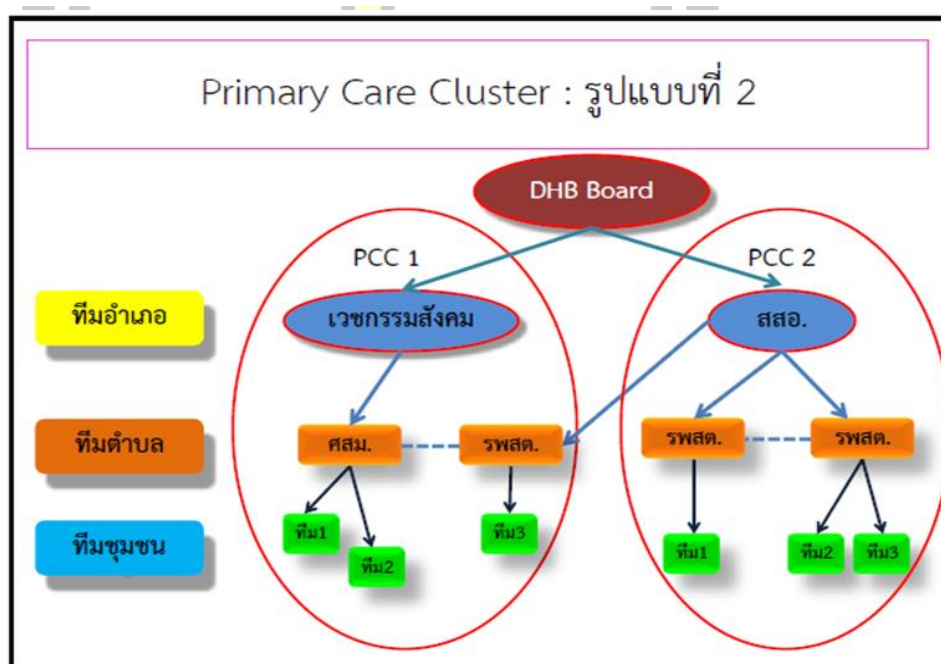
รูปแบบที่ 1 กรณีที่มีหน่วยบริการเดียว (ประชากรมากกว่า 30,000 คน/แห่ง) เป็นตัวอย่าง กรณีที่ประชากรในเขตเทศบาลเมืองหรือตำบลที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท./รพช.ที่อาศัยอยู่จริงทุกสิทธิมีประมาณ 30,000 คน สามารถจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) จำนวน 1 cluster แบ่งเป็น 3 ทีม สำหรับในพื้นที่นอกเขตเทศบาล มี รพสต.เครือข่ายที่อยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดูแล ให้จัดกลุ่ม รพสต.เป็นกลุ่มตามเกณฑ์ประชากรที่กำหนด คือ 10,000 คน/ทีมและรวม 3 ทีมเป็น 1 cluster รพสต.ทุกแห่งอยู่ในสังกัดของสาธารณสุขอำเภอตามเดิมภายใน cluster ของกลุ่มรพสต. ให้เลือกผู้ประสานงานภายใน PCC นั้นๆ แสดงตัวอย่างได้ดังภาพประกอบต่อไปนี้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)



ภาพที่ 3 รูปแบบของการจัดทีมหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบที่ 1

(ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2559)

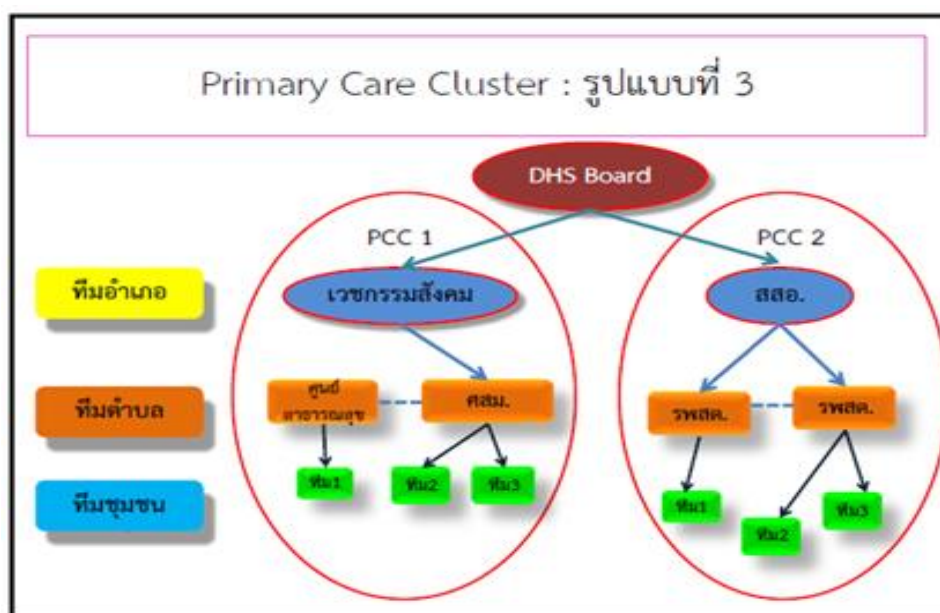
รูปแบบที่ 2 กรณีที่มีการจัดแบบรวมหน่วยบริการ ตัวอย่าง กรณีในเขตเทศบาลเมืองหรือตำบลที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท./รพช. มีประชาชนที่อาศัยอยู่จริงทุกสิทธิต่ำกว่า 20,000 คน (โดยประมาณ) ให้จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) สามารถรวมกลุ่มกับทีมของ รพสต. ที่เป็นพื้นที่ติดต่อกันให้ได้จำนวนประชากรประมาณ 30,000 คน และให้มีผู้จัดการประสานงานภายในคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) นี้ส่วน รพสต. อื่นๆ ให้จัดเป็นกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนด และให้ทุก PCC มีการมอบหมายผู้ประสานงานและจัดการแสดงตัวอย่างดังภาพประกอบต่อไปนี้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)



ภาพที่ 4 รูปแบบของการจัดทีมหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบที่ 2

(ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2559))

รูปแบบที่ 3 กรณีที่มีหน่วยบริการเอกชนร่วมจัดบริการหรือหน่วยบริการสังกัดหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข หากในพื้นที่รับผิดชอบมีหน่วยบริการเอกชนหรือหน่วยบริการอื่นสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุขร่วมจัดบริการ สามารถรวมเป็นกลุ่มหน่วยบริการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวได้ โดยให้กำหนดพื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบชัดเจน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สามารถแสดงรูปแบบการจัดกลุ่มดังภาพประกอบต่อไปนี้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)



ภาพที่ 5 รูปแบบของการจัดทีมหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบที่ 3

(ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2559))

การศึกษาแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ใช้รูปแบบที่ 2 กรณีที่มีการจัดแบบรวมหน่วยบริการ ตัวอย่าง กรณีในเขตเทศบาลเมืองหรือตำบลที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท./รพช. มีประชาชนที่อาศัยอยู่จริงทุกสิทธิต่ำกว่า 20,000 คน (โดยประมาณ) ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster)

2.3.3.2 บุคลากร จัดให้มีแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งในแต่ละทีมประกอบด้วยบุคลากร โดยประมาณ ดังนี้

ลำดับ	วิชาชีพ	จำนวนบุคลากร		
		จำนวนบุคลากร	จำนวน/ 1 ทีม	จำนวนรวม/ 1 PCC
1	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1 : 10,000	1	3*
2	ทันตแพทย์	1 : 30,000	-	1
3	พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ	1 : 2,500	4	12
4	ทันตภิบาล	1 : 10,000	1	3
5	เภสัชกร	1 : 30,000	-	1
6	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	1 : 15,000	-	2

ลำดับ	วิชาชีพ	จำนวนบุคลากร		
		จำนวนบุคลากร	จำนวน/ 1 ทีม	จำนวนรวม/ 1 PCC
7	นักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1 : 5,000	2	6
8	แพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	1 : 10,000	1	3
9	กายภาพบำบัด	1 : 30,000	-	1
<p>*แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ควรมีอย่างน้อย 1 คนต่อ PPC ส่วนที่เหลืออาจเป็นแพทย์สาขาอื่นที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>ทั้งนี้อาจมีบุคลากรอื่น ตามความจำเป็นและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น นักจิตวิทยา/ผู้ให้คำปรึกษาสุขภาพ /ผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) เป็นต้น</p>				

2.3.4 บทบาทหน้าที่

2.3.4.1 เป็นหมอครอบครัว ที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับประชาชน โดยยึดหลักการ “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่างด้วยเทคโนโลยี”

2.3.4.2 เป็นทีมที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพร่วมกัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคฟื้นฟูสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ที่ดูแล “คน” เป็นองค์รวม ไม่ใช่ทำเป็นกิจกรรมหรืองาน

2.3.4.3 ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลความเจ็บป่วย (Illness) มากกว่าดูแลเฉพาะโรค (Disease)

2.3.4.4 การประชาสัมพันธ์ แนะนำและสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

2.3.4.5 การจัดระบบข้อมูล ช่องทางการสื่อสาร และออกแบบการจัดบริการร่วมกัน

2.3.4.6 ทีมสหวิชาชีพ ควรได้มีการประชุม วางแผน ให้บริการและติดตามประเมินผลสถานการณ์ของงานและสุขภาพของประชาชนร่วมกัน

2.3.4.7 ทำงานร่วมกับชุมชน โดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

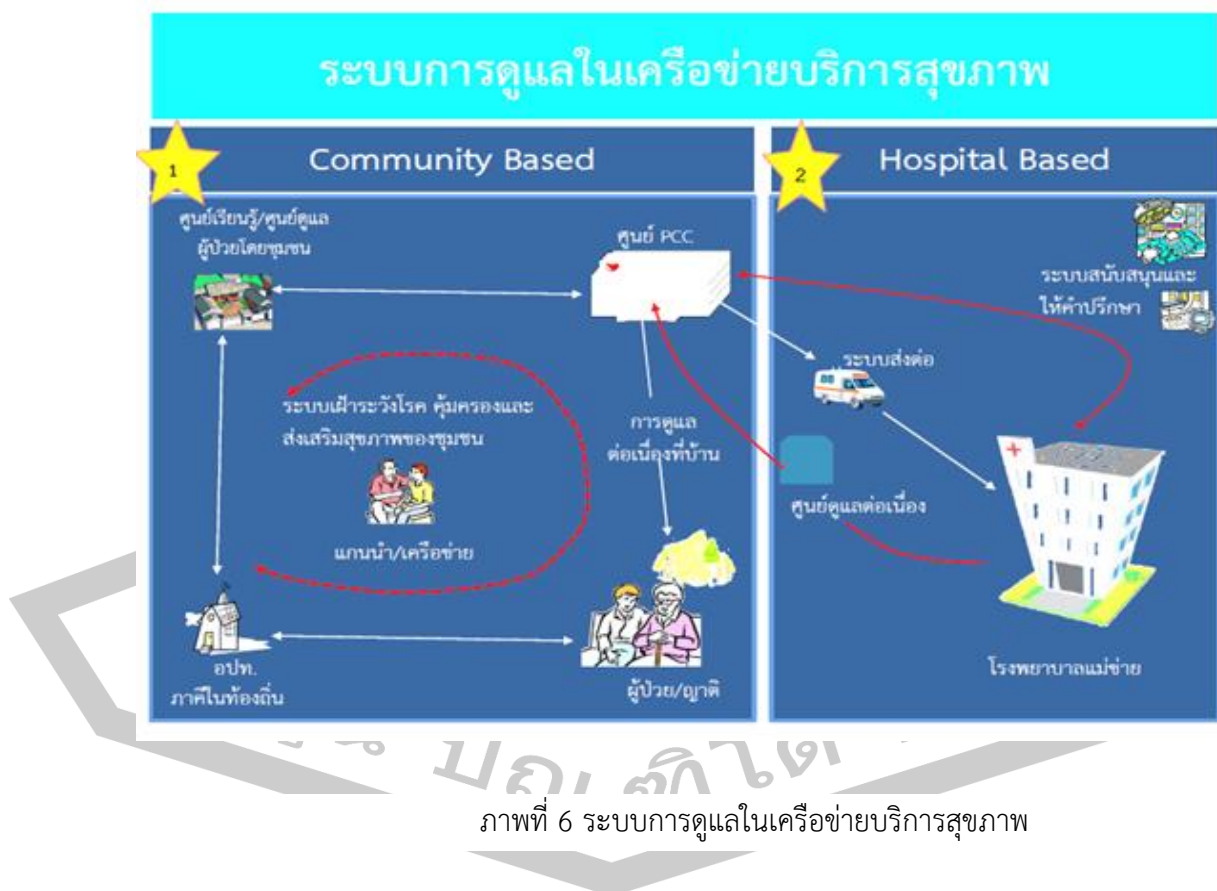
ในการดำเนินการของกลุ่มหน่วยปฐมภูมิ (Cluster) ให้ดำเนินการจัดบริการเป็นภาพรวมยึดหลักการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว สร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนและชุมชนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเจตนารมณ์ของนโยบายนี้

2.3.5 การจัดรูปแบบบริการ

การดูแลสุขภาพคนให้มีสุขภาพดี จำเป็นต้องอาศัยหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในชุมชนมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด อาศัยแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine) ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยแบบดูแลการเจ็บป่วย (Illness) ร่วมด้วย ไม่ใช่ดูแลโรค (Disease) อย่างเดียว, การสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย (Doctor-Patient relationship) การดูแลด้วยบุคลากรที่มีทักษะทางวิชาชีพที่แม่นยำ (Skillful Physician). การคำนึงถึงสถานการณ์และ ปัญหาสุขภาพของชุมชนที่ดูแล (Community-based practice), ให้

การดูแลสุขภาพอย่างรอบด้าน Resource person to a defined population) เป็นต้น ทำการ จัดบริการแบบ “สร้างนำซ่อม” ที่ผ่สานทั้ง 5 บทบาทการดูแลสุขภาพภาพประชาชนได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต้องจัดการ ดูแลให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิให้เป็นบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless health service) การเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่ใช้กระบวนการรักษาพยาบาล ทางการแพทย์เป็นหลัก เมื่อเข้าสู่ชุมชนต้องให้การดูแลหลากหลายมิติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตนเอง ที่บ้านได้จนมีสุขภาพดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันให้มีการเจ็บป่วยซ้ำ หรือดูแลผู้ที่ไม่ป่วยให้คง สุขภาพที่ดีไว้ให้ได้ ไม่ให้เกิดการแพร่กระจายการเจ็บป่วยในชุมชนได้

การดูแลลักษณะนี้ต้องอาศัยผู้ให้การดูแลที่มีความพร้อมทั้งความรู้และทักษะในการ สร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค การสร้างสุขอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี ซึ่งบุคลากรหรือ ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัดไม่สามารถดำเนินการให้สำเร็จลุล่วงได้เพียงลำพัง จำเป็นต้องสร้างเครือข่ายให้ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ก้าวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ในการสร้างระบบที่ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีให้ได้รับระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับ ชุมชนแบบไร้รอยต่อ สามารถสรุปได้ตามภาพประกอบต่อไปนี้



จากภาพประกอบดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การจัดการบริการในชุมชนเป็นการดูแลแบบมี ส่วนร่วมกับชุมชน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), แกนนำชุมชน , เครือข่ายต่างๆ เพื่อมุ่งสู่การจัดการให้เกิดระบบสุขภาพเพื่อดูแลประชาชนโดยมีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ศสม.

หรือ รพ.สต.) เป็นเพียงส่วนหนึ่งของชุมชน และสามารถจัดรูปแบบการบริการในระดับปฐมภูมิได้เป็น 4 บริการที่สำคัญ ได้แก่ การบริการเชิงรับในหน่วยบริการ, การดูแลต่อเนื่อง, การบริการเชิงรุกในชุมชน, การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมกับชุมชนเป็นต้น สำหรับการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย อาศัยระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและกลับ การดูแลต่อเนื่องและจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนและการให้คำปรึกษาแก่หน่วยปฐมภูมิดำเนินการได้อย่างราบรื่น

2.3.6 ลักษณะการจัดบริการ

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

1. บริการผสมผสานในสถานบริการ
 2. บริการต่อเนื่อง ได้แก่ บริการเยี่ยมบ้าน (Home visit and Home care) การติดตามผู้ป่วยกรณีการส่งต่อไปหน่วยบริการอื่น การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ
 3. บริการเชิงรุกในชุมชน
 4. การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม
 5. การให้ข้อมูล คำปรึกษาแก่ประชาชน
- โดยมีขอบเขตบริการ สรุปได้ดังนี้

หลักการและเป้าหมาย	ขอบเขตบริการ
บริการทุกคน	ให้บริการทุกกลุ่ม ทุกสิทธิ -ทุกกลุ่มวัย : สตรีและเด็กปฐมวัย 0-5 ปี, เด็กวัยเรียน (5-14 ปี), วัยรุ่น/นักศึกษา, วัยทำงาน, ผู้สูงอายุและผู้พิการ -ทุกสิทธิ : หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ประกันสังคม, ข้าราชการและอื่นๆ -ทุกกลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
บริการทุกที่	ให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก -บริการในหน่วยบริการ -บริการในชุมชน
บริการทุกอย่าง	ให้บริการมีลักษณะเด่นที่เป็นเอกลักษณ์ของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ - บริการแต่แรกทุกเรื่อง (First Contract Care) เป็นบริการด่านหน้า (Front-line) ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย - ดูแลอย่างบูรณาการและผสมผสาน (Integrated & Comprehensive Care) บูรณาการงานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ คุ้มครองผู้บริโภค ผสมผสานระบบการแพทย์ ทั้งการแพทย์แผนไทย การแพทย์






หลักการและเป้าหมาย	ขอบเขตบริการ
	<p>ที่บ้าน การแพทย์ทางเลือกสุขภาพแบบต่างๆ และการแพทย์ฉุกเฉิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ดูแลทั้งคน ใส่ใจกับชีวิตและความทุกข์ของคน - ดูแลสุขภาพเชิงรุก (Proactive Care) มุ่งเน้นสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ และเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองและการมีส่วนร่วมทางด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัว ชุมชน และสังคม - ดูแลต่อเนื่อง (Continuous Care) ดูแลความเจ็บป่วยและสุขภาพต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต ทั้งในและนอกหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ Homeward, Home health care, Home visit - เข้าถึงบริการ (Accessibility) และมีระบบส่งต่อ ไป-กลับ (Referral System)
บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี	<p>ให้บริการ 24 ชั่วโมง ที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัย</p> <ul style="list-style-type: none"> -บริการในเวลาราชการ เวลาราชการ -บริการโดยใช้เทคโนโลยี ได้แก่ Line group, application ต่างๆ

2.3.7 การบูรณาการงานเชื่อมต่อกับบริการเฉพาะทาง และ Service plan

สิ่งที่จำเป็นต้องดำเนินการต่อเนื่องสำหรับการจัดบริการตามกิจกรรมที่ดำเนินการ คือ การบูรณาการ Service plan ในแต่ละสาขาเข้ามาอยู่ในรูปแบบบริการที่มี ทั้ง 5 แบบ ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงนโยบายการจัดระบบบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ คือ Service plan ซึ่งเป็นการจัดบริการที่มุ่งเน้นให้การดูแลตามกลุ่มโรคสำคัญ เพื่อให้เกิดการจัดการทรัพยากรและมีแนวทางในการส่งต่อบริการระหว่างหน่วยต่างๆ ได้อย่างเป็นระบบ ในขณะที่การบริการระดับปฐมภูมิเป็นการดูแลคนตามกลุ่มวัยหรือกลุ่มประชากรที่สำคัญและชุมชน จึงทำให้การบูรณาการเกิด Service Package สำหรับบริการปฐมภูมิ ดังภาพประกอบหน้าต่อไป

8. Primary Service Package

บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี

	 สตรีและเด็กปฐมวัย (0.5 ปี)	 เด็กวัยเรียน (5-14 ปี)	 วัยรุ่น/นักศึกษา (15-21 ปี)	 วัยทำงาน (15-59 ปี)	 ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และผู้พิการ
Service Plan	Newborn, OB (ANC), Ped (Growth and development), ทันตกรรม	Ped (โภชนาการDHF, ทันตกรรมจิตเวช(O, EQ, MQ)	- OB (ท้องไม่พร้อม) Ped, จิตเวช(ยาเสพติด สุรา) Trauma (อุบัติเหตุ)	STEMI, Stroke, Cancer (มะเร็ง) ตับ ท่อน้ำดี เต้านม ปากมดลูก ลำไส้ใหญ่, Trauma, จิตเวช(สุรา บุหรี่), NCD, ตา, ไต, ทันตกรรม	STEMI, Stroke, Cancer จิตเวช(สุรา บุหรี่, NCD, ตา, ไต, ทันตกรรม
เป้าประสงค์	๑) ผ่าศรัทรมคุณภาพ ๒) วัคซีนครอบคลุม ๓) พัฒนาการสมวัย ๔) สุขภาพช่องปากดี	๑) ลดอ้วน ๒) สุขภาพช่องปากดี ๓) เสริมIQ, EQ, MQ ๔) ลดการจมน้ำ ๕) ลดไข้เลือดออก	๑) ท้องเมื่อพร้อม ๒) ลดน้ำหนักใหม่ ๓) ขับขี่ปลอดภัย ๔) เพศสัมพันธ์ปลอดภัย	๑) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ ต้มแอลกอฮอล์ อ้วน สุขภาพจิต ๒) แก้ปัญหาพฤติกรรมแบบสหปัจจัยเสี่ยง ๓) ส่งต่อภาวะฉุกเฉินได้	๑) อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ๒) เข้าถึงบริการและได้รับสิทธิประโยชน์ ๓) ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล
ส่งเสริม (การสร้างเสริมสุขภาพ วัคซีน)	- ANC คุณภาพ - วัคซีนตามกำหนด - WBC คุณภาพ - สุขภาพช่องปาก	- ให้คำปรึกษาตามแนวทาง - วัคซีนตามกำหนด - สุขภาพช่องปาก	- ให้คำปรึกษา ตามแนวทาง - พัฒนาทักษะชีวิต	- ให้คำปรึกษตามแนวทาง - สุขภาพช่องปาก	- ให้คำปรึกษาตามแนวทาง ๓ ด้าน คือADL, ๕ โรคที่พบบ่อย และGeriatric syn. - สุขภาพช่องปาก
พัฒนา settings	- สถานบริการสาธารณสุขANC, LR, WCC - ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ	- โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ(School health)	- คลินิกวัยรุ่น - เฝ้าระวังพฤติกรรม - สร้างกระบวนการดูแลช่วยเหลือที่โรงเรียน	- CKD NCD คุณภาพStroke STEMI Alert	- คลินิกผู้สูงอายุ รพช
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน	- ครอบครัวอบอุ่น - สายใยรัก - โรงเรียนพ่อแม่ - ตำบลจัดการสุขภาพ - ตำบลอนามัย	- ตำบลจัดการสุขภาพ - ตำบลIQ ดี EQ เน้น - ชุมชนหมู่บ้าน ไอโอเอ็น	- วัยรุ่นใส่ใจสุขภาพทั้งไกลยาเสพติด - ไม่ติดเกมส์ ไม่ติดการพนัน - ยุติความรุนแรง - ตำบลจัดการสุขภาพ - online training	- สถานที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพ - โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ - ชุมชน ๓ ๒ ๕ - ปอดสารเคมีกำจัดวัชพืช - SRRT concern - ตำบลจัดการสุขภาพ	- ชุมชนสังคมนักอู่กล - ตำบลจัดการสุขภาพ - Long term care - Palliative care
ป้องกัน (คัดกรองความเสี่ยงและตรวจ)	- ตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะตามแนวทาง - คัดกรองพัฒนาการล่าช้า < ๕ ช่วง (๔, ๘, ๑๓, ๑๘ เดือน)	- บริการ ๕ ด้าน - เน้นจัดการภาวะอ้วน - ทักษะชีวิตในการป้องกันและควบคุมโรค	- ตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะตามแนวทาง - ทักษะชีวิตในการป้องกันและควบคุมโรค	- ตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะตามแนวทาง - คัดกรองQ๑๕Q ในกลุ่มผู้ป่วยDM - ตรวจตา ไต เท้า ในกลุ่มผู้ป่วย - แก้ปัญหาแบบสหปัจจัยเสี่ยง	- ตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะตามแนวทาง - ตรวจตา ไต เท้า ในกลุ่มเสี่ยงสูง - แก้ปัญหาแบบสหปัจจัยเสี่ยง
รักษา (warning sign/refer Network)	- อาการครรภ์เสี่ยงสูง - ระบบปรึกษาแพทย์ - ระบบปรึกษาทันตแพทย์	- อาการเบื้องต้น - ระบบปรึกษาแพทย์ - ระบบปรึกษาทันตแพทย์	- อาการเบื้องต้น - ระบบปรึกษาแพทย์	- STEMI, Stroke alert - ควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง - แก้ปัญหาแบบสหปัจจัยเสี่ยง ในกลุ่มที่เป็นโรคCKD CLINIC NCD CLINIC	- STEMI, Stroke alert - ควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง - แก้ปัญหาแบบสหปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นโรคCKD CLINIC NCD CLINIC
ฟื้นฟู (ติดตาม ติตเตียง ดูแลต่อเนื่อง ปรึกษาครอบครัว)	- ดูแลหลังคลอด - ติดตามเยี่ยมบ้าน	- ติดตามเยี่ยมบ้าน	- ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สื่อสังคม - ติดตามเยี่ยมบ้าน	- ติดตามเยี่ยมบ้าน - ฟื้นฟูสุขภาพด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ	- ติดตามเยี่ยมบ้าน - ฟื้นฟูสุขภาพด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ - ส่งปรึกษาทีมเยี่ยม

ภาพที่ 7 การบูรณาการ Service plan

2.3.8 การจัดการบริการเชื่อมโยงกับชุมชน

อนึ่งในการจัดการบริการตามนโยบายปฏิรูปนี้ต้องการให้นำแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้เพื่อให้เกิดการดูแลตัวบุคคลอย่างครบถ้วนเพื่อสร้างสุขภาพโดยเริ่มที่ตัวบุคคล หรือ Self care และเชื่อมโยงกับครอบครัว อย่างไรก็ตามก็ยังคงต้องนำหลักการทางระบาดวิทยาเข้ามาใช้ร่วมด้วยเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน และการดูแลประชากรเป็นกลุ่ม ได้อย่างตรงเป่าด้วย

การจัดการทีมดูแลสุขภาพนอกเหนือจากการดูแลในระดับบุคคลและครอบครัวแล้วยังจำเป็นต้องมีการดูแลในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพและเป็นการแก้ไขปัญหาได้อย่างเบ็ดเสร็จ ยั่งยืน ซึ่งจะต้องมีการจัดการสุขภาพชุมชนร่วมด้วย ทีมจำเป็นต้องทำการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ หาปัญหาชุมชนเพื่อการจัดการสุขภาพภายในให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ในการดำเนินงานจัดการบริการภายในแต่ละ Cluster จะต้องจัดให้มีการบริหารจัดการร่วมเป็นการประสานงานกันภายในเครือข่ายนั้นๆ ควรดำเนินการโดยจัดตั้งคณะทำงานหรือมีผู้ประสานงานหลักในเรื่องการบริหารจัดการและการประสานงานให้เหมาะสมโดยให้ผ่านความเห็นชอบของผู้บริหาร CUP (Contracting Unit of Primary care)

2.3.9 การบริหารจัดการและการจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย

การบริหารจัดการเพื่อจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิอาศัยกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลกซึ่งมี 6 องค์ประกอบ คือ 1) การให้บริการสุขภาพ 2) บุคลากรสุขภาพ 3) สารสนเทศสุขภาพ 4) ผลิตภัณฑ์การแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยี 5) การเงินการคลังสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบกระทรวงสาธารณสุขได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็น 6 Building Blocks Model สำหรับการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับอำเภอเป็นการจัดรูปแบบบริการเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีการจัดการบริการไปพร้อมกับการจัดระบบสนับสนุนและการใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเครือข่ายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด แสดงรูปแบบได้ตามภาพประกอบต่อไปนี้





จะพบว่า การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ

2.3.9.1 ด้านการนำ การกำกับและการอภิบาลระบบ (Leader & Monitor) ในระดับเครือข่ายอำเภอกำหนดให้มีคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board) เป็นผู้กำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากร โดยใช้แผนดำเนินงานของเครือข่ายเป็นหลัก รวมถึงมีหน้าที่กำกับดูแลอภิบาลระบบด้วยการนำและการอภิบาลระบบ ภาพรวมของการบริหารจัดการระบบปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่จะขึ้นกับคณะกรรมการกำกับดูแลนโยบายในระดับอำเภอ (District Health Board) ที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อน โดยมีผู้ดำเนินการในระดับที่ลดหลั่นกันมากขึ้นกับบริบทพื้นที่ ในบางพื้นที่อาจมีการรวมตัวกันหลาย CUP หรือบางแห่งมีเพียง 1 CUP ซึ่งจะเป็นผู้จัดการดูแลหน่วยปฐมภูมีย่อยที่เป็นลูกข่ายของตนเอง สามารถแสดงรายละเอียดของระบบการจัดการในแต่ละระดับได้ดังนี้

1) คณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board – DHB) ประกอบด้วยผู้นำหุ้นส่วนสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำภาคประชาชน ร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ครอบคลุมมิติทั้งการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ สนองนโยบายของเขตสุขภาพ และความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยผ่านนโยบายลงสู่งานบริการปฐมภูมิทาง CUP Board

2) CUP Board (Contracting unit of primary care Board) คณะกรรมการประกอบด้วยตัวแทนผู้ให้บริการทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำ ร่วมกันกำหนดและบริหารแนวทางการจัดบริการโดยประสานงานเรื่องเงื่อนไขการให้บริการและการสนับสนุนด้านการเงินการคลังกับกองทุนต่างๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สำนักงานประกันสังคม, กรมบัญชีกลาง, กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะกรรมการ DHB คณะกรรมการชุดนี้จะส่งนโยบายให้กับ ผู้จัดการ Primary care cluster ไปเป็นผู้ดำเนินการ

3) ผู้จัดการ Primary care cluster เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการทำหน้าที่บริหารจัดการและประสานงาน รพสต./ศสม. ใน cluster ทั้งเรื่อง คน เงิน ของ ให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการของงานปฐมภูมิของ cluster นั้นๆ (1 cluster = ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 ทีม ให้การดูแลรับผิดชอบประชากรประมาณ 30,000 คน) เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายการดูแลร่วมกัน

การบริหารด้านการเงินการคลัง มีการจัดการด้านการเงิน โดยมีแผนรับจ่ายราย Cluster

1) ให้โรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลต้นทุน ได้แก่ ต้นทุนบริการ, ต้นทุนเวชภัณฑ์วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ และ ต้นทุนบุคลากร

2) ให้มีทีมบริหารจัดการในระดับปฐมภูมิ เป็นผู้มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจบริหารจัดการโดยจัดทำบัญชีต้นทุนเสมือน (Virtual Accounts) สำหรับงบประมาณปฐมภูมิเพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการจัดสรรอย่างเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ ได้แก่ กองทุนผู้ป่วยนอก (OP) และ/หรือ งบประมาณส่งเสริมป้องกันโรค (PP)

3) รวมงบประมาณในระดับปฐมภูมิให้เป็นชุดรวมกัน ทั้งงบประมาณกองทุนผู้ป่วยนอก, งบกองทุน PP-Basic service, บางส่วนของงบประมาณด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์, งบประมาณกองทุนแพทย์แผนไทยและงบสนับสนุนโรคเรื้อรังเข้าด้วยกัน

4) การบริหารงบส่งเสริมป้องกันโรค ได้แก่ PP-Basic Service ให้หน่วยบริการเป็นผู้จัดการ, PP Area-based และ PP Community ให้ District Health Board เป็นผู้บริหารจัดการ

5) ให้โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดทำแผนการเงิน แสดงทั้งรายรับ-รายจ่าย ดำเนินการบริหารจัดการการเงินในส่วนของงบส่งเสริมป้องกันโรค (PP) ด้วยตนเอง รวมทั้งนับการส่งต่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นรายจ่ายของตนเอง (สำหรับค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่ส่งต่อหรือการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ข่ายให้ทำการตกลงค่าใช้จ่ายภายใน CUP)

6) ให้มีการบันทึกเวลาทำงานของบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่ลงไปปฏิบัติงานใน PCC เพื่อใช้เป็นข้อมูลต้นทุนบุคลากร

2.3.9.2 ด้านกระบวนการรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการในเครือข่าย (Service pathway)

ในการให้บริการมีการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นหน่วยรับส่งต่อที่ใหญ่ที่สุด ในแต่ละพื้นที่มีการจัดรูปแบบการส่งต่อที่หลากหลาย สามารถออกแบบระบบการส่งต่อด้วยตนเองใน แต่ละเครือข่ายโดยพิจารณาตามความปลอดภัย ความสะดวกและความเหมาะสมในด้านต่างๆ ทั้งนี้บางเครือข่ายอาจใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลซึ่งมีแพทย์ประจำเป็นจุดรับส่งต่อจากรพสต.เครือข่ายก่อนส่งต่อเข้าโรงพยาบาลแม่ข่าย (เป็น Gate keeper) หรือจัดให้

การส่งเข้าโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยตรงเลยก็สามารถกำหนดได้ แต่เน้นหลักการให้มีความสะดวกเข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง และมีการส่งต่อข้อมูล ที่เหมาะสมด้วย พร้อมกับให้มีการบันทึกข้อมูลการส่งต่อด้วย

2.3.9.3 ด้านการจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย (Support system)

สำหรับภารกิจในการบริหารจัดการและประสานเครือข่ายที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวทางการดำเนินงานที่สรุปได้พอสังเขป ดังนี้

ระบบเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์ จัดให้มีการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ให้มีบัญชียาภายใต้กรอบบัญชียาของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ลักษณะยา ขนาด รูปแบบ จากบริษัทยาเดียวกัน) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และไม่เกิดความรู้สึกแตกต่าง โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

1) บัญชียา เครือข่ายมีการใช้บัญชียาร่วมกัน สามารถแบ่งบัญชีรายการยาตามบริบทการจัดบริการของแต่ละพื้นที่

2) การกระจายและการขนส่ง มีการจัดระบบการเบิกจ่ายยาและวัสดุการแพทย์ ควบคุมคุณภาพการขนส่ง โดยเฉพาะระบบ Cold chain ในการเบิกจ่ายวัคซีน

3) การนิเทศคลังยา ได้แก่ การตรวจเยี่ยมคลังยา ประเมินคุณภาพในการจัดเก็บยาประเมินกระบวนการจ่ายยาใน รพสต. เป็นต้น

ระบบบริการด้านชั้นสูตรโรค

มีการจัดระบบบริการเพื่อให้สะดวกต่อผู้รับบริการ และเป็นการรองรับบริการที่มีในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้ป่วย การใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อความคุ้มค่า และคุณภาพมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วย

1) การจัดบริการชั้นสูตรในหน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดบริการชั้นสูตรเบื้องต้น บางรายการ ที่สามารถปฏิบัติได้ที่หน่วยบริการ ได้แก่ การตรวจวัดความเข้มข้นเลือด (Hematocrit), การตรวจระดับน้ำตาลโดยใช้ Dextro-strip, การตรวจการตั้งครรภ์ เป็นต้น

2) การจัดบริการเก็บส่งตรวจ ทาการชั้นสูตรที่โรงพยาบาล เป็นการจัดบริการขึ้นเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานการรักษา โดยหน่วยบริการจะทำการจัดเตรียมส่งตรวจให้พร้อม โรงพยาบาลจัดช่องทางในการส่งส่งตรวจแล้วจึงนำส่งผลการตรวจให้แก่หน่วยบริการในภายหลัง

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบในการสนับสนุนดังนี้

1) ระบบให้คำปรึกษา ได้มีการจัดช่องทางการปรึกษาไว้ดังนี้

ระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยแพทย์ มีการจัดแพทย์รับผิดชอบเป็นพื้นที่ Cluster รวมถึงมีพยาบาลเวชปฏิบัติหรือพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นที่ปรึกษา 1 cluster มี 3 ทีม แต่ละทีมประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 4 คน แบ่งเป็น 2 ทีม ดูแล อสม. ทีมละ 50 คน แต่ละทีมดูแลประชาชน 5,000 คน ดังนั้นแพทย์ 1 คน ดูแลประชาชน 10,000 คน

อสม.รับปัญหาเบื้องต้นจากประชาชน ติดต่อพยาบาลเพื่อขอคำปรึกษา พยาบาลติดต่อไลน์เข้ากลุ่มทีม มีแพทย์คอยตอบคำถาม/ข้อสงสัย ให้คำแนะนำ ตามกลุ่มประชากรของทีม ซึ่งจะทำให้ทีมคนอื่นในกลุ่มได้อ่านและเรียนรู้ไปด้วยกัน ในการจัดการปัญหาแต่ละกรณี

การให้การปรึกษาที่น่าจะเป็น 1) กรณีต้องไปโรงพยาบาลเร่งด่วน ทีมประสานให้การส่งต่อ 2) กรณีที่ไปโรงพยาบาลตามนัด เพื่อพบแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ทีมประสานระบบนัดรพ.ให้ 3) ไปรับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCC) ทีมลงนัดให้ 4) กรณีต้องดูแลที่บ้านได้ตามคำแนะนำ ให้คำแนะนำ ทุกกรณี ทีมควรติดตามต่อเนื่อง เช่น เยี่ยมบ้าน/เยี่ยมในรพ.

ระบบการ Conference case

ด้านวิชาการ มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วย (Core practice guidelines _CPG) ที่จัดทำโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย และให้การสนับสนุนการจัดอบรมฟื้นฟูวิชาการด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่องเป็นประจำเพื่อให้บุคลากรใน PCC มีองค์ความรู้ที่ทันสมัยเป็นปัจจุบัน ในการพัฒนาวิชาการนั้น นอกจากการจัดอบรมดังกล่าวยังสามารถสอดแทรกความรู้เชิงวิชาการได้ทุกเมื่อ อาจเป็นการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงานประจำ (On the job training) หรือการจัดประชุม Conference case รวมถึงการจัดประชุมผู้รับผิดชอบงานซึ่งได้มีการจัดเป็นประจำ

ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (Medical Information System)

มีระบบจัดเก็บฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ : Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยส่งผ่านคลังข้อมูลระดับอำเภอและจังหวัด ให้ทันเวลา น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ดำเนินการดังนี้

1) จัดให้มีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมโยงข้อมูลภายในเครือข่าย และมีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) ที่มีประสิทธิภาพ ทำหน้าที่เป็น ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพระดับพื้นที่ (ระดับอำเภอ) ต้องมีจำนวนอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์เสริมคอมพิวเตอร์ (Computer Accessories) ให้เพียงพอ มีประสิทธิภาพ พร้อมใช้ และสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อรวบรวมและประมวลผลข้อมูล โดยจะต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Validation) และส่งให้ทันเวลา

2) การนำระบบข้อมูลสารสนเทศไปใช้ โดยมีวัตถุประสงค์ เป็น 2 ส่วนคือ

- ข้อมูลเพื่อการบริหาร เป็นการประมวลผลและสรุปข้อมูลที่สำคัญ เพื่อใช้ในการวางแผนงาน การจัดสรรทรัพยากร ด้านต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

- ข้อมูลเพื่อการบริหาร จัดระบบบริการด้านต่างๆ ให้สามารถเข้าถึงบริการและความครอบคลุมโดยเฉพาะการจัดบริการปฐมภูมิ การรักษาดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

ในขณะเดียวกันจะต้องคำนึงถึงสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลด้วย โดยต้องกำหนดลำดับขั้นของผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลผู้ป่วย เพื่อสร้างระบบการรักษาความลับของผู้ป่วยที่รัดกุม

ระบบขนส่งภายในเครือข่าย (Logistic)

เป็นระบบพื้นฐาน ที่ใช้สำหรับการขนส่งทุกอย่างภายใน CUP ได้แก่ การส่งเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา, วัสดุทางการแพทย์, การส่งเลือด/ส่งส่งตรวจชิ้นเนื้อ, การรับขยะติดเชื้อกลับเข้าสู่โรงพยาบาล เป็นต้น

อย่างไรก็ตามในการบริหารจัดการเพื่อให้ครอบคลุมภารกิจงานทั้งหมดจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความเหมาะสมทั้งจำนวนและวิชาชีพซึ่งมีความจำเป็นต้องจัดหาให้เพียงพอด้วย

2.3.10 การควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผล

เป้าหมายในการจัดบริการในรูปแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ในด้านบริการเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย โดยผู้รับบริการ (ป่วยและไม่ป่วย) เป็นศูนย์กลาง ได้รับการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ครอบคลุมและชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับในด้านบริหารต้องการลดต้นทุนการบริการปฐมภูมิ มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน/แบ่งปันกันอย่างคุ้มค่า และในด้านวิชาการ ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องทันเวลา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการวิจัยที่มีบริบทจากบริการปฐมภูมิอย่างแท้จริง

เพื่อให้การดำเนินการจัดบริการในรูปแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จำเป็นต้องมีการควบคุม กำกับ ติดตามให้การสนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

ให้กำหนดแนวทาง และการจัดการข้อมูล เพื่อการติดตาม ประเมินผล พร้อมผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน ควรมีการติดตามประเมินผลใน 3 รูปแบบ

2.3.10.1 การจัดการระบบติดตาม ประเมินผล ภายใน

การกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในแต่ละระยะมีดังนี้

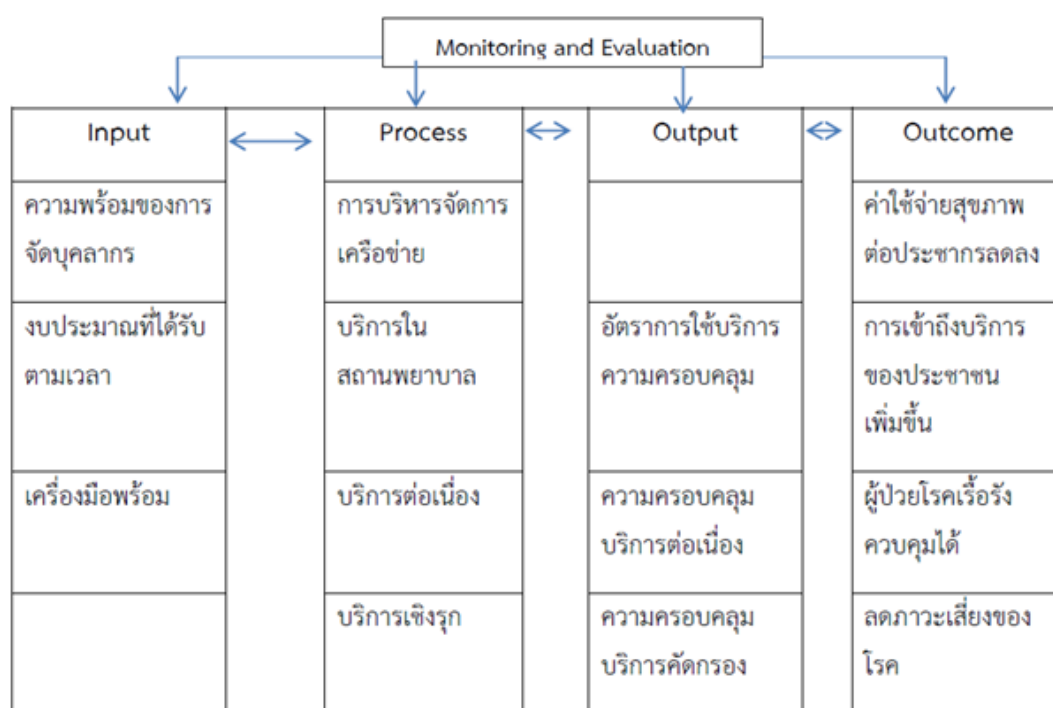
- 1) ความพร้อมในด้านการจัดบริการ : การเตรียมการด้านบุคลากร สถานที่ การจัดการ
 - ด้านบุคลากร พิจารณาในด้านจำนวนต่อประชากร และดูคุณภาพ คุณวุฒิ ประสิทธิภาพของบุคลากร
 - การจัดทีมงาน บทบาท และขอบเขตความรับผิดชอบของทีมงาน
 - 2) การบริหารจัดการเครือข่าย : ด้านการบริหารจัดการงบประมาณ การจัดทำบัญชีแยกตามหน่วย PCC การจัดการพัสดุ การจัดการข้อมูล
 - 3) การติดตาม ในด้านระบบการบริการ ด้านต่างๆ และการบริหารจัดการ
 - พิจารณาคุณภาพของบริการในสถานพยาบาล การจัดระบบเพื่อการดูแล
 - คุณภาพของคลินิกบริการโรคเรื้อรัง งานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

4) การติดตาม ผลผลิตในการดำเนินงาน โดยดึงข้อมูลจากระบบข้อมูลปกติที่มีในด้านอัตราการให้บริการรักษาพยาบาล (ครั้งต่อคนต่อปี) สัดส่วนประชากรใช้บริการที่หน่วยปฐมภูมิ ความครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค KPI ของการให้บริการตามกลุ่มวัย เช่น สตรีและเด็กปฐมวัย 0 - 5 ปี ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ร้อยละ, อัตราเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85 เป็นต้น



5) การประเมินผลลัพธ์ของบริการ การเข้าถึงบริการ และคุณภาพของบริการ รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ใช้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อสรุปเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร

ผู้มีหน้าที่ควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล ได้แก่ การตรวจราชการในระบบปกติและคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board), และหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบบริการปฐมภูมิในส่วนกลาง



ภาพที่ 9 กรอบแนวทางการติดตามประเมินผล

2.3.10.2 การวิจัยและพัฒนา เพื่อให้การขับเคลื่อนและปฏิรูปการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้า และเป็นแบบอย่างของประเทศในประชาคมอาเซียน และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จะต้องมีการศึกษาวิจัยทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ ดังนี้

1) การถอดบทเรียนและหาตัวอย่างที่ดี (Best Practice)
 2) การประเมินนโยบาย (Policy Development) เพื่อเปรียบเทียบระหว่าง การดำเนินการตาม Primary Care Cluster Network ซึ่งมีการสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของ และ เครือข่ายตามที่กำหนดไว้ (Action Model) กับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Change Model) ซึ่งประกอบด้วย ตัวชี้วัด (determinants) และผลที่เกิดขึ้น (outcome)

3) การวิจัยประเมินผล เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (Provider) ผู้รับบริการ (Customer) และผู้ควบคุมกำกับ (Regulator) และผลกระทบ (Effect) ที่เกิดขึ้น

ในระยะแรกของการดำเนินการขับเคลื่อนและปฏิรูป สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะได้จัดตั้งหน่วยงานเพื่อรับผิดชอบในการเป็นหน่วยประสาน สนับสนุน รับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน และติดตามประเมินผล รวมทั้งวิจัยประเมินนโยบาย เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy recommendation) เสนอผู้บริหารในการตัดสินใจวางแผนในการขยายผลดำเนินการทั่วประเทศ จนถึงส่งมอบให้หน่วยงานที่มีหน้าที่ implementation ต่อไป

2.4 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม

2.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

“การมีส่วนร่วมของชุมชน” ถือเป็นยุทธศาสตร์ของการพัฒนาแนวใหม่เป็นหลัก และวิธีการที่มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของการพัฒนาสังคมในทุก ๆ ด้าน เพราะเป็นหลักการที่ช่วยให้ชุมชนสามารถยืนหยัด ฟังฟังตนเองได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขซึ่งเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการมีส่วนร่วมด้านสาธารณสุขเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกที่จะดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง และเพิ่มขีดความสามารถให้ประชาชนดูแลตนเองได้ทั้งในยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้หยิบยกความสำคัญของการมีส่วนร่วมขึ้นมาปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขสุขภาพในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทได้อย่างยั่งยืน จากแนวคิดดังกล่าวได้เกิดกระแสการพัฒนาแนวใหม่ขึ้นโดยเน้นการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน โดยถือว่าประชาชนเป็นพื้นฐานที่สำคัญ ความสำเร็จของการพัฒนาแนวใหม่จึงขึ้นอยู่กับประชาชนและชุมชนเป็นหลัก และต้องเป็นการพัฒนาที่เริ่มมาจากประชาชนเอง จึงจะสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและความต้องการที่แท้จริง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากความสำคัญของการมีส่วนร่วมดังกล่าว มีนักวิชาการได้อธิบายและให้ความหมาย ความสำคัญ ลักษณะการมีส่วนร่วมขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม รูปแบบของชุมชนต่อการมีส่วนร่วมและประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ดังนี้

วชิรวัชร งามละม่อม (2559) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนร่วมมือกันการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกันเป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาคนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานเพื่อพัฒนาหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของแต่ละคนในการแก้ปัญหาของชุมชนและพัฒนางานในกลุ่มให้มีความโปร่งใสและให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ถวิลวดี บุรีกุล (2551) ได้อธิบายการมีส่วนร่วมในมิติทั้งในแง่ของมิติความลึกทั้งในเชิงกว้างดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมในความหมายที่แคบ คือการพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมช่วยเหลือโดยสมัครใจโดย ประชาชนต่อโครงการใดโครงการหนึ่งของโครงการสาธารณะต่าง ๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการพัฒนาชาติแต่ไม่ได้ หวังว่าจะให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงโครงการ หรือวิจารณ์เนื้อหาของโครงการ

2) การมีส่วนร่วมในความหมายที่กว้าง หมายถึงการให้ประชาชนในชนบทรู้สึกตื่นตัว เพื่อที่จะ ทราบถึงการรับความช่วยเหลือและตอบสนองต่อโครงการพัฒนาขณะเดียวกันก็สนับสนุน ความคิดริเริ่มของคน ในท้องถิ่น

3) ในเรื่องของพัฒนาชนบท การมีส่วนร่วม คือ การให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับ กระบวนการตัดสินใจ กระบวนการดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนา นอกจากนี้ยัง เกี่ยวข้องกับความพยายามที่จะประเมินผลโครงการนั้น ๆ ด้วย

4) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้นอาจเข้าใจอย่างกว้างๆ ได้ว่าเป็นการ ที่ ประชาชนได้เข้าร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการตัดสินใจต่าง ๆ ในเรื่องที่จะมีผลกระทบต่อเขา

5) การมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึงการที่ประชาชนจะมีทั้ง สิทธิและหน้าที่ ที่จะเข้าร่วมใน การแก้ปัญหาของเขา มีความรับผิดชอบมากขึ้นที่จะสำรวจตรวจสอบความจำเป็นในเรื่อง ต่าง ๆ การระดม ทรัพยากรท้องถิ่น และเสนอแนวทางแก้ไขใหม่ ๆ เช่นเดียวกับการก่อตั้งและดำรง รักษาองค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่น

6) การมีส่วนร่วมนั้นจะต้องเป็นกระบวนการดำเนินการอย่างแข็งขัน ซึ่งหมายถึงว่า บุคคลหรือ กลุ่มที่มีส่วนร่วมนั้นได้เป็นผู้มีความริเริ่มและได้มุ่งใช้ความพยายามตลอดจน ความเป็นตัว ของตัวเองที่จะ ดำเนินการตามความริเริ่มนั้น

7) การมีส่วนร่วม คือ การที่ได้มีการจัดการที่จะใช้ความพยายามที่จะเพิ่ม ความสามารถ ที่จะควบคุมทรัพยากรและระเบียบในสถาบันต่าง ๆ ในสภาพสังคมนั้น ๆ ทั้งนี้โดยกลุ่ม ที่ดำเนินการ และความเคลื่อนไหวที่จะดำเนินการนี้ไม่ถูกควบคุมโดยทรัพยากรและระเบียบต่าง ๆ

การมีส่วนร่วมในแง่ของมิติความลึกทั้งในเชิงกว้าง คือการที่ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้รับ ผลจากการดำเนินงานหรือโครงการต่าง ๆ ร่วมกันระดมความคิดในการตัดสินใจหรือร่วมกันหาแนว การแก้ปัญหาตามความสมัครใจ ด้วยการนำทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้เพื่อให้เกิด ประโยชน์ สูงสุด โดยประชาชนมีสิทธิ และหน้าที่ในการตรวจสอบประเมินผลการดำเนินงานตามระเบียบ ข้อบังคับที่มีอยู่

สรุททจ จันสุข (2554) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชน ว่า การเข้าร่วม อย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลในขั้นตอนต่าง ๆ ของการดำเนินกิจกรรมอย่างหนึ่ง การมีส่วนร่วมในการ สนับสนุนที่เป็นไปในรูปของผู้เข้าร่วม มีส่วนกระทำให้เกิดผลของกิจกรรมที่เข้าร่วมมิใช่เป็นผู้ร่วมคิด ตัดสินใจหรือผู้ได้รับประโยชน์เท่านั้น

อรทัย ก๊กผล (2552) อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนจะต้องมีอิสระ ทางความคิด มีความรู้ความสามารถในการกระทำและมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้น ๆ หลักการมีส่วนร่วมของประชาชนต้องมีลักษณะการเข้าร่วมอย่างครบวงจร ตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุด ไม่ใช่เป็นการจัดเวทีการมีส่วนร่วมครั้งเดียว ตัวอย่างเช่น ในแก้ปัญหาของชุมชน ควรเปิดให้ ประชาชนเข้าร่วมตั้งแต่ต้นจนจบ

โดยสรุปการมีส่วนร่วม คือ การเปิดการในประชาชนสามารถเข้ามีส่วนร่วมดำเนินการ ดำเนินงาน ในกิจกรรมต่าง เช่น การเสนอแนวคิด ร่วมวางแผนการดำเนินงาน บนพื้นฐานความเสมอภาค และเท่าเทียม ตามขีดความสามารถของแต่ละบุคคล โดยการใช้ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการดำเนินงาน ผู้ดำเนินงานจะต้องเปิดโอกาสหรือเวทีในการร่วมรับ

ฟังข้อคิดเห็น มีการให้ข่าวสารในด้านต่าง ๆ รวมทั้งผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินงานแก่ผู้รับผลตลอด การดำเนินงานตั้งแต่ต้นจนจบ เพื่อให้ผู้ได้รับผลใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจและเสนอแนวคิด เกี่ยวกับการดำเนินงานที่จะเกิดขึ้น

2.4.2 กระบวนการมีส่วนร่วม

เมื่อก้าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนแล้ว จะต้องนึกถึงกระบวนการที่จะให้ ประชาชนได้เข้ามามีบทบาทในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม เพราะอย่างน้อยที่สุดประชาชนจะต้อง ได้รับรู้ขั้นตอนการดำเนินการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการตัดสินใจ ขั้นตอนการดำเนินงาน และ ขั้นตอนในการประเมินผลงาน เพื่อให้รับรู้ถึงความเป็นไปในกิจกรรมสาธารณะต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบ ต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน มีนักวิชาการที่ได้ ทำการวิจัย ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมตามประเด็นสำคัญต่าง ๆ เช่น

ประพันธ์ สร้อยเพชร (2547) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงน่าจะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การค้นหาปัญหา และสาเหตุ 2) การวางแผนดำเนินกิจกรรม 3) การลงทุนและ การปฏิบัติงาน 4) การติดตามและประเมินผล ในขณะเดียวกัน สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและ สหกรณ์ (2548) ได้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมที่มีความลึกลงไปอีก ได้แก่ 1) การตัดสินใจและผลกระทบที่สำคัญ 2) การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อบางคนมากกว่าคนอื่น 3) การ ตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อผลประโยชน์ของบางคนหรือกลุ่มคนที่มีอยู่เดิม 4) การตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง กับเรื่องที่มีความขัดแย้งอยู่ก่อนแล้ว 5) ความจำเป็นเพื่อให้มีการสนับสนุนต่อผลการตัดสินใจ ส่วน อคิน รพีพัฒน์ (2547) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข 2) การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนพัฒนา แก้ไข ปัญหา 3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน 4) การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

ทรงวุฒิ เรื่องวาทศิลป์ (2550) ได้ทำวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา ได้ใช้ หลักการที่อิงไปในแนวทางของนโยบาย และได้พบว่า แท้จริงแล้วกระบวนการมีส่วนร่วมมีลักษณะที่ คล้ายกับการกำหนดนโยบาย เพราะท้ายที่สุดของการกำหนดนโยบาย คือ การตัดสินใจและการ ตัดสินใจนั่นเอง จึงเป็นเหตุเบื้องต้นของการกำหนดนโยบาย และเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้า มาแสดงความคิดเห็นเสมือนหนึ่งเป็นการขัดเกลา นโยบายให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของ ประชาชน ตามแนวคิดของ ทรงวุฒิ เรื่องวาทศิลป์แล้ว กระบวนการมีส่วนร่วมน่าจะเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมในการ ติดตามตรวจสอบการประเมินผล ในขณะที่ เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) ได้กล่าวถึงกระบวนการการ มีส่วนร่วมของประชาชน โดยที่มีความสอดคล้องกับ ทรงวุฒิ เรื่องวาทศิลป์ แต่ได้เพิ่มบางประเด็นที่ เห็นว่า ยังมีข้อบกพร่องและอาจจะเสริมประเด็นดังกล่าวให้มีความชัดเจนขึ้น โดยเริ่มจาก 1) การมี ส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ 2) มีส่วนร่วมในการวางแผน 3) มีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ 4) มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 5) มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล 6) มีส่วนร่วมในการ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์

แต่อย่างไรก็ตาม แนวคิดของ ทรงวุฒิ เรื่องวาทศิลป์ และเมตต์ เมตต์การุณจิต ยังคงมี ลักษณะในเชิงแคบ หากแต่ ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (อ้างถึงใน จิราภรณ์ ศรีคำ, 2547) ได้ให้ความเห็นใน กระบวนการมีส่วนร่วมที่ลึก หรือเป็นการต่อเติมประเด็นสำคัญในกระบวนการมีส่วนร่วมมากกว่า ซึ่ง

ยิววัฒน์ วุฒิเมธีนี้ ได้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมไปในทางของการพัฒนาชุมชน โดยการบูรณาการแนวทางที่เป็นนโยบายเข้ากับการพัฒนา จึงสะท้อนแนวคิดในเชิงสังคมมากกว่า ตามแนวคิดของเขาแล้ว กระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 2) การมีส่วนร่วมในการคิด 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล 6) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ สอดคล้องกับแนวคิดของวรรณศิลป์ พีรพันธุ์ (2553) ได้กล่าวถึง กระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนของประชาชนประกอบไปด้วย 1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 2) การให้ความเห็น 3) การประชุมรับฟังความเห็น 4) การร่วมตัดสินใจ 5) การทำงานร่วมกัน

จากแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมที่นักวิชาการทั้งหลายได้ให้ทรรศนะไว้ในเบื้องต้นที่กล่าวมา มีความหลากหลายในประเด็นมากพอสมควร แต่อย่างไรก็ตาม หากนำมาประมวลให้เป็นลักษณะที่เป็นระบบตามแนวคิดของ โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1981) จะเห็นว่ามีความเป็นระบบในเรื่องของประเด็นสำคัญ โดยเขาได้มีการนำเอากระบวนการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการทั้งหลายมาประมวลเป็นแนวคิดหลัก และได้จำแนก รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกสุดที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานโครงการนั้นได้มาจากคำถามว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารการงานและการประสานงานและการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมิน ผลนั้นสิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

โดยสรุป กระบวนการมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะมุ่งให้ความสนใจถึงกระบวนการมีส่วนร่วมในประเด็น การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

โดยสรุปกระบวนการมีส่วนร่วม คือการเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ขั้นต่ำที่สุดคือการรับรู้ปัญหา และนำไปสู่การค้นหาปัญหา เสนอ แนวคิดในการแก้ไขปัญหา ร่วมแก้ปัญหา รับผลที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งวิเคราะห์ถึงผลที่เกิดขึ้น

2.4.3 ประเภทการมีส่วนร่วม

เฉลียว บุรีภักดี และคณะ (2545) สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิด จากความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่เท่าเทียมกันกล่าวคือ ฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่า มีทรัพยากรหรือ ความรู้ด้อยกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิด จากการกำหนดนโยบายของรัฐ โดยไม่รู้ความต้องการของประชาชน ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นเพียง ประชาชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนบางเรื่องเท่านั้น

3) การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมในทุก ขั้นตอนของการพัฒนาด้วยความเท่าเทียมกันทุกฝ่าย จัดเป็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริง ของประชาชนตามแนวความคิดและหลักการพัฒนาชุมชน เมื่อนำมาใช้ในการเรียนรู้จะสนับสนุนและ ส่งเสริมให้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จักร พิสุทธิ (2547) ศึกษาเรื่องชุมชนกับการมีส่วนร่วมจัดการศึกษา สรุปได้ว่า การมี ส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านเหตุผล โดยการเปิดโอกาสให้ สังคม องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิ หน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติและการรับผิดชอบใน ผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนตาม จุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

2) ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของ ชุมชนที่การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้ง ค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้า มามีส่วนร่วม แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำที่บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้า มามีส่วนร่วม เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

จินตนา สุจจันท์ (2549) ได้แบ่งประเภทของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine Participation) เป็นการเปิดโอกาสให้ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบโครงการ เริ่มตั้งแต่ร่วมศึกษาปัญหา และความต้องการ ร่วมหาวิธีแก้ปัญหา ร่วมวางนโยบายและแผนงาน ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และร่วมปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ และร่วมประเมินผลโครงการ

2) การมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง (No Genuine Participation) เป็นการมีส่วนร่วมเพียง บางส่วนโดยเฉพาะเข้าร่วมในการปฏิบัติตามโครงการที่ได้มีการกำหนดไว้แล้ว เช่น การเข้าเป็นสมาชิก หรือการร่วมเสียสละแรงงาน

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (อ้างถึงใน สิริพัฒน์ ลาภจิตร, 2550) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้

- 1) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรง (Direct Participation) โดยผ่านองค์กรที่จัดตั้งโดยประชาชน (inclusive organization) การรวมกลุ่มเยาวชนต่าง ๆ
 - 2) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมทางอ้อม (Indirect Participation) โดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน (Representative Organization) กรรมการของกลุ่มหรือชุมชน
 - 3) การมีประชาชนมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้ (Open Participation) โดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน (Non-representative Organization) เช่น สถาบันหรือหน่วยงานที่เชิญชวน หรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อไรก็ได้ทุกเวลา
- เมตต์ เมตต์การุญจิต (2553) ได้กล่าวถึงประเภทของการมีส่วนร่วมโดยสามารถจำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมโดยตรง การมีส่วนร่วมในการบริหารเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการตัดสินใจเป็นสำคัญ ดังนั้น ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบกิจกรรมโดยตรง เช่น ผู้บริหาร หัวหน้าโครงการ มักจะเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในรูปของกรรมการที่ปรึกษาที่ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ เพราะกิจกรรมบางอย่างอาจมีอุปสรรค ไม่สามารถแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงจำเป็นต้องให้บุคคลอื่นเข้ามาร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้ผลการตัดสินใจเป็นที่ยอมรับแก่คนทั่วไปหรือเกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมโดยตรงจึงมีสาระสำคัญอยู่ที่ว่า เป็นการร่วมอย่างเป็นทางการและมักทำเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น คำสั่งแต่งตั้ง หนังสือเชิญประชุม บันทึกการประชุม เป็นต้น
- 2) การมีส่วนร่วมโดยอ้อม การมีส่วนร่วมโดยอ้อมเป็นเรื่องของการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้บรรลุเป้าหมายอย่างไม่เป็นทางการ โดยไม่ได้ร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการบริหาร แต่เป็นเรื่องของการให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายเท่านั้น เช่น การบริจาคเงิน ทรัพย์สิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน เข้าช่วยสมทบ ไม่ได้เข้าร่วมประชุมแต่ยินดีร่วมมือ เป็นต้น

2.4.4 ลักษณะการมีส่วนร่วม

ลักษณะการมีส่วนร่วมนั้น จะพิจารณาได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับว่าจะสนใจศึกษาในประเด็นบ้าง ประเด็นที่น่าสนใจในงานวิจัยครั้งนี้ คือ การเน้นลักษณะการมีส่วนร่วมในประเด็นที่เกิดจากกิจกรรม เช่น การเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในประโยชน์สาธารณะ การเข้าร่วมในการตัดสินใจ การวางแผน และร่วมตรวจสอบในลักษณะองค์กรชุมชน ฯลฯ และการเน้นการศึกษาในลักษณะของการบริหารที่เกิดจากการดำเนินงานในทางนโยบายและในทางปฏิบัติการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐร่วมกับชุมชน ดังมีนักวิชาการได้ให้ความเห็น เช่น อาร์เทียน (Arnstein, 1969 อ้างถึงใน ชูชาติ พ่วงสมจิตต์, 2540) เห็นว่า การมีส่วนร่วมจะมีลักษณะมากน้อยเพียงใด ให้พิจารณาว่าผู้นำเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปร่วมในการใช้อำนาจและมีบทบาทในการควบคุมได้เท่าใด ซึ่งเป็นข้อบ่งบอกถึงภาวะผู้นำที่เป็นประชาธิปไตย ว่า มีสูงหรือต่ำ โดย Arnstein ได้สรุปลักษณะการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

- 1) การมีส่วนร่วมเทียม หรือไม่มีส่วนร่วม
- 2) การมีส่วนร่วมพอเป็นพิธีหรือร่วมเพียงบางส่วน
- 3) การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง คือ มีอำนาจและบทบาทมาก

ฮันทิทัน และเนลสัน (Huntington & Nelson, 1975) อธิบายว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนจะพิจารณาจาก กิจกรรม และการบริหาร ซึ่งจะต้องมีการศึกษาควบคู่กันไป ใน

ระดับกิจกรรมนั้น จะเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการทำให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด ส่วนในด้านการบริหารนั้น จะเป็นลักษณะของผู้มีอำนาจหน้าที่ที่จะเปิดทางให้ประชาชนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น หรือแสดงออกถึงเข้าร่วมในกิจกรรม โดยมีหลักในการพิจารณาถึงลักษณะการมีส่วนร่วมดังมีรายละเอียด ดังนี้

1) กิจกรรม ลักษณะของการมีส่วนร่วมประเภทนี้ให้ดูจากกิจกรรมที่เข้าร่วม เช่น ด้านการเมือง อาจพิจารณาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเลือกตั้ง การลงประชามติ การประท้วง กรณีที่รัฐมีโครงการที่มีผลกระทบต่อประชาชน เป็นต้น ว่า สามารถกระทำได้เพียงใด

2) ระดับการบริหาร โครงสร้างขององค์กรหนึ่งจะต้องมีสายการบังคับบัญชา ดังนั้น การมีส่วนร่วมจะพิจารณาได้จาก

- ในแนวราบ ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความเสมอกันในตำแหน่ง ดังนั้น การมีส่วนร่วมในแนวราบจึงเป็นไปอย่างหลวมๆ ไม่จริงจัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีสถานะหรือตำแหน่งเท่ากัน

- ในแนวตั้ง เป็นการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา เช่น มีหัวหน้าลูกน้อง มีฝ่าย แผนกต่าง ๆ ลดหลั่นกันไป เป็นต้น การทำงานจึงมีการตรวจสอบตามลำดับชั้น การแสวงหาผลประโยชน์เพื่อตนเองหรือผู้อื่นจะได้รับการตรวจสอบจากผู้บังคับบัญชา

- การมีส่วนร่วมทั้งแนวราบและแนวตั้งนั้น ในบางครั้งจะต้องทำงานร่วมกัน ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานในแผนกอื่น จึงต้องแสดงบทบาทตาสถานภาพของแนวราบและแนวตั้ง

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และพรพนทิพย์ เพชรมาก (2551) ได้กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนไว้ใน เอกสารประกอบการสอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเมืองและชนบท โดยได้ข้อสรุปลักษณะการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่

1) การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) การมีส่วนร่วมแบบนี้ ประชาชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ การแจ้งข่าวสารดังกล่าว จะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

2) การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังเป็นช่องทางกระจายข่าวสารข้อมูลไปยังประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจ และเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบทางเลือกการตัดสินใจ

3) การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายวิธีการ เช่น การประชุมระดับชุมชน (Community Meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นเชิงวิชาการ (Technical Meeting)

4) การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ และมีความชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังของผู้ที่มีส่วนได้และส่วยของโครงการ การประชาคมและคณะกรรมการจัดประชุมจะต้องมีองค์ประกอบของ

ผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และมีการแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบอย่างชัดเจน

5) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้น ๆ ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยการเลือกตัวแทนเข้าไปเป็นกรรมการที่มีอำนาจการตัดสินใจ

6) การใช้กลไกทางกฎหมาย รูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงในเชิงการป้องกันและแก้ไข แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้องและการป้องกันสิทธิของตนเอง อันเนื่องมาจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองควรจะได้รับ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ให้หลักเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้หลายประการ และประชาชนสามารถใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญทั้งในรูปแบบของปัจเจกหรือในรูปแบบกลุ่ม องค์กร ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้

โดยสรุป ลักษณะการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมในระดับกิจกรรม ได้แก่ การรับรู้ ข่าวสาร การปรึกษาหารือ การประชุมรับฟังความคิดเห็น การประชาพิจารณ์ การลงประชามติ และการมีส่วนร่วมในระดับการบริหาร ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การใช้กลไกทางกฎหมาย ในประเด็นการมีส่วนร่วมในระดับการบริหารนี้ ยังจะต้องพิจารณาจาก ในแนวราบ ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความเสมอภาคกันในแต่ละแห่ง และ ในแนวตั้งเป็นการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา โดยมีผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ตรวจสอบการดำเนินงาน

2.5 แนวคิดการบริหารจัดการคุณภาพหน่วยบริการ

2.5.1 แนวคิดการวัดผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน

2.5.1.1 การวัดผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน

การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานนั้น โดยพื้นฐานเป็นการประเมินที่พิจารณาจากผลการปฏิบัติราชการที่เกิดขึ้นจริงในรอบการประเมินว่าได้ตามค่าเป้าหมาย (Goals) มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติงานได้ผลที่ดีเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมายจะได้รับคะแนนการประเมินผลสัมฤทธิ์สูงกว่าผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติได้ผลที่ต่ำกว่า

การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน จะเริ่มจากการกำหนดตัวชี้วัด (KPI หรือ Key Performance Indicator) จากนั้นจึงกำหนดค่าเป้าหมาย (Goal) เพื่อเป็นเกณฑ์ในการวัดผลสัมฤทธิ์ของงาน โดยค่าเป้าหมายจะต้องสะท้อนต่อเจตจำนงของผลหรือสิ่งที่ต้องการให้บรรลุผล ภายหลังจากที่ผู้ปฏิบัติได้ปฏิบัติงานครบรอบการประเมินแล้วก็ทำการประเมินโดยเทียบผลที่ทำได้จริง กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อสรุปเป็นคะแนนการประเมินผลสัมฤทธิ์

การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานจากการกำหนดตัวชี้วัดนั้น สามารถกระทำได้หลายวิธีซึ่งจะได้กล่าวโดยละเอียดในบทที่ 3 นี้เพียง 4 วิธีผู้ปฏิบัติพึงเลือกวิธีที่เหมาะสมกับลักษณะงานของตน โดยอาจเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งหรืออาจใช้มากกว่าหนึ่งวิธีผสมผสานกัน ดังนี้

1) การถ่ายทอดตัวชี้วัดผลสำเร็จของงานจากบนลงล่าง (Goal Cascading Method)

- 2) การสอบถามความคาดหวังของผู้รับบริการ (Customer-focused Method)
- 3) การไล่เรียงตามผังการเคลื่อนไหวของงาน (Workflow-charting Method)
- 4) การประเมินความรู้ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติราชการ

การกำหนดตัวชี้วัดและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน เมื่อเริ่มรอบการประเมินหนึ่งๆ ผู้ปฏิบัติและผู้บังคับบัญชา (หรือผู้ประเมิน) จะต้องร่วมกับพิจารณากำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายซึ่งสะท้อนต่อเป้าหมายการปฏิบัติราชการที่จะเกิดขึ้นในรอบการประเมินนั้นๆ โดยเลือกใช้วิธีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานผ่านการกำหนดตัวชี้วัดวิธีใดวิธีหนึ่งผสมผสานกัน ตัวชี้วัด และค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย จะเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามและผลักดันให้การปฏิบัติในรอบการประเมินนั้นเป็นไปตามที่ได้วางไว้ และเมื่อสิ้นสุดรอบการประเมิน ผู้บังคับบัญชา หรือผู้ประเมิน จะทำการพิจารณาผลการปฏิบัติราชการจริง เทียบกับค่าเป้าหมายที่ตกลงกันไว้เพื่อสรุปเป็นผลการประเมินต่อไป

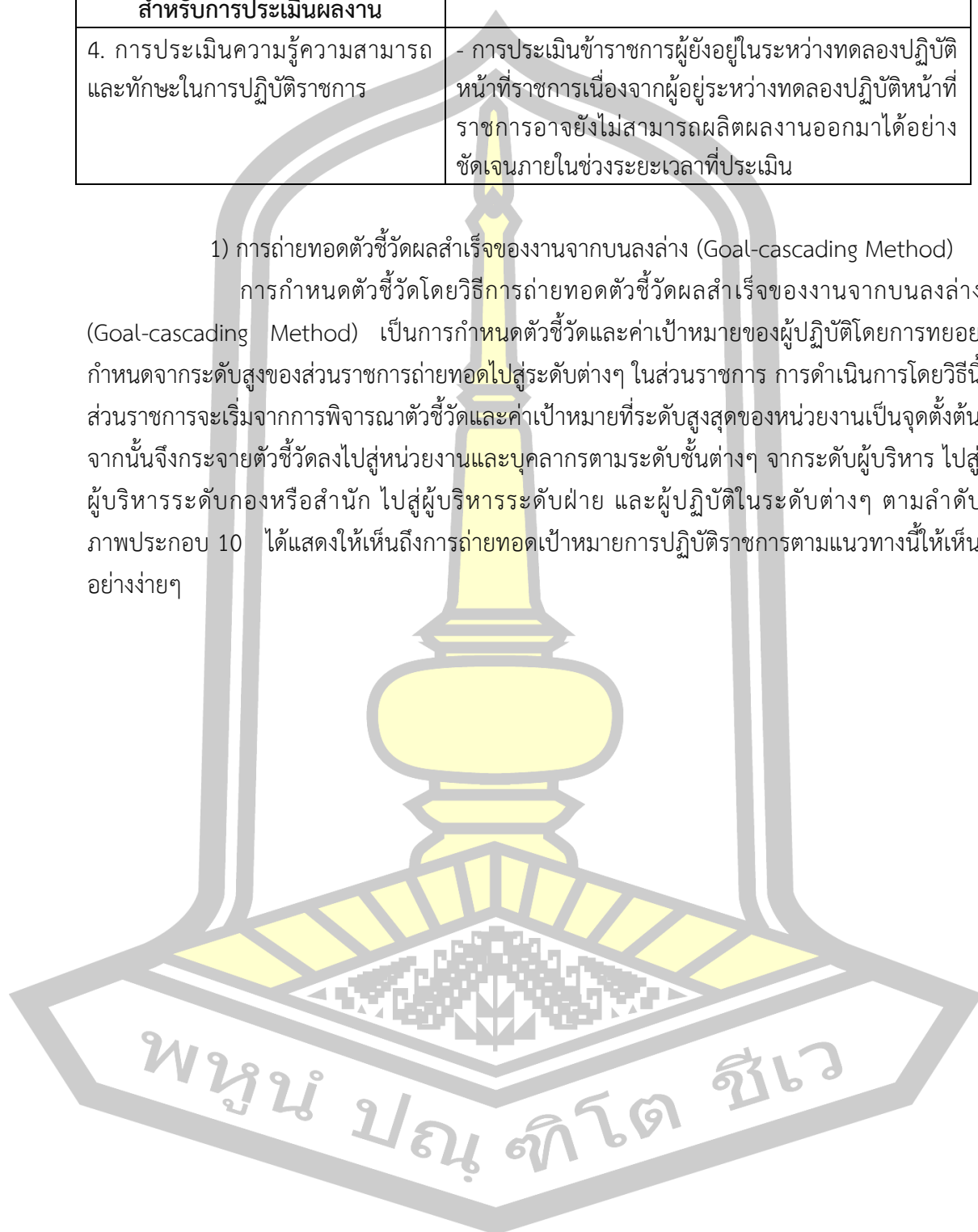
2.5.1.2 การตั้งตัวชี้วัด (KPI)

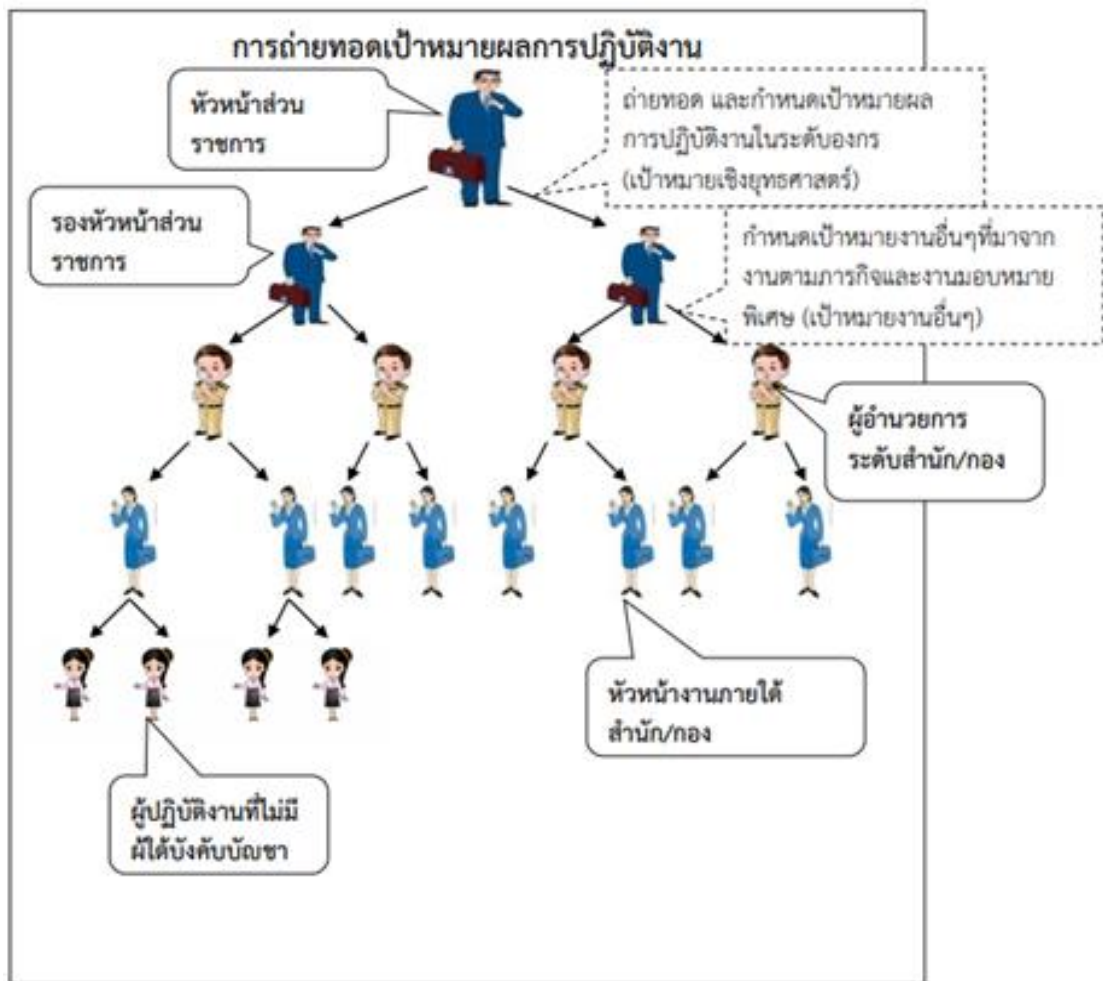
วิธีการตั้งตัวชี้วัด มีด้วยกันอย่างน้อย 4 วิธีดังที่ได้กล่าวไปในข้างต้น ส่วนราชการโดยผู้ประเมินและผู้ปฏิบัติสามารถเลือกใช้วิธีการตั้งตัวชี้วัดทั้ง 4 วิธีนี้เป็นแนวทางในการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานตามความเหมาะสม โดยการพิจารณาเลือกใช้วิธีการตั้งตัวชี้วัด มีข้อเสนอแนะดังแสดงในตารางข้างล่างนี้

วิธีการกำหนดตัวชี้วัดสำหรับการประเมินผลงาน	ลักษณะงานที่เหมาะสมกับวิธีการประเมิน
1. การถ่ายทอดตัวชี้วัดผลสำเร็จของงานจากบนลงล่าง (Goal Cascading Method)	- การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ หรืองานตามแผนปฏิบัติราชการ - การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานของผู้ดำรงตำแหน่งประเภทบริหาร เช่นหัวหน้าส่วนราชการ รองหัวหน้าส่วนราชการ และผู้ดำรงตำแหน่งประเภทอำนวยการ เช่นผู้อำนวยการสำนัก และผู้อำนวยการกอง
2. การสอบถามความคาดหวังของผู้รับบริการ (Customer-focused Method)	- การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบหลักของหน่วยงานซึ่งไม่ปรากฏในคำรับรองการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ งานของหน่วยงานสนับสนุน เช่น งานกองคลัง งานการเจ้าหน้าที่ งานธุรการ
3. การไล่เรียงตามผังการเคลื่อนไหวของงาน (Workflow-charting Method)	- การประเมินงานที่ผลผลิตในแต่ละขั้นตอนอยู่ในสำนักงาน/กองเดียวกัน เช่น งานจัดทำวารสารประจำเดือนของส่วนราชการ งานจัดทำวารสารประชุมและบันทึกประกอบการประชุมคณะกรรมการประจำ และงานตรวจสอบคำสั่ง

วิธีการกำหนดตัวชี้วัด สำหรับการประเมินผลงาน	ลักษณะงานที่เหมาะสมกับวิธีการประเมิน
4. การประเมินความรู้ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติราชการ	- การประเมินข้าราชการผู้ยังอยู่ในระหว่างทดลองปฏิบัติ หน้าที่ราชการเนื่องจากผู้อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ ราชการอาจยังไม่สามารถผลิตผลงานออกมาได้อย่าง ชัดเจนภายในช่วงระยะเวลาที่ประเมิน

1) การถ่ายทอดตัวชี้วัดผลสำเร็จของงานจากบนลงล่าง (Goal-cascading Method) การกำหนดตัวชี้วัดโดยวิธีการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลสำเร็จของงานจากบนลงล่าง (Goal-cascading Method) เป็นการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของผู้ปฏิบัติโดยการทยอยกำหนดจากระดับสูงของส่วนราชการถ่ายทอดไปสู่ระดับต่างๆ ในส่วนราชการ การดำเนินการโดยวิธีนี้ ส่วนราชการจะเริ่มจากการพิจารณาตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ระดับสูงสุดของหน่วยงานเป็นจุดตั้งต้น จากนั้นจึงกระจายตัวชี้วัดลงไปสู่หน่วยงานและบุคลากรตามระดับชั้นต่างๆ จากระดับผู้บริหาร ไปสู่ผู้บริหารระดับกองหรือสำนัก ไปสู่ผู้บริหารระดับฝ่าย และผู้ปฏิบัติในระดับต่างๆ ตามลำดับ ภาพประกอบ 10 ได้แสดงให้เห็นถึงการถ่ายทอดเป้าหมายการปฏิบัติราชการตามแนวทางนี้ให้เห็นอย่างง่าย ๆ





ภาพที่ 10 การถ่ายทอดตัวชี้วัดผลสำเร็จของงานจากบนลงล่าง (Goal-cascading Method)

การถ่ายทอดตัวชี้วัดผลสำเร็จของงานจากบนลงล่าง เป็นแนวทางที่พัฒนาขึ้นจากแนวความคิดที่ว่า ผลสำเร็จขององค์กรหรือหน่วยงาน คือ ผลรวมของความทุ่มเทของปฏิบัติทุกคนในหน่วยงาน การที่ผู้บังคับบัญชาจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ที่วางไว้นั้น จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ใต้บังคับบัญชา หรือ อีกนัยหนึ่งผู้ใต้บังคับบัญชาจะต้องปฏิบัติไปในเป้าประสงค์ของตนที่มีส่วนผลักดันให้เกิดความสำเร็จตามเป้าประสงค์ของผู้บังคับบัญชา ซึ่งที่สุดแล้วจะร้อยรวมขึ้นไปผลักดันความสำเร็จของหน่วยงานนั่นเอง ด้วยเหตุนี้ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของผู้บังคับบัญชาควรถูกถ่ายทอดไปยังผู้ปฏิบัติต่างๆ ไล่เรียงกันไปตามระดับชั้นในองค์กร

การถ่ายทอดตัวชี้วัดผลสำเร็จของงานจากบนลงล่าง สามารถกระทำได้ด้วย 3 แนวทาง คือ (1) ถ่ายทอดเป้าหมายผลการปฏิบัติราชการลงมาโดยตรง (2) ถ่ายทอดเป้าหมายผลการปฏิบัติราชการโดยการแบ่งค่าตัวเลขเป้าหมาย (3) ถ่ายทอดเป้าหมายผลการปฏิบัติราชการที่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานเพียงบางด้าน ทั้งนี้วิธีการทั้งสามแนวทางนี้ได้แสดงให้เห็นเป็นตัวอย่างไว้ในภาพประกอบ 10 เมื่อได้ดำเนินการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลสำเร็จจากบนลงล่าง

พร้อมค่าเป้าหมายแล้วผู้ปฏิบัติจะทราบถึงตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายในงานที่ตนเองรับผิดชอบซึ่งเชื่อมโยงกับเป้าหมายของผู้บังคับบัญชาในระดับที่สูงขึ้นไป ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปีก็ให้พิจารณาผลสำเร็จของงานที่เกิดขึ้นจริงตามตัวชี้วัดที่ตกลงกันไว้ทำการประเมินเทียบกับค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็จะได้คะแนนการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

2) การสอบถามความคาดหวังของผู้รับบริการ (Customer-focused Method)

วิธีการนี้เป็นการประเมินผลการปฏิบัติราชการของผู้ให้บริการสะท้อนผ่านการรับรู้ของผู้ใช้บริการหากผู้ให้บริการได้รับความพึงพอใจ หรือ ได้รับบริการในระดับตรงกับที่คาดหวังไว้ ก็ถือว่า ผู้ให้บริการหรือผู้ปฏิบัติอื่นๆ สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ผลงาน หรือผลสัมฤทธิ์ที่ดี

การสอบถามความคาดหวังของผู้รับบริการนี้ถือเป็นกรอบ (Framework) ในการกำหนดตัวชี้วัดอีกวิธีหนึ่งนอกเหนือจากการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลสำเร็จจากบนลงล่างส่วนราชการ หรือ ผู้ปฏิบัติพึงเลือกใช้วิธีการนี้ในกรณีที่พบว่างานของส่วนราชการ หรืองานที่ตนรับผิดชอบเป็นงานในลักษณะบริการ ซึ่งในกรณีดังกล่าว การกำหนดตัวชี้วัดโดยอิงตามเนื้อหาในการให้บริการและความคาดหวังของผู้รับบริการจะกระทำได้ง่ายกว่า ในบางกรณีส่วนราชการหรือผู้ปฏิบัติอาจพิจารณาเลือกใช้วิธีการนี้ เป็นกรอบในการกำหนดตัวชี้วัดเสริมเข้ากับการใช้วิธีการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลสำเร็จจากบนลงล่างอีกทางหนึ่งขั้นตอนการดำเนินการกำหนดตัวชี้วัดโดยวิธีการสอบถามความคาดหวังของผู้รับบริการไปจนถึงการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

2.5.2 แนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นกว่าเดิมสามารถขยาย การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยมีการสร้างโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ปัจจุบันสถานีอนามัยได้มีการยกระดับมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการให้บริการเพิ่มมากขึ้น ในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ ในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านถึงแม้ว่ามีรพ.สต. ครอบคลุมทุกพื้นที่และสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น แต่สัดส่วนบุคลากรยังไม่สอดคล้องกับภาระงานและจำนวนประชากรที่รับผิดชอบตามการแบ่งขนาด รพ.สต. S M L โดยระดับ S รับผิดชอบดูแลประชากรน้อยกว่า 3,000 คน มีบุคลากรประมาณ 5 คน ระดับ M รับผิดชอบดูแลประชากร 3,000–8,000 คน มีบุคลากรประมาณ 8 คน ระดับ L รับผิดชอบดูแลประชากรมากกว่า 8,000 คน มีบุคลากรประมาณ 11 คน (อ้างอิงจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข) จึงได้มีการกำหนดเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว เพื่อการจัดบริการให้สอดคล้องกับขนาดของรพ.สต.และจำนวนบุคลากร ที่มีอยู่

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะ การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดีในที่สุดโดยมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค P&P (Excellence) 2. ระบบบริการ Service (Excellence) 3. การพัฒนาคน People (Excellence)

และ 4. ระบบบริหารจัดการGovernance (Excellence) ในขณะเดียวกัน บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขก็มีค่านิยมในการขับเคลื่อนงานร่วมกัน 4 ด้านโดยนำตัวอย่างจากชื่อกระทรวงสาธารณสุข คือ MOPH ประกอบด้วย M คือ Mastery คือ บุคลากรเป็นนายของตัวเองที่ต้องเอาชนะโลก โภธร หลงให้ได้ O คือ Originality สร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ P คือ People Centered Approach เอาประชาชนเป็นศูนย์กลางและ H คือ Humility อ่อนน้อมถ่อมตน

ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพในระดับ คือ เกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ซึ่งการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพ(Approach) มีเนื้อหาผสมผสานอ้างอิงจากเกณฑ์คุณภาพ Primary Care Award เพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบของเครือข่ายบริการ โดยมุ่งเน้นเชื่อมโยงระบบบริการ กระบวนการบริการ การบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้เกิดการจัดการเป็นระบบทั้งองค์กรเกณฑ์ขึ้นทะเบียน หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช. มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพการ จัดบริการ (ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ) และการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิด การพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการเกิดการสร้างและพัฒนา เครือข่ายของระบบบริการที่มีการส่งต่อและการดูแลโดยสอดคล้องอย่างต่อเนื่องกับการบริหาร งบประมาณกองทุนมีระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณา การทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน (DHS) และอาศัยการมีส่วนร่วมของสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์ รวมถึงผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นผู้ที่ต้อง นำเกณฑ์ไปใช้ในการทำงานใน รพ.สต. (Participation) ทำให้เกณฑ์คุณภาพมีความเป็นรูปธรรมที่วัด ได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของพื้นที่ (Deployment) เป็นงานประจำที่ทำอยู่ ลดความ ซ้ำซ้อน ไม่เป็นภาระเพิ่มเติมให้กับผู้ปฏิบัติงาน และให้ความสำคัญกับเกณฑ์มาตรฐานการทำงาน ร่วมกับชุมชน ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน (Integration)

นอกจากนั้นกระบวนการกำกับและติดตาม Monitor (and Evaluation) และ กระบวนการประเมิน รับรองรพ.สต.ติดดาว (Accreditation) จะช่วยกระตุ้น สนับสนุน และเสริมพลัง ให้ทีมงานในพื้นที่ให้ทำงานประสบความสำเร็จโดยใช้กระบวนการเยี่ยมผู้ปฏิบัติงานด้วยการดูแล (Caring) จากสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการให้คำแนะนำในการ ดำเนินงาน (Coaching) ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและการให้คุณค่า (Appreciation) กับ ทีมงานพื้นที่หลังการประเมินมีการถอดบทเรียนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน (Learning) และจัดเวทีเชิดชู เกียรติระดับประเทศ ได้แก่ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 ดาว ทุกแห่ง



ภาพที่ 11 กรอบแนวคิดการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว

ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ แพทย์แผนไทย ฯลฯ มีบทบาทในการพัฒนาลงเยี่ยมเสริมพลังและประเมินคุณภาพ เพราะสามารถให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และเป็นการลดข้อจำกัดด้านบุคลากรที่เป็นวิชาชีพเฉพาะที่ขาดแคลนในรพ.สต.ได้โดยอาศัยการแบ่งปันทรัพยากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผลพลอยได้ที่เกิดขึ้น คือ ความสามัคคีในทีมงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสัมพันธ์อันดีในเครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และเข้าใจกันในทีมงาน เข้าถึงและพัฒนางานให้เหมาะสมกับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ซึ่งการประเมินมีในทั้งระดับ 3 คือ ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขต

ผลที่จะได้รับจากการเยี่ยมเสริมพลังและการประเมินคุณภาพ คือ เกิดการกระตุ้นให้มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายที่เป็นระบบสนับสนุน (CUP) ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการในรพ.สต. ให้ตอบสนองความต้องการ ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และนำไปสู่การมีสุขภาพดีชุมชน พึ่งตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพรวมของเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐาน โดยยกระดับสถานีอนามัยทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพบริการและกระบวนการบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชา การจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่าง

ใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนตามองค์ประกอบ UCCARE (U : Unity Team, C : Customer focus, C : Community Participation A : Appreciation, R : Resource Sharing and human development, E : Essential care)

<p>การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)</p>	<p>แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี 4 Excellence Strategies</p>
<p>มีการกำหนดทิศทาง แนวทางการกำกับดูแลตนเองที่ดี ถ่ายทอดสื่อสารทิศทางและแผนไปสู่การปฏิบัติทั่วทั้ง รพ.สต. และ กำหนดวิธีการทบทวนผลการดำเนินการของ รพ.สต. เพื่อให้บรรลุ พันธกิจของ รพ.สต. อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างมีจริยธรรม และเป็น รพ.สต. ที่คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการ และความคาดหวังของสังคม วางแผนเชิงกลยุทธ์โดยใช้ข้อมูล สถานการณ์ รพ.สต. ร่วมกับสภาพปัจจัยภายนอกในการกำหนด ยุทธศาสตร์ระยะสั้น ระยะยาว และกลยุทธ์การดำเนินงานให้เป็นไปตามพันธกิจและวิสัยทัศน์ของ รพ.สต. รวมทั้งการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ มีการวัดและวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ในด้านการวัด การเลือก รวบรวม วิเคราะห์และจัดการข้อมูลสารสนเทศ เพื่อ ผลักดันให้เกิดการประเมินผล ทบทวนผลการดำเนินงาน และ นำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการจัดการ และกระบวนการ ดำเนินงานของ รพ.สต. ให้มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ</p>	<p>Governance excellence</p>
<p>รพ.สต. รับรู้ เข้าใจสถานการณ์สุขภาพของประชากร กลุ่มเป้าหมายและสถานการณ์ชุมชนที่รับผิดชอบ เข้าใจ รับผิดชอบต่อ ความต้องการ ความคาดหวัง และความนิยมของประชากร เป้าหมาย ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ทันสมัย เพื่อให้ มั่นใจว่าจัดการดำเนินงานได้ตอบสนอง และสอดคล้องกับ ความ ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต สร้าง ความสัมพันธ์ที่ดีและความประทับใจต่อประชากรเป้าหมาย ชุมชน ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นศรัทธาการ ยอมรับและความพึงพอใจในระบบบริการของรพ.สต. โดยมีการ จัดระบบบริการสุขภาพ ดังนี้</p>	<p>PP excellence</p>

<p>การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)</p>	<p>แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี 4 Excellence Strategies</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดระบบบริการสุขภาพโดยรวม ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการและบริการที่เป็นองค์รวมต่อเนื่อง 2. การบริการปฐมภูมิระดับบุคคลและครอบครัว แบบผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง 3. การดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรเชิงรุกอย่างครอบคลุมทันการณ์ 4. การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน 	
<p>ตรวจประเมินระบบงาน ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรพัฒนาตนเอง และใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่เพื่อให้มุ่งไปในแนวเดียวกัน การสร้างและรักษา สภาพแวดล้อมในการทำงานสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งจะนำไปสู่ผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ และความเจริญก้าวหน้าของบุคลากรใน รพ.สต.</p>	<p>People excellence</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดระบบสนับสนุนบริการ (ควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การจัดการสิ่งแวดล้อม 1.2 ระบบเฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ 1.3 การบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา คุ่มครอง ผู้บริโภค และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) 1.4 การจัดระบบการบริการด้านชั้นสูตร 1.5 การจัดหา บำรุงรักษา สอบเทียบ การซ่อม เครื่องมือและอุปกรณ์วัสดุ 2. การสนับสนุนและมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานต่างๆ การตรวจประเมินผลการปฏิบัติงาน/วิเคราะห์ ในมิติด้านประสิทธิภาพ มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพของการให้บริการ และมิติด้านการพัฒนา รพ.สต. เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืน 	<p>Service excellence</p>

โดยมาตรฐานประกอบด้วย 5 ส่วน ต่อไปนี้ คือ บริหารดี ประสานงานดี ภาคมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีความสุขดี จึงเป็นที่มาของคำว่า รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี)



ภาพที่ 12 รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ปี 2562

ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ได้ใช้ค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุข MOPH ในการขับเคลื่อนการดำเนินการ โดยใน

M คือ Mastery การมีภาวะผู้นำในทุกระดับ ทำให้การนำองค์กรและการจัดการดีมีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น เช่น ผู้บริหารทุกระดับกำหนดทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจน ต้องมีการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHS) คณะกรรมการสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่ายต้องทำงานร่วมกับรพ.สต. เพื่อจัดบริการที่ได้มาตรฐานให้กับประชาชน เป็นต้น ถ้าส่วนนี้ไม่สำเร็จอาจทำให้การพัฒนาในส่วนอื่นไม่สำเร็จตามมาได้

O คือ Originality การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ เกณฑ์คุณภาพ ในส่วนที่ 3 รพ.สต. มีระบบการพัฒนาการเรียนรู้ สร้างนวัตกรรม งานวิจัย ที่ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่สุขภาพดี เป็นต้น

P คือ People Centered Approach เอาประชาชนเป็นศูนย์กลาง เกณฑ์คุณภาพ ในส่วนที่ 4 เน้นให้มีการจัดบริการที่จำเป็นเหมาะสม (Essential care) ให้สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) ครอบคลุมทุกประเภทและกลุ่มวัย

H คือ Humility บุคลากรต้องอ่อนน้อมถ่อมตน เกณฑ์คุณภาพ ในส่วนที่ 2 การประสานเครือข่ายได้ ต้องการการทำงานเป็นทีม มีความอ่อนน้อมถ่อมตน ทำให้การทำงานราบรื่น

สุดท้ายผลการพัฒนาจะทำให้บรรลุเป้าหมาย คือ ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดีที่สุดในที่สุด

เอกสารอ้างอิงอื่นในการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามเพื่อลดความซ้ำซ้อน สอดคล้องกับงานประจำที่ทำอยู่แล้ว เช่น

1. กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS- PCA)
2. เกณฑ์การประเมินคัดเลือก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดีเด่น/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ดีเด่น ปี 2559
3. เกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดตาม เขตสุขภาพที่ 8 / จังหวัดสิงห์บุรี/ จังหวัดอุทัยธานี
4. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย เขตสุขภาพที่ 9 ประจำปี 2559
5. 4 Excellence Strategies
6. การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560
7. คู่มือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ปี 2558
8. เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี 2561 (สปสช.)
9. เกณฑ์คุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA)
10. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) กระทรวงสาธารณสุข
11. การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB)
12. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) (ระดับ รพ.สต.)
13. Green and Clean กรมอนามัย (ระดับ รพ.สต.)
14. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2562

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ให้เกิดการบริการ จัดการที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพอันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมด้วยการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและ ก้าวการณนำร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนด้วยกระบวนการUCCARE

2. เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และมีเครื่องมือในการกำกับและ ประกันคุณภาพของระบบต่าง ๆ

3. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน

โดยมีความคาดหวังว่า ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพที่คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวจะได้รับบริการที่ได้มาตรฐานใน 5 ประเด็น (5ดาว 5 ดี) ต่อไปนี้ เป็นอย่างน้อย คือ

1. ประชาชนได้รับบริการในสถานบริการที่มีการบริหารจัดการที่ดี มีส่วนร่วม สามารถจัดการ เรื่องระบบบริการการเงิน โครงสร้าง สถานที่ และอุปกรณ์ รวมถึงระบบสนับสนุน ทำให้หน่วยบริการทำงานเพื่อประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2. หน่วยบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มทุกเป้าหมาย ทำงานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

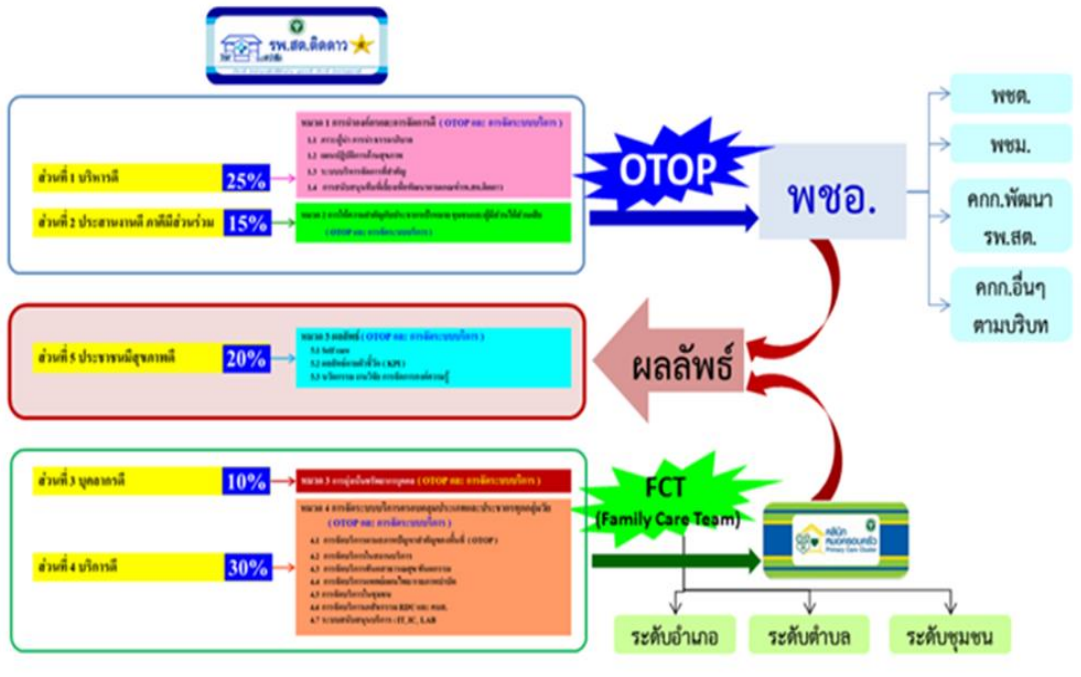
3. บุคลากรที่ให้บริการมีเพียงพอ เหมาะสม มีศักยภาพ และมีความสุขในการให้บริการ รวมถึงกลไกทำให้ประชาชนมีความเข้มแข็งมีความสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้

4. ประชาชนจะได้รับบริการที่ดี ตอบสนองกับปัญหาในพื้นที่ การบริการในและนอกหน่วย บริการมีครบถ้วนตามความจำเป็น ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันควบคุมโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคฟื้นฟู ด้านสุขภาพ โดยมีบริการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

5. ประชาชนมีสุขภาพดี กลไกสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวมีการติดตามผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพื่อนำไปพัฒนานวัตกรรมการจัดการความรู้ นำไปสู่การพัฒนาบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

6. พัฒนาคูณภาพ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย ด้วยเกณฑ์คุณภาพ 5 ดาว เพื่อนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ ระบบที่มีมาตรฐาน ทีมหมอครอบครัวที่เข้มแข็ง (FCT ทั้งระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน) ภาคีเครือข่ายที่ร่วมมือร่วมใจในบทบาทของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC)

พูน ปณ ทิโต ชีเว



เนื้อหาของมาตรฐานในแต่ละส่วนมีดังต่อไปนี้



ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการพัฒนา แต่การมีภาวะผู้นำมีส่วนสำคัญเช่นกัน แม้ไม่ได้เป็นผู้บริหารก็ตาม เช่น สามารถประสานงาน ผู้บริหาร ภาคีเครือข่าย ให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาในพื้นที่ จนสามารถขับเคลื่อนงานให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น ผู้นำหรือทีมมีนโยบายที่ชัดเจน และมีช่องทางการสื่อสารให้ทีมงานเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามได้ ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทาง

เดียวกัน ผู้นำของภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ตนเอง มีการวางแผนการทำงานที่ชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ มีการติดตามผลการดำเนินงาน มีค่านิยมในการทำงาน เป็นนายตนเอง ยึดมั่นในกฎหมาย ระเบียบราชการ รับผิดชอบต่อสังคม โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ร่วมกันจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลสุขภาพดูแลกันในชุมชนให้มีสุขภาพดี

นอกจากนี้ระบบการบริหารจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการเงิน การจัดการสิ่งแวดล้อม พัฒนาระบบสนับสนุนให้การบริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน เช่น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ (LAB) เกสซ์กรรม/คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (IT) สหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำการพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพของตน เป็นการเพิ่มศักยภาพการให้บริการในหน่วยบริการ ให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว

ส่วนที่ 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเปราะบาง ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (OTOP และ การจัดระบบบริการ)

1

- มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย (ตามปัญหาสำคัญของพื้นที่ OTOP)
- มีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหา
- ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด/วางแผนงานกิจกรรมด้านสุขภาพ
- มีช่องทางประสานงานภายในเครือข่ายและภายนอกเครือข่าย

2

- จัดทำแผนงาน โครงการ
- ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ
- มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่ร่วมกัน

3

- ดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ
- ร่วมรับรู้ ใคมีกระบวนการค้นหา ทบทวนปัญหา โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม (ประชาคม / SRM / ธรรมนูญสุขภาพ)
- ร่วมทำกิจกรรมดำเนินงานแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)
- ร่วมประเมินผล

4

- ผลลัพธ์ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) ดีขึ้น
- ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทบทวน ร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลลัพธ์ที่ได้และปรับปรุงร่วมกัน
- มีการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อการทำงานร่วมกันกับรพ.สต.

5

- มีการนำข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน พัฒนาการจัดระบบบริการและความพึงพอใจดีขึ้น
- ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ร่วมเป็นเจ้าของในการจัดการปัญหาสุขภาพที่ต่อเนื่อง และบูรณาการกับงานบริการอื่น
- สามารถเป็นแบบอย่างในการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)

ในการทำงานร่วมกับชุมชน ภาคีเครือข่าย ต้องอาศัยความอ่อนน้อมถ่อมตน ประสานงานในเครือข่ายและภาคีเครือข่าย มีช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน มีกลไกสร้างสัมพันธ์กับชุมชนและสร้างความร่วมมือ ร่วมกันคิด ค้นหาความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ จากนั้นมาวางแผนโครงการแก้ปัญหา ร่วมกันทำ ร่วมกันแก้ปัญหา รวมถึงประเมินผลและเรียนรู้ไปด้วยกัน ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี และพึงพอใจไม่เกิดข้อร้องเรียน

นอกจากการประสานงานกับภาคีเครือข่ายแล้วการประสานภายใน คปสอ. หรือ รพ.สต. มีแนวทางชัดเจน นำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมตามบริบท

ส่วนที่ 3 บุคลากร

หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (OTOP และการจัดระบบบริการ)

1. มีผลการวิเคราะห์ Happinometer มีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร และผลการวิเคราะห์องค์กร เริ่มมีแนวทางหรือวิธีการดำเนินการดูแลพัฒนาวางแผนการ ใ้ใช้ทรัพยากร และพัฒนาบุคลากรทั้งภายในองค์กรและภาคีเครือข่ายร่วมกัน
2. มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาเพิ่มขึ้น ซึ่งดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรในบางประเด็น ได้แก่ ปัญหาสำคัญของพื้นที่(OTOP) หรือบางระบบของการจัดระบบบริการ
3. ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนา มีการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมตามบริบทและความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่(OTOP) และการจัดระบบบริการ
4. มีการเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแลพัฒนาให้สอดคล้องกับการกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ สร้างความพึงพอใจ และความผูกพันของบุคลากร ให้สอดคล้องกับบริบทร่วมกัน มีการปรับปรุงการใช้ทรัพยากร พัฒนาบุคลากรให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
5. สร้างวัฒนธรรมให้บุคลากร มีความสุข เกิดความพึงพอใจ มีความผูกพันกับองค์กร ภูมิใจ และรับรู้คุณค่า ในการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิมีการ ใช้ทรัพยากรร่วมกัน และมีการ ใช้ทรัพยากรจากชุมชนส่งผลให้เกิดการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการจัดระบบบริการอย่างยั่งยืน

เพื่อให้เกิดการบริการที่ดี ต้องมีการวิเคราะห์องค์กร มีการวางแผนเรื่องอัตรากำลัง วางแผนการสรรหาบุคลากรให้ตรงตามความต้องการ มีการมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการพัฒนาคุณภาพ บุคลากร สร้างแรงจูงใจ สร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ให้รางวัล ประเมินผลอย่างเป็นธรรม การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการทำงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความพึงพอใจ อันเป็นเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ประชาชนสุขภาพดีแล้วเจ้าหน้าที่ต้องมีความสุขในการทำงานด้วยและเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพยั่งยืน ในการพัฒนาบุคลากร รวมถึงการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้

ส่วนที่ 4 บริการดี

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย (OTOP และการจัดระบบบริการ)



หน้าที่สำคัญของ รพ.สต. คือ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทั้งในเชิงรุก และเชิงรับ มีระบบการบริการและข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเหมาะสม

การพัฒนางานเชิงรับในสถานบริการ รพ.สต. เป็นหน่วยบริการด้านหน้า สามารถให้บริการ ความจำเป็นขั้นพื้นฐานให้ได้ตามมาตรฐาน ครบทุกมิติทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พิษฟู และทุกกลุ่มวัย ได้แก่ การบริการตรวจรักษาโรคแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การฝากครรภ์ คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี การฟื้นฟูโดยแพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด งานทันตกรรม และเภสัชกรรม การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) มีเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอ พร้อมใช้สำหรับการให้บริการประชาชน

การพัฒนาบริการเชิงรุกในพื้นที่ มีระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care : COC) ครอบคลุมอย่างน้อย 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มเตียง 3 - 4 ผู้พิการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เด็กพัฒนาการล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้นรักษา และกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และสอบสวนโรค (SRRT) และการคุ้มครองผู้บริโภค (คปส.)

ในการบริการต้องมีการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงอาศัย Clinical Practice Guidelines (CPG) จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นแนวทางการให้บริการและสามารถปฏิบัติได้จริง สร้างช่องทางการสื่อสาร ระบบให้คำปรึกษา ระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีเกินขีดความสามารถ เพื่อให้เกิดการบริการที่ไร้รอยต่อ มีการบันทึกข้อมูลบริการ อย่างครบถ้วน ถูกต้อง เก็บรักษาในฐานข้อมูลที่มีความปลอดภัย ซึ่ง รพ.สต. ทั้งขนาด S M L ต้องสามารถจัดบริการให้ได้ตามมาตรฐานของรพ.สต. แต่ละขนาดที่กำหนดไว้ โดย

- การจัดบริการในรพ.สต. ขนาด S เน้นการจัดบริการแบบเครือข่าย
- การจัดบริการในรพ.สต. ขนาด M เน้นการจัดบริการแบบเครือข่ายและเป็นพี่เลี้ยงให้ รพ.สต. ขนาด S
- การจัดบริการในรพ.สต. ขนาด L เน้นการจัดบริการแบบเครือข่ายและเป็นพี่เลี้ยงให้ รพ.สต. ขนาด S, M เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้รับบริการครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์ ไม่ว่าจะอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต. ขนาดใด

พูน ปณ ทิโต ชีเว

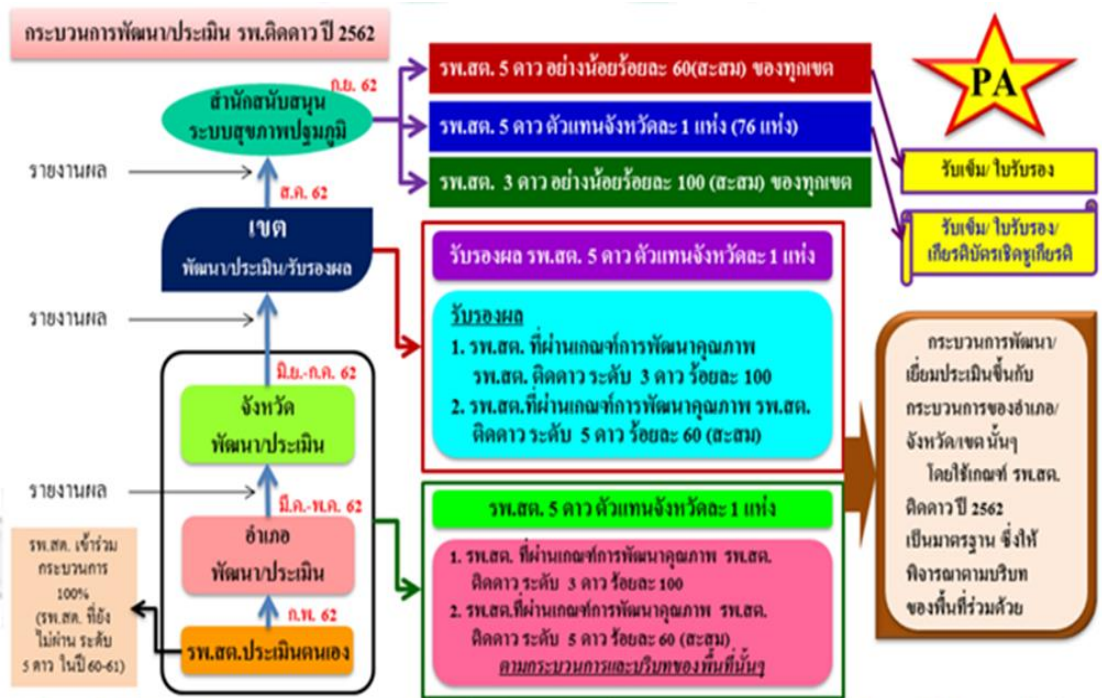


สุดท้ายผลลัพธ์ในการทำงาน คือ ประชาชนมีสุขภาพดี ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้ รวมถึงร่วมกันดูแลกันในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ได้รับบริการด้านสุขภาพครบถ้วนเหมาะสม มีการติดตามผลการดำเนินงานตัวชี้วัดจากแหล่งข้อมูลกลาง คือ HDC และนำข้อมูลมาวิเคราะห์สร้างนวัตกรรม งานวิจัย สอดคล้องกับปัญหาชุมชน เพื่อหาโอกาสพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่อง ต่อไป

เนื่องจาก รพ.สต. แต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกันไปตามลักษณะประชากร ภูมิศาสตร์ ประเพณี เศรษฐกิจ สังคม การเมือง ศาสนา รวมทั้งจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ดังนั้นเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว นี้จึงเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำ สำหรับเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาคุณภาพใน รพ.สต.ให้สามารถตอบสนอง ความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างเหมาะสม ทีมพัฒนา/ทีมประเมินและผู้รับการประเมินต้องทำความเข้าใจเกณฑ์รพ.สต. ติดดาวอย่างละเอียด มีข้อตกลงในการประเมินร่วมกัน เพื่อให้การพัฒนาบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการอย่างแท้จริง นอกจากนั้นพื้นที่สามารถพัฒนาคุณภาพเพิ่มเติมจากเกณฑ์นี้ได้ อันเป็นการพัฒนาต่อยอด ต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาตามวงล้อ PDCA ที่ไม่มีสิ้นสุด

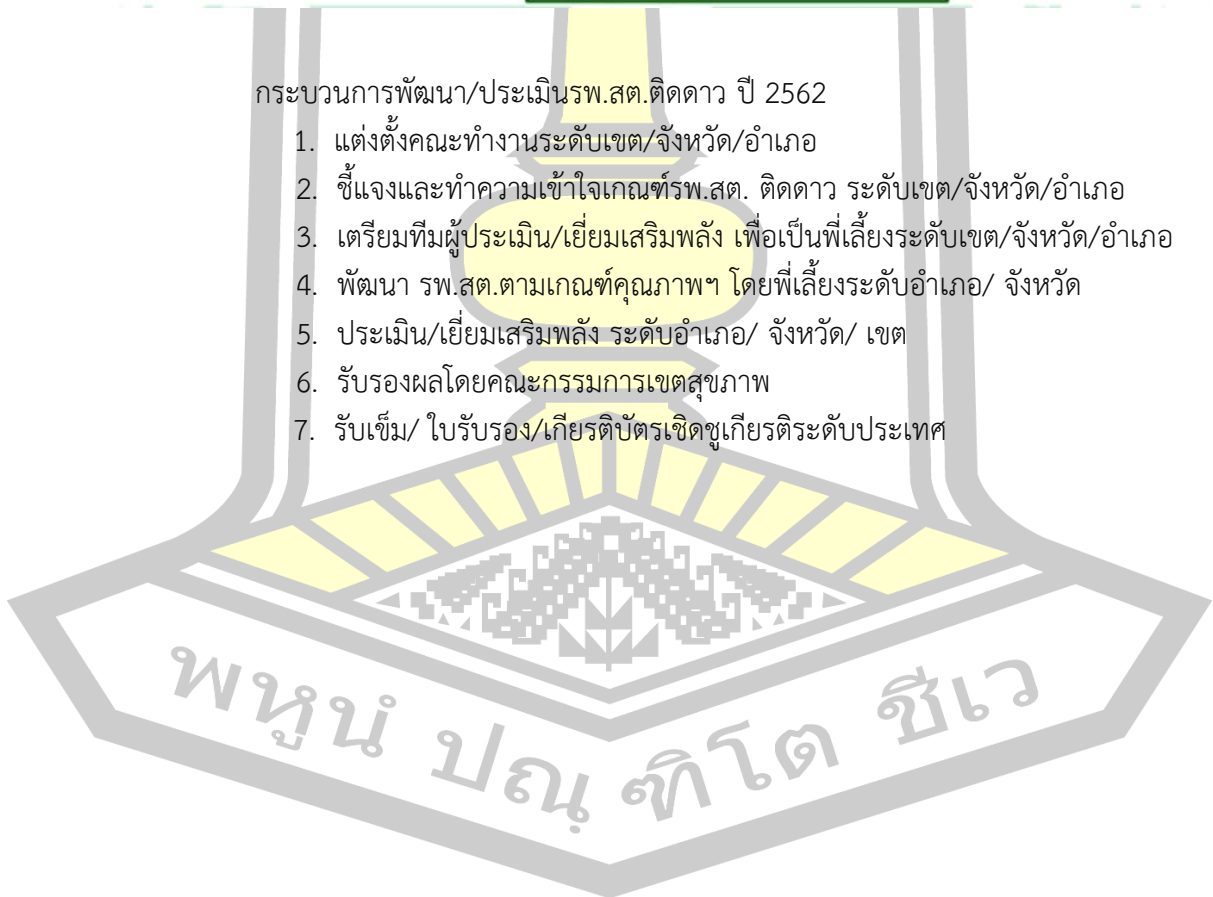
แนวทางการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว มีตัวชี้วัดร้อยละของ คือ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ โดยในปีงบประมาณ 2562 มีเป้าหมาย คือ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 5 ดาว อย่างน้อย ร้อยละ 60 (สะสม ปี 2560– 2562)



กระบวนการพัฒนา/ประเมินรพ.สค.ติดตาม ปี 2562

1. แต่งตั้งคณะทำงานระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
2. ชี้แจงและทำความเข้าใจเกณฑ์รพ.สค. ติดตาม ระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
3. เตรียมทีมผู้ประเมิน/เยี่ยมเสริมพลัง เพื่อเป็นพี่เลี้ยงระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
4. พัฒนา รพ.สค.ตามเกณฑ์คุณภาพฯ โดยพี่เลี้ยงระดับอำเภอ/ จังหวัด
5. ประเมิน/เยี่ยมเสริมพลัง ระดับอำเภอ/ จังหวัด/ เขต
6. รับรองผลโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพ
7. รับเข็ม/ ใบบรรอง/เกียรติบัตรเชิดชูเกียรติระดับประเทศ



กระบวนการพัฒนาประเมิน รพ.ตติดาว ปี 2562



หลังจากชี้แจงเกณฑ์คุณภาพ รพ.ตติ.ตติดาว พื้นที่ศึกษาและทำความเข้าใจเกณฑ์คุณภาพ รพ.ตติ.ประเมินตนเอง และพัฒนาคุณภาพร่วมกับทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์มาตรฐาน จากนั้น ประเมินและรับรองโดยคณะกรรมการ (คกก.) ระดับอำเภอ ส่งผลการประเมินรพ.ตติ. ที่ผ่านเกณฑ์ให้ คกก.จังหวัดประเมินและรับรอง คัดเลือก รพ.ตติ. The best 1 แห่ง ให้ คกก.เขต ประเมินและรับรองอีกครั้งเพื่อรับเข็ม/ใบรับรอง/เกียรติบัตรเชิดชูเกียรติระดับประเทศ เขตจะส่งผล รพ.ตติ. ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว เพื่อรายงานผลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) และเข้ารับเข็ม/ใบรับรองระดับประเทศต่อไป



2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยมุ่งนำผลการวิจัยมาเพื่อแก้ไขปัญหา หรือนำผลการวิจัยมาพัฒนา หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินงานขององค์กร หน่วยงานหรือชุมชน ปัจจุบันได้นักวิชาการหลายท่านหันมาสนใจการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

2.6.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

คำว่า “Action Research” มีผู้ให้ความหมายทั้งกลุ่มนักวิจัยทางสังคมศาสตร์และนักวิจัยส่วนหนึ่งที่นำแนวคิดของกลุ่มนักวิจัยทางสังคมศาสตร์ไปประยุกต์ใช้กับงานด้านการศึกษา ซึ่งมีผู้สรุปความหมายไว้ดังต่อไปนี้

สุภางค์ จันทวานิช (2542) ได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เห็นว่าดี เหมาะสม ตามความรู้ ความเข้าใจของผู้วิจัย มาดำเนินการปฏิบัติเพื่อทดลองว่าใช้ ได้หรือไม่ ประเมินดูความเหมาะสมในความเป็นจริง ควบคุมแนวทางปฏิบัติแล้วนำผลมาปรับปรุงการปฏิบัติการเพื่อนำผลไปทดลองใหม่จนกว่าจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจนำไปใช้และเผยแพร่ได้

ประวิต เอราวรรณ (2554) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังนี้ เป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าร่วมกันอย่างเป็นระบบของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทำความเข้าใจต่อปัญหาหรือข้อสงสัยที่กำลังเผชิญอยู่ และให้ได้แนวทางการปฏิบัติหรือวิธีการแก้ไขปรับปรุงที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการปฏิบัติงาน

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า การวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ

ธีรวุฒิ เอกะกุล (2550) ได้กล่าวถึง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรวบรวมและหรือการแสวงหาข้อเท็จจริง โดยใช้ขั้นตอนกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบโดยผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการซ้ำหลาย ๆ ครั้งจนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ

2.6.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (2537) ได้อธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพปัญหาเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากนั้นใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ และนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้อง

ประวิต เอราวรรณ์ (2554) ได้กล่าวถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ แก้ไขปัญหา และเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานแบบมืออาชีพ โดยการนำกระบวนการวิจัยไปใช้เพื่อ แก้ไขปัญหาและพัฒนางาน

2.6.3 รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการ

สุวิมล ว่องวานิช (2552) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการจัดประเภทวิจัยปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

2.6.3.1 รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research)

1) การวิจัยแบบเป็นทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยเคร่งครัด มีลักษณะการดำเนินงานและการนำเสนอเหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) ของนักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการในมหาวิทยาลัย หรือของนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์ มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมเพื่อให้ตอบคำถามวิจัยได้ชัดเจน และมีรูปแบบการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่จำแนกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

2) การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นงานวิจัยที่ไม่ยึดแบบ การวิจัยอย่างเคร่งครัดเหมือนการวิจัยเชิงวิชาการ มุ่งเน้นการตอบคำถามวิจัยมากกว่าการยึดรูปแบบ การวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการเรียนการสอน ตามปกติ การนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัย แบบนี้บางครั้งพบว่าการรายงานผลเพียง 1-2 หน้า

2.6.3.2 รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ Zuber-Skerrit การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) การวิจัยตามรูปแบบนี้มีเป้าหมายของ การวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอก มา ช่วยในการทำวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทของผู้วิจัยหลักโดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิด วิธีการ ต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม ข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical Action Research) เป็นการวิจัยที่มี นักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิผลการทำงานแล้วยัง มุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติ สะท้อนผลและคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานของตนเอง ดังนั้น ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานมีโอกาส ที่จะเรียนรู้กระบวนการวิจัยและมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดในประเด็นปัญหาวิจัยที่มาจากการ ปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้

การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์/อิสระ (Critical/ Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเป้าหมายของ การวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยปฏิบัติการแบบที่ 1 และ 2 คือนอกจากพัฒนาประสิทธิผลการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ยังต้องการให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานที่เป็นอยู่ในองค์กรให้ดีขึ้นกว่าเดิม แม้จะมีบุคคลภายนอกร่วมด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้แสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษา การวิจัยเหมือนแบบที่สอง การวิจัยแบบนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติ และนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์ และพันธนาการทางความคิดเดิม

จะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการทำงานจากผู้ปฏิบัติถูกครอบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Cooption) ซึ่งเป็นแบบแรก มาเป็นการทำงานร่วมกัน (Cooperation) ในแบบที่สอง และรูปแบบการทำงานที่สามซึ่งเป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) ซึ่งเป็นแนวทางการวิจัยปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมและยอมรับกันว่าจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติมากกว่าแบบอื่น ๆ

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้จำแนกรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการ ไว้ 5 แบบดังนี้

1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือที่รู้จักกันในชื่อสั้น ๆ ว่า “PAR” เป็นรูปแบบการวิจัยที่เกิดจากการบูรณาการผสมผสานแนวคิดระหว่างการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) หรือ “PR” กับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หรือ “AR” เข้าด้วยกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบนี้ถือว่าเป็นแนวทางหรือกลยุทธ์ในการสืบค้นหาความรู้ความจริงทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์แบบใหม่ โดยมีจุดเน้นอยู่ที่การมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัยในฐานะผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกและบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน ในฐานะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาการวิจัยที่เกิดขึ้นจริงในสถานที่ดังกล่าว ผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสร้างสรรค์ขึ้นในรูปของความรู้เชิงปฏิบัติการที่ได้จากการสืบค้นแบบมีส่วนร่วมระหว่างมุมมองของคนใน (Emic View) และคนนอก (Etic View) จะถูกนำไปใช้สำหรับปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างทันที่

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวิพากษ์ (Critical Action Research) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีลักษณะเน้นหนักไปในด้านการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันในกระบวนการทำวิจัยของบุคคลผู้เป็นสมาชิกของชุมชนหรือสังคมในวงกว้าง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือบุคคลภายในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน มีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นและวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) เกี่ยวกับกิจกรรมการวิจัย การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดจนการปฏิรูปหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ภายใต้สภาวะการณ์เงื่อนไขที่เป็นอยู่ให้ดียิ่งขึ้น นักวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถแสดงทัศนะได้อย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งเป็นอิสระและปราศจากการครอบงำทางความคิดและการกระทำจากนักวิจัยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชนซึ่งเป็นสถานที่ทำการศึกษาวิจัย ดังนั้นจึงทำให้การวิจัยรูปแบบนี้บางครั้งถูกเรียกว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research)

3) การเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Action Learning) เป็นรูปแบบการแสวงหาความรู้เชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่งภายใต้แนวคิดพื้นฐานสำคัญที่ว่า การเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันระหว่างกลุ่มบุคคลร่วมสาขาวิชาความรู้หรือสาขาอาชีพเดียวกัน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (AR) ที่ไม่จำเป็นต้องเน้นว่าเป็นการวิจัยและสร้างความรู้เชิงทฤษฎีที่เป็นประโยชน์สำหรับนำไปใช้ปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาย่างทันที่

4) วิทยาศาสตร์เชิงปฏิบัติการ (Action Science) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผสมผสานวิชาความรู้ทางด้านทฤษฎี การวิเคราะห์เชิงจิตวิทยา และพฤติกรรมองค์กรเข้าด้วยกัน โดยมีจุดมุ่งเน้นไปที่การสืบค้นหาความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific knowledge) ที่สามารถนำไปใช้สำหรับปฏิบัติการปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กร ชุมชน หรือสังคม การมุ่งเน้นดังกล่าวนี้ดำเนินไปพร้อมกับการสร้างทฤษฎีเชิงปฏิบัติการ (Action Theory) ที่บูรณาการผสมผสานขั้นตอนการสร้างและการทดสอบทฤษฎีเชิงปฏิบัติการเข้าไว้ด้วยกันในลักษณะเป็นองค์รวม

5) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิงชุมชน (Community-base Action Research) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่งที่มีรากฐานการพัฒนาจากการร่วมมือระหว่างนักวิชาการที่เป็นผู้ปฏิบัติการระดับ “มืออาชีพ” กับประชาชนทั่วไปในฐานะเป็นผู้เกี่ยวข้องหรือสัมผัสกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างแท้จริง การรวมพลังกายและพลังความคิดร่วมกันระหว่าง “นักวิจัยเชิงวิชาการ” ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะจากภายนอกชุมชนและ “นักวิจัยชาวบ้านหรือนักวิจัยท้องถิ่น” ผู้มีประสบการณ์ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในชุมชน นำไปสู่การระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้หรือกลยุทธ์ในการพัฒนาอื่นใดที่มีพื้นฐานมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งมีความสอดคล้องกลมกลืนกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ประวัติความเป็นมาและวิถีจักรความเป็นไปในชุมชน (Community Life) เป็นผลให้การใช้ความรู้หรือกลยุทธ์ที่สรรค์สร้างขึ้นในกระบวนการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้เพราะประชาชนในชุมชนให้การยอมรับและให้ความร่วมมือในการเป็น “กลไกการพัฒนา” อันสำคัญ ในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกหรือที่พึงปรารถนาขึ้นในชุมชนที่พวกเขาเหล่านั้นเป็นสมาชิกอยู่

ประวิต เอรารวรรณ์ (2554) ได้แบ่งการวิจัยปฏิบัติการออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิธีวิทยาศาสตร์ (Scientific Action Research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่อาศัยกระบวนการวิทยาศาสตร์เป็นวิธีวิจัยหรือวิธีแก้ปัญหา เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของ Kurt Lewin ที่มีขั้นตอนคือ การวางแผน (Planning) การค้นหาความจริง (Fact finding) การดำเนินการ (Execution) และการวิเคราะห์ผล (Analysis) เป็นต้น

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติ (Practical-deliberative Action Research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจและปรับปรุงพัฒนาวิธีการปฏิบัติงาน ซึ่งรูปแบบนี้จะเน้นที่การให้เกิดการวิจัยขึ้นจากค่านิยมในการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้เริ่มโครงการ และบทบาทของผู้วิจัย คือ การกระตุ้น และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเข้าใจและเริ่มทำการปรับปรุงการปฏิบัติงานเช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของ John Elliot จะเน้นวิธีการให้ผู้ปฏิบัติงานส่องสะท้อนการพัฒนาตนเองซึ่งเขาเชื่อว่าการวิจัยปฏิบัติการจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่ดีในสถานการณ์ทางสังคม ส่วนรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการของ David Ebbutt ซึ่งเสนอว่าแนวทางที่ดีที่สุดในการคิดเชิงกระบวนการคือลำดับขั้นตอนตามวงจรแห่งความสำเร็จ

3) การวิจัยปฏิบัติการเชิงอิสระ (Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการขององค์กร โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและปรับปรุงการปฏิบัติงาน โดยกลุ่มผู้วิจัยมีอิสระในการเผชิญหน้ากับปัญหา และร่วมมือกัน

แสวงหาวิธีการที่ดีที่จะแก้ไข แล้วส่งสะท้อนตนเองจากผลการปฏิบัติ เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของมหาวิทยาลัย Deakin หรือการวิจัยปฏิบัติการตามรูปแบบของ Kemmis & McTaggart (1988) ซึ่งมีความคิดว่ากระบวนการวิจัยปฏิบัติการมีลักษณะเป็นเกลียว (Spiral) ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล

4) กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Process) กระบวนการเชิงวิจัยปฏิบัติการประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจร ต่อเนื่องกันไป (Spiral of steps) (องอาจ นัยวัฒน์, 2548 อ้างอิงจาก Kurt Lewin, 1946) ซึ่งในแต่ละวงประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนเตรียมการเบื้องต้น (Prestep) ได้แก่ การกำหนดจุดมุ่งหมายโดยทั่วไป ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการลงมือปฏิบัติการ (Action) และขั้นการค้นหาข้อเท็จจริง (Fact Finding) การดำเนินการวิจัยในสามขั้นตอนสุดท้ายถือเป็นกิจกรรมหลักของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Core Activities) นักวิธีวิทยาการวิจัยแต่ละบุคคลหรือคณะที่มีความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ทำการประยุกต์แนวคิดของ Kurt Lewin ไปใช้ในการศึกษาวิจัยและการเรียบเรียงตำรา โดยจำแนกกิจกรรมหลักทั้งสามขั้นตอนในลักษณะแตกต่างกันไปตามแนวคิด ความเชื่อและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีต่อการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ

องอาจ นัยวัฒน์ (2548 อ้างอิงจาก Kemmis & Mc Taggart, 1988) จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลักคือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหา เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหา เกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไรและจะต้องปฏิบัติอย่างไร

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติงาน (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นการวางแผนมาดำเนินการ โดยวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันประกอบไปด้วยการปรับปรุงแก้ไขแผน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความคาดหวังและไม่คาดหวัง โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงรอบการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนการปฏิบัติต่อไป

กล่าวโดยสรุป จากแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี Kemmis & McTaggart (1988) ซึ่งมีความคิดว่าวิจัยเชิงรูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) ระยะที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์พัฒนา และระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นฤมล บุญโสภิต, วรางคณา จันทรงค์ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2560) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบทีมหมอบรรลุความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ของตำบลวังสวาบ อำเภอภูพาน จังหวัด ขอนแก่น พบว่า (1) การพัฒนารูปแบบทีมหมอบรรลุความสำเร็จ ประกอบด้วยกิจกรรมพัฒนาศักยภาพทีม หมอบรรลุความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน กิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุติดบ้านในการดูแลตนเอง และกิจกรรมดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุติด บ้านรายบุคคล (2) การมีส่วนร่วมต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบทีมหมอบรรลุความสำเร็จหลังการพัฒนา รูปแบบทีมหมอบรรลุความสำเร็จในภาพรวมพบว่าหลังการพัฒนา รูปแบบทีมหมอบรรลุความสำเร็จดีขึ้นอยู่ในระดับ มาก (3) ผู้สูงอายุติดบ้านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบทีมหมอบรรลุความสำเร็จในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (4) ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานทีมหมอบรรลุความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านพบว่าการของบ สนับสนุนทรัพยากรเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่นๆ ยังน้อยอยู่ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วนและการทำความเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุติดบ้าน

ณัฐวุฒิ วัจนะฮาด (2558) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตาม เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิพื้นที่อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาตามรูปแบบดังกล่าว ความรู้ของบุคลากร รพ.สต. อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 31.8$) การ ดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ 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) ได้รูปแบบที่ เหมาะสมในการพัฒนา รพ.สต.ของอำเภอดงหลวง คือ DONGLUANG Model ดังนั้นการถ่ายทอดเพื่อ นำไปปฏิบัติ (Deployment), การกำกับดูแลตนเองที่ดี (Organizational Governance), การทำงาน เป็นทีม เป็นเครือข่าย (Network), การมีเป้าหมาย (Goal), การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Association), การนำไปใช้เพื่อเกิดประโยชน์ (Utilization), การถอดบทเรียนร่วมกัน (After Action Review), การบริการปฐมภูมิแบบใหม่ (New Primary Care), การบริหารจัดการโดยหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) รพ.สต. ควรมีการพัฒนาตามรูปแบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดมาตรฐานคุณภาพ บริการอย่างยั่งยืน ต่อไป ปัจจัยความสำเร็จ คือ การพัฒนาทีมนำในองค์กรเพื่อถ่ายทอดการนำไป ปฏิบัติการทำงานเป็นทีมในระดับองค์กรและการสร้างเครือข่ายระดับโซน รพ.สต. และกระบวนการ ดำเนินงานตามวงจรคุณภาพ แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน

ปลัศราภรณ์ นานรัมย์ (2558) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการ สุขภาพปฐมภูมิรูปแบบใหม่ (CUP Split) กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านด่าน จังหวัด บุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ มี 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประชุมคณะกรรมการบริหารเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ 3) ประชุมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา 4) ประชุมเชิง ปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารงานเครือข่าย 5) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง นโยบาย/ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ, จัดระบบบริการ รูปแบบใหม่ให้ ครอบคลุมพื้นที่และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน, ปรับปรุงระบบฐานข้อมูล, จัดระบบการ ดำเนินงานให้ สอดคล้องกับตัวชี้วัด, บริหารจัดการเรื่องบุคลากร งบประมาณ สิ่งของ, นิเทศติดตาม ผลการดำเนินงาน 6) สรุปประเด็นและประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่นำไปปฏิบัติ

7) ประเมินความพึงพอใจของ ผลงานของบุคลากร 8) วิเคราะห์ข้อมูลและผลการดำเนินงาน 9) ประชุมคณะกรรมการบริหารสรุปผล การดำเนินงาน ตามรูปแบบ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรคการดำเนินงานและโอกาสพัฒนาต่อไป และส่งผลให้เกิดผลการประเมินการปฏิบัติราชการ (KPI) อยู่ในลำดับที่ดีขึ้นและได้ข้อสรุปที่เป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยสรุป ประเด็นการดำเนินงานที่สำคัญของการบริหารแบบ CUP Split คือ การจัดโครงสร้าง การบริหารงานรูปแบบใหม่ เพิ่มบทบาทหน้าที่และอำนาจการบริหารจัดการแก่สาธารณสุขอำเภอ เน้น การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เน้นความชัดเจนของนโยบาย การสื่อสารที่ดีการสร้างการมีส่วนร่วม ใน ทุกขั้นตอน ใช้ยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม และเน้นการบูรณาการการดำเนินงานสร้างนำซ่อมในพื้นที่

สันติ ฝักทอง (2557) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมนิเทศติดตามในการ ดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอภูซำบั้ง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมนิเทศติดตามในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพ อำเภอภูซำบั้ง จังหวัดอุบลราชธานี มี 12 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทในพื้นที่ 2) การประสาน 3) เตรียมทีมงานวิจัย 4) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 5) การจัดทำแผนพัฒนารูปแบบ 6) การปฏิบัติ ตามแผน 7) ประชุมติดตาม 8) การสังเกตการณ์ 9) การนิเทศติดตาม 10) การประเมินผล 11) การ เปรียบเทียบผลการพัฒนา 12) การสรุปผลการดำเนินงาน กระบวนการดังกล่าวทำให้ทีมนิเทศ ติดตามมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองดีขึ้นก่อนการดำเนินงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นิคมล กุมพชาติ (2558) ได้ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการ พัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ ในกลุ่มเป้าหมายคือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีนโยบายสนับสนุนจากจังหวัดอย่าง ชัดเจนและมีการแปลงนโยบายในระดับพื้นที่อย่างสอดคล้องกันคือ การสร้างทีมนำที่เข้มแข็ง สร้าง เครือข่ายในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

ชดาพร ศิริคุณ และวรุฒพงษ์ ภัคติกุล (2557) การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนา เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดสกลนครเป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) ประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP Model เป็นกรอบในการประเมิน ผลการศึกษา พบว่าการมีระบบเครือข่าย (Network) ที่ประสานการทำงานอย่างแนบแน่นในพื้นที่ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่าย อสม. เครือข่ายประชาสังคม ผู้ทรงคุณค่าหรือปราชญ์ชาวบ้าน รวมทั้งสถาบันทางวิชาการในพื้นที่ และกระบวนการที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนการทำงาน DHS ที่พบ เรียกว่า PILAC ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วม (Participatory) การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) การ สนับสนุนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Learning & Sharing) การลงมือปฏิบัติจริง (Action) และการ ตรวจสอบ (Checking) และจากการดำเนินงานคณะกรรมการมีความพึงพอใจต่อนโยบาย DHS ใน ระดับมาก ร้อยละ 86.11

สงครามชัย ลีทองดี (2554) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาเขตสุขภาพนครชัยบุรินทร์ พบว่า ได้มีการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ มีนวัตกรรมที่เกิดขึ้น เช่น การ

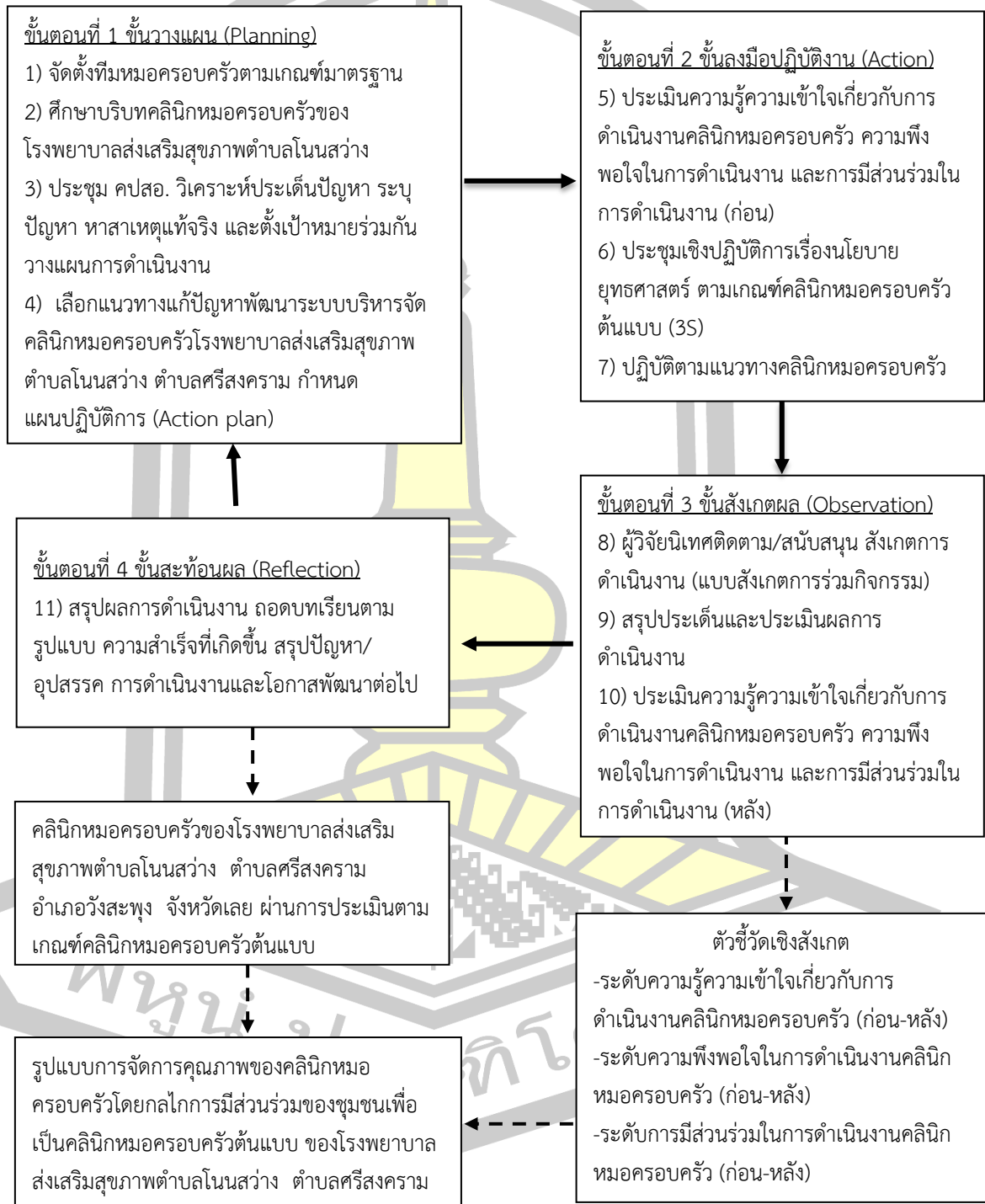
พัฒนา CUP Split ที่เน้นการเสริมพลังให้กลับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้มีการพัฒนาคุณภาพและสร้างความเข้มแข็ง ในการจัดบริการจนสามารถพัฒนาเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาตามหลักการในระดับหลักประกันสุขภาพ ถ้าวินิจฉัยได้ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการเชื่อมโยงระบบที่เน้นการสนับสนุนและส่งเสริมซึ่งกันและกันแทนที่จะเป็นการแข่งขันกัน ในรูปแบบเครือข่ายการจัดบริการตามพื้นที่และภารกิจของพื้นที่การคลังสุขภาพ พบว่ามีการให้อำนาจการบริหารจัดการการเงินการคลังด้วยตนเอง เพิ่มมากขึ้นโดยการเน้นตั้งแต่การจัดสรร การซื้อบริการ การจ่ายเงินและการตรวจสอบโดยมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการและกลไกการเงินจะต้องไม่เป็นสิ่งจูงใจเพียงอย่างเดียว ในการทำงานระบบสารสนเทศ เป็นการพัฒนา ที่ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อจัดการเนื่องจากรูปแบบการบริหารจัดการในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบกองทุนดังนั้น ระบบข้อมูลข่าวสารเป็นหัวใจสำคัญ ในการพัฒนา แต่ผลการศึกษพบว่าแม้ว่ามีความพยายามอย่างมากในการลงทุนด้านระบบสารสนเทศแต่การจัดการระบบยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องกับการจัดการระบบโปรแกรมเมอร์ และผู้ใช้งานเป็นต้น

สรุปจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ได้มีการศึกษาและพัฒนาในรูปแบบเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นระบบที่ชัดเจน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ลดความแออัด เน้นการให้บริการเชิงรุก และนอกจากนี้ยังต้องอาศัยการพัฒนากลไกการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่เข้มแข็ง บุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการดำเนินงานด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องในการร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม เริ่มตั้งแต่วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยการมีส่วนร่วมทั้งหมดนี้ มีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาตามสภาพบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดผู้วิจัยจึงได้นำมาสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้



2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมตามหลักการที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดเพื่อการวิจัยครั้งนี้โดยเป็นประยุกต์ใช้ P-A-O-R ดังรายละเอียดตามแนวทางต่อไปนี้



ภาพที่ 13 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การประเมินผลการดำเนินงานวิจัย
- 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยยึดกระบวนการของ Kemmis & McTaggart (1988) มาใช้เป็นกรอบดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

- 1) ศึกษาบริบทคลินิกหออกรับของรพ.สต.โนนสว่าง
- 2) ประชุม คปสอ. วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน
- 3) จัดตั้งทีมหออกรับตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 4) ประเมินการมีส่วนร่วมของทีมในขั้นวางแผน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action)

5) ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหออกรับ ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (ก่อน)

- 6) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหออกรับ

ต้นแบบ (3S)

- 7) ปฏิบัติตามแนวทางคลินิกหออกรับ
- 8) ประเมินการมีส่วนร่วมของทีมในขั้นลงมือปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observation)

9) ผู้วิจัยนิเทศติดตาม/สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน (แบบสังเกตการร่วมกิจกรรม)

10) สรุปประเด็นและประเมินผลการดำเนินงาน

11) ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ความพึงพอใจใน การดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (หลัง)

12) ประเมินการมีส่วนร่วมของทีมในขั้นสังเกต

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

13) สรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนตามรูปแบบ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานและโอกาสพัฒนาต่อไป

14) ประเมินการมีส่วนร่วมของทีมในขั้นสะท้อนผล

การดำเนินงานทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นการดำเนินงานตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 วงรอบ (Loop) เพื่อค้นหารูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ หากครบ 1 วงรอบการวิจัยแล้ว ยังไม่สามารถที่จะได้รูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ก็นำประเด็นต่างๆ ที่เป็นปัญหาหรือต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น เข้าสู่การพัฒนาการเฝ้าระวังใหม่ในขั้นตอนวางแผน ขั้นตอนลงมือปฏิบัติการ ขั้นตอนสังเกตผลและขั้นตอนสะท้อนผล ในวงจรต่อไปเรื่อย ๆ หากการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวดังกล่าวสามารถผ่านตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบได้ ก็ทำการถอดบทเรียน เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบที่เหมาะสมเป็นรูปธรรมต่อไป

3.2 ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะดำเนินการศึกษารูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ดังนี้

1) ภาคการเมือง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหออัครบครว้โดยตำแหน่ง ได้แก่ บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีตำบลศรีสงคราม รองนายกเทศมนตรีตำบลศรีสงคราม ปลัดเทศบาลตำบลศรีสงคราม และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข จำนวน 5 คน

2) ภาควิชาการ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหออัครบครว้โดยตำแหน่ง ได้แก่

(1) บุคลากรจากโรงพยาบาลวังสะพุง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 คน หัวหน้าฝ่ายเวชฯ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน หัวหน้างานทันตฯ 1 คน หัวหน้างานเภสัช 1 คน หัวหน้างานแพทย์แผนไทย 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานประกัน 1 คน และหัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 คน รวม 14 คน

(2) บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการรพ.สต. 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน แพทย์แผนไทย 1 คน และเจ้าพนักงานทันตฯ 1 คน รวม 10 คน

(3) บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอวังสะพุง 1 คน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน รวม 5 คน

รวมภาควิชาการจำนวน 29 คน

3) ภาคประชาชน ผู้ที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้ได้ เป็นผู้ที่มีทักษะการอ่านออกเขียนได้ สามารถโต้ตอบและสื่อความหมาย ได้แก่ ผู้นำชุมชน 8 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 8 คน รวมภาคประชาชนจำนวน 16 คน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา	ประชากร(คน)	ขนาดตัวอย่าง (คน)
1. ภาคการเมือง	5	5
1.1 นายกเทศมนตรีตำบล หรือผู้แทน	1	1
1.2 รองนายกเทศมนตรีตำบล หรือผู้แทน	1	1
1.4 ปลัดเทศบาลตำบล หรือผู้แทน	1	1
1.5 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข	2	2
2. ภาควิชาการ	29	29
2.1 บุคลากรจากโรงพยาบาล	14	14
2.1.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้แทน	1	1
2.1.2 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือผู้แทน	1	1
2.1.3 หัวหน้าฝ่ายเวชฯ หรือผู้แทน	1	1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา	ประชากร(คน)	ขนาดตัวอย่าง (คน)
2.1.4 พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล	3	3
2.1.5 นักกายภาพบำบัด	3	3
2.1.6 หัวหน้างานทันตฯ หรือผู้แทน	1	1
2.1.7 หัวหน้างานเภสัชฯ หรือผู้แทน	1	1
2.1.8 หัวหน้างานแพทย์แผนไทย หรือผู้แทน	1	1
2.1.9 หัวหน้ากลุ่มงานประกันฯ หรือผู้แทน	1	1
2.1.10 หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือผู้แทน	1	1
2.2 บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	10	10
2.2.1 ผู้อำนวยการ รพ.สต.	1	1
2.2.2 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	1	1
2.2.3 นักวิชาการสาธารณสุข	3	3
2.2.4 พยาบาลวิชาชีพ	3	3
2.2.5 แพทย์แผนไทย	1	1
2.2.6 เจ้าพนักงานทันตฯ	1	1
2.3 บุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	5	5
2.3.1 สาธารณสุขอำเภอ	1	1
2.3.2 ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ	2	2
2.3.3 พยาบาลวิชาชีพ	1	1
2.3.4 นักวิชาการสาธารณสุข	1	1
3. ภาคประชาสังคม	16	16
3.1 ผู้นำชุมชน หรือผู้แทน	8	8
3.2 ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือผู้แทน	8	8
รวม	50	50

3.2.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 50 คน โดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย
- 2) เป็นผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินงาน

- 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เป็นอย่างดีทั้งการอ่านและการเขียน

4) หากผู้ที่มีรายชื่อในคำสั่งไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ทั้งหมดระยะเวลาการวิจัย และบางส่วน ให้หน่วยงานนั้นพิจารณาอาสาสมัครจากหน่วยงานนั้นเข้าร่วมวิจัยแทนโดยความสมัครใจ

5) อาสาสมัครแต่ละภาคส่วนเข้าร่วมกระบวนการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) อาสาสมัครของโครงการร่วมโครงการระหว่างการศึกษาวิจัย

2) ไม่เข้าเงื่อนไขเกณฑ์การคัดเลือก

3.2.3 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ไม่มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาจากคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 50 คน โดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยโดยความสมัครใจ และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ชุด ดังนี้

3.3.1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจของทีมคลินิกหมอครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจของทีมคลินิกหมอครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ

ข้อคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก และ ผิด (True/False) โดยมี

ข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,3,5,6,7,8,10,11,13,15 มีเกณฑ์ให้

คะแนนดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 2,4,9,12,14 มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้ แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของบลูม ดังนี้ (Bloom, 1971)

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

มีความรู้ระดับมาก หมายถึงได้คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป

มีความรู้ระดับปานกลาง หมายถึงได้คะแนนร้อยละ 60.0 ขึ้นไป

มีความรู้ระดับน้อย หมายถึงได้คะแนนร้อยละ 59.9 ลงมา

ชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน วัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (บัณฑิต สร้อยคำ, 2555)

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

นำมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 3 ระดับชั้น โดยมีช่วงห่างของชั้น ดังนี้

คะแนนสูงสุดของแบบประเมิน - คะแนนต่ำสุดของแบบประเมิน

ระดับชั้น

$$= \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงแบ่งระดับความพึงพอใจ ดังนี้ (บัณฑิต สร้อยคำ, 2555)

ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย การแปลความหมาย

1.00 – 2.33 ระดับความพึงพอใจน้อย

2.34 – 3.66 ระดับความพึงพอใจปานกลาง

3.67 – 5.00 ระดับความพึงพอใจมาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน วัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (บัณฑิต สร้อยคำ, 2555)

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

นำมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 3 ระดับชั้น โดยมีช่วงห่างของชั้น ดังนี้

คะแนนสูงสุดของแบบประเมิน – คะแนนต่ำสุดของแบบประเมิน

$$\begin{array}{ccc} & \text{ระดับชั้น} & \\ = \frac{5 - 1}{3} & & = 1.33 \end{array}$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงแบ่งระดับการมีส่วนร่วม ดังนี้ (บัณฑิต สร้อยคำ, 2555)

ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 – 2.33	ระดับการมีส่วนร่วมน้อย
2.34 – 3.66	ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง
3.67 – 5.00	ระดับการมีส่วนร่วมมาก

3.3.2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ชุดที่ 4 แบบสังเกต และจดบันทึก ใช้ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของทีมทีมคลินิกหมอครอบครัว ในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการ PAOR และแบบสังเกต และจดบันทึกพฤติกรรมกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของทีมคลินิกหมอครอบครัวในประเด็นดังนี้

1. ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม
4. การแสดงความคิดเห็นในขณะจัดกิจกรรม
5. บันทึกเพิ่มเติม

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษารูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เมื่อสร้างเสร็จแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาตรวจสอบ แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพตามขั้นตอน ดังนี้

3.4.1 หาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้านเนื้อหาของเครื่องมือแบบสอบถาม โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence : IOC) โดยมีรายชื่อผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

1. ดร.ธนุย์สิญจน์ สุขเสริม ตำแหน่ง อาจารย์ ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
2. นายชำนาญ มีมูล ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอด่านซ้าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย
3. นายนิวัฒน์ แสงรัตน์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอด่านซ้าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย

ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้คะแนนดังนี้

- | | | |
|----|---------|---|
| +1 | หมายถึง | ข้อความมีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด |
| 0 | หมายถึง | ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด |
| -1 | หมายถึง | ข้อความไม่มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด |

ใช้สูตรดัชนีความสอดคล้อง IOC (สมบัติ ท้ายเรือคำ, 2553)

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

- | | | |
|----------|---------|---|
| IOC | หมายถึง | ดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับจุดมุ่งหมาย |
| $\sum R$ | หมายถึง | ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ |
| N | หมายถึง | จำนวนผู้เชี่ยวชาญ |

ใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าเป็นข้อสอบถามที่มีความสอดคล้อง ทำการตรวจสอบแก้ไขให้แบบสอบถามมีความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมมีตรงตามเนื้อหา (Content Validity) รูปแบบของการสอบถามความเหมาะสมด้านภาษา ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของการใช้เวลาในการตอบ เมื่อรับเครื่องมือกลับคืนมาจากผู้เชี่ยวชาญ หากพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่ตรงกัน ผู้วิจัยใช้ความเห็นที่สอดคล้องกัน 2 ใน 3 ท่าน และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์แล้วนำมาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง

จากการทดสอบค่าความตรงของเนื้อหา พบว่ามีค่าความตรงของเนื้อหา (IOC: Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 0.1

3.4.2 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเอาเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขให้เรียบร้อย แล้วนำไปทดลองใช้เพื่อทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ในทีมคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ ตำบลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดเลย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำผลไปวิเคราะห์หา

ความเชื่อมั่น โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) กำหนดค่าแอลฟา ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไปถือว่ามีความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ได้จากการใช้สูตร ได้ค่าดังนี้

1) ค่าความเชื่อมั่นด้านความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95

2) ค่าความเชื่อมั่นด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.97

3.4.3 ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว โดยนำไปวิเคราะห์หาค่าความคงที่ภายใน โดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) (จักรพงษ์ แผ่นทอง, 2562)

$$\text{โดยใช้สูตร } KR-20 = (K/K-1) (1 - \sum pq/s^2)$$

เมื่อ KR-20 หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

K หมายถึง จำนวนข้อสอบ

p หมายถึง สัดส่วนของผู้ตอบถูกกับจำนวนคนตอบทั้งหมด

q หมายถึง สัดส่วนของผู้ตอบผิดกับจำนวนคนตอบทั้งหมดหรือ 1-p

s^2 หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนรวม ของผู้ตอบ

แบบสอบถามทุกคน

หากได้ค่า KR-20 เท่ากับ .70 ขึ้นไปถือว่ายอมรับได้ พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) ของแบบสอบถามความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว เท่ากับ 0.76

3.5 ขั้นตอนการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้นตามมาตรฐานของการสร้างเครื่องมือดังกล่าว โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.5.1 เก็บข้อมูลในขั้นตอนวางแผน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนการพัฒนาการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย โดยจัดทำหนังสือประสานงานจากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ความร่วมมือและเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งมีการประชุมชี้แจงรายละเอียดและแนวทางการดำเนินการโครงการวิจัย แก่ผู้ร่วมวิจัย ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน โดยการประชุมระดมสมองเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

3.5.2 เก็บข้อมูลในขั้นตอนการตรวจสอบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบแนวโน้มของพัฒนาการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ดังนี้

3.5.2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม, การสังเกตแบบมีส่วนร่วม, สัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง

3.5.2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม และการสำรวจศึกษาข้อมูลทั้งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้ศึกษาทำการตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง และบันทึกผลตามคู่มือการลงรหัสที่สร้างขึ้นเพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะดังนี้

3.6.1 ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

3.6.1.1 การประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและขอความร่วมมือในการวิจัย

3.6.1.2 ประชุมชี้แจงบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และเสนอโครงการวิจัย

3.6.2 ระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

3.6.2.1 การกำหนดแผนงาน และการวางแผน (plan) แก้ไขปัญหาพร้อมกัน

1) ศึกษาบริบทคลินิกหออครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

2) ศึกษารวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการคุณภาพคลินิกหออครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออครอบครัวต้นแบบ

3) ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออครอบครัวต้นแบบ

4) วิเคราะห์ ประเมิน ระบุปัญหา หาสาเหตุแท้จริง และตั้งเป้าหมายเพื่อหาทางขจัดปัญหา

5) เลือกแนวทางแก้ปัญหาพัฒนาระบบบริหารจัดการคลินิกหออครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออครอบครัวต้นแบบ กำหนดแผนปฏิบัติการ (Action plan)

3.6.2.2 ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ (Action) แก้ไขปรับปรุงกระบวนการทำงาน กำหนดวิธีกำจัดต้นตอของสาเหตุประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหออครอบครัว(ก่อน) และนำไปดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ เรื่องนโยบายยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหออครอบครัวต้นแบบ (3S) และปฏิบัติตามแนวทางคลินิกหออครอบครัว

3.6.2.3 การสังเกตการณ์ (observation) ผู้วิจัยนิเทศติดตาม/สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน (แบบสังเกตการร่วมกิจกรรม) สรุปประเด็นและประเมินผลการดำเนินงาน ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (หลัง) ประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงาน ประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประเมินผลการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการ

3.6.2.4 การสะท้อนผล (refection) สรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนตามรูปแบบความสำเร็จที่เกิดขึ้น การสะท้อนปัญหา อุปสรรคการดำเนินงานโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทราบผลการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาในการพัฒนางานรอบต่อไป และโอกาสในการพัฒนาต่อไป

3.6.3 ระยะเวลาหลังดำเนินการวิจัย

มีการประเมินหลังสิ้นสุดการปฏิบัติการ และสรุปผลปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงาน พร้อมทั้งสรุปรูปแบบการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และบทเรียนที่ได้จากงานวิจัย

3.7 การประเมินผลการดำเนินงานวิจัย

3.7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแบบสอบถามสำหรับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว การประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว และประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผล

3.7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาเรียบเรียง และจัดกลุ่มเพื่อสรุปรายละเอียดเนื้อหาตาม ประเด็นต่างๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ดังนี้ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อประเมินสถานการณ์ทั่วไปข้อเท็จจริงและความคิดเห็น และการสังเกต (Observation) ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยจะสังเกตผู้เข้าร่วมวิจัยในขณะร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ของกระบวนการวิจัยเพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่ได้จากวิธีต่างๆ

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยดำเนินการตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.8.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) หาค่าร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3.8.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) และเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Paired t-test dependent กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (95% CI of mean difference)

3.9 จริยธรรมในการวิจัย

วิจัยครั้งนี้ ได้เสนอเพื่อพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับการอนุมัติ เลขที่ 152/2563 วันที่รับรอง 20 พฤษภาคม 2563 ถึง 19 พฤษภาคม 2564 โดยผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีภาระระบุชื่อใน ผลการวิจัย พร้อมทั้งได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิ์ในการเข้าร่วม การวิจัยและสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็น ความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา การ วิจัยเชิงปฏิบัติการจริยธรรมถือเป็นสิ่งที่นักวิจัยคำนึงถึงมากที่สุด เนื่องจากนักวิจัยจะต้องเข้าไปเก็บ รวบรวมข้อมูลและกระทำการกิจกรรมต่างๆ กับผู้ร่วมโครงการในฐานะผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจึง กำหนดแนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัย ดังนี้

3.9.1 ผู้วิจัยจะนำหนังสือไปเชิญกลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมกับชี้แจง วัตถุประสงค์ การวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

3.9.2 กระบวนการวิจัยและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกาย และจิตใจต่อกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมการวิจัยหากไม่พร้อมหรือไม่สมัครใจ

3.9.3 ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม จะให้ทุกคนแสดงออกเท่าเทียมกันโดยเสรี มีสิทธิ์ที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุมได้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้จัดประชุม/ผู้ดำเนินการประชุมจะไม่เพิ่มความเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3.9.4 จะต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความคิดเห็นว่าใครถูกหรือผิด

3.9.5 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน

3.9.6 ถ้าหากจะต้องมีการบันทึกเทป การบันทึกภาพ หรือการจดบันทึกการสังเกต จะแจ้งให้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.9.7 การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

3.9.8 รับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนวางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินว่าความคิดเห็นใครถูกใครผิด

3.9.9 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน โดยตัวแทนคนพิการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน มีสิทธิ์และสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน

3.9.10 สร้างความมั่นใจให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความร่วมมือ และนำข้อมูลไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น การรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัย จะไม่มีการระบุชื่อบุคคลลงในผลงานวิจัย การนำเสนอผลงานวิจัย เว้นแต่การระบุตำแหน่งหรือการระบุเพื่อยกย่องเชิดชู ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หลังจากงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายเพื่อไม่ให้เป็นหลักฐาน

3.9.11 หากต้องการบันทึกภาพ การบันทึกเทป หรือจดบันทึกการสังเกต ผู้วิจัยจะทำการแจ้งผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนให้ทราบ และขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.9.12 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยื่นขอจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ได้นำเสนอผลการศึกษาในประเด็นดังต่อไปนี้

4.1 รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

4.2 ผลของการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

4.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

4.1 บริบทคลินิกหออกรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง

คลินิกหออกรับผู้ป่วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เปิดดำเนินการวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2560 มีโรงพยาบาลวังสะพุงเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของคลินิกหออกรับผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง รวม 11 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 1,953 หลังคาเรือน

การจัดการระบบบริการ (System) มีการจัดตั้ง Line Group บริการ 24 ชั่วโมง มี Continuity Care (การเยี่ยมบ้าน) มี Green Chanel มีระบบ Refer (โปรแกรม) มีระบบข้อมูลเชื่อมกับแม่ข่าย มี Lab Investigation

ด้านครุภัณฑ์ มีกล้องถ่ายภาพจอประสาทตาดีจิจิตอล มีรถบรรทุก (ดีเซล) ขนาด 1 คัน ปริมาตรกระบะบรรทุกไม่ต่ำกว่า 2,400 ซีซี. หรือกำลังเครื่องยนต์สูงสุดไม่ต่ำกว่า 110 กิโลวัตต์ ขับเคลื่อน 4 ล้อ แบบดับเบิ้ลแค้น พร้อมหลังคาไฟเบอร์กลาสหรือเหล็ก (พื้นที่สูง) มีเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ชนิดสี 2 หัวตรวจ มียูนิตทันตกรรม มีเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจชนิดอัตโนมัติ (AED) มีเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีเครื่องวัดความดันโลหิต แบบสอดแขน ชนิดอัตโนมัติ มีเครื่องฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ (Fetal Doptone) มีเครื่องปั่นฮีมาโตคริต (Hematocrit Centrifuge)

วัตถุประสงค์เพื่อ

1) ให้ประชาชนกลุ่มต่างๆได้รับการดูแลที่บ้าน ตามเกณฑ์คุณภาพด้านบริการส่งเสริมป้องกัน พื้นฟูสภาพอย่างเป็นองค์รวม และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

2) นำข้อมูลสภาวะสุขภาพและสภาพปัญหาสาธารณสุขของผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชนมาวิเคราะห์ ประเมินปัญหาแล้วนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาได้ในระดับพื้นที่

วิธีดำเนินการ

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ประชุมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่างเพื่อแบ่งหมู่บ้านรับผิดชอบและกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

1.2 เสนอโครงการเพื่อขออนุมัติ

2. ดำเนินงานตามโครงการ

2.1 กิจกรรมสำรวจและประเมินสภาวะสุขภาพชุมชน

2.1.1 กิจกรรมสำรวจและประเมินสภาวะสุขภาพชุมชน

2.1.2 สำรวจและขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพประชาชนในหมู่บ้านรับผิดชอบ

2.1.3 สำรวจและจัดทำ Family Folder ในครัวเรือนเขตรับผิดชอบ

- แผนที่เดินดิน หรือแผนที่แสดงที่ตั้งหลังคาเรือน

- รายชื่อบุคคลในครอบครัว

- ผังเครือญาติ

- สภาวะสุขภาพและบันทึกการเจ็บป่วย

2.1.4 จัดทำ Community Folder ในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ

- แผนที่เดินดิน

- โครงสร้างองค์กรผู้นำ

- กฎทินชุมชน ทั้งระดับหมู่บ้าน ตำบล

- ประวัติความเป็นมาและพัฒนาการของชุมชน ประเพณีวัฒนธรรมของ

ชุมชน

- ประวัติชีวิตบุคคลที่น่าสนใจ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มปกติทั่วไป กลุ่มเสี่ยง

เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ

- ระบบสุขภาพในและนอกชุมชน ที่พึงทางสุขภาพ

- วินิจฉัยปัญหาและความต้องการของชุมชนในการแก้ไข

2.1.5 เยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/ครอบครัว/ปี เพื่อตรวจสอบ/ปรับปรุงข้อมูลครอบครัว

2.2 กิจกรรมบริการสุขภาพ โดยการเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายแบบ 4 มิติ (ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ)

2.2.1 เยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ดังนี้

- เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง วัณโรค

และมะเร็ง

- เยี่ยมดูแลสุขภาพและการปฐมพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ทำแผล/ล้างแผล
- และผู้ป่วยฉุกเฉิน
- เยี่ยมกลุ่มผู้พิการและด้อยโอกาส เช่น ครอบครัวผู้ยากไร้
 - เยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต, ปัญญาอ่อน, โรคลมชักและปัญหาสุขภาพจิต
- 2.2.2 คัดกรองหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม
- 2.2.3 กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลตั้งแต่เกิดกระทั่งเสียชีวิต ได้แก่
- บริการเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์, มารดาและทารกหลังคลอด
 - เยี่ยมและการนัดหมายบริการด้านการวางแผนครอบครัว, การฉีดวัคซีนเด็ก 0-5 ปี และติดตามเด็กขาดสารอาหารในหมู่บ้าน
 - เยี่ยมติดตามกลุ่มเยาวชนในหมู่บ้าน เพื่อจัดกิจกรรมนันทนาการและออกกำลังกาย ให้ห่างไกลโรคเอดส์และสารเสพติด
 - เยี่ยมติดตามดูแลกลุ่มหญิงชราวัยทองและกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้คำปรึกษาด้านการจัดกิจกรรมกลุ่มและการดูแลสุขภาพ
- 2.2.4 กิจกรรมควบคุม ป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อและไม่ติดต่อในชุมชน
- เฝ้าระวังและค้นหาปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุการเกิดโรค
 - สำรวจสถานประกอบการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ขึ้นทะเบียนและเฝ้าระวัง
 - ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในท้องถิ่น เช่น โรคไข้เลือดออก, เลปโตสไปโรซิส, เอดส์ โรคติดต่อทางเดินอาหารและโรคติดต่อทางเดินหายใจ
 - งานคุ้มครองผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยและได้มาตรฐาน ราคายุติธรรม
- 2.2.5 กิจกรรมฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- การติดตามดูแลสุขภาพเบื้องต้น หลังการรับบริการวินิจฉัยและดูแลต่อจากโรงพยาบาล
- 2.3 กิจกรรมสนับสนุนบริการชุมชน องค์กรประชาชนด้านสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2.3.1 ประชุมชาวบ้านและให้คำแนะนำสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองและครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ การจัดบ้านเรือนให้ถูกสุขลักษณะตามหลักสุขาภิบาล
- 2.3.2 ประชุมและนิเทศงานอาสาสมัครสาธารณสุข ส่งเสริมและสนับสนุนประชาคมสุขภาพภาคประชาชนและพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข
- 2.3.3 ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน วัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และหน่วยราชการอื่นให้เข้ามามีบทบาทในงานสาธารณสุขมากขึ้น
- 2.3.4 ติดตามนิเทศงานโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบ
- 2.4 การออกปฏิบัติงาน บริการสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่
- 2.4.1 จัดทำแผนปฏิบัติงานประจำเดือนเพื่อขออนุมัติเป็นรายเดือน

2.4.2 ออกปฏิบัติงานเฉพาะวันทำการปกติตั้งแต่เวลา 09.00-16.00 น. หรือไม่น้อยกว่าวันละ 3 ชั่วโมง เฉลี่ยอย่างน้อย 6 หลังคาเรือนต่อวัน

2.4.3 สรุปผลการดำเนินการเยี่ยมบ้านและส่งหลักฐานเบิกจ่ายค่าตอบแทนรายเดือน สถานที่ดำเนินการ และกลุ่มเป้าหมาย

หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง รวม 11 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 1,953 หลังคาเรือน โดยเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง จำนวน 12 คน ประกอบด้วย

1. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวน 1 คน
2. เกษีษกร ประจำคลินิกหมอครอบครัว	จำนวน 1 คน
3. นักกายภาพบำบัด	จำนวน 1 คน
4. พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ	จำนวน 3 คน
5. นักวิชาการสาธารณสุข	จำนวน 4 คน
6. เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข	จำนวน 1 คน
7. แพทย์แผนไทย	จำนวน 1 คน

ตัวชี้วัดและประเมินผล

1. จัดทำแฟ้มอนามัยครอบครัวครอบคลุมหลังคาเรือนในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
2. แฟ้มอนามัยครอบครัวจัดทำได้ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100
3. มีการจัดทำแฟ้มอนามัยชุมชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด
4. ทำแฟ้มอนามัยชุมชนมีความถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน ร้อยละ 100
5. โครงการแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับสรุปปัญหาในแฟ้มอนามัยชุมชน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
6. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการเชิงรุก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนได้รับการบริการที่ตรงตามสภาพปัญหาของตน ในรูปแบบที่เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง
2. มีระบบการติดตามผู้ป่วย การเฝ้าระวังด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. เจ้าหน้าที่มีขวัญและกำลังใจ พร้อมทั้งจะปฏิบัติงานให้บริการเชิงรุกและเชิงรับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวพบปัญหาอุปสรรค และโอกาสในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ดังนี้

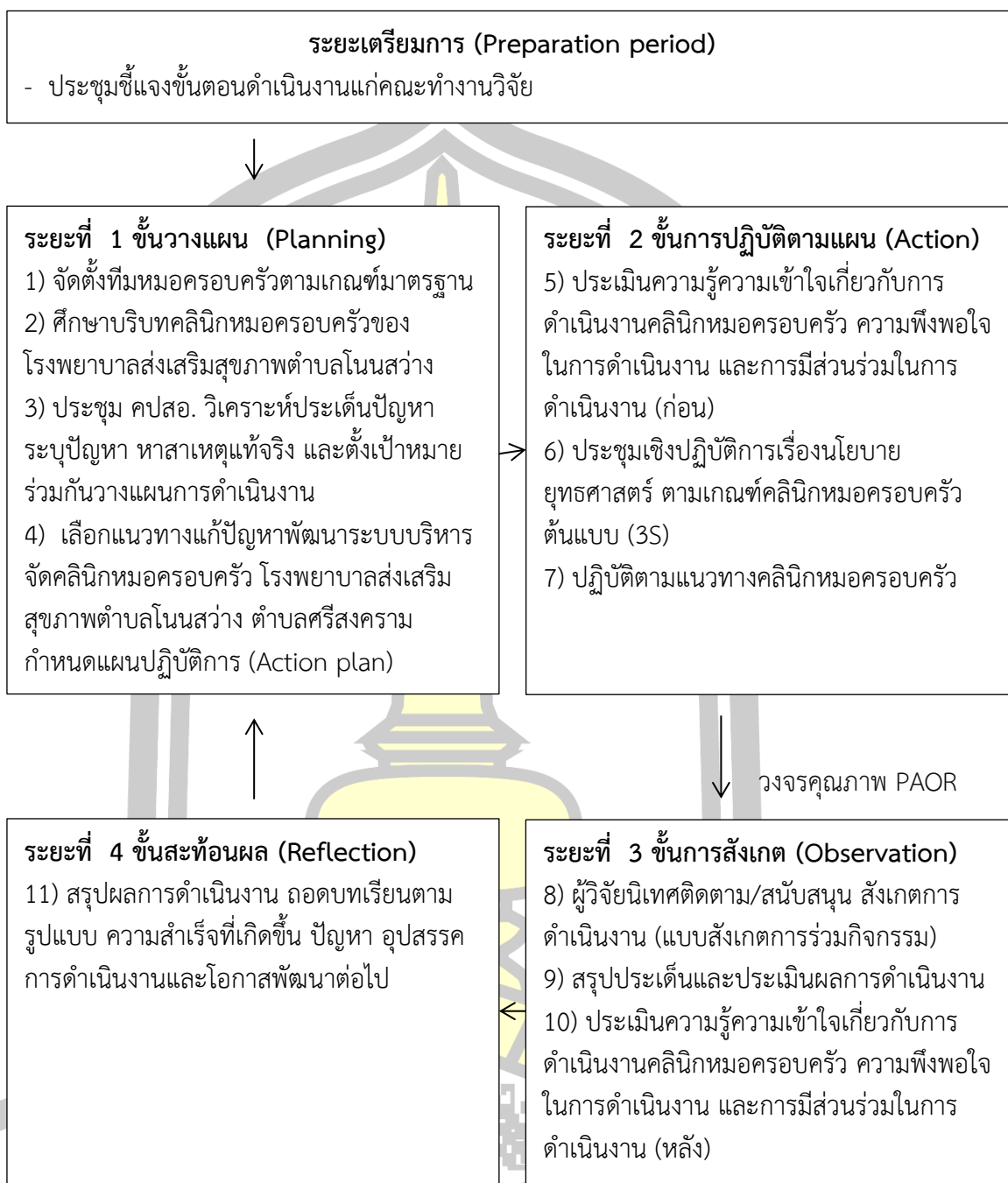
1. แพทย์ไม่สมัครใจไปปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัว ทำให้ไม่สามารถเปิดดำเนินการตามแผนที่วางไว้ได้
2. อัตรากำลังในพื้นที่ไม่เพียงพอ

จากข้อมูลข้างต้นนำเสนอสู่งานวิจัยผู้วิจัยได้นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงนายอำเภอ อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ทำหนังสือ ขออนุญาตจากนายอำเภอถึงหน่วยงานของทีมนิเทศการระบบสุขภาพในอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เพื่อขออนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่งตั้งคณะทำงานหอด ครอบครั้วตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย จำนวน 50 คน และประชุมชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจในการทำวิจัยเชิง ปฏิบัติการ ได้รับความร่วมมือในการดำเนินโครงการจากคณะทำงานเป็นอย่างดี ดังภาพที่ 14



ภาพที่ 14 ประชุมชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ





ภาพที่ 15 สรุปกระบวนการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน

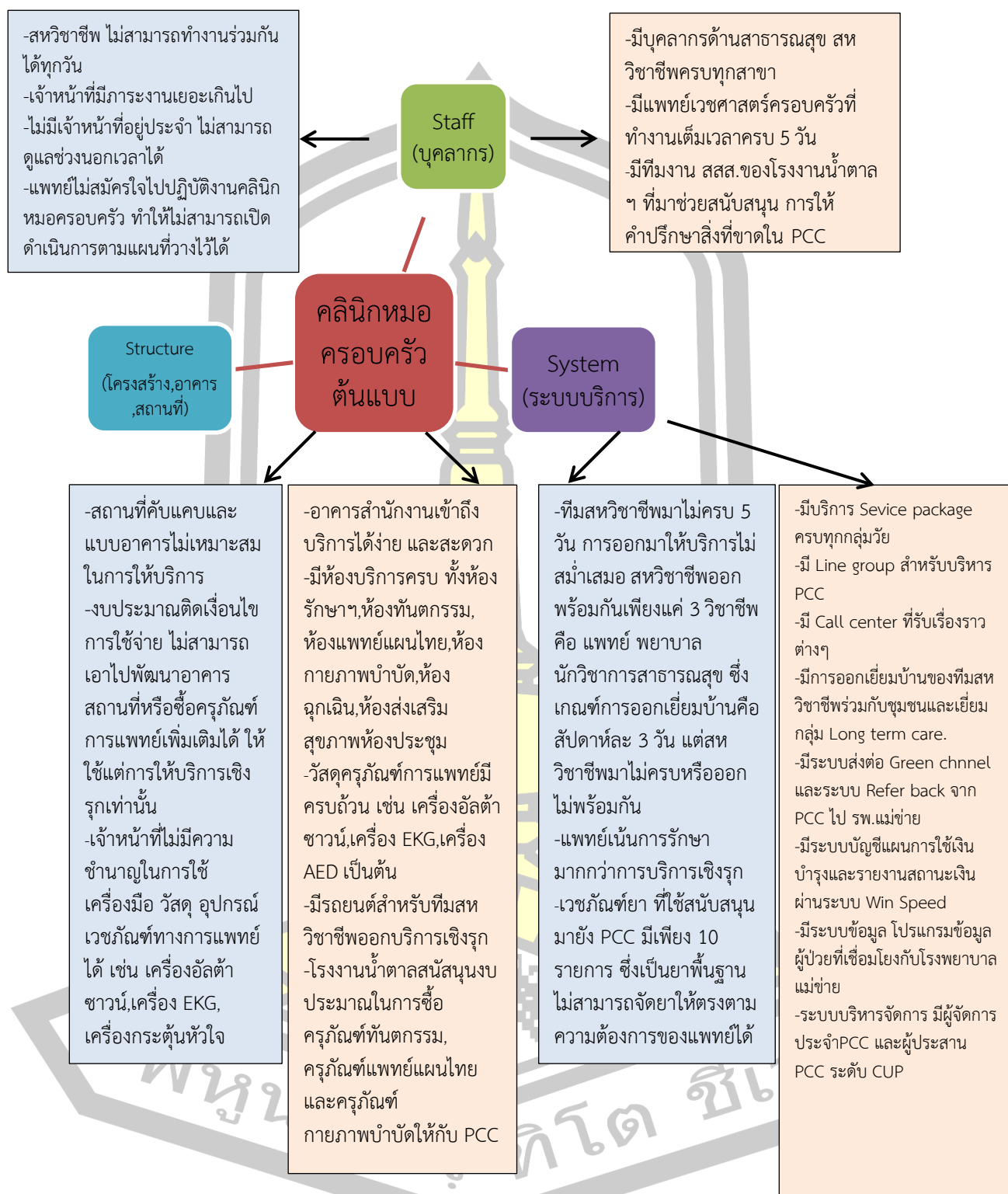
จากภาพที่ 15 สรุปได้ว่ามีกระบวนการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ทีมวิจัยมีการศึกษารวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ข้อมูลมาตรฐานคลินิกหออกรับ ข้อมูลกระบวนการให้บริการประชาชน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา จัดทำเป็นเอกสารประกอบการประชุม 1 ชุด

2. สืบหาข้อมูลความรู้ของทีมคลินิกหออกรับ ความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออกรับ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออกรับ ก่อนการพัฒนาระบบ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ เก็บข้อมูลกับทีมคลินิกหออกรับ โดยตรง จากการศึกษา พบว่าทีมคลินิกหออกรับมีการพูดคุย แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา ซึ่งในบางครั้งไม่สามารถออกให้บริการประชาชนได้ เนื่องจากแพทย์ติดประชุมหรือออกตรวจคนไข้ในโรงพยาบาล และอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ไม่เพียงพอที่จะเปิดให้บริการได้ ส่วนด้านความรู้ของทีมคลินิกหออกรับ พบว่าอยู่ในระดับน้อย ครอบคลุม ความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออกรับ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออกรับ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

3. ประชุมทีมวิจัยวิเคราะห์ ประเมินระบุปัญหา หาสาเหตุแท้จริง และตั้งเป้าหมายการพัฒนางาน เพื่อให้บรรลุเกณฑ์มาตรฐานคลินิกหออกรับต้นแบบตามหลัก 3S รายละเอียดดังภาพที่ 16





ภาพที่ 16 แสดงการวิเคราะห์หาประเมินระบุปัญหา ทหาสาเหตุแท้จริง คลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ

4. ประชุมระดมสมองคณะกรรมการทีมคลินิกหออครอบครัวต้นแบบเพื่อหาแนวทางแก้ไข
แก้ไขปัญหาเชิงระบบและกำหนดแผนปฏิบัติการ เครื่องมือที่ช่วยในการระดมสมอง คือ การวิเคราะห์
จุดแข็งจุดอ่อนตามเกณฑ์คลินิกหออครอบครัวต้นแบบตามหลัก 3S สรุปแนวทางการแก้ปัญหาพัฒนา
ระบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออ
ครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง
จังหวัดเลย ดังตารางที่ 2 และภาพที่ 17

ตารางที่ 2 สรุปแนวทางการแก้ปัญหาพัฒนาระบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออครอบครัวโดยกลไก
การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

กระบวนการปฏิบัติงาน	กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา
Staff (บุคลากร)	<ul style="list-style-type: none"> -มีแผนการจัดสรรวิชาชีพสาขาให้ครบถ้วนใน 2 ปี -สนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และอบรมระยะสั้นทั่วไปด้านเวชศาสตร์ครอบครัว -มีระบบการบริหารจัดการด้านบุคลากร มีการวางแผนอัตรากำลังบุคลากรเพื่อรองรับบทบาทภารกิจของคลินิกหออครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว -จัดโครงสร้างบุคลากรของทีมหออครอบครัว ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ รวมถึงมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสค.) และผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) ที่อยู่ในพื้นที่ร่วมเป็นทีมหออครอบครัว
System (ระบบบริการ)	<ul style="list-style-type: none"> -มีแผนการจัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน, พยาบาลวิชาชีพ 2 คน, นักวิชาการ/จพ.สาธารณสุข 2 คน ออกปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย -จัดระบบสนับสนุน (Support) ทีมโรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนด้านบุคลากร สหวิชาชีพ ระเบียบและเวชภัณฑ์ จัดทำแผนการเงิน (Plan Fin) ระบบรับและส่งผู้ป่วย โดยมีการรับส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม Thai COC และ Thai refer -จัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สร้างระบบกลุ่มไลน์สุขภาพ ใช้ระบบ แอปพลิเคชัน อสม.ออนไลน์ ใช้ระบบประเมิน/สำรวจข้อมูลสุขภาพด้วยแบบฟอร์ม Google form และจัดเก็บข้อมูลเข้าสู่ระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ
Structure (โครงสร้าง,อาคาร,สถานที่)	<ul style="list-style-type: none"> -มีการบูรณาการกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดโครงสร้างทีมหออครอบครัวและการจัดบริการในพื้นที่ -จัดโครงสร้างของอาคารสถานที่ จัดห้องบริการสำหรับทีมหออครอบครัวในแต่ละทีมให้เป็นสัดส่วน -มีการบูรณาการกับโรงงานน้ำตาล ในการสนับสนุนงบประมาณจัดโครงสร้างทีมหออครอบครัวและการจัดบริการในพื้นที่



ภาพที่ 17 การประชุมระดมสมองคณะกรรมการดำเนินงานวิจัยเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

5. การพัฒนาระบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออภิบาลผู้ป่วยต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ประกอบด้วย 3 ประเด็นสำคัญได้แก่ 1) โครงการพัฒนาศักยภาพทีมหออภิบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย 2) โครงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหออภิบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และ 3) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ให้ความรู้ อสม.เชี่ยวชาญทันตกรรมด้านงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพชุมชน” โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยทีมวิจัยนำแนวทางการแก้ปัญหา มากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ กำหนดผู้รับผิดชอบ ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มีการดำเนินการ ดังตารางที่ 3

พหุบัณฑิต ชีเว

ตารางที่ 3 สรุปแผนปฏิบัติการพัฒนาการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ

แผนปฏิบัติการ/โครงการ	รายละเอียดกิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
1) โครงการพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ตัวชี้วัด : ทีมหมอครอบครัวได้รับการพัฒนาศักยภาพ ร้อยละ 100	-ประชุมเชิงปฏิบัติการทีมหมอครอบครัวมีความรู้ในกระบวนการดำเนินงาน การประสานงานแบบบูรณาการตามแผนงานโดยอาศัยต้นทุนในชุมชน/ศักยภาพของคนในชุมชน และประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน	-ทีมหมอครอบครัวได้รับการพัฒนาศักยภาพ -ทีมหมอครอบครัวมีทักษะความรู้ความสามารถในการดำเนินงาน
2) โครงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อให้ประชาชนได้รับการเยี่ยมบ้านประเมินภาวะสุขภาพ มีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง 2) เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ตัวชี้วัด : 1) ประชาชนเข้าถึงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม 2) ประชาชนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี	1) ประสานงานผู้เกี่ยวข้อง ประชุมหาแนวทางกำหนดการเยี่ยมบ้าน 2) ลงพื้นที่เยี่ยมประชาชนตามรายชื่อที่กำหนดตามแผน	1) ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมลดภาวะแทรกซ้อนของโรค 2) ทุกภาคส่วนต่าง ๆ ในท้องถิ่นเกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน

ตารางที่ 3 สรุปแผนปฏิบัติการพัฒนาการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วม
ร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ (ต่อ)

แผนปฏิบัติการ/โครงการ	รายละเอียดกิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
3) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ให้ความรู้ อสม.เชี่ยวชาญทันต กรรมด้านงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ชุมชน” โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลโนนสว่าง ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2562 วัตถุประสงค์ : เพื่อให้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านตรวจ สุขภาพช่องปากได้ถูกต้อง และให้ ทันตศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพ ช่องได้ ตัวชี้วัด : 1) อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านสามารถตรวจสุขภาพ ช่องปากได้ถูกต้อง ร้อยละ 80 และ ส่งข้อมูลได้ทันตามที่กำหนด 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจในการ ให้ทันตศึกษา อย่างน้อยร้อยละ 80	1. แจกแบบฟอร์มการตรวจสุขภาพ ช่องปาก คู่มือ อสม.เชี่ยวชาญ ทันตกรรมด้านงานเฝ้าระวังทันต สุขภาพชุมชน และอุปกรณ์สาคิต การแปร่งฟันและตรวจสุขภาพ ช่องปาก 2. ทันตบุคลากรให้อาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้านทบทวนสภาพ ฟัน จำแนกฟันแท้กับฟันน้ำนม พร้อมกับสภาพฟันที่มีอาการผุ และ สอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านแปร่งฟันเพื่อให้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ ทันตศึกษาในเวลาที้ออกตรวจ สุขภาพช่องปาก 3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านออกตรวจสุขภาพช่องปาก คนในชุมชนตามกลุ่มอายุ	1. แก้ปัญหาการเข้าถึงบริการ ทันตกรรมในชุมชน แบ่งเบาภาระ งานของทันตบุคลากร 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านตรวจสุขภาพช่องปากได้ ถูกต้อง 3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านสามารถให้ทันตศึกษา เรื่องการดูแลสุขภาพช่องได้

6. สังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และติดตามประเมินผลของทีมนักคลินิกหมอครอบครัว
จากสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมระหว่างการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ทีมนักคลินิกหมอครอบครัวให้
ความร่วมมือในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมแสดงความคิดเห็น และการทำการเก็บข้อมูลการมีส่วน
ร่วมยังช่วยกระตุ้นให้ทีมมีความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็น นายกเทศมนตรีตำบลศรี
สงคราม มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นพร้อมให้ความร่วมมือและพร้อมสนับสนุนการดำเนินงาน
ในทุกๆ กระบวนการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังสะพุงก็มีส่วนร่วมปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน
สนับสนุนในด้านบุคลากรทีมนักคลินิกหมอครอบครัวในหารออกตรวจและให้บริการประชาชนในคลินิก
สนับสนุนให้งาน IT ออกมาดูระบบงานเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย พยาบาลมี
ส่วนร่วมในการให้ความคิดเห็น ร่วมในการพัฒนาระบบ และติดตามนิเทศในคลินิกหมอครอบครัว
ผู้ใหญ่บ้านร่วมแสดงความคิดเห็นพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ พร้อมเป็นตัวเชื่อมประสานงาน ส่งต่อ
ข้อมูลแก่ประชาชนอย่างเต็มที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น
ซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

หลังการดำเนินกระบวนการที่มคลินิกหมอครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการการดำเนินการจัดการพัฒนาคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว การดำเนินการวิจัยโดยใช้ข้อมูลจุดอ่อนมาวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขพัฒนางานทำให้สร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

7. ประเมินผลตามแผนปฏิบัติการหลังดำเนินการ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณประเมินข้อมูลความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว ความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว หลังการพัฒนาาระบบ ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสังเกตการมีส่วนร่วมระหว่างการประชุมเวทีระดมสมองและถอดบทเรียนในทีมคลินิกหมอครอบครัว สรุปผลการดำเนินงาน 1 ครั้ง

8. จัดเวทีถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน การประชุมถอดบทเรียนกับทีมคลินิกหมอครอบครัวและสรุปผลการดำเนินงานสะท้อนในที่ประชุม บทเรียนจากการดำเนินงานมีดังนี้

8.1 การสะท้อนข้อมูลปัญหาด้านงบประมาณในการปรับปรุงโครงสร้าง/อาคารสถานที่งบประมาณติดเงื่อนไขการใช้จ่าย ไม่สามารถเอาไปพัฒนาอาคารสถานที่หรือซื้อครุภัณฑ์การแพทย์เพิ่มเติมได้ ให้ใช้แต่การให้บริการเชิงรุกเท่านั้น

8.2 การสะท้อนข้อมูลปัญหาด้านทีมสหวิชาชีพ ไม่สามารถทำงานร่วมกันได้ทุกวัน เพราะเจ้าหน้าที่มีภาระงานอื่นนอกเหนือจากงานบริการ ไม่มีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำ ไม่สามารถดูแลช่วงนอกเวลาได้ และแพทย์ไม่สมัครใจไปปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัว ทำให้ไม่สามารถเปิดดำเนินการตามแผนที่วางไว้ได้

8.3 การศึกษารวบรวมข้อมูลและนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาโดยสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทำให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

8.4 การจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน ต้องประกอบด้วย บุคลากร โครงสร้าง ระบบบริการ ซึ่งการบริหารจัดการด้านบุคลากรและโครงสร้างไม่สามารถที่จะดำเนินการตามแผนได้ทันที ต้องอาศัยปัจจัยด้านงบประมาณเข้ามาเกี่ยวข้อง

8.5 การพัฒนาระบบใหม่ต้องใช้เวลาในการบริหารจัดการกระบวนการดำเนินงาน และต้องอาศัยการมีส่วนร่วมเป็นอย่างดีจากทุกภาคส่วนจึงจะนำไปสู่ความสำเร็จของกระบวนการได้

เนื่องจากกรอบเวลาดำเนินการพัฒนาในช่วงเวลาที่จำกัดเพียง 4 เดือน ทำให้ต้องมีการวางแผนพัฒนาในรอบวงต่อไปเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างคุณภาพการให้บริการและให้มีการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรร่วมกันในทุกภาคส่วน

4.2 รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

การพัฒนากระบวนการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นคลินิกหออัครอบครัวต้นแบบ ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมนักคลินิกหออัครอบครัวทุกภาคส่วนในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดคุณภาพการให้บริการและให้มีการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรร่วมกันในทุกภาคส่วน ภาคีเครือข่ายมองเป้าหมายแห่งความสำเร็จร่วมกัน เปิดใจเรียนรู้ในจุดอ่อนของระบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครอบครัว นำจุดแข็งมาพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้เกิดกระบวนการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครอบครัวต้นแบบ และมีการส่งเสริมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครอบครัวต้นแบบให้สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐาน (3S) ดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องคลินิกหออัครอบครัวของรพ.สต.โนนสว่าง วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ร่วมวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ 2) ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหออัครอบครัว ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (ก่อนพัฒนา) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบายยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหออัครอบครัวต้นแบบ (3S) ปฏิบัติตามแนวทางคลินิกหออัครอบครัว 3) ผู้วิจัยนิเทศติดตาม/สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน (แบบสังเกตการร่วมกิจกรรม) สรุประเด็นและประเมินผลการดำเนินงาน และประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหออัครอบครัว ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (หลัง) 4) สรุปรผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนตามรูปแบบ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น สรุปรปัญหา/อุปสรรค การดำเนินงานและโอกาสพัฒนาต่อไป ข้อค้นพบเบื้องต้นจะเห็นได้ว่าเกิดรูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ทำให้เกิด 1) โครงการพัฒนาศักยภาพทีมหออัครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย 2) โครงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหออัครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และ 3) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ให้ความรู้ อสม.เชี่ยวชาญทันตกรรมด้านงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพชุมชน” โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โครงการและกิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้นได้โดยกลไกการมีส่วนร่วมของทีมนักคลินิกหออัครอบครัว

ดังนั้นรูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นคลินิกหออัครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย จึงเกิดขึ้นได้จากการมีส่วนร่วมของทีมนักคลินิกหออัครอบครัวทุกภาคส่วน ทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล

4.3 ผลของการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็น คลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

ความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว แบบประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว เพื่อรูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ หลังจากผ่านขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้วิจัยกำหนดการประเมินผลหลังจากสิ้นสุดโครงการ โดยการเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมายเดิม ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาเพื่อให้เห็นความแตกต่างในเชิงสถิติ และนำเสนอข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ เพื่อสะท้อนความคิดเห็นดังนี้

4.2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมคลินิกหมอครอบครัว ข้อมูลส่วนบุคคลทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน อาชีพ และสถานที่ทำงาน ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของทีมหมอครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 50)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	19	38.00
หญิง	31	62.00
2. อายุ		
40 ปีลงมา	14	28.00
41-60 ปี	35	70.00
61 ปีขึ้นไป	1	2.00
3. สถานภาพสมรส		
โสด	16	32.00
สมรส	30	60.00
หม้าย/หย่าแยก	4	4.00
4. การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	18	36.00
ปริญญาตรี	25	50.00
ปริญญาโท	6	12.00
ปริญญาเอก	1	2.00
5. ประสบการณ์ในการทำงาน		
5 ปีลงมา	22	44.00
6-10 ปี	14	28.00
11 ปีขึ้นไป	14	28.00

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของทีมหมอครอบครัว (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 50)	ร้อยละ
6. ตำแหน่ง		
-นายแพทย์/ทันตแพทย์/เภสัชกร	3	6.00
นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น/ -รองนายกองค์การบริหารส่วน ท้องถิ่น	2	4.00
-ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น/ รองปลัดองค์การบริหารส่วน ท้องถิ่น	2	4.00
-นักวิชาการสาธารณสุข	11	22.00
พยาบาลวิชาชีพ	8	16.00
-นักกายภาพบำบัด	1	2.00
-แพทย์แผนไทย	2	4.00
-เจ้าพนักงานทันตฯ/เจ้าพนักงาน เภสัชฯ	2	4.00
-กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	8	16.00
-ตัวแทนภาคประชาชน (ประธาน อสม.,อสม.)	8	16.00
-อื่นๆ (นวก.คอมพิวเตอร์,จพ.เวช ระเบียน)	3	6.00
7. สถานที่ทำงาน		
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	5	10.00
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	5	10.00
โรงพยาบาลชุมชน	14	28.00
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	10	20.00
หมู่บ้าน/ชุมชน	16	32.00

ตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่าทีมคลินิกหมอครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.00 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50.00 ประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.00 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 22.00 และมีสถานที่ทำงานในหมู่บ้าน/ชุมชน (ตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัว)

4.2.2 ผลการวิเคราะห์ความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ โดยเนื้อหาประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านนโยบาย ด้านการบริหารจัดการ/การดำเนินงาน และด้านระบบบริการ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว ภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้	จำนวนข้อ (n=15)	Mean	S.D.	ระดับความรู้
ก่อนพัฒนา	15	8.90	1.37	น้อย
หลังพัฒนา	15	10.12	1.17	ปานกลาง

ตารางที่ 5 จะเห็นได้ว่าหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา

ตารางที่ 6 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว ภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test dependent

ความรู้	จำนวนคน (n=50)	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนา	50	8.90	1.37	-9.48	< 0.001*
หลังพัฒนา	50	10.12	1.17		

*ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 6 จะเห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา ทดสอบโดยใช้ Paired t-test dependent ได้ค่า $t = -9.48$ ค่า $p\text{-value} < 0.001^*$ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95%

4.2.3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ โดยเนื้อหาประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาความรู้ ด้านเวลา/สถานที่ และด้านวิทยากร

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา

ความพึงพอใจ	จำนวนข้อ (n=15)	Mean	S.D.	ระดับความรู้
ก่อนพัฒนา				
-ด้านเนื้อหาความรู้		2.18	0.43	ปานกลาง
-ด้านเวลา/สถานที่		2.62	0.53	มาก
-ด้านวิทยากร		2.24	0.47	ปานกลาง
รวม	15	3.54	0.30	ปานกลาง

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออัครวัภาพรวม ก่อนและหลังการพัฒนา

ความพึงพอใจ	จำนวนข้อ (n=15)	Mean	S.D.	ระดับความรู้
หลังพัฒนา				
-ด้านเนื้อหาความรู้		2.74	0.48	มาก
-ด้านเวลา/สถานที่		2.62	0.53	มาก
-ด้านวิทยากร		2.62	0.53	มาก
รวม	15	3.84	0.53	มาก

ตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่าหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออัครวั รายด้านและโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา

ตารางที่ 9 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออัครวั ภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test dependent

ความพึงพอใจ	จำนวนคน (n=50)	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนา	50	3.54	0.30		
หลังพัฒนา	50	3.84	0.53	-10.56	< 0.001*

*ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 8 จะเห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออัครวั ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา ทดสอบโดยใช้ Paired t-test dependent ได้ค่า $t = -10.56$ ค่า $p\text{-value} < 0.001$ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออัครวั ในระยะก่อนและหลังพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95%

4.2.3 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออัครวั จำนวน 16 ข้อ โดยเนื้อหาประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออัครอภรรวม
ก่อนและหลังการพัฒนา

การมีส่วนร่วม	จำนวนข้อ (n=15)	Mean	S.D.	ระดับความรู้
ก่อนพัฒนา				
-การมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ		2.22	0.54	ปานกลาง
-การมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงาน		2.08	0.34	ปานกลาง
-การมีส่วนร่วมในการรับ ผลประโยชน์		2.20	0.45	ปานกลาง
-การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล		2.20	0.57	ปานกลาง
รวม	15	3.44	0.44	ปานกลาง
หลังพัฒนา				
-การมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ		2.54	0.57	มาก
-การมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงาน		2.56	0.54	มาก
-การมีส่วนร่วมในการรับ ผลประโยชน์		2.62	0.53	มาก
-การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล		2.46	0.64	มาก
รวม	15	3.65	0.66	มาก

ตารางที่ 9 จะเห็นได้ว่าหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมใน
กระบวนการดำเนินงานคลินิกหออัครอภรรวม รายด้านและโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 11 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหอบหืดก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test dependent

การมีส่วนร่วม	จำนวนคน (n=50)	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนา	50	3.44	0.44	-3.38	0.001*
หลังพัฒนา	50	3.65	0.66		

*ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 10 จะเห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหอบหืด ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา ทดสอบโดยใช้ Paired t-test dependent ได้ค่า t = -3.38 ค่า p-value 0.001 สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหอบหืด ในระยะก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95%

4.2.4 แบบสังเกต และจดบันทึก ใช้ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของทีมคลินิกหอบหืด ในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการ PAOR และแบบสังเกต และจดบันทึกพฤติกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของทีมคลินิกหอบหืด

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการพบว่า ทีมคลินิกหอบหืดมีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม กระตือรือร้นในการวิเคราะห์สภาพปัญหาของคลินิกหอบหืด ตั้งใจร่วมปฏิบัติกิจกรรม มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและร่วมแสดงความคิดเห็นในขณะร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี เพื่อให้เกิดคลินิกหอบหืดต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหอบหืดโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหอบหืดต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหอบหืดโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหอบหืดต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ใช้การถอดบทเรียนโดยเครื่องมือการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยใช้แบบบันทึกการทำกิจกรรมกลุ่มในการประชุมแต่ละครั้ง แยกเป็นรายด้านดังนี้

ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหลังการพัฒนา พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.54, S.D.= 0.57) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในการเสนอโครงการในการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครครอบครัว (Mean = 3.68, S.D.= 0.65) และทีมหออัครครอบครัวได้ให้ท่านตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด (Mean = 3.68, S.D.= 0.68) จากแบบประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออัครครอบครัวของทีมฯ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการหลังการพัฒนา พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.56, S.D.= 0.54) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบายยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหออัครครอบครัวต้นแบบ (3S) (Mean = 3.70, S.D.= 0.78) จากแบบประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออัครครอบครัวของทีมฯ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ

ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์หลังการพัฒนา พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.62, S.D.= 0.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในการรับรู้ว่าคลินิกหออัครครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเลย ผ่านการประเมินตามเกณฑ์คลินิกหออัครครอบครัวต้นแบบ (Mean = 3.80, S.D.= 0.72) จากแบบประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออัครครอบครัวของทีมฯ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลหลังการพัฒนา พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.46, S.D.= 0.64) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานในการประชุมเชิงปฏิบัติการตามแนวทางคลินิกหออัครครอบครัว (Mean = 3.64, S.D.= 0.89) และการมีส่วนร่วมในสรุปประเด็นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการตามแนวทาง (Mean = 3.64, S.D.= 0.87) จากแบบประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหออัครครอบครัวของทีมฯ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ดังนั้นเมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้าน พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเลย อยู่ในระดับมากทั้งหมด จึงเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน

“ผมมีความเห็นว่าควรมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของทีมคลินิกหออัครครอบครัว เพื่อให้ทุกคนมีความรู้และเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหออัครครอบครัว”

(นายกเทศมนตรี)

“ควรมีการระดมทุนเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงอาคาร และจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ยังขาดในจัดบริการคลินิกหออัครครอบครัว โดยการขอสนับสนุนจากโรงงานน้ำตาลวังสะพุง”

(ผู้ใหญ่บ้าน คนที่ 2)

“ดิฉันอยากให้มีการจัดแพทย์ทั่วไปออกตรวจแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในกรณีที่ไม่สามารถออกตรวจตามตารางได้”

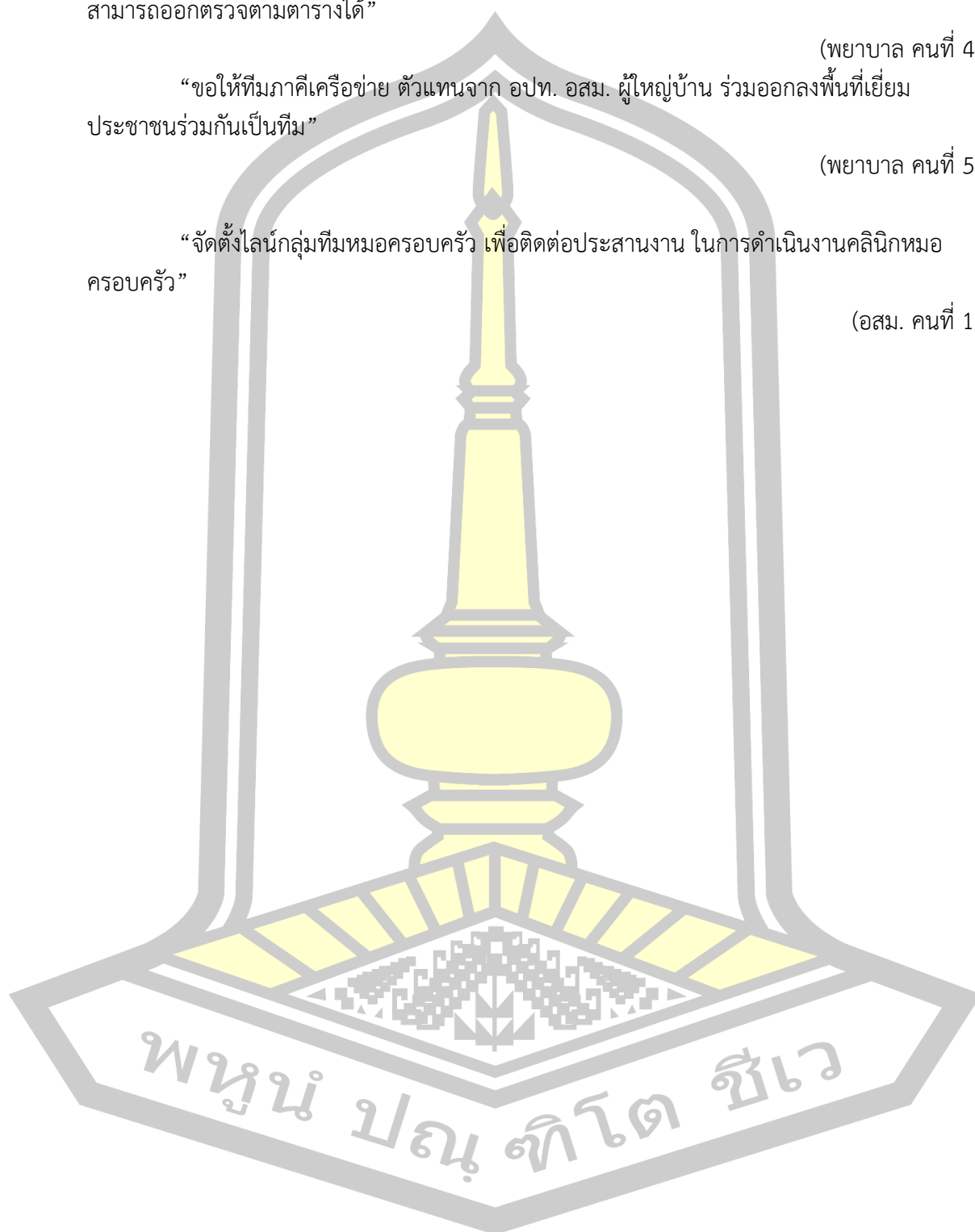
(พยาบาล คนที่ 4)

“ขอให้ทีมภาคีเครือข่าย ตัวแทนจาก อปท. อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ร่วมออกลงพื้นที่เยี่ยมประชาชนร่วมกันเป็นทีม”

(พยาบาล คนที่ 5)

“จัดตั้งไลน์กลุ่มทีมหมอครอบครัว เพื่อติดต่อประสานงาน ในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว”

(อสม. คนที่ 1)



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย โดยยึดกระบวนการของ Kemmis and McTaggart (PAOR) มาใช้เป็นกรอบดำเนินการโดยผู้มีส่วนร่วมกับชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย คณะกรรมการคลินิกหออกรับผู้ป่วย จำนวน 50 คน โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา

5.1 สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมคลินิกหออกรับผู้ป่วยทุกภาคส่วนในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดคุณภาพการให้บริการและให้มีการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรร่วมกันในทุกภาคส่วน ภาควิชาหรือหน่วยงานเป้าหมายแห่งความสำเร็จร่วมกัน เปิดใจเรียนรู้ในจุดอ่อนของระบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วย นำจุดแข็งมาพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้เกิดกระบวนการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบ และมีการส่งเสริมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบให้สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐาน (3S) ดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องคลินิกหออกรับผู้ป่วยของรพ.สต.โนนสว่าง วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ร่วมวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ 2) ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหออกรับผู้ป่วย ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (ก่อนพัฒนา) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบายยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบ (3S) ปฏิบัติตามแนวทางคลินิกหออกรับผู้ป่วย 3) ผู้วิจัยนิเทศติดตาม/สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน (แบบสังเกตการร่วมกิจกรรม) สรุปประเด็นและประเมินผลการดำเนินงาน และประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหออกรับผู้ป่วย ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (หลัง) 4) สรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนตามรูปแบบ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น สรุปปัญหา/อุปสรรค การดำเนินงานและโอกาสพัฒนาต่อไป ข้อค้นพบเบื้องต้นจะเห็นได้ว่าเกิดรูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ทำให้เกิด 1) โครงการพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย 2) โครงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และ 3) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ให้ความรู้ อสม.เชี่ยวชาญทันตกรรมดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพชุมชน” โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โครงการและกิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้นได้โดยกลไกการมีส่วนร่วมของทีมคลินิกหมอครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลส่วนบุคคลของทีมคลินิกหมอครอบครัว พบว่า ทีมคลินิกหมอครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.00 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50.00 ประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.00 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 22.00 และมีสถานที่ทำงานในหมู่บ้าน/ชุมชน (ตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัว)

ผลการวิเคราะห์ความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาเท่ากับ 1.22 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา ทดสอบด้วย Paired t-test dependent ได้ค่า $t = -9.48$ ค่า $p\text{-value} < 0.001^*$ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว รายด้านและโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา ทดสอบด้วย Paired t-test dependent ได้ค่า $t = -10.56$ ค่า $p\text{-value} < 0.001$ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว รายด้านและโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา ทดสอบด้วย Paired t-test dependent ได้ค่า $t = -3.38$ ค่า $p\text{-value} < 0.001$ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95%

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหลังการ

พัฒนา พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.54, S.D.= 0.57) 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการหลังการพัฒนา พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.56, S.D.= 0.54) 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์หลังการพัฒนา พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.62, S.D.= 0.53) 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลหลังการพัฒนา พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.46, S.D.= 0.64) ดังนั้นเมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้าน พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย อยู่ในระดับมากทั้งหมด จึงเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน

สรุปข้อค้นพบเบื้องต้นได้รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง เกิดขึ้นได้จากกลไกการมีส่วนร่วมของทีมคลินิกหออัครครอบครัวทุกภาคส่วน ทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล

5.2 อภิปรายผล

ผลการวิจัย รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ซึ่งเป็นไปตามความมุ่งหมายของการวิจัยโดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นำมาอภิปรายผลดังนี้

5.2.1 รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ในครั้งนี้ ได้มีทีมหออัครครอบครัว ภาควิชาศัลยกรรม เข้าร่วมในการดำเนินงานด้วยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค PAOR) ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติงาน (Action) ขั้นตอนการสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และขั้นตอนการสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) ได้รูปแบบกิจกรรมทั้งหมด 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 พัฒนาศักยภาพทีมหออัครครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย กิจกรรมที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหออัครครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และ กิจกรรมที่ 3 อบรมเชิงปฏิบัติการ “ให้ความรู้ อสม.เชี่ยวชาญพันตกรรมด้านงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพชุมชน” โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 สอดคล้องกับการศึกษาของ คำนึ่ง สิงห์เอี่ยม (2560) ศึกษาารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนตามหลักธรรมาภิบาลการบริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต พบว่า รูปแบบเป็น 3PR-Model ซึ่งประกอบด้วยการทำงานใน 4 ขั้นตอน ขั้นที่ 1 P = Policy เป็นขั้นตอนการ

กำหนดนโยบาย ชั้นที่ 2 P = Project เป็นขั้นตอนการกำหนดโครงการ ชั้นที่ 3 P = Proceeding เป็นขั้นตอนการดำเนินงานตามโครงการ และชั้นที่ 4 R = Report เป็นขั้นตอนการติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของ 3PR จะมีการดำเนินการรูปแบบวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยวงจรร้อยเอ็ดอีก 4 ขั้นตอน ซึ่งเรียกรวมๆ ว่า PAOR อันประกอบด้วย 1. P = Planning คือ การวางแผน 2. A = Act หรือ Action คือ ปฏิบัติตามแผน 3. O = Observation คือ การสังเกตผลที่ได้จากการดำเนินการ และ 4. R = Reflection คือ การสะท้อนผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่นำผลของการปฏิบัติและการสังเกตมารวบรวมวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย สรุปผลสะท้อนข้อมูลย้อนกลับไปสู่การวางแผนการดำเนินการครั้งต่อไป

5.2.2 ผลของการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ดังนี้

5.2.2.1 ความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา และความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ($t = -9.48$, $p\text{-value} < 0.001^*$) สอดคล้องกับ (คะเนิงนิจ ศิริสมบูรณ์ , ฉันทะ จันทะเสนา และดวงตา สราญรัมย์, 2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานกองทุนหมู่บ้านในเขตอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจของคณะกรรมการกับการบริหารงานกองทุนหมู่บ้านเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1) ด้านการวางแผนมีความสัมพันธ์สูง 2) ด้านการจัดการองค์การมีความสัมพันธ์สูง 3) ด้านการจัดบุคคลเข้าทำงานมีความสัมพันธ์ปานกลาง 4) ด้านการสั่งการมีความสัมพันธ์ปานกลาง 5) ด้านความร่วมมือมีความสัมพันธ์ปานกลาง 6) ด้านการรายงานมีความสัมพันธ์สูง 7) ด้านการงบประมาณมีความสัมพันธ์สูง และสอดคล้องกับ สมภณ วรสร้อย (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าต จังหวัดอุดรธานี พบว่า ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอน้ำป่าต จังหวัดอุดรธานี โดยภาพรวมมีการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพหมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($x = 3.63$, $S.D = 0.71$) เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่อยู่ในระดับมาก คือ การรับรู้เกี่ยวกับด้านบทบาทหน้าที่ ($x = 3.68$, $S.D = 0.76$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ การรับรู้เกี่ยวกับด้านวิธีการดำเนินงาน ($x = 3.55$, $S.D = 0.62$)

5.2.2.2 ความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว รายด้านและโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ($t = -10.56$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งความพึงพอใจของบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญในการบริหารเพราะจะช่วยก่อให้เกิดผลประโยชน์ก่อกุลต่องาน ทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ สร้างสามัคคีในหมู่คณะและก่อให้เกิดพลังร่วม (Group Effort) ในหมู่คณะทำให้เกิดพลังสามัคคีสามารถจะฝ่าฟันอุปสรรคทั้งหลายได้ เสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างบุคคลในองค์กรกับนโยบายและวัตถุประสงค์ขององค์กร และยังเกื้อหนุนและจูงใจให้สมาชิกเกิดความคิดสร้างสรรค์

ในกิจการต่างๆ สอดคล้องกับ นฤมล บุญโสภิน วราภรณ์ จันทร์คง และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2560) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบที่หมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสวาบ อำเภอกงหรา มาน จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้สูงอายุติดบ้านตำบลวังสวาบ ให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติ การสนับสนุนให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดี สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ในระดับเบื้องต้น รวมถึงการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม และสนับสนุนให้ใช้ระบบสุขภาพตามความจำเป็นของปัญหาสุขภาพ

5.4 ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

การเผยแพร่ การนำรูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบไปใช้ในลักษณะสังคมบริบทที่ใกล้เคียงกัน และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่



บรรณานุกรม



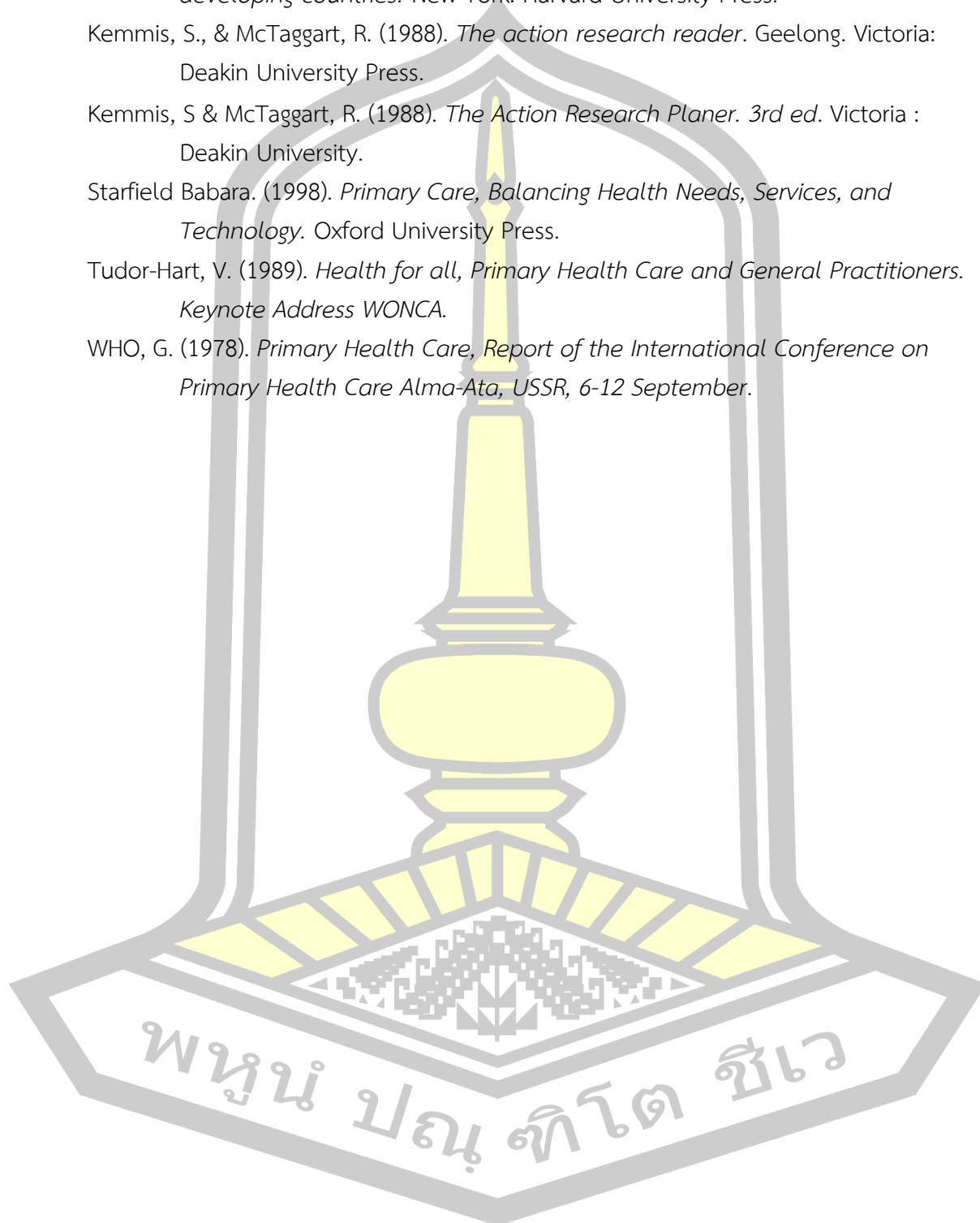
บรรณานุกรม

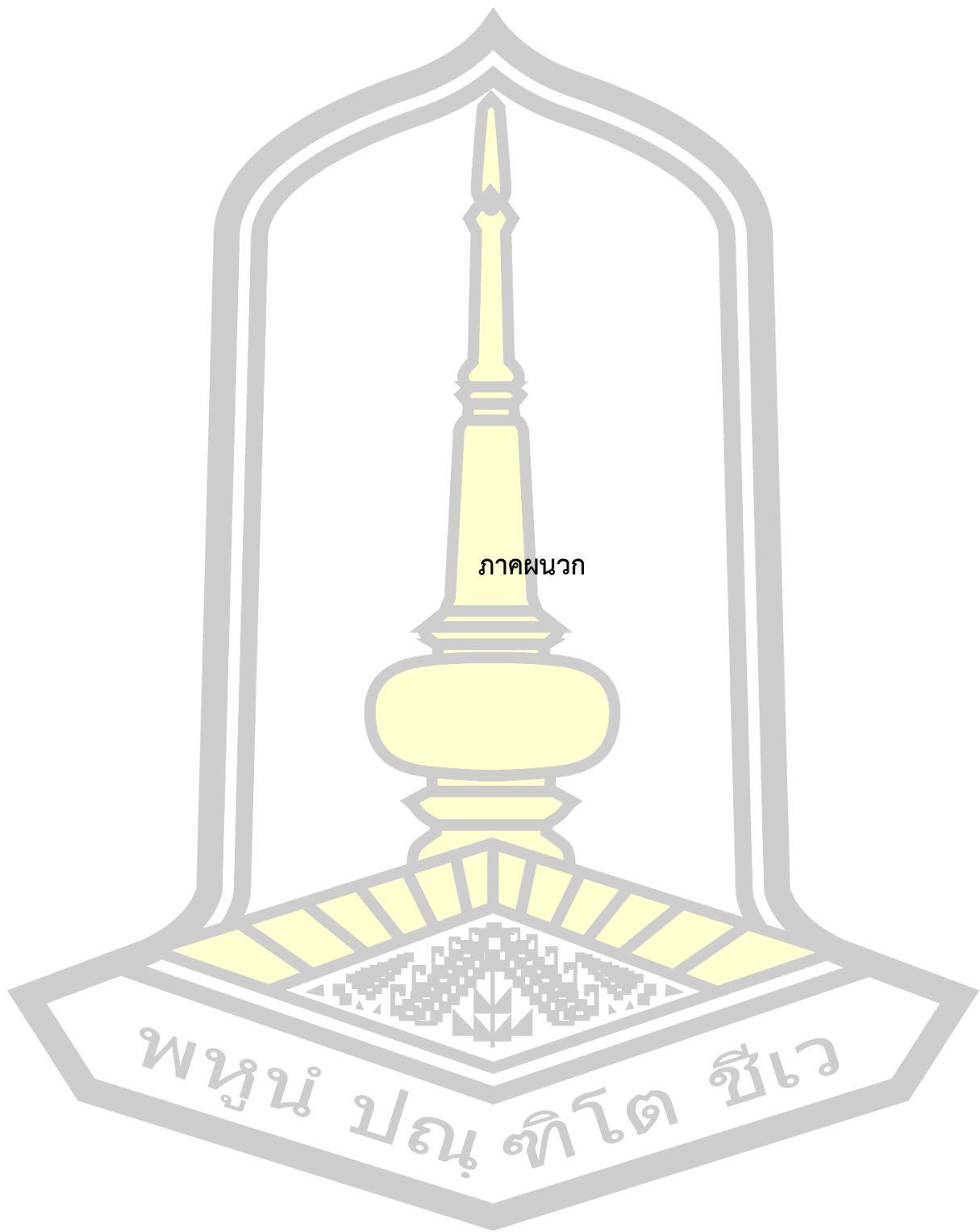
- กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2559). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2562). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 สำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- คะเนิงนิจ ศิริสมบุรณ์, ฉันทะ จันทะเสนา และดวงตา สราญมย์. (2552). *ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานกองทุนหมู่บ้านในเขตอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์.
- คำนิง สิ่งเยี่ยม. (2560). *รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนตามหลักธรรมาภิบาลการบริหารจัดการองค์รปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต*. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต*, 13(1), 343-344.
- จักรพงษ์ แผ่นทอง. (2562). *KR-20 ค่าความเชื่อมั่นที่ได้จาก excel*. การพัฒนาการจัดการเรียนรู้วิชาคณิตศาสตร์ เรื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยใช้ชุดการจัดการเรียนรู้ประกอบกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6. ขอนแก่น:โรงเรียนศรีกระนวนวิทยาคม.
- จินตนา สัจจามันท์. (2549). *การศึกษาและการพัฒนาชุมชน*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราภรณ์ ศรีคำ. (2547). *ารมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาการจัดการศึกษาของโรงเรียนวชิรวิทย์ ระดับประถมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการบริหารการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉลิยว บุรีภักดี และคณะ. (2545). *ชุดวิชาการวิจัยชุมชน ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง*. *หลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตการจัดการและประเมินโครงการ*. นนทบุรี: เอส. อาร์. พรินติ้งแมสโปรดักส์.
- ชดาพร ศิริคุณ และวชิพงษ์ ภัคติกุล. (2557). *การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับ อำเภอ(District Health: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร*. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(1), 1-12.
- ณัฐวุฒิ วัชคะฮาด. (2558). *รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิพื้นที่อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2551). *การมีส่วนร่วม: แนวคิด ทฤษฎีและกระบวนการ*. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

- ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์. (2550). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาในพื้นที่บริการของโรงเรียนลุ่มแอ่ววิทยา อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2550). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ องค์ความรู้และการประยุกต์ใช้. *วารสารครุทัศน์*, 19(9), 67-74.
- นฤมล บุญโสภิน, วราภรณ์ จันทรงค์ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2560). การพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ของตำบลวังสวาบ อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธาณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นิถมล กมฺพชาติ. (2558). รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภออำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 18(3), 183-193.
- ปภัศราภรณ์ นานรัมย์. (2558). รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิรูปแบบใหม่ (CUP Split) กรณีศึกษา สำนักงานสาธาณสุขอำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ประพันธ์ สร้อยเพชร. (2547). การมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ศูนย์โรงเรียนตำบลแช่ช้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .
- ประวีต เอรารธรรม์. (2554). การวิจัยในชั้นเรียน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดอกหญ้าวิชาการ.
- ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม และพรรณทิพย์ เพชรมาก. (2551). การบริหารสังคม ศาสตร์แห่งศตวรรษเพื่อสังคมไทยและสังคมโลก. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.
- เมตต์ เมตต์การุณจิต. (2553). การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม: ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และราชการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บุ๊คพอยท์.
- ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. (2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research). *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 11-15.
- วชิรวัชร งามละม่อม. (2559). การบริหารภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management: NPM). กรุงเทพฯ: สถาบัน TDRM.
- วรรณศิลป์ พีรพันธุ์. (2553). กฎบัตรและมาตรฐานระหว่างประเทศที่เกี่วข้องกับการอนุรักษ์เมือง. *JARS*, 7(1), 1-10.
- สงครามชัย ลีทองดี. (2554). การบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาเขตสุขภาพนครชัยบุรีรินทร์. มหาสารคาม: คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สมบัติ ท้ายเรือคำ. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- สมภน วรสร้อย. (2560). *ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเครือข่ายทีมสุขภาพของหมอครอบครัวระดับตำบล อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สรฤทธ จันสุข. (2554). *การมีส่วนร่วมกับการพัฒนา*.
<http://gotoknow.org/blog/530116/328530>.
- สันติ ฝักทอง. (2557). *การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมนักบริหารจัดการในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอภูซำบั้ง จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2560). *การประชุมแผนงานยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ 2561*. เลย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง. (2560). *งานพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวประจำปีงบประมาณ 2561*. เลย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สิริพัฒน์ ลากจิตร. (2550). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2542). *วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมีทนา กลางคาร และวรวจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัย*. มหาสารคาม: รัตนสุวรรณ.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2552). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน*. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อคิน รพีพัฒน์. (2547). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชุมชนในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สามลดดา.
- อรัญญ์ ก๊กมล. (2552). *คู่มือ การมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับนักบริหารท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.
- Cohen , J. M. & Uphoff, N. T. (1981). *Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. Ithaca, NY: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.

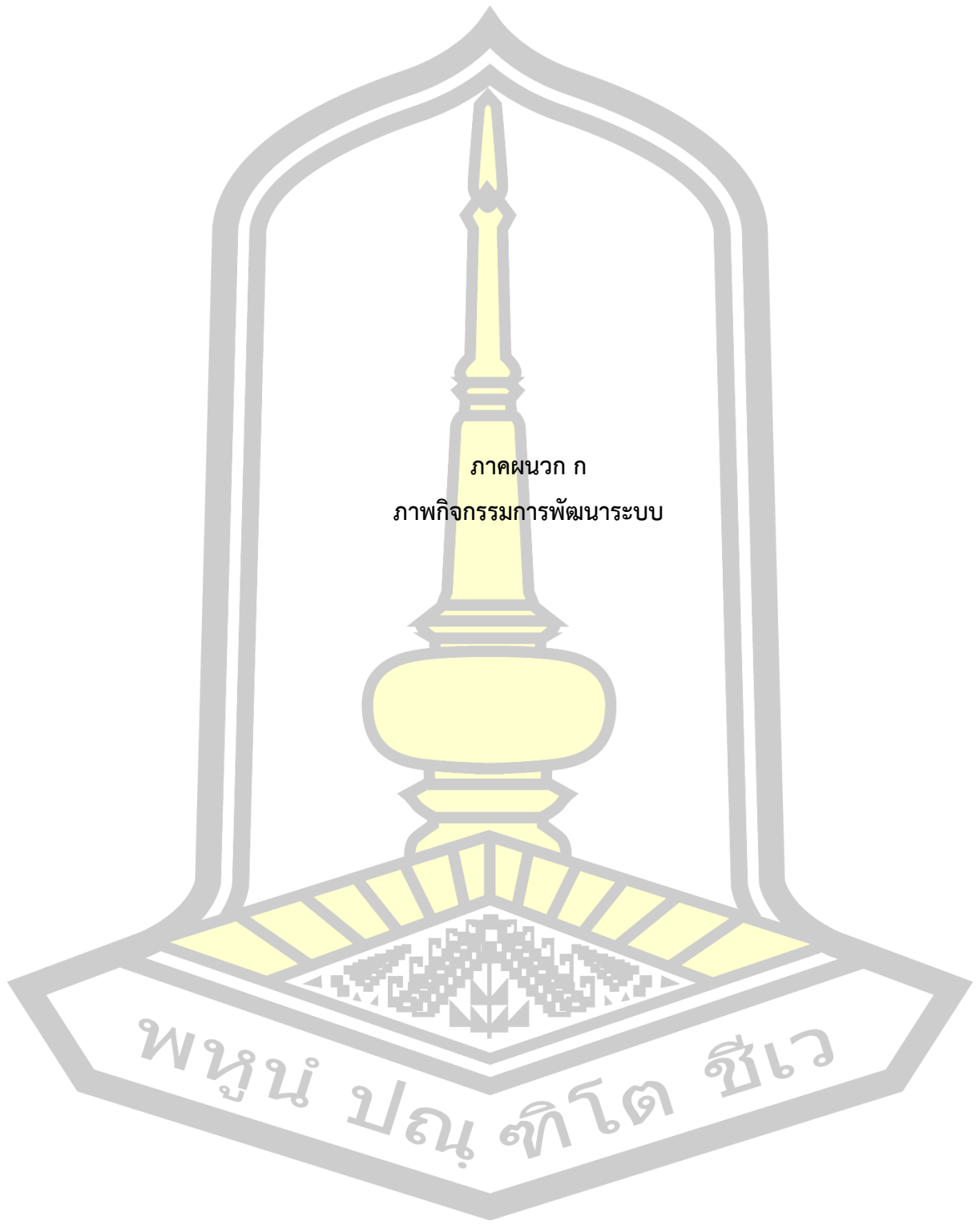
- Huntington, S. & Nelson, S. (1975). *No easy choice: political participation in developing countries*. New York: Harvard University Press.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research reader*. Geelong, Victoria: Deakin University Press.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer*. 3rd ed. Victoria : Deakin University.
- Starfield Babara. (1998). *Primary Care, Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press.
- Tudor-Hart, V. (1989). *Health for all, Primary Health Care and General Practitioners. Keynote Address WONCA*.
- WHO, G. (1978). *Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September*.





ภาคผนวก

พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก
ภาพกิจกรรมการพัฒนาระบบ

พหุ มั ปรณุ ทิ โต ซึ เว

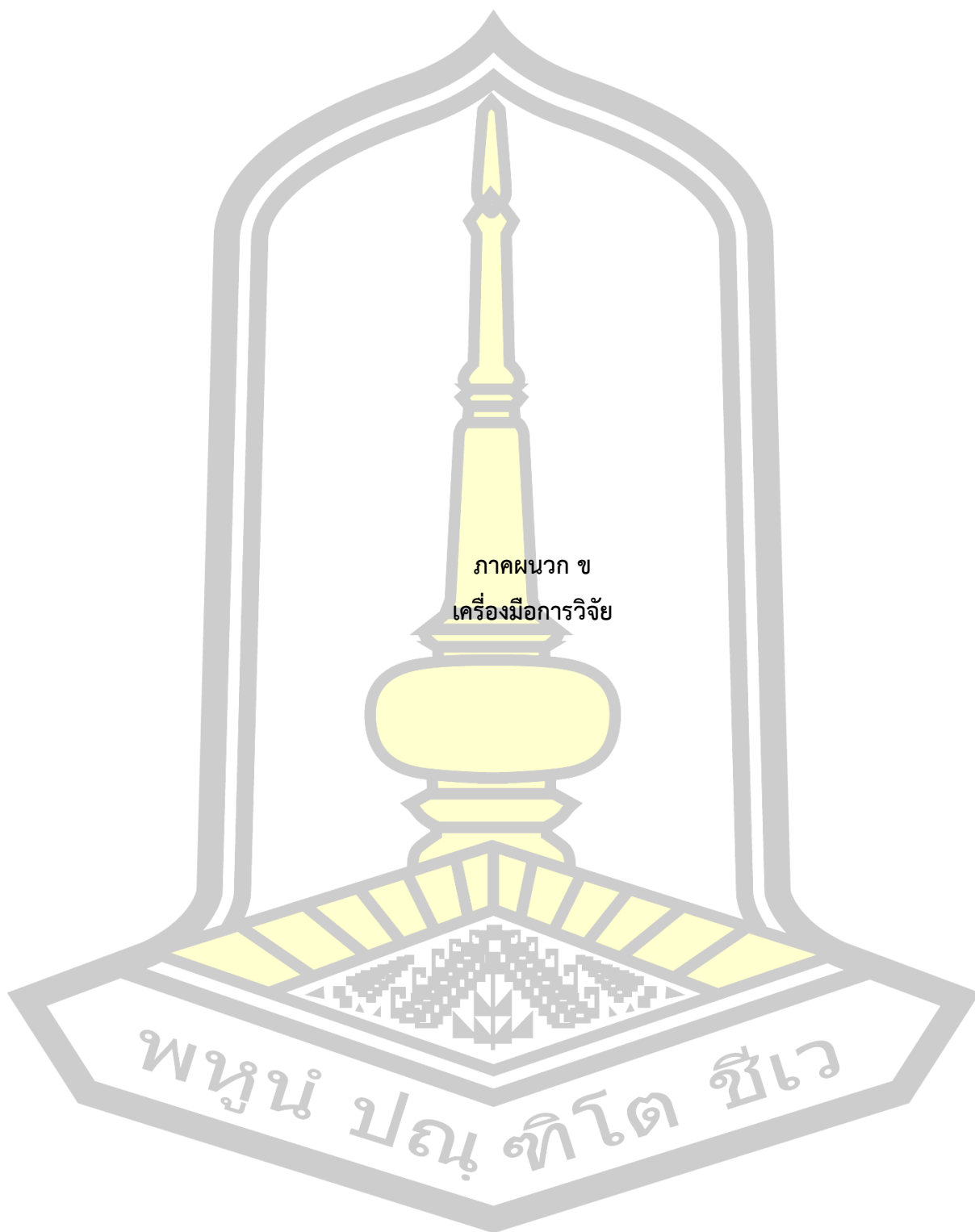
ภาพกิจกรรมชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงาน ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ



ภาพกิจกรรมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ



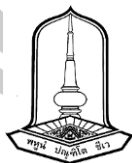




ภาคผนวก ข
เครื่องมือการวิจัย

พหุบัณฑิตศึกษา ชีว

หมายเลขแบบสอบถาม



เรื่อง รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

แบบสอบถามฉบับนี้การศึกษา รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย โดยการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสังเกต และจดบันทึก ใช้ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของทีมคลินิกหมอครอบครัว ในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการ PAOR และแบบสังเกต และจดบันทึกพฤติกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของทีมคลินิกหมอครอบครัว

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือมายังผู้ตอบแบบสอบถามทุกคน ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ และไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ที่เป็นภาพรวม

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

นายธนะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง () หน้าข้อความ
ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ () 1) ชาย () 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (อายุเต็ม)
3. สถานภาพสมรส () 1) โสด () 2) สมรส () 3) หม้าย/หย่าร้าง
4. การศึกษา () 1) ต่ำกว่าปริญญาตรี
() 2) ปริญญาตรี
() 3) ปริญญาโท
() 4) ปริญญาเอก
5. ประสบการณ์ในการทำงาน รวม.....ปี
6. อาชีพ () 1) นายกเทศมนตรี/รองนายกเทศมนตรี/ปลัดเทศบาลตำบล
() 2) นายแพทย์/ทันตแพทย์
() 3) เกษีกร
() 4) พยาบาลวิชาชีพ
() 5) นักวิชาการสาธารณสุข
() 6) นักกายภาพบำบัด
() 7) แพทย์แผนไทย
() 8) เจ้าพนักงานทันตฯ
() 9) ผู้นำชุมชน
() 10) ประธาน อสม.
7. สถานที่ทำงาน () 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
() 2) โรงพยาบาลวังสะพุง
() 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
() 4) หมู่บ้าน ระบุ.....

พูน บัญชีโต ชเว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว

คำชี้แจง โปรดอ่านแบบสอบถามที่ละเอียดแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้น “ถูก” หรือ “ผิด”

ถ้าข้อความในประโยคนั้นตรงตามข้อเท็จจริงเกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัวให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องถูก

ถ้าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงตามข้อเท็จจริงเกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัวให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องผิด

ลำดับ	ข้อความ	คำตอบ	
		ถูก	ผิด
ด้านนโยบาย			
1.	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ หมอครอบครัวแตกต่างจากหมอเฉพาะทางสาขาอื่น ที่ไม่เน้นรักษาเฉพาะตัวโรคเพียงอย่างเดียว แต่ดูแลไปถึงความเจ็บป่วย ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และการเชื่อมโยงกับภาวะแวดล้อมต่างๆ ด้วย		
2.	คลินิกหมอครอบครัวได้เริ่มดำเนินการตามร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2559		
3.	คลินิกหมอครอบครัว ให้บริการที่เป็นองค์รวม ทำให้ประชาชนสุขภาพดี		
4.	คลินิกหมอครอบครัวมีเป้าหมายในการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั่วประเทศภายใน 10 ปี		
5.	ทีมหมอครอบครัวหนึ่งทีมดูแลพี่น้องประชาชน 40,000 คน โดยมอบหมายพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน		
ด้านการบริหารจัดการ/การดำเนินงาน			
1.	คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เป็นกลุ่มบริการโดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่นๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว		
2.	คลินิกหมอครอบครัวทำหน้าที่ช่วยเชื่อมประสานและส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่างๆ		
3.	คลินิกหมอครอบครัวต้องตั้งอยู่ในชุมชน อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานสะดวกสบาย เป็นการดูแลสุขภาพทุกเรื่องตั้งแต่แรก สามารถให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ		
4.	การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสามารถบริหารจัดการได้ด้วยทีมหมอครอบครัวเองได้โดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากหน่วยงาน เครือข่ายภายนอก		
5.	คลินิกหมอครอบครัวเป็นการจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิซึ่งอาศัยศาสตร์ของเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ในการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นโรคเป็นศูนย์กลาง		
ด้านระบบบริการ			
1.	คลินิกหมอครอบครัวมีระบบให้การปรึกษาและการส่งต่อ พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อประสิทธิภาพและผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย		

ลำดับ	ข้อความถาม	คำตอบ	
		ถูก	ผิด
2.	คลินิกหมอครอบครัวมุ่งเน้นในด้านการรักษาโรคแก่ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพที่สุด		
3.	คลินิกหมอครอบครัวมีการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นเป้าหมายสำคัญหรือปัญหาของพื้นที่ เช่น เอชไอ วีณโรค มาลาเรีย เป็นต้น		
4.	ระบบการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวจะมุ่งเน้นแนวคิด บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี		
5.	คลินิกหมอครอบครัวมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้กลับมาช่วยตัวเองได้ และป้องกันผู้สูงอายุรายอื่นๆ ไม่ให้เข้าสู่ภาวะต้องพึ่งพิง		

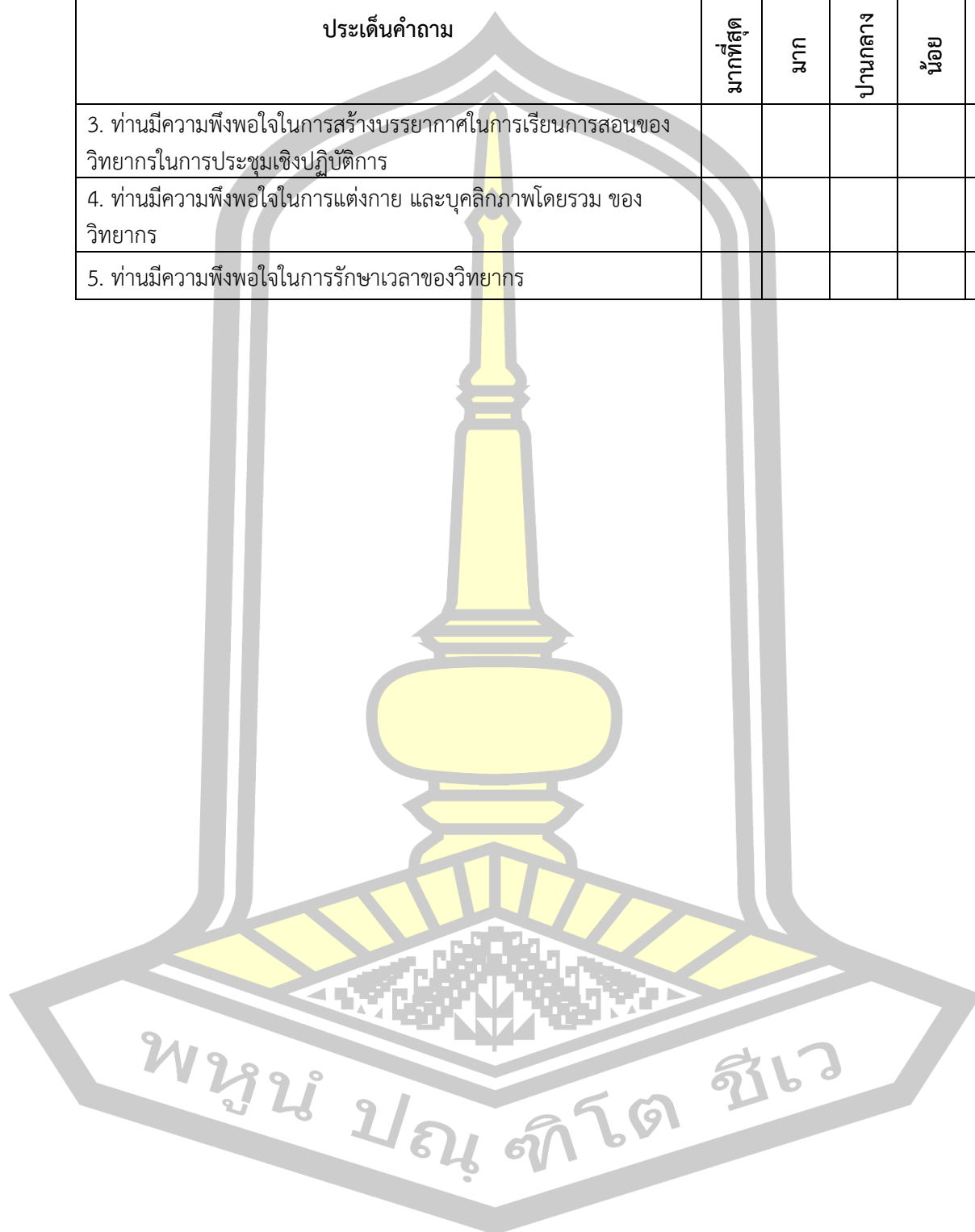


ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความทางด้านซ้ายมือและใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด

ประเด็นคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านเนื้อหาความรู้					
1. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้ท่านทราบถึงนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ (3S)					
2. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้เกิดรูปแบบการจัดการคุณภาพของ คลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิก หมอครอบครัวต้นแบบ					
3. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้ท่านเข้าใจกระบวนการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัว					
4. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้ท่านทราบวัตถุประสงค์ของคลินิก หมอครอบครัว					
5. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้ท่านมีความเข้าใจในระบบบริการ ของคลินิกหมอครอบครัวที่ถูกต้อง					
ด้านเวลา/สถานที่					
1. สถานที่ที่ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพ คลินิกหมอครอบครัว สะอาด เพียงพอ และมีสภาพแวดล้อมที่ดี					
2. สถานที่ที่ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพ คลินิกหมอครอบครัว มีความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวก ภายในอาคาร					
3. เวลาที่ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพคลินิก หมอครอบครัว มีความเหมาะสม					
4. อาหาร/เครื่องดื่มที่ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดการ คุณภาพคลินิกหมอครอบครัว มีความเหมาะสม					
5. ท่านมีความพึงพอใจในด้านเวลา/สถานที่การดำเนินการประชุม เชิงปฏิบัติการโดยรวม					
ด้านวิทยากร					
1. ท่านมีความพึงพอใจในความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของ วิทยากร					
2. ท่านมีความพึงพอใจในความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของ วิทยากร					

ประเด็นคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3. ท่านมีความพึงพอใจในการสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอนของ วิทยากรในการประชุมเชิงปฏิบัติการ					
4. ท่านมีความพึงพอใจในการแต่งกาย และบุคลิกภาพโดยรวม ของ วิทยากร					
5. ท่านมีความพึงพอใจในการรักษาเวลาของวิทยากร					



ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามทางด้านซ้ายมือและใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับระดับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด

ประเด็นคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ					
1. ท่านได้เข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอปัญหา เสนอความต้องการในการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว					
2. ท่านได้เข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอแนวทางในการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว					
3. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอโครงการในการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว					
4. ทีมหมอครอบครัวได้ให้ท่านตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด					
การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ					
1. ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ (3S)					
2. ท่านได้เข้าร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ หรือ กิจกรรมที่วางแนวทางไว้					
3. ท่านได้มีส่วนร่วมประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จ เช่น ประชาชนใน ท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ					
4. ท่านมีส่วนร่วมในการคัดเลือกคณะกรรมการเพื่อจัดตั้งทีมหมอครอบครัวตามเกณฑ์มาตรฐาน					
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์					
1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กิจกรรม โครงการ งบประมาณต่างๆ จากทีมหมอครอบครัวว่าประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด					
2. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้เนื้อหาสาระของร่างรูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ					

ประเด็นคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ว่าคุณภาพคลินิกหออัครครบถ้วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ผ่านการประเมินตามเกณฑ์คลินิกหออัครครบถ้วนแบบ					
4. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานคลินิกหออัครครบถ้วน					
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล					
1. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานในการประชุมเชิงปฏิบัติการตามแนวทางคลินิกหออัครครบถ้วน					
2. ท่านมีส่วนร่วมในสรุปประเด็นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการตามแนวทาง					
3. ท่านมีส่วนร่วมในการสรุปถอดบทเรียนตามรูปแบบความสำเร็จที่เกิดขึ้น					
4. ท่านมีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงานและโอกาสพัฒนาต่อไป					



ส่วนที่ 5 แบบสังเกต และจัดบันทึก ใช้ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของทีมทีมคลินิกหมอครอบครัว ในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการ PAOR และแบบสังเกต และจัดบันทึกพฤติกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของทีมคลินิกหมอครอบครัว

คำชี้แจง ลักษณะการสังเกตโดยผู้วิจัย โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ทำ / ไม่ทำ โดยพิจารณา

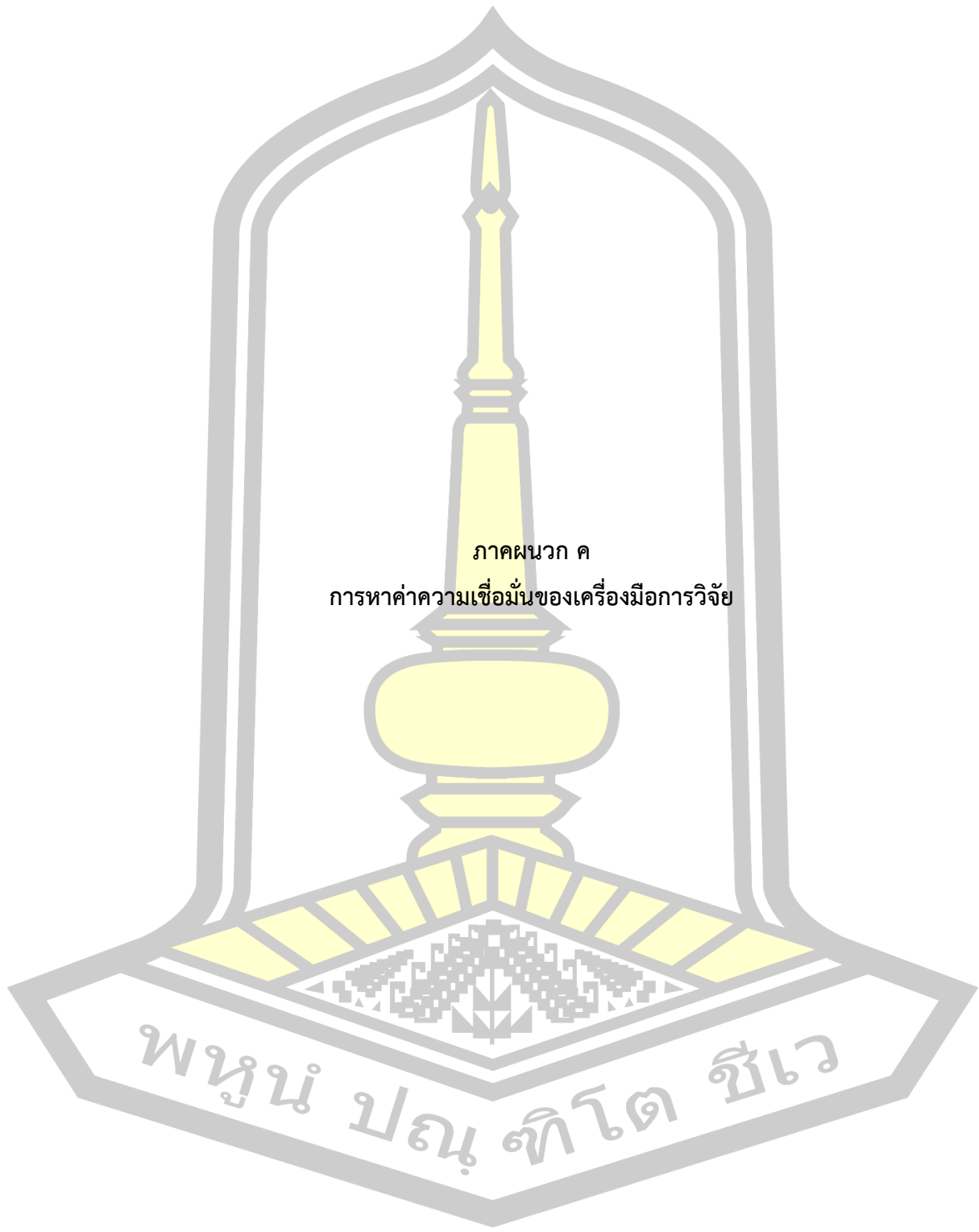
สังเกตในประเด็นต่างๆ ดังนี้

การให้คะแนน : 1 = ทำ 0 = ไม่ทำ

ประเด็นสังเกต	ทำ	ไม่ทำ	หมายเหตุ
1. ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม			
2. ความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม			
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม			
4. การแสดงความคิดเห็นในขณะจัดกิจกรรม			
5. บันทึกเพิ่มเติม			

*****ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ*****

พูน ปรนุ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ค
การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือการวิจัย

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

การตรวจความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็น
คลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม
อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

คำชี้แจง : 1. แบบตรวจสอบรายการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของ
แบบสอบถามความรู้ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหออกรับผู้ป่วย เพื่อให้
ได้รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิก
หออกรับผู้ป่วยต้นแบบ

2. แบบตรวจสอบรายการความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้ ความพึง
พอใจ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหออกรับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการคุณภาพ
คลินิกหออกรับผู้ป่วยโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับผู้ป่วยต้นแบบ ที่
ปรากฏในเครื่องมือฉบับนี้ได้มาจากการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. ขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์
(Index of Item - Objective Congruence : IOC) และโปรดทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่อง โดยมี
เกณฑ์ดังต่อไปนี้

ให้คะแนน	+ 1	เมื่อแน่ใจว่าวัตถุประสงค์สอบถามได้ตรงตามจุดประสงค์
ให้คะแนน	- 1	เมื่อแน่ใจว่าวัตถุประสงค์สอบถามไม่ตรงตามจุดประสงค์
ให้คะแนน	0	เมื่อไม่แน่ใจว่าวัตถุประสงค์สอบถามได้ตรงตามจุดประสงค์หรือไม่

4. กรณีที่ท่านมีความคิดเห็นเพิ่มเติมกรุณาระบุในช่องขวามือ

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ

วัตถุประสงค์ /เนื้อหา	ข้อคำถามในแบบสอบถาม	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			IOC
		1	2	3	
ด้านนโยบาย	1.แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ หมอครอบครัวแตกต่างจากหมอเฉพาะทางสาขาอื่น ที่ไม่เน้นรักษาเฉพาะตัวโรคเพียงอย่างเดียว แต่ดูแลไปถึงความเจ็บป่วย ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และการเชื่อมโยงกับภาวะแวดล้อมต่างๆ ด้วย	1	1	0	0.67
	2.คลินิกหมอครอบครัวได้เริ่มดำเนินการตามร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2559	0	1	1	0.67
	3.คลินิกหมอครอบครัวให้บริการที่เป็นองค์รวม ทำให้ประชาชนสุขภาพดี	1	1	1	1
	4.คลินิกหมอครอบครัวมีเป้าหมายในการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั่วประเทศภายใน 10 ปี	1	1	1	0.67
	5.ทีมหมอครอบครัวหนึ่งทีมดูแลพี่น้องประชาชน 40,000 คน โดยมอบหมายพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน	1	0	1	0.67
ด้านการ บริหาร จัดการ/การ ดำเนินงาน	1.คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เป็นกลุ่มบริการโดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่นๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว	1	1	1	1
	2.คลินิกหมอครอบครัวทำหน้าที่ช่วยเชื่อมประสานและส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่างๆ	1	1	1	1
	3.คลินิกหมอครอบครัวต้องตั้งอยู่ในชุมชน อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานสะดวกสบาย เป็นการดูแลสุขภาพทุกเรื่องตั้งแต่แรก สามารถให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ	1	1	1	1
	4.การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสามารถบริหารจัดการได้ด้วยทีมหมอครอบครัวเองได้โดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากหน่วยงาน เครือข่ายภายนอก	1	0	1	0.67
	5.คลินิกหมอครอบครัวเป็นการจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิซึ่งอาศัยศาสตร์ของเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ในการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นโรคเป็นศูนย์กลาง	1	1	1	1

วัตถุประสงค์ /เนื้อหา	ข้อความถามในแบบสอบถาม	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			IOC
		1	2	3	
ด้านระบบ บริการ	1.คลินิกหมอครอบครัวมีระบบให้การปรึกษาและการส่งต่อ พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับ แพทย์เฉพาะทาง เพื่อประสิทธิภาพและผลประโยชน์สูงสุดต่อ ผู้ป่วย	1	1	1	1
	2.คลินิกหมอครอบครัวมุ่งเน้นในด้านการรักษาโรคแก่ผู้ป่วยที่ เข้ามารับบริการที่คลินิกโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่าง เต็มที่และมีประสิทธิภาพที่สุด	1	1	1	1
	3.คลินิกหมอครอบครัวมีการควบคุมป้องกันโรคที่เป็น เป้าหมายสำคัญหรือปัญหาของพื้นที่เช่น เอชไอ วีณโรค มาลาเรีย เป็นต้น	1	1	0	0.67
	4.ระบบการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวจะมุ่งเน้น แนวคิด บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี	1	1	1	1
	5.คลินิกหมอครอบครัวมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้กลับมาช่วยตัวเอง ได้ และป้องกันผู้สูงอายุรายอื่นๆ ไม่ให้เข้าสู่ภาวะต้องพึ่งพิง	1	0	1	0.67
สรุปแบบสอบถามส่วนที่ 2					0.84



แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอ
ครอบครัว จำนวน 15 ข้อ

วัตถุประสงค์ /เนื้อหา	ข้อคำถามในแบบสอบถาม	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			IOC
		1	2	3	
ด้านเนื้อหา ความรู้	1. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้ท่านทราบถึงนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ (3S)	1	1	1	1
	2. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้เกิดรูปแบบการจัดการ คุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของ ชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ	1	1	1	1
	3. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้ท่านเข้าใจกระบวนการ ดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว	1	1	1	1
	4. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้ท่านทราบวัตถุประสงค์ ของคลินิกหมอครอบครัว	1	1	1	1
	5. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้ท่านมีความเข้าใจในระบบ บริการของคลินิกหมอครอบครัวที่ถูกต้อง	1	1	1	1
ด้านเวลา/ สถานที่	1. สถานที่ที่ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดการ คุณภาพคลินิกหมอครอบครัว สะอาด เพียงพอ และมี สภาพแวดล้อมที่ดี	1	1	0	0.67
	2. สถานที่ที่ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดการ คุณภาพคลินิกหมอครอบครัว มีความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวก ความสะดวกภายในอาคาร	1	1	0	0.67
	3. เวลาที่ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดการ คุณภาพคลินิกหมอครอบครัว มีความเหมาะสม	1	1	1	1
	4. อาหาร/เครื่องดื่มที่ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ การจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว มีความเหมาะสม	1	1	0	0.67
	5. ท่านมีความพึงพอใจในด้านเวลา/สถานที่การดำเนินงาน การประชุมเชิงปฏิบัติการโดยรวม	1	1	1	1
ด้านวิทยากร	1. ท่านมีความพึงพอใจในความรู้ ความสามารถ และ ประสบการณ์ของวิทยากร	1	1	1	1
	2. ท่านมีความพึงพอใจในความสามารถในการถ่ายทอด ความรู้ของวิทยากร	1	1	1	1

วัตถุประสงค์ /เนื้อหา	ข้อความถามในแบบสอบถาม	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			IOC
		1	2	3	
ด้านวิทยากร	3. ท่านมีความพึงพอใจในการสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอนของวิทยากรในการประชุมเชิงปฏิบัติการ	1	1	1	1
	4. ท่านมีความพึงพอใจในการแต่งกาย และบุคลิกภาพโดยรวมของวิทยากร	1	1	1	1
	5. ท่านมีความพึงพอใจในการรักษาเวลาของวิทยากร	1	1	1	1
สรุปแบบสอบถามส่วนที่ 3					0.93

แบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว
จำนวน 16 ข้อ

วัตถุประสงค์ /เนื้อหา	ข้อความถามในแบบสอบถาม	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			IOC
		1	2	3	
การมีส่วนร่วม ร่วมในการ ตัดสินใจ	1. ท่านได้เข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอปัญหา เสนอความต้องการในการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว	1	1	1	1
	2. ท่านได้เข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอแนวทางในการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว	1	1	1	1
	3. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอโครงการในการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว	1	1	1	1
	4. ทีมหมอครอบครัวได้ให้ท่านตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด	1	1	1	1
การมีส่วนร่วม ร่วมในการ ดำเนินการ	1. ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบายยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ (3S)	1	1	1	1
	2. ท่านได้เข้าร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่วางแนวทางไว้	1	1	1	1
	3. ท่านได้มีส่วนร่วมประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จ เช่น ประชาชนในท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ	1	1	1	1
	4. ท่านมีส่วนร่วมในการคัดเลือกคณะกรรมการเพื่อจัดตั้งทีมหมอครอบครัวตามเกณฑ์มาตรฐาน	1	1	1	1

วัตถุประสงค์ /เนื้อหา	ข้อคำถามในแบบสอบถาม	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			IOC
		1	2	3	
การมีส่วนร่วม ร่วมในการรับ ผลประโยชน์	1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กิจกรรม โครงการ งบประมาณต่างๆ จากทีมหมอครอบครัวว่า ประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด	1	1	1	1
	2. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้เนื้อหาสาระของร่างรูปแบบการ จัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วน ร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ	1	1	1	1
	3. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ว่าคลินิกหมอครอบครัวของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ คลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ	1	1	1	1
	4. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าของการ ดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว	1	1	1	1
การมีส่วน ร่วมในการ ประเมินผล	1. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานในการ ประชุมเชิงปฏิบัติการตามแนวทางคลินิกหมอครอบครัว	1	1	1	1
	2. ท่านมีส่วนร่วมในสรุปประเด็นจากการประชุมเชิง ปฏิบัติการตามแนวทาง	1	1	1	1
	3. ท่านมีส่วนร่วมในการสรุปถอดบทเรียนตามรูปแบบ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น	1	1	1	1
	4. ท่านมีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา/ อุปสรรค ในการดำเนินงานและโอกาสพัฒนาต่อไป	1	1	1	1
สรุปแบบสอบถามส่วนที่ 3					1

สรุปความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ IOC = 0.84

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน
15 ข้อ IOC = 0.93

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 16 ข้อ
IOC = 1

การวิเคราะห์แบบสอบถามการวิจัยเพื่อหาค่า Reliability

โครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครบคร้วโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นคลินิกหออัครบคร้วต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของทีมนักคลินิกหออัครบคร้ว จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับทีมนักคลินิกหออัครบคร้ว โดยนำไปวิเคราะห์หาค่าความคงที่ภายใน โดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) (จักรพงษ์ แผ่นทอง, 2562)

โดยใช้สูตร $KR-20 = (K/K-1) (1 - \sum pq/s^2)$

เมื่อ KR-20 หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

K หมายถึง จำนวนข้อสอบ

p หมายถึง สัดส่วนของผู้ตอบถูกกับจำนวนคนตอบทั้งหมด

q หมายถึง สัดส่วนของผู้ตอบผิดกับจำนวนคนตอบทั้งหมด หรือ $1-p$

s^2 หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนรวม ของผู้ตอบแบบสอบถามทุกคน

หมายเหตุ : หากได้ค่า KR-20 เท่ากับ .70 ขึ้นไปถือว่ายอมรับได้

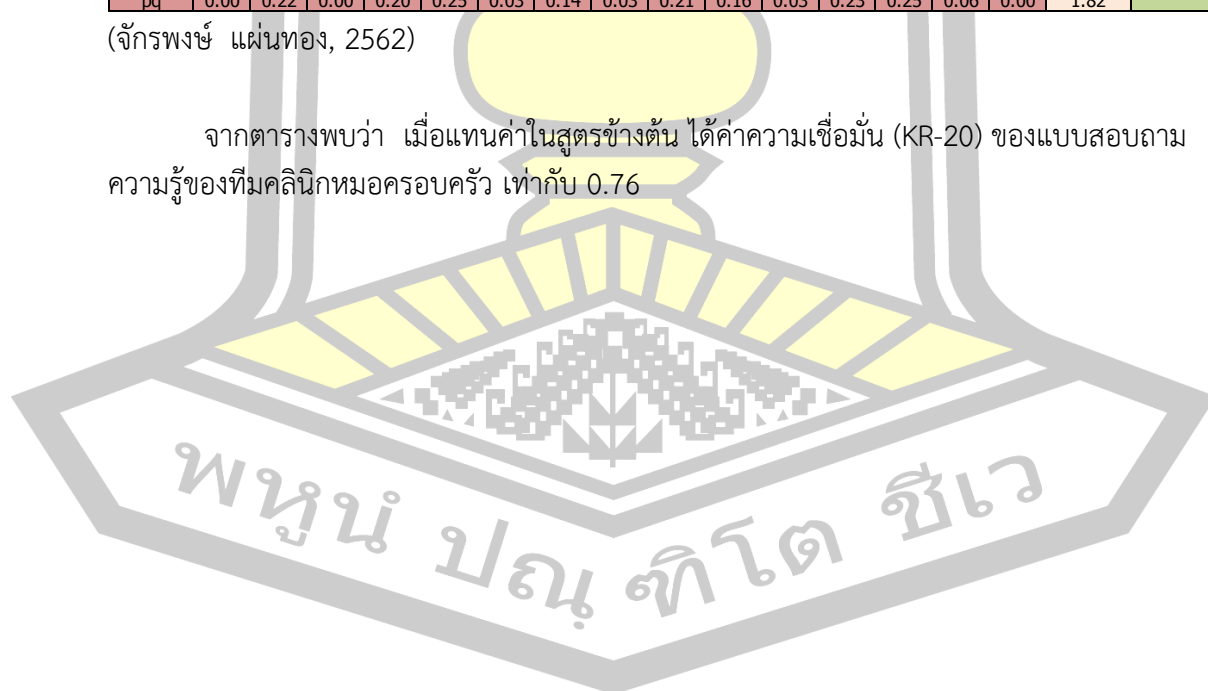


ตารางที่ 12 แสดงการคำนวณวิเคราะห์หาค่าคงที่ KR-20

คนที/ข้อที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	x	x ²
1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	196
2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	144
3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	10	100
4	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	10	100
5	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	12	144
6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	196
7	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11	121
8	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	8	64
9	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	12	144
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	13	169
11	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	11	121
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	225
13	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	169
14	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	9	81
15	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	9	81
16	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	9	81
17	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	11	121
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	225
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	13	169
20	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	10	100
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	225
22	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12	144
23	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	144
24	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	11	121
25	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	169
26	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	169
27	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	12	144
28	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	12	144
29	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	12	144
30	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	144
รวม	30.00	20.00	30.00	22.00	15.00	29.00	25.00	29.00	9.00	24.00	29.00	19.00	16.00	28.00	30.00	355.00	4299.00
p	1.00	0.67	1.00	0.73	0.50	0.97	0.83	0.97	0.30	0.80	0.97	0.63	0.53	0.93	1.00		
q	0.00	0.33	0.00	0.27	0.50	0.03	0.17	0.03	0.70	0.20	0.03	0.37	0.47	0.07	0.00		
pq	0.00	0.22	0.00	0.20	0.25	0.03	0.14	0.03	0.21	0.16	0.03	0.23	0.25	0.06	0.00	1.82	

(จักรพงษ์ แผ่นทอง, 2562)

จากตารางพบว่า เมื่อแทนค่าในสูตรข้างต้น ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) ของแบบสอบถาม
ความรู้ของทีมคลินิกหมอบรรณศิริ เท่ากับ 0.76



แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว
จำนวน 15 ข้อ

ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
(Alpha Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach)

RELIABILITY

```

/VARIABLES=sa1 sa2 sa3 sa4 sa5 sb1 sb2 sb3 sb4 sb5 sc1 sc2 sc3 sc4 sc5
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
/SUMMARY=TOTAL.

```

Reliability

[DataSet1] G:\Drive D\pcc\เค้าโครง\sps\try out 30 k.sav

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.952	15

พหุบัณฑิต ชีวะ

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
sa1	53.00	59.793	.765	.948
sa2	52.97	61.757	.726	.949
sa3	52.87	60.533	.796	.948
sa4	52.97	60.447	.718	.949
sa5	53.00	58.828	.698	.950
sb1	53.00	56.276	.829	.947
sb2	53.17	58.213	.706	.950
sb3	52.93	57.582	.792	.948
sb4	53.07	59.030	.750	.948
sb5	53.03	59.137	.814	.947
sc1	53.03	59.413	.727	.949
sc2	53.17	59.592	.671	.950
sc3	53.13	58.809	.805	.947
sc4	52.90	62.852	.569	.952
sc5	52.97	60.585	.777	.948

สรุปว่า ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95



แบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 16 ข้อ

ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach)

RELIABILITY

/VARIABLES=pa1 pa2 pa3 pa4 pb1 pb2 pb3 pb4 pc1 pc2 pc3 pc4 pd1 pd2 pd3 pd4

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA

/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE

/SUMMARY=TOTAL.

Reliability

[DataSet1] G:\Drive D\pcc\เค้าโครง\spss\try out 30 k.sav

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.975	16

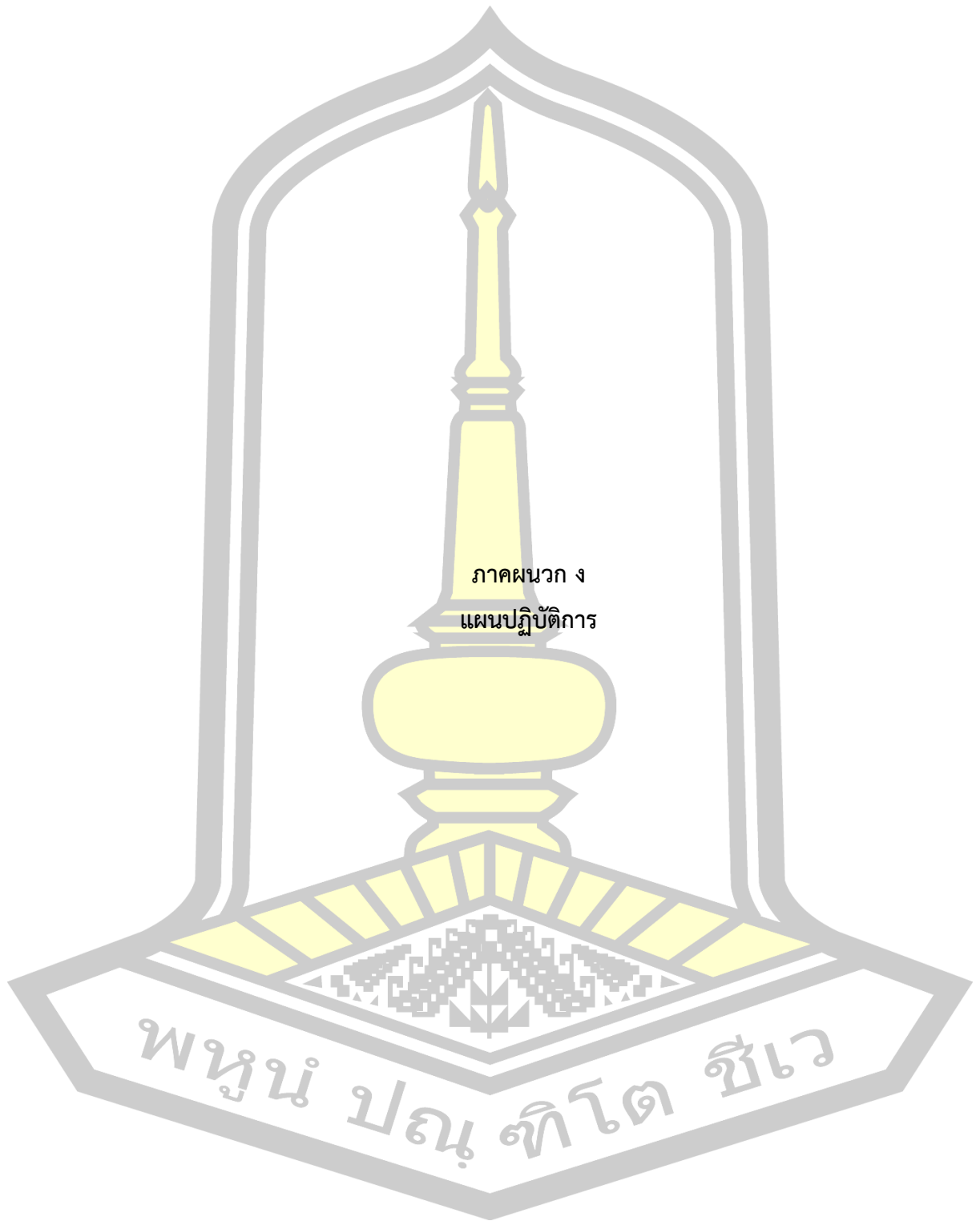
พหุ ประถมศึกษา

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pa1	52.87	101.361	.849	.973
pa2	52.97	101.275	.790	.974
pa3	52.87	101.085	.870	.973
pa4	52.77	107.013	.541	.976
pb1	52.93	98.892	.850	.973
pb2	52.93	99.168	.883	.972
pb3	52.97	104.240	.627	.976
pb4	52.97	98.033	.860	.973
pc1	52.90	101.197	.858	.973
pc2	52.87	99.637	.854	.973
pc3	52.77	101.289	.813	.973
pc4	52.93	99.306	.873	.972
pd1	52.90	95.817	.912	.972
pd2	52.97	97.206	.869	.973
pd3	52.93	96.271	.925	.972
pd4	52.97	95.964	.903	.972

สรุปว่า ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.97





ภาคผนวก ง
แผนปฏิบัติการ

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการ	สถานที่/วัสดุ-อุปกรณ์/ระยะเวลา/งบประมาณ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ผลที่คาดว่าจะได้รับ)	วิธีการประเมินผล และเครื่องมือ	ผู้รับผิดชอบ
<p>1.ระยะเตรียมการ Preparation period</p> <p>1.1 การประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และขอความร่วมมือในการวิจัย</p> <p>1.2 การประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยตำแหน่ง ได้แก่ บุคลากรของคลินิกหมอครอบครัว โดยตำแหน่ง บุคลากรจากโรงพยาบาลวังสะพุง บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง ผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</p> <p>1.3 ประชุมชี้แจงบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และเสนอโครงการวิจัย</p> <p>อุปสรรค</p> <p>- เพื่อทำความเข้าใจการทำวิจัยปฏิบัติการ</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย 50 คน</p> <p>- บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย</p>	<ol style="list-style-type: none"> จัดทำหนังสือเชิญประชุมคณะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยตำแหน่ง จัดทำระเบียบวาระการประชุม พร้อมส่งหนังสือเชิญประชุมคณะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัว โดยตำแหน่ง ประสาน และจัดสถานที่สำหรับประชุม จัดประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับคลินิกหมอครอบครัว เพื่อเสนอและแต่งตั้ง และสร้างความเข้าใจการทำวิจัยปฏิบัติการ 	<p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย <p>วัสดุ-อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> แบบฟอร์มการบันทึกการประชุม กล้องถ่ายรูป แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน <p>ระยะเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> ครึ่งวัน 	<ul style="list-style-type: none"> คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการหมอครอบครัว 	<ul style="list-style-type: none"> มีการจดบันทึกการประชุม มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการหมอครอบครัว แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 	<p>นายธนະสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์</p>

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการ	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/ระยะเวลา/งบประมาณ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ผลที่คาดว่าจะได้รับ)	วิธีการประเมินผล และเครื่องมือ	ผู้รับผิดชอบ
<p>2. การวางแผน (Plan)</p> <p>2.1 จัดตั้งคณะกรรมการตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้มีคณะกรรมการหอctorอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสว่าง ตำบลศรีสงคราม กลุ่มเป้าหมาย คณะทำงานคลินิกหอctorอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสว่าง ตำบลศรีสงคราม</p> <p>คุณภาพตำบลในสว่าง ตำบลศรีสงคราม</p>	<p>1. จัดประชุมเพื่อแต่งตั้งคณะทำงานคลินิกหอctorอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสว่าง ตำบลศรีสงคราม ตามคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานที่หอctorอบครัว</p> <p>2. คณะทำงานคลินิกหอctorอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสว่าง ตำบลศรีสงคราม ลงนามรับทราบตามคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานที่หอctorอบครัว</p>	<p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย <p>วัสดุ-อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มการบันทึกการประชุม - กล้องถ่ายรูป - แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน <p>ระยะเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครึ่งวัน 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานหอctorอบครัวมีความเข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำงานเชิงปฏิบัติการเป็นอย่างดี 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจดบันทึกการประชุม - มีคณะทำงานหอctorอบครัวตามเกณฑ์มาตรฐาน - แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 	<p>นายธนะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์</p>

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการ	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/ระยะเวลา/งบประมาณ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ผลที่คาดว่าจะได้รับ)	วิธีการประเมินผล และเครื่องมือ	ผู้รับผิดชอบ
<p>2.2 ศึกษารวบรวมข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับระบบการดำเนินงานคลินิกหัตถการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันทวี</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อทราบข้อมูลพื้นฐาน บริบทที่เกี่ยวข้องกับคลินิกหัตถการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>คณะทำงานคลินิกหัตถการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย</p>	<p>1. ศึกษาบริบทระบบบริการคลินิกหัตถการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม ตั้งแต่ประเด็นปัญหา กระบวนการดำเนินงานคลินิกหัตถการของครีวที่ผ่านมาก ด้านสถานที่ ด้านทีมสหวิชาชีพ และด้านระบบการให้บริการ โดยทีมหัตถการของครีว</p> <p>2. รวบรวมข้อมูลประเด็นปัญหาข้อเด่น ของคลินิกหัตถการของครีว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม</p>	<p>สถานที่</p> <p>ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย</p> <p>วัสดุ-อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มการบันทึกการประชุม - กล้องถ่ายรูป - กระดาษปรีฟ/ปากกาเคมี - แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน <p>ระยะเวลา</p> <p>2 สัปดาห์</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีข้อมูลรับทราบสำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐานในขั้นตอนการจัดกระบวนการกลุ่ม - มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประเด็นปัญหาของกระบวนการดำเนินงานคลินิกหัตถการของครีว และความคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการคลินิกหัตถการของครีว 	<p>มีการแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหัตถการของครีวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นกรณีศึกษาของครีวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย</p> <p>- แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน</p>	<p>นายธนสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์</p>

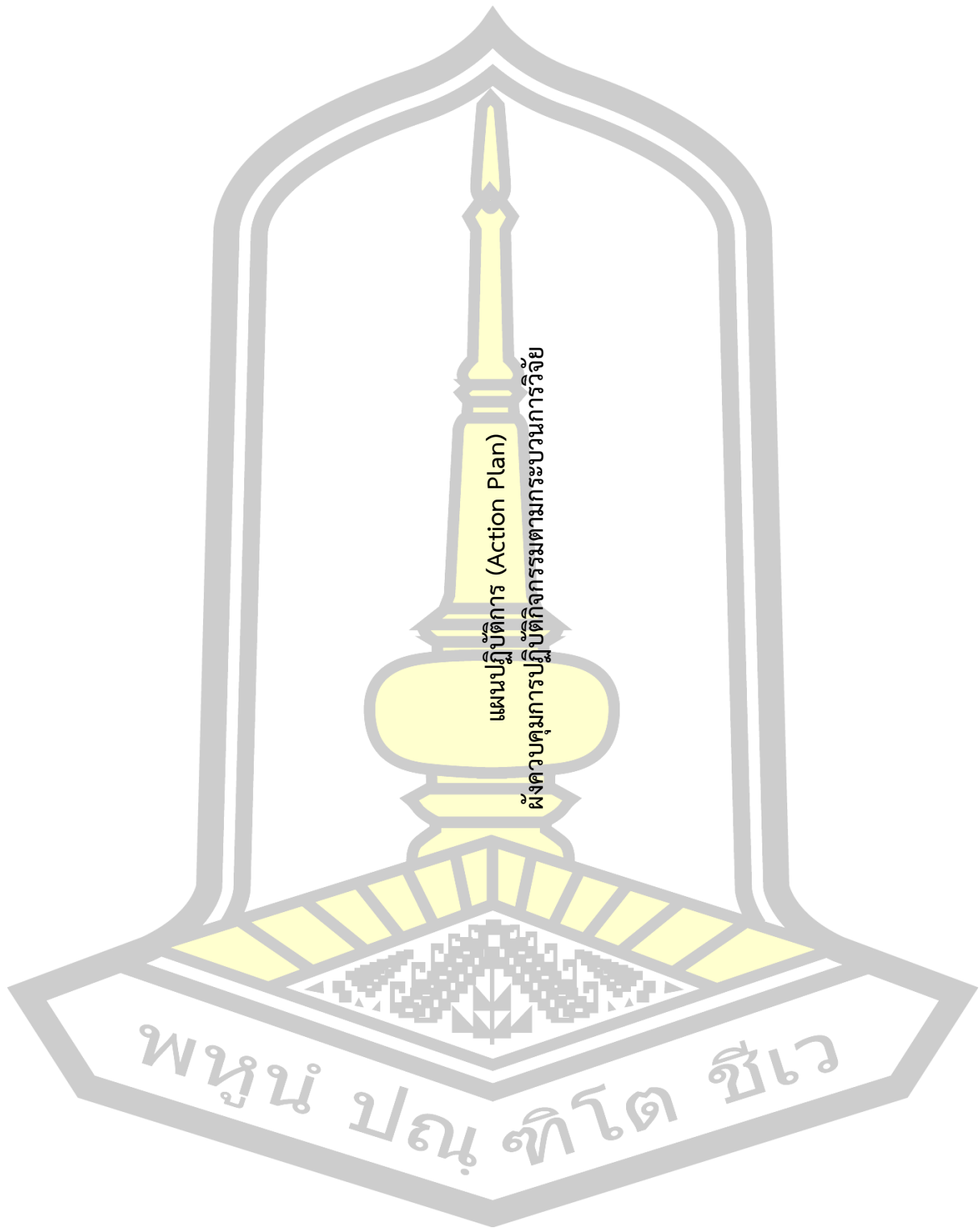
กิจกรรม/วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการ	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/ระยะเวลา/งบประมาณ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ผลที่คาดว่าจะได้รับ)	วิธีการประเมินผล และเครื่องมือ	ผู้รับผิดชอบ
<p>2.3 ประชุม คบคต. วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ระบุปัญหา หาสาเหตุแท้จริง และตั้งเป้าหมายร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน ระบุปัญหา หาสาเหตุแท้จริง และตั้งเป้าหมายเพื่อหาทางบริหารจัดการ และเลือกแนวทางการแก้ปัญหาพัฒนาระบบบริหารจัดการคลินิกหัตถการครอบคลุมเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสว่าง ตำบลศรีสงคราม <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานคลินิกหัตถการครอบคลุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย 	<p>ขั้นตอนและวิธีการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประชุมคณะทำงานที่คลินิกหัตถการครอบคลุม เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุแท้จริงของปัญหา โดยใช้เครื่องมือคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์ความเสียหาย (Risk Analysis) แผนผังสาเหตุและผล (Root cause analysis) หรือผังก้างปลา แผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า (Value Stream Mapping - VSM) การระดมสมอง เป็นต้น 	<p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย <p>วัสดุ-อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มการบันทึกการประชุม - กระดาษปรีฟ / ปากกาเคมี - ก๊อปปี้กระดาษ - สื่อนำเสนอ - แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน <p>ระยะเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครึ่งวัน 	<p>ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถวิเคราะห์หาสาเหตุแท้จริงของปัญหาเพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการคลินิกหัตถการครอบคลุม เครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสว่าง ตำบลศรีสงคราม</p>	<p>วิธีการประเมินผล และเครื่องมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ - แบบบันทึกการทำกิจกรรมกลุ่ม - แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 	<p>นายธนະสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์</p>

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการ	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/ระยะเวลา/งบประมาณ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ผลที่คาดว่าจะได้รับ)	วิธีการประเมินผล และเครื่องมือ	ผู้รับผิดชอบ
<p>2.4 เลือกแนวทางการแก้ปัญหาพัฒนาระบบบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชนบท ตำบลศรีสงคราม กำหนดแผนปฏิบัติการ (Action plan)</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา และจัดทำแผนปฏิบัติการ</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชนบท ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย 	<p>1. ประชุมคณะทำงานที่คลินิกหมอครอบครัว เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหา</p> <p>2. กำหนดแผนปฏิบัติการ และเขียนโครงการ</p>	<p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชนบท ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย <p>วัสดุ-อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มการบันทึกการประชุม - กระดาษปรีฟ / ปากกาคู่ - เครื่องคอมพิวเตอร์ - กล้องถ่ายรูป - แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน <p>ระยะเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 วัน 	<p>มีแผนปฏิบัติการ และบันทึกจัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สำนวนเชิญประชุม - แบบบันทึกการทำกิจกรรมกลุ่ม - แบบฟอร์มแผนงานคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชนบท ตำบลศรีสงคราม - แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 	<p>นายธนะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์</p>

<p>กิจกรรม/วัตถุประสงค์ 3. การปฏิบัติกร วัตถุประสงค์</p>	<p>3. การปฏิบัติกร วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาระบบบริหารจัดการจัดคลินิกหมอครอบครัว กำหนดวิธีดำเนินงานเพื่อให้เกิดรูปแบบการจัดกรคุณภพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกกรมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ และนำไปดำเนินการ</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานทีมคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย 	<p>ขั้นตอนและวิธีการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (ก่อน) 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบายยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์การเลือกหมอครอบครัวต้นแบบ (3S) 3. นำแผนปฏิบัติการ หรือโครงการที่ได้ยื่นขึ้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ ดำเนินตามโครงการที่วางไว้ โดยคณะทำงานทีมคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม 	<p>สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/ระยะเวลา/งบประมาณ</p> <p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย <p>วัสดุอุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มการบันทึกการประชุม - กระดาษปรีฟ / ปกกาเคมี - เครื่องคอมพิวเตอร์ - กล้องถ่ายรูป <p>- แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน</p> <p>ระยะเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 เดือน 	<p>ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ผลที่คาดว่าจะได้รับ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลกรประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (ก่อน) - ดำเนินกรรวมกรรอบเวลาที่วางไว้ 	<p>วิธีการประเมินผล และเครื่องมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำเนาเชิญประชุม - แบบบันทึกกรทำกรรวมกลุ่ม - แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (ก่อน) - แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 	<p>ผู้รับผิดชอบ</p> <p>นายธนะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์</p>
---	--	---	--	--	--	--

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการ	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/ระยะเวลา/งบประมาณ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ผลที่คาดว่าจะได้รับ)	วิธีการประเมินผล และเครื่องมือ	ผู้รับผิดชอบ
<p>4. สังเกตการณ์ (Observation)</p> <p>สังเกตการณ์มีส่วนร่วม ประเมินผลตามแผนปฏิบัติการ และทดสอบการดำเนินการ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>สังเกตการณ์มีส่วนร่วม ประเมินผลตามแผนปฏิบัติการ และทดสอบการดำเนินการ</p> <p>เป้าหมาย :</p> <ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานที่คลินิกหอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยนิเทศติดตาม/สนับสนุน สังเกตการณ์ดำเนินงาน (แบบสังเกตการณ์ร่วมกิจกรรม) 2. สรุปประเด็นและประเมินผลการดำเนินงาน 3. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน 4. ประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงาน 5. ประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 	<p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย <p>วัสดุ-อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มการบันทึกการประชุม - กระดาษปรีฟ / ปากกาเคมี - เครื่องคอมพิวเตอร์ - กล้องถ่ายรูป - แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหอครอบครัว (หลัง) - แบบประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงาน - แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน <p>ระยะเวลา : - 2 อาทิตย์</p>	<p>ได้ข้อมูลผลการปฏิบัติงาน พัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสียหายเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของแผนกผู้ป่วยนอก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหอครอบครัว (หลัง) - แบบประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงาน - แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 	<p>นายธนະสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์</p>

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการ	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/ระยะเวลา/งบประมาณ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ผลที่คาดว่าจะได้รับ)	วิธีการประเมินผล และเครื่องมือ	ผู้รับผิดชอบ
<p>5. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อสรุปวิเคราะห์การปฏิบัติงานข้อดี ข้อด้อยในการพัฒนา รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหัตถการครอบครัว โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหัตถการครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย</p> <p>เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานคลินิกหัตถการครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย 	<p>ขั้นตอนและวิธีการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สรุปผลการดำเนินงาน โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2. สืบค้นข้อมูลความรู้ และการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกหัตถการครอบครัวเพื่อเป็นคลินิกหัตถการครอบครัวต้นแบบ และผลการดำเนินงาน หลังพัฒนารูปแบบ 3. ถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และความล้มเหลวของการดำเนินงาน 4. ร่วมวางแผนเพื่อหาแนวทางแก้ไข <p>ปัญหาในการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหัตถการครอบครัว โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหัตถการครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ต่อไป</p>	<p>สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/ระยะเวลา/งบประมาณ</p> <p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย <p>วัสดุ-อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มการบันทึกการประชุม - กระดาษปรีฟ / ปากกาเคมี - เครื่องคอมพิวเตอร์ - กล้องถ่ายรูป <p>ระยะเวลา : - 2 อาทิตย์</p>	<p>ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ผลที่คาดว่าจะได้รับ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้ และการปฏิบัติงานที่ถึงพัฒนา รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหัตถการครอบครัวโดย กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหัตถการครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย - ข้อเสนอแนะจากภาคีที่เกี่ยวข้อง 	<p>วิธีการประเมินผล และเครื่องมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สัมภาษณ์ประชุม - แบบบันทึกการทำกิจกรรม - กลุ่ม - สรุปผลการปฏิบัติงาน - ภาพกิจกรรม 	<p>ผู้รับผิดชอบ</p> <p>นายณมะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์</p>



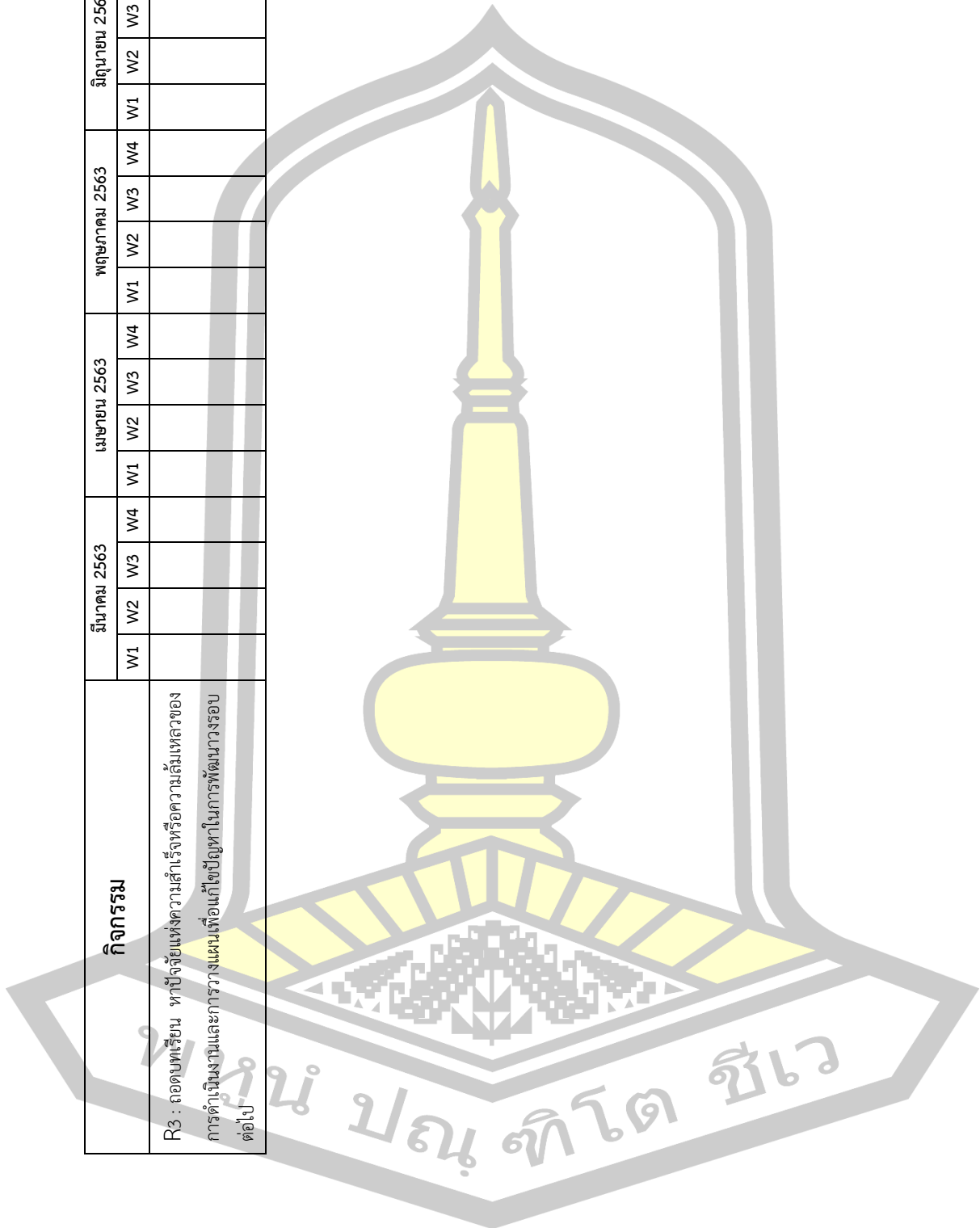
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)
ผังควบคุมการปฏิบัติการตามกระบวนการวิจัย

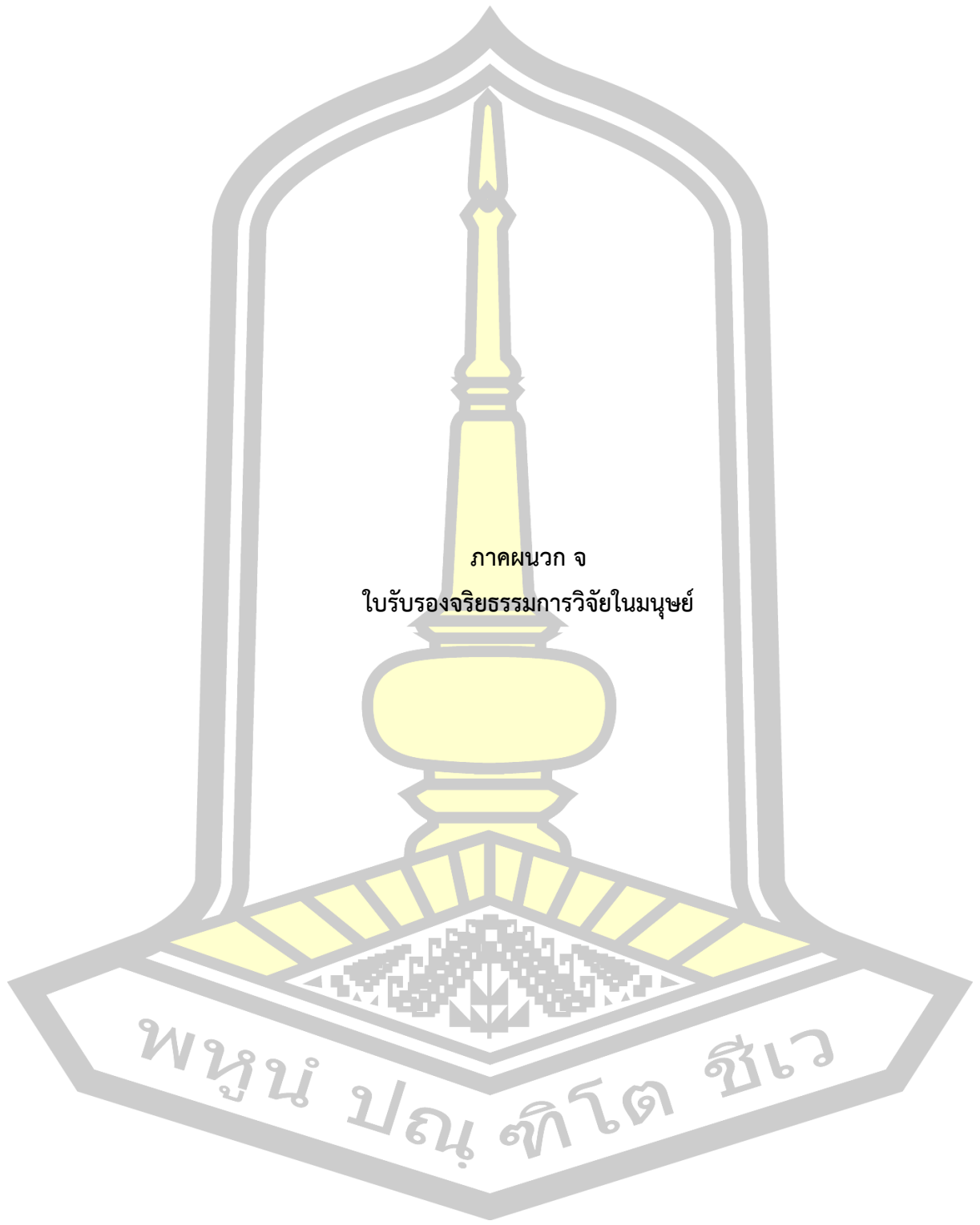
พหุ ประจักษ์ วิทยา

ผังควบคุมการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการวิจัย

กิจกรรม	มีนาคม 2563				เมษายน 2563				พฤษภาคม 2563				มิถุนายน 2563			
	W1	W2	W3	W4	W1	W2	W3	W4	W1	W2	W3	W4	W1	W2	W3	W4
P1 : จัดทำโครงการวิจัยเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และแต่งตั้งคณะทำงานวิจัย			↕	↕												
P2 : ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา (วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์, ปัญหาการพัฒน)				↕												
P3 ประเมินก่อนการพัฒนา (Pre-test)			↕	↕												
P4 : ประชุมกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนา และจัดทำแผนปฏิบัติการ จนได้โครงการ/ แผนปฏิบัติการ			↕	↕												
A1 : ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ ในการแก้ไขปรับปรุงกระบวนการทำงาน									↕							
O1 : นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน													↕			
O2 : ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน														↕		
R1 : จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน																↕
R2 : สรุปผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบผลงาน ก่อน-หลัง การพัฒนา รูปแบบการจัดการคุณภาพตามคณิศรโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นกรณีศึกษาคอร์คอร์วัตันแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอน้ำขุ่น จังหัดเลย																↕

กิจกรรม	มีนาคม 2563				เมษายน 2563				พฤษภาคม 2563				มิถุนายน 2563				
	W1	W2	W3	W4	W1	W2	W3	W4	W1	W2	W3	W4	W1	W2	W3	W4	
R3 : ถอดบทเรียน ทาป้จ้ยแห่งความเส้าหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานและการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาในการพัฒนากรอบต่อไป																	↕





ภาคผนวก จ

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุพันธ์ ปณฺ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 152/2563

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอบรรเทาอาการปวดโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นคลินิกหมอบรรเทาอาการต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Quality Management Model of Primary Care Cluster by Community Participation mechanism for primary Care standard. Si Songkhram Sub-district Amphong Wang Sahunh, Loei Province.

ผู้วิจัย : นายธนະสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 20 พฤษภาคม 2563

วันหมดอายุ : 19 พฤษภาคม 2564

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....**ภรณ์ รุ่งจิตร์**.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกศิขกรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายธนະสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์
วันเกิด	วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2519
สถานที่เกิด	อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 176 หมู่ที่ 17 ตำบลทรายขาว อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย รหัสไปรษณีย์ 42130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง หมู่ที่ 9 ตำบลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย รหัสไปรษณีย์ 42130
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2544 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2564 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทิโต ชีเว