

การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Model of development for Primary care service by using
District health Board, Benchalak District, Sisaket Province.

สมัย ลาประวัติ^{1*}
Samai Laprawat^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลา 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ จำนวน 81 คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมิน รูปแบบได้แก่ประชาชนในเขตอำเภอเบญจลักษ์จำนวน 100 คน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ รวบรวม การจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือ SAMAI Model 1) Structure & Policy: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) Analysis (Situation analysis): มีการ วิเคราะห์สถานการณ์ตามสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ 3) Management: การจัดการทรัพยากรในพื้นที่ (คน เงิน ของ) 4) Action & Refection: การลงมือปฏิบัติตามแผนและสะท้อนผลการทำงาน 5) Integration & Cooperation: บูรณาการและการประสานงานความ ร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่ จากผลการวิจัยที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานการจัดระบบบริการปฐมภูมิและการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของพื้นที่ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ : รูปแบบ, ระบบบริการปฐมภูมิ, การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

^{1*} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
E-mail: samailaprawat@gmail.com

Abstracts

The purpose of this research was to develop a primary care system management model using quality of life development mechanisms at the Benjalak district level. Sisaket Province between November 2022 - February 2023, a total 20 weeks. The sample group consisted of the regional health system management, totaling 81 peoples. The sample group for evaluation of the Primary care service by using District health Board was 100 peoples, The research used the quality management process (PAOR) for 2 cycle ,each cycle consisting of 4 steps; planning; action; observation and refection. Analyze data by collecting, categorizing, analyzing content and the mean difference of scores before and after the model was applied using the paired t-test.. The process model for Primary care service by using District health Board is SAMAI model consisting of 1) Structure & Policy: There is an operational committee and clearly defined roles 2) Analysis (Situation analysis): the situation is analyzed according to the actual conditions of the area. 3) Management: management of resource (man, money, material) 4) Action & Refection: action, implementation, evaluation and refection 5) Integration & Cooperation: Integration and cooperation among network, stakeholders in community. From the developed research results, it enhances the potential for the implementation of the primary care system and the development of the quality of life at the district level of the area. Benjalak District Sisaket Province achieve the set goals

Keywords : Model, Primary care service, District Health Board.

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 145 ข (5) ให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย และกำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม(สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2565) ปัจจุบันมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช 2562 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2562 ประกอบกับมีการประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พุทธศักราช 2561 ในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 ซึ่งให้ความสำคัญของการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งในมิติด้านสุขภาพและมิติด้านอื่นๆ ในพื้นที่ให้เป็นไปในทิศทางและยุทธศาสตร์และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ มุ่งให้มีการบูรณาการร่วมระหว่างภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเกิดความยั่งยืน ก่อให้เกิดมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ขึ้นในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในทุกมิติ(สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช 2562 ให้สิทธิกับคนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นทีมหมอประจำครอบครัว มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้แล้วเสร็จภายใน 10 ปี(พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562) มุ่งเน้นการบูรณาการสร้างเสริมความเข้มแข็งการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน และภาคประชาชน ร่วมแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่ ทั้งในมิติด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับบทเรียนประสบการณ์องค์กรอนามัยโลกที่แสดงให้เห็นถึงทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับนานาชาติ ที่ให้ความสำคัญของการบูรณาการระหว่างบริการ และการดูแลสุขภาพกับบริการและการดูแลทางสังคม(World Health Organization, 2015) และสอดคล้องกับพัฒนาการและการขับเคลื่อนในประเทศไทย ที่มีพัฒนาการของการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระบบบริบทของ

ระบบสุขภาพพื้นที่และอำเภอมายังต่อเนื่อง (Pongsupap Y และคณะ, 2011)

จากผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560-2565 พบว่า จังหวัดศรีสะเกษ มีผลการการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 78 หน่วย จากแผน 10 ปี จำนวน 143 ทีม คิดเป็นร้อยละ 54.55 และมีการบูรณาการงานระบบบริการปฐมภูมิเชิงระบบ ที่เชื่อมกับงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การดำเนินงานคนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และงานสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายประเด็น จังหวัดศรีสะเกษ มีผลการดำเนินผ่านเกณฑ์ชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่จากการถอดบทเรียนการพัฒนาจัดระบบบริการปฐมภูมิ และวิเคราะห์สถานการณ์ ยังพบว่าการบูรณาการจัดระบบบริการปฐมภูมิ พบปัญหาที่เป็นโอกาสพัฒนาได้ 4 สาเหตุหลัก ๆ ดังต่อไปนี้ สาเหตุแรก คณะทำงานผู้รับผิดชอบ ยังขาดความรู้และทักษะ ขาดผู้นำการพัฒนา ขาดความรับผิดชอบและ ขาดการมีส่วนร่วม แยกส่วนในการทำงาน สาเหตุที่สอง ระบบการดำเนินงาน ขาดการบูรณาการทำงานกับหน่วยงานอื่น ขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ขาดการประสานงานที่ดี รอสั่งการ และไม่ชัดเจน สาเหตุที่สาม ด้านนโยบาย เป็นนโยบายใหม่รอสั่งการจากส่วนกลางการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติล่าช้า ไม่ชัดเจน และสาเหตุสุดท้ายงบประมาณไม่เพียงพอ ใช้ไม่ตรงตามแผน และล่าช้า จากการวิเคราะห์หาสาเหตุนั้นมีข้อมูลสนับสนุนจากสรุปผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา ซึ่งแต่ละสาเหตุเป็นเหตุและผลที่เชื่อมโยงกันไม่สามารถแก้ไขสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งได้ต้องแก้ไขที่กระบวนการทั้งระบบสุขภาพอำเภอ และการจัดระบบบริการปฐมภูมิในระดับตำบล หมู่บ้าน ให้สามารถขับเคลื่อนไปพร้อมกันได้ มีความจำเป็นที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังกล่าว ต้องมาร่วมกันพัฒนาระบบการดำเนินงานในการแก้ปัญหา โดยการหาเทคนิคหรือวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องยั่งยืน ด้วยการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความคิด ความรู้สึกเป็นเจ้าของและอยากมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหา ตามแนวทางและขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) เสนอแนะไว้ 5 ระดับ ได้แก่ 1) การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การร่วมปรึกษาหารือ 3) การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) การร่วมดำเนินการ และ 5) การร่วมตรวจสอบและประเมินผล (วิรัตน์ ปานศิลา, 2551)

อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีการดำเนินการพัฒนาการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มีการบูรณาการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) การจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 3 ทีม การดำเนินงานคนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน และงานสุขภาพภาคประชาชน มีผลการดำเนินงานที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของ

กระทรวงสาธารณสุข แต่จากการถอดบทเรียนการพัฒนาที่ผ่านมา พบว่า มีการดำเนินงานแบบแยกส่วน แยกประเด็นการพัฒนา ขาดการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ร่วมกัน เพื่อเป็นการปรับทิศทางของการขับเคลื่อนระบบ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกันเป็นทีมและเป็นภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดการเชื่อมและยึดโยงระหว่างระบบกับประชาชนอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคลของผู้รับบริการ ทีมผู้ให้บริการ และภาพรวมของระบบ กับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพและสุขภาพของประชาชน ตามคุณลักษณะของระบบที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกพื้นที่และระบบสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างยั่งยืน เกิดรูปแบบการพัฒนาที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตได้ถูกต้อง และสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ ให้ตรงตามความต้องการของพื้นที่ การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มุ่งเน้นบูรณาการร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในทุกมิติ เกิดรูปแบบการพัฒนาที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนได้ถูกต้องตรงตามความต้องการของพื้นที่บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้พัฒนารูปแบบได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 81 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินรูปแบบได้แก่ ประชาชนในอำเภอเบญจลักษ์ จำนวน 100 คน

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยใช้กระบวนการของ Kammis and Mc Taggart (1988)(PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งขั้นตอนนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP Model) ใช้การวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) การจัดเวทีระดมสมอง การประชุม การบูรณาการกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการร่วมขับเคลื่อนในพื้นที่ และการเยี่ยมเสริมพลัง ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน การให้คำแนะนำ และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) การประเมินผลการปฏิบัติการ การประเมินความรู้และทักษะ การจัดระบบบริการปฐมภูมิ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอประเด็นปัญหาที่ได้วางแผนปฏิบัติการในวงรอบต่อไป จนได้รูปแบบที่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในประชากรกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2565 – กุมภาพันธ์ 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งที่เข้ามามีส่วนร่วม และประสบการณ์ในการร่วมการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ ตามนโยบายการพัฒนาการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของผู้เกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีลักษณะเป็นแบบปรนัย 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ จำแนกเป็นข้อคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และเชิงลบ 2 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 25 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับคือ ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 16 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ แปลความหมายแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ของ Best สรุปผล

เป็น 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย ส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ แบบสังเกต โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัย ต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา เช่น แนวความคิด บทบาท ความต้องการในการ โดยจะทำการสัมภาษณ์เจาะลึก ในประชากรทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้บริหาร 2) กลุ่มภาคประชาชน 3) กลุ่มผู้ให้บริการ

2.2 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เป็นการบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากการสังเกต สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการตามแผนในระยะ สังเกต (Observe) เพื่อประเมินกระบวนการขับเคลื่อนการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ การถ่ายภาพ และการบันทึกเสียง

2.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการสนทนาร่วมกันระหว่าง คณะกรรมการ พขอ. ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชาชนชาวบ้านในตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ถึงสถานการณ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิ

2.4 การสังเกต ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในระยะแรกของการศึกษา เพื่อสำรวจสภาพทั่วไปอำเภอทางด้านกายภาพ หลังจากนั้นใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลลักษณะการเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิ

2.5 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยใช้แบบสอบถามมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1.1. ขั้นตอนเตรียมการ

1) ผู้วิจัยขอหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มเป้าหมาย ในเขตพื้นที่อำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอเก็บข้อมูลในพื้นที่

3) อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจเครื่องมือ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4) เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล

1.2 ขั้นตอนดำเนินการ

1) นัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

2) ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการการเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 81 ฉบับ

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบบันทึกแต่ละชุด และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้ว่ามีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

2.1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยกลไก พขอ. ของผู้ร่วมกระบวนการ

2.1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยกลไก พขอ. โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นคณะทำงานในพื้นที่

2.1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไก พขอ. เลือกแบบเจาะจงในพื้นที่ โดยผู้ศึกษาดำเนินการขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ ขั้นตอนการแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบถึงพฤติกรรม และทัศนคติการมีส่วนร่วมในการจัดบริการปฐมภูมิ โดยกลไก พขอ. และบริบทอื่น

2.1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาในประเด็นปัญหาการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไก พขอ. รวมถึงการดำเนินกิจกรรมการผ่านมโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มประมาณ 5-10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการร่วมการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไก พขอ. และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมอบหมายบทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้แก่ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนทนา

การส่งเสริมบรรยากาศ ของสมาคมแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและกระตุ้นการเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูล เกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการ จัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไก พขอ. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มี ส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นซึ่งกันและกันการวิเคราะห์ข้อมูลการสร้าง เครือข่ายเพื่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไก พขอ. โดยผู้ ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดรูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยกลไก พขอ.

2.1.6 การประชุมชม โดยการจัดเวทีในการแสดง ความคิดเห็น การการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไก พขอ. ในระดับอำเภอ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1)การหาความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบ แบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า Index of Item –Objective Congruence หรือ IOC ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปทุกข้อ

2)การหาความเที่ยง (Reliability) นำ แบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ที่ อำเภอ ศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เป็นพื้นที่ที่มี ลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง ของแบบสอบถาม ด้านความรู้จัดระบบบริการปฐมภูมิโดย กลไก พขอ. (ใช้ Kuder และ Richardson (1937) ค่าความ เชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 ด้านการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ของการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach,s Alpha) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และ 0.91 ตามลำดับและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ เท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูลด้าน กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่ม ตัวอย่าง โดยใช้สถิติจำนวน (Frequency)ร้อยละ (Percentage)ค่าเฉลี่ย (Mean)ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การ วิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้สอดคล้อง และได้รายละเอียดเพิ่มเติม สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดระบบ บริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ พัฒนาขึ้น ได้แก่ระดับคะแนนของ ของความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจของประชาชนและผู้รับบริการก่อนและหลัง Paired-t test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2022-083 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัย ทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการ อธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตน และ ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัย ยินดีรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบ ยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านบริบท อำเภอเบญจลักษ์ ตั้งอยู่ทางด้าน ทิศตะวันออกเฉียงใต้ของจังหวัดศรีสะเกษ ห่างจากจังหวัดศรี สะเกษ ประมาณ 75 กิโลเมตร สามารถเดินทางได้ โดยทาง รถยนต์เท่านั้น มีพื้นที่ประมาณ 331.3 ตารางกิโลเมตร ประชากรทั้งหมด 36,367 คน แบ่งเป็น เพศชาย 18,389 คน เพศหญิง 17,978 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าเชื้อชาติ ลาว ปัญหาสุขภาพของอำเภอเบญจลักษ์ สรุปได้ดังนี้ อันดับ 1 คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อันดับ 2 คือ โรค ไข้เลือดออก อันดับ 3 คือ ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC อันดับ 4 คือ วัณโรคปอด อันดับ 5 คือ โรคหนองพยาธิ (มะเร็งตับ ท่อน้ำดี) และอูจาระร่วงเฉียบพลัน มีการกำหนด มาตรการด้านสังคมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำ บันทึกรวบรวมข้อมูลตำบลจัดการสุขภาพภายใต้การดูแลขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ประชุมติดตามความก้าวหน้าการ ดำเนินงาน 2 เดือน/ครั้ง พบว่า ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลด้าน

สุขภาพทั้งระดับตำบลและระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน ขาดจัดทำแผนเชิงบูรณาการ (บุคลากร งบประมาณ วัสดุ/อุปกรณ์) ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับอำเภอ

อำเภอเบญจลักษ์ มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 3 หน่วย ครอบคลุมทั้งอำเภอ แต่พบ(1)ปัญหาการจัดบริการได้แก่ ทีมสหวิชาชีพออกให้บริการแบบแยกส่วน ขาดการทำงานเป็นทีม การบริการไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรม เช่น งานบริการด้านทันตกรรม งานกายภาพบำบัด งานแพทย์แผนไทย งานสุขภาพจิต งานโภชนาการฯ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการหลายครั้ง มีการค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการเดินทาง รวมทั้งภาระของญาติผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและความเป็นอยู่ (2) เครือข่าย 3 หมอปฏิบัติงานไม่เชื่อมโยงกัน ส่งผลให้ระบบการส่งต่อข้อมูลการรักษา การนัดหมาย การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม (3)ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

2.1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย(ร้อยละ 54.3) มีอายุระหว่าง 41–50 ปี (ร้อยละ39.5) รองลงมาอายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 37.0) ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.22 (SD=2.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.5) รองลงมาคือสถานภาพโสด (ร้อยละ 12.3) การศึกษาปริญญาตรี / เทียบเท่า (ร้อยละ 58.0) รองลงมาเป็นระดับปริญญาโทขึ้นไป (ร้อยละ 36.00) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 27,860 (SD= 5.6)

2.1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินรูปแบบ แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 22 เพศหญิงร้อยละ 78 อายุเฉลี่ย 48.34 ปี (SD=0.89) สถานภาพส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ ร้อยละ 73.3 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33 รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 29.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนละ 8,643.13 บาท(SD=675.45) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.8 ประสบการณ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอระยะเวลา 2 ปี ร้อยละ 54

2.2 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ การจัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน ผลการพัฒนาที่ผ่านมา 2) ประชุมถกปัญหา เพื่อค้นหาปัญหาร่วมกันโดยการมีส่วนร่วม 3) ค้นหาข้อมูลให้พื้นที่รับรู้ปัญหา เพื่อร่วมวางแผนแก้ไข 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำแผนสู่การปฏิบัติ

5) มอบหมายภารกิจที่รับผิดชอบ 6) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7) ติดตามและประเมินผล 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) ถอดบทเรียน

2.3.รูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคม ระดมสมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของทีม ผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบ 4 ขั้นตอน จำนวน 2 รอบ ได้รูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ คือ “SAMAI Model” ประกอบด้วย

1) Structure & Policy: มีคณะกรรมการดำเนินงาน และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดระบบบริการปฐมภูมิตามระดับตำบล ระดับอำเภอ,ระดับจังหวัดอย่างชัดเจน

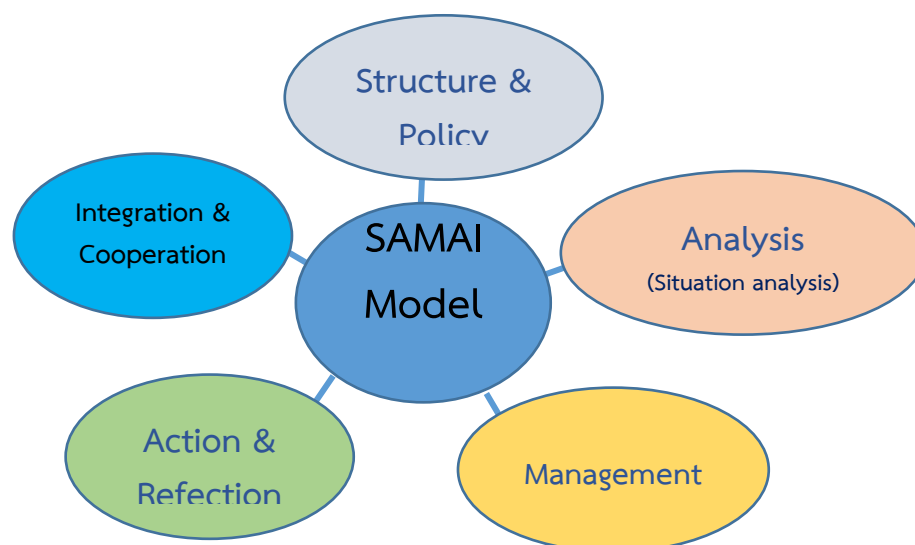
2) Analysis (Situation analysis)::มีการวิเคราะห์สถานการณ์ตามสภาพความเป็นจริงของพื้นที่เพื่อหาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา และทุนทางสังคมที่มีอยู่ในพื้นที่

3) Management:การจัดการทรัพยากรในพื้นที่ คน เงิน ของ โดยเน้นการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ร่วมกันในการดำเนินงาน

4) Action & Refection:การลงมือปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการทำแผนแบบมีส่วนร่วม และการสะท้อนผลการทำงาน

5) Integration & Cooperation:บูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ภาควิชาเครือข่ายในการดำเนินการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การเสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและคนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิที่อยู่ในระดับตำบลได้สะดวกยิ่งขึ้น และใช้การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กระตุ้น หนุนเสริม และในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพและในการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิที่อยู่ในระดับตำบลได้สะดวกยิ่งขึ้น ตามภาพประกอบที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ



2.4 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต พบว่าระดับคะแนนของความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของประชาชนอำเภอเบญจลักษณ์ สูงกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่

พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 3.96 คะแนน(95%CI=3.66-4.26) คะแนนการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 5.70 คะแนน (95%CI=5.12-6.28) คะแนนความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 6.54 คะแนน (95%CI=5.54-7.54) และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 29.92 คะแนน (27.74-32.10) ตามลำดับรายละเอียดตาม ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n=100)

รูปแบบการพัฒนาการจัดระบบบริการปฐมภูมิ	ก่อน $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาพัฒนาการจัดระบบบริการปฐมภูมิ	23.96(0.75)	27.92(1.55)	3.96	3.66-4.25	25.88	<0.001**
ระดับในการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนาพัฒนาการจัดระบบบริการปฐมภูมิ	42.53(3.21)	48.23(1.69)	5.70	5.12-6.28	19.60	<0.001**
ความพึงพอใจของประชาชนและผู้รับบริการ	41.84(2.24)	48.07(1.53)	6.54	5.54-7.54	13.28	<0.001**
คุณภาพชีวิตของประชาชนอำเภอเบญจลักษณ์	86.18(10.56)	116.10(6.93)	29.92	27.74 - 32.10	27.19	<0.001**

P value < 0.005

2.5 ผลการพัฒนาตามเกณฑ์ประเมินการจัดตั้งหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ 3S (staff system structure) หลังการใช้รูปแบบ
การจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผ่านเกณฑ์
ประเมินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง รายละเอียด
ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินเกณฑ์การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิโดย
กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

เกณฑ์ประเมิน	หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.ท่าคล้อ รพ.สต.เพ็ก	หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.หนองฮางรพ.เบญจลักษ์	หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.หนองงูเห่ล้อม รพ.สต.บ้านแดงรพ.สต.หนองหัว
Staff			
ก่อน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
หลัง	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
System			
ก่อน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
หลัง	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
Structure			
ก่อน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
หลัง	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการจัดระบบบริการ
ปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ
เบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(Action research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1
การศึกษาบริบทพื้นที่ ซึ่งพบว่า ปัญหาสุขภาพของอำเภอเบญจ
ลักษ์ สรุปได้ดังนี้ อันดับ 1 คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
อันดับ 2 คือ โรคไข้เลือดออก อันดับ 3 คือ ปัญหาการดูแล
ผู้สูงอายุ ระยะยาว LTC อันดับ 4 คือ วัณโรคปอด อันดับ 5
คือ โรคหนองพยาธิ(มะเร็งตับ ท่อน้ำดี)และอุจจาระร่วงเฉียบเพ
ลัน มีการกำหนดมาตรการด้านสังคมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้าน
สุขภาพและจัดทำบันทึกข้อตกลงตำบลจัดการสุขภาพภายใต้
การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชุมติดตาม
ความก้าวหน้าการดำเนินงาน 2 เดือน/ครั้งพบว่าขาดการ
วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งระดับตำบลและระดับอำเภอที่
เป็นปัจจุบัน ขาดการจัดทำแผนเชิงบูรณาการ (บุคลากร
งบประมาณ วัสดุ/อุปกรณ์) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการ
จัดระบบบริการ ปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้
แนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม(Technology of
Participation: TOP Model) จำนวน 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1)
ศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประชุมถกปัญหา 3) คั้นข้อมูลให้
พื้นที่รับรู้ปัญหา 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 5) มอบหมายภารกิจ
ที่รับผิดชอบ 6) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7) ติดตามและ
ประเมินผล 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) ถอดบทเรียนและ
นำสู่การดำเนินการในพื้นที่ เป็นระยะเวลา 4 เดือน ได้รูปแบบ
การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตระดับอำเภอ คือ SAMAI Model 1) Structure & Policy:
มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน
2) Analysis (Situation analysis): มีการวิเคราะห์
สถานการณ์ตามสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ 3)
Management: การจัดการทรัพยากรในพื้นที่ (คน เงิน ของ)
4) Action 3& Reflection: การลงมือปฏิบัติตามแผนและสะท้อน
ผลการทำงาน 5) Integration & Cooperation: บูรณาการและ
การประสานงานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่และมี
ส่วนร่วมในการดำเนินงานครบ 5 ระดับ สอดคล้องกับวิธิต
ปานศิลา (2551) คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)
ได้กำหนดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาการบริการ
ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ระดับ
2 ร่วมปรึกษาหารือ ระดับ 3 ร่วมคิด ร่วมวางแผน ระดับ 4
ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และระดับ 5 ร่วมตรวจสอบและ
ประเมินผล และระยะที่ 3 เป็นการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
โดยกลุ่มเป้าหมายในการประเมินรูปแบบค่าคะแนนเฉลี่ยของ
ความรู้ การมีส่วนร่วม และระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น
สอดคล้องกับศึกษาของสมชาย ยอดดี (2554) ได้ศึกษาผลการ
ประยุกต์เทคนิค ORID และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อ
พัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร และเบญจ
วรรณ ผิวก่อง (2555) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหาร
จัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล
เมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการเพิ่มศักยภาพในการดำเนินการ
การจัดระบบบริการปฐมภูมิและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอของพื้นที่ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

มีการขับเคลื่อนแบบบูรณาการทั้งภาคีเครือข่าย และบูรณาการการทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีนโยบายสนับสนุนจากระดับจังหวัดอย่างชัดเจน และมีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างสอดคล้องกันคือ การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็งมีนโยบายที่ชัดเจน การวิเคราะห์บริบทพื้นที่ร่วมกัน การบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรพื้นที่ การนำสู่การปฏิบัติ ประเมินผลและสะท้อนผลการทำงาน ตลอดจนการบูรณาการการทำงาน สร้างเครือข่ายในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการในระยะแรกของนโยบายการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ควรมีการวิจัยทุกๆ 3-5 ปี หรือในระยะต่อ ๆ ไป เพื่อค้นหาปัจจัยที่จะส่งผลต่อความสำเร็จยิ่งๆ ขึ้นไป
2. การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตพื้นที่ในอำเภอเบญจลักษ์ เท่านั้น จึงควรมีการวิจัยในอำเภออื่นๆ ในจังหวัด และในเขต เพื่อจะได้นำมาเปรียบเทียบกับกัน
3. ให้มีการประเมินมาตรฐานตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ปีละ 1 ครั้ง ให้มีมาตรฐานเกิดประโยชน์กับประชาชน

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานรัฐมนตรี.(2561). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาภาพพริตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี: 2561.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย.(2561). คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข 2561.
- สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ.(2565). คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565.
- พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562.(2562). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 136 ตอนที่ 65 ก.
- สุภาภรณ์ จันทวานิช. (2552). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ ปันราช. (2552). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนาศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เบญจวรรณ ผิวผ่อง. (2555). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. ปริญญาสาธิตศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศักรินทร์ ทองภรณ์. (2553). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. ปริญญาสาธิตศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ลดาวลัย จ้อยประดิษฐ์. (2553). กระบวนการจัดการและผลการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิรัตน์ ปานศิลา. (2551). การยกระดับการให้บริการสาธารณะโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ระดับก้าวหน้า. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า (สนับสนุนโดยโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ :UNDP)
- สมชาย ยอดดี. (2554). ผลการประยุกต์เทคนิค ORID และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธิตศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- World Health Organization. (2015) WHO global strategy on people-centred and interested health service' Geneva: World Health Organization;
- Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Peple-centred medicine and WHO' renewal of primary health care. Journal of Evaluation in Clinical practice 2011; 17(2); 339-40.