วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน
Journal of Hospital and Community Health Research

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดหนองคาย

Results of developing a model for promoting the quality and standards of primary healthcare services in primary care units and their networks in Nong Khai Province.

กรุณา ชัยสว่าง สม.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Karuna chaisawang, (M.P.H)
Nongkhai Provincial Public Health Office.

(Received: 11 June 2026, Revised: 12 July 2026, Accepted: 16 July 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดหนองคาย 2) สร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดหนองคาย และ 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และสะท้อน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการถอดบทเรียน แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570 และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณา, Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา เป็นต้น

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังพัฒนาฯ มีผลคะแนนการประเมินตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและด้านระบบห้องปฏิบัติการ มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.30 ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานที่เพิ่มขึ้น ($\bar{X}$ = 4.90, S.D = 0.30) และมีความพึงพอใจกับการมีทีมพี่เลี้ยงฯเข้ามาสนับสนุนการปฏิบัติงาน ($\bar{X}$ = 4.85, S.D. = 0.36) จะเห็นว่า กระบวนการมีส่วนร่วมแบบเสริมพลัง จะสามารถช่วยสร้างวัฒนธรรมของการเรียนรู้ และการทำงานเป็นทีมให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, มาตรฐานคุณภาพการบริการ
ติดต่อผู้นิพนธ์ : กรุณา ชัยสว่าง **อีเมล :** kncs1347@ hotmail.com

Abstract

This study employed participatory action research based on the PAOR cycle (Plan, Act, Observe, Reflect) of Kemmis and McTaggart, integrated with a mixed-methods approach. The objectives were: 1) to examine the situation, problems, and needs related to improving the quality and standards of primary health care services in Nong Khai Province; 2) to develop a model for promoting quality and standards of service delivery among primary care units and primary care networks in Nong Khai Province; and 3) to evaluate the outcomes of implementing the developed model. The study was conducted in three phases:1) situational analysis and problem identification using 20 key informants; 2) model development verified by 5 experts; and 3) model implementation and evaluation. Data collection instruments included in-depth interview guides, a model appropriateness assessment form, field notes, lesson-learned recording forms, a self-assessment form based on the 2025–2027 Primary Health Care Service Standards, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis.

Findings: After completing two rounds of the PAOR cycle, the overall self-assessment scores increased significantly ($p < .05$), particularly in the areas of infection prevention and control, and laboratory systems. The proportion of service units meeting the standard criteria increased to 96.30%. Practitioners reported greater confidence in performing duties according to the standard criteria (M = 4.90, S.D. = 0.30) and high satisfaction with the support provided by the mentoring team (M = 4.85, S.D. = 0.36). The findings suggest that an empowerment-based participatory process can help cultivate a culture of continuous learning and teamwork among health personnel, thereby further enhancing the quality and standards of primary health care service delivery.

Keywords : primary health care, participatory action research, service quality standards
Corresponding author : Karuna Chaisawang **Email :** kncs1347@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยมีความมุ่งหมายที่ให้มีการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยเฉพาะในด้านระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระบบที่เป็นรากฐานการดูแลสุขภาพของประชาชนในด่านแรก (First line health care services) และมีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยดำเนินการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานเดียวกันได้อย่างทั่วถึง อันจะนำไปสู่ความมีสุขภาพดีของประชาชน และบรรลุเป้าหมายเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน รวมทั้งให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม อีกทั้งยังได้นำไปกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี[(1)] ปัจจุบันระบบสุขภาพของประเทศไทยในกำลังเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนและรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) และภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จากข้อมูลสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2567 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรค NCDs ยังคงเป็นลำดับ

หนึ่งและมีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 77 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ส่งผลต่อความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยสะท้อนผ่านจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจาก 293.93 ล้านครั้ง ในปี 2560 มากกว่า 320 ล้านครั้ง ในปี 2566 หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.5 ครั้งต่อคนต่อปี[2] จากสถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดวิกฤตความแออัดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ที่มีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยสูงเกินร้อยละ 100 ในหลายพื้นที่ จากความแออัดของผู้รับบริการที่เพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการรักษา และความปลอดภัยของผู้ป่วย จากภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่หนักหน่วง หากไม่มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพด่านหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพมากพอ คาดการณ์ว่าในอีก 5 ปีข้างหน้า ระบบสาธารณสุขไทยอาจจะต้องเผชิญกับภาวะล้มเหลวในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศจะพุ่งสูงขึ้นจนยากต่อการบริหารจัดการ [3] ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพปฐมภูมิไม่ใช่ทางเลือก แต่เป็นทางรอดสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำและกระจายโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน เพื่อตอบสนองต่อวิกฤตการณ์ดังกล่าว

รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขับเคลื่อนนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นรูปธรรมภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นกลไกที่มุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมและผสมผสานอย่างต่อเนื่อง โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิจึงได้ประกาศใช้คู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570 เพื่อยกระดับคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปครอบคลุมทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการ, บุคลากร, อาคารสถานที่, ระบบสารสนเทศ, การบริการสุขภาพ, ห้องปฏิบัติการ, เภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค, และการป้องกันการติดเชื้อ[4] ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานฉบับใหม่นี้ มีความท้าทายกว่ามากขึ้น มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพและการเชื่อมโยงข้อมูลแบบไร้รอยต่อ เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) มีศักยภาพในการเป็นที่พึ่งแรกของประชาชนได้อย่างแท้จริง ซึ่งการปฏิบัติตามมาตรฐานนี้ถือเป็นพันธกิจสำคัญของหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขทุกแห่งที่ต้องเร่งขับเคลื่อน เพื่อที่จะให้หน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการ ทั้งนี้เพื่อให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบระบบบริการปฐมภูมิ จึงจำเป็นต้องพัฒนาทั้งกำลังคนสุขภาพด้านปฐมภูมิ (Health Workforce) พัฒนาระบบข้อมูลปฐมภูมิ พัฒนากลไกอภิบาลระบบ(Governance) ทั้งนี้เพื่อให้เป็นกลไกหลักในการจัดการให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพได้ต่อไป[5]

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีนโยบายและเกณฑ์มาตรฐานที่ชัดเจน แต่การนำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ก็ยังคงเป็นประเด็นปัญหาและอุปสรรค จากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดหนองคาย ที่มีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมด 54 แห่ง พบว่า ในปีงบประมาณที่ผ่านมา มีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพมาตรฐานเพียง 18 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 33.33 เท่านั้น[6] ซึ่งตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของการพัฒนาที่สำคัญ จากการสังเคราะห์งานเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบสาเหตุหลักที่ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้ เกิดจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพในรูปแบบเดิมที่เป็นลักษณะการสั่งการจากบนลงล่าง (Top-Down) ขาดระบบพี่เลี้ยงที่มีประสิทธิภาพ (Lack of Mentorship) การขาดความเข้าใจในเกณฑ์ใหม่ที่มีความซับซ้อน และการขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาหน้างาน[7] รวมถึงการขาดแคลนทรัพยากรอื่น ๆ ที่สนับสนุนร่วมด้วย นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพแบบเดิมนั้น มักจะมุ่งเน้นการตรวจสอบเอกสารมากกว่าการพัฒนาเชิงระบบ ทำให้ขาดการเรียนรู้และการปรับปรุงคุณภาพบริการที่ยั่งยืน หากปล่อยให้ประเด็นปัญหาหรือช่องว่างแบบนี้ต่อไป ย่อมจะส่งต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนจะได้รับด้วย รวมถึงการเสียโอกาสในการได้รับบริการที่มีมาตรฐานบริการที่กำหนดไว้

จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยกำลังยืนอยู่บนความท้าทายครั้งสำคัญ ทั้งจากวิกฤตภาระโรคและสังคมสูงวัยที่ส่งผลให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่เกิดความแออัดจนเกินขีดความสามารถในการรองรับ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิฉบับใหม่ พ.ศ. 2568–2570 ที่มีความเข้มข้นและมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งเมื่อพิจารณาสถานการณ์ในบริบทของจังหวัดหนองคาย พบว่า ยังมีช่องว่างของปัญหาที่วิกฤต กล่าวคือ รูปแบบการบริหารจัดการและการส่งเสริมคุณภาพในอดีตที่เป็นลักษณะการสั่งการจากส่วนกลาง ยังไม่สามารถขับเคลื่อนให้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้ตามเป้าหมาย สะท้อนให้เห็นว่ากลไกเดิมขาดประสิทธิภาพ ไม่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของงานให้เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ หากปล่อยให้ปัญหายังดำเนินต่อไป โดยไร้การแก้ไขด้วยกระบวนการวิจัยที่เหมาะสม ย่อมส่งผลกระทบระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน และความมั่นคงของระบบสาธารณสุข ซึ่งในยกระดับคุณภาพบริการให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พ.ศ. 2568-2570 จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ จากการสั่งการจากด้านบนลงมาเปลี่ยนเป็นการร่วมกันพัฒนาแทน โดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหาผ่านการลงมือทำจริงโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[8] มาเป็นหลักในการพัฒนาคุณภาพตามวงจรเดมมิ่ง (PDCA) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการคุณภาพในระบบสาธารณสุข และเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิในบริบทประเทศไทย[9] นอกจากนี้ การนำระบบพี่เลี้ยงมาใช้ร่วมกันในการพัฒนาก็คาดว่าจะช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ และถ่ายทอดความรู้จากผู้มีประสบการณ์สู่ผู้ปฏิบัติงาน ผสมผสานกับการเสริมพลังอำนาจ เพื่อสร้างความมั่นใจและดึงศักยภาพของบุคลากรมาใช้ในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในการพัฒนางานอย่างยั่งยืน[10] จะเห็นว่า การบูรณาการแนวคิดเหล่านี้เข้าด้วยกันจะนำไปสู่การสร้างรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพ ที่ไม่ได้เป็นเพียงคู่มือการทำงาน แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดและหน่วยบริการในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทและปัญหาที่แท้จริง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จึงเล็งเห็นความจำเป็นที่จะพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งระบบบริการปฐมภูมิ เป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพ หากระบบบริการปฐมภูมิมีความเข้มแข็งย่อมจะทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงอย่างเท่าเทียมมากขึ้นและโรงพยาบาลมีความแออัดลดลง ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ[11] เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการค้นหาและสร้างนวัตกรรมกระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการนิเทศกำกับ มาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมและการเสริมพลัง เพื่อปิดช่องว่างคุณภาพที่เกิดขึ้น โดยผลการศึกษานี้ คาดว่าจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่สำคัญใน 3 มิติ ได้แก่ มิติแรกด้านระบบบริการ จะเกิดรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพที่เปรียบเสมือนพิมพ์เขียว (Blueprint) ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดหนองคายสามารถยกระดับผลการดำเนินงานจนผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้เพิ่มมากขึ้น เกิดระบบการทำงานที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อ มีการจัดการความรู้ที่เข้มแข็ง มิติด้านบุคลากร กระบวนการวิจัยจะช่วยเปลี่ยนทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานให้เกิดความมั่นใจ มีสมรรถนะในการแก้ไขปัญหาหน้างาน และมีความสุขในการทำงานจากการได้รับการยอมรับและการสนับสนุน และมิติด้านประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่สุด คาดหวังว่าประชาชนว่าจะได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีความปลอดภัย และเข้าถึงได้ง่ายและทั่วถึง เกิดความเชื่อมั่นและศรัทธาในหน่วยบริการใกล้บ้าน ซึ่งจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม

การศึกษาในครั้งนี้วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี่ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ 2) เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย 3) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในจังหวัดหนองคาย โดยเชื่อว่าการวิจัยนี้จะช่วยให้ได้ทางเลือกหรือวิธีการใหม่ ๆ ที่จะช่วยยกระดับระบบคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยใช้กระบวนการของ Kammis and Mc Taggart (1988) (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน การให้คำแนะนำ และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) การประเมินผลการปฏิบัติการ การประเมินความรู้และทักษะการจัดระบบบริการปฐมภูมิ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำประเด็นปัญหาที่ได้ไปวางแผนปฏิบัติการในวงรอบต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยบูรณาการแบบผสมผสานเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริงผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการดำเนินงานตามวงจร PAOR ต่อเนื่อง 2 วงรอบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Act) 3) การสังเกต (Observe) และ 4) การสะท้อนผล (Reflect) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม – ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ มีผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) จำนวน 20 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจงกับตัวแทนหน่วยบริการที่มีประสบการณ์รับการตรวจประเมินคุณภาพมาไม่น้อยกว่า 1 ปี

กลุ่มที่ 2 กลุ่มพัฒนารูปแบบฯ ที่ได้มาจากคัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยอาศัยเกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทำงาน หรือมีผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสาขาที่กำหนด ไม่น้อยกว่า 5 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก มีประสบการณ์ทำงานหรือผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องน้อยกว่า 5 ปี ไม่มีผลงานหรือประสบการณ์ที่ “เกี่ยวข้องโดยตรง” กับสาขาที่ศึกษา จำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA/Quality Audit) จำนวน 1 คน 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 1 คน 4) ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบฯ และการประเมินผล เป็นบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพ ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP/รพ.สต.) จำนวน 54 คน (กำหนดเครือข่ายละ 1 คน จากทั้งหมด 54 เครือข่าย) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรผู้รับผิดชอบงานคุณภาพหลัก (Main Coordinator) ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่นำ "รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพฯ" ไปทดลองปฏิบัติจริงในหน่วยบริการ 2) มีส่วนร่วมในกระบวนการนำรูปแบบไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดระยะเวลาการทดลองและประเมินผล 3) รับทราบวัตถุประสงค์และมีความเต็มใจในการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ตัวแทนของเครือข่ายหน่วยบริการที่มีการย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานอย่างกะทันหันในระหว่างช่วงการทดลองใช้รูปแบบ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการ

ประเมินผลลัพธ์ 2) ตัวแทนของเครือข่ายหน่วยบริการที่ปฏิเสธการให้ข้อมูล หรือขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในระหว่างการดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา

2. แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) และแบบสังเกต เพื่อบันทึกเหตุการณ์ พฤติกรรมการทำงาน ปฏิกิริยาของผู้ปฏิบัติงาน และบริบทแวดล้อมที่เกิดขึ้นจริงในขณะนำรูปแบบลงสู่การปฏิบัติ (Act) และการนิเทศงาน รวมถึงบันทึกปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นแบบ Real-time เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงวงรอบถัดไป

3. แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถาม เป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ

4. แบบบันทึกการถอดบทเรียน เป็นแบบฟอร์มสำหรับบันทึกผลการประชุมทบทวนหลังการปฏิบัติงาน และข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินการครั้งต่อไป

5. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในหมวดต่าง ๆ ได้แก่ การบริหารจัดการ บุคลากร อาคารสถานที่ สารสนเทศ บริการสุขภาพ ห้องปฏิบัติการ เภสัชกรรม/คุ้มครองผู้บริโภค และการป้องกันการติดเชื้อ มีคะแนนเต็มรวม 335 คะแนน

6. แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ตอนที่ 2 เครื่องมือสำหรับทดลองใช้ ดังนี้

1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานฯ เป็นสื่อคู่มือที่สังเคราะห์และย่อยเนื้อหาจากเกณฑ์มาตรฐานฉบับใหม่ (พ.ศ. 2568-2570) ให้เข้าใจง่าย ครอบคลุมมาตรฐานทั้ง 8 หมวด พร้อมแบบตรวจสอบรายการสำหรับการประเมินตนเอง และตัวอย่างแนวปฏิบัติที่ดี

2. หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ระยะเวลา 1 วัน โดยแบ่งเป็น 3 โซน มุ่งเน้นการทำความเข้าใจเกณฑ์ใหม่ การวิเคราะห์ช่องว่างการพัฒนาและการฝึกปฏิบัติทำแผนพัฒนาคุณภาพรายเครือข่าย

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา ทบทวนเอกสารและสถิติผลการดำเนินงานย้อนหลัง สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเพื่อค้นหาปัญหา (Pain Points) วิเคราะห์บริบทและสังเคราะห์ความต้องการเพื่อนำไปสู่การวางแผน

2. การพัฒนารูปแบบฯ นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มายกร่าง "รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพฯ" และคู่มือแนวทางปฏิบัติ (Draft 1) จากนั้นจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบคุณภาพและความเหมาะสมของรูปแบบ และปรับปรุงรูปแบบให้เป็นฉบับสมบูรณ์ (Final Draft) พร้อมสำหรับการนำไปใช้

3. ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการตามวงจร PAOR 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 การนำรูปแบบลงสู่การปฏิบัติและค้นหาจุดเรียนรู้ ขั้นวางแผน (Plan) ทีมวิจัยนำรูปแบบฉบับร่างที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว มาวางแผนการลงพื้นที่ปฏิบัติการ กำหนดปฏิทินการนิเทศ และจับคู่พี่เลี้ยงกับหน่วยบริการ

ขั้นปฏิบัติ (Act) โดยการจัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อชี้แจงรูปแบบและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย 54 แห่ง ให้มีความเข้าใจเกณฑ์มาตรฐานใหม่ (พ.ศ. 2568-2570) โดยให้หน่วยบริการนำคู่มือและแนวทางไปปฏิบัติในการประเมินตนเองและปรับปรุงงาน และมีทีมพี่เลี้ยงเริ่มกระบวนการให้คำปรึกษา (Mentoring) ตามระบบที่ออกแบบไว้

ขั้นสังเกต (Observe) ผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงลงพื้นที่สังเกตการณ์การใช้รูปแบบ ติดตามความก้าวหน้า และบันทึกพฤติกรรมการตอบสนองของผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงปัญหาอุปสรรคเบื้องต้นโดยใช้แบบบันทึกภาคสนาม

ขั้นสะท้อนผล (Reflect) ได้จัดเวทีถอดบทเรียน (AAR) ระยะสั้นร่วมกับตัวแทนเครือข่าย เพื่อสะท้อนว่ารูปแบบฯปฏิบัติได้หรือไม่ มีประเด็นปัญหาอย่างไร รวมถึงการมีระบบพี่เลี้ยงสามารถช่วยได้จริงหรือไม่

วงรอบที่ 2 การปรับปรุงและขยายผลความสำเร็จ (กันยายน – ตุลาคม)

ขั้นวางแผนปรับปรุง (Re-plan) นำข้อเสนอแนะจาก AAR วงรอบที่ 1 มาปรับปรุงรูปแบบ เช่น ลดขั้นตอนเอกสารที่ไม่จำเป็น ปรับเทคนิคการนิเทศให้เน้นการเสริมพลัง มากขึ้น

ขั้นปฏิบัติ (Act) นำรูปแบบฉบับปรับปรุง ไปใช้ขับเคลื่อนงานต่ออย่างเข้มข้น เน้นการแก้ไขจุดอ่อนที่พบ และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย

ขั้นสังเกต (Observe) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานซ้ำ โดยเน้นดูการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์คุณภาพและทัศนคติของบุคลากร

ขั้นสะท้อนผล (Reflect) ประเมินผลลัพธ์สุดท้าย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้เป็นรูปแบบมาตรฐานของจังหวัด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เช่น ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) ส่วนสถิติอนุมานใช้ Paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้สอดคล้องและได้รายละเอียดเพิ่มเติม เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 50/2568 ลงวันที่ 29 เมษายน 2568 การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทุกอย่าง และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์คุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า มีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในภาพรวม จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีหน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 36 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 250.30 คะแนน (S.D. = 22.50) จากคะแนนเต็ม 335 คะแนน หรือคิดเป็นร้อยละ 74.72 เมื่อพิจารณาจำแนกรายหมวด พบว่า หมวดที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หมวดที่ 3 ด้านสถานที่ตั้ง อาคาร และสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 92.00) รองลงมาคือ หมวดที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ (ร้อยละ 90.83) และ หมวดที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ (ร้อยละ 89.44) ตามลำดับ ในขณะที่หมวดที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ หมวดที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ร้อยละ 62.00) รองลงมาคือ หมวดที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ร้อยละ 68.50) และ หมวดที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ร้อยละ 77.77) ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนหน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในรายหมวด สูงสุดอยู่ในหมวดที่ 8 (ไม่ผ่าน 34 แห่ง) และหมวดที่ 6 (ไม่ผ่าน 29 แห่ง) ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำในหมวดดังกล่าว แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำแนกรายหมวดและภาพรวม

หมวดที่ / รายการประเมิน	คะแนนเต็ม (n=54)	Mean	มาตรฐาน (S.D.)	ร้อยละ	จำนวนที่ผ่าน (ร้อยละ)
1. ด้านระบบบริหารจัดการ	6	5.45	0.45	90.83	48 (88.89)
2. ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพฯ	8	7.15	0.65	89.38	45 (83.33)
3. ด้านสถานที่ตั้ง อาคาร และสิ่งแวดล้อม	5	4.60	0.35	92.00	50 (92.59)
4. ด้านระบบสารสนเทศ	9	8.05	0.75	89.44	47 (87.04)
5. ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	65	50.55	4.25	77.77	35 (64.81)
6. ด้านระบบห้องปฏิบัติการฯ	100	68.50	8.50	68.50	25 (46.30)
7. ด้านเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคฯ	82	68.80	5.15	83.90	40 (74.07)
8. ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	60	37.20	6.20	62.00	20 (37.04)
รวม	335	250.30	22.50	74.72	18 (33.33)

หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในปีงบประมาณ 2567 ที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด 3 ได้แก่ รพ.สต.บ้านต้อน และ รพ.สต.กุดบง (ร้อยละ 98.42) รองลงมาคือ รพ.สต.เมืองหมี (ร้อยละ 98.10) และ รพ.สต.หนองกอมเกาะ (ร้อยละ 97.79) ส่วนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ด้วยคะแนนต่ำที่สุดในกลุ่มนี้ คือ รพ.สต.บ้านสาวแล (ร้อยละ 91.82)

ตารางที่ 2 รายชื่อและคะแนนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในปีงบประมาณ 2567

ลำดับที่	ชื่อหน่วยบริการ (PCU/NPCU)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1	รพ.สต.บ้านต้อน	335	249.0	98.42*
2	รพ.สต.กุดบง	335	249.0	98.42*
3	รพ.สต.เมืองหมี	335	248.2	98.10*
4	รพ.สต.หนองกอมเกาะ	335	247.4	97.79*
5	รพ.สต.เซิม	335	246.5	97.43*

(ต่อ) ตารางที่ 2 รายชื่อและคะแนนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในปีงบประมาณ 2567

ลำดับที่	ชื่อหน่วยบริการ (PCU/NPCU)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
6	รพ.สต.บ้านม่วง	335	246.3	97.35*
7	รพ.สต.เวียงคุก	335	246.0	97.23*
8	รพ.สต.ชุมช้าง	335	246.0	97.23*
9	รพ.สต.บ้านท่าจาน	335	244.3	96.56*
10	รพ.สต.ปากสวย	335	242.5	95.85*
11	รพ.สต.พระพุทธบาท	335	242.4	95.81*
12	รพ.สต.บ้านโคกอุดม	335	242.0	95.65*
13	รพ.สต.วัดธาตุ	335	241.8	95.57*
14	รพ.สต.บ้านว่าน	335	240.6	95.10*
15	รพ.สต.นาข่า	335	236.6	94.26*
16	รพ.สต.คอกช้าง	335	237.7	93.95*
17	รพ.สต.บ้านถ่อน	335	236.2	93.36*
18	รพ.สต.บ้านสาวแล	335	232.3	91.82*
	ค่าเฉลี่ย	335	244.10	96.16

2. การศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรค (Pain Points) พบปัญหาหลัก 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านบุคลากร (Man) ที่ยังขาดความรู้และความเข้าใจในเกณฑ์มาตรฐานฉบับใหม่ ปัญหาการโยกย้ายบุคลากรและความไม่ต่อเนื่องของการทำงาน และการขาดแคลนวิชาชีพเฉพาะด้าน เช่น นักเทคนิคการแพทย์ และ เภสัชกร ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายระดับอำเภอ 2)ด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหลายแห่ง (รพ.สต.) มีสภาพอาคารเก่าและคับแคบ ไม่เอื้อต่อการจัดแบ่งพื้นที่ให้บริการตามเกณฑ์มาตรฐานใหม่ การขาดแคลนและเสื่อมสภาพของเครื่องมือแพทย์ในห้องปฏิบัติการ 3) ด้านกระบวนการ การขับเคลื่อนงานคุณภาพในระดับพื้นที่ยังขาดความเข้มแข็งและความต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการนิเทศงานเน้นการจับผิด (Fault-Finding Supervision) และขาดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 4) ด้านการบริหารจัดการ มีความซ้ำซ้อนและหลากหลายของระบบบันทึกข้อมูล การภาระงานเอกสารเพื่อการตรวจประเมิน และการสื่อสารนโยบายที่ไม่ชัดเจนและเร่งด่วน เป็นต้น

3. การพัฒนารูปแบบฯ โดยมีโครงสร้างการขับเคลื่อนงาน 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ M1 - Manual (คู่มือปฏิบัติงานที่กระชับและเข้าใจง่าย) M2 - Mentoring System (ระบบพี่เลี้ยงกัลยาณมิตร) M3 - Management & Empowerment (การบริหารจัดการแบบเสริมพลัง) M4 - Mutual Learning (การเรียนรู้ร่วมกัน) แสดงตามแผนภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1: รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดหนองคาย

4.ผลการนำรูปแบบฯไปใช้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ (สอน.)/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 64.81 รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 9.26 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามประสบการณ์ในการทำงานปฐมภูมิ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 74.07 รองลงมาคือ มีประสบการณ์ 5 – 10 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 18.52 และมีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.41 มีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติงาน (User) จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และมีบทบาทเป็นผู้บริหารหรือทีมพี่เลี้ยง (Mentor) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 เป็นต้น

2) การประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวม หลังการใช้รูปแบบ ($\bar{x}$ = 322.12, S.D. = 9.54) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{x}$ = 250.30, S.D. = 22.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) เมื่อพิจารณาจำแนกรายหมวด ซึ่งภายหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยในทุกหมวดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหมวดที่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ หมวดที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รองลงมาคือ หมวดที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำแนกรายหมวดและภาพรวม (n=54)

ด้านการประเมิน (หมวดที่)	คะแนนเต็ม	ก่อนการใช้รูปแบบ (2567) ($\bar{x}$± S.D.)	หลังการใช้รูปแบบ (2568) ($\bar{x}$± S.D.)	t-test	p-value
1. ระบบบริหารจัดการ	6	5.45 ± 0.45	5.98 ± 0.14	8.52	< .001
2. การจัดบุคลากรและศักยภาพฯ	8	7.15 ± 0.65	7.96 ± 0.20	9.15	< .001
3. ที่ตั้งอาคารและสิ่งแวดล้อม	5	4.60 ± 0.35	5.00 ± 0.00	7.84	< .001
4. ระบบสารสนเทศ	9	8.05 ± 0.75	9.00 ± 0.00	8.92	< .001
5. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	65	50.55 ± 4.25	61.42 ± 4.02	12.45	< .001
6. ระบบห้องปฏิบัติการฯ	100	68.50 ± 8.50	95.66 ± 5.75	18.63	< .001
7. เภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคฯ	82	68.80 ± 5.15	79.03 ± 3.01	13.21	< .001
8. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	60	37.20 ± 6.20	58.07 ± 2.45	21.05	< .001
รวม	335	250.30 ± 22.50	322.12 ± 9.54	24.58	< .001

3) การเปรียบเทียบหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน หลังการนำรูปแบบฯ จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นจากเดิม 18 แห่ง (ร้อยละ 33.33) เป็น 52 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 96.30 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ แสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=54)

ผลการประเมิน	ก่อนการใช้รูปแบบ (2567)		หลังการใช้รูปแบบ (2568)	
	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	18	33.33	52	96.30
ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	36	66.67	2	3.70
รวม	54	100.00	54	100.00

4) ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อรูปแบบฯ พบว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.72, S.D. = 0.38) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านประโยชน์และการนำไปใช้มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด (Mean = 4.75, S.D. = 0.35) รองลงมาคือด้านกระบวนการดำเนินการ (Mean = 4.72, S.D. = 0.38) และ ด้านปัจจัยนำเข้าและเนื้อหาของรูปแบบ (Mean = 4.68, S.D. = 0.42) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐาน พ.ศ. 2568-2570 มากขึ้นมีความพึงพอใจสูงสุด (Mean= 4.90, S.D. = 0.30) รองลงมาคือ การมีทีมพี่เลี้ยงมีความเป็นกัลยาณมิตรและให้ความช่วยเหลือตรงจุด (Mean= 4.85, S.D. = 0.36) ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อรูปแบบฯ จำแนกรายด้านและรายข้อ (n=54)

รายการประเมิน	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ปัจจัยนำเข้าและเนื้อหาของรูปแบบ (Input & Content)	4.68	0.42	มากที่สุด
1. คู่มือแนวทางปฏิบัติมีเนื้อหาครบถ้วนและสอดคล้องกับเกณฑ์	4.75	0.44	มากที่สุด
2. การเรียบเรียงเนื้อหาในคู่มือมีความกระชับ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	4.82	0.39	มากที่สุด
3. รูปเล่มและการจัดวางเนื้อหา สะดวกต่อการค้นหาและใช้งาน	4.65	0.48	มากที่สุด
4. แบบฟอร์มและ Checklist ต่าง ๆ มีความเหมาะสมและใช้งานได้จริง	4.70	0.46	มากที่สุด
5. สื่อสนับสนุนการเรียนรู้ (เช่น ไฟล์นำเสนอ, คลิปวิดีโอ) มีความเพียงพอ	4.55	0.50	มากที่สุด
6. เกณฑ์มาตรฐานที่สรุปมาให้มีความชัดเจนและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ	4.60	0.49	มากที่สุด
กระบวนการดำเนินการ (Process)	4.72	0.38	มากที่สุด
7. การประชุมชี้แจงและอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยให้เข้าใจการทำงาน	4.65	0.48	มากที่สุด
8. วิทยากรมีความรู้ความสามารถและถ่ายทอดเนื้อหาได้ชัดเจน	4.70	0.46	มากที่สุด
9. ระบบพี่เลี้ยง มีความพร้อมและให้คำปรึกษาได้รวดเร็ว	4.75	0.44	มากที่สุด
10. ทีมพี่เลี้ยงมีความเป็นกัลยาณมิตรและให้ความช่วยเหลือตรงจุด	4.85	0.36	มากที่สุด
11. กระบวนการนิเทศแบบเสริมพลังช่วยสร้างขวัญกำลังใจ	4.80	0.40	มากที่สุด
12. ท่านมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายอื่น ๆ อย่างทั่วถึง	4.60	0.49	มากที่สุด
13. ระยะเวลาในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนมีความเหมาะสม	4.65	0.48	มากที่สุด
ประโยชน์และการนำไปใช้ (Utility & Outcome)	4.75	0.35	มากที่สุด
14. รูปแบบนี้ช่วยให้ท่านเตรียมความพร้อมรับการตรวจประเมินได้ง่ายขึ้น	4.80	0.40	มากที่สุด
15. ช่วยลดขั้นตอนการทำงานที่ซ้ำซ้อนและภาระงานเอกสารที่ไม่จำเป็น	4.75	0.44	มากที่สุด
16. ท่านมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานมากขึ้น	4.90	0.30	มากที่สุด
17. ช่วยให้เกิดการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมในหน่วยงานดีขึ้น	4.70	0.46	มากที่สุด
18. ท่านได้รับทักษะใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหาและการพัฒนางานคุณภาพ	4.65	0.48	มากที่สุด
19. รูปแบบนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	4.70	0.46	มากที่สุด
20. ภาพรวมความพึงพอใจของท่านต่อรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพฯ	4.80	0.40	มากที่สุด
รวมเฉลี่ย	4.72	0.38	มากที่สุด

ข้อเสนอแนะ อื่น ๆ คือ การมีคู่มือแนวทางปฏิบัติจะช่วยลดความสับสนในการตีความเกณฑ์มาตรฐานได้เป็นอย่างดี และการมีระบบพี่เลี้ยงกัลยาณมิตร ยังได้รับคำชมเชยอย่างมากในเรื่องของการเปลี่ยนบรรยากาศการนิเทศจากความตึงเครียดเป็นความอบอุ่นและการให้กำลังใจ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานกล้าที่จะเปิดใจขอคำปรึกษาเป็นต้น

วิจารณ์

การพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการผ่านการกระบวนการคิดเชิงบวก และมีการทำงานเป็นทีมตั้งแต่กระบวนการเริ่มค้นหาปัญหา วางแผนร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล การนำข้อมูลมาใช้ในการสื่อสาร การคืนข้อมูลให้กับหน่วยบริการ ซึ่งภายหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน ทั้งในด้านผลลัพธ์คุณภาพบริการและตัวบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จะเห็นได้จากคะแนนการประเมินตนเองทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาจำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 96.30 โดยหมวดที่มีคะแนนพัฒนาการสูงสุดคือ หมวดที่ 8 (IC) และหมวดที่ 6 (Lab) ในด้านความพึงพอใจของบุคลากร พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุดคือ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และบทบาทของทีมพี่เลี้ยงที่มีความเป็นกัลยาณมิตร จากกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินการโดยให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานั้น จะช่วยสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้และการทำงานเป็นทีมให้เข้มแข็งขึ้น จะเห็นได้จากผู้ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้น และมีทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ และเกิดมุมมองในเชิงบวกต่อการพัฒนามาตรฐานการบริการ โดยเปลี่ยนมุมมองจากความรู้สึกเหมือนถูกบังคับให้ทำงานคุณภาพ ให้เปลี่ยนมาเป็นสร้างความร่วมมือและมีความอยากที่จะพัฒนาหน่วยบริการของตนเองให้ผ่านมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

จากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ นั้นจะเป็นอีกหนึ่งแรงกระตุ้น หรือโน้มน้าวจิตใจให้ผู้ปฏิบัติงานอยากที่จะพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิส่งผลให้หน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)[8] ที่ระบุว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วางแผน ปฏิบัติ และสะท้อนผล เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน จากการเปิดโอกาสให้บุคลากรในพื้นที่ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและร่วมวางแผนตั้งแต่ต้น ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และลดแรงต้านในการเปลี่ยนแปลง คล้ายคลึงกับเกรียงศักดิ์ เอกพงศ์ และวงศา เลาหศิริวงศ์ (2562)[7] พบว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทุกขั้นตอนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ จากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุข ช่วยให้เกิดการแก้ปัญหาที่ตรงจุดและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันของทีมงาน ส่งผลให้ผลลัพธ์การดำเนินงานดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง[12]

การมีระบบพี่เลี้ยงแบบกัลยาณมิตรกับผู้ปฏิบัติงาน จะช่วยสร้างความอบอุ่นใจและการเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการได้มากขึ้น จะเห็นได้จากบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบพี่เลี้ยงและการนิเทศแบบเสริมพลังในระดับมากที่สุด นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คะแนนคุณภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson (1991)[13] ที่กล่าวว่า การเสริมพลังเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และสามารถควบคุมการทำงานให้บรรลุเป้าหมายได้ โดยผ่านการสนับสนุนข้อมูล ทรัพยากร และกำลังใจ ซึ่งระบบพี่เลี้ยงมีส่วนสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร โดยพี่เลี้ยงทำหน้าที่เป็นทั้งผู้สอนงาน ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ให้กำลังใจ ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน[14] และสุพัตรา ศรีวณิชชากร (2566)[15] ได้เสนอแนะว่า การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิในบริบทใหม่ ต้องอาศัยกลไกการสนับสนุนจากแม่ข่ายในลักษณะเครือข่ายความร่วมมือ มากกว่าการสั่งการตามสายงานบังคับบัญชา ซึ่งรูปแบบ M2 และ M3 ของการวิจัยนี้ได้พิสูจน์ให้เห็นว่า การเปลี่ยนบทบาทจากผู้ตรวจไปเป็นพี่เลี้ยงจะสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกให้เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง

สำหรับการจัดเวทีแห่งการเรียนรู้ร่วมกันและร่วมกันเวทีถอดบทเรียน (AAR) ออกมาได้สร้างการเรียนรู้แบบเข้าใจ และเข้าถึง เกิดการแลกเปลี่ยนมุมมองซึ่งกันและกันจะช่วยให้หน่วยบริการสามารถแก้ไขปัญหาหน้างานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nonaka และ Takeuchi (1995)[16] ที่ว่ากระบวนการเกลียวความรู้ (SECI Model) ที่เน้นการเปลี่ยนความรู้ฝังลึกในตัวคนให้เป็นความรู้ที่ชัดแจ้ง ทั้งนี้เพื่อการแบ่งปันและใช้ประโยชน์ร่วมกัน การที่หน่วยบริการได้แลกเปลี่ยนแนวปฏิบัติที่ดีระหว่างกัน ช่วยลัดขั้นตอนการเรียนรู้และป้องกันความผิดพลาดซ้ำเดิม ซึ่งการสร้างชุมชนนักปฏิบัติ ในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอช่วยเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรและยกระดับคุณภาพบริการได้อย่างยั่งยืน เช่นเดียวกับวิชัย เอกพลากร (2565) [17] ที่ระบุว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยวัฒนธรรมการเรียนรู้และการใช้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานอยู่เสมอ จากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐาน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนการวางแผนและพัฒนาระบบ บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพมาตรฐานมากยิ่งขึ้นขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา คือมีกรอบระยะเวลาดำเนินการในแต่ละวงรอบค่อนข้างจำกัด จึงทำให้บางหน่วยบริการที่ต้องมีการปรับปรุงโครงสร้างอาคารขนาดใหญ่ อาจดำเนินการไม่ทันตามกรอบเวลาของช่วงการศึกษา ซึ่งในระหว่างดำเนินการวิจัยได้มีการโยกย้ายบุคลากรผู้รับผิดชอบงานหลักในบางหน่วยบริการทำให้กระบวนการพัฒนาขาดความต่อเนื่องและต้องใช้เวลาในการสร้างความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานใหม่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ควบคุมได้ยาก ถึงแม้ว่าหน่วยบริการแต่ละแห่งจะใช้รูปแบบเดียวกัน แต่บริบทของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ทั้งด้านทรัพยากรและวัฒนธรรมองค์กร ทำให้ความเข้มข้นของการใช้ระบบพี่เลี้ยงไม่เหมือนกัน ส่งผลต่อระดับความสำเร็จที่แตกต่างกันบ้างในรายละเอียด และในการประเมินความพึงพอใจอาจมีความลำเอียง จากความเกรงใจหรือความสัมพันธ์ส่วนตัวกับทีมผู้วิจัยด้วย

จะเห็นว่า ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care service system) เป็นจุดเชื่อมต่อ (bridging) ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ และรัฐฯ ควรออกแบบโครงสร้างที่มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกัน และยึดสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในการเข้าถึง บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นธรรม และได้มาตรฐาน[18] หากเราสามารถพัฒนาระบบบริการที่ดีมีคุณภาพได้มาตรฐานแล้ว ย่อมส่งผลดีต่อระบบบริการที่สร้างความประทับใจให้ประชาชน

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรขยายผลรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพฯ ไปประกาศเป็นนโยบายและแนวทางปฏิบัติมาตรฐานสำหรับทุกอำเภอ โดยเฉพาะการใช้คู่มือฉบับเข้าใจง่ายและระบบพี่เลี้ยง เพื่อรักษามาตรฐานการบริการให้มีความยั่งยืน

2) ผู้บริหารระดับสูงควรให้ความสำคัญกับการจัดสรรงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและเครื่องมือแพทย์อย่างต่อเนื่อง (โดยเฉพาะในหมวด IC และ Lab) ตามความจำเป็นเร่งด่วน

3) ควรมีการจัดอบรมฟื้นฟูทักษะการเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ทีมสุขภาพระดับอำเภออย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา และเสริมพลังแก่หน่วยบริการลูกข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ควรส่งเสริมให้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดปีละครั้ง เพื่อเชิดชูเกียรติหน่วยบริการที่มีผลงานดีเด่น และขยายผลนวัตกรรมบริการปฐมภูมิไปสู่พื้นที่อื่น ๆ

5) สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะเป็นต้นแบบสำคัญที่สามารถนำไปขยายผลและประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้กับพื้นที่อื่น ๆ หรือเขตสุขภาพอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาความคุ้มค่า ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพฯ เปรียบเทียบกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนที่เกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย

2) ควรมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพที่จำเพาะเจาะจงกับบริบทเมือง หรือพื้นที่ห่างไกล (Remote Area) เนื่องจากอาจมีปัจจัยและเงื่อนไขที่แตกต่างกัน

3) ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ ควบคู่ไปกับการประเมินมาตรฐานกระบวนการ เพื่อให้เห็นภาพความสำเร็จที่ครอบคลุมทุกมิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิวงศ์ นายสมพร เจือจันทึก นายสิทธิศานติ์ ทรัพย์สิริโสภา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และนายประเสริฐ บินตะคุ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนากระบวนการวิจัยและการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ บุคลากรสาธารณสุข และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ จนบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ คุณค่าและประโยชน์ ของวิจัยนี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ต่อระบบสุขภาพของจังหวัดหนองคายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกรรมาธิการ , สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รายงานพิเศษการบริการสุขภาพปฐมภูมิ. [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://search-library.parliament.go.th/bib/97748
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
3. กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). คู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐม
พ.ศ. 2568–2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2562). พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: ราชกิจจานุเบกษา.
5. กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือการดำเนินการตามหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพปฐมภูม [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/11TASzjwnqQ5zz5eEBIkTkJ47HHGCOJAl/view
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2567). สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567. หนองคาย: กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน.
7. เกรียงศักดิ์ เอกพงศ์ และ วงศา เลาหศิริวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562 ; 28(3): 119-137.

8. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.
9. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. นนทบุรีโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565. 82 หน้า.
10. กุนนที พุ่มสงวน. การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 5(3): 86-90.
11. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. On the use of content specialists in the assessment of Criterion-referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research.1977; 2:49-60.
12. สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2563). การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน สาธารณสุข. [รายงานการวิจัย].
13. Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 1991; 16(3): 354-361.
14. วราภรณ์ บวรศิริ. (2562). การพัฒนาระบบพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาความสามารถในการผลิตงานวิจัยในชั้นเรียนของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2562; 12(1): 1-13.
15. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2566). คุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการบริหารจัดการระบบประเมิน คุณภาพในประเทศไทย. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2566; 6(2): 122-123.
16. Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation. Oxford University Press.
17. วิชัย เอกพลากร. (2565). การพัฒนาระบบคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
18. ชวน มุณีแนม. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2568 ;21 (3): 62-72.