

การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดพังงา Developing of Primary Health Care Network System Phang Nga Province

เนาวรัตน์ บุญรักษ์ Naovaratt Bunrak

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา
Public Health Specialist, Phang Nga Provincial Public Health Office

¹Corresponding author, e-mail: Jamiga.tan@gmail.com

Received September 7, 2024; Revised September 28, 2024; Accepted: September 29, 2024



บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. วิเคราะห์สถานการณ์ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ ผลผลิตด้านคุณภาพบริการสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดพังงา 2. ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการ สุขภาพปฐมภูมิ ของเครือข่ายท้องถิ่น และภาวะสุขภาพของประชาชน และ 3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ภาวะ สุขภาพของประชาชนกับความสามารถในกิจวัตรประจำวัน เป็นการวิจัยประเมินผลเชิง วิเคราะห์ ประยุกต์ใช้แบบจำลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วน ประชากร ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบประเมิน และ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ ข้อมูลนำเสนอรูปแบบตารางประกอบความเรียง ผลการศึกษาพบว่า 1) การประเมินปัจจัยนำเข้า ผล การวิเคราะห์จุดอ่อน ด้านภาคีเครือข่าย ยังไม่ชัดเจนในบทบาท การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายยังขาด ความชัดเจน การตีความหมายความ เข้าใจถึงคุณค่า ยังไม่ตรงประเด็น และผลการวิเคราะห์จุดแข็ง และโอกาสในการพัฒนามีการปฏิบัติตาม UCCARE และ 7 Blocks หรือ 6 BBs plus กำหนดเป็น มาตรการในการปฏิบัติงานในพื้นที่ทุกจังหวัดอย่างเข้มแข็ง โดยจังหวัดพังงา ได้นำผลการวิเคราะห์ SWOT analysis มาใช้เป็นกรอบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และการวางแผนดำเนินการ และ กระบวนการพัฒนา โดยการขับเคลื่อนกระบวนการ พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและ สุขภาพอำเภอ จังหวัดพังงา โดยใช้หลักการ 8 วิธี ผ่านการประเมินผลผลิต 2) ผลการศึกษาคุณภาพการให้บริการ ปฐมภูมิของ บุคลากร หลังการพัฒนามีคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิผู้ป่วยที่มีภาวะพึงพิงดีกว่าก่อน



พัฒนา พบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับมากร้อยละ 85.5 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับน้อยกว่า 0.05

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบเครือข่าย; บริการสุขภาพปฐมภูมิ; จังหวัดพังงา

Abstract

This article aims to: 1. Analyze the situation, context, input factors, and the development process of the primary healthcare service network, as well as the quality of healthcare services provided by public health personnel in Phang Nga Province; 2. Study the level of participation in primary healthcare service operations by local networks and the health status of the population; and 3. Analyze the relationship between the health status of the population and their ability to perform daily activities. This research employs an analytical evaluation method using the CIPP model. The sample was calculated using a proportion estimation formula and stratified random sampling. The research instruments included assessment forms and questionnaires, with statistical analysis conducted using percentages, means, and standard deviations. Data analysis was presented in table formats alongside descriptive text. The findings reveal that: 1) The assessment of input factors identified weaknesses in network partnerships and a lack of clarity in target group analysis. Strengths and opportunities for development were identified through adherence to UCCARE and the 7 Blocks or 6 BBs plus framework, which were established as operational measures across all provinces. Phang Nga utilized SWOT analysis as a framework for developing primary healthcare services and planning processes, employing eight methodologies to drive the development of primary healthcare and district health systems. 2) The study on the quality of primary healthcare services post-development showed significant improvements for patients with dependency, Overall staff satisfaction was high, at 85.5%. 3) Factors significantly correlated with the daily activity potential of the population were found to be statistically significant at the level of less than 0.05.

Keywords: Developing of Network System; Primary Health Care; Phang Nga Province

บทนำ

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care service) มีความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม มากขึ้น รวมทั้งสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลลงได้ ประเทศไทยมีนโยบาย การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อมีการกำหนดสาระสำคัญในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 258 ข (5) (สำนักเลขาธิการสภา, 2560) ให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุน ให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนไทย และกำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมปัจจุบันพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช 2562 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาและมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2562 เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ การดำเนินงานตามคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดสุขภาวะแก่ประชาชน ผ่านกระบวนการ พัฒนาและประเมินคุณภาพ มีแนวปฏิบัติในการดำเนินงาน และจัดการคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยมี แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชน

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตประชากร สิ่งแวดล้อม มลพิษ ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันและปัจจัยอื่นๆ ส่งผลต่อสุขภาพแทบทั้งสิ้น การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary health care: PHC) จึงมีความสำคัญที่จำเป็นต้องมีการให้บริการแบบผสมผสานองค์รวมต่อเนื่องทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพ บริการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้าน ครอบครัวและชุมชน ให้เชื่อมโยงบูรณาการกับระบบบริการ สุขภาพระดับทุติยภูมิถึงระดับตติยภูมิอย่างเป็นระบบ ประเทศไทยยังมีช่องว่างในระบบการคุ้มครองทางสังคมในทุกกลุ่มอายุยกเว้น เรื่องบริการสุขภาพ ซึ่งมีระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติที่ใช้คุ้มครองทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างครอบคลุมทุกกลุ่ม สิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพในการคัดกรองโรคทุกกลุ่มวัยแต่ประชาชนไทย จำนวนมากยังไม่ทราบว่าตัวเองเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรวมทั้งผู้ที่ทราบว่าตัวเองมีโรคประจำตัวเหล่านี้ก็ยังไม่สามารถควบคุมอาการ ของโรคนั้นได้ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจน ถึงการขาดการตระหนักรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชนร่วมกับข้อจำกัดในการจัดการโรคเรื้อรังภายใต้ ระบบบริการในรูปแบบปัจจุบันซึ่งมีประสิทธิภาพในการเพิ่ม การเข้าถึงและการควบคุมโรคในระดับจำกัดทั้งที่มีการพัฒนา ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ



มาแล้วมากกว่าสิบปี โดยมีอำเภอที่อยู่ในโครงการ เช่น ระบบสุขภาพอำเภอ (District health system: DHS) โครงการเพิ่มพูนประสิทธิภาพเวชปฏิบัติครอบครัว และตำบลพึ่งตนเอง เป็นต้น รวมทั้งได้มีการปรับรูปแบบบริการสุขภาพมาเป็นเขตสุขภาพในปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่าแนวคิดเรื่องระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ปัจจุบันเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ได้สร้างรูปธรรม การดำเนินงานในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ หลังจากได้มีการพัฒนาความสามารถบุคลากร โดยการสนับสนุนบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมแพทย์ ทันตแพทยนักกายภาพบำบัด เกสัชกร มีการกำหนดให้ออกหน่วยให้บริการในระดับปฐมภูมิเพิ่ม มากขึ้น แต่ยังเป็นได้ เพียงออกปฏิบัติงานในบางเวลา อาจมีการออกปฏิบัติงานเป็นประจำในบางส่วนของ “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT)” เพื่อดูแลประชากรอย่างต่อเนื่องถือว่าเป็น นโยบายที่สำคัญ และเป็นผลดีต่อยอดการพัฒนา ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

“คุณภาพการให้บริการ” เป็นการตอบสนองความต้องการบนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ ประกอบไปด้วย เกณฑ์ต่างๆ หลายประการ อาทิ ความเชื่อมั่นไว้วางใจ การเข้าถึงบริการ การสื่อสารที่มีมิตรไมตรี ความมั่นคงปลอดภัย ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมินั้น มีความเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวม อย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน มุ่งเน้นการป้องกัน ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ในการสร้างสุขภาวะ ทั้งของผู้ป่วยครอบครัว ชุมชนโดยอาศัยพื้นฐานหรือบริบทเดิมแห่งการดำรงชีวิตและวัฒนธรรมพื้นถิ่น การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จึงมีความละเอียดอ่อนที่มีมิติแห่งการดูแลสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุผล ให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ นำไปพัฒนาการให้บริการ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวเบื้องต้น เพื่อให้ครอบคลุมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพรวมถึงมีหน้าที่จัดทำแผนงาน ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้รับบริการ ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมินั้น ที่ระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ และคุณภาพ มาตรฐานในที่สุด (สินีลักษณ์ จิรสัตย์สุนทร, 2559)

จังหวัดพังงา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ได้ถือปฏิบัติเป็นแนวทางหนึ่งในการพิจารณาเลือกใช้วิธีการให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิด้วยทีมหมอครอบครัว ตามบริบทของพื้นที่และบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด มีกระบวนการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องแบบบูรณาการในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit: PCU) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จนกระทั่งมีนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ในปี 2560

จึงได้รับนโยบายดังกล่าว จัดโครงสร้างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย และประชาชนในพื้นที่ ที่มีทั้งการรักษา พยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพเพิ่มความสามารถบุคลากรด้านแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว จัดพื้นที่ให้เหมาะสมในการทำงานตามสัดส่วนของทีมหมอ ครอบครัว มีการวางแผนการจัดทีมหมอครอบครัว และการคาดการณ์ไปข้างหน้าในระยะยาวจัดทีมเป็น cluster ครอบคลุมพื้นที่อำเภอและรพ.สต. เครือข่ายตามสัดส่วนประชากร

ในปีงบประมาณ 2566 จังหวัดพังงา ได้มีการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเข้มข้น ได้แก่ พัฒนาศูนย์สุขภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ พัฒนาความสามารถบุคลากรทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้กำหนดแนวทางให้มีการพัฒนา ตามเกณฑ์คุณภาพและติดตามประเมินรับรองคุณภาพ รพ.สต. และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยทีมประเมินระดับเขต การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดพังงา ในครั้งนี้ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และประเมินผลภาพรวมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ให้เกิดการบริหารจัดการที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพอันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและใช้ขยายผลการปฏิบัติที่ดีนำไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ ผลผลิตด้านคุณภาพบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดพังงา
2. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการ สุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่น และภาวะสุขภาพของประชาชน
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะ สุขภาพของประชาชนกับความสามารถในกิจวัตรประจำวัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือประเมินผลรูปแบบ CIPP model evaluation (context, input, process, product) มีดังนี้

1. ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1.1 การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยนำเข้า (context- Input) ประกอบด้วยวิเคราะห์บริบทข้อมูลทั่วไปของจังหวัดพังงา (ปัญหาวิกฤต สถานการณ์) ความจำเป็น สถานการณ์หรือความ ต้องการ



ขณะนั้นและอนาคต และวิเคราะห์ตัวชี้วัดสุขภาพสำคัญรวมทั้งภาวะสุขภาพประชาชน โดยใช้ SWOT analysis ประเด็นการวิเคราะห์ได้แก่ 1) องค์ประกอบโครงสร้างการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดพังงา 2) การจัดการทรัพยากรระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเช่น งบประมาณ คน วัสดุอุปกรณ์ ภาวะเปื้อน 3) ความเหมาะสมของขั้นตอนกระบวนการปฏิบัติงานต่างๆ ระหว่างปัญหาสาเหตุของปัญหาและกิจกรรมที่ดำเนินการ

1.2 กระบวนการพัฒนา (process improvement) มีดังนี้ 1) การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ แบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ 2) พัฒนาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพและ แผนปฏิบัติการ 3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) 4. พัฒนาระบบข้อมูลโปรแกรมการให้บริการ 43 แฟ้ม 5) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ โดยมีผู้บริหารที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Changes management leadership) นำองค์กรสู่ความสำเร็จเป็น องค์กรที่มีคุณภาพสูง (High performance organization) 6) การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ แบบบูรณาการ มีความเชื่อมโยง 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับอำเภอ (DHS: District Health System) เป็นระบบงานและการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (2) การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCA: Primary Care Award) เป็นหลักการและกรอบการพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (3) การพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว (FCT: Family care Team) เป็นทีมบุคลากร สหวิชาชีพในระดับอำเภอและตำบล ร่วมกับทีมอาสาสมัครที่มีบทบาทให้บริการ และดำเนินงาน ในการพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพดี และมีความสุข (4) การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพชุมชน (CHS: Community Health System) ซึ่งเป็นระบบเชื่อมโยงองค์ประกอบที่ มีความสัมพันธ์กันของระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายท้องถิ่น ทำให้ประชาชนสุขภาพดีและมีความสุข โดยชุมชน เป็นเจ้าของจัดการตนเองได้ร่วมกับ หน่วยงานในท้องถิ่น

1.3 การประเมินผลหลังการพัฒนาแบบ CIPP Model ได้ดำเนินการดังนี้ ขั้นที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ บริบทและปัจจัยนำเข้า ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (context-input) ขั้นที่ 2 ศึกษา กลไกการบริหารจัดการและกระบวนการนำแผนบริการสุขภาพปฐมภูมิไปปฏิบัติ (process) ขั้นที่ 3 การประเมินผลลัพธ์สุขภาพประชาชน (products evaluation) และจากรายงานที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ ข้อมูลนำเสนอรูปแบบตารางประกอบความเรียง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

2.1 ชุดที่ 1 แบบประเมินระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข เป็น หัวหน้าหรือผู้อำนวยการ และผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในศูนย์สุขภาพ ชุมชนและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำหรับประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้าและกลไก

กระบวนการพัฒนา ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ มี 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกผลการวิเคราะห์ SWOT analysis แบบบันทึกผลการวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน-โอกาส และปัจจัย คุณค่าต่อการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ แบบบูรณาการ ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่บ้าน จำนวน 5 ข้อ พิจารณาเปรียบเทียบระบบบริการเดิม (ปี 2565) กับระบบที่พัฒนาแบบบูรณาการ (ปี 2566) รวม 50 คะแนน และส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.2 ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ท้องถิ่น ในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มี 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คำถามปลายเปิด ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การสนับสนุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล 3) กิจกรรมของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง 4) การสนับสนุนการถ่ายทอดภูมิปัญญาความรู้ความเชี่ยวชาญประสบการณ์ 5) การสนับสนุนและเป็นจิตอาสา ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการประเมินการมีส่วนร่วม ดำเนินงานบริการสุขภาพประชาชน ประกอบด้วย 1. การมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะพึ่งพิง แบบเดิม (ปี 2565) หรือเมื่อปีก่อนที่จะมีระบบที่พัฒนาขึ้นใน 1 ปีที่ผ่านมา (ปี 2566) ได้แก่ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพประชาชน การประชุมระดมสมองใน การกำหนดแผนงาน/แผนพัฒนาการสนับสนุนของกองทุน ประกันสุขภาพตำบลการส่งเสริมอาชีพ การถ่ายทอดภูมิปัญญา และข้อเสนอแนะ 2. ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานดูแลสุขภาพ ประชาชน จำนวน 5 ข้อ คะแนนการตอบ 25 คะแนน เป็น rating scale 5 ระดับ

2.3 ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพประชาชน เป็นแบบสอบถามสำหรับประชาชนอายุ 15-59 ปี เป็น ผลผลิต (Product) เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพประชาชนและ ศักยภาพกิจวัตรประจำวัน จำนวน 39 ข้อ ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ลักษณะการอยู่อาศัยรายได้อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูงระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล ส่วนที่ 2 แบบประเมินศักยภาพกิจวัตรประจำวัน 5Q5D5L เป็นเครื่องมือวัดศักยภาพ กิจวัตรประจำวันด้านสุขภาพประชาชนทั่วไป ผู้ตอบสามารถตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 1 นาที ฉบับภาษาไทย ประยุกต์จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต European Quality of Life-5 Dimensions-5 Levels (EQ-5D-5L) ประกอบด้วย 5 มิติๆ ละ 5 คำถาม ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเองการทำกิจวัตรความเจ็บปวด/ความไม่สบายและความวิตกกังวล/ความซึมเศร้าแต่ละมิติหรือแต่ละคำถามจะมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับตั้งแต่ 1 ถึง 5 ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจที่ได้รับบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ คะแนนการตอบ 25 คะแนน เป็น rating scale 5 ระดับ



3. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุง แก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (try out) นำมาความเที่ยง Reliability โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ทั้งฉบับ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

4. การวิเคราะห์และสถิติ มีดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เป็นการอธิบายลักษณะของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามโดยใช้สถิติ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) 2) สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ ถดถอยเชิงพหุแบบลอจิสติก (multinomial Logistic regression) Adjusted Odds ratio (AOR) และ 95%CI 3) การวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ พิจารณาความเชื่อมโยง สอดคล้องของกระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ โดย วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ และผลผลิตด้านคุณภาพบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดพังงา พบว่า สถานการณ์และบริบท (Context evaluation จากเกณฑ์ชี้วัดของอำเภอ ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ครอบคลุมบริการในกลุ่ม ผู้สูงอายุ ผู้พิการ Palliative care และพัฒนาการเด็ก พบว่า ปีงบประมาณ 2566 ภาพรวมจังหวัดพังงา ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95.0 เป้าหมายตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการ ร้อยละ 77.26 ปีงบประมาณ 2566 คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกแห่ง วิเคราะห์ได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ และผลผลิตด้านคุณภาพบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดพังงา

เกณฑ์ชี้วัด	ผลการประเมิน (ร้อยละ)	การวิเคราะห์	ข้อเสนอแนะ
ภาพรวมจังหวัด	95.0	สูงกว่าเป้าหมาย	ควรคงไว้ซึ่งมาตรฐานและพัฒนาระบบให้ดียิ่งขึ้น
เป้าหมายตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการ	77.26	สูงกว่าเป้าหมาย	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง
หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์	100	ผ่านเกณฑ์ทุก	ควรพัฒนาระบบการให้บริการให้ทันสมัย

		แห่ง	และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
กลุ่มเป้าหมาย (ผู้สูงอายุ, ผู้พิการ, Palliative care, พัฒนาการเด็ก)			วิเคราะห์ผลการประเมินในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อหาจุดแข็ง จุดอ่อน และปรับปรุงการให้บริการ

2. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการ สุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่น และภาวะสุขภาพของประชาชน พบว่า ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่น หลังการพัฒนา มีระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่าย ท้องถิ่นสูงกว่า ก่อนพัฒนา ร้อยละ 88.4 โดยการเป็นจิตอาสา ร้อยละ 96.5 การสนับสนุนการถ่ายทอดภูมิปัญญาความรู้ ร้อยละ 94.3 มีการประชุมระดมสมอง ร้อยละ 93.6 และ มีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 92.4 ตามลำดับ ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.4 (mean=18.75, SD=4.25)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะ สุขภาพของประชาชนกับความสามารถในกิจวัตรประจำวัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 เรียงตามลำดับ โอกาสต่อการมีศักยภาพมากไปน้อย ได้แก่ (1) ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าการอยู่ลำพังคนเดียวมีโอกาสต่อการมีศักยภาพกิจวัตรประจำวันเป็น 3.225 เท่าของประชาชนที่อาศัยในลักษณะอื่นๆ (AOR=3.225 ;95%CI: 1.234-7.988; P=0.016) (2) ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาลมีโอกาสต่อการมีศักยภาพกิจวัตรประจำวันเป็น 2.444 เท่า (AOR= 2.444;95%CI: 1.806-3.937; P<0.001) 3) เพศ พบว่า เพศชายมีโอกาสต่อการมีศักยภาพกิจวัตรประจำวันเป็น 0.460 เท่า (AOR=0.460;95%CI: 0.316-0.670; P<0.001) (4) อายุมีโอกาสต่อการมีศักยภาพกิจวัตรประจำวันเป็น 0.452 เท่า (AOR= 0.452;95%CI: 0.259-0.788; P=0.005) (5) น้ำตาลในเลือดมี โอกาสต่อการมีศักยภาพกิจวัตรประจำวัน เป็น 0.423 เท่า (AOR=0.423;95%CI: 0.195-0.921; P=0.030) และ (6) รายได้ มีโอกาสต่อการมีศักยภาพกิจวัตรประจำวันเป็น 0.397 เท่า (AOR=0.397;95%CI: 0.244-0.645; P<0.001) สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชน ได้แก่ อาชีพ BMI และความดันโลหิต

อภิปรายผลการวิจัย

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ และผลผลิตด้านคุณภาพบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดพังงา พบว่า การศึกษาการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิตอบสนองต่อสุขภาพประชาชน แม้จะพบ จุดอ่อนด้านภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนในบทบาท การ

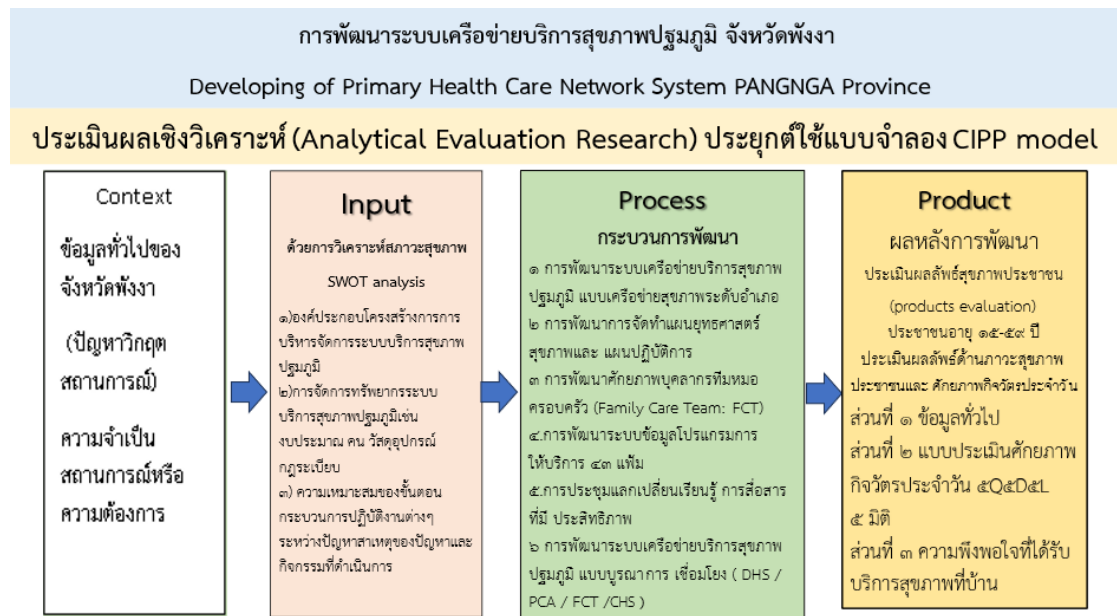


วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายยังไม่ชัดเจน การตีความหมาย ความเข้าใจถึงคุณค่า (appreciation) ยังไม่ตรงประเด็น ภาวคิที่ไม่ใช่สาธารณสุข แบ่งปันทรัพยากรเฉพาะงบประมาณ ขาดการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทุกภาคีเครือข่าย และภาวะคุกคามด้านโครงสร้างประชากรและสังคมที่เปลี่ยนแปลง มีผู้สูงอายุผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและผู้ป่วยเรื้อรังสุขภาพเสื่อมโทรมลง ซึ่งการขับเคลื่อน กระบวนการพัฒนาเป็นตามนโยบายภาครัฐของคณะรัฐมนตรี ได้มุ่งเน้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจรสำหรับ ประชาชนทุกคนโดยเล็งเห็นถึงความแตกต่างของบริบทพื้นที่ชุมชน จำเป็นต้องมีการวางแผนขับเคลื่อนที่มีลักษณะจำเพาะ ในแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบบริบทที่แตกต่างกันไป สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ นิคมรักษ์ และพัชรารักษ์ เจนใจวิทย์ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการการดูแล ต่อเนื่องสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขต พื้นที่โรงพยาบาลชุมชนที่พบว่ามีการกระบวนการพัฒนา แนวทางการดูแลต่อเนื่องระยะฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเครื่องมือการส่งต่อกระบวนการวางแผนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (วันเพ็ญ นิคมรักษ์ และพัชรารักษ์ เจนใจวิทย์, 2558)

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการ สุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่น และภาวะสุขภาพของประชาชน ผลการศึกษานี้ พบหลังการพัฒนามีคุณภาพการให้บริการส่วนใหญ่มีข้อมูลประชากรผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ให้บริการตามปัญหาพยาธิสภาพของโรคแบ่งกลุ่มเยี่ยมตามระดับความสามารถของประชาชนสนับสนุนการเข้าร่วม กิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ตามลำดับ หลังการพัฒนามีระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่นสูงกว่าก่อนพัฒนา ซึ่งหลังกระบวนการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิครั้งนี้จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) ของระบบใน 4 ด้าน คือ สุขภาพดีขึ้น (improve health) ตอบสนองความต้องการ (responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงินหรือไม่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (social and risk protection) และเพิ่มประสิทธิภาพ (improved efficiency) สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา ขวตทองและคณะ ศึกษาความสามารถในการมีส่วนร่วมในชุมชนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าการพัฒนาความสามารถในการเดิน ทีมหมอครอบครัวและนักกายภาพบำบัดยังต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถด้านการเดินเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของรักษวร ใจสะอาด และทิพาพร กาญจนราช ที่ศึกษาความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิพบกิจกรรมที่ควรปฏิบัติในชุมชน คือ การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาการเลือกวิธีการแก้ไข้ปัญหา การประเมินผลการ แก้ไขปัญหาการดำเนินการตามกฎหมาย และการสร้างและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังปัญหาและด้านการดูแลสุขภาพชุมชน (รักษวร ใจสะอาด และทิพาพร กาญจนราช, 2557)

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะ สุขภาพของ ประชาชนกับความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาครั้งนี้พบศักยภาพกิจวัตรประจำวันของ ประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปกติมากที่สุดถึงร้อยละ 86.4 โดยรวมผู้ป่วยไม่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ได้แก่ ลักษณะ การอยู่อาศัย ระยะทางจากบ้านไป สถานพยาบาลเพศอายุ น้ำตาลในเลือด และรายได้ตามลำดับ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของสินีลักษณ์ จิรสัตย์สุนทร ทำการวิจัยเรื่องการดูแลสุขภาพโดยทีมหมอ ครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบความต้องการให้ทีมหมอบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประชาชน มีภาวะสุขภาพ ดีวก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาที่พบ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยเพศชายมีการฟื้นฟูสภาพทางกล้ามเนื้อดีกว่าเพศหญิง แต่ เพศหญิงมีพฤติกรรมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีกว่าเพศชายอายุ ที่เพิ่มขึ้นเป็นข้อจำกัดในการฟื้นฟู ตัวของระบบประสาทเนื่องจากการงอกของเซลล์ประสาทที่ดีเพื่อทดแทนส่วนที่บาดเจ็บ ลดน้อยลง ผู้ มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคมากขึ้น ด้านรายได้พบความ พร้อมทางการเงินทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลต่อการจะถูกครอบครัวทอดทิ้งและมีพฤติกรรม การปรับตัวที่เหมาะสมมากขึ้น (สินีลักษณ์ จิรสัตย์สุนทร, 2559)

องค์ความรู้ใหม่



แผนภาพที่ 1 การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดพังงา



บทสรุป

ผลการศึกษาการพัฒนากระบวนการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตอบสนองต่อสุขภาพประชาชน แม้จะพบ จุดอ่อนด้านภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนในบทบาท การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายยังไม่ชัดเจน การตีความหมายความ เข้าใจถึงคุณค่า ยังไม่ตรงประเด็น ภาคีที่ไม่ใช่สาธารณสุข แบ่งปันทรัพยากรเฉพาะงบประมาณ ขาดการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทุกภาคีเครือข่าย และภาวะคุกคามด้านโครงสร้างประชากรและสังคมที่เปลี่ยนแปลง มีผู้สูงอายุผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากและผู้ป่วยเรื้อรังสุขภาพเสื่อมโทรมลง ซึ่งการขับเคลื่อน กระบวนการพัฒนาเป็นตามนโยบายภาครัฐของคณะรัฐมนตรี ได้มุ่งเน้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจรสำหรับ ประชาชนทุกคนโดยเล็งเห็นถึงความแตกต่างของบริบทพื้นที่ชุมชน จำเป็นต้องมีการวางแผนขับเคลื่อนที่มีลักษณะจำเพาะ ในแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบบริบทที่แตกต่างกันไป หลังการพัฒนามีคุณภาพการให้บริการส่วนใหญ่มีข้อมูลประชากรผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ให้บริการตามปัญหาพยาธิสภาพของโรคแบ่งกลุ่มเยี่ยมตามระดับความสามารถของประชาชนสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ตามลำดับ และศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปกติมากที่สุดถึงร้อยละ 86.4 โดยรวมผู้ป่วยไม่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการพัฒนาและดำเนินงานตามนโยบาย

1.1 ผู้บริหารทุกระดับมีความชัดเจนในการกำหนดมาตรการต่างๆ ให้ความสำคัญ และช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานในแต่ละจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข

1.2 สำนักงานสาธารณสุขระดับจังหวัดสนับสนุนและติดตามเป็นพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง

1.3 กำหนดให้มีความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งด้านบุคลากร (man) ด้านบริหารจัดการ (management) เงิน (money) และ ด้านวัสดุอุปกรณ์ (material) อย่างเพียงพอโดยมีการสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน โดย ต้องมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (family medicine) ดูแลบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และเกิดความยั่งยืน ดังนั้นต้องมีนโยบายมุ่งผลิตแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเพิ่มขึ้น หรือจัดอบรมแพทย์ด้วยหลักสูตรเวชปฏิบัติครอบครัว และส่งเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกรณีพิเศษ เช่น ค่าตอบแทนความก้าวหน้าในอาชีพเพื่อให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยใน สถานบริการปฐมภูมิ

1.4 จัดให้มีระบบข้อมูลและการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ควรให้การสนับสนุนการอบรมความรู้เกี่ยวกับการใช้ซอฟต์แวร์ (software) และฮาร์ดแวร์ (hardware) ต่างๆ ให้แก่บุคลากรเพื่อให้มีความรู้พื้นฐานสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงควรจัดอบรมด้านระบบข้อมูล

สารสนเทศให้ทุกกลุ่ม คือ ผู้บริหารและบุคลากรที่ใช้งานด้วย เพื่อให้เข้าใจการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

1.5 ควรสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาค ส่วนในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

2.1 ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และทีมหมอครอบครัวในพื้นที่สามารถนำข้อค้นพบไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่ เพื่อตอบสนองกลุ่มเป้าหมาย

2.2 พื้นที่อื่นๆ สามารถเรียนรู้ข้อค้นพบจากผลการวิจัย และนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานตามนโยบายระบบ บริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างยั่งยืน ต่อไป

2.3 สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ วิชาการเวชภัณฑ์และยาแก่ง่ายงานบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว

2.4 ควรมีการสนับสนุนทีมบริการสุขภาพปฐมภูมิเครือข่ายท้องถิ่นและทีมหมอครอบครัว ให้มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องทุกระดับ

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีระบบการจัดการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนงบประมาณ การวิเคราะห์ วิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ นำมาแก้ปัญหาด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแบบบูรณาการครบวงจร

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ การบริการให้การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นตัวชี้วัด สำคัญในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้เกิดการบริการที่มี คุณภาพต่อเนื่องในบริการระดับปฐมภูมิ

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ.

รักษาร ใจสะอาด และทิพาพร กาญจนราช. (2557). รายงานการศึกษาความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเภสัชกร. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 10(1): 69-79.

วันเพ็ญ นิคมรักษ์ และพัชรารณณ์ เจนใจวิทย์. (2558). รายงานการศึกษาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(1): 108-120.



สำนักเลขาธิการสภา. (2560). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. กรุงเทพฯ: สำนักเลขาธิการสภา.

สินีลักษณ์ จิรสัตย์สุนทร. (2559). รายงานการวิจัยการดูแลสุขภาพโดยทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลสุขภาพตำบล. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการเขต 12, 27(1): 69-75.

