

## การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี

### Developing of Primary Health Care Network System Udon Thani Province

ปราณี พระโรจน์<sup>1</sup>

Pranee Phraroj<sup>1</sup>

(Received: January 8,2020; Accepted: February 16,2020)

#### บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในจังหวัดอุดรธานี โดยการประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Analytical Evaluation Research) ประยุกต์ใช้แบบจำลอง CIPP model เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามบุคลากร แบบสอบถามเครือข่ายท้องถิ่น และแบบสอบถามสุขภาพประชาชน ( $\alpha=0.86$ ) ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2561 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 250 คน เครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 377 คน กลุ่มประชาชนอายุ 15-59 ปี จำนวน 362 คน โดยใช้สถิติ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (means) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (multinomial Logistic regression) แสดงค่า adjusted odds ratio (AOR) และ 95% confidence interval ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $<0.05$  ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า (1) บริบทและปัจจัยนำเข้า เกณฑ์ชี้วัดของอำเภอที่มี District Health System (DHS) เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับเครือข่ายท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2561 จังหวัดอุดรธานี ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95.0 ซึ่งสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 8 เป้าหมายตำบลผ่านเกณฑ์อำเภอและตำบลจัดการสุขภาพ บูรณาการติดตาม จังหวัดอุดรธานี ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 67.26 (2) กระบวนการพัฒนา การขับเคลื่อน ได้แก่ บริการที่ไร้รอยต่อ, คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ, การเพิ่มประสิทธิภาพ, ทีมหมอครอบครัว, ผู้จัดการโครงการ, การบริหารจัดการสุขภาพอำเภอ (District health system: DHS), การประเมินแบบเสริมพลัง และขยายผลไปใช้จังหวัดอื่น (3) การประเมินผลผลิต คุณภาพการให้บริการปฐมภูมิของบุคลากร หลังการพัฒนามีคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิดีกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่า ส่วนใหญ่มีข้อมูลประชากรผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 98.6 ให้การดูแลช่วยเหลือตามปัญหาพยาธิสภาพของโรค ร้อยละ 98.4 แบ่งกลุ่มเยี่ยมตามระดับความสามารถของผู้ป่วยและสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วย ร้อยละ 97.5 ตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา ร้อยละ 87.2 ศักยภาพกิจกรรมประจำวันของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 84.2 (mean 36.65, SD=1.43) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพกิจกรรมประจำวันของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ได้แก่ การอยู่ลำพังคนเดียว (AOR 3.13; 95%CI: 1.23-7.98), ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล (AOR 2.66; 95%CI: 1.80-3.93), เพศ (AOR 0.46; 95%CI: 0.31-0.67), อายุ (AOR 0.45; 95%CI: 0.259-0.78), น้ำตาลในเลือด (AOR 0.42; 95%CI: 0.19-0.92) และรายได้ (AOR 0.39; 95%CI: 0.24-0.64) ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อาชีพ BMI และความดันโลหิต

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, บริการสุขภาพปฐมภูมิ, เครือข่ายบริการสุขภาพ

#### ABSTRACT

This research aims: to study the developing of primary health care network system Udon Thani province. This analytical evaluation research applied from CIPP model, used tools include questionnaires of health personnel, the local network and people health ( $\alpha=0.86$ ), data collected during January - September 2018. The sample to study were include 250 of health personnel, 377 of local network and 362 of people age 15-59 years old. Descriptive statistics: percentages, means, standard deviation, inferential statistics: the multinomial Logistic regression, show that adjusted odds ratio (AOR), 95% confidence interval, statistical significance less than 0.05 and content analysis.

Results: indicated that (1) context - input evaluation: district criteria with District Health System (DHS) linking the primary care system to the local area network on fiscal year 2018, Udon Thani province passed the criteria of 95.0%, which is the highest in the 8th health area. The target of the sub-district was to pass the district and sub-district integrated health management stars Udon Thani province passed the criteria of 67.26%, (2) Process evaluation to work driving include Seamless care, Health system of primary care committee, Improved efficiency, Family care team, Project manager, DHS, Appreciation inquiry and Expands development to other provinces. (3) Product evaluation: after development, most of dependency patient information 98.6%, provided by the pathology problem 98.4%, group visits were based on the patient's ability level and support for attendance to dependency patient 97.5%, respectively. After this development level of

<sup>1</sup>พ.ย.บ., MSc. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โทร 095 6697397; E-mail: pphraro@gmail.com

participation of the local network higher than before development 87.2%. Overall of people potential daily routines were normal 84.2% (mean36.65, SD=1.43). Factors associated to people potential daily routines with statistical significance less than 0.05 were as follows stay alone (AOR 3.13; 95%CI: 1.23-7.98), home to hospital distance (AOR 2.66; 95%CI: 1.80-3.93), gender (AOR 0.46; 95%CI: 0.31-0.67), age (AOR 0.45; 95%CI: 0.25-0.78), blood sugar (AOR 0.42; 95%CI: 0.19-0.92) and income (AOR 0.39; 95%CI: 0.24-0.64), factors no associated to people were as follows occupation, BMI and blood pressure.

**Keyword: Developing System, Primary Health Care, Health Care Network**

## บทนำ

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชน จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตประชากร สิ่งแวดล้อม มลพิษ ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันและปัจจัยอื่น ๆ ส่งผลต่อสุขภาพแทบทั้งสิ้น การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary health care: PHC) จึงมีความสำคัญที่จำเป็นต้องมีการให้บริการแบบผสมผสานองค์รวมต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาคุณภาพสุขภาพ บริการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้าน ครอบครัว และชุมชน ให้เชื่อมโยงบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ถึงระดับตติยภูมิอย่างเป็นระบบ<sup>(1)</sup> ประเทศไทยยังมีช่องว่างในระบบการคุ้มครองทางสังคมในทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นเรื่องบริการสุขภาพ ซึ่งมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ใช้คุ้มครองทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างครอบคลุมทุกกลุ่ม<sup>(2)</sup>

ถึงแม้ว่าจะมีสิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพ ในการคัดกรองโรคทุกกลุ่มวัย แต่ประชาชนไทยจำนวนมากยังไม่ทราบว่าตัวเองเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งผู้ที่ทราบว่าตัวเองมีโรคประจำตัวเหล่านี้ ก็ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคนั้นได้ ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงการขาดการตระหนักรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชน ร่วมกับข้อจำกัดในการจัดการโรคเรื้อรังภายใต้ระบบบริการในรูปแบบปัจจุบันซึ่งมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงและการควบคุมโรคในระดับจำกัด ทั้งที่มีการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิมาแล้วมากกว่าสิบปี โดยมีอำเภอที่อยู่ในโครงการ เช่น ระบบสุขภาพอำเภอ (District health system: DHS) โครงการเพิ่มพูนประสบการณ์เวชปฏิบัติครอบครัว และตำบลพึ่งตนเอง เป็นต้น รวมทั้งได้มีการปรับรูปแบบบริการสุขภาพมาเป็นเขตสุขภาพในปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดเรื่องระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้ส่งผลให้

ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ปัจจุบันเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ได้สร้างรูปธรรมการดำเนินงานในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ หลังจากได้มีการพัฒนาความสามารถบุคลากร โดยการสนับสนุนบุคลากรที่มรสสาขาวิชาชีพ และทีมแพทย์ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด เกษษกร มีการกำหนดให้ออกหน่วยให้บริการในระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น แต่ยังเป็นได้เพียงออกปฏิบัติงานในบางเวลา อาจมีการออกปฏิบัติงานเป็นประจำในบางส่วนของ “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT)” เพื่อดูแลประชากรอย่างต่อเนื่อง ถือได้ว่าเป็นนโยบายที่สำคัญและเป็นผลดีต่อขุดการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ<sup>(3)</sup>

จังหวัดอุดรธานี ได้ถือปฏิบัติเป็นแนวทางหนึ่งในการพิจารณาเลือกใช้วิธีการให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิด้วยทีมหมอครอบครัว ตามบริบทของพื้นที่และบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด มีกระบวนการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องแบบบูรณาการ ในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit: PCU) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จนกระทั่งมีนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ในปี 2560 จึงได้รับนโยบายดังกล่าว จัดโครงสร้างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่ ที่มีทั้งการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ เพิ่มความสามารถบุคลากรด้านแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว จัดพื้นที่ให้เหมาะสมในการทำงานตามสัดส่วนของทีมหมอครอบครัว มีการวางแผนการจัดทีมหมอครอบครัว และการคาดการณ์ไปข้างหน้าในระยะยาว จัดทีมเป็น cluster ครอบคลุมพื้นที่อำเภอและ รพ.สต. เครือข่ายตามสัดส่วนประชากร

ในปีงบประมาณ 2560 จังหวัดอุดรธานี ได้มีการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเข้มข้น ได้แก่ พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ พัฒนาความสามารถ

บุคลากรทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้กำหนดแนวทางให้มีการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพและติดตามประเมินรับรองคุณภาพ รพ.สต. และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยทีมประเมินระดับเขต การวิจัย การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และประเมินผลภาพรวมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ให้เกิดการบริหารจัดการ ที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพ อันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและใช้ขยายผลการปฏิบัติที่ดีนำไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและผลผลิตด้านคุณภาพบริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่น และภาวะสุขภาพของประชาชน
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะสุขภาพของประชาชนกับความสามารถในกิจวัตรประจำวัน

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Analytical Evaluation Research) ประยุกต์ใช้แบบจำลอง CIPP model<sup>(4)</sup> ศึกษาประชากรที่ศึกษาในจังหวัดอุดรธานี ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2561

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข เจาะจงศึกษาหัวหน้าหรือผู้อำนวยการและผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 250 คน 2) กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น คือ

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทั้งจังหวัดมีจำนวน 180 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งจังหวัดมีจำนวน 28,253 คน รวมทั้งสิ้น 28,433 คน 3) กลุ่มประชาชนอายุ 15-59 ปี ผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 ทั้งหมดจำนวน 985,742 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร<sup>(5)</sup> ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) เหตุผลที่ใช้การสุ่มตัวอย่างวิธีนี้ เนื่องจากเป็นวิธีการที่ใช้ในกรณีที่ประชากรที่สนใจศึกษามีความแตกต่างกันมาก มีวิธีการสุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 250 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เลือกศึกษาหัวหน้าหรือผู้อำนวยการและผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เริ่มจากสถานบริการในเขตเมืองก่อน จากนั้นจึงไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างต่างอำเภอ จนครบขนาดตัวอย่าง
2. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 377 คน เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เลือกศึกษานายกหรือรองนายก อปท. หรือสมาชิกสภา และ อสม. เริ่มจากหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ใกล้สถานบริการในเขตเมืองก่อนจากนั้นจึงไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างต่างอำเภอถัดไป จนครบขนาดตัวอย่าง
3. กลุ่มตัวอย่างประชาชน ผู้มีอายุ 15-59 ปี จำนวน 362 คน สำหรับประเมินภาวะสุขภาพ โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากนั้นจึงจำแนกรายจังหวัด เลือกทำการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต เริ่มจากหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ใกล้สถานบริการในเขตเมืองก่อนจากนั้นจึงไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างต่างอำเภอ จนครบขนาดตัวอย่าง

3. กลุ่มตัวอย่างประชาชน ผู้มีอายุ 15-59 ปี จำนวน 362 คน สำหรับประเมินภาวะสุขภาพ โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากนั้นจึงจำแนกรายจังหวัด เลือกทำการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต เริ่มจากหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ใกล้สถานบริการในเขตเมืองก่อนจากนั้นจึงไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างต่างอำเภอ จนครบขนาดตัวอย่าง

### ขั้นตอนการศึกษา

การศึกษาการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ โดยประยุกต์ใช้การประเมินผลรูปแบบ CIPP model evaluation (context, input, process, product)<sup>(4)</sup> มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยนำเข้า (context- Input) ประกอบด้วยวิเคราะห์บริบทข้อมูลทั่วไปของจังหวัดอุดรธานี (ปัญหาวิกฤต สถานการณ์) ความจำเป็น สถานการณ์หรือความต้องการขณะนั้นและอนาคต และวิเคราะห์ตัวชี้วัดสุขภาพสำคัญรวมทั้งภาวะสุขภาพประชาชน โดยใช้ SWOT analysis ประเด็นการวิเคราะห์ ได้แก่ 1) องค์ประกอบโครงสร้างการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดอุดรธานี 2) การจัดการทรัพยากรระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น งบประมาณ คน วัสดุอุปกรณ์ ภาระเบี่ยง 3) ความเหมาะสมของขั้นตอนกระบวนการปฏิบัติงานต่างๆ ระหว่างปัญหาสาเหตุของปัญหา และกิจกรรมที่ดำเนินการ

2. กระบวนการพัฒนา (process improvement)

2.1 การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

2.2 พัฒนาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพและแผนปฏิบัติการ

2.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT)

2.4 พัฒนาระบบข้อมูลโปรแกรมการให้บริการ 43 เพิ่ม

2.5 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยมีผู้บริหารที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Changes management leadership) นำองค์กรสู่ความสำเร็จเป็นองค์กรที่มีคุณภาพสูง (High performance organization)

2.6 การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ มีความเชื่อมโยง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิระดับอำเภอ (DHS: District Health System) เป็นระบบงานและการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ

2) การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCA: Primary Care Award) เป็นหลักการและกรอบการพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

3) การพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว (FCT: Family care Team) เป็นทีมบุคลากร สหวิชาชีพในระดับอำเภอและตำบล ร่วมกับทีมอาสาในชุมชน ที่มีบทบาทให้บริการ และดำเนินงาน ในการพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพดี และมีมีความสุข

4) การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพชุมชน (CHS: Community Health System) ซึ่งเป็นระบบเชื่อมองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันของระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายท้องถิ่น ทำให้ประชาชนสุขภาพดีและมีความสุข โดยชุมชนเป็นเจ้าของ จัดการตนเองได้ร่วมกับหน่วยงานในท้องถิ่น

3. การประเมินผลหลังการพัฒนาแบบ CIPP Model  
ขั้นที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ บริบทและปัจจัยนำเข้าในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (context-input)

ขั้นที่ 2 ศึกษากลไกการบริหารจัดการและกระบวนการนำแผนบริการสุขภาพปฐมภูมิไปปฏิบัติ (process)

ขั้นที่ 3 การประเมินผลลัพธ์สุขภาพประชาชน (products evaluation)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบประเมินระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ที่เป็นหัวหน้าหรือผู้อำนวยการ และผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำหรับประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้าและกลไกกระบวนการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกผลการวิเคราะห์ SWOT analysis แบบบันทึกผลการวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน-โอกาส และปัจจัยคุกคามต่อการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่บ้าน จำนวน 5 ข้อ พิจารณาเปรียบเทียบระบบบริการเดิม (ปี 2559) กับระบบที่พัฒนาแบบบูรณาการ (ปี 2560) รวม 50 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ( $\alpha=0.89$ ) จำนวน 8 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น ในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามปลายเปิด ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การสนับสนุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล 3) กิจกรรม

ของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง 4) การสนับสนุน การถ่ายทอดภูมิปัญญา ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ 5) การสนับสนุนและเป็นจิตอาสา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการประเมินการมีส่วนร่วม ดำเนินงานบริการสุขภาพประชาชน

1. ระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 11 ข้อ การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง แบบเดิม (ปี 2560) หรือเมื่อปีก่อนที่จะมีระบบที่พัฒนาขึ้น ใน 1 ปีที่ผ่านมา (ปี 2561) ได้แก่ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพประชาชน การประชุมระดมสมองในการกำหนดแผนงาน/แผนพัฒนา การสนับสนุนของกองทุนประกันสุขภาพตำบล การส่งเสริมอาชีพ การถ่ายทอดภูมิปัญญา และข้อเสนอแนะ

2. ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานดูแลสุขภาพประชาชน จำนวน 5 ข้อ คะแนนการตอบ 25 คะแนน เป็น rating scale 5 ระดับ

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพประชาชน เป็นแบบสอบถามสำหรับประชาชนอายุ 15-59 ปี เป็นผลผลิต (Product) เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพประชาชนและศักยภาพกิจวัตรประจำวัน จำนวน 39 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ลักษณะการอยู่อาศัย รายได้อาชีพ น้ำหนักส่วนสูง ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล วิธีการประเมินค่าดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) ซึ่งการวิจัยนี้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินศักยภาพกิจวัตรประจำวัน 5Q5D5L (alpha=0.86) จำนวน 25 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดศักยภาพกิจวัตรประจำวันด้านสุขภาพประชาชนทั่วไป ผู้ตอบสามารถตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 1 นาที ฉบับภาษาไทย ประยุกต์จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต European Quality of Life-5 Dimensions-5 Levels (EQ-5D-5L) questionnaire (วิชช์เกษมทรัพย์ และคณะ, 2551) ประกอบด้วย 5 มิติๆ ละ 5 คำถาม ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตร ความเจ็บปวด/ความไม่สบายและความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า แต่ละมิติหรือแต่ละคำถามจะมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจที่ได้รับบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ คะแนนการตอบ 25 คะแนน เป็น rating scale 5 ระดับ ดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) นำมาความเที่ยง Reliability โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่าแบบประเมินความพึงพอใจ alpha=0.89 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่าย alpha=0.87 แบบสอบถามศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชน EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย (วิชช์เกษมทรัพย์ และคณะ, 2551) การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ alpha=0.86 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่าง 0.48-0.60

### การวิเคราะห์และสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เป็นการอธิบายลักษณะของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้สถิติ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุแบบลอจิสติก (multinomial Logistic regression) Adjusted Odds ratio (AOR) และ 95%CI

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พิจารณาความเชื่อมโยงสอดคล้องของกระบวนการพัฒนาและผลลัพธ์ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

### การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิจารณาเก็บข้อมูลภายใต้ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ดังนี้

1. ชี้แจงอธิบายข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม นำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ทางการวิชาการเท่านั้น

2. มีการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการ

อธิบายจากผู้วิจัยและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้ซักถาม เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความเข้าใจ

3. ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมที่จะเข้าร่วมในการทำวิจัย หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูล

### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และบริบท (Context evaluation) จากเกณฑ์ชี้วัดของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ครอบคลุมบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ Palliative care และพัฒนาการเด็ก พบว่าปีงบประมาณ 2561 ภาพรวมจังหวัดอุดรธานีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95.0 ซึ่งสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 8 เป้าหมายตำบลผ่านเกณฑ์อำเภอและตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดตาม ร้อยละ 55 ในปีงบประมาณ 2561 ภาพรวมในจังหวัดอุดรธานี ผ่านเกณฑ์อำเภอและตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดตาม ร้อยละ 67.26 ในปีงบประมาณ 2561 คือ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับ 5 ดาว อย่างน้อย ร้อยละ 10 ผลงานภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8 ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 47.2 ซึ่งมากที่สุดของเขตสุขภาพในประเทศไทย (ภาพรวมระดับประเทศ ร้อยละ 17.5)

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) จากการวิเคราะห์ SWOT analysis จังหวัดอุดรธานี ทำการวิเคราะห์ระบบบริการปฐมภูมิและระบบบริการสุขภาพ สรุปได้ว่าจุดอ่อนด้านภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนในบทบาท DHS การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายยังไม่ชัดเจน การตีความหมายความเข้าใจถึงคุณค่า (appreciation) ยังไม่ตรงประเด็น ภาวการณ์ไม่ใช้สาธารณสุข แบ่งปันทรัพยากรเฉพาะงบประมาณ ขาดการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทุกภาคีเครือข่าย และภาวะคุกคาม ด้านโครงสร้างประชากรและสังคมที่เปลี่ยนแปลง มีผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยเรื้อรังสุขภาพเสื่อมโทรมลง ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย ปัญหาการได้ยิน ด้านการมองเห็น ด้านการเรียนรู้และด้านจิตใจ ภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่สูงอายุ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะเป็นปัญหาที่ยิ่งใหญ่ต่อไปสำหรับประเทศไทยในอนาคต ด้านภาระทางสังคม ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังที่ช่วยเหลือ

ตนเองไม่ได้จะมีจำนวนมากขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งการดูแลภายในครอบครัว (family care) และการดูแลในสถานบริการ (institutional care) ผลการวิเคราะห์จุดแข็ง (Strengths) และโอกาสในการพัฒนา (Opportunities) มีการปฏิบัติตาม UCCARE และ 7 Blocks หรือ 6BBs plus กำหนดเป็นมาตรการในการปฏิบัติงานในพื้นที่ทุกจังหวัดอย่างเข้มแข็ง โดยจังหวัดอุดรธานี ได้นำผลการวิเคราะห์ SWOT analysis มาใช้เป็นกรอบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการวางแผนดำเนินการ

3. กระบวนการพัฒนา (Process evaluation) โดยการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) จังหวัดอุดรธานี โดยใช้หลักการ 8 กลวิธี หรือผู้วิจัยเรียกว่า กลวิธี 8 เซียน ดังนี้

- 3.1 หลักการบริการที่ไร้รอยต่อ (seamless care)
- 3.2 หลักการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Health System of Primary Care committee)
- 3.3 หลักการเพิ่มประสิทธิภาพ (improved efficiency)
- 3.4 หลักการทีมหมอครอบครัว (family care team: FCT)
- 3.5 หลักการผู้จัดการโครงการ (Project manager)
- 3.6 หลักการบริหารจัดการระดับอำเภอ (District health system: DHS)
- 3.7 หลักการประเมินแบบเสริมพลัง (Appreciation Inquiry: AI)
- 3.8 หลักการขยายผลการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิไปต่างจังหวัด เขตและประเทศ (Expands development to other provinces, Health Regions and countries)

การขยายผลต้นแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิไปต่างจังหวัด ต่างเขตสุขภาพและระดับกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้คือ

1) การจัดทำตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความสำคัญร่วมกัน โดยมีนโยบายที่จะมอบของขวัญให้กับประชาชน และมีนโยบายให้ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติงาน (Performance Agreement: PA) ซึ่งสำนักงานจังหวัดอุดรธานี ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ถือเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวง ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวง แผน

บูรณาการ และแผนงาน โครงการสำคัญของกระทรวง โดยผู้บริหารทุกระดับทั้งส่วนกลางและภูมิภาค ร่วมลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559 ในวันศุกร์ที่ 27 พฤศจิกายน 2558

2) การวางรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอและตำบล (District Health Board: DHB) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับแผน 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข โดยจังหวัดอุดรธานี ร่วมประชุมการวางรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ กับกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ.2559 โดยกำหนดตัวชี้วัดอำเภอจัดการสุขภาพบูรณาการติดตาม และตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดตาม

3) บรรยายเรื่องนโยบาย Service Plan คู่มือการปฏิบัติจริงตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เช่น จังหวัดเชียงราย พิชญ์ โลก ราชนารี อุบลราชธานี และบรรยายเรื่องแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เช่น จังหวัดขอนแก่น นครพนม เลข ชุมพร และ อุบลราชธานี

#### 4. การประเมินผลผลิต (Product evaluation)

ผลการศึกษาคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิของบุคลากร หลังการพัฒนามีคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงดีกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่า ส่วนใหญ่มีข้อมูลประชากรผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 98.6 ให้การดูแลช่วยเหลือตามปัญหาพยาธิสภาพของโรค ร้อยละ 98.4 แบ่งกลุ่มเยี่ยมตามระดับความสามารถของผู้ป่วยและสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วย ร้อยละ 97.5 ตามลำดับ ความพึงพอใจของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.2 (mean=30.20, SD=40.92)

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่น หลังการพัฒนามีระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่นสูงกว่าก่อนพัฒนา ร้อยละ 87.2 โดยพบว่าการเป็นจิตอาสา ร้อยละ 95.3 การสนับสนุนการถ่ายทอดภูมิปัญญาความรู้ ร้อยละ 94.3 มีการประชุมระดมสมอง ร้อยละ 92.6 และมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 92.4 ตามลำดับ ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.7 (mean=18.75, SD=4.25)

ผลการศึกษาภาวะสุขภาพประชาชนอายุระหว่าง 15-59 ปี พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 66.9 อายุเฉลี่ย 51.11 ปี (mean=51.11, SD=1.04) อยู่ต่ำกว่ากับกลุ่มสมรส ร้อยละ 46.6 รายได้ช่วง 10,000-19,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 69.3 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 66.9 BMI (Mean23.11, SD=4.03) ปกติ ร้อยละ 50.4 ความดันโลหิตควบคุมได้ ร้อยละ 79.9 น้ำตาลในเลือดควบคุมได้ ร้อยละ 93.6 (เกณฑ์ไม่เกิน 70-130 mg/dl) และระยะทางจากบ้าน ไปสถานพยาบาล 10 กม.ขึ้นไป ร้อยละ 51.6 ด้านสุขภาพของประชาชนตามมิติกิจวัตรประจำวันทั่วไป พบว่า สักยภาพกิจวัตรประจำวันทั่วไปของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปกติมากที่สุด ร้อยละ 84.2 (Mean36.65, SD=1.43) ความสามารถในการเคลื่อนไหว (โดยพบว่กิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปกติด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 85.8 การดูแลร่างกายตนเองและความเจ็บปวด/ความไม่สบาย ร้อยละ 84.7 ความสามารถในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 83.4 ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า ร้อยละ 82.7 ตามลำดับ ความพึงพอใจของประชาชนต่อการได้รับบริการสุขภาพที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 82.3 (Mean20.28, SD=4.23)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 เรียงตามลำดับ โอกาสต่อการมีศักยภาพมากไปน้อย ได้แก่ (1) ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าการอยู่อาศัยคนเดียวมีโอกาสต่อการมีศักยภาพกิจวัตรประจำวันเป็น 3.139 เท่าของประชาชนที่อาศัยในลักษณะอื่นๆ (AOR=3.139;95%CI: 1.234-7.988; P=0.016), (2) ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล มีโอกาสต่อการมีศักยภาพกิจวัตรประจำวันเป็น 2.666 เท่า (AOR=2.666;95%CI: 1.806-3.937; P<0.001), (3) เพศ พบว่าเพศชายมีโอกาสต่อการมีศักยภาพกิจวัตรประจำวันเป็น 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) น้ำตาลในเลือด มีโอกาสต่อการมีศักยภาพกิจวัตรประจำวันเป็น 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

## สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาระบบการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมินี้ เป็นตอบสนองต่อสุขภาพประชาชน ถึงแม้จะพบจุดอ่อนด้านภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนในบทบาท DHS การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายยังไม่ชัดเจน การตีความความเข้าใจถึงคุณค่า (appreciation) ยังไม่ตรงประเด็น ภาคีที่ไม่ใช่สาธารณสุข แบ่งปันทรัพยากรเฉพาะงบประมาณ ขาดการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทุกภาคีเครือข่าย และภาวะคุกคาม ด้านโครงสร้างประชากรและสังคมที่เปลี่ยนแปลง มีผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยเรื้อรังสุขภาพเสื่อมโทรมลง ซึ่งการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเป็นตามนโยบายภาครัฐของคณะรัฐมนตรีได้มุ่งเน้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจรสำหรับประชาชนทุกคน โดยเล็งเห็นถึงความแตกต่างของบริบทพื้นที่ชุมชน จำเป็นต้องมีการวางแผนขับเคลื่อนที่มีลักษณะเฉพาะในแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบบริบทที่แตกต่างกันไปบางประเทศก็คล้ายคลึงกับประเทศไทย เช่น คิวบา มีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นระบบที่รัฐจัดบริการครอบคลุมประชากรทั้ง ประเทศโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย มีการจัดตั้ง health councils ขึ้นทุกระดับ เพื่อส่งเสริมการประสานงานภาคส่วนต่าง ๆ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเชิงประชากร บริบทความเป็นชุมชนและปัจจัยเชิงระบบ<sup>(6)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ นิกมรัักษ์, พัชรภรณ์ เจริญวิทย์ (2558)<sup>(7)</sup> ที่ศึกษาการพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่โรงพยาบาลชุมชน ที่พบว่ามีกระบวนการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องระยะฟื้นฟูสุขภาพและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เครื่องมือการส่งต่อ กระบวนการวางแผนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษารุ่นนี้พบหลังการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ส่วนใหญ่มีข้อมูลประชากรผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ให้บริการตามปัญหาพยาธิสภาพของโรค แบ่งกลุ่มติดตามระดับความสามารถของประชาชน สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ตามลำดับ หลังการ

พัฒนามีระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่นสูงกว่าก่อนพัฒนา ซึ่งหลังกระบวนการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิครั้งนี้ จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) ของระบบใน 4 ด้านคือ สุขภาพดีขึ้น (improve health) ตอบสนองความต้องการ (responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน หรือไม่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (social and risk protection) และเพิ่มประสิทธิภาพ (improved efficiency) สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา ชวดทองและคณะ (2557)<sup>(8)</sup> ศึกษาความสามารถในการมีส่วนร่วมในชุมชนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าการพัฒนาความสามารถในการเดิน ทิมหมอครอบครัวและนักกายภาพบำบัดยังต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถด้านการเดินเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชชวร ใจสะอาด และทิพาพร กาญจนราช (2557)<sup>(9)</sup> ที่ศึกษาความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบกิจกรรมที่ควรปฏิบัติในชุมชน คือ การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อวิเคราะห์ปัญหาการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา การประเมินผลการแก้ไขปัญหา การดำเนินการตามกฎหมาย และการสร้างและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังปัญหาและด้านการดูแลสุขภาพชุมชน

ผลการศึกษารุ่นนี้พบศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชน โดยรวมอยู่ในระดับปกติมากที่สุดถึงร้อยละ 84.2 โดยรวมผู้ป่วยไม่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล เพศ อายุ น้ำตาลในเลือด และ รายได้ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สินีลักษณ์ จิรสัตย์สุนทร (2559)<sup>(10)</sup> ทำการวิจัยการดูแลสุขภาพ โดยทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบความต้องการให้ทีมหมอครอบครัวมาดูแลสุขภาพที่บ้าน ประชาชน มีภาวะสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ การศึกษาที่พบปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย โดยเพศชายมีการฟื้นฟูสุขภาพทางกล้ามเนื้อดีกว่าเพศหญิง แต่เพศหญิงมีพฤติกรรมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีกว่าเพศชาย อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นข้อจำกัดในการฟื้นตัวของระบบประสาท เนื่องจากการงอกของเซลล์ประสาทที่ดีเพื่อทดแทนส่วนที่บาดเจ็บลด

น้อยลง ผู้มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคมากขึ้น ด้านรายได้พบความพร้อมทางการเงินทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลต่อการจะถูกครอบครัวทอดทิ้งและมีพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมมากขึ้น<sup>(11)</sup>

### ข้อเสนอแนะการพัฒนาและดำเนินงานตามนโยบาย

1. ผู้บริหารทุกระดับมีความชัดเจนในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ ให้มีความสำคัญ และช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานในแต่ละจังหวัด

2. ระดับจังหวัด สนับสนุนและติดตามเป็นที่เล็งอย่าง ต่อเนื่อง

3. กำหนดให้มีความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งด้านบุคลากร (man) ด้านบริหารจัดการ (management) เงิน (money) และด้านวัสดุอุปกรณ์ (material) อย่างเพียงพอ โดยมีการสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยอาจต้องมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (family medicine) ดูแลบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และเกิดความยั่งยืน ดังนั้นอาจถึงเวลาวางนโยบาย มุ่งผลิตแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเพิ่มขึ้นหรือจัดอบรมแพทย์ด้วยหลักสูตรเวชปฏิบัติครอบครัว และส่งเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกรณีพิเศษ เช่น ค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในอาชีพ เพื่อให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในสถานบริการปฐมภูมิ

4. จัดให้มีระบบ ข้อมูล และการจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ ควรให้การสนับสนุนการอบรมความรู้เกี่ยวกับการใช้ซอฟต์แวร์ (software) และฮาร์ดแวร์ (hardware) ต่าง ๆ ให้แก่ บุคลากรเพื่อให้มีความรู้พื้นฐานสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงควรจัดอบรมด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ ให้ทุกกลุ่ม คือผู้บริหาร และบุคลากรที่ใช้งานด้วย เพื่อให้เข้าใจการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

5. ควรสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปปฏิบัติ

1. เร่งรัดการจัด โครงสร้างที่บูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดเพื่อจัดทีมดูแลรับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับ

นโยบายคุณภาพการบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดให้มีทีมประจำรับผิดชอบงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มีขอบเขตรับผิดชอบทั้งงานการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (PCA และ DHS-PCA) งานพัฒนาบุคลากร และอาจรวมทั้งงานบริการสุขภาพภาคประชาชนเพื่อบูรณาการเนื้องานและวิธีการทำงานในการบริหารจัดการและสนับสนุนพื้นที่

2. กระตุ้นให้เกิดกลไกการบริหารเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอที่แท้จริง คือ กลไกที่สามารถวางแผน กลยุทธ์การทำงานเพื่อจัดระบบการบริการปฐมภูมิทุกระดับทำงาน เชื่อมโยง ดำเนินการร่วมกัน และผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลที่มีชุมชนเป็นฐาน

3. เร่งรัดการจัดการเพื่อสนับสนุนกำลังคน และกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานระบบการบริการปฐมภูมิจากระดับจังหวัด โดยให้ทบทุนสถานการณ์กำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิและพิจารณาเรื่องการจัดสรร หรือเกลี้ยกระจาย หรือเพิ่มบุคลากรตามแผนการพัฒนาทุกระดับบริการปฐมภูมิ โดยท้องถิ่นทำงานร่วมกับสถานบริการของรัฐ โดยเฉพาะในกลุ่มนักกายภาพบำบัดชุมชน นักจิตวิทยา รวมทั้งเภสัชกรเพื่อสามารถหนุนเสริมบทบาทการทำงานของ FCT ในตำบลและชุมชน

4. ส่งเสริมการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง การจัดเวทีการนำเสนอผลงานอย่างมีประสิทธิภาพเป็นประจำต่อเนื่อง สามารถเป็นทั้งส่วนหนึ่งของการติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาที่สร้างสรรค์ สร้างการเรียนรู้ต่อยอดการพัฒนา และสามารถสร้างขวัญและกำลังใจทั้งสำหรับทีมบริหารเครือข่ายสุขภาพอำเภอและทีมบริการปฐมภูมิในทุกระดับ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และทีมหมอครอบครัวในพื้นที่สามารถนำข้อค้นพบไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่ เพื่อตอบสนองกลุ่มเป้าหมาย

2. พื้นที่อื่น ๆ สามารถเรียนรู้ข้อค้นพบจากผลการวิจัย และนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานตามนโยบายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างยั่งยืนต่อไป

3. สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ วิชาการ เวชภัณฑ์และยาแก่  
หน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว

4. ควรมีการสนับสนุนทีมบริการสุขภาพปฐมภูมิ  
เครือข่ายท้องถิ่นและทีมหมอครอบครัว ให้มีการพัฒนา  
ศักยภาพอย่างต่อเนื่องทุกระดับ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีระบบการจัดการดำเนินงานเพื่อสนับสนุน  
งบประมาณ การวิเคราะห์ วิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ  
นำมาแก้ปัญหาด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแบบบูรณา  
การครบวงจร

2. ควรมีการศึกษาวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ  
การบริการให้การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นตัวชี้วัด  
สำคัญในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้เกิดการบริการที่มี  
คุณภาพต่อเนื่องในบริการระดับปฐมภูมิ

### เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Primary health care: identified five key elements to achieving that goal; 2008. [cited 2016 November 23] Available from URL:  
<http://www.who.int>.
2. Schmitt A, Gahr A, Hermanns N, Kulzer B, Huber J, Haak T. The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and  
evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. NCBI 2013; 13(11):138. [cited 2017  
November 1] from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
3. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สุภา เฟ่งพิศ, สมชาย วิริดิรัมย์กุล, นภาพร วาณิชชกุล, ดวงเนตร ชรรณกุล, สุภาพิชญ์ โพน โบรมันน์ และคณะ.  
รายงานวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2558: 1-7.
4. Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, (Eds.), Evaluation models (2nd Eds.); (Chapter 16). Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000: 1-  
16. [cited 2017 November 1] Available from URL: <http://www.wiley.com>.
5. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. Singapore: John Wiley & Sons; 1995.
6. ชีระ วรรณรัตน์, กัทรวิชัย วรรณรัตน์, ณัฐพล แยมฉิม, พิมชนก สิงหา, มณฑิชา เจนพานิชย์ทรัพย์, ปณัชชัญญา ผากานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อ  
การตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของประชากร ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและ  
ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง: กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559: 1-4.
7. วันเพ็ญ นิคมรักษ์, พัชราภรณ์ เชนใจวิทย์. รายงานการศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2558; 38(1): 108-120.
9. รักขเวร ใจสะอาด, ทิพาพร กาญจนราช. รายงานการศึกษาค้นคว้าความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเภสัชกร.  
วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557; 10(1): 69-79. [เข้าถึงเมื่อ 3 เมษายน 2561] จาก <http://www.thailand.digitaljournals.org>
10. สนิตลักษณ์ จิรศักดิ์สุนทร. รายงานการวิจัยการดูแลสุขภาพโดยทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลสุขภาพตำบล. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ  
ราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการเขต 12; 2559; 27(1): 69-75.
11. วัฒนีย์ ปานจินดา และพุทธวรรณ ชูเชิด. การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสมาคม  
สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย 2559; 5(2): 70-78.