

Received: 14 Jan 2021, Revised: 17 Mar 2021

Accepted: 26 Apr 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอบรรวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน
เพื่อเป็นคลินิกหมอบรรวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง
ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

ธนะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์^{1,*} สงครามชัย ลีทองดีสกุล² กฤษณ์ ขุนลิ³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอบรรวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอบรรวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอบรรวโดยคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอบรรว จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ของกลุ่มเป้าหมายในระยะก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% การดำเนินงานครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบเบื้องต้นในการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอบรรวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอบรรวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย โดยใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมของทีมคลินิกหมอบรรวทุกภาคส่วน ทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินการ การรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอบรรว คือ ทุกภาคส่วน ภาคการเมือง สนับสนุนกำลังคน งบประมาณโครงการ วัสดุครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภาควิชาการ สนับสนุน บุคลากรที่มีความรู้และศักยภาพ ภาคประชาชน เห็นความสำคัญ ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน รวมทั้งแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการพัฒนางานให้มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ การมีส่วนร่วมของชุมชน, คลินิกหมอบรรว

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

*Corresponding author: thanasit2017@gmail.com

Original Article

The Quality Management Model of Primary Care Cluster by Community Participation Mechanism for Primary Care Cluster Standard Non Sawang Health Promoting Hospital Si Songkhram Sub-District, Wang Saphung District, Loei Province.

Thanasit Rungsirarattaphong^{1,*},
Songkramchai Leethongdeesakul², Kris Khunluek³

Abstract

This is an action research. The objectives of the research were to study The Quality Management Model of Primary Care Cluster (PCC) by Community Participation Mechanism for Primary Care Cluster Standard at Non Sawang Health Promoting Hospital, Si Songkhram Sub-District, Wang Saphung District, Loei Province. The target group are those involved in Primary Care Cluster by order to appoint a Primary Care Cluster committee, a total of 50 people, collecting both quantitative and qualitative data. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation. Compared between before and after development of the model with Paired t-test statistic and content analysis. The results showed that operational satisfaction and participation in operations of target group between before development were significantly different from after development with statistically significant different at 95% confidence level. This action research can give the model of development of a Quality Management Model of Primary Care Cluster by Community Participation Mechanism for Primary Care Cluster Standard at Non Sawang Health Promoting Hospital Si Songkhram Sub-District Wang Saphung District, Loei Province - by using techniques with participation of Primary care cluster team in all sectors. Both participation in decision-making, actions, receiving benefits and participation in the evaluation in the process of operational research. The success factors of developing management model for quality of primary care cluster were all sectors. The political sector supports manpower, project budget materials and medical equipment. Academic sector supports knowledge and potential personnel. The public sector realizes the importance to cooperate in carrying out activities in every step Including sharing opinions and suggestions for further development of quality work.

Keyword: Community participation, Primary Care Cluster

¹Master of Public Health Student, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

²Association Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³Assistant Professor, Faculty of Science and Health Technology, Kalasin University

Corresponding author: thanasit2017@gmail.com

บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียม ช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ประเทศไทยมีนโยบายและแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องกว่า 10 ปี ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ยังมีข้อจำกัดและพัฒนาไปได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากสภาพของบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่พอเพียง และการลงทุนพัฒนาหน่วยปฐมภูมิยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ อีกทั้งองค์ความรู้เพื่อการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมียังมีจำกัด จึงควรมีการเร่งรัดจัดระบบเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาในส่วนที่เกี่ยวข้องต่างๆ ให้มีความสอดคล้อง ร่วมมือกันอย่างมีพลังทั้งในส่วนที่เป็นการบริหารจัดการด้วยกลไกทำงานต่อเนื่องและมีบุคลากรที่สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายโดยการจัดทำให้มีแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อรองรับการดำเนินงานในระยะยาว ถือว่าเป็นกลไกหนึ่งในการจัดการให้เกิดการประสานการทำงานกับส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างมีทิศทางและเป้าหมายร่วมกัน เพื่อทำให้การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จึงมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในภาพรวมของประเทศ ที่ครอบคลุมทั้งส่วนที่อยู่ในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข และส่วนงานอื่นที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขก็ได้พัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งการปรับเปลี่ยนสถานีนอามัยให้เป็น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีการกำหนดพื้นที่และจำนวนประชาชนที่ต้องดูแลที่ชัดเจน กำหนดหน้าที่ในการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกมิติตั้งแต่การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ ภายหลังการเจ็บป่วยและการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างครอบคลุม ครอบคลุม และมีคุณภาพมาตรฐาน ภายใต้แนวคิดด้านบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งให้สูงขึ้นตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิบางแห่งสามารถพัฒนาไปศูนย์แพทย์ชุมชน จัดบริการได้ครบถ้วน มีแพทย์มาปฏิบัติงานประจำ บางแห่งมีแพทย์หมุนเวียนไปตรวจรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามยังขาดการดูแลผู้ป่วยหรือประชาชนอย่างต่อเนื่อง¹

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของระบบบริการสาธารณสุขและเป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัวอันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ซึ่งกำหนดไว้ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ข) ด้านอื่น ๆ (5) ที่กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวช

ศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผน 20 ปีกระทรวงสาธารณสุขขององค์กรแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (P&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และ เป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืนซึ่งนโยบายคลินิกหมอครอบครัวถือเป็นนโยบายใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการพัฒนาบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ¹

จังหวัดเลย ปี 2559-2560 มีคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดดำเนินการ จำนวน 6 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 ไม่ผ่านมาตรฐาน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 ปี 2561 มีคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดดำเนินการ จำนวน 4 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25 ไม่ผ่านมาตรฐาน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75²

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

(Structure) ต้องมีที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัวและเครื่องมือ ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ 2) ด้านบุคลากร (Staff) ต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงาน 3 วัน/สัปดาห์ มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และมีนักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน 3) ด้านระบบ (System) มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชนประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน และตามบริบทของพื้นที่ มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยี เช่น Application/LINE โทรศัพท์ / SMS มีระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า มีการจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ และมีข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล³

จากการศึกษาในพื้นที่อำเภอวังสะพุงพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ได้ดำเนินการจัดตั้งและเปิดคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ตั้งแต่เดือน มกราคม 2560 จนถึงปัจจุบัน โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (วุฒิ อว. , วว. หรือ ผ่านการอบรม short course) จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 3 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน และมีผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัว 1 คนซึ่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยประสานงานกับแม่ข่ายคือ โรงพยาบาลวังสะพุง

และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง คอยสนับสนุนและกำกับดูแล จากการประเมินมาตรฐานยังพบว่า ด้านระบบบริการ(system) หลายองค์ประกอบยังไม่ผ่านการประเมิน ได้แก่ ระบบบริการที่ชัดเจน บุคลากรที่เพียงพอ รวมถึงการมีส่วนร่วม (Participation) ของภาคีเครือข่ายด้วย และด้านโครงสร้าง (Structure) ต้องมีที่ตั้งคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยังต้องพัฒนาอีกหลายอย่างให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน³

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และมีแนวคิดที่จะนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart มาใช้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล และประชาชนในชุมชน เนื่องจากวิธีดังกล่าวเป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในทุกขั้นตอน ตลอดจนหากระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง ซึ่งนำไปสู่การพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศผ่านเกณฑ์มาตรฐานเป็นคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ต้นแบบของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

2. เพื่อศึกษาผลของการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยยึดกระบวนการของ Kemmis and Mc Taggart (1988) มาใช้เป็นกรอบดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นวางแผน (Planning) ดำเนินการวันที่ 16-27 มี.ค. 2563 2) ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action) ดำเนินการวันที่ 1เม.ย.-29 พ.ค. 2563 3) ขั้นสังเกตผล (Observation) ดำเนินการวันที่ 1-19 มิ.ย. 2563 และ 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการวันที่ 22-26 มิ.ย. 2563 การดำเนินงานทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นการดำเนินงานตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 วงรอบ (Loop) เพื่อค้นหารูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่ต้นแบบ หากครบ 1 วงรอบการวิจัยแล้ว ยังไม่สามารถที่จะได้รูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหออัครครอบครัวยุคใหม่

กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ก็นำประเด็นต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาหรือต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น เข้าสู่การพัฒนาการเฝ้าระวังใหม่ในขั้นตอนวางแผน ขั้นตอนลงมือปฏิบัติการ ขั้นตอนสังเกตผลและขั้นตอนสะท้อนผล ในวงรอบต่อไปเรื่อย ๆ หากการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวดังกล่าวสามารถผ่านตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบได้ ก็ทำการถอดบทเรียนเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบที่เหมาะสมเป็นรูปธรรมต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้จากคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 50 คน พิจารณาตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นผู้ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัว เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินงาน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เป็น

อย่างดีทั้งการอ่านและการเขียน หากผู้ที่มีรายชื่อในคำสั่งไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ทั้งตลอดระยะเวลาการวิจัยและบางส่วน ให้นำหน่วยงานนั้นพิจารณาอาสาสมัครจากหน่วยงานนั้นเข้าร่วมวิจัยแทนโดยความสมัครใจ และอาสาสมัครแต่ละภาคส่วนเข้าร่วมกระบวนการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน อาชีพ และสถานที่ทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจของทีมคลินิกหมอครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก และ ผิด โดยเนื้อหาประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านนโยบาย ด้านการบริหารจัดการ/การดำเนินงาน และด้านระบบบริการ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน วัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยเนื้อหาประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาความรู้ ด้านเวลา/สถานที่ และด้านวิทยากร

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน วัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยเนื้อหาประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ส่วนที่ 5 แบบสังเกต และจดบันทึก ใช้ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของทีมทีมคลินิกหมอครอบครัว ในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการ PAOR และแบบสังเกต และจดบันทึกพฤติกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของทีมคลินิกหมอครอบครัว ในประเด็นดังนี้ 1) ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม 2) ความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม 4) การแสดงความคิดเห็นในขณะจัดกิจกรรม และ 5) บันทึกเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามเพื่อหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าดังนี้

1) ค่าความเชื่อมั่นด้านความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95

2) ค่าความเชื่อมั่นด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.97 และค่าความเชื่อมั่น (KR-20) ของแบบสอบถามความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว เท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว ผู้วิจัยได้ชี้แจงเกี่ยวกับจุดประสงค์ของแบบสอบถามแต่ละชุด ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อให้การเก็บข้อมูลถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์ โดยในการตอบแบบสอบถามผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อนามสกุล เมื่อคณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วและเก็บเข้าช่องปิดผนึกอย่างมิดชิดเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) หาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (95% CI of mean difference)

จริยธรรมวิจัย

วิจัยครั้งนี้ ได้เสนอเพื่อพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับการอนุมัติ เลขที่ 152/2563 วันที่รับรอง 20 พฤษภาคม 2563 ถึง 19 พฤษภาคม 2564

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอน้ำโสม จังหวัดเลย ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมคลินิกหมอครอบครัวทุกภาคส่วนในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดคุณภาพการให้บริการและให้มีการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรร่วมกันในทุกภาคส่วน ภาควิชาการมองเป้าหมายแห่งความสำเร็จร่วมกัน เปิดใจเรียนรู้ในจุดอ่อนของระบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว นำจุดแข็งมาพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้เกิดกระบวนการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ และมีการส่งเสริมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบให้สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐาน (3S) ดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องคลินิกหมอครอบครัวของรพ.สต.โนนสว่าง วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ร่วมวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ 2) ประเมินความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (ก่อนพัฒนา) ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบายยุทธศาสตร์ตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ (3S) ปฏิบัติตามแนวทางคลินิกหมอครอบครัว 3) ผู้วิจัยนิเทศติดตาม/สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน (แบบสังเกตการร่วมกิจกรรม) สรุปประเด็นและประเมินผลการดำเนินงาน และประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (หลัง) 4) สรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนตามรูปแบบความสำเร็จที่เกิดขึ้น สรุปปัญหา/อุปสรรค การดำเนินงานและโอกาสพัฒนาต่อไป ข้อค้นพบเบื้องต้นจะเห็นได้ว่าผลการประเมินมาตรฐานคลินิกหมอครอบครัวโนนสว่างไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ทั้ง 3 ด้าน Staff (ด้านบุคลากร) ผลการประเมิน 10 คะแนน (จาก 12) เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ มีภาระงานมาก ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน ทีมวิชาชีพไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ขาดความรู้/ทักษะ ขาดการมีส่วนร่วม Structure (ด้านโครงสร้าง ทรัพยากรแพทย์ที่จำเป็น) ผลการประเมิน 9 คะแนน (จาก 21) ไม่มีแผนงบประมาณที่ชัดเจน วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ อาคารสถานที่ไม่พร้อม System (ระบบบริการ) ผลการประเมิน 1 ด้าน (จาก 3) การจัดรูปแบบบริการไม่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกับแม่ข่าย ขาดการประสานงานประกอบกับนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวไม่ชัดเจน การออกกฎหมายสู่การปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน ต้องรอคำสั่งจากส่วนกลาง มีการเปลี่ยนแปลง

บ่อบำบัด และระบบการดำเนินงานในพื้นที่ยังขาดการประสานงานที่ดี ไม่มีรูปแบบชัดเจน/ไม่ต่อเนื่อง/ไม่สอดคล้องกับบริบท ขาดการบูรณาการกับหน่วยงานอื่น และขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชน จากการระดมสมอง วิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งร่วมกัน กับทีมหมอครอบครัวจึงเกิดรูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และได้ 1) โครงการพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานหมอครอบครัวที่ถูกต้อง 2) โครงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เพื่อติดตามผลการรักษาและให้เกิดความเชื่อมโยงของข้อมูลกับแม่ข่าย และ 3) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ให้ความรู้ อสม.เชี่ยวชาญทันตกรรม ด้านงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพชุมชน” โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตรวจสุขภาพช่องปากได้ถูกต้อง ให้ทันตสุขศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชนได้ และแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรมในชุมชน แบ่งเบาภาระงานของทันตบุคลากร โครงการและกิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้นได้โดยใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมของทีมคลินิกหมอครอบครัวร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลส่วนบุคคลของทีมคลินิกหมอครอบครัว 1) ภาค

การเมือง ได้แก่ บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีตำบลศรีสงคราม รองนายกเทศมนตรีตำบลศรีสงคราม ปลัดเทศบาลตำบลศรีสงคราม และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข จำนวน 5 คน 2) ภาควิชาการ ได้แก่ (1) บุคลากรจากโรงพยาบาลวังสะพุง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 คน หัวหน้าฝ่ายเวชฯ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน หัวหน้างานทันตฯ 1 คน หัวหน้างานเภสัช 1 คน หัวหน้างานแพทย์แผนไทย 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานประกัน 1 คน และหัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 คน รวม 14 คน (2) บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพ.สต. 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน แพทย์แผนไทย 1 คน และเจ้าพนักงานทันตฯ 1 คน รวม 10 คน (3) บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอวังสะพุง 1 คน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน รวม 5 คน รวมภาควิชาการจำนวน 29 คน 3) ภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน 8 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 8 คน รวมภาคประชาชนจำนวน 16 คน เข้าร่วมทั้งหมดจำนวน 50 คน พบว่า ทีมคลินิกหมอครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.00 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 70.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.00 ประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ

44.00 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 22.00 และมีสถานที่ทำงานในหมู่บ้าน/ชุมชน (ตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกหมอครอบครัว)

3. ผลการวิเคราะห์ความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 50 คน จะเห็นได้ว่าการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบคะแนน

ความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา ทดสอบโดยใช้ Paired t-test ได้ค่า $t = -9.480$ ค่า $p\text{-value} < 0.001$ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ของทีมคลินิกหมอครอบครัว ภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test

ความรู้	ระดับความรู้	Mean	SD	Mean Differences	95% CI		t	p-value
					Lower	Upper		
ก่อนพัฒนา	น้อย	8.90	1.37	-1.220	-1.478	-.961	-9.480	<0.001
หลังพัฒนา	ปานกลาง	10.12	1.17					

4. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จะเห็นได้ว่าการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว รายด้านและโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา ทดสอบโดยใช้ Paired t-test ได้ค่า $t = -10.567$ ค่า $p\text{-value} < 0.001$ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ	Mean	SD	Mean Differences	95% CI		t	p-value
					Lower	Upper		
ก่อนพัฒนา	ปานกลาง	3.54	0.30	-.297	-.353	-.240	-10.567	<0.001
หลังพัฒนา	มาก	3.84	0.53					

5. ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จะเห็นได้ว่าหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว รายด้านและโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในระยะก่อนและ

หลังการพัฒนา ทดสอบโดยใช้ Paired t-test ได้ค่า $t = -3.383$ ค่า $p\text{-value} = 0.001$ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ	Mean	SD	Mean Differences	95% CI		t	p-value
					Lower	Upper		
ก่อนพัฒนา	ปานกลาง	3.44	0.44	-.444	-.338	-.086	-3.383	0.001
หลังพัฒนา	มาก	3.65	0.66					

6. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง เกิดขึ้นได้จากการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน ทั้ง ภาคการเมือง สนับสนุนทรัพยากร ทั้งด้านคนที่เข้ามาช่วย

ดำเนินงาน ช่วยประสานงานร่วมเป็นภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ด้านเงินงบประมาณ ช่วยสนับสนุนในโครงการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ด้านสิ่งของ สถานที่ อุปกรณ์ ช่วยจัดหา อำนวยความสะดวก สนับสนุนด้านสถานที่ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภาควิชาการ สนับสนุนบุคลากรที่มีความรู้ มีศักยภาพทาง

ความรู้ความชำนาญการในด้านการรักษาและกระบวนการดำเนินงานคลินิกหอบหืด วัสดุครุภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอแก่คลินิกหอบหืด ภาควิชาฯ ได้เข้าใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหอบหืด และเล็งเห็นประโยชน์ ความสำคัญที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัวและชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอนในแต่ละโครงการฯ รวมทั้งร่วมแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการพัฒนางานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และมีคุณภาพยิ่งขึ้นไป

สรุปข้อค้นพบเบื้องต้นได้รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหอบหืดโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหอบหืดต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง เกิดขึ้นได้จากการใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมของทีมนักหอบหืดทุกภาคส่วน ทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหอบหืดโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหอบหืดต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม ในครั้งนี้ ได้มีทีมนักหอบหืด ภาควิชาฯ เข้าร่วมในการดำเนินงานด้วยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค PAOR) ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติงาน (Action) ขั้นตอน

การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และขั้นตอนการสะท้อนกลับ การปฏิบัติงาน (Reflection) ได้รูปแบบกิจกรรมทั้งหมด 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 พัฒนาศักยภาพทีมหอบหืด กิจกรรมที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหอบหืด และ กิจกรรมที่ 3 อบรมเชิงปฏิบัติการ “ให้ความรู้ อสม.เชี่ยวชาญทันตกรรม ด้านงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพชุมชน” โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง สอดคล้องกับการศึกษาของคำนิง สิงห์เอี่ยม³ ที่ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนตามหลักธรรมาภิบาล การบริหารจัดการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต ที่ใช้รูปแบบเป็น 3PR-Model ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของ 3PR จะมีการดำเนินการรูปแบบวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยวงจรย่อยอีก 4 ขั้นตอน ซึ่งเรียกย่อๆ ว่า PAOR อันประกอบด้วย 1. P = Planning คือ การวางแผน 2. A = Act หรือ Action คือ ปฏิบัติตามแผน 3. O = Observation คือ การสังเกตผลที่ได้จากการดำเนินการ และ 4. R = Reflection คือ การสะท้อนผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่นำผลของการปฏิบัติและการสังเกตมารวบรวมวิเคราะห์ ผลดี ผลเสีย สรุปผล สะท้อนข้อมูลย้อนกลับไปสู่การวางแผนการดำเนินการครั้งต่อไปเช่นกัน

2. ความรู้ของทีมนักหอบหืดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับคลินิกหอบหืดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา และความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ($t = -9.48$, $p\text{-value} < 0.001$ *) ทั้งนี้เนื่องมาจากในกระบวนการวิจัยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตามเกณฑ์คลินิกหมอ

ครอบครัวต้นแบบ (3S) และมีการลงมือปฏิบัติตามแนวทางคลินิกหมอครอบครัว ทำให้ทีมคลินิกหมอครอบครัวเกิดความรู้และความเข้าใจในคลินิกหมอครอบครัวมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับคะเนิงจิศิริสมบุรณ์, ฉันทะ จันทะเสนา และดวงตา สราญรัมย์⁴ และสมภณ วรสร้อย⁶ ที่ความรู้มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

3. ความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว รายด้านและโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ($t = -10.56$, $p\text{-value} < 0.001$) เพราะจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการผู้ร่วมวิจัยได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และเรียนรู้ร่วมกันจนเกิดความเข้าใจและพึงพอใจ ซึ่งความพึงพอใจของบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญในการบริหารเพราะจะช่วยก่อให้เกิดผลประโยชน์เกื้อกูลต่องาน ทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ สร้างสามัคคีในหมู่คณะและก่อให้เกิดพลังร่วม (Group Effort) ในหมู่คณะทำให้เกิดพลังสามัคคีสามารถจะฝ่าฟันอุปสรรคทั้งหลายได้ เสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างบุคคลในองค์กรกับนโยบายและวัตถุประสงค์ขององค์กร และยังเกื้อหนุนและจูงใจให้สมาชิกเกิดความคิดสร้างสรรค์ในกิจการต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล บุญโสภณ⁵ และพนิดา เทียงสันเทียะ⁷

4. การมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% ($t = -3.38$, $p\text{-value} 0.00$) ทั้งนี้เนื่องจากทีมหมอครอบครัวได้มีโอกาสคิด วิเคราะห์ และวางแผนการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล บุญโสภณ⁵ และพนิดา เทียงสันเทียะ⁷ พบว่า หลังการพัฒนาารูปแบบทีมหมอครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบคืออยู่ในระดับมากเช่นกัน

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว โดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย คือการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ ภาคการเมือง คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ คือ บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลวังสะพุงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง และภาคประชาชน คือ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพด้านการบริการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และมีการเชื่อมโยงข้อมูลกับแม่ข่ายอย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เนื่องจากกรอบเวลาการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการพัฒนาในช่วงเวลาที่จำกัดเพียง 4 เดือน ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเพิ่มกรอบเวลาในการวิจัยมากกว่านี้ เพราะบางกระบวนการ ต้องมีการวางแผนพัฒนาในรอบวงต่อไป เพื่อให้ เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สร้างคุณภาพการ ให้บริการและให้มีการบริหารจัดการการใช้ ทรัพยากรร่วมกันในทุกภาคส่วน

2. จากผลการวิจัยผลของคะแนนความรู้ ของทีมหมอครอบครัวหลังการพัฒนาแบบยัง อยู่ในระดับปานกลาง จึงควรให้มีการจัดอบรมแก่ ทีมหมอครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ตามหลักคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบ และควรมี การจัดอบรมฝึกทักษะในการปฏิบัติงานของแต่ละ วิชาชีพ (Skill mixed team) เพื่อให้การดูแลตาม หลักเวชศาสตร์ครอบครัวมีประสิทธิภาพมาก ยิ่งขึ้น

3. จากการวิจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสห วิชาชีพไม่สนใจลงไปปฏิบัติงานที่คลินิกหมอ ครอบครัวเนื่องจากมีภาระมากอยู่แล้ว โรงพยาบาลแม่ข่ายควรมีแผนนโยบายเพิ่ม อัตรากำลังของสหวิชาชีพ เพื่อให้การสนับสนุน ด้านบุคลากรในการดำเนินงานคลินิกหมอ ครอบครัว เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และควรสร้างช่องทางการติดต่อ ประสานความร่วมมือระหว่างแพทย์ เชี่ยวชาญ สาขาต่าง ๆ ในโรงพยาบาลแม่ข่ายกับแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัวที่คลินิกหมอครอบครัว เพื่อ เชื่อมโยงระบบการดูแลสุขภาพประชาชนที่ ต่อเนื่องให้เป็นระบบเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการเผยแพร่ และนำรูปแบบการ จัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการ มีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอครอบครัว ต้นแบบไปปรับใช้กับลักษณะสังคมบริบทที่ ใกล้เคียงกัน และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของ แต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of public health Strategy and planning division. (2559). Operation guideline of primary care cluster service unit. Bangkok. (in Thai)
2. Wang Saphung district public health office. (2560). Development of primary health care and primary cluster care mission of fiscal year 2561. (in Thai)
3. Kamnueng Singh-Aiem. (2560). The Model People's Participation in the Administration of the Local Administrative Organization in Phuket Province Based on the Good Governance Principles. Phuket Rajabhat University Academic journal, 13(1), 343-344. (in Thai)
4. Kanuengnij Sirisombun, Chanta Juntasen and Duangta Saransom. (2552). Factors affecting village fund management in amphoe Si Khiu, Nakhon Ratchasima province. Master of Business Administration (Business

- Administration) The graduate school
Valaya Alongkorn Rajabhat university.
5. Narumon Boonsopin, Warangkana
Chankong and Chawthip Boromtanarat.
(2560). The Development Model of
Family Care Team in Caring of the
Home-Bound Elderly in Wang Swab
Subdistrict, Phu Pha Man District, Khon
Kaen Province. Master of Public Health
Program in Public Health
Administration, Sukhothai
Thammathirat Open University.
6. Sompon Wornsoy. (2560). Factors
Related to Operations of Sub-District
Family Doctor's Health Team Networks
in Nam Pat District, Uttaradit Province.
Master of Public Health School of
Health Sciences, Sukhothai
Thammathirat Open University.
7. Panida Taengsunthai. (2560). The
Development of an Elderly Health Care
Model by the Family Care Team at
Nonmueang Sub-district,
Khamsakaesang District,
Nakhonratchasima Province. The office
of disease prevention and control 9th
Nakhon Ratchasima journal. 2561 :
24(1) DPC 9 J 2018. (in Thai)