

Received: 17 Apr.2025, Revised: 17 May 2025

Accepted: 23 Jun. 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ จังหวัดสุพรรณบุรี

สุทิตา อาภาเกสัช^{1*} พิรยุทธ รัตนเสลานนท์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาเริ่มจากการศึกษาข้อมูลสุขภาพสำคัญในจังหวัดสุพรรณบุรี เช่น อัตราการเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการ และแนวโน้มของโรคสำคัญ เพื่อกำหนดตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ ตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในพื้นที่วัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ 1) การพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ และ 2) การประเมินผลการใช้ตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 21 คน และผู้เกี่ยวข้องกับการวางแผนและประเมินผลด้านสุขภาพ 189 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และใช้แบบสอบถามที่มีความเชื่อมั่น 0.97 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา กระบวนการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การร่างตัวชี้วัดจากการสังเคราะห์เอกสารและสนทนากลุ่ม โดยใช้กรอบ Value Chain ร่วมกับ Six Building Blocks Plus One (2) การพัฒนาตัวชี้วัดด้วยเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง และ (3) การประเมินผลการใช้ตัวชี้วัด ผลการวิจัยพบว่าพัฒนาตัวชี้วัดรวม 41 ตัว ขยับเคลื่อนภายใต้ 2 นโยบายหลัก ได้แก่ การบูรณาการระบบสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (34 ตัวชี้วัด) และนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ (7 ตัวชี้วัด) ทั้งหมดได้รับการคัดเลือกและผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยมีค่า Median \geq 3.50 และค่า \bar{x} = 4.26, SD = 0.46 ผลการขยับเคลื่อนนโยบายตั้งแต่ตุลาคม 2567 ถึงมีนาคม 2568 พบว่า 28 ตัวชี้วัด (68.30) ผ่านเกณฑ์, 11 ตัวชี้วัด (26.82) ไม่ผ่านเกณฑ์, และ 2 ตัวชี้วัด (4.88) ยังไม่ถึงเวลาประเมิน แม้ว่าผลการดำเนินงานจะดี แต่ควรมีการติดตามและรายงานผลอย่างสม่ำเสมอ พร้อมพัฒนาเทคโนโลยีในการใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ.

คำสำคัญ: พัฒนา, ตัวชี้วัดด้านสุขภาพ, ปัญหาสุขภาพ

^{1*}สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

*Corresponding author E-mail : boss300405@gmail.com

Original Article

The development of health solution policy-driven indicators in Suphanburi Province

Sutisa Apapesuch^{1*}Peerayut Rattanaselanon¹**Abstract**

This research and development study began with an analysis of key health data in Suphanburi Province, including morbidity rates, service accessibility, and trends in major diseases. The goal was to establish indicators to address health issues in the area. Problems were analyzed through group discussions with stakeholders at all levels, from management to staff, to develop indicators that effectively respond to health challenges in Suphanburi Province. The objectives of the study are: 1) to develop indicators for addressing health issues, and 2) to evaluate the effectiveness of using indicators to solve health problems in the area. The sample consisted of two groups: 21 experts and 189 stakeholders involved in health planning and evaluation. The participants were selected using purposive sampling, and a questionnaire with a reliability coefficient of 0.97 was used. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The research process included three steps: (1) drafting indicators through document synthesis and group discussions using the Value Chain framework combined with Six Building Blocks Plus One, (2) developing indicators using the modified Delphi technique, and (3) evaluating the use of indicators. The research identified a total of 41 indicators, driven by two main policies: 1) the integration and development of a seamless healthcare system (34 indicators), and 2) the 30 Baht health policy with a single ID card (7 indicators). All indicators were selected by experts and met the evaluation criteria, with a Median ≥ 3.50 , $\bar{x} = 4.26$, and SD = 0.46. From October 2024 to March 2025, the results showed that 28 indicators (68.30) met the criteria, 11 indicators (26.82) did not meet the criteria, and 2 indicators (4.88) were not yet assessed. Although the performance was good, continuous monitoring and reporting are recommended, along with the development of technology to effectively support the use of health data.

Keywords: Development, Health Indicators, Health Issues

^{1*} Public Health Office Suphan Buri province

*Corresponding author E-mail : boss300405@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบัน “ตัวชี้วัด” (Indicators) กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการทุกระดับ โดยเฉพาะในระบบสุขภาพที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชน ตัวชี้วัดช่วยกำหนดยุทธศาสตร์ ติดตาม และประเมินผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน พัฒนาการของตัวชี้วัดเริ่มจากการวัดเชิงคุณลักษณะ เช่น ความร้อนและระยะทาง ก่อนจะพัฒนาเป็นการวัดเชิงปริมาณตามมาตรฐานสากลในทศวรรษ 1960 ต่อมาในทศวรรษ 1970 ตัวชี้วัดได้ขยายไปสู่การพัฒนาตัวชี้วัดเชิงนโยบาย เช่น อายุคาดเฉลี่ย อัตราการตาย และอัตราการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นตัวแทนของคุณภาพชีวิตและใช้ในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ¹ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพเพื่อเชื่อมโยงนโยบายจากระดับชาติสู่พื้นที่ โดยเฉพาะในบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและภาวะโรค เช่น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ระบุว่า จังหวัดสุพรรณบุรี มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึง 23.28 อายุคาดเฉลี่ยเพศชาย 71.77 ปี และเพศหญิง 79.50 ปี ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่ตั้งเป้าอายุเฉลี่ย 85 ปี ปัญหาโรคหลักที่พบ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2566 ได้แก่ 1. โรคมะเร็งปอด 2. โรคหลอดเลือดในสมอง 3. ปอดบวม 4. โลหิตเป็นพิษ 5. โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะที่เหลือน้อย 6. โรคหัวใจขาดเลือด 7. โรคความดันโลหิตสูง 8. เบาหวาน 9. เนื้องอกชนิดร้ายที่เหลือน้อย 10. อุบัติเหตุการขนส่ง และยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง²

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการกำหนดตัวชี้วัดสุขภาพในพื้นที่บางครั้งไม่ได้บูรณาการในภาพรวมของจังหวัด ทำให้การแก้ไขปัญหาแบบแยกส่วนและขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การจัดทำแผนส่วนใหญ่มาจากผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่ขาดความต่อเนื่องและความชัดเจนในนโยบายจากบริบทข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยยึดนโยบายหลัก 2 ข้อที่ผ่านความเห็นชอบร่วมกันของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเครือข่ายบริการสาธารณสุข ได้แก่ (1) การบูรณาการพัฒนาระบบสุขภาพแบบไร้รอยต่อ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งการขยายบริการในระดับปฐมภูมิ และการให้บริการในระดับโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิ และ (2) นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย เพื่อสร้างชุดตัวชี้วัดที่สามารถขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ติดตามผล และประเมินคุณภาพบริการสุขภาพได้อย่างมีทิศทางและตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อประเมินผลการใช้ตัวชี้วัดในการแก้ปัญหาสุขภาพพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้อิงกรอบแนวคิด Value Chain ของ Porter³ ร่วมกับกรอบ Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก⁴ โดยเพิ่มเติม “การมีส่วนร่วมของประชาชน” เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทจังหวัดสุพรรณบุรี มุ่งพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดภายใต้กรอบนโยบายสำคัญ 2 ด้าน ได้แก่ (1) การพัฒนาระบบสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และ (2) 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

สนทนากลุ่ม: บุคลากรสาธารณสุขและ โรงพยาบาลส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพตำบล 180 คน

คัดเลือกตัวชี้วัด: ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญด้านยุทธศาสตร์ 21 คน

ประเมินความสำคัญของตัวชี้วัด: ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องของทุกระดับสังกัดสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัด 189 คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1: การร่างองค์ประกอบและตัวชี้วัดศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพและร่างตัวชี้วัดตามนโยบาย จัดประชุมให้

ความรู้และระดมความคิดเห็นผ่านการสนทนากลุ่ม พร้อมรับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 2: พัฒนาตัวชี้วัดผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิค Modified Delphi⁵

รอบที่ 1: คัดเลือกตัวชี้วัดจากแบบสอบถาม

รอบที่ 2: ยืนยันความเหมาะสมโดยใช้เกณฑ์ Index of Consistency ≥ 0.75 (รณกรณ์ เอกฉันท)⁶

รอบที่ 3: ประเมินความสำคัญของตัวชี้วัดด้วย Rating Scale มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha = 0.97

คัดเลือกตัวชี้วัด Median 3.50 ขึ้นไป Interquartile Range ไม่เกิน 1.50 ⁶

ขั้นตอนที่ 3: การประเมินผล ใช้แบบสอบถามเดียวกับรอบที่ 3 ประกอบด้วย 3 ส่วน: ข้อมูลทั่วไป ความเหมาะสมและความสำคัญของตัวชี้วัดและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เก็บข้อมูลหลังการใช้งานตัวชี้วัด 6 เดือน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และ SD)

ผลการวิจัย

1. ร่างตัวชี้วัด จากการสนทนากลุ่มบุคลากรเครือข่ายสาธารณสุข จำนวน 180 คน และผู้เชี่ยวชาญ 21 คนให้ข้อเสนอแนะ ได้ตัวชี้วัด 39 ตัวชี้วัด นโยบายที่ 1 การบูรณาการพัฒนาระบบสุขภาพแบบไร้รอยต่อ จำแนกเป็น 7 ด้าน 34 ตัวชี้วัด ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรยั่งยืน ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ด้านพัฒนาระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หลอดเลือดสมอง(DM / HT / STROKE) 9 ตัวชี้วัด ด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(STEMI) 3 ตัวชี้วัด ด้านโรคมะเร็ง 8 ตัวชี้วัด ด้านพัฒนาและเพิ่มศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่าย 6 ตัวชี้วัด ด้านองค์กรสมรรถนะสูง 3 ตัวชี้วัดและนโยบายที่ 2 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ด้าน บริการก้าวหน้าทันสมัย ลดแออัดลดรอยละ 5 ตัวชี้วัดดังแสดงในตารางที่ 1

2. พัฒนาและยืนยันตัวชี้วัดด้วยเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง(Modified Delphi Technique)⁵

รอบที่ 1: ผลการพัฒนาตัวชี้วัดจากฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ 21 คน ได้ตัวชี้วัดในรอบนี้ 41 ตัวชี้วัด โดยตัดตัวชี้วัดจากขั้นตอนที่ 1 5 ตัวชี้วัด ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยน้อยกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน,ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง,การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน,การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประชาชนได้รับการเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์ และผู้เชี่ยวชาญได้เพิ่มตัวชี้วัด 7 ตัวชี้วัด ได้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขจัดตั้งเบาหวานไม่ใช้ยา(Clinic DM Remission) , โรคไม่ติดต่อเรื้อรังNCDs ดีได้ด้วยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม. ,ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองตับอักเสบบีและซี, ร้อยละของผู้ป่วยมีการส่งจ่ายยาสมุนไพร , ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตร้อยละ 100, ส่งต่อออกนอกเขต 4 สาขาหลัก และโรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบ Consult ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 24 ชั่วโมง ดังแสดงในตารางที่ 1

รอบที่ 2: ยืนยันตัวชี้วัดตามรอบที่ 1 โดยผู้เชี่ยวชาญ 21 คน ไม่มีตัวชี้วัดใดที่ถูกตัดออก ตัวชี้วัดทั้ง 41 ตัว ผ่านเกณฑ์ (IC ≥ 0.75) ดังแสดงในตารางที่ 1

รอบที่ 3: ประเมินความสำคัญของตัวชี้วัดด้วยแบบสอบถาม Rating Scale 5 ระดับ ตัวชี้วัดทั้ง 41 ตัวชี้วัดจากรอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจากผู้เชี่ยวชาญ 21 คน โดยมีค่าเฉลี่ยมัธยฐาน (Median) ไม่ต่ำกว่า 3.50 และช่วงระหว่างควอไทล์ (IQR) ไม่เกิน 1.50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการคัดเลือกตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวชี้วัด	ขั้นตอนที่ 1 Focus Group	Modified Delphi Technique			
		รอบ1	รอบ2	รอบ3	
		1	IC	Medain	IQR
	39	41	41	41	
1. พระสงฆ์ สามเณร กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจสอบสุขภาพ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.90	4	1
2. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.0	5	1
3. คลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	4	1
4. ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.0	4	1
5. ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักได้รับการผ่าตัดใน 48 ชม.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.0	5	1
ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	4	1
7. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	4	1
8. หน่วยบริการสาธารณสุขจัดตั้งคลินิกเบาหวานไม่ใช้ยา Clinic DM Remission	-	<input checked="" type="checkbox"/>	1	4	1
9. โรคไม่ติดต่อเรื้อรังNCDsที่ได้ด้วยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	-	<input checked="" type="checkbox"/>	1	5	1
10. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	5	1
11. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันAcute Ischemic Strokeที่มีอาการไม่เกิน 270 นาที ได้รับยา ยาละลายลิ่มเลือด(rTPA) ภายใน 60 นาที	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	5	1
12. ร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง(Stroke) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน หอผู้ป่วยเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke Unit)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	5	1
13. อัตราการตาย STEMI (กล้ามเนื้อหัวใจตาย)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	5	1
14. ผู้ป่วยSTEMI(กล้ามเนื้อหัวใจตาย)ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยSTEMI(กล้ามเนื้อหัวใจตาย)เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	5	1
15. ผู้ป่วยSTEMI (กล้ามเนื้อหัวใจตาย)ที่ได้รับการทำการขยายหลอดเลือด	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	5	1

ตารางที่ 1 แสดงผลการคัดเลือกตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวชี้วัด	ขั้นตอนที่ 1 Focus Group	Modified Delphi Technique			
		รอบ1	รอบ2	รอบ3	
		1	IC	Medain	IQR
		39	41	41	41
หัวใจ primary PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (กล้ามเนื้อหัวใจตาย)เมื่อมาถึงโรงพยาบาล					
16.การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	5	1
17. ผู้มีผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่องกล้องColposcope	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	5	1
18. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	5	1
19.ผู้ที่มีผลคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง (Colonoscope)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	5	1
20.ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	5	1
21. ผู้ป่วยมะเร็งได้รับเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	5	1
22.ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการฉายแสง ภายใน 6 สัปดาห์	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1	5	1
23. การคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	5	1
24.ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองตัวอักษร B และ C	-	<input checked="" type="checkbox"/> เพิ่ม	1.0	5	1
25. จำนวนจัดตั้งหน่วยปฐมภูมิ(PCU/NPCU)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	4	1
(ตัดออก) ประชาชนได้รับบริการเข้าถึงตามจุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ตัด	<input checked="" type="checkbox"/> ตัด	<input checked="" type="checkbox"/> ตัด	<input checked="" type="checkbox"/> ตัด
26.อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	5	1
27..ทุกอำเภอดำเนินการแก้ไขปัญหาตามบริบทพื้นที่	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	4	1
28.พขอ.มีผลการดำเนินงานดีเด่นเป็นที่ประจักษ์	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	5	1
29.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	5	1
30. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ผ่านเกณฑ์การพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	5	1
31. ระดับความสำเร็จของการสร้างความสัมพันธ์ภายในองค์กร	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	5	1
32.ระดับความสำเร็จของการพัฒนา smart regulator ทุกระดับ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	4	1
33. ร้อยละของผู้ป่วยมีการส่งจ่ายยาสมุนไพร	-	<input checked="" type="checkbox"/> เพิ่ม	1.0	4	1
34.ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาต ร้อยละ 100	-	<input checked="" type="checkbox"/> เพิ่ม	1.0	4	1
35.โรงพยาบาลมีบริการการแพทย์ทางไกล	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.85	4	1
36.โรงพยาบาลมีระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.90	4	1
37.โรงพยาบาลมีระบบนัดหมายออนไลน์	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	4	1
38.โรงพยาบาลผ่านการประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.0	4	1
39.โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสารสนเทศ HAIT Level 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.95	4	1

ตารางที่ 1 แสดงผลการคัดเลือกตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวชี้วัด	ขั้นตอนที่ 1 Focus Group	Modified Delphi Technique			
		รอบ1	รอบ2	รอบ3	
		1	IC	Medain	IQR
	39	41	41	41	
40.ส่งต่อออกนอกเขต 4 สาขาหลัก	-	✓ _{เพิ่ม}	0.95	5	1
41.โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบปรึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง24ชม Consult	-	✓ _{เพิ่ม}	0.95	5	1

3. การประเมินผลหลังใช้ตัวชี้วัด

3.1 ผลการประเมินความเหมาะสมและความสำคัญของตัวชี้วัดจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 189 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.8 ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.3 มีอายุ 51 – 60 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 64.6 ปฏิบัติงานโรงพยาบาลร้อยละ 58.7 เป็นผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 50.8 ใกล้เคียงกับผู้บริหาร คือร้อยละ 49.2 พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.26, SD=0.46$) สามารถเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการพัฒนาระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($\bar{X}=4.38, SD=0.51$) ด้านลดแออัด ลดรอคอย ($\bar{X}=4.37, SD=0.56$) ด้านบริการก้าวหน้าทันสมัย ($\bar{X}=4.28, SD=0.54$) ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรยั่งยืน ($\bar{X}=4.24, SD=0.49$) ด้านองค์กรสมรรถนะสูง ($\bar{X}=4.21, SD=0.59$) ด้านพัฒนาและเพิ่มศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่าย ($\bar{X}=4.20, SD=0.57$) และ ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและแพทย์แผนไทยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($\bar{X}=4.15, SD=0.64$)

3.2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี

3.2.1 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรยั่งยืน 5 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้านร้อยละ 73.5 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ50), คลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 80 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ50), ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาร้อยละ 93.02 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ60), และ ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักได้รับการผ่าตัดใน 48 ชั่วโมงร้อยละ 92.14 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ50), ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด ได้แก่ พระสงฆ์ได้รับการตรวจสุขภาพร้อยละ 59.81 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 80)

3.2.2 พัฒนาระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 19 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 12 ตัวชี้วัด ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 51.52 (เกณฑ์ร้อยละ50),การจัดตั้งคลินิกเบาหวานไม่ใช้ยา (DM Remission) ร้อยละ 100 (เกณฑ์ร้อยละ100),การดูแลโรค NCDs ผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 100 (เกณฑ์ร้อยละ100), การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยเฉพาะ (Stroke Unit)ร้อยละ 99.68 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ80),การให้ยาละลายลิ่มเลือด (rTPA) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ร้อยละ 74.51 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ60),อัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ร้อยละ4.05 (เกณฑ์<ร้อยละ 9) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับการทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ (primary PCI) ภายใน 120นาที ร้อยละ75 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ70), ผู้มีผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้องร้อยละ 89.19 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ40), การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงร้อยละ 78.21 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ30), ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ร้อยละ 61.54 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ57), ผู้ป่วยมะเร็งได้รับเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ร้อยละ 86.11 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ57) ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการฉายแสงภายใน 6 สัปดาห์ร้อยละ

70.1 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 57), ไม่ผ่านเกณฑ์ 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 27.68 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 30), อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดร้อยละ 11.68 (เกณฑ์ $<$ 7) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rTPA) ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัยร้อยละ 66.67 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 70), การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 2.33 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 15), การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงร้อยละ 14.65 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 40), การคัดกรองคัดกรองตับอักเสบ B และ C ร้อยละ 32.58 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 50)

3.2.3 พัฒนาและเพิ่มศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่าย 5 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ทุกอำเภอดำเนินการแก้ไขปัญหาตามบริบทพื้นที่ 2 เรื่อง (เกณฑ์ 2 เรื่อง), คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) มีผลการดำเนินงานดีเด่นเป็นที่ประจักษ์อย่างน้อย 1 อำเภอ (เกณฑ์ 1 อำเภอ), แคนนำสุขภาพจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนร้อยละ 96.7 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 70), ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัว ได้แก่ จำนวนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) 16 ทีม (เกณฑ์ 28 ทีม), ยังไม่ถึงเวลาประเมิน 1 ตัวชี้วัด ได้แก่ อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

3.2.4 องค์กรสมรรถนะสูง 3 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์ภายในองค์กรร้อยละ 4.2 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 4) และการพัฒนา Smart Regulator ทุกระดับ 4.6 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 4), ยังไม่ถึงเวลาประเมิน 1 ตัวชี้วัดได้แก่ หน่วยงานผ่านเกณฑ์การพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)

3.3.5 การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและแพทย์แผนไทย/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต 98 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 80) และ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไม่ซับซ้อน มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร 27.68 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 5)

3.2.6 บริการก้าวหน้าทันสมัย 5 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ หน่วยบริการมีบริการการแพทย์ทางไกล 6,000 ครั้ง (เกณฑ์ 7,873 ครั้ง), โรงพยาบาลมีระบบนัดหมายออนไลน์ 9 แห่ง (เกณฑ์ 8 แห่ง), หน่วยงานมีความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง 100 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 60), โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสารสนเทศ (HAIT Level1) 100 (เกณฑ์ ร้อยละ 100), ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด ได้แก่ โรงพยาบาลมีระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 20 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 80)

3.2.7 ลดแออัด ลดรอคอย ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ส่งต่อออกนอกเขต 4 สาขาหลักลดลง ร้อยละ 55.25 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 10) และโรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบปรึกษา Consult ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 24 ชั่วโมงร้อยละ 80.95 (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 60)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของจังหวัดสุพรรณบุรี ใช้การสนทนากลุ่มและเทคนิค Modified Delphi⁵ ได้ตัวชี้วัด 41 ตัวชี้วัด ทุกตัวชี้วัดได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมและความสำคัญในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยรวม \bar{X} = 4.26, SD=0.46 สามารถอภิปรายผลได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ด้านการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรในสุพรรณบุรี พบว่า คลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 80 สะท้อนถึงการเห็นความสำคัญและการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตามการตรวจสุขภาพพระสงฆ์/สามเณร (ร้อยละ 59.81) และการคัดกรอง 9 ด้าน (ร้อยละ 73.5) ยังต่ำกว่าเกณฑ์ อาจเกิดจากข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการและขาดความรู้ ความตระหนักเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ สอดคล้องกับนราวิชญ์ บุญเทียน⁷ และพระณัฐภูมิ พันทะลี⁸ ที่ชี้ว่าความรู้และการสนับสนุนจากสังคมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุที่

พลัดตกหกล้มและการผ่าตัดสะโพกภายใน 48 ชั่วโมง ทำได้สูงถึงร้อยละ 93.02 และ 92.14 ตามลำดับ แสดงถึงความสำเร็จของนโยบายที่มุ่งลดภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับข้อเสนอของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย⁹

2. ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การควบคุมความดันโลหิตทำได้ร้อยละ 51.52 ผ่านเกณฑ์ แสดงถึงความสำเร็จของระบบดูแลผู้ป่วย ขณะที่การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานยังต่ำเพียง 27.68% สะท้อนข้อจำกัดในการคัดกรองและติดตามต่อเนื่อง สอดคล้องกับ ราตรี ทองคำ¹⁰ ที่ชี้ว่าระบบติดตามและการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ รวมถึงบทบาทอาสาสมัคร มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ แม้จะจัดตั้งคลินิกเบาหวานไม่เข้ายา (DM Remission) ครบทุกแห่ง แต่อาจยังเป็นเพียงตัวชี้วัดเชิงโครงสร้างที่ไม่สะท้อนผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ด้านโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) พบว่าผู้ป่วยเข้าถึง Stroke Unit ภายใน 72 ชั่วโมงทำได้ถึง 99.68% และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ภายใน 60 นาทีที่ร้อยละ 74.51 แสดงถึงความพร้อมของระบบบริการ แต่ยังมีอัตราการตายสูงถึง 11.68% ซึ่งอาจเกิดจากความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับวรรณภา บุญสวยขวัญและอมรรัตน์ กลับริต¹¹ ที่ระบุว่าทีมสหวิชาชีพและระบบตอบสนองเร็วมีผลต่อการลดการเสียชีวิต และสอดคล้องกับ กิตติพงษ์ อยู่สุวรรณ¹² ที่เสนอว่าการสร้างความรู้ การคัดกรองและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมีบทบาทในการลดอัตราการตาย ด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าอัตราการตายร้อยละ 4.05 ผ่านเกณฑ์ สะท้อนประสิทธิภาพของระบบฉุกเฉินที่ตอบสนองรวดเร็วสอดคล้องกับ ศิริรัตน์ เหลืองอรุณและมรรยาท ชาวโต¹³ขณะที่การให้ยา rtPA ภายใน 30 นาทีทำได้เพียงร้อยละ 66.67 อาจเพราะบุคลากรยังขาดทักษะสอดคล้องกับเสาวนีย์ จิตเกื้อ¹⁴ การใช้ความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกช่วยให้รักษาได้รวดเร็ว ลดอัตราเสียชีวิตและความพิการ ด้านการคัดกรองมะเร็งยังต่ำ จากการประชาสัมพันธ์น้อยและประชาชนขาดความรู้สอดคล้องกับอัญชลี สามงามและคณะ¹⁵ ที่พบว่า การเพิ่มความรู้ ประชาสัมพันธ์ และรณรงค์ช่วยสร้างความตระหนักเพิ่มพฤติกรรมในการคัดกรอง การรักษาในระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิทำได้ดี แสดงถึงความพร้อมที่ดี สอดคล้องกับ วิไลวรรณ ทองเจริญ¹⁶และ พรนภา ไชยอาสาและคณะ¹⁷ ที่กล่าวถึงความสำคัญของการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ C ทำได้เพียงร้อยละ 32.58 ต่ำกว่าเกณฑ์ สะท้อนข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและความตระหนัก สอดคล้องกับ สุชาญวัชร สมสอน¹⁸ ที่เสนอให้เพิ่มการประสานงานในพื้นที่

3. ด้านระบบบริการปฐมภูมิ เพิ่มหน่วยบริการได้เพียง 16 จากเป้าหมาย 28 ทีม สะท้อนปัญหาด้านบุคลากรงบประมาณ และการบูรณาการ สอดคล้องกับเอกชัย อรุณฉลาด¹⁹ ที่ชี้ว่าความร่วมมือของผู้บริหารและปฏิบัติงานมีผลต่อความสำเร็จและรักษานโยบาย พละศักดิ์²⁰ ที่เน้นบทบาทของชุมชนในการขับเคลื่อน ด้านแกนนำสุขภาพร้อยละ 96.7 ดูแลตนเองและชุมชนได้เกินเป้าหมาย อาจเพราะการเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับไพศาล ขุนวิเศษ และ มยุรี บุญทัต²¹ ที่พบว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านช่วยเพิ่มทักษะสุขภาพ และลดภาระระบบบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ด้านองค์กรสมรรถนะสูง การสร้างความสัมพันธ์ได้คะแนน 4.2 จาก 5 อาจเนื่องจากนโยบายต่อเนื่องและบรรยากาศการทำงานที่ดี สอดคล้องกับ ลลิตา จันทร์งาม²² ที่ชี้ว่าทัศนคติและความผูกพันภายในส่งผลต่อผลลัพธ์องค์กร สอดคล้องกับ ธัญญกรณ์ ทองเลิศ²³ และ เอนก ไบศรี²⁴ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร การพัฒนา Smart Regulator ได้คะแนน 4.6 ผ่านเกณฑ์ สะท้อนโครงสร้างการทำงาน ระบบติดตาม และความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน แม้มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังท้องถิ่นแล้วก็ตามสอดคล้องกับ พชร มาเทียน และ ประทุมเมืองเป้²⁵ ที่ชี้ว่าความร่วมมือหลังถ่ายโอนเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ

5. ด้านแพทย์แผนไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น 27.68% สะท้อนการตื่นตัวของหน่วยบริการและนโยบายสนับสนุนยาสมุนไพร²⁶ สอดคล้องกับสันทัศน์ ทองงามดี²⁷ และ ปวันรัตน์ กิจเฉลา²⁸ ที่ชี้ว่าการสนับสนุนและประสบการณ์ใช้จริงของแพทย์ช่วยส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ส่วนผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับใบอนุญาตถึง 98% เกินเป้าหมาย อาจเกิดจากการประสานงานและให้คำปรึกษาที่ดี และผู้ประกอบการเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ กฤษ โขติการณ์และคณะ²⁹ ที่ระบุว่า การส่งเสริมมาตรฐานผลิตภัณฑ์ช่วยเพิ่มรายได้และคุณภาพสินค้า

6. ด้านบริการก้าวหน้าและทันสมัย พบว่า Telemedicine ให้บริการได้ 7,873 ครั้งเกินเกณฑ์ สะท้อนถึงการสนับสนุนจากนโยบายและผู้บริหารเห็นความสำคัญของการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางและพื้นที่ห่างไกล สอดคล้องกับ วิภาวณีย์ อรรถพรชัย และชวณ กิจหิรัญกุล³⁰ ที่เน้นการพัฒนาเครือข่ายและเทคโนโลยีเพื่อการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ขณะที่ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ทำได้เพียง 20% อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากรซึ่งตรงกับ วิทยา ไชยจันทร์³¹ ที่เสนอให้เร่งพัฒนาศักยภาพในส่วนนี้ ระบบนัดหมายออนไลน์ดำเนินการได้ 9 แห่งจากเป้าหมาย 8 แห่ง แสดงถึงการกำกับติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหาร สอดคล้องกับ วิทยา พลอาต³² ที่ชี้ว่าระบบจองคิวช่วยเพิ่มความพึงพอใจกับผู้ใช้บริการ ส่วนการประเมินสารสนเทศHAIT Level1ทำได้ครบ 100% แสดงถึงความตระหนักของหน่วยบริการต่อความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ Digital Health ของกระทรวงสาธารณสุข²⁶

7. ด้านการลดความแออัดและเวลารอคอย ($\bar{X} = 4.37, SD = 0.56$) การดำเนินงานสามารถลดการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตลงได้ถึง 55.25% โดยเฉพาะในโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีระบบ consult เฉพาะทางครอบคลุมถึง 80.95% อาจเนื่องมาจากความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับ ทิพย์วิภา สังข์อินทร์³³ ที่ระบุว่าระบบส่งต่อที่ดีช่วยลดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดนี้เกิดจากการวิเคราะห์บริบทสุขภาพของพื้นที่ อย่างไรก็ตาม บางด้านอาจยังไม่สมบูรณ์และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมหรือปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ตามข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่องและนำไปวิเคราะห์ถึงสาเหตุและปัญหาที่ทำให้ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด และ ควรประเมินทบทวนตัวชี้วัด เพื่อปรับเกณฑ์ให้เหมาะสมกับบริบทและท้าทายยิ่งขึ้น
2. ควรนำตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาเร่งด่วนสำคัญและยังไม่สัมฤทธิ์ผลมากำหนดและพัฒนาขึ้นเป็นตัวชี้วัด เพื่อให้การดำเนินงานต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีที่ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณ ดร.เพ็ชรน้อย ศรีผดู่ผ่องและอาจารย์ศรีสุรางค์ เคชนะนาค ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะของการดำเนินงานวิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลและช่วยเหลืออย่างเต็มที่ตลอดระยะเวลาการทำวิจัยในครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้านี้ ผ่านการรับรองตามทางการพิทักษ์สิทธิจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 65/2567 วันที่รับรอง 13 สิงหาคม 2567

เอกสารอ้างอิง

1. สมพร อธิติเดช. การสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด. นนทบุรี: กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี; 2567.
3. Porter ME. Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance. New York: Free Press; 1985.
4. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's Framework for Action. Geneva: WHO; 2007.
5. นิภาพรณ เจนสันติกุล. การนำเทคนิคเดลฟายไปใช้สำหรับการวิจัย. วารสารรัฐศาสตร์ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2560; 4(2): 48–64.
6. รณกรณ์ เอกฉันท. การพัฒนาตัวชี้วัดการบริการด้านสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำไทย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.
7. นราวิชญ์ บุญเทียน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2567;1(3):28–35.
8. พระณัฐภูมิ พันทะลี. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ไทยในปัจจุบัน. วารสารมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย. 2564; 33(1): 14–27.
9. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561. มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2561
10. ราตรี ทองคำ. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2565; 30(3): 86–99.
11. วรณดา บุญสวยขวัญ, อมรรัตน์ กลับริอด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2565; 2(2): 61–75.
12. กิตติพงษ์ อยู่สุวรรณ. การลดการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารแพทย์เขต4-5. 2567; 43(4): 513–528.
13. ศิริรัตน์ เหลืองอรุณ, มรรยาท ชาวโต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI. มหाराชชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2566; 7(1): 103–113.
14. เสาวนีย์ ประลองกิจ. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
15. อัญชลี สามงามและคณะ. พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งลำไส้. กรมการแพทย์. 2565.
16. วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ. การศึกษาสถานการณ์บริการและความต้องการบริการโรคมะเร็ง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2566; 24(1): 307–317.
17. พรณภา ไชยอาสาและคณะ. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาโรคมะเร็งในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี; 2566.
18. สุชาญวัชร สมสอน. การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซีในชุมชนจังหวัดลพบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีชุมชน. 2568; 3(2): 40–51.

19. เอกชัย อรุณฉลาดและคณะ. การจัดการสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2556; 8(1): 48-54.
20. รัถยานภิศ รัชตะวรรณและคณะ. บริการสุขภาพหลังการถ่ายโอนภารกิจ. กรุงเทพฯ: สวรส.; 2565.
21. ไพศาล ชุนวิเศษ, มยุรี บุญทัด. การพัฒนา อสม. หมอประจำบ้าน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2567; 16(1): 43-60.
22. ลลิตา จันทรงาม. ความผูกพันต่อองค์การของพนักงานธนาคารออมสิน. ปทุมธานี: ม.ธรรมศาสตร์; 2559.
23. ธัญญกรณ์ ทองเลิศ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม. วารสารการจัดการองค์กร. 2562; 10(2): 92-102.
24. เอนก ใบศรี. ปัจจัยองค์การที่มีผลต่อองค์การสมรรถนะสูง กรณีศึกษา: บริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563.
25. พชร มาเทียน, ประทุม เมืองแป้. การพัฒนารูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดจังหวัดเพชรบูรณ์.วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก.2567; 11(2): 92-110.
26. กระทรวงสาธารณสุข. แผนการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
27. สันทัศน์ ทองงามดี. การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร; 2567.
28. วันรัตน์ กิจฉลา, วิศรี วายุรกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565; 15(2): 145-158.
29. กฤษ โชติการณ์และคณะ. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายในจังหวัดกาฬสินธุ์ ให้ได้รับมาตรฐาน ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2565; 9(4): 678-685.
30. วิภาวินัย อรรถนพพรชัย, ชวภณ กิจศิริกุล. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. 2564; 7(3): 258-271.
31. วิทยา ไชยจันทร์และคณะ,การใช้ระบบ Paperless ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ.วารสาร การแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2567; 32(1): 48-57.
32. วิทยา พลาอาด, การพัฒนาระบบการจูงใจตรวจล่วงหน้าของผู้รับบริการผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือสตูล จังหวัดสตูล.วารสารสภาสาธารณสุขชุมชน. 2567; 6(3): 21-37.
33. ทิพย์วิภา สังข์อินทร์และคณะ,การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม.วารสาร โรงพยาบาลนครพนม. 2567; 8(2): 94-104.