

การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในจังหวัดขอนแก่น

นิระมล สมด้ว¹, แสงดาว จันทร์ดา², กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์³

ศักขรินทร์ นรสาร⁴, จุรี แสงสุข⁵, วิชุดา นพเสริฐ⁶

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนา ทดลองใช้ และประเมินความเหมาะสมของเกณฑ์มาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ภายใต้กรอบแนวคิด Health System Building Blocks Plus One ใน รพ.สต. สังกัด อบจ.ขอนแก่น จำนวน 3 แห่ง ครอบคลุมหน่วยบริการขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 65 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 139 คน กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับการทดสอบ Paired t-test และสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัยร่วมกับการตรวจสอบแบบสามเส้า และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า รพ.สต. ทุกแห่งสามารถดำเนินงานตามองค์ประกอบของระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ แต่มีข้อจำกัดด้านระบบสารสนเทศ การเชื่อมโยงข้อมูล การประสานงาน และการกำกับคุณภาพ เกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ 9 ตัวชี้วัด และ 31 รายการประเมิน ภายหลังการทดลองใช้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนและความพึงพอใจต่อการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$, $p=0.025$) เกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.46, SD = 0.52) สรุปว่าเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและมีศักยภาพในการนำไปใช้เป็นกรอบในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ

คำสำคัญ: เกณฑ์มาตรฐาน, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, การถ่ายโอน, องค์การบริหารส่วนจังหวัด, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

^{1,4,6} อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

^{2,5} ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

*Corresponding Author; Sangdao Janda, Email: sangdao.j@bcnkk.ac.th

Received: May 02, 2026; Revised June 30, 2026; Accepted June 30, 2026

Development of Primary Health Care Service Standards for Sub-district Health Promoting Hospitals under Local Administrative Organizations: A Participatory Action Research in Khon Kaen Province

Niramol Somtua¹, Sangdao Janda², Kritkantorn Suwannaphant³

Sakharin Norrasan⁴, Juree Sansuk⁵, Wichuda Nopasert⁶

ABSTRACT

This research aimed to analyze the situation, develop, pilot, and evaluate the appropriateness of primary health care system standards for Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs) under Provincial Administrative Organizations (PAOs). The study employed participatory action research within the Health System Building Blocks Plus One conceptual framework, conducted across three SHPHs under Khon Kaen PAO, representing large, medium, and small service units. Qualitative data were collected from 65 purposively selected informants, while quantitative data were obtained from 139 participants whose sample size was determined using G*Power software for paired t-test analysis and selected through systematic random sampling. Research instruments included focus group discussions, in-depth interviews, participant observation, and questionnaires. Qualitative data were analyzed using inductive content analysis with triangulation, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The findings revealed that all SHPHs were able to operate in accordance with the primary health care system components; however, limitations were identified in information systems, data linkage, coordination, and quality supervision. The developed standards comprised 7 components, 9 indicators, and 31 assessment items. Following the pilot implementation, community health literacy and service satisfaction increased at statistically significant levels ($p = 0.004$ and $p = 0.025$, respectively). The developed standards were evaluated as highly appropriate (Mean = 4.46, SD = 0.52). In conclusion, the developed standards are appropriate and have potential to serve as a framework for primary health care system development within the context of decentralization.

Keywords: Quality standards, Primary health care system, Transfer, Provincial Administrative Organization, Participatory action research

^{1,4,6} Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

^{2,5} Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

³ Assistant Professor, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen

บทนำ (Introduction)

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ใกล้บ้าน และมีบทบาททั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับบริการสุขภาพปฐมภูมิในฐานะกลไกสำคัญของการพัฒนา ระบบสุขภาพ และการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจากนโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564² โดยจังหวัดขอนแก่นเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีถ่ายโอนในระยะแรก การเปลี่ยนแปลงทำให้หลายพื้นที่ต้องปรับตัวทั้งด้านการบริหาร การจัดบริการ งบประมาณ และการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง³ แม้หลังการถ่ายโอน รพ.สต. หลายแห่งยังสามารถดำเนินบริการสุขภาพได้ตามภารกิจ แต่หลายพื้นที่เริ่มพบปัญหาและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน เช่น ความพร้อมของหน่วยบริการ การขาดแคลนบุคลากร ระบบข้อมูลสุขภาพ การประสานงานระหว่างหน่วยบริการ และแนวทางกำกับคุณภาพที่ยังไม่ชัดเจน⁴⁻⁷ ทำให้หลายหน่วยบริการต้องปรับตัวและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของตนเอง

แนวคิด Health System Building Blocks อธิบายว่า การพัฒนาระบบสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายด้าน

ทำงานร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นภาวะผู้นำ ระบบบริการ บุคลากร ระบบข้อมูล การเงินการคลัง และองค์ประกอบสนับสนุนอื่น ๆ³ ขณะที่แนวคิดการกระจายอำนาจเสนอว่า การเพิ่มอำนาจการบริหารเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอ หากไม่มีระบบสนับสนุนและกลไกกำกับคุณภาพที่เหมาะสม⁸ นอกจากนี้ การศึกษาด้านการกระจายอำนาจระดับท้องถิ่น พบว่าการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานที่เหมาะสมกับบริบทหลังการถ่ายโอนเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการจัดการระบบสุขภาพ ส่งเสริมศักยภาพองค์กรและกำกับติดตามคุณภาพการดำเนินงาน⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้จะมีเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่แล้ว แต่เกณฑ์ส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นภายใต้ระบบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข แต่ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ซึ่งมีรูปแบบการบริหารและการจัดสรรทรัพยากรที่แตกต่างจากเดิม¹⁰ ทำให้เกณฑ์ที่มีอยู่ยังไม่สามารถสะท้อนบริบทและความต้องการของหน่วยบริการภายใต้การบริหารของ อบจ. ได้อย่างชัดเจน การศึกษาค้นคว้าเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนา ทดลองใช้ และประเมินเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้เกณฑ์มาตรฐานที่สามารถนำไปใช้ได้จริงตามบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการจำเป็นด้านเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. สังกัด อบจ.

2. เพื่อพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. สังกัด อบจ. โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

3. เพื่อทดลองใช้เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่พัฒนาขึ้นสำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ.

4. เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการนำเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไปใช้ใน รพ.สต. สังกัด อบจ.

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

1. รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยดำเนินงานผ่าน 4 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนร่วมกัน การดำเนินการพัฒนา และการประเมินผล¹¹ พื้นที่ศึกษาคือ รพ.สต. สังกัด อบจ. ขอนแก่น จำนวน 3 แห่ง ซึ่งครอบคลุมหน่วยบริการขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 65 คน คัดเลือกแบบ

เจาะจง ประกอบด้วยบุคลากร รพ.สต. บุคลากร อบจ. โรงพยาบาลชุมชน สสจ. สสอ. และผู้แทนชุมชน โดยกำหนดจำนวนตามหลักความอิ่มตัวของข้อมูล¹² ส่วนผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1 สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ครั้งในกลุ่มเดียวกัน (paired t-test) กำหนดขนาดอิทธิพล กำหนด Effect Size = 0.30, Power = 0.80, $\alpha = 0.05$ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ จำนวน 90 คน และเก็บข้อมูลจริง จำนวน 139 คนเพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ จากทะเบียนผู้รับบริการของ รพ.สต. ทั้ง 3 แห่ง ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละพื้นที่ที่ศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ เคยใช้บริการ รพ.สต. อย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 12 เดือนหลังการถ่ายโอน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร และผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่ชั่วคราวในช่วงเก็บข้อมูล

3. เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้คือ เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอน ซึ่งพัฒนาจากกรอบ Health System Building Blocks Plus One ครอบคลุม⁷ องค์ประกอบ มีรายการประเมิน 31 รายการ และตัวชี้วัดผลลัพธ์ 9 รายการ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบ

ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.92 และนำไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง¹³ จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 โดยแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และแบบวัดความพึงพอใจต่อบริการมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลใช้วิธีแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การวิเคราะห์เอกสาร และการใช้แบบสอบถาม

5. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองด้วย Paired t-test ภายหลังการตรวจสอบการแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk test ($p > .05$) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า¹⁴

6. จริยธรรมการวิจัย การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2568/371 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการและลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการศึกษา โดยผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลและรายงานผลในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตน

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผ่าน 4 ระยะ ภายใต้กรอบ Health System Building Blocks Plus One ในบริบทของ รพ.สต. สังกัด อบจ.ขอนแก่น โดยผลการศึกษานำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์และความต้องการจำเป็นด้านเกณฑ์มาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กรอบแนวคิด Health System Building Blocks Plus One ที่พัฒนาเกณฑ์มาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ 9 ตัวชี้วัด และ 31 รายการประเมิน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบ ตัวชี้วัด และรายการประเมินของเกณฑ์มาตรฐานระบบสุขภาพ

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	รายการ	สาระสำคัญ
1. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล	2	5	การกำหนดนโยบาย การบริหารตามหลักธรรมาภิบาล และ ITA
2. ระบบบริการ	2	5	การจัดบริการปฐมภูมิครบ 5 ด้านและการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค
3. กำลังคนด้านสุขภาพ	1	5	การวางแผน พัฒนา และสร้างแรงจูงใจบุคลากร
4. ระบบข้อมูลข่าวสาร	1	3	การจัดเก็บ ใช้ และรายงานข้อมูลสุขภาพ
5. ผลลัพธ์ด้านการแพทย์ เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี	1	5	การบริหารเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีให้ได้มาตรฐาน
6. การเงินการคลังด้านสุขภาพ	1	3	การวางแผนและบริหารงบประมาณ
7. การมีส่วนร่วมของ ประชาชน	1	5	การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย
รวม	9	31	7 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ

ผลจากการประเมินช่องว่าง รพ.สต. ตามกรอบมาตรฐาน 7 องค์ประกอบ พบประเด็นสำคัญในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1.1 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล รพ.สต. ทุกแห่งยังสามารถจัดบริการสุขภาพได้ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้ แต่การบันทึกข้อมูลการให้บริการยังจัดเก็บในรูปเอกสารหรือสมุดบันทึก ยังไม่ถูกนำเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลอย่างครบถ้วน ทำให้ข้อมูลบางกิจกรรมไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการติดตามผลและวางแผนบริการได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะข้อมูลการเยี่ยมบ้านและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

1.2 ระบบบริการ พบว่า รพ.สต. ทั้ง 3 แห่ง ยังคงให้บริการที่รองรับจำนวนผู้รับบริการได้ แต่คุณภาพการดูแลต่อเนื่องลดลง เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัด รพ.สต. มักไม่ได้รับข้อมูลผลการรักษากลับมาส่งผลต่อการติดตามเยี่ยมบ้าน และการวางแผนดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

1.3 กำลังคนด้านสุขภาพ หลายพื้นที่ยังมีปัญหากำลังคนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะ รพ.สต. ขนาดเล็กที่มีพยาบาลวิชาชีพจำนวนน้อย ซึ่งเป็นข้อจำกัดด้านอัตราากำลังที่มีอยู่เดิม ตั้งแต่ก่อนการถ่ายโอน และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นภายหลังการถ่ายโอน เนื่องจากการขอรับการสนับสนุนและการหมุนเวียนกำลังคนจาก

เครือข่ายเดิมทำได้ยากขึ้น ส่งผลให้บางครั้งต้องแก้ปัญหาโดยอาศัยความร่วมมือแบบไม่เป็นทางการด้วยตนเอง

1.4 ระบบฐานข้อมูล รพ.สต.

หลังจากการถ่ายโอนไม่สามารถเข้าใช้งานระบบฐานข้อมูลเดิมได้ เจ้าหน้าที่จึงต้องเริ่มเก็บและบันทึกข้อมูลใหม่บางส่วน ส่งผลต่อการติดตามผู้ป่วย การนำข้อมูลมาวิเคราะห์สุขภาพของคนในพื้นที่ ตลอดจนการวางแผนจัดบริการและการบริหารงานที่ขาดความต่อเนื่อง

1.5 ด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ รพ.สต.

ส่วนใหญ่ยังดำเนินการได้ต่อเนื่องและไม่พบปัญหาการสำรองยาหรือเวชภัณฑ์เกินความจำเป็น แต่สิ่งที่เจ้าหน้าที่ยังคงกังวลคือความชัดเจนในเรื่องข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับใบประกอบวิชาชีพสำหรับการตรวจรักษา เนื่องจากในระบบเดิม สสจ. เป็นผู้กำกับดูแล เมื่อมีการถ่ายโอนจึงยังไม่มี ความชัดเจนว่าจะดำเนินการอย่างไรต่อไป

1.6 การเงินการคลัง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าสถานะการเงินของ รพ.สต. และงบประมาณดีขึ้น แต่หลายพื้นที่ยังพบปัญหาการโอนงบประมาณและการเบิกจ่ายล่าช้า ทำให้บางกิจกรรมไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนที่วางไว้

1.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าระดับความร่วมมือของชุมชนและ อสม. ยังคงใกล้เคียงกับช่วงก่อนการถ่ายโอน แต่รูปแบบการประสานงาน

เปลี่ยนไป โดย รพ.สต. ไม่มีบทบาทในการกำกับดูแล อสม. โดยตรงเช่นเดิม การดำเนินงานหลายกิจกรรมจึงอาศัยความสัมพันธ์ที่มีอยู่เดิม ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีความกังวลต่อความร่วมมือในระยะยาว

2. การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

ผู้วิจัย นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างจากระยะแรกเข้าสู่เวทีประชุมร่วมกับผู้ผู้บริหารและบุคลากร รพ.สต. ผู้บริหาร อบจ. ผู้แทน สสจ. และผู้แทนภาคประชาชน พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่า เกณฑ์เดิมบางส่วนยังไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานหลังการถ่ายโอน จึงเสนอการปรับเกณฑ์ 3 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

2.1 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

เสนอว่าการให้ รพ.สต. แต่ละแห่งรับผิดชอบการประเมินความโปร่งใสและธรรมาภิบาลด้วยตนเองทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากหลายประเด็นเป็นอำนาจการบริหารในระดับ อบจ. จึงขอให้รับการประเมินส่วนนี้ไปอยู่ในระดับ อบจ. และควรเพิ่มเครื่องมือประเมิน Happy Meter 9 Dimensions เพราะมีผลต่อการดำเนินงาน รวมถึงมองว่าเกณฑ์ที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นที่ได้ออกแบบให้นำผลการประเมินเข้าสู่คณะกรรมการสุขภาพระดับ อบจ. เพื่อใช้ประกอบการวางแผน จัดสรรทรัพยากร และกำกับติดตามการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการอย่างเป็นวงจรต่อเนื่อง

2.2 ผลลัพธ์ด้านโรคเรื้อรัง พบว่า การกำหนดตัวชี้วัดเป็นจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลงอย่างต่อเนื่อง อาจไม่สะท้อนสถานการณ์จริง เนื่องจากในบางพื้นที่ เมื่อมี การทำงานเชิงรุกมากขึ้น จะพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในระยะแรก ดังนั้นจึงเสนอให้ปรับเกณฑ์เป็น ไม่เกินค่ามาตรฐานหรือลดลงจากข้อมูลเดิม ของพื้นที่เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการ ทำงานจริง

2.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่าปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่มีความ แตกต่างกัน ผู้เข้าร่วมเสนอให้แต่ละ รพ.สต. สามารถเลือกประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหา สำคัญของพื้นที่ นำมาพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ประเด็น แทนการ กำหนดประเด็นเดียวกันทุกพื้นที่ โดยยังใช้ เครื่องมือการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในทุกพื้นที่ได้เหมือนเดิม

ภายหลังการพัฒนาผู้วิจัยได้นำ เกณฑ์มาตรฐานจำนวน 31 รายการไป ตรวจวัด ความตรงเชิงเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ที่ไม่ได้เข้าร่วมเวที พัฒนาเครื่องมือ พบว่ามีค่าดัชนีความ สอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 และมี ค่าเฉลี่ย IOC เท่ากับ 0.94 จากนั้นได้ปรับปรุง เครื่องมือตามข้อเสนอแนะ

3. ผลการทดลองใช้เกณฑ์ มาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิหลังการ ถ่ายโอนใน รพ.สต. สังกัด อบจ.

หลังนำเกณฑ์มาตรฐานไปทดลอง ใช้ แต่ละหน่วยบริการนำเกณฑ์ไปวิเคราะห์ ช่องว่างของตนเองและจัดทำแผนพัฒนาตาม บริบทของพื้นที่ ทรัพยากร และปัญหาสุขภาพ ที่พบ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 ระดับ ดังนี้

3.1 ระดับหน่วยบริการ พบว่า 1) รพ.สต. ขนาดใหญ่ใช้ทรัพยากรที่เพิ่มขึ้นหลัง การถ่ายโอนมาพัฒนางานเชิงรุกมากขึ้น โดย เน้นการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังร่วมกับ อสม. การวางระบบ ควบคุมโรคระบาดในเครือข่ายบริการ และ เพิ่มความครอบคลุมด้านงานพัฒนาการเด็ก และวัคซีน 2) รพ.สต. ขนาดกลางเลือกปรับ การทำงานให้เหมาะกับกำลังคนที่มีอยู่ โดย เน้นการคัดกรองโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงเชิงรุกผ่านเครือข่ายชุมชนและสถานี สุขภาพ ควบคู่กับการดำเนินโครงการ คุ่มครองผู้บริโภคนด้านการใช้อย่างสม เหตุผล 3) รพ.สต. ขนาดเล็กซึ่งมีข้อจำกัด ด้านบุคลากร ได้มีการพัฒนาศักยภาพแกน นำ อสม. ให้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังกลุ่ม เสี่ยงในชุมชน จัดระบบติดตามผู้ป่วยโรค เรื้อรังและผู้ที่มีข้อจำกัดในการเดินทางโดย การวัดความดันโลหิตที่บ้าน รวมทั้ง พัฒนาการสื่อสารระหว่าง รพ.สต. อสม. และ ผู้ป่วยผ่านกลุ่มไลน์และระบบการแพทย์ ทางไกล (Telemedicine) เพื่อสนับสนุนการ ส่งต่อและการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง

3.2 ระดับนโยบายของ อบจ.
พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการบริหาร
ใน 2 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) จัดทำ
แผนพัฒนาระบบศูนย์ข้อมูลสุขภาพ และ 2)
การจัดประชุมเพื่อกำหนดตัวชี้วัดร่วมกัน
ระหว่าง อบจ. สสจ. และ รพ.สต. เพื่อให้
เกิดแนวทางการติดตามประเมินผลที่ใช้
ร่วมกันมากขึ้น

3.3 ระดับประชาชน เป็นการ
ประเมินโดยใช้เครื่องมือการประเมินความ

รอบรู้ด้านสุขภาพชุดเดียวกันทุกพื้นที่ พบว่า
ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้น
จากค่าเฉลี่ย 4.06 (SD = 0.63) เป็น 4.24
(SD = 0.58) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p = .004$) ขณะที่ความพึงพอใจต่อ
บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 4.29 (SD = 0.55)
เป็น 4.37 (SD = 0.49) แตกต่างอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p = .025$) โดยพบ
แนวโน้มการเพิ่มขึ้นใน รพ.สต. ทุกขนาด ดัง
แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ทางสุขภาพและความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพก่อนและ
หลังการทดลองใช้เกณฑ์มาตรฐาน จำแนกตามขนาดของ รพ.สต. (N = 139)

ตัวแปร	ขนาดใหญ่ (n = 84)			ขนาดกลาง (n = 30)			ขนาดเล็ก (n = 25)			รวม (N = 139)			p-value
	ก่อน	หลัง	Δ	ก่อน	หลัง	Δ	ก่อน	หลัง	Δ	ก่อน	หลัง	Δ	
1. ความรอบรู้ทางสุขภาพ	3.99	4.22	+0.23	3.97	4.11	+0.14	4.40	4.46	+0.06	4.06	4.24	+0.18	0.004**
2. ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพ	4.13	4.17	+0.04	4.31	4.50	+0.19	4.79	4.86	+0.07	4.29	4.37	+0.08	0.025*

หมายเหตุ: Δ = ผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง; ค่า p-value เป็นผลการทดสอบ
ความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 139) ด้วยสถิติ
Paired t-test ส่วนค่าเฉลี่ยที่จำแนกตามขนาด รพ.สต. ใช้เพื่อแสดงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของ
แต่ละกลุ่ม

4. ผลการประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของต้นแบบเกณฑ์ มาตรฐาน

เกณฑ์มาตรฐานได้รับการประเมินว่า
มีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก

(Mean = 4.46, SD = 0.52) ใน 4 ด้าน ได้แก่ 1)
ด้านความสอดคล้องกับบริบท (Mean = 4.52,
SD = 0.50) เกณฑ์สามารถปรับใช้ได้กับ รพ.
สต. ที่มีขนาดและบริบทแตกต่างกัน 2) ด้าน
ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Mean = 4.38,

SD = 0.54) ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำเกณฑ์ไปประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาได้ แม้ยังมีข้อจำกัดด้านการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง อบจ. และหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข 3) ด้านการยอมรับของผู้ใช้ (Mean = 4.47, SD = 0.51) การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเข้าใจและยอมรับเกณฑ์มากขึ้น และ 4) ด้านประโยชน์ต่อระบบ (Mean = 4.49, SD = 0.53) เกณฑ์ช่วยให้เห็นประเด็นที่ควรพัฒนาอย่างเป็นระบบ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพร่วมและการกำหนดตัวชี้วัดร่วมระหว่าง อบจ. สสจ. และ รพ.สต. อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามและประเมินผลการนำไปใช้จริงในระยะยาวต่อไป

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

อภิปรายผล การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการบริหาร นุคกลาง ระบบข้อมูล และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน แม้ รพ.สต. ทั้ง 3 แห่งยังสามารถจัดบริการตามภารกิจหลักได้ แต่ยังพบข้อจำกัดด้านระบบข้อมูล การประสานงาน และแนวทางกำกับคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ Health System Building Blocks ที่ชี้ว่าการมีทรัพยากรหรือโครงสร้างเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ หากขาดกลไกสนับสนุนและกำกับการทำงาน³ และ

สอดคล้องกับแนวคิดของ Bossert⁸ ที่ว่าการกระจายอำนาจจะได้ผลดีเมื่อหน่วยงานมีทั้งอำนาจ ชีตความสามารถ และระบบกำกับที่เหมาะสม

ปัญหาด้านข้อมูลสุขภาพเป็นอุปสรรคสำคัญหลังการถ่ายโอน ทั้งการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลส่งต่อ และฐานข้อมูลเดิม ส่งผลต่อการติดตามผู้ป่วย การวางแผนบริการ และการตัดสินใจในระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลในฐานะองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ¹⁵

การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาจนถึงการออกแบบเกณฑ์ ช่วยให้การนำไปใช้ทำได้ง่ายขึ้นและเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในหมู่ผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ Cornish และคณะ¹¹ Israel และคณะ¹⁶ และ Tetui และคณะ¹⁷ ที่พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มการยอมรับและความต่อเนื่องในการดำเนินงานระยะยาว

สรุปผลการวิจัย เกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้นถูกใช้ประเมินหน่วยบริการ รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายและพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่าง อบจ. สสจ. และ รพ.สต. ในการกำหนดตัวชี้วัดร่วมและการพัฒนาระบบข้อมูลระดับพื้นที่ แต่ในการนำเกณฑ์ไปใช้ใน รพ.สต. ขนาดเล็กยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดการข้อมูล และการใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนางาน ซึ่งต้องอาศัยกำลังคน

และเวลาในการดำเนินงาน สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาเกณฑ์ในระยะต่อไปควรคำนึงถึง ศักยภาพและทรัพยากรที่แตกต่างกันของ หน่วยบริการแต่ละขนาด

ด้านผลลัพธ์ต่อประชาชน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความพึงพอใจต่อบริการเพิ่มขึ้น แม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขนาดการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย (0.08–0.18 คะแนน) อาจเนื่องจาก ระยะเวลาทดลองค่อนข้างสั้นและคะแนน ก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน จะช่วย สนับสนุนการดูแลสุขภาพตามแนวคิด Primary Health Care ที่เน้นการดูแลโดยยึด ประชาชนเป็นศูนย์กลาง¹

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรขยายการใช้เกณฑ์มาตรฐานไปยัง รพ. สต. แห่งอื่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง พร้อมกำหนดตัวชี้วัดร่วมระหว่าง อบจ. สสจ. และ รพ.สต. และพัฒนาระบบ ข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งจัดให้มีการประเมินอย่างสม่ำเสมอ เพื่อกำกับคุณภาพและปรับปรุงเกณฑ์ให้ทัน บริบทที่เปลี่ยนไป ในระดับนโยบายควรเร่ง แก้ไขข้อจำกัดที่ยังค้างอยู่หลังการถ่ายโอน ทั้งด้านกฎหมายวิชาชีพ กลไกการจัดสรร งบประมาณ และบทบาทของเครือข่าย

สุขภาพระดับอำเภอในการสนับสนุนวิชาการ และกำกับคุณภาพ

2. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควร

ขยายพื้นที่ศึกษาไปยังบริบทที่หลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่ที่มี ทรัพยากรจำกัด ติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว และศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมกับการใช้เกณฑ์ที่ พัฒนาจากภายนอก เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างด้านการยอมรับและความ ต่อเนื่องในการนำไปใช้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา ต้นแบบมาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิใน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับทุน สนับสนุนจากหน่วยบริหารและจัดการทุน ด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) ผู้วิจัย ขอขอบคุณบุคลากรและผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ สละเวลาและให้ความร่วมมือตลอด กระบวนการวิจัยจนบรรลุเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care; 2018.
2. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Policy and operational guidelines for the transfer of sub-district health promoting hospitals to local administrative organizations.

- Bangkok: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
3. World Health Organization. **Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes — WHO's framework for action**. Geneva: WHO; 2007.
 - 4 . Rongmuang D, Sukrungreung I, Thongdee J, Dechavoot L, Suwannarat K, Sarakshetrin A, et al. **Primary care service standards and readiness of sub-district health promoting hospitals transferring to the provincial administration organizations**. J Health Syst Res. 2024; 18(3): 331-350. (in Thai)
 - 5 . Sriyasak A, Sridawruang C, Siring P, Nitkhamhan B, Chatchumni M, Khaonuan B, et al. **Factors affecting hospital provision of health-promoting services transferred to provincial administration in Thailand**. Int J Environ Res Public Health. 2024; 21(8): 1053. doi: 10.3390/ijerph21081053
 6. Markchang K. **The transfer of sub-district health promoting hospitals to local government organizations: progress and challenges**. J Health Syst Res. 2024; 18(3): 314-330. (in Thai)
 7. Sanannaree N, Buathed D. **The model in public health mission of sub-district health promoting hospitals after transferring to the provincial administrative organization**. J Grad MCU KhonKaen Campus. 2024; 11(1): 102-112. (in Thai)
 8. Bossert TJ, Beauvais JC. **Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space**. Health Policy Plan. 2002; 17(1): 14-31. doi: 10.1093/heapol/17.1.14
 - 9 . Liwanag HJ, Wyss K. **Optimising decentralisation for the health sector by exploring the synergy of decision space, capacity and accountability: insights from the Philippines**. Health Res Policy Syst. 2019;17(1):4. doi:10.1186/s12961-018-0402-1.
 10. Zulu JM, Kinsman J, Michelo C, Hurtig AK. **Integrating national community-based health worker programmes into health systems: a systematic review identifying lessons learned from low- and middle-income countries**. BMC Public Health. 2014; 14: 987. doi: 10.1186/1471-2458-14-987
 11. Cornish F, Breton N, Moreno-Tabarez U, Delgado J, Rua M, de-Graft Aikins A, et al. **Participatory action research**. Nat Rev Methods Primers. 2023; 3(1): 34. doi: 10.1038/s43586-023-00214-1

12. Creswell JW, Creswell JD. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 6th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2023.
13. Polit DF, Beck CT. **Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice**. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
14. Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. **Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness**. SAGE Open. 2014; 4(1): 2158244014522633.
15. World Health Organization. **Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens**. Geneva: WHO; 2022.
16. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. **Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health**. Annu Rev Public Health. 1998; 19: 173-202. doi: 10.1146/annurev.publhealth.19.1.173
17. Tetui M, Coe AB, Hurtig AK, Ekirapa-Kiracho E, Kiwanuka SN. **Experiences of using a participatory action research approach to strengthen district local capacity in Eastern Uganda**. Glob Health Action. 2017; 10(sup4): 1346038. doi: 10.1080/16549716.2017.1346038