

ถอดบทเรียนการดำเนินงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: แนวปฏิบัติที่ดีเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการ Lessons learned from Primary Health Care System: Best Practice Leading to Excellent Services

อติญาณ์ ศรีเกษตริน (Atiya Sarakshetrin)¹

จินตนา ทองเพชร (Jintana Tongpeth)²

อัจฉรวาดิ ศรียะศักดิ์ (Atcharavadee Sriyasak)³

วารุณี เกตุอินทร์ (Varunee Kate-in)⁴

จूरรัตน์ กิจสมพร (Jureerat Kijsonporm)⁵

จุฬารัตน์ หัวหาญ (Chularat Howham)⁶

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ถอดบทเรียนการดำเนินงาน (2) ค้นหาแนวปฏิบัติที่ดีของการดำเนินการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของพื้นที่ที่มีสมรรถนะการดำเนินงานที่ดี ของ 11 เขตสุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทีมหมอครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ในแต่ละ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
Registered Nurse, Senior Professional Level, Prachomklao College of Nursing Phetchaburi Province

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
Registered Nurse, Senior Professional Level, Prachomklao College of Nursing Phetchaburi Province

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
Registered Nurse, Senior Professional Level, Prachomklao College of Nursing Phetchaburi Province

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
Registered Nurse, Senior Professional Level, Prachomklao College of Nursing Phetchaburi Province

⁵นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สถาบันพระบรมราชชนก
Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level, Praboromarajchanok Institute

⁶พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Registered Nurse, Senior Professional Level Prachomklao College of Nursing Phetchaburi Province

เขตสุขภาพ เขตละ 1 แห่ง จำนวน 11 แห่ง รวม 33 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา มีผลการวิเคราะห์ความเหมือนและความแตกต่างจากกลุ่มเป้าหมายได้ 3 ประเด็นคือ การบริหารจัดการ การจัดระบบสนับสนุนของเครือข่าย การควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล แนวปฏิบัติที่ดีของการดำเนินงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการ ประกอบด้วย (1) การยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (2) การนำนโยบายไปปฏิบัติ (3) ความเหมาะสมตามบริบท (4) ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (5) ความถูกต้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติ (6) ค่าใช้จ่าย (7) ความครอบคลุม และ (8) ความยั่งยืน ข้อเสนอแนะ คือ หน่วยงาน

สาธารณสุขต่างๆ ในชุมชนควรรักษา 3 หลัก (การบริหารจัดการ การจัดระบบสนับสนุนของเครือข่าย การควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล) ไปใช้ในการทำงาน ร่วมกับประชากรกลุ่มเป้าหมายในชุมชนร่วมกับการรับรู้ความต้องการและเข้าใจความคาดหวัง ความต้องการทางสุขภาพและความนิยมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นอกจากนี้ การสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยอมรับและพึงพอใจต่อผู้ให้บริการทางสุขภาพ

คำสำคัญ: บทเรียนการดำเนินงาน, บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ, แนวปฏิบัติที่ดี

Abstract

The aims of this qualitative research were to 1) lesson learned and 2) explored the practice guideline from primary health care system from three main health agencies which composed of district health board, family medicine care team, and primary care award team. Key informants were purposive select from 11 health care regions in which the total of 33 were in-depth interviewed. Content analyses were used to describe the findings. The findings were shown that three main things can be used to explain the similarity and different among three main institutes which were management,

management of network, and evaluation and monitoring. Best practice for excellent service composed of (1) Acceptability (2) Adoption (3) Appropriateness (4) Feasibility (5) Fidelity (6) Implementation cost (7) Coverage and (8) Sustainability. The suggestions are that any health care agency working in the community should be used three concepts (management, management of network, and evaluation and monitoring) in working with the people in local community which are include perceive and understand the expectation, health needs, and values of stakeholders. Moreover, create trustworthiness is very significant factor to make stakeholders accept and satisfy with the health care providers.

Keywords: Lessons learned, Primary Health Care system, Best Practice

1. บทนำ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นนโยบายพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ และเป็นจุดเริ่มต้นของการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ โดยประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกันจะสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

(สุรศักดิ์ บุรดตริเวทย์, วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย, วิศิษฐ์ วายะกุล และจรรยา ภัทรอาชาชัย, 2555) เป็นที่ทราบกันดีว่าระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นด่านแรกของการดูแลสุขภาพโดยเน้นการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชุมชนเพื่อสื่อสารความรู้และนำบริการสุขภาพที่มีคุณภาพไปสู่ประชาชน (ธีระ วรธนารัตน์และคณะ, 2559) ความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน (Community Relationship) นั้นบ่งบอกได้ว่าการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิไม่ใช่การดูแลเฉพาะโรคแต่ต้องดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยต้องมีความเข้าใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ สร้างความรู้และเสริมสร้างพลังอำนาจบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ประชาชนพึ่งตนเอง และสามารถดูแลตนเอง ลดภาวะเสี่ยงเกิดคุณภาพของการดูแลสุขภาพ มีความต่อเนื่อง ผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวม (วิศา พานิชเกษิงไกร, 2560; อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, 2560, กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เน้นบริการเชิงรุกด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพิ่มศักยภาพประชาชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งจัดทำระบบฐานข้อมูลที่ครอบคลุมตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต (โสภณ เมฆธน, 2559) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีศักยภาพในการให้บริการที่ผสมผสานและสอดคล้องกับสภาพต้องการของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม (ระพีพรรณ ฉลองสุข, 2558) สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ใช้บริการและชุมชน ประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และให้บริการหรือดำเนินการด้วยวิธีการต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีความรู้ ความสามารถในด้านต่างๆ ได้แก่ แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อตัดสินใจดำเนินการแก้ไข การประสานการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนและชุมชน วางแผน ดำเนินการประเมินผลการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในระดับพื้นที่ (บวร จอมพรรษาและคณะ, 2554; โภคิน ศักรินทร์กุล และชวินทร์ เลิศศรีมิ่งคล, 2560; ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาลและคณะ, 2558)

องค์ประกอบของบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สำคัญ ประกอบด้วย การนำองค์การที่ดี มีคุณภาพ ภาวะผู้นำและความรับผิดชอบต่อสังคมของผู้บริหาร มีการกำกับ การดูแลตนเองที่ดี (Good Governance) มีการทบทวนผลการดำเนินงาน การวางแผนเชิงกลยุทธ์รวมทั้งการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการสำรวจความต้องการ ความคาดหวัง กำหนดทิศทางและแนวทางการดำเนินงาน มีการสร้างความสัมพันธ์ภาพและประเมินผลความพึงพอใจของประชากรกลุ่มเป้าหมาย การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาองค์กร การนาระบบสารสนเทศ และการจัดการความรู้ ช่วยวางแผนการพัฒนาการบริหารจัดการกระบวนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ มีการปรับปรุงขีดความสามารถของเครือข่ายและหน่วยบริการ มุ่งเน้นให้ขวัญกำลังใจแก่ทรัพยากรบุคคล ซึ่งกระบวนการที่สร้างคุณค่าให้กับหน่วยบริการ

ปฐมภูมิภายใต้ระบบสนับสนุนที่ดี องค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (Best Practice) ได้แก่ Primary Care Award หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)

จากบริบทที่หน่วยบริการปฐมภูมิตั้งอยู่ในชุมชนทำให้เป็นหน่วยบริการมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิโดยพัฒนาระบบคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) กำหนดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม (วิชุดา จิรพรเจริญ, 2560; คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ, 2559) การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Physician) มีปรัชญาการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ คำนึงถึงสถานการณ์และปัญหาสุขภาพของชุมชนที่มีผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเจ็บป่วย มีการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้การดูแลสุขภาพอย่างรอบด้าน (กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559; โกคิน ศักรินทร์กุล และชินทร์ เลิศศรีมงคล, 2560) เป็นการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร โดยเรียกบทบาทหน้าที่นี้คือ หมอครอบครัว ที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับประชาชน โดยยึดหลักการ “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่างด้วยเทคโนโลยี”(สมยศ ศรีจรรย์, 2561) เป็นทีมที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพร่วมกัน ดูแลความเจ็บป่วยมากกว่าดูแลโรค มีการประชาสัมพันธ์ แนะนำและสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ การจัดระบบข้อมูล ช่องทางการสื่อสาร และออกแบบการจัดบริการร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ วางแผนให้บริการและติดตามประเมินผล ทำงานร่วมกับชุมชน โดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (สุรสิทธิ์ ถ้อยจิตรอำนาจ และคณะ, 2561)

จากสภาพและบริบทดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการที่จะบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน จะต้องมีการพัฒนาและจัดการตั้งแต่จุดเริ่มต้นคือระบบปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็ง มีกระบวนการบริหารจัดการที่พัฒนาไปสู่ความเป็นเลิศ

(สมจิต พุกกะรัตนานนท์ และเกษม อุตวิชัย, 2559) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งและมีความเป็นเลิศจะสร้างให้เกิดสังคมอุดมปัญญาด้านสุขภาพตามเป้าหมายที่มุ่งสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนตามวิสัยทัศน์การพัฒนาประเทศด้วยปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (สุวิทย์ เมษินทรีย์, 2560) ด้วยโครงสร้างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิด

ประชาชน ผู้ให้บริการ เข้าใจบริบทและความซับซ้อนของพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) ส่งผลให้ผู้ให้บริการมีโอกาสพัฒนาระบบ และการบริการให้สอดคล้องตรงกับความต้องการและปัญหาของประชาชน รวมไปถึง ผู้ให้บริการจะพัฒนาระบบเพื่อหาแนวทางการป้องกันหรือควบคุมปัญหาด้านสุขภาพ ก็ย่อมมีความถูกต้องมากกว่า การดำเนินงานที่ผ่านมาพบวิธีปฏิบัติหรือแนวทางการดำเนินการในด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จที่พัฒนาสู่ความเป็นเลิศ (โกคิน ศักรินทร์กุล และ ชวินทร์ เลิศศรีมงคล, 2560) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากผู้ให้บริการในหน่วยปฐมภูมิได้มีการ นำนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจากส่วนกลางเพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการ ดำเนินงานโดยมีการเลือกรับวิธีปฏิบัติหรือแนวทางการดำเนินงานจากความรู้ประสบการณ์ ที่เกิดขึ้นภายในหน่วยปฐมภูมิของตนเองหรือภายนอก นำความรู้และประสบการณ์นั้น มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของประชาชนในพื้นที่ต่อไป (สุพัตรา ศรีวนิชชากร, 2560) ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อถอดบทเรียนประสบการณ์การดำเนินงานพัฒนาระบบ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ ของเครือข่ายบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทีมหมอครอบครัวและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อค้นหามาตรฐานการดำเนินงานและวิธีการ ปฏิบัติเพื่อพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำมาประยุกต์ ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิของพื้นที่อื่นๆ รวมทั้งสรุปเป็นข้อเสนอ เิงนโยบายเป็นข้อมูลเผยแพร่ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ เพื่อคัดเลือกแนวปฏิบัติที่ดี และพิจารณาความเหมาะสมไปปรับใช้ในพื้นที่หรือบริบทของตนเองเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาระบบการให้บริการปฐมภูมิต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ที่มีสมรรถนะการดำเนินงานที่ดี
- 2.2 เพื่อค้นหาแนวปฏิบัติที่ดีของงานดำเนินการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในพื้นที่ที่มีสมรรถนะการดำเนินงานที่ดี

3. วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Qualitative Descriptive Study)

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทีมหมอครอบครัว เจ้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีผลงานโดดเด่น คือได้รับรางวัล รพ.สต.ติดดาว จำนวน 11 แห่ง จาก 11 เขตสุขภาพ โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติ คือ เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะทำงานทีมหมอครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) อย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย รวมจำนวน 33 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและด้านการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 5 คน นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการและพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับรางวัล รพ.สต.ติดดาว คณะกรรมการ พชอ. บุคลากรทีมหมอครอบครัว เพื่อให้ข้อคำถามมีความเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย แนวคำถามประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) การจัดระบบสนับสนุนของเครือข่าย 3) การควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In -depth Interview) โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัย กลไกการดำเนินงานการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของพื้นที่ที่ได้รับการประเมินว่ามีการดำเนินงานสู่ความเป็นเลิศ (Best Practice) คือ รพ.สต.ติดดาว (Primary Care Award) โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการประสานงานกับกลุ่มเป้าหมาย อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ กำหนดวัน เวลา สถานที่ และดำเนินการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่กำหนด โดยแต่ละรายใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ยประมาณ 30-45 นาทีต่อคน รวบรวมข้อมูลและเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

3.4 ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูล 4 ประการ (Lincoln & Guba, 1985) คือ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) โดยการตรวจสอบผลการวิจัยและผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทวนสอบข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย ตรวจสอบการให้รหัสข้อมูล และการสรุปความหมายจากการให้รหัสข้อมูล การนำผลการวิจัยไปใช้ (Transferability) ด้วยการทำวิจัยที่มีความชัดเจน สามารถประเมินได้โดยการเขียนวิธีการดำเนินการวิจัยที่ชัดเจน การเข้าใจกระบวนการตัดสินใจในการวิจัยหรือการสรุปผลของผู้อ่าน (Dependability) ผู้วิจัยจะเขียนกระบวนการดำเนินการวิจัยให้ชัดเจน การปราศจากความลำเอียงของผู้วิจัย (Conformability) โดยการใช้เทคนิคการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูลก่อนวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) (Christen & Petra, 2017)

3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 2019/05 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงวิธีการดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์ และรายละเอียด ของขั้นตอนการวิจัยโดยข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการสนทนากลุ่มจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการจดบันทึก (Note Based Analysis) และการวิเคราะห์จากการถอดคำ บันทึก เสียง (Tape-Based Analysis) และการวิเคราะห์จากความจำ (Memory- Based Analysis) จัดพิมพ์ข้อมูลและนำข้อมูลมาจัดระบบ แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นคำถาม หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เชิงใจความหลัก (Thematic Analysis) (Peterson, 2017) และจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Category Data) แล้วมาแปลความหมายข้อมูลตามประเด็นที่ค้นพบ

4. ผลการวิจัยและอภิปราย

ผลการศึกษาเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิของพื้นที่ที่มีสมรรถนะการดำเนินงานที่ดี คือ ผลการประเมินผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ของกลุ่มเป้าหมายจาก 11 เขตสุขภาพ โดยนำเสนอได้ 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ถอดบทเรียนการดำเนินงานและ 2) แนวปฏิบัติที่ดีของการดำเนินงานที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการบริการปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ถอดบทเรียนการดำเนินงาน โดยนำเสนอตามกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยดังนี้

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

เมื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยพิจารณาข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เวลาและสถานที่ต่างกันพบว่าผู้ให้ข้อมูลยังให้ข้อมูลเหมือนเดิม ได้ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาพบว่าทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการบริหารจัดการ การจัดระบบสนับสนุนของเครือข่าย การควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล ดังนี้

การบริหารจัดการของทีม พชอ. ลักษณะการบริหารจัดการของ พชอ. มีคณะกรรมการช่วยกันวิเคราะห์ปัญหาชุมชนหลักต้นให้เป็นภาพกลาง ส่วนประเด็นปัญหาของชุมชนของ พชอ. ส่วนใหญ่เป็น ประเด็นการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน ประเด็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการและอาหารปลอดภัย ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “หน้าที่ในทีม พชอ. จะเป็นผู้สรุปข้อมูล จัดประชุม สรุปประเด็น ปัจจุบันเพิ่มหน้าที่ในการผลักดันให้ประเด็นเข้าเพื่อนำไปปฏิบัติ ในส่วนของสาธารณสุขเน้นการขับเคลื่อนโดยร่วมมือกับเครือข่ายอื่น” (เลขา พชอ.) หลังจากประชุมจะกำหนดคณะทำงานในแต่ละประเด็น แต่ขั้นตอนส่วนใหญ่ยังอยู่ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่พบว่าภาคีเครือข่าย เช่น โรงเรียน วัด มองว่าเป็นงานที่ต้องทำเพื่อดูแลคนในชุมชน บางแห่งที่มีผู้นำที่ขับเคลื่อนได้ดีโครงการกิจกรรมประเด็นต่างๆ จะสามารถดำเนินการได้ดี ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “พชอ. เป็นกระบวนการไม่ใช้งาน เป็นการทำงานที่ทำให้ทุกคนมองว่า ต้องมีส่วนร่วม แต่ปัญหาที่ยังมีอยู่บ้าง คือ การยังไม่ปล่อยไปตามกระบวนการ แต่ทำเป็นงานที่มุ่งผลสำเร็จ มีการกำหนดผลลัพธ์ตามเกณฑ์แต่ถ้ามองเป็นกระบวนการคือ ทำแล้วมองพร้อมที่จะปรับและแก้ไข งานของสาธารณสุข คือ การรักษา ป้องกัน และฟื้นฟู การส่งเสริมเป็นของภาคี

ผลงานที่ภูมิใจ คือ ประเด็นผู้สูงอายุ ที่ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ทำให้เกิด การมีส่วนร่วม ได้แก่ สร้างบ้านให้ผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่าย การประสาน การให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ” การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ พขอ.ขึ้นอยู่กับกำหนดย นโยบายที่มาจากนายอำเภอ มีการนำเสนอประเด็นการพัฒนาเน้นการทำให้คุณภาพชีวิต ของประชาชนดีขึ้น มีการแบ่งงานกันทำอย่างชัดเจน ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “คำว่า ทำให้ประชาชนสุขภาพดี ก็จะมีภาคี เช่น ด้านอาหารปลอดภัย ใครทำ ด้านออกกำลังกาย ใครทำ หรือ ตรวจสุขภาพ ใครทำ” บทบาทของสาธารณสุขใน พขอ. เน้นสนับสนุนด้าน ข้อมูลเพื่อให้คณะกรรมการตัดสินใจ ร่วมคิดและวางแผน ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “แต่ในปัจจุบันพบว่าคณะกรรมการ พขอ. เข้าใจบทบาทของตัวเอง มากขึ้น” ทำให้มีการ เชื่อมต่อประสานกันในเรื่องช่วย รวมถึงการแก้ปัญหาแบบองค์รวมได้ ตัวอย่างคำพูดของ ผู้ให้ข้อมูล “มีผลงานที่เกิดจากการทำงานของทีม พขอ.ในปัจจุบัน ได้แก่ การใช้ GIS for DHB (ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ หรือ Geographic Information System : GIS) เป็น เครื่องมือในการตัดสินใจ ประเมินผลติดตาม การแก้ไขปัญหา ส่วนการเพิ่มประสิทธิภาพ การทำงานของ พขอ. นั้นต้องมีการเพิ่มสมรรถนะความเข้าใจในระบบ”

การจัดระบบสนับสนุนของเครือข่าย พขอ.มีแนวทางการสร้างการมี ส่วนร่วมของประชาชนเพื่อสนับสนุนการทำงานโดยการสื่อสารในที่ประชุม กำนัน ผู้ใหญ่ บ้าน หัวหน้าส่วนราชการ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล และ รพ.สต. ในส่วนของระบบสนับสนุนการทำงานของ ทีม พขอ. จากเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็น อย่างไรนั้น ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “เครือข่าย มองว่า หมอมาขอให้อย่างไรๆ แล้ว เป็นงานของทุกคน ต้องช่วยกันดูแลชาวบ้าน ความเชื่อมโยงกับปฐมภูมิแม้จะมีตัวชี้วัด แต่พอทีมเข้าใจ ปัจจุบันก็เริ่มขยายไปสู่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)” ในส่วนของวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจเน้นให้ประชาชนดูแลรับผิดชอบสุขภาพ ของตนเองและชุมชน ในรูปแบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดประชุมเวที ชาวบ้าน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) แม้ว่าปัจจุบันยังไม่ได้ตัวแทนจริง ๆ บางชุมชนที่ยังไม่มี การมีส่วนร่วมของประชาชนเพราะประชาชนยังไม่เห็นว่าเป็นปัญหา จะมีการดำเนินงาน ประสานกับภาคีเครือข่ายเพื่อหาแนวทางการสื่อสารที่เหมาะสม จนสามารถดึงประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ มีการกำหนดวิธีการบริหารแบบมี ส่วนร่วมของประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ตัวอย่างคำพูดของ

ผู้ให้ข้อมูล “มีการวางแผนส่งเสริมและกระตุ้นให้มีความตระหนักถึงภัยที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ ชักจูง โน้มน้าวให้ทุกคนร่วมกันพัฒนาเพราะพื้นที่เป็นของทุกคนในชุมชน ทุกคนมีความสามารถในการร่วมกันแก้ไขพัฒนา ขาดครัวเรือนใดครัวเรือนหนึ่ง ก็ไม่สามารถทำให้ งานบรรลุได้ โดยเลือกประเด็นที่เชื่อมโยงและให้ประชาชนเห็นความสำคัญต่อไปก็จะให้ความร่วมมือ ทำตามและมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น” รากทาบทมิส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวต่อการดำเนินการของ พขอ.นั้น พบว่าหมอครอบครัว มีการให้ข้อมูลด้านวิชาการ กับทีม พขอ เช่น แนวทางปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพ เน้นการเชื่อมโยงการทำงาน ในทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม เช่น การเยี่ยมบ้านร่วมกันของภาคีเครือข่ายต่างๆ

การควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล ทีม พขอ.ใช้หลักของ UCCARE (Unity team, Customer focus, Community participation, Appreciation, Resource sharing and human development, and Essential care) ผลที่ได้จากการควบคุม กำกับและติดตามประเมินผลจนถึงระดับการส่งเข้าประกวด Best Practice ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “ใช้ GIS for District Health Broad (DHB) ในการควบคุม กำกับและประเมินผล ตามโครงการที่ต้องการในการร่วมกันแก้ไขปัญหา แต่บางส่วนยังขาดการแก้ปัญหาแบบเชื่อมโยง ที่เป็นองค์รวมก็พยายามช่วยกันพัฒนาต่อไป และสมรรถนะ ใน พขอ.บางอย่างต้องเพิ่มเติมให้ การมีคณะกรรมการ พขอ.ส่งผลต่อประชาชนได้รับการดูแล และเอาใจใส่ประชาชนมากขึ้นยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนได้ในระดับหนึ่ง แต่ต้องมีการพัฒนารูปแบบ การทำงาน กลวิธี เครื่องมือ ต่างๆ เพื่อให้เป็นไปตามพื้นที่ตั้งไว้ร่วมกัน” และผลที่ได้จากการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ทำให้ทราบผลทั้งที่เป็นไปตามเป้าหมาย และที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายรายหลังคาเรือน ได้เรียนรู้ถึงปัญหาเชิงลึก นำประเด็นปัญหามาจัดเรียงตามลำดับความสำคัญเพื่อร่วมกัน พัฒนาตามปัญหาที่สำคัญหรือเร่งด่วน

การดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว หลังจากตรวจสอบข้อมูลที่ได้จาก ต่างเวลาต่างสถานที่และผู้ให้ข้อมูลที่ต่างกันแล้วยังให้ข้อมูลเหมือนเดิมด้วยเทคนิคตรวจสอบ แบบสามเส้า (Triangulation) ผลจากการถอดบทเรียนของทีมหมอครอบครัวในด้านการบริหารจัดการ การจัดระบบสนับสนุนของเครือข่าย การควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล มีดังนี้

การบริหารจัดการของทีมหมอครอบครัว พบว่าการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวกับระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน มีการเพิ่มคุณภาพงานมากขึ้น เน้นการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนภายใต้การบริหารจัดการกำลังคนที่มีจำกัด บทบาทการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่จึงเป็นพยาบาลวิชาชีพและทีมที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ส่วนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่ในการออกตรวจในคลินิกเคลื่อนที่และตรวจเยี่ยม รพ.สต. ตามแผนที่กำหนด ทีมหมอครอบครัวจะทำความเข้าใจหลักการของการดำเนินงานปฐมภูมิ การเข้าใจพื้นที่วิเคราะห์ความพร้อมบุคลากร ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “ปัจจุบันมีแพทย์เพิ่มขึ้นทำให้มีความพร้อมมากขึ้น แต่ในสภาพการณ์ปัจจุบันการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวนั้นยังพบอุปสรรคในเรื่องจำนวนบุคลากรต่อประชากรยังไม่ผ่านเกณฑ์ในทุกตำแหน่ง เนื่องจากจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นและบุคลากรมีการโยกย้ายเปลี่ยนตำแหน่งงาน การดำเนินงานด้านการรักษาเน้นคุณภาพมากขึ้น มีกระบวนการติดตามผู้รับบริการ ทำให้เกิดการเข้าถึงและครอบคลุม” การดำเนินงานด้านการส่งเสริมและป้องกัน เนื่องจากการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวจะเป็นการดำเนินงานร่วมกับทีมภาคีเครือข่าย การดำเนินงานในปัจจุบันจึงจัดวางรูปแบบการดำเนินงานเพื่อไม่ให้เกิดการซ้ำซ้อนกับการดำเนินงานของ รพ.สต. ประกอบด้วย (1) โครงสร้างที่ตั้งของหน่วยบริการอยู่นอกโรงพยาบาลอยู่ในชุมชน ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย ผ่านมาตรฐานการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (2) ระบบบริการที่ดูแลแบบองค์รวมด้วยทีมหมอครอบครัวและมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เชี่ยวชาญรับผิดชอบประชาชนทั้งเชิงรับและเชิงรุกและ (3) การดูแลต่อเนื่อง ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “ปัจจุบันมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดีมีประสิทธิภาพสูงสามารถดูข้อมูลการรักษา เช่น ผลการตรวจเอกซเรย์หรือข้อมูลทางห้องปฏิบัติการเชื่อมโยงถึงการส่งต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้มีการพัฒนานวัตกรรมเช่น การพัฒนา Application ติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”

การจัดระบบสนับสนุนของเครือข่าย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ ทีมหมอครอบครัว เพื่อให้บริการสุขภาพประชาชนอย่างเป็นองค์รวมทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี เน้นการส่งเสริมความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่ให้เข้าใจปัญหาที่นำมาสู่การแก้ปัญหาสุขภาพร่วมกัน พร้อมทั้งมีความร่วมมือออกแบบการส่งเสริมป้องกันตามบริบทและวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงการสร้างความตระหนักถึงปัญหา เช่น ความแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy) ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “ทีมเครือข่าย

ช่วยกันสนับสนุนวิธีการหรือหากกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากประชาชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว มีการเพิ่มการทำงานเชิงรุก กระตุ้นให้ตระหนักและมีการบวนการในการดูแลในชุมชนที่ชัดเจนขึ้น เช่น สร้างทีมดูแล การเยี่ยมบ้านสำรวจครัวเรือนเพื่อแนะนำตัว พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้ได้ตามคาดหวัง จัดกิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อให้ประชาชนรู้จักทีมหมอครอบครัว” มีระบบสนับสนุนการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว จากเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการสาธารณสุข เช่น โรงเรียน วัด เทศบาล ในช่วงแรกของการดำเนินการ ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “ปัจจุบันมีเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น เช่น หน่วยกาชาด บางพื้นที่มีการใช้โซเชียลมีเดียในการติดต่อสื่อสารกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย” มีการนำวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มาใช้เพื่อให้ประชาชน ตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน เช่น จัดทำสื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้เว็บแอปพลิเคชัน (Web Application)

การประเมินผลลัพธ์การบริการ ทีมหมอครอบครัวที่พัฒนาขึ้นทำให้ประชาชนได้รับการดูแลมากขึ้น มีการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบที่ชัดเจน โดยใช้การประเมินผลหลายด้านรวมกัน ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ “มุมมองปัจจุบันผลลัพธ์การดำเนินงานที่ชัดเจนคือ ประชาชนเข้าถึงแพทย์ได้ง่าย ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายจากโรคแทรกซ้อน แต่โรคเรื้อรังรายใหม่ยังคงเกิดขึ้นอยู่เรื่อยๆ จึงทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร” มีการบันทึกข้อมูลสุขภาพที่มีการปรับปรุงเพิ่มเติมข้อมูลทุกปี มีการเพิ่มแนวทางการส่งเสริม ป้องกันโรคเรื้อรังในผู้ป่วยรายใหม่ รวมทั้งด้านการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน มีการพัฒนาระบบบริการทำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นในการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ประชาชนได้รับการดูแลตามแนวคิดแนวคิด “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” มีการใช้เทคโนโลยี เช่น โปรแกรมช่วยส่งต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ต้องไปทำแผลที่โรงพยาบาลซึ่งเป็นแผลเรื้อรัง ก็ไม่ต้องเดินทางไปถึงโรงพยาบาลในจังหวัด ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “ที่เห็นได้ชัดคือประเทศชาติได้ลดค่าใช้จ่ายจากการประหยัดค่ายาที่ต้องสูญเสียจากการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน เพราะผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลแต่แพทย์ไม่มีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยไม่ทราบว่ายาลือมากน้อยแค่ไหน แพทย์ก็จะสั่งยาให้เหมือนเดิม แต่ถ้ามาที่เราเราสามารถแบกถุงยามาให้เราดูได้ว่ายาบางตัวยังเหลือเยอะและยังไม่หมดอายุ แพทย์ก็ลดปริมาณยาที่ต้องสั่งให้กับผู้ป่วยลงก็จะช่วยลดการใช้ยา ประเทศชาติก็จะได้ตรงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขตรงนี้” ตัวอย่าง

คำพูดของผู้ให้ข้อมูล “เรื่อง RDU (Rational Drug Use หรือความสมเหตุสมผลในการใช้ยา) ที่ลดการใช้จ่ายยารักษาที่ไม่จำเป็นก็จะช่วยลด unit cost ส่วนนี้ลงไปก็ช่วยให้ประเทศชาติประหยัดไปได้มาก ในส่วนของชุมชนการที่มีเภสัชกรมาช่วยควบคุมกำกับในเรื่องโปรแกรม DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course) ในผู้ป่วยวัณโรค ก็ทำให้ชุมชนได้รับประโยชน์ช่วยลดการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยวัณโรค ที่นี้พอมีทีมสหสาขาวิชาชีพลงไปเขาก็รู้สึกได้รับการดูแล ในส่วนของประชาชนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลที่ดีก็ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น”

การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว หลังจากตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากต่างเวลาต่างสถานที่และผู้ให้ข้อมูลที่ต่างกันว่ายังให้ข้อมูลเหมือนเดิมโดยเทคนิคการตรวจสอบสามเส้าของการรวบรวมข้อมูล ผลจากการถอดบทเรียนการดำเนินงานของ รพ.สต.ติดดาว ในด้านการบริหารจัดการ การจัดระบบสนับสนุนของเครือข่าย การควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล มีดังนี้

การบริหารจัดการ การดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็น รพ.สต.ติดดาวเป็นรูปแบบการประเมินเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ ซึ่งต้องดำเนินงานในข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร การบริหารจัดการเน้นไปที่การพัฒนางานด้านวิชาการ มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนางานให้มีความรวดเร็ว ลดภาระงานที่ไม่จำเป็น มีการพัฒนาบุคลากรครอบคลุม ด้านบริหารจัดการ การบริการและด้านวิชาชีพ มีการอบรมทางวิชาการโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งมีทีมพี่เลี้ยง ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “ผลงานที่เกิดจากทีม รพ.สต. ติดดาว ในปัจจุบันพบว่ามีการบริหารจัดการในการบริการและมีแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นระบบมากขึ้น อีกทั้งส่งเสริมการใช้งานวิจัยมาพัฒนางาน มีการใช้กระบวนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research : R2R) มาแก้ไขและพัฒนางานใน รพ.สต. ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น”

การจัดระบบสนับสนุนของเครือข่าย รพ.สต.ติดดาว โดดเด่นด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ปลุกฝังความคิดเรื่องพื้นที่เป็นของประชาชน ร่วมกันลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่มีระบบสนับสนุนการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว จากเครือข่าย ได้แก่ ส่งบุคลากรไปประชุมอบรมเพิ่มสมรรถนะเชิงวิชาการในแต่ละด้าน มีการใช้กระบวนการจัดการความรู้ มีการดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจ เน้นให้ประชาชนดูแลรับผิดชอบสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยการให้ข้อมูล

ด้านสุขภาพ พร้อมทั้งสร้างความตระหนักถึงภัยที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “ต้องใช้วิธีการชักจูง โน้มน้าวทั้งศาสตร์และศิลป์ให้ทุกคนร่วมกันพัฒนาเพราะพื้นที่เป็นของทุกคนในชุมชน ทุกคนมีความสามารถในการร่วมกันแก้ไขพัฒนา ขาดครัวเรือนใดครัวเรือนหนึ่งก็ไม่สามารถทำให้งานบรรลุได้” ส่วนแนวทางการบริหารการมีส่วนร่วมของเครือข่ายใช้แบบหุ้นส่วน (Partnership Management) ใน รพ.สต. ติดตามเน้นการส่งคืนข้อมูล ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ วางแผนร่วมกัน รวมถึงนำเสนอข้อมูลจากผลการดำเนินงานให้กับเครือข่าย เพื่อวางแผนจัดสิ่งสนับสนุนได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ทีมหมอครอบครัวและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดำเนินงานของรพ.สต. ติดตาม โดตกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาสถานพยาบาลเพื่อรองรับการบริการที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ รพ.สต.ทำงานง่าย และสอดคล้องกับนโยบายของ พชอ.

การควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล โดยใช้ระบบการประเมินสถานพยาบาลตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม โดยมีผลลัพธ์ เช่น การลดการเกิดโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งสามารถดูข้อมูลจากระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information System : GIS) ผลที่ได้จากการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รพ.สต.ติดตาม ทำให้สามารถพัฒนาสถานบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 5 ดาว และสามารถติดตามผู้ป่วยติดเตียงได้มากกว่า 90 % ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ไม่ให้เกินเกณฑ์ การทำงานของ รพ.สต. ติดตาม ในปัจจุบันเป็นการวางรากฐาน ด้านมาตรฐานของสถานพยาบาลที่อยู่ในชุมชน ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “แต่สิ่งที่มีการพัฒนาเพิ่มเติม คือ มีการพัฒนางานวิจัยเพิ่มขึ้น เมื่อได้รับเลือกเป็น รพ.สต. ติดตาม และผลลัพธ์ที่ชัดเจน คือ สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ดีขึ้น ประชาชนในพื้นที่พึงพอใจต่อการให้บริการเห็นผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “ประชาชนพึงพอใจในการใช้บริการเพิ่มขึ้น แก้ปัญหาโรคที่เกิดจากพฤติกรรมได้ดีขึ้นกว่าเดิมที่เป็นกระบวนการมากกว่าเดิม เมื่อลดการเกิดโรคได้ก็สามารถลดต้นทุนทางสุขภาพได้”

4.2 แนวปฏิบัติที่ดีของการดำเนินงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากผลการการศึกษาการถอดบทเรียนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทีมหมอครอบครัวและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ติดตาม สรุปเป็นแนวปฏิบัติที่ดีของการดำเนินงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการได้ 8 ประเด็น ดังนี้

การยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Acceptability) ผลสัมฤทธิ์เชิงลึกจากกลุ่มเป้าหมายพบว่าผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญในการพัฒนางาน บุคลากรส่วนใหญ่ในทีมมีประสบการณ์ในการทำงาน รวมทั้งมีทักษะและความชำนาญในงานที่รับผิดชอบ ผู้บริหารสนับสนุนการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ตนเอง มีการวางแผนการทำงานที่ชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ มีการติดตามผลการดำเนินงาน มีการให้ความสำคัญกับข้อร้องเรียน มีการจัดระบบรับเรื่องร้องเรียนและการจัดการแก้ไขปัญหา มีค่านิยมในการทำงาน เป็นนายตนเอง ยึดมั่นในกฎหมายระเบียบราชการ รับผิดชอบต่อสังคมโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ร่วมกันจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพดูแลกันในฐานะชุมชนให้มีสุขภาพดี

การปฏิบัติตามนโยบาย (Adoption) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามในแต่ละเขตบริการสุขภาพรับรู้ เข้าใจ สถานการณ์สุขภาพของประชากรในกลุ่มเป้าหมายของตนเอง วิเคราะห์สถานการณ์ในชุมชน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเข้าใจรับรู้ ความต้องการ ความคาดหวัง และความนิยมของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้มั่นใจว่าดำเนินงานได้ตอบสนองและสอดคล้องกับความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่องต่อไป ความสัมพันธ์ที่ดีและความประทับใจที่สร้างทำให้เกิดการยอมรับ เชื่อมมั่นศรัทธาและพึงพอใจในระบบบริการของ รพ.สต. ต้องทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการเป็นองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ใช้วิธีการเชิงรุกอย่างครอบคลุมทันเหตุการณ์ รวมทั้งการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน มีการส่งต่อแนวทางการดำเนินงานจากส่วนกลางอย่างชัดเจน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของจังหวัด ผู้บริหารต้องกำหนดเป็นนโยบาย มีโครงสร้างองค์กรที่กำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน เน้นให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ กำหนดวิธีการจัดบริการเชิงรุกเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล สร้างเป็นระบบสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม ความเชื่อและรูปแบบการดำเนินชีวิตไปในทิศทางเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารมีส่วนสำคัญ การมีนโยบายที่ชัดเจน การสื่อสารให้ผู้ได้บังคับบัญชาเข้าใจในทิศทางเดียวกัน ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพอื่นๆ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการประสานงานกับผู้บริหารและภาคี

เครือข่ายเป็นส่วนสำคัญในการแก้ปัญหาในพื้นที่ ทำให้สามารถขับเคลื่อนงานให้ประสบความสำเร็จ

ความเหมาะสมตามบริบท (Appropriateness) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มเป้าหมายแต่ละเขตสุขภาพ พบว่า มีการแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงแบบสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเข้ารับการประเมิน รพ.สต.ติดตาม เน้นการสื่อสารการทำความเข้าใจเกณฑ์การดำเนินงาน รพ.สต.ติดตาม ร่วมวางแผนพัฒนา รพ.สต.ในเครือข่าย นิเทศติดตามการพัฒนา รพ.สต.ในเครือข่ายทุกแห่ง วางแผนกำหนด เป้าหมาย 5 ดาว จัดทำแผนพัฒนาระดับหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care : CUP) โดยในกระบวนการพัฒนา รพ.สต.ติดตาม ได้ใช้ค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุขเป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ MOPH ซึ่งประกอบด้วย Mastery (M) คือ ภาวะผู้นำทุกระดับเกิดการนำองค์กร การจัดการ มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้บริหารทุกระดับกำหนดทิศทางพัฒนาที่ชัดเจน เกิดการทำงานร่วมกันภาคเครือข่าย รพ.สต.ในเครือข่ายและโรงพยาบาลแม่ข่ายทำให้ มีการจัดบริการที่ได้มาตรฐานให้กับประชาชน ซึ่งทำให้การพัฒนาการดำเนินงานสำเร็จ ตามเป้าหมาย 2) Originality (O) คือ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ซึ่งเป็นเกณฑ์ คุณภาพที่กระตุ้นการสร้างนวัตกรรม ผลงานงานวิจัยที่นำผลลัพธ์ลงสู่ประชาชนในพื้นที่ People Centered Approach (P) คือ ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เน้นจัดบริการที่จำเป็น เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสำคัญของพื้นที่ ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย Humility (H) ความ อ่อนน้อมถ่อมตนของบุคลากร ในการประสานภาคีเครือข่าย การทำงานเป็นทีมทำให้ การทำงานราบรื่น มีการนำแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดร่วมผลักดัน ในบางจังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้นำในการพัฒนาด้านสุขภาพโดยใช้แผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด เป็นตัวขับเคลื่อน ทำให้เกิดความร่วมมือและได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย เกิดความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนนโยบายทีมหมอครอบครัวจนเกิดแนวปฏิบัติที่ดี

ความเป็นไปได้ (Feasibility) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มเป้าหมาย แต่ละเขตสุขภาพ พบว่ามีการนำระบบครู ข หรือระบบพี่เลี้ยงมาช่วยพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม มีการถ่ายทอดเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ให้กับผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้อง พัฒนาทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อสร้างกระบวนการพัฒนาให้เหมาะสมกับพื้นที่ ของตนเองให้คำปรึกษาด้านวิชาการและทักษะปฏิบัติ มีทีมตรวจประเมินภายในเพื่อสร้าง

การเรียนรู้ของบุคลากร เสริมแรงจิตใจให้บุคลากรพัฒนาตนเอง นอกจากนี้มีการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในพื้นที่การทำงาน ได้แก่ อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม มีระบบเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ การบริหารยาและเวชภัณฑ์ การคุ้มครองผู้บริโภคและการใช้อย่างสมเหตุผล เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะนำไปสู่ผลลัพธ์การดำเนินงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลการปฏิบัติงานครบทั้งด้านประสิทธิภาพ คุณภาพการให้บริการ ประสิทธิภาพของการให้บริการเพื่อพัฒนาสภาวะสุขภาพในพื้นที่ตนเอง โดยมีการวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์มีการติดตามผลการดำเนินงาน ให้ความสำคัญกับข้อร้องเรียนโดยการจัดระบบรับเรื่องร้องเรียนและการจัดการแก้ไข มีค่านิยมในการทำงาน เช่น ยึดมั่นในกฎหมาย ระเบียบราชการ รับผิดชอบต่อสังคม เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนดูแลสุขภาพตนเองได้

ถูกต้องตรงตามแผน (Fidelity) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มเป้าหมายพบว่า แต่ละเขตสุขภาพปฏิบัติได้ถูกต้องตามแผน ใช้ระบบแม่ข่ายจัดระบบสนับสนุนลูกข่าย ได้แก่ การส่งต่อ การจ่ายยา ระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูล การจัดระบบการเยี่ยมระหว่างหน่วยงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ มีทีมประเมินระดับเครือข่ายโดยแต่งตั้งทีมประเมินระดับจังหวัดประเมินรับรอง รพ.สต. ตามเกณฑ์เป้าหมาย มีการประชุมร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อร่วมกันกำหนดประเด็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามบริบทพื้นที่ของตนเอง จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต ติดตามกำกับสรุปผลการดำเนิน มีการประเมินตนเองและรับการประเมินจากจังหวัด ใช้ระบบการประเมินตามกระบวนการ UCCARE (Unity team, Customer focus, Community participation, Appreciation, Resource sharing and human development, and Essential care) โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ เช่น สถาบันพระบรมราชชนกจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมเลขา พชอ. นอกจากนี้ที่ปรึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงาน ออกเยี่ยมติดตามการดำเนินงานของ พชอ. ระดับพื้นที่ มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อถอดบทเรียนหาแนวปฏิบัติที่ดีในพื้นที่ของตนเอง

ค่าใช้จ่าย (Implementation cost) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มเป้าหมายผลการศึกษาพบว่า การได้รับงบประมาณเพียงพอจากส่วนกลางสามารถพัฒนาให้เกิดระบบการบริหารจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพ เช่น นโยบาย GREEN & CLEAN, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ การคุ้มครองผู้บริโภค การใช้ยาอย่างสมเหตุผลและระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ นอกจากนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำเพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพของตน เป็นการเพิ่มศักยภาพและคุณภาพของหน่วยบริการ สอดคล้องกับการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวที่นำไปสู่การเกิดแนวปฏิบัติที่ดี

ความครอบคลุม (Coverage) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มเป้าหมายพบว่าทุกเขตสุขภาพที่พัฒนาผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ทำให้การบริการประชากรในเขตพื้นที่ที่มีความครอบคลุม ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีระบบการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ร่วมกับมีเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน ประชาชนมีทางเลือกด้านสุขภาพมากขึ้น ร่วมกับประชาชนในระบบการศึกษา มีความรู้มากขึ้น จึงให้ความสนใจต่อการรับรู้ข่าวสารมากขึ้น การร่วมกันแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนจึงทำได้ง่ายและครอบคลุมมากขึ้น

ความยั่งยืน (Sustainability) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มเป้าหมายพบว่าทุกเขตสุขภาพมีการกำหนดทิศทางแนวทางการกำกับดูแลตนเองตามนโยบายโดยการวางแผนระยะยาว มีระบบการสื่อสารถ่ายทอดทิศทางการนำไปสู่การปฏิบัติ ทบทวนผลการดำเนินการของ รพ.สต.อย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นประโยชน์ส่วนรวมที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของสังคม มีการวางแผนเชิงกลยุทธ์ กำหนดกลยุทธ์ การดำเนินงานให้เป็นไปตามพันธกิจและวิสัยทัศน์ของ รพ.สต. ทั้งระยะสั้นและระยะยาว จากการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการวิเคราะห์ปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ประเมินผลลัพธ์ ผลกระทบ ทบทวนผลการดำเนินงานเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการดำเนินงานของ รพ.สต. ให้มีประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมายที่สำคัญ คือ การทำให้ประชาชนสุขภาพดี ผู้ให้บริการมีความสุขเกิดระบบบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิที่ยั่งยืน

5. สรุปและอภิปราย

จากผลการวิจัยเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านเกณฑ์และรับรางวัล รพ.สต.ติดดาว หรือ Primary Care Award โดยสรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ถอดบทเรียนการดำเนินงานการบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิในพื้นที่ที่มีสมรรถนะการดำเนินงานที่ดี จากผลการวิจัยสามารถสรุปเป็นผลการสังเคราะห์วิธีการมุ่งสู่ความเป็นเลิศของการดำเนินงานการบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิ 7 ประเด็นโดยใช้กรอบ SIX BUILDING BLOCKS PLUS ดังนี้

ระบบบริการ (service delivery) เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้บริการโดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมในพื้นที่ มีเครือข่ายบริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมประชาชนทุกช่วงวัย มีระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ วางยุทธศาสตร์การจัดระบบบริการโดยวิเคราะห์จากข้อมูลสุขภาพและข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพชีวิตครอบคลุมทุกช่วงวัยตามบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้รับบริการ มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดผู้รับผิดชอบ วางกรอบการทำงานที่ชัดเจน มีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ มีศักยภาพการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

กำลังคนด้านสุขภาพ (workforce) บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีจำนวนเพียงพอในการให้บริการ มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจและรับผิดชอบในงาน มีการทำงานร่วมกันแบบทีมสุขภาพทั้งภายในหน่วยงานภาคสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย ดูแลครบทุกมิติ สรรหาและจัดอัตรากำลังให้เหมาะสม เพียงพอและมีประสิทธิภาพ พัฒนาศักยภาพของบุคลากร สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในทุกระดับ ส่งเสริมสร้างขวัญกำลังใจและการสร้างคุณค่าให้กับคณะกรรมการและผู้ปฏิบัติงาน (สำเร็จ แหงกระโทก, 2560)

ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information Technology) มีสื่อที่เป็นองค์ความรู้ช่วยสนับสนุนระบบบริการให้มีประสิทธิภาพโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่าย การกำกับติดตาม การจัดการศูนย์ข้อมูลข่าวสารทุกระดับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความครบถ้วนของข้อมูลและเป็นปัจจุบัน มีระบบการคืนข้อมูลให้กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อนำมาช่วยตัดสินใจเกิด

ความคล่องตัวในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และคณะ, 2560)

เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Drugs and equipment) มีการบริหารจัดการเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ สร้างระบบให้เครื่องมือมีความพร้อมใช้งาน ระบบสำรองเครื่องมือ ระบบการยืมคืน ระบบการดูแลรักษาในลักษณะของการจัดบริการร่วมกันในเครือข่ายเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและคุ้มทุน เกิดประโยชน์สูงสุด (กันยา บุญธรรม และคณะ, 2561; ระพีพรรณ นวลสวน, 2558.)

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (finance) มีงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และในภาพรวมของระบบสุขภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงสวัสดิการของรัฐอย่างทั่วถึงและเพียงพอ มีงบประมาณจ่ายรายหัวจ่ายผ่านเครือข่ายเพื่อนำมาใช้ในการบริหารจัดการ (สมยศ ศรีจารนัยและคณะ, 2561)

ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (governance) ผู้นำมีความสำคัญในการบูรณาการการดำเนินงานเนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากมายหลายกลุ่ม ผู้นำมีส่วนช่วยให้เกิดการเชื่อมผสานระหว่างทีมคณะทำงานเครือข่าย ภาคีเครือข่ายและประชาชนเพื่อให้เข้าถึงการบริการอย่างครอบคลุม มีคุณภาพและความปลอดภัยจากการบริการทางสุขภาพ มีการกำหนดเป้าหมายและผลสำเร็จของการดำเนินงาน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, 2559) มีการกำหนดจำนวนกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการชัดเจน เช่น การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มวัยรุ่นลดลงจากปีที่ผ่านมา บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ (พขอ.) กำหนดบทบาทหน้าที่ภายใต้อำนาจที่มีของหน่วยงาน การมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ประเมินผลภายใต้กรอบของกฎหมายและสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนอย่างโปร่งใสยุติธรรม ซื่อสัตย์สุจริต และเน้นการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (ภูติพิเตชาดิวัฒน์, 2560)

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation) มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายทุกระดับร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหาในระดับพื้นที่ การวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผล คณะอนุกรรมการด้านต่างๆ มีการทบทวนปรับปรุงกระบวนการ

ทำงาน ระหว่างภาคีเครือข่าย ขยายความเข้มแข็งจากชุมชนเพื่อสร้างเป็นพลังของทีม สร้างแกนนำชุมชน จัดอาสา กำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันอย่างชัดเจน ทำงานเชื่อมโยงทั้งระดับ ตำบลและอำเภอ มีการออกเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายจากทีมหมอครอบครัวและได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี กระตุ้นให้ชุมชนเป็นผู้คิดริเริ่มกิจกรรมโครงการด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่มีความสุขที่ได้ทำงานให้กับคนในชุมชนของตนเอง เกิดความเข้มแข็งจากชุมชนที่สามารถใช้เป็นฐานพลังสำคัญของการดำเนินงาน (สุพัตรา ศรีวนิชชากร, ทัศนีย์ ญาณะ และบำรุง ชะลอเดช, 2553)

2. เป็นแนวปฏิบัติของงานดำเนินการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่มีสมรรถนะการดำเนินงานที่ดี สรุปได้ดังต่อไปนี้

เข้าใจเกณฑ์ กระบวนการทำความเข้าใจเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของบุคลากรในทีมหมอครอบครัว ทีมพี่เลี้ยงและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการประเมินตนเอง การมีทีมพี่เลี้ยงสหสาขาวิชาชีพระดับเครือข่าย การกำกับติดตามต่อเนื่องตามเกณฑ์ในทุกระดับและการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอเหมาะสม เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว

มีส่วนร่วมดี นโยบายการพัฒนา รพ.สต.ติดดาวที่ไม่เน้นการประกวด เน้นพัฒนาแข่งขันกับตัวเอง พัฒนาจากคุณภาพสู่คุณค่าอย่างต่อเนื่อง มุ่งสู่ความยั่งยืน มีการเชื่อมโยงระบบการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ มีการวางแผนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ระบบภาคีเครือข่ายประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในชุมชน พัฒนาระบบการทำงานร่วมกันในชุมชนให้ครอบคลุมทุกด้าน คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู การจัดการสิ่งแวดล้อม คุ้มครองผู้บริโภค ใช้หลักธรรมาภิบาล พัฒนาศักยภาพบุคลากร และศักยภาพเครือข่ายภาคประชาชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข

ทีมพี่เลี้ยงดี มีการแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอและระดับจังหวัดในการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ เตรียมทีมประเมินที่ใช้ระบบประเมินแบบกัลยาณมิตร เอื้ออาทร มีเครือข่ายสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงและทีมประเมินให้เป็นมืออาชีพ พัฒนาศักยภาพบุคลากรของ รพ.สต.โดยใช้เครื่องมือหรือเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริการไปสู่ประชาชน มีการอบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพ รวมทั้งการวางแผนการพัฒนาดตนเองอย่างต่อเนื่อง

ประสานงานดี การทำงานร่วมกับชุมชน ภาควิชาเครือข่าย มีประสานงานในเครือข่าย และภาควิชาเครือข่ายด้วยความอ่อนน้อมถ่อมตนด้วยช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน มีกลไกสร้างสัมพันธภาพกับชุมชน สร้างความร่วมมือค้นหาความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ ร่วมกันวางแผนจัดโครงการแก้ปัญหา ประเมินผลลัพธ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีและพึงพอใจ ไม่เกิดข้อร้องเรียน นอกจากการประสานงานกับภาควิชาเครือข่ายแล้วการประสานภายในคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่มีการกำหนดแนวทางชัดเจน นำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมเหมาะสมตามบริบท เพื่อให้เกิดการบริการที่ดี วางแผนเรื่องอัตรากำลัง การสรรหาบุคลากรให้ตรงตามความต้องการ มอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการพัฒนาคุณภาพบุคลากร สร้างแรงจูงใจ สร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ให้รางวัล ประเมินผลอย่างเป็นธรรม การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการทำงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความพึงพอใจ มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทั้งในเชิงรุก และเชิงรับ มีระบบการบริการและข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเหมาะสม

เชิงรับด้านหน้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการด้านหน้าและให้บริการที่เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานให้ได้ตามมาตรฐาน ครบทุกมิติทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และทุกกลุ่มวัย เช่น การบริการตรวจรักษาโรคแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การฝากครรภ์ คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี การฟื้นฟูสภาพ โดยแพทย์แผนไทย งานทันตกรรมและงานเภสัชกรรม เน้นส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) มีเครื่องมือ อุปกรณ์ให้เพียงพอ พร้อมใช้สำหรับการให้บริการประชาชน

เชิงรุกในพื้นที่ การพัฒนาบริการเชิงรุกในพื้นที่โดยจัดระบบการดูแลต่อเนื่อง ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการโรคเรื้อรัง เด็กพัฒนาการช้า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการคุ้มครองผู้บริโภค โดยใช้แนวปฏิบัติที่ดีร่วมกันของเครือข่ายเพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการ มีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน มีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย บันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน ให้บริการอย่างครบถ้วน ถูกต้อง เก็บรักษาในฐานข้อมูลที่มีความปลอดภัย

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลไปสู่ระดับ รพ.สต.ติดดาว ต้องอาศัยความสำคัญของการสื่อสารนโยบายเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงในทุกระดับของเครือข่ายและภาคีเครือข่าย ช่วยให้การดำเนินงานในพื้นที่ได้สะดวกมากขึ้น พัฒนางองค์ความรู้ทางวิชาการร่วมกัน สร้างแนวทางปฏิบัติให้ได้มาตรฐาน มีการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ ทั้งปริมาณและคุณภาพ สร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน เน้นย้ำให้เห็นคุณค่าของการได้ช่วยเหลือผู้อื่น กระตุ้นให้เกิดจิตอาสา เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ ค้นหาต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมในท้องถิ่นของตนเองเพื่อนำมาช่วยขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพประชาชนและชุมชน เช่น ประชาญ์ชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น กระตุ้นความคิด ทักษะคติให้ประชาชนเห็นความสำคัญ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญและร่วมมือดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน

6. ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาในด้านต่างๆ ดังนี้

1. เชิงวิชาการ สามารถนำผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการนิเทศสร้างเสริมพลังอำนาจ พัฒนาศักยภาพและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ให้กับบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบริการปฐมภูมิในประเด็นการวางแผนพัฒนาการบริการในพื้นที่ของตนเอง

2. เชิงนโยบาย สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการวางแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน การวางแผน นโยบายในการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดเป็นมาตรการบูรณาการการดำเนินงานในการพัฒนาเครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีการดำเนินการตั้งแต่ระดับนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการประสานงาน การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน การขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมในชุมชน และดำเนินงานตามนโยบายที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานในระดับผู้ปฏิบัติมากขึ้น

3. เชิงบริหารจัดการ ควรนำผลการศึกษาไปต่อยอดการดำเนินงานขยายผล การสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อสร้างการบริการทางสุขภาพให้กับประชาชนอย่างครอบคลุม ทุกกลุ่ม

7. กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทุกท่าน ซึ่งทำให้การวิจัยให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

8. เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล.(2560).แนวทางการจัดบริการพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). มาตรฐานและ แนวทางสถานบริการสุขภาพ. สืบค้น 3 ม.ค. 2563 จาก http://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2015-10-20-15704123.pdf
- กันยา บุญธรรม, สุนทรี อภิญญานนท์, ศรีสมร นัยปรี, เกวลิณ ชื่นเจริญสุข, สมสินี เกษม ศิลป์. (บรรณาธิการ). (2561). เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ. (2559). แนวทางการดำเนินงาน Primary care cluster สำหรับหน่วยบริการ.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สืบค้น จากhttp://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/PCC_Guideline.pdf
- ธีระ วรรณรัตน์, ภัทรวัฒน์ วรรณรัตน์, ณัฐพล แยมฉิม, พิมชนก สิงหา, มณฑิชา เจนพานิชย์ทรัพย์, และปณัษฏ์ ฐิตาพากา นนท์. (2559). การ วิจัย เพื่อ พัฒนา รูป แบบ และ ระบบ บริการ ปฐม ภูมิ เขต เมือง: กรณี ศึกษา ใน พื้นที่ กรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัย ระบบ สาธารณสุข.

- บวร จอมพรรษา, บัณฑิต ศรีชัยกุล และวงศา เลหาศิริวงศ์. (2554). การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่าย บริการปฐมภูมิ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 4(2), 70-82.
- ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สุภา เฟ่งพิศ, สมชาย วิจิตรมัยกุล, นภาพร วาณิชย์กุล และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2558). โครงการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายที่มหอมรอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ภูติห เตชาติวัฒน์, อภิชาติ วิสิทธิ์วงศ์, ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ, พชรินทร์ สิริสุนทร, ทวีศักดิ์ นพเกษร, วินัย สีสมีทธิ์ และครรชิต สุขนาถ. (2560). การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 3. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- โกคิน ศักรินทร์กุล และชินทร์ เลิศศรีมิ่งกล. (2560). บริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care). ใน ชวินทร์ เลิศศรีมิ่งกล และวิชุดา จิรพรเจริญ. (บรรณาธิการ), เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Practice), เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- ระพีพรรณ ฉลองสุข. (2558). ระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ: กรณีศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: เขต 5 ราชบุรี. วารสารไทยเภสัชนิพนธ์, 10(2), 46-67.
- วิศา พานิชเกรียงไกร. (2560). การจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง : กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(2), 221-237.
- วิชุดา จิรพรเจริญ. (2560). แนะนำหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ใน ชวินทร์ เลิศศรีมิ่งกล และวิชุดา
- จิรพรเจริญ. (บรรณาธิการ), เวชปฏิบัติครอบครัว: ฉบับปรับปรุง (Family Practice) (หน้า 1-9). เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2560). คู่มือเพื่อการเตรียมรับการประเมินและรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

- สมจิต พฤษะริตานนท์ และเกษม อุตวิชัย. (2559). บทนำเวชศาสตร์ครอบครัว. ใน กฎณะ สุวรรณภูมิ และสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ (บรรณาธิการ), หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว (Principles of Family Medicine) (หน้า 1-17). กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).
- สมยศ ศรีจารนัย, พิชญาภัสสร วรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ์, อรณรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา และสมใจ นกดี. (2557). วิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุรศักดิ์ บุรดติเวทย์, วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย, วิศรี วายกุล และจรรยา ภัทรอาชาชัย. (2555). ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง 14 ประเทศ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 6(2), 144-155.
- สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอานวย, ญัญญิญา คำพล, น้ำฝน ศรีบัณฑิต และยศ ตีระวัฒนานนท์. (2560). การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2557). แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข.
- สำเร็จ แหียงกระโทก. (2560). การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2560). เวชศาสตร์ครอบครัวบนเส้นทางนโยบายปฐมภูมิ องค์ความรู้เพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพตามหลักของเวชศาสตร์ครอบครัว. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, บำรุง ชะลอเดช. (2553). สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553. นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.
- สุวิทย์ เมษินทรีย์. (2560). ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและการพัฒนาที่ยั่งยืน: กระบวนทัศน์การพัฒนาประเทศไทย 4.0. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษาปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงกับการพัฒนาที่ยั่งยืน สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- โสภณ เมฆธน. (2559). แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อมาวสี อัมพันศิริรัตน์. (2560). การประเมินแบบเสริมพลัง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้.
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4 (1), 280-291.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.
- Christen, E, Petra, B. (2017). A hands-on guide to doing content analysis.
African Journal of Emergency Medicine, 7 (3), 93-99.
- Peterson, B. L. (2017). Thematic Analysis/Interpretive Thematic Analysis.
In J. Matthes, C.S. Davis & R.F. Potter (Eds.), *The International Encyclopedia of Communication Research Methods*. (pp. 1-9.): Published Online: 07 November 2017: John Wiley & Sons. doi:10.1002/9781118901731.iecrm0249.