**การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ**

**อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์**

**Development of District Health System Management Process Huaimek District Kalasin Province.**

*สมดี โคตตาแสง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ*

*อนุวัฒน์ เพ็งพุฒ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ*

*ปัจชะตาพร นามโล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อระบุปัจจัยกระบวนการบริหารงานที่มีผลกับมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ สร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพกระบวนการบริหารงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ และใช้รูปแบบกระบวนการบริหารงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ กล่าวคือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบ และระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้และประเมินผลรูปแบบ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก เก็บข้อมูลใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Pearson Product Moment Correlation ตรวจสอบยืนยันด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า การจัดการโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ไม่พบปัจจัยมีผลกับคุณภาพมาตรฐานการดูแลโรคเบาหวาน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ แต่พบว่า จัดบริการในชุมชุน และที่หน่วยบริการปัจจัยบริการมีผลกับการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ พบว่า กระบวนการบริหาร อยู่ในระดับมาก เฉลี่ย 3.50 (S.D.=0.01) ได้แก่ ด้านการวางแผน เฉลี่ย 3.58 (S.D.=0.07) การจัดองค์กร เฉลี่ย 3.56 (S.D.=0.10) ด้านการอำนวยการ ค่าเฉลี่ย 3.55 (S.D.=0.07) อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการควบคุมกำกับ เฉลี่ย 3.45 (S.D.=0.83) และด้านการจัดคนเข้าทำงาน เฉลี่ย 3.38 (S.D.=0.08) ผลการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ อยู่ในระดับมากทุกองค์ประกอบ เฉลี่ย 3.73 (S.D.=0.02) รายองค์ประกอบ พบว่า การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ เฉลี่ย 3.84 (S.D.=0.10) การทำงานจนให้เกิดคุณค่า เฉลี่ย 3.81 (S.D.=0.04) การดูแลสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น เฉลี่ย 3.67 (S.D.=0.07) การพัฒนาบุคลากรและการจัดสรรทรัพยากร เฉลี่ย 3.69 (S.D.=0.05) และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน เฉลี่ย 3.66 (S.D.=0.04) ดังนั้นการพัฒนาระบบสุขภาพระดับควรให้ความสำคัญ การวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าระบบบริหาร และกระบวนการบริหารโดยเฉพาะการวางแผน การอำนวยการ การจัดองค์กรหรือทีมสุขภาพ และการกำกับติดตาม.

**คำสำคัญ**: ระบบสุขภาพระดับอำเภอ

**Abstract**

Participatory action research. To identify the management process factors with the district health system standard.To identify the management process factors with the district health system standard. create a model for improving the efficiency of district health system management and use the model and evaluate the use of district health system management model. In primary care network, Huaimek District, Kalasin Province. The operation is divided into 3 phases: Phase 1, A Study of Situation Related to the Implementation of District Health Systems. Phase 2, Pattern creation, and Phase 3, Apply styles and evaluate styles. Operated in Huaimek district. Collect data using query. In depth interview And group discussion. Quantitative data analysis uses descriptive statistics and Pearson Product Moment Correlation. Confirmation with qualitative data.

 Phase 1 study found that diabetes management. By using the chronic care model. In Primary Care Network There are no qualitative factors affecting the quality of diabetes care.In primary care network, Huaimek District, Kalasin Province. But found that services in the community. And at service units, the service factor has a standardized performance. Development of District Health System Management Process found that the administrative process. In a very high level, mean 3.50 (S.D. = 0.01) is planning mean 3.58 (SD = 0.07). the enterprise management mean 3.56 (S.D. = 0.10). The director was 3.55 (SD = 0.07). The mean is moderately is the control aspect was 3.45 (S.D. = 0.83). and the organization of people to work was 3.38 (S.D. = 0.08). Evaluation of district health committee development network services.was at a high level, averaged 3.73 (S.D. = 0.02). When comparing the components, it was found that the interoperability at the district level was 3.84 (S.D. = 0.10). Developing personnel and resource allocation was 3.81 (S.D.=0.04). Providing necessary contextual health services was 3.67 (S.D.=0.07). developing personnel and resource allocation was 3.69 (S.D.=0.05) and Participation of network and community partners was 3.66 (S.D.=0.04). Therefore, the development of health systems should be important. Analysis of inputs into the administration system.and the administrative process especially planning the director the enterprise management or health team and the control aspect.

**Key works**: District Health System.

**1. ที่มาและความสำคัญ**

 การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล ถือว่าเป็นจุดเปลี่ยนของระบบบริการสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สอดคล้องกับบริบทสังคม ตอบสนองต่อปัญหาที่เปลี่ยนไปของวิถีชีวิตชุมชน นำสังคมไปสู่ระบบสุขภาพเป็นธรรมมากขึ้น (สุพัตรา ศรีวณิชชากร,ทัศนีย์ ญาณะ, และบำรุง ชะลอเดช, 2554) เป้าหมายสำคัญคือ ลดอัตราการเจ็บป่วย ลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน สร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชน รวมถึงการให้บริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน การนำนโยบายการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS: District Health System) โดยให้มีการปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข เชื่อมโยงกันระหว่างสถานบริการที่อยู่ในชุมชนทั้งหมดที่อยู่ในอำเภอเดียวกัน เงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การเชื่อมโยงเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ คือ การทำให้กระบวนการบริหารจัดการภายในอำเภอเป็นหนึ่งเดียว จุดคานงัดที่จะให้เกิดระบบ และดำเนินการต่อเนื่องเป็นผลทางปฏิบัติ ทั้งสองส่วนคือ โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ต้องใช้กระบวนการบริการจัดการร่วมกัน จริงจัง ต่อเนื่อง และมีส่วนร่วม ที่ผ่านมาการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เป็นคณะบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ในรูปของ คปสอ. ยังไม่สอดคล้องกับนโยบาย และสถานการที่มีการเปลี่ยนแปลงในสภาพปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขมีความคาดหวังที่จะให้ทุกภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอเข้ามามีส่วนร่วม บริหารจัดการด้านสุขภาพ โดยมีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ขับเคลื่อนนำสู่การปฏิบัติ(กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากนโยบายดังกล่าวได้กำหนดกลยุทธ์ที่สามารถนำสู่ปฏิบัติการของอำเภอนั้นๆ โดยจัดทำ หนึ่งอำเภอหนึ่งโครงการ(ODOP: One District One Project) ดำเนินการและเรียนรู้ร่วมกัน ปรับโครงสร้างองค์กร ของทีมสุขภาพให้เหมาะสม มีประสิทธิภาพตอบสนองต่อปัญหาและให้บรรลุเป้าหมาย การจัดทีมสุขภาพ ที่มีทักษะวิชาชีพหลายด้าน หลายสาขาประยุกต์องค์ความรู้แก้ไขปัญหาร่วมกัน ขณะเดียวกันก็ส่งเสริมความร่วมมือหรือเป็นส่วนสนับสนุนกับเครือข่ายอื่นๆ เชื่อมโยงกันเป็นระบบ หรือเชื่อมโยงระหว่างอำเภอ โดยใช้กลไกลการประสานงานระดับต่างๆ ให้มีส่วนร่วมเป็นภาคีเครือข่ายดำเนินการสอดคล้องและรับผลร่วมกัน คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอมีแนวทางการติดตาม กำกับ นิเทศงาน ตลอดจนเสริมสร้างกระบวนการเรียนร่วมกัน โดยมีสำนักงานสาธารสุขอำเภอเป็นศูนย์ประสานงานการกำกับ โรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่ายสนับสนุนวิชาการ เครื่องมือ สิ่งของ พัฒนาถ่ายทอดทักษะตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) (สายพิณ หัตถีรัตน์ และคณะ, 2551) โดยการใช้แนวคิดการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context-based learning: CBL) กล่าวคือ กระบวนการพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการปฐมภูมิ ที่มีอยู่ที่สถานบริการที่อยู่ในชุมชน เป็นการเพิ่มสมรรถนะทางด้านวิชาการ (Technical competency)

และสมรรถนะทางสังคม (Social competency) พร้อมกับส่งเสริมการเชื่อมโยง และบูรณาการ ระหว่างสถานบริการในชุมชนกับโรงพยาบาล

กิจกรรมที่เป็นกระบวนการเรียนเกิดขึ้นในลักษณะผสมผสานไปกับกิจกรรมที่เป็นการให้บริการปกติของสถานบริการภายในอำเภอ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ภายในอำเภอนั้นๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข, 2555) เพื่อให้เกิดผลทางปฏิบัติระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอนั้น วิธีการทำงานโดยมีการขับเคลื่อนของทีมสุขภาพ (Unity of District Health Team) ต้องเป็นไปเพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองและมุ่งเป้าหมายไปที่บริการที่จำเป็น(Essential Cares) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ 2 ประการคือ ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) ผลลัพธ์ทางสังคม (Psychosocial Outcomes) (สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ มีแนวทางในการดำเนินงาน 5 ขั้น ประกอบด้วย การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การให้คุณค่าในการทำงาน การพัฒนาบุคลากร และการจัดสรรทรัพยากร การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ขับเคลื่อนนำสู่การปฏิบัติ ทุกอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์มีการดำเนินการ อำเภอห้วยเม็กเช่นกันดำเนินงานมาตั้งแต่ปี 2555 ภายใต้โครงการ ODOP (One district one project) ชื่อโครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการครบวงจรโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยมีความสนใจและได้ทบทวนงานวรรณกรรม การศึกษาวิจัย การศึกษาของสุรีภรณ์ เลิศวัชรสกุล และสุทธิพร ชมพูศรี (2556) พบว่า การติดตามประเมินผลการพัฒนาและการแก้ไขปัญหา และการมีส่วนร่วม มีผลสัมฤทธิ์ของงานได้คลอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาของสมดี โคตตาแสง และชนะพล ศรีฤาชา (2557) กระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กระบวนการบริหารที่มีผลต่อผลการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการอำนวยการ และการควบคุมกำกับ การศึกษาของนิฤมล กมุทชาติ(2557) ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การมีส่วนร่วมและรับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น การศึกษาของ Dookie & Singh (2012) ศึกษาการบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับอำเภอในแอฟริกาใต้: บทวิจารณ์ของกลวิธีการดูแลสุขภาพเบื้องต้น พบว่า ความมุ่งมั่นทางการเมืองในการกำหนดนโยบายใหม่ที่มีคุณภาพ ทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ได้แก่ กลวิธีในการดูแลสุขภาพจำเป็น เพิ่มพูนทักษะการจัดการ การประสานงานที่ดี การสื่อสารในเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคีในระบบสุขภาพระดับอำเภอมีประสิทธิภาพ การศึกษาของ Ministry of Medical Services & Ministry of Public Health &

Sanitation, Kenya (2012) การศึกษาประเมินความสามารถการถ่ายโอนภารกิจในด้านการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ของคณะกรรมการการจัดการสุขภาพ

ระดับอำเภอ (DHMTs) ในเคนยา พบว่า ระบบสุขภาพที่มีการจัดการด้านสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ หากไม่มีการวิเคราะห์ภาวะคุกคามจากปัจจัยภายนอกตามข้อเท็จจริง เช่น อิทธิพลภายนอก การสนับสนุนทรัพยากร เครือข่ายขาดการเชื่อมโยงทั้งข้อมูล การส่งต่อบริการ การวางแผนด้อยคุณภาพ และการศึกษาของ Drobac et al. (2013)ศึกษาระบบบูรณาการสาธารณสุขระดับอำเภอที่ครอบคลุม: การฝึกอบรมเสริมสร้างความเข้มแข็งการดูแลสุขภาพของประชากรใน Rwanda. พบว่า การเสริมสร้างความร่วมมือ การฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพท้องถิ่นเข้ามาดูแลสุขภาพเพื่อลดค่าใช้จ่ายและพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่ายชุมชนด้านสุขภาพ ทำให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอได้รับการปรับปรุงคุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น จากการทบทวนมีการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีทั้งเป็นไปในทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น และขาดประสิทธิภาพ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และจักได้เป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ และนำมาประยุกต์ใช้ในราชการ อันจะเป็นอรรถประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้มีคุณภาพได้มาตรฐานก่อให้เกิดประโยชน์ในอนาคตต่อไป

**2. วัตถุประสงค์:**

1) เพื่อระบุปัจจัยกระบวนการบริหารงานที่มีกับผลมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

2) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพกระบวนการบริหารงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก

3) เพื่อใช้รูปแบบและประเมินผลการใช้รูปแบบกระบวนการบริหารงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก

**3.** **ขอบเขตการดำเนินงานวิจัย**

พื้นที่ดำเนินการวิจัยในอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2561

**4. ระเบียบวิธีวิจัย**

ศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR: Participatory action research) เรื่อง การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ในอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ กล่าวคือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบ และระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้และประเมินผลรูปแบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ

**4.1 ระยะที่ 1** การศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ที่ใช้เป็นแนวคิด หลักการ และมีโครงการกิจกรรมดำเนินงานในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก การศึกษาวิจัยระยะแรก ประกอบด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิเขตอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ,การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ และ การศึกษาระดับพฤติกรรมแสดงออกตามค่านิยมร่วมของทีมสุขภาพ ในเครือข่ายบริการปฐมอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ รายละเอียดดังนี้

4.1.1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิเขตอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ประชากร ประชากรคือกลุ่มผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่ในโรงพยาบาลห้วยเมก ็ก็H็ก ปี 2557-2559 จำนวน 2,194 คน ทีมสุขภาพ จำนวน 105 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก, 2557) สุมตัวอย่างแบบชั้นภูมิ แล้วสุ่มอย่างง่าย จับออกแต่ล่ะกลุ่มประชากร ได้กลุ่มผู้ป่วย จำนวน 330 ตัวอย่าง ทีมสุภาพสุ่มอย่างง่าย ตามสัดส่วนบุคลากรได้ 105 ตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสนทนากลุ่ม 18 ตัวอย่าง (อรุณ จิรวัฒน์กุล และคณะ, 2551) ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม และใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลายตัวแปร (Multivariate Relationship) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) เท่ากับค่า p-value น้อยกว่า 0.05 ค่าความเชื่อมั่น (95%CI)

4.1.2 การศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แนวคิดกระบวนการของ Weihrich & Koontz (1993) ประชากร คือ คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และนำมาพิจารณาลงความเห็นฟ้องกัน (Domino Group) ร่วมกัน ข้อมูลจากเวชระเบียน รายงาน ตรวจสอบยืนยันวิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview) และสนทนากลุ่ม (Focus Group) ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูล เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลเป็นระดับ

4.1.3 การศึกษาระดับพฤติกรรมแสดงออกตามค่านิยมร่วมของทีมสุขภาพ ในเครือข่ายบริการปฐมอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากร จำนวน 330 ราย โดยสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย ตามสัดส่วน ในกลุ่มทีมสหวิชาชีพ ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก จำนวน 105 ตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูล เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลเป็นระดับ

**4.2 ระยะที่ 2** การสร้างรูปแบบ ด้วยนำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาเป็นประเด็นสร้างรูปแบบประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) จัดประชุมนำเสนอผลการศึกษาสถานการณ์ ทั้ง 3 ประเด็นจากระยะที่ 1 เพื่อนำมาใช้ในการวางแผน ออกแบบ 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ สร้างรูปแบบการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ กำหนดประเด็นร่วม นิยาม ระดับทักษะ พฤติกรรมแสดงออก ดัชนีชี้วัด เครื่องมือ และวิธีวัดประเมิน 3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมทักษะส่วนขาดของทีมสุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ ในภาคีเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก 4) ทดลองใช้รูปแบบ นำผลเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อวิพากษ์ให้ข้อเสนอแนะและการปรับปรุงรูปแบบพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของทีมผู้กำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตการณ์โดยตรง

**4.3 ระยะที่ 3** การนำรูปแบบไปใช้และการประเมินผลรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

**5. ผลการศึกษา : ระยะที่ 1 เพื่อทราบปัจจัยกระบวนการบริหารงานที่มีผลต่อผลการดำเนินงานระบบสุขภาพ**

 **ระดับอำเภอ ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์**

**5.1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เขตอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์** พบว่า การจัดการโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ไม่พบปัจจัยมีผลกับคุณภาพมาตรฐานการดูแลโรคเบาหวาน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ แต่ พบว่า ปัจจัยบริการที่มีผลกับคุณภาพมาตรฐานการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกาย p-value 0.024 (95% CI =0.04 - 0.59) การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วย p-value 0.001 (95% CI =0.17 - 0.60) การจัดแผนการรักษาสอดคล้องกับวิถีชีวิต p-value 0.037 (95% CI =-0.058 - 0.001)ให้บริการที่หน่วยบริการ ได้แก่ การวางแผนการรักษา p-value 0.006 (95% CI =0.07 - 0.47) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำสุขศึกษา p-value 0.046 (95% CI =0.002 - 0.25) รายละเอียดตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1**  ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลายตัวแปร (Multivariate Relationship) ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคลทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กับผลการดูแลโรคเบาหวาน ตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**  |  | **S.D** | **Multiple Correlation** | **95%CI** | **p-value** |
| **ตอนที่ 1 :** การจัดการระบบบริการ | 7.60 | 1.53 | .10 | -.53 - .74 | 0.752 |
| **ตอนที่ 2 :** การประสานงานกับชุมชน | 7.71 | 1.48 | .06 | -.6 - .78 | 0.865 |
| **ตอนที่ 3 :** ระดับปฏิบัติการ |  |  |  |  |  |
| ตอนที่ 3 เอ : การสนับสนุนการดูแลตนเอง | 7.35 | 2.70 | .07 | -.13 - .28 | 0.506 |
| ตอนที่ 3 บี : การสนับสนุนการตัดสินใจ | 7.46 | 1.64 | -.17 | -.76 - .42 | 0.562 |
| ตอนที่ 3 ซี : กลไกการประสานงานในการให้บริการสุขภาพ  | 7.78 | 1.42 | -.03 | -.66 - .60 | 0.922 |
| ตอนที่ 3 ดี : ระบบเวชระเบียน | 7.58 | 1.52 | .11 | -.37 - .61 | 0.630 |
| **ตอนที่ 4 :** การบูรณาการขององค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง | 7.72 | 1.79 | -0.02 | -0.44 - 0.39 | 0.900 |

สรุป การจัดการในหน่วยบริการเครือข่ายปฐมภูมิไม่มีปัจจัยมีผลกับผลการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ แต่การให้บริการในชุมชนพบว่า ปัจจัยบริการมีผลกับคุณภาพมาตรฐานการดูแล ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกายเฉพาะโรคเบาหวาน การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันของผู้ป่วยเบาหวาน การจัดแผนการรักษาสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การให้บริการที่หน่วยบริการ พบว่า ปัจจัยบริการที่มีผลกับคุณภาพมาตรฐานการดูแล ได้แก่ การมีส่วนของผู้ป่วยในการวางแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำสุขศึกษา

**5.2 การศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์** ผลการวิจัยดังนี้

พบว่า กระบวนการบริหารของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอห้วยเม็ก อยู่ในระดับมาก เฉลี่ย 3.50 (S.D.=0.01) ได้แก่ ด้านการวางแผนสูงที่สุด เฉลี่ย 3.58 (S.D.=0.07) รองลงมาด้านการจัดองค์กร เฉลี่ย 3.56 (S.D.=0.10) ด้านการอำนวยการ ค่าเฉลี่ย เฉลี่ย 3.55 (S.D.=0.07) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการควบคุมกำกับ เฉลี่ย 3.45 (S.D.=0.83) และด้านการจัดคนเข้าทำงาน เฉลี่ย 3.38 (S.D.=0.08)

การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพของคณะกรรมการระดับอำเภอตามแนวทางในการดำเนินงาน 5 ขั้นบันได พบว่า ผลการปฏิบัติทั้ง 5 องค์ประกอบค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกองค์ประกอบ เฉลี่ย 3.73 (S.D.=0.02) ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ เฉลี่ย 3.84 (S.D.=0.10) การทำงานจนให้เกิดคุณค่า เฉลี่ย 3.81 (S.D.=0.04) การดูแลสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น เฉลี่ย 3.67 (S.D.=0.07) การพัฒนาบุคลากรและการจัดสรรทรัพยากร เฉลี่ย 3.69 (S.D.=0.05) และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน เฉลี่ย 3.66 (S.D.=0.04)

การสัมภาษณ์เชิงลึกและ การสนทนากลุ่ม สรุปได้ว่า ผลการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ คลอบคลุมเป้าหมายดีขึ้น กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ของบุคลากรในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานสื่อสารและมีทิศทางการพัฒนาไปสู่เป้าหมายเดียวกัน มีการบูรณาการกันมากขึ้น อาทิ งบประมาณ กิจกรรมโครงการ ดังคำกล่าวที่ท่านผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้กล่าวไว้ “ *ไม่ลำเดียวอ้อมบ้านบ่กวย ไพร่บ่พร้อมแปลงได่กะบ่เฮือง คั่นอยากโฮ่ง ๆ เหลื่อม ๆ ให้หลายแสงเข่ามาซอย พี่น้องคุ้มบ้านเหนือและใต้ จั่งสิได้เนาเพิงแสง พี่น้องเอ่ย*” ดังนั้นจึงสรุปได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ความไว้วางใจ การเรียนรู้ และการกำหนดเป้าหมายมีพันธะสัญญาร่วมกัน

**5.3 การศึกษาระดับพฤติกรรมแสดงออกตามค่านิยมร่วมของทีมสุขภาพ ในเครือข่ายบริการปฐมอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์**

พบว่า ความคิดเห็นและพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม มีความคิดเห็นและพฤติกรรมแสดงออกตามค่านิยมองค์กร ในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ได้ค่าเฉลี่ย 3.43 โดยเรียงลำดับด้านที่ได้ค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ ด้านความอ่อนน้อมถ่อมตน ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น (Humility)ได้ค่าเฉลี่ย 3.81 รองลงมาด้านยึดประชาชนเป็นที่ตั้ง เป็นศูนย์กลางในการทำงาน (People-centered approach)ได้ค่าเฉลี่ย 3.56 ด้านการฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด (Mastery)ได้ค่าเฉลี่ย 3.43 และด้านสร้างสรรค์นวัตกรรม สิ่งใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ (Originality) ได้ค่าเฉลี่ย 3.42 ตามลำดับ

**6. อภิปรายผล**

**6.1 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิเขตอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์**

การศึกษา พบว่า การจัดการในหน่วยบริการเครือข่ายปฐมภูมิไม่พบว่ามีปัจจัยที่มีผลกับผลการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เกณฑ์มาตรฐาน ที่มีตัวชี้วัดตามรายการต้องดำเนินการและประเมินวัดผลรอบหนึ่งปี แต่การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลบางช่วงเวลาอาจจะไม่สอดคล้องตรงกันและครบทุกรายการของมาตรฐาน แต่การจัดบริการในชุมชุน แต่พบว่าปัจจัยบริการที่มีผล ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกายเฉพาะโรคเบาหวาน การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวาน และการจัดแผนการรักษาสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ให้บริการที่หน่วยบริการ พบว่า ปัจจัยบริการที่มีผลได้แก่ การสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยในการวางแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำสุขศึกษา สอดคลองกับการศึกษาของ

6.2  **การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์**

พบว่า กระบวนการบริหารของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอห้วยเม็ก อยู่ในระดับมาก เฉลี่ย 3.50 (S.D.=0.01) เมื่อพิจารณาโดยละเอียด ได้แก่ ด้านการวางแผนสูงที่สุด ด้านการจัดองค์กร ด้านการอำนวยการ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการควบคุมกำกับ และด้านการจัดคนเข้าทำงาน

การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพของคณะกรรมการระดับอำเภอตามแนวทางในการดำเนินงาน 5 ขั้นบันได ทั้ง 5 องค์ประกอบค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การทำงานจนให้เกิดคุณค่า การดูแลสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น การพัฒนาบุคลากรและการจัดสรรทรัพยากร และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีภรณ์ เลิศวัชรสกุล และสุทธิพร ชมพูศรี (2556) พบว่า การติดตามประเมินผลการพัฒนาและการแก้ไขปัญหา และการมีส่วนร่วม มีผลสัมฤทธิ์ของงานได้คลอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาของสมดี โคตตาแสง และชนะพล ศรีฤาชา (2557) กระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กระบวนการบริหารที่มีผลต่อผลการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการอำนวยการ และการควบคุมกำกับ การศึกษาของนิฤมล กมุทชาติ(2557) ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมี การมีส่วนร่วมและรับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น การศึกษาของ Dookie &

Singh (2012) ศึกษาการบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับอำเภอในแอฟริกาใต้: บทวิจารณ์ของกลวิธีการดูแลสุขภาพเบื้องต้น พบว่า ความมุ่งมั่นทางการเมืองในการกำหนดนโยบายใหม่ที่มีคุณภาพ ทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ได้แก่ กลวิธีในการดูแลสุขภาพจำเป็น เพิ่มพูนทักษะการจัดการ การประสานงานที่ดี การสื่อสารในเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคีในระบบสุขภาพระดับอำเภอมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ Drobac et al. (2013)ศึกษาระบบบูรณาการสาธารณสุขระดับอำเภอที่ครอบคลุม: การฝึกอบรมเสริมสร้างความเข้มแข็งการดูแลสุขภาพของประชากรใน Rwanda. พบว่า การเสริมสร้างความร่วมมือ การฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพท้องถิ่นเข้ามาดูแลสุขภาพเพื่อลดค่าใช้จ่ายและพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่ายชุมชนด้านสุขภาพ ทำให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอได้รับการปรับปรุงคุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น แตกต่างจากการศึกษาของ Ministry of Medical Services & Ministry of Public Health & Sanitation, Kenya (2012) การศึกษาประเมินความสามารถการถ่ายโอนภารกิจในด้านการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ของคณะกรรมการการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (DHMTs) ในเคนยา พบว่า ระบบสุขภาพที่มีการจัดการด้านสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ หากไม่มีการวิเคราะห์ภาวะคุกคามจากปัจจัยภายนอกตามข้อเท็จจริง เช่น อิทธิพลภายนอก การสนับสนุนทรัพยากรและเครือข่าย ขาดการเชื่อมโยงทั้งข้อมูลการส่งต่อบริการ และการวางแผนด้อยคุณภาพ

**6.3 การศึกษาระดับพฤติกรรมแสดงออกตามค่านิยมร่วมของทีมสุขภาพ ในเครือข่ายบริการปฐมอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์**

ความคิดเห็นและพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม มีความคิดเห็นและพฤติกรรมแสดงออกตามค่านิยมองค์กร ในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ด้านความอ่อนน้อมถ่อมตน ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น ด้านยึดประชาชนเป็นที่ตั้ง เป็นศูนย์กลางในการทำงาน ด้านการฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด และด้านสร้างสรรค์นวัตกรรม สิ่งใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ สอดคล้องกับทิศทางพัฒนาระบบสุขภาพระดับ กล่าวคือ การนำไปสู่การปฏิบัติ สร้างความเชื่อมั่นในทุกระดับตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงระดับปฏิบัติ สร้างกระแสให้ผู้ปฏิบัติอยากทำงานเพื่อประชาชนเป็นที่ตั้ง มีระบบการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอเหมาะสมเป็นธรรม มีช่องทางในการสื่อสารสร้างความเข้าใจรับรู้ในบุคลากรทุกระดับ เจ้าหน้าที่มีความสุขมีความมั่นคงด้านจิตใจมีกระบวนการเสริมสร้างความสุขสามัคคี การจัดพัฒนาองค์กร (organization development) มีแบบอย่าง ต้นแบบที่ดีในทุกระดับ“คนต้นแบบ” “องค์กรต้นแบบ”

**7. ข้อเสนอแนะ**

การศึกษาครั้ง เป็นระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้พิจารณาผลศึกษา 3 ประเด็นพบว่า แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ การจัดการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) Wagner.(1999) และการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานเครือข่ายบริการปฐม และการพัฒนากำลังคนโดยกำหนดค่านิยม MOPH ของกระทรวงสาธารณสุข พื้นฐานพัฒนาแนวคิด หลักการมาจากรากปรัชญาเดียวกัน กล่าวคือการจัดการคุณภาพมวลรวม (Total Quality Management:TQM) เพียงแตกต่างในรายละเอียด ปลีกย่อย แต่ทั้ง 3 ประเด็นมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงสัมพันธ์ ตั้งแต่การจัดการรายโรค การจัดการคุณภาพมวลรวม ระดับหน่วยบริการจนถึงระดับอำเภอ โดยการจัดการเป็นหลักการสำคัญมีกำลังคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา จึงมีข้อเสนอที่ได้จากงานวิจัย ดังนี้

7.1 การวางแผน ที่มีส่วนร่วมตั้งแต่ การวิเคราะห์ภาวะคุกคามจากปัจจัยภายนอกตามข้อเท็จจริง เช่น อิทธิพลภายนอก การสนับสนุนทรัพยากรภาคีเครือข่ายการ เชื่อมโยงข้อมูล ระบบการส่งต่อบริการและต่อเนื่อง รวมการกำหนดเป้าหมาย ดัชนีชี้วัดที่เหมาะสม และข้อตกลงหรือพันธะสัญญาร่วมกัน

7.2 กระบวนการบริหาร ได้แก่การจัดองค์กรและการจัดการอำนาจ ให้ได้ผลในการใช้ทรัพยากรหลากหลายร่วมกัน การจัดการด้านการเงินและบัญชีที่ดี การทบทวนกฎระเบียบของหน่วยงานที่เอื้อให้ภาคีเครือข่าย ผู้ร่วมดำเนินงาน การขับเคลื่อนในชุมชนร่วมส่งเสริมกระตุ้นสร้างจิตสำนึกในชุมชน เพื่อนำสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกัน

7.3 การสร้างเครือข่าย สานประโยชน์ทรัยพากรและชุมชน และการสนับสนุนการดูแลตนเอง กล่าวคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการบุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลในชุมชนมีปฏิสัมพันธ์กันในการที่จะดูแลสุขภาพตนเอง และยังเป็นการพัฒนาความสามารถของชุมชนเองในการที่จะเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

 7.4 หน่วยงานบริการสุขภาพสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพจำเป็นต้องออกแบบบริการใหม่ กล่าวคือ การนำวิธีคิดและวิธีปฏิบัติในกระบวนการออกแบบมาช่วยพัฒนารูปแบบบริการหรือสนับสนุน ประสานงาน เพื่อจัดบริการ ที่จะสามารถสร้างประโยชน์ได้สูงสุด ใช้งานได้สะดวกที่สุด และสร้างความประทับใจให้กับผู้ป่วยได้มากที่สุด หน่วยบริการสุขภาพต้องปรับแผนการปฏิบัติใหม่ เพื่อประโยชน์ราชการ ภาคีเครือข่ายและผู้มารับบริการ

**8. สิ่งที่ต้องพัฒนาและแก้ไขดำเนินต่อเนื่องต่อไป**

8.1 ดำเนินงาน ระยะที่ 2 เพื่อสร้างรูปแบบ โดยการวิเคราะห์ผลการศึกษาระยะ ที่ 1 โดยใช้วิธีการวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะ (Logical Framework Analysis) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริหารที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัญหา และ หาแนวทางปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ตามขั้นตอนพื้นฐาน 3 ขั้นตอน โดยมี

ขั้นที่ 1 คือการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหาใช้เวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 5 ขั้นตอนดังนี้

1) มีการระบุกระบวนการที่ต้องการพัฒนา

2) การหาวิธีการวัดผลการพัฒนาและพัฒนาตัวชี้วัดผลปฏิบัติการ

3) การวัดผลการปฏิบัติงานในปัจจุบัน

4) การค้นหาประเด็นที่ทำให้กระบวนการให้บริหารงานไม่ประสบความสำเร็จ

5) การค้นหาวิธีการแก้ปัญหา

ขั้นที่ 2 คือ การใช้โครงสร้างเชิงตรรกะ เพื่อจัดทำโครงการหรือแผนปฏิบัติการใช้เวลา 4 สัปดาห์ โดยประกอบด้วย ขั้นตอนย่อย 2 ขั้นตอนดังนี้

1) การนำข้อมูลที่ได้จากการระดมสมองมาบันทึกตามโครงสร้างเชิงตรรกะในรูปแบบแมทริกซ์

2) การพัฒนาเป็นโครงการหรือแผนปฏิบัติการเพื่อนำไปปฏิบัติ

ขั้นที่ 3 คือ การควบคุม ติดตามและการประเมินผลพัฒนาเป็นโครงการหรือ แผนปฏิบัติการเพื่อนำไปปฏิบัติใช้เวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอนดังนี้

1) การทบทวนแผนปฏิบัติการโดยพิจารณาการมีส่วนร่วม การใช้ทรัพยากรและความมุ่งมั่นในการพัฒนา

2) การนำแผนปฏิบัติการ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการทีมสุขภาพ และคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ แล้วดำเนินการตามแผนงานโครงการที่ตกลงร่วมกันโดยมีการอำนวยการ ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล

3) การวัดผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ โดยการจัดการแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

(1) ระยะก่อนพัฒนา

(2) ระยะพัฒนา และ

(3) ระยะหลังพัฒนาเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่สามารถแก้ปัญหา และก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่องค์กรต้องการซึ่งผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาระบบบริการ สามารถประเมินได้จากระยะเวลาที่ใช้บริหาร การดำเนินการโครงการ การให้รับบริการ รวมทั้งทำให้ผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ

8.2 เพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์การปฏิบัติงาน โดยประยุกต์การวิเคราะห์ความสูญเปล่าในขั้นตอนการกำหนดสายธารแห่งคุณค่าของงานบริหารยุทธศาสตร์ตามเป้าประสงค์ รายโครงการและ แผนปฏิบัติการประจำปี โดยจะศึกษากิจกรรมทั้งในส่วนที่ทำให้เกิดคุณค่า และกิจกรรมที่ไม่เกิดคุณค่าและเป็นความสูญเปล่า จึงนำแนวคิดลีนมาใช้ในงานวิจัยในขั้นตอนนี้ใช้เป็นกรอบแนวคิด การวิเคราะห์โดยใช้แนวคิดของ ลีน (LEAN) เป็นทั้งแนวคิดและเครื่องมือที่ ใช้ในการบริหารจัดการกระบวนการทำงานเพื่อลดความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในทุกกระบวนการ Womack & Jones (2003) อธิบายแนวคิดของลีนมีหลักการ สำคัญ 5 ประการดังนี้

1) การระบุส่วนที่มีคุณค่าของกระบวนการ (Value)

2) การกำหนดสายธารแห่ง คุณค่าทุกขั้นตอน (Value stream)

3) การสร้าง ทิศทางให้กิจกรรมดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง (Flow)

4) การใช้ระบบการดึงคุณค่า (Pull system)

5) การสร้างความสมบูรณ์แบบ (Pursue perfection)

ด้วยหลักการลีนดังกล่าว จะเป็นแนวคิดที่ช่วยกำจัดความสูญเปล่า 7 ประการ คือ จากการรอคอย การเคลื่อนย้ายงานที่ไม่จำเป็น การทำงานซ้ำซ้อน การแก้ไขข้อผิดพลาด การเก็บงานไว้ทำ การเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น และการทำงานที่มากเกินไป เพื่อนำไปสู่การจัดการความเสีย สูญเปล่า ให้มีประสิทธิภาพต่อไปและต่อเนื่อง เมื่อใช้เป็นแนวคิดในการสร้างรูปแบบหรือพัฒนากระบวนการทำงาน จะช่วยปรับปรุงงานสร้างความสมบูรณ์ตัวแบบที่ต่อเนื่องและยั่งยืนมีประสิทธิภาพ

**ดำเนินการระยะที่ 3** นำรูปแบบไปใช้และประเมินผลรูปแบบต่อไป

**9. เอกสารอ้างอิง**

|  |  |
| --- | --- |
|  | กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ ทุตยภูมิและสุขภาพองค์รวม: แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. |
|  | นิฤมล กมุทชาติ. **รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2557. |
|  | สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทัศนีย์ ญาณะ, และบำรุง ชลอเดช. (2554). **สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553.** กรุงเทพฯ:สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. |
|  | สุรีภรณ์ เลิศวัชรสกุล และสุทธิพร ชมพูศรี. **กระบวนการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ(District Health System:DHS) อย่างเป็นเอกภาพ จังหวัดพระเยา**. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. 2556. |
|  | สายพิณ หัตถีรัตน์, กฤษฎา พันธุ์เพ็ง, ปวีณา ฉลูกัลป์, อรุณี ชื่นชมม์, อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, เมรีย์ สุดจินดา และคณะ. (2551). **คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์.** กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน. |
|  | สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **กลยุทธ์การเชื่อมร้อยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายบทเรียนจาก CUP ชนบท.** [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]. |
|  | สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการเตรียมพี้เลี้ยงระดับเขตบริการสุขภาพ: กลไกเพื่อก้าวสู่อำเภอสุขภาวะ 23 มกราคม 2556.** นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเชี่ยน. |
|  | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก. (2557). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2557. [ ม.ป.ท. ∴ ม.ป.พ. ]. (เอกสารอัดสำเนา)  |
|  | สมดี โคตตาแสง และชนะพล ศรีฤาชา (2557) กระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7**(3), 137-145. |
|  | อรุณ จิรวัฒน์กุล และคณะ. (2551). **ชีวสถิติ.** พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา |
|  | Dookie, S., & Singh, S. (2012). Primary health services at district level in South Africa: a critique of the primary health care approach. **BMC Family Practice, 13**(1), 67. |
|  | Drobac, P. et al. (2013). Comprehensive and integrated district health systems strengthening: the Rwanda Population Health Implementation and Training (PHIT) Partnership. BMC Health Services Research, 13(2), 5-25 |
|  | Ministry of Medical Services &Ministry of Public Health & Sanitation, Kenya. (2012). **Health sector strategic & investment plan (KHSSP)July 2012 – June 2018:Transforming Health, accelerating attainment of health goals.** Kenya: Ministry of Public Health & Sanitation. |
|  | Rothman. & Wagner. (1999).Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care [Electronic version]. Annuals of Internal Medicine, 138(3), 345-35 |
|  | Weihrich, H. & Koontz, H. (1993). **Manage a global perspective.** New York: McGraw-Hill. |
|  | Womack JP, Jones **DT.Lean thinking**. New York: Simon&Schuster;2003. |