



การพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล ธวัชบุรี

ประกาศ เจริญราษฎร์, ปิพิชญา สิงห์ชา

โรงพยาบาลธวัชบุรี อ.ธวัชบุรี จ.ร้อยเอ็ด

Developing of Primary Health Care Network Management System in Thawat Buri Hospital

Prakat Charearnrad, Papichaya Singcha

Thawat Buri hospital, Thawat Buri district, Roi-Et province

Received: 4 July 2022 / Revised: 17 July 2022 / Accepted: 11 August 2022

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิเป็นการดำเนินงานเชิงรุก เน้นการสร้างสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ลดการเจ็บป่วย และลดความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผล ระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลธวัชบุรี

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การดำเนินการศึกษาแบ่งเป็นการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการและพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ 10 ราย เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 ราย และผู้รับบริการ 830 ราย ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจความต้องการ แบบบันทึกผลการปฏิบัติงาน แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ดำเนินการศึกษาดังแต่ เดือนตุลาคม 2563 ถึงกันยายน 2564 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: ก่อนการพัฒนาพบว่า ปัญหาการบริหารจัดการเกิดขึ้นทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เช่น การเดินทาง ขั้นตอนการรับบริการ ระยะเวลารอคอย ระบบการนัดและติดตาม และความแออัดของหน่วยบริการ และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ตามลำดับ หลังจากการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมารับบริการที่เครือข่ายบริการทั้ง 4 จุด เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 80.59 และ 70.66) ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ hemoglobin A1c (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7) โดยรวมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 30.14) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (BP<140/90 mmHg) โดยรวมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 69.40) ภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลง (ร้อยละ 5.61) ภาวะแทรกซ้อนทางตาลลดลง (ร้อยละ 11.11) และภาวะแทรกซ้อนทางเท้าลดลง (ร้อยละ 44.67) ระยะเวลารอคอยที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธวัชบุรีโดยรวมลดลง 1 ชั่วโมง 3 นาที ลดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอกโดยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการลดลง 2,694 ครั้ง มูลค่ายาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ลดลง 148,081.85 บาท และผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 83.2

สรุป: รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระยะเวลารอคอย มูลค่ายาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และจำนวนผู้รับบริการที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

คำสำคัญ: ระบบบริหารจัดการ, เครือข่ายบริการปฐมภูมิ

Abstract

Background and objective: Primary health care network management system is a proactive operation. Emphasis is placed on improving the health of individuals, families and communities, reduce the waiting time and reduce crowding of secondary hospitals. This study aimed to participatory action research to develop and evaluate the management system of Thawat Buri hospital primary care network.

Methods: This research was conducted a participatory action research. Conducting a situational analysis phased research and develop a management system for primary care networks were implement stages. The research participants consisted of 10 multidisciplinary team, 20 of health workers in district health promoting hospital, and 830 of service recipients derived from purposive sampling. Data collect for using were need assessment form, performance record form, and patient's satisfaction form, group discussions. The study was conducted from October 2020 to September 2021 and analysis of data on descriptive statistics and content analysis.

Results: Before development found Service arrangement problems occur for both service providers, and service recipients, such as distance, the process of receiving services waiting period, patient appointment, patient follow-up, overcrowding of patients and travel expenses respectively. Overall, diabetes mellitus and hypertension were come to service network were increased by 80.59% and 70.66%, in well control diabetic mellitus, overall hemoglobin A1c ($\leq 7\%$) was increased by 30.14%, and hypertension patients were able to control blood pressure (BP<140/ 90 mmHg) by 69.40 % overall, and decreased complications of kidneys, eyes and foot by 5.61%, 11.11% and 44.67% respectively. The overall waiting time at the outpatient department was reduced by 1 hour and 3 minutes, decreased chronic illness patients in the outpatient department by 2,694 visits, decreased cost of medicines and medical supplies by 148,081.85 baht and the medical service satisfaction index was 83.2%.

Conclusion: The Primary health care network management system affects a clinical outcomes of chronic disease, reduce the waiting time, overcrowding in hospitals, and medical supplies.

Keywords: network management system, primary health care

Corresponding author: Prakat Charearnrad, E-mail: piya_anul@hotmail.com

บทนำ

ปัญญาสาครกล่าวด้วยสิทธิมนุษยชนและกฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 ซึ่งให้ทุกคนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการบริการทางสังคมที่จำเป็น สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560¹ อย่างไรก็ตามปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลรัฐที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรอรับการตรวจนาน ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพรุนแรงมากน้อยเพียงใด เป็นปัญหาเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพไทยที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง เช่นเดียวกับข้อมูลการสำรวจสุขภาพเครือข่ายสุขภาพอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดมีพื้นที่ 374 ตร.กม. ประกอบไปด้วยเขตบริการ 12 ตำบล 147 หมู่บ้าน ประชากร 69,747 ราย เป็นเพศชาย 34,608 ราย และหญิง 35,139 ราย และเป็นผู้สูงอายุถึง 10,921 ราย (ร้อยละ 15.65) ซึ่งผู้รับบริการกลุ่มนี้มักจะมีปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งโรคและภาวะทุพพลภาพตามวัย และมีความยากลำบากในการเดินทางเพื่อมารับบริการ บางคนไม่สามารถเข้าถึงบริการหรือไม่เคยได้พบแพทย์ ซึ่งเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอธวัชบุรี ประกอบไปด้วยโรงพยาบาลธวัชบุรี (โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธวัชบุรีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 11 แห่ง ในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ให้บริการประชาชนในเขตอำเภอธวัชบุรีและอำเภอใกล้เคียง โดยให้บริการผู้ป่วยนอกประมาณแสนครั้ง/ปี และให้บริการผู้ป่วยในประมาณ 2,500 ครั้ง/ปี เนื่องจากที่ตั้งของอำเภอธวัชบุรีวางตัวยาวขนานไปกับชายขอบทางด้านทิศตะวันออกของอำเภอเมืองร้อยเอ็ด และในขณะเดียวกันที่ตั้งโรงพยาบาลธวัชบุรีไม่ได้อยู่ศูนย์กลางของตัวอำเภอ กลับตั้งอยู่ที่ตำบลธงธานีซึ่งห่างจากตัวอำเภอไปทางตะวันออกถึง 20 กิโลเมตรเป็นเหตุให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชนส่วนใหญ่ของเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุหรือทุพพลภาพ² ทั้งยังทำให้เกิดความแออัดของผู้มารับบริการโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ดเนื่องจากระยะทางสั้นกว่าเดินทางมาโรงพยาบาลธวัชบุรีมาก

อนึ่งกล่าวเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนในเครือข่ายบริการสุขภาพธวัชบุรีมีจำนวน 4,605 ราย มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธวัชบุรีจำนวน 4,190 ราย นอกจากนั้นเข้ารับบริการยังโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ ได้แก่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเสลภูมิ และโรงพยาบาลอาจสามารถ และมีอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาไม่ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา และเท้า อีกทั้งไม่สามารถให้บริการอื่นๆเพิ่มเติมในลักษณะบูรณาการ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสุขภาพปากและฟัน ปัญหาความผิดปกติทางกายภาพ รวมถึงสุขภาพจิต เป็นต้น นอกจากนั้นการมารับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังเป็นปัญหาของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ได้แก่ ปัญหาการเดินทางไปกลับในการมารับบริการ ขั้นตอนการรับบริการหลายขั้นตอน ระยะเวลารอคอยในการ

บริการนานมาก ระบบการนัดและติดตามผู้รับบริการ และความแออัดของหน่วยบริการ ตามลำดับ ขณะเดียวกันผู้รับบริการเป็นไปในทำนองเดียวกัน ได้แก่ ความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาในการรอคอย ความยุ่งยากของขั้นตอนการรับบริการหากต้องรับบริการหลายอย่าง สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและความแออัดของหน่วยบริการ²

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงการจัดการที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอธวัชบุรีจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการแก้ปัญหา โดยยึดหลักระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสาธารณสุขในการนำไปสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เป็นบริการที่จัดให้แก่ชุมชนในภาพรวม (community oriented)³ โดยมีการปรับให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน รวมถึงมีการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพที่เชื่อมประสานกับองค์กรต่างๆ ทั้งฝ่ายปกครองและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพแก่ชุมชน ซึ่งจะเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนในชุมชนต่อไป⁴ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอธวัชบุรีจึงได้พัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอธวัชบุรี โดยจัดหน่วยบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการครบทุกสหสาขาวิชาชีพ ออกให้บริการเชิงรุกแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One-Stop Service) ในตำบลที่วิเคราะห์แล้วพบว่ายากต่อการเข้าถึงบริการได้แก่ ตำบลเมืองน้อย ตำบลเขาวง ตำบลอุมเม้า และตำบลหนองไผ่ตามลำดับ เก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย ความพึงพอใจ และมูลค่าเวชภัณฑ์ ที่ใช้ไปต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการโดยมีแนวคิดเรื่องระบบบริการสุขภาพบริการปฐมภูมิเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นแนวคิดเชิงกระบวนการเป็นแนวคิดเบื้องต้น ดังนี้

พื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอุมเม้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่ เนื่องจากเป็นพื้นที่พบว่ายากต่อการเข้าถึงบริการได้แก่ ตำบลเมืองน้อย ตำบลเขาวง ตำบลอุมเม้า และตำบลหนองไผ่ ตามลำดับ อยู่ห่างจากโรงพยาบาลธวัชบุรีถึง 20 กิโลเมตร ไม่มีรถโดยสารประจำทางผ่าน ผู้รับบริการต้องใช้รถจักรยานยนต์ รถยนต์ส่วนตัว หรือรถรับจ้างเท่านั้น ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุหรือทุพพลภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ร่วมวิจัยที่ร่วมวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 10 ราย 2) เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขธวัชบุรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4 แห่ง 20 ราย ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และ 3) ผู้รับบริการที่เคยมารับบริการสุขภาพที่เครือข่ายบริการสุขภาพจากการวิจัยระยะที่ 1, 2 และ 3 จำนวน 830 ราย

เครื่องมือที่ใช้ศึกษา ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1.1 แบบสำรวจความต้องการ ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ ประกอบด้วยตัวแปร 7 ตัวแปร คือ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพหลัก ระดับการศึกษาสูงสุด สิทธิการรักษาพยาบาล และเหตุผลในการเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งนี้ ตอนที่ 2 ความต้องการการพัฒนา ระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จำนวน 40 ข้อ จำแนกเป็น 5 ด้าน คือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การบริการแบบบูรณาการ การเข้าถึงบริการ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยี และการส่งต่อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยคำตอบมากที่สุดให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน แบบสอบถามได้ทดสอบความตรง (validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านและทดลองใช้วิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) โดยคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.89

1.2 แบบบันทึกผลการปฏิบัติงาน เป็นตารางบันทึกผลจำนวนผู้รับบริการที่มีภูมิสำเนาในเขตบริการของ รพ.สต. บ้านเมืองน้อย บ้านเขวาท่ง บ้านอุมเม้า และบ้านหนองไผ่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2564 ประกอบด้วย 4 ตาราง คือ ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลราชบุรี ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (hemoglobin A1c $\leq$ 7%) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชบุรี ตารางที่ 3 ระยะเวลารอคอยที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี 5 จุดบริการ คือ จุดซักประวัติ จุดตรวจ รอยตรวจห้องปฏิบัติการ จุดรอชำระเงิน และจุดรอรับยา และตารางที่ 4 ค่ายาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์โรงพยาบาลราชบุรี

1.3 แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน ประกอบด้วย 7 ตัวแปร คือ ตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพ อาชีพหลัก ระดับการศึกษาสูงสุด สิทธิการรักษาพยาบาล และ เหตุผลในการเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งนี้ ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือด้านการให้บริการของแพทย์ ระยะเวลาในการบริการ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ แบบสอบถามได้ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา

(Item of consistency: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบว่ามีค่าตั้งแต่ 0.80-1.00

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ข้อ คือ (1) วันนี้ท่านมารับบริการอะไร ออกเดินทางจากบ้านอย่างไร (2) ปัญหาที่ท่านพบจากการมารับบริการ คืออะไร และ(3) ท่านต้องการให้โรงพยาบาลจัดบริการอย่างไร

ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563-กันยายน 2564 ใช้ในการศึกษา 12 เดือน

ขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการระบุตัวบุคคลกับแบบสอบถามให้ตรงกันและทำลายเอกสารเมื่อการศึกษาได้สิ้นสุดลง นอกจากนั้นยังมีการขอจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์โดยได้รับความเห็นชอบจากกรรมการพิจารณาจริยธรรมเมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2563 เลขที่ COE116/2563

การดำเนินงาน แบ่ง 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้วยวิธีการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสำรวจความต้องการการรับบริการจากผู้รับบริการ 600 ราย ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และ การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มประเด็นสภาพปัญหาจากการรับบริการที่โรงพยาบาลราชบุรีจากผู้รับบริการ 20 ราย โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ข้อคำถาม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ระยะที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลราชบุรี เป็นขั้นตอนการนำปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการมาออกแบบระบบการให้บริการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 10 ราย เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขราชบุรีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง 20 ราย และผู้รับบริการที่เคยรับบริการจากโรงพยาบาลแห่งนี้ 10 ราย หลังจากนั้นจึงดำเนินการโดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้น ได้แก่ การวางแผนการปฏิบัติการ การสะท้อนการปฏิบัติการ และการปรับปรุงแผนการปฏิบัติการ และระยะที่ 3 ประเมินผลระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบสำรวจความพึงพอใจจากผู้รับบริการที่เคยรับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่งๆ ละ 50 ราย รวม 200 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ เพื่อให้เห็นภาพของสถานการณ์ชัดเจน 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ด้วยวิธีการวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล (Typological analysis) และการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) การตรวจสอบความถูกต้องเชื่อถือได้ของข้อมูล เป็นการยืนยันว่าข้อมูลและวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลมีความเหมาะสมถูกต้องเป็นจริงและมีคุณภาพ ทั้งในประเด็นภายในของการวิจัยได้แก่ นักวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวม

ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตีความข้อมูล ส่วนประเด็นภายนอก เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อผู้ให้ข้อมูล (Member checking) และผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการตรวจสอบความถูกต้องสอดคล้องของข้อมูลที่มาจากหลายแหล่งได้แก่ แหล่งบุคคล เวลา และสถานที่

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาทั้ง 3 ระยะ ผู้วิจัยได้นำเสนอ ดังนี้

1. ผลการศึกษาระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ จากการตอบแบบสอบถามระบบการบริหารจัดการเครือข่ายปฐมภูมิของผู้ให้บริการพบว่าปัญหาที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดการบริการได้แก่ การเดินทางไปกลับในการมารับบริการ ขั้นตอนการรับบริการหลายขั้นตอน ระยะเวลาการรอคอยในการบริการมาก ระบบการนัดและติดตามผู้รับบริการ และความแออัดของหน่วยบริการ ตามลำดับ ในส่วนของผู้รับบริการเป็นไปในทำนองเดียวกัน ได้แก่ ความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาในการรอคอย ความยุ่งยากของขั้นตอนการรับบริการหากต้องรับบริการหลายอย่าง สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และความแออัดของหน่วยบริการ ตามลำดับ

2. การพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลราชบุรี เป็นขั้นตอนการนำปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการมาออกแบบระบบการจัดการบริการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขราชบุรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่งและผู้รับบริการที่เคยรับบริการจากโรงพยาบาลแห่งนี้ พบว่า การจัดการกับปัญหาที่ได้นี้ จึงได้จัดการระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิขึ้น ประกอบด้วยขั้นตอน (1) การวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดเป้าหมาย โดยแยกพื้นที่บริการออกเป็น 4 จุดที่อยู่ห่างไกลหน่วยบริการได้แก่ ตำบลเมืองน้อย ตำบลเขาวง ตำบลอู่เม้า และตำบลหนองไผ่ตามลำดับ (2) วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่เพื่อแยกประเภทและวางแผนในการให้บริการ (3) จัดหน่วยบริการแบบบูรณาการทุกสาขาวิชาชีพ ออกให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one-Stop Service) อย่างต่อเนื่องทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ (4) การให้บริการแบบบูรณาการ ได้แก่ การระบุตัวตนและพิสูจน์สถานสิทธิ์ของผู้มารับบริการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค ให้การรักษา และนัดติดตามการรักษาหรือส่งต่อในกรณีจำเป็น รวมถึงการให้บริการอื่นที่เกี่ยวข้องกัน เป็นต้นว่า ทันตกรรม กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย จิตเวช และการรับรองความพิการ และ(5) เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และหาโอกาสพัฒนาต่อไป

3. การประเมินผลระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับการรักษาและติดตามการรักษาทั้งสัปดาห์จำนวน 2,644 ราย ส่วนใหญ่เพศหญิง 1,606 ราย (ร้อยละ 60.74) อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 1,585 ราย

(ร้อยละ 59.99) การศึกษาระดับประถมศึกษา 1,888 ราย (ร้อยละ 71.44) รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน 1,658 ราย (ร้อยละ 62.7) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1,058 ราย (ร้อยละ 40.0) และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยการทำงานของไตเสื่อมทุกระยะรวม 611 ราย ระยะที่ 1-3 จำนวน 527 ราย หลังจากออกให้บริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแล้ว เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลปีงบประมาณ 2563 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (Hemoglobin A1c $\leq$ 7%) โดยรวมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 30.14) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (BP<140/90 มิลลิเมตรปรอท) โดยรวมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 69.40) ในขณะที่ภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลง (ร้อยละ 5.61) ภาวะแทรกซ้อนทางตาลลดลง (ร้อยละ 11.11) และภาวะแทรกซ้อนทางเท้าลดลง (44.67) อีกทั้งผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมารับบริการที่จัดขึ้นทั้ง 4 จุด เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว (ร้อยละ 80.59 และ 70.66)

ในส่วน of โรงพยาบาลราชบุรีพบว่า ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยรวมลดลง 1 ชั่วโมง 3 นาที มูลค่าการใช้จ่ายและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ลดลง 148,081.85 บาท อีกทั้งลดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี โดยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการลดลง 2,694 ครั้ง และผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 83.2 (ตารางที่ 1-5)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะทางประชากร (n=2,644)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	1,038 (39.2)
หญิง	1,606 (60.8)
อายุ (ปี)	
20-60	1,059 (40.1)
> 60	1,585 (59.9)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	1,888 (71.4)
มัธยมศึกษา	531 (20.1)
สูงกว่ามัธยมศึกษาขึ้นไป	225 (8.5)
รายได้ต่อเดือน(บาท)	
$\geq$ 10,000	986 (37.3)
< 10,000	1,658 (62.7)
ภาวะสุขภาพ	
โรคเบาหวาน	545 (20.6)
โรคความดันโลหิตสูง	1,058 (40.0)
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1,041 (39.4)

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโดยรวมที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลราชบุรีทั้ง 4 แห่ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2564

Years	% DMT2 in patients	%Hypertension in Patients
2561	66.72	57.15
2562	77.13	66.84
2563	86.67	76.74
2564	91.84	81.91
Overall Average	80.59	70.66

ตารางที่ 3 ร้อยละของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (Hemoglobin A1c $\leq$ 7%) ของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลราชบุรีทั้ง 4 แห่ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2564

Years	% Hemoglobin A1c ($\leq$ 7%)	%Blood Pressure ($<140/90$ mmHg)
2561	15.87	62.97
2562	29.90	66.22
2563	30.90	81.30
2564	43.89	67.12
Overall Average	30.14	69.40

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลารอคอยเฉลี่ยที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรีโดยรวม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2564

จุดบริการ	ปี พ.ศ.				Mean $\pm$ SD
	2561 (นาที)	2562 (นาที)	2563 (นาที)	2564 (นาที)	
1. จุดซักประวัติ	42	35	37	22	34.00 $\pm$ 8.52
2. จุดรอตรวจ	59	35	38	42	43.50 $\pm$ 10.72
3. รอผลตรวจห้องปฏิบัติการ	55	42	59	38	48.50 $\pm$ 10.08
4. จุดรอชำระเงิน	13	12	6	3	8.50 $\pm$ 4.79
5. จุดรอรับยา	51	30	38	36	38.75 $\pm$ 8.84
เฉลี่ยโดยรวม: Mean $\pm$ SD	3 ชม. 21 น.	2 ชม. 35 น.	2 ชม. 58 น.	2 ชม. 21 น.	2.58 $\pm$ 0.44

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่ายาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์โรงพยาบาลราชบุรีหลังเปิดให้บริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิทั้ง 4 แห่ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2564

Years	Cost of drugs (Baths)	Visit service/ times
2561	1,613,214.27	2,257 /7,645
2562	1860,926.87	3,518/ 11,027
2563	1,807,726.40	2,929/ 9,956
2564	1,659,644.55	2,572/ 9,212
Overall Average	1,735,578.02 (117,836.52)	2,819.00/9,460.00

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีการศึกษาดำรงระดับมัธยมศึกษา และมีรายได้น้อย ย่อมส่งผลโดยรวมต่อการมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะการเดินทางมายัง

หน่วยบริการ การลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการด้วยการจัดหน่วยบริการแบบแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One-Stop service) ส่งผลดีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังจะเห็นได้จากข้อมูลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตที่ดีขึ้น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ลดลงไม่ว่าจะเป็นทางตา

โต และเท่า แสดงให้เห็นว่าความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ อันเป็นผลจากระยะทางที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลส่งผลต่อ สุขภาวะโดยรวมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเมื่อการเข้าถึงบริการ ย่างขึ้นและสามารถให้บริการในระดับใกล้เคียงกับโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลาในการมารับบริการแต่ละครั้งลดลงทำให้ มีความพึงพอใจในการมารับบริการเพิ่มขึ้น จนเป็นเหตุให้มี ผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง เมื่อเกิดการยอมรับในการบริการมากขึ้นทำให้สามารถ จัดบริการต่อยอดในสาขาต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่นการรักษาแบบ ประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 4 และ 5 ที่ไม่สามารถเข้าสู่อการรักษาด้วยการฟอกไตได้ ซึ่งในการจัดบริการแบบนี้ได้ให้การรักษและติดตามแบบ ตัวต่อตัว รวมถึงการเยี่ยมบ้านในคราวเดียวกัน เพื่อให้ คำแนะนำปรับปรุงสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยเหมาะสม เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ การให้บริการทันตกรรมในผู้ป่วย โรคเรื้อรังและผู้สูงอายุซึ่งมีปัญหาค่อนข้างมาก รวมถึง การรับรองความพิการที่ไม่สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาล ได้ เป็นต้น ในส่วนของโรงพยาบาลนั้นเมื่อสามารถกระจาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ออกไปรับบริการตามแนวทางใหม่แล้ว ทำให้ จำนวนผู้ป่วยนอกลดลง ระยะเวลาในการรอคอยเฉลี่ยลดลง ทำให้ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น อีกทั้งการออก ให้บริการปฐมภูมิแบบเชิงรุกนี้ทำให้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากขึ้น การแนะนำในการใช้ยาทำได้ดีขึ้น จึงลดปัญหาเรื่องการไม่ กินยาตามแพทย์สั่ง การได้รับยาหลายขนานเกินไปโดยไม่ จำเป็น ในการจัดบริการนี้จะไม่จ่ายยาเกินหนึ่งเดือนในราย ที่ไม่มีความจำเป็น เพราะเป็นการให้บริการใกล้บ้านจึงสามารถ นัดติดตามการรักษาได้ทุกเดือนทำให้ได้ยาที่ถูกต้องในจำนวน ที่เหมาะสมไม่เป็นการกีดกันในการจัดเก็บเพื่อป้องกันการ เสื่อมสภาพจากสิ่งแวดล้อมของยาบางอย่าง จากเหตุผลทั้งหมด ทำให้มูลค่าการใช้ยาและเวชภัณฑ์ลดลงซึ่งต้องเก็บรวบรวม ข้อมูลและพัฒนาต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลราชบุรี ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์ข้อมูล สุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่เพื่อแยกประเภทและวางแผน ในการให้บริการ การจัดหน่วยบริการแบบบูรณาการทุกสาขา วิชาชีพ ออกให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จอย่างต่อเนื่อง การให้บริการแบบบูรณาการ และการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และหาโอกาสพัฒนา เกิดผลลัพธ์ใกล้เคียง กับกระบวนการขับเคลื่อนของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในจังหวัดอุดรธานีอันประกอบด้วยบริการแบบไร้รอยต่อ การเพิ่มประสิทธิภาพ ทีมหมอครอบครัว ผู้จัดการโครงการ การบริหารจัดการสุขภาพอำเภอ และการประเมินแบบ เสริมพลัง และการขยายผลไปยังจังหวัดอื่นๆ และเช่นเดียวกับ ผลการศึกษายุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นเขตเมือง หรือชนบท⁶

หากพิจารณาการศึกษาการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในประเทศที่พบปัญหาการเข้าถึงบริการเช่นกัน พบว่า บราซิล มีนโยบายหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ Brazilian unified health system (SUS) โดยอาศัย งบประมาณจากภาครัฐเป็นหลักในการจัดบริการแบบ Family Health Programmed ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จากการจัดตั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ต่างๆ มากขึ้น หน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วยทีม family health care ซึ่ง ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์ พยาบาล ตัวแทน วิชาชีพละ 1 ท่าน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 4-6 ราย รับผิดชอบเขตพื้นที่ที่กำหนด ดูแลประชากรไม่เกิน 5,000 ราย แต่เนื่องจากขาดระบบ gatekeeper และระบบส่งต่อ ทำให้ค่า ใช้จ่ายในการส่งต่อและบริการสุขภาพโดยรวมสูง⁷

หลังสิ้นสุดการดำเนินงานผลการศึกษารังนี้พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมารับบริการที่เครือข่าย บริการทั้ง 4 จุด เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 80.59 และ 70.66) ผู้ป่วย เบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ Hemoglobin A1c ($\leq 7\%$) โดยรวมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 30.14) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดัน โลหิตได้ (BP<140/90 มิลลิเมตรปรอท)ได้ โดยรวมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 69.40) ภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลง (ร้อยละ 5.61) ภาวะแทรกซ้อนทางตาลลดลง (ร้อยละ 11.11) และภาวะแทรกซ้อน ทางเท้าลดลง (ร้อยละ 44.67) ระยะเวลารอคอยที่แผนกผู้ป่วย นอกโรงพยาบาลราชบุรี โดยรวมลดลง 1 ชั่วโมง 3 นาที ลดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอกโดยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มารับบริการลดลง 2,694 ครั้ง มูลค่ายาและเวชภัณฑ์ทาง การแพทย์ลดลง 148,081.85 บาท และผู้รับบริการมีความ พึงพอใจโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 83.2 พบผลเช่นเดียวกับการ พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งเน้นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงในชุมชนพบว่าคุณภาพการให้บริการ ปฐมภูมิของบุคลากร หลังการพัฒนามีคุณภาพการให้บริการ ปฐมภูมิดีกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่ามีประชากรผู้ป่วยที่มีภาวะ พึ่งพิงร้อยละ 33.6 ได้ให้การดูแลรักษาตามปัญหาพยาธิสภาพ ของโรคร้อยละ 98.4 มีการแบ่งกลุ่มเยี่ยมตามระดับความ สามารถของผู้ป่วยและสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมช่วยเหลือ ผู้ป่วยร้อยละ 97.5 ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา ร้อยละ 87.2 และศักยภาพ กิจวัตรประจำวันของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปกติร้อยละ 84.2⁵ ทั้งผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงและการมีโรคเรื้อรังนั้นต่างส่งผลต่อ ความต้องการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ดังการศึกษาในประเทศ ไอร์แลนด์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการ ระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ การมีโรคเรื้อรังประจำตัว ตั้งแต่สามโรคขึ้นไป การประเมินสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพ ไม่ดี โดยมีปัจจัยเกื้อหนุนคือ การมีสวัสดิการสิทธิรักษาพยาบาล และการมีความพิการ⁸ ส่วนปัจจัยการเลือกใช้บริการปฐมภูมิ ของประชาชน ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับที่ตั้ง ความสะดวกในการ เดินทางและคุณภาพพฤติกรรมบริการ การได้ข้อมูลและการ

ส่งต่อ จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างศูนย์บริการปฐมภูมิ คลินิกเอกชนและร้านขายยา ซึ่งมีที่ตั้งอยู่ใกล้กับผู้ใช้บริการ มากกว่าโรงพยาบาลรัฐและเอกชน พบว่ามีการเลือกใช้บริการ จากโรงพยาบาลมากกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้ว่าการ ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเป็นการจัดการโดยผู้เชี่ยวชาญ ในขณะที่ประชาชนรับรู้ว่าการบริการที่ศูนย์บริการปฐมภูมิ เป็นเพียงการรักษาภาวะเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ การให้บริการ เยี่ยมบ้าน การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการตรวจร่างกาย ดังนั้น การจัดบริการปฐมภูมิเชิงรุกที่ให้บริการได้ในระดับใกล้เคียงกับ โรงพยาบาล ในลักษณะบริการแบบบูรณาการทุกสาขาวิชาชีพ ออกให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one-stop service) อย่างต่อเนื่อง จึงอาจเป็นคำตอบของข้อจำกัดในการตัดสินใจ เลือกใช้บริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ซึ่งจะแก้ปัญหาการเข้าถึง บริการโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างยั่งยืนต่อไป

สรุป

การพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ครั้งนี้ส่งผลให้ผู้รับบริการในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอ ธวัชบุรีสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มากขึ้น ลดค่าใช้จ่าย ในการเดินทางเพื่อมารับบริการ ลดระยะเวลารอคอยเฉลี่ย รวมทั้งมีสุขภาพที่ดีขึ้น ในส่วนของหน่วยบริการสามารถ ลดมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ลง ลดความแออัดในแผนก ผู้ป่วยนอก และสามารถให้บริการแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ ได้ในคราวเดียว รวมถึงการออกไปให้บริการที่ใกล้ชิดกับชุมชน ทำให้เกิดความตื่นตัวทางสุขภาพในชุมชน เกิดแรงขับเคลื่อน ในเชิงบวกในการบริหารจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบที่ ชุมชนมีส่วนร่วมอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดบริการที่ดี คือ การจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในพื้นที่ ดังนั้น การจัดหรือพัฒนาระบบบริการควรยึดความต้องการ ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ
2. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข (คปสอ.) ต้องสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในทุกมิติ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้การจัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการอย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญและจำเป็นในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ควรนำข้อค้นพบจากการวิจัย ครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานตามบริบท ของพื้นที่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

2. ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาการบริการ ปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดเวทีการนำเสนอผลงาน ซึ่งสามารถเป็นส่วนหนึ่งของการติดตามความก้าวหน้าการพัฒนา ที่สร้างสรรค์ สร้างการเรียนรู้ต่อยอดการพัฒนา และสร้างขวัญกำลังใจทั้งสำหรับทีมบริหารเครือข่ายสุขภาพ อำเภอและทีมบริการปฐมภูมิในทุกระดับ

3. ควรพัฒนาระบบสารสนเทศให้แก่ บุคลากรใน เครือข่ายสุขภาพ เพื่อจะได้ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการทำงาน รวมทั้งเป็นข้อมูลในการ ศึกษาและวิจัยเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Sugmak K, Sugmak K. The treatment of patient according to human rights. J Police Nurses 2559;8(1):216-26.
2. Thawat Buri hospital.Strategy Summary 2020. Strategic Work; 2563.
3. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC): What is the Difference? Can J Public Health 2006;97(3):409-11.
4. Molla S, Donaldson K, Yordy D, Lohr KN, Vanselow NA, eds. Primary Care: America's Health in a New Era. Report of a Study by a Committee of the Institute of Medicine, Division of Health Care Services. National Academy Press; 1996:395.
5. Phraroj P. Developing of Primary health care network system Udon Thani province. Res Develop Health Sys J 2020;13(2):186-95.
6. Woratanarat T, Woratanarat P, Yamchim N, Singha P, Janpanichsip M, Pakanon P. Research project to develop urban primary care model and system: case study in Bangkok area. Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, 2016. [Cited May 5, 2022]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4457?locale-attribute=th>
7. Buranatrevedh S, Puttawanchai V, Wayurakul W, Pattaraarchachai J. Urban primary care system in 14 countries. J Health Sys Res 2012;6(2):144-55.
8. McNamara A, Normand C, Whelan B. Patterns and determinants of health care utilization in Ireland. Trinity College Dublin, Ireland, February; 2013.
9. Tanasugarn C, Luksamijarulkul P, Prutipinyo C, Klaewkla J, Rawiworrakul T, Podang J, et al. Synthesis of proposals for the development of primary care services in Bangkok. Faculty of Public Health, Mahidol University; 2019.