

Scan

**ปัญหาและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่**

นายรณรงค์ สมัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2550

**Problems and Strategies in Developing the Quality of Health Services
of Primary Health Officials in Phrae Province**

Mr. Yanyong Samai

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

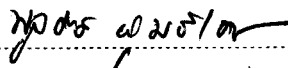
School of Health Science


Sukhothai Thammathirat Open University

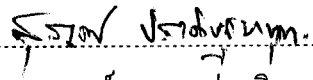
2007

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัญหาและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่
ชื่อและนามสกุล นายขรรยง สมัย
แขนงวิชา สาธารณสุขศาสตร์
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.โกวิน วิวัฒน์พงศ์พันธ์
2. รองศาสตราจารย์สุรเดช ประดิษฐ์บาทูกา

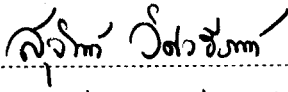
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว


..... ประธานกรรมการ
(อาจารย์พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.โกวิน วิวัฒน์พงศ์พันธ์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์สุรเดช ประดิษฐ์บาทูกา)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา
สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

วันที่ 2 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2551

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัญหาและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
จังหวัดแพร่

ผู้วิจัย นายบรรยง สมัย ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.โกวิน วิวัฒน์พงศ์พันธ์ (2) รองศาสตราจารย์สุรเดช
ประดิษฐบาทุกา ปีการศึกษา 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (2) กำหนดกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 48 แห่ง สถานีอนามัยจำนวน 96 แห่ง จำนวน 183 คน วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบสอบถามมีค่าความเที่ยง .9551 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.92$) ปัญหาอุปสรรค คือ ขาดการบริหารจัดการ เจ้าหน้าที่ขาดแรงจูงใจพัฒนา ขาดการสื่อสารที่ชัดเจน ขาดการทำงานเป็นทีม ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน เจ้าหน้าที่ขาดความรู้และความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ (2) กลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ คือ 1) การสร้างและพัฒนาความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ การฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา การศึกษาดูงาน การจัดทำคู่มือพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ 2) พัฒนาระบบบริหารจัดการ ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอ จัดสรรกำลังคนให้ PCU ครบตามเกณฑ์ ขอสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. 3) สร้างแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ เช่น ประกวด PCU ดีเด่น มอบรางวัลเกียรติยศ การพิจารณาความดีความชอบพิเศษ 4) สร้างการมีส่วนร่วม ได้แก่ ประสานการดำเนินงานกับ อปท. และ องค์กรชุมชน สร้างและพัฒนาทีมพัฒนาคุณภาพบริการของ PCU และ มีการนิเทศประเมินผลทุกระดับ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ผู้บริหารทุกระดับต้องมีนโยบายการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน ให้การสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น การฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ การให้คำแนะนำการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ฯลฯ สร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ และมีการติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพทุกระดับอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ ปัญหาและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

Thesis title: Problems and Strategies in Developing the Quality of Health Services of Primary Health Officials in Phrae Province

Researcher: Mr. Yanyong Samai; **Degree:** Master of Public Health (Public Health Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Kowin Wiwatanapongphan, Associate Professor; (2) Suradech Bradittabatuka, Associate Professor; **Academic year:** 2007

ABSTRACT

The objectives of this research were to (1) study problems in and obstacles to developing the quality of health services of primary-level health officials in Phrae Province and (2) set strategies for developing the quality of health services of primary-level health officials in Phrae province.

This was a survey on a sample of 183 primary-level health officials working at 48 primary care units and 96 health centers in Phrae province, selected by using the purposive sampling method. Data were collected using a questionnaire developed by the researcher with a precision level of 0.9551. Data were analyzed for frequencies, percentage, mathematic mean and standard deviation.

The results showed that: (1) the overall problems in and obstacles to developing the quality of health services were found to be at a medium level (mean = 2.92), including the lack of management, incentives, clear communication, teamwork spirit, community participation, and personnel's knowledge of and commitment to service quality development; and (2) the strategies for developing the quality of health services were: (a) *enhancing the knowledge for health officials* through training, meetings, seminars and study visits, and handbook preparation/distribution; (b) *improving the management system*, i.e. ensuring a sufficient budget, assigning adequate personnel to primary care units as per their staffing pattern, and requesting financial support from local administrative organizations; (c) *creating incentives for personnel*, i.e. holding an outstanding primary care unit awards program, giving honorary prizes, and providing a special salary step increase; and (d) *stimulating participation*, i.e. coordinating with local administrative organizations and community organizations, building up primary care unit teams for quality development, and conducting supervision and evaluation activities at all levels.

The study recommends that the administrators at every level should have a clear policy to develop the quality of health services and provide continuous financial and technical support, including training, development of health service quality, advice on service quality development, etc. Systems should be established to create incentives and boost morale for personnel involved in health service quality development, with systematic and continuous follow-up and evaluation of service quality development efforts at all levels.

Keywords: Problems of development, development strategies, quality of health services, primary – level health officials

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก
รองศาสตราจารย์ ดร. โกวิน วิวัฒน์พงศ์พันธ์ และรองศาสตราจารย์สุรเดช ประดิษฐ์บาทูภา
ที่ได้ให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้น
จนสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณอาจารย์พูนศักดิ์ พุ่มวิเศษเป็นอย่างสูงที่ให้คำแนะนำ
ในการเขียนรายงานการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์ปรีดา คีสุวรรณ อาจารย์ยิวไล ชัยมงคล และ
อาจารย์สุวิชา จันทร์สุริยกุล ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยและให้คำแนะนำการทำ
วิจัย ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดอุดรดิตถ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัด
อุดรดิตถ์ คุณอำนาจ บุญเครือชู ที่ให้ความกรุณาและช่วยเหลือในการทดลองใช้เครื่องมือ และ
ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย อำเภอวังหิน อำเภอลอง อำเภอร่องกวาง อำเภอหนองม่วงไข่
อำเภอสูงเม่น อำเภอเมือง และอำเภอสอง ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งให้
กำลังใจแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณคุณสง่า วังคะออม นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอสูงเม่น ที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณาจารย์และเจ้าหน้าที่สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เพื่อนนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้
ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดมา

ยรรยง สมัย

มีนาคม 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
กรอบแนวคิดของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	7
ข้อตกลงเบื้องต้น	7
ข้อจำกัดของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
ความหมายของระบบบริการสุขภาพ	12
แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพ	17
คุณสมบัติและสมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	26
องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	27
มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ	32
รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปยุโรป อเมริกา และออสเตรเลีย	35
รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปเอเชีย และประเทศไทย	37
ข้อมูลจังหวัดแพร่และผลการพัฒนาคุณภาพของจังหวัดแพร่	40
ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ PCU จังหวัดแพร่	43
ปัญหาและอุปสรรคของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	57

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	65
ประชากรและตัวอย่าง	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	66
การเก็บรวบรวมข้อมูล	70
การวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	72
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่	73
ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่	79
ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นด้านบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านบริหาร ด้านบุคลากรด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร และด้านการมีส่วนร่วม	84
ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบริหาร ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านการสื่อสาร ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ ด้านการมี ส่วนร่วม ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านความมุ่งมั่นพัฒนา	92
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	124
สรุปผลการวิจัย	124
ผลการวิจัย	126
ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดแพร่	127
กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่	128
การอภิปรายผล	129

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	142
ข้อเสนอแนะการทำการวิจัยครั้งต่อไป	143
บรรณานุกรม	144
ภาคผนวก	153
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	154
ข แบบสอบถาม	156
ประวัติผู้วิจัย	169

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่	73
ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวน และร้อยละความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่	76
ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้ความเข้าใจต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่	78
ตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ได้รับปัจจัยกระตุ้นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ	80
ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ได้รับปัจจัยกระตุ้นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ	81
ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ได้รับปัจจัยกระตุ้นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ	82
ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ได้รับปัจจัยกระตุ้นด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ และด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ	82
ตารางที่ 4.8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบริหาร	84
ตารางที่ 4.9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบุคลากร	85
ตารางที่ 4.10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านงบประมาณ	86

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.11 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ในการพัฒนาคุณภาพ บริการสุขภาพ ด้านการทำงานเป็นทีม.....	87
ตารางที่ 4.12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ในการพัฒนาคุณภาพ บริการสุขภาพ ด้านการสื่อสาร.....	88
ตารางที่ 4.13 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ในการพัฒนาคุณภาพ บริการสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม.....	89
ตารางที่ 4.14 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ในการพัฒนาคุณภาพ บริการสุขภาพ ด้านบทบาทหน้าที่ โดยภาพรวม.....	90
ตารางที่ 4.15 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ด้านบริหาร.....	92
ตารางที่ 4.16 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ด้านบุคลากร.....	93
ตารางที่ 4.17 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ด้านงบประมาณ.....	95
ตารางที่ 4.18 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ด้านการทำงานเป็นทีม.....	96
ตารางที่ 4.19 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ด้านการสื่อสาร.....	98

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.20 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ด้านการมีส่วนร่วม.....	99
ตารางที่ 4.21 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ด้านแรงจูงใจ.....	101
ตารางที่ 4.22 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ.....	102
ตารางที่ 4.23 สรุประดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ต่อปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ โดยภาพรวม.....	104
ตารางที่ 4.24 สรุปโดยภาพรวมระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพ บริการสุขภาพจากแบบสอบถามปลายปิด.....	105
ตารางที่ 4.25 ปัญหาอุปสรรคเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากแบบสอบถามปลายเปิด.....	108
ตารางที่ 4.26 สรุปโดยภาพรวมปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนา คุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากแบบคำถามปลายเปิด.....	112
ตารางที่ 4.27 แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่	113
ตารางที่ 4.28 สรุปโดยภาพรวมแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากแบบคำถามปลายเปิด	116

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดของการวิจัย	6
ภาพที่ 2.1 แผนภูมิการดูแลและการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยคุณภาพที่แปรตาม สภาพความต้องการ ณ พื้นที่และกลุ่มประชากรต่าง ๆ	20

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในหลายศตวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยมีการพัฒนาประเทศที่ก้าวหน้าไปหลายด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัย พบว่า คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้นและเด็กเกิดใหม่มีโอกาสรอดชีวิตสูง โรคติดต่ออันตรายหลายชนิดถูกกำจัดและควบคุมได้อันเป็นผลเนื่องมาจากการแพทย์แผนตะวันตกได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เป็นสาเหตุให้ระบบการแพทย์แผนไทยที่ประชาชนเคยใช้ดูแลรักษาสุขภาพและแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยของคนในสังคมไทยมาช้านาน ต้องลดความนิยมของประชาชนลง แต่ไปใช้บริการการแพทย์แผนตะวันตกมากขึ้น ปัจจุบันเมื่อประชาชนเจ็บป่วยก็มักจะช่วยเหลือตนเองก่อนจนอาการเลวขีดความสามารถที่จะดูแล จึงไปพึ่งพาสถานบริการสุขภาพ ซึ่งมีรากฐานตามการแพทย์แผนตะวันตก ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของปวงชนชาวไทยมากขึ้น เห็นได้จากหมวดที่ 3 ส่วนที่ 9 ได้บัญญัติสิทธิ และเสรีภาพของปวงชนชาวไทยด้านสุขภาพ ในมาตรา 51 ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันที่จะได้รับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมได้ มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสีย ค่าใช้จ่าย” หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 80 ระบุว่า “รัฐต้องดำเนินการตาม แนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรมอย่างทั่วถึง” (รัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550: 45) สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2544: 7-8) นโยบาย เร่งด่วนของรัฐบาลในสมัยของพันตำรวจโท ดร.ทักษิณ ชินวัตร นโยบายหนึ่ง คือ การสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศและประชาชนในการดูแลรักษา สุขภาพ ซึ่งเสียค่าบริการในการดูแลสุขภาพครั้งละ 30 บาทต่อครั้งและสร้างโอกาสให้ประชาชน ได้เข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ดังนั้นสถานบริการ สุขภาพของรัฐทุกแห่ง จึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีคุณภาพมาตรฐานและให้บริการ สุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับอย่างทั่วถึง เพื่อตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้ ประชาชนได้รับสิทธิการบริการทางการแพทย์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2544: 5) โดยมีเป้าหมายให้ปวงชนชาวไทยทุกคนมีสุขภาพะ ที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม

และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างบูรณาการ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2544: 8) เป็นแนวทางหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ เพราะเป็นกลไกสำคัญที่ทำหน้าที่รับรองสิทธิด้านสุขภาพของปวงชนชาวไทย ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หลักในการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพระดับบุคคล และครอบครัวให้ครอบคลุมและทั่วถึง มีประสิทธิภาพด้วยคุณภาพและมาตรฐานเดียวกัน (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544: ค)

โดยทั่วไปการให้บริการของสถานบริการสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ การให้บริการสุขภาพระดับต้นหรือระดับปฐมภูมิ (primary care) ระดับทุติยภูมิ (secondary care) และระดับตติยภูมิ (tertiary care) โดยมีโรงพยาบาล สถานีอนามัย คลินิกและร้านขายยา เป็นผู้ให้บริการระดับต่าง ๆ (ปรีดา เต๋ออารักษ์และคณะ, 2544: 664) ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 9 มีเป้าหมายให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั่วประเทศจำนวน 4,500 แห่ง ซึ่งถือว่าเป็นสถานบริการสุขภาพด่านหน้าที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด โดยให้การบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมถึงส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพ (ประคิม สุขฉายาและคณะ, 2545: 75) การจัดบริการสุขภาพระดับต้นนี้ เป็นกรอบความคิดและแนวทางการดำเนินงานหลัก เพื่อการบรรลุเป้าหมายของโครงการหลักประกันสุขภาพส่งผลต่อการปรับตัวของสถานบริการสุขภาพ จากที่เคยได้รับการจัดสรรเงินงบประมาณปรกติตามแผนงาน โครงการจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค และเงินของผู้ป่วยที่จ่ายเอง (out of pocket) มาเป็นระบบประกันสุขภาพที่มีการจัดสรรงบประมาณเป็นลักษณะการจ่ายล่วงหน้าแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปี (period & capitation) ซึ่งเงินงบประมาณที่จัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวนี้ ได้รวมหมวดเงินเดือนของบุคลากรขององค์กรด้วย ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หลายแห่งที่ประสบปัญหาด้านประสิทธิภาพและอัตรากำลังของบุคลากรที่ไม่เหมาะสมจำเป็นต้องปรับตัว เพื่อความอยู่รอดต่อระบบประกันสุขภาพแบบใหม่นี้ (ภูษิต ประคองสายและคณะ, 2544: 412) จากการที่ภาครัฐใช้กลไกการขับเคลื่อนประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานให้มีการบริการสุขภาพที่เข้าถึงประชาชนมากขึ้น คือ มุ่งเน้นไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (งานรักษาพยาบาลและพัฒนาการบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2544: ก) ปัจจุบันหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้เปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) หรือ Primary Care Unit (PCU) (สำเร็จ แหงกระโทกและรุจิรา มังคละศิริ, 2545: 1) โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดีสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2545: 5)

จากการดำเนินการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากเกิดปัญหาทั้งด้านผู้รับบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพด้านผู้รับบริการสุขภาพนั้น อาจเนื่องมาจากประชาชนยังไม่มีความมั่นใจไม่ไว้วางใจในคุณภาพของการบริการ และไม่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค มากกว่าการรักษาพยาบาล ส่วนผู้ให้บริการสุขภาพเป็นผู้ปฏิบัติตามนโยบาย และถูกกำหนดบทบาทหน้าที่โดยผู้บังคับบัญชา บางครั้งไม่สามารถปฏิบัติงานตามสภาพการจริงได้ (ภคพร โสภโณดร, 2546: 5 และ ประคิม สุจฉายาและคณะ, 2543: 162) การแยกศูนย์สุขภาพชุมชนจากสถานีนามัยต้องใช้งบประมาณ ในการบริหารจัดการสูงขึ้น และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชนน้อย รวมถึงระบบการจัดการด้านทะเบียน รายงาน ข้อมูลสุขภาพขาดความสมบูรณ์ถูกต้องและทันสมัยขาดการจัดทำแผนงานการฟื้นฟู สุขภาพที่ชัดเจนส่วนการทำงานเป็นทีมมีปัญหาในการปฏิบัติงานและอุปกรณ์ยานพาหนะสำหรับ ออกชุมชนมีไม่เพียงพอ (อัมพร ฝอยทอง, 2545: 4) นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านคุณภาพของการ บริการที่ไม่มีคุณภาพตามมาตรฐานยาและเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ต่าง ๆ มีจำนวนจำกัด เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ไม่สามารถให้การบริการแก่ผู้ป่วยช่วงเวลากลางคืน และในช่วงของ วันหยุดราชการวันนักขัตฤกษ์ได้ สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการ สุขภาพไม่ดี ขาดการดูแลเอาใจใส่ไม่มีความกระตือรือร้น มนุษย์สัมพันธ์ไม่ดี (โยชิน แสงวงศ์ และคณะ, 2543: 162) ปัจจัยหนึ่งที่เป็นปัญหาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ คือ แผนงานและ นโยบายสาธารณสุขถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง (central state) ไปยังส่วนภูมิภาค (regional state) ส่งผลก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ต่อผู้รับนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งบางเรื่องไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ในบางพื้นที่ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการเดินแอร์โรบิคไม่สามารถนำไปใช้ในเขต พื้นที่ภูเขาได้ เป็นต้น เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมในการทำแผนงาน โครงการ การกำหนดเป้าหมาย และกิจกรรมร่วมกันของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน จึงเกิดความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ทำให้ ขาดศักยภาพในการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ส่งผลกระทบต่อภาพพจน์ของสถานีนามัย ที่เป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดเกิดการขาดแคลนบุคลากร (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์และคณะ, 2539: 15)

จากรายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพประจำปี 2550 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ พบว่า ปัญหาในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ คือ ระบบบริหารจัดการ การสนับสนุนงบประมาณ กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพมีความ หลากหลาย ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการประกันคุณภาพและขาดผู้ประเมินตรวจ รับรองจากระดับเขตและระดับกระทรวง นอกจากนี้ปัญหาในการจัดสรรงบประมาณที่ได้รับจาก

รัฐบาล ซึ่งเป็นงบประมาณแบบเหมาจ่ายตามรายหัวต่อปีนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จึงได้จัดสรรงบประมาณที่ได้รับออกเป็น 2 ส่วน คือ งบประมาณหมวดเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 55 และงบประมาณสำหรับการควบคุมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ หรือเรียกว่า งบประมาณ PP (prevention Promotion) ร้อยละ 45 ในส่วนของงบประมาณ PP จะถูกแบ่ง ออกเป็นอีก 2 ส่วน คือ งบประมาณในส่วนของ CUP (โรงพยาบาล PCU สถานีอนามัย) และ งบประมาณของกองทุนสุขภาพระดับตำบล โดยรัฐบาลมีนโยบายให้ทุกตำบลจะต้องมีกองทุน สุขภาพระดับตำบลทุกตำบล จังหวัดแพร่มีเป้าหมายการจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับตำบลจำนวน 84 ตำบล แต่มีตำบลที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสุขภาพระดับตำบลจำนวน 45 ตำบล คิดเป็น ร้อยละ 53.57 ตำบลเหล่านี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้โอนงบประมาณไปให้กองทุน สุขภาพระดับตำบลตามปกติ และการบริหารจัดการงบประมาณสามารถบริหารได้ตามความ ต้องการของคณะกรรมการฯ ซึ่งคณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล สามารถจัดทำแผนงาน โครงการขอเบิกงบประมาณนำไปพัฒนางานบริการสุขภาพระดับตำบล ตามความต้องการของ PCU และสถานีอนามัยได้ แต่ตำบลที่ไม่สมัครเป็นสมาชิกกองทุนสุขภาพระดับตำบลจำนวน 39 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46.43 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ต้องโอนงบประมาณผ่านไปให้ องค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินการแต่ปัญหาที่พบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่มีการ โยกย้ายเงินส่วนนี้ไปใช้ในกิจกรรมอื่น เช่น การก่อสร้างสาธารณูปโภค การทัศนศึกษาดูงาน เป็นต้น ซึ่งคิดว่าผลประโยชน์ของจังหวัดที่ต้องการให้นำงบประมาณไปพัฒนาบริการสุขภาพของ ตำบล หรือพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงขาดความชอบธรรมในการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยของประชาชนในระดับรากแก้ว เป็นปัจจัยให้สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ขาดงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิที่ไม่ได้มาตรฐานและครอบคลุม ขาดหลักคุณธรรม จริยธรรมตามรัฐธรรมนูญปี 2550 ที่ได้ บัญญัติไว้

ดังนั้น การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ไม่มีคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ น่าจะมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชน ชาวแพร่ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนชาวแพร่ได้เข้าถึงการรับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้ มาตรฐานมีความครอบคลุมและเป็นธรรม ส่งผลให้ประชาชนชาวแพร่มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ สติ และจิตวิญญาณสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงศึกษาปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยเหตุนี้

การศึกษาปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อความประสบความสำเร็จในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนชาวจังหวัดแพร่ สามารถเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพระดับสูง และชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นส่วนหนึ่งในการสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ที่ได้มาตรฐานต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

2.2 เพื่อกำหนดกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

3. กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นที่จะทำการศึกษาดังต่อไปนี้

3.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ คุณลักษณะทั่วไปของปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส ความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ แรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ การฝึกอบรมด้านคุณภาพ ความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพ

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

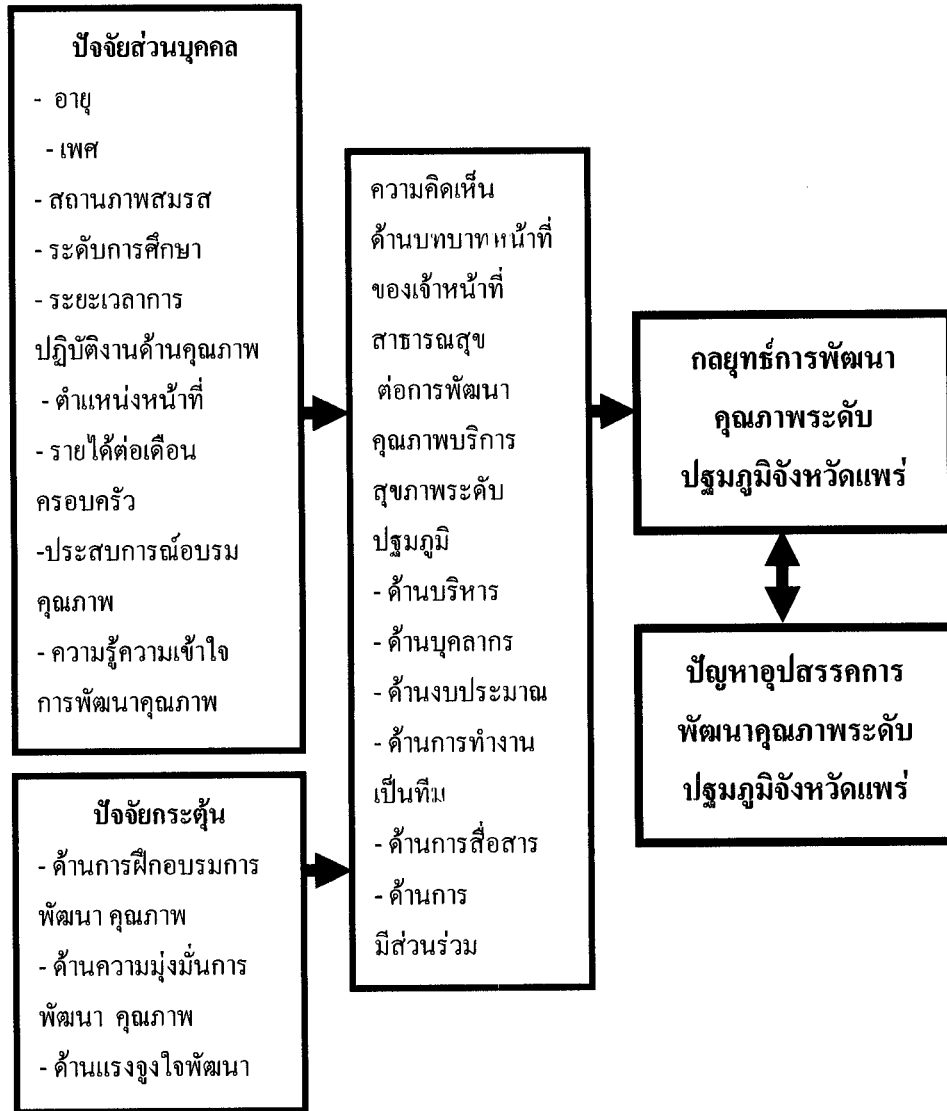
3.2.1 ความคิดเห็นด้านบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงาน เป็นทีม ด้านการสื่อสาร และด้านการมีส่วนร่วม

3.2.2 ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

3.2.3 กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสรุปกรอบแนวคิดในการศึกษาได้ดังภาพที่ 1.1 โดยผู้วิจัยจะศึกษาปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาวะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ใน 5 ด้านใหญ่ ๆ คือ

1) ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพ

2) ด้านปัจจัยกระตุ้น ประกอบด้วย ด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ และด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ

3) ความคิดเห็นด้านบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ประกอบด้วย ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสารและด้านการมีส่วนร่วม

4) ปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ประกอบด้วย ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร และด้านการมีส่วนร่วม ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ และด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ

5) กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

3. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เป็นการศึกษาระยะสั้น (Cross sectional study) เก็บข้อมูลครั้งเดียวในช่วงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2551 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยมุ่งศึกษาปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU จำนวน 48 แห่ง และสถานีนอมนายจำนวน 96 แห่งในเขตจังหวัดแพร่

4. ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU จำนวน 48 แห่ง และสถานีนอมนายจำนวน 96 แห่งของจังหวัดแพร่ โดยปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพได้มาจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพื่อนำมากำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive Sampling) คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานใน PCU และสถานีนอมนายในเขตจังหวัดแพร่จำนวน 183 คนเท่านั้น

5. ข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้คือ เกณฑ์มาตรฐานในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จึงต้องใช้เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จากสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกณฑ์ที่ใช้พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ไม่นิ่ง

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

6.2 ปัจจัยกระตุ้น หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้แก่ ปัจจัยด้านการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพ ปัจจัยด้านความมุ่งมั่นการพัฒนาคุณภาพ และปัจจัยด้านการจูงใจพัฒนาคุณภาพ

6.3 ความคิดเห็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ หมายถึง ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่มีต่อบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร และด้านการมีส่วนร่วม

6.4 ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง หน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับตำบล มีหน้าที่รับผิดชอบการจัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพ ในลักษณะองค์รวม ผสมผสานครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการได้สะดวกและครอบคลุม

6.5 หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง สถานีอนามัยที่จัดตั้งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีอนามัยเครือข่ายที่อยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โดยให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปที่ครอบคลุม 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพในเขตรับผิดชอบ

6.6 สถานีอนามัย หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลของจังหวัดแพร่ ที่เน้นให้บริการสุขภาพ การส่งต่อที่เกินขีดความสามารถแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ โดยให้บริการ 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การให้การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ และการฟื้นฟูสภาพ การให้ที่จำเป็นต่อสุขภาพอนามัยในการดำรงชีวิตของประชาชนโดยมีศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นแม่ข่ายคอยให้คำแนะนำช่วยเหลือ

6.7 คุณภาพ หมายถึง ลักษณะของการจัดบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพิ่มผลดีและเหมาะสมกับความต้องการ โดยลดผลที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่ไม่ต้องการ สอดคล้องกับความต้องการและมาตรฐานที่ได้ระบุในการศึกษานี้ หมายถึง การให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ให้บริการ 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

6.8 การให้บริการสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และสถานีอนามัย ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปครอบคลุม 4 ด้าน คือ การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

6.9 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่งานทันตสุขภาพ (ทันตภิบาล) นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลเทคนิค พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ของรัฐสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และสถานีอนามัยในเขตจังหวัดแพร่

6.10 ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ หมายถึง ปัญหาอุปสรรคที่ได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สอบถามระดับความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ 8 ด้าน ได้แก่ ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการสื่อสาร ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการมีส่วนร่วม ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ และด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ

6.11 กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ หมายถึง กลวิธีที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ได้กำหนดขึ้นจากการตอบแบบสอบถาม

ของระดับความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ที่มุ่งแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ 8 ด้าน ได้แก่ ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการสื่อสาร ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการมีส่วนร่วม ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ และด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ทราบปัญหาและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

7.2 ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

7.3 ได้กลวิธีในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิจังหวัดแพร่

7.4 ได้ข้อมูลในการประเมินและวางแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

7.5 เป็นแนวทางให้กับหน่วยงานอื่น ๆ ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของหน่วย บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต่อไปได้

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดตัวแปรของกรอบแนวคิดในการวิจัย และแนวทางการดำเนินงานวิจัยดังต่อไปนี้

1. ความหมายของระบบบริการสุขภาพ
 - 1.1 ความหมายระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - 1.2 ความหมายการพัฒนาคุณภาพ
 - 1.3 ความหมายของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - 1.4 ความหมายของกลยุทธ์
 - 1.5 ความหมายของปัญหาอุปสรรค
2. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพ
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิ
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการสุขภาพ
 - 2.3 แนวคิดการดูแลสุขภาพต่อคุณภาพระหว่างการพึ่งตนเองและการพึ่งสถานบริการสุขภาพ
 - 2.4 แนวคิดและกระบวนการควบคุมกลยุทธ์
3. กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ
 - 3.1 ความสัมพันธ์ของกลยุทธ์กับการบริหารเชิงกลยุทธ์
 - 3.2 การกำหนดกลยุทธ์
 - 3.3 กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิ
4. คุณสมบัติและสมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
5. องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - 5.1 ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น
 - 5.2 ปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้การจัดบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ
 - 5.3 ปัจจัยพื้นฐานที่สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ

- 5.4 การพัฒนาคุณภาพบริการหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
6. มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 6.1 ชีตความสามารถ
 - 6.2 บุคลากร
 - 6.3 ด้านการจัดการ
 - 6.4 อุปกรณ์อาคารสถานที่
 - 6.5 ระบบส่งต่อ และระบบสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการ
 - 6.6 ระบบกำกับมาตรฐานคุณภาพของหน่วยบริการเครือข่าย
 - 6.7 ผลลัพธ์ของบริการปฐมภูมิ
 - 6.8 ความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลระดับปฐมภูมิ
7. รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปยุโรป อเมริกา และออสเตรเลีย
 - 7.1 แนวคิดการให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการเลือกใช้บริการ
 - 7.2 ความรับผิดชอบหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ
8. รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปเอเชีย และประเทศไทย
 - 8.1 รูปแบบที่ดำเนินการโดยรัฐ
 - 8.2 รูปแบบที่ดำเนินการโดยเอกชน
9. ข้อมูลจังหวัดแพร่และผลการพัฒนาคุณภาพจังหวัดแพร่
10. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ PCU จังหวัดแพร่
11. ปัญหาและอุปสรรคของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
12. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายของระบบบริการสุขภาพ

1.1 ความหมายของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ตามคำประกาศอัลมา อตา ใน ค.ศ. 1978 เป็นการประกาศความสำคัญของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไว้ว่าเป็นบริการด่านแรกที่ได้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เข้าสัมพันธ์กับระบบบริการทางการแพทย์รวมถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมที่รวมปัจจัยทางด้านสังคมและ

การดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะบุคคลแต่เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสุขภาพดีของประชาชน (สุพัตรา ศรีวิชิชากร, 2542: 45)

ทัศนาศา บัญทอง (2542: 23) ให้ความหมายการให้บริการในระดับปฐมภูมิ หมายถึง การบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกวัย ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การคัดกรองเบื้องต้นและการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยไม่รุนแรง ในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การฟื้นฟูสภาพ โดยการส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเอง และการใช้ทรัพยากรในชุมชน รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด การส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพการดูแลให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ทั้งนี้การจัดบริการในระดับปฐมภูมิจะต้องครอบคลุมประชาชนในความรับผิดชอบอย่างทั่วถึง และรูปแบบการบริการประกอบด้วย การบริการในสถานบริการในที่พักอาศัยของประชาชนและในชุมชนประเภทต่าง ๆ อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542: 51) ให้ความหมายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิว่าเป็นบริการสุขภาพระดับต้นที่ให้บริการ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ไม่ได้เน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงเพียงเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมและจิตวิทยา การผสมผสานการบริการของการบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างบริการสุขภาพกับประชาชนและให้ชุมชนเป็นฐานจัดบริการ (community base service)

วิพุธ พูลเจริญ (2544: 75) ให้ความหมายว่าเป็นบริการที่เป็นของชุมชนดูแลให้การบริการแก่ประชาชนในชุมชนอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับลักษณะของปัญหาและเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน และรับหน้าที่ในการส่งต่อผู้มีปัญหาทางสุขภาพไปสู่บริการในระดับสูงขึ้นไปตามความจำเป็น โดยใช้งบประมาณรัฐ ท้องถิ่นและผู้ใช้บริการ

สำเรีง แหียงกระโทกและรุจิรา มังคละศิริ (2545: 102) ให้ความหมายการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง บริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างใกล้ชิดดูแลตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป

สรุประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการอันดับแรกแบบผสมผสานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและใกล้ชิดที่สุด เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชน ตั้งแต่การป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

1.2 ความหมายการพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในทางที่เจริญขึ้น (พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530, 2534: 374) ส่วนคุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำ ส่วนบุคคลหรือสิ่งของ (พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530, 2534: 116) นอกจากนี้ ยังมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพไว้ ดังนี้

พจนานุกรมของเวสเตอร์ (1988: 1099) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพ หมายถึง ระดับความเป็นเลิศหรือสิ่งที่ดีกว่าอื่น ๆ

ไฟจ์เจเนบาม (1991: 7) ให้ความหมายของคุณภาพว่าเป็นการตัดสินใจของลูกค้า มิใช่ผู้ให้บริการ ตลาด หรือผู้บริหาร แต่ขึ้นกับผู้รับบริการที่ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับสินค้า หรือบริการอย่างไร โดยวัดคุณภาพได้จากความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการ

บราวน์ (1991: 9) ได้กล่าวว่าคุณภาพบริการนั้นยากที่จะให้ความหมาย เพราะเป็นนามธรรมที่มีการจัดบริการให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับบริการ คำว่าคุณภาพนั้นมีความแตกต่างกัน

วีรพงษ์ เกลิมจิรรัตน์ (2539: 14) ได้ให้ความหมายของคุณภาพว่า คือ ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ระดับความสามารถของบริการในการบำบัด ความต้องการของผู้รับบริการ และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการรับบริการไปแล้ว

อนุวัฒน์ สุขหตุติกุล และคณะ (2544: 6-13) ได้ให้ความหมายของคุณภาพว่า คือ การตอบสนองความต้องการที่จำเป็น (Need) ความคาดหวัง (Expectation) ของผู้รับผลงานคุณภาพ คือ การปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือมาตรฐานวิชาชีพ คุณภาพแยกเป็นสองประเภท คือ คุณภาพ ต้องมี กับคุณภาพที่ประทับใจ นอกจากนี้ยังกล่าวไว้ว่าคุณภาพ คือ การเคารพในสิทธิ และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

สรุปความหมายการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การยกระดับหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ให้บริการในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย โดยให้การบริการแก่ผู้ป่วยแบบองค์รวมภายใต้มาตรฐานของวิชาชีพ โดยต้องคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยด้วย

1.3 ความหมายของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) หมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้กับประชาชนทุกคน ทุกครอบครัว อย่างเป็นองค์รวม และต่อเนื่องในทุกภาวะของสุขภาพตั้งแต่มีสุขภาพดีมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และวาระสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค เบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และการฟื้นฟูสภาพรวมทั้งการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่น ๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนา

ศักยภาพของประชาชน ครอบครัวและชุมชนในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสมและการมีส่วนร่วม (สุนทราวดี เพ็ชรพิเชฐและคณะ, 2545: 8)

สรุปได้ว่าความหมายของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดำเนินการจัดการของสถานบริการระดับปฐมภูมิ คือ การที่ประชาชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของ สถานบริการระดับปฐมภูมิ การกำหนดนโยบาย การวางแผน การพัฒนาโดยมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในกระบวนการตัดสินใจ กระบวนการดำเนินการ การร่วมรับรู้และความพยายามในการประเมินผลการดำเนินงานนั้น

1.4 ความหมายของกลยุทธ์

คำว่ากลยุทธ์ถูกจัดอยู่ในประเภทของแผน (Type of Plan) อันเป็นผลที่ได้จากกระบวนการวางแผน เป็นหน้าที่ทางการบริหาร (Managerial Functions) การวางแผนเป็นกระบวนการวิเคราะห์ เพื่อเชื่อมโยงระหว่างปัจจุบันกับอนาคต ด้วยการพิจารณากำหนดวัตถุประสงค์ที่องค์การพึงปรารถนา ด้วยการประเมินฐานะขององค์การในปัจจุบันประกอบกับการประเมินสภาพแวดล้อมในอนาคตขององค์การ จากนั้นจึงพัฒนาทางเลือกในการดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ การเลือกแนวทางการดำเนินงานระหว่างทางเลือกหลายทางเลือกในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นี้เองที่เรียกว่ากลยุทธ์ (กึ่งพร ทองใบ, 2546: 3)

กลยุทธ์ ตรงกับคำว่า Strategy ซึ่ง Leslie W. Rue และ Lloyd L. Byars (1995: 164) ได้กล่าวว่าเป็นศัพท์ที่มาจากภาษากรีก Strategia และ มีการใช้มาตั้งแต่ 400 ปีก่อนคริสต์ศักราชในความหมายที่หมายถึงศาสตร์และศิลป์ ซึ่งในทางทหาร ได้แก่ การรบหรือการศึก กลยุทธ์เป็นแนวทางการบริหารเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ

David R. Hampton (1986: 174 – 175 อ้างในกึ่งพร ทองใบ, 2546: 3) ได้ให้ความหมายไว้ว่า กลยุทธ์ หมายถึง แผนรวมแผนสรุป หรือแผนบูรณาการผสมผสานซึ่งเกี่ยวข้องกับความสำเร็จของธุรกิจในการทำทายต่อสภาพแวดล้อม และเป็นสิ่งกำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การที่ได้วางไว้ กลยุทธ์เป็นวิธีการ (Means) ที่ระบุนั้นมาเพื่อให้้องค์การดำเนินงานให้บรรลุในฐานะที่องค์การต้องการ โดยพิจารณาอิทธิพลของสภาพแวดล้อมที่องค์การเป็นอยู่

สำหรับกลยุทธ์ในภาษาไทยมีความหมายในทำนองเดียวกันกล่าวคือ เป็นคำศัพท์ที่ในทางทหาร หมายถึง แนวทางในการต่อสู้แข่งขัน ในบางแห่งก็มีผู้ใช้คำว่ายุทธศาสตร์ มีผู้ให้ความหมายของกลยุทธ์ไว้ ดังนี้

กลยุทธ์ หมายถึง เป้าหมายต่าง ๆ และวัตถุประสงค์พื้นฐานทั้งหลายขององค์การ รวมทั้งแผนงานหลักต่าง ๆ ที่ได้มีการจัดทำขึ้นมาเพื่อนำมาปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย และ

วัตถุประสงค์ดังกล่าว ตลอดจนวิธีการที่สำคัญเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรทั้งหลายที่นำมาใช้ เพื่อให้องค์กรปรับตัวสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (ชงชัย สันติวงศ์, 2539: 73)

กลยุทธ์ หมายถึง การพิจารณาจุดมุ่งหมาย (Purpose) วัตถุประสงค์ระยะยาว (Basic Long term – Objective) ขององค์กร การยอมรับการปฏิบัติและการจัดสรรทรัพยากร ให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้น วัตถุประสงค์จึงเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดกลยุทธ์ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ 2539: 152)

กลยุทธ์ หมายถึง วิธีการที่องค์กรเลือก เพื่อจะดำเนินการจากจุดที่เป็นอยู่ ปัจจุบันไปยังจุดหมายปลายทางในอนาคตที่องค์กรกำหนดไว้ (กิ่งพร ทองใบ, 2546: 6)

กลยุทธ์ โดยทั่วไป หมายถึง แผนการหรือวิธีการตัดสินใจหรือกลุ่มของกิจกรรม ที่องค์กรใช้ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์องค์กร แต่ในทางธุรกิจกลยุทธ์ หมายถึง การวางตำแหน่ง ของธุรกิจให้มีคุณค่าแห่งศักยภาพสูงสุดเหนือคู่แข่งขั้นนั้นเอง สรุปกลยุทธ์จึงหมายถึง แนวทาง หรือวิธีดำเนินงานขององค์กรเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (ทองหล่อ เดชไทย, 2544: 138)

สมยศ นาวิการ (2545: 3-12) กล่าวถึงการบริหารเชิงกลยุทธ์ หมายถึง กระบวนการของการกำหนดทิศทางระยะยาว จะเกี่ยวข้องกับการกำหนดทิศทางในอนาคตของ องค์กรและดำเนินการตัดสินใจ เพื่อบรรลุเป้าหมายในระยะยาว และระยะสั้นขององค์กร โดย กระบวนการบริหารกลยุทธ์ เชิงกลยุทธ์จะมีส่วนสำคัญ 2 ส่วน คือ การวางแผนกลยุทธ์ การ ดำเนินการและการควบคุมกลยุทธ์ ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 7 ขั้นตอนและ 5 ขั้นตอนแรก คือ การวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร ส่วน 2 ขั้นตอนหลัง คือ การดำเนินการและการควบคุม กลยุทธ์ ดังนี้

- 1) การประเมิน จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคขององค์กร
- 2) การกำหนดภารกิจขององค์กร
- 3) การกำหนดปรัชญาและนโยบายขององค์กร
- 4) การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
- 5) การกำหนดกลยุทธ์ขององค์กร
- 6) การกำหนดกลยุทธ์ขององค์กร
- 7) การควบคุมกลยุทธ์ขององค์กร

สรุปกลยุทธ์ หมายถึง การวางแผน การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง การกำหนด ทรัพยากร การกำหนดขั้นตอนทางเลือกต่าง ๆ ที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมภายใน และภายนอกขององค์กร เพื่อให้บุคลากรสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเป้าหมายและบรรลุผลตาม วัตถุประสงค์ขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 ความหมายปัญหาอุปสรรค ความหมายของปัญหาและอุปสรรคตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2534: 519) ได้ให้ความหมายของคำว่าปัญหา (problem) หมายถึง คำถาม ข้อสงสัย ส่วนคำว่าอุปสรรค (obstacle) หมายถึง การติดขัด ข้อขัดข้อง การขัดขวาง เครื่องกีดกัน อันตราย

วิทย์ เทียงบูรณธรรม (2536: 400) ให้ความหมายของปัญหาว่า เป็นคำถาม ข้อสงสัย ส่วนคำว่าอุปสรรค หมายถึง เครื่องขัดขวาง เครื่องขัดข้อง สิ่งเข้าขัดข้อง ความลำบาก เขียรชัย เอี่ยมวรเมธ (2537: 612) ได้ให้ความหมายคำว่าปัญหาว่า เป็นหัวข้อที่ต้องการคำตอบ ความขัดแย้งที่ต้องการจะแก้ไข และความขัดข้อง ยุ่งยาก อุปสรรค หมายถึง เป็นสิ่งที่ขัดขวาง

สรุปปัญหาและอุปสรรค หมายถึง ข้อสงสัย ข้อกังขา ข้อยุ่งยาก ที่อยู่ภายใต้การควบคุม ตรวจสอบ การขาดวัฒนธรรมของการเรียนรู้ หรือสิ่งที่ขัดขวาง ในการศึกษา หมายถึง สิ่งที่ขัดขวางต่อการให้บริการและการรับบริการสุขภาพที่ในระดับปฐมภูมิ ที่ไม่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

2. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิ ในอดีตสุขภาพจำกัดความหมายเพียงการป่วยไข้และการรักษาหรือการช่อมสุขภาพเท่านั้น และระบบสุขภาพยังผูกขาดอยู่กับโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เท่านั้น (ประเวศ วสี, 2543: 10) แต่ในปัจจุบันสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพ ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณไม่ได้แยกจากวิถีชีวิตและอยู่บนพื้นฐานของความถูกต้อง โดยดำรงอยู่ในสังคม ครอบครัว และชุมชนอย่างสมดุลทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ, 2545: 2) และระบบสุขภาพจะต้องเป็นระบบทุกระบบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของประชาชนตั้งแต่สัมมาทิฐิ พฤติกรรมการเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง และประชาสังคม การเมือง กระบวนการทางสังคม ศาสนาและระบบบริการสุขภาพล้วนแต่มีความสำคัญยิ่งต่อการนำไปสู่สุขภาพที่ดี

ดังนั้นการปฏิรูประบบสุขภาพจึงเกิดขึ้น เพื่อเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพใหม่ ให้มีความหมายที่กว้างขึ้นครอบคลุมสุขภาวะของประชาชน (ประเวศ วสี, 2546: 9) โดยมีแนวคิดสร้างระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ภายใต้อัตลักษณ์สุขภาพถ้วนหน้าที่สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ผสมผสานเป็นบริการที่ใกล้บ้านมีประชาชนเป็น

ศูนย์กลาง (สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545: 12) ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของสตาร์ฟิลด์ (1992:102) โดยมีองค์ประกอบด้านโครงสร้างได้แก่ บุคลากร เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ กระบวนการจัดหน่วยงาน การให้บริการ โดยคำนึงถึงความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการทั้งในระดับบุคคลครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ ด้านผลลัพธ์เป็นผลของการบริการที่เกิดขึ้นกับประชาชนทั้งความยืนยาวของชีวิต ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิตและการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเกิดขึ้นอาจมีสาเหตุมาจากประชาชนยังไม่พึงพอใจในคุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนมีอุปสรรค ได้รับบริการที่ไม่เป็นธรรมชาติไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และดูแลกันเองในครอบครัวมีน้อย มีความเจ็บป่วยด้วยโรคที่สืบเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่มีอัตราการเพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องมีระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นบริการเชิงรุก เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาคและเป็นธรรมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองครอบครัวและชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น วางแผน และติดตามตรวจสอบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงเป็นจุดเชื่อมที่สำคัญระหว่างชุมชนกับระบบบริการสุขภาพระดับสูง ซึ่งสามารถดูแลประชาชนอย่างมีคุณภาพครอบคลุมทั่วถึง และมีระบบเชื่อมโยงที่มีประสิทธิภาพ จากแนวคิดดังกล่าวที่มีรากฐานมาจากประเทศตะวันตกสามารถแบ่งการบริการสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ (Primary care unit) ระดับทุติยภูมิ (Secondary care unit) ระดับตติยภูมิ (Tertiary care unit) (สุนทรีย์ ภาณุทัต และคณะ, 2544: 5)

สรุปแนวคิดการพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทุกขั้นตอน เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาคครอบคลุมและเป็นธรรม มีคุณภาพ มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการสุขภาพ

คุณภาพการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยหลายปัจจัย การทำความเข้าใจเรื่องคุณภาพการบริการ จึงต้องมองถึงความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่าง ๆ ตามแนวคิดของ Donabedian ที่ใช้ทฤษฎีระบบ (Systematic theory) ในการประเมินคุณภาพบริการโดยการประเมินตามโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome) เป็นแนวคิดที่ช่วยให้เข้าใจว่าจะให้บริการที่มีคุณภาพ หรือเกิด

ผลลัพธ์ที่ต้องการต้องประเมิน 3 องค์ประกอบนี้ กลยุทธ์การประเมินโครงสร้าง หมายถึง การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์กรที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการให้บริการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผลการบริการได้แก่ โครงสร้างการบริหารงานขององค์กร (Organizational structure) ทรัพยากรบุคคล (Human resources) และทรัพยากรวัสดุอุปกรณ์ (Material resources) การประเมินกระบวนการ ซึ่งรวมถึงการประเมินกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการเอง และกิจกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางสุขภาพ การประเมินผลลัพธ์เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการให้บริการ องค์ประกอบในที่นี่มีความสัมพันธ์กันในแง่ของ โครงสร้างขององค์กร ส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานหรือการบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ

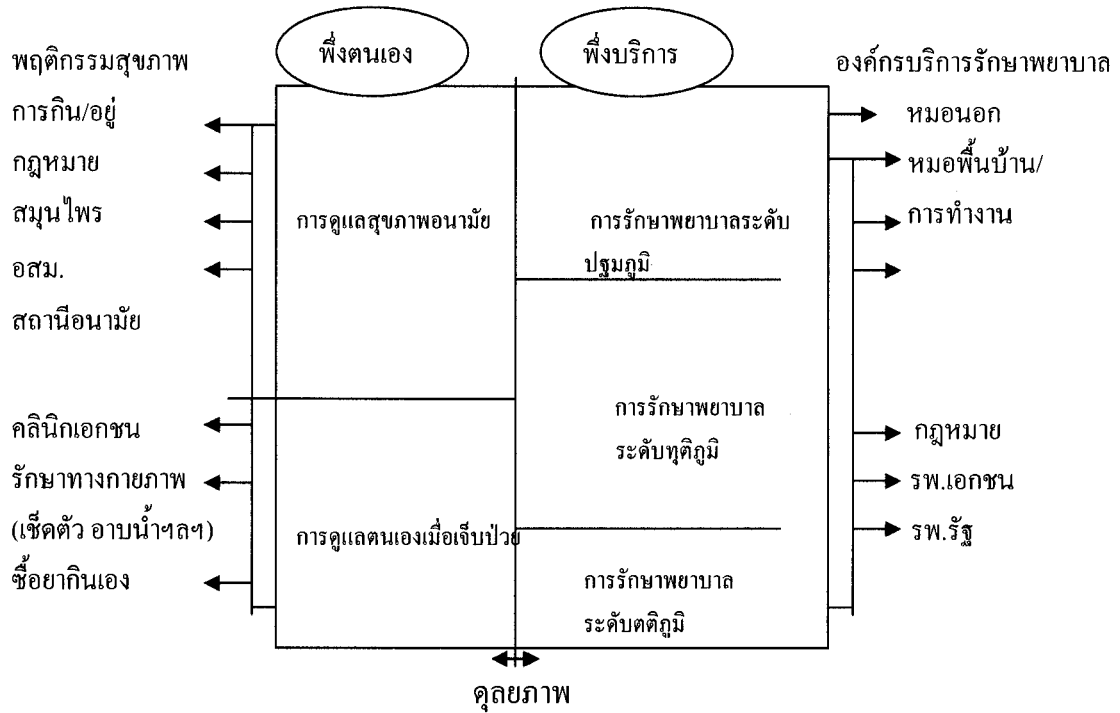
Holzema และ Reilly ได้ขยายแนวคิดของ Donabedian ในการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพ โดยได้เพิ่มเติมแนวคิดของระบบสุขภาพที่ใช้ทฤษฎีที่ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ของ Donabedian มงที่ 3 องค์ประกอบนี้ ซึ่งประกอบด้วยผู้รับบริการ (Client) ผู้ให้บริการ (Provider) องค์กร (Setting) และให้ความหมายของโครงสร้างว่าเป็นปัจจัยนำเข้า (Inputs) ในรูปแบบการให้บริการหมายถึง บุคคล ครอบครัว โรงเรียน หรือชุมชน ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคคลทางสุขภาพ (Traditional health care provider) เช่น ทันตแพทย์ แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

สรุป แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการบริการสุขภาพ หมายถึง การประเมินผลการให้บริการสุขภาพขององค์กรตั้งแต่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ กิจกรรมการให้บริการสุขภาพ และการประเมินประสิทธิผลของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในการรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อนำผลที่ได้จากการประเมินนำไปพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2.3 แนวคิดการดูแลสุขภาพต่อคุณภาพระหว่างการพึ่งตนเองและการพึ่งสถานบริการสุขภาพ

การดูแลสุขภาพของตนเองหรือการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพแบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย คือ การดูแลสุขภาพอนามัยทั่ว ๆ ไปในขณะที่ไม่ป่วยได้แก่การกิน การทำงาน การพักผ่อน และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งหมายถึงการช่วยเหลือตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องพึ่งพาบริการ ดังภาพที่ 2.1

ภาพการดูแลและการแก้ไขปัญหาลุขภาพอนามัย



ภาพที่ 2.1 แผนภูมิการดูแลและการแก้ไขปัญหาลุขภาพอนามัยคุณภาพที่แปรตามสภาพความต้องการ ณ พื้นที่และกลุ่มประชากรต่าง ๆ

ที่มา: วิชัย โปษยะจินดา (2542) การปฏิรูปบริการสุขภาพระดับต้น สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ กรุงเทพมหานคร ดีไซน์ หน้า 34

จากแผนภูมิสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อประชาชนเกิดภาวะการเจ็บป่วยประชาชนจะต้องรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุใด เช่น เมื่อมีอาการท้องร่วงต้องรู้ว่าสาเหตุการเกิดท้องร่วงเกิดจากพฤติกรรมการกินเป็นส่วนใหญ่ เช่น รับประทานอาหารไม่สะอาด การไม่รักษาความสะอาดของสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นต้น เมื่อรู้ว่ามีอาการท้องร่วงอันดับแรกต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยการรับประทานอาหารที่สุกใหม่ ๆ ดื่มน้ำต้มสุกแล้ว ดื่มสารละลายเกลือแร่ เป็นต้น และควรจัดหาซื้อยามารับประทานจากสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านได้ แต่เมื่อดูแลตนเองแล้วอาการยังไม่ดีขึ้นจำเป็นต้องไปพบแพทย์ ในสถานบริการระดับต่าง ๆ ตามสภาพความต้องการของแต่ละบุคคลต่อไป เพื่อรับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องในคุณภาพตามสภาพความต้องการของแต่ละบุคคล

สิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพคือการสร้างองค์ประกอบระหว่าง 2 ส่วนนี้ (ตามภาพที่ 2.1) นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งของระบบ เพราะปัจจุบันกรอบของการให้บริการสุขภาพได้ถูกขยายใหญ่ขึ้น ทั้งนี้พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และจากจำนวนสถานพยาบาลเอกชน หรือคลินิกที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ บริการด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาลเหล่านี้ได้ขยายตัวเติบโตขึ้น จนนับวันประชาชนไทยยิ่งขาดแนวคิดและวิธีการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ นั่นคือแม้การเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ ที่สามารถดูแลและรักษาด้วยตนเองได้ แต่ประชาชนจำนวนมากก็ยังเลือกที่จะไปพบแพทย์ ซึ่งหลายครั้งต้องสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายครวละมาก ๆ

สถานการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาที่รัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขต้องตระหนักและยอมรับเพื่อพิจารณาหาทางแก้ไข เมื่อวิเคราะห์ให้ละเอียดพบว่า การขยายการให้บริการสาธารณสุข ไม่ใช่วิธีแก้ปัญหามีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง เนื่องจากไม่มีความยั่งยืนและไม่สนองตอบความต้องการของประชาชนได้ทั้งหมด เหตุผลหลักคือทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคลหรือทรัพยากรธรรมชาติของทุกประเทศในโลกนี้ ย่อมมีปริมาณจำกัด แม้จะมีการขยายกรอบการให้บริการสาธารณสุขให้มีขนาดใหญ่มากขึ้น แต่คุณภาพของการบริการย่อมถึงจุดเสื่อมลงได้ในวาระใดวาระหนึ่ง

แนวทางการแก้ไขปัญหานี้จะเป็นการเปลี่ยนคุณภาพของการรับผิดชอบ โดยลดกรอบของรัฐ ที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนให้มีขนาดเล็กลง แล้วส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักพึ่งตนเองในด้านสุขภาพให้มีขนาดใหญ่ขึ้น โดยให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ต้องมีความพอเหมาะที่สมดุลกับความรู้ ความสามารถของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ หรือเหมาะสมกับประชาชนแต่ละคน “บริการระดับปฐมภูมิ” ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดและประชาชนมีโอกาสไปใช้บริการมากที่สุด ตามสภาพธรรมชาติของการเจ็บป่วยที่เป็นการเจ็บป่วยไม่รุนแรง บริการสุขภาพระดับนี้จึงเป็นบริการที่สำคัญ หากได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้น จะช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยการช่วยทำให้เกิดความสมดุลระหว่างการพึ่งบริการและการพึ่งตนเองของประชาชนมากขึ้นรวมทั้งช่วยให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม และมีคุณภาพใกล้เคียงกับก่อนไม่ต้องตระเวนไปใช้บริการที่ต่าง ๆ โดยขาดความเข้าใจ อันเป็นผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรทั้งฝ่ายประชาชนและรัฐบาล (สุพิศรา ศรีวิณิชชากรและคณะ, 2548: 15 - 17)

2.4 แนวคิดและกระบวนการควบคุมกลยุทธ์

การควบคุมกลยุทธ์ เป็นการควบคุมที่มีกรอบแห่งเวลาที่นานกว่า 1 ปี บางกรณีอาจมีระยะเวลาถึง 10 ปี การวัดผลใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ปัจจัยที่นำมาประเมิน

พิจารณาทั้งปัจจัยภายในและภายนอกองค์กรทั้งที่กระบวนการควบคุมจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถแก้ไขข้อผิดพลาดหรือข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นได้ทัน่วงที โดยทั่วไปวิธีการควบคุม กลยุทธ์ ที่ใช้อยู่เป็นการควบคุมแบบดั้งเดิม ที่มีลักษณะของการใช้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback Control) ส่วนแนวคิดการควบคุมสมัยใหม่มุ่งเน้นการใช้ข้อมูลไปข้างหน้า (Feedback – forward Control) เพื่อการดำเนินการป้องกันล่วงหน้า

การควบคุมแบบใช้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นการกำกับติดตาม ดูแลให้มีการ ดำเนินงานบรรลุเป้าหมายหรือบรรลุตามวัตถุประสงค์ ด้วยการวัดผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นจริง แล้วนำไปเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดขึ้น หากมีข้อแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ก็จำเป็นต้อง ดำเนินการแก้ไขการควบคุมแบบนี้เหมาะสมกับการจัดการระดับปฏิบัติการ (Operational Level) ข้อจำกัดของระบบการควบคุมแบบใช้ข้อมูลย้อนกลับคือ อาจมีความล่าช้าเนื่องจากต้องมีการ นำกลยุทธ์ไปปฏิบัติเสียก่อนจึงติดตามไปวัดผลการดำเนินงานแล้วแก้ไขภายหลังลักษณะเช่นนี้ อาจก่อให้เกิดความเสียหายอันใหญ่หลวงได้ การควบคุมแบบใช้ข้อมูลไปข้างหน้าเป็นวิธีการ ที่เน้นการมองล่วงหน้าถึงการเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการดำเนินงาน ตามกลยุทธ์ เพื่อจะได้ดำเนินการป้องกันล่วงหน้า การควบคุมแบบนี้มีความจำเป็นต่อองค์กร ที่สามารถคาดคะเนการเปลี่ยนแปลงเพื่อเอาชนะอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการดำเนินการกลยุทธ์ ขององค์กรได้

สรุปแนวคิดกลยุทธ์การพัฒนากลยุทธ์ หมายถึง การวางแผน การจัดองค์การ การตรวจสอบ และการควบคุมข้อมูลย้อนกลับ เพื่อควบคุมติดตามการประเมินผลการปฏิบัติงาน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

3. กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ

3.1 ความสัมพันธ์ของกลยุทธ์กับการบริหารเชิงกลยุทธ์

ในการบริหารมีการนำความคิดเชิงกลยุทธ์มาใช้ การบริหารหรือการจัดการเชิงกลยุทธ์เป็นคำที่ถูกนำมาใช้เป็นครั้งแรกในทศวรรษ 1950 และเป็นที่ยอมรับอย่างมากตั้งแต่ กลางทศวรรษ 1970 เป็นต้นมา

Fred R. David (2000: 5) ได้ให้ความหมายของการบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategy Management) ว่าหมายถึงศาสตร์และศิลป์ของการกำหนดกลยุทธ์ การนำกลยุทธ์ไป ปฏิบัติและการประเมินกลยุทธ์ โดยการพิจารณาตัดสินใจข้ามหน้าที่ (Cross-functional decisions) เพื่อให้องค์กรสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

จากความหมายของ Fred R. David จะเห็นได้ว่า การบริหารเชิงกลยุทธ์มุ่งเน้นที่การบูรณาการหน้าที่ทางการจัดการ (ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การนำ และการควบคุมประเมินผล) เข้ากับหน้าที่ทางการบริหาร (ได้แก่ การผลิต การตลาด การเงิน การบริหารทรัพยากรมนุษย์) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ขององค์การ จุดมุ่งหมายของการบริหารเชิงกลยุทธ์ คือ เพื่อการเสาะแสวงหาและสร้างโอกาสใหม่ที่แตกต่างจากเดิม เป็นการวางแผนเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดขององค์การด้วยการศึกษาแนวโน้มจากข้อมูลในอดีต และปัจจุบัน ประกอบกับการคาดคะเน หรือพยากรณ์อนาคตที่ถูกต้องแม่นยำ

Thomas L. Whellen and actions David Hunger ได้ให้ความหมายว่า การบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นระบบของการตัดสินใจ และนำไปปฏิบัติทางการจัดการเพื่อกำหนดผลการปฏิบัติงานในระยะยาวขององค์การ

การบริหารเชิงกลยุทธ์ เป็นกระบวนการพยายามตัดสินใจดำเนินงานและแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การดำเนินงานขององค์การเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และได้ประสิทธิภาพสูงสุดตลอดเวลาหรือกล่าวได้ว่าเป็น “การกระทำได้เยี่ยมกว่า” หรือเป็น Effective Process โดยมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ

3.1.1 เป็นการจัดการตลอดทั่วทั้งองค์การ

3.1.2 มุ่งพัฒนาจุดเด่นต่าง ๆ ให้ปรากฏขึ้นมาจนกลายเป็นจุดแข็งที่มีเหนือกว่า คู่แข่งขันในทุกทาง

3.1.3 กำกับให้องค์การมี “สัมฤทธิ์” หรือบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ สูงสุดตลอดในทุกสถานการณ์ (ธงชัย สันติวงษ์, 2535: 4)

จุดเน้นของการบริหารเชิงกลยุทธ์มุ่งพิจารณาเน้นในแง่ของกระบวนการทางการบริหาร อันประกอบด้วย การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการควบคุม กล่าวโดยสรุปการบริหารเชิงกลยุทธ์มีจุดสนใจอยู่ที่องค์การ โดยส่วนรวมการบริหารเชิงกลยุทธ์ยังพิจารณาไปนอกเหนือการดำเนินงานที่อยู่ในปัจจุบัน โดยพิจารณาวิเคราะห์ปัญหาและวิกฤตการณ์ในปัจจุบัน เพื่อแสวงหาโอกาสและช่องทางในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการพัฒนา

ลักษณะสำคัญของการบริหารเชิงกลยุทธ์ อยู่ที่การกำหนดวัตถุประสงค์ ที่เป็นเหตุเป็นผลและเป็นระบบสำหรับองค์การ ทำให้องค์การมีการใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ความความไม่แน่นอนของสภาพแวดล้อม การบริหารเชิงกลยุทธ์ไม่ใช่ศาสตร์บริสุทธิ์ การตัดสินใจเชิงกลยุทธ์อาศัยการผสมผสานระหว่าง ประสบการณ์ คุณพินิจและแรงคลใจของผู้บริหารก่อก่อกับการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับองค์การ

3.2 การกำหนดกลยุทธ์

เป็นการเลือกวิธีการทำงานอย่างมีทิศทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม เพื่อให้สมาชิกดำเนินการได้ประสบความสำเร็จสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง การกำหนดกลยุทธ์สามารถกำหนดได้หลายวิธี เช่น การระดมความคิดเห็นจากส่วนได้ส่วนเสีย การวิจัยเชิงพัฒนาการระดมสมองของผู้เชี่ยวชาญ และการใช้เทคนิคตารางสัมพันธ์ เป็นต้น สำหรับวิธีการนำเสนอ คือ เทคนิคตารางสัมพันธ์ ซึ่งเป็นการกำหนดกลยุทธ์ โดยอาศัยหลักการพิจารณาความสำเร็จระหว่างผลการประเมินสภาพแวดล้อมภายในระหว่างจุดแข็งและจุดอ่อน ผลการประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกระหว่างโอกาสและอุปสรรค โดยกำหนดสถานภาพของสภาพแวดล้อมภายในระหว่างจุดแข็งและจุดอ่อนว่ามีสภาพโน้มเอียงไปในทิศทางจุดแข็ง หรือจุดอ่อน และกำหนดสถานภาพของสภาพแวดล้อมภายนอกสำหรับโอกาสและอุปสรรคว่ามีสภาพโน้มเอียงไปในทิศทางโอกาสหรืออุปสรรค ซึ่งทำให้การกำหนดกลยุทธ์มีความเป็นเหตุเป็นผลและมีความชัดเจนมากขึ้น คณะวางแผนจะทราบถึงที่มาของกลยุทธ์ที่กำหนดขึ้นลักษณะกลยุทธ์ที่กำหนดโดยทั่วไปจะมี 4 ประเภท คือ

3.2.1 กลยุทธ์สร้างความเติบโต เป็นกลยุทธ์ที่เอื้อและเป็นจุดแข็ง โดยการขยายกิจการหรือดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น

3.2.2 กลยุทธ์ความถนัด เป็นกลยุทธ์ที่เอื้อ แต่เป็นจุดอ่อน โดยเลือกดำเนินงานเฉพาะที่มีความรู้ ความชำนาญ

3.2.3 กลยุทธ์รักษาเสถียรภาพ เป็นกลยุทธ์ที่ไม่เอื้อแต่เป็นจุดแข็ง เลือกดำเนินงานที่กำลังดำเนินงานอยู่ไม่ขยายไปดำเนินงานอื่น

3.2.4 กลยุทธ์การตัดทอน เป็นกลยุทธ์ที่ไม่เอื้อและมีจุดอ่อน โดยการทบทวนภารกิจในส่วนที่ทำได้ อาจต้องถ่ายโอนให้คนอื่นดำเนินการแทน

สรุปการกำหนดกลยุทธ์ หมายถึง การวิเคราะห์เลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมขององค์กร คือการวิเคราะห์หาจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และอุปสรรค หรือภัยคุกคามขององค์กร เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาองค์กร

3.3 กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิ

กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ใช้กระบวนการมาตรฐาน (Hospital Accreditation) หรือ HA อาศัยปรัชญาของคุณภาพ คือ Total Quality Management (TQM) ซึ่งมี core value ตั้งแต่เริ่มต้นว่า “ลูกค้าสำคัญที่สุด จุดความฝันร่วมกัน ทีมงานสัมพันธ์ มุ่งมั่นกระบวนการ สานด้วยอริยสัจสี่ ดีที่ผู้นำปรับปรุงไม่สิ้นสุด” ใช้หลักการของบันได 3 ขั้นที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นแนวทาง

ในการพัฒนาคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานอนามัยเครือข่าย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลรายงานประจำปี, 2547: 18 -21)

3.3.1 กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพตามหลักของบันได 3 ขั้น ได้แก่

ขั้นที่ 1 ผู้ HA ทบทวนเหตุการณ์หรือข้อมูลต่าง ๆ คือการเรียนรู้จากเหตุการณ์จริงนำไปสู่การเปลี่ยนเจตคติในการมองปัญหา เข้าใจสาเหตุของปัญหาป้องกันปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และวางระบบงานให้รัดกุม

ขั้นที่ 2 ต่อเนื่องจากขั้นบันไดขั้นที่ 1 HA (Health Accreditation) ผู้ใช้กระบวนการเชิงรุก วิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการอย่างเป็นระบบ Plan – Do - Check – Act – Plan – Do และ Check – Act – Plan – Do เน้นมาตรฐาน HA ที่ปฏิบัติได้ไม่ยาก และหาโอกาสการพัฒนาที่ครอบคลุมกระบวนการ

ขั้นที่ 3 ประเมินผลตามมาตรฐานคุณภาพ HA ศึกษาเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อพัฒนาให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน HA

3.3.2 กลยุทธ์การกระจายความครอบคลุม

หลังจากที่ PCU หรือสถานอนามัย ที่ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพจากคณะกรรมการประเมินผล PCU หรือสถานอนามัยแม่ข่าย ได้มีการถ่ายทอดความรู้และให้ความช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพไปสู่ PCU และสถานอนามัยเครือข่ายในเขตพื้นที่ เพื่อให้มีเครือข่ายพัฒนาคุณภาพเต็มพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของ PCU

3.3.3 การบูรณาการความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การบูรณาการแนวคิดเรื่องการดำเนินการสู่ความเป็นเลิศ การบูรณาการแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การบูรณาการขั้นตอนการปฏิบัติงาน และการบูรณาการขั้นตอนการประเมินผล เพื่อลดขั้นตอนและความซ้ำซ้อนของงานที่ปฏิบัติ

3.3.4 กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพด้านการบริการ คุณภาพด้านการบริการ

(Service Quality) หมายถึง การบริการที่ดีเลิศ (Excellence service) ตรงกับความต้องการหรือเกินความต้องการของผู้รับบริการ จนทำให้ลูกค้าหรือผู้รับบริการเกิดความพอใจ (Satisfaction) และเกิดความจงรักภักดี

การบริการที่ดีเลิศตรงความต้องการหรือเกินความคาดหมาย สำหรับบริการสุขภาพนั้นจะต้องจัดกลยุทธ์ให้ได้ 2 ประการ คือ การแสดงให้เห็นที่ประจักษ์คุณภาพทางเทคนิค (Technical Quality) และการแสดงคุณภาพในการทำได้ตามหน้าที่หรือการปฏิบัติ

1) คุณภาพทางเทคนิค หมายถึง การแสดงให้เห็นผู้ใช้บริการได้ทราบถึงความรู้ ความสามารถของบุคลากรที่ให้บริการ เทคโนโลยีที่เหมาะสม การผ่าตัดหรือหัตถการที่ทำ

ได้ โดยปลอดภัยที่หน่วยงานมีเขา เวชภัณฑ์ บรรจุภัณฑ์ ที่แสดงถึงความน่าเชื่อถือ สะดวกใช้ง่าย ปลอดภัย มีการรับประกันและการควบคุมการติดเชื้อ

2) คุณภาพในการปฏิบัติ หากใช้มุมมองผู้บริโภคเป็นศูนย์กลาง

(Customer focused aspect) คุณภาพในการปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการให้บริการที่รวดเร็ว การแสดงความน่าเชื่อถือ นำไปไว้วางใจอย่างเป็นรูปธรรมที่สัมผัสได้ เช่น มีรถเข็นผู้ป่วยที่ทันสมัย มีการออกแบบสิ่งแวดล้อมภายใน มีขั้นตอนการให้บริการ มีการนัดที่สะดวกไม่ซับซ้อน มีระบบการปรึกษาโรคข้ามแผนกหรือการส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาแผนกอื่น ที่มีการดูแลเอาใจใส่ เป็นรายบุคคล การไม่แบ่งแยกวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยสิทธิต่างกัน เป็นต้น

สรุปกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง การพัฒนาด้วยหลักการของบันได 3 ขั้น คือ การก้าวเข้าสู่ HA การใช้กระบวนการเชิงรุก วิเคราะห์เป้าหมาย และกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบ การติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการถ่ายทอดกระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพไปสู่สถานีนอมนัยในเครือข่าย โดยใช้เทคนิค เทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยมีการบูรณาการทุกขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การเป็น PCU และสถานีนอมนัยที่ได้คุณภาพตามมาตรฐาน

4. คุณสมบัติและสมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คุณสมบัติของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีใจรักการทำงานในชุมชน เข้าใจปัญหาความต้องการและวิถีชีวิตของชุมชนเป็นอย่างดี มีทักษะในการทำงานกับประชาชน ให้บริการด้วยใจ มีเจตคติที่ดีต่อชุมชน มีความเป็นผู้นำ มีทักษะในการบริหารงาน ซื่อสัตย์ มีความยืดหยุ่น พุดจาไพเราะ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ตรงต่อเวลา มีความเสียสละ มีความคิดริเริ่ม มีคุณธรรมและจริยธรรม ตื่นตัวอยู่เสมอ มีทักษะในการทำงานเป็นทีม มีน้ำใจ มีความรับผิดชอบสูง สามารถตัดสินใจ รักการเรียนรู้ มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทันสถานการณ์ (สุนทรื ภาณุทัตและคณะ, 2544: 126)

4.1 ด้านความรู้ในการให้บริการ ผู้ให้บริการสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของบุคคลทุกวัยและทุกสภาวะ รวมทั้งปัจจัยทางด้านพันธุกรรม พฤติกรรม ความเชื่อ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง กฎหมาย การศึกษา สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ศาสนา เทคโนโลยี และระบบบริการสุขภาพ ด้านกฎหมาย วิชาชีพ กฎหมายที่เกี่ยวข้องและปฏิบัติงานตามมาตรฐาน มีจริยธรรมและจรรยาบรรณในวิชาชีพ และเคารพในสิทธิของผู้ป่วย

4.2 ด้านความสามารถในการบริหารจัดการ สามารถให้บริการได้ทั้งในด้านเกี่ยวกับการจัดการทรัพยากรบุคคล งบประมาณ เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ต่าง ๆ มีวิจรรย์ญาณใช้เหตุผลสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและนำความรู้สู่การปฏิบัติ สามารถสื่อสารและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสืบค้นบันทึก และจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ มีภาวะผู้นำ มีมนุษยสัมพันธ์ดีสามารถทำงานประสานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และสร้างความร่วมมือกับประชาชน ผู้นำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยงานเครือข่ายต่าง ๆ มีความสามารถจัดทำแผน จัดทำโครงการ ติดตามและประเมินผล ตรวจสอบโครงการโรคต่าง ๆ ให้การรักษาโรคเบื้องต้น ส่งต่อผู้ป่วย ติดตามผลการรักษาพยาบาลและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย สนับสนุนและหาแหล่งประโยชน์สำหรับผู้พิการ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ให้การวางแผนครอบครัวดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทำคลอดในรายปกติ การดูแลมารดา หลังคลอดและทารกแรกเกิด

4.3 ด้านการดูแลครอบครัวและชุมชน สามารถทำการประเมินผลและดูแลสุขภาพอนามัยของครอบครัว ชุมชน ให้การสนับสนุนสร้างเสริมศักยภาพครอบครัวชุมชน การสุขภาพาภิบาล และสิ่งแวดล้อมร่วมพัฒนาชุมชนทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจควบคู่ไปกับด้านสุขภาพ

สรุปคุณสมบัติและสมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีความรู้ความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพของบุคคล ครอบครัวได้เป็นอย่างดี มีทักษะการบริหารงาน และมีใจรักการทำงานในชุมชน มีภาวะของการเป็นผู้นำ สามารถบริหารจัดการเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างเป็นระบบ มีมนุษยสัมพันธ์ มีความสามารถในการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี มีคุณธรรมและจริยธรรม เข้าใจวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชนเป็นอย่างดี

5. องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

5.1 ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น ประกอบด้วย

5.1.1 จำนวนประชากร มีจำนวนประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อใช้เป็นข้อมูลเป้าหมายของการวางแผนและจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การติดตามดูแล ตลอดจนการติดตามประเมินผล

5.1.2 ลักษณะของหน่วยบริการ ควรเป็นหน่วยบริการขนาดเล็ก หรือขนาดกลาง ที่ไม่ซับซ้อนจนเกินไป กระจายในพื้นที่ได้ทั่วถึง สามารถสร้างความเป็นกันเอง และความใกล้ชิด

กับประชาชนได้ง่าย ครอบคลุมการดูแลประชากรจำนวนที่ไม่มากเกินไป เพื่อให้สามารถดูแลครอบครัวและชุมชนได้อย่างทั่วถึง

5.1.3 การจัดระบบบริการ ที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ วิธีการจัดบริการสามารถยืดหยุ่นและเชื่อมโยง บริการได้ตามสภาพความต้องการความจำเป็นของผู้รับบริการได้ง่าย

5.1.4 ทีมงานที่มีทัศนคติที่ดี ทีมงานต้องมีศักยภาพในการให้บริการที่ผสมผสาน สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งนี้ทีมงานดังกล่าวจะต้องมีขนาด ที่ไม่เล็กและไม่ใหญ่จนเกินไป สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการชุมชนอย่างมีระบบ และ ต่อเนื่องสามารถประเมินสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และให้การบริการ หรือ ดำเนินการด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุป ทีมงานควรมีความรู้และความสามารถในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1) มีความเข้าใจแนวคิดแบบองค์รวม ในการประเมินสถานะสุขภาพ และกำหนดกลวิธีดำเนินการแก้ไข มีลักษณะประสานการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน และส่วน ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
- 2) มีความสามารถประเมิน สถานะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และ ชุมชนในมิติต่าง ๆ ได้อย่างรอบด้านครอบคลุม และสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้
- 3) สามารถให้การบริการ เบื้องต้นทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างผสมผสาน สามารถดูแลผู้รับบริการ ที่ยังไม่แสดงอาการชัดเจนได้เป็นอย่างดี
- 4) สามารถดำเนินการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่ ประยุกต์วิธีการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 5) สามารถส่งต่อ และประสานงานให้กับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้อย่างเหมาะสม
- 6) มีทักษะในการสอน ให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพให้แก่ ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 7) สามารถวางแผน ระดับปฏิบัติการและการประเมินผลในระดับพื้นที่ได้

5.2 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้การจัดการบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

5.2.1 ที่ตั้ง และการจัดองค์ประกอบของสถานพยาบาล หน่วยบริการควรตั้ง อยู่ในชุมชน ประชาชนสามารถใช้บริการได้สะดวก สำหรับการจัดองค์ประกอบของสถานพยาบาล

ควรคำนึงถึงความสะดวกของการไหลเวียนของผู้รับบริการ การจัดวัสดุอุปกรณ์ เครื่องใช้
ในสำนักงานควรจะต้องเอื้อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และสอดคล้องกับ
บทบาทภาระของหน่วยบริการปฐมภูมิ

5.2.2 ระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพหน่วยบริการ
ปฐมภูมิจำเป็นต้องมีข้อมูลที่จะช่วยให้หน่วยบริการสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมมีความ
ต่อเนื่องทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ดังนั้นนอกจากหน่วยบริการจะต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่
เกี่ยวข้องกับภาระทางสังคม เศรษฐกิจสภาพครอบครัวแล้วยังจำเป็นต้องจัดทำระบบข้อมูลเกี่ยวกับ
การบริการให้สามารถดูแลประชาชนระหว่างเจ็บป่วยครั้งหนึ่ง ๆ ได้ ขณะเดียวกันก็จำเป็นต้อง
จัดทำข้อมูลของประชาชนไว้เพื่อการดูแลในระยะยาวต่อไป

5.2.3 การจัดการระบบการเงินการคลัง หลักการสำคัญในการจัดระบบการเงิน
ในหน่วยปฐมภูมิคือ การคิดค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการจะต้องไม่เป็นอุปสรรคกับการใช้บริการ
ของประชาชน ในขณะที่หน่วยบริการสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ส่งเสริมให้เกิด
การใช้บริการที่เกินความจำเป็น

5.2.4 การเชื่อมโยงกับบริการอื่น ที่เกี่ยวข้อง เช่น การบริการทุติยภูมิหรืออื่น ๆ
ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาล โดยได้รับบริการที่สะดวกการเชื่อมโยง
ด้านสังคมสงเคราะห์ การเชื่อมโยงกับบริการของชุมชนหรือบริการด้านอื่น ๆ

5.2.5 แบ่งภาระงาน ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลให้ชัดเจน
ไม่ซ้ำซ้อน รวมถึงการปรับให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยและระบบข้อมูลของผู้ป่วยได้ โดยไม่มี
ช่องว่างของการบริการ

สรุปองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ
ต้องมีจำนวนประชากรที่แน่นอน เป็นหน่วยบริการขนาดเล็กสามารถบริหารจัดการได้ง่าย
ให้บริการสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค
การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการแบ่งขอบเขตรับผิดชอบกับโรงพยาบาลที่ชัดเจน
ประชาชนเข้ารับบริการได้สะดวก

5.3 ปัจจัยที่สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ

องค์ประกอบนี้ถือเป็นการสนับสนุนจากภายนอก เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ
ดำเนินการได้ตามเป้าหมายมิใช่เป็นปัจจัยภายในของหน่วยบริการ รวมถึงการเชื่อมโยง และ
การประสานงานระดับอำเภอหรือจังหวัด ซึ่งจำเป็นต้องมีทีมงานสนับสนุนทรัพยากร และวิชาการ
ด้านต่าง ๆ อย่างชัดเจน เพื่อเอื้อให้หน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการที่จำเป็นตามความเร่งด่วน
หรือตามความสำคัญของปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ที่ได้รับการสนับสนุนควรมีลักษณะดังนี้

5.3.1 ทีมงานสนับสนุน จะต้องมีแนวคิดและทักษะที่จำเป็นในการบริการปฐมภูมิเช่นเดียวกัน จึงจะสามารถสนับสนุนและช่วยพัฒนาได้ตรงกับเป้าหมาย

5.3.2 ระบบบริการจัดการขององค์กร ต้องจัดให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถบริหารงานของหน่วยงานตนเองได้อย่างคล่องตัวยืดหยุ่นมีอำนาจในการตัดสินใจและการจัดการในการปรับบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน สามารถพัฒนางานด้วยตนเองต่อไปในระยะยาว

5.3.3 มีการสนับสนุน งบประมาณอย่างพอเพียง

5.3.4 มีระบบสนับสนุนการพัฒนา ผู้ปฏิบัติทั้งในด้านทัศนคติ องค์ความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

5.3.5 มีการจัดระบบการเชื่อมต่อ การดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยพร้อมข้อมูลที่พอดีกับโรงพยาบาล

5.3.6 มีการจัดระบบการติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้พัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ทีมงานสนับสนุนมีแนวคิดเดียวกัน มีงบประมาณที่เพียงพอสามารถบริหารงานด้วยตนเองได้ มีทัศนคติและทักษะการดูแลสุขภาพที่ดี มีระบบการส่งต่อที่ดี มีการติดตามประเมินผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตั้งอยู่ใกล้ชุมชนมีระบบเชื่อมต่อกับบริการอื่นที่เกี่ยวข้องได้

5.4 การพัฒนาคุณภาพบริการหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

5.4.1 ลักษณะการจัดการ สถานบริการระดับปฐมภูมิที่มีปัญหาด้านขีดความสามารถและคุณภาพในการดูแล และต้องเพิ่มการดูแลที่ต่อเนื่องในชุมชนที่ผ่านเข้าไปในชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิตั้งไปติดตามข้อมูล และการแจ้งข่าวมากกว่า จึงควรปรับความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ โดยให้เจ้าหน้าที่ลงไปประเมินสภาพครอบครัวและชุมชนจริง พร้อมกับการให้บริการดูแลสุขภาพให้ความรู้แก่ประชาชน ไม่ใช่ให้ผ่านช่องทาง อสม. ในทุกเรื่อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะการให้บริการรักษาพยาบาล (เน้นการตรวจร่างกาย) และการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม การประเมินสภาวะสุขภาพโดยรวมของครอบครัว และชุมชน การบริการสุขภาพที่บ้านการให้ความรู้ในการรักษาพยาบาลการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพที่มีความจำเพาะเจาะจงตรงเป้า และประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพชีวิตจริงของประชาชน

การดำเนินการพัฒนาควรทำเป็นแผนการพัฒนา และมีจุดเน้นการพัฒนาเป็นระยะ ๆ เช่น ในระยะปีแรกเน้นทักษะการรักษาพยาบาล การดูแลการให้บริการ ANC การติดตามการพัฒนาการเด็ก และการให้วัคซีนที่ได้คุณภาพ ครอบคลุมประชากรให้ครบถ้วนและเริ่มจัดระบบให้มีการติดตามเยี่ยมดูแลประชาชนในชุมชนมากขึ้น จัดให้มีการดูแลประชาชนในภาพรวมเป็นรายหมู่บ้านแทนการดูแลเป็นรายกิจกรรม / งาน ในระยะปีที่ 2-3 พัฒนาเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถ ประเมินบุคคล ครอบครัว อย่างรอบด้านเป็นองค์รวมมากขึ้นและสามารถประเมินความต้องการ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพการให้ความรู้กับประชาชนที่มีความเหมาะสม

ในปีที่ 5 ทีมบุคลากรสาธารณสุขจะต้องมีความสามารถประเมินสถานะสุขภาพของครอบครัวในภาพรวม และเริ่มวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับประชาชนในลักษณะเชิงรุก พร้อมทั้งมีการให้บริการที่ผสมผสานและบูรณาการได้

มีการจัดให้มีแพทย์ พยาบาล จากโรงพยาบาลเข้าไปร่วมงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นทีมประจำที่ดูแลสุขภาพของประชาชน และวางแผนการให้บริการร่วมกัน โดยออกไปปฏิบัติงานสถานีอนามัยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน ซึ่งเน้นบทบาทในการพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่พัฒนาคุณภาพของสถานีอนามัยให้เข้มแข็ง บทบาทของแพทย์ในการรักษาพยาบาลเป็นบทบาทรอง อาจให้บริการร่วมด้วยตามความเหมาะสมเน้นในส่วนที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทำไม่ได้ ไม่ควรไปทำบทบาทที่ซ้ำซ้อนกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

5.4.2 ระบบข้อมูลและการจัดการ

ระยะเริ่มต้นการจัดการระบบข้อมูลอาจเริ่มจากระบบที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และดำเนินการได้ทันที เช่น จัดให้มีบัตรบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้รับบริการที่มีความต่อเนื่อง มีการจัดเก็บที่ค้นหาได้ง่าย มีการจัดระบบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังข้อมูลบันทึกประวัติ เป็นรายครอบครัว

5.4.3 บุคลากร

เจ้าหน้าที่ต้องพัฒนาให้มีความรู้ ทักษะในการรักษาดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน เช่น การตรวจร่างกาย การใช้ยาปฏิชีวนะ การใช้ยา anti - inflammation ปัญหาที่พบบ่อยที่ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาให้ชัดเจนขึ้น เช่น อาการปวดแน่นท้อง โรคกระเพาะอาหาร อาการปวดหลัง ปวดข้อ อาการหอบ ไอ อาการท้องเสีย เป็นต้น นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาให้เจ้าหน้าที่มีความสามารถในการประเมินสภาพชุมชนได้อย่างรอบด้านที่ครอบคลุมมิติชีวิตจริงของประชาชนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

สรุปองค์ประกอบการพัฒนาคุณภาพบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง การพัฒนาเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิให้มีความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการ สถานบริการ

ระดับปฐมภูมิที่มีปัญหาด้านคุณภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการพัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลสุขภาพ และระบบข้อมูลที่ไม่ซับซ้อนง่ายต่อการนำไปใช้ สามารถนำข้อมูล ไปประเมินผลสถานะภาพของชุมชนได้ทุกด้าน

6. มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

6.1 ซัดความสามารถการให้บริการ

6.1.1 เปิดให้บริการรักษาพยาบาล ทุกกลุ่มอาการที่ผสมผสานร่วมกับการฟื้นฟู สภาพเบื้องต้น และการให้ความรู้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการในหน่วยบริการทุกวัน หน่วย บริการต้องเปิดให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สามารถเชื่อมต่อกับบริการภายใน เครือข่าย และการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ

6.1.2 มีการจัดบริการ ด้านทันตกรรมป้องกันและการรักษา การฟื้นฟู ทางด้านทันตกรรม โดยจัดให้มีบริการภายในหน่วยบริการเองหรือมีระบบส่งต่อเพื่อส่งประชาชน ในความรับผิดชอบไปรับบริการได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง

6.1.3 บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เช่น บริการดูแล หญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังคลอด วางแผนครอบครัว มีระบบการติดตามความต่อเนื่องของการ บริการ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งต้องจัดให้มีการบริการดังกล่าวอย่างน้อย 1-2 วัน ต่อสัปดาห์

6.1.4 มีบริการสุขภาพเด็ก อย่างน้อย 1-8 วัน ต่อเดือน

6.1.5 บริการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การบริบาล รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อทำความเข้าใจ สร้างความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพให้แก่ครอบครัว และให้การบริบาล แก่ผู้มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น

6.1.6 มีบริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อประเมินสถานะสุขภาพของครอบครัว และ ปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพ เพื่อวางแผนและดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้กับ ประชาชนในความรับผิดชอบโดยหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งจะต้องจัดบริการเยี่ยมบ้าน และ บริการเชิงรุกในชุมชนอย่างน้อย 10-15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

6.1.7 มีบริการด้านฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น

6.1.8 มีบริการด้านชั้นสูงโรค พื้นฐานที่ควรทำได้เอง และมีระบบส่งต่อไปยัง หน่วยอื่นที่บริการได้อย่างรวดเร็วคล่องตัว

6.1.9 มีบริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา

การกำกับคุณภาพและมาตรฐานยา

6.2 บุคลากร

6.2.1 มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ขั้นต่ำมีวุฒิในระดับประกาศนียบัตรด้านสาธารณสุข) เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:1,250 และในจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4

6.2.2 อย่างน้อย 3 ใน 4 ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในข้อ 2.2.1 และต้องทำงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ๆ

6.2.3 มีแพทย์ร่วมรับผิดชอบ ในอัตราส่วน 1:10,000 ในพื้นที่ทุรกันดาร และ/หรือ ไม่สามารถหาแพทย์มาบริการได้ ให้จัดพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คนต่อแพทย์ 1 คนเพิ่มเติมจากข้อ 2.2.1 แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ไม่น้อยกว่า 1:30,000 (แพทย์มีความรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมกับทีมบุคลากรอื่น ๆ เป็นผู้กำกับคุณภาพการบริการให้คำปรึกษาในการบริการ ส่วนบทบาทให้การบริการโดยตรงขึ้นกับจำนวนแพทย์ที่มีและการปรับให้สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการในพื้นที่)

6.2.4 มีทันตแพทย์ ในอัตราส่วน 1:20,000 ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ ให้ทันตภิบาลปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนทันตภิบาล 2 คนต่อทันตแพทย์ 1 คนแต่ต้องมีทันตแพทย์ร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1:40,000 คน

6.2.5 มีเภสัชกร มาร่วมให้บริการและร่วมรับผิดชอบงานเภสัชกรรม และการคุ้มครองผู้บริโภคในอัตราส่วน 1:15,000 ในพื้นที่ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอ ให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้นปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนเจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ 2 คนต่อเภสัชกร 1 คน แต่ต้องมีเภสัชกรร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1:30,000 คน

6.3 ด้านการจัดการ หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละหน่วยจะต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม คือ

6.3.1 มีระบบรับผิดชอบต่อประชาชน โดยต้องทราบว่ประชากรที่รับผิดชอบเป็นใครอยู่ที่ไหน

6.3.2 มีระบบที่ต่อเนื่อง ของการบริการ เช่น ระบบการนัดหมาย การติดตาม จักระบบข้อมูล

6.3.3 จักระบบ ให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

6.3.4 มีระบบข้อมูล ผู้รับบริการ เพื่อให้การให้บริการที่มีคุณภาพ และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

6.3.5 มีระบบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

6.3.6 มีการจัดการ ด้านยาตามเกณฑ์มาตรฐาน

6.4 อุปกรณ์ อาคารสถานที่

6.4.1 มีการจัดอุปกรณ์เครื่องมือ เพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพตามเกณฑ์มาตรฐานและมีระบบป้องกันการติดเชื้อ

6.4.2 มีสถานที่ ตรวจสอบรักษา / ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วนสะอาด และมีพื้นที่สำหรับให้บริการพอเพียง

6.4.3 จัดระบบยานพาหนะ เพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

6.5 ระบบการส่งต่อและระบบสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการ ต้องจัดให้มีบริการดังนี้

6.5.1 มีระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยทั้งไปและกลับภายในเครือข่าย

6.5.2 มีระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นในระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

6.5.3 มีระบบการส่งต่อ เพื่อการตรวจชันสูตรด้านต่าง ๆ

6.5.4 มีระบบการส่งต่อ เพื่อรับบริการด้านทันตกรรม

6.6 ระบบกำกับมาตรฐานคุณภาพของหน่วยบริการในเครือข่าย

6.6.1 มีแนวทางการดูแล สุขภาพตามมาตรฐานสำหรับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

6.6.2 มีระบบข้อมูล ที่ใช้ในการให้บริการ

6.6.3 มีระบบการกำกับ มาตรฐานบริการของหน่วยบริการทุกหน่วยในเครือข่าย

6.6.4 มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรในเครือข่าย ให้มีความรู้ความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน

6.6.5 มีระบบการพัฒนา หน่วยบริการในเครือข่าย

6.7 ผลลัพธ์ของบริการปฐมภูมิ การปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ และประสบผลสำเร็จ มีเป้าหมาย คือ

6.7.1 การให้การช่วยเหลือ ทางกายภาพในระดับฉุกเฉินเบื้องต้น

6.7.2 การให้บริการ สุขภาพพื้นฐานในระดับบุคคล ครอบครัว

6.7.3 ความสามารถในการร่วมดูแล สุขภาพของประชาชนได้อันหมายถึง ทั้งทางร่างกาย จิตใจและส่วนที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

6.7.4 ความสามารถในการรับผิดชอบ ด้านสุขภาพร่วมกับประชาชนทั้งในเชิงรับ และเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน การติดตามสภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และ ปัญหาสุขภาพสำคัญของประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบได้อย่างทันการณ์

6.8 ความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลระดับปฐมภูมิ ปัญหาที่พบในระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิคือ

6.8.1 ประชาชนชาวไทย ยังไม่ได้รับสิทธิการมีสุขภาพดีอย่างเพียงพอ ดังนั้นรัฐ จึงจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของความมั่นคงทางสังคม

6.8.2 ประชาชนมีความสามารถ และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย ซึ่งพบว่ายังคงมีแบบแผนการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือสาเหตุของการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้อยู่ในระดับสูง

6.8.3 ระบบสุขภาพ มีความไม่เป็นธรรมและเข้าถึงยาก

6.8.4 ระบบบริการสุขภาพ ไม่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

6.8.5 ระบบบริการสุขภาพ ไม่มีประสิทธิภาพ และไม่สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดและคุ้มค่าได้

สรุปมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ หน่วยบริการสุขภาพ ที่มีความสามารถในการให้การรักษายาบาล ให้การบริการทันตกรรม การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีแพทย์หรือพยาบาล ทันตแพทย์หรือทันตภิบาล มีเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ปฏิบัติงานประจำ มีอาคารสถานที่พร้อมอุปกรณ์ มีระบบส่งต่อทั้งไปและกลับมีการบริหารจัดการข้อมูลที่ดี เจ้าหน้าที่มีการพัฒนาความรู้สามารถร่วมกับชุมชนให้บริการสุขภาพได้ทั้งเชิงรุก และเชิงรับ และติดตามกำกับ มาตรฐานหน่วยบริการเครือข่าย

7. รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปยุโรป อเมริกา และออสเตรเลีย

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้ว จะเน้นการให้บริการพื้นฐาน ที่สำคัญทุกด้าน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข (gatekeeper) ก่อนส่งไปรับ

บริการกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ อย่างไรก็ตามรูปแบบการให้บริการของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวคิดเรื่องการให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการเลือกใช้บริการสุขภาพและความรับผิดชอบหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ ตลอดจนขอบเขตการให้บริการและบุคลากร โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

7.1 แนวคิดการให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการเลือกใช้บริการ แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

7.1.1 รูปแบบที่ให้สิทธิ แก่ประชาชนในการเลือกรับบริการคนใดก็ได้ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาคเอกชนที่มีการบริหารงานเป็นเอกเทศจากรัฐ แต่ทำสัญญากับรัฐ หรือบริษัทประกันสุขภาพในการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานให้แก่ประชาชน ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปผู้รับบริการสามารถเลือกรับบริการได้ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ 2544: 158) ในสหรัฐอเมริกาแพทย์จะมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือจัดตั้งเครือข่าย เพราะมีการแข่งขันกันสูงในการดึงดูดผู้ใช้บริการ และผู้ป่วยจะต้องพบแพทย์ในระดับปฐมภูมิก่อนจึงไปรับบริการระดับสูงขึ้นได้ (ปริดา เต๋ออาร์ักษ์และคณะ, 2543: 61)

ส่วนในประเทศอังกฤษ แม้จะใช้วิธีการขึ้นทะเบียน คือ ให้ประชาชนขึ้นทะเบียนรับบริการกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์ประจำครอบครัวเพียงคนเดียว ในเวลาหนึ่งตามที่กำหนด แต่ประชาชนมีสิทธิ์เลือกแพทย์ได้ และเมื่อพ้นช่วงเวลาที่กำหนดอาจขอเปลี่ยนแพทย์ผู้ให้บริการคนใหม่ได้ หากไม่พอใจในบริการของแพทย์คนเดิม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2542: 119)

7.1.2 รูปแบบที่มีการกำหนดขอบเขต รับผิดชอบสำหรับบุคลากรผู้ให้บริการ เช่น ประเทศสวีเดน บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดำเนินการโดยสถานีนโยบายของรัฐ โดยมีการแบ่งเขตความรับผิดชอบให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์ประจำครอบครัว ประชาชนจะต้องขึ้นทะเบียนรับบริการสุขภาพขั้นต้นจากแพทย์ผู้รับผิดชอบในเขตที่กำหนดเท่านั้น และประชาชนจะต้องไปรับบริการตามขั้นตอน โดยมีระบบการส่งต่อผู้รับบริการที่ชัดเจน เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง (ปริดา เต๋ออาร์ักษ์และคณะ, 2543: 60)

7.2 ความรับผิดชอบหรือการมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

7.2.1 รูปแบบที่รัฐรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย อังกฤษ สวีเดน และนิวซีแลนด์ ในประเทศแคนาดาแม้ว่าบริการสุขภาพจัดโดยภาคเอกชนแต่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ โดยรัฐบาลกลางของแคนาดาและรัฐบาล

ท้องถิ่นรับผิดชอบการจัดสรรเงินภาษีต่าง ๆ มาใช้ในการจัดระบบประกันสุขภาพ ในรูปของ National Health Insurance System มีเพียงบางรัฐที่มีการเก็บเบี้ยประกันบริการสุขภาพเพิ่มเติม และประชาชนจะได้รับบัตรประกันสุขภาพจากรัฐ ไม่ต้องเสียค่าบริการ จ่ายเพียงค่ายาเท่านั้น ส่วนในประเทศอังกฤษระบบสุขภาพที่เรียกว่า National Health Service ได้รับเงินสนับสนุนทั่วไปจากรัฐ ประชาชนจึงได้รับบริการสุขภาพฟรี โดยจ่ายเพียงค่ายาเท่านั้นยกเว้นผู้ป่วยบางประเภท เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รัฐให้การช่วยเหลือ (สุพิศรา ศรีวิชิษชากร และคณะ, 2545: 89) สำหรับประเทศออสเตรเลียรัฐบาลกลาง (Federal Government) จัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่รัฐบาลท้องถิ่น สำหรับจัดบริการสุขภาพและมีระบบประกันสุขภาพระดับชาติที่เรียกว่า Medicare ซึ่งการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ Medicare จะจ่ายให้ในอัตราร้อยละ 75 – 85 ส่วนที่เหลือผู้ใช้บริการต้องจ่ายเองหรือประกันสุขภาพเอกชนเป็นผู้จ่ายกรณีที่ต้องประกันสุขภาพจากเอกชน สำหรับรูปแบบประกันสุขภาพของประเทศสวีเดน และนิวซีแลนด์ มีความคล้ายคลึงกัน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ, 2544 : 10)

7.2.2 รูปแบบที่ประชาชน มีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (cost sharing) ในลักษณะต่าง ๆ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยประชาชนซื้อประกันสุขภาพจากเอกชน แต่สำหรับผู้ไม่มีรายได้หรือผู้มีรายได้น้อยรัฐจะมีสวัสดิการบริการขั้นพื้นฐานให้

สรุปรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปยุโรป อเมริกา และ ออสเตรเลีย คือ การให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการเลือกใช้บริการ ได้แก่ รูปแบบที่รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ เช่น ประเทศออสเตรเลีย ประเทศสหรัฐอเมริกา รูปแบบที่มีการกำหนดขอบเขตรับผิดชอบบุคลากร เช่น ประเทศสวีเดน ประเทศอังกฤษ การมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ รูปแบบที่รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ เช่น ออสเตรเลีย แคนาดา เป็นต้น รูปแบบที่ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา

8. รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปเอเชียและประเทศไทย

8.1 รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปเอเชีย ระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปเอเชีย โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนามีรูปแบบที่แตกต่างกันในลักษณะโครงสร้างของการบริการ ขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมจำนวนและประเภทของบุคลากรสาธารณสุขประเทศนั้น ๆ โดยอาจแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบดังนี้

8.1.1 รูปแบบที่ดำเนินการโดยรัฐ ภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ เช่น ประเทศมาเลเซียและสาธารณรัฐเกาหลี โดยที่สถานบริการในเขต

เมืองและเขตชนบทจะมีลักษณะแตกต่างกัน ในประเทศมาเลเซียสถานบริการในชนบทมี 2 ระดับ คือ ศูนย์สุขภาพ (Health center) และคลินิกชนบท (Rural clinic) หน่วยบริการสุขภาพชนบท (Rural Health Unit) 1 หน่วยประกอบด้วย 1 ศูนย์สุขภาพทำหน้าที่ให้บริการและดูแลสนับสนุน 4 คลินิกชนบทต่อ 1 หน่วยบริการ 1 หน่วยบริการรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนประมาณ 15,000 – 20,000 คน ส่วนในเขตเมืองสถานบริการประกอบด้วยคลินิกสุขภาพ (Health clinic) และคลินิกอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and child clinic) ให้บริการทั้งด้านบริการรักษาพยาบาล โรคทั่วไป โรคเรื้อรัง การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีสถานบริการของหน่วยงานอื่นของรัฐที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนเฉพาะกลุ่ม เช่น ทหาร ชนพื้นเมือง ส่วนคลินิกเอกชนให้บริการในเขตเมือง โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ ในสถานบริการของรัฐมีความแตกต่างกันตามระดับของหน่วยงาน คลินิกสุขภาพในเขตเมืองมีทั้ง แพทย์ ผู้ช่วยแพทย์ พยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ ผู้ช่วยเภสัชกรแต่ในคลินิกชนบทมีพยาบาล ชุมชนเท่านั้น (สุพัตรา ศรีวิณิชชากรและคณะ, 2542: 75)

ในประเทศสาธารณรัฐเกาหลี มีสถานบริการของรัฐในระดับต่าง ๆ กัน ได้แก่ Health Center, Health sub – center และ Primary care health post ทำหน้าที่เสมือน ผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข เพราะรัฐกำหนดนโยบายให้ประชาชนต้องรับบริการ ที่สถานบริการระดับปฐมภูมิก่อนหากได้รับการส่งต่อจึงจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลใหญ่ได้ บุคลากรที่ให้บริการคือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (สุพัตรา ศรีวิณิชชากรและคณะ, 2542: 102)

8.1.2 รูปแบบที่ดำเนินการโดยเอกชน เป็นส่วนใหญ่ เช่น ในประเทศสิงคโปร์ และได้หวัน ในสิงคโปร์ที่เป็นเขตเมืองทั้งหมดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดำเนินการผ่านเครือข่าย ทางคลินิกเอกชน ซึ่งมีประมาณ 800 แห่งให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และมีโปลีคลินิก ของรัฐบาล 16 แห่งให้บริการครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริม สุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งรวมทั้งให้การดูแลที่บ้านด้วย (สุพัตรา ศรีวิณิชชากรและคณะ, 2542: 121) ส่วนในไต้หวันสถานบริการระดับปฐมภูมิเกือบทั้งหมดเป็นของเอกชน และมีสถาน อนามัยของรัฐบ้างเล็กน้อยโดยผู้ให้บริการ คือ แพทย์

สรุปรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในทวีปเอเชีย ได้แก่ รูปแบบที่ดำเนินการโดยรัฐ เช่น ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี ประเทศมาเลเซีย ฯลฯ รูปแบบ ที่ดำเนินการโดยเอกชน เช่น ประเทศสิงคโปร์ ประเทศไต้หวัน ฯลฯ ส่วนใหญ่ให้บริการ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการควบคุมป้องกันโรค และด้านการฟื้นฟูสภาพ

8.2 รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทยมีหลายลักษณะ (ปรีดา เต๋ออารักษ์และคณะ, 2543:146) ได้แก่

8.2.1 บริการสุขภาพ ที่จัดโดยหน่วยงานของรัฐทุกระดับและทุกสังกัด ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล และโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวง ทบวง กรมอื่น ๆ ตลอดจนรัฐวิสาหกิจ โดยสถานีอนามัยและศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลจะให้บริการครอบคลุมทั้งด้านบริการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ แต่การบริการส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน โดยมีได้เน้นการให้บริการแบบต่อเนื่องและผสมผสานตามความต้องการของประชาชน แม้ว่าจะมีการกำหนดจำนวนของประชาชนในเขตพื้นที่บริการ แต่เน้นการให้การรักษายาบาลเป็นหลัก ไม่เฉพาะบริการระดับปฐมภูมิเท่านั้นแต่รวมถึงระดับทุติยภูมิและตติยภูมิด้วย

8.2.3 บริการสุขภาพ ที่จัดโดยหน่วยงานของเอกชน ได้แก่ คลินิกแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน ร้านขายยา และศูนย์บริการสุขภาพเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้สูงอายุ การบริการของคลินิกและโรงพยาบาลจะเน้นบริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ไม่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

8.2.4 บริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน ได้แก่ บริการจากแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน หมอจีน หมอตำแย หมอนวดพื้นบ้านบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ แพทย์พยาบาล ผดุงครรภ์ ทันตแพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทั้งนี้บุคลากรประจำสถานีอนามัยมีแต่พยาบาล หรือผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น สำหรับแพทย์ที่ให้บริการทั้งของรัฐและเอกชนรวมถึงคลินิกเอกชน มีทั้งแพทย์ทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง

สรุปรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย ได้แก่ บริการที่ดำเนินการโดยรัฐ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ ที่ให้บริการการรักษาพยาบาล การควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ส่วนรูปแบบที่ดำเนินการโดยเอกชน ได้แก่ คลินิกแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน ร้านขายยา เป็นต้น และบริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน ได้แก่ บริการจากแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน หมอจีน หมอตำแย เป็นต้น

9. ข้อมูลจังหวัดแพร่และผลการพัฒนาคุณภาพของจังหวัดแพร่

9.1 ข้อมูลทั่วไปจังหวัดแพร่

ภาคเหนือของประเทศไทย เป็นดินแดนที่ปรากฏหลักฐานการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ที่ต่อเนื่องยาวนานนับหมื่นปี ต่อมาได้พัฒนาเป็นบ้านเมืองขนาดใหญ่หลายเมือง เช่น เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่ และน่าน ภายหลังบ้านเมืองเหล่านี้ได้รวมกันก่อตั้งเป็นอาณาจักรล้านนา ซึ่งเป็นอาณาจักรใหญ่และสำคัญในภาคเหนือ โดยมีเมืองแพร่ตั้งอยู่ตอนใต้สุดของอาณาจักร ชาวเหนือนิยมเรียกชื่อเมืองนี้ในภาษาถิ่นว่า “เมืองแป้” ปัจจุบันคือจังหวัดแพร่

9.1.1 สภาพภูมิศาสตร์

1) ที่ตั้ง ขนาด รูปร่าง จังหวัดแพร่ตั้งอยู่ทางด้านตะวันออกของภาคเหนือ ห่างจากกรุงเทพมหานคร 551 กิโลเมตรโดยทางรถยนต์ ที่ตั้งของจังหวัดอยู่ในแนวเทือกเขาฝิ่ปันน้ำกลาง และเทือกเขาฝิ่ปันน้ำตะวันออก

2) พื้นที่ จังหวัดแพร่มีพื้นที่ 6,538.59 ตารางกิโลเมตร หรือ 4,086,624 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 1.27 ของพื้นที่ประเทศจัดเป็นจังหวัดขนาดกลางเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ ลักษณะรูปร่างของจังหวัดแพร่ค่อนข้างยาวรี โดยมีความยาวจากด้านทิศเหนือถึงด้านทิศใต้ 118 กิโลเมตร และมีความกว้างจากด้านทิศตะวันออกถึงด้านทิศตะวันตก 59 กิโลเมตร

9.2 ที่ตั้ง อาณาเขต การคมนาคม

จังหวัดแพร่เป็นจังหวัดที่อยู่ในภาคเหนือของประเทศตั้งอยู่บนฝั่งแม่น้ำยม อยู่ระหว่างเส้นรุ้งเหนือที่ 14.70 ถึง 18.44 องศา กับเส้นแวงตะวันตกที่ 99.58 ถึง 100.30 องศา อยู่สูงกว่าระดับน้ำทะเลประมาณ 155 เมตร ตั้งอยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 555 กิโลเมตร ตามทางหลวงแผ่นดินและทางรถไฟประมาณ 550 กิโลเมตร (สถานีรถไฟเด่นชัย) มีเนื้อที่ทั้งหมด 6,538.59 ตารางกิโลเมตร หรือ 4,086,624 ไร่ โดยมีเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อเขตอำเภอสอง และร้องกวาง ติดต่อกับจังหวัดลำปาง
จังหวัดน่าน และจังหวัดพะเยา

ทิศตะวันออก ติดต่อเขตอำเภอเมืองและอำเภอร้องกวางติดต่อกับจังหวัดอุตรดิตถ์
และจังหวัดน่าน

ทิศใต้ ติดต่อเขตอำเภอสูงเม่น ติดต่อกับจังหวัดอุตรดิตถ์ เขตอำเภอเด่นชัย และ
เขตอำเภอวังชิ้น ติดต่อกับจังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดสุโขทัย

ทิศตะวันตก ติดต่อเขตอำเภอสอง อำเภอลอง อำเภอวังชิ้น ติดต่อกับจังหวัดลำปาง

9.3 ลักษณะภูมิประเทศ

ลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาล้อมรอบที่ราบซึ่งอยู่ตอนกลางของจังหวัด มีลักษณะเป็นแอ่งที่ราบคล้ายก้นกระทะ โดยมีภูเขาทั้ง 4 ทิศ ที่สำคัญได้แก่ ภูเขาพระยาฝ่อ ภูเขา ม่อนกระทิง คอยหน้าบาก ภูเขาหลวง ภูเขากิ่งคองเมือง คอยอ่างขางและคอยขุนเขียด ภูเขาแปเมือง ภูเขาถือ พื้นที่ราบตอนกลางของจังหวัดลาดเอียงลงไปทางใต้ตามแม่น้ำยม มีพื้นที่ร้อยละ 81.50 ของพื้นที่ทั้งจังหวัดเป็นป่าที่เหล็กร้อยละ 18.50 เป็นที่ราบลุ่มมีจุดสูงสุดประมาณ 1,650 เมตร และต่ำสุดเหนือระดับน้ำทะเลประมาณ 120 เมตร พื้นที่ภูเขาส่วนใหญ่เป็นป่าไม้ โดยมีไม้สัก มากที่สุดในประเทศไทย มีระดับความสูงของพื้นที่ประมาณ 200 เมตร ถึง 1,650 เมตร

9.4 การปกครอง และประชากร

จังหวัดแพร่แบ่งการปกครองเป็น 8 อำเภอ 78 ตำบล 713 หมู่บ้าน 18 ชุมชน 1 เทศบาลเมือง 12 เทศบาลตำบล 75 อบต. มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 468,373 คน เป็นผู้ชาย 229,041 คน ผู้หญิง 239,332 คน หลังคาเรือน (ทะเบียนกลาง 31 ธันวาคม 2549) ประชากร ร้อยละ 79.30 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ 20.30 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ความหนาแน่นของ ประชากรต่อตารางกิโลเมตรเท่ากับ 72 คน/ตารางกิโลเมตร มีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจำนวน 3 คน

9.5 ทรัพยากรสาธารณสุข

9.5.1 สถานบริการสาธารณสุข สถานบริการสาธารณสุขของรัฐของจังหวัดแพร่ ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเตียง 430 เตียงจำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ขนาด 30 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 5 แห่ง สถานบริการประเภทสถานีอนามัย 119 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) จำนวน 48 แห่ง สัดส่วนสถานีอนามัยต่อประชากรทั้งหมดเท่ากับ 1:3,912 บุคลากร ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ ปฏิบัติงานจริงรวมทั้งจังหวัดจำนวน 1,830 คน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1:258 คน ในส่วน ของภาครัฐร้อยละ 63.5 ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และร้อยละ 36.5 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป ปฏิบัติงานอยู่ในสถานีอนามัยจำนวน 337 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 ของบุคลากรทั้งจังหวัด โดยเฉลี่ยสถานีอนามัยมีบุคลากร 2.8 คนต่อแห่ง สำหรับบุคลากร สังกัดภาคเอกชนคิดเป็นร้อยละ 5.1 ของบุคลากรทั้งจังหวัด

9.5.2 สถานะสุขภาพ สถานะของประชาชนในจังหวัดแพร่ เมื่อพิจารณา ตัวชี้วัดที่สำคัญ พบว่า การพัฒนางานสาธารณสุขที่ผ่านมา จังหวัดแพร่สามารถดำเนินการสำเร็จ ตามเป้าหมายในระดับหนึ่ง โดยภาพรวมไม่พบโรคติดต่ออันตรายและโรคติดเชื้อหลายโรค หมดไป ในระยะหลายปีติดต่อกัน เช่น โปлио พิชชุนัขบ้า คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก (แรกเกิด) และ บางโรคมีแนวโน้มลดลง การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็ก พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น

แต่โรคไม่ติดต่อบางโรคยังคงเป็นปัญหา เช่น โรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ฯลฯ

9.6 ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจังหวัดแพร่

การดำเนินการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดแพร่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 2 ขั้นตอน ดังนี้

9.6.1 ทีมของภาครัฐ ประกอบด้วย กลุ่มงานประกันสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกันประเมินสถานีนอนมัย เพื่อคัดเลือกสถานที่จัดตั้งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU ขึ้นใน พ.ศ. 2546 และใน พ.ศ. 2547 เป็นสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้การบริการแก่ประชาชน 4 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้ตั้งทีมงานพัฒนาคุณภาพจำนวน 1 ทีม เพื่อทำหน้าที่ศึกษาและพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหน้าที่ศึกษาแนวทางการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

9.6.2 ทีมประเมินคุณภาพจากภายนอก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้ให้ทีมประเมินคุณภาพจากภายนอกทำการประเมิน ได้รับประเมินสถานบริการสาธารณสุขชุมชน โดยใช้เกณฑ์ QRT (Quality Realization Team) ทำการประเมิน

9.7 การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ตามเกณฑ์มาตรฐาน
จำนวน 26 ตัวชี้วัด และมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน

9.7.1 จัดอบรม ผู้ประเมิน/ที่ปรึกษาทีมพัฒนาคุณภาพ PCU ระดับจังหวัด ประกอบด้วยตัวแทนโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ PCU จากทุก CUP และทีม QRT จำนวน 1 ครั้ง

9.7.2 อบรมพัฒนาความรู้ เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน/การดูแลแบบองค์รวม และเทคนิคการทำงานในชุมชนสำหรับนักวิชาการ พยาบาล เจ้าหน้าที่ PCU จำนวน 1 ครั้ง

9.7.3 จัดอบรมให้ความรู้เรื่อง “พัฒนาการแพทย์แผนไทยและการจัดระบบบริหารเวชภัณฑ์” สำหรับนักวิชาการ พยาบาล เจ้าหน้าที่ PCU จำนวน 1 ครั้ง

9.7.4 ประเมินผล ติดตามประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของ PCU โดยทีมผู้ประเมินของทุกอำเภอ ประเมินแบบไขว้ QRT ระดับจังหวัด จำนวน 2 ครั้ง/แห่ง

9.8 การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริหารตามมาตรฐานระบบข้อมูล

9.8.1 พัฒนาทีมคุณภาพ ระดับจังหวัดประกอบด้วยตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการทีม เพื่อร่วมกันจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพและกำหนดแนวทางการดำเนินงานจำนวน 1 ครั้ง

9.8.2 จัดอบรมทีมผู้ประเมินคุณภาพ ระดับจังหวัดสำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลทุกอำเภอ 1 ครั้ง/30 คน

9.8.3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานระบบข้อมูล 2 ครั้ง / 30 คน

9.8.4 ประชุมเชิงปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานระบบข้อมูลแบบเฉพาะกิจในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป้าหมาย 3 แห่ง 3 ครั้ง

9.8.5 นิเทศงาน ติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริหารทั้ง 8 แห่ง (8 อำเภอ)

9.8.6 หน่วยบริหาร สามารถพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานระบบข้อมูลตามตัวชี้วัด 8 แห่ง ร้อยละร้อย

9.9 ผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพของ PCU และสถานีนอมาลัย พ.ศ. 2550

ทีมประเมินคุณภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ได้ประเมินผลการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีนอมาลัยของจังหวัดแพร่ สรุปผลการประเมินคุณภาพ พ.ศ. 2550 ดังนี้

9.9.1 ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 48 แห่งผ่านการประเมินจำนวน 48 แห่ง 100%

9.9.2 สถานีนอมาลัย จำนวน 96 แห่งผ่านการประเมินจำนวน 44 แห่ง 45.83%

10. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ PCU จังหวัดแพร่

10.1 ระบบการสนับสนุน ระบบการสนับสนุนงบประมาณมีหลายรูปแบบ ระยะแรกของการพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้รับงบประมาณจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เพื่อใช้พัฒนากิจกรรมต่าง ๆ ของสถานบริการ ส่วนปัจจุบัน พรพ. ได้จัดสรรงบประมาณพัฒนาคุณภาพให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่เป็นบางส่วน

10.2 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ แนวทางการที่ใช้พัฒนาคุณภาพมีความหลากหลาย เนื่องจากเกณฑ์ที่ใช้พัฒนาไม่มีความนิ่ง ระยะแรกใช้เกณฑ์ชี้วัดจำนวน 42 ตัวชี้วัด และระยะต่อมาเปลี่ยนไปใช้เกณฑ์ชี้วัดจำนวน 26 ตัวชี้วัด 3 หมวด เป็นสาเหตุให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสนและความไม่มั่นใจ กว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพในอนาคต

10.3 ขาดบุคลากร การพัฒนาคุณภาพเป็นงานที่ค่อนข้างใหม่ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจงานพัฒนาคุณภาพมีน้อย ระดับจังหวัดต้องส่งผู้แทนไปรับการเรียนรู้จาก พรพ. และถ่ายทอดให้

ระดับอำเภอและระดับตำบล ซึ่งการถ่ายทอดความรู้ไม่ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ระดับปฐมนูมิ เพราะทุกคนต้องรับรู้แนวทางการพัฒนาและร่วมกันพัฒนาคุณภาพทุกคน เป็นปัจจัยให้บุคลากรระดับปฐมนูมิ ขาดความรู้ ความเข้าใจ แนวทางการพัฒนาคุณภาพ จึงความกังวลใจให้กับผู้ปฏิบัติ

10.4 ขาดผู้ประเมิน เมื่อสถานบริการที่ได้ผ่านการพัฒนาแล้ว พร้อมทั้งจะให้หน่วยงานภายนอกประเมินผล เพื่อรับรองผลการพัฒนาคุณภาพ แต่ในระดับเขต ระดับกระทรวงสามารถหาบุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ด้านประกันคุณภาพเป็นผู้ประเมินรับรองได้

สรุป ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่ระดับปฐมนูมิจังหวัดแพร่ คือ ปัญหาด้านงบประมาณที่ใช้พัฒนาคุณภาพ กระบวนการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย บุคลากรระดับปฏิบัติขาดความรู้ความเข้าใจแนวทางการพัฒนาคุณภาพ และขาดผู้เชี่ยวชาญในการประเมินรับรองระดับเขต และระดับประเทศ

11. ปัญหาและอุปสรรคของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมนูมิ

จากการศึกษาเอกสารรายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สรุปปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมนูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดแพร่ ดังนี้

11.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของบุคคล เซอร์เมอร์ฮอร์น และออสบอร์น (Schemerhorn, Osbon, 1991: 104 -112) มีแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล (Individual Performance Factors) ว่าประกอบด้วย

11.1.1 ลักษณะบุคคล (Individual Attributes)

1) *Demographic Characteristics* เป็นลักษณะที่ช่วยให้เห็นภูมิหลังของบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ - สังคม สถานที่อยู่อาศัย และขนาดของครอบครัวตลอดจนสิ่งอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันอย่างไรก็ตาม ลักษณะประชากรอย่างเดียวไม่เป็นเครื่องชี้วัดที่ดี ที่จะแสดงถึงผลการปฏิบัติงานที่ดีทั้งนี้ยังมีสิ่งที่เกี่ยวข้อง คือ ความรู้ความสามารถ และลักษณะทางจิตวิทยา

2) *Competency Characteristics* เป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณาเลือกคนเพื่อมาปฏิบัติงาน ความรู้ ความสามารถเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการทำงาน เป็นแรงจูงใจขั้นต้นที่มีผลกระทบต่อไหวพริบของบุคคลที่เอาชนะสภาพแวดล้อมได้ บุคคลที่รู้ว่ามีความรู้ ความสามารถในงานของเขา และสามารถคาดเดาได้ว่าเขาจะทำงานอย่างจริงจัง ดังนั้นความรู้ ความสามารถแบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านศักยภาพ

(Physical Competency) และด้านสมอง (Mental Competency) บ่อยครั้งใช้ผลการเรียนเป็น เครื่องชี้วัดถึงแนวโน้มของความรู้ ความสามารถด้านสมองและการปฏิบัติงาน

3) *Psychological Characteristics* เป็นการแสดงแนวโน้มของ พฤติกรรมแต่ละบุคคลที่จะเกิดขึ้น และมีอิทธิพลค่อนข้างถาวรต่อพฤติกรรมลักษณะทางจิตวิทยา เหล่านี้ เช่น ทักษะ การรับรู้ ความต้องการและบุคลิกภาพ เป็นต้น อย่างไรก็ตามความสำคัญ ของคุณลักษณะของบุคคลเหล่านี้ขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความจำเป็นแต่ละงาน

11.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงาน (ปริยาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2544: 124-125) มีดังนี้คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ระยะเวลาในการทำงาน บุคลิกภาพ สถานภาพสมรส ความสนใจในงาน เป็นต้น พรชัย ลิขิตธรรมโรจน์ (2545: 17-19) กล่าวว่าไว้ว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล (Biographical Characteristics) ที่เห็นเด่นชัดจนที่สุดได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการทำงาน เป็นต้น

1) *อายุ* เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อความคิดเห็น โดยบุคคล เมื่อมีอายุมากขึ้นประสบการณ์จะเปลี่ยนไปในแต่ละวัยส่งผลให้ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ เปลี่ยนไปในแต่ละวัน จากการศึกษาของกุลฤดี มโนวิสุทธิ (2542: 66) พบว่า อายุที่แตกต่างกัน ประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาลต่างกัน โดยในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-20 ปี ได้ประเมิน คุณภาพบริการของโรงพยาบาลในระดับต่ำสุด ส่วนกลุ่มวัยกลางคน 21-59 ปี และวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้ประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง

2) *เพศ* เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการรับรู้ จากการศึกษา ของดวงพร รัตนอมรชัย (อ้างในบุพผา สุวรรณจักรกุล, 2547: 27) พบว่า สังคมวัฒนธรรม และ ค่านิยมเกี่ยวกับเพศที่ทำให้เพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งมีโอกาสได้ศึกษาและการรับรู้ข่าวสาร มากกว่าเพศหญิง จึงเข้าร่วมกิจกรรมและรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ตรงข้ามกับ ผลการศึกษาของขจิตสรณ์ รอดแดง (อ้างในบุพผา สุวรรณจักรกุล, 2547: 27) พบว่า เพศไม่มี อิทธิพลต่อการรับรู้ข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์

3) *รายได้* เป็นปัจจัยสำคัญต่อการกำหนดโอกาสทางสังคมและเป็น ตัวกำหนดสถานภาพของบุคคลโดยเฉพาะความต้องการบริการทางการแพทย์ จากการศึกษาของ กุลวดี วงศ์มโนวิสุทธิ (2542: 25) พบว่า ผู้มีรายได้แตกต่างกันมีความคิดเห็นและความคาดหวังต่อ คุณภาพบริการที่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของพรพรรณ ไฝกระโทก (อ้างในนันทวัน

อัคนันท์กุล, 2547: 28) พบว่า รายได้และสถานภาพทางเศรษฐกิจมีผลต่อความพึงพอใจบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของบุพผา สุวรรณฉัตรกุล (2547: 69) ได้ศึกษาการประเมินคุณภาพการบริการของรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกแบบไม่นอนค้างคืนในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการของผู้ที่มีรายได้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) การศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการรับรู้และนำไปปฏิบัติ และมีทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพจากการศึกษาของทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541: 51) พบว่า ผู้มีการศึกษาสูงมีความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการที่สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุพผา สุวรรณฉัตรกุล (2547: 69) ได้ศึกษา การประเมินคุณภาพการบริการของรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกแบบไม่นอนค้างคืนในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการของผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) ความรู้ ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ (2536: 53 - 55) ได้กล่าวถึงความรู้ในพฤติกรรมกรเรียนรู้กลุ่มพุทธพิสัย ดังนี้ พฤติกรรมกรเรียนรู้กลุ่มพุทธพิสัย (Cognitive domain) เป็นความสามารถและทักษะทางด้านสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ

นภา รังสิเวโรจน์ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรศูนย์บำบัดยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการประเมินผลการทำงาน

อัจฉรี จันทนกุลกะ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของผู้ช่วยพยาบาล ได้แก่ การมีความรู้ไม่เข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพ

อารีรัตน์ เถกิงสรคันธ์ (2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือ การขาดความรู้ความเข้าใจในการทำงาน

รัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 117) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนาคุณภาพ เพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยส่วนบุคคล ของบุคลากรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่งหน้าที่ สถานภาพสมรส ระยะเวลา การปฏิบัติงานคุณภาพ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ มาเป็นตัวแปรต้นของกรอบแนวคิดการศึกษา

11.2 ปัจจัยกระตุ้นของบุคลากร ปัจจัยกระตุ้น หมายถึง สิ่งที่เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามทฤษฎีสององค์ประกอบของเฮร์เบอร์ก (Two – Factor Theory of Motivation)

Herberg 1990 (อ้างในดิเรก วัฒนา, 2547: 12-13) ได้ทำการศึกษาค้นคว้า พบทฤษฎีที่ทำให้เกิดความพึงพอใจเรียกว่า Motivation Hygiene Theory ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่กล่าวถึงความพึงพอใจในการทำงาน 2 ปัจจัย คือ

11.2.1 ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับงานโดยตรง และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการสร้างความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความพอใจ และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลในองค์กรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นมี 5 ประการ คือ

1) **ผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน (Achievement)** หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้น และประสบผลสำเร็จอย่างดี มีความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ การรู้จักป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อผลงานสำเร็จจะเกิดความรู้สึกพอใจ และปลื้มใจในผลสำเร็จของงานอย่างยิ่ง

2) **การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition)** หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือไม่ว่าจากผู้บังคับบัญชาหรือเพื่อน จากผู้มาขอรับการศึกษา หรือจากบุคคลในหน่วยงาน การยอมรับนับถืออาจจะอยู่ในรูปของการยกย่องชมเชยแสดงความยินดี การให้กำลังใจ หรือการแสดงออกอื่นใด ที่สื่อให้เห็นถึงการยอมรับในความสามารถ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานชอบและรักงาน

3) **ลักษณะงานที่ปฏิบัติ (Work contest)** หมายถึง งานที่น่าสนใจงานที่ต้องอาศัยความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ ทำทนายให้ลงมือทำ เป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลอยากทำงาน

4) ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบได้อย่างเต็มที่ ไม่มีการตรวจ หรือควบคุมอย่างใกล้ชิด เป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลอยากทำงาน

5) ความก้าวหน้า (Advancement) หมายถึง การได้รับเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้นของบุคคลในองค์การ การมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม หรือได้รับการฝึกอบรมจะเป็นสิ่งจูงใจให้คนอยากทำงาน

11.2.2 ปัจจัยค้ำจุน (Maintenance Factors) หรือ ปัจจัยอนามัย (Hygiene Factors) เป็นปัจจัยที่จะคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการทำงานของบุคคลให้มียุ่ตลอดเวลาถ้าไม่มีหรือสอดคล้องกับความปรารถนาของบุคคลในองค์การแล้ว จะก่อให้เกิดความไม่ชอบงานขึ้น แต่ถ้าปัจจัยค้ำจุนดีก็ยังคงส่งผลให้คนรักงาน หรือเกิดแรงจูงใจในการทำงานที่มีอยู่ 9 ประการ คือ

1) เงินเดือน (Salary) และสวัสดิการ (Fringe Benefits) เงินเดือนและการเลื่อนขั้นเงินเดือนในหน่วยงานนั้นยุติธรรม เหมาะสมกับปริมาณงาน ความรู้ความสามารถโอกาสที่จะได้รับ

2) ความก้าวหน้าในอนาคต (Possibility of Growth) นอกจากจะหมายถึง การที่บุคคลได้รับการแต่งตั้งเลื่อนตำแหน่งภายในหน่วยงานแล้วยัง หมายถึง การที่บุคคลได้รับความก้าวหน้าในทักษะของวิชาชีพอีกด้วย

3) ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน (Interpersonal Relation with Superior Subordinate and Peers) หมายถึง การติดต่อไม่ว่าจะเป็นกริยา หรือวาทะที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สามารถทำงานร่วมกันมีความเข้าใจซึ่งกันและกันอย่างดีเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน

4) สถานะของอาชีพ (Status) หมายถึง อาชีพนั้นเป็นที่ยอมรับนับถือของสังคม มีเกียรติและศักดิ์ศรี

5) นโยบายการบริหารงาน (Policy and Administration) หมายถึง การจัดการ และการบริหารงานขององค์การ การติดต่อสื่อสารภายในองค์การ

6) สภาพการทำงาน (Working Condition) ได้แก่ สภาพทางกายภาพของหน่วยงาน เช่น แสง เสียง อากาศ ชั่วโมงการทำงานรวมทั้งลักษณะสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่าง ๆ

7) ความเป็นอยู่ส่วนตัว (Personal Life) หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี อันเป็นผลที่ได้รับจากงานในหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน เช่น การที่ผู้ปฏิบัติงานต้องถูกย้าย

ไปทำงานในแห่งใหม่ ซึ่งห่างไกลจากครอบครัวทำให้เขาไม่มีความสุข และไม่พอใจกับงานในที่แห่งใหม่

8) ความมั่นคงในงาน (Security) ความรู้สึกของบุคคลที่มีผลต่อความมั่นคงในการทำงาน ความยั่งยืนของอาชีพหรือความมั่นคงขององค์กร

9) วิธีการปกครองบังคับบัญชา (Supervision Technical) หมายถึงความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงาน การนิเทศงาน หรือความยุติธรรมในการบริหาร ย่อมมีอิทธิพลต่อการทำงานของบุคคลในหน่วยงานหรือองค์กร

จากที่ได้ทบทวนแนวคิดของปัจจัยกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอุปสรรค และกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำปัจจัยกระตุ้นมาศึกษา ได้แก่

1) การฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ กระบวนการฝึกอบรมและการพัฒนา มีความมุ่งหมาย คือ การเพิ่มความสามารถของบุคลากรและกลุ่มคน เพื่อความสำเร็จเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการฝึกอบรมถูกกำหนดขึ้นมา เพื่อปรับปรุงทักษะการทำงานให้ดีขึ้น เมื่อองค์กรมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งหนึ่งที่ต้องเปลี่ยนไปด้วย คือ คน เพื่อต้องการพัฒนาสมรรถภาพของตัวบุคคลในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้ดียิ่งขึ้น โดยการใช้เทคนิคที่สำคัญอย่างหนึ่งสำหรับนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลง คือ การฝึกอบรม (สุนันทา เลहनันท์, 2531:143) เพราะการฝึกอบรมเป็นการพัฒนาความรู้ ความสามารถของคนในหน่วยงานเป็นการสอนคนให้เรียนรู้ เข้าใจถึงหลักวิทยาการและวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ทันสมัยและเหมาะสมสามารถช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจชัดเจนถึงบทบาทของตนเองและงานต่าง ๆ ที่ต้องปฏิบัติ (อุทัย หิรัญโค, 2531: 175)

รัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 117) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าทีมพัฒนาคุณภาพมีความรู้ความสามารถไม่เหมาะสม ขาดการประชุมอบรมเกี่ยวกับการรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ต่อเนื่อง

2) ความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ ความมุ่งมั่นแสดงให้เห็นถึงความจริงจังในการดำเนินงาน จากการศึกษาโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนำร่อง 35 แห่งของอนุวัฒน์ สุภชุตีกุลและคณะ (2543: 102) พบว่า ผู้นำขาดความมุ่งมั่นในการพัฒนางาน ซึ่งมีผลต่อผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล นอกจากนี้มีความคิดเห็นจากผู้เยี่ยมชมสำรวจ

ในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพจากการศึกษาของอนุวัฒน์ ศุภชุตินุกุลและคณะ (2544: 72) พบว่า ความมุ่งมั่นของคนในองค์กรยังมีไม่มากพอ อาทิ เจ้าหน้าที่ทุกระดับยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง ไม่มีเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนการพัฒนาคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 117) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ประสานงานคุณภาพ ทีมผู้ซึ้นนำ หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลจำนวน 162 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ประสานงานคุณภาพจำนวน 30 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาและอุปสรรคด้าน ทีมผู้ซึ้นนำ คือ การขาดความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ

3) แรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ การจูงใจก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ เช่น ผู้ปฏิบัติงานมีความร่วมมือร่วมใจในองค์กร มีความสนใจในการสร้างสรรค์มุ่งทำงานของตน ทำให้งานประสบผลสำเร็จ หน่วยงานและองค์กรมีความราบรื่นในการดำเนินงาน แรงจูงใจในการทำงานจึงเป็นความพยายามของบุคคลในการทำงานให้เจริญก้าวหน้า แรงจูงใจเป็นการกระตุ้นให้บุคคลได้ปฏิบัติตามความต้องการของตนเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายสูงสุดของบุคคลและองค์กรที่กำหนดไว้ จากการศึกษาของอัจฉรี จันทนจุลกะ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวช โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ จำนวน 205 ราย พบว่าการขาดแรงจูงใจเป็นปัญหาและอุปสรรคอย่างหนึ่งในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับอนุวัฒน์ ศุภชุตินุกุลและคณะ (2545: 4) ได้ศึกษาโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า มีปัญหาเรื่องการขาดแรงจูงใจในการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของเกษณี เอกสุวรรณ (2545: 50) ที่ได้ศึกษา ปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูน พบว่า ปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มงานรักษาพยาบาลและกลุ่มงานสนับสนุน คือ ขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนจากองค์กร หรือ ปัจจัยกระตุ้นของบุคลากร ผู้วิจัยเห็นว่าปัจจัยกระตุ้นเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ศึกษาปัญหาและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้แก่ การฝึกอบรม การพัฒนาคุณภาพ ความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ และการจูงใจพัฒนาคุณภาพ ผู้วิจัยนำมาเป็นตัวแปรต้นของกรอบแนวคิดของการศึกษา

11.3 ปัญหาด้านบทบาทหน้าที่ ปัญหาการสั่งแผนงานและนโยบายจากส่วนกลางไปยังภูมิภาคทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น เป้าหมายการทำงานที่ถูกกำหนดจากส่วนกลางไม่

สามารถปฏิบัติได้จริงบางพื้นที่เนื่องจากผู้ปฏิบัติงาน ไม่มีส่วนร่วมการกำหนดเป้าหมายนั้น ๆ (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์และคณะ, 2539: 137) จึงเกิดการซ้ำซ้อนความไม่ชัดเจนของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งด้านบทบาทการบริการของสถานบริการ เช่น มีการให้บริการสุขภาพ ทั้ง 3 ระดับที่โรงพยาบาล ซึ่งต้องให้การบริการที่ครอบคลุมทั้งอำเภอและจังหวัด จึงเป็นอุปสรรคและเป็นสาเหตุให้บริการระดับปฐมภูมิได้ครอบคลุมและทั่วถึงผสมผสานอย่างต่อเนื่องบทบาทการทำงานในชุมชนมีความซ้ำซ้อนระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัย ส่งผลให้เกิดการแข่งขันของสถานบริการในแต่ละระดับมากกว่าที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน (ปริดา เต๋ออารักษ์และคณะ, 2543:132) ด้านภาระงาน เช่น การทำรายงานมีจำนวนมากเกินไป รายละเอียดของข้อมูลมีมาก และซ้ำซ้อนแบบฟอร์มรายงานไม่เป็นระเบียบ เข้าใจยากไม่เหมาะสม ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องเสียเวลากับการทำรายงานในปริมาณค่อนข้างมาก (สุนทรี ภาณุทัตและคณะ, 2544: 126) มีผลกระทบต่อการทำงานและทำให้หน่วยบริการระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความสับสน เพราะต้องปฏิบัติตามนโยบายทำให้องค์กรเกิดวัฒนธรรมและวิถีปฏิบัติที่แตกต่างกัน ก่อให้เกิดปัญหาการร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาแนวคิดด้านบทบาทหน้าที่ ที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ที่เป็นปัญหาทำการศึกษา ดังนี้

11.3.1 ปัญหาการบริหาร จากรายงานประจำปี 2550 ของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดแพร่ พบว่า จังหวัดแพร่มีปัญหาในการบริหารจัดการงบประมาณแบบเหมาจ่ายในส่วนงบประมาณ PP. ที่จะต้องโอนจ่ายให้กับกองทุนสุขภาพระดับตำบลจำนวน 39 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46.43 ไม่สามารถตัดโอนเงินไปให้กองทุนสุขภาพระดับตำบล ต้องตัดโอนเงินไปให้กับองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งสร้างปัญหาให้กับสถานบริการสุขภาพระดับตำบลเป็นอย่างมาก เนื่องจากองค์การบริหารส่วนตำบลไม่เห็นความสำคัญของการสาธารณสุข ส่วนใหญ่จึงนำงบประมาณไปใช้จ่ายในกิจกรรมอื่น ๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ไม่สามารถนำงบประมาณไปพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้ ประชาชนจึงได้รับการบริการที่ไม่มีมาตรฐาน มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในระยะยาวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ประสานงานคุณภาพ ทีมผู้ชี้นำ หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 162 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม

และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ประสานงานคุณภาพจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคด้านทีมผู้ชี้ นำ คือ ขาดการบริหารจัดการ

รติวัน พิสัยพันธ์ (2546: ง) ได้ศึกษารูปแบบและการพัฒนาการบริหารงานศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองคาย พบว่า การบริหารงานศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ชัดเจนการวางแผนมุ่งเน้นดำเนินการตามนโยบาย การจัดระบบงานไม่ชัดเจน ขาดการบูรณาการงานร่วมกันของสถานีนามัยเครือข่าย หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีบทบาทในการบริหาร

สรุปปัญหาอุปสรรคการบริหาร คือ ขาดการวางแผน การจัดองค์การการบริหารงานบุคคล การอำนวยความสะดวก และการควบคุมติดตามตรวจสอบ ขาดการบูรณาการงาน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย ตามวัตถุประสงค์ขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านบริหารมาเป็นตัวแปรตามของกรอบแนวคิดการวิจัย

11.3.2 ปัญหาด้านบุคลากร จากรายงานผลการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ พบว่า ขาดบุคลากร บุคลากรไม่มีความรู้ความเข้าใจ การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ ภูวนกุล (2545: 112) ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลพิจิตร พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลพิจิตร ได้แก่ อัตรากำลังไม่เพียงพอ

รัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 117) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนา เพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ประสานงานคุณภาพ ทีมผู้ชี้ นำ หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 162 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาและอุปสรรคด้านทีมผู้ชี้ นำ คือ ขาดความรู้ความเข้าใจในมาตรฐาน บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดการมีส่วนร่วม ขาดความตระหนักภาระงานมาก ขาดแรงจูงใจและขาดขวัญกำลังใจ ขาดการนิเทศงานจากผู้นำสูงสุด ขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ฯลฯ สอดคล้องกับการศึกษาของรติวัน พิสัยพันธ์ (2546: 125) ศึกษารูปแบบและการพัฒนาการบริหารงานศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองคาย พบว่า ด้านบุคลากร ขาดบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนการกระจายบุคลากรไม่เหมาะสม บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนไม่เข้าใจบทบาทของตนอย่างชัดเจน ขาดความรู้ทักษะการดำเนินงาน ขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน

สมยศ นาวิการ (2538: 449) ได้กล่าวว่าทรัพยากรที่มีความสำคัญมากที่สุดขององค์กร คือ ทรัพยากรมนุษย์ ดังนั้น การคัดเลือก การฝึกอบรม การพัฒนาบุคลากร

ในการบริหารงานบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสรรหา การบรรจุ การฝึกอบรม และการพัฒนาบุคลากร เป็นกระบวนการของการบริหารงานบุคคล

สรุปปัญหาด้านบุคลากร คือ บุคลากรขาดความรู้ความสามารถ และขาดทักษะ ขาดขวัญกำลังใจ ขาดการมีส่วนร่วม ขาดแรงจูงใจ และขาดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานอนามัย ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านบุคลากรเป็นตัวแปรตามของกรอบแนวคิดการวิจัย

11.3.3 ปัญหาด้านงบประมาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่มีปัญหาในการจัดสรรงบประมาณสำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากงบประมาณแบบเหมาจ่ายตามรายหัวประชากร ที่จังหวัดต้องแบ่งงบประมาณที่ได้รับออกเป็น 2 ส่วน คือ งบประมาณสำหรับค่าเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ร้อยละ 55 และงบประมาณสำหรับการควบคุมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ หรือเรียกว่างบประมาณ PP ร้อยละ 45 ในส่วนของงบประมาณ PP จะถูกแบ่งออกเป็นอีก 2 ส่วน คือ งบประมาณในส่วนของ CUP (โรงพยาบาล PCU สถานอนามัย) และงบประมาณของกองทุนสุขภาพระดับตำบล ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายให้ทุกตำบลมีกองทุนสุขภาพระดับตำบลทุกแห่ง จังหวัดแพร่มีเป้าหมายจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับตำบลจำนวน 84 แห่ง แต่มีตำบลที่สมัครเข้าเป็นกองทุนสุขภาพระดับตำบลจำนวน 45 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 53.57 ตำบลที่มีกองทุนสุขภาพระดับตำบลสามารถจัดทำแผนงานโครงการขอเบิกงบประมาณนำไปพัฒนางานบริการสุขภาพระดับตำบลได้ตามความต้องการ ส่วน 39 ตำบลคิดเป็นร้อยละ 46.43 จังหวัดต้องโอนงบประมาณไปให้องค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินการ ปัญหาที่พบคือ องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่มีการโยกย้ายเงินส่วนนี้ไปใช้ในกิจกรรมอื่น เช่น สร้างสาธารณูปโภค ทักษะศึกษาดูงาน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของรติวัน พิสัยพันธ์ (2546: 120) ได้ศึกษารูปแบบและการพัฒนาการบริหารงานศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองคาย พบว่า ปัญหาการบริหารงานศูนย์สุขภาพชุมชน งบประมาณไม่เพียงพอ ขาดงบประมาณในการบริหารจัดการ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 117) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปัญหาการพัฒนาคุณภาพ คือ ได้รับงบประมาณน้อย

ทองหล่อ เดชไทย (2536 : 18) กล่าวถึงงบประมาณว่า การเงินเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการบริหาร เพราะการที่จะได้มาซึ่งกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะปฏิบัติ ต้องอาศัยเงินหรืองบประมาณเพื่อเป็นค่าจ้าง ค่าตอบแทน และนอกจากนี้ เงินยังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการซื้ออุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ เพื่อการดำเนินงานของสำนักงาน

ปิยธิดา ศรีเดช (2536: 182-187) กล่าวถึงความสำคัญของการเงินว่าเป็นปัจจัยหนึ่ง ซึ่งผู้บริหารจำเป็นต้องใช้ในการดำเนินงาน เพราะการบริหารจะดำเนินการไปไม่ได้หากขาดการสนับสนุนทางการเงิน การเงินมีประโยชน์ทั้งด้านการวางแผน การบริหารงานบุคคล การประสานงาน และการจัดองค์กร

สรุปปัญหาด้านงบประมาณมีความสำคัญต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ให้เป็นไปตามแผนและบรรลุเป้าหมายขององค์กร ผู้วิจัยนำปัจจัยด้านงบประมาณมาเป็นตัวแปรตามของกรอบแนวคิดการวิจัย

11.3.4 ปัญหาด้านการทำงานเป็นทีม

อนุวัฒน์ สุขขุดิกุลและคณะ (2544: 101) การทำงานเป็นทีมทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ได้สื่อสารกับคนอื่น ๆ ทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ และได้รับการยอมรับมากขึ้น ทำให้เกิดขวัญและกำลังใจ ความพึงพอใจในการทำงาน เกิดสัมฤทธิ์ผลในการทำงาน ได้พัฒนาความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ได้ใจของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้การติดต่อสื่อสารดีขึ้น ได้ใช้ศักยภาพของผู้บริหารมากกว่าเดิม มีการตัดสินใจที่ตีผลผลิตของงานดีขึ้น จากการศึกษาของอัมพร ฝอยทอง (2545: 44) ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลทองแสนขันจังหวัดอุดรดิตถ์ มีปัญหาด้านการทำงานเป็นทีม และขาดประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวมาศ เกื่อนนาคี (2545:175) ได้ศึกษา เรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล พบว่า ปัญหาอุปสรรคอย่างหนึ่ง คือ การขาดความสามารถในการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับการศึกษาของรติวัน พิสัยพันธ์ (2546: ง) ได้ศึกษารูปแบบ และการพัฒนาการบริหารงานศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองคาย พบว่า บุคลากรขาดทักษะการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 117) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนาคุณภาพ เพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เจ้าหน้าที่ขาดการทำงานเป็นทีม

โดยสรุปปัญหาด้านการทำงานเป็นทีมมีความสำคัญต่อการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามแผนและบรรลุเป้าหมายขององค์กรที่กำหนดไว้ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีมมาเป็นตัวแปรตามกรอบแนวคิดในการศึกษา

11.3.5 **ปัญหาด้านการสื่อสาร** การสื่อสารคือการติดต่อประสานงานระหว่างทีมต่าง ๆ ทั้งการประสานงานแนวดิ่งและแนวนอนของการถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติ (องอาจ วิพุทธศิริและคณะ, 2540: 3) จากการศึกษาของอัจฉรี จันทนกุลกะ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร งานการพยาบาล

ผู้ช่วยกุมารเวชศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การสื่อสารไม่ชัดเจน ไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของเกษณี เอกสุวรรณ (2545: 50) ที่ได้ศึกษา ปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูน พบว่า ปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มงานรักษาพยาบาลและกลุ่มงานสนับสนุน คือ การสื่อสารไม่ชัดเจน

เสาวลักษณ์ ภูวนกุล (2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลพิจิตร พบว่า ปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาล คือ ขาดการสื่อสาร สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 119) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปัญหาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คือ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน

สรุปปัญหาด้านการสื่อสารมีความสำคัญต่อการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ ให้เป็นไปตามแผนและบรรลุเป้าหมายขององค์กรที่กำหนดไว้ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านการสื่อสาร เป็นตัวแปรตามในกรอบแนวคิดของการวิจัย

11.3.6 ปัญหาด้านการมีส่วนร่วม

องอาจ วิบุษศิริและคณะ (2540: บทคัดย่อ) ได้ประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM (Total Quality Management) พบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สุด 3 ประการที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพ คือ การมีส่วนร่วม

นภา รังสิเวโรจน์ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรศูนย์บำบัดยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดการมีส่วนร่วมการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 6) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เจ้าหน้าที่ขาดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ

สรุป ได้ว่าปัญหาการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ เจ้าหน้าที่ขาดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ น่าจะเป็นปัญหาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมมาเป็นตัวแปรตามในกรอบแนวคิดของการวิจัย

11.3.7 ปัญหาด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ (2540: 3) ได้ประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM พบว่า คณะผู้รับผิดชอบประเมินผลโครงการได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยการให้การฝึกอบรมและวางโครงสร้าง เพื่อให้มีการสนับสนุนการพัฒนาภายในโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีระดับความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพแตกต่างกัน โดยมีโรงพยาบาล 2 แห่งที่มีความก้าวหน้าไปมากจัดเป็นกลุ่มก้าวหน้าที่เด่นชัดส่วนอีก 6 แห่ง อยู่ในกลุ่มก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นค่อยไป ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างดังกล่าว ได้แก่ ความมุ่งมั่นและความต่อเนื่องของผู้นำ

อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูลและคณะ (2544: 101) ได้ศึกษาความคิดเห็นของคณะตรวจเยี่ยมสำรวจในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ จากการศึกษา พบว่า มีประเด็นของปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพ คือ ขาดความมุ่งมั่นของคนในองค์กร

รัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ประสานงานคุณภาพ ทีมผู้ชี้นำ หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 162 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้ประสานงานคุณภาพจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคด้านทีมผู้ชี้นำ คือ การขาดความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ

สรุปจากการทบทวน แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงนำปัญหาด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพมาเป็นตัวแปรตามในกรอบแนวคิดของการศึกษา เพราะหากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ขาดความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ อาจเป็นปัญหาอุปสรรคนำไปสู่ การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ได้

11.3.8 ปัญหาด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ แรงจูงใจก่อให้เกิดประโยชน์

หลายประการ เช่น ผู้ปฏิบัติงานมีความร่วมมือร่วมใจพัฒนาองค์กร มีความเอื้ออาทร มีความคิดสร้างสรรค์ และมีทัศนคติที่ดีมุ่งทำงานของตนให้สำเร็จ จากการศึกษาของอัจฉริ จันทนจุลกะ (2544: บทคัดย่อ) เรื่อง การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า การขาดแรงจูงใจเป็นปัญหาและอุปสรรคอย่างหนึ่งในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของเกษณี เอกสุวรรณ (2545: 50) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 410 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มรักษาพยาบาล 268 คน กลุ่มสนับสนุน 47 คน และกลุ่มลูกจ้าง 95 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคำพูนของกลุ่มลูกจ้าง คือ การขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

อนุวัฒน์ สุขขุติกุลและคณะ (2544: 101) ได้ศึกษาโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า มีปัญหาเรื่องความร่วมมือของบุคลากรในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ คือ ขาดแรงจูงใจ สอดคล้องกับการศึกษาของอารีรัตน์ เกกิงสรคันท์ (2544 : 35) และสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา อินทรสันติ (2546: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับสูง

สรุปจากปัญหาที่ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านการจูงใจการพัฒนาคุณภาพมาเป็นตัวแปรตามในการศึกษา เพราะหากขาดแรงจูงใจการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพแล้ว จะเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ได้

12. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้หลายประเด็นด้วยกัน โดยสามารถสรุปปัญหาในการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ได้ 5 ด้าน คือ 1) ปัญหาด้านปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัญหาด้านปัจจัยกระตุ้น 3) ปัญหาด้านบทบาทหน้าที่ 4) ปัญหาด้านอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

12.1 ปัญหาด้านปัจจัยส่วนบุคคล

12.1.1 **เพศ** เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกันอย่างชัดเจนของมนุษย์ เพศหญิงกับเพศชายมีธรรมชาติความต้องการที่แตกต่างกัน ผู้หญิงมีความต้องการความสวยงามมากกว่าเพศชาย ส่วนเพศชายมีความต้องการความเป็นผู้นำ การมีตำแหน่งทางสังคม การยอมรับนับถือในสังคมและต้องการแข่งขัน เป็นต้น (สมโภชน์ วัฒนกิจ, 2543:15 อ้างในบุพผา สุวรรณฉัตรกุล, 2547: 27)

12.1.2 อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล อายุ ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันทั้งในด้านประสบการณ์และความรอบรู้ ความชำนาญ ความสนใจ ความรับผิดชอบ ความสามารถในการแก้ไขปัญหา ความจำ บุคลิกภาพ ความสามารถในการจัดการ และการตัดสินใจ รวมถึงความต้องการด้านต่าง ๆ ปกติความต้องการของเด็ก คือ ความต้องการอาหารและความรักจากผู้ใกล้ชิด แต่เมื่ออายุมากขึ้นความต้องการเริ่มเปลี่ยนไป (สมโภชน์ วัฒนกิจ, 2543 :16 อ้างในบุพผา สุวรรณฉัตรกุล, 2547: 27)

12.1.3 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ช่วยให้คนมีประสิทธิภาพ และความสามารถในการปรับตัวที่สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (วรรณสิทธิ์ ไหวทองศรี, 2526: 11 อ้างในกุลฤดี มโนวิสุทธิ, 2542: 66) สาคกร ใจพยอม (2532: 105) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย พบว่า กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความสามารถในการปฏิบัติงานด้านบริหารและวิชาการต่างกัน

12.1.4 ระยะเวลาการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ ประสบการณ์ในการทำงานย่อมมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคคล ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงาน (สาคกร ใจพยอม, 2532: 89)

12.1.5 ความรู้ความเข้าใจพัฒนาคุณภาพ จากการศึกษาของแจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ (2540: บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ กับการปฏิบัติกิจกรรมที่จะนำไปสู่การประกันสุขภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล นภา รังสิโรจน์ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรศูนย์บำบัดยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่ ประชากรที่ศึกษาได้แก่ บุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

อัจฉรี จันทนกุลกะ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของผู้ช่วยพยาบาล ได้แก่ การมีความรู้ไม่เข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอารีรัตน์ เกกิงสรกันธุ์ (2545:

บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือ การขาดความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติงาน

12.1.6 รายได้

ศิวพร หว่างสิงห์ (2545: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลไทยนครินทร์ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร ได้แก่ รายได้

12.1.7 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ศิวพร หว่างสิงห์ (2545: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลไทยนครินทร์ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร ได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

12.2 ปัญหาด้านปัจจัยกระตุ้น

12.2.1 ปัจจัยกระตุ้นด้านการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพ การฝึกอบรมเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคคลในหน่วยงานเป็นกระบวนการสอนคนให้ได้เรียนรู้ เข้าใจถึงหลักวิทยาการและวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้องทันสมัยและเหมาะสม ช่วยให้การดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า โรงพยาบาลที่มีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการพัฒนาคุณภาพในสัดส่วนที่มากกว่า จะมีความก้าวหน้าในการนำระบบคุณภาพมาใช้มากกว่าโรงพยาบาลที่มีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการพัฒนาคุณภาพน้อยกว่า (จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์, 2541:107)

12.2.2 ปัจจัยกระตุ้นด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพแสดงให้เห็นถึงความจริงจังในการดำเนินงาน

รัชวรณ พลศักดิ์ (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ประสานงานคุณภาพ ทีมผู้ซึ้นนำ หัวหน้าฝ่าย/ หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 162 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้ประสานงานคุณภาพจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคด้านทีมผู้ซึ้นนำ คือ การขาดความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ

องอาจ วิบุรชศิริและคณะ (2540: บทคัดย่อ) ได้ประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM พบว่า คณะผู้รับผิดชอบประเมินผลโครงการได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยการให้การฝึกอบรมและวางโครงสร้างเพื่อให้มีการสนับสนุนการพัฒนาภายในโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีระดับความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพแตกต่างกัน โดยมีโรงพยาบาล 2 แห่งที่มีความก้าวหน้าไปมากจัดเป็นกลุ่มก้าวหน้าที่เด่นชัดส่วนอีก 6 แห่ง อยู่ในกลุ่มก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นค่อยไป ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างดังกล่าว ได้แก่ ความมุ่งมั่นและความต่อเนื่องของผู้นำ

อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูลและคณะ (2544:101) ได้ศึกษาความคิดเห็นของคณะตรวจเยี่ยมสำรวจในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ จากการศึกษา พบว่า มีประเด็นของปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพ คือ ขาดความมุ่งมั่นของคนในองค์กร

12.2.3 ปัจจัยกระตุ้นด้านการจูงใจพัฒนาคุณภาพ การจูงใจพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่ก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ เช่น ผู้ปฏิบัติงานมีความร่วมมือร่วมใจในองค์กร มีความสนใจในการพัฒนาที่สร้างสรรค์ และมุ่งทำงานของตนให้สำเร็จ

อัจฉรี จันทนจุลกะ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 205 ราย พบว่า การขาดแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคอย่างหนึ่งในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับเกษณี เอกสุวรรณ (2545: 50) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 410 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มรักษาพยาบาล 268 คน กลุ่มสนับสนุน 47 คน และกลุ่มลูกจ้าง 95 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูนของกลุ่มลูกจ้าง คือ การขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

วนิดา อินทรสันติ (2546: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรีสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยศึกษาปัจจัยจูงใจตามทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริเบิร์ก พบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง มีผลต่อโอกาสการเติบโตและความก้าวหน้ากับงานที่ปฏิบัติ

12.3 ปัญหาด้านบทบาทหน้าที่

12.3.1 ด้านบริหาร

รัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ประสานงานคุณภาพ ทีมผู้ชี้นำ หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 162 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ประสานงานคุณภาพจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคด้านทีมผู้ชี้นำ คือ ขาดนโยบาย และขาดการบริหารจัดการ

12.3.2 ด้านบุคลากร

เสาวลักษณ์ ภูวนกุล (2545: 112) ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลพิจิตร กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลพิจิตรจำนวน 197 คน โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลพิจิตร ได้แก่ อัตรากำลังไม่เพียงพอ

รัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ประสานงานคุณภาพ ทีมผู้ชี้นำ หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 162 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้ประสานงานคุณภาพจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคด้านทีมผู้ชี้นำ คือ บุคลากรไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของสุเมธ ชำนิ (2546: บทคัดย่อ) ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุโขทัย เป็นการศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัญหาของการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ขาดบุคลากร

12.3.3 ด้านงบประมาณ งบประมาณ (budget) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับวางแผนในการจัดสรรทรัพยากรสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ โดยการตั้งเป้าหมายและการควบคุมการดำเนินการด้วยตัวเลขทางการเงินเป็นสิ่งสำคัญ ต้องมีการเตรียมและวางแผนงบประมาณทั้งด้านรายรับและรายจ่ายในการดำเนินงาน ค่าแรง ชั่วโมงการทำงาน

อัมพร ฝอยทอง (2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลทองแสนขันจังหวัดอุดรดิษฐ์ ผลการศึกษา

พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของศูนย์สุขภาพชุมชน คือ ด้านผู้ให้บริการให้ความเห็นว่าการแยกศูนย์สุขภาพชุมชนจากสถานีอนามัยเสียค่าใช้จ่ายงบประมาณสูง สอดคล้องกับการศึกษาของรติวัน พิสัยพันธ์ (2546: 120) ได้ศึกษารูปแบบและการพัฒนาการบริหารงานศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองคาย พบว่า ด้านงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ เนื่องจากขาดงบประมาณในการบริหารจัดการ

12.3.4 ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม

อัมพร ฝอยทอง (2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลทองแสนขันจังหวัดอุตรดิตถ์ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ให้บริการจำนวน 11 คน ผู้รับบริการจำนวน 240 คน เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของศูนย์สุขภาพชุมชน คือ ด้านผู้ให้บริการให้ความเห็นว่าการแยกศูนย์สุขภาพชุมชนจากสถานีอนามัย มีปัญหาการทำงานเป็นทีม ไม่มีแผนปฏิบัติงาน

นุจรินทร์ ลากบุญเรือง (2545: บทคัดย่อ) ศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า รูปแบบของการทำงานเป็นทีม บุคลากรต้องเปิดใจยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกันและกันมีการประชุม และประสานงานในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ สื่อสารกันในทีมมีส่วนร่วมจัดทำแผนของหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวมาศ เกื่อนนาดี (2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวน 37 คน หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน 220 คน ผู้ให้บริการในวิชาชีพจำนวน 1,110 คน ผู้บริหารระดับจังหวัดจำนวน 20 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 30 คน ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 5,041 คน ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยในจำนวน 3,420 คน พบว่า ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ขาดความสามารถในการทำงานเป็นทีม

12.3.5 ปัจจัยด้านการสื่อสาร

อัจฉรี จันทนจุลกะ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประชากรตัวอย่างจำนวน 205 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การสื่อสารไม่ชัดเจน

เกษณี เอกสุวรรณ (2545: 50) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่างศึกษาจำนวน 410 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มรักษาพยาบาล 268 คน กลุ่มสนับสนุน 47 คน และกลุ่มลูกจ้าง 95 คน

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มรักษาพยาบาล คือ การสื่อสารไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับเสาวลักษณ์ ภูวนกุล (2545: 112) ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลพิจิตร กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลพิจิตรจำนวน 197 คน โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลพิจิตร ได้แก่ ขาดการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์

12.3.6 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม (Participation)

อารีรัตน์ เถกิงสรคันท์ (2545: บทคัดย่อ) ศึกษาปัญหาอุปสรรค ในการพัฒนาและรับรองโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมและปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ บุคลากร ด้านการบริการช่วยการรักษาพยาบาลผู้ป่วยปัญหาของผู้ปฏิบัติงาน คือ การขาดความร่วมมือ

รัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ประสานงานคุณภาพ ทีมผู้ชี้นำ หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 162 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคด้านทีมผู้ชี้นำ คือ ขาดการมีส่วนร่วม

12.4 ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2541: 71) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้โครงการพัฒนาคุณภาพประสบความสำเร็จ 3 อันดับแรก คือ

- 1) เจ้าหน้าที่ไม่เห็นความสำคัญ
- 2) ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ
- 3) ไม่รู้ไม่เข้าใจเรื่อง TQM และขาดการฝึกอบรม

จงรัก อินทร์เสวก (2546: 109 อ่างในอัมพร ฝอยทอง, 2545: 45) ได้สรุปปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาโรงพยาบาล ดังนี้

- 1) การยึดติดกับระบบการทำงานแบบเดิม
- 2) ผู้บริหารไม่เข้าร่วมดำเนินการ
- 3) ขาดแรงจูงใจ
- 4) คิดว่าเป็นเรื่องยาก

5) หลงทางไม่รู้จะทำอย่างไร

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ คือ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพ ด้านปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ และการจูงใจพัฒนาคุณภาพ ผู้วิจัยจึงนำปัญหาดังกล่าวเป็นตัวแปรต้นของกรอบแนวคิดในการศึกษา ส่วนความคิดเห็นและบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ซึ่งได้แก่ บทบาทหน้าที่ ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วม ส่วนปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้แก่ ปัญหา ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วม ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ และด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ ผู้วิจัยนำมาเป็นตัวแปรตามของกรอบแนวคิดในการวิจัย ปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เป็นการศึกษาระยะสั้น (Cross - sectional study) เก็บข้อมูลครั้งเดียวในช่วงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2551 - 15 มีนาคม 2551 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณโดยที่มุ่งศึกษา ปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ พ.ศ. 2550 ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit หรือ PCU) จำนวน 48 แห่ง และสถานอนามัยเครือข่ายจำนวน 96 แห่ง โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU จำนวน 48 แห่ง และ สถานอนามัยจำนวน 96 แห่ง ของจังหวัดแพร่ใน พ.ศ. 2550 จำนวน 337 คน ตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ทำการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ใช้ประชากรจำนวน 337 คน ได้ตัวอย่างศึกษาจำนวน 183 คน โดยคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane สูตร $n = \frac{N}{1+N(e)^2}$ (อ้างในบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2534: 25)

โดยที่ $N =$ จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 337 คน

$n =$ จำนวนประชากรที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

$e =$ ค่าความคาดเคลื่อนของประชากรกำหนดให้มีค่าเท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{337}{1 + 337(0.05)^2} = 182.90 = 183 \text{ คน}$$

ได้ตัวอย่างศึกษาจำนวน 183 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถสรุปขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือได้ ดังนี้

2.1.1 ศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี จากเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่

2.1.2 กำหนดกรอบแนวคิด สำหรับการสร้างเครื่องมือ

2.1.3 สร้างแบบสอบถาม ตามกรอบแนวคิดนั้น

2.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เมื่อผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว ได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

2.2.1 การหาความตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และ ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยการเสนอแบบสอบถามต่ออาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุม และความ สอดคล้องของเนื้อหาในแบบสอบถาม แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตาม ข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ

2.2.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปดำเนินการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการทดลองใช้ (Try Out) กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU และสถานีอนามัยในเขตอำเภอ เมืองจังหวัดอุดรดิตถ์จำนวน 36 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.9551 หลังจากนั้นนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง แล้วดำเนินการแก้ไขปรับปรุงข้อคำถาม ที่มีปัญหาเพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป

2.2.3 ลักษณะของแบบสอบถาม แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลสำหรับบุคลากร
สาธารณสุขจังหวัดแพร่มี 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา
รายได้ สถานภาพสมรส ตำแหน่งหน้าที่ ระดับการดำรงตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน
ด้านคุณภาพ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม ความรู้ ความเข้าใจ และแนวทาง
การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Rating Scale) มี 5 ระดับ
ด้วยกัน คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกี่ยวกับด้านปัจจัยกระตุ้น ด้านการ
ฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ และด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ จำนวน
8 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ มี 5 ระดับด้วยกัน คือ มากที่สุด
มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพของ
เจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิ ด้านบริหารจัดการ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม
ด้านการสื่อสาร และด้านการมีส่วนร่วม จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนา
คุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิมี่ 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ มี 5 ระดับด้วยกัน
คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคการพัฒนา
คุณภาพระดับปฐมภูมิ และแนวทางการแก้ไขปัญหา เป็นคำถาม ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้าน
งบประมาณ การทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วม ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ
และด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพจำนวน 53 ข้อ

ตอนที่ 2 ส่วนคำถามปลายเปิดให้เขียนตอบจำนวน 2 ข้อ
ได้แก่ ปัญหาที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดแพร่ และแนวทาง
การแก้ไขปัญหาที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดแพร่

2.3 เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวความคิด

2.3.1 เกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความรู้
ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นคำถามแบบสำรวจรายการ
(Check List) จำนวน 10 ข้อ มี 3 ตัวเลือกให้ตอบ คือ

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นถูกต้อง
 ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ถูกต้อง
 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ หมายถึง ถ้าไม่ทราบ/ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นถูกหรือผิด
 เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามที่ถูกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 2,3,4,7,9 การให้คะแนน คือ

ใช่ ให้ 1 คะแนน

ไม่ใช่,ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน

ข้อคำถามที่ผิดจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1,5,6,8,10 การให้คะแนน คือ

ใช่ ให้ 0 คะแนน

ไม่ใช่,ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ ให้ 1 คะแนน

2.3.2 เกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้น ได้แก่

ด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ และด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับจำนวน 8 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนของ Likert Scale ดังนี้ (บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ, 2534: 131)

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเป็นบวก	คะแนนข้อความเป็นลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5

2.3.3 เกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถามความคิดเห็นและบทบาทหน้าที่

ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วม เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนของ Likert Scale (บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ, 2534: 131) เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเป็นบวก	คะแนนข้อความเป็นลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3

เห็นด้วยน้อย	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5

2.3.4 เกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาคุณภาพและแนวทางแก้ไขปัญหาของเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ซึ่งเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวน 53 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนของ Likert Scale ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ 2534: 131) เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเป็นบวก	คะแนนข้อความลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5

การแปลผลในภาพรวม จะแบ่งความรู้ความเข้าใจและแนวทางการพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (Best 1997: 174)

กลุ่มต่ำ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีคะแนนน้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} - S.D.$) = 8.06 - 1.56 = 6.50

กลุ่มปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีคะแนนตั้งแต่ค่าคะแนนเฉลี่ยลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} - S.D.$) ถึงค่าคะแนนเฉลี่ยบวกส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} + S.D.$) = 6.50 ถึง 9.62

กลุ่มสูง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีคะแนนมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยบวกด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} + S.D.$) = 9.62

ส่วนคะแนนความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่เห็นด้วยกับที่พบปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการและแนวทางการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิเมื่อนำมาคำนวณช่วงการวัด (Best 1997: 174) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงการวัด} &= \text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด} / \text{จำนวนระดับที่แบ่ง} \\ &= (5 - 1) / 3 \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม คือ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมาก

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ขอนหนังสือรับรองจากทางมหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลและใช้ติดต่อกับกลุ่มที่ศึกษา

3.1.1 นำแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้อธิบายวิธีการเก็บข้อมูลให้กับทีมงาน ผู้วิจัย และทีมงานนำแบบสอบถามกระจายไปยังศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) และสถานีอนามัยในเขตอำเภอต่าง ๆ ทุกอำเภอของจังหวัดแพร่ตามกำหนด

3.1.2 กำหนดความเพียงพอ ของแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยใช้อัตราความเพียงพอของแบบสอบถามที่ร้อยละ 75 ขึ้นไป เพราะถือว่าได้รับกลับคืนมาถึง 3 ใน 4 ส่วนแล้ว (บุญธรรม จิตต์อนันต์, 2540 : 92 อ้างในสิน พันธุ์พินิจ, 2547: 217)

3.1.3 การตรวจสอบ จำนวนแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาเทียบกับจำนวนที่ต้องการ ถ้าขาดหายไป ผู้วิจัยจะติดตามทางโทรศัพท์ก่อน 1 ครั้ง ถ้ายังไม่ได้รับแบบสอบถามจะนำแบบสอบถามไปใหม่พร้อมนัดติดตามเก็บแบบสอบถามอีกครั้ง โดยไปเก็บแบบสอบถามตามนัดหมายถ้ายังไม่ได้รับกลับคืนมาก็จะยุติการติดตามแบบสอบถาม และเก็บในรายอื่นเพื่อให้ได้ครบตามเป้าหมาย

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

4.1 ตรวจสอบข้อมูล เป็นการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

4.2 บันทึกข้อมูล นำข้อมูลที่ตรวจสอบทำคู่มือลงรหัสแล้วบันทึกลงคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3 วิเคราะห์ข้อมูล ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดย

4.3.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percent)

ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) วิเคราะห์ ข้อมูลต่อไปนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ รายได้ต่อเดือนครอบครัว ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ด้านคุณภาพ การฝึกอบรม ด้านคุณภาพ และความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

4.3.2 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์

ข้อมูลต่อไปนี้

1) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ ด้านความมุ่งมั่นการพัฒนาคุณภาพ ด้านการจูงใจการพัฒนาคุณภาพ นำเสนอในรูปแบบตาราง

2) ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบริหารจัดการ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วมนำเสนอในรูปแบบตาราง

3) ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข ปัญหา ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วม ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ และด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ นำเสนอในรูปแบบตาราง

4) ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิด นำมาวิเคราะห์เนื้อเรื่อง (Content Analysis) เพื่อจัดกลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตาราง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ พ.ศ. 2550 ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU จำนวน 48 แห่ง และสถานีอนามัยจำนวน 96 แห่ง โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นผู้วิจัยและทีมงานนำแบบสอบถามกระจายให้กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีอนามัยในเขตจังหวัดแพร่จำนวน 183 ฉบับ ผู้วิจัยและทีมงานได้เก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนมาได้จำนวนทั้งสิ้น 183 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ ตำแหน่งปฏิบัติงาน รายได้ และการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพ

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นด้านปัจจัยกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้แก่ ด้านการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพ ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ และด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นด้านบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบริหารจัดการ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร และด้านการมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วม ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ และคำถามปลายเปิด คือ ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ และแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิจังหวัดแพร่

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการ
ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ ตำแหน่งปฏิบัติงาน รายได้ และการฝึกอบรม
การพัฒนาคุณภาพ

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ
ปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (n = 183)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	70	38.3
	หญิง	113	61.7
	รวม	183	100
อายุ			
	กลุ่มอายุ 20 – 30 ปี	31	16.9
	กลุ่มอายุ 31 – 40 ปี	74	40.4
	กลุ่มอายุ 41 – 50 ปี	68	37.2
	กลุ่มอายุ 51 ปีขึ้นไป	10	5.5
	— X = 38.36, Max = 58.00, Min = 21.00, S.D.= 7.45		
	รวม	183	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส			
	โสด	36	19.7
	คู่	133	72.7
	หม้าย	4	2.1
	หย่า,แยก	10	5.5
	รวม	183	100
ระดับการศึกษา			
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	26	14.2
	ปริญญาตรี	146	79.8
	สูงกว่าปริญญาตรี	11	6.0
	อื่นๆ	-	-
	รวม	183	100
ตำแหน่ง			
	พยาบาลวิชาชีพ	34	18.6
	นักวิชาการสาธารณสุข	48	26.2
	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	43	23.5
	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	45	24.6
	ทันตภิบาล	11	6.0
	พยาบาลเทคนิค	2	1.1
	รวม	183	100
ระดับตำแหน่ง			
	ระดับ 3-4	24	13.1
	ระดับ 5-6	116	63.4
	ระดับ 7-8	43	23.5
	รวม	183	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว			
	5,000 - 10,000 บาท	13	7.1
	10,001- 15,000 บาท	21	11.5
	15,001 – 20,000 บาท	33	18.0
	20,001 - 25,000 บาท	46	25.1
	25,001 บาท ขึ้นไป	70	38.3
	รวม	183	100
ประสบการณ์	1 - 2 ปี	21	11.5
ปฏิบัติงานคุณภาพ	3 – 4 ปี	108	59.0
	5 ปีขึ้นไป	54	29.5
	—		
	X = 3.89, Max = 5.00, Min = 1.00, S.D. = 1.03		
	รวม	183	100
ผ่านการอบรม	5 ส.	165	34.23
พัฒนาคุณภาพ	OD	110	22.82
	KM	88	18.26
	ESB	26	2.90
	ISO	14	3.53
	PRO	17	7.68
	HA	37	4.98
	QA	24	4.97
	อื่น ๆ	1	0.21
	รวม	482	100

จากตารางที่ 4.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 61.7 และ 38.3 ตามลำดับ อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31 – 40 ปีมากที่สุดร้อยละ 40.4 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 41- 50 ปีร้อยละ 37.2 และช่วงอายุ 20 – 30 ปี

ร้อยละ 16.9 ตามลำดับ มีอายุรวมเฉลี่ย 38.36 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.7 รองลงมา คือ เป็น โสดร้อยละ 19.7 และมีสถานภาพ หย่า แยก ร้อยละ 5.5 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 79.8 รองลงมามีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 14.2 และมีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 6.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ 3-4 ปีมากที่สุดร้อยละ 59.0 รองลงมามีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ 5 ปีขึ้นไปร้อยละ 29.5 โดยภาพรวมเฉลี่ยมีประสบการณ์พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ 3.89 ปี ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ คือ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 26.2 รองลงมา คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 24.6 เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ร้อยละ 26.2 และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 18.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 25,000 บาทขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 38.3 รองลงมามีรายได้ต่อเดือน 21,000-25,000 บาท ร้อยละ 25.1 การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ พบว่าส่วนใหญ่ผ่านการอบรมกิจกรรม 5ส. มากที่สุดร้อยละ 34.23 รองลงมาผ่านการอบรมกิจกรรมการพัฒนาองค์กร (OD) ร้อยละ 22.82 และผ่านการอบรมกิจกรรมการพัฒนาองค์กร (KM) ร้อยละ 18.26 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (n = 183)

ความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพคุณภาพ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การพัฒนาคุณภาพ PCUเป็นการพัฒนาภายในควรพัฒนาร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น	156	85.2	27	14.8
การให้บริการเชิงรุกด้านสุขภาพแก่ประชาชน สามารถนำไปประเมินสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้	163	89.1	20	10.9
การพัฒนาคุณภาพ PCU ต้องคำนึงถึงการพัฒนาแบบองค์รวมและครอบครัวต้องมีส่วนร่วม	167	91.3	16	8.7

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระบวนการพัฒนาคุณภาพของPCU,สอ. โดยการ จัดเก็บระบบข้อมูลสามารถค้นหาข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่ม ผู้ป่วยได้	164	89.6	19	10.4
การพัฒนาคุณภาพของPCUหรือสถานีนอนามัยโดยการ ใช้เพิ่มข้อมูลเป็นสิ่งเพิ่มงานให้เจ้าหน้าที่	131	71.6	52	28.4
การใช้สมุดบันทึกส่วนบุคคล ควรใช้เฉพาะรายที่มี อาการหนัก และเสี่ยงสูงเท่านั้น	138	75.4	45	24.6
การพัฒนาคุณภาพของPCU,สอ.เจ้าหน้าที่ต้องสามารถ ในการวางแผน และ จัดกิจกรรมแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์	155	84.7	28	15.3
การพัฒนาคุณภาพของPCUหรือสถานีนอนามัย ควรมีแผนพัฒนาและติดตามประเมินผลด้านปริมาณ หรือด้านคุณภาพด้านใดก็ได้	108	59.0	75	41.0
การนำ นวัตกรรมพัฒนาคุณภาพ ผู้ให้และผู้รับบริการ ต้องมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมนั้นๆด้วย	154	84.2	29	15.8
การพัฒนาคุณภาพของPCUหรือสถานีนอนามัยไม่ จำเป็นต้องมีทีมสุขภาพ เป็นทีมประจำให้บริการ	139	76.0	44	24.0
$\bar{X} = 8.06, \text{Max} = 10.00, \text{Min} = 3.00, \text{S.D.} = 1.56$				

จากตารางที่ 4.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่ตอบถูก เรื่อง การพัฒนาคุณภาพบริการ PCU ต้องคำนึงถึงการพัฒนาแบบองค์รวมและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมมากที่สุดร้อยละ 91.3 รองลงมาตอบถูก เรื่อง กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU โดยการจัดเก็บระบบข้อมูลสามารถค้นหาข้อมูล กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยและการส่งต่อร้อยละ 89.6 เรื่องการให้บริการเชิงรุกด้านสุขภาพแก่ประชาชน เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ สามารถให้ประชาชนประเมินสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ร้อยละ 89.1 และเรื่องการพัฒนา

คุณภาพบริการสุขภาพ PCU หรือสถานอนามัยเป็นการพัฒนาภายในควรพัฒนาร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่เท่านั้นร้อยละ 85.2 ตามลำดับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ส่วนใหญ่ตอบผิด เรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU ควรมีแผนพัฒนาและติดตามประเมินผลด้านปริมาณ หรือด้านคุณภาพ ด้านใดก็ได้มากที่สุดร้อยละ 41.0 รองลงมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ตอบผิด เรื่อง การใช้สมุดบันทึกส่วนบุคคลโดยควรใช้เฉพาะรายที่มีอาการหนัก และเสี่ยงสูงเท่านั้นร้อยละ 28.4 เรื่อง พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU หรือสถานอนามัยโดยการใช้เพิ่มข้อมูลเป็นสิ่งเพิ่มงานให้เจ้าหน้าที่ร้อยละ 24.6 และเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU ไม่ต้องมีทีมสุขภาพเป็นทีมประจำให้บริการที่ต่อเนื่องตามเกณฑ์ร้อยละ 24.4 ตามลำดับ โดยภาพรวม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความรู้ความเข้าใจพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ 8.06 ($\bar{X} = 8.06$)

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้ความเข้าใจต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (n = 183)

ระดับความรู้ความเข้าใจต่อการพัฒนาคุณภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ต่ำ (น้อยกว่า 6.50 คะแนน)	22	12.0
ความรู้ปานกลาง (6.50 – 9.62 คะแนน)	133	72.7
ความรู้สูง (มากกว่า 9.62 คะแนน)	28	15.3
รวม	183	100

$\bar{X} = 8.06$, Max = 10.00, Min = 3.00, S.D. = 1.56

จากตารางที่ 4.3 พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 72.7 รองลงมา มีระดับความรู้การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในระดับสูง และมีความรู้ระดับต่ำร้อยละ 15.3 และ 12.0 ตามลำดับ โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ 8.06 ($\bar{X} = 8.06$)

สรุปผล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยภาพรวมของส่วนที่ 1

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.7 มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี มากที่สุดร้อยละ 40.4 และมีอายุรวมเฉลี่ย 38.36 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 72.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 79.2 มีประสบการณ์ทำงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ 3 – 4 ปี มากที่สุดร้อยละ 59.0 และเฉลี่ยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานคุณภาพบริการสุขภาพ 3.89 ปี ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ คือ นักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 26.2 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 25,000 บาทขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 38.3 ผ่านการอบรมการพัฒนาคุณภาพ เรื่องกิจกรรม 5ส. มากที่สุดร้อยละ 34.23 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72.7 และตอบถูก เรื่อง การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 91.3 ตอบผิด เรื่อง การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU หรือสถานีอนามัยควรมีแผนพัฒนาและติดตามประเมินผลด้านปริมาณ หรือด้านคุณภาพ ด้านใดก็ได้มากที่สุดร้อยละ 41.0

ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้แก่ ด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ และด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ

ตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่
 สาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ได้รับปัจจัยกระตุ้นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ
 ด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ (n = 183)

ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ			
การได้รับการถ่ายทอดความรู้การพัฒนาคุณภาพ ของ PCU หรือสถานีนอมนามัยจากทีมพัฒนาคุณภาพจังหวัดสมำเสมอ	2.90	0.75	ปานกลาง
ท่านมีความรู้ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของ PCU หรือ สถานีนอมนามัยที่พอเพียง	2.79	0.64	ปานกลาง
การฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพให้กับทีมพัฒนาคุณภาพของ PCU เป็นระยะ ๆ สามารถเพิ่มสมรรถนะของทีมรับผิดชอบ การพัฒนาคุณภาพบริการได้	3.89	0.71	มาก
รวม	3.19	0.50	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้ให้ความ
 คิดเห็นปัจจัยกระตุ้นด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพมากที่สุด เรื่อง การฝึกอบรม
 การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพให้ทีมพัฒนาคุณภาพของ PCU เป็นระยะ ๆ สามารถเพิ่มสมรรถนะ
 ของทีมรับผิดชอบพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพได้มากที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$) รองลงมา
 ได้รับการถ่ายทอดความรู้การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU ทีมพัฒนาคุณภาพจังหวัด
 อย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.90$) และการมีความรู้การพัฒนาคุณภาพบริการ
 สุขภาพของ PCU หรือสถานีนอมนามัยที่พอเพียงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.79$) ตามลำดับ
 โดยภาพรวมของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยกระตุ้น ด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพบริการ
 สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.19$)

ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ได้รับปัจจัยกระตุ้นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ (n = 183)

ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ			
มีการนำผลการพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือสถานีนอนามัยเข้าร่วมพิจารณาในการเลื่อนขั้นเงินเดือนด้วยทุกครั้ง	2.73	0.81	ปานกลาง
ทีมงานพัฒนาคุณภาพมีการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีนอนามัยอย่างสม่ำเสมอ	3.09	0.87	ปานกลาง
การประชุมประจำเดือนของ PCU หรือสถานีนอนามัย มีวาระการติดตามงานพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ	2.99	0.85	ปานกลาง
รวม	2.94	0.73	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.5 พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับปัจจัยกระตุ้นด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพมากที่สุด เรื่อง ทีมงานพัฒนาคุณภาพมีการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU หรือสถานีนอนามัยอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$) รองลงมาได้รับปัจจัยกระตุ้นเรื่อง การประชุมประจำเดือนของ PCU หรือสถานีนอนามัยมีวาระการติดตามงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.99$) และมีการนำผลการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU หรือสถานีนอนามัยเข้าร่วมพิจารณาการเลื่อนขั้นเงินเดือนด้วยทุกครั้งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.73$) ตามลำดับ โดยภาพรวมระดับความคิดเห็นด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$)

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ได้รับปัจจัยกระตุ้นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ (n = 183)

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ			
การได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนเมื่อปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพของPCU หรือสถานีนอมนัยนอกเวลาราชการทุกครั้ง	2.54	0.99	ปานกลาง
เมื่อท่านปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพได้ตามเป้าหมายเคยได้รับรางวัลจากหัวหน้าPCU หรือหัวหน้าสถานีนอมนัย	2.28	0.90	น้อย
รวม	2.42	0.78	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.6 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความคิดเห็นต่อการได้รับปัจจัยกระตุ้นด้านการจูงใจพัฒนาคุณภาพมากที่สุดเรื่อง การได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนเมื่อปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือสถานีนอมนัยนอกเวลาราชการทุกครั้ง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.54$) รองลงมาเรื่อง เมื่อปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพได้ตามเป้าหมายเคยได้รับรางวัลจากหัวหน้า PCU หรือหัวหน้าสถานีนอมนัยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.28$) โดยภาพรวมระดับความคิดเห็นด้านการจูงใจพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.42$)

ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในภาพรวมระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ได้รับปัจจัยกระตุ้นด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ และด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ (n = 183)

ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับปัจจัยกระตุ้น	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ	3.19	0.50	ปานกลาง
ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ	2.94	0.73	ปานกลาง
ด้านแรงจูงใจการพัฒนาคุณภาพ	2.42	0.78	ปานกลาง
รวม	2.85	0.67	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความคิดเห็นต่อการได้รับปัจจัยกระตุ้น ด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.19$) รองลงมา ได้แก่ ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$) และมีความคิดเห็นต่อปัจจัยกระตุ้นด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.42$) ตามลำดับ โดยภาพรวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่มีความคิดเห็นต่อการได้รับปัจจัยกระตุ้นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.85$)

สรุปผล การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ และด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ

โดยภาพรวมปัจจัยกระตุ้นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.85$) และมีปัจจัยกระตุ้นมากที่สุดในการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.91$) เรื่องที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยปัจจัยกระตุ้นสูงสุด คือ การฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพให้ทีมพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือสถานีนามัยเป็นระยะ ๆ สามารถเพิ่มสมรรถนะของทีมพัฒนาคุณภาพได้ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$) รองลงมามีปัจจัยกระตุ้นด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$) เรื่องที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยปัจจัยกระตุ้นสูงสุด คือ การประชุมประจำเดือนของ PCU หรือสถานีนามัย มีวาระการติดตามงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.99$) และปัจจัยกระตุ้นด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.42$) เรื่องที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยปัจจัยกระตุ้นสูงสุด คือ การได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนเมื่อปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU หรือสถานีนามัยนอกเวลาราชการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.54$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นด้านบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
จังหวัดแพร่ ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านบริหาร ด้านบุคลากร
ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร และด้านการมี
ส่วนร่วม

ตารางที่ 4.8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่
การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่
ด้านบริหาร (n = 183)

ความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านบริหาร			
ทีมงานพัฒนาคุณภาพมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ	3.32	0.59	ปานกลาง
ทีมงานได้นำข้อมูลมาวางแผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีอนามัยด้วยทุกครั้ง	3.08	0.80	ปานกลาง
เจ้าหน้าที่ได้รับการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบงานพัฒนา คุณภาพไว้อย่างชัดเจน	3.17	0.81	ปานกลาง
รวม	3.19	0.59	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.8 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่มีความคิดเห็น
ต่อบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านบริหารมากที่สุดได้แก่ ทีมงานพัฒนา
คุณภาพบริการสุขภาพมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$)
รองลงมาการได้รับมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพไว้อย่าง
ชัดเจนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.17$) และทีมงานพัฒนาคุณภาพได้นำข้อมูลมาวางแผน
ดำเนินการพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือสถานีอนามัยด้วยทุกครั้งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} =$
3.08) ตามลำดับ โดยภาพรวมระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการ
สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบริหารอยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{X} = 3.19$)

จากตารางที่ 4.9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่
การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
จังหวัดแพร่ด้านบุคลากร (n = 83)

ความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านบุคลากร			
PCU หรือ สถานีอนามัยของท่านมีทีมงานวิชาชีพเต็มตาม กรอบอัตรากำลัง	2.87	1.14	ปานกลาง
เจ้าหน้าที่PCU หรือ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ควรผ่านการ ฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพทุกคน	3.92	0.95	มาก
รวม	3.40	0.75	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.9 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่มีความเห็น
ต่อบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านบุคลากรมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่
PCU หรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยควรผ่านการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพทุกคน
อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$) รองลงมา มีความเห็นต่อ PCU หรือสถานีอนามัยมีทีมงานวิชาชีพ
เต็มตามกรอบอัตรากำลังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$) ตามลำดับและโดยภาพรวมระดับความ
เห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{X} = 3.40$)

ตารางที่ 4.10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่
การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่
ด้านงบประมาณ (n = 83)

ความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านงบประมาณ			
งบประมาณที่ได้รับใช้พัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีนอนามัยมีความพอเพียงเหมาะสม	2.68	0.84	ปานกลาง
การเบิกจ่ายงบประมาณพัฒนาคุณภาพสามารถเบิกจ่าย ได้ทันเวลาทุกครั้ง	2.73	0.92	ปานกลาง
เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำงบประมาณพัฒนาคุณภาพ ของ PCU หรือ สถานีนอนามัยทุกครั้ง	2.93	0.91	ปานกลาง
รวม	2.78	0.71	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.10 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีระดับ
ความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านงบประมาณมากที่สุด คือ
เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำงบประมาณพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU หรือสถานีนอนามัย
ทุกครั้งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.93$) รองลงมาคือความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนา
คุณภาพด้านการเบิกจ่ายงบประมาณพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพสามารถเบิกได้ทันเวลา
ทุกครั้งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.73$) และงบประมาณที่ได้รับเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ
สุขภาพของ PCU หรือสถานีนอนามัยมีความพอเพียงเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.68$)
ตามลำดับ โดยภาพรวมระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ
ด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.78$)

ตารางที่ 4.11 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ในการพัฒนาคุณภาพบริการ
สุขภาพด้านการทำงานเป็นทีม (n = 83)

ความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	\bar{X}	S.D.	ระดับความ คิดเห็น
ด้านการทำงานเป็นทีม			
1. ทีมงานพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีอนามัยควรมี ทิศทางการพัฒนาคุณภาพในแนวทางเดียวกัน	4.02	0.75	มาก
2. เจ้าหน้าที่ของ PCU หรือ สถานีอนามัยให้ความร่วมมือใน การพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดีทุกคน	3.69	0.74	มาก
3. ทีมงานพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีอนามัยของทุก คนมีศักยภาพในการทำงานสูง	3.84	0.67	มาก
รวม	3.73	0.57	มาก

จากตารางที่ 4.11 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความ
ความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านการทำงานเป็นทีมมากที่สุด คือ
ทีมงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU หรือสถานีอนามัยควรมีทิศทางการพัฒนาคุณภาพใน
แนวทางเดียวกันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$) รองลงมา มีความคิดเห็นต่อทีมงานพัฒนาคุณภาพ
บริการสุขภาพของ PCU หรือสถานีอนามัยทุกคนมีศักยภาพในการทำงานสูงอยู่ในระดับมาก
($\bar{X} = 3.84$) และเจ้าหน้าที่ของ PCU หรือสถานีอนามัยให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพ
บริการสุขภาพเป็นอย่างดีทุกคนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.69$) ตามลำดับ โดยภาพรวมระดับความ
ความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก
($\bar{X} = 3.73$)

ตารางที่ 4.12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ
ด้านการสื่อสาร (n = 83)

ความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	\bar{X}	S.D.	ระดับความ ความเห็น
ด้านการสื่อสาร			
1. เจ้าหน้าที่ของPCU หรือ สถานีอนามัยได้รับทราบ แนวทางการพัฒนาคุณภาพทุกคน	3.37	0.73	ปานกลาง
2.เจ้าหน้าที่ ควรมีการประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนา คุณภาพภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ	3.51	0.80	ปานกลาง
รวม	3.44	0.66	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.12 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่มีความ
ความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่
ของ PCU หรือสถานีอนามัยได้รับทราบแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพทุกคนอยู่ใน
ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.37$) รองลงมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่มีความ
คิดเห็นว่า เจ้าหน้าที่ ควรมีการประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพภายใน
หน่วยงานอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.51$) โดยภาพรวมระดับความคิดเห็นต่อ
บทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$)

ตารางที่ 4.13 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านการมีส่วนร่วม (n = 83)

ระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านการมีส่วนร่วม			
การพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีอนามัย ควรให้ ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการทุกครั้ง	3.75	0.86	มาก
หัวหน้า PCU หรือหัวหน้าสถานีอนามัย ได้เข้าร่วมประชุม ในการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ	3.77	3.03	มาก
รวม	3.56	0.74	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.13 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ หัวหน้า PCU หรือหัวหน้าสถานีอนามัย ได้เข้าร่วมประชุมในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77$) รองลงมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความคิดเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU หรือสถานีอนามัยควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการทุกครั้งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.75$) และภาพรวมเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$)

ตารางที่ 4.14 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ในการพัฒนาคุณภาพบริการ
สุขภาพ ด้านบทบาทหน้าที่ โดยภาพรวม

ระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านบริหาร	3.19	0.59	ปานกลาง
ด้านบุคลากร	3.40	0.75	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	2.78	0.71	ปานกลาง
ด้านการทำงานเป็นทีม	3.73	0.57	มาก
ด้านการสื่อสาร	3.44	0.66	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วม	3.56	0.74	ปานกลาง
รวม	3.35	0.67	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.14 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความ
คิดเห็น ต่อบทบาทหน้าที่ การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยภาพรวมอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 3.35$) และมีความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ
ด้านการทำงานเป็นทีมมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.73$) รองลงมามีความคิดเห็นต่อบทบาท
หน้าที่ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$) ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{X} = 3.44$) ด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$) ด้านบริหารอยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{X} = 3.19$) และด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.78$) ตามลำดับ

**สรุปผล การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนที่ 3 ระดับความคิดเห็นด้านบทบาทหน้าที่ของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดแพร่ ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับ
ปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการ
ทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร และด้านการมีส่วนร่วม**

โดยภาพรวมของผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 3.35$) โดยมีระดับความคิดเห็นด้านการทำงานเป็นทีมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} =$
3.73) รายชื่อ ที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ทีมงานพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือสถานี
อนามัยควรมีทิศทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในแนวทางเดียวกันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$)
รองลงมา มีระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านการมีส่วน
ร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$) รายชื่อที่มีระดับคะแนนสูงสุด คือ หัวหน้า PCU หัวหน้า
สถานีอนามัยเข้าร่วมประชุมในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับมาก
($\bar{X} = 3.77$) และมีระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านการ
สื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$) รายชื่อที่มีระดับคะแนนสูงสุด คือ เจ้าหน้าที่ควรมีการ
ประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 3.51$) มีระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้าน
บุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$) รายชื่อที่มีระดับคะแนนสูงสุด คือ เจ้าหน้าที่ PCU
หรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยควรผ่านการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพทุกคนอยู่ใน
ระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$) มีระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ
ด้านบริหารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.19$) รายชื่อที่มีระดับคะแนนสูงสุดคือ ทีมงานพัฒนาคุณภาพ
บริการสุขภาพมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$) และมีระดับ
ความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านงบประมาณอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 2.78$) รายชื่อที่มีระดับคะแนนสูงสุด คือ เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการจัดทำ
งบประมาณพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU หรือสถานีอนามัยทุกครั้งอยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{X} = 2.93$) ตามลำดับ

**ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบริหาร ด้านงบประมาณ
ด้านบุคลากร ด้านการสื่อสาร ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ ด้านการมี
ส่วนร่วม ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านความมุ่งมั่นพัฒนา**

ตารางที่ 4.15 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนา
คุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่
ด้านบริหาร (n = 183)

ด้านบริหาร	ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา					X	S.D.	ระดับ ความเห็น
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
ปัญหาอุปสรรค								
ได้ดำเนินการพัฒนา PCU ตามแผนทุกขั้นตอน	10 (5.5)	52 (28.5)	87 (47.7)	28 (15.4)	5 (2.7)	2.81	0.85	ปานกลาง
การพัฒนาคุณภาพนำมูลข้อ สุขภาพของPCUเป็นแนว ทางในการพัฒนา	21 (11.5)	83 (45.4)	92 (33.9)	16 (8.7)	1 (0.5)	2.41	0.82	ปานกลาง
ทีมประเมินผลจังหวัดและ อำเภอติดตามประเมินผลเสมอ	10 (5.5)	70 (38.2)	92 (50.3)	10 (5.5)	1 (0.5)	2.57	0.70	ปานกลาง
รวม						2.60	0.52	ปานกลาง
แนวทางแก้ไขปัญหา								
ทีมพัฒนาคุณภาพต้องมี ส่วนร่วมทำแผนทุกครั้ง	1 (0.5)	8 (4.4)	31 (16.9)	109 (59.6)	34 (18.6)	3.91	0.75	มาก
เจ้าหน้าที่ต้องมีแนวคิดพัฒนา คุณภาพในแนวเดียวกัน	1 (0.5)	5 (2.7)	25 (13.7)	97 (53.0)	55 (30.1)	4.09	0.76	มาก
ทีมงานพัฒนาคุณภาพต้องมี อิสระในการปฏิบัติงาน	-	11 (6.0)	46 (25.7)	89 (48.6)	36 (19.7)	3.82	0.81	มาก
รวม						3.94	0.62	มาก

จากตารางที่ 4.15 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับรู้
ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านบริหาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{X} = 2.60$) รายข้อที่เป็นปัญหามากที่สุด ได้แก่ ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพของ PCU ตามแผน

ทุกชั้นตอนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.81$)

ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคด้านบริหาร พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความคิดเห็นด้วยต่อการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านบริหาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$) รายชื่อที่มีระดับความคิดเห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทุกระดับต้องมีแนวคิดพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในแนวเดียวกันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.09$)

ตารางที่ 4.16 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบุคลากร (n = 183)

ด้านบุคลากร	ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา					\bar{X}	S.D.	ระดับ ความเห็น
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
ปัญหาอุปสรรค								
ได้รับการมอบหมายให้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสม	13 (7.1)	66 (36.1)	90 (49.1)	12 (6.6)	2 (1.1)	2.58	0.76	ปานกลาง
PCU, สอ.มีเจ้าหน้าที่เต็มตามกรอบอัตรากำลัง	28 (15.3)	44 (24.0)	64 (35.0)	39 (21.3)	8 (4.4)	2.75	1.08	ปานกลาง
ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพควรได้รับรางวัลเป็นกรณีพิเศษ	6 (3.3)	20 (10.9)	41 (22.6)	69 (37.7)	46 (25.5)	3.70	1.06	มาก
รวม						3.02	0.59	ปานกลาง

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ด้านบุคลากร	ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา						ระดับ ความเห็น
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	\bar{X} S.D.	
แนวทางแก้ไขปัญหา							
บรรจุบุคลากรให้ครบตามกรอบอัตรากำลัง	1 (0.5)	3 (1.6)	18 (9.8)	67 (36.6)	94 (51.5)	4.36 0.78	มาก
เจ้าหน้าที่ PCU ต้องรับทราบแนวทางการพัฒนาคุณภาพ	-	6 (3.3)	17 (9.3)	73 (39.9)	87 (47.5)	4.31 0.77	มาก
ทุกคน							
การย้ายบุคลากรต้องดูแลเสียการพัฒนาคุณภาพด้วย	1 (0.5)	6 (3.3)	39 (21.3)	71 (38.8)	66 (36.1)	4.06 0.86	มาก
รวม						4.24 0.67	มาก

จากตารางที่ 4.16 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ รับรู้ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.02$) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้รับรู้ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิด้านบุคลากรมากที่สุดคือ ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพควรได้รับรางวัลเป็นกรณีพิเศษอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.70$)

ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคด้านบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.24$) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความเห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านบุคลากรมากที่สุด คือ ควรมีการบรรจุบุคลากรให้ครบตามกรอบอัตรากำลังของสถานบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.36$)

ตารางที่ 4.17 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการ
พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่
ด้านงบประมาณ (n = 183)

ด้านงบประมาณ	ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา						ระดับ ความเห็น	
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	\bar{X} S.D.		
ปัญหาอุปสรรค								
PCUหรือ สถานีอนามัย มีวัสดุ ครุภัณฑ์ ครบ ตามเกณฑ์	8 (4.8)	43 (23.8)	95 (51.9)	29 (15.9)	6 (3.6)	2.90 0.83		ปานกลาง
องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น(อปท)ควรสนับสนุน งบประมาณทุกปี	24 (5.5)	56 (32.4)	75 (53.5)	21 (5.3)	6 (3.3)	2.60 0.96		ปานกลาง
PCU,สอ.ได้รับงบ ประมาณพัฒนาพอเพียง	13 (6.5)	48 (26.6)	89 (49.9)	30 (15.9)	2 (1.1)	2.78 0.84		ปานกลาง
รวม						2.77 0.58		ปานกลาง
แนวทางการแก้ไข ปัญหา								
องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น(อปท.) มีส่วน ร่วมจัดสรรงบประมาณ พัฒนาคุณภาพ	4 (2.2)	9 (4.9)	47 (21.7)	72 (47.3)	51 (23.9)	3.85 0.95		มาก
การเบิกจ่ายงบประมาณ เบิกจ่ายได้ทันเวลา	1 (0.5)	23 (12.6)	62 (33.9)	59 (32.2)	38 (20.8)	3.60 0.97		ปานกลาง
ควรจัดงบประมาณให้ พอกับความต้องการ สถานบริการแต่ละแห่ง	1 (0.5)	7 (3.8)	42 (23.0)	83 (45.7)	50 (27.4)	3.95 0.84		มาก
รวม						3.80 0.72		มาก

จากตารางที่ 4.17 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับรู้ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านงบประมาณโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.77$) เรื่องที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับรู้ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านงบประมาณมากที่สุด คือ PCU หรือสถานีอนามัยมีวัสดุครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ครบตามเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.90$)

ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความเห็นด้วยกับแนวทางการแก้ไขปัญหาการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านงบประมาณโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความเห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคด้านงบประมาณมากที่สุด คือ ควรจัดงบประมาณให้พอกับความต้องการของสถานบริการแต่ละแห่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$)

ตารางที่ 4.18 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านการทำงานเป็นทีม ($n = 183$)

ด้านการทำงานเป็นทีม	ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา					\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
ปัญหาอุปสรรค								
ทีมงานพัฒนาคุณภาพนำ	24	59	81	19	-	2.51	0.85	ปานกลาง
ปัญหาPCU,สอ.กำหนด	(13.1)	(32.2)	(44.3)	(10.4)				
ทิศทางการพัฒนาทุกครั้ง								
ทีมพัฒนาคุณภาพชี้แจง	8	36	101	38	-	2.92	0.75	ปานกลาง
แนวทางการพัฒนา	(4.4)	(19.7)	(55.2)	(20.7)				
แก้ไขหรือข่ายเสมอๆ								
รวม						2.72	0.63	ปานกลาง

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

ด้านการทำงานเป็นทีม	ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา					\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
แนวทางการแก้ไขปัญหา								
ทีมงานทุกคนต้องมีแนวคิดพัฒนาคุณภาพ	3	38	87	55	-	4.06	0.75	มาก
ในแนวทางเดียวกัน								
ทีมพัฒนาคุณภาพต้องมีความรู้เรื่องพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดีและแก้ไขปัญหาคได้	4	36	93	50	-	4.03	0.74	มาก
รวม						4.04	0.69	มาก

จากตารางที่ 4.18 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับรู้ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านการทำงานเป็นทีมโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72$) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับรู้ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านการทำงานเป็นทีมมากที่สุดคือ ทีมพัฒนาคุณภาพควรชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพแก่เครือข่ายอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.92$)

ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความเห็นด้วยกับแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านการทำงานเป็นทีม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$) เรื่องที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความเห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านการทำงานเป็นทีมมากที่สุดคือ ทีมงานพัฒนาคุณภาพทุกคนต้องมีแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในแนวทางเดียวกันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$)

ตารางที่ 4.19 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและและแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรค
การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่
ด้านการสื่อสาร (n = 183)

ด้านการสื่อสาร	ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา					\bar{X}	S.D.	ระดับ ความ คิดเห็น
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
การประสานงานระหว่าง PCUหรือ สอ.กับจังหวัด ประสานงานได้ทุกครั้ง	12 (6.6)	35 (19.1)	119 (65.1)	16 (8.7)	1 (0.5)	2.77	0.71	ปานกลาง
ทีมงานพัฒนาคุณภาพของ จังหวัดให้คำแนะนำการ พัฒนาได้ชัดเจนทุกเรื่อง	3 (1.6)	34 (18.7)	117 (63.9)	28 (15.8)	1 (0.5)	2.94	0.65	ปานกลาง
มีการประชาสัมพันธ์ การ พัฒนาคุณภาพให้ชุมชน ได้รับทราบอย่างสม่ำเสมอ	10 (5.5)	47 (25.7)	90 (49.5)	32 (17.8)	3 (1.6)	2.84	0.83	ปานกลาง
รวม						2.85	0.51	ปานกลาง
แนวทางการแก้ไขปัญหา เมื่อเกิดปัญหาการพัฒนา คุณภาพต้องประสานงาน ทีมจังหวัดและอำเภอได้	2 (1.1)	24 (13.1)	62 (33.9)	75 (41.0)	20 (10.9)	3.47	0.89	ปานกลาง
เจ้าหน้าที่ต้องชี้แจงให้ แนวทางการพัฒนาคุณภาพ ให้ประชาชนทราบเสมอ	-	10 (5.5)	39 (21.3)	104 (56.8)	30 (16.4)	3.84	0.75	มาก
ต้องมีแผนประชาสัมพันธ์ ให้ชุมชนได้รับรู้ปัญหา	5 (2.6)	38 (20.8)	100 (55.7)	37 (20.2)	3 (1.6)	3.93	0.72	มาก
รวม						3.67	0.65	มาก

จากตารางที่ 4.19 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับรู้ปัญหา
อุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{X} = 2.85$) เรื่องที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับรู้ปัญหาอุปสรรคการ
พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านการสื่อสารมากที่สุดคือ ทีมงานพัฒนาคุณภาพของจังหวัดให้

คำแนะนำ การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพให้ชัดเจนทุกเรื่องอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$) ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านการสื่อสารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ มีความเห็นด้วยกับแนวทางการแก้ไขปัญหการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.67$) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความเห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านการสื่อสารมากที่สุด คือ ต้องมีแผนประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนรับรู้ปัญหาการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.93$)

ตารางที่ 4.20 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรค การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ด้านการมีส่วนร่วม (n = 183)

ด้านการมีส่วนร่วม	ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา					\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
ปัญหาอุปสรรค								
ได้เชิญผู้นำชุมชนเข้าร่วม	32	77	60	23	15	2.29	0.84	น้อย
ทำแผนพัฒนาคุณภาพ PCU ทุกครั้ง	(16.5)	(36.2)	(30.8)	(8.3)	(8.2)			
เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วม								
เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วม	13	50	68	47	4	2.88	0.94	ปานกลาง
ทำแผนพัฒนาทุกครั้ง	(7.1)	(27.3)	(37.5)	(25.9)	(2.2)			
นำปัญหาอุปสรรคพัฒนาคุณภาพเข้าวาระประชุมประจำเดือนเสมอๆ								
นำปัญหาอุปสรรคพัฒนาคุณภาพเข้าวาระประชุมประจำเดือนเสมอๆ	12	42	80	46	2	2.91	0.88	ปานกลาง
	(6.6)	(23.1)	(43.7)	(25.4)	(1.1)			
รวม	57	169	208	106	6	2.69	0.63	ปานกลาง

ตารางที่ 4.20 (ต่อ)

ด้านการมีส่วนร่วม	ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา					\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
แนวทางการแก้ไขปัญหา								
ต้องประชาสัมพันธ์ให้	1	9	45	107	21	3.75	0.74	มาก
ประชาชนรู้การพัฒนา	(0.5)	(4.9)	(24.6)	(58.5)	(11.5)			
คุณภาพเป็นระยะๆ								
ต้องให้ผู้นำชุมชน เช่น	2	3	43	103	32	3.87	0.74	มาก
นายก อบต. กำนัน ฯลฯ	(1.1)	(1.6)	23.5)	(56.3)	(17.5)			
เป็นคณะกรรมการพัฒนา								
เจ้าหน้าที่กับผู้นำชุมชน	1	8	42	96	36	3.86	0.79	มาก
ต้องร่วมกันแก้ไขพัฒนาคุณภาพทุกครั้ง	(0.5)	(4.4)	(23.0)	(52.5)	(19.6)			
รวม						3.83	0.63	มาก

จากตารางที่ 4.20 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับรู้ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.69$) เรื่องที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับรู้ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ มีการนำปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพเข้าวาระประชุมประจำเดือนอย่างสม่ำเสมอ ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.91$)

ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านการมีส่วนร่วมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความเห็นด้วยกับแนวทางการแก้ไขปัญหโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.83$) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความเห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ ต้องให้ผู้นำชุมชน เช่น นายก อบต. กำนัน ฯลฯ ร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$)

ตารางที่ 21 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรค
การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่
ด้านแรงจูงใจ (n = 183)

ด้านแรงจูงใจพัฒนา คุณภาพ	ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทาง การแก้ไขปัญหาอุปสรรค						ระดับ ความ คิดเห็น	
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	\bar{X}		S.D.
	ปัญหาอุปสรรค							
ผู้ที่รับผิดชอบงานพัฒนา คุณภาพควรได้รับการ พิจารณาความดีความชอบ	3 (1.6)	5 (2.7)	46 (25.1)	87 (47.5)	42 (23.1)	3.87	0.85	มาก
ที่मितเหตุทุกระดับควรให้ คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติมาก กว่าการจับผิด	-	-	30 (16.4)	66 (36.1)	87 (47.5)	4.31	0.73	มาก
ผู้พัฒนาคุณภาพสามารถ ตัดสินใจเลือกกลยุทธ์ พัฒนาคุณภาพได้	2 (1.1)	8 (4.4)	37 (20.2)	99 (54.1)	37 (20.2)	4.11	1.09	มาก
รวม						4.10	1.25	มาก
แนวทางการแก้ไขปัญหา								
การพิจารณาความดีความ ชอบให้นำผลการพัฒนา คุณภาพพิจารณาด้วย	4 (2.2)	3 (1.6)	27 (14.8)	91 (49.7)	58 (31.7)	4.07	0.85	มาก
ที่मितผลงานทุกระดับต้อง ให้คำแนะนำมากกว่าการ จับผิด	3 (1.6)	1 (0.5)	24 (13.1)	72 (39.4)	83 (45.4)	4.26	0.83	มาก
รวม						4.16	0.70	มาก

จากตารางที่ 4.21 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับรู้ปัญหา
อุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก
($\bar{X} = 4.10$) เรื่องที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับรู้ปัญหาอุปสรรคการ
พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพมากที่สุด คือ ที่मितเหตุทุกระดับควรให้

คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติมากกว่าการจับผิดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$)

ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่
 สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความเห็นด้วยกับแนวทางการแก้ไขปัญห โดยภาพรวม
 อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความเห็นด้วย
 ต่อแนวทางการแก้ไขปัญหอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ
 มากที่สุด คือ ทีมนิเทศทุกระดับควรให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ
 มากกว่าการไปจับผิดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.26$)

ตารางที่ 4.22 ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหอุปสรรคการพัฒนา
 คุณภาพบริการสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่
 ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ (n = 183)

ด้านความมุ่งมั่นพัฒนา คุณภาพ	ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา					\bar{X}	S.D.	ระดับ ความ คิดเห็น
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
ปัญหาอุปสรรค								
ทีมพัฒนาคุณภาพได้ทำการ วิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งและ โอกาส ก่อนพัฒนาทุกครั้ง	23 (12.6)	77 (42.3)	70 (38.5)	12 (6.6)	-	2.39	0.79	ปานกลาง
หัวหน้าPCU, หัวหน้าสอ. ได้ ร่วมปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ เป็นแบบอย่างที่ดีเสมอ	25 (13.7)	48 (26.2)	93 (50.8)	15 (8.2)	2 (1.1)	2.56	0.86	ปานกลาง
ทีมพัฒนาคุณภาพได้ร่วมกัน ประเมินความก้าวหน้า การ พัฒนาคุณภาพตามแผนเสมอๆ	5 (2.7)	52 (28.5)	91 (49.7)	31 (16.9)	4 (2.2)	2.87	0.79	ปานกลาง
รวม						2.60	0.57	ปานกลาง

ตารางที่ 4.22 (ต่อ)

ด้านความมุ่งมั่นพัฒนา คุณภาพ	ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา					\bar{X}	S.D.	ระดับความ คิดเห็น
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
แนวทางการแก้ไขปัญหา								
มอบหมายงานให้ตรงกับ ความรู้ความสามารถผู้ ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ	1 (0.5)	1 (0.5)	32 (17.5)	107 (58.5)	42 (23.0)	4.02	0.69	มาก
ควรให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติ งานได้ตามเป้าหมาย เช่น การเลื่อนขั้นพิเศษ เป็นต้น	3 (1.6)	4 (2.2)	41 (22.4)	92 (50.3)	43 (23.5)	3.91	0.81	มาก
ทำการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งและโอกาสก่อน การพัฒนาทุกครั้ง	1 (0.5)	1 (0.5)	27 (14.8)	102 (55.7)	52 (28.5)	4.10	0.70	มาก
รวม						4.01	0.67	มาก

จากตารางที่ 4.22 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับรู้ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้รับรู้ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านความมุ่งมั่นมากที่สุดคือ ทีมพัฒนาคุณภาพได้ร่วมกันประเมินความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพตามแผนเสมอๆอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$)

ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความเห็นด้วยกับแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีความเห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพมากที่สุดคือ การวิเคราะห์หาจุดอ่อน จุดแข็งและโอกาสก่อนการพัฒนาคุณภาพทุกครั้งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$)

ตารางที่ 4.23 สรุประดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่
ต่อปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ โดยภาพรวม

ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรค	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านบริหาร	2.60	0.52	ปานกลาง
ด้านบุคลากร	3.02	0.59	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	2.77	0.58	ปานกลาง
ด้านการทำงานเป็นทีม	2.72	0.63	ปานกลาง
ด้านการสื่อสาร	2.85	0.51	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วม	2.69	0.63	ปานกลาง
ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ	4.10	1.25	มาก
ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ	2.60	0.57	ปานกลาง
รวม	2.92	0.65	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.23 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่มีความ
คิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} =$
2.92) โดยมีปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิ ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพมากที่สุด
อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$) รองลงมาปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิด้าน
บุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.02$) ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.85$)
ด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.77$) ด้านการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{X} = 2.72$) ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.69$) ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ
อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$) และด้านบริหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.24 สรุปโดยภาพรวมระดับความคิดเห็นของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาลุทธิการพัฒนาคูณภาพบริการสุขภาพ จากแบบสอบถามปลายปิด

ระดับความคิดเห็นต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาลุทธิการ	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านบริหาร	3.94	0.62	มาก
ด้านบุคลากร	4.24	0.67	มาก
ด้านงบประมาณ	3.80	0.72	มาก
ด้านการทำงานเป็นทีม	4.04	0.69	มาก
ด้านการสื่อสาร	3.76	0.65	มาก
ด้านการมีส่วนร่วม	3.83	0.63	มาก
ด้านแรงจูงใจพัฒนาคูณภาพ	4.16	0.70	ปานกลาง
ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคูณภาพ	4.01	0.67	มาก
รวม	3.97	0.67	มาก

จากตารางที่ 4.24 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่มีความคิดเห็นด้วยกับแนวทางการแก้ไขปัญหาลุทธิการพัฒนาคูณภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$) และมีความคิดเห็นด้วยกับแนวทางการแก้ไขปัญหาลุทธิการพัฒนาคูณภาพบริการสุขภาพด้านบุคลากรมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.24$) รองลงมา ได้แก่ ด้านแรงจูงใจพัฒนาคูณภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$) ด้านการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$) ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคูณภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$) ด้านบริหารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$) ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.83$) ด้านงบประมาณอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$) และด้านการสื่อสารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$) ตามลำดับ

สรุปผล การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (จากแบบสอบถามปลายปิด) ด้านบริหาร
ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านการสื่อสาร ด้านแรงจูงใจพัฒนา
คุณภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านความมุ่งมั่น
พัฒนาคุณภาพ

โดยภาพรวมของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ต่อการรับรู้ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ
อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.92$) โดยมีปัญหาอุปสรรค ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ มากที่สุด
อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$) รายชื่อที่มีปัญหาต่อการปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ ทีมนิเทศทุกระดับ
ควรให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติมากกว่าการจับผิดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$) รองลงมาปัญหา
อุปสรรค ด้านบุคลากร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.02$) รายชื่อที่มีปัญหาต่อการปฏิบัติมากที่สุด
ได้แก่ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพควรได้รับรางวัลเป็นกรณีพิเศษบ้าง เช่น เลื่อนขั้น
เงินเดือน ฯลฯ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.70$) ด้านการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.85$)
รายชื่อที่มีปัญหาต่อการปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ ต้องชี้แจงให้ประชาชนทราบแนวทางการ
พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.85$) ด้านงบประมาณ อยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{X} = 2.77$) รายชื่อที่มีปัญหาต่อการปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ PCU หรือสถานีอนามัยมี วัสดุ
ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ครบตามเกณฑ์ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.90$) ด้านการทำงานเป็นทีม อยู่ใน
ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72$) รายชื่อที่มีปัญหาต่อการปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ ทีมพัฒนาคุณภาพมี
การประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระหว่างเครือข่ายเสมอ ๆ อยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 2.92$) ด้านการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.69$) รายชื่อที่มีปัญหา
ต่อการปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ มีการนำปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพเข้าวาระการประชุม
ประจำเดือนเสมอๆอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.91$) ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ อยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$) รายชื่อที่มีปัญหาต่อการปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ ทีมพัฒนาคุณภาพได้
ร่วมกันประเมินความก้าวหน้าพัฒนาคุณภาพตามแผนเสมอๆอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$)
และ ด้านบริหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$) รายชื่อที่มีปัญหาต่อการปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่

ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพของ PCU ตามแผนทุกขั้นตอนมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.81$) ตามลำดับ

สรุปผล การวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการ
 สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (จากคำถาม
 ปลายปิด) ด้านบริหาร ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านการสื่อสาร
 ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพด้านการมีส่วนร่วม ด้านการทำงานเป็นทีม
 และด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ

โดยภาพรวมของผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ต่อแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$) และมีระดับความคิดเห็นต่อแนวทางการแก้ไขปัญหา ด้านบุคลากร มากที่สุดอยู่ในระดับมาก
 ($\bar{X} = 4.24$) เห็นด้วยมากที่สุด คือ ควรมีการบรรจุบุคลากรให้ครบ ตามกรอบอัตรากำลังของ
 สถานบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.36$) ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ อยู่ในระดับมาก
 ($\bar{X} = 4.16$) เห็นด้วยมากที่สุด คือ ทีมนิเทศงานทุกระดับต้องให้คำแนะนำมากกว่าการจับผิดอยู่ใน
 ระดับมาก ($\bar{X} = 4.26$) ด้านการทำงานเป็นทีม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$) เห็นด้วยมากที่สุด คือ
 ทีมงานทุกคนต้องมี แนวคิดพัฒนาคุณภาพในทางเดียวกันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$) ด้านความ
 มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.01$) เห็นด้วยมากที่สุดคือ การวิเคราะห์หา
 จุดอ่อน จุดแข็งและโอกาสก่อนการพัฒนาทุกครั้งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$) ด้านบริหาร อยู่ใน
 ระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$) เห็นด้วยมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ตั้งแต่ระดับหัวหน้าถึงระดับปฏิบัติทุกคน
 ต้องมีแนวคิดพัฒนาคุณภาพทิศทางเดียวกันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.09$) ด้านการมีส่วนร่วมพัฒนา
 คุณภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.83$) ที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ ต้องให้ผู้นำชุมชน เช่น นายก
 อบต. กำนัน ฯลฯ ร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$) ด้านงบประมาณ อยู่ใน
 ระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$) เรื่องที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ควรจัดงบประมาณให้พอกับความต้องการของ
 สถานบริการแต่ละแห่ง ๆ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$) ด้านการสื่อสาร อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$)
 เห็นด้วยมากที่สุดคือ ต้องมีแผนประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนได้รับรู้ปัญหาการพัฒนาคุณภาพอย่าง
 สม่ำเสมออยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.93$)

ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (จากแบบสอบถามแบบปลายเปิด)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากแบบสอบถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดจำนวน 183 ฉบับ มีผู้ตอบแบบสอบถามปลายเปิดจำนวน 65 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 35.51 ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์เนื้อเรื่อง (Content Analysis) เพื่อหาค่าความถี่ของความคิดเห็นและได้จำแนกปัญหาอุปสรรคจากแบบสอบถามออกเป็น 8 ด้าน คือ ด้านบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านวิชาการ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการสื่อสาร ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านแรงจูงใจ นำเสนอตามตารางที่ 4.25 ดังนี้

ตารางที่ 4.25 ปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากแบบคำถามปลายเปิด

ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านบริหารจัดการ		
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่ตรงความรู้ความสามารถ	3	1.68
ระเบียบรายงานมากเกินไป	3	1.68
งานในหน้าที่มีมาก	4	2.23
ขาดการประเมินผล	6	3.35
ขาดการนำปัญหาามาแก้ไขร่วมกัน	4	2.23
ผู้บริหารระดับจังหวัดระดับอำเภอให้ความสำคัญน้อย	4	2.23
สายการปฏิบัติงานของ PCU และสถานีอนามัยต่างสายการบังคับบัญชา	2	1.12
ด้านปัญหา		
ได้นำปัญหาเสนอต่ออำเภอ – จังหวัด แต่ไม่ได้รับการแก้ไข	1	0.56
นโยบายดำเนินการไม่ต่อเนื่อง - ชัดเจน	3	1.68
การพัฒนาไม่ครอบคลุมสถานบริการ	2	1.12
งานจรมีมาก	4	2.23
รวม	36	20.11

ตารางที่ 4.25 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านงบประมาณ		
งบประมาณล่าช้า ขึ้นตอนมาก	5	2.79
งบประมาณค้างอยู่โรงพยาบาล CUP นานเกินไป	5	2.79
งบประมาณไม่เพียงพอ	8	4.47
ขาดการสนับสนุนจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	4	2.23
งบประมาณไม่ต่อเนื่อง	5	2.79
รวม	27	15.07
ด้านบุคลากร		
บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อย	6	3.35
เจ้าหน้าที่ของ PCU มีจำนวนน้อยกว่าของสถานีนอมนัยทั่วไป	2	1.12
เจ้าหน้าที่ขาดจิตสำนึกในการพัฒนาศักยภาพตนเอง	3	1.68
รวม	11	6.15
ด้านวิชาการ		
เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพ	8	4.47
PCU ไม่ถ่ายทอดความรู้การพัฒนาคุณภาพให้กับ สอ.เครือข่าย	7	3.91
ขาดทักษะในการปฏิบัติงาน	4	2.23
ผู้นิเทศบางคนไม่มีความรู้ความเข้าใจงาน	3	1.67
ขาดการจัดการฝึกอบรมความรู้ให้เจ้าหน้าที่	8	4.47
มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน	2	1.12
นวัตกรรม เช่น Family Folder เป็นต้น ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน	2	1.12
สถานีนอมนัยขาดนักวิชาการ	2	1.12
เกณฑ์พัฒนาคุณภาพไม่นิ่ง	2	1.12
ไม่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	2	1.12
รวม	40	22.35

ตารางที่ 4.25 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการมีส่วนร่วม		
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ไม่เห็นความสำคัญปัญหาด้านสาธารณสุข	5	2.79
เจ้าหน้าที่บางคน ไม่เห็นความสำคัญ	5	2.79
เจ้าหน้าที่ขาดการมีส่วนร่วมในการการทำแผนพัฒนา	6	3.35
รวม	16	8.93
ด้านการสื่อสาร		
ชุมชนไม่ทราบแนวทางการพัฒนา	2	1.12
การประสานงานกับทีมของจังหวัด - อำเภอ ประสานได้ยาก	3	1.68
การประสานงานระหว่างหน่วยงานไม่ดี	3	1.68
การชี้แจงแนวทางไม่ชัดเจน - ต่อเนื่อง	5	2.79
ขาดเอกสารความรู้	2	1.12
ไม่ทราบขั้นตอนการพัฒนา	5	2.79
รวม	20	11.18
ด้านการทำงานเป็นทีม		
เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความร่วมมือ	4	2.23
การทำงานพัฒนาต่างคนต่างทำ	2	1.12
ระดับสถานีอนามัยไม่มีบรรยากาศการพัฒนา	1	0.56
ขาดการปฏิบัติงานเชิงรุก	2	1.12
ขาดการทำงานเป็นทีม	2	1.12
รวม	11	6.15
ด้านแรงจูงใจ		
ผู้บริหารระดับสูงไม่ให้ความสำคัญ	4	2.23
ขาดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน	2	1.12
การพัฒนาไม่มีความต่อเนื่อง	4	2.23
ไม่มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน	6	3.35
สถานีอนามัยที่พัฒนากับไม่พัฒนาไม่มีความแตกต่าง	2	1.12
รวม	18	10.05

จากตารางที่ 4.25 พบว่า ด้านที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการ
 สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่มากที่สุด ได้แก่ ปัญหาด้านวิชาการ
 มากที่สุดร้อยละ 22.35 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคด้านวิชาการมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาด
 ความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพ และขาดการจัดการฝึกอบรมความรู้ให้เจ้าหน้าที่ ร้อยละ
 4.47 เรื่อง PCU ไม่ถ่ายทอดความรู้การพัฒนาคุณภาพให้กับ สอ.เครือข่ายร้อยละ 3.91 รองลงมา
 มีปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
 จังหวัดแพร่ ด้านบริหารจัดการร้อยละ 20.11 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคด้านบริหารจัดการมากที่สุด
 ได้แก่ การขาดการประเมินผลร้อยละ 3.35 งานในหน้าที่มีมาก ขาดการนำปัญหามาแก้ไขร่วมกัน
 ผู้บริหารระดับจังหวัดระดับอำเภอให้ความสำคัญน้อย และงานจรมีมากร้อยละ 2.23 ปัญหาด้าน
 งบประมาณร้อยละ 15.07 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคด้านงบประมาณมากที่สุด ได้แก่ งบประมาณ
 ค่าเช่า ชั้นตอนมาก งบประมาณค้างอยู่โรงพยาบาล CUP นานเกินไป งบประมาณไม่ต่อเนื่อง
 ร้อยละ 2.79 ปัญหาด้านการสื่อสารร้อยละ 11.18 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคด้านการสื่อสารมาก
 ที่สุด ได้แก่ การชี้แจงแนวทางไม่ชัดเจนและต่อเนื่องร้อยละ 2.79 การประสานงานกับทีมของ
 จังหวัดและอำเภอ ประสานได้ยาก การประสานงานระหว่างหน่วยงานไม่ดีร้อยละ 1.68 ตามลำดับ
 ปัญหาด้านแรงจูงใจร้อยละ 10.06 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคด้านแรงจูงใจมากที่สุด ได้แก่
 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ไม่มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานร้อยละ 3.35
 ผู้บริหารระดับสูงไม่ให้ความสำคัญ การพัฒนาไม่มีความต่อเนื่องร้อยละ 2.23 ตามลำดับ ปัญหา
 ด้านการมีส่วนร่วมร้อยละ 8.93 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคด้านการมีส่วนร่วมมากที่สุด ได้แก่
 องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นไม่เห็นความสำคัญปัญหาด้านสาธารณสุขร้อยละ 2.79 องค์กรบริหาร
 ส่วนท้องถิ่นไม่เห็นความสำคัญปัญหาด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่บางคนไม่เห็นความสำคัญร้อยละ
 2.79 ตามลำดับ ปัญหาด้านการทำงานเป็นทีม เรื่อง ที่เป็นปัญหาอุปสรรคด้านการทำงานเป็นทีม
 มากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพร้อยละ 2.23
 การทำงานพัฒนาคุณภาพต่างคนต่างทำ ขาดการปฏิบัติงานเชิงรุก ขาดการทำงานเป็นทีมร้อยละ
 1.12 ตามลำดับ และปัญหาด้านบุคลากรร้อยละ 6.15 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร
 มากที่สุด ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อยร้อยละ 3.35 เจ้าหน้าที่ขาดจิตสำนึกในการ
 พัฒนาศักยภาพตนเองร้อยละ 1.68 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.26 สรุปโดยภาพรวมปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพ
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากแบบคำถามปลายเปิด

ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการ พัฒนาคุณภาพ	จำนวน คน	ร้อยละ
ด้านบริหารจัดการ	36	20.11
ด้านงบประมาณ	27	15.07
ด้านบุคลากร	11	6.15
ด้านวิชาการ	40	22.35
ด้านการมีส่วนร่วม	16	8.93
ด้านการสื่อสาร	20	11.18
ด้านการทำงานเป็นทีม	11	6.15
ด้านการจูงใจ	18	10.06
รวม	179	100

ตารางที่ 4.26 พบว่า โดยภาพรวมปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการ
พัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากแบบคำถามปลายเปิดปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุด
ได้แก่ ปัญหาด้านวิชาการร้อยละ 22.35 รองลงมาได้แก่ ปัญหาอุปสรรคด้านบริหารจัดการร้อยละ
20.11 ด้านงบประมาณร้อยละ 15.07 ด้านการสื่อสารร้อยละ 11.18 ด้านการจูงใจร้อยละ 10.06
ด้านการมีส่วนร่วมร้อยละ 8.93 และด้านบุคลากร ด้านการทำงานเป็นทีมร้อยละ 6.15 ตามลำดับ

แนวทางการแก้ไขปัญหาการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (จากแบบสอบถามแบบปลายเปิด)

ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ได้ตอบแบบสอบถาม
จำนวน 65 ฉบับ และให้ข้อคิดเห็นต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ
ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์เนื้อเรื่อง หาค่าความถี่ของความคิดเห็น ซึ่งได้จำแนกแนวทางการแก้ไข
ปัญหาออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ด้านบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านวิชาการ

ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการสื่อสาร ด้านแรงจูงใจและด้านการทำงานเป็นทีม นำเสนอ
ตามตารางที่ 4.27 ดังนี้

ตารางที่ 4.27 แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
จังหวัดแพร่

แนวทางการแก้ไขปัญหาพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ	จำนวนคน	ร้อยละ
ด้านบริหารจัดการ		
วางแผนพัฒนาคุณภาพให้ต่อเนื่อง	4	2.99
ลดปริมาณงาน เช่น ระเบียบรายงาน เป็นต้น	3	2.24
วางแผนการประเมินผลและปฏิบัติตามแผน	3	2.24
หัวหน้า PCU, สอ. ต้องมีความรู้การพัฒนาคุณภาพและรับผิดชอบ	2	1.49
จัดบุคลากรลงให้ครบตามกรอบ	5	3.74
ผู้บริหารระดับอำเภอต้องให้ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ	2	1.49
ผู้บริหารระดับอำเภอต้องรับรู้ปัญหาการพัฒนาคุณภาพ	2	1.49
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรจัดการประชุมเจ้าหน้าที่ในภาคบ่าย	1	0.74
การติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 เดือน	3	2.24
ผู้ประเมินควรแยกประเมินเป็นงานๆ ไม่ควรประเมินพร้อมกันเป็นทีม	1	0.74
รวม	26	19.40
ด้านงบประมาณ		
จัดงบประมาณให้พอเพียงกับความต้องการของแต่ละสถานบริการ	12	8.96
จังหวัดออกข้อกำหนดงบประมาณด้านสาธารณสุขให้ อปท.	1	0.74
เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการทำแผนงบประมาณ	5	3.74
รวม	18	13.44
ด้านบุคลากร		
จัดเจ้าหน้าที่ให้สมดุลกับประชากร	5	3.74
มีแผนการพัฒนาเจ้าหน้าที่ที่ชัดเจน	1	0.74
บรรจุแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ให้เต็มตามกรอบ	3	2.24
ให้สถานบริการจัดจ้างบุคลากรได้ตามงบประมาณ	1	0.74
จัดบุคลากรให้ตรงตามสายงาน	2	1.49

ตารางที่ 4.27 (ต่อ)

แนวทางการแก้ไขปัญหาพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ	จำนวนคน	ร้อยละ
จัดทันตภิบาลให้ครบทุก PCU	1	0.74
เจ้าหน้าที่ของ PCU ต้องมีจำนวนมากกว่าของ สอ.ทั่วไป	2	1.49
จัดสรรตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขให้ครบทุก สอ.	1	0.74
รวม	16	11.92
ด้านวิชาการ		
เจ้าหน้าที่ทุกระดับต้องมีวิทยุทัศนในแนวทางเดียวกัน	1	0.74
นวัตกรรมในการพัฒนาต้องเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด	2	1.49
กำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพให้ชัดเจน	4	2.99
จัดการฝึกอบรมให้ตรงตามความต้องการของเจ้าหน้าที่	5	3.74
ต้องมีการอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องแนวทางการพัฒนาคุณภาพทุกปี	4	2.99
ต้องทำการวิเคราะห์ปัญหาการพัฒนาคุณภาพทุกครั้งพัฒนา	2	1.49
แจ้งหัวข้อการพัฒนาคุณภาพให้เจ้าหน้าที่ทราบอย่างทั่วถึง	2	1.49
ควรให้เจ้าหน้าที่ของ สอ.เข้าร่วมการอบรมพัฒนาคุณภาพทุกครั้ง	4	2.99
รวม	24	17.92
ด้านการมีส่วนร่วม		
เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของ PCUหรือ สอ.	3	2.24
ให้ อปท.เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการทุกขั้นตอน	2	1.49
รวม	5	3.73
ด้านการสื่อสาร		
ต้องชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้รับรู้	6	4.48
ต้องมีผู้ประสานงานคุณภาพระดับอำเภอที่ชัดเจน	4	2.99
รวม	10	7.47
ด้านการทำงานเป็นทีม		
สร้างเครือข่าย เครือข่ายใช้เวทีแลกเปลี่ยน นำเสนอผลงาน	1	0.74
สร้างทีมสนับสนุน เพื่อให้คำสนับสนุนและช่วยเหลือ	1	0.74
ทีมพัฒนาคุณภาพของจังหวัด- อำเภอต้องชัดเจน	3	2.25
เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องเป็นทีมพัฒนาคุณภาพ	2	1.49
รวม	7	5.22

ตารางที่ 4.27 (ต่อ)

แนวทางการแก้ไขปัญหาพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ	จำนวนคน	ร้อยละ
ด้านแรงจูงใจ		
ให้ค่าตอบแทนเมื่อปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ	10	7.46
การพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนนำผลการปฏิบัติงานร่วมพิจารณาทุกครั้ง	12	8.96
ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติ	3	2.24
หัวหน้า PCU และ หัวหน้าสอ.ต้องมีความเสียสละและปฏิบัติเป็นตัวอย่าง	3	2.24
รวม	28	20.90

จากตารางที่ 4.27 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่ได้แสดงความคิดเห็นต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่มากที่สุด ได้แก่ ด้านแรงจูงใจร้อยละ 20.90 รองลงมา ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ร้อยละ 19.40 ด้านวิชาการร้อยละ 17.92 ด้านงบประมาณร้อยละ 13.44 ด้านบุคลากรร้อยละ 11.92 ด้านการสื่อสารร้อยละ 7.47 ด้านการทำงานเป็นทีมร้อยละ 5.22 ด้านการมีส่วนร่วมร้อยละ 3.73 ตามลำดับ ส่วนแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นว่าควรนำมาใช้เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหามากที่สุด ได้แก่ การพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนต้องนำผลการปฏิบัติงานเข้าร่วมพิจารณาทุกครั้ง และจัดงบประมาณให้พอเพียงกับความต้องการของแต่ละสถานบริการร้อยละ 8.96 รองลงมาได้แก่ การให้ค่าตอบแทนเมื่อปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ร้อยละ 7.46 และต้องชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้รับรู้ร้อยละ 4.49 มีการกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการให้ชัดเจน และต้องจัดการฝึกอบรมให้ตรงตามความต้องการของเจ้าหน้าที่ร้อยละ 3.74 ตามลำดับ ส่วนเรื่องที่เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการน้อยที่สุด ได้แก่ มีการสร้างทีมสนับสนุนเพื่อให้คำสนับสนุนและช่วยเหลือ มีการสร้างเครือข่ายและใช้เวทีแลกเปลี่ยนนำเสนอผลงาน เจ้าหน้าที่ทุกระดับต้องมีวิสัยทัศน์ในแนวทางเดียวกัน การให้สถานบริการจัดจ้างบุคลากรได้ มีการจัดทันตภิบาลให้ครบทุก PCU มีแผนการพัฒนาเจ้าหน้าที่ที่ชัดเจน เรื่อง จัดสรรตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขให้ครบทุกสถานีอนามัย ทีมพัฒนาคุณภาพจังหวัดควรออกข้อกำหนดงบประมาณด้านสาธารณสุขให้ อบต. ร้อยละ 0.74 รองลงมาได้แก่ เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องเป็นทีมพัฒนาคุณภาพ ให้ อบต. เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน นวัตกรรมหรือเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพต้องเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด ต้องทำการวิเคราะห์ปัญหาการพัฒนาคุณภาพทุกครั้ง แจ้งเรื่องการอบรมสัมมนาคุณภาพให้

เจ้าหน้าที่ที่ทราบอย่างทั่วถึง, จัดบุคลากรให้ตรงตามสายงาน, หัวหน้า PCU หัวหน้าสถานีอนามัย ต้องมีความรู้การพัฒนาคุณภาพและมีความรับผิดชอบ ผู้บริหารระดับอำเภอต้องให้ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ ผู้บริหารระดับอำเภอต้องรับรู้ปัญหาการพัฒนาและสามารถแก้ไขปัญหาได้ และเจ้าหน้าที่ของ PCU จะต้องมีจำนวนมากกว่าของสถานีอนามัยทั่วไปร้อยละ 1.49 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.28 สรุปโดยภาพรวมแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากแบบคำถามปลายเปิด

แนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ	จำนวน คน	ร้อยละ
ด้านบริหารจัดการ	26	19.40
ด้านงบประมาณ	18	13.44
ด้านบุคลากร	16	11.92
ด้านวิชาการ	24	17.92
ด้านการมีส่วนร่วม	5	3.73
ด้านการสื่อสาร	10	7.47
ด้านการทำงานเป็นทีม	7	5.22
ด้านแรงจูงใจ	28	20.90
รวม	134	100

ตารางที่ 4.28 สรุปโดยภาพรวมแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากแบบคำถามปลายเปิดพบว่า แนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค ด้านแรงจูงใจเป็นแนวทางที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่เห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 20.90 รองลงมา ได้แก่ แนวทางแก้ไขปัญหา ด้านบริหารจัดการร้อยละ 19.40 ด้านวิชาการร้อยละ 17.92 ด้านงบประมาณร้อยละ 13.44 ด้านบุคลากรร้อยละ 11.92 ด้านการสื่อสารร้อยละ 7.47 ด้านการทำงานเป็นทีมร้อยละ 5.22 และด้านการมีส่วนร่วมร้อยละ 3.73 ตามลำดับ

**สรุปผล การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
จังหวัดแพร่ ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่
จากแบบสอบถามปลายเปิด คือ**

ปัญหาด้านวิชาการ เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่มากที่สุดร้อยละ 22.35 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพร้อยละ 4.47 **ปัญหาด้านบริหารจัดการ** คิดเป็นร้อยละ 20.11 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ ขาดการติดตามประเมินผลร้อยละ 3.35 **ปัญหาด้านงบประมาณ** คิดเป็นร้อยละ 15.07 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ งบประมาณไม่เพียงพอร้อยละ 4.47 **ปัญหาด้านการสื่อสาร** คิดเป็นร้อยละ 11.18 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ การชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพไม่ชัดเจนและต่อเนื่องร้อยละ 2.79 **ปัญหาด้านแรงจูงใจ** คิดเป็นร้อยละ 10.06 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ไม่มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานร้อยละ 3.35 **ปัญหาด้านการมีส่วนร่วม** คิดเป็นร้อยละ 8.93 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นไม่เห็นความสำคัญปัญหาด้านสาธารณสุขร้อยละ 2.79 **ปัญหาด้านบุคลากร** คิดเป็นร้อยละ 6.15 เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อยร้อยละ 3.35 และ**ปัญหาด้านการทำงานเป็นทีม** คิดเป็นร้อยละ 6.15 เรื่องที่เป็นปัญหามากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพร้อยละ 2.23 ตามลำดับ

**สรุปผล การวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่
จากแบบสอบถามปลายเปิด**

แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรค **ด้านแรงจูงใจ** เป็นแนวทางที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ให้ความคิดเห็นว่าเป็นแนวทางที่จำเป็นมากที่สุดร้อยละ 20.90 เรื่องที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ การพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนต้องนำผลการปฏิบัติงานร่วมพิจารณาทุกครั้งร้อยละ 8.96 **ด้านบริหารจัดการ** คิดเป็นร้อยละ 19.40 เรื่องที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ จัดบุคลากรลงให้ครบตามกรอบอัตรากำลังร้อยละ 3.74 **ด้านวิชาการ** คิดเป็นร้อยละ 17.92 เรื่องที่เห็นด้วย

มากที่สุด คือ จัดการฝึกอบรมให้ตรงตามความต้องการของเจ้าหน้าที่ร้อยละ 3.73 ด้าน **งบประมาณ** คิดเป็นร้อยละ 13.43 เรื่องที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ จัดงบประมาณให้พอเพียงกับความ ต้องการของแต่ละสถานบริการร้อยละ 8.96 ด้าน**บุคลากร** คิดเป็นร้อยละ 11.92 เรื่องที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ จัดเจ้าหน้าที่ให้สอดคล้องกับจำนวนประชากรร้อยละ 3.73 ด้าน**การสื่อสาร** คิดเป็นร้อยละ 7.47 เรื่องที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ต้องชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้รับรู้ร้อยละ 4.48 ด้าน**การทำงานเป็นทีม** คิดเป็นร้อยละ 5.22 เรื่องที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ทีมพัฒนาคุณภาพของจังหวัดและอำเภอต้องชัดเจนและแจ้งให้ PCU และ สถานีอนามัยรับรู้ด้วยร้อยละ 2.24 และ**ด้านการมีส่วนร่วม** คิดเป็นร้อยละ 3.73 เรื่องที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพร้อยละ 2.24 ตามลำดับ

จากปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดแพร่ จากแบบสอบถาม “ปลายปิด” ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ผลการศึกษา ดังนี้

1) ปัญหาอุปสรรคด้านบริหาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$) เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคด้านบริหารมากที่สุด ได้แก่ ทีมพัฒนาคุณภาพได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ PCU หรือสถานีอนามัยตามแผนทุกชั้นตอนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.81$)

แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคด้านบริหาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$) เรื่องที่เห็นว่าเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตั้งแต่ระดับหัวหน้าถึงระดับปฏิบัติทุกคนต้องมีแนวคิดการพัฒนาคุณภาพในทิศทางเดียวกัน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.09$)

2) ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.02$) เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากรมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพควรได้รับรางวัลเป็นกรณีพิเศษบ้าง เช่น การเลื่อนขั้นเงินเดือน เงินค่าปฏิบัติงานล่วงเวลา ฯลฯ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.70$)

แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.24$) เรื่องที่เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ ต้องบรรจุบุคลากรให้ครบตามกรอบอัตรากำลังของ PCU หรือ สถานีอนามัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.36$)

3) ปัญหาอุปสรรคด้านงบประมาณ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.77$) เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคด้านงบประมาณมากที่สุด ได้แก่ PCU หรือสถานีอนามัย มีวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ครบตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.90$)

แนวทางการแก้ไขปัญหาคูสมรรถ พบว่า แนวทางแก้ไขปัญหาคูสมรรถการพัฒนาคุณภาพจังหวัดแพร่ ด้านงบประมาณโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$) เรื่องที่ใช้เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาคูสมรรถมากที่สุด ได้แก่ ต้องจัดงบประมาณให้พอกับความต้องการของสถานบริการแต่ละแห่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$)

4) ปัญหาคูสมรรถด้านการทำงานเป็นทีม โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72$) เรื่องที่เป็นปัญหาคูสมรรถด้านการทำงานเป็นทีมมากที่สุด ได้แก่ ทีมพัฒนาคุณภาพของ PCU มีการประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพระหว่างเครือข่ายเสมอ ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.92$)

แนวทางการแก้ไขปัญหาคูสมรรถ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$) เรื่องที่เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาคูสมรรถมากที่สุด ได้แก่ ทีมงานทุกคนต้องมีแนวคิดการพัฒนาคุณภาพในทิศทางเดียวกันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$)

5) ปัญหาคูสมรรถด้านการสื่อสาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.85$) เรื่องที่เป็นปัญหาคูสมรรถด้านการสื่อสารมากที่สุด ได้แก่ ทีมงานพัฒนาคุณภาพของจังหวัดให้คำแนะนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพได้ชัดเจนทุกเรื่องอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$)

แนวทางการแก้ไขปัญหาคูสมรรถ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$) เรื่องที่เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาคูสมรรถมากที่สุด ได้แก่ ต้องมีแผนการประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนได้รับรู้ปัญหาการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.93$)

6. ปัญหาคูสมรรถด้านการมีส่วนร่วม โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.69$) เรื่องที่เป็นปัญหาคูสมรรถด้านการมีส่วนร่วมมากที่สุด ได้แก่ มีการนำปัญหาคูสมรรถการพัฒนาคุณภาพเข้าวาระการประชุมประจำเดือนเสมอๆอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.91$)

แนวทางการแก้ไขปัญหาคูสมรรถ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.83$) เรื่องที่เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาคูสมรรถมากที่สุด ได้แก่ ต้องให้ผู้นำชุมชน เช่น นายก อบต. กำนัน ฯลฯ ร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$)

7) ปัญหาคูสมรรถด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$) เรื่องที่เป็นปัญหาคูสมรรถด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพมากที่สุด ได้แก่ ทีมนิเทศทุกระดับควรให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติมากกว่าการจับผิดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$)

แนวทางการแก้ไขปัญหาลดอุปสรรค โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$) เรื่องที่เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ ทีมนิเทศงานทุกระดับต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติมากกว่าการจับผิดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.26$)

8) ปัญหาลดอุปสรรคด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$) เรื่องที่เป็นปัญหาลดอุปสรรคด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพมากที่สุด ได้แก่ ทีมพัฒนาคุณภาพร่วมกันประเมินความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$)

แนวทางการแก้ไขปัญหาลดอุปสรรค โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$) เรื่องที่เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ ต้องทำการวิเคราะห์ จุดอ่อน จุดแข็ง และโอกาสก่อนการพัฒนาทุกครั้งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$)

จากปัญหาลดอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพจากแบบสอบถาม “ปลายเปิด” ผู้วิจัยได้นำเสนอความคิดเห็นของปัญหาลดอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ เป็น 8 ด้านเรียงตามลำดับ ดังนี้

1) ปัญหาลดอุปสรรคด้านด้านวิชาการ ร้อยละ 22.35 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาลดอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ การขาดการติดตามประเมินผลร้อยละ 3.35

2) ปัญหาลดอุปสรรคบริหารจัดการ ร้อยละ 20.11 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาลดอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ร้อยละ 4.45

3) ปัญหาลดอุปสรรคด้านงบประมาณ ร้อยละ 15.07 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาลดอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ งบประมาณไม่เพียงพอร้อยละ 4.45

4) ปัญหาลดอุปสรรคด้านสื่อสาร ร้อยละ 11.18 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาลดอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อยร้อยละ 3.35

5) ปัญหาลดอุปสรรคด้านการจูงใจ ร้อยละ 10.06 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาลดอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานร้อยละ 3.35

6) ปัญหาลดอุปสรรคด้านการมีส่วนร่วม ร้อยละ 8.93 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาลดอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เห็นความสำคัญของปัญหาด้านสาธารณสุข ร้อยละ 2.79

7) ปัญหาลดอุปสรรคด้านบุคลากร ร้อยละ 6.15 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาลดอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ ทีมพัฒนาคุณภาพของ PCU ไม่ถ่ายทอดความรู้และแนวทางการพัฒนาให้กับสถานีนอมนัยเครือข่าย และเรื่องเจ้าหน้าที่ไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพร้อยละ 2.23

8) ปัญหาอุปสรรคด้านการทำงานเป็นทีม ร้อยละ 6.15 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ การชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพไม่ชัดเจน และไม่มีความต่อเนื่อง และเรื่องเจ้าหน้าที่ไม่ทราบขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ร้อยละ 2.79

ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ จากแบบสอบถาม “ปลายเปิด” ผู้วิจัยได้นำเสนอความคิดเห็นต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ออกเป็น 8 ด้านเรียงตามลำดับ ดังนี้

1) ด้านแรงจูงใจ ร้อยละ 20.89 พบว่า เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหามากที่สุด ได้แก่ การพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนต้องนำผลการปฏิบัติงานเข้าร่วมการพิจารณาทุกครั้ง ร้อยละ 8.95

2) ด้านบริหารจัดการ ร้อยละ 19.40 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหามากที่สุด ได้แก่ ให้มีการดำเนินการวางแผนพัฒนาคุณภาพให้ต่อเนื่อง และมีการจัดบุคลากรให้ครบตามกรอบอัตรากำลังของสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 2.99

3) ด้านวิชาการ ร้อยละ 17.92 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหามากที่สุด ได้แก่ มีการกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU และสถานีนอมนัยให้ชัดเจน ร้อยละ 3.73

4) ด้านงบประมาณ ร้อยละ 13.43 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหามากที่สุด ได้แก่ ควรจัดงบประมาณให้พอเพียงกับความต้องการของแต่ละสถานบริการ ร้อยละ 8.95

5) ด้านบุคลากร ร้อยละ 11.92 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหามากที่สุด ได้แก่ ต้องจัดสรรตำแหน่งเจ้าหน้าที่ให้สมดุลกับจำนวนประชากร ร้อยละ 3.73

6) ด้านการสื่อสาร ร้อยละ 7.47 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหามากที่สุด ได้แก่ ต้องมีการชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้รับรู้อย่างทั่วถึง ร้อยละ 4.48

7) ด้านการทำงานเป็นทีม ร้อยละ 5.22 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหามากที่สุด ได้แก่ ทีมพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัดและอำเภอต้องมีความชัดเจน ร้อยละ 2.24

8) ด้านการมีส่วนร่วม ร้อยละ 3.73 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขปัญหามากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 2.24

จากการวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากแบบสอบถาม “ปลายปิด” และแบบสอบถาม “ปลายเปิด” ดังกล่าวฯ ผู้วิจัยจึงสรุปปัญหาอุปสรรคและกำหนดกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ดังนี้

1) สรุปปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดแพร่

โดยในภาพรวมปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากแบบสอบถามปลายปิดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.92$) ผู้วิจัยได้สรุปปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากแบบสอบถาม “ปลายปิด” และ “ปลายเปิด” ออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

(1) การบริหารจัดการ ขาดการบริหารจัดการงบประมาณ และขาดการบริหารจัดการด้านบุคลากร

(2) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ขาดความรู้ด้านวิชาการเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ขาดแรงจูงใจการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ และขาดความมุ่งมั่นการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

(3) ด้านการสื่อสาร การสื่อสารไม่ชัดเจน ขาดการประชาสัมพันธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

(4) การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วม ทีมพัฒนาคุณภาพทุกระดับและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิต่างๆ ขาดการทำงานเป็นทีม และขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

2) สรุปกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่

โดยในภาพรวมแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากแบบสอบถามปลายปิดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$) ผู้วิจัยได้สรุปกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ จากแบบสอบถาม “ปลายปิด” และ “ปลายเปิด” ออกเป็น 4 กลยุทธ์ ดังนี้

(1) สร้างและพัฒนาความรู้การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เช่น

ก. การฝึกอบรม / การประชุม / สัมมนา

ข. การศึกษาดูงาน

ค. การจัดทำคู่มือการพัฒนาคุณภาพ

(2) พัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิ โดย

ก. สนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอ

ข. จัดสรรกำลังคนให้กับ PCU ให้เพียงพอ

ค. ขอสนับสนุนงบประมาณ จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

(3) สร้างแรงจูงใจ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดย

ก. ประกวด PCU ดีเด่น ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

ข. มอบรางวัลเกียรติยศ

ค. การพิจารณาความดีความชอบเป็นกรณีพิเศษ แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ระดับปฐมภูมิ

(4) สร้างการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ก. ประสานการดำเนินงาน กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

และองค์กรชุมชนในพื้นที่

ข. สร้างและพัฒนา ทีมพัฒนาคุณภาพของ PCU ทุกระดับ

ค. นิเทศติดตามประเมินผล ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ

จากทุกระดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เป็นการศึกษาาระยะสั้น (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลครั้งเดียว เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

1.1.2 เพื่อกำหนดกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) และสถานอนามัยจำนวน 337 คน ตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ทำการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 183 คน

1.2.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.9551 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำโดยผู้วิจัยและทีมงานได้กระจายแบบสอบถามให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดแพร่ พร้อมกับเก็บรวบรวมกลับคืนระหว่างวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2551 ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2551 และได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวนทั้งสิ้น 183 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 100 ของแบบสอบถาม

1.2.3 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงานคุณภาพ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระดับตำแหน่ง รายได้ครอบครัว และการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ โดยคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นด้านปัจจัยกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้แก่ การฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ การจูงใจพัฒนาคุณภาพและความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นด้านบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้แก่ ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร และด้านการมีส่วนร่วม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้แก่ ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วม ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ และด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 53 ข้อ และเป็นคำถามแบบปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percent) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ รายได้ต่อเดือนครอบครัว ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านคุณภาพ การฝึกอบรมด้านคุณภาพ และนำเสนอในรูปแบบตาราง

2) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้ คือ

(1) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้แก่ ด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ด้านการจูงใจการพัฒนาคุณภาพ นำเสนอในรูปแบบตาราง

(2) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบริหารจัดการ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วม นำเสนอในรูปแบบตาราง

(3) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ด้านบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วม ด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพและด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ นำเสนอในรูปแบบตาราง

3) ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิด นำมาวิเคราะห์เนื้อเรื่อง (Content Analysis) เพื่อจัดกลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย

2. ผลการวิจัย

การศึกษา ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ สรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป

2.1.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่ศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 61.7 และร้อยละ 38.3 ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี มากที่สุดร้อยละ 40.4 มีอายุรวมเฉลี่ย 38.36 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 72.7 และมีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 79.2 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ 1-2 ปี มากที่สุดร้อยละ 59.0 เฉลี่ยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานคุณภาพบริการสุขภาพ 3.89 ปี ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ คือ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 26.2 และดำรงตำแหน่งระดับ 5-6 มากที่สุดร้อยละ 63.4 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 25,000 บาทขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 38.3 และส่วนใหญ่ผ่านการอบรมกิจกรรม 5ส. มากที่สุดร้อยละ 34.23

2.1.2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72.7

2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

จังหวัดแพร่ ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.85$) ด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.19$) ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$) และด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.42$)

2.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

จังหวัดแพร่ ให้ความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่การพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.35$) แยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.73$) ด้านการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.19$) ด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$) ด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.78$) ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$) และด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$)

3. ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดแพร่

โดยภาพรวมปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (จากแบบสอบถามปลายปิด) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.92$) แยกปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพออกเป็นรายด้านพบปัญหา ดังนี้

3.1 การบริหารจัดการ ขาดการบริหารจัดการงบประมาณ และขาดการบริหารจัดการบุคลากร

3.2 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ขาดความรู้ด้านวิชาการเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ขาดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ และขาดความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

3.3 ด้านการสื่อสาร การสื่อสารไม่ชัดเจน ขาดการประชาสัมพันธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

3.4 การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วม ทีมพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพทุกระดับ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิขาดการทำงานเป็นทีม และขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

4. กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่

โดยภาพรวมแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (จากแบบสอบถามปลายปิด) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$) ผู้วิจัยได้กำหนด กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพออกเป็น 4 กลยุทธ์ ดังนี้

4.1 สร้างและพัฒนาความรู้การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เช่น

4.1.1 การฝึกอบรม/การประชุม/สัมมนา

4.1.2 การศึกษาดูงาน

4.1.3 การจัดทำคู่มือการพัฒนาคุณภาพ

4.2 พัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ โดย

4.2.1 สนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอ

4.2.2 จัดสรรกำลังคนให้กับ PCU ให้เพียงพอ

4.2.3 ขอสสนับสนุนงบประมาณ จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

4.3 สร้างแรงจูงใจ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดย

4.3.1 ประกวด PCU ดีเด่น (ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ)

4.3.2 มอบรางวัลเกียรติยศ

4.3.3 การพิจารณาความดีความชอบเป็นกรณีพิเศษ ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ

4.4 สร้างการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

4.4.1 ประสานการดำเนินงาน กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และองค์กรชุมชนในพื้นที่

4.4.2 สร้างและพัฒนา ทีมพัฒนาคุณภาพของ PCU ทุกระดับ

4.4.3 นิเทศติดตามประเมินผล ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ ทุกระดับ

5. การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายผลออกเป็น ดังนี้

5.1 การอภิปรายผลวิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวนทั้งสิ้น 183 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามที่ส่งไป ซึ่งอยู่ในระดับดีมากจากอัตราการตอบแบบสอบถามกลับคืนมาดังกล่าวมีความเพียงพอที่จะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลการวิจัยได้อย่างน่าเชื่อถือ สอดคล้องกับความคิดของนักวิจัยหลายท่านสอดคล้องกับบุญธรรม จิตต์อนันต์ (2540 : 92) ที่กล่าวว่าควรได้รับแบบสอบถามคืนกลับมาประมาณร้อยละ 75 ขึ้นไปจึงจะเป็นที่เชื่อถือได้เพราะได้รับกลับคืนมาถึง 3 ใน 4 ส่วนแล้วและสอดคล้องกับสิน พันธุ์พินิจ (2547: 217) ที่กล่าวว่าอัตราแบบสอบถามที่เพียงพอกับการวิเคราะห์และรายงานผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือควรมีตั้งแต่ร้อยละ 85 ขึ้นไป อีกทั้งในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยง โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.9551 ซึ่งอยู่ในระดับดีมากในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แสดงถึงความเคารพ ซึ่งสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ให้สิทธิแก่ผู้ตอบแบบสอบถามที่จะไม่ตอบและปฏิเสธการทำแบบสอบถามได้สามารถหยุดที่จะตอบได้ทุกเมื่อและไม่มีการระบุถึงชื่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใดที่สำคัญข้อมูลที่ตอบมาถือว่าเป็นความลับ จากภาพรวมทั้งหมดที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้จะมีความน่าเชื่อถือสูงมีความคาดเคลื่อนต่ำและกระทำอยู่บนหลักของการเคารพซึ่งเป็นสิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

5.2 การอภิปรายผลการวิจัยส่วนข้อมูลทั่วไป

5.2.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 111) และนันทวัน อัครนันท์กุล (2547: 37) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้ผู้วิจัยหลาย ๆ ท่านได้ให้เหตุผลว่าการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด และลักษณะงานที่ปฏิบัติส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง เพราะเพศหญิงจะมีความอดทนในงานฝีมือ และมีความประณีตละเอียดอ่อนมากกว่าเพศชาย มีบุคลิกภาพที่อ่อนนุ่ม

ซึ่งเพศหญิงมักจะประนีประนอมมากกว่าเพศชาย (นันทยา ชุ่มช่วย 2542: 107) อธิบายได้ว่าในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องใช้ความละเอียดอ่อน อดทนและเป็นการพัฒนาที่ต่อเนื่องใช้ระยะเวลา ดังนั้นเพศหญิงจึงมีความเหมาะสม

ในส่วนของอายุ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 31- 40 ปีมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 111) สอดคล้องกับการศึกษาของนันทวัน อัครนันท์กุล (2547: 37) และสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญราตรี ไชยแสง (2544: 54) ที่พบว่า อายุของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานในการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล ทั้งนี้เป็นเพราะศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU และสถานีอนามัยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งเพศชายและเพศหญิงปฏิบัติงานที่เป็นวัยทำงาน ซึ่งเป็นวัยที่มีความคิดเชิงเหตุผลมีความรับผิดชอบในหน้าที่การงานและเป็นวัยที่มีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการทำงาน จึงเหมาะสมกับงานบริการสุขภาพที่ต้องใช้ความอดทนและความละเอียดอ่อนแบบบูรณาการ

สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปีตมา ยิ้มพงศ์ (2542: 67) พบว่า สถานภาพการสมรสคู่จะมีแรงสนับสนุนจากครอบครัว และมีบุคคลที่จะช่วยลดแบ่งเบาปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ แตกต่างจากการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 111) นันทวัน อัครนันท์กุล (2547: 37) ขวัญราตรี ไชยแสง (2544: 54) ที่พบว่า สถานภาพการสมรสไม่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ระดับการศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของรติวัน พิสัยพันธ์ (2546: 126) รัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 111) อัมพร ฝอยทอง (2545: 27) นันทวัน อัครนันท์กุล (2547: 37) ที่พบว่า วุฒิการศึกษาเป็นปัจจัยที่ช่วยให้คนมีคุณภาพ บุคลากรที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจกับสิ่งแวดล้อม ได้ถูกต้องมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย ปัจจุบันมีการส่งเสริมการศึกษาอย่างเป็นระบบทั้งในระบบเปิดและระบบปิด จึงเป็นปัจจัยให้การวิจัยนี้ได้ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ที่มีความถูกต้อง ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานหรือประสบการณ์ทำงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานพัฒนาคุณภาพ 3- 4 ปีมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 112) ได้ศึกษาโครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า

บุคลากรส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานพัฒนาคุณภาพ 3-5 ปี มากที่สุด ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว เป็นช่วงระยะเวลาที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ เริ่มมีนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ นั่นเอง

ตำแหน่งในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ รัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 111) ได้ศึกษาโครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็น พยาบาลวิชาชีพ และแตกต่างจากการศึกษาของนันทวัน อัครนันท์กุล (2547: 39) ศึกษาผลกระทบ ทางสุขภาพจากนโยบายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต่อผู้ให้บริการสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจาก ช่วงที่เก็บข้อมูลมีโอกาสพบกับนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติงาน และนักวิชาการจะทำหน้าที่ จัดทำแผนงานโครงการ การตรวจสอบระบบรายงานต่าง ๆ จึงต้องอยู่ปฏิบัติงานในสถานบริการ เป็นส่วนใหญ่ และระดับตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งระดับ 5-6 มากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่จะได้รับการบรรจุเข้ารับ ราชการในระดับ 2-4 และ 3-5 ซึ่งระยะเวลาผ่านไปสามารถปรับเปลี่ยนระดับตำแหน่งให้สูงขึ้น ตามสายงานที่ปฏิบัติงานได้

รายได้ต่อเดือนของครอบครัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว 25,001 บาทขึ้นไป สามารถอธิบายได้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ซึ่งดำรงตำแหน่งระดับ 5-6 โดยส่วนมากเป็นคนในพื้นที่ดังนั้นรายได้ ต่อเดือนของครอบครัวที่ได้รับจึงมีความพอเพียงต่อการดำรงชีพ และไม่จำเป็นต้องมีปัญหาต่อการ ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่ผ่านการฝึกอบรม เรื่อง 5ส. มากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 75) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมเรื่อง 5ส. มากที่สุด สามารถ อธิบายได้ว่าส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ปฏิบัติตามนโยบาย 5ส. เพื่อใช้สำหรับพัฒนา คุณภาพของสถานบริการสาธารณสุขตามนโยบายของรัฐบาล เพื่อรองรับการใช้บริการสุขภาพ ของประชาชน ตามนโยบายของรัฐบาลที่ให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพร้อยละเก้าสิบ

5.2.2 ความรู้ความเข้าใจพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจการ พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่ มีความรู้ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 75) พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของจินดากร ศรีพระราม (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้ความเข้าใจของบุคลากรพยาบาลในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกรณีศึกษาโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในภาพรวมอยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพบริการยังไม่ครอบคลุม จึงมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ บริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

5.3 การอภิปรายผลการวิจัยส่วนของผลการศึกษา

5.3.1 ปัจจัยกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ด้านการฝึกอบรม พัฒนาคุณภาพ ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ และด้านการจูงใจพัฒนาคุณภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.85$) สอดคล้องการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 114) พบว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ปัจจัยการสนับสนุนอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ว่า ปัจจัยกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ เป็นปัญหาต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพตามทฤษฎีสององค์ประกอบของเฮร์เบิร์ต ที่กล่าวถึงความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความพอใจ และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลในองค์กรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (อ้างในดิเรก วัฒนา, 2547: 12-13) ดังนั้นกล่าวได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จะปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพได้ตามวัตถุประสงค์ จึงต้องได้รับความพึงพอใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจากผู้บริหารทุกระดับ

1) การฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ ในภาพรวมระดับความคิดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.19$) สอดคล้องการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 115) พบว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การฝึกอบรมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การฝึกอบรมด้านคุณภาพยังเป็นปัญหาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพและยังต้องการพัฒนาความรู้ความสามารถและรับการถ่ายทอดความรู้อย่างสม่ำเสมอจากทีมพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรี จันทนจุลกะ (2544: บทคัดย่อ) นภา รังสิเวโรจน์ (2544: บทคัดย่อ) และอารีรัตน์ เถกิงสรคันธ์ (2545: บทคัดย่อ) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ปานกลาง และไม่เข้าใจแนวคิดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสุเมธ ชำนิ (2546: บทคัดย่อ) พบว่า ปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ได้แก่ การขาดความรู้ในกระบวนการดำเนินงาน อธิบายได้ว่าทีมพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ จังหวัดแพร่ ได้ถ่ายทอดความรู้และแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ให้กับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ยังไม่ครอบคลุม จึงเป็นสาเหตุให้เจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ขาดความรู้และแนวทางการพัฒนาคุณภาพ

2) ความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่ ในภาพรวมระดับความคิดเห็น อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$) แตกต่างจากการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 114) พบว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพของผู้นำอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวมาศ เกื่อนนาคี (2545: บทคัดย่อ) ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคอย่างหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล คือเจ้าหน้าที่ขาดความมุ่งมั่นในการทำงาน สามารถอธิบายได้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับขวัญกำลังใจจากผู้บริหารทุกระดับ จึงเป็นสาเหตุให้การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

3) แรงจูงใจพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่ ในภาพรวมระดับความคิดเห็น อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.42$) ผลการวิจัยอธิบายได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ยังมีปัญหาด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริ จันทนจุลกะ (2544: บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรงานการพยาบาลผู้ช่วยกุมารเวชศาสตร์โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ปัญหาอุปสรรค คือเจ้าหน้าที่ขาดแรงจูงใจและสอดคล้องกับการศึกษาของเกษณี เอกสุวรรณ (2545: 50) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูน พบว่า ปัญหาอุปสรรค คือ การขาดแรงจูงใจสามารถอธิบายได้ว่า เจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้ปฏิบัติภารกิจประจำวันตามบทบาทหน้าที่ เท่านั้นไม่ได้ทุ่มเทให้กับการพัฒนาคุณภาพอย่างเต็มความสามารถ เนื่องจากขาดแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

5.3.2 ปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

1) ด้านบริหาร โดยภาพรวมระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ ด้านบริหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.19$) สามารถอธิบายผลการวิจัยได้ว่า การพัฒนาคุณภาพ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่มีปัญหาด้านบริหารสอดคล้องกรณีวัน พิสัยพันธ์ (2546: 29) ที่พบว่าการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองคาย มีปัญหาการบริหารงาน พบว่า การจัดระบบ งานไม่ชัดเจน และวิธีการทำงานของสถานีอนามัยเครือข่ายของ PCU ยังแยกกันทำงาน เนื่องจาก

การบริหารเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญ (นงนุช หลอมประโคน, 2546: 84) เพราะการวางแผนที่ดี มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพ มีการรวบรวมปัญหาใช้ในการวางแผน ตลอดจนมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง เช่น การประสานงานการประชุม เป็นต้น สิ่งที่เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีส่วนส่งเสริมมากที่สุด คือ การสนับสนุนของผู้บริหาร ซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจสามารถให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

2) *ด้านบุคลากร* โดยภาพรวมระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$) สามารถอธิบายได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาด้านบุคลากรในการพัฒนางานคุณภาพบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรี จันทนจุลกะ (2544: บทคัดย่อ) พบว่า ปัญหาด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ขาดความร่วมมือกับบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของรติวัน พิสัยพันธ์ (2546: 130) ที่พบว่าการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองคาย ขาดบุคลากร การกระจายบุคลากรไม่เหมาะสม ไม่เข้าใจบทบาทของตนเองอย่างชัดเจน โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543: 8) ได้กล่าวถึงการจัดองค์กรว่า เจ้าหน้าที่ทุกระดับรับทราบความรับผิดชอบของตนอย่างชัดเจนมีการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะตำแหน่งชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่รับทราบบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่สัมพันธ์กับเป้าหมายขององค์กร

3) *ด้านงบประมาณ* โดยภาพรวมระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.78$) แตกต่างจากการศึกษาของอัมพร ฝอยทอง (2545: บทคัดย่อ) ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของศูนย์สุขภาพชุมชน คือ สถานีอนามัยเสียค่าใช้จ่ายงบประมาณสูง สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 113) พบว่า งบประมาณไม่เพียงพอในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพไม่มีความคล่องตัวในการใช้งบประมาณ สอดคล้องกับการศึกษาของรติวัน พิสัยพันธ์ (2546: 120) ที่พบว่าการบริหารศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองคาย งบประมาณไม่เพียงพอ ขาดงบประมาณในการบริหารจัดการ สามารถอธิบายได้ว่างบประมาณเป็นปัญหาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ เนื่องจากงบประมาณที่ได้สำหรับใช้พัฒนาคุณภาพมีจำนวนจำกัดและได้จัดสรรให้ตามความเหมาะสม แต่ไม่เพียงพอต่อการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสุขภาพ การวางแผนงบประมาณเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดแนวทาง และการควบคุมการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ (ณัฐพันธ์ เขจรนนท์ และฉัตรยาพร เสมอใจ, 2547: 72)

4) *ด้านการทำงานเป็นทีม* โดยภาพรวมระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ ด้านการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.73$) สามารถอธิบายได้ว่า การทำงานเป็นทีมเป็นปัญหามากในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 114) พบว่า การทำงานเป็นทีมของกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอยู่ในระดับมาก เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ให้ความคิดเห็นว่าทีมงานพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัดและอำเภอ มีแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพร ฝอยทอง (2545: บทคัดย่อ) ที่พบว่า มีปัญหาอุปสรรคการทำงานเป็นทีมและสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวมาศ เกื่อนนาคี (2547: บทคัดย่อ) พบว่า ขาดการทำงานเป็นทีม

5) *ด้านการสื่อสาร* โดยภาพรวมระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ ด้านสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 115) พบว่า การพัฒนาโรงพยาบาลปัจจัยการสนับสนุนด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า การสื่อสารเป็นปัญหาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ให้ความคิดเห็นว่า ส่วนใหญ่รับทราบแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่ไม่ครบและครอบคลุม ทีมพัฒนาคุณภาพไม่ได้ประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพให้กับสถานบริการเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของเกษณี เอกสุวรรณ (2545: 50) พบว่า การสื่อสารไม่ชัดเจนต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรี จันทนจุลกะ (2544: บทคัดย่อ) ที่พบว่า การสื่อสารไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนไม่ต่อเนื่องจึงเป็นปัญหาต่อผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

6) *ด้านการมีส่วนร่วม* โดยภาพรวมระดับความคิดเห็นต่อบทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$) สามารถอธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นปัญหาของการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ได้แสดงความคิดเห็นไว้ว่าการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของ PCU เจ้าหน้าที่บางคนไม่ได้ร่วมปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: ง) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดการมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับการศึกษาของนภา รังสิเวโรจน์ (2544: บทคัดย่อ) พบว่า เจ้าหน้าที่ขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

5.3.3 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดแพร่ จากคำถามปลายเปิด

จากการศึกษาพบว่าโดยภาพรวมระดับความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพพระระดับปทุมภูมิจังหวัดแพร่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.92$) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 102) พบว่า ปัญหาการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แยกเป็นรายด้านดังนี้

1) **ปัญหาอุปสรรคด้านบริหาร** โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$) ส่วนปัญหาอุปสรรคที่พบ ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพ PCU ตามแผนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.81$) การติดตามประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.57$) และการนำข้อมูลสุขภาพ PCU ไปพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.41$) แตกต่างจากการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547:88) พบว่า ปัญหาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้านบริหารอยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายผลการวิจัยได้ว่า สถานบริการสุขภาพพระระดับปทุมภูมิจังหวัดแพร่ มีระบบการบริหารจัดการที่เป็นปัญหาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปทุมภูมิจังหวัดแพร่

แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคด้านบริหาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$) แนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับต้องมีแนวคิดการพัฒนาคุณภาพในทิศทางเดียวกันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.09$) เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมทำแผนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$) ทีมพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพมีอิสระในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.82$) สามารถอธิบายได้ว่า การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพพระระดับปทุมภูมิจังหวัดแพร่ จะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายได้ จะต้องใช้แนวทางดังกล่าวเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการพัฒนาบริการสุขภาพด้านบริหาร เพราะการบริหารเป็นหัวใจหลักของการพัฒนา ถ้าขาดการบริหารที่ดีการดำเนินการขององค์กรจะไม่ประสบความสำเร็จ

2) **ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร** โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.02$) สอดคล้องกับรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 112) พบว่า ปัญหาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาที่พบได้แก่ เจ้าหน้าที่ควรได้รับรางวัลเป็นกรณีพิเศษอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.70$) บุคลากรของ PCU ต้องเต็มตามกรอบอัตรากำลังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.75$) การมอบหมายงานต้องตรงตามความรู้ความสามารถ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.58$) สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรี จันทนจุลกะ (2544: บทคัดย่อ) พบว่า ปัญหาบุคลากรอยู่ในระดับกลาง ขาดความร่วมมือกับบุคลากร

แนวทางการแก้ไขปัญหาคาดบุคลการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.24$) แนวทางแก้ไขปัญหาได้แก่ บุคลการต้องครบตามกรอบอัตรากำลังอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.36$) เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$) การโยกย้ายเจ้าหน้าที่ควรดูผลดีและผลเสียต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$) อธิบายได้ว่า การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ จะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายได้ จะต้องใช้แนวทางดังกล่าวเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาคาดบุคลการ เพราะบุคลการเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญขององค์กรถ้าขาดบุคลการในการปฏิบัติงานจะทำให้การปฏิบัติงานล้มเหลวได้

3) ปัญหาคาดบุคลการด้านงบประมาณ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.77$) สอดคล้องกับรัชวรณ พลศักดิ์ (2547: 112) พบว่า ปัญหาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาที่พบได้แก่ PCU มีวัสดุ ครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ครบตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.90$) PCU ได้รับงบประมาณเพียงพออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.78$) สามารถอธิบายได้ว่า งบประมาณเป็นปัญหาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ เนื่องจากงบประมาณที่ได้รับเพื่อใช้พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพได้มีการจัดสรรให้ตามความเหมาะสม แต่ไม่เพียงพอต่อการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการ ซึ่งการวางแผนงบประมาณเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดแนวทาง และการควบคุมการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ (ณัฐพันธ์ เขจรนันท์ และฉัตรยาพร เสมอใจ, 2547: 72)

แนวทางการแก้ไขปัญหาคาดบุคลการด้านงบประมาณ พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$) แนวทางแก้ไขปัญหาได้แก่ งบประมาณต้องพอเพียง ($\bar{X} = 3.95$) อปท. สนับสนุนงบประมาณ และการเบิกจ่ายงบประมาณทันเวลาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.85$) สามารถอธิบายได้ว่า การแก้ไขปัญหาคาดบุคลการด้านงบประมาณต้องใช้นโยบายดังกล่าวในการดำเนินการ เพราะงบประมาณมีความจำเป็นและสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพันธ์ เขจรนันท์ และฉัตรยาพร เสมอใจ (2547: 72) ที่พบว่า การวางแผนงบประมาณเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดแนวทาง และการควบคุมการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

4) ปัญหาคาดบุคลการด้านการทำงานเป็นทีม โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72$) แตกต่างจากการศึกษาของรัชวรณ พลศักดิ์ (2547: 112) พบว่า ปัญหาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้านการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก ส่วนปัญหาคาดบุคลการที่พบได้แก่ ทีมของ PCU มีการประชุมชี้แจงเครือข่ายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.92$) การนำปัญหาของ PCU มากำหนด ทิศทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.51$)

สามารถอธิบายได้ว่า การทำงานเป็นทีมเป็นปัญหา เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดแพร่ ให้ความสำคัญเห็นว่า ทีมงานพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัดและอำเภอมีแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพร ฝอยทอง (2545: บทคัดย่อ)

พบว่า การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน มีปัญหาอุปสรรคการทำงานเป็นทีม

แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรค โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

($\bar{X} = 4.04$) แนวทางแก้ไขปัญหาได้แก่ เรื่อง ทีมงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ มีแนวคิดในทิศทางเดียวกันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$) และมีความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.03$) อธิบายได้ว่า การแก้ไขปัญหาคือการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านการทำงานเป็นทีมต้องใช้แนวทางดังกล่าวในการดำเนินการ เพราะการทำงานเป็นทีมมีความสำคัญต่อการประสบผลสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ดังนั้นทุกฝ่ายต้องมีความร่วมมือประสานกัน

5) ปัญหาอุปสรรคด้านการสื่อสาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{X} = 2.85$) สอดคล้องกับรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: 112) พบว่า ปัญหาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาที่พบ ได้แก่ ทีมงานพัฒนาคุณภาพ ชี้นำได้ชัดเจนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$) การประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนรับทราบการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$) การประสานงานกับทีมพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจังหวัด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.77$) สามารถอธิบายได้ว่า การสื่อสารเป็นปัญหาเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ให้ความสำคัญเห็นว่าส่วนใหญ่ได้รับทราบแนวทางการพัฒนาคุณภาพที่ไม่ชัดเจนและครอบคลุม ทีมพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพไม่ได้ประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพให้กับสถานบริการเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: บทคัดย่อ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดการสื่อสารที่ชัดเจน

แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการสื่อสาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับ

มาก ($\bar{X} = 3.67$) แนวทางแก้ไขปัญหา ได้แก่ เรื่องมีแผนการประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.93$) เรื่องให้ประชาชนทราบแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.84$) และสามารถประสานทีมพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.74$) อธิบายได้ว่า การแก้ไขปัญหาคือการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านการสื่อสารต้องใช้แนวทางดังกล่าวในการดำเนินการ เพราะการสื่อสารสามารถทำให้ทุกภาคส่วนได้รับรู้แนวคิดวัตถุประสงค์ชุมชนมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา

6) ปัญหาอุปสรรคด้านการมีส่วนร่วม โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.69$) สามารถอธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นปัญหาของการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนปัญหาที่พบได้แก่ มีการนำปัญหาเข้าวาระการประชุมประจำเดือนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.91$) การให้เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนร่วมจัดทำแผนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.29$) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: ง) พบว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดการมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับการศึกษาของนภา รังสิเวโรจน์ (2544: บทคัดย่อ) พบว่า เจ้าหน้าที่ขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการมีส่วนร่วม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.83$) แนวทางแก้ไขปัญหา ได้แก่ ผู้นำชุมชนร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$) เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนร่วมกันแก้ไขปัญหา อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.86$) การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบผลการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.75$) สามารถอธิบายได้ว่า การแก้ไขปัญหาคาดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมต้องใช้แนวทางดังกล่าวในการดำเนินการ เพราะการมีส่วนร่วมทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจ ได้ร่วมคิดร่วมทำเกิดความรักความผูกพันและห่วงแหนจึงเกิดการพัฒนายั่งยืน

7) ปัญหาอุปสรรคด้านแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$) ส่วนปัญหาที่พบ ได้แก่ ขาดการนิเทศงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$) เจ้าหน้าที่สามารถเลือกกลยุทธ์พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.11$) การพิจารณาความคิดเห็นความชอบของเจ้าหน้าที่พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$) สอดคล้องจากการศึกษาของอัจฉวี จันทนจุลกะ (2544: บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ปัญหาอุปสรรค คือ เจ้าหน้าที่ขาดแรงจูงใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของเกษณี เอกสุวรรณ (2545: 50) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ปัญหาอุปสรรค คือ การขาดแรงจูงใจ

แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคด้านแรงจูงใจ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$) แนวทางแก้ไขปัญหาได้แก่ ทีมนิเทศต้องให้คำแนะนำมากกว่าการจับผิดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.26$) ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพควรได้รับการพิจารณาความคิดเห็นความชอบเป็นกรณีพิเศษอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$) สามารถอธิบายได้ว่า การแก้ไขปัญหาคาดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านแรงจูงใจ ต้องใช้แนวทางดังกล่าวในการดำเนินการ เพราะการสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้น มีจิตสำนึก ทะเยอทะยานสามารถทำให้งานบรรลุผลตามเป้าหมายได้

8) ปัญหาอุปสรรคด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$) ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ มีการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$) หัวหน้า PCU ได้ปฏิบัติงานเป็นแบบอย่างในการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.56$) และมีการวิเคราะห์ จุดอ่อนจุดแข็ง และโอกาสก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.39$) สามารถอธิบายได้ว่าความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่มีปัญหา สอดคล้องจากการศึกษาของรัชวรรณ พลศักดิ์ (2547: บทคัดย่อ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดความมุ่งมั่นพัฒนาในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$) แนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคได้แก่ ต้องวิเคราะห์ จุดอ่อน จุดแข็งและโอกาสก่อนการพัฒนาทุกครั้งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$) การแก้ไขปัญหาการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ จึงต้องใช้แนวทางดังกล่าว ในการดำเนินงาน สามารถอธิบายได้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่ ไม่ได้รับขวัญกำลังใจจากผู้บริหาร ขาดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ เพราะถ้าเจ้าหน้าที่ที่มีความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพบริการ จะมีความกระตือรือร้น มีความรับผิดชอบ มีจิตสำนึก มีจุดมุ่งหมายในการทำงาน ทำให้ได้ผลงานตามเป้าหมาย

5.3.4 ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพจากแบบคำถามปลายเปิด

ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มการแสดงความคิดเห็นของปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ออกเป็น 8 ด้าน พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ เรียงตามลำดับ ดังนี้

- 1) ปัญหาอุปสรรคด้านด้านวิชาการ ร้อยละ 22.34 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่เรื่อง การขาดการติดตามประเมินผลร้อยละ 3.35
- 2) ปัญหาอุปสรรคบริหารจัดการ ร้อยละ 20.11 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่เรื่อง เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจการพัฒนาคุณภาพร้อยละ 4.45
- 3) ปัญหาอุปสรรคด้านงบประมาณ ร้อยละ 15.05 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่เรื่อง งบประมาณไม่เพียงพอร้อยละ 4.45
- 4) ปัญหาอุปสรรคด้านสื่อสาร ร้อยละ 11.18 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ เรื่อง บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อยร้อยละ 3.35
- 5) ปัญหาอุปสรรคด้านการจูงใจ ร้อยละ 10.06 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่เรื่อง เจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานร้อยละ 3.35

6) ปัญหาอุปสรรคด้านการมีส่วนร่วม ร้อยละ 8.94 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่เรื่อง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เห็นความสำคัญของปัญหาด้านสาธารณสุขร้อยละ 2.79

7) ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร ร้อยละ 6.14 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่เรื่อง ทีมพัฒนาคุณภาพของ PCU ไม่ถ่ายทอดความรู้และแนวทางการพัฒนาให้กับสถานีอนามัยเครือข่าย และเรื่องเจ้าหน้าที่ไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 2.23

8) ปัญหาอุปสรรคด้านการทำงานเป็นทีม ร้อยละ 6.14 พบว่า เรื่องที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ เรื่อง การชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง และเรื่องเจ้าหน้าที่ไม่ทราบขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพร้อยละ 2.79

5.3.5 แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจากแบบคำถามปลายเปิด

ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มการแสดงความคิดเห็นของแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ออกเป็น 8 ด้าน และได้เรียงลำดับแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามลำดับ ดังนี้

1) ด้านแรงจูงใจ ร้อยละ 20.89 พบว่า เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขมากที่สุด ได้แก่ การพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนต้องนำผลการปฏิบัติงานเข้าร่วมการพิจารณาทุกครั้งร้อยละ 8.95

2) ด้านบริหารจัดการ ร้อยละ 19.40 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขมากที่สุด ได้แก่ ให้มีการดำเนินการวางแผนพัฒนาคุณภาพให้ต่อเนื่อง และมีการจัดบุคลากรให้ครบตามกรอบอัตรากำลังของสถานบริการร้อยละ 2.99

3) ด้านวิชาการ ร้อยละ 17.92 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขมากที่สุด ได้แก่ มีการกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพของ PCU และสถานีอนามัยให้ชัดเจน ร้อยละ 3.73

4) ด้านงบประมาณ ร้อยละ 13.43 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขมากที่สุด ได้แก่ ควรจัดงบประมาณให้พอเพียงกับความต้องการของแต่ละสถานบริการร้อยละ 8.95

5) ด้านบุคลากร ร้อยละ 11.92 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขมากที่สุด ได้แก่ ต้องจัดสรรตำแหน่งเจ้าหน้าที่ให้สมดุลกันกับจำนวนประชากรทุกแห่งร้อยละ 3.73

6) **ด้านการสื่อสาร** ร้อยละ 7.47 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขมากที่สุด ได้แก่ ต้องชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้อย่างทั่วถึงร้อยละ 4.48

7) **ด้านการทำงานเป็นทีม** ร้อยละ 5.22 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขมากที่สุด ได้แก่ ทีมพัฒนาคุณภาพของจังหวัด และอำเภอต้องมีความชัดเจนและควรแจ้งให้ PCU และสถานีอนามัยได้รับทราบร้อยละ 2.24

8) **ด้านการมีส่วนร่วม** ร้อยละ 3.73 เรื่องที่เห็นด้วยต่อแนวทางการแก้ไขด้านการมีส่วนร่วมมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพร้อยละ 2.24

6. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่อยู่ในระดับปานกลาง พบประเด็นปัญหาที่จะเสนอแนะ ดังนี้

6.1 ด้านบริหาร ผู้บริหารระดับจังหวัด และระดับอำเภอควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพชัดเจน มีการติดตามประเมินผลตามแผน

6.2 ด้านงบประมาณ ควรจัดทำแผนงบประมาณให้เพียงพอและควรดำเนินการให้องค์การบริหารส่วนตำบลสมัครเป็นสมาชิกกองทุนสุขภาพตำบลทุกแห่ง เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องงบประมาณไม่เพียงพอ และให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการทำแผนงบประมาณ

6.3 ด้านบุคลากร ควรจัดเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่ มีการจัดการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ครอบคลุมและจัดบุคลากรปฏิบัติงานให้ตรงตามความรู้ความสามารถ

6.4 ด้านการสื่อสาร ทีมพัฒนาคุณภาพควรมีการชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจนเข้าใจง่าย เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนได้รับรู้ขั้นตอนการพัฒนาเสมอ ๆ และภายในหน่วยงานควรมีการสื่อสารที่ดี

6.5 ด้านการทำงานเป็นทีม ทีมงานพัฒนาคุณภาพต้องมีแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพเป็นแนวเดียวกัน ทีมต้องมีความรู้แนวทางการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดี ควรมีมนุษยสัมพันธ์ และทักษะในการนิเทศงานที่ดี เกณฑ์พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพไม่ยุ่งยากซับซ้อน

6.6 ด้านการมีส่วนร่วม เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติต้องให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพทุกขั้นตอน และควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

6.7 ด้านแรงจูงใจและความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ ผู้บริหารทุกระดับควรให้ความสำคัญต่อเจ้าหน้าที่ที่มีผลงานการพัฒนาคุณภาพได้ตามเป้าหมายและควรให้รางวัล เช่น การพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนกรณีพิเศษ เป็นต้น

7. ข้อเสนอแนะการทำการวิจัยครั้งต่อไป

7.1 ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลเชิงลึกในกลุ่มของผู้บริหารระดับสูงระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

7.2 ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลเชิงลึกในกลุ่มนักวิชาการที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

7.3 ศึกษาเปรียบเทียบความคุ้มค่าการใช้งบประมาณในการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสุขภาพกับประสิทธิผลที่ได้รับ

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. อาจารย์นายแพทย์ปรีดา คีสุวรรณ วิทยาศาสตร์บัณฑิต
แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
2. อาจารย์วิไล ชัยมงคล ประกาศนียบัตรพยาบาลและอนามัย
วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข)
มหาวิทยาลัยมหิดล
สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม)
มหาวิทยาลัยมหิดล
นักวิชาการสาธารณสุข 9 (ชช) ด้านส่งเสริมพัฒนา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
3. อาจารย์สุวิชา จันทร์สุริยกุล วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล
นักวิชาการสาธารณสุข 8 ว.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

เลขที่.....

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัญหาและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ ศึกษาปัญหาและแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดแพร่ ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ
PCU และสถานีอนามัยในการกำหนดกลยุทธ์ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย จึง
ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ จำนวนทั้งหมด 4 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลแบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ฯลฯ

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การฝึกอบรมด้านคุณภาพ การจูงใจ
พัฒนาคุณภาพ และความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบและความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านบริหารจัดการ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีม
ด้านการจูงใจ ด้านการสื่อสาร และด้านการมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรควิธีการแก้ไขปัญหาการพัฒนา
คุณภาพ แนวทางการแก้ไขและความคิดเห็นอื่นๆ

โปรดกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ **ถ้าท่านมีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม**
ท่านสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยขอขอบคุณและขอภัยที่ได้รับบวกรวณเวลาอันมีค่า
ของท่าน เนื่องจากแบบสอบถามมีเนื้อหามาก ข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะถือเป็นความลับ และ
จะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะของภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

นายบรรยง สมัย

นักศึกษาหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอกบริหารสาธารณสุข
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างและกรอกข้อความหรือทำเครื่องหมาย ในช่อง ()

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
1. อายุ ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (เต็มบริบูรณ์ เศษของปีไม่นับ)	Age ()
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง	Sex ()
3. สถานภาพ () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย () 4. หย่า , แยก	Status ()
4. ระดับการศึกษา () 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี () 2. ปริญญาตรี () 3. สูงกว่าปริญญาตรี () 4. อื่นๆระบุ.....	Edu ()
5. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ นับตั้งแต่มีนโยบายการพัฒนา พัฒนางานคุณภาพด้านสุขภาพ พ.ศ.2546 ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนา คุณภาพ นาน.....ปี (เต็มบริบูรณ์ เศษของปีไม่นับ)	Exp. ()
6. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในตำแหน่ง () 1. พยาบาลวิชาชีพ ระดับ..... () 2. นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ..... () 3. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ระดับ..... () 4. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน ระดับ..... () 5. ทันตภิบาล ระดับ..... () 6. อื่นๆระบุ.....ระดับ.....	Pos ()

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ ตามความคิดเห็นของท่าน โดยถ้าท่านเห็นว่า ถูก ให้ตอบว่า **ใช่** ถ้าผิด ให้ตอบว่า **ไม่ใช่** ถ้าไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ให้ตอบว่า **ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ** กรุณาทำเครื่องหมาย ในช่องคำตอบที่ท่านเลือก

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ

ความรู้/ ความเข้าใจพัฒนาคุณภาพ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ
1. การพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีอนามัย เป็นการพัฒนภายในของสถานบริการ ควรดำเนินการพัฒนาร่วมกันระหว่าง ทีมเจ้าหน้าที่ของสถานบริการเท่านั้น			
2. การให้บริการเชิงรุกด้านสุขภาพแก่ประชาชนเป็นกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพ สามารถให้ประชาชนประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง และครอบครัวได้			
3. การพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ ต้องคำนึงถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (ด้านกาย จิต และสังคม) ครอบครัวจะต้องมีส่วนร่วม			
4. กระบวนการพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีอนามัย โดยการจัดเก็บระบบข้อมูลสามารถค้นหาข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย และการส่งต่อได้			
5. การพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือสถานีอนามัย โดยการใช้แฟ้มครอบครัว(Family Folder) เป็นสิ่งเพิ่มงานของเจ้าหน้าที่ให้มีปริมาณมากขึ้น			
6. การใช้สมุดบันทึกสุขภาพส่วนบุคคล(Personal Record)ควรใช้เฉพาะรายที่มีอาการหนักและรายที่เสี่ยงสูงก็เพียงพอแล้ว			
7. การพัฒนาคุณภาพ PCU หรือ สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่จะต้องมีความสามารถในการวางแผนและจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์			
8. การพัฒนาคุณภาพ PCU หรือสถานีอนามัย ควรมีแผนพัฒนาและติดตามประเมินผลด้านปริมาณหรือด้านคุณภาพด้านใดก็ได้			
9. การนำนวัตกรรมมาใช้ใน การพัฒนาคุณภาพ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมนั้นๆเช่นกัน			
10.การพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีอนามัย ไม่จำเป็นต้องมีทีมสุขภาพที่เป็นทีมประจำให้บริการที่ต่อเนื่องตามเกณฑ์			

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นได้แก่ ด้านการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพ ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ และ ด้านการจูงใจการพัฒนาคุณภาพ คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในช่องแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับ ความเป็นจริง ของท่านมากที่สุดในการที่ท่านได้รับหน้าที่เป็นทีมพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิโดยมีตัวเลือก 6 ระดับ คือ

ระดับ 5 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น มากที่สุด
 ระดับ 4 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น มาก
 ระดับ 3 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปานกลาง
 ระดับ 2 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น น้อย
 ระดับ 1 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น น้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพ					
1.ท่านได้รับการถ่ายทอดความรู้ด้านพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีนอามัย จากทีมพัฒนาคุณภาพของจังหวัด – อำเภอ อย่างสม่ำเสมอ					
2. ท่านมีความรู้ในการพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีนอามัยที่เพียงพอแล้ว					
3.การฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพให้กับทีมพัฒนาคุณภาพของPCU หรือสถานีนอามัยเป็นระยะๆ จะเพิ่มสมรรถนะของผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพ ได้					
ด้านการจูงใจต่อการพัฒนาคุณภาพ					
1. ท่านเคยได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน เมื่อปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพของPCU หรือสถานีนอามัยนอกเวลาราชการทุกครั้ง					
2. เมื่อท่านปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพได้ตามเป้าหมาย ท่านได้เคยรับรางวัลจากหัวหน้าPCU หรือหัวหน้าสถานีนอามัย					
ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนา					
1. มีการนำผลการพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือสถานีนอามัยเข้าร่วมพิจารณาในการเลื่อนขั้นเงินเดือนด้วยทุกครั้ง					
2. ท่านและทีมงานพัฒนาคุณภาพมีการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีนอามัยอย่างสม่ำเสมอ					
3.การประชุมประจำเดือนของPCU หรือสถานีนอามัย มีวาระการติดตามงานพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นบทบาทหน้าที่ของหน้าที่สาธารณสุขต่อการพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิ ด้านบริหารจัดการ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการทำงานเป็นทีมด้านการสื่อสาร และด้านการมีส่วนร่วม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในช่องแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในการที่ท่านได้รับหน้าที่เป็นทีมพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีตัวเลือก

6 ระดับคือ ระดับ 5 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น มากที่สุด

ระดับ 4 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น มาก

ระดับ 3 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปานกลาง

ระดับ 2 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น น้อย

ระดับ 1 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น น้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านบริหารจัดการ					
1. ท่านและทีมงานพัฒนาคุณภาพมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ					
2. ท่านและทีมงานได้นำข้อมูลมาวางแผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สอ. ด้วยทุกครั้ง					
3. ท่านได้รับการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพไว้อย่างชัดเจน					
ด้านบุคลากร					
1. PCU หรือ สถานีอนามัยของท่านมีทีมงานวิชาชีพเต็มตามกรอบอัตรากำลัง					
2. เจ้าหน้าที่ PCU หรือ เจ้าหน้าที่ สอ. ควรผ่านการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพทุกคน					
ด้านงบประมาณ					
1. งบประมาณที่ได้รับเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพของ CU หรือ สอ. มีความพอเพียง					
2. การเบิกจ่ายงบประมาณพัฒนาคุณภาพของสามารถเบิกได้ทันเวลาทุกครั้ง					
3. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดหางบประมาณพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สอ. ทุกครั้ง					

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการทำงานเป็นทีม					
1. ทีมงานพัฒนาคุณภาพของPCUหรือ สอ.ควรมีทิศทางการพัฒนาในทิศทางเดียวกัน					
2. เจ้าหน้าที่ของ PCU หรือ สอ.ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดีทุกคน					
3. ทีมงานพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สอ.ของท่านทุกคนมีศักยภาพในการทำงานสูง					
ด้านการสื่อสาร					
1. เจ้าหน้าที่ของPCU หรือ สอ. ได้รับทราบแนวทางการพัฒนาคุณภาพทุกคน					
2. เจ้าหน้าที่ควรประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ					
ด้านการมีส่วนร่วม					
1. การพัฒนาคุณภาพของ PCU, สอ. ควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการทุกครั้ง					
2. หัวหน้าPCU,หัวหน้า สอ. ได้เข้าร่วมประชุม ในการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม ระดับความคิดเห็นต่อปัญหาและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ด้านบริหาร ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านการสื่อสาร ด้านแรงจูงใจการพัฒนาคุณภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการทำงานเป็นทีม และกลยุทธ์แก้ไขปัญหา

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในช่องระดับการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดในการที่ท่านได้รับหน้าที่เป็นทีมพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิโดยมีตัวเลือก 5 ระดับคือ

- ระดับ 5 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น มากที่สุด
 ระดับ 4 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น มาก
 ระดับ 3 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น ปานกลาง
 ระดับ 2 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น น้อย
 ระดับ 1 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น น้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ปัญหาด้านบริหาร					
1. ท่านได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือสถานีนามัยตามแผนพัฒนาคุณภาพทุกขั้นตอน					
2. ท่านและทีมงานพัฒนาคุณภาพได้นำข้อมูลสุขภาพของ PCU หรือ สถานีนามัย มาเป็นแนวทางการพัฒนาทุกครั้ง					
3. ทีมประเมินผล ระดับจังหวัด- อำเภอติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ					
แนวทางการแก้ไข					
1. ทีมงานพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือสถานีนามัยต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือสถานีนามัยทุกครั้ง					
2. เจ้าหน้าที่ตั้งแต่ระดับหัวหน้าถึงระดับปฏิบัติทุกคนต้องมีแนวคิดการพัฒนาคุณภาพในทิศทางเดียวกัน					
3. ทีมงานพัฒนาคุณภาพหรือผู้รับผิดชอบต้องมีอิสระในการปฏิบัติงาน					
4. อื่นๆระบุ.....					
ปัญหาด้านบุคลากร					
1. ท่านและทีมงาน ได้รับการมอบหมายให้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพ ที่มีเหมาะสมตามความรู้ความสามารถ					
2. PCU หรือ สถานีนามัยของท่านมีจำนวนเจ้าหน้าที่เต็มตามกรอบอัตรากำลัง					
3. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพสมควรได้รับรางวัลเป็นกรณีพิเศษบ้าง เช่น					
การเลื่อนขั้นเงินเดือน ค่าทำงานล่วงเวลา เป็นต้น					

ส่วนที่ 4 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
แนวทางการแก้ไขปัญหา					
1. ต้องบรรจุบุคลากรให้ครบตามกรอบอัตรากำลังของPCU หรือ สถานีอนามัย					
2.เจ้าหน้าที่ของPCU หรือ สถานีอนามัยต้องได้รับการอบรมแนวทางการพัฒนาคุณภาพทุกคน					
3.การทำกรโยกย้ายของเจ้าหน้าที่ต้องคำนึงถึงผลกระทบของการพัฒนาคุณภาพของPCU หรือ สถานีอนามัยด้วย					
4.อื่นๆระบุ.....					
ปัญหาด้านงบประมาณ					
1. PCU หรือ สถานีอนามัยของท่าน มีวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ การแพทย์ครบตามเกณฑ์					
2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สนับสนุนงบประมาณพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีอนามัยทุกปี					
3. PCU หรือ สถานีอนามัยของท่านได้รับงบประมาณสำหรับพัฒนางานคุณภาพที่พอเพียงต่อการพัฒนาคุณภาพ					
แนวทางการแก้ไขปัญหา					
1.ให้้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีส่วนร่วมในการจัดสรรงบประมาณพัฒนาคุณภาพให้กับ PCU หรือ สถานีอนามัยทุกปี					
2.การเบิกจ่ายงบประมาณสามารถเบิกจ่ายได้ทันเวลาตามเป้าหมาย					
3. ต้องจัดงบประมาณให้พอกับความต้องการของ สถานบริการแต่ละแห่งๆ					
4.อื่นๆ ระบุ.....					
ปัญหาการทำงานเป็นทีม					
1. ทีมงานพัฒนาคุณภาพนำปัญหาของPCU หรือ สถานีอนามัย มากำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการทุกครั้ง					
2. ท่านและทีมพัฒนาคุณภาพมีการประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาติดตามระหว่างเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ					

ส่วนที่ 4 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
แนวทางการแก้ไขปัญหา					
1. ทีมงานทุกคนต้องมีแนวคิดการพัฒนาคุณภาพในทิศทางเดียวกัน					
2. ทีมงานพัฒนาคุณภาพทุกคนต้องมีความรู้เรื่องแนวทางการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดีสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้					
3. อื่น ๆ ระบุ.....					
ปัญหาด้านการสื่อสาร					
1. การประสานงานการพัฒนาคุณภาพระหว่าง PCU หรือ สถานีอนามัยกับระดับจังหวัด สามารถประสานได้ทุกครั้ง					
2. ทีมงานพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัดให้คำแนะนำแนวทางการพัฒนาได้ชัดเจนทุกเรื่อง					
แนวทางการแก้ไขปัญหา					
1. เมื่อเกิดปัญหาการพัฒนาคุณภาพต้องสามารถประสานงานทีมงานพัฒนาคุณภาพของจังหวัดหรือทีมของอำเภอได้ตลอดเวลา					
2. เจ้าหน้าที่ต้องชี้แจงให้ประชาชนรับทราบแนวทางการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง					
3. ต้องมีแผนการประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนได้รับรู้ปัญหาการพัฒนาคุณภาพของPCU					
4. อื่นๆระบุ.....					
ปัญหาการมีส่วนร่วม					
1. ท่านได้เชิญให้ผู้นำชุมชนเข้าร่วมทำแผนพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีอนามัยด้วยทุกครั้ง					
2. เจ้าหน้าที่ทุกคนของPCU หรือ สถานีอนามัยมีส่วนร่วมจัดทำแผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพทุกครั้ง					
3. มีการนำปัญหาอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพเข้าประชุมประจำเดือนเสมอ ๆ					

ส่วนที่ 4 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
แนวทางการแก้ไขปัญหา					
1.เจ้าหน้าที่ต้องประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับรู้แนวทางการพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีอนามัยเป็นระยะๆ					
2. ต้องให้ผู้นำชุมชน เช่น นายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ เป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีอนามัย					
3.เจ้าหน้าที่ PCU หรือ สอ.กับผู้นำชุมชน ต้องแก้ไขปัญหาการพัฒนาร่วมกันทุกครั้ง					
อื่น ๆ ระบุ.....					
ปัญหาแรงจูงใจพัฒนาคุณภาพ					
1. ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพควรได้รับการพิจารณาความดีความชอบเป็นพิเศษ					
2. ทีมนิเทศทุกระดับควรให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติมากกว่าการจับผิด					
3. ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจให้ทำหน้าที่พัฒนาคุณภาพสามารถตัดสินใจเลือกกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพด้วยตนเองได้					
แนวทางการแก้ไขปัญหา					
1. การพิจารณาความดีความชอบผู้บริหารควรนำผลการพัฒนาคุณภาพร่วมพิจารณาความดีความชอบประจำปีด้วย					
2. ทีมนิเทศงานทุกระดับต้องคอยให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่ PCU, สอ. มากกว่าการจับผิด					
3. อื่นๆ.....					
ปัญหาความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ					
1. ท่านและทีมงาน ได้ทำการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งและโอกาสของ PCU หรือ สถานีอนามัยก่อนพัฒนาทุกครั้ง					
2. หัวหน้า PCU หรือ สถานีอนามัยของทำได้ลงมือปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพเป็นแบบอย่างที่ดี					
3. ท่านและทีมงานพัฒนาคุณภาพร่วมกันประเมินความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพของ PCU หรือ สถานีอนามัยอย่างสม่ำเสมอ					

ส่วนที่ 4 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
แนวทางการแก้ไขปัญหา					
1. มอบหมายงานให้ตรงกับความรู้ความสามารถของผู้รับผิดชอบ					
2. ให้รางวัลพิเศษแก่เจ้าหน้าที่ที่มีผลงานตามเป้าหมาย เช่น เลื่อนเงินเดือนพิเศษ ฯลฯ					
3. ต้องวิเคราะห์หาจุดอ่อน จุดแข็งและโอกาสของ PCU, สอ. ก่อนการพัฒนาทุกครั้ง					

1. โดยภาพรวมปัญหาอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
จังหวัดแพร่ คือ ประเด็นใด

.....

.....

.....

.....

.....

2. แนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรจะดำเนินการอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กุลฤดี วงศ์โนพิสุทธิ์ (2542) “การประเมินคุณภาพบริการของผู้ป่วยนอก: กรณีศึกษา
โรงพยาบาลชุมชน อำเภอบ้านป่าแฉ้ว จังหวัดสมุทรสาคร”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์
และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- เกษณี เอกสุวรรณ (2545) “การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพของบุคลากร
ในโรงพยาบาลลำพูน” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ขวัญราตรี ไชยแสง (2544) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและแรงจูงใจกับการ
ดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล
สมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ (2545) “แผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข”
เอกสารโรเนียว ม.ป.ท.
- คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544) *ข้อเสนอระบบหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า* นนทบุรี ดีไซร์
- จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ (2541) “เส้นทางสู่ HA ประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการเดินทางและเป้าหมาย”
เอกสารการประชุมระดับชาติเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ครั้งที่ 1 :24 – 26 พฤศจิกายน 2541 กรุงเทพมหานคร ดีไซร์
- จินดากร ศรีพระราม (2544) “ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชวิถี” วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ (2540) “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ กับการปฏิบัติกิจกรรม
ที่จะนำไปสู่การประกันสุขภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ณัฐพันธ์ เขจรนันท์และฉัตรยาพร เสมอใจ (2547) *การจัดการ กรุงเทพมหานคร
ซีเอ็ดยูเคชั่น*

- ดิเรก วัฒนา (2547) “ความพึงพอใจในงานทัศนสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดแพร่” การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- ทองหล่อ เดชไทย (2536) *การบริหารเชิงกลยุทธ์สำหรับหน่วยงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
สามเจริญพานิชย์*
- _____ . (2544) “องค์ประกอบในการวางแผนกลยุทธ์” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา
ระบบสาธารณสุขและการวางแผนกลยุทธ์ในการพัฒนางานสาธารณสุข* หน้าที่ 9
หน้า 142 – 181 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- ทรงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541) “คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ
ในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ทัศนา บุญทอง (2542) *ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบประกันสุขภาพไทย
ที่พึงประสงค์ในอนาคต กรุงเทพมหานคร สภาการพยาบาล*
- ธงชัย สันติวงษ์ (2539) *หลักการจัดการ กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช*
- เชียรชัย เอี่ยมวรเมธ (2537) *พจนานุกรมไทย – อังกฤษ ฉบับมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร
รวมสามส์*
- นภา รังสิเวโรจน์ (2544) “การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ของบุคลากรศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นงนุช หลอมประโคน (2546) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินกิจกรรม
พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด
บุรีรัมย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- นันทวัน อัครนันท์กุล (2547) “ผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
ต่อผู้ให้บริการสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา” ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- นันทิยา ชุ่มช่วย (2542) “ความสามารถในการบริหารงานและแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- นุชจรินทร์ ภาลบุญเรือง (2545) “การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- บุบผา สุวรรณฉัตรกุล (2547) “การประเมินคุณภาพการบริการของรูปแบบการให้บริการผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระดูกแบบไม่นอนค้างคืนในโรงพยาบาล: กรณีศึกษา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ (2534) *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย* กรุงเทพมหานคร ปีพิมพ์ลิขสิทธิ์
- บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์และคณะ (2539) “การพัฒนาของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ” *รายงานการวิจัย* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- ประคิน สุขฉายาและคณะ (2543) “การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาาระบบบริการสุขภาพและวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพไทย : มุมมองของพยาบาลเชียงใหม่” *รายงานการวิจัย* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- _____ . (2545) “บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิรูปพรรณที่เริ่มต้น ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: บริบทของวิชาชีพและสถานบริการสุขภาพ” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพมหานคร
- ประเวศ วะสี (2543) *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ดีไซน์
- _____ . (2546) *การปฏิวัติเจียบ: การปฏิรูประบบสุขภาพ* กรุงเทพมหานคร สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
- ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวึง สุวรรณ (2536) *พฤติกรรมศาสตร์และพฤติกรรมสุขภาพการศึกษา* กรุงเทพมหานคร เจ้าพระยาการพิมพ์

- ประคอง วรรณสูตร (2538) *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* กรุงเทพมหานคร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปียชิตา ตรีเดช (2536) “หลักการบริหารการเงินและงบประมาณ” ใน *เอกสารการสอนชุด
วิชาการบริหารการเงิน* หน่วยที่ 11 หน้าที่ 182-187 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- ปรีดา เต๋ออาร์ักษ์และคณะ (2543) *หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ* สถาบันวิจัยและพัฒนา
ระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- ปรีดา เต๋ออาร์ักษ์และคณะ (2544) “ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย
ในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ”
รายงานการวิจัย สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2544) *จิตวิทยาการศึกษา* กรุงเทพมหานคร สหมิตรออฟเซต
- ปัทมา ยิ้มพงส์ (2542) “พฤติกรรมผู้นำบรรยายองค์การที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหาร
คุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี” *วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาล
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานราชบัณฑิตยสถาน (2507) กรุงเทพมหานคร พิมพ์ครั้งที่ 6
อักษรเจริญทัศน์
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530 2534 2534) กรุงเทพมหานคร นานมีบุ๊คพับลิเคชั่นส์
- พรชัย ลิขิตธรรมโรจน์ (2545) *พฤติกรรมองค์การ* กรุงเทพมหานคร โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์
- พะยอม วงศ์สารศรี (2542) *องค์การและการจัดการ* กรุงเทพมหานคร สุภา
- ภคพร โสภโณคร (2546) “ประสิทธิผลของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(โครงการ 30 บาทย) ไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลในอำเภอเมือง จังหวัด
เชียงใหม่” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเมืองและการปกครอง
คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
- ภูษิต ประคองสายและคณะ (2544) “สถานพยาบาลต้องปรับตัวอย่างไรภายใต้นโยบายประกัน
หลักสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี” *วารสารวิชาการสาธารณสุข
10 (3) ,142*
- โยธิน แสงวงศ์และคณะ (2543) *ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการทางการแพทย์*
กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

- รติวัน พิสัยพันธ์ (2546) “รูปแบบการพัฒนาบริหารงานศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองคาย”
 วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- รัชวรรณ พลศักดิ์ (2547) “การศึกษาปัญหาการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” วิทยานิพนธ์ปริญญา
 สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (2550) *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550*
 กรุงเทพมหานคร
- วนิดา อินทรสันติ (2546) “ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของ
 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดราชบุรีสังกัดกระทรวง
 สาธาณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
 (บริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- วิทย์ เทียงบุญธรรม (2536) *พจนานุกรมไทย: ฉบับมหาวิทยาลัย* กรุงเทพมหานคร
 ประชุมทองการพิมพ์
- วิชัย โปษยะจินดา (2542) *การปฏิรูปบริการสุขภาพระดับต้น* สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ
 กระทรวงสาธาณสุข กรุงเทพมหานคร ดีไซน์
- วิพุธ พูลเจริญ (2544) *สุขภาพอุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม* กรุงเทพมหานคร
 กระทรวงสาธาณสุข
- วีรพงษ์ เกลิมจิรรัตน์ (2539) *คุณภาพงานบริการ* กรุงเทพมหานคร ประชาชน
- ศิวพร หว่างสิงห์ (2545) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรม โครงการพัฒนาและ
 รับรองคุณภาพโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครินทร์” วิทยานิพนธ์
 ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทั่วไป มหาวิทยาลัยบูรพา
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2539) *กลยุทธ์การส่งเสริมการตลาด* กรุงเทพมหานคร พัฒนาศึกษา
- สถาบันวิจัยระบบสาธาณสุข (2544) *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย* เอกสารวิชาการ
 ประกอบการสัมมนาาระบบหลักประกันสุขภาพของเอเชีย กรุงเทพมหานคร ดีไซน์
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543) *คู่มือการประเมินตนเองตามมาตรฐาน
 โรงพยาบาล* กรุงเทพมหานคร ดีไซน์
- _____ (2547) *รายงานประจำปี* กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธาณสุข

- สมยศ นาวิการ (2538) *การบริหาร (Management)* กรุงเทพมหานคร สามัคคีสาร
- _____ (2545) *การพัฒนาองค์กรและการจูงใจ* กรุงเทพมหานคร อมรการพิมพ์
- สิน พันธุ์พินิจ (2547) *เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์* กรุงเทพมหานคร พูนพิบูลย์ซึ่ง
- สาคร ใจพยอม (2532) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
โรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2545) *มาตรฐานการบริการปฐมภูมิ*
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- สำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2544) *คู่มือการดำเนินงานประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้ปฏิบัติงาน*
นนทบุรี ดีไซน์
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2544) *แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ในระยะเปลี่ยนผ่าน* กรุงเทพมหานคร องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ (2544) *เอกสารประกอบการประชาสัมพันธ์โครงการ
30 บาทรักษาทุกโรค อุดรดิตถ์* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550*
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สหพัฒนไพศาล
- สำเริง แหงกระโทกและรุจิรา มังคละศิริ (2545) *ศูนย์สุขภาพชุมชนหนทางสู่ระบบบริการ
ที่พึงประสงค์ พิมพ์ครั้งที่ 2 นครราชสีมา สมบูรณ์การพิมพ์*
- สุนทรี ภาณุทัตและคณะ (2544) “การวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
ในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนภาคกลาง” รายงานการประชุม ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุนทราวดี เขียวพิเชฐและคณะ (2545) *การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
เพื่อชุมชนสุขภาพ : กรณีศึกษาภาคตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา*
- สุนันทา เลานันท์ (2531) *การพัฒนาองค์กร* กรุงเทพมหานคร รุ่งวัฒนา
- สุพัตรา ศรีวิเศษชากร (2542) *อะไรคือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิและบริการ
ด้านเวชปฏิบัติครอบครัวบริการสุขภาพใกล้ใจใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์
นนทบุรี* สำนักงานปฏิรูประบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- _____ (2545) *บริการสุขภาพใกล้ใจใกล้บ้าน* นนนทบุรี สำนักงานปฏิรูประบบบริการ
สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

- สุพัตรา ศรีวิณิชชากรและคณะ (2548) *หน่วยบริการปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบชุมชน มุคินิธิสาธารณสุขแห่งชาติ*
- สุเมธ ชำนิ (2546) “การเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุโขทัย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ (2544) *ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*
- _____ (2544) *การปฏิรูประบบบริการสุขภาพประเทศออสเตรเลีย นิวซีแลนด์*
กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- เสาวมาศ เกื่อนนาคี (2545) “การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- เสาวลักษณ์ ภูวนกุล (2545) “การเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิจิตร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- อนุวัฒน์ ศุภขัติกุลและคณะ (2543) *การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล*
- _____ (2544) “โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation)” ในรายงานการวิจัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ร่วมกับระบบวิจัยสาธารณสุข
- อัจฉรี จันทนจุลกะ (2544) “การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- อัมพร ฝอยทอง (2545) “ปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์” การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- อารี วัลยะเสวีและคณะ (2542) *ร่างรูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทย ในสองทศวรรษหน้า กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง*

อารีรัตน์ เถกิงสรตันธุ์ (2545) “การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อุทัย หิรัญโต (2531) *หลักการบริหารงานบุคคล* กรุงเทพมหานคร โอเดียนสโตร์
อำพล จินดาวัฒนะ (2544) “คุยกับหมออนามัย” *วารสารหมออนามัย* 10 (5)
องอาจ วิบุษศิริและคณะ (2540) โครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐ
ด้วย TQM รายงานการวิจัยภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Best,Gardon W. (1977). *Research in Education* 3rd ed . Egle Wood Cliffs, N.J.:
Prentice – Hall.

Brown, S.W. (1991). *Research* (3rd ed). Engle Wood Cliffs,N.J.:Prentice – Hall.

David,Fred R. (2000). *Strategic Management Concept and Cases* English Edition Prentice
Hall.

Feigenbam,A.V., (1991). TQC. 3th ed. New York : Mc Graw Hill.

Rue,Leslie W. and Byars, Lloyd (1995) L. Management and Application. Seventh Edition
IRWIN5.

Schermerhorn, Jhon R, et.al. (1991). *Managing organization Behavior*. 4 th ed.
New York: John Wiley & Son.

Starfield, B. (1992). Primary care. Concept, evaluation and policy. New York, Oxford
University press.

Webser,N, (1988). New Webster’s Dictionary.3 rd ed. New York : Simon & Schuster.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายขรรยง สมัย
วัน เดือน ปีเกิด	16 กรกฎาคม 2490
สถานที่เกิด	ตำบลคอนมูล อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่
ประวัติการศึกษา	- ประกาศนียบัตรพนักงานอนามัยจัตวา วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคเหนือ จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2517 - สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ.2529
ที่อยู่	183 หมู่ 4 ตำบลคอนมูล อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ 54130
ตำแหน่ง	ข้าราชการบำนาญ (อดีตนักวิชาการสาธารณสุข 8ว.)