

รูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2558 - 2560

พรสวรรค์ พรกาญจน์วงศ์ พย.บ

District Health System Operation Model Health Zone 12 of Years 2015 – 2017

Abstract

This type of research was a research for developing the model. Apply the results of the study factors influence the health system operation of District Health District Health Zone 12 to determine the district health system operation model consist of DHS team development training, visit to strengthen power resource support, job monitoring, learning exchange, knowledge affecting, attitude, motivation, achievement, external motivation, performance recognition. Development results based on ODOP issues and satisfaction before-after operations. Collect data in 3 provinces, 8 districts, randomly selected by multi-step and randomly selected district health system committee, 99 cases with simple random sampling. Tools used as a report form, questionnaire, descriptive statistics, percentages, mean, standard deviation, inferential statistics used Paired-Sample T-Test. The results are as follows.

Found that knowledge about DHS operations, achievement motivation, interpersonal relationship, community availability with a higher average score after the operation with statistic significance different at the level 0.05, with the difference value (t-test) -3.62, -5.81, -4.42 and -3.53 respectively. Perception of District Health System implement with a higher average score after the operation with statistic significance at the level 0.05, with a difference value (t-test) -3.96. For performance based on ODOP issues in every district, pass UCCARE level 3 and above and have improved. Have results to solve problems. The results of the committee's satisfaction assessment after the operation, it was found that more and most satisfied level with the issues "visit empowerment the District Health System operation" 100%. The results of the public satisfaction assessment on the development of the public health system by the District Health System found that there was a greater level of satisfaction. Most of

Pornsawan Pornkanchanawong B.N.S.

Plan and Policy Analyst

Songkhla Provincial Public Health Office

the issues of "The services provided by public health agencies in the district or district" 98.8%. Followed by issues "Health care of people or solving public health problems of public health agencies in the district or in the district" 98.0 %.

Suggestion

The evaluation of the District Health System operation model with effectiveness, differences before-after, were satisfied by the committee to visit, strengthen, and exchange high level knowledge. Therefore there were suggested for developing leaders and teams to bring potential to visit, enhance power learning exchange. Enhance work value used in the development of the District Quality of Life (DQL), which was the policy of the District Health System and expanded the model to 4 districts in Songkhla province.

Keywords : District Health System, Operation model

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบ โดยนำผลจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพที่ 12 มากำหนดรูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย การอบรมพัฒนาทีม DHS การเยี่ยมเสริมพลัง การสนับสนุนทรัพยากร การตรวจติดตามงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีผลต่อความรู้ ทักษะจิต แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ แรงจูงใจภายนอก การรับรู้ผลการดำเนินงาน ผลการพัฒนาตามประเด็น ODOP และความพึงพอใจ ก่อน - หลังดำเนินการ เก็บข้อมูลในพื้นที่ 3 จังหวัด จำนวน 8 อำเภอ โดยสุ่มแบบหลายขั้นตอนและสุ่มคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 99 ราย ด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบรายงานผลงานแบบสอบถาม สถิติเชิงพรรณนา ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired-Sample T-Test ผลการวิจัย มีดังนี้

พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน DHS แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความพร้อมของชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 มีค่าความแตกต่าง (t-test) -3.62, -5.81, -4.42 และ -3.53 ตามลำดับ การรับรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 มีค่าความแตกต่าง (t-test) -3.96 สำหรับผลการดำเนินงานตามประเด็น ODOP ในทุกอำเภอผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3 ขึ้นไปและมีการพัฒนาที่ดีขึ้น มีผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ส่วนผลการประเมินความพึงพอใจของคณะกรรมการฯ หลังดำเนินการพบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป มากที่สุดในประเด็น "การเยี่ยมเสริมพลังดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ" ร้อยละ 100 ผลการประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อการพัฒนางานสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป มากที่สุดในประเด็น "การให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอหรือในตำบล" ร้อยละ 98.8 รองลงมาในประเด็น "การดูแลสุขภาพของประชาชนหรือการแก้ปัญหาสาธารณสุขของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอหรือในตำบล" ร้อยละ 98.0 และขยายรูปแบบดำเนินการไปใน 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา

ข้อเสนอแนะ

จากการประเมินรูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ มีประสิทธิภาพผลความแตกต่างกันก่อน - หลัง มีความพึงพอใจของคณะกรรมการฯ ต่อการเยี่ยมเสริมพลังสูงและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับสูง จึงมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาผู้นำและทีมให้นำมีศักยภาพด้านการเยี่ยมเสริมพลัง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมคุณค่าการทำงาน นำมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นนโยบายต่อเนื่องจากระบบสุขภาพอำเภอ

คำรหัส : ระบบสุขภาพอำเภอ, รูปแบบการดำเนินงาน

Original Articles

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทนำ

การพัฒนาสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) เป็นยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นให้มีการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหาตามบริบท เพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองและช่วยเหลือกันได้¹ ซึ่งการแก้ปัญหาสุขภาพที่ดีกว่าอาจจะต้องมาจากการมีส่วนร่วมของหลายส่วน สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12 โดยคณะกรรมการระบบบริการปฐมภูมิ ร่วมกับมูลนิธิสุขภาพภาคใต้ได้ดำเนินการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) มาระยะหนึ่ง พบปัญหาในการปฏิบัติ เช่น ความไม่เข้าใจในเกณฑ์ การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอนั้น คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ มีส่วนสำคัญทั้งการคิดวางแผน และดำเนินการ ดังนั้นหากคณะกรรมการฯ มีศักยภาพในการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการดำเนินการที่ดี จึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 12 ในปี 2558 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของคณะกรรมการฯ ได้แก่ ประสพการณ์ทำงานในชุมชน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ความพร้อมของชุมชน และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หากมีการพัฒนาความเข้าใจ

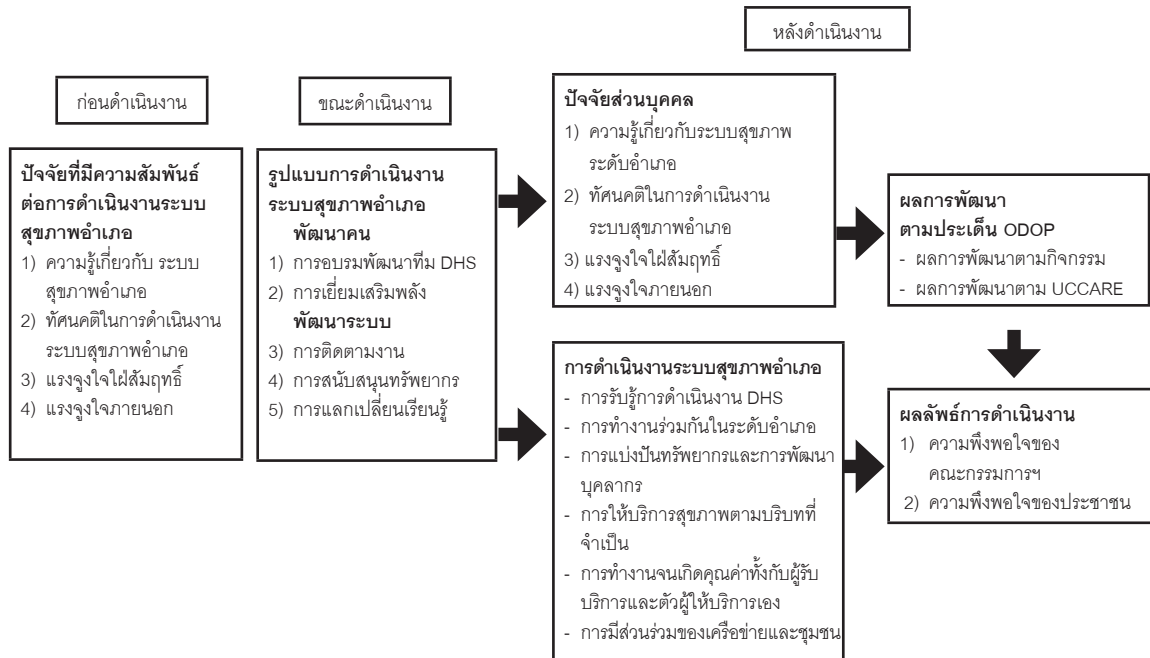
กระตุ้นติดตามเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอำเภอมีกระบวนการพัฒนาที่ดีขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยนำผลการศึกษามากำหนดรูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย การพัฒนาบุคลากร การเยี่ยมเสริมพลัง การติดตามงาน การสนับสนุนทรัพยากรและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้คณะกรรมการฯ มีทัศนคติที่ดี มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เห็นคุณค่าในงาน มีผลต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอและการพัฒนาตามประเด็น ODOP และประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผล

1. รูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS)
2. ระดับความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร การรับทราบนโยบายการดำเนินงาน DHS ความพร้อมของชุมชนและแรงจูงใจภายนอก ก่อนและหลังการพัฒนาตามรูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS)

รูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพ ที่ 12



วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วย การพัฒนาบุคลากร การเยี่ยมเสริมพลัง การติดตามงาน การสนับสนุนทรัพยากรและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอมีทัศนคติที่ดีมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เห็นคุณค่าในงานและได้รับสนับสนุนทรัพยากร มีผลต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ และการพัฒนาตามประเด็น ODOP ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ 3 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 8 อำเภอ ด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ จังหวัดพัทลุง (อำเภอควนขนุน อำเภอป่าพะยอม) จังหวัดสงขลา (อำเภอระโนด อำเภอสทิงพระ อำเภอหาดใหญ่ อำเภอนาทวี) จังหวัดนราธิวาส (อำเภอตากใบ อำเภอศรีสาคร) กลุ่มตัวอย่าง

เป็นคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ ได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 10-20 คนต่ออำเภอ รวม 99 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มประชาชนในพื้นที่ศึกษา ได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คนต่ออำเภอ รวม 240 คน ดำเนินการศึกษา ระหว่าง ปี 2558 - 2560 ทั้งนี้พื้นที่ที่ศึกษาดำเนินการต่อเนื่องจนครบระยะการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ก่อนและหลังดำเนินการ ในกลุ่มคณะกรรมการฯ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้าที่มีผลต่อการรับรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ทักษะต่อการดำเนินงานฯ ประสิทธิภาพการทำงานในชุมชน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล รูปแบบการดำเนินงาน DHS การได้รับสนับสนุนทรัพยากร การรับรู้นโยบายการดำเนินงานฯ ความพร้อมของชุมชน แรงจูงใจภายนอก การรับรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ แบบประเมิน

ตนเองตามเกณฑ์ UCCARE และผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามประเด็น ODOP ขณะดำเนินการ ใช้แบบสอบถามการได้รับการอบรม การเยี่ยมเสริมพลังการติดตามงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แผนการประชุมอบรมและศึกษาดูงาน สรุปประเมินผลหลังอบรม แผนการเยี่ยมเสริมพลังและสรุปผลการเยี่ยม แผนการตรวจติดตามงานและสรุปผลการตรวจนิเทศ และแบบรายงานการใช้งบประมาณ หลังดำเนินการ ใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ ทั้งนี้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างได้จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทดสอบและปรับปรุงก่อนนำไปใช้ สถิติเชิงพรรณนา ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Independent t-test ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2558 พบว่า ปัจจัยด้านประสบการณ์ทำงานในชุมชน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ความพร้อมของชุมชน และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังจากนั้นนำมากำหนดรูปแบบ โดย การอบรมพัฒนาทีม DHS สำนักงานสุขภาพที่ 12 ร่วมกับมูลนิธิสุขภาพภาคใต้ จัดประชุมอบรมพัฒนาศักยภาพและคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 4 ครั้ง ศึกษาดูงานการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ ภาคอีสาน จำนวน 1 ครั้ง ผู้เข้าอบรมและศึกษาดูงาน ร้อยละ 92.72 และมีหลักสูตรสำคัญ ได้แก่ การประเมินเพื่อการพัฒนา (Developmental Evaluation (DE) ซึ่งมีผลพัฒนาให้ทีม DHS มีทักษะสำคัญในการเปลี่ยนวิธีคิดของคณาจารย์ บุคลากรอย่างเข้าใจ รับฟัง ในการทำงานร่วมกับคนอื่น การนำไปใช้ในกระบวนการนิเทศ เมื่อนำ DE ไปใช้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ทั้งสองฝ่าย เกิดความสุขได้เพื่อน ซึ่งกระบวนการนิเทศแบบเดิมไม่สามารถทำได้ เป็นการสะท้อนกลับที่ดี การเยี่ยมเสริมพลัง โดย

มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความเข้าใจของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพในการนำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ ผ่านแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งได้ขับเคลื่อนด้วยกลไกระบบสุขภาพอำเภอ โดยนายแพทย์วรารุณ สุรพฤกษ์ ลงพื้นที่เพื่อเป็นพี่เลี้ยงในแต่ละอำเภอทุก 3 เดือน ผลลัพธ์ เกิดการขับเคลื่อนรูปแบบและกลไกระบบสุขภาพอำเภอ ตามประเด็นที่พื้นที่ให้ความสนใจภายใต้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพประชาชนที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น การเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอร่วมกับระบบบริการสุขภาพในสาขาโรคไม่ติดต่อ โรคไต และโรคหัวใจ ในระดับพื้นที่ และเขตสุขภาพที่ 12 อย่างเป็นรูปธรรม การสนับสนุนทรัพยากรด้วยงบประมาณอำเภอละ 50,000 บาท/ปี การตรวจติดตามงาน สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12 ออกตรวจราชการและนิเทศงาน จังหวัดในเขต ปี ละ 2 ครั้ง/จังหวัด ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 1 ปี 25602 จังหวัดพัทลุง มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขาบริการปฐมภูมิและดูแลแบบองค์รวมระดับจังหวัด และทุกอำเภอแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ ใช้แนวทางการพัฒนา DHS- PCA มีการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE ทุกอำเภอมีการประเมินตนเอง และทำแผนพัฒนาตนเอง ให้ทุกอำเภอกำหนด ประเด็น การดำเนินงาน DHS ที่มุ่งเน้น NCD DM HT อำเภอละ 1 ตำบลเป็นอย่างน้อย นอกจากนี้ มีการดำเนินการระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ทุกตำบล จังหวัดสงขลา มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขาบริการปฐมภูมิและดูแลแบบองค์รวมระดับจังหวัด ทุกอำเภอ มีคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ มีแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการทั้งในระดับจังหวัด กำหนดให้ทุกอำเภอประเมินตนเองส่งให้จังหวัดปีละ

2 ครั้ง ที่มระดับจังหวัด จะออกประเมิน 1 ครั้ง ให้ทุกอำเภอ กำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) อย่างน้อย 3 เรื่อง และกำหนดพื้นที่เป้าหมายนำประเด็นดังกล่าวมานำเสนอและได้รับการวิพากษ์ แนะนำและเยี่ยมเสริมพลังโดยนายแพทย์วราวุธ สุรพฤกษ์ ผู้เชี่ยวชาญ โดยการสนับสนุนงบประมาณจากมูลนิธิสุขภาพภาคใต้ เป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุง เพื่อนำกลับไปแก้ไข ก่อนนำมาเสนอความก้าวหน้าในครั้งต่อไปโดยการลง Work Shop ในพื้นที่ มีระบบการสนับสนุนและพัฒนา DHS ตามองค์ประกอบ UCCARE ใช้แนวทาง DHS – PCA มีผลการประเมินตนเองตาม UCCARE ทุกอำเภอ พัฒนาเรียนรู้ร่วมกันจากการใช้ผลการประเมินตนเองและลงเยี่ยมไปสู่การพัฒนาในพื้นที่ได้ตรงสาเหตุ มีนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง ได้แก่ การดูแลผู้พิการของอำเภอนาทวี **จังหวัดนราธิวาส** มีคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอระดับจังหวัด และทุกอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ มีแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดและระดับอำเภอที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการสุขภาพ ด้วยนโยบาย “รพ.สต. แนวใหม่ ใกล้ใจชาวนราฯ” มุ่งมั่นให้ รพ.สต. เป็น “รพ.สต.เพื่อชุมชน” โดยดำเนินงาน 6 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสุขภาพ 2) การดำเนินงานเชิงรุกดูแลต่อเนื่อง 3) การจัดการข้อมูลชุมชน 4) ระบบบริหารจัดการ 5) การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และ 6) การดำเนินการสิ่งแวดล้อมเพื่อชุมชน ให้ทุก รพ.สต. กำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) อย่างน้อย รพ.สต. ละ 1 เรื่อง ให้ทุกอำเภอประเมินตนเองตามเกณฑ์ UCCARE ปีละ 2 ครั้ง ที่มระดับจังหวัด จะออกประเมินอำเภอ 1 ครั้ง มีรายงานการติดตามการดำเนินการรพ.สต.แนวใหม่ ใกล้ใจชาวนราฯ ทุกเดือน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ

รพ.สต.ผ่านกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ จำนวน 2 ครั้งๆ ละ 1 วัน และสร้างแรงบันดาลใจคนทำงาน (Inspiration at Work) จำนวน 4 ครั้ง/ปี จัดงานมหกรรมวิชาการ รพ.สต.แนวใหม่ ใกล้ใจชาวนราฯ เพื่อเป็นเวทีแห่งการเชิดชูเกียรติคนทำงาน และเผยแพร่ผลการดำเนินงาน ประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ รพ.สต.แนวใหม่ ใกล้ใจชาวนราฯ โดยใช้กระบวนการ DE (Development Evaluation) มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ จำนวน 55 แห่ง ใน 57 แห่ง (ร้อยละ 96.49) และมีผลการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ District Health System (DHS) ปี 2560 ตามเกณฑ์ UCCARE นอกจากนั้นพบว่าสิ่งที่ดีในพื้นที่ ที่อำเภอตากใบ เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่งเสริมเครือข่ายคนทำดี ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว ส่งผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิเกิดการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นอย่างเป็นเอกภาพ **การแลกเปลี่ยนเรียนรู้** จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 5 ครั้ง

การเปรียบเทียบก่อน-หลังดำเนินการ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาตามรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน DHS ด้านแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านความพร้อมของชุมชน ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 มี ค่าความแตกต่าง (t-test) -3.62, -5.81, -4.42 และ -3.53 ตามลำดับ สำหรับด้านทัศนคติ ได้รับการสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจด้านประสิทธิภาพการทำงานในชุมชน การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร ค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังดำเนินการพัฒนาตามรูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพที่ 12 ด้านปัจจัยส่วนบุคคล

ประเด็นการเปรียบเทียบ	n	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ΣD	t	p
ด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน DHS						
ก่อนดำเนินการ	99	5.49	1.57	-85	-3.62*	.000
หลังดำเนินการ	99	6.34	1.62			
ด้านทัศนคติ						
ก่อนดำเนินการ	99	26.62	3.67	-92	-1.76	.081
หลังดำเนินการ	99	27.53	3.31			
ด้านแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์						
ก่อนดำเนินการ	99	30.15	3.12	-332	-5.81*	.000
หลังดำเนินการ	99	33.47	4.84			
ได้รับการสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจ						
ก่อนดำเนินการ	99	0.69	0.46	-15	-2.53	.013
หลังดำเนินการ	99	0.85	0.36			
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล						
ก่อนดำเนินการ	99	32.75	4.24	-271	-4.43*	.000
หลังดำเนินการ	99	35.45	4.55			
ด้านประสิทธิภาพการทำงานในชุมชน						
ก่อนดำเนินการ	99	16.30	2.85		-2.17	0.03
หลังดำเนินการ	99	17.19	2.91			
ด้านความพร้อมของชุมชน						
ก่อนดำเนินการ	99	10.84	2.66	-98	-3.53*	.001
หลังดำเนินการ	99	11.82	0.72			
การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร						
ก่อนดำเนินการ	99	0.76	0.43	-12	-2.09	.039
หลังดำเนินการ	99	0.88	0.33			

** p<0.05

สำหรับการรับรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ ก่อน-หลังดำเนินการ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 มี ค่าความแตกต่าง (t-test) -3.96 รายด้าน พบว่า การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น การแบ่งปันทรัพยากร และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ชุมชน ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 มี ค่าความแตกต่าง (t-test) -3.51, -2.99, -2.10 และ -3.91 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อน-หลังดำเนินการพัฒนาตามรูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพที่ 12 ด้านการรับรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)

กลุ่ม/ตัวแปร	n	ค่าเฉลี่ย	sd	ΣD	t	p
การรับรู้ผลการดำเนินงาน DHS						
ก่อนดำเนินการ	99	20.83	4.69	-2.30	-3.96 [*]	.000
หลังดำเนินการ	99	23.13	3.14			
จำแนกรายด้าน 5 ด้าน						
1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ						
ก่อนดำเนินการ	99	3.79	1.56	-.68	-3.51 [*]	.001
หลังดำเนินการ	99	4.48	0.94			
2) การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น						
ก่อนดำเนินการ	99	4.30	1.09	-.38	-2.99 [*]	.003
หลังดำเนินการ	99	4.69	0.75			
3) การแบ่งปันทรัพยากร						
ก่อนดำเนินการ	99	4.49	1.46	-.28	-2.10 [*]	.038
หลังดำเนินการ	99	4.78	0.68			
4) การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ชุมชน						
ก่อนดำเนินการ	99	4.17	1.28	-.61	-3.91 [*]	.000
หลังดำเนินการ	99	4.78	0.68			
5) การพัฒนาบุคลากร						
ก่อนดำเนินการ	99	4.06	1.41	-.34	-1.80	.075
หลังดำเนินการ	99	4.40	1.35			

** p<0.05

ในส่วนของผลการดำเนินงานตามประเด็น ODOF ตามเกณฑ์ UCCARE และผลลัพธ์การดำเนินงานตามประเด็น ODOF รายจังหวัดและอำเภอ ดังนี้ จังหวัดพัทลุง อำเภอควนขนุน ปี 2558-2559 ดำเนินการ เรื่องตำบลสร้างสุข ผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3, ระดับ 3.5-5 ตามลำดับ ผลลัพธ์ ประชาชนมีความสุขเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 32.6 เป็น 34.36 ปี 2560 ดำเนินการ เรื่อง ผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3.5-5 ผลลัพธ์ มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน มากกว่าร้อยละ 80 อำเภอป่าพะยอม ปี 2558 -2559 ดำเนินการ เรื่องตำบลสร้างสุข ผ่านเกณฑ์ UCCARE

ระดับ 3, ระดับ 3-4 ตามลำดับ ผลลัพธ์ ประชาชน คะแนนความสุขเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 30.56 เป็น 32.84 ปี 2560 ดำเนินการ เรื่อง ผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3.5-4 ผลลัพธ์ มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 75 จังหวัด สงขลา อำเภอระโนด ปี 2558 ดำเนินการ เรื่องสุขภาพจิต ผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3 ปี 2559-2560 ดำเนินการ เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3-4 , 3.5-4 ตามลำดับ ผลลัพธ์ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ลดลง จากปี 2559 ร้อยละ 2.55 ปี 2560 ร้อยละ 1.42 อำเภอ

สทิงพระ ปี 2558-2560 ดำเนินการ เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3-3.5, 3.5 และ 3.5 ตามลำดับผล ผลลัพธ์ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จากปี 2559 ร้อยละ 3.46 ปี 2560 ร้อยละ 1.31 อำเภอหาดใหญ่ ปี 2558 ดำเนินการ เรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3 ปี 2559-2560 ดำเนินการ เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3-4, 3.5-4 ตามลำดับ ผลลัพธ์ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 2.28 ปี 2560 ร้อยละ 1.29 อำเภอนาทวี ปี 2558 ดำเนินการ เรื่องการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3.5-4 ปี 2559-2560 ดำเนินการ เรื่อง Long Term Care การดูแลผู้พิการ ผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3.5-4 ผลลัพธ์ มีฐานข้อมูลผู้พิการและการเยี่ยมผู้พิการ³ ผ่านระบบ Online ใช้ร่วมกันของทุกหน่วยงานในอำเภอนาทวี ผู้พิการได้รับการเยี่ยม ร้อยละ 63.9 จังหวัดนราธิวาส อำเภอตากใบ ปี 2558-2559 ดำเนินการ เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3 และ 3-3.5 ตามลำดับ ปี 2560 ดำเนินการ เรื่องการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3.5-4 ผลลัพธ์ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 3.03 อำเภอหรือเสาะ ปี 2558 ดำเนินการ เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3 ปี 2559ถึง ปี 2560 ดำเนินการ เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ผ่านเกณฑ์ระดับ UCCARE ระดับ 3 ผลลัพธ์ อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 10.02 ต่อแสนประชากร ซึ่งลดลงจาก ปี 2559

ผลการประเมินความพึงพอใจ ของคณะกรรมการฯ หลังดำเนินการพัฒนาการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า คณะกรรมการฯ มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป มากที่สุด ในประเด็น “การเยี่ยมเสริมพลังดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ” ร้อยละ 100 รองลงมา “การพัฒนาการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ ในภาพรวม” ร้อยละ 96.7 และ “การถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ” ร้อยละ 95.0 มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง มากที่สุด ในประเด็น “การติดตามงานการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ” ร้อยละ 54.2 รองลงมา ประเด็น “การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ” ร้อยละ 45.0 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจต่อการพัฒนาการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ (%)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ	0	114 (95.0)	6 (5.0)	0	0
2. การเยี่ยมเสริมพลังดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ	33 (27.5)	84 (72.5)	0	0	0
3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ	38 (31.7)	71 (59.2)	11 (9.1)	0	0
4. การติดตามการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ	0	55 (45.8)	65 (54.2)	0	0
5. การสนับสนุนการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ ด้านงบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์	0	98 (81.7)	22 (18.2)	0	0

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ (%)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6. การสนับสนุนการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ ด้านวิชาการ เอกสาร แนวทาง	0	96 (80.0)	24 (20.0)	0	0
7. การพัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ	0	66 (55.0)	54 (45.0)	0	0
8. การพัฒนาการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ ในภาพรวม	0	116 (96.7)			

สำหรับการประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อการพัฒนางานสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพอำเภอพบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป มากที่สุดในประเด็น “การให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอหรือในตำบล” ร้อยละ 98.8 รองลงมา ในประเด็น “การดูแลสุขภาพของประชาชนหรือการแก้ปัญหา

สาธารณสุขของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอหรือในตำบล” ร้อยละ 98.0 และความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป ต่ำที่สุด ในประเด็น “ร่วมให้ข้อมูลปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุข” ร้อยละ 74.7 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจต่อการพัฒนาการดำเนินงานสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพอำเภอของประชาชน

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ (%)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ร่วมให้ข้อมูลปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุข	52 (21.2)	131 (53.5)	56 (22.9)	4 (1.6)	2 (0.8)
2. ร่วมกำหนดปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุข	59 (24.2)	125 (51.0)	55 (22.4)	4 (1.6)	2 (0.8)
3. มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพหรือสาธารณสุข	73 (29.8)	128 (52.6)	40 (16.4)	0	0
4. การให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอหรือในตำบลของท่าน	87 (35.5)	155 (63.3)	1 (0.4)	2 (0.8)	0
5. การให้คำแนะนำ ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อการดูแลตนเองของประชาชน ของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอหรือในตำบลของท่าน	60 (24.5)	141 (57.5)	44 (18.0)	0	0
6. การดูแลสุขภาพของประชาชนหรือการแก้ปัญหาสาธารณสุขของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอหรือในตำบลของท่าน	72 (29.4)	168 (68.6)	5 (2.0)	0	0

อดหรือหลีกเลี่ยงข้อผิดพลาดนั้น หรือแลกเปลี่ยนวิธีคิดเชิงบวก ส่งผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอได้ดีขึ้น ดังข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของคณะกรรมการ “เครือข่ายเข้าใจในกระบวนการเพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กันดี ช่วยเหลือกันในงานส่วนตัวและงานราชการ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเป็นแหล่งเรียนรู้” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประไพ จัยอ่วม และคณะ (2551)⁴ พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพร้อมของกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง คือ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำของประธานกองทุน ด้านบรรยากาศการเรียนรู้ของกองทุน ด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิก ด้านความสามารถในการพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน อยู่ในระดับมาก ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิฤมล กุญฑาติ (2557)⁵ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คือ นโยบายสนับสนุนจากระดับจังหวัดอย่างชัดเจนและมีการแปลงนโยบายในระดับพื้นที่อย่างสอดคล้องกัน การสร้างทีมนำที่เข้มแข็ง สร้างเครือข่ายในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เนื่องจากการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2556 จึงทำให้ความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ความพร้อมของชุมชนมีมาอย่างต่อเนื่อง จึงไม่มีความแตกต่างก่อน-หลังดำเนินงาน แต่มีโอกาสพัฒนาในการพัฒนาระบบติดตามงานและประเมินผล ซึ่งมีคะแนนความพึงพอใจด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง และข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เช่น “การขับเคลื่อนยังไม่ต่อเนื่อง” การติดตามงานของสำนักงานเขตสุขภาพ มีเพียง 2 ครั้ง/ปี ซึ่งค่อนข้างน้อย ดังนั้นการติดตามงานของจังหวัด จึงมีความสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของสุรัช สุตรสุวรรณ (2557)⁶ ที่พบว่ากระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับการบริหารผลการปฏิบัติราชการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยกระบวนการบริหารที่มีอิทธิพล คือ กระบวนการบริหารด้านควบคุมและ

อำนวยการ แม้จะมีการทักษะประเมินโดยใช้กระบวนการ DE (Development Evaluation) แต่ดำเนินการอยู่ในวงจำกัดกลุ่มแกนนำผู้รับผิดชอบงาน DHS รวมถึงการพัฒนาบุคลากรก็เช่นกันดำเนินการอยู่ในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิ จึงควรขยายการพัฒนาความรู้ ทักษะถึงกลุ่มคณะกรรมการและภาคีเครือข่าย ซึ่งอาจดำเนินการได้โดยจังหวัดและอำเภอ การสนับสนุนทรัพยากรด้านงบประมาณมีการสนับสนุนการดำเนินให้เพียงพอทั้งระดับอำเภอมิงบประมาณของตนเอง และทุนในชุมชน สามารถบริหารจัดการและนำมาสนับสนุนการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอได้ การดำเนินงานตามประเด็น ODOP ด้วยกระบวนการระบบสุขภาพอำเภอของทุกอำเภอกลุ่มตัวอย่าง มีผลการประเมิน UCCARE ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ขึ้นไปและมีการพัฒนาเพิ่มระดับขึ้นในปี 2560 ผลลัพธ์การดำเนินงานมีความก้าวหน้า ทั้งนี้ผลการประเมินความพึงพอใจของคณะกรรมการต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอในภาพรวมระดับดีมาก ขึ้นไปอยู่ในระดับสูง คณะกรรมการฯ มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ส่วนใหญ่เห็นว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอดีขึ้นเป็นลำดับ เช่น “มีการพัฒนาการดำเนินงานในแนวทางที่ดีขึ้นเรื่อยๆ โดยการนำปัญหาในแต่ละปีไปวางแผน/แก้ไข/ปรับปรุงโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ร่วมดำเนินการเป็นทีม” ในส่วนของผลการประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อการพัฒนางานสาธารณสุขด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนหรือการแก้ปัญหาสาธารณสุขของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอหรือในตำบล ในระดับมากขึ้นไป อยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

จากการประเมินรูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ มีประสิทธิภาพผลความแตกต่างกันก่อน – หลัง และคณะกรรมการฯ มีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมเสริมพลังสูงและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับสูง มีโอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการติดตามการดำเนินงานและการ

พัฒนาบุคลากร จึงมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นนโยบายต่อเนื่องจากระบบสุขภาพอำเภอ ดังนี้

1. พัฒนาผู้นำและทีมในระดับเขต จังหวัด อำเภอ ให้มีศักยภาพด้านการเยี่ยมเสริมพลัง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอนแนะ เสริมคุณค่าการทำงาน ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.)
2. พัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบด้วยระบบข้อมูลข่าวสารและมีความต่อเนื่องเพิ่มการเข้าถึงได้ง่าย เช่น ผ่านระบบ Online
3. การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน และผลักดันให้เกิดการบูรณาการทรัพยากรร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานในระดับอำเภอในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ
4. การพัฒนาบุคลากร ควรครอบคลุมถึงคณะกรรมการและภาคีเครือข่าย
5. ประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจ ผ่านเวทีแลกเปลี่ยน และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ นวัตกรรม คู่มือแนวทาง ผ่านระบบ Online

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วิเศษ สิรินทรโสภณ ประธานคณะกรรมการระบบบริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวม เขตสุขภาพที่ 12 นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงศ์สุกิจ เลขานุการมูลนิธิสุขภาพภาคใต้ ที่ให้การสนับสนุนข้อมูล และขอขอบคุณ นางปัจฉิม บัวยอม ที่ให้คำแนะนำปรึกษา ในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบสุขภาพอำเภอ : บทสรุปผู้บริหาร District Health System กระทรวงสาธารณสุข.(ออนไลน์). แหล่งข้อมูลจาก: http://203.157.181.5/yasopho/DHS/DHS_Book.pdf (สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2559)

2. เอกสารตรวจราชการและนิเทศงานสำนักงานเขตสุขภาพที่ 12. (ออนไลน์). แหล่งข้อมูลจาก: <http://www.rh12.moph.go.th/inspector>. (สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2561)
- 3.ฐานข้อมูลผู้พิการและการเยี่ยมผู้พิการ. (ออนไลน์). แหล่งข้อมูลจาก: <http://www.communeinfo.com>. (สืบค้นเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2561)
4. ประไพ จัยอ่วม และคณะ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพร้อมของกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองเพื่อเป็นสถาบันการเงินชุมชน กรณีศึกษา กองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2551. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2551;2(3): 249-264.
5. นิยมล กมฺพชาติ. รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาสารคาม :มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557
6. สุรัชย์ สุตรสุวรรณ. กระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการบริหารผลการปฏิบัติราชการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ 2557;8(3):121 - 132

