

# การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอที่มีผลต่อคุณภาพ บริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดสุรินทร์

โอกาส วิเศษ\*  
พรรษวุฒิ ทิงาม†

ผู้รับผิดชอบบทความ: โอกาส วิเศษ

## บทคัดย่อ

ระบบสุขภาพอำเภอ (district health system: DHS) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการบูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานของ DHS และผลกระทบต่อคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมียังมีความแตกต่างกันระหว่างอำเภอ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยสู่ความสำเร็จของ DHS ที่มีผลต่อคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดสุรินทร์ ใช้การวิจัยแบบผสมผสานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร ผู้ให้บริการ จำนวน 24 คน วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และในส่วนของผู้รับบริการ ทำการศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจ จำนวน 400 คน ระหว่างอำเภอ อำเภอละ 100 คนและระหว่างประเภทสถานบริการ (เลือกผู้รับบริการจากโรงพยาบาล 200 คนและจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 200 คน) โดยใช้ independent t-test และ one-way ANOVA ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ พบว่า DHS ช่วยเสริมการบูรณาการการทำงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในพื้นที่ แต่ในบริบทเฉพาะพื้นที่ยังพบข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณ และความต่อเนื่องของการติดตามประเมินผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากความพึงพอใจของประชาชน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าโรงพยาบาลอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และอำเภอในกลุ่มคะแนนสูงมีระดับความพึงพอใจสูงกว่าในกลุ่มคะแนนต่ำอย่างมีนัยสำคัญ ( $F = 6.71, p < 0.001$ ) ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับ DHS ให้เกิดความเท่าเทียม เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน

**คำสำคัญ:** ระบบสุขภาพอำเภอ, ความพึงพอใจ, บริการสุขภาพปฐมภูมิ

\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

† สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์

Received 31 January 2026; Revised 24 April 2026; Accepted 19 May 2026

**Suggested citation:** Wisate O, Dheengarm P. District health system implementation on the quality of primary health care services in Surin province. *Journal of Health Systems Research* 2026;20(2):135-52.

โอกาส วิเศษ, พรรษวุฒิ ทิงาม. การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอที่มีผลต่อคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2569;20(2):135-52.



## District Health System Implementation on the Quality of Primary Health Care Services in Surin Province

Opass Wisate\*, Pansawuti Dheengarm†

\* Surin Provincial Health Office, Surin Province

† Muangsurin District Health Office, Muang Surin District, Surin Province

Corresponding author: Opass Wisate, opass.w@hotmail.com

### Abstract

The district health system (DHS) was a key mechanism for strengthening primary health care delivery in Thailand through integrated collaboration among local stakeholders. However, DHS performance and its impact on service quality varied across districts. This study aimed to examine the implementation, problems, obstacles, and success factors of DHS affecting the quality of primary health care services in Surin Province. A mixed-methods approach, combining qualitative and quantitative research, was employed. Data were collected through in-depth interviews with 24 administrators and service providers, using content analysis. For consumers, a comparative study of satisfaction was conducted among 400 participants in 4 districts by health facilities (200 at hospitals and another 200 at sub-district health promoting hospitals [SHPHs]), using independent t-tests and one-way ANOVA. The qualitative findings revealed that DHS enhanced integration of operations, participation of network partners, and responsiveness to local health problems. However, in specific local contexts, limitations were identified in terms of workforce, budget, and continuity of monitoring and evaluation. These issues were reflected in public satisfaction levels. SHPHs showed significantly higher satisfaction scores than hospitals ( $p < 0.001$ ), and the high-performing districts had significantly higher satisfaction levels than the low-performing districts ( $F = 6.71, p < 0.001$ ). Therefore, strengthening workforce capacity, allocating resources appropriately, developing standardized monitoring and evaluation systems, and continuously promoting the participation of network partners were essential strategies to enhance DHS, ensure equity, improve the quality of primary health care services, and reduce disparities among the population.

**Keywords:** district health system, satisfaction, primary health care services

### ภูมิหลังและเหตุผล

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care: PHC) ถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาสุขภาพประชาชน เนื่องจากเป็นด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการ มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงการฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องในชุมชน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2008) เน้นย้ำว่า ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งต้องมีความครอบคลุม

เป็นธรรม และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง<sup>(1)</sup>

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ผ่านนโยบายสำคัญ เช่น การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ระบบคลินิกหมอครอบครัว และการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญในการบูรณาการความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ในระดับพื้นที่ ซึ่งยังคงมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การให้บริการ

ที่แยกส่วน ขาดการเชื่อมโยงและประสานงานระหว่างหน่วยบริการ การบริหารจัดการแบบบนลงล่าง และการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายที่ยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน ประสิทธิภาพการให้บริการไม่เต็มที่ และเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จึงได้มีการพัฒนาไปสู่การจัดตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (district health system: DHS) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและใกล้บ้านมากที่สุด<sup>(2)</sup> โดย DHS ทำหน้าที่เป็นกลไกบริหารจัดการด้านสุขภาพในระดับอำเภอ เพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพกับกลไก พชอ. ให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบในระดับอำเภอ เชื่อมโยงโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. หน่วยงานท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันทั้งเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ<sup>(3)</sup> อย่างไรก็ตาม การดำเนินงาน DHS ในแต่ละพื้นที่ยังมีความแตกต่างกันตามบริบทด้านทรัพยากร บุคลากรงบประมาณ และความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย ขาดการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และมีข้อจำกัดด้านบุคลากรในระดับปฐมภูมิ ส่งผลให้คุณภาพบริการสุขภาพยังไม่สม่ำเสมอ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้เต็มที่<sup>(4)</sup> ขณะที่ พชอ. แม้จะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย บูรณาการความร่วมมือ และขับเคลื่อนประเด็นเชิงสังคมในระดับพื้นที่ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในด้านการมุ่งเน้นเชิงนโยบายมากกว่าการปฏิบัติจริง การเชื่อมโยงสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่วัดได้โดยตรงยังไม่ชัดเจน รวมถึงข้อจำกัดด้านอำนาจและทรัพยากร อีกทั้งความต่อเนื่องของการดำเนินงานยังไม่สม่ำเสมอ โดยขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้นำและบริบทของแต่ละอำเภอ ทำให้การขับเคลื่อนสู่ผลลัพธ์เชิงรูปธรรมยังทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ดังนั้น การเลือกศึกษาในกรอบ DHS จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพให้ส่งผลกระทบต่อประชาชน

ได้อย่างตรงประเด็น

แนวคิดการประเมินการดำเนินงานด้วย CIPP (context, input, process, product) model ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ<sup>(5)</sup> ได้แก่ context (บริบท): วิเคราะห์ความต้องการและปัญหาสุขภาพของประชาชน รวมถึงปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และภูมิศาสตร์ที่มีผลต่อระบบสุขภาพอำเภอ input (ปัจจัยนำเข้า): ศึกษาทรัพยากรงบประมาณ บุคลากร และกลไกการบริหารจัดการที่สนับสนุนการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอ process (กระบวนการ): ประเมินขั้นตอนการดำเนินงาน การประสานความร่วมมือ และการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่ product (ผลผลิต/ผลลัพธ์): ตรวจสอบผลลัพธ์ของการดำเนินงานของ DHS ที่มีต่อคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น การเข้าถึง ความครอบคลุม ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน CIPP model มีข้อได้เปรียบ คือสามารถประเมินได้อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ช่วยให้เห็นจุดแข็ง จุดอ่อน และช่องว่างของการดำเนินงานในแต่ละบริบทพื้นที่ได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังเอื้อต่อการนำผลการศึกษาไปใช้ในการปรับปรุงเชิงนโยบายและการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะการเชื่อมโยงข้อมูลเชิงประจักษ์ไปสนับสนุนการขับเคลื่อนของ DHS และเสริมประสิทธิภาพการตัดสินใจของ พชอ.

จังหวัดสุรินทร์มีการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภออย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ผลการประเมินคุณภาพหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิตามเกณฑ์ “รพ.สต.ติดตาม” ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว ซึ่งสะท้อนถึงการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพสูง ครบทุกมาตรฐาน มีระบบบริหารจัดการและการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีการเชื่อมโยงเครือข่าย ใช้ข้อมูลในการพัฒนา และมี

การมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีความพึงพอใจสูง คิดเป็นร้อยละ 99.53<sup>(6)</sup> สะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งของระบบบริการในระดับพื้นที่ ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐานและการบริหารจัดการบริการสุขภาพ ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิระบุว่าอยู่ในระดับ “มากที่สุด” แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นของประชาชนต่อคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการของระบบสุขภาพภาครัฐในจังหวัด ขณะเดียวกัน การดำเนินงานด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมีความก้าวหน้า โดยเฉพาะการให้บริการวัคซีนพื้นฐานแก่เด็กที่มีความครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานระดับประเทศ<sup>(7,8)</sup> อย่างไรก็ตาม แม้ผลการดำเนินงานดังกล่าวจะสะท้อนถึงความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีความจำเป็นในการประเมินผลเชิงลึกกว่าระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มีผลต่อ “คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ” ในมิติด้านโครงสร้างกระบวนการ และผลลัพธ์เพียงใด ทั้งนี้เพื่อให้สามารถนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงกลไกการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย และยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพของจังหวัดสุรินทร์ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

จังหวัดสุรินทร์เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม มีทั้งเขตเมือง พื้นที่ชนบท และพื้นที่ชายแดน ซึ่งล้วนส่งผลต่อรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้ จังหวัดยังมีสัดส่วนประชากรกลุ่มเปราะบางสูง เช่น ผู้สูงอายุ และครัวเรือนยากจน ทำให้ความต้องการบริการสุขภาพปฐมภูมิเข้มข้นยิ่งขึ้น<sup>(9)</sup> การประเมินผลการดำเนินงาน DHS ในจังหวัดสุรินทร์จึงมีความจำเป็น เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพ จุดแข็ง ข้อจำกัด และปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคที่มีผลต่อคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ แม้จะมีความก้าวหน้าในการดำเนินงาน แต่ยังคงขาดการประเมินเชิงลึกกว่าระบบสุขภาพอำเภอส่งผลต่อคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิในมิติต่างๆ อย่างไร โดย

เฉพาะในบริบทพื้นที่จริง การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินรายละเอียดกระบวนการดำเนินงานของ DHS ต่อการบริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดสุรินทร์ เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์และใช้เป็นข้อมูลในการสนับสนุนการพัฒนา นโยบายและการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

## ระเบียบวิธีศึกษา

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (evaluation research) โดยใช้กรอบการประเมิน CIPP model ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท (context) ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ด้านกระบวนการดำเนินงาน (process) และด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ (product) เพื่อประเมินการดำเนินงานของระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) และผลต่อคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) ชนิด convergent parallel design โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพควบคู่กันในช่วงเวลาเดียวกัน วิเคราะห์แยกตามวิธีการของแต่ละชุดข้อมูล และนำผลมาบูรณาการร่วมกันเพื่ออธิบายผลการศึกษาอย่างครอบคลุม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรในการศึกษาเชิงคุณภาพ** กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

**ผู้ให้บริการ:** ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหาร เช่น สาธารณสุขอำเภอ และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ชุมชน/ทั่วไป/ศูนย์) จาก 17 อำเภอ รวมจำนวน 34 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นตัวแทนอำเภอละ 1 แห่ง และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอละ 1 แห่ง จาก 17 อำเภอ

รวมจำนวน 34 คน

**ผู้รับบริการ:** ประกอบด้วยตัวแทนผู้ที่มารับบริการในหน่วยบริการทั้งโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอที่ได้รับคัดเลือก

### กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยจัดกลุ่มอำเภอตามผลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขล่าสุด<sup>(10)</sup> สุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ใช้วิธี median split แบ่งครึ่งตามลำดับ กลุ่ม 1: อันดับ 1-8 และ กลุ่ม 2: อันดับ 9-17 จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากชื่ออำเภอตัวแทนแต่ละกลุ่มมา กลุ่มละ 2 อำเภอ แล้วสุ่มชื่อตำบลในแต่ละอำเภอด้วยการจับสลากชื่อตำบลมาอำเภอละ 1 ชื่อ กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้บริหาร (ผอ.รพ. 8 คน, สสอ. 8 คน,) ผู้ปฏิบัติงาน (ผอ.รพ.สต. 4 คน) และผู้รับบริการที่เข้ารับบริการในหน่วยงานที่ได้รับคัดเลือก (หน่วยละ 1-2 คน) รวมทั้งสิ้น 24 คน

**ประชากรในการศึกษาเชิงปริมาณ** ได้แก่ ผู้รับบริการ: ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตอำเภอที่มีการดำเนินงาน DHS ของจังหวัดสุรินทร์ จำนวนประชากรทั้งหมด (N) 901,670 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้ที่เข้ามาใช้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพ เช่น รพ.สต. ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล หรือ PCU (primary care unit) ในแต่ละอำเภอตัวแทน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Taro Yamane<sup>(11)</sup> จำนวนประชากรทั้งหมด (N) 901,670 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบ่งเป็นอำเภอละ 100 คนจาก 4 อำเภอ โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาล 50 คน และจาก รพ.สต. 50 คน

### การดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อกับอาสาสมัครด้วยตัวเอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียด

การดำเนินการเก็บข้อมูล จากนั้นจึงขอความร่วมมือและขอความยินยอมจากอาสาสมัคร พร้อมทั้งทำความเข้าใจวิธีการให้ข้อมูล ซึ่งขึ้นอยู่กับอาสาสมัครว่าจะสะดวกให้ทำการสัมภาษณ์หรือไม่ หรือจะใช้วิธีการทั้งแบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้างไว้เพื่อให้อาสาสมัครได้ใช้เวลาในการตอบข้อมูลลงแบบสอบถามอย่างเต็มที่แล้วจึงส่งกลับมาที่ผู้วิจัยในส่วนการศึกษาเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้วิธีการอบรมการใช้เครื่องมือให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นตัวแทนแต่ละอำเภอ โดยเป็นเจ้าหน้าที่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยอบรมการใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ และแนวทางในการเก็บข้อมูลโดยให้อาสาสมัครตอบคำถามในแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด โดยเจ้าหน้าที่มีบทบาทเพียงแคเป็นผู้ชี้แจงวิธีการตอบเท่านั้น จะไม่มีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นใดๆ ต่อคำตอบของอาสาสมัคร หากอาสาสมัครมีการแก้ไขคำตอบ ผู้วิจัยจะยอมรับการแก้ไขในกรณีที่มีการลงลายมือชื่อของอาสาสมัครเท่านั้น ในกรณีอื่นๆ ผู้วิจัยจะทำการนำชุดคำตอบนั้นๆ ออกจากการรวบรวมข้อมูล เจ้าหน้าที่ดำเนินการชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงขอความยินยอมและให้ตอบแบบสอบถาม ณ เวลานั้น แล้วเก็บรวบรวมเอกสารในคราวเดียวกัน

### เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**1. เครื่องมือการศึกษาเชิงคุณภาพ** คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบกึ่งโครงสร้าง โดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบของ CIPP model เพื่อตั้งประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร 10 ข้อ กลุ่มผู้ให้บริการ 8 ข้อ และกลุ่มผู้รับบริการ 5 ข้อ ทั้งนี้เนื่องจากบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ และระดับการมีส่วนร่วมในระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ของแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยมีการ

ปรับใช้ให้สอดคล้องกับบทบาทของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มอย่างเหมาะสม กล่าวคือ กลุ่มผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเชิงนโยบาย ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ เนื่องจากสามารถให้ข้อมูลเชิงระบบได้อย่างรอบด้าน ขณะที่กลุ่มประชาชนผู้มารับบริการ มุ่งเน้นเก็บข้อมูลในมิติ product เป็นหลัก เช่น การเข้าถึงบริการ คุณภาพ การให้บริการ และความพึงพอใจ รวมถึงบางประเด็นของ process ในมุมมองของผู้ใช้บริการ

**2. เครื่องมือการศึกษาเชิงปริมาณ** ผู้วิจัยพัฒนาแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการ ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ส่วนหลัก ดังต่อไปนี้

2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ความถี่ในการเข้ารับบริการ

2.2 ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจด้านคุณภาพการบริการมีจำนวน 24 ข้อ คำถามแบบ Likert scale ระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 5 ระดับเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ 1=พึงพอใจน้อยที่สุด, 2= พึงพอใจน้อย, 3=พึงพอใจปานกลาง, 4=พึงพอใจมาก, 5= พึงพอใจมากที่สุด ส่วนข้อคำถามเชิงลบการให้คะแนนจะตรงข้ามกัน จากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย แบ่งเป็นความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (4.21-5.00), มาก (3.41-4.20), ปานกลาง (2.61-3.40), น้อย (1.81-2.60) และ น้อยที่สุด (1.00-1.80)

2.3 ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจด้านภาพลักษณ์บริการ มีจำนวน 12 ข้อ คำถามแบบ Likert scale ระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 5 ระดับเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ 1=พึงพอใจน้อยที่สุด, 2= พึงพอใจน้อย, 3=พึงพอใจปานกลาง, 4=พึงพอใจมาก, 5= พึงพอใจมากที่สุด ส่วนข้อคำถามเชิงลบการให้คะแนนจะตรงข้ามกัน จากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย แบ่งเป็นความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (4.21-5.00), มาก (3.41-

4.20), ปานกลาง (2.61-3.40), น้อย (1.81-2.60) และ น้อยที่สุด (1.00-1.80)

2.4 ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ เป็นพื้นที่ให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเสนอหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อนำไปวิเคราะห์เนื้อหาต่อไป

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบ content validity โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ ด้านการวิจัย 1 คน ด้านการออกแบบเครื่องมือวิจัย 1 คน และด้านการประเมินระบบสุขภาพ 1 คน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม จนได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.67 เครื่องมือข้อ 1. จะทดลองสัมภาษณ์เบื้องต้น (pre-test) กับบุคลากรสาธารณสุข 2-3 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างหลัก ปรับปรุงถ้อยคำและลำดับคำถามให้เหมาะสม ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน ส่วนเครื่องมือข้อ 2. ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน นำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แล้วปรับปรุงจนได้ค่าไม่น้อยกว่า 0.7<sup>(12)</sup>

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยสร้างโค้ดตาม 4 มิติของ CIPP: context / input / process / product เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กับตัวแปร เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา และความพึงพอใจ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. และ one-way ANOVA เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่าง 4 อำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม R

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ สิงหาคม 2568 ถึง มกราคม

2569 รวมระยะเวลา 6 เดือน

## ข้อพิจารณาถ่วงจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No. 128/2568 เมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2568

## ผลการศึกษา

จากวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการที่จะรวบรวมข้อมูลที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในด้านต่างๆ รวมไปถึงสถานะหรือคุณภาพการดำเนินงานที่สะท้อนออกมาในรูปของผลลัพธ์ที่เกิดกับประชาชนผู้รับบริการ จึงได้มีการกำหนดกรอบโมเดลในการศึกษาเพื่อประเมินตามกรอบ CIPP model ทั้งนี้ผู้วิจัยยังเล็งเห็นปัญหาความเหลื่อมล้ำของการให้บริการหรือความแตกต่างของคุณภาพบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างของพื้นที่ ซึ่งส่วนหนึ่งผู้บริหารระดับสูงได้ประเมินจากผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจากตัวชี้วัดต่างๆ ในระบบรายงานที่มีอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม การดำเนินการเพื่อบรรลุตามตัวชี้วัดแล้วนำมาคิดคะแนนผลการดำเนินงานนั้น อาจไม่ใช่ตัวชี้วัดที่สะท้อนให้เห็นคุณภาพของการให้บริการประชาชนจริงๆ อีกทั้งในมิติของผู้ปฏิบัติหรือผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของประชาชนถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการพัฒนาระบบบริการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลในมิติเชิงคุณภาพมากขึ้น ข้อมูลที่ไม่อาจประเมินได้ในเชิงตัวเลขหรือค่าสถิติเพียงอย่างเดียว เพื่อสะท้อนถึงปัญหาและอุปสรรคในเชิงลึกได้มากขึ้น ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มอำเภอตาม median split เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มาจากบริบทต่างกัน โดยใช้ค่าคะแนนการดำเนินงานสาธารณสุขเป็นตัวบ่งชี้ เพื่อให้ได้ศึกษาทั้งอุปสรรคหรือข้อจำกัดที่ทำให้ผลการดำเนินงานสาธารณสุขนั้นมีค่าต่ำ และในมุมมองของกลุ่มอำเภอที่มีคะแนนการดำเนินงาน

งานสูง ผู้วิจัยจะได้แนวทางและปัจจัยแห่งความสำเร็จเพื่อนำข้อมูลทั้ง 2 ส่วนนี้มาบูรณาการเข้าด้วยกันเพื่อเป็นข้อมูลที่สามารถใช้เพื่อประกอบการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

ข้อมูลในผลการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อมูลจากหน่วยงานที่มีการให้บริการปฐมภูมิ และเป็นหน่วยงานที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงผู้รับบริการดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยงานที่มีบทบาททั้งเป็นแม่ข่ายและผู้ให้บริการ
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยงานกำกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่สนับสนุนการประสานงานและการกำกับติดตาม รวมถึงกำหนดตัวชี้วัดระดับปฐมภูมิ
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทหลักเป็นผู้ให้บริการ ซึ่งจะเป็นจุดเชื่อมโยงระหว่างนโยบาย ตัวชี้วัดที่จะนำบริการสุขภาพต่างๆ ลงไปสู่ประชาชนในพื้นที่
4. ผู้รับบริการ เป็นผู้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการและเป็นผู้ให้ความคิดเห็นที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเชิงปริมาณเพื่อรวบรวมข้อมูลในภาพรวม ซึ่งใช้ในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวประชาชนเอง แล้วรวมออกมาเป็นความพึงพอใจต่อการให้บริการสุขภาพ เป็นการวัดผลลัพธ์อีกวิธีหนึ่งเพื่อลดปัญหาในส่วนของข้อจำกัดในการให้การสัมภาษณ์ของประชาชนผู้มารับบริการ จากข้อมูลที่ผู้วิจัยทำการศึกษาจะถูกนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่าง อำเภอ เหนือ median split และ ใต้ median split เปรียบเทียบในระดับของหน่วยบริการ ได้แก่ โรงพยาบาล กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทำการเปรียบเทียบในระหว่างโรงพยาบาล หรือในระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ได้ข้อมูลในแง่ต่างๆ เพื่อนำไปสู่การอภิปรายผลที่มีประโยชน์ต่อไป โดยรายละเอียดผลการศึกษาดังต่อไปนี้



## ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์

### ผู้บริหาร

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ระหว่างกลุ่มอำเภอเหนือและใต้ค่า median split ตามกรอบ CIPP model พบว่า

**ด้านบริบท (context)** ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกัน โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable diseases: NCDs) เป็นภาระโรคหลัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม กลุ่มอำเภอเหนือ median (อำเภอ 1 และ 4) มีบริบทปัญหาที่หลากหลายและซับซ้อนกว่า ทั้งด้านอุบัติเหตุทางถนนและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median (อำเภอ 2 และ 3) ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการมากกว่า ทั้งนี้ ทั้งสองกลุ่มมีมุมมองสอดคล้องกันว่านโยบายจากส่วนกลางและระดับจังหวัดมีความชัดเจนและยืดหยุ่นเพียงพอในการปรับใช้ตามบริบทพื้นที่

**ด้านปัจจัยนำเข้า (input)** ทั้งสองกลุ่มเผชิญข้อจำกัดคล้ายกัน โดยเฉพาะการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุข แม้ว่ากลุ่มอำเภอเหนือ median จะมีจำนวนหน่วยบริการเพียงพอและงบประมาณในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดในการจัดสรรงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่ายที่ยังไม่สม่ำเสมอ ขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median เผชิญข้อจำกัดด้านงบประมาณที่ชัดเจนมากกว่า โดยเฉพาะการที่ระบบงบประมาณให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่าการป้องกันส่งผลให้การขับเคลื่อนงาน DHS ในมิติการส่งเสริมสุขภาพมีข้อจำกัด

**ด้านกระบวนการดำเนินงาน (process)** กลุ่มอำเภอเหนือ median มีความเป็นระบบมากกว่า โดยมีการจัด

ตั้งกลไกคณะกรรมการของ DHS ทั้งในระดับอำเภอและตำบล มีการประชุมติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และใช้ข้อมูลสุขภาพจากระบบสารสนเทศในการสนับสนุนการตัดสินใจ ขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median แม้จะมีกลไกผ่าน พชอ. และ พชต. (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล) และมีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนสุขภาพ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการติดตามผล โดยเฉพาะในกรณีที่ขาดการกำกับจากผู้บริหารหรือไม่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจน นอกจากนี้ ในมิติการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งสองกลุ่มมีการดำเนินงานในทิศทางคล้ายกัน โดยกลุ่มอำเภอเหนือมีบทบาทของ อสม. ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอย่างเข้มแข็ง แต่การมีส่วนร่วมเชิงนโยบายยังจำกัด ขณะที่กลุ่มอำเภอใต้มีการส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านประชาคมหมู่บ้าน แต่บทบาทของชุมชนยังคงอยู่ในระดับการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าการกำหนดทิศทาง

**ด้านผลลัพธ์ (product)** กลุ่มอำเภอเหนือ median มีจุดเด่นด้านความครอบคลุมของการคัดกรองโรค NCDs และแนวโน้มการลดลงของอุบัติเหตุในบางพื้นที่ โดยมีจุดแข็งสำคัญคือความเข้มแข็งของคณะกรรมการและภาคีเครือข่าย อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและการมีส่วนร่วมเชิงนโยบายที่ยังไม่เต็มที่ ขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median มีความก้าวหน้าในด้านการควบคุมโรคติดต่อและงานป้องกันโรคในชุมชน เช่น ใช้เลือดออกและวัคซีน แต่ยังคงเผชิญปัญหา NCDs ในระดับสูง โดยข้อเสนอแนะของผู้บริหารมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มแรงจูงใจการจัดสรรงบประมาณ และการกำหนดบทบาทหน้าที่รวมถึงตัวชี้วัดที่ชัดเจนมากขึ้น เพื่อเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงาน DHS ในระยะยาว รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** สรุปผลการวิเคราะห์เนื้อหาการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จากมุมมองผู้บริหาร และเชื่อมโยงมิติคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ

| มิติ                      | ประเด็น/Theme                 | กลุ่มอำเภอเหนือ median split (อำเภอที่ 1 และ 4)  | กลุ่มอำเภอใต้ median split (อำเภอที่ 2 และ 3)             |
|---------------------------|-------------------------------|--|---|
| Context                   | ปัญหาสุขภาพหลัก               | โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต) อุบัติเหตุจราจร และพฤติกรรมสุขภาพ | โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง |
|                           | ปัจจัยสังคม-วัฒนธรรม          | มีความรู้ด้านสุขภาพ แต่ขาดความตระหนักในการปรับพฤติกรรม                                 | ความเชื่อ การตีตรา และทัศนคติส่งผลต่อการใช้บริการ         |
|                           | นโยบาย DHS                    | นโยบายส่วนกลาง/จังหวัดเอื้อต่อการปรับใช้ตามบริบทพื้นที่                                | นโยบายมีความชัดเจนและนำไปปฏิบัติได้                       |
| Input                     | หน่วยบริการและบุคลากร         | รพ.สต. ต่อประชากรเหมาะสม แต่ขาดแพทย์/พยาบาลบางพื้นที่                                  | รพ.สต. เพียงพอ แต่กำลังคนสาธารณสุขไม่เพียงพอ              |
|                           | งบประมาณ                      | เพียงพอในระดับหนึ่ง แต่งานส่งเสริมป้องกันยังจำกัด                                      | งบประมาณจำกัด โดยเฉพาะงานส่งเสริมป้องกัน                  |
|                           | การระดมทรัพยากร               | การสนับสนุนจาก อปท./NGO ยังไม่สม่ำเสมอ   | พึ่งพาการเขียนโครงการขอทุนจากท้องถิ่น                     |
| Process                   | โครงสร้างและการดำเนินงาน DHS  | โครงสร้างชัดเจน มีคณะกรรมการและติดตามผลสม่ำเสมอ  | ดำเนินงานผ่านกลไก พชอ./พชต. อย่างต่อเนื่อง                |
|                           | การวางแผนและติดตาม            | ประชุมอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง ใช้ข้อมูล HDC  | มีการประชุมและรายงานผล แต่ความต่อเนื่องขึ้นกับการกำกับ    |
|                           | การบูรณาการภาคี               | บูรณาการหน่วยบริการและภาคีเครือข่ายในระดับดี   | ภาคีเข้มแข็ง แต่การติดตามผลไม่สม่ำเสมอ                    |
|                           | การมีส่วนร่วมของชุมชน         | อสม.และชุมชนมีส่วนร่วมเชิงปฏิบัติสูง   | ชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม แต่บทบาทเชิงนโยบายต่ำ                |
| Product / quality of care | การเข้าถึงบริการ              | หน่วยบริการเพียงพอ แต่บางกลุ่มเข้าถึงยาก   | การเข้าถึงขึ้นกับปัจจัยสังคมและกลุ่มเปราะบาง              |
|                           | ความครอบคลุมบริการ            | ความครอบคลุมการคัดกรอง NCD สูง   | ความครอบคลุมวัคซีนและควบคุมโรคติดต่อดี                    |
|                           | ความพึงพอใจ (มุมมองผู้บริหาร) | บริการมีคุณภาพ แต่ผลลัพธ์พฤติกรรมยังไม่ชัดเจน  | บริการดี แต่ผลลัพธ์เชิงป้องกันต้องใช้เวลา                 |
|                           | จุดแข็ง                       | คณะกรรมการและภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง   | ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย                               |
|                           | ข้อจำกัด                      | การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนต่ำ   | งบประมาณจำกัด ภาระงานบุคลากร                              |
|                           | ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย          | เพิ่มการมีส่วนร่วมและสร้างความตระหนักด้านสุขภาพ  | เพิ่มงบประมาณ แรงจูงใจ และตัวชี้วัดที่ชัดเจน              |

พชต. = คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล, พชอ. = คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, HDC = health data center, NCD = noncommunicable disease, NGO = non-governmental organization

## ผู้ให้บริการ

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างกลุ่มอำเภอเหนือและใต้ค่า median split ตามกรอบ CIPP model พบความแตกต่างเชิงระบบที่ชัดเจนในทุกองค์ประกอบดังนี้

**ด้านบริบท (context)** ทั้งสองกลุ่มเผชิญปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นหลักเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม กลุ่มอำเภอเหนือ median (อำเภอ 1, 4) มีความซับซ้อนของปัญหามากกว่า โดยนอกจาก NCDs แล้วยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ปัญหาการเดินทาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงปัญหาเฉพาะพื้นที่ เช่น อุบัติเหตุและโรคติดต่อ ขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median (อำเภอ 2, 3) แม้จะมีปัญหา NCDs และผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่จุดอ่อนสำคัญคือการขาดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการเข้าถึงบริการที่ยังไม่ครอบคลุมในบางพื้นที่

**ด้านปัจจัยนำเข้า (input)** กลุ่มอำเภอเหนือ median แม้จะเผชิญปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและเวชภัณฑ์บางส่วน แต่ยังสามารถบริหารจัดการได้ในระดับหนึ่ง โดยมีระบบการสนับสนุนผ่านเครือข่าย เช่น คปสอ. และงบประมาณที่ค่อนข้างเพียงพอในบางพื้นที่ ตรงกันข้ามกับกลุ่มอำเภอใต้ median ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการขาดบุคลากร ไม่เป็นไปตามกรอบอัตรากำลัง ขาดแรงจูงใจในการทำงาน รวมถึงปัญหาการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เป็นธรรมและไม่ชัดเจน อีกทั้งการสนับสนุนจากส่วนกลางยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยบริการ

**ด้านกระบวนการ (process)** กลุ่มอำเภอเหนือ median มีการดำเนินงานตามมาตรฐานและมีการประสานงานเครือข่ายที่ค่อนข้างดี แม้จะมีข้อจำกัดด้านความถี่ของการประชุมและภาระงานที่สูง โดยปัญหาหลักอยู่ที่ระบบข้อมูลที่ซับซ้อนและข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี เช่น อินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median แม้จะดำเนินงานตามมาตรฐานเช่นกัน แต่ยังมีขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ มีความซ้ำซ้อนของนโยบายและการอบรมจากส่วนกลาง รวมถึงปัญหาการขาดข้อมูลที่ซับซ้อน

และขาดผู้ดูแลระบบข้อมูลโดยเฉพาะ ส่งผลให้การใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนยังไม่มีประสิทธิภาพเต็มที่

**ด้านผลลัพธ์ (product)** กลุ่มอำเภอเหนือ median มีคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลางถึงดี และมีแนวโน้มพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยบางพื้นที่สามารถผ่านการประเมินมาตรฐานในระดับสูงและมีผลงานเด่น เช่น ระบบ EMS (emergency medical service) หรือการประเมินคุณภาพหน่วยบริการ อย่างไรก็ตาม ยังพบความไม่สม่ำเสมอของคุณภาพและข้อจำกัดด้านทักษะบุคลากรบางส่วน ในขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median แม้จะผ่านเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการเช่นกัน แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความครอบคลุมและความทันสมัยของบริการ ประชาชนในบางพื้นที่ที่ยังเข้าถึงบริการได้ไม่ทั่วถึง แม้จะมีโครงการสนับสนุนที่เป็นประโยชน์บางส่วนก็ตาม

ข้อเสนอแนะของทั้งสองกลุ่มสะท้อนทิศทางร่วมกัน แต่มีระดับความเข้มข้นต่างกัน โดยกลุ่มอำเภอเหนือ median มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ปรับปรุงระบบข้อมูล และการกำหนดประเด็นการดำเนินงาน DHS ให้สอดคล้องกับปัญหาพื้นที่ ขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาด้านโครงสร้างมากกว่า ได้แก่ การเพิ่มบุคลากร การจัดสรรงบประมาณอย่างเป็นธรรม การวางแผนพัฒนากำลังคนอย่างเป็นระบบ และการปรับปรุงระบบข้อมูลให้ใช้งานได้ง่าย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างด้านศักยภาพของระบบสุขภาพอำเภอที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการอย่างมีนัยสำคัญ

## สรุปภาพรวมเชิงเปรียบเทียบ

กลุ่มเหนือ median split (1, 4): มีระบบการจัดการและเครือข่ายที่เข้มแข็งกว่า ผลิตภัณฑ์บริการดีกว่า แต่ยังมีติดปัญหาเชิงเทคนิค (ข้อมูล/บุคลากร) ส่วนกลุ่มใต้ median split (2, 3): มีข้อจำกัดชัดเจนด้าน “กำลังคน การจัดสรรงบ และการบูรณาการระบบ” ส่งผลให้คุณภาพบริการและความครอบคลุมต่ำกว่า รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis summary) จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ

| องค์ประกอบ           | กลุ่มอำเภอเหนือ median (อำเภอ 1, 4)   | กลุ่มอำเภอใต้ median (อำเภอ 2, 3)   |
|----------------------|---|---|
| Context (บริบท)      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปัญหา NCDs (เบาหวาน ความดัน) เป็นหลัก</li> <li>- การเข้าถึงบริการยาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุ/พื้นที่ห่างไกล</li> <li>- ปัญหาความรู้ด้านสุขภาพ</li> <li>- มีปัญหาเฉพาะพื้นที่ เช่น อุบัติเหตุ โรคติดต่อ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- NCDs และผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น</li> <li>- ขาดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว</li> <li>- การเข้าถึงบริการยังไม่ครอบคลุม</li> </ul>   |
| Input (ปัจจัยนำเข้า) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรขาด แต่บางพื้นที่ยังบริหารจัดการได้</li> <li>- เวชภัณฑ์ไม่ครบ ต้องขอสนับสนุนเพิ่ม</li> <li>- งบประมาณค่อนข้างเพียงพอในบางพื้นที่</li> <li>- มีช่องทางสนับสนุนผ่านเครือข่าย (คปสอ.)</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดบุคลากรชัดเจน ไม่ตรงกรอบอัตรากำลัง</li> <li>- ขาดแรงจูงใจและความก้าวหน้า</li> <li>- เวชภัณฑ์พอใช้ แต่ “คน” เป็นข้อจำกัดหลัก</li> <li>- งบประมาณมีแต่จัดสรรไม่เป็นธรรม/ไม่ชัดเจน</li> </ul>            |
| Process (กระบวนการ)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีมาตรฐานบริการ เช่น คลินิก NCD</li> <li>- เครือข่ายความร่วมมือค่อนข้างดี</li> <li>- มีการติดตามงาน แต่ภาระงานสูง</li> <li>- ปัญหาหลัก: ระบบข้อมูลซับซ้อน/อินเทอร์เน็ตไม่เสถียร</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีมาตรฐาน แต่ขาดการบูรณาการ</li> <li>- นโยบาย/อบรมซ้ำซ้อน ไม่วางแผนร่วมกัน</li> <li>- ระบบข้อมูล (HOSxP PCU) ซ้ำซ้อน</li> <li>- ขาดผู้ดูแลระบบข้อมูล</li> <li>- การเข้าถึงบริการยังไม่ทั่วถึง</li> </ul> |
| Product (ผลลัพธ์)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- คุณภาพบริการระดับปานกลาง-ดี</li> <li>- ผ่านมาตรฐาน (บางแห่ง &gt;95%, PHA)</li> <li>- มีผลงานเด่น เช่น EMS, การประเมินมาตรฐาน</li> <li>- ยังมีปัญหาทักษะบุคลากรบางส่วน</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผ่านมาตรฐานแต่คุณภาพยังไม่ทั่วถึง</li> <li>- การเข้าถึงบริการยังมีช่องว่าง</li> <li>- มีโครงการช่วยเหลือบางส่วน (เช่น ผ้าอ้อมผู้สูงอายุ)</li> <li>- ยังขาดความทันสมัยและประสิทธิภาพ</li> </ul>           |
| ข้อเสนอแนะสำคัญ      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาศักยภาพบุคลากร</li> <li>- ปรับปรุงระบบข้อมูล</li> <li>- คัดเลือกประเด็น DHS ให้ตรงปัญหา</li> <li>- ปรับสภาพแวดล้อมหน่วยบริการ</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพิ่มบุคลากรตามกรอบ</li> <li>- จัดสรรงบประมาณให้เป็นธรรม</li> <li>- วางแผนพัฒนากำลังคน</li> <li>- ปรับระบบข้อมูลให้ใช้งาน</li> </ul>   |

DHS = district health system, EMS = emergency medical service, HOSxP = hospital experience software, NCD = noncommunicable disease, PCU = primary care unit, PHA = primary health care accreditation

## ผู้รับบริการ

ผลการศึกษาจากผู้รับบริการ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอำเภอเหนือและใต้ค่า median และวิเคราะห์ตามกรอบ CIPP model พบว่า

**ด้านบริบท (context)** ผู้รับบริการทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบการเข้าถึงบริการที่สอดคล้องกัน โดยส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เนื่องจากอยู่ใกล้บ้าน สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย และบุคลากรให้บริการอย่างเป็นกันเอง สะท้อนถึงบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิในฐานะจุดบริการแรกที่เข้าถึง

## ประชาชนได้ดี

**ด้านปัจจัยนำเข้า (input)** กลุ่มอำเภอเหนือ median (อำเภอ 1 และ 4) โดยรวมไม่พบปัญหาการขาดแคลนยาอย่างชัดเจน แต่ยังมีข้อจำกัดในบางกรณี เช่น การขาดบุคลากรเฉพาะตำแหน่ง ทำให้การให้บริการบางอย่างไม่ต่อเนื่อง หรือการมียาไม่เพียงพอในบางช่วง ขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median (อำเภอ 2 และ 3) สะท้อนปัญหาทรัพยากรชัดเจนมากกว่า โดยเฉพาะการขาดยาและอุปกรณ์บางรายการ รวมถึงความจำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้น แม้ว่าผู้รับบริการบางส่วนจะไม่พบ

ปัญหาดังกล่าวก็ตาม

ในด้านกระบวนการ (process) ผู้รับบริการทั้งสองกลุ่มมีประสบการณ์เชิงบวกต่อการให้บริการ โดยเห็นว่าเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำชัดเจน มีความเป็นกันเอง และการให้บริการเป็นไปตามขั้นตอน อย่างไรก็ตาม กลุ่มอำเภอเหนือ median มีข้อสังเกตเรื่องการจัดการคิวและช่วงเวลาการให้บริการ เช่น การปิดพักเที่ยงหรือความแออัดในบางช่วง ขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median สะท้อนปัญหาการรอคิวนานในบางกรณี แม้ภาพรวมจะมองว่าการบริการรวดเร็วและมีระบบ

สำหรับผลลัพธ์ (product) พบว่าผู้รับบริการทั้งสองกลุ่มมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก โดยส่วนใหญ่ยินดีกลับมาใช้บริการซ้ำและแนะนำผู้อื่นมาใช้

บริการ สะท้อนถึงความเชื่อมั่นต่อระบบบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะการเพิ่มจำนวนบุคลากร การเพิ่มยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การลดระยะเวลาการรอคอย และการปรับปรุงระบบการนัดหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

โดยสรุป แม้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้ DHS จะสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชนได้ดีในด้านการเข้าถึงและความพึงพอใจ แต่ยังมีช่องว่างสำคัญด้านศักยภาพของระบบ (capacity) โดยเฉพาะกำลังคนและทรัพยากร ซึ่งส่งผลต่อความรวดเร็วและความต่อเนื่องของการให้บริการในบางพื้นที่ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ

| องค์ประกอบ                      | กลุ่มอำเภอเหนือ median (อำเภอ 1, 4)   | กลุ่มอำเภอใต้ median (อำเภอ 2, 3)  |
|---------------------------------|---|--|
| Context (บริบทการเข้าถึงบริการ) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เลือกใช้บริการ รพ.สต. เพราะ ใกล้บ้าน สะดวก ไม่มีค่าใช้จ่าย</li> <li>- บุคลากรเป็นกันเอง ให้บริการดี</li> <li>- มีบทบาทดูแลเบื้องต้นในชุมชนได้ดี</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เลือกใช้ รพ.สต. เช่นกัน เพราะ สะดวก ใกล้บ้าน ประหยัดค่าใช้จ่าย</li> <li>- มองว่าเป็นจุดบริการแรกก่อนส่งต่อ</li> <li>- ความเชื่อมั่นต่อเจ้าหน้าที่ค่อนข้างดี</li> </ul>  |
| Input (ทรัพยากร/ยา/อุปกรณ์)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่วนใหญ่ “ไม่พบปัญหาขาด” แต่บางกรณีพบว่า               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ถ้าพยาบาลไม่อยู่ อาจไม่มีคนจ่ายยา</li> <li>• ยาบางช่วงไม่เพียงพอ</li> </ul> </li> <li>- มีข้อจำกัดด้านบุคลากร</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- บางรายพบว่า               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ยา/อุปกรณ์บางอย่างไม่มี</li> <li>• ต้องส่งต่อไป รพ.</li> </ul> </li> <li>- แต่หลายราย “ไม่พบปัญหา”</li> <li>- ภาพรวม: มีข้อจำกัดเป็นบางกรณี</li> </ul> |
| Process (ประสบการณ์รับบริการ)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- โดยรวม บริการดี อธิบายชัดเจน เป็นกันเอง</li> <li>- ระบบคิวเป็นไปตามลำดับ แต่มีข้อจำกัด เช่น               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ปิดพักเที่ยง</li> <li>• บางช่วงคนไข้มาก รอคิวนาน</li> </ul> </li> <li>- การสื่อสารดี</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- โดยรวม บริการรวดเร็วและเป็นระบบ</li> <li>- เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำและติดตามผลดี</li> <li>- ปัญหาหลักคือ “รอคิวนานในบางช่วง”</li> <li>- กระบวนการยังถือว่ามาตรฐาน</li> </ul>   |
| Product (ความพึงพอใจ)           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- พึงพอใจสูงถึงมาก</li> <li>- มีการแนะนำผู้อื่นมาใช้บริการ</li> <li>- มองว่าเป็นบริการที่เข้าถึงง่ายและเป็นมิตร</li> <li>- บางกรณีสะท้อนปัญหาเล็กน้อยเรื่องการรอคิว/บุคลากร</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- พึงพอใจสูงโดยรวม</li> <li>- พร้อมกลับมาใช้บริการซ้ำ</li> <li>- แนะนำผู้อื่นมาใช้บริการ</li> <li>- ยังมีข้อจำกัดด้าน “ความรวดเร็ว”</li> </ul>  |
| ข้อเสนอแนะ (Recommendation)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพิ่มบุคลากร</li> <li>- เพิ่มอุปกรณ์/ยา</li> <li>- เพิ่มเตียง/อุปกรณ์ช่วยผู้ป่วย</li> <li>- ปรับระบบนัดหมาย (ลดความแออัด)</li> <li>- เพิ่มรถเข็น/อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพิ่มบุคลากร</li> <li>- เพิ่มยาและอุปกรณ์</li> <li>- ลดระยะเวลาการรอคิว</li> <li>- เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ</li> </ul>  |

ในส่วนของผลลัพธ์เชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับความพึงพอใจเนื่องจากเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการพัฒนาระบบบริการในระบบบริการปฐมภูมิ โดยสืบเนื่องจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยต้องการศึกษารายละเอียดในองค์ประกอบต่างๆ ของ CIPP model ว่าในกลุ่มอำเภอที่มีผลการดำเนินงานสาธารณสุขต่างกันมากจะมีรายละเอียดใดบ้างที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำมาเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของประชาชนในพื้นที่ผู้มารับบริการ เพื่อให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากองค์ประกอบต่างๆ ในการจัดการระบบที่มีผลต่อความพึงพอใจของประชาชน นอกเหนือจากผลลัพธ์ที่ติดตามได้ผ่านระบบรายงานข้อมูลสุขภาพซึ่งในความเป็นจริงอาจไม่ได้เกิดจากการรับบริการจริงๆ ผู้วิจัยจึงได้ใช้ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจซึ่งเป็นการสอบถามจากผู้ที่มีรับบริการจริง ณ วันที่เก็บข้อมูล จึงยืนยันได้ว่าข้อมูลความพึงพอใจและความคิดเห็นที่ได้้นั้นมาจากประชาชนผู้รับบริการจริง ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป ดังนั้นการประเมินและเปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในมิติเชิงลึกมากขึ้น เช่น หากพบความแตกต่างของความพึงพอใจระหว่างอำเภอเหนือ median กับ อำเภอใต้ median สามารถพิจารณาความสอดคล้องกับองค์ประกอบ CIPP model ได้ว่า ความแตกต่างนั้นมีปัจจัยใดที่สามารถพัฒนาได้บ้าง หรือหากไม่พบความแตกต่างระหว่างอำเภอดังกล่าวก็อาจจะพิจารณาเกี่ยวกับการสนับสนุนหรือจัดสรรทรัพยากรไปในแต่ละอำเภอ อีกนัยหนึ่งหากพบว่าความพึงพอใจในอำเภอที่มีผลการดำเนินการดำเนินงานด้านสาธารณสุขสูงกว่าอำเภอที่มีผลการดำเนินงานสูงอาจนำไปสู่การพิจารณาอภิปรายในส่วนของกระบวนการทำงาน ทรัพยากร หรือบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้มากขึ้น

จากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.3) มีอายุเฉลี่ย 43.6 ปี (SD = 0.8) ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 28.5) รองลงมาคือประถมศึกษาปีที่ 6 และปริญญาตรี (ร้อยละ 19.0

และ 19.3 ตามลำดับ) อาชีพหลักคือเกษตรกร (ร้อยละ 45.3) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไปและรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 19.8 และ 14.6) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 70.0) และได้เข้ารับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ รวมแล้วเฉลี่ย 4.9 ครั้งต่อปี (SD = 0.2)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจระหว่างอำเภอทั้ง 4 อำเภอ พบว่า คะแนนความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในภาพรวมและมีที่ย่อยที่ศึกษา โดยอำเภอที่ 3 มีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมสูงที่สุด (mean = 4.51, SD = 0.57) รองลงมาคืออำเภอที่ 4 (mean = 4.39, SD = 0.72) และอำเภอที่ 2 (mean = 4.38, SD = 0.92) ขณะที่อำเภอที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (mean = 4.04, SD = 0.82) เมื่อพิจารณาตามการจัดกลุ่มอำเภอ พบว่า อำเภอในกลุ่มใต้ median split (อำเภอที่ 2 และ 3) มีแนวโน้มคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยสูงกว่าอำเภอในกลุ่มเหนือ median split (อำเภอที่ 1 และ 4) โดยเฉพาะอำเภอที่ 3 ซึ่งมีคะแนนความพึงพอใจสูงที่สุดในทุกมิติที่ศึกษา สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของบริบทการให้บริการสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความพร้อมของหน่วยบริการ การจัดการระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ และการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ที่แตกต่างกัน

ภายหลังจากการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจระหว่างอำเภอด้วยสถิติ one-way ANOVA พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงได้ดำเนินการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยการทดสอบภายหลัง (post hoc test) เพื่อระบุคู่ของอำเภอที่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิเคราะห์สรุปได้ดังนี้

### ความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ

ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า อำเภอที่ 2 อำเภอที่ 3 และอำเภอที่ 4 มีคะแนนความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการสูงกว่าอำเภอที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันเท่ากับ 0.36 ( $p = 0.006$ ), 0.47 ( $p < 0.001$ ) และ 0.32 ( $p = 0.020$ ) ตามลำดับ ขณะที่การเปรียบเทียบระหว่างอำเภอที่ 2 กับอำเภอที่ 3 และอำเภอที่ 2 กับอำเภอที่ 4 รวมถึงอำเภอที่ 3 กับอำเภอที่ 4 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

### ความพึงพอใจด้านภาพลักษณ์การบริการ

ผลการทดสอบภายหลังพบว่า อำเภอที่ 3 และอำเภอที่ 4 มีคะแนนความพึงพอใจด้านภาพลักษณ์การบริการสูงกว่าอำเภอที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันเท่ากับ 0.45 ( $p = 0.001$ ) และ 0.38 ( $p = 0.006$ ) ตามลำดับ ในขณะที่ความแตกต่างระหว่างอำเภอที่ 2 กับอำเภอที่ 1 แม้มีแนวโน้มสูงกว่า แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.059$ ) และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างอำเภอที่ 2 อำเภอที่ 3 และอำเภอที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ ( $p > 0.05$ )

### คะแนนความพึงพอใจโดยรวม

เมื่อพิจารณาคะแนนความพึงพอใจโดยรวม พบว่า

อำเภอที่ 2 อำเภอที่ 3 และอำเภอที่ 4 มีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมสูงกว่าอำเภอที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันเท่ากับ 0.34 ( $p = 0.012$ ), 0.46 ( $p < 0.001$ ) และ 0.34 ( $p = 0.010$ ) ตามลำดับ ขณะที่การเปรียบเทียบระหว่างอำเภอที่ 2 กับอำเภอที่ 3 อำเภอที่ 2 กับอำเภอที่ 4 และอำเภอที่ 3 กับอำเภอที่ 4 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### การตีความเชิงบูรณาการตามเกณฑ์ median split

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบรวมกับการจัดกลุ่มอำเภอโดยใช้เกณฑ์ median split พบว่า อำเภอในกลุ่มที่มีอันดับอยู่ใต้ median split (อำเภอที่ 2 และ 3) มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าอำเภอที่ 1 ซึ่งอยู่ในกลุ่มเหนือ median split อย่างมีนัยสำคัญในหลายมิติ โดยเฉพาะอำเภอที่ 3 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างชัดเจนทั้งด้านคุณภาพการให้บริการ ด้านภาพลักษณ์ และภาพรวม รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจต่อการให้บริการสุขภาพระหว่างอำเภอ

| ตัวแปร                            |         | Mean | SD   | df | F    | p-value | Post-hoc test MD (p-value) |               |               |
|-----------------------------------|---------|------|------|----|------|---------|----------------------------|---------------|---------------|
| ความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ | อำเภอ 1 | 4.04 | 0.84 | 3  | 6.94 | 0.0001* | อำเภอที่ 1                 |               |               |
|                                   | อำเภอ 2 | 4.40 | 0.91 |    |      |         | อำเภอที่ 2                 | อำเภอที่ 3    |               |
|                                   | อำเภอ 3 | 4.52 | 0.56 |    |      |         | 0.36 (0.006)*              | 0.11 (1.00)   |               |
|                                   | อำเภอ 4 | 4.36 | 0.72 |    |      |         | 0.47 (0.000)*              | -0.038 (1.00) | -0.15 (0.98)  |
| ความพึงพอใจด้านภาพลักษณ์บริการ    | อำเภอ 1 | 4.05 | 0.84 | 3  | 5.98 | 0.0005* | อำเภอที่ 1                 |               |               |
|                                   | อำเภอ 2 | 4.35 | 0.97 |    |      |         | 0.299 (0.059)              |               |               |
|                                   | อำเภอ 3 | 4.51 | 0.64 |    |      |         | 0.45 (0.001)*              | 0.15 (1.00)   |               |
|                                   | อำเภอ 4 | 4.43 | 0.76 |    |      |         | 0.38 (0.006)*              | 0.085 (1.00)  | -0.067 (1.00) |
| ภาพรวม                            | อำเภอ 1 | 4.04 | 0.82 | 3  | 6.71 | 0.0002* | อำเภอที่ 1                 |               |               |
|                                   | อำเภอ 2 | 4.38 | 0.92 |    |      |         | 0.34 (0.012)*              |               |               |
|                                   | อำเภอ 3 | 4.51 | 0.57 |    |      |         | 0.46 (0.000)*              | 0.12 (1.00)   |               |
|                                   | อำเภอ 4 | 4.39 | 0.72 |    |      |         | 0.34 (0.010)*              | 0.005 (1.00)  | -0.12 (1.00)  |

\* significant at alpha 0.05, df = degree of freedom, MD = mean difference, SD = standard deviation

## วิจารณ์

ผลการวิจัยนี้สะท้อนว่าการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอมีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในมุมมองของผู้บริหาร พบประเด็นที่สะท้อนทั้ง “ความเหมือน” และ “ความต่างเชิงระบบ” ระหว่างกลุ่มอำเภอเหนือและใต้ค่า median อย่างชัดเจน โดยในด้านบริบท (context) ทั้งสองกลุ่มมีภาระโรคหลักเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพของประเทศ แต่กลุ่มอำเภอเหนือ median มีลักษณะปัญหาที่ซับซ้อนกว่า เนื่องจากมีทั้งปัญหาอุบัติเหตุและพฤติกรรมสุขภาพร่วมด้วย ขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median เน้นมิติทางสังคม-วัฒนธรรม เช่น ความเชื่อและการตีตรา ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการมากกว่า แม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะเห็นนโยบาย DHS จากส่วนกลางมีความชัดเจนและยืดหยุ่นเพียงพอ แต่การตอบสนองต่อปัญหายังขึ้นอยู่กับศักยภาพของพื้นที่เป็นสำคัญ โดยเฉพาะความเข้มแข็งของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่มีบทบาทในการเชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้ร่วมวางแผนและแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทของชุมชน

ในด้านปัจจัยนำเข้า (input) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นปัญหาาร่วมที่สำคัญคือ “การขาดแคลนกำลังคน” โดยเฉพาะบุคลากรวิชาชีพ ซึ่งเป็นข้อจำกัดหลักของทั้งสองกลุ่ม แม้ว่ากลุ่มอำเภอเหนือ median จะมีโครงสร้างหน่วยบริการที่เหมาะสมและงบประมาณเพียงพอในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median เผชิญปัญหางบประมาณชัดเจนมากกว่า และต้องพึ่งพาการจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากท้องถิ่น สะท้อนถึงความไม่สมดุลของระบบการจัดสรรทรัพยากรที่ยังเน้นการรักษามากกว่าการป้องกัน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของ DHS ในระยะยาว<sup>(13)</sup> ทั้งนี้ หลายพื้นที่มีการใช้กลไก พชต. เพื่อระดมทรัพยากร

และสร้างความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชน ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดด้านทรัพยากรของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ในระดับหนึ่ง ด้านกระบวนการดำเนินงาน (process) กลุ่มอำเภอเหนือ median แสดงให้เห็นถึงความเป็นระบบที่ชัดเจนมากกว่าทั้งในด้านโครงสร้างคณะกรรมการ การประชุมติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ข้อมูลในการวางแผน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการเชิงระบบของ DHS รวมถึงงานวิจัยในประเทศไทยที่ชี้ว่าความต่อเนื่องสม่ำเสมอของระบบสุขภาพอำเภอมีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการที่ดีขึ้น<sup>(14,15)</sup> ในขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median แม้จะมีกลไกการดำเนินงานผ่าน พชอ./พชต. และมีความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย แต่ยังมีข้อจำกัดด้าน “ความต่อเนื่องของการติดตามและกำกับ” ซึ่งขึ้นอยู่กับบทบาทของผู้นำและความชัดเจนของตัวชี้วัด อย่างไรก็ตาม พชต. ถือเป็นกลไกสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับตำบล โดยเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชน อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และร่วมกำหนดแนวทางดำเนินงานด้านสุขภาพของพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานบางประเด็น เช่น การควบคุมโรคติดต่อ การป้องกันไข้เลือดออก และการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน มีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่มากขึ้น ในมุมมองของผู้ให้บริการ พบว่า กลุ่มอำเภอเหนือ median มีบริบทซับซ้อนกว่า ทั้งปัญหาการเข้าถึงบริการ ความรอบรู้สุขภาพ และปัญหาเฉพาะพื้นที่ ขณะที่กลุ่มอำเภอใต้ median เน้นปัญหาเชิงโครงสร้าง ด้านปัจจัยนำเข้า ทั้งสองกลุ่มมีปัญหาขาดบุคลากร แต่กลุ่มเหนือ median ยังพอบริหารจัดการได้และมีเครือข่ายสนับสนุน ขณะที่กลุ่มใต้ median มีข้อจำกัดชัดเจนกว่า ทั้งกำลังคนไม่พอ แรงจูงใจต่ำ และการจัดสรรงบประมาณไม่เป็นธรรม ในด้านกระบวนการจึงทำให้กลุ่มเหนือ median มีคุณภาพบริการระดับปาน

กลางถึงดีและมีผลงานเด่นบางด้าน ขณะที่กลุ่มใต้ median แม้ผ่านมาตรฐาน แต่ยังมีความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงและประสิทธิภาพบริการ<sup>(16,17)</sup> ทั้งนี้ การดำเนินงานผ่านกลไก พชต. ยังช่วยให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถประสานความร่วมมือกับชุมชนได้ใกล้ชิดมากขึ้น โดยเฉพาะการดำเนินกิจกรรมเชิงรุกในระดับหมู่บ้าน การติดตามกลุ่มเปราะบาง และการสนับสนุนกิจกรรมสุขภาพโดยชุมชน ซึ่งสะท้อนบทบาทของ พชต. ในฐานะกลไกเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่ ในส่วนของผู้รับบริการ ผู้รับบริการส่วนใหญ่รับรู้ถึงการเพิ่มการเข้าถึง ความใกล้ชิด และความต่อเนื่องของบริการ ทำให้ใน 2 กลุ่มอำเภอมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด people-centered care และงานวิจัยที่ชี้ว่าระบบปฐมภูมิที่เชื่อมโยงกับชุมชนส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ<sup>(18)</sup> นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไก พชต. และเครือข่าย อสม. ยังช่วยให้ประชาชนเกิดความไว้วางใจต่อระบบบริการสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากสามารถสะท้อนปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพผ่านเวทีระดับตำบลได้โดยตรง อย่างไรก็ตามผลเชิงปริมาณยังให้ข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ กลุ่มอำเภอเหนือค่า median มีความพึงพอใจโดยรวมต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นความไม่สอดคล้องของผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดและผลลัพธ์ที่ประชาชนได้รับ ซึ่งประเด็นนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญขององค์ประกอบด้านปัจจัยนำเข้า เช่น การขาดทรัพยากรในการดำเนินงาน แต่การให้บริการนั้นยังคงไว้ซึ่งมาตรฐานการบริการและเน้นผลลัพธ์ที่เกิดต่อประชาชนเป็นหลัก การพัฒนาศักยภาพอำเภอ การจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม และการพัฒนาระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงกัน เป็นปัจจัยสำคัญเชิงนโยบายในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ DHS เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างทั่วถึง<sup>(14,19)</sup> เมื่อพิจารณาผลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณร่วมกัน พบว่าผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการมีมุมมองที่สอดคล้องกันในประเด็นหลัก ได้แก่ ความ

สำคัญของการบูรณาการการทำงาน และการจัดบริการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอที่เน้นการทำงานแบบเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน<sup>(20,21)</sup> โดยเฉพาะบทบาทของ พชต. ในฐานะกลไกระดับตำบลที่ช่วยเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านสุขภาพกับบริบทของชุมชน ทำให้การดำเนินงานของ DHS มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากขึ้น ทั้งในด้านการรับรู้ปัญหา การวางแผน และการติดตามผลในพื้นที่ ความแตกต่างระหว่างอำเภอสะท้อนให้เห็นว่าบริบทและความพร้อมของพื้นที่เป็นปัจจัยกำหนดความสำเร็จของ DHS โดยเฉพาะด้านทรัพยากรและศักยภาพของระบบบริการ<sup>(22)</sup> ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของ พชต. ควบคู่กับ พชอ. และการสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสม จะเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ขณะเดียวกัน ข้อค้นพบเชิงนโยบายรวมไปถึงวิสัยทัศน์ในการดำเนินงานยังชี้ให้เห็นความท้าทายของระบบที่อาจให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดมากกว่าการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ซึ่งเป็นประเด็นที่ถูกกล่าวถึงในงานวิจัยด้านระบบสุขภาพว่าความไม่สอดคล้องของตัวชี้วัดและการปฏิบัติอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการในระดับพื้นที่<sup>(21)</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรส่งเสริมการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอให้มีความต่อเนื่อง โดยเสริมบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน พร้อมทั้งจัดสรรบุคลากรงบประมาณ และทรัพยากรให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ควรสนับสนุนบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ให้เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. และภาคประชาชน ในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และติดตามการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับชุมชน รวมถึงพัฒนาศักยภาพด้านการใช้ข้อมูลและการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน เพื่อให้ระบบสุขภาพอำเภอตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

## 2. ข้อเสนอแนะเชิงการพัฒนาคุณภาพบริการ

ควรมีการปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบ โดยให้ความสำคัญกับมิติด้านการตอบสนองความต้องการความเป็นมิตร และการเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นจุดแข็งของบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการบริการเชิงมนุษยสัมพันธ์ของบุคลากรทุกระดับจะช่วยเสริมสร้างภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ

## 3. ข้อเสนอแนะเชิงการพัฒนาพื้นที่

อำเภอที่มีคะแนนความพึงพอใจต่ำกว่าอำเภออื่นควรได้รับการสนับสนุนเชิงรุก ทั้งด้านการบริหารจัดการ การพัฒนาศักยภาพผู้นำระดับพื้นที่ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวปฏิบัติที่ดี (best practices) จากอำเภอที่มีผลการดำเนินงานโดดเด่น เพื่อยกระดับความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอในภาพรวมของจังหวัด

## 4. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ รวมถึงขยายการศึกษาไปยังจังหวัดหรือบริบทพื้นที่อื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานที่หลากหลาย นอกจากนี้ ควรเพิ่มการวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายระบบสุขภาพอำเภออย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์มากยิ่งขึ้น

## การใช้ปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence: AI) ในบทความ

ในการเขียนบทความครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ระบบปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence: AI) ในการช่วยพิมพ์ข้อความสรุปในผลลัพธ์ต่างๆ ออกมาเป็นข้อความย่อหน้า จากนั้นจึงได้ตรวจสอบความสอดคล้องโดยผู้วิจัยเองก่อนใช้จริง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้ AI ในการช่วยสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและหาแหล่งที่มาที่น่าเชื่อถือมาพิจารณาปรับใช้ในบทความโดยผู้วิจัยร่วมกันพิจารณาจนได้ข้อสรุปที่น่ามาอ้างอิงในบทความ ในขั้นตอนการเขียนอ้างอิงผู้วิจัยได้ใช้ AI ในการช่วยพิมพ์ References โดยระบุรายละเอียดคุณลักษณะรูปแบบการเขียนตามมาตรฐานการเขียน และตรวจสอบก่อนนำมาใช้

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ศึกษา ที่เอื้อเพื่อข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข และผู้รับบริการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อันเป็นส่วนสำคัญต่อความสมบูรณ์ของงานวิจัย ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงงานวิจัยให้มีความถูกต้องและเหมาะสมทางวิชาการ

## References

1. World Health Organization. Primary health care: now more than ever. Geneva: WHO Press; 2008.
2. Ministry of Public Health. District health system (DHS) policy. Bangkok: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)



3. Wanaratwichit S, Mekrungruangwong S, Keeratisiroj A. Development of the district health system (DHS) toward addressing non-communicable diseases through a buddy system. *Journal of Health Systems Research*. 2018;5(3):138–51. (in Thai)
4. Thawesaengskulthai N, Wongkornrat W. Strengthening primary health care through district health systems in Thailand. *International Journal of Health Policy and Management*. 2020;9(6):251–9.
5. Stufflebeam DL, Coryn CLS. *Evaluation theory, models, and applications*. 2<sup>nd</sup> ed. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2014.
6. Surin Provincial Public Health Office. Health data center (HDC): standard reports/general information/population [internet]. 2025 [cited 2025 Sep 17]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/srn/public/standard-report-detail/710884b-c8d16f755073cf194970b064a>. (in Thai)
7. Health Region 9 Office. Summary report of public satisfaction toward primary health care services, 2025. Nakhon Ratchasima: Health Region 9 Office; 2025. (in Thai)
8. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. Annual report on vaccine-preventable disease situations, 2024. Bangkok: Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
9. Surin Provincial Public Health Office. Provincial health situation report of Surin province, 2023. Surin: Surin Provincial Public Health Office; 2023. (in Thai)
10. Public Health Strategy Development Group, Surin Provincial Public Health Office. Results of public health performance evaluation in service areas, fiscal year 2022 [internet]. 2022 [cited 2025 Sep 15]. Available from: [https://surin.moph.go.th/Strategy/2022/08/20/spho\\_evaluation65\\_final/](https://surin.moph.go.th/Strategy/2022/08/20/spho_evaluation65_final/). (in Thai)
11. Yamane T. *Statistics: an introductory analysis*. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
12. Phatthanassombatsuk M. Validation of research instruments in nursing and social sciences. *Journal of Southern College Network of Nursing and Public Health*. 2021;8(2):329–43. (in Thai)
13. Thamangkla S, Tirapat S, Satsomboon Y, Wongsilpa U. Factors associated with the development of primary health care services under provincial administrative organization management. *Journal of Public Health Policy and Law*. 2025;11(3):501–14. (in Thai)
14. National Health Commission Office. District Health System: concept and implementation. Bangkok: NHCO; 2017. (in Thai)
14. Kongsathienpong K, Wanaratwichit C, Jariya W. Performance of the District Health Boards within the district health system in Chiang Mai province, Thailand. *Journal of Public Health and Development*. 2024;22(2):78–91.
16. Pujomjae T, Jaitieng A, Piyabanditkul L. Quality of primary health care services among health personnel in subdistrict health promoting hospitals after task transfer. *Chiang Mai University Journal of Nursing*. 2025;9(2):1–18. (in Thai)
17. Pajun T, Sridakas S, Asana S, Srimuang P, Suwannaphan K. Evaluation of the integrated primary health care service system for chronic disease patients in Chai Badan District, Lopburi Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Public Health Office*. 2024;36(1):45–58. (in Thai)
18. Thumkhosit U, Temchawala P, Phromphan S. Evaluation of public participation in primary health care system development by subdistrict health promoting hospitals transferred to provincial administrative organizations. *King Prajadhipok's Institute Journal*. 2025;22(3):141–69. (in Thai)
19. World Health Organization. *Primary health care systems: case studies from Asia*. Geneva: WHO; 2018.
20. National Health Security Office. District health system management learning. Nonthaburi: NHSO; 2017. (in Thai)
21. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health*. 2021;9(8):e1161–74.
22. Patcharanarumol W, Panichkriangkrai W, Sommanustweechai A, Hanson K, Tangcharoensathien V. Strategic purchasing and health system efficiency: a comparison of two financing schemes in Thailand. *PLoS One*. 2018;13(4):e0195179.