

วารสาร

สารานุกรมสุขภาพมูลฐานภาคใต้



กองสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

<http://phcsn.hss.moph.go.th> E-mail : southern.phc@gmail.com

ISSN 0857-7293 ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน - มิถุนายน 2565

คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งต้นฉบับ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ เป็นวารสารรองรับการเผยแพร่บทความวิจัย และบทความวิชาการ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ของหน่วยงานต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข, หน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข, องค์กรเอกชน, ตลอดจนภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

การจัดทำต้นฉบับ

1. บทความวิจัย ความยาว 10-12 หน้ากระดาษขนาด A4 ใช้ตัวพิมพ์ TH SarabunPSK ขนาด 16 Point และต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือใดมาก่อน

- 1.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 1.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 1.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ตอบบทคัดย่อ
- 1.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
- 1.5 การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
- 1.6 การใช้ตัวเลข คำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/ บทนำ /วัตถุประสงค์วิจัย/สมมติฐาน (ถ้ามี)/กรอบแนวคิดการวิจัย/ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย/การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ/การเก็บรวบรวมข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล)/จริยธรรมวิจัย/ผลการวิจัย/อภิปรายผล/การนำผลการวิจัยไปใช้/ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป/เอกสารอ้างอิง

2. บทความวิชาการ

- 2.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 2.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ตอบบทคัดย่อ
- 2.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/บทนำ/เนื้อเรื่อง/สรุป/ข้อเสนอแนะ/เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิงของบทความวิจัยและบทความทางวิชาการ ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ให้จัดเรียงตามลำดับ อักษร ชื่อผู้แต่ง โดยใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ไม่เกิน 10-15 เรื่อง

3.1 กรณีอ้างอิงจากหนังสือให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่พิมพ์) // ชื่อหนังสือ // (ครั้งที่พิมพ์) // สถานที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์.

ไพรัช รัชยพงษ์ และกฤษณะ ช่างกล่อม. (2541). การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศแห่งชาติ เพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

3.2 กรณีอ้างอิงจากวารสารให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปี, เดือนที่วารสารออก) // ชื่อบทความ / ชื่อวารสาร / ปีที่ / (ฉบับที่) , / เลขหน้า ของบทความ

จุมพล พูลภัทรชีวิน และรัตนา ตุงคสวัสดิ์. (2542). วิวัฒนาการและทางเลือกของนโยบายการศึกษา ของรัฐบาลไทย. วารสารครุศาสตร์. 27 (2), 98-106.

3.3 กรณีพิมพ์อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต (Internet) ให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่จัดทำ) // ชื่อเรื่องของเอกสาร // ค้นเมื่อ/เดือน,/วัน,/ปี,/จาก/URL ของเว็บไซต์ที่เข้าถึง

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2545). จรรยาบรรณนักวิจัย. ค้นเมื่อ พฤษภาคม 3, 2556, จาก <http://www/nrct.go.th-research.ehties.html>

4. การส่งเรื่องต้นฉบับให้นำส่งไฟล์ Word ทาง Email : southern.phc@gmail.com ดังนี้

- สำหรับตีพิมพ์ผลงานไม่เกิน 12 หน้า (Summary Paprer)

- ผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full Paper)

5. การทำหนังสือนำส่ง

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดหรือเทียบเท่า

5.2 หน่วยงานการศึกษา ลงนามโดยคณบดีขึ้นไป

5.3 หน่วยงานภาคเอกชน/ภาคีเครือข่าย ลงนามโดยผู้บริหารองค์กรที่สังกัด

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <http://phcsn.hss.moph.go.th>

Email : southern.phc@gmail.com โทรมือถือ 081-3705370

6. กำหนดเผยแพร่ (ปีละ 4 ครั้ง)

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน

7. สิทธิของกองบรรณาธิการ

ในกรณีที่บรรณาธิการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับเชิญให้เป็นผู้ตรวจบทความวิจัยหรือบทความทางวิชาการ มีความเห็นว่าควรแก้ไขต้นฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะส่งต้นฉบับให้ผู้เขียนพิจารณา จัดการแก้ไขให้ก่อนตีพิมพ์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะยึดถือความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเกณฑ์

8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ ไม่ว่าบทความวิจัยหรือบทความวิชาการนั้นจะได้รับการลงพิมพ์หรือไม่

9. ต้นฉบับจะต้องมีชื่อผู้เขียน ผู้เรียบเรียงหรือผู้แปล โดยแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ตำแหน่งผู้เขียนบทความ สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมล ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

U t u r r n a r i k a r

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 36 ฉบับที่ 3 ประจำ เดือน เมษายน 2565 - มิถุนายน 2565 ถือเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากเห็นสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 คลี่คลายตามแผนการกำหนดให้โรคโควิด19 เป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งจะส่งผลให้ทุกคนสามารถกลับไปใช้ชีวิตวิถีใหม่อย่างปกติสุข โรงเรียนกลับมาเปิดการเรียนการสอน ประชาชนสามารถกลับมาประกอบอาชีพได้อย่างเต็มรูปแบบอีกครั้ง โดยตัวเลขจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด19 ได้ส่งสัญญาณการลดลงตามลำดับ นับเป็นสัญญาณที่ดีและเป็นความหวังของทุกคน แต่อย่างไรก็ตามยังคงต้องจับตาเฝ้าระวังการกลายพันธุ์ของโควิด19 อย่างใกล้ชิด การฉีดวัคซีนจึงยังมีความจำเป็นสำหรับการป้องกันโรคโควิด19 โดยถือเป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด19 ให้กับประชาชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อโควิด19 ลดภาวะรุนแรงและลดอัตราการเสียชีวิตต่อไป

วารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบคุณคณะผู้บริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาอ่านบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการ เจ้าของผลงานวิชาการที่มีความตั้งใจและเพียรพยายามในการพัฒนาคุณภาพทางวิชาการ เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

สารบัญ

ทิศทาง/นโยบาย

- กลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 8

ความเคลื่อนไหวการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่

- การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ 13

งานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขมูลฐาน

- ความเป็นมา...ของการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 19

งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- การพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดพังงา 26
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนตำบลกะเปียด อำเภอดง จังหวัดนครศรีธรรมราช 39
- การจัดการยาคงคลังแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลเกาะพีพี 51
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ 64
- ความร่วมมือของโรงเรียนต่อการดำเนินการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วน 77
- การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรค : กรณีศึกษา 2 ราย 89
- ต้นทุนการจัดบริการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง 101

กลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

บทความนี้มีความสำคัญและน่าเรียนรู้ข้อมูลสำคัญเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอน การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) คือ

(1) กลไกส่งเสริมและสนับสนุนในระดับชาติคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุข ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น มีหน้าที่และอำนาจบริหารจัดการด้านการถ่ายโอนภารกิจ บุคลากร งบประมาณ และทรัพย์สินตามที่ กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2)

(2) กลไกส่งเสริมและสนับสนุนในระดับพื้นที่คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ของ องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีหน้าที่และอำนาจกำหนดนโยบายกำกับดูแลและพัฒนางานด้านสาธารณสุข ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2)



ในแต่ละองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้ยื่นความประสงค์ขอรับการประเมินความพร้อมรับการถ่ายโอน ภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า

“คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่” เรียกโดยย่อว่า “กสพ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา หลังจาก ที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ไต่ยื่นความประสงค์ขอรับการประเมินความพร้อมรับ การถ่ายโอนภารกิจสถาน อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อคณะกรรมการ การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ถือว่า กสพ. ได้รับการจัดตั้งขึ้นในองค์การบริหารส่วน จังหวัดแห่งนั้น และให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจารณาแต่งตั้งกรรมการอื่นใน กสพ. ที่มีใช้กรรมการ โดยตำแหน่ง ตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด โดยคำนึงถึงความจำเป็นและความเหมาะสมกับสภาพการณ์ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ทั้งนี้เพื่อให้ กสพ. เร่งรัดดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และเตรียมความพร้อมรองรับหน้าที่และอำนาจในการส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล และประเมินผลการดำเนินงานของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะได้รับการถ่ายโอน

หน้าที่และอำนาจของ กสพ.

1. ส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล และประเมินผลการปฏิบัติราชการของสถานอนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอน ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลองค์กรบริหารส่วนจังหวัด (Monitoring and Evaluation Protocol: M & E Protocol) ที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และรายงาน ผลต่อสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัดและคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. พิจารณาแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการบริหารสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
3. พิจารณาให้ความเห็นชอบและอนุมัติแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหาร ส่วนจังหวัด เพื่อบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนจังหวัด
4. กำหนดเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาบุคลากร การบริหารงบประมาณและการจัดบริการ สาธารณสุขของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้สอดคล้องกับมาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยระบบ สุขภาพปฐมภูมิและกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. จัดทำและพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพใน การบริหารจัดการด้าน สาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

6. พิจารณากรอบการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีด้านสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อสมทบงบประมาณโครงการและกิจกรรมของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

7. ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับภารกิจถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มาชี้แจงและเสนอข้อคิดเห็น รวมทั้งการให้ข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาของ กสพ.

8. กำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้เป็น “ระบบตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม (Social Safety Net)” ให้กับประชาชนในพื้นที่

9. เสนอแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันระหว่าง หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนชุมชนในพื้นที่ให้บูรณาการเป้าหมายและแนวทาง ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สอดคล้องกัน

10. ปฏิบัติงานอื่นใดตามที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย

11. แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินการพิจารณาหรือปฏิบัติการได้ ตามความจำเป็น และสอดคล้องกับหน้าที่และอำนาจของ กสพ.



องค์ประกอบ

1. ให้กสพ. ประกอบด้วยนายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดหรือรองนายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นรองประธานกรรมการ ท้องถิ่นจังหวัด เป็นกรรมการโดยตำแหน่งและกรรมการอื่นที่ประธาน กสพ. แต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

(1.1) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกรูปแบบภายในพื้นที่จังหวัดนั้น จำนวนไม่เกิน 5 คน

(1.2) ผู้แทนสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต ซึ่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งนั้นตั้งอยู่ จำนวน 1 คน

(1.3) ผู้แทนสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 2 คน โดยแต่งตั้งจากผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 1 คน และผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลอำเภอ จำนวน 1 คน

(1.4) ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน

(1.5) ผู้แทนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนไม่เกิน 3 คน

(1.6) ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 1 คน

(1.7) ผู้แทนภาคประชาชน จำนวนไม่เกิน 5 คน

(1.8) ผู้ทรงคุณวุฒิหรือนักวิชาการด้านการบริหารงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน

(1.9) ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับจังหวัด

(1) ให้นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดในฐานะประธาน กสพ. เป็นผู้พิจารณาออกคำสั่งแต่งตั้ง กรรมการตามข้อ (1.1) – (1.9) หลังจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้ยื่นความประสงค์ขอรับการประเมิน ความพร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลต่อคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(2) ให้ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นกรรมการและเลขานุการ ผู้อำนวยการ สำนัก/กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

(3) ให้สำนัก/กองสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นสำนักงานเลขานุการของ กสพ. รับผิดชอบในงานเลขานุการของ กสพ. และประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ กสพ. ตลอดจนปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ กสพ. มอบหมาย

(4) ให้กรรมการตามข้อ (1.1) – (1.9) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปีนับตั้งแต่วันที่ ได้รับแต่งตั้ง และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ เมื่อครบกำหนดตามวาระ หากยังมิได้มีการแต่งตั้งกรรมการขึ้นใหม่แทนให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการ ซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่ และในกรณีที่กรรมการตามข้อ (1.1) – (1.9) ว่างลงและยังมิได้มีการแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างให้ กสพ. มีองค์ประกอบตามจำนวนกรรมการที่เหลืออยู่

(5) นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามข้อ (1.1) – (1.9) พ้นจาก ตำแหน่ง เมื่อ (5.1) เสียชีวิต (5.2) ลาออก (5.3) ประชาน กสพ. มีคำสั่งให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่หรือมีความประพฤติ เสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ ในกรณีที่กรรมการตามข้อ (1.1) – (1.5) พ้นจากตำแหน่งที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้แทน ของหน่วยงานนั้น ให้พ้นจากการเป็นกรรมการด้วย

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ (1.9) พ้นจากตำแหน่งประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับจังหวัด ให้พ้นจากการเป็นกรรมการด้วย ในกรณีที่กรรมการตามข้อ (1.1) – (1.9) พ้นจากตำแหน่งก่อนวาระ ให้ประธาน กสพ. แต่งตั้งกรรมการขึ้นแทนตำแหน่งที่ว่างโดยเร็ว

(6) หลังจากการถ่ายโอนสถานือนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเรียบร้อยแล้วเป็นระยะเวลา 4 ปี องค์การบริหารส่วนจังหวัด อาจพิจารณาเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของ กสพ. ตามความจำเป็นและความเหมาะสมตามสภาพการณ์ของแต่ละองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยอย่างน้อยให้มีสัดส่วนกรรมการที่ประธาน กสพ. แต่งตั้งมากกว่าครึ่งหนึ่งมาจากตัวแทนภาคเอกชนที่คัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและสาธารณสุขในพื้นที่ และตัวแทนภาคประชาชนที่คัดเลือกจากเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายผู้พิการ และเครือข่ายผู้สูงอายุในพื้นที่ และให้มีวาระการดำรงตำแหน่งและเงื่อนไขการพ้นตำแหน่งตามข้อ (4) และ (5) โดยอนุโลม แล้วแต่กรณี

(มีต่อฉบับหน้า)

ที่มา : เรียบเรียงจากแนวทาง การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานือนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด .สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (หน้า 15-21)

การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่

เรียบเรียงโดย นายวสุพล ฤทธิแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ของพื้นที่ 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 11 ร่วมสนับสนุนการจัดกิจกรรมประชุม สัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ การพัฒนาตำบลจัดการ คุณภาพชีวิต และการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอครอบครัวตามนโยบาย 3 หมอ รวมถึงการดำเนินงานพัฒนา งานอื่นๆ ตามนโยบายกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2565 โดยได้ลงพื้นที่ร่วมประชุมสัมมนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนของพื้นที่ 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 11 ระหว่างวันที่ 11 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 5 สิงหาคม 2565 รายละเอียดกิจกรรมดังนี้

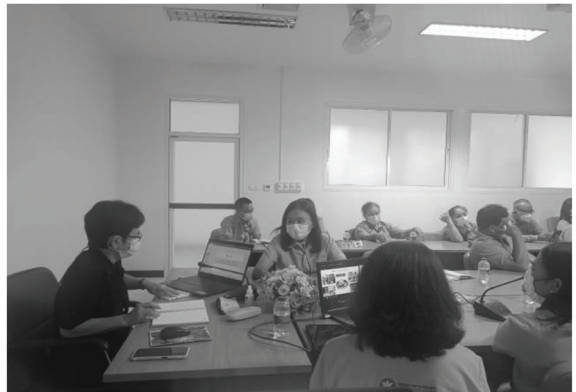
1. จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ในวันที่ 11 กรกฎาคม 2565 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดย นางวิณาพร สำอางศรี รองผู้อำนวยการศูนย์ฯ พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่ ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนการ พัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตตำบลท่าชี โดยมี นายบัญชา หนูภักดี นายกเทศมนตรีตำบลท่าชี เป็นประธาน ในการประชุม มีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล สาธารณสุข อำเภอบ้านนาสาร ปลัดเทศบาลตำบลท่าชี กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำชุมชน ตำรวจ ผู้อำนวยการโรงเรียนเจ้า หน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าชี อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ จากสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และในวันที่ 12 กรกฎาคม 2565 ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเยี่ยมเสริมพลังการ ดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน และการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประจำปี 2565 ในพื้นที่จังหวัด สุราษฎร์ธานี ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด ผู้รับผิดชอบ งานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรม อสม. และ อสม.ในพื้นที่



2. จังหวัดภูเก็ต

ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2565 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยนางวิณาพร สำอางศรี รองผู้อำนวยการศูนย์ฯ และเจ้าหน้าที่ ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเยี่ยมชมเสริมพลังการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน และการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประจำปี 2565 ในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรม อสม. และ อสม.ในพื้นที่ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต



3. จังหวัดชุมพร

ในวันที่ 22 กรกฎาคม 2565 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยนางวิณาพร สำอางศรี รองผู้อำนวยการศูนย์ฯพร้อมคณะ เจ้าหน้าที่ ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเยี่ยมชมเสริมพลังการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน และการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประจำปี 2565 ในพื้นที่จังหวัดชุมพร โดยมี นพ.นราพงศ์ ธีระอัครวิภาส นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร เป็นประธานและให้การต้อนรับ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรม อสม. และ อสม.ในพื้นที่ ณ ห้องประชุม ๘ พุทธรักษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร



๔. จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยนางวิณาพร สำอางศรี รองผู้อำนวยการศูนย์ฯพร้อมคณะ เจ้าหน้าที่ ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน และการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๕ ในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชมรม อสม. และอสม.ในพื้นที่ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช



5. จังหวัดกระบี่

ในวันที่ 27 กรกฎาคม 2565 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยนางวิณาพร สำอางศรี รองผู้อำนวยการฯ พร้อมคณะเจ้าหน้าที่ ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน และการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประจำปี 2565 ในพื้นที่จังหวัดกระบี่ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของระดับจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรม อสม. และอสม.ในพื้นที่ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่



6. จังหวัดระนอง

ในวันที่ 3 สิงหาคม 2565 นายสุพล ฤทธิแก้ว หัวหน้ากลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่ายและการสร้างการมีส่วนร่วม ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช พร้อมคณะ ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน และการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประจำปี 2565 ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรม อสม. และ อสม.ในพื้นที่ ณ ห้องประชุม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง และในวันที่ 4 สิงหาคม 2565 ได้ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลกำพวนอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง โดยมีปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลกำพวน เป็นประธานในการประชุม ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลกำพวน



7. จังหวัดพังงา

ในวันที่ 5 สิงหาคม 2565 นายสุพล ฤทธิแก้ว หัวหน้ากลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่ายและการสร้างการมีส่วนร่วม ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช พร้อมคณะ ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน และการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประจำปี 2565 ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด

ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ชมรม อสม. และ อสม.ในพื้นที่ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา



บทสรุปในการร่วมประชุมสัญจรแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนในพื้นที่
7 จังหวัด ในปีงบประมาณ 2565 พบว่าทุกจังหวัดได้นำแนวทาง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และยุทธศาสตร์กลุ่มจังหวัด ไปกำหนดเป้าหมายยุทธศาสตร์จังหวัด ดำเนินการ
ขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ได้บรรลุตามตัวชี้วัดที่หน่วยงานกำหนด ตามเป้าหมายในกลุ่มวัยต่างๆ การพัฒนา
สถานบริการให้ได้มาตรฐาน พัฒนาคุณภาพบริการ การพัฒนาระบบบริการ พัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการ
ปฐมภูมิรพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว
คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน นอกจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ทุกระดับซึ่งเป็นหน่วย
งานหลัก ในการพัฒนาสถานบริการให้ได้มาตรฐาน พัฒนาคุณภาพบริการ พัฒนาเครือข่ายบริการเพื่อให้
ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานแล้ว ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาระดับอำเภอยังมีอีกกลไก
สำคัญที่ช่วยหนุนเสริมการขับเคลื่อนงานในระดับอำเภอ ที่ใช้รูปแบบการบริหารจัดการในโครงสร้างของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าทีม มีส่วนราชการและ
องค์กรเครือข่ายต่างๆเข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการ มีการกำหนดประเด็นร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ร่วมกันตามสภาพปัญหาของพื้นที่ ประเด็นร่วมที่สำคัญในปี 2565 อย่างน้อย 2 ประเด็น ได้แก่ โควิด สิ่ง
แวดล้อม การจัดการขยะ อุบัติเหตุ อาหารปลอดภัย โรคไม่ติดต่อ ฯลฯ รวมถึงการดูแลกลุ่มที่อยู่ในภาวะต้อง
พึ่งพิง กลุ่มเปราะบาง การจัดการทีมเยี่ยมเสริมพลัง จุดแข็งของการขับเคลื่อนโดยอาศัยกลไก พชอ. คือการบูรณาการ
ทั้งในเชิงนโยบายเป้าหมาย และการสนับสนุนทรัพยากรของหน่วยงานที่ชัดเจน และหลากหลาย ทุกภาคส่วน
สามารถเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของหลัก ในการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตไปสู่เป้าหมายตามประเด็น
ร่วมที่กำหนด

การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ระดับตำบล เป้าหมายการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ในระดับ
พื้นที่ ตำบลก็จะการจัดการโครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่เชื่อมต่อ

ประสานนโยบาย ทิศทางกับ พขอ. และการรวมพลังของหน่วยงาน องค์กรในระดับพื้นที่ การดำเนินงานพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ในปี 2565 ทำให้เราได้เห็นบทบาทของหน่วยงานในท้องถิ่น เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลได้เข้ามาเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต และร่วมจัดการปัญหาที่คนในท้องถิ่นกำลังเผชิญอยู่ร่วมกันโดยเฉพาะในการจัดการกับปัญหาโรคโควิด และการดูแลกลุ่มที่อยู่ในภาวะต้องพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้สูงอายุติดเตียงให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จะเห็นศักยภาพ บทบาทของท้องถิ่นที่เข้ามาจัดการเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนงานได้อย่างน่าชื่นชม ประเด็นขยะที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบันของหลายๆ พื้นที่ การจัดการปัญหาขยะส่วนใหญ่มอบให้ท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดการได้เห็นมุมมองใหม่ๆ ของท้องถิ่นในการจัดการปัญหาขยะ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ต้องสร้างรถเก็บขยะที่จะมีภาระต่อเนื่องอีกหลายเรื่องทั้งงบประมาณและการบริหารจัดการระบบท้องถิ่นร่วมกับแกนนำชุมชนส่งเสริมให้ประชาชน มีความรู้ และดำเนินการคัดแยกขยะในระดับครัวเรือน และนำขยะมาใช้ประโยชน์ ในการทำปุ๋ยหมัก การนำขยะมาแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ เพื่อใช้ประโยชน์ หรือจำหน่าย ทำให้มีขยะที่ต้องทิ้งมีจำนวนน้อยง่ายต่อการกำจัด ส่วนขยะอันตรายก็รวบรวมนำส่งหน่วยงานที่มีระบบการกำจัดอย่างถูกต้องปลอดภัยต่อไป

ในการดำเนินงานในบางประเด็น อาจจะมีข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่นการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ ในส่วนของการจัดการหมอคนที่ 3 ผู้ดูแลในทีมหมอครอบครัวที่มีการเปลี่ยนบ่อย การใช้งานแอปพลิเคชัน สمارท อสม. ที่โปรแกรมมีการปรับบ่อยยังไม่ค่อยเสถียร และมีข้อเสนอให้พัฒนาระบบให้สามารถใช้ข้อมูลที่มีและบันทึกในโปรแกรมอื่นอยู่แล้วมาใช้ประโยชน์ อีกประการเกี่ยวกับศักยภาพ อสม.บางกลุ่มที่มีข้อจำกัด ไม่มีทักษะ ความถนัดในการใช้แอปพลิเคชันต่างๆ แต่พื้นที่ก็จัดการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เช่นการจับคู่ อสม.บัดดี้ ให้คอยช่วยเหลือ อสม.ที่สูงอายุ หรือไม่มีความถนัดในการใช้แอปพลิเคชัน และปัญหาเงินค่าป่วยการ อสม.เหลือจ่ายในแต่ละเดือน ที่ต้องได้รับการจัดการให้เป็นประโยชน์กับ อสม. และอื่นๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ศูนย์ฯ ก็จะนำเสนอข้อมูลไปสู่ระดับนโยบายในการจัดการให้มีประสิทธิภาพเป็นประโยชน์กับหน่วยงานในทุกระดับต่อไป ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ขอขอบพระคุณ เครือข่ายสุขภาพทุกระดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมอสม. และภาคีสุขภาพทุกภาคส่วน ที่ได้ร่วมเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอถ่ายทอดบทเรียนในการดำเนินงานพัฒนาและการจัดการปัญหาของพื้นที่ในครั้งนี้

ความเป็นมา...ของการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดย รองศาสตราจารย์ ดร.ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา
วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ tatcsu@staff.tu.ac.th

บทความนี้จะกล่าวถึงความเป็นมาของการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ (1) อารัมภบท (2) กลไกการถ่ายโอน รพ.สต.ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 (3) กลไกการถ่ายโอน รพ.สต.ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 (4) ผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ (5) บทสรุปและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา กระบวนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อารัมภบท

รพ.สต. คือ สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นก่อนส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด รพ.สต. จึงถือเป็นปราการด่านหน้าของระบบสุขภาพในตนเองเดียวกับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปราการด่านหน้าของระบบบริการสาธารณะ โดยที่ทฤษฎีและงานวิจัยทางด้านระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณสุขกล่าวว่า เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพและได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพก็ย่อมมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์สอดคล้องกับนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ว่า “สุขภาพ คือ ความสมบูรณ์แบบของร่างกาย (Physical Health) จิตใจ(Mental Health) และชีวิตความเป็นอยู่ในสังคม (Social Health)” ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและการบูรณาการของทุกภาคส่วน จะใช้การบริหารจัดการแบบแยกส่วน (Silo Management) ที่เป็นวิธีปฏิบัติของกระทรวงและกรมไม่ได้ ทั้งนี้ ในระบบบริหารราชการแผ่นดินทั้ง 3 ระดับในประเทศไทยนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีองค์ประกอบที่ตอบโจทย์ดังกล่าวได้ดีที่สุด โดยมีความคาดหวังว่า เมื่อถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะทำให้การบริหารจัดการรพ.สต. ได้คล่องตัวและสามารถยกระดับการบริการประชาชนด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อแบ่งเบาภาระสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินและภารกิจอื่นที่เกี่ยวข้องกับ “ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคม (Social Determinants of Health)” เช่น งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม แม้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 จะมีผลบังคับใช้มาเป็นระยะเวลาหลายสิบปีแล้ว และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1-2 ล้วนกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข

ถ่ายโอน รพ.สต. และภารกิจที่เกี่ยวข้องให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่พบว่า การขับเคลื่อนการถ่ายโอนกลับไม่เป็นไปตามแผน โดยจากจำนวน รพ.สต. ทั้งประเทศ 9,787 แห่งมี รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (เมืองพัทยา) เพียง 65 แห่ง

กลไกการถ่ายโอน รพ.สต. ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1

ตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาตรา 32 กำหนดให้มีแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งระบุรายละเอียดอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบจะต้องกระทำ โดยความโดดเด่นของแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2545-2550) คือ การกำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในแต่ละจังหวัดซึ่งมีสมาชิกประกอบด้วยผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง ผู้แทนส่วนราชการผู้บริหารวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาชน เพื่อทำหน้าที่รับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และการรักษาพยาบาลในลักษณะพ่วงบริการ โดย กสพ. ได้รับการออกแบบให้มีอำนาจหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ แผนความต้องการทรัพยากรงบประมาณและบุคลากร ตลอดจนออกแบบหลักเกณฑ์และจัดสรรทรัพยากรโดยเฉพาะด้านงบประมาณ และหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการบริการภายใต้เกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อสังเกตต่อกลไกการถ่ายโอน รพ.สต. ในรูปแบบ กสพ. ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 คือ เป็นการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศที่มีวัตถุประสงค์ให้มีมติการบริหารจัดการเชิงพื้นที่และการมอบอำนาจการตัดสินใจด้านยุทธศาสตร์ งบประมาณ และการบริหารบุคลากรด้านสุขภาพให้แก่พื้นที่ อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนสถานีนอมนายหรือ รพ.สต. ในปัจจุบันให้กับ กสพ. ก็หยุดชะงักลงเนื่องจากนโยบายการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลในขณะนั้น ซึ่งเป็นที่มาของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลไกการถ่ายโอน รพ.สต. ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2551 – ปัจจุบัน)

ต่อมาแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 ได้เปลี่ยนแปลงแนวทางการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากเดิมที่เป็นการถ่ายโอนให้กับ กสพ. เป็นการถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง โดยหลักการ คือ หาก รพ.สต. ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใด ต้องถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ทั้งนี้ ในระยะแรกให้ถ่ายโอนตามความพร้อมของ อบต. และเทศบาลในพื้นที่ และระยะสุดท้ายของแผน หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอนก็ให้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการ ดังนั้นองค์การบริหารส่วนจังหวัดจึงสามารถขอรับการถ่ายโอน รพ.สต. ได้ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ แต่แผนไม่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนให้ราชการบริหารส่วนกลางต้องมีหลักเกณฑ์และขั้นตอนการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำเฉพาะตัวชี้วัดความพร้อมของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลเท่านั้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ไม่มีสภาพบังคับที่ชัดเจน ทำให้การขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ ต้องเป็นไป

ตามนโยบายรัฐบาลและมติที่ประชุมคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีมติกำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมทั้งตัวชี้วัดความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2564 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรมตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ

ผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากผลการศึกษาเรื่อง “การสังเคราะห์ข้อเสนอและออกแบบเชิงนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด” สามารถจำแนกปัญหาและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลได้ 2 ประเด็นหลัก คือ

1. ปัญหาและอุปสรรคจากตัวชี้วัดและขั้นตอนการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.1 หลายตัวชี้วัดเป็นอุปสรรคสำคัญในการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ยกตัวอย่างเช่น ตัวชี้วัดความสมัครใจของบุคลากร รพ.สต. ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ผ่านการประเมินความพร้อมไว้สูง และยังถือเป็นช่องโหว่ในการสื่อสารข้อมูลที่ผิดพลาดจนทำให้บุคลากร รพ.สต. เกิดความไขว้เขวและมีความรู้สึกต่อต้านการกระจายอำนาจ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึง

ควรยกเลิกตัวชี้วัดนี้และดำเนินการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นออกแบบระบบบริหารงานบุคคลที่มีหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่ชัดเจนและเอื้อต่อการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นอกจากนี้ ตัวชี้วัดความพึงพอใจของประชาชนต่อการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่มีหลักการ เหตุผล และวัตถุประสงค์ที่สอดคล้องกับหลักวิชาการ เนื่องจากเป็นคำถามเชิงคาดการณ์อนาคตที่อาจทำให้ประชาชนที่ไม่คุ้นเคยกับการบริหารงานสาธารณสุขและการปกครองท้องถิ่นเกิดความสับสน รวมทั้งยังเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของประชาชน ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Data) ซึ่งสุ่มเสี่ยงต่อปัจจัยแทรกซ้อนอื่น เช่น สภาพจิตใจของประชาชนในขณะนั้น และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากส่วนราชการและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ทั้งนี้ หากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประสงค์จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ภาคประชาชน ควรออกแบบกระบวนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในระดับพื้นที่และกลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของ รพ.สต. ที่เปิด

โอกาสให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน มากกว่าจะเลือกใช้ตัวชี้วัดที่ไม่มีความเหมาะสมทั้งในเชิงทฤษฎี และมีความเสี่ยงในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่อาจทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของประชาชนที่แท้จริงคลาดเคลื่อนได้

1.2 คณะอนุกรรมการและคณะทำงานชุดต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคซึ่งเกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีจำนวนมากเกินความจำเป็นและประกอบด้วยบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทั้งที่เป็นข้าราชการประจำและข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ ทำให้สุ่มเสี่ยงต่อการขัดกันแห่งบทบาทหน้าที่ (Conflict of Obligation) เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงและเป็นส่วนราชการกลุ่มเป้าหมายของการปฏิรูปภาครัฐ ตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 ดังนั้น การที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจที่จะถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงไม่สอดคล้องกับบัญญัติแห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 มาตรา 24 เนื่องจากทำให้การให้ความเห็นชอบการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นล่าช้าและไม่เป็นไปตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2

2. ปัญหาและอุปสรรคภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

2.1 ก่อนการประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ไม่ปรากฏกลไกและแนวทางส่งมอบข้อมูลด้านสุขภาพประชาชนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอน รพ.สต. แล้วไปยังกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามในระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2562 พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอน รพ.สต. แล้วโดยส่วนใหญ่มีผลลัพธ์การดำเนินงานด้านสุขภาพตามตัวชี้วัดสุขภาพปฐมภูมิ (QOF) ที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ (1) ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปีที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานด้วยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (2) ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปีที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง (3) ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ และ (4) ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปี

ดังนั้น สิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขควรดำเนินการร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น คือ การเร่งรัดจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังคงได้รับการจัดสรรเงินอุดหนุนรายหัวประชากรตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage:UC) และยังสามารถยื่นขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบันได้ริเริ่มโครงการ “30 บาทรักษาทุกที่” ทำให้ประชาชนที่รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถรับบริการที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ทุกแห่ง ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเรียกเก็บค่าชดเชยบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยตรง ไม่ต้องเรียกเก็บจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยตัวเอง อย่างไรก็ตาม พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งไม่ได้รับเงินสนับสนุนที่เป็นงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) จากโรงพยาบาลอำเภอแม่ข่ายเครือข่ายหน่วยคู่สัญญาของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (CUP) ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งได้รับเงินสนับสนุนดังกล่าว

2.3 บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มาตรา 9 ระบุว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีสถานีได้รับเงินค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิอาจทำความเข้าใจกับกระทรวงการคลังโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี คณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทที่มีกฎหมายจัดตั้งที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการรักษายาบาลหรือการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อขอรับเงินสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่ในปัจจุบันยังไม่ปรากฏแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

2.4 แนวทางการถ่ายโอนบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นการถ่ายโอนบุคลากร ตำแหน่ง และงบประมาณที่เป็นเงินเดือนและสิทธิสวัสดิการที่ได้จากรัฐ โดยไม่นับรวมเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามความในมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 อย่างไรก็ตาม ตำแหน่งดังกล่าวเป็นตำแหน่งเฉพาะตัว เมื่อบุคลากรที่ครองตำแหน่งนั้นโอนย้ายไปครองตำแหน่งอื่นหรือโอนย้ายไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือลาออกจากราชการ ตำแหน่งดังกล่าวจะถูกยุบไปโดยปริยาย ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องแบกรับภาระทางงบประมาณในการขอเปิดตำแหน่งทดแทนและบรรจุบุคลากรใหม่ ซึ่งจะถือเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรตามความในมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

2.5 ความก้าวหน้าทางวิชาชีพของบุคลากรสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันมีมาตรฐานที่ชัดเจนและเป็นธรรมมากขึ้นกว่าในอดีต โดยประกาศคณะกรรมการกลางข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่น เรื่อง มาตรฐานทั่วไปเกี่ยวกับการคัดเลือกเพื่อเลื่อนและแต่งตั้งข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นตำแหน่งทั่วไปและประเภทวิชาการให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น พ.ศ. 2561 กำหนดหลักเกณฑ์คุณสมบัติ และกระบวนการในการเลื่อนและแต่งตั้งข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นไม่จำเป็นต้องรอให้อัตราที่สูงขึ้นว่างลงดังเช่นหลักเกณฑ์ คุณสมบัติ และกระบวนการในการเลื่อนและแต่งตั้งข้าราชการพลเรือนสามัญ กล่าวคือ เมื่อข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นมีคุณสมบัติและคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่คณะกรรมการกลางข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นกำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งของระดับที่จะแต่งตั้งและมีความเหมาะสมก็สามารถยื่นขอรับการประเมินต่อผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นได้

2.6 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2562 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถพิจารณาจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ เพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพและเสริมสร้างแรงจูงใจ และเป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการในหน่วยบริการสาธารณสุขหรือนอกหน่วยบริการสาธารณสุขหรือแม้กระทั่งต่างหน่วยบริการสาธารณสุข แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงกรณีเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแบบไม่เต็มเวลา (Part-time Employee)

บทส่งท้าย

นอกจากประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2564 แล้ว ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องก็ได้ดำเนินการแก้ไข “จุดเจ็บปวด (Pain Point)” ของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถสรุปได้ 3 ประเด็น คือ

1. ระบบส่งต่อข้อมูลและตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่ชัดเจน ครอบคลุม และมีสภาพบังคับตามกฎหมาย 3 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2561 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

2. เส้นทางความก้าวหน้าทางวิชาชีพของบุคลากรสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแห่งทั่วไปและแห่งวิชาการที่มีหลักเกณฑ์และมาตรฐานชัดเจนขึ้น สามารถป้องกันการแทรกแซงทางการเมืองของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้

3. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย เงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2562 ทำให้การบริหารจัดการ รพ.สต.ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความคล่องตัวมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ต้องดำเนินการแก้ไขคือ

1. การถ่ายโอน รพ.สต. ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในกรณีที่ต้องการบริหารส่วนจังหวัดบางแห่งขอรับการถ่ายโอน รพ.สต. จำนวนมาก (มากกว่า 60 แห่ง) จะมีลักษณะคล้ายกับระบบบริหารจัดการศูนย์บริการสาธารณสุขและศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยพบว่า หนึ่งใน “จุดเจ็บปวด (Pain Point)” คือ ขาดนโยบายและยุทธศาสตร์ในลักษณะแผนแม่บทที่กำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ และขาดช่องทาง/แพลตฟอร์มการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพของพื้นที่ในการร่วมออกแบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้การบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับถ่ายโอน รพ.สต. จำนวนมากมีลักษณะควบคุมสั่งการ “แบบบนลงล่าง (Top-down Approach)” โดยไม่แตกต่างจากระบบการ

มากมีลักษณะควบคุมสั่งการ“แบบบนลงล่าง (Top-down Approach)” โดยไม่แตกต่างจากระบบการบริหารจัดการของกรุงเทพมหานครและกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ดังนั้น ส่วนราชการและองค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการจัดทำ“แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่” ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2564

2. การจัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไปและเงินอุดหนุนเฉพาะกิจที่ไม่มีหลักเกณฑ์และกระบวนการพิจารณาที่ชัดเจน ทำให้เกิดความลักลั่นของหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3. ส่วนราชการที่กำหนดนโยบายอภิบาลระบบสุขภาพท้องถิ่นและส่งเสริมนับสนุนการปกครองท้องถิ่นในภาพรวม คือ สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกองสาธารณสุขท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นมีกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติหน้าที่ส่งเสริมการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยส่วนราชการทั้ง 3 แห่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ และยังคงรับผิดชอบงานประจำเป็นหลัก ได้แก่ บันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ การจัดทำวารสารประชุม ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ด้านนโยบายและส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเชิงรุกได้ นอกจากนี้ ยังไม่มีโครงสร้างอย่างเป็นทางการตามกฎกระทรวง ทั้งนี้ แม้การเพิ่มกรอบอัตรากำลังอาจไม่ใช่แนวทางการแก้ไขปัญหาที่สมบูรณ์แบบ แต่ส่วนราชการควรพิจารณาความเหมาะสมของภาระงานกับกรอบอัตรากำลัง เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการกระจายอำนาจได้ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. 2542

ที่มา : หนังสือ รพ.สต.สู่ อบจ.อีกหนึ่งก้าวอย่าง...กระจายอำนาจสู่ อบท. โดยสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย (สจท.)

การพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดพังงา

Development of Thai Traditional Medical Services Model, Public health facility In Phang Nga Province

วรชัย ใจเย็น

Worachai Jaiyen

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

Phangnga Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ปัญหา พัฒนารูปแบบ นำไปทดลองใช้ และประเมินผลการใช้การพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดพังงา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริม และสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เป็นประเด็น (themes) และนำมาแจกแจง ความถี่

ผลการศึกษา ด้านสภาพปัญหาส่วนขาดของการพัฒนาการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดพังงา พบว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่ไม่ได้กำหนดนโยบายและแนวทางที่ชัดเจนด้านการแพทย์แผนไทย บุคลากรด้านแพทย์แผนไทยไม่ครอบคลุมทุกสถานบริการและขาดทักษะความชำนาญ สถานบริการสาธารณสุขที่เปิดบริการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมากและดี และผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน จำนวน 2 แห่ง ผลการเปรียบเทียบค่าร้อยละเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดพังงา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -12.196$, $p\text{-value} < .001$) หลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข พบว่า สถานบริการสาธารณสุขที่เปิดบริการแพทย์ไทยสามารถยกระดับการผ่านมาตรฐานเป็นระดับดีเยี่ยม การเข้าถึงการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น ผู้รับบริการแพทย์แผนไทยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการในทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ควรกำหนดให้ทุกหน่วยบริการนำรูปแบบการพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดพังงา ไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การให้บริการแพทย์แผนไทย, สถานบริการสาธารณสุข

Abstract

The purpose of this Research & Development is to study the problems and identify for development in the pattern of services in Thai Traditional Medicine being offered in the Public Health Centre. This developing model of service was tested and evaluated in the Public Health Facilities in Phang Nga Province. The data was collected by using the same module initiated to make an assessment on those Primary Wholistic Medicine which included in-depth interviews, data analysis indicating frequency, percentage, average means and standard of deviation.

Then the data was analyzed by using content analysis and themes. Those results, found from the study : there are no clear cut in policy or job description levied by those in charge, then the number of service personnel are inadequate to cover every service Centre and the lack of proper skills and experience of those service providers. Most service Centre were rated excellent and good in their performance while only 2 gained their basic service evaluation. The comparison of percentage before and after the introduction of this developing model of service showed statistically significance ($r = -12.196$, $p\text{-value} < .001$) After the developing model (of service) was introduced, those service centers have been performing well surpassing the standard criteria and the recipient of services expressed their utmost satisfaction. It is recommended from this study, that the Developing model of service be implemented in every part of health facilities covering all the province in order to achieve continual and maximum development in standard quality of services.

Keywords : Developing model, Thai Traditional Medical Service, Public health facility

บทนำ

ปัจจุบันระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ หรือการแพทย์แบบสมัยใหม่ ซึ่งถือเป็นระบบการแพทย์กระแสหลัก (Mainstream or Conventional Medicine) ที่มีอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขของโลกแต่อย่างไรก็ตามในการขับเคลื่อนให้ประชาคมโลกมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าได้นั้น ย่อมไม่สามารถผลักดันให้สำเร็จลุล่วงลงไปได้ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงระบบเดียวดังนั้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) จึงได้ประกาศสนับสนุนให้มีระบบการแพทย์พหุลักษณะ

(Pluralistic Medicine System) ที่เน้นการผสมผสานระหว่างการแพทย์สมัยใหม่ร่วมกับการแพทย์ที่ดำรงอยู่ก่อนการแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้งยังสนับสนุนให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง หรือการใช้ความรู้ประสบการณ์ของประชาชน และสนับสนุนให้มีการบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมหรือการแพทย์แผนโบราณ (Traditional Medicine) อันเป็นการดูแลสุขภาพที่ถูกส่งผ่านกันมาจากรุ่นสู่รุ่นของแต่ละประเทศให้เข้ามามีส่วนร่วมในระบบสาธารณสุขแห่งชาติควบคู่ไปด้วยกัน โดยทำให้ประชาชนเข้าถึงและสามารถใช้บริการได้ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2546)

ประกาศใช้พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ซึ่งได้เปลี่ยนจากการแพทย์แผนโบราณเป็นการแพทย์แผนไทย ครอบคลุม 4 ประเภท คือเภสัชกรรมไทย เวชกรรมไทย หัตถเวชกรรมไทย (การนวดไทย) และผดุงครรภ์ไทย (หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม, 2555) มีบทบาทในการแก้ปัญหา ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ลดความเหลื่อมล้ำของระบบบริการ เพิ่มการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดการขาดทุนและลดการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์ในระดับปฐมภูมิ มีหน่วยงานการแพทย์แผนไทยในระดับกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 3 ได้กำหนดให้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมถึงบริการการแพทย์แผนไทยตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ คือ ให้มีการบูรณาการบริการร่วมกับระบบการแพทย์กระแสหลัก นอกจากนี้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ให้มีการส่งเสริมการแพทย์ทุกระบบ เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่างๆ อย่างเท่าเทียม โดยหมวด 7 ระบุให้มีการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น

ด้านการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพปัจจุบันมีการดำเนินงานแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับประกอบด้วย (1) การบริการในระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) (2) ระดับทุติยภูมิประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) และ (3) ระดับตติยภูมิประกอบด้วยรพช. ที่มีศักยภาพ รพศ./รพท. โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยที่มีการ เรียนการสอน (สำนักงานข้อมูลและประเมินผล, 2556)

จังหวัดพังงา ได้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทย เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ.2538 และได้มีการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ทั้งด้านบุคลากร การพัฒนาระบบบริการ การพัฒนาระบบการผลิตการแปรรูปสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพร การพัฒนาและสร้างเครือข่ายหมอพื้นบ้าน รวมทั้งส่งเสริมให้หมอพื้นบ้าน ที่ผ่านการฝึกอบรมทักษะ เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน มีสถานบริการสาธารณสุข ที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย จำนวน 40 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 21 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 1 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง โดยมีการจัดบริการ ทั้งการนวด การอบ การประคบ ด้วยสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพร มีบุคลากรที่ผ่านการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย หลักสูตร 4 ปี จำนวน 4 คน หลักสูตร 2 ปี จำนวน 4 คน มีผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ที่ประจำอยู่ในหน่วยบริการ จำนวน 72 คน ในการดำเนินงานจัดบริการหน่วยบริการจะต้องจัดบริการตามมาตรฐานการจัดบริการ แพทย์แผนไทย ของกระทรวงสาธารณสุข แต่จากการประเมินมาตรฐานการให้บริการ การแพทย์แผนไทย ของหน่วยบริการในปี 2562 พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการแพทย์แผนไทย ทั้งหมด 21 แห่ง จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ความเข้าใจ การจัดรูปแบบการบริการแบบบูรณาการและปัญหาอุปสรรคการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดพังงา และขยายผลรูปแบบการให้บริการ ดังกล่าวต่อไป

ทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 21 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 1 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง โดยมีการจัดบริการ ทั้งการนัด การอบ การประคบ ด้วยสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพร มีบุคลากรที่ผ่านการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย หลักสูตร 4 ปี จำนวน 4 คน หลักสูตร 2 ปี จำนวน 4 คน มีผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ประจำอยู่ในหน่วยบริการ จำนวน 72 คน ในการทำงานจัดบริการ หน่วยบริการจะต้องจัดบริการตามมาตรฐานการจัดบริการ แพทย์แผนไทย ของกระทรวงสาธารณสุข แต่จากการประเมินมาตรฐานการให้บริการ การแพทย์แผนไทย ของหน่วยบริการ ในปี 2562 พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการ แพทย์แผนไทย ทั้งหมด 21 แห่ง จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ความเข้าใจ การจัดรูปแบบการบริการแบบบูรณาการ และ

เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดพังงา และขยายผลรูปแบบการให้บริการ ดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาและส่วนขาดของการพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดพังงา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดพังงา
3. เพื่อนำการพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดพังงาไปทดลองใช้
4. เพื่อประเมินผลการใช้การพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดพังงา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

<p>แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย</p> <p>ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ 2. แนวคิดเกี่ยวกับโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) 3. การให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 4. มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) 5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 	<p>กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย</p> <p>ขั้นตอนการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2. ศึกษาปัญหาและส่วนขาดการดำเนินงานการศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และแบบประเมิน รพ.สส.พท. 3. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ร่างรูปแบบการพัฒนา 4. การพัฒนาและประเมินรูปแบบ <ol style="list-style-type: none"> 1. นำร่างรูปแบบไปทดลองใช้และประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ 2. ปรับปรุงรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปใช้จริง 3. ประเมินผลรูปแบบการพัฒนา 4. ประเมินความพึงพอใจ 	<p>รูปแบบการพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดพังงา</p>
--	--	--

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยพัฒนา (Research & Development) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีดำเนินการ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนาการให้บริการแพทย์แผนไทยในระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดพังงา ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบระบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบ (วารุ เฟิงส์วสต์, 2553) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ สถานบริการสาธารณสุขที่เปิดให้บริการแพทย์แผนไทย จำนวน 30 ตัวอย่างแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขที่เปิดให้บริการแพทย์แผนไทยของจังหวัดพังงา จำนวน 30 กลุ่มตัวอย่าง และผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 300 ตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงกันยายน 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสัมภาษณ์แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเครื่องบันทึกเสียง การสังเกตและแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ปี 2563, 2564 และ 2) แบบสัมภาษณ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดพังงา ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการศึกษา เป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและส่วนขาดการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสม

ผสาน (รพ.สส.พท.) ปีงบประมาณ 2563 โดยการศึกษาจากการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุขที่เปิดให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทย ตามแบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ปี 2563 จำนวน 30 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดพังงา เครื่องมือและกระบวนการที่ใช้ คือ การสนทนากลุ่มและการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของการให้บริการในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลประเด็นปัญหาจากการดำเนินงานการให้บริการแพทย์แผนไทย ในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับผลจากการสัมภาษณ์การดำเนินงานของกลุ่มตัวอย่าง และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดโครงร่างรูปแบบพัฒนาการให้บริการแพทย์แผนไทย และได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการดำเนินงานการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดพังงา ที่ได้รับการออกแบบและพัฒนาไปทดลองใช้จริง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดพังงา และปรับปรุงแบบให้สมบูรณ์ โดยการใช้แบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ปี 2564 ในสถานบริการสาธารณสุข ที่เปิดคลินิกแพทย์แผนไทย จากคณะกรรมการประเมินมาตรฐานรพ.สส.พท. ระดับจังหวัด และการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มารับบริการที่หน่วยบริการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านร่วมให้ความเห็น ตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจน ตรงประเด็น แต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยเชิงคุณภาพอาจมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์จริงได้เช่นกัน

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ ได้การตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามในด้านความสอดคล้องของข้อคำถามในแบบสอบถามกับหัวข้อการวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญนำมาคำนวณหาค่าโดยวิธี Item Objective Congruence Index (IOC) ข้อคำถามที่มีค่า $IOC > 0.5$ ทดสอบความเชื่อมั่น Reliability โดยผู้วิจัยนำไปทำการทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ Alpha (Coefficient Alpha) ด้วยวิธีการของ Cronbach's Alpha โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ Alpha = 0.892

การเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เปิดบริการแพทย์แผนไทยเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การจัดเก็บข้อมูลโดยคณะกรรมการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ระดับจังหวัด
2. ประชุมชี้แจงคณะกรรมการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ระดับจังหวัด
3. กำหนดแผนและการทำงานตามแผนในการเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล โดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

5. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล สรุปและเขียนรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เป็นกระบวนการทำงานที่ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนถึงเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ซึ่งมี 5 ขั้นตอนคือ 1) การจัดระเบียบข้อมูล 2) การทำดัชนีหรือกำหนดรหัสข้อมูล 3) การจัดการข้อมูลหรือสร้างข้อสรุปชั่วคราว 4) การสร้างบทสรุป 5) การพิสูจน์ความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์แต่ละขั้นตอน (รัตนะ บัวสนธ์, 2551)

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean : \bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : SD) (มาลีวัลย์ ศรีวิไลย์, 2559)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ตามเอกสารเลขที่ 32/2563 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2563

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ปัญหาและส่วนขาดการดำเนินงาน

ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ของหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่จัดบริการแพทย์แผนไทยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอก แต่มีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งที่มีบริการการแพทย์แผนไทยแผนกผู้ป่วยในมี

บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยที่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรีด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์จำนวน 52 คน อนุปริญญาตรีด้านการแพทย์แผนไทย (หลักสูตร 2 ปี) จำนวน 4 คน รวมบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยทั้งสิ้น 56 คน ในจำนวนนี้มีใบประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย จำนวน 38 คน และ

แพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 7 คน และยังไม่มียาประกอบวิชาชีพ จำนวน 11 คน

ผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ของสถานบริการสาธารณสุขที่เปิดให้บริการแพทย์แผนไทย ปี 2563 ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมากและดีและยังมีสถานบริการสาธารณสุขที่เปิดบริการ

ตาราง 1 ผลการประเมินมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ปี 2563

ประเภทสถานบริการ	ผลการประเมินมาตรฐาน รพ.สส.พท.			
	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พื้นฐาน
โรงพยาบาลทั่วไป	2	-	-	-
โรงพยาบาลชุมชน	1	6	-	-
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3	14	11	2
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1	-	-	-
รวม	7	20	11	2

การเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยพบว่า ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 16.78 เทียบกับผู้ป่วยนอกมารับบริการทั้งหมด ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี 2563

ประเภทสถานบริการ	ผู้รับบริการทั้งหมด	ผู้รับบริการแพทย์แผนไทย	ร้อยละ
โรงพยาบาลทั่วไป	281,472	27,810	9.88
โรงพยาบาลชุมชน	253,565	44,026	17.36
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	119,267	37,978	31.84
รวม	654,304	109,814	16.78

การใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการใช้ยาสมุนไพรเฉลี่ย 20 รายการ แบ่งเป็นยาพัฒนาจากสมุนไพร (เชิงเดี่ยว) จำนวน 15 รายการและยาแผนไทยหรือแผนโบราณ (ตำรับ) จำนวน 5 รายการ การบริหารจัดการการจัดบริการแพทย์แผนไทยของระดับผู้บริหาร ในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดพังงา พบว่า

1. โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ด้านการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน ระดับผู้บริหารเห็นด้วยกับนโยบายการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล โดยใช้รูปแบบที่มีระบบบริการแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทยแยกกันอยู่คนละสถานที่ ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้โดยตรงที่คลินิกแพทย์แผนไทย มีเพียง 1 แห่งใช้รูปแบบบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันอยู่ด้วยกันที่แผนกผู้ป่วยนอก มีการให้คำปรึกษาและส่งต่อกันระหว่างแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบัน

2. การสนับสนุนบุคลากร ในระดับผู้บริหารของสถานบริการสาธารณสุขยอมรับว่า อัตรากำลังแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ไม่เพียงพอ แต่ไม่สามารถใช้งบประมาณของโรงพยาบาลจ้างเพิ่ม ส่วนเรื่องการสนับสนุนให้บุคลากรได้ไปประกอบวิชาชีพรพ.สต. ทุกแห่งสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเพื่อสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากร นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้บุคลากรศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง

มุมมองของผู้ให้บริการเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นปัญหา พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการจัดบริการแพทย์แผนไทย

1. ด้านผู้บริหาร ผู้ให้บริการเห็นว่าผู้บริหารให้ความสำคัญกับงานแพทย์แผนไทยน้อย และไม่มีทิศทาง นโยบายไม่ชัดเจน

2. ด้านผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการทุกแห่งเห็นว่ามียุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยจำนวนน้อยไม่เพียงพอกับการให้บริการและขาดประสบการณ์ในการให้บริการด้านการตรวจรักษา ไม่กล้าให้คำปรึกษาหรือแสดงองค์ความรู้ให้แพทย์แผนปัจจุบันยอมรับ มีการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพน้อย

3. ด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการมองว่าผู้รับบริการเชื่อถือและศรัทธาการตรวจวินิจฉัยของแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่า

4. ทีมสหวิชาชีพ ผู้ให้บริการเห็นว่าแพทย์แผนปัจจุบันไม่เข้าใจเรื่องแพทย์แผนไทย และไม่ยอมรับในศักยภาพด้านการรักษา

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบด้านการบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข

1. ด้านการบริหารจัดการด้านรูปแบบการบริการ
1.1 จัดตั้งคณะทำงานแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด อำเภอ

1.2 จัดทำแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติการให้ชัดเจน ครอบคลุมการรักษา ส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟู

1.3 จัดตั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายและทีมพี่เลี้ยง โดยกำหนดกำหนดให้ทีมแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั่วไปทำหน้าที่ดูแลพัฒนาแนวทางการตรวจรักษา รับ/ส่งต่อ Case ระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย

1.4 จัดบริการตามมาตรฐาน โดยกำหนดแนวทางและมาตรฐานของจังหวัดและเพิ่มระดับการผ่านมาตรฐาน

2. ด้านบุคลากร

2.1 จังหวัดวางแผนกรอบอัตรากำลังร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และสร้างความเชื่อมั่นในการจัดบริการสำหรับแพทย์แผนไทยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย เป็นต้น

3. ด้านการเข้าถึงยาและบริการที่จำเป็น

3.1 จัดทำแผนการจัดซื้อยาสมุนไพรโดยใช้ข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรแต่ละชนิดและปริมาณการใช้ในปีที่ผ่านมา พิจารณาประกอบการจัดทำแผนให้สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการ

4. ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ

4.1 ผู้นำมีการกำหนดนโยบายโดยมีส่วนร่วมของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายเน้นนโยบายชัดเจน ต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างเหมาะสม

4.2 กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและมีการวางแผนควบคุม กำกับ

4.3 มีการสนับสนุนทางวิชาการงานวิจัยให้คำปรึกษาด้านการแพทย์แผนไทยแก่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการ

ขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้ นำรูปแบบการพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดพังงา ไปทดลองใช้ในหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงาที่เปิดบริการคลินิกแพทย์แผนไทย จำนวน 10 แห่งพบว่าหน่วยบริการที่มีผลการประเมินในปี 2563 ในระดับดีขึ้นไปสามารถดำเนินการตามรูปแบบการประเมินได้ในระดับดีเยี่ยมร้อยละ 100

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล พบว่า

ผลการเปรียบเทียบค่าร้อยละเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดพังงา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -12.196$, $p\text{-value} < .001$) (ตาราง 3) และผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจากระดับดีมากเป็นระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 100

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าร้อยละเฉลี่ยของสถานบริการสาธารณสุขก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทย จังหวัดพังงา (N = 30)

ค่าเฉลี่ยของสถานบริการสาธารณสุขที่เปิดบริการการแพทย์แผนไทย	\bar{X}	SD	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	69.56	5.36	-12.196	*.001
หลังใช้รูปแบบ	97.03	3.97	-	-

* $\alpha < 0.05$

1. การพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดให้บริการแพทย์แผนไทย ทั้ง 30 แห่ง ที่นำรูปแบบไปใช้มีการพัฒนาอย่าง

ต่อเนื่องสามารถยกระดับการผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานที่มีผลการประเมินระดับดีมากเป็นระดับดีเยี่ยมในปี 2564 จำนวน 10 แห่ง, ระดับดีเป็นระดับดีเยี่ยม จำนวน 1 แห่ง และระดับพื้นฐานเป็นระดับดีมาก จำนวน 2 แห่ง ดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการประเมินมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาแล้ว

ประเภทสถานบริการ	ปี 2563 (แห่ง)				ปี 2564 (แห่ง)			
	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พื้นฐาน	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พื้นฐาน
โรงพยาบาลทั่วไป	2	-	-	-	2	-	-	-
โรงพยาบาลชุมชน	1	6	-	-	7	-	-	-
รพ.สต.	3	4	1	2	8	2	-	-
สสจ.	1	-	-	-	1	-	-	-
รวม	7	10	1	2	28	2	-	-

2. การเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดให้บริการแพทย์แผนไทยทั้ง 30 แห่ง

ที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาแล้ว มีร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น ดังตาราง 5

ตาราง 5 การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาแล้ว

ประเภทสถานบริการ	ปี 2563			ปี 2564		
	ผู้รับบริการทั้งหมด	ผู้รับบริการแพทย์แผนไทย	ร้อยละ	ผู้รับบริการทั้งหมด	ผู้รับบริการแพทย์แผนไทย	ร้อยละ
โรงพยาบาลทั่วไป	281,472	27,810	9.88	326,635	40,339	12.35
โรงพยาบาลชุมชน	253,565	44,026	17.36	316,865	69,139	21.82
รพ.สต.	119,267	37,978	31.84	124,860	53,152	42.57
รวม	654,304	109,814	16.78	768,360	162,630	21.17

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการแพทย์แผนไทยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาแล้ว พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการในทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก การบริการที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุดคือ ด้านการประสานงาน อยู่ในระดับพึงพอใจมาก (\bar{X} = 4.06,

S.D. = 0.57) และที่ได้รับความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ด้านค่าใช้จ่าย อยู่ในระดับพึงพอใจปานกลาง (\bar{X} = 3.47, S.D. = .78)

อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาพบว่า บุคลากรที่ยังไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับกรอบ อัตรากำลังที่กำหนด ทำให้ไม่สามารถเปิดให้บริการ ด้านการแพทย์แผนไทยได้ครบทุกแห่งสอดคล้องกับ รายงานวิจัยของพรพรรณ ระวังพันธ์ และคณะ(2560)

การพัฒนา รูปแบบการให้บริการแพทย์แผน ไทยในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดพังงา พบว่า การจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดอ่อน ทั้งหมดของหน่วยบริการที่ให้บริการแพทย์แผนไทย ในระบบปฐมภูมิจังหวัดพังงา สาเหตุจากการจัด ทำแผนปฏิบัติการในการจัดบริการโดยคาดการณ์ ภายใต้อำนาจกีดด้านบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ทำให้บริการส่งเสริมสุขภาพน้อย ทั้งนี้ การส่งเสริม สุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการ แพทย์ทางเลือกที่สามารถทำให้ผู้รับบริการมีสุข ภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ รายงานของบุญเต็ม ปิงวงศ์ และเทพประวิณ จันทรแรง (2559) ที่ระบุว่า การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านในการส่งเสริมสุขภาพ

โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพจิตใจตามแนวทาง ของพระพุทธศาสนาควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ มากขึ้น ในการพัฒนารูปแบบจึงมุ่งเน้นกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยมี การทำแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติการแยกตาม กลุ่มวัยซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวง สาธารณสุข โดยเริ่มจากการมอบนโยบายจากจังหวัด สู่โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าว ส่งผลให้ผู้รับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องจากปี 2562 มีจำนวนผู้เข้าถึงบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็น 13,811 ราย ปี 2563 มีจำนวนผู้เข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่ม

มีจำนวนผู้เข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่ม เป็น 19,004 ราย และในปี 2564 เพิ่มเป็น จำนวน 26,108 ราย

ผลการเปรียบเทียบค่าร้อยละเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาการให้ บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ สาธารณสุขจังหวัดพังงา แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($r = -12.196$, $p\text{-value} < .001$) และผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาล ส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานจากระดับดีมากเป็นระดับดีเยี่ยม ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาการบริการ แพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข พบว่า มีสถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการแพทย์แผนไทย ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเยี่ยม จำนวน 38 แห่ง และสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 31 แห่ง สามารถ ยกกระด้นการผ่านมาตรฐานจากระดับดีและดีมาก เป็นระดับดีเยี่ยมโรงพยาบาลทุกแห่งมีการพัฒนา การเข้าถึงบริการโดยพิจารณาจากค่าร้อยละของ ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ร้อยละ 19.5 ในปี 2563 และร้อยละ 20.5 ปี 2564 โดยมีผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้ารับบริการร้อยละ 16.78 และ 21.17 ในปี 2563 และ 2564 ตาม ลำดับ และจากการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับ บริการพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ ในทุกด้านโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลมาจากที่โรงพยาบาลได้ยึดรูปแบบการ พัฒนา โดยเฉพาะผู้บริหารให้การสนับสนุนกำหนด นโยบาย รวมทั้งการพัฒนากุศลกรโดยการอบรม หลักสูตรต่างๆ ตามที่ได้กำหนด และมีการติดตาม

โดยทีมพี่เลี้ยงของจังหวัด รวมทั้งการพัฒนากระบวนการบริการเน้นความสะดวกรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของทัพบทิม สัมฤทธิ์เปี่ยม และคณะ, (2552) ที่พบว่าหลังการพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของสถานือนามัยเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ทั้งในด้านสถานที่เครื่องมือกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการเจ้าหน้าที่ สิ่งอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่ายและผลการบริการผู้รับบริการพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารควรมีการกำหนดกรอบและเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยให้ครอบคลุมของโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการเปิดให้บริการการแพทย์แผนไทยรวมทั้งการอบรมและให้ความรู้แก่แพทย์แผนปัจจุบันต่อการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อสนับสนุนการให้บริการด้านการแพทย์ครอบคลุมหน่วยบริการทุกระดับ

1.2 กระทรวงสาธารณสุขควรมีการกำหนดราคากลางของยาสมุนไพร เพื่อให้ได้ราคาขายที่เหมาะสม โดยเฉพาะยาสมุนไพรที่ผลิตจากโรงพยาบาลของรัฐ

1.3 หน่วยบริการทุกระดับควรให้ความสำคัญกับการกำหนดแนวทางการบริหารงานและการบริการการแพทย์แผนไทยทั้งผู้ปฏิบัติและผู้บริหารเพื่อพัฒนาให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ มีความมั่นใจในการทำงาน และเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานการบริการแพทย์แผนไทยในระดับเขต

2.2 ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ในประเด็นการบริหารจัดการการบริการด้านการแพทย์แผนไทย

เอกสารอ้างอิง

- ทัพบทิม สัมฤทธิ์เปี่ยม และคณะ. (2552). การพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของสถานือนามัยตำบลเขาพระงามอำเภอเมืองจังหวัดลพบุรี. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 14:987-95.
- บุญเต็ม ปิงวงศ์ และ เทพประวิง จันทร์แรง. (2559). การบูรณาการแพทย์แผนไทยกับการดูแลสุขภาพตามแนวทางพระพุทธศาสนา : กรณีศึกษา วัดส่งเสริมสุขภาพชุมชนใน เขตภาคเหนือ. วารสาร บัณฑิตวิจัย. 7:195-206.
- พรพรรณ ระวังพันธ์ และคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการบริการด้านการแพทย์แผนไทย จังหวัดสุพรรณบุรี.
- มาลีวัลย์ ศรีวิสัย. (2559). การพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย. สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย.
- รัตน์ บัวสนธ์. (2551). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการศึกษา. พิมพ์ลักษณ์ กรุงเทพฯ: คำสมัย.
- วาโร เฟิงส์สวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบวารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสุพรรณบุรี. 2(4)วิจัย โชควิวัฒน์. (2546). นโยบายและทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.



สำนักงานข้อมูลและประเมินผล. (2556). รายงาน
การสาธารณสุขด้านการแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก
2554 - 2556. กรมพัฒนาการแพทย์แผน
ไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวง
สาธารณสุข.

หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม. (2555).
การบูรณาการการแพทย์แผนไทย : สถานการณ์
ให้บริการการแพทย์แผนไทย. คณะเภสัชศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรมพัฒนาการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง
สาธารณสุข

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนตำบลกะเปียด อำเภอฉวาง
จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Related to the Participation of Village Health Volunteers for Oral
Health Promotion in Kapiead Sub-District, Chawang District,
Nakhon Si Thammarat Province

สุรารัตน์ บุญแก้ว Sutarat Bunkeaw
ศุจินันท์ ศิริรัตน์ Sujinan Sirirat
วัชรชัย คาร์ว Watcharachai Karn
วินิดา เพชรคง Winida Phatkong
ชญัญญา จิรนันทนากรุ Chananya Jiranantanakorn
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะเปียด
Kapiead Tambon Health Promoting Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นอสม. ตำบลบ้านกะเปียด อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 119 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูลสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากงานวิจัยที่มีความใกล้เคียง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ได้ค่าความเที่ยง ที่ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติไค-สแควร์ และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนในภาพรวมในระดับดีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานของอสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษานี้ เป็นการเพิ่มความเข้าใจและวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนร่วมกับอสม.ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน

Abstract

This descriptive research aimed to study the level of participation and factors related to participation of village health volunteers on an oral health promotion in the community in kapiead sub-district, chawang district, Nakhon Si Thammarat province. Purposive sampling was used to select 119 village health volunteers who worked in kapiead sub-district, chawang district. The instrument was created and developed from literature review and research from the past; moreover, it was validated by three experts. The reliabilities of this instrument with the sampling as the same by yielding Cronbach's alpha coefficients equal to 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Pearson Correlation Coefficient.

The findings revealed that a good level of village health volunteers on oral Health promotion in the community and factor related to participation of village health volunteers is facilities of work was a positive correlation at a medium significantly with oral health promotion in the community at .01. The results of this study can increase the understanding and planning on effectiveness of oral health promotion.

Keywords : Participation, Village Health Volunteers, Oral Health Promotion in Community

บทนำ

ปัญหาทันตสุขภาพเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญที่สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจและทำลายสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับประเทศครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่า อัตราการเกิดโรคฟันผุเด็กอายุ 3, 5, 12 และ 15 ปี ร้อยละ 47.1, 24.4, 52.0 และ 62.7 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มวัยทำงานอายุ 35 - 44 ปี มีปัญหาสูญเสียฟันร้อยละ 85.3 เหงือกอักเสบร้อยละ 62.4 และร่องลึกปริทันต์ร้อยละ 25.9 กลุ่มผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี มีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 8.7 และผู้สูงอายุ 80 - 85 ปี ร้อยละ 31.0 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2560) ในจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า ปัญหาช่องว่างรุนแรงในหลายกลุ่มวัย อัตราโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 9 และ 12 ปี ร้อยละ 33.28, 27.68 และ 39.84 ตามลำดับ กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้

งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และฟันหลัง (แท้) ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 40.43 กลุ่มวัยผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่และฟัน หลัง(แท้) ใช้ งานได้ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 29.56 (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช, 2563) สำหรับตำบลกะเปียด อำเภอดง เป็นพื้นที่หนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบปัญหาทันตสุขภาพค่อนข้างรุนแรงเช่นเดียวกัน พบว่าอัตราโรคฟันผุในเด็กอายุ 3, 9 และ 12 ปี ร้อยละ 31.82, 42.86 และ 57.14 ตามลำดับกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และฟัน หลัง (แท้) ใช้งานได้ ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 66.28 กลุ่มวัยผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และฟันหลัง (แท้) ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 38.50 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2563) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าปัญหาด้านทันตสาธารณสุขตำบลกะเปียด อำเภอดง จังหวัดนครศรีธรรมราช นับเป็นอีกหนึ่งตำบล

ที่มีการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงประสบกับปัญหาสุขภาพช่องปาก อย่างไรก็ตามการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากต้องขึ้นอยู่กับบริบทและต้องอาศัยความร่วมมือของหลายภาคส่วน ทั้งบุคลากรสาธารณสุข อสม. พ่อแม่ ผู้ปกครอง พี่เลี้ยงเด็ก ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (นัจยวาร์ โตะประดู่, 2560)

อย่างไรก็ตามบทบาทของอสม.มีความสำคัญมากในการขับเคลื่อนเนื่องจากเป็นตัวแทนของประชาชนที่ได้รับการคัดเลือก เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จึงมีความสำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วมในบทบาทผู้ให้บริการด้านสุขภาพอนามัยและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนให้ไปในทางที่เหมาะสม (สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาทฤษฎีแนวคิดของเบอร์นาร์ด ระบุไว้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคคลสอดคล้องกับทฤษฎีของเบนจามิน เอส บลูม ซึ่งให้เห็นว่าความรู้มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคคล (ชนาทิพย์ ทองไชรั กัญจนกมล สุวิทย์รัตน์ และนิรชร ชูติพัฒนา, 2562) นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ การรับรู้บทบาทและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (ปรารค์ จักรไชยอภิชัย คุณิพงษ์ และวรเดช ช่างแก้ว, 2560) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนตำบลกะเปียด อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางและวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนร่วมกับอสม. ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนอยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้บทบาทแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ อาศัยจากการทบทวนวรรณกรรม และอิงทฤษฎีแนวคิดของเบอร์นาร์ด โดยมีตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล, ความรู้ของอสม. ทัศนคติของอสม. และปัจจัยภายนอก ประกอบด้วยการรับรู้บทบาทของอสม. แรงจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานของอสม. ส่วนตัวแปรตามได้แก่การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนตำบลกะเปียด อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอสม.

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

ปัจจัยภายใน
<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตรบุคคลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนโรคประจำตัว ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม - ความรู้ของ อสม. -ทัศนคติของอสม.
ปัจจัยภายนอก
<ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้บทบาทของอสม. - แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอสม. - ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานของอสม.

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

<p>การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนตำบลกะเปียด อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช</p> <ul style="list-style-type: none"> - พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอสม.

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นอสม. ตำบลกะเปียด อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 119 คน ที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะเปียด อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยภายใน มีทั้งหมด 3 หัวข้อดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ของอสม. และทัศนคติของอสม.

ตอนที่ 2 ปัจจัยภายนอก มีทั้งหมด 3 หัวข้อดังนี้ การรับรู้บทบาทของอสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอสม. และปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานของอสม.

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของอสม. มีทั้งหมด 1 หัวข้อ ดังนี้ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของอสม.

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ในพื้นที่ตำบลนาแว อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ค่าความเที่ยง 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการผ่านจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช

1. จัดทำหนังสือเพื่อชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัยและการเก็บข้อมูลแบบสอบถามวิจัยให้ทางหน่วยงานที่ลงเก็บข้อมูลวิจัย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะเปียดได้รับทราบ

2. ทางผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ของงานวิจัย และเชิญไบนินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. ให้อสม.ที่เชิญไบนินยอมเข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามวิจัย โดยผู้ร่วมวิจัยลงเก็บข้อมูลด้วยตนเองซึ่งระยะเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัย เดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2564

4. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนกลับ แล้วได้ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นทำการเครื่องมือลงรหัสข้อมูล และทำการแปรผลข้อมูลลงในแบบฟอร์มลงรหัส และทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 17.0 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร บุคคลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเป็นอสม. และความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ

2. ข้อมูลปัจจัยความรู้ ทักษะคิดและการรับรู้ บทบาท แรงจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนและพฤติกรรมกรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส บุคคลในครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร บุคคลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ อาชีพ การมีโรคประจำตัว ใช้สถิติไค - สแควร์

4. ข้อมูลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัย วิเคราะห์โดยใช้ Pearson correlation coefficient

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยของมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม วิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 033/2564

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนใหญ่่อสม. เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.90 อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 34.50 การศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.30 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 74.80 มีจำนวนบุตร 1 - 2 คน คิดเป็นร้อยละ 52.90 มีบุคคลในบ้านท่านที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 1.30 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 22.70 มีอาชีพเป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 70.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ที่ 5,001 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.40 โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 57.10 โดยมีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ที่ 11 - 20 ปีคิดเป็นร้อยละ 43.70 และมีความถี่ใน การเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ที่ 21 - 30 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 49.60 ดังตารางที่ 1

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	จำนวน (คน) (N = 119)	ร้อยละ (100.0)
1. เพศ		
ชาย	31	26.10
หญิง	88	73.90
2. อายุ		
31 - 40 ปี	11	9.20
41 - 50 ปี	29	24.40
51 - 60 ปี	38	31.90
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	41	34.50
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	48	40.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	16.80
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32	26.90
อนุปริญญา	10	8.40
ปริญญาตรี	9	7.60
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00
4. สถานภาพสมรส		
โสด	6	5.00
สมรส	89	74.80
หม้าย/หย่าร้าง	24	20.20
5. จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	15	12.60
1 - 2 คน	63	52.90
3 - 4 คน	36	30.30
5 - 6 คน	5	4.20

ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	จำนวน (คน) (N = 119)	ร้อยละ (100.0)
6. บุคคลในบ้านท่านที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ		
ไม่มี	58	48.70
มี	61	51.30
เด็กอายุ 0 - 5 ปี	6	5.00
ผู้สูงอายุ	27	22.7
ผู้พิการ	4	3.40
ผู้ป่วยโรคจิตเวช	2	1.70
หญิงตั้งครรภ์	2	1.70
ผู้ป่วยเรื้อรัง	7	5.90
ผู้ป่วยติดเตียง (ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และต้องดูแล)	1	0.80
ผู้ป่วยติดบ้าน (ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนและต้องดูแล)	7	5.90
7. อาชีพ		
ค้าขาย	8	6.70
เกษตรกรรวม	84	70.60
รับจ้างทั่วไป	10	8.40
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	17	14.30
อื่นๆ	0	0.00
9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่		
ไม่มี	68	57.10
มี	24	20.20
10. ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
1 - 10 ปี	33	27.70
11 - 20 ปี	52	43.70
21 - 30 ปี	10	8.40
31 - 40 ปี	24	20.20
11. ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม		
1 - 10 ครั้ง	3	2.50
11 - 20 ครั้ง	22	18.50
21 - 30 ครั้ง	59	49.60
31 - 40 ครั้ง	35	29.40

2. ข้อมูลแสดงระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน

2.1 ความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 76.50 รองลงมาคือ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 10.10 โดยคะแนนทั้งหมด 15 คะแนน คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 13 คะแนน คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 9.55 หรือประมาณ 10 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 1.72 สรุปได้ว่าส่วนใหญ่ของอาสาสมัครฯ มีความรู้ในระดับดี

2.2 ทักษะคิด อยู่ในระดับดี จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 56.30 และระดับไม่ดี จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 43.70 สรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ของอาสาสมัครฯ มีทักษะคิดอยู่ในระดับดี

2.3 การรับรู้บทบาท อยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 52.1 ระดับดี จำนวน 57 คน

คิดเป็นร้อยละ 47.90 สรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ ของอาสาสมัครฯ มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับไม่ดี

2.4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฯ อยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 52.10 และอยู่ในระดับดี จำนวน 57 คนคิดเป็น ร้อยละ 47.90 สรุปได้ว่าส่วนใหญ่ของอาสาสมัครฯ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับไม่ดี

2.5 ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฯ อยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 58.00 และระดับดี จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 42.00 สรุปได้ว่าส่วนใหญ่ของอาสาสมัครฯ มีปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับไม่ดี

2.6 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฯ อยู่ในระดับดี จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 78.20 ระดับไม่ดี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 21.80 สรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ของอาสาสมัครฯ มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 2

ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน	จำนวน (คน) (N = 119)	ร้อยละ (100.00)
ระดับดี (> ค่าเฉลี่ย 3.44)	93	78.20
ระดับไม่ดี (< ค่าเฉลี่ย 3.44)	26	21.80
รวม	119	100.00

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร บุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแล อาชีพ รายได้ต่อเดือนโรคประจำตัว ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครฯ ความถี่ในการเข้าร่วม

กิจกรรม ปัจจัยความรู้ ปัจจัยทัศนคติ ปัจจัยการรับรู้บทบาท ปัจจัยแรงจูงใจ และปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฯ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.448$) กับ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 3

ตัวแปร	χ^2	df	r	p-value
เพศ	4.564	1	-	<.05
อายุ	3.979	3	-	>.05
ระดับการศึกษา	.079	3	-	>.05
สถานภาพสมรส	.631	1	-	>.05
จำนวนบุตร	-	-	.055	>.05
บุคคลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ	.347	1	-	>.05
อาชีพ	1.312	1	-	>.05
รายได้ต่อเดือน	-	-	.106	>.05
โรคประจำตัว	.004	1	-	>.05
ระยะเวลาในการเป็นอสม	-	-	-.108	>.05
ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม	-	-	-.109	>.05
ความรู้	-	-	-.009	>.05
ทัศนคติ	-	-	.066	>.05
การรับรู้บทบาท อสม.	-	-	-.057	>.05
แรงจูงใจ	-	-	-.089	>.05
ปัจจัยค้ำจุนการปฏิบัติงาน	-	-	.458	<.01**

**p < .01

อภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน สามารถอธิบายได้ดังนี้

เพศ แสดงให้เห็นว่าเพศที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสามารถปฏิบัติงานได้ไม่แตกต่างกัน ในการดำเนินงานหากได้รับความรู้และเสริมสร้างทักษะที่ดี จะทำให้การดำเนินการและปฏิบัติงานเท่าเทียมกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมนัส ชูเกียรติ (2564)

สำหรับอายุ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการเป็นอสม. จากการศึกษพบว่า ความแตกต่างกันในด้านอายุ รายได้ และระยะเวลาในการเป็นอสม. ไม่ได้ทำให้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแตกต่างกัน ทุกคนสามารถเข้าร่วมการดำเนินงาน ขึ้นอยู่กับการมีความตระหนัก ตั้งใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของภุรีนุช เจริญสรรพและโชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ (2562) เรื่องบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานทีมหมอครอบครัวจังหวัดจันทบุรี

ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ พบว่าไม่มี ความแตกต่างด้านการมีส่วนร่วมในการ

ดำเนินงาน ขึ้นอยู่กับการมีเวลาและความสามารถในการเข้าร่วมดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปรานต์ จักรไชยอภิชัย คุณิพงษ์ และวรเดชช่างแก้ว (2560) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี

จำนวนบุตร พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานใกล้เคียงกัน เนื่องจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีความแตกต่างกันในเรื่องจำนวนบุตรมีการมีส่วนร่วมที่ไม่ต่างกัน สามารถมีเวลาเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้ใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสมจินตนา คุ่มภัย (2559) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชาวชุมชนในองค์การบริหารส่วนตำบลต้นแบบที่บูรณาการแผนชุมชนสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น จังหวัดนครศรีธรรมราช

บุคคลที่ต้อดูแลเป็นพิเศษ โรคประจำตัว และความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ขึ้นอยู่กับความตั้งใจและการแบ่งเวลาของอสม. ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนัจยวาร์ โต๊ะประดู่ (2560) เรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน กรณีศึกษาตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

2. ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนอยู่ในระดับดี เนื่องจากการได้รับการเรียนรู้ เพิ่มพูนทักษะ และเพิ่มความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของหน้าที่ จึงส่งผลให้อสม.เห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพช่องปากซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติ วงศ์ปทุมทิพย์ (2560) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคของอสม.อยู่ในระดับดี เนื่องจากอสม. มีความตระหนักถึงความสำคัญในหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน

ปัจจัยความรู้ ทักษะ การรับรู้บทบาทและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอสม. ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน นั้นแสดงให้เห็นว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้มีผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน อธิบายได้ว่า อสม.ที่เข้ามาทำงานเป็นตัวแทนของประชาชนที่ได้รับการคัดเลือกและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพอนามัยผู้เป็นผู้นำการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เป็นนักพัฒนา นักวิเคราะห์และวางแผนสุขภาพชุมชนได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต ซึ่งส่งผลให้ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นไม่มีผลต่อการดำเนินงานสอดคล้องกับงานวิจัยต่างๆ เช่น ชนาทิพย์ ทองไชร์ และคณะ, 2561 เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี และงานวิจัยของกริณุช เจริญสุรพร และโชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ (2562) นอกจากนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสุตปรีชา เตียติวิริยะกุล (2559)

เรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน และวิจัยของปรานค์ จักรไชยอภิชัย คุณิพงษ์ และวรเดช ช่างแก้ว (2560) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี

อย่างไรก็ตามพบว่าปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติงานความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอสม. ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน ระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า อสม.ยังคงต้องการปัจจัยสำคัญความมั่นคงจากการทำงานและทางด้านรายได้ และการได้รับการสนับสนุน อำนาจ ความสะดวกเรื่องอุปกรณ์ การให้กำลังในการสร้างพลังอำนาจ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำงาน เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานส่ง ผลต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของปรานค์ จักรไชยอภิชัย คุณิพงษ์ และ วรเดช ช่างแก้ว (2560) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลวิจัยไปใช้

1. อสม. มีส่วนร่วมสำคัญต่อการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน ดังนั้น อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการร่วมมือกันในการปฏิบัติงาน เพื่อยกระดับการมีส่วนร่วมให้เป็นไปในทิศทางที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมอื่นเพิ่มเติมมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษา โดยการขยายขอบเขตในการศึกษาให้กว้างขึ้นทั่วทั้งอำเภอ/จังหวัด เป็น

แนวทางในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนที่ถูกต้องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์. (2560). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 24(2), 59 – 67. สืบค้นจาก odpc7.ddc.moph.go.th/jornal/files/07กิตติ.pdf
- ชนาทิพย์ ทองไชร์, กาญจนกมล สุวิทย์รัตน์ และ นิรชร ชูดีพัฒนา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมี ส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ระดับชาติ และนานาชาติ ครั้งที่ 10, 10(1), 750 – 763. สืบค้นจาก hu.ac.th/conference2019/FullText
- นัจยวาร์ โต๊ะประดู่. (2560). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพช่องปากในชุมชนกรณีศึกษา ตำบลควนโดนอำเภอควนโดน จังหวัดสตูล (วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาบัณฑิต). ยะลา. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา
- ปรานค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์ และวรเดช ช่างแก้ว. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(1), 16 – 27

ภูริณัฐ เจริญสรรพและคณะ. (2562). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานที่หมอครอบครัว จังหวัดจันทบุรี. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20, 20(1), 967 – 978

มนัส ชูเกียรติ. (2564). การมีส่วนร่วมต่อการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลตำบลอำเภอวิเศษ จังหวัดตรัง. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้, 36(1), 77 – 88

สุดปรีชา เตียตีวีริยะกุล. (2559). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูง อายุ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

สมจินตนา คุ่มภัย. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชาวชุมชนในองค์การบริหารส่วนตำบลต้นแบบที่ บูรณาการแผนชุมชนสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช. Varidian E-Journal, Silpakorn, 9(2), 733 – 746. สืบค้นจาก [วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL](http://he01.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal-University/article/view/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2564). ระบบรายงานส่งข้อมูล 43 แฟ้ม. สืบค้น 7 มกราคม 2564. จาก https://nrt.hdc.moph สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.</p></div><div data-bbox=)

การจัดการยาคลังแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลเกาะพีพี

Drugs Inventory Management, Pharmacy Department

Phi Phi Island Hospital

ชัยสิทธิ์ ผกามาต
Chaiyasit Phakamat
โรงพยาบาลเกาะพีพี
Phi Phi Island Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการจัดการยาคลังแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลเกาะพีพี โดยใช้หลักการแบ่งกลุ่มยาด้วย ABC-VEN Analysis, การหาปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุด (EOQ), การหาปริมาณยาคลังที่ถึงจุดสั่งซื้อด้วยเทคนิคจุดสั่งซื้อใหม่ (ROP) และเปรียบเทียบต้นทุนรวมการจัดการยาคลัง ก่อนและหลังปรับปรุงประยุกต์ใช้ปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุด (EOQ) รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัย เชิงพรรณนา โดยใช้สถิติร้อยละ จากข้อมูลรายการยาและมูลค่าการสั่งซื้อยา ในปีงบประมาณ 2563 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรม Excel

ผลการศึกษาพบว่า จากการวิเคราะห์ ABC และ VEN มีรายการยาทั้งหมดจำนวน 290 รายการ คิดเป็นมูลค่า 1,355,439.74 บาท แบ่งเป็นรายการยากลุ่ม A มีมูลค่าการสั่งซื้อยาคิดเป็นร้อยละ 69.65 รายการยากลุ่ม B มีมูลค่าการสั่งซื้อยาคิดเป็นร้อยละ 22.29 และรายการยากลุ่ม C มีมูลค่าการสั่งซื้อยาคิดเป็นร้อยละ 8.06 ซึ่งรายการยากลุ่ม V มีมูลค่าคิดเป็นร้อยละ 53.53 รายการยากลุ่ม E มีมูลค่าคิดเป็นร้อยละ 43.90 และรายการยากลุ่ม N มีมูลค่าคิดเป็นร้อยละ 2.57 โดยยาในกลุ่ม AV มีจำนวน 8 รายการ คิดเป็นมูลค่าร้อยละ 50.75 รายการยากลุ่ม AE มีจำนวน 7 รายการ คิดเป็นมูลค่าร้อยละ 17.44 และยากลุ่ม BE มีจำนวน 69 รายการ คิดเป็นมูลค่าร้อยละ 19.61 และจากการประยุกต์ใช้ปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุด (EOQ) และเทคนิคจุดสั่งซื้อใหม่ (ROP) ทำให้ต้นทุนรวมลดลง คิดเป็นร้อยละ 20.32 และสามารถกำหนดปริมาณยาสำรองคลัง เพื่อไม่ให้ยาขาดคลัง การจัดการกลุ่มยาโดยใช้ ABC-VEN Matrix สามารถนำมากำหนดวิธีการบริหารจัดการยาคลังแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลเกาะพีพี ร่วมกับการประยุกต์ใช้ปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุด (EOQ) และเทคนิคจุดสั่งซื้อใหม่ (ROP) ซึ่งจะทำให้การบริหารจัดการยาคลังมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ลดปัญหาขาดคลัง ยาคลังเกินและต้นทุนรวมลดลง

คำสำคัญ : จุดสั่งซื้อที่เหมาะสม, การกำหนดจุดสั่งซื้อใหม่, แผนกเภสัชกรรม

Abstract

This research aims to study the effect of drug inventory management of the pharmaceutical department at Phi Phi Island Hospital by using the principle drugs classification by ABC-VEN Analysis, the appropriate of drugs inventory (EOQ), amount of drugs stock at the point of ordering by Reorder Point (ROP) technique and to compare the total cost of medicines in the pharmaceutical department, before and after improvement and apply it to the Economic Order Quantity (EOQ). The study model was descriptive research using percentage statistics. Based on drug list data and drug order value in fiscal year 2020, the data was analyzed by using Excel program,

The Results of the study found that the ABC & VEN analysis contained a total of 290 drug items with the value of 1,355,439.74 baht, divided into group A, the value of 69.65%, group B the value of 22.29%, and group C the value of 8.06%. in which group V the value of 53.53%, group E the value of 43.90%, and group N the value of 2.57%. The AV group comprised 8 items, representing 50.75%, The AE group comprised 7 items, representing 17.44%, and the BE group of 69 items accounted 19.61%, and from the applied of Economic Order Quantity (EOQ), and the Reorder Point (ROP) technique, resulting in a decrease in total costs by 20.32%, and can set the amount of maximum drugs inventory for not out of stock.

Using the ABC-VEN Matrix technique, drug grouping to determine the pharmacy department's drug inventory management in combination with the use of the Economic Order Quantity (EOQ) and the Reorder Point (ROP) technique. which will increase the efficiency of drug inventory management reduce drug shortage ,drug over stock and reduce the total cost.

Keywords : “Economic Order Quantity (EOQ)” “Reorder Point (ROP)” “Pharmacy Department”

บทนำ

ยารักษาโรคเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาความเจ็บป่วย การบำบัดหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยทรมาณเช่น อาการไข้ ปวด คัน ไอ และอาการอื่นๆ โดยแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยอาการและสั่งยา เพื่อให้เข้าไปจัดการเชื้อโรคต้นตอสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค (สาคร อินธิราช, 2556) และการเข้าถึงการรักษาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ตามความจำเป็น โดยเป็นสาเหตุที่ทำให้ยามีบทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาลมากขึ้น จึงจำเป็นต้อง

มีการบริหารจัดการและมีการใช้อย่างสมเหตุสมผล มีข้อบ่งชี้ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (กานติมา ศรีวิวัฒนะ , 2562 ; ลदारวี คุณอมรเลิศ, 2562) สอดคล้องกับหลักการบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) มีเภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงต่อการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลการรักษา ที่ถูกต้องหายจากโรคบรรเทาอาการ หรือยับยั้งโรค เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดความรุนแรงของปัญหาหรืออันตรายจากการใช้ยา

ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมถูกต้อง ซึ่งเป็นการสร้างคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย (พรสุรางค์ จำชาติ, 2563)

การบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มียาคุณภาพพร้อมใช้ต่อการใช้งานของโรงพยาบาลย่อมส่งผลกระทบต่อขั้นตอนอื่นๆ ในระบบยาได้ อาจทำให้โรงพยาบาลต้องใช้จ่ายทางเลือก หรือทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือยามีประสิทธิภาพไม่เพียงพอต่อการรักษาทำให้ขนาดการสั่งใช้ยาผู้ป่วยยากขึ้น ซึ่งหมายรวมถึงเหตุการณ์ขาดยาในคลังยาและเวชภัณฑ์ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องความปลอดภัยของผู้ป่วย (Fox ER, 2018) ซึ่งการบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการดำเนินการเป็นระบบและการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่าลดการสูญเสีย (กรรณิกา เทพมหานิล, 2562) การบริหารงานสิ่งอุปกรณ์ จึงจำเป็นต้อง มีการวางแผน กำหนดความต้องการ ดำเนินการจัดหา การคงคลัง สิ่งอุปกรณ์ การเก็บรักษา การแจกจ่ายให้กับหน่วยผู้ใช้ได้อย่างพอเพียงและทันเวลา ยาคงคลังที่มากเกินไปทำให้มูลค่าคงคลังเฉลี่ยสูง เกิดต้นทุนจมในรูปพัสดุจำนวนมากและนำไปสู่ต้นทุนในการจัดเก็บรักษาที่สูงตามไปด้วย (ไพบรวิทย์ ลำน้อย, 2559 ; Kingkarn Phalika and Noppadol Suwannasap, 2017 ; Piyanee Oniam, 2021) การกำหนดปริมาณสำรองคงคลังที่เหมาะสม เป็นหัวใจสำคัญของการบริหารทรัพยากรสุขภาพ ทั้งในแง่ความสำคัญเพื่อใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยและการบริหารจัดการพัสดุที่มีมูลค่าหมุนเวียนสูง (คมสัน โสตางกูร, 2557 ; M. Burhan, 2018 ; Sefinew Migbaru, 2016 ; ธีญลักษณ์ ฌรงคะชวนะ และจันยพร อนุรักษ์สุวรรณ, 2559) และการบริหารจัดการสำรองยาให้เพียงพอและเหมาะสมเป็นมาตรฐานของงานเภสัชกรรมและถูกกำหนด

ไว้ในมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าส่วนของการนำยาไปใช้ให้บริการผู้ป่วย (ชรินทร์ เอนกศิริ และสุชาติ เปี่ยมปรีชา, 2564)

ปัญหาการสั่งซื้อยาและการจัดการยากคงคลังแผนกเภสัชกรรมของโรงพยาบาลเกาะพีพีในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการสั่งซื้อยาที่ใช้ในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม และจากการเป็นพื้นที่เกาะมีความยุ่งยากในการจัดส่งยาซึ่งหากยาขาดคลังหรือมีปริมาณคงคลังมากเกินไป ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย และงบประมาณด้านต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บรักษายาค่อนข้างสูง เพื่อแก้ไขปัญหาในการสั่งซื้อยาที่ต้องใช้การจัดการยากคงคลัง ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาการจัดการยากคงคลังแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลเกาะพีพี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนทุติยภูมิ F3 ตำบลอ่าวนาง อำเภอมะนัง จังหวัดกระบี่ เพื่อแก้ปัญหายาคงคลัง ยาขาดคลังยากคงคลังเกิน ลดต้นทุน และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดซื้อให้เกิดประโยชน์สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มาใช้บริการโรงพยาบาลได้มากที่สุด

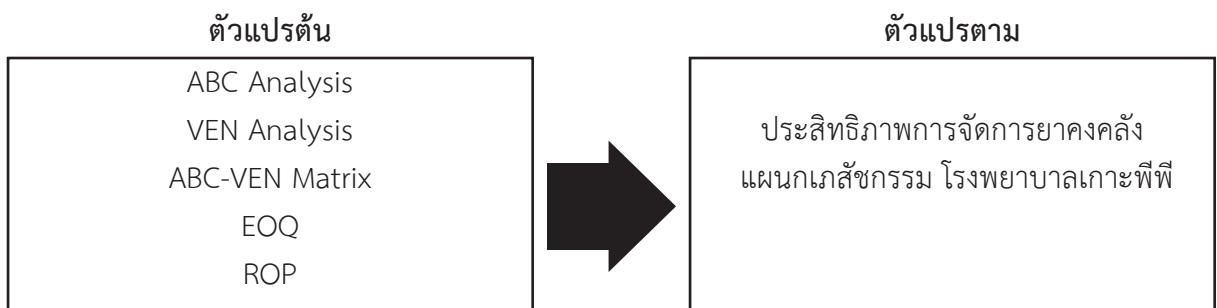
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการจัดการยาคลังแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลเกาะพีพี โดยใช้หลักการแบ่งกลุ่มยาด้วย ABC-VEN Analysis ,การหาปริมาณการสั่งซื้อ

ซื้อที่ประหยัดที่สุด (EOQ) และการหาปริมาณยาคลังที่ถึงจุดสั่งซื้อด้วยเทคนิคจุดสั่งซื้อใหม่ (ROP)

2. เปรียบเทียบต้นทุนรวมการจัดการยาคลังก่อนและหลังปรับปรุงประยุกต์ใช้ปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุด (EOQ)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาแบบพรรณนา ใช้สถิติร้อยละแจกแจงและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี ABC-VEN ABC-VEN Matrix การคำนวณปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัด (EOQ) จุดสั่งซื้อใหม่ (ROP) การคำนวณต้นทุนการจัดการยาคลัง (Total Inventory Cost) เปรียบเทียบต้นทุนรวมการจัดการยาคลังแบบปัจจุบันกับแบบที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้เสนอผลงานนำแนวคิดการบริหารจัดการยาคลังด้วยการจัดแบ่งกลุ่มยาตามมูลค่าการใช้ (ABC Analysis) การจัดลำดับความสำคัญของยาตามผลกระทบที่มีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องจำกัดวงเงินงบประมาณการสั่งซื้อยา (VEN Analysis) การจัดแบ่งกลุ่มยาด้วย ABC-VEN Matrix ปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุด (EOQ) และจุดสั่งซื้อใหม่ (ROP)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ยาในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลเกาะพีพี ที่ได้รับการจัดลำดับความจำเป็น หรือความสำคัญต่อผลการรักษา หรือป้องกันโรค และการจัดกลุ่มยาตามอัตราการใช้ด้วยตาราง ABC & VEN Analysis ข้อมูลรายการยาและมูลค่ายาที่สั่งซื้อในปีงบประมาณ 2563 จากคลังยา แผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลเกาะพีพี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลการสั่งซื้อยาย้อนหลัง ของยาในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลเกาะพีพี ในปีงบประมาณ 2563 รวมจำนวน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการศึกษาจากข้อมูลการจัดซื้อยา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดย

ใช้โปรแกรม Excel มาจัดแบ่งกลุ่มยา ABC-VEN Analysis คำนวณหาปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุด (EOQ) จุดสั่งซื้อใหม่ (ROP) ปริมาณยาคงคลังที่ถึงจุดสั่งซื้อ และเปรียบเทียบต้นทุนรวมการจัดการยาคงคลังรูปแบบปัจจุบันกับรูปแบบใหม่ที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการยกเว้นการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ โดยมีหนังสือรับรอง เลขที่ KBO-IRB 2022/01.1002 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการวิจัย

1) การวิเคราะห์ ABC พิจารณาจากงบประมาณรวมหรือมูลค่าการใช้ยาตลอดทั้งปี สามารถแบ่งกลุ่มยาออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่ม A คือ กลุ่มยาที่ใช้งบประมาณในการจัดซื้อรวมหรือมีมูลค่าการใช้ยาคิดเป็นร้อยละ 70 ของงบประมาณค่ายาทั้งหมดซึ่งมีปริมาณการใช้ร้อยละ 10 ของรายการยาทั้งหมด

กลุ่ม B คือ กลุ่มยาที่ใช้งบประมาณในการจัดซื้อรวมหรือมีมูลค่าการใช้ยาคิดเป็นร้อยละ 20 ของงบประมาณค่ายาทั้งหมดซึ่งอาจมีปริมาณการใช้ร้อยละ 20 ของรายการยาทั้งหมด

ตารางที่ 1 แสดงรายการยาและมูลค่างบประมาณที่ใช้แบ่งกลุ่มด้วย ABC Analysis

กลุ่ม	จำนวนรายการ	% รายการ	มูลค่า (บาท)	% มูลค่า
A	16	5.52	944,073.20	69.65
B	83	28.62	302,161.84	22.29
C	191	65.86	109,204.70	8.06
รวม	290	100.00	1,355,439.74	100.00

กลุ่ม C คือ กลุ่มยาที่ใช้งบประมาณในการจัดซื้อรวมหรือมีมูลค่าการใช้ยาคิดเป็นร้อยละ 10 ของงบประมาณค่ายาทั้งหมด แต่มีปริมาณการใช้ร้อยละ 70 ของรายการยาทั้งหมด (ณัฐปรีญา ฉลาดแยมและคณะ, 2559)

การจัดกลุ่มยาด้วย ABC Analysis ได้รวบรวมข้อมูลการจัดซื้อยา แผนกเภสัชกรรมโรงพยาบาลเกาะพีพีตั้งแต่วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 รวมทั้งสิ้น 12 เดือนมีรายการยาทั้งหมดจำนวน 290 รายการ คิดเป็นมูลค่า 1,355,439.74 บาท แบ่งเป็น

รายการยากกลุ่ม A มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 16 รายการ คิดเป็นร้อยละ 5.52 แต่มีมูลค่ารวมสูงที่สุดคือ 944,073.20 บาท คิดเป็นร้อยละ 69.65 ดังนั้น ต้องวาง แผนกเงินงบประมาณในการจัดซื้อมากที่สุด

รายการยากกลุ่ม B มีจำนวนมากรองลงมาคือ 83 รายการคิดเป็นร้อยละ 28.62 และมีมูลค่ารองลงมา คือ 302,161.84 บาท คิดเป็นร้อยละ 22.29

รายการยากกลุ่ม C มีจำนวนมากที่สุด คือ 191 รายการ คิดเป็นร้อยละ 65.86 แต่มีมูลค่าน้อยที่สุด คือ 109,204.70 บาท คิดเป็นร้อยละ 8.06 ดังตารางที่ 1

2) การวิเคราะห์แบบ VEN (VEN Analysis) เป็นระบบการจัดลำดับความสำคัญของยาโดยจัดจำแนกให้สอดคล้องกับผลของยาที่มีผลต่อการรักษาและสุขภาพ โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ดังนี้

- V (Vital Drug) หมายถึง รายการที่มีความสำคัญมากต่อชีวิต จำเป็นต่อการรักษาขาดไม่ได้ เช่น วัคซีน เซรุ่ม
- E (Essential) หมายถึง รายการที่มีความสำคัญรองลงมา แต่จำเป็นและเป็นยาที่ใช้รักษาอาการรุนแรงน้อยกว่า Vital Drug
- N (Non Essential) หมายถึง รายการที่มีความสำคัญน้อยที่สุด ใช้รักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยแต่จำเป็นต้องคงคลังไว้

การจัดกลุ่มยาด้วย VEN Analysis ได้รวบรวมข้อมูลการจัดซื้อยาแผนกเภสัชกรรมโรงพยาบาลเกาะพีพี ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน มีรายการยาทั้งหมดจำนวน 290 รายการ คิดเป็นมูลค่า 1,355,439.74 บาท แบ่งเป็นรายการยาในกลุ่ม V มีมูลค่า 725,506.62 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.53 รายการยาในกลุ่ม E มีมูลค่า 595,089.64 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.90 รายการยาในกลุ่ม N มีมูลค่า 34,843.48 บาท คิดเป็นร้อยละ 2.57 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงรายการยาและมูลค่างบประมาณที่จัดซื้อแบ่งกลุ่มด้วย VEN Analysis

กลุ่ม	จำนวนรายการ	% รายการ	มูลค่า (บาท)	% มูลค่า
V	37	12.76	725,506.62	53.53
E	239	82.41	595,089.64	43.90
N	14	4.83	34,843.48	2.57
รวม	290	100	1,355,439.74	100

3) ABC และ VEN Matrix เป็นเทคนิคการนำกลุ่มยาทั้ง ABC value analysis และ VEN system มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน โดยสร้างเป็นตารางความสัมพันธ์ของข้อมูล ทำให้สามารถวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของยาเมื่อเปรียบเทียบกับ 2 มิติคือ มิติของความสำคัญด้านเภสัชศาสตร์กับมิติความสำคัญในด้านเศรษฐศาสตร์ เป็นประโยชน์ในการวางแผนบริหารเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด

การจัดกลุ่มยาคลังด้วย ABC – VEN Matrix ได้รวบรวมข้อมูลการจัดซื้อยา แผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลเกาะพีพี ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 รวมทั้งสิ้น 12 เดือนมีรายการ

ยาทั้งหมดจำนวน 290 รายการ คิดเป็นมูลค่า 1,355,439.74 บาท แบ่งเป็นรายการยาในกลุ่ม AV ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่มีราคาแพงและมีความสำคัญมากต่อชีวิตผู้ป่วย ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เนื่องจากต้องใช้งบประมาณในการจัดซื้อสูงซึ่งมีจำนวน 8 รายการ มีมูลค่ามากที่สุด คือ 687,873.60 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.75 รายการ AE มีจำนวน 7 รายการมูลค่า 236,399.60 บาท คิดเป็นร้อยละ 17.44 และรายการยาในกลุ่ม BE มีจำนวน 69 รายการ มีมูลค่า 265,862.34 บาท คิดเป็นร้อยละ 19 ซึ่งมีความสำคัญต้องใช้งบประมาณในการจัดซื้อยาที่สูง กลุ่มยา AN เป็นกลุ่มยาที่มีมูลค่าสูงที่ไม่จำเป็นมากนัก ซึ่งมีเพียง 1 รายการ อาจมีไว้ใช้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการแบ่งกลุ่มยาตามการวิเคราะห์ ABC – VEN Matrix

กลุ่ม	จำนวนรายการ	% รายการ	มูลค่า (บาท)	% มูลค่า
AV	8	2.76	687,873.60	50.75
AE	7	2.41	236,399.60	17.44
AN	1	0.35	19,800.00	1.46
BV	9	3.10	25,412.50	1.88
BE	69	23.80	265,812.34	19.61
BN	5	1.72	10,937.00	0.81
CV	21	7.24	12,220.52	0.90
CE	162	55.86	92,877.70	6.85
CN	8	2.76	4,106.48	0.30
รวม	290	100.00	1,355,439.74	100.00

4) การศึกษาครั้งนี้ได้รวบรวมข้อมูลการจัดการยาคลังแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลเกาะพีพี เพื่อคำนวณปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัด (Economic Order Quantity) และจุดสั่งซื้อ (Reorder Point) โดยหาค่าพารามิเตอร์สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ต้นทุนการสั่งซื้อ (Ordering Cost: CO) โดยคิดจากต้นทุนในการสั่งซื้อยาซึ่งจะไม่แปรผันตามปริมาณที่สั่งซื้อแต่จะแปรผันตามจำนวนครั้งในการสั่งซื้อและเป็นการคำนวณต้นทุนต่อการสั่งซื้อหนึ่งครั้ง ซึ่งคำนวณได้จากเงินเดือนเจ้าหน้าที่ค่าเอกสารในการจัดซื้อและค่าติดต่อสื่อสาร ได้ต้นทุน CO ต่อครั้งเท่ากับ 78.56 บาท

2. ต้นทุนการเก็บรักษา (Carrying Costs: CC) เป็นค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บคลังยาแผนกเภสัชกรรมซึ่งเป็นค่าไฟฟ้า และค่าจ้างเหมาบริการเคลื่อนย้ายพัสดุ ซึ่งคำนวณได้จากค่าไฟฟ้า และค่าจ้างเหมาบริการ ได้ต้นทุน CC ต่อหน่วย เท่ากับ 0.111 บาท

5) การหาปริมาณการสั่งซื้อที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการจัดซื้อที่มีต้นทุนหรืองบประมาณมากเกินไป และกำหนดปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุดต่อครั้ง ซึ่งสามารถคำนวณหาได้ดังสมการต่อไปนี้

$$EOQ = \sqrt{\frac{2CoD}{c}}$$

- เมื่อ EOQ = ปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุด
- D = ปริมาณความต้องการใช้ยาต่อปี
- Co = ต้นทุนการสั่งซื้อต่อครั้ง
- Cc = ต้นทุนการเก็บรักษาต่อหน่วยต่อปี
- C = ราคาต่อหน่วย

การคำนวณหาปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุด (EOQ) โดยการสั่งซื้อยาในแต่ละครั้งจะสั่งในปริมาณ หรือจำนวน ที่ทำให้ค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณรวมต่ำที่สุด ซึ่งเกิดจากค่าใช้จ่ายในการสั่งซื้อและค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บยาซึ่งแสดงตัวอย่างการคำนวณ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4 แสดงตัวอย่างการคำนวณปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุด

CODE	C	D	Cc	Co	การสั่งซื้อ (ครั้ง/ปี)	EOQ
0000943	300.00	250	33.33	33.33	7	34
0000924	300.00	180	33.33	33.33	6	29
0000805	358.45	140	39.79	39.79	6	24
1001417	260	900	28.86	28.86	13	70
0000058	610	200	67.71	67.71	9	22

จากตารางที่ 4 พบว่า ยา Code 0000943 มีปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุด (EOQ) เท่ากับ 34 กล่องโดยมีจำนวนการสั่งซื้อต่อปี เท่ากับ 7 ครั้ง ต้นทุนการสั่งซื้อต่อครั้ง เท่ากับ 78.56 บาท และ ต้นทุนการเก็บรักษาต่อครั้ง เท่ากับ 33.33 บาท

6) การจัดซื้อสินค้าคงคลัง เวลาที่เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งตัวหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าระบบการควบคุมสินค้าคงคลังของกิจการเป็นแบบต่อเนื่อง จะสามารถกำหนดที่จะสั่งซื้อใหม่ได้เมื่อพบว่าสินค้าคงคลังลดเหลือระดับหนึ่ง ก็จะสั่งซื้อของมาใหม่ในปริมาณคงที่เท่ากับปริมาณการสั่งซื้อที่กำหนดไว้ซึ่งเรียกว่า Fixed order Quantity System จุดสั่งซื้อใหม่นั้นมีความสัมพันธ์แปรตามตัวแปร 2 ตัวคืออัตราความต้องการใช้สินค้าคงคลังและ รอบเวลาในการสั่งซื้อ (Lead Time) ภายใต้สถานการณ์ 4 แบบ (เนตรนภา เสี่ยงประเสริฐ, 2558)

การหาจุดสั่งซื้อใหม่ (Reorder Point) เป็นจุดที่บ่งบอกถึงปริมาณยาคงคลังที่อยู่ในระดับที่ทำให้ต้องมีการสั่งซื้อใหม่ คำนวณด้วยสมการต่อไปนี้
 รอบการสั่งซื้อ (วัน) = $\frac{EOQ * \text{เวลาทำงาน (วัน/ปี)}}{\text{ปริมาณการใช้/ปี}}$

$$ROP = (D*LT) + SS$$

เมื่อ D = ความต้องการยาเฉลี่ยต่อวัน

LT = ระยะเวลาในการจัดหา 14 วัน

SS = ระดับประกันความปลอดภัยที่ระดับ

การให้บริการ 95% (Service Level) มีค่าเท่ากับ 1.96 (กานตมา ศรีวัฒนะ, 2562: 47) โดยโรงพยาบาลได้กำหนดสต็อก (Safety Stock) เพื่อความปลอดภัยที่ 14 วัน (ความต้องการใช้ยาเฉลี่ยต่อวัน x 1.96)

การหาจุดสั่งซื้อใหม่ (ROP) ได้ให้ความสำคัญกับปัญหา Lead time ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึง Safety Stock เป็นระยะเวลา 14 วัน ซึ่งแสดงการคำนวณ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5 แสดงตัวอย่างการคำนวณ Safety Stock และ ROP

CODE	D	LT	ROP	SS	รอบการสั่งซื้อ (วัน)	EOQ
0000943	1	14	16	2	34	34
0000924	0.72	14	11	1	41	29
0000805	0.56	14	9	1	42	24
1001417	3.59	14	57	7	20	70
0000058	0.80	14	13	2	27	22

จากตารางที่ 5 พบว่า ยา Code 0000943 มีอัตราความต้องการเฉลี่ยต่อวัน 1 กล่อง รอบเวลาในการจัดหา 14 วัน เนื่องจากเป็นพื้นที่เกาะ ต้องใช้เวลามากกว่าโรงพยาบาลพื้นที่ฝั่ง ในการส่งยาจนถึงโรงพยาบาล ปริมาณยาสำรองคงคลังขั้นต่ำ 2 กล่อง ดังนั้นเมื่อมีปริมาณยาคงคลัง 16 กล่อง จะเป็นจุดที่ต้องสั่งซื้อ เพื่อไม่ให้ยาขาดคลัง

7) การคำนวณต้นทุนการจัดการยาคงคลัง (Total Inventory Cost) โดยมีสูตร ดังนี้ต้นทุนการ

เก็บรักษา/ปี (Holding Cost: HC) = มูลค่าเฉลี่ยยาคงคลัง* ต้นทุนการเก็บรักษาต่อหน่วย/ปี ต้นทุนการสั่งซื้อ/ปี (Ordering Cost: OC) = จำนวนครั้งที่ซื้อต่อปี* ต้นทุนการสั่งซื้อ/ครั้ง ต้นทุนการจัดการยาคงคลังรวม (Total Inventory Cost: TC) = HC + OC

โดยคำนวณตัวอย่างยา 5 รายการ เปรียบเทียบต้นทุนรวมของการจัดการยาคงคลังรูปแบบปัจจุบัน และรูปแบบใหม่ (EOQ) ดังตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 ตัวอย่างการคำนวณต้นทุนรวมของการจัดการยาคงคลังรูปแบบปัจจุบัน

Code	A ราคาต่อหน่วย (บาท)	B ปริมาณซื้อต่อปี	C=B/D ปริมาณซื้อต่อครั้ง	D จำนวนครั้งที่ซื้อต่อปี	E=D*78.56 ต้นทุนการสั่งซื้อต่อปี (บาท)	F=(C+0)/2 ปริมาณเฉลี่ยยาคงคลัง	G=F*A มูลค่าเฉลี่ยยาคงคลัง (บาท)	H=G*0.111 ต้นทุนการเก็บการรักษา/ปี (บาท)	I=E+H ต้นทุนรวมการจัดการยาคงคลัง (บาท/ปี)
0000943	300	250	83.33	3	235.68	41.67	12,500.00	1,387.50	1,623.18
0000924	300	180	60	3	235.68	30	9,000.00	999.00	1,234.68
0000805	358.45	140	46.67	3	235.68	23.33	8,363.83	928.39	1,164.07
1001417	260	900	300	3	235.68	150	39,000.00	4,329.00	4,564.68
0000058	610	200	66.67	3	235.68	33.33	23,333.33	2,257.00	2,492.68

ตารางที่ 7 ตัวอย่างการคำนวณต้นทุนรวมของการจัดการยาคงคลังรูปแบบใหม่ (EOQ)

Code	A ราคาต่อหน่วย (บาท)	B ปริมาณซื้อต่อปี	C=B/D ปริมาณซื้อต่อครั้ง	D จำนวนครั้งที่ซื้อต่อปี	E=D*78.56 ต้นทุนการสั่งซื้อต่อปี (บาท)	F=(C+0)/2 ปริมาณเฉลี่ยยาคงคลัง	G=F*A มูลค่าเฉลี่ยยาคงคลัง (บาท)	H=G*0.111 ต้นทุนการเก็บการรักษา/ปี (บาท)	I=E+H ต้นทุนรวมการจัดการยาคงคลัง (บาท/ปี)
0000943	300	250	35.71	7	549.92	17.86	5,357.14	594.64	1,144.56
0000924	300	180	30	6	471.36	15	4,500.00	499.50	970.86
0000805	358.45	140	23.33	6	471.36	11.67	4,181.92	464.19	935.55
1001417	260	900	69.23	13	1,021.28	34.62	9,000.00	999.00	2,020.28
0000058	610	200	22.22	9	707.04	11.11	6,777.78	752.33	1,459.37

จากตารางที่ 6 และ 7 เป็นตัวอย่างการคำนวณต้นทุน ของการจัดการยาคงคลังรูปแบบปัจจุบันกับรูปแบบใหม่ (EOQ) พบว่า ยา Code 0000943 มีต้นทุนการสั่งซื้อต่อปีเพิ่มขึ้น เนื่องจาก

จำนวนครั้งที่สั่งซื้อเพิ่มขึ้น ต้นทุนการเก็บรักษาต่อปี ต้นทุนรวมยาคงคลังลดลง 478.62 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.49 เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนรวมการจัดการยาคงคลังของยากกลุ่ม A และ B ที่มีมูลค่าสูง ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบต้นทุนรวมการจัดการยาคงคลังรูปแบบปัจจุบันและรูปแบบใหม่ของยากกลุ่ม A และ B

รายการ	แบบปัจจุบัน	แบบใหม่ EOQ	เพิ่ม/ลด	แตกต่าง	%
ต้นทุนการสั่งซื้อ/ปี(OC)	10,055.68	16,419.04	เพิ่ม	6,363.36	63.28
ต้นทุนการเก็บรักษา/ปี(HC)	33,837.52	18,553.94	ลด	15,283.58	45.17
ต้นทุนรวม/ปี(TC)	43,893.20	34,972.98	ลด	8,920.22	20.32

จากตารางที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบการจัดการยาคงคลังรูปแบบปัจจุบันและรูปแบบใหม่ หรือการประยุกต์ใช้ปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุด (EOQ) พบว่า ต้นทุนการสั่งซื้อต่อปี มีมูลค่าเพิ่มขึ้น ต้นทุนการเก็บรักษาต่อปี มีมูลค่าลดลง ทำให้ต้นทุนรวมการจัดการยาคงคลัง ลดลงคิดเป็นร้อยละ 20.32

อภิปรายผล

จากการศึกษาเมื่อนำข้อมูลรายการยา และมูลค่าการจัดซื้อมาจัดแบ่งกลุ่มตามหลัก ABC Analysis พบว่า ยากลุ่ม A และ กลุ่ม B เป็นกลุ่มยาที่มีมูลค่ามากที่สุด คือร้อยละ 69.65 และ 22.29 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า การกระจายยาทั้งร้อยละจำนวนรายการ และมูลค่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชรินทร์ เอนกศิริ และสุชาติ เปี่ยมปรีชา (2564) สำหรับการจัดแบ่งกลุ่ม VEN Analysis ซึ่งแบ่งประเภทยาตามความจำเป็นที่ต้องมียาแต่ละรายการคือยาในกลุ่ม V เป็นยาที่ต้องมีพร้อมใช้ตลอดเวลา มีจำนวนรายการยาร้อยละ 12.76 ซึ่งมีมูลค่ามากที่สุด คือร้อยละ 53.53 ยากลุ่ม E เป็นยาที่ควรมีไว้ใช้ มีจำนวนรายการยามากที่สุดคือร้อยละ 82.41 และมีมูลค่ารองลงมาคือ

ร้อยละ 43.90 และยากกลุ่ม N เป็นยาที่อาจมีไว้ใช้ มีจำนวนรายการยา และมูลค่าน้อยที่สุด คือร้อยละ 4.83 และ 2.57 ที่พบว่าการกระจายยาทั้งร้อยละจำนวนรายการ และมูลค่า ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mori, A. , et. al. (2021) และ Piyanee Oniam (2021) ที่พบว่าร้อยละมูลค่ายากกลุ่ม V น้อยที่สุด อาจเกิดจากการที่แต่ละโรงพยาบาลมีบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้การกำหนดรายการ VEN แตกต่างกันไป สำหรับการวิเคราะห์ ABC-VEN Matrix พบว่า ยาในกลุ่ม AV มีมูลค่าสูงสุด คือร้อยละ 50.75 ในการบริหารจัดการควรให้ความสำคัญกับยากกลุ่มนี้เป็นพิเศษ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อทั้งความจำเป็นต้องมียาพร้อมใช้ และงบประมาณส่วนใหญ่ที่ใช้ในการจัดซื้อจัดหา ยาในกลุ่ม AE และ BE เป็นกลุ่มที่ใช้งบประมาณรองลงมา และควรมีไว้ใช้ จึงควรให้ความสำคัญกับยาทั้งสองกลุ่มนี้เช่นกัน สำหรับยากกลุ่ม AN เป็นยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง แต่มีความจำเป็นต่ำ ซึ่งมีรายการเดียว อาจมีไว้ใช้สำหรับนักท่องเที่ยวต่างชาติที่ชำระเงินหรือเรียกเก็บจากบริษัทประกัน การจัดแบ่งกลุ่มยา ABC-VEN Analysis จึงช่วยในการบริหารงบประมาณในการวางแผนการจัดซื้อยาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษา

Sefinew Migbaru (2016) ที่พบว่าการวิเคราะห์เมทริกซ์ ABC-VEN สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและการดูแลผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น ข้อจำกัดของการวิเคราะห์ ABC-VEN Analysis คือ จำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมาวิเคราะห์

สำหรับการหาปริมาณการสั่งซื้อในปริมาณที่เหมาะสม จะได้ค่าปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัดที่สุด (EOQ) โดยนำปัจจัยต้นทุนการสั่งซื้อ และการเก็บรักษามาคำนวณ พบว่ายาส่วนใหญ่มีปริมาณการสั่งซื้อต่อครั้งที่ประหยัดที่สุดน้อยกว่าปริมาณการสั่งซื้อเดิม ตัวอย่าง ยา Code 1001417 Rabie vaccine injection จะมีปริมาณการสั่งซื้อที่เหมาะสมคือ 70 vials ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ M. Burhan (2018) ที่พบว่า การหาปริมาณสินค้าที่จะสั่งซื้อที่จุดพอดี (Economic Order Quantity: EOQ) ช่วยในการควบคุมยาและเวชภัณฑ์ แต่ยาบางรายการเมื่อคำนวณ EOQ จะต้องปรับให้สามารถสั่งซื้อได้จริง ตัวอย่าง ยา Code 0000943 สารสกัดฟ้าทะลายโจร ได้ค่า EOQ เท่ากับ 34 ซึ่งต้องปรับการสั่งซื้อจริงที่ 30 กล่อง และการหาปริมาณยาคลังที่ถึงจุดต้องสั่งซื้อ ด้วยเทคนิคจุดสั่งซื้อใหม่ (ROP) จะช่วยลดปัญหาขาดคลัง โดยกำหนดระยะเวลารอคอยที่ 14 วัน ตัวอย่าง ยา Code 1001417 Rabie vaccine injection มีค่า ROP เท่ากับ 57 แสดงว่าเมื่อปริมาณยาคลัง 57 vials จะต้องสั่งซื้อเพื่อให้ยามาถึงโรงพยาบาลไม่ขาดคลัง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กานติมา ศรีวิฒนะ (2562) ที่พบว่าวิธีการคำนวณปริมาณยาที่จะทำการสั่งซื้อใหม่ที่มีความเหมาะสม คือ วิธีจุดสั่งซื้อใหม่ เนื่องจากจะไม่เกิดขาดคลังระหว่างปี ในทางปฏิบัติจริงอาจต้องคำนึงถึงระยะเวลาคอยปกติ และระยะเวลาคอยไม่ปกติด้วย เช่น การสั่งซื้อในช่วงเทศกาลต่างๆ ที่มีวันหยุดยาว จะใช้ระยะเวลาในการสั่งซื้อมากกว่า

ช่วงเวลาอื่น และกรณีฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในการสั่งซื้อ ซึ่งอาจทำให้การสั่งซื้อล่าช้ากว่าปกติ ผู้สั่งซื้ออาจพิจารณาจากผู้ขายแต่ละราย หรือกรณีผู้ขายแจ้งขาดยาฉุกเฉิน ผู้สั่งซื้อต้องมีแผนจัดซื้อจัดหาสำรองไว้ด้วย

การเปรียบเทียบต้นทุนรวมการจัดการยากคลัง รูปแบบปัจจุบัน และรูปแบบใหม่ (EOQ) พบว่าจำนวนครั้งที่สั่งซื้อต่อปีเพิ่มขึ้น ทำให้ต้นทุนการสั่งซื้อต่อปีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 63.28 และมูลค่าเฉลี่ยยากคลังลดลง ทำให้ต้นทุนการเก็บรักษาต่อปีลดลง ร้อยละ 45.17 โดยสามารถลดต้นทุนรวมการจัดการยากคลังได้ร้อยละ 20.32 ดังนั้นแสดงว่ารูปแบบใหม่เป็นรูปแบบการจัดการยากคลังที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของไปริวิทย์ ลำน้อย (2559) ที่พบว่า การพัฒนาระบบการบริหารยากคลัง โดยใช้แบบจำลองจัดการยากคลังที่พัฒนาขึ้นใหม่ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการจัดการยากคลังได้ร้อยละ 28.17 Kingkarn Phalika and Noppadol Suwannasap (2017) ที่พบว่า การประยุกต์ใช้เทคนิค EOQ Model สามารถลดต้นทุนสินค้าคลังได้ร้อยละ 26.79 และลดารวิคุณอมรเลิศ (2562) ที่พบว่านโยบายแบบคำนวณปริมาณและจุดสั่งซื้อที่เหมาะสม สามารถลดต้นทุนรวมได้ร้อยละ 10

สรุป

ปัญหาการสั่งซื้อยาและการจัดการยากคลัง แผนกเภสัชกรรมของโรงพยาบาลเกาะพีพี ในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการสั่งซื้อยาที่ใช้ในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม และจากการเป็นพื้นที่เกาะมีความยุ่งยากในการจัดส่งยา ซึ่งหากขาดคลังหรือมีปริมาณคลังมากเกินไป ส่งผลกระทบต่อโดยตรง

ต่อประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย และงบประมาณด้านต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บรักษายาค่อนข้างสูง เพื่อแก้ไขปัญหาในการสั่งซื้อยาที่ต้องใช้การจัดการยาคงคลัง โดยจัดแบ่งกลุ่มยาโดยหลัก ABC-VEN Analysis การจัดการคงคลังยาที่เลือกพิจารณา ยาคงคลัง ที่มีมูลค่าสูง คือกลุ่ม A และ B โดยใช้วิธีการสั่งซื้อแบบประหยัด (EOQ) จะส่งผลให้ต้นทุนรวมการจัดการยาคงคลัง (Total Inventory Cost) ลดลง การหาจุดสั่งซื้อใหม่ (ROP) จะส่งผลป้องกันยาขาดคลัง และยาคงคลังเกิน การบริหารจัดการยาคงคลังมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การปรับปรุงระบบคงคลังยาแผนกเภสัชกรรมอาจทำให้ปริมาณรายการจัดซื้อยาเกิดการคลาดเคลื่อนไปบ้างเล็กน้อย
2. การจัดซื้อยาช่วงเวลาที่ผ่านมาเป็นข้อมูลการสั่งซื้อยาทั้งปี หากเป็นข้อมูลรายเดือนจะทำให้คำนวณหาปริมาณการสั่งซื้อที่ประหยัด จุดสั่งซื้อใหม่ได้ละเอียดแม่นยำและเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น
3. การสั่งซื้อยาควรต้องคำนึงถึงระยะเวลา รอคอย (Lead time) เนื่องจากสถานที่ตั้งโรงพยาบาลเป็นพื้นที่เกาะ ส่งผลทำให้การขนส่งมีความยุ่งยาก จึงควรติดตามตรวจสอบการจัดส่งยาอย่างใกล้ชิดเพราะหากเกิดความผิดพลาดขึ้นอาจทำให้เกิดปัญหาขาดคลังได้
4. การแบ่งกลุ่มยาตามหลัก ABC-VEN Analysis เพื่อจัดการสำรองให้หน่วยบริการนำไปประยุกต์ใช้กับคลังยาย่อย (Sub stock) จะเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการยามีประสิทธิภาพที่ดีขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา เทพมหานิล. การวิเคราะห์ปริมาณการสั่งซื้อที่เหมาะสมกรณีศึกษา บริษัทผลิตชิ้นส่วนรถยนต์. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2562.
- กานติมา ศรีวัฒน์นะ. การพัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารคลังยา โรงพยาบาลสระบุรี.ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2562
- คมสัน ไส่ตางกูร. ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ(ด้านเภสัชกรรมคลินิก); 2557
- ชรินทร์ เอนกศิริ และสุชาติ เปี่ยมปรีชา. (2564). ผลการศึกษาระบบงานคลังยาย่อยของกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลท่าสองยาง. โครงการประชุมวิชาการสาธารณสุขเขตสุขภาพ ที่ 2 ปีงบประมาณ 2564 ภายใต้หัวข้อ “พัฒนานวัตกรรมสุขภาพสู่ Smart Service ภายใต้วิถีชีวิตแบบ New Normal”.
- ฉัญลักษณ์ ณรงค์ชวนะ และฉันทพร อนุรักษ์สุวรรณ. (2559). การศึกษาวิธีการจัดการคงคลังยาที่เหมาะสมสำหรับยาที่จำเป็นต่อการช่วยชีวิตในโรงพยาบาลสงฆ์. โครงการพิเศษปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต, คณะเภสัชศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพบรวิทย์ ลำน้อย. การพัฒนาระบบการจัดการ พัสตุดคงคลังกรณีศึกษาคลังยา แผนกเภสัชกรรมโรงพยาบาลค่ายนวมินทราชินี. งานนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการโลจิสติกส์และโซ่อุปทาน. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.

- พรสุรางค์ จำชาติ. (2563). ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาและการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารเภสัชกรรมคลินิก.26(1). 80-89.
- ลดารวี คุณอมรเลิศ. (2562). การพัฒนาต้นแบบการจัดการคลังยาที่เหมาะสมสำหรับระดับการให้บริการของโรงพยาบาล.วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- สาคร อินธิราช. (2556). ความสำคัญและการใช้ยา. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, สืบค้นเมื่อ 7 พ.ค. 2565. จาก <https://www.spr.go.th/index.php/2013-05-10-13-51-40/2015-07-29-10-33-42/2013-05-10-14-01-29/104-2013-06-19-04-38-19>. html Fox ER, McLaughlin MM. (2018). ASHP guidelines on managing drug product shortages. American Journal of Health-System Pharmacy. 75(21). 42-50. Kingkarn Phalika and Noppadol Suwannasap. (2017). Inventory management by applying the theory of ABC classification analysis, EOQ model techniques and silver-method : A case study of XYZ.
- M. Burhan, Tatong Harijanto and Arma Roosalina. (2018). Causes of emptiness drugs and medical devices consumables at the regional public hospital pharmaceutical Warehouse. Journal of Applied Management (JAM) Volume 16, pp. 544-552.
- Piyanee Oniam. (2021). Pharmaceutical Inventory Management Using ABC and VEN Matrix In Raj Pracha Sama sai institute. Research article, VOL. 25 NO. 2: 258-272.
- Sefinew Migbaru, Mahlet Yigeremu, Berhanemeskel Woldegerima and Workineh Shibeshi. (2016). ABC-VEN matrix analysis of pharmaceutical inventory management in Tikur Anbessa Specialized Hospital for the years 2009 to 2013, Addis Ababa, Ethiopia. Indian Journal of Basic and Applied Medical Research Vol.-5, pp. 734-743.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

Relationship between Health Literacy and Self-Care Behavior among Type 2 Diabetic Patients at Lam Thap District, Krabi Province

อัครเดช เสงี่ยม

Akkaradech Seangyong

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทับ

Lam Thap District Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน ทั้งหมด 255 ราย เลือกโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์การแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.555$, $p<0.001$) องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ควรเน้นเฉพาะด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ควรนำองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ครบทั้ง 6 ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This descriptive research aimed to 1) study health literacy and self-care behavior among type 2 diabetic patients; and 2) to analyze the correlation between health literacy and self-care behavior among type 2 diabetic patients. A total of 255 study samples were obtained by using multi-stage random sampling. The research tool was a questionnaire. The data of personal factors, health literacy, and self-care behavior were analyzed using descriptive statistics. The data distribution was analyzed using Kolmogorov-Smirnov Test. The correlation between health literacy and self-care behavior among type 2 diabetic patients was analyzed using inferential statistics of Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Research results demonstrated that most of the study samples had high levels of the health literacy and the self-care behavior. There was a statistically significantly moderately positive correlation between health literacy and self-care behavior among type 2 diabetic patients ($r=0.555$, $p<0.001$). There was no statistical correlation between the element of health literacy in terms of health knowledge and understanding and self-care behavior. Therefore, the type 2 diabetic patients should not only receive health knowledge and understanding, but they should also apply 6 elements of health literacy so that they will have appropriate health behavior and reduce the disease severity and complications in the future.

Keywords : Health Literacy, Self-Care Behavior, Type 2 Diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขนาดและความรุนแรงกระจายทั่วโลก ในศตวรรษที่ 21 เนื่องจากเป็น 1 ใน 10 อันดับของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก จำนวน 429.9 ล้านคน มีแนวโน้มเพิ่มเป็น 628.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2586 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของการรักษาโรคเบาหวาน จำนวน 727 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ จะเพิ่มเป็น

จำนวน 776 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2586 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2562) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562) รายงานว่า ภาพรวมของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558-2561 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 473.22, 525.54, 579.74, 599.2 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จากรายงานการสรุปผลงานประจำปีด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อของจังหวัดกระบี่ พบว่าในปี พ.ศ. 2562-2564 แนวโน้มของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่มีอัตราป่วยเท่ากับ

473.22, 525.54, 579.74, 599.2 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จากรายงานการสรุปผลงานประจำปีด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อของจังหวัดกระบี่ พบว่าในปี พ.ศ. 2562-2564 แนวโน้มของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่มีอัตราป่วยเท่ากับ 369.09, 402.32, 427.82 ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกัน อำเภอลำทับจังหวัดกระบี่ มีแนวโน้มของผู้ป่วยรายใหม่ในช่วง 3 ปี ดังกล่าว เป็นไปในทิศทางเดียวกับระดับจังหวัดและระดับประเทศ โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 188.72, 240.58, 524.54 ตามลำดับ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นเมื่อตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ หรือเมื่อร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้ตามปกติ (International Diabetes Federation, 2017, p.16) ร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus) หรือโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin dependent diabetes mellitus: NIDDM) มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป และสัมพันธ์กับรูปร่างท้วมหรืออ้วน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาโรคเบาหวานต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงภาวะปกติให้มากที่สุด ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีทักษะการดูแลและการจัดการตนเองอย่างสูง จึงจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2565 อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ มีหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่จำนวน 4 แห่ง และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนจำนวนทั้งหมด 554 ราย ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่ง

ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โดยในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 29.11 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทับ, 2565) จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ ดอน นัทบีม(Nutbeam, 2008) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาโดยได้ทบทวนแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความสามารถทางปัญญาและทางทักษะของบุคคล ในการอ่านและทำความเข้าใจหนังสือ ข้อมูลและตัวเลข ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูล ประเมินและการนำข้อมูลข่าวสารความรู้ความเข้าใจที่ได้มาประกอบการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพตนเองให้ดี (Cavanaugh, 2011) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดูแลควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (Limited health literacy) จะมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลจัดการโรคของตนเอง (Bains and Egede, 2011) และทำให้มีระดับเอวันซีระดับที่สูงขึ้น ไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ (Schillinger et al. 2002) นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ เช่น นงลักษณ์ แก้วทอง และคณะ (2557) ได้ศึกษาทำการเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง นอกจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยแล้วยัง

มีการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ของ ภมร ตรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬซึ่งใช้แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลัก “3อ.2ส.” ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถสรุปได้ว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชนเนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาโรคเบาหวานในพื้นที่จึงได้ ศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอลำทับ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ
- การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
- ทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ
- การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง
- การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

- ด้านการรับประทานอาหาร
- ด้านการออกกำลังกาย
- ด้านการจัดการอารมณ์
- ด้านการควบคุมสูบบุหรี่
- ด้านการควบคุมดื่มสุรา
- ด้านการใช้ยา
- ด้านการแก้ไขและป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อน

จังหวัดกระบี่ การวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยมาพัฒนารูปแบบการให้สุศึกษา สำหรับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโรคเบาหวานให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษา ณ จุดเวลาในเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชายและหญิง อายุ 35-59 ปี ที่ได้ขึ้นทะเบียนรับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลลำทับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสม็ดจวน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะพานพน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาไผ่ขาว จำนวนทั้งหมด 554 ราย ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของทาร์ยามานะที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เป็นจำนวนขั้นต่ำสุดเท่ากับ 233 คน แต่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและป้องกันการตอบคำถามไม่สมบูรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 10 จากจำนวนขั้นต่ำสุด ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเท่ากับ 257 คน และใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยกระจายกลุ่มตัวอย่างจำแนกหน่วยบริการสาธารณสุข และสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จากจำนวนสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมด 4 แห่ง กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยจะคำนวณตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหน่วยบริการ และใช้วิธีสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยนำรายชื่อมาเรียงลำดับตามอักษร ก-ฮ คำนวณระยะห่างของชื่อแล้วหยิบรายชื่อโดยมีระยะห่างไปจนครบ จำนวน 257 คน

เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตาม

กรอบแนวคิด และครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการป่วย มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 4 ข้อ และแบบสอบถามแบบเติมตัวเลขจำนวน 1 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยแบบทดสอบทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ด้านที่ 2)-6) รวมจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) การตัดสินใจ เรื่องการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 24 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ด้านการควบคุมการสูบบุหรี่ ด้านการควบคุมการดื่มสุรา ด้านการใช้ยา ด้านการแก้ไขและป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ที่ยอมรับได้ คือ 0.67 ขึ้นไป

และแก้ไขปรับปรุงความสมบูรณ์ของแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะจำ อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ จำนวน 40 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่นทางสถิติ (Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่าที่ยอมรับได้มากกว่า 0.7 ส่วนแบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้วิธีวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นตามสูตร Kuder-Richardson (KR-20) วิเคราะห์ค่าความยากง่าย (Difficulty) พิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีความยากง่าย 0.20-0.80 และวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยใช้เกณฑ์ในการเลือกข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกมากกว่า 0.30 ขึ้นไป กำหนดค่านัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิเคราะห์ระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พบว่า แบบวัดความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.756 ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.42-0.77 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ที่ 0.36-0.66 ส่วนแบบวัดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ แบบวัดทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ แบบวัดการจัดการตนเอง แบบวัดการรู้เท่าทันสื่อ แบบวัดการตัดสินใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.810, 0.841, 0.774, 0.820, 0.836, 0.852 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

เก็บข้อมูลโดยจัดทำหนังสือขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำทับและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยจัดอบรมผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของแบบสอบถามงานวิจัย และวิธีการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามเมื่อรับคืน ดำเนินการเก็บข้อมูลในวันให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ช่วงเช้า เวลา 8.00 - 11.00 น. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกับผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของแต่ละหน่วยบริการ โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำความรู้จักและขอความร่วมมือในตอบแบบสอบถามระหว่างนั่งรอตรวจ ซึ่งจะไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม อีกทั้งผู้วิจัยจะอธิบายข้อสงสัยเพิ่มเติม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเกิดข้อสงสัยในคำถามและวิธีการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะรอรับแบบสอบถามกลับทันทีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสมบูรณ์ โดยใช้ระยะเวลาเตรียมการและเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมิถุนายน 2565 ถึงเดือน กรกฎาคม 2565 ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 255 ชุด คิดเป็นร้อยละ 99.22

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูลและบรรยายผลการวิจัย หากการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

มีค่า Asymp. Sig. (2-tailed) 0.200 และ 0.090 ตามลำดับ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ(Normality) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) คือ สถิติทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) (r) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ หมายเลขโครงการ KBO-IRB 2022/04.0507

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=255)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	72	28.24
หญิง	183	71.76
อายุ		
35-39 ปี	13	5.10
40-44 ปี	29	11.37
45-49 ปี	37	14.51
50-54 ปี	75	29.41
55-59 ปี	101	39.61
การศึกษาสูงสุด		
ไม่เรียน-ประถมศึกษา	144	56.47
มัธยมศึกษาตอนต้น	67	26.28
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	25	9.80
อนุปริญญา/ปวส.	9	3.53

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้

1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด 255 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.76 อายุ 55-59 ปี ร้อยละ 39.61 ระดับการศึกษา ไม่เรียน-ประถมศึกษา ร้อยละ 56.47 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.24 มีระยะเวลาป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 57.25 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการป่วย 6.27 ปี ± 4.62 ปี (ตารางที่ 1)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปริญญาตรีและสูงกว่า	10	3.92
อาชีพ		
เกษตรกร	123	48.24
รับจ้าง	61	23.92
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	1	0.39
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	48	18.82
อื่น ๆ	22	8.63
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน		
1-5 ปี	146	57.25
6-10 ปี	70	27.45
11-15 ปี	23	9.02
มากกว่า 15 ปี	16	6.28
$\bar{X} = 6.27$ S.D. = 4.62 Min = 1 Max = 22		

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 70.98

รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 28.63 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาพรวมที่ 3.88 ± 0.39 คะแนน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=255)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (\bar{X} 3.67-4.83)	181	70.98
ระดับปานกลาง (\bar{X} 3.05-3.65)	73	28.63
ระดับต่ำ (\bar{X} 2.32)	1	0.39
$\bar{X} = 3.88$ S.D.=0.39 Min=2.32 Max=4.83		

เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 89.80 ค่าเฉลี่ยคะแนนร้อยละ 90.51 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 49.80 ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.71 ด้านทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

ร้อยละ 65.88 ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.47 ด้านการจัดการตนเองในระดับสูง ร้อยละ 89.02 ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.21 ด้านการรู้เท่าทันสื่อในระดับสูง ร้อยละ 52.16 ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.73 และด้านการตัดสินใจเรื่องการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานในระดับสูง ร้อยละ 52.94 ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.62 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n=255)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับคะแนน		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ	90.51	11.33	สูง
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	3.71	0.59	สูง
ด้านทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ	3.47	0.58	ปานกลาง
ด้านการจัดการตนเอง	4.21	4.21	สูง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	3.73	0.67	สูง
ด้านการตัดสินใจเรื่องการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน	3.62	0.76	สูง

3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ร้อยละ 75.29 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.71 มีค่าเฉลี่ยคะแนนในภาพรวมที่ 3.85 คะแนน

ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพประกอบด้วย ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการควบคุมการสูบบุหรี่ ด้านการควบคุมการดื่มสุรา ด้านการใช้ยา ด้านการแก้ไขและป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=255)

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (\bar{X} 3.67 - 4.75)	192	75.29
ระดับปานกลาง (\bar{X} 2.42 - 3.63)	63	24.71
ระดับต่ำ	0	0.00
\bar{X} =3.85 S.D.=0.38 Min=2.42 Max=4.75		

4) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.555$, $p<0.001$) เมื่อวิเคราะห์หองค์ประกอบของความรู้

ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เพื่อหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายงานพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจเรื่องการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด

ที่ 2 ($p < 0.001$) และด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($p < 0.001$)

ส่วนด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ความรู้ด้านสุขภาพและองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	
	r	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	0.555**	0.000
ด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ	0.079	0.209
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.394**	0.000
ด้านทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ	0.331**	0.000
ด้านการจัดการตนเอง	0.615**	0.000
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	0.291**	0.000
ด้านการตัดสินใจเรื่องการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน	0.441**	0.000

* p-value < 0.05 ** p-value < 0.001

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้ สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด 255 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 55-59 ปี ระดับการศึกษา ไม่เรียน-ประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร มีระยะเวลาป่วย 1-5 ปี ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการป่วย 6.27 ปี ± 4.62 ปี ความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สรุปได้ว่าอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาพรวมที่ 3.88 ± 0.39 คะแนน โดยความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นความสามารถของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการอ่าน การเขียน การสื่อสาร ผ่านการฟังและการพูด เพื่อให้เข้าถึงและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การเข้ารับการรักษาและการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมายการรักษา (World Health Organization, 2009) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบ

ของความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน สรุปได้ว่า ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อใน และด้านการตัดสินใจเรื่องการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง โดยด้านทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาด้านทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ สรุปได้ว่าผู้ป่วยมีการถ่ายทอดความรู้และโน้มน้าวให้ผู้อื่นสามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ จริยา นพเคราะห์ และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสรุปว่าความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง และด้านทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพในระดับปานกลาง เช่นกัน

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สรุปได้ว่าอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนในภาพรวมที่ 3.85 ± 0.38 คะแนน ประกอบด้วย ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการควบคุมการสูบบุหรี่ ด้านการควบคุมการดื่มสุรา ด้านการใช้ยา ด้านการแก้ไขและป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ผลการประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ สรุปได้ว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมคือการรับประทานอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีตามมา โดยในปี พ.ศ. 2565 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 29.11 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทับ, 2565) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัสราภรณ์ ทองภูธรณ์ และ สุวลี โลวีกรรณ์ (2563) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานีโดยชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารที่พลังงานสูง และพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายโดยรวมไม่เพียงพอ ส่งผลให้แนวโน้มของโรคแย่ลง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สรุปว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.555, p<0.001$) อธิบายได้ว่าเมื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้น พฤติกรรมสุขภาพจะดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Caroline et al., (2013) ซึ่งพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วย

ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำทำให้มีปัญหาในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ขาดความสามารถในการนำระบบแนวทางการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับโรคเบาหวาน ส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ไม่ดี เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน สรุปได้ว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจเรื่องการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน และด้านการตัดสินใจเรื่องการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2562) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักศึกษาปริญญาตรี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งพบว่าความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอ้วนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอ้วน อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ศึกษาครั้งนี้ มีระดับความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มดังกล่าวได้รับการอบรมให้ความรู้ในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเรื้อรังที่จัดขึ้นโดยหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบเป็นประจำทุกปี รวมทั้งการให้ความรู้และให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลจากพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Case Manager NCDs) และแพทย์ผู้ทำการรักษาทุกครั้งเมื่อถึงวันนัดติดตามอาการ ดังนั้นในการให้สุขศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ควร

เน้นเฉพาะด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน จึงจะสามารถส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่เหมาะสมและลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรนำองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพครบทั้ง 6 ด้าน มาใช้ในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. หน่วยงานสาธารณสุข ควรเพิ่มใช้ช่องทางการติดต่อการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่เหมาะสมตรงกับกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างและวัดผลก่อนหลังเข้าร่วมการทดลอง
2. ควรศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และทศพร คำผลศิริ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร 47(2), 51-61.

นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักษณ์า เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 30(1), 45-56.

ภมร ตรุณ, และประกันชัย ไกรรัตน์. (2562). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 15(3), 71-82.

ภัสราภรณ์ ทองภูธรณ์, และสุลาลี โลวีกรรณ์. (2563). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 13(1), 22-32.

ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารสหวิทยาการวิจัย, 8(1), 116-23.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ (NCDs) 2562. กรุงเทพฯ.



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่.
(2565). รายงานสรุปผลการดำเนินงาน
ประจำปีงบประมาณ 2565. จังหวัดกระบี่:
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทับ.

Bains, S., & Egede, L. (2011). Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and glycemic control in a low-income population with type 2 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 13(3), 335–41.

Caroline, K., Elizabeth, G., & Dawn, E. (2013). *The Relationship Between Health Literacy and Diabetes Knowledge and Readiness to Take Health Actions*.

Cavanaugh, K. L. (2011). Health literacy in diabetes care : explanation, evidence and equipment. *Diabetes Management* (London, England), 1(2), 191–99.

Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness. Handbook of self-regulation*. California: Academic.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–78.

Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, ., Osmond, D., & Daher, C. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 288, 475–82.

World Health Organization. (2009). Background note :Regional preparatory meeting on promoting health literacy.

ความร่วมมือของโรงเรียนต่อการดำเนินการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วน Collaboration of schools in problem solving process about nutritional in obese students

ทิพย์รัตน์ ขวัญนิมิตร
Tipparath Khwannimit
โรงพยาบาลตรัง
Trang Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการสร้างความร่วมมือของโรงเรียน ในการดำเนินการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและลดอัตราภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตรังเขต 1 กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งอยู่ในขอบเขตรับผิดชอบการให้บริการอนามัยโรงเรียนของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลตรังจำนวน 1 โรงเรียน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามกลุ่มเป้าหมาย/ผู้มีส่วนร่วม ตามการแบ่งกลุ่มของ Chamala and Mortiss (1990) ซึ่งสมัครใจเป็นตัวแทน 4 กลุ่ม ดังนี้ 1. ผู้ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของโรงเรียน (presenting client) จำนวน 19 คน 2. ผู้สนับสนุน ผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจสั่งการ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของโรงเรียน (principal client) จำนวน 4 คน 3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง (direct stakeholders) ได้แก่ นักเรียนอ้วน จำนวน 138 คน 4. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยอ้อม (indirect stakeholders) ได้แก่ ผู้ปกครองนักเรียนอ้วนจำนวน 138 คน

โดยดำเนินการ ระหว่างเดือน พ.ค. 2564 – เม.ย. 2565 ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัยให้ผู้มีส่วนร่วมทุกคนมีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานโดยผู้วิจัยเข้า เป็นส่วนหนึ่งของการมีส่วนร่วมในทีมงานในบทบาทการร่วมวางแผน (planning) การร่วมปฏิบัติตามนโยบาย และให้ข้อมูลทางสุขภาพตามหลักวิชาการเพิ่มเติมในฐานะพยาบาลปฏิบัติการในพื้นที่รับผิดชอบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย การสังเกต (observe) การสัมภาษณ์ (interview) โดยใช้คำถามปลายเปิด และกระบวนการกลุ่ม (Focus group) เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนพฤษภาคม 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การนิยามปัญหา (defining the problem) ที่ผู้มีส่วนร่วมทุกคนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ระดมสมอง (Brain storming) เพื่อวางแผน (planning, data treatment and analysis) ออกแบบผังกิจกรรม การแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วนภายในโรงเรียนรอบรั้วโรงเรียน และที่บ้าน กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละกิจกรรม กำหนดบทบาทของผู้มีส่วนร่วมทุกคน กำหนดระยะเวลาดำเนินการ โรงเรียนมีการประกาศมาตรการ/นโยบายในการปฏิบัติและการติดตามประเมินผลการสะท้อนคิด (reflection)

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองใช้รูปแบบความร่วมมือของโรงเรียนต่อการดำเนินการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วนให้ความร่วมมือในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการนักเรียนอ้วนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อัตราภาวะโภชนาการเกิน จากร้อยละ 9.24 เป็น ร้อยละ 8.77

ข้อเสนอแนะ รูปแบบการจัดโครงการประชุมและเชิงปฏิบัติการดังกล่าวเหมาะสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือของเครือข่ายงานอนามัยโรงเรียน กรณีนักเรียนอ้วนของโรงเรียนระดับประถมศึกษาที่มีบริบทใกล้เคียงกันนี้

คำสำคัญ : ความร่วมมือของโรงเรียน, ปัญหาภาวะโภชนาการ, นักเรียนอ้วน

Abstract

This participation action research aims to study the problem solving and develop the collaboration system of school in order to solve nutrition problem of obese students in primary school of Muang district ,Trang Province. The study was conducted from May 2021 to April 2022. Participants were voluntary and selected by purposive sampling. They were divided into 4 groups (Chamala and Mortiss, 1990) including 1) 19 participants engaged in students nutrition (presenting client), 2) 4 school administers (principal client), 3) 138 students who were direct stakeholders and 4) 138 parents or guardians of students. All participants were involved in all stages of the work. In the role of planning action, observe, reflection and replans.

The researcher is part of the intervention program in nurse policy, empowerment and health promotion role at a responsible area. The stakeholders should begin with the process of finding the problem, returning data to awareness of the problem, and brainstorming to plan action, observe, reflection, and replan. Empowerment for stakeholders to perform activities on their own health promotion in obese students by applying Pender's theory is the key success of the policy implementation. After the collaboration model had been implemented, the evaluation was found that the target group had an appropriate dietary behavior score was significantly higher than before using the model ($p < .001$) before using the model nutrition was 9.24 percent after using model 8.77 percent Recommendation this model of meeting and project is suitable for promoting the collaboration of network in school The obese students primary schools with similar contextst hefte (9.24%)

Keywords : School collaboration model, Nutritional problems, Obese student

บทนำ

ทั่วโลกกำลังเผชิญกับการระบาดของภาวะน้ำหนักเกิน ประชากรประมาณ 1,900 ล้านคน มีภาวะน้ำหนักเกินในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีภาวะอ้วน 600 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2014) ร้อยละ 40 ของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินในวัยเด็กจะมีภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในช่วงวัยรุ่นและร้อยละ 80 ของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะเป็นผู้ใหญ่ที่ภาวะน้ำหนักเกิน (World Health Organization [WHO], 2011)

ในระยะกว่า 10 ปีที่ผ่านมาอุบัติการณ์เด็กไทยมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เด็กก่อนวัยเรียน (3 - 5 ปี) และเด็กวัยเรียน (6-13 ปี) อ้วนเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 36 และ 15.5 ตามลำดับ (สง่า ดามาพงษ์, 2558) 1 ใน 5 ของ เด็กไทยก่อนวัยเรียนและเด็กไทยวัยเรียนมีภาวะอ้วน ร้อยละ 60 ของเด็กไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกินเป็นความดันโลหิตสูง และมีระดับไขมันในเลือดสูงเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 17.8 ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะโภชนาการเกินเกิดจากความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับเข้าไป (energy intake) มากกว่าพลังงานที่เผาผลาญ (energy expenditure) ทำให้เกิดพลังงานสะสมในรูปของไขมันที่มีเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและขนาด ส่งผลให้คนที่มีความโภชนาการเกินตั้งแต่วัยเด็กมีจำนวนไขมันสะสมในร่างกายและถูกสะสมไปถึงวัยผู้ใหญ่ (พวงผกา ตันกิจจานนท์, 2552)

ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัญหาของเด็กไทยที่ส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตลดลง Davison and Birch (2001) อธิบายแบบจำลองนิเวศวิทยาในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Ecological Model of Childhood Overweight) ว่าภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับปัจจัยด้าน

สิ่งแวดล้อมบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลมากที่สุด และขยายออกไปรอบๆ ตัวบุคคล ตั้งแต่บ้าน โรงเรียน ชุมชน จนถึงโครงสร้างทางสังคมที่ใหญ่ขึ้น โรงเรียนจัดเป็นปัจจัยทางชุมชนที่เด็กต้องมีปฏิสัมพันธ์ตลอดเวลาเด็กส่วนใหญ่ใช้เวลา 8 - 9 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ที่โรงเรียน เด็กรับประทานอาหารเช้าอย่างน้อย 2 มื้อและอาหารว่างระหว่างมื้อ กิจกรรมส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่โรงเรียน เด็กใช้ชีวิตประจำวัน และมีกิจกรรมเกือบตลอดวันที่โรงเรียนครูผู้บริหารโรงเรียนรวมถึงผู้ประกอบการอาหารในโรงเรียนและรอบโรงเรียนเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็กนักเรียนผู้บริหารโรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียนโดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกายและด้านโภชนาการของนักเรียนและบุคลากรภายในโรงเรียน

ผลการสำรวจกิจกรรมทางกายภายในโรงเรียนประถม โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2558) พบว่า ร้อยละ 41 ของโรงเรียน ระดับประถมจัดคาบเรียนวิชาพลศึกษา 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทั้งนี้การจัดกิจกรรมให้เด็กได้ทำกิจกรรมออกกำลังกายและการเล่นร่วมกันอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับจำนวนนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินส่วนผลการสำรวจการจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างในโรงเรียน พบว่า ร้อยละ 82.5 เป็นอาหารจานเดียวที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ก๋วยเตี๋ยวผัด ข้าวผัด เป็นต้น โรงเรียนจัดอาหารกลางวันที่มีไขมันสูง โดยเฉลี่ย 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 64 เป็นอาหารว่างที่มีพลังงานสูง เช่น ขนมปังไส้กรอก แซนวิชทูน่า ของหวานใส่กะทิ เป็นต้น โรงเรียนจัดอาหารว่างที่มีพลังงานสูงโดยเฉลี่ย 3 วันต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ ผลการสำรวจผู้ประกอบการร้านอาหารและแหล่งจำหน่ายอาหารรอบรั้วโรงเรียน พบว่า ร้อยละ

97.6 เป็นรตเซิน และส่วนใหญ่อำนาจอาหารที่ให้พลังงานสูง แต่มีคุณค่าทางอาหารต่ำ รายการอาหารที่จำหน่ายมากที่สุดคืออาหารทอดและมักมีรูปแบบสีส้ม รสชาติที่ดึงดูดใจเด็กให้เลือกซื้อเลือกรับประทาน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ.2558) โอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินในเด็กจึงมีมากขึ้น

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลตรัง ดำเนินงานอนามัยโรงเรียนโดยให้ความรู้ทางโภชนาการ และติดตามภาวะสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินอย่างต่อเนื่องอย่างไรก็ตามอัตราการเกิดภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนยังคงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลภาวะสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษาตรังเขต 1 ปี พ.ศ. 2558, 2559, และ 2560 พบว่า นักเรียนมีอัตราภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็น ร้อยละ 13.53, 14.24 และ 15.58 ตามลำดับบ่งชี้ถึงยังคงมีการจำหน่ายอาหารที่มีพลังงานสูงแต่มีคุณค่าทางอาหารต่ำจำนวนมากดังนั้นกลวิธีการให้ความรู้และเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเกินในรูปแบบเดิมอาจจะยังไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาโรคอ้วนสำหรับนักเรียน ผู้วิจัยและคณะทำงาน จึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นแนวทางในการศึกษาและภายใต้การดำเนินโครงการ “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองตรังประจำปี 2562 และ 2563 จนเกิดผลลัพธ์เชิงประจักษ์อัตราภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนลดลง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนา ต่อยอดรูปแบบความร่วมมือในโรงเรียน โดยคาดหวังให้การดำเนินการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วน เกิดกระบวนการที่โรงเรียนสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน บรรลุเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ ปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนลดลงในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ มีตัวชี้วัดและเป้าหมาย เด็กวัยเรียน (6 - 14 ปี) สูงดีสมส่วนร้อยละ

66 โดยมีมาตรการสำคัญในงานวิจัยและพัฒนา คือ การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย) และครอบครัวในการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนให้ครอบคลุมต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือของโรงเรียนในการดำเนินการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการอ้วนของนักเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาตรังเขต 1 ในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการ
2. เพื่อให้นักเรียนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และลดอัตราภาวะโภชนาการเกิน

สมมติฐานการวิจัย

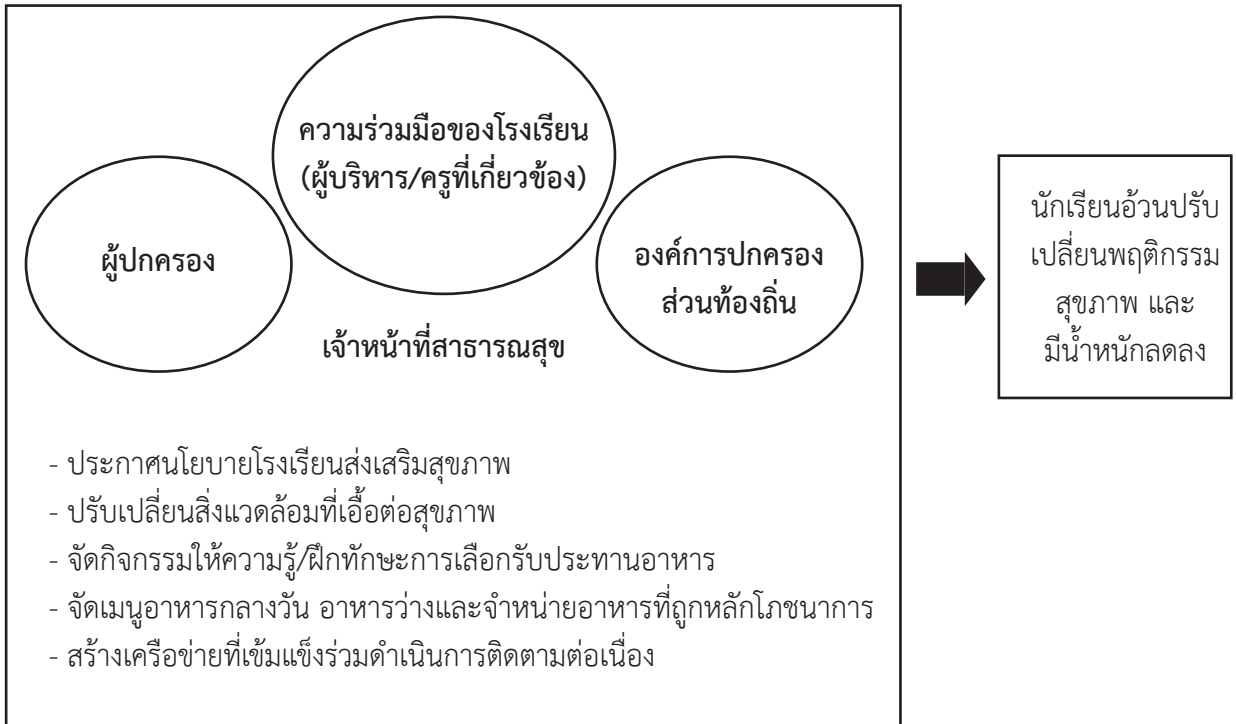
ผลจากการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของโรงเรียนต่อการดำเนินการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วน ทำให้นักเรียนประถมศึกษาที่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น และนักเรียนอ้วนมีระดับภาวะโภชนาการเกินลดลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ครั้งนี้ มีที่มาจากทฤษฎีการแนวคิดในการสร้างความร่วมมือร่วมกันระหว่างโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการวิจัยให้ผู้มีส่วนร่วมทุกคนมีบทบาทในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) มา ร่วมคิด ประเมินสถานการณ์ปัญหา และวิเคราะห์สังเคราะห์วิธีการ ในบทบาทการร่วมวางแผน (planning) การร่วมปฏิบัติตามแผน (action) รวบรวมข้อมูล

(observe) ตรวจสอบทบทวนสิ่งที่ทำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (reflection) และพัฒนาปรับปรุงแผน(replan) โดยผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการมีส่วนร่วมมีบทบาทผลักดันให้เกิดการประกาศนโยบาย การพัฒนาศักยภาพ ครู ผู้เกี่ยวข้อง ผู้ปกครองนักเรียน

อ้วนในการร่วมปฏิบัติกิจกรรม ผลักดันให้เกิดการจัดตั้งกลุ่มของผู้ปกครอง และการส่งเสริมการดูแลตนเอง เสริมแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียน อ้วน ที่ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วนอย่างยั่งยืน



ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยให้ผู้เกี่ยวข้องทั้ง 4 กลุ่ม ดำเนินการตามรูปแบบความร่วมมือ โดยเริ่มตั้งแต่ 1) ร่วมวางแผนปัญหา 2) ปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การสร้างความร่วมมือระดับนโยบายโดยเชื่อมโยงพันธกิจที่ต้องดำเนินการร่วมกัน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย ภายใต้โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้มีอำนาจสั่งการ มีการประกาศนโยบายสู่การปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน ด้านการสร้างความร่วมมือในระดับปฏิบัติการในโรงเรียนและ

ครอบครัว โดยเริ่มตั้งแต่ค้นหาปัญหา การค้นหาข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักรู้เห็นความสำคัญในการร่วมวางแผน และปฏิบัติกิจกรรม จัดการกับสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและที่บ้าน ที่เอื้อต่อสุขภาพ บูรณาการความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มสาระวิชาต่าง ๆ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาและสร้างศักยภาพทางวิชาการ ผลักดันให้เกิดการจัดตั้งกลุ่มผู้ปกครองในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ร่วมสนับสนุนการดูแลนักเรียนในกลุ่มเป้าหมายนักเรียนอ้วน ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และข้อมูลน้ำหนักส่วนสูง ภาวะโภชนาการก่อนดำเนินการสอน ส่งเสริมการดูแลตนเอง คิดค้นกลวิธีการสอนใหม่ ๆ ผลลัพธ์คือ

ในการให้ความรู้ทางสุขภาพที่น่าสนใจและเหมาะกับวัย มีการเสริมแรงจูงใจให้เด็กมีความต้องการลงมือปฏิบัติ ฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ตรงกับชีวิตประจำวัน

ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ผู้บริหารโรงเรียน, ครู, นักเรียนอ้วนที่กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ผู้ปกครองของนักเรียนอ้วน และผู้จำหน่ายอาหารทั้งในและรอบรั้วโรงเรียน ในสังกัดเขตพื้นที่การศึกษาตรังเขต 1

ผู้มีส่วนร่วม (Participants) / กลุ่มเป้าหมาย

ผู้มีส่วนร่วม (participants) สัมภาษณ์เป็นตัวแทนกลุ่มเป้าหมายตามการแบ่งกลุ่มของ Chamala and Mortiss (1990) 4 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของโรงเรียน (presenting client) จำนวน 19 คน ได้แก่ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน, ครูผู้ดูแลการจัดอาหารกลางวัน, ครูหัวหน้ากลุ่มบริหารวิชาการ, ครูหัวหน้ากลุ่มบริหารทั่วไป, ครูหัวหน้ากลุ่มสาระสุขศึกษา พลศึกษา ผู้จำหน่ายอาหารภายในและรอบรั้วโรงเรียน
2. ผู้สนับสนุน ผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจสั่งการที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของโรงเรียน (principal client) จำนวน 4 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการและผู้บริหารโรงเรียน และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง (direct stakeholders) นักเรียนอ้วน จำนวน 138 คน
4. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยอ้อม (indirect stakeholders) ได้แก่ ผู้ปกครองนักเรียนอ้วน จำนวน 138 คน

เครื่องมือใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย การสังเกต (observe) การสัมภาษณ์

(interview) โดยใช้คำถามปลายเปิด และกระบวนการกลุ่ม (Focus group)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย
 - เครื่องชั่งน้ำหนัก แผ่นวัดส่วนสูง และแผ่นกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนอายุ 5-18 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ
 - แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก 6-13 ปี ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีข้อคำถาม 16 ข้อ มีสองตัวเลือก คือ ปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านเนื้อหา (content validity) ทั้งความครอบคลุมของข้อคำถาม ความสอดคล้อง กับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องตามเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีประสบการณ์การเป็นที่ปรึกษาการทำวิจัยและอาจารย์พยาบาล ขั้นตอนการนิยามปัญหา (defining the problem) โดยผู้มีส่วนร่วมทุกคนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ร่วมตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นปัญหาแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กอายุ 6-13 ปี ของสำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง .967 ค่าความเชื่อมั่น .776

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งมีการดำเนินการเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 (พ.ศ.64-มิ.ย.64)

1. การวางแผน (Planning)

1.1 เตรียมข้อมูลสำหรับการเข้าพื้นที่วิจัย โดยศึกษาสถานการณ์ปัญหา/ผลกระทบด้านสุขภาพ

1.2 เตรียมองค์ความรู้ที่สำคัญในการป้องกันและแก้ปัญหาโรคอ้วน โดย

- ศึกษาวรรณกรรม/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- การประชุมรับฟังความเห็นเชิงวิชาการ (Technical hearing)

ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลนักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัดซึ่งเชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย

1.3 เตรียมผู้ช่วยในการวิจัย

2. ปฏิบัติงานตามแผน (action)

2.1 เตรียมพื้นที่ในการศึกษาวิจัย

2.2 พิจารณาคัดเลือกตัวแทนที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มเป้าหมายตามการแบ่งกลุ่มของ Chamala and Mortiss (1990) จำนวน 4 กลุ่ม ประกอบด้วย

1) ผู้ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของโรงเรียน (presenting client) จำนวน 19 คน 2) ผู้สนับสนุน ผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจสั่งการ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของโรงเรียน (principal client) จำนวน 4 คน 3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง (direct stakeholders) โดยผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) โดยนำข้อมูลน้ำหนัก/ส่วนสูง ของนักเรียน ประถมศึกษาเป็นรายบุคคล ประเมินภาวะโภชนาการตามกราฟอ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย พ.ศ.2542 โดยมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมากกว่า 3 เท่าของ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (+3SD) และแปรผลว่าอ้วนจำนวน 138 คน 4) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยอ้อม (indirect stakeholders) ผู้ปกครองของนักเรียนอ้วน จำนวน 138 คน

2.3. การสังเกตการณ์ (observation)

- ศึกษาฐานข้อมูลและเอกสารของโรงเรียน

ประกอบด้วย ตารางเรียน ตารางกิจกรรม/ชมรม ประเภทการจำหน่ายอาหารในบ้านค้าสหกรณ์

- เดินสังเกต (visiting observation) บันทึกภาพ บันทึกข้อมูล ชนิดของอาหารกลางวัน อาหารว่าง เครื่องดื่มภายในโรงเรียนและอาหารที่จำหน่ายรอบรั้วโรงเรียน ในช่วงเวลา 10.30-15.30 น. ต่อเนื่องเป็นเวลา 1 สัปดาห์

- สัมภาษณ์ (interview) กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงเรียน, รองผู้อำนวยการ, ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน, ครูผู้จัดการอาหารกลางวัน ครูหัวหน้ากลุ่มสาระสุขศึกษา พลศึกษา โดยใช้คำถามปลายเปิด ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาทีต่อคน ในข้อคำถามปัญหาทั่วไปของนักเรียน, ปัญหาสุขภาพของนักเรียน, ปัญหาเด็กอ้วนในโรงเรียน, บทบาทด้านการช่วยเหลือแก้ปัญหา, โครงสร้างการทำงานด้านสุขภาพ, การประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานองค์กรภายนอก, ปัญหา/อุปสรรคของการบริหารงานที่ผ่าน มาพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมายโดยจะชี้แจงข้อคำถามในการสัมภาษณ์และกลุ่มเป้าหมายมีสิทธิยกเลิกหรือไม่ ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มเป้าหมายเข้าใจดี ผู้วิจัยจึงดำเนินการสัมภาษณ์

- กระบวนการกลุ่ม (Focus group)

กลุ่มครู ปัญหาเด็กอ้วน, ปัญหาอุปสรรคจากการทำงานที่ผ่านมาใช้เวลานาน 50 นาที

กลุ่มนักเรียน สาเหตุของความอ้วน, อุปสรรคในการจัดการลดน้ำหนักใช้เวลานาน 45 นาที

กลุ่มผู้ปกครอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ออกกำลังกายของเด็ก, ปัญหาอุปสรรคในการลดน้ำหนักใช้เวลานาน 45 นาที

กลุ่มผู้จำหน่ายอาหาร ที่มาของการเลือกชนิดของอาหารที่จำหน่าย, ความตระหนักของผู้บริโภคของอาหารที่จำหน่ายใช้เวลา 30 นาที

3. ตรวจสอบ/ทบทวนในสิ่งที่กระทำและผลที่เกิดขึ้น (Reflection) ผู้วิจัยค้นข้อมูล ที่ได้จากกระบวนการสังเกต (observation), การสัมภาษณ์ (interview), การจัดทำกระบวนการกลุ่ม (focus group) มาจัดระเบียบข้อความเป็นหมวดหมู่ตามประเด็น 1) นิยามของคำว่า ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วน 2) วินิจฉัย ปัญหาภาวะโภชนาการที่เกิดขึ้นภายในโรงเรียน 3) กำหนดนโยบายของโรงเรียนขั้นตอนการนิยามปัญหา (defining the problem) โดยผู้มีส่วนร่วมทุกคนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2 (ก.ค.64 – ก.ย.64)

1. การวางแผน (planning) ประสานความร่วมมือ (co-ordinator role) และ สร้างอำนาจ (Empower) เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้กับผู้มีส่วนร่วมทุกคน (Increase personal skill) ในการวางแผนแก้ปัญหาโดยการให้ผู้มีส่วนร่วมทุกคนร่วมระดมสมอง (Brain storming) โดยใช้กระบวนการ AIC ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอน การสร้างความรู้ (Appreciation : A) ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมทุกคน แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็น ประชาธิปไตย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ A1 : การวิเคราะห์สภาพปัจจัยสาเหตุปัญหาของนักเรียนอ้วน ในปัจจุบัน A2 : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการแก้ปัญหาว่าต้องการ อย่างไร

1.1 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการแก้ปัญหา (Influence : I) ร่วมหามาตรการวิธีการและเสนอ ทางเลือกในการแก้ปัญหาตามที่ได้ช่วยกันกำหนด วิสัยทัศน์ (A2) เพื่อกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความ สำคัญของกิจกรรมโดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ I1 : การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุ

วัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์ I2 : การจัดลำดับ ความสำคัญของกิจกรรม แบ่งเป็น (1) กิจกรรม หรือ โครงการที่สามารถดำเนินการได้เอง (2) กิจกรรมหรือ โครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือการ สนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วย งานที่ร่วมทำงานสนับสนุน (3) กิจกรรมที่ไม่สามารถ ดำเนินการได้เอง ต้องขอความร่วมมือในการดำเนินการ จากแหล่งอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน

1.2 ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) โดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การ ปฏิบัติ และจัดผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบ โดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย C1 : การแบ่งความรับผิดชอบ C2 : การดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ โดยระบุ

1. ชื่อโครงการ (ทำอะไร) 2. หลักการและเหตุผล (ทำไมต้องทำ) 3. วัตถุประสงค์ (ทำเพื่อให้ได้อะไร 4. เป้าหมาย (ผลที่หวัง) 5. วิธีดำเนินการ (ทำอย่างไร) 6. กำหนดเวลา (ทำเมื่อไร ถึงเมื่อไร) 7. ค่าใช้จ่าย และแหล่งเงิน (ใช้เงินเท่าไร จากไหนบ้าง) 8. ผู้รับผิดชอบ (ใครเป็นคนสำคัญที่รับผิดชอบดูแลเรื่องนี้) 9. ผู้ให้ความร่วมมือ (ใครบ้างต้องมาร่วมมือจึงจะสำเร็จ)

2. การปฏิบัติตามแผน (action)

2.1 ผู้อำนวยการประกาศใช้มาตรการ/ นโยบายของโรงเรียน โดยให้ผู้มีส่วนร่วมทุกคนดำเนินการตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายตามแผนงาน และ รายงานผลการดำเนินงานให้ทราบเป็นระยะ

2.2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ด้านอาหาร/ออกกำลังกาย ตลอดจนปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยร่วมเป็นที่ปรึกษา (counselor) role) และเป็นผู้ให้ความรู้ตามแผนปฏิบัติงาน (health educator role)

3. การสะท้อนคิด (reflection) นำปัญหา/อุปสรรค ที่ได้มาวางแผนและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา

เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบความร่วมมือที่สามารถปฏิบัติกิจกรรม ในการป้องกันแก้ปัญหาโรคอ้วนในโรงเรียนได้อย่างยั่งยืน

4. การพิจารณาปรับปรุงแผน (replan) นำโมเดลรูปแบบความร่วมมือของโรงเรียนต่อการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วนที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (ต.ค.64-มี.ค.65)

การวิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผล โดยการเปรียบเทียบ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (weight for height) กับเกณฑ์ในกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียน ก่อนและหลังการดำเนินการวิจัย และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก 6-13 ปี เปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนและหลังการดำเนินการวิจัยโดยใช้การทดสอบข้อมูลสถิตินอนพาราเมตริก Wilcoxon-signed ranks test ถอดบทเรียนเพื่อวางแผนปรับปรุง ต่อยอด พัฒนาในปีต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตรัง หมายเลขรับรอง 005/2564 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2564

ผลการวิจัย

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาปัญหาเชิงลึกโดยวิธีการสังเกตสัมภาษณ์ กระบวนการกลุ่ม รวบรวมข้อมูลมาจัดระเบียบเป็นหมวดหมู่ (defining the problem) จำแนกเป็นประเด็นคือ นิยามของคำว่าปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วน พบว่านักเรียนยังไม่ตระหนักถึงปัญหา “ยังไม่อ้วนแค่ ตัวใหญ่”, ความอ้วนส่งผลกระทบต่อการเรียน”, นั่งหลับในห้องบ่อ

วินิจฉัยปัญหาภาวะโภชนาการที่เกิดขึ้นภายในโรงเรียน พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง “ไม่ชอบกินผักชอบกินข้าวหมูแดง” การเลี้ยงดูจากครอบครัวเรื่องการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง “ลูกยังเด็กถ้าให้ทอดอาหารลดความอ้วนสงสารลูก” การจำหน่ายอาหารในโรงเรียน รอบรั้วโรงเรียนที่มีไขมันสูง พลังงานสูง คุณค่าทางอาหารต่ำ เช่น น้ำหวาน ไอศกรีม ขนมเบเกอรี่ คั้นข้อมูลที่ได้เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมทุกคนตระหนักถึงปัญหา ตัดสินใจเข้าร่วมการแก้ปัญหาในทิศทางเดียวกัน ออกแบบสร้างความร่วมมือโดยเริ่มจากค้นหากลยุทธ์ในระดับนโยบายโดยใช้โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีการกำหนดพันธกิจร่วมกันระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข ออกแบบสร้างความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องในโรงเรียนในระดับปฏิบัติและครอบครัวโดยใช้การระดมสมองร่วมวางแผนกำหนดกิจกรรมการแก้ปัญหา พัฒนาศักยภาพ เสริมพลัง ให้ร่วมปฏิบัติกิจกรรม ร่วมปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน,ที่บ้านที่เอื้อต่อสุขภาพ มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการทำงานเช่นโปรแกรม Thai school lunch ผลักดันให้เกิดความเข้มแข็งของกลุ่มผู้ปกครองในการจัดตั้งกลุ่มที่ร่วมแลกเปลี่ยนช่วยเหลือกัน ส่งเสริมการดูแลตนเองในนักเรียนอ้วนโดยการสร้างแรงจูงใจและให้ความรู้ ค้นหาวิธีการสอนที่น่าสนใจและเหมาะกับวัย ฝึกทักษะการปฏิบัติ ให้เวลาเรียนรู้ติดตามกระตุ้นเตือนสม่ำเสมอ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ถอดบทเรียนพบว่านักเรียนที่ลดน้ำหนักได้สำเร็จ จำนวน 7 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.42 มีปัจจัยความสำเร็จจากแรงจูงใจด้านรางวัล ร้อยละ 85.71 ความตั้งใจลงมือปฏิบัติความรู้ความเข้าใจจากการสอนร้อยละ 100 มีค่าคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 และ

มีแรงเสริมจากครอบครัวที่เป็นแบบอย่างร้อยละ 100 แรงเสริมจากครูและครอบครัวที่คอยกระตุ้นเตือนสม่ำเสมอร้อยละ 85.71

ผลผลิตจากการศึกษาวิจัยทำให้ได้ (1) โมเดลรูปแบบความร่วมมือของโรงเรียนต่อการดำเนินการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วนซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญ แนวทางปฏิบัติในการแก้ปัญหาด้านโภชนาการที่ครอบคลุมประเด็นปัญหาสำหรับพยาบาล ในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ครอบครัวและขยายความสำเร็จในการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน (2) ชุดสื่อการสอนการให้ความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับเด็กวัยเรียน โดยใช้เกมส์ สัญญาณไฟจราจร (อาหาร 3 โซนสี), พลังงานพลิกโลก (เรียนรู้ค่าพลังงานอาหาร) (3) โรงเรียนต้นแบบด้านการแก้ปัญหาโภชนาการในโรงเรียน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ค่าคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม อัตราภาวะโภชนาการเกิน เปรียบเทียบก่อน-หลังดำเนินการใช้ พบว่าสามารถทำให้นักเรียนอ้วนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อัตราภาวะโภชนาการเกินและจำนวนนักเรียนอ้วนลดลง ก่อนดำเนินการร้อยละ 9.24 หลังใช้รูปแบบร้อยละ 8.77

อภิปรายผล

รูปแบบความร่วมมือของโรงเรียนต่อการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วนประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์เนื่องจากผู้วิจัยเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการออกแบบพัฒนาการแก้ปัญหาโดยใช้ความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทั้ง 4 กลุ่ม โดยกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

การในโรงเรียน ใช้แนวทางโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญและเป็นพันธกิจร่วมกันระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดนโยบายในการปฏิบัติ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในระดับปฏิบัติการได้ออกแบบริเริ่มให้มีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการค้นหา ปัญหาการค้นข้อมูล ให้รับรู้ถึงประโยชน์ ในการดำเนินการร่วมระดมสมองวางแผนแก้ปัญหา ปฏิบัติปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน ด้านการจัดกิจกรรมในนักเรียนอ้วนพบว่าการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้สื่อการสอนแปลกใหม่ และเหมาะสมกับวัยทำให้เกิดแรงจูงใจทางบวก เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยครูและครอบครัวมีอิทธิพลในการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องและกิจกรรมการสอนของผู้วิจัยมีการฝึกทักษะการปฏิบัติที่ตรงกับชีวิตประจำวันจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลให้นักเรียนอ้วนมีน้ำหนักลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสัญญา ยี่อราน และศิริไชยวัฒน์วิจิตร (2561) เรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ พบว่าการกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนได้แสดงความคิดเห็น ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมิน ผลในเรื่องที่เป็นปัญหา หรือการพัฒนาชุมชนของตนเอง นำไปสู่การปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี อินทร์ศรี (2558) เรื่อง การพัฒนาคู่มือปฏิบัติการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพเด็ก) พบว่าการจัดการแก้ปัญหาเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน หากผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติการในการจัดกิจกรรมเองทั้งหมด ไม่ได้เปิดโอกาสให้เด็กเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการภาวะโภชนาการเกินของตนเองไม่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำรูปแบบความร่วมมือที่ได้จากศึกษาวิจัยไปใช้ในพื้นที่อื่นเพื่อศึกษาผลเพิ่มเติม
2. ควรมีการนำรูปแบบความร่วมมือที่ได้จากศึกษาวิจัยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงเรียนรัฐและโรงเรียนสังกัดเอกชน ซึ่งอาจมีปัจจัยทางสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน
3. การนำรูปแบบความร่วมมือของโรงเรียนต่อการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วนควรมีระยะเวลาในการทดลองใช้และเก็บข้อมูลการศึกษา มากกว่า 6 เดือน

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานการสำรวจภาวะโภชนาการเกินในเด็กก่อนวัยเรียนปี 2558 กรุงเทพมหานคร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข .
- เกียรติคุณ ไกรพิบูลย์. (2557). โรคอ้วนและน้ำหนักตัวเกิน กรุงเทพฯ. ชญานิช ลือวานิช. (2553). การประเมินผลของโปรแกรมการป้องกันเด็กน้ำหนักเกินใน โรงเรียนเทศบาลภูเก็ต. ราชภัฏภูเก็ต. ชญานิช ลือวานิช. (2553). การประเมินผลของโปรแกรมการป้องกันเด็กน้ำหนักเกินใน โรงเรียนเทศบาลภูเก็ต. ราชภัฏภูเก็ต.
- นริศรา พิงโพธิ์สภ. (2552). ภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน. วารสารประชากรศาสตร์, 18(2), 69-87.
- ปราณี อินทร์ศรี. (2558). การพัฒนาคู่มือปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการ เกิน.
- พวงผกา ตันกิจจานนท์. (2552). ภาวะอ้วนประโยชน์ของการออกกำลังกาย จุลสารวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ,

- เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, บุญยง เกี้ยวการค้า, และสิน พันธุ์พินิจ. (2553). การพัฒนาโปรแกรมการควบคุมภาวะน้ำหนัก เกิน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบุรี. วารสาร สาธารณสุขและการพัฒนา, 8(2), 186-200.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2549). การศึกษาประสบการณ์การใช้โปรแกรมโรคอ้วนในโรงเรียนกรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์สารคดีหาดใหญ่ .
- วดีรัตน์ ศรีวงษ์วรรณ. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราน้ำหนักตัวของนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลในโครงการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา).
- สมาคมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทยสถิติของโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถติดต่อได้โรคในเด็ก ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). กินตามอายุกรุงเทพมหานคร กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.
- สายสุณีย์ อ้ายโน. (2558). ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่มีผลต่ออัตรภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร.
- สำนักโภชนาการกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน.
- อมรพรรณ ฐิติบุญสุวรรณ. (2553). การตรวจสอบความเชื่อมโยงระหว่างสภาพแวดล้อมของโรงเรียนและการ เปลี่ยนแปลงสถานะทางโภชนาการ ของเด็กนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาขนาดใหญ่, สงขลา.



อุรุวรรณ แยมบริสุทธ์. (2549). โภชนาการและโรคอ้วน
ในเด็ก:สาเหตุและมาตรการป้องกันในประเทศไทย
กรุงเทพมหานคร กองทุนส่งเสริมสุขภาพ.

Chairad A. (2007). Analytical project docu-
mentation and research findings over
nutrition. Nonthaburi. Bureau of Health
promotion Fund, Department of Health,
Ministry of Public Health (in Thai).

Damapong S. (2007). Promotional Nutrition.
Bangkok. Veterans Administration (in Thai).

KK Davison, LL Birch. (2001). Child and
parent characteristics as predictors of change
in girls' body mass index International
Journal of Obesity.

Theptiean B. (2006). Early childhood care
in Thailand. Public Health and Devel-
opment (in Thai) 5 (3): 117-28.

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะตับอักเสบ จากยารักษาวัณโรค : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Pulmonary TB in HIV Infection with Anti-tuberculosis Drug induce Hepatitis: Case study 2 case

ลดาวัลย์ ฟุกลอย
Ladawal Fookloi
โรงพยาบาลรัฐฉะ
Ratsada Hospital

บทคัดย่อ

วัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสำคัญ ประเทศไทยถูกจัดอันดับเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีภาวะวัณโรค ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการรักษาวัณโรค คือ ภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรคส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น และต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้น การให้การพยาบาลตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี ที่มีภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรค จำนวน 2 ราย ในโรงพยาบาลรัฐฉะ ในปีพ.ศ. 2563 ทั้งขณะดูแลและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยแบบซักประวัติผู้ป่วยและญาติ และแบบบันทึกการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบสาเหตุปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผลการศึกษา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นเพศชาย ทำงานเป็นวัณโรคปอดร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี มีภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรค มีปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ HIV เหมือนกันคือ พฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงวัณโรคเหมือนกัน คือ เป็นผู้ติดเชื้อ HIV ปัจจัยเสี่ยงที่ต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคมาก่อน กรณีศึกษาที่ 2 ไม่ทราบแหล่งสัมผัสวัณโรค มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ และใช้ฟิชในกระท่อมเหมือนกัน อาการและอาการแสดงคล้ายกัน คือ มีอาการไอเรื้อรัง น้ำหนักลด มีไข้ แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการเร็วกว่า คือ มีอาการก่อนมารับการรักษา 2 สัปดาห์ ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการก่อนมารับการรักษา 3 เดือน ได้รับการรักษาเหมือนกัน แต่ระยะเวลาแตกต่างกัน มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกัน 5 ข้อ คล้ายกัน 1 ข้อ คือ กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะทุพโภชนาการ กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเปลี่ยนแปลง กรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น คือ มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพควรให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีแบบผสมผสาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา

คำสำคัญ : การพยาบาล, วัณโรคปอด, การติดเชื้อเอชไอวี, ภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรค

Abstract

Tuberculosis in combination with HIV infection was a major problem. Thailand was ranked as one of 14 countries with the burden of tuberculosis. The main complication of TB treatment was anti-tuberculosis drug induce hepatitis resulting in increased patient suffering and require longer treatment. Effective standardized nursing care, it allowed patients to receive ongoing treatment, prevented the spread of infection and reduced the severity of complications.

This study was a descriptive study. Comparison of nursing care for TB patients with HIV infection. Two cases of anti-tuberculosis drug induce hepatitis were hospitalized in Ratsada Hospital in 2020, both while taking care and continuing care in the community. By studying patient history from inpatient medical records, history taking from patients and relatives and observation. The tools used in the study were the patient record form from the patient medical record, history taking of patients and relatives and observation record form. Analyzed the data and compared the risk factors causes, signs and symptoms, treatment, problems and medical diagnoses.

The results of the study found that both cases were male, working age, with pulmonary tuberculosis and HIV infection and had hepatitis from anti-tuberculosis drugs. The same risk factor for HIV infection was unprotected sex behavior. The same risk factor for tuberculosis was being infected with HIV. However, the different risk factors were: Case Study 1 was at home with a TB patient before, Case Study 2 had unknown TB exposure. have alcohol behavior and use the same Kratom. Similar signs and symptoms included persistent cough, weight loss and fever. However, Case Study 2 developed symptoms earlier, i.e., symptoms were present 2 weeks prior to treatment, whereas Case Study 1 had symptoms 3 months prior to treatment and received the same treatment but the duration is different. There were 5 identical nursing diagnoses and 1 was similar: Case Study 1 had malnutrition. As for the second case study, there was a risk of change in nutrition. and found that in case study 1, there was an increase in nursing diagnosis, which was an increase in anxiety.

Nurses and multidisciplinary teams should provide integrated care for patients with pulmonary tuberculosis and HIV infection to provide patients with continued medication, to prevent transmission and reduce the severity of complications during treatment.

Keywords: Nursing Care, Pulmonary tuberculosis, HIV infection, Anti-tuberculosis Drug induce Hepatitis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจัดอันดับให้ไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศจากทั่วโลกที่มีภาระวัณโรค ในปี พ.ศ. 2560 - 2564 ประเทศไทยมีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอุบัติการณ์วัณโรค ด้านวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistant tuberculosis: MDRTB) และด้านวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2560) โรคเอดส์ (AIDS) มีผลทำให้การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการมักรุนแรง เรื้อรัง และเสียชีวิตในที่สุด (กิตติกร นิลมานันต์ และสมนันทน์ ทศนิสุวรรณ, 2559; นิตยา ภิญญาคำ และชมพูนุท ศรีรัตน์, 2560) วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ติดเชื้อ HIV (ณัฐนันท์ ภูวิกรมย์, 2559; สุพัตรา คงปลอด พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และ อรสา พันธักดิ์, 2558; Bhuvana, K. B., Hema, N. G., & Patil, R. T., 2015) จากรายงานวัณโรคขององค์การอนามัยโลก ปี 2559 ประมาณการว่าในปี 2558 ทั่วโลกมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 10.4 ล้านคน โดยในจำนวนนี้พบ 1.2 ล้านคน หรือร้อยละ 11 มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยและผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดเสียชีวิตประมาณปีละ 1.4 ล้านคน ซึ่งเกือบ 1 ใน 3 (ประมาณ 4 แสนคน) ที่เสียชีวิตนั้นเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกมีประมาณ 37 ล้านคน จะเป็นวัณโรคระยะแฝง (latent tuberculosis infection : LTBI) ประมาณ 1 ใน 3 โดยการติดเชื้อและป่วยด้วยวัณโรคจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับแรก ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2560)

การรักษาวัณโรคที่ได้ผลในปัจจุบัน คือการรักษาด้วยสูตรยามาตรฐานเป็นระยะเวลา 6 เดือน ยาที่

ถูกเลือกใช้เป็นลำดับแรก (First regimen) สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ คือ สูตรยาที่ประกอบด้วย ยา 4 ขนาน ได้แก่ Isoniazid (INH หรือ H) Rifampicin (RMP หรือ R) Pyrazinamide (PZA หรือ Z) และยา Ethambutol (EMB หรือ E) โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยา ทั้ง 4 ขนาน เป็นประจำทุกวันในช่วง 2 เดือนแรก (Intensive phase: 2HRZE) หลังจากนั้นจะเหลือยาเพียง 2 ขนาน คือ INH และ RMP รับประทานทุกวัน เป็นระยะเวลาอีก 4 เดือน (Continuation phase: 4HR) จึงครบระยะเวลาการรักษาทั้งหมด 6 เดือน (กรีธาธรรมคัมภีร์, 2562; พิจิตรา หงส์ประสิทธิ์ และปวีณา สนธิสมบัติ, 2555) สูตรยารักษาวัณโรคแม่จะ ได้ผลในการรักษา แต่ในขณะรักษาพบอุบัติการณ์ภาวะความเป็นพิษต่อดับหรือต่อบักเสบได้ถึงร้อยละ 5-28 (วารางคณา กิริติชนานนท์ และสุริยา กิริติชนานนท์, 2558; กฤติมาโกชนสมบุรณ์, 2559; Abbara, et al., 2017; Jeong, I., et al. 2015) การเกิดภาวะความเป็นพิษต่อดับหรือต่อบักเสบในผู้ป่วยวัณโรคนอกจากเกิดจากยารักษาวัณโรคแล้วยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ อายุ เพศปัจจัยทางพันธุกรรม การได้รับยาหลายขนานร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ โรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคเอดส์ ผู้ที่เป็นโรคตับหรือผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น (วารางคณา กิริติชนานนท์ และสุริยา กิริติชนานนท์, 2558; ปาจรีย์ ศรีอุทธา, 2560)

โรงพยาบาลรัฐภูมามีผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 จำนวน 18, 15 และ 24 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ร้อยละ 5.56, 6.67 และ 8.33 ตามลำดับ และมีภาวะแทรกซ้อนการเกิดภาวะต่อบักเสบจากยารักษาวัณโรค ร้อยละ 5.56, 0.00 และ 25.00 (โรงพยาบาลรัฐภูมา, 2564)

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความยุ่งยากกว่าวัณโรคทั่วไป เนื่องจากวัณโรคส่งผล

ให้การดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวีเร็วขึ้น มีโอกาสป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือโรคอื่นๆ พบวัณโรคนอกปอด หรือวัณโรคแพร่กระจายมากขึ้น ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาบ่อยและรุนแรงขึ้น เสี่ยงต่อความไม่สม่ำเสมอในการกินยา ส่งผลให้อัตราการหายขาดลดลง อัตราการกลับมาเป็นซ้ำ โอกาสเกิดวัณโรคดื้อยา หรืออัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ เจริญ ชูโชติถาวร และนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2561) ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลประจำคลินิกวัณโรค เป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ และเป็นผู้ประสานหลักในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จึงมีบทบาทสำคัญที่จะต้องมีความรู้ ทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะการรักษาทั้งการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างรักษา ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัว ชุมชนได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี ที่มีภาวะดื้อยารักษาวัณโรค ทั้งขณะดูแล และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

วิธีการดำเนินงาน

โดยการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี ที่มีภาวะดื้อยารักษาวัณโรค จำนวน 2 ราย ในโรงพยาบาลรักษา ในปี พ.ศ. 2563 โดยเลือกแบบเจาะจง ทั้งขณะดูแล และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติจากผู้ป่วย และญาติ และการสังเกต เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยแบบซักประวัติผู้ป่วยและญาติ และแบบบันทึกการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบสาเหตุปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 37 ปี 9 เดือน

3 เดือน ก่อนมีอาการมีเสมหะสีขาว ไม่มีเลือดปน เหนื่อยง่าย ไม่เจ็บหน้าอก ไม่มีน้ำมูก ไม่เจ็บคอ ไม่มีไข้ 1 เดือนก่อนมา ไอมากขึ้น เหนื่อยมากขึ้น น้ำหนักลด 9 กิโลกรัม/1 เดือน

1 วันก่อนมา ไปรับการรักษาที่คลินิก แพทย์เอกซเรย์ปอด สงสัยเป็นวัณโรค จึงแนะนำให้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรักษา แรกรับผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ 37.6°C PR = 82 ครั้ง/นาที RR=20 ครั้ง/นาที BP 120/70 mmHg ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Sputum AFB 1+, Anti-HIV positive ผล CXR พบ patchy infiltration at left upper lung and right lower lung วินิจฉัย Pulmonary tuberculosis with HIV infection ค่า LFT ปกติ ให้การรักษาโดยให้ยารักษาวัณโรคสูตรมาตรฐาน 2HRZE/4HR ยาลดไข้ ยาขับเสมหะ ยาบำรุงปลายประสาท รับประทานในโรงพยาบาลเพื่อประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วย และเตรียมชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

หลังรับประทานในโรงพยาบาล 3 วัน ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงของยา สามารถรับประทานอาหารได้อาการไอและอาการเหนื่อยลดลง จึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2 สัปดาห์หลังเริ่มรักษาวัณโรค ผู้ป่วยมารับยาตามนัด มีอาการไอมีเสมหะสีขาวนานๆ ครั้ง รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีอาการตัวตาเหลือง ค่า LFT ปกติส่งตรวจ

CD4 น้ด 2 สัปดาห์เพื่อให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และยาต้านไวรัส

29 วัน หลังได้รับยารักษาวัณโรค ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด มีอาการตัวตาเหลือง อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไอ มีเสมหะสีขาว ไม่มีเลือดปน เหนื่อยเล็กน้อย ค่า LFT ผิดปกติ total bilirubin 5.55 mg/dl, direct bilirubin 3.56 mg/dl, ALT 112 U/L, BP 90/60 mmHg, P 118 ครั้ง/นาทีแพทย์ให้ 0.9% NaCl 300 ml IV stat และส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลต้งเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง แพทย์โรงพยาบาลต้งให้กลับมา Re-challenge ยารักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลรัฐภา

สัปดาห์ที่ 1 ใ้ยาสูตร EOS ค่า LFT ปกติ

สัปดาห์ที่ 2 ใ้ยาสูตร HEOS ค่า LFT ปกติ

สัปดาห์ที่ 3 ใ้ยาสูตร HREOS หลัง Re-challenge

3 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีอาการตัวตาเหลือง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดท้อง เริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ค่า LFT ปกติ แพทย์สรุปต่อบักเสบจากยา PZA จึงใ้ยารักษาวัณโรคสูตร 2HRE/7HR

หลังปรับสูตรยา 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีอาการตัวตาเหลือง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีอาการปวดท้อง ไอ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ รับประทานอาหารได้น้ำหนักเพิ่มขึ้นแพทย์เริ่มใ้ยาป้องกันการเชื้อฉวยโอกาส และยาต้านไวรัสร่วมกับยารักษาวัณโรค

หลังเริ่มยาต้านไวรัส 1 สัปดาห์ ได้รับแจ้งผล sputum C/S for TB จากสำนักควบคุมโรคที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin แพทย์วินิจฉัย MDR-TB จึงติดตามผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อส่งตัวไปรักษา MDR-TB ที่โรงพยาบาลต้ง

กรณีศึกษารายที่ 2

ชายไทย อายุ 39 ปี 6 เดือน มาตามนัดเพื่อฟังผล Xpert MTB/RMP

17 วันก่อนมา มีไข้ เหนื่อย ไอแน่นหน้าอก มีเสมหะสีขาวปนเขียว น้ำหนักลด 2 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์ 13 วันก่อนมาไ้มากขึ้น เหนื่อยมากขึ้น มีน้ำมูกข้น 10 วันก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งเอกซเรย์ปอด วินิจฉัย Pneumonia with HIV infection รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้รับการรักษาโดยฉีดยาฆ่าเชื้อ ยาละลายเสมหะ และยาลดไข้ ส่งตรวจ Sputum AFB, Xpert MTB/RMP, Anti-HIV ผล AFB negative Anti-HIV positive น้ด 7 วัน ผู้ป่วยยังมีอาการไอมีเสมหะสีขาว ไม่มีเลือดปน ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย ไม่เจ็บหน้าอก BT 37.3°C PR=120 ครั้ง/นาที RR = 20 ครั้ง/นาที BP=150/90 mmHg ผล Xpert MTB/RMP : MTB detected low, Rifam resistant not detect แพทย์วินิจฉัย Pulmonary TB with HIV infection ใ้การรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรมาตรฐานระยะสั้น 2HRZE/4HR น้ดมารับการต่อเนื่ง วางแผนใ้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และยาต้านไวรัส

หลังเริ่มรักษาวัณโรคได้ 19 วัน ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีไข้ ไอมีเสมหะสีขาว มีฝ้าขาวในปาก ค่า SGOT 342 U/L, SGPT 176 U/L แพทย์สงสัยต่อบักเสบจากยารักษาวัณโรค จึง Re-challenge

สัปดาห์ที่ 1-3 ใ้ยาสูตร EOS ร่วมกับ Clotrimazole (troche) cotrimoxazole เพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส

สัปดาห์ที่ 4 ใ้ยาสูตร HEOS สัปดาห์ที่ 5 ใ้ยาสูตร HREOS หลัง Re-challenge ยา

สัปดาห์ที่ 5 ผู้ป่วยยังมีอาการไอมีเสมหะสีขาวนานๆ ครั้ง ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไม่เจ็บหน้าอก ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีอาการตัวตาเหลือง ค่า LFT ปกติแพทย์สรุปต่อบักเสบจาก PZA จึงใ้ยารักษาวัณโรคสูตร 9 IRE ผู้ป่วยมีฝ้าขาวในปาก เพิ่มยา Fluconazole เพื่อรักษาเชื้อราในช่องปาก หลังได้รับยารักษาวัณโรค

สัปดาห์ที่ 11 ผู้ป่วยไม่มีอาการไอ ไม่มีอาการ หายใจเหนื่อยหอบ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีอาการ ตัวตาเหลือง ยังมีฝ้าขาวในปาก ค่า LFT ปกติ แพทย์เริ่ม ให้ยาต้านไวรัส หลังได้รับยาต้านไวรัส 1 เดือน ผู้ป่วยไม่มี

อาการไอ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีอาการตัวตาเหลือง ยังมีฝ้าขาวในปาก ตรวจ Sputum AFB ผล negative CXR infiltration ลดลง นัด มารักษาต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา

สาเหตุปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง และการรักษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสาเหตุปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการแสดงและการวินิจฉัย และการรักษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
สาเหตุปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ HIV การเกิดโรคไวรัส และ การเกิด ภาวะตับอักเสบจากยารักษาไวรัส	<ul style="list-style-type: none"> - มีประวัติเปลี่ยนคู่นอน ใช้บริการหญิง ชายบริการ และภรรยาติดเชื้อ HIV ไม่ได้ใช้ ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ - ภรรยาป่วยเป็นโรคเมื่อ 2 ปีก่อน - ติดเชื้อ HIV - ใช้สารเสพติดพิษกระท่อม ดื่มสุรา 	<ul style="list-style-type: none"> - มีประวัติเปลี่ยนคู่นอนและใช้บริการ หญิงชายบริการทางเพศ ไม่ได้ใช้ถุงยาง อนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ - ไม่มีประวัติสัมผัสสัตว์โรค - ติดเชื้อ HIV - ใช้สารเสพติดพิษกระท่อม ดื่มสุรา
อาการ อาการแสดง และการวินิจฉัย	<ul style="list-style-type: none"> - มีอาการ ไข้ต่ำๆ ไอมีเสมหะสีขาวไม่มีเลือดปน มา 3 เดือน เหนื่อย น้ำหนักลด 9 กก. มา 1 เดือน - sputum AFB : 1+ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีอาการไอมีเสมหะสีขาวปนเขียวเหนียว น้ำหนักลด 2 กก. มีไข้มา 1 สัปดาห์ - sputum AFB : neg.
อาการ อาการแสดง และการ วินิจฉัย	<ul style="list-style-type: none"> - CXR: patchy infiltration at left upper lung and right lower lung - anti-HIV: positive วินิจฉัยครั้งแรกเป็น Pulmonary TB with HIV infection หลังได้รับยารักษาไวรัส 1 เดือน เริ่มมีอาการ ตัวตาเหลือง อ่อนเพลีย ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย - Total Bilirubin 5.55 mg/dl - Direct bilirubin 3.56 mg/dl - SGOT 59 U/L - SGPT 112 U/L วินิจฉัย Pulmonary TB with HIV infection with drug induce Hepatitis ผลการ sputum C/S for TB - Sputum C/S for TB: Myco bacterium tuberculosis complex - DST: ตื้อต่อยา Isoniazid และ Rifampicin วินิจฉัยครั้งสุดท้ายเป็น MDR-TB with HIV infection with drug induce Hepatitis 	<ul style="list-style-type: none"> - Xpert MTB/RMP: MTB detected, RMP resistant not detected - anti-HIV: positive วินิจฉัยครั้งแรก Pulmonary TB with HIV infection หลังเริ่มรักษาไวรัสได้ 19 วันมี อาการ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีไข้ ไอมี เสมหะสีขาว มีฝ้าขาวในปาก - SGOT 342 U/L - SGPT 176 U/L วินิจฉัย HIV infection with drug induce Hapatitis

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรักษา	เริ่มการรักษาวัณโรคด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้น ประกอบด้วยยา 4 ชนิดคือ isoniazid, rifampicin, ethambutol และ pyrazinamide โดยรักษาระยะเข้มข้น 2 เดือน และระยะต่อเนื่อง 4 เดือน (2HRZE/4HR) หลังรักษาได้ 29 วัน มีภาวะ Drug induce Hepatitis แพทย์ Re- challenge ยารักษาวัณโรค	เริ่มการรักษาวัณโรคด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้น ประกอบด้วยยา 4 ชนิดคือ isoniazid, rifampicin, ethambutol และ pyrazinamide โดยรักษาระยะเข้มข้น 2 เดือนและระยะต่อเนื่อง 4 เดือน (2HRZE/4HR) หลังรักษา 19 วัน มีภาวะ Drug induce Hepatitis แพทย์ Re- challenge ยารักษาวัณโรค
การรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - สัปดาห์ที่ 1 EOS - สัปดาห์ที่ 2 HEOS - สัปดาห์ที่ 3 HREOS สรุบบันทึกเสบจากยา PZA ใช้ยารักษาวัณโรคสูตร 2HRE/7HR เริ่มยาป้องกันเชื้อฉวยโอกาส Clotrimazole(troche), Co-trimoxazole, Fluconazole - หลัง Re- challenge ยารักษาวัณโรค 4 สัปดาห์ยาต้านไวรัส Teevir (TD-F+EFV+FTC) (300+600+200)	<ul style="list-style-type: none"> - สัปดาห์ที่ 1-3 EOS เริ่มยาป้องกันเชื้อฉวยโอกาส Clotrimazole(troche), Co-trimoxazole - สัปดาห์ที่ 4 HEOS - สัปดาห์ที่ 5 HREOS - สัปดาห์ที่ 6 สรุบบันทึกเสบจากยา PZA ใช้ยารักษาวัณโรคสูตร 9 HRE เพิ่มยาป้องกันเชื้อฉวยโอกาส Fluconazole - หลัง Re- challenge ยารักษาวัณโรค 4 สัปดาห์เริ่มยา ต้านไวรัส Teevir (TDF+EFV+FTC) (300+600+200)

จากตารางที่ 1 กรณีศึกษาทั้งสองรายมีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ที่คล้ายกันคือ มีประวัติเปลี่ยนคู่นอน และใช้บริการหญิงขายบริการ โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย แตกต่างกัน คือกรณีศึกษาที่ 1 ภรรยาติดเชื้อ HIV ซึ่งผู้ป่วยอาจจะติดเชื้อ HIV จากภรรยา มีสาเหตุปัจจัยเสี่ยงการติดต่อของวัณโรคคล้ายกันในด้านปัจจัยเสี่ยง คือผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ติดเชื้อ HIV แตกต่างกันว่า กรณีศึกษาที่ 1 อยู่ร่วมบ้านกับภรรยาที่ป่วยเป็นวัณโรครักษาหายแล้ว และเสียชีวิตหลังรักษาวัณโรคหายแล้ว 1 ปีโดยไม่ได้ไปรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่ทราบแหล่งสัมผัสวัณโรคที่แน่ชัด หลังจากได้รับการรักษาวัณโรค

กรณีศึกษาทั้งสองรายมีภาวะ Drug induce hepatitis การวางแผนการรักษาวัณโรค กรณีศึกษาที่ 2 วางแผนการรักษาด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้น ประกอบด้วยยา 4 ชนิดคือ isoniazid, rifampicin, ethambutol และ pyrazinamide โดยรักษาระยะเข้มข้น 2 เดือน และระยะต่อเนื่อง 4 เดือน (2HRZE/4HR) หลังการรักษาวัณโรคกรณีศึกษาทั้งสองรายมีภาวะตับอักเสบ แพทย์จึงเริ่ม Re-challenge ยารักษาวัณโรค โดยกรณีศึกษาที่ 1 ใช้ระยะเวลา Re-challenge 3 สัปดาห์ กรณีที่ 2 ใช้ระยะเวลา Re-challenge 5 สัปดาห์ กรณีศึกษาทั้งสองรายแพทย์สรุบบันทึกเสบจากยา PZA กรณีศึกษาที่ 1 ปรับสูตรยารักษา

วัณโรคเป็น 2HRE/7HR กรณีศึกษาที่ 2 ปรับเป็น การได้รับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส กรณีศึกษาที่ 1 เริ่มได้รับยาหลัง Re-challenge ยารักษาวัณโรค ขณะ

ที่กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับระหว่าง Re-challenge ยารักษาวัณโรค กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับยาต้านไวรัสหลัง Re-challenge ยารักษาวัณโรค 4 สัปดาห์

ปัญหาและการวินิจฉัยทางการแพทย์

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบปัญหาและการวินิจฉัยทางการแพทย์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ปัญหาและการวินิจฉัยทางการแพทย์	<ol style="list-style-type: none"> มีภาวะติดเชื้อวัณโรคและเชื้อเอชไอวีเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรค มีภาวะตับอักเสบจากการแพ้ยารักษาวัณโรค ไม่สุขสบายเนื่องจากไอมีเสมหะและไอแห้งร่วมกับมีอาการเจ็บหน้าอก จากการไอ เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน อาการข้างเคียงของยา และมีอาการแพ้ยา ขาดความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคและโรคเอดส์ แผนการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจาก พยาธิสภาพของโรคทำให้รับประทานอาหารได้น้อยน้ำหนักลดลง 9 กิโลกรัม มีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวสังคมไม่ยอมรับ และกลัวนายจ้างไล่ออกจากงานเนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยทำให้ไม่มีแรงในการทำงาน 	<ol style="list-style-type: none"> มีภาวะติดเชื้อวัณโรคและเชื้อเอชไอวีเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรค มีภาวะตับอักเสบจากการแพ้ยารักษาวัณโรค ไม่สุขสบายเนื่องจากไอมีเสมหะและไอแห้ง ร่วมกับมีอาการเจ็บหน้าอกจากการไอ เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากต้องรับประทานยาเป็นเวลานานอาการข้างเคียงของยา และมีอาการแพ้ยา ขาดความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคและโรคเอดส์แผนการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกายเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และมีการติดเชื้อราในช่องปาก

จากตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พบว่ามีกรณีศึกษาที่ 1 และที่ 2 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน 5 ข้อ คือข้อที่ 1-5 และมีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลคล้ายกัน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 6 กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะทุพโภชนาการ กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเปลี่ยนแปลง กรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เพิ่มขึ้น 1 ข้อ คือ มีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวสังคมไม่ยอมรับ และกลัวนายจ้างไล่ออกจากงาน ซึ่งในกรณีศึกษาที่ 1 การติดเชื้อ HIV และวัณโรคมีผลทำให้น้ำหนักลด 9 กิโลกรัม ใน 1 เดือน

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้งสองราย มีสาเหตุปัจจัยเสี่ยงการติดต่อของวัณโรคคล้ายกัน คือ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายติดเชื้อ HIV ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ มีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ 2561; สุชาติพิทย์ อุปลาบัติ และชมพูนุท ศรีรัตน์, 2560) ส่วนที่แตกต่างกัน คือ กรณีศึกษาที่ 1 อยู่ร่วมบ้านกับภรรยาที่ป่วยเป็นวัณโรครักษาหายแล้ว และเสียชีวิตหลังรักษาวัณโรคหายแล้ว 1 ปี โดยไม่ได้ไปรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่ทราบแหล่งสัมผัสวัณโรคที่แน่ชัด หลังจากได้รับ

การรักษาวัณโรคกรณีศึกษาทั้งสองรายมีภาวะ Drug induce hepatitis โดยยาที่เป็นสาเหตุ คือ Pyrazinamide (เปี่ยมลามก แสงสายัณห์ เจริญ ชูโชติถาวร และนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2561; กริชา ธรรมคัมภีร์, 2562; ธเนศ ชัยสถาผล, 2557; นิธิพัฒน์ เจริญกุล, 2556) ซึ่งทั้งสองรายติดเชื้อ HIV และดื่มเหล้าเป็นประจำทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรค (วรางคณา กิริติชนานนท์ และสุริยา กิริติชนานนท์, 2558) กรณีศึกษาที่ 1 พบผลการตรวจ Sputum C/S for TB พบเชื้อ Mycobacterium tuberculosis complex และดื้อต่อยา Isoniazid และ Rifampicin ซึ่งผู้ป่วยป่วยเป็นวัณโรคครั้งแรก สาเหตุของการติดเชื้อวัณโรคคือยาจึงอาจเกิดจากภรรยาที่เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุอาจป่วยเป็นวัณโรคคือยา หลังจากเคยรักษาวัณโรคหายแล้ว หรือผู้ป่วยอาจสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคคือยาโดยไม่รู้ตัว กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวางแผนการการรักษาวัณโรคด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้น ประกอบด้วยยา 4 ชนิด คือ isoniazid, rifampicin, ethambutol และ pyrazinamide โดยรักษาระยะเข้มข้น 2 เดือน และระยะต่อเนื่อง 4 เดือน (2HRZE/4HR) (เปี่ยมลามก แสงสายัณห์ เจริญ ชูโชติถาวร และนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2561; กริชา ธรรมคัมภีร์, 2562; ชาญกิจ ติเมโสพงส์, 2555) หลังการรักษาวัณโรคกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรค กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการหลังรักษา 29 วัน กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการหลังการรักษา 19 วัน จึงทำการ Re-challenge ยา โดยใช้ยา ofloxacin, และ streptomycin ระหว่าง Re-challenge ยา สรุปผู้ป่วยแพ้ยา PZA ทั้ง 2 ราย จึงปรับสูตรรักษาวัณโรคเป็น 2HRE/7HR (วรางคณา กิริติชนานนท์, 2562) ในกรณีศึกษาที่ 1 และสูตร 9HRE (วรางคณา กิริติชนานนท์, 2562) ในกรณีศึกษาที่ 2 กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับยาต้านไวรัสหลังเริ่มยารักษาวัณโรค สัปดาห์ที่ 12 สอดคล้องกับแนวทางการให้ยา

ต้านไวรัสในผู้ป่วยวัณโรคซึ่งควรให้ยาต้านหลังได้รับยารักษาวัณโรค ภายใน 4-8 สัปดาห์ (กัพพล สุวรรณพิมลกุล, 2562) กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับสัปดาห์ที่ 11 เนื่องจากใช้เวลาในการ re - challenge ยารักษาวัณโรคนานกว่ากรณีศึกษาที่ 1 ซึ่งหากให้ยาต้านไวรัสขณะที่ภาวะตับอักเสบยังไม่ดีขึ้นอาจทำให้ภาวะตับอักเสบบรุนแรงขึ้น เกิดเป็นโรคตับเรื้อรังหรือมะเร็งตับได้ (วิศรา ศรีตะปัญญะ และคณะ, 2560)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 และที่ 2 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน 5 ข้อ และมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคล้ายกัน 1 ข้อ โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจาก พยาธิสภาพของโรคทำให้รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง 9 กิโลกรัม กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกายเนื่องจาก พยาธิสภาพของโรค และมีการติดเชื้อราในช่องปาก กรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น 1 ข้อ คือ มีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวสังคมไม่ยอมรับ ทั้งนี้เนื่องจากกรณีศึกษาที่ 1 ติดเชื้อ HIV และวัณโรคมีผลทำให้น้ำหนักลด 9 กิโลกรัม ใน 1 เดือนทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย และเมื่อรับประทานยารักษาวัณโรคมีอาการแพ้ยาทำให้เกิดภาวะตับอักเสบ รับประทานอาหารได้น้อยลง ทำให้อ่อนเพลีย จนไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จึงกลัวว่านายจ้างจะไล่ออกจากงาน ประกอบกับผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องเลี้ยงดูบุตร 2 คน จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล

กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการพยาบาลขณะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนอย่างครอบคลุมตามปัญหา โดยเป้าหมายทางการพยาบาล คือ การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรควัณโรคและ HIV ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา และ

สามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติ (กิตติกร นิลมานันต์ และศมนนันท ทัศนีสวรรณ, 2559; ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2561) ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้และอาการดีขึ้น

สรุปผล

จากการศึกษากรณีศึกษาทั้งสองรายเป็นเพศชาย ทำงาน ที่ป่วยวัณโรคปอดร่วมกับติดเชื้อเอชไอวี มีภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรค มีปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ HIV เหมือนกัน คือ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงวัณโรคเหมือนกัน คือ เป็นผู้ติดเชื้อ HIV ปัจจัยเสี่ยงที่ต่างกัน คือ กรณีศึกษาที่ 1 อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคมาก่อน กรณีศึกษาที่ 2 ไม่ทราบแหล่งสัมผัสวัณโรคมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ และใช้ฟီးไบกระท่อมเหมือนกัน อาการและอาการแสดงคล้ายกัน คือ มีอาการไอเรื้อรัง น้ำหนักลด มีไข้ แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการเร็วกว่า คือมีอาการก่อนมารับการรักษา 2 สัปดาห์ ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการก่อนมารับการรักษา 3 เดือนได้รับการรักษาเหมือนกัน แต่ระยะเวลาแตกต่างกัน มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เหมือนกัน 5 ข้อ คล้ายกัน 1 ข้อ คือ กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะทุพโภชนาการกรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเปลี่ยนแปลงกรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เพิ่มขึ้น คือ มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นพยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพควรให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีแบบผสมผสาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. หลังจากผู้ป่วยรักษาวัณโรคหายแล้ว ควรมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งการนัดมารับยาต่อ อรุวรรณ แยมบริสุทธิ์. (2549). โภชนาการและโรคอ้วนในเด็ก:สาเหตุและมาตรการป้องกันในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- กฤติมา โภชนสมบูรณ์. (2559). ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยวัณโรค ในคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 60(3), 171-180.
- กริธา ธรรมคัมภีร์. (2562). การรักษาวัณโรคปอดเชื้อไม่ดื้อยา. ใน กริธา ธรรมคัมภีร์, บรรณาธิการ. วัณโรคปอด ในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- กิตติกร นิลมานันต์ และศมนนันท ทัศนีสวรรณ. (2559). สถานการณ์ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์. ใน ชนิษฐา นาคะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 เล่ม 3. สงขลา: นีโอพอยท์ (1995).
- กำพล สุวรรณพิมลกุล. (2562). วัณโรคในผู้ป่วยที่มีเชื้อเอชไอวี ร่วมด้วย. ใน กริธา ธรรมคัมภีร์, บรรณาธิการ. วัณโรคปอดในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).
- ชาญกิจ ติเมอพงส์. (2555). Management of Tuberculosis in HIV-infected Patient ใน ชาญกิจ พุฒิเมอพงส์ และคณะ, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับเภสัชกร: การดูแลผู้ป่วยวัณโรค. กรุงเทพฯ: ประชาชน.

- ณัฐนันท์ ภูวิกรมย์. (2559). การศึกษาสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารแพทย์เขต 4-5, 35(1), 2-12.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด. ใน วันดี โตสุขศรี และคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- ธเนศ ชัยสภาพล. (2557). วัณโรค. ใน เด่นหล้า ปาลเดชพงศ์, บรรณาธิการ. Ambulatory medicine: กลยุทธ์ การบริหารผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย.
- นิตยา ภิญญาคำ และชมพูนุท ศรีรัตน์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. ใน ประทุม สร้อยวงศ์. การพยาบาลอายุรศาสตร์, บรรณาธิการ. เชียงใหม่: สมาร์ทโค้ทติ้งแอนด์เซอร์วิส.
- นิธิพัฒน์ เจริญกุล. (2556). วัณโรค. ใน นิธิพัฒน์ เจริญกุล, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ปาจรรย์ ศรีอุทธา. (2560). การบาดเจ็บที่ตับเนื่องจากยา. วารสารไทยโภชนาการนิพนธ์. 12(2), 69-83. เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ เจริญ ชูโชติถาวรและนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ. (2561). แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย (Clinical Practice Guide (CPG) of Tuberculosis Treatment in Thailand). นนทบุรี: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- พิจิตรา หงส์ประสิทธิ์ และปวีณา สนธิสมบัติ. (๒๕๕๕). Management of Drug-Resistant Tuberculosis. ใน ชาญกิจ พุทธิเลอพงศ์ และคณะ, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับเภสัชกร: การดูแลผู้ป่วยวัณโรค. กรุงเทพฯ: ประชาชน. โรงพยาบาลรัฐฯ. (๒๕๖๔). ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค. ตรัง: โรงพยาบาลรัฐฯ.
- วรางคณา กิริติชนานนท์. (๒๕๖๒). การรักษาวัณโรคในกรณีพิเศษ. ใน กฤษา ธรรมคัมภีร์, บรรณาธิการ. วัณโรคปอด ในศตวรรษที่ ๒๑. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (๑๙๙๒).
- วรางคณา กิริติชนานนท์ และสุริยา กิริติชนานนท์. (๒๕๕๘). วิธีป้องกันและรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะพิษต่อตับจากการใช้ยาต้านวัณโรค. ธรรมศาสตร์เวชสาร. ๑๕(๔), ๕๖๔๖-๖๕๗.
- วิศรา ศรีตะปัญญา และคณะ. (๒๕๖๐). ความชุกของภาวะพิษต่อตับและปัจจัยที่สัมพันธ์กับค่าเอนไซม์ตับสูงในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีชาวไทย ที่ไม่มีการติดเชื้อร่วมของไวรัสตับอักเสบบีและซี. วารสารเทคนิคการแพทย์. ๔๕(๓), ๖๑๔๑-๖๑๕๖.
- สุธาทิพย์ อุปลาบัติ และชมพูนุท ศรีรัตน์. (๒๕๖๐). การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค. ใน ในประทุม สร้อยวงศ์. การพยาบาลอายุรศาสตร์, บรรณาธิการ. เชียงใหม่: สมาร์ทโค้ทติ้ง แอนด์เซอร์วิส.
- สุพัตรา คงปลอด พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และอรสา พันธุ์ภักดี. (๒๕๕๘). การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส. รามาธิบดีพยาบาลสาร, ๒๑(๑), ๓๘-๕๐.



สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2560). แนวทางการปฏิบัติงานผสมผสานวัณโรคและเอชไอวี 2560. นนทบุรี: เจ. เอส. การพิมพ์.

Abbara, et al. (2017). Drug-induced liver injury from antituberculous treatment: a retrospective study from a large TB center in the UK. *BMC Infectious Diseases*. 17, 231-240.

Bhuvana, K. B., Hema, N. G., & Patil, R. T. (2015). Prevalence and risk factors for opportunistic infections in HIV patients who developed adverse drug reactions (ADRs) to antiretroviral therapy (ART) in a tertiary-care teaching hospital. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*. 5(3), 200-205.

Jeong, I., et al. (2015). Drug-induced Hepatotoxicity of Anti-tuberculosis Drugs and Their Serum Levels. *Korean Med Sci*. 30, 167-172.

ต้นทุนการจัดบริการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง

บุญชู คงเรือง, ประภาส สงบุตร

Boonchu Kongruang, Prapas Songbut

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง

Mueang Phatthalung District Public Health Office, Phatthalung

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนการให้บริการในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่จดทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ของอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน 5 เครือข่าย เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิของปีงบประมาณ 2564 เก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน 2565 ในมิติของผู้ให้บริการ ได้แก่ข้อมูลบริการจากระบบฐานข้อมูล HDC ข้อมูลทางการเงินจากรายงานงบประมาณและงบทดลองในการบัญชีคงค้าง

ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนทั้งหมดของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ยเครือข่ายละ 10,546,743.50 บาท ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าแรง โดยมีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนค่าวัสดุต่อต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ 76 : 19 : 5 มีต้นทุนต่อหน่วยบริการเฉลี่ยครั้งละ 287.56 บาท มีต้นทุนบริการเฉลี่ยต่อหัวประชากรเท่ากับ 935.55 บาท และมีอัตราคืนทุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ยร้อยละ 26.99

ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาวางแผนจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพ เป็นธรรม และให้มีความสอดคล้องกับภาระกิจของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะเกิดผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพโดยรวมของประชาชนต่อไป

คำสำคัญ : ต้นทุนการจัดบริการ,เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

The purpose of this research was to study the cost of services in the primary care network registered in the primary care network under the Primary Health System Act B.E. 2019 in Muang Phatthalung District. Phatthalung Province in fiscal year 2021, 5 networks. Data were collected from secondary sources of fiscal year 2021 on April 2022, in the perspective of service providers. These include service data from HDC database system, financial data from budget reports and trial balance in accrual accounting.

The results showed that the total cost of each Network of primary care unit is average 10,546,743.50 baht, mostly labor costs. The ratio of labor cost to material cost to capital cost is 76 : 19 : 5. And average unit cost at 287.56 baht per time, with average service cost per capita of 935.55 baht. Recovery rate of Network of primary care unit average is 26.99 percent.

These data can be used as information for consideration in planning resource allocation to be efficient, fair and consistent with the mission of the primary care network. This will have a positive effect on the overall health development of the people in the future.

Keywords : Cost of Providing Service, Network of Primary Care Unit

บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นหัวใจของการจัดระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นระบบบริการที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดีและสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้ (World Health Organization, 2008) นอกจากนี้ระบบบริการปฐมภูมิยังเป็นระบบที่มีบทบาทในการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพที่เน้นการเข้าถึงบริการ (ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และอุทมพร วงษ์ศิลป์, 2561, น. 681-690) จึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาให้มีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้มีความเป็นเอกภาพและมีทิศทางในการทำงานที่เน้นหนักในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมากยิ่งขึ้น จากแนวคิดดังกล่าวมองว่าสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ซึ่งประกอบไปด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลายแห่ง ควรมีการบริหารจัดการร่วมกัน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเกิดการกระจายทรัพยากรที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยบริหารจัดการแยกจากระบบบริการทุติยภูมิเดิมที่มีอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อลดข้อครหาในประเด็นการให้น้ำหนักกับบริการปฐมภูมิน้อยกว่าที่ควรจะเป็น (ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, และอุทมพร วงษ์ศิลป์, น. 681-690) ในขณะที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 หัวข้อ (ข) ด้านอื่นๆ หัวข้อย่อย (5) ระบุ“ให้มีระบบ

การแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” (ราชกิจจานุเบกษา, 2560) กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิขึ้นเพื่อจัดระบบบริการสุขภาพรูปแบบใหม่เน้นการดูแลแบบองค์รวมด้วยแนวคิด“บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี” ด้วยทีมหมอครอบครัวอันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2563) และได้มีการตราพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ขึ้นโดยกำหนดให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งพัฒนาต่อมาจากจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยให้มีทีมสุขภาพดูแลประชากร 10,000 คน ต่อ 1 ทีมโดยเป็นหน่วยบริการเดี่ยวหรือเครือข่ายหน่วยบริการ ทั้งนี้เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปตามความเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายที่สำคัญคือเพิ่มการเข้าถึงบริการให้การดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั้งพื้นที่ที่มีการจัดบริการได้อย่างต่อเนื่องและใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อำเภอเมืองพัทลุง มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วย 3 หน่วยบริการปฐมภูมิ และ 5 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งสิ้น 8 หน่วยโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพดูแล

สุขภาพประชาชนครอบคลุมประชากร 80,000 คน บริหารเครือข่ายโดยใช้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเป็นหลัก ที่มีโรงพยาบาลพัทลุงเป็นแม่ข่ายทำหน้าที่สนับสนุนทรัพยากรกลไกการจัดสรรต้นทุนให้กับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านทางแม่ข่ายมี 3 กองทุนหลักได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกองทุนประกันสังคม และกองทุนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ขณะที่ยังประมาณของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ถูกจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านทางโรงพยาบาลแม่ข่าย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ในการพัฒนากลไกการจัดสรรต้นทุนให้กับหน่วยบริการปฐมภูมินี้ ต้นทุนการจัดบริการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการใช้เป็นเครื่องมือในการกระจายทรัพยากรเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม มีความกระจายทั่วถึง ไม่กระจุกตัวในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือวัดประสิทธิภาพของทีมสหวิชาชีพของแต่ละ

เครือข่ายหน่วยบริการอีกด้วยต้นทุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจึงเป็นประเด็นคำถามที่สำคัญของผู้บริหารว่ามีต้นทุนในการจัดบริการเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิเป็นเท่าไร จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาพบว่ายังมีงานวิจัยต้นทุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนของสถานบริการระดับปฐมภูมิเพียงแห่งเดียวไม่เป็นภาพรวมทั้งเครือข่ายและยังมีงานวิจัยต้นทุนบริการของแม่ข่ายและต้นทุนบริการของ รพ.สต. ซึ่งมี จำนวนไม่มากนักข้อมูลดังกล่าวจึงไม่สามารถสะท้อนต้นทุนรวมของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้งานวิจัยนี้จึงมุ่งประเด็นศึกษา

ต้นทุนการจัดบริการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ที่จัดตั้งขึ้นในปีงบประมาณ 2564 จำนวนทั้งสิ้น 5 เครือข่าย โดยใช้ข้อมูลของ รพ.สต. ทั้งหมดที่เป็นเครือข่าย เพื่อให้สามารถเห็นต้นทุนทั้งหมดที่ใช้ทั้งเครือข่ายได้ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการใช้ประกอบ การตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนทั้งหมด (Total cost) ต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit cost) ต้นทุนต่อหัวประชากร (Cost per capitation) และอัตราคืนทุน (Cost recovery) ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดที่ประยุกต์วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนตามคู่มือการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการ (2556) ของกระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดตามภาพที่ 1

1. วิเคราะห์องค์กรและโครงสร้างการบริหารของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และรูปแบบการจัดบริการ รวมถึงกิจกรรมบริการ
2. รวบรวมผลงานบริการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (หน่วยวัดเป็นครั้ง)
3. รวบรวมต้นทุน



$$\text{ต้นทุนต่อหน่วยบริการ} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมด}}{\text{ปริมาณกิจกรรม}}$$

$$\text{ต้นทุนต่อหัวประชากร} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมด}}{\text{จำนวนประชากร}}$$

4. รวบรวมข้อมูลรายได้ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

$$\frac{\text{รายได้ทั้งหมด}}{\text{ต้นทุนทั้งหมด}} \times 100$$

5. คำนวณอัตราคืนทุน =

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนทั้งหมดและต้นทุนต่อหน่วยบริการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุงปีงบประมาณ 2564 ช่วงระยะเวลา 1 ปี ด้วยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) จากแหล่งทุติยภูมิในมิติของผู้ให้บริการ (Provider) เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน 2565

ประชากร

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Target population) คือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในปีงบประมาณ 2564 โดยการสนับสนุนทรัพยากรจากแม่ข่ายในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย 5 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้แก่

1. เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านสวน ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนมะพร้าว

2. เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านควนถอบ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนถอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาแดง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำป่าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ

3. เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านปากสระ ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากสระ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะกอกใต้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าสำเภาใต้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้ายน้อยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรางหมู่

4. เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านหัวถนน ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหัวถนน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกชงาย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งยาว

5. เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านไผ่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำเลียด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลวกกร้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางการจัดทำบัญชีต้นทุนตามคู่มือของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย จำนวนบุคลากรประจำ จำนวนบุคลากรที่ได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่าย และจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง ข้อมูลค่าวัสดุ และข้อมูลค่าลงทุน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลงานเป็นแบบบันทึกผลงานของกิจกรรมตามปริมาณงานที่ให้บริการ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกรายได้ของหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วย

- งบที่ได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่าย ได้แก่ งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งบค่าเสื่อม งบค่าใช้จ่ายประจำ งบจัดสรรตามผลงาน

- งบที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

- งบที่หน่วยบริการจัดเก็บจากผู้รับบริการ ได้แก่ ค่ายา เงินค่าบริการทางการแพทย์เงินบริจาค เงินประกันสังคม ดอกเบี้ยเงินฝาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาต้นทุนครั้งนี้ ใช้ข้อมูลที่เป็นแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในแต่ละเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิงวดสิ้นสุดปีงบประมาณ 2564 ใช้เป็นแหล่งข้อมูลหลัก
2. ข้อมูลรายงานการรับจ่ายเงินบำรุงปีงบประมาณ 2564 เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลสอบทานกับแหล่งข้อมูลจากระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง
3. ข้อมูลในระบบฐานข้อมูล HDC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ซึ่งเป็นผลงานบริการที่เกิดขึ้นและถูกบันทึกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูล ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เลขที่ PPHOREC/2565 COA NO 7 เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศรับรองการจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ทั้งสิ้น 5 เครือข่าย ประกอบด้วย เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านสวน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านควนถบ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านปากสระ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านหัวถนนและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านไผ่ครอบครัวประชากรทั้งสิ้น 57,101 คน คิดเป็นร้อยละ 66.84 ของประชากรทั้งหมด โดยเฉลี่ยรับผิดชอบประชากรเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิละ 11,420.20 คน (S.D.=2,195.61, Min=9,044,

Max=14,660) มีบุคลากรทุกประเภทการจ้างของเครือข่าย จำนวนทั้งสิ้น 102 คน เฉลี่ยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิละ 20.40 คน(S.D.=2.97, Min=17, Max=25) โดยเฉลี่ยบุคลากร 1 คน รับผิดชอบประชากร 559.81 คน(S.D.=45.68, Min=513.43, Max=623.55) สำหรับผลการจัดบริการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิปีงบประมาณ 2564 พบว่ามีจำนวน บริการทุกประเภท 185,831 ครั้ง โดยเฉลี่ยมีบริการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิละ 37,166.20 ครั้ง (S.D.=8,026.01, Min=28,047, Max=50,183) เฉลี่ยให้บริการรวมทั้ง 5 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ วันละ 101.83 ครั้ง (S.D.=21.99, Min=76.84, Max=137.49) ดังปรากฏรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2564

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวนบุคลากร (คน)	จำนวนประชากร (คน)	สัดส่วนบุคลากร 1คนต่อประชากร (คน)	จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด (ครั้ง)	จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง:วัน)
บ้านสวน	20	12,471	623.55	28,047	76.84
ควนถบ	21	10,782	513.43	35,872	98.28
ปากสระ	25	14,660	586.40	50,183	137.49
บ้านไผ่	19	10,144	533.89	35,080	98.10
หัวถนน	17	9,044	532.00	35,921	98.41
รวม	102	57,101	559.81	185,831	509.13
\bar{x}	20.40	11,420.20	557.85	37,166.20	101.83
S.D.	2.97	2,195.61	45.68	8,026.01	21.99
Min	17.00	9,044.00	513.43	28,047	76.84
Max	25.00	14,660.00	623.55	50,183	137.49

2. ผลการวิเคราะห์ต้นทุน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง

2.1 ต้นทุนทั้งหมดของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง

ต้นทุนทั้งหมดของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2564 โดยมีต้นทุนทั้งหมดเฉลี่ยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิละ 10,546,743.50 บาท (S.D.= 2,000,563.95) โดยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ บ้านปากสระ มีต้นทุนทั้งหมดมากที่สุดคือ 12,868,673.87 บาท รองลงมาเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านควนถบมีต้นทุนทั้งหมด 12,600,400.26 บาท และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านสวนมีต้นทุนทั้งหมดน้อยที่สุดคือ 8,993,876.09 บาท เมื่อพิจารณาแยกองค์ประกอบของต้นทุนพบว่า

ต้นทุนทั้งหมดของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยต้นทุนค่าแรงมากที่สุดเฉลี่ยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิละ 8,031,651.60 บาท (S.D.= 1,786,091.31) คิดเป็นร้อยละ 75.90 ของต้นทุนทั้งหมด รองลงมาเป็นต้นทุนค่าวัสดุเฉลี่ยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิละ 1,991,040.79 บาท (S.D.=467,663.18) คิดเป็นร้อยละ 19.13 ของต้นทุนทั้งหมด และต้นทุนค่าลงทุนเป็นองค์ประกอบของต้นทุนที่น้อยที่สุดคือเฉลี่ยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิละ 524,051.10 บาท (S.D.=213, 255.68) คิดเป็นร้อยละ 4.97 ของต้นทุนทั้งหมด กล่าวโดยสรุปองค์ประกอบของต้นทุนทั้งหมดของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีสัดส่วนระหว่าง ต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 76 : 19 : 5 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2564 จำแนกรายเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ส่วนประกอบของต้นทุน			
	ต้นทุนทั้งหมด (บาท)	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุ (บาท)	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)
บ้านสวน	8,993,876.09	6,786,078.60	1,613,045.56	594,751.93
ควนถบ	12,600,400.26	10,254,603.60	1,830,511.19	515,285.47
ปากสระ	12,868,673.87	9,538,363.60	2,569,903.28	760,406.99
หัวถนน	9,085,950.97	6,114,333.60	2,401,156.70	570,460.67
บ้านไผ่	9,184,816.29	7,464,878.60	1,540,587.24	179,350.45
— x	10,546,743.50	8,031,651.60	1,991,040.79	524,051.10
S.D.	2,000,563.95	1,786,091.31	467,663.18	213,255.68
Min	8,993,876.09	6,114,333.60	1,540,587.24	179,350.45
Max	12,868,673.87	10,254,603.60	2,569,903.28	760,406.99

2.2 ต้นทุนต่อหน่วยบริการ ต้นทุนต่อหัวประชากรและอัตราคืนทุน ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุงปีงบประมาณ 2564 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุงปีงบประมาณ 2564 มีต้นทุนต่อหน่วยบริการเฉลี่ย 287.56 บาท (S.D.= 45.51) โดยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านควนถบมีต้นทุนต่อหน่วยบริการมากที่สุดคือ 351.26 บาท รองลงมาเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านสวนคือ 320.67 บาท ส่วนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านหัวถนนมีต้นทุนต่อหน่วยบริการน้อยที่สุดคือ 252.94 บาทสำหรับ ต้นทุนต่อหัวประชากรเฉลี่ยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิละ 935.55 บาท (S.D.= 165.31) โดยเครือข่ายหน่วยบริการบ้านควนถบมีต้นทุนต่อหัวประชากร

มากที่สุดคือ 1,168.65 บาท รองลงมาเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านหัวถนนมีต้นทุนต่อหัวประชากร 1,001.64 บาท และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านสวนมีต้นทุนต่อหัวประชากรน้อยที่สุดคือ 721.18 บาท เมื่อวิเคราะห์อัตราคืนทุนของเครือข่ายหน่วยบริการของอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2564 พบว่า โดยเฉลี่ยทั้ง 5 เครือข่ายมีอัตราคืนทุนร้อยละ 26.99 (S.D.=5.04) โดยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านสวนมีอัตราคืนทุนมากที่สุดคือร้อยละ 30.79 รองลงมาเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านหัวถนนมีอัตราคืนทุนร้อยละ 29.81 ส่วนเครือข่ายหน่วยบริการบ้านควนถบมีอัตราคืนทุนน้อยที่สุดคือร้อยละ 19.35 รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ต้นทุนต่อหน่วยบริการ ต้นทุนต่อหัวประชากร และอัตราคืนทุน ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2564 จำแนกรายเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ต้นทุนต่อหน่วยบริการ (บาท)	ต้นทุนต่อหัวประชากร (บาท)	อัตราคืนทุน (%)
บ้านสวน	320.67	721.18	30.79
ควนถบ	351.26	1,168.65	19.35
ปากสระ	256.43	877.81	24.32
หัวถนน	252.94	1,001.64	29.81
บ้านไผ่	256.50	905.44	30.71
\bar{x}	287.56	935.55	26.99
S.D.	45.51	165.31	5.04
Min	252.94	721.18	19.35
Max	351.26	1,168.65	30.79

อภิปรายผล

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network of Primary Care Unit : NPCU) เป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดบริการระดับปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 โดยการรวมเอาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาร่วมกันจัดบริการเป็นเครือข่ายโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากโรงพยาบาลแม่ข่ายรับผิดชอบให้บริการประจำ โดยในปีงบประมาณ 2564 อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ได้รับการขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 5 เครือข่าย ครอบคลุมประชากรทั้งสิ้น 57,101 คน คิดเป็นร้อยละ 66.84 ของประชากรทั้งหมด โดยแต่ละเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 11,420 คน ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2563) ที่กำหนดให้แต่ละเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตูแลประชากรประมาณ 8,000 – 12,000 คน ต้นทุนการจัดบริการทั้งหมดของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 10,546,743.50 บาท ซึ่งต่ำกว่าผลการศึกษาของขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, อุทุมพร วงษ์ศิลป์, กัญจนา ตายาธิตม, วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์ และนำพร สามิภักดิ์ (2562, น. 175-187) ที่ศึกษาด้านทุนการจัดบริการของคลินิกหมอครอบครัว 4 แห่งที่พบว่าต้นทุนการจัดบริการของคลินิกหมอครอบครัวเฉลี่ย 14,929,403.66 บาท ซึ่งลักษณะการจัดบริการมีความใกล้เคียงกันคือมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงมาร่วมให้บริการอาจเป็นผลมาจากจำนวนบุคลากรของแต่ละเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากต้นทุนส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าแรงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, อุทุมพร

วงษ์ศิลป์, กัญจนา ตายาธิตม, วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์ และนำพร สามิภักดิ์ (2562, น. 175-187), อุทุมพร วงษ์ศิลป์ และอาณัติ วรรณศรี (2560) ที่พบว่าต้นทุนการจัดบริการส่วนใหญ่จะเป็นต้นทุนค่าแรง และเมื่อคำนวณสัดส่วนระหว่างต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนค่าวัสดุต่อต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ 75 : 19 : 6

ต้นทุนต่อหน่วยบริการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2564 มีต้นทุนต่อหน่วยบริการเฉลี่ย 287.56 บาท สูงกว่าผลการศึกษาของดำรง สิริสูงเนิน และประเสริฐ เก็มประโคน (2558, น. 296-304) ที่ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่พบว่าต้นทุนต่อหน่วยบริการเท่ากับ 164 บาท อาจเป็นผลมาจากรูปแบบการจัดบริการที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นการให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ โดยไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาร่วมให้บริการ แต่ต่ำกว่าผลการศึกษาของวิน เตชะเคหะกิจ, นภชา สิงห์วีรธรรม, ธีระศักดิ์ วงษ์ใหญ่ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2563, น. 192-204) ที่ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิกรณีศึกษาในจังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2561 ที่พบว่าต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยทั่วไปที่ตรวจโดยแพทย์เท่ากับ 420.70 บาท ซึ่งกรณีนี้มีลักษณะของบริการที่ใกล้เคียงกันคือมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาร่วมให้บริการแต่ที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมิมีต้นทุนต่อหน่วยบริการที่ต่ำกว่า มาจากการส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายกลับมารับบริการจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มาร่วมให้บริการในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น ทำให้มีผลงานการให้บริการมากขึ้น ต้นทุนต่อหน่วยบริการจึงต่ำลง เมื่อแยกพิจารณา

เป็นรายเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมืองพัทลุง พบว่าเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านควนถมีต้นทุนต่อหน่วยบริการมากที่สุดคือ 351.26 บาท ซึ่งทางผู้บริหารของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านควนถคงต้องปรับกลยุทธ์ระบบการจัดบริการของเครือข่ายด้วยการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมาใช้บริการเพิ่มมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้ต้นทุนต่อหน่วยบริการลดลง อีกทางหนึ่งคือโรงพยาบาลแม่ข่ายส่งตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมโรคได้ดี กลับไปรับการรักษาต่อกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านควนถ ซึ่งจะส่งผลให้ทีมสหวิชาชีพทำงานบริการได้เต็มศักยภาพ อันจะทำให้ต้นทุนต่อหน่วยบริการลดลงได้เช่นเดียวกัน ส่วนต้นทุนต่อหัวประชากร พบว่ามีต้นทุนต่อหัวประชากรเฉลี่ย 935.55 บาท ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของวิน เตชะเคหะกิจ, นภชา สิงห์วีระธรรม,ธีระศักดิ์ วงษ์ใหญ่ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2563, น. 192-204) ที่ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษาในจังหวัดกำแพงเพชรปีงบประมาณ 2561 ที่พบว่าต้นทุนต่อหน่วยหัวประชากรเท่ากับ 850.40 บาท และสอดคล้องกับผลการศึกษาของขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, อุทมพร วงษ์ศิลป์ ,กัญจนา ตายาธิม, วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์ และนำพร สามิภักดิ์. (2562, น. 175-187) ที่ศึกษาด้านทุนการจัดบริการของคลินิกหมอครอบครัว 4 แห่งที่พบว่าต้นทุนการจัดบริการของคลินิกหมอครอบครัวต่อหัวประชากรเฉลี่ย 1,025.21 บาท ซึ่งแสดงว่าการกระจายต้นทุนการจัดบริการปฐมภูมิทั้ง คน เงิน ของลงให้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิมีความทั่วถึงและเป็นธรรม สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

721.18 บาท มันเป็นข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งว่าการจัดสรรทรัพยากรให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านสวน ยังต้องมีการปรับปรุง เช่น อาจมีการจัดสรรบุคลากรเพิ่มเติม หรือ สนับสนุนวัสดุครุภัณฑ์ที่จำเป็นเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดการกระจายทรัพยากรที่ทั่วถึงและเป็นธรรม ในขณะที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวสำหรับประชากรไทยในปี 2564 รายละเอียด 3,719.23 บาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ใช้เป็นต้นทุนในการจัดบริการระดับปฐมภูมิของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง จำนวน 935.55 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.15 ของงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรร สำหรับอัตราคืนทุนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง มีอัตราคืนทุนเฉลี่ย ร้อยละ 26.99 โดยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านสวน มีอัตราคืนทุนมากที่สุดคือร้อยละ 30.79 เป็นผลมาจากการที่มีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลกับทางโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยเบิกได้จ่ายตรงของกรมบัญชีกลางไม่ต้องสำรองจ่าย โดยการให้ผู้ป่วยมอบอำนาจให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้เบิกจากกรมบัญชีกลาง ประกอบกับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทางเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านสวนก็เป็นหน่วยเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพเอง จึงทำให้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีรายได้เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยมีความสะดวกในการเข้ารับบริการ ความสามารถในการจ่ายจึงไม่เป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการ

สรุปผลการวิจัย

การจัดบริการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุงปีงบประมาณ 2564 มีทั้งสิ้น 5 เครือข่าย ครอบคลุมประชากรร้อยละ 66.84 มีต้นทุนทั้งหมดเฉลี่ยเครือข่ายละ 10,546,743.50 บาท โดยมีต้นทุนต่อหน่วยบริการเฉลี่ย 287.56 บาท มีต้นทุนต่อหัวประชากรเฉลี่ย 935.55 บาท และมีอัตราต้นทุนเฉลี่ยร้อยละ 26.99 มีต้นทุนต่อหัวประชากรเฉลี่ย 935.55 บาท และมีอัตราต้นทุนเฉลี่ยร้อยละ 26.99

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. คืบข้อมูลย้อนกลับพร้อมข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีต้นทุนต่อหน่วยบริการสูงกว่าที่อื่น เช่น เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมیب้านควนถนบ มีต้นทุนต่อหน่วยบริการมากที่สุดคือ 351.26 บาท ซึ่งทางผู้บริหารของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมیب้านควนถนบ จะต้องปรับกลยุทธ์ระบบการจัดบริการของเครือข่ายด้วยการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมาใช้บริการเพิ่มมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้ต้นทุนต่อหน่วยบริการลดลง อีกทางหนึ่งคือโรงพยาบาลแม่ข่ายส่งตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมโรคได้ดี กลับไปรับการรักษาต่อกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มาร่วมจัดบริการที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมیب้านควนถนบ ซึ่งจะส่งผลให้ทีมสหวิชาชีพทำงานบริการได้เต็มศักยภาพ อันจะทำให้ต้นทุนต่อหน่วยบริการลดลงได้เช่นเดียวกัน

2. เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมیب้านควนถนบมีต้นทุนเฉลี่ยต่อหัวประชากรน้อยที่สุดคือเฉลี่ย

721.18 บาท มันเป็นข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งว่าการจัดสรรทรัพยากรให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมیب้านควนถนบ ยังต้องมีการปรับปรุงเช่น อาจมีการจัดสรรบุคลากรเพิ่มเติม หรือ สนับสนุนวัสดุครุภัณฑ์ที่จำเป็นเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดการกระจายทรัพยากรที่ทั่วถึงและเป็นธรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานบริการทุกระดับในเครือข่าย โดยวิเคราะห์ปีละ 1 ครั้ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะงบประมาณที่ได้รับมาแบบเหมาจ่ายรายหัว ให้เกิดความเป็นธรรมกับประชากร และสถานบริการทุกระดับ และควรวิเคราะห์อัตราต้นทุนในทุกกิจกรรมที่มีรายได้โดยเฉพาะงบประมาณที่ได้รับมาแบบเหมาจ่ายรายหัวให้เกิดความเป็นธรรมกับประชากร และสถานบริการทุกระดับ และควรวิเคราะห์อัตราต้นทุนในทุกกิจกรรมที่มีรายได้

2. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ การคืนทุน และต้นทุนต่อหัวประชากร ควรเป็น การศึกษาไปข้างหน้า (Prospective study) เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องมากกว่า การศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) หรือควรสร้างระบบจัดเก็บข้อมูลที่มีคุณภาพให้อยู่ในสภาพพร้อมที่จะนำมาวิเคราะห์ต้นทุนการคืนทุนและต้นทุนต่อหัวประชากรได้ทันทีพร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถที่จะวิเคราะห์ได้เองเป็นปกติทุกปี

เอกสารอ้างอิง

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, และ อุทมพร วงษ์ศิลป์. (2561). ต้นทุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพ 8. วารสารวิจัยระบบ สาธารณสุข, 12(4).
ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, อุทมพร วงษ์ศิลป์, กัญจนา ตายาธิตม, วาริสา ททรัพย์ประดิษฐ์ และนำพร สามีภักดี. (2562). ต้นทุนการจัดบริการของคลินิกหมอครอบครัว. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 13(2)
ดำรงค์ สีระสูงเนิน และ ประเสริฐ เก็มประโคน, (2558). การศึกษาต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2555. (2558) วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(2).
ราชกิจจานุเบกษา. (2560). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 วิน เตชะเคหะกิจ, นภชา สิงห์วีระธรรม, อีระศักดิ์ วงษ์ใหญ่ และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ (2563). ต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษาในจังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2561. (2563) วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ, 13(2).

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2563). คู่มือแนวทางการจัดตั้งและการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 สำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการ. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ : ชุมชนนุสสรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
World Health Organization. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. 2008. World Health Organization. [cited 2022 January 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจด้านนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานความก้าวหน้าของงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบบริการสุขภาพ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
3. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาชนบท และระบบบริการสุขภาพ
4. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของศูนย์วิชาการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ
5. เพื่อเป็นสื่อสัมพันธ์สร้างความร่วมมือ และความเข้าใจระหว่างศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราชกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบทความ :

- บทความวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบท
- ผลงานความก้าวหน้าและประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทความแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่เหมาะสม ในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

สำนักงาน :

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <http://phcsn.hss.moph.go.th>

facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Email : southern.phc@gmail.com โทรมือถือ 081-3705370

ลิขสิทธิ์ :

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากกระบวนการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

ความรับผิดชอบ :

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

กำหนดการส่งต้นฉบับ :

- ฉบับที่ 1 ประจำปี ตุลาคม – ธันวาคม
- ฉบับที่ 2 ประจำปี มกราคม – มีนาคม
- ฉบับที่ 3 ประจำปี เมษายน – มิถุนายน
- ฉบับที่ 4 ประจำปี กรกฎาคม – กันยายน



กองสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วิสัยทัศน์ : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
"เป็นศูนย์กลางเสริมสร้างความร่วมมือและพัฒนาเครือข่ายการสาธารณสุขมูลฐานภายในปี 2565"

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทรศัพท์ 075-446354, 075-446005 โทรสาร 075-446291
<http://phcsn.hss.moph.go.th> Facebook: ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช