

วารสาร



วารสารสาธารณสุขล้านนา

LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2559



การพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย



ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน
เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน



พฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร
โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา



พฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา

ISSN 1686-7076

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2560 Volume 13 No. 1 January-June 2017

วารสาร

สาธารณสุขล้านนา

LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

วารสารสาธารณสุขล้านนา ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 Lanna Public Health Journal Volume 13 No. 1

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2559

การพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลสาธารณสุข
จังหวัดเชียงราย

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน
เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน

พฤติกรรมการคัดแยกมูลฟอยติดเชื้อของบุคลากร
โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา

ผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ
ในจังหวัดเชียงใหม่



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสาธารณสุขล้านนา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ยินดีรับบทความวิชาการและผลงานวิชาการที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ เพื่อเผยแพร่แก่หน่วยงานด้านการแพทย์ สาธารณสุข และผู้สนใจเกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่จะส่งตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตามลำดับก่อน หลัง และตามหลักเกณฑ์คำแนะนำดังต่อไปนี้

หลักเกณฑ์การส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการศึกษา (Original article) ผลการศึกษา สรุป วิเคราะห์ ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความวิชาการทั่วไป (General article) ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสังเคราะห์ใหม่ หรือเรื่องที่นำเสนอที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อน ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร (Abstract) อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 3 ปี ควรมีบทวิจารณ์สั้นๆ ของผู้ย่อด้วย

2. การเตรียมต้นฉบับเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ ให้อ่านเข้าใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้ใส่คำเต็มมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญา หรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากล พร้อมชื่อหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากให้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยเรียงตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด ประกอบด้วย ความสำคัญและความเป็นมา วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และบทสรุป หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้เขียนที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานและขอบเขตของการวิจัย

วิธีการศึกษา อธิบายถึงวัสดุและวิธีการดำเนินการวิจัย รูปแบบ สถานที่ วันเวลาที่ศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรฐาน หรือวิธีการที่ใช้ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้ อ่านทำความเข้าใจง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว หากมีตัวเลขไม่ซับซ้อน ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ให้ใช้ตารางและแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตารางแสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ สามารถเตรียมส่งรูป Postcard ขาว-ดำ 3*5 นิ้ว บันทึกรูปนามสกุล .JPEG

อภิปรายผล ควรเขียนการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด เหมือนหรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะสำคัญและใหม่ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำ หรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป ควรสั้นกะทัดรัด

กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงาน หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง ตามหลักเกณฑ์การเขียนเอกสารอ้างอิง ในรูปแบบของ The American Psychological Association (APA style) 6th Edition ศึกษาเพิ่มเติมได้จาก <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ>

การเตรียมต้นฉบับ

1. ขนาดของต้นฉบับ กำหนดขนาดกระดาษ ขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) พิมพ์โดยใช้ Font: AngsanaUPC ขนาด 16 พ้อยท์ และเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านละ 1 นิ้ว ระยะบรรทัด 11/2 บรรทัด (1-2 space)

2. ภาพประกอบ เป็นภาพสีหรือขาวดำ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากได้ภาพ

3. พิมพ์หัวข้อตามลำดับ และรูปแบบการจัดหน้า โดยใช้ตัวหนา ดังนี้

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

ชื่อ-สกุลผู้แต่ง วุฒิการศึกษาอย่างย่อ หน่วยงานต้นสังกัดภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทย

คำสำคัญ:

Abstract

Keywords:

บทนำ

วิธีการศึกษา

ผลการศึกษา

อภิปรายผล
ข้อเสนอแนะ
กิตติกรรมประกาศ
เอกสารอ้างอิง

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
2. ให้ผู้เขียนบทความเสนอชื่อผู้เชี่ยวชาญทบทวนบทความ (Peer Review) จำนวน 3 - 5 ท่าน พร้อมข้อมูลติดต่อ ประกอบด้วย ชื่อ – สกุล, ตำแหน่ง, สถานที่ทำงาน, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail
3. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนสำหรับเรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนสามารถ Download เอกสารได้ที่ Website : <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ>

การส่งต้นฉบับ

ผู้เขียนเข้าไปลงทะเบียนบทความเพื่อขอรับการเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขสุพรรณ ได้ที่
<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ/user/register>

กรณีต้องการติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขสุพรรณ
กลุ่มพัฒนาระบบราชการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
เลขที่ 18 ถนนบุญเรืองฤทธิ์ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
หรือทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E mail address: lannadpc10@gmail.com
โทรศัพท์ 0 5322 1529
โทรสาร 0 5321 2389

สารบัญ

- 1 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2559
Development of heart disease service model at Health Promoting Hospital in
Sub-district level, Chiang Rai Province, a fiscal year 2016.
มาลีวัลย์ ศรีวิไล Maleewan Srivilai
พิษณุรักษ์ กันทวี Phitsanuruk Kanthawee
- 14 การพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย
มาลีวัลย์ ศรีวิไล Maleewan Srivilai
- 25 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพ
อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน
ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์ Chortip Promarat
- 37 พฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา
ธงชัย มั่นคง Tongchai Munkong
- 51 ผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่
Results of District Health System Implementing in Chiang Mai Province
รุ่งตะวัน หุตามัย Rungtawan Hutamai

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงาน ระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2559
Development of heart disease service model at Health Promoting Hospital
in Sub-district level, Chiang Rai Province, a scal year 2016.

*มาลีวัลย์ ศรีวิไล พย.บ. , วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)

Maleewan Srivilai B.N.S. , M.S. (Public Health)

**พิษณุรักษ์ กันทวี สป., สม., ปรด. (สาธารณสุขศาสตร์)

Phitsanuruk Kanthawee B.P.H,

M.P.H., Ph.D. (Public Health)

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

*Chiangrai Province Public Health Office

**สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

**School of Health Science,

Mae Fah Luang University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินการสุขภาพสาขาหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงราย โดยเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methodology) กลุ่มประชากรศึกษาคือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 216 แห่ง เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว

ผลการศึกษาประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.4 อายุเฉลี่ย 40 ปี ระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี

มีประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพโดยเฉลี่ย 18 ปี ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 89.8

ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ ร้อยละ 77.8 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 8 ปี ได้รับการฝึกอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพสาขาโรคหัวใจ/การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ร้อยละ 26.4 และประสบการณ์ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในสาขาวิชาชีพแตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลในรพ.สต. ส่วนบุคลากรที่มีประสบการณ์ระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่างกันไม่มีผลต่อความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลใน รพ.สต. จากการสนทนากลุ่มพบว่าพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยการพัฒนาจากคู่มือแนวทางในการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจตามมาตรฐานระบบบริหารจัดการ Service Plan ด้วยระบบการพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ (ระบบ พบส.) โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการพัฒนาสร้างคู่มือและแนวทางในการปฏิบัติดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ทุกแห่ง จนทำให้เกิดเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจในชุมชน และรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในชุมชน รวมไปถึงการจัดระบบการส่งต่อและการให้คำปรึกษาเมื่อแรกเริ่มผู้ป่วยในพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและลดการสูญเสียภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ข้อเสนอแนะควรมีการพัฒนาผลักดันให้เกิดแนวทางเชิงนโยบายผลักดันให้เกิดการทำงานรูปแบบเครือข่ายระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ ระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The aims of study to evaluate and develop of heart disease service model Health Promoting Hospital in Sub-district level, Chiang Rai Province, a fiscal year 2016 that we focus on public health staffs of health promoting hospitals. They have improved on health care services and standard guideline of heart disease. The mix method was used in this study. The populations were 216 included nurse or health staff. The questionnaires were collected the data and group discussion was used to evaluate of this model. The statistical used percentage, frequency, means, standard deviation, and repeated measurement Anova. Result: majority of these were female with average age 40 years old. They graduated from bachelor degree with the average of their experience 18 years. They were a registered nurse with 77.8% passed community nurse practitioner courses with nurse position average 8 years. We found that the public health staffs with difference their experience were not related to improving the knowledge of caring heart disease patients. The public health staffs with difference their experience were not related to increase the process caring for heart disease patients. The result of focus group discussion, that they develop the guideline primary care, treatment and referral system heart disease for health promoting hospitals by service plan guideline. The community hospital staffs were support to nurse or health staff, who worked at health promoting hospitals. Conclusion: The developing model of heart disease service plan in Sub-District Health Promoting Hospital that used the standard operating procedures of the public health staffs. This benefit of reducing the mortality rate and cost for treatment of heart disease. However, they will develop the local policy or national policy of heart disease service plan that led to improve the medical standard care and treatment.

Key words: Development, heart disease service model, Health Promoting Hospital

ความเป็นมา

กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ การให้บริการได้ครอบคลุม การไม่มีความซ้ำซ้อนของบทบาทสถานพยาบาลระดับต่างๆ และมีการเชื่อมโยงสถานพยาบาลแต่ละระดับ เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพตั้งแต่ ระดับต้น (ปฐมภูมิ) จนถึงระดับสูง (ตติยภูมิ) (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) กระทรวงสาธารณสุข จึงเล็งเห็น ความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม จึงได้มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี เพื่อตอบสนองแนวโน้ม ความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากรตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทันทั่วทั้ง โดยมีการออกแบบพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในรูปเครือข่ายบริการ แทนการขยายเป็นรายแห่งภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการกับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิเข้าด้วยกัน แต่ละเครือข่ายครอบคลุมสถานบริการ และพัฒนาสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิและศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ที่เชื่อมโยงในภาพของเครือข่ายบริการ สามารถรองรับการส่งต่อได้อย่างสมบูรณ์ เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานทั่วถึงเป็นธรรม (สำนักบริหารการ

สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2556) การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา มุ่งเน้นด้านการรักษาและเป็นการต้องการของผู้ให้บริการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างสูงสุด ในปีงบประมาณ 2556 จึงเน้นการจัดบริการที่ครอบคลุม การส่งเสริม ป้องกันรักษา ฟื้นฟูสภาพเข้าด้วยกัน เน้นการบริหารจัดการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน ใช้ความเป็นพี่น้องที่เกื้อกูลกัน เพื่อให้การใช้ทรัพยากรภายในเครือข่ายที่มีอย่างจำกัดเกิดประโยชน์สูงสุด และสามารถดำเนินงานได้จึงได้กำหนดโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญ จำนวน 10 สาขา ดังนี้ 1) หัวใจ 2) มะเร็ง 3) อุบัติเหตุ 4) ทารกแรกเกิด 5) สุขภาพจิตและจิตเวช 6) ตาและไต 7) 5 สาขาหลัก 8) ทันตกรรม 9) บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและสุขภาพองค์รวม 10) โรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดในสมอง) โดยมีเป้าหมายการดำเนินงาน 6 ประการ คือ ลดอัตราการตาย ลดอัตราการป่วย ลดระยะเวลารอคอย มาตรฐานบริการ การเข้าถึงเครือข่ายและลดค่าใช้จ่าย โดยแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพใน 10 สาขา ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ที่มีการกิจหลักในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ให้มีความสามารถในการให้ความรู้แก่ประชาชนในด้านการดูแลตัวเอง ในการตรวจคัดกรอง ให้การวินิจฉัยและการดูแลรักษาเป็นเบื้องต้น และมีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงราย ในปีงบประมาณ 2559 โดยมุ่งหวังพัฒนาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงราย สามารถให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจตามคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ ประกอบด้วย การตรวจคัดกรอง ให้การวินิจฉัยเบื้องต้น สามารถให้ ยาแอสไพริน (Aspirin) ในภาวะที่สงสัย การส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง การให้ความรู้แก่ประชาชน ในการดูแลตนเองและการสังเกตอาการในผู้ป่วยกลุ่ม

เสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหัวใจ และประชากรกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง รวมถึงได้รับการบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเชียงใหม่อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจที่สามารถให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจในชุมชน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพ สาขาหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้ตามคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลใน รพ.สต. ก่อน – หลังการพัฒนาและการติดตามผล 3 เดือน
2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ ความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลใน รพ.สต. ก่อน – หลัง การพัฒนา และการติดตามผล 3 เดือน ในด้าน
 - 2.1 ความสามารถในการตรวจคัดกรอง
 - 2.2 ความสามารถในการวินิจฉัยเบื้องต้น
 - 2.3 ความสามารถให้ยา Aspirin ในภาวะที่สงสัย
 - 2.4 ความสามารถในการให้ความรู้แก่ประชาชน
 - 2.5 การส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลใน รพ.สต. โดยจำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์การฝึกอบรม

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research And Development) โดยเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methodology) ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2559 – กันยายน 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 216 แห่ง และเนื่องจากใช้ทุกหน่วยประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

คณะวิจัยได้ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา การให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยการใช้แบบสอบถามให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ประเมินตนเองในปีงบประมาณ 2558 นำมาสังเคราะห์เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนา รูปแบบระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ใช้การพัฒนาจากใช้คู่มือแนวทางในการรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจตามมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการรักษาโรคหัวใจของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ประสานวิเคราะห์ เป็นผู้ให้คำแนะนำและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับโรงพยาบาลชุมชนและจัดระบบขั้นตอนในการส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละระดับ ดังนี้

- 2.1 การประชุมวิชาการ การดำเนินงานระบบสุขภาพสาขาโรคหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 กำหนดกลยุทธ์ให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ให้ความรู้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจ ตามคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบไปด้วย ความสามารถในการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยขั้นต้น การให้ Aspirin ในภาวะที่สงสัย การให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลตนเองและการสังเกตอาการในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อตายเฉียบพลัน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหัวใจล้มเหลว และ ความสามารถในการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

3. ขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้ (Implementation) เป็นขั้นตอนของการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดเชียงราย ตามแนวคิด การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ Service Plan ด้วยระบบการพัฒนาการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ (ระบบ พบส.) ภายใต้ระบบการดูแลสนับสนุนทางวิชาการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลชุมชน

4. ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยโรงพยาบาลชุมชนในประเด็นเครือข่ายบริการสุขภาพ (โรงพยาบาลชุมชน) ได้ดำเนินการสนับสนุนการดำเนินงานระบบสุขภาพสาขาโรคหัวใจแก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือไม่ อย่างไร แสดงรูปแบบ และผลลัพธ์ของการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ และความสามารถในการให้บริการผู้ป่วย โรคหัวใจตาม คุณภาพมาตรฐาน อยู่ในระดับใด และมีความแตกต่างจากก่อนดำเนินการพัฒนาหรือไม่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่คณะวิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำแนกตามประเภทของการจัดเก็บได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามความรู้และความสามารถในการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจตาม

คุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีข้อความให้เลือกตอบและเว้นช่องว่างให้ผู้ตอบเติมข้อความ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ จำนวน 20 ข้อ การกำหนดเกณฑ์ในการประเมิน คณะวิจัยกำหนดเป็น 5 ระดับ การกำหนดเกณฑ์ในการประเมิน ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ 1) ระดับความรู้อย่างมากที่สุด 2) ระดับความรู้อย่างมาก 3) ระดับความรู้ปานกลาง 4) ระดับความรู้น้อย 5) ระดับความรู้ที่น้อยที่สุด ตอบถูกได้ 1 คะแนนต่อข้อ ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนนต่อข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน การกำหนดเกณฑ์ในการประเมิน คณะวิจัยกำหนดเป็น 5 ระดับ โดยใช้ค่าสถิติคะแนนเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean) กำหนดช่วงของการวัดคือ

$$\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด} = \frac{20-0}{5} = 4$$

ระดับของการวัด 5 5

การกำหนดเกณฑ์ในการประเมิน ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ

ระดับความรู้อย่างมากที่สุด คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 16 – 20 คะแนน
ระดับความรู้อย่างมาก คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 12 – 15 คะแนน
ระดับความรู้ปานกลาง คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 8 – 11 คะแนน
ระดับความรู้ที่น้อย คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4 – 7 คะแนน
ระดับความรู้ที่น้อยที่สุด คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0 - 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจโดยกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินตนเอง ซึ่งใช้เป็นแบบมาตรวัดระดับ (Rating Scale) จำนวน 16 ข้อ โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียว ที่ตรงกับระดับความสามารถที่แบ่งเป็น 5 ระดับ และกำหนดค่าคะแนน ดังนี้ 1) ระดับความสามารถมากที่สุด 2) ระดับความสามารถมาก

3) ระดับความสามารถปานกลาง 4) ระดับความสามารถน้อย 5) ระดับความสามารถน้อยที่สุด

การกำหนดเกณฑ์ในการประเมินความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจรายข้อ คณะวิจัยกำหนดเป็น 5 ระดับโดยใช้ค่าสถิติคะแนนเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmaic maen)

กำหนดช่วงของการวัด คือ

$$\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด} = \frac{5-1}{5} = 0.80$$

ระดับของการวัด 5

ระดับความสามารถมากที่สุด คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4.21 – 5.00

ระดับความสามารถมาก คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.41 – 4.20

ระดับความสามารถปานกลาง คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.61 – 3.40

ระดับความสามารถน้อย คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.81 – 2.60

ระดับความสามารถน้อยที่สุด คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00 – 1.80

การกำหนดเกณฑ์ในการประเมินความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจในภาพรวม คณะวิจัยกำหนดเป็น 5 ระดับ โดยใช้ค่าสถิติคะแนนเฉลี่ยเลขคณิตเช่นเดียวกับรายข้อ 1) ระดับความสามารถมากที่สุด 2) ระดับความสามารถมาก 3) ระดับความสามารถปานกลาง 4) ระดับความสามารถน้อย 5) ระดับความสามารถน้อยที่สุด โดยใช้ค่าสถิติคะแนนเฉลี่ยเลขคณิตเช่นเดียวกับรายข้อ

ระดับความสามารถมากที่สุด คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 67.3 – 80 คะแนน

ระดับความสามารถมาก คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 54.5 – 67.2 คะแนน

ระดับความสามารถปานกลาง คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 41.7 – 54.4 คะแนน

ระดับความสามารถน้อย คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 28.9 – 41.6 คะแนน

ระดับความสามารถน้อยที่สุด คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 16 – 28.8 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

1. ความเที่ยง (Validity) การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ในด้านความสอดคล้องของเนื้อหา กับหัวข้อการวิจัย จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.74

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม คณะวิจัยทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ โดยใช้ Kuder – Richardson 20 (K-R20)

ได้ค่าความเชื่อถือของแบบสอบถาม = 0.75

2.2 ความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของ Alpha (Alpha Coefficient) ด้วยวิธีการ Cronbach's Alpha ได้ค่าความเชื่อถือ = 0.85 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ (0.7) แสดงว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือ คือสามารถนำไปใช้ได้

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประเมินรูปแบบการพัฒนาโดยการสนทนากลุ่มกับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งที่ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังนี้

2.1 หลังการฝึกอบรม การดำเนินงานระบบสุขภาพสาขาโรคหัวใจ ใน รพ.สต. จังหวัดเชียงราย ท่านได้ตรวจ/คัดกรอง ผู้ป่วยโรคหัวใจใน รพ.สต.หรือไม่ จำนวนผู้มารับบริการที่ราย ท่านได้ให้บริการใดบ้าง

2.2 เครือข่ายบริการสุขภาพได้ดำเนินการสนับสนุนการดำเนินงาน ระบบสุขภาพสาขาโรคหัวใจ แก่

รพ.สต.ในเครือข่ายหรือไม่ อย่างไร แสดงรูปแบบและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ความรู้และความสามารถในการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจตามคุณภาพมาตรฐาน ของระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด

เชียงราย โดยกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ก่อน – หลังดำเนินการพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลในการฝึกอบรม (1 วัน) การติดตามหลังการดำเนินการพัฒนา 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการนำส่งหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปยัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง เพื่อดำเนินการจัดเก็บข้อมูลจากบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

2. การจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประเมินรูปแบบการพัฒนาโดยการสนทนากลุ่มกับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในช่วง 3 เดือน หลังการดำเนินการพัฒนา โดยใช้แนวกระบวนการคิดของ Robert S. Kaplan และ David P. Norton ได้เสนอแนวคิด Balanced Scorecard เพื่อใช้ในการวัดผลของการดำเนินงานการสร้างนวัตกรรมและการเรียนรู้ของหน่วยงานเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของหน่วยงานเป็นการติดตามประเมินผลการดำเนินงานระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หรือสิ้นสุดโครงการ (Kaplan, 1996)

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะวิจัยดำเนินการรวบรวมแบบสอบถาม จัดทำคู่มือการลงรหัส พร้อมทั้งทำการบันทึกข้อมูลตามรหัสที่ได้กำหนด และประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ซึ่งเป็นโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ความรู้และความสามารถในการให้บริการฯ ก่อน หลัง การพัฒนาและหลังการพัฒนา 3 เดือน โดยการทดสอบการวัดความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One Way Repeated Measurement ANOVA)

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลใน รพ.สต. โดยจำแนกตาม เพศ อายุ

ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์การฝึกอบรม โดยการทดสอบการวัดความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One Way Repeated Measurement ANOVA)

ผลการศึกษา

ทีมผู้วิจัยได้ศึกษาสภาพปัญหา การให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยใช้แบบสอบถามให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ประเมินตนเองในปีงบประมาณ 2558 นำมาสังเคราะห์เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. การให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคะแนนที่ได้ 5.74 จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน

- สามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและผู้ป่วยเจ็บหน้าอก จากภาวะอื่นๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ประเมินตนเองสามารถทำได้ร้อยละ 83.80 ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.78 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน

- สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นจากอาการและอาการแสดงเพื่อส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ประเมินตนเองสามารถทำได้ร้อยละ 86.11 ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.82 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน

- สามารถให้ Aspirin ในภาวะที่สงสัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ ประเมินตนเองสามารถทำได้ร้อยละ 2.31 ค่าคะแนนเฉลี่ย 0.19 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน เนื่องจากการกำหนดไม่ให้มี Aspirin ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- สามารถให้ความรู้ประชาชนในการดูแลตนเอง การป้องกันโรคและการสังเกตอาการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประเมินตนเองสามารถทำได้ร้อยละ 96.30 ค่าคะแนนเฉลี่ยได้ 1.95 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน

2. การให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คะแนนที่ได้ 5.75 จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน

- สามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือด และผู้ป่วยเจ็บหน้าอก จากภาวะอื่น ๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ประเมินตนเอง สามารถทำได้ ร้อยละ 82.41 ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.76 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน

- สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นจากอาการอาการแสดง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ประเมินตนเองสามารถทำได้ร้อยละ 83.80 ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.80 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน

- สามารถให้ Aspirin ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ประเมินตนเองสามารถทำได้ร้อยละ 9.72 ค่าคะแนนเฉลี่ย 0.24 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน เนื่องจากการกำหนดไม่มียา Aspirin ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- สามารถให้ความรู้ประชาชนในการดูแลตนเอง การป้องกันโรคและการสังเกตอาการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประเมินตนเองสามารถทำได้ร้อยละ 95.37 ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.95 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน

3. การให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว คะแนนที่ได้ 5.16 จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน

- สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ประเมินตนเอง สามารถทำได้ร้อยละ 76.85 ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.69 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน

- มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ส่งสัยะภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างเหมาะสม ประเมินตนเองสามารถทำได้ร้อยละ 75.46 ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.60 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน

- สามารถให้คำแนะนำการปฏิบัติตนและการเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ประเมินตนเองสามารถทำได้ร้อยละ 89.35 ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.87 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน

ในขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ใช้การพัฒนาจากใช้คู่มือแนวทางในการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจตามมาตรฐานระบบบริหารจัดการ Service Plan ด้วยระบบการพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ (ระบบพบส.) ประกอบกับนำผลจากการสังเคราะห์ที่ได้มาดำเนินการพัฒนารูปแบบร่วมกัน โดยให้นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง

ด้านการรักษาโรคหัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์และทีมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้ให้คำแนะนำและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับโรงพยาบาลชุมชนและจัดระบบขั้นตอนในการส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละระดับ ดังนี้

1. การประชุมวิชาการ การดำเนินงานระบบสุขภาพสาขาโรคหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. กำหนดกลยุทธ์ให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ให้ความรู้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจ ตามคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

- ความสามารถในการตรวจคัดกรอง
- ความสามารถในการให้การวินิจฉัยขั้นต้น
- ความสามารถในการให้ Aspirin ในภาวะที่สงสัย
- ความสามารถในการให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลตนเองและการสังเกตอาการในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อตายเฉียบพลัน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหัวใจล้มเหลว

- ความสามารถในการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ขั้นตอนการนำไปใช้ (Implementation) เป็นขั้นตอนของการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดเชียงราย ตามแนวคิด การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ Service Plan ด้วยระบบการพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ (ระบบ พบส.) ภายใต้ระบบการดูแลสนับสนุนทางวิชาการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ พบว่าเพศหญิง ร้อยละ 88.4 เพศชาย ร้อยละ 11.6

ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 44-49 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 39.96 ปี ทั้งหมดจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี โดยมีประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพดังกล่าวมากที่สุด 20 ปี ขึ้นไป โดยเฉลี่ย 18 ปี ผู้เข้าร่วมศึกษาวัยเฉลี่ยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 89.8 โดยผ่าน

การฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ ร้อยละ 77.8 โดยเฉลี่ยส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติงานในตำแหน่งวิชาชีพดังกล่าวโดยเฉลี่ย 8 ปี โดยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกอบรมและการสอนหรือประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพสาขาโรคหัวใจ/การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ร้อยละ 73.6 และในจำนวนนี้ได้ผ่านการฝึกอบรม ร้อยละ 26.4 โดยในจำนวนดังกล่าวมีผู้ผ่านการฝึกอบรมมาแล้วจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 63.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรตัวอย่าง

	จำนวน(n=216)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	11.6
หญิง	191	88.4
อายุ $\bar{X}$ (SD)	39.96	(8.04)
20-29 ปี	34	15.7
30-39 ปี	57	26.4
40-49 ปี	100	46.3
50-60ปี	25	11.6
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	216	100
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน $\bar{X}$ (SD)	17.96	(8.53)
1-5 ปี	15	6.9
6-10 ปี	26	12.0
11-14 ปี	32	14.8
15-19 ปี	34	15.7
20 ปีขึ้นไป	109	50.5
ดำรงตำแหน่ง		
นักวิชาการสาธารณสุข	11	5.1
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	11	5.1
พยาบาลวิชาชีพ	194	89.8
-ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ	151	77.8
-ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ	43	22.2
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตามตำแหน่ง $\bar{X}$ (SD)	7.97	(7.76)
น้อยกว่า 1 ปี	19	8.8
2-5 ปี	68	31.5
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	129	59.7
ได้รับการฝึกอบรมและการสอนหรือประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพสาขาโรคหัวใจ/การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ		
ไม่เคยผ่านการอบรม	159	73.6
เคย	57	26.4
- จำนวน 1 ครั้ง	36	63.2
- มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป	21	56.8

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบบุคลากรที่มีประสบการณ์ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลใน รพ.สต. ก่อน –หลังการพัฒนาและการติดตามผล 3 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS=SS/df	F	P-value
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	105	1291.98	12.31	0.85	0.79
ภายในกลุ่ม	110	1584.64	14.41	-	
ระดับความรู้	2	265.28	132.64	11.12	0.01
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน*ระดับความรู้	210	2097.56	9.99	0.84	0.90
ความคลาดเคลื่อน(Error)	220	2623.71	11.93		
รวม	647	7813.17			

** SS= Sum of Squares, MS= Mean Square

จากผลการวิเคราะห์ ข้อมูลบุคลากรที่มีประสบการณ์ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านสาขาวิชาชีพต่างกัน ไม่มีผลต่อการเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลใน รพ.สต. (ตารางที่ 2) และบุคลากรที่มีประสบการณ์ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านสาขาวิชาชีพต่างกัน ไม่มีผล

ต่อความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจในด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ความสามารถในการตรวจคัดกรอง ความสามารถในการให้การวินิจฉัยขั้นต้น ความสามารถในการให้ Aspirin ในภาวะที่สงสัย ความสามารถในการให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลตนเอง)ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลใน รพ.สต. (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบบุคลากรที่มีประสบการณ์ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเปรียบเทียบความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลใน รพ.สต. ก่อน –หลัง การพัฒนา และการติดตามผล 3 เดือน ในด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ความสามารถในการตรวจคัดกรอง ความสามารถในการให้การวินิจฉัยขั้นต้น ความสามารถในการให้ Aspirin ในภาวะที่สงสัย ความสามารถในการให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลตนเอง)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS=SS/df	F	P
ความสามารถในการให้บริการระหว่างกลุ่ม	4	402	100.74	0.52	0.73
ความสามารถในการให้บริการภายในกลุ่ม	211	41297.91	195.73	-	
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	2	5161.73	2580.87	22.07	0.01
ความสามารถในการให้บริการ*ระยะเวลาปฏิบัติงาน	8	433.05	54.13	0.46	0.88
ความคลาดเคลื่อน(Error)	422	49347.90	11.94		
รวม	647	96642.59			

ผลการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยได้จากการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ผลการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเชียงราย ได้สะท้อนให้เห็นผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวโดยคณะผู้วิจัยได้สังเคราะห์ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจโดยมุ่งเน้นให้โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เป็นแม่ข่ายในการพัฒนาดำเนินงานตลอดจนให้โรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอได้เป็นพี่เลี้ยงในการให้ความรู้สนับสนุนและถ่ายทอดวิธีการดูแลผู้ป่วยตลอดจนการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็วและได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจนั้น สามารถแบ่งระดับของการพัฒนาดังกล่าวเป็น 2 ระดับกล่าวคือ ระดับที่พัฒนาแล้ว และ ระดับกำลังพัฒนา โดยระดับพัฒนาดังกล่าวคือ มีการพัฒนาเป็นรูปธรรมชัดเจนมีหลักฐานเชิงประจักษ์คือ โรงพยาบาลชุมชนในระดับแม่ข่ายในการดำเนินงานได้มีศักยภาพการพัฒนาให้เกิดการให้การเสริมสร้างสนับสนุนทางด้านวิชาการ มีคู่มือแนวทางในการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ และการจัดทำแผนผังระบบส่งต่อผู้ป่วยจากระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถึงโรงพยาบาลชุมชน กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน ผู้ป่วยจากชุมชนเข้าสู่การรักษาที่รวดเร็วในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้อย่างรวดเร็วเหมาะสม และลดการสูญเสียชีวิตและความพิการที่เกิดจากสาเหตุของโรคที่รักษาไม่ทันเวลา ดังกล่าว และเกิดข้อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสมตั้งแต่บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่ายในการดูแลรักษา ส่วนระดับลูกข่ายในการดำเนินงานของโรงพยาบาลลูกข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจาก 12 ใน 18 อำเภอของจังหวัดเชียงราย (ร้อยละ 66.67) และระดับที่กำลังพัฒนา พบว่าได้เกิดการสร้างคู่มือและแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติแต่ยังขาดแผนผังในการกำหนดผู้ประสานงาน การติดต่อสื่อสารในระบบที่จะต้องให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลโดยภายใต้กระบวนการให้คำปรึกษาทางด้านการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 ใน 18 อำเภอของจังหวัดเชียงราย (ร้อยละ 33.33) การประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพ สาขาหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นแนวทางที่เกิดเป็นผลที่มีรูปธรรมชัดเจนเกิดความรวดเร็วในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจลดการสูญเสียชีวิตและเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วทันการ ในการรักษาด้วยยาที่จำเป็น เช่น วาฟาริน การจัดระบบ Fast tract ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถึงโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแม่ข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยในพื้นที่

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้จากการศึกษานี้ พบว่าการพัฒนารูปแบบดังกล่าวให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล สามารถพัฒนาหรืออบรมให้ความรู้ได้โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยด้านส่วนบุคคลและส่วนอื่นที่มีผลกระทบต่อองค์ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน โดยส่งผลต่อการเพิ่มระดับความรู้และเพิ่มความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรที่มีประสบการณ์ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในการทำงานด้านสาขาวิชาชีพต่างกันไม่มีผลต่อการเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกันซึ่งผลการศึกษาได้สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (ศทนีย์ วงศ์เกษมศักดิ์, 2551) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับสูงคือด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติและฉุกเฉิน ด้านการสอนผู้ป่วยและครอบครัว ด้านพัฒนาตนเองด้านวิชาชีพ ด้านการเป็นผู้นำและด้านการสื่อสารและสร้างสัมพันธ์ภาพโดยความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการวางแผนและประเมิน

ผลการพยาบาลอยู่ในระดับสูงที่สุดและบุคลากรที่มีประสบการณ์ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านสาขาวิชาชีพต่างกันไม่มีผลต่อความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจในด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ความสามารถในการตรวจคัดกรอง ความสามารถในการให้การวินิจฉัยขั้นต้น ความสามารถในการให้ Aspirin ในภาวะที่สงสัย ความสามารถในการให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลตนเอง) ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาเรื่องการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสมุทรสาคร (สิริลักษณ์ อยู่เย็น, 2550) พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงานและระดับการศึกษาสูงสุดต่างกันมีการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกัน และความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ความต้องการความสำเร็จในงานและความภูมิใจในวิชาชีพ สามารถร่วมกันทำนุบำรุงการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพได้ และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐมกล่าวว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครปฐม โดยการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ความภูมิใจในวิชาชีพ ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่นและความต้องการความสำเร็จในงานอยู่ในระดับสูง การได้รับพลังอำนาจในงานอยู่ในระดับปานกลาง การปฏิบัติงานตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามอายุและประสบการณ์การทำงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน (ยุพิน สุขเจริญ และขวัญดาว กล่ำรัตน์, 2558)

การประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงราย พบว่า การพัฒนารูปแบบดังกล่าวสามารถจัดทำได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลในด้านอายุ เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สามารถพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพทางด้านวิชาชีพแก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ ทำให้เกิดระบบดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับชุมชน มีคู่มือปฏิบัติและแนวทางในการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับชุมชน ก่อให้เกิดประโยชน์อันมีคุณค่าต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังเป็นการลดอัตราการเสียชีวิตของประชาชนด้วยโรคหัวใจและลดความพิการ การสูญเสียภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลของหน่วยงานและครอบครัวผู้ป่วย ข้อเสนอแนะควรมีการผลักดันให้เกิดแนวทางเชิงนโยบาย ส่งเสริมให้เกิดการทำงานรูปแบบเครือข่ายระบบบริการสุขภาพด้วยระบบการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ (ระบบ พบส.) ได้อย่างมีมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ มุ่งหวังให้ได้ตามคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ หลายท่าน และหลายภาคส่วนในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งของจังหวัดเชียงรายที่ได้ให้คำแนะนำและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกที่มนักวิจัยตลอดมา สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการเข้าร่วมโครงการ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ทัศนีย์ วงศ์เกษมศักดิ์. (2551). ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลเด็ก), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพิน สุขเจริญและ ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามสรณะพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2(2) 14-26.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2556). แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สิริลักษณ์ อยู่เย็น. (2550). การปฏิบัติงานตามสรณะพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสมุทรสาคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน), มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- Kaplan, R. S., Norton, David P.,. (1996). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System: Harvard Business Review.

การพัฒนาฐานข้อมูลสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย

A Development Of Public Health Database System Model In Chiang Rai Province

มาลีวัลย์ ศรีวิไล พย.บ., วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

Maleewan Srivilai B.N.S., M.S. (Public Health)
Chiang Rai Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ที่ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งศูนย์รวมข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ(43 แห่ง) ตามมาตรฐานโครงสร้างข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอ(ศูนย์ข้อมูลอำเภอ) ให้มีบทบาทในการติดตาม ตรวจสอบ ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลจากหน่วยบริการและให้มีระบบฐานข้อมูลในศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอที่สามารถนำมาใช้ในการควบคุม กำกับและประเมินผลการดำเนินงานในระดับอำเภอและตำบลได้ 2) การวิเคราะห์ชุดคำสั่งของระบบประมวลผลและรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำมาใช้ในการตรวจสอบ ความครบถ้วน ถูกต้อง ของการบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ

ผลการพัฒนาพบว่า ความถูกต้องของการจัดเก็บและการบันทึกข้อมูลเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.07 ความครบถ้วนของการจัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการไปยังศูนย์ข้อมูลอำเภอ พบว่าหน่วยบริการดำเนินการจัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลอำเภอครบทุกแห่ง สำหรับความครบถ้วนของการส่งระบบฐานข้อมูลพบว่า หน่วยบริการสามารถส่งแฟ้มระบบฐานข้อมูลได้ 31 แฟ้ม เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.82 ส่งได้ 26-30 แฟ้ม เพิ่มขึ้นร้อยละ 71.80 และส่งได้ 21-25 แฟ้ม เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.41 ทั้งนี้หลังการเปลี่ยนรูปแบบระบบฐานข้อมูลไม่พบการส่งแฟ้มระบบฐานข้อมูลที่น้อยกว่า 15 แฟ้ม สำหรับความทันเวลาของการจัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 0.43 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลของผู้บริหาร คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและผู้รับผิดชอบงานระบบฐานข้อมูลในระดับหน่วยบริการอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลในครั้งนี้ ก่อให้เกิดศูนย์ข้อมูลอำเภอที่มีบทบาทหน้าที่ในการตรวจสอบ ควบคุม กำกับและประเมินผลคุณภาพข้อมูลในระดับอำเภอให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และมีการบูรณาการ การใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพร่วมกันทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ข้อเสนอแนะ ควรมีการกำหนดนโยบายให้ผู้บริหารระดับอำเภอสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์ข้อมูลอำเภอและมีการใช้ข้อมูลและสารสนเทศจากศูนย์ข้อมูลอำเภอในการควบคุม กำกับ และประเมินผลงานของหน่วยบริการ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ ระบบฐานข้อมูลสาธารณสุข

Abstract

The purposes of this research and development study were to develop a model for Chiang Rai public health database system, which has 2 main functions. First, an establishment of the District Health Data Center: DHDC. The center is accountable for the accuracy and completeness of data before sending to the Provincial Health Data Center. This data center will develop a database which can be employed to oversee and access the operation of district and sub district center. Second, an analysis instruction set of data processing and performance report. The analysis instruction will be used to access completeness and accuracy of data record in health care setting.

After the development, the accuracy of data mining and recording was increased 7.07%. The completeness of data mining and data transferring from health care setting to the district centers was 100%. The completeness of data transferring 31 folders were increased 12.82%. Folder transferring 26 -30 folders were increased 71.80%. Additionally folder transferring 21-25 folders were increased 6.41%. Furthermore, we did not find that health data centers send data less than 15 folders. The timeline of data mining and data transferring was increased 0.43%. The satisfaction of developing model lead to high level among of administrators, provincial data management committees and responsible persons. The means score of satisfaction was statistically significantly increased ($P < 0.05$). In conclusion, developing model of public health database system was continuous on monitoring, accountability, accuracy, completeness of data and sharing data information between internal and external health-sectors. Recommendation, they should be to formulate policy, supporting and strengthening for public health database center on district level that was useful of monitoring and evaluating of public health organizations.

Key words: Developing model, Public health database system.

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญ กับระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ โดยได้กำหนดมาตรฐานโครงสร้างข้อมูลสุขภาพ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 เป็นต้นมา ในปีงบประมาณ 2555 ได้พัฒนารูปแบบ การจัดเก็บและส่งออกข้อมูลเป็นฐานข้อมูลรายบุคคลจากหน่วยบริการทุกระดับในรูปแบบโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในปีงบประมาณ 2557 มีนโยบายปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพที่กำหนดแนวทาง การบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้น โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) บันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคลตามโครงสร้าง 43 แฟ้มให้ครบถ้วน ในแฟ้มข้อมูลที่จำเป็น 31 แฟ้ม ซึ่งครอบคลุมการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคลตามโครงสร้าง 43 แฟ้มให้ครบถ้วน จากนั้นส่งออกเป็นระบบฐานข้อมูลมายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด (Health Data Center: HDC_P) หน่วยบริหาร ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีบทบาทหน้าที่ในการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ความถูกต้อง ความครบ

ถ้วนของข้อมูลและการนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ รวมถึงได้กำหนดให้หน่วยบริการทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งออก ในปีงบประมาณ 2558 ได้ดำเนินการเต็มรูปแบบ หน่วยบริการทุกระดับ ส่งระบบฐานข้อมูล 43 แห่งมายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด ระดับกระทรวง เพื่อจัดทำมาตรฐานรายงาน (Standard Report) และในปีงบประมาณ 2559 มีนโยบายเน้นการพัฒนาคุณภาพข้อมูล เพื่อให้หน่วยบริการ จัดเก็บ บันทึก นำส่งข้อมูลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐานโครงสร้างเพิ่มข้อมูลสุขภาพ มีการส่งออกข้อมูลไปยังคลังข้อมูลระดับจังหวัด และระดับกระทรวงสาธารณสุข ให้ทันเวลาที่กำหนด เพื่อให้มีข้อมูลสำหรับการติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานที่สำคัญตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ ทั้งในระดับกระทรวงและในระดับประเทศต่อไป

ข้อมูลเป็นวัตถุดิบที่มีความสำคัญ ข้อมูลที่มีคุณภาพควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ (ไพบุลย์ เกียรติโกลม และณัฐพันธ์ เขจรนันท์, 2551) ถูกต้อง ข้อมูลที่ดีต้องมีความถูกต้องและปราศจากความคลาดเคลื่อน โดยที่ความถูกต้องจะช่วยส่งเสริมให้สารสนเทศที่ได้มาเกิดความน่าเชื่อถือมากขึ้น ทันเวลา ข้อมูลจะต้องทันต่อเหตุการณ์และไม่ล้าสมัย สอดคล้องกับงาน ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารต้องได้มาจากการประมวลผลของข้อมูลที่มีสาระตรงกันและสามารถตรวจสอบได้ ข้อมูลบางประเภทอาจมาจากแหล่งข้อมูลที่ซับซ้อนและหลากหลาย ผู้ใช้ต้องทำการตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือได้ก่อนนำมาใช้งาน และมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ (จารุกิตติ์ นาคคำ, 2556) พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการในภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชัยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตัวแปร 2 ตัวที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ ได้แก่ การอำนวยความสะดวก และการควบคุมกำกับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 53.6

การพัฒนาฐานข้อมูล การศึกษาการพัฒนา

ระบบฐานข้อมูลงานวิจัยเพื่อช่วยในการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร (เอ็ม สายคำหน่อ, 2557) โดยมีจุดมุ่งหมายในการสร้างระบบสารสนเทศที่จะช่วยในการตัดสินใจสำหรับผู้บริหารในระบบบริหารงานวิจัย ผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดและการศึกษาการพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อการประกันคุณภาพการศึกษาระดับอาชีวศึกษา (เรวดี วงษ์สุวรรณ, 2554) พบว่า ได้ระบบฐานข้อมูลที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับผลการกำหนดหัวข้อและประเด็นเนื้อหาประกันคุณภาพการศึกษาศึกษาและความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบฐานข้อมูลในการนำเข้าข้อมูล ด้านกระบวนการ และด้านการแสดงผลข้อมูล อยู่ในระดับมาก รวมถึงการศึกษา การพัฒนาระบบฐานข้อมูลคลินิกเฉพาะทางโรคข้อและภูมิแพ้ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (จตุพล จิตติยพล, 2554) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลคลินิกเฉพาะทางโรคข้อและภูมิแพ้ และการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบที่พัฒนาขึ้น ผลการประเมินความเหมาะสมของระบบโดยผู้เชี่ยวชาญมีความเหมาะสมทุกด้าน การประเมินความพึงพอใจของอาจารย์แพทย์ มีความพึงพอใจมากกว่าระบบเดิมและพยาบาลผู้ใช้งาน อยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนของการพัฒนาระบบฐานข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แห่ง ของระบบคลังข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข(คณะทำงานพัฒนาโปรแกรมคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ได้พัฒนาให้มีชุดคำสั่งในการประมวลผลและชุดคำสั่งในการนำเสนอรายงานซึ่งลดปัญหาความไม่เท่าเทียมกันของชุดคำสั่งในการประมวลผลจากเงื่อนไขการประมวลผลที่ไม่ตรงกันและความไม่เท่าเทียมกันของชุดคำสั่งในการประมวลผลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ ประกอบด้วย ระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับที่ต้องใช้สารสนเทศด้านการแพทย์และสุขภาพในการวางแผนการดำเนินงานที่มีทั้งตัวชี้วัด(KPI) และรายงานมาตรฐานที่ใช้เป็นประจำ

สำหรับการดำเนินงานระบบข้อมูลสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายได้กำหนดการ

ดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ โดยมีการติดตั้งระบบคลังข้อมูลที่เครื่องแม่ข่ายระดับจังหวัดเพื่อให้หน่วยบริการส่งฐานข้อมูล 43 แฟ้มมายังจังหวัด จากนั้นส่งต่อฐานข้อมูลไปยังกระทรวงสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการทั้งหมด 234 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 216 แห่ง โดยกำหนดให้มีการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนส่งออก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยรวบรวมข้อมูลส่งกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนควบคุม กำกับกับการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งพบปัญหา คือข้อมูลขาดความน่าเชื่อถือ และข้อมูลในระบบฐานข้อมูล ใช้ประโยชน์ในการติดตามและประเมินผลได้เพียงบางส่วน โดยมีสาเหตุมาจากความไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และไม่ทันเวลาของการจัดเก็บ บันทึก และส่งออกของหน่วยบริการมายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาฐานข้อมูลสาธารณสุขในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

นิยามศัพท์

การพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลสาธารณสุข หมายถึง กระบวนการปรับปรุงวิธีการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขของจังหวัดเชียงรายให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลาของการจัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายมายัง ระบบคลังข้อมูล (Health Data Center :HDC) ที่เครื่องแม่ข่ายระดับจังหวัด

ความถูกต้องของการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ หมายถึง การตรวจสอบความถูกต้องของการจัดเก็บ และการบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการในภาพรวมของอำเภอ จากคลังข้อมูลระดับจังหวัดโดยการใช้โปรแกรม OPMP 2010

ความครบถ้วนของการจัดเก็บ และส่งระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการทั้งหมด (ร้อยละ 100) สามารถดำเนินการจัดเก็บ และส่งระบบฐานข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลอำเภอ ได้ครบถ้วน คือ 31 แฟ้ม ตามมาตรฐานที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด ซึ่งครอบคลุมข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก การให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

ความทันเวลาของการจัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการสามารถดำเนินการจัดเก็บ และส่งระบบฐานข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลอำเภอ ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ และศูนย์ข้อมูลอำเภอสามารถจัดส่งฐานข้อมูลของหน่วยบริการ ภายในอำเภอมายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด ภายใน วันที่ 10 ของทุกๆ เดือน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research And Development) โดยเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methodology) ทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 2 พฤษภาคม ถึง 30 กันยายน 2559 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาของการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลจังหวัดเชียงราย และแนวทางในการดำเนินการพัฒนาจากคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพจังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบสอบถามการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลจังหวัดเชียงราย ในเดือนพฤษภาคม 2559

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูล โดยการนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์สภาพปัญหาและแนวทางในการดำเนินการพัฒนา จากนั้นออกแบบและพัฒนากระบวนการทำงานโดยกำหนดการพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายในเดือนพฤษภาคม 2559 ที่ประกอบด้วย

1. ระบบศูนย์รวมข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (43 แฟ้ม) ตามมาตรฐานโครงสร้างข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอ ศูนย์ข้อมูลอำเภอ (District Health Data Center: DHDC) ที่มีบทบาท

หน้าที่ในการติดตามตรวจสอบ ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลของหน่วยบริการในกำกับ ก่อนส่งออกมายังระบบคลังข้อมูล (HDC) ที่เชื่อมโยงในระดับจังหวัด ภายในห้วงเวลาที่กำหนด (ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน) และการมีข้อมูล 43 แฟ้ม ในศูนย์อำเภอ ส่งผลให้ศูนย์ข้อมูลอำเภอ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการควบคุมกำกับการประเมินผลการดำเนินงาน รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และการสาธารณสุขเพื่อใช้ในการวางแผนการจัดการระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การวิเคราะห์ชุดคำสั่ง (Script) ของระบบประมวลผล และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (การ Monitor KPI ในระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข) เพื่อนำมาใช้ในการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง ของการบันทึกข้อมูลใน 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการ ก่อนนำส่งข้อมูลมายังศูนย์ข้อมูลอำเภอ โดยคณะกรรมการระดับจังหวัด ใช้หลักการพิจารณา คือ จำนวนข้อมูล และผลการดำเนินงานอยู่ในระดับต่ำ โดยมีสาเหตุมาจากการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ถูกต้อง จำนวน 20 ตัวชี้วัด

ขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้ เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ โดยทุกอำเภอดำเนินการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลอำเภอให้พร้อมปฏิบัติการ และเอกสารการวิเคราะห์ชุดคำสั่งของระบบการประมวลผล และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นคู่มือในการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง ของการบันทึกข้อมูล ในระบบฐานข้อมูลบริการให้แก่หน่วยบริการและศูนย์ข้อมูลอำเภอทุกแห่งภายในเดือน พฤษภาคม 2559 พร้อมทั้งดำเนินการติดตั้งชุดคำสั่งในการประมวลผล และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ให้แก่ศูนย์ข้อมูลอำเภอในเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน 2559

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เป็นการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบ โดยประเมินผลการดำเนินงานศูนย์ข้อมูลอำเภอ โดยการสนทนากลุ่ม ศึกษาความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ของการจัดเก็บ และส่งระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการรวมถึงการประมวลผล และรายงานผลการ

ดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 ตัวชี้วัด จากระบบคลังข้อมูลจังหวัดเชียงราย และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลของผู้บริหาร คณะทำงานพัฒนาข้อมูลสุขภาพจังหวัดเชียงราย และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานระบบฐานข้อมูลในระดับหน่วยบริการ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจเปรียบเทียบ ก่อน – หลัง การพัฒนารูปแบบ ในช่วงเดือน เมษายน – กรกฎาคม 2559

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์ข้อมูลอำเภอและคณะทำงานของศูนย์ข้อมูลอำเภอ จำนวน 145 คน คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพจังหวัดเชียงราย จำนวน 66 คน ผู้บริหาร (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ) จำนวน 44 คน และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานระบบฐานข้อมูลในระดับหน่วยบริการ (โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) จำนวน 234 คน ดำเนินการศึกษาโดยใช้ประชากรทั้งหมด (Census) รวมทั้งสิ้น 489 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลและแนวทางในการพัฒนา ได้แก่ แบบสอบถามการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลจังหวัดเชียงราย
2. เครื่องมือในการประเมินผล ได้แก่ โครงร่างคำถามการสนทนากลุ่ม การดำเนินงานศูนย์ข้อมูลอำเภอ และแบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราวัดระดับ (Rating Scale) จำนวน 5 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการประเมินความพึงพอใจในแต่ละข้อเป็น 5 ระดับ โดยใช้ค่าสถิติคะแนนเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean) กำหนดช่วงของการวัด ดังนี้

ไม่พึงพอใจเลย คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง

1.00 – 2.80 คะแนน

พึงพอใจน้อย คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง
2.81 – 4.60 คะแนน
พึงพอใจปานกลาง คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่
ในช่วง 4.61 – 6.40 คะแนน
พึงพอใจมากคือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง
6.41 – 8.20 คะแนน
พึงพอใจมากที่สุดคือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง
8.21– 10.0 คะแนน

โดยแบบสอบถามการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลจังหวัดเชียงรายและโครงสร้างคำถามการสนทนากลุ่ม ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แบบประเมินความพึงพอใจ ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้คำนวณ โดยใช้วิธี Item Objective Congruence Index (IOC) ทุกข้อคำถามมีค่า IOC > 0.5 และทำการทดสอบความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ Alpha (Alpha Coefficient) วิธีการของ Cronbach's Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมแบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจ จัดทำคู่มือการลงรหัส พร้อมทั้งทำการบันทึกข้อมูลตามรหัสที่ได้กำหนด และประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตราฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของความพึงพอใจต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูล ก่อน – หลัง การพัฒนารูปแบบโดยใช้ F – test โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

จากการศึกษาสภาพปัญหาของการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลจังหวัดเชียงราย พบว่า การบันทึกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มจากหน่วยบริการขาดความครบถ้วน และถูกต้อง รวมทั้งการจัดเก็บ บันทึก

และส่งออกข้อมูลไม่ทันเวลา จึงไม่สามารถใช้ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลมาวิเคราะห์ ควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการบูรณาการข้อมูลและสารสนเทศระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล ส่งผลให้ไม่สามารถวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอได้

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบ จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม พบว่าทุกอำเภอมีการดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลสาธารณสุข โดย 1) มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลอำเภอครบทั้ง 18 อำเภอ (ร้อยละ 100) ศูนย์ข้อมูลอำเภอกำหนดให้หน่วยบริการดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของการบันทึก การจัดเก็บข้อมูล 43 แฟ้มก่อนนำส่งข้อมูลมายังศูนย์ข้อมูลอำเภอ (ใช้โปรแกรม OPPP 2010 และ DHDC) และให้ส่งข้อมูล 43 แฟ้มมายังศูนย์ข้อมูลอำเภอภายในวันที่ 1-5 ของทุกเดือน จากนั้นดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง โดยใช้โปรแกรม DHDC และ 2) มีการใช้เอกสารการวิเคราะห์ชุดคำสั่ง (Script) ของระบบประมวลผล และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่จังหวัดเชียงรายได้จัดทำขึ้น หากพบไม่ครบถ้วน ถูกต้อง คัดลอกข้อมูลให้หน่วยบริการดำเนินการแก้ไขภายในวันที่ 7-9 ของทุกเดือน และศูนย์ข้อมูลอำเภอจะดำเนินการส่งออกข้อมูลมายัง HDC จังหวัดเชียงรายภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน มีการกำหนดให้มีบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ประจำศูนย์ข้อมูลอำเภอ และแต่งตั้งทีมพัฒนาคุณภาพข้อมูล Health Data Center (HDC) ระดับอำเภอและจังหวัด มีบทบาทหน้าที่ในการตรวจสอบข้อมูลทั้งในระดับอำเภอและหน่วยบริการ ตรวจสอบติดตามและประเมินผลคุณภาพข้อมูลให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนบูรณาการการใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพร่วมกันทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน รวมถึงการนำข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลของศูนย์ข้อมูลอำเภอมาดำเนินการประมวลผล และรายงานผลการดำเนินงานที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข (ตัวชี้วัดตามระบบ Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข) พร้อมทั้งคืนข้อมูลส่ง

หน่วยบริการและรายงานผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหาร เพื่อนำไปใช้ในการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน รวมถึงการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อให้งานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

คุณภาพของระบบข้อมูลพบว่า ความถูกต้องของการจัดเก็บ และการบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบเพิ่มมากขึ้นจาก ร้อยละ 91.98 ในเดือนเมษายนเป็น ร้อยละ 94.40 และ 99.05 ในเดือนมิถุนายน และกรกฎาคม 2559 ตามลำดับ ความครบถ้วนของการจัดเก็บ และส่งระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการ เปรียบเทียบ ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบพบว่า หน่วยบริการทั้งหมด ดำเนินการจัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลครบทุกแห่ง ทั้งช่วงก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบ สำหรับความครบถ้วนของการส่งระบบฐานข้อมูลจำนวน 31 แฟ้ม ตามมาตรฐานที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนดพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบหน่วยบริการสามารถส่งแฟ้มระบบฐานข้อมูลได้เพิ่มมากขึ้น โดยสามารถส่งแฟ้มระบบฐานข้อมูลได้ 31 แฟ้ม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.43 เป็นร้อยละ 13.25 ส่งได้ 26-30 แฟ้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.28 เป็นร้อยละ 73.08 ส่งได้ 21-25 แฟ้ม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.55 เป็นร้อยละ 11.96 สำหรับการส่งแฟ้มข้อมูลได้ 16-20 แฟ้ม ลดลงจากร้อยละ 84.19 เป็นร้อยละ 1.71 และหลังการเปลี่ยนรูปแบบ ไม่พบการส่งแฟ้มข้อมูลที่น้อยกว่า 15 แฟ้ม ความทันเวลาของการจัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการ หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ความทันเวลาของการจัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 99.57 เป็นร้อยละ 100

การประมวลผลและรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 ตัวชี้วัด เปรียบเทียบก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ มีการบันทึกผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดจำนวน 20 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 100) เพิ่มมากขึ้นทั้งในด้านค่าเป้าหมายและผลงาน

ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลของประชากรที่ศึกษา เปรียบเทียบก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจต่อการนำส่งระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม มายังจังหวัด หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 6.92 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนารูปแบบที่ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.03 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการนำเสนอผลการดำเนินงานจากระบบประมวลผล และรายงานผลมาใช้ประโยชน์ในการควบคุมกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานในระดับอำเภอ และจังหวัด หลังการพัฒนาระบบรูปแบบเพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 6.42 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนารูปแบบที่ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลของจังหวัดเชียงราย หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 6.67 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนารูปแบบที่ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สำหรับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการตรวจสอบ ความครบถ้วนถูกต้อง ของระบบฐานข้อมูลก่อนนำส่งของศูนย์ข้อมูลอำเภอ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 6.63 และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจการปฏิบัติหน้าที่ในการประมวลผลและรายงานผลการดำเนินงานของศูนย์ข้อมูลอำเภออยู่ในระดับมาก ร้อยละ 6.42 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลของประชากรที่ศึกษา เปรียบเทียบ ก่อน-หลังการพัฒนา รูปแบบ

ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูล จังหวัดเชียงราย	ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ				F-test	p-value
	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. การนำเสนอระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม มายังจังหวัด	6.03	1.63	6.92	1.68	-18.21	0.000
2. การนำเสนอผลการดำเนินงานจากระบบการประมวลผล และรายงานผลมาใช้ประโยชน์ในการควบคุมกำกับและประเมินผลการดำเนินงานในระดับอำเภอและจังหวัด	5.67	1.55	6.42	1.60	-17.36	0.000
3. การดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลของจังหวัดเชียงราย	5.80	1.45	6.67	1.53	-24.21	0.000
4. การปฏิบัติหน้าที่ในการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของระบบฐานข้อมูลก่อนนำเสนอของศูนย์ข้อมูลอำเภอ	-	-	6.63	1.63	-	-
5. การปฏิบัติหน้าที่ในการประมวลผล และรายงานผลในการดำเนินงานของศูนย์ข้อมูลอำเภอ	-	-	6.42	1.62	-	-

อภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ที่ประกอบด้วย การจัดตั้งระบบศูนย์รวมข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (43 แฟ้ม) ตามมาตรฐานโครงสร้างข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอ (ศูนย์ข้อมูลอำเภอ) และการวิเคราะห์ชุดคำสั่งของระบบประมวลผล และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข เป็นรูปแบบการพัฒนาที่สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานการบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข (2559) ที่กำหนดให้บันทึกข้อมูลและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม มายังคลังข้อมูลระดับจังหวัดโดยหน่วยบริการต้องตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งออกหน่วยบริหาร เน้นในเรื่องการกำกับติดตาม ตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูล รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นคลังข้อมูลระดับจังหวัด มีบทบาทในการรวบรวมข้อมูลส่งส่วนกลาง จัดระบบกำกับ ติดตามและประเมิน

ผล ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล รวมทั้งจัดระบบคืนข้อมูลให้แก่หน่วยบริการ และสอดคล้องกับแนวคิดของคณะทำงานพัฒนาโปรแกรมคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ที่พัฒนาระบบประมวลผล และรายงานผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขขึ้น เพื่อลดปัญหาความไม่เท่าเทียมกันของชุดคำสั่งในการประมวลผลจากเงื่อนไขการประมวลผลที่ไม่ตรงกัน และความไม่เท่าเทียมกันของชุดคำสั่งในการนำเสนอรายงาน ทำให้ระบบคลังข้อมูล (HDC) ในระดับจังหวัดของทุกจังหวัด เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ผลการดำเนินงานของศูนย์ข้อมูลอำเภอ พบว่า สามารถจัดตั้งศูนย์ข้อมูลอำเภอครบทั้ง 18 อำเภอ มีการมอบหมายหน้าที่ให้มีบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ประจำศูนย์ และมีการแต่งตั้งทีมพัฒนาคุณภาพข้อมูล HDC ทั้งในระดับอำเภอและจังหวัด และศูนย์ข้อมูลอำเภอสามารถประมวลผลและรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ชุดคำสั่งในการประมวลผล และชุดคำสั่งในการนำเสนอรายงานชุดเดียวกันกับระดับจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข

คุณภาพของการจัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย หลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ความถูกต้อง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 91.89 เป็นร้อยละ 99.05 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.07) ความครบถ้วน หน่วยบริการทั้งหมดร้อยละ 100 จัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอ สำหรับความครบถ้วนของการส่งระบบฐานข้อมูล จำนวน 31 แห่งพบว่า หน่วยบริการสามารถส่งเพิ่มระบบฐานข้อมูลได้เพิ่มมากขึ้น โดยสามารถส่งเพิ่มระบบฐานข้อมูลได้ 31 แห่ง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.43 เป็นร้อยละ 13.25 ส่งได้ 26-30 แห่ง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.28 เป็นร้อยละ 73.08 ส่งได้ 21-25 แห่ง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.55 เป็นร้อยละ 11.96 สำหรับการส่งเพิ่มข้อมูลได้ 16-20 แห่ง ลดลงจากร้อยละ 84.19 เป็นร้อยละ 1.71 และหลังการเปลี่ยนรูปแบบ ไม่พบการส่งเพิ่มข้อมูลที่น้อยกว่า 15 แห่ง ความทันเวลาของการจัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 99.57 เป็นร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารุกิตติ์ นาคคำ (2556) ที่ได้ศึกษาปัจจัยบริหารที่มีผลต่อการรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการในภาพรวม ที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรในจังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตัวแปร 2 ตัวที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การรายงานข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ การอำนวยความสะดวก และการควบคุม กำกับ และสอดคล้องกับแนวคิดของ ไพบูลย์ เกียรติโกมล และณัฐพันธ์ เจริญนันท (2551) ที่กล่าวว่า ข้อมูลเป็นวัตถุดิบที่มีความสำคัญ ถ้าข้อมูลมีคุณภาพเหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้ใช้ ซึ่งควรมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้ มีความถูกต้อง ทันเวลา สอดคล้องกับงานและสามารถตรวจสอบได้

ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลของผู้บริหาร คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพจังหวัดเชียงราย และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานระบบฐานข้อมูลในระดับหน่วยบริการ หลังการพัฒนา

รูปแบบพบว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบก่อนการพัฒนาแบบที่ความพึงพอใจอยู่ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.000$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จตุพล จิตติยผล (2554) ที่ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลคลินิกเฉพาะทางโรคข้อและภูมิแพ้ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการประเมินความเหมาะสมของระบบโดยผู้เชี่ยวชาญมีความเหมาะสมทุกด้าน การประเมินความพึงพอใจของอาจารย์แพทย์ ส่วนมากมีความพึงพอใจมากกว่าระบบงานเดิม และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้งานอยู่ในระดับมากที่สุด และจากการศึกษาของ เอ็ม สายคำหน่อ (2557) ที่ได้ศึกษา การพัฒนาระบบฐานข้อมูลงานวิจัย เพื่อช่วยในการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร ผลการประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด รวมถึง เรวดี วงษ์สุวรรณ (2554) ได้ศึกษา การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการประกันคุณภาพการศึกษา ระดับอาชีวศึกษา ผลการศึกษา พบว่า ได้ระบบฐานข้อมูลที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับผลการกำหนดหัวข้อและประเด็นเนื้อหาประกันคุณภาพการศึกษา ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบฐานข้อมูลในการนำเข้าข้อมูล ด้านกระบวนการ และด้านการแสดงผลข้อมูล ผู้ใช้มีความพึงพอใจในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร

1. ควรมีการกำหนดนโยบายให้มีการใช้ข้อมูลและสารสนเทศ ที่มีทั้งตัวชี้วัด (KPI) และรายงานมาตรฐานที่ใช้เป็นประจำ จากระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัด และศูนย์ข้อมูลอำเภอ ในการติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลงานของหน่วยบริการ

2. ควรมีการกำหนดนโยบายให้ผู้บริหารระดับอำเภอ สนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์ข้อมูลอำเภอ (District Health Data Center, DHDC) ให้ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ด้านบริการ

1. ส่วนกลาง ควรปรับปรุงชุดคำสั่งในการประมวลผลและรายงานผลการดำเนินงานที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข (การ Monitor KPI ในระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข) โดยกำหนดประชากรเป้าหมายในการให้บริการเป็นประชากรชาวไทย ที่มี type area 1 และ 3 เท่านั้น โดยเฉพาะประชากรเป้าหมายในการให้บริการงานอนามัยแม่และเด็ก และลดความเชื่อมโยงระหว่างแฟ้มฐานข้อมูลที่กำหนดเป็นเงื่อนไขในการประเมินผลการดำเนินงาน อาทิ ใช้แฟ้ม Person เชื่อมโยงกับ แฟ้ม Home และแฟ้ม Village ซึ่งหากการบันทึกข้อมูลในทั้ง 3 แฟ้ม ไม่ถูกต้อง ไม่สมบูรณ์ ผลการดำเนินงานที่หน่วยบริการบันทึกเข้าไปในระบบก็จะไม่ปรากฏผลงานนั้นๆ

2. ส่วนกลางควรพัฒนาการตรวจสอบ ความครบถ้วน ถูกต้อง ของการบันทึกข้อมูลใน 43 แฟ้ม ตามการวิเคราะห์ชุดคำสั่ง (Script) ในการประมวลผล และรายงานผลการดำเนินงานที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข (การ Monitor KPI ในระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข) ให้เป็นโปรแกรมสำเร็จรูป ให้หน่วยบริการนำไปใช้ตรวจสอบข้อมูลก่อนนำเสนอ

ด้านวิชาการ

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในด้าน การจัดเก็บบันทึกและส่งออกข้อมูลให้มีคุณภาพตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา รวมถึงให้มีศักยภาพในการประมวลผล

2. ควรมีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานในการจัดเก็บ และบันทึกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ให้แก่ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่มีความหลากหลายของกลุ่มวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข และ ตำแหน่งอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่เป็นต้นทางของแหล่งข้อมูล เนื่องจากโปรแกรมสำหรับจัดเก็บฐานข้อมูลได้ออกแบบไว้ครอบคลุมภารกิจหลักของหน่วยบริการ ซึ่งประกอบด้วย งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกัน และควบคุมโรค งานฟื้นฟูสภาพและงานรักษาพยาบาล จึงมีความจำเป็นในการบริหารจัดการให้แต่ละกลุ่ม มีความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนและถูกต้อง

3. ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านระบบฐานข้อมูล ทั้งในระดับหน่วยบริการและหน่วยบริหาร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณ ผู้บริหาร คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพจังหวัดเชียงราย และผู้รับผิดชอบงานระบบฐานข้อมูลในระดับหน่วยบริการทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ท้ายสุดขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและสนับสนุน การวิจัยจึงสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version 2.1 (มกราคม 2559) ปีงบประมาณ 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอส พี ก๊อปปี้ ปริ๊น.
- คณะทำงานพัฒนาโปรแกรมคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ความเป็นมาของระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center : HDC. การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบ Health Data Center (HDC on Cloud) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข(สำหรับผู้ดูแลระบบ); 27-29 กรกฎาคม 2559; Data Center อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์; 2559.

- จารุกิตต์ นาคคำ. (2556). ปัจจัยบริหารที่มีผลต่อรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น,ขอนแก่น.
- จตุพล จิตติยพล. (2554). การพัฒนาระบบฐานข้อมูลคลินิกเฉพาะทางโรคข้อและภูมิแพ้ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น .วิทยานิพนธ์ ปริญญาครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรมและเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.
- ไพบูลย์ เกียรติโกมล และณัฏฐพันธ์ เขจรนันท์. (2551). ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- เรวดี วงษ์สุวรรณ. (2554). การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการประกันคุณภาพการศึกษาระดับอาชีวศึกษา. วิทยานิพนธ์ ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนอาชีวศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,กรุงเทพมหานคร.
- เอ็ม สายคำหน่อ. (2557). การพัฒนาระบบฐานข้อมูลงานวิจัยเพื่อช่วยในการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจบัณฑิต สาขาวิชาคอมพิวเตอร์ธุรกิจ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์, เพชรบูรณ์.

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน
เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน
The result of Home Palliative Care Model development,
Ban Hong Health Network, Ban Hong district, Lamphun province

ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์, พบ., วว., เวชศาสตร์ครอบครัว Chortip Promarat, MD., Dip.
Thai Board of Family Medicine

โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน Banhong hospital, Lamphun

บทคัดย่อ

ปัจจุบันผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมกับให้การดูแลแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่จากการปฏิบัติพบว่ารูปแบบการดูแลยังไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ตลอดจนการจัดการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยังไม่ครบทุกมิติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะท้าย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง ซึ่งการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการและวางแผน ระยะดำเนินการให้การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านตามแนวปฏิบัติ และระยะประเมินผล ใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale; POS) ในช่วงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 – มิถุนายน พ.ศ. 2559 มีการวัดผลก่อนและหลังการดูแล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 41 คน ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม และมีการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนแล้ว ทำให้ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) ในผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยลดลงจาก 19.29 (SD. 2.25) เป็น 10.07 (SD. 2.30) และลดลงจาก 17.02 (SD. 1.98) เป็น 8.63 (SD. 2.09) ตามลำดับ ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.001$) ดังนั้นสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่งทำให้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดีขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน การดูแลแบบองค์รวม ทีมสหสาขาวิชาชีพ

Abstract

Currently, patients who received palliative care are greater number and they have received home visits and palliative by a multidisciplinary team, but the practice also found that the care model is unclear. Patients not received cared for holistically, as well as the condition of the patient has not reached all dimensions. This affects the quality of life in patients. Therefore, the research to study the effect of the development of home palliative care, Banhong District. This study is an action research., divided into 3 phases: 1) preparation and planning committee meetings 2) Provides palliative care in home-based practice and home visits have continued under the guidance of Banhong comprehensive care model in November 2015 - June 2016 3) Evaluation by palliative care outcome scale in patients and care givers. The results were 41 patients, after the patient received continuous care and holistic care by a multidisciplinary team with partners in the community. The palliative care outcome scale in patients and caregivers are the main results; the scales are reduced from 19.29 to 10.07 and reduced from 17.02 to 8.63 respectively (P-Value < 0.001). Conclusion, after development of home palliative care by Banhong Health Network District, patients have improved palliative care outcome scale significantly.

Key words: palliative care at home, holistic care, multidisciplinary team

บทนำ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมากขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น อีกทั้งประชากรสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ปัจจุบันที่มีความทันสมัย จึงทำให้ผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตมีช่วงเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ต้องมีการดูแลภาวะต่างๆ ในระยะประคับประคองหรือระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ (สุพัตรา ศรีวานิชชกร, 2554) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีภาวะเจ็บปวดและทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วยเองและครอบครัว (กรมการแพทย์, 2557) จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นจาก 468.3 ในปี 2548 เป็น 759.8 รายต่อแสนประชากรในปี 2555 เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทย โดยมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า

จาก 12.6 ในปี 2510 เป็น 43.8 ในปี 2540 และ 98.5 รายต่อแสนประชากร ในปี 2555 สำหรับโรคหลอดเลือดสมองพบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 25.3 ในปี 2548 เป็น 31.7 รายต่อแสนประชากร ในปี 2555 ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจากร้อยละ 0.8 ในปี 2547 เป็น 1.6 ในปี 2553 (กรมการแพทย์, 2557) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานสถิติพบผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ตั้งแต่ปี 2550-2555 เพิ่มขึ้นจาก 25,457 ราย เป็น 58,385 ราย (วนิชา พิงชมภู, 2557) ซึ่งจากแนวโน้มดังกล่าวข้างต้นที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงความต้องการ การดูแลแบบประคับประคองที่มากขึ้น

ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคระยะสุดท้ายที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี (Advance diseases with poor prognosis) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Cancer) และผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Old age with dementia) (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล,

2558) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งนอกจากการดูแลทางด้านร่างกาย และการจัดการอาการรบกวนต่างๆ แล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยบางรายช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องมีญาติและครอบครัวคอยดูแลอย่างใกล้ชิด การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยการรักษาแบบประคับประคอง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการเอาใจใส่ของญาติ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า เสียชีวิตอย่างสงบ มีศักดิ์ศรีเป็นมนุษย์ ท่ามกลางญาติพี่น้องใกล้ชิด

จากข้อมูลของโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน พบผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวนมากขึ้น โดยในเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวน 152 คน และเพิ่มเป็น 174 คน ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 32 คน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะท้าย 22 คน โรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต 35 คน โรคหัวใจล้มเหลวระยะท้าย 5 คน โรคหลอดเลือดสมองที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี 6 คน โรคติดเชื้อที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี 4 คน และผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง 70 คน (โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง, 2558) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมกับให้การดูแลแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่จากการปฏิบัติพบว่า ในการดูแลยังมีรูปแบบไม่ชัดเจน การดูแลโดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่โรคและการรักษามากกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ตลอดจน การจัดการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยังไม่ครบถ้วน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วย ดังนั้นโรงพยาบาลบ้านโฮ่งร่วมกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จึงได้มีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558 – มิถุนายน 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) ญาติ และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2558 – มิถุนายน 2559 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการดูแลแบบประคับประคอง ที่ปัจจุบันอาศัยอยู่ในบ้านเขตอำเภอบ้านโฮ่ง ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2558 – มิถุนายน 2559 ที่กลับไปใช้ชีวิตต่อที่บ้าน ใช้วิธีกำหนดตัวอย่างตามคุณสมบัติ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 41 คน Inclusion criteria 1) มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอบ้านโฮ่ง 2) ยินยอมการรับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง Exclusion criteria 1) มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอบ้านโฮ่ง แต่ปัจจุบันไม่อยู่ในพื้นที่แล้ว 2) ไม่ยินยอมการรับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 41 คน

การศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการและวางแผน ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล ระยะเตรียมการและวางแผน

1. ประชุมจัดตั้งคณะกรรมการ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง
2. จัดอบรมเพื่อให้ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้ง อสม. จิตอาสา
3. จัดตั้งเครือข่าย บุญรักษา บ้านโฮ่ง เพื่อให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองเกิดการเชื่อมโยงจากโรงพยาบาล สู่ครอบครัวผู้ป่วยและชุมชน

4. จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์การแพทย์หมุนเวียนเพื่อผู้ป่วยระยะท้าย อำเภอบ้านไธสง เพื่อให้ผู้ป่วยได้หมุนเวียนยืมไปใช้ที่บ้าน

5. ทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพบ้านไธสง โดยให้การดูแลตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2558)

6 ด้าน ดังนี้

ด้านการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัว ให้การดูแลแบบประคับประคองโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตั้งแต่แรกวินิจฉัย จนถึงวาระสุดท้าย พร้อมทั้งให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัว

ด้านการดูแลแบบองค์รวมมุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมาน ให้การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งมีแนวทางในการประเมินและจัดการอาการรบกวนต่างๆ แก่ผู้ป่วย

ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนเข้าสู่ศูนย์องค์รวม การวางแผนการจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การเชื่อมโยงข้อมูลในกลุ่ม line องค์กรรวม คปสอ. บ้านไธสง มีการติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทางของ Banhong comprehensive care model โดยแบ่งตามระดับ PPS (Palliative care outcome scale) เป็นสีแดง เหลือง เขียว (สีแดง PPS 0-30 สีเหลือง PPS 40-60 สีเขียว PPS 70-100)

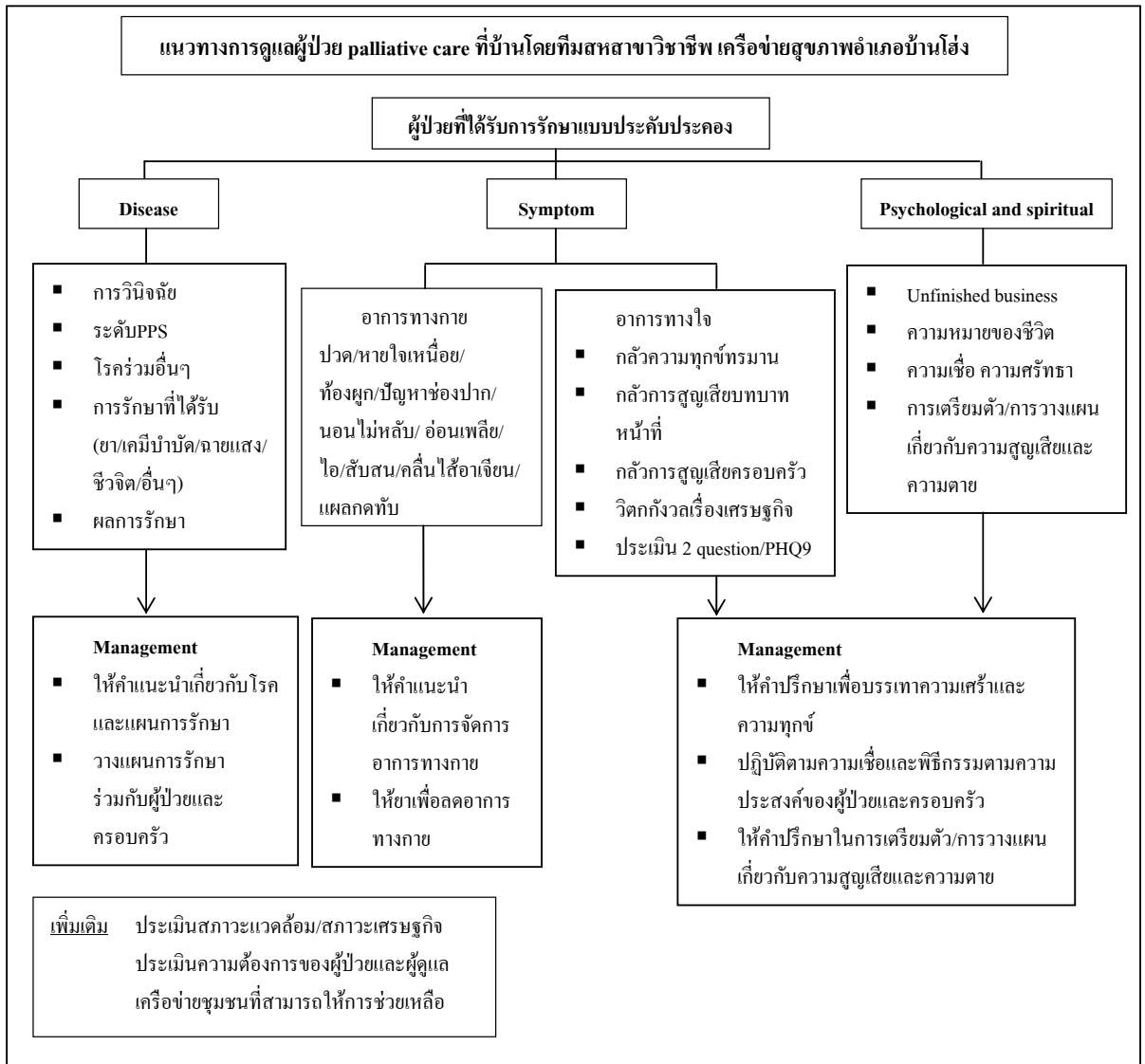
ด้านการดูแลแบบเป็นทีม มีการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รพสต. เครือข่ายจิตอาสา อสม. มีการประสานกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้การดูแลในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

ด้านการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน มีระบบการประเมินและการสอน caregiver ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในส่วนของผู้ป่วยที่เคย/ไม่เคย มารับการรักษาในโรงพยาบาล จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์การแพทย์หมุนเวียนเพื่อผู้ป่วยระยะท้ายอำเภอบ้านไธสง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้หมุนเวียนยืมไปใช้ที่บ้าน

ด้านการดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว มีการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลวาระสุดท้ายที่บ้าน สนับสนุนในเรื่องของความเชื่อและพิธีกรรมที่ผู้ป่วยและญาติมีประสงค์

ทั้งนี้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสง ได้ผ่านการตรวจสอบโครงสร้างและความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานสาขาสุขภาพจิต พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติชุมชน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อย่างละ 1 คน โดยได้ค่า IOC 0.6-1.0 และได้มีการปรับแก้เนื้อหาตามที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำแนะนำแล้ว

6. ชี้แจงการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสงแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการร่วมดูแลผู้ป่วย



ระยะดำเนินการให้การดูแลแบบประคับประคอง แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีการติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องตามแนวทางของ Banhong comprehensive care model ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2558 – มิถุนายน 2559 รวม 9 เดือน

ระยะประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ประเมินผล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับ โรค ระดับความรุนแรง อาการรบกวน และข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วย

2. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง palliative care outcome scale for patients (POS-P) สำหรับผู้ป่วย และ palliative care outcome scale for carers (POS-C) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย แปลเป็นภาษาไทยโดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราช เชียงใหม่ ประกอบด้วย การควบคุมอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา ระดับของการดูแลสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ความวิตก

กังวล ของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงเวลารอคอยการดูแลรักษา ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งปัญหา/ความต้องการของครอบครัวอย่างครอบคลุม

คำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คะแนน 0-4 คะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 40 ส่วนข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ถามปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา และข้อที่ 12 เป็นคำถามระดับ PPS ซึ่งไม่นำมาคิดเป็นคะแนน

ประเมินผลครั้งที่ 1 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ขณะที่ไปเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลแบบ

ประคับประคองในครั้งแรก

ประเมินครั้งที่ 2 หลังจากที่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยสัมภาษณ์เมื่อไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านในครั้งต่อไป และห่างจากครั้งแรกอย่างน้อย 1 สัปดาห์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลัง ด้วยสถิติ Pair T test

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	63.41
หญิง	15	36.59
อายุ Mean(SD)	68.93(13.72)	
สถานภาพ		
คู่	14	34.14
หม้าย	23	56.10
หย่าร้าง	4	9.76
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	11	26.83
ประถมศึกษา	21	51.22
มัธยมศึกษา	6	14.63
อื่นๆ	3	7.32
อาชีพ		
อาชีพรับจ้างทั่วไป	7	17.08
เกษตรกร	6	14.63
ข้าราชการ	0	0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	28	68.29
รายได้ต่อครัวเรือน		
<5,000 บาท	7	17.07
5,000-10,000 บาท	22	53.66
>10,000 บาท	12	29.27

ผู้ป่วยจำนวน 41 คน เป็นเพศชายร้อยละ 63.41 เพศหญิงร้อยละ 36.59 อายุเฉลี่ย 68.93 (13.72) ปี ผู้ป่วยมีสถานะหม้าย คู่ และหย่าร้าง ร้อยละ 56.10, 34.14 และ 9.76 ตามลำดับ ผู้ป่วยร้อยละ 51.22 จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา และร้อยละ 26.83 ไม่ได้เรียนหนังสือ

ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.29 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 17.08 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป อีกร้อยละ 14.63 ทำอาชีพเกษตรกรรม ผู้ป่วยมีรายได้ต่อครัวเรือนเฉลี่ยส่วน ใหญ่ อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.66

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับโรค ระดับความรุนแรง อาการรบกวนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

	จำนวน	ร้อยละ
Disease		
Cancer	18	43.90
Advance disease	21	51.22
Old age with dementia	2	4.88
Palliative performance scale (PPS)		
0 - 30	28	68.29
40 - 60	6	14.64
70 - 100	7	17.07
Symptom		
Dyspnea	15	36.56
Pain	12	29.27
Fatigue	30	73.17
Insomnia	25	60.98
Nausea/vomiting	5	12.20
Constipation	16	39.02
Psychological symptom		
No depressive	10	24.39
Mild depressive	19	46.78
Moderated depressive	11	26.83

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.22 เป็นโรคระยะสุดท้ายที่การพยากรณ์โรคไม่ดี ได้แก่ โรคไตวายระยะสุดท้าย (ESRD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคติดเชื้อ (Sepsis) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะท้าย (COPD) โรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (Chronic heart failure) รองลงมาเป็นผู้ป่วยมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 43.90 และร้อยละ 4.88 เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Old age with dementia) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับ Palliative performance scale (PPS) อยู่ในช่วง 0 - 30, 70 - 100 และ 40 - 60 คิดเป็นร้อยละ 68.29, 17.07 และ 14.64 ตามลำดับ อาการทาง

กายที่พบได้บ่อย คือ อ่อนแรง (Fatigue) ร้อยละ 73.17 นอนไม่หลับ ร้อยละ 60.98 รองลงมา ได้แก่ ท้องผูก (Constipation), หายใจเหนื่อย (Dyspnea), ปวด(Pain), คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea/vomiting) ร้อยละ 39.02, 36.56 , 29.27 และ 12.20 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 46.34 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depressive) ร้อยละ 26.83 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderated depressive) ร้อยละ 24.39 ไม่มีภาวะซึมเศร้า (no depressive) และมีภาวะซึมเศร้าชนิดรุนแรง ร้อยละ 2.44 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล		
คู่สมรส	14	34.14
ลูก	17	41.46
หลาน	4	9.76
พี่น้อง	6	14.64
เพศ		
ชาย	17	41.46
หญิง	24	58.54
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	12.20
ประถมศึกษา	20	48.78
มัธยมศึกษา	15	36.58
อื่นๆ	1	2.44
อาชีพ		
อาชีพรับจ้างทั่วไป	15	36.58
เกษตรกรรวม	14	34.14
ข้าราชการ	5	12.20
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	17.08

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยทุกคน มี ผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 43.90 รองลงมาเป็น ลูก พี่น้อง และหลาน คิดเป็นร้อยละ 36.59, 14.63 และ 4.88 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และ

ประถมศึกษา ร้อยละ 48.78 และ 36.58 ส่วนร้อยละ 12.20 ไม่ได้เรียนหนังสือ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 36.58 และ 34.14 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่า POS-P และ POS-C เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ปัญหาและความต้องการ	POS-P			POS-C		
	ก่อนการดูแล Mean (SD.)	หลังการดูแล Mean (SD.)	P value	ก่อนการดูแล Mean (SD.)	หลังการดูแล Mean (SD.)	P value
1. อาการปวด	0.56 (0.89)	0.34 (0.52)	0.005	0.56 (0.90)	0.32 (0.47)	0.003
2. อาการอื่นๆ	2.39 (0.54)	1.51 (0.59)	< 0.001	2.15 (0.61)	1.43 (0.59)	< 0.001
3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	2.75 (0.58)	1.24 (0.62)	< 0.001	2.63 (0.58)	1.22 (0.61)	< 0.001
4. ความวิตกกังวลของครอบครัว	2.83 (0.54)	1.46 (0.60)	< 0.001	2.65 (0.57)	1.24 (0.62)	< 0.001
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา	2.07 (0.26)	0.63 (0.54)	< 0.001	1.26 (0.71)	1.56 (0.55)	< 0.001
6. การได้ระบายความรู้สึก	2.39 (0.49)	1.66 (0.73)	< 0.001	2.17 (0.54)	1.22 (0.65)	< 0.001
7. ความรู้สึกซึมเศร้า	1.49 (0.60)	0.73 (0.67)	< 0.001	1.49 (0.66)	0.63 (0.66)	< 0.001
8. ความรู้สึกดีต่อตนเอง	0.95 (0.59)	0.83 (0.67)	0.058	0.71 (0.64)	0.53 (0.67)	0.181
9. การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา	2.21 (0.47)	0.90 (1.02)	< 0.001	1.85 (0.61)	0.85 (0.94)	0.001
10. การได้รับความช่วยเหลืออื่นๆ	1.63 (0.49)	0.76 (0.70)	< 0.001	1.54 (0.50)	0.61 (0.58)	< 0.001
คะแนนเฉลี่ย POS	19.29 (2.25)	10.07 (2.30)	< 0.001	17.02 (1.98)	8.63 (2.09)	< 0.001

ก่อนการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย POS-P เท่ากับ 19.29 (SD. 2.25) คะแนน ภายหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องแบบองค์รวมผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย POS-P ลดลงเป็น 10.07 (SD. 2.30) คะแนน ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนน POS-P รายข้อ พบว่าอาการปวด อาการอื่นๆ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลของครอบครัว การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา การได้ระบายความรู้สึก ความรู้สึกซึมเศร้า การเสียเวลารอคอยการรักษา และการได้รับความช่วยเหลืออื่นๆ มี

คะแนน POS-P ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ยกเว้นคำถามที่ว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกดีต่อตนเองหรือไม่ที่มีคะแนน POS-P ดีขึ้น แต่ยังไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.058$) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนการดูแลแบบประคับประคองผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ย POS-C เท่ากับ 17.02 (SD. 1.98) คะแนน ภายหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสง และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องแบบองค์รวมทำให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย POS-C ลดลงเป็น 8.63 (SD. 2.09) คะแนนซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนน POS-C รายชื่อผู้ดูแลของผู้ป่วย พบว่าคะแนน POS-C ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกข้อเช่นเดียวกัน ยกเว้นคำถามว่า ญาติคิดว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกดีต่อตนเองหรือไม่ ที่มีคะแนน POS-P ดีขึ้นแต่ยังไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.181$)

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสงทำให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และมีแนวทางการดูแลแบบองค์รวมมากขึ้นช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและ ผู้ดูแลของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแสดงถึงผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยเมื่อแยกเป็นรายข้อ พบความต้องการด้านร่างกายจิตใจจิตวิญญาณและสังคม ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับความรู้สึกดีต่อตนเองหรือไม่ ไม่มีความแตกต่างกันก่อนและหลังได้รับการดูแล ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคหรือความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงเพราะไม่สามารถทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิม และยังระยะของโรคเป็นนานขึ้นระดับความรุนแรงหรือความเจ็บป่วยก็จะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อความมีคุณค่าในตัวเองลดลงตามไปด้วย

อภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสง ที่มีการดูแล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วย เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน มีการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมและมีการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนแล้ว ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยมีระดับ POS-P และ POS-C ลดลง แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ที่ดีขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลน่าน ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นพพร ธนามี, สมพร รอดจินดา, และ วรพรรณ ขำนาญข่าง, 2557) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลคำมวง ภาพสินธุ์ ที่มีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบองค์รวม ภายใต้ สังคม จิตวิญญาณโดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันดูแลทำให้ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจมาก (ประวีณา ปรีดี, 2556) และในการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน รพ อุตรธานี ที่พบว่า ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความพอใจในระดับสูง (ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพะยอม จุลพันธ์ และยุพงค์ พุฒธรรม, 2556)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยเมื่อแยกเป็นรายข้อ พบความต้องการด้านร่างกายจิตใจจิตวิญญาณและสังคม ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อสัมภาษณ์ที่ว่า เกี่ยวกับความรู้สึกดีต่อตนเองหรือไม่ ไม่มีความแตกต่างกันก่อนและหลังได้รับการดูแล ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคหรือความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงเพราะไม่สามารถทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิม และยังระยะของโรคเป็นนานขึ้น ระดับความรุนแรงหรือความเจ็บป่วยก็จะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อความมีคุณค่าในตัวเองลดลงตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าปัญหา

สุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สัมพันธ์ทางบวกต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริญญา โทมานะ และระวีวรรณ ศรีสุชาติ, 2548)

จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามระยะการดำเนินโรค ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินอาการด้านร่างกาย จิตใจ ความต้องการทางสังคม และจิตวิญญาณทุกครั้ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ทีมสามารถจัดการอาการรบกวนต่างๆ ได้เหมาะสม สามารถให้ข้อมูลการดูแลรักษาแก่ญาติผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวล และการดูแลที่คำนึงถึงความเชื่อวัฒนธรรมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี (สุพัตรา ศรีวานิชชากุล, 2554) ในผู้ป่วยบางรายพบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อาจไม่มีความรู้ ความเข้าใจเท่าที่ควร และไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ประกอบกับ บางรายผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาซับซ้อน ดังนั้น ต้องได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนและเครือข่ายเป็นรายกรณี จากการศึกษาพบว่า ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไธสง ยังให้การดูแลไม่ครอบคลุมผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยระยะท้าย ที่มี palliative performance scale น้อยกว่า หรือเท่ากับ 30 ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในอำเภอ

บ้านไธสง และได้รับการรักษามาจากโรงพยาบาลอื่นๆ (คิดเป็นร้อยละ 23.56 ของผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด) ซึ่งเมื่อได้รับการส่งต่อข้อมูลมาไม่สามารถจัดทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลที่บ้านได้ทัน และไม่สามารถจัดการปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมได้ แต่มีแนวทางการแก้ปัญหา คือให้ทีมเครือข่ายในพื้นที่ไปประเมินและให้การดูแลในเบื้องต้นก่อน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่อำเภอบ้านไธสง ที่ได้รับการรักษามาจากโรงพยาบาลอื่นๆ จากชุมชนเข้าสู่โรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง และครอบคลุมมากขึ้น
2. ควรพัฒนาทักษะการใช้ภาษาถิ่นของผู้สัมภาษณ์ หรือ แปลภาษาในการสัมภาษณ์ให้เป็นภาษาถิ่น เพื่อให้สามารถอธิบาย คำถามที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจยาก และอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการให้คะแนนเช่น คำถามเกี่ยวกับการได้รับการระบายความรู้สึก ความรู้สึกดีต่อตนเอง เป็นต้น ซึ่งจะทำให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น
3. ควรมีการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่คงที่ แน่นนอน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไธสง และทีมผู้ดูแลแบบประคับประคองเครือข่ายบริการอำเภอบ้านไธสง

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557*. 72 ปีกรมการแพทย์, หน้า 1-2.
- ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพดี, ศศิพันธ์ มงคลไชย, พวงพะยอม จุลพันธุ์ และยุพงค์ พุฒธรรม. (2556). การพัฒนาระบบดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 23(1), หน้า 81-90.
- นพพร ธนามี, สมพร รอดจินดา, และวรรณณ ชำนาญช่าง. (2557). ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *พุทธชินราชเวชสาร*, 31(2), หน้า 183-192.
- แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง วิทยาลัยใหญ่ ฉบับสวนดอก. (สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2559) แหล่งข้อมูล: URL: http://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_thai_01.pdf
- ประวีณา ปรีดี. (2556). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลคำม่วง*. (สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2559); แหล่งข้อมูล: URL: <http://rdhsj.moph.go.th/62/662/13.pdf>.
- ปริญญา ไตมานะ และระวีวรรณ ศรีสุชาติ. (2548). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกื้อหนุนอื่นๆ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(1), หน้า 28-37.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2551). *Basic palliative care for district hospital team*. ศูนย์การณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลดารัตน์ สาภินันท์. (2556). *คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง The palliative care outcome scale: POS*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, หน้า 1-16.
- วนิชา พิงชมภู. (2557). สถานการณ์การดูแลระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุไทยโรคไตวายเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 41(4), หน้า 166-177.
- สุพัตรา ศรีวานิชธาร. (2554). การเฝ้าระวังด้วยหัวใจและศรัทธา. *ก่อนจะถึงวันสุดท้าย*, 2(5), หน้า 1-7.
- World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care; 2006. (สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2558); แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

พฤติกรรมของการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร
โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา
Infectious waste separation behavior of health officers in
Chiangkham Hospital, Payao province.

ธงชัย มั่นคง, ศศ.บ.(รัฐศาสตร์)

Tongchai Munkong, BA.(Pol.Sc.)

โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา

Chiang kham Hospital, Payao province

บทคัดย่อ

การศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ของบุคลากรในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ และเพื่อทราบปัญหา พร้อมข้อเสนอแนะในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ในโรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างวันที่ 1 – 31 ธันวาคม 2559 จำนวน 330 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) และใช้สถิติ Chi-square ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ได้แก่ ตำแหน่งงาน การทราบแนวทางปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การรับทราบปัญหาเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ การได้รับการอบรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และความคิดเห็นเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อตามลำดับ ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาปฏิบัติงาน เป็นต้น ไม่มีผลต่อพฤติกรรมในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ผู้ศึกษาเสนอแนะว่า ให้มีการสร้างจิตสำนึก ความตระหนัก ให้ทราบปัญหา และค่าใช้จ่ายในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการจัดอบรม การณรงค์ให้ความรู้แก่บุคลากร ผู้ป่วย และญาติ ให้มีส่วนร่วมในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ตลอดจน ให้มีการนิเทศและติดตามการจัดการ การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อในหอผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างกลุ่มการพยาบาล และกลุ่มบริหารงานทั่วไป

คำสำคัญ: การจัดการมูลฝอย พฤติกรรมในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ บุคลากร โรงพยาบาล

Abstract

The study on the infectious wastes separation behavior of staffs in Chiangkham hospital, Payao province aims to investigate the behaviors, factors that affecting their behavior and to know the problems and to provide a suggestion on separation of infectious wastes. 330 sample population were purposive random among the staff who have a direct duty on infectious wastes separation in Chiang kham hospital, Payao province. Data were collected by structured questionnaires during 1- 31 December 2016. Descriptive analysis and Chi-square were applied for data analysis. The result revealed that the factors that influenced the infectious waste separation behaviors were work positions, the level of knowledge in the management, guideline, problems known, their opinion and their infectious waste trainings, were statistically significant ($p < 0.05$). The other variables e.g. gender, age, monthly income, length of employment and level of education etc. were not significant factors on the infectious waste separation behavior. We recommend to strengthening: conscious mind, awareness in a problems and a costing of infectious waste management, promote training and campaigning related to infectious waste management among all health officers in the hospital includes the patients and their relatives. As well as regular monitoring and evaluation on infectious waste management among nursing care-units and the administrative unit in the hospital were also recommended.

Key Words: waste management, infectious waste separation, health officers, hospital.

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาเรื่องการจัดการมูลฝอยเป็นปัญหาไปทั่วโลก ซึ่งมูลฝอยประเภทต่างๆ นับวัน ยังมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี โดยในปี 2551 มีปริมาณมูลฝอย 23.93 ล้านตัน เฉลี่ย 1.03 กิโลกรัม/คน/วัน (กรมควบคุมมลพิษ, 2553) ปี 2558 มีปริมาณมูลฝอย 26.85 ล้านตัน เฉลี่ย 1.13 กิโลกรัม/คน/วัน (วิจารณ์ สิมายา, 2559) การที่มีปริมาณมูลฝอยเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้การกำจัดไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จึงก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม จากข้อมูลสถานที่กำจัดมูลฝอยทั่วไป 1,954 แห่ง พบว่า มีวิธีการฝังกลบอย่างถูกหลักสุขาภิบาล และการเผาในเตาเผาขยะ เพียง 694 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 35.52 ของสถานที่กำจัดมูลฝอยทั่วไปทั้งหมด

(กรมอนามัย, 2557)

สำหรับมูลฝอยติดเชื้อนั้น ระยะเวลาจากปี 2553 – 2558 พบว่า มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ถึง 13,868 ตัน โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 2,311 ตัน ซึ่งมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนและสถานบริการขนาดเล็ก ร้อยละ 57 และ 43 ตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2557 พบว่าโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 895 แห่ง มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ 71,090 กิโลกรัมต่อวัน คิดเป็นอัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ 0.81 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน (กรมอนามัย, 2559) และถูกส่งกำจัดโดยเตาเผาเพียงร้อยละ 65 ส่วนที่เหลือไม่ได้ถูกกำจัดในระบบเตาเผา (กรมควบคุมมลพิษ, 2556) อาจจะทำให้เกิดการ

แพร่กระจายของเชื้อโรค ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เช่น โรคอุจจาระร่วง บิด ตับอักเสบ บาดทะยัก โรคเอดส์ โรคระบบทางเดินหายใจ และการได้รับบาดเจ็บจากของมีคมบาด ของพนักงานเก็บขยะ คนเก็บขยะชายเป็นต้น (ลัดดาวรรณ ดอกแก้ว, ประมุข โอศิริ, เฉลิมชัย ชักกิตติกรณ์, สมพร กันทรดุษฎี, เตรียม ชัยศรี, ดุสิต สุจิรารัตน์ และนพพร จงวิศาล, 2559)

โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (M1) ขนาด 231 เตียง ปี 2557- 2559 มีผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 316,111, 344,169 และ 364,396 ครั้งต่อปี ผู้ป่วยใน 18,500, 18,248 และ 18,030 รายต่อปี ตามลำดับ โดยพบปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ 50.76, 50.75 และ 63.27 ตันต่อปี คิดเป็นปริมาณมูลฝอยติดเชื้อต่อวัน เท่ากับ 140.98, 140.98 และ 172.76 กิโลกรัมต่อวัน ตามลำดับ หรือคิดเป็น 0.67, 0.70 และ 0.81 กิโลกรัม/คน/วัน ตามลำดับ แม้ว่า อัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อจะใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยที่เคยศึกษาระดับประเทศ แต่ จากการสุ่มสำรวจการแยกมูลฝอยติดเชื้อยังพบว่ามีการทิ้งมูลฝอยทั่วไป ปะปนกับมูลฝอยติดเชื้อ และมีมูลฝอยติดเชื้อปะปนกับมูลฝอยทั่วไปให้เห็นอย่างต่อเนื่อง การคัดแยกมูลฝอยตั้งแต่แหล่งกำเนิด นับเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่สุด การคัดแยกมูลฝอยที่ถูกต้อง จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อสู่ชุมชน ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการกำจัดทำลายแล้วยังเป็นไป การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทยไร้ขยะ” ที่เน้นการลดปริมาณขยะ และการคัดแยกขยะจากแหล่งกำเนิด การใช้ซ้ำ การนำกลับมาใช้ใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนประเทศไทยไปสู่การเป็นสังคมปลอดขยะ (Zero Waste Society) (กรมส่งเสริมการปกครอง และกรมควบคุมมลพิษ, 2559) ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา การวางแผนงานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคลากรในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ
3. เพื่อศึกษาถึงปัญหา ข้อเสนอแนะ ในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา ทั้งหมด 433 คน โดยการใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน และ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด และปลายเปิด

ส่วนที่ 2 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ การรับทราบแนวทางปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การรับทราบปัญหา และการเข้ารับการอบรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด 2 ตัวเลือก

ส่วนที่ 3 ความรู้การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด 2 ตัวเลือก

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร แบ่งเป็น 5 ระดับตามความถี่ของการปฏิบัติ ดังนี้

ประจำ (4 ครั้งขึ้นไป ใน 1 เดือน)

บ่อยมาก (3 ครั้ง ใน 1 เดือน)

บ่อย (2 ครั้ง ใน 1 เดือน)

นาน ๆ ครั้ง (1 ครั้ง ใน 1 เดือน)

ไม่เคยเลย (ไม่เคยเลย ใน 1 เดือน)

ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยนำข้อมูลส่วนที่ 1, 2 และ 4 มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยวิธี การทดสอบแบบครึ่งฉบับ (Split Half Method) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.648 และสำหรับส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการการ คัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ของ Cronbach (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538) พบว่า มีค่าความ เชื่อมั่น เท่ากับ 0.704 และ 0.771 ตามลำดับ แสดงว่า เครื่องมือมีความเชื่อถือได้เพียงพอที่จะนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้บุคลากรที่มีส่วน เกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวันที่ 1 – 31 ธันวาคม 2559 โดยให้เวลาในการตอบ แบบสอบถามเป็นเวลา 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่า เฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ สถิติ Chi-square และการจัดกลุ่มคะแนนประเมินความ รู้ พฤติกรรม และความคิดเห็นใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นเกณฑ์การพิจารณาการจัดกลุ่ม โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการคัด แยกมูลฝอยติดเชื้อ กำหนดเกณฑ์การประเมิน 2 เกณฑ์ คือ

ระดับความรู้	ค่าคะแนน
ต่ำ	ต่ำกว่า $\bar{X}$ -SD.
สูง	เท่ากับหรือสูงกว่า $\bar{X}$ + SD.

เกณฑ์การประเมินระดับความคิดเห็นต่อการคัด แยกมูลฝอยติดเชื้อ เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับความคิดเห็น	ค่าคะแนน
ต่ำ	ต่ำกว่า $\bar{X}$ -SD.
ปานกลาง	$= \bar{X} \pm SD.$
สูง	สูงกว่า $\bar{X}$ + SD.

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมในการคัดแยก มูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัด พะเยา โดยใช้แบบสอบถาม บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการ คัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ทั้งหมด 433 คน ได้แบบสอบถาม กลับคืนมา จำนวน 330 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 76.21 เสนอ ผลการศึกษาในลักษณะของการบรรยายประกอบตาราง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุ ระหว่าง 33 - 49 ปี ร้อยละ 57 มีรายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 9,573 - 34,129 บาท ร้อยละ 57.9 ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระหว่าง 6-24 ปี ร้อยละ 52.7 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 15.33 ปี

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	13.3
หญิง	286	86.7
อายุ		
32 ปี และต่ำกว่า	67	20.3
33 - 49 ปี	188	57.0
50 ปีและสูงกว่า	75	22.7
Mean = 40.76, S.D.= 9.37, Max = 60, Min = 21		
รายได้		
9,572 บาทและต่ำกว่า	83	25.2
9,573-34,129 บาท	191	57.9
34,130 บาทและสูงกว่า	56	17.0
Mean = 21,850.75, S.D.= 12,278.88, Max = 60,000, Min = 6,500		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	21	6.36
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	3.03
มัธยมศึกษาตอนปลาย	89	26.97
อนุปริญญา	15	4.55
ปริญญาตรีขึ้นไป	195	58.07
ตำแหน่งงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	37	11.21
พนักงานบริการ/พนักงานประจำตึก/พนักงานซักฟอก	137	41.52
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	31	9.39
พนักงานบริษัททำความสะอาด	77	23.33
นักเทคนิคการแพทย์ /นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/จพง.เทคนิค	31	9.39
การแพทย์/จพง.วิทยาศาสตร์การแพทย์/จพง.ทันตสาธารณสุข/	3	0.91
ผู้ช่วยทันตแพทย์	2	0.61
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
5 ปี และต่ำกว่า	81	24.5
6-24 ปี	174	52.7
25 ปีและสูงกว่า	75	22.7
Mean = 15.33, S.D.= 10.14, Max = 41, Min = 1		

ส่วนที่ 2 การได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 94.2 แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมากที่สุด คือ โทรทัศน์

ร้อยละ 58.2 และทราบแนวทางปฏิบัติในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล ร้อยละ 83.0 ทราบปัญหาเกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 80.9 และไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 61.8

ตาราง 2 การได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะการได้รับข้อมูลข่าวสาร	ร้อยละ	จำนวน
1. การได้รับข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ		
เคยได้รับ	94.2	311
ไม่เคยได้รับ	5.8	19
2. แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ (เลือกตอบแหล่งข้อมูลข่าวสารได้ 3 อันดับ)		
โทรทัศน์	58.2	192
อินเทอร์เน็ต	50.0	165
วิทยุ	5.2	17
วารสาร	15.5	51
หนังสือพิมพ์	3.9	13
เอกสารราชการ	40.0	132
เพื่อนร่วมงาน	53.3	176
อื่น ๆ (งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ)	13.0	43
3. ทราบแนวทางปฏิบัติในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล		
ทราบ	83.0	274
ไม่ทราบ	17.0	56
4. การรับทราบปัญหาเกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล		
ทราบ	80.9	267
ไม่ทราบ	19.1	63
5. การเข้ารับการอบรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ		
เคยได้รับการอบรม	38.2	126
ไม่เคยได้รับการอบรม	61.8	204

ส่วนที่ 3 ความรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอย
ติดเชื้อ และพฤติกรรมในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

3.1 การประเมินระดับความรู้ในการคัดแยก
มูลฝอยติดเชื้อ

จากตารางที่ 3 ผลการประเมินระดับความรู้ในการ
คัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มี
ระดับความรู้ในการคัดแยกมูลฝอยอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็น
ร้อยละ 64.8

ตาราง 3 แสดงระดับความรู้ในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

ระดับความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ	ร้อยละ	จำนวน
ระดับความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อต่ำ (10 คะแนนและต่ำกว่า)	64.8	214
ระดับความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อสูง (11 คะแนนและสูงกว่า)	35.2	116
Mean = 9.67, S.D. = 1.6, Max = 12, Min = 5		

3.2 การประเมินระดับความคิดเห็นในการคัดแยก
มูลฝอยติดเชื้อ

การวัดระดับความคิดเห็นในการคัดแยกมูลฝอย
ติดเชื้อ จากข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นในการคัดแยกมูลฝอย
ติดเชื้อ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.8 โดยมีคะแนน
เฉลี่ยเท่ากับ 52 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 60 และคะแนนต่ำ
สุดเท่ากับ 42 (คะแนนเต็ม 60 คะแนน) ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 แสดงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ	ร้อยละ	จำนวน
ระดับต่ำ (48 คะแนนและต่ำกว่า)	19.4	64
ระดับปานกลาง (49 – 55 คะแนน)	54.8	181
ระดับสูง (56 คะแนนและสูงกว่า)	25.8	85
Mean = 52.34, S.D. = 4.44, Max = 60, Min = 42		

3.3 การประเมินระดับพฤติกรรมคัดแยก
มูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร

การประเมินระดับพฤติกรรมคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ
ของบุคลากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ

พฤติกรรมคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับสูง คือ
ร้อยละ 54.8 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมคัด
แยกมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ยเท่ากับ 51.29 คะแนน โดยมี
คะแนนสูงสุดเท่ากับ 60 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 30
(คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

ตาราง 5 ระดับพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อของบุคลากร

ระดับพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อของบุคลากร	ร้อยละ	จำนวน
ระดับต่ำ (51 คะแนนและต่ำกว่า)	45.2	149
ระดับสูง (52 คะแนนและสูงกว่า)	54.8	181
Mean = 51.29 , S.D. = 5.35 , Max = 60 , Min = 30		

จากผลการสอบถามข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ ความคิดเห็น ในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อของบุคลากร ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อ นำมา ทดสอบความสัมพันธ์กับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อ พบ ว่าตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยก

มูลฝอยติดเชื่ออย่างมีนัยสำคัญ (P-value=0.035) ส่วน ปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยก มูลฝอยติดเชื่อ รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตาราง 6 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื่อ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการคัดแยก มูลฝอยติดเชื่อ		รวม	X ²	df	P-value
	ระดับต่ำ	ระดับสูง				
เพศ						
ชาย	24(54.5%)	20(45.5%)	44(100%)	1.398	1	0.237
หญิง	125(43.7%)	161(56.3 %)	286(100%)			
อายุ						
32 ปี และต่ำกว่า	31(46.3 %)	36(53.7 %)	67(100 %)	2.447		0.294
33 - 49 ปี	90(47.9 %)	98(52.1 %)	188(100 %)			
50 ปีและสูงกว่า	28(37.3 %)	47(62.7 %)	75(100 %)			
รายได้						
9,572 บาทและต่ำกว่า	35(42.2 %)	48(57.8 %)	83(100%)	0.831	2	0.660
9,573-34,129 บาท	86(45.0 %)	105(55.0 %)	191(100%)			
34,130 บาทและสูงกว่า	28(50.0 %)	28(50.0 %)	56(100 %)			

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการคัดแยก มูลฝอยติดเชื้อ		รวม	X ²	df	P-value
	ระดับต่ำ	ระดับสูง				
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	4(19.0 %)	17(81.0 %)	21(100 %)	8.144	4	0.086
มัธยมศึกษาตอนต้น	6(60.0 %)	4(40.0 %)	10(100 %)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	37(41.6 %)	52(58.4%)	89(100 %)			
อนุปริญญา	7(46.7%)	8(53.3 %)	15(100 %)			
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	95(48.7 %)	100(51.3 %)	195(100 %)			
ตำแหน่งงาน						
พยาบาลวิชาชีพ	85(48.3%)	91(51.7%)	176(100%)	10.335	4	0.035*
พนักงานบริการ/พนักงาน	17(54.8%)	14(45.2%)	31(100%)			
ประจำตึก/พนักงานซักฟอก						
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	28(36.4%)	49(63.6%)	77(100%)			
พนักงานบริษัททำความสะอาด	9(29.0%)	22(71.0%)	31(100%)			
สวด	10(66.7%)	5(33.3%)	15(100%)			
นักเทคนิคการแพทย์ / นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/จพง.เทคนิคการแพทย์/จพง.วิทยาศาสตร์การแพทย์/จพง.ทันตสาธารณสุข/และผู้ช่วยทันตแพทย์						
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน						
5 ปี และต่ำกว่า	44(54.3%)	37(45.7%)	81(100%)	3.655	2	0.161
6-24 ปี	73(42.0%)	101(58.0%)	174(100%)			
25 ปีและสูงกว่า	32(42.7%)	43(57.3%)	75(100%)			

หมายเหตุ * P-value < 0.001

ตารางที่ 7 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อมีผลต่อการตัดสินใจคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

ตัวแปรและกลุ่มย่อย	พฤติกรรมคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ		รวม	X ²	df	P-value
	ระดับต่ำ	ระดับสูง				
การได้รับข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ เคยได้รับ ไม่เคยได้รับ	141(45.3%) 8(42.1%)	170(54.7%) 11(57.9%)	311(100%) (100%)	0.001	1	0.970
การทราบแนวทางปฏิบัติในการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ ของโรงพยาบาล						
ทราบ	115(42.0%)	159(58.0%)	274(100%)	6.596	1	0.010*
ไม่ทราบ	34(60.7%)	22(39.3%)	56(100%)			
การรับทราบปัญหาเกี่ยวกับระดับการปฏิบัติ ในโรงพยาบาล						
ทราบ	108(40.4%)	159(59.6%)	267(100%)	11.511	1	0.001*
ไม่ทราบ	41(65.1%)	22(34.9%)	63(100%)			
การเข้ารับการอบรมการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ						
เคยได้รับการอบรม	44(34.9%)	82(65.1%)	126(100%)	7.959	1	0.005*
ไม่เคยได้รับการอบรม	105(51.5%)	99(48.5%)	204(100%)			

ตาราง 8 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อมีผลต่อการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

ตัวแปรและกลุ่มย่อย	พฤติกรรมคัดแยก มูลฝอยติดเชื้อ		รวม	X ²	df	P-value
	ระดับต่ำ	ระดับสูง				
ระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดแยก มูลฝอยติดเชื้อ						
ระดับต่ำ (10 คะแนนและต่ำกว่า)	105(49.1%)	109(50.9%)	214(100%)	3.330	1	0.068
ระดับสูง (11 คะแนนและสูงกว่า)	44(37.9%)	72(62.1%)	116(100%)			
ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคัดแยก มูลฝอยติดเชื้อ						
ระดับต่ำ (48 คะแนนและต่ำกว่า)	40(62.5%)	24(37.5%)	64(100%)	9.698	2	0.008*
ระดับปานกลาง (49 – 55 คะแนน)	75(41.4%)	106(58.6%)	181(100%)			
ระดับสูง (56 คะแนนและ สูงกว่า)	34(40.0%)	51(60.0%)	85(100%)			

ส่วนที่ 5 ปัญหา และข้อเสนอแนะในการคัดแยก
มูลฝอยติดเชื้อ

บุคลากร

- บุคลากรบางส่วนขาดความรู้ ความตระหนัก และ
ไม่มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เช่น มีการทิ้งมูลฝอยติดเชื้อ ที่
เป็นของมีคม ปะปนกับมูลฝอยติดเชื้อทั่วไป ทั้งขวดวัคซีน
ปะปนกับขวดฉีดยาทั่วไป หรือทิ้งขยะอันตรายปะปนกับ
มูลฝอยทั่วไป เป็นต้น

- บุคลากรมีภาระงานมาก และความเร่งรีบในการ
ปฏิบัติงาน ในบางครั้งก็ไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติใน
การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล

ผู้ป่วย ญาติ

- ขาดความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ การจำแนก
ประเภทมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป

- ทิ้งขยะลงในถังขยะโดยไม่ได้ออกเป็นมูลฝอยติด
เชื้อ หรือขยะทั่วไป ทั้งผู้ป่วยที่เป็นคนไทย และผู้ป่วย
ต่างด้าว

วัสดุ อุปกรณ์

- ถังขยะมีขนาดเล็ก ไม่เพียงพอต่อการทิ้งมูลฝอย
ติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป ที่มีจำนวนมาก

- ไม่มีการติดป้ายที่ถังขยะที่ชัดเจน เช่น การใช้ถุง
สีแดงสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ใช้ถุงสีดำบรรจุมูลฝอย
ทั่วไป ผู้ป่วยและญาติอาจไม่เข้าใจความหมาย ทั้งนี้ รวม
ถึงผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างด้าวด้วย

ข้อเสนอแนะ

- ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ ณรงค์ ให้เจ้าหน้าที่
ผู้ป่วย และญาติ ให้เห็นถึงความสำคัญและผลกระทบของ
มูลฝอยติดเชื้อที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการ
กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยให้คัดแยกและทิ้งลงในถัง
มูลฝอยให้ถูกประเภท

- จัดสถานที่ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อในหอผู้ป่วยให้เป็น
สัดส่วน มีถังรองรับมูลฝอยประเภทต่าง ๆ ให้มีขนาด และ
จำนวนที่เพียงพอ ในแต่ละหน่วยงาน

- การคัดแยกมูลฝอย จัดทำข้อความ รูปภาพ ป้าย
ที่เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ บริเวณที่ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อ

มูลฝอยทั่วไปให้ชัดเจน ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และ
ภาษาลาว เป็นต้น

- ใช้มาตรการทางบริหารร่วมกันระหว่างกลุ่มงาน
พยาบาล และกลุ่มบริหารงานทั่วไป เช่น เพิ่มการนิเทศ
งานการพยาบาล หรือการติดตาม แนะนำการ จัดการ
มูลฝอยติดเชื้อในผู้ป่วย

อภิปรายผล

การศึกษาระดับพฤติกรรมของบุคลากรในการคัด
แยกมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ
พฤติกรรมในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับสูง
(ร้อยละ 54.8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พูนพนิต
โอเอี่ยม (2556) ที่พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีคะแนน
พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้ออยู่ในระดับสูง (ร้อยละ
58) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อเป็น
หน้าที่ของบุคลากรทุก ๆ คน ที่เกี่ยวข้อง ต้องปฏิบัติตาม
หน้าที่และความรับผิดชอบ และต้องปฏิบัติตามแนวทาง
ปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล โดย
รวบรวมก่อนนำไปกำจัด และเพื่อป้องกันการแพร่
กระจายของเชื้อโรคในโรงพยาบาล ชุมชน และสิ่ง
แวดล้อม

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของ
บุคลากรในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ของบุคลากรโรง
พยาบาลเสียงคำ พบว่า เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ
ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการคัดแยก
มูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร ($p>0.05$) อย่างไม่มีนัย
สำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตติกาล
สิมูเทศ และ ประจักษ์ บัวผัน (2559) และพูนพนิต โอ
เอี่ยม (2556) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วน
ร่วมในการคัดแยกขยะติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้
อาจเนื่องมาจาก บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) การศึกษาของ สุภาวิณี
ประดับคำ วันดี ไตรักษา และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ
และคณะ (2555) พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมในการคัดแยกขยะและเก็บรวบรวมมูลฝอยติด
เชื้อ แต่การศึกษาของ รัตติกาล สิมูเทศ และ ประจักษ์

บัวผัน (2559) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วน
ร่วมในการคัดแยกขยะติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้
เนื่องมาจากบุคลากรทุกคนต้องปฏิบัติตามแนวทาง
ปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล จาก
การศึกษาของ พูนพนิต โอเอี่ยม (2556) และ รัตติกาล
สิมูเทศ และ ประจักษ์ บัวผัน (2559) ที่พบว่า รายได้ มี
ผลต่อการมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะติดเชื้อของ
พยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -
value=0.001) แต่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบ นั้น
หมายความว่า พยาบาลวิชาชีพในระดับปฏิบัติงาน ที่มีราย
ได้น้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพในระดับที่สูงกว่า ได้ถูกมอบ
หมายงานให้รับผิดชอบในการคัดแยกขยะติดเชื้อ จึง มี
ส่วนร่วมในการคัดแยกขยะติดเชื้อมากกว่ากลุ่มพยาบาล
วิชาชีพที่มีระดับที่สูงกว่าและมีรายได้มากกว่า นอกจากนี้
นี้ พบว่า กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการคัดแยก
และจัดเก็บมูลฝอยติดเป็นพนักงานบริษัททำความสะอาด
ซึ่งมีรายได้โดยเฉลี่ยต่ำกว่า กลุ่มอื่น ๆ จึงส่งผลให้ไม่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ
ของบุคลากร จากการศึกษาของ อภินันท์ สุขบท (2547)
และพูนพนิต โอเอี่ยม (2556) พบว่า ระดับการศึกษา มี
ผลต่อบทบาทและพฤติกรรมในการจัดการขยะติดเชื้อ
ของบุคลากร แต่การศึกษาของ รัตติกาล สิมูเทศ และ
ประจักษ์ บัวผัน (2559) พบว่า ระดับการศึกษา (ปริญญา
ตรี) ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการคัดแยก
ขยะติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก
ความตระหนักในหน้าที่ที่บุคลากรทุกคนต้องปฏิบัติตาม
แนวทางการจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาล

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
คัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ ตำแหน่งงาน (P -value
=0.035) การรับทราบถึงแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอย
ติดเชื้อของโรงพยาบาล (P -value =0.010) การรับทราบ
ปัญหาการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล (P -
value=0.001) และการเข้ารับการอบรมเรื่องการจัดการ
มูลฝอยติดเชื้อ (P -value =0.005) สอดคล้องกับการ
ศึกษาของ พูนพนิต โอเอี่ยม (2556), อภินันท์ สุขบท
(2547), และสุภาวิณี ประดับคำ และคณะวันดี ไตรักษา
และ สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ (2555) ที่พบว่า ลักษณะ

งานกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการคัดแยกขยะและเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้อาจ เนื่องจาก ตำแหน่งงาน เป็นตัวกำหนดบทบาทและหน้าที่ในการปฏิบัติงานของบุคลากรในการคัดแยก มูลฝอยติดเชื้อ การรับทราบข้อมูลเหมือนกัน เช่น การ ได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ทราบถึงแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จะเป็นตัว สนับสนุนให้บุคลากรมีพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติด เชื้อในระดับสูง ดังนั้น การให้ความรู้ กระตุ้นเตือน สร้าง ความตระหนัก และการติดตาม จึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการ ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคัดแยกมูลฝอยติด เชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุระหว่าง 33 - 49 ปี ร้อยละ 57 มีรายได้ระหว่าง 9,573 - 34,129 บาท ร้อยละ 57.9 มีการศึกษาระดับ ปริญญาตรีและสูงกว่า ร้อยละ 59.1 ตำแหน่งพยาบาล วิชาชีพ ร้อยละ 53.3 มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 6 - 24 ปี ร้อยละ 52.7 เคยได้รับได้รับข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับ มูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 94.2 ทราบแนวทางปฏิบัติในการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล ร้อยละ 83.0 รับทราบปัญหาเกี่ยวกับระดับการปฏิบัติในโรงพยาบาล ร้อยละ 80.9 เคยเข้ารับการอบรมการจัดการมูลฝอยติด เชื้อ ร้อยละ 38.2 มีความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อระดับ สูง ร้อยละ 35.2 การคัดแยกมูลฝอยมีความคิดเห็นเกี่ยว กับมูลฝอยติดเชื้อในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.8 มี พฤติกรรมในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อในระดับสูง ร้อยละ 54.8 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ตำแหน่งงาน การทราบ แนวทางปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การรับทราบ ปัญหาเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ การได้รับการอบรมการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อ และความคิดเห็นเกี่ยวกับมูลฝอย ติดเชื้อ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ คือ เพศ อายุ รายได้ ระดับการ ศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ และความรู้เกี่ยวกับ มูลฝอยติดเชื้อ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอย ติดเชื้อของบุคลากร

ปัญหาที่พบ ได้แก่ บุคลากร ผู้ป่วย และญาติ ไม่ เห็นความสำคัญของการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ภาชนะ บรรจุมูลฝอยมีไม่เพียงพอ ไม่มีป้ายบอกจุดที่ทิ้งมูลฝอย ที่ชัดเจน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสร้างจิตสำนึก ความตระหนักให้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ การคัดแยกมูลฝอยติด เชื้อ ให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ ค่าใช้จ่าย ในการกำจัดมูลฝอยติด
2. ควรมีการจัดอบรม การรณรงค์ให้ความรู้แก่ บุคลากร ผู้ป่วย และญาติ และให้มีส่วนร่วมในการคัด แยกมูลฝอยติดเชื้อ และมูลฝอยทั่วไปในโรงพยาบาล เพื่อ ช่วยลดปริมาณขยะก่อนการนำไปกำจัด
3. จัดให้มีการนิเทศและติดตามการจัดการ การคัด แยกมูลฝอยติดเชื้อในหอผู้ป่วยร่วมกันระหว่างกลุ่มงาน พยาบาล และกลุ่มบริหารงานทั่วไป เช่น เพิ่มการนิเทศ งานการพยาบาล หรือการติดตาม แนะนำการ จัดการ มูลฝอยติดเชื้อในหอผู้ป่วย เพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2553). รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2551. รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด กรุงเทพฯ
- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2556). การสำรวจมูลฝอยติดเชื้อ 2556. *สารสุขภาพ*, 8(15).
- กรมส่งเสริมการปกครอง และกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2559). แผนปฏิบัติการ การคัดแยกมูลฝอย “ประเทศไทยไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ 1 ปี (พ.ศ. 2559-2560). สืบค้นจาก <http://www.pcd.go.th/count/wastedl.cfm?FileName=ThaiPlanswitheoutWaste.pdf>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม การคัดแยกมูลฝอย การคัดแยกมูลฝอยตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (การคัดแยกมูลฝอย พ.ศ. 2560- 2564). หน้า 37. สืบค้นจาก http://planning.anamai.moph.go.th/download/D_Strategic/2560/down/311059.pdf
- กรมอนามัย. (2557). สถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. (หน้า 21). กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย. กรุงเทพฯ
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). การคัดแยกมูลฝอย กรุงเทพมหานคร: สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- พูนพนิต โอเอี่ยม. (2556). พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลการคัดแยกมูลฝอยสมุทรสาคร. *วารสารวิทยบริการ*, 24(4), 131.
- รัตติกาล สิมุเทศ และ ประจักษ์ บัวผัน. (2559). การมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ การคัดแยกมูลฝอย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 18(3): 51-53.
- ลัดดาวรรณ ดอกแก้ว, ประมุข โอศิริ, เฉลิมชัย ชักกิตติกรณ์, สมพร กันทรดุษฎี, เติริยม ชัยศรี, ดุสิต สุจิรารัตน์และ นพกร จงวิศาล. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการการคัดแยกมูลฝอย ระบบทางเดินหายใจ และสมรรถภาพปอดในกลุ่มพนักงานเก็บขยะของกรุงเทพมหานคร. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 18(3), 18-29.
- วิจารณ์ สิมฉายา. (2559). นโยบายการบริหารจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายของประเทศไทย. ใน งานสัมมนาพร้อมไทย-ญี่ปุ่น เรื่อง “การบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชนและบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”. (18 มีนาคม 2559).
- สุภาวิณี ประดับคำ, วันดี ไตรรักษา และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการคัดแยกมูลฝอยและการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลกลางกรุงเทพมหานคร. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 31(2), 112.
- อภิรักษ์ สุขบท. (2547). บทบาทของบุคลากรในการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีศึกษา การคัดแยกมูลฝอย โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่

Results of District Health System Implementing in Chiang Mai Province

รุ่งตะวัน หุตามัย, พ.ย.บ.

Rungtawan Hutamai, B.N.S

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

Chiang Mai Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษารูปแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอและค้นหาการกำหนดปัญหาสุขภาพหรือการดูแลที่จำเป็นและการดูแลตนเองในจังหวัดเชียงใหม่การศึกษานี้ดำเนินการในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอจำนวน 23 อำเภอซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในการประเมินการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ และผู้ให้ข้อมูลจำนวน 48 คนจาก 4 อำเภอ เป็นผู้ร่วมในการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและวิเคราะห์สถิติโดยใช้จำนวนและร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลของการวิจัยพบว่ามีผลการประเมินการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอตามแนวทาง UCARE ในระดับคะแนนสูงมาก (4.01-5.00 คะแนน) ใน 4 อำเภอ (17.39%) ระดับคะแนนสูง (3.01-4.00 คะแนน) 15 อำเภอ (65.22%) และระดับคะแนนปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน) 4 อำเภอ (17.39%) ปัญหาสุขภาพหรือบริการสุขภาพที่จำเป็นส่วนใหญ่เป็นเรื่อง 1) การดูแลผู้สูงอายุ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 3) โรคไข้เลือดออก สำหรับการดูแลตนเองพบว่า อำเภอไชยปราการมีการดำเนินการเรื่องการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี กิจกรรมการดูแลตนเองประกอบด้วย 1) การลดอาหารหวาน มัน เค็ม 2) การส่งเสริมเมนูผักในงานบุญหรืองานศพ 3) การงดการจุกดื่มน้ำในงานศพ 4) การงดการดื่มสุราในงานศพ 5) การร่ายย่อนยุคหรือการออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นๆ 6) การเฝ้าระวังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กิจกรรมการดูแลตนเองและการพัฒนาการดูแลตนเองสามารถนำไปใช้ในอำเภออื่นๆ และพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทต่อไป อย่างไรก็ตามควรมีการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อใช้ในการสนับสนุนการกำหนดปัญหาสุขภาพและการประเมินผลลัพธ์ทั้งทางคลินิกและจิตสังคม

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพ สุขภาพระดับอำเภอ

Abstract

This mixed method study aimed to evaluate the results of District Health System implementing and to find out the essential health care identification and self-care development. The study was conducted in Chiang Mai, during August - November 2016. The samples were 23 district health system committees; who participated in district health system assessment and 48 participants from four districts involved in focus group discussions. Descriptive analysis was used for Quantitative data such as number and percentage while a content analysis was applied for Qualitative data. The results revealed the district health system was implemented in a very high level (4.01-5.00 scores), a high level (3.01-4.00 scores), and a moderate level (2.01-3.00 scores) found in four districts (17.39%), 15 districts (65.22%), and four districts (17.39%), respectively. The essential healthcare elements were most highlighted including: 1) elderly healthcare problem; 2) non communicable diseases e.g. diabetes hypertension; and 3) dengue hemorrhagic fever. For self-care investigation, Chai Pra Karn district showed a better implementation of a self-care activities than the other districts. The self-care activities included: 1) promoting low sugar, low fat, and low salt; 2) serving a vegetable menu for a religious ceremony or a funeral ceremony; 3) Avoiding to incense in a funeral ceremony; 4) Free alcohol drinking in a funeral ceremony; 5) promoting a folk dance or other kinds of exercise; and 6) surveillance of diabetes and hypertension. The self-care activities and the process of self-care development found in this study can be used in other district districts but a further development may need to appropriate with their context. However, a promoting of information management system should available to promote to identify healthcare problems and to evaluate a clinical and psychological outcome.

Key words: health system, district health

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีวิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี” การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ หรือ District Health System (DHS) เป็นการดำเนินงานที่มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง เริ่มดำเนินการเมื่อพ.ศ. 2556 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง ระบบการทำงานด้านสุขภาพ

ระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน (เดชา แซ่หลี่, ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, ชาลีมาศ ต้นสุเทพ, วีรวงศ์, และทัศนีย์ ญาณะ, 2557) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ได้มีนโยบายให้มีการดำเนินงาน DHS ทุกจังหวัดตั้งแต่ปีงบประมาณ

2556 เป็นต้นมา

หลักการทำงานของการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ เรียกเป็นอักษรย่อว่า UCARE ซึ่งได้แก่ 1) U: Unity district health team หมายถึง การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างมีเอกภาพ 2) C: Community participation หมายถึง การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) A: Appreciation หมายถึง การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง 4) R: Resource sharing and human development หมายถึง การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และ 5) E: Essential care หมายถึง ปัญหาหรือบริการสุขภาพที่จำเป็นที่สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม และมีการกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเอง (self-care) ผลลัพธ์ของการดำเนินงานของ DHS คืออำเภอสุขภาวะ หมายถึง ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มีความสุข (คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์, 2557)

จากการวิจัยและสรุปบทเรียนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า การพัฒนา DHS ยังขาดผู้ที่ทำหน้าที่กำกับติดตามหรือประเมินผลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเป็นการพัฒนาที่เน้นเชิงกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงและความพึงพอใจจากกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับสุริย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และสุทธิพร ชมพุศรี (2557) ได้ประเมินผลกระบวนการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) จังหวัดพะเยา พบว่ามีการขับเคลื่อนหนึ่งโครงการหนึ่งอำเภอ (One District One Project: ODOP) เกิดขึ้นในทุกอำเภอ อำเภอละ 1 โครงการ และพบว่ามีการดำเนินการที่เน้นเป็นกิจกรรมๆ แต่ยังไม่เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินการของการดูแลตนเอง (self-care) ที่สอดคล้องกับปัญหาหรือบริการที่จำเป็น (essential care) (นงเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ, 2555)

งานวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นการดำเนินงาน DHS ที่ยังเน้นกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ มีผลผลิต (output) ที่เป็นการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับบริการที่จำเป็น (essential care) ที่เป็นลักษณะของโครงการ แต่ยังขาดการดำเนินงานที่ส่งเสริมให้เกิด self-care อย่างจริงจัง ดังนั้นผู้วิจัย

ในฐานะผู้มีส่วนที่กำกับติดตามผลการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพอำเภอจึงเห็นความสำคัญและมีความสนใจที่จะวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์ ผลการดำเนินงานของสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งยังไม่มีการศึกษาวิจัยมาก่อนและ เพื่อค้นหาบริการที่จำเป็น (essential care) และการดูแลตนเอง (self-care) ที่ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

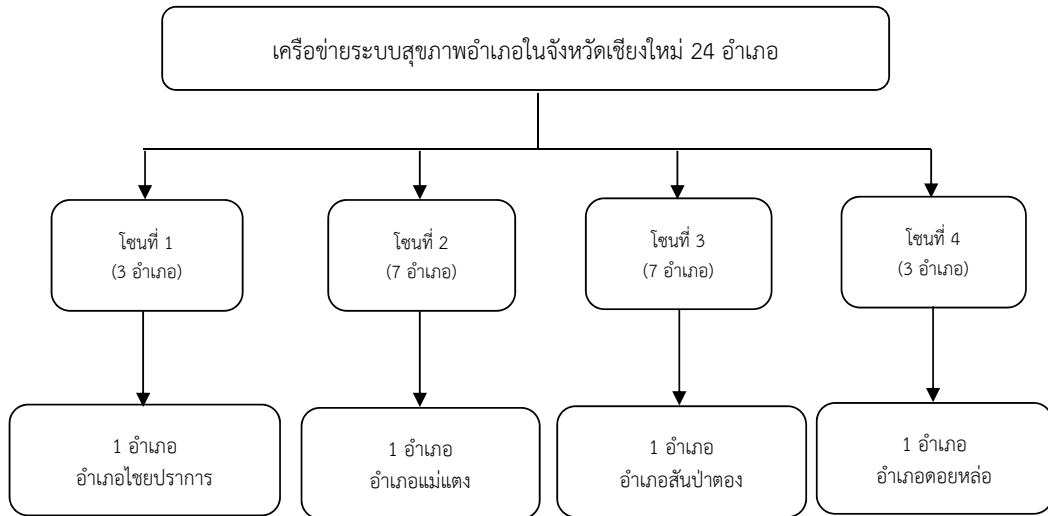
วัตถุประสงค์

การวิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System, DHS) จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อค้นหาบริการที่จำเป็น (essential care) และการดูแลตนเอง (self-care) ที่ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System, DHS) ในจังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2555) เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่ออธิบายผลการดำเนินงาน DHS ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 23 อำเภอ ผู้ร่วมวิจัย (Participants of the Study) ประกอบด้วย คณะกรรมการ DHS จำนวน 23 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ อำเภอต่างๆ ในโซน 1-4 เป็นผู้ให้ข้อมูลในการประเมินผลการดำเนินงาน DHS

คณะกรรมการ DHS ถูกคัดเลือกแบบเจาะจงจาก 4 โซนๆละ 1 อำเภอ โดยมีเกณฑ์คัดเลือกได้แก่ 1) มีผลการประเมินจากแบบประเมินการดำเนินงาน DHS ที่มีคะแนน UCARE ในภาพรวมระดับ 4 ขึ้นไป 2) มีผลการประเมิน self-care ในระดับ 3 ขึ้นไป และ 3) ผลการทบทวนเอกสารโครงการ ODOP มีการกำหนดกิจกรรม self-care อำเภอที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ดังกล่าว มีดังนี้ โซน 1 ได้แก่ อำเภอไชยปราการ โซน 2 ได้แก่ อำเภอแม่แตง โซน 3 ได้แก่ อำเภอสันป่าตอง และโซน 4 ได้แก่ อำเภอดอยหล่อ



ภาพที่ 1 แสดงการคัดเลือกคณะกรรมการ DHS จังหวัดเชียงใหม่

ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 1) ประธานคณะกรรมการ DHS 2) เลขานุการ 3) คณะกรรมการ และ 4) คณะกรรมการภาคท้องถิ่นหรือชุมชน อำเภอละ 10-12 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นคณะกรรมการ DHS 2) มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน DHS อย่างน้อย 1 ปี และ 3) สนใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบประเมินผลการดำเนินงาน DHS แบบประเมินนี้สร้างโดย เดชา แซ่หลี่ และคณะ (2557) เป็นเครื่องมือแบบอัตราส่วน (Rating scale) 5 คะแนน เนื้อหาประกอบด้วย การประเมินองค์ประกอบการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ 5 องค์ประกอบซึ่งเรียกว่า UCARE ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบประเมินเพิ่มเติมโดยเพิ่มเกณฑ์ที่ 5 เรื่องปัญหาสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็น (essential care) เพื่อมุ่งเน้นการประเมินการดูแลตนเอง (self-care) จำนวน 5 ข้อ มีคะแนนทั้งหมด 24 คะแนน

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion (FGD) guideline [FDG]) ประกอบด้วย แนว

คำถามกว้าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ หรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็น (essential care) การดูแลตนเอง (self-care) เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม

ความถูกต้องและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Validity and Reliability of Research Instruments)

การทดสอบความถูกต้องของเครื่องมือ (Validity) เครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ แบบประเมินการดำเนินงาน DHS และ FDG ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำมาคำนวณค่าความเที่ยงตรง (Index of item Objective Congruence, IOC) ข้อที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.5-1.0 ถือว่ามีความเที่ยงตรงสูง ส่วนข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 จะต้องปรับปรุงข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามเฉพาะแบบประเมินการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ การทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินการดำเนินงาน DHS โดยได้นำไปทดสอบกับคณะกรรมการ DHS สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ได้แก่ ประธาน เลขานุการ หรือ กรรมการของคณะกรรมการ DHS จำนวน 7 อำเภอ นำคะแนนผลการประเมินมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -

coefficient) หากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ≥ 0.75 ถือว่าแบบประเมินมีความเชื่อมั่นสูง ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือนี้เท่ากับ 0.993

กระบวนการวิจัย

ผู้วิจัยจะขออนุญาตทำวิจัยโดยส่งจดหมายถึงประธานคณะกรรมการดำเนินงาน DHS จำนวน 23 อำเภอ เพื่อชี้แจงเหตุผลของการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน DHS โดยใช้แบบประเมินการดำเนินงาน DHS

2. การทบทวนข้อมูลจากเอกสาร (Document review) จากแบบรายงานผลการดำเนินงานหนึ่งโครงการหนึ่งระบบสุขภาพอำเภอ (One District One Project, ODOP)

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มกับตัวแทนคณะกรรมการ DHS จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8-12 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data analysis) วิเคราะห์ด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน DHS จะแบ่งผลการดำเนินงานออกเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับสูงสุด คือ คะแนน 4.01-5.00 คะแนน

ระดับสูง คือ คะแนน 3.01-4.00 คะแนน

ระดับปานกลาง คือ คะแนน 2.01-3.00 คะแนน

ระดับพอใช้ คือ 0.01 – 2.00 คะแนน

ระดับต่ำ คือ 0.00 – 1.00 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มนำมาถอดเทป จัดโครงสร้างและการเรียงลำดับข้อมูล กำหนดรหัสและจัดกลุ่ม สรุปประเด็นต่างๆ

ผลการศึกษา

ผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ จากคะแนนการประเมินพบว่าอำเภอที่มีผลการดำเนินงานอยู่

ในระดับสูงสุดคือ คะแนน 4.01-5.00 คะแนน มีจำนวน 4 อำเภอ (17.39%) ระดับสูง คือ คะแนน 3.01-4.00 คะแนน มีจำนวน 15 อำเภอ (65.22%) และระดับปานกลาง คือ คะแนน 2.01-3.00 คะแนน มีจำนวน 4 อำเภอ (17.39%) อำเภอที่มีผลการดำเนินงานระดับสูงสุด เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ อำเภอไชยปราการ ทางดง ผาง และสันป่าตอง อำเภอที่มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง คือ คะแนน 3.01-4.00 คะแนน เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ อำเภอสันทราย พัว แม่แตง ดอยหล่อ อมก๋อย สารภี ดอยเต่า สันกำแพง เชียงดาว เวียงแหง แม่ฮาย แม่แจ่ม แม่ว่าง จอมทอง และฮอด อำเภอที่มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง คือ คะแนน 2.01-3.00 คะแนน เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ อำเภอ ดอยสะเก็ด แม่ออน กัลยาณิวัฒนา และสะเมิง

ผลการดำเนินงานพัฒนาหนึ่งโครงการหนึ่งระบบสุขภาพระดับอำเภอ (ODOP)

การดำเนินงานพัฒนาหนึ่งโครงการหนึ่งระบบสุขภาพระดับอำเภอ (ODOP) ในปีงบประมาณ 2559 พบว่าแต่ละอำเภอได้มีการจัดทำโครงการอำเภอละ 1-3 โครงการ พบว่า ประเด็นปัญหาสุขภาพหรือบริการที่จำเป็น (essential care) ที่ดำเนินการมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาผู้สูงอายุ รองลงมา คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคติดต่อ ได้แก่ ไข้เลือดออก ลักษณะของกิจกรรมการดำเนินการตามโครงการ ODOP เป็นโครงการที่ดำเนินการครอบคลุมทั้งอำเภอร้อยละ 86.11 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการเชิงโครงสร้าง อาทิ มีกิจกรรมครอบคลุมสถานบริการสุขภาพหรือมีกิจกรรมฝึกอบรมครอบคลุมบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพทั้งอำเภอ สำหรับโครงการที่เน้นกิจกรรมการดูแลตนเองของประชาชนพบว่ามีเพียงร้อยละ 33.33 ปัญหาสุขภาพหรือบริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential care) และการดูแลตนเอง (Self-care)

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอไชยปราการ แม่แตง สันป่าตอง และดอยหล่อ พบว่าอำเภอไชยปราการ สันป่าตอง และดอยหล่อได้มีการกำหนดปัญหาโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนอำเภอแม่แตงได้กำหนดการดูแลระยะ

ยาว (long term care) เป็นปัญหาสุขภาพหรือบริการสุขภาพที่จำเป็น ผลการศึกษาพบว่า มีการดำเนินงาน DHS ออกมาเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การดำเนินงาน DHS ที่ขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลตนเอง (self-care) ทั้งทั้งอำเภอ มองปัญหาสุขภาพร่วมกันทั้งอำเภอ และขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลตนเอง (self-care) จนกลายเป็นขนบธรรมเนียมหรือวิถีของชุมชนแล้ว ซึ่งเป็นรูปแบบจากอำเภอไชยปราการ 2) การดำเนินงาน DHS ที่ขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลตนเอง (self-care) จนเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มีทีมงานที่เข้มแข็ง แต่กลไกการขับเคลื่อนยังกระจุกเป็นบางพื้นที่ เป็นรูปแบบจากอำเภอแม่แตงและอำเภอสันป่าตอง และ 3) การดำเนินงาน DHS ที่ยังเริ่มสร้างทีม มองปัญหาสุขภาพผ่านปัญหาของท้องถิ่นชุมชน สะท้อนปัญหาครัวเรือนเชื่อมโยงปัญหาสุขภาพ จนทำให้เกิดความตระหนักและความร่วมมือของประชาชนจนกระทั่งเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายครัวเรือน เป็นรูปแบบจากอำเภอดอยหล่อซึ่งรูปแบบที่พบในอำเภอไชยปราการเป็นรูปแบบการดูแลตนเองที่สมบูรณ์แบบที่สุด และน่าจะเป็นต้นแบบของจังหวัดเชียงใหม่ต่อไปโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

อำเภอไชยปราการมี การดำเนินงาน DHS ในปีงบประมาณ 2559 มีการกำหนดกิจกรรมการดูแลตนเอง (self-care) ที่ได้ขับเคลื่อนร่วมกันทั้งอำเภอ ได้แก่ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เมนูสีเขียว ปลอดภัยในทางศพ งดการจูดรูปในงานศพ รว้างย้อนยุค การเผารั้ววัง โรคเบาหวานและโรคความดัน และการประเมินผลลัพธ์การดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นกิจกรรมที่มีการขับเคลื่อนตั้งแต่ระดับอำเภอไปถึงระดับหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนยังเป็นแกนนำในการประชาสัมพันธ์ สื่อสารไปยังลูกบ้าน “เนื่องจากเราเป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เราจะแนะนำให้ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม” ผู้ใหญ่บ้านเล่าให้ฟังเพิ่มเติมว่า “คนไม่สามารถจะไปบอกรับหรือเรียนรู้ได้ตลอด แต่ด้วยใจรักกันในหมู่บ้าน เมื่อว่างจากภารกิจจะเยี่ยมลูกบ้านที่ป่วยด้วยโรคต่างๆ เพื่อไปพบปะพูดคุย และแนะนำเรื่องอาหารการกินพร้อมสอดแทรกความรู้ และชาวบ้านก็รู้สึกดีใจว่าผู้ใหญ่บ้านมีความเอาใจใส่ จน

นำไปสู่การเริ่มมีการปฏิบัติด้วยตัวของผู้ป่วยเอง เช่น โรคเบาหวานก็จะแนะนำให้ปลูกผักเชียงดา เป็นต้น ทุกวันนี้ชาวบ้านจะมุ่งหวังกับผู้ใหญ่บ้าน” การดำเนินงานเรื่องลดอาหารหวาน มัน เค็ม ไม่ได้ทำแค่ครั้งเดียว แต่มีแกนนำที่คอยสอดแทรกข่าวสาร คอยพูดคุยทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ประกอบกับท่าทีห่วงใยลูกบ้านของผู้ใหญ่บ้าน การเป็นแบบอย่าง ทำให้ได้รับความศรัทธาและความร่วมมือต่างๆ ตามมา

เมนูสีเขียวในงานมงคลหรืองานอวมงคล เมนูสีเขียว หมายถึง การจัดอาหาร 1 มื้อจะต้องมีเมนูผักอย่างน้อย 1 อย่าง โดยเฉพาะการเลี้ยงอาหารในงานมงคลหรืองานอวมงคล ผู้ใหญ่บ้านเล่าให้ฟังว่า “ในหมู่บ้านของผมนั้นทุกวันพระจะมีเมนูอาหารผักหรือว่าเมนูสีเขียวให้ผู้สูงอายุได้รับประทานที่วัด เช่น ผักกาดจ้อ น้ำพริกปลาร้า แกงแคปลาช่อน เป็นต้น” ทำให้ชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันมีอาหารให้รับประทาน และมีความสุขที่มาร่วมทำบุญด้วยกัน ผู้ใหญ่บ้านเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเมนูสีเขียวว่า “ไม่ต้องเรียกรับเงินจากพี่น้องชาวบ้าน เงินได้มาจากกองทุนแม่ของแผ่นดิน และเมื่อมีงานศพหรืองานบุญทางเจ้าภาพจะมีการมอบเงินเพื่อสมทบกองทุนแม่ของแผ่นดิน ทางผู้ใหญ่บ้านก็ได้นำเงินที่เจ้าภาพสมทบให้กองทุนมาดำเนินการ มีการประกาศเสียงตามสายขอบคุณเจ้าภาพและประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านได้รับทราบ ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจของชาวบ้าน เกิดกระแสของการอยากจะทำบุญและผู้สูงอายุก็อยากที่จะไปวัดไปทำบุญและไปทานอาหารเมนูสีเขียว”

เมนูสีเขียวที่เคยจัดเลี้ยงในวันพระขยายสู่งานฉาปนกิจศพ ซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพและลดค่าใช้จ่ายให้เจ้าภาพงานศพเป็นอย่างมาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปงคำให้ข้อมูลว่า “เมื่อตำบลปงคำมีการดำเนินการเมนูสีเขียว ชาวบ้านจากตำบลหรือหมู่บ้านอื่นๆ ที่พบเห็น ก็พอใจและต้องการมีเมนูสีเขียวบ้าง ก็เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ นำไปปฏิบัติในหมู่บ้านอื่นๆ กันไป” หลังจากเมนูสีเขียวเป็นที่รู้จักของหมู่บ้านส่วนใหญ่แล้ว ต่อมาจึงมีการพัฒนาสู่เรื่องอื่นๆ อีกด้วยคือ “ที่ผ่านมาในงานศพจะมีการเลี้ยงน้ำเปล่าและน้ำอวดลมเป็นประจํา ได้มีการเปลี่ยนแปลงมาใช้น้ำสมุนไพรแทนน้ำ

อัดลมแล้ว ซึ่งตอนนี้ยังไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน แต่หมู่บ้านส่วนใหญ่ได้มีการดำเนินการไปแล้ว”

งานศพปลอดเหล้า แกนนำหมู่บ้านต๋อยอดเรื่องเมนูสีเขียวในงานมงคลหรืองานอวมงคล ได้ขับเคลื่อนให้ม้งงานศพปลอดเหล้าอีกด้วย เป็นที่ยอมรับของชาวบ้าน และยังทำให้ประชาชนผู้เป็นเจ้าของงานศพได้รับประโยชน์จากการประหยัดค่าใช้จ่ายในการซื้อเหล้ามาเลี้ยงและเป็นผลดีต่อสุขภาพ

งดการจูดรูปในงานศพ การงดจูดรูปในงานศพได้มีการปฏิบัติกันเกือบทุกหมู่บ้าน เพื่อหลีกเลี่ยงคว้นรูปกลั่นรูป เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง กิจกรรมนี้ริเริ่มที่อำเภอสันป่าตอง เห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีจึงได้นำมาปฏิบัติกันหมู่บ้าน และต่อมาได้มีการปฏิบัติต่อกันไปทั่วทั้งอำเภอไชยปราการ

รางวัลย้อนยุค การรางวัลย้อนยุค คือ กิจกรรมการรางวัลพื้นบ้าน ชาวบ้านจะมารวมกลุ่มกัน ใช้สนามหรือเรียกว่าลานหมู่บ้าน ลานวัดเป็นสถานที่รางวัล มีการรางวัลกันโดยเดินเป็นวงกลมหรือเป็นแถว ทำให้ได้ออกกำลังกาย มีการมาพบปะกันได้พูดคุยกัน ทำให้ได้ผ่อนคลาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ข้อมูลการรางวัลย้อนยุคและการสนับสนุนงบประมาณว่า “การรางวัลย้อนยุคนี้นักชาวบ้านจะทำทุกวันและท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณปีละ 10,000 บาท โดยมีเงื่อนไขว่า จะต้องมีการรวมกลุ่มกันอย่างแท้จริง”

6. การเฝ้าระวังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นควบคู่ไปกับกิจกรรมต่างๆ ตามที่กล่าวมา ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ทะลบได้อธิบายว่า “ทุกหมู่บ้านจะต้องมีอาสาสมัครไปนั่งวัดความดันโลหิตในงานบุญ งานบวช และงานศพ ซึ่งเป็นภาพที่ชินตาของชาวบ้านและผู้พบเห็น” กิจกรรมนี้ทำให้ประชาชนได้เข้าถึงการตรวจสุขภาพและสร้างความตระหนักต่อการปรับพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดโรครายใหม่ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็สามารถมารับคำปรึกษาได้

จะเห็นได้ว่าอำเภอไชยปราการได้มีกิจกรรมการดูแลตนเอง (self-care) อย่างมากมาย รวมทั้งมีการ บูรณ

การร่วมกันของผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปงทำให้ข้อมูลการดำเนินงานว่า “บางหมู่บ้านกลุ่มสตรีแม่บ้านจะรับผิดชอบเรื่องเมนูสีเขียว ผู้สูงอายุจะรับผิดชอบในการในเรื่องการจูดรูป หากพบเห็นการจูดรูปในงานศพก็จะมีการแจ้งคณะกรรมการฯ ว่าหมู่บ้านนี้ยังมีการจูดรูป และปัจจุบันในทุกงานศพจะไม่มี การจูดรูปในงานศพเลย การออกกำลังกายที่ขึ้นจะเป็นจุดเริ่มต้นของรางวัลย้อนยุค และธรรมชาติจึงได้มีการดำเนินการในทุกตำบล สำหรับการจำหน่ายบุหรี่ยังมีกลุ่มงานเภสัชกรรมเข้ามาร่วมดำเนินการเพื่อควบคุมด้วย และการงดเหล้าเข้าพรรษาก็ประสบความสำเร็จและบางหมู่บ้านมีการมอบใบประกาศ”

เป็นที่ประจักษ์ว่าอำเภอไชยปราการมีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอได้ครอบคลุมทุกตำบล และทุกหมู่บ้าน โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ DHS ทั้งระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ทำให้การดำเนินงาน DHS มีการรับรู้และมีความเชื่อมโยงในทุกระดับ บทบาทของนายอำเภอซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการก็มีความสำคัญเป็นอย่างมาก สาธารณสุขอำเภอให้ข้อมูลว่า “นายอำเภอเป็นประธานคณะกรรมการซึ่งจะรู้เรื่องด้านสาธารณสุขทุกอย่างและมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขทุกงานที่เราทำและจะมาร่วมงานทุกครั้ง” อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการโยกย้ายนายอำเภอซึ่งเป็นเรื่องปกติในระบบราชการ ก็มีผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่อการพัฒนาในอำเภอไชยปราการ เพราะการพัฒนานั้นได้กลายเป็นวิถีของชุมชนไปแล้ว รองนายกเทศมนตรีเน้นย้ำเรื่องความยั่งยืนว่าถึงแม้จะมีการเปลี่ยนนายอำเภอ แต่กิจกรรมที่เราทำร่วมกันจะคงอยู่ตลอดไป “เมนูสีเขียวเป็นนโยบายของกลุ่มและพื้นที่อำเภอไชยปราการ ดังนั้นไม่ว่านายอำเภอท่านใดมาประจำที่อำเภอไชยปราการ จะต้องรับรู้เรื่องนโยบายของกลุ่มในเรื่องเมนูสีเขียว และได้มีการเริ่มดำเนินการมาเป็นระยะเวลานานและทำอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากตำบลปงต่อก่อน ซึ่งไม่ได้เป็นการสั่งนายอำเภอ แต่จะเข้าไปเล่าให้ฟังถึงเหตุผลในการดำเนินการในเรื่องดังกล่าว และท่านนายอำเภอก็ให้ความสนใจและตอบรับ”

การพัฒนาที่ดีต้องเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน ผู้ใหญ่บ้านยืนยันความยั่งยืนว่าการดำเนินงานด้านสุขภาพไม่มีล้มเหลว “คงเป็นไปได้ยากครับที่การดำเนินงานด้านสุขภาพของหมู่บ้านจะพังลง” นอกจากนี้ อสม.ยังให้ความเห็นว่า “พื้นที่ของพวกเราเกิดจากความจริงใจในการทำงาน ไม่ใช่การปฏิบัติงานตามหน้าที่ จึงทำให้ได้ใจชาวบ้าน” การบูรณาการเรื่อง เกษตรพอเพียง เกิดจากความร่วมมือของท้องถิ่นส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนอีกด้วย รองนายกเทศมนตรีให้ข้อมูลว่า “ปัจจุบันมีการรณรงค์เรื่องเกษตรพอเพียงในการปลูกพืชผักสวนครัวด้วยตนเองและนำมากินเอง เพราะจะได้ปลอดภัยจากยาพิษจนเกิดกระแสที่ว่าชาวบ้านเริ่มเลือกและครุ่นคิดในการเลือกซื้อผักตามท้องตลาด จนนำไปสู่การปลูกผักกินเองที่บ้าน และที่บ้านของผมก็ปลูก” หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลไชยปราการกล่าวว่า “สมัยก่อนชาวบ้านมองว่าการทำงานเรื่องสุขภาพเป็นงานของสาธารณสุขและโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว และชาวบ้านจะรอรับฟังว่าหมอจะบอกหรือให้ชาวบ้านทำอะไร แต่ปัจจุบันเป็นการดำเนินการแบบมาจากข้างล่างหรือมาจากชาวบ้านว่ามีความต้องการในเรื่องใด ต้องการให้เราไปช่วยเหลือในเรื่องอะไร ซึ่งเราเป็นผู้สนับสนุนและจัดกระบวนการเพิ่มเติม”

ความสำเร็จของอำเภอไชยปราการเน้นการทำ MOU ทั้งในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน การทำ MOU จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์มี 6 เรื่อง ผู้ใหญ่บ้านสามารถเลือกเรื่องใดเรื่องหนึ่งในการทำ MOU ซึ่งได้แก่กิจกรรมการดูแลตนเองที่ได้กล่าวมาแล้ว การทำ MOU จะสำเร็จจะต้องมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ 1) การคืนข้อมูลในระดับหมู่บ้านและชุมชน การคืนข้อมูลสุขภาพจะมีการทำเป็นประจำทุกปี มีการดำเนินการทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล “โรงพยาบาลนำโดยหัวหน้าพยาบาลจะออกคืนข้อมูลให้ทางคณะกรรมการตำบลทุกตำบล เช่น ข้อมูลของผู้ป่วยเสียชีวิต ปัญหาสาธารณสุข เป็นต้น” สำหรับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล “ในเขตตำบลแม่ทะลเราจะมีการคืนข้อมูลทุกปีให้กับชาวบ้านโดยแกนนำเป็นส่วนใหญ่”

พยาบาลวิชาชีพกล่าว 2) การทำประชาคม ผู้ใหญ่บ้านและกรรมการในแต่ละที่จะเลือกหัวข้อใดในการที่เลือกไปทำในหมู่บ้าน 3) ชาวบ้านจะนำข้อมูลไปทำเป็นโครงการเพื่อแก้ปัญหาโดยใช้งบของกองทุนสุขภาพตำบล การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ได้สะท้อนให้เห็นการดำเนินงาน DHS ในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีการดำเนินงานทั้ง 23 อำเภอ ภาพที่สะท้อนจากอำเภอไชยปราการได้มีการกำหนดปัญหาสุขภาพและการดูแลที่จำเป็น (essential care) คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้มีการกำหนดกิจกรรมการดูแลตนเอง (self-care) หลายประการ เป็นภาพที่สะท้อนรูปธรรมของการดำเนินงานตามหลัก UCARE ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และวิถีของประชาชน อำเภอไชยปราการ มีความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ อย่างเห็นได้ชัด เป็นการพัฒนาที่มีความยั่งยืน เป็นการดำเนินงาน DHS ที่มีความสุข มีการยอมรับ และขยายผลครอบคลุมหมู่บ้านส่วนใหญ่ของอำเภอไชยปราการซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยที่ได้กล่าวมาในเบื้องต้น (สวรส, 2557; สุริย์พร เลิศวรกุล และสุทธิพร ชมภูศรี (2557; นงเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ, 2555) อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ของการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) หรือผลลัพธ์ทางจิตสังคม (Psychosocial outcomes) ยังไม่สามารถแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีการจัดการระบบข้อมูล (Information system management) ที่จะนำมาอธิบายผลลัพธ์การดำเนินงานได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้ควรนำไปสู่การขยายผลและต่อยอดการดำเนินงาน DHS ในเรื่องดังนี้ 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน DHS ให้ครอบคลุมทั้งระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน 2) การพัฒนาให้ผู้นำรักท้องถิ่น เป็นแบบอย่างสำหรับประชาชน สนับสนุนชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน 3) มีการพัฒนาการจัดการข้อมูลสุขภาพ ทั้งการกำหนดปัญหาสุขภาพ การตั้งเป้าหมาย การกำหนดตัวชี้วัด เป็นต้น เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกได้ 4) กิจกรรมการดูแลตนเองจะ

มีความยั่งยืนจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมนิยม ประเพณีของท้องถิ่น รวมทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายของประชาชนได้ด้วย 5) พัฒนาให้มีการวิจัย R2R เพื่อประเมินประสิทธิผลของการดำเนินกิจกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และคณะกรรมการดำเนินงาน DHS ทุกอำเภอ

เอกสารอ้างอิง

- เดชา แซ่หลี่, ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, ชาลีมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์, และทัศนีย์ ญาณะ. (2557). การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย. โครงการพัฒนากลไกสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่ออำเภอสุขภาวะ มูลนิธิแพทย์ชนบท ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์. (2557). เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS). เอกสารบรรยาย, สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/DHS.THAI>.
- สุริย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และ สุทธิพร ชมพูศรี. (2557). กระบวนการบริหารจัดการ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) อย่างเป็นเอกภาพ จังหวัดพะเยา (District Health System: DHS Participatory Action on Unity District Health Team in Phayao Province). กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.
- นิทรา กิจธีระวุฒินงษ์. (2555). วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานสำหรับงานสาธารณสุข (Mixed methods research design in public health). *The Public Health Journal of Burapha University*. 7(2 July–December).
- นงเยาว์ อุดมวงศ์, พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ, พนิดา จันทโสภีพันธ์, ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์, จินดารัตน์ ชัยอาจ, จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ, และผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. (2555). การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ตำบลชมพู อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ (Development of community health system of Chompoo sub-district Sarapee district Chiang Mai province. *Nursing Journal*. 39(July-August), 97-106.

