

ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดพัทลุง

ชนิภาภรณ์ สอนสังข์* ท.บ., วท.ม.(วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก)

จรัญญา นุ่นศรีสกุล** ท.บ., Ph.D

อังคณา เรียมมนตรี** ท.บ., Dr.P.H.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาความคาดหวังและข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัดพัทลุง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการและตัวแทนชุมชน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบจำเพาะเจาะจง จากผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตรง สุ่มพื้นที่แบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการ และสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวแทนชุมชน ดำเนินการระหว่างมิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2554 ผลการศึกษาพบว่า การจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.แบบโซนเครือข่ายเหมาะสมกับภาวะปัจจุบันที่มีข้อจำกัดด้านกำลังคน มุ่งเน้นใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดร่วมกัน เครือข่ายรพ.สต. ควรมีการบริหารจัดการหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ยึดหลัก 5 เรื่อง คือ 1) มีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน 2) มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ 3) มีการประสานภายในเครือข่าย 4) มีทีมงานเพื่อช่วยเหลือและพัฒนาซึ่งกันและกัน และ 5) แต่ละรพ.สต.มีอิสระในการบริหาร บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.ควรเป็นทันตภิบาล และให้มีทันตแพทย์เป็นผู้กำกับงานในแต่ละโซนเครือข่าย สร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจโดยให้มีตำแหน่งและมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ ทันตภิบาลที่อยู่ รพ.สต.ควรมีประสบการณ์ในการทำงานหรือกรณีที่จบใหม่ควรมีพี่เลี้ยง และได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในรพ.สต.

คำสำคัญ : ความคาดหวัง การจัดบริการสุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จังหวัดพัทลุง

* กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง อ.เมือง จ.พัทลุง

**ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลมีนโยบายยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงกันทุกระดับเพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีคุณภาพปรับเปลี่ยนจากการบริการเชิงรับมาเป็นเชิงรุกมากขึ้นให้บริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม โดยจะดำเนินการในสถานีอนามัยนำร่องก่อนและขยายให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในปี พ.ศ. 2554¹ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดโอกาสให้แต่ละจังหวัดออกแบบการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

จังหวัดพัทลุงมีแผนการพัฒนาศักยภาพสถานีอนามัยเป็นรพ.สต.นำร่องจำนวน 26 แห่งครอบคลุม 11 อำเภอมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 และปี พ.ศ.2554 มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและชื่อของสถานีอนามัยเป็นรพ.สต.ทุกแห่ง จำนวน 124 แห่ง อย่างไรก็ตามพบว่า มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากเฉพาะใน รพ.สต.เพียง 7 แห่ง ที่มีทันตภิบาล (ทภ.) ประจำเท่านั้น และการดำเนินงานด้านการจัดบริการสุขภาพช่องปากของจังหวัดพัทลุงที่ผ่านมา ยังอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของผู้กำหนดนโยบายหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่ถ่ายทอดนโยบาย บุคลากรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากนัก

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. ในบริบทของจังหวัดพัทลุง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และตัวแทนชุมชน ซึ่งผลการศึกษานี้จะสามารถนำมาพัฒนารูปแบบหรือแนวทางการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมของรพ.สต. ในจังหวัดพัทลุงต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา² (descriptive study) ศึกษาเฉพาะสถานีอนามัยที่มีการพัฒนาเป็นรพ.สต.นำร่องในปี พ.ศ.2552-2553 จำนวน 26 แห่ง ใน 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุง

การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การสุ่มตัวอย่าง

เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) พิจารณาจากผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตรง สุ่มพื้นที่แบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) มีการแบ่งชั้นระดับอำเภอและตำบล ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายกรณีที่มีหน่วยบริการมากกว่า 1 แห่ง ทั้งนี้ไม่ได้มุ่งที่จะเป็นตัวแทนประชากร แต่เป็นการได้ผู้ให้ข้อมูลมาจากหน่วยบริการที่หลากหลาย³

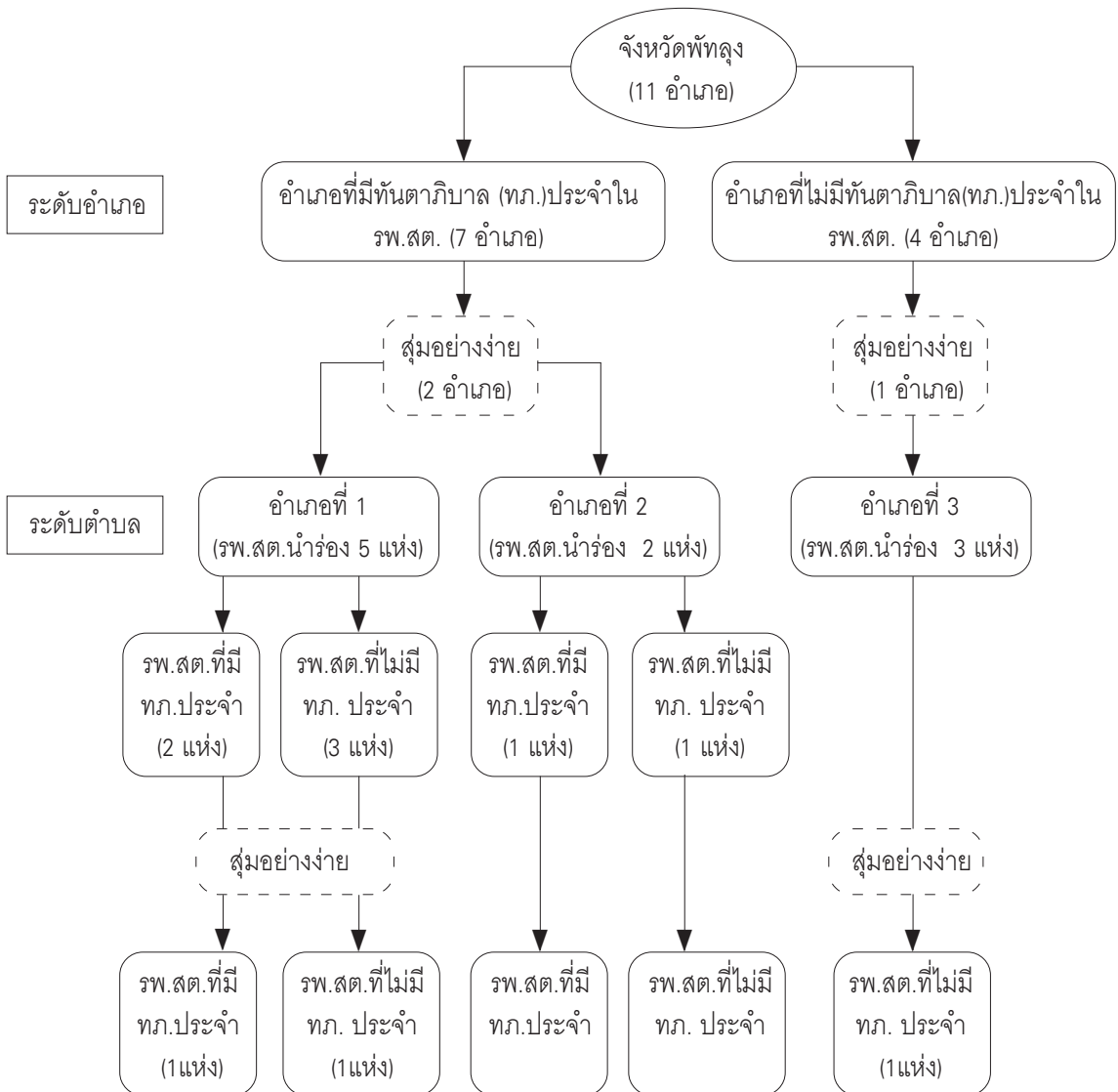
1. ผู้บริหารจำนวน 16 คน (แสดงการสุ่มตัวอย่างในรูปที่ 1)

ระดับจังหวัด ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือตัวแทน 1 คน หัวหน้างานทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน

ระดับอำเภอ แบ่งเป็น กลุ่มอำเภอที่มี ทภ.ประจำในรพ.สต. 7 อำเภอ สุ่มอย่างง่ายมา 2 อำเภอ และกลุ่มอำเภอที่ไม่มี ทภ.ประจำในรพ.สต. 4 อำเภอ สุ่มอย่างง่ายมา 1 อำเภอ กลุ่มตัวอย่างคือผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ในอำเภอดังกล่าวรวม 9 คน

ระดับตำบล อำเภอที่มี ทภ.ประจำตัวอย่างที่ 1 สุ่มอย่างง่ายรพ.สต.ที่มี ทภ.ประจำ 1 แห่ง และที่ไม่มีทภ.ประจำ 1 แห่ง ส่วนอำเภอตัวอย่างที่ 2 มี 2 รพ.สต. ซึ่ง 1 แห่งมี ทภ.ประจำ อีกแห่งไม่มี ทภ.ประจำ เลือกทั้ง 2 แห่ง อำเภอตัวอย่างที่ไม่มี ทภ.ประจำ สุ่มอย่างง่าย 1 แห่ง รวมทั้งหมด 5 รพ.สต. กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้อำนวยการรพ.สต. 5 คน

รูปที่ 1 การสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

Figure 1 Samplings of Tambon Health Promoting Hospital

2. ผู้ให้บริการจำนวน 11 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ทันตแพทย์และ ทภ.ที่ปฏิบัติราชการมากกว่า 1 ปีและเคยออกให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีที่มีมากกว่า 1 คนจะใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย

สุ่มทันตแพทย์จากอำเภอตัวอย่างแห่งละ 1 คน ทภ.จากอำเภอตัวอย่างแห่งละ 1 คน จากตำบลตัวอย่างแห่งละ 1 คน

3. ตัวแทนชุมชนจำนวน 32 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนครู ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และตัวแทนประชาชน คัดเลือกโดยทภ.หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของรพ.สต.อย่างสม่ำเสมอ ตัวแทนประชาชนจะต้องมีประสบการณ์มาใช้บริการสุขภาพที่รพ.สต.

กลุ่ม 1 รพ.สต.จาก รพ.สต.ที่มีทภ.ประจำและอีก 1 รพ.สต.ที่ไม่มี ทภ.ประจำ ได้รพ.สต.ตัวอย่างในการสุ่มตัวแทนชุมชนรวม 2 แห่ง แต่ละแห่งสุ่มตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน ตัวแทนครู 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 3 คน ตัวแทน อสม. 2 คน.และตัวแทนประชาชน 8 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการ และสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวแทนชุมชน เพื่อให้ได้เรื่องราวประสบการณ์ ข้อคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล² แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองใช้แนวคำถามและเรียนรู้กระบวนการรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยคุณภาพทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ควบคุม ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและปรับปรุงแนวคำถามการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และนำสนทนากลุ่ม เวลาในการเก็บข้อมูลครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง มีการจดบันทึกและบันทึกเสียงทุกครั้ง ในแต่ละวันมีการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่จัดเก็บ

ดำเนินการเดือน มิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2554

การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล

ประยุกต์หลักการวิจัยเชิงคุณภาพของชายโพธิ์ธิตา² คือนักวิจัยติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง ให้ความสำคัญกับบริบทที่ศึกษา มีความยืดหยุ่นในการออกแบบ และมีการใช้เครื่องมือที่หลากหลายชนิด และได้มีการตรวจสอบแบบสามเส้า⁴⁻⁵ ดังนี้ 1) ตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลบุคคลและสถานที่มากกว่า 1 แหล่งได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ รพ.สต.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ตรวจสอบด้านผู้วิจัย การจดบันทึกและตีความข้อมูลทำโดยตัวผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ร่วมกับตรวจสอบข้อมูลจากเทปบันทึกเสียง และผู้ทรงคุณวุฒิช่วยตรวจสอบผลและการตีความอีกชั้นหนึ่ง 3) ตรวจสอบโดยวิธีรวบรวมข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก

การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การสังเกตและยืนยันโดยการสะท้อนคิดร่วมกับผู้ช่วยวิจัย นำผลที่ได้และการตีความให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) จากการศึกษาเอกสารและข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เป็นแบบอุปนัย โดยเริ่มต้นจากข้อมูลไปสู่การหาข้อสรุปในรูปของคำอธิบาย² ใช้แนวทางการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 3 ขั้นตอน^{3,6} คือ 1) การลดทอนขนาดและปริมาณของข้อมูล 2) การเลือกหรือแสดงหลักฐานข้อมูล และ 3) การสร้างข้อสรุปและยืนยันผลการสรุปเขียนบรรยายแนวความคิดหรือหัวข้อที่สกัดได้ จัดหมวดหมู่ และค้นหาผลสรุปรวม

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 59 คน เป็นผู้บริหาร 16 คน ผู้ให้บริการ 10 และตัวแทนชุมชน 33 คน เป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน กลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการเป็นทันตบุคลากรและบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน

กลุ่มผู้บริหารส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 41-50 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 57.1 และปริญญาโทร้อยละ 42.9 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี กลุ่มผู้ให้บริการอยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี 31-40 ปี และ 41-50 ปี ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 90.0) และมีประสบการณ์การทำงาน 1- 10 ปี (ร้อยละ 60.0) กลุ่มตัวแทนชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35-44 ปีและ 45-54 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 33.3

ความคาดหวังต่อการจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต.

1. ให้บริการสุขภาพครอบคลุมบริการใน 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการส่งเสริมป้องกันเป็นหลัก และสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาจากการรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งสามกลุ่มให้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ชุมชนแห่งหนึ่งที่ว่า “...รพ.สต.จะต้องเป็นสถานพยาบาลประจำ ไม่ใช่สถานพยาบาลสำหรับคนที่ไปไหนไม่รอดมาใช้บริการ ในภารกิจของ primary care ต้องครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู โดยเน้นการส่งเสริมป้องกันเป็นหลัก ส่วนความเชื่อมั่นได้จากการรักษาที่มีมาตรฐานมีคุณภาพ” และจากคำกล่าวของประธานอสม.แห่งหนึ่ง ที่ว่า “...ควรพัฒนาศักยภาพให้มีบริการสุขภาพที่ครอบคลุมหลากหลาย...” และจากคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต.แห่งหนึ่ง ที่ว่า “...ควรเพิ่มศักยภาพการให้บริการให้มีคุณภาพมากขึ้น และเพิ่มบริการที่หลากหลายขึ้น...”

2. เน้นบริการสุขภาพเชิงรุก ในมุมมองของผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า รพ.สต. ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก โดยเน้นให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ ดังคำกล่าวหัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ว่า “...เจ้าหน้าที่ต้องเน้นในงานส่งเสริมสุขภาพ 80-90 เปอร์เซ็นต์ ส่วนการรักษาพยาบาลทำซัก 10-20 เปอร์เซ็นต์ก็พอ หาก รพ.สต. มุ่งเน้นการรักษามากเกินไป จะเกิดความล้มเหลวในระบบบริการสุขภาพ การรักษาที่ควรเป็นบริการพื้นฐานเท่านั้น” และความคิดเห็นของทก.ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ที่ว่า “ทันตภิบาลน้อยๆ ที่จะลง รพ.สต.จะต้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ เพิ่มทักษะการรักษาและการทำงานเชิงรุก ซึ่งขณะนี้อยู่ยังไม่พร้อม”

ในทางตรงกันข้าม ตัวแทนชุมชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่า รพ.สต.ควรให้การรักษาที่มีมาตรฐานใกล้เคียงกับโรงพยาบาล มีแพทย์และมีเตียงคนไข้ และการเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นทำให้ประชาชนมีความคาดหวังให้ รพ.สต. มีศักยภาพในการให้บริการมากขึ้น โดยสามารถให้การรักษาพยาบาลที่ใกล้เคียงกับ “โรงพยาบาล” ดังคำกล่าวของประธานอสม.ในตำบลหนึ่งว่า “ความต้องการของประชาชนอยากให้มีเตียง มีหมอมารักษาคนไข้ที่ รพ.สต.มากกว่า เขามองว่าเป็นโรงพยาบาลน่าจะต้องดีกว่าเดิม”

ผู้บริหารส่วนหนึ่งมีความคิดเห็นว่า ควรให้ความสำคัญในการสร้างขวัญกำลังใจและแรงจูงใจเพื่อสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ปฏิบัติงานเชิงรุก ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งว่า “ในการที่จะ

สร้างขวัญกำลังใจและจูงใจให้เจ้าหน้าที่ที่มีความสนใจงานเชิงรุก ทางกระทรวงต้องเห็นความสำคัญ ให้ค่าตอบแทนพิเศษที่เหมาะสม หรือกำหนดค่างานให้มากกว่าคนที่ทำงานในโรงพยาบาล...การที่จะจูงใจคนให้สนใจการทำงานเชิงรุก ต้องเริ่มตั้งแต่ตอนผลิตแล้วสอนให้เขามีใจรักงานชุมชน แล้วเมื่อจบมามีตำแหน่งรองรับไม่ใช่เป็นลูกจ้างชั่วคราว”

3. บูรณาการแบบองค์รวมและสหวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เห็นว่าบุคลากรของ รพ.สต. ควรมีความรอบรู้งานสาธารณสุขทุกด้าน สามารถทำงานแบบบูรณาการ มุ่งการให้บริการสุขภาพที่หลากหลายและเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพ มีการทำงานเป็นทีมในลักษณะสหวิชาชีพ และสามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สิ่งที่จะขาดไม่ได้ใน รพ.สต. คือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ต้องช่วยกันดูแล อย่างน้อยทันตภิบาลเองก็ต้องมีความรู้เรื่องสุขภาพด้านอื่นๆ ด้วย ต้องปรับกลยุทธ์ในการให้ความเป็นสหวิชาชีพ...” (หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.)

“...งานส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก ควรมีการทำงานโดยสหวิชาชีพ มีการลงไปเป็นทีม การลงไปเป็นทีมเป็นการพัฒนาศักยภาพที่ทีมงาน เรียนรู้ไปด้วยกัน และฝึกการเรียนรู้ที่จะสื่อสารสัมพันธ์”(ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)

“บทบาทของ รพ.สต. ควรมีการสร้างเสริมสุขภาพ “สร้างสุข” และการปรับเปลี่ยนทัศนคติประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองได้ การดูแลสุขภาพไม่ได้อยู่ที่ รพ.สต. อย่างเดียว จะต้องอยู่ที่ตัวคน ครอบครัว ชุมชนด้วย” (ประธาน อสม. ตำบลหนึ่ง)

ในขณะที่ผู้ให้บริการส่วนหนึ่งยัง “ไม่เห็นด้วย” กับการที่ให้ทันตบุคลากรเป็นทีมสหวิชาชีพ และสามารถทำงานสาธารณสุขได้ทุกด้าน โดยคิดว่าควรทำงานเฉพาะในขอบเขตวิชาชีพดังคำกล่าวของทก.ท่านหนึ่งที่ว่า “...ที่ผ่านมามีปัญหา การมอบหมายงานที่ไม่สอดคล้องกับวิชาชีพ เช่น ทันตภิบาลไปรับงาน อาชีวอนามัย งานคุ้มครองผู้บริโภค งานพัสดุ งานการเงิน ทำให้การจัดบริการสุขภาพช่องปากทำได้ไม่เต็มที่”

ผู้บริหารส่วนหนึ่งมีความคิดเห็นว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้การทำงานบูรณาการแบบสหวิชาชีพเกิดขึ้นได้

ยากใน รพ.สต. ได้แก่ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care : CUP) ไม่มี การกำหนดผู้รับผิดชอบหลักเพื่อดูแลกำกับงานของ รพ.สต. ในภาพรวม ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต. แห่งหนึ่ง ที่ว่า “การเชื่อมโยงระบบงานของรพ.สต. กับโรงพยาบาลแม่ข่าย จะต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน ทั้งสองหน่วย เพื่อถ่ายทอดการประสานงาน ปริญญาหรือ ซึ่งปัจจุบันยังไม่เห็นระบบนี้...”

4. มีการวางแผนพัฒนาการจัดบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ จะมุ่งเน้นในประเด็น การวางแผนเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ อัตรากำลังและการบริหารทรัพยากร เช่น วัสดุทางการแพทย์และงบประมาณในภาพรวมของ CUP รวมทั้งการปรับอาคารสถานที่ให้เหมาะสมกับการจัดบริการสุขภาพ ดังคำกล่าว

“ผู้บริหารทุกระดับต้องเห็นความสำคัญในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงสอดคล้องกัน ไม่เฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้น ต้องดึงท้องถิ่นเข้ามาร่วมด้วย” (ผู้อำนวยการ รพ.สต. แห่งหนึ่ง)

“การยกฐานะเป็น รพ.สต. ที่สมบูรณ์แบบควรจัด ในหน่วยบริการที่มีความพร้อมด้านโครงสร้าง ทรัพยากร ตอนนี้อยู่เร็วเกินไปที่จะทำทุกแห่ง ความพร้อมด้าน อัตรากำลังก็ยังไม่ดี จังหวัดก็ไม่ได้เตรียมความพร้อม ตรงนี้ไว้ด้วย น่าจะทำเป็นตำบลละ 1 แห่งที่มีการจัดบริการสุขภาพที่หลากหลายเป็นหลัก ทำหน้าที่เป็น node” (ผู้อำนวยการ รพ.สต. แห่งหนึ่ง)

“คิดว่าถ้าให้เป็นรพ.สต. จะต้องมีความพร้อมมากกว่าสถานีอนามัยเดิม มีศักยภาพมากกว่าเดิม มีความพร้อมด้านบุคลากร อุปกรณ์และการสนับสนุน ต่างๆจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง” (ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)

ในขณะที่ตัวแทนชุมชนส่วนใหญ่ จะมองไปที่ความพร้อมด้านกำลังคน ดังคำกล่าวของตัวแทนเทศบาลตำบลแห่งหนึ่งที่ว่า “บางรพ.สต. มีเจ้าหน้าที่ 2 ท่าน บางวันหัวหน้าไม่อยู่ เหลือเจ้าหน้าที่ประจำเพียง 1 ท่าน ชาวบ้านมีปัญหาไปใช้บริการ แต่ไม่มีความมั่นใจในคุณภาพบริการ ดังนั้นหากมีการพัฒนาจริงๆ ต้องเพิ่มเจ้าหน้าที่ให้มากกว่าที่เป็นอยู่” และประธาน อสม. ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า “ประชาชน

อยากให้มีเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น”

5. มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยผู้ให้ข้อมูล ทั้งสามกลุ่มส่วนใหญ่มีความเห็นว่ารพ.สต. ควรมีศักยภาพ ในการสร้างเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพมากขึ้น ดังคำกล่าว ที่ว่า “การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยเอื้อต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)

“...การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้ด้านการจัดการสุขภาพได้ ก็จะเป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เยอะ” (ประธาน อสม. ในตำบลแห่งหนึ่ง)

“การเยี่ยมบ้าน สร้างความเข้าใจกับชาวบ้าน และค้นหาปัญหาพร้อมกับชุมชน สามารถให้เขาดูแลและจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ง่ายขึ้น” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. แห่งหนึ่ง)

การจัดบริการสุขภาพช่องปากของ รพ.สต.

1) การจัดบริการสุขภาพช่องปากแบบเครือข่าย รพ.สต.

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เสนอให้มีการจัดบริการสุขภาพของรพ.สต. ในภาพรวม เป็นโซนเครือข่าย ไม่จำเป็นต้องจัดบริการสุขภาพช่องปากในทุก รพ.สต. เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน เช่น บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการที่ดี โดยพิจารณา รพ.สต. ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมเป็นเครือข่ายหลักหรือแม่ข่าย และรวมพื้นที่บริการของรพ.สต. อื่นๆที่อยู่ใกล้เคียงหรือมีอาณาเขตติดกันมาเป็นลูกข่าย ดังคำกล่าว

“รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพของรพ.สต. ที่เหมาะสม คือ รูปแบบเครือข่าย โดยเอารพ.สต. ที่มีความพร้อมด้าน งบประมาณ หรือมีการจัดการที่ดีมาเป็นหลักในการจัดบริการสุขภาพ” (หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.)

“อยากให้มีการจัดเป็นเครือข่าย รพ.สต. ที่มีความพร้อมทำหน้าที่เป็น node มีรพ.สต. ลูกข่าย 4-5 แห่ง เป็นการสร้างทีมและเป็นการวางแผนการทำงานร่วมกัน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต. แห่งหนึ่ง)

“หากให้มีการจัดบริการทุกประเภทที่ครบ...เห็นว่าจะเป็นไปได้หรือรัฐไม่สามารถจัดได้ ถ้าให้ตีควรถัดเป็นเครือข่าย เอารพ.สต.ที่พร้อมมาเป็นศูนย์กลางดีที่สุด บริหารให้ดี ประชาชนก็ได้ประโยชน์” (ตัวแทนเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง)

“การจัดบริการสุขภาพช่องปากก็เช่นกัน ช่วงเปลี่ยนผ่านควรมีการบริหารจัดการแบบโซนเครือข่าย ซึ่งควรทำในรูปแบบของอำเภอมี CUP เข้ามาดูแลระบบงานด้วย...” (ผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่ง)

“อยากให้มีการจัดบริการในจุดใหญ่ๆ อำเภอหนึ่งมีการจัดซัก 2-3 แห่ง ตามศักยภาพที่พอจัดได้ ไม่คาดหวังให้มีทุกแห่ง แต่จะอย่างไรให้ประชาชนในเขตรอบๆ มาใช้บริการได้ด้วย” (ตัวแทนประชาชนในตำบลแห่งหนึ่ง)

2) การบริหารจัดการเครือข่ายรพ.สต.

ผู้บริหารส่วนใหญ่และผู้ให้บริการส่วนหนึ่งมีความเห็นว่า เครือข่ายรพ.สต.ควรมีการบริหารจัดการหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ยึดหลัก 5 เรื่อง คือ 1) มีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน 2) มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ 3) มีการประสานภายในเครือข่าย 4) มีทีมงานเพื่อช่วยเหลือและพัฒนาซึ่งกันและกัน และ 5) แต่ละรพ.สต.มีอิสระในการบริหาร ดังคำกล่าวที่ว่า

“ลักษณะการทำงานของ รพ.สต.เราไปในทิศทางเดียวกันกับโรงพยาบาล... ดังนั้นหากดำเนินการเป็นเครือข่าย เราก็ต้องเป็นเครือข่ายของ CUP ไม่ควรบริหารงานเดี่ยวๆ เหมือนในอดีต ต้องมีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ... มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน กำหนดทิศทางการทำงานร่วมกัน พัฒนาที่ไปด้วยกัน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.แห่งหนึ่ง)

“ในบทบาทของประธานเครือข่าย ... มีหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในแนวราบ เป็นผู้นำในการทำงาน และพัฒนาร่วมกันภายในเครือข่ายของตนเอง โดยรพ.สต.ในเครือข่ายมีความอิสระในการบริหารจัดการตัวเอง จะดำเนินการร่วมกันเฉพาะงานที่มีจุดมุ่งหมายเดียวกันเท่านั้น” (ผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่ง)

ผู้บริหารของ รพ.สต.ส่วนใหญ่เสนอว่า การกำหนดประธานเครือข่ายมีได้ 3 ลักษณะ คือ 1) ผู้อำนวยการรพ.สต. 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือสาธารณสุขอำเภอ และ 3) ไม่มีประธานเครือข่าย ดังคำกล่าวของผู้บริหาร

รพ.สต.แห่งหนึ่ง

“การจัดการขึ้นอยู่กับผู้บริหารนะ เช่น บางแห่งมีการเลือก รพ.สต.ให้เป็นประธานเครือข่าย บางแห่งไม่มีการแบ่งชัดว่าใครเป็นประธานใครเป็นลูกข่าย ทุก รพ.สต.มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน บางพื้นที่ประธานคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือสาธารณสุขอำเภอแล้วแต่การตกลงกัน บุคลากรมีหน้าที่ในการหมุนเวียนช่วยเหลือกัน เน้นการประสานงานกัน”

3) การกำหนด รพ.สต.แม่ข่าย

ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการกำหนด รพ.สต.แม่ข่ายมี 2 รูปแบบ คือ 1) รพ.สต.ที่มีทก.ประจำ 2) รพ.สต.ที่ไม่มี ทก.ประจำ แต่มีความพร้อมด้านอื่นๆ เช่น ห้องฟัน ญูนิตทันตกรรม และการบริหารจัดการที่ดี โดยการจัดทันตบุคลากรไปดูแล รพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทก.ประจำ ควรเป็นบทบาทของ CUP ในการบริหารจัดการอัตรากำลัง การจ้างงาน การสนับสนุนงบประมาณอย่างเหมาะสม รวมทั้งควรกำหนดทันตแพทย์ที่เลี้ยง ดังคำกล่าวของผู้บริหาร รพ.สต.แห่งหนึ่งที่ว่า

“การจัดบริการสุขภาพช่องปากก็เช่นกัน ช่วงเปลี่ยนผ่านควรมีการบริหารจัดการแบบโซนเครือข่าย ซึ่งควรทำในรูปแบบของอำเภอมี CUP เข้ามาดูแลระบบงานด้วย...จุดด้อยของงานทันตคือขาดการสร้างระบบที่ดีขาดการประสานงานระหว่าง CUP กับ รพ.สต. อยากให้มีทันตแพทย์ที่เลี้ยงของ CUP เข้ามาดูแล... ซึ่งหากจัดการทำเป็นเครือข่าย CUP ต้องเข้ามาดูแลจัดการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การจัดทำโครงสร้าง บุคลากรภารกิจงาน งบประมาณ”

การจัดทันตบุคลากรไปปฏิบัติงานในรพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ มี 2 แนวทาง คือ 1) การรวมทันตภิบาลไว้ที่ CUP แล้วมอบหมายให้ไปดูแล รพ.สต.แม่ข่าย และ 2) การจัดให้ทันตภิบาลลงไปประจำใน รพ.สต.แม่ข่าย

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เห็นว่า การจัดให้ทันตภิบาลไป “อยู่ประจำที่รพ.สต.” จะดีกว่าการให้ “ประจำอยู่ที่โรงพยาบาล” เพราะจะได้มีความผูกพันกับประชาชน เข้าใจชุมชน ทำงานต่อเนื่อง สามารถทำงานเชิงรุกได้ดี แต่หากให้ทันตภิบาลประจำอยู่ที่โรงพยาบาล ควรจัดให้คนเดิมไปปฏิบัติงานในรพ.สต. เพราะจะทำให้

ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

การกำหนดรพ.สต. ลูกข่าย ควรเป็นบทบาทร่วมกันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ คือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล จัดทำเป็นนโยบายในระดับจังหวัด ให้มีการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากบูรณาการร่วมกับงานสาธารณสุขอื่นๆ และมีการพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต.และ อสม.ในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน

บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.

บุคลากรที่เหมาะสมในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ควรจะเป็น “ทันตภิบาล” ส่วนทันตแพทย์มีหน้าที่ในการสนับสนุน เช่น การให้คำปรึกษา รับส่งต่อ หรือการลงไปเทศติดตามดูแลเป็นครั้งคราว ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งที่ว่า “ทันตภิบาลก็เพียงพอแล้ว ส่วนทันตแพทย์เป็นที่ปรึกษาและมีการลงไปเป็นวาระอาจจะเดือนละ 1 ครั้งหรือแล้วแต่ความเหมาะสม”

การจัดทันตภิบาลไปอยู่ในรพ.สต. ควรเป็นบทบาทร่วมของ CUP สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จัดทำแผนกำลังคนร่วมกันดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งที่ว่า “การจัด ทภ. ให้มาประจำในรพ.สต.เป็นบทบาทหน้าที่ของ CUP สสอ. และสสจ.ในการจัดทำแผนกำลังคนร่วมกัน โดยให้มีการกระจายคนไปอยู่ในรพ.สต.นำร่องก่อน”

ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าการบริหารทันตบุคลากรควรเป็นบทบาทของรพ.สต.และ CUP โดยควรมีการประสานงานให้มีความสอดคล้องกัน และควรกำหนดให้มีทันตแพทย์เป็นผู้กำกับงานในแต่ละโซนเครือข่าย ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งหนึ่งที่ว่า “ระบบของทันตกรรมในรพ.สต.ควรมีการประสานระบบงานให้ชัดเจน ถ้าจะออกแบบให้ดีจะต้องมีศูนย์ประสานงานระหว่างบุคลากรในรพ.สต.ในแต่ละโซนกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีหมอฟันเป็นผู้รับผิดชอบแบ่งความรับผิดชอบกันไป จะได้สะดวกในการปรึกษาหรือส่งต่อ”

ในขณะที่มีทันตบุคลากรบางส่วนมีความคิดเห็น ว่า ขณะนี้ทันตภิบาลไม่เพียงพอควรให้ “ทันตภิบาล

ประจำอยู่ที่โรงพยาบาล” และมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่ในรพ.สต.โดยควรจัดให้คนเดิมไปปฏิบัติงาน ซึ่งง่ายต่อการกำกับงานและการทำงานไปในทิศทางเดียวกัน ดังคำกล่าวของทันตแพทย์โรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ว่า “ไม่มีแนวคิดในการกระจายทันตภิบาลลงไปอยู่ประจำในรพ.สต. เพราะตอนนี้เราไม่มีคน การรวมศูนย์หรือรวมคนอยู่ที่โรงพยาบาล ควบคุมดูแลได้ดีกว่า และทิศทางของการดำเนินงานไปในทางเดียวกัน” ในขณะที่ทันตแพทย์อีกท่านกล่าวว่า “ในภาวะปัจจุบันอยากจะทำให้ทันตภิบาลประจำหรือรวมศูนย์อยู่ที่โรงพยาบาลมากกว่า แต่ในการจัดคนลงไปทำงานเน้นให้เป็นคนเดิม เพื่อให้งานเกิดความต่อเนื่อง”

แต่ในความคิดเห็นของสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งมีความเห็นในทางตรงกันซ้ำว่าการให้ทันตภิบาลอยู่ประจำที่โรงพยาบาล หากผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญก็จะเป็นระบบเดิมที่ไม่ได้รับการดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า “หากมีการรวมทันตภิบาลไว้อยู่ที่โรงพยาบาลแล้วหัวหน้าไม่ให้ความสำคัญ...ก็จะเป็นเหมือนเดิมคือไม่มีใครออกมาดูแลประชาชนตามสถานีอนามัยเลย”

ทันตภิบาลที่จะมาอยู่รพ.สต. ควรมีประสบการณ์ในการทำงานหรือกรณีที่จบใหม่ควรมีที่เลี้ยง ดังคำกล่าวของตัวแทนเทศบาลตำบลแห่งหนึ่งว่า “ทันตภิบาลมาประจำรพ.สต.ควรมีประสบการณ์ทำงานมาบ้าง หากเป็นเด็กใหม่ก็ควรมีที่เลี้ยงมาดูแล จะได้มีความมั่นใจในการทำงาน” และได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในรพ.สต. ดังคำกล่าวของทันตแพทย์ท่านหนึ่งที่ว่า “น้องทันตภิบาลจบใหม่ สสจ.ควรมีการจัดอบรมหลักสูตรเฉพาะขึ้นมาเน้นการบริหารงานในรพ.สต.และการทำงานในชุมชน”

ผู้บริหารและผู้ให้บริการมีความเห็นว่าควรสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจให้แก่ทันตภิบาลที่ทำงานในรพ.สต. โดยให้มีตำแหน่งและมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งว่า “สายงานนี้มีแรงจูงใจน้อยขาดความมั่นคงในสายงานไม่สามารถกำหนดตำแหน่งที่ชัดเจน ตอนนี้ต้องเป็นลูกจ้าง ไม่มีสวัสดิการเหมือนข้าราชการและก็ไม่เหมือนเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ดังนั้นกระทรวงต้องช่วยให้เขาเข้าสู่ตำแหน่งนักวิชาการได้” รวมทั้งควรมีการเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ห้องฟัน ยูนิต ทันตกรรม

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ ก่อนที่จะจัดสรรทันตภิบาลลงไปปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนท่านหนึ่งที่ว่า “จะต้องมีการเตรียมความพร้อมของยูนิตทันตกรรมและวัสดุอุปกรณ์เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพช่องปากก่อนที่จะมีการจัดสรรทันตภิบาลลงไป”

และควรมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับทันตภิบาลใน รพ.สต.โดยกำหนดบทบาทและสัดส่วนการทำงานให้ชัดเจน ดังคำกล่าวของทันตภิบาลแห่งหนึ่งที่ว่า “ที่ผ่านมาจัดบริการสุขภาพช่องปากได้ไม่เต็มที่ เพราะไม่มีเจ้าหน้าที่...หากเป็นไปได้ อยากให้ส่วนกลางมีการจัดทำแนวทางการทำงานของทันตภิบาลในรพ.สต. โดยกำหนดบทบาทและสัดส่วนงานให้ชัด”

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่คาดหวังต่อบทบาทของรพ.สต.ในการจัดบริการสุขภาพ 5 ลักษณะ คือ 1) ให้บริการสุขภาพครอบคลุมบริการใน 4 มิติ 2) เน้นบริการสุขภาพเชิงรุก 3) บูรณาการสุขภาพแบบองค์รวมและสหวิชาชีพ 4) มีการวางแผนพัฒนาการจัดบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ และ 5) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของนโยบายการพัฒนาสถานีอนามัยเป็นรพ.สต.^{1,7} ที่ต้องการให้รพ.สต. มีการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ที่เน้นการทำงานเชิงรุก มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการสุขภาพของประชาชนมากขึ้นและสอดคล้องกับแนวคิดของการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลก⁸⁻¹⁰

อย่างไรก็ตามจากการเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังให้รพ.สต.มีศักยภาพที่ใกล้เคียงกับ “โรงพยาบาล” จริงๆ โดยต้องการการบริการสุขภาพเชิงรักษาหรือเชิงรับมากขึ้น จะเห็นได้ว่าความต้องการของประชาชนอาจไม่ตรงกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของ รพ.สต.ที่กำหนดให้รพ.สต.จัดบริการสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาล ส่วนการบริการรักษาเน้นการให้บริการรักษาขั้นพื้นฐานเท่านั้น^{1,11-13}

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรทำความเข้าใจกับประชาชนให้รับทราบศักยภาพและขอบเขตการทำงานของรพ.สต.ที่เป็นจริง

ส่วนความคาดหวังที่ต้องการให้บุคลากรในรพ.สต.เป็นทีมสหวิชาชีพและเน้นการบูรณาการ สามารถทำงานสาธารณสุขได้ทุกด้าน ทันตบุคลากรที่ให้ข้อมูลส่วนหนึ่ง “ไม่เห็นด้วย” โดยคิดว่าควรทำงานเฉพาะในขอบเขตวิชาชีพนั้น ทั้งนี้ความคิดเห็นดังกล่าวอาจเนื่องมาจากความเป็นวิชาชีพที่ดูแลสุขภาพเฉพาะส่วนมากกว่าการมองเป็นองค์รวมของสุขภาพ ซึ่งหากทันตบุคลากรมีแนวคิดเช่นนี้ อาจทำให้การจัดบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิซึ่งเน้นการดูแลสุขภาพองค์รวมแบบบูรณาการโดยสหวิชาชีพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากอาจไม่สามารถเกิดขึ้นในรพ.สต.ได้ ดังนั้นจึงควรมีการปรับแนวคิดและเพิ่มพูนทักษะของทันตบุคลากรเกี่ยวกับการทำงานเชิงรุกแบบบูรณาการรวมทั้งการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพและการทำงานร่วมกับชุมชน

ถึงแม้บางพื้นที่ของจังหวัดพัทลุงได้มีการจัดระบบการดูแลสุขภาพในรพ.สต.แบบเครือข่ายแล้ว เป็นเครือข่ายความช่วยเหลือกันของทีมพยาบาลในการร่วมกันดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มโรคเรื้อรัง ส่วนงานอื่นๆ ยังไม่เห็นเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ลักษณะของโครงสร้างเครือข่ายไม่ได้เชื่อมโยงกันทั้งระบบ เป็นเพียงการจัดตั้งขึ้นเพื่อความสะดวกในแง่การประสานงาน การช่วยเหลือกัน และการนิเทศงาน สำหรับการจัดการบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. ปัจจุบัน มีทิศทางเช่นเดียวกับในภาพรวมของระบบจัดบริการสุขภาพโดยรวม ที่ยังไม่เป็นระบบและยังไม่มีการบูรณาการกับระบบสุขภาพโดยรวม

การศึกษานี้ มีข้อเสนอให้มีการจัดพื้นที่บริการสุขภาพช่องปากโดยการแบ่ง “โซน” รวมเขตพื้นที่บริการของ รพ.สต.อื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียงหรือมีอาณาเขตติดกันมาอยู่ในเขตพื้นที่บริการเดียวกัน และมีการบริหารจัดการในรูปแบบเครือข่าย โดยพิจารณา รพ.สต.ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมในด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการที่ดี เป็นเครือข่ายหลักหรือแม่ข่าย และได้เสนอลักษณะการดำเนินงานเครือข่ายที่เป็นระบบมากขึ้น คือ มีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือและการพัฒนา

ร่วมกันมากขึ้น ในขณะที่เดียวกัน รพ.สต. ในเครือข่ายยังคงมีความอิสระในการบริหารจัดการตัวเอง และเน้นการประสานภายในเครือข่ายเดียวกัน ซึ่งวิธีการนี้น่าจะนำไปสู่การบริหารจัดการหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้มีความเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย เพื่อสร้างสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

รูปแบบเครือข่ายที่เสนอในการศึกษานี้ มีความคล้ายคลึงกับ Castells (1996) อ้างถึงในโกมาตราชั่งเสถียรทรัพย์ และคณะ¹⁴ ซึ่งเสนอว่าการจัดการองค์กรที่มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันเป็นรูปแบบที่ต้องการความร่วมมือขององค์กรในเครือข่าย โดยต้องยังคงความอิสระไว้ระดับหนึ่งโดยเครือข่ายควรมืองค์ประกอบดังต่อไปนี้¹⁴⁻¹⁶

- 1) มีการรวมตัวกันของบุคคล กลุ่มคน ชุมชนหรือองค์กรเพื่อปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน
- 2) มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน
- 3) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 4) มีประโยชน์ร่วมกัน
- 5) มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหา
- 6) มีการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในเครือข่ายและภาคีเครือข่ายอื่นๆซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ควรนำมาพิจารณา เพื่อให้เครือข่ายมีความเข้มแข็งขึ้น

การแบ่งโซนของเครือข่าย รพ.สต. เป็นการรวมพื้นที่ของรพ.สต. ใกล้เคียงมาเป็นพื้นที่บริการ โดยรพ.สต.ที่มีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและมีศักยภาพในการจัดบริการทำหน้าที่เป็นแม่ข่าย ส่วน รพ.สต. ที่จัดอยู่ในโซนเครือข่ายมีฐานะเป็นลูกข่าย จัดขึ้นเพื่อให้เอื้อต่อการทำงานและการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดร่วมกัน เน้นการประสานงานในแนวราบ ดังนั้นหากจะมีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรูปแบบโซนเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการเตรียมความพร้อมให้แก่บุคลากรให้ความเข้าใจแนวคิดของเครือข่าย การจัดการโซนเครือข่าย และกระบวนการพัฒนาภาคีเครือข่าย ตลอดจนจัดให้มีการสนับสนุนโดยการเป็นพี่เลี้ยงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เสนอว่าบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ควรจะเป็น “ทันตภิบาล” ส่วนทันตแพทย์มีหน้าที่ในการสนับสนุน เช่น การให้คำปรึกษา รับส่งต่อ และการลงไปติดตามดูแลเป็นครั้งคราว ทภ. ที่จะมาอยู่รพ.สต. ควรมีประสบการณ์ในการทำงานและในกรณีที่จบใหม่ ควรมีที่ปรึกษาและควรได้รับการ

อบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในรพ.สต. นอกจากนี้ควรสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจ โดยให้มีตำแหน่งและมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ

การจัดทันตภิบาลไปปฏิบัติหน้าที่ในรพ.สต. กรณีรวมทันตภิบาลไว้ที่ CUP หากผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญและผู้ใช้บริการไม่เข้าใจแนวคิดการจัดบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ จะทำให้การจัดบริการสุขภาพช่องปากทำได้ไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายจะต้องให้ความสำคัญในการปรับแนวคิดและทัศนคติของผู้บริหารและทันตบุคลากรของ CUP ให้มีความเข้าใจแนวคิดการจัดบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ และกำหนดให้มีทันตแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนการให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.

ในปัจจุบันปัญหาการขาดแคลน ทภ. ในสถานบริการของจังหวัดพัทลุงเกิดมาจากนโยบายการจำกัดจำนวนบุคลากรของภาครัฐ และมีการเปลี่ยนสายงานไปสู่วิชาชีพที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น¹⁷ ซึ่งปัญหานี้อาจทำให้การจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ไม่สามารถดำเนินการได้ตามความคาดหวัง โดยปัจจุบัน (พ.ศ.2557) จังหวัดพัทลุงมี รพ.สต. เพียง 19 แห่ง (จาก 124 แห่ง) ที่มี ทภ. ประจำ¹⁸ คิดเป็นร้อยละ 15.3 ดังนั้นในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ยังไม่มีความพร้อมด้านบุคลากร อาจเกิดปัญหาคลายคลึงกับช่วงเปลี่ยนผ่านของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกคน) ซึ่งมีการแก้ปัญหาโดยการจัดให้ทันตแพทย์หรือ ทภ. ออกไปให้บริการทันตกรรมเป็นครั้งคราวในลักษณะการออกหน่วย (extended OPD) ในสถานีนอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน^{17,19-22} จึงควรมีการผลักดันเชิงนโยบายให้การผลิต ทภ. เพื่อรพ.สต. สามารถดำเนินงานเชิงรุก บูรณาการแบบสหวิชาชีพและทำงานร่วมกับชุมชนได้ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการผลักดันนโยบายคำตอบแทนสำหรับผู้ทำงานเชิงรุกเพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการทำความเข้าใจกับประชาชนให้รับทราบขอบเขตการทำงานที่เป็นจริงของ รพ.สต.
2. ให้มีการจัดพื้นที่บริการสุขภาพช่องปากโดยการแบ่ง “โซน” รวมเขตพื้นที่บริการของ รพ.สต. อื่นๆ

ที่อยู่ใกล้เคียงหรือมีอาณาเขตติดกันมาอยู่ในเขตพื้นที่บริการเดียวกันและมีการบริหารจัดการในรูปแบบเครือข่ายโดยพิจารณา รพ.สต. ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมในด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการที่ดี เป็นเครือข่ายหลักหรือแม่ข่าย การดำเนินงานเครือข่ายมีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือและการพัฒนาร่วมกันมากขึ้น แต่ละ รพ.สต. ในเครือข่ายยังคงมีความอิสระในการบริหารจัดการตัวเอง และเน้นการประสานการทำงานภายในเครือข่ายเดียวกัน

3. ผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญในการปรับแนวคิดและทัศนคติผู้บริหารและทันตบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ให้มีความเข้าใจแนวคิดการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนการให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.

4. บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ควรเป็น “ทันตภิบาล” ส่วนทันตแพทย์มีหน้าที่ในการสนับสนุน เช่น การให้คำปรึกษา รับส่งต่อ และการลงไปในเขตติดตามดูแลเป็นครั้งคราว

5. ผลักดันเชิงนโยบายให้การผลิตทันตภิบาลเพื่อรพ.สต. สามารถดำเนินงานเชิงรุก บูรณาการแบบสหวิชาชีพและทำงานร่วมกับชุมชนได้

6. ทันตภิบาลที่จะมาอยู่รพ.สต. ควรมีประสบการณ์ในการทำงาน หรือกรณีที่จบใหม่ ควรมีที่ปรึกษาและควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในรพ.สต.

7. สร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจแก่ทันตภิบาลที่จะมาอยู่รพ.สต. โดยให้มีตำแหน่งและมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนทุนวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัยและทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาของชุมชนของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และขอขอบคุณผู้บริหารทุกระดับ ผู้ให้บริการ และตัวแทนชุมชนทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุนหรัศม์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เกษม เวชสุทธานนท์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัท ที่ คิว พี จำกัด; 2552.
- ชาย โปธิลิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (กระบวนการค้นคว้าและทฤษฎีในการวิจัยเชิงคุณภาพ). สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่สี่กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งฯ; 2552.
- นิศา ชูโต. การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่สี่กรุงเทพมหานคร: บริษัทพริ้นต์โพธิ์จำกัด; 2551: 214-226.
- สุภาวงศ์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่สิบแปดกรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
- อรุณี อ่อนสวัสดิ์. ระเบียบวิธีวิจัย. พิมพ์ครั้งที่สามภาคศึกษาศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2551.
- เบญจฯ ยอดดำเนิน-แอ็ดติงก์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การจัดการข้อมูล การตีความและหาความหมาย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่หนึ่ง: บริษัท ซีโน พับลิชชิ่ง (ประเทศไทย) จำกัด; 2552: 73-89.
- อภิญา ตันทิววงศ์. แนะนำหลักคิดและแนวปฏิบัติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล “สายพันธุ์ใหม่” ความสุขใกล้บ้าน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2552.

8. World Health Organization. The World Health Report 2008 (Primary health care now more than ever). Geneva, Switzerland. World Health Organization; 2008.
9. World Health Organization. Primary health care, report of the international conference on primary health care. Geneva, Switzerland. World Health Organization; 1978.
10. World Health Organization. The World Health Report 2000-Health System: Improving Performance. Geneva, Switzerland. World Health Organization; 2000.
11. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สุรศักดิ์ อธิคมาพันธ์, บำรุง ชะลอเดช, ทศนีย์ สุรกิจโกศล, ณัฐพร สุขพอดี. บริการปฐมภูมิ:บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร; 2545.
12. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. อะไรคือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิและบริการด้านแรก. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2542.
13. ไพจิตร วราชิต, ศิริวัฒน์ ทิพย์ธาดล, นิทัศน์ รายนว, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, เกษม เวชสุทธานนท์ และสุธิตา สงวนศักดิ์. คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. 2553.
14. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. กระบวนทัศน์ใหม่ของการจัดการ. ใน: สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สุมาลี ประทุมพันธ์, บรรณานิการ. กระบวนทัศน์ใหม่ของการจัดการ. มุมมองใหม่ จัดการสุขภาพใหม่ในระบบสุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่หนึ่งกรุงเทพมหานคร: บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2554: 25-40.
15. เสถียร จิวรั้งสินันต์. ความรู้เกี่ยวกับองค์กรเครือข่าย. [homepage on the internet]. [cite 5 May 2012]. Available from: <http://www.2.nesac.go.th/document/show11.php?did=06110001>.
16. วิณา เทียงธรรม. เครือข่ายทางสังคม.ใน วิณา เทียงธรรม, สุนีย์ ละกำป็น, อาภาพร เผ่าวัฒนา. การพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่หนึ่งกรุงเทพมหานคร: บริษัทแดนเนกซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด; 2554: 95-112.
17. ปริญญา คงทวีเลิศ, สุนี วงศ์คงคาเทพ. การประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2549. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2552; 17(1): S11-10.
18. กลุ่มงานทันตสาธารณสุขและบริการปฐมภูมิ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. ข้อมูล ทันตบุคลากรจังหวัดพัทลุงประจำปี 2554; 2554.
19. วิรัตน์ เอื้องพลสวัสดิ์, จริญญา นุ่นศรีสกุล, เสมอจิต พงศ์ไพศาล. ระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาคใต้. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
20. ทรงวุฒิ ตวงรัตน์พันธ์, อังคณา เขียวมนตรี, ปิยนารถ จาติเกตุ, วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ, ปิยะฉัตร พัชรานุฉัตร, ทศนีย์ ธรรมเรจ และคณะ. กระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1: วิเคราะห์สถานการณ์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข; 2546: 5-10.
21. ชาลัญชัย ไหลสงวน. การศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ไทย. ว ทันต 2547; 54(1): 9-22.
22. อังคณา เขียวมนตรี, วรธนะ พิธพรชัยกุล. สถานการณ์เงื่อนไขบริบทของการทำงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันในงานทันตสาธารณสุขภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาจังหวัดพัทลุง. รายงานการวิจัย; 2546.

The expectations of stakeholders on Oral Health Services at Tambon Health Promoting Hospital (THPH) in Phatthalung Province

Chanidaporn Sornsung* *D.D.S., M.S.(Oral Health Sciences)*

Jaranya Hunsrisakhun** *D.D.S., Ph.D*

Angkana Thearmontree** *D.D.S.,Dr.P.H.*

Abstract

This descriptive study aimed to study the expectations and suggestions of stakeholders including executive officers, health care providers, and community representatives on appropriate oral health services at Tambon Health Promoting Hospital (THPH) in Phatthalung province. After applying multi-stage random sampling for areas stratification, the informants were selected by purposive sampling, including those who had direct experience in oral health services. The executive officers and the health care providers were interviewed by in depth interviews. Whereas, the community representatives were explored through focus group discussions. The study was conducted during June to October 2011. The results showed that the appropriate oral health services at THPH should be organized by zoning and network model in order to solve the shortage of dental health personnel and resources. THPH network should be implemented based on their context and under 5 principles; 1) setting network goals 2) clarifying responsible areas 3) cooperation within the network 4) independent management and 5) network support. The most appropriate dental personnel in THPH should be a dental nurse who have had working experience and be directed by the dentist in each network. It is important to improve their career paths, have precise positions for recruitment and provide moral support. If they recently graduated, they should be supervised by mentors as well as should attend particular workshops to improve their skills.

Key Words : *The expectation; oral health services; Tambon Health Promoting Hospital (THPH); Stakeholders; Phatthalung province*

* *Dental Health Department, Phatthalung Provincial Health Office, Meung, Phatthalung Province.*

** *Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla university, Hatyai, Songkhla province.*