



- คุณสมบัตินักการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai)
- สมรรถนะที่จำเป็นของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเตรียมความพร้อมและจัดการภัยพิบัติจากน้ำท่วม
- ความชุกและสาเหตุการสูญเสียสายตาของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลระยอง
- รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ จังหวัดจันทบุรี
- คุณภาพและการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย
- ผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลพระปกเกล้า
- การส่งเสริม ป้องกันและรักษาทันตสุขภาพนักเรียน ชั้นประถมศึกษาอำเภอสองจังหวัดแพร่
- การพัฒนาศูนย์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามกรอบแนวคิด 7s ของแมคเคนซี : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลเวชปฏิบัติ
- Donepezil HCl

บรรณาธิการที่ปรึกษา	พิเชียร ทนง ประภาพ ฉัตรชัย ชัชวาล ธวัชฉัตร	วุฒิสถิรภิญโญ ประสานพานิช ยุทธวิสุทธิ สวัสดิไชย สมพีร์วงศ์ ลีลานั้นทวงศ์	
บรรณาธิการ	พิพัฒน์	คงทรัพย์	โรงพยาบาลพระปกเกล้า
รองบรรณาธิการ	พรทิพย์ ภัทร์พงศ์	สุขอดิศัย อุดมพัฒน์	โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลพระปกเกล้า
คณะกรรมการ	จรรยา สินิทธิ พัชรินทร์ จงรัก จิรศักดิ์ สุนิดา อุษา พรทิพา มณฑนา อรนรินทร์ สรภาพ ธารินทร์ ยศพล พรฤดี ดาราพรรณ ภาคพันธ์ กุลธิดา วรรณภา	ธำรงวุฒิกุล โกศลนันท์ เดชธราดล มงคลธรรม กาญจนพงศ์กุล อดิชาติ ศิริบุญฤทธิ์ ศุภราศรี เหมชะญาตี ขจรวงศ์วัฒนา มัทยาภ ภักดี เหลืออิงโสมนภา นิธิรัตน์ รองเมือง ศาลาทอง พานิชกุล พั่วเวส	โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลชลบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
ผู้จัดการ	เกล็ดดาว	จันททีโร	
ผู้ช่วยผู้จัดการ	นิรชร ศศลักษณ์	เลิศศชาธาร สุขจิตต์	
สำนักงาน	สำนักวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลพระปกเกล้า		
กำหนดออก	อ.เมือง จ.จันทบุรี 22000 โทร, โทรสาร 039-328-155 ออก 4 ฉบับต่อปี ตั้งแต่เดือน มกราคม-มีนาคม, เดือนเมษายน-มิถุนายน, เดือนกรกฎาคม-กันยายน, เดือนตุลาคม-ธันวาคม		
เจ้าของ	โรงพยาบาลพระปกเกล้า		
website	http://www.ppkhosp.go.th/ppkjournal		
e-mail	ppkjournal@hotmail.com		

Editor Consultant	Pichien	Wutisatirapinyo	
	Thanong	Prasarnpanich	
	Prapap	Yuthavisuthi	
	Chatchai	Sawasdichai	
	Chatchawan	Sompeewong	
	Thawanchut	Leelanuntawong	
Editor-in-Chief	Pipat	Kongsap	Prapokklao Hospital
Associate Editors	Pornthip	Sukadisai	Prapokklao Hospital
	Patpong	Udompat	Prapokklao Hospital
Editorial Board	Chanya	Thamrongwuttikul	Prapokklao Hospital
	Sinit	Koslanun	Prapokklao Hospital
	Patcharin	Dajtharadol	Prapokklao Hospital
	Jongruk	Mongconthum	Prapokklao Hospital
	Jirasak	Kanchanapongkul	Chonburi Hospital
	Sunida	Atichat	Chonburi Hospital
	Usa	Siriboonrit	Chonburi Hospital
	Porntipa	Suparasri	Chonburi Hospital
	Monthana	Hemchayat	Baromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira
	Aonarin	Kajonvong	Bhudda-Sothorn Hospital
	Saraporn	Matayart	Bhudda-Sothorn Hospital
	Tarin	Pakdee	Khonkaen Hospital
	Yosapon	Leaungsomnapa	Phrapokklao Nursing College
	Pornruedee	Nitirat	Phrapokklao Nursing College
	Daravan	Rongmuang	Phrapokklao Nursing College
	Pakapon	Salathong	Rajamangala University of Technology Phra Nakhon
	Kultida	Panidkult	Boromrajonani College Of Nursing, Bangkok
Wannapa	Puawes	Office of the Basic Education Commission	
Manager	Kleddao	Chanthatero	
Assistant Managers	Nirachorn	Leardkachatarn	
	Sasaluk	Sukjitt	
Office address	Prapokklao Research Center of Prapokklao Hospital Amphur Muang Chanthaburi 22000 Tel., Fax. 039-328-155		
Publication	quarterly, January-March, April-June, July-September, October-December		
Owner	Prapokklao Hospital		
website	http://www.ppkhosp.go.th/ppkjournal		
e-mail	ppkjournal@hotmail.com		

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บรรณาธิการแถลง	153	MESSAGE FROM THE EDITOR
คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ	154	INSTRUCTION FOR THE EDITORIAL
นิพนธ์ต้นฉบับ	158	ORIGINAL ARTICLE
คุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมิน ผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) สัมพันธ์ ชาติออลกรณ, ท.บ., น.บ., วท.ม.(การวิจัยทางทันตแพทยศาสตร์)		Psychometric Properties of Thai Version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14 Thai) Sumpast Chatalongkorn, D.D.S., LL.B., M.Sc.(Dental Research)
สมรรถนะที่จำเป็นของนักสาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเตรียมความพร้อมและจัดการภัยพิบัติ จากน้ำท่วม ญาณันธร กราบทิพย์, ศ.ค. กุลลาบ รุตันาสุดจตุร, ศ.ค. วันสรา เชาว์นิยม, ศ.ค. วัลลภ ใจดี, ประ.ค.	171	Key Competencies of Public Health Professionals in Local Government for Preparedness and Management of the Flood Disaster Yananthorn Krabthip, Dr.P.H. Koolarb Rudtanasudjatun, Dr.P.H. Wanassara Chaowniyom, Dr.P.H. Wanlop Jaidee, Ph.D.
ความชุกและสาเหตุการสูญเสียสายตา ของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลระยอง ธัญชยา เจริญบุญญวัฒน์, พ.บ.	186	Prevalence and Causes of Visual Impairment in Diabetic Patients Rayong Hospital Thanichaya Reanpinyawat, M.D.
รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสาน การส่งต่อ จังหวัดจันทบุรี ยุพเยาว์ วิศพรณ, ศศ.ม. บัญชา พร้อมดิษฐ์, ประ.ค. พรทิพย์ สุขอดิษฐ์, ประ.ค.	194	Referral Coordination Management Model Chanthaburi Province Yuppayao Wisaphan, M.H.Econ. Bancha Promdit, Ph.D. Pornthip Sukadisai, Ph.D.

สารบัญ	หน้า Page	Contents
คุณภาพและการเข้าถึงบริการของ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย อัครา เชียงทอง, สม. อรนุช ภาชนะ, ปร.ด. ฉวีวรรณ บุญสุยา, วท.สม. ฉัตรชัย สวัสดิไชย, พ.บ., ปร.ด.	206	Quality and Accessibility of Thai Traditional Medicine Hospitals <i>Atchara Shiengthong, M.P.H.</i> <i>Oranut Phacheun, Dr.P.H.</i> <i>Chaweewon Boonshuyar, M.S.P.H.</i> <i>Chatchai Sawadchai, M.D., Ph.D.</i>
ผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลพระปกเกล้า กรรณิกา อำพนธ์, พย.ม. ชัยยาภา บุญโยประการ, พย.บ. พัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ, พย.ม.	222	The Outcomes of the Development of the Patients with Septicemia, Prapokklao Hospital <i>Kannika Amphon, M.N.S.</i> <i>Chachayapa Bunyoprakarn, B.N.S.</i> <i>Patcharin Sinkincharoen, M.N.S.</i>
รายงานพิเศษ การส่งเสริม ป้องกัน และรักษาทันตสุขภาพ นักเรียน ชั้นประถมศึกษา อำเภอสองจังหวัดแพร่ วิลาวรรณ จันทร์, ทบ., ป.	237	SPECIAL REPORT A Study of Oral Health Promotion Integration in Primary School Song District Phrae Province <i>Wilawan Chanchorn, D.D.S.</i>
บทความพิเศษ การพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามกรอบ แนวคิด 7s ของแมคเคนซี: บทบาทที่ท้าทาย ของพยาบาลเวชปฏิบัติ กันตภณ เชื้อฮ้อ, สม. กมลพร แพทย์จีพ, ปร.ด. พรฤดี นิธิรัตน์, ปร.ด.	247	LITERATURE INTERVIEW The Development of a Quality Non-Communicable Disease Clinic in Sub-district Health Promotion Hospitals Based on the McKinsey 7s framework: A Challenging Role of Nurse Practitioners <i>Kantaphon Chueahor, MPH.</i> <i>Kamonporn Patcheep, Ph.D.</i> <i>Pornruedee Nitirat, Ph.D.</i>
คลินิกปริศนา ชลิต จิตเจื้อจุน, พ.บ.	259	CLINIC QUIZ <i>Chalit Jitjeojun, M.D.</i>
ยานำรู้ Donepezil HCl จันทร์ภา สนั่นเกียรติเจริญ, ภ.บ.	261	INTERESTING DRUGS Donepezil HCl <i>Mrs.Jantarika Sanankiatcharoen, B.Pharm.</i>

อาคารเทพรัตน์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า



ด้วยพระเมตตาและห่วงใยแก่พสกนิกรชาว จันทบุรีและจังหวัดในแถบภาคตะวันออก ที่มี ภูมิประเทศติดกับชายแดน สมเด็จพระเทพรัตน ราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงพระกรุณาให้ ก่อสร้างอาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ภายใต้ โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ ในวันที่ 7 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2533 ด้วยเงินบริจาคจากงาน พระบรมศพสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี พระบรมราชินีในรัชกาลที่ 7 เพื่อเป็นอนุสรณ์สถาน แต่สมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณีฯ และเพื่อให้ บริการผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งขณะนั้น มีสภาพแออัดคับแคบไม่เพียงพอต่อการให้บริการ แก่ประชาชนในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง โดย รัฐบาลได้ตอบสนองโครงการและเริ่มก่อสร้างเมื่อ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2534 แล้วเสร็จเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2537 และได้รับพระราชทานนาม อาคารว่า “อาคารเทพรัตน์”

ในวันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2537 สมเด็จพระ เทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้ เสด็จพระราชดำเนินมาเป็นองค์ประธานในการ ประกอบพิธีเปิดอาคารเทพรัตน์ และหลังจากนั้น โรงพยาบาลพระปกเกล้าก็เปิดดำเนินการให้ บริการประชาชนตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ภายใน อาคารเทพรัตน์เป็นอาคารตึก 6 ชั้น เปิดใช้รองรับ ผู้ที่มาใช้บริการกับโรงพยาบาลพระปกเกล้า โดย เฉพาะในด้านผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วย นอกศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมเฉพาะทางและ ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ห้องผ่าตัด ห้องผู้ป่วยในด้าน ศัลยกรรมอุบัติเหตุ และวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ เป็นต้น นับว่าเป็นพระมหากรุณาธิคุณอันล้นพ้น สำหรับปวงชนชาวจันทบุรีและจังหวัดเพื่อนบ้าน เป็นอย่างยิ่ง

บรรณาธิการแถลง

ช่วงนี้เป็นช่วงฤดูฝน มีฝนตกชุกในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะน้ำท่วมภาคอีสานหลายจังหวัด เช่น สกลนคร อุดรธานี เป็นต้น กองบรรณาธิการมีความห่วงใยต่อความเป็นอยู่ และสุขภาพของพี่น้องประชาชนในพื้นที่น้ำท่วม ผู้อ่านวารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า สามารถร่วมให้ความช่วยเหลือได้ตามทางช่องทางที่รัฐบาลได้ประชาสัมพันธ์ให้ทราบหลายช่องทาง และได้เปิดรับบริจาคเงินเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วมทางภาคอีสาน รวมไปถึงมูลนิธิอาสาเพื่อนพึ่ง(ภา)ยามยาก สภากาชาดไทยก็ได้เปิดรับอาหารแห้งและของสด ณ ศาลากลางจังหวัดสกลนคร

วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้ดำเนินการเข้าสู่ระบบวารสาร Online ใกล้เคียงรอบ 1 ปี (Thai Journal Online) ผู้ที่สนใจส่งบทความวิจัยตีพิมพ์ใน

วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า กรุณาอ่านคำแนะนำในเว็บไซต์ และ Submit Online ได้ตาม QR code ด้านล่าง กองบรรณาธิการไม่รับพิจารณาบทความที่ส่งทางช่องทางอื่น และสำหรับผู้อ่านที่ต้องการอ่านบทความเก่าก่อนปี พ.ศ. 2557 สามารถอ่านได้ที่ <http://thailand.digitaljournals.org/>

ในเล่มนี้มีบทความที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น สมรรถนะที่จำเป็นในการจัดการภัยพิบัติ น้ำท่วม ความชุกและสาเหตุการสูญเสียสายตาของผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทันตสาธารณสุขในโรงเรียน และคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พิพัฒน์ คงทรัพย์

บรรณาธิการ



คำแนะนำสำหรับผู้ส่งบทความลงตีพิมพ์ใน “วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า”

วัตถุประสงค์ของวารสารศูนย์การศึกษา
แพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า

วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก
โรงพยาบาลพระปกเกล้า มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข
ได้แก่ บทความวิจัย รายงานผู้ป่วย บทความพื้น
วิชา และบทความที่น่าสนใจทางการแพทย์ การ
สาธารณสุข และแพทยศาสตร์ศึกษา

บทความทุกบทความ เช่น บทความวิจัย และ
รายงานผู้ป่วย จะได้รับการพิจารณากลั่นกรองโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน โดยผู้ส่งบทความ
และผู้พิจารณาจะไม่ทราบชื่อของกันและกัน
สำหรับบทความของบุคคลภายในจะได้รับ
พิจารณากลั่นกรองจากบุคคลหรือบรรณาธิการ
ภายนอกสถาบัน ทั้งนี้บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ ต้อง
ไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ระหว่างการตีพิมพ์ของ
วารสารอื่น

บทความที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์
จะได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์
การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล
พระปกเกล้า เฉพาะงานวิจัยที่ผ่านความเห็นชอบ
ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดย
ต้องแนบสำเนาของคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์มาด้วย

การส่งต้นฉบับ

ให้ส่งต้นฉบับเป็นไฟล์ word สำหรับเนื้อหา
และ tif หรือ jpeg สำหรับรูปภาพทาง e-mail มาถึง
กองบรรณาธิการ หรืออาจส่งเป็นต้นฉบับจริงและ
สำเนาอีก 2 ชุด พร้อมทั้ง CD การพิมพ์ต้นฉบับ

ใช้ word for windows ส่งได้ที่กองบรรณาธิการ
วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก
โรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอเมือง จังหวัด
จันทบุรี 22000 โทร, โทรสาร 0-3932-8155
e-mail: ppkjournal@hotmail.com ค้นหาบทความ
ที่ตีพิมพ์ได้ทาง <http://www.ppkhosp.go.th/ppkjournal>

เรื่องที่จะลงตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

ทุกเรื่องจะได้รับการตรวจทานอ่านต้นฉบับ
จากกองบรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิจาก
ภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน นิพนธ์ต้นฉบับทั้งเรื่อง
(รวมตารางและรูป) มีความยาวไม่เกิน 15 หน้า
กระดาษพิมพ์ A4 พิมพ์ห่างจากขอบทุกด้านอย่าง
น้อย 1 นิ้ว การรายงานการวิจัยควรมีข้อมูลเรียง
ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. หน้าแรกประกอบด้วยชื่อของชื่อผู้นิพนธ์
และสถาบันของผู้นิพนธ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. บทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ไม่เกิน 250 คำ และ keywords 3-5 คำ

2.1 บทคัดย่อภาษาไทยประกอบด้วย
หัวข้อดังนี้

- ที่มาของปัญหา
- วัตถุประสงค์
- วิธีและวิธีการ
- ผลการศึกษา
- สรุป

2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- Background
- Objective
- Materials and method
- Results
- Conclusion

3. เนื้อเรื่อง (text) ประกอบด้วยหัวข้อ 6 หัวข้อดังนี้

3.1 บทนำ (introduction) ประกอบด้วยที่มาของปัญหาและเหตุผลในการทำวิจัย

3.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (objective)

3.3 วัสดุและวิธีการ (materials and method)

3.4 ผลการศึกษา (results)

3.5 วิจารณ์ (discussion)

3.6 เอกสารอ้างอิง (references)

รายงานผู้ป่วย (case report)

บทความรายงานผู้ป่วยจะต้องผ่านคณะกรรมการจริยธรรมหรือมีหนังสืออนุญาตของผู้อำนวยการโรงพยาบาล บทความมีความยาวไม่เกิน 6 หน้ากระดาษพิมพ์ A4 การรายงานการวิจัยควรมีข้อมูลเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อม keywords 3-5 คำ

2. บทนำ (introduction)

3. เนื้อเรื่อง (text)

4. สรุป (summary)

5. เอกสารอ้างอิง (references)

บทความพินิจ (literature review)

เป็นเรื่องที่ส่งมาเองหรือทางคณะกรรมการขอให้เขียน ทุกเรื่องจะได้รับการตรวจทานอ่านต้นฉบับจากกองบรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า บทความควรมีข้อมูลเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

1. บทนำ (introduction)

2. เนื้อเรื่อง (text)

3. สรุป (summary)

4. เอกสารอ้างอิง (references)

บทบรรณาธิการ (Editorial)

คณะบรรณาธิการอาจเชิญผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความสามารถเขียนเรื่องที่เกี่ยวข้องกับนิพนธ์ต้นฉบับที่จะลงตีพิมพ์ในฉบับนั้น ประกอบด้วยข้อมูลเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

1. บทนำ (introduction)

2. เนื้อเรื่อง (text)

3. สรุป (summary)

4. เอกสารอ้างอิง (references)

บทความที่น่าสนใจ

ประกอบด้วยบทความหรือข้อมูลที่น่าสนใจต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. บทความพิเศษ (special article)

2. ปกิณกะ (miscellaneous) เป็นบทความทั่วไปที่เกี่ยวกับกิจการทางการแพทย์ และการสาธารณสุข

3. คลินิกปริศนา (clinic quiz) อาจเป็นผู้ป่วยที่น่าสนใจ ประกอบด้วยประวัติ และการตรวจร่างกาย โดยย่อ และมีภาพประกอบที่น่าสนใจต่างๆ มีคำถามและคำตอบสั้นๆ อาจมีเอกสารอ้างอิง หรืออาจเป็นสิ่งที่สนใจด้านการสาธารณสุขอื่นๆ เช่น การพยาบาล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เภสัชกรรม เป็นต้น

4. เวชกรรมบันทึก (medical record) เป็นบทวิจารณ์ผู้ป่วย นำเสนอทั้งประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยแยกโรค วิจารณ์ สรุป และเอกสารอ้างอิง

5. ยาน่ารู้ (interesting drugs)

6. ย่อวารสาร (abstract of journal) จากบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ดีพิมพ์ไม่นาน อาจมีบทวิจารณ์สั้นๆ ประกอบ

7. บทความจากการประชุม (conference highlight) เป็นการสรุปเรื่องที่สนใจจากการ

ประชุมทั้งในและนอกหน่วยงาน ที่อยากจะสื่อให้ผู้อ่านที่ไม่ได้ไปประชุมทราบ มีความยาวไม่เกิน 5 หน้ากระดาษพิมพ์ A4

8. เทคนิคการผ่าตัด (surgical techniques) เป็นบทความที่เกี่ยวกับเทคนิคการผ่าตัดใหม่ๆ มีความยาวไม่เกิน 6 หน้ากระดาษ

การเตรียมต้นฉบับ

1. การพิมพ์ต้นฉบับ ให้ใช้กระดาษขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว ระยะห่างระหว่างบรรทัด = 1.0 space พิมพ์ให้ห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้ว และใส่ตัวเลขหน้าที่ย่ของบรรทัดของกระดาษทุกหน้า

2. หน้าแรกเป็นจดหมายถึงกองบรรณาธิการ ระบุความน่าสนใจของเรื่องที่จะตีพิมพ์ กล่าวถึงบทความว่าไม่ได้เคยได้รับการตีพิมพ์ และ/หรืออยู่ในกระบวนการพิจารณาจากวารสารใดมาก่อน บทความได้รับการตรวจทานจากผู้เชี่ยวชาญทางสถิติและทางด้านภาษามาแล้วหรือไม่

3. หน้าสอง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ทั้งชื่อตัวและชื่อสกุล คุณวุฒิ และสถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมทั้งเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และ email ชื่อเรื่องควรสั้นและให้ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

4. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษอย่างละไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ จำนวนคำ ไม่เกิน 250 คำ

5. เนื้อเรื่อง ควรเป็นภาษาที่ง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจน หากต้นฉบับเป็นภาษาไทยให้ยึดหลักพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ไม่ใช้เครื่องหมายวรรคตอน ควรใช้คำภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน ถ้าใช้คำย่อที่ไม่สากลต้องบอกคำเต็มไว้ทุกครั้งที่ใช้ครั้งแรก ชื่อยาควรใช้ชื่อสามัญ (generic name)

6. ตารางให้พิมพ์แยกต่างหาก ตารางแต่ละแผ่นให้ใส่หมายเลขตารางตามหัวเรื่องที่อยู่อ่เหนือ

ตาราง จำนวนตารางไม่เกิน 4 ตาราง พร้อมชื่อและคำอธิบายตาราง

7. ภาพ ควรใช้ภาพขาว-ดำ หรือภาพเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ใช้ชื่อกำกับภาพเรียงตามลำดับในเนื้อเรื่อง จำนวนภาพไม่เกิน 6 ภาพ พร้อมคำอธิบายได้ภาพ กระชับและชัดเจน (กรณีเป็นรายงานผู้ป่วย ต้องมีหนังสือยินยอมให้ลงเผยแพร่จากผู้ป่วย)

8. เอกสารอ้างอิงใช้เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด ตาม Vancouver's International Committee of Medicine Journal Editor ใส่หมายเลขเรียงตามลำดับที่อ้างอิง การย่อชื่อวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารที่เป็นวารสาร

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3.

ผู้แต่งเกิน 6 คน ใส่ชื่อผู้แต่งครบ 6 คนแรก และเติมคำว่า et al. เล่มที่ของวารสารไม่ใส่เพราะเลขหน้าเรียงลำดับแล้ว เช่น

1. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer 1996;73:1006-12.

2. ในกรณีที่หน้าไม่เรียง ให้ใส่ฉบับที่ (number) ของวารสารมาด้วย

วารสารที่ผู้พิมพ์เป็นคนละบุคคล

ไม่ใส่เล่มที่ของวารสาร เพราะเลขหน้าเรียงลำดับแล้ว เช่น

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996;164:282-4.

หนังสือที่มีผู้พิมพ์/บรรณาธิการคนเดียว**(book with one author or editor) เช่น**

1. Mason J. Concepts in dental public health. Philadelphia : Lippincott Williams & Winkins, 2005.

2. Mason J, editor. Clinical of medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Winkins, 2006.

หนังสือที่มีบรรณาธิการและผู้พิมพ์ 2-6**คน (two-six authors/editors)**

1. Miles DA, Van Dis ML, Williamson GF, Jensen CW. Radiographic imaging for the dental team. 4th ed. St. Louis: Saunders Elsevier, 2009.

2. Mason J, John S, Smith H, editor. Clinical of medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Winkins, 2006.

หนังสือที่มีบรรณาธิการและผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน (more than six authors/editors)

1. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al., editors. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw Hill, 2008.

หนังสือที่ผู้พิมพ์เป็นกลุ่มในหน่วยงาน (organization as author)

1. Canadian Dental Hygienists Association. Dental hygiene: definition and scope. Ottawa: Canadian Dental Hygienists Association, 1995.

อ้างอิงจากบทใดบทหนึ่งในหนังสือ (chapter in a book)

1. Alexander RG. Considerations in creating a beautiful smile. In: Romano R, editor. The art of the smile. London: Quintessence Publishing, 2005. p.187-210.

E-book

1. Irfan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [Internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2006 [cited 2009 May 21]. Available from Netlibrary: <http://cclsw2.vcc.ca:2048/login?url=http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary&v=1&bookid=181691>

Website with Author

1. Fehrenbach MJ. Dental hygiene education [Internet]. [Place unknown]: Fehrenbach and Associates; 2000 [updated 2009 May 2, cited 2009 Jun 15]. Available from: <http://www.dhed.net/Main.h>

Website without Author

1. American Dental Hygienists Association [Internet]. 2009 [Cited 2009 May 30]. Available from: <http://www.adha.org/>

Part / article within a website

1. Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Dental health; 2009 May 06 [cited 2009 Jun 16]; [about 7 screens]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dentalhealth>.

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินผลกระทบ ของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai)

สัมภาษณ์ ขาติอลงกรณ์, ท.บ., น.บ., วท.ม. (การวิจัยทางทันตแพทยศาสตร์)*

*โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้มีการใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้นในการประเมินผลกระทบของปัญหาสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต หนึ่งในเครื่องมือที่ได้รับความนิยมอย่างมากคือแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปาก (Oral health Impact Profile: OHIP-14) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวยังไม่เคยผ่านการทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาเพื่อนำมาใช้งานในประเทศไทยเลย

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) ในประชาชนชาวไทย

วัสดุและวิธีการ: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวางในเขตตำบลวัฒนานคร อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว โดยใช้แบบประเมิน OHIP-14 ที่ได้รับการแปลให้เป็นภาษาไทยแล้วจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ และใช้แบบประเมินภาษไทยดังกล่าวในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 180 คน) โดยผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการฝึกฝนแล้ว ร่วมกับการเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสถานะในช่องปาก เพื่อการทดสอบความตรงและความเชื่อถือได้ในการประเมินคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมิน OHIP-14 Thai

ผลการศึกษา: การทดสอบความตรงเชิงลู่เข้า (convergent validity) ของแบบประเมิน OHIP-14 Thai พบว่าคะแนนรวมของ OHIP-14 Thai มีความ

สัมพันธ์อย่างมากกับคะแนนการประเมินทันตสุขภาพด้วยตนเอง และคะแนนการประเมินตนเองต่อความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรม ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างคะแนน OHIP-14 Thai ต่อการเกิดโรคฟันผุ จำนวนฟันที่หายไป จำนวนฟันแท้ในช่องปาก การใส่ฟันเทียม และสภาวะปริทันต์ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวยืนยัน ผลการทดสอบความตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) ว่าคะแนน OHIP-14 Thai มีความแตกต่างกันในสภาวะสุขภาพช่องปากที่แตกต่างกันดังกล่าว การทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยสัมประสิทธิ์ความสม่ำเสมอภายใน (internal consistency) โดยใช้ค่า Cronbach's alpha ของ OHIP-14 Thai พบว่าค่าที่ได้สูงกว่าค่ามาตรฐานที่ต้องการคือ 0.7 ขึ้นไป และค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ (coefficient of stability) ทดสอบโดยใช้ค่า ICC คือ 0.92 (95% CI: 0.89-0.94)

สรุป: คุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) แสดงให้เห็นว่ามีความตรงเชิงโครงสร้างที่ดีและยอมรับความเที่ยงของเครื่องมือสามารถใช้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุชาวไทยได้

คำสำคัญ: แบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย; คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก; ผู้สูงอายุ

Original article

Psychometric Properties of Thai Version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14 Thai)

Sumpast Chatalongkorn D.D.S., LL.B., M.Sc. (Dental Research)*

* Watthana Nakhon hospital, Sa Kaeo Province

Abstract

Background : The oral health-related quality of life instruments are increasingly used to evaluate the impact of the oral problems on quality of life. One of most used instrument is Oral Health Impact Profile (OHIP-14), but it has never been tested the psychometric properties for implementation in Thailand.

Objective: To validate the psychometric properties of Thai version of the oral health impact profile (OHIP-14 Thai) among Thai populations.

Materials and Method: A cross-sectional study was performed in Tambon Watthana Nakhon, Watthana Nakhon District, Sa Kaeo Province. The original English version of OHIP-14 was translated into Thai. Elderly people age 60 years and older (n=180) were interviewed by a trained interviewer. Information on subjects' demographic background and oral health status were collected. Validity tests and Reliability analyses were carried out to evaluate the psychometric properties of OHIP-14 Thai.

Results: Convergent validity of OHIP-14 Thai

was supported by the finding that total score was highly associated with self-perceived oral health status and perceived need for dental care. Significant associations were found between OHIP-14 Thai and the decayed teeth, missing teeth, teeth present, teeth wear and periodontal health. These associations supported discriminant validity of OHIP-14 Thai to discriminate several of oral health status as above. / The internal consistency reliability (cronbach's alpha) of OHIP-14 Thai was above the recommended 0.7 threshold and the coefficient of stability measured by ICC was 0.92 (95% CI: 0.89-0.94)

Conclusion: Thai version of the oral health impact profile (OHIP-14 Thai) demonstrated good construct validity and acceptable reliability. It is available to measure the oral health-related quality of life in Thai elderly populations.

Keywords: thai version of the oral health impact profile (OHIP-14 Thai); oral health-related quality of life; elderly person

บทนำ

“ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุจากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ปี พ.ศ. 2555¹ รายงานว่าผู้สูงอายุ 60-70 ปี มีค่า ฟันผุ / ถอน/ อุด (DMFT) ร้อยละ 97.1 หรือมีค่าเฉลี่ย DMFT ที่ 15 ซึ่งต่อคน มีค่าเฉลี่ยการถอนฟันเท่ากับ 13.2 ซึ่งต่อคน มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซึ่งที่ร้อยละ 57.8 และยังพบว่าผู้สูงอายุมีสภาวะปริทันต์ปกติ เพียงร้อยละ 11.5 แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ การดำรงชีวิตปกติ ตลอดจนถึงการเข้าถึงของสังคมของผู้สูงอายุ ดังศึกษาของ Locker และ Grushka² พบว่าอาการปวดฟันมีผลต่อการหลีกเลี่ยงรับประทานอาหาร นอนไม่หลับ มีผลเสียต่อการทำงาน และหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม และการศึกษาของ Fiske และคณะ³ พบว่าการสูญเสียฟันทำให้เสียภาพลักษณ์ ขาดความมั่นใจในตนเอง จนถึงกับหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคม

การทำความเข้าใจปัญหาด้านสุขภาพเพียงการทำความเข้าใจเฉพาะอาการทางคลินิกในปัจจุบันอาจไม่เพียงพอ บุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องทำความเข้าใจปัญหาด้านสุขภาพในมุมมองทางการแพทย์สังคม หรือการทำความเข้าใจผลกระทบของปัญหาด้านสุขภาพต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือคุณภาพชีวิตด้วย การทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงสภาวะต่างๆ ของคุณภาพชีวิตในปัจจุบันนิยมใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่จะนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือที่ถูก

สร้างขึ้นใหม่ หรือเครื่องมือที่ได้มาจากการแปลข้ามภาษาและวัฒนธรรม ควรได้รับการทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา (psychometric properties) โดยการทดสอบความถูกต้องหรือความตรง (validity) และทดสอบความเที่ยงตรง (reliability) ของเครื่องมือ ทั้งนี้เนื่องจากในแต่ละกลุ่มประชากร ต่างชาติ ต่างภาษา มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม การให้ความสำคัญกับปัญหาใดๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชากรแต่ละเชื้อชาติภาษาจนถึงแต่ละชุมชนนั้นอาจแตกต่างกัน⁴ นั่นคือประชากรกลุ่มหนึ่งอาจรู้สึกว่าเป็นปัญหาสุขภาพหนึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ในขณะที่อีกประชากรอีกกลุ่มหนึ่งอาจเห็นว่าปัญหาดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต หรือมีผลกระทบมากน้อยกว่ากันก็เป็นได้

ในการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากก็เช่นเดียวกัน มีเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสำหรับการศึกษามากมาย เครื่องมือหนึ่งที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วไปเป็นสากล และได้ถูกนำมาใช้ในหลายๆ ช่วงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ถูกนำมาใช้ประเมินว่าปัญหาทางทันตสุขภาพช่องปาก รวมถึงการมีฟันเทียมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างไร คือแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปาก (the oral health impact profile: OHIP-14)⁵ ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย Shade ในปี ค.ศ. 1997

หลังจากได้มีการพัฒนาเครื่องมือ OHIP-14 เป็นต้นมา เครื่องมือ OHIP-14 ได้ถูกแปลเพื่อนำไปใช้ในหลายพื้นที่ หลายภาษา ไม่ว่าจะเป็นภาษาเยอรมัน⁶ จีน⁷ บราซิล⁸ มาเลเซีย⁹ เกาหลี¹⁰ สเปน¹¹ เปอร์เซีย¹² (อิหร่าน) กรีก¹³ หรืออารบิก¹⁴ (ซูดาน) ด้วยเหตุผลที่คล้ายๆ กันคือ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือ

ที่นอกเหนือจากเครื่องมือวัดอาการทางคลินิกที่มีใช้โดยทั่วไป เพื่อใช้วัดความพึงพอใจในสุขภาพช่องปากของชุมชนหรือผู้ป่วยในคลินิกทันตกรรม และใช้เพื่อช่วยสะท้อนปัญหาของทันตสุขภาพต่อการดำรงชีวิตประจำวันโดยชุมชนหรือผู้ป่วยเอง เครื่องมือ OHIP-14 เมื่อได้รับการแปลให้เป็นภาษาของประเทศนั้นๆ แล้ว ก่อนนำไปใช้ศึกษาในทางคลินิกหรือชุมชน เครื่องมือ OHIP-14 จะได้รับการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา (psychometric properties) โดยการทดสอบความตรงเชิงลู่เข้า (convergent validity) ความตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) สัมประสิทธิ์ของความสม่ำเสมอภายใน (coefficient of internal consistency) สัมประสิทธิ์ของความคงที่ (coefficient of stability) และยังมีบางประเทศทดสอบคุณสมบัติการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง^{15, 16} (responsiveness) ด้วย และในทุกภาษาที่มีรายงานการแปลหรือพัฒนาเครื่องมือ OHIP-14 เพื่อใช้ในประชากรของตนพบว่า เครื่องมือ OHIP-14 มีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาที่ดีสามารถใช้ในประชากรของประเทศนั้นได้

ในประเทศไทยเครื่องมือ OHIP-14 ไม่เคยผ่านการทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาเพื่อการนำมาใช้งานในประเทศไทยเลย ดังนั้นการแปลและการทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของเครื่องมือแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากให้เป็นฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) จึงมีความสำคัญเพื่อให้ทราบว่าเครื่องมือดังกล่าวหลังจากแปลให้เป็นภาษาไทยแล้วสามารถนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในประชาชนชาวไทยที่ใช้ภาษาไทยเป็นภาษาหลักได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อประเมินคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) โดยทดสอบความตรงเชิงลู่เข้า ความตรงเชิงจำแนก สัมประสิทธิ์ของความสม่ำเสมอภายใน และสัมประสิทธิ์ของความคงที่

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross sectional analytic study) ศึกษาในผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลพัฒนานคร อำเภอพัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 จากประชากรตำบลพัฒนานคร ทั้งหมดจำนวน 1,633 คน ในการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการทดสอบความตรงเชิงลู่เข้า ความตรงเชิงจำแนก และสัมประสิทธิ์ความสม่ำเสมอภายในของแบบประเมิน OHIP-14 Thai คำนวณโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบกลุ่มย่อยของ Bonferroni t test (เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมากกว่า 2 กลุ่ม)¹⁷

$$N = \frac{2(Z_{\alpha/2c} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

N = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

A = α error

β = β error

σ^2 = ค่าคลาดเคลื่อนกำลังสองเฉลี่ย

(mean square error)

Δ = ความต่างของผลของคู่ที่สนใจหลัก

C. = จำนวนคู่ที่ต้องการเปรียบเทียบ

ใช้ข้อมูลการคำนวณขนาดตัวอย่างจากผลการศึกษาของ Saub R และคณะ⁹ ซึ่งพบว่า ค่า

เฉลี่ย OHIP-14T ของผู้ที่ใส่ฟันปลอมเท่ากับ 10.49 ± 8.86 ของผู้ที่ใส่ฟันปลอมบางส่วนแบบถอดได้ เท่ากับ 13.44 ± 7.24 และค่าเฉลี่ย ของผู้ที่ไม่มีฟันเท่ากับ 10.00 ± 11.31 คำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบ 3 คู่ ที่ $\alpha = 0.05$ อำนาจการทดสอบ = 0.80 และคู่ที่สนใจหลักในการศึกษาคือ ผู้ที่ใส่ฟันปลอมบางส่วนแบบถอดได้ กับผู้ที่ไม่มีฟัน ได้ขนาดตัวอย่างที่ 180 ตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนขนาดประชากร (proportional to sizes) เพื่อเป็นตัวแทนในแต่ละหมู่บ้านจากจำนวนประชากรในตำบลวัฒนานคร 14 หมู่บ้าน และตัวอย่างต้องสนใจในการเข้าร่วมโครงการ

กรณีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการทดสอบสัมประสิทธิ์ความคงที่ของแบบประเมิน OHIP-14 Thai คำนวณโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม¹⁷ ใช้สูตร

$$N/\text{กลุ่ม} = \left(\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{Z(r)} \right)^2 + 3$$

โดย N = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

A = α error

B = β error

r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

โดยค่า
$$Z(r) = \frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)$$

ใช้ข้อมูลการคำนวณขนาดตัวอย่างจากผลการศึกษาของ Saub R และคณะ⁹ ที่ได้ค่า r เท่ากับ 0.89 หา N ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 ความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างที่ 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่ได้รับการทดสอบความตรงเชิงลู่เข้า ความตรงเชิงจำแนก และสัมประสิทธิ์ความสม่ำเสมอภายในจากการทดสอบแรก เพื่อเข้าร่วมทดสอบสัมประสิทธิ์ความคงที่หลังการทดสอบครั้งแรก

สองสัปดาห์จำนวน 20 คน โดยผู้ที่เข้าร่วมการทดสอบต้องให้การยินยอม และได้รับการตรวจยืนยันจากทันตแพทย์แล้วว่าสุขภาพช่องปากจะไม่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงเวลาสองสัปดาห์ดังกล่าว เครื่องมือที่ใช้ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สอบถาม อายุ เพศ อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน การศึกษาของผู้สูงอายุ คำถามทางสุขภาพทั่วไป (global oral health question) สอบถามคำถาม “คุณคิดว่าสุขภาพช่องปากของคุณอยู่ในระดับที่ดีเพียงใด” และ “ท่านมีความจำเป็นต้องรักษาทางทันตกรรมหรือไม่ มากแค่ไหน” และแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต ฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยจากต้นฉบับภาษาอังกฤษของ Slade⁵ โดยกระบวนการการแปลไปข้างหน้าและแปลกลับ (forward-backward translation)¹⁸ แบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วย 7 มิติ คือ ความจำกัดในการทำหน้าที่ (function limitation) ความเจ็บปวดทางกายภาพ (physical pain) ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (psychological discomfort) การสูญเสียความสามารถทางกายภาพ (physical disability) การสูญเสียความสามารถทางจิตใจ (psychological disability) การสูญเสียความสามารถทางสังคม (social disability) และความด้อยโอกาสทางสังคม (handicap) มิติละ 2 ข้อ มีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ แต่ละคำถามให้ตอบเป็นความถี่ของปัญหาที่เกิดขึ้น โดยให้รหัส 0=ไม่เคย 1=แทบจะไม่เคย 2=เป็นบางครั้ง 3=ค่อนข้างบ่อย 4=บ่อยครั้งมาก การแปลผลคะแนน โดยรวมคะแนนทั้งหมดในแต่ละส่วน แต่ละมิติ และแต่ละบุคคล หากมีผู้ตอบแบบสอบถามข้อใดหายไปตั้งแต่หนึ่งข้อให้นำแบบสอบถามนั้นออกจากการ

วิเคราะห์ข้อมูล ดังนั้นคะแนนรวมในแต่ละบุคคลจะอยู่ในช่วง 0-56 คะแนน คะแนนจาก OHIP-14 Thai สูงกว่าแสดงถึงผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า สอบถามโดยมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกฝนแล้วอ่านแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุฟังและบันทึกในแบบสอบถาม และใช้แบบตรวจสอบภาวะในช่องปาก ดัดแปลงจากแบบการตรวจตามองค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 1997¹⁹ ตรวจการมีฟันใช้งานทั้งฟันแท้ฟันเทียม ฟันผุ (decayed teeth: DT) ฟันหายไป (missing teeth: MT) ฟันอุด (filling tooth) และสภาวะปริทันต์ (loss of attachment) การตรวจสุขภาพช่องปากใช้ทันตแพทย์หนึ่งคนที่ได้รับการฝึกฝนโดยศึกษาข้อมูลจากรูปภาพ และสอบเทียบ (calibrated) การตรวจและลงข้อมูลกับผู้ตรวจมาตรฐาน (Gold standard) ในผู้สูงอายุ จำนวน 30 คนที่มารับบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลวัฒนานคร โดยใช้แสงสว่างจากโคมไฟและเก้าอี้สนามเหมือนการสำรวจจริง ได้ค่าสถิติแคปปา (kappa statistic) ของตรวจชนิดของฟันปลอม ตรวจฟัน และสภาวะปริทันต์ เท่ากับ 0.97, 0.89 และ 0.76 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และในระหว่างการสำรวจเก็บข้อมูลภาคสนามจริงมีการตรวจซ้ำ (duplication) จำนวนร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างความน่าเชื่อถือของการตรวจชนิดของฟันปลอม ตรวจฟัน และสภาวะปริทันต์ ได้ค่าสถิติแคปปา เท่ากับ 0.95, 0.87 และ 0.79 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดีถึงดีมากเช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบความตรงเชิงคู่เข้า โดยทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการประเมินทันตสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ จากการตอบคำถาม “คุณคิดว่าทันตสุขภาพของคุณ

ในการดูแลของคุณอยู่ในระดับที่ดีเพียงใด” และคำถาม “คุณคิดว่าทันตสุขภาพของมีความจำเป็นต้องรักษามากน้อยเพียงไร” กับคะแนนเฉลี่ย OHIP-14 Thai สถิติที่ใช้ทดสอบคือ Kruskal-Wallis test

กรณีวิเคราะห์การทดสอบความตรงเชิงจำแนก ทดสอบโดยเปรียบเทียบระหว่างคะแนนเฉลี่ย OHIP-14 Thai กับสภาวะสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ โดยในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ OHIP-14 Thai กับการมีฟันผุ จำนวนฟันที่หายไป สภาวะปริทันต์ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการวิเคราะห์ และในการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับการมีฟันใช้งาน จำนวนฟันแท้ในช่องปาก และการใส่ฟันเทียม ใช้สถิติ Kruskal-Wallis test ในการวิเคราะห์

กรณีวิเคราะห์การทดสอบสัมประสิทธิ์ความสม่ำเสมอภายใน ใช้การประเมินความสัมพันธ์ของคะแนนคำถามภายในแต่ละข้อของแบบประเมิน OHIP-14 Thai ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha)

และกรณีวิเคราะห์การทดสอบสัมประสิทธิ์ความคงที่ใช้คะแนน OHIP-14 Thai ที่ได้จากการสอบถามผู้สูงอายุ 2 ครั้ง ในระยะเวลาแตกต่างกัน 2 สัปดาห์ การคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ intraclass correlation coefficient (ICC)

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 180 ตัวอย่าง มีอายุ 60-70 ปี จำนวน 84 คน (ร้อยละ 46.7) อายุ 71-80 ปี 53 คน (ร้อยละ 29.4) และอายุ 81 ปีขึ้นไป 43 คน (ร้อยละ 23.9) เป็นเพศหญิง 124 คน (ร้อยละ 68.9) เพศชาย 56 คน

(ร้อยละ 31.1) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ ไม่มีรายได้ 26 คน (ร้อยละ 14.4) ต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือน 31 คน (ร้อยละ 17.3) ไม่มีคนที่มีรายได้ระหว่าง 1,501-3,000 บาทต่อเดือน และ รายได้ระหว่าง 3,001-5,000 บาทต่อเดือน 123 คน (ร้อยละ 68.3) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ชั้นประถมศึกษา 168 คน (ร้อยละ 93.3) และไม่ได้เรียนหนังสือ 12 คน (ร้อยละ 6.7)

คะแนน OHIP-14 Thai จากการสอบถามผู้สูงอายุพบว่าได้ คะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 16.98

± 6.48 ในระดับมิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความจำกัดในการทำหน้าที่ สูงที่สุด ($\text{mean}=3.23 \pm 1.68$) รองลงมาคือด้านความเจ็บปวดทางกายภาพ ($\text{mean}=3.09 \pm 1.97$) ส่วนในคะแนนระดับรายข้อพบว่า คะแนนการรับรู้รสชาติอาหารแย่มากที่สุด ($\text{mean}=1.97 \pm 1.21$) รองลงมาคือการกินอาหารไม่สะดวก ($\text{mean}=1.91 \pm 1.40$) ส่วนคะแนนการไม่สามารถที่จะทำงานอะไรได้อย่างเต็มที่เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ได้คะแนนน้อยที่สุด ($\text{mean}=0.59 \pm 0.84$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนน OHIP-14 Thai จากการสอบถามผู้สูงอายุ (N=180)

คะแนนผลกระทบเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน	ต่ำสุด	สูงสุด	mean $\pm$ SD
มิติด้านความจำกัดในการทำหน้าที่	0	8	3.23 ± 1.68
• การออกเสียงคำบางคำลำบาก	0	4	1.26 ± 1.07
• รสชาติอาหารแย่ง	0	4	1.97 ± 1.21
มิติด้านความเจ็บปวดทางกายภาพ	0	8	3.09 ± 1.97
• เคยเจ็บปวดในช่องปาก	0	4	1.18 ± 1.13
• กินอาหารไม่สะดวก	0	4	1.91 ± 1.40
มิติด้านความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ	0	6	2.47 ± 1.74
• กังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง	0	3	1.12 ± 1.02
• รู้สึกเครียด	0	3	1.36 ± 1.00
มิติด้านการสูญเสียความสามารถทางกายภาพ	0	7	2.72 ± 1.61
• ไม่พึงพอใจการกินอาหาร	0	4	1.77 ± 1.14
• หยุดกินในระหว่างมื้ออาหาร	0	3	0.96 ± 1.01
มิติด้านการสูญเสียความสามารถทางจิตใจ	0	8	2.11 ± 1.73
• รู้สึกไม่ผ่อนคลาย	0	4	1.04 ± 1.11
• รู้สึกอายเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน	0	5	1.07 ± 1.19
• มิติด้านการสูญเสียความสามารถทางสังคม	0	10	1.89 ± 1.78
• รู้สึกหงุดหงิดคนรอบข้าง	0	5	0.97 ± 1.22
• ลำบากในการทำงานที่ทำเป็นประจำ	0	5	0.92 ± 0.99
มิติด้านความด้อยโอกาสทางสังคม	0	6	1.46 ± 1.49
• รู้สึกว่าชีวิตโดยทั่วไปน่าพึงพอใจน้อยลง	0	5	0.87 ± 0.97
• ไม่สามารถที่จะทำงานอะไรได้อย่างเต็มที่	0	4	0.59 ± 0.84
คะแนนรวม OHIP-14 Thai	2	35	16.98 ± 6.48

การทดสอบความตรงเชิงลู่เข้า โดยใช้ผล
การประเมินทันตสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ
ซึ่งส่วนใหญ่ประเมินในระดับดี (ร้อยละ 41.7) รอง
ลงมาก็คือระดับดีมาก (ร้อยละ 22.8) และผลการ
ประเมินตนเองต่อความจำเป็นในการรักษาทาง
ทันตกรรมพบว่าส่วนใหญ่ประเมินในระดับน้อย

(ร้อยละ 53.9) รองลงมาก็คือระดับปานกลาง (ร้อยละ 18.3) เมื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง
คะแนนประเมินสุขภาพตนเองกับคะแนนรวม
OHIP-14 Thai โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis test
พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($P<0.001$)
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบความตรงเชิงลู่เข้า (convergent validity) ของแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพ
ช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) (N=180)

คะแนนการประเมินตนเอง	N (%)	คะแนน OHIP-14 Thai [mean (SD)]	P-value
การประเมินทันตสุขภาพด้วยตนเอง			
• ดีมาก	41 (22.8)	7.76 (2.60)	<0.001*
• ดี	75 (41.7)	13.04 (2.09)	
• พอใช้	31 (17.2)	17.61 (1.93)	
• แย่	19 (10.6)	22.58 (2.54)	
• แย่มาก	14 (7.8)	27.00 (2.18)	
การประเมินตนเองต่อความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรม			
• ไม่มี	19 (10.6)	5.47 (2.32)	<0.001*
• น้อย	97 (53.9)	12.20 (2.12)	
• ปานกลาง	33 (18.3)	18.12 (1.52)	
• มาก	20 (11.1)	22.70 (2.77)	
• มากที่สุด	11 (6.1)	28.18 (1.25)	

*Kruskal-Wallis test

ผลการทดสอบความตรงเชิงจำแนกโดยการ
เปรียบเทียบ คะแนน OHIP-14 Thai กับการมีฟัน
ใช้งาน โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis test พบว่า
OHIP-14 Thai สามารถจำแนกความแตกต่างของ
สภาวะทันตสุขภาพดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญ
($P<0.001$) และเมื่อใช้ทดสอบการจำแนกความ
แตกต่างของ การเกิดโรคฟันผุ จำนวนฟันที่หาย

ไป จำนวนฟันแท้ในช่องปาก การใส่ฟันเทียม และ
สภาวะปริทันต์พบว่า คะแนน OHIP-14 Thai
สามารถใช้แยกความแตกต่างของสภาวะทันต
สุขภาพดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญ ($P<0.05$) ดัง
ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) ของแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) (N=180)

สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	N (%)	OHIP-14 Thai	
		mean (SD)	P-value
การมีฟันใช้งาน			
• ไม่มีฟันแท้หรือฟันเทียม	6 (3.3)	15.33 (2.06)	< 0.001**
• มีฟันแท้ (ไม่มีฟันเทียม) < 16 ซี่	43 (23.9)	17.47 (5.54)	
• มีฟันแท้ (ไม่มีฟันเทียม) > 16 ซี่	100 (55.6)	15.03 (6.03)	
• มีฟันเทียมบางส่วน	22 (12.2)	9.31 (4.97)	
• มีฟันเทียมทั้งปาก	9 (5.0)	10.83 (3.69)	
ฟันผุ (ซี่) (Decayed teeth (DT))			
• 0	165 (91.7)	15.00 (6.15)	0.02*
• ≥ 10	15 (8.3)	11.06 (4.52)	
ฟันที่หายไป (ซี่) (missing teeth (MT))			
• 0	13 (7.2)	11.92 (1.62)	0.04*
• ≥ 1	167 (92.8)	14.93 (6.26)	
ฟันในช่องปาก (ซี่) (teeth present)			
• < 7 ซี่	56 (31.1)	15.32 (6.32)	< 0.01**
• 7 – 20 ซี่	93 (51.7)	16.18 (4.63)	
• > 20 ซี่	31 (17.2)	9.23 (6.65)	
การใส่ฟันเทียม (teeth wear)			
• ไม่ใส่ฟันเทียม	148 (82.2)	15.78 (5.88)	< 0.001**
• ใส่ฟันเทียมบางส่วน	23 (12.8)	9.39 (4.86)	
• ใส่ฟันเทียมทั้งปาก	9 (5.0)	10.89 (3.69)	
สภาวะปริทันต์ (periodontal health)			
• loss of attachment 0-5 mm.	104 (57.8)	13.63 (6.44)	0.002**
• loss of attachment >5 mm.	76 (42.2)	16.19 (5.29)	

*Mann-Whitney U Test

**Kruskal-Wallis test

เมื่อทดสอบความเที่ยง โดยการทดสอบสัมประสิทธิ์ความสม่ำเสมอภายใน พบว่าข้อคำถามเกี่ยวกับแบบประเมิน OHIP-14 Thai มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.71 เมื่อทดสอบค่า

Cronbach's alpha ในระดับมิติของแบบประเมิน OHIP-14 Thai พบว่า ทุกมิติมีคะแนนตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปทุกมิติดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบสัมประสิทธิ์ ความสม่ำเสมอภายใน (internal consistency reliability) (N=180) และการทดสอบสัมประสิทธิ์ ความคงที่ (coefficient of stability) (N=20) ของแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai)

OHIP-14 Thai ในระดับคะแนนรวม และแต่ละมิติ	Cronbach α	ICC (95%CI)
OHIP-14 Thai	0.71	0.92 (0.89-0.94)
มิติด้านความจำกัดในการทำหน้าที่	0.72	0.90 (0.88-0.93)
มิติด้านความเจ็บปวดทางกายภาพ	0.70	0.91 (0.88-0.93)
มิติด้านความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ	0.70	0.76 (0.69-0.81)
มิติด้านการสูญเสียความสามารถทางกายภาพ	0.71	0.89 (0.86-0.92)
มิติด้านการสูญเสียความสามารถทางจิตใจ	0.77	0.94 (0.93-0.96)
มิติด้านการสูญเสียความสามารถทางสังคม	0.75	0.90 (0.87-0.93)
มิติด้านความต้อโอกาสทางสังคม	0.72	0.92 (0.90-0.94)

ในการทดสอบสัมประสิทธิ์ความคงที่คะแนนที่ได้จากการสอบถามผู้สูงอายุ จำนวน 20 คนในระยะเวลาแตกต่างกัน 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบคะแนนของแบบประเมิน OHIP-14 Thai ทั้งสองครั้งโดยใช้สถิติ intraclass correlation coefficient (ICC) พบว่ามีค่า ICC เท่ากับ 0.92 และในทุกด้านของแบบประเมิน OHIP-14 Thai พบว่าค่า ICC มากกว่า 0.80 ทั้งหมด (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) โดยการทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา โดยการวิเคราะห์ความตรงเชิงลู่เข้าเพื่อวัดว่าแบบประเมิน OHIP-14 Thai มีโครงสร้างที่สอดคล้องกับแบบสอบถามที่มีมิติสอดคล้องกัน¹⁸ ซึ่งแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้คือการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุดังที่พบได้ในหลายๆ การศึกษา^{8, 9, 12, 14} การวิเคราะห์ความตรงเชิงจำแนกเพื่อให้ทราบว่าแบบประเมิน OHIP-14 Thai สามารถจำแนกลักษณะที่วัดด้วยตัวชี้วัดอื่น

ที่มีโครงสร้างทฤษฎีที่แตกต่างกันได้อย่างถูกต้อง²⁰ การทดสอบสัมประสิทธิ์ความสม่ำเสมอภายในทดสอบเพื่อให้ทราบว่าข้อคำถามต่างๆ ที่ประกอบกันเข้าเป็นแบบประเมิน OHIP-14 Thai มีความสอดคล้องเป็นเอกพันธ์ (homogeneity)²⁰ ซึ่งกันและกัน และการทดสอบสัมประสิทธิ์ความคงที่ เพื่อวัดความคงที่ของค่าที่วัดได้เมื่อนำแบบประเมินเดิม ไปวัดซ้ำในช่วงเวลาที่แตกต่างกันโดยวัดกับกลุ่มตัวอย่างเดิม²¹

ในการวิเคราะห์ความตรงเชิงลู่เข้า พบว่าคะแนนของแบบประเมิน OHIP-14 Thai มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไปในทางเดียวกับคะแนนประเมินสุขภาพด้วยตนเอง และคะแนนการประเมินตนเองต่อความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมของผู้สูงอายุจึงสามารถสรุปได้ว่าแบบประเมิน OHIP-14 Thai มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับแบบประเมินทางทันตกรรมที่นำมาศึกษา ซึ่งในการศึกษาของ Ekanayake L. และคณะ⁸ ก็พบความสัมพันธ์ที่สูงมากในลักษณะเดียวกัน ความสอดคล้องดังกล่าวแสดงว่าแบบประเมิน OHIP-14 Thai เป็นแบบประเมินที่

สะท้อนปัญหาผลกระทบทางทันตสุขภาพได้ถูกต้องตรงกับความรู้สึกถึงปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

ในการวิเคราะห์ความตรงเชิงจำแนกพบว่าแบบประเมิน OHIP-14 Thai สามารถใช้จำแนกความแตกต่างของการมีฟันใช้งาน จำนวนฟันผุ จำนวนฟันที่หายไป การมีฟันแท้ในช่องปาก การใส่ฟันปลอม และสภาวะปริทันต์ ดังพบได้ในการศึกษาของ Papagiannopoulou V และคณะ¹³ และของ Khalifa N. และคณะ¹⁴ ที่พบว่า OHIP-14 ที่ได้รับการใช้ในภาษาของประเทศตนเองสามารถแยกความแตกต่างของการมีฟันผุ จำนวนฟันที่หายไป จำนวนฟันแท้ในช่องปาก ได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ในการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถจำแนกสภาวะปริทันต์ และการใส่ฟันปลอมได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษามีสภาวะปริทันต์ไม่แตกต่างกันมาก และมีคนใส่ฟันปลอมจำนวนน้อยมาก ส่วนในการศึกษาของ Saub R. และคณะ⁹ พบว่าแบบประเมิน OHIP-14 ในฉบับภาษามาลေးเซียสามารถแยกความแตกต่างของการใส่ฟันปลอมได้ แบบประเมิน OHIP-14 Thai ฉบับภาษาไทยในการศึกษานี้มีความสามารถแยกความแตกต่างสภาวะทางทันตสุขภาพได้ใช้บ่งบอกสภาวะทันตสุขภาพต่างๆ ได้เป็นอย่างดีและครอบคลุม

การทดสอบสัมประสิทธิ์ความสม่ำเสมอภายใน พบค่า Cronbach's alpha ของแบบประเมิน OHIP-14 Thai ในระดับคะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 0.71 ซึ่งโดยปกติค่ามาตรฐานของ Cronbach's alpha คือ 0.7 ขึ้นไป ซึ่งค่าการทดสอบสัมประสิทธิ์ความสม่ำเสมอภายในที่ได้ในการศึกษานี้สูงกว่าเกณฑ์ ทั้งรวมถึงค่าคะแนนของแบบประเมิน OHIP-14 Thai ระดับมิติต่างๆ ก็มีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไปทั้งหมดด้วย ทั้งนี้ในการศึกษา

ของ Bae KH และคณะ¹⁰ และอีกหลายการศึกษา⁵⁻¹⁴ ต่างมีค่า Cronbach's alpha ที่สูงกว่า 0.7 ทั้งสิ้นแสดงให้เห็นว่าแบบประเมิน OHIP-14 ที่ได้รับการแปลไปใช้ในทุกประเทศประกอบด้วยคำถามที่มีความสัมพันธ์กันสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงแบบประเมิน OHIP-14 Thai นี้ด้วยเช่นกัน การทดสอบสัมประสิทธิ์ความคงที่ โดยใช้ค่า ICC ค่าคะแนนรวมของแบบประเมิน OHIP-14 Thai มีค่า 0.92 ซึ่งมากกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ 0.7 ดังการศึกษาของ John MT และคณะ⁶ และของ Wong MCM และคณะ⁷ ที่ต่างพบค่า ICC มากกว่า 0.7 เช่นกัน แสดงว่าแบบประเมิน OHIP-14 Thai มีสัมประสิทธิ์ความคงที่หรือความเที่ยงในการวัดซ้ำสูงมากสามารถใช้วัดซ้ำหลายครั้งค่าคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงหากสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ได้รับการวัดไม่เปลี่ยนแปลงไป

ในการศึกษานี้ พบว่าคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) มีทั้งความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามเป็นอย่างดีในระดับที่สูงมาก ยกเว้นการทดสอบความสม่ำเสมอภายในจะมีค่ามากกว่า 0.7 แต่มีค่าไม่สูงมากนัก จึงควรระมัดระวังหากต้องการใช้วัดในระดับคลินิก²² ซึ่งหากต้องการใช้วัดในคลินิกทันตกรรมควรได้รับการทดสอบศึกษาเพิ่มเติม และควรเพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง (responsiveness) ของแบบประเมิน OHIP-14 Thai ในทางคลินิกต่อเนื่องด้วยเช่นกัน

ผลการประเมินเครื่องมือแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai) ผ่านการทดสอบคุณสมบัติการวัดทาง

จิตวิทยาทั้งการทดสอบความตรงและความเที่ยงสามารถใช้สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุชาวไทยที่ใช้ภาษาไทยเป็นภาษาหลักได้

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. 7th National oral health survey in Thailand, 2012. Nonthaburi: Dental Health Division, Ministry of Public Health; 2013.
2. Locker D, Grushka M. The Impact of dental and facial pain. *J Dent Res* 1987; 66:1414-7.
3. Fiske J, Davis DM, Frances C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J* 1998;84: 90-3.
4. Locker D. Measuring oral health: socio-dental indicator: An introduction to behavioural science and dentistry. London: Routledge; 1989.
5. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 284-90.
6. John MT, Patrick DL, Slade GD. The German version of the oral health impact profile-translation and psychometric properties. *Eur J Oral Sci* 2002; 110: 425-33.
7. Wong MC, Lo EC, McMillan AS. Validation of a Chinese version of the oral health impact profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 423-30.
8. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian OHIP 14. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:307-14.
9. Saub R, Locker D, Allison P. Derivation and validation of the short version of the Malaysian oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:378-83.
10. Bae KH, Kim HD, Jung SH, Park DY, Kim JB, Paik DI, et al. Validation of the Korean version of the oral health impact profile among the Korean elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35:73-9.
11. Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo-Martínez A, Hernández-Martín LA, Rosel-Gallardo EM. Validation the oral health impact profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Or Oral Cir Bucal* 2009; 14: 44-50.
12. Ravaghi V, Farrahi-Avval N, Locker D, Underwood M. Validation of the persian short version of the oral health impact profile (OHIP-14). *Oral Health Prev Dent* 2010; 8: 229-35.
13. Papagiannopoulou V, Oulis CJ, Papaioannou W, Antonogeorgos G, Yfantopoulos J. Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) for use among adults. *Health Qual Life Outcomes* 2012;10:7.

14. Khalifa N, Allen PF, Abu-bakr NH, Abdel-Rahman ME. Psychometric properties and performance of the oral health impact profile (OHIP-14s-ar) among Sudanese adults. J Oral Sci 2013; 55:123-32.
15. Locker D, Jokovic A, Clarke M. Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32:10-8.
16. Kieffer JM, van Wijk AJ, Ho JP, Lindeboom JA. The internal responsiveness of the Oral Health Impact Profile-14 to detect differences in clinical parameters related to surgical third molar removal. Qual Life Res 2012; 21:1241-7
17. Chirawatkun A. Statistics for health science research. 2nd ed. Bangkok: Witthaya Phat; 2010.
18. Pratheepawanit N. Health-related quality of life: assessment and application. Khon Kaen: Printing house of Khon Kaen University; 2009.
19. World Health Organization. Oral Health Surveys Basic Methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1987.
20. Krisdapong S. Oral Health-Related Quality of life. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2014.
21. Srisatidnarakul B. Development and validation of research instrument: Psychometric properties. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2013.
22. Walters SJ. Quality of life outcomes in clinical trials and health-care evaluation: a practical guide to analysis and interpretation. Chichester: A John Wiley and Sons; 2009.

นิพนธ์ต้นฉบับ

สมรรถนะที่จำเป็นของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเตรียมความพร้อมและจัดการภัยพิบัติจากน้ำท่วม

ญาณันธร กราบทิพย์, ส.ค. *, กุหลาบ รัตนสังธรรม, ส.ค. **, วันสรา เชาวน์นิยม, ส.ค. **, วัลลภ ใจดี, ป.ร.ค. **

* ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: การดำเนินงานของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อเกิดภัยน้ำท่วม ยังไม่มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในด้านการจัดการภัยพิบัติ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของนักสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการภัยพิบัติจากน้ำท่วม

วัสดุและวิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างร่วมกับการบันทึกเทปและบันทึกภาคสนาม มีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ตามสาขาที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 18 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 6 คน เป็นการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า จากผู้บริหารสถาบันด้านการศึกษาด้านสาธารณสุข ผู้บริหารงานกระทรวงสาธารณสุข และนักสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: พบว่า สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการภัยพิบัติ มีรายละเอียด 6 ด้าน ได้แก่ 1) การป้องกัน ต้องมีความรู้ในการประเมินวิเคราะห์สถานการณ์ มีทักษะในการแนะนำให้ประชาชนช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น 2) การลดผลกระทบ ต้องมีความสามารถในการปฏิบัติตามหลักมนุษยธรรม ดูแลกลุ่มเปราะบาง

มีทักษะแจ้งเตือนประชาชนและร่วมกำหนดศูนย์พักพิง รองรับการอพยพ 3) การเตรียมความพร้อม ต้องมีความรู้ ความสามารถในการวางแผนเตรียมความพร้อมบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น มีทักษะในการฝึกอบรมให้ความรู้ ฝึกซ้อมแผน และสามารถจัดทำแผนเฝ้าระวังความเสี่ยงทางสุขภาพ 4) การเผชิญเหตุ สามารถประสานการทำงานระหว่างหน่วยงาน มีทักษะดูแลช่วยเหลือประชาชนร่วมกับทีมฉุกเฉิน สามารถแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้า 5) การบรรเทาทุกข์ ต้องมีความรู้และทักษะดูแลช่วยเหลือประชาชน ในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่ม น้ำใช้ นามัยสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะ การดูแลด้านสาธารณสุขในศูนย์พักพิงและด้านสุขภาพจิตภายหลังสถานการณ์ภัย 6) การฟื้นฟู ต้องมีความรู้และทักษะดูแลช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัย

สรุป: การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบข้อมูลที่สำคัญในการกำหนดสมรรถนะที่นำไปสู่การวางแผนและพัฒนาที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาวะภัยพิบัติจากน้ำท่วมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถนะ; นักสาธารณสุข; การเตรียมความพร้อม; ภัยพิบัติ; องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Original article

Key Competencies of Public Health Professionals in Local Government for Preparedness and Management of the Flood Disaster

Yananthorn Krabthip, Dr.P.H.^{*}, Koolarb Rudtanasudjatun, Dr.P.H.^{**},

Wanassara Chaowniyom, Dr.P.H.^{**}, Wanlop Jaidee, Ph.D.^{**}

^{*} Department of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Chon Buri, Thailand

^{**} Faculty of Public Health, Burapha University, Chon Buri, Thailand

Abstract

Background: According to the flooding disaster in Thailand in the past, the operation of public health professionals in a local government was found ineffective due to the unclear role in coping with flooding.

Objective: The aims of study to examine the competency of the public health professionals of local government in coping with flooding.

Materials and Method: The study applied a qualitative approach, together with concept, theory and relevant review literature. The research was to apply the concept of disaster management and identify the key elements of competencies in management a flooding disaster. For so doing, the semi-structure in-depth interview and recording were used to collect the data in the field study. The selected key informants were experts, where were knowledgeable and experienced in the related fields; there were 18 persons which were divided into three groups (six persons per group). Triangulation was employed to inspect

the data from three sources: administrators of public health institutes, administrators of public health ministry and public health professionals of local government. Three approaches and the content analysis were applied in the study.

Study Results: Regarding coping with a flood, there were six factors related to the competency of public health professionals in a local government: 1) prevention, 2) mitigation, 3) preparation, 4) response, 5) relief, and 6) recovery.

Conclusion: The study yields essential competencies for public health professionals, in which can be developed as a planning used to competencies development and applied in the preparation of public health professional competency in coping with a flooding disaster. Keywords: competencies; public health professionals; preparation; disaster; local Government

บทนำ

จากเหตุการณ์มหาอุทกภัยในปี พ.ศ.2554 ทำให้ประเทศไทยเกิดความตระหนักต่อภัยพิบัติเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะภัยจากน้ำท่วมที่ส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตของประชาชนทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจการเมือง โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เช่น ขาดแคลนอาหารและน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด การกำจัดสิ่งปฏิกูลและขยะมูลฝอยไม่ถูกสุขลักษณะ อุบัติเหตุขณะน้ำท่วม เช่น จมน้ำ ไฟฟ้าช็อต สัตว์มีพิษกัดและโรคติดต่อจากพาหะนำโรคต่างๆ รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพจิต¹⁻³

ผลกระทบต่อสุขภาพจากน้ำท่วมข้างต้นได้ส่งผลต่อทำให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนเกิดภัย เนื่องจากประชาชนและหน่วยงานในองค์กรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เกิดภัยต้องเผชิญภัยก่อน⁴⁻⁷ ดังนั้นตามพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 ได้กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ดูแลประชาชนในเบื้องต้น ซึ่งจากบริบทขอบเขตภาระงานด้านดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่พบว่า กองงานด้านสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นหน่วยงานตามกฎหมายที่เหมาะสมต่อการดำเนินงานและรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของประชาชน แต่พบว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาเมื่อเกิดภัยน้ำท่วม ยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนเนื่องจากส่วนใหญ่ยังขาดบุคลากรที่มีความรู้และสมรรถนะในด้านการจัดการภัยพิบัติและขาดประสบการณ์ในการเตรียมความพร้อมระยะก่อนเกิดภัย⁸ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำการศึกษาสมรรถนะของนักสาธารณสุข เนื่องจากการเตรียมความพร้อมรับสาธารณภัยจากน้ำท่วมมีความสำคัญอย่างมาก เพราะสามารถลดผลกระทบต่างๆ ให้เกิดขึ้นน้อย

ลงได้⁹

จากการศึกษาบททวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะในการเตรียมความพร้อมรับสาธารณภัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข¹⁰ พบว่า สมรรถนะที่ควรมีของพยาบาลด้านภัยพิบัติ นั้น เช่น สมรรถนะการประสานงาน การวางแผน เตรียมความพร้อมให้กับบุคลากร ชุมชน และสมรรถนะการฟื้นฟูภายหลังเกิดภัยพิบัติ สมรรถนะการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น และการศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลภัยพิบัติของพยาบาล ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ควรมีสมรรถนะด้านความพร้อมรับภัยพิบัติ สมรรถนะด้านการเผชิญกับภัยพิบัติและการตอบสนอง และสมรรถนะด้านการฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ¹¹ ซึ่งไม่ได้ทำการศึกษาด้านการจัดการภัยพิบัติหรือสาธารณสุขของนักสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะ ทำให้พบว่ายังขาดการศึกษาสมรรถนะในการเตรียมความพร้อมรับสาธารณภัยจากน้ำท่วมของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะที่เป็นของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเตรียมความพร้อมและจัดการภัยพิบัติจากน้ำท่วม เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่สำคัญในการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน นำไปสู่การวางแผนและพัฒนาที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของนักสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการภัยพิบัติจากน้ำท่วม

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิจัยเอกสารและสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะ และการเตรียมความพร้อมนักสาธารณสุขในการจัดการภัยพิบัติจากน้ำท่วมเนื้อหาในการวิจัยเน้นเกี่ยวกับการวางแผนกำหนดสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติจากน้ำท่วมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure in-depth interview) ตามประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แนวคิดวัฏจักรการจัดการภัยพิบัติ (disaster management cycle) แนวคิดการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (public health emergency management) และแนวคิดเริ่มต้นที่ท้องถิ่น (the principle of subsidiarity)⁷ ในการสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย แบบบันทึกสัปดาห์ ถอดบทเรียน แนวคำถามเชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure in-depth interview) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมและครบถ้วนตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด แล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยมีแนวคำถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ สมรรถนะที่จำเป็นของ

นักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติจากน้ำท่วมปัญหาและอุปสรรคในการจัดการภัยพิบัติจากน้ำท่วมจำนวน 10 ข้อ ใช้แบบบันทึกภาคสนาม (field note) และเครื่องบันทึกเสียง เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีความสมบูรณ์ นอกจากนี้ตัวนักวิจัยเองที่เป็นเครื่องมือสำคัญได้ผ่านการเข้าอบรมหลักสูตรการวิจัยคุณภาพทั้งในและต่างประเทศ

กลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ประเด็นสำคัญและถอดบทเรียนจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ และมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ในด้านการจัดการ สาธารณภัย ในด้านการศึกษาและด้านหน่วยงานส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 กลุ่มๆ ละ 6 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน คือ 1) ผู้บริหารสถาบันด้านการศึกษาด้านสาธารณสุข 2) ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุข ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ 3) นักสาธารณสุขที่ดำรงตำแหน่งบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสารรับรองเลขที่ 035/2558 จึงเริ่มกระบวนการขอความยินยอมโดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา การขออนุญาตบันทึกเสียงและบันทึกภาพ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะกระทำในภาพรวม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อข้องใจ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัยและประสานเพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 18 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 โดยการสัมภาษณ์ในประเด็นที่กำหนด ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 40 นาที ถึง 1 ชั่วโมง 45 นาที จนได้ข้อมูลครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป มีการตรวจสอบสามเส้า ด้วยการตรวจสอบข้อมูลจาก 3 แหล่ง (data triangulation) คือจากผู้บริหารสถาบันด้านการศึกษาด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุข และนักสาธารณสุขที่ดำรงตำแหน่งบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ดังนี้ 1) พิจารณาข้อความที่เหมือนกัน ใกล้เคียงกันโดยการอ่านบทสัมภาษณ์ที่ถอดเทปแล้ว หลายๆ ครั้งอย่างละเอียด 2) จัดกลุ่มเนื้อหาพร้อมตั้งเป็นประเด็นหลัก 3) กำหนดร่างชื่อประเด็น 4) นำเสนอประเด็นเพื่อพิจารณาซึ่งผู้วิจัยได้จัดกลุ่มเนื้อหาที่ค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สรุปเป็นประเด็นตรวจสอบมุมมองตามแนวคิดที่ศึกษา นำเสนอเป็นความเรียงเกี่ยวกับสมรรถนะที่จำเป็นของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติจากน้ำท่วมได้ 6 ด้าน ตามแนวคิดที่ใช้ในการสร้างเครื่องมือ

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สมรรถนะที่จำเป็นของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติจากน้ำท่วม ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการป้องกัน (prevention competencies) 2) สมรรถนะด้านการลดผลกระทบ (mitigation competencies) 3) สมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อม (preparedness competencies) 4) สมรรถนะด้านการเผชิญเหตุ (response competencies) 5) สมรรถนะด้านการบรรเทาทุกข์ (relief competencies) และ 6) สมรรถนะด้านการฟื้นฟู (recovery competencies) โดยมีรายละเอียดแต่ละด้าน ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการป้องกัน (prevention competencies) ผลการศึกษาพบสมรรถนะที่จำเป็นคือ

1.1 ต้องมีความรู้เกี่ยวกับข้อมูลบริบทของพื้นที่ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสถานการณ์ภัยในอดีตและสถานการณ์การจัดการเหตุการณ์ภัยในอดีต

1.2 มีความรู้ความสามารถในการประเมินวิเคราะห์สถานการณ์และระบุแนวทางแก้ไข

1.3 สามารถกำหนดและหาวิธีการในการพัฒนาเตรียมความพร้อมจากข้อมูลต่างๆ

1.4 มีทักษะในการสำรวจและการจัดการที่ระบายน้ำ ป้องกันการอุดตัน ปิดกั้นทางระบายน้ำ

1.5 มีทักษะในการประสานความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการแก้ไขปัญหา

1.6 มีทักษะในการให้ความรู้ แนะนำให้ประชาชน ป้องกัน ช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น และ

ให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจากอันตรายเกี่ยวกับสุขภาพที่มากับน้ำท่วม

ตั้งผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 58 ปี) ให้ความคิดเห็น “...ควรมีการประเมินสถานการณ์โดยการคาดการณ์ล่วงหน้าก่อนการเกิดน้ำท่วมจากข้อมูลต่างๆ เช่น ความถี่ จำนวนบริเวณที่มักเกิดน้ำท่วมซ้ำซาก และหาทางป้องกัน และควรมีการวางแผนป้องกันภัยสำหรับครอบครัว มีการชี้แจงบทบาทที่สมาชิกแต่ละบุคคลจะต้องปฏิบัติ...”

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 45 ปี) ให้ความคิดเห็น “...การป้องกันเราจะต้องให้บุคลากรของเราต้องรู้พื้นที่ โดยเฉพาะที่ระบายน้ำต้องไม่มีการอุดตัน ท่อระบายน้ำสำคัญที่สุด เพราะว่าถ้าท่อระบายน้ำมีการอุดตันน้ำก็ไม่สามารถไหลไปได้ ที่มันเกิดปัญหาน้ำท่วม คือท่อมันอุดตันบางที่ท่อระบายน้ำรั่วแค่นี้ ดูระบายก็ยังไม่ทันเป็นเรื่องของโครงสร้าง...”

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา (เพศชาย อายุ 55 ปี) ให้ความคิดเห็น “...สาธารณสุขเราต้องเข้าไปช่วยเสริมในกรณีที่มีการเชื่อมโยงทางด้านสุขภาพ โดยการประสานงาน กับหน่วยสาธารณสุขต่างๆ และจะต้องมองในเชิงป้องกันในเรื่องของการให้ความรู้กับประชาชนที่อยู่ในพื้นที่นั้นๆ...”

ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหารหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข (เพศหญิง อายุ 58 ปี) ให้ความคิดเห็น “... ถ้าให้ดี ต้องเริ่มที่ประชาชนคือประชาชนต้องมีความรู้ในการดูแลตนเองเบื้องต้น นั่นคือต้องมีการให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันอันตราย ภัยต่างๆ เช่น ไฟฟ้าดูด สัตว์มี

พิษ...”

2. สมรรถนะด้านการลดผลกระทบ (mitigation competencies) ผลการศึกษาพบสมรรถนะที่จำเป็นคือ

2.1 มีความสามารถในการปฏิบัติตามหลักมนุษยธรรม หลักกฎหมายและความสำนึกกับผิดชอบ

2.2 ต้องรู้ข้อมูลทะเบียน บัญชีรายชื่อดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง

2.3 มีความสามารถในการประชุมชี้แจงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และคณะกรรมการชุมชน เพื่อเฝ้าระวังภัย ป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น

2.4 มีทักษะแจ้งเตือนประชาชนในพื้นที่ป้องกันอันตรายที่มากับน้ำท่วม

2.5 สามารถร่วมกำหนดพื้นที่ปลอดภัยศูนย์พักพิงไว้ล่วงหน้า เพื่อบรรเทาผลกระทบเคลื่อนย้ายที่อยู่อาศัยของประชาชน

ตั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหารหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข (เพศชาย อายุ 53 ปี) ให้ความคิดเห็น “...ต้องเข้าใจเรื่องการเตรียมรับมือ วางแผนป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากภัยน้ำท่วม โดยต้องติดตามสถานการณ์รายวัน ทราบความเสี่ยงของการเกิด ช่วงเวลาการป้องกันหน่วยบริการในพื้นที่ได้รับผลกระทบ การป้องกันอันตรายในกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง ด้วยการจัดทำบัญชีรายชื่อผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเปราะบางไว้ และนัดหมาย ชักซ้อม จุดรวมพล...”

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 55 ปี) ให้ความคิดเห็น “...เราก็จะมีการประชุมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลประชาชน

ในพื้นที่ โดย อสม.ก็จะเอาคำเตือน ของเราไปแจ้งชาวบ้าน ว่าเค้าจะต้องทำอะไรบ้าง และจะเน้นย้ำในเรื่องของการป้องกัน การเจ็บป่วย และจะมากุ้ยกันว่า มีปัญหาตรงไหนบ้าง พอเรารู้ปัญหาก็กจะทำให้จดบันทึกไว้ แล้วเราก็กะมาหาวิธีแก้ไขร่วมกัน...” ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา (ผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนสาขาสาธารณสุขศาสตร์ เพศชาย อายุ 45 ปี) ให้ความคิดเห็นเห็นว่า “ต้องฝึกอบรมซ่อมแผนล่วงหน้า สร้างบทบาทตัวเองให้เข้าไปมีบทบาทในการแนะนำประชาชน การแจ้งเตือนภัย และการช่วยชุมชนแก้ไขปัญหาตรงนี้ให้ดีขึ้น มีเทคนิคในการเข้าชุมชน ช่วยชุมชนในการแก้ไขปัญหาภายหลังเกิดภัย...”

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา (เพศชาย อายุ 56 ปี) ให้ความคิดเห็นเห็นว่า “...ต้องหาพื้นที่จัดเป็นศูนย์พักพิง ที่ปลอดภัย และต้องเข้าไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยให้รอด แต่เน้นการช่วยเหลือตนเองก่อน...”

3. สมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อม (preparedness competencies) ผลการศึกษาพบสมรรถนะจำเป็นคือ

3.1 มีความรู้ ความสามารถในการกำหนดโครงสร้าง แต่งตั้งคณะทำงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในส่วนงานสาธารณสุข

3.2 มีความสามารถร่วมเป็นทีมคณะทำงานการจัดการสาธารณสุขของหน่วยงาน

3.3 สามารถจัดทำแผนเตรียมความพร้อมบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น

3.4 มีทักษะในการฝึกอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ฝึกซ้อมแผน และสร้างระบบควบคุมกำกับ

3.5 มีทักษะในการพัฒนาความรู้

บุคลากร เกี่ยวกับระบบข้อมูลข่าวสาร

3.6 สามารถเตรียมคู่มือ แนวทางในการให้ความรู้แนะนำประชาชนเกี่ยวกับอันตราย ผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น

3.7 สามารถจัดทำแผนเฝ้าระวังความเสี่ยงทางสุขภาพ (ความปลอดภัยในการพักอาศัย การขายบริการทางเพศ)

ตั้งความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 55 ปี) ที่ให้ความคิดเห็นว่า “...เราจะมี การเตรียมแผน เมื่อทราบว่าจะมีน้ำท่วม ก็จะมีการแต่งตั้งคณะทำงานของสาธารณสุขว่าจะมีหน่วยงานไหนบ้าง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ แล้วก็แบ่งหน้าที่กันไป ซึ่งจะมีการเตรียมความพร้อมทั้งยา อุปกรณ์ต่างๆทุกชนิด...”

ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหารหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข (เพศหญิง อายุ 58 ปี) ให้ความคิดเห็นเห็นว่า “...การเตรียมวางโครงสร้างการทำงานในรูปของคณะกรรมการหรือคณะทำงานให้ครอบคลุมทุกประเด็น ทั้งด้านคน ด้านเงินงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์...” และความเห็น “...จะต้องมีการเตรียมความพร้อม ในการบริหารจัดการโดยต้องทำแผนยุทธศาสตร์ มีการวางแผน คิดอย่างเป็นระบบ ให้สามารถกำหนดแผนปฏิบัติการ สร้างระบบควบคุมกำกับ รวมถึงการประเมินผล...”

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 58 ปี) ให้ความคิดเห็นเห็นว่า “...เทศบาลมีการจัดทำแผนงบประมาณสำหรับภาวะฉุกเฉิน การจัดโครงสร้าง และจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เช่น ไฟฉาย อุปกรณ์ดับเพลิง น้ำดื่ม น้ำใช้ ยารักษาโรค อาหารแห้ง ไว้ใช้ในกรณีฉุกเฉินอื่นๆ...”

และให้ความคิดเห็นว่า“...ควรมีการฝึกอบรมให้ความรู้ การฝึกซ้อมแผนตั้งแต่การวางระบบแจ้งเตือน การอพยพประชากร และระบบการสื่อสารในภาวะฉุกเฉินเพื่อเพิ่มลักษณะและความคล่องตัวในการปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินฝึกซ้อมการป้องกันภัยพิบัติ มีการติดตามฟังข่าวอากาศของกรมอุตุนิยมวิทยาสม่ำเสมอ และมีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการรับสาธารณภัยจากน้ำท่วม...”

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 49 ปี) ให้ความคิดเห็นว่า “...ต้องมีสมรรถนะเตรียมการโต้ตอบเรื่องแผนตามนโยบายของผู้บริหาร โดยจะเน้นเป็นแผนที่เกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุขด้านงานรักษาความสะอาด ถ้าเกิดภัยพิบัติอย่างนี้ก็คือ ท่อระบายน้ำ งานสาธารณสุขทุกอย่างต้องพร้อม...”

และ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา (ผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนสาขาสาธารณสุขศาสตร์ เพศชาย อายุ 45 ปี) ให้ความคิดเห็นว่า “ต้องสร้างองค์ความรู้ให้คำก่อนว่า น้ำท่วมมีลักษณะการเกิดมันเป็นอย่างไร ถ้าเกิดขึ้นแล้วมันจะมีปัญหาประเด็นเรื่องของสุขภาพ กาย สุขภาพจิต สังคม มันจะเกิดผลกระทบอะไรบ้าง ให้เรามองเห็นมุมมองก่อน หลังจากนั้นถึงค่อยใส่กระบวนการและจัดทำคู่มือ เอกสารแนวทางการดำเนินงาน...เพื่อจะได้ นำความรู้ไปแนะนำประชาชนในพื้นที่...”

4. สมรรถนะด้านการเผชิญเหตุ (response competencies) ผลการศึกษาพบสมรรถนะที่จำเป็นคือ

4.1 สามารถประสานการทำงานระหว่างหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ปฏิบัติงานร่วม

กัน ตามแผนที่กำหนดไว้

4.2 มีทักษะดูแลช่วยเหลือประชาชนร่วมกับทีมฉุกเฉินในเขตรับผิดชอบ แก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้า

4.3 มีทักษะและความรู้ด้านการสื่อสารและการแบ่งปันข้อมูล

ตั้งผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 45 ปี) ให้ความคิดเห็นว่า “...ความรู้ความสามารถของบุคลากรในเรื่องของการโต้ตอบ พอเกิดแล้วจะต้องปฏิบัติตามแผนที่ได้วางเอาไว้” และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง, อายุ 55 ปี) ให้ความคิดเห็นว่า “พอเกิดปัญหาส่วนนี้ เค้าจะให้หัวหน้างานเป็นผู้นำ ในการประสาน ทั้งจังหวัด เกี่ยวกับงานกับงานป้องกันสาธารณสุขจังหวัด...”

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา (เพศชาย อายุ 45 ปี) ให้ความคิดเห็นว่า “...เมื่อเกิดภัยพิบัติจริงๆ ก็ต้องออกไปดูแลคนไข้ ออกไปดูแรงงานที่ตนเองรับผิดชอบ: ก็คือทำงาน เหมือนปกติแต่เพียงแต่ว่าต้องเร่งรัด แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า...” ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหารหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข (เพศชาย อายุ 53 ปี) ให้ความเห็นว่า “...บุคลากรต้องมีทักษะและความรู้ในเรื่องของการใช้เครื่องมือสื่อสารและระบบข้อมูลข่าวสาร โดยจะต้องสื่อสารข้อมูลต่างๆ ให้ทันต่อเหตุการณ์ ถูกต้อง และชัดเจน ทุกคนในชุมชนเข้าใจได้ง่าย และที่สำคัญข้อมูลนั้นจะต้องมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนที่จะประกาศออกไป...”

5. สมรรถนะด้านการบรรเทาทุกข์ (relief competencies) ผลการศึกษาพบสมรรถนะที่จำเป็นว่า

5.1 มีทักษะดูแลช่วยเหลือประชาชน

ภายหลังสถานการณ์ภัยสงบแล้ว ในด้านการป้องกันโรค

5.2 มีความรู้และทักษะในการสำรวจเฝ้าระวังโรค

5.3 มีความรู้และทักษะในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น เช่นโรคระบาด

5.4 มีความรู้และทักษะในการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่ม น้ำใช้

5.5 มีความรู้และทักษะดูแลความสะอาดด้านสิ่งแวดล้อม ทำความสะอาดสถานที่สาธารณะ การจัดการขยะ เพื่อป้องกันโรคภัย สัตว์และเชื้อโรคที่อาจมาจากน้ำท่วม หลังน้ำท่วม

5.6 มีความรู้และทักษะการดูแลด้านสาธารณสุขในศูนย์พักพิง

5.7 สามารถให้การดูแลตามความต้องการด้านสุขภาพจิตภายหลังสถานการณ์ภัย

5.8 สามารถให้การดูแลระดับบุคคลและครอบครัว

ดังนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหารหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข (เพศชาย อายุ 53 ปี) ให้ความเห็นว่า "...การช่วยเหลือก็จะเป็นบทบาทของ ผู้รับผิดชอบตำแหน่งนั้นๆ ถ้าเกิดภัยขึ้นมาเราต้องเข้าไปในพื้นที่ที่จะต้องไปเยียวยาอะไรให้กับผู้ประสบภัยบ้างหลังจากภัยสงบแล้วก็จะไปดูอาจจะมีเรื่องโรคระบาด เรื่องสุขภาพอนามัย ของประชาชนที่เกิดภัย และอาจจะต้องอพยพ หรือมีศูนย์พักพิงชั่วคราว..."

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา (เพศชาย อายุ 55 ปี) ให้ความเห็นว่า "...ขณะที่เกิดขึ้นมาจริงๆ ความสามารถต่อไปที่เค้าต้องทำได้ก็น่าจะเป็นด้านการปฏิบัติให้ได้ ปฏิบัติภายใต้สถานการณ์ การตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าว่ามันอาจเกิดปัญหาโรคระบาด..."

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 58 ปี) ให้ความคิดเห็นเห็นว่า "...ต้องให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ จัดตั้งศูนย์เยียวยา ผู้ได้รับผลกระทบ..."

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา (เพศชาย อายุ 56 ปี) ให้ความคิดเห็นเห็นว่า "ต้องหาพื้นที่จัดเป็นศูนย์พักพิงที่ปลอดภัย และต้องเข้าไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยให้รอด แต่เน้นการช่วยเหลือตนเองก่อน ถ้าประชาชนไม่รู้ว่าช่วยตนเองอย่างไร ไปอยู่ที่ไหน ก็จะเหนื่อยกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ"

ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหารหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข (เพศชาย อายุ 53 ปี) ให้ความคิดเห็นเห็นว่า "...ควรเข้าไปเยียวยาในเรื่องของสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพลักษณะส่วนบุคคล ในเรื่องของสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ เป็นเรื่องที่ต้องเข้าไปดำเนินการ..."

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 49 ปี) "...ให้ความคิดเห็นเห็นว่าต้องระวังอันตรายจากไฟฟ้าดูดหรือไฟฟ้าช็อต ต้องตรวจเช็คระบบไฟฟ้า หากมีการรั่วหรือชำรุดเสียหาย ให้ ยกสะพานไฟฟ้า เพื่อป้องกันไฟฟ้ารั่ว ไฟฟ้าดูด เฝ้าระวังเกิดโรคระบาดในระบบทางเดินอาหารทั้งคนและสัตว์ จัดเตรียมสุขาเคลื่อนที่ไว้ให้พร้อม..."

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา (เพศชาย อายุ 55 ปี) ให้ความคิดเห็นเห็นว่า "...ขณะที่เกิดขึ้นมาจริงๆ ความสามารถต่อไปที่เค้าต้องทำได้ก็น่าจะเป็นด้านการปฏิบัติให้ได้ ปฏิบัติภายใต้สถานการณ์ การใช้ความรู้เรื่องการจัดการอาหารขยะ สุขาภิบาลน้ำตามข้อกำหนดมาตรฐานด้านสุขาภิบาล ซึ่งก็เป็นส่วนที่สำคัญที่ต้องเข้าไปจัดการ..."

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 45 ปี) ให้ความคิดเห็นว่า “...หลังจากที่น้ำลดไปแล้วจะต้องทำความสะอาด เพื่อป้องกันโรคภัยที่มาจากการน้ำท่วม ไม่ว่าจะเป็นจากสัตว์หรือจากเชื้อโรคต่างๆ...”

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา (เพศชาย อายุ 55 ปี) ให้ความคิดเห็นว่า “...ในเรื่องของน้ำอุปโภคบริโภค มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการที่จะต้องจัดหาน้ำสะอาดเพื่อให้ผู้ประสบภัยได้บริโภค และอุปโภคในปริมาณที่เพียงพอ หรือหากไม่เพียงพอ ก็จะต้องขนส่งน้ำจากนอกพื้นที่มาให้แก่ผู้ประสบภัยซึ่งกำลังประสบความเดือดร้อนอยู่...”

6. สมรรถนะด้านการฟื้นฟู (recovery competencies) ผลการศึกษาพบสมรรถนะที่จำเป็นคือ

6.1 มีความรู้และทักษะในการสำรวจดูแล ช่วยเหลือ เยียวยา ด้านจิตใจ ผู้ได้รับความเสียหายหลังเกิดภัย

6.2 มีความสามารถในการร่วมดำเนินการจัดตั้งศูนย์เยียวยาผู้รับผลกระทบ

6.3 มีความรู้และทักษะในการดำเนินการฟื้นคืนสภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนตั้งที่ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหารหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข (เพศชาย อายุ 53 ปี) ให้ความคิดเห็นว่า “...ต้องทำการสำรวจความเสียหาย ผู้ได้รับผลกระทบ เจ็บป่วย ต้องเข้าใจความต้องการของประชาชนในการขอความช่วยเหลือหลังน้ำท่วม และในด้านการฟื้นฟูสุขภาพจิตของประชาชนนั้นจะต้องมีการประเมิน คัดกรองสภาวะสุขภาพจิตและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง...”

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 58 ปี) ให้ความคิดเห็นว่า “...ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน

ท้องถิ่นจะต้องร่วมมือกันในการการฟื้นฟูสิ่งชำรุดเสียหายให้กลับคืนสู่สภาพเดิมให้เร็วและมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การจัดสิ่งปรักหักพัง การจัดการที่อยู่อาศัย การฟื้นฟูงานอาชีพ การซ่อมแซมสิ่งสาธารณประโยชน์ต่างๆโดยเฉพาะระบบประปา...”

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศชาย อายุ 54 ปี) ให้ความคิดเห็นว่า “...จะต้องให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ประสบภัยไว้ในระบบข้อมูล รายคน รายครอบครัว ในชุมชน เพื่อจะได้ติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง และจะต้องมีการรายงานผลการปฏิบัติงานให้รู้ถึงความคืบหน้าของการดูแลผู้ประสบภัย...”

และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา (ผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนสาขาสาธารณสุขศาสตร์ เพศชาย อายุ 58 ปี) ให้ความคิดเห็นว่า “...ต้องเยียวยาในเรื่องของสุขภาพ ทั้งในเรื่องของสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ และสุขภาพจิตหลังเกิดภัย เป็นเรื่องที่เราจะต้องเข้าไปฟื้นฟูเยียวยา ให้ความช่วยเหลือ...”

วิจารณ์

สมรรถนะที่จำเป็นของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการป้องกัน นักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีความรู้และทักษะในการศึกษาข้อมูลบริบทของพื้นที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับสถานการณ์และการจัดการเหตุการณ์ภัยในอดีต และทักษะการประเมินวิเคราะห์สถานการณ์และความเสี่ยงของสภาพพื้นที่เพื่อเตรียมการเฝ้าระวัง

และแนวทางการจัดการได้อย่างเหมาะสมทันต่อเหตุการณ์¹³ เช่น สํารวจและทำความสะอาดท่อระบายน้ำ ป้องกันการอุดตัน ปิดกั้นทางระบายน้ำ¹⁹ให้ความรู้ และนำไปประชาชนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจากอันตรายเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันตนเองจากภัยที่มาภับน้ำท่วม สอดคล้องกับนางนุช โอปะ และคณะ ที่พบว่า การศึกษาสถานการณ์การเกิดภัยในชุมชนด้วยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมสามารถทำให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดภัยได้¹⁴ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์ พบว่า การจัดทำกระบวนการรวบรวมข้อมูลในการประเมินสถานการณ์และใช้ในการวางแผนการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับชุมชน จะช่วยพัฒนาให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือและให้คำแนะนำผู้ประสบภัย ให้รับรู้และปรับตัวได้ทันเหตุการณ์¹

2. สมรรถนะด้านการลดผลกระทบ นักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีความรู้และทักษะการสำรวจและจัดทำทะเบียน บัญชีรายชื่อ ดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง และมีการประชุมชี้แจงกับผู้นำและประชาชนในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังภัย ป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแจ้งเตือนประชาชนในพื้นที่ให้ป้องกันอันตรายที่มาภับน้ำท่วมและร่วมกำหนดพื้นที่ปลอดภัย ศูนย์พักพิงไว้ล่วงหน้า ให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติตามแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ปีพ.ศ. 2558-2562¹³ ที่กำหนดว่า จะต้องมีการประสานที่ดี โดยมีมาตรการที่สำคัญได้แก่ การกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของกิจกรรมต่างๆ เช่นระบบแจ้งเตือนภัย การสร้างความตระหนักรู้ ปลูกจิตสำนึกของประชาชนผ่านการให้การศึกษา ฝึกอบรม และ

ประชาสัมพันธ์ ดังผลการศึกษาของรณชัย มณีอินทร์ และสุวัลลีย์ เปี่ยมปิติ พบว่า การจัดให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนป้องกันและลดผลกระทบจากสาธารณภัยโดยการจัดประชุมผู้นำชุมชนและประชาชน เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานป้องกันและลดผลกระทบจากภัยพิบัติ โดยร่วมกันเตรียมแผนสำหรับสถานที่รองรับการอพยพ การประสานงานด้านการแพทย์ ที่คอยให้การช่วยเหลือกรณีมีภัยพิบัติเกิดขึ้น และจัดตั้งศูนย์อำนวยการเฉพาะกิจเมื่อคาดว่าจะเกิดภัยพิบัติ มีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ หน่วยช่วยเหลือ หน่วยประสานการช่วยเหลือ กับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกรณีเกิดภัย¹⁵ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญประภาภักทรานุกรม พบว่า การใช้การพัฒนาทุนทางสังคมโดยการสร้างกระบวนการเรียนรู้ รวมกลุ่มกันเรียนรู้ร่วมกัน และมีผู้นำที่จริงจัง โดยได้สร้างแผนชุมชนจากการมีส่วนร่วม สามารถทำให้ชุมชนสามารถลดผลกระทบจากผลกระทบของน้ำท่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶

3. สมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อม นักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีการเตรียมวางโครงสร้างการทำงาน มีการทำงานเป็นทีมคณะทำงานการจัดการภัยพิบัติของเทศบาล และจัดทำแผนเตรียมความพร้อมบุคลากรและประชาชน โดยการฝึกอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่และประชาชน เกี่ยวกับระบบข้อมูลข่าวสาร การฝึกซ้อมแผน และสร้างระบบควบคุมกำกับ อย่างเป็นระบบ เตรียมจัดทำแผนงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของรณชัย มณีอินทร์ และสุวัลลีย์ เปี่ยมปิติ ที่พบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มีการจัดทำแผนเตรียมความ

พร้อมโดยกำหนดแผนพร้อมรับมือและสามารถช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติ มีแผนการอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนในการรับมือกับสาธารณภัย แผนการจัดหา จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์สำหรับป้องกันหรือบรรเทาสาธารณภัย นอกจากนั้นมีการจัดเตรียมทรัพยากรกู้ภัย และมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตเบื้องต้น ชุดปฐมพยาบาล วิทยุสื่อสารเคลื่อนที่ เส้นทางอพยพ สถานที่หลบภัย และสำรองอาหาร น้ำดื่ม ยาและเวชภัณฑ์¹⁵ และจะต้องทำให้คนในพื้นที่ร่วมกันเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภัยและสามารถแก้ไขปัญหาด้วยชุมชนเองได้¹⁷ นอกจากนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของเพลินพิศ กาญจนบุรณ์ และสุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์ พบว่า การเตรียมความพร้อมเพื่อการตอบโต้ตามกรอบภารกิจบทบาทด้านสาธารณสุข คือการให้ความรู้แก่ประชาชนและชุมชน ในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงเฝ้าระวังควบคุม ติดตามโรคติดต่อ พื้นฟูสภาพจิตใจผู้ประสบภัย⁴

4. สมรรถนะด้านการเผชิญเหตุ สมรรถนะด้านการเผชิญเหตุนั้นนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมีความสามารถในการปฏิบัติอย่างทันทีทันใดเมื่อภัยพิบัติเกิดขึ้นเพื่อช่วยชีวิต ป้องกันอันตราย และความสูญเสียต่างๆ เช่นประสานการทำงานระหว่างหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ปฏิบัติงานร่วมกัน ตามแผนที่กำหนดไว้ ดูแลช่วยเหลือประชาชนร่วมกับทีมฉุกเฉินในเขตรับผิดชอบ แก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้า ค้นหาช่วยชีวิต การกู้ภัย การอพยพ การเผชิญเหตุ การแจกจ่ายอาหารและยา การจัดทำที่พักชั่วคราว การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการนำส่งโรงพยาบาล²⁰ ซึ่งเป็นไปตามแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ.

2558¹³ ที่ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติเป็นมาตรการร่วมกันให้แต่ละหน่วยงานนำไปปฏิบัติเพื่อบริหารจัดการสาธารณภัยและช่วยเหลือประชาชน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของรณชัย มณีอินทร์และสุวัลลีย์ เปี่ยมปิติ ที่พบว่า การประชาสัมพันธ์เตือนภัยล่วงหน้า โดยใช้เสียงตามสาย วิทยุชุมชน และหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การค้นหาและช่วยเหลือผู้ประสบภัย การปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บ ส่งต่อผู้ป่วยโดยขอความช่วยเหลือไปยังโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดและอพยพประชาชนออกนอกพื้นที่ประสบภัย การสำรวจจำนวนผู้ประสบภัย และความเสียหายเบื้องต้น จัดเตรียมสถานที่ในการช่วยเหลือ ทำการสงเคราะห์ผู้ประสบภัยเบื้องต้น และจัดหาอาหาร น้ำดื่ม ถูยั้งชีพ ของใช้ และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น และมีการประกาศห้ามมิให้ผู้ใดเข้าไปยังบริเวณสถานที่เกิดภัยพิบัติ ส่วนสถานที่รองรับการอพยพผู้ประสบภัยนั้น จะจัดหาสถานที่ที่มีความปลอดภัย เช่น วัด โรงเรียน หรือสร้างอาคารชั่วคราว ตลอดจนถึงดูแลด้านปัจจัย 4 และจัดหารถสุขาเคลื่อนที่มาให้บริการ¹⁵

5. สมรรถนะด้านการบรรเทาทุกข์ นักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือประชาชนภายหลังภัยสงบแล้ว ในด้านการสำรวจเฝ้าระวัง และป้องกันโรคและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น เช่น โรคระบาด การจัดการด้านสุขภาพอาหารและน้ำดื่มดูแลความสะอาดด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันโรคภัย สัตว์มีพิษ และเชื้อโรคที่อาจมาจากน้ำท่วมและหลังน้ำท่วม นอกจากนั้น ควรมีการการดูแลด้านสาธารณสุขในศูนย์พักพิง ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขของอเมริกาจะต้องมีทักษะ

ด้านการวิเคราะห์และประเมินสุขภาพในการประเมินสุขภาวะและสาเหตุการเจ็บป่วย อธิบายลักษณะปัญหา นอกจากนั้นจะต้องมีทักษะการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น การประยุกต์ใช้ความรู้สาธารณสุขพื้นฐาน¹⁸ และข้อเสนอจากการศึกษาของจริญญา ศรีเดช และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง เสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบาย และแผนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขณะที่เกิดอุทกภัยและหลังจากการเกิดอุทกภัยอย่างเป็นรูปธรรมและควรจัดให้มีรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพอนามัยในขณะที่เกิดอุทกภัย²¹ นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 เนื่องจากเป็นไปตามวัตถุประสงค์ คือเป็นกรอบควบคุมให้การปฏิบัติงานให้มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการยกระดับมาตรฐานและจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ เพื่อลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยและการเกิดโรค ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และการอนามัยสิ่งแวดล้อม อันจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนเมื่อเกิดภัยพิบัติขึ้น

6. สมรรถนะด้านการฟื้นฟู การฟื้นฟูหลังเกิดภัยนั้นเป็นขั้นตอนที่ดำเนินการเมื่อเหตุการณ์ภัยพิบัติผ่านพ้นไปแล้ว เพื่อให้พื้นที่หรือชุมชนที่ได้รับภัยพิบัติกลับคืนสู่สภาพที่ดีขึ้นซึ่งอาจต้องใช้เวลาอันยาวนาน โดยในส่วนของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีความรู้และทักษะในการสำรวจ ดูแลช่วยเหลือ เยียวยา ด้านจิตใจผู้ได้รับความเสียหายหลังเกิดภัย และร่วมดำเนินการจัดตั้งศูนย์เยียวยาผู้รับผลกระทบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของรณชัย

มณีอินทร์ และสุวัลลีย์ เปี่ยมปิติ ที่พบว่าภายหลังจากเหตุการณ์อุทกภัยนั้นบุคลากรสาธารณสุขจะเข้าไปดูแลด้านสุขภาพ และฟื้นฟูจิตใจ เพื่อให้ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข^{15, 22-24} และร่วมวางแผนในบูรณะและซ่อมแซมเพื่อให้ โครงสร้างพื้นฐาน สาธารณูปโภคต่าง ๆ สามารถกลับมาใช้ได้ดังปกติ^{15, 25}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปกำหนดเป็นสมรรถนะนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเตรียมความพร้อมและจัดการภัยพิบัติจากน้ำท่วม นอกจากนั้นการวิจัยครั้งนี้ยังเป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดสมรรถนะของนักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาสมรรถนะให้มีความพร้อมในจัดการภัยพิบัติจากน้ำท่วม ด้วยการกำหนดแนวทางเสริมความรู้ ทักษะ และพัฒนาบุคลิกลักษณะส่วนบุคคลให้สอดคล้องกับสมรรถนะที่พึงประสงค์ในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Pinyaphong J. Health impact, perception and adaptation of people from flash floods and mudslide disaster in Utharadit province. J Public Health 2008; 38 (Special Issue): 9-20.
2. Ministry of Public Health. Analysis of health risks for public health officials. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2009.
3. Du W, FitzGerald GJ, Clark M, Hou XY.

- Health impacts of floods. *Prehosp Disaster Med* 2010; 25: 265-72.
4. Kanchanaboon P, Techachokewiwat S. Development of emergency preparedness and response system in Ministry of Public health. Nonthaburi: Health Administration Division, Ministry of Public health.; 2010.
 5. Landesman LY. Public health management of disasters. Washington, DC: American Public Health association; 2011.
 6. Kamolvetch T. Local disaster management manuals. Bangkok: Thammadapress Ltd; 2011.
 7. Charearnmaung T. Theory and concepts: local government and the local administration. 2nd ed. Bangkok: Jadpimkobfire; 2010.
 8. Seedalah Y, Suppawatworakun K. Community management lessons dealing flood by a local community centre. Bangkok: Pimsiripattana; 2014.
 9. Singh H, Subramaniam S. Health emergency and disaster preparedness in Malaysia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2009;40(suppl1): 11-5.
 10. Chantra R, Thanaroj S, Sarakshetrin A. A Factor analysis of disaster nursing competency in hospitals under the ministry of public health. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2015; 25(3): 68-79.
 11. Chantra R, Songatrin A, Peanoi, S. The components of disaster nursing competencies among nurses in Suratthani province. *Thai Journal of Nursing* 2014;63(4):57-65.
 12. Ministry of Public Health. Greatest floods 2011: Lessons to be learned. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2012.
 13. Department of Disaster Prevention and Mitigation Ministry of Interior. Thailand. National disaster risk management plan 2015. Bangkok: National Disaster Prevention and Mitigation Committee; 2015.
 14. Oba N, Othganont P, Sangkaewsri R, Jaisopha S, Imtem K, Kumsri T. Disaster participatory management for decreasing the impact of flooding and landslide in a community. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2011;5(3):39-53.
 15. Manein R, Piampiti S. The role of subdistrict administrative organization on disaster prevention and mitigation in Suphanburi province [Internet]. 2012 [cited 2015 Sep 21]; Available from: <http://www.magrood.com/index.php?page=alias-122>
 16. Pattaranukrom P. Social capital community based development in communities effected by tsunami: Case studies of communities in Phang-Nga province. *Romphruek Journal* 2010; 28(2):1-34.
 17. Ruanjan S Health Management by Community-based Approach to Prepare for Floods and Landslides Disaster at Risk

- Area in Uttaradit Province. *Journal of Behavioral Science* 2014;20(1):111-26.
18. Council on Linkages between Academia and Public Health Practice. Core Competencies for Public Health Professionals [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 21]; Available from: http://www.phf.org/resources-tools/Documents/Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals_2014June.pdf
19. Niira K, Shigeno K, Kikuchi M , Inoue T. Disaster-prevention Measures for Underground Space to Deal with Large-scale Earthquakes and Intensified Flood Disasters in Japan. *Procedia Eng* 2016; 165:224-32.
20. Walsh L, Craddock H, Gulley K, Strauss-Riggs K, Schor KW. Building health care system capacity to respond to disasters: successes and challenges of disaster preparedness health care coalitions. *Prehosp Disaster Med* 2015; 30: 112-22.
21. Sidet C, Inmuong U. Impacts of flooding on people's health in Wieng Kook subdistrict muang district, Nongkhai province. *KKU Journal for Public Health Research* 2010;3:65-74.
22. Chae EH, Kim TW, Rhee SJ, Henderson TD. The impact of flooding on the mental health of affected people in South Korea. *Community Ment Health J* 2005; 41:633-45.
23. Fewtrell L, Kay D. An attempt to quantify the health impacts of flooding in the UK using an urban case study. *Public Health* 2008;17: 446–51.
24. Boonyamalik P, Suksawang S, Swangwongsin S. A One-year Cohort Study in Mental Health Problems of the Flooding Victims in Uttaradit, 2005. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012; 57:165-74.
25. Kaewkitipong L, Chen CC, Ractham P. A community-based approach to sharing knowledge before, during, and after crisis events: A case study from Thailand. *Comput Human Behav* 2016; 54:653-66.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและสาเหตุการสูญเสียสายตาของผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลระยอง

ฐณิขยา เจริญบุญญวัฒน์, พ.บ.*

* กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลระยอง

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: เบาหวานขึ้นจอตาเป็นสาเหตุที่สำคัญของการสูญเสียสายตา และการทราบถึงสาเหตุของการสูญเสียสายตามีประโยชน์ต่อการวางแผนป้องกันการสูญเสียสายตาถาวรในผู้ป่วยเบาหวาน
วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาหาความชุกและสาเหตุของการสูญเสียสายตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยอง

วัสดุและวิธีการ: ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 1,849 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยองตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 57.22 ± 26.70 ปี (9 ถึง 88 ปี) เป็นเพศหญิง 1,158 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.63 และเพศชาย 691 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.37 พบผู้ป่วยที่ไม่มีเบาหวานขึ้นจอตา 1,317 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 71.23 และพบผู้ป่วยที่มีเบาหวานขึ้นจอตา 532 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.77 สาเหตุของการสูญเสียสายตาเกิดจาก จุดรับภาพบวมน้ำ 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.22 เลือดออกในน้ำวุ้นจอตา 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.65 จอตาหลุดลอก 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.27 และพังผืดที่จุดรับภาพ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.05

สรุป: การประเมินความรุนแรงและการที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจกับจักษุแพทย์อย่างสม่ำเสมอมีประโยชน์ต่อการดูแลและให้การรักษาอย่างเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานอันเป็นสาเหตุทำให้สูญเสียสายตา

คำสำคัญ: การสูญเสียสายตา; ผู้ป่วยเบาหวาน

Original article

Prevalence and Causes of Visual Impairment in Diabetic Patients Rayong Hospital

Thanichaya Reanpinyawat, M.D.*

*Affiliation: Department of Ophthalmology, Rayong Hospital

Abstract

Background: Diabetic Retinopathy is a leading cause of visual impairment and how to control and reduce the risk associated with complications of diabetes is needed in order to help prevent causes of losing permanent visual in diabetic patients.

Objective: To study the prevalence and causes of visual impairment on diabetic patients in Rayong Hospital

Materials and method: Using retrospective descriptive study in which reviewed on the medical records of 1,849 diabetics mellitus patients were reviewed in Rayong Hospital from January 1, 2016 to December 31, 2016.

Results: Findings showed that average age of participants were 57.22 ± 26.70 years (9 to

88 years); 1,158 (62.63 percent) were female and 691 (37.37 percent) were male. 1,317 patients (71.23 percent) had no diabetic retinopathy and 532 patients (28.77 percent) had diabetic retinopathy. Causes of visual impairment were macular edema (41 patients 2.22 percent), vitreous hemorrhage (12 patients 0.65 percent), tractional retinal detachment (5 patients 0.27 percent), and epiretinal membrane (1 patient 0.05 percent).

Conclusions: The prevalence and causes of visual impairment in this study showed that eyes examination and evaluation help prevent from losing visual constantly.

Keywords: visual impairment; diabetic patient

บทนำ

การศึกษาแบบย้อนหลังของวิชาญ โชคเรืองสกุล และสวณีย์ เอกสุวรรณ สืบหาความชุกและความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอตาในโครงการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตาด้วยการถ่ายภาพจอประสาทตาของโรงพยาบาลระยอง เมื่อปี พ.ศ. 2551 พบผู้ป่วยเบาหวานที่มาตรวจตาจำนวน 1,712 ราย อายุเฉลี่ย 59.63 ปี (16-101 ปี) มีความชุกเบาหวานขึ้นจอตาร้อยละ 12.68 โดยในจำนวนนี้เป็นเบาหวานขึ้นจอตาระยะต้นร้อยละ 10.11 และเบาหวานขึ้นจอตาระยะรุนแรงร้อยละ 12.68¹ จากสถานการณ์โรคเบาหวานจากเครือข่ายบริการสุขภาพทั่วทั้งจังหวัดในปี พ.ศ. 2555 พบมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 11,970 ราย และโรงพยาบาลระยองได้จัดโครงการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตาด้วยการถ่ายภาพจอประสาทตาทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะต้น จากการตรวจคัดกรองผู้ป่วยจำนวน 8,359 รายพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 749 ราย และต้องได้รับการรักษาด้วยการยิงเลเซอร์เป็นจำนวน 150 ราย

หน่วยบริการทางจักษุโรงพยาบาลระยองได้เห็นความสำคัญของภาวะเบาหวานขึ้นจอตาว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญของการสูญเสียสายตาดูแลและการทราบถึงสาเหตุของการสูญเสียสายตาดูแลจะมีประโยชน์ต่อการวางแผนป้องกันการสูญเสียสายตาดูแล จึงได้จัดให้มีโครงการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตาด้วยการถ่ายภาพจอประสาทตามาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำข้อมูลความชุกและสาเหตุของการสูญเสียสายตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานในรอบปีที่ผ่านมา มาวิเคราะห์เพื่อประเมินความรุนแรงและวางแผนการดำเนินการที่จะให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการ

ตรวจกับจักษุแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลและให้การรักษาอย่างเหมาะสมรวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานอันเป็นสาเหตุทำให้สูญเสียสายตา

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาความชุกการเกิดเบาหวานขึ้นจอตาและสาเหตุของการสูญเสียสายตาในรอบปีที่ผ่านมา นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อประเมินความรุนแรงและวางแผนการดำเนินการในการดูแลและการนัดตรวจติดตามให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจกับจักษุแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลระยอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรจากเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 1,950 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีการบันทึกข้อมูลที่ต้องการนำมาศึกษาครบถ้วนจำนวน 1,849 ราย เกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ป่วยเบาหวาน type 1 และ type 2 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยอ้างอิง American diabetes association^{2,3} ทุกช่วงอายุ เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางตาจากโรคจอตา จอรับภาพ และหรือเส้นประสาทตาที่อาจทำให้มีการสูญเสีย

สายตารุนแรงที่ไม่ได้เกิดจากเบาหวานขึ้นจอตา ได้แก่ จอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ ต้อหิน เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เครื่องมือที่ใช้ถ่ายรูป และ แบบบันทึกข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ถ่ายรูปคือกล้องถ่ายรูปภาพจอประสาทตาแบบไม่ต้องขยายม่านตา (non-mydriatic fundus camera) ในการถ่ายรูปไม่ชัดเจน ผู้ป่วยจะได้รับการหยอดยาขยายม่านตาและจักษุแพทย์จะใช้เลนส์ +90 ไดออปเตอร์ ตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ตรวจตา (slit-lamp biomicroscope) โดยจักษุแพทย์ท่านเดียวเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคจากภาพถ่าย แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ชนิดของโรคเบาหวานและโรคร่วมทางกายอื่นได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือด

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานขึ้นจอตา⁴

หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง

2. ข้อมูลผลการตรวจตาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานประกอบด้วย ระดับสายตาเมื่ออ่านด้วยแว่นสายตา (best corrected visual acuity; BCVA) วัดโดย Snellen chart ที่ระยะ 6 เมตรหรือ 20 ฟุต แบ่งกลุ่มระดับสายตาออกเป็น 20/20 ถึง 20/100 และแย่กว่าหรือเท่ากับ 20/200 ขึ้นไป ระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอตาอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานขึ้นจอตาตามลักษณะของจอตาที่ผิดปกติ (ตารางที่ 1) และภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา ได้แก่ จอตาบวม น้ำ เลือดออกในน้ำวุ้นจอตา จอตาหลุดลอก และพังผืดที่จอตา

3. ข้อมูลผลการตรวจจะบันทึกทั้งสองข้าง แต่ผู้วิจัยเลือกตาข้างที่มีเบาหวานขึ้นจอตาระยะรุนแรงกว่าอีกข้างมาทำการศึกษา

classification	findings
mild NPDR	microaneurysm
moderate NPDR	hard exudate, Cotton wool spots (More than mild but less than severe)
severe NPDR	20 or more microaneurysms in 4 quadrants or - venous beading at least 2 quadrants or - intraretinal microvascular abnormalities (IRMA) in 1 or more quadrant
PDR	- neovascularization (new vessels on the disc (NVD) or new vessels elsewhere in the retina, NVE) or - preretinal hemorrhage or - vitreous hemorrhage
clinically significant macular edema (CSME)	- retinal thickening located at or within 500 micron of the center of the macula or - hard exudates at or within 500 micron of the center if associated with thickening of adjacent retina or - a zone of thickening larger than 1 disc area if located within 1 disc diameter of the center of the macula

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยเวชระเบียนของโรงพยาบาลเพื่อเก็บข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลวิเคราะห์ผลการศึกษาโดยใช้โปรแกรม microsoft excel และโปรแกรม SPSS version 14.0 โดยแสดงข้อมูลวิจัยในรูปค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการคำนวณเป็นค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกคัดกรองเพื่อหาเบาหวานขึ้นจอตาด้วยการถ่ายภาพจอตาในปีพ.ศ. 2559 จำนวน 1,849 ราย มีอายุเฉลี่ย 57.22 ± 26.70 ปี (9 ถึง 88 ปี) เป็นเพศหญิง 1,158 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.63 และเพศชาย 691 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.37 พบผู้ป่วยที่ไม่มีเบาหวานขึ้นจอตา 1,317 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.23 และผู้ป่วยที่มีเบาหวานขึ้นจอตา 532 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.77 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาแบ่งเป็นเบาหวานขึ้นจอตาระยะต้น (non-proliferative diabetic retinopathy; NPDR) 408 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.06 และเบาหวานขึ้นจอตาระยะรุนแรง (proliferative diabetic retinopathy; PDR) 124 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.70 ในกลุ่มที่มีเบาหวานขึ้นจอตาระยะต้น (NPDR) แบ่งย่อยเป็น mild NPDR

171 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.25, moderate NPDR 193 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.44 และ severe NPDR 44 รายคิดเป็นร้อยละ 2.38

ผลการศึกษาภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตาพบเกิดจาก 4 สาเหตุได้แก่ (1) จุติรับภาพบวมน้ำ 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.22 โดยพบใน moderate NPDR 33 ราย, severe NPDR 6 ราย และ PDR 2 ราย (2) เลือดออกในน้ำวุ้นจอตา 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.65 พบใน PDR ทุกราย (3) จอตาหลุดลอก 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.27 พบใน PDR ทุกราย และ (4) พังผืดที่จุติรับภาพ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.05 พบใน PDR เช่นกัน มีผู้ป่วย 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.70 ที่เกิดเลือดออกในน้ำวุ้นจอตาและหรือจอตาหลุดลอก ดังแสดงในตารางที่ 2 ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขึ้นจอตาดังกล่าวทุกรายมีการสูญเสียสายตารุนแรง คือระดับสายตาแย่กว่าหรือเท่ากับ 20/200 ขึ้นไป

ผลการศึกษาด้านโรคร่วมทางกายของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมากที่สุด จำนวน 853 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.13 รองลงมาคือไขมันในเลือด 525 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.39 โรคไตเรื้อรัง 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.08 หลอดเลือดหัวใจ 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.92 และหลอดเลือดสมอง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.59 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 สาเหตุการสูญเสียสายตารุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา

ภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา	NPDR (n=408)			PDR (n=124)
	mild NPDR (n=171)	moderate NPDR (n=193)	severe NPDR (n=44)	
จุติรับภาพบวมน้ำ	-	33	6	2
เลือดออกในน้ำวุ้นจอตา	-	-	-	12
จอตาหลุดลอก	-	-	-	5
พังผืดที่จุติรับภาพ	-	-	-	1

วิจารณ์

ผลการศึกษาเรื่องความชุกการเกิดเบาหวานขึ้นจอตาของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกคัดกรองเพื่อหาเบาหวานขึ้นจอตาด้วยการถ่ายภาพจอตาในปีพ.ศ. 2559 พบจำนวน 532 รายจาก 1,849 รายคิดเป็นร้อยละ 28.77 ซึ่งเป็นจำนวนที่มากขึ้นเมื่อเทียบกับการศึกษาของวิชาญ โชคเรืองสกุล และสวณีย์ เอกสุวรรณ เมื่อปี พ.ศ. 2551 ที่พบความชุกการเกิดเบาหวานขึ้นจอตาร้อยละ 12.68 เป็นเบาหวานขึ้นจอตาระยะต้นร้อยละ 10.11 และเบาหวานขึ้นจอตาระยะรุนแรงร้อยละ 12.68¹ ความชุกที่มากขึ้นน่าจะเกิดจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยในปัจจุบันที่พบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น^{5, 6, 7} ผลการศึกษานี้พบเบาหวานขึ้นจอตาระยะต้นร้อยละ 22.06 และเบาหวานขึ้นจอตาระยะรุนแรงร้อยละ 6.70 ซึ่งจะเห็นอัตราการเกิดเบาหวานขึ้นจอตา ระยะรุนแรงลดลงจากร้อยละ 12.68 เหลือเพียงร้อยละ 6.70 น่าจะเกิดจากการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพดีขึ้นทั้งในแง่ของการออกหน่วยโครงการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตาด้วยการถ่ายภาพจอประสาทตาที่ให้บริการตรวจในพื้นที่ของอำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดระยองเพิ่มขึ้น การให้สุขศึกษาคำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องของการควบคุมเบาหวานตลอดจนความสำคัญในการตรวจติดตามการรักษา

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 9-88 ปี ผลการศึกษาด้านโรคร่วมทางกายของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมากที่สุด รองลงมาคือไขมัน

ในเลือด ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ และผลการศึกษาแสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการตรวจรักษาและควบคุมโรคหลอดเลือดอื่นอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย^{8, 9}

ผลการศึกษาเรื่องสาเหตุของการสูญเสียสายตา การสูญเสียสายตารุนแรงหรือตาบอดทางกฎหมาย (legal blindness) ใช้เกณฑ์สายตาที่เมื่อใช้แว่นสายตาทรรมตาแล้วยังมองเห็นแยกแยะหรือเท่ากับ 20/200 จนถึงมองไม่เห็นแม้แสง¹⁰ ในการศึกษานี้ได้จึงได้แบ่งกลุ่มระดับสายตาออกเป็น 20/20-20/100 และแยกแยะหรือเท่ากับ 20/200 ขึ้นไปเพื่อประเมินการสูญเสียสายตาดตามเกณฑ์สูญเสียสายตารุนแรงหรือตาบอด ผลการศึกษานี้พบภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานขึ้นจอตาได้แก่ จุรัปภาพบวม น้ำ เลือดออกในน้ำวุ้นจอตา จอตาหลุดลอก และพังผืดที่จุรัปภาพทำให้มีการสูญเสียสายตารุนแรงทุกราย โดยส่วนใหญ่จะพบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวในเบาหวานขึ้นจอตา ระยะรุนแรง ยกเว้นภาวะจุรัปภาพบวมน้ำที่พบในเบาหวานขึ้นจอตา ระยะต้นได้ การรักษาในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา ระยะต้นที่ไม่มีจุรัปภาพบวมน้ำจะได้รับคำแนะนำในการควบคุมเบาหวาน ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา ระยะต้นที่มีจุรัปภาพบวมน้ำหรือผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา ระยะรุนแรงจะได้รับการรักษาด้วยการยิงเลเซอร์ แต่ในรายที่เกิดเลือดออกในน้ำวุ้นจอตาและหรือจอตาหลุดลอก เป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดน้ำวุ้นจอตาที่ต้องส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลที่มีจักษุแพทย์เชี่ยวชาญจอประสาทตา ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการรักษาด้วยการยิงเลเซอร์สามารถลดโอกาสการสูญเสียสายตารุนแรงลงได้ มีเพียงส่วนน้อยคิดเป็นร้อยละ 0.7 ของผู้ป่วยที่เกิดเลือดออกในน้ำวุ้นจอตาและหรือจอตาหลุด

ลอกที่ต้องส่งต่อการรักษา สำหรับแนวทางการ เบาหวานที่ตรวจเจอ โดยทั่วไปมีแนวทางดังแสดง
ตรวจติดตามการรักษาจะขึ้นกับความรุนแรงของ ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แนวทางการติดตามการรักษาในผู้ป่วยแบ่งตามระยะความรุนแรงของเบาหวานขึ้นจอตา¹¹

ความรุนแรงของเบาหวานขึ้นจอตา	ความถี่ในการติดตามการรักษา
No DR	ทุก 1 ปี
Mild NPDR	ทุก 9 เดือน
Moderate NPDR	ทุก 6 เดือน
Severe NPDR	ทุก 4 เดือน
CSME	ทุก 2-4 เดือน (ติดตามการรักษาอย่างระมัดระวัง)
PDR	ทุก 2-3 เดือน (ติดตามการรักษาอย่างระมัดระวัง)

ข้อจำกัดของการศึกษาเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน อาจขาดข้อมูลบางส่วนหรือข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจริงอาจมีความคลาดเคลื่อนได้

โดยสรุปในปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตามีความสำคัญ สามารถประเมินความรุนแรงและการที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจกับจักษุแพทย์อย่างสม่ำเสมอจะมีประโยชน์ต่อการดูแลช่วยให้ตรวจพบเบาหวานขึ้นจอตาตั้งแต่ระยะต้นเพื่อให้การรักษาอย่างเหมาะสมก่อนจะดำเนินโรคไปเป็นเบาหวานขึ้นจอตาระยะรุนแรงและลดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานอันเป็นสาเหตุทำให้สูญเสียสายตา

เอกสารอ้างอิง

- Chokreangsakul V, Eksuwan S. Prevalence of diabetic retinopathy in diabetic patients at Rayong Hospital. Rayong Hospital medical Journal 2008;7(14): 27-35.
- Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 1997; 20: 1183-97.
- Genuth S, Alberti KG, Bennett P, Buse J, Defronzo R, Kahn R, et al. Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. Diabetes Care 2003; 26:3160-7.
- Wilkinson CP, Ferris FL 3rd, Klein RE, Lee PP, Agardh CD, Davis M. Proposed international clinical diabetic retinopathy and diabetic macular edema disease severity scales. Ophthalmology 2003; 110:1677-82.
- Papier K, Jordan S, D'Este C, Bain C, Peungson J, Banwell C. Incidence and risk factors for type 2 diabetes mellitus in transitional Thailand: results from the Thai cohort study. BMJ Open [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 05]; 6:e014102. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/12/e014102.full.pdf>

6. Jenchitr W, Sothornwit N, Srisuwanporn S, Wutthiphan S, Pathamasing na Ayuthaya S, Ratanasirintrawut S. Diabetic retinopathy I Priest Hospital. *J Med Assoc Thai* 2008;91(Suppl 1):S119-29.
7. Deerochanawong C, Ferrario A. Diabetes management in Thailand: a literature review of the burden, costs, and outcomes. *Global Health [Internet]*. 2013 [cited 2017 Feb20]; 9:11-28. Available from: <http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/11>[cited 2017 Feb 20]
8. White F, Wang L, Jelinek HF. Management of hypertension in patients with diabetes mellitus. *Exp Clin Cardiol* 2010; 15:5-8.
9. Vijayaraghvan K. Treatment of dyslipidemia in patients with type 2 diabetes. *Lipids health Dis* 2010; 9:144-86.
10. Ratanaputjana T. Low Vision. *Royal Thai Army medical Journal* 2004; 57: 207-12.
11. Wu L, Loaiza PF, Sauma J, Bogantes EH, Masis M. Classification of diabetic retinopathy and diabetic macular edema. *World J Diabetes* 2013; 4:290-4.

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ จังหวัดจันทบุรี

ยุพเยาว์ วิศพรณ์, ศศ.ม. * บัญญา พร้อมดิษฐ์, ประ.ด. * พรทิพย์ สุธอดิษฐ์, ประ.ด. **

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี * โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกันในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ที่เชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” โดยมีศูนย์ประสานการส่งต่อ (referral coordination center) ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ทำหน้าที่ในการประสานงาน ติดตาม และรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในจังหวัด ซึ่งปัจจุบันแนวโน้มการส่งต่อผู้ป่วยได้เพิ่มสูงขึ้น และมีปัญหาเกิดขึ้นในหลายด้าน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบถึงสถานการณ์การบริหารจัดการและแนวทางการพัฒนาศูนย์ประสานการส่งต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อจังหวัดจันทบุรี

วัสดุและวิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) กลุ่มเป้าหมายมี 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้บริหารศูนย์ประสานการส่งต่อ 1 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 11 คน ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ประสานการส่งต่อ 2 คน และในโรงพยาบาลชุมชน 11 คน รวม 13 คน ใช้การสนทนากลุ่ม 3) กลุ่มผู้รับบริการส่งต่อ 4 คน ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างตามแนวทาง 4 M คือ การบริหารจัดการ

(management) บุคลากร (man) วัสดุอุปกรณ์ (material) และงบประมาณ (money) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: พบว่า 1) รูปแบบการบริหารจัดการของศูนย์ประสานการส่งต่อ และโรงพยาบาลชุมชน มีลักษณะที่คล้ายกัน คือ มีสายการบังคับบัญชา มีเป้าหมาย/แนวทาง/ขั้นตอนปฏิบัติงาน แต่โครงสร้างไม่ชัดเจน ไม่มีกลยุทธ์/แผนงาน/โครงการเฉพาะ ใช้เครื่องมือส่งต่อที่ซ้ำซ้อน ขาดการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ใช้เงินบำรุงที่ไม่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของศูนย์ มีพยาบาลวิชาชีพในเวรเข้าแต่ยังไม่เพียงพอ ไม่มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ขาดการสร้างขวัญและกำลังใจ และใช้วัสดุอุปกรณ์ร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อที่ควรพัฒนา มี 2 รูปแบบ (TS model) คือ Tertiary level of coordination referral center model; T model 2) Secondary level of coordination referral center model; S model

สรุป: การบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ จังหวัดจันทบุรี ต้องมีการพัฒนาในหลายประการ ทั้งในด้านการบริหารจัดการ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณตาม 2 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้

คำสำคัญ: การบริหารจัดการ ศูนย์ประสานการส่งต่อ

Original article

Referral Coordination Management Model Chanthaburi Province

Yuppayao Wisaphan, M.H.Econ. ^{*}, Bancha Promdit, Ph.D. ^{*}, Pornthip Sukadisai, Ph.D. ^{**}

^{*} Chanthaburi Provincial Health Office ^{**} Prapokklao Hospital

Abstract

Background : Ministry of Public Health arranges the service health system into 3 levels, primary care, secondary care and tertiary care that was connected by referral system. For Implementation, Referral Coordination Center: (RCC) was established in Prapokklao hospital in 2010 in order to coordinate referral system in all level, especially secondary levels. Otherwise there have still been many serious problems, up till now.

Objectives: To study and develop the management model of referral coordination center in Chanthaburi provincial.

Materials and Method: This study was a qualitative research. The samples were divided into 3 groups. The first group consists of 1 executive of referral coordination center and 11 directors of community hospital. The second group consists of 13 operational personnel in referral coordination center. The third group consists of 4 patients. The instrument is semi-structured questionnaires that used 4M concept, data were collected by using in-depth interviews, a focus group

interviews and documentary review. Content analysis was analyzed.

Results: The study found that; 1. Referral Coordination Centers (RCC) and community hospital has a similarity management pattern, as follow: 1) Chain command, target goals and process management have found clearly and unity, but there were not unclear with target structure, strategies even finance management in contrast. The budget of RCC from hospital subsidy has no projects support. There is a full-time nurse who operated only 08.30-16.30. The executive has not build employee morale process. All material join with emergency accident department but it isn't enough to work. 2) The Management model of reasonable, have 2 figures (TS model) 1) Tertiary Level of Coordination Referral Center Model: T Model 2) Secondary Level of Coordination Referral Center Model: S Model.

Conclusion: The Management of Referral Coordination Center in Chanthaburi province has to be developed using TS model.

Keywords: management; referral coordination center

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการจัดระบบบริการสุขภาพใน ระดับปฐมภูมิ (primary care) ทุติยภูมิ (secondary care) และตติยภูมิ (tertiary care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับที่มีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (referral system) ¹ ซึ่งจังหวัดจันทบุรีใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (seamless health service network) เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายภายในจังหวัด เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้

ศูนย์ประสานการส่งต่อ (referral coordination center) อยู่ภายใต้ระบบส่งต่อที่รองรับหลักการเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ โดยในปี พ.ศ. 2552 เขตสุขภาพที่ 6 กำหนดให้มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด และให้มีการพัฒนาระบบการดำเนินงานรองรับที่เป็นรูปธรรม² โดยจังหวัดจันทบุรีตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า ทำหน้าที่ประสานงาน ให้และรับข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต่างๆ ติดตามประเมินผล และรายงานผลการส่งต่อ 3 ทั้งนี้ ได้ใช้โปรแกรม Thai Refer เป็นกลไกสำคัญในการรับและส่งต่อผู้ป่วยทั้งในด้านเอกสาร สถานที่ บุคลากร เครื่องมือ การดูแล และการรายงานผล⁴ ในอดีตที่ผ่านมาที่ยังไม่มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อนั้น เกิดปัญหาในการประสานงานระหว่างสถานพยาบาลต้นทางและปลายทาง ปัญหาการติดต่อสื่อสาร โรงพยาบาลและพนักงานขับรถไม่พร้อม เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ

ขาดแคลนอัตรากำลัง ระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยไม่ชัดเจน³ แต่หลังจากที่มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อเกิดขึ้นแล้ว ยังไม่มีความชัดเจนว่าการบริหารจัดการ และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการประสานการส่งต่อเป็นอย่างไร แต่พบว่าบทบาทการประสานการส่งต่อมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2557 มีการส่งต่อภายในจังหวัดจำนวน 27,947 ราย ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 28,854 ราย⁵ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบทบาทของศูนย์ประสานการส่งต่อโรงพยาบาลพระปกเกล้ามีภาระงานที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงสถานการณ์การบริหารจัดการ และแนวทางการพัฒนาศูนย์ประสานการส่งต่อ เพื่อให้บรรลุผลตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดำเนินงานของศูนย์ประสานการส่งต่อ จังหวัดจันทบุรีที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ จังหวัดจันทบุรีที่เหมาะสม

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้เทคนิครวบรวมข้อมูลในเชิงคุณภาพ (qualitative technique) และการศึกษาจากเอกสาร (documentary review) ประชากรตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้บริหารศูนย์ประสานการส่งต่อ โรงพยาบาลพระปกเกล้า 1 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 11 คน รวม 12 คน

2. กลุ่มผู้ปฏิบัติ ได้แก่

2.1 ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ประสานการส่งต่อ โรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยเลือกแบบเจาะจงในผู้ปฏิบัติงานในลักษณะงานประจำ (full time) 1 คน และผู้ปฏิบัติงานในลักษณะหมุนเวียนชั่วคราว (part time) 1 คน รวม 2 คน

2.2 ผู้รับผิดชอบหรือปฏิบัติงานการส่งต่อ ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งละ 1 คน รวม 11 คน

3. ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน และยังรักษาตัวในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ช่วงเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2559 จำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. จากการศึกษาเอกสาร เช่น แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม และผลการดำเนินงานต่างๆ

2. แบบบันทึกและแบบสังเกต เกี่ยวกับการบริหารจัดการ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีโครงสร้างตามแนวทาง 4 m คือ การบริหาร (management) บุคลากร (man) วัสดุอุปกรณ์ (material) และงบประมาณ (money) โดยกลุ่มผู้บริหาร และผู้รับบริการใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ส่วนกลุ่มผู้ปฏิบัติ ใช้การสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group interview)

การรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือราชการถึงโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขอความร่วมมือ นัดหมายวัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือ วิธีการขั้นตอน และอื่นๆ ที่เป็นไปตามหลักจริยธรรมในการวิจัย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลา และเครื่องมือที่กำหนด บันทึกเสียง ตรวจสอบความ

ครบถ้วนของข้อมูล และจัดพิมพ์รายละเอียดที่ได้จากการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา

2. พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาดังนี้

2.1 นำกรอบ 4 M มาเป็นโครงสร้างหลักที่จะใช้ในการออกแบบรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ

2.2 นำผลจากการศึกษาเอกสาร ผลสรุปจากข้อมูลเชิงคุณภาพ และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์ร่วมกันตามกรอบในขั้นตอนที่ 2.1

2.3 สร้างรายละเอียดกิจกรรมในแต่ละด้านของรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการดำเนินงานของศูนย์ประสานการส่งต่อ โรงพยาบาลพระปกเกล้า และในโรงพยาบาลชุมชนมีลักษณะที่คล้ายกัน คือ 1) ด้านการบริหาร มีสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน มีเข็มมุ่งและเป้าหมาย มีแนวทาง/ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติงาน แต่โครงสร้างศูนย์ประสานการส่งต่อยังไม่ชัดเจน ไม่มีกลยุทธ์/แผนงาน/โครงการเฉพาะศูนย์ฯ มีปัญหาด้านการประสานงาน มีการใช้เครื่องมือส่งต่อที่ซ้ำซ้อนทั้งจากเอกสาร บส.08 และโปรแกรม Thai refer ขาดการพัฒนาคุณภาพ/การวิเคราะห์และการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ มีผลงานการส่งต่อโดยรวมทุกประเภท (ในจังหวัด นอกจังหวัดในเขต และนอกเขต) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยปี พ.ศ. 2558 พบ 32,104 ราย ปี พ.ศ. 2559 พบ 38,948 ราย

2) ด้านงบประมาณ ใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลในการพัฒนางาน แต่ไม่ครอบคลุมกิจกรรม และไม่มีแผนงาน/โครงการที่แสดงรายละเอียดด้านงบประมาณที่เฉพาะเจาะจงตามบทบาทของศูนย์

3) ด้านบุคลากร มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบในเวรเช้าแต่ยังไม่เพียงพอ ไม่มีแผนงาน/โครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร และไม่ชัดเจนในกระบวนการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน

4) ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีการใช้วัสดุอุปกรณ์พื้นฐานร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่ยังไม่พอเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ส่วนผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการส่งต่อ

2. รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อที่ควรพัฒนา มี 2 รูปแบบ (TS model) คือ

2.1 รูปแบบศูนย์ประสานการส่งต่อในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (tertiary level of coordination referral center model; T model) คือ ศูนย์ประสานการส่งต่อ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

2.2 รูปแบบศูนย์ประสานการส่งต่อในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (secondary level of coordination referral center model; S model) คือ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 1 รูปแบบการบริหารจัดการของศูนย์ประสานการส่งต่อ จังหวัดจันทบุรี (TS model)

ระดับตติยภูมิ (T Model) (รพ.พระปกเกล้า)	ระดับทุติยภูมิ (S Model) (โรงพยาบาลชุมชน)
ด้านการบริหารจัดการ	
- จัดโครงสร้างศูนย์ฯ แยกจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน - มีแพทย์หัวหน้าศูนย์ฯ 1 คน - เวชกิจฉุกเฉิน 1 คน - เจ้าหน้าที่ธุรการหรือด้านข้อมูล 1 คน - เปิดตลอด 24 ชั่วโมง และมีพยาบาลวิชาชีพ Full time อย่างน้อย 1-2 คน ทั้งเวรเช้า บ่าย และดึก - ปฏิบัติงานตามบทบาทของศูนย์ฯ เท่านั้น - ปรับปรุงคู่มือแนวทางขั้นตอนให้สอดคล้องกับสาขาต่างๆ ของ Service Plan และติดตามกำกับ - กำหนดตัวชี้วัดการไม่ปฏิเสธการส่งต่อ การลดปัญหาอุปสรรคและความพึงพอใจของบุคลากรในเครือข่ายและผู้ป่วย - กำหนดแผนงาน/โครงการที่ครอบคลุมกิจกรรมตามบทบาท เป้าหมายและตัวชี้วัด - มีฐานข้อมูลการส่งต่อของ รพ.ในจังหวัดและในเขต - ใช้เครื่องมือการส่งต่อผู้ป่วยระบบเดียว คือ Thai Refer - เชื่อมโยงข้อมูลในโปรแกรม Thai Refer กับโปรแกรมการบริการ PKK11 ได้ - บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนและตอบกลับด้วย Thai refer ทุกราย	- โครงสร้างศูนย์ฯ อยู่รวมในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน - มีพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าศูนย์ฯ 1 คน - มีพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบหลัก 1 คนในเวรเช้า ส่วนเวรบ่ายและดึกใช้พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน - ปฏิบัติงานทั้งบทบาทของศูนย์ฯ และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน - ร่วมมือปฏิบัติและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวทาง/ขั้นตอน การประสานงาน - มีฐานข้อมูลการส่งต่อของ รพ.ในจังหวัด - ร่วมมือ ปฏิบัติ และให้ข้อเสนอแนะการใช้เครื่องมือการส่งต่อ - เชื่อมโยงโปรแกรม Thai Refer ไปจนถึงระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - บันทึกข้อมูลใน Thai refer ให้ครบถ้วน และใช้งานได้ทันเวลา

ตารางที่ 1 รูปแบบการบริหารจัดการของศูนย์ประสานการส่งต่อ จังหวัดจันทบุรี (TS model) (ต่อ)

ระดับตติยภูมิ (T Model) (รพ.พระปกเกล้า)	ระดับทุติยภูมิ (S Model) (โรงพยาบาลชุมชน)
- วางแนวทางการวิเคราะห์และการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากฐานข้อมูล และโปรแกรม Thai Refer - วิเคราะห์และปรับปรุงระบบการเชื่อมต่อ Internet ให้เสถียรและมีความเร็ว	- ร่วมมือปฏิบัติและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนา การวิเคราะห์ และใช้ประโยชน์
ด้านงบประมาณ - จัดหางบประมาณทั้งจากภายนอก เงินบำรุง และอื่นๆ - จัดทำแผนงาน/โครงการที่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของศูนย์ฯ และตัวชี้วัดต่างๆ - สนับสนุนให้กับศูนย์ประสานการส่งต่อเป็นการเฉพาะ	- จัดหาแหล่งงบประมาณจากเงินบำรุงเป็นหลัก - สนับสนุนผ่านงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ตามแผนที่กำหนด)
ด้านบุคลากร - คัดเลือกบุคลากรให้ได้คุณสมบัติที่ดีทั้งด้านบุคลิกภาพและคุณสมบัติ (ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ สมรรถนะ) - เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล Thai Refer โดยเฉพาะ 1 คน - จัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากร 1) ความรู้และทักษะด้านข้อมูล เทคโนโลยี และโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง 2) ทักษะการสื่อสาร/ประสานงาน 3) อื่นๆ ที่ถูกขอจาก รพ.ในเครือข่าย - พัฒนาให้มี Programmer ประจำศูนย์ฯ - พิจารณาความดีความชอบแยกเฉพาะศูนย์ฯ ส่วนเวรป่วยและเด็กมีค่าตอบแทนเหมือนกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	- จัดหาเจ้าหน้าที่ช่วยบันทึกข้อมูล Thai Refer 1 คน - เสนอส่วนขาดด้านความรู้ และทักษะที่จำเป็นไปยังศูนย์ฯ รพ.พระปกเกล้า รวมทั้งเข้ารับการพัฒนาศูนย์ฯ - พิจารณาความดีความชอบเพิ่มเติมให้กับบุคลากร จัดทำประกันชีวิต และมีค่าตอบแทน
ด้านวัสดุอุปกรณ์ - มีวัสดุพื้นฐาน โทรศัพท์ 2 เครื่อง โทรสาร 1 เครื่อง เครื่องคอมพิวเตอร์ 2-3 เครื่อง เครื่องพิมพ์ และ UPS อย่างละ 2 เครื่อง - มีเครือข่ายรถยนต์ระหว่างโรงพยาบาล/เอกชน/มูลนิธิ - มีแผนงานด้านการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นและเพียงพอ - จัดเตรียมความพร้อมด้านยานพาหนะ อุปกรณ์ในรถ และพนักงานขับรถ รวมถึงการซ่อมการใช้งาน	- ใช้ร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยมีพื้นฐาน โทรศัพท์ 1 เครื่อง โทรสาร 1 เครื่อง เครื่องคอมพิวเตอร์ 1-2 เครื่อง เครื่องพิมพ์ และ UPS อย่างละ 1 เครื่อง - มีเครือข่ายรถยนต์ระหว่างโรงพยาบาล

วิจารณ์

การบริหารจัดการด้วยแนวคิด 4 m มีความสำคัญต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ หากขาด

การบริหารที่ดีในข้อหนึ่งข้อใดก็จะทำให้งานนั้นเกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อกัน และ

ทำให้การทำงานนั้นไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานนั้นๆ⁶ ซึ่งการศึกษานี้พบว่า การดำเนินงานที่เกิดขึ้นของศูนย์ประสานการส่งต่อโรงพยาบาลพระปกเกล้า ยังไม่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และยังไม่เกิดการบริหารจัดการที่ดีในหลายประเด็น ดังนี้

1. นโยบายให้ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัดมีโครงสร้างที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมนั้น โดยทั่วไปความหมายของโครงสร้าง หมายถึงองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดส่วนต่างๆ ทางสังคมในลักษณะของการจัดองค์กรที่เป็นโครงสร้างของอาคาร โครงสร้างของกลุ่มคน และกลุ่มตำแหน่งงานต่างๆ ที่จะรองรับแผนงานและการดำเนินงานที่กำหนดไว้ แต่เนื่องจากนโยบายที่กำหนดไว้นี้ ไม่ได้มีรายละเอียดของการให้ความหมายของโครงสร้างและบทบาทที่ชัดเจน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานของศูนย์ประสานการส่งต่อยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เพราะปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย คือ โครงสร้างและการจัดตั้งหน่วยงานในโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน⁷

2. ศูนย์ประสานการส่งต่อฯ ไม่มีกลยุทธ์และแผนงาน/โครงการที่เฉพาะเจาะจงกับศูนย์ฯ แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของผู้บริหารในการบริหารเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ยังน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงผกา มะเสนา และประณต นันทิยะกุล (2557)⁸ ที่พบว่า การบริหารจัดการอันดับแรกที่มีผลต่อการบริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ ผู้บริหารให้ความสำคัญในด้านกลยุทธ์องค์กร โดยเฉพาะในขั้นตอนของการวางแผนที่เป็นการออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูล

และออกแบบการพัฒนาที่เป็นระบบ ที่ช่วยให้บุคลากรทราบและเข้าใจจุดเด่น และจุดที่ยังเป็นโอกาสพัฒนาจากสภาพการปฏิบัติงานจริง เพื่อสร้างความเข้าใจที่เป็นระบบ และสามารถวางแผนพัฒนาได้ครบทุกมิติ⁹

3. ศูนย์ประสานการส่งต่อฯ มีเป้าหมายที่ไม่ปฏิเสธการรับการส่งต่อ ซึ่งสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะมีการตีความหมายของคำว่า “ปฏิเสธ” จาก “ไม่รับการส่งต่อ” เป็นการ “ช่วยประสานส่งต่อ” ไปยังโรงพยาบาลอื่นเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม นโยบายการรับส่งต่อทุกรายแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ดีที่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย แต่อาจจะเกิดปัญหาหรือซ้ำเติมให้เกิดปัญหาเรื่องอัตราการครองเตียง และระบบการส่งต่อที่เพิ่มมากขึ้นได้¹⁰

4. ในด้านการมีแนวทาง/วิธีการดำเนินงานส่งต่อที่ถูกเขียนเพื่อตอบสนองต่อสังคมที่คาดหวังให้โรงพยาบาลบริการอย่างมีคุณภาพ ซึ่งพบว่าแนวทาง (guideline) การส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์ประสานการส่งต่อฯ มีความชัดเจนในระดับหนึ่ง แต่พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานยังไม่สามารถดำเนินงานได้เต็มที่ เพราะยังมีปัญหาในด้านของการประสานความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน และการไม่ทำตามแนวทางที่กำหนด ผลที่เกิดขึ้น คือ เกิดกระบวนการที่สร้างความสับสนและความไม่แน่ใจว่าแนวทางที่กำหนดขึ้นนั้นมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ซึ่งต้องใช้เวลาในการประสานและทำความเข้าใจใหม่ที่ไม่เกิดผลดีต่อการรับส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนั้น อาจเป็นเรื่องของเนื้อหาว่ายังมีขอบเขตของกิจกรรมหรือเนื้อหาที่มีขั้นตอนและรายละเอียดที่มากจนผู้ให้บริการมีความรู้สึกว่าเดิมทำงานหนักอยู่แล้ว ยังมีรายละเอียดให้มีการดำเนินงานเชิงคุณภาพมากขึ้นก็ยิ่งเหนื่อยมาก

ขึ้น⁸ ดังนั้น จึงมีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า จำนวนของบุคลากรในศูนย์ประสานการส่งต่อยังมีจำนวนไม่เพียงพอที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี

5. ในด้านระบบข้อมูลที่เป็นนโยบายเขตสุขภาพที่ 6 ที่มีเป้าหมายให้มีระบบตรวจสอบข้อมูล (เตียง แพทย์ ห้องผ่าตัด) เพื่อรองรับการส่งต่อนั้น พบว่า ระบบที่เกิดขึ้นทั้งในศูนย์ประสานการส่งต่อ มีเพียงข้อมูลที่ต้องใช้การสอบถามผ่านช่องทางต่าง ๆ ซึ่งยังไม่มีความสะดวกในด้านความสามารถในการเข้าถึง และการตรวจสอบที่เป็นลักษณะของความเป็นปัจจุบันของข้อมูล (real time) ที่ทันทั่วทั้งผ่านระบบ Online ทั้งนี้ ต้องจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศพื้นฐานให้ทั่วถึง เพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว สามารถเชื่อมโยงข้อมูล (on line real time) และมีความคล่องตัวในการสื่อสารข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วย¹¹

สำหรับนโยบายที่ให้ศูนย์ประสานการส่งต่อ นำโปรแกรมไทยรีเฟอร์ (thai refer) มาเสริมระบบส่งต่อภายในจังหวัดและเขตสุขภาพนั้น แม้จะพบว่าโปรแกรม Thai Refer ที่เป็นระบบการจัดการระบบสารสนเทศเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลจะมีความถูกต้องและตรงตามความต้องการของผู้ใช้งาน ตอบสนองการทำงาน มีความสามารถและสะดวกในการใช้งาน รวมถึงมีความปลอดภัยสูงอยู่ในระดับดีมาก¹² แต่การศึกษานี้พบว่า ในการนำมาใช้งานในศูนย์ประสานการส่งต่อที่มีการใช้งานโปรแกรมการให้บริการที่หลากหลาย เช่น PPK11 ที่เชื่อมต่อข้อมูลไม่ได้กับโปรแกรม Thai Refer นั้น ได้ส่งกระทบเชิงลบต่อการทำงานของศูนย์ประสานการส่งต่อ ที่ทำให้ส่วนใหญ่ต้องใช้เอกสาร บส.08 และโปรแกรม

Thai refer เป็นเครื่องมือในการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งเกิดความซ้ำซ้อน เพราะเจ้าหน้าที่ต้องบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการส่งต่อลงในระบบคอมพิวเตอร์ จากนั้นทำการเขียนข้อมูลลงในแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้มีความล่าช้าในการจัดทำเอกสารการส่งต่อ ข้อมูลในเอกสารการส่งต่อผู้ป่วยไม่ละเอียดเพียงพอในการรักษาผู้ป่วยต่อ ทำให้ต้องเสียเวลาในการซักประวัติผู้ป่วยใหม่เพื่อถึงโรงพยาบาลปลายทาง ซึ่งการขาดข้อมูลที่มีรายละเอียดเพียงพอ ทำให้กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง¹⁰

6. ในด้านบุคลากรของศูนย์ประสานการส่งต่อ ที่มีนโยบายกำหนดให้มีพยาบาลประจำหรือมีผู้รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมงนั้น ในการศึกษาพบว่ายังไม่ชัดเจนในความหมายของคำว่า “ประจำ” หรือ “มีผู้รับผิดชอบ” โดยอาจจะมีสาเหตุจากการตีความหมายที่มองเพียงการมีพยาบาลที่ทำหน้าที่ตามบทบาทของศูนย์ประสานการส่งต่อเท่านั้น ไม่ได้มีความหมายของการมีพยาบาลประจำที่ทำหน้าที่เฉพาะบทบาทของศูนย์ประสานการส่งต่อเท่านั้นทั้งตลอด 24 ชั่วโมง จึงพบว่ามีเพียงพยาบาลที่ทำงานประจำ (ทำงานเฉพาะบทบาทของศูนย์ประสานการส่งต่อ) ในช่วงเวรเช้าและหมุนเวียนพยาบาลในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้ทำหน้าที่ในการประสานการส่งต่อผู้ป่วยในช่วงเวรบ่ายและดึก แต่อย่างไรก็ตาม การกำหนดให้มีพยาบาลนั้นถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้การดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จ⁷ เนื่องจากลักษณะงานของศูนย์ประสานการส่งต่อต้องใช้สมรรถนะเชิงวิชาชีพด้านการแพทย์และการพยาบาลเป็นสำคัญ

บุคลากรประจำในศูนย์ประสานการส่งต่อทั้งหมดเป็นบุคลากรของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งโดยทั่วไปแม้ว่าจะมีความมุ่งมั่นตั้งใจและศรัทธาที่จะดูแลผู้ป่วย แต่ก็พบว่าหาบุคลากรมาปฏิบัติงานได้ยาก เนื่องจากงานในศูนย์ฯ มีแรงกดดันและมีโอกาสกระทบกระทั่งสูง ซึ่งต้องมีความสามารถในการประสานงาน และมีทักษะในการเจรจากับแพทย์และผู้บริหารระดับต่าง ๆ¹⁰ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย เสริมสร้างประสบการณ์ และเจตคติให้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนอย่างต่อเนื่อง¹³ ซึ่งแม้การศึกษานี้จะพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์ประสานการส่งต่อจะมีสมรรถนะอยู่ในระดับดี แต่ในปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี และวิธีการใหม่ๆ อยู่เสมอ การได้มีการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ความชำนาญและให้ประสบการณ์ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง ย่อมทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความกระตือรือร้น อันเป็นผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁶

ในด้านขวัญและกำลังใจนั้น พบว่า บุคลากรมีขวัญและกำลังใจไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ วชิรติลล (2559)¹⁴ ที่พบว่า การขาดขวัญและกำลังใจมีปัญหาจากความไม่สอดคล้องระหว่างภาระงานกับจำนวนบุคลากร การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน และการมีค่าตอบแทนน้อยแต่ความเสียสูง

7. จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้รับบริการมีความรู้สึกที่ดีในด้านการดูแล การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการเจ็บป่วย การประสานงานการส่งต่อด้านข้อมูล ความรวดเร็วและความปลอดภัยในขณะที่ถูกส่งต่อ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในภาพรวมของการบริการ สอดคล้องกับ โสภเลศอศวีวัฒน์ (2558)⁶ ที่กล่าวว่า การทำให้

ประชาชนผู้ใช้บริการเกิดความพอใจ หรือความรู้สึกที่ดีต่อบริการได้นั้น ประชาชนต้องมีความสะดวกใจในการรับบริการ ได้รับการปฏิบัติด้วยความรวดเร็ว เรียบร้อย สุภาพ และได้รับความช่วยเหลือชี้แนะได้รับความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ซึ่งจะส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน บุคลากรเกิดความสุขในการทำงาน ผู้รับบริการมีความมั่นใจในระบบการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น¹⁵ อย่างไรก็ตาม ได้พบถึงปัญหาจากโรงพยาบาลและพนักงานขับรถพยาบาลไม่พร้อม ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (Health threats) ลักษณะหนึ่ง เพราะเป็นปัจจัยภายนอกที่เพิ่มโอกาสของการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดระหว่างการส่งต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ เช่น การเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บเพิ่มเติมจากการกระแทก เป็นต้น ดังนั้น เพื่อป้องกันปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่เกิดจากพาหนะและคนขับรถ จึงต้องพัฒนารถพยาบาลและอุปกรณ์ให้มีมาตรฐานและคุณภาพด้วย¹⁴

8. รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อที่พัฒนาขึ้นทั้ง 2 รูปแบบตามกรอบแนวคิด 4 m โดยในแต่ละด้านประกอบด้วยรายละเอียด และแนวทางการปฏิบัติที่มีความคล้ายคลึงและแตกต่างกัน ที่สอดคล้องกับแนวคิดเครือข่ายที่เน้นการประสานงาน (coordinated networks) ในรูปแบบของการสร้างเครือข่ายโรงพยาบาล ที่รู้จักกันดีภายใต้แนวคิดแบบ “Hub and Spoke” ที่ต้องการให้เกิดการบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างผู้ให้บริการ ภายใต้เหตุผลด้านคุณภาพของการดูแลรักษาพยาบาล และการจัดการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม¹⁰ แต่ทั้ง 2 รูปแบบนี้มีรายละเอียดที่ไม่สอดคล้องกับเขตสุขภาพที่ 8 (2558)¹⁶ ที่ได้แบ่ง

การจัดบริการของศูนย์ประสานการส่งต่อ ออกเป็นระดับของโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1-F3 และ P ที่มีกิจกรรมในแต่ละระดับที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากต้องการให้รูปแบบทั้ง 2 นี้มีความแตกต่างกันในรายละเอียดของการพัฒนาให้มากที่สุด

โดยรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นนี้มีข้อดี คือ 1) ทำให้ศูนย์ประสานการส่งต่อมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น มีความโดดเด่น รองรับการพัฒนามาตรฐานบรรลุผลสำเร็จตามที่ตั้งไว้ได้ 2) มีรายละเอียดการดำเนินงานในแต่ละด้านที่ง่าย และเป็นที่ยึดเหนี่ยวในการปฏิบัติงานโดยทั่วไป 3) มีความยืดหยุ่นในการใช้งาน เพราะในแต่ละรูปแบบสามารถเลือกนำไปใช้ได้ทั้งในบางรายการเพื่อการพัฒนา รวมถึงมีความเป็นอิสระในการเพิ่ม ลด ปรับปรุง และแก้ไขกิจกรรมเพื่อการพัฒนาได้ในโอกาสต่อไป ส่วนข้อจำกัด คือ 1) ยังไม่ได้ทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบ และการนำไปทดลองปฏิบัติ 2) ไม่เหมาะสมกับระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต. 3) การนำรูปแบบไปใช้ต้องพิจารณาเงื่อนไขที่ส่งผลต่อความยากง่ายในหลายประการร่วมด้วย เช่น การที่ศูนย์ฯ ได้รับมอบหมายงานเพิ่มเติม ความพอเพียงและผลกระทบของบุคลากรโดยรวมของโรงพยาบาล รวมถึงภาระด้านงบประมาณที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การแยกโครงสร้างของศูนย์ออกมาจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องพิจารณาถึงผลกระทบกับมาตรฐานงานเดิม เช่น “งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน คุณภาพ” ที่กล่าวถึงการส่งต่อไว้ในมาตรฐานด้วย เป็นต้น 4) อาจนำไปสู่ความสับสนหรือความยุ่งยากในอนาคตได้ ถ้านโยบายการส่งต่อมีการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต้องปรับระบบใหม่ เช่น ยกเลิกการใช้โปรแกรม Thai refer

ไปสู่โปรแกรมอื่น เป็นต้น

ศูนย์ประสานการส่งต่อจังหวัดจันทบุรี แม้ว่าจะสามารถบอกได้ถึงการเป็นเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (seamless health service network) แต่ก็ยังเป็นเพียงการลื่นไหลไร้รอยต่อในเชิงโครงสร้างการส่งต่อเท่านั้น คือ สถานบริการทุกระดับสามารถส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกันได้โดยไม่มีอุปสรรคการส่งต่อ แต่ในเชิงกลไกการทำงานนั้น ยังไม่สามารถบอกได้ถึงการไร้รอยต่อที่ชัดเจน เพราะยังมีปัญหาในหลายด้าน เช่น ด้านการประสานงานการส่งต่อ เครื่องมือและข้อมูลการส่งต่อโดยเฉพาะการใช้งานโปรแกรม Thai Refer ที่ยังไม่ประสบความสำเร็จ รวมถึงด้านความสอดคล้องกันของการตัดสินใจส่งต่อ เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อทั้ง 2 รูปแบบนี้จะเป็นตัวช่วยที่จะทำให้ภาพการบริหารจัดการและการดำเนินงานของศูนย์ประสานการส่งต่อในจังหวัดจันทบุรีมีความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งจะสามารถลดรอยต่อในเชิงกลไกการทำงานที่กล่าวถึงได้

จากผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ คือ

1. ผู้บริหารทุกระดับในจังหวัดจันทบุรีควรร่วมประกาศเป็นนโยบายในการนำ 2 รูปแบบของการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อไปปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยให้โรงพยาบาลพระปกเกล้าดำเนินการตามรูปแบบของศูนย์ประสานการส่งต่อในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอย่างเต็มรูปแบบ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนนั้น ในระยะแรกควรคัดเลือกโรงพยาบาลระดับ F1 1 แห่ง และระดับ F2 1 แห่ง เพื่อนำร่องในการนำรูปแบบศูนย์ประสานการส่งต่อในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ไปปฏิบัติอย่างเต็มรูปแบบอย่างจริงจัง และขยายผลไปทุกโรงพยาบาลในระยะถัดไป

2. ผู้บริหารของทุกโรงพยาบาลควรสนับสนุน ดังนี้ 1) กำหนดกรอบตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ประสานการส่งต่อ 2) ส่งเสริมการสร้างทีมในเครือข่าย เพื่อให้ทีมสร้างระบบและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่าย ด้วยระบบ “พี่สอนน้อง” และ “เพื่อนช่วยเพื่อน” 3) จัดสรรงบประมาณการพัฒนาให้เพียงพอและเหมาะสม

3. คณะทำงานพัฒนาระบบส่งต่อ-ส่งกลับของจังหวัดจันทบุรี ควรเป็นกลไกในการผลักดันให้เกิดการนำรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อไปปฏิบัติอย่างจริงจัง สร้างมาตรฐานย่อยในแต่ละรูปแบบ เช่น มาตรฐานการใช้เครื่องมือในการส่งต่อ เป็นต้น และควรสร้างเกณฑ์การประเมินผลในเรื่องของการนำรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อไปปฏิบัติโดยนำไปกำหนดเป็นตัวชี้วัดในกระบวนการพัฒนาตามแผนบริการ(service plan) ให้เป็นรูปธรรม

4. ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ประสานการส่งต่อ ควร 1) ทบทวนระบบ/ขั้นตอน มาตรฐาน มาตรการ แนวทาง และกิจกรรมของศูนย์ประสานการส่งต่อที่มีอยู่เดิมเพื่อวางระบบ ปรับเปลี่ยน แก้ไข และพัฒนางานให้ดีขึ้นตามรายละเอียดของรูปแบบที่เหมาะสมกับโรงพยาบาล 2) วิเคราะห์และหาแนวคิด/ทฤษฎีเพื่อพัฒนางานในแต่ละรายละเอียดของรูปแบบฯเพิ่มเติม เช่น การปรับปรุงแนวทางด้านการส่งต่อให้เหมาะสมกับบริบท โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมโดยนำปัญหาความต้องการของแต่ละเครือข่ายมากำหนดแนวทางที่เหมาะสมร่วมกันหรือพัฒนาในเครือข่ายที่มีความพร้อมด้านข้อมูลก่อน เพื่อให้เป็นต้นแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้โดยเร็วในพื้นที่อื่นต่อไป เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- 1 Ministry of Public Health. Service plan. 2012 Nov 22; Bangkok, Centra by Centara Government Complex Hotel and Convention Centre, Chaeng Watthana. 2012.
- 2 Nakakul N. Seamless referral system and patient safety. Lampang: Lampang Hospital; 2013.
- 3 Taratep C, Boonjaiyai G, Nariukon S, Kongklinsukon Y, Munthangkul N. Service delivery system in Thailand: problems and lessons learned. Nonthaburi: Health Systems Research Institute, Ministry of Public Health; 2015.
- 4 Wongwiwat N. Information technology development for referral system by ThaiRefer program [Internet]. 2013 [Cite 2015 Dec 18]. Available from: <https://www.slideshare.net/nutortho/thai-refer>
- 5 Chanthaburi Provincial Health Office. Annual report 2015. Chanthaburi: Chanthaburi Provincial Health Office; 2015.
- 6 Lertassawawiwat S. The administration of King Chulalongkorn memorial hospital effect on the attitudes towards the hospital's patients [dissertation]. Bangkok: Siam University; 2015.
- 7 Pitipornnarong P, Ua-anuwong S. The development of the referral system at Uttaradit hospital. Boromarajonnani College of Nursing, Uttaradit Journal

- 2013; 5(2): 13-26.
- 8 Masena P, Nantiyakul P. The administration of hospital service quality in the ministry of public health. *EAU Heritage Journal Social Science and Humanity* 2014; 4(1): 88-101.
- 9 Boonyoung N. Nursing strategic planning. *Thai Journal of Nursing Council* 2010; 25(2):18-27.
- 10 Woratanarat P, Woratanarat T. Serviced network system development and patient refer. Bangkok: Jarunsanitwong Printing, 2014.
- 11 Rojprasert S. The development of the referral system of hospital in region 2 [dissertation]. Pathumthani: Valaya Alongkorn Rajabhat University; 2013.
- 12 Kesvichit T, Mungsing S. The development of information management system model for patient referral using Thairefer program. *Journal of the Thai Medical Informatics Association* 2015; 1(1): 51-8.
- 13 Tipsuntornsak N. Advance trauma and emergency care. Khon Kaen: Khon Kaen Hospital; 2010.
- 14 Wachiradilok P. Why don't patient in need call emergency medical service? Songkha: Prince of Songkha University; 2016.
- 15 Douglas CH, Douglas MR. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations* 2004; 7: 61-73.
- 16 Health Region 8. Service Plan: Referral System 2015. Udon Thani: R8way; 2015.

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพและการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย

อัจฉรา เบียงทอง, สม. *, อรณัฐ ภาชีน, ประค. **, จวีวรรณ บุญสุยา, วท.สม. **,
จักรชัย สวัสดิ์ไชย, พ.บ. , ประค. ***

* นักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, *** โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: จากการที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้นำร่องการจัดบริการในรูปแบบของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่มีบริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเชิงรุกในชุมชน โดยให้ความสำคัญต่อการให้บริการเวชกรรมแผนไทย เน้นที่การตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาทางการแพทย์แผนไทย โดยได้เริ่มดำเนินการในโรงพยาบาลของรัฐ 21 แห่ง จึงควรมีการศึกษาถึงคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทย เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อวัดระดับคุณภาพบริการการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการ และองค์ประกอบระบบสุขภาพ

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยให้ผู้ให้บริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทยที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย 12 แห่ง จำนวน 730 คน ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ถึงคุณภาพบริการตามการรับรู้และการเข้าถึงบริการ และสัมภาษณ์ผู้อำนวยการและหัวหน้างานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลละ 2 คน เกี่ยวกับองค์ประกอบระบบสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิง

พรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Kruskal Wallis ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา: ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อบริการโดยรวมในระดับสูง โดยมีประเด็นในการวัดความพึงพอใจ 5 ด้าน ได้แก่ การต้อนรับและซักประวัติ สถานที่นั่งคอย ห้องน้ำห้องส้วม บุคลากรและการบริการห้องยา โดยมีความพึงพอใจระดับสูงต่อบุคลากรที่ให้บริการมากที่สุด รองลงมาเป็นการบริการห้องยา การต้อนรับและซักประวัติ สถานที่นั่งคอย และห้องน้ำห้องส้วม ส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลได้ การเดินทางสะดวก บริการตอบสนองความต้องการได้ และคุณภาพบริการสม่ำเสมอ การเข้าถึงบริการของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจบริการ ($p < 0.05$) ผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่าจะมีความพึงพอใจต่อบริการมากกว่า และพบว่าองค์ประกอบระบบสุขภาพทุกด้านสนับสนุนการดำเนินงานโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย

สรุป: การใช้องค์ประกอบระบบสุขภาพในการวิเคราะห์และสนับสนุนการดำเนินงานส่งผลให้บริการมีคุณภาพและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

คำสำคัญ: การแพทย์แผนไทย; คุณภาพบริการ; การเข้าถึงบริการ; องค์ประกอบระบบสุขภาพ

Original article

Quality and Accessibility of Thai Traditional Medicine Hospitals

Atchara Shiengthong, M.P.H.^{*}, Oranut Phacheun, Dr.P.H.^{**},
Chaweewon Boonshuyar, M.S.P.H.^{**}, Chatchai Sawadchai, M.D., Ph.D.^{***}

^{*} Graduate students, Faculty of Public Health, Thammasat University,

^{**} Faculty of Public Health, Thammasat University, ^{***} Prapokklao Hospital, Chanthaburi.

Abstract

Background : The Thai traditional and alternative medicine department had piloted the services in the form of Thai traditional medicine hospitals with outpatients, inpatients, and proactive services in communities by focusing on the services of Thai traditional medicine, the diagnosis, and order of medical treatment was initiated in 21 hospital throughout the country. The quality of service and accessibility to the diagnostic and dispensary services of Thai traditional medicine should be studied in order to provide information for the development of the capabilities of Thai traditional medicine hospitals

Objectives: To measure service quality and accessibility to the services of Thai traditional medicine hospitals and the relationship between the service quality, accessibility and health system components.

Materials and method: This cross-sectional interviewed study on quality and accessibility to services was conducted among 730 clients attended at the diagnostic services and dispensary services of 12 Thai traditional medicine hospitals. The director and the head of the sampled Thai traditional medicine hospitals were also interviewed on the components of health system. Data analysis was performed by using descriptive statistics. For inferential statistics,

Kruskal Wallis, was performed at 0.05 significant level.

Results: The clients were at a high level of overall satisfaction to diagnostic services and dispensary services. There were 5 dimensions of satisfaction to the services being measured: information and history taken, waiting room, rest room, personnel, and dispensary services. The highest of satisfaction was the personnel who provide services, followed by dispensary services, information and history taken, waiting room and restroom. The accessibility to services was rather good, the services can serve clients' needs, and the service quality was rather consistent. The relationship between the accessibility to services and the clients' satisfaction was significant ($p < 0.05$), the clients who was easily access to the services were more satisfied to the service. All health system components supported the operation of Thai traditional medicine hospitals.

Conclusion: Using the health system components in analyzing and supporting the operations can enhance the quality of services, and people can access to the services more easily.

Keyword: thai traditional medicine; Service quality; service accessibility; health system components

บทนำ

กระแสสังคมทั่วโลกที่ผู้คนแสวงหาทางออกของการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถตอบสนองได้ทั้งหมด ประชาชนจึงมีการตื่นตัวในเรื่องของการกลับมาสู่การมีวิถีชีวิตที่สอดคล้องผสมผสานกลมกลืนกับธรรมชาติมากขึ้น หันไปใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือกต่างๆ ที่หลากหลาย ผนวกกับกระแสสาธารณสุขของโลกได้มุ่งเน้นงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 จึงส่งผลให้มโนนโยบายเรื่องการแพทย์ดั้งเดิมและสมุนไพรในแผนงานสาธารณสุขแผนปัจจุบันในงานสาธารณสุขมูลฐานของแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524)¹ และในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติในฉบับต่อๆ มาจนถึงปัจจุบัน อีกทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายรัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุขที่ทำให้การแพทย์แผนไทยได้มีการพัฒนาจนสามารถผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐเพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนอีกครั้งหนึ่ง ทำให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐในส่วนภูมิภาคทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสถานอนามัย มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ประชาชนมีการรับรู้และใช้การแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น และสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ในผู้ที่มิสิทธิตามหนังสือกระทรวง การคลัง ที่ กค 0526.9/39360 ลงวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2542

บริการการแพทย์แผนไทยได้บรรจุให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ประชาชนสิทธิหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติสามารถขอรับบริการได้ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ² มีการจัดงบประมาณสำหรับชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการการแพทย์แผนไทยอยู่ในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว และมีการจัดตั้งกองทุนพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นเพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้เป็นทางเลือกที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน สามารถพัฒนาให้บริการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม ทำให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืนและสามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว ด้วยการจัดสรรงบประมาณให้เป็นค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่มีบริการและผลงานบริการเวชกรรมไทย การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ การบริการนวดประคบสมุนไพร อบสมุนไพรเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด³

สถาบันการแพทย์แผนไทยพยายามที่จะผลักดันให้มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย เพื่อให้บริการการแพทย์แผนไทยเป็นหลักทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ต่อมาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ได้มีกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในหมวด 7 การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ มีเป้าหมายใน ข้อ

5.5 คือ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีกลไกและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการ ใช้ และการพัฒนาอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม ได้แก่ การสร้างและจัดการความรู้ การสร้าง และพัฒนาระบบสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุข ระบบยาไทย และยา พัฒนาจากสมุนไพร โดยมีระบบ กลไก และจัดงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอสำหรับโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย และการคุ้มครอง ภูมิปัญญาไทยและ ข้อ 60 มีโรงพยาบาลการ แพทย์แผนไทย เพื่อเป็นต้นแบบที่มีมาตรฐานใน การบริการ การศึกษาวิจัย และการฝึกอบรม บุคลากร อย่างน้อยภาคละ 1 แห่ง⁴ จึงได้เริ่มพัฒนา โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นรูปธรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จัดให้มีการนำร่องโรงพยาบาลการแพทย์ แผนไทยในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในส่วนภูมิภาคที่สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการให้ บริการแพทย์แผนไทยเด่นชัด มีศักยภาพ มีความ พร้อมในการพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลการแพทย์ แผนไทยตัวอย่าง และผ่านการประเมินมาตรฐาน งานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐของกรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในระดับดีมาก จำนวน 8 แห่ง จนถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 ได้มีการเพิ่ม โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเพื่อให้ครอบคลุม ทุกเขตสุขภาพ โดยจะต้องผ่านการประเมิน มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการ แพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน (รพ. สส.พท.) ของกรมการแพทย์แผนไทยและการ

แพทย์ทางเลือกในระดับดีเยี่ยม รวมมีโรงพยาบาล ที่เข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งสิ้น 21 แห่ง ซึ่งการ ดำเนินการของแต่ละโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับบริบท ของแต่ละพื้นที่ โดยใช้แนวทางตลอดจนบทบาท หน้าที่ในการดำเนินงานจากคู่มือการจัดระดับ บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ มีการจัดบริการและผลการ ดำเนินการที่แตกต่างกันไปตามความเชี่ยวชาญ ของแต่ละแห่ง แต่จะให้ความสำคัญต่อการให้ บริการเวชกรรมแผนไทย เน้นที่การตรวจวินิจฉัย และสั่งการรักษาทางการแพทย์แผนไทย มีการใช้ ยาแผนไทยหรือสมุนไพร ทั้งยาเดี่ยว ยาตำรับ หรือยาปรุงเฉพาะราย ในการรักษาโรคหรืออาการ ต่างๆโดยแพทย์แผนไทย

กระทรวงสาธารณสุข ได้นำเอากรอบ แนวคิดระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัย โลก (the WHO health systems framework) ทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ รูปแบบบริการ (health service delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) ระบบสารสนเทศ (health information systems) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (access to essential medicine) การเงินการคลัง (health systems financing) และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (leadership and governance)⁵ มาใช้เป็น แนวทางในการพัฒนาการจัดบริการแต่ละสาขา ดังนั้นเพื่อเป็นข้อมูลให้เครือข่ายบริการสุขภาพ สามารถวางแผนพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ผสมผสานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาขีดความสามารถของการจัดการบริการโรงพยาบาลการแพทย์ แผนไทย จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาถึงคุณภาพ บริการ การเข้าถึงบริการของผู้มาใช้บริการตรวจ วินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทย และศึกษาถึงความ

สัมพันธ์ขององค์ประกอบระบบบริการสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ กับคุณภาพของบริการและการเข้าถึงบริการของผู้มาใช้บริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อวัดระดับคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทยของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย
2. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ
3. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบระบบบริการสุขภาพ 6 องค์ประกอบ กับคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการของผู้มารับบริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทย

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสม (mixed-method) โดยสอบถามจากผู้ให้บริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทยที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย 12 แห่ง จำนวน 730 คน ถึงคุณภาพบริการตามการรับรู้และการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทย และสัมภาษณ์ผู้อำนวยการและหัวหน้างานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลละ 2 คน เกี่ยวกับองค์ประกอบระบบสุขภาพ ระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

1) โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคที่ดำเนินงานโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยในโครงการของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวนทั้งหมด 21 แห่ง

2) ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจ

วินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทยที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยในโครงการของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวนทั้งหมด 21 แห่ง

2. การสุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

1) การสุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย 12 แห่ง จาก 21 แห่ง เพื่อเป็นตัวแทนเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต เขตละ 1 โรงพยาบาล โดยการสุ่มแบบง่าย ได้โรงพยาบาลดังต่อไปนี้ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย โรงพยาบาลพรหมพิราม โรงพยาบาลทับคล้อ โรงพยาบาลองครักษ์ โรงพยาบาลอุ้มทอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โรงพยาบาลสูงเนิน โรงพยาบาลขุนหาญ โรงพยาบาลท่าโรงช้าง และโรงพยาบาลห้วยยอด

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเก็บตัวอย่างจากผู้มารับบริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทย ที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย 12 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่รู้สึกตัวดี สามารถติดต่อ สื่อสารด้วยวิธีพูด อ่าน ฟัง หรือเขียนภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมารับบริการรวมครั้งนี้ด้วยอย่างน้อย 2 ครั้ง และสัมภาษณ์ผู้บริหารและหัวหน้างานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลละ 2 คน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาอภิปรายร่วมกับผลการศึกษาเชิงปริมาณ

2) ขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ⁶ คำนวณจากสูตร

$$n_{cls}^f = Def f * \frac{\frac{z_{\alpha}^2 \sigma^2 / d^2}{2}}{1 + \frac{z_{\alpha}^2 \sigma^2 / d^2}{2N}}$$

$d = |\bar{x} - \mu|$ = ความผิดพลาดสูงสุดที่ยอมให้เกิดได้

N = จำนวนประชากรผู้ให้บริการทั้งหมดที่เป็นเป้าหมาย

α = ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

σ^2 = ความแปรปรวนของความพึงพอใจประชากร

μ = คะแนนความพึงพอใจในประชากร

$\bar{x}$ = คะแนนความพึงพอใจที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความผิดพลาดสูงสุด ในการประมาณค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไม่เกิน 0.06 จากค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อบริการแพทย์แผนไทยในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยจังหวัดจันทบุรีของอารีวัล มหาธนรัตน์⁷ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการแพทย์แผนไทย 3.29 จากคะแนนเต็ม 4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.66 ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 720 ตัวอย่าง โดยสุ่มเก็บจากโรงพยาบาล 12 แห่ง แห่งละ 62 ตัวอย่าง เพื่อป้องกันแบบสอบถามสูญหายหรือไม่สมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล :

เก็บข้อมูลภายหลังจากการได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ COA No. 135/2559 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี CTIREC 043 โรงพยาบาลมหาสารคาม COA No. 59/019 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ No. 021 แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดและจากการศึกษาข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้างานแพทย์

แผนไทยแบบไม่เป็นทางการ เกี่ยวกับการดำเนินงานและองค์ประกอบระบบสุขภาพ

2) แบบประเมินคุณภาพบริการ และการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล การใช้บริการ การจ่ายค่าบริการ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ตามประเภทของบริการ จำนวน 23 ข้อ โดยคำถามเชิงบวกเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ใช่ ไม่แน่ใจ และ ไม่ใช่ โดยให้คะแนน 3 2 และ 1 ตามลำดับ

นำคะแนนแต่ละข้อในแต่ละด้าน มารวมกัน แล้วหารด้วยข้อคำถามของด้านนั้น สำหรับคะแนนรวมด้วยการนำคะแนนรวมของแต่ละด้านมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

คะแนน 1.0-2.1 เท่ากับความพึงพอใจระดับต่ำ
คะแนน 2.2-2.5 เท่ากับความพึงพอใจระดับกลาง
คะแนน 2.6-3.0 เท่ากับความพึงพอใจระดับสูง

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย การใช้เวลาในการเดินทาง พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความสะดวกในการเดินทาง เวลาในการเข้ารับบริการ การตอบสนองการบริการ ความสม่ำเสมอของบริการ คุณภาพบริการ จำนวน 10 ข้อ

โดยแบบสอบถามนี้ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงในเชิงเนื้อหา (content validity) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และตรวจหาความเชื่อมั่น (reliability) ในส่วนที่ 2 โดยการ

ทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.887

สถิติที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผล สำหรับผู้ใช้บริการใช้สถิติดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คุณภาพบริการการแพทย์แผนไทย การเข้าถึงบริการของผู้ใช้บริการ และสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) Kruskal Wallis เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการการแพทย์แผนไทย ระหว่างคุณลักษณะของผู้ใช้บริการ และการเข้าถึงบริการที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

นอกจากนี้ทำการถอดบทความจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและหัวหน้างาน เพื่อใช้อธิบายเรื่ององค์ประกอบระบบสุขภาพของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะของผู้ใช้บริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ใช้บริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทย จำนวน 730 คน ร้อยละ 80.7 พักอาศัยอยู่ในอำเภอเดียวกับที่ตั้งของโรงพยาบาล เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.6 มีอายุระหว่าง 20-91 ปี อายุเฉลี่ย 52 ปี (SD 13.9 ปี) โดยเป็นผู้ที่มีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 31.4 รองลงมา 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 28.5 ผู้ใช้บริการมีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันร้อยละ 71.5 จบการศึกษาในระดับอนุปริญญาขึ้นไปร้อยละ 47.4

รองลงมาเป็นไม่ได้เรียนและระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.6 ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/เกษียณ ร้อยละ 38.5 รองลงมาอาชีพเกษตรกรและค้าขายร้อยละ 27.8 ผู้ใช้บริการมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 0-15,000 บาท ร้อยละ 56.6 และรายได้มากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 43.4 มีสิทธิในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 98.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและความพึงพอใจต่อการบริการโดยรวม

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	ความพึงพอใจต่อการบริการ		p-value
			ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	
ที่พักอาศัย	730	100.0			0.127
อำเภอเดียวกับโรงพยาบาล	589	80.7	2.94	0.12	
อำเภออื่นในจังหวัดเดียวกัน	95	13.0	2.93	0.13	
จังหวัดอื่น	46	6.3	2.92	0.12	
เพศ					0.679
ชาย	229	31.4	2.94	0.13	
หญิง	501	68.6	2.94	0.12	
อายุ (ปี)					0.274
น้อยกว่า 40	148	20.3	2.93	0.13	

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและความพึงพอใจต่อบริการโดยรวม (ต่อ)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	ความพึงพอใจต่อบริการ		p-value
			ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	
40-49	145	19.9	2.92	0.15	0.685
50-59	229	31.4	2.94	0.12	
60 ขึ้นไป	208	28.5	2.95	0.11	
เฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	51.6 $\pm$ 13.9				
ต่ำสุด-สูงสุด	20-91				
สถานภาพสมรส					0.039
โสด	104	14.2	2.93	0.13	
มีคู่และอยู่ด้วยกัน	522	71.5	2.94	0.12	
หย่า/หม้าย/มีคู่แต่แยกกันอยู่	104	14.3	2.93	0.14	
การศึกษาสูงสุด					
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	209	28.6	2.95	0.13	0.440
มัธยมต้น/มัธยมปลาย/ปวช.	175	24.0	2.94	0.11	
อนุปริญญา/ปวส./ปศ.สูง/ปริญญาตรีขึ้นไป	346	47.4	2.93	0.13	
อาชีพ					
ไม่มีอาชีพ/นักเรียน/นักศึกษา	102	14.0	2.94	0.12	
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/เกษียณ	281	38.5	2.94	0.12	0.345
พนักงานบริษัท/ห้างร้าน/รับจ้าง/ลูกจ้างรัฐ	84	11.5	2.95	0.13	
ค้าขาย/เกษตรกร/ทำนา/ทำสวน/ทำไร่	203	27.8	2.95	0.11	
อื่นๆ	60	8.2	2.90	0.17	
รายได้โดยเฉลี่ย(บาทต่อเดือน)					
0 – 15,000	413	56.6	2.94	0.12	0.345
มากกว่า 15,000	317	43.4	2.94	0.12	
มีสิทธิในการรักษาพยาบาล					
ไม่มี	9	1.2	2.94	0.12	
มี	721	98.8	2.94	0.12	

p-value โดย Kruskal Wallis Test

2. การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อบริการ

จากผู้ให้บริการทั้งสิ้นจำนวน 730 คน ร้อยละ 80.7 ใช้เวลาในการเดินทางถึงโรงพยาบาลภายใน 30 นาที มีค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางอยู่ระหว่าง 0-50 บาท ร้อยละ 67.8 มีความสะดวก

มากในการเดินทางมารับบริการร้อยละ 79.5 ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่ตรงกับความต้องการทุกครั้ง ร้อยละ 89.7 โดยคุณภาพของบริการที่ได้รับเหมือนกันทุกครั้งไม่ว่าจะมาใช้บริการเวลาใดก็ตามร้อยละ 90.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทยและความพึงพอใจต่อบริการโดยรวม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย ความพึงพอใจต่อบริการ

การเข้าถึงบริการ	จำนวน 730	ร้อยละ 100.0	ความพึงพอใจต่อบริการ		p-value
			ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย	
ระยะเวลาในการเดินทางมายังโรงพยาบาล					0.001
ภายในครึ่งชั่วโมง	589	80.7	2.95	0.11	
31-60 นาที	104	14.2	2.90	0.16	
มากกว่า 1 ชั่วโมง	37	5.0	2.89	0.16	
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาใช้บริการในครั้งนี้(บาท)					0.002
0-50	495	67.8	2.95	0.11	
51-100	120	16.5	2.94	0.14	
101-500	104	14.2	2.90	0.16	
มากกว่า 500	11	1.5	2.91	0.14	
ความสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการ					< 0.001
สะดวกมาก	580	79.5	2.95	0.11	
สะดวกปานกลาง	139	19.0	2.90	0.17	
สะดวกน้อย/ไม่สะดวก	11	1.5	2.90	0.11	
การได้ใช้บริการตรงกับความต้องการ					< 0.001
ทุกครั้ง	655	89.7	2.95	0.11	
เกือบทุกครั้ง	64	8.8	2.88	0.20	
บางครั้ง	11	1.5	2.70	0.25	
คุณภาพบริการแพทย์แผนไทยที่ได้รับเหมือนกัน					< 0.001
ทุกครั้ง	661	90.5	2.95	0.11	
เกือบทุกครั้ง	59	8.1	2.88	0.16	
บางครั้ง	10	1.4	2.61	0.35	

p-value โดย Kruskal Wallis Test

คุณภาพบริการตามการรับรู้ในการศึกษานี้ คือ ความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาล การแพทย์แผนไทย โดยรวมทุกมิติของการ ประเมินความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการตรวจ วินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทย มีระดับความพึงพอใจ ต่อบริการอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 97.4 พึงพอใจ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 2.5 และพึงพอใจใน ระดับต่ำร้อยละ 0.1 โดยมีระดับความพึงพอใจสูง

ต่อบุคลากรที่ให้บริการมากที่สุดร้อยละ 98.1 รองลงมาเป็นบริการที่ห้องยา และการต้อนรับและ ชักประวัติ ร้อยละ 94.7 และ 93.8 ตามลำดับ และ เมื่อพิจารณาในส่วนของระดับความพึงพอใจกลาง และต่ำ พบว่ามีระดับความพึงพอใจทั้งกลางและ ต่ำต่อห้องน้ำห้องส้วมมากที่สุด ร้อยละ 9.3 และ 7.5 รองลงมาเป็นสถานที่นั่งคอยร้อยละ 6.8 และ 2.3 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทยโดยรวม 730 คน

การใช้บริการตรวจวินิจฉัย และจ่ายยาแผนไทย	ระดับความพึงพอใจ					
	ระดับต่ำ		ระดับกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การใช้บริการโดยรวม	1	0.1	18	2.5	711	97.4
• การต้อนรับและซักประวัติ	8	1.1	37	5.1	685	93.8
• สถานที่นั่งคอย	17	2.3	50	6.8	663	90.8
• ห้องน้ำ ห้องส้วม	55	7.5	68	9.3	607	83.2
• บุคลากร	6	0.8	8	1.1	716	98.1
• การบริการห้องยา	6	0.8	33	4.5	691	94.7

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ

3.1 จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจโดยรวม ต่อการใช้บริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทยกับคุณลักษณะของผู้ใช้บริการ พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทยที่แตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะของผู้ใช้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การศึกษา โดยความพึงพอใจต่อบริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทยโดยรวมของผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะต่ำกว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับน้อยกว่า ดังตารางที่ 1

3.2 จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้บริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาแผนไทยกับการเข้าถึงบริการ พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการที่ต่างกัน เมื่อจำแนกตามปัจจัยการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สะดวกในการเดินทางมาใช้บริการ บริการตรงกับความต้องการ และคุณภาพบริการ ดังตารางที่ 2 โดยพบว่า ความพึงพอใจต่อบริการโดยรวมจะลด

ลงเมื่อผู้ใช้บริการใช้เวลาในการเดินทางไปโรงพยาบาลนานขึ้น ความพึงพอใจโดยรวมจะลดลงเมื่อต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่สูงขึ้น ความพึงพอใจต่อบริการโดยรวมจะสูงขึ้นเมื่อมีความสะดวกในการเดินทางมากขึ้น ความพึงพอใจต่อบริการโดยรวมจะสูงเมื่อบริการที่ได้รับตรงกับความต้องการทุกครั้ง และความพึงพอใจต่อบริการโดยรวมจะสูงเมื่อคุณภาพบริการมี ความสม่ำเสมอ ดังตารางที่ 2

4. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบระบบบริการสุขภาพ 6 องค์ประกอบ กับคุณภาพบริการการแพทย์แผนไทย และการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทย ของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้างานการแพทย์แผนไทย

1. รูปแบบบริการ การจัดบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยทั้ง 12 แห่ง เป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้ง 4 มิติ ประกอบด้วย การป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ มีการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) และการทำงานเชิงรุกในชุมชน ในส่วนของผู้ป่วยนอก บริการที่จัด ได้แก่

การตรวจวินิจฉัย จ่ายยา แนวแผนไทย อบสมุนไพรร ปรคอบสมุนไพรร ทบหม้อเกลือ พอกยา ฯลฯ มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติรองรับการจัดบริการ เกือบทุกแห่งมีการปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างแพทย์แผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบันในการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา มีการบูรณาการรักษาร่วมกัน ในส่วนของผู้ป่วยใน ทุกแห่งมีการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมดูแลผู้ป่วยใน เป็นในลักษณะของการร่วมดูแลที่หอผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่ยังไม่มีหอผู้ป่วยที่เป็นของแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะ มีทั้งให้การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นหลัก และให้การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การดูแลมารดาหลังคลอด การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งบางแห่งมีการบูรณาการรักษาร่วมกันได้อย่างชัดเจน การทำงานเชิงรุกในชุมชน มีทั้งการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัว (family care team) และการเยี่ยมบ้านเฉพาะแพทย์แผนไทยอย่างเดียวในการติดตามการรักษา ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ

การจัดบริการที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งการป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ มีการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) และการทำงานเชิงรุก และมีกิจกรรมบริการที่มีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้ผู้ใช้บริการสามารถเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย มีความพึงพอใจต่องานบริการทุกๆ ด้านอยู่ในระดับสูง ทั้งในด้านการดูแลรักษา สถานที่ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก การให้บริการของเจ้าหน้าที่ ตลอดจนการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ

2. กำลังคนด้านสุขภาพ บุคลากรที่

เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย แพทย์พยาบาล หมอพื้นบ้าน เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข โดยมีแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นบุคลากรหลักในการดำเนินงานทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัย สั่งการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ทั้งด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ฝังเข็มไทย และการนวดแผนไทย ส่วนใหญ่มีไม่ต่ำกว่า 3 คน และมีผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยแพทย์แผนไทยและให้บริการนวด จำนวนผู้ช่วยแพทย์แผนไทยของแต่ละโรงพยาบาลมีไม่เท่ากันแล้วแต่ปริมาณงานและการบริหารจัดการ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่อยู่ในโรงพยาบาลจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง เป็นอย่างต่ำ

บุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้บริการเลือกใช้บริการ โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดหาบุคลากรในการให้บริการให้มีความเหมาะสมและเพียงพอกับการจัดบริการ เป็นปัจจัยให้ผู้ใช้บริการเลือกมารับบริการอีกปัจจัยหนึ่ง ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจสูงในทุกๆ ด้านของบุคลากร ได้แก่ มีบุคลากรทางด้านการแพทย์แผนไทยให้บริการอย่างพอเพียง ใส่ใจต่อปัญหาผู้มาใช้บริการให้บริการด้วยความเต็มใจ มีความเอื้ออาทรต่อผู้มาใช้บริการ มีบุคลากรของโรงพยาบาลคอยให้บริการตลอดเวลาที่ไปใช้บริการ แพทย์แผนไทยมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการตรวจและวินิจฉัยอาการของผู้มาใช้บริการ และบุคลากรแพทย์แผนไทยมีความสามารถในการดูแลรักษาและให้คำปรึกษา

3. เทคโนโลยีทางการแพทย์

เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สำคัญ คือ ยาแผนไทย/สมุนไพร อุปกรณ์ เครื่องมือ สำหรับจัดบริการในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ยาแผนไทย/สมุนไพรที่ใช้มีทั้งที่เป็นยาเดี่ยว ยาตำรับ และยาปรุงเฉพาะราย ยาสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาสมุนไพรที่ผลิตตามตำรับของโรงพยาบาล ยาสมุนไพรที่เป็นยาสามัญประจำบ้าน แผนโบราณที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาสมุนไพรที่ผลิตตามตำรับในคัมภีร์ตำราการแพทย์แผนไทย และยาสมุนไพรที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีแหล่งที่มาคือ ผลิตใช้เอง ซื้อจากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนที่ผ่านมาตรฐาน GMP และในขณะเดียวกันยังต้องจัดหาเพื่อสนับสนุนให้กับรพ.สต.ที่เป็นหน่วยงานลูกข่ายด้วย มีการนำยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน และใช้ยา first line drug ได้แก่ ฟาโตะลายโจร และขมิ้นชัน

การใช้ยาแผนไทย/ยาสมุนไพร เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพ ทุกโรงพยาบาลมีการจัดหาแผนไทย/ยาสมุนไพรรองรับการบริการ ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ มีผู้ใช้บริการที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลหรือต่างจังหวัดเมื่อรับทราบก็มารับบริการ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจสูงในทุกๆ ด้านของบริการที่ห้องยา ทั้งในเรื่องการได้รับยาที่มีการบรรจุซอง มีฉลากระบุชื่อผู้ใช้บริการ ชื่อยา วิธีการกินยา วันหมดอายุ ที่ชัดเจน ยาสมุนไพรที่ได้รับในการรักษาทำให้อาการดีขึ้น และระยะเวลาในการรอรับยาไม่นาน

4. ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยทุกแห่งมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการโดยใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลเดียวกันทั้งโรงพยาบาล ซึ่งโปรแกรมหลักที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรม Hos-XP ยกเว้นโรงพยาบาลพระปกเกล้าและโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ใช้

โปรแกรมของโรงพยาบาลเอง ทุกแห่งส่งข้อมูลเข้าฐานข้อมูล 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข และมีการใช้รหัสมาตรฐาน ICD 10 TM ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการบันทึกข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลที่ได้อยู่บนฐานเดียวกันทั่วประเทศ ผู้ใช้บริการได้รับทราบข่าวสารของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลจากบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาล จากการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลเวลามาใช้บริการ จากญาติหรือเพื่อน/เพื่อนบ้าน เป็นส่วนใหญ่ และนอกจากนี้ยังมีการรับทราบข่าวสารจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เว็บไซต์ต่างๆ ทำให้รับทราบข้อมูลและเลือกใช้บริการได้

5. การเงินการคลัง งบประมาณหลักที่ใช้ในการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยของทุกแห่งเป็นงบประมาณของโรงพยาบาล งบประมาณจากเหมาจ่ายรายหัวของ สปสช. งบสนับสนุนจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และนอกจากนี้ยังมีแหล่งงบประมาณอื่นๆ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตบริการสุขภาพ และเงินบริจาคในส่วนของงบสปสช. นอกจากค่าเหมาจ่ายรายหัวประชากรแล้วยังมีเงินสมทบเพิ่มเติม (on top) จากกองทุนแพทย์แผนไทยเพิ่มเติมด้วย

งบประมาณที่สนับสนุนการดำเนินงานแพทย์แผนไทยได้มาจากหลายหน่วยงาน ทำให้สามารถจัดบริการเพื่อรองรับความต้องการของผู้ใช้บริการได้ เกิดความพึงพอใจต่อการมารับบริการ จากการบอกเล่าของผู้ใช้บริการ “ดีอยู่แล้ว ดีทุกอย่างเลย เจ้าหน้าที่ดี สถานที่ก็ดี บริการดี ดีไปหมดทุกอย่าง มาอีกแน่นอน”

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล มีนโยบายการดำเนินงานโรงพยาบาลการแพทย์

แผนไทยอย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ดำเนินการสอดคล้องตามนโยบายตั้งแต่ต้นนโยบายระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม ระดับเขต ตลอดจนระดับจังหวัด และนโยบายของโรงพยาบาลเอง มีการออกแบบโครงสร้างและบทบาทหน้าที่การดำเนินงาน จัดตั้งเป็นกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยมีหัวหน้ากลุ่มงานและอัตรากำลังรองรับ มีการจัดทำแผนงานด้วยการมีส่วนร่วม ใช้ระบบธรรมาภิบาลในการทำงาน ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลในการดำเนินงานและตัดสินใจ มีการควบคุม กำกับ ติดตามให้มีความถูกต้อง โปร่งใส ตรวจสอบได้

การที่ผู้บริหารมีภาวะผู้นำและใช้ธรรมาภิบาลในการทำงาน ทำให้งานการแพทย์แผนไทยเป็นที่รู้จัก และเกิดการยอมรับมากขึ้น มีโครงสร้างหน่วยงาน มีการจัดบริการที่ชัดเจน ได้รับการสนับสนุนในการทำงานทุก ๆ ด้าน ทั้งในส่วนของงบประมาณ บุคลากร และการดำเนินการต่าง ๆ อีกทั้งยังมีการสนับสนุนเครือข่ายในการดำเนินงาน เช่น ยาแผนไทย อุปกรณ์ต่าง ๆ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

วิจารณ์

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยได้ โดยมีที่พักอาศัยอยู่ใกล้กับโรงพยาบาล การเดินทางสะดวก ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่สูง สามารถไปใช้บริการในเวลาที่เหมาะสม ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลได้ โดยบริการที่ได้รับสามารถตอบสนองความต้องการได้และมีความสม่ำเสมอของคุณภาพบริการที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา ยรรยงค์⁸ พบว่าเหตุผลที่มาใช้บริการ

แพทย์แผนไทยเพราะว่าใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ⁹ พบว่าเหตุผลความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการมาจากค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ระยะทางไกลบ้าน และในขณะเดียวกันมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการระดับสูงในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านการต้อนรับ และซักประวัติ สถานที่นั่งคอย ห้องน้ำห้องส้วม บุคลากร และการให้บริการ แต่เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดแล้วพบว่ายังมีบางประเด็นที่ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่ำที่สุดคือในส่วนของห้องน้ำห้องส้วม เนื่องจากเป็นการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมีส่วนในการใช้สูง ซึ่งเป็นเรื่องของโครงสร้างที่ไม่ควรมองข้าม และควรเร่งดำเนินการปรับปรุงเพื่อความเหมาะสมและปลอดภัยของผู้มาใช้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของปณิดา อลงกรณ์ศรี¹⁰ ที่พบว่าพึงพอใจต่อความสะอาดและความเหมาะสมของห้องน้ำต่ำกว่าข้ออื่นๆ อาจเกิดจากการที่ห้องน้ำมีพื้นที่จำกัด ผู้ใช้บริการจึงรู้สึกไม่ค่อยสบายนัก

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยในการดำเนินงานตามองค์ประกอบระบบสุขภาพ ที่จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้บริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยมีคุณภาพ และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้นั้น รูปแบบบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยควรมีทั้งการป้องกันโรค การรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเชิงรุกในชุมชน มีการจัดบริการที่ครอบคลุมความต้องการ และมีความสะดวกในการเข้าใช้บริการ เช่น รูปแบบ one stop service โดยบุคลากรที่สำคัญในการดำเนินงานคือ แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ควรมีจำนวนที่พอเพียงต่อภาระงาน ทั้งงานบริการ

บริหาร และวิชาการ ซึ่งตามกรอบอัตรากำลัง กำหนดไว้ที่อัตรา 8-10 คน แต่จากการศึกษา ยังไม่พบโรงพยาบาลที่มีแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ครบตามจำนวนขั้นต่ำ และที่สำคัญ ควรมีการพัฒนาศักยภาพของแพทย์แผนไทยให้มีความรู้ความสามารถ เพิ่มพูนทักษะ และประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถให้บริการ ที่มีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับ สอดคล้องกับ สิทธิโชค หายโสภ¹¹ ที่พบว่าปัจจัยด้านกำลังคน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานด้าน สุขภาพ ควรพัฒนาขีดความสามารถกำลังคนด้าน สุขภาพ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ ประสบการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ควรส่งเสริมให้แพทย์แผนไทย ทำการตรวจวินิจฉัยสั่งการรักษาได้หลากหลาย ตามบทบาทหน้าที่ ให้บริการได้ทั้งด้านเวชกรรม ไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย และการ นวดไทย และควรมีแพทย์แผนปัจจุบันร่วมดำเนินงานหรือเป็นที่ปรึกษาของงานแพทย์แผนไทย เพื่อให้สามารถเชื่อมโยง ลดช่องว่าง และสามารถ บูรณาการการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่าง การ แพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย สำหรับพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยจะต้อง มีความรู้พื้นฐานของการแพทย์แผนไทยเพื่อจะ สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลด ความผิดพลาดในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

โรงพยาบาลควรมียาแผนไทย/ยาสมุนไพร ที่เพียงพอต่อการให้บริการทั้งยาเดี่ยว ยาตำรับ และยาปรุงเฉพาะราย และควรเน้นการใช้ยาปรุง เฉพาะรายให้มากขึ้นตามศาสตร์ของการแพทย์ แผนไทย เพื่อเป็นเครื่องมือให้แพทย์แผนไทยใช้ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งในบางแห่งมีรายการยา สมุนไพรน้อยกว่าโรคของผู้ป่วยที่เข้ามารับการ

รักษา ทำให้แพทย์แผนไทยไม่ได้ใช้ศักยภาพที่ ตนเองมีในการดูแลผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันก็มี บางแห่งเน้นที่การใช้ยาตำรับหรือยาปรุงเฉพาะ รายในการรักษาผู้ป่วยเป็นหลัก มีรายการสมุนไพร มากกว่าร้อยละร้อยรายการ เพิ่มศักยภาพของบริการ แพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วย ช่วยสร้างการ ยอมรับจากสหวิชาชีพได้มากขึ้น

การบันทึกข้อมูลควรใช้ระบบเดียวกันทั้งโรง พยาบาล และควรทำข้อมูลให้เป็นข้อมูลปัจจุบัน ซึ่งจะช่วยให้สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการ วางแผนพัฒนาสนับสนุนหน่วยบริการทั้งในด้าน บริการ บริหาร วิชาการ และทรัพยากรต่าง ๆ ได้ อย่างเหมาะสม พัฒนาระบบบริการได้อย่างแท้จริง ทันท่วงทีต่อเหตุการณ์ และมีคุณภาพ ซึ่งจะช่วยให้หน่วย บริการสามารถจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่มี คุณภาพมาตรฐานให้กับประชาชน สอดคล้องกับ สุวิชา สังขพันธ์ จันทนา วังคะอ้อม และวุฒา สว่างสุภากุล¹² ที่พบว่าระบบสารสนเทศสามารถ ช่วยให้ผู้บริหารมีข้อมูลที่เป็นต่อการตัดสินใจ ช่วยในการบริหารจัดการของโรงพยาบาล โดย หน่วยงานสามารถตรวจสอบค่าใช้จ่าย ประสิทธิภาพ และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ สำหรับงบประมาณ ในการดำเนินการนอกจากจะใช้งบประมาณของ โรงพยาบาลตนเอง จากสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ หรือจากกรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในการดำเนินงานแล้ว ยัง สามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องของการ ส่ง เสริมและป้องกันสุขภาพ และจากเขตสุขภาพใน ส่วนของการพัฒนาบุคลากร จะช่วยเสริมให้งาน บริการมีคุณภาพมากขึ้นได้

ในส่วนของภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล นโยบายของผู้บริหารมีความสำคัญมากต่อการ

ดำเนินงาน โดยเฉพาะระดับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่จะช่วยผลักดันและสนับสนุนงานการแพทย์แผนไทย ซึ่งหลายแห่งงานการแพทย์แผนไทยขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล บางแห่งเป็นกลุ่มงานอยู่ภายใต้งานปฐมภูมิของโรงพยาบาลมีแพทย์เป็นหัวหน้างาน หรือที่ปรึกษา จะช่วยในส่วนของการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธีรยุทธ วงศ์ชัย และคณะ¹³ พบว่าพัฒนาการและอุปสรรคของงานการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐขึ้นกับนโยบายของผู้บริหาร ระบบสนับสนุนต่างๆ และบทบาทของบุคลากรที่กำกับดูแลงานแพทย์แผนไทย การมีโครงสร้างของหน่วยงานที่ชัดเจน มีการอบอัตรากำลังและสนับสนุนบุคลากรดำเนินงานที่เพียงพอจะช่วยให้งานบริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพได้ ควรมีการใช้ระบบธรรมาภิบาลในการทำงาน การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ จะทำให้เกิดการรักองค์กร และเห็นว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร นำมาซึ่งการร่วมมือร่วมใจในการพัฒนางานสามารถให้บริการประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับเรวดี โพธิ์กุดสัย และคณะ¹⁴ พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริการแพทย์แผนไทยคือการมีทีมนำเข้มแข็ง (leader) มาร่วมแรงอย่างจริงจัง (collaborative) จัดบริการให้ครบวงจรอย่างองค์รวม (holistic care) ส่งผลทำให้การพัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์แผนไทยดีขึ้น และควรให้เจ้าหน้าที่งานการแพทย์แผนไทยเป็นหนึ่งในคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลซึ่งจะช่วยเสนอปัญหา ชี้แจงทำความเข้าใจกับคณะกรรมการให้เข้าใจบริบทของงานการแพทย์แผนไทย และมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจ และที่สำคัญจะต้องมีการควบคุม กำกับติดตามการดำเนินงานให้มีความถูกต้อง โปร่งใส ตรวจสอบได้ จะช่วยทำให้งานการแพทย์แผนไทยมีคุณภาพและอยู่ในระบบบริการสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ ช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้อีกทางหนึ่ง

จากผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า การใช้องค์ประกอบระบบสุขภาพของ WHO มาวิเคราะห์การดำเนินงานจัดบริการการแพทย์แผนไทย จะทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานที่มีอยู่ ตลอดจนทราบส่วนขาดที่ต้องการเติมเต็ม จะทำให้สามารถวางแผนและพัฒนางานการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีทิศทางและมีประสิทธิภาพได้

เอกสารอ้างอิง

1. Patragard P, Limpananon J, Vittayanartpisan S, Auttasit R, S aowanee K, Kulsomboon S, ChanKate R, et al. Integrating Thai Traditional Medicine: Situation of Thai Traditional Medicine Service. 3rd ed. Bangkok: Faculty of Pharmacy, Chulalongkorn University; 2008.
2. National Health Security committee. Thai Traditional Medicine services. Nonthaburi: National Health Security Office; 2002.
3. National Health Security Office. National Health Security Fund Management Manual, Management of medical billing statements, Nonthaburi: National Health Security Office; 2015.
4. The National Health Commission office, Thailand. National health, 2009.

- Nonthaburi: The National Health Commission Office; 2009.
5. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland: WHO; 2010. 92 p.
 6. Boonsuya C. Population selection sample and sample size in research. 3rd ed. Bangkok: ANT office; 2011.
 7. Mahathanarat A. Thai traditional service quality in Thai traditional medicine center of Chantaburi province [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2007.
 8. Yunyong C. The behavior and satisfaction clients receiving Thai traditional medicine at Nakornthai Crown Prince hospital, Phitsanulok [dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University, 2009.
 9. Institute of geriatric medicine. Study and develop a model for accessing health services for the elderly in each service facility. Nonthaburi: Department of medical services, Ministry of Public health, 2013.
 10. Alongkornrasmee P. Customer satisfaction towards Thai traditional medicine service at Luangphopern hospital [dissertation]. Bangkok: Kasetsart University; 2010.
 11. Haisog S. Situation analysis of health implementation among subdistrict municipality, Phayao province [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2014.
 12. Sangkaphant S, Wangkaom J, Sawangsupakul W. Problem and needs of hospital information system (HIS) for management in Chaopraya Yomraj hospital, Supanburi. *Buddhachinaraj Med J* 2011; 28: 69-77.
 13. Wongchai T, Pumarin P, Inphum S, Watcharathanakij S, Wattanapityakul A. Role of Pharmacists and Health Personnel and Development Thai traditional medicine in the public hospital. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2013; 9:28.
 14. Photikudsai R, Turnbull N, Butsaenkom R. The development of quality standard of Thai traditional medicines service: A case study of Chomphra hospital, Chomphra District, Surin Province Thailand. *Mahasarakham Hospital Journal* 2015;12(3):105-14.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลพระปกเกล้า

กรรณิกา อำพนธ์ พย.ม., บัณฑิตา บุญโยประการ พย.บ., พัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ พย.ม.*

* กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ การได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า เริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้ากว่า 3 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย หรือให้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ครอบคลุมเชื้อภายในระยะเวลาที่เหมาะสม และการเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการของโรครุนแรง ทำให้เกิดอวัยวะล้มเหลวหลายระบบตามมา ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล, ศึกษาผลลัพธ์และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลพระปกเกล้า

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ก่อนพัฒนา ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตามกรอบแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) 8 ขั้นตอน และนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี และระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้าและพยาบาลวิชาชีพศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์

ทางการพยาบาล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS ผลการศึกษา: วิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 พบว่าขาดความเชื่อมโยงของทีมงานรักษาพยาบาลพยาบาลจบใหม่และประสบการณ์น้อย รายงานอาการแพทย์ไม่ทันเวลา มีผลทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้า ในระยะที่ 2 ทีมได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับรูปแบบการจัดการรายกรณีในระยะที่ 3 และในระยะที่ 4 มีการประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนาประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาภายใน 6 ชั่วโมง อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงและอัตราผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ≥ 65 มิลลิเมตรปรอทเพิ่มขึ้น 2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า อัตราความสำเร็จในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดย้อยละ 87.5 พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 84.84 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการประเมินและรายงานแพทย์ทันเวลา ร้อยละ 97.5 และ 3) พยาบาลวิชาชีพพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.80$, $SD=0.62$)

สรุป : การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับรูปแบบการจัดการรายกรณีในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับคัดกรองวินิจฉัยและได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็ว เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ผลลัพธ์การดูแล; แนวปฏิบัติการพยาบาล; ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

Original article

The Outcomes of the Development of the Patients with Septicemia, Prapokklao Hospital

Kannika Amphon M.N.S , Chachayapa Bunyoprakarn B.N.S.,

Patcharin Sinkincharoen M.N.S.*

* Prapokklao hospital

Abstract

Background: The main cause of death in patients with septicemia such as the late to diagnosis, starting antibiotic treatment late to more than 3 hours after diagnosis or receive to antibiotics not covering for infections and admitted in the hospital when the symptoms had more severity. Therefore, the multiple organ failure occurred, then mortality rate in patients with septicemia increased.

Objectives: To develop the nursing practice guideline, determine the outcomes of caring and the satisfaction of registered nurses for the patients with septicemia in Prapokklao hospital.

Materials and method: This research and development composed of 4 phases as follows: situation analysis in phase 1, development of the nursing practice guideline for caring of the patients with septicemia following 8 steps of the methods outlined by the Australian National Health and Medical Research (NHMRC,1999) in phase 2, implement of nursing practice guideline by using case management model in phase 3 and outcome evaluation, the sample was 80 septicemia patients and 99 registered nurses in phase 4. The study was conducted during October 2014-July 2016. The data were collected using the patient record form, the evaluation of practice form and the satisfaction with nursing guideline

questionnaire. The data were analyzed using frequency, percentage, and the analysis of measured clinical outcomes and nursing outcomes in computer program SPSS.

Results: The results were presented in four phases. Three key issues found in Phase I were a lack of nursing care team collaboration, nurses who were newly graduates and low caring experience, and delayed sign and symptom reports leading to delayed treatment for patients with septicemia. For the evaluation phase, the outcomes of the nursing practice guideline were measured in two parts including the clinical outcomes and nursing outcomes. For the clinical outcomes, the results revealed that the increased rates of patients with septicemia receiving the treatment within six hours, receiving the treatment within an hour, and having the Mean Arterial Blood Pressure ≥ 65 mmHg were found. In terms of nursing outcomes, the results revealed that the early warning sign screening was 87.50 percent

Conclusion: The development of care by using nursing practice guideline along with case management will be helpful for assessment, diagnosis and rapid healing to improve both clinical and nursing outcomes.

Key words: outcome of care, nursing practice guideline, patients with septicemia

บทนำ

สาเหตุการเสียชีวิตในสหรัฐอเมริกาใน 10 อันดับแรก คือ การเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พบความชุกของภาวะติดเชื้อ 750,000 รายต่อปี มีการติดเชื้อรุนแรงร้อยละ 30-50 และพบผู้ป่วยช็อกร่วมกับการทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลวร้อยละ 80-90 และอีกประมาณร้อยละ 70 ที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยหนัก¹ และในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 75-150 รายต่อแสนประชากรหรือมากกว่า 5,000-10,000 รายต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 62-73.90² จากสถิติโรงพยาบาลพระปกเกล้า พ.ศ.2556-2557 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือดยุทธศาสตร์ ร้อยละ 49.16 และ 50.24 โดยมีผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 49.55 และ 51.08 เมื่อนำเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พ.ศ. 2558 ที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า มาทบทวนจำนวน 30 ราย พบว่าแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และรูปแบบ/แผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ชัดเจน ส่งผลทำให้เกิดความล่าช้าในการประเมิน ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ทันเวลา มีโอกาสเกิดภาวะสำคัญล้มเหลว และมีอัตราการตายสูง ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี คาดว่าจะสามารถพัฒนาผลลัพธ์การดูแลที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

แนวปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง เอกสารที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการ

ดูแล รักษา และส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค และเกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปกป้องคุ้มครองผู้ให้และผู้รับบริการทางการแพทย์³ และการจัดการรายกรณี เป็นการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการจัดการ ประสานงานบริการ และให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือเพื่อใช้ในการประสานความร่วมมือกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิต และเกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยรายโรคกลุ่มเป้าหมายชัดเจน⁴ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การนำแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ใน 6 ชั่วโมงแรก ที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีกิจกรรม 8 ประการไปใช้ร่วมกับการจัดรูปแบบการจัดการรายกรณี ผสมผสานการจัดอัตรากำลัง การปรับบทบาทหน้าที่ และการมอบหมายงาน ผลการประเมินที่ได้ คือ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวเมื่อครบ 24 ชั่วโมง ต่ำกว่าก่อนพัฒนาระบบ ($p=0.033$) และกลุ่มผู้ป่วยหลังการพัฒนามีสัดส่วนพ้นจากภาวะช็อก จากอาการของ severe sepsis ได้ทันเวลาและ สัดส่วนการได้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยก่อนพัฒนาระบบ ($p=0.001$, $p=0.004$, $p=0.010$ ตามลำดับ) และมีสัดส่วนการเสียชีวิตน้อยกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาระบบ ($p=0.004$) โดยพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูง ($\bar{X}=8.45$, $SD=1.72$)⁵ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการ

จัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดต่อจำนวนวันนอน และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการรายกรณี และความพึงพอใจในบริการพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยมีวันนอนเฉลี่ย 2.94 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติมีค่าเฉลี่ยวันนอน 5.94 ส่วนความพึงพอใจในระดับมากที่สุด⁶ และผลการศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยติดเชื้อมีผลลดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้การนำพยาบาลรายกรณีมาเป็นแกนหลักในการพัฒนาคุณภาพการจัดการผู้ป่วยติดเชื้อ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามเกณฑ์ภายใน 6 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 21.16 เป็น 71.14 รวมทั้งระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 32.15 เป็น 19.24⁷

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวางแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีผลลด โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือร่วมกับแนวทางการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีผลลด เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีในผู้ป่วยติดเชื้อมีผลลดและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

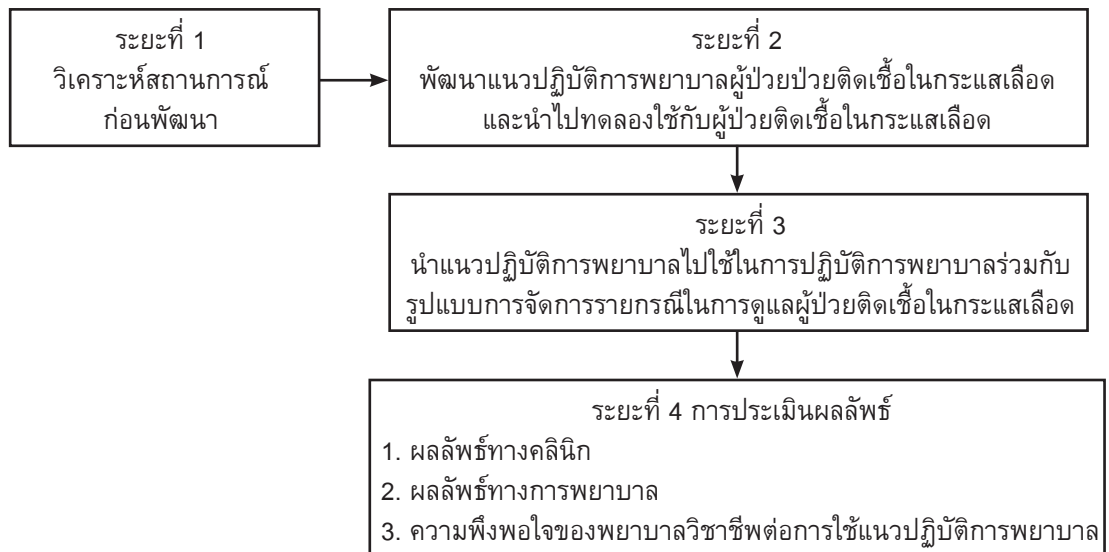
1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีผลลด
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีผลลดใน

โรงพยาบาลพระปกเกล้า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีผลลด โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี (case management)

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีผลลด

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีผลลดในโรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนจากสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Counsel: NHMRC, 1999)⁸ 8 ขั้นตอน แล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ร่วมกับรูปแบบการจัดการรายกรณี และติดตามประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีผลลด โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยดังนี้



สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ทำให้ผลลัพธ์ทางด้านคลินิกและผลลัพธ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลพระปกเกล้าดีขึ้น

2. พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมากขึ้นไป

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า ส่วนประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้าโดยกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ก่อนพัฒนา ด้วยการศึกษจากจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาจำนวน 59 ราย โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือด

และที่เสียชีวิตหลังรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตามกรอบแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) 8 ขั้นตอน และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 30 ราย คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแรกรับจากแพทย์ว่าติดเชื้อในกระแสเลือด และคัดออกในรายที่เปลี่ยนการวินิจฉัยว่าไม่ใช่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้การจัดการรายกรณีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 80 ราย คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแรกรับจากแพทย์ว่า ติดเชื้อในกระแสเลือด และคัดออกในรายที่เปลี่ยนการวินิจฉัยว่าไม่ใช่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจำนวน 80 รายคัด

เลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแแรกับจากแพทย์ว่าติดเชื้อในกระแสเลือด และคัดออกในรายที่เปลี่ยนการวินิจฉัยว่าไม่ใช่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 99 คนคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนจากสภานิติบัญญัติทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลียจำนวน 12 ขั้นตอน เหลือ 8 ขั้นตอน มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 3 เรื่อง คือ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (CNPG-Sepsis-01) 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดภายในหอผู้ป่วย (CNPG-Sepsis-2) และ 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (CNPG-Sepsis-03) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลพระปกเกล้าทั้ง 3 เรื่อง มีขั้นตอนการจัดทำขึ้นโดย การกำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด กำหนดทีมเพื่อเป็นแกนนำในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2559 ซึ่งมีการกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีผลลัพธ์ทางคลินิก 3 ข้อ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล 3 ข้อ และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งหลังการสืบค้นงานวิจัยและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามหลักการแบ่งระดับหลักฐานเชิง

ประจักษ์ พบว่าสามารถเลือกผลงานวิจัยได้ทั้งหมด 9 เรื่องจาก 15 เรื่อง แล้วนำมาขยายกรอบแนวปฏิบัติการพยาบาล ด้วยการประชุมกลุ่ม ประชาพิจารณาร่างแนวปฏิบัติ การขอความคิดเห็น และจัดทำรูปแบบการประเมินผล ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความเที่ยงจากผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปสู่การทดลองใช้ ด้วยการประชาสัมพันธ์ และจัดประชุมเพื่อทำความเข้าใจ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีปฏิบัติตามข้อเสนอแนะต่างๆ ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 10 ราย เพื่อดูความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ และนำผลมาประเมินเพื่อปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และนำลงทดลองใช้ในการปฏิบัติกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 30 ราย และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้สมบูรณ์เพื่อก่อนนำไปลงปฏิบัติจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามตัวชี้วัดผลลัพธ์ ประกอบด้วย ชื่อนามสกุล เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัน เวลาที่เข้ารับการรักษา ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเฉลี่ย วันที่เวลาที่รับยาปฏิชีวนะ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา การประเมินภาวะแทรกซ้อน และการจัดการวัน เวลาที่จำหน่าย

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในโรงพยาบาลพระ

ปกเกล้า เป็นแบบประเมินมาตราส่วนเรียงอันดับ 5 ระดับ มีจำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 หัวข้อ หัวข้อละ 6 ข้อคำถาม เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 เรื่อง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามนี้ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ จำนวน 30 คน ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา 0.85 และมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.97

2.3 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีในกระแสเลือดในโรงพยาบาลพระปกเกล้าของพยาบาลที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้จัดการรายกรณี ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ด้านความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II)⁹ ผู้วิจัยปรับปรุงตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอีกครั้ง ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล จากการเก็บข้อมูลพบว่าคะแนนแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีในกระแสเลือดในโรงพยาบาลพระปกเกล้าทั้ง 6 หมวด และทุกรายหัวข้อ มากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไป โดยมีค่าเฉลี่ย 85.71

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินงานวิจัย เป็น 4 ระยะ ดังนี้ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ก่อนพัฒนา ระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2558 ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีในกระแสเลือด ตามกรอบแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีในกระแสเลือด โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี และระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ ระหว่าง เดือนเมษายน-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการจัดกลุ่มเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีในกระแสเลือด โดยใช้สถิติ ร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีในกระแสเลือด พบว่า โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 755 เตียง มีบริการผู้ป่วยครอบคลุมทุกสาขา ทั้งในจังหวัด และเครือข่ายบริการ ปี พ.ศ. 2557-2559 มีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 82.70 แต่จำนวนผู้ป่วยอายุรกรรมซึ่งมีจำนวนเตียงรองรับได้จำนวน 170 เตียง แต่มีอัตราการครองเตียงเฉลี่ย 3 ปีซ้อน หลังร้อยละ 113.52 และจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อมีในกระแสเลือดที่เสียชีวิตเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 30 ราย พบประเด็นปัญหา คือ 1) ทีมการรักษาพยาบาล ไม่มีการเชื่อมโยงแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานในทีมสุขภาพ เกิดความ

ล่าช้าในการแก้ไขปัญหา 2) ระบบบริการผู้ป่วย การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ขาดการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด 3) การปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ศักยภาพของบุคลากรในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีไม่เพียงพอ เนื่องจากร้อยละ 45.5 เป็นพยาบาลจบใหม่และประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี ส่งผลให้การคัดกรองผู้ป่วยไม่ครอบคลุม และรายงานอาการแพทย์ไม่ทันเวลา (ในระยะ 6 ชั่วโมงแรก) และผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 69.4 จากข้อมูลดังกล่าวได้นำมาวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจในสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลพระปกเกล้า และระบุปัญหา ก่อนเริ่มพัฒนา ด้วยการวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันของทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติใน 4 หอผู้ป่วยหลักที่เกี่ยวข้อง กำหนดบทบาทให้มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี (case manager) และมอบหมายงานให้ติดตามนิเทศผลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน ด้วยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบการบำบัดตามเป้าหมายตั้งแต่แรกเริ่ม (early goal directed therapy: EGDT) และระบบการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (surviving sepsis campaign: SCC)¹⁰

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยดำเนินงานตามวงจรของการพัฒนา

ประกอบด้วยการวางแผน ลงมือปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติ

2.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พัฒนาจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูล PubMed, Medline Plus, CINAHL และ EBSCO และคัดเลือกตามการแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวข้องกับประเด็นการศึกษา เป็นงานวิจัยระดับที่ 1 จำนวน 1 เรื่อง (Amy P.Fisher.2014) ระดับที่ 4 จำนวน 6 เรื่อง (Ferrer R. et al.2008; Pierre Asfer,et al.2014; Sandra L.Peake,et al.2014; Donald M.Yealy et al.2014; อาภรณ์ นิยมพฤษและคณะ.2012; สุตจิต เผ่าไทย.2013) งานวิจัยระดับที่ 5 จำนวน 2 เรื่อง (G.C.Khilnani and Vijay Hadda. 2008; Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Parker MM, Jaeschke R, Reinhart K,et al.2008;) นำงานวิจัยทั้งหมดมาวิเคราะห์และสกัดสาระสำคัญ สรุปได้ประเด็นหลักๆ คือ การประเมินและคัดกรองผู้ป่วย ประกอบด้วย การสืบค้นแหล่งติดเชื้อ การประเมินอาการและอาการแสดงตาม SIRS การติดตามและประเมินอาการก่อนการส่งต่อผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้สารน้ำ และการให้ยาปฏิชีวนะภายในระยะเวลาที่กำหนด การประเมินแรกเริ่มและการรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องและการเตรียมความพร้อมเพื่อจำหน่ายอย่างปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน และนำมาร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 3 เรื่อง ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (CNPG-Sepsis-01) ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 หัวข้อ คือ 1) การคัดกรองผู้ป่วยเมื่อ

ชักประวัติสงสัยมีการติดเชื้อ มี SIRS มากกว่า 2 ข้อ 2) การประเมินสภาวะผู้ป่วย การรู้สติ สัญญาณชีพ ปริมาณออกซิเจนจากการวัด sPO_2 และปริมาณปัสสาวะ 3) การรายงานแพทย์หลังตรวจพบว่าค่า MAP ≤ 65 mmHg 4) การรักษาพยาบาลก่อนส่งต่อเข้ารับการรักษภายในโรงพยาบาล 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดภายในหอผู้ป่วย (CNPG-Sepsis-02) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและการรักษาพยาบาลที่ควรได้รับ 2) การเตรียมเพื่อช่วยแพทย์ในการทำหัตถการสำคัญ 3) การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมในการรักษาผู้ป่วย 4) การเตรียมและใช้เครื่องมือพิเศษ 5) การเฝ้าระวังการทำงานของไต 6) การประเมินและเฝ้าระวังติดตามอาการผิดปกติทุกระบบอย่างต่อเนื่อง และ 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (CNPG-Sepsis-03) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย 2) ประเมินความพร้อมการช่วยเหลือตนเอง และสภาพการรับรู้สติของผู้ป่วย 3) การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการอย่างต่อเนื่องและวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัวก่อนการจำหน่าย

2.2 เตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยการจัดอบรมเสริมความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ และการรักษาผู้ป่วยแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้กับพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 1 และ 2 และหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับการประชุมวิชาการประจำปี 2559

สาขาอายุรกรรม และจัดทีมที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การระบุ คัดแยกผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และสนับสนุนการรับการอบรมพยาบาลเฉพาะทางในสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่

2.3 เตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดยจัดให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 1 และ 2 และหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยการคัดเลือกกำหนดคุณสมบัติและบทบาทหน้าที่พยาบาลพยาบาลผู้จัดการรายกรณี พร้อมทั้งพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

2.4 นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำเสนอในที่มนำบริการผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของแพทย์ โดยประสานความร่วมมือกับแนวคำสั่งการรักษาของแพทย์

2.5 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 2 วงรอบๆ ละ 5 คน ประเมินผลลัพธ์ในวงรอบที่ 1 พบว่า มีการปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (CNPG-Sepsis-01) โดยรวมร้อยละ 65 และกิจกรรมที่พบร้อยละ 50 คือ การรายงานแพทย์หลังตรวจพบว่าค่า MAP ≤ 65 mmHg แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดภายในหอผู้ป่วย (CNPG-Sepsis-02) การปฏิบัติโดยรวมต่อผู้ป่วยร้อยละ 65 และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (CNPG-Sepsis-03) เท่ากับร้อยละ 50 จึงได้

ดำเนินการปรับปรุงวิธีการระบบการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลและนำไปทดลองใช้ในรอบที่ 2 พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทั้ง 3 เรื่องเท่ากับ ร้อยละ 100

3. การประเมินผลการพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติด

เชื้อในกระแสเลือดโดยใช้การจัดการรายกรณี ใน การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรง พยาบาลพระปกเกล้า โดยประเมินผลลัพธ์ทั้ง ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิก

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาภายใน 6 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะเวลา (ชั่วโมง)	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน (N=59)	ร้อยละ	จำนวน (N=80)	ร้อยละ
ภายใน 6 ชั่วโมง	39	66.10	75	93.75
มากกว่า 6 ชั่วโมง	20	33.89	5	6.25
รวม	59	100.0	80	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังจากใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษา

ภายใน 6 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.10 เป็น ร้อยละ 93.75

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงในโรงพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะเวลา (ชั่วโมง)	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน (N=59)	ร้อยละ	จำนวน (N=80)	ร้อยละ
ภายใน 1 ชั่วโมง	38	64.40	71	88.75
มากกว่า 1 ชั่วโมง	21	35.60	9	11.25
รวม	59	100.0	80	100.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังจากใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการให้ยา

ปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.40 เป็นร้อยละ 88.75

ตารางที่ 3 ร้อยละผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Mean Arterial Pressure (MAP) ≥ 65 mmHg หลังการประเมินและคัดกรองในโรงพยาบาลเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ค่าเฉลี่ยความดัน MAP	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน (N=59)	ร้อยละ	จำนวน (N=80)	ร้อยละ
≥ 65 mmHg	8	13.60	50	62.50
< 65 mmHg	51	86.40	30	37.50
รวม	59	100.0	80	100.0

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีค่าเฉลี่ยความดันเลือด ≥ 65 mmHg เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.60 เป็นร้อยละ 62.50

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ตารางที่ 4 ร้อยละความสำเร็จในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามหน่วยงาน หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

หน่วยงาน	จำนวนผู้ป่วย (N=80)		
	ทั้งหมด	คัดกรองถูกต้อง	ร้อยละ
ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	20	18	90.00
หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 1	20	15	75.00
หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 2	20	18	90.00
หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม	20	19	95.00
รวม	80	70	87.50

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ถูกต้อง เฉลี่ยร้อยละ 87.50

ตารางที่ 5 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่าร้อยละ 80 จำแนกตามหน่วยงาน ปีงบประมาณ 2559

หอผู้ป่วย/หน่วยงาน	พยาบาลวิชาชีพ (คน)	มีสมรรถนะผ่านเกณฑ์การดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด (คน)	ร้อยละ
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	28	23	82.14
หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 1	25	20	80.00
หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 2	25	22	88.00
หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม	21	19	90.47
รวม	99	84	84.84

จากตารางที่ 5 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ สมรรถนะผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพระปกเกล้า มี ดิตเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 84.84

ตารางที่ 6 แสดงระดับค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 3 เรื่อง N=99 คน

แนวปฏิบัติการพยาบาล	$\bar{x}$	SD
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	3.84	0.603
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดภายในหอผู้ป่วย	3.80	0.684
3. แนวปฏิบัติการพยาบาลวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	3.76	0.676
รวม	3.80	0.620

พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 เรื่องอยู่ในระดับมาก (เกณฑ์ 3.5-4.5) มีระดับความพึงพอใจสูงสุดอยู่ในแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยมีค่าเฉลี่ยภาพรวม 3.80 (SD=0.62)

วิจารณ์

ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่แรก รับด้วยการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (CNPG-Sepsis-01) ในการคัดกรองเมื่อซักประวัติสงสัยมีการติดเชื้อ และมีการนำใช้ข้อมูลที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกายมาเป็นส่วนประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกับผลทางห้องปฏิบัติการ (WBC) ส่งผลให้กรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาตามแนวทางปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นไปตามระยะเวลาที่เหมาะสม รวดเร็วและถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ถูกต้องมากขึ้น

ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาภายใน 6 ชั่วโมง ได้รับการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ≥ 65 mmHg เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ในการประเมินและการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อกจากการติดเชื้อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย¹¹ ที่พบว่าระยะเวลาการอบรมมีความสัมพันธ์กับการจัดการการดูแลผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อก ดังนั้นการจัดการอบรมและจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลจะส่งผลดีต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกได้ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง พบว่าสัดส่วนการดักจับอาการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ทันเวลา การได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ และจากการศึกษาผลลัพธ์ของ Surin sepsis treatment protocol ในการจัดการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด¹² พบว่าภายหลังการคัดกรองผู้ป่วยแล้วเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยการรายงานแพทย์ที่ทันเวลา การบริหารสารน้ำ การส่งเลือด

เพื่อตรวจวินิจฉัยและเพาะเชื้อ ผู้ป่วยได้รับยาที่มีฤทธิ์ครอบคลุมเชื้ออย่างเพียงพอ จะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตที่ลดลง

เมื่อผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและสามารถดักจับอาการติดเชื้อในกระแสเลือดได้แล้ว การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดภายในหอผู้ป่วย (CNPG-Sepsis-02) ซึ่งจะช่วยในการติดตามปัญหาสำคัญของผู้ป่วยต่อเนื่อง ส่งผลต่อการป้องกันอวัยวะสำคัญล้มเหลวหรือเสียหายที่ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ สอดคล้องกับผลการประเมินผลลัพธ์ด้านการพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพระปกเกล้า มีสมรรถนะผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 84.84 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวเวชปฏิบัติหลังใช้ระบบพยาบาลประสานงาน¹³ พบว่าภายหลังการใช้แนวเวชปฏิบัติอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก ARDS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงเห็นว่า พยาบาลประสานงานซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ส่วนหนึ่งของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโดยคัดเลือกจากพยาบาลที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและสามารถใช้ CPG หรือเวชปฏิบัติในการติดต่อประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างรุนแรงทางคลินิกตามเกณฑ์ “Sepsis bundles” ในงานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา¹⁴ ซึ่งพบว่า หลังการใช้ CPG severe sepsis และ septic shock fast track ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและได้รับ fluid resuscitate ภายใน 6 ชั่วโมงแรกจะมีอัตราการ

รอดชีวิตสูงกว่า ซึ่งจะเห็นได้ว่าหากมีหน่วยงานและบุคลากรที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่สูงกว่าจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง หลังจากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการประสานงานการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่ได้รับมอบหมายบทบาทหน้าที่ พิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้ป่วย มีการติดตามประเมินผลการรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบตามแนวปฏิบัติการพยาบาลวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (CNPG-Sepsis-03) ทำหน้าที่การประสานงานกับครอบครัว การส่งต่อข้อมูลผลการรักษาไปยังชุมชนหรือสถานบริการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการรายกรณีติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ซึ่งพบว่าการใช้ระบบการจัดการรายกรณีทำให้ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลลดลง และทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลงไปด้วย จะเห็นได้ว่าหากมีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทั้งระบบการดูแล การทำงานเป็นทีมในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ และบทบาทผู้จัดการรายกรณีจะส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็วและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่ลดลงและประหยัดค่าใช้จ่าย

ความสำเร็จในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 เรื่องขึ้นมาเพื่อใช้ในการปฏิบัติและส่งผลดีต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วย เกิดจากร่วมมือทั้งในทีมการพยาบาลภายในหอผู้ป่วย ให้ข้อมูลและร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การสะท้อนปัญหาและมุ่งมั่นที่จะพัฒนาการดูแล ซึ่งการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิง

ประจักษ์มีความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม โดยมีจุดเน้นสำคัญ คือ การคัดกรองผู้ป่วย การรายงานแพทย์ทันเวลา ผู้ป่วยได้รับยา ปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ส่งผลให้เกิดอวัยวะล้มเหลวลดน้อยลง การมีส่วนร่วมของทีมงานบริการในสาขาอายุรกรรมในการปรับแผนการรักษาและแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เชื่อมโยงและเกิดการประสานงานที่ตรงจุดเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมากเป็นผลมาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากทีมปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ถูกประเมินและปรับปรุงให้สอดคล้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถใช้ปฏิบัติได้ในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการคัดกรอง การส่งต่อ และ ความพึงพอใจของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเมืองสงขลา15 พบว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยในการตัดสินใจ ใช้แก้ไขปัญหาและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วขึ้น

ผู้วิจัยมีข้อในการนำไปใช้และวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นให้สามารถนำไปใช้ในการบริการรักษาผู้ป่วยครอบคลุมทุกหน่วยงานภายในโรงพยาบาล

2. ควรมีการปรับปรุงคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ทันสมัยอย่างน้อยทุก 2 ปี เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิทยาการด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

3. ควรมีการกำหนดบทบาทพยาบาลในรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยเริ่มต้นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเน้นการประเมินและการวินิจฉัยอาการและอาการแสดงระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อร่วมกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยและให้การรักษา เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตกลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากการดูแลที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่เริ่มการเจ็บป่วย

4. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้นเพื่อให้แนวทางปฏิบัติความน่าเชื่อมั่นมากยิ่งขึ้น

5. ควรมีการศึกษาลักษณะทางด้านการค่าใช้จ่ายและระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในแต่ละหอผู้ป่วยรายสาขาภายหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้การประเมินและคัดกรองตลอดการดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Dellinger RP n, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Jaeschke R, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of management of severe sepsis and septic shock. Critical Care Medicine 2008; 36: 296-327.
2. Pipatvech K. Factors affecting to the Mortality rate in sepsis patients in Uttara-dit Hospital. Thai J Tuberc Chest Dis Crit Care 2008; 29: 135-44.
3. Thongchai C. Clinical Practice Guideline Development. The Thai Journal of Nursing

- Council 2005; 20(2):63-74.
4. Powell SK. Advanced Case Management: Outcomes and Beyond. Philadelphia: Lippincott; 2000
 5. Nasuwan WN, Normkusol J, Thongjam R, Panaput T. Development of the Nursing Service System for Patients with Severe Sepsis. Journal of Nursing and Health Care 2014; 32(2): 25-36.
 6. Boonlong K, Noimuenwai P, Sriritrungsri B. Effects of Case Management in Percutaneous Coronary Intervention on Length of Stay and Nursing patients with Service Satisfaction. Royal Thai Air Force Medical Gazette 2014; 60(2): 42-8.
 7. Kowtragool N. Effects of Using a Case Management System to improve the quality of care for the Sepsis Patients in Sakaeo Crown Prince Hospital. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2014; 25(2):120-34.
 8. National Health and Medical Research Council. A guideline to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines [Internet]. 1999 [Cited 2007 Aug 9. Available from: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf.
 9. Institute of Medical Research and Technology Assessment. Appraisal of Guideline for Research and Evaluation II; AGREE II. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2013.
 10. Gao F, Melody T, Daniels DF, Giles, Fox S. The impact of compliance with 6 hour and 24 hour sepsis bundles on hospital mortality in patient with severe sepsis prospective observational study. Crit Care Internet] 2005[cited 2017 June 15];9:R764-70. Available From: <http://ccforum.com/content/9/6/R764>.
 11. Thuamklad O, Visudtibpan PJ, Siripitayakunkit. A. Knowledge for detection and Management in the Early Stage of Septic Shock Patients and Related Factors among Registered Nurses in University Affiliated Hospital. Rama Nurs J 2014;20: 206-20.
 12. Mahantassanapong C. Outcome of the Surin Sepsis Treatment Protocol in Sepsis Management. Srinagarind Med J 2012; 27:332-9.
 13. Kamsawang N, Tuandeang P, Treebupachztsakul P. Effectiveness of Sepsis CPG after Sepsis-Coordinator Nurse System Implementation. Buddhachinraj Medical Journal 2009; 26:29-36.
 14. Saengsanga. P, Kiamkan N. Outcome of Using the Clinical Practice Guidelines for Patients with Severe sepsis or Septic shock care according to Sepsis Bundle Protocol at ICU of Songkhla Hospital Thailand. Reg 11 Med J 2015;29:403-10.
 15. Wongsilarat T. Effects of Using the Stroke Fast Tract Program on Ability to Screening and Referral Patient, and Satisfaction among Nurses in Emergency Department, Muang Songkhla Hospital. The Southern College Net-work Journal of Nursing and Public Health. 016; 3(2):149-64.

บทความพิเศษ

การส่งเสริม ป้องกัน และรักษาทันตสุขภาพนักเรียน ชั้นประถมศึกษา อำเภอสองจังหวัดแพร่

วิลาวรรณ จันจร, ทบ., ป.*

*ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสอง อำเภอสอง จังหวัดแพร่

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : ปัญหาโรคฟันผุในเด็กวัยเรียน เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่อำเภอสองมากกว่า 10 ปี ซึ่งฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย ได้มีการดำเนินงานดูแลทันตสุขภาพนักเรียนชั้น ประถมศึกษาตามนโยบายมาอย่างต่อเนื่องแต่ ปัญหายังไม่ลดลง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการบูรณาการงาน ส่งเสริม ป้องกัน และรักษาทันตสุขภาพนักเรียน ชั้นประถมศึกษา ในเขตพื้นที่อำเภอสอง จังหวัดแพร่ จำนวน 30 โรงเรียน ตั้งแต่ปีการศึกษา 2553 ถึงปีการศึกษา 2558

วัสดุและวิธีการ: แนวคิด และกิจกรรม ที่ใช้ในการ บูรณาการในการศึกษาประกอบด้วยกระบวนการ EAP (Experiential Activity Planner), แนวคิด Whole School Approach หรือการพัฒนาโรงเรียน ทั้งระบบ, กลยุทธ์ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) และการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบ (school model) มาใช้ในการพัฒนางานส่งเสริมทันตสุขภาพซึ่งได้แก่ โรงเรียนคู่หูดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ เครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง และโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร นอกจากนี้ยังได้นำ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพการเคลือบหลุมร่องฟันทั้ง เครือข่ายบริการ และจัดบริการ Preventive Resin Restoration ครอบคลุมนักเรียนทุกคนตาม ความจำเป็น มาใช้ในการพัฒนางานทันตกรรม ป้องกัน ด้านการรักษาเน้นการมีส่วนร่วมของทาง

โรงเรียน และจัดบริการครอบคลุมนักเรียนทุกคน
ผลการศึกษา: พบว่าโรงเรียน 18 แห่ง เป็นสมาชิก เครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี, โรงเรียนทั้ง 30 แห่งผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับทอง โรงเรียน 1 แห่งผ่านการประเมิน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร นักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 6 ปราศจากฟันแท้ผุ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 41.44 เป็นร้อยละ 61.40 มีการแปรงฟัน ก่อนนอนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.20 เป็นร้อยละ 42.40 รับประทานลูกอมลดลง แต่การดื่มน้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบเพิ่มขึ้นเล็กน้อย อัตราการยึดติดของสารเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ของ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีการศึกษา 2556

สรุป: ผลการบูรณาการงานส่งเสริม ป้องกันและ รักษาทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในเขตพื้นที่อำเภอสอง จังหวัดแพร่ ตั้งแต่ปีการ ศึกษา 2553 ถึงปีการศึกษา 2558 ทำให้นักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปราศจากฟันแท้ผุเพิ่มขึ้น รับประทานลูกอมลดลง แต่พฤติกรรมการดื่มน้ำ อัดลม และการรับประทานขนมกรุบกรอบมีแนว โ้น้มเพิ่มขึ้น มีการแปรงฟันก่อนนอนเพิ่มขึ้นเพียง เล็กน้อย ฉะนั้นควรขยายงานส่งเสริมทันตสุขภาพ ลงสู่ครอบครัวและชุมชนมากขึ้น

คำสำคัญ: การส่งเสริม ป้องกัน และรักษาทันต สุขภาพ; โรคฟันผุ; นักเรียนชั้นประถมศึกษา; การ บูรณาการ

Special Article

A Study of Oral Health Promotion Integration in Primary School Song District Phrae Province

Wilawan Chanchorn, D.D.S.*

*Dental department, Song hospital Phrae province

Abstract

Background: High dental caries prevalence rate in primary school children has been a serious problem in Song district for over 10 years, still the problem is persisted.

Objective: To assess the result of EAP (Experiential Activity Planner), Whole School Approach, Ottawa Charter and school model for oral health promotion program integration in improving the health and well-being of students and their academic achievement.

Materials and method: Using EAP (Experiential Activity Planner), Whole School Approach, Ottawa Charter and school model for oral health promotion development; those are companion schools, healthy teeth school network, gold level health promoting school and diamond level health promoting school. Using dental sealant quality improvement and providing prevention resin restoration for oral health prevention development. Emphasizing on school participation and providing dental treatment for all school children in order to develop the oral health treatment.

Results: 18 out of 30 schools (60 percent) participated in the healthy teeth schools network. All schools had been achieved gold level health promotion school and 1 school had been achieved

diamond level health promotion school. Caries free among the 6th grade students had been increasing from 41.44 percent to 61.40 percent and tooth brushing behavior before bedtime had been increasing from 27.20 percent to 42.40 percent continually. Whereas, candy consumption had been reduced but snack and soft drink consumption had been slightly increased. Additionally, the dental sealant retention rate on first molar teeth of the 1st grade students has consistently been over 80% since the academic year 2013.

Conclusion: The results of the integration of oral health promotion, prevention and treatment in Song district, Phrae province from the academic year 2010 to 2015. showed that Caries free among the 6th grade students has increased as well as candy consumption has reduced. But snack and soft drink consumption behaviors tended to increase. Tooth brushing before bedtime has slightly increased. So the oral health promotion program should be extended to families and communities widely, as the suggestion.

Key words: oral health promotion program; primary school students; dental caries; integration

บทนำ

ปัญหาโรคฟันผุในเด็กวัยเรียนเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่อำเภอสองมามากกว่า 10 ปี ซึ่งฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย ได้มีการดำเนินงานดูแลทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาชั้นประถมศึกษาตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง ทั้งการตรวจทันตสุขภาพนักเรียนตั้งแต่ประถมศึกษาปีที่ 1 จนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แจกผลการตรวจให้ผู้ปกครองนักเรียนเพื่อพามาการรักษา นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มาเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 และการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนแต่ความชุกของโรคฟันผุในนักเรียนประถมก็ยังคงสูงมาโดยตลอดจากการสังเกตในการเข้าไปตรวจทันตสุขภาพในโรงเรียนซึ่งยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน ฉะนั้นในปีการศึกษา 2553 จึงได้ดำเนินการสำรวจสถานะทันตสุขภาพนักเรียนประถม โดยใช้แบบบันทึกสภาวะโรคฟันผุ ความต้องการบริการทันตกรรมการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant) และพฤติกรรมนักเรียนชั้นประถมศึกษา ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย¹ พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปราศจากฟันแท้ผุเพียงร้อยละ 41.44 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศคือ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 48 มีเหงือกอักเสบร้อยละ 60.94² ซึ่งถือว่านักเรียนมีเหงือกอักเสบสูงมาก อย่างไรก็ตามทางโรงเรียนประถมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอสอง ได้มีการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพเป็นทุนเดิมอยู่แล้วแต่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบได้ กล่าวคือ ในปีการศึกษา 2553 มีโรงเรียนที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเงินจำนวน 9 แห่ง และ ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง

จำนวน 21 แห่ง

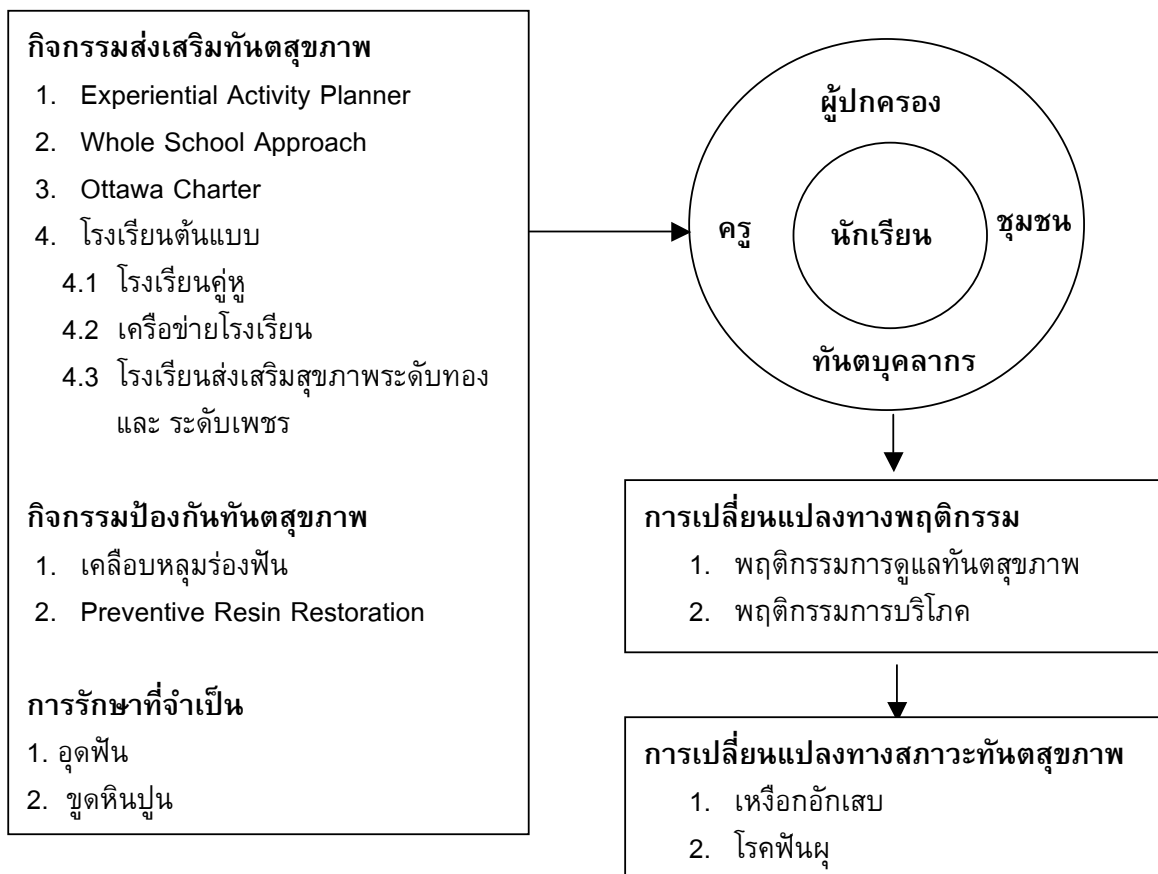
ในส่วนของคุณภาพการเคลือบหลุมร่องฟัน มีการประเมินการยึดติดของสารเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยทันตแพทย์จาก กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ผลการประเมินในปีการศึกษา 2552 พบว่าผลงานของโรงพยาบาลสองมีอัตราการยึดติดของสารเคลือบหลุมร่องฟันร้อยละ 76.47 และ ผลงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอัตราการยึดติดเพียงร้อยละ 44.74 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ระดับจังหวัด และระดับประเทศ กล่าวคือ อัตราการยึดติดของสารเคลือบหลุมร่องฟันต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ด้านการรักษาพบว่าผู้ปกครองพานักเรียนมาการรักษาเพียงร้อยละ 12.25 เนื่องจากข้อจำกัดด้านการประกอบอาชีพ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง ซึ่งการพาบุตรหลานมาการรักษาทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ จะเห็นได้ว่าฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายมีการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน และรักษา ตามนโยบายอย่างต่อเนื่องแต่ปัญหาโรคฟันผุ และ เหงือกอักเสบในนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นประถมศึกษาชั้นสูงอยู่ ฉะนั้นตั้งแต่ปี 2553 จึงมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลทันตสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอสอง จังหวัดแพร่โดยยึดตามแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขให้บรรลุผลสำเร็จ ที่ว่าต้องมีการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และ ฟันฟูสุขภาพ³ การดำเนินงานสาธารณสุขด้านการดูแลทันตสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาก็เช่นเดียวกัน แต่อาจจะไม่

ครอบคลุมถึงการฟื้นฟูทันตสุขภาพ เนื่องจาก ปัญหาโรคฟันผุในนักเรียนในอำเภอสองยังไม่ส่ง ผลกระทบต่อการบดเคี้ยว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

ศึกษาผลของการบูรณาการงานส่งเสริม ป้องกัน และรักษา ทันตสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนประถม ศึกษา

กรอบแนวคิด



กลุ่มเป้าหมาย

โรงเรียนประถมศึกษาในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่ 30 โรงเรียน และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงปีที่ 6 ปีการศึกษา 2553 ถึงปีการศึกษา 2558 จำนวน 2,349-2,634 คน

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนาเพื่อ ศึกษาผลของการบูรณาการงานส่งเสริม ป้องกัน และ รักษา ทันตสุขภาพนักเรียนในโรงเรียน ประถมศึกษา โดยมีแนวคิดและกิจกรรมที่ใช้เป็น วัสดุและวิธีการศึกษาดังนี้

1. การพัฒนางานส่งเสริมทันตสุขภาพ การศึกษาค้นคว้าได้นำเอาแนวคิดด้านการพัฒนา งานส่งเสริมทันตสุขภาพประกอบด้วย

1.1 กระบวนการ EAP (Experiential Activity Planner) ซึ่งหมายถึง การวางแผนการ เรียนรู้ โดยผู้เรียนค้นคว้าพัฒนาขึ้น^{4,5} ซึ่งนำมาใช้ ในปีการศึกษา 2553 ทำให้เห็นศักยภาพของครู และนักเรียน

1.2 แนวคิด Whole School Approach หรือ การพัฒนาโรงเรียนทั้งระบบเป็นแนวคิดที่มุ่งให้ทุก ฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีการพัฒนาไปพร้อมๆ กันอย่าง

เป็นระบบโดยมีการ ดำเนินการอย่างครอบคลุมในทุกองค์ประกอบของโรงเรียน⁶ มีเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาคือ เก่ง ดี มีความสุข^{7, 8} นำมาใช้พัฒนาต่อยอดเป็นโรงเรียนต้นแบบการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน ภายใต้ชื่อโรงเรียนคู่หูดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในปีการศึกษา 2553

1.3 กลยุทธ์ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)^{9, 10} ใช้ในการกระตุ้น และเพิ่มศักยภาพให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน ครอบคลุมทั้ง 30 โรงเรียน ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 เป็นต้นมา

1.4 พัฒนาโรงเรียนต้นแบบ (School Model)

1.4.1 พัฒนาต่อยอดจากโรงเรียนคู่หูดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเป็นเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ภายใต้ชื่อ เครือข่ายสองฝั่งสามัคคี เด็กไทยฟันดี ในปีการศึกษา 2554 ซึ่งมีเป้าประสงค์ให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องสู่สุขภาพช่องปากที่ดีของเด็กนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน ด้วยความช่วยเหลือเกื้อหนุนกันเครือข่ายด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งเครือข่ายจะสร้างกระบวนการภายในเพื่อให้เกิดการพัฒนาและนำไปสู่เป้าหมายสุขภาพช่องปากของประชาชน^{11, 12, 13}

1.4.2 พัฒนาต่อยอดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเงิน เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง โดยในปีการศึกษา 2553 มีโรงเรียนที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเงินจำนวน 9 แห่ง และผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองจำนวน 21 แห่ง ต่อมาในปีการศึกษา 2558 โรงเรียนทั้ง 30 แห่งผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ระดับทอง

1.4.3 พัฒนาต่อยอดโรงเรียนบ้านเทพ (เทพสุนทรินทร์) จากโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง เป็น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร¹⁴ ในปีการศึกษา 2555 โดยทันตบุคลากรร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือในการพัฒนาดังกล่าว

2. การพัฒนางานป้องกันทันตสุขภาพ มีแนวคิดและกิจกรรมในการพัฒนางานดังนี้

2.1 การเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1

จากผลการประเมินคุณภาพการเคลือบหลุมร่องฟันในปีการศึกษา 2552 พบว่าอัตราการยึดติดของสารเคลือบหลุมร่องฟันของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตโรงพยาบาลสองมีเพียงร้อยละ 76.47 และร้อยละ 44.74 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นในปีการศึกษา 2553 ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสองจึงได้นำร่องพัฒนาคุณภาพการเคลือบหลุมร่องฟันโดยพิจารณาทั้งเทคนิคการทำซึ่งเกี่ยวข้องกับทันตแพทย์/ทันตภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์ วัสดุที่ใช้ ความเข้มแสงของเครื่องฉายแสงคุณภาพของลม และ ระบบดูดน้ำลาย และ ขยายผลการพัฒนางานสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปีถัดไป

2.2 Preventive Resin Restoration (PRR)

จากประสบการณ์การร่วมพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ในปีการศึกษา 2555 ที่ผ่านม พบว่า การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ จำเป็นต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการรักษาที่จำเป็น และดำเนินงานทันตกรรมป้องกันให้ครอบคลุมนักเรียนทุกระดับชั้น จึงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทันตสุขภาพที่ดีขึ้น

อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน จึงได้วางแผนร่วมกับผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 30 แห่งในการพานักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มารับบริการ Preventive Resin Restoration (PRR) ที่โรงพยาบาลสอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ปีการศึกษา 2555 เป็นต้นมา

3. การพัฒนางานรักษาทันตสุขภาพ มีแนวคิด และ กิจกรรมในการพัฒนางานดังนี้

ในปีการศึกษา 2553 ถึงปีการศึกษา 2554 มีการแจ้งให้ผู้ปกครองพานักเรียนมารับการรักษา แต่ผู้ปกครองพานักเรียนมารับการรักษาไม่เกินร้อยละ 14 เนื่องจากข้อจำกัดด้านการประกอบอาชีพ ซึ่งผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และ รับจ้าง การพาบุตรหลานมารับการรักษาทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ ฉะนั้นในปีการศึกษา 2555 จึงได้วางแผนร่วมกับผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 30 แห่งในการพานักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มารับการรักษาทางทันตกรรมที่จำเป็น ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินปูน ที่โรงพยาบาลสอง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ทั้งนี้การดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลทันตสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา ใช้การพัฒนาตามแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขให้ครอบคลุมทั้ง งานส่งเสริม ป้องกัน และรักษาทันตสุขภาพไปพร้อมๆ กันทำการเก็บข้อมูลโดยการสำรวจสถานะทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาปีละ 1 ครั้ง ตั้งแต่ปีการศึกษา 2553 ถึงปีการศึกษา 2558 ซึ่งใช้แบบบันทึกสถานะโรคฟันผุ ความต้องการบริการทันตกรรม การให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant) และพฤติกรรมนักเรียนชั้นประถมศึกษาของสำนัก

ทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ด้านการขับเคลื่อนของโรงเรียน

มีโรงเรียนประถมศึกษาเข้าร่วมเป็นเครือข่ายเด็กไทยฟันดี จำนวน 18 แห่งจาก 30 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60 มีโรงเรียน 30 แห่งที่ผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง และปลอดลูกอม น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ มี 1 โรงเรียน ผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

2. ด้านสถานะทันตสุขภาพ

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปราศจากฟันแท้ผุ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.44 ในปีการศึกษา 2553 เป็นร้อยละ 61.40 ในปีการศึกษา 2558

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีเหงือกอักเสบลดลงจากร้อยละ 60.94 ในปีการศึกษา 2553 เหลือ ร้อยละ 33.15 ในปีการศึกษา 2558

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา (cavity) ลดลงจากร้อยละ 37.58 ในปีการศึกษา 2553 เหลือ ร้อยละ 15.45 ในปีการศึกษา 2558

3. ด้านพฤติกรรมการแปรงฟัน

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.80 ในปีการศึกษา 2555 เป็นร้อยละ 58.20 ในปีการศึกษา 2558

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีการแปรงฟันก่อนนอน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.20 ในปีการศึกษา 2555 เป็นร้อยละ 42.40 ในปีการศึกษา 2558

4. ด้านพฤติกรรมการบริโภค

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 รับประทานลูกอม ลดลงจากร้อยละ 30.60 ในปีการศึกษา

2555 เหลือร้อยละ 21.70 ในปีการศึกษา 2558

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ดีมน้ำอัดลม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.70 ในปีการศึกษา 2555 เป็นร้อยละ 41.50 ในปีการศึกษา 2558 โดยดื่ม น้ำอัดลมเฉลี่ยวันละ 1 ครั้ง

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 รับประทาน ขนมกรุบกรอบ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 94.70 ในปีการศึกษา 2555 เป็นร้อยละ 97.70 ในปีการศึกษา 2558 รับประทานขนมกรุบกรอบเฉลี่ยวันละ 1.5-1.6 ครั้ง

5. คุณภาพการยึดติดของสารเคลือบ หลุมร่องฟัน

อัตราการยึดติดของสารเคลือบหลุมร่องฟัน กรามแท้ซี่ที่ 1 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตโรงพยาบาลสอง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีการศึกษา 2553 อัตราการ ยึดติดของสารเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอัตราการยึดติด รวมทั้งอำเภอ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีการศึกษา 2556

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการดำเนินงาน ส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ใน พื้นที่อำเภอสองซึ่งประกอบด้วย 30 โรงเรียน แต่ มีเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีเพียง 1 เครือข่าย ประกอบด้วยสมาชิกเครือข่าย 18 โรงเรียน ซึ่งไม่ได้หมายความว่าอีก 12 โรงเรียนจะไม่ได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ ฉะนั้น การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน ประถมศึกษา สามารถใช้กลยุทธ์ และ แนวคิดในการทำงานที่หลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละ

พื้นที่ แต่ละโรงเรียน เช่น การใช้ Experiential Activity Planner, Whole School Approach, Ottawa Charter, โรงเรียนคู่หูดำเนินงานส่งเสริม ทันตสุขภาพ และเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี เป็นต้น แต่ไม่ว่าจะใช้กลยุทธ์หรือแนวคิดแบบไหน จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ ออกแบบ โครงการแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมทั้งครู นักเรียน ผู้ปกครอง และ ทันตบุคลากร ซึ่งมี เป้าหมายหลักร่วมกันคือ นักเรียนมีสภาวะทันต สุขภาพที่ดี ดูแลตัวเองได้ และสามารถดูแล ผู้อื่นได้

อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานสาธารณสุข ต้องมีการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ การ ดำเนินงานสาธารณสุขด้านการดูแลทันตสุขภาพ นักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา ก็เช่นเดียวกัน แต่อาจจะไม่ครอบคลุมถึงการฟื้นฟูทันตสุขภาพ เนื่องจากปัญหาโรคฟันผุในนักเรียนในอำเภอสอง ยังไม่ส่งผลกระทบต่อการบดเคี้ยว จากการพัฒนา งานด้านการดูแลทันตสุขภาพนักเรียนในโรงเรียน ประถมศึกษา ในพื้นที่อำเภอสอง จังหวัดแพร่ มา อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 ปี สามารถดำเนิน งานได้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน และบรรลุผลสำเร็จทั้ง 3 ด้านกล่าวคือ

ด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพสิ่งที่สะท้อนถึง ความสำเร็จของงานคือ โรงเรียนทุกแห่งปลอด ลูกอม น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ มีการบูรณาการ งานส่งเสริมทันตสุขภาพเข้ากับกลุ่มสาระการเรียนรู้ พฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.20 ในปีการศึกษา 2555 เป็นร้อยละ 42.40 ในปีการ ศึกษา 2558 และรับประทานลูกอมน้อยลงจาก ร้อยละ 30.60 ในปีการศึกษา 2555 เหลือร้อยละ

21.70 ในปีการศึกษา 2558 ส่วนการดื่ม น้ำอัดลม และรับประทานขนมกรุบกรอบ ยังไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงในแง่ของร้อยละของนักเรียนที่ดื่ม น้ำอัดลม และรับประทานขนมกรุบกรอบ ส่วนความถี่ ในการดื่มน้ำอัดลมเพิ่มขึ้นถึงแม้ว่าจะไม่มีจำหน่าย ในโรงเรียนก็ตาม เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภค ยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมได้ เข้ามาเกี่ยวข้องที่สำคัญอีก 3 ปัจจัย คือ ร้านสะดวกซื้อที่ตั้งขึ้นในปีการศึกษา 2554 และ ปีการศึกษา 2555 รวมเป็น 2 แห่ง รวมทั้งสื่อโฆษณา ต่างๆ และ สิ่งแวดล้อมในครอบครัว

ด้านการป้องกันทันตสุขภาพเป็นบทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรโดยตรงที่ต้องดำเนินการ รวมทั้งการกำกับติดตาม ประเมินผล และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการเคลือบหลุมร่องฟันโปรแกรมแทชีที่ 1 ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งเป็นนโยบายจากส่วนกลาง โรงพยาบาลสอง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย มีการกำกับติดตาม พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มาตั้งแต่ปีการศึกษา 2553 จนบรรลุผลสำเร็จในปีการศึกษา 2556 เป็นต้นมา กล่าวคือ อัตราการยึดติดของสารเคลือบหลุมร่องฟันไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 มาตลอดระยะเวลา 3 ปี นอกจากนี้การจัดบริการ Preventive Resin Restoration (PRR) ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ถึงปีที่ 6 ก็มีส่วนช่วยลดความชุกของโรคฟันผุลงได้จะเห็นได้จาก ในปีการศึกษา 2555 เริ่มมีการจัดบริการทันตกรรม สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ถึง ปีที่ 6 ทำให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปราศจากโรคฟันผุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.0 ในปีการศึกษา 2555 เป็นร้อยละ 46.30, ร้อยละ 47.44 และ ร้อยละ 61.40 ในปีการศึกษา 2556, 2557 และ 2558 ตาม

ลำดับ

ด้านการรักษามีความจำเป็นอย่างมากเช่นเดียวกัน เพื่อป้องกันการสูญเสียฟันแท้ ซึ่งจะมีผลต่อการบดเคี้ยว และคุณภาพชีวิตต่อไปในอนาคตจากการปรับเปลี่ยนระบบบริการทันตกรรมมาตั้งแต่ปีการศึกษา 2555 ทำให้นักเรียนทุกคนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรม นักเรียนมีเหงือกอักเสบลดลง และนักเรียนมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาลดลง ซึ่งความสำเร็จที่เกิดขึ้นต้องมีการดำเนินการไปพร้อมๆ กันทั้ง 3 ด้าน และงานทั้ง 3 ด้านล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อความสำเร็จซึ่งกันและกัน

โดยสรุปผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ในพื้นที่อำเภอสองแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ทันตบุคลากรในพื้นที่

1.1. มีข้อมูลพื้นฐาน และ วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

1.2. ทันตบุคลากรทั้งในโรงพยาบาลสอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันทั้งอำเภอ

1.3. ให้ความสำคัญทั้งงาน ส่งเสริม ป้องกัน และ รักษา

1.4 ดำเนินงานให้ครอบคลุมนักเรียนทุกคน

1.5 การประเมินผลการดำเนินงาน และ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. โรงเรียน

2.1 ผู้บริหารโรงเรียนให้ความสำคัญ มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ กล่าวคือการมีนโยบายส่งเสริมทันตสุขภาพที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมอาหารหรือเครื่องดื่มที่เป็นอันตรายต่อ

สุขภาพ

2.2 ต้องแสดงให้เห็นว่าผลงานที่ผู้บริหารและครูทำนั้นไม่ได้เอื้อประโยชน์เฉพาะเด็กนักเรียนเท่านั้น แต่ยังเป็นผลงานที่นำไปประเมิณผู้บริหาร และ วิทยฐานะของครูได้

2.3 การมีส่วนร่วมของครูและนักเรียนเพื่อร่วมคิดแก้ไขปัญหาและเกิดความภาคภูมิใจกับผลสำเร็จที่ได้รับ

3. การได้รับการสนับสนุน และช่วยเหลือจากหน่วยงานระดับสูง

3.1 การนิเทศติดตาม และ สนับสนุนจากทันตบุคลากร ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่

3.2 นโยบาย และการสนับสนุนจากสำนักทันตสาธารณสุข

นอกจากนี้จากการพัฒนางานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา มาตั้งแต่ปี 2553 สามารถถอดบทเรียนที่สำคัญดังนี้

1. การนํานโยบายหรือโครงการจากส่วนกลางมาประยุกต์เพื่อมีทิศทางในการดำเนินงานที่ชัดเจนและนำมาต่อยอดงานเดิมให้ดียิ่งขึ้น เช่น นโยบายพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยใช้กระบวนการ EAP (Experiential Activity Planner) โครงการประกวดคู่มือโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพ และ นโยบายการสร้างเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีเป็นต้น

2. การทำงานแบบมีส่วนร่วมและ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้เกิดการร่วมคิดร่วมทำไปด้วยกัน เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันนำไปสู่เป้าหมายแห่งความสำเร็จร่วมกัน เช่น การพัฒนางานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาโดยครูและนักเรียนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพ

ปลอดภัยของ น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ และ ความร่วมมือของครูในการพานักเรียนมารับการรักษาตามความจำเป็นที่โรงพยาบาล เป็นต้น

3. การทำงานโดยใช้หลัก Plan Do Check/Study Act^{15, 16}

3.1 Plan หมายถึง การวางแผนงานโดยวิเคราะห์ข้อมูล ออกแบบการทำงานอย่างมีเหตุมีผล

3.2 Do หมายถึง ดำเนินงานตามแผนที่วาง

3.3 Check หรือ Study หมายถึง มีการประเมินผล และ เรียนรู้จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

3.4 Act หมายถึง การปรับปรุง พัฒนางานจากผลลัพธ์ที่ได้เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

การทำงานโดยใช้หลัก Plan Do Check/Study Act ทำให้มีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง มีทิศทางที่ชัดเจนตามสภาพปัญหา และ มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดไม่หลงทาง และ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม และรับประทานขนมกรุบกรอบของนักเรียน พบว่า นักเรียนมีการบริโภคเพิ่มขึ้นถึงแม้ว่าจะไม่มีจำหน่ายในโรงเรียนก็ตาม เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคนั้นมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมได้เข้ามาเกี่ยวข้องที่สำคัญอีก 2 ปัจจัย คือ ร้านสะดวกที่ตั้งขึ้นในปีการศึกษา 2554 และปีการศึกษา 2555 รวมเป็น 2 แห่ง และ สื่อโฆษณาต่างๆ นอกจากนี้การแปรงฟันก่อนนอนถึงแม้จะขึ้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.20 เป็นร้อยละ 42.40 ยังถือว่ายังน้อยมาก ฉะนั้นในการพัฒนางานต่อไปควรขยายลงสู่ครอบครัวและชุมชนมากขึ้น รวมทั้งมีกฎหมายควบคุมปริมาณน้ำตาล โซเดียม และ ไขมันใน

อาหารและเครื่องดื่มโดยการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการอาจจะเป็นทางออกอีกทางหนึ่งที่ช่วยลดอันตรายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Dental Health . Development of provincial oral health surveillance system. Nonthaburi; Department of Health : Ministry of Public Health ; 2011.
2. Phrae Provincial Health Office. Report of Phrae oral health survey. Phrae: Dental Health Group; 2010.
3. Noiwat A. Public health and knowledge management process. School of Health Science's e-pamphlet 2014; 25(1): 1-2.
4. Jinprakone S. EAP : Experiential Activities Planner. Mahasarakam: Mahasarakam university press; 2004.
5. Jitradinda S. Periyapan panya-sarn: a guide to teaching fun, awakening, thinking, connecting life to learning. 2nd ed. Bangkok: Institute of Art and Culture for Development (Maya), 2005.
6. Wongwanich S. A development of the standards for teacher and school administrator quality and a design of the internal evaluation system. Journal of research methodology 2003; 16: 603-51.
7. Khaemanee T. Teaching science: knowledge for effective learning process. 13th ed. Bangkok: Chulalongkorn university press; 2010.
8. Rattanawongchai M. Whole school approach for learning process revolution. Uthaitani: Secondary School Ecucational Service Area 42; 2011.
9. Wasi P. On a new road of health promotion dynamic. 2nd ed. Bangkok: Thaihealthbook press; 1998.
10. Tasaniyom N. Health promotion and dimension of empowerment. Journal of Faculty Nursing 2002; 25(2): 103-4.
11. Siriwanarungsan P. Introduction. In: Prasertsom P, Rattananungs K, editors. Healthy teeth school network assessment handbook. Nontaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2015. p.3.
12. Tamronglaohapan D. The theory of healthy teeth school network development. In: Prasertsom P, Rattananungs K, editors. Healthy teeth school network assessment handbook. Nontaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2015. p. 5-10.
13. Wittayawuttikul R, Wipawin N. Social network analysis and information research. Journal of library and Information Science Srinakharinwirot University 2012; 5(2): 126-40.
14. Bureau of Health Promotion. Health promoting school guidebook. Bangkok: The war veterans organization of Thailand press; 2011.
15. Supachutikul A. What is the quality in Step for quality improvement. 3rd ed. Bangkok: Desire press; 2000.
16. Supachutikul A. Enjoy Quality Every Moment. In: Supachotikul A, editor. HA update 2016. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2016. p.15-39.

บทความพิเศษ

การพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามกรอบแนวคิด 7s ของแมคเคนซี: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลเวชปฏิบัติ

กนกณ เชื้อฮ้อ, สม. *, กมลพร แพทย์ชีพ, ประ.ด. *, พรฤดี นิธิรัตน์, ประ.ด. **

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี ** วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

บทคัดย่อ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นอีกหนึ่งหน่วยบริการที่มีสำคัญมากขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นในชุมชน จึงเป็นความท้าทายของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ต้องพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ชุมชน และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข กรอบแนวคิด 7s ของแมคเคนซี (The McKinsey 7s framework) เป็นแนวคิดในการพัฒนา

รูปแบบขององค์กรโดยเน้นการสร้างความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ในองค์กรทั้ง 7 ด้านโดยยึดหลักการมีส่วนร่วมในทุกระดับและการสร้างค่านิยมร่วมกันเป็นสิ่งสำคัญ จึงอาจเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่จะช่วยให้พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถประเมินหน่วยงานของตนเองในแง่มุมต่างๆ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ที่มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: คลินิก; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; พยาบาลเวชปฏิบัติ

Literature Interview

The Development of a Quality Non-Communicable Disease Clinic in Sub-district Health Promotion Hospitals Based on the McKinsey 7s framework: A Challenging Role of Nurse Practitioners

Kantaphon Chueahor, MPH. *, Kamonporn Patcheep, Ph.D. *, Pornruedee Nitirat, Ph.D. **

* Boromrajajonani College of Nursing, Ratchaburi, Thailand

** Prapokklao Nursing College, Chanthaburi, Thailand

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) still remain a significant health problem in Thailand. An NCD clinic in sub-district health promotion hospital has become more important as the number of NCD patients in community has grown. This results in a challenge for nurse practitioners who work in any sub-district health promotion hospital since they take a major role in improving the quality of an NCD clinic to serve client's needs and fulfill the policy of the Ministry of Public Health. The McKinsey 7s framework is a concept of

organizational development where 7 organizational factors are taken into account with a particular concern of organizational participation and core values. Therefore, it might be one of the means to conceive health setting evaluation, which is necessary for the quality improvement of NCD clinics in Sub-District Health Promotion Hospitals.

Keywords: clinic; non-communicable diseases; nurse practitioner

บทนำ

ในช่วงเวลากว่า 10 ปี ที่ผ่านมา ประเด็นเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases; NCD) ได้รับการหยิบยกขึ้นเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากส่งผลกระทบในระยะยาวทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมของทุกประเทศทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้ผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับสากล ส่งผลให้ทุกประเทศเริ่มหันมาให้ความสำคัญ และตระหนักถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาจากการปล่อยให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้ม และสถานการณ์ที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹

สำหรับในประเทศไทย พบว่าอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวมทั้งประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2550-2558 เพิ่มขึ้นจาก 1,025.44 เป็น 1,894.46 ต่อแสนประชากร และอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานภาพรวมทั้งประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2550-2558 เพิ่มขึ้นจาก 795.04 เป็น 1,233.35 ต่อแสนประชากร อีกทั้งยังพบว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวมทั้งประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2550-2558 เพิ่มขึ้นจาก 3.64 เป็น 11.58 ต่อแสนประชากร และอัตราตายด้วยโรคเบาหวานภาพรวมทั้งประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2550-2558 เพิ่มขึ้นจาก 12.21 เป็น 17.83 ต่อแสนประชากร² จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ทำลายความสามารถ และสมรรถนะในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

ของทุกภาคส่วน

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบหลักต่อการให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน ได้ผลักดันยุทธศาสตร์ และการดำเนินนโยบายเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 และฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2555-2559 และแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพมีแนวทางการดำเนินงานที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันไม่ว่าจะเป็นในด้านการป้องกัน ส่งเสริม หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้กำหนดรูปแบบให้เป็นไปตามระดับของการให้บริการ เช่น ในหน่วยบริการระดับตติยภูมิ ให้เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการรับการส่งต่อผู้ป่วย ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนยุ่งยาก หรือสนับสนุนเครื่องมือที่มีศักยภาพสูงในการแก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วย เป็นต้น และเพื่อลดปัญหาความแออัด และลดระยะเวลาในการรอคอยรับบริการของผู้ป่วย จึงได้มีการกำหนดนโยบายต่อการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ (the quality NCD clinic) ขึ้น เพื่อเป็นแนวมาตรฐานแก่หน่วยบริการทุกระดับในการพัฒนาการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้มีคุณภาพทัดเทียมกัน เป็นที่ไว้วางใจ และมีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเท่าเทียมกันทั่วประเทศ³

การดำเนินการนโยบายดังกล่าวในระยะแรกได้กำหนดให้เกิดขึ้นในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเป็นหลัก จนกระทั่งปัจจุบันได้มีการกระจายแนวทางดังกล่าวไปถึงหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีอยู่ทั่วประเทศ พยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นบุคลากรสำคัญที่จะขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้เป็นอย่างดีเนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการตรวจรักษา ดูแล ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยตามมาตรฐานของวิชาชีพ อีกทั้งยังต้องนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และจากการประชุมอบรมสัมมนา มาปรับปรุงคุณภาพของคลินิก รวมถึงการประสานความร่วมมือไปยังผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายให้ร่วมมือกันพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อให้มีคุณภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

นโยบายการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ (the quality NCD clinic)³

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง เครือข่ายของคลินิก/คลินิก/ศูนย์ในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรัง ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพในสถานพยาบาล มุ่งเน้นบริการที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มที่เป็นโรค/ป่วยรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการดำเนินโรคที่เป้าหมายหลักได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาด

เลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) โดยจะมีการลงทะเบียนดูแลใกล้ชิดรายบุคคล เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง โอกาสเสี่ยงรักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษา ดูแล ที่จำเป็นระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายบริการ องค์ประกอบหลักของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ในการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ประกอบด้วย⁴

1. ทิศทางและนโยบาย

1.1) มีการกำหนดทิศทาง/นโยบาย/เป้าหมายของการให้บริการโรคเรื้อรัง เน้นการป้องกัน และจัดการอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิผล

1.2) วางแผน และตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกันและจัดการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง

1.3) สื่อสารทิศทางและนโยบายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับติดตามความก้าวหน้าและทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ

2. ระบบสารสนเทศ

2.1) มีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่ได้รับการพัฒนา สมบูรณ์ครบถ้วน เป็นปัจจุบันและจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์หรือบันทึกด้วยแบบฟอร์มกระดาษ (manual) ที่เหมาะสมกับการนำไปใช้ครอบคลุมการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรัง

2.2) มีระบบสารสนเทศและข้อมูลที่เกี่ยวข้องแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่ายและเชื่อมโยงกับศูนย์ข้อมูลกลางของจังหวัด

2.3) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุม โรคเรื้อรัง รวมทั้งออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคล รายกลุ่ม และกลุ่มประชากร) ที่มารับบริการในสถานบริการ

โดยระบบสารสนเทศส่วนใหญ่ที่ถูกนำมาใช้เพื่อการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเป็นโปรแกรมเดียวกัน คือ โปรแกรมสำเร็จรูป HosXP ที่สามารถบันทึกข้อมูลในส่วน of ข้อมูลพื้นฐานและการให้บริการด้านต่างๆ และสามารถส่งข้อมูลดังกล่าวเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลระดับจังหวัด (data centre) แบ่งออกเป็นแฟ้มข้อมูลที่สามารถจำแนกได้ตามตัวชี้วัดบริการที่ต้องการประเมินผลต่อการให้บริการ เช่น แฟ้มข้อมูลผู้มารับบริการด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น

3. การปรับระบบและกระบวนการบริการ

3.1) ให้การวินิจฉัยและลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ (new case และ refer case)

3.2) มีการประเมินระยะของโรค ความเสี่ยง โอกาสเสี่ยงและปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ

3.3) ให้การบริการป้องกัน ควบคุมโรค และดูแลรักษา สอดคล้องกับระยะของโรค โดยทีมสหวิชาชีพ

3.4) มีผู้ประสานงานโรคเรื้อรัง (NCDs Case Manager/Coordinator) ในการบริหารจัดการการดูแลในภาพรวมเชื่อมโยงมุ่งเน้นคุณภาพ ผลลัพธ์ โดยผู้มารับบริการทั้งกลุ่มโรค และกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นศูนย์กลาง และมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิต

และสังคม

3.5) มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคเรื้อรังของสถานบริการและเชื่อมโยงไปชุมชน

3.6) มีระบบส่งต่อทั้งไปและกลับที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

4. ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

4.1) จัดระบบเพื่อให้มีการสนับสนุนส่งเสริมการตัดสินใจ วางแผนการดูแล กำกับและจัดการดูแลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการจัดระบบเตือนหรือการติดตามเยี่ยมบ้าน และสนับสนุนการรวมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงสูง

4.2) คืบและแลกเปลี่ยนข้อมูล รวมทั้งการแนะนำการใช้ยา แก่ผู้รับบริการ/ บุคคลในครอบครัว เพื่อการตัดสินใจในการสร้างเสริมพฤติกรรม การป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง ความต่อเนื่องในการใช้ยาที่จำเป็น และเทคนิคการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ประกอบการตั้งเป้าหมาย เพื่อการวางแผน/แผนปรับตัว การเปลี่ยนแปลง และการดำรงพฤติกรรมเพื่อการป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

4.3) เสริมสร้างพลัง/ความสามารถในการจัดการตนเอง รวมทั้งการจัดการอารมณ์และผลกระทบทางสังคม ที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์เป็นโรคเรื้อรัง

5. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

5.1) มีเป้าหมายผลลัพธ์/เป้าหมายการบริการ แนวทางปฏิบัติและแนวทางการเพิ่มคุณภาพการบริการที่จังหวัด/คณะกรรมการด้านโรคเรื้อรังจัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศเพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนการตัดสินใจให้บริการ

5.2) ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างทีมผู้จัดการระบบ/สถานบริการที่มีประสิทธิภาพกับผู้ให้บริการคลินิก/สถานบริการในเครือข่าย

5.3) มีการจัดนำเสนอผู้ป่วยรายกรณี (chronic case conference/KM) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค

6. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

6.1) มีการสื่อสารและเสริมทักษะให้ชุมชนสามารถจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสูงหลักๆ ในชุมชนได้

6.2) สนับสนุนนโยบาย/แผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชนเช่น มีสถานที่ออกกำลังกาย จัดสภาพแวดล้อมเรื่องขยะ น้ำ ตลาด และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นโรค/ป่วย และกลุ่มเสี่ยงสูง

6.3) สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องและ/หรือจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมเพื่อสุขภาพสนับสนุน การป้องกันควบคุมโรค ในชุมชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมและหรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

6.4) ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยตนเองในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6.5) สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

จากแนวทางนโยบาย และองค์ประกอบหลักดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเน้นการทำงานที่ประสานความร่วมมือ

จากทุกฝ่ายโดยใช้การบูรณาการทั้งทางด้านวิชาการและการบริหารจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมไปถึงอัตราตายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นความท้าทายที่จะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลในระดับของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีข้อจำกัดหลายอย่าง อย่างไรก็ตาม พยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งเป็นผู้มีบทบาทหลักในคลินิกดังกล่าวต้องออกแบบการพัฒนาคลินิกเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงตอบสนองนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ การจะพัฒนาได้อย่างถูกต้องทิศทาง จำเป็นต้องวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการบริหารและการดำเนินงานในปัจจุบันของคลินิก เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนเสริมจุดแข็งและพัฒนาจุดอ่อน การวิเคราะห์หน่วยงานตามกรอบแนวคิด 7s ของแมคเคนซี (The McKinsey 7s framework) เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถนำมาใช้ประเมิน และวางแผนทางในการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยเชิงบริหารจัดการที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล และสามารถประยุกต์ใช้ได้ในทุกสถานการณ์เพื่อการบริหารจัดการหน่วยงานหรือองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพ

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้กรอบแนวคิด 7s ของแมคเคนซี (The McKinsey 7s framework)

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเชิงแนวคิดและหลักการ หมายถึง ระบบการดูแล

สุขภาพด้านหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชนในทุกมิติ โดยบูรณาการความรู้และความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และทีมสหวิชาชีพในการให้บริการอย่างครอบคลุม เท่าเทียม และอย่างต่อเนื่อง คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นบริการหนึ่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้บริการแก่ประชาชนในชุมชน โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติผู้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สภาการพยาบาลรับรองเป็นผู้ให้บริการหลัก ซึ่งตามกฎหมายวิชาชีพพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้นที่พบบ่อย และแก้ไขปัญหาสุขภาพในภาวะวิกฤตฉุกเฉินได้ ตามข้อกำหนดและข้อบังคับของสภาการพยาบาล ทั้งนี้รวมถึงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นต้น พยาบาลเวชปฏิบัติต้องมีความรู้ความสามารถในการวินิจฉัย และให้การพยาบาลดูแลแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยอย่างถูกต้องต่อเนื่อง และเหมาะสม⁵⁻⁷ การพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติ

กรอบแนวคิด 7s ของแมคเคนซี (The McKinsey 7s framework) เป็นแนวคิดที่ได้รับการเผยแพร่ครั้งแรกในปี ค.ศ.1980 โดย Robert Waterman, Tom Peter and Julien Phillips แนวคิดนี้ต้องการนำเสนอปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพขององค์กรธุรกิจว่า ประสิทธิภาพขององค์กรธุรกิจเกิดจากความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ 7 ประการ ได้แก่ กลยุทธ์ (strategy) โครงสร้าง (structure) ระบบ (system) แบบการบริหาร (style) บุคลากร (staff) ทักษะ (skill) และค่านิยมร่วม (shared value)⁸ แม้กรอบแนวคิดของ

แมคเคนซี จะมีรากฐานจากการบริหารจัดการในเชิงธุรกิจเพื่อพัฒนาองค์กรไปสู่ผลสำเร็จ แต่ก็สามารถประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพขององค์กรลักษณะอื่น ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติก็สามารถนำกรอบแนวคิดดังกล่าวนี้มาประยุกต์ใช้ในการประเมินและพัฒนาปรับปรุงคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพให้เกิดคุณภาพได้ ดังตัวอย่างการวิเคราะห์ต่อไปนี้

1.) กลยุทธ์ (strategy) หมายถึง การวางแผนเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอก รวมถึงการพิจารณาจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กร

พยาบาลเวชปฏิบัติ ควรเป็นผู้นำที่มีส่วนร่วมในการกระตุ้นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ร่วมกันวางแผนเพื่อกำหนดทิศทางในการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของการบริการที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนิน และโอกาสในการพัฒนา ตามหลักการ SWOT analysis เป็นต้น ซึ่งหากพบว่าจุดอ่อนและปัญหาส่วนใหญ่อยู่ที่จุดใด เช่น การมีบุคลากรไม่เพียงพอ วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ หรือไม่สะดวกต่อการปฏิบัติงานสัมพันธ์กับผู้รับบริการที่มีมากเกินไป ทำให้เกิดภาระงานที่หนักมากขึ้นส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการ ปัญหาดังกล่าวจึงควรเป็นจุดเริ่มต้นในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.) โครงสร้าง (structure) หมายถึง โครงสร้างขององค์กรที่แสดงลักษณะการกำหนดโครงสร้างงานตามอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของสมาชิกในองค์กร รวมถึงการควบคุมการ

รวมอำนาจ และการกระจายอำนาจของผู้บริหาร
หนึ่งปัจจัยที่สำคัญของความสำเร็จในการ
พัฒนาศูนย์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ คือ การ
กำหนดหน้าที่หรือภาระงานให้เหมาะสม กล่าวคือ
ควรกำหนดโครงสร้างบทบาทหน้าที่ในคลินิกโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีความยืดหยุ่น ไม่ยึดตามผัง
โครงสร้างหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลโดยภาพรวมเพียงอย่างเดียว แต่ควร
เป็นการร่วมมือกันของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
ทุกคนสามารถทำงานแทนกันได้ในการะงานที่
เหมาะสม เช่น เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน
สามารถช่วยคัดกรองโรคแทนพยาบาลเวชปฏิบัติ
นักวิชาการสาธารณสุขช่วยดูแลเรื่องการรักษา
เบื้องต้นแก่ผู้ป่วยอื่นนอกเหนือที่มารับบริการใน
วันที่มีการให้คลินิกฯ เป็นต้น หรืออาจมีการ
กำหนดโครงสร้างโดยเฉพาะต่อการให้บริการ
คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แยกจากโครงสร้างหลัก
ของหน่วยงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทราบ
ภาระหน้าที่ที่ชัดเจนยิ่งขึ้นก็จะช่วยทำให้การให้
บริการและการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น
ได้ และหากสามารถดำเนินการดังกล่าวได้ก็อาจ
จะช่วยแก้ปัญหาและอุปสรรค อีกทั้งจุดอ่อนตาม
กลยุทธ์ที่กำหนดไว้ได้เช่นกัน

3.) ระบบ (system) หมายถึง ระบบการ
ทำงานทั้งหมดในองค์กร ทั้งระบบบริหารจัดการ
และระบบปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นกระบวนการและ
ลำดับขั้นการทำงานที่สอดคล้องกันทุกระดับ

จากการทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมาใน
ขั้นตอนการกำหนดกลยุทธ์ พยาบาลเวชปฏิบัติ
ควรวิเคราะห์ระบบในการให้บริการคลินิกโรคไม่
ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เพื่อกำหนดรูปแบบใหม่ในการพัฒนา ดังนี้

วิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (Input analysis) คือ

การประเมินจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการ
อย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ปริมาณยา และเวชภัณฑ์
ที่ต้องการใช้ เจ้าหน้าที่ที่สามารถออกปฏิบัติงาน
ได้ในแต่ละวันของการให้บริการ สมรรถนะ และ
ความพร้อมของเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ที่จะให้
บริการ เช่น เครื่องเจาะน้ำตาล เครื่องวัดความดันฯ
คอมพิวเตอร์ เป็นต้น

วิเคราะห์กระบวนการ (process analysis)
คือ การประเมินการเตรียมพร้อมก่อนวันให้บริการ
การปฏิบัติงานในขณะที่ให้บริการ และการจัดการ
หลังสิ้นสุดการให้บริการ

วิเคราะห์ผลลัพธ์ (output analysis) คือ การ
ประเมินจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการตามนัด หรือ
ไม่มารับบริการเพื่อการติดตามนัด ตรวจสอบ
ปริมาณยาที่เหลือจากการใช้ในการให้บริการเพื่อ
การคำนวณปริมาณที่ต้องการใช้ในครั้งต่อไป
วิเคราะห์ค่าผลการตรวจระดับน้ำตาลและความดัน
โลหิต หรือค่าผลทางห้องปฏิบัติการ และสรุปผล
งานตามตัวชี้วัดในทุกระดับของการให้บริการ

จากการวิเคราะห์ทั้งสามด้าน จะช่วยให้
พยาบาลเวชปฏิบัติมองเห็นทิศทางในการพัฒนา
ระบบงานที่เหมาะสมกับหน่วยงานของตนเองมาก
ขึ้น ตัวอย่างเช่น

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ
งานและผู้มารับบริการแล้วพบว่ามียัตรส่วนไม่
เพียงพอในการให้บริการในวันคลินิกนั้น ควร
พิจารณาปรับการให้บริการในวันคลินิกที่เหมาะสม
คือ การกระจายผู้ป่วยโดยการกำหนดวันนัดในการ
ให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแยกกัน เช่น
กำหนดให้ทุกวันพฤหัสบดีที่ 1 ของทุกเดือนเป็น
วันให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยด้วยโรคเบา
หวาน และกำหนดให้ทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 ของทุก
เดือนเป็นวันให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย

ด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น จากการกำหนดรูปแบบดังกล่าวจะสามารถทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างทั่วถึงมากขึ้น และอาจลดภาระงานที่หนักในวันให้บริการลงได้

นอกจากนั้น ควรมีการพัฒนาวัสดุอุปกรณ์ที่เอื้อต่อระบบการบันทึกข้อมูลให้เป็นรูปแบบที่ลดการซ้ำซ้อนในการบันทึก เช่น การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมการตรวจรักษาที่ครบถ้วน และสามารถพิมพ์ออกมาเป็นเอกสารที่เก็บไว้ในแฟ้มข้อมูลคนไข้ได้อย่างเหมาะสม และควรมีการจัดทำแฟ้มผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกแยกออกจากการใช้แฟ้มครอบครัว (family folders) เนื่องจากจะเพิ่มความสะดวกในการค้นหา ติดตาม และการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

สิ่งที่สามารถพัฒนาระบบการให้บริการที่สำคัญอีกประการคือ รูปแบบการบันทึกข้อมูลหลังการให้บริการ ที่พบว่าข้อมูลบางส่วนไม่สามารถเรียกดูจากฐานข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ให้บริการได้ แต่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อการดำเนินการตามตัวชี้วัดข้อมูลคุณภาพ จึงควรมีการจัดทำแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบแฟ้ม Excel หรือโปรแกรมอื่นๆ ที่พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถดำเนินการได้ โดยการจัดทำฐานข้อมูลผ่านรหัสประจำตัวของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานบริการ เช่น กำหนดรหัส chronic number : CN 1 แก่ผู้มารับบริการที่เชื่อมโยงทั้งบัตรนัดของผู้ป่วย แฟ้มบันทึกข้อมูลการให้บริการ และในแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งการกำหนดรหัสดังกล่าวอาจจะสามารถทำให้เกิดความสะดวกต่อการระบบการให้บริการมากขึ้น เป็นต้น

4.) รูปแบบ (style) หมายถึง รูปแบบการ

บริหารจัดการของผู้นำองค์กร เช่น การสั่งการ การควบคุม การจูงใจ การสร้างวัฒนธรรมองค์กร เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการบริหารต้องเหมาะสมกับลักษณะองค์กร

บทบาทหลักในการดำเนินการปัจจัยส่วนนี้ต้องเกิดจากการบริหารจัดการโดยผู้นำหลักขององค์กร ในที่นี้หมายถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ต้องตระหนัก และเห็นคุณค่าของการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีคุณภาพมาตรฐาน เนื่องจากเป็นผู้ที่มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ แต่เหนือสิ่งอื่นใดพยาบาลเวชปฏิบัติต้องพยายามใช้สมรรถนะความสามารถในการอธิบาย ชี้แจง และสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้นำเห็นคุณค่าของการพัฒนาดังกล่าว เพื่อประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับการให้บริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนที่มารับบริการในอนาคต โดยรูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพคือการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานที่สอดคล้องกับภาระงาน ความรู้ความสามารถ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานคณะกรรมการ แต่ให้พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นประธานคณะทำงาน เป็นต้น การกำหนดรูปแบบในการดำเนินงานดังกล่าวจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความภาคภูมิใจ ใช้ความรู้ความสามารถได้เต็มที่ในการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้หลักการ “เพื่อนร่วมงาน” มากกว่า “หัวหน้าสั่งลูกน้องในที่ทำงาน” อีกทั้ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังต้องใช้หลักการ “น้ำพึ่งเรือ เสือพึ่งป่า” ในการประสานงานหาร่วมมือจากภาคีเครือข่าย หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ให้บริการ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากภายนอก สนับสนุนการพัฒนาภายในองค์กรอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ต่อไป อีกทั้งยังสามารถช่วยสนับสนุนให้คณะทำงานได้รับการสนับสนุนความร่วมมือจากทุกฝ่ายอย่างเต็มที่อีกด้วย.

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะพบว่าบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในปัจจัยด้านนี้อาจจะเป็นส่วนรองเท่านั้น แต่มีความท้าทายเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องช่วยเสริมแรงจูงใจ และผลักดันให้ผู้นำในองค์กรเห็นคุณค่า และร่วมกันพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยธรรมชาติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขจะมีลักษณะการทำงานในระบบพี่น้องอาวูโส คือให้ความเคารพและเชื่อถือแก่กัน วัฒนธรรมองค์กรที่ยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกันจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดรูปแบบการพัฒนาองค์กรที่สมบูรณ์ได้ ซึ่งวิธีการที่สามารถก่อให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรเหล่านี้ได้คือการประชุมในหน่วยงานทั้งแบบเป็นทางการ คือ การประชุมประจำเดือนของหน่วยงานเป็นประจามีให้ขาด และการประชุมแบบไม่เป็นทางการ เช่น การพูดคุยระหว่างรับประทานอาหารกลางวัน หรือระหว่างพักรับประทานเครื่องดื่มของว่าง ซึ่งการประชุมแบบไม่เป็นทางการนี้ พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถดำเนินการให้เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยอาจเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนงานพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ประสบผลสำเร็จ.

5.) บุคลากร (staff) หมายถึง การบริหารงานทรัพยากรบุคคลตั้งแต่การคัดเลือกบุคลากรที่มีความสามารถ การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง การรักษาบุคลากรไว้ในองค์กร รวมถึงการประเมินผลงานและการให้รางวัลและการลงโทษ นอกเหนือจากการปรับโครงสร้างการทำงานให้ยืดหยุ่นในวันของการให้บริการคลินิกดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การจัดการบุคคลเข้าทำงาน เป็นอีก

หนึ่งประเด็นสำคัญของการทำให้การพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสบความสำเร็จมากขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งยวดจากทั้งในและนอกหน่วยงาน พยาบาลเวชปฏิบัติควรมีการประสานงานขอความร่วมมือ หรือเสนอเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารในการเอื้อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานอื่นๆ มาร่วมดำเนินการให้บริการในหน่วยงานของตน เช่น การใช้รูปแบบการจัดบุคลากรคล้ายชานาที่เรียกว่า “การลงแขกเกี่ยวข้าว” ซึ่งหากพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถพัฒนา และกำหนดกลยุทธ์ โครงสร้าง ระบบ รูปแบบ ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นให้เกิดประสิทธิภาพแล้ว การได้รับการเติมเต็มหรือการช่วยเหลือจากผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานอื่นจะสะดวก และมีประสิทธิภาพมากขึ้นส่งผลต่อการให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้มารับบริการเป็นอย่างยิ่ง

อย่างไรก็ตาม ปัญหาเรื่องบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน เป็นปัญหาใหญ่ที่อาจจะเกินสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติในการแก้ไข แต่จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลเวชปฏิบัติจะต้องสะท้อนมุมมองและความคิด ต่อการพัฒนา อีกทั้งต้องสามารถเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขต่อผู้บริหารในแต่ละระดับเพื่อแสดงให้เห็นความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาการให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างแท้จริง

6.) ทักษะ (skill) หมายถึง ความโดดเด่น ความเชี่ยวชาญ และความสามารถในการทำงานของบุคลากร ซึ่งอาจเป็นทักษะที่ติดตัวมาหรือทักษะที่ได้รับการอบรมพัฒนา

พยาบาลเวชปฏิบัติ ควรแสวงหาความรู้ใหม่ เพื่อการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอไม่เฉพาะเพียงเพื่อการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟู

สมรรถภาพของผู้ป่วยเท่านั้น ความรู้และทักษะในเชิงการบริหารจัดการที่อาจจะได้มาจากการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อช่องทางต่าง ๆ หรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคลอื่นผ่านช่องทางที่สะดวกและเหมาะสมเพื่อการพัฒนางานที่ได้รับมอบหมายให้เกิดประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ ทักษะที่สำคัญที่พยาบาลเวชปฏิบัติควรได้รับการเพิ่มพูนสมรรถนะเพื่อการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น ทักษะการคิดอย่างเป็นระบบ (systematic thinking) ทักษะการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น ทักษะเหล่านี้เปรียบเหมือนศิลปะในการปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิที่พยาบาลเวชปฏิบัติควรแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ และนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนา และเป็นไปตามบทบาทที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิคือ พยาบาลเวชปฏิบัติควรมีความเป็นมืออาชีพ และมีความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาล มีความรู้หลากหลายด้านทั้งเรื่องเศรษฐกิจ สังคม นอกเหนือประเด็นทางวิชาชีพ และสามารถสร้างความรู้กับเครือข่ายชุมชนเพื่อการพัฒนาได้⁹

7.) ค่านิยมร่วม (shared value) หมายถึง สิ่งที่คนในองค์กรมุ่งมั่นยึดถือร่วมกัน ซึ่งสะท้อนถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในองค์กร และเป็นสิ่งที่จะสานสัมพันธ์ของสมาชิกในองค์กรเข้าด้วยกัน

ค่านิยมร่วม เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการบูรณาการเพื่อการพัฒนาตามหลักปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาทั้ง 7 ด้านของแมคเคนซีย์ ค่านิยมร่วมเป็นจุดศูนย์กลางที่มีการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ไปยังทุกปัจจัย การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการทำงานร่วมกันจนกลายเป็นค่านิยมร่วม และสามารถสร้างความยั่งยืนในการพัฒนา

นั้นได้¹⁰ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นภารกิจที่ทำหายอย่างยิ่ง เนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย หากไม่สามารถสร้างค่านิยมร่วมกันได้ก็จะไม่สามารถดำเนินการปัจจัยที่เหลืออีกหกด้านได้เลย ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องมีการกำหนดค่านิยมร่วมที่ชัดเจน เพื่อให้มองเห็นสิ่งที่ทุกคนต้องมุ่งมั่นร่วมกัน ค่านิยมร่วมเปรียบเสมือนการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ในการทำงานเป็นทีม ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติอาจใช้บุคคลอื่นที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนามาเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างค่านิยมร่วมของหน่วยงานตนเองด้วยก็ได้

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น พบว่าในปัจจุบันมีรูปแบบนโยบายการดำเนินงานทางสาธารณสุขที่สามารถนำกรอบแนวคิด 7s ของแมคเคนซีย์มาประยุกต์ใช้ได้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ การดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System; DHS) โดยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในระดับอำเภอร่วมกันประเมินตนเอง มุ่งเน้นในส่วนของการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้การสนับสนุน และประสานงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งเมื่อนำแนวคิด 7s ของแมคเคนซีย์มาใช้ในการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแล้วจะสามารถตอบโจทย์การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับตำบลได้ด้วยเช่นเดียวกัน อีกทั้งสามารถสร้างเครือข่ายประสานความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในระดับอำเภอ และสามารถลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป (summary)

สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทยยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการกระจายภาระงานลงสู่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิมากขึ้นเพื่อเพิ่มอัตราความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการของประชาชน ในขณะที่ยวกันการให้บริการด้วยคุณภาพมาตรฐานถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่สะท้อนคุณภาพบริการของทุกหน่วยบริการที่พร้อมจะมอบให้แก่ประชาชน การพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพมาตรฐานจึงถือเป็นอีกหนึ่งความท้าทายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเวชปฏิบัติที่เปรียบเสมือนแกนนำหลักในการพัฒนา การนำกรอบแนวคิด 7s ของแมคเคนซีมาวิเคราะห์สถานการณ์ทางการบริหารจัดการ และเป็นแนวทางในการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น อาจจะช่วยให้การดำเนินงานดังกล่าวประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างค่านิยมร่วมกันของทุกภาคส่วนอันจะเป็นกลไกให้การดำเนินงานให้เกิดยั่งยืนได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Innovative care for chronic condition: building block for action [internet]. 2002 [cited 2017 Mar 10]. Available from: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobal-report.pdf>
2. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Statistical Thailand 2016 [internet]. 2016 [cited 2017 March 10]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/For%20Website_Statistical%20Thailand%202016.pdf
3. Bureau of Non-Communicable Disease, Ministry of Public Health. A Handbook of Quality NCD Clinic Operation [internet]. 2016 [cited 2017 March 10]. Available from: <http://www.thaincd.com/good-stories-view.php?id=11003>
4. Bureau of Non-Communicable Disease, Ministry of Public Health. Assessment forms of Quality NCD Clinic for an Assessor team [internet]. 2016 [cited 2017 Mar 10]. Available from: <http://www.thaincd.com/good-stories-view.php?id=11003>
5. Thailand Nursing and Midwifery Council. The Rules of Basic Treatment and Immunization Requirements for Registered Nurses and Midwiferies. Bangkok: The printing house of Express Transportation Organization of Thailand; 2002.
6. Junprasert S. Nurse practitioners' performance quality: a case study of the eastern region. Thai Journal of Nursing Council 2012; 27(1): 25-38.
7. Thailand Nursing and Midwifery Council. Handbook of Drug Administration and Immunization Requirements for Registered Nurses and Midwiferies. Bangkok: The printing house of Express Transportation Organization of Thailand; 2002.
8. Singh, A. A study of role of McKinsey's

- 7S framework in achieving organizational excellence. Organization Development Journal 2013;31(3),39-50.
9. Boontong T, Athaseri S, Sirikul N. Roles of Nurse Practitioners toward Primary Medical Care in Primary Care Units. Thai Journal of Nursing Council 2007; 22(4): 24-36.
10. Yeandle J, Fawkes L, Carter C, Gordon C, Challis E. Organisational effectiveness and personality disorder. Mental Health Review Journal 2015; 20: 84-91.

คลินิกปริศนา

ชลิต จิตเจือจุน, พ.บ.*

* กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

ผู้ป่วยหญิงอายุ 67 ปี ปวดหลังร้าวลงขาทั้ง 2 ข้าง ได้รับการตรวจด้วยภาพรังสีกระดูกสันหลังส่วนเอวด้านข้าง ได้ผล ดังรูป



รูป) ภาพรังสีด้านข้างของกระดูกสันหลังส่วนเอวพบเงาดำเป็นเส้นตรงที่ intervertebral disk ระดับ L 2 – 5 เด่นชัดที่ระดับ L 3 - 4 (ลูกศร)

คำถาม

1. เงาดำที่ intervertebral disks มีชื่อเรียกว่าอะไร
2. มักพบร่วมกับพยาธิสภาพใด

คำตอบ

1. Vacuum phenomenon
2. Disk degeneration

วิจารณ์

เงาที่บิดำเป็นเส้นตรงหรือกลมที่ intervertebral disks เรียก vacuum phenomenon พบใน degenerative disk disease อย่างไรก็ตามเคยมีรายงานว่า พบร่วมกับ vertebral osteomyelitis, Schmorl node formation, spondylosis deformans และ vertebral collapse จาก osteonecrosis เงาที่บิดำ ในภาพรังสีเป็นเงาของแก๊ส (ร้อยละ 90 เป็นไนโตรเจน) ที่อยู่ภายใน disk. ขณะแอ่นหลัง (extension) intervertebral disk space จะกว้างออก มีการดึงแก๊สจาก extracellular fluid ข้างเคียง ถ้าก้มหลัง (flexion) disk space แคบลงแก๊สจะถูกดูดกลับ Vacuum phenomenon มีความสัมพันธ์กับ disk degeneration มักพบ disk space แคบลง และ reactive sclerosis ของ end plate ข้างเคียงร่วมด้วย

หนังสือแนะนำเพิ่มเติม

1. Ford LT, Gilula LA, Murphy WA et al: Analysis of gas in vacuum lumbar disc. AJR 128:1056-1057, 1977
2. Knutsson F: The vacuum phenomenon in the intervertebral discs. Acta Radiol 23:173-179, 1942
3. Resnick D, Niwayama G, Guerra J et al: Spinal vacuum phenomena: Anatomical study and review. Radiology 139:341-348, 1981

ยานำรู้

Donepezil HCl

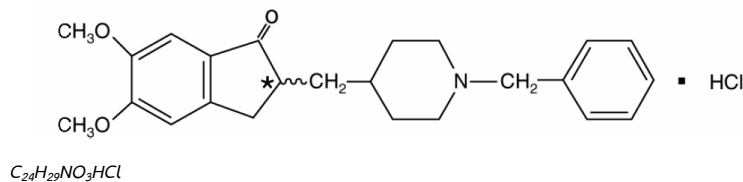
ฉันทริกา สันนเกียรติเจริญ ภบ.*

Jantarika Sanankiatcharoen, B.Pharm.*

*โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

*Prapokklao Hospital

สูตรโครงสร้าง



ชื่อสามัญ: Donepezil HCl 10 mg orodispersible tablet

ชื่อการค้า: Aricept Evess® 10 mg

รูปแบบของยา: Orodispersible tablet : ยาเม็ดชนิดแตกตัวและละลายในปาก

วิธีการรับประทานยา: วางเม็ดยบบนลิ้นให้เม็ดยาแตกตัวและละลาย แล้วดื่มน้ำตาม

กลไกการออกฤทธิ์: โรคอัลไซเมอร์เกิดจากการที่เซลล์ประสาทสมองมีสารสื่อประสาทที่เรียกว่า acetylcholine ลดลง ทำให้ความจำบกพร่อง ยา Donepezil ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ acetylcholinesterase ซึ่งมีหน้าที่ทำลาย acetylcholine ด้วยปฏิกิริยา hydrolysis จึงทำให้ปริมาณ acetylcholine ในเซลล์ประสาทสมองเพิ่มขึ้น

เภสัชจลนศาสตร์:

- การดูดซึม (Absorption): ยาถูกดูดซึมได้อย่างรวดเร็ว

- การกระจายยา (Distribution): ปริมาณการกระจายยาอยู่ระหว่าง 12-16 ลิตร/กก.

- การจับกับโปรตีน (Protein binding): ยาจับกับโปรตีน ร้อยละ 96 โดยส่วนใหญ่จับกับ

albumin (ร้อยละ 75) และ α_1 -acid glycoprotein (ร้อยละ 21)

- การเปลี่ยนแปลงยา (Metabolism): ยาเปลี่ยนแปลงผ่าน CYP2D6 และ CYP3A4 โดยกระบวนการ glucuronidation

- ค่าชีวประสิทธิผล (Bioavailability): ร้อยละ 100

- เวลาครึ่งชีวิตของยา (Half-life elimination): 70 ชั่วโมง time to steady-state 15 วัน

- ระดับยาสูงสุด (Time to peak plasma): 3 ชั่วโมง

- การขับถ่าย (Excretion): ยาถูกขับถ่ายทางปัสสาวะร้อยละ 57 (ร้อยละ 17 ในรูปยาที่ไม่เปลี่ยนแปลง) และร้อยละ 15 ขับถ่ายออกทางอุจจาระ

ข้อบ่งใช้: รักษา mild, moderate, or severe dementia of the Alzheimer's type

ขนาดยา:

- **Mild-to-moderate:** ขนาดยาเริ่มต้น 5 มิลลิกรัม วันละครั้ง อาจปรับเพิ่มขนาดยาเป็น 10 มิลลิกรัม วันละครั้งหลังจากเริ่มให้ยา 4-6 สัปดาห์ ขนาดยาที่ให้ผลดีในการรักษาอยู่ในช่วง 5-10

มิลลิกรัม/วัน

• **Moderate-to-severe:** ขนาดยาเริ่มต้น 5 มิลลิกรัม วันละครั้ง อาจปรับเพิ่มขนาดยาเป็น 10 มิลลิกรัม วันละครั้งหลังจากเริ่มให้ยา 4-6 สัปดาห์ อาจปรับเพิ่มขนาดยาถึง 23 มิลลิกรัม วันละครั้ง หลังจากเริ่มให้นานกว่า 3 เดือน ขนาดยาที่ให้ผลดีในการรักษาอยู่ในช่วง 5-23 มิลลิกรัม/วัน

• **ขนาดยาในผู้สูงอายุ** ให้ตามขนาดยาในผู้ใหญ่ (หมายเหตุ: ในแคนาดา แนะนำขนาดยาสูงสุด 5 มิลลิกรัม/วัน ในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีน้ำหนักตัวน้อย)

• **การปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่ไตทำงานบกพร่อง:** ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยา

• **การปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่ตับทำงานบกพร่อง:** ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยา

อาการไม่พึงประสงค์:

• อาการข้างเคียงที่พบ มากกว่าร้อยละ 10

- ระบบประสาทส่วนกลาง: นอนไม่หลับ (ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 14)

- ระบบทางเดินอาหาร: คลื่นไส้ (ร้อยละ 3 ถึงร้อยละ 19 สัมพันธ์กับขนาดยา) ท้องเดิน (ร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 15 สัมพันธ์กับขนาดยา)

- อื่นๆ: ภูมิแพ้ (ร้อยละ 7 ถึงร้อยละ 13), ติดเชื้อ (ร้อยละ 11)

• อาการข้างเคียงที่พบร้อยละ 1-10

- ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 3) เจ็บหน้าอก (ร้อยละ 2) เลือดออก (ร้อยละ 2) syncope (ร้อยละ 2) ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า บวม หัวใจล้มเหลว ร้อนวูบวบ หลอดเลือดดำขยาย atrial fibrillation, ECG abnormal, peripheral edema

- ระบบประสาทส่วนกลาง: ปวดศีรษะ (ร้อยละ 3 ถึงร้อยละ 10) ปวด (ร้อยละ 3 ถึง

ร้อยละ 9) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 8) เวียนศีรษะ (ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 8) วิดกกังวล (ร้อยละ 1 ถึง ร้อยละ 3) ผื่นผื่นผื่น (ร้อยละ 3) ประสาทหลอน (ร้อยละ 3) ซึมเศร้า (ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 3) สับสน (ร้อยละ 2) อาการอ่อนไหวง่าย (ร้อยละ 2) บุคลิกภาพผิดปกติ (ร้อยละ 2) ไข้ (ร้อยละ 2) ง่วงนอน (ร้อยละ 2) บ้านหมุน

- ผิวหนัง: ผิวหนังเป็นรอยซ้ำ (ร้อยละ 4 ถึงร้อยละ 5) eczema (ร้อยละ 3) คัน ผื่น ลมพิษ

- Endocrine & metabolic: ขาดน้ำ (ร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 2) ไชมันในเลือดสูง (ร้อยละ 2) ความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น

- ระบบทางเดินอาหาร: เบื่ออาหาร (ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 3) อาเจียน (ร้อยละ 3 ถึงร้อยละ 9 สัมพันธ์กับขนาดยา) น้ำหนักลด (ร้อยละ 3 ถึงร้อยละ 5 สัมพันธ์กับขนาดยา) ปวดท้อง ท้องอืด ท้องผูก อาหารไม่ย่อย เลือดออกในทางเดินอาหาร ปวดฟัน gastroenteritis

- Genitourinary: ปัสสาวะบ่อย (ร้อยละ 2) กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (ร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 3) กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะรดตอนกลางคืน ทางเดินปัสสาวะอักเสบ

- ระบบเลือด: มีรอยจ้ำเลือด โลหิตจาง

- ตับ: Alkaline phosphatase สูงขึ้น

- Neuromuscular & skeletal: กล้ามเนื้อเป็นตะคริว (ร้อยละ 3 ถึงร้อยละ 8) ปวดหลัง (ร้อยละ 3) CPK increased (ร้อยละ 3) ข้ออักเสบ (ร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 2) เติบโตกระดูกหัก ซ้ำ สั่นอ่อนแรง lactate dehydrogenase increased

- ตา: มองภาพไม่ชัด ต้อกระจก กระจกตาเคืองตา

- ระบบทางเดินหายใจ: หลอดลมอักเสบ ไอเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก คอหอยอักเสบ ปอดบวม เจ็บคอ

- อื่นๆ: ติดเชื้อรา เหงื่อออกมาก
อาการคล้ายไข้หวัดใหญ่

ปฏิกริยาระหว่างยา:

- เพิ่มฤทธิ์และพิษของยา:
 - Donepezil เพิ่มระดับและฤทธิ์ของ Antipsychotics, Beta-blockers, Cholinergic Agonists, Succinylcholine
 - Corticosteroids (systemic) เพิ่มระดับและฤทธิ์ของ Donepezil
- ลดฤทธิ์ของยา:
 - Donepezil ลดระดับและฤทธิ์ของยา Anticholinergics, Neuromuscular-Blocking Agents (Nondepolarizing)
 - Anticholinergics, Dipyridamole, Peginterferon Alfa-2b ลดระดับและฤทธิ์ของยา Donepezil

ข้อควรระวัง:

- Cholinesterase inhibitor มี vagotonic effect อาจทำให้หัวใจเต้นช้า และ/หรือ heart block
- ตามแนวทางการรักษา Alzheimer กรณีผู้ป่วยหัวใจเต้นช้า (bradycardia) ถือเป็นข้อห้ามในการใช้ยากลุ่ม centrally-active cholinesterase inhibitor
- ใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วย sick sinus syndrome หรือ supraventricular conduction abnormalities ฤลงมโปดโป่งพอง โรคหืด
- ใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคลมชัก
- ใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลในทางเดินอาหาร (เช่น มีประวัติการใช้ยากลุ่ม NSAIDs) หรือผู้ป่วยที่มีปัญหากระเพาะปัสสาวะอุดตัน
- ขนาดยาที่ให้มีความสัมพันธ์กับการเกิด

ท้องเดิน คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นภายใน 1-3 สัปดาห์

- ยาอาจทำให้เกิดการเบื่ออาหาร และ/หรือน้ำหนักลด (สัมพันธ์กับขนาดยา)
- ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 55 กก. มักเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและน้ำหนักลดมากกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมากกว่า 55 กก.

ข้อห้ามใช้: ห้ามใช้ในผู้ที่แพ้ยา donepezil, piperidine derivatives หรือส่วนประกอบอื่นของยา

การศึกษาทางคลินิก (clinical trial)

1. ข้อมูลการศึกษาทางคลินิกด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา **donepezil** ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ Rogers SL และคณะ ได้ทำการศึกษาแบบ multicenter, double-blind, parallel-group โดยผู้ป่วยจะได้รับการสุ่มให้ได้รับยา Donepezil (รับประทานวันละครั้งในขนาด 1, 3 หรือ 5 มิลลิกรัม) หรือยาหลอก การศึกษาจะแบ่งเป็น 12-week double-blind phase และตามด้วย 2-week single-blind placebo washout มีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 161 ราย (อายุระหว่าง 55 ถึง 85 ปี) และมีผู้ป่วย 141 รายที่เข้าร่วมจนสิ้นสุดการรักษา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา donepezil มีการเพิ่มขึ้นของ Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale score (ADAS-cog) และ MMSF scores โดยในผู้ป่วยที่ได้รับยา donepezil ในขนาด 5 มิลลิกรัม/วัน มีการเพิ่มขึ้นของ ADAS-cog มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับยาในเลือดของ donepezil และการยับยั้งเอนไซม์ Acetylcholinesterase อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการยับยั้งเอนไซม์ Acetylcholinesterase สูงถึงร้อยละ 76 ถึง

ร้อยละ 84 เมื่อระดับยาในพลาสมาของ donepezil มากกว่า 50 ng/ml มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับยา donepezil ในพลาสมา กับ ADAS-cog ($p=0.014$), MMSWE ($p=0.023$) และคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($p=0.037$) เช่นเดียวกันกับความสัมพันธ์ระหว่างการยับยั้งเอนไซม์ Acetylcholinesterase และการเปลี่ยนแปลง ADAS-cog ($p=0.008$) ผลข้างเคียงจากการใช้ยา donepezil ทั้งสามขนาด (ร้อยละ 64 ถึงร้อยละ 68) ใกล้เคียงกับยาหลอก (ร้อยละ 65) ยา donepezil ไม่มีผลต่อ vital signs, hematology หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพิษต่อตับเหมือนที่พบในยาในกลุ่ม acridine-based cholinesterase inhibitors

2. ข้อมูลการศึกษาทางคลินิกด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา donepezil ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง

Feldman H และคณะ ได้ทำการศึกษาแบบ multicenter, double-blind study นาน 24 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะได้รับยา donepezil ในขนาด 5 มิลลิกรัม/วัน ใน 28 วันแรก และอาจปรับเพิ่มขนาดเป็น 10 มิลลิกรัม/วัน หลังจากนั้นตามดุลพินิจของแพทย์ ($n=144$) หรือได้รับยาหลอก ($n=146$) การประเมินผลการรักษาใช้ Clinician's Interview-Based Impression of Change with caregiver input (CIBIC+) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลองคือ 73.6 ปี (อยู่ในช่วง 48 ถึง 92 ปี) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา donepezil มีคะแนน CIBIC+ ดีกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอก ในทุกครั้งที่มาพบแพทย์จนถึง 24 สัปดาห์ ($p < 0.001$) ผลการประเมินอื่นๆ (รวมถึง sMMSE, Severe Impairment Battery, Disability Assessment for Dementia, Functional Rating Scale, and Neuropsychiatric Inventory)

พบว่ามีความแตกต่างกันในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มที่ได้รับยา donepezil มีคะแนนการประเมินดีกว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุด เป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับยา donepezil ร้อยละ 84 และกลุ่มที่ได้รับยาหลอก ร้อยละ 86 พบผลข้างเคียงในการใช้ยา ร้อยละ 83 ในกลุ่มที่ได้รับยา donepezil และร้อยละ 80 ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก โดยผลข้างเคียงที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่รุนแรง มีผู้ป่วยที่ต้องหยุดใช้ยาเนื่องจากเกิดผลข้างเคียงในกลุ่มที่ได้รับยา donepezil ร้อยละ 8 และในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก ร้อยละ 6 ไม่มีความแตกต่างในเรื่องสัญญาณชีพหรือผลปฏิบัติการทางคลินิกที่ผิดปกติทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับยา donepezil

บรรณานุกรม

1. Rogers SL, Friedhoff LT. The efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease : results of a US Multicentre, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Dementia* 1996;7(6):293-303. Available from URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8915035>
2. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Subbiah P, Whalen E. A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology* 2001;57(4):613-20. Available from URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11524468>
3. Dana WJ, Fuller MA, Goldman MP, Golembiewski JA, Gonzales JP and Lowe JF et al. Drug Information Handbook with International Trade Names Index. 22nd ed. Ohio: Lexi-comp Inc, 2013;637-9.

