

วารสารวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
Academic Journal
of Mahasarakham Provincial Public Health Office



ISSN 2539 - 6196

ปีที่ 7 ฉบับที่ 13 ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566
Vol.7 No.13 October 2022 – March 2023

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	
ที่ปรึกษา	ดร.นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา นายแพทย์หัสชา เน้อยทอง นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ นายอุดม บุปผาเท นายแพทย์วิเชียร ฉกาจนโรดม ทันตแพทย์วัฒน์ ตรีวัฒนา เภสัชกรบุญถม ปาปะแพ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) ปฏิบัติหน้าที่รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)
บรรณาธิการ	ดร.สงัด เชื้อกลิ่นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
รองบรรณาธิการ	ดร.รัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ ผศ.ดร.พญ.ศรินาถ ตงศิริ ผศ.ดร.ชนัดดา พลอยล้อมแสง รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี ผศ.ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ รศ.ดร.ณรงค์ฤทธิ์ โสภา ดร.นิสากร วิบูลชัย ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญปรีรักษ์ ดร.อัจฉรา มีนาลัยศิริรักษ์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น
ฝ่ายจัดการ	ดร.รัชณีวิภา จิตรากุล นางสาวสิริมาพร นาศพัฒนา นายสุเมธ ระโยธี นางสาวณัฐรญา ไชยคำภา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ นักวิชาการสาธารณสุข

กำหนดออก ราย 6 เดือน (ตุลาคม-มีนาคม, เมษายน-กันยายน)

สำนักงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด
ตำบลแวงนาง อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
โทร. 0-4377-7811, 0-4377-7972-313 โทรสาร 0-4377-7811
E-mail address: Journal.mk2560@gmail.com, Journal.mk2560@yahoo.com
ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดมหาสารคาม เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้แสดงว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
และคณะผู้จัดทำเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

สารบัญ Contents	หน้าที่ Page
<p>บทบรรณาธิการ</p> <p>นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article</p>	
<p>ค่าการแข็งตัวของเลือดและค่าทางโลหิตวิทยา ของผู้ป่วยโควิด-19 ที่นอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลลำปาง Coagulopathy and Hematological parameters of COVID-19 patients admitted in Lampang Hospital สวัสดี จันทาวงค์* Sawat Chantawong*</p>	1
<p>ผลการจัดซื้อยาโดยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมการสืบราคายาในโรงพยาบาลชัยภูมิ The results of drug procurement by a specific method whit investigating drug prices in Chaiyaphum Hospital สามารถ อยู่ยง¹, สิริรัตน์ ภูมิรัตนประพิณ² Samart Yooyong¹, Sirirut Phumiruttanaprapin²</p>	13
<p>อุบัติการณ์ภาวะผื่นคล้ายสิวในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด non-small cell ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเออโรทินิบ Incidence of Acneiform Eruption in Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Treated with Erlotinib มณฑล ธนบดี¹, นิรันดร์ จ่างคง² Monton Tanabodee¹, Nirun Jangkong²</p>	24
<p>การคาดการณ์อัตรากำลังเภสัชกรสาขาเภสัชบำบัดโรคติดเชื้อโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ภายในปี พ.ศ. 2572 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2558-2578) The Workforce estimation for infectious disease pharmacotherapy pharmacist, Chaophrayayommarat Hospital, within 2029, under the Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2015 – 2035) พรเพ็ญ เรืองสุขอุดม¹, นิรันดร์ จ่างคง², ภาณุวิทย์ ศรีเสนา³ Pornpen Rueangsukudom¹, Nirun Jangkong², Panuwit Srisena³</p>	36

สารบัญ Contents	หน้าที่ Page
การพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา Development of long term care model for elderly with dependent under the National Health Insurance System, Songkhla Province ชุตินา คงจันทร์* Chutima Kongjun*	53
พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 Development of a continuity-of-care system for COVID-19 patients อลิสรา รัฐวงษา ¹ , อาคม รัฐวงษา ² Alisa Ruttawongsa ¹ , Akom Ruttawongsa ²	68
ระดับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 The level of executives' participation in strategic planning of the 12 th Health Region ภาวนา อำนวยตระกูล* Pawana Amnuaytrakul*	82
ผลลัพธ์ทางคลินิกในการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ The Clinical Outcomes for Glycemic Control in Diabetic Patients during the Prevention of Covid-19 Pandemic at Rong Kham Hospital Kalasin Province รุจีเลขา บัวคำภู* Ruchilekha Buakhamphu*	98
การพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาล ในยุค New Normal แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝื่อ จังหวัดอุดรธานี Development and Evaluation of Nursing Practice Guidelines in the New Normal, Outpatient Department Ban Phue Hospital Udonthani Province จินตนา ศรีสร้างคอม ¹ , อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล ² Chintana Srisangkom ¹ , Amornrat Akkarasetsakul ²	109

สารบัญ	หน้าที่
Contents	Page
การประเมินการดำเนินงานของศูนย์รับส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น Evaluation of referral centers in Khon Kaen Province สุทธิมา ยลโสภณ* Suttima Yonsophon*	123
การเตรียมและส่งต้นฉบับ	137

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามฉบับที่สิบสามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นแหล่งตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข พัฒนาวิชาการให้เป็นที่ยอมรับทางวิชาการในระดับสากล พร้อมทั้งเพื่อให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการระดับกระทรวงสาธารณสุขและระดับหน่วยงานด้านการศึกษา โดยกำหนดให้เป็นวารสารราย 6 เดือน จัดพิมพ์ในรอบเดือนมีนาคมและกันยายน ประกอบด้วยงานวิจัยที่มีความสำคัญ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จำนวน 10 เรื่อง (1) ค่าการแข็งตัวของเลือดและค่าทางโลหิตวิทยาของผู้ป่วยโควิด-19 ที่นอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลลำปาง (2) ผลการจัดซื้อยาโดยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมการสืบราคาภายในโรงพยาบาลชัยภูมิ (3) อุบัติการณ์ภาวะผื่นคล้ายสิ่วในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด non-small cell ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเออโรทินิบ (4) การคาดการณ์อัตรากำลังเภสัชกรสาขาเภสัชบำบัดโรคติดเชื้อโรงพยาบาลเจ้าพระยามรชาภายในปี พ.ศ. 2572 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2558-2578) (5) การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา (6) การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 (7) ระดับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 (8) ผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณืป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ (9) การพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์ทางพยาบาล ในยุค New Normal แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี (10) การประเมินการดำเนินงานของศูนย์รับส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น ทั้งนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไขให้งานวิจัยมีคุณภาพมากขึ้นซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขต่อไป

ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ค่าการแข็งตัวของเลือดและค่าทางโลหิตวิทยา ของผู้ป่วยโควิด-19 ที่นอนพักรักษาตัวใน
โรงพยาบาลลำปาง

Coagulopathy and Hematological Parameters of COVID-19 Patients Admitted in
Lampang Hospital

สวัสดี จันทาวงศ์*
Sawat Chantawong *

บทคัดย่อ

โควิด-19 เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากไวรัส SARS-CoV-2 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบเลือด วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดและค่าทางโลหิตวิทยา ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลลำปาง ตามลักษณะอาการรุนแรงของผู้ป่วย เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) เก็บข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีความรุนแรง 3 ระดับ ได้แก่ อาการปานกลาง อาการหนัก และอาการหนักมาก ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 - 31 พฤษภาคม 2565 นำผลการตรวจการแข็งตัวของเลือดและค่าทางโลหิตวิทยา มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผลการศึกษา ค่าการแข็งตัวของเลือด ซึ่งประกอบด้วย Prothrombin Time (PT), Activated Prothrombin Thromboplastin Time (aPTT), D-dimer และ Platelet count ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงทั้ง 3 ระดับ พบว่าค่า D-dimer มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.045$) และการตรวจค่าทางโลหิตวิทยา พบว่าค่า White blood cell count มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) โดยจะมีปริมาณเพิ่มสูงในช่วงแรกของการติดเชื้อ จากผลการศึกษานี้ สามารถใช้ค่าการแข็งตัวของเลือด คือ D-dimer และค่าทางโลหิตวิทยา คือ White blood cell count เป็นตัวชี้บ่งที่สำคัญในการบอกความรุนแรงและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

คำสำคัญ : โควิด-19 การแข็งตัวของเลือด ค่าทางโลหิตวิทยา

* กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง

Abstract

COVID-19 is an infectious disease caused by the SARS-CoV-2 virus that causes changes in the blood system. The objectives of the study were to analyze laboratory results about coagulopathy and hematological parameters of patients admitted in Lampang Hospital according to the severity of the patient's symptoms. It was a retrospective study collecting data on COVID-19 patients with 3 levels of severity: moderate ill, semi critical ill and critical ill from 1 January 2020 - 31 May 2022 using the results of coagulopathy and hematological parameters for statistical analysis. Coagulopathy results which consisted of Prothrombin Time (PT), Activated Prothrombin Thromboplastin Time (aPTT), D-dimer values and Platelet count. The patients with all 3 levels of severity, the D-dimer values were significantly different ($p=0.045$) and hematological parameters showed that the white blood cell count were significantly different ($p = 0.008$) with increased in the early stage of infection. In this study the key markers for the severity and prognosis of COVID-19 patients are D-dimer values and white blood cell count.

Keywords : COVID-19, Coagulopathy, Hematological parameters

บทนำ

โควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากไวรัส SARS-CoV-2 คนส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อไวรัสจะมีอาการระบบทางเดินหายใจเล็กน้อยถึงปานกลางและฟื้นตัวได้โดยไม่ต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ อย่างไรก็ตาม บางรายอาจป่วยหนักและต้องไปพบแพทย์ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิตได้^(1,2)

ไวรัสมักจะแพร่กระจายจากคนสู่คน โดยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ สัมผัสกับละอองจากไอหรือจามของผู้ติดเชื้อ สัมผัสวัตถุหรือพื้นผิวที่มีละอองจากผู้ติดเชื้อ แล้วสัมผัสปากหรือใบหน้า อาการของ COVID-19 อาจมีตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง ได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจถี่ อาการอื่นๆ ได้แก่ น้ำมูกไหลหรือคัดจมูก ปวดหัวหรือเมื่อยล้า ปวดกล้ามเนื้อหรือข้อ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ท้องเสียหรืออาเจียน การสูญเสียกลิ่น ชั่วคราวหรือการรับรู้อรส^(3,4)

เนื่องจากระบบเลือดเป็นอีกระบบหนึ่งที่เปลี่ยนแปลงบ่อยที่สุดในผู้ป่วย COVID-19⁽⁵⁾ พารามิเตอร์ทางห้องปฏิบัติการเพื่อระบุความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย COVID-19 ได้แก่ การตรวจการแข็งตัวของเลือด ซึ่งประกอบด้วย Prothrombin Time (PT), Activated Prothrombin Thromboplastin Time (aPTT), D-dimer และ Platelet count การตรวจ PT เป็นการตรวจสอบความผิดปกติของเลือดออกและประเมินการรักษาที่ใช้เพื่อป้องกันเลือดออก การตรวจ aPTT เป็นการทดสอบระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันเลือดออก การหาปริมาณของระดับ D-dimer มีบทบาทสำคัญในการรักษา เนื่องจากเป็นตัวบ่งชี้ของการเกิดลิ่มเลือดที่สงสัย พบได้ใน deep vein thrombosis รวมทั้ง Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)^(6,7) ระดับ D-Dimer มักจะสูงขึ้นในผู้ป่วย COVID-19 และการตรวจ Platelet count จะ

ช่วยในการวินิจฉัยภาวะ Coagulopathy ส่วนการตรวจค่าทางโลหิตวิทยา เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้บ่อยในการวินิจฉัยโรคเมื่อผู้ป่วยมาด้วยอาการไข้เฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วย COVID-19 ผลการตรวจจะช่วยบอกความรุนแรงและการพยากรณ์โรค ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาค่าการแข็งตัวของเลือดและค่าทางโลหิตวิทยา แยกตามลักษณะอาการของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยอาการปานกลาง (Moderate ill) อาการหนัก (Semi Critical ill) และอาการหนักมาก (Critical ill)

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยเก็บข้อมูลการตรวจการแข็งตัวของเลือดและค่าทางโลหิตวิทยา ของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลำปาง เก็บข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาล แยกตามลักษณะอาการรุนแรงของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยอาการปานกลาง อาการหนัก และอาการหนักมาก ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 - 31 พฤษภาคม 2565 คำนวณตัวอย่าง จากการศึกษานำร่อง (pilot study) จำนวนรายการละ 20 ตัวอย่าง ใช้สมการ two sample of mean power 80%, alpha error 0.05, two-sided ได้จำนวนตัวอย่างดังนี้ การตรวจการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ PT และ aPTT จำนวน 120 ราย การตรวจ D-dimer จำนวน 30 ราย ส่วนการตรวจ Platelet count และตรวจหาค่าทางโลหิตวิทยา จำนวน 300 ราย วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดย

ใช้ One way analysis of variance with assuming and equal sphericity กับ continuous variable

ใช้ exact probability test กับ categorical variable และ stage of illness เป็น nominal scale

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ใช้จำนวน
ตัวอย่างดังนี้ การตรวจการแข็งตัวของเลือด ได้แก่
PT และ aPTT จำนวน 120 ราย การตรวจ

D-dimer จำนวน 38 ราย ส่วนการตรวจ
Platelet count และการตรวจหาค่าทางโลหิต
วิทยา จำนวน 310 ราย

การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามลักษณะความรุนแรงของ โรงพยาบาลลำปาง

ผู้ป่วย ตัวบ่งชี้	ตัวบ่งชี้หลัก			
	ลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท			
	หนักมาก (Critical ill)	หนัก (Semi Critical ill)	ปานกลาง (Moderate ill)	เบา (Convalescence)
1.สัญญาณชีพ	ก.สัญญาณชีพ ผิดปกติ มีอาการ เปลี่ยนแปลง ตลอดเวลา หรือมีการ เปลี่ยนแปลง TPR และหรือ BP ที่บ่งบอก ถึงความผิดปกติที่ รุนแรง คุณคามต่อชีวิต และ ไม่สามารถ ควบคุมได้ แม้จะได้รับ ยาที่สำคัญต่อการมี ชีวิตทางหลอดเลือดดำ	ก.สัญญาณชีพ ผิดปกติ แต่อยู่ใน ระดับที่ควบคุมได้ และยังมีโอกาส เปลี่ยนแปลงได้ แม้ จะได้รับยาที่สำคัญ ต่อการมีชีวิตทาง หลอดเลือดดำ	ก.สัญญาณชีพ ปกติ แต่อาจมี โอกาสเปลี่ยนแปลง ได้	ก.สัญญาณชีพปกติ ตาม สภาวะของ ผู้ป่วย
2.อาการและ อาการแสดง	อาการและอาการ แสดงที่บ่งบอกถึง ความเจ็บป่วยอยู่ใน ระดับรุนแรง ไม่ สามารถควบคุมได้ และคุณคามต่อชีวิต เช่น ก. มีภาวะหายใจ ล้มเหลว (Respiratory failure) ลักษณะการ หายใจหอบลึก/เร็ว ตื่น/หอบเหนื่อย/ ปึกจุกบาน ใช้แรงดึง	อาการและอาการ แสดงอยู่ในระดับ รุนแรง เช่น แต่ สามารถควบคุมได้ หรือ ยังมีโอกาส เข้าสู่ ภาวะรุนแรง ได้ตลอดเวลา เช่น ก.หายใจเหนื่อย หอบยังต้องใช้ เครื่องช่วยหายใจ แต่สามารถควบคุม ได้ ระบบหายใจ คงที่ หรือ อยู่ใน	อาการและอาการ แสดงอยู่ใน ระดับ ที่ไม่รุนแรง สามารถควบคุมได้ ด้วยการ รักษาพยาบาล หรือสามารถ ประคับประคอง ไม่ให้ลุกลาม เช่น ก. ลักษณะหายใจ ปกติแต่มีโอกา สเปลี่ยนแปลงได้ หรือ หลัง off ท่อ	อาการและอาการ แสดง อยู่ในระยะ ฟื้นฟูสภาพ เช่น ก. ลักษณะการ หายใจปกติ ตาม สภาวะของผู้ป่วย ข. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปกติตามสภาวะของ ผู้ป่วย ค. ไม่มีการสูญเสีย เลือด ง. อาการแสดงทาง ระบบ ประสาทที่

ผู้ป่วย ตัวบ่งชี้	ตัวบ่งชี้หลัก			
	ลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท			
	หนักมาก (Critical ill)	หนัก (Semi Critical ill)	ปานกลาง (Moderate ill)	เบา (Convalescence)
ของกล้ามเนื้อที่ช่วยใน การหายใจ อัตราการ หายใจ <10 ครั้ง/นาที หรือ >30 ครั้ง/นาที O ₂ saturation <90% และ/หรือจำเป็นต้อง ใช้เครื่องช่วยหายใจ ข. มีภาวะหัวใจเต้น ผิดจังหวะรุนแรง (Severe arrhythmia) เช่น SVT, VT, VF, Heart block ต้อง ได้รับการแก้ไขอย่าง เร่งด่วน เช่น ให้ยา Antiarrhythmic drugs การรักษาด้วยการใส่ เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Pace maker) และ/ หรือการกระตุกไฟฟ้า หัวใจ (Cardioversion/DC shock) หรือมี ภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดเฉียบพลัน ค. มีภาวะ Active bleeding ที่ทำให้ ระดับค่า Hct ลดลง >3% จากค่าเดิมของ ผู้ป่วย หรือ มีภาวะ bleeding >200 CC/ ชั่วโมง และ/หรือ Coagulopathy	ระหว่าง การ weaning Ventilator และ หลัง off ท่อช่วย หายใจ ใน 2 ชั่วโมง แรก ข. มีภาวะหัวใจเต้น ผิดจังหวะ (Arrhythmia) ที่ ต้องเฝ้าระวังอย่าง ต่อเนื่อง ค. มีภาวะ bleeding ที่ทำให้ ระดับค่า Hat ลดลง <3% จากค่าเดิม ของผู้ป่วย และ สามารถ stop bleedingได้ และ/ หรือ Coagulopathy ผิดปกติ: INR >5, Plt < 30,000 แต่ สามารถ ควบคุมได้ ง. มีอาการและ อาการแสดงทาง ระบบประสาทที่ ผิดปกติ แต่อยู่ใน ภาวะที่สามารถ ควบคุมได้ อาจมี โอกาสเปลี่ยนแปลง ในทางที่เลวลง ไม่ รู้สึกตัว หรือหลับลึก	ช่วยหายใจ 2 ชั่วโมงแล้ว สัญญาณ ชีพปกติ ข. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปกติแต่มีโอกา สเปลี่ยนแปลงได้ ค. การสูญเสียเลือด อยู่ในภาวะเลือด หยุดแล้วระดับ Hct ใกล้เคียงภาวะ ปกติของผู้ป่วย ง. อาการและ อาการแสดงทาง ระบบ ประสาทที่ ปกติ หรือคงที่ มีโอกาส เปลี่ยนแปลงน้อย เคลื่อนไหวได้ เล็กน้อย อาจมี อาการง่วง งง พูด ช้า แต่เมื่อ กระตุ้นด้วยสิ่งเร้า หรือ ปลุกก็ สามารถโต้ตอบได้ ตามปกติ GCS = 13 - 14 คะแนน	ปกติหรือคงที่ รู้สึกตัว GCS = 15 คะแนน	

ผู้ป่วย ตัวบ่งชี้	ตัวบ่งชี้หลัก			
	ลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท			
	หนักมาก (Critical ill)	หนัก (Semi Critical ill)	ปานกลาง (Moderate ill)	เบา (Convalescence)
	ผิดปกติ : INR >5 ผิดปกติ Plt < 30,000 ง. มีอาการและอาการ แสดงทางระบบ ประสาทที่ผิดปกติ เปลี่ยนแปลงได้ ตลอดเวลา หรือ ไม่ รู้สึกตัว ไม่ตอบสนอง ทั้ง ต่อ ด้านการ เคลื่อนไหวหรือทาง วาจา ต่อสิ่งกระตุ้น (stimuli) GCS= 3 - 8 คะแนน หรือลดลงจาก เดิม \geq 2 คะแนน	แต่ยังสามารถ ตอบสนอง ต่อสิ่งเร้า ที่รุนแรง/กระตุ้น ซ้ำๆหลายครั้ง GCS = 9 - 12 คะแนน		

การตรวจ PT, aPTT และ D-dimer ใช้
เครื่องตรวจ Acl รุ่น Top 500 ของบริษัท i-med
และการตรวจค่าทางโลหิตวิทยา ใช้เครื่องตรวจ
Beckman Coulter รุ่น DxH900 ของบริษัท
PCL Holding การวิจัยนี้ได้รับการรับรอง
จริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
เกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลลำปาง เลขที่
EC 134/65

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563- 31 พฤษภาคม 2565 จำแนกตามลักษณะผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยอาการรุนแรงระดับปานกลาง

หนัก และหนักมาก มีการส่งตรวจ PT และ aPTT จำนวน 120 ราย มีอายุระหว่าง 23 - 91 ปี พบสูงสุดเป็นผู้ป่วยอาการรุนแรงระดับหนัก จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 50.8) และเป็นเพศหญิง 74 ราย (ร้อยละ 61.7) การตรวจ D-dimer จำนวน 38 ราย มีอายุระหว่าง 1 - 85 ปี พบสูงสุดเป็นผู้ป่วยอาการรุนแรงระดับหนักมาก จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 68.4) เป็นเพศชายและหญิงจำนวนเท่ากันอย่างละ 19 ราย (ร้อยละ 50) ส่วนการตรวจค่าทางโลหิตวิทยา จำนวน 310 ราย มีอายุระหว่าง 2 - 91 ปี พบสูงสุดเป็นผู้ป่วยอาการรุนแรงระดับหนัก จำนวน 146 ราย (ร้อยละ 47.1) เป็นเพศหญิงจำนวน 156 ราย (ร้อยละ 50.3) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลำปาง แยกตามความรุนแรงของอาการผู้ป่วย

Parameter	Gender		total (case)	Age (Year)		Clinical classification on admission		
	Male	Female		Min	Max	Critical ill	Semi Critical ill	Moderate ill
1. Coagulation	46	74	120	23	91	34	61	25
2. D-dimer	19	19	38	1	85	26	9	3
3. Hematological	154	156	310	2	91	93	146	71

การตรวจการแข็งตัวของเลือด ในผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงระดับปานกลาง หนัก และหนักมาก มีการทดสอบค่า PT, aPTT, D-dimer และ Platelet count ได้ผลดังนี้ ค่า PT พบสูงสุดในผู้ป่วยอาการรุนแรงระดับหนักมาก เท่ากับ 22.4 ± 37.7 วินาที รองลงมาพบในผู้ป่วยระดับปานกลาง และหนัก ตามลำดับ โดยผู้ป่วยทั้งสามระดับ มีค่า PT แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.769$) ค่า aPTT พบสูงสุดในผู้ป่วยอาการรุนแรงระดับปานกลาง เท่ากับ 37.6 ± 15.0 วินาที รองลงมาพบในผู้ป่วยระดับหนัก และหนักมาก ตามลำดับ โดยผู้ป่วยทั้งสามระดับ มีค่า aPTT แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.769$) ค่า D-dimer พบสูงสุดในผู้ป่วยอาการรุนแรงระดับหนักมาก เท่ากับ $1,401.9 \pm 1,500.5$ ng/ml รองลงมาพบในผู้ป่วยระดับหนัก และปานกลาง ตามลำดับ โดยผู้ป่วยทั้งสามระดับ มีค่า D-dimer แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.045$) ส่วนค่า Platelet count พบค่าต่ำสุดในผู้ป่วยอาการรุนแรงระดับหนักมาก เท่ากับ 226.73 ± 152.25 ($\times 10^3$) cells/ μ l รองลงมาพบ

ในผู้ป่วยระดับปานกลางและหนัก ตามลำดับ โดยผู้ป่วยทั้งสามระดับ มีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.261$)

ผลการตรวจค่าทางโลหิตวิทยา มีการทดสอบค่า Hemoglobin (Hb), Hematocrit (Hct) และ White blood cell count (Wbc) ได้ผลดังนี้ ค่า Hb พบค่าสูงสุดในผู้ป่วยอาการรุนแรงระดับหนักมาก เท่ากับ 11.2 ± 3.4 g/dl รองลงมาพบในผู้ป่วยระดับหนัก และปานกลาง ตามลำดับ โดยผู้ป่วยทั้งสามระดับ มีค่า Hb แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.174$) ค่า Hct พบค่าสูงสุดสูงสุดในผู้ป่วยอาการรุนแรงระดับปานกลาง เท่ากับ $36.0 \pm 7.0\%$ รองลงมาพบในผู้ป่วยระดับหนักมาก และระดับหนัก ตามลำดับ โดยผู้ป่วยทั้งสามระดับ มีค่า Hct แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.240$) ค่า Wbc พบค่าสูงสุดในผู้ป่วยอาการรุนแรงระดับหนักมาก เท่ากับ 9.62 ± 6.13 ($\times 10^3$) cells/ μ l รองลงมาพบในผู้ป่วยระดับหนัก และปานกลาง ตามลำดับ โดยผู้ป่วยทั้งสามระดับ มีค่า Wbc แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) ดังแสดงในตารางที่ 2

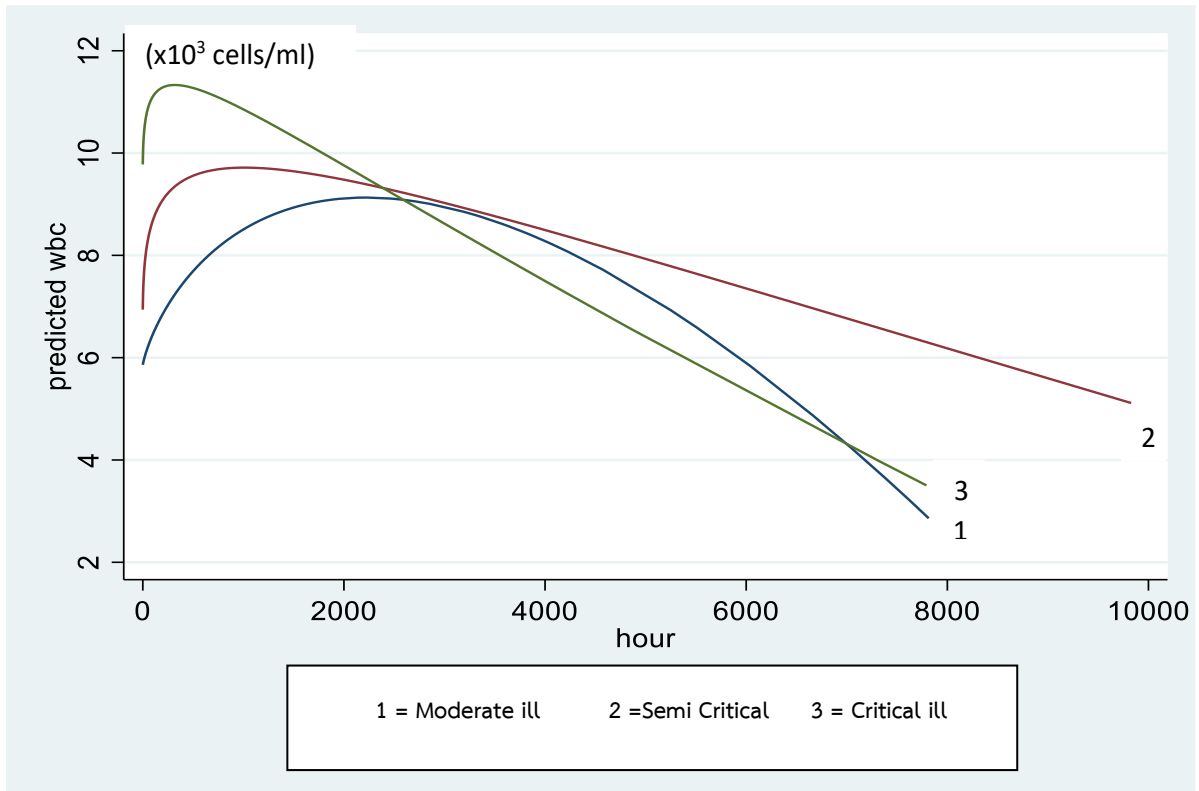
ตารางที่ 2 ค่า Coagulation และ Hematological parameters ของผู้ป่วย Covid-19 ที่นอนพักรักษา
ตัวในโรงพยาบาลลำปาง

Parameter	Critical ill	Semi Critical ill	Moderate ill	p-value
1. Coagulation (N = 120)	(N = 34)	(N = 61)	(N = 25)	
Age	61.9±16.2	59.6±17.8	62.3±18.3	0.737
PT (M±SD.)	22.4±37.7	18.0±11.2	18.1±8.3	0.617
APTT (M±SD.)	34.7±17.83	35.9±14.65	37.6±15.0	0.769
2. D-dimer (N = 38)	(N = 26)	(N = 9)	(N = 3)	
Age	49.0±23.4	41.0±20.0	49.6±9.5	0.629
D-dimer	1401.9±1500.5	292.7±216.4	118.6±60.1	0.045
3. Hematological (N = 310)	(N = 93)	(N = 146)	(N = 71)	
Age	57.9±18.1	58.5±17.8	56.2±18.9	0.685
Hb (M±SD.)	11.2±3.4	11.2±2.7	11.9±2.5	0.174
Hct (M±SD.)	34.1±10.3	34.0±7.8	36.0±7.0	0.240
Wbc ($\times 10^3$) (M±SD.)	9.62±6.13	8.45±4.80	7.06±4.73	0.008
Plt ($\times 10^3$) (M±SD.)	226.73±152.25	256.64±150.6	233.97±126.4	0.261

เมื่อศึกษาแนวโน้มของ White blood cell count ในระยะเวลาต่างๆของการสังเกต (ชั่วโมง) พบว่า White blood cell count มีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเวลาแรกๆ ของการติดเชื้อ

หลังจากนั้นแนวโน้มจะค่อยๆ ลดลง โดยผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงระดับหนักมากจะมีแนวโน้มการเพิ่มสูงที่สุดในช่วงแรกของการติดเชื้อ ดังแสดงรูปที่ 1

รูปที่ 1 แนวโน้มค่า White blood cell ของผู้ป่วยในช่วงเวลาต่างๆ ของการส่งตรวจ



วิจารณ์

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อ COVID-19 จะได้รับการประเมินอาการเพื่อพิจารณาการพักรักษาตัว (Admit) ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงระดับปานกลาง (Moderate ill) อาการหนัก (Semi Critical ill) และอาการหนักมาก (Critical ill) จะได้รับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเบา (Convalescence) แพทย์จะพิจารณาให้เป็นผู้ป่วย OPD และเนื่องจากระบบเลือดเป็นระบบหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยที่สุดในผู้ป่วย COVID-19 ทั้งจำนวนเม็ดเลือดและหรือการแข็งตัวของเลือด ดังนั้น แพทย์จะพิจารณาส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจทาง Coagulopathy และการตรวจ Hematological parameters เพื่อประเมินและติดตามการรักษาผู้ป่วย

จากผลการตรวจการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วย COVID-19 พบว่า ค่า PT, aPTT และ D-dimer ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงทั้งสามระดับ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าคนปรกติ (ค่าอ้างอิง PT = 9.3-11.9 วินาที, aPTT = 25.4 - 36.2 วินาที และ D-dimer ≤ 500 ng/ml) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Grobler C และคณะ⁽⁸⁾ และรายงานของ Thachil J และคณะ⁽⁹⁾ โดยค่า PT และ D-dimer จะมีค่าสูงในผู้ป่วยอาการรุนแรงระดับหนักมาก สอดคล้องกับรายงานของ Jin S และคณะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งสาเหตุเนื่องจากการบาดเจ็บของเยื่อผนังหลอดเลือดของผู้ป่วย COVID-19 ส่งผลให้การสร้าง thrombin และละลายลิ่มเลือดหยุดทำงาน ทำให้ภาวะเลือดแข็งตัว เกิดลิ่มเลือดอุดตัน จึงทำให้ค่า PT, aPTT และ D-dimer มีค่าสูง อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ เปรียบเทียบค่า PT และ aPTT ของ

ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงทั้งสามระดับ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่า D-dimer พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.045$) สำหรับค่า Platelet count ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงทั้งสามระดับ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหนักมากมีค่าต่ำกว่าผู้ป่วยระดับอื่น สอดคล้องกับรายงานของ Guan W-J และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบค่า Platelet count ในกลุ่ม none severe สูงกว่ากลุ่ม severe COVID-19 สาเหตุอาจเกิดจากกระบวนการ Consumptive coagulopathy ที่เกิดภาวะ Disseminated intravascular coagulation (DIC) อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบค่า Platelet count ยังอยู่ในระดับปกติ (ค่าอ้างอิง Platelet count = $140-400 \times 10^3 \text{ cells/mm}^3$) และในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงทั้งสามระดับ พบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Liu J และคณะ⁽¹²⁾ และรายงานของ Chen G และคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษากลุ่มในกลุ่ม none severe และ severe COVID-19 ที่เมืองอู่ฮั่นและประเทศเยอรมัน

การตรวจค่าทางโลหิตวิทยา ค่า Hb และ Hct ของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงทั้งสามระดับ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Huang C และคณะ⁽¹⁴⁾ และรายงานของ Lippi G และคณะ⁽¹⁵⁾ สำหรับค่า Wbc ของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงทั้งสามระดับ พบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) สอดคล้องกับรายงานของ Han H และคณะ⁽¹⁶⁾ เนื่องจากการตรวจทาง Hematological parameter แพทย์จะมีการส่งตรวจหลายครั้งเพื่อติดตามการรักษา เมื่อศึกษาแนวโน้มของ Wbc ในระยะเวลาต่างๆ ของการส่งตรวจ จะพบว่าจำนวนของ Wbc จะมีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงแรกๆ ของการติดเชื้อ สอดคล้องกับการรายงานของ Anurag A และคณะ⁽¹⁷⁾ และรายงานของ

Pozdnyakova, O และคณะ⁽¹⁸⁾ สาเหตุเนื่องจากเมื่อมีการติดเชื้อ COVID-19 ร่างกายจะมีการต่อสู้กับเชื้อ จึงทำให้ปริมาณเม็ดเลือดขาวเพิ่มจำนวนสูงขึ้นในช่วงระยะแรกของการติดเชื้อ⁽¹⁹⁾ จากการศึกษาอายุของผู้ติดเชื้อทั้งสามระดับในการตรวจค่าการแข็งตัวของเลือดและค่าทางโลหิตวิทยา พบว่าอายุของผู้ป่วย มีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่พักรักษาตัวของโรงพยาบาลลำปาง การศึกษาจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น อาจให้ผลการศึกษาที่ต่างจากนี้ได้ เนื่องจากอาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น พื้นที่การแพร่ระบาด ประชากรที่ศึกษา ศาสนาหรือการมีโรคประจำตัวของผู้ป่วย⁽²⁰⁾ เป็นต้น การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดการเก็บข้อมูลการแยกชนิดเม็ดเลือดขาว ทำให้ไม่ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงแยกชนิดของเซลล์ดังกล่าว ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในโอกาสต่อไป และการส่งตรวจ D-dimer แพทย์จะส่งตรวจเฉพาะรายที่มีอาการหนักมากเป็นส่วนใหญ่ ทำให้จำนวนรายที่ศึกษาในผู้ป่วยระดับอื่นมีจำนวนน้อยไปด้วย แต่ก็เพียงพอในการวิเคราะห์ค่าทางสถิติ การศึกษานี้มีข้อเด่น คือ ได้แยกระดับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์สำหรับแพทย์ในการประเมินและติดตามการรักษาผู้ป่วย

ข้อยุติ

ค่า D-dimer และ White blood cell count เป็นตัวชี้บ่งที่สำคัญในการบอกความรุนแรงและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาตัดสินใจของแพทย์ในการรักษาและติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยโควิด-19 ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลลำปาง คณะกรรมการส่งเสริมการวิจัย
โรงพยาบาลลำปาง ที่อนุญาตให้เผยแพร่งานวิจัย
และขอขอบคุณ ศ.ดร.นพ.ชยันตร์ธร ปทุมานนท์
และ นพ.ศุภชัย ลวณะสกล ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูล
ทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Coronavirus disease (Covid-19) (cited 2022 Oct 20) Available from: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>
2. World Health Organization. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [cited 2022 November 9]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
3. symptoms of coronavirus (cited 2022 Oct 1) Available from: <https://www.webmd.com/lung/covid-19-symptoms#1>
4. Covid-19 disease and symptoms (cited 2022 Nov 1) Available from: <https://www.health.gov.au/health-alerts/covid-19/symptoms>
5. Giannis D, Ziogas IA, Gianni R. Coagulation disorders in coronavirus infected patients: COVID-19, SARS-CoV-1, MERS-CoV and lessons from the past. *J Clin Virol.* 2020; 127: 104362.
6. Gunawan ACV, Novita BD. Hypercoagulation and the used of anticoagulant for patient with COVID-19. *Jurnal Widya Medika,* 2020; 6 (2): 103-110.
7. Adie SK, Farina N. Impact of COVID-19 on monitoring of therapeutic unfractionated heparin. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis.* 2021; 51 (3): 827-829.
8. Grobler C, Maphumulo SC, Grobelaar LM, Bredenkamp JC, Laubscher GJ, Lourens PJ, Steenkamp J, Kell DB, Pretorius E. Covid-19: The Rollercoaster of Fibrin (Ogen), D-Dimer, Von Willebrand Factor, P-Selectin and Their Interactions with Endothelial Cells, Platelets and Erythrocytes. *International Journal of Molecular Sciences.* 2020; 21 (14): 5168.
9. Thachil J, Tang N, Gando S, et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *J Thromb Haemost.* 2020; 18: 1023-1026.
10. Jin S, Jin Y, Xu B, Hong J, Yang X. Prevalence and impact of coagulation dysfunction in COVID-19 in China: a meta-analysis. *Thromb Haemost.* 2020; 120: 1524-1535.
11. Guan WJ, Ni ZY, Hu YU, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2019; 2020 (382): 1708-1720.
12. Liu J, Li S, Liu J, et al. Longitudinal characteristics of lymphocyte responses and cytokine profiles in the peripheral blood of SARS-CoV-2 infected patients. *EBio Medicine.* 2020; 55: 102763.
13. Chen G, Wu DI, Guo W, et al. Clinical and immunological features of severe and moderate coronavirus disease 2019. *J Clin Investig.* 2020; 130: 2620-2629.

14. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 395: 497- 506.
15. Lippi G, Mattiuzzi C. Hemoglobin value may be decreased in patients with severe coronavirus disease 2019. *Hematol Transfus Cell Ther*. 2020; 42: 116-117.
16. Han H, Xu Z, Cheng X, et al. Descriptive, retrospective study of the clinical characteristics of asymptomatic COVID-19 patients. *mSphere*. 2020; 5 (5).doi: 10.1128/ mSphere.00922-20.
17. Anurag A, Jha PK, & Kumar A. Differential white blood cell count in the COVID-19: A cross-sectional study of 148 patients. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2020; 14 (6): 2099 - 2102.
18. Pozdnyakova O, Connell NT, Battinelli EM, ConnorsJM, Fell G. & Kim A. Clinical significance of CBC and WBC morphology in the diagnosis and clinical course of COVID-19 infection. *American Journal of Clinical Pathology*. 2021; 155 (3): 364-375.
19. Qin C, Zhou L, Hu Z, Zhang S, Yang S, Tao Y, Xie C, Ma K, Shang K, Wang W & Tian DS. (2020). Dysregulation of immune response in patients with coronavirus 2019 (COVID-19) in Wuhan, China. *Clinical Infectious Diseases*. 2020; 71 (15): 762-768.
20. Factors Associated with Covid-19 patient's symptoms in Phukets community hospital (cited 2023 Jan 22) Available from: https://www.vachiraphuket.go.th/wp-content/uploads/2021/09/vachira-2021-09-02_10-19-20_074077.pdf

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการจัดซื้อยาโดยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมการสืบราคายาในโรงพยาบาลชัยภูมิ

The results of drug procurement by a specific method with investigating drug prices
in Chaiyaphum Hospital

สามารถ อยู่ยง¹, สิริรัตน์ ภูมิรัตนประพิณ²

Samart Yooyong¹, Sirirut Phumiruttanaprapin²

บทคัดย่อ

ความเป็นมา การจัดซื้อจัดจ้างตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 ด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงยังขาดการแข่งขันทางการตลาด ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลการจัดซื้อยาโดยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมการสืบราคายาของโรงพยาบาลชัยภูมิ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดซื้อยาโดยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมการสืบราคายา (วิธีใหม่) ในปีงบประมาณ 2565, 2566 เปรียบเทียบกับวิธีเฉพาะเจาะจงแบบไม่ได้สืบราคา (วิธีเดิม) ในปีงบประมาณ 2565 (ตามแผนจัดซื้อปี 2565) เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงกับบริษัทยาสำหรับโรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลอื่นๆ

วิธีการ เปรียบเทียบมูลค่าจัดซื้อยาด้วยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 กับการจัดซื้อยาด้วยวิธีเดิมปีงบประมาณ 2565

ผลการศึกษา มูลค่าการจัดซื้อยาด้วยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 ลดลงจากวิธีเดิม 1,326,091.87 บาท (7.06%) และ 1,444,322.35 บาท (7.69%) ตามลำดับ การจัดซื้อยาที่มีผู้จำหน่ายหลายรายด้วยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 ลดลงได้ 1,219,159.47 บาท (8.71%) และ 1,342,827.87 บาท (9.60%) ตามลำดับ ส่วนการจัดซื้อยาจากผู้จำหน่ายรายเดียวด้วยวิธีใหม่ในปี 2565 และ 2566 ลดลงได้ 106,932.40 บาท (2.23%) และ 101,504.48 บาท (2.11%) ตามลำดับ

สรุป การจัดซื้อด้วยวิธีใหม่สามารถลดมูลค่าการจัดซื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) เมื่อเทียบกับวิธีเดิมโดยเฉพาะรายการยาที่มีผู้จำหน่ายมากกว่า 2 รายขึ้นไป

คำสำคัญ : พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560, การจัดซื้อยา, ราคากลาง

¹เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ

²เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ

Abstract

Background : Procurement under the Government Procurement and Supplies Administration Act 2017 with a specific method will lose market competition. The researcher therefore studied the results of drug procurement using a specific method in conjunction with the drug price investigation in Chaiyaphum Hospital.

Objective : To study the results of pharmaceutical procurement using the specific method with drug price investigation (new method) in the fiscal year 2022, 2023 compared with the specific method without drug price investigation (old method) in the fiscal year 2022 (according to the 2022 procurement plan) to be a guideline for the procurement of drugs by a specific method for pharmaceutical companies for Chaiyaphum Hospital. and other hospitals.

Method : Comparison of purchasing value by the new method in 2022 and 2023 with purchasing by the old method in the fiscal year 2022

Result : The value of drug procurement by the new method in 2022 and 2023 decreased from the old method by 1,326,091.87 baht (7.06%) and 1,444,322.35 baht (7.69%) respectively. Purchasing with multiple suppliers with a new method in 2022 and 2023 can be reduced by 1,219,159.47 baht (8.71%) and 1,342,827.87 baht (9.60%) respectively. As for procurement from a single supplier with the new method in 2022 and 2023, it can be reduced by 106,932.40 baht (2.23%) and 101,504.48 baht (2.11%) respectively.

Conclusion : The new method of procurement can significantly reduce the procurement value ($P < 0.05$) compared to the old method, especially for drug lists with more than two suppliers.

Keywords: Public Procurement and Supplies Administration Act, B.E. 2017, procurement of drugs, middle price

บทนำ

การจัดซื้อจัดหายาไว้ให้บริการ ผู้รับบริการของโรงพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พุทธศักราช 2560⁽¹⁾ ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พุทธศักราช 2560⁽²⁾ และกฎกระทรวง⁽³⁾ ตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม 2560 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พุทธศักราช 2560 โดยกำหนดวิธีการจัดซื้อจัดจ้างเป็น 3 วิธี คือ 1) วิธีประกาศเชิญชวนทั่วไป คือ การที่หน่วยงานของรัฐเชิญชวนผู้ประกอบการทั่วไปที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่หน่วยงานของรัฐกำหนดให้เข้ายื่นข้อเสนอ 2) วิธีคัดเลือก คือ การที่หน่วยงานของรัฐเชิญชวนเฉพาะผู้ประกอบการที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่หน่วยงานของรัฐกำหนดซึ่งต้องไม่น้อยกว่าสามรายให้เข้ายื่นข้อเสนอไว้ในงานนั้นมีผู้ประกอบการที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดน้อยกว่าสามราย และ 3) วิธีเฉพาะเจาะจง คือการที่หน่วยงานของรัฐเชิญชวนผู้ประกอบการที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่หน่วยงานของรัฐกำหนดรายใดรายหนึ่งให้เข้ายื่นข้อเสนอหรือให้เข้ามาเจรจาต่อรองราคารวมทั้งการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุกับผู้ประกอบการโดยตรงในวงเงินเล็กน้อยตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ในการปฏิบัติแต่ละโรงพยาบาลมีวิธีปฏิบัติในการจัดซื้อยาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความกฎหมายที่เกี่ยวกับการจัดซื้อและนโยบายของแต่ละแห่ง⁽⁴⁾ ในการจัดซื้อจัดหายาไว้บริการผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มูลค่าการจัดซื้อมีมูลค่าเพิ่มขึ้นทุกปี⁽⁵⁾ ในส่วนของโรงพยาบาลชัยภูมิซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 867 เตียง มีมูลค่าการจัดซื้อยาปีงบประมาณ 2562 เท่ากับ 238,047,024.08 บาท ปีงบประมาณ 2563 เท่ากับ 251,468,237.50 บาท และ ปีงบประมาณ 2564 เท่ากับ 275,991,826.15 บาท จากข้อมูลการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นในทุกๆ ปีทำให้

โรงพยาบาลรัฐแต่ละแห่งจึงเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดหายาให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด เช่น การใช้วิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) เมื่อต้องการจัดซื้อยาที่ไม่ได้กำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของยาไว้ในระบบข้อมูลสินค้า (e-catalog) และมีวงเงินเกิน 500,000 บาท⁽¹⁾ ทำให้การจัดซื้อยาเป็นแบบแข่งขันเกิดความโปร่งใสทำให้ได้ยาที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการของผู้ใช้⁽⁶⁾ ส่วนรายการยาที่มีมูลค่าการจัดซื้อน้อยกว่า 500,000 บาทต่อปี ส่วนใหญ่จะใช้วิธีเฉพาะเจาะจงซึ่งเป็นวิธีการจัดซื้อจัดจ้างที่หน่วยงานของรัฐสามารถเชิญชวนผู้ประกอบการที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่หน่วยงานของรัฐกำหนดรายใดรายหนึ่งให้เข้ายื่นข้อเสนอหรือให้เข้ามาเจรจาต่อรองราคาได้ วิธีนี้จะทำให้ขาดการแข่งขันในตลาดผู้ค้า สถานการณ์นี้ส่งผลให้เกิดการแข่งขันที่ไม่สมบูรณ์แบบ⁽⁷⁾ ในการจัดซื้อเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรในการปฏิบัติควรจัดให้มีการเจรจาต่อรองแบบการแข่งขันโดยหลักเกณฑ์ที่ใช้ประกอบในการพิจารณา คือ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล รายการยา บริษัทผู้จำหน่าย ความทันเวลา และราคา⁽⁸⁾ ในส่วนของ การลดลงของมูลค่าการใช้ยาส่วนที่จะได้ประโยชน์คือการลดลงของราคายาเพราะปริมาณการใช้ยาจะเพิ่มขึ้นตามประชากรที่ป่วย^(9,10) จึงเป็นที่มาของการศึกษาผลของการจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมการสืบราคายาปีงบประมาณ 2565, 2566 เปรียบเทียบกับผลกับการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงแบบไม่มีการสืบราคาปีงบประมาณ 2565 ในเรื่องมูลค่าประหยัดในการจัดซื้อ และข้อดี/ข้อเสียของการดำเนินการดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดซื้อยาโดยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมการสืบราคายาใน

ปีงบประมาณ 2565, 2566 เปรียบเทียบกับวิธีเฉพาะเจาะจงแบบไม่มีการสืบราคาในปีงบประมาณ 2565 (ตามแผนจัดซื้อปี 2565) เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงกับบริษัทยาสำหรับโรงพยาบาล ชัยภูมิและ โรงพยาบาลอื่นๆ

วิธีการศึกษา

วิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลังจากข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (retrospective data collection) โดยการรวบรวมรายการยาที่จะจัดซื้อในแผนจัดซื้อปีงบประมาณ 2565, 2566 และหาปริมาณการจัดซื้อยาปีงบประมาณ 2565 โดยการคำนวณจากปริมาณการใช้ยาเฉลี่ยแต่ละรายการย้อนหลัง 3 ปี (2562, 2563, 2564) และบวกเพิ่มอีกร้อยละ 10 ของปริมาณที่คำนวณได้หาราคายาที่จะจัดซื้อตามวิธีเฉพาะเจาะจงของวิธีตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ พ.ศ. 2560 (วิธีเดิม) คือ ราคาเดิมที่เคยซื้อล่าสุดในปี 2564 หาราคายาที่จะจัดซื้อด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ พ.ศ. 2560 ร่วมการสืบราคาในปีงบประมาณ 2565, 2566 (วิธีใหม่) โดยเป็นราคาที่ได้จากการสืบราคาในแต่ละรายการในแต่ละปี หามูลค่าการจัดซื้อยาในปีงบประมาณ 2565 วิธีเดิม โดยนำราคายา (ตัวอย่างที่ศึกษา) แต่ละรายการตามแผนจัดซื้อปี 2565 คูณด้วยปริมาณยาแต่ละรายการที่จะจัดซื้อในปี 2565 นำผลที่ได้มารวมกันเป็นมูลค่าการจัดซื้อวิธีเดิม หามูลค่าการจัดซื้อยาในปีงบประมาณ 2565 วิธีใหม่ โดยนำราคายา (ตัวอย่างที่ศึกษา) ที่สืบราคาได้แต่ละรายการตามแผนจัดซื้อปี 2565 คูณด้วยปริมาณยาแต่ละรายการที่จะจัดซื้อในปี 2565 นำผลที่ได้มารวมกันเป็นมูลค่าการจัดซื้อหามูลค่าการจัดซื้อยาในปีงบประมาณ 2566 วิธีใหม่โดยนำราคายา (ตัวอย่างที่ศึกษา) ที่สืบราคา

ได้แต่ละรายการในปีงบประมาณ 2566 คูณด้วยปริมาณยาแต่ละรายการที่จะจัดซื้อในปี 2565 นำผลที่ได้มารวมกันเป็นมูลค่าการจัดซื้อโดยวัดผลเป็นมูลค่าประหยัด และร้อยละของการประหยัด และหาความสัมพันธ์ของมูลค่าเฉลี่ยของการจัดซื้อยาด้วยวิธีเดิม ปีงบประมาณ 2565 กับมูลค่าเฉลี่ยในการจัดซื้อด้วยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2565, 2566 ด้วยสถิติ paired sample t-test

ลักษณะตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา

ประชากร คือรายการยาที่อยู่ในแผนจัดซื้อยาโรงพยาบาลชัยภูมิปีงบประมาณ 2565, 2566

เกณฑ์คัดเข้า

1. รายการยาในแผนจัดซื้อยาโรงพยาบาลชัยภูมิที่มีมูลค่าการจัดซื้อต่ำกว่า 500,000 บาท

2. รายการยาที่เมื่อดำเนินการสืบราคาแล้วมีผู้มายื่นเสนอราคาตั้งแต่ 1 รายขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก

1. รายการยาในแผนจัดซื้อยาโรงพยาบาลชัยภูมิที่มีมูลค่าการจัดซื้อน้อยกว่า 10,000 บาท และมากกว่า 500,000 บาทและรายการยาที่ต้องจัดซื้อตามกฎหมายกระทรวง

2. รายการยาที่เมื่อดำเนินการสืบราคาแล้วไม่มีผู้มายื่นเสนอราคา

ขนาดตัวอย่าง

รายการยา (ประชากร) ที่ศึกษาเป็นหลัก ร้อย ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 25% ของรายการยาที่สืบราคาในปีงบประมาณ 2565 มีรายการยาที่สืบราคาทั้งสิ้น 400 รายการ ได้ตัวอย่างเท่ากับ 100 รายการ (ธีรวิมล เอกะกุล, 2543) และปี 2566 ใช้รายการยาเดียวกับปี 2565 โดยใช้วิธีสุ่มรายการยาตามเลขลำดับที่ 1, 4, 8, 12..... จนครบ 100 รายการ วิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และ ร้อยละ ของตัวแปรต่างๆ ที่ศึกษา และหาความสัมพันธ์ ของมูลค่าเฉลี่ยของการจัดซื้อแต่ละวิธี ด้วยสถิติ paired sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

ในส่วนของงานวิจัยนี้ ใช้วิธีการทำ หนังสือเชิญบริษัทที่จำหน่ายยาแต่ละรายการที่มี คุณสมบัติตรงตามความต้องการของโรงพยาบาล ชัยภูมิเข้าร่วมเสนอราคากับกรรมการของ โรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้ช้ยา เกสัชกร และพยาบาลผู้ช้ยา และพิจารณาผลโดย คณะกรรมการเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชัยภูมิ พิจารณา

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่ 010/2566

ผลการวิจัย

จากข้อมูลการจัดซื้อ ยาวิธีใหม่ ปีงบประมาณ 2565 มีบริษัทร่วมเสนอราคา 234 บริษัท (เฉลี่ย 2.34 บริษัท/รายการ) มูลค่าการจัดซื้อยาโดยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2565 ประหยัดงบประมาณได้เท่ากับ 1,326,091.87 บาท (7.06 %) เมื่อเทียบกับการจัดซื้อยาด้วยวิธีเดิม การจัดซื้อยาโดยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2565 มีรายการยาที่เสนอราคาลดลง 57 รายการ มูลค่า 1,407,826.27 บาท เสนอราคาเพิ่มขึ้น 6 รายการ มูลค่า 81,734.40 บาท ที่เหลือเสนอราคาเท่าเดิม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมสี่บราคาايا (วิธีใหม่) จำนวน 100 รายการของ โรงพยาบาลชัยภูมิ ในปีงบประมาณ 2565 เปรียบเทียบกับการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (วิธีเดิม) ปีงบประมาณ 2565

ผลการเสนอราคา	จำนวนรายการ	มูลค่าปี 2565 (วิธีเดิม) (บาท)	มูลค่าปี 2565 (วิธีใหม่) (บาท)	มูลค่าประหยัด	ร้อยละประหยัด	จำนวนบริษัทที่เสนอ	จำนวนบริษัทเฉลี่ย/รายการ
ยาที่เสนอลดราคา	57	9,831,806.73	8,423,980.46	1,407,826.27	14.32	159	2.79
ยาที่เสนอเพิ่มราคา	6	771,072.00	852,806.40	-81,734.40	-10.60	14	2.33
ยาที่ราคาเท่าเดิม	37	8,177,245.88	8,177,245.88	0	0	61	1.65
รวม	100	18,780,124.61	17,454,032.74	1,326,091.87	7.06	234	2.34
p-value < 0.001		t = 4.291		df = 99			

การจัดซื้อยาวิธีใหม่ปีงบประมาณ 2566 มีบริษัทร่วมเสนอราคา 205 บริษัท (เฉลี่ย 2.05 บริษัท/รายการ) มูลค่าการจัดซื้อยาโดยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2566 ประหยัดงบประมาณได้เท่ากับ 1,444,332.35 บาท (7.69 %) เมื่อเทียบ

กับการจัดซื้อยาด้วยวิธีเดิม การจัดซื้อยาโดยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2566 มีรายการยาที่เสนอราคาดลดลง 60 รายการ มูลค่า 1,782,161.35 บาท เสนอราคาเพิ่มขึ้น 16 รายการ มูลค่า 337,829.00 บาท ที่เหลือเสนอราคาเท่าเดิม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมสี่ราคายา (วิธีใหม่) จำนวน 100 รายการของโรงพยาบาลชัยภูมิ ในปีงบประมาณ 2566 เปรียบเทียบกับการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (วิธีเดิม) ปีงบประมาณ 2565

ผลการเสนอราคา	จำนวนรายการ	มูลค่าปี 2565 (วิธีเดิม) (บาท)	มูลค่าปี 2566 (วิธีใหม่) (บาท)	มูลค่าประหยัด (บาท)	ร้อยละประหยัด	จำนวนบริษัทที่เสนอ	จำนวนบริษัทเฉลี่ย/รายการ
ยาที่เสนอลดราคา	60	11,249,033.41	9,466,872.06	1,782,161.35	15.84	145	2.42
ยาที่เสนอเพิ่มราคา	16	2,484,908.20	2,822,737.20	-337,829.00	-13.60	29	1.81
ยาที่ราคาเท่าเดิม	24	5,046,183.00	5,046,183.00	0	0	31	1.29
รวม	100	18,780,124.61	17,335,792.26	1,444,332.35	7.69	205	2.05
p-value = < 0.001		t = 3.943		df = 99			

เมื่อแยกดูการจัดซื้อยาในรายการยาที่มีผู้จำหน่ายหลายราย จำนวน 81 รายการ การจัดซื้อยาด้วยวิธีใหม่ปีงบประมาณ 2565 มีบริษัทร่วมเสนอราคา 215 บริษัท (เฉลี่ย 2.65 บริษัท/รายการ) มูลค่าการจัดซื้อยาโดยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2565 ประหยัดงบประมาณได้

เท่ากับ 1,219,159.47 บาท (8.71%) เมื่อเทียบกับการจัดซื้อยาด้วยวิธีเดิม การจัดซื้อยาโดยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2565 มีรายการยาที่เสนอราคาดลดลง 52 รายการ มูลค่า 1,300,893.87 บาท เสนอราคาเพิ่มขึ้น 6 รายการ มูลค่า 81,734.40 บาท ที่เหลือเสนอราคาเท่าเดิม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมสี่บราคา (วิธีใหม่) ในผู้จำหน่ายหลายราย จำนวน 81 รายการของโรงพยาบาลชัยภูมิ ในปีงบประมาณ 2565 เปรียบเทียบกับการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (วิธีเดิม) ปีงบประมาณ 2565

ผลการเสนอราคา	จำนวนรายการ	มูลค่าปี 2565 (วิธีเดิม) (บาท)	มูลค่าปี 2565 (วิธีใหม่) (บาท)	มูลค่าประหยัด (บาท)	ร้อยละประหยัด	จำนวนบริษัทที่เสนอ	จำนวนบริษัทเฉลี่ย/รายการ
ยาที่เสนอลดราคา	52	8,447,536.33	7,146,642.46	1,300,893.87	15.40	154	2.96
ยาที่เสนอเพิ่มราคา	6	771,072.00	852,806.40	-81,734.40	-10.60	14	2.33
ยาที่ราคาเท่าเดิม	23	4,770,663.20	4,770,663.20	0	0	47	2.04
รวม	81	13,989,271.53	12,770,112.06	1,219,159.47	8.71	215	2.65
p-value < 0.001		t = 4.100		df = 80			

เมื่อแยกดูการจัดซื้อยาในรายการยาที่มีผู้จำหน่ายหลายราย จำนวน 81 รายการ การจัดซื้อยาด้วยวิธีใหม่ปีงบประมาณ 2566 มีบริษัทร่วมเสนอราคา 186 บริษัท (เฉลี่ย 2.30 บริษัท/รายการ) มูลค่าการจัดซื้อยาด้วยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2566 ประหยัดงบประมาณได้

เท่ากับ 1,342,827.87 บาท (9.60%) เมื่อเทียบกับ การจัดซื้อยาด้วยวิธีเดิม การจัดซื้อยาโดยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2566 มีรายการยาที่เสนอราคาลดลง 55 รายการ มูลค่า 1,674,557.87 บาท เสนอราคาเพิ่มขึ้น 15 รายการ มูลค่า 331,730.00 บาท ที่เหลือเสนอราคาเท่าเดิม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมสี่บราคา (วิธีใหม่) ในผู้จำหน่ายหลายราย จำนวน 81 รายการของโรงพยาบาลชัยภูมิ ในปีงบประมาณ 2566 เปรียบเทียบกับการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (วิธีเดิม) ปีงบประมาณ 2565

ผลการเสนอราคา	จำนวนรายการ	มูลค่าปี 2565 (วิธีเดิม) (บาท)	มูลค่าปี 2566 (วิธีใหม่) (บาท)	มูลค่าประหยัด (บาท)	ร้อยละประหยัด	จำนวนบริษัทที่เสนอ	จำนวนบริษัทเฉลี่ย/รายการ
ยาเสนอลดราคา	55	9,910,173.73	8,235,615.86	1,674,557.87	16.90	140	2.55
ยาเสนอเพิ่มราคา	15	2,417,177.20	2,748,907.20	-331,730.00	-13.72	28	1.87
ยาราคาเท่าเดิม	11	1,661,920.60	1,661,920.60	0	0	18	1.64
รวม	81	13,989,271.53	12,646,443.66	1,342,827.87	9.60	186	2.30
p-value < 0.001		t = 3.776		df = 80			

เมื่อแยกดูการจัดซื้อยาในรายการยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว จำนวน 19 รายการ การจัดซื้อยาด้วยวิธีใหม่ปีงบประมาณ 2565 มีบริษัทร่วมเสนอราคา 19 บริษัท (เฉลี่ย 1 บริษัท/รายการ) มูลค่าการจัดซื้อยาโดยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2565 ประหยัดงบประมาณได้เท่ากับ 106,932.40 บาท

(2.23%) เมื่อเทียบกับการจัดซื้อยาด้วยวิธีเดิม การจัดซื้อยาโดยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2565 มีรายการยาที่เสนอราคาลดลง 6 รายการ มูลค่า 106,932.40 บาท ไม่มีบริษัทเสนอราคาเพิ่มขึ้น และเสนอราคาเท่าเดิม 13 รายการ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมสืบราคา (วิธีเดิม) ในผู้จำหน่ายรายเดียว จำนวน 19 รายการของโรงพยาบาลชัยภูมิ ในปีงบประมาณ 2565 เปรียบเทียบกับการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (วิธีเดิม) ปีงบประมาณ 2565

ผลการเสนอราคา	จำนวนรายการ	มูลค่าปี 2565 (วิธีเดิม) (บาท)	มูลค่าปี 2565 (วิธีใหม่) (บาท)	มูลค่าประหยัด (บาท)	ร้อยละประหยัด	จำนวนบริษัทที่เสนอ	จำนวนบริษัทเฉลี่ย/รายการ
ยาที่เสนอลดราคา	6	1,406,590.40	1,299,658.00	106,932.40	7.60	6	1
ยาที่เสนอเพิ่มราคา	0	0	0	0	0	0	0
ยาที่ราคาเท่าเดิม	13	3,384,262.68	3,384,262.68	0	0	13	1
รวม	19	4,790,853.08	4,683,920.68	106,932.40	2.23	19	1
p-value = 0.191		t = 1.358		df = 18			

เมื่อแยกดูการจัดซื้อยาในรายการยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว จำนวน 19 รายการ การจัดซื้อยาด้วยวิธีใหม่ปีงบประมาณ 2566 มีบริษัทร่วมเสนอราคา 19 บริษัท (เฉลี่ย 1 บริษัท/รายการ) มูลค่าการจัดซื้อยาโดยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2566 ประหยัดงบประมาณได้เท่ากับ 101,504.48 บาท

(2.11%) เมื่อเทียบกับการจัดซื้อยาด้วยวิธีเดิม การจัดซื้อยาโดยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2566 มีรายการยาที่เสนอราคาลดลง 5 รายการ มูลค่า 107,603.48 บาท เสนอราคาเพิ่มขึ้น 1 รายการ มูลค่า 6,099.00 บาท และเสนอราคาเท่าเดิม 13 รายการ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมสี่ราคา (วิธีเดิม) ในผู้จำหน่ายรายเดียว จำนวน 19 รายการของโรงพยาบาลชัยภูมิ ในปีงบประมาณ 2566 เปรียบเทียบกับการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (วิธีเดิม) ปีงบประมาณ 2565

ผลการ เสนอ ราคา	จำนวน รายการ	มูลค่าปี 2565 (วิธีเดิม) (บาท)	มูลค่าปี 2566 (วิธีใหม่) (บาท)	มูลค่าประหยัด (บาท)	ร้อยละ ประหยัด	จำนวน บริษัท ที่เสนอ	จำนวน บริษัท เฉลี่ย/ รายการ
ยาที่ เสนอลด ราคา	5	1,338,859.40	1,231,255.92	107,603.48	8.04	5	1
ยาที่ เสนอ เพิ่มราคา	1	67,731.00	73,830.00	-6,099.00	-0.47	1	1
ยาที่ ราคาเท่า เดิม	13	3,384,262.68	3,384,262.68	0	0	13	1
รวม	19	4,790,853.08	4,689,348.60	101,504.48	2.11	19	1
p-value = 0.218		t = 1.277		df = 18			

วิจารณ์ผล/อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีบริษัทเข้าร่วมเสนอราคาเฉลี่ย 2.34 บริษัท/รายการ รายการยาที่มีบริษัทร่วมเสนอราคามากสุด 9 บริษัท น้อยสุด 1 บริษัท (2565) และ 2.05 บริษัท/รายการ รายการยาที่มีบริษัทร่วมเสนอราคามากสุด 5 บริษัท น้อยสุด 1 บริษัท (2566) ซึ่งในการแข่งขันทั่วไปควรมีบริษัทเข้าร่วมเสนอราคา 3-10 บริษัทต่อรายการยาเพื่อให้เกิดการแข่งขันที่สมบูรณ์ เพราะฉะนั้นจะต้องหากวิธีเชิญชวนบริษัทให้เข้าร่วมการเสนอราคาให้มากขึ้น ในรายการยาที่มีผู้เสนอราคาน้อยกว่า 3 ราย

มูลค่าการจัดซื้อยาด้วยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 ลดลงจากการจัดซื้อด้วยวิธีเดิมในปี 2565 เท่ากับ 1,326,091.87 บาท (7.06%) อย่างมีนัยสำคัญ P (0.001 < 0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และ 1,444,322.35 บาท (7.69%) อย่างมีนัยสำคัญ P (0.001 < 0.05)

ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามูลค่าการจัดซื้อยาลดลงทั้ง 2 ปี โดยเฉพาะปีงบประมาณ 2566 ลดลงมากกว่าวิธีใหม่ปีงบประมาณ 2565 อยู่ 118,230.48 บาท

เมื่อแยกดูรายการยาที่มีผู้จำหน่ายหลายรายพบว่ามูลค่าการจัดซื้อยาด้วยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 ลดลงจากการจัดซื้อยาด้วยวิธีเดิมในปี 2565 ประหยัดงบประมาณได้เท่ากับ 1,169,898.80 บาท (8.18%) อย่างมีนัยสำคัญ P (0.001 < 0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และ 1,293,567.20 บาท (9.05%) อย่างมีนัยสำคัญ P (0.001 < 0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามูลค่ายาที่ลดลงในผู้จำหน่ายหลายรายปีงบประมาณ 2565 (1,169,898.80 บาท) ใกล้เคียงกับมูลค่าการลดลงทั้งหมดในปีงบประมาณ 2565 (1,326,091.87 บาท) และมูลค่ายาที่ลดลงใน

ผู้จำหน่ายหลายรายปีงบประมาณ 2566 (1,293,567.20 บาท) ใกล้เคียงกับมูลค่าการลดลงทั้งหมดในปีงบประมาณ 2566 (1,444,322.35 บาท) แสดงให้เห็นว่ามูลค่ายาที่ลดลงในวิธีใหม่ที่ศึกษาส่วนใหญ่มาจากรายการยาที่มีผู้จำหน่ายหลายราย

เมื่อแยกดูรายการยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว พบว่ามูลค่าการจัดซื้อยาด้วยวิธีใหม่ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 ลดลงจากการจัดซื้อด้วยวิธีเดิมในปี 2565 ประหยัดงบประมาณได้เท่ากับ 133,806.40 บาท (2.61%) อย่างมีนัยสำคัญที่ $P (0.191 > 0.05)$ และ 128,389.28 บาท (2.50%) อย่างมีนัยสำคัญที่ $P (0.218 > 0.050)$ ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่าการจัดซื้อยาจากผู้จำหน่ายรายเดียววิธีใหม่และวิธีเดิมไม่แตกต่างกันทั้งปี 2565 และปี 2566 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% รายการยาในผู้จำหน่ายรายเดียวส่วนใหญ่เสนอราคาเท่าเดิม

จะเห็นได้ว่าการจัดซื้อยาด้วยวิธีใหม่ในผู้จำหน่ายหลายรายจะสามารถลดมูลค่าการจัดซื้อยาลงได้ เนื่องจากมีการแข่งขันทางการตลาดทำให้เกิดภาวะตลาดที่สมบูรณ์ ส่วนในผู้จำหน่ายรายเดียวมูลค่าที่ลดลงจะไม่มาก เนื่องมาจากเป็นตลาดผูกขาดผู้ขายน้อยรายไม่มีการแข่งขันทำให้ราคายาไม่ลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suchonwanich N. ศึกษาการจัดซื้อและกระจายยาพบผู้ขายน้อยหลายหรือมีบริษัทขนาดใหญ่หลายผลิตหรือนำเข้าอยู่ในตลาดจะทำให้เกิดการแข่งขันที่ไม่สมบูรณ์ ในส่วนราคาที่ลดลงมาจากการปรับราคากลางเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งกลุ่มยาที่มีผู้จำหน่ายน้อยรายควรนำวิธีการกำหนดราคากลางมาช่วยควบคุมราคา

เมื่อดูมูลค่าต่อรายการยาที่เสนอราคาลดลงมากสุดในปี 2565 เท่ากับ 182,280.60 (50.31%) บาทในปี 2566 เท่ากับ 146,072.00 บาท (45.87%) มูลค่าต่อรายการที่เสนอราคาเพิ่มขึ้นมากสุดในปี 2565 เท่ากับ 21,000.00 บาท

(26.32%) ในปี 2566 เท่ากับ 95,880.00 บาท (61.46%)

ข้อดีของการจัดซื้อยาโดยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมการสืบราคาคือ มีความโปร่งใสในการจัดซื้อ ได้ยาที่ราคาเหมาะสม มีคุณภาพ และตรงตามความต้องการของผู้ใช้

ข้อเสียของการจัดซื้อยาโดยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมการสืบราคาคือ อาจได้ยาที่เปลี่ยนบริษัททำให้รูปแบบยาไม่เหมือนเดิม ไม่สะดวกในการให้บริการกับคนไข้ และคนไข้อาจได้รับยาซ้ำซ้อน ยาอาจขาดชั่วคราวเพราะผลิตได้ไม่มาก และได้ยาที่มีราคาแพงขึ้นในยาบางรายการเนื่องจากคณะกรรมการอาจต้องการเปลี่ยนยาบางรายการ

สรุปผลการวิจัย

การจัดซื้อยาที่มีมูลค่าต่ำกว่า 500,000 บาท และมากกว่า 10,000 บาท ด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงร่วมการสืบราคาสามารถประหยัดงบประมาณได้ 7.06% อย่างมีนัยสำคัญ $P (0.001 < 0.05)$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (2565) และ 7.69% อย่างมีนัยสำคัญ $P (0.001 < 0.05)$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (2566) เมื่อเทียบกับการจัดซื้อโดยวิธีเฉพาะเจาะจงแบบไม่มีการสืบราคาอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะรายการยาที่มีผู้จำหน่ายหลายราย ส่วนรายการยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวไม่สามารถลดราคาในการจัดซื้อได้อย่างมีนัยสำคัญระดับความเชื่อมั่น 95% เพราะฉะนั้นในการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุ พ.ศ. 2560 เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดควรดำเนินการจัดซื้อร่วมกับการสืบราคาในรายการยาที่มีผู้จำหน่ายหลายบริษัท ซึ่งแนวทางในการดำเนินการจัดซื้อยาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุ พ.ศ. 2560 ร่วมสืบราคากับบริษัทยาสามารถนำมาใช้ในโรงพยาบาลชัยภูมิและ โรงพยาบาล

อื่นๆเพื่อประหยัดงบประมาณและได้ยาที่มีคุณภาพและตรงตามความต้องการของผู้ใช้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมที่ให้การสนับสนุนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560. 2560. [สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ธ.ค. 2565]. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134 ตอนที่ 24ก (ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2560). สืบค้นจาก:<http://regu.tu.ac.th/quesdata/Data/M11.PDF>
2. ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560. 2560. [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ธ.ค. 2565]. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134 ตอนพิเศษ 240ง (ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2560). สืบค้นจาก: <https://www.finance.rmuti.ac.th/pr/cgd-2560.PDF>
3. กระทรวงการคลัง. กฎกระทรวงกำหนดพัสดุที่รัฐต้องการส่งเสริมหรือสนับสนุนและกำหนดวิธีการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีคัดเลือกและวิธีเฉพาะเจาะจง พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134 ตอนพิเศษ 86ก (ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2560). 2560.
4. วราวัลย์ จีงศิระพรพงษ์, นิธิเจน กิตติรัชกุล, สุธาสินี คำหลวง, อรพรรณ อ่อนจร, พัทรालีพหาวงค์, เนตรนภิส สุขนวนิช, และคณะ. การศึกษาการจัดซื้อยาของโรงพยาบาลภายหลังการบังคับใช้พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560. 2562. สืบค้นจาก: <https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2020/08/Full-report-PricePerformance.pdf>
5. พิเชษฐ ชังเก. การศึกษาและเปรียบเทียบมูลค่าราคาและปริมาณการจัดซื้อยาด้วยวิธีการจัดซื้อแบบต่างๆ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการ 2008; 3 (1): 109-120.
6. กนิษฐา พรสวัสดิ์ชัย. แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดซื้อจัดจ้างเวชภัณฑ์โดยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ในโรงพยาบาล สรรค์ประชารักษ์. สรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2562; 16 (3): 96-102.
7. Suchonwanich N, Laowahutannon T, Luangruangrong, P, Techathawat S and Wongtangprasert S. Drug Procurement and Distribution. Journal of Health Science. 2020; 29 (special issue): S46-58.
8. Manohar RN. Procurement & storage of drugs and pharmaceutical [internet]. Researchgate; 2021 May [cite 2022 Dec. 18] Available from: https://www.researchgate.net/publication/351344021_10_PROCUREMENT_STORAGE_OF_DRUGS_AND_PHARMACEUTICALS
9. Bastani P, Ghanbarzadegan A, Vatankhah S and Samadbeik M. Components affecting pharmaceutical strategic purchasing: A scoping review. Health Serv Insights. 2019; 12: 1-11.
10. วรรมน ขวัญพรหม, กุลจิรา อุดมอักษร. ผลกระทบของการบังคับใช้พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ต่อการจัดซื้อยา: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2563; 13 (3): 611-620.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

อุบัติการณ์ภาวะผื่นคล้ายสิวในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด non-small cell ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเอโรทินิบ
Incidence of Acneiform Eruption in Advanced Non-Small Cell Lung Cancer
Treated with Erlotinib

มณฑล ธนบดี¹, นีรันตร์ จ่างคง²
Monton Tanabodee¹, Nirun Jangkong²

บทคัดย่อ

บทนำ : Erlotinib เป็นยาในกลุ่ม Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitor (EGFRIs) ที่ได้รับการบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ของบัญชียาหลักบัญชีย จ (2) สำหรับ non-small-cell lung carcinoma ระยะแพร่กระจายที่พบการกลายพันธุ์ของ epidermal growth factor receptor เป็นบวก (EGFRm⁺mNSCLC) ภาวะผื่นคล้ายสิว (Acneiform eruption) เป็นอาการข้างเคียงของระบบผิวหนังที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม EGFRIs การทบทวนอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะผื่นคล้ายสิวจาก erlotinib จะช่วยให้เข้าใจปัญหาและวางแผนแนวทางการให้บริการสุขภาพด้วยยา erlotinib อย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และความรุนแรงของ acneiform eruption จากยา erlotinib ในผู้ป่วย EGFRm⁺mNSCLC

วิธีวิจัย : เป็นการศึกษาเหตุย้อนหลัง (retrospective study) แบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยที่รับ erlotinib สำหรับ EGFRm⁺mNSCLC ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ระหว่าง ตุลาคม 2561 – กันยายน 2565

ผลการศึกษา : จากข้อมูลผู้ป่วย EGFRm⁺mNSCLC ที่ได้รับการรักษาด้วย erlotinib จำนวน 68 ราย (เพศหญิง 41 ราย, เพศชาย 27 ราย) อายุระหว่าง 30-85 ปี (63 ± 11.3) พบอุบัติการณ์ผื่นคล้ายสิว จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 64.7) แบ่งระดับความรุนแรงผื่นคล้ายสิวได้เป็น 1 - 4 ระดับ จำนวน 22, 18, 3 และ 1 ราย (ร้อยละ 50.0, 40.9, 6.8 และ 2.3) ตามลำดับ อาการไม่พึงประสงค์ทางผิวหนังอื่นๆ ที่พบ ได้แก่ ผิวแห้งคัน 15 ราย (ร้อยละ 22.2) และอาการตาแห้ง 7 ราย (ร้อยละ 10.3) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะผื่นคล้ายสิवरุนแรงระดับที่ 2 จะได้รับการรักษาด้วยยาชนิดทาผิวหนัง จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 ผื่นชนิดรุนแรงระดับที่ 3 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 6.8) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพแบบรับประทาน โดยระยะเวลาการรักษา

¹หน่วยโรคผิวหนัง กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

²หน่วยบริบาลเภสัชกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

อยู่ในช่วง 4 - 12 สัปดาห์ และผู้ป่วยที่มีภาวะผิวหนังคล้ายสิวความรุนแรงระดับที่ 4 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.3) เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมพบการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีสาเหตุจาก Methicillin-Susceptible Staphylococcus aureus (MSSA) ร่วมกับปรับลดขนาดยา erlotinib ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่ใกล้เคียงกับผลการศึกษาทางคลินิกอื่นๆ ผลการศึกษานี้จะนำไปสู่การออกแบบแนวทางการให้การดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ คำแนะนำอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น และการดูแลผิวหนังเบื้องต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการรักษา คุณภาพชีวิต และความคุ้มค่าจากการใช้ยากุ่ม EGFRi ต่อไป

คำสำคัญ : ผื่นคล้ายสิว, epidermal growth factor inhibitor, เออโรทินิบ, มะเร็งปอดชนิด non-small cell

Abstract

Background : Erlotinib, The Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitor (EGFRIs), has been listed on the national list of essential medicines (NLEM) Category E (2) for EGFR mutation-positive metastatic non-small cell lung cancer (EGFRm+mNSCLC). Acneiform eruption is a common side effect in dermatologic conditions. The review of incidence and severity of acneiform eruption could be improved to design health services for the most efficacy and cost-effectiveness.

Objectives : This study aims to investigate the incidence of erlotinib-related acneiform eruption among EGFR mutation-positive metastatic non-small cell lung cancer in Chaoprayayomarat hospital.

Method : A retrospective cross-sectional study was conducted in Chaoprayayomarat hospital from October 2018 to September 2022. All out-patient medical records of a patient with EGFRm+mNSCLC who received erlotinib were retrieved and analyzed.

Result : In all 68 patients (41 females, 27 males), range of age between 30 - 85 years (63 ± 11.3) were diagnosed with EGFRm+mNSCLC. Incidence of the acneiform eruption occurred in 44 patients (64.7%). The severity of acneiform eruption was stratified to grade 1 22 patients (50.0%), grade 2 18 patients (64.7%), grade 3 3 patients (6.8%), and grade 4 one patient (2.3%). Another cutaneous adverse drug reaction was xerosis and itching skin (15 patients, 22.2%) and dry eyes (7 patients, 10.3%). Various treatments based on the severity of acneiform eruption were observed. The severity grade 2 was treated with topical drug occurred in 18 patients (40.9%). The severity grade 3 was prescribed oral antibiotic for 3 cases (6.8%). The duration of treatment about 4 – 12 weeks was recorded. However, one patient who had severity grade 4 was admitted to the internal medicine ward and a Methicillin-Susceptible Staphylococcus aureus (MSSA) bloodstream infection was diagnosed. Erlotinib dose reduction was observed in this case who suffered from a severe acneiform eruption. This incidence was comparable to other clinical trials. These results provide useful information for tailoring upcoming treatment strategies to share knowledge, adverse drug reactions, skin care, increase the quality of life, and desired economic outcomes among EGFRIs user.

Keywords : acneiform eruption, epidermal growth factor inhibitor, erlotinib, non-small cell lung cancer

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับข้อมูลสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2563 พบอัตราการตายจากโรคมะเร็ง 3 ชนิดที่สำคัญในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้ง 3 ชนิด สำหรับโรคมะเร็ง 5 ชนิดที่สำคัญในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก โดยโรคมะเร็งที่มีอัตราการพบที่เพิ่มสูงมากขึ้นกว่ามะเร็งชนิดอื่นในรอบ 10 ปี ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเพิ่มขึ้น 2 เท่าในชายและหญิง มะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น 1.7 เท่าในหญิง และมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น 1.4 และ 1.5 เท่าในหญิง⁽¹⁾ ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาที่มีเภสัชวิทยาแบบใหม่มีประสิทธิภาพดีและปลอดภัยกว่ายาต้านมะเร็งในอดีตแต่ยาเหล่านี้มีราคาแพง จากปัญหาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขและกรมบัญชีกลางจึงพิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่จำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพื่อการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดใหม่ๆ โดยเฉพาะกลุ่มยามุ่งเป้า (Targeted Therapy) ที่จำเพาะต่อวงจรการเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งโดยไม่รบกวนการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อปกติจึงเป็นการรักษาที่มีผลข้างเคียงต่ำ

Erlotinib เป็นยายับยั้งโปรตีนไทโรซีนไคเนสและเป็นยามุ่งเป้าชนิดรับประทานชนิดแรกที่ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นยาในบัญชียาประเภทจ (2) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปอดชนิด non-small cell lung cancer ที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน EGFR ในเนื้อเยื่อหรือเซลล์มะเร็งหรือ DNA ในพลาสมาของผู้ป่วยชนิดที่มี

ความไวต่อการตอบสนองต่อยา เช่น Exon 19 deletion, Exon 21 [L858R] substitution เป็นต้น ผลจากการที่ erlotinib ได้รับการบรรจุในสิทธิการรักษาของกรมบัญชีกลางทำให้ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเข้าถึงยามากกว่าในอดีตมาก

แม้ว่ายาในกลุ่มนี้จะมีความปลอดภัยสูงเมื่อเทียบกับยาเคมีแบบดั้งเดิม แต่อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยและส่งผลต่อการยอมรับการรักษา คือ อาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบผิวหนังซึ่งมีลักษณะหลายรูปแบบ⁽²⁻⁵⁾ เนื่องจาก epidermal growth factor receptor (EGFR) นอกจากจะพบอยู่บนเซลล์มะเร็งแล้วยังพบบนเซลล์อื่นๆ เช่น เซลล์เยื่อบุผิว (epithelial cells) เซลล์ผิวหนัง (keratinocytes) เซลล์รากผม (hair follicles) เซลล์ไขมัน (sebocytes) การยับยั้ง EGFR ที่อวัยวะต่างๆ จึงมักมีอาการแสดงแบบตุ่มเม็ดหรือตุ่มหนอง (papulopustular eruption) โดยมักเกิดภายใน 1 - 2 สัปดาห์ และจะมีอาการรุนแรงที่ 3 - 4 สัปดาห์ หลังจากได้รับยา นอกจากนี้ยังสามารถพบอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ ได้ เช่น ภาวะขอบเล็บอักเสบ (paronychia) ภาวะเส้นขนตายยาวกว่าปกติ (trichomegaly) เป็นต้น และเนื่องจากการยับยั้งโปรตีน VEGF ทำให้ยับยั้งการเติบโตของเส้นเลือดใหม่ขนาดเล็กจึงส่งผลให้แผลหายช้า และจำเป็นต้องหยุดยาก่อนการผ่าตัดและการถอนฟัน

ผลข้างเคียงดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลทางด้านกายภาพของระบบผิวหนังของผู้ป่วยแต่ยังกระทบต่อความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตทั้งในด้านอารมณ์ การใช้ชีวิตในสังคม และรวมถึงความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยอีกด้วย การได้รับการดูแลและได้รับคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางด้านผิวหนังจึงมีความจำเป็น เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาอุบัติการณ์และความรุนแรงของการอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบผิวหนัง

จากการใช้ยา erlotinib ในโรงพยาบาลเจ้าพระยา
ยมราชมาก่อน ผลจากการศึกษานี้จึงเป็นประโยชน์
ต่อการนำไปกำหนดมาตรการหรือแนวทางเพื่อดูแล
ผู้ป่วยโดยแพทย์เฉพาะทางด้านผิวหนังเพื่อให้เกิด
ความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่
ดีจากการใช้ยา erlotinib และยามุ่งเป้าชนิดอื่นใน
กลุ่ม EGFRIs ที่มีการใช้เพิ่มมากขึ้นในเวชปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และความรุนแรง
ของภาวะผื่นคล้ายสิว (acneiform eruption)
จากยา erlotinib ในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด
non-small cell ระยะแพร่กระจาย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)
โดยเป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study)

แบบภาคตัดขวาง (cross sectional study)
โดยทำการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการ
รักษาด้วยยา erlotinib ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยา
ยมราช โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ระหว่าง 1 ตุลาคม
2561 – 30 กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด
non-small cell ระยะแพร่กระจาย (advanced
stage) หรือกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ที่ได้รับการ
รักษาด้วยยา erlotinib โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ
เวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่บันทึกข้อมูลการวินิจฉัย
และให้การรักษาของประชากรระหว่าง ตุลาคม
2561 – กันยายน 2565 และเนื่องจากเป็นงานวิจัย
เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และบรรยายตัวแปรวัดค่าเป็น
categorical data และทราบขนาดประชากร
จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและ
มอร์แกน ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 \alpha_{/2} P(1-P)}{d^2 (N-1) + Z^2 \alpha_{/2} P(1-P)}$$

$Z\alpha_{/2}$	=	ความเชื่อมั่นที่กำหนด
P	=	ความชุกของเหตุการณ์ที่สนใจ
D	=	ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้
N	=	จำนวนประชากรทั้งหมด

โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95%
โดยค่าความชุกจากการศึกษาที่มีมาก่อนประมาณ
ร้อยละ 65⁽²⁾ โดยระดับความคลาดเคลื่อนของการ
สุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (d) เท่ากับ 0.05 โดย
ประชากรที่เป็นมะเร็งปอดชนิด non-small cell ที่
ได้รับยา erlotinib ทั้งหมดมีจำนวนเท่ากับ 75 ราย
จึงคำนวณขนาดตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 62 ราย

และเพิ่มเติมอีก ร้อยละ 10 จึงต้องการจำนวน
ตัวอย่างเท่ากับ 68 ราย สำหรับการศึกษ
อุบัติการณ์การเกิด acneiform eruption จากการใช้
ยา erlotinib ในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด non-
small cell

การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

- 1) อายุมากกว่า 15 ปี
- 2) มีผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือเซลล์วิทยา (histopathology หรือ cytology)
- 3) มีหลักฐานการแพร่กระจายจากภาพถ่ายรังสีเช่น X-ray, computerized tomography

เกณฑ์การคัดออก

ตรวจพบโรคมะเร็งมากกว่า 2 ชนิด (≥ 2 primary cancers)

วิธีดำเนินการวิจัย

1. สืบค้นรายชื่อและเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดชนิด non-small cell และได้รับการสั่งใช้ยา erlotinib ในช่วงเวลาที่ต้องการศึกษา
2. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยดังกล่าวโดยการสำรวจและตรวจสอบข้อความ เนื้อหา หลักฐาน

ตารางที่ 1 แสดงระดับความรุนแรงของผื่นลักษณะคล้ายสิ่ว (acneiform rash)⁵

ระดับ	ความรุนแรงของผื่นลักษณะคล้ายสิ่ว
ระดับที่ 1	Papules หรือ pustules น้อยกว่าร้อยละ 10 ของพื้นที่ผิว มีอาการคันเจ็บหรือไม่ก็ได้
ระดับที่ 2	Papules หรือ pustules ร้อยละ 10 - 30 ของพื้นที่ผิว มีอาการคันเจ็บหรือไม่ก็ได้ แต่มีผลกระทบต่อภาวะทางสังคม จิตใจ และการใช้ชีวิตประจำวัน
ระดับที่ 3	Papules หรือ pustules ร้อยละ 10 - 30 ของพื้นที่ผิว มีอาการคันเจ็บหรือไม่ก็ได้ มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและมีการติดเชื้อที่ต้องได้รับยาปฏิชีวนะแบบรับประทาน
ระดับที่ 4	มีการติดเชื้อและจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือด
ระดับที่ 5	เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บข้อมูล

เป็นแบบบันทึกข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

ที่ปรากฏอยู่ในบันทึกเวชระเบียนดังกล่าวโดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางโรคผิวหนัง และทีมเภสัชกรด้านการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา หากพบบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และ/หรือ ตัวส่งสัญญาณ (trigger) ได้แก่ ยาต้านจุลชีพ doxycycline ครีမ်ให้ความชุ่มชื้น หรือยากลุ่ม antihistamine จะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอาการและหรือ ตัวส่งสัญญาณที่เกิดขึ้นกับการใช้ยา erlotinib

ตัวแปรที่ศึกษา

ลักษณะและความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบผิวหนังแบ่งตามระดับได้ 5 ระดับ (ตารางที่ 1) และลักษณะพื้นฐานข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ECOG status, ระยะเวลาการใช้ยา erlotinib, ลักษณะอาการแสดงทางคลินิกของโรคผิวหนัง, ระดับความรุนแรงของผื่น acneiform eruption และการรักษาผื่นที่เกิดขึ้น

เพศ อายุอาชีพ โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ขนาด ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการประเมินอาการแสดงทาง

คลินิกด้านผิวหนังเมื่อได้รับยา erlotinib ของผู้ป่วย โดยข้อมูลที่บันทึกใช้หลักเกณฑ์อ้างอิงแบบฟอร์ม กำกับกรใช้ยา erlotinib ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และเกณฑ์การประเมินความรุนแรงผลข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็งทางคลินิก Cancer Therapy Evaluation Program (CTEP)⁵

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่โครงการวิจัย No.2/2566 ระยะเวลาดำเนินการรับรอง วันที่ 28 ธันวาคม 2565 - 28 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา erlotinib จำนวน 68 ราย เป็นเพศชาย 27 ราย (ร้อยละ 39.7) และเพศหญิง 41 ราย (ร้อยละ 60.3) โดยผู้ป่วยทั้งหมดมีผลพยาธิสภาพโรคแบบ adenocarcinoma และตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน EGFR (EGFR mutation) ชนิด Exon 19 deletion 42 ราย, Exon 21 L858R 21 ราย, L861Q 1 ราย, G719X 1 ราย และตรวจไม่พบ EGFR mutation 3 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 61.8, 30.9, 1.5, 1.5 และ ร้อยละ 4.4 ตามลำดับ โดยระยะเวลาได้รับการรักษาด้วยยา erlotinib เฉลี่ยเท่ากับ 12 เดือน, (12.06 ± 1.48 , ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด non-small cell ที่ได้รับการรักษาด้วยยา erlotinib

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วย, (ราย)	68
อายุ, ปี (ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	63.03 ± 11.3
จำนวนเพศชาย, ราย (ร้อยละ)	27 (39.7)
จำนวนเพศหญิง, ราย (ร้อยละ)	41 (60.3)
อายุ เพศชาย, ปี (ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	63.7 ± 13.49
อายุ เพศหญิง, ปี (ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	62.59 ± 9.86
^a ECOG status	
0 - 2, ราย (ร้อยละ)	46 (67.6)
3 - 4, ราย (ร้อยละ)	22 (32.4)
Stage of disease	
IIIA – IIIC, ราย (ร้อยละ)	55 (80.88)
IVA – IVB, ราย (ร้อยละ)	13 (19.1)
ได้รับการรักษาร่วมกับ ^b CMT และหรือ ^c RT, ราย (ร้อยละ)	12 (17.64)
ระยะเวลาการใช้ยา erlotinib, เดือน (ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	12.06 ± 1.48

^a ECOG: The Eastern Cooperative Oncology Group performance status,

^b CMT: chemotherapy, ^c RT: radiation therapy

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษา จากการทบทวนเวชระเบียนพบผู้ป่วยที่มีฝืนคล้ายสีทั้งหมด 44 ราย (ร้อยละ 64.7) โดยแบ่งเป็นฝืนคล้ายสีรุนแรงระดับที่ 1 จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 50.0) ฝืนคล้ายสีรุนแรงระดับที่ 2 จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 40.9) ซึ่งได้รับการรักษาด้วยครีมให้ความชุ่มชื้นร่วมกับคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดทาผิวหนังจำนวน 11 ราย และได้รับยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดทาผิวหนังเพียงอย่างเดียว จำนวน 7 ราย ฝืนคล้ายสีรุนแรงระดับที่ 3 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 6.8) ได้รับยาต้านจุลชีพชนิดรับประทานร่วมกับคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดทาผิวหนังใช้ระยะเวลาการรักษาฝืนอยู่ในช่วง 4 - 12 สัปดาห์

ฝืนคล้ายสีรุนแรงระดับที่ 4 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.3) มีฝืนคล้ายสีระดับรุนแรงร่วมกับมีการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีสาเหตุจาก Methicillin-Susceptible Staphylococcus aureus (MSSA) แพทย์พิจารณาปรับลดขนาดยา erlotinib อย่างไรก็ดีตามพบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเอโรทินิบร่วมด้วย ได้แก่ ผื่นหนังแห้งคัน 15 ราย (ร้อยละ 22.1) และตาแห้ง 7 ราย (ร้อยละ 10.3) โดยไม่พบหลักฐานแนวทางการให้ความรู้ คำแนะนำ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การป้องกัน และการดูแลผิวหนังเบื้องต้น ให้กับผู้ป่วย รายละเอียดผลการศึกษานี้แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงอาการข้างเคียงและความรุนแรงต่อระบบผิวหนัง และการให้รักษา

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วยที่พบฝืนคล้ายสี, ราย (ร้อยละ)	44 (64.7)
ความรุนแรงระดับที่ 1, ราย (ร้อยละ)	22 (50.0)
ความรุนแรงระดับที่ 2, ราย (ร้อยละ)	18 (40.9)
ความรุนแรงระดับที่ 3, ราย (ร้อยละ)	3 (6.8)
ความรุนแรงระดับที่ 4, ราย (ร้อยละ)	1 (2.3)
อาการข้างเคียงต่อระบบผิวหนังอื่นๆ	
ผื่นหนังแห้งคัน, ราย (ร้อยละ)	15 (22.1)
ตาแห้ง, ราย (ร้อยละ)	7 (10.3)
ระยะเวลาพบอาการข้างเคียงหลังเริ่มการรักษา, วัน (ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	24 ± 21
การรักษาที่ได้รับในผู้ป่วยที่พบฝืนคล้ายสีจำนวน 44 ราย	
ยาต้านจุลชีพชนิดรับประทาน ร่วมกับคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดทาผิวหนัง, ราย (ร้อยละ)	3 (6.8)
ครีมให้ความชุ่มชื้น ร่วมกับคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดทาผิวหนัง, ราย (ร้อยละ)	11 (25.0)
คอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดทาผิวหนัง, ราย (ร้อยละ)	7 (15.9)
ยาต้านจุลชีพชนิดรับประทานร่วมกับคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดทาผิวหนัง, ราย (ร้อยละ)	3 (6.8)

อภิปรายผล

ในการศึกษานี้พบอุบัติการณ์ผื่นคล้ายสิวจำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.7 และพบอาการทางผิวหนังอื่นๆ เช่น ผิวแห้งคันหรือตาแห้ง จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 32 คล้ายคลึงกับรายงานอาการไม่พึงประสงค์ต่อผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด non-small cell ที่ได้รับยาในกลุ่ม EGFRIs⁽⁸⁻¹⁰⁾ เนื่องจากข้อจำกัดของการศึกษาแบบทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังทำให้ขาดการประเมินลักษณะทางผิวหนังและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผื่นจากสาเหตุอื่น เพราะอาการและอาการแสดงต่อระบบผิวหนังจากยาในกลุ่ม EGFRIs อาจมีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเคมีบำบัด รังสีรักษา หรือโรคติดเชื้อจากแบคทีเรีย เชื้อรา หรือไวรัสได้⁽¹²⁾ ซึ่งจำเป็นต้องประเมินและวินิจฉัยแยกสาเหตุของอาการทางผิวหนังของผู้ป่วยแต่ละรายโดยตรงเพื่อการวินิจฉัยและให้การรักษาที่เหมาะสม

ระดับความรุนแรงของผื่นคล้ายสิวที่พบในอุบัติการณ์นี้พบระดับที่ 1 จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด โดยผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลแนวทางการจัดการปัญหาทางผิวหนังที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน ระดับที่ 2 จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะได้รับการรักษาด้วยยาทาเป็นหลัก มีทั้งกลุ่มที่ใช้เพียงครีมให้ความชุ่มชื้นเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ให้ครีมชุ่มชื้นร่วมกับคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดทา ผิวหนัง และระดับที่ 3 จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.8 ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดทา ร่วมกับยาต้านจุลชีพ ไม่พบข้อมูล คำแนะนำปฏิบัติตัวต่อปัญหาทางผิวหนังที่เกิดขึ้นให้กับผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามพบผู้ป่วยที่มีภาวะผื่นคล้ายสิวความรุนแรงระดับที่ 4 จำนวน 1 ราย เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมด้วยการติดเชื้อใน

กระแสเลือดที่มีสาเหตุจาก Methicillin-Susceptible *Staphylococcus aureus* (MSSA) โดยผู้ป่วยไม่มีประวัติการได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ไม่พบภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหรือตำแหน่งการติดเชื้ออื่นๆ ในร่างกายที่น่าจะเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ MSSA ในกระแสเลือด ซึ่งประเด็นนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Eilers RE และคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบผิวหนังของผู้ป่วย จำนวน 221 ราย ที่เกิดผื่นจากยาในกลุ่ม EGFRIs โดยพบว่า จำนวน 84 ราย จาก 221 ราย (ร้อยละ 38) พบการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง โดยเชื้อสาเหตุ คือ methicillin-susceptible *S. aureus* (MSSA) และ methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA) ร้อยละ 22.6 และ 5.4 ตามลำดับ พบการติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่มีสาเหตุจากไวรัส herpes simplex และ herpes zoster และรอยโรคจากการติดเชื้อรา ร้อยละ 3.2, 1.8 และ ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อ คือ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (leukopenia)

สำหรับการรักษา acneiform eruption ของยาในกลุ่ม EGFRIs จะประกอบไปด้วย 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1. การใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันหรือรักษาภาวะติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน 2. การให้ความชุ่มชื้นและยาลดอาการอักเสบของผิวหนัง 3. การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นในอาการทางผิวหนังรุนแรงขึ้น เช่น การถูกแสงแดด การใช้สบู่ที่มีความเป็นกรดต่างที่มากเกินไป และ 4. การลดขนาดยาหรือหยุดให้การรักษา⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ ซึ่งผลจากการทบทวนเวชระเบียนครั้งนี้มีผู้ป่วย 1 ราย ที่พบผื่นคล้ายสิวจนรุนแรงในระดับที่ 4 แพทย์ต้องพิจารณาปรับลดขนาดยา erlotinib สอดคล้องต่อผลการศึกษาหลายฉบับที่แสดงให้เห็นว่าการเกิดผื่นคล้ายสิวที่มีความรุนแรงจะส่งผลให้ขบวนการรักษาต้องช้าออกไปและอาจส่งผลต่อผลการรักษา นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อน

ที่ได้รับการจัดการที่ไม่เหมาะสมทั้งด้านการรักษา และการให้คำปรึกษาจะทำให้เกิดความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยา และลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ โดยอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบผิวหนังจะลดคุณภาพชีวิตและความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่า 81 ปี และกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 50 ปี⁽¹⁶⁾

ปัจจุบันเริ่มมีผลการศึกษาเรื่องการให้ยาต้านจุลชีพและยากดคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดทาผิวหนังมาใช้ในการรักษาแบบป้องกัน (prophylaxis) การเกิดผื่นคล้ายสิวชนิดรุนแรงและภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน โดย Gorji M และคณะได้ทำการทบทวนวรรณกรรมด้วยวิธีอภิวเคราะห์ (meta-analysis) งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ที่มีรูปแบบการศึกษาแบบควบคุมปัจจัยและกระจายการได้รับการรักษา (randomized control trial) จำนวน 10 ฉบับ ที่ศึกษาผลของการให้การรักษาแบบป้องกันแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย EGFRIs โดยพบว่า การให้ยาต้านจุลชีพชนิดรับประทานร่วมกับคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดทาผิวหนังจะมีประสิทธิภาพที่ดีที่สุด โดยมีค่า relative risk reduction เท่ากับ 40% (RR = 0.6, 95% CI 46–79, p < 0.01) ในขณะที่การรักษาด้วยยาต้านจุลชีพชนิดทาผิวหนังโดยร่วมกับคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดทาผิวหนัง สารกันแดดชนิดทาผิวหนัง และการใช้ยาในกลุ่มเรตินอยด์ชนิดรับประทานไม่ช่วยลดความรุนแรงหรือลดอุบัติการณ์ของ acneiform eruption เมื่อเทียบกับ placebo⁽¹⁷⁾ ซึ่งผลอภิวเคราะห์ของ Gorji M และคณะ ทำให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยทั้งที่ยังไม่พบ หรือพบ acneiform eruption และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการรุนแรงจนกระทบต่อผลการรักษาจากยากด EGFRIs ซึ่งการนำความรู้ความเข้าใจดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยพร้อมกับการให้ความรู้ การดูแล

และปกป้องผิวหนังจากปัจจัยกระตุ้นที่อาจทำให้อาการผื่นแย่ลงได้ในชีวิตประจำวันแก่ผู้ป่วย จะทำให้การใช้ยา erlotinib มีความคุ้มค่า มีความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดการรักษา

สรุปผล

การศึกษานี้แสดงอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบผิวหนังจากยา erlotinib ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม EGFRi โดยเป็นยาที่ได้รับบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของบัญชียาหลักแห่งชาติ ประเภท จ (2) ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงยาและมีผลการรักษาที่ดีเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่อาการไม่พึงประสงค์จากยากก็พบได้มากขึ้นเช่นกัน ความจำเป็นต่อการให้บริการสุขภาพด้านการให้ยาอย่างเหมาะสมสำหรับบริการในระดับตติยภูมิ โดยแพทย์เฉพาะทางเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์ ร่วมกับการมีผลการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการออกแบบระบบบริการในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้จะไม่สามารถสำเร็จได้โดยปราศจากการให้ความสนับสนุนจากคณะกรรมการทรัพยากรโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นให้มีการใช้ยามูลค่าสูงอย่างคุ้มค่า สมเหตุสมผล และมีความปลอดภัย คณะกรรมการระบบบริการเป็นเลิศสาขาโรคมะเร็ง คณะกรรมการความเสี่ยง กลุ่มงานอายุรกรรม และงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์กลุ่มงานเภสัชกรรม ขอขอบคุณบุคลากรและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชทุกท่านที่สนับสนุนข้อมูลทุติยภูมิสำหรับการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถานการณ์การตายจากโรคมะเร็ง. [Internet]. [cited 2023 Jan 01]. Available from: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/analysis/10health/54_63/54_63_4.pdf .
2. Lacouture ME, Anadkat MJ, Bensadoun RJ, Bryce J, Chan A, Epstein JB, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of EGFR inhibitor-associated dermatologic toxicities. *Support Care Cancer*. 2011 Aug; 19 (8): 95-1079.
3. Lacouture ME, Lai SE. The PRIDE (Papulopustules and/or paronychia, Regulatory abnormalities of hair growth, Itching, and Dryness due to Epidermal growth factor receptor inhibitors) syndrome. *Br J Dermatol* 2006; 155: 852-4.
4. Hirsh V. Managing treatment-related adverse events associated with EGFR tyrosine kinase inhibitors in advanced non-small-cell lung cancer. *Curr Oncol*. 2011; 18 (3): 126-38.
5. NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.03 (CTCAE). [Internet]. 2022 [cited 2022 October 8]. Available from: http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-4_QuickReference_8.5x11.pdf.
6. Lacouture ME, Anadkat MJ, Bensadoun RJ, Bryce J, Chan A, Epstein JB, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of EGFR inhibitor-associated dermatologic toxicities. *Support Care Cancer*. 2011 Aug; 19 (8): 1079-95.
7. Hirsh V. Managing treatment-related adverse events associated with EGFR tyrosine kinase inhibitors in advanced non-small-cell lung cancer. *Curr Oncol*. 2011; 18 (3): 38-126.
8. Nakagawa K, Garon EB, Gao L, Callies S, Zimmermann A, Walgren R, et al. RELAY, ramucirumab plus erlotinib versus placebo plus erlotinib in untreated EGFR-mutated metastatic non-small cell lung cancer: exposure–response relationship. *Cancer Chemother and Pharmacology* (2022) 90: 137–148. <https://doi.org/10.1007/s00280-022-04447-x>.
9. Piccirillo MC, Bonanno L, Garassino MC, Esposito G, Dazzi C, Cavanna L, et al. Addition of Bevacizumab to Erlotinib as First-Line Treatment of Patients With EGFR-Mutated Advanced Non squamous NSCLC: The BEVERLY Multicenter Randomized Phase 3 Trial. *J Thorac Oncol* 2022; 17 (9): 1086-1097. doi: 10.1016/j.jtho.2022.05.008.
10. Molife C, Cho JM, Laphorn J, Kang MJ, Yachkova YD, Kim S. Treatment Patterns, Clinical Outcomes and Health Care Resource Utilisation in Patients with EGFR-mutated Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer: A Real-World Study in South Korea. *Drugs Real World Outcomes* 2022; 2: 1-13. doi: 10.1007/s40801-022-00344-0.
11. Serdar ZA, Karabay EA. Erlotinib-Induced Papulopustular Eruption and Mucositis. *South. Clin. Ist. Euras*. 2018; 29 (2): 139-141.

12. Jatoi A, Thrower A, Sloan JA, Flynn P, Wentworth-Hartung NL, Dakhil SR, et al. Does sunscreen prevent epidermal growth factor receptor (EGFR) inhibitor-induced rash? Results of a placebocontrolled trial from the North Central Cancer Treatment Group (N05C4). *Oncologist* 2010; 15: 22-1016.
13. Eilers RE, Gandhi M, Patel JD, Mulcahy MF, Agulnik M, Hensing T. Dermatologic Infections in Cancer Patients Treated with Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitor Therapy. *J Natl Cancer Inst* 2010; 102: 47–53.
14. Segaert S, Van Cutsem E. Clinical signs, pathophysiology and management of skin toxicity during therapy with epidermal growth factor receptor inhibitors. *Ann Oncol* 2005; 16: 33-1425.
15. Busam KJ, Capodici P, Motzer R, Kiehn T, Phelan D, Halpern AC. Cutaneous side-effects in cancer patients treated with the antiepidermal growth factor receptor antibody C225. *Br J Dermatol* 2001; 144: 76-1169.
14. Wacker B, Nagrani T, Weinberg J, Witt K, Clark G, Cagnoni PJ. Correlation between development of rash and efficacy in patients treated with epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor erlotinib in two large phase III studies. *Clin Cancer Res* 2007; 13: 21-3913.
15. Okamoto H, Watanabe K, Goto K, Tamura T, Takahashi T, Ichinose Y, et al. Efficacy and safety of erlotinib monotherapy for Japanese patients with advanced non-small cell lung cancer: integrated analysis of two Japanese phase II studies. *Nihon Kogyaku Gakkai Zasshi* 2012; 1: 6-190.
16. Hirayama K, Ya Su Y, Chiba M, Izutsu M, Yuki M. Relationships between quality of life and skin toxicities of epidermal growth factor receptor inhibitors in cancer patients: A literature review. *Jpn J Nurs Sci*. 2020; e12321. <https://doi.org/10.1111/jjns.12321>.
17. Gorji M, Joseph Joseph J, Pavlakis N, Smith SD. Prevention and management of acneiform rash associated with EGFR inhibitor therapy: A systematic review and meta-analysis. *Asia-Pac J Clin Oncol*. 2022; 18: 526–539.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การคาดการณ์อัตรากำลังเภสัชกรสาขาเภสัชบำบัดโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช
ภายในปี พ.ศ. 2572 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2558-2578)

The Workforce estimation for infectious disease pharmacotherapy pharmacist,
Chaophrayayommarat Hospital, within 2029, under the Twenty-Year National Strategic
Plan for Public Health (2015 – 2035)

พรเพ็ญ เรืองสุขอุดม¹, นรินทร์ งามคง², ภาณุวิทย์ ศรีเสนา³
Pornpen Rueangsukudom¹, Nirun Jangkong², Panuwit Srisena³

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : เภสัชกรโรคติดเชื้อ มีความสำคัญในการดูแลระบบการให้ยาต้านจุลชีพให้มีความเหมาะสมภายใต้แผนยุทธศาสตร์ระบบบริการเป็นเลิศด้านการให้ยาอย่างสมเหตุผลและป้องกันเชื้อจุลชีพดื้อยา

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์ภาระงานและวางแผนอัตรากำลังเภสัชกรโรคติดเชื้อเพื่อขับเคลื่อนนโยบายดูแลการให้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

วิธีวิจัย : ใช้รูปแบบงานวิจัยเชิงพรรณนา โดยการวัดปริมาณงานและแสดงผลลัพธ์ในหน่วยอัตรากำลังเสมือน (Full time equivalent, FTE) และคาดการณ์ความต้องการอัตรากำลังภายในปี พ.ศ. 2575 โดยตัวแปรสำหรับพยากรณ์ ได้แก่ ปริมาณงานด้านการดูแลการให้ยาต้านจุลชีพ เวลาให้บริการ และปริมาณยาต้านจุลชีพกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา : ร้อยละ 80 ของอัตรากำลังเภสัชกรโรคติดเชื้อที่ต้องการ (80%FTE) เท่ากับ 5.34 การเพิ่มเวลาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ 12 และ 24 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้ต้องการอัตรากำลังลดลง เท่ากับ 3.92 และ 3.16 ตามลำดับ พยากรณ์ความต้องการอัตรากำลังเภสัชกรโรคติดเชื้อ 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2575) แบ่งเป็น 2 กรณี คือ กรณีมีเภสัชกรโรคติดเชื้อ และกรณีไม่มีเภสัชกรโรคติดเชื้อระบบดูแลยาต้านจุลชีพจะทำให้ความต้องการอัตรากำลังในอนาคตเท่ากับ 5.7 และ 7.5 ตามลำดับ การดูแลยาต้านจุลชีพอย่างเข้มแข็งช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ของยุทธศาสตร์และลดค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนในระยะยาว

สรุปผล : การวิเคราะห์ ทบทวน วางแผนบริหารกำลังคนพร้อมสมรรถนะให้สอดคล้องต่อยุทธศาสตร์และปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน เป็นปัจจัยสำคัญต่อความเข้มแข็งและยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ

คำสำคัญ : ระบบการดูแลยาต้านจุลชีพให้มีความเหมาะสม, กำลังคนเสมือน, เภสัชกรโรคติดเชื้อ

¹⁻³กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

Abstract

Background : Infectious disease pharmacist workforce is essential for antimicrobial stewardship program, under The Rational Drug Use, Control and Prevention of Antimicrobial Resistance excellent service program.

Objectives : This study was aimed to analyze workload and Infectious disease pharmacist manpower planning for the rational drug use, control and prevention of antimicrobial resistance policy driving, under Chaophrayayommarat hospital context.

Method : Descriptive method of research was used to measure workforce required in term of Full time equivalent (FTE) as a unit of measurement. The workforce requirement estimation within 2033 were analyzed based on simple linear regression equation, using 3 variables; the unit of workload, number of hours works, and quantitative of controlled-antibiotic use.

Result : Eighty percent of full-time equivalent for infectious disease pharmacists (80%FTE) is 5.34. Twelve and twenty-four working hours per week increased outside official working hours, 3.92 and 3.16 FTE are only required for both scenarios. The 10 years projection (2033) for ID pharmacist workforce based on 2 plausible scenarios; scenarios-1 pharmacist-lead antimicrobial stewardship implementation and scenarios-2 no antimicrobial stewardship implementation, both scenarios require ID pharmacist FTE 5.7 and 7.5 FTE respectively. Strategic Planning and execution in antimicrobial stewardship increase achievement performance with reduced long term manpower expenditure.

Conclusion : Workforce revision analysis and planning for consistent strategy and public health problem are essential for the strength and sustainable healthcare system

Keywords : Antimicrobial stewardship, Full time equivalent, Infectious Disease Pharmacist

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนจึงเร่งรัดพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลและบุคลากร ส่งเสริมระบบส่งต่อเพื่อลดความแออัด และจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม โดยดำเนินการจัดทำแผนการให้บริการทางการแพทย์เป็นเลิศ (Service Plan) เพื่อให้ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทันทั่วถึง^(1,2) โดยมีกรอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทติดยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน โดยแต่ละเครือข่ายครอบคลุมสถานบริการภายใน 4 - 8 จังหวัด และพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด

แผนการให้บริการสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ (Service plan : Rationale Drug Use and Antimicrobial Resistant, RDU-AMR) เป็นหนึ่งในแผนการให้บริการเพื่อแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพโดยมีเป้าประสงค์สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลง ร้อยละ 50 ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับมนุษย์โดยไม่จำเป็นลดลง ร้อยละ 20 และระบบจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทยมีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล โดยมียุทธศาสตร์ย่อยสำคัญ คือ การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาร่วมกับการกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพให้มีความเหมาะสม โดยกระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease control and Prevention, CDC) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) แนะนำการใช้ขบวนการดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพให้มีความเหมาะสม

(Antimicrobial Stewardship Program, ASP) ซึ่งเป็นขบวนการดูแลระบบยาต้านจุลชีพทั้งระบบคือ ระบบบริหารจัดการและดูแลผู้ป่วยงานในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation, DUE)⁽³⁾

เนื่องจากการติดตาม ควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพจำเป็นต้องใช้อัตรากำลังคนที่ต้องมีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญในระดับสูงที่เทคโนโลยีไม่สามารถทดแทนได้ การวางแผนอัตรากำลังที่มีสมรรถนะเหมาะสมของเภสัชกรจึงเป็นเรื่องสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่สามารถกำหนดอัตรากำลังเภสัชกรโรคติดเชื้อสำหรับการให้บริการด้านการดูแลยาต้านจุลชีพสำหรับโรงพยาบาลในประเทศไทยมาก่อน การศึกษาความต้องการอัตรากำลังของเภสัชกรโรคติดเชื้อในปัจจุบันและในอนาคตให้มีจำนวนเหมาะสมและสมรรถนะสูงพร้อมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติจึงเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาระงาน และจัดทำกรอบอัตรากำลังเภสัชกรโรคติดเชื้อเพื่อรับผิดชอบและขับเคลื่อนนโยบายดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลในหอผู้ป่วยภายใต้บริบทของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้เทคนิคการวัดงาน (Work Measurement Technique) ร่วมกับการวิเคราะห์หาปริมาณกำลังเสมือน (Full Time Equivalent, FTE)⁽⁴⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ดังนี้
1) ปริมาณยาต้านจุลชีพกลุ่มควบคุมที่กำหนดโดย service plan RDU-AMR ได้แก่ colistin, ertapenem, imipenem, meropenem, piperacillin-tazobactam และ vancomycin ในหน่วย DDD (Defined Daily Dose) ต่อ 100 ผู้ป่วย-วัน (DDD per 100 patient-day)⁽¹⁾ จากโปรแกรม RDU 2016[®] 2) ปริมาณการให้บริการด้านการดูแลระบบการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลในหน่วย “ครั้ง” ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 - 2563 จากแบบบันทึกภาระงาน 3) เวลามาตรฐานต่อหนึ่งหน่วยบริการจากแบบบันทึกการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance, P4P) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ในหน่วยนาทีหรือชั่วโมง ต่อ ครั้ง

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์อัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ปริมาณงานย้อนหลัง 4 ปี (ปีงบประมาณ 2560 - 2563) ได้แก่ งานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ งานบริหารที่เกี่ยวข้องกับระบบยาต้านจุลชีพ และงานพัฒนาบุคลากรและเภสัชศาสตร์ศึกษาด้านยาต้านจุลชีพของเภสัชกร 3 ท่าน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน 33 หอ และปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพกลุ่มควบคุมในหน่วย DDD/100 ผู้ป่วย-วัน จากโปรแกรม RDU2016[®]

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์อัตรากำลังที่ต้องการในการปฏิบัติงานเต็มเวลาเมื่อเทียบกับเวลามาตรฐานคำนวณโดยใช้ Microsoft Excel Spread sheet ดังสูตร⁽⁴⁾

$$\text{อัตรากำลัง FTE ที่ต้องการ}^4 = \frac{\text{ปริมาณงาน X เวลามาตรฐานต่อ 1 หน่วยงาน (เฉลี่ย 4 ปี)}}{\text{ชั่วโมงการทำงานของบุคลากร 1 คน ใน 1 ปี (1,680 ชั่วโมง)}}$$

โดย 1 FTE เท่ากับเวลาทำงาน 7 ชั่วโมงต่อวัน หรือ 1,680 ชั่วโมงต่อปี

ขั้นตอนที่ 4 คำนวณปรับค่าอัตรากำลังให้อยู่ในหน่วยดังนี้ FTE ต่อ DDD/100 ผู้ป่วย-วัน และ FTE ต่อ 100 bed ซึ่งการคำนวณจะแบ่งเป็น 3 กรณี (Scenario) คือ

กรณีที่ 1 งานบริการและบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับระบบยาต้านจุลชีพ

กรณีที่ 2 กรณีที่ 1 ร่วมกับการให้บริการด้านการให้คำปรึกษาแก่บุคลากรทางการแพทย์ (consultation) ซึ่งอ้างอิงเวลามาตรฐาน

จากงานข้อมูลข่าวสารด้านยา (Drug Information Service)

กรณีที่ 3 กรณีที่ 2 ร่วมกับการให้บริการด้านการพัฒนาบุคลากรทางวิชาชีพและเภสัชศาสตร์ศึกษา

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ความอ่อนไหวทางเดียว (one-way sensitivity analysis) โดยการเปลี่ยนแปลงจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อปี (1 FTE) ที่เพิ่มจาก 1,680 ชั่วโมงต่อปี หรือเมื่อคน 1 FTE

มีเวลาทำงานเพิ่มมากขึ้นด้วยการปฏิบัติงานนอกเวลา โดยกำหนดให้มีการเพิ่มชั่วโมงการให้บริการนอกเวลาราชการเป็น 8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (2,064 ชั่วโมงต่อปี), 12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (2,256 ชั่วโมงต่อปี), 16 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (2,448 ชั่วโมงต่อปี), 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (2,640 ชั่วโมงต่อปี), 24 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (2,832 ชั่วโมงต่อปี)

ขั้นตอนที่ 6 พยากรณ์ (Simulation)
จำนวนเภสัชกรโรคติดเชื้อที่ต้องการในอนาคตอีก 10 ปี และเมื่อสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ด้วยวิธีการพยากรณ์อนุกรมเวลา (time series forecasting) โดยใช้สมการความถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (simple linear regression analysis) โดยมีสมมติฐานว่าปริมาณการใช้ยา

โดยสมการสำหรับการพยากรณ์ความต้องการอัตรากำลังด้วยสมการเชิงเส้นอย่างง่าย คือ

$$FTE_{\text{forecast}} = [bx + a] / FTE_{\text{DDD}}$$

เมื่อ x คือ จำนวน ปี ที่ต้องการพยากรณ์, a คือ ค่าคงที่ และ b คือ ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (regression co-efficient), FTE_{DDD} คือ $FTE/DDD/100$ ผู้ป่วย-วัน จากขั้นตอนที่ 4

การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี REC No.11/2565 COA No. 9/2565 ระยะเวลาดำเนินการรับรองระหว่าง วันที่ 17 มีนาคม 2565 - วันที่ 17 มีนาคม 2566

ผลลัพธ์ที่ศึกษา

อัตรากำลังเสมือน (FTE) และอัตรากำลังเสมือนต่อ DDD ผู้ป่วย-วัน (FTE per 100 patient-day)

DDD/100 patient-day จะแปรผันตรงตามปัจจัยต่างที่เกี่ยวข้อง เช่น จำนวนผู้ป่วย ลักษณะและความรุนแรงของโรคติดเชื้อ การใช้ยาทางเวชปฏิบัติของแพทย์ และความชุกของเชื้อดื้อยา เป็นต้น โดยตัวแปร คือ ข้อมูล DDD/100 ผู้ป่วย-วัน และ FTE/DDD/100 ผู้ป่วย-วัน โดยการพยากรณ์จำแนกเป็น 2 กรณี คือ

กรณีที่ 1 ไม่มีเภสัชกรดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยจะใช้ข้อมูล DDD/100 ผู้ป่วย-วัน ปี 2554 – 2560

กรณีที่ 2 มีเภสัชกรดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยจะใช้ข้อมูล DDD/100 ผู้ป่วย-วัน ปี 2554 – 2563

ของเภสัชกรโรคติดเชื้อที่ต้องการในปัจจุบันและจนถึงสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 สถานการณ์กำลังคน บริบท และภาระงานในปัจจุบัน

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขนาด 680 เตียง มีหอผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยใน 33 หอผู้ป่วยเป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ และสถาบันร่วมผลิตแพทย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ งานบริหารเภสัชกรรมเริ่มให้บริการด้านดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพร่วมกับทีมสหวิชาชีพตั้งแต่ปี 2561 ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการยาปฏิชีวนะและคณะกรรมการเภสัชบำบัด ปัจจุบันมีเภสัชกรดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ จำนวน 3 คน ได้แก่

เภสัชกรโรคติดเชื้อ จำนวน 2 คน โดยได้รับวุฒิบัตร สาขาเภสัชบำบัดโรคติดเชื้อ 1 คน และประกาศนียบัตร เภสัชบำบัดโรคติดเชื้อ 1 คน และเภสัชกรสาขา เภสัชบำบัดวิกฤติ 1 คน งานบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ การให้บริการสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่ งานติดตามและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา งานให้บริการตอบคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ (consultation) และงานติดตามการใช้ยาความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วย และงานด้าน บริหารดำเนินงานเลขานุการคณะกรรมการ ยาปฏิชีวนะโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชและ กรรมการ service plan RDU-AMR จังหวัดสุพรรณบุรี

และเขตสุขภาพที่ 5 และงานให้บริการด้านการ พัฒนาบุคลากรทางวิชาชีพและเภสัชศาสตร์ศึกษา สำหรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 6 ที่ฝึกสาขา เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ โดยเวลาที่ให้บริการ ทุกบริการเฉลี่ย 4 ปี เท่ากับ 11,215 ชั่วโมงต่อปี โดยจำแนกชั่วโมงการทำงานต่อปี (ร้อยละ) ตามชนิดบริการ คือ ด้านการดูแลยาต้านจุลชีพใน หอผู้ป่วย 2,720 ชั่วโมง (ร้อยละ 24.25), งานบริหาร 150 ชั่วโมง (ร้อยละ 1.33), งานบริการตอบคำปรึกษา จากบุคลากรทางการแพทย์ 3,459 ชั่วโมง (ร้อยละ 30.84) และงานพัฒนาบุคลากรทางวิชาชีพด้าน โรคติดเชื้อ 4,887 ชั่วโมง (ร้อยละ 43.57) ชั่วโมง ปริมาณและเวลาในการให้บริการ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 งานบริการและเวลามาตรฐานต่อหนึ่งหน่วยผลงานตามแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนตาม ผลการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

รายการ/กิจกรรม	หน่วย นับ	เวลา มาตรฐาน (นาที)	ปี			
			2560	2561	2562	2563
1. ทบทวนประวัติการใช้ยา (Medication reconciliation)						
- ทบทวนและซักถามประวัติยาต้านจุลชีพที่ได้รับ จากสถานพยาบาลอื่น	ราย	16	112	123	103	101
- ทบทวนประวัติยาต้านจุลชีพที่เคยได้รับใน รพ เจ้าพระยามรราชเท่านั้น	ราย	10	445	323	443	355
2. Acute care						
- กรณีผู้ป่วยใหม่ Review Charts	ราย	5	3745	4091	3809	4110
- กรณีผู้ป่วยใหม่ Round Ward	ราย	10	3745	4091	3809	4110
- กรณีผู้ป่วยเก่า มีการติดตามผลการรักษา อย่างต่อเนื่อง	ราย	7	1001	1228	1499	2159
- Intervention แพทย์	ครั้ง	15	214	190	222	235

ตารางที่ 1 งานบริการและเวลามาตรฐานต่อหนึ่งหน่วยผลงานตามแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนตาม
ผลการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช (ต่อ)

รายการ/กิจกรรม	หน่วย นับ	เวลา มาตรฐาน (นาที)	ปี	ปี	ปี	ปี
			2560	2561	2562	2563
- ให้คำแนะนำ/ปรึกษา/แก้ไขปัญหาให้กับบุคลากร ทางการแพทย์อื่นๆ	ครั้ง	15	211	290	310	385
- ตรวจสอบและประสานงานบนหอผู้ป่วยเพื่อแก้ไข ปัญหาระบบยา	ครั้ง	60	9	10	11	9
3. ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา (กรณีผู้ป่วยใน)						
- กรณี Spontaneous	ราย	90	200	300	350	261
- กรณี Allergy history	ราย	15	96	91	108	83
4. บริการข้อมูลข่าวสารด้านยาและสมุนไพร (DIS)						
- ตอบคำถามด้านยาทั่วไปที่ไม่ต้องใช้เอกสารอ้างอิง	คำถาม	3	288	311	299	301
- ตอบคำถามด้านยาที่สืบค้นข้อมูลจาก Tertiary source	คำถาม	20	734	827	961	1003
- ตอบคำถามด้านยาที่สืบค้นข้อมูลจาก primary- secondary source	คำถาม	840	289	301	335	312
5. ประเมินการใช้ยา (DUE)						
- ประเมินและติดตามผลการใช้ยาแบบ concurrent	รายการ	15	3745	4091	3809	4110
- ทบทวนประเมินการสั่งยาเทียบตามเกณฑ์	รายการ	7	3745	4091	3809	4110
- กิจกรรมประสานกับแพทย์เมื่อพบปัญหา	รายการ	6	562	613	571	602
- การบันทึกข้อมูล (ในแบบประเมิน)	รายการ	2	3745	4091	3809	4110
- การสรุปผลการประเมิน	รายการ	5	3745	4091	3809	4110
- การเตรียมข้อมูลเพื่อนำเสนอผู้บริหาร	รายการ	5	3745	4091	3809	4110
6. การบริหารคลังเวชภัณฑ์						
- การประสาน แก้ปัญหาการบริหารคลังเวชภัณฑ์	รายการ	15	121	135	159	164
7. การจัดการ Medication error						
- จัดการปัญหาด้าน Prescribing error	ชั่วโมง	60	35	38	47	41
- จัดการปัญหาด้าน Dispensing error	ชั่วโมง	61	8	9	9	10
- จัดการปัญหาด้าน Administration error	ชั่วโมง	62	25	23	29	30
- หาสาเหตุ ME และกำหนดแนวทางการป้องกัน	ครั้ง	60	5	8	9	7

ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

ตารางที่ 1 งานบริการและเวลามาตรฐานต่อหนึ่งหน่วยผลงานตามแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนตาม
ผลการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช (ต่อ)

รายการ/กิจกรรม	หน่วย นับ	เวลา มาตร ฐาน (นาที)	ปี	ปี	ปี	ปี
			2560	2561	2562	2563
8. การประชุม						
งานบริหาร - ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ในฐานะ ผู้เข้าร่วมประชุม - ผู้ประชุมคณะกรรมการทีมนำหรือเทียบเท่า ในฐานะผู้เข้าร่วมประชุม - ประชุมกรรมการประจำเดือนของหน่วยงาน ในโรงพยาบาล - ประชุม อบรม สัมมนา ภายในจังหวัด (ตามนโยบาย/สั่งการ) - ประชุม อบรม สัมมนา นอกจังหวัด (ตามนโยบาย/ สั่งการ) - ประชุม อบรม สัมมนา นอกโรงพยาบาลนอกจังหวัด (ขอไป) - เป็นวิทยากรไปบรรยายนอกหน่วยงาน	ครั้ง	150	19	23	22	28
	ครั้ง	150	9	9	13	12
	ชั่วโมง	60	10	12	11	13
	ชั่วโมง	60	5	8	7	6
	วัน	420	25	21	23	30
	วัน	420	3	5	6	5
	ชั่วโมง	60	6	5	5	6
9. การให้การอบรมและฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ Training/Competency						
งานวิชาการ - งานสอนภายในโรงพยาบาลแก่ผู้ที่มีความรู้ระดับ ปริญญาตรีขึ้นไป - งานสอนภายนอกโรงพยาบาลแก่ผู้ที่มีความรู้ระดับ ปริญญาตรีขึ้นไป - งานสอนภายนอกโรงพยาบาล แก่ผู้ที่มีความรู้ระดับ ต่ำกว่า ปริญญาตรี - สอนระบบงานในการฝึกปฏิบัติงานบุคลากรใหม่ - สอนวิชาการหรือระบบงานในการฝึกปฏิบัติงาน นิสิต/นักศึกษา - ดูแลการฝึกปฏิบัติงานแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการของ นิสิต/นักศึกษา - ดูแลและปรึกษาการเตรียมข้อมูลการนำเสนองาน ของนิสิต/นักศึกษา - ร่วมอภิปรายการนำเสนอของนิสิต/นักศึกษา	ชั่วโมง	60	9	9	9	9
	ชั่วโมง	60	8	12	15	15
	ชั่วโมง	60	18	18	18	18
	เรื่อง	45	3	3	3	3
	เรื่อง	45	30	30	30	30
	ครั้ง	30	7755	8010	7409	8111
	เรื่อง	30	608	608	608	608
	เรื่อง	60	608	608	608	608

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบกรอบอัตรากำลัง ที่มีในปัจจุบันกับอัตรากำลังเสมือนที่คำนวณได้ จากภาระงาน

จำแนกเป็น 3 กรณี ได้แก่ กรณีที่ 1 (FTE-1) ได้แก่ งานบริการและบริหารที่เกี่ยวข้องกับระบบยาต้านจุลชีพ 2,869 ชั่วโมงต่อปี คิดเป็นร้อยละ 25.58 ของเวลาการให้บริการต่อปี คิดเป็นอัตรากำลังเสมือนที่ต้องการสำหรับ 100%/80% FTE เท่ากับ 1.70 และ 1.36 ตามลำดับ, กรณีที่ 2 (FTE-2) เป็นการให้บริการในกรณีที่ 1 ร่วมกับให้บริการตอบคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ 6,319 ชั่วโมงต่อปี คิดเป็นร้อยละ 56.36 ของเวลา

การให้บริการต่อปี คิดเป็นอัตรากำลังเสมือนที่ต้องการสำหรับ 100%/80% FTE เท่ากับ 3.76 และ 3.01 ตามลำดับ และ กรณีที่ 3 (FTE-3) ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานทุกกิจกรรม และการให้บริการด้านการพัฒนาบุคลากรทางวิชาชีพและเภสัชศาสตร์ศึกษา คิดเป็น 11,215 ชั่วโมงต่อปี คิดเป็นร้อยละ 100 โดยสัดส่วนอาจารย์แหล่งฝึก : นักศึกษาเท่ากับ 1 : 2 หรือเท่ากับ 6 คนต่อผลัด และเมื่อนำเวลาเฉลี่ย 4 ปีจาก FTE-3 มาคำนวณ ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 80 ของอัตรากำลังเสมือนที่ต้องการจะเท่ากับ 6.67 และ 5.34 ตามลำดับ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เวลาที่ใช้ในการให้บริการและอัตรากำลังคนเสมือนตามกรณี (scenario)

	จำนวน ชั่วโมง (เฉลี่ย 4 ปี)	Calculated FTE ^d		DDD 100 patient-day (เฉลี่ย 4 ปี)	FTE per 1 DDD 100 patient- day ^e		FTE per 100 bed ^f	
		100%	80%		100%	80%	100%	80%
^a FTE 1	2869	1.70	1.36	19.08	0.09	0.07	0.25	0.20
^b FTE 2	6319	3.76	3.01	19.08	0.19	0.15	0.55	0.43
^c FTE 3	11215	6.67	5.34	19.08	0.35	0.27	0.98	0.78

^d FTE คำนวณจากข้อมูลคอลัมน์ที่ 2 คือ จำนวนชั่วโมงเฉลี่ย 4 ปีหารด้วย 1,680 ชั่วโมง, ^e FTE per 1 DDD 100 patient-day คำนวณจากข้อมูลคอลัมน์ที่ 3 หารด้วยค่า DDD เฉลี่ย 4 ปีในคอลัมน์ที่ 4, ^f FTE per 100 bed เทียบจากข้อมูลคอลัมน์ 3 กับจำนวนเตียงตามกรอบของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมาราชเท่ากับ 680 เตียง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความอ่อนไหว ทางเดียว (one-way sensitivity analysis)

เมื่อวิเคราะห์ความอ่อนไหวเพื่อดูผลจากการเพิ่มปัจจัยด้านเวลาการทำงานต่อปี (เพิ่มขึ้นจาก 1,680 ชั่วโมงต่อปี) จากการปฏิบัติงานนอกเวลา โดยเมื่อเพิ่มชั่วโมงการให้บริการนอกเวลาราชการ 8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (2,064 ชั่วโมงต่อปี),

12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (2,256 ชั่วโมงต่อปี), 16 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (2,448 ชั่วโมงต่อปี), 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (2,640 ชั่วโมงต่อปี), 24 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (2,832 ชั่วโมงต่อปี) ทำให้มีความต้องการ FTE ลดลงเมื่อเทียบกับ FTE ที่ปฏิบัติงานในเวลาราชการเพียงอย่างเดียว รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์ความอ่อนไหวทางเดียว (one-way sensitivity analysis) เมื่อเพิ่มเวลาทำงานต่อปี

	จำนวน ชั่วโมง ปฏิบัติงาน (เฉลี่ย 4 ปี)	FTE ตามเวลา ปฏิบัติงาน มาตรฐาน (1,680 ชม/ปี)	ร้อยละ 100/80 ของ FTE เมื่อเพิ่มชั่วโมงการทำงาน ปฏิบัติงาน ต่อ สัปดาห์ (รวมจำนวนชั่วโมงปฏิบัติงาน ต่อ ปี)				
			8 ชั่วโมง (2,064)	12 ชั่วโมง (2,256)	16 ชั่วโมง (2,448)	20 ชั่วโมง (2,640)	24 ชั่วโมง (2,832)
			FTE-1	2869	1.70/1.36	1.39/1.12	1.27/1.01
FTE-2	6319	3.76/3.00	3.06/2.44	2.8/2.24	2.58/2.06	2.39/1.91	2.23/1.78
FTE-3	11,215	6.67/5.34	5.43/4.34	4.9/3.92	4.58/3.66	4.24/3.39	3.96/3.16

ส่วนที่ 4 การคาดการณ์อัตรากำลัง เภสัชกรโรคติดเชื้อในอนาคด

ผลการพยากรณ์ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพกลุ่มควบคุมและอัตรากำลังเสมือนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 ถึงปี พ.ศ. 2578 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4 โดยแบ่งผลการพยากรณ์เป็น 2 กรณีคือ กรณีที่ 1 ไม่มีเภสัชกรดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพโดยใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2554 – 2563 ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพโดยเภสัชกรโรคติดเชื้อในช่วงปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา จะได้สมการและค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (R^2) จาก simple linear regression analysis เท่ากับ $y = 1.9095X + 6.3277$ ($R^2 = 0.9434$) ซึ่งจะได้ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพกลุ่มควบคุม (DDD/100 ผู้ป่วย-วัน) ต่อจำนวน ร้อยละ 80 ของ FTE-3 ใน พ.ศ. 2572 และ พ.ศ. 2578 ซึ่งเป็นปีที่ 15 และ 20 ของแผนยุทธศาสตร์ฯ เท่ากับ 50.24/ 7.53 และ 55.97/8.39 ตามลำดับ และกรณีที่ 2 มีเภสัชกรดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพซึ่งใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2554 – 2560 โดยในช่วงเวลาดังกล่าวไม่มีการดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ จะได้สมการและค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ เท่ากับ $y = 1.3141X + 8.2219$ ($R^2 = 0.8098$) ซึ่งผลการพยากรณ์ปริมาณยาต้านจุลชีพ

กลุ่มควบคุมต่อจำนวนร้อยละ 80 ของ FTE-3 ใน ปี พ.ศ. 2575 และ พ.ศ. 2578 เท่ากับ 38.44/5.76 และ 42.38/6.35 ตามลำดับ

จากผลการพยากรณ์แสดงให้เห็นว่าการมีเภสัชกรโรคติดเชื้อดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงแรกของแผนยุทธศาสตร์ นอกจากจะลดปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพแล้วยังสามารถลดความต้องการอัตรากำลังเภสัชกรโรคติดเชื้อในอนาคดได้ ซึ่งผลการพยากรณ์จากแบบจำลองทำให้เราทราบว่าหากไม่มีขบวนการดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพจะทำให้มีปริมาณการใช้ยาในปี พ.ศ. 2578 เท่ากับ 55.9 DDD/100 ผู้ป่วย-วัน และต้องการอัตรากำลังเภสัชกรโรคติดเชื้อเพื่อดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพเท่ากับ 8.39 FTE ในขณะที่มีการดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพโดยเภสัชกรโรคติดเชื้อตั้งแต่เริ่มประกาศใช้แผนยุทธศาสตร์จะลดปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพในปี พ.ศ. 2578 เหลือเพียง 42.38 DDD/100 ผู้ป่วย-วัน และลดอัตรากำลังเภสัชกรโรคติดเชื้อที่ต้องการเหลือเพียง 6.35 FTE เท่านั้น

ตารางที่ 4 การคาดการณ์อัตราค่าจ้างแก่ข้าราชการโรคติดต่อในอนาคต

พยากรณ์ปริมาณยาต้านจุลชีพ (DDD/100 ผู้ป่วย-วัน) และ ร้อยละ 100/80 อัตราค่าจ้างเสมือน ปีงบประมาณ 2566-2578													
	2566	2567	2568	2569	2570	2571	2572	2573	2574	2575	2576	2577	2578
ปริมาณยา													
ยา (กรณีที่ 1)	33.06	34.97	36.87	38.78	40.69	42.60	44.51	46.42	48.33	50.24	52.15	54.06	55.97
FTE-1	2.9/2.3	3.1/2.4	3.3/2.5	3.4/2.7	3.6/2.8	3.8/2.9	4.0/3.1	4.1/3.2	4.3/3.3	4.5/3.5	4.6/3.6	4.8/3.7	5.0/3.9
FTE-2	6.2/4.9	6.6/5.2	7.0/5.5	7.3/5.8	7.7/6.1	8.0/6.3	8.4/6.6	8.8/6.9	9.1/7.2	9.5/7.5	9.9/7.8	10.2/8.1	10.6/8.3
FTE-3	11.5/8.9	12.2/9.4	12.9/9.9	13.5/10.4	14.2/10.9	14.9/11.5	15.5/12.0	16.2/12.5	16.9/13.0	17.5/13.5	18.25/14.0	18.9/14.6	19.5/15.1
ปริมาณยา													
ยา (กรณีที่ 2)	26.61	27.93	29.24	30.56	31.87	33.18	34.50	35.81	37.13	38.44	39.76	41.07	42.38
FTE-1	2.3/1.8	2.5/1.9	2.6/2.0	2.7/2.1	2.8/2.2	2.9/2.3	3.1/2.4	3.2/2.5	3.3/2.5	3.4/2.6	3.5/2.7	3.6/2.8	3.8/2.9
FTE-2	5.0/3.9	5.3/4.1	5.5/4.3	5.8/4.5	6.0/4.7	6.3/4.9	6.5/5.1	6.8/5.3	7.0/5.5	7.3/5.7	7.5/5.9	7.8/6.1	8.0/6.3
FTE-3	9.3/7.4	9.7/7.8	10.2/8.1	10.7/8.5	11.1/8.9	11.6/9.2	12.0/9.6	12.5/10.0	13.0/10.4	13.4/10.7	13.9/11.1	14.3/11.4	14.8/11.8

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์และวางแผนอัตรากำลังเภสัชกรโรคติดเชื้อ เพื่อการให้บริการดูแลระบบยาต้านจุลชีพภายใต้บริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ เมื่อพิจารณาแนวทางการวิเคราะห์อัตรากำลังบุคลากรสาขาสุขภาพ ค่าภาระงานด้านอื่นที่นอกเหนือจากการให้บริการด้านสุขภาพ เช่น งานบริหาร เป็นต้น จะคิดเป็นสัดส่วนปริมาณงานจากภาระงานหลัก (allowance) เท่ากับ ร้อยละ 15⁽⁴⁾ ซึ่งจำนวนชั่วโมงการทำงานด้านบริหารในการศึกษานี้ คือ 150 ชั่วโมง จากชั่วโมงทำงานทั้งหมด 11,215 ชั่วโมง ซึ่งคิดเป็นเพียง ร้อยละ 1.33 เท่านั้น ในขณะที่เวลาเพื่อให้บริการตอบคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ใช้เวลาในการให้บริการ 3,459 ชั่วโมง (ร้อยละ 30.84) ซึ่งเกิดจากลักษณะของผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการติดเชื้อดื้อยารุนแรงและต้องใช้ความรู้ความเข้าใจระดับสูงในการวางแผน การรักษา ในขณะที่การให้บริการด้านการดูแลยาต้านจุลชีพใช้เวลา 2,720 ชั่วโมง (ร้อยละ 24.25) เท่านั้น จะเห็นว่าสมรรถนะของเภสัชกรมีความจำเป็นต่อการให้บริการแบบตติยภูมิเป็นอย่างยิ่ง ในขณะที่งานที่ใช้เวลาในการให้บริการมากที่สุด คือ งานเภสัชศาสตร์ศึกษา (4,887 ชั่วโมงต่อปี, ร้อยละ 43.57) ซึ่งต้องดูแลกำกับนักศึกษาเภสัชศาสตร์ในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งนอกจากเป็นการทักษะและสมรรถนะของนักศึกษาเภสัชศาสตร์แล้ว ผู้ป่วยยังได้รับบริการที่มั่นใจว่ามีประสิทธิภาพปลอดภัย เหมาะสม โดยมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ

จากจำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S และ M จำนวน 223 แห่ง⁽²¹⁾ ที่ต้องมีให้บริการด้านการดูแลระบบการใช้ยาต้านจุลชีพ แต่มีเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและจบหลักสูตรวุฒิปัตรีและหลักสูตรประกาศนียบัตรด้านโรคติดเชื้อตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2565 เพียง 4 คน และ 12 คน ตามลำดับ เท่านั้น ซึ่งมีสาเหตุจากมีสถาบันให้การฝึกอบรมไม่เพียงพอ จากปัญหาและความจำเป็นดังกล่าวที่ประชุมกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล (Chief of Human Resources Officer, CHRO) เขตสุขภาพที่ 5 มีมติให้โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี ให้บริการฝึกอบรมเภสัชกรหลักสูตรอบรมระยะสั้น 16 สัปดาห์ ด้านโรคติดเชื้อแก่เภสัชกรในเขตสุขภาพที่ 5 และเขตสุขภาพอื่น โดยเป็นสถาบันสมทบของวิทยาลัยเภสัชบำบัดแห่งประเทศไทย ซึ่งโรงพยาบาลอยู่ในระหว่างการขอรับเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองเป็นสถาบันสมทบภายในปี พ.ศ. 2566 และเพื่อจัดเตรียมอัตรากำลังเพื่อรับผิดชอบภารกิจดังกล่าวจึงใช้ปริมาณงานของการให้การอบรมนักศึกษาชั้นปีที่ 6 สาขาเฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อเป็นตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์เพราะลักษณะการให้การอบรมคล้ายคลึงกันแต่จะมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากกว่าในกรณีเป็นหลักสูตรอบรมระยะสั้นซึ่งจะส่งผลให้ความต้องการ FTE เพิ่มขึ้นเกือบ ร้อยละ 50 การเร่งรัดจัดเตรียมอัตรากำลังจึงมีความสำคัญเร่งด่วน

ประเด็นที่น่าสนใจอีกประการ คือ ผลลัพธ์จากการมีเภสัชกรโรคติดเชื้อดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพซึ่งจากค่าช่วยลดปริมาณการใช้ยาและทำให้แนวโน้มปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพและความต้องการอัตรากำลังในอนาคตอย่างชัดเจน ค่าการทำนายของปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพและ

อัตรากำลังที่ต้องการใน 2 กรณี คือ กรณีมีเภสัชกรดูแลและไม่มีเภสัชกรดูแลระบบการจ่ายยาต้านจุลชีพ ทำให้ปริมาณการจ่ายยาต้านจุลชีพต่อความต้องการอัตรากำลังในปี 2572 ซึ่งเป็นปีใกล้ครบแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และในปี 2578 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของแผนยุทธศาสตร์ฯ เท่ากับ 38.44/5.76 และ 50.24/7.53 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการดูแลระบบการจ่ายยาต้านจุลชีพที่ช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ของยุทธศาสตร์ ลดค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนในระยะยาว และเกิดความคุ้มค่าของการลงทุนด้านทรัพยากร และนอกจากวิธีการเพิ่มอัตรากำลังแล้วการศึกษาายังแสดงให้เห็นว่าเมื่อมีจำนวนการทำงานต่อปีเพิ่มขึ้นจะทำให้ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพลดลง ซึ่งสามารถนำไปสู่ข้อเสนอ สำหรับการให้บริการที่ขาดแคลนอัตรากำลังไม่มากซึ่งไม่จำเป็นต้องเพิ่มอัตรากำลังแต่ใช้วิธีเพิ่มแรงจูงใจด้วยการทำงานล่วงเวลาและค่าตอบแทนที่เหมาะสม

เมื่อทบทวนผลการศึกษาระบบบริการด้านสุขภาพในประเทศที่มีเภสัชกรดูแลระบบการจ่ายยาต้านจุลชีพที่คล้ายคลึงกับของประเทศไทยพบว่าการมีเภสัชกรดูแล การจ่ายยาต้านจุลชีพให้มีความเหมาะสมสัมพันธ์ต่ออัตรการลดปริมาณการจ่ายยาต้านจุลชีพและแนวโน้มอัตรการคือยาของแบคทีเรียที่คงที่หรือลดลง⁽⁸⁻¹⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาด้านอัตรากำลังนี้มีข้อจำกัดหลายประการโดยเฉพาะการใช้เวลามาตรฐานเพื่อการคำนวณเวลาในการปฏิบัติงานที่ไม่ใช้เวลาจริงทำให้ค่า FTE ที่ได้มีลักษณะเป็นข้อมูลเปรียบเทียบอ้างอิง (Relative Information)

เบื้องต้นเท่านั้น ซึ่งเมื่อนำผลการศึกษานี้ไปเปรียบเทียบ (benchmark) กับผลการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าไม่มีการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษา FTE ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการพัฒนาบุคลากรและเภสัชศาสตร์ศึกษา ซึ่งในการศึกษานี้ได้คำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวจึงได้วิเคราะห์ค่า FTE-2 เพื่อใช้เป็นตัวแทนค่า FTE สำหรับสถานพยาบาลที่ไม่มีลักษณะเป็นสถาบันสมทบหรือให้การอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปใช้อ้างอิงได้ และในการเปรียบเทียบผลการศึกษาในต่างประเทศด้วย FTE-2 พบว่า FTE ของทุกการศึกษามีค่าใกล้เคียงกันดังแสดงในตารางที่ 5

นอกจากนี้การแสดงค่า FTE เทียบกับปริมาณการจ่ายยาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงเวลาหนึ่ง (FTE ต่อ 1DDD/100 ผู้ป่วย-วัน) ของการศึกษานี้ หรือในหน่วยต่อ 100 ผู้ป่วย-วัน ของการศึกษาโดย Park SY และคณะ ก็มีข้อได้เปรียบเมื่อเทียบกับการแสดงค่า FTE ต่อจำนวนเตียงของสถานพยาบาลในหลายๆ การศึกษา เพราะจำนวนเตียงหรืออัตรการครองเตียงอาจไม่ได้แสดงเห็นถึงภาระงานและความซับซ้อนของการให้บริการด้านสุขภาพที่หลากหลายแก่ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงและซับซ้อนของโรคอย่างเช่น โรคติดเชื้อที่มีสาเหตุจากเชื้อดื้อยาที่ยากต่อการรักษา (Difficult to treat pathogen, DTR)⁽²²⁾ เป็นต้น แต่การศึกษานี้ได้เปรียบเทียบค่า FTE ต่อจำนวนเตียงของโรงพยาบาลไว้ด้วย เพื่อให้สถานพยาบาลที่มีความหลากหลายของบริบทสามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมต่อไป

ตารางที่ 5 อัตรากำลังเสริมของเภสัชกรเพื่อให้บริการดูแลระบบยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วย

	จำนวน FTE ต่อ หน่วยปริมาณงาน*		จำนวน FTE ต่อ จำนวนเตียง**			
	1DDD / 100 ผู้ป่วย-วัน	100 ผู้ป่วย-วัน	≤100	300	500	1000
^a FTE-2	0.15	-	0.4	1.2	2.0	4.0
^b Park SY et al ¹⁵		2.28	1.2	3.6	6.0	12.0
^c Maeda M et al ¹⁶	-	-	0.5	0.8	2.1	2.4
^d Margaret D et al ¹⁷	-	-	0.3	0.9	1.5	3
^e With K et al ¹⁸	-	-	-	0.5	1.0	2.0
^f Nhan D et al ¹⁹	-	-	-	1	2	4
^g Coz PL et al ²⁰	-	-	-	-	-	2.5

^a FTE2 คือ อัตรากำลังเสริมจากการดูแลระบบการใช้ยาต้านจุลชีพทั้งด้านการให้บริการสุขภาพและการบริหาร, ^b ผลการสำรวจด้วยแบบสอบถามของโรงพยาบาลในประเทศเกาหลีใต้, ^c ผลการสำรวจด้วยแบบสอบถามของโรงพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น, ^d เป็นคู่มือแนะนำการดำเนินงานด้านการดูแลยาต้านจุลชีพในประเทศออสเตรเลีย-ฮังการี, ^e คู่มือการดำเนินงานด้านการดูแลยาต้านจุลชีพโดยสมาคมโรคติดเชื้อประเทศเยอรมัน, ^f ผลการสำรวจด้วยแบบสอบถามของโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา, ^g ผลการสำรวจด้วยแบบสอบถามของโรงพยาบาลในประเทศฝรั่งเศส

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งให้บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ โดยเป็นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตามงานศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ประเด็นที่สำคัญมากที่สุดประเด็นหนึ่งที่จะต้องทำการศึกษาครั้งต่อไป คือ การศึกษาด้านการกระจายกำลังคน เพื่อการให้บริการด้านสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกันของแต่ละ service plan โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความต้องการอัตรากำลังในอนาคต เช่น การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเติบโตทางเศรษฐกิจโดยรวมของชาติ และการลดภาระงานของการบริการทางการแพทย์บางประเภทที่ไม่ซับซ้อน

ไปสู่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการจัดโครงสร้างองค์กร การเกษียณอายุราชการ และความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งต้องทำการศึกษาในเชิงลึกต่อไป

เนื่องจากการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวพันกับปัจจัยต่างๆ ในหลายมิติ เช่น สายพันธุ์ของเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ระบบการส่งต่อผู้ป่วย การควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยโรคที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากความซับซ้อนของปัจจัยดังกล่าว การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะใช้แก้ปัญหาที่มีความซับซ้อนเช่นนี้ได้อีกต่อไป จึงจำเป็นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีทั้งคุณภาพและปริมาณที่เหมาะสมในการบริหาร

จัดการ ซึ่งการมีเภสัชกรโรคติดเชื้อในการดูแลระบบการใช้ยาต้านจุลชีพที่เข้มแข็งจะทำให้ผลลัพธ์ด้านการลดปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพที่ไม่จำเป็นและลดความต้องการอัตรากำลังในอนาคตซึ่งเป็นความยั่งยืนของการพัฒนา และผลจากการลดปริมาณการใช้ยาจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยชะลอหรือลดอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาในอนาคตได้

สรุปผล

การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นอัตรากำลังที่จำเป็นต่อการให้บริการเป็นเลิศด้านการดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพซึ่งเป็นการให้บริการในระดับตติยภูมิตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ซึ่งกระบวนการทบทวนอัตรากำลังคนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบาย เศรษฐกิจและการเมือง และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้จะไม่สามารถสำเร็จได้โดยปราศจากการให้ความสนับสนุนจากคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 5 และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรทุกท่าน ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านในคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ และบุคลากรในกลุ่มงานเภสัชกรรมที่สนับสนุนข้อมูลทุติยภูมิกับการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560 – 2564. [Internet]. [cited 2022 Feb 9]. Available from: <https://www.fda.moph.go.th/sites/drug/Shared%20Documents/AMR/01.pdf>.
2. Antimicrobial Resistance Policy in Thailand. [Internet]. [cited 2022 Feb 9]. Available from: <https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2021/04/Booklet-AMR.pdf>.
3. กระทรวงสาธารณสุขโดยกองบริหารการสาธารณสุข. การขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560-2564. [Internet]. [cited 2022 Dec 4]. Available from: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/7216>.
4. คู่มือการวิเคราะห์ภาระงาน กลุ่มงานอัตรากำลัง กองบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [Internet]. [cited 2022 Dec 23]. Available from: https://hrm.dms.go.th/assets/files/guidebooks/07-09-2021_12-47/07-09-2021_1247.pdf?fbclid=IwAR14DdzDL78tYpfkjbEA4bay99VpZdLF-yfn-m83uXS_Psc6cmm1XiTrG9c.
5. หลักสูตรวิชาชีพบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาเภสัชบำบัด สภาเภสัชกรรมประเทศไทย. (The Pharmacy Council of Thailand). [Internet]. [cited 2022 Dec 23]. Available from: https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&view=detail&itemid=1859&catid=1.
6. สภาเภสัชกรรมประเทศไทย (The Pharmacy Council of Thailand). [Internet]. [cited 2022 Dec 23]. Available from: https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=41&itemid=307&catid=0.

7. คู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay per Performance: P4P) โดยคณะทำงานจัดทำคู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน. [Internet]. [cited 2022 Feb 9]. <https://www.mdo.moph.go.th/computer/web51v2/filenewspay/240313052303.pdf>.
8. Umemura T, Mutoh Y, Ota A, Ito Y, Mizuno T, Oguchi H, et al. Influence of change of Fulltime Equivalents on Post-prescription Review with Feedback Interventions in an Antimicrobial Stewardship. *Biol Pharm Bull* 2022; 45: 235-239.
9. Rattanaumpawan P, upapan P, Thamlikitkul V. A non - inferiority cluster-randomized controlled trial on antibiotic post - prescription review and authorization by trained general pharmacists and infectious disease clinical fellows. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2018; 39: 1154-1162.
10. Uda A, Ebisawa K, Sakon H, et al. Sustained improvements in antimicrobial therapy and clinical outcomes following a pharmacist-led antimicrobial stewardship intervention: uncontrolled before-after study. *J Clin Med* 2022; 11: 566.
11. Fukuda T, Tanuma K, Iio S, Saito J, Komura M, Yamatani A. Impact of a pharmacist-led antimicrobial stewardship program on the number of days of antimicrobial therapy for uncomplicated gram-negative bacteremia in a community hospital. *Cureus* 2022; 13: e14635.
12. Nakamura S, Arima T, Tashiro R, et al. Impact of an antimicrobial stewardship in a 126-bed community hospital with close communication between pharmacists working on post-prescription audit, ward pharmacists, and the antimicrobial stewardship team, *J Pharma Health Care Sci* 2021; 7: 25.
13. Ohashi K, Matsuoka T, Shinoda Y, et al. Evaluation of treatment outcomes of patients with MRSA bacteremia following antimicrobial stewardship programs with pharmacist intervention. *Int J Clin Pract* 2018; 72: e13065.
14. Kim B, Lee MJ, Moon SM, Park SY, Song KH, Lee H, et al. Current status of antimicrobial stewardship programs in Korean hospitals: results of a 2018 nationwide survey. *J Hosp Infect* 2020; 104(2): 172-180.
15. Park SY, Chang HH, Kim B, M C, Lee MS, Kim JY, et al. Human resources required for antimicrobial stewardship activities for hospitalized patients in Korea. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2020; 41(12): 1429-1435.
16. Maeda M, Muraki Y, Kosaka T, Yamada T, Aoki Y, Kaku M. Essential human resources for antimicrobial stewardship teams in Japan: Estimates from a nationwide survey conducted by the Japanese Society of Chemotherapy. *J Infect Chemother* 2019; 25: 653-656.

17. Margaret Duguid, Marilyn Cruickshank. Antimicrobial Stewardship in Australian Hospitals. [internet]. 2011 [cited 2022 Dec 3]. Available from: Antimicrobial-stewardship-in-Australian-Hospitals-2011.pdf (safetyandquality.gov.au).
18. With K, Allerberger F, Amann S, Apfalter P, Brodt HR, Eckmanns T. Strategies to enhance rational use of antibiotics in hospital: a guideline by the German Society for Infectious Diseases. *Infection* 2016; 44: 395–439.
19. Nhan D, Lentz E.J.M, Steinberg M, Bell C.M, Morris A.M. Structure of Antimicrobial Stewardship Programs in Leading US Hospitals: findings of a Nationwide Survey. *Open Forum Infect Dis* 2019; 6(4): 104.
20. Coz PL, Carlet J, Roblot F, Pulcini C. Human resources needed to perform antimicrobial stewardship teams activities in French hospitals. *Med Mal Infect* 2016; 46(4): 200–206.
21. กองบริหารสาธารณสุข (Health Administration Division) . [Internet]. [cited 2022 Dec 14]. Available from: <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/57/0> .
22. Tamma PD, Aitken SL, Bonomo RA, Mathers AJ, van Duin D, Clancy CJ. Infectious Diseases Society of America Antimicrobial-Resistant Treatment Guidance: Gram-Negative Bacterial Infections. Infectious Diseases Society of America 2022; Version 1.1. [Internet]. [cited 2023 Jan 01]. Available from: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/amr-guidance/>.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา

Development of long term care model for elderly with dependent under the
National Health Insurance System, Songkhla Province

ชุตินา คงจันทร์*
Chutima Kongjun*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา 2) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากพื้นที่ของกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ดำเนินงานมาแล้วมากกว่า 3 ปี ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จำนวน 4 แห่ง กระจายตามพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา รวม 44 คน เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของจังหวัดสงขลา ปีงบประมาณ 2564 มีผู้สูงอายุคัดกรอง ADL 148,177 คน คิดเป็นร้อยละ 72.43 เป็นกลุ่มติดสังคม (ADL 12 - 20) ร้อยละ 94.96 กลุ่มติดบ้าน (ADL 5 - 11) ร้อยละ 4.21 และกลุ่มติดเตียง (ADL 0 - 4) ร้อยละ 0.83 มีผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 360 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1,516 คน มีกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรองรับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 59 แห่ง มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2,284 คน ได้รับงบประมาณ 13,704,000 บาท ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan จำนวน 1,005 คน การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหลักในการบริหารจัดการและจัดการกองทุน รวมทั้งประสานหาแหล่งงบประมาณอื่นในการดำเนินงานให้เพียงพอ 2) หน่วยจัดบริการที่เป็นศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จะดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ดี มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ไม่ซับซ้อนเนื่องจากเป็นภาคประชาชน 3) ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว (Care Manager) ประเมิน ADL และจัดทำ Care plan ร่วมกับผู้ช่วยเหลือ

* นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการวิชาการ)

ดูแลผู้สูงอายุ ญาติ และทีมสหวิชาชีพ ทำให้มีแผนการดูแลที่ละเอียดสอดคล้องกับความต้องการ การรับบริการของผู้สูงอายุแต่ละราย 4) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) มีระบบพี่เลี้ยง และเครือข่ายในการดูแลภายใต้การกำกับและให้คำปรึกษาของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ หลังการพัฒนาได้ รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ “3 CHANA Model” ได้แก่ Case Manager, Caregiver, Care Plan, Health Care Fund, Approach, Network และ ADL

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ สร้างกลไกการดำเนินงานดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นหน่วยจัดบริการ, แสวงหา ความร่วมมือด้านงบประมาณกับกองทุนอื่นๆ และผลักดันประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน การขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลระยะยาว, ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว, ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุ

Abstract

This qualitative research aimed to 1) study the situation of long-term care (LTC) for dependent elderly people under Songkhla Province's National Health Security System, 2) develop a long-term care model for dependent elderly people, and 3) formulate policy recommendations for long-term care for dependent elderly people. The sample was purposively selected from four supportive areas of the long-term elderly care fund that had been in operation for over three years, continuously provided care to the dependent elderly, and cooperated quite well. The participants consisted of public health officials, local government officials, care managers, and caregivers accounting for 44 people, and 12 representatives from National Health Security Office, Region 12, Songkhla Province. Data were collected using focus groups and in-depth interviews, using semi-structured interview guides along with audio recordings. The data were analyzed using content analysis.

Regarding the situation of long-term care for the dependent elderly in Songkhla Province, in the fiscal year 2021, a total of 148,177 elderly people (72.43%) were screened for activities of daily living (ADLs), of which 94.96% were socially bound (independence) (ADL 12 - 20), 4.21% were homebound (partial independence) (ADL 5 - 11), and 0.83% were bedridden (dependency) (ADL 0 - 4). There were 360 long-term care managers, 1,516 caregivers, 59 funding units for the dependent elderly supported by the National Health Security Office (NHSO), 2,284 dependent elderly people receiving a total budget of approximately 13,704,000 baht, and 1,005 dependent elderly people receiving care according to the care plan. The long-term care model for dependent elderly people under the NHSO included: 1) the local administrative organizations were the main stakeholders in administering and managing funds and coordinating other funding sources for sufficient operations; 2) service providers responsible for the elderly quality of life development were likely better at operating projects for dependent elderly in the community as they are public sectors that follow uncomplicated procedures; 3) care managers, caregivers, relatives, and multidisciplinary teams established a detailed care plan based on elderly needs; and 4) caregivers had a mentoring system and buddy in the care under the supervision and consultation of the care managers. Development of long term care model for elderly with dependent is "3 CHANA Model" include Case Manager, Caregiver, Care Plan, Health Care Fund, Approach, Network and ADL.

As part of this study, the following policy suggestions are offered for long-term care for dependent elderly people: establishing a mechanism for long-term care for dependent elderly people in the community through the Elderly Quality of Life Development Center, seeking budget cooperation with other funds, and bringing long-term care for dependent elderly people to the District Health Board's attention.

Keywords: dependent elderly, long-term care, elderly care manager, elderly care assistant

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลง และผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2561 มีประชากรรวมทั้งหมด 7,633 ล้านคน และมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด นั่นคือโลกของเราได้กลายเป็นสังคมสูงอายุมาแล้วหลายปี ตามการคาดการณ์ของสหประชาชาติ ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในโลกนี้ จะมีจำนวนครบ 1,000 ล้านคน ในต้นปี 2562 สหประชาชาติคาดประมาณว่า ในปี 2561 ประเทศในกลุ่มอาเซียน มีประชากรทั้งหมด 654 ล้านคน เป็นประชากรสูงอายุจำนวน 67 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับว่าอาเซียนได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ ในปี 2561 ประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 20) ไทย (ร้อยละ 18) เวียดนาม (ร้อยละ 12) และมาเลเซีย (ร้อยละ 10)⁽¹⁾ ปี 2564 ประเทศไทย มีประชากรรวม 66.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี 2565⁽²⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ มีการเตรียมการรองรับ โดยหนึ่งในนั้น คือ การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวหรือคนในชุมชนในการจัดบริการดูแลระยะยาว ซึ่งได้มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง มีการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณในการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งมีบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องนี้ในพื้นที่⁽³⁾ ในปี 2559 รัฐบาล

มีนโยบายสำคัญที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป จึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ 100,000 ราย ครอบคลุมพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ประมาณ 1,000 แห่ง รวมกรุงเทพมหานคร และตั้งเป้าหมายต่อเนื่อง ในปี 2561 ให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 1 ล้านราย (ร้อยละ 10) ครอบคลุมทุกอำเภอทั่วประเทศ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดให้มีการอบรมผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว (Care manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) เพื่อให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมอย่างเอื้ออาทร อีกทั้งยังเป็นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน เพื่อ “สังคมไทยสังคมผู้สูงอายุ เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เป็นหลักชัยของสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁴⁾

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุมิแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ดังนี้ ปีงบประมาณ 2562 - 2565 ร้อยละ 13.03,

13.41, 14.12 และ 18.25 ตามลำดับ แสดงว่า จังหวัดสงขลาเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) คือ สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากร และจากการ ประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Living-ADL) ปีงบประมาณ 2564 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง จำนวน 148,177 คน คิดเป็นร้อยละ 72.43 เป็นกลุ่ม ติดสังคม (ADL = 12 - 20) คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ จำนวน 140,711 คน คิดเป็นร้อยละ 94.96 กลุ่มติดบ้าน (ADL = 5 - 11) คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จำนวน 6,230 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.21 และกลุ่มติดเตียง (ADL = 0 - 4) คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ จำนวน 1,236 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.83⁽⁵⁾ จังหวัดสงขลาเริ่มดำเนินงานดูแล ระยะเวลาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครกองทุน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กองทุน LTC) ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 23 แห่ง (ร้อยละ 16.42) และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนถึง ปีงบประมาณ 2564 มีกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง (กองทุน LTC) จำนวน 59 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 42.14 แม้จะมีการดำเนินงานดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาระยะหนึ่งแล้ว แต่การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงยังมีข้อจำกัดที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรในด้านความพร้อม ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์ความรู้และ ทักษะ (Skill) ของบุคลากร การบูรณาการและ เชื่อมโยงของการจัดบริการของหน่วยงานที่มี อำนาจหน้าที่ในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง การจัดทำแผนการดูแล (Care Plan)

จำนวนผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) จำนวนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ไม่เพียงพอต่อการ ดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของครอบครัวและ ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁽⁶⁾ อีกทั้ง มีการโยกย้ายของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ผู้สูงอายุ เช่น CM และ CG ทำให้ขาดช่วงต่อใน การดำเนินงานของบางพื้นที่ และโปรแกรม การดำเนินงานผู้สูงอายุมีหลายโปรแกรม ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุบางพื้นที่ยังมีปัญหาใน การใช้งานบางโปรแกรม⁽⁷⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา ในประเด็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยจัดบริการ ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้การดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และส่งผลให้ผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลาที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแล ระยะเวลาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแล ระยะเวลาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา
3. เพื่อศึกษาข้อเสนอเชิงนโยบายของ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบ

การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในพื้นที่ จังหวัดสงขลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ที่ศึกษา ได้แก่ กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน จังหวัดสงขลา ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 59 กองทุน กลุ่มตัวอย่าง คือ กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดสงขลา ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 กองทุน ที่เป็นกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง ปีงบประมาณ 2554 มีการดำเนินงานมา ตั้งแต่เริ่มแรก หรือมากกว่า 3 ปี ดำเนินการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และให้ความ ร่วมมือในการดำเนินการเป็นอย่างดี ในพื้นที่ 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอจะนะ อำเภอคลองหอยโข่ง อำเภอสทิงพระ และ อำเภอเมืองสงขลา

ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ดำเนินการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกองทุน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะ ยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) 3) ผู้จัดการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (CM) และ 4) ผู้ช่วยเหลื่อ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) และผู้รับผิดชอบงาน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา รวม 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างแนวคำถาม แบบปลายเปิด ประกอบด้วย การดำเนินงานดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว กระบวนการจัดบริการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การบริหารจัดการของ CM/CG การบริหารงบประมาณ และข้อเสนอ เพื่อการพัฒนา โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ บทบาท ในส่วนที่รับผิดชอบ รวมทั้งประเด็น ที่เกี่ยวข้อง โดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์ เชิงลึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์ มีการจัดบันทึกประเด็น ต่างๆ จากการสัมภาษณ์ รวมทั้งการบันทึกเสียง ประเด็นการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มโดยใช้ เครื่องบันทึกเสียง ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 1.30 ชั่วโมง รวมกันทั้งอนุกรรมการสนับสนุน การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว (CM) และผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ประมาณ 8 - 10 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกบางราย ร่วมกับการศึกษาจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สถานที่สัมภาษณ์ คือ อปท. และหน่วยบริการในพื้นที่ ตามความสะดวกของ กลุ่มเป้าหมาย โดยเป็นสถานที่ที่มีความเป็น สดสวน และไม่รบกวนต่อการให้ข้อมูลของผู้ให้ ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ ข้อมูล เชิงคุณภาพที่ได้จากการจัดบันทึกประเด็น และ การถอดเทป บทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล จัดการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็นตามที่กำหนด (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่มี ความคล้ายคลึงกัน และวิเคราะห์ข้อสรุปพร้อมกับการยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล มีการ ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านวิธีการ จากวิธี เก็บข้อมูล 3 วิธี ที่ต่างกัน ได้แก่ สังเกต การสัมภาษณ์ และการใช้เอกสาร

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัด สงขลา ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ พิจารณาการศึกษาวิจัยในคนระดับจังหวัด ของ จังหวัดสงขลาแล้ว หมายเลขรับรอง 11/2566 วันที่ให้การรับรอง 12 มกราคม 2566 วันหมดอายุ ใบรับรอง 11 มกราคม 2567

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ตัวอย่างที่ศึกษา เป็นพื้นที่ที่ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาตั้งแต่เริ่มแรกหรือมากกว่า 3 ปี มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพร้อม มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (CG) มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้ให้ข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 7 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 8 คน ผู้จัดการดูแลระยะยาว 6 คน และผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ 22 คน และจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา จำนวน 1 คน รวมผู้ให้ข้อมูล 44 คน

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของจังหวัดสงขลา ปีงบประมาณ 2564 มีผู้สูงอายุ คัดกรอง ADL 148,177 คน คิดเป็นร้อยละ 72.43 เป็นกลุ่มติดสังคม (ADL 12 - 20) ร้อยละ 94.96 กลุ่มติดบ้าน (ADL 5 - 11) ร้อยละ 4.21 และกลุ่มติดเตียง (ADL 0 - 4) ร้อยละ 0.83 ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 360 คน อัตราส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 : 17 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1,516 คน อัตราส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 : 4 และผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดูแลผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 : 4 เป็นไปตามเกณฑ์⁽⁴⁾ มีกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรองรับประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 59 แห่ง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บันทึกเข้าระบบ จำนวน 2,284 คน ได้รับงบประมาณ 13,704,000 บาท ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care plan จำนวน 1,005 คน

ส่วนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา

รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้วิจัยศึกษาจากคู่มือแนวทางการปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินการได้ดี จากผลการศึกษานำมาประมวลเพื่อสร้างรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน 4 ด้าน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, หน่วยจัดบริการ, ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีดังนี้

1.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บริหารและจัดการกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์ให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีหน้าที่พิจารณาจัดทำกำหนดอัตราค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนด⁽⁶⁾ โดยมีผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น หรือที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธาน
อนุกรรมการ และปลัดองค์รปกครองส่วนท้องถิ่น
หรือผู้ได้รับมอบหมาย เป็นอนุกรรมการและ
เลขานุการ รวม 9 คน มีการประชุมเพื่อพิจารณา
Care plan 1 - 2 ครั้ง/ปี หากพื้นที่ใดองค์รปกครอง
ส่วนท้องถิ่นไม่มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ
สนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ก็ไม่สามารถ
ดำเนินงานได้ หรือมีการจัดตั้งแล้วแต่ไม่จัดประชุม
เพื่อดำเนินการให้หน่วยจัดบริการเสนออนุมัติ
Care Plan ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ก็ไม่สามารถดำเนินการต่อได้ นอกจากนี้องค์ร
ปกครองส่วนท้องถิ่น ยังมีบทบาทประสาน
หาแหล่งงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงในพื้นที่ให้เพียงพอ ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึง
การดำเนินงานขององค์รปกครองส่วนท้องถิ่น
ในการจัดการกองทุนฯ ดังนี้

“เริ่มดำเนินการกองทุน
LTC ในอำเภอมาตั้งแต่ปี 2559 จำนวน 2 แห่ง
ตอนนี้เกือบเต็มพื้นที่ ชาวที่เดียว นายกให้ความ
สำคัญ ขอสมัคร แต่เจ้าหน้าที่ยังไม่ขับเคลื่อน
ต่อ กลัวระเบียบการจ่ายเงิน” (CM 21)

“เลขาฯ LTC จัดประชุม
ขออนุมัติ CP กับกองทุนตำบล ปีนี้ 35 คน อนุมัติ
งบแล้ว คนละ 6,000 บาท....การประชุม คณะ
อนุกรรมการฯ 2 ครั้ง/ปี.เลขา รายงานผล
คณะกรรมการทราบ”(อปท.11)

“กองทุน LTC เริ่มสมัคร
ปี 2560 ตอนแรกกลัว ทำไม่ถูก ขอไปดูงาน
กองทุน LTC ในจังหวัดที่ดำเนินการได้ดี 2 แห่ง
2 - 3 ครั้ง จากนั้นก็ทำได้ ถ้ามีปัญหาที่ติดต่อกันได้
ตลอด” (อปท.31)

“นายกให้ความสำคัญ ให้
สมัคร อบต.ไม่มีผู้รับผิดชอบงาน คลังเบิกจ่าย
ยุ่งยาก บางแห่งยังดำเนินการไม่ได้” (CM41)

“มีปัญหา คือ สปสช. โอน
เงินค่าเหมาจ่าย 6,000 บาท/คน/ปี มาแล้วตาม

เป้าหมาย แต่ไม่ได้ดำเนินการจัดประชุมเพื่อเสนอ
อนุมัติ CP ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับ
การดูแล และมีเงินค้างท่อ” (CM 22)

“ปีที่ผ่านมา มีเงินเหลือ
ไม่ต้องคืน ให้อนุมัติเงินเดิม ใช้ซื้ออุปกรณ์ได้”
(อปท11)

“งบประมาณไม่เพียงพอ
ใช้ขบกองทุนขยะ ผ่าป่าขยะมาช่วย...มีเฟสบุก
ช่องทางโซเชียลแจ้งข่าวขอระดมทุน....ขอขบ
ทุนฟื้นฟู ผลิตแพมเพิลซัคได้ ลดค่าใช้จ่ายของ
กองทุนผู้สูงอายุ” (อปท32)

“งบประมาณเหมาจ่าย
ประจำปีไม่มา ใช้เงินเหลือจ่ายขับเคลื่อนก่อน
100,000 บาท เทศบาลใช้เงินอุดหนุนกองทุน
ตำบลไปก่อน ต่อไปขบกองทุนผู้สูงอายุฯ จะ
น้อยลงจ่ายเฉพาะสิทธิบัตรทอง” (อปท22)

“ปัญหา คือ เมื่อ สปสช.
อนุมัติแล้วกว่าจะโอนเงิน มีตายระหว่างทาง
เขาดูแลไปแล้วนะ 3 เดือน ส่วนกลางยังไม่โอนเงิน
ตอนนี้กระตุ้นให้ทำให้เร็วที่สุด ถ้าดูแลช้าคนไข้ก็
จะตาย จำหน่ายออกไปเยอะ การจ่ายเงินของ
สปสช. คุณขาดทุนไม่ได้เพราะจ่ายตามผลงาน
บริการ ตามข้อตกลงในบันทึก ตอนนี้ จ่ายทุกเดือน
ต่อไปจ่ายทุก 15 วัน” (สปสช.1)

“การทำ Care Plan ที่มี
ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามความจำเป็นของผู้มี
ภาวะพึ่งพิง ถ้าผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะ อูจจาจะไม่ได้
ก็มาขอแพมเพิลได้ มีแผลกดทับก็ซื้อชุดทำแผลได้
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ซื้ออาหารได้ อาหารเหลวได้
แต่ว่าเงินจำกัด 6,000 บาทเอาเรื่องนี้ไปขาย
กองทุนฟื้นฟู ถ้าเกิดนายก อบจ.สนใจเข้าก็มาดูแล
กลุ่มนี้ด้วย” (สปสช.1)

1.2 หน่วยจัดบริการ จัดบริการ
สาธารณสุขและบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิง

หน่วยจัดบริการ ตามประกาศ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง

การกำหนดหลักเกณฑ์ให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีหน้าที่พิจารณาจัดทำกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ⁽⁶⁾ เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปได้ว่า มี 2 หน่วย ได้แก่ หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยจัดบริการ มีหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการดำเนินการของผู้ให้ข้อมูลทุกแห่งใช้รูปแบบศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากเป็นองค์ประกอบประชาชน จัดทำโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ดี มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ไม่ซับซ้อน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ที่ว่า

“ทุกตำบล ถ้าพร้อมอยากให้ตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นมิติของอบต. ให้มหาดไทยดูแล ข้อดี คือ เป็นการจัดการของชาวบ้านเอง มีประธานเป็นผู้สูงอายุ ดูแลด้วยกันเอง เมื่อตั้งศูนย์ฯ จะมีการดูแล 2 มิติ หนึ่งดูแลกลุ่มติดบ้านติดเตียง สองส่งเสริมกลุ่มคนติดสังคม เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ มิติเดิมของพม. ให้ตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุให้คนติดสังคม และมีกิจกรรมนอกศูนย์ เยี่ยมคนติดบ้านติดเตียง พม.มาถูกทางแล้ว” (สปสช.1)

1.3 ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (CM) ประเมิน ADL และจัดทำ Care Plan บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการจัดบริการการดูแลระยะยาวในชุมชน คือ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (CM) โดยในการผลิตอยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัย

เป็นหลัก ทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง กรมอนามัย เป็นผู้ที่มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 โดยการจัดทำ Care plan ร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ญาติ และทีมสหวิชาชีพ ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวเกี่ยวกับผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (CM) ดังนี้

“ CM ร่วมดูแล ประเมิน ADL เข้าเกณฑ์ เสนอขอรับงบในการดูแล ทำได้ 100 เปอร์เซ็นต์ ประเมิน ADL 2 รอบ” (CM13)

“ก่อนทำ Care Plan ไปดูผู้ป่วยเชิญปลัดเทศบาลไปด้วย จะได้รับรู้ปัญหา ร่วมวางแผน มาเสนอแผนงาน Care Plan ก็จะสามารถผ่านได้โดยง่าย เพราะท่านเห็นสภาพความจริงมาแล้ว” (CM31)

“CM เป็นคนแบ่งเคสให้ CGดูแลผู้สูงอายุ 4 คน กลุ่ม 2,3,4 ลงเยี่ยมพร้อม CG วางแผนร่วมกัน CM นำมาเขียนกิจกรรมใน Care Plan มอบ CG สอนผู้ดูแล และดูแลตาม CP” (CG11)

“การดูแลเกินศักยภาพ CM ค่อยปัญหาประสานทีมสหวิชาชีพอื่น รายงานแพทย์ มอบหมายกายภาพ ทันตกรรม..หาก CM 'ไม่อยู่' ประสานทีม Home Health Care ดูแลแทน” (จนท.2)

“เมื่อประเมินอาการ ทำหัตถการบางเรื่องไม่ได้ ประสานทีมกลาง ปรึกษาแพทย์ FM HHC” (CM3)

“CM ประเมิน ADL ทุกไตรมาส หากมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่ม ขออนุมัติ CP ใหม่” (CM2)

“CG สํารวจ เคสเดิม และเคสใหม่ CM นัดประชุมทำ CP 1 วัน CG เสนอการดูแลเคสตัวเอง ร่วมเขียน CP ด้วยกัน เพื่อให้ถูกต้องตรงตามระเบียบ การปรับ CP ระยะสั้น ระยะยาว” (CM3)

“ความเชื่อมโยงเคส IMC-LTC-Palliative care ตอนทำ CP ไปเยี่ยมเคสแล้ว อาการยังไม่เข้ากับ LTC ก่อนหน้านี้ LTC-Palliative ไปด้วยกัน ตอนนีเเกณฑ์เยอะมากขึ้น แยกละเอียด ต้องทำเพราะมีเกณฑ์การจ่ายเงินแบบนี้” (CM12)

“การทำงานยากด้วยระบบ ไม่ได้ยากด้วยงาน สปสช. แยกงบประมาณในการดูแลกลุ่ม IMC -LTC -Palliative care การปฏิบัติของพื้นที่แยกส่วนไม่ได้ และอาการผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มได้ตลอดเวลา น่าจะให้อุดูแลเหมือนเดิม ค่อยให้เงินเพิ่มมาทีหลังตามอาการที่ดูแล”(จนท.11)

1.4 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ให้บริการตาม Care plan ที่ได้รับมอบหมาย

เป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง ที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะอื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว จะมอบหมาย Care Plan ให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5 - 10 คน การดำเนินงานพื้นฐานที่สำคัญคือ การมีระบบพี่เลี้ยง และบัดดี้ และเครือข่ายในการดูแลภายใต้การกำกับและให้คำปรึกษาของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเรื่องนี้ดังนี้

1) ประเมิน ADL และรับมอบหมายปฏิบัติงานตาม Care Plan

“CG มีทุกชุมชนอยู่แล้ว สํารวจผู้สูงอายุ ประเมิน ADL โดย CG การ

มอบหมายก็มอบผู้รับผิดชอบชุมชนก่อน ถ้าจำนวนมากไปดูตามความเหมาะสม ความสะดวก CG ดูแลผู้สูงอายุ 3 - 4 คน ตามความหนักเบาของผู้ป่วย และตามระยะทางใกล้ไกล” (CG12)

“CG ลงเยี่ยม 1 - 4 ครั้ง ต่อสัปดาห์...ทุก 3 เดือน CM และ CG ประเมินร่วมกัน” (อปท21)

“CG เป็น อสม. ทำงานจิตอาสา คนในครอบครัวโอเค...การทำงานตาม Care Plan ครั้งแรกลงพร้อม CM ไม่มีปัญหาส่วนใหญ่ความไว้วางใจขึ้นอยู่กับญาติเป็นหลัก มีไลน์ติดต่อกันในกลุ่ม CG และผู้ป่วย” (CG15)

2) การแนะนำการใช้อุปกรณ์ต่างๆ การนวด และการช่วยทำกายภาพบำบัด

“รับผิดชอบผู้สูงอายุ 4 คน กลุ่ม 2 ไม่หนัก แนะนำการยืดเหยียดพูดคุยให้กำลังใจ มีเคสอ่อนแรง ช่วยทำกายภาพบำบัดดูแลจนดีขึ้น เดินเองได้” (CG13)

“การทำกายภาพบำบัดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสำคัญมาก ต้องการนักกายภาพ มีอุปกรณ์ ต้องมีนักกายภาพมาดูแล หากไม่ได้อาจจัดมาสอนให้สามารถดำเนินการได้เอง ตอนนนี้ก็ช่วยทำกายภาพอยู่ในบางราย” (CG 3)

3) การให้บริการ การแนะนำญาติ ในเรื่องต่างๆ และการส่งต่อรวมถึงการให้กำลังใจ

“การนำส่งเคสฉุกเฉิน โทร 1669 ตามรถโรงพยาบาล มีปัญหา” (จนท.1)

“แบ่งงานตามบริบททำงานแบบญาติ ทำงานเป็นทีม เจอบ้านไหนแรง...ตามใครก็ได้มาช่วยกัน เจอปัญหาน้อยมาก พื้นที่ต้องการดูแลเหมือนญาติ ดูแลทุกเรื่อง ภูมิใจมาก CG มากับใจ” (CG21)

“คนไข้ ต้องการ CG มากๆ ที่ผ่านมา 2 - 3 ปี มีการสนับสนุนงบให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ...”(CM3)

“ทำงานไม่มีวันหยุด เสาร์-อาทิตย์ บริการจองคิวรับยาความรู้ จากการอบรม 70 ชั่วโมง เพียงพอในการดูแลพื้นฐาน แนะนำการพลิกตะแคงตัว ผู้สูงอายุฯ ไม่กล้าทำ แนะนำให้เปิดยูทูปดู จึงกล้าทำ ถ้ามีการฟื้นฟูทุกปี ก็จะได้” (CG14)

“ญาติ ปฏิเสธการดูแล แบบ LTC ก็วางแผนเยี่ยมแบบ Home Health Care” (จนท.31)

“มีการอบรม CG ทุกคนในอำเภอ อบรมพื้นที่ 2 ปีต่อครั้ง ปีนี้ทำโครงการ อบรม 3 วัน 18 ชั่วโมง สร้างความมั่นใจ ในการแนะนำญาติ” (CM22)

“เทศบาล มีอุปกรณ์ ให้เยี่ยมเฉพาะคนในพื้นที่ นอกพื้นที่เยี่ยมโรงพยาบาล” (CG23)

“การทำงานรับเป็นตัวเงินไม่คุ้ม เป็นจิตอาสาเดินต่อได้”(CG31)

“CG เป็น อสม. มีจิตอาสาเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ความรู้พื้นฐานมีแล้ว เพียงแค่เสริมความรู้เฉพาะทางก็ทำงานได้ดี” (จนท.31)

“นาง.....มีเส้นเลือดตีบ ทำกายภาพให้ทุกสัปดาห์ พุดคุยให้กำลังใจ ดูแล 2 ปี ดีขึ้นจนจำหน่ายได้ อีกรายเดินไม่ได้ อยู่กลุ่ม 3 ช่วยทำกายภาพดีขึ้นมาอยู่กลุ่ม 1 รู้สึกภูมิใจมาก” (CG15)

“เคสผู้สูงอายุ เพศชาย มีอาการอ่อนแรง ทำกายภาพ หายอาการบางอย่างใน รดจักษยานยนต์และทรายใส่ขวดน้ำจนยกมือได้ เปลี่ยนจากกลุ่ม 3 มาเป็นกลุ่ม 2”

“มีเคสติดเตียง 15 ปี มีแผลกดทับใหญ่มาก CG ทำแผล ไม่มีค่าตอบแทน นายกช่วยปรับพื้นที่บ้าน ล้างแผลล้อมดูแล 2 เดือน อาการดีขึ้น ได้บุญทุกวัน ได้พรมากมาย เกิน 60 บาทต่อชั่วโมง เหนื่อยมัย..ไม่เหนื่อย ทำให้หมด

ผู้สูงอายุบอกทำมากกว่าลูก เรียก ...ลูกหมอม” (CG21)

4) มีระบบพี่เลี้ยง บัดดี และเครือข่ายการทำงาน

“การปฏิบัติงานของ CG ให้ไปอยู่ในบ้านที่มีความเสี่ยงไม่ปลอดภัย ไปด้วยกันเป็นคู่ บางครั้งไปเป็นทีม เพราะเป็นญาติกัน ไปช่วยพุดคุย ให้กำลังใจ”(CG 10)

“หากมีรายที่ต้องดูแล เป็นพิเศษ จะมีผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวลงไปด้วยตั้งแต่สร้างสัมพันธ์กับครอบครัว การร่วมวางแผนดูแล Care Plan หากมีปัญหาที่ซับซ้อนใช้เครือข่ายในการดำเนินงาน คือ ทีมสหวิชาชีพ, Home Health Care” (จนท.11)

เมื่อนำไปใช้เป็นแนวทางดำเนินงานกับกองทุน LTC ในพื้นที่อำเภอจะนะ 2 กองทุน พบว่า สามารถดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดได้ ทั้ง 4 ด้าน แต่รูปแบบที่พัฒนายังไม่ครอบคลุมตามแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด จึงพัฒนารูปแบบเพื่อความเหมาะสม และครอบคลุมตามแนวทางฯ ที่กำหนด เพื่อไปใช้กับกองทุน LTC ในพื้นที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา โดยใช้ชื่อว่า “3CHANA Model ” ได้แก่ Case Manager, Caregiver, Care Plan, Health Care Fund, Approach, Network และ ADL

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้รับผิดชอบงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1. สร้างกลไกการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นหน่วยจัดบริการที่จัดตั้งโดยหน่วยงานของรัฐ

2. แสวงหาความร่วมมือในด้านงบประมาณสำหรับดำเนินงานของกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. ผลักดันประเด็นการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เข้าวาระการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

วิจารณ์

การดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากการศึกษาพบว่า จังหวัดสงขลามีกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2564 จำนวน 59 แห่งบันทึกข้อมูลเข้าระบบ ได้รับการยืนยันจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และได้รับการโอนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 2,284 คน งบประมาณ 13,704,000 บาท มีการดำเนินการตาม Care Plan จำนวน 1,005 คน เนื่องจากการดำเนินงานในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องดำเนินการตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ซึ่งกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁸⁾ ดำเนินการโอนเงินให้กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังจากตรวจสอบข้อมูล ซึ่งยังไม่อนุมัติ Care Plan เมื่อไม่มีการประชุมคณะกรรมการฯ หรือไม่ได้จัดทำ Care Plan ทำให้มีเงินค้างจ่ายเยอะมาก ข้อเสนอของผู้ให้ข้อมูล คือ ปรับปรุงขั้นตอนการบริหารจัดการระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยให้บันทึกข้อมูลในโปรแกรม และจัดส่ง Care Plan ก่อน หลังจากประมวลผลจึงจ่ายเงิน ตามจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล ค่าบริการเหมาจ่าย 6,000 บาทต่อคนต่อปี รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดูแลในระยะยาวในพื้นที่

รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีดังนี้

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 59 แห่ง จาก 140 แห่ง มีเสนอรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2,284 คน ได้รับงบประมาณ 13,704,000 บาท แต่นำเสนอ Care Plan จำนวน 1,005 คน คิดเป็นร้อยละ 44 แสดงให้เห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการ มีเพียง ร้อยละ 42 ทั้งที่เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 อาจเป็นเพราะยังไม่มั่นใจในการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบงาน ไม่ชัดเจน และกังวลเรื่องระเบียบการให้เงิน รวมถึงผู้บริหารสูงสุดของท้องถิ่นมีการเปลี่ยนแปลงตามวาระในการบริหารจัดการกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับเงินไปแล้วมีการจัดทำ Care Plan เพื่อดำเนินการเพียง ร้อยละ 44 ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหลือเสียโอกาสที่จะได้รับการดูแลจากผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว (Care Manager) และผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมือง⁽⁹⁾ พบว่าปัจจัยส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่ดี คือ ศักยภาพของชุมชน มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง สำหรับการศึกษานี้ ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่าการดำเนินงานกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถ้าผู้บริหารสูงสุดให้ความสำคัญก็จะดำเนินการไปได้ด้วยดี เป็นการให้โอกาสกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ถ้าดำเนินการได้รวดเร็วต่อเนื่องจะเกิดประโยชน์สูงสุด

หน่วยจัดบริการ ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ และอัตราการชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นในทิศทางเดียวกันว่าการดำเนินการโดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน เป็นหน่วยจัดบริการเหมาะสมที่สุด เพราะเป็นภาคประชาชน ดำเนินงานโดยประชาชน เพื่อประชาชน โดยเฉพาะประเด็นในการเบิกจ่ายเงินมีขั้นตอนการดำเนินงานที่ไม่ซับซ้อน ยุ่งยาก สอดคล้องกับภารกิจในการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในการจัดบริการสาธารณสุข ใช้วิธีประสานงานกับหน่วยบริการ ผู้จัดการดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ในด้านสังคมเป็นภารกิจโดยตรงอยู่แล้ว เช่น มีชมรมผู้สูงอายุ ออกกำลังกาย ในการดูแลกลุ่มติดสังคม เยี่ยมบ้านกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง สอดคล้องกับศิริพันธ์ สาสัจย์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุนระยะยาว ในสถานบริการในประเทศไทย พบว่า การดูแลผู้สูงอายุนระยะยาวในสถานบริการ มี 2 รูปแบบ คือ การดูแลในระดับต่ำ เน้นการดูแลด้านสังคมและกิจวัตรประจำวันทั่วไป และการดูแลในระดับสูง เป็นการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล หรือสถานี่ดูแลระยะสุดท้าย

ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว (Care Manager : CM) จากการศึกษา พบว่า ทุกคนผ่านหลักสูตรการอบรมผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข 70 ชั่วโมง ความรู้ที่ได้รับเพียงพอในการปฏิบัติงาน บทบาท คือ จัดทำข้อมูลประเมินคัดกรอง จัดทำแผนรายบุคคล Care Plan ร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และญาติ บางที่มีทีมสหวิชาชีพร่วมจัดทำด้วย ประสานผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการตาม Care Plan ลงเยี่ยม

ร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจให้แก่ทีมดูแล และญาติ หากมีเคสที่เกินขีดความสามารถ ก็มีเครือข่ายในการดูแล คือ ทีมสหวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัว ประสานการส่งต่อผ่าน 1669 บริหารจัดการและควบคุมกำกับ การดำเนินงานทุก 1 - 3 เดือน ทบทวนแผนการดูแลให้เหมาะสม ตามจริยธรรมของ CM⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล บุญโสภณ และคณะ⁽¹²⁾ เรื่องการพัฒนาารูปทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสพาน จังหวัดขอนแก่น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ทีมหมอครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาดูแลผู้สูงอายุติดบ้านดีขึ้นระดับมาก จากการศึกษาของชาติ เอี่ยมมา และรัชนิวัลย์ ปาณรูป⁽¹³⁾ การศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ สามารถปฏิบัติงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง จะเห็นได้ว่าผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว เป็นกุญแจสำคัญในการประสานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ไว้ด้วยกัน

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver : CG) จากการศึกษา พบว่าผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกคนผ่านหลักสูตรการอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 70 ชั่วโมง ความรู้ที่ได้รับสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้ ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่แล้ว อาจจะมีการฟื้นฟูความรู้ทั่วไปหรือเรื่องเฉพาะทุกปี ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตาม Care Plan 1 - 4 ราย คละกลุ่ม ตามบริบทใกล้เคียงของพื้นที่และความต้องการผู้ดูแลในชุมชน วิธีการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่เห็นได้ชัด คือ ผู้ที่ดำเนินการมานานและเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมาแล้ว จะได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว

เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย แต่จะเน้นการทำงานคือ ไปเป็นคู่ หรือทีม ในการดูแลบางราย และมีระบบพี่เลี้ยงด้วยกันเอง ภายใต้การกำกับให้คำปรึกษาของผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว ช่วยสร้างความมั่นใจให้ผู้ช่วยเหลือดูแล และสร้างความไว้วางใจให้ครอบครัวและญาติ แนวโน้มผู้สูงอายุที่มีภาวะภาวะทุพพลภาพในชุมชนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ฯลฯ ภาวะทุพพลภาพจะจำกัดการทํากิจวัตรพื้นฐานประจำวัน รวมทั้งการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ ผู้สูงอายุบางรายหากได้รับการดูแลที่ดีก็สามารถฟื้นฟูสภาพกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น โดยการทำกายภาพบำบัดหรือฟื้นฟูสภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย วิริภิมย์กุล และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมาจากหลายสาเหตุ ดังนั้นผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการอบรมจากนักกายภาพบำบัด และควรจัดหาสถานที่ให้บริการกายภาพบำบัดในพื้นที่ ซึ่งผลการศึกษพบว่า ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนในการดูแลในเรื่องนี้ระดับหนึ่ง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบ “3 CHANA Model” ไปใช้ในการดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

2. การดำเนินงานดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเลือกหน่วยจัดบริการเป็นศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จัดตั้งโดยหน่วยงานของรัฐเป็นหน่วยจัดบริการ ช่วยทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นองค์กรภาคประชาชน ขั้นตอนการดำเนินงานไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน ทั้งนี้ต้องอาศัยหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งมีศักยภาพร่วมในการดูแลด้านสุขภาพด้วย

3. การศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัด คือ การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องดำเนินการในรูปแบบตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานฯ และตามคู่มือแนวปฏิบัติในการขอรับงบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในปีนั้นๆ ทำให้นำไปพัฒนารูปแบบได้ในวงจำกัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงลึกให้ครอบคลุมกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกแห่งภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อปัจจัยความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ควรมีการวิจัยเพื่อหากลไกการดำเนินงานที่นอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน เช่น การดำเนินงานของหมอครอบครัวในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแล และเกิดประโยชน์สูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา เจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา กลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูลทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จ และขอบคุณครอบครัวที่ให้กำลังใจตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. 2561. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 พฤษภาคม 2565. จาก <http://thai.org/?p=38670>.

2. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. 2564. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 11 มกราคม 2566. จาก <http://thai.org/?p=40101>.
3. ภาสกร สนวนเรือง และคณะ. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนาการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 3: 437-451.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2559.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. เอกสารตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2/2564. 2564.
6. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. การดูแลระยะยาวเพื่อภาวะพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพ ในสังคมไทย. นนทบุรี: ภาพพิมพ์. 2563.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. เอกสารตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2/2565. 2565.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2564.
9. นารีรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ. ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมือง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2554; 67-74.
10. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ. รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2552.
11. กรมอนามัย. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กรุงเทพฯ: 2556.
12. นฤมล บุญโสภิต และคณะ. การพัฒนารูปแบบที่มหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ของตำบลวังสพาน อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย 2561; 172-181.
13. ชาลี เอี่ยมวมา และรัชณีวัลย์ ปาณธูป. การศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 1. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 128-135.
14. สมชาย วิริภิมย์กุล และคณะ. สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ : กรณีศึกษา อำเภอท่ามะกาและอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิทยาลัยราชสุดา 2558; 24-42.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 Development of a continuity-of-care system for COVID-19 patients

อลิสรา รุทรวงษา¹, อาคม รุทรวงษา²
Alisa Ruttawongsa¹, Akom Ruttawongsa²

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ดำเนินการ มีนาคม-ธันวาคม 2564 มี 3 ระยะ คือ วิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการ และประเมินผล ผู้ร่วมพัฒนา คือ สหวิชาชีพ 65 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโควิด 19 หลังจำหน่าย 871 ราย เครื่องมือวิจัย 1) แนวคำถาม การสนทนากลุ่ม 2) ร่างแนวทางดูแลต่อเนื่อง 3) แบบบันทึกติดตามดูแล 4) ชุดข้อมูลความรู้ และ 5) แบบ ประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูล เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย วิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าแนวทางดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโควิด-19 ไม่ชัดเจน ขาดสถานที่และอุปกรณ์ดูแล ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง บุคลากรขาดความมั่นใจ ชุมชนไม่ยอมรับ ผู้ป่วย ได้พัฒนาตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ด้วยนโยบายการบริหารใน สถานการณ์การแพร่ระบาดฉุกเฉิน จัดทีมดูแลและผู้จัดการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ สร้างเครือข่ายและ ศูนย์พักคอยระดับตำบล พัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล การเตรียมครอบครัวและชุมชนเพื่อรับผู้ป่วยกลับ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จัดบริการตามแนวทางดูแล การรับส่ง ติดตามเยี่ยม ให้การพยาบาล และ ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งระบบสารสนเทศ และช่องทางสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น และปรับแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประเมินผลการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโควิด-19 พบว่า ส่งผลลัพธ์ที่ดี ชุมชนยอมรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลต่อเนื่องตามแนวทาง ส่วนใหญ่อาการดีขึ้น อัตราอนรักษาค่า ร้อยละ 0.44 ไม่มีผู้เสียชีวิตในชุมชน คะแนนความพึงพอใจ ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 74.06 เป็น 96.22 ข้อเสนอแนะ การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโควิด-19 ควรเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และพัฒนาแนวทางการดูแลอาการหลงเหลือจากโควิด-19

คำสำคัญ : ระบบดูแลต่อเนื่อง, ผู้ป่วยโรคโควิด-19, ระบบสุขภาพ

¹พยม. (การพยาบาลครอบครัว) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

²พยม. อพย.(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Abstract

This action research aims to develop a continuity-of-care system for COVID-19 patients. The study was conducted from March to December 2021, and consisted of three phases: analysis, implementation, and evaluation. The development team consisted of 65 multidisciplinary professionals, and the sample group consisted of 871 discharged COVID-19 patients. The research tools included: 1) a focus group discussion, 2) a draft of continuous care guidelines, 3) a follow-up care record form, 4) a knowledge database, and 5) a satisfaction assessment questionnaire. The quantitative data was analyzed using percentages, mean values, and standard deviations, while the qualitative data was analyzed using content analysis.

The results of the situation analysis revealed that the continuity-of-care guidelines for COVID-19 patients were unclear, and there was a lack of facilities and equipment for care. Patients also lacked knowledge on self-care, healthcare staff lacked confidence, and the community did not accept patients. The researcher applied the framework of the World Health Organization's 'Building Blocks' to develop the system, with pandemic emergency management policies in place. We established a team to provide continuous care management at the district level, created networks and sub-district rest centers, developed the capacity of multidisciplinary teams, prepared families and communities to receive patients, prevented the spread of further infection, provided care following the guidelines, coordinated patient transportations, provided nursing care, and referral of patients to specialists, as well as developing a telephone-based information system and communication channels to ensure patient access to necessary medication and equipment. The evaluation showed positive results. Every patient received continuous care according to the guidelines, and the majority showed improvement in their condition. The rehospitalization rate was 0.44%. There were no community deaths. The community approval improved with satisfaction score from 74.06 to 96.22. Suggestions for the development of health system show community participation should be focus on development of health framework and the guidelines for post-COVID care will need the clarification.

Keywords : continuity-of-care, COVID-19 patients, health system

บทนำ

โรคโควิด-19 (COVID-19) ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SARS-CoV-2) พบการแพร่ระบาดทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก พบผู้ป่วยรายแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563⁽¹⁾ เชื้อโควิด-19 ติดต่อได้ง่ายจากคนสู่คนจากละอองฝอยผ่านการไอ จามและสัมผัสสารคัดหลั่ง อาการและอาการแสดงอาจพบมีอาการเล็กน้อย จนถึงขั้นเสียชีวิต ปัจจุบันยังไม่มี การรักษาที่จำเพาะต่อโรค ส่วนใหญ่รักษาแบบประคับประคองตามอาการ สถานการณ์การระบาดพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นหลายเท่าตัวและพบผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นในเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2564 โดยทั่วโลกพบผู้ป่วย จำนวน 128,303,612 ราย, 151,192,390 ราย และ 170,658,316 ราย ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 2.19, 2.10 และ 2.08 ตามลำดับ และในประเทศไทยพบผู้ป่วย 28,821 ราย, 65,153 ราย และ 125,444 ราย ตามลำดับ อัตราเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 0.33, 0.31 และ 0.73 ตามลำดับ⁽²⁾ ในจังหวัดมหาสารคามพบผู้ป่วยในเดือนธันวาคม 2563 จำนวน 1 ราย มีประวัติทำงานที่กรุงเทพฯ มีอาการป่วยกลับมาในพื้นที่และเสียชีวิต และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้น ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2564 โดยพบผู้ป่วย 22 ราย, 210 ราย และ 369 ราย ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 9.09, 0.95 และ 1.08 ตามลำดับ สำหรับในพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เริ่มพบผู้ป่วยโควิด-19 ในเดือนเมษายน 2564 จำนวน 5 ราย และเดือนพฤษภาคม 2564 จำนวน 8 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในจังหวัดมหาสารคามที่ไปทำงานต่างจังหวัดกรุงเทพฯ

และปริมณฑล และกลับจากพื้นที่เสี่ยง เช่น จังหวัดชลบุรี ระยอง สมุทรสาคร ไม่มีสถานที่รักษาจึงกลับมารักษาในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีโรงพยาบาลสนาม และ Cohort ward หลังการรักษาได้จำหน่ายผู้ป่วยมาดูแลกักตัวต่อบ้านติดตามอาการและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจนครบ 14 วันตามแนวทางเวชปฏิบัติของกรมการแพทย์⁽³⁾ พบปัญหาจากปริมาณผู้ป่วยเข้าสู่ระบบดูแลต่อเนื่องจำนวนมาก แต่ระบบดูแลต่อเนื่องยังไม่มีแนวทางชัดเจน ด้านบุคลากรทีมสุขภาพมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ใหม่ ไม่ได้เตรียมความพร้อม ขาดแคลนด้านสถานที่และอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ด้านผู้ป่วยพบว่าขาดความรู้มีความเข้าใจไม่ถูกต้องในการปฏิบัติตัว เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ด้านครอบครัวและชุมชนขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง ชุมชนยังไม่พร้อมรับผู้ป่วยเพราะกลัวติดเชื้อ ปัญหาจากโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบด้านจิตใจปัญหาด้านสุขภาพจิต ความเครียด ความกังวล ซึมเศร้า ความกลัว⁽⁴⁾ ผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัว มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อได้ง่าย ชุมชนมีความเสี่ยงติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน และแพร่ระบาดในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ จากมาตรการควบคุมการระบาดกระทบต่อธุรกิจทุกระดับกลุ่มแรงงาน จำนวนคนว่างงานมีแนวโน้มสูงขึ้น มีสภาพเสมือนว่างงานและได้รับค่าตอบแทนรายได้ลดลง⁽⁵⁾ ระบบดูแลต่อเนื่องเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างบูรณาการเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุมเชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายเป็นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวในการประเมินปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ให้ความรู้ คำแนะนำ ฝึกทักษะที่จำเป็นและประเมินผล⁽⁶⁾ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน

สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย⁽⁷⁾ การนำกรอบแนวคิดระบบสุขภาพซึ่งมี 6 องค์ประกอบ งานบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น กลไกการคลังด้านสุขภาพและภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในการพัฒนาระบบการดูแล เพื่อให้มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบส่งมอบงานบริการสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน⁽⁸⁾ จากสถานการณ์ปัญหาาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้ดำเนินการวิจัยนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19
3. เพื่อศึกษาผลการใช้ระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19

วิธีการศึกษา

เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1988)^(9,10) ประกอบด้วย กิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกตการณ์ และ 4) สะท้อนคิด นำไปปรับปรุงแผน การพัฒนาตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (Six building blocks) ขององค์การอนามัยโลก⁽⁸⁾ 6 องค์ประกอบ คือ 1) งานบริการสุขภาพ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ 4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น 5) กลไกการคลังด้านสุขภาพ และ 6) การนำและธรรมาภิบาล ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เครือข่าย 20 แห่ง ในเดือนมีนาคม - ธันวาคม 2564

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย

1. ผู้ร่วมพัฒนา คือ ทีมสหวิชาชีพ คัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดตามเกณฑ์คัดเข้า คือ บุคลากรด้านสุขภาพ สหวิชาชีพ ที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และ รพ.สต. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้ผู้ร่วมพัฒนาทีมสหวิชาชีพ จำนวน 65 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 รายใหม่ระยะหลังจำหน่ายทั้งหมดที่เข้าสู่ระบบดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในเดือน มิถุนายน - ธันวาคม 2564 จำนวน 1,452 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 รายใหม่ระยะหลังจำหน่ายจาก Cohort ward หรือโรงพยาบาลสนาม ที่เข้าสู่ระบบดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ในเดือน มิถุนายน - ธันวาคม 2564 คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 871 ราย ตามเกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ 20 ปีขึ้นไป มีสติสมบูรณ์ ครบถ้วน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโควิด 19 ยืนยันจากผลตรวจ RT-PCR อยู่ในระยะ 14 วันหลังจำหน่ายและกลับมาอาศัยในพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย มีอุปกรณ์โทรศัพท์ ซึ่งสามารถติดต่อสื่อสารได้ทางไลน์ แอปพลิเคชัน และเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย เพื่อดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจนครบ 14 วัน เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยระยะหลังจำหน่ายไปอาศัยนอกพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย ไม่สมัครใจเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัย

3. กลุ่มผู้ร่วมกิจกรรม คือ บุคลากรใน รพ.โกสุมพิสัย และรพ.สต. อสม. อปท. ครอบครัว และประชาชนที่มีส่วนร่วมดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในพื้นที่

เครื่องมือเก็บข้อมูล คุณภาพเครื่องมือ

สร้างเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เครื่องมือ ดังนี้

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้ป่วยโควิด-19 สำหรับบุคลากรและประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ผลกระทบความต้องการ ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

2. ร่างแนวทางการดูแลต่อเนืองผู้ป่วยโรคโควิด-19 สำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ

3. แบบบันทึกติดตามและประเมินอาการ ให้การพยาบาลเพื่อดูแลต่อเนืองผู้ป่วยโควิด-19 หลังจำหน่าย ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ชื่อสกุล อายุ ที่อยู่ ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการติดตามอาการในระยะ 14 วัน อาการผิดปกติ ประเมินภาวะเครียด วัดอุณหภูมิร่างกาย วัดปริมาณออกซิเจนในเลือด ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหา และให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และแนวทาง INHOMESSS

4. ชุดข้อมูลความรู้ ในการให้คำแนะนำเพื่อปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังจำหน่าย สำหรับส่งให้ในไลน์ส่วนตัว

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบดูแลต่อเนืองผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของผู้ใช้บริการปรับจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน ของกองการพยาบาล⁽¹¹⁾ มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90 ประเมินทาง google form ในกลุ่มไลน์ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ ด้านกระบวนการบริการ ผู้ให้บริการ คุณภาพการให้บริการ ความช่วยเหลือจากชุมชน เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 1 - 5 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด เปรียบเทียบร้อยละคะแนน คือ ต่ำกว่า 70.00 (ต้องปรับปรุง) 70.00 - 79.99 (พอใช้) 80 - 89.99 (ดี) และ 90 - 100 (ดีมาก)

การดำเนินการวิจัย การพัฒนา มี 2 วงรอบ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลต่อเนืองผู้ป่วยโรคโควิด-19

1) สร้างทีมพัฒนาระบบดูแลต่อเนืองผู้ป่วยโควิด-19 ซึ่งเป็นบุคลากรสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและ รพ.สต. โดยการประชาสัมพันธ์ คัดเลือกตามเกณฑ์ ได้ทีมพัฒนาสหวิชาชีพ จำนวน 65 คน สร้างไลน์กลุ่ม COVID hhc โกสุมพิสัย เพื่อใช้ติดต่อสื่อสารประสานงาน ส่งข้อมูลชุดความรู้ แนวทางปฏิบัติโรคโควิด-19 การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย การให้คำปรึกษา

2) จัดประชุมกลุ่มย่อย สนทนากลุ่มทีมพัฒนาสหวิชาชีพดูแลต่อเนืองผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการจัดระบบดูแลต่อเนืองผู้ป่วยโรคโควิด-19 และข้อเสนอแนะ

3) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาสหวิชาชีพ ร่วมกันติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโควิด-19 หลังจำหน่ายในพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย 17 ราย สนทนากลุ่มผู้ป่วยแต่ละครอบครัว และเก็บข้อมูลสนทนากลุ่มประชาชนในพื้นที่ รวบรวม นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ผลกระทบ และข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวางแผนพัฒนาระบบดูแลต่อเนืองผู้ป่วยโรคโควิด-19

2. ระยะดำเนินการพัฒนาระบบดูแลต่อเนืองผู้ป่วยโรคโควิด-19

1) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาระบบดูแลต่อเนืองผู้ป่วยโควิด-19 นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและข้อเสนอแนะ ในระยะที่ 1 มาวางแผน ออกแบบ จัดทำร่างแนวทางการดูแลต่อเนืองผู้ป่วยโควิด-19 ใช้องค์ประกอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลกใน 6 องค์ประกอบ

2) จัดประชุมร่วมกับทีมนำของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย รพ.สต. และ อปท. ผู้วิจัย

และทีมพัฒนานำเสนอข้อมูลสะท้อนสถานการณ์ปัญหาการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานการจัดระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน ปรับร่างแนวทางดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโควิด-19 เช่น การเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยหลังจำหน่าย การสนับสนุนรถรับส่งผู้ป่วย การเตรียมสถานที่กักตัวที่บ้านและในชุมชน เตรียมยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น อาหารและน้ำดื่มสำหรับผู้ป่วย

3) ทีมพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโควิด-19 ใน รพ.สต. ประชาคมชุมชนร่วมผู้นำชุมชน อปท. อสม. ในพื้นที่ เพื่อให้ความรู้และเตรียมความพร้อมในการจัดระบบดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน เพื่อให้ชุมชนยอมรับผู้ป่วยและมีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย

4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ รับสมัครอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด-19 รายใหม่หลังจำหน่าย ติดต่อโดยใช้โทรศัพท์ โอนไลน์ และสร้างช่องทางการสื่อสารกับผู้ป่วยโควิด-19 ใช้ไลน์ส่วนตัว และสร้างไลน์กลุ่มติดตามอาการหลังจำหน่าย

5) นำระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังจำหน่าย โดยมีกระบวนการ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การส่งต่อข้อมูล ประสานกับโรงพยาบาลในเครือข่าย ใช้ไลน์กลุ่ม COC มหาสารคาม เพื่อส่งต่อข้อมูล ประสานการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังจำหน่ายในจังหวัดมหาสารคาม และส่งต่อข้อมูลในโปรแกรม Smart COC ดูแลให้การพยาบาลทางไกล ให้ความรู้ คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและส่งต่อ ตามร่างแนวทางดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโควิด-19 จนครบ 14 วัน ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ รพ.สต. ในพื้นที่ จัดระบบสารสนเทศและช่องทางสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น เก็บข้อมูลรายงานติดตามอาการและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19

การประเมินความพึงพอใจการรับบริการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการรับบริการ

6) ประเมินผลกระทบจากการดำเนินงานพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ประเมินการมีส่วนร่วมของทีมพัฒนาและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ปัญหาอุปสรรคระหว่างดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยและทีมพัฒนา ร่วมกันหาแนวทางการดำเนินงาน นำไปปรับปรุงแผนการดำเนินงาน

3. ระยะประเมินผลการใช้ระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19

1) ประเมินผลผลิต (Output) คือ ระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบแนวคิดระบบสุขภาพ การสนับสนุนการดำเนินงานจากผู้บริหาร ทีมนำทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลโกสุมพิสัย รพ.สต. และ อปท. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ พร้อมใช้ เพียงพอ ผู้ป่วยมีรถรับส่งหลังจำหน่าย มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่ชัดเจน มีระบบติดตามดูแลส่งต่อทันเวลา ทีมดูแลต่อเนื่องมีความรู้และสมรรถนะที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตัวเองได้ ชุมชนยอมรับผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลโดยใช้ทรัพยากรชุมชน

2) ประเมินผลลัพธ์ (Outcome) เกิดจากการใช้ระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 จากแบบบันทึกรายงานติดตามอาการและการดูแลต่อเนื่องให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังจำหน่าย ครบ 14 วัน รายงานเยี่ยมบ้าน ผลการประเมินคะแนนความพึงพอใจต่อระบบดูแลต่อเนื่องของผู้รับบริการก่อนและหลังประเมินความครอบคลุมการเข้าถึงบริการดูแลต่อเนื่อง อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย อัตราการนอนรักษาซ้ำใน 14 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณ นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เป็นจำนวน ร้อยละ

ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการวิจัยเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาล โกสุมพิสัย เลขที่ 1/2564 ลงวันที่ 28 พฤษภาคม 2564 ตามประกาศของเฮลซิงกิ จรรยาบรรณของผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลและกระทำต่อมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การรักษาความลับ ข้อมูลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลที่มีความจำเป็นต้องติดตามดูแลผู้ป่วย จะขออนุญาตจากผู้ป่วยให้ความยินยอมก่อน

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาระบบดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19

จากการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ ผู้ร่วมพัฒนาซึ่งมีบทบาทหน้าที่ให้การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโควิด-19 หลังจำหน่าย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และ รพ.สต. เครือข่าย 20 แห่ง จำนวน 65 คน วิชาชีพมากที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ 35 คน (ร้อยละ 53.85) รองลงมา นักวิชาการสาธารณสุข 16 คน (ร้อยละ 24.62) อายุต่ำสุด คือ 24 ปี สูงสุด 58 ปีเฉลี่ย 43.82 ปี (S.D = 10.58) สนทนากลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหายแล้ว จำนวน 17 ราย และสนทนากลุ่มประชาชน ในพื้นที่ วิเคราะห์บริบทสถานการณ์ปัญหาของระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 พบว่า 1) ปัญหาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ยังไม่มีแนวทางชัดเจน ผู้ป่วยขาดความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการแพร่กระจายเชื้อโควิด ครอบครัวและชุมชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิดและการป้องกัน

การติดเชื้อ มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อได้ง่ายเป็นกลุ่มใหญ่และแพร่ระบาดเพิ่มขึ้น ประชาชนในชุมชนเครียด วิตกกังวล กลัวติดเชื้อโควิด ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วย ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในชุมชน 2) นโยบายการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังจำหน่ายไม่ชัดเจน พบว่ามีนโยบายการบริหารในสถานการณ์ระบาดและแนวทางการคัดกรองผู้ติดเชื้อและการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนามและ Cohort ward สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีนโยบายสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังจำหน่าย ผู้บริหารโรงพยาบาลโกสุมพิสัยมีนโยบายสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีความชัดเจน ไม่มีหน่วยงานหรือทีมงานเฉพาะในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโควิด-19 ซึ่งจำเป็นต้องจัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพ ทำงานประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องและประสานชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วย 3) บุคลากรทีมสุขภาพมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ใหม่ ไม่ได้เตรียมความพร้อม ไม่มั่นใจในความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโควิด 4) งบประมาณดำเนินงานไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีจำนวนมากเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พบปัญหาผู้ป่วยไม่มีรถรับส่งหลังจำหน่าย ไม่มีสถานที่พักกักตัวที่เหมาะสม ผู้ป่วยหยุดงานขาดรายได้ และไม่สามารถเดินทางไปหาซื้ออาหาร น้ำ ของใช้ช่วงกักตัว 5) ปัญหาการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องพบว่า อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และยังไม่มีความชัดเจนในการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม 6) สารสนเทศด้านสุขภาพผู้ป่วยโควิด-19 และประชาชนยังไม่มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากทีมสุขภาพ ข้อเสนอแนะการจัดระบบบริการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยและประชาชนต้องการให้ทีมบุคลากรสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องจนอาการดีขึ้น ปลอดภัย ผู้ป่วยต้องการให้ชุมชนเข้าใจ ให้การ

ยอมรับผู้ป่วย และช่วยเหลือสนับสนุนการดูแล
ต่อเนื่องหลังจำหน่าย

**2. การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย
โรคโควิด-19** ตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพของ
องค์การอนามัยโลก 6 องค์ประกอบ การพัฒนา
มี 2 วงรอบ ดังนี้

2.1 การจัดบริการดูแลต่อเนื่อง
ผู้ป่วยโรคโควิด 19 มีแนวทางดังนี้ (ภาพที่ 1)

1) การเตรียมความพร้อมของ
ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การวางแผนจำหน่ายใน
โรงพยาบาลสนาม Cohort ward ต่างๆ ในจังหวัด
มหาสารคาม ประสานงานในไลน์กลุ่มส่งต่อข้อมูล
การจำหน่ายของผู้ป่วยการพัฒนางานรอบ 1
พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลโกสุมพิสัย
เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ติดต่อ
กับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ประสานส่งต่อข้อมูล
จำหน่ายให้ รพ.สต. ในพื้นที่ทางไลน์กลุ่ม และ
โปรแกรม Smart COC พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมาก
ที่ต้องเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย พยาบาล
ศูนย์ดูแลต่อเนื่องให้บริการได้อย่างจำกัดเพราะมี
อัตรากำลังน้อย มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน พัฒนาการ
งานรอบ 2 สะท้อนปัญหาทีมพัฒนาสหวิชาชีพ
ร่วมกันจัดอัตรากำลังเพิ่มบุคลากรจากกลุ่มงาน
บริการด้านปฐมภูมิ, ศูนย์สุขภาพชุมชน และ
รพ.สต. 20 แห่ง รวมจำนวน 53 คน แบ่งตาม
พื้นที่รับผิดชอบในการติดต่อประสานเตรียม
ความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและจัดทำทะเบียน
รายชื่อเบอร์โทรศัพท์ สำหรับให้ผู้ป่วยและ
โรงพยาบาลสนาม Cohort ward ในจังหวัด
มหาสารคามติดต่อประสานงาน ผลการพัฒนา
พบว่า ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อน
จำหน่าย ประสานญาติ รถรับส่ง สถานที่กักตัว
ได้รวดเร็ว ทันเวลา

2) การเตรียมความพร้อมรับ
ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน การพัฒนา ประสานทีม
รพ.สต. เตรียมครอบครัวและชุมชน โดยให้ความรู้
เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับครอบครัว ประชาคมให้

ความรู้ประชาชนในชุมชน เตรียมสถานที่กักตัว
ที่บ้านและศูนย์พักคอยตำบล เตรียมอาหาร น้ำดื่ม
ของใช้ที่จำเป็น อุปกรณ์ เครื่องมือ เช่น เครื่องวัด
อุณหภูมิ เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด หน้ากาก
อนามัย ผลการพัฒนา ชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วย
และมีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่

3) การจัดรถรับส่งผู้ป่วยหลัง
จำหน่าย การพัฒนางานรอบ 1 พยาบาลศูนย์ดูแล
ต่อเนื่อง โทรศัพท์ ไลน์ ติดต่อประสาน รพ.สต.
จัดรถรับส่งผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ รถญาติ,
รถของ อปท. พบปัญหาการรับส่งไม่เพียงพอ ผู้ป่วย
บางพื้นที่ไม่มีรถรับส่งหลังจำหน่าย บางวันมีผู้ป่วย
จำนวนมากที่ต้องใช้รถรับส่งแต่มีรถไม่เพียงพอ
พัฒนางานรอบ 2 สะท้อนข้อมูลให้กับทีมพัฒนา
ร่วมกันแก้ปัญหา ประสาน รพ.สต. ที่พบปัญหา
เรื่องรถรับส่งผู้ป่วยและขอความร่วมมือ อปท.
ขนาดใหญ่ที่มีรถหลายคันช่วยรับส่งตำบลอื่นๆ
และติดต่อประสานขอรถจากมูลนิธิช่วยรับส่ง
ผลการพัฒนาได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้
ผู้ป่วยมีรถรับส่งครบทุกราย

4) การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรค
โควิด-19 หลังจำหน่าย พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง
โรงพยาบาลโกสุมพิสัยและพยาบาลในเครือข่าย
รพ.สต. 20 แห่ง ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้
กระบวนการพยาบาล และ INHOMESSS
กระบวนการพยาบาล มี 5 ขั้นตอน การประเมิน
สภาพปัญหา วินิจฉัยการพยาบาล วางแผน
การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผล
การพยาบาล ใช้แบบบันทึกติดตามประเมินอาการ
และดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์และไลน์ ให้การ
ดูแลจนครบ 14 วัน พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญ
(1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก
โรคโควิด 19 เนื่องจากพฤติกรรมดูแลตัวเอง
ไม่เหมาะสม (2) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด
เนื่องจากไม่มีช่องทางเข้าถึงข้อมูลความรู้ (3) วิตกกังวล
เกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากโรคโควิด-19
การพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้ (1) การสร้างสัมพันธภาพ

(2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และคำแนะนำการปฏิบัติตัว การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น สวมหน้ากากอนามัย แยกรับประทานอาหาร ใช้ห้องนอนส่วนตัว การกำจัดขยะติดเชื้อ (3) ประเมินปัญหาความเครียด ภาวะซึมเศร้า และแนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด (4) สอนผู้ป่วยประเมินอาการด้วยตนเอง การวัดอุณหภูมิร่างกายและการใช้เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้สูง ไอ หอบเหนื่อย การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้เหมาะสม ส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น ความเครียด ความวิตกกังวลลดลง กรณีพบผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้การดูแลปรึกษาแพทย์และส่งต่อ พบปัญหา ผู้ป่วยที่ครบ กักตัวมีอาการหลงเหลือจากโควิด แต่ไม่มีระบบการนัดตรวจติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย ปรึกษาทีมแพทย์ พัฒนาจัดทำแนวทางนัดติดตามอาการผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตามเกณฑ์ในกลุ่ม Symptomatic + Pneumonia หลังจำหน่าย ครบ 30 วัน นัดพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิก ARI โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ทุกวันพฤหัสบดี เสนอประเด็นการนัดติดตามอาการหลังจำหน่ายแก่ทีมเยี่ยมบ้าน โควิดจังหวัดมหาสารคาม เพื่อพิจารณาและจัดทำแนวทางนัดตรวจติดตามอาการผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังจำหน่ายให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

5) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ กรณีผู้ป่วยที่ติดตามอาการหลังจำหน่ายมีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องใช้โทรศัพท์วีดีโอคอลทางไลน์กับผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหา และปรึกษาแพทย์ ให้การดูแลรักษาตามระดับความรุนแรง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 กลุ่มมีอาการเล็กน้อย เช่น ไอเล็กน้อย ไม่หอบเหนื่อย, มีผื่นแดงคันตามผิวหนัง ไม่มีไข้ ปริมาณออกซิเจนปลายนิ้วมากกว่า 96% ให้ยารักษาตามอาการ เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้แพ้

มีระบบจัดส่งยาโดย รพ.สต.จัดยาให้ อสม. นำไปให้ผู้ป่วย ระดับที่ 2 กลุ่มมีอาการผิดปกติ ระดับปานกลาง ไม่รุนแรง เช่น ไอบ่อย ไม่หอบเหนื่อย ไม่มีไข้ วัดปริมาณออกซิเจนมากกว่า 96% นัดมาตรวจเพิ่มเติม ติดต่อบริการฉุกเฉิน 1669 ไปรับผู้ป่วยมาตรวจที่คลินิก ARI โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ระดับที่ 3 กลุ่มมีอาการผิดปกติระดับรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น ไข้สูง มากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ไอมาก หอบเหนื่อย วัดปริมาณออกซิเจนปลายนิ้วน้อยกว่า 96% ส่งต่อ นอนรักษาซ้ำ (Readmit) ติดต่อบริการฉุกเฉิน 1669 และประสาน Cohort ward โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ผลการพัฒนาการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมตามระดับความรุนแรง

6) การเยี่ยมบ้าน ใช้กระบวนการพยาบาลและหลักเวชศาสตร์ครอบครัว INHOMESSS โดยพยาบาลซึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยในพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วงกักตัวที่บ้านและหลังกักตัวครบ 14 วัน บันทึกผลการดูแลในแบบบันทึกติดตามและประเมินอาการให้การพยาบาล ส่งข้อมูลตอบกลับทางโปรแกรม Smart COC ให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ผลการเยี่ยมบ้านพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาการดีขึ้น พบปัญหาด้านสังคม ผู้ป่วยที่รักษาหายกักตัวครบแล้วไม่กล้ากลับไปใช้ชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่น กลัวสังคมรังเกียจและผู้ป่วย ต้องการใช้อเอกสารใบรับรองแพทย์กลางาน การพัฒนาวงรอบ 1 ได้ทำระบบออกใบรับรองแพทย์และหนังสือรับรองการกักตัว โดยให้ผู้ป่วยและ รพ.สต. แจ้งข้อมูลทางไลน์แต่พบปัญหามีผู้ป่วยจำนวนมากทำให้ดำเนินการล่าช้า การพัฒนาวงรอบ 2 สร้างระบบการขอใบรับรองแพทย์และหนังสือรับรองการกักตัวทาง google form และให้รับเอกสารหลังกักตัวครบ 14 วัน ประเมินผลการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงช่องทางขอใบรับรองแพทย์และหนังสือรับรองการกักตัวได้สะดวก รวดเร็ว เพื่อยืนยันการรักษาและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่าง

มั่นใจ ตามมาตรฐานวิถีใหม่ (New normal)

2.2 การพัฒนาศักยภาพทีมดูแลต่อเนื่องสหวิชาชีพ การจัดอัตรากำลัง สร้างทีมดูแลและพยาบาลผู้จัดการดูแลต่อเนื่อง COVID COC ระดับอำเภอโกสุมพิสัย ซึ่งเป็นทีมพัฒนาสหวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลและ รพ.สต. จำนวน 65 คน การพัฒนาสมรรถนะทีม โดยการสร้างช่องทางให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในไลน์กลุ่มให้คำแนะนำและคำปรึกษาทางโทรศัพท์ รายบุคคล และจัดทำแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจผลการพัฒนา พบว่า ทีมดูแลต่อเนื่องมีอัตรากำลังเพียงพอ มีความรู้และสมรรถนะ ปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้องเหมาะสม การมีประสบการณ์ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในพื้นที่ช่วยเพิ่มพูนทักษะเพิ่มความชำนาญสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขมีการปรับปรุงเป็นระยะ จึงส่งข้อมูลให้ความรู้ทีมพัฒนาเป็นระยะและนำมาปรับแนวทางการดูแลต่อเนื่องให้ทันสมัยกับสถานการณ์

2.3 ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การพัฒนา โดยการสร้างช่องทางสื่อสารให้ความรู้ด้วยชุดข้อมูลความรู้โรคโควิด-19 ส่งให้ผู้ป่วยทางไลน์และแนะนำเพิ่มเติมทางโทรศัพท์ การส่งต่อและตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยหลังจำหน่ายให้กับทีมดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอโกสุมพิสัยและระดับจังหวัดมหาสารคามทางไลน์และใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้าน Smart COC ผลการพัฒนาพบว่า สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องครอบคลุมทุกรายและสามารถดูแลตัวเองได้เหมาะสม

2.4 การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การพัฒนาช่องทางเข้าถึงยา โดยมีระบบประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยระยะหลังจำหน่าย กรณีพบผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ปรึกษา

แพทย์ให้การรักษาตามระดับความรุนแรง ให้ยารักษาตามอาการ เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้แพ้ ยาพาราเซตามอลตามฉีดยาให้ รพ.สต. จัดยาและให้ออส. นำไปให้ผู้ป่วยที่บ้านช่วงกักตัว การพัฒนาช่องทางเข้าถึงเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโควิด เช่น พรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว หน้ากากอนามัย ถุงมือ ชุด PPE พัฒนาวงรอบ 1 โรงพยาบาลโกสุมพิสัยดำเนินการจัดหา จัดช่องทางระบบเบิกจ่ายให้กับ รพ.สต. และขอรับสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เช่น บริจาคชุด PPE ถุงมือ ผลการพัฒนา พบว่า อุปกรณ์ เครื่องมือยังไม่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก พัฒนาวงรอบ 2 โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ใช้งบประมาณสนับสนุนงบน top จาก สปสช. ในการจัดซื้ออุปกรณ์ เครื่องมือเพิ่มเติม ผลการพัฒนาพบว่า อุปกรณ์ เครื่องมือพร้อมใช้ เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วย

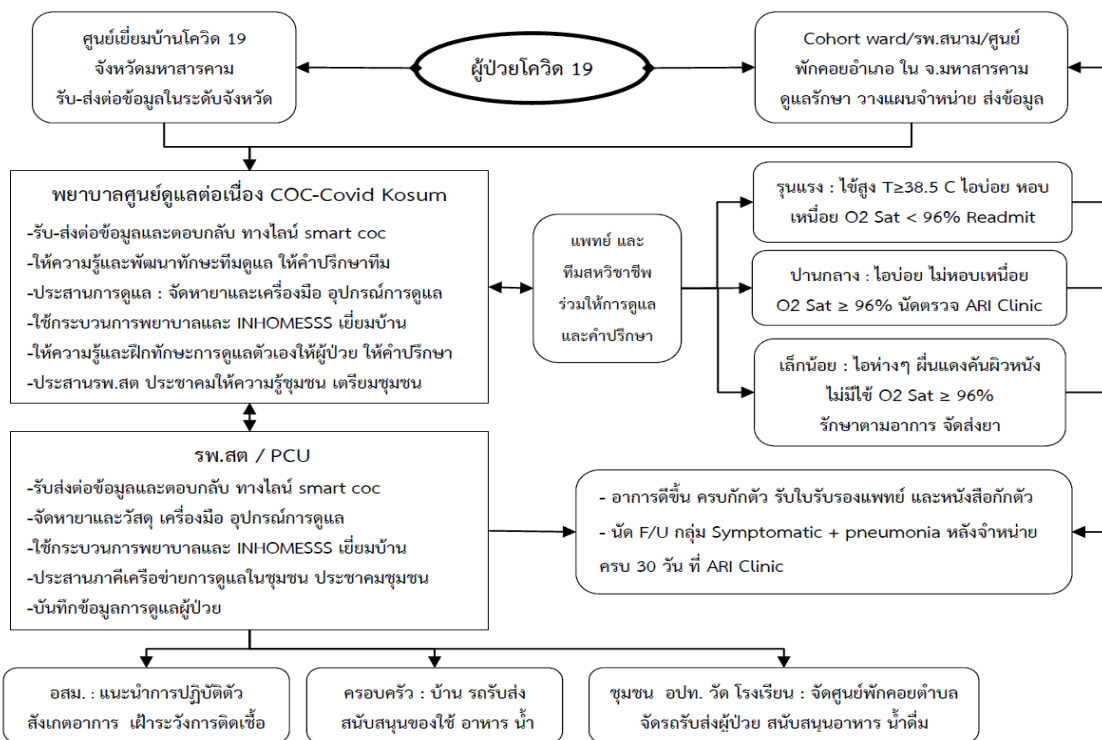
2.5 กลไกการคลังด้านสุขภาพ การขับเคลื่อนการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรชุมชนในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 จากแหล่งที่มาทั้งภาครัฐจากโรงพยาบาลโกสุมพิสัย, อปท. ในพื้นที่, สปสช. จากภาคเอกชนบริจาค เพื่อใช้ในการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายในศูนย์พักคอยระดับตำบล 17 แห่ง และระดับอำเภอ 1 แห่ง โดยใช้ วัด โรงเรียน สถานที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล บ้านพักของรพ.สต. และการกักตัวที่บ้าน ผลการพัฒนาสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง มีสถานที่กักตัวเหมาะสม

2.6 การนำและธรรมาภิบาล การใช้นโยบายการบริหารในสถานการณ์การแพร่ระบาดในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 การจัดทีมดูแลสหวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ การประสานขอความร่วมมือกับหน่วยงานและ

องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนจัดสรรงบประมาณ จัดศูนย์พักคอยตำบล จัดรถรับส่ง ผลการพัฒนาพบว่า สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานและเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่

สรุป การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยการมีส่วนร่วมของทีม

พัฒนาสหวิชาชีพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน สร้างการเรียนรู้ทำงานร่วมกัน สร้างแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ชุมชนให้ยอมรับผู้ป่วยสามารถใช้ดำเนินงานในพื้นที่ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 แนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด 19

3. ผลการใช้ระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด 19 ของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด 19 รายใหม่ 871 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.88 อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 95 ปี อายุเฉลี่ย 42.69 ปี (S.D. = 14.98) ประเมินผลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด 19 พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องครบ 14 วัน ตามแนวทาง

ครอบคลุม ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อย เช่น ไอ มีเสมหะ เหนื่อยล้า อ่อนเพลียง่าย ผื่นแดงคันตามผิวหนัง นอนไม่หลับ วิตกกังวล ส่วนใหญ่หลังได้รับการดูแลอาการดีขึ้น พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ไข้ ไอ หอบเหนื่อย ปริกาษาแพทย์และส่งต่อกลับมาอนรักษาค้ำ (Readmit) 3 ราย (ร้อยละ 0.34) เป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว โรคหลอดเลือดสมอง 1 รายและผู้สูงอายุมีโรคไตวายเรื้อรัง 1 ราย และผู้ป่วยอายุ 24 ปี ไม่มีโรค

ประจำตัว 1 ราย ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของผู้รับบริการ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอัตราความพึงพอใจต่อระบบดูแลต่อเนื่องของผู้รับบริการ เพิ่มขึ้นจากระดับพอใช้ ร้อยละ 74.06 เป็นระดับดีมาก ร้อยละ 96.22

จากการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 สรุปและวิเคราะห์บทบาทพยาบาล ได้ดังนี้

- 1) ผู้ให้ความรู้
- 2) ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและนิเทศการดูแล
- 3) ผู้บริหารจัดการดูแล ประสานงาน
- 4) ผู้พิทักษ์สิทธิ์ ให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ
- 5) ผู้แนะแนว ให้คำปรึกษา
- 6) นักระบาดวิทยา ค้นหาและป้องกันติดเชื้อ
- 7) ผู้ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม
- 8) นักวิจัย ออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วย

วิจารณ์

จากผลการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ คือ การนำและธรรมาภิบาลใช้นโยบาย สนับสนุนงบประมาณ พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ จัดระบบบริการใช้แนวทางการดูแลต่อเนื่อง การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การใช้ข้อมูลสารสนเทศ เชื่อมโยงการดูแล เกิดจากมีส่วนร่วมของทีมพัฒนาสาขาชีพ ครอบครัว ชุมชน โดยการเรียนรู้ร่วมกันช่วยกันแก้ไขปัญหา ร่วมกันสร้างแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ส่งผลที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการดูแลต่อเนื่องครอบคลุมผู้ป่วยพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาและถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ใช้แนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก พบว่ากลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่มีทั้งทีมระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และทีมบูรณาการในชุมชนทั้งในแนวราบและแนวตั้งช่วยขับเคลื่อนอย่างสอดคล้องและเชื่อมโยงกัน เพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพและเท่าเทียม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ใช้แนวคิดระบบสุขภาพ คือ การนำนโยบายการบริหารในสถานการณ์ฉุกเฉินโรคโควิด-19 ขับเคลื่อนกลไก สร้างความร่วมมือหน่วยงานองค์กรต่างๆ เพื่อสนับสนุนในด้านทรัพยากรงบประมาณ ระบบการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของวรภรณ์ สมดี⁽¹³⁾ ซึ่งพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาแนวทางการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID 19 ในโรงพยาบาลคือการทำงานที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญ อนุมัติงบประมาณในการปรับปรุงสถานที่ต่างๆ และประกาศนโยบายที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน ซึ่งการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นที่แตกต่างจากแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คือ นโยบายที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลโดยการประชาคม และให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในสถานการณ์ที่มีการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 ของบริบทพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย

การส่งต่อข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสารสนเทศ Smart COC และ LINE ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีและครอบคลุม ร้อยละ 100 มีการประสานงานกับหน่วยงานที่รักษาโดยศูนย์ข้อมูลดูแลต่อเนื่อง COC COVID ถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่ร่วมดูแล มีการรายงานผลและมีระบบให้คำปรึกษากับทีมแพทย์ร่วมให้การดูแลได้ทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีรัตน์ เนติวัชรเวช⁽¹⁴⁾ ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้

โปรแกรมสารสนเทศ Smart COC ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ามีผลลัพธ์ดีขึ้น อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.96 เป็นร้อยละ 82.30 ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ อัตราภาวะแทรกซ้อนลดลง จากร้อยละ 11.11 เหลือร้อยละ 5.31

การให้การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยการใช้กระบวนการพยาบาล และแนวทางการดูแลที่บ้านแบบ INHOMESSS ประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยทางไลน์และให้การพยาบาล การให้คำแนะนำ คำปรึกษา การส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ วิดีโอแชทไลน์และเยี่ยมที่บ้าน สามารถค้นหาปัญหาได้ทันเวลา ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งปรึกษาแพทย์ให้การรักษาและส่งต่อ ช่วยเหลือทันเวลาไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งเป็นระบบการดูแลต่อเนื่องที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว เหมาะสมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ นิสากร วิบูลย์ และชาติ ไทยเจริญ⁽¹⁵⁾ พบว่า พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ให้ความรู้ ให้บริการสุขภาพ พึงกษสัทธิผู้ป่วย บริหารจัดการ ประสานงานและสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพและชุมชน

จากผลการใช้ระบบดูแลต่อเนื่อง ประเมินติดตามอาการและดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 จำนวน 871 ราย ดูแลครบ 14 วัน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังมีอาการหลงเหลือจากโรคโควิด-19 เล็กน้อยและพบผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่เร่งด่วนฉุกเฉิน ใช้สูง ไอ หอบเหนื่อย ปรึกษาแพทย์และส่งต่อกลับไปนอนรักษาซ้ำ ร้อยละ 0.44 (3 ราย) ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตในชุมชน แสดงให้เห็นว่าระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา ป้องกันการเสียชีวิต

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยใช้แนวคิดระบบสุขภาพส่งผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการดูแลต่อเนื่องอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยพึงพอใจ จึงควรนำระบบที่ได้ไปปรับใช้ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด (Long COVID) และติดตามผลระยะยาว ควรนำกรอบแนวคิดระบบสุขภาพไปใช้ศึกษาการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ และการพัฒนาระบบการให้การพยาบาลทางไกล (Tele nursing) ในผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวัคซีนสู้โควิดฉบับประชาชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://mahidol.ac.th/documents/vaccine-covid19.pdf>.
2. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด - 19. สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.moicovid.com/>
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://covid19.dms.go.th>

4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของสถาบัน/โรงพยาบาล ในสังกัดกรมสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/covid19/pnews/files/COVID-19-28n.pdf>
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 6 เสาหลักสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/>
6. หน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง โรงพยาบาลศิริราช. แนวทางการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care). [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_OPD/admin/download_files/3_61_1.pdf
7. วรณัน ประสารอริคม. แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Concept of home care). [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/um/sites/default/files/public/pdf/>
8. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems : A handbook of indicators and their measurement strategies. [internet]. 2010. [cited 2021 May 31]. Available form: <https://www.who.int/healthinfo/systems/>
9. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2558; 2 (1): 29-49.
10. เกษราวัลณ์ นิลรางกูร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาซีพพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาธรรม; 2558.
11. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2562. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด; 2561.
12. วรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, มยุรี ลีทองอินทร์, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงษ์ และลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์. การถอดบทเรียนและสังเคราะห์ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสโตรคและภาวะสมองเสื่อม. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 31 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://thaitgri.org/>
13. วราภรณ์ สมดี. การพัฒนาแนวทางการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2564; 19 (2): 68-79.
14. อารีรัตน์ เนติวัชรเวช. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563; 38 (2): 178-87.
15. นิสากร วิบูลชัย และชาติ ไทยเจริญ. การเยี่ยมบ้าน : บทบาทพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563; 17 (2): 119-27.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ระดับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12
The level of executives' participation in strategic planning of the 12th Health Region

ภาวนา อำนวนตรกุล*
Pawana Amnuaytrakul*

บทคัดย่อ

เขตสุขภาพที่ 12 มีภารกิจหลักในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับเขตสุขภาพที่คำนึงถึงความสอดคล้องของนโยบายในทุกระดับ แต่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านมาผู้บริหารเข้ามามีส่วนร่วมน้อยทำให้ขาดผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญที่จะช่วยชี้แนะ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจ ทศนคติต่อการมีส่วนร่วม พฤติกรรมขององค์กร ที่มีต่อการมีส่วนร่วมและระดับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจ ทศนคติต่อการมีส่วนร่วมและพฤติกรรมองค์กรที่มีต่อการมีส่วนร่วม กับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 และ 4) เพื่อเสนอแนะแนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้บริหารของเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 89.0 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในการรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบไปด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานประกอบด้วย สถิติ T-test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยมีการกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้บริหาร จำนวน 40 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 65.0 อายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.0 จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 67.5 การดำรงตำแหน่งของผู้บริหาร เกือบครึ่งหนึ่งเป็นรองผู้อำนวยการ ร้อยละ 42.5 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 22.5 และดำรงตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 7.5 ระยะเวลาในการเป็นผู้บริหารมากกว่าครึ่งเป็นผู้บริหารไม่เกิน 1 ปี ร้อยละ 52.5 ผู้บริหารเกือบทั้งหมดเคยได้รับการอบรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12

2. ผู้บริหารมีความเห็นเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โดยรวม อยู่ในระดับมากทุกด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ ด้านการประเมินผล ด้านการวางแผน และด้านการดำเนินการ ทักษะติดต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านที่มีประโยชน์ต่อองค์กร ด้านประโยชน์ที่มีต่อผู้ใต้บังคับบัญชา และด้านประโยชน์ต่อผลลัพธ์ของงาน พฤติกรรมขององค์กรต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ อยู่ในระดับมากทุกด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านระดับบุคคล ด้านระดับองค์กร และด้านระดับกลุ่ม มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 อยู่ในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ระดับปานกลาง 1 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน ค่าเฉลี่ย 3.34

3. ผู้บริหารที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง และตำแหน่งการบริหาร มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.05

4. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ทักษะติดต่อการมีส่วนร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 ที่ระดับ 0.05

6. พฤติกรรมองค์กรที่มีต่อการมีส่วนร่วม กับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

แนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 ควรสร้างความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้กับผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชา ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ตลอดจนชี้ให้เห็นถึงความสำคัญการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ผ่านการจัดประชุม สัมมนา คู่มือการทำงาน การประชุมอย่างไม่เป็นทางการ การสื่อสารจากล่างขึ้นบน หรือการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, ผู้บริหาร, แผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12

Abstract

The level of executives' participation in strategic planning of the 12th Health Region has 4 main objectives which are 1) to study personal factors, understanding, participation attitude, and organizational behavior towards participation and participation level of executives in the making of strategic planning of the 12th health zone 2) to study and compare personal factors with administrators' participation in strategic planning for the 12th health zone; 3) to study the relationship between knowledge and understanding Attitudes towards participation and organizational behavior toward participation and executive participation in strategic planning, health zone 12 and 4) to suggest ways to promote the participation of people. manage in the formulation of the strategic plan, the 12th health zone Population and samples used in the research There were 40 executives of the 12th health district, representing 89.0 percent. The researcher collected data using a questionnaire to collect data. The statistics used to analyze the data were descriptive statistics consisting of frequency, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics consisted of T-test and Pearson's correlation coefficient. The statistical significance was set at the 0.05 level.

The study found that

1. Personal factors of 40 executives, most of them were male. 65.0% over 51 years old. 65.0% graduated with a master's degree. 67.5% holding a position of the executives, almost half were deputy directors. 42.5 percent were directors of hospital centers/general hospitals. 22.5 percent were provincial physicians. and 7.5 percent was in position for less than 1 year. 52.5%, almost all executives have received training on strategic planning.

2. The executives have opinions about the knowledge and understanding of the overall strategic plan preparation were at a high level in all aspects, sorted from the highest to the lowest, namely vision setting; Assessment Planning and operation Attitudes towards participation in the preparation of strategic plans Overall, it was at a high level in all aspects. In descending order of averages: aspects that benefit the organization Benefits to subordinates and benefits to the results of work Organizational behavior towards participation in strategic plan preparation at a high level in every aspect In order of average from most to least, i.e. personal level organization level and group level Participation in the preparation of the strategic plan for the 12th health zone was at a high level in 3 aspects: Participation in the operation Participation in the evaluation and participation in decision-making at a moderate level, 1 aspect is participation in planning with an average of 3.34

3. Executives with gender, age, level of education Term of office and administrative positions Participation in making strategic plans was not different at the 0.05 level.

4. Knowledge and understanding of strategic planning There was a positive correlation with the executives' participation in the preparation of strategic plans for the 12th health zone at a statistical significance level of 0.05.

5. The attitude towards the participation and executive participation in the preparation of the strategic plan of the 12th health region had no relationship with the participation of administrators in the preparation of the strategic plan of the 12th health region at the 0.05 level.

6. The organizational behavior towards the participation and executive participation in the strategic plan preparation of the 12th health region had a positive correlation with the executive participation in the strategic plan preparation of the health area. The 12th was statistically significant at the 0.05 level.

suggestion

Guidelines for promoting executive participation in the preparation of strategic plans Health District 12 understanding should be created about the preparation of strategic plans for executives and subordinates who are involved in the preparation of strategic plans as well as pointing out the importance of participating in the preparation of strategic plans through organizing meetings, seminars, work manuals Informal meetings, communication, bottom-up. or public relations, etc.

Keywords : Participation, Eexecutive, Strategic Plan of Health Region 12

บทนำ

ในสถานการณ์ประเทศไทย 4.0 ในอดีตที่ผ่านมา ประเทศไทยมีโครงสร้างเศรษฐกิจที่เริ่มจากสังคมเกษตรกรรม หรือประเทศไทย 1.0 เน้นการสร้างรายได้จากการเกษตรเป็นหลัก ต่อมาจึงปรับเข้าสู่อุตสาหกรรมเบาหรือประเทศไทย 2.0 โดยมุ่งเน้นแรงงานราคาถูก ใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่มีในประเทศ สิ่งทอ อาหาร หลังจากนั้นก็ได้ปรับเปลี่ยนเข้าสู่ประเทศไทย 3.0 ที่ให้ความสำคัญกับอุตสาหกรรมรถยนต์ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ต้นทุนและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เพื่อเน้นการส่งออก ทำให้ประเทศไทย มีอัตราขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง สูงสุดที่ร้อยละ 7 – 8 ต่อปี แต่เมื่อถึงจุดหนึ่งอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศปรับลดลงมาอยู่ที่ร้อยละ 3 – 4 ต่อปี และทำให้ประเทศไทยติดอยู่ในกับดักประเทศรายได้ปานกลางมากกว่า 20 ปี จนมีการปรับเปลี่ยนอีกครั้ง เพื่อเข้าสู่ประเทศไทย 4.0 ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางเศรษฐกิจแบบเต็ม ที่ขับเคลื่อนด้วยอุตสาหกรรมไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยี เพื่อผลักดันให้ประเทศหลุดพ้นจากการเป็นประเทศรายได้ปานกลาง

จากการเปลี่ยนแปลงไปสู่การพัฒนาในมิติของเทคโนโลยี มิติของเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ในปัจจุบันเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง นโยบายของประเทศไทย ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามนโยบายของรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ โดยในปี 2573 คาดว่าประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด รวมทั้งการเข้าสู่การเชื่อมต่อการค้าและการลงทุน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพ โดยได้กำหนดการดำเนินการเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การปฏิรูประบบสุขภาพ

ระยะที่ 2 การสร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน และระยะที่ 4 ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3 ของเอเชีย เมื่อสิ้นสุดแผนในปี 2579 ภายใต้การพัฒนาความ เป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2) ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยได้กำหนดเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อองค์กร เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้องค์กรพัฒนาการดำเนินงานให้ทันกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม สามารถรับมือขอรับต่อความสำเร็จและความล้มเหลวได้ ทำให้เกิดการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ทางเลือกใหม่ ก่อให้เกิดการวางแผนที่ยั่งยืน แตกต่างจากการวางแผนทั่วไปเพื่อการแก้ปัญหา การป้องกันปัญหาและการพัฒนาผลผลิตขององค์กรเท่านั้น การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ยังเป็นการวางแผน เพื่อนำองค์กรไปสู่ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ ก้าวสู่วิสัยทัศน์ที่ต้องการในอนาคต และเพื่อเป็นกรอบแนวทางในการกำหนดรูปแบบการปฏิบัติให้บรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ รวมถึงสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

แผนยุทธศาสตร์เปรียบเสมือนเข็มทิศ ช่วยชี้ช่องทางในการดำเนินงานเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการขององค์กร โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ คือ กลุ่มผู้บริหาร เพราะผู้บริหารคือผู้ที่มีความรู้

หลายด้าน เป็นผู้ที่มิมีมุมมองกว้าง เป็นผู้มีอิทธิพลทางด้านความคิด รวมทั้งเป็นผู้ที่สามารถดึงศักยภาพทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจของผู้อื่นได้ ที่สำคัญคือเป็นผู้รู้ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สามารถเชื่อมโยงแนวทางการแก้ปัญหา แบบบูรณาการได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้การดำเนินงานยุทธศาสตร์สมบูรณ์แบบมากขึ้น เป็นแผนที่ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง และทำให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า แผนยุทธศาสตร์ที่ดีนั้นจะต้องถูกกำหนดขึ้นตามวิสัยทัศน์ขององค์กร อันเป็นผลผลิตทางความคิดร่วมกันของสมาชิกในองค์กรที่ได้ทำงานร่วมกันหรือจะไม่ได้ทำงานร่วมกัน โดยวิสัยทัศน์นี้ เป็นความเห็นพ้องต้องกันว่า เป็นจุดหมายปลายทางที่องค์กรมีความประสงค์จะไปให้ถึง และวิสัยทัศน์นี้มีการแปลงออกมาเป็นวัตถุประสงค์ (Objective) ที่เป็นรูปธรรม และสามารถวัดได้ ทั้งนี้องค์กรสามารถใช้แผนยุทธศาสตร์ เป็นกรอบในการประเมินผลงานประจำปีงบประมาณ ยิ่งไปกว่านั้น องค์กรยังสามารถใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีได้อีกด้วย

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดกรอบการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพในรูปแบบเขตสุขภาพ เพื่อให้แต่ละเขตสุขภาพ มีพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุม 4 - 8 จังหวัด โดยมีสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 เป็นหน่วยราชการส่วนกลางที่มีที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค มีฐานะเทียบเท่ากองในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทสำคัญ ในการเป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการเขตสุขภาพ คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ และเพื่อให้การดำเนินงานเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างยั่งยืน เป็นรูปธรรมและสร้างระบบบริหารจัดการที่มีเอกภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ ในรูปแบบเขตสุขภาพ เพื่อให้แต่ละเขตสุขภาพพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมทั่วทั้ง

ประเทศ ซึ่งเป็นองค์หลักในการดำเนินการพัฒนาการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพของคนไทยที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน และประสานผลักดันขับเคลื่อนงานที่เกี่ยวข้อง กับการยกระดับสุขภาพของประชาชนให้ส่งผลต่อสุขภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ซึ่งเขตสุขภาพมีบทบาทในการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค

เขตสุขภาพที่ 12 มีภารกิจหลักในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับเขตสุขภาพ ที่คำนึงถึงความสอดคล้องของนโยบายในทุกระดับ ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อพัฒนาการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุข ให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและครอบคลุม แผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพที่ 12 เน้นการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่ระดับปฏิบัติการเป็นกระบวนการสำคัญในการขับเคลื่อนให้วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์การพัฒนาของเขตสุขภาพบรรลุผลตามที่ตั้งไว้ ซึ่งได้กำหนดแนวทางการถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ ก่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง และมีการติดตามประเมินผลที่สะดวก รวดเร็ว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ แต่ในทางปฏิบัติการวางแผนยุทธศาสตร์ช่วงเวลา 2 ปี ที่ผ่านมาการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติระดับผู้บริหารเข้ามามีส่วนร่วมน้อย ทำให้ขาดผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญที่จะช่วยชี้แนะให้ข้อคิดและข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำแผน ส่งผลให้ข้อสรุปยุทธศาสตร์เขตสุขภาพมีความใกล้เคียงกับรูปแบบเดิม รวมถึงระยะเวลาการทำแผนน้อย มีงานซ้ำซ้อนขณะการทำแผนยุทธศาสตร์ และยังขาดการสื่อสาร การประกาศการใช้

แผนยุทธศาสตร์ ปี 2565 ไปสู่ผู้ปฏิบัติ จากการพัฒนาทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พจนีย์ จันท์ ศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของบุคลากรคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี พบว่า บุคลากรคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี มีความรู้ความเข้าใจด้านการวางแผนและด้านการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การวางแผนและการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ อาทิ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ เจตคติ และปัจจัยพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 จะมีประโยชน์ต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพที่ 12 หากผู้บริหารได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ให้คำแนะนำ ผู้ปฏิบัติและมีการสื่อสารที่ดี จะทำให้แผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพที่ 12 เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่สมบูรณ์แบบมากยิ่งขึ้น สามารถแก้ปัญหาและนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการมีส่วนร่วม พฤติกรรมในการปฏิบัติงานของผู้บริหาร และระดับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12

3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการมีส่วนร่วม พฤติกรรม ในการปฏิบัติงานของผู้บริหาร กับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12

4) เพื่อเสนอแนะแนวทาง ปัญหา และอุปสรรคในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12

สมมติฐานการวิจัย

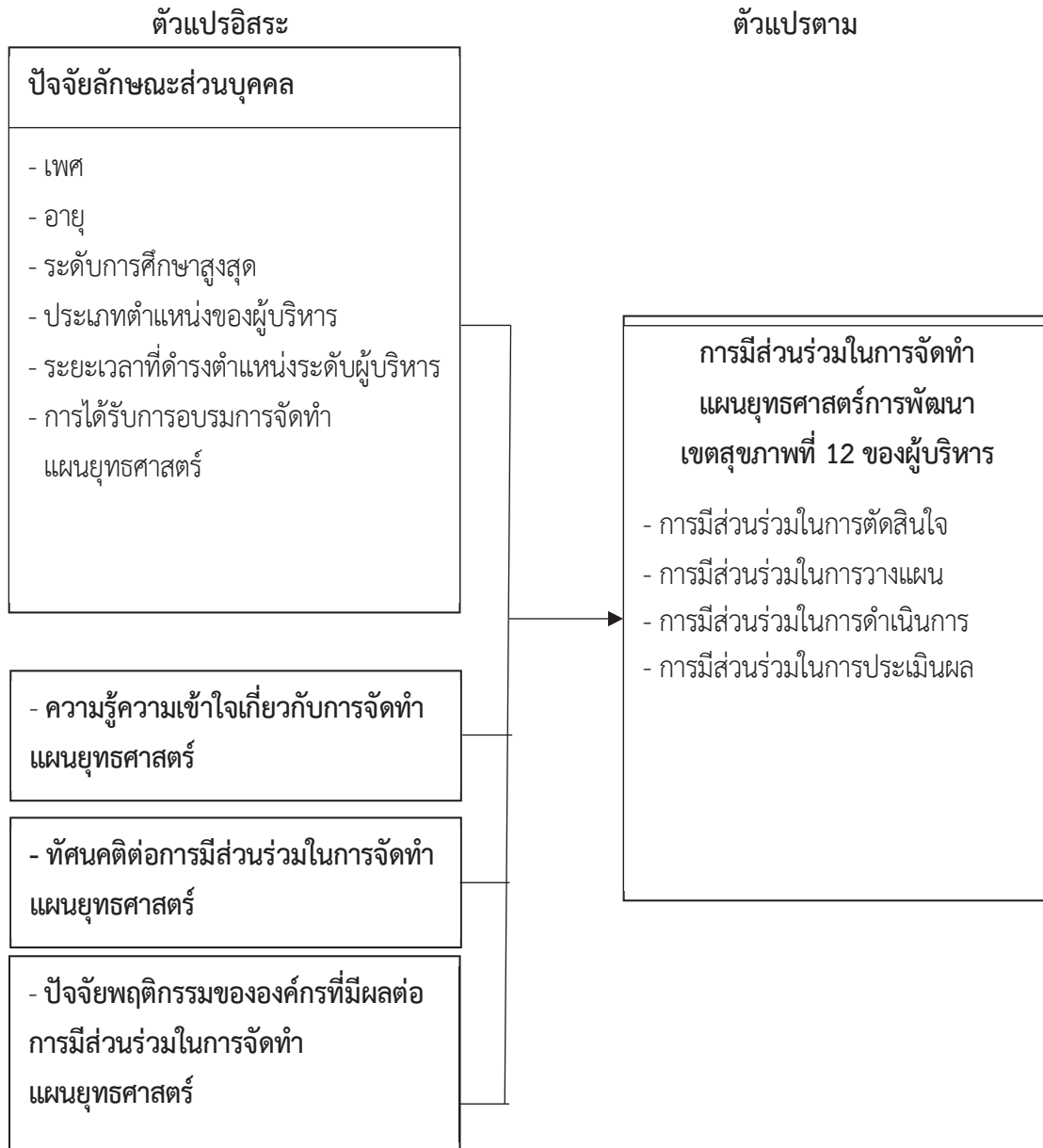
สมมติฐานที่ 1 เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งและตำแหน่งการบริหาร กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 ของผู้บริหารแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12

สมมติฐานที่ 3 ทักษะการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12

สมมติฐานที่ 4 พฤติกรรมขององค์กรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12

กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้บริหารของเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 45 คน ซึ่งผู้บริหารเป็นคณะในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาการวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้เป็นแบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเนื้อหาของแบบสอบถาม แบ่งเป็น 6 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้บริหาร เขตสุขภาพที่ 12 ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่งของ ผู้บริหาร ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง ระดับผู้บริหาร และการอบรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ ด้านการ วางแผน ด้านการดำเนินการและด้านการ ประเมินผล จำนวน 19 ข้อ

ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับทัศนคติ ต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ประกอบไปด้วย ด้านประโยชน์ที่มีต่อองค์กร ด้านประโยชน์ต่อผู้ใต้บังคับบัญชา และด้าน ประโยชน์ต่อผลลัพธ์ของงาน โดยข้อคำถามเป็น มาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ 5 หมายถึง “มากที่สุด” และ 1 หมายถึง “น้อยที่สุด” จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับปัจจัย พฤติกรรมขององค์กรที่มีต่อการมีส่วนร่วมของ ผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ ที่ 12 ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมมนุษย์ในระดับ บุคคล ด้านพฤติกรรมมนุษย์ ในระดับกลุ่มด้าน พฤติกรรมมนุษย์ในระดับองค์กร โดยข้อคำถาม เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ 5 หมายถึง

“มากที่สุด” และ 1 หมายถึง “น้อยที่สุด” จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วย ด้านการตัดสินใจ ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ และด้านการ ประเมินผล โดยข้อคำถามเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ 5 หมายถึง “มากที่สุด” และ 1 หมายถึง “น้อยที่สุด” 0 จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 6 ข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหาร ด้วยตนเอง ได้แบบสอบถามทั้งหมด 40 ชุด หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ของแบบสอบถาม และลงรหัสเพื่อสู่ขั้นตอนการ วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย เครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีการ ประมวลผลเป็นขั้นตอนสถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา หรือค่าสถิติพื้นฐาน (Descriptive Statistics) เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ผลการทดสอบสมมติฐาน

1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำ แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 ใช้สถิติ Independent sample t-test

2) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน ยุทธศาสตร์ และปัจจัยพฤติกรรมขององค์กรที่มีผล

ต่อการมี ส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์
กับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำ
แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 ใช้สถิติ
Pearson Product Moment Correlation

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้บริหาร จำนวน
40 คน พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 65.0 อายุ
มากกว่า 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.0 ส่วนมาก
จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 67.5
การดำรงตำแหน่งของผู้บริหารเกือบครึ่งหนึ่งเป็น

รองผู้อำนวยการ ร้อยละ 42.5 ระยะเวลาในการ
เป็นผู้บริหารมากกว่าครึ่งเป็นผู้บริหาร ไม่เกิน 1 ปี
ร้อยละ 52.5 ผู้บริหารเกือบทั้งหมดเคยได้รับการ
อบรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ร้อยละ 95.0
มากกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 39.0 และไม่เคยผ่าน
การอบรม ร้อยละ 5.0

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำ
แผนยุทธศาสตร์โดยรวม อยู่ในระดับมากทุกด้าน
ได้แก่ ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ ด้านการประเมินผล
ด้านการวางแผน และด้านการดำเนินการตามลำดับ
ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โดยรวม

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์	\bar{X}	SD	ระดับความรู้ความเข้าใจ
ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์	4.46	0.53	มาก
ด้านการวางแผน	4.08	0.61	มาก
ด้านการดำเนินการ	4.05	0.60	มาก
ด้านการประเมินผล	4.11	0.55	มาก
รวม	4.18	0.53	มาก

ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำ
แผนยุทธศาสตร์ โดยรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน
ได้แก่ ด้านที่มีประโยชน์ต่อองค์กร ด้านประโยชน์

ที่มีต่อผู้ใต้บังคับบัญชา และด้านประโยชน์ต่อ
ผลลัพธ์ของงาน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยรวม

ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์	\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
ด้านที่มีประโยชน์ต่อองค์กร	4.48	0.56	มาก
ด้านประโยชน์ที่มีต่อผู้ใต้บังคับบัญชา	4.18	0.56	มาก
ด้านประโยชน์ต่อผลลัพธ์ของงาน	4.04	0.40	มาก
รวม	4.24	0.40	มาก

พฤติกรรมขององค์กรที่มีต่อการมี
ส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โดยรวม
อยู่ในระดับมากทุกด้าน ได้แก่ ด้านระดับบุคคล

ด้านระดับ องค์กร และด้านระดับกลุ่ม ตามลำดับ
ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมขององค์กรที่มีต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โดยรวม

พฤติกรรมขององค์กรที่มีต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์	\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
ด้านระดับบุคคล	4.48	0.42	มาก
ด้านระดับกลุ่ม	4.00	0.47	มาก
ด้านระดับองค์กร	4.46	0.44	มาก
รวม	4.31	0.35	มาก

การมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 โดยรวม อยู่ในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

และ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12

การมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12	\bar{X}	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
ด้านการตัดสินใจ	3.50	1.06	มาก
ด้านการวางแผน	3.34	1.02	ปานกลาง
ด้านการดำเนินการ	3.77	0.83	มาก
ด้านการประเมินผล	3.73	0.88	มาก
รวม	3.58	0.86	มาก

ผลการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งและตำแหน่งการบริหาร

กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 ไม่แตกต่างกัน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

	ตัวแปร	จำนวน	\bar{X}	SD	t	Sig.
เพศ	ชาย	26	3.77	0.73	1.995	0.53
	หญิง	14	3.22	0.99		
อายุ	ไม่เกิน 50 ปี	14	3.51	0.90	.357	.723
	51 ปีขึ้นไป	26	3.62	0.85		
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	11	3.43	0.96	.693	.493
	ปริญญาโทขึ้นไป	29	3.64	0.83		
ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง	ไม่เกิน 1 ปี	21	3.52	0.72	.476	.637
	2 ปีขึ้นไป	19	3.65	1.01		
ตำแหน่งการบริหาร	ผู้บริหาร	23	3.53	0.90	.393	.696
	รองผู้อำนวยการ	17	3.64	0.83		

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ พฤติกรรมขององค์กรที่มีต่อการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมและพฤติกรรมขององค์กรกับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12

ปัจจัย	การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาเขตสุขภาพที่ 12 ของผู้บริหาร	
	r	Sig.
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์	.347*	.028
ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์	.118	.469
พฤติกรรมขององค์กรที่มีต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์	.353*	.026

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.58 จากคะแนนเต็ม 5 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน อยู่ในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระดับปานกลาง 1 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน จากการศึกษาจะพบว่าผู้บริหารให้ความสำคัญในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพราะเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งสุขภาพ และสุขภาพจิต และพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ให้ครอบคลุม 7 จังหวัด ภาคใต้ตอนล่าง โดยมุ่งหวังในการกำหนดทิศทางในการดำเนินงาน เพื่อให้หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พงนิญ จันท์ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ของบุคลากรคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นคณะบริหารธุรกิจ ประกอบด้วย อาจารย์และเจ้าหน้าที่ จำนวน 154 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวม ผลการศึกษา พบว่าด้านการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการอยู่ในระดับมาก

ผู้บริหารที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งและตำแหน่งการบริหารที่ต่างกันมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนา เขตสุขภาพที่ 12 แตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ t-test พบว่า ผู้บริหารที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งและตำแหน่งการบริหารต่างกันมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ผู้บริหารทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งและตำแหน่งการบริหาร

ส่วนมาก ได้รับการอบรมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แล้วและมีความตระหนักต่อบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพที่ 12 ทำให้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวัฒน์ สิริพรวุฒิ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาเทศบาล ตำบลพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับประชาชนในเขตเทศบาล ตำบลพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 375 คน ผลการศึกษา พบว่าประชาชนที่มี เพศ วุฒิการศึกษา อายุ และอาชีพ ต่างกัน มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาเทศบาลโดยรวมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนติลักษณ์ ยกเทพ และยุภาพร ยุภาศ⁽¹²⁾ ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนา เทศบาลตำบลบ้านเตื่อ อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 364 คน พบว่า ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาเทศบาลตำบลบ้านเตื่อ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ที่มี เพศ อายุ อาชีพ และรายได้ ต่างกัน โดยรวม มีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน จารุวรรณ วิภาทานัง และ รังสฤษฏ์ สรรพอาษา⁽³⁾ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาคมในการจัดทำแผนพัฒนาสามปี ของเทศบาลตำบลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า การเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของประชาคมในการจัดทำแผนพัฒนาสามปี จำแนกตามตำแหน่ง และหมู่บ้าน ไม่แตกต่างกัน พระสกล ฐานธมโม (อินทร์คล้าย)⁽⁸⁾ ศึกษาการบริหารสถานศึกษาตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารสถานศึกษา ในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้บริหารและครูผู้สอนที่มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการบริหารสถานศึกษาตามหลักธรรมาภิบาล ของผู้บริหารสถานศึกษาไม่แตกต่างกัน

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และพฤติกรรมขององค์กรที่มีต่อการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และพฤติกรรมขององค์กรที่มีต่อการมีส่วนร่วม กับ การมีส่วนร่วมของผู้บริหาร ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และพฤติกรรมขององค์กร ที่มีต่อการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า ผู้บริหารได้รับการอบรมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีองค์ความรู้ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และมีพฤติกรรมขององค์กรที่มีต่อการมีส่วนร่วมเข้าร่วมในการทำแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พจนีย์ จันที ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของบุคลากรคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นคณะบริหารธุรกิจ ประกอบด้วย อาจารย์และเจ้าหน้าที่ จำนวน 154 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมผลการศึกษา พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงานและด้านการประเมินผล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ วจิณี จงจิตร์⁽¹¹⁾ ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ

เครือข่ายสุขภาพอำเภอ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทักษะคติต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กับ การมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 พบว่า ทักษะคติต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 12 ที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าทักษะคติเป็นเรื่องของความคิดเห็น ที่ผู้บริหารต่างมีแนวความคิดในการแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ไม่จำเป็นต้องเหมือนหรือสอดคล้องกันทุกเรื่อง รวมทั้ง ทักษะคติต่อการมีส่วนร่วม ประกอบด้วยประโยชน์ที่มีต่อองค์กร ประโยชน์ต่อผู้ใต้บังคับบัญชา และประโยชน์ต่อผลลัพธ์ของงานหลากหลาย ในกรอบความคิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรอำไพ มงคลจิระเดช⁽⁷⁾ ได้ศึกษา กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในแผนฟื้นฟูอนุรักษ์ป่าต้นน้ำลำธารและป่าชุมชน เขื่อนศรีนครินทร์ การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และปัญหาอุปสรรคตลอดจนแนวทางแก้ไขในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในแผนฟื้นฟูอนุรักษ์ป่า ต้นน้ำลำธารและป่าชุมชน ผลการศึกษา การติดตามประเมินผลปัญหาอุปสรรคในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ทักษะคติ ในการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนขาดความตระหนักในประโยชน์ของโครงการ ทักษะคติและรูปแบบการบริหารงานชุมชนสัมพันธ์และความรับผิดชอบต่อสังคมของ กฟภ.

ข้อเสนอแนะ

แนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12 ควรสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้กับผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชา ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ตลอดจนชี้ให้เห็นถึงความสำคัญการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ผ่านการจัดประชุม สัมมนา คู่มือการทำงาน การประชุมอย่างไม่เป็นทางการ การสื่อสาร จากล่างขึ้นบน หรือการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ยุทธินทร์การพิมพ์; 2554.
2. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก. 2560.
3. จารุวรรณ วิภาทานัง และรังสฤษฎ์ สรรพอาษา. การมีส่วนร่วมของประชาคมในการจัดทำแผนพัฒนาสามปี ของเทศบาลตำบลนาตุน อำเภอนาตุน จังหวัดมหาสารคาม. (วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม). 2557.
4. จิรัฐิติ ไทยศิริ. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. 2556; 13 (1): 123-134.
5. ณีฐฐา เกิดทรัพย์ วณิฎา ศิริวรสกุล และปฐมชนก ศิริพัชระ. การมีส่วนร่วมในกระบวนการแผนยุทธศาสตร์ ศึกษาเปรียบเทียบเทศบาลเมืองลาดสวายกับเทศบาลเมืองบึงยี่โถ. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2559; 11 (1): 40-52.
6. นภัทร์ พรหมแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเพชรบุรี. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
7. เพชรอำไพ มงคลจิระเดช. กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในแผนฟื้นฟูอนุรักษ์ป่าต้นน้ำลำธารและป่าชุมชน เขื่อนศรีนครินทร์ การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal 2557; 7 (1): 586-598.
8. พระสกล ฐานธมโม (อิทธิคล้าย). การบริหารสถานศึกษาตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารสถานศึกษา ในจังหวัดนครสวรรค์. (วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการบริหาร, การศึกษามหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 2556.
9. มณฑล จันทร์แจ่มใส. การมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอนนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์; 2554.

10. มณีนีรัตน์ ช่างไม้. คุณลักษณะส่วนบุคคลและสุนทรียทัศนคติของผู้นำที่มีต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
11. วจิณี จงจิตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุขภาพตำบลในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานการวิจัย. 2564.

ผลลัพธ์ทางคลินิกในการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของ ของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

The Clinical Outcomes for Glycemic Control in Diabetic Patients during the Prevention of Covid-19 Pandemic at Rong Kham Hospital Kalasin Province

รุจิเลขา บัวคำภู*

Ruchilekha Buakhamphu*

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปี 2564 โรงพยาบาลร่งคำ ได้มีโครงการส่งยาถึงบ้านในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วนตามความสมัครใจ เพื่อลดการแออัดและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตามนโยบาย “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” โดยเริ่มมีการจัดส่งยาที่บ้านโดยทีมหมอครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ซึ่งใน ปี 2564 มีการส่งยาถึงบ้านให้ผู้ป่วยตามวันนัดหมายรายละ 1 - 2 ครั้ง ซึ่งไม่ต้องมาพบแพทย์ประมาณ 3 - 6 เดือน

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่โรงพยาบาลในปี 2563 และช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่บ้านในปี 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ในการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C <7 %, FBS <130 มก./ดล., LDL<100 มก./ดล., eGFR \geq 90 ml/min/1.73 m² ใน ปี 2563 เท่ากับ 16%, 29.2%, 74.5% และ 44.9% ตามลำดับ และสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C <7 %, FBS <130 มก./ดล., LDL<100 มก./ดล., eGFR \geq 90 ml/min/1.73 m² ในปี 2564 เท่ากับ 8.9%, 37.4%, 65.8%, และ 39.1% ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกในการควบคุมเบาหวานระหว่างช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่โรงพยาบาลในปี 2563 และช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่บ้านในปี 2564 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C, LDL และ eGFR ระหว่างช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่โรงพยาบาลในปี 2563 และช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่บ้านในปี 2564 มีความแตกต่างกัน ($p = 0.291$, $p = 0.001$ และ $p = 0.008$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ระหว่างช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่โรงพยาบาลในปี 2563 และช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่บ้านในปี 2564 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($p = 0.579$) เป็นโอกาสพัฒนาระบบบริการส่งยาถึงบ้านลดความแออัดในโรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย ซึ่งควรติดตามการดูแลต่อในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ : เบาหวาน, ส่งยาถึงบ้าน, โควิด-19

Abstract

From the situation of the epidemic of Covid-19 in 2021, Rong Kham Hospital There has been a project to send medicines home to some chronic disease patients voluntarily. To reduce congestion and prevent the epidemic of Covid-19 according to the policy "Stay at home, stop germs, for the nation" It has started to be delivered at home by a team of family doctors. and home health volunteers from October 1, 2020. In 2021, medicines will be delivered to patients at home 1-2 times per appointment, which does not require a visit to the doctor for approximately 3-6 months.

Objective of this study was to compare the clinical outcomes in diabetic control of diabetic patients between the hospital admission in 2020 and the home treatment diabetic patients in 2021. Data were analyzed by descriptive and paired statistics. t-test in statistical analysis The level of significance was set at 0.05.

The results: The proportion of diabetic patients with HbA1C <7 %, FBS <130 mg/dL, LDL <100 mg/dL, eGFR ≥ 90 ml/min/1.73 m² in 2020 was 16 %, 29.2 %, 74.5 % and 44.9 %, respectively, and the proportion of diabetic patients with HbA1C <7 %, FBS <130 mg/dL, LDL <100 mg/dL, eGFR ≥ 90 ml. /min/1.73 m² in 2021 is 8.9 %, 37.4 %, 65.8 %, and 39.1 % respectively.

Comparing the mean clinical outcomes for diabetes control between the hospital admission in 2020 and the home admission in 2021, it was found that the mean HbA1C, LDL and eGFR levels between There was a difference between the time diabetic patients receiving medicine at the hospital in 2020 and the time when diabetic patients receiving medicine at home in 2021 ($p = 0.291$, $p = 0.001$ and $p = 0.008$, respectively). There was no significant difference in the pre-morning blood glucose (FBS) between the hospital admission of diabetic patients in 2020 and that of the diabetic patient receiving medication at home in 2021 ($p = 0.579$) is an opportunity to develop a home delivery system to reduce congestion in hospitals Reduce patient travel expenses Which should continue to follow up care in the future.

Keywords : Diabetes mellitus, Home drug delivery, COVID-19

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศปัจจุบัน พบว่า อัตราความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic retinopathy) การสูญเสียเท้าจากแผลเบาหวาน ฯลฯ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ประเทศชาติยังต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องการรักษาโรคเบาหวานมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีระดับใกล้เคียงคนปกติ รวมทั้งระดับไขมันในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มีร่วมอยู่ได้ตามกำหนดเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและในระยะยาวป้องกันไม่ให้เกิดการทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽¹⁾

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคน ในปี 2563 เป็น 422 ล้านคน ในปี 2557 โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและกำลังพัฒนา พบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอีกทั้งยังพบว่า ในปี 2559 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากเบาหวาน 1.5 ล้านคน และอีก 2.2 ล้านคน เสียชีวิตเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง⁽²⁾ สำหรับในประเทศไทย ปี 2562 มีประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมาจากวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง โรคอ้วน และอายุที่มากขึ้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและถูกรักษาเพียง ร้อยละ 35.6 หรือเพียง 2.6 ล้านคน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน

ในประเทศไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคน ภายในปี 2583 ซึ่งหากดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไตและการถูกตัดเท้าหรือขา⁽³⁾ จังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้ป่วยเบาหวานสะสมถึงปี 2564 จำนวน 61,922 ราย อัตราการควบคุมเบาหวานได้ดี (HbA1C<7%) ร้อยละ 23.90⁽⁴⁾

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นเชื้อไวรัสชนิดใหม่ในกลุ่มโคโรนา (Coronavirus) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศว่า COVID-19 ได้มีการระบาดและเป็นภาวะฉุกเฉินของโลก รวมถึงยังไม่มียารักษาที่เฉพาะเจาะจงซึ่งนี้สามารถติดต่อได้ในทุกกลุ่มอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (มากกว่า 80%) ไม่แสดงอาการ หรือมีอาการคล้ายไข้หวัดเพียงเล็กน้อย ซึ่งสามารถดูแลรักษาตามอาการ แต่อย่างไรก็ตามยังพบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง 15% และผู้ป่วยเข้าขั้นวิกฤตประมาณ 5% โดยมีคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเบาหวานการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การไม่ออกที่สาธารณะเกินความจำเป็น หลีกเลี่ยงการรวมตัวกันเป็นสิ่งที่สำคัญที่พึงปฏิบัติ⁽⁵⁾ ซึ่งสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางลดความแออัดในโรงพยาบาลเพื่อลดการแพร่กระจาย COVID-19 สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ กลุ่มควบคุมโรคได้ดี (Good Control) และกลุ่มควบคุมโรคได้พอใช้ (Moderate Control) ที่แพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติ พิจารณาให้ Refilled ยา ผู้ป่วยไม่ต้องมารอตรวจ และรับยาที่โรงพยาบาล ซึ่งแต่ละพื้นที่สามารถบริหารจัดการวิธีการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม เช่น จัดส่งยาที่บ้านโดยทีมหมอครอบครัวในพื้นที่

หรือ อสม. ประจำบ้าน แจ้งผู้ป่วยมารับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือจัดส่งยาทางไปรษณีย์ เป็นต้น⁽⁶⁾ โรงพยาบาลร่อนคำ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียง เป็นหน่วยบริการประจำและรับส่งต่อ ให้บริการตรวจรักษาโรคเรื้อรังทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิโดยแยกจากผู้ป่วยนอกทั่วไป ปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานในความดูแล จำนวน 1,158 ราย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C<7%) ร้อยละ 22.54 จำนวนผู้ที่มาตรวจที่คลินิกเบาหวานวันละ 60 - 80 ราย จัดระบบบริการโดยทีมสหวิชาชีพ โดยนัดรับการรักษาต่อเนื่อง ทุก 2 - 3 เดือน จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลร่อนคำ ได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีผู้ป่วยเบาหวานบางส่วนมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลร่อนคำ และบางส่วนรับการรักษาโดยการส่งยาถึงบ้านโดยทีมหมอครอบครัวในพื้นที่หรือนำส่งผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่งต่อให้ผู้ป่วยโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยได้มีการสอบถามความสนใจของผู้ป่วยในการรับยาที่บ้านตามมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้เริ่มมีการนำส่งยาผ่านทาง รพ.สต. โดยทีมหมอครอบครัว ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 โดยมีผู้ป่วยเบาหวาน เข้าร่วมโครงการส่งยาถึงบ้าน จำนวน 795 ราย ซึ่งบางรายรับยาต่อเนื่องที่บ้านตามวันนัดหมาย 1 - 2 ครั้ง (3 - 6 เดือน) กลับมาพบแพทย์และตรวจเลือดประจำปี เพื่อติดตามผลการรักษาในช่วงเดือนตุลาคม 2563 - มิถุนายน 2564

จากผลการดำเนินงานในช่วงปีที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียังไม่ผ่านเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข (เป้าหมาย $\geq 40\%$)⁽⁷⁾ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยในช่วง

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปี 2564 ดังนั้น ผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษา “ผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลร่อนคำ จังหวัดกาฬสินธุ์” เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มที่รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลร่อนคำ ระหว่างปี 2563 รับยาที่โรงพยาบาล กับปี 2564 ได้รับการส่งยาที่บ้าน

ขอบเขตการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลร่อนคำ ปี 2564 เปรียบเทียบกับปี 2563 จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาต่อเนื่อง โดยการนัดพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลร่อนคำ และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งยาถึงบ้านในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ปี 2564

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบ Retrospective cohort study โดยใช้ข้อมูลของระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C, FBS) ระดับไขมันในเลือด (LDL) และระดับการทำงานของไต (eGFR) จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxp) ของโรงพยาบาลร่อนคำ เปรียบเทียบระหว่างปี 2563 และปี 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ก. ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลร่อนคำ ปีงบประมาณ 2563 - 2564

ข. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลร่งคำและสามารถควบคุมการรักษาเบาหวานได้ในปี 2564 จำนวน 795 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง สุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling)

Inclusion criteria

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลร่งคำ ในปี 2563 และปี 2564
2. ผู้ป่วยสามารถควบคุมการรักษาเบาหวานได้

Exclusion criteria

1. ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจเข้าโครงการส่งยาถึงบ้าน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ต้องเข้ามารับการรักษาที่ รพ.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการศึกษาข้อมูลจากประวัติการรักษาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี 2563 และปี 2564 ที่โรงพยาบาลร่งคำ โดยใช้แบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) แบบฟอร์มเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประวัติของโรคประจำตัวอื่น
- 2) แบบฟอร์มเก็บข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าของโครงการวิจัย ประกอบด้วย
 1. ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C (mg%)
 2. ค่าระดับน้ำตาลก่อนกินอาหารเช้า FBS (mg/dL)
 3. ค่าระดับไขมันเลวในเลือดชนิด LDL (mg/dL) และ

4. ค่าการทำงานของไต eGFR (ml/min/1.73 m²)

แหล่งข้อมูล

ข้อมูลทุติยภูมิ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี 2563 และปี 2564 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP) โรงพยาบาลร่งคำ

การวัดผลการวิจัย (Outcome measurement)

ผู้วิจัยวัดค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด, ค่าระดับน้ำตาลก่อนกินอาหารเช้า, ค่าระดับไขมันเลวในเลือดชนิด LDL และค่าการทำงานของไต จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี 2563 และปี 2564 โดยใช้หน่วยในการวัดที่เป็นไปตามหลักสากล

เครื่องมือที่ใช้วัดความน่าเชื่อถือ คือ แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากการนำไปลงรหัส แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (version 22.0)

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

- 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ และประวัติของโรคประจำตัวอื่น นำเสนอคำร้อยละ และข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ค่าระดับน้ำตาลก่อนกินอาหารเช้า ค่าระดับไขมันเลวในเลือดชนิด LDL และค่าการทำงานของไต นำเสนอค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics) ผู้วิจัยใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลก่อนกินอาหารเช้า (FBS) ค่าเฉลี่ยของระดับ

ไขมันเลวในเลือดชนิด LDL และค่าเฉลี่ยของการทำงานของไต (eGFR) ของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับยาที่โรงพยาบาลในปี 2563 และผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเดียวกันที่รับยาที่บ้านในปี 2564 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัย ตามแบบฟอร์มเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็น

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้เฉพาะการศึกษาเท่านั้น การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมโดยไม่กระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC56/2565 ลงวันที่ 21 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	(n = 795)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	275	34.6
หญิง	520	65.4
อายุ		
<40 ปี	9	1.1
40 - 49 ปี	55	6.9
50 - 59 ปี	200	25.2
60 - 69 ปี	277	34.8
70 - 79 ปี	195	24.5
80 ปีขึ้นไป	59	7.4
Min - Max	26-95	
mean ± SD	64.4± 10.7	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1 - 5 ปี	160	20.1
6 - 10 ปี	232	29.2
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	403	50.7
mean ± SD (median (IQR))	11.13±6.51	
ประวัติโรคร่วม		
ไม่มี	254	31.9
มี	541	68.1

จากตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้องคำพบว่า ร้อยละ 65.4 เป็นเพศหญิง โดยอายุเฉลี่ยของการเกิดโรคเบาหวาน คือ 64.36 ± 10.68

ปี ระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ที่ 11.13 ± 6.51 และพบว่ามีประวัติโรคร่วมอื่นสูงถึง ร้อยละ 68.1

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกการควบคุมเบาหวานปี 2563 และปี 2564 ของกลุ่มตัวอย่าง

การควบคุมเบาหวาน	รับยาโรงพยาบาล		ส่งยาถึงบ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
HbA1C				
<7 %	127	16.0	71	8.9
7-<8 %	331	41.6	144	18.1
≥8 %	337	42.4	580	73.0
Min-Max	4.7-15		4.9-12.4	
FBS				
<130 %	232	29.2	297	37.4
≥130 %	563	70.8	498	62.6
Min-Max	51 - 490		56 - 543	
LDL				
<100 %	592	74.5	523	65.8
≥100 %	203	25.5	272	34.2
Min-Max	9.7 - 357.6		21.9 - 199.9	
eGFR (ml/min/1.73m ²)				
1 ≥90	357	44.9	311	39.1
2 60 - 89	278	35.0	290	36.5
3 30 - 59	160	20.1	194	24.4
4 15 - 29	0	0	0	0
5 ≤15	0	0	0	0
Min-Max	1 - 3		1 - 3	

จากตารางที่ 2 ผลการรวบรวมข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเบาหวานในปี 2563 และ 2564 พบว่า ในปี 2563 ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) <7%, 7 - <8% และ ≥8% คิดเป็น ร้อยละ 16, 41.6 และ 42.4 ตามลำดับ มีระดับน้ำตาล

ก่อนกินอาหารเช้า (FBS) <130% และ ≥130% คิดเป็นร้อยละ 29.2 และร้อยละ 70.8 ตามลำดับ มีระดับไขมันในเลือดชนิดเลว (LDL) <100% และ ≥100% คิดเป็นร้อยละ 74.5 และร้อยละ 25.5 ตามลำดับ และมีค่าการทำงานของไต (eGFR) ระยะ 1, 2 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 44.9, 35 และ

20.1 ตามลำดับ

ในปี 2564 ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) <7%, 7 - <8% และ ≥ 8% คิดเป็นร้อยละ 8.9, 18.1 และ 73 ตามลำดับ มีระดับน้ำตาลก่อนกินอาหารเช้า (FBS) <130% และ ≥130% คิดเป็นร้อยละ 37.4

และร้อยละ 62.6 ตามลำดับ มีระดับไขมันในเลือดชนิดเลว (LDL) <100% และ ≥100% คิดเป็นร้อยละ 34.3 และ ร้อยละ 65.7 ตามลำดับ และมีค่าการทำงานของไต (eGFR) ระยะ 1, 2, และ 3 คิดเป็นร้อยละ 39.1, 36.5 และ 24.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มที่รักษาที่โรงพยาบาลรณรงค์ และกลุ่มส่งยาที่บ้าน n=795

	Mean	SD	Mean Differences	95% CI		P-value
				Lower	Upper	
HbA _{1c}						
รับยาโรงพยาบาล	8.18	2.46	-.104	-.29	.08	0.291
ส่งยาถึงบ้าน	8.28	1.42				
FBS						
รับยาโรงพยาบาล	167.30	67.67	14.42	8.22	20.61	0.001
ส่งยาถึงบ้าน	152.88	56.81				
LDL						
รับยาโรงพยาบาล	98.09	35.68	.90	-2.28	4.08	0.579
ส่งยาถึงบ้าน	97.19	28.79				
eGFR (mL/min/1.73m ²)						
รับยาโรงพยาบาล	81.32	23.42	-3.16	-5.50	-.82	0.008
ส่งยาถึงบ้าน	84.49	22.76				

จากตารางที่ 3 เป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกในการควบคุมเบาหวานในช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานมารับยาที่โรงพยาบาล และในช่วงที่ผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่บ้าน โดยใช้ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลก่อนกินอาหารเช้า ค่าเฉลี่ยของระดับไขมันเลวในเลือด และค่าเฉลี่ยของการทำงานของไต โดยใช้สถิติ Paired t-test ในการวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) กลุ่มที่รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เท่ากับ 8.18±2.46 กลุ่มส่งถึงบ้าน เท่ากับ 8.28±1.42 โดยที่ผลต่าง Mean Differences เท่ากับ .10 มิลลิกรัม

เปอร์เซ็นต์ ซึ่งมีความแตกต่างกัน (P-value = 0.291) ค่าเฉลี่ยของ FBS กลุ่มที่รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เท่ากับ 167.30±67.67 กลุ่มส่งถึงบ้าน เท่ากับ 152.88± 56.81, Mean Differences เท่ากับ 14.42 ซึ่งมีความแตกต่างกันทางสถิติ (P-value = 0.001) ส่วนระดับไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (LDL) เฉลี่ยกลุ่มที่รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เท่ากับ 98.09±35.68 กลุ่มส่งถึงบ้าน เท่ากับ 97.19± 28.79, Mean Differences เท่ากับ 3.16 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (P-value =0.579) ค่าเฉลี่ยของ eGFR (mL/min/1.73m²) กลุ่มที่รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เท่ากับ 81.32±23.42 กลุ่มส่งถึงบ้าน

เท่ากับ 84.49 ± 22.76 , Mean Differences เท่ากับ $.09$ และมีความแตกต่างกันทางสถิติ (P -value = 0.008)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรณรงค์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.4) อายุที่เกิดโรคเฉลี่ย 64.36 ± 10.68 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 11.13 ± 6.51 พบมีประวัติโรคร่วมอื่น (ร้อยละ 68.1) และกลุ่มส่งยาถึงบ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.4) อายุที่เกิดโรคเฉลี่ย 11.13 ± 6.51 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 64.36 ± 10.68 พบมีประวัติโรคร่วมอื่น (ร้อยละ 68.1)

การควบคุมเบาหวาน ปี 2563 เป็นช่วงเวลาก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 และปี 2564 ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($HbA_{1C} < 7\%$ ลดลง (ปี 2563 เท่ากับ ร้อยละ 16 ปี 2564 เท่ากับ 8.9) แต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (เป้าหมาย $\geq 40\%$)⁽⁷⁾ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) < 130 มก/ดล. ปี 2563 เท่ากับ ร้อยละ 29.2 ในปี 2564 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.4 ส่วนระดับไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (LDL) < 100 มก/ดล. ปี 2563 เท่ากับ ร้อยละ 74.5 ปี 2564 ลดลง ร้อยละ 65.8 และค่าการทำงานของไต eGFR ($\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$) ปี 2563 ส่วนใหญ่อยู่ระยะ 1 (ค่า eGFR ≥ 90) ร้อยละ 44.9 ในปี 2564 ร้อยละ 39

เปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่มารักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลรณรงค์ และกลุ่มที่ส่งยาถึงบ้าน กลุ่มที่รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลรณรงค์ มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1C}) เฉลี่ย = 8.18 ± 2.46 กลุ่มส่งถึงบ้าน เท่ากับ 8.28 ± 1.42 โดยที่ผลต่าง Mean Differences เท่ากับ $-.10$ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (P -value = 0.291) ค่าเฉลี่ยของ FBS กลุ่มที่รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เท่ากับ 167.30 ± 67.67 กลุ่มส่งถึงบ้าน เท่ากับ 152.88 ± 56.81 , Mean Differences เท่ากับ 14.42 ซึ่งมีความแตกต่างกันทางสถิติ (P -value = 0.001) ส่วนระดับไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (LDL) เฉลี่ยกลุ่มที่รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เท่ากับ 98.09 ± 35.68 กลุ่มส่งถึงบ้าน เท่ากับ 97.19 ± 28.79 , Mean Differences เท่ากับ -3.16 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (P -value = 0.579) ค่าเฉลี่ยของ eGFR ($\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$) กลุ่มที่รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เท่ากับ 81.32 ± 23.42 กลุ่มส่งถึงบ้าน เท่ากับ 84.49 ± 22.76 , Mean Differences เท่ากับ $-.09$ และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (P -value = 0.008) สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ชัยหลาก และอรุณรัตน์ สู่หนองบัว⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชัยภูมิเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ เปรียบเทียบระหว่างปี 2562 และปี 2563 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 192 ราย รวมเป็น 384 ราย ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของ $HbA_{1C} = 7.96 \pm 1.59$ และ 7.92 ± 1.58 , FBS = 167.5 ± 51.6 และ 163.8 ± 48.1 , LDL = 97.0 ± 33.4 และ 105.2 ± 31.8 (P -value = $.590$, $.184$ และ < 0.001) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่รับยาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชัยภูมิและกลุ่มที่ส่งยาถึงบ้าน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ค่าเฉลี่ยของ $HbA_{1C} = 7.83 \pm 1.70$ และ 8.11 ± 1.58 , FBS = 163.9 ± 52.2 และ 163.6 ± 43.6 , LDL = 108.4 ± 32.1 และ 101.8 ± 31.3 (P -value = $.286$, $.948$ และ $.045$)

สำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังคงควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ($HbA_{1C} > 7\%$) อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องด้านการรับประทานอาหาร ไม่ควบคุมอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล มีกิจกรรมทางกายที่น้อยเนื่องจาก

ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ออกกำลังกายน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของสมหวัง ซ้อนงาม⁽⁹⁾ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผล HbA_{1c} >7% พบว่า ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญในการควบคุมอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล และรูปแบบการให้บริการที่โรงพยาบาล ร่องคำที่มีผู้รับบริการจำนวนมากในแต่ละวัน ทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลร่องคำ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเร่งรีบในการให้บริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย จึงมีเวลาจำกัดในการให้ความรู้ หรือคำแนะนำ การปฏิบัติตัวรายบุคคล อาจส่งผลในการวิเคราะห์ปัญหาและการเสริมพลังรายบุคคล และยังขาดการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วย (care plan) หรือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ระดับไขมันในเลือด (LDL) และระดับการทำงานของไต (eGFR) ปี 2563 และ ปี 2564 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เป็นโอกาสพัฒนาระบบบริการส่งยาถึงบ้านลดความแออัดในโรงพยาบาลในสถานการณ์โควิด-19, เจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวานมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มาที่โรงพยาบาลได้มากขึ้นในรายที่ควรต้องดูแลแบบรายกรณี เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย ซึ่งหาก FBS ลดลงในอนาคต อาจส่งผลให้การดูแลเบาหวานดีขึ้น จึงควรติดตามการดูแลต่อไป

สรุป

ผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ที่โรงพยาบาลร่องคำ ทั้งกลุ่มที่พบแพทย์ต่อเนื่องที่โรงพยาบาล และกลุ่มที่ส่งยาถึงบ้านมีผลการรักษาไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการส่งยาถึงบ้านจึงเป็นทางเลือกในการ

ให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสม ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีความคุ้มค่า คุ้มทุน ลดความแออัด และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนารูปแบบบริการส่งยาในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลและติดตามผลควบคุมในระยะยาวต่อไป

2. ควรพัฒนารูปแบบการให้บริการตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มควบคุมโรคได้ดี กลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง กลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี

3. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA_{1c} สูง เกินค่าเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ควรมีการจัดการรายกรณี การเยี่ยมบ้าน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาหาแนวทางร่วมกันในการลดระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

4. ควรติดตามผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี ให้ได้รับการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ทุกราย เพื่อติดตามผลการรักษาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาถม ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่อนุญาตให้ศึกษาวิจัย นายแพทย์ประธาน ศรีจุลฮาด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่องคำ หน่วยงานคลินิกโรคเรื้อรัง ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี และขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องที่รวบรวมข้อมูลและช่วยเหลือสนับสนุนด้วยดี

สุดท้าย ขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่านที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 6-35.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นสารธรรมรงค์วันเบาหวานโลกปี 2562. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1023820191114033719.pdf> [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2565]
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. ไทยป่วยเบาหวานพุ่งสูงต่อเนื่องแตะ 4.8 ล้านคน คาดถึง 5.3 ล้านคน ในปี 2583. แกลงข่าววันเบาหวานโลก 2562. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นจาก: <https://www.hfoc.org/content/2019/11/18031> [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2565]
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์: 2563.
5. สมาคมอาชีพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน (ส.อ.ป.). คู่มือการจัดการ COVID-19 สำหรับสถานประกอบกิจการ. ม.ป.ท. 2563. 1 - 43.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สู้โควิด-19 ไปด้วยกัน คู่มือดูแลตนเองสำหรับประชาชน. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นจาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/img/infographic/info_m_280463.pdf [เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2565]
7. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2563. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563. 43.
8. ปราณี ชัยหลาก และอรุณรัตน์ สู้หนองบัว. ผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณืป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชัยภูมิ ปี 2563. ชัยภูมิเวชสาร 2563; 41(1) (มิถุนายน 2564): 111-121.
9. สมหวัง ช้อนงาม และคณะ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผล HbA1C มากกว่า 7 ของอำเภอนิคมมะปรางจังหวัดพิษณุโลก. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก: 2556.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์ในยุค New Normal
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

Development and Evaluation of Nursing Practice Guidelines in the New Normal,
Outpatient Department Ban Phue Hospital Udonthani Province

จินตนา ศรีสร้างคอม¹, อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล²
Chintana Srisangkom¹, Amornrat Akkarasetsakul²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกในยุค New Normal ระดับความพึงพอใจผู้ใช้แนวปฏิบัติและผู้รับบริการฯ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 - สิงหาคม 2565 ประชากรกลุ่มที่ 1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านผือ 16 คน กลุ่มที่ 2 ผู้มารับบริการที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านผือ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) 280 คน ดำเนินการตามรูปแบบ PDCA 4 ขั้นตอน คือ 1) ชั่งวางแผน โดย Focus group 2) ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และผู้รับบริการ 3) ใช้แบบสอบถาม AGREE II 4) นำผลวิจัยไปพัฒนางาน วิเคราะห์ข้อมูลใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pair Sample T-test

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพแนวปฏิบัติรวมหมวดทั้ง 6 หมวดมีคะแนนมากกว่า 50% มีหมวดที่มีค่าความเป็นไปได้มากที่สุด คือ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ (74%) หมวดที่มีค่าน้อยที่สุด คือ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (68%) ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.1, S.D. = 0.5$) ความพึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ความพึงพอใจผู้รับบริการที่ได้รับบริการจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.0, S.D. = 0.8$)

ข้อเสนอแนะ เป็นแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติในแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาล บุคลากรมีแนวปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน มุ่งสู่การพัฒนาการบริหารที่เป็นเลิศต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนา, การประเมิน, แนวปฏิบัติ New Normal

¹โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

Abstract

This Developmental research aimed to assess the development and evaluation of using clinical practice guideline CPG, satisfaction of nurse and patients, between July 2021-August 2022, the first population group, nurses working at the outpatient building. Ban Phue Hospital, 16 people. The population and sample comprise 2 group, the first group was the 16 nurse in OPD Banphue hospital who used this CPG to test it effectiveness. The second group was patient who use the outpatient department, 280 people were stratified random sampling, following the PDCA Model in 4 steps: 1) planning stage by Focus group 2) questioning the satisfaction of nurses who use the guideline. 3) The AGREE II questionnaire was used to assess the quality of research and evaluation guidelines. 4) research results to work development. Data were analyzed by frequency, percentage and Pair Sample T-test.

The results showed that content of develop CPG compose 6 Domain, 6 Domain had a score of more than 50%. The Domain with the highest was Domain 5 Applicability (74%), and the Domain with the least was Domain 1 Scope and Purpose (68%). The satisfaction assessment results of nurses were at a high level ($\bar{X} = 4.1$, S.D. = 0.5). The satisfaction after using the CPG more than before using the guideline was significantly ($p < .05$). The patients who received services from nurses who used the CPG were at a high level ($\bar{X} = 4.0$, S.D. = 0.8).

Conclusion ; Can be used as guidelines for the development of practice guidelines in other departments in the Banphue hospital in order to improve the quality of patient services, have the manual practice guidelines follow to standardized nursing practice for effective of nursing care.

Keyword : development, evaluation, clinical practice guideline New Normal

บทนำ

สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์⁽¹⁾ ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยงานบริการจนออกจากหน่วยบริการ ประกอบด้วย 9 มาตรฐาน ดังนี้ (1) การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา เช่น การตรวจคัดกรอง การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ใช้บริการต่อเนื่อง (2) การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา ดูแลและเฝ้าระวังให้กระบวนการรักษาของแพทย์เป็นไปอย่างสะดวก ปลอดภัย รวดเร็ว (3) การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา ดูแลประสานการส่งต่อ ให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการสุขภาพตามแนวทางการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง (4) การดูแลต่อเนื่อง ดูแลผู้ใช้บริการ ในการตรวจรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานหรือแนวทางการส่งต่อ (5) การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยมุ่งเน้นการป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น (6) การคุ้มครองภาวะสุขภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง (7) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ ให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใช้บริการ (8) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขต (9) การบันทึกทางการพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมงาน

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)⁽²⁾ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านผือ ตระหนักถึงความปลอดภัยของทั้งประชาชนผู้มารับบริการ และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ (2P Safety) จึงได้จัดทำ “แนวทางปฏิบัติการปรับรูปแบบการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก (OPD) ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19” ใน

รูปแบบของ Flow chart เมื่อเดือน มีนาคม 2563 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังมีปัญหาอุปสรรคในขั้นตอนการปฏิบัติงาน เช่น ขั้นตอนการคัดกรอง พบว่า มีการคัดกรองผิดพลาด เช่น ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงในโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผ่านเข้ามาตรวจในตึกผู้ป่วยนอกปนกับผู้รับบริการคนอื่น หลักการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การแยกผู้รับบริการตามระดับความเสี่ยงขณะตรวจที่แผนกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection (ARI clinic)) โดยยังไม่มีป้ายระบุที่ชัดเจน ขั้นตอนการประสานส่งต่อ เช่น ไม่มีแนวทางปฏิบัติระหว่างหน่วยงานในและนอกเวลาราชการที่ชัดเจนในเรื่องระบบบริการการประสานงานกับทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) เรื่องการส่งรายชื่อผู้ป่วยเสี่ยงสูงมาเก็บส่งตรวจของโรคโควิด-19 โดยนำไม้พันสำลีสอดเข้าไปในจมูกเพื่อเก็บสารคัดหลั่งจากหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal swab) การเจาะเลือดคนไข้โควิดก่อนรับเข้านอนโรงพยาบาล (admitted) การลดระยะการรอคอยในขั้นตอนรอผลแลป การรอขึ้นนอนบนตึก การเฝ้าระวังความปลอดภัยในการอาบน้ำหลังใส่ชุด PPE (Personal Protective Equipment) ซึ่งไม่มีห้องอาบน้ำสำหรับเจ้าหน้าที่แผนกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ARI clinic) โดยเฉพาะ นอกจากนี้การจัดทำแนวปฏิบัติที่ผ่านมาบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติยังมีน้อย คิดเป็น 58.6% และอยากให้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติคิดเป็น 79.3%⁽²⁾

จากปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญและจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลยุค New Normal แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ให้เป็นไปในทางเดียวกัน เพื่อจัดการปัญหาการ

ให้บริการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีระบบ จัดลำดับ
ขั้นตอน ในการจัดการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
ลดข้อผิดพลาดต่างๆ ดังนั้น การพัฒนา
แนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์พยาบาลยุค
New Normal แผนกผู้ป่วยนอก ให้เหมาะสมกับ
บริบทของโรงพยาบาลบ้านฝ้อ จะช่วยลด
ข้อผิดพลาด ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และเป็น
การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก
ให้มีประสิทธิภาพ และพยาบาลทุกคนสามารถ
ปฏิบัติการพยาบาลยุค New Normal แผนก
ผู้ป่วยนอกในแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการ
ทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal
โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี
- 2) เพื่อประเมินประสิทธิภาพแนวปฏิบัติ
การบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค
New Normal โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัด
อุดรธานี
- 3) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจ
แนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอก
ในยุค New Normal ของพยาบาล โรงพยาบาล
บ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาจาก
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มคือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 1
เพื่อใช้แบบประเมินและพัฒนาแนวปฏิบัติการ
บริการทางการแพทย์พยาบาลยุค New Normal แผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี
คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยนอก ระหว่าง
เดือนกรกฎาคม 2564 - สิงหาคม 2565 จำนวน
16 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 2 เพื่อ
ประเมินผลความพึงพอใจหลังได้รับการบริการ

จากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์
พยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal
ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้มารับ
บริการอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก
ทางศัลยกรรม อายุรกรรม และนรีเวช โรงพยาบาล
บ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 จากประชากรศึกษา
4,631 คน/เดือน ข้อมูลจากเวชสถิติ⁽³⁾

วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 1 ศึกษา
จากประชากรทั้งหมด

2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 2 คำนวณ
กลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด โดยใช้
โปรแกรม G*Power ที่สร้างพัฒนามาจากสูตร
ของ Cohen 1997^(4,5) จากประชากรทั้งหมด
4,631 คน โดยกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) =
0.24 ความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนใน
การทดสอบประเภทที่หนึ่ง (α err prob) = 0.05
อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) = 0.95 ได้จำนวน
กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม มีจำนวนทั้งหมด 279 คน
เพื่อสะดวกในการคำนวณคณะผู้วิจัยจึงเพิ่ม
จำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 1 คน รวมเป็น 280 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง
แบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จาก
ผู้ใช้บริการโรงพยาบาลบ้านฝ้อ โดยมีขั้นตอนการสุ่ม
ดังนี้

ขั้นที่ 1 คัดเลือกผู้ป่วยในแต่ละ
แผนกตามเกณฑ์

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างจากด้านการ
รักษาพยาบาลจำแนกตามประเภทที่มารับบริการ

ขั้นที่ 3 สุ่มผู้มารับบริการใน วันเวลา
ราชการ (วันจันทร์-ศุกร์) จนครบจำนวน
กลุ่มตัวอย่าง 280 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน
ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล โดยสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และประวัติการอบรมเฉพาะทาง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติการบริการพยาบาล โดยใช้ AGREE II^(6,7) เครื่องมือ AGREE II ซึ่งประกอบด้วย จำนวน 23 ข้อ แบ่งตามหมวดหมู่รวม 6 หมวด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการ

ผลการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 อายุ 26 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.0 และกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.8

สรุปผลจากการประชุม Focus group พบว่า

1) ความครอบคลุมตามแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านผือ ช่วยให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามขั้นตอนการให้บริการเพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการให้บริการ

2) ผลการประเมินคุณภาพ พัฒนาขั้นตอนให้ชัดเจนขึ้น ทำบัตรสี และระบุชื่อสถานที่ที่ต้องไปทำหัตถการ เพิ่มขนาดตัวอักษรแนวปฏิบัติ

3) กำหนดผู้รับผิดชอบให้สอดคล้องกับปัจจุบัน

4) พัฒนาเครื่องมือชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (key performance indicator) มาใช้ คือ แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

5) นำผลสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมาปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการ

แนวปฏิบัติที่ได้จากการวิจัย

ผู้วิจัยขอแนะนำเสนอแนวปฏิบัติบางส่วน 5 กระบวนงานหลัก และภาพที่ 1 และภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการให้บริการรายละเอียดสามารถขอดูกับผู้วิจัยได้

แนวปฏิบัติระบบงานบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 10 กระบวนหลัก ผู้วิจัยขอแนะนำเสนอ 5 กระบวนงานหลัก คือ

1) จุดคัดกรอง (ระยะเวลา 5 นาที) - ผู้รับผิดชอบ ผู้ช่วยเหลือคนไข้/พยาบาลวิชาชีพ

หน้าที่ความรับผิดชอบตรวจสอบเพื่อระบุตัวตน โดยใช้บัตรประชาชน/Passport/สูจิบัตร, คัดแยกอาการและส่งตรวจตามอาการ OPD ER

ระบบติดตามประเมินผลระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับบริการ, อัตราการคัดกรองผิดพลาด

2) งานบริการพยาบาลก่อนพบแพทย์ (ระยะเวลา 10 นาที) ผู้รับผิดชอบ ผู้ช่วยเหลือคนไข้/พยาบาลวิชาชีพ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ชั่งน้ำหนัก, วัดสัญญาณชีพ, ประเมินอาการตามความเร่งด่วน, ตรวจสอบความพร้อมของเอกสารก่อนเข้าพบแพทย์, ลงบันทึกสัญญาณชีพ-น้ำหนัก ส่วนสูง-อาการสำคัญ-ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต-การผ่าตัด-ความเสี่ยงการแพ้ยา-ประวัติการใช้สารเสพติด และจัดลำดับคิวผู้ป่วยเข้าพบแพทย์

ระบบติดตามประเมินผลระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับบริการ, ระยะเวลารอคอยก่อนพบแพทย์

3) งานบริการตรวจรักษาและ
ประเมินอาการ ผู้รับผิดชอบ แพทย์, ผู้ช่วยเหลือ
คนไข้ และพยาบาลวิชาชีพ

หน้าที่ ความรับผิดชอบ
การตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค

4) งานบริการพยาบาลหลังพบ
แพทย์ (ระยะเวลา 10 ถึง 30 นาที) ผู้รับผิดชอบ
พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้

หน้าที่ ความรับผิดชอบ
ตรวจสอบคำสั่งการรักษา ลงบันทึกการวินิจฉัยให้
คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การนัดครั้งต่อไป ให้
คำแนะนำในการทำหัตถการ (ถ้ามี) การนัดครั้ง
ต่อไป

5) ส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้อง
ปฏิบัติการงานชั้นสูตรโรค (ระยะเวลา 60 นาที)

ผู้รับผิดชอบ นักเทคนิค
การแพทย์, เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์, เจ้าหน้าที่งาน
วิทยาศาสตร์การแพทย์

หน้าที่ ความรับผิดชอบ
รับคำร้องเจาะเลือด, เจาะเลือดและนำส่ง
ส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ทำการตรวจ
วิเคราะห์ และรายงานผลทางระบบสารสนเทศ
โรงพยาบาล

ระบบติดตามประเมินผล
อัตราการวัดผลและรายงานคลาดเคลื่อน และ
ระยะเวลา รอคอย



ภาพที่ 1 ภาพแสดงแนวปฏิบัติการใช้บัตรสีแสดงขั้นตอนการไปรับบริการ

ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ

ตารางที่ 1 ร้อยละความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝ้อ รายหมวด (n = 16)

ด้านที่	รายการ	%
1	หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	68
2	หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	70
3	หมวดที่ 3 หมวดความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	69
4	หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	71
5	หมวดที่ 5 การนำไปใช้	74
6	หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	72

ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ การบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝ้อ รายนหมวด พบว่า ทั้ง 6 หมวด มีคะแนนมากกว่า 50% มีความเป็นไปได้ในการใช้

แนวปฏิบัตินี้ หมวดที่มีค่าความเป็นไปได้มากที่สุด คือ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ คิดเป็นร้อยละ 74 รองลงมา คือ หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของ บรรณาธิการ ส่วนหมวดที่มีค่าน้อยที่สุด คือ หมวด ที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ คิดเป็นร้อยละ 68

ผลการประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของการพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล บ้านฝ้อ (n=16)

หัวข้อประเมิน	\bar{X}	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านคุณภาพ	3.9	0.3	มาก
2. ด้านความสะดวกในการปฏิบัติ	4.0	0.6	มาก
3 ด้านผลลัพธ์ที่ดีและความปลอดภัย	4.2	0.5	มาก
4. ด้านความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อหน่วยงาน	4.1	0.6	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.1	0.5	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า พยาบาลมีผู้ใช้
แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมาก มีความ
พึงพอใจมากที่สุดที่ในข้อ 3 ด้านผลลัพธ์ที่ดีและ
ความปลอดภัย ($\bar{x} = 4.2, S.D. = 0.5$) รองลงมา คือ
ข้อ 4. ด้านความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อหน่วยงาน

($\bar{x} = 4.1, S.D. = 0.6$) ความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ย
น้อยที่สุด คือ ข้อ 1. ด้านคุณภาพ มีค่า ($\bar{x} =$
3.9, S.D. = 0.3) ความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ใน
ระดับมาก มีค่า ($\bar{x} = 4.1, S.D. = 0.5$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ
ของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal

หัวข้อประเมิน	ก่อนใช้			หลังใช้			t	p
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
1. ด้านคุณภาพ	3.3	0.4	มาก	3.9	0.3	มาก	-5.74	.00*
2. ด้านความสะดวกในการปฏิบัติ	3.3	0.4	มาก	4.0	0.6	มาก	-4.39	.00*
3. ด้านผลลัพธ์ที่ดีและความปลอดภัย	3.6	0.6	มาก	4.2	0.5	มาก	-2.82	.01*
4. ด้านความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อหน่วยงาน	3.4	0.6	มาก	4.1	0.6	มาก	-3.10	.01*
รวม	3.4	0.5	มาก	4.1	0.4	มาก	5.15	.00*

*p<.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึง
พอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติบริการ
ทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal
มีความพึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติมากกว่าก่อนใช้
แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่
ได้รับบริการจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
คิดเป็นร้อยละ 55.7 อายุ 46 - 55 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 20.0 และกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด 18 ปี
อายุมากที่สุด 87 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 48 ปี ระดับ
การศึกษาส่วนใหญ่ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
คิดเป็นร้อยละ 72.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ
เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 35.4 ส่วนใหญ่ไม่มีโรค
ประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 44.2

ผลการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการที่ได้รับบริการจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจผู้รับบริการที่ได้รับบริการจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

หัวข้อประเมิน	\bar{X}	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนให้บริการ	4.0	0.8	มาก
2. ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ	4.0	0.8	มาก
3. ด้านการให้ข้อมูลสิ่งอำนวยความสะดวก	3.9	0.9	มาก
4. ด้านคุณภาพของการให้บริการ	4.0	0.8	มาก
5. ความพึงพอใจโดยรวม	4.2	0.9	มาก
รวม	4.0	0.8	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้รับบริการที่ได้รับบริการจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมาก มีความพึงพอใจค่าเฉลี่ยมากที่สุด ในข้อ 5 ความพึงพอใจโดยรวม ($\bar{X} = 4.2$, S.D. = 0.9) ความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อ 3. ด้านการให้ข้อมูลสิ่งอำนวยความสะดวก มีค่า ($\bar{X} = 3.9$, S.D. = 0.9) ความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก มีค่า ($\bar{X} = 4.0$, S.D. = 0.8)

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านฝ้อ และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝ้อ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

จากวัตถุประสงค์ข้อ 1 ผลการวิจัยจากการประชุม Focus group พบว่า 1) ความครอบคลุมตามแนวปฏิบัติบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal ของ

ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝ้อ ช่วยให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามขั้นตอนการให้บริการเพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการให้บริการ 2) ผลการประเมินคุณภาพ พัฒนาขั้นตอนให้ชัดเจนขึ้น ทำบัตรสีและระบุชื่อสถานที่ที่ต้องไปทำหัตถการ เพิ่มขนาดตัวอักษรแนวปฏิบัติ 3) กำหนดผู้รับผิดชอบให้สอดคล้องกับปัจจุบัน 4) พัฒนาเครื่องมือชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (key performance indicator) มาใช้ คือ แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล 5) นำผลสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมาปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการ ผลวิจัยนี้เนื่องจากเป็นความเฉพาะของพื้นที่ ผู้วิจัยได้นำเข้าคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อประกาศใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้เห็นว่ากระบวนการการมีส่วนร่วมในการพัฒนา สอดคล้องกับกัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์ บัวผัน^๑ อธิบายว่าองค์กรจึงควรให้การสนับสนุนบุคลากรทุกคน ทุกวิชาชีพ ร่วมรับผิดชอบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโดยจัดสรรเวลาในการดำเนินงานตามภารกิจงานประจำและงานพัฒนาคุณภาพพร้อมกันอย่างเหมาะสม เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์

แก่บุคลากร เพื่อเป็นการเปิดมุมมองใหม่ๆ และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งภายในและภายนอก หน่วยงาน เปิดเวทีนำเสนอผลการดำเนินงานหรือ ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานพัฒนา คุณภาพ มีการประกวดผลงาน การยกย่องชมเชย เพื่อให้เกิดการยอมรับนับถือ เกิดความภาคภูมิใจ ในตนเอง และภาคภูมิใจในผลสำเร็จในการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน มากขึ้น เมื่อบุคคลมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่ เริ่มต้นแล้วจะไม่ค่อยเกิดการต่อต้าน รวมทั้งช่วยลดความขัดแย้ง ทำให้บุคคลได้ร่วมกันพิจารณา แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงาน รู้สึกพึงพอใจ ในผลงานและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความมุ่งมั่นในการสร้างความสำเร็จให้กับ องค์กรเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและผูกพันกับ องค์กรเพื่อนำไปสู่เป้าหมายขององค์กร และสามารถบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ มาวเดย์ และคณะ⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่าลักษณะ องค์กร (Organizational characteristics) ที่ มี การกระจายอำนาจให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการ บริหารงาน ตัดสินใจ การแก้ปัญหาาร่วมกัน ทำงาน เพื่อเป้าหมายขององค์กร จะมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันในองค์กร ซึ่งถ้า ผู้บริหารในองค์กรมีลักษณะการทำงานที่เปิด โอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และควบคุม การปฏิบัติงานด้วยตัวเอง เรียกว่าเป็นการบริหาร แบบมีส่วนร่วม⁽¹⁰⁾ ซึ่งการบริหารแบบนี้จะเปิด โอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายขององค์กร ส่งเสริมให้มีความสามัคคี มุ่งสู่วัตถุประสงค์ เดียวกัน บุคลากรต่างต้องพึ่งพาอาศัยกันในการ ทำงาน ท่วมเท มุ่งมั่นที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมาย เกิดความพึงพอใจในการทำงาน เกิดความกระตือรือร้น

และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและเกิดความยึดมั่น ผูกพันต่อองค์กรในที่สุด

วัตถุประสงค์ข้อ 2 ผลการวิจัย พบว่า ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการ พยาบาลไปใช้ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพทาง คลินิก Agree II^(6,7) หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล บ้านผือ พบว่า ความเป็นไปได้ทั้งหมดทั้ง 6 หมวด มีคะแนนมากกว่า 50% มีความเป็นไปได้ ในการใช้แนวปฏิบัตินี้ หมวดที่มีค่าความเป็นไปได้ มากที่สุด คือ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ คิดเป็น ร้อยละ 74 รองลงมา คือ หมวดที่ 6 ความเป็น อิสระของบรรณาธิการ ส่วนหมวดที่มีค่าน้อยที่สุด คือ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ คิดเป็น ร้อยละ 68 จากคู่มือ AGREE II^(6,7) การแปลความหมาย คะแนนของแต่ละหมวดถึงแม้ว่าคะแนนของแต่ละ หมวดจะมีประโยชน์เพื่อการเปรียบเทียบแนวทาง ปฏิบัติ และจะให้ข้อมูลได้ว่าควรแนะนำให้ใช้งาน แนวทางปฏิบัติหรือไม่ ทั้งนี้ สมาคมไม่ได้กำหนด คะแนนต่ำสุดของแต่ละหมวด หรือรูปแบบคะแนน ของแต่ละหมวดเพื่อแยกความแตกต่างระหว่าง แนวทางปฏิบัติที่มีคุณภาพสูงและต่ำ ในการ นำไปใช้ผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีความเหมาะสมกับ หน่วยงานแต่อาจจะต้องปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่กล่าวไว้แล้ว

วัตถุประสงค์ข้อ 3 ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลมีผู้ใช้แนวปฏิบัติที่มีความพึงพอใจ ในระดับมาก มีความพึงพอใจมากที่สุดในข้อ 3 ด้าน ผลลัพธ์ที่ดีและความปลอดภัย ($\bar{X} = 4.2, S.D. = 0.5$) อธิบายได้ว่า องค์กรประกอบต่างๆ ที่ทำให้เกิด ความพึงพอใจในการทำงานและที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงานและที่จะ ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน นั้นต้องประกอบด้วย ปัจจัยที่มีผลให้บุคคล ปฏิบัติงานอย่างเต็มความรู้ความสามารถและใช้ ความพยายามอย่างเต็มที่ อธิบายจากทฤษฎีสอง ปัจจัยของเฮอริชเบอร์ค และคณะ⁽¹¹⁾ นอกจากนี้

ปัจจัยเป็นตัวจูงใจ (motivator factor) ที่เป็นตัวกระตุ้น คือ ความสำเร็จของงาน (achievement) และสอดคล้องกับทฤษฎีของ Herzberg และคณะ⁽¹²⁾ กล่าวถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่มีผลต่อความพึงพอใจจะต้องประกอบด้วย ความมั่นคงปลอดภัย บุคคลมีความมั่นคงในการทำงาน การได้ทำงานตามหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถ การได้รับความเป็นธรรมจากผู้บริหาร ลักษณะของการทำงาน การได้งานที่ตรงตามความรู้ ความสามารถ และความถนัด จะทำให้เกิดความพึงพอใจที่จะทำงานนั้น สภาพการทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมของสถานที่ปฏิบัติงาน มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal มีความพึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติมากกว่าก่อนใช้ แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ อธิบายได้ว่าสภาพการทำงาน ได้แก่สภาพแวดล้อมของสถานที่ปฏิบัติงาน มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร ลักษณะของงานทำ การได้งานทำที่ตรงตามความรู้ ความสามารถ และความถนัด จะทำให้เกิดความพึงพอใจที่จะทำงานนั้น⁽¹²⁾

จากวัตถุประสงค์ข้อ 4 ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการที่ได้รับบริการจากพยาบาล ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมาก มีความพึงพอใจค่าเฉลี่ยมากที่สุด ในข้อ 5 ความพึงพอใจโดยรวม ($\bar{X} = 4.2, S.D. = 0.9$) ความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 3. ด้านการให้ข้อมูลสิ่งอำนวยความสะดวกมีค่า ($\bar{X} = 3.9, S.D. = 0.9$) ความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมากมีค่า ($\bar{X} = 4.0, S.D. = 0.8$) อธิบายได้ว่าความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 3. ด้านการให้ข้อมูลสิ่งอำนวยความสะดวก ผู้ป่วยให้ความเห็นเกี่ยวกับห้องน้ำ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า และการประสานงานบางหน่วยงานที่ยังล่าช้า ส่งผลให้

ความพึงพอใจมีค่าน้อย อย่างไรก็ตามถึงจะมีค่าน้อยแต่ความพึงพอใจก็อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการวิจัยของเนตรเพชรธรรมี ตรีกุลบุญเนตร⁽¹³⁾ ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนุติสมเด็จย่า ความพึงพอใจของการบริการด้านความพร้อมที่จะทำการรักษา พยาบาลอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ เพราะโรงพยาบาลนุติสมเด็จย่า เป็นโรงพยาบาลของรัฐซึ่งปัจจุบันผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก ในขณะที่ความพร้อมด้านการรักษาก็เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ มาสโลว์ (Maslow)⁽¹⁴⁾ ได้เรียงลำดับสิ่งจูงใจ หรือความต้องการของมนุษย์ไว้ 5 ระดับ ความพอใจในขั้นต่างๆ ของความต้องการของมนุษย์นี้ ความต้องการขั้นสูงกว่าบางครั้งได้ปรากฏออกมาให้เห็นแล้วก่อนที่ความต้องการ ขั้นแรกจะให้เห็นผลเป็นที่พอใจ ผลการวิจัย พบว่า ผู้รับบริการที่ได้รับบริการจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมากแสดงให้เห็นว่า ผู้รับบริการมีความพอใจอย่างสูงสุด ในลำดับขั้นความต้องการขั้นพื้นฐาน ด้านการให้ข้อมูลสิ่งอำนวยความสะดวก ผู้วิจัยจึงต้องนำข้อมูลจากการศึกษานำไปเสนอผู้บริหารต่อไป เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีคุณภาพและได้ตามมาตรฐานต่อไป

ข้อยุติ

จากผลการวิจัย พบว่า ได้แนวปฏิบัติบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านผือ สามารถนำกระบวนการการพัฒนาไปใช้ในการพัฒนาในแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วย และบุคลากรมีแนวปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal มีความพึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติมากกว่าก่อนใช้

แนวปฏิบัติ ผู้บริหารสามารถนำแนวปฏิบัตินี้เป็นคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลจบใหม่ หรือนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยนอก

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติ การบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยนอกในยุค New Normal ของผู้รับบริการตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝื่อ

2) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติ การบริการทางการแพทย์ของแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลบ้านฝื่อ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากคณะผู้บริหารโรงพยาบาลบ้านฝื่อ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อัญรดี จิรสินธิปก และคณะ. บรรณาธิการ. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์; 2551.
2. ศูนย์ปฏิบัติการการบริหารสถานการณการแพรร่ระบาดโรคติดเชื้อโคโรนา 2019. รายงานสถานการณการแพรร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โควิด-19. [online]. 2020 [cited 13 Nov 21]; Available from: URL: https://www.dop.go.th/download/news/th1592971101-2021_11.pdf
3. โรงพยาบาลบ้านฝื่อ. รายงานสำรวจความคิดเห็นผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2564.

4. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A.. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 2007; 39:175-191.
5. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G.. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods, 2009; 41: 1149-1160.
6. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument [Electronic version]. [cited 13 Nov 21]; Available from: URL: <http://www.agreetrust.org>, 2009.
7. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care 2003; 12(1): 18-23.
8. กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย 2554; 16 (5): 563-574.
9. Mowday, R. T., Porter, L. W. & Steers, R. W. Employee - Organizational Linkage : The sychology of Commitment Absenteeism and Turnover. 1982.
10. M. Sashkin, A manager's guide to participative management. New York: AMA. Membership Publications Division, 1982; 110-113.
11. Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. The motivation to work (2nd ed.). John Wiley; 1959.

12. Gilmer, D. and others. Industrial psychology. New York: Macmilan; 1971.
13. เนตรเพชรรัสมิ์ ตระกูลบุญเนตร. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนฤติสมเด็จย่า. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560; 10: 64-74.
14. Maslow, A. Human needs theory: Maslow's hierarchy of human needs. In R.F.. Craven & C. J. Hirnle (Eds.), Fundamental of Nursing: Human Health and Function. (3rd ed.) Philadelphia: Lippincott, 1970; 80-81.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินการดำเนินงานของศูนย์รับส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น
Evaluation of referral centers in Khon Kaen Province

สุทธิมา ยลโสภณ*
Suttima Yonsophon*

บทคัดย่อ

การวิจัยการประเมินการดำเนินงานของศูนย์รับส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานของศูนย์รับส่งต่อ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินงานของศูนย์รับส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น โดยการสุ่มบุคลากรในระบบส่งต่อ แบบแบ่งชั้นภูมิและแบบเป็นสัดส่วน ประกอบด้วยผู้บริหารเชิงนโยบาย, คณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อจังหวัดขอนแก่น, ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ส่งต่อ และผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องในระบบส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้ง 178 คน โดยใช้ แบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด แบ่งตามกลุ่มตัวอย่าง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคความเชื่อมั่น 0.96 ศึกษาตั้งแต่เดือน มกราคม 2565 ถึง กันยายน 2565 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา กลุ่มผู้บริหารเชิงนโยบาย มีความคิดเห็นต่อด้านบริบท, ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการในระดับมาก ($\bar{X} = 4.14 (0.57)$, $\bar{X} = 3.93 (0.14)$, $\bar{X} = 4.01 (0.53)$) ส่วนด้านผลผลิต พบว่าไม่มีการปฏิเสธการส่งต่อภายในเขตมากที่สุด (ร้อยละ 100)

กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อจังหวัดขอนแก่น พบว่ามีความคิดเห็นต่อด้านบริบท, ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80 (0.76)$, $\bar{X} = 3.66 (0.57)$, $\bar{X} = 3.64 (0.57)$) ส่วนด้านผลผลิต พบว่า ความสำเร็จของศูนย์รับส่งต่อในการดำเนินงานรับและส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัดได้ตามเป้าหมายที่กำหนด และมีแนวทางปฏิบัติในการรับและส่งต่อผู้ป่วยชัดเจน (ร้อยละ 100)

กลุ่มผู้ปฏิบัติงานศูนย์รับส่งต่อ พบว่ามีความคิดเห็นต่อด้านบริบท, ปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91 (0.52)$, $\bar{X} = 3.78 (0.54)$, $\bar{X} = 3.79 (0.56)$) ส่วนด้านผลผลิต พบว่าศูนย์ส่งต่อมีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพการรับส่งต่อผู้ป่วยตาม Service plan ร้อยละ 100

กลุ่มผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องในระบบส่งต่อผู้ป่วย พบว่ามีความคิดเห็นต่อด้านบริบทอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.70 (0.57)$) ด้านปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ มีความคิดเห็นด้วย ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.25 (0.57)$, $\bar{X} = 3.23 (0.76)$) ส่วนด้านผลผลิต พบว่าศูนย์ส่งต่อมีการจัดการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนาระบบส่งต่อ และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์รับส่งต่อ (ร้อยละ 84)

คำสำคัญ : การประเมิน, ศูนย์รับส่งต่อ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

**เลขาคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จังหวัดขอนแก่น

Abstract

Objectives : To explore problems, suggestions and evaluate the performance of referral centers in Khon Kaen province, Thailand.

Methods : We conducted a questionnaire survey among stakeholders of referral system in the province from July to November 2017. Open-ended questions were used to explore problems, obstacles, and suggestions; structured questions were used to evaluate the performances of the referral centers. This study included 178 participants selected randomly from four stratified groups in the province: hospital directors, members of referral committees, staff of the referral centers, and staff of hospitals referring patients to the referral centers. The questionnaires were developed for each of the four groups, in which the participants were requested to evaluate the context, inputs, and process using 5-point Likert scale (high score means very good or very agree), and to evaluate products (achieved goals) using yes-or-no questions.

Results : The participants showed concerns about the system and its insufficient resources but willingness to support the centers to improve their performances. The mean rating scores (SD) on the context, input, and process were 4.14(0.57), 3.93(0.14), and 4.01(0.53), respectively among hospital directors; 3.80(0.76), 3.66(0.57), and 3.64(0.57), respectively among referral committee members; 3.91(0.52), 3.78(0.54), and 3.7(0.56), respectively among referral center staff; 3.70(0.57), 3.25(0.57), and 3.23(0.76), respectively among doctors and nurses. The product evaluation was 100% in all groups except for the doctors and nurses (84%).

Conclusions : Although the evaluation scores were fairly good, there is still room for improvement in the referral system.

Keywords: Evaluation, Referral center

บทนำ

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อลดปัญหาเรื่องของการกระจายบริการสุขภาพทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน และมีความต่อเนื่องในการรับบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรม มีความสมานฉันท์ และมีความต่อเนื่อง⁽¹⁾ โดยมีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ระบบฐานข้อมูล ระบบรายงาน และได้จัดตั้งศูนย์ประสานการรับส่งต่อ ขึ้นเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้ระบบส่งต่อ รองรับหลักการเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อ และให้มีการพัฒนาระบบการดำเนินงานรองรับ เพื่ออำนวยความสะดวก การประสานงาน การติดตามประเมินผล และรายงานผลการส่งต่อ การให้และรับข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในจังหวัด ระหว่างจังหวัด และระหว่างเขตสุขภาพ⁽¹³⁾ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย จึงนับเป็นแกนหลักสำคัญที่เอื้อให้เกิดประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยการเชื่อมโยงบริการสุขภาพทุกระดับเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมตามสถานการณ์ และมีความต่อเนื่อง⁽¹⁾ จากการพัฒนาทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีค่อนข้างมาก เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านต่างๆ เช่น อัตราากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนเตียงที่จะรับผู้ป่วย ศักยภาพของโรงพยาบาลในการให้การรักษาโรค เพื่อเป็นการลดปัญหาและอุปสรรคต่างๆดังกล่าว ได้พัฒนาการรับส่งต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างเหมาะสม รวดเร็ว⁽¹⁾ และจากการประเมินผลการดำเนินงานของระบบ

ส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานระหว่างโรงพยาบาลชัยภูมิ และเครือข่ายบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ โดยใช้รูปแบบซีบี (CIPP Model) พบว่าการประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า พบว่ามีปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากรด้านกระบวนการ พบว่ามีปัญหาด้านการกระจายยา ด้านผลผลิต พบว่าเจ้าหน้าที่และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก⁽²⁾

นอกจากนั้น พบว่าการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ต้องทำ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและทิศทางการพัฒนาของโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยนำไปสู่ความสำเร็จคือ นโยบาย โครงสร้าง และระบบการส่งต่อการจัดตั้งหน่วยงานในโรงพยาบาล เพื่อทำหน้าที่ประสานงานการจัดการทรัพยากร และโครงการปฏิบัติการที่ดี การกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพด้านหน้าเป็นผู้สัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลการติดตามสรุปข้อมูลวันต่อวัน การมีเครือข่ายรับส่งต่อผู้ป่วย และการประสานงานที่ดีของทีมงาน มีการประสานการส่งตัวผู้ป่วยด้วยการสื่อสารที่ทันสมัย ทันเวลา มีระบบบริการการสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร เพื่อลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น จะทำให้ระบบส่งต่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน⁽³⁾ และยังพบว่ารูปแบบการบริหารจัดการของศูนย์ประสานการส่งต่อ และโรงพยาบาลชุมชนมีลักษณะที่คล้ายกัน คือ มีสายการบังคับบัญชา มีเป้าหมาย/แนวทาง/ขั้นตอนปฏิบัติงาน แต่โครงสร้างไม่ชัดเจน ไม่มีกลยุทธ์/แผนงาน/ไม่มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ขาดการสร้างขวัญและกำลังใจ⁽⁴⁾

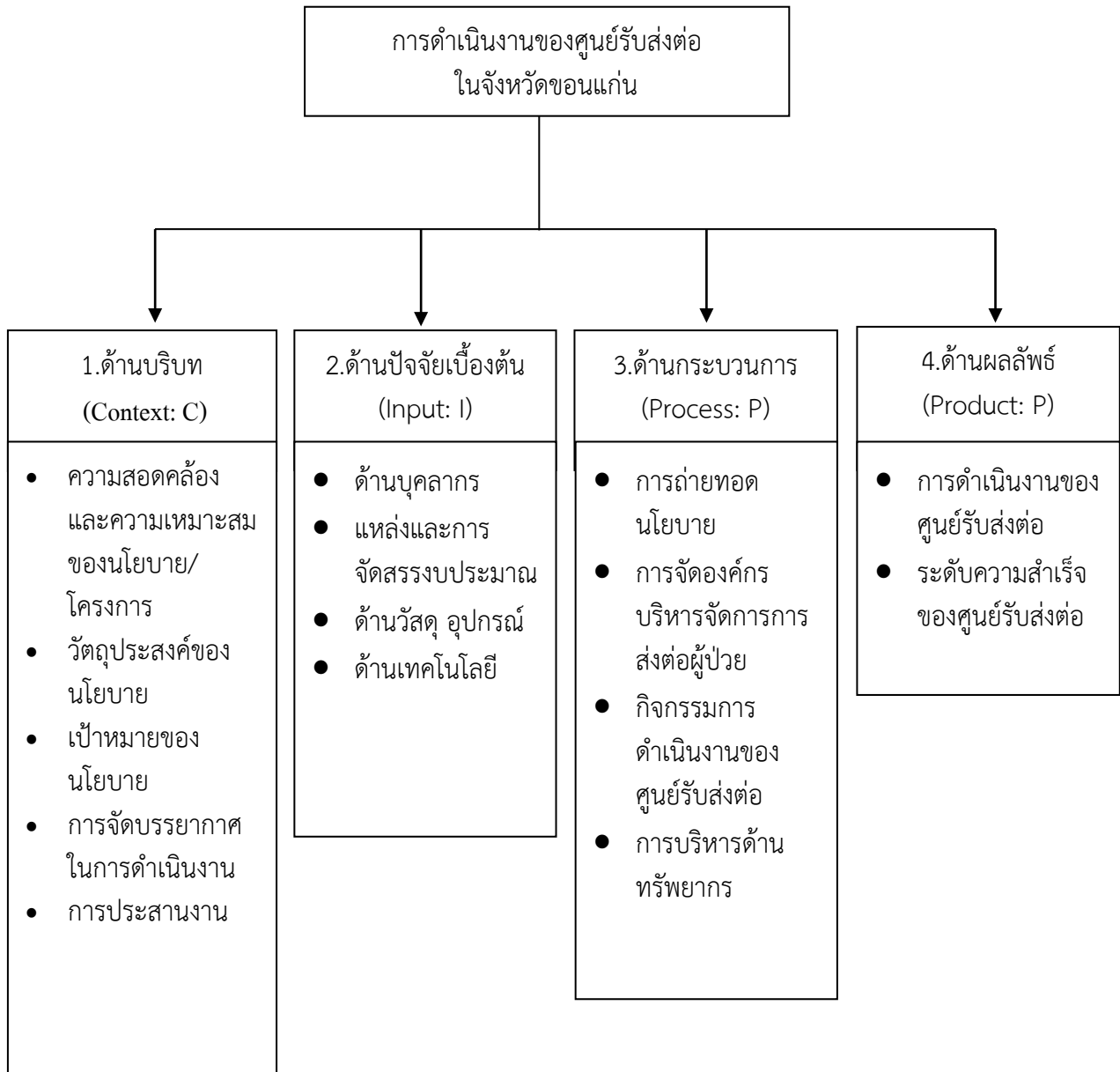
การดำเนินงานของศูนย์รับส่งต่อในจังหวัดขอนแก่นที่ผ่านมา มีคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อจังหวัดขอนแก่น มีการบริหารจัดการภายในจังหวัด และภายในเขต เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ มีศูนย์ประสานการส่งต่อ

ระดับจังหวัด อยู่ที่โรงพยาบาลขอนแก่น⁽⁵⁾ พบว่ามีปัญหาด้านการประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายบางแห่งไม่มีผู้รับผิดชอบส่งต่อโดยตรง โรงพยาบาลผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบางแห่งยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน มีปัญหาการดูแลระหว่างนำส่ง และปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างบุคลากร ทำให้เกิดขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่ยุ้งยากมากขึ้น เกิดความขัดแย้งกันระหว่างโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย และโรงพยาบาลที่ส่งต่อ ควรมีการกำหนดประเด็นการพัฒนาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เช่น มาตรฐานรถส่งต่อ การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ แนวทางและแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดงบประมาณในการพัฒนาระบบอย่างชัดเจน⁽⁵⁾ นอกจากนี้ องค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานระบบส่งต่อที่ต้องมีในทุกกระดับบริการ ยังมีการดำเนินงานบางส่วนไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานที่กำหนด ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อม เช่น ฐานข้อมูลที่เป็นและจัดการฐานข้อมูล การสื่อสารทั้งในและนอกเครือข่าย การพัฒนาและรูปแบบการส่งต่อภายในเครือข่าย 2) การจัดองค์การบริหารจัดการการส่งต่อผู้ป่วย เช่น พัฒนาโครงสร้างและกลไกการดำเนินงาน 3) การพัฒนาศูนย์ส่งต่อ เช่น กำหนดบทบาทหน้าที่ของศูนย์แต่ละระดับ มีการทบทวน และติดตามประเมินผล 4) การจัดการเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลแต่ละระดับ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่

และ 5) การติดตามและประเมินผล ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ ทำให้เกิดผลเชื่อมโยงในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย⁽⁶⁾ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมระดับ 3 และ 4 มีมากถึง 20% และมีค่าวันนอนเฉลี่ย >7 วัน ซึ่งสูงกว่าค่าวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในของสถาบันฯ ถึง 22% มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Adjusted RW) >4 ถึง 21.6% ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษามาก ถ้าไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ดี และไม่มียุทธศาสตร์การทบทวนการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม จะมีผลกระทบต่อสถานะการเงินของสถาบันฯ รวมทั้งการจัดสรรหาเตียงรองรับผู้ป่วยส่งต่อ⁽⁷⁾ และยังพบว่าผลการพัฒนาระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยนั้น มีองค์ประกอบด้านคน เครื่องมือ อุปกรณ์ โรงพยาบาลที่มีมาตรฐาน และมีแนวปฏิบัติเป็นคู่มือที่มีกระบวนการรับและการส่งต่อผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 กระบวนการ คือกระบวนการรับแจ้งและประสานงาน กระบวนการตรวจสอบข้อมูล กระบวนการประเมินผู้ป่วย และกระบวนการรับ/ส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์รับและส่งต่อ⁽⁸⁾

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงควรมีการประเมินการดำเนินงานของศูนย์ส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น โดยใช้รูปแบบการประเมินของซีป (CIPP Model) เพื่อนำผลการศึกษาวិจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มาใช้บริการและปรับกลยุทธ์การพัฒนาระบบการส่งต่อ และพัฒนา

การดำเนินงานของศูนย์รับส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไป ตามกรอบแนวคิดต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาการดำเนินงานของศูนย์รับส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น และปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินงานของศูนย์รับส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยรวบรวมข้อมูลในเชิงปริมาณ (Quantitative Technique)

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบรับส่งต่อของโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 321 คน

โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้บริหาร
เชิงนโยบาย จำนวน 26 คน 2) กลุ่มคณะกรรมการ
พัฒนาระบบส่งต่อจังหวัดขอนแก่น จำนวน
59 คน 3) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานศูนย์ส่งต่อ จำนวน 56
คน และ 4) กลุ่มผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องระบบ
ส่งต่อ จำนวน 180 คน

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

N = ขนาดของประชากรทั้งหมด

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ระดับ .05

การแบ่งชั้นภูมิแบบเป็นสัดส่วน

$$ni = \frac{Ni}{N/n}$$

ในขณะที่

N = ขนาดของประชากรทั้งหมด

Ni = ขนาดของประชากรในชั้นภูมิที่ i

ni = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในชั้นภูมิที่ i

i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ใช้จำนวน
กลุ่มตัวอย่าง 178 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย
โดยวิธีการจับฉลาก ดำเนินการโดยการเขียน
หมายเลขของหน่วยงานตัวอย่างทั้งหมด ตามบัญชี
รายชื่อประชากรลงในกระดาษเพื่อทำเป็นฉลาก
โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงทำการจับ
ฉลากที่ระบุหมายเลขในกระดาษที่ละใบแบบสุ่ม
จนครบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด ด้วยวิธีการ
เลือกหน่วยงานตัวอย่างแบบไม่มีการแทนที่
(Sampling without replacement) โดย
กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1. กลุ่มผู้บริหาร
เชิงนโยบาย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
จำนวน 14 คน 2. กลุ่มคณะกรรมการพัฒนา
ระบบส่งต่อจังหวัดขอนแก่น จำนวน 33 คน
3. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในศูนย์รับส่งต่อ ได้แก่ หัวหน้า

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดของ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ด้วยการ
ใช้สูตรของยามาเน (Yamane, 1967 อ้างถึงใน
ธีรฤทธิ เอกะกุล, 2543) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่
95% และได้ทำการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified
Random Sampling) แบบเป็นสัดส่วน ซึ่งคำนวณ
ได้จากสูตร

ศูนย์รับส่งต่อ และผู้รับผิดชอบงานศูนย์รับส่งต่อ
จังหวัดขอนแก่น โดยแบ่งเป็น โรงพยาบาลชุมชน
จำนวน 27 คน และโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน
2 คน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 2 คน
รวมเป็น 31 คน และ 4. กลุ่มผู้รับบริการของ
ศูนย์รับส่งต่อหรือผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องในระบบ
ส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ หัวหน้าหน่วยงาน และ
พยาบาลผู้รับผิดชอบการวางแผนการจำหน่าย
โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 49 คน และโรงพยาบาล
ขอนแก่น จำนวน 41 คน โรงพยาบาลศรีนครินทร์
จำนวน 10 คน รวมเป็น 100 คน ดังนั้นจึงมี
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 178 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยจำแนกชุดแบบสอบถาม ออกเป็นจำนวน 4 ชุด ตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแบบสอบถามผ่านการพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน มีค่าความเที่ยงของค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในวันที่ 11 กรกฎาคม 2565 เลขที่ REC 039/2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ บทบาทของผู้ให้ข้อมูล ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วย และโครงสร้างบทบาทหน้าที่ของศูนย์รับส่งต่อ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ข้อมูลการประเมินการดำเนินงานของศูนย์ส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น โดยใช้ตามรูปแบบจำลองของชิป แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย (1) ด้านบริบท (2) ด้านความพร้อมของปัจจัยนำเข้า (3) ด้านการดำเนินงาน และ (4) ด้านผลผลิต ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้บริหารเชิงนโยบายโดยส่วนมากเป็นเพศชาย มีอายุ 51 - 60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท โดยส่วนมากบทบาทของผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้บริหารโรงพยาบาล และส่วนมากมีผู้บริหารที่รับผิดชอบในการดำเนินงานของศูนย์ส่งต่อ ด้านกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อจังหวัดขอนแก่นโดยส่วนมากเป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีรายได้ต่อเดือน 30,001 - 40,000 บาท กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ส่งต่อโดยส่วนมากเป็นเพศหญิง มีอายุ 41 - 50 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีรายได้ต่อเดือน 30,001 - 40,000 บาท และ 20,001 - 30,000 บาท ส่วนมากบทบาทของผู้ให้ข้อมูลเป็นคณะทำงานหรือคณะกรรมการในระบบส่งต่อผู้ป่วย และมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยส่วนมากสถานที่ตั้งของศูนย์ส่งต่อในโรงพยาบาลอยู่ในอาคารรวม และรวมกับงานอื่น มีผู้บริหารที่รับผิดชอบในการดำเนินงานของศูนย์ส่งต่อ ลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ในศูนย์ส่งต่อคือ มีเจ้าหน้าที่บางคนทำงานตามบทบาทศูนย์ส่งต่อ และทำงานอื่นด้วย ส่วนด้านวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้สนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์ส่งต่อโดยส่วนมาก พบว่ามีโทรศัพท์ในสำนักงาน โดยส่วนมากมีโทรศัพท์มือถือเคลื่อนที่ ไม่มีเครื่องโทรสาร โดยส่วนมากมีเครื่องคอมพิวเตอร์ มีเครื่อง Printer มีเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีโปรแกรม i refer มีเครื่องสำรองไฟฟ้า และมีระบบอินเทอร์เน็ต และกลุ่มผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องในระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยส่วนมากเป็นเพศหญิง มีอายุ 41 - 55 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยส่วนมากมีรายได้ต่อ

เดือน 30,001 - 40,000 บาท โดยส่วนมากบทบาทของผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรที่ใช้บริการในระบบการส่งต่อผู้ป่วย และมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับระบบการส่งต่อผู้ป่วย

2. ข้อมูลการประเมินการดำเนินงานของศูนย์ส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น

2.1 กลุ่มผู้บริหารเชิงนโยบาย ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่า มีความคิดเห็นต่อด้านบริบทอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.14$, SD = .37) เมื่อพิจารณารายด้านสรุปได้ดังนี้ 1) ด้านบริบท พบว่ามีความคิดเห็นต่อด้านบริบทอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.14$, SD = .57) ในรายละเอียดส่วนใหญ่พบว่า ศูนย์ส่งต่อที่จัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาลมีความสอดคล้องกับนโยบายส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข ($\bar{x} = 4.28$, SD = .14) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.93$, SD = .14) ในรายละเอียดส่วนใหญ่พบว่า ศูนย์ส่งต่อได้รับการสนับสนุนให้มีผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ตลอด 24 ชั่วโมง ($\bar{x} = 4.50$, SD = .37) 3) ด้านกระบวนการ พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.01$, SD = .53) ในรายละเอียดส่วนใหญ่พบว่า ศูนย์ส่งต่อได้รับการสนับสนุนเพียงพอด้านยานพาหนะในระบบส่งต่อ และศูนย์ส่งต่อมีแนวทางการดำเนินงานชัดเจนในการระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วยสอดคล้องกับนโยบายหลักขององค์กร ($\bar{x} = 4.07$, SD = .62) และ 4) ด้านผลผลิต พบว่าไม่มีการปฏิเสธการส่งต่อภายในเขตมากที่สุด (ร้อยละ 100)

2.2 กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาภาพรวมพบว่ามีความคิดเห็นต่อด้านบริบทอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.70$, SD = .56) เมื่อพิจารณารายด้านสรุปได้ดังนี้ 1) ด้านบริบท พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.80$, SD = .76) ในรายละเอียดส่วนใหญ่พบว่า ศูนย์ส่งต่อที่จัดตั้งขึ้นใน

โรงพยาบาลมีความสอดคล้องกับนโยบายส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข ($\bar{x} = 4.03$, SD = .77) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.66$, SD = .57) ในรายละเอียดส่วนใหญ่พบว่า ศูนย์ส่งต่อได้รับการสนับสนุนให้มีผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ตลอด 24 ชั่วโมง ($\bar{x} = 3.88$, SD = 1.05) และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อในองค์กร ($\bar{x} = 3.88$, SD = .82) 3) ด้านกระบวนการ พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.64$, SD = .57) ในรายละเอียดส่วนใหญ่พบว่า ศูนย์ส่งต่อมีแผนพัฒนาระบบส่งต่อตามนโยบาย Service plan เขตสุขภาพที่ 7 ($\bar{x} = 3.76$, SD = .61) และ 4) ด้านผลผลิต พบว่าความสำเร็จของศูนย์ส่งต่อในการดำเนินงานรับและส่งต่อผู้ป่วย ระดับจังหวัด/ระดับเขตตามเป้าหมายที่กำหนด และมีแนวทางปฏิบัติในการรับและส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัดชัดเจน (ร้อยละ 100)

2.3 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ส่งต่อ ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่า มีความคิดเห็นต่อด้านบริบทอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.83$, SD = .50) เมื่อพิจารณารายด้านสรุปได้ดังนี้ 1) ด้านบริบท พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.91$, SD = .52) ในรายละเอียดส่วนใหญ่พบว่า ศูนย์ส่งต่อที่จัดตั้งขึ้นสอดคล้องกับนโยบายส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข ($\bar{x} = 4.16$, SD = .64) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.78$, SD = .54) ในรายละเอียดส่วนใหญ่พบว่า มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อภายในองค์กรชัดเจน ($\bar{x} = 4.16$, SD = .82) 3) ด้านกระบวนการ พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.79$, SD = .56) ในรายละเอียดส่วนใหญ่พบว่า ศูนย์ส่งต่อมีการจัดการบริหาร ความพร้อมใช้และเพียงพอ ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์บนยานพาหนะในระบบส่งต่อมากที่สุด ($\bar{x} = 4.23$, SD = .62) และ 4) ด้าน

ผลผลิต พบว่าศูนย์ส่งต่อมีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพการรับส่งต่อผู้ป่วยตาม Service plan (ร้อยละ 100)

2.4 ผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องในระบบส่งต่อผู้ป่วย ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่ามีความคิดเห็นต่อด้านบริบทอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.41$, $SD = .50$) เมื่อพิจารณารายด้านสรุปได้ดังนี้ 1) ด้านบริบท พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.70$, $SD = .57$) ในรายละเอียดส่วนใหญ่พบว่า ศูนย์ส่งต่อที่จัดตั้งขึ้นตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ ($\bar{X} = 3.80$, $SD = .70$) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.25$, $SD = .57$) ในรายละเอียดส่วนใหญ่พบว่า ศูนย์ส่งต่อมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานการรับส่งต่อผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.54$, $SD = .57$) 3) ด้านกระบวนการ พบว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$, $SD = .60$) ในรายละเอียดพบว่า ศูนย์ส่งต่อมีแนวทางในการประสานส่งกลับผู้ป่วยร่วมกันในเครือข่าย ($\bar{X} = 3.53$, $SD = .76$) และ 4) ด้านผลผลิต พบว่าศูนย์ส่งต่อมีการจัดการประชุม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนาระบบส่งต่อ และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์ส่งต่อ (ร้อยละ 84)

2.5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การดำเนินงานของศูนย์ส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น จากผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1) ปัญหา และอุปสรรค การดำเนินงานของศูนย์ส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น

กลุ่มผู้บริหารเชิงนโยบาย พบว่าไม่มีอัตราการกำลังเพียงพอในการแยกเป็นศูนย์ส่งต่อชัดเจน และระบบข้อมูลการส่งต่อยังขาดเครื่องมือ เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัด และเขตสุขภาพที่ 7 และการจัดการข้อมูลระบบส่งต่อในเครือข่ายจังหวัด และเขตสุขภาพที่ 7 ยังไม่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ร่วมกัน

กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อจังหวัดขอนแก่น พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดเกี่ยวกับโครงสร้างของศูนย์ส่งต่อ และฐานข้อมูลระบบส่งต่อไม่สามารถเชื่อมโยงได้ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ และไม่มีบุคลากรที่มีความรับผิดชอบศูนย์ส่งต่อโดยตรง ทำให้ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลระบบการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบการส่งต่อ

กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ส่งต่อ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ ไม่มีการกำหนดให้มีบุคลากรรับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง และลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายไม่เฉพาะเจาะจง ไม่มีสถานที่ในการปฏิบัติงานของศูนย์ส่งต่อชัดเจน การจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลระบบส่งต่อไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการจัดการข้อมูลระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกันภายในจังหวัดและภายในเขต

กลุ่มผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในระบบส่งต่อผู้ป่วย พบว่าจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยมีจำนวนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะโรงพยาบาลในระดับ F3 มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอในการจัดตั้งศูนย์ส่งต่อ จึงทำให้การประสานงานค่อนข้างล่าช้า เอกสารข้อมูลผู้ป่วยส่งต่อไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม และไม่ครบถ้วน และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลของระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ

2) ข้อเสนอแนะการดำเนินงานของศูนย์รับส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาสรุปได้ ดังนี้

กลุ่มผู้บริหารเชิงนโยบาย เห็นควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่จำเป็น และเทคโนโลยีที่สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัด และเชื่อมโยงเครือข่ายเขตอย่างเป็นระบบ และควรมีการวางแผนพัฒนา

ศักยภาพเครือข่าย NODE ภายในจังหวัดทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และด้านงบประมาณที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถรองรับผู้รับบริการในเครือข่ายใกล้เคียงได้ ลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์

กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อจังหวัดขอนแก่น เห็นควรมีการจัดทำระบบฐานข้อมูลที่เป็นระบบส่งต่อให้สามารถเชื่อมโยงในเครือข่ายจังหวัด และเชื่อมโยงในเครือข่ายเขตอย่างเป็นระบบ และสามารถนำไปวิเคราะห์ ใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้ทันทั่วทั้งที่มีระบบสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อบริหารจัดการในระบบส่งต่อภายในจังหวัดขอนแก่น และมีการจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรในระบบส่งต่อให้เหมาะสม

กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ส่งต่อ เห็นควรมีระบบสนับสนุนด้านอุปกรณ์เครื่องมือที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และเพียงพอ มีการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยระบบส่งต่ออย่างเป็นระบบ และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน และเน้นการเก็บข้อมูล การรวบรวมข้อมูล การส่งต่อที่มีมาตรฐานเดียวกันพร้อมใช้ และสามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อนอกจากนั้นควรมีแนวทางปฏิบัติในการรับส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติได้จริงทั้งขาไปและขากลับ

กลุ่มผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องในระบบส่งต่อผู้ป่วย เห็นควรมีระบบสนับสนุนงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบส่งต่อทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ควรจัดให้มีผู้รับผิดชอบข้อมูลระบบส่งต่อในแต่ละโรงพยาบาลอย่างชัดเจน เพื่อความสะดวกต่อการร้องขอข้อมูล และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในพัฒนาระบบบริการสุขภาพได้จริง และควรจัดให้มีระบบสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยส่งต่ออย่างเพียงพอ และจัดทำแนวทางการใช้

ทรัพยากรร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรมในการรับแลกเปลี่ยน การยืม การคืนอุปกรณ์ เพื่อลดค่าใช้จ่าย และการสูญเสียอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาเรื่อง การประเมินการดำเนินงานของศูนย์ส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น ดังที่ปรากฏข้างต้น สามารถนำมาอภิปรายผลเป็นประเด็นได้ดังนี้

1) ด้านบริบท ผลการศึกษาพบว่า ศูนย์ส่งต่อจัดตั้งขึ้นสอดคล้องกับนโยบายส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และครอบคลุม ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และปลอดภัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พวงผกา มะเสนา และประณต นันนิตยกุล⁽⁹⁾ และ ยุพเยาว์ วิศพรธรม และคณะ⁽⁴⁾ ที่พบว่าผู้บริหารจะให้ความสำคัญในด้านกลยุทธ์องค์กร แต่เป้าหมายการดำเนินงานไม่ชัดเจน และศูนย์ส่งต่อมีโครงสร้างที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม แต่ไม่สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เพราะยังไม่เกิดการบริหารจัดการที่ดี โดยเฉพาะศูนย์ส่งต่อในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งยังไม่มีรูปแบบในการดำเนินงานส่งต่อชัดเจน ไม่มีอัตรากำลังเฉพาะ ดังนั้น ถ้าหากทำการส่งเสริมให้มีการเชื่อมโยงหน่วยบริการแต่ละพื้นที่ในจังหวัด มีเป้าหมายร่วมที่ตรงกันก็จะทำให้ทิศทางการดำเนินงานนั้นระบบส่งต่อเป็นไปในทิศทางเดียวกัน⁽¹⁰⁾

2) ด้านปัจจัยนำเข้า ผลการศึกษาพบว่า มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบรับส่งต่อในหน่วยงาน/องค์กร เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนและผลักดันให้เกิดการจัดการบริการศูนย์ส่งต่อที่เป็นรูปธรรมชัดเจน และมีการกำหนดเกณฑ์ในการประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบส่งต่อ เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนา

ระบบบริการส่งต่อ รวมทั้งสนับสนุนให้มีผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับปกครอง สดสะอาด และ ประจักษ์ บัวผัน⁽¹¹⁾ ที่พบว่าคณะกรรมการบริหาร ที่มีระบบควบคุมติดตาม ประเมินผล และการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้จะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ นอกจากนี้พบว่า ศูนย์ส่งต่อที่มีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในการดำเนินงานการรับส่งต่อผู้ป่วยนำไปสู่ความสำเร็จ สอดคล้องกับมุสตี ปิติพรณรงค์ และศุภรัตน์ เอื้ออนวงค์⁽³⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ คือ กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพ ด้านหน้าสัมผัส การบันทึกข้อมูลและติดตามสรุปข้อมูล และนอกจากนั้นสอดคล้องกับ ภัทธวิทย์ วรณารัตน์ และธีระ วรณารัตน์⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าบุคลากรที่มาดำเนินการต้องมีความสามารถในการประสานงาน และมีทักษะในการเจรจา กับแพทย์และผู้บริหารระดับต่างๆ

3) ด้านกระบวนการ ผลการศึกษาพบว่า ศูนย์ส่งต่อมีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพการรับส่งต่อผู้ป่วยตาม Service plan มีแนวทางการดำเนินงานชัดเจนในการระบบรับส่งต่อผู้ป่วยสอดคล้องกับนโยบายหลักขององค์กร ซึ่งสอดคล้องกับปรานิษฐ์ เลิศขามป้อม และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่าข้อกำหนดนโยบายชัดเจนจากทุกระดับ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน และการสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงาน ยังสอดคล้องกับมุสตี ปิติพรณรงค์ และศุภรัตน์ เอื้ออนวงค์⁽³⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย คือ โครงสร้างและการจัดตั้งหน่วยงานในโรงพยาบาล เพื่อทำหน้าที่ในการประสานงาน นอกจากนี้พบว่ากรณีข้อจำกัดเชิงทรัพยากรและรูปแบบการ

บริหารจัดการของผู้บริหารนั้นมีผลต่อกำลังใจและแบบแผนการดำเนินงานของบุคลากร⁽¹⁰⁾

4) ด้านผลผลิต ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีการปฏิเสธการส่งต่อภายในเขตสุขภาพ ซึ่งสามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมาย และมีความสำเร็จของศูนย์ส่งต่อในการดำเนินงานรับและส่งต่อผู้ป่วย ระดับจังหวัด/ระดับเขตตามเป้าหมายที่กำหนด สอดคล้องกับมุสตี ปิติพรณรงค์ และศุภรัตน์ เอื้ออนวงค์⁽³⁾ ที่พบว่า ศูนย์ประสานการส่งต่อสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย สำหรับเป้าหมายกรณีเกินศักยภาพส่งออกภายนอกเขต ให้โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นศูนย์กลางประสานการส่งต่อออกนอกเขต นั้น ยังไม่สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด ซึ่งระบบการส่งต่อผู้ป่วยจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับแพทย์ และอารมณ์ของแพทย์ที่ติดต่อเป็นปัจจัยที่สำคัญ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า มีแนวทางปฏิบัติในการรับและส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัดชัดเจน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับผลการวิจัยของมุสตี ปิติพรณรงค์ และศุภรัตน์ เอื้ออนวงค์⁽³⁾ ที่พบว่าศูนย์ประสานการส่งต่อมีแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง วิธีการดำเนินระบบรับและส่งต่อชัดเจน แต่พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานยังไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่ เพราะยังมีปัญหาในด้านการประสานงาน ความเข้าใจไม่ตรงกัน และไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

5) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การดำเนินงานของศูนย์รับส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ศูนย์รับส่งต่อของโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่นนั้น ด้านการบริหารจัดการ มีสายการบังคับบัญชาที่ค่อนข้างชัดเจน มีแนวทางการปฏิบัติงานระบบส่งต่อ แต่โครงสร้างของศูนย์รับส่งต่อยังไม่ชัดเจน มีปัญหาด้านการประสานงาน ด้านบุคลากร มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในศูนย์รับส่งต่อ

ร่วมกับทำบทบาทอื่นๆ ด้วย ส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีจำนวนไม่เพียงพอ บางแห่งมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน และไม่มีกระบวนการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้บริหารไม่ค่อยเห็นความสำคัญ และได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณไม่เพียงพอ สอดคล้องกับยุพเยาว์ วิศพรณ และคณะ⁽⁴⁾ ที่พบว่าการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อจังหวัดจันทบุรี ต้องมีการพัฒนาทั้งด้านการบริหารจัดการบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับวรรณภา กรีทอง⁽⁸⁾ ที่พบว่าการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการการรับและส่งต่อผู้ป่วย ต้องมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง และให้บริการได้ครบวงจร โดยมีบุคลากร เครื่องมือ รถพยาบาลอยู่ภายใต้การกำกับดูแล

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์รับส่งต่อในจังหวัดขอนแก่น เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการส่งต่อ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 ผู้บริหารของทุกโรงพยาบาลควรสนับสนุน ดังนี้ 1) กำหนดกรอบตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานในศูนย์รับส่งต่อให้ชัดเจน 2) ส่งเสริมการสร้างทีมในเครือข่าย NODE ระบบส่งต่อ เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่าย 3) จัดสรรงบประมาณการพัฒนาระบบส่งต่อให้เพียงพอและเหมาะสม 4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลส่งต่อที่จำเป็น และเทคโนโลยีที่สามารถเชื่อมโยง การส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัด และเชื่อมโยงเครือข่ายเขตอย่างเป็นระบบพร้อมต่อการนำไปวิเคราะห์ และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ข้อมูลได้

1.2 คณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยควรสนับสนุน ดังนี้ 1) เป็นกลไกในการผลักดันเกิดการบริหารจัดการศูนย์รับส่งต่อสร้างมาตรฐานย่อย เช่น มาตรฐานการใช้เครื่องมือในการส่งต่อ แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและขณะนำส่ง แนวทางปฏิบัติในการรับผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลต้นสังกัด การใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเครือข่าย เป็นต้น 2) ควรสร้างเกณฑ์การกำกับ ติดตามและการประเมินผลเพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาตามแผนบริการสุขภาพ (Service plan) ให้เป็นรูปธรรม

1.3 ผู้ปฏิบัติงานในระบบส่งต่อควรดำเนินการดังนี้ 1) มีการทบทวนระบบการส่งต่อ ปัญหาอุปสรรค เพื่อนำมาวางแผนปรับปรุงแนวทาง/คู่มือที่เกี่ยวข้อง 2) ศึกษาความต้องการ โดยกำหนดแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการรับส่งต่อร่วมกัน เน้น แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ 3) มีระบบรายงานผลการดำเนินงานเพื่อนำไปใช้ในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และ 4) เน้นการประสานงานในเครือข่าย ระหว่างหน่วยงาน เพื่อลดข้อจำกัดด้านต่างๆ ในการพัฒนาระบบบริการรับส่งต่อ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาหรือการวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการ การรับและส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญ และโรคที่มีความเสี่ยงสูงในระบบ fast track ตาม service plan

2.2 ควรมีการศึกษาผลการบริหารจัดการ การรับและส่งต่อผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยนอก

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์. คู่มือการปฏิบัติงานการรับส่งต่อผู้ป่วย: เอกสารอัดสำเนา. 2553.
2. อรรวรรณ นาคคำ และไพบูลย์ ดาวสดใส. การประเมินผลการดำเนินงานของระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานระหว่างโรงพยาบาลชัยภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2560; 13 (2): 67-79.
3. ผุสดี ปิติพรณรงค์ และศุภรัตน์ เอื้ออนวงศ์. การพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุตรดิตถ์ 2556; 5 (2): 89-113.
4. ยุพเยาว์ วิศพรธรรม และคณะ. รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อจังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2560; 34 (3): 194-204.
5. ศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลขอนแก่น. เอกสารสรุปการประชุมเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบบริการสุขภาพสาขาการส่งต่อผู้ป่วยปี 2557. เอกสารประกอบการประชุม. 2557.
6. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). กรุงเทพมหานคร: บริษัทอัลทีเมทพรีนติ้ง; 2557.
7. ขวัญใจ วงศกิตติรักษ์. โครงการศึกษาและพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิและสูงกว่าสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. ศูนย์วิจัยและพัฒนา; 2553.
8. วรรณภา กรีทอง. การพัฒนาระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2558.
9. พวงผกา มะเสนา และประณต นันทิยะกุล. การบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย 2557; 4 (1): 88-101.
10. ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์ และธีระ วรรณรัตน์. การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ที่บริษัทจรัสนิทวงศ์การพิมพ์จำกัด; 2557.
11. ปกครอง สุดสะอาด และประจักษ์ บัวผัน. การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอำเภอบ้านแฮดจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2557; 7 (2): 256-267.
12. ปราโมทย์ เลิศขามป้อม และคณะ. การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2557. 2557.
13. นันทน์ลิน นาคะกุล. ระบบส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัยไร้รอยต่อ. โรงพยาบาลลำปาง: เอกสารอัดสำเนา. 2557.

14. ศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลขอนแก่น. เอกสารสรุปการประชุมเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบบริการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการส่งต่อผู้ป่วยเขตสุขภาพที่ 7. (2558). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการส่งต่อผู้ป่วยปี 2558. ขอนแก่น: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักการแพทย์; 2558.
15. ศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลขอนแก่น. เอกสารสรุปการประชุมเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบบริการสุขภาพสาขาการส่งต่อผู้ป่วยปี 2558. เอกสารประกอบการประชุม. 2558.
16. ศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลขอนแก่น. เอกสารสรุปการประชุมเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบบริการสุขภาพสาขาการส่งต่อผู้ป่วยปี 2560. เอกสารประกอบการประชุม. 2560.
17. สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ. การพัฒนาระบบการจัดการการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในเขตตรวจราชการที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข. (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์; 2556.
18. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553.
19. Stufflebeam, D. L. The use of experimental design in educational evaluation. *Journal of Educational Measurement* 2003; 8 (4): 267-274.

การเตรียมและส่งต้นฉบับ

เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
ภารกิจจัดทำวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

1. ประเภทบทความ

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้ประพันธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

1.2 บทปฏิทัศน์ (review article) เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้น ข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์ กระดาษ เอ 4

1.3 บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทกึ่งปฏิทัศน์กับบทความพื้นวิชาที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ

1.4 บทความฟื้นฟู (refresher course) เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่องที่น่าสนใจหรือฟื้นฟูเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ ทำนองเดียวกับนำเสนอในการประชุมฟื้นฟู หรือการจัดอบรมแพทย์ (training course) เป็นคราวๆ ไป

1.5 รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสั้นๆ (short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวินิจฉัย

ที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์

1.6 รายงานผู้ป่วย (case report) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งถึงบันทึกเวชกรรม (clinical note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (clinical feature) และ/หรือการดำเนินโรค (clinical course) ที่ไม่ตรงแบบที่พบบ่อย โครงสร้างบทความผู้ป่วย ประกอบด้วย บทนำพรรณนาผู้ป่วย (case description) วิจารณ์หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

1.7 ปกิณกะ (miscellany) เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่าย หรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บันทึกเวชกรรม เวชกรรมทันยุค บทปฏิทัศน์ รายงานผลศึกษาวิจัย โดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้นก็ได้

1.8 จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (correspondence) เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่างต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. การเตรียมต้นฉบับ

2.1 ปกชื่อเรื่อง (title page)

ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นชื่อเรื่องรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่นำเปื้อ เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อและที่อยู่ของผู้นิพนธ์ ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยชน์ สมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ

2.3 คำสำคัญ หรือคำหลัก (key words)

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (subject index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

2.4 บทนำ (introduction) เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่

อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดเป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ไขปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วไว้ในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีการศึกษา (Methodology) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัสดุ และวิธีการศึกษา

2.5.1 หัวข้อวัสดุ ให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.5.2 หัวข้อวิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasiexperiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิงเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์ และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจน และกระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

2.6 ผลการศึกษา (results) แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจนดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ

แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

2.7 วิจารณ์ (discussion) เริ่มด้วยวิจารณ์ผลการศึกษาดูตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติบางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

2.8 ข้อยุติ (conclusion) ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์ การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

2.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง

2.10 กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments) มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง ผู้สนับสนุนทางการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากๆ ทำให้บทความดูอึด ความภูมิใจ เพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

2.11 เอกสารอ้างอิง (references) ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

2.12 การตั้งค่าน้ำกระดาษ ด้านบน-ซ้าย 3 ซม. ด้านล่าง-ขวา 2.5 ซม.

2.13 ขนาดตัวหนังสือ TH Sarabun PSK 16

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการ

อ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” **หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว”** มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วๆ ไป ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องอ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสาร วิชาการ มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีที่พุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อนตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก และตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวุฒิพงศ์, พัชรี เงินตรา, ปรานี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพิงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of

Radiolabelled big ET-1 in hi=uman kidney as a food ingredient. *Biochem Pharmacol* 1998; 55: 697-701.

3.1.2 องค์การเป็นผู้นิพนธ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. *แพทย์สภาสาร* 2538; 24: 190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). *BMJ* 1981; 283: 628.

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น ฟีลอฟทัส, บรรณาธิการ. *เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช* 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.

วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1: 275-82.
2. *Semin Oncol* 1996: 23 (1 Suppl 2): 89-97.
3. *Ann Clin Biochem* 1995; 32 (pt 3): 303-6.
4. *N Z Med J* 1994; 107 (986 pt 1): 377-8.
5. *Clin Orthop* 1995; (320): 110-4.
6. *Curr Opin Gen Surg* 1993: 325-33.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชตสมชัย, บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). *สารศิริราช* 2539; 48:616-20.

2. Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinsons disease (letter). *Lancet* 1996; 347: 1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียน
ทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่โดยผู้นิพนธ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. *เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่องใน. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่ ใน: มนต์รี ตูจินดา, วินัย สุวัตติ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. *กุมารเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2. Phillpps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stoke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. P. 465-78.

3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโอบีเบ็ททาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Kimura J, Shibusaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG, Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE. Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. P. 1561-5.

3.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ใช้น

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงิน ที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุข ด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก; 2540.

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No: HHSIGOEI69200860.

3.5 วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา, คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

1. ชยมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญา เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.

2. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

3.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

3.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์; ส่วนที่: เลขที่หน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ ไทยรัฐวันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).

2. Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000

admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col.5).

3.6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

3.6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.

2. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

3.7 วีดิทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

1. HIV+/AIDS: the facts and future (videocassette). St. Louis (MO): Mosby-year Book; 1995.

3.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

- ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่ ถ้ามี): [จำนวนหน้าหรือ จำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address under-lined

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1999 Dec 25]; 1(1): [24 Screens]. Available form: URL: <http://www.cdc.gov/nci doc/EID/eid.htm>

2. Garfinkel PE, Lin E, Goering p. Should amenorrhoea be necessary for the

diagnosis of anorexia nervosa? Br J Psych [serial online] 1996 [cited 1999 Aug 17]; 168 (4): 500-6. Available form: URL: <http://biomed. Niss.ac.uk>

- กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available form: URL: <http://rarediseases.org/>

2. Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [online]. 1998 [cited 1999 Aug 22]; [10 screen]. Available form: URL: <http://rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf0021.ht>,

3. Zand J. The natural pharmacy: herbal medicine for depression [online]. [1999?] [cited 2001 Aug 23]; [15 screens]. Available form: URL: <http://www.health.net/asp/templates/Article.asp?Page Type= Article & Id= 920>

- Web based/online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล: ชื่อเรื่องและฐานข้อมูลถ้ามี. [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล].

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5thed. [online], 1998. Available form: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [cited 2001 Aug 31].

- CD-ROM

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.10. [cited 2001 Aug 7]; Gainesville (FL): Gold standard Multimedia; 2001.

- Book on CD-ROM

- The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2nd ed. New York (NY): oxford university Press; 1992.

- Paracetamol. Martindale's: the extra pharwacopoeia. In: International Healthcare Series [CD-ROM]. [cited 1998 Sep 3]; Englewood (co): Micromedex; 1998.

- Journal on CD-ROM

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร (ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่: หน้า.

Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900901.

- Other Software

Format: Title (1 space) medium in square brackets [eg. Computer program, Computer file.] Version. Place of production: Producer; Year.

- Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง ภาพและแผนภูมิ ที่จัดและนำเสนอได้ครบถ้วน จะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความ และทำให้เข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนตัดสินใจว่าจะอ่านบทความต่อไปได้หรือไม่

4.1 ตาราง

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งกระดาษ และไม่ควรมีตารางเป็นภาพถ่าย

- หัวคอลัมน์ เป็นตัวหนาอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ใต้ตาราง

- แถว (rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์หัวแถว (row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับ เพราะอาจสับสนกับเลขขอเอกสาร อ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับ *†‡§#¶

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์ โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลาและสิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่นๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณ กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

4.2 ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจน เน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพและแนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีไม่ควรใช้เพราะสิ้นเปลือง และภาพสีจะตีพิมพ์ไม่ชัดเจน

- ขนาดโดยทั่วไปใช้ 5 x 7 นิ้ว
ไม่ควรใหญ่เกิน 8 x 10 นิ้ว ไม่ตัดขอบ ไม่ติด
กระดาษรอง ไม่เขียนรายละเอียดหลังรูปภาพ
ไม่มีวงรูปภาพ ควรทำเครื่องหมายเล็กๆ ไว้ที่ขอบ
รูปภาพ และเขียนคำอธิบายไว้ต่างหาก
บรรณาธิการจะเป็นผู้เจ้าของเรื่อง ชื่อเรื่องไว้หลัง
รูปภาพทันทีที่ได้รับต้นฉบับเพื่อป้องกันการสับสน
ที่ไม่แนะนำให้เจ้าของเรื่องเขียนหลังภาพ เพราะ
อาจจะเขียนหนักมือเกินไปทำให้รอยเขียนปรากฏ
ด้านหน้าภาพ และคุณภาพของรูปภาพเสียไป

5. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ส่งทาง
E-mail:Journal.mk2560@gmail.com
แจ้งรายละเอียดบางประการ อาทิ สถานที่อยู่
หมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ ที่กองบรรณาธิการ
จะติดต่อได้ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไป
จากสถานที่อยู่เดิมเป็นเวลานาน ควรแจ้งให้
บรรณาธิการทราบด้วย

6. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้อ่านบททวน (reviewer) จะ
ตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนด้านวิชาการ
แล้วส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้
ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวน
สิทธิในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตาม
รูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น
ทั้งนี้มีการประสานงานเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
ด้านวิชาการและอื่นๆ ประมาณสองครั้ง

7. การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทางพิสูจน์อักษรในลำดับ
สุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง
ครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์

8. ข้อมูลการติดต่อสื่อสาร

8.1 วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
มหาสารคาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ถนนเลียงเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด ตำบลแวงน่าง
อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

E-mail:Journal.mk2560@gmail.com

8.2 ผู้ประสานงาน:

นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า

เบอร์โทรศัพท์ 083-4170860

E-mail: Sangudchua@yahoo.com

นางสาวณัฐรุจา ไชยคำภา

เบอร์โทรศัพท์ 087-2231536

E-mail: chai.natruja@gmail.com