



ปีที่ 9 ฉบับที่ 26 พฤษภาคม - สิงหาคม 2564

กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ISSN : 2286-9255

“ไผ่ช้ำเผือก” ตั้งอยู่ในเขตอุทยานแห่งชาติทองผาภูมิ อ.กาญจนบุรี

ภาพโดย : เพชรเกษมการพิมพ์



เจ้าของ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

ISSN : 2286-9255

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหารักษ์
สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.นพ.สุรพงษ์	ตันธนศรีกุล	นพ.พนัส	โสภณพงษ์
รศ.นพ.ดร.บัณฑิต	หุมวราภัย	ภก.ชัยยุทธ	เจตยานุวัตร

บรรณาธิการ

นพ.วิบูลย์ ภัณฑาภิรักษ์

บรรณาธิการผู้จัดการ

น.ส.รัชชนก พลพิทักษ์

รองบรรณาธิการ

พญ.อนงค์	ชัยวิสุทธิ	นพ.รักษ์พงศ์	เวียงเจริญ
นพ.สมพงษ์	ศิริรัตน์	พญ.นันทิดา	ปราบนุชวงศ์
นพ.จุมพล	สมประสงค์	พญ.ประยงค์ศรี	คำประพันธ์
ดร.นพ.สุทัศน์	โชตะพะพันธ์	ทพ.ศุภกร	สุขสมัย
พญ.รุ่งรวี	ชัยวัฒน์	ทพญ.โสภิภรณ์	ลั่นนลาภลอย
ภญ.วินิดา	ศรีกุลสถานกุล	ดร.เมธณี	ระดาบุตร
ภญ.นริสกร	ทวีย์สุพรรณ	นายอรณพ	จงเจริญ

กาญจนบุรีเวชสารเป็นวารสารทางการแพทย์ราย 4 เดือน กำหนดออกในเดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน

สำนักงาน กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โทร. 081-8562493

Website <http://www.kanpho.go.th>

E-mail address kmj.kan@gmail.com

พิมพ์ที่ บริษัท เพชรเกษมพรินติ้ง กรุ๊ป

18/49 ถ.ทรงพล ต.ลำพญา อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

กาณจนบรีเวชสาร

สารบ๋ญ/Contents

บรณนธการแถลง

นายแพทยวิบูลย์ ภัณฑบคกรณ

หน้า

4

นพนธต้นฉบับ/Original Article

1. การรักษาสู่ป่วยสันเหงอวางค้วยพ่นเทยมบางส่วนถอดได้โครงโละหะ เพือ
รอรบการสูญเสยพ่นในอนาคด

5

Removable partial denture contingencies for future tooth loss

ศุภรตน์ พวศกค

Suparat Taweesak, D.D.S.

2. การเปรยบเทยมความรู้ การปฏิบัติตัว การออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกาย
ก่อนและหลังกการให้สุยศีกษา ในเจ้าหน้าทที่สารณสุขอำเภอบอพลอย

18

Comparison of Knowledge, Eating Behaviors, Physical Activities and
Body Mass Index after Health Education among Public Health Officer

in Bo Phloi, Kanchanaburi

นราวุฒิ กตเวทิงศ์

Narawut Katawethiwong

3. การศีกษาความสัมพันธ์ระหว่งการพัฒนางานบรการด้านการแพทยแผนไทย
และการแพทยทางเลือกกับบพาทการเป็นเมืองสมุนไพร ของหน่วยบรการ
ในจังหวดนครปฐม

37

A study of conventional medicine service development with role of
herbal city in service unit of Nakhonpathom

ลดาพรรณ เยนท

Ladapan Yentee

การออกแบบฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ขยายฐานมีสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงหลายประการ เนื่องจากฟันเทียมชนิดนี้ได้รับการรองรับจากสองส่วนคือฟันและเนื้อเยื่ออ่อนที่มีความสามารถในการเคลื่อนที่ต่างกัน ฟันจะมีการเคลื่อนที่น้อยกว่าโดยแรงจะเคลื่อนที่ลงสู่กระดูกผ่านเอ็นยึดปริทันต์ขณะที่เนื้อเยื่ออ่อนจะเคลื่อนที่มากกว่า[1,2] จึงควรออกแบบลดแรงกระทำต่อฟันหลักและควบคุมการเคลื่อนที่ของฟันเทียมโดยเลือกใช้ตะขอที่บิดงอฟันหลักน้อย ขยายฐานฟันเทียมให้มากที่สุดภายใต้ข้อจำกัดทางกายวิภาคศาสตร์ ใช้การพิมพ์เนื้อเยื่อด้วยวิธีใช้แรงกด (functional impression) และการทำอัลเทอร์แคส (altered cast)[3,4,5] ตะขอที่แนะนำคือ ตะขอผสม (combination clasp) ตะขออาร์พีไอ (RPI clasp) ตะขออาร์พีเอ (RPA clasp) และตะขอบาร์ (bar clasp)[6] นอกจากนี้ควรเลือกใช้เป็นโครงโลหะโคบอลโครเมียมเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการยึดส่วนประกอบต่างๆ เข้าด้วยกัน และสามารถกระจายแรงเครียดจากการใช้งาน (functional stress) ของฟันเทียมได้[7]

(crown:root ratio) ที่เหมาะสมคือ 1:2 อัตราส่วนต่ำสุดที่ยอมรับได้คือ 1:1[8] ส่วนฟันที่มีลักษณะโยกระดับ 1,2 ที่อยู่ในสภาวะคงที่ สามารถเก็บเพื่อให้การรองรับเสถียรภาพ และการยึดอยู่กับฟันเทียม[6] ส่วนฟันที่มีการพยากรณ์โรคทางปริทันต์แบบไม่แน่นอน (Questionable prognosis) คือฟันที่มีกระดูกรองรับร้อยละ 25-50 โยกระดับ 0-3 ก็ยังมีประโยชน์ในการเก็บไว้เพื่อคงมิติแนวตั้ง และช่วยคงสภาพสันเหงือก[9] การทำฟันเทียมให้ผู้ป่วยโรคปริทันต์กลุ่มนี้ จึงควรออกแบบรองรับการสูญเสียฟันในอนาคตร่วมด้วยทำให้ผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่าย และเวลาในการเริ่มทำฟันเทียมใหม่ โดยออกแบบให้มีส่วนพักหลายตำแหน่งเพื่อให้มีการกระจายแรงบดเคี้ยวได้ในบริเวณกว้าง [10,11,12] ควรเลือกใช้แผ่นด้านลิ้นและส่วนพักต่อเนื่องกัน (bar rest) ที่ช่วยในการเข้าเฝือก (splint) ฟันและสามารถเติมฟันได้ง่าย ในกรณีฟันที่อยู่ข้างสันเหงือกกว่ามีการพยากรณ์ไม่แน่นอนและใช้เป็นฟันหลัก ควรใช้ตะขอหลายตัว เช่น ตะขอไอ ที่ทำหน้าที่ให้เสถียรภาพด้านข้างและให้การติดอยู่กระณีสูญเสียฟันหลักด้านท้าย[13] ควรออกแบบให้แผ่นด้านลิ้นมีความสูงกว่าปกติ มีส่วนรองรับที่ฟันหลักหลายซี่ นอกจากนี้

ยังมีแบบชนิดล็อกยึดด้วยบานพับ [14] (swinglock removable partial denture) ที่เลือกใช้กรณีที่ต้องการคามยึดฟันที่เหลืออยู่ที่มีลักษณะโยก

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 70 ปี HN 500005647 สถานภาพสมรส อาชีพข้าราชการบำนาญ ภูมิลำเนา จังหวัดกาญจนบุรี ต้องการใส่ฟันเทียมเนื่องจากเคี้ยวอาหารไม่สะดวก สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรง ปฏิเสธโรคประจำตัว

และประวัติการแพ้ยาเคียวรักษาทางทันตกรรม ไม่มีประวัติการใส่ฟันเทียมมาก่อน ใบหน้าตรงมีลักษณะสมมาตร ใบหน้าด้านข้างเป็นแบบตรง (straight profile) การตรวจข้อต่อขากรรไกร พบข้อต่อขากรรไกรได้ 40 มิลลิเมตร ไม่พบการเบี่ยงเบนของแนวทางการเคลื่อนที่ของขากรรไกรและสามารถเคลื่อนที่ในแนวขวางได้ปกติ ไม่พบเสียงผิดปกติบริเวณข้อต่อขากรรไกรขณะอำ-หุบปาก และไม่พบการบวมหรือกดเจ็บของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและบริเวณข้อต่อขากรรไกร (รูปที่ 1)



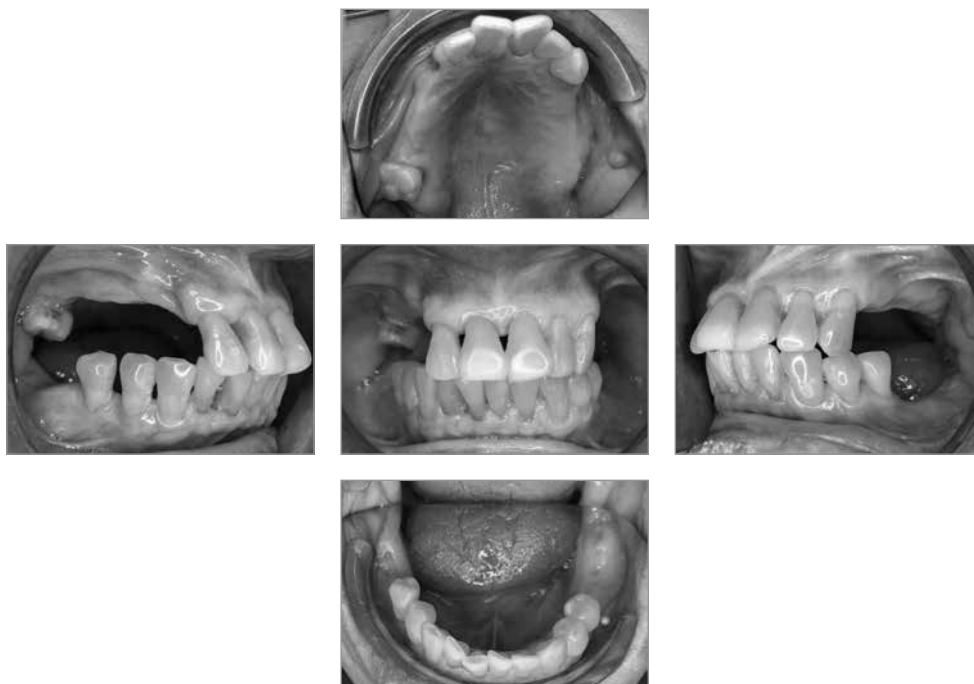
รูปที่ 1 ภาพถ่ายภายนอกช่องปากผู้ป่วยก่อนการรักษา

การตรวจภายในช่องปาก

(Intra oral examination)

ฟันบนเหลืออยู่ 6 ซี่ ฟันบนทุกซี่ไม่ผุ มีร่องลึกปริทันต์ (probing pocket depth) 2-3 มิลลิเมตร เหงือกกร่น 1-2 มิลลิเมตร ไม่โยก ไม่มีปัญหาของเหงือกยึด (mucogingival problem) ฟันล่างเหลืออยู่ 10 ซี่ ฟันล่างทุกซี่ไม่ผุ ไม่มีปัญหาของเหงือกยึด (mucogingival problem) ฟันซี่ 33, 34 และ 35 มีร่องลึกปริทันต์ 1-2 มิลลิเมตร เหงือกกร่น 1-2 มิลลิเมตร ซี่ 32, 31, 41 และ 42 มีร่องลึก

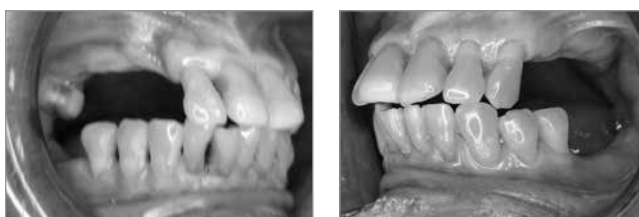
ปริทันต์ 2-3 มิลลิเมตร เหงือกกร่น 3-4 มิลลิเมตร โยกระดับ 1-2 ซี่ 43, 44 และ 45 มีร่องลึกปริทันต์ 2-3 มิลลิเมตร เหงือกกร่น 2-3 มิลลิเมตร โดยฟันที่หายไปให้ประวัติได้รับการถอนออกไปเมื่อหลายปีก่อน สันเหงือกบนและล่างมีความหยุ่นตัวปกติ (firm) ไม่มีเนื้อเยื่อเกาะสูงและปุ่มกระดูก (รูปที่ 2-4)



รูปที่ 2 ภาพถ่ายภายในช่องปากและภาพขณะสบฟันก่อนการรักษา



รูปที่ 3 ภาพถ่ายภายในช่องปาก ขณะกัดเคี้ยวก่อนการรักษา

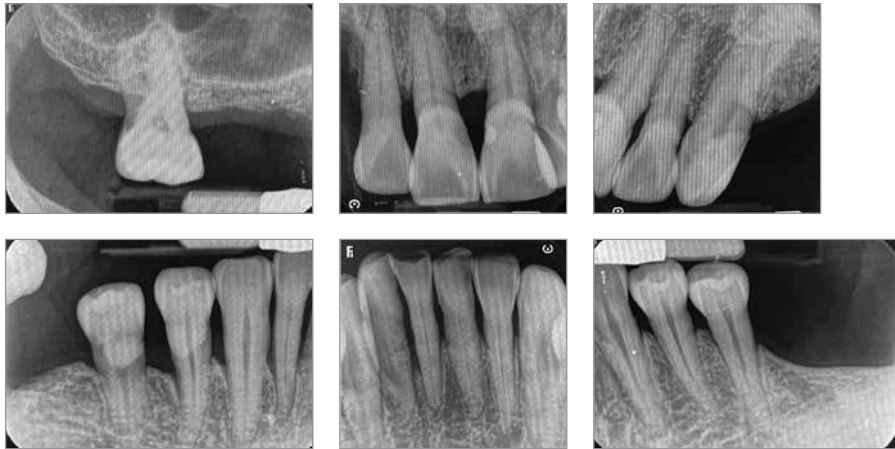


รูปที่ 4 ภาพถ่ายภายในช่องปาก ขณะกัดเคี้ยวซี่ก่อนการรักษา

ภาพถ่ายรังสี

ภาพถ่ายรังสีพบกระดูกรอบปลายรากฟันทุกซี่ปกติ ฟันซี่ 31, 32, 41 และ 42 มีการสูญเสียกระดูกแนวราบประมาณร้อยละ 50 ของความยาวราก ส่วนฟันซี่ที่เหลือมีการสูญเสียกระดูกแนวราบประมาณร้อยละ 35

ของความยาวราก (รูปที่ 5) อัตราส่วนระหว่างตัวฟันและรากฟันโดยทั่วไป คือ 1: 1.1-1.2 ยกเว้นฟันซี่ 23 ที่มีค่า 1: 1.5 และฟันซี่ 41, 42 ที่มีค่า 1.5:1



รูปที่ 5 แสดงภาพถ่ายรังสีในช่องปาก

ได้วางแผนและอธิบายทางเลือกในการรักษา ผู้ป่วยเลือกใส่ฟันเทียมบางส่วน ถอดได้ฐานโลหะที่มีการออกแบบเพื่อรองรับการสูญเสียฟันในอนาคตโดยเก็บฟันซี่ 31, 32, 41 และ 42 ที่มีการพยากรณ์โรคทางปริทันต์ที่ไม่แน่นอนไว้

ขั้นตอนการรักษา

1. ทำการซักประวัติ ประเมินสภาพร่างกาย ตรวจผู้ป่วยทั้งนอก และภายในช่องปาก ถ่ายภาพรังสีฟันอธิบายแผนการรักษา และทางเลือกในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา ขั้นตอนในการรักษา และผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. พิมพ์ปากบนและล่างเพื่อทำขึ้นหล่อวินิจฉัย (diagnostic cast)

3. การออกแบบ

ฟันเทียมบน มีส่วนโยงหลักเป็นแผ่นคาดหน้าหลัง (anteroposterior palatal strap) แผ่นแต่ละด้านมีความกว้างอย่างน้อย 8 มิลลิเมตร อยู่ห่างจากขอบเหงือก 6 มิลลิเมตร และมีส่วนเปิดกลางเพดาน 15*15 มิลลิเมตร ส่วนโยงรองบนสันเหงือกกว้างเป็นตารางโปร่ง (Open construction) ใช้ฟันซี่ 17 และ 23 เป็นฟันหลัก เพราะมีอัตราส่วนตัวฟันและรากฟันที่เหมาะสม มีส่วนพักใกล้กลาง (mesial rest) บนด้านบดเกี่ยวของฟันซี่ 17 และส่วนพักด้านเพดาน (cingulum rest) ของฟันซี่ 23 มีตะขอโอบฟัน

(simple circlet) จับส่วนคอดด้านแก้ม-ไกลกลางของฟันซี่ 17 และตะขอหลอดคัดจับส่วนคอดด้านแก้ม-ไกลกลางของฟันซี่ 12, 23

ฟันเทียมล่าง มีส่วนโยงหลักเป็นแผ่นด้านลิ้นที่มีบางส่วนเป็นตารางโปร่ง (lingual plate) แบบมีที่ว่างสำหรับให้เป็นที่อยู่ของอะคริลิกเรซินเพื่อช่วยต่อการเติมฟัน ใช้ฟันซี่ 33, 34, 35, 43, 44, 45 เป็นฟันหลักเนื่องจากมีอัตราส่วนตัวฟันและรากฟันอย่างน้อยเท่ากับ 1:1 ส่วนโยงรองบนสันเหงือกกว่าเป็นแบบตะแกรง (mesh construction) มีส่วนพักไกลกลาง (mesial rest) บนด้านบดเคี้ยวของฟันซี่ 34, 35, 44, 45 และส่วนพักด้านลิ้น

(cingulum rest) ของฟันซี่ 33, 43 ส่วนตะขอพิจารณาใช้ตะขอผสมจับส่วนคอดด้านแก้ม-ไกลกลางของฟันซี่ 35, 45

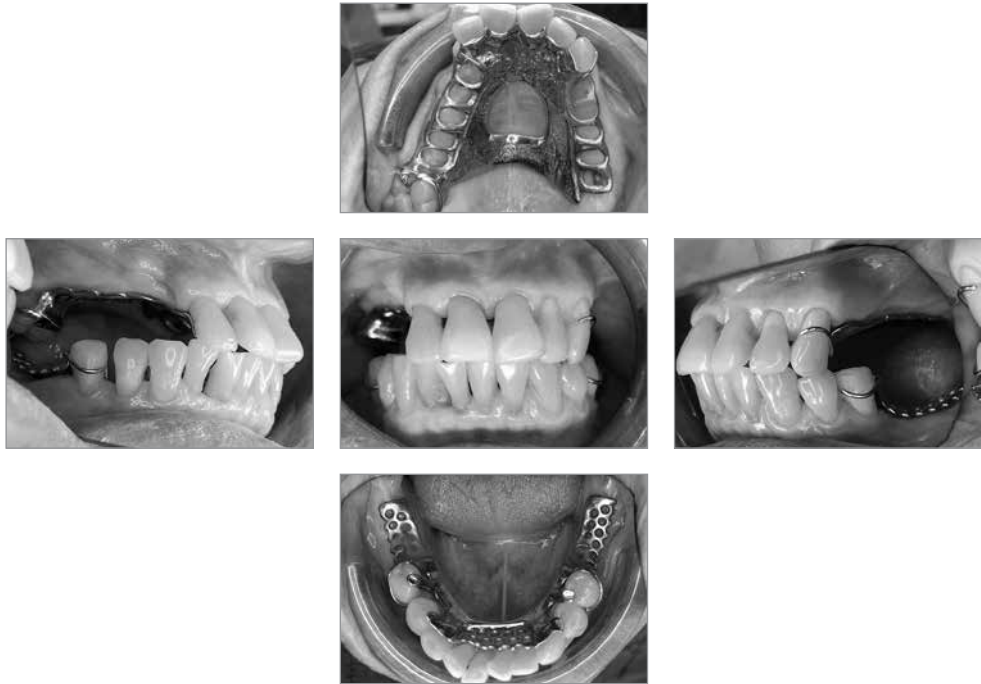
กรอแต่งฟันตามแผนการรักษาเพื่อปรับรูปร่างฟัน สร้างระนาบนำ และแอ่งรับเพื่อรองรับฟันเทียม พิมพ์ปากเพื่อสร้างโครงโลหะ ตรวจสอบความถูกต้องของจี๊ฟส่วนคอด (wax block out) โครงจี๊ฟ (wax pattern) ทำแผ่นด้านลิ้นที่มีการผ่อนแรงกดด้วยจี๊ฟ (relief wax) ไว้เพื่อให้เป็นที่อยู่ของอะคริลิกเรซิน เมื่อถูกต้องแล้วจึงให้ห้องปฏิบัติการเหวี่ยงโครงโลหะ (รูปที่ 6)



รูปที่ 6 แสดงภาพจี๊ฟส่วนคอด (wax block out) โครงจี๊ฟ (wax pattern) ก่อนการเหวี่ยงโครงโลหะ

4. ลองโครงโลหะในปากผู้ป่วย ตรวจสอบความแนบสนิทของโครงโลหะกับตัวฟัน

ตรวจสอบและปรับแต่งการสบฟัน ให้สามารถเคี้ยวให้เป็นปกติ (รูปที่ 7)



รูปที่ 7 แสดงการลองโครงโลหะในปากผู้ป่วย

5. พิมพ์เนื้อเยื่อด้วยวิธีใช้แรงกด (functional impression) โดยเสริมอะคริลิกบริเวณโครงโลหะส่วนสันเหงือกทางด้านซ้าย ขอบด้วยวัสดุคอมปาวด์สีเขียวและ

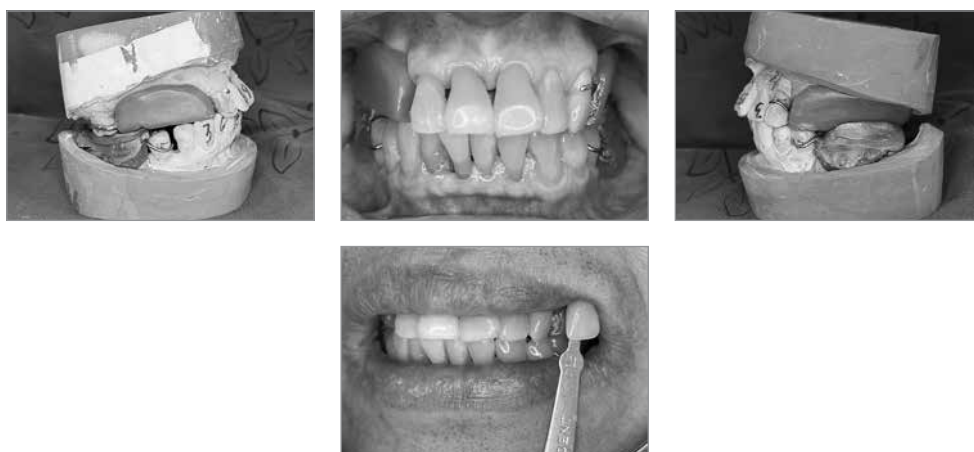
พิมพ์ปากขึ้นสุดท้ายด้วยซิลิโคน ส่งรอยพิมพ์และขึ้นหล่อหลักให้ห้องปฏิบัติการทำขึ้นหล่อเปลี่ยนฐาน และให้ทำแท่นกัดส่งกลับเพื่อบันทึกการสบฟัน (รูปที่ 8)



รูปที่ 8 แสดงโครงโลหะที่เสริมอะคริลิกบริเวณสันเหงือกทางด้านซ้าย และรอยพิมพ์แบบใช้แรงกดบริเวณเนื้อเยื่อส่วนท้าย

6. ลองแทนกัฒนในขากรรกรรบนและ
ล่ง ปรบแต่งแทนกัฒน หรรษะมิตินแวงดิ่ง
ของกรรสปน (vertical dimension) โดย
วิธีกรรวัดรรษะปลอตกกรรสปษณะพัก
(freeway space) วัดรรษะจากรปลยจมก

ถึงคางขณะผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งขากรไกร
 พักได้ 76 มม. และขณะผู้ป่วยสบฟันได้
 74 มม.บันทึกการสบฟันโดยใช้อะลูมิเนียม
 การเทียบสีฟัน โดยใช้ระบบเมเจอร์เดนท
 ได้สีที่เหมาะสมคือ 2L (รูปที่ 9)



รูปที่ 9 แสดงการลองแทนกัณฑ์เพื่อบันทึกการสับสน และการเทียบสีพื้น

7. ลองฟันในขากรรไกรบนและล่าง
ตรวจสอบความถูกต้องของการสบฟัน

ตรวจสอบตำแหน่งพื้น การออกเสียง และ
ความพึงพอใจของผู้ป่วย (รูปที่ 10)



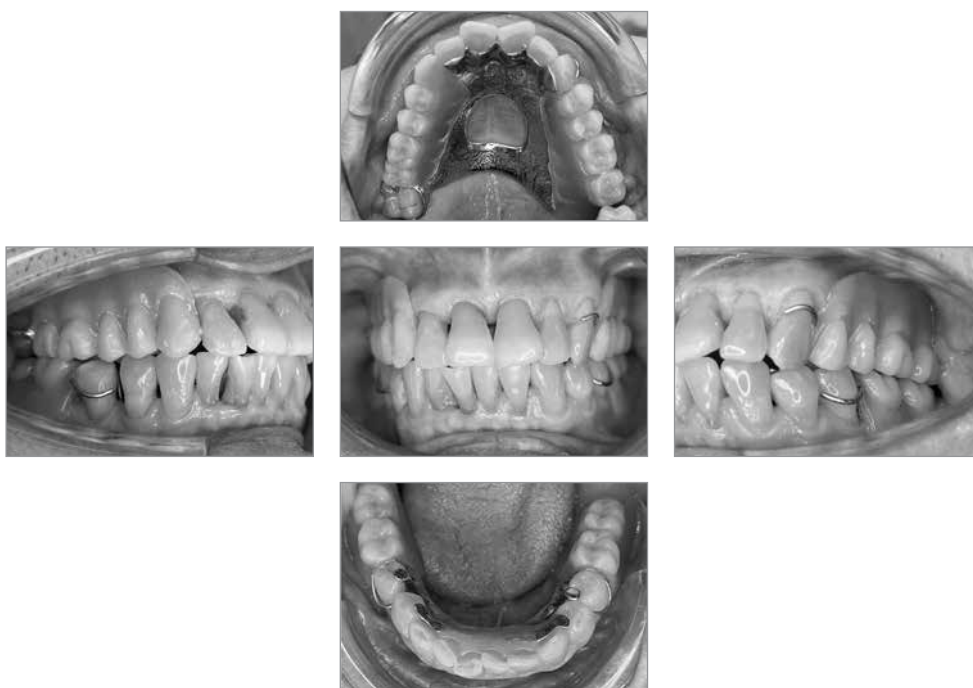
รูปที่ 10 แสดงการลองฟันในช่องปากผู้ป่วย

8. ใฝ่พันเทียมนในขากรรไกรบนและล่าง
ปรับแต่งพันเทียมให้ลงในตำแหน่ง โดย
สังเกตที่ส่วนพักจะต้องแนบสนิทกับแอ่งรับ
ตรวจสอบการกดเนื้อเยื่อของพันเทียมโดยให้
กดในตำแหน่งที่กดได้ โดยขากรรไกรบนคือ

สันเหือกขากรรไกรล่างคือพื้นที่ลาดบริเวณ
ด้านแก้ม เมื่อไม่มีอาการเจ็บจึงตรวจสอบ
และปรับการสบฟันทั้งการสบในศูนย์ และ
การสบนอกศูนย์เป็นลำดับถัดไป (รูปที่
11-14)



รูปที่ 11 ภาพถ่ายนอกช่องปากผู้ป่วยหลังใส่ฟันเทียม



รูปที่ 12 ภาพถ่ายในช่องปาก และภาพขณะสบฟันหลังใส่ฟันเทียม



รูปที่ 13 ภาพถ่ายในช่องปาก ขณะกัดเคี้ยวขวาหลังใส่ฟันเทียม

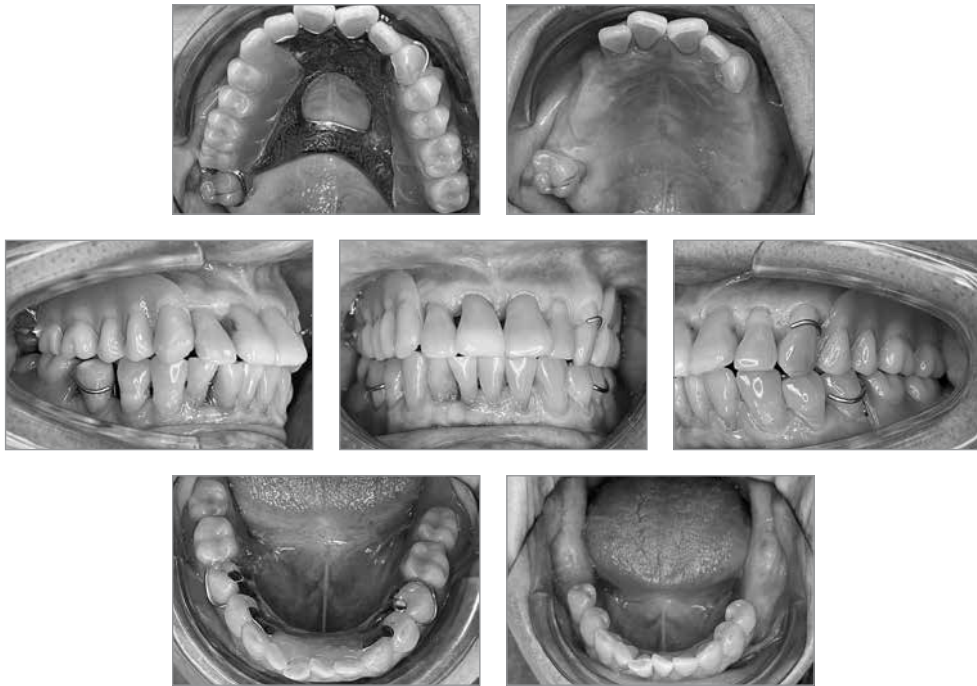


รูปที่ 14 ภาพถ่ายในช่องปาก ขณะกัดเคี้ยวซ้ายหลังใส่ฟันเทียม

ผลการรักษา และการติดตามหลังการรักษา

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องการบดเคี้ยวอาหาร การพูด การออกเสียงและความสวยงาม ฟันเทียมที่ใส่มีความเสถียรและการยึดอยู่ที่ดี การสบฟันดี ไม่มีการกีดขวางขณะสบฟัน (Interference) ผลตรวจหลังใส่ฟันเทียม 1 วัน และ 1 สัปดาห์ พบว่ามีการกดเจ็บและรอยแดงบางตำแหน่ง จึงทำการปรับแก้ฟ่อนแรงกด (relief) ไม่พบขอบฟันเทียมขาวเกิน

หลังใส่ 2 สัปดาห์ 1, 3 และ 6 เดือน ไม่พบการกดเจ็บ ฟันหลักปกติ ผู้ป่วยใช้งานได้ปกติ สามารถทำความสะอาดฟันเทียมได้ดี ฟันซี่ 31, 32, 41 และ 42 มีลักษณะการโยกคงเดิม ภาพถ่ายรังสีพบการสูญเสียกระดูกแนวราบประมาณร้อยละ 50 ของความยาวรากคงเดิม จึงแนะนำให้กลับมามตรวจเป็นประจำทุก 6 เดือน (รูปที่ 15)



รูปที่ 15 ภาพถ่ายในช่องปาก และภาพขณะสบสนิทหลังใส่ฟันเทียม 6 เดือน

บทวิจารณ์

ชากรรไกรบนของผู้ป่วยรายนี้มีฟันหลังหายไปข้างเดียวจำแนกเป็นช่องว่างไร้ฟันแบบที่ 2 ช่องว่างย่อย 1 ช่อง ตามระบบการจำแนกแบบเคนเนดี้ (Kennedy's classification) [1,6] ไม่มีปุ่มกระดูกด้านเพดานจึงออกแบบให้ส่วนเชื่อมต่อโยงใหญ่เป็นแบบแผ่นลาด

หน้าหลัง เนื่องจากต้องใส่ฟันทดแทนหลายซี่ในฟันหลัง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ไม่รบกวนการพูด และมีความแข็งแรงเพียงพอที่ให้การพยุงรับที่ดี[1,15] เลือกใช้ตะขอหลอดคัตที่ฟันซี่ 23 เพราะแกนยึดมีหน้าตัดวงกลมทำให้ยึดหยุ่นทุกทิศทาง กระจายแรงได้ดี

ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อฟันหลัก[16] และเลือกใช้ตะขอโอบฟัน (simple circlet) ที่ฟันซี่ 17 เนื่องจากให้การยึดอยู่ การพยุ่งที่ดี และปลายตะขออยู่ด้านไกลกลางต่อแนวแกนหมุนหลักของฟันปลอมทำให้ไม่บดจัดฟันหลักเมื่อฟันปลอมยุบตัวลงสู่สันเหงือกเวลาบดเคี้ยว

ส่วนในขากรรไกรล่างของผู้ป่วยรายนี้มีฟันหลังหายไป 2 ข้าง จำแนกเป็นช่องว่างไว้ฟันแบบที่ 1 มีความลึกฟันปาก 9 มิลลิเมตร ซึ่งเหมาะกับส่วนเชื่อมโยงใหญ่แบบแท่งด้านล่าง แต่เนื่องจากฟันซี่ 31, 32, 41, 42 มีการพยากรณ์โรคปริทันต์แบบไม่แน่นอน จึงควรเป็นแผ่นด้านล่าง (Lingual plate) โดยให้มีส่วนรองรับที่ฟันหลักหลายซี่เพื่อกระจายแรงบดเคี้ยว และช่วยเข้าเฟือก (splint) ฟันหลักไว้ด้วยกัน โดยเพิ่มเติมแบบของแผ่นด้านล่างเป็นตารางโปร่งเพื่อเป็นที่อยู่ของอะคริลิกเรซินทำให้ง่ายต่อการเติมฟันส่วนตะขอเลือกใช้ตะขอผสม ในผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถใช้ตะขออาร์พีโอได้ เนื่องจากคุณลักษณะของตะขออาร์พีโอต้องมีระนาบนำด้านไกลกลางของฟันหลักขนาด 2-3 มิลลิเมตรใกล้ด้านบดเคี้ยวเพื่อให้แผ่นด้านประชิดของฟันเทียมแต่ละอยู่บริเวณ 1/3 ด้านเหงือกของระนาบนำ และสามารถเคลื่อนที่ในแนวไกลกลางด้านเหงือกเมื่อมีแรงบดเคี้ยวโดยไม่บดจัดฟันหลัก[17] แต่ฟันหลักทั้ง 2 ซี่มีแนวฟันล้มมาทางด้านไกลกลางทำให้ไม่สามารถวางแผ่นด้านประชิดของฟันเทียมให้เป็นไปตามคุณลักษณะของตะขออาร์พีโอที่ควรจะเป็นได้

การสบฟันของฟันปลอมเป็นแบบสบฟันได้ดูลข้างเดียว (group function) ซึ่งช่วยกระจายแรงบดเคี้ยวและทำให้ฟันเทียมมีเสถียรภาพ เมื่อมีการใช้ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ไปเป็นเวลานานจะมีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรบริเวณใต้ฐานฟันเทียมขยายฐาน จึงควรติดตามผลรักษาทุก 6 เดือนเพื่อเสริมฐานฟันเทียมให้แบบสนิทกับสันเหงือกเสมอ ไม่ทำให้เกิดการบีบจัดฟันหลัก

บทสรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบเสร็จสมบูรณ์แล้ว และมีการสูญเสียกระดูกรองรับรากฟันบางส่วนประมาณร้อยละ 50 ของความยาวรากฟันซึ่งทางปริทันต์ถือเป็น การพยากรณ์โรคแบบไม่แน่นอน หากไม่มีการสบกระแทกสามารถเก็บไว้ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้โดยออกแบบฟันเทียมที่ช่วยกระจายแรงบดเคี้ยวลงสู่เนื้อเยื่อเชื่อมร่วมกับฟันหลัก ร่วมกับการออกแบบเสริมให้เดิมซี่ฟันเทียมได้ง่ายเพื่อรองรับการถอนฟันเหล่านี้ในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมเดิมได้นานขึ้นแม้จะต้องถอนฟันเหล่านั้นเพิ่มเติม

ความสำเร็จในการรักษามาจากการเก็บข้อมูลต่างๆ ที่ครบถ้วน ทั้งการตรวจร่างกาย การตรวจช่องปาก ภาพรังสี เสรฐฐานนะของผู้ป่วย รวมถึงความคาดหวังของผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาวางแผนการรักษา และออกแบบฟันเทียมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในรายนั้นๆ หลังการรักษาควรนัดหมาย

10. Frechette AR. The influence of partial denture design on distribution of force to abutment teeth. J Prosthet Dent. 1956;2:195-212
11. Cecconi BT, Asgar K, Dootz E. Clasp assembly modifications and their effect on abutment tooth movement. J Prosthet Dent. 1972;27:160-7
12. Nally J. Methods of handing abutment teeth in class I partial denture. J Prosthet Dent. 1973;30:561-6
13. Becker CM. Using removable partial dentures to stabilize teeth with secondary occlusal traumatism. J Prosthet Dent. 1982;47:587-94
14. Bolender CL, Becker CM. Swinglock removable partial dentures: where and when. J Prosthet Dent 1981;45:4-10.
15. Gad MM. Removable Partial Denture Designing: Variation of Hard and Soft Tissue Anatomy and Maxillary Major Connector Selection. Int J Dentistry Oral Sci 2017;4:457-63.
16. Applegate OC. Essentials of Removable Partial Denture Prosthesis. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 1965.
17. Krol AJ. RPI (Rest, Proximal Plate, I Bar) Clasp Retainer and Its Modifications. Dental Clinics of North America 1973;17:631-49.



**เปรียบเทียบเจตคติ การปฏิบัติตนและค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังใช้โปรแกรม
ลดค่าดัชนีมวลกาย ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอปอพลอย**

**Comparison of Attitude, Health Behavior and BMI after Performing follow BMI
Reduction Program among Public Health Officer in Bo Phloi, Kanchanaburi**

นราวุฒิ กตเวทิงค์

Narawut Katawethiwong

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

chansak_763@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น มีวัตถุประสงค์ คือ 1. เพื่อเปรียบเทียบเจตคติที่มีต่อโรค metabolic syndrome 2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรค metabolic syndrome 3. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอปอพลอย ผู้ที่มีภาวะค่าดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐาน โดยการประเมินเจตคติที่มีต่อโรค metabolic syndrome พฤติกรรมการปฏิบัติตนและค่าดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการทดลองเป็นเวลา 3 เดือน การเลือกแบบเจาะจงจำนวน 35 คน กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐานและมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เหน็ดคัดเลือกรandomized กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีค่าดัชนีมวลกาย ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้กินยาลดน้ำหนักและไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการลดน้ำหนักมาก่อน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดเจตคติ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรค metabolic syndrome และ โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การปฏิบัติตน การออกกำลังกายโดยการวิ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตน การออกกำลังกายสำหรับผู้ที่ภาวะค่าดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐาน (ภายหลัง 3 เดือน) ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ กรกฎาคม – กันยายน 2563 แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นของอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78 ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (content validity) เท่ากับ 1 แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบทางสถิติอนุมาณ ด้วยค่าที (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงคิดเป็นร้อยละ 60 อายุเฉลี่ยคิดเป็น 41.88 ระยะเวลาที่ค่าดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐาน ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร² ≤ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.14 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนและหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกายคิดเป็น 27.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.46 และ 26.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.52 ตามลำดับ นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติก่อนและหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกายคิดเป็น 27.45 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.5 และ 28.65 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.34 ระดับเจตคติก่อนและหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย ร้อยละ 100 มีระดับเจตคติ ในทางบวกอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 26.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 และค่าเฉลี่ย 27.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตนก่อนและหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย คิดเป็น 21.00 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.24 และ 24.11 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.88 ตามลำดับ ระดับการปฏิบัติตนก่อนใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย ร้อยละ 74.29 มีระดับการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.0 มีระดับการปฏิบัติตนอยู่ระดับสูง และร้อยละ 5.71 มีระดับการปฏิบัติตนอยู่ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 20.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.66 ระดับการปฏิบัติตนหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย ร้อยละ 54.29 มีระดับการปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 45.71 มีระดับการปฏิบัติตนอยู่ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 23.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.90 ตามลำดับ หลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย เจตคติที่มีต่อโรค metabolic syndrome การปฏิบัติตนที่มีต่อโรค metabolic syndrome เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.00$) และค่าดัชนีมวลกายหลังจากการใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จากการค้นพบดังกล่าว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรนำโปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรค metabolic syndrome หรือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐาน รายอื่นต่อไป และแนะนำวิธีการออกกำลังกายหลากหลายตามกลุ่มอายุ

Abstract

The purpose of this pre-experimental research was to 1. to compared attitudes towards metabolic syndrome, 2. to compared behaviors towards metabolic syndrome, and 3. to compared the BMI between before and after using the BMI reduction program. in the public health officers who have over BMI. Attitude, health behavior and BMI were compared after 3 months of BMI reduction program. 35 public health officers were recruited with these criteria, BMI ≥ 23 , never use diet pills and participate in loss weight program. The qualified questionnaires were used to collect data which consists of general information, attitude and self-care about metabolic syndrome. Moreover, all participants had received BMI reduction program consists of nutrition, self-care and jogging exercise program. This study was performed in July to August

อนามัยของประชาชนทั่วโลก ภาวะการตาย การเจ็บป่วย และพิการที่เป็นผลมาจาก โรควิถีชีวิต เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน นั้น Metabolic Syndrome (ตั้งแต่ 1920 เป็นต้นมา) ล้วนแสดงว่า metabolic syndrome มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง เบาหวาน ประเภท 2 และโรคอ้วน โดยในปี 1988 WHO diabetes research group ได้ให้ความสำคัญ จำกัลดความ ของ metabolic syndrome ว่าเป็นกลุ่มที่มี interconnected physiological, biochemical, clinical and metabolic factor ที่เพิ่มความเสี่ยงโดยตรงต่อการเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือด, เบาหวานประเภท 2 และเพิ่มอัตราการตาย ชื่ออื่นๆ ที่ใช้เรียก metabolic syndrome มีดังนี้ insulin resistance syndrome, quartet of death, syndrome of X

กลุ่มอาการนี้เกิดในผู้ใหญ่มากกว่า 20% ของสหรัฐอเมริกา, จีน, ยุโรป และประเทศที่พัฒนาแล้ว และยังแสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์กับอายุและเพศคือ ช่วงอายุน้อยกว่า 50 ปี มักเกิดในผู้ชายและในทางกลับกันช่วงอายุที่มากกว่า 50 ปี มักเกิดในผู้หญิง ทั้งนี้ทำให้เกณฑ์การวินิจฉัยโรค metabolic syndrome ขึ้นอยู่กับช่วงอายุ และเชื้อชาติ

ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิด metabolic syndrome ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคเบาหวานประเภท 2 คือการกินเกินความจำเป็นและมีกิจกรรมทางกายน้อย และการผลิตของ Cytokines จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า หากควบคุมอาหารให้ถูกต้อง จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ การออกกำลังกายเป็นวิธีการรักษาโรคอ้วนโดยไม่ต้องใช้ยาที่ดีที่สุด

เนื่องจากช่วยลดภาวะคือต่ออินซูลิน
ต้านกระบวนการอักเสบและช่วยลดไขมัน
ในเลือดด้วย

การลดลงของค่าดังต่อไปนี้ จะช่วยให้
สภาพของผู้ป่วย Metabolic Syndrome ดีขึ้น

1. Fat mass index
2. รอบเอว
3. ความหนาของลำตัว
4. น้ำหนัก

ข้อเท็จจริง 2 ข้อต่อไปนี้จะทำให้เกิด
การศึกษาในครั้งนี้

ทั่วโลกมีผู้ป่วย metabolic syndrome เป็นจำนวนมาก และการขาดเกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัย metabolic syndrome แน่ชัด การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย จึงเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อ metabolic syndrome และ การเกิดเบาหวานประเภท 2 [3] ปัญหาสุขภาพที่พบมีหลากหลาย และที่สำคัญทำให้เกิดโรคเรื้อรังที่ต้องการ การดูแลรักษาต่อเนื่อง ซึ่งมีผลต่อสมรรถภาพ ทางกายความสามารถในการปฏิบัติงาน ค่อยลง มีความสิ้นเปลืองต่อการรักษา เกิดความทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิตก่อนวัย อันควร ทำให้ประเทศขาดกำลังบุคลากร ที่เป็นพลังขับเคลื่อนความก้าวหน้าและสร้าง ปัญหาต่อเนื่องทางเศรษฐกิจ[4] การทบทวน การศึกษาพบว่าค่าดัชนีมวลกายที่ใช้เป็น เกณฑ์ตัดสินว่า น้ำหนักเกิน และอ้วน สำหรับ คนเอเชียมีความสัมพันธ์ระหว่าง ค่าดัชนี มวลกาย, อัตราส่วนของไขมันในร่างกาย และความเสี่ยงต่อสุขภาพที่ต่างจากชาวยุโรป พบว่าชาวเอเชียที่มีความเสี่ยงเป็นโรค

1. ระบุการปฏิบัติตนการออกกำลังกาย โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย ในการดูแลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ไม่สามารถควบคุมค่าดัชนีมวลกายได้ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับค่าดัชนีมวลกาย ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และสามารถควบคุมค่าดัชนีมวลกายได้

2. เสนอโปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย การปฏิบัติตนการออกกำลังกายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต่อสาธารณสุขอำเภอบ่อพลอย เพื่อพิจารณาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ พร้อมปรับปรุงให้เกิดความเหมาะสมและเป็นไปได้ก่อนการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามก่อนการใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย

ขั้นตอนที่ 4 ใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย ประกอบด้วย การปฏิบัติตนและการออกกำลังกายในกลุ่มเป้าหมาย เรื่องการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายลดค่าดัชนีมวลกาย และลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ เน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเองนำไปสู่การดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยใช้คู่มือโปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย ประกอบด้วย

สูตรอาหารพลังงานต่ำ 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน[17] แสดงให้เห็นถึงส่วนของอาหารแต่ละหมวด โดยแบ่งรายการอาหารออกเป็น 2 ประเภท คือส่วนของรายการอาหารที่มีหมวดนมวันละ 3 มื้อ และรายการอาหารที่ไม่มีหมวดนมวันละ 3 มื้อ พลังงานที่ได้รับจะแตกต่างกัน 15 กิโลแคลอรี แต่ในการจัดรายการอาหารในแต่ละมื้อควรมีอาหารหลากหลาย ถ้าเป็นเนื้อสัตว์ไขมันต่ำจะเป็นเนื้อไก่ล้วน เนื้อเป็ด เนื้อสัตว์ไขมันต่ำมาก เช่น กุ้ง ปลาหมึก ลูกชิ้น ปลาทู เนื้อปลา มาจัดในรายการอาหารได้แต่เนื้อสัตว์จำพวกนี้ จะให้พลังงานต่ำมากสามารถเพิ่มพลังงานจากหมวดข้าว-แป้งได้ เพื่อให้พลังงานครบ 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน นำส่วนของอาหารมาจัดรายการอาหาร โดยคำนึงถึงหลักโภชนาการวันละ 3 มื้อ สามารถนำมาใช้ในการคำนวณการทานอาหารในแต่ละวันเพื่อลดค่าดัชนีมวลกาย ตามวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย ดังแสดงในตาราง

* เนื้อสัตว์ 1 ส่วน เท่ากับปริมาณเนื้อสัตว์ดิบ 40 กรัม หรือ เนื้อสัตว์สุก 30 กรัม

ให้ได้สัปดาห์ละ 3-5 วัน สามารถนำมาใช้ในการออกกำลังกายเพื่อลดค่าดัชนีมวลกายตามวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกายดังแสดงในตาราง

ตาราง โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค (aerobic exercise) ด้วยการวิ่ง

หมายเหตุ: สามารถปรับเปลี่ยนวันและเวลาได้ ตามความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 5 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผล จัดทำแบบสอบถามและวัดค่าดัชนีมวลกายหลังการใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการพรรณนาข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ด้วยการทดสอบที (Inferential statistic paired t test) และค่า p-value ที่ < 0.05

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอพลอยจำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60, มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 34.29, มีส่วนสูงอยู่ในช่วง 150-159 เซนติเมตร ร้อยละ 48.58, มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 60-79 กิโลกรัม ร้อยละ 62.86, มีรายได้ในช่วง 10,000 - 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 25.71, มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 65.72, ประกอบอาชีพพนักงานวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 51.43, ระยะเวลาที่ค่าดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐาน ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร² น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 77.14, ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.14, ก่อนใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$) จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	40.00
หญิง	21	60.00
อายุ (ปี)		
20 - 29	7	20.00
30 - 39	6	17.14
40 - 49	10	28.57
50 - 59	12	34.29
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
150 - 159	17	48.58
160 - 169	9	25.71
170 - 179	7	20.00
180 - 189	2	5.71

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตนก่อนและหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย

การปฏิบัติตน	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		t	p-value*
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การปฏิบัติตนต่อโรค Metabolic syndrome	21.00	3.24	24.11	2.88	-4.704	0.000

*P<.05

ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 27.20 และหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 26.13

เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าค่าดัชนีมวลกาย หลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.00$ ดังแสดงใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนและหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย

ค่าดัชนีมวลกาย	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		t	p-value*
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ค่าดัชนีมวลกาย	27.20	4.46	26.13	4.52	13.906	.000

*P<.05

สูตรอาหารพลังงานต่ำ 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน[17] แสดงให้เห็นถึงส่วนของอาหารแต่ละหมวด โดยแบ่งรายการอาหารออกเป็น 2 ประเภท คือส่วนของรายการอาหารที่มีหมวดนมวันละ 3 มื้อ และรายการอาหารที่ไม่มีหมวดนมวันละ 3 มื้อ พลังงานที่ได้รับจะแตกต่างกัน 15 กิโลแคลอรี แต่ในการจัดรายการอาหารในแต่ละมื้อควรมีอาหารหลากหลาย ถ้าเป็นเนื้อสัตว์ไขมันต่ำจะเป็นเนื้อไก่ล้วน เนื้อเป็ด เนื้อสัตว์ไขมันต่ำมาก เช่น กุ้ง ปลาหมึก ลูกชิ้น ปลาหู เนื้อปลา

มาจัดในรายการอาหารได้แต่เนื้อสัตว์จำพวกนี้จะให้พลังงานต่ำมากสามารถเพิ่มพลังงานจากหมวดข้าว-แป้งได้ เพื่อให้พลังงานครบ 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน นำส่วนของอาหารมาจัดรายการอาหารโดยคำนึงถึงหลักโภชนาการวันละ 3 มื้อ สามารถนำมาใช้ในการคำนวณการทานอาหารในแต่ละวันเพื่อลดค่าดัชนีมวลกาย ตามวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย ดังแสดงใน ตารางที่ 5

บทวิจารณ์

การวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (pre-experiment) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อเปรียบเทียบเจตคติที่มีต่อโรค metabolic syndrome 2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรค metabolic syndrome 3. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอบ่อพลอย ผู้ที่มีภาวะค่าดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐาน โดยการประเมินเจตคติที่มีต่อโรค Metabolic syndrome พฤติกรรมการปฏิบัติตนและค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลองเป็นเวลา 3 เดือน การเลือกแบบเจาะจงจำนวน 35 คน กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐานและมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีค่าดัชนีมวลกายค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้กินยาลดน้ำหนักและไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการลดน้ำหนักมาก่อน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเจตคติ แบบสอบถามการปฏิบัติตน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมานได้แก่ pair t-test

ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้ หลังการใช้คู่มือ
ใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกายกลุ่มเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory)[13] มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสอดคล้องตามทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย[11] และมีความพึงพอใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ว่า physical activity ร่วมกับการออกกำลังกายแบบ cardiorespiratory fitness การวิ่งแบบหนักปานกลาง อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์อย่างต่อเนื่องขั้นต่ำ คือครั้งละ 10 นาที ช่วยในการเผาผลาญไขมันได้ดีแล้ว ยังช่วยให้กล้ามเนื้อและร่างกายแข็งแรงขึ้น สร้างความแข็งแรงและอดทนให้ร่างกายได้ดี สามารถลดน้ำหนักได้อย่างดี และเลือกไปเลี้ยงสมองดีขึ้น เป็นระดับกลางๆ ที่เหมาะสมสำหรับผู้ออกกำลังกายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยใช้กลไกการออกกำลังกายแบบแอโรบิก[16] โดยหลังการใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย รายละเอียดดังต่อไปนี้ โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน มีเนื้อหาเรื่องการปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยการปฏิบัติตนและการออกกำลังกายที่เลือกใช้ คือ การวิ่ง นำมาสร้างเป็นโปรแกรมในการออกกำลังกายลดค่าดัชนีมวลกายการวิ่งสามารถออกได้ทุกสถานที่ เป็นการออกกำลังกายที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ หรือผู้ร่วมเล่น ข้อดีของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) คือทำให้ระบบเผาผลาญพลังงาน

4. จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าดัชนีมวลกายลดลงหลังใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกาย จึงควรส่งเสริมการใช้โปรแกรมลดค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วย metabolic syndrome หรือผู้ที่มีภาวะค่าดัชนีมวลกายเกินค่าปกติ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดีด้วยความกรุณาจากคุณวิสิทธิ์ ปิ่นประจักษ์นันท์ สาธารณสุขอำเภอพลอย ที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และส่งเสริมให้มีการทำงานวิจัย ที่ให้ความรู้ และเป็นที่ยอมรับในงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอพลอยทุกท่าน ที่เป็นกำลังสนับสนุนในการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Saklayen M. G. (2018). The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome. *Current hypertension reports*, 20(2), 12. <https://doi.org/10.1007/s11906-018-0812-z>
2. ปัญจพร ภาศิริ,ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2558). ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(1), 113-131.
3. Perez, E. A., González, M. P., Martínez-Espinosa, R. M., Vila, M., & Reig García-Galbis, M. (2019). Practical Guidance for Interventions in Adults with Metabolic Syndrome: Diet and Exercise vs. Changes in Body Composition. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3481.
4. คณะอนุกรรมการสถิติสาขาสุขาภาพ,คณะทำงานสถิติสาขาสุขาภาพ.(2557). แผนพัฒนาสถิติสาขาสุขาภาพ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2557-2558.
5. Who EC. (2004) Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 363(9403),157-1.
6. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2557). สุขภาพคนไทย 2557.
7. Aganovic, I., & Dusek, T. (2007). Pathophysiology of Metabolic Syndrome. *EJIFCC*, 18(1), 3-6. (Retraction published *EJIFCC*. 2020 Sep 29;31(3):254)
8. ลักษณ์วลัย มหาโชติ. (2557). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสมาชิกชมรมแอโรบิก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. *Veridian E Journal*, 8(2), 2833-2843.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก กับบทบาทการเป็นเมืองสมุนไพร

ของหน่วยบริการในจังหวัดนครปฐม

A study of conventional medicine service development with role of herbal city

in service unit of Nakhonpathom

ลดาพรรณ เย็นที

Ladapan Yentee

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม จังหวัดนครปฐม

ladapanyentee@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กับบทบาทการเป็นเมืองสมุนไพรของหน่วยบริการในจังหวัดนครปฐม วิธีการศึกษา ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของหน่วยบริการภาครัฐในจังหวัดนครปฐม โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ข้อมูลย้อนหลัง 6 ปี (พ.ศ.2557-2562) ซึ่งในปี 2557-2559 ยังไม่มีนโยบายการดำเนินงานเมืองสมุนไพร แต่ต่อมาในปี 2560-2562 มีนโยบายการดำเนินงานเมืองสมุนไพร ซึ่งในปี 2560 จังหวัดนครปฐมได้รับมอบหมายให้เป็นเมืองสมุนไพร ตัวแทนเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งโดยวิเคราะห์ด้วย SWOT Analysis วิเคราะห์จังหวัดนครปฐม ตาม PRECEDE Model แล้วนำปัจจัยที่ได้รับจากการเป็นเมืองสมุนไพรมาเป็นปัจจัยนำเข้า มาวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน โดยดูผลลัพธ์จากข้อมูลเชิงปริมาณจากโปรแกรม HDC และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทางสถิติ เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จก่อน (ปี 2557-2559) และหลัง (ปี 2560-2562) ดำเนินงานเมืองสมุนไพร

ผลการวิจัยพบว่า : ปัจจัยที่ได้รับจากการเป็นเมืองสมุนไพรมีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานเมืองสมุนไพร ได้แก่ 1. เป็นนโยบายระดับประเทศมีความชัดเจนในการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ชาติ 2. มีข้อตกลงความร่วมมือของภาคีเครือข่าย หน่วยงานหลัก 12 กระทรวงร่วมกับเมืองสมุนไพรทั้ง 14 จังหวัด เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำสมุนไพรไทยมาใช้ในประเทศอย่างครบวงจร ในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ 3. มีข้อสั่งการชัดเจนมอบหมาย

ให้จังหวัดนครปฐมเป็นตัวแทนเขตสุขภาพที่ 5 4. มีตัวชี้วัด การกำหนดเป้าหมายและหน่วยงาน และรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน (มีการจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานแบบบูรณาการ ทุกภาคส่วน ภาาิเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวง ภาาิเครือข่ายทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน) และ การประเมินผลที่เป็นรูปธรรม 5. มีแนวทางให้ผู้บริหารขับเคลื่อนอย่างชัดเจน 6. มีงบประมาณ ต่อเนื่องสำหรับกิจกรรม การสนับสนุนยาสมุนไพร พัฒนาองค์ความรู้และสร้างความเชื่อมั่น ใ้บุคลากรการแพทย์ผู้ส่งจ่ายยา การประชาสัมพันธ์ จัดทำสื่อเพื่อให้เข้าถึงยาสมุนไพรและ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรมากขึ้น 7. มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ช่วยเสริมและผลักดันการเป็นเมืองสมุนไพรให้ชัดเจนขึ้น นำข้อมูลจากโปรแกรม HDC ในช่วงปี 2560-2562 (มีการดำเนินงานเมืองสมุนไพร) ซึ่งเป็นผลงานบริการด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ 1. ร้อยละการให้บริการฯ กับ 2. มูลค่าการส่งจ่ายยาสมุนไพร 3. ปริมาณการส่งจ่ายยาสมุนไพร และ 4. การให้บริการแผนไทย นวด อบ ประคบ มาวิเคราะห์ เปรียบเทียบกับช่วงปี 2557-2559 พบว่ามีค่าเพิ่มขึ้น และเมื่อหาความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จ ของการเป็นเมืองสมุนไพร โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และ สเปียร์แมน พบว่า 2.มูลค่าการส่งจ่ายยาสมุนไพร 3 อันดับแรกและ 3.ปริมาณการส่งจ่ายยาสมุนไพรมีความ สัมพันธ์กับระดับความสำเร็จในการดำเนินงานเมืองสมุนไพร ค่าทางสถิติ ($r = 0.941, 0.840, p\text{-value} < 0.05$) และ ($r = 0.941, 0.840, p\text{-value} < 0.05$) ตามลำดับ แต่ 1.ร้อยละการให้บริการผู้ป่วย นอกฯ และ 4.การให้บริการแผนไทย นวด อบ ประคบ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จ ในการดำเนินงานเมืองสมุนไพร ค่าทางสถิติ ($r = 0.617, 0.621, p\text{-value} < 0.05$) และ ($r = 0.622, 0.621, p\text{-value} < 0.05$) ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้ต้องนำไปวิเคราะห์เพิ่มเติมต่อไป

สรุปได้ว่า จากข้อมูลการวิเคราะห์ให้ผลสอดคล้องกับการได้รับปัจจัยจากการเป็นเมือง
สมุนไพรในปี 2560-2562 สามารถนำเสนอข้อมูล 1.เสนอในระดับเขต เพื่อถอดบทเรียนให้เห็น
ได้ว่าการได้รับโอกาสเป็นเมืองสมุนไพร ซึ่งเป็นนโยบายระดับประเทศเป็นการได้รับโอกาสได้
เป็นตัวแทน ในการดำเนินงานขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งหน่วยงานภายนอกกระทรวง
และภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนภายในจังหวัด การได้รับงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
กับนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน และแนวทางที่ชัดเจนสำหรับ
ผู้บริหารในการขับเคลื่อนและสนับสนุนการดำเนินงานเมืองสมุนไพร เป็นกลไกสำคัญใน
การขับเคลื่อนเมืองสมุนไพร 2.เสนอในระดับกรม เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการความร่วมมือ
อย่างต่อเนื่องของภาคีเครือข่าย และการจัดสรรงบประมาณ และกำหนดรูปแบบในการใช้งบ
ประมาณสำหรับกิจกรรมที่ส่งเสริมการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรในหลากหลายมิติ สำหรับ
ทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาและนำสมุนไพรไปสู่การสร้างเศรษฐกิจของประเทศ 3.เสนอให้
เป็นแนวทางสำหรับจังหวัดที่ต้องการพัฒนาและขับเคลื่อนงานด้านสมุนไพรแบบบูรณาการ
ทุกภาคส่วน โดยนำปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานที่ได้จากการเป็นเมืองสมุนไพรมาใช้ ซึ่งผล

ปลายทาง ในลักษณะของ “ห่วงโซ่มูลค่า” (Value Chain) พร้อมกับกำหนดกลไกในการบริหารจัดการการขับเคลื่อนเพื่อให้การดำเนินงานการพัฒนาสมุนไพรให้เป็นรูปธรรม ยุทธศาสตร์ 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมผลิตผลของสมุนไพรที่มีศักยภาพตามความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาอุตสาหกรรมและการตลาดสมุนไพรให้มีคุณภาพระดับสากล ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายภาครัฐเพื่อขับเคลื่อนสมุนไพรอย่างยั่งยืน ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 4 ได้มีการจัดตั้งกลไกการพัฒนาโครงสร้างการบริหารสมุนไพรให้ดำเนินไปตามยุทธศาสตร์ การพัฒนาสมุนไพรในแผนแม่บทแห่งชาติในรูปแบบคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ คณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อประสานการดำเนินงานตามแผนแม่บท และมีสำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ เป็นหน่วยงานประสานอำนวยการ และการสนับสนุนกลไกต่างๆ พร้อมกับพัฒนากฎหมายด้านการส่งเสริม และควบคุมการผลิตสมุนไพร ทบทุนและปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร และตรากฎหมายใหม่ รวมทั้งพัฒนาระบบฐานข้อมูลสมุนไพรและระบบประเมินขีดความสามารถในการแข่งขันด้านสมุนไพรที่มีการเชื่อมโยงข้อมูลระบบฐานข้อมูลตลอดจนให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างกลไกในการบริหาร

งานวิจัยและพัฒนาสมุนไพรให้สามารถขับเคลื่อนงานวิจัยที่เป็นการนำงานวิจัยไปต่อยอดสู่การพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ และหลากหลาย โดยเกิดประโยชน์คุ้มค่าต่อการจัดสรรงบประมาณการวิจัย มีการลงทุนด้านปัจจัยพื้นฐานในการวิจัยให้เพียงพอต่อความต้องการการวิจัย ทั้งเรื่องของสถานที่ เครื่องมือ และนักวิจัยส่งเสริมและพัฒนาสมุนไพร Champion Products ตลอดห่วงโซ่การผลิต พัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal city) ที่เป็นเสมือนเมืองต้นแบบของการนำแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ไปพัฒนาให้บังเกิดผลเป็นรูปธรรมที่เป็นการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจรตั้งแต่ ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง รัฐบาลได้ดำเนินโครงการบูรณาการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชนและการแข่งขันอย่างยั่งยืน โดยการบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานหลัก 12 กระทรวงเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำสมุนไพรไทยมาใช้ในประเทศอย่างครบวงจร โดยการสร้างอาชีพ สร้างรายได้ให้เกษตรกร สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน และเป็นอีกหนึ่งกลไกในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัด 1 ใน 9 จังหวัดส่วนขยาย และเป็นตัวแทนเขต 5 (จากทั้งหมด 4 (นาร่อง) + 9 (ขยาย) + 1 (ขยาย) เป็น 14 จังหวัด) ให้เป็นเมืองสมุนไพรในปี 2560

จังหวัดนครปฐมได้ดำเนินการขับเคลื่อน
เมืองสมุนไพร (Herbal city)[2] ภายใต

นครปฐมได้รับมอบหมายให้เป็นตัวแทนเขต 5 ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเมืองสมุนไพรจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งหมายรวมทั้งในส่วนของการให้บริการ การใช้ยาสมุนไพร การจ่ายยาสมุนไพร การพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การขยายบริการและการใช้ยาสมุนไพรให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ และให้บริการสู่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง มีคุณภาพและเพียงพอต่อความต้องการของประชาชนที่มารับบริการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กับบทบาทการเป็นเมืองสมุนไพรของหน่วยบริการในจังหวัดนครปฐม ในช่วงปี พ.ศ.2559-2562
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ได้รับจากการเป็นเมืองสมุนไพรว่ามีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานเมืองสมุนไพรมากน้อยเพียงไร รวมทั้งวิเคราะห์สภาพปัญหาอุปสรรคข้อจำกัดของการดำเนินงานด้วย
3. นำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนา กลับไปหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อวางแผนในการพัฒนาต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลย้อนหลัง 6 ปี (ปี 2557-2562) การดำเนินการวิจัยใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้ SWOT

Analysis วิเคราะห์จังหวัดนครปฐม ตาม **PRECEDE Model** แล้วนำปัจจัยที่ได้รับจากการเป็นเมืองสมุนไพรมาเป็นปัจจัยนำเข้า แล้ววิเคราะห์ผลการดำเนินงานจากผลผลิตที่กระทรวงกำหนดเป็นตัวชี้วัดและเป็นเป้าหมายในการดำเนินงาน โดยดูผลลัพธ์จากข้อมูลเชิงปริมาณจากโปรแกรม HDC และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากโปรแกรม Hdc 2 ช่วง (ช่วงที่ 1 ปี 2557-2559 และช่วงที่ 2 ปี 2560-2562) ได้แก่ 1. ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยฯ(ตัวชี้วัด) ในภาพของจังหวัดเทียบกับภาพของเขตสุขภาพที่ 5 2. มูลค่าการส่งจ่ายยาสมุนไพร 3 อันดับแรก 3. ปริมาณการใช้ยาสมุนไพร และ 4. การพัฒนาการให้บริการแผนไทย นวด อบ ประคบ มาวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบระดับความสำเร็จก่อน (ปี 2557-2559) และหลัง (ปี 2560-2562) เป็นเมืองสมุนไพร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. SWOT Analysis
2. ข้อมูลปัจจัยนำเข้าจากโครงการเมืองสมุนไพร ตาม **PRECEDE Model**
3. ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 6 ปี ตั้งแต่ปี 2557-2562 แบ่งเป็น 2 ช่วง (ช่วงที่ 1 ปี 2557-2559 และช่วงที่ 2 ปี 2560-2562) ก่อนและหลังเป็นเมืองสมุนไพร
4. สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการที่มีบริการแพทย์แผนไทยฯ แบ่งตามรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวน หน่วยบริการ			มีการใช้สมุนไพร			มีบริการ นวด อบ ประคบ			มีบุคลากรแพทย์แผนไทย			
	รพ.	รพ.สต.	รวม	รพ.	รพ.สต.	รวม	รพ.	รพ.สต.	รวม	รพ.	รพ.สต.	รวม	รวม
										แห่ง	คน	แห่ง	คน
เมือง	1	31	32	1	31	32	1	4	5	1	4	2	2
กำแพงแสน	1	24	25	1	24	25	1	6	7	1	3	5	5
นครชัยศรี	3	24	27	3	24	27	3	4	7	3	6	2	2
ดอนตูม	1	10	11	1	10	11	1	3	4	1	2	1	1
บางเลน	1	18	19	1	18	19	1	1	2	1	1	0	0
สามพราน	1	22	23	1	22	23	1	2	3	1	3	2	3
พุทธมณฑล	1	5	6	1	5	6	1	1	2	1	1	0	0
ผลรวม	9	134	143	9	134	143	9	30	21	9	21	12	13

แหล่งที่มา : ข้อมูลหน่วยบริการ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563

สำหรับข้อมูลของหน่วยบริการใน
จังหวัดนครปฐม มีโรงพยาบาลทั้งหมด
9 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง
ตั้งอยู่อำเภอเมือง ไม่มีโรงพยาบาลทั่วไป
มีโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่งกระจายอยู่
อำเภอละ 1 แห่ง ยกเว้นอำเภอนครชัยศรีมี
โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง และทั้งจังหวัดมี
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
ทั้งหมด 134 แห่ง มีการใช้สมุนไพรทุกแห่ง
143 แห่ง (100%) มีบริการนวด อบ ประคบ
ทั้งหมด 30 แห่ง (20.98%) มีบุคลากรแพทย์
แผนไทย 33 คน (33 จาก 67 คิดเป็น 49.25 %)
ซึ่งในช่วงปี 2557-2559(ก่อนเป็นเมือง
สมุนไพร) มีโรงพยาบาลเพียง 5 แห่งที่เปิด
บริการด้านการแพทย์แผนไทย และมี
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
เพียง 8 แห่ง ที่เปิดบริการด้านการแพทย์

แผนไทย แต่ในช่วงปี 2560-2562 (มีการ
ดำเนินงานเมืองสมุนไพร) มีโรงพยาบาล
เปิดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่ม
จนครบ 9 แห่ง (100%) และมีโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เปิดบริการ
ด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นเป็น 24 แห่ง
(17.91%) จนปัจจุบันเปิดทั้งหมด 30 แห่ง
(20.98%) ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น เนื่องจาก
การเป็นเมืองสมุนไพร พร้อมกับการจัดตั้ง
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ ตามกรอบ
โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข และ
การได้รับมอบหมายให้จังหวัดเป็นตัวแทน
เขต 5 ทำให้เกิดความชัดเจนของนโยบาย
ในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรและ
ถ่ายทอดนโยบายสู่หน่วยบริการทุกแห่ง
มีความชัดเจนของเป้าหมายในการดำเนินงาน
ทำให้การส่งเสริมเป็นไปได้ง่ายและผู้บริหาร

เห็นความสำคัญในการเปิดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยฯ(ตัวชี้วัด)[3] ในภาพของจังหวัดเทียบกับภาพของเขตสุขภาพที่ 5

ตารางที่ 2 ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยฯ(ตัวชี้วัด) ในภาพของจังหวัด เทียบกับภาพของเขตสุขภาพที่ 5 (เกณฑ์ 18.5)

ปี พ.ศ	ร้อยละ นครปฐม	$\bar{X}$ เพิ่มขึ้น ร้อยละ	$\bar{X}$ ภาพเขต	S.D.	อันดับ ในเขต	ระดับ ความสำเร็จ Y
2557	5.83	$\bar{X} = 6.71$ 222.5	11.13	3.0 2	7	0
2558	5.93		11.00		7	0
2559	8.39		14.24		8	0
2560	22.68	$\bar{X} = 21.64$	18.28	3.0 7	1	0
2561	25.57		22.23		1	9
2562	16.68		18.51		7*	9

*แหล่งที่มา: ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)

ในปี 2557-2561 พบว่า ในปี 2557-2559 (ก่อนมีการดำเนินงานในบทบาทการเป็นเมืองสมุนไพร) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยฯ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (5.83,5.93,8.39) โดยเป็นอันดับที่ 7,7,8 ของเขตสุขภาพที่ 5 (ทั้งหมด 8 จังหวัด) ตามลำดับ ต่อมาในปี 2560-2561 (มีการดำเนินงานในบทบาทการเป็นเมืองสมุนไพร) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยฯ ผ่านเกณฑ์ (22.68,25.57) มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นอันดับที่ 1,1 ของเขตสุขภาพที่ 5 ตามลำดับ แต่ในปี 2562 มีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์ในการคิดทำให้ผลงานลดลง ค่าร้อยละ

จึงลดลงและไม่ผ่านเกณฑ์(16.81)แต่ผลงานไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยมากนัก เพื่อเปรียบเทียบผลงานก่อนและหลังการดำเนินงานในบทบาทการเป็นเมืองสมุนไพร จากช่วงปีทั้ง 2 ช่วง โดยใช้ค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบ (นำค่าเฉลี่ยมาหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) พบว่าทั้ง 2 ช่วงปี มีการกระจายตัวน้อย และใกล้เคียงกัน แสดงว่าข้อมูลในค่าเฉลี่ยทั้ง 2 ช่วงปีนั้นมีคุณภาพเหมาะสมกับการนำมาวิเคราะห์ข้อมูล การเพิ่มขึ้นของร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยฯเนื่องมาจาก 1.การเป็นเมืองสมุนไพรได้กำหนดให้ต้องผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการด้านการแพทย์

แผนไทยฯ โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดของกระทรวง ของเขต และของหน่วยงาน ซึ่งถูกถ่ายทอดเป็นตัวชี้วัดของหน่วยบริการด้วย 2. ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยฯ จะประเมินจากการให้บริการและการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมบริการและการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการมีส่วนส่งเสริมและกระตุ้นให้ค่าประเมินนี้เพิ่มขึ้น 3. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโดยมีข้อสั่งการเป็นหนังสือ และงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรม สนับสนุนยาสมุนไพรให้หน่วยบริการ จัดอบรมการ

ใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน และสร้างความมั่นใจในการสั่งใช้ยาสมุนไพรให้กับบุคลากรการแพทย์การจัดงานประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรในชีวิตประจำวันสำหรับประชาชนทั่วไป และงบประมาณที่ได้รับในการสร้างโรงงานผลิตยาสมุนไพรครบวงจร เพื่อรับวัตถุดิบจากเกษตรกร เพื่อผลิตยาสมุนไพรในราคาที่ถูกลง สำหรับให้หน่วยบริการในจังหวัดในการให้บริการผู้ป่วย

ส่วนที่ 5 การส่งจ่ายยาสมุนไพร 3 อันดับแรก

ตารางที่ 3 มูลค่าการส่งจ่ายยาสมุนไพร 3 อันดับแรก

ปี พ.ศ.	สมุนไพรที่ส่งจ่าย (ทุกสิทธิ)	มูลค่าการส่งจ่าย โดยประมาณ (บาท)	$\bar{X}$ ต่อรายการ	มูลค่าการส่งจ่ายยาสมุนไพร โดยเฉลี่ย	ร้อยละ $\bar{X}$ ที่เพิ่มขึ้น
2557	1. ขอมมะแว้ง	320,000	543,333	มูลค่าการส่งจ่ายยาปี	
	2. ขมิ้นชัน	940,000		2557- 2559 โดยเฉลี่ย	
	3. ฟ้าทะลายโจร	370,000		$\bar{X}$	
2558	1. ขอมมะแว้ง	280,000	490,000	= 562,222 บาท/	
	2. โพล	330,000		รายการ/ปี	
	3. ขมิ้นชัน	860,000			
2559	1. ขอมมะแว้ง	310,000	653,333		เพิ่มขึ้น
	2. ฟ้าทะลายโจร	650,000			ร้อยละ
	3. ขมิ้นชัน	1,000,000			286.75
2560	1. ฟ้าทะลายโจร	1,170,000	2,080,000		
	2. ขอมมะแว้ง	3,900,000			
	3. ขมิ้นชัน	1,200,000			

โดยผลงานบริการด้านการแพทย์แผนไทย
ทั้ง 4 ข้อ ได้แก่ 1. ร้อยตะการให้บริการผู้ป่วย
นอกฯ 2. มูลค่าการส่งจ่ายยาสมุนไพร
3. ปริมาณการส่งจ่ายยาสมุนไพร และ
4. การให้บริการแผนไทย นวด อบ ประคบ
อยู่ใน 10 ข้อดังกล่าว

เมื่อนำข้อมูลทั้ง 4 หัวข้อ ซึ่งเป็นผลงานบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2 หัวข้อ คือ ร้อยละการให้บริการฯกับการให้บริการแผนไทย นวด อบ ประคบ และอีก 2 หัวข้อ คือ 1. มูลค่าการส่งขายสมุนไพร และ 2. ปริมาณการส่งขายสมุนไพร ซึ่งเป็นข้อมูลจากโปรแกรม HDC มาหาความสัมพันธ์ปี 2560-2562 (มีการดำเนินงานเมืองสมุนไพร)กับระดับความสำเร็จของการเป็นเมืองสมุนไพร โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสเปียร์แมน พบว่า 1. ร้อยละการให้บริการผู้ป่วยนอกฯ และ 4.การให้บริการแผนไทย นวด อบ ประคบ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จในการดำเนินงานเมืองสมุนไพร ค่าทางสถิติ ($r = 0.617, 0.621, p\text{-value} < 0.05$) และ ($r = 0.622, 0.621, p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑกา ชิริชัยสกุล[4] พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกฯ ขึ้นกับบุคลากรผู้ให้บริการของหน่วยบริการนั้นๆ 2.มูลค่าการส่งขายยาสมุนไพร 3 อันดับแรกและ 3.ปริมาณการส่งขายสมุนไพรมีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จในการดำเนินงานเมืองสมุนไพร ค่าทางสถิติ ($r = 0.941, 0.840, p\text{-value} < 0.05$) และ ($r = 0.941, 0.840, p\text{-value} < 0.05$) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของไพรัตน์ หนีวรรณ

และคณะ[5] ($r=0.703, p\text{-value}<0.05$) ที่พบว่ามูลค่าการตั้งจ่ายยาสมุนไพร มีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$) เนื่องจากผู้ให้บริการตั้งจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุกิจ ไชยชมภู และคณะ[6] ประชาชนมีความพึงพอใจในการรักษาด้วยยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ซึ่งจากข้อมูลทีวีแกระห์ได้สอดคล้องกับปัจจัยที่จังหวัดนครปฐมได้รับการเป็นเมืองสมุนไพรในปี 2560-2562 คือ 1. ได้รับมอบหมายเป็นตัวแทนเขตสุขภาพที่ 5 เป็นเมืองสมุนไพร 2. นโยบายการดำเนินงานเมืองสมุนไพรชัดเจนและเป็นนโยบายระดับประเทศ 3. มีความชัดเจนของเป้าหมายและหน่วยงานดำเนินงานเมืองสมุนไพร 4. มีข้อสั่งการให้เกิดการบูรณาการกับหน่วยงานอื่นต่างสังกัดต่างกระทรวง ต้องสร้างภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน 5.งบประมาณสำหรับสนับสนุนยาสมุนไพรและจัดอบรมความรู้ด้านยาสมุนไพรให้กับบุคลากรที่สั่งจ่ายยาสมุนไพร 6. นโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 7. มีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับผู้บริหารในการขับเคลื่อนและสนับสนุนการดำเนินงานเมืองสมุนไพร

วิจารณ์

จะเห็นว่า เมื่อศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กับบทบาท
การเป็นเมืองสมุนไพรของหน่วยบริการ
ในจังหวัดนครปฐม ในช่วงปี 2557-2559
เปรียบเทียบกับช่วงที่ 2 ปี 2560-2562

ด้วยอย่างไรกับการดำเนินงานที่ผ่านมา และ
นำปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับใช้ให้
เหมาะสมกับการดำเนินงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ว่าราชการจังหวัดและ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และรอง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
รวมทั้งภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนที่ทำให้

การขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรนครปฐมเป็นไป
ด้วยดี ขอขอบคุณกรมการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือกที่ให้โอกาสจังหวัด
นครปฐมได้เป็นเมืองสมุนไพร เป็นตัวแทน
เขตสุขภาพที่ 5 ในการขับเคลื่อนเมือง
สมุนไพรนครปฐม และให้การสนับสนุนใน
ทุกๆ ด้านเพื่อส่งเสริมให้มีการดำเนินการ
อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี (2559) แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทยฉบับที่ 1 พ.ศ.2560-2564.นนทบุรี: ทีเอส อินเตอร์พริ้นท์.
2. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี (2559) โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City).นนทบุรี:แมกเนท สโตร์.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560; เผยแพร่ไว้บนเว็บไซต์สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (<http://bps.moph.go.th>)
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.มณฑกา ชีรชัยสกุล.(2558)ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการ เขตบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสถานบริการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข.
5. ไพรัตน์ ทรัพย์วรรณ และคณะ(2552). การใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ในโรงพยาบาล ศูนย์ลำปางและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดลำปาง ปี 2545-2549.
6. สุกิจ ไชยชมภู และคณะ.(2555).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข.วารสารเภสัชกรณียปีที 19 ฉบับที่ 2 2555.
7. อุษณีย์ ฝาสุก และคณะ(2561).แนวทางพัฒนาเมืองสมุนไพรในจังหวัดปราจีนบุรี เพื่อดึงดูดตลาดนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ.

รายได้ต่อเดือน 7,501-10,000 บาท มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=68.81$) $p<0.05$ สำหรับเพศ อายุ และสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

Abstract

This survey research aimed to study the level of service satisfaction and to study the related factors on service satisfaction in the primary health care unit of Thong Pha Phum District, Kanchanaburi Province. 400 samples were selected using simple random sampling from peoples who had received health care services in the primary health care unit. 3 questionnaires were conducted, including the general information questionnaire, the receiving health care services information questionnaire, and the service satisfaction of the primary health care unit questionnaire. The data were analyzed using percentages, mean, standard deviation, and chi-square.

This research found that the levels of overall satisfaction are at a high level which an average ($\bar{X}=4.16$). The highest Satisfaction of location and environment ($\bar{X}=4.27$). and the lowest Satisfaction of hospitable and attention of staff ($\bar{X}=4.06$). When comparing the relationship of personal factors with Services satisfaction of the Primary Health Care Units of Thong Pha Phum District, in Kanchanaburi province. Agricultural occupation ($\chi^2=16.74$), elementary education or less ($\chi^2=5.8$), monthly income 7,501-10,000 bath ($\chi^2=68.81$) have statistical significance result at $p<0.05$ related to Services satisfaction of the Primary Health Care Units of Thong Pha Phum District in Kanchanaburi Province. For gender, age and marital status were not related with the Services satisfaction of primary health care units of Thong Pha Phum District in Kanchanaburi Province.

หลักการและเหตุผล

ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ความว่า “ส่วนราชการมีหน้าที่พัฒนาความรู้ในส่วนราชการ เพื่อให้มีลักษณะเป็นองค์กร แห่งการเรียนรู้ อย่างสม่ำเสมอ โดยต้องรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

และสามารถประมวลผลความรู้ในด้านต่างๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติราชการ ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสมต่อสถานการณ์ รวมทั้งต้องส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถสร้างวิสัยทัศน์ และปรับเปลี่ยนทัศนคติของข้าราชการในสังกัด

ให้เป็นบุคลากรที่มีประสิทธิภาพและมีการเรียนรู้ร่วมกัน...”[1] ดังนั้น การให้บริการประชาชนให้ได้รับความพึงพอใจสูงสุด เป็นเป้าหมายสูงสุดขององค์กร ทุกแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน ต่างก็แข่งขัน การบริการเพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ประชาชนหรือ ลูกค้าให้ได้ ได้รับความพึงพอใจในการให้บริการ สูงสุด เริ่มตั้งแต่รัฐบาลมีการปฏิรูประบบราชการ ในปี 2545 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ดำเนินการเร่งรัดให้ หน่วยงานของรัฐทุกองค์กร มีการปรับปรุงคุณภาพ การให้บริการแก่ประชาชนให้ได้รับการบริการที่ดี จะเห็นได้จากการที่หน่วยงานภาครัฐ เริ่มดำเนินการปรับปรุงระบบการให้บริการแก่ประชาชนต่าง ๆ ด้านความสะดวก, ความรวดเร็ว ยุติธรรมต่าง ๆ โดยการลดขั้นตอนในการทำงาน การอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการที่พึงพอใจต่อหน่วยงาน ภาครัฐอย่างสูงสุด

กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดบริการด้านสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสาธารณสุขเป็นการจัดบริการเพื่อสนองตอบปัญหาและความต้องการของประชาชนด้านสาธารณสุขโดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพดีขึ้น จะต้องจัดบริการให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข รัฐบาลก็ตระหนักถึงความสำคัญในข้อนี้ จึงมีนโยบายส่งเสริมให้เพิ่มสถานบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ต้องมี

ครบทุกพื้นที่ในชนบทอย่างน้อยตำบลละ
หนึ่งแห่ง และได้พัฒนาระบบบริการ
สาธารณสุขให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดย
มุ่งสร้างความเป็นธรรมหรือความยุติธรรม
ของระบบด้วยการพัฒนาระบบหลักประกัน
การเข้าถึงสุขภาพของประชาชนให้มีความ
ก้าวหน้าทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ และ
มีแผนนโยบายสนับสนุนคุ้มครองสิทธิ
ของประชาชนผู้ด้อยอำนาจให้มีสิทธิพิเศษ
ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและมีอำนาจ
ต่อรองในกระบวนการกำหนดนโยบายและ
การปฏิบัตินโยบายมากยิ่งขึ้น[2]

ด้วยสภาพสังคมของประเทศไทยเรา
ที่พอจะแบ่งชุมชนออกเป็นสองแบบคือ สภาพ
ชุมชนเมือง และชุมชนชนบท ซึ่งทั้งสอง
ชุมชนจะมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมในการดูแล
รักษาสุขภาพและค่านิยมในการเลือกใช้
สถานบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน ที่
น่าจะพออนุมานได้ว่ามาจากหลายปัจจัย
อาทิ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรวดเร็วใน
การไปรับบริการ ความเชื่อมั่นและศรัทธา
ในระบบการให้บริการหรือผู้ให้บริการ และ
อาจรวมถึงความสนิทสนมรู้จักกันเป็นการ
ส่วนตัว ทั้งยังอาจกล่าวได้ว่าผู้ที่มีฐานะ
การเงินที่ดีจะมีโอกาสเลือกใช้สถานบริการ
ที่ตนพอใจได้มากกว่าหน่วยงานสาธารณสุข
ระดับปฐมภูมิเป็นสถานบริการสาธารณสุข
ในระดับหมู่บ้านที่นับว่ามีความได้เปรียบกว่า
สถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในชุมชนชนบท
เนื่องจากเป็นหน่วยงานของรัฐบาลที่ใกล้ชิด
ประชาชนในเขตชนบท โดยเฉพาะประชาชน
ในเขตรับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุข

ระดับปฐมภูมินั้น ซึ่งให้บริการประชาชนแบบผสมผสานตรงตามความต้องการของประชาชนทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในหลายๆ ด้าน ที่ยังเป็นปัญหาและปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนไม่ใช้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในเขตรับผิดชอบและที่อยู่ใกล้ จากการศึกษางานวิจัยความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องงานวิจัยได้ทำการศึกษาในช่วง 5-10 ปี ธนาธิป สุมาลัย [3] ที่ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการต่อการให้บริการงานทะเบียนราษฎร เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม และ สุวิมล คำข่อย[4]ความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยก อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าว ภาระงานนโยบายการกระจายผู้รับบริการประเภทต่างๆ ลงสู่หน่วยงานปฐมภูมิด้านสุขภาพเพิ่งเริ่มขึ้นยังไม่เป็นรูปธรรมเหมือนในปัจจุบันจากการกระจายผู้รับบริการไม่ให้แออัดในโรงพยาบาล ทำให้ผู้รับบริการในหน่วยงานปฐมภูมิระดับพื้นที่มีจำนวนมากขึ้น โดยที่จำนวนบุคลากรในระดับพื้นที่ไม่ได้เพิ่มตามกรอบอัตรากำลัง สอดคล้องกับข้อมูลจากรายงานการรับบริการในหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของประชาชนในเขตรับผิดชอบอำเภothองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า มีผู้มารับบริการจำนวนมาก และมีแนวโน้ม

สูงขึ้นทุกปี ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจจะศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ ณ ปัจจุบันในการให้บริการด้านต่างๆ ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ภาระงานที่เพิ่มขึ้นประชาชนมารับบริการมากขึ้น มีความพึงพอใจต่อการได้รับบริการในระดับใดมีความแตกต่างจากงานวิจัยที่เคยศึกษาไว้อย่างไร และมีการบริการด้านไหนที่ต้องพัฒนา เพื่อจะได้นำไปสู่การหาแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุงระบบบริการ และนโยบายด้านบุคลากรที่สอดคล้องกับภาระงาน โดยมุ่งหวังให้ผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจ เป็นที่พึงด้านสาธารณสุข และสอดคล้องกับความต้องการ ความคาดหวังของประชาชน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของอำเภothองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของอำเภothองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยในการใช้บริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของอำเภothองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

ผลการวิจัยส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (N=400)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ	S.D
เพศ			
ชาย	185	46.25	4.99
หญิง	215	53.75	
อายุ			
ต่ำกว่า 30 ปี	92	23.00	1.12
30-40 ปี	41	10.25	
41-50 ปี	147	36.75	
มากกว่า 50 ปี	120	30.00	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	214	53.50	1.47
มัธยมศึกษาตอนต้น	75	18.75	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	45	11.25	
ปวช.	21	5.25	
ปวส. หรือ อนุปริญญา	28	7.00	
ปริญญาตรี	17	4.25	
สถานภาพสมรส			
โสด	108	27.00	0.74
สมรส	285	71.25	
หม้าย/หย่า / แยกกันอยู่	7	1.75	
อาชีพ			
เกษตรกรรวม	266	66.50	1.70
รับจ้างทั่วไป	65	16.25	
ข้าราชการ/วิสาหกิจ	24	6.00	
ค้าขาย	76	19.00	
แม่บ้าน/ไม่มีอาชีพ	9	2.25	
รายได้ต่อเดือน			
2,500 บาท หรือน้อยกว่า	88	22.00	1.38
2,501 – 5,000 บาท	65	16.25	
5,001 – 7,500 บาท	92	23.00	
7,501 - 10,000 บาท	92	23.00	
มากกว่า 10,000 บาท	63	15.75	

จากตารางที่ 1 ผลวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะด้านประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถามที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 400 คน พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.75 อายุที่ใช้บริการมากที่สุดมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 36.75 ผู้มีสถานภาพสมรส ใช้บริการมากที่สุดร้อยละ 71.25 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการมี

ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ใช้บริการมากที่สุด ร้อยละ 53.50 อาชีพ พบว่า ผู้รับบริการมากที่สุดมีเกษตรกรกรรม ร้อยละ 66.50 และรายได้ของครอบครัว พบว่า กลุ่มผู้รับบริการมากที่สุดมี 2 กลุ่มที่มีร้อยละการรับบริการเท่ากัน คือ กลุ่มผู้มีรายได้ระหว่าง 5,001-7,500 บาท และ กลุ่มผู้มีรายได้ระหว่าง 7,501-10,000 บาท ร้อยละ 23.00

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการจำแนกตามการใช้บริการด้านสุขภาพ (N=400)

การรับบริการด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	S.D
จำนวนการใช้บริการในรอบ 1 ปี			
1-2 ครั้ง	106	26.50	1.12
3-4 ครั้ง	112	28.00	
5-6 ครั้ง	84	21.00	
มากกว่า 7 ครั้ง	98	24.50	
ประเภทการรับบริการ			
การรักษาพยาบาล	308	77.00	0.68
การส่งเสริมสุขภาพ	43	10.75	
การป้องกันโรค	49	12.25	
การฟื้นฟูสมรรถภาพ	0	0	
ช่วงเวลาที่มาใช้บริการ			
08.31 น. - 16.30 น.	360	90.00	0.40
16.31 น. - 24.30 น.	30	7.50	
24.31 น. - 08.30 น.	10	2.50	
ความคาดหวังในการใช้บริการปฐมภูมิ			
ไป	400	100	0.00
ไม่ไป	0	0	

จากตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้บริการด้านสุขภาพด้านความถี่ในการใช้บริการในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ความถี่ในการรับบริการมากสุดในรอบ 1 ปีจำนวน 3-4 ครั้ง ร้อยละ 28.00 การใช้บริการด้านสุขภาพด้านประเภทการใช้บริการ พบว่าประเภทที่รับบริการมากสุดคือด้านการรักษาพยาบาล

ร้อยละ 77.00 ด้านช่วงเวลาที่ใช้บริการพบว่าช่วงเวลาที่ใช้บริการมากที่สุดเป็นช่วงเวลาราชการ 08.31 - 16.30 น. ร้อยละ 90.00 และการใช้บริการด้านสุขภาพด้านความคาดหวังที่จะใช้บริการในครั้งต่อไปพบว่าความคาดหวังจะใช้บริการในครั้งต่อไป ร้อยละ 100.00

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจของประชาชน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจจำแนกตามปัจจัยความพึงพอใจ

ความพึงพอใจในการรับบริการ	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ	4.22	0.59	มาก
2. ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายและการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่	4.06	0.69	มาก
3. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ	4.11	0.75	มาก
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากการบริการ	4.16	0.64	มาก
5. ความพึงพอใจต่อสถานที่และสิ่งแวดล้อม	4.27	0.52	มาก
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายในการรับบริการ	4.27	0.59	มาก
ผลรวมเฉลี่ย	4.16	0.63	มาก

จากตารางที่ 3 ความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คนพบว่า ระดับความพึงพอใจจำแนกตามปัจจัยความพึงพอใจจำแนกรายด้านโดยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ความพึงพอใจต่อสถานที่และสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.27 รองลงมาคือความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ ค่าเฉลี่ย คือ 4.12 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากการบริการ ค่าเฉลี่ย คือ 4.16 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ค่าเฉลี่ย คือ 4.15 ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ ค่าเฉลี่ย

คือ 4.11 และความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายและการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ ค่าเฉลี่ย คือ 4.06 ซึ่งมีความพึงพอใจน้อยที่สุด ภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.16

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีผลดังตารางที่ 4-9 ดังนี้

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับความพึงพอใจในการให้บริการของ
หน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

อายุ	ระดับความพึงพอใจ			χ^2	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
โสด	99	9	0	4.09	0.39
สมรส	243	41	1		
หม้าย/หย่า/แยก	7	0	0		
รวม	349	50	1		

Sig.= 0.05

ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า สถานภาพสมรสมีความพึงพอใจมากที่สุด ภาวรวม สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\chi^2 = 4.09$ $p > 0.05$

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงาน
สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

ระดับการศึกษา	ระดับความพึงพอใจ			χ^2	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	193	20	1	5.82	0.00*
มัธยมศึกษาตอนต้น	53	22	0		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	45	0	0		
ปวช.	16	5	0		
ปวส. หรือ อนุปริญญา	28	0	0		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	14	3	0		
รวม	349	50	1		

Sig.= 0.05

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงาน
สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

อาชีพ	ระดับความพึงพอใจ			χ^2	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
น้อยกว่า 2,500 บาท	72	15	1	68.81	0.00*
2,501 - 5,000 บาท	64	1	0		
5,001 - 7,500 บาท	83	9	0		
7,501 - 10,000 บาท	92	0	0		
มากกว่า 10,000 บาท	38	50	1		
รวม	349	58	1		

Sig.= 0.05

ผลการทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า รายได้ 7,501-10,000 บาท มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ภาพรวม รายได้กับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\chi^2 = 68.81$ $p < 0.05$

อภิปรายผลเชิงปริมาณ

การศึกษาเรื่องความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี อภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัย ข้อ 1 ความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุข

ระดับปฐมภูมิของอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี อยู่ในระดับมาก

ผลการวิจัยพบว่า ในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรีอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาความพึงพอใจทั้ง 6 ด้านที่พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในทุกด้านอยู่ในระดับมากซึ่ง ความพึงพอใจมากที่สุด คือความพึงพอใจต่อสถานที่และสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.27 จากการที่สถานีอนามัยได้รับการยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้มีการพัฒนาสถานที่ และสิ่งแวดล้อมให้มีมาตรฐาน มีสถานที่ให้บริการ สะอาด และเป็นระเบียบเรียบร้อยของสถานที่ให้บริการและการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่ให้บริการ เช่น ที่นั่งรอรับบริการ การบริการน้ำดื่ม จุดให้บริการต่างๆ สอดคล้องกับ

กาญจนบุรี ไม่สอดคล้องกับธนารัตน์ สุมาลัย [3] ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการต่อการให้บริการงานทะเบียนราษฎร เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม และสุวิมล คำย่อย [4] ความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน หยก อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่า ระดับความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และ พบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการต่อการให้บริการของหน่วยปฐมภูมิ

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงาน สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของอำเภทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับธนารัตน์ สุมาลัย [3] ที่ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการต่อการให้บริการงานทะเบียนราษฎร เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม และสุวิมล คำย่อย[4] ความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน หยก อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการต่อการให้บริการของหน่วยปฐมภูมิ

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงาน สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของอำเภทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ไม่สอดคล้อง

กับธนารัตน์ สุมาลัย[3] ที่ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการต่อการให้บริการงานทะเบียนราษฎร เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ที่พบว่า สถานภาพสมรสความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในบริการ เนื่องจากในงานทะเบียนมีเรื่องคาบเกี่ยวกันระหว่างสถานภาพ เช่น การหย่าร้าง การฟ้องร้อง ซึ่งมีผลต่อการให้บริการของประชาชน ซึ่งแตกต่างจากการบริการด้านสุขภาพที่มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพใด ซึ่งสอดคล้องกับและสุวิมล คำย่อย[4] ความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหยกอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่า สถานภาพสมรสไม่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการต่อการให้บริการของหน่วยปฐมภูมิ

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของอำเภทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับธนารัตน์ สุมาลัย [3] ที่ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการต่อการให้บริการงานทะเบียนราษฎร เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม และสุวิมล คำย่อย[4] ความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน หยกอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการ

ระดับปฐมภูมิ คลินิกเรื้อรัง, Home Health Care ทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่ในระดับปฐมภูมิเพิ่มขึ้น แต่จำนวนบุคลากรยังมีจำนวนน้อย ไม่ครบตามกรอบอัตราค่าจ้าง (ข้อมูล FTE ด้านบุคลากรปี 2564 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทองผาภูมิ) ปัญหาหาดังกล่าวเป็นส่วนสำคัญทำให้บุคลากรไม่สามารถดูแลเอาใจใส่ผู้ใช้บริการได้อย่างเต็มที่ ส่งผลต่อความพึงพอใจ มีคะแนนที่ต่ำกว่าด้านอื่นๆ ข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นข้อมูลที่ต้องศึกษาวิจัย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศอายุและสถานภาพสมรส ไม่สัมพันธ์กับความพึงพอใจ ซึ่งแตกต่างกับสุวิมล คำย่อย, ธนาธิป สุมาลัย [3,4] ที่พบว่า ปัจจัยทั้ง 3 มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจ ผลจากการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลบ่งชี้ว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจในการรับบริการด้านสาธารณสุข ไม่สามารถมาวิเคราะห์เพื่อวางแผน หรือเป็นกำหนดนโยบายได้ ซึ่งต่างกับการบริการด้านอื่น ที่เพศอายุ สถานภาพสมรส นำมาหาความสัมพันธ์กับความพึงพอใจได้ เช่น การขายสินค้า เป็นต้น ในส่วนปัจจัย ด้านระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ พบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวิมล คำย่อย, ธนาธิปสุมาลัย[3,4]สามารถนำมาวิเคราะห์เชิงลึก เพื่อประกอบกับการวางแผน กำหนดนโยบาย การบริการด้านต่างได้ จากข้อมูลวิจัยครั้งนี้พบว่า การเก็บข้อมูลส่วนใหญ่ เก็บจากพื้นที่ห่างไกล เข้าถึงยาก กระจายไป

ตามสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ซึ่งจะแตกต่างกับการศึกษาในเขตเมืองที่ประชาชนมีทั้งระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่ต่างกันออกไป ดังนั้นการศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 3 ปัจจัย ในเขตเมืองและเขตชนบทจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ งานวิจัยครั้งนี้จึงเป็นแนวทางในการศึกษาถึงความเหมือน และความแตกต่างที่เกิดขึ้นระหว่างสถานบริการที่อยู่ในเขต เมืองและเขตชนบท ต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีนโยบายการให้บริการที่เหมาะสมกับพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน
2. ควรมีนโยบายการปรับกรอบอัตราค่าสิ่งที่เหมาะสมกับปริมาณงาน และภาระงานที่เปลี่ยนไป
3. ควรมีการปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการให้บริการผู้ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ
4. ควรมีการปรับโครงสร้างสิ่งก่อสร้างและอุปกรณ์การแพทย์จากระดับนโยบายเพื่อให้เหมาะสมกับการให้บริการของหน่วยปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

ผู้วิจัยมีความประสงค์ที่จะวิจัยเชิงลึกถึงสภาพความเป็นอยู่ ชีวิตประจำวัน ที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการในหน่วยงานปฐมภูมิ จากผลวิจัยพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการในสถานบริการซึ่งเป็นการให้บริการในเชิงรับแต่ในบริการในชุมชนแบบเชิงรุกไม่สามารถวัดความพึงพอใจได้

ซึ่งการบริการเชิงรุกมีส่วนสอดคล้องกับ
บริการเชิงรับ ซึ่งหากสามารถดำเนินการ
ควบคู่กันได้ จะสามารถดูแลสุขภาพกาย จิต
สังคม ของประชาชนที่รับบริการได้อย่าง
แท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีผู้วิจัย
ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุข

จังหวัดกาญจนบุรี เจ้าหน้าที่หน่วยงาน
สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของอำเภอทองผาภูมิ
จังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการ
เก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณ ผู้รับ
บริการหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
ของอำเภอทองผาภูมิ ที่ให้ความร่วมมือกับ
เจ้าหน้าที่ในการตอบแบบสอบถามใน
การศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 มาตรา 11
2. กฤษฎา บุญชัย.(2556). แนวคิดและทัศนะต่อความเป็นธรรมของกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3. ธนาธิป สุมาลัย. (2554). ความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการต่อการให้บริการงานทะเบียนราษฎร เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย
4. สุวิมล คำย่อย. (2555). ความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหยวก อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร). มหาสารคาม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
5. Weber, M. (1999). **The Theory of Social and Economic Organization.**Trans. By A.M. Henderson and Talcott Person. (4th ed.). New York: The Free Press.
6. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง. (2559). ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มีต่อคุณภาพการให้บริการของเทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภotáมะกา จังหวัดกาญจนบุรี : มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
7. ช่อดาว เมืองพรหม. (2562). ความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลธนบุรี.สารนิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสยาม

**การวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์ของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์
ปีงบประมาณ 2562**

**The Result of the Study the Situation of the Referral Centers
in Advanced Level Hospitals in the Fiscal Year 2019**

ณัฐจิณา รังสินธุ์ และ เกวลิณ ชื่นเจริญสุข

Nuttina Rangsin and kavalin Chuencharoensuk

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

nuttina24@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และศักยภาพการให้บริการของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ กลุ่มตัวอย่างคือศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพโดยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive random) จำนวน 27 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสำรวจสถานการณ์ของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ต.ค. 2561 - มิ.ย. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าฐานนิยม

ผลการศึกษาสถานการณ์ พบว่า โครงสร้างของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์มีความหลากหลาย ส่วนใหญ่มีรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เป็นที่ปรึกษา (51.58%) และมีพยาบาลวิชาชีพในสังกัดกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหัวหน้า (88.89%) ส่วนใหญ่มีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ (88.89%) แต่ไม่ชัดเจนและหลากหลาย ส่วนใหญ่มีการพัฒนาบุคลากร (87.27%) แต่ไม่เป็นระบบและไม่ครอบคลุมทักษะที่จำเป็น และส่วนใหญ่มีแนวทางปฏิบัติการรับส่งต่อ (85.19%) แต่ไม่ครบถ้วน

ผลการศึกษาศักยภาพการให้บริการของศูนย์รับส่งต่อฯ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (56.45%) เมื่อวิเคราะห์ 8 องค์ประกอบ พบว่ามีคะแนนจากน้อยไปมากดังนี้ องค์ประกอบที่ 3 การบริหารและพัฒนาบุคลากร (44.10) องค์ประกอบที่ 7 กิจกรรมหลัก (46.60%) องค์ประกอบที่ 4 โครงสร้างด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (51.80) องค์ประกอบที่ 6 แนวทางหรือคู่มือปฏิบัติงาน (56.60%) องค์ประกอบที่ 8 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (56.00%) องค์ประกอบที่ 1 เจตจำนงและจุดมุ่งหมายของหน่วยงาน (65.64%) องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการ (66.53%) และองค์ประกอบที่ 5 วัสดุครุภัณฑ์ตาม มาตรฐานศูนย์รับส่งต่อ (74.00%)

The purpose of this descriptive research was to study the situation and the service potential of the referral center in the advanced level hospitals. The sample consisted of 27 centers by purposive random selection. The research instrument was a situational survey of referral centers. Data were collected during Oct. 2018-Jun. 2019. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, median and mode.

Suggestions: The operating policy and structure of the referral center should be clearly defined. Network cooperation outside the Ministry of Public Health should be developed for resource sharing. The use of information technology should be encouraged to manage the transmission of information. And there should be a development plan for the personnel of the inpatient referral center at all levels in order to ensure that patients are safe and receive care from quality health personnel.

มีความแตกต่างกัน บางแห่งมีการจัดตั้งศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยแยกเป็นหน่วยงานที่ชัดเจน บางแห่งอยู่ภายใต้กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน บางแห่งอยู่ภายใต้กลุ่มงานผู้ป่วยนอกบางแห่งอยู่ภายใต้กลุ่มงานอื่นๆ จึงเป็นเหตุให้คณะผู้วิจัยต้องการศึกษาสถานการณ์ของระบบรับส่งต่อ และข้อมูลการบริหารจัดการศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลใหญ่และเป็นแม่ข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาบริการระบบรับส่งต่อผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของระบบรับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์
2. เพื่อศึกษาศักยภาพการให้บริการของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์

ประโยชน์ที่จะคาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลสถานการณ์ของระบบรับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพบริการรับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์
2. ได้ข้อมูลศักยภาพการให้บริการของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดคนโยบายและรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ประกอบด้วยการศึกษาข้อมูลเอกสาร (documentary research) โดยการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลระดับ A)
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ทั่วประเทศมีจำนวนทั้งสิ้น 34 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลศูนย์ระดับจังหวัดและระดับ
เขตสุขภาพ คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive
random) จำนวน 27 แห่ง ดังนี้

1. ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาล
ศูนย์ระดับจังหวัด จำนวน 15 แห่ง ได้แก่
โรงพยาบาลเชิงรายนะครินทร์ โรงพยาบาล
พระนั่งเกล้า โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาล
เจ้าพระยาอภัยภูธร โรงพยาบาลสมุทรสาคร
โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลระยอง
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสุรินทร์
โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลมหาสาร
นครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง และ
โรงพยาบาลยะลา

2. ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาล
ศูนย์ระดับเขตสุขภาพ จำนวน 12 แห่ง ได้แก่

โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลนครราชสีมา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลหาดใหญ่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสำรวจสถานการณ์ของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย (the survey situation of referral center) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาข้อมูลเอกสาร ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97 แบบสำรวจสถานการณ์ของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสถานการณ์ของระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยเป็นคำถามปลายปิด (close-ended question) และปลายเปิด (open-ended question) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลโครงสร้างของศูนย์ฯ ข้อมูลบุคลากรที่ปฏิบัติงานศูนย์ฯ ในเวรเช้า บ่าย และดึก ข้อมูลการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ ข้อมูลทรัพยากรของศูนย์ฯ ข้อมูลการพัฒนาบุคลากรในศูนย์ฯ

ข้อมูลสถานที่ตั้งและวัสดุอุปกรณ์ของศูนย์ฯ ข้อมูลรถพยาบาลและอุปกรณ์ภายในรถพยาบาล ข้อมูลการมีแนวทางปฏิบัติการรับส่งต่อผู้ป่วย กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และระบบสารสนเทศ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินศักยภาพการให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วย 8 องค์ประกอบ เป็นแบบประเมินค่า (rating scale) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 เจตจำนงและอุดมการณ์ของหน่วยงาน องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการองค์กร องค์ประกอบที่ 3 การบริหารและพัฒนาบุคลากร องค์ประกอบที่ 4 โครงสร้างด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย องค์ประกอบที่ 5 วัสดุครุภัณฑ์ ตามมาตรฐานศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย องค์ประกอบที่ 6 แนวทางหรือคู่มือปฏิบัติงาน องค์ประกอบที่ 7 กิจกรรมหลัก องค์ประกอบที่ 8 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ต.ค. 2561-มิ.ย. 2562 โดยดำเนินการดังนี้

1. จัดทำหนังสือราชการถึงโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมแนบแบบสำรวจสถานการณ์ของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย และแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. เมื่อได้แบบสำรวจฯ และแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยกลับคืนมาแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยและความครบถ้วนของคำตอบ หากพบว่าแบบสำรวจฯ ฉบับใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะติดต่อไปยังผู้ให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มเติมให้ครบถ้วน

ตารางที่ 2 ผู้ดำรงตำแหน่งพยาบาลหัวหน้าศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย (n=27)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
หัวหน้าพยาบาล	1	3.70
พยาบาลวิชาชีพสังกัดกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	24	88.89
พยาบาลวิชาชีพสังกัดกลุ่มงานเวชกรรมสังคม	1	3.70
พยาบาลวิชาชีพสังกัดกลุ่มงาน TEA unit	1	3.70

1.2 บุคลากรที่ปฏิบัติงานศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในเวรเช้า จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่บุคลากรที่ปฏิบัติงานศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในเวรเช้า (08.00-16.00 น.) ประกอบด้วยพยาบาลหัวหน้าศูนย์ฯและพยาบาลวิชาชีพอีก 1 คน (ร้อยละ 37.03) รองลงมาคือพยาบาลหัวหน้าศูนย์ฯและพยาบาลวิชาชีพอีก 2 คน (ร้อยละ 25.92) พยาบาลหัวหน้าศูนย์

รับส่งต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่อื่น (ร้อยละ 18.51) ตามลำดับ และมีจำนวน 2 แห่งที่พยาบาลหัวหน้าศูนย์ฯไม่ได้ปฏิบัติงานเวรเช้าในศูนย์ฯ เนื่องจาก พยาบาลหัวหน้าศูนย์ฯเป็นหัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 แห่ง และพยาบาลหัวหน้าศูนย์ฯต้องช่วยปฏิบัติงานเวรผลัดในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 แห่ง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในเวรเช้า (n=27)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาลหัวหน้าศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่อื่น	5	18.51
พยาบาลหัวหน้าศูนย์ฯ และพยาบาลวิชาชีพอีก 1 คน และเจ้าหน้าที่อื่น	10	37.03
พยาบาลหัวหน้าศูนย์ฯ และพยาบาลวิชาชีพอีก 2 คน และเจ้าหน้าที่อื่น	7	25.92
พยาบาลหัวหน้าศูนย์ฯ และพยาบาลวิชาชีพอีก 3 คน และเจ้าหน้าที่อื่น	2	7.40
พยาบาลหัวหน้าศูนย์ฯ และพยาบาลวิชาชีพอีก 9 คน และเจ้าหน้าที่อื่น	1	3.70
พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และเจ้าหน้าที่อื่น	2	7.40

1.3 บุคลากรที่ปฏิบัติงานศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในเวรบ่าย จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่บุคลากรที่ปฏิบัติงานศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในเวรบ่าย (16.00-24.00 น.) ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน (ร้อยละ 55.55) พยาบาลวิชาชีพ 1 คนและเจ้าหน้าที่อื่น (18.52) มี

2 แห่งที่ใช้พยาบาลวิชาชีพพร้อมกับหน่วย EMS และมี 2 แห่งที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในเวรบ่ายโดยมีเจ้าหน้าที่อื่นทำหน้าที่ประสานการรับส่งต่อ (ร้อยละ 7.40) ดังตารางที่ 4

บทบาทหน้าที่ของแพทย์ (ร้อยละ 74.07) โดยระบุหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

- 1) พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยและเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยในระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย
- 2) กำกับและดูแลการประสานการรับส่งต่อผู้ป่วย
- 3) ให้คำปรึกษาผู้ป่วยทางคลินิก (clinical consult)
- 4) เป็นแพทย์อำนวยการ (online medical director) ในระบบส่งต่อ และ
- 5) ดูแลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน

1.5.2 ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 88.89) มีส่วนน้อยที่ไม่ได้ระบุหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าศูนย์ฯ (ร้อยละ 11.11) โดยระบุหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้ 1) กำหนดนโยบาย แนวทางการพัฒนาคุณภาพการรับส่งต่อผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยขององค์กร 2) กำหนดระบบบริการและจัดทำแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วย 3) ร่วมพัฒนาจิตความสามารถในการรักษาพยาบาลของสถานบริการสุขภาพในเครือข่าย 4) กำหนดแนวทางบริหารจัดการระบบการเงิน การคลัง รวมทั้งค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของบุคลากรในระบบรับส่งต่อผู้ป่วย 5) แต่งตั้งคณะทำงานย่อยเพื่อศึกษาวิจัยและวิเคราะห์ปัญหากระบวนการรับส่งต่อผู้ป่วย 6) ทำหน้าที่บริหาร บริการ และวิชาการ 7) รับผิดชอบประจำศูนย์และบริหารจัดการระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย 8) พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาการดูแลผู้ป่วยในระบบส่งต่อ

จากโรงพยาบาลเครือข่าย รวบรวมข้อมูล
วิเคราะห์ข้อมูลการส่งต่อ ติดตามผลการ
ดำเนินงาน 9) บริหารงานและตรวจสอบ
ข้อมูล 10) จัดทำแผนงาน/โครงการจัดประชุม
รับตรวจราชการรอบปกติเลขานุการเครือข่าย
รับส่งต่อจังหวัด และควบคุมกำกับงานรับส่งต่อ
ให้เป็นไปตามระบบทั้งในและนอกจังหวัด
อย่างปลอดภัย 2P Safety และ 11) ประสาน
การส่งต่อทั้ง 4 มิติ รวมทั้งจัดระบบ Consult
แพทย์ Specialist แต่ละสาขา

1.5.3 ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์ฯ (ร้อยละ 88.89) โดยมีการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้ 1) รับประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วย ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระบบส่งต่อ เตรียมความพร้อมของรถพยาบาล อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วย และให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยในระบบรับส่งต่อผู้ป่วย 2) ประสานงานและรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรวมทั้งการสำรองเตียงและจัดทำระบบการใช้ทรัพยากรร่วมกัน (เครือข่าย) 3) รับข้อมูลผู้ป่วยส่งต่อ 4) จัดระบบ Consult แพทย์ Specialist แต่ละสาขา และ 5) การบันทึกรายงานการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการความเสี่ยง

1.5.4 ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนด
บทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุข
(ร้อยละ 92.59) และมีส่วนน้อยที่มี
การกำหนดบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการ
สาธารณสุข (ร้อยละ 7.41) โดยระบุหน้าที่

ความรับผิดชอบ คือ ช่วยประสานงานรับส่งต่อ
การส่งกลับ การส่งต่อ การรับกลับและ
Consult และจัดทำแผนงาน โครงการ
งบประมาณและรายงานตามตัวชี้วัดระดับ
จังหวัด/เขต

1.5.5 ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของนักจัดการงานทั่วไป (ร้อยละ 92.59) และมีส่วนน้อยที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของนักจัดการงานทั่วไป (ร้อยละ 7.41) โดยระบุหน้าที่ความรับผิดชอบ คือ ช่วยประสานงานรับส่งต่อ การส่งกลับ การส่งต่อ การรับกลับ และจัดทำรายงานการรับส่งต่อผู้ป่วยในหน่วยงาน

1.5.6 ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล/พนักงานพิมพ์ (ร้อยละ 62.96) และมีส่วนน้อยที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล/พนักงานพิมพ์ (37.04) โดยระบุหน้าที่ความรับผิดชอบ คือ 1) บันทึกข้อมูลการรับส่งต่อ ช่วยในการติดตามข้อมูลการประสานงานในระบบรับและส่งต่อผู้ป่วย 2) ลงทะเบียนรับและส่งต่อผู้ป่วย นัดผู้ป่วยนอกเข้าระบบนัด สรุปยอดภาระงานทุกเดือน 3) ตอบกลับข้อมูลของผู้ป่วยที่ส่งต่อผ่านระบบอินเตอร์เน็ต เค้นเอกสารเสนอเงื่อนไขอนุมัติต่างๆ พิมพ์เอกสารและรับผิดชอบงานตามที่ได้รับมอบหมาย และเป็นธุรการของศูนย์รับส่งต่อ 4) ออกเลขที่หนังสือไปส่งต่อ (refer out/refer back) และ 5) ตรวจสอบสิทธิการรักษาและประสาน

หน่วยสิทธิโรงพยาบาลต้นสังกัดบัตรของ
ผู้ป่วยกรณีส่งต่อไปยังส่วนกลางและ
นอกจังหวัด

1.5.7 ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ธุรการ (ร้อยละ 74.07) และมีส่วนน้อยที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ธุรการ (ร้อยละ 25.93) โดยระบุหน้าที่ความรับผิดชอบ คือ 1) บันทึกผลการดำเนินงาน จัดทำรายงานการรับ-ส่งต่อรายเดือน รายไตรมาส และรายปี 2) ลงทะเบียนและรับ-ส่งหนังสือของสำนักงานทั้งภายในและนอกจังหวัด และ 3) จัดทำเอกสารต่างๆ และส่งข้อมูลตอบกลับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในโปรแกรม Thai Refer

1.6 ข้อมูลทรัพยากรของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยพบว่าศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่จะมีข้อมูลทรัพยากรที่จำเป็นในการรักษาของโรงพยาบาลในเครือข่ายดังนี้ ข้อมูลแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาในแต่ละโรงพยาบาลในเครือข่าย (ร้อยละ 88.89) ข้อมูลจำนวนและชนิดของเครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 88.89) ข้อมูลจำนวน incubator (ร้อยละ 85.19) ข้อมูลจำนวนเตียง ICU ที่สามารถรับผู้ป่วยได้และเป็นปัจจุบัน (ร้อยละ 77.78) และข้อมูลจำนวนรพพยาบาลของโรงพยาบาลในเครือข่าย (ร้อยละ 74.70)

1.7 การพัฒนาบุคลากรในศูนย์รับส่งต่อ
ผู้ป่วย พบว่า ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่มีการพัฒนา
บุคลากร (87.27) โดยให้บุคลากรได้รับ

การอบรมตามความจำเป็น ได้แก่

1.7.1 พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบ
ประสานงานรับ consult รับการส่งต่อ ส่งกลับ
และรับกลับผู้ป่วย ER และ IPD ได้รับการ
อบรมดังนี้ การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง
(ร้อยละ 74.70) การอบรมการพยาบาลผู้ป่วย
วิกฤติและฉุกเฉิน (ร้อยละ 62.96) การอบรม
การจัดการสาธารณภัย (ร้อยละ 48.15) และ
การอบรมความรู้ด้านสิทธิการรักษาและ
ทักษะการเจรจาสื่อสาร (ร้อยละ 33.33)

1.7.2 พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบ
ประสานงานรับส่งต่อ ส่งกลับ รับกลับผู้ป่วย
OPD และ HHC co ได้รับการอบรมดังนี้
การอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะต่อเนือง
(intermediate care) (ร้อยละ 40.74) การอบรม
ความรู้ด้านสิทธิการรักษา (ร้อยละ 37.04) และ
การอบรมทักษะการเจรจาสื่อสาร (ร้อยละ
25.93)

1.7.3 พยาบาลวิชาชีพประจำร
พยาบาล ผ่านการอบรมดังนี้ การอบรม
การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ร้อยละ 70.37)
การอบรมการพัฒนาสมรรถนะและทักษะ
การดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ (ร้อยละ 59.26)
การอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
ขั้นสูง (advance trauma care for nurse)
(ร้อยละ 40.74) และการอบรมการพยาบาล
ผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉิน (ร้อยละ 44.44)

1.7.4 เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล/
พนักงานพิมพ์ผ่านการอบรมดังนี้ การอบรม
การใช้โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ในการรับ
ส่งต่อข้อมูล (ร้อยละ 66.67) และการอบรม
ทักษะการเจรจาสื่อสาร (ร้อยละ 25.93)

1.7.5 พนักงานขับรถพยาบาล
ผ่านการอบรมดังนี้ การอบรมการพัฒนา
สมรรถนะและทักษะการขับรถพยาบาล
(ร้อยละ 96.90) และการอบรม first responder
(ร้อยละ 77.78)

1.8 สถานที่ตั้งและวัสดุอุปกรณ์ของศูนย์
รับส่งต่อผู้ป่วย พบว่า ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่มีสถานที่ตั้งแยก
เป็นสัดส่วน (ร้อยละ 81.48) และมีบางส่วน
ที่ต้องใช้สถานที่ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ
(ร้อยละ 18.25) เช่น ใช้พื้นที่ร่วมกับ ER หรือ
TEA unit หรือจุดคัดกรองศูนย์เปล และ
ส่วนใหญ่ไม่มีห้องพักสำหรับบุคลากร (ร้อยละ
77.78) และส่วนใหญ่มีวัสดุอุปกรณ์สื่อสาร
เพื่อรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย
โทรศัพท์สำนักงาน โทรศัพท์มือถือ โทรสาร
วิทยุสื่อสาร นอกจากนี้ยังพบอีกว่ามีการ
ส่งข้อมูลผ่าน Application ของโทรศัพท์
มือถือ เช่น Line, What App, Face Time,
Website และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (email)
รวมทั้ง Telemedicine

1.9 รถพยาบาลและอุปกรณ์ทางการแพทย์
ภายในโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลศูนย์
มีรถพยาบาลระดับ A รวมทั้งสิ้น 116 คัน โดย
แต่ละโรงพยาบาลมีจำนวน 1-8 คัน ส่วนใหญ่
มี 4 คัน (ร้อยละ 33.33) ดังตารางที่ 6 และมี
รถพยาบาลระดับ B รวมทั้งสิ้น 19 คัน โดย
แต่ละโรงพยาบาลมีจำนวน 0-4 คัน โดย
ส่วนใหญ่มี 0 คัน (ร้อยละ 70.37) รองลงมา
คือมี 2 คัน (ร้อยละ 14.81) ดังตารางที่ 7 และ
พบว่าภายในโรงพยาบาลมีอุปกรณ์ทางการแพทย์
ดังนี้ เครื่องดูดเสมหะและท่อออกซิเจน

ผู้ป่วยกลับของโรงพยาบาลต้นทาง (ร้อยละ 92.59) มีระบบตรวจสอบสิทธิการรักษา (ร้อยละ 88.89) มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพดังนี้ referral conference (ร้อยละ 70.73) วิชาการด้านการรับส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 66.67) referral audit (ร้อยละ 51.85) best practice award (ร้อยละ 22.22) มีการศึกษาวิจัยด้านการรับส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 29.63) มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการรับส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้ referral program (ร้อยละ 100.00) แบบฟอร์มส่งต่อทั่วไป (ร้อยละ 96.30) มีการบริหารจัดการข้อมูลระบบรับส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 92.59) และแบบฟอร์มส่งต่อรายโรค (ร้อยละ 88.89)

2. ศักยภาพการให้บริการของศูนย์รับ ส่งต่อผู้ป่วย

ผลการศึกษาศักยภาพการให้บริการ
ของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์
จำนวน 27 แห่ง คะแนนเต็ม 100 คะแนน
ทั้ง 8 องค์ประกอบพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน
การประเมินตนเองเท่ากับ 56.45 คะแนน
เมื่อจำแนกวิเคราะห์รายองค์ประกอบมีผล
การศึกษาดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 เจตจำนงและจุดมุ่งหมายของหน่วยงาน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.41 คะแนน จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 65.64 โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 5.50-25 คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการ
องค์กรพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.98
คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน คิดเป็น
ร้อยละ 66.53 โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง

2.40-15 กระแสน้ำ

องค์ประกอบที่ 3 การบริหารและพัฒนาบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.82 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 44.10 โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0.80-16.60 คะแนน

องค์ประกอบที่ 4 โครงสร้างด้านอาคาร
สถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย
มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 คะแนน คิดเป็น
ร้อยละ 51.80 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน
โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0.40-5 คะแนน

องค์ประกอบที่ 5 วัสดุครุภัณฑ์ตาม
มาตรฐานศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ย
เท่ากับ 3.70 คะแนน จากคะแนนเต็ม
5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 74.00 โดยมี
ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0.75-5 คะแนน

องค์ประกอบที่ 6 แนวทางหรือคู่มือปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 56.60 โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0.70-4.40 คะแนน

องค์ประกอบที่ 7 กิจกรรมหลัก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.32 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 46.60 โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 3.20-15.20 คะแนน

องค์ประกอบที่ 8 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 56.00 โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน ดังตารางที่ 8

หน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ[3] ที่ว่าการกำหนดโครงสร้างและรูปแบบการบริหารงานภายในศูนย์ที่ไม่ชัดเจนจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละระดับไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อมูลทรัพยากรของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย จากผลการวิจัยที่พบว่าศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่มีข้อมูลทรัพยากร แต่พบว่ายังไม่ครอบคลุมข้อมูลทรัพยากรที่เป็นของโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อการบริหารจัดการที่รวดเร็ว เช่น ข้อมูลแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาที่อยู่เวรในแต่ละวัน จำนวนและชนิดของเครื่องช่วยหายใจที่พร้อมรับการส่งต่อจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถรับผู้ป่วยได้ทันที และข้อมูลทรัพยากรอื่นๆที่เป็นปัจจุบัน จึงทำให้ระบบการส่งต่อล่าช้าและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับปราโมทย์ ถ่างกระโทก [6] ที่กล่าวถึงว่าควรมีการวางแผนในการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ เพื่อให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น [6]

3. การพัฒนาบุคลากรในศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย จากผลการวิจัยที่พบว่าศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่มีการพัฒนาบุคลากรในศูนย์ฯ แต่พบว่ายังไม่เป็นระบบและไม่ครอบคลุมทักษะที่ควรพัฒนาในบุคลากรแต่ละระดับ การขาด

การเตรียมความพร้อมให้บุคลากรอาจนำไปสู่ความไม่ปลอดภัยของทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุเพียว วัชรพรรณและคณะ[4] ที่พบว่า

ศูนย์ประสานส่งต่อขาดการสร้างขวัญและกำลังใจให้บุคลากร รวมถึงขาดการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในศูนย์ฯ [4,7] กล่าวถึงความพร้อมของบุคลากรส่งต่อว่าเป็นคุณภาพของระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล[7] พยาบาลประจำศูนย์รับส่งต่อจำเป็นต้องมีข้อมูล มีทักษะในการใช้ข้อมูล การติดต่อประสานงาน และการเจรจาต่อรอง รวมถึงต้องมียุทธศาสตร์ดี เพื่อให้การติดต่อประสานงานกับทุกฝ่ายเป็นไปอย่างราบรื่น [8] พยาบาลประจำศูนย์รับส่งต่อจึงควรได้รับการอบรมและฝึกทักษะที่จำเป็น

4. อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ช่วยชีวิตภายในรถพยาบาล จากผลการวิจัยที่พบว่าศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์บางส่วน มีอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์สำหรับช่วยชีวิตภายในรถพยาบาลไม่ครบถ้วนและไม่เพียงพอ อาจนำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ซึ่งเป็นอันตรายในการส่งต่อผู้ป่วยบนรถพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ วาสิทธิ์ นงนุชและคณะ [7] ที่กล่าวว่าคุณภาพของระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลต้องประกอบด้วยความพร้อมของรถพยาบาล ความพร้อมของอุปกรณ์บนรถพยาบาล ความพร้อมของยา และที่สำคัญคือความพร้อมของบุคลากรและพนักงานขับรถ [7,9]

(work load) ที่มากเกินไปเกินความสามารถในการรองรับของสถานบริการสุขภาพระดับสูง ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยจะต้องดำเนินการประสานการส่งต่อผู้ป่วยในแบบคู่ขนาน คือ การส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการรักษาค่อยๆเพิ่มเติมในสถานบริการสุขภาพระดับสูงและการส่งกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่องใกล้บ้านในสถานบริการสุขภาพระดับต้น

1.2 ควรมีการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติจริงในระดับผู้บริหารทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อการรับทราบนโยบายและกรอบทิศทางการดำเนินงาน ควรมีความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้การดำเนินการประสานการส่งต่อระหว่างสถานบริการสุขภาพที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานบริการสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสังกัดกรมวิชาการ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่มีการปฏิเสธการส่งต่อสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ “การพัฒนากระบวนการสุขภาพ (Service Plan) เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” เพื่อให้เกิดการแบ่งปันทรัพยากร สร้างความสมดุลของการลงทุนให้ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับแต่ละหน่วยงานอย่างยั่งยืน รวมทั้งการพัฒนากลไกค่าใช้จ่ายในการส่งต่อเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างหน่วยบริการ และต้องทำความเข้าใจกระบวนการจ่ายเงินให้มีประสิทธิภาพ โดยควรมี protocol การจ่ายเงินที่ชัดเจน

1.3 ควรมีการพัฒนาความร่วมมือเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น โรงเรียนแพทย์

โรงพยาบาลเอกชน เพื่อสร้างเครือข่ายระบบสุขภาพ ทั้งระดับเขตสุขภาพและส่วนกลาง เพื่อการแบ่งปันทรัพยากร บุคลากร ภูมิทัศน์ทางการแพทย์ที่มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง

1.4 ควรกำหนดให้โรงพยาบาลแต่ละระดับมีศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย และมีกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความชัดเจนทั้งในการส่งไปยังสถานบริการสุขภาพในระดับที่สูงกว่า และการส่งกลับไปยังสถานบริการระดับต้น เพื่อให้การปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยลดปัญหาความขัดแย้งรวมทั้งปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้

1.5 การบริหารจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นกระบวนการสร้างระบบที่ไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการออกแบบอย่างดีในการใช้ทรัพยากรของฝ่ายส่ง ระหว่างส่ง และความเตรียมพร้อมของฝ่ายที่รับส่งต่อ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนา broader network across multiple electronic medical record systems (EMRs)

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัดควรกำหนดระดับของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการบริหารจัดการ การกำหนดขอบเขต หรือขีดความสามารถของสถานบริการแต่ละระดับ กำหนดข้อตกลงในการส่งต่อผู้ป่วย ผังเครือข่ายการส่งต่ออย่างชัดเจน ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขต รวมทั้งระหว่าง

บรรณานุกรม

1. สำนักบริหารการสาธารณสุข.แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561-2565 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรไทยแห่งประเทศไทย, 2559. หน้า 3, 21.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2; 2561 สืบค้นจาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Interfacility Transfer Operation Center). นนทบุรี : โรงพิมพ์ อัลติเมท พรินต์ติ้ง จำกัด, 2559. หน้า 17
4. ยุพเยาว์ วิสพรรณ บัญชา พร้อมศิษฐ์ พรทิพย์ สุขอดิษฐ์. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า; 2560. หน้า 194-205
5. วรณา กรีทอง. การพัฒนาระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร; 2558 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีสเคียน; 2558
6. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. ระบบส่งต่อผู้ป่วย: กระบวนการสำคัญในการจัดการบริการสุขภาพ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2561 หน้า 109-121
7. วาสิทธิ์ นนุช, วิศิษฐ์ ทองคำ, และวัชร เอี่ยมรัมย์กุล. การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่าง สถานพยาบาลโรงพยาบาลเชิงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด (2560) วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2560 หน้า 45-57
8. วิไลวรรณ กันต์หา. รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพบริการของศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาล อุทุมพรพิสัย; 2555 (อินเทอร์เน็ต) เข้าถึงได้จาก: www.utp.go.th/km-hos/category/29-research-2555
9. ปราณอม สงวนพันธุ์. กระบวนการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล วารสารหัวหินสุขใจ ไกลกังวล, โรงพิมพ์อภิญญาการพิมพ์, 2561. หน้า 21-33
10. ธยาสิระ วัฒนชัย, สมชาติ โตรักษา, กำธร ดันติวิทยาทันต์. การพัฒนางานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก; 2555 เข้าถึงได้จาก:www.gj.mahidol.ac.th/7_A_Development_of_Referral_System

รายที่ 1 หญิงไทยคู่ อายุ 38 ปี ปฏิเสธการ
 ใช้จ่าย ปฏิเสธ โรคประจำตัว บุตร 2 คน
 ปวดหน่วงท้องน้อย 1 สัปดาห์ ผลการตรวจ

พบ Bilateral ovarian cyst ,anechoic cyst.



ผู้ป่วยสมัครใจรับการรักษาโดยการฝังเข็ม
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 5 ครั้ง ผลการรักษา
พบว่าถูกน้ำรังไข่หายไปจากการตรวจด้วย

ultrasound และตรวจติดตาม ultrasound
ปีละครั้ง ผลปกติ ครั้งสุดท้ายที่ตรวจ คือ
ปี 2564 ไม่พบถุงน้ำรังไข่ชนิด functional cyst.

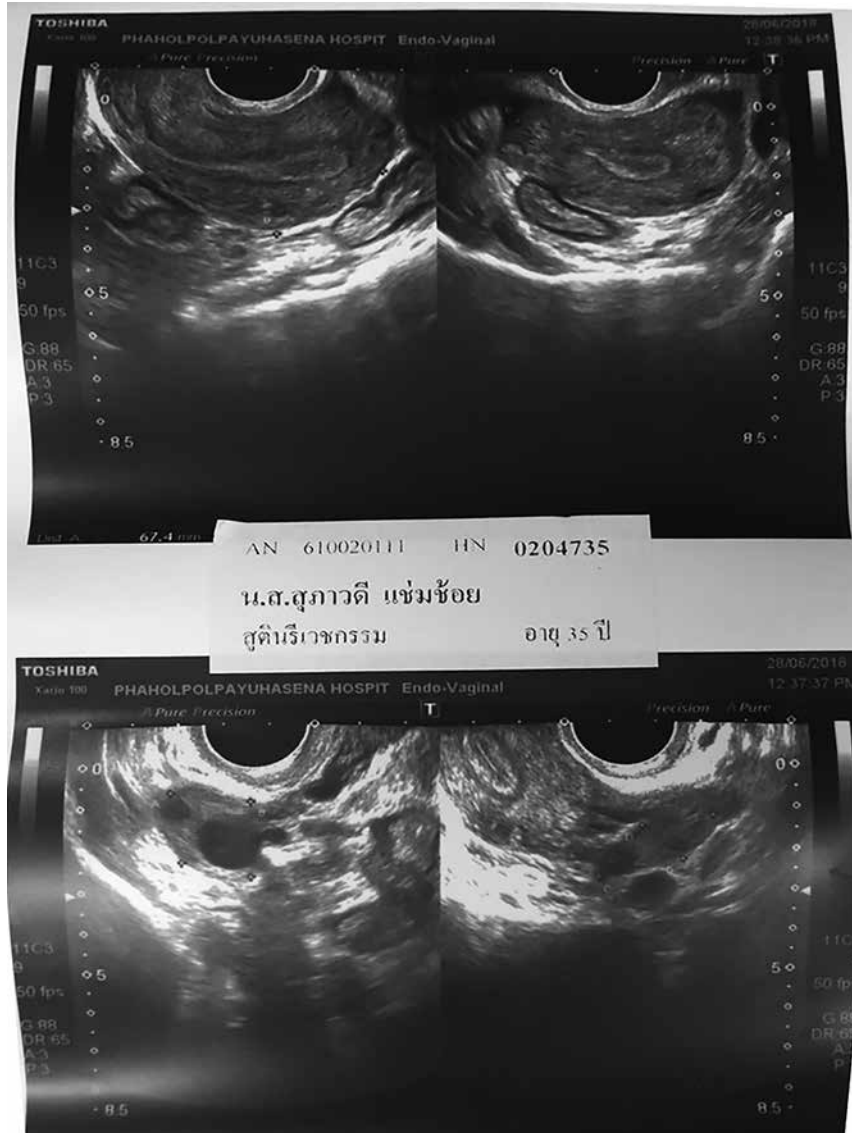
รายที่ 2 อายุ 35 ปี บุตร 2 คน ปวดท้อง
น้อยเป็นๆหายๆ มา 2 เดือน กินยาแล้ว
ไม่ดีขึ้น ตรวจ ultrasound พบ Left uniloculated

ovarian cyst ,anechoic cyst ผล serum marker
ปกติ สมัครใจรับการรักษาโดยการฝังเข็ม
สัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์



ฝังเข็มครบ 3 ครั้ง พบว่า ตรวจ
ultrasound ไม่พบถุงน้ำรังไข่ และ

ตรวจประจำปี ทุกปีไม่พบการกลับเป็นซ้ำ
ติดตามครั้งสุดท้ายปี พฤษภาคม 2564



ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของการรักษาจากการฝังเข็ม การนำการรักษาโดยการฝังเข็มแบบ TCM มาใช้รักษาโรคทางสูตินรีเวช จากประสบการณ์พบว่าได้ผลดีมาก และลดความกังวลในการตรวจติดตามภาวะถุงน้ำรังไข่ชนิด Functional cyst ได้เป็นอย่างดี

ได้มีการศึกษาการฝังเข็มแผนจีน (TCM) ในผู้ป่วยทางนรีเวชอื่น เช่น การมีภาวะ

PCOS, ภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่, ภาวะมีบุตรยาก (6) รวมถึงสามารถลดอาการปวดประจำเดือน ช่วยลดอาการปวดของผู้ป่วยได้เช่นกัน ในสถานะที่มีโรคระบาด (COVID 19) ในขณะนี้ การผ่าตัดในกลุ่มโรคที่รอได้เช่น เนื้องอกมดลูก ถุงน้ำรังไข่ การฝังเข็ม TCM ในแพทย์ทางเลือกอาจจะช่วยลดอาการและทำให้โรคดีขึ้นได้ ควรได้รับการศึกษาต่อไป



กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal



ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๒๖ พฤษภาคม - ธันวาคม ๒๕๖๔

