

ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไปกรณีเกษียณอายุ และลาออก จากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้ คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะ เข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๘ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวกัญญรัตน์ เผือกชอุ่ม	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
๒.	นายไพรัตน์ ศรีสิทธิ์	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก่งหางแมว

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(ลงชื่อ)

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)
ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค		
๑.	นางสาวกัญญรัตน์ เผือกชอุ่ม	เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๑๔๕๘๔๗	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๒๗๕๓๔	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี” **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** “ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเภสัชกรต่อการชะลอการเสื่อมของไต โรงพยาบาลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					๑๐๐ %

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าใหม่ กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการ		จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก่งหางแมว		
๒	นายไพรัตน์ ศรีสิทธิ์	นักสาธารณสุขชำนาญการ	๒๗๘๘๔	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	๒๗๙๘๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่จังหวัดจันทบุรี” **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** “การพัฒนารูปแบบการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน **“แนบท้ายประกาศ”**					๘๐ %

เอกสารแนบท้ายประกาศคกก.ประเมินบุคคลฯ
ลำดับที่ ๑ นางสาวกัญญรัตน์ เผือกชอุ่ม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มกราคม - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับยาวาร์ฟารินที่เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด

๓.๑.๑ ยาวาร์ฟารินเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้าง vitamin dependent clotting factors ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ vitamin K epoxide reductase complex ๑ และยับยั้งการสร้างสารต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Protein C, Protein S ทำให้การแข็งตัวของเลือดช้าลง ยาวาร์ฟารินใช้ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดที่อาจเกิดในหัวใจหรือหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดลิ่มเลือด เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น

๓.๑.๒ ยาวาร์ฟารินมีข้อบ่งใช้ที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีภาวะต่างๆ ดังต่อไปนี้

๑) หลังผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม
๒) โรคลิ้นหัวใจรูมาติค (RHD)
๓) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (AF)
๔) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด
๕) หลอดเลือดบริเวณ แขน ขา หรือหลอดเลือดดำใหญ่อุดตันจากลิ่มเลือด
๖) มีประวัติหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือด
๗) ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

๓.๑.๓ การวัดผลการรักษาของยาวาร์ฟาริน ใช้ ค่า Internation Normalized Ratio หรือ INR ซึ่งค่า INR ของคนปกติจะใกล้เคียงหรือเท่ากับ ๑ สำหรับข้อบ่งใช้ต่างๆ ส่วนใหญ่ค่า INR เป้าหมาย คือ อยู่ที่ระหว่าง ๒-๓ ยกเว้น ในการป้องกันการเกิด Thromboembolic complication ในผู้ป่วยที่ได้รับลิ้นหัวใจเทียมชนิด mechanical ใช้ค่า INR ระหว่าง ๒.๕-๓.๕

๓.๑.๔. ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน

๑. ปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งจะมีเอนไซม์ cytochrome P๔๕๐ ๒C๙ Polymorphism (CYP๒C๙) เป็นเอนไซม์หลักในการทำลายยาวาร์ฟาริน พบว่า ผู้ป่วยที่มียีน CYP๒C๙*๒ และ CYP๒C๙*๓ ผิดปกติจะมีผลทำให้การทำลายยาช้าลงและทำให้ผู้ป่วยไวต่อยาวาร์ฟารินมากขึ้นและจำเป็นต้องลดขนาดยาลง โดยระดับการลดลงของขนาดยาขึ้นกับจำนวนและชนิดของยีน และเอนไซม์ Vitamin K epoxide reductase complex ๑ (VKORC๑) Polymorphism ซึ่งเป็นตำแหน่งในการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน พบว่า คนที่มีลักษณะเชื้อชาติที่ต่างกัน ได้แก่ ยุโรป แอฟริกา เอเชีย มีลักษณะของยีน VKORC๑ ที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีเชื้อสายเอเชีย จะมียีนกลุ่มที่ไวมากต่อยาวาร์ฟารินมากที่สุดจึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยขนาดยาที่เหมาะสมอยู่ที่ ๓ มิลลิกรัมต่อวัน ผู้ป่วยที่มีเชื้อสายยุโรป จะมียีนกลุ่มที่ไวมากต่อยาวาร์ฟารินปานกลางจึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยขนาดยาที่เหมาะสมอยู่ที่ ๕ มิลลิกรัมต่อวัน ผู้ป่วยที่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

มีเชื้อสายแอฟริกา จะมียีนกลุ่มที่ไวมากต่อยาวาร์ฟารินปานกลางจึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยขนาดยาที่เหมาะสมอยู่ที่ ๖.๕ มิลลิกรัมต่อวัน

๒.ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ

- อายุ ผู้ป่วยสูงอายุจะไวกับยาวาร์ฟารินมากขึ้น ใช้ขนาดยาลดลง
- ดัชนีมวลกาย ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยจะไวกับยาวาร์ฟารินมากขึ้นควรลดขนาดยา ส่วนผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากอาจต้องใช้ขนาดยามากขึ้น
- สถานะทางโภชนาการ ได้แก่ ลักษณะและปริมาณการกินอาหารที่มีวิตามินเค และระดับอัลบูมินในเลือด เช่น ผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินต่ำไวต่อกับยาวาร์ฟารินมากขึ้น ต้องลดขนาดยาลดลง
- โรคร่วม เช่น มะเร็ง ทำให้มีการตอบสนองต่อยามากขึ้น
- ปฏิกิริยาระหว่างยาที่เกิดขึ้นได้ทั้งยา อาหาร สมุนไพร และอาหารเสริม เช่น ยา NSAIDs ทำให้เพิ่มระดับ INR , ยา Rifampicin ทำให้ลดระดับ INR, การรับประทานที่มีวิตามินเคในปริมาณที่สูง เช่น ผักใบเขียว จะผลต้านฤทธิ์ยาวาร์ฟาริน

๓.๒ ความชำนาญงาน การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นกิจกรรมที่เภสัชกรต้องทำเพื่อดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม ปลอดภัย เฝ้าระวังปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และได้ผลการรักษาที่ดี และเป้าหมายของงานบริบาลทางเภสัชกรรมของคลินิกวาร์ฟารินมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการใช้ยาวาร์ฟารินเพิ่มมากขึ้นและการเยี่ยมบ้านเป็นวิธีการที่ช่วยให้เภสัชกรได้ค้นหาและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในช่วงเป้าหมายของการรักษาเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน

๓.๒.๑ การให้ความรู้กับผู้ป่วย สามารถให้แบบเฉพาะรายหรือแบบกลุ่ม รวมทั้งครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ความรู้ที่ต้องให้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินตาม Consensus guidelines for coordinated outpatient oral anticoagulation therapy management ดังนี้ เหตุผลที่ต้องใช้ยาวาร์ฟาริน ชื่อยา กลไกการออกฤทธิ์ของยา อาการแสดงในกรณีที่ขนาดยามากหรือน้อยเกินไป การเจาะเลือดสำหรับค่า INR เพื่อดูผลการรักษา การใช้ยาตามแพทย์สั่ง การปฏิบัติตัวเมื่อมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น การเกิดเลือดออกผิดปกติ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการเปลี่ยนแปลงของโรคต้องบอกเภสัชกรหรือแพทย์ทุกครั้ง รวมทั้งการรับการรักษาที่อื่นๆ เพิ่มเติมนอกจากการรักษาปกติ เช่น การผ่าตัดหรือนอนโรงพยาบาล

๓.๒.๒. การทบทวนประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยจากเวชระเบียน การซักถามและการสัมภาษณ์เพิ่มเติม เพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยาให้ครบถ้วน

๓.๒.๓. การประเมินความความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยแบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) จำนวน ๘ ข้อ ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ของ รศ.ภญ.ดร. พรรณทิพา ศักดิ์ทองและคณะ

๓.๒.๔ การค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาจากการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ด้วยเครื่องมือ INHOMESSS จำนวน ๙ ข้อ เกณฑ์พิจารณา แบ่งเป็น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Good หมายถึง เหมาะสม (การเคลื่อนไหวดี,รับประทานอาหารเหมาะสมไม่มีผลต่อค่า INR , สิ่งแวดล้อมในบ้านปลอดภัย, ความสัมพันธ์ในบ้านและเพื่อนบ้านดี, มีคะแนน ADL > ๑๒ คะแนน ,สัญญาณชีพปกติ, รักษาที่สถานพยาบาลหลัก , มีความเชื่อในทางที่ถูกต้อง)

Poor หมายถึง ไม่เหมาะสม (การเคลื่อนไหวที่มีผลต่อการใช้ยา/ต้องพึ่งพาผู้อื่น, บ้านมีโอกาสที่ทำ ให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย, อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่า INR ของผู้ป่วย, มีคะแนน ADL < ๑๒ คะแนน, สัญญาณชีพผิดปกติ, มีความเชื่อไม่ถูกต้อง, รักษาที่สถานพยาบาลอื่นร่วมด้วย

๓.๒.๕. การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาจากการใช้และปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและปรับเปลี่ยนวิธีการการรับประทานยาและพฤติกรรมในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการใช้ยาให้ถูกต้อง เหมาะสม

๓..๓ ประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติร่วมกับเภสัชกรพี่เลี้ยงในคลินิกวาร์ฟารินของโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรีเป็นระยะเวลา ๑ เดือน และ ประสบการณ์ในการเป็นผู้ริเริ่มและผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลนายายอาม ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๖๐ – ปัจจุบัน และเป็นระยะเวลา ๘ ปี

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความสำคัญและที่มาของการวิจัย

ยาวาร์ฟาริน (warfarin) เป็นยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด ยานี้มีข้อบ่งใช้เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในโรคต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ เป็นต้น ยาวาร์ฟารินเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาอื่นและอาหาร และการตอบสนองต่อยาในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน การประเมินประสิทธิผลของยาโดยการวัดการแข็งตัวของเลือด โดยใช้ค่าทางห้องปฏิบัติการมาตรฐาน คือ ค่าการแข็งตัวของเลือด International Normalized Ratio (INR) ระดับเป้าหมายของ INR จะแตกต่างกันไปขึ้นกับข้อบ่งใช้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ถ้าค่า INR สูงกว่าระดับเป้าหมายจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ขณะที่ค่า INR ต่ำกว่าระดับเป้าหมายอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน

โรงพยาบาลนายายอามได้เริ่มดำเนินงานคลินิกวาร์ฟาริน ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ตามนโยบายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือดกำหนดตัวชี้วัดร้อยละค่าการแข็งตัวของเลือด(INR) อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดควรมากกว่าร้อยละ ๖๕ ซึ่งจากข้อมูลคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลนายายอาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ พบว่าผู้ป่วยที่รักษาในคลินิกวาร์ฟารินมีค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดเพียง ร้อยละ ๕๕.๑๗ จึงควรที่จะมุ่งเน้นการบริบาลทางเภสัชกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวในเลือดผิดปกติ เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะทำให้ผลการใช้ยาไม่เป็นไปตามเป้าหมายในการรักษาและเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะเลือดออกที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลนายายอามจึงได้ริเริ่มการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญในการค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินที่มีค่า INR ผิดปกติ ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ด้วยการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในหลายวิธี ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และการเยี่ยมบ้านด้านยาเพื่อค้นหาปัญหาที่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ด้วยเครื่องมือ INHOMESSS จึงเป็นที่มาของการศึกษา เรื่อง ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะทำให้ผลการใช้ยาไม่เป็นไปตามเป้าหมายในการรักษาและเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะเลือดออกที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต เพื่อช่วยให้เภสัชกรสามารถปรับปรุงวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายทำให้ค่าการแข็งตัวของเลือดเข้าเป้าหมายในการรักษา เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ยาให้ถูกต้องและปลอดภัย และใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลนายายอาม

๔.๒ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (๒๕๕๓) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อค่าการแข็งตัวของเลือดได้แก่ อายุมากกว่า ๖๕ ปี, สภาวะทางเศรษฐกิจ, การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, สุขภาพร่างกาย ภาวการณ์เจ็บป่วย, โรคประจำตัว, พันธุกรรม, การรับประทานอาหาร/อาหารเสริม/สมุนไพร, ยาที่ได้รับร่วมกัน, ความร่วมมือในการใช้ยา และความรู้เกี่ยวกับโรค/ยา เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้การใช้ยาวาร์ฟารินอย่างมีประสิทธิภาพ

พจมาน ตันติสิริสมบูรณ์ (๒๕๕๓) เรื่องสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีค่า INR เกินระดับเป้าหมาย อาการไม่พึงประสงค์ และแนวทางการดูแลรักษา เป็นการศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน มีค่า International Normalized Ratio (INR) เกินระดับเป้าหมายและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางการดูแลรักษา พบว่าการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินอย่างใกล้ชิดและเป็นระบบ โดยจัดตั้งคลินิกวาร์ฟารินที่เป็นสหวิชาชีพระหว่างแพทย์และเภสัชกรและการจัดทำแนวทางการปฏิบัติ เช่น การปรับขนาดยา

นาตยา หวังนิรัติศัยและคณะ (๒๕๖๑) เรื่องผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินของคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นการศึกษาผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อความรู้ในการใช้ยาผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน จากการศึกษา พบว่า การได้รับความรู้จากเภสัชกรทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ในการใช้ยาเพิ่มขึ้น และ สัดส่วนจำนวนครั้งของค่า INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญ สรุปได้ว่า การบริบาลทางเภสัชกรรมของคลินิกวาร์ฟารินมีผลทำให้เพิ่มความรู้ในการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมมากขึ้นและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ศรินธรณ์ อุทัยธวัช (๒๕๖๔) เรื่องผลลัพธ์ของการบริบาลเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟารินของคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์.เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อความรู้ในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม สรุปได้ว่า การบริบาลทางเภสัชกรรมของคลินิกวาร์ฟารินมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการใช้ยาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ระดับ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาเพิ่มขึ้น ส่วนการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลง

พรพรรณ ลอยทะเล (๒๕๖๗) เรื่อง ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินโรงพยาบาลเชกา พบว่าการให้ความรู้เรื่องยาวาร์ฟารินด้วยสื่อวิดีทัศน์ แผ่นพับ ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เรื่อง ยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้นและหลังการเยี่ยมบ้าน ด้วยเครื่องมือ INHOMESSS พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเมินด้านดีหรือเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน เป็นวิธีการที่มีประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ช่วยเพิ่มการควบคุมค่า INR ของผู้ป่วยให้อยู่ในช่วงการรักษา ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินมีค่า INR อยู่ ในช่วงเป้าหมายของการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และการเยี่ยมบ้านเป็นการบริบาลเภสัชกรรมที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย

๔.๓ วัตุประสงค์การวิจัย

๔.๓.๑ เพื่อศึกษาผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ผิดปกติ โรงพยาบาลนายายอาม

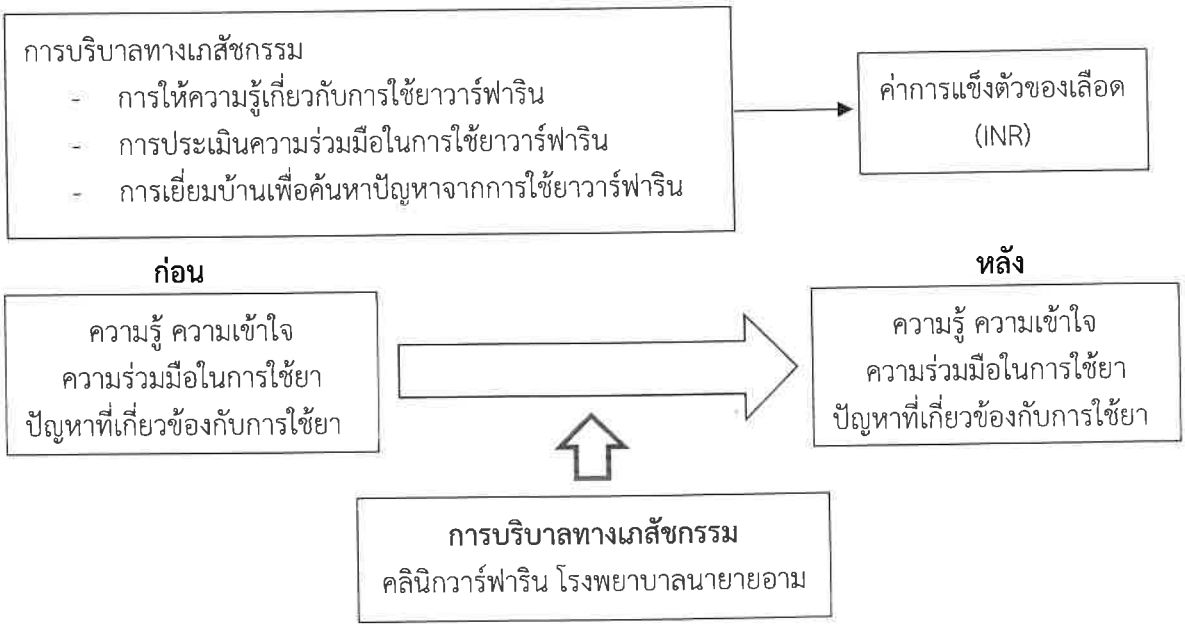
๔.๓.๒ เพื่อส่งเสริม ความรู้ความเข้าใจ ความร่วมมือในการใช้ยา และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ผิดปกติ โรงพยาบาลนายายอาม

๔.๓.๓ เพื่อศึกษาผลจากการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่มีค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ผิดปกติ โรงพยาบาลนายายอาม

๔.๔ ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ มีรูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) มีการศึกษากลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวและมีการวัดผล ๒ ครั้ง คือ ก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม (One Group Pretest-Posttest design) เพื่อเปรียบเทียบ ค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) คะแนนความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยา และ ผลการประเมินเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี โดยสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลเวชระเบียนในระบบเวชระเบียน สมุดประจำตัวผู้ป่วย และข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในการลงเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยทุกคนที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดที่อยู่นอกเป้าหมายเป้าหมายในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา จำนวน ๕๒ คน ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่มกราคม - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ เป็นเวลา ๒ เดือน

๔.๕ กรอบการดำเนินการวิจัย



๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๖ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๔.๖.๑ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ภาวะที่จำเป็นต้องใช้ยาวาร์ฟาริน ค่าการแข็งตัวของเลือด (INR)

๔.๖.๒ แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาวาร์ฟารินจำนวน ๒๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน

ถ้าได้มากกว่า ๑๖ คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับดี

ระหว่าง ๘-๑๖ คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

น้อยกว่า ๘ คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย

แบบประเมินความรู้นี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ คำนวณค่า IOC ได้ค่าเท่ากับ ๑.๐๐

๔.๖.๓ แบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ: Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-๘) ฉบับภาษาไทย มี ๘ ข้อคำถาม การแปลผลคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า ๖ คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน ๖-๗ คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเท่ากับ ๘ คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับสูง

๔.๖.๔ แบบประเมินผลการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ด้วยเครื่องมือ INHOMESSS ประกอบด้วย ๙ ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (immobility) ภาวะโภชนาการ (nutrition) สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบ ๆ บ้าน (home environment & safety) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในบ้านและเพื่อนบ้าน (other people) การใช้ยาและวิธีการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (medication) การตรวจร่างกาย (examination) ความเชื่อและทัศนคติต่อสุขภาพ ของผู้ป่วยและครอบครัว (spiritual health) สถานที่ที่รับบริการเมื่อเจ็บป่วย (service) โดยมีเกณฑ์พิจารณา แบ่งเป็น Good หมายถึง เหมาะสม และPoor หมายถึง ไม่เหมาะสม

Good หมายถึง เหมาะสม (การเคลื่อนไหวดี,รับประทานอาหารเหมาะสมไม่มีผลต่อค่า INR , สิ่งแวดล้อมในบ้านปลอดภัย, ความสัมพันธ์ในบ้านและเพื่อนบ้านดี, มีคะแนน ADL > ๑๒ คะแนน ,สัญญาณชีพปกติ, รักษาที่สถานพยาบาลหลัก , มีความเชื่อในทางที่ถูกต้อง)

Poor หมายถึง ไม่เหมาะสม (การเคลื่อนไหวที่มีผลต่อการใช้ยา/ต้องพึ่งพาผู้อื่น, บ้านมีโอกาสที่ทำ ให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย, อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่า INR ของผู้ป่วย, มีคะแนน ADL < ๑๒ คะแนน, สัญญาณชีพผิดปกติ, มีความเชื่อไม่ถูกต้อง, รักษาที่สถานพยาบาลอื่นร่วมด้วย

๔.๗ วิธีการศึกษา

๔.๗.๑. ขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง

๔.๗.๒. ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลนายายอาม

๔.๗.๓. เภสัชกรบันทึกผลเลือดค่าการแข็งตัวของเลือดครั้งที่ ๑ ในวันที่ผู้ป่วยมาตามนัดในคลินิกวาร์ฟาริน และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยพร้อมชี้แจงเตรียมความพร้อมก่อนลงเยี่ยมบ้าน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๗.๔. เภสัชกรลงเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน (pre-test) ก่อนให้ความรู้เรื่องการใช้ยาวาร์ฟาริน และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (MMAS-๘) หลังจากนั้นเภสัชกรจะเป็นผู้ประเมินโดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS เพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยา

๔.๗.๕. เมื่อผู้ป่วยมาตามวันนัดครั้งถัดไปของคลินิกวาร์ฟาริน เภสัชกรบันทึกผลเลือดค่าการแข็งตัวของเลือดครั้งที่ ๒ และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้เรื่อง ยาวาร์ฟาริน (post-test) อีกครั้ง ระยะห่างประมาณ ๑ เดือน

๔.๗.๖. วิเคราะห์ผลการวิจัย และสรุปผลการดำเนินงาน

๔.๘ การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลเวชระเบียนในระบบ Hos-xp/สมุดประจำตัวผู้ป่วย และข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในการลงเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ มกราคม - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ เป็นเวลา ๒ เดือน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

๔.๙ การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

๒. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าการแข็งตัวของเลือด ด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pairs signed rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ ($p<0.05$)

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติ โดยมติของคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ตามเอกสารรับรองลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๗

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๕๒ ราย อายุเฉลี่ย ๗๔.๘ ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ๒๘ ราย ร้อยละ ๕๓.๘ เพศชาย ๒๔ ราย ร้อยละ ๔๖.๒ ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๘๖.๕ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ ๕๙.๖ ภาวะที่จำเป็นต้องใช้ยาวาร์ฟาริน คือ หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ ร้อยละ ๙๒.๓

๕.๑.๒. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับยาวาร์ฟารินก่อนและหลังการให้ความรู้โดยเภสัชกร พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากคะแนนเฉลี่ย ๑๕.๘๘ เป็น ๒๑.๔๒ ($p<0.05$) เมื่อเภสัชกรไปเยี่ยมบ้านและให้ความรู้แบบรายบุคคล มีการพูดคุยซักถาม ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น

๕.๑.๓ ผลประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ส่วนใหญ่มีผลประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในระดับปานกลางร้อยละ ๔๖.๒

๕.๑.๔ การเปรียบเทียบค่าการแข็งตัวของเลือดเฉลี่ยก่อนการศึกษามีค่า ๒.๒๘ และหลังการศึกษามีค่า ๒.๔๙ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) และพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ก่อนและหลังการศึกษามีค่าลดลงจาก ๕๒ คน เป็น ๔๐ คน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ผลจากแบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ MMAS-๘ พบประเด็นสำคัญได้ดังนี้ ข้อที่ ๑) พบว่าผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ยังมีบางครั้งที่ลืมรับประทานยาวาร์ฟาริน เนื่องจากผู้ดูแลไม่อยู่บ้านและกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าเคยลืมรับประทานยาก่อนนอน เนื่องจากเผลอหลับไปก่อนและข้อที่ ๔) พบว่ามีผู้ป่วยบางรายที่ลืมพกยาเมื่อออกเดินทางจากบ้าน เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่บ้านเป็นประจำ ในบางครั้งที่มีธุระต้องเดินทางทำให้ไม่ได้นำยาติดตัวไปด้วย ข้อที่ ๖) พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากหยุดยาเพราะคิดว่ากินยามาหลายปีแล้ว อาการของโรคสามารถควบคุมได้แล้ว ในบางครั้งที่เคยลืมกินยาก็ยังมีค่าการแข็งตัวของเลือดที่ปกติ ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าไม่จำเป็นต้องกินยาแล้ว ข้อที่ ๗) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกไม่สะดวกในการกินยาเนื่องจากวิธีการกินยาวาร์ฟารินมักปรับเปลี่ยนไปตามผลการรักษาในแต่ละครั้ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานอย่างเคร่งครัด ข้อที่ ๘) แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลว่าไม่รู้สึกว่ามีความยุ่งยากในการจดจำยาที่ใช้ แต่ยังมีผู้ป่วยบางรายที่รู้สึกว่ามีความยุ่งยากทุกครั้งในการจดจำวิธีกินยาวาร์ฟาริน

๕.๒.๒ ผลการประเมินเยี่ยมบ้าน ตามแนวทาง INHOMESSS พบว่า Immobility (การเคลื่อนไหว) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๒.๓ มีการเคลื่อนไหวได้ดี สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ แต่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลในการจัดยา เนื่องจากผู้ป่วยมียาโรคประจำตัวหลายรายการและยาวาร์ฟารินมีวิธีการใช้ยาที่ยุ่งยากซับซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งพบว่าการเคลื่อนไหวมีผลกระทบที่สำคัญต่อการใช้ยา ทั้งการหยิบจับซองยา แกะซองและการหักเม็ดยา

Nutrition (การรับประทานอาหาร) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๘๒.๓ มีการรับประทานอาหารที่เหมาะสม แต่พบว่าผู้ป่วยบางรายยังรับประทานอาหารที่มีผลต่อค่าการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ ผักใบเขียว และผลไม้บางชนิด เช่น มะม่วง และเนื่องจากจังหวัดจันทบุรีเป็นเมืองแห่งผลไม้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาวสวนพบว่ามีผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มชูกำลังผสมโสม หรือการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร ที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นวิตามินบำรุงเส้นเอ็นหรือแก้คันผิวหนัง ซึ่งผลิตภัณฑ์เสริมอาหารดังกล่าวทำให้ค่าการแข็งตัวของเลือดสูงเกินค่าปกติ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก

Housing (สภาพบ้าน) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๕๓.๘ มีสภาพบ้านที่ไม่เหมาะสมต่อการเก็บรักษายา เนื่องจากพื้นที่จัดเก็บยาไม่เป็นระเบียบ มีการเก็บยาปะปนกัน และไม่แยกจัดเก็บยาที่ได้รับตามลำดับก่อนหลัง ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบยาหมดอายุ เกิดความเสี่ยงต่อการรับประทานยาผิด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะจัดเก็บยาตามความสะดวกในช่วงก่อนนอน และพบว่ามีการแขวนถุงยาไว้ตามกำแพงบ้าน ริมหน้าต่างที่มีอากาศร้อน อาจส่งผลต่อคุณภาพยา

Other people (ความสัมพันธ์กับผู้อื่น) พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีความสัมพันธ์กับผู้คนในบ้านเป็นอย่างดี ไม่พบปัญหาการทะเลาะเบาะแว้งภายในครอบครัว สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเรื่องการจัดยา ส่วนใหญ่จะเป็นคู่สมรสหรือหลานของผู้ป่วย มีญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านช่วยให้การดูแลแทนในเวลาที่ผู้ดูแลหลักไม่สะดวก

Medication (ความร่วมมือในการใช้ยา) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ ๖๓.๕ มีความร่วมมือในการรับประทานยาวาร์ฟารินอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม รับประทานยาตรงเวลา และไม่ลืมรับประทาน แม้ว่าค่าการแข็งตัว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ของเลือดจะยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย รวมทั้งผู้ป่วยได้รับยาวาร์ฟารินแล้วเกิดอาการเจ็บป่วยแทรกซ้อนทำให้มีความจำเป็นต้องใช้ยาอื่นที่ส่งผลต่อค่าการแข็งตัวของเลือด เช่น มีอาการติดเชื้อต้องใช้ยาปฏิชีวนะภายใต้การดูแลติดตามของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา หรือการที่ผู้ป่วยไปซื้อยารับประทานเองที่ส่งผลต่อค่าการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ ยากลุ่มยาแก้ปวด ซึ่งเภสัชกรควรมีการทบทวนรายการยาและประเมินความร่วมมือในการใช้ยาทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อติดตามประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาวาร์ฟาริน

Examination (การตรวจร่างกาย) การประเมินผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยที่บ้านพบว่าผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตสูงเกิน ๑๓๐/๘๐ แสดงว่าผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่บ้านไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงหรือเกิดจ้ำเลือดที่เป็นผลจากการใช้ยาวาร์ฟาริน

Safety (ความปลอดภัย) พบว่าที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเหมาะสมและปลอดภัย แต่พบว่าที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยบางรายมีโอกาสเกิดความเสี่ยงได้ เนื่องจาก แสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีรั้วและประตูกั้น ทางเดินเป็นพื้นที่ต่างระดับ และผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุไม่มีราวจับ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยพยุงพาไป

Spiritual Health (ความเชื่อ) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อแบบชาวพุทธ คิดว่าเป็นโรคที่จำเป็นต้องกินยาวาร์ฟารินเนื่องจากมีอายุที่มากขึ้น เกี่ยวข้องกับสังขาร กรรมพันธุ์ จึงให้ความร่วมมือและยอมรับในการรักษาเป็นอย่างดี ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนมีความเชื่อว่า โรคที่เป็นเกิดจากเวรกรรม ฟ้าดินลงโทษ ไม่สามารถควบคุมไม่ได้ จึงคิดว่ารักษาไม่หายขาดได้และเชื่อว่าการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลานานจะมีผลสะสมในร่างกายทำให้ตับไตเสื่อมสภาพนอกจากนั้นยังพบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุที่รับชมการโฆษณาส่งเสริมการขาย มีความเชื่อว่าสามารถกินยาสมุนไพรร่วมกับยาวาร์ฟารินแล้วจะทำให้อาการดีขึ้นและไม่มีผลข้างเคียงเนื่องจากเป็นสารสกัดจากธรรมชาติ

Service (การเข้าถึงบริการ) พบว่าผู้ป่วยทุกคนมารักษาที่โรงพยาบาลนายายอาม สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ มีสิทธิการรักษา ไม่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการผิดปกติจำเป็นต้องเดินทางไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลจังหวัดก็สามารถเดินทางได้ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ก็จะกลับมารักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลอำเภอที่อยู่ใกล้บ้าน นอกจากนั้นผู้ป่วยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเภสัชกรจัดทำสมุดประจำตัวและให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งสถานบริการอื่นๆว่ากำลังใช้ยาวาร์ฟาริน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรพรรณ ลอยทะเล เรื่อง ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินโรงพยาบาลเชกา ซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงค่าการแข็งตัวของเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผลการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจจะเนื่องจากระยะเวลาในการศึกษาที่จำกัด แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของพรพรรณ ลอยทะเล เรื่องผลการเยี่ยมบ้านด้านยาโดยเภสัชกร สามารถทำให้เภสัชกรเกิดความเข้าใจบริบทการใช้ยาของผู้ป่วยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านจำเป็นต้องเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วย, ผู้ดูแลสะดวกให้ข้อมูลและต้องนัดหมายเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เพื่อให้ทราบตำแหน่งที่ถูกต้องในการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากบ้านผู้ป่วยบางรายเข้าถึงยาก ส่วนใหญ่เป็นการเยี่ยมบ้านนอกเวลาราชการซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายใช้เวลาในการลงเยี่ยมบ้านแตกต่างกัน ต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันและเอกสารที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมายจำเป็นต้องสอบถามผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลโดยละเอียดและตรงตามความเป็นจริง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน อาจเกิดหลงลืม ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล จำเป็นต้องมีญาติหรือผู้ดูแลเป็นผู้ร่วมให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย

๘.๒ ระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้มีความจำกัด

๘.๓ การดำเนินงานจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน

๙. ข้อเสนอแนะ

โดยสรุปจากผลการศึกษาพบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการให้ความรู้ ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและการเยี่ยมบ้าน ทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติในคลินิกวาร์ฟาริน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติมีจำนวนน้อยลง เป็นไปตามเป้าหมายการรักษามากขึ้น

การศึกษานี้จึงแสดงให้เห็นว่าเภสัชกรมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้านยาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา เป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้เป็นแนวทางพัฒนาการดำเนินการบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลนายายอาม ดังนั้นสามารถประยุกต์ใช้การบริบาลทางเภสัชกรรมเยี่ยมบ้านสำหรับกลุ่มผู้ป่วยวาร์ฟารินทุกคนต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

วารสารองค์การเภสัชกรรม ฉบับเดือนมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๘

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

- ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวกัญญรัตน์ เผือกชอุ่ม สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....กัญญรัตน์.....

(นางสาวกัญญรัตน์ เผือกชอุ่ม)

(ตำแหน่ง) เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

(วันที่) ..19../..พฤษภาคม../..2568..

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกัญญรัตน์ เผือกชอุ่ม	กัญญรัตน์

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายไพศาล สุยะสา)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนายายอาม

(วันที่) 19 / พฤษภาคม / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(ตำแหน่ง) .....

(วันที่) ๒๑ พ.ค. ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเภสัชกรต่อการชะลอการเสื่อมของไต โรงพยาบาลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเป้าหมายหลัก คือ การชะลอความเสื่อมของไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิดและเป็นระยะเวลานานจึงมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ซึ่งส่งผลทำให้ผลการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมายและเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ลืมรับประทานยา ปรับเปลี่ยนวิธีใช้ยาหรือหยุดยาเอง ซึ่งเภสัชกรจำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของเภสัชกรในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยา เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามต้องการและเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาให้กับผู้ป่วย เภสัชกรจะต้องสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยไตเรื้อรังว่าจะได้รับยาที่เหมาะสมและปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

แนวคิด/ข้อเสนอ การประยุกต์การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไตเรื้อรัง เป็นกิจกรรมหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้เภสัชกรเห็นสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อค้นหาป้องกันแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาให้เป็นไปตามเป้าหมายและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในขณะที่จำนวนเภสัชกรมีไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและพัฒนาศักยภาพบุคลากรอื่น เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อติดตามผู้ป่วยไตเรื้อรังในแต่ละพื้นที่

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อการชะลอการเสื่อมไตโดยเปรียบเทียบค่าระดับการทำงานของไต (eGFR) ภายหลังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีค่าระดับการทำงานของไตดีขึ้นหรือคงที่ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผลลัพธ์การดำเนินการในประเด็นความรู้เรื่องโรคและยา ความร่วมมือจากการใช้ยา สามารถค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยไตเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่าการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้นและลดปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก การชะลอการเสื่อมของไต และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(ลงชื่อ) .....กัญญรัตน์.....
(นางสาวกัญญรัตน์ เผือกชอุ่ม)
(ตำแหน่ง) เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)
(วันที่) 19 / พฤษภาคม / 2568

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

เริ่มการดำเนินงาน เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๗
เสร็จสิ้น เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ผู้วิจัย เป็นผู้รับรับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าใหม่ จึงมีความรู้ในการจัดทำแผนและต้องศึกษารายละเอียดของตัวชี้วัด นโยบายของผู้บริหารให้เข้าใจ สามารถอธิบายให้ผู้รับผิดชอบงานท่านอื่นๆรับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ เป้าหมายของนโยบายและตัวชี้วัดนั้น เพื่อกำหนดและจัดทำแผนการดำเนินงานตามนโยบายและตัวชี้วัดต่างๆให้ดำเนินการได้บรรลุตามวัตถุประสงค์

๓.๒ มีความรู้เรื่องนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

นโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกโรค เริ่มมีการดำเนินงานในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกโรคเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนไทยในการรับบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ถือเป็นนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญและมีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ประชาชนคลายความกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (ศิวฉัตร์ ศิรสิทธิ์นฤวัตและคณะ,๒๕๖๗) สามารถลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือนได้เป็นอย่างมาก และในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีการยกระดับบริการ คือ การยกระดับเป็น ๓๐ บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อให้คนไทยเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวเข้ารับบริการได้ทั้งโรงพยาบาลของรัฐ เอกชน คลินิก ห้องปฏิบัติการและร้านยาใกล้บ้าน

สำหรับนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่เป็นทางเลือกใหม่ โดยไม่ว่าสิทธิบัตรทอง ๓๐ บาทของประชาชนจะอยู่ที่ใด ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ (วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตรและยศ ตีระวัฒนานนท์,๒๕๖๗) โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวเหมือนระบบบริการรูปแบบเดิม โดยสามารถใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในทุกแห่งในต่างจังหวัดสามารถใช้บริการได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลของรัฐประจำอำเภอ โรงพยาบาลของรัฐประจำจังหวัด สำหรับในกรุงเทพมหานครสามารถรับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๙ แห่ง และคลินิกชุมชนอบอุ่น ๒๗๖ แห่ง นอกจากนี้ยังมีบริการนอกเหนือจากหน่วยบริการของรัฐบาล เช่นที่ร้านยา คลินิกนวัตกรรม ได้แก่ คลินิกหมอ, คลินิกทันตกรรม, คลินิกกายภาพบำบัด, คลินิกแพทย์แผนไทย, คลินิกเทคนิคการแพทย์ เจาะเลือด, คลินิกพยาบาล, ร้านยาคุณภาพ

ผลจากนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ มีการเพิ่มบริการมากขึ้นได้แก่ ร้านยาคุณภาพ เพิ่มบริการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๓๒ อาการ ปรึกษาเภสัชกรและรับยาตามอาการ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพิ่มการรับบริการการพยาบาลพื้นฐาน เช่น ทำแผล ล้างแผล และตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ๓๒ อาการ คลินิกเทคนิคการแพทย์ชุมชนอบอุ่น เพิ่มการบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒๒ รายการตามใบแพทย์สั่งตรวจ คลินิกเวชกรรมชุมชนอบอุ่น เพิ่มบริการ เจ็บ ไข้ ไอ ปวด รับบริการตรวจรักษาโรคทั่วไปแบบผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัดชุมชนอบอุ่นมีการจัดบริการ กายภาพบำบัดผู้ป่วย ๔ กลุ่ม (๖ เดือนแรกหลังพ้นวิกฤต ได้รับการกายภาพบำบัด ๒๐ ครั้ง) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง สมองได้รับบาดเจ็บ ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ และกระดูกสะโพกหัก คลินิกทันตกรรมชุมชน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

อบอุ่นเพิ่มบริการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ (๓ ครั้ง/ปี) และสำหรับคลินิกแพทย์แผนไทยชุมชนอบอุ่นเพิ่มบริการ นวด ประคบ อบสมุนไพร เพื่อการรักษา และ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ๔ กลุ่ม โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคสันนิบาต และฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด (พฤทธิ์ ธนะแพสย์,๒๕๖๗.) โดยทั้งหมดประชาชนสามารถเข้ารับบริการตามเงื่อนไข โดยไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่าย

การดำเนินงานในหน่วยงานของรัฐแบ่งการดำเนินงานออกเป็น ๓ ระยะ โดยระยะที่ ๑ เปิดให้บริการใน ๔ จังหวัดนำร่องได้แก่ ร้อยเอ็ด แพร่ เพชรบุรีและนราธิวาส สำหรับในระยะที่ ๒ ขยายบริการอีก ๘ จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี สระแก้ว หนองบัวลำภู นครราชสีมา อำนาจเจริญ และพังงา สำหรับระยะที่ ๓ ขยายบริการให้ครอบคลุมทั่วไปประเทศภายในปี ๒๕๖๗ ซึ่งบริการที่เพิ่มในสถานบริการของรัฐ ได้แก่ การจัดทำประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ การออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยาและใบสั่งตรวจเลือดออนไลน์ การแพทย์และเภสัชกรรมทางไกล การนัดหมายออนไลน์ ส่งยาและเวชภัณฑ์ที่บ้านผ่าน Health Rider และการส่งยาทางไปรษณีย์ เป็นต้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทางไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทำให้ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอย และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

อำเภอท่าใหม่มีประชากรทั้งสิ้น ๗๐,๕๗๓ คน แบ่งเป็นเพศชาย ๓๔,๒๒๖ ราย เพศหญิง ๓๖,๓๔๗ ราย (ประชากรกลางปี,๒๕๖๗ อำเภอท่าใหม่) มีสิทธิ์ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน ๓๘,๕๔๗ รายคิดเป็นร้อยละ ๕๔.๖๒ มีจำนวนผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน ๒๐,๔๕๖ คนต่อปี มีจำนวนการใช้บริการ ๓๒,๒๙๖ ครั้งต่อปี คิดเป็น ๑.๕๘ ครั้งต่อคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, ๒๕๖๖) จะเห็นได้ว่ามีจำนวนการใช้บริการตามหลักประกัน ๓๐ บาทรักษาทุกที่เป็นจำนวนมาก จากที่มาของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ทั้งนี้เพื่อให้รับทราบถึงความคิดเห็นของนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ สามารถนำผลงานวิจัยที่ได้รับไปวางแผนในการออกแบบบริการนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ สร้างการเข้าถึงในการเข้ารับบริการตามนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนชาวอำเภอท่าใหม่ ลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการบริการทางสาธารณสุขที่ไม่จำเป็นต่อไป

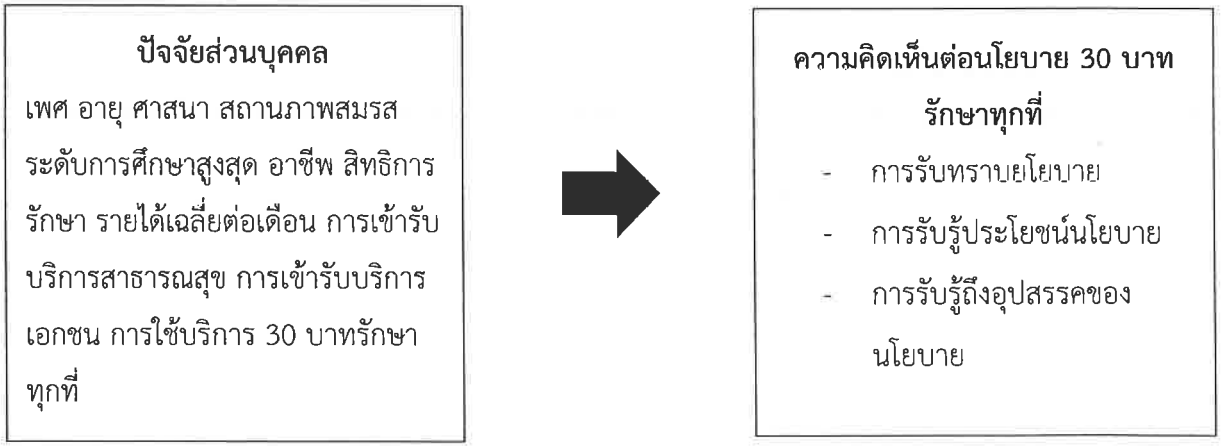
๓.๓ การศึกษา ความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Method) เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่และเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of taking the health action) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) และปัจจัยร่วม (Modifying factors)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of taking the health action) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) และปัจจัยร่วม (Modifying factors)



วิธีดำเนินการวิจัย

๑. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๗ - วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๘

๒. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample) **ประชากร** คือ ประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำนวน ๗๐,๕๗๓ (ประชากรกลางปี, ๒๕๖๗) คน **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ซึ่งสุ่มมาจากกลุ่มประชากร จำนวน ๔๒๓ คน วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าของประชากร กำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง ๐.๐๕ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า

๑) เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอท่าใหม่อย่างน้อย ๑ ปี

๒) อายุ ๒๐ - ๘๐ ปี

๓) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

๑) ไม่สามารถตอบคำถามการวิจัยตลอดโครงการวิจัย

๒) ขอถอนตัวจากการวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเอง (Self-administrative Questionnaires) สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และปรับปรุงจากการศึกษาที่ผ่านมา ประกอบด้วย ๓ ส่วนดังต่อไปนี้

๑. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่างจำนวน ๑๓ ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สิทธิ์การรักษา รายได้ การเข้ารับบริการสาธารณสุข

๒. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน ๑๕ ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๔ ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยน้อยที่สุด มีการแบ่งระดับออกเป็น ๓ ช่วง โดยใช้ค่าผลต่างของคะแนนสูงสุดและคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยจำนวนช่วง (สุทิตา ขัตติยะ และวิไลลักษณ์ สุวจิตตานนท์, ๒๕๕๔)

๓. แนวทางการสัมภาษณ์ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อเสนอแนะโดยมีลักษณะการเขียนแบบอัตนัย จำนวน ๕ ข้อ ลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและโปรแกรมที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อทดสอบทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .๐๕ ตามรายละเอียดดังนี้

๖.๑. พรรณนาข้อมูลส่วนบุคคล ความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๖.๒. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกับความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ด้วยสถิติ Independent t-test และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (Oneway ANOVA)

การศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Method) เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ และเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี การศึกษาครั้งนี้ได้รวบรวมเอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากแหล่งข้อมูลประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

๑. นโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่

๒. นโยบายสาธารณะ

๓. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สำหรับนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่เป็นทางเลือกใหม่ โดยไม่ว่าสิทธิบัตรทอง ๓๐ บาทของประชาชนจะอยู่ที่ใด ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ (วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตรและยศ ตีระวัฒนานนท์,๒๕๖๗) โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวเหมือนระบบบริการรูปแบบเดิม โดยสามารถใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในทุกแห่งในต่างจังหวัด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สามารถใช้บริการได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลของรัฐประจำอำเภอ โรงพยาบาลของรัฐประจำจังหวัด สำหรับในกรุงเทพมหานครสามารถรับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๙ แห่ง และคลินิกชุมชนอบอุ่น ๒๗๖ แห่ง นอกจากนี้ยังมีบริการที่นอกเหนือจากหน่วยบริการของรัฐ เช่นที่ร้านยา คลินิกนวัตกรรม ได้แก่ คลินิกหมอ, คลินิกทันตกรรม, คลินิกกายภาพบำบัด, คลินิกแพทย์แผนไทย, คลินิกเทคนิคการแพทย์ เจาะเลือด, คลินิกพยาบาล, ร้านยาคุณภาพ

ผลจากนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ มีการเพิ่มบริการมากขึ้นได้แก่ ร้านยาคุณภาพ เพิ่มบริการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๓๒ อาการ ปรึกษาเภสัชกรและรับยาตามอาการ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพิ่มการรับบริการการพยาบาลพื้นฐาน เช่น ทำแผล ล้างแผล และตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ๓๒ อาการ คลินิกเทคนิคการแพทย์ชุมชนอบอุ่น เพิ่มการบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒๒ รายการตามใบแพทย์สั่งตรวจ คลินิกเวชกรรมชุมชนอบอุ่น เพิ่มบริการ เจ็บ ไข้ ไอ ปวด รับบริการตรวจรักษาโรคทั่วไปแบบผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัดชุมชนอบอุ่นมีการจัดบริการ กายภาพบำบัดผู้ป่วย ๔ กลุ่ม (๖ เดือนแรกหลังพ้นวิกฤต ได้รับการกายภาพบำบัด ๒๐ ครั้ง) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง สมองได้รับบาดเจ็บ ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ และกระดูกสะโพกหัก คลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่นเพิ่มบริการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ (๓ ครั้ง/ปี) และสำหรับคลินิกแพทย์แผนไทยชุมชนอบอุ่นเพิ่มบริการ นวด ประคบ อบสมุนไพร เพื่อการรักษา และ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ๔ กลุ่ม โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคสันนิบาต และฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด (พฤทธิ์ ธนะแพสย์,๒๕๖๗). โดยทั้งหมดประชาชนสามารถเข้ารับบริการตามเงื่อนไข โดยไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่าย

การดำเนินงานในหน่วยงานของรัฐแบ่งการดำเนินงานออกเป็น ๓ ระยะ โดยระยะที่ ๑ เปิดให้บริการใน ๔ จังหวัดนำร่องได้แก่ ร้อยเอ็ด แพร่ เพชรบุรีและนราธิวาส สำหรับในระยะที่ ๒ ขยายบริการอีก ๘ จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี สระแก้ว หนองบัวลำภู นครราชสีมา อำนาจเจริญ และพังงา สำหรับระยะที่ ๓ ขยายบริการให้ครอบคลุมทั่วไปประเทศภายในปี ๒๕๖๗ ซึ่งบริการที่เพิ่มในสถานบริการของรัฐ ได้แก่ การจัดทำประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ การออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยาและใบสั่งตรวจเลือดออนไลน์ การแพทย์และเภสัชกรรมทางไกล การนัดหมายออนไลน์ ส่งยาและเวชภัณฑ์ที่บ้านผ่าน Health Rider และการส่งยาทางไปรษณีย์ เป็นต้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทางไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทำให้ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอย และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

อำเภอท่าใหม่มีประชากรทั้งสิ้น ๗๐,๕๗๓ คน แบ่งเป็นเพศชาย ๓๔,๒๒๖ ราย เพศหญิง ๓๖,๓๔๗ ราย (ประชากรกลางปี,๒๕๖๗ อำเภอท่าใหม่) มีสิทธิ์ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน ๓๘,๕๔๗ รายคิดเป็นร้อยละ ๕๔.๖๒ มีจำนวนผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน ๒๐,๔๕๖ คนต่อปี มีจำนวนการใช้บริการ ๓๒,๒๙๖ ครั้งต่อปี คิดเป็น ๑.๕๘ ครั้งต่อคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, ๒๕๖๖) จะเห็นได้ว่ามีจำนวนการใช้บริการตามหลักประกัน ๓๐ บาทรักษาทุกที่เป็นจำนวนมาก จากที่มาของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ทั้งนี้เพื่อให้รับทราบถึงความคิดเห็นของนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ สามารถนำผลงานวิจัยที่ได้รับไปวางแผนในการออกแบบบริการนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ สร้างการเข้าถึงในการเข้ารับบริการตามนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนชาวอำเภอท่าใหม่ ลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการบริการทางสาธารณสุขที่ไม่จำเป็นต่อไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

คณะผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ และเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

๑. ทบทวนวรรณกรรม จัดทำโครงร่างการวิจัย

๒. สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๓. ยื่นเอกสารขอรับรองจริยธรรมวิจัย

๔. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายข้อมูลโครงการวิจัยให้อาสาสมัครทราบและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

๕. เก็บข้อมูลการวิจัย

๖. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย

๗. เผยแพร่ผลงานการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ผู้ศึกษาคาดว่าจะได้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของประชาชนในการจัดระบบบริการในหน่วยบริการของรัฐและบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้องตามนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ เพื่อพัฒนาการให้บริการที่มีคุณภาพและครอบคลุมบริการในทุกพื้นที่ต่อไป

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ได้ดำเนินการทบทวนงานวิจัยและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง จัดทำโครงร่างการวิจัยและจัดทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน ตรวจสอบและทำการ Try out แบบสอบถาม และขอเอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่รับรอง HCU-EC๑๕๘๐/๒๕๖๗

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรีและเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำนวน ๔๒๓ คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ และแนวทางการสัมภาษณ์ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ทดสอบด้วยสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach Alpha Coefficiant) อยู่ในช่วง ๐.๗ ถึง ๐.๙ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยสถิติ Independent t-test และ One way ANOVA ที่ระดับความเชื่อมั่น ๙๕% CI ผลการวิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ ๘๕.๓) มีอายุมากกว่า ๕๕ ปี (ร้อยละ ๕๑.๘) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ ๙๙.๘) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ ๕๙.๖) มีระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ ๔๖.๓) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ ๕๒.๕) มีรายได้ระหว่าง ๕,๐๐๑ – ๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน (ร้อยละ ๕๐.๔) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์บัตรทอง (ร้อยละ ๘๕.๘) ส่วนใหญ่เคยรับบริการสาธารณสุขในสถานบริการของรัฐบาล (ร้อยละ ๙๔.๘) เคยรับบริการสาธารณสุขในสถานบริการของเอกชน (ร้อยละ ๖๖.๒) เคยใช้บริการหมอพร้อม (ร้อยละ ๗๒.๖) เคยใช้บริการใบรับรองแพทย์ดิจิทัล (ร้อยละ ๘.๓) เคยใช้บริการใบสั่งยาออนไลน์ (ร้อยละ ๔.๐) เคยใช้บริการการแพทย์ทางไกล (ร้อยละ ๕.๐) เคยใช้บริการการนัดหมายออนไลน์ (ร้อยละ ๗.๖) เคยใช้บริการการส่งยาทางไปรษณีย์ (ร้อยละ ๗.๑) เคยใช้บริการร้านยาคุณภาพ (ร้อยละ ๔๗) เคยใช้บริการคลินิกพยาบาลอบอุ่น (ร้อยละ ๙.๐) เคยใช้บริการเทคนิคการแพทย์ชุมชน (ร้อยละ ๑๖.๑) เคยใช้บริการคลินิกเวชกรรมชุมชน (๑๓.๗) เคยใช้บริการคลินิกกายภาพบำบัดชุมชนอบอุ่น (ร้อยละ ๑๑.๓) เคยใช้บริการคลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่น (ร้อยละ ๒๐.๓) เคยใช้บริการแพทย์แผนไทยชุมชนอบอุ่น (๑๘.๔)

๒. กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ เรื่องการประชาสัมพันธ์โครงการนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ สูงที่สุดโดยมีคะแนนเฉลี่ย ๓.๕๒ คะแนน รองลงมาคิดเห็นว่านโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่สะดวกในการรับบริการโดยมีคะแนนเฉลี่ย ๓.๔๒ คะแนน สำหรับความคิดเห็นนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ ที่คะแนนน้อยที่สุดได้แก่ หากไม่มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน จะรับบริการยากลำบากโดยมีคะแนนเฉลี่ย ๒.๓๒ คะแนน รองลงมาได้แก่ การนัดหมายออนไลน์เป็นเรื่องยุ่งยากโดยมีคะแนนเฉลี่ย ๒.๖๒ คะแนน

๓. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ ๖๐.๓ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๔๔.๐๑

๔. กลุ่มตัวอย่างที่เคยรับบริการใบรับรองแพทย์ดิจิทัล, บริการใบสั่งยาออนไลน์, บริการการส่งยาทางไปรษณีย์, บริการคลินิกพยาบาลอบอุ่น, บริการเทคนิคการแพทย์ชุมชน, บริการคลินิกเวชกรรมชุมชน, บริการคลินิกกายภาพบำบัดชุมชนอบอุ่น, บริการคลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่นและบริการแพทย์แผนไทยชุมชนอบอุ่นมีคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยรับบริการที่ระดับ .๐๐๗

๕. กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุที่แตกต่างกันและรายได้ที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๗

อภิปรายผลการวิจัย

๑. ความคิดเห็นนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ อยู่ในระดับปานกลาง โดยการประชาสัมพันธ์โครงการนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ และสะดวกในการรับบริการมีคะแนนสูงที่สุด สำหรับการไม่มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน จะรับบริการยากลำบากและการนัดหมายออนไลน์มีคะแนนน้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการประชาสัมพันธ์นโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ มีการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ เช่น เพจ Facebook ของหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการประชาสัมพันธ์ผ่านทางการประชุมต่าง ๆ ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงทำให้ประชาชนในพื้นที่สามารถรับทราบเกี่ยวกับการดำเนินงานนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ สำหรับความคิดเห็นด้านการใช้โทรศัพท์มือถือและความยากลำบากในการนัดหมายออนไลน์ ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่อำเภอท่าใหม่มีประชากรผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก โดย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการใช้โทรศัพท์สมาท์โฟน เช่น การไม่มีโทรศัพท์มือถือ การไม่สามารถเข้าถึงอินเตอร์เนท การไม่เข้าใจระบบในการใช้บริการ จึงทำให้คะแนนเกี่ยวกับความคิดเห็นด้านการใช้โทรศัพท์มือถือและความยากลำบากในการนัดหมายออนไลน์มีคะแนนน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของพิมลอร ตันหัน (๒๕๕๙) ที่ได้ทำการศึกษาแนวทางการพัฒนาแอพพลิเคชั่นบนโทรศัพท์มือถือของผู้สูงอายุพบว่า ปัญหาที่สำคัญในการใช้โทรศัพท์มือถือของผู้สูงอายุได้แก่ ปัญหาเรื่องสมรรถภาพทางร่างกาย ปัญหาเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของอุปกรณ์โทรศัพท์มือถือและปัญหาเกี่ยวกับฟังชั่นการใช้งานของโทรศัพท์มือถือ ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการประชาสัมพันธ์นโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ได้ไม่ทั่วถึง

๒. กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุที่แตกต่างกันและรายได้ที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลออนไลน์ที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลออนไลน์ที่แตกต่างกัน ทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างจำกัด แตกต่างจากวัยรุ่นที่มีความคุ้นเคยกับการเข้าถึงข้อมูลออนไลน์ จึงมีโอกาสในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายต่าง ๆ ได้ง่ายกว่า ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุที่แตกต่างกันจึงทำให้ความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ แตกต่างกันด้วย นอกจากนี้รายได้ที่แตกต่างกันสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มผู้มีรายได้น้อยมีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้เช่นกัน ทั้งทางด้านอุปกรณ์ในการเข้าถึง รวมถึงรายจ่ายที่จำเป็นต้องเสียเพื่อเข้าถึงบริการต่าง ๆ ดังนั้นจึงทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลออนไลน์ได้อย่างอิสระ จึงส่งผลทำให้ประชาชนที่มีรายได้แตกต่างกันมีคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่แตกต่างกันด้วย

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จัดทำขึ้นเพื่อ

๑. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

๒. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ

๑. ได้รับความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของประชาชนในการจัดระบบบริการในหน่วยบริการของรัฐและบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้องตามนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ เพื่อพัฒนาการให้บริการที่มีคุณภาพและครอบคลุมบริการในทุกพื้นที่ต่อไป

๒. ได้รับทราบปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตามนโยบาย ๓๐ บาท รักษาทุกที่

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทำให้มีความยุ่งยากและความซับซ้อนในการดำเนินงานดังนี้

๑. ผู้ศึกษาต้องจัดทำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ขึ้นใหม่ โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน เป็นที่ปรึกษาและตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ของเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ต้องดำเนินการโดยผู้ที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน

๓. การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์ที่มีความยุ่งยาก ผู้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลต้องมีเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะในการวิจัยระดับสูง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. การเก็บข้อมูลมีทั้งแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ทำให้ต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลค่อนข้างนาน

๒. ข้อมูลที่ได้จะมีประสิทธิภาพมากน้อยขึ้นกับทักษะความสามารถของผู้สัมภาษณ์ ดังนั้นการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ต้องดำเนินการโดยผู้ที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน

๓. ความร่วมมือของกลุ่มเป้าหมาย ปริมาณของข้อมูลที่ได้ขึ้นกับความร่วมมือและความเต็มใจของผู้ให้ข้อมูล

๔. การบริหารจัดการเวลาไม่ให้นานจนเกินไป และการสร้างบรรยากาศที่น่าพูดคุย ผู้สัมภาษณ์ต้องมีทักษะและความเชี่ยวชาญ

๕. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้สัมภาษณ์ ความใกล้ชิด สนิทสนมกันจะมีผลต่อการให้ข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่อาจเอนเอียงไม่เป็นกลางได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การถ่ายทอดนโยบาย/ยุทธศาสตร์

การกำหนดนโยบายหรือยุทธศาสตร์ให้เกิดผลสัมฤทธิ์มีความสำคัญอย่างยิ่ง แม้ว่านโยบายหรือยุทธศาสตร์จะดีเพียงใด แต่ไม่มามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงก็ไม่เกิดผลสัมฤทธิ์และไม่เกิดประโยชน์ใดๆทั้งสิ้น การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติให้เกิดผลตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ถือเป็น “หัวใจ” ของการดำเนินงาน ดังนั้นการถ่ายทอดนโยบาย/ยุทธศาสตร์ จึงมีความสำคัญมากในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นระดับจังหวัด อำเภอ และระดับพื้นที่ นโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกโรค มีการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๔ ซึ่งประชาชนรับรู้ รับทราบในการใช้สิทธิ์การรักษาอยู่แล้ว แต่นโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวเป็นการเพิ่มเติมระบบบริการด้านสุขภาพที่มากขึ้น และยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่รับทราบและเข้าไม่ถึงบริการบางอย่าง หากนโยบายดังกล่าวมีการดำเนินงานครอบคลุมทุกพื้นที่คาดว่าประชาชนจะสามารถเข้าถึงระบบบริการที่ทางรัฐจัดให้และได้รับบริการที่มีคุณภาพต่อไป

๒. การวางแผนการปฏิบัติงาน

การวางแผนการปฏิบัติงานเป็นการกำหนดแนวทาง ระยะเวลา งบประมาณ และจำนวนบุคลากรที่จำเป็นในการดำเนินงาน และแผนที่ดีต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อนำผลการประเมินดังกล่าวมาปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งต่อไปหรือใช้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จากข้อมูล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวิจัยเรื่องความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ทราบข้อมูลข่าวสาร และระบบบริการที่เพิ่มขึ้นทำให้ไม่ทราบสถานที่ ช่องทางการเข้ารับบริการ ดังนั้นการวางแผนประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่เพิ่มเติมจึงมีความสำคัญมาก

๓. การควบคุม กำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน

การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการดำเนินงานตามนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ มีการเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการในสถานบริการของรัฐ เช่น การพิสูจน์ตัวตนของประชาชนในระบบหมอพร้อม Digital ID ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวบุคลากรสาธารณสุขมีการกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อให้บริการประชาชนทั้งระบบเชิงรับและเชิงรุก การดำเนินงานทุกอย่างต้องมีการวางแผนที่ดี มีการควบคุม กำกับ และติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการกำกับติดตามผลการดำเนินงานไม่ว่าจะงานใดๆ เปรียบเสมือนการประเมินผลการดำเนินงานนั้นๆ หากผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายยอมแสดงว่ารูปแบบการดำเนินงานอาจไม่เหมาะสม การทบทวน การปรับแผนการดำเนินงานและการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจึงจำเป็นอย่างยิ่ง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (อยู่ระหว่างการดำเนินการตีพิมพ์ ฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๘)

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมินคือร้อยละ ๘๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑. นายไพรัตน์ ศรีสิทธิ์	สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๘๐
๒. นางณัฐรดา แฮคำ	สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐
๓. ดร.จริยา ทรัพย์เรือง	สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....ผู้ขอประเมิน
(นายไพรัตน์ ศรีสิทธิ์)
(ตำแหน่ง) นักสาธารณสุขชำนาญการ
(วันที่) ๒๑ / พฤษภาคม / ๒๕๖๗
ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นายไพรัตน์ ศรีสิทธิ์	
๒. นางณัฐรดา แฮคำ	
๓. ดร.จริยา ทรัพย์เรือง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายเสมอ วุฒิ)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอท่าใหม่

(วันที่) ๒๑ / พฤษภาคม / ๒๕๖๘

(ลงชื่อ) .....

(.....(นายอภิรักษ์ พิศทธ์อาภรณ์).....)

(ตำแหน่ง) .....นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี.....

(วันที่) ...../...../.....๒ ๑ พ.ค. ๒๕๖๘

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข

๒. หลักการและเหตุผล

การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพราะมนุษย์ต้องติดต่อสื่อสารกันตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบัน ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นยุคโลกาภิวัตน์เป็นยุคของข้อมูลข่าวสารการสื่อสารมีประโยชน์ทั้งในแง่บุคคลและสังคม การสื่อสารทำให้คนมีความรู้และโลกทัศน์ที่กว้างขวางขึ้น การสื่อสารเป็นกระบวนการ ที่ทำให้สังคม เจริญก้าวหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง ทำให้มนุษย์สามารถสืบทอด พัฒนา และเรียนรู้รวมทั้งรับรู้วัฒนธรรมของตนเองและสังคมได้ การสื่อสารจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสรรค์ความเจริญก้าวหน้า แก่ชุมชน สังคม และประเทศในทุกด้าน(คู่มือสื่อสารความเสี่ยง ปรับปรุง ๒)

การดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ จำเป็นต้องมีการดำเนินการสื่อสารไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร (Stakeholder) เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับองค์กรให้ประชาชนได้รับทราบ อันจะนำไปสู่การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน (Common Understanding) ระหว่างหน่วยงานรัฐกับกลุ่มประชาชน เพื่อการสร้างทัศนคติที่ดี ความสัมพันธ์อันดี การยอมรับ ไว้วางใจ เชื่อถือ เกิดความศรัทธา และมีส่วนร่วมในการพัฒนาของภาครัฐ องค์กรภาครัฐต้องมีการรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินการผ่านช่องทางหรือสื่อต่างๆ สร้างภาคีการมีส่วนร่วมเสมือนประชาชนเป็นหุ้นส่วนของการพัฒนาองค์กรภาครัฐจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการด้านการสื่อสารขององค์กร เพื่อชี้แจงประชาสัมพันธ์นโยบาย แผนงาน การรายงานผลการดำเนินงาน และรับฟังความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในลักษณะสองทาง(Two way communication) โดยใช้การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Participation Public Relations) เพื่อสนองตอบความต้องการและแก้ไขปัญหาอีกทั้งเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มุ่งการพัฒนาคุณภาพประชาชนและสังคมด้วยการเสริมสร้างสุขภาวะคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างสันติสุขเพื่อสร้างพลเมืองที่เป็นฐานรากสำคัญของการพัฒนาประเทศทั้งในระดับชุมชนท้องถิ่นและประเทศชาติโดยรวม (ผศ.นิชาวดี ตานีเห็ง)

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโลกส่งผลให้เกิดภัยธรรมชาติการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนทั่วทุกมุมโลก อาทิ คลื่นสึนามิ น้ำท่วมใหญ่ในปี ๒๕๕๔ หรือการระบาดของโรคติดต่อ เช่น โรคเมอร์ส โรคโควิด-19 ฯลฯ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อ สุขภาพประชาชน เศรษฐกิจ สังคม และการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมการระบาดของโรค และสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้ภารกิจสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เป็นภารกิจหลักของการจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉิน เนื่องจากช่วยลดความเข้าใจผิด คลายความวิตกกังวล สร้างความตระหนักรู้และลดความตื่นตระหนกของประชาชน ทั้งนี้ภาวะฉุกเฉินและสถานการณ์โรคระบาดอาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และไม่สามารถคาดการณ์ได้ ดังกรณีโรคโควิด-19 ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๖๓ ซึ่งทั่วโลกได้รับผลกระทบ การสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทันสถานการณ์กับประชาชนส่งผลให้การดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการสื่อสารอย่างเป็นเอกภาพจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉิน

มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อสร้างความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจ ลดความตื่นตระหนก และสร้างพฤติกรรม ในการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรค การป้องกันตนเองจากสาธารณภัยสุขภาพ รวมทั้งเป็นการตอบโต้ข้อมูลข่าวสารที่ตรงประเด็นทันต่อสถานการณ์แก่ประชาชนและสังคม โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ศาสนา และวัฒนธรรม ดังคำกล่าวที่ว่า “การสื่อสารสามารถช่วยชีวิต” (Communication saves lives) (แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉิน)

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมายังประสบปัญหาด้านการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้กับประชาชน เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานหรือเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ (อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน) ยังขาดองค์ความรู้และความเข้าใจในหลักวิชาการ การสื่อสารเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชน (จารุณี แซ่โง้ว, ๒๕๕๑) อาทิการเลือกใช้สื่อและผลิตเนื้อหาสารที่ส่งไปยังประชาชน เป้าหมายผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ ไม่ตรงกับความต้องการและความสนใจของประชาชน โดยเฉพาะมิติการผลิตสื่อและเนื้อหา การใช้ภาษาและรูปแบบที่นำเสนอจัดทำโดยหน่วยงานสาธารณสุขไม่เคยมีการสำรวจ ศึกษาถึงสภาพบริบทเฉพาะของพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมหรือพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ ความต้องการและความสนใจผู้รับสาร ทำให้ไม่สามารถสื่อสารเข้าถึงประชาชนกลุ่มผู้รับสารได้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดพฤติกรรมด้านสุขภาพของ ประชาชนในพื้นที่ ยังมีปัญหาด้านสุขภาพ(ผศ.นิชาวดี ตานีเห็ง) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาวิจัยของหน่วยงานสาธารณสุขในประเทศไทย ได้ตระหนักถึงการสื่อสารสาธารณสุขแนวใหม่ที่ประชาชนทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ เดิมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้หยิบยื่นให้ฝ่ายเดียวปรับใหม่ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้จุดประกาย และใช้กลยุทธ์สร้างกระแสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนโดยชุมชน และเพื่อชุมชน (อาภาพรรณี เขมวุฒิพงศ์, จอนสัน พิมพิสาร, ๒๕๕๑) โดยใช้สื่อที่ผู้คนในชุมชนคุ้นเคยและเปิดรับสื่อเป็นประจำหรือเรียกว่าสื่อชุมชนซึ่งชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน ผลิตสื่อและเลือกเนื้อหาสื่อ การใช้ภาษา รูปแบบการนำเสนอตามความสนใจและสภาพปัญหาสาธารณสุขเฉพาะพื้นที่ อีกทั้งชุมชนมีส่วนร่วมเป็นผู้รับสารเองและการประเมินผลการสื่อสารด้วย นำไปสู่การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างแท้จริง

จากการดำเนินงานสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี พบว่าการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการสื่อสารกับประชาชน ช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ การสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่างๆให้ประชาชนได้รับทราบ ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ช่วยลดความเข้าใจผิด คลายความวิตกกังวล สร้างความตระหนักและลดความตื่นตระหนกของประชาชนได้เป็นอย่างดี และในปี พ.ศ.๒๕๖๖ จังหวัดจันทบุรีมีการระบาดของโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย ได้แก่ โรคไข้เลือดออก (Dengue infection) โรคไข้ปวดข้อยุงลาย (Chikungunya) และโรคไข้ซิกา (Zika fever) ซึ่งกรมควบคุมโรคให้ความสำคัญกับโรคไข้เลือดออกเนื่องจากเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ และโรคไข้ซิกาเนื่องจากเชื้อไข้ซิกาจะส่งผลต่อทารกในครรภ์ ทำให้มีภาวะศีรษะเล็กตั้งแต่กำเนิด (Microcephaly) และพบความผิดปกติทางระบบประสาท โดยภาวะศีรษะเล็กจะไปทำให้มีภาวะกระดูกกะโหลกศีรษะเชื่อมต่อกันเร็วทำให้ทารกมีพัฒนาการช้าในทุกด้าน รวมถึงมีความผิดปกติทางด้านการมองเห็น การได้ยิน ตัวเตี้ย ใบหน้าผิดรูป ชุกชนเกินไป และอาจมีอาการชักร่วมด้วย (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ๒๕๖๐) การดำเนินงานควบคุมโรคและงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของประชาชนในการดำเนินงานจึงจะประสบความสำเร็จ ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการคืนข้อมูล การแจ้งสถานการณ์ของภัยสุขภาพในพื้นที่ให้ประชาชนรับทราบ เพื่อสร้างการรับรู้ ความตระหนัก และส่งผลให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ รัฐบาลได้กำหนดนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่เป็นทางเลือกใหม่ โดยไม่ว่าสิทธิบัตรทอง ๓๐ บาทของประชาชนจะอยู่ที่ใด ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ (วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตรและยศ ตีระวัฒนานนท์,๒๕๖๗) โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวเหมือนระบบบริการรูปแบบเดิม โดยสามารถใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในทุกแห่งในต่างจังหวัดสามารถใช้บริการได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลของรัฐประจำอำเภอ โรงพยาบาลของรัฐประจำจังหวัด สำหรับในกรุงเทพมหานครสามารถรับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๙ แห่ง และคลินิกชุมชนอบอุ่น ๒๗๖ แห่ง นอกจากนี้ยังมีบริการนอกเหนือจากหน่วยบริการของรัฐบาล เช่นที่ร้านขายยา คลินิกนวัตกรรม ได้แก่ คลินิกหมอ, คลินิกทันตกรรม, คลินิกกายภาพบำบัด, คลินิกแพทย์แผนไทย, คลินิกเทคนิคการแพทย์ เจาะเลือด, คลินิกพยาบาล, ร้านยาคุณภาพ การดำเนินงานในหน่วยงานของรัฐแบ่งการดำเนินงานออกเป็น ๓ ระยะ โดยระยะที่ ๑ เปิดให้บริการใน ๔ จังหวัดนำร่องได้แก่ ร้อยเอ็ด แพร่ เพชรบุรีและนราธิวาส สำหรับในระยะที่ ๒ ขยายบริการอีก ๘ จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี สระแก้ว หนองบัวลำภู นครราชสีมา อำนาจเจริญ และพังงา สำหรับระยะที่ ๓ ขยายบริการให้ครอบคลุมทั่วไปประเทศภายในปี ๒๕๖๗ ซึ่งบริการที่เพิ่มในสถานบริการของรัฐ ได้แก่ การจัดทำประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ การออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยาและใบสั่งตรวจเลือดออนไลน์ การแพทย์และเภสัชกรรมทางไกล การนัดหมายออนไลน์ ส่งยาและเวชภัณฑ์ที่บ้านผ่าน Health Rider และการส่งยาทางไปรษณีย์ เป็นต้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทางไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทำให้ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอย และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

ผลจากนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ มีการเพิ่มบริการมากขึ้นได้แก่ ร้านยาคุณภาพ เพิ่มบริการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๓๒ อาการ ปรึกษาเภสัชกรและรับยาตามอาการ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพิ่มการรับบริการการพยาบาลพื้นฐาน เช่น ทำแผล ล้างแผล และตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ๓๒ อาการ คลินิกเทคนิคการแพทย์ชุมชนอบอุ่น เพิ่มการบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒๒ รายการตามใบแพทย์สั่งตรวจ คลินิกเวชกรรมชุมชนอบอุ่น เพิ่มบริการ เจ็บ ไข้ ไอ ปวด รับบริการตรวจรักษาโรคทั่วไปแบบผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัดชุมชนอบอุ่นมีการจัดบริการ กายภาพบำบัดผู้ป่วย ๔ กลุ่ม (๖ เดือนแรกหลังพ้นวิกฤต ได้รับการกายภาพบำบัด ๒๐ ครั้ง) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง สมองได้รับบาดเจ็บ ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ และกระดูกสะโพกหัก คลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่นเพิ่มบริการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ (๓ ครั้ง/ปี) และสำหรับคลินิกแพทย์แผนไทยชุมชนอบอุ่นเพิ่มบริการ นวด ประคบ อบสมุนไพร เพื่อการรักษา และ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ๔ กลุ่ม โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคสันนิบาต และฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด (พฤทธิ์ ธนะแพสย์,๒๕๖๗). โดยทั้งหมดประชาชนสามารถเข้ารับบริการตามเงื่อนไข โดยไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่จากการศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี พบว่าประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และการเข้ารับบริการต่างๆตามนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ค่อนข้างมาก ดังนั้นผู้ขอประเมินคิดว่าการพัฒนารูปแบบการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดจันทบุรี และอำเภอแก่งหางแมวที่ผ่านมาผู้ขอประเมินได้นำเทคนิคการวิเคราะห์องค์กร (SWOT Analysis) เพื่อกำหนดปัจจัยเชิงกลยุทธ์ และหาความสัมพันธ์ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ที่เกิดขึ้นทั้งภายใน และภายนอกองค์กร เพื่อนำมาวิเคราะห์และหาวิธีพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานสาธารณสุข พบว่าการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุขยังมีค่อนข้างน้อย ไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ เมื่อพบปัญหาหรือ

ภัยคุกคามที่มีผลต่อสุขภาพประชาชนเกิดขึ้นในพื้นที่ ทำให้ประชาชนไม่ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารการเกิดโรค ความรุนแรง และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะดังกล่าว จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่มีอย่างต่อเนื่องในช่วงเดือน มกราคม ๒๕๖๓ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการสื่อสาร ที่ทำความเข้าใจให้ประชาชนมีความรู้ ในการป้องกันการแพร่ระบาด เพื่อลดการแพร่ระบาด เพราะการระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบทั่วโลก ติดต่อกันได้ง่าย และมีโอกาสในการเสียชีวิตได้ การสื่อสารจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องอาศัยผู้ที่ทำหน้าที่ให้ข่าว สร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ด้วยข้อมูลที่กลั่นกรองจากผู้บริหาร แพทย์และนักวิชาการของกระทรวง สาธารณสุข ในการให้ข้อมูล การสื่อสารสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การแถลงข่าว การจัดทำข่าว ประชาสัมพันธ์ การจัดทำคลิป เพื่อสื่อสารผ่านสื่อมวลชน และสื่อที่หน่วยงานมีอยู่ ทั้งยังร่วมกับเครือข่ายใน การเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลในทุกช่องทาง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการสื่อสารในการเกิดภาวะวิกฤติโรค ระบาดนี้เคยมีมาก่อน เช่น โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ส การสื่อสารภาวะวิกฤติในขณะนั้นได้มีการสื่อสารด้วยการ สร้างความเชื่อมั่น หาข้อมูลข้อเท็จจริงทำให้ประชาชนเชื่อถือ (อภิสิทธิ์ เหมาะสมสกุล, ๒๕๔๗) ดังนั้น การจัดการสื่อสารในภาวะวิกฤติจึงมีความสำคัญ และ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ รัฐบาลได้กำหนดนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่เป็นทางเลือกใหม่ โดยไม่ว่าสิทธิบัตรทอง ๓๐ บาทของประชาชนจะอยู่ที่ใด ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ (วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตรและยศ ตีระวัฒนานนท์,๒๕๖๗) โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวเหมือนระบบบริการรูปแบบเดิม โดยสามารถใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในทุกแห่งในต่างจังหวัดสามารถใช้บริการได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลของรัฐประจำอำเภอ โรงพยาบาลของรัฐประจำจังหวัด สำหรับในกรุงเทพมหานครสามารถรับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๙ แห่ง และคลินิกชุมชนอบอุ่น ๒๗๖ แห่ง นอกจากนี้ยังมีบริการนอกเหนือจากหน่วยบริการของรัฐบาล เช่นที่ร้านขายยาคลินิกนวัตกรรม ได้แก่ คลินิกหมอ, คลินิกทันตกรรม, คลินิกกายภาพบำบัด, คลินิกแพทย์แผนไทย, คลินิกเทคนิคการแพทย์ เจาะเลือด, คลินิกพยาบาล, ร้านยาคุณภาพ

ผลจากนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ มีการเพิ่มบริการมากขึ้นได้แก่ ร้านยาคุณภาพ เพิ่มบริการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๓๒ อาการ ปรึกษาเภสัชกรและรับยาตามอาการ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพิ่มการรับบริการการพยาบาลพื้นฐาน เช่น ทำแผล ล้างแผล และตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ๓๒ อาการ คลินิกเทคนิคการแพทย์ชุมชนอบอุ่น เพิ่มการบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒๒ รายการตามใบแพทย์สั่งตรวจ คลินิกเวชกรรมชุมชนอบอุ่น เพิ่มบริการ เจ็บ ไข้ ไอ ปวด รับบริการตรวจรักษาโรคทั่วไปแบบผู้ป่วยนอก คลินิกกายภาพบำบัดชุมชนอบอุ่นมีการจัดบริการ กายภาพบำบัดผู้ป่วย ๔ กลุ่ม (๖ เดือนแรกหลังพ้นวิกฤต ได้รับการกายภาพบำบัด ๒๐ ครั้ง) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง สมองได้รับบาดเจ็บ ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ และกระดูกสะโพกหัก คลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่นเพิ่มบริการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ (๓ ครั้ง/ปี) และสำหรับคลินิกแพทย์แผนไทยชุมชนอบอุ่นเพิ่มบริการ นวด ประคบ อบสมุนไพร เพื่อการรักษา และ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ๔ กลุ่ม โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคสันนิบาต และฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด (พฤทธิ์ ธนะแพสย์,๒๕๖๗). โดยทั้งหมดประชาชนสามารถเข้ารับบริการตามเงื่อนไข โดยไม่จำเป็น ต้องเสียค่าใช้จ่าย จากการศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ของประชาชนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี พบว่าประชาชนมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในหลายๆเรื่อง เช่น ๑) นโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ เป็นโครงการที่ดีสร้างความสะดวกสบายให้ประชาชนมากขึ้น สามารถเข้ารับบริการที่ไหนก็ได้ และขอให้เร่งดำเนินงานทุกจังหวัดจะได้สะดวกสำหรับคนทางไกล ๒) สามารถช่วยลดการแออัดในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี แนะนำให้สามารถใช้สิทธิ์ได้โดยไม่แบ่งแยกข้อแตกต่างและรักษาได้ทุกโรคโดยไม่มีข้อจำกัด ๓) ควรพัฒนาให้ครอบคลุมครบทุกสิทธิ์การรักษา ๔) การรับบริการบางครั้งจะช้าเนื่องจากคนไข้มีจำนวนมาก ถ้าเอกสารบางอย่างสามารถขอทางแพลท

ฟอร์มได้ก็จะช่วยในการลดปริมาณผู้ใช้บริการได้ ไม่ไปแออัดกันที่สถานพยาบาล เช่นการขอแค่ใบส่งตัวยังต้องไปเข้าคิวเหมือนคนที่ไปรักษาทั่วไป ๕) แนะนำควรรักษาได้ทุกจังหวัดโดยไม่ต้องมีใบส่งตัว และ ๖) แนะนำให้เพิ่มการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง เนื่องจากพบว่าภาครัฐมีการจัดบริการที่หลากหลายเพื่อให้บริการประชาชนในพื้นที่ แต่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ทราบถึงการจัดบริการดังกล่าว และไม่ทราบว่ามีหน่วยบริการใดที่เข้าร่วมและสามารถใช้บริการได้บ้าง ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์จึงมีความสำคัญมาก เพื่อแจ้งให้ประชาชนได้รับทราบและสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีคุณภาพ

๓.๒ แนวความคิด/ข้อเสนอ

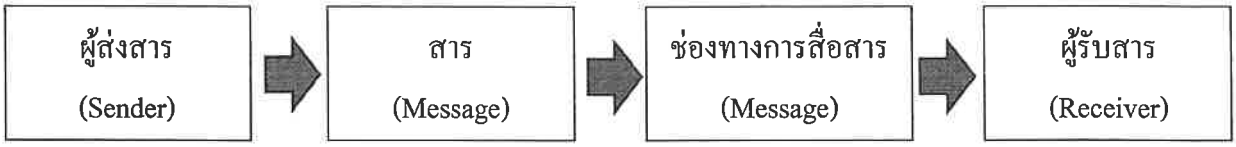
การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพราะมนุษย์ต้องติดต่อสื่อสารกันตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบัน ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นยุคโลกาภิวัตน์เป็นยุคของข้อมูลข่าวสารการสื่อสารมีประโยชน์ทั้งในแง่บุคคลและสังคม การสื่อสารทำให้คนมีความรู้และโลกทัศน์ที่กว้างขวางขึ้น การสื่อสารเป็นกระบวนการ ที่ทำให้สังคม เจริญก้าวหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง ทำให้มนุษย์สามารถสืบทอด พัฒนา และเรียนรู้รวมทั้งรับรู้วัฒนธรรมของตนเองและสังคมได้ การสื่อสารจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสรรค์ความเจริญก้าวหน้า แก่ชุมชน สังคม และประเทศในทุกด้าน(คู่มือสื่อสารความเสี่ยง ปรับปรุง ๒)

การสื่อสาร (Communication) มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินคำว่า Communis ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Communicate ซึ่งแปลตามตัวอักษรว่า Make Common หมายถึง ทำให้มีสภาพร่วมกัน ซึ่งเป็นความหมายที่ตรงกับธรรมชาติของการสื่อสาร คือ การทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน ตรงกัน กล่าวคือ มนุษย์มีการสื่อสารซึ่งกันและกันก็เพื่อเข้าใจให้ตรงกันนั้นเอง ดังนั้นการนิยามความหมายคำว่า การสื่อสารจึงเป็นการนิยามที่ตั้งอยู่บนรากฐานของรากศัพท์เดิม คือ ความเข้าใจร่วมกัน

การประชาสัมพันธ์ คือ วิธีการขององค์การอันมีแบบแผนและมีการกระทำที่ต่อเนื่องกันไปโดยการสร้างหรือรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดีกับกลุ่มคนหรือมวลชน เพื่อให้องค์การกับกลุ่มคนหรือมวลชนที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจและให้ความสนับสนุนร่วมมือซึ่งกันและกันเพื่อให้งานขององค์การดำเนินไปได้ด้วยดีโดยใช้ประชามติเป็นแนวทางการดำเนินงาน

องค์ประกอบของการสื่อสาร

David K. Berlo (๑๙๖๐) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการสื่อสารประกอบด้วย ส่วนสำคัญมี ๔ ส่วน ดังนี้



ภาพที่ ๑ องค์ประกอบของการสื่อสาร

๑. ผู้ส่งสาร (Sender) หมายถึง บุคคล กลุ่มบุคคล หรือ องค์กรที่มีความคิดความ ต้องการ มีความตั้งใจที่จะส่งข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นทัศนคติ ความเชื่อไป ยังผู้รับสาร เพื่อก่อให้เกิดผลอย่างใดอย่างหนึ่งต่อผู้รับสาร เช่น ต้องการให้เกิดการรับรู้ ต้องการส่งข้อมูลเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หรือต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการมีส่วนร่วม

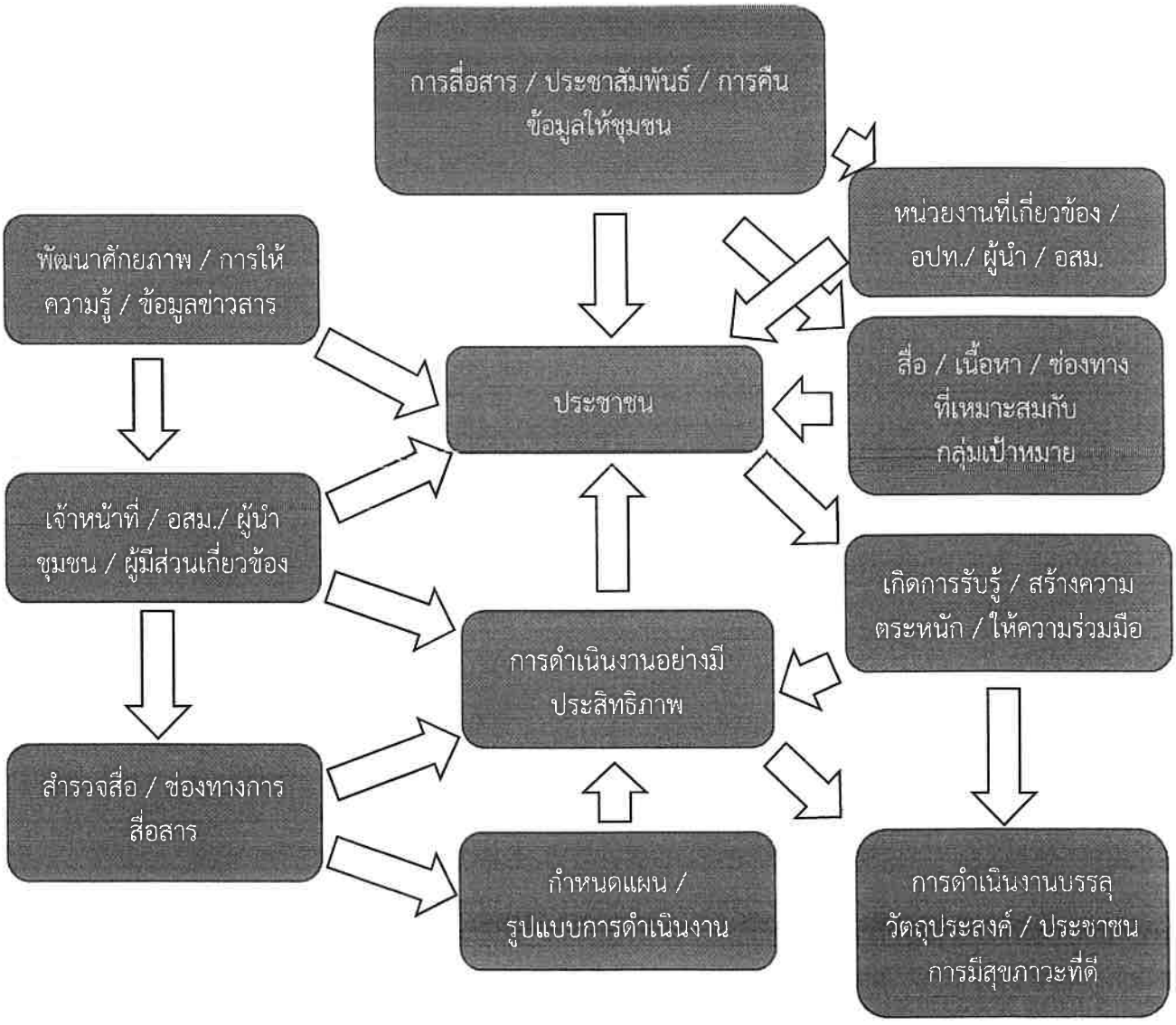
๒. สารหรือเนื้อหาของสาร (Message) หมายถึง ข่าว ข้อมูล และ ข้อความอื่นๆ เรื่องราวอันมีความหมายและถูกแสดงออกมาโดยอาศัยภาษาหรือสัญลักษณ์ใด ๆ ก็ตามที่สามารถทำให้เกิดการรับรู้ ร่วมกันได้ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร สารจะเป็นตัวเร้าให้ผู้รับสารเกิดการรับรู้ต่อความหมายและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความหมายที่ได้รับ

๓. ช่องทางการสื่อสารหรือสื่อ (Channel) หมายถึง พาหนะที่นำหรือพาข่าวสารจากผู้ ส่งสารไปยังผู้รับสาร หรืออาจหมายถึงประสาทสัมผัสทั้ง ๕ ของมนุษย์ที่รับรู้ความหมาย ได้แก่ การ มองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การสัมผัส และการลิ้มรส หรือสื่อประเภทต่าง ๆ เช่น สื่อบุคคล สิ่งพิมพ์ สื่ออิเลคทรอนิคส์ สื่อกิจกรรมพิเศษ สื่อเฉพาะกิจ อินเตอร์เน็ท

๔. ผู้รับสาร (Receiver) หมายถึง ผู้เป็นเป้าหมายของผู้ส่งสาร เป็นผู้ถอดรหัส ผู้ฟัง ผู้อ่าน ผู้ชม ผู้ร่วมกิจกรรม ฯลฯ

ดังนั้นการสื่อสารจะมีคุณภาพและได้ผลตามที่ต้องการนั้น องค์ประกอบทั้ง ๔ ต้องมีความถูกต้องและเหมาะสม

แนวคิดการพัฒนารูปแบบการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์แบบมีส่วนร่วม โดยการพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้เจ้าหน้าที่ อสม.และผู้นำชุมชน” เพื่อสื่อสารและประชาสัมพันธ์สามารถส่งต่อข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้ประชาชนรับทราบ โดยมีกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพที่ ๓ กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

แนวคิดการพัฒนารูปแบบการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์แบบมีส่วนร่วม โดยการพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้เจ้าหน้าที่ อสม.และผู้นำชุมชน” สามารถอธิบายคำจำกัดความและความหมายได้ดังนี้

๓.๒.๑ การสื่อสาร หมายถึง การทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน ตรงกัน กล่าวคือ มนุษย์มีการสื่อสารซึ่งกันและกันก็เพื่อเข้าใจให้ตรงกันนั้นเอง ดังนั้นการนิยามความหมายคำว่า การสื่อสารจึงเป็นการนิยามที่ตั้งอยู่บนรากฐานของรากศัพท์เดิม คือ ความเข้าใจร่วมกัน

๓.๒.๒ การสื่อสารความเสี่ยง หมายถึง การติดต่อสื่อสาร เชื่อมโยง แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ซึ่งการสื่อสารความเสี่ยงมีอยู่ในทุกกระบวนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ รวมถึงการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์แล้วสาธารณสุข

๓.๒.๓ การประชาสัมพันธ์ หมายถึง การแจ้งสถานการณ์การเกิดโรค ความรุนแรงของโรค รวมถึงการให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น เสียงตามสาย การประชุมต่างๆ กลุ่มไลน์ ฯลฯ จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงสถานการณ์การเกิดโรคและความรุนแรงของโรค ทำให้ประชาชนขาดความตระหนักและไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน (สำนักงานควบคุมโรคที่ ๖ ชลบุรี)

๓.๒.๔ การพัฒนาศักยภาพ (ข้อมูล/องค์ความรู้) หมายถึง พัฒนาศักยภาพบุคลากรตามความเหมาะสมในทุกระดับ เช่น การพัฒนาศักยภาพ การให้ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ทั้งในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านในเรื่องที่ต้องการสื่อสารหรือประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบ

๓.๒.๕ การมีส่วนร่วม หมายถึง มีการดำเนินงานร่วมกันของทุกภาคส่วน โดยมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เช่น หน่วยบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่สนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้กับ อปท. อสม.และผู้นำชุมชนเพื่อประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้หรือส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพให้ประชาชนได้รับทราบผ่านสื่อและช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมหรือช่องทางที่มีในชุมชนที่สามารถส่งต่อข่าวสารให้ประชาชนได้อย่างทั่วถึง

๓.๒.๖ ภาคีเครือข่าย หมายถึง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารรสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และร่วมถึงประชาชนทุกคน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีรูปแบบการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ที่ดี เพื่อใช้ในการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพให้ไปถึงประชาชนได้อย่างครอบคลุม

๒. ประชาชนได้รับทราบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข มีความรู้ เกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน

๓. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข

๔. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆที่รัฐจัดให้ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. การรับรู้ รับทราบข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนมีมากขึ้น

๒. การยืนยันตัวตนผ่านระบบหมอพร้อม Health ID มากกว่าร้อยละ ๕๐

๓. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆที่รัฐจัดให้ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

(ลงชื่อ) .....ผู้ขอประเมิน

(นายไพรัตน์ ศรีสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) นักสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๒๑ / พฤษภาคม / ๒๕๖๘