

The Effectiveness of Diabetes Clinic Service at Sub-District Health Promoting Hospitals after the Transfer of Mission to Khon Kaen Provincial Administrative Organization

*Mathurot Ratchawong, M.P.H.**

*Supat Assana, Dr.P.H.***

*Sirawich Phanthana, Ph.D.****

*Kritkantorn Suwannphant, Dr.P.H.***

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of diabetic patient services and study problems, obstacles, and recommendations for diabetic patient services at the Subdistrict Health Promotion Hospital under the Khon Kaen Provincial Administrative Organization (PAO).

Methods: This is an evaluation research using the CIPP Model, conducted between April and December 2024. Qualitative research using in-depth interviews and focus group discussions. Sample group 1) Non-communicable Disease Control Committee, Khon Kaen Provincial Administrative Organization, 8 people 2) Professional nurses responsible for the diabetes clinic and providing care to patients in the diabetes clinic of the Subdistrict Health Promotion Hospital under the Khon Kaen Provincial Administrative Organization, totaling 30 people. 3) Type 2 diabetes patients who were referred to receive services at the Subdistrict Health Promotion Hospital under the Khon Kaen Provincial Administrative Organization, totaling 30 people. Specific selection, quantitative research using questionnaires, sample group 1) Diabetic patients, sample size 322 people, stratified random sampling. 2) Professional nurses, sample size of 145 people, by simple random sampling, calculated sample size by estimating the population proportion in the case where the population size is known, using Daniel's (2010) formula.

Results: 1) In terms of context, the service model in the diabetes clinic still operates according to the original guidelines before the transfer of duties, namely: It is the Chronic Care Model by the Khon Kaen Provincial Administrative Organization. It has established strategies for promoting, preventing and controlling diseases and health threats to be used as guidelines for operations. 2) Import factors There is a shortage of personnel working in diabetes clinics. This is resolved by hiring more and recruiting personnel to fill vacant positions. In terms of budget, the Subdistrict Health Promoting Hospital (Sor.PH) has received an increased budget allocation, resulting in a better

financial situation than before the transfer of duties. Materials, equipment, tools, medicines, and medical supplies continue to be supported by the hospital as usual. If supplies are insufficient, they can be purchased from the Subdistrict Health Promoting Hospital budget. In terms of management systems, coordination with local hospitals is being carried out through the CUP BOARD, with a joint service plan being developed as before. 3) In terms of process, services are provided in diabetes clinics according to the Chronic Care Model and NCD Clinic Plus criteria, with hospitals serving as the main service network and sub-district health promotion hospitals as the operational network. 4) In terms of results, the service quality of the diabetes clinic before and after the transfer of duties was not significantly different ($t = 2.51$, $p\text{-value} = 0.20$). Health outcomes showed that the blood sugar levels of type 2 diabetic patients before and after the mission transfer, the majority had HbA1C levels less than 7.0, 52.00% and 70.50%, respectively. The health behaviors of type 2 diabetes patients, when compared before and after the mission transfer, were significantly different ($t = 4.27$, $p\text{-value} < 0.05$).

Conclusion: The Diabetes Clinic continues to operate according to the Chronic Care Model under the disease control strategy of the Khon Kaen Provincial Administrative Organization. Although the number of personnel is insufficient, additional recruitment has been made, while the budget of the subdistrict health promotion hospital has increased, resulting in a more stable financial situation. Equipment and materials are still supported by the hospital and can be purchased additionally. There is also a coordination system through CUP BOARD to provide services according to the Chronic Care Model and NCD Clinic Plus standards, with the hospital acting as the host and the Subdistrict Health Promotion Hospital is a network operator, resulting in no significant difference in service quality, patients' HbA1C levels improving, and patients' health behaviors improving significantly.

Keywords: effectiveness; diabetes clinic; subdistrict health promotion hospital; provincial administrative organization; mission transfer

*Master of Public Health. Thesis in Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute

**Assistant Professor, Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute

***Clinical Pharmacy in Chronic Care, BuengKan Hospital, Bueng Kan

Received: May 23, 2025; Revised: November 26, 2025; Accepted: December 23, 2025

ประสิทธิผลการให้บริการคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

มธุรส ราชวงศ์, ส.ม.*

สุพัฒน์ อาสนะ, ส.ด.**

สิริวิทย์ พันธนา, ปร.ด.***

กฤษกันทร สุวรรณพันธ์, ส.ด.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินประสิทธิผลการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานและศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยประเมินผลโดยใช้รูปแบบซิปป์ (CIPP Model) ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน - ธันวาคม 2567 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกลุ่มตัวอย่าง 1) คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น จำนวน 8 คน 2) พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานและปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน 3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการส่งตัวให้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 322 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ 2) พยาบาลวิชาชีพ ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 145 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการประมาณค่าสัดส่วนประชากร กรณีทราบขนาดของประชากร โดยใช้สูตรของ Daniel (2010)

ผลการศึกษา: 1) ด้านบริบท รูปแบบการให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานยังคงดำเนินงานตามแนวทางเดิมก่อนการถ่ายโอนภารกิจ คือ Chronic Care Model ซึ่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น มีการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน 2) ปัจจัยนำเข้า ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานมีไม่เพียงพอ แก้ไขโดยการจ้างเพิ่มและสรรหาบุคลากรเพื่อมาดำรงตำแหน่งที่ว่าง ด้านงบประมาณ รพ.สต. ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มมากขึ้น ทำให้สถานะการเงินการคลังดีกว่าก่อนการถ่ายโอนภารกิจ ด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ยังคงได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลเหมือนเดิม หากไม่เพียงพอสามารถจัดซื้อได้เองจากงบประมาณของ รพ.สต. ด้านระบบการจัดการ มีการประสานงานกับโรงพยาบาลในพื้นที่ผ่าน CUP BOARD โดยมีการจัดทำแผนการจัดบริการร่วมกันตามเดิม 3) ด้านกระบวนการ มีการจัดบริการในคลินิกโรคเบาหวานตามแนวทาง Chronic Care Model และเกณฑ์ NCD Clinic Plus

โดยมีโรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายให้บริการ และ รพ.สต. เป็นเครือข่ายการดำเนินงาน 4) ด้านผลลัพธ์ คุณภาพการบริการของการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.51, p\text{-value} = 0.20$) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า ระดับน้ำตาล ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) น้อยกว่า 7.0 ร้อยละ 52.00 และร้อยละ 70.50 ตามลำดับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.27, p\text{-value} < 0.05$)

สรุป: คลินิกโรคเบาหวานยังคงดำเนินงานตามแนวทาง Chronic Care Model ภายใต้ ยุทธศาสตร์ด้านการควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น แม้ว่าบุคลากรจะมี จำนวนไม่เพียงพอ แต่ได้มีการสรรหาเพิ่มเติม ขณะที่งบประมาณของ รพ.สต. เพิ่มขึ้น ส่งผลให้สถานะ การเงินมีความมั่นคงมากขึ้น วัสดุอุปกรณ์ยังคงได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลและสามารถจัดซื้อ เพิ่มเติมได้ อีกทั้งยังคงมีระบบประสานงานผ่าน CUP BOARD ในการให้บริการตามมาตรฐาน Chronic Care Model และ NCD Clinic Plus โดยโรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายและ รพ.สต. เป็นเครือข่ายดำเนินงาน ส่งผลให้คุณภาพบริการไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ระดับ HbA1C ของผู้ป่วยดีขึ้นและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ; โรคเบาหวาน; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; องค์การบริหารส่วนจังหวัด; การถ่ายโอนภารกิจ

* นักศึกษาสารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** งานเภสัชกรรมคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

ได้รับต้นฉบับ: 23 พฤษภาคม 2568; แก้ไขบทความ: 26 พฤศจิกายน 2568; รัปลงตีพิมพ์: 23 ธันวาคม 2568

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2564 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทรราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ลงในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทรราชินี เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2564 และประกาศราชกิจจานุเบกษา ฯ เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564⁽¹⁾ มีองค์การบริหารส่วนจังหวัดยื่นเจตจำนงขอรับการถ่ายโอนภารกิจและผ่านการประเมินของคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 49 จังหวัด มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนทั้งสิ้น 3,384 แห่ง⁽²⁾ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น เป็น 1 ใน 49 องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่รับถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทรราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยรับถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งทั้งจังหวัดขอนแก่นจำนวนทั้งสิ้น 248 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทรราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีภารกิจในการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค รักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งการจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นไปตามกฎหมายกำหนดรวมทั้งต้องประสานความร่วมมือกับกระทรวง

สาธารณสุขเพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจมีความเข้มแข็ง ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสามารถแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือกลุ่มโรค NCDs (Non-communicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม

จากข้อมูลโรคไม่ติดต่อ กอโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อัตราการป่วยต่อประชากรแสนคนโรคเบาหวานภาพรวมประเทศเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2560–2566 อัตราการป่วยโรคเบาหวาน ดังนี้ 5,727.5 5,980.5 6,359.1 6,670.2 6,995.9 7,339.7 และ 7,702.8 ตามลำดับ จังหวัดขอนแก่น อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนโรคเบาหวานเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2560 – 2566 แยกโรคเบาหวาน ดังนี้ 7,206 7,558.2 8,138.1 8,455.2 8,675.3 9,033 และ 9,302.8⁽³⁾ จากข้อมูลจะเห็นว่าจังหวัดขอนแก่น มีจำนวนป่วยเบาหวานซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของโรค NCDs เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี อีกทั้งการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่นทำให้บุคลากรที่ย้ายเข้าสู่สังกัดมีความกังวลไม่แน่ใจในแนวทางการปฏิบัติงานด้านการให้บริการที่ชัดเจน⁽⁴⁾ ส่งผลต่อความไม่มั่นใจในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประเมินประสิทธิผลการให้บริการคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนภารกิจ

ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่นโดย
ใช้แนวคิดการประเมินตามกรอบประเมิน CIPP
Model โดยประเมินด้านบริบท (Context) ด้าน
ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และ
ผลลัพธ์ (Product) เพื่อให้ทราบบริบท ปัจจัย
นำเข้าที่มีผลต่อการดำเนินงานและผลลัพธ์การดูแล
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสามารถนำผล
การประเมินไปพัฒนางานของคลินิกโรคเบาหวาน
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด
องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น เพื่อการพัฒนา
ระบบงานต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อประเมินประสิทธิผลการให้บริการ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไปสังกัด
องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

2) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยประเมินผล (Evaluation
Research) โดยใช้รูปแบบซีปปี้ (CIPP Model)
เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ ทั้งเชิงปริมาณและ
เชิงคุณภาพ ดำเนินการ ระหว่างเดือน เมษายน-
ธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 1) ผู้บริหาร คือ
คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อองค์การ

บริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น (NCD Board อบจ.
ขอนแก่น) 2) ผู้ให้บริการ คือ พยาบาลวิชาชีพ
ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบและปฏิบัติงาน
ดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดองค์การ
บริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น (อบจ.ขอนแก่น) จำนวน
248 แห่ง 3) ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 (Diabetes Type 2) ที่รับบริการในคลินิก
โรคเบาหวานใน รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ขอนแก่น
กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1) กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ คือ

1.1) ผู้บริหาร คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จาก NCD
Board อบจ.ขอนแก่น 8 คน จากจำนวนทั้งหมด
34 คน ประกอบด้วย 1) สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)
2 คน 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
(ผอ.รพ.สต.) ตำบล 2 คน 3) ผู้รับผิดชอบงาน
โรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)
1 คน 4) ผู้แทน อบจ.ขอนแก่น 3 คน 1.2) ผู้ให้บริการ
คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพ
ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวาน ของรพ.สต.
จำนวน 30 คน ประกอบด้วยรพ.สต. ขนาดเล็ก
6 คน ขนาดกลาง 12 คน และขนาดใหญ่ 12 คน
1.3) ผู้รับบริการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ
ในรพ.สต. เกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ที่ได้รับการส่งตัวให้มารับบริการใน รพ.สต.
จำนวน 30 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการใน รพ.สต. ขนาดเล็ก 6 คน
ขนาดกลาง 12 คน และขนาดใหญ่ 12 คน

2) กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ

2.1) ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานใน รพ.สต. คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการประมาณค่าสัดส่วนประชากรกรณีทราบขนาดของประชากร โดยใช้สูตรของ Daniel (2010)⁽⁴⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 322 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) จำแนกผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่รับบริการในคลินิกโรคเบาหวานใน รพ.สต. ในสังกัด อบจ.ขอนแก่น จำนวน 248 แห่ง โดยแบ่งตามขนาดของ รพ.สต. คือ ขนาดเล็ก (25 แห่ง) ขนาดกลาง (183 แห่ง) และขนาดใหญ่ (40 แห่ง) และคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Proportion to size; PPS) และสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 2.2) ผู้ให้บริการ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานใน รพ.สต. ในสังกัด อบจ.ขอนแก่น แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 248 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการประมาณค่าสัดส่วนประชากรกรณีทราบขนาดของประชากร โดยใช้สูตรของ Daniel (2010)⁽⁴⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 145 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยนำรายชื่อมาจัดเรียงตามลำดับและการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guideline) ในผู้บริหารเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ในเรื่องประสิทธิผลการให้บริการคลินิกโรคเบาหวานของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ.ขอนแก่น

2) แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม (Focus group Discussion Guideline) จะใช้ร่วมกับการบันทึกเสียง สังเกตโดยมีรายการการสังเกต (Observation Checklist) โดยใช้แนวคำถามเกี่ยวกับ การรับบริการคลินิกโรคเบาหวานปัญหา อุปสรรคของการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานการได้รับการจัดบริการในคลินิกโรคเบาหวานโดยอ้างอิงตาม Chronic Care Model และข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ

3) แบบบันทึกรายงานเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการให้บริการคลินิกโรคเบาหวานของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ.ขอนแก่น

2. เครื่องมือในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

2.1 เครื่องมือในการวิจัยกลุ่มผู้รับบริการ ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาลการมารับบริการตามนัด ระยะเวลาของการเป็นโรคเรื้อรัง ระดับน้ำตาลสะสมก่อนปี 2565 และระดับน้ำตาลสะสมปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพการบริการก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) ความน่าเชื่อถือของบริการ

2) การสร้างความมั่นใจในการบริการ 3) รูปลักษณ์ทางกายภาพ 4) การดูแลเอาใจใส่ และ 5) เป็นแบบมาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด = 1 น้อย = 2 ปานกลาง = 3 มาก = 4 และมากที่สุด = 5 การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best⁽⁵⁾ คะแนน 3.68–5.00 หมายถึง มาก คะแนน 2.34–3.67 หมายถึง ปานกลาง คะแนน 1.00–2.33 หมายถึง น้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการบริโภค 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการรับประทานยา และ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นแบบมาตรฐานประเมินค่า 3 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ = 1 ปฏิบัติบางครั้ง = 2 และปฏิบัติเป็นประจำ = 3 การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best⁽⁵⁾ คะแนน 2.34–3.00 หมายถึง มาก คะแนน 1.67–2.33 หมายถึง ปานกลางคะแนน 1.00–1.66 หมายถึง น้อย

2.2 เครื่องมือในการวิจัยกลุ่มผู้ให้บริการ ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ ได้แก่ เพศอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง การฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการจัดการโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการบริการคลินิกโรคเบาหวานของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ.ขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการ

โรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ประกอบด้วย ข้อคำถาม คือ 1) ทิศทางและนโยบาย 2) ระบบสารสนเทศ 3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) การจัดการบริการ เชื่อมโยงชุมชนเป็นแบบมาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด = 1 น้อย = 2 ปานกลาง = 3 มาก = 4 และมากที่สุด = 5 การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best⁽⁵⁾ คะแนน 3.68–5.00 หมายถึง มาก คะแนน 2.34–3.67 หมายถึง ปานกลาง คะแนน 1.00–2.33 หมายถึง น้อย

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการคลินิกโรคเรื้อรังของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ.ขอนแก่นเป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดและเติมข้อความในช่องว่าง (Open-ended)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุข ชุมชนและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) จำนวน 3 ท่าน มีความสอดคล้องของเนื้อหา รายข้อกับวัตถุประสงค์การวิจัย (IOC: Item Objective Congruence Index) ทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ให้บริการมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98 และ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) และ การสรุปรวบรวมรายงานใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ด้วยค่าความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ด้วยค่าความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) การประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น 95% CI, กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE671032 เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ

1) กลุ่มผู้บริหาร คือ คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น (NCD Board อบจ.ขอนแก่น) จำนวน 8 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.0 ตำแหน่ง คือ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 50.0 พยาบาลวิชาชีพ

ร้อยละ 25.0 และแพทย์ ร้อยละ 12.5 และผู้อำนวยการกอง ร้อยละ 12.50 ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.0

2) กลุ่มผู้ให้บริการ คือ พยาบาลวิชาชีพ

ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวาน และปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานของ รพ.สต. สังกัด อบจ.ขอนแก่น จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 เป็นเพศชาย ร้อยละ 16.67 ส่วนมากเป็นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ร้อยละ 70.0 ระยะเวลาในการทำงานในคลินิกโรคเบาหวาน มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.67

3) กลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes Type 2) ที่มารับบริการในรพ.สต. สังกัด อบจ.ขอนแก่น จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.0 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 36.67 ระยะเวลาที่มารับบริการที่ สอน./รพ.สต. ระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 46.67

2. กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

1) กลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานใน รพ.สต. สังกัด อบจ.ขอนแก่น จำนวน 322 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.64 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 31.37 สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.98 จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.01 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.18 มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 51.86 ส่วนมากใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 71.74 มารับบริการตามแพทย์นัดทุกครั้ง ร้อยละ 85.40

ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 35.40 และระยะเวลาที่ได้รับการส่งตัวมารักษาใน สอน./รพ.สต. มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 35.40

2) **กลุ่มผู้ให้บริการ** คือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบและปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานของ รพ.สต. สังกัด อบจ.ขอนแก่น จำนวน 145 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.72 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 77.44 สถานภาพสมรส ร้อยละ 62.07 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.90 ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ร้อยละ 80.69 ระยะเวลาในการทำงานในคลินิกโรคเบาหวาน มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 51.03 และไม่เคยอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการจัดการโรคเรื้อรัง ร้อยละ 89.66

ประสิทธิผลการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

1. ด้านบริบทหรือสถานะแวดล้อม (Context)

จากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า

1) **รูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวาน ของ รพ.สต.** ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.ขอนแก่น ยังคงดำเนินตามรูปแบบแนวทางการให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในแง่ของการดูแลผู้ป่วย การบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและการประเมินผลตามเกณฑ์ของ

NCD Clinic ลักษณะการให้บริการเป็นทั้งเชิงรับ (ที่ รพ.สต.) และเชิงรุก (ลงชุมชน) โดยออกแบบการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP BOARD) สสจ. ขอนแก่น ยังคงมีบทบาทในการมอนิเตอร์การดำเนินงาน แต่เปลี่ยนบทบาทเป็นลักษณะของการประสานงานมากกว่าการกำกับโดยตรง ในคลินิกความถี่ในการให้บริการยังคงเดิม คือ มีการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเดือนละ 1 ครั้ง โดยทีมสหวิชาชีพแม้มีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างการบริหารจัดการ แต่การจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานของ อบจ.ขอนแก่น ยังคงดำเนินตามแนวทางเดิมของกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบหรือแนวทางการให้บริการ

“การจัดบริการคลินิกเบาหวานมีทั้ง เชิงรับที่ รพ.สต. และเชิงรุก ลงไปให้บริการในชุมชน ขึ้นกับลักษณะการทำงานของ CUP BOARD ว่าออกแบบร่วมกันยังไง ซึ่งเป็นรูปแบบการดำเนินงานเดิมตั้งแต่ก่อนการถ่ายโอนมาสังกัด อบจ.ขอนแก่น” (ตัวแทน อบจ.ขอนแก่น คนที่ 2)

“การจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจยังคงยึดตามแนวทางตามกระทรวงสาธารณสุขเหมือนก่อนการถ่ายโอน ซึ่งลักษณะการจัดบริการเป็นการออกแบร่วมกัน CUP BOARD นั้น ๆ ” (ตัวแทน สสอ. คนที่ 1)

2) **ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวาน** ภายหลังการถ่ายโอนช่วงเริ่มต้นของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ.ขอนแก่น เกิดความสับสนในการประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เนื่องจากอยู่คนละกระทรวง

ไม่มีแนวทางหรือขอบเขตการทำงานที่ชัดเจน ทำให้ทั้งสองฝ่ายไม่มั่นใจในการใช้งบประมาณ ทรัพยากรหรือการเบิกจ่ายร่วมกัน นอกจากนี้ยังขาดมาตรฐานกลางในการแบ่งบทบาทหน้าที่ การจัดบริการมีปัญหาเรื่อง flow การทำงาน และระบบ CPG (Clinical Practice Guideline) ยังไม่ชัดเจน การกำกับติดตามของ สสจ. ทำได้เพียงขอความร่วมมือ ความเชื่อมโยงของระบบบริการ ในระดับอำเภอต้องอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ในการประสานงาน คือ โครงสร้างการดำเนินงาน มีการเปลี่ยนแปลง ขาดความเชื่อมโยงและมาตรฐานในการทำงาน

“ระยะแรก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมีความเข้าใจว่าขาดกับแม่ข่ายเลย แม่ข่ายเองก็เข้าใจว่า ขาดกับ รพ.สต. เลยเช่นกัน เนื่องจากต่างกระทรวงกัน ต่างฝ่ายต่างวางตัวไม่ถูก ต้องติดต่อรพ.สต. อย่างไร ทรัพยากรใช้ด้วยกันอย่างไร การเบิกอุปกรณ์ไม่มั่นใจว่าผิดมั๊ย” (ตัวแทน อบจ.ขอนแก่น คนที่ 1)

“ความเชื่อมโยงของระบบบริการ ขาดความเชื่อมโยงเป็นหน่วยเดียวกันในระดับอำเภอ แม่ข่าย หรือว่าโรงพยาบาล สสอ. กับ รพ.สต. ในระดับพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่กระทรวงสาธารณสุข สสอ. มีบุคลากรน้อยดูแล อสม. ได้ไม่เต็มที่ ต้องเชื่อมโยงกับ รพ.สต. เป็นที่เล็งในการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพ ตอนนี้ อยู่คนละสังกัด การประสานงานขึ้นอยู่กับบุคคล หรือความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล” (ตัวแทน สสอ. คนที่ 2)

3) การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหาผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานเพิ่มขึ้น เนื่องจาก

โรงพยาบาลมีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมากมายัง รพ.สต. โดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้สิทธิ UC (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ขณะที่ผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันอื่น ๆ ซึ่งสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาได้มาก กลับไม่ถูกส่งต่อ โดยอ้างว่าผู้ป่วยไม่ประสงค์จะไป ทั้งที่มีแนวทางชัดเจนว่าสามารถให้การดูแลที่ รพ.สต. ได้

“ปัญหาคนไข้เพิ่มขึ้นสาเหตุเนื่องจากโรงพยาบาลกระจายคนออกมาเยอะ ซึ่งส่วนมากจะเป็นสิทธิ UC สิทธิอื่นที่สามารถเคลมประกันได้เยอะจะไม่ค่อยส่งออกมา โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยไม่ประสงค์จะมา ทั้งที่มีแนวทางชัดเจนว่าสามารถดูแลที่ รพ.สต. ได้” (ผู้ให้บริการคนที่ 15)

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารและการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ พบว่า

1) ด้านบุคลากร หลังการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังคงพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข พบสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁽⁶⁾ 3.9เท่าที่ควรมีอย่างน้อย 1 คนต่อประชากร 1,000 คน สำหรับนักวิชาการสาธารณสุข พบสัดส่วนอยู่ที่ 1 คนต่อประชากร 4,418 คน⁽⁷⁾ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (1:5,000–10,000 คน) ทำให้ภารกิจด้านส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรคและการควบคุมโรคในชุมชนได้รับผลกระทบทำให้ต้องพึ่งพาการจ้างลูกจ้างชั่วคราวและสรรหากุญแจบุคลากรจากตำแหน่งว่าง แต่จำนวนที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอส่งผลให้บางพื้นที่มีช่องว่างในการให้บริการ โดยเฉพาะ

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) หลาย รพ.สต. จำเป็นต้องหมุนเวียนพยาบาลจากพื้นที่ใกล้เคียง และบูรณาการการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จากโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) อย่างไรก็ตาม ผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวานส่วนใหญ่ยังขาดการอบรม หลักสูตรผู้จัดการรายกรณี (Case Manager - CM) อย่างครบถ้วน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการขับเคลื่อนงาน NCD ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนา อัตรากำลังและเสริมสร้างทักษะเฉพาะทาง เพื่อให้บริการคลินิกเบาหวานมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น.

“ตอนนี้บางพื้นที่ไม่มีพยาบาล การจัดการบริการจัดเท่าที่ได้ และต้องพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลเรื่องเบาหวาน ซึ่ง อบจ.ขอนแก่น ตอนนี้ไม่มีผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวานยังไม่เป็น CM เพราะยังไม่ได้รับการอบรม จึงเป็นข้อด้อย ถ้าโรงพยาบาลไม่เชื่อมทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนงาน NCD ได้ และถ้าจะให้ รพ.สต. ทำภารกิจมากขึ้น ต้องจัดอัตรากำลังให้มากกว่า 7, 12, 14” (ตัวแทนอบจ.ขอนแก่น คนที่ 3)

“รพ.สต. ไม่มี CM โรคเบาหวานผู้รับผิดชอบงานได้รับการอบรมจากโรงพยาบาลแต่ยังไม่ได้รับการอบรมเต็มหลักสูตรที่มีใบประกาศนียบัตร” (ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ผู้ให้บริการคนที่ 17)

2) ด้านงบประมาณ การจัดสรรงบประมาณของคลินิกโรคเบาหวานใน รพ.สต. มีความหลากหลาย โดยได้รับงบประมาณจากหลายแหล่ง เช่น งบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC), งบส่งเสริมป้องกันโรค (PP) กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น งบจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) นักการเมืองท้องถิ่น รวมถึงงบ SML และ

งบสนับสนุนเครื่องมือแพทย์จากท้องถิ่น ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจ งบประมาณมีความชัดเจน โปร่งใสมากขึ้น และสามารถวางแผนใช้จ่ายได้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยต้องปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบอย่างเคร่งครัด CUP ทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการจัดสรรงบประมาณ โดยมีการหารือและตกลงร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ยังพบความเหลื่อมล้ำในบางพื้นที่ที่ CUP ยังจัดสรรงบประมาณไม่เป็นธรรม การนำระบบ PP Fee Schedule และการสนับสนุนจากท้องถิ่น ตลอดจนความรู้ความเข้าใจด้านการเงินที่เพิ่มขึ้นของเจ้าหน้าที่ ช่วยส่งเสริมให้ รพ.สต. สามารถบริหารจัดการงบประมาณได้ดีขึ้นกว่าในช่วงก่อนการถ่ายโอนภารกิจ.

“หลังถ่ายโอน งบประมาณถูกบริหารจัดการดีขึ้น งบที่เคยค้างหรือไม่เคยจัดสรรเริ่มโอนให้ รพ.สต. ทำให้สถานการณ์การเงินดีขึ้น มีระเบียบชัดเจน เจ้าหน้าที่เข้าใจการใช้เงินมากขึ้น เดิมสาธารณสุขอำเภอดูแลเงินบำรุง ใช้จ่ายกว่า แต่เจ้าหน้าที่ขาดความตระหนัก พอถ่ายโอน รพ.สต. ต้องจัดการเอง จึงระมัดระวังมากขึ้น ประกอบกับ มีงบ SML และข้อตกลงกับ รพ. ทำให้งบที่เคยไม่ชัดเจน เริ่มจัดสรรอย่างเป็นระบบ แยกหน้าที่ รพ. กับ รพ.สต. ได้ชัดเจน. (ผอ.รพ.สต. คนที่ 2)

“ด้านงบประมาณคิดว่า รพ.สต. ไม่มีปัญหาเพราะ อบจ. จัดสรรงบประมาณให้เพียงพออยู่แล้วมากกว่าตอนที่อยู่กระทรวงสาธารณสุขอีก และตอนนี้ในเรื่องของส่งเสริม ป้องกันก็สามารถเบิกจ่ายจาก สปสช. ได้เกือบทุกรายการอยู่แล้ว” (ตัวแทน สสจ.)

3) วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา

เวชภัณฑ์ รพ.สต. หลังการถ่ายโอน ยังสามารถเบิกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) ได้ตามเดิม โดยใช้งบประมาณจากงบส่งเสริมป้องกันโรค (PP) ซึ่งโรงพยาบาลเป็นผู้จัดสรรตามแผน Fixed Cost หากงบไม่เพียงพอ รพ.สต. สามารถจัดซื้อเองได้จากเงินบำรุงของหน่วยบริการสาธารณสุขโดยมีอำนาจอนุมัติไม่เกิน 100,000 บาทต่อครั้ง ซึ่งต้องวางแผนและเสนอไว้ในแผนงบประมาณ แต่ยา เวชภัณฑ์ บางรายการยังไม่สามารถจ่ายเองได้โดยตรงที่ รพ.สต. เนื่องจากไม่มีแพทย์หรือไม่มีกรอบบัญชียาที่รองรับหากขาดหรือไม่พอ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต้องไปรับจากโรงพยาบาลเพื่อจ่ายให้ผู้ป่วยในภายหลัง

“วัสดุ อุปกรณ์ และยาเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. ยังคงได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลผ่านระบบ CUP เนื่องจากงบประมาณ OP/PP ส่วนหนึ่งยังคงอยู่ที่โรงพยาบาล และมีการจัดสรรตามระบบ Fixed Cost หากเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ รพ.สต. สามารถจัดซื้อเพิ่มเติมจากเงินบำรุงได้ตามอำนาจที่กำหนด ซึ่งไม่เกิน 100,000 บาท โดยยึดตามแผนบำรุงของแต่ละพื้นที่” (ตัวแทน อบจ. คนที่ 1)

“เครื่องมือและอุปกรณ์ส่วนใหญ่ยังใช้ร่วมกับโรงพยาบาลตามระบบเดิม แต่ปัญหาหลักอยู่ที่ยาและเวชภัณฑ์บางรายการ ซึ่ง รพ.สต. ไม่สามารถจ่ายได้เองเนื่องจากขาดกรอบบัญชียาและแพทย์ผู้สั่งจ่าย ดังนั้น หากยังไม่สามารถกำหนดขอบเขตการให้บริการได้อย่างชัดเจน ปัญหาการจัดสรรเวชภัณฑ์ก็จะยังคงอยู่” (ตัวแทน อบจ. คนที่ 2)

4) ระบบการจัดการ หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ยังคงประสานงานผ่านระบบ CUP BOARD ตาม Service Plan โดยได้รับยา เวชภัณฑ์และบุคลากรจาก รพ.แม่ข่ายภายใต้งบ UC แม้ต้องปรับตัวกับระเบียบจัดซื้อจัดจ้างของ อบจ. การใช้ระบบ 43 เพิ่ม และ On Cloud ช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น แม้บางระบบยังซับซ้อน คลินิก NCD มี NCD Board และ อสม. ช่วยติดตามผู้ป่วย ขณะเดียวกัน บุคลากรเริ่มเข้าใจบทบาทของตนมากขึ้น เสนอให้มี CPG ของ อบจ. และพัฒนาช่องทางสื่อสาร เช่น กลุ่มไลน์และทีมประสานงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นระบบและไม่สะดุด.

“ระบบการจัดการร่วมกันกับ CUP BOARD ซึ่งมี Service Plan ของจังหวัดโดยให้แต่ละโรงพยาบาลไปปรับใช้และประสานกับ รพ.สต. ในพื้นที่ร่วมกันในเรื่องของยา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ก็มาจากโรงพยาบาลภายใต้เงิน UC ไปบริหารจัดการ..” (ตัวแทน อบจ. คนที่ 1)

“ในอนาคตควรที่จะมี CPG ของ อบจ. ขอนแก่น จะทำให้มีมาตรฐานของตัวเอง และการดำเนินงานด้านสุขภาพแยกกันไม่ได้ต้องทำงานร่วมกัน” (ตัวแทน ผอ.รพ.สต. คนที่ 2)

3. ด้านกระบวนการ (Process)

การจัดบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โดยอ้างอิงตาม Chronic Care Model โดยใช้เกณฑ์คุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD Clinic Plus (กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค 2557) เก็บข้อมูลจาก ผู้ให้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน

ของ รพ.สต. จำนวน 145 คน ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติตามรูปแบบการจัดบริการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวาน ของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจ ให้แก่ อบจ.ขอนแก่น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.84, S.D. = 0.66$) เมื่อพิจารณา

รายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับซึ่งอยู่ในระดับมาก ดังนี้ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ($\bar{X} = 4.07, S.D. = 0.84$) ระบบสารสนเทศ ($\bar{X} = 4.00, S.D. = 0.73$) และทิศทางและนโยบาย ($\bar{X} = 3.88, S.D. = 0.71$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 รูปแบบการจัดบริการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจ ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น (n=145)

รูปแบบการจัดบริการ	\bar{X}	S.D.
1.ทิศทางและนโยบาย	3.88	0.71
2.ระบบสารสนเทศ	4.00	0.73
3.การปรับระบบและกระบวนการบริการ	4.07	0.84
4.ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	3.80	0.75
5.ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	3.58	0.79
6.การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	3.72	0.80
รวม	3.84	0.66

4. ด้านผลผลิต (Product)

การประเมินผลด้านผลผลิตของการให้บริการคลินิกโรคเบาหวานของ รพ.สต.หลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ.ขอนแก่น เก็บข้อมูลจากผู้รับบริการที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเบาหวาน ของ รพ.สต. จำนวน 322 คน โดยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน 2 หลัก ได้แก่ คุณภาพการบริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ผลของการประเมินดังนี้

1. การประเมินผลผลิตด้านคุณภาพ

การบริการ

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบริการของคลินิกโรคเบาหวานก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาพรวมด้านคุณภาพการบริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.51, p\text{-value} = 0.20$) แสดงว่าภาพรวมของการให้บริการยังคงใกล้เคียงกันทั้งสองช่วงเวลา ดังตาราง 2

ตาราง 2 คุณภาพการบริการและเปรียบเทียบคุณภาพการบริการในการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวาน หลังและก่อนการถ่ายโอนภารกิจ ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น โดยรวมใช้สถิติ Paired T-test (n=322)

คุณภาพการบริการ	หลังการถ่ายโอน		ก่อนการถ่ายโอน		ความแตกต่าง	t-test	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
1. ความเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability)	4.60	0.63	4.47	0.53	0.13	6.13	< 0.001
2. การให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ (Assurance)	4.41	0.65	4.44	0.49	- 0.03	- 1.16	0.87
3. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)	4.60	0.66	4.47	0.73	0.13	4.34	< 0.001
4. การให้บริการด้วยความเอาใจใส่ (Empathy)	4.48	0.61	4.43	0.60	0.05	2.16	0.01
5. การตอบสนองต่อผู้มารับบริการ (Responsiveness)	4.49	0.68	4.46	0.57	0.03	1.12	0.13
รวม	4.51	0.64	4.45	0.58	0.01	2.51	0.20

2. การประเมินผลผลิตด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

2.1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี

ผลการวิจัย พบว่า ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน ใน รพ.สต. ในสังกัด อบจ.ขอนแก่น ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) น้อยกว่า 7.0 คือ

ร้อยละ 52.80 และร้อยละ 70.50 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยยังได้รับบริการด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล รวมถึงได้รับการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ จาก CUP BOARD อย่างต่อเนื่องเช่นเดิม และยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพหรือการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ในช่วงเวลาที่ศึกษา ดังตาราง 3

ตาราง 3 ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น (n=322)

ระดับน้ำตาลสะสม (HbA _{1c})	หลังการถ่ายโอน		ก่อนการถ่ายโอน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 7.0	227	70.50	170	52.80
7.0 - 7.5	40	12.42	44	13.66
> 7.5	55	17.08	108	33.54
	\bar{x} = 6.12, S.D. = 1.69, min = 1.80, max = 11.50		\bar{x} = 6.79, S.D. = 1.69, min = 3.00, max = 12.00	

2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ.ขอนแก่น พบว่าภาพรวม และรายด้านทุกด้าน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการถ่ายโอน อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวานก่อนและหลัง ทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น โดยรวม (n=322)

การปฏิบัติตัว	หลังการถ่ายโอน		ก่อนการถ่ายโอน		ความแตกต่าง	t-test	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
1. ด้านการบริโภค	2.01	0.36	1.98	0.34	0.03	2.57	0.01
2. ด้านการออกกำลังกาย	2.29	0.48	2.08	0.47	0.21	5.51	< 0.001
3. ด้านการรับประทานยา	2.21	0.46	2.14	0.45	0.07	4.79	< 0.001
4. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	2.54	0.35	2.48	0.33	0.06	4.24	< 0.001
รวม	2.26	0.41	2.17	0.39	0.09	4.27	< 0.001

วิจารณ์

1. **ด้านบริบท** พบว่า หลังการถ่ายโอน การดำเนินงานคลินิกเบาหวานยังคงยึดแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขและประสานกับ สสจ. ขอนแก่น เพื่อควบคุมคุณภาพบริการตามมาตรฐาน

NCD Clinic ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน การดูแลสุขภาพยังคงเป็นไปตามแนวทางเดิม แต่มีการปรับตัวชีวิตให้เหมาะสมกับพื้นที่มากขึ้น⁽⁸⁾ ขณะเดียวกันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารจัดบริการ ไม่มีระบบควบคุมหรือ

กำกับติดตามที่ชัดเจน การประสานงาน ขาดความเชื่อมโยง ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ภายหลังจากถ่ายโอนการเปลี่ยนแปลงในการจัดบริการเกิดจากการจัดการทรัพยากรและความสัมพันธ์ของหน่วยงาน ซึ่งอาจกระทบต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน⁽⁹⁾

2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า บุคลากรประจำคลินิกเบาหวานมีจำนวนไม่เพียงพอ รพ.สต. ขาดแคลนบุคลากรแทบทุกด้าน โดยเฉพาะสายวิชาชีพ⁽¹⁰⁾ บางแห่งต้องอาศัยกำลังเสริมจากหน่วยงานอื่นหรือจ้างลูกจ้างชั่วคราวในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพสอดคล้องกับการบริหารจัดการกำลังคนของ สอน./รพ.สต. กรณีถ่ายโอนให้ อบต. โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 บุคลากรเพิ่มขึ้นหลังถ่ายโอน แต่ยังไม่เต็มกรอบอัตรากำลัง ยังไม่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางโรคเรื้อรังกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนการทำงาน⁽¹¹⁾ มีสสจ.ซึ่งมีบทบาทในการสร้างเครือข่ายสุขภาพดำเนินตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ด้านงบประมาณ รพ.สต. มีสถานะทางการเงินดีขึ้น⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจ ในเขตสุขภาพที่ 3 สถานะเงินบำรุงดีขึ้นหลังถ่ายโอน ส่วนการจัดการยา เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ยังคงเป็นไปตามระบบเดิม⁽¹³⁾ การบริหารจัดการเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการจัดทำ MOU ระหว่าง อบจ. กับ สสจ. เพื่อให้การบริการประชาชนมีประสิทธิภาพ⁽¹⁴⁾ ทำให้การบริการประชาชนหลังการถ่ายโอน อบจ. และ สสจ.มีการ

ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกัน เพื่อให้การดูแลรักษาสุขภาพประชาชนมีประสิทธิภาพ⁽¹⁵⁾

3) ด้านกระบวนการ ควรมีแนวทางการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยต้องดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) กำหนดไว้และมีการประชุม CUP BOARD อย่างสม่ำเสมอเพื่อกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน สอดคล้องกับการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ แม้โครงสร้างจะต่างกัน CUP มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนร่วมกัน แต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสบปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ⁽²⁾ งบประมาณจากส่วนกลางยังไม่มี ความชัดเจน ส่งผลต่อการสรรหาบุคลากรและบางคนไม่ประสงค์จะถ่ายโอน จึงส่งผลให้บุคลากรไม่เป็นไปตามกรอบที่กำหนด ด้านนโยบาย องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีแผนยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับกองสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่และมีแผนปฏิบัติการชัดเจน⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงยี่โถ มีการปรับยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาท้องถิ่น 2566-2570 พร้อมทั้งมีทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นภาคีหลักที่มีบทบาทเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับประชาชนในพื้นที่⁽¹⁷⁾ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทอย่างเข้มแข็งในการประสานกิจกรรมร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽²⁾

ด้านระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลมีการปรับปรุงทะเบียนผู้ป่วยให้ทันสมัยและสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ดีไม่สอดคล้องกับการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ฐานข้อมูลและระบบรายงานยังไม่พร้อม ทำให้การประเมินผลติดตามผลยังขาดประสิทธิภาพการดำเนินงานระดับ CUP BOARD ยังคงเป็นเวทีหลักในการปรับกระบวนการบริการสุขภาพ⁽⁹⁾ และยังคงเป็นหน่วยบริการหลักส่วน แต่บางพื้นที่ขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนไม่ทั่วถึง รพ.สต. ต้องจัดการเอง⁽¹³⁾ ให้มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ควบคู่กับการเสริมศักยภาพบุคลากรเช่น การปรับพฤติกรรมผู้ป่วย โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยประชาสัมพันธ์และประสานงานอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁸⁾ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่เชื่อมโยง การดำเนินงาน ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่น⁽¹⁹⁾ อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลยังคงมีความสัมพันธ์ที่ดีและทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง⁽²⁰⁾

4) ด้านผลลัพธ์ การประเมินผลผลิตด้านคุณภาพการบริการ เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบริการในการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($t = 2.51, p\text{-value} > 0.05$) เนื่องจาก หลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้บริการตามเดิม มีการทำงานร่วม CUP BOARD และเครือข่ายในพื้นที่ตลอดจนได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการ และมีการเบิกจ่ายวัสดุทางการแพทย์ตามเดิม มีแนวทางในการบริหารจัดการเชิงระบบที่จำเป็น เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น ประกอบด้วยหลัก 3 ด้าน ได้แก่ การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายในพื้นที่ การสนับสนุนข้อมูลสารสนเทศและวิชาการ และการจัดสรรและจัดการทรัพยากร⁽⁷⁾

การประเมินผลผลิตด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานใน รพ.สต. ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ

ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) น้อยกว่า 7.0 ร้อยละ 52.80 และร้อยละ 70.50 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการถ่ายโอนยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างดีโดยรวม ทั้งนี้ ผู้ป่วยยังคงได้รับการด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล รวมถึงวัสดุทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์จาก CUP BOARD อย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับช่วงก่อนถ่ายโอน ภารกิจด้านการดูแลสุขภาพและการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย⁽⁸⁾ ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในช่วงเวลาที่ศึกษาเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวานก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.27, p\text{-value} < 0.05$)

โดยค่าที่ได้อยู่ในระดับสูงทั้งสองช่วงเวลา อย่างไรก็ตาม การตีความผลดังกล่าวควรพิจารณาร่วมกับบริบทการดำเนินงาน เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังคงดำเนินบริการตามมาตรฐานการบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องหลังการถ่ายโอนและบุคลากรส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานในระดับเดิมหรือสูงขึ้น⁽²¹⁾ แต่ข้อมูลที่มีไม่เพียงพอที่จะสรุปเชิงเหตุผลได้อย่างแน่ชัด จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

สรุป

1. ด้านบริบทและสภาพแวดล้อม
พบว่า รูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานขององค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น (อบจ.) ยังคงใช้แนวทางของกระทรวงสาธารณสุข โดยการออกแบบบริการร่วมกับ CUP BOARD และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ขอนแก่น เพื่อมอนิเตอร์การดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานของ NCD Clinic ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างที่ขาดความเชื่อมโยงและมาตรฐานในการทำงาน 2) สสจ. ไม่สามารถควบคุมหรือกำกับ รพ.สต. ได้โดยตรงทำได้เพียงประสานขอความร่วมมือ ซึ่งผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์เดิมและความรับผิดชอบเฉพาะของแต่ละ รพ.สต. 3) ช่วงแรกของการถ่ายโอนภารกิจพบว่า ยาและเวชภัณฑ์มีไม่เพียงพอ

2. ด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) บุคลากรในคลินิกโรคเบาหวานมีไม่เพียงพอ บางแห่งต้องดึงบุคลากรจากหน่วยอื่นหรือจ้างพยาบาลวิชาชีพแบบชั่วคราวยังไม่มี

พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะด้านการดูแลโรคเรื้อรังโดยตรง กระทรวงสาธารณสุขยังคงทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษา 2) งบประมาณมาจาก PP Fee Schedule (ทั้ง OP และ PP เหมาจ่าย) และกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นบางส่วนได้รับเงิน S, M, L จากสำนักงานงบประมาณทำให้สถานะการเงินดีขึ้นและมีความเข้าใจระเบียบชัดเจนมากขึ้น 3) วัสดุอุปกรณ์และยา เวชภัณฑ์ รพ.สต. เบิกจากโรงพยาบาลตามเดิมและถ้าไม่เพียงพอซื้อจากเงินบำรุงหน่วยบริการสาธารณสุขตามที่วางแผนไว้ 4) ระบบบริหารจัดการ อบจ. ประสานงานกับ CUP BOARD ตาม Service Plan ของจังหวัดมีการลงนาม MOU ร่วมกันแต่มีปัญหาเกี่ยวกับระเบียบจัดซื้อจัดจ้างของ อบจ. ซึ่ง รพ.สต. ยังไม่คุ้นเคย

3. ด้านกระบวนการ มีแนวนโยบายจากระดับกระทรวงสาธารณสุขโดย Chronic Care Model และเกณฑ์ NCD Clinic Plus⁽²²⁾

1) ทิศทางและนโยบายชัดเจน มียุทธศาสตร์ของ อบจ. กองสาธารณสุข และ รพ.สต. ที่เชื่อมโยงกับกระทรวงผ่านความเห็นชอบจาก กสพ. และมีแผนปฏิบัติงานชัดเจน **2) ระบบสารสนเทศ** ใช้โปรแกรม JHCIS และไฟล์ Excel พร้อมการอัปเดตข้อมูลสม่ำเสมอ อบจ. ยังไม่มีนักวิชาการไอทีรองรับโดยตรง **3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ** ระบบส่งต่อยังคงเดิมแต่บางพื้นที่ไม่มีแพทย์ ทำให้อาบบางชนิดไม่มีใช้กลไก รพ.สต. และ อสม. ติดตามเยี่ยมที่บ้าน **4) ด้านระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง** มีการดำเนินการทั้งโครงการส่งเสริมความรู้และ

ทักษะแก่ผู้ป่วย อสม. มีบทบาทในการสื่อสาร และประสานงาน 5) ระบบการสนับสนุน การตัดสินใจ มีระบบการให้คำปรึกษาใช้ไลน์ กลุ่มในตำบล มีทีม รพ. ตอบคำถามมีการเยี่ยม บ้านและรายงานในกลุ่มมี อสม. เป็นสื่อกลางในการดำเนินงาน 6) การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน การดูแลสุขภาพในชุมชน อสม. และผู้นำชุมชน ช่วยประชาสัมพันธ์ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการ มากขึ้น

4. ด้านผลลัพธ์ 1) คุณภาพการบริการ เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบริการของคลินิก โรคเบาหวานก่อนและหลังการถ่ายโอน พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.51, p\text{-value} > 0.05$) แสดงถึงความสามารถ ในการรักษาคุณภาพบริการหลังการถ่ายโอน การกิจ 2) ผลลัพธ์ทางสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ระดับHbA1C < 7.0 เพิ่มขึ้นจาก 52.80% (ก่อนถ่ายโอน) เป็น 70.50% (หลังถ่ายโอน) พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยดีขึ้นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = 4.27, p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัดควร บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานประจำ รพ.สต. ให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการ จัดการโรคเรื้อรัง เพื่อยกระดับขีดความสามารถ

ทั้งในด้านการให้บริการทางคลินิกและการบริหาร จัดการโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ โดยร่วม ดำเนินการกับคณะกรรมการ CUP BOARD ใน ระดับอำเภออย่างเป็นระบบ

2. คณะกรรมการ NCD Board ใน แต่ละอำเภอควรมีบทบาทในการขับเคลื่อน การดำเนินงานเชิงรุกในการแก้ไขปัญหา โรคเบาหวานและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อ ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค (Health Literacy) ลดพฤติกรรมสุขภาพที่เป็น ปัจจัยเสี่ยง และสนับสนุนการตัดสินใจที่เหมาะสม ในการดูแลตนเอง อันนำไปสู่การป้องกันและ ควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อบจ.ขอนแก่น คณะกรรมการ ควบคุมโรคไม่ติดต่อ อบจ.ขอนแก่น รพ.สต.ในสังกัด อบจ.ขอนแก่น รวมถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานใน พื้นที่เป้าหมายทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและ ความร่วมมืออย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการดำเนิน การวิจัยในครั้งนี้ นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณ คณะจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และ คำแนะนำทางวิชาการอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อการศึกษาวิจัยจนสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138 ตอนพิเศษ 254 ง (ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2564)
2. พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, ศิริศักดิ์ เหล่าจันทาม, กฤษวรรธน์ โล่วัชรินทร์, ปานปิ่น รongหานาม. การขับเคลื่อนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2566.
3. กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559-2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/zZ8hU>
4. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2013.
5. Best J.W. Research in education. 7th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1997.
6. World Health Organization. Density of nursing and midwifery personnel (per 10,000 population) [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 15]. Available from: <https://shorturl.asia/yCQ6J>
7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แจ้งรายละเอียดบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
8. นิเทศ สนั่นนารี, เดชา บัวเทศ. รูปแบบภารกิจด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2567;11(1):102-12.
9. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นภชา สิงห์วีรธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, สุพิศตรา เสนสาย, และคณะ. การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
10. สุนันทา กาญจนพงศ์. ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประเมินผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2567;33(3):537-48.

11. เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ศิริวรรณ ชูกำเนิด, นิรัชรา ลิลละฮ์กุล, เจษฎากร โนนินทร์, รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, บุญประจักษ์ จันทรวิน, และคณะ. การบริหารจัดการกำลังคนของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
12. เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, รุ่งนภา จันทรา, บุญประจักษ์ จันทรวิน, วัลลภา ดิษสระ, ปิยะพร พรหมแก้ว, และคณะ. รูปแบบการบริการสุขภาพของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
13. ปณิตา อีรสถษฎ์กุล, บัญชา พร้อมดิษฐ์, จันทิมา นวะมะวัฒน์. การประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก 2561;35(2):203-13
14. กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์, อีระวัฒน์ วีระพันธ์, อีระพงษ์ แก้วภมร, รุ่งรัตน์ พละไกร. การศึกษาระบบบริการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค และความคิดเห็นของประชาชนต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2567;4(2):1-17.
15. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, เพ็ญญา ศรีหรั่ง, บัณฑิต นิตยคำหาญ, มนพรชาติขำนิ, บุญเรือง ขาวนวล, และคณะ. ข้อเสนอเชิงนโยบายการจัดการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.
16. สลิธร เทพตระการพร, ศุภางค์ วัฒนเสย, จิรภัทร หลงกุล, คัตติยา อีวานโนวิช, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. ข้อเสนอเชิงนโยบาย โจทย์บนเส้นทางการพัฒนาระบบสุขภาพ ไขความคาดหวังประชาชน ผู้รับบริการเทียบเคียง รพ.สต. ถ่ายโอนแล้วยังไม่ถ่ายโอน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.
17. อรพรรณ โยธาสมุทร. การถ่ายโอนโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงยี่โถ อำเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2565.
18. ภูติห เตชาติวัฒน์, รมย์นลิน ทองหล่อ, วินัย ลีสมีทธิ, ทวีศักดิ์ นพเกษร, พัชรินทร์ สิริสุนทร, อภิชาติ วิสิทธิ์วงษ์, และคณะ. การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองของประเทศไทย: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 3. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12(4):556-74.

19. อุดม ทุมโฆสิต, เหมรินเหลียง หลี่, รติพร ถึงฝิ่ง, จิรวัดน์ ศรีเรือง. โครงการวิจัยประเมินผลนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ส่วนที่ 2 องค์รวมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.
20. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, เพ็ญญา ศรีหรั่ง, วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี, บุษพา รักษานาม, วนิตา ศรีพรหมษา, และคณะ. การพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.
21. ดารารวรรณ รongเมือง, อินทิรา สุขรุ่งเรือง, จีราพร ทองดี, ลลิตา เดชาวุธ, กฤษณี สุวรรณรัตน์, อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, และคณะ. มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและความพร้อมให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประสงค์ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(3):331-50.
22. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.