

การดำเนินงานตามนโยบายจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร ในระยะเริ่มต้นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี 2556

The first phase implementation of health clinic for farmer policy
in tambon health promoting hospital in the 8
upper northern provinces, 2013

เมตตา คำอินทร์ วท.ม. (การพัฒนาภูมิสังคมอย่างยั่งยืน)

Metta Khumin M.Sc. (Geosocial Based Sustainable Development)

ชาญณรงค์ ชัยสุวรรณ ส.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

Channarong Chaisuwan B.P.H. (Occupational Health and Safety)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

Office of Disease Prevention and Control, 1 Chiang Mai

บทคัดย่อ

ในปี 2556 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ได้นำนโยบายจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่การปฏิบัติในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน วัตถุประสงค์ของการศึกษาคือทำให้ทราบความก้าวหน้าในการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรของ รพ.สต. และเพื่อทราบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานคลินิกสุขภาพเกษตรกรของ รพ.สต. การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed method) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ รพ.สต. 8 แห่ง ซึ่งเลือกให้เป็นพื้นที่ศึกษาโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดละ 1 แห่ง ดำเนินการระหว่างพฤษภาคม - มิถุนายน 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกสุขภาพเกษตรกรของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากแบบสัมภาษณ์

ผลการศึกษา พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่ง ยังไม่สามารถดำเนินกิจกรรมการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรตามมาตรฐานระดับเริ่มต้นได้ครบทั้ง 6 กิจกรรมโดยพบว่ากิจกรรมที่ดำเนินงานได้มากที่สุด ได้แก่ การคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานร้อยละ 75 การรายงานผลการดำเนินงานร้อยละ 75 และกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกร/แรงงานในชุมชน ร้อยละ 37.50 ส่วนกิจกรรมที่ยังไม่มี รพ.สต.ใดสามารถดำเนินงานได้เลย ได้แก่ การเปิดคลินิกบริการสุขภาพเกษตรกร 1 วันต่อสัปดาห์ การจัดให้มีระบบข้อมูลกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพในฐานะข้อมูลของ รพ.สต. และการจัดกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพ อุปสรรคของการดำเนินงาน ได้แก่ นโยบายที่ไม่ชัดเจน การส่งอุปกรณ์และสื่อให้พื้นที่ล่าช้า การขาดการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและการนิเทศติดตาม บุคลากรที่ไม่เพียงพอตลอดจนไม่ได้รับการฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโรคจากการทำงาน และประชาชนในพื้นที่ไม่ตระหนักในการป้องกันดูแลสุขภาพตนเอง การดำเนินงานที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายอาจเกิดจากการถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางลงสู่ระดับเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดล่าช้า ความไม่ชัดเจนในแนวทางการจัดบริการที่มีเพียงหนังสือสั่งการแต่ไม่มีรายละเอียดของแนวทางการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร และการขาดการศึกษาถึงความพร้อมของ รพ.สต. ก่อนสั่งการให้มีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประเมินความพร้อมของหน่วยงานผู้รับนโยบายก่อนสั่งการ ควรมีการชี้แจงถ่ายทอดนโยบายให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาพรวมระดับประเทศ ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินการควรมีการนิเทศ

ติดตาม และให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่หน่วยงานผู้รับนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรค ให้ข้อเสนอแนะ และหาแนวทางในการปรับปรุงวิธีดำเนินการเพื่อให้เกิดผลสำเร็จ สำหรับรูปแบบของคลินิกสุขภาพเกษตรกรควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้ การดำเนินงานระยะแรกควรมุ่งเน้นในด้านคุณภาพของบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร และเน้นการพัฒนาศักยภาพของ รพ.สต. ให้สามารถจัดบริการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะของพื้นที่ อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนในการดำเนินงาน

คำสำคัญ: คลินิกสุขภาพเกษตรกรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

In 2013, Office of Disease Prevention and Control 1 ChiangMai has applied the health clinic for farmer policy into practice in Tambon Health Promoting Hospital (THPH) that located in the 8 northern most provinces of Thailand. The objectives of this study were to know about the progression of first phase implementation of the service provision of the health clinic for farmer in THPH and to recognize the problems in operating the clinics. This study was conducted using both quantitative and qualitative methods (mixed method). The 8 THPHs under studied were sampled by the provincial public health office of each province, one site per one province. The study was conducted during May-June 2013. The data collection tools included the evaluation form on health clinic for farmer issued by the Bureau of Occupational and Environmental Diseases, the interview guide, and the observation check list form. Quantitative data was analyzed using descriptive statistics and qualitative data was analyzed using content analysis technique.

The result showed that none of the 8 THPHs was able to operate all 6 standard activities of the basic level health clinic for farmer. The activity that was able to operate the most was health screening per risk from work (75%), report the performance of the clinic (75%), and screening for health risk from farming/workplace in the community (37.5%). The activities that none of the THPHs could operate included: provision of one clinic day per week; inclusion of occupational health database into THPH's database system; and provision prevention and control of health hazard activities. The main obstacle for the implementation of health clinic for farmer were the unsettled policy, lack and delayed delivery of needed support materials, lack of budget and supervision, inadequate staffing, lack of refresh training for the staff, and lack of awareness on the self-care and disease prevention among the community members. This un-achievement might happen because of delayed deployment of policy from central level to provincial level, the unsettled policy on the operation with no proper instruction, no study on the capacity of THPH prior to policy implementation.

Suggestions for future operation included evaluation of the operating bodies before launching any new policy, clear dispatch to provincial public health offices nationwide at the central level. There should be adequate monitoring and technical support especially at the beginning phase of the operation. This would help learning the obstacle which would lead to proper advice and guideline to improve the service for the operating bodies. The operation pattern at the clinic should be flexible and take into account the local context. The first phase of implementation should emphasize on the quality of the health clinic for farmer and capacity building of the THPH staff to adapt for the specific need of the locality. This would lead to sustainable operation.

Keywords: health clinic for farmers, Tambon Health Promoting Hospital

บทนำ

ปี 2556 กรมควบคุมโรค มีนโยบายภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาและร่วมมือกับเครือข่ายภายในและนานาชาติ และให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สนับสนุนเครือข่ายระดับจังหวัด โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยแก่กลุ่มแรงงานในชุมชนโดยในระยะแรกให้ดูแลกลุ่มเกษตรกร โดยมีการจัดตั้งคลินิกสุขภาพเกษตรกรใน รพ.สต.ทั่วประเทศ จังหวัดละ 1 แห่ง (1 รพ.สต./จังหวัด)⁽¹⁾ การดำเนินงานจัดบริการด้านสุขภาพให้กับแรงงานในชุมชนทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยมุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุมโรคและการเฝ้าระวังสุขภาพ โดยมีการประเมินความเสี่ยงในการทำงาน การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อการฟื้นฟูสุขภาพจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพให้แก่เกษตรกรและแรงงานในชุมชน รวมถึงการประสานและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของแรงงานในชุมชน จากการศึกษาของบุญเลิศ ศักดิชัยนันท์และคณะ⁽²⁾ ศึกษาการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ พบว่าเจ้าหน้าที่สถานอนามัยสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับและเชิงรุกโดยการตรวจสุขภาพและการตรวจคัดกรองโรคจากการทำงานเบื้องต้น ดูแลรักษาให้สุขภาพ การสำรวจและประเมินสิ่งคุกคามอันตรายต่อแรงงาน การจัดเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงานและมีข้อมูลสิ่งคุกคามอันตรายต่อแรงงานที่นำไปใช้ปรับปรุงสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย การศึกษาของศิมาลักษณ์ ดิธีสวัสดิ์เวช และคณะ⁽³⁾ ศึกษาการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอก พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUs) มีรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับและเชิงรุกโดยวินิจฉัย และคัดกรองโรค การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบและมีการจัดการและควบคุมความเสี่ยงกลไกที่สำคัญในการดำเนินงานคือการ

สนับสนุนด้านนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้านวิชาการจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตและโรงพยาบาลระดับจังหวัดและความร่วมมือจาก อปท. และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ได้ดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรใน รพ.สต. เพื่อดูแลสุขภาพเกษตรกรแบบครบวงจรและต่อเนื่อง เมื่อปี 2555 ซึ่งได้ดำเนินการนำร่องใน 3 จังหวัด ได้แก่ สุพรรณบุรี บุรีรัมย์ และอุทัยธานี โดยมีอำเภอเข้าร่วมโครงการฯ 11 อำเภอและรพ.สต. เข้าร่วมดำเนินงาน 18 แห่งพบว่า รพ.สต.สามารถดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยให้แก่เกษตรกรได้⁽¹⁾

การจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรใน รพ.สต. เป็นนโยบายที่กรมควบคุมโรคเริ่มให้มีการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นของการดำเนินงานตามนโยบาย เนื่องจากการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก หากหน่วยงานผู้รับนโยบายนำไปปฏิบัติไม่ได้หรือนำไปปฏิบัติแล้วเกิดปัญหาอุปสรรคไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ นโยบายดังกล่าวก็ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ตรงกันข้ามหากนำไปปฏิบัติได้ตามวัตถุประสงค์ก็จะเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการบริหารจัดการและการประสานกิจกรรมเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ ให้บรรลุความสำเร็จตามเจตจำนงของนโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation) เป็นเรื่องของการศึกษาว่าหน่วยงานองค์กรที่รับนโยบายไปปฏิบัติสามารถบริหารจัดการทรัพยากร ตลอดจนการผลักดันกลไกที่สำคัญของการทำงานทั้งหมดให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายที่ระบุไว้ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนยังไม่มีการศึกษาถึงการนำนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรไปปฏิบัติใน รพ.สต.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความก้าวหน้าในการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน ตามนโยบายของกรมควบคุมโรค เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการจัดบริการทางด้านสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรรม ให้

สอดคล้องกับวิถีชีวิตของเกษตรกร และเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

วิธีการดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed method)

ขอบเขตของการศึกษา

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษานี้ครอบคลุมเนื้อหา 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) มาตรฐานการดำเนินงานคลินิกสุขภาพเกษตรกรของ รพ.สต. 13 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่มาตรฐานระดับเริ่มต้น หมายถึงรพ.สต. มีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมข้อที่ 1-6 ได้คะแนนรวม 6 คะแนน ระดับดีหมายถึง รพ.สต.ที่ผ่านระดับเริ่มต้นและได้คะแนนรวม 7-9 คะแนน และระดับดีมาก หมายถึง รพ.สต. ที่ผ่านระดับเริ่มต้นและได้คะแนนรวม 10-13 คะแนน 2) ความคิดเห็นของผู้อำนวยการ รพ.สต.และผู้รับผิดชอบงานโรคจากการประกอบอาชีพ/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในประเด็นความคิดเห็นต่อนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร ความพร้อมในการจัดบริการฯ รูปแบบของการจัดบริการ ปัญหา อุปสรรคของนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรไปปฏิบัติและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร

ขอบเขตด้านพื้นที่ รพ.สต.ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดคัดเลือก รพ.สต.ตัวแทนให้เป็นที่ดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในปี 2556 (1 รพ.สต./จังหวัด) ได้แก่ 1) รพ.สต.กัวแลหลวง จ.เชียงใหม่ 2) รพ.สต.ห้วยไซ จ.ลำพูน 3) รพ.สต.บ้านโทกหัวช้าง จ.ลำปาง 4) รพ.สต.ป่าลาน จ.แม่ฮ่องสอน 5) รพ.สต.ศรีถ้อย จ.พะเยา 6) รพ.สต.แม่เจดีย์ จ.เชียงราย 7) รพ.สต.ร่องเสี้ยว จ.แพร่ และ 8) รพ.สต. จอมพระ จ.น่าน

ขอบเขตด้านระยะเวลา ข้อมูลที่เก็บรวบรวมในการศึกษาครั้งนี้ ระหว่างพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2556

กลุ่มตัวอย่างศึกษา ใน รพ.สต. ทั้ง 8 แห่งที่เป็นพื้นที่นำร่องในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ไม่มีการเลือก

กลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ 1) แบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกสุขภาพเกษตรกรของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ 2) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ 3) แนวทางการนำสนทนากลุ่มกับบุคลากรของ รพ.สต. และการสังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม

การเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาทำหนังสือขอความร่วมมือจากนายแพทย์สาธารณสุขในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน เพื่อขออนุญาตติดตามประเมินผลการดำเนินงานฯโดยใช้แบบประเมินฯ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้อำนวยการ รพ.สต.และสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้รับผิดชอบงานฯ/บุคลากรของ รพ.สต.

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร

ผลการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในระยะเริ่มต้นของ รพ.สต. ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี 2556 พบว่า รพ.สต.ทั้ง 8 แห่ง ไม่สามารถดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรตามมาตรฐานระดับเริ่มต้นได้ครบทั้ง 6 กิจกรรม โดยพบว่าการที่ดำเนินการได้มากที่สุดคือการคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานและความเสี่ยงมิติอื่นๆ ร้อยละ 75.0 การรายงานผลการดำเนินงานให้หน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้องร้อยละ 75.0 และการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกร/แรงงานในชุมชนร้อยละ 37.5 ตามลำดับ กิจกรรมที่ดำเนินงานไม่ได้ คือ การเปิดคลินิกบริการสุขภาพเกษตรกร 1 วัน/สัปดาห์ ไม่มีข้อมูลกลุ่ม

ผู้ประกอบการอาชีพในชุมชนในฐานะข้อมูลของรพ.สต.และไม่มีกิจกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรของ รพ.สต.ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี 2556

ข้อที่	กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน			
		มี (แห่ง)	ร้อยละ	ไม่มี (แห่ง)	ร้อยละ
1	การเปิดคลินิกบริการสุขภาพเกษตรกร 1 วันต่อสัปดาห์	0	0	8	100
2	ข้อมูลกลุ่มอาชีพในฐานะข้อมูลของหน่วยงานบริการสุขภาพ	0	0	8	100
3	ผลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกร/แรงงานในชุมชน	3	37.50	5	62.50
4	ผลการคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานและความเสี่ยงมิติอื่นๆ	6	75.00	2	25.00
5	รายงานผลการดำเนินงานให้หน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง	6	75.00	2	25.00
6	กิจกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม	0	0	8	100
7	การวินิจฉัยโรคและภัยจากการประกอบอาชีพ	0	0	8	100
8	การพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัย ในการดูแลสุขภาพเกษตรกร/แรงงานในชุมชนอย่างน้อย 1 เครือข่าย	0	0	8	100
9	การจัดเวทีคืนข้อมูลให้แก่เกษตรกร ชุมชน และ อปท. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	0	0	8	100
10	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่/ชุมชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน อสม.ด้านอาชีวอนามัย/กลุ่มอาชีพ	0	0	8	100
11	มีแผนงานโครงการดูแลสุขภาพเกษตรกร/แรงงานในชุมชนร่วมกับ อปท.	0	0	8	100
12	การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยจากการทำงานสำหรับผู้ประกอบการอาชีพในชุมชน	0	0	8	100
13	โครงการหรือกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากทำงาน	0	0	8	100

หมายเหตุ : มีกิจกรรม ข้อที่ 1-6 = มาตรฐานระดับเริ่มต้น มีกิจกรรม ข้อที่ 1-9 = มาตรฐานระดับดี
มีกิจกรรม ข้อที่ 1-13 = มาตรฐานระดับดีมาก

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของผู้อำนวยการ รพ.สต. ต่อการจัดการบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี 2556

ผู้อำนวยการ รพ.สต. ทุกแห่งมีความเห็นว่าการสื่อสารถ่ายทอดนโยบายการจัดการคลินิกสุขภาพเกษตรกรไม่มีความชัดเจน รพ.สต. ไม่มีความพร้อมในการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรร้อยละ 62.50 รูปแบบการจัดบริการคลินิกเกษตรกรส่วนใหญ่บูรณาการกับคลินิก

อื่นๆ (คลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) ร้อยละ 62.50 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรมากที่สุด คือ นโยบายและงบประมาณร้อยละ 100 รองลงมา ได้แก่ การติดตามนิเทศ บุคลากรไม่เพียงพอ สิ่งสนับสนุน (ชุดอุปกรณ์การตรวจสารเคมี/สื่อ) และความร่วมมือของหน่วยงานและประชาชนไม่ให้ความร่วมมือร้อยละ 87.50, 62.50, 50.0 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของผู้อำนวยการ รพ.สต. ต่อการดำเนินงานการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนปี 2556

ความคิดเห็น	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1. การถ่ายทอด สื่อสาร นโยบายการจัดการบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรสู่การปฏิบัติใน รพ.สต.		
- มีความชัดเจน	0	0
- ไม่มีความชัดเจน	8	100
2. ความพร้อมในการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร		
- มีความพร้อม	3	37.50
- ไม่มีความพร้อม	5	62.50
3. รูปแบบการให้บริการ		
- จัดเป็นคลินิกเฉพาะ	1	12.50
- บูรณาการกับคลินิกผู้มารับบริการทั่วไป	2	25.00
- บูรณาการกับคลินิก เบาหวาน /ความดัน	5	62.50
4. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร		
- นโยบาย	8	100.0
- งบประมาณ	8	100.0
- การติดตาม นิเทศ	7	87.50
- บุคลากรไม่เพียงพอ	5	62.50
- อื่นๆ (ความร่วมมือของหน่วยงาน/ประชาชนในพื้นที่)	4	50.0

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการ รพ.สต. สรุปได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการ รพ.สต.ต่อการจัดการบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร

ประเด็น	เนื้อหา
1. การสื่อสาร ถ่ายทอดนโยบาย	ผู้อำนวยการ รพ.สต. ทุกแห่ง ได้บอกเล่าถึงการถ่ายทอดนโยบายการจัดการบริการคลินิกเกษตรกรให้ รพ.สต. ถ่ายทอดนโยบายล่าช้าและการสื่อสารไม่ชัดเจน ดังจะเห็นได้จาก “บู้ (ไม่รู้) ว่ามีนโยบายเรื่องการจัดการคลินิกเกษตรกรใน รพ.สต. มาก่อนจึงไม่ได้เขียนโครงการฯ” “ปีนี้ (ปี 56) มีนโยบายการจัดการคลินิกสุขภาพเกษตรกรมา นโยบายก็ไม่ชัดเจน ได้รับการชี้แจงจาก สสจ. ล่าช้า ยังบู้ว่าจะหื้อทำอะไร (ยังไม่รู้ว่าจะให้ทำอะไร)”
2. ความพร้อมต่อการ จัดการบริการคลินิก สุขภาพเกษตรกร	- รพ.สต. มีความพร้อมในการดำเนินงานฯ 3 แห่ง ดังจะเห็นได้จากคำกล่าว ดังนี้ “นโยบายนี้ดี เกษตรกรได้ประโยชน์ รพ.สต. ให้บริการแก่เกษตรกรอยู่แล้ว บ (ไม่) เป็นภาระหรือเพิ่มงาน” “บ (ไม่) เป็นภาระ การมีคลินิกเฉพาะก็ดีเหมือนกัน ชาวบ้านจะได้รู้ (รู้) ว่าหมู่บ้านตนเองมีปัญหาการเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช” “บ (ไม่) เป็นภาระเพราะคนไข้เยอะ เครื่องปั่นเลือดก็มีอยู่ ทำได้ ตำบลนี้เป็นตำบลจัดการสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือกันดี” - รพ.สต. ไม่มีความพร้อมในการดำเนินงานฯ 5 แห่ง ดังจะเห็นได้จาก “หื้อ (ให้) จัด ก็จัดได้ แต่ทำหื้อเจ้าหน้าที่อดขึ้นฝอง (เหนื่อยเพิ่มขึ้นบ้าง) แต่บ เป็นหยัง (แต่ไม่เป็นไร) ขอหื้อ (ให้) ช่วยสนับสนุนทั้งในด้านวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ สนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์สาริตหื้อ (ให้) มันเหมาะสมกับก้านเป็น (การเป็น) รพ.สต. ต้นแบบคลินิกสุขภาพเกษตรกรของจังหวัด 1 รพ.สต./1 จังหวัด” “โดนลือกหื้อ (ให้) ทำก็จำเป็นทำ ท่านสสจ. ขอหื้อ (ให้) ทำก็บู้ว่าจะไค (ไม่รู้จะพูดอย่างไร) รพ.สต. ของเฮา (เรา) บู้พร้อม (ไม่มีความพร้อม) เจ้าหน้าที่ก็มีกันแค่ (มีเพียง) 2 คนตั้งวันนี้ก็บ้น (ทำงานทุกวันนี้ก็ไม่ทัน)”
3. ปัญหา อุปสรรค ของการจัดการคลินิก สุขภาพเกษตรกร ใน รพ.สต.	ผู้อำนวยการ รพ.สต. ทุกแห่ง เห็นว่านโยบายการดำเนินงานจัดการบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรจากสำนักโรคฯ ไม่ชัดเจน และสสจ. ถ่ายทอดนโยบายล่าช้าทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังจะเห็นได้จาก “ถ้านโยบายชัดเจนก็ทำหื้อ (ทำให้) การทำงานในพื้นที่ได้ง่าย งบประมาณก็มีมาหื้อยะ (ให้ทำ) กิจกรรมต่าง ๆ ในพื้นที่ได้ นโยบายสั่งให้ทำแต่บมี (ไม่มี) การสนับสนุนอะหยังเลย (อะไรเลย) ก็ทำงานตามศักยภาพเท่าที่เรามีเต้าอัน (เท่านั้น)” “อะหยังก็บชัดเจน (อะไรก็ไม่ชัดเจน) ถ้ามจังหวัด จังหวัดก็บมีอะหยังหื้อ (ไม่มีอะไรให้) มีแต่หนังสือขอความร่วมมือจาก สคร. และของสำนักโรคฯ” “บชัดเจนทั้งด้านนโยบายและงบประมาณทำหื้อ (ทำให้) เจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่ทำงานลำบาก” “เงินที่ใช้ในการจัดการคลินิกเกษตรกรโดยตรงไม่มี คงใช้เงินจากกองทุนสุขภาพตำบล” “ทำงานลำบากงบประมาณไม่มีเลย การใช้เงินของ รพ.สต. ถ้าไม่มีโครงการรองรับก็ใช้เงินไม่ได้”

ตารางที่ 3 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการ รพ.สต.ต่อการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร (ต่อ)

ประเด็น	เนื้อหา
3. ปัญหา อุปสรรคของการจัดคลินิกสุขภาพเกษตรกรใน รพ.สต.	ปัญหาด้านบุคลากร การติดตามนิเทศและประชาชนไม่ตระหนักในการดูแลสุขภาพ ดังจะเห็นได้จาก “เจ้าหน้าที่มี 2 คนดีเป็นพยาบาล นอกนั้นเป็นลูกจ้าง งานเยอะมาก ทั้งงานนโยบาย ปัญหาของพื้นที่ อยู่อนามัยงานของชุมชน บ่ไปก็บ่ได้ (ไม่ไปก็ไม่ได้) จะบ่ (ไม่) ได้ใจชาวบ้าน” “องค์ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีทางการเกษตรบ่ (ไม่) ค่อยมี ถึงมีมันก็บ่ (ไม่) ทันยุค ทันสมัย ควรจะฟื้นฟูความรู้หื้อ (ให้) บุคลากรของ รพ.สต. ” “ให้ไควต้าเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ได้เข้าอบรมบ้าง มีการอบรมเมื่อใดบ่ (ไม่) เคยได้ไป แต่เวลาหื้อ (ให้) ทำงานก็หื้อ (ให้) เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. เป็นคนทำ” “การนิเทศ ติดตาม ก็บ่มี บ่ว่าจากระดับไหน จังหวัดมานิเทศติดตามงานอื่น ๆ งานโรคจากการประกอบอาชีพาบ่เคยมี (ไม่เคยมี) “การนิเทศติดตามจากจังหวัด/เขต ก็บ่เคยมี เพิ่งจะเห็นมีครั้งนั้นเท่านั้น” “ประชาชน ไม่ตระหนัก บ่ (ไม่) สนใจสุขภาพ สนใจแต่เรื่องจะหาเงินหื้อได้นัก ๆ (หาเงินให้ได้มาก) ชาวบ้านส่วนใหญ่บ่หื้อ (ไม่ให้) ความร่วมมือ ”

ถึงแม้ว่าการถ่ายทอดนโยบายจะไม่ชัดเจนและล่าช้า แต่พบว่าผู้อำนวยการ รพ.สต. 7 ใน 8 แห่ง เห็นว่านโยบายการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรเป็นนโยบายที่ดี เกษตรกรได้รับประโยชน์ และผู้อำนวยการ รพ.สต. 7 ใน 8 แห่งให้ความสำคัญในระดับมาก

จากการสอบถามและสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ในพื้นที่ศึกษา ประเด็นความต้องการหรือความคาดหวังที่อยากให้เกิดขึ้นในเรื่องนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร ใน รพ.สต. ดังนี้

1. กรมควบคุมโรค ควรจะผลักดันให้เป็นนโยบายในระดับที่สูงขึ้น คือเป็นนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานกระทรวงอื่น ๆ ด้วย เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) กระทรวงพาณิชย์ เป็นต้น

2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ควรเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา แนะนำทางด้านวิชาการ แก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด/อำเภอ/รพ.สต.ต้นแบบ (1รพ.สต./จังหวัด) ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินงาน

ตามนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรของ รพ.สต. และควรมีการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best practice ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

วิจารณ์

การถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางสู่พื้นที่

การดำเนินงานตามนโยบายจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในระยะเริ่มต้นของ รพ.สต. ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนในปี 2556 พบว่า รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง ไม่สามารถดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรตามมาตรฐานระดับเริ่มต้นได้เนื่องจากการสื่อสารถ่ายทอดนโยบายฯ จากหน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ) ไม่ชัดเจน ไม่มีการประชุมชี้แจง ถ่ายทอดนโยบายให้หน่วยงานผู้รับนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งสำนักโรคฯ ได้ทำหนังสือประสานความร่วมมือมายังสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (สคร. ที่ 1 เชียงใหม่) และ สสจ. 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ให้ดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรใน

รพ.สต. และทาง สคร.ที่ 1 เชียงใหม่ไม่ได้จัดประชุมชี้แจงถ่ายทอดนโยบายให้แก่ สสจ. เนื่องจากไม่มีงบประมาณ จึงได้ทำหนังสือแจ้งประสานขอความร่วมมือจาก สสจ.ทั้ง 8 จังหวัดให้ดำเนินงานฯ ซึ่งทาง สสจ.ได้ประสานงานพร้อมมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับนโยบายฯ ดังกล่าวไปปฏิบัติใน รพ.สต.จะเห็นได้ว่าการสื่อสาร ถ่ายทอดนโยบายจัดบริการคลินิกเกษตรกรใน รพ.สต. มีลักษณะสั่งการจากบนลงล่าง (Top down) รวมถึงการที่ รพ.สต.ไม่ได้รับทราบแนวทางในการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรทำให้ไม่มีความมั่นใจไม่แน่ใจว่าจะปฏิบัติอย่างไร รพ.สต.ทุกแห่งจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรเช่นเดียวกับคลินิกบริการทั่วไป นอกจากนี้ รพ.สต.ผู้รับนโยบายไปปฏิบัติไม่ได้เป็นหน่วยงานภายใต้การควบคุม กำกับของหน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย (กรมควบคุมโรค) รพ.สต.จึงให้ความสำคัญและเลือกดำเนินงานที่เป็นงานนโยบายของกระทรวง/นโยบายจังหวัดเป็นอันดับแรกในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพนั้น การสื่อสาร ถ่ายทอดนโยบายระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับหน่วยงานต่างๆ ที่รับนโยบายไปปฏิบัติจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง จากการศึกษาของพรทิพย์ ใจเพชร และคณะ⁽⁴⁾ ศึกษาการนำนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนสู่การปฏิบัติในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2555 พบว่ากระบวนการและขั้นตอนการนำนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่ระดับกรมควบคุมโรค เขต จังหวัด อำเภอจนถึงตำบลหน่วยงานส่วนใหญ่ถ่ายทอดนโยบายโดยใช้รูปแบบการประชุมและถ่ายทอดมีความชัดเจนครอบคลุมถึงระดับผู้ปฏิบัติทุกจังหวัด การศึกษาของ รัฐกร กลิ่นอุบล⁽⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคกลาง พบว่าปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างองค์กรต่างๆ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีไปปฏิบัติ การศึกษาของสันติ ทวยมีฤทธิ์ และคณะ⁽⁶⁾ ศึกษาการนำนโยบายสาธารณสุขด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์กร

บริหารส่วนตำบลในประเทศไทย พบว่าการสื่อสารภายในองค์กรและการสื่อสารภายนอกองค์การส่งผลต่อความสำเร็จ หรือล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติของ อบต. ความไม่พร้อมของพื้นที่ และ รพ.สต. ที่ถูกเลือกให้เป็นพื้นที่ดำเนินงาน

เนื่องจากนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรใน รพ.สต. เป็นนโยบายใหม่ที่ให้ดำเนินงานในปี 2556 หน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ) ไม่มีการแจ้งประสาน/ไม่มีการสื่อสารถึงผู้รับนโยบายไปปฏิบัติล่วงหน้าก่อนนำมาปฏิบัติ จึงพบว่า รพ.สต.ร้อยละ 62.50 ไม่มีความพร้อมในการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร รพ.สต.ทุกแห่งไม่มีการเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณและบุคลากร เพราะไม่ได้รับแจ้งข้อมูลข่าวสารล่วงหน้ามาก่อน จึงไม่ได้จัดทำโครงการรองรับการดำเนินงานฯ ทำให้ไม่มีงบประมาณ และบุคลากรที่มีอยู่ ไม่มีความมั่นใจในการดำเนินงานฯ เนื่องจากขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคและพิษภัยจากสารเคมีทางการเกษตร รวมถึงความไม่พร้อมด้านสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน เช่นชุดอุปกรณ์ตรวจหาสารเคมี สื่อประชาสัมพันธ์ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ ตักติชัยนันท์และคณะ⁽²⁾ พบว่าการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานอนามัย มีข้อจำกัดของบุคลากร การขาดแคลนทรัพยากร และเครื่องมือต่างๆ การจัดบริการอาชีวอนามัยจึงต้องเริ่มที่ความพร้อมของแต่ละหน่วยบริการสอดคล้องกับการศึกษาของ ยอร์น จิระนคร และคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาการประเมินผลการนำนโยบายมาตรการการควบคุมโรคชุกชุมกฤษฎาสู่การปฏิบัติในชุมชน กรณีศึกษา:อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสงขลา พบว่าการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชนยังน้อย ไม่ได้วางแผนเตรียมรับล่วงหน้า ทำให้ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณและการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ในการควบคุมโรคและสอดคล้องกับการศึกษาของ นภค ดวงจุฬพล⁽⁸⁾ ศึกษาสถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านการให้บริการอยู่ในระดับต่ำ ความพร้อมด้านปัจจัยนำเข้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ความรู้

ทัศนคติ ทักษะความพอเพียงของเจ้าหน้าที่การบริหารจัดการด้านข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหาอุปกรณ์เครื่องมือเงินสนับสนุนและนโยบายเป้าหมาย) ดังนั้นหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควรมีระยะเวลาในการสื่อสารถึงระดับผู้นำนโยบายไปปฏิบัติลงหน้าเพื่อให้มีระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมสำหรับการวางแผน จัดเตรียมและบริหารจัดการทั้งด้านงบประมาณ/บุคลากร เพราะเป็นงานที่เพิ่มจากงานภารกิจประจำ เนื่องจากความพร้อมของ รพ.สต. เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ โดยต้องมีความพร้อมด้านโครงสร้างหน่วยงาน ด้านทรัพยากร (อัตรากำลัง เครื่องมือ เครื่องใช้ งบประมาณ) และด้านสมรรถนะของหน่วยงานด้านการบริหารจัดการ

ศักยภาพและภาระงานของบุคลากร

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร พบว่า รพ.สต. ทุกแห่งมีบุคลากรไม่เพียงพอ โดยพบว่า รพ.สต. มีบุคลากร 2-5 คน/แห่ง ทำให้ภาระงานที่ปฏิบัติไม่สอดคล้องกับอัตรากำลังที่มีอยู่จริง⁽⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติวรดา อัครภานุวัฒน์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือภาระงานหนักเนื่องจากบุคลากรไม่ครบตามกรอบอัตรากำลัง ควรเพิ่มบุคลากรให้เหมาะสมตามโครงสร้างอัตรากำลัง และสนับสนุนอุปกรณ์การปฏิบัติงานอย่างพอเพียง สอดคล้องกับการศึกษาของเศกสันต์ ชานมณีรัตน์และคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาการประเมินความรู้ ความคิดเห็นและผลการดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของหัวหน้าสถานีอนามัยในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 พบว่าประเด็นปัญหาที่สำคัญคือปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานตามนโยบาย รพ.สต. บุคลากรขาดขวัญกำลังใจเนื่องจากภาระงานที่มากขึ้น ตลอดจนบุคลากรไม่มีความมั่นใจในองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจากการประกอบอาชีพ เนื่องจากตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาไม่เคยได้รับการฟื้นฟูองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันทน์และคณะ⁽²⁾ พบว่าการจัดบริการอาชีวอนามัยใน

สถานีอนามัย มีข้อจำกัดของบุคลากร พื้นความรู้ด้านอาชีวอนามัย

การติดตามนิเทศงานในระยะแรกของการดำเนินงาน

รพ.สต. ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการติดตาม นิเทศงานจาก สสจ./สสอ. จากการศึกษานี้มี รพ.สต. เพียง 1 แห่งเท่านั้นที่ได้รับการติดตาม นิเทศงานจาก สสจ. จึงทำให้ รพ.สต. ส่วนใหญ่ดำเนินงานไปตามศักยภาพเท่าที่มีอยู่ และทำเฉพาะกิจกรรมที่เคยปฏิบัติ เช่น การเจาะเลือดตรวจหาสารเคมีตกค้าง การให้บริการตรวจรักษาเบื้องต้น การให้สุขศึกษาและรณรงค์ประชาสัมพันธ์เท่านั้น ผู้อำนวยการ รพ.สต. ส่วนใหญ่ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการติดตาม นิเทศงานจากหน่วยงานระดับเขต/จังหวัดแสดงให้เห็นว่างานนั้นมีความสำคัญหน่วยงานระดับเขต/ระดับจังหวัดจึงให้ความสนใจติดตาม ควบคุมกำกับงาน จากการศึกษาของกล้า ทองขาว⁽¹²⁾ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ประกอบด้วย การสนับสนุนจากส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น มาตรการควบคุม ประเมินผลและการกระตุ้นส่งเสริม การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้มากที่สุด การศึกษาของพรทิพย์ ใจเพชร และคณะ⁽⁴⁾ พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานได้แก่ การให้ความสำคัญของผู้บริหารในระดับจังหวัด ซึ่งเป็นผลให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับรองลงมาให้ความสำคัญและจะส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานในภาพรวมสอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันทน์ และคณะ⁽²⁾ พบว่าปัจจัยความสำเร็จส่วนหนึ่งมาจากสาธารณสุขอำเภอที่มีนโยบายสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยเป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาการศึกษาของวัชรินทร์ สุทธิสัย และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าปัจจัยภายในที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับค่อนข้างมากคือ ความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบายและด้านการติดตาม การดำเนินงานจะเห็นว่าการติดตาม ควบคุม กำกับ การดำเนินงานของหน่วยงานตามสายการบังคับบัญชาในแต่ละระดับ เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงานทั้งนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ ควรให้ความสำคัญและควรมีการติดตามการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อรับทราบผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค

ในการดำเนินงานตามนโยบายฯ และการที่รพ.สต. ไม่สามารถจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมตามมาตรฐานระยะเริ่มต้นได้นั้น เนื่องจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและ สคร.ที่ 1 เชียงใหม่ ซึ่งเป็นสำนักวิชาการในส่วนภูมิภาคของกรมควบคุมโรคยังขาดรูปธรรมที่ชัดเจนในการสนับสนุนและขับเคลื่อนการนำนโยบายไปปฏิบัติ และไม่มีการติดตาม กำกับ แก้ไขปัญหาซึ่งส่งผลกระทบต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติของ รพ.สต. จากการศึกษาพบว่าปัญหา อุปสรรคของการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมในระยะเริ่มต้นของ รพ.สต. ในพื้นที่ศึกษา คือ ปัญหาด้านสมรรถนะของหน่วยงานที่รับนโยบายไปปฏิบัติ ปัญหาขาดการกำกับ ติดตาม ควบคุมของหน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย และปัญหาด้านความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดไม่ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายเท่าที่ควร จึงส่งผลให้การดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมในระยะเริ่มต้นของ รพ.สต. ไม่ได้ตามมาตรฐาน

อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการ รพ.สต. ทุกแห่งให้ความเห็นว่าการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมใน รพ.สต. เป็นนโยบายที่ดีเกษตรกรได้รับประโยชน์ทั้งนี้การพัฒนาในระยะเริ่มต้นของการนำนโยบายมาปฏิบัติจริงในรพ.สต. ต้องใช้เวลา และให้การสนับสนุน ส่งเสริมและพัฒนาขีดความสามารถของหน่วยงาน/บุคลากรที่ดำเนินงานตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ รพ.สต. มีความพร้อม และมีสมรรถนะที่เหมาะสมกับการเป็นรพ.สต. ต้นแบบในการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมของจังหวัด และใช้เป็นรูปแบบของการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมเพื่อขยายผลสู่ รพ.สต. ในพื้นที่ใกล้เคียง ถึงแม้ว่าในระยะเริ่มต้นของการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรม ในปี 2556 รพ.สต. ทั้ง 8 แห่งไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานในระดับเริ่มต้นได้แต่ในปี 2557 รพ.สต. ในพื้นที่ศึกษาสามารถจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมได้ตามมาตรฐานในระดับเริ่มต้น และมาตรฐานระดับดีซึ่งในปี 2557 ภาควิชาเวชการรพ.สต. เข้าร่วมดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมเพิ่มจำนวนเป็น 103 แห่ง

และในปี 2559 เข้าร่วมดำเนินงาน 540 แห่ง (ร้อยละ 48 ของ รพ.สต. ในพื้นที่)⁽¹⁴⁾ ถึงแม้ว่าการศึกษานี้ศึกษาในปี 2556 ซึ่งเป็นระยะแรกของการนำนโยบายไปปฏิบัติ แต่ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการนำนโยบายใหม่อื่น ๆ ก่อนการนำสู่การปฏิบัติ โดยการกำหนดนโยบายใดๆ ควรมีระดมความคิดเห็นจากหน่วยงานที่รับนโยบายไปปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย เพื่อร่วมระดมความคิดเห็นในการกำหนดมาตรการ แนวทางในการดำเนินงานฯ ในระยะแรกของการดำเนินงานหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควรมีการสนับสนุนด้านวิชาการงบประมาณและสิ่งสนับสนุน เช่น เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ให้เพียงพอ มีการติดตาม กำกับ กระตุ้นและส่งเสริมให้หน่วยรับนโยบายไปปฏิบัติได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายเป็นการเพิ่มพูนศักยภาพของหน่วยงานผู้รับนโยบายไปปฏิบัติแล้ว ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของเครือข่ายการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อการนำไปสู่ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

- หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควรประเมินความพร้อมของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ก่อนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่
- ควรมีการประเมินผล “การนำนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมไปปฏิบัติใน รพ.สต.” ในภาพรวมของประเทศ ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 เพื่อนำไปวางแผน ปรับปรุง พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Plan-Do-Check-Act: PDCA) เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายสูงสุดของนโยบาย
- รูปแบบของการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมควรเป็นรูปแบบที่สามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
- การขยายผลในระยะแรกของการดำเนินงานตามนโยบายฯ ควรมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของ รพ.สต. ต้นแบบในพื้นที่ (1 รพ.สต./1 จังหวัด) ให้สามารถจัดบริการเพื่อตอบสนองการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนในการดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ รพ.สต.และบุคลากร รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง ที่ให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ขอขอบพระคุณ รศ.นพ.เกรียงไกร ศรีธนาวิญชัย ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นางบุษบง เจาทานนท์อดีตผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค ดร.วรรณภา สุวรรณเกิด นางอนงค์ศิลป์ ด่านไพบูลย์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และนางสาวนพพร ศรีผัด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ ที่ให้การปรึกษา แนะนำและสนับสนุนให้การศึกษา ครั้งนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข:คลินิกสุขภาพ เกษตรกร.พิมพ์ครั้งที่ 2 พฤษภาคม 2557. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557.
2. บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์, โสภภาพรณ จิรนิติศัย. การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถาน ออามัย สำหรับแรงงานนอกระบบ. วารสารกรม ควบคุมโรค 2554; 37(1): 1-8.
3. คิมลักษ์ณ ดิธีสวัสดิ์เวทย์, พิไลลักษณ์ พลพิลา, พิเชษฐ์ โฉมเฉลา, จรรยาลักษณ์ เยษฐ์, โสภภาพรณ จิรนิติศัย, ฟาอิชะตะโย๊ะ. การพัฒนาการจัดบริการ อาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับแรงงาน นอกระบบ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 6 ขอนแก่น 2556; 20(2): 79-92.
4. พรทิพย์ ใจเพชร, ถวิล หนูวงศ์, สุรชาติ โกยกุลย์, รุจเนศ เรืองพุทธ. การนำนโยบายอำเภอควบคุม โรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน สู่การปฏิบัติในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2555. วารสารกรมควบคุมโรค 2556; 39(2): 155-66.
5. รัฐกร กลิ่นอุบล. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จใน การนำนโยบายการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีไป ปฏิบัติ: กรณีศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาค กลาง [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหา บัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
6. สันติ ทวยมีฤทธิ์, ปฐม มณีโรจน์, ภัทริยา สุมะโน, จารุรัตน์ แหยมกระโทก. การนำนโยบายสาธารณะ ด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้าน สุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย. วารสารการวิจัยทางธุรกิจและการบริหาร 2556; 1(1): 1-20.
7. ยอร์น จิระนคร, ทัศนีย์ พงศ์ไพบูลย์. การประเมินผล การนำนโยบายมาตรการควบคุมโรคชื้อคนคุณภาพสู่ การปฏิบัติในชุมชน กรณีศึกษา: อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสงขลา. วารสาร กรมควบคุมโรค 2556; 39(4): 334-44.
8. นภัต ดั่งจุมพล. สถานการณ์ระบบการให้บริการ อาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัด นครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหา บัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ; 2555.
9. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการให้บริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2552. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ บริท ที่ คิว พี จำกัด; 2552.
10. จีตติวรา อัครภาณุวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา ระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหา บัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช; 2555.
11. เสกสันติ ชานมณิรัตน์. การประเมินความรู้ความคิ ดเห็นและผลการดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลของหัวหน้าสถานอนามัยใน เขตตรวจราชการสาธารณสุขเขตที่ 5 [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.

12. กล้า ทองขาว.การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ: กรณีศึกษานโยบายเพื่อการรู้หนังสือแห่งชาติ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2534.
13. วัชรินทร์ สุทธิชัย, ไชยา ยิ้มวิไล, วรเดช จันทรร. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายมหาวิทยาลัยราชภัฏไปปฏิบัติ: กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารช่อพะยอม 2555; 3(1): 51-65.
14. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่. รายงานสรุปผลการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานในชุมชน (กลุ่มอาชีพเกษตรกรรม); 2559. (เอกสารอัดสำเนา).