

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพ ด้วย 3 หมอ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน จังหวัดสงขลา

District Health Board operating Pattern connected with the Implementation of 3-Healthcare
Team for Acute Ischemic Stroke Patient, Songkhla Province.

(Received: September 10,2024 ; Revised: September 21,2024 ; Accepted: September 22,2024)

มนมัย แคล้วคลอด¹

Manamai Khlaewkhlod¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอในการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน และแผนการพัฒนากการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างมี 3 ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 6 คนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน จำนวน 3 คน ทีม 3 หมอ จำนวน 7 คน ใช้ข้อมูลจากการประเมินตนเองการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอด้วย UCCARE และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-dept interview) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จัดกลุ่มตามประเด็น

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการดำเนินการครบถ้วนตามองค์ประกอบ UCCARE คะแนนผลการประเมินตนเอง เฉลี่ยเท่ากับ 3 มีการเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเรื้อรัง ได้แก่ การสะท้อนข้อมูลสุขภาพจากการดำเนินงานของ 3 หมอ ทำให้มีนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของเครือข่ายอำเภอชัดเจน การคัดเลือกประเด็นแก้ปัญหา เรื่องอาหารปลอดภัยซึ่งสนับสนุนการลดโรคจากการบริโภคอาหาร การสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอ ในโครงการ รู้ทัน โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตัน ในระยะเฉียบพลัน เข้าถึงการรักษาได้ทันเวลา และป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำได้

Abstract

The objectives of this qualitative research were to study of district health board (DHB) operating pattern connected with the implementation of 3-healthcare team for acute Ischemic stroke patient and study of health care plan for patient who risk to acute ischemic stroke. Sample group was divided 3 groups, district health board 6 persons, acute ischemic stroke patient 3 persons, 3-healthcare team 7 persons. Data were collected from self-assessment report of UCCARE, in-dept interview. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics and qualitative data were analyzed by content analysis.

The results found that district health board complete absolutely by UCCARE self-assessment report and average score was 3. District health board operating pattern connected with the implementation of 3-healthcare team for acute ischemic stroke patient were reflection health data to patient with diabetes/hypertension healthcare policy, one issue of district health board was safety food that support reduce risk to diabetes/hypertension, resource sharing for awareness stroke project.

Keywords: District health system, Acute Ischemic stroke, 3-healthcare team

บทนำ

ประเทศไทย ได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี 2550 เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงาน

ด้านสุขภาพของประเทศ องค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย¹ และ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ได้บัญญัติไว้ให้มี ระบบการแพทย์

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ปณฺมณฺมิตีมีแพทยเวทศาสตรครอบครวดูแลประชาชน
ในสัดส่วนที่เหมะสม²โดยมีการปฏิรูประบสสุขภาพ
ตามกรอบแนวคิด ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของ
องค์การอนามัยโลก (six building blocks of health
system หรือ 6BBs)เป็นแนวทางให้ระบบสุขภาพมี
ความเข้มแข็ง ด้วย 6 องค์ประกอบหลัก 1.การ
ออกแบบระบบบริการสุขภาพ (service delivery) 2.
กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) 3. ระบบ
ข้อมูลสารสนเทศ (health information systems 4.)
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (financing) 5. สื่่องค์ความรู้
(access to essential medicines) 6. ภาวะผู้นำและ
ธรรมาภิบาล (leadership /governance) โดยผลจาก
การบริหารจัดการ Building Block ทั้ง 6 นี้จะส่งผลให้
เกิด Intermediate outcome ได้แก่ การเข้าถึง
บริการ (Access) การเพิ่มการครอบคลุมการบริการ
(Coverage) คุณภาพบริการและความปลอดภัย
(Quality and Safety) อันจะส่งผลให้เกิดOutcome
ของระบบสุขภาพ 4 ด้าน คือ ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น
(Improve health) ตอบสนองความต้องการ
(Responsiveness)การป้องกันความเสี่ยงทางด้าน
สังคมและการเงิน หรือไม่ล้มละลายจากค่า
รักษาพยาบาล (Social and Risk protection) และ
เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ (Improved efficiency)³
ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพของ
ประเทศไทยมาโดยตลอด

ในปี 2561 รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอ(พขอ.)⁴ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนา
คุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปใน
ทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบ
และมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกัน
ระหว่าง หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาค
ประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการ
มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ตามหลักการ
“พื้นที่เป็นฐาน มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยให้ทุก
ภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วม ให้ความสำคัญกับการ
ส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพควบคู่กับการ
พัฒนาระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไก

ของเครือข่ายที่ประสานงานสร้างความร่วมมือกัน
จังหวัดสงขลามีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พขอ.
ตั้งแต่ปี งบประมาณ 2559 ตามนโยบายกระทรวง
สาธารณสุข มีการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และ
สุขภาพชุมชน ตามองค์ประกอบ UCCARE ซึ่ง
สอดคล้องกับกรอบแนวคิดกับการพัฒนาระบบ
สุขภาพของประเทศ มุ่งเน้นการทำงานร่วมกับภาคี
เครือข่าย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เมื่อประกอบ
กับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประชาชนคนไทยมี
หมอประจำตัว 3 คน หมอคนที่ 1 คือ อสม. หมอคนที่
2 คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่
ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการ หมอคนที่ 3 คือ หมอ
ครอบครัว หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์
เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการได้อย่าง
ทั่วถึง ไร้รอยต่อ เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของการดูแล
ประชาชนของ 3 หมอ และคุณค่าของงานปณฺมณฺมิตี
จังหวัดสงขลาจึงได้จัดเก็บข้อมูลปี 2566 ระหว่าง
เดือน มกราคม-กรกฎาคม ในพื้นที่เป้าหมาย(1
catchment area ประชากร 10,000 คน)ในทุกอำเภอ
พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะ
เฉียบพลันเข้าถึงห้องฉุกเฉินภายใน 60 นาที (onset
to ER ภายใน 60 นาที) ได้ร้อยละ 41.05 (เป้าหมาย
ร้อยละ 80)⁵ มีอำเภอ 1 แห่ง ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ ร้อยละ
100 จากการศึกษาผลการพัฒนาระบบการจัดการดูแล
ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้กลไกคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยรวม มีความ
ร่วมมือในระดับสูง⁶ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
เฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและ
หลอดเลือดของตำบลเทพคีรี อำเภอนาวัง จังหวัด
หนองบัวลำภู⁷ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม อาสาสมัครมี
ความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ผลลัพธ์ของ
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดย
ประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและ
ชุมชน⁸พบว่า การประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอ
ครอบครัว และชุมชน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่า การไม่ได้รับการประสาน
ความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน จึง
สนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

อำเภอ(พชอ.) ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ในพื้นที่อำเภอแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นอำเภอที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาร้อยละ 100

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแผนการพัฒนาก้าวเข้าสู่บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอ ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ใช้แหล่งข้อมูล จากข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ข้อมูลการบันทึกการประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE ผลการตรวจราชการระบบสุขภาพปฐมภูมิรอบปกติ ครั้งที่ 2/2566 ข้อมูลปฐมภูมิ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-dept interview) เลือกคัดเลือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมแบบเจาะจงได้แก่ 1.คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) 2.ทีม 3 หมอ 3.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเฉียบพลันที่เข้ารับรักษาแล้วได้ทันเวลาภายในเวลา 60 นาที(onset to ER 60 นาที) จำนวนทั้งหมด 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) รายงานผลการประเมินตนเองในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ตามแนวทาง UCCARE ซึ่งประกอบด้วย

U: unity team คือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ

C: customer focus คือ การทำให้ประชาชนมีสุขภาวะดีขึ้น

C: community participation คือ การมีส่วนร่วมของ เครือข่ายและชุมชน

A: appreciation คือ การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

R: resource sharing and human development คือ การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร

E: Essential care คือ การให้บริการสุขภาพตามที่จำเป็น

2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก มีทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในปี 2565-2566 ตามองค์ประกอบ UCCARE ที่เกี่ยวข้องกับ ระบบสุขภาพอำเภอ 2) แบบการสัมภาษณ์ หมอคนที่ 1 เป็น อสม.ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเฉียบพลันเป้าหมาย ใช้คำถามปลายเปิด 3) แบบสัมภาษณ์ หมอคนที่ 2 และ 3 เป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ แพทย์ ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเฉียบพลัน ใช้คำถามปลายเปิด 4) แบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเฉียบพลัน ใช้คำถามปลายเปิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ข้อมูลทั่วไปจากการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประสบการณ์การอบรม ประสบการณ์การทำงาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่จำนวน ร้อยละ

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตามประเด็นสำคัญในการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับใบรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ระดับจังหวัด ของจังหวัดสงขลาแล้ว หมายเลขรับรอง 51/2567

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 6 คน เข้าร่วมในการศึกษาเป็นเพศชาย 3 คน เพศหญิง 3 คน อยู่ในช่วงอายุ 45 – 65 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการ ส่วนใหญ่เป็นมาแล้วมากกว่า 2 ปี

2) ทีม 3 หมอ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 44 – 57 ปี ระดับการศึกษา หมอคน

ที่ 1 วุฒิกศศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี หมอคนที่ 2 และ หมอคนที่ 3 การศึกษา ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งหมดทำงานในชุมชน ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป

3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 คนที่เข้าร่วมในการศึกษา เป็นเพศชาย 2 เพศหญิง 1 คน อายุมากกว่า 60 ปี ทั้ง 3 คน อายุเฉลี่ย 70 ปี ทั้ง 3 คนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโรคเบาหวานร่วมด้วย 1 คน และมีไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย 1 คน ทั้ง 3 คนเมื่อมีอาการนำของการโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน มาถึงโรงพยาบาลได้ภายในเวลา 60 นาที เข้าถึงการรักษาทันท่วงที หลังจากได้รับการรักษา และฟื้นฟูสภาพ ในการเยี่ยมติดตามเป็นเวลา 6 เดือน ผู้ป่วย 3 คน กลับมาเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ และไม่ถูกส่งกลับโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดเป็นซ้ำ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นสำคัญจากการประเมินผลตนเองตามแนวทาง UCCARE และการสัมภาษณ์เชิงลึก

1) ผลการศึกษา รูปแบบการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามองค์ประกอบ UCCARE

การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้มีการประเมินตนเอง ในโปรแกรม CL UCCARE มีการบันทึกได้ครบทุกองค์ประกอบ สรุปคะแนนผลการประเมินได้ 3 ผ่านตามตัวชี้วัด ของงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผลวิเคราะห์

U: Unity team คือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ที่มี

บทบาท ได้แก่ กำหนด แผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ติดตาม สนับสนุน ช่วยเหลือให้มีการขับเคลื่อนตาม แผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ โดยการประชุมคณะกรรมการฯ 3 เดือน/ครั้ง การประสานงานกับภาครัฐ เอกชน มีทั้งภายในและภายนอกอำเภอ มีการประสานงานกันอย่างเป็นทางการและการประสานแนวราบ เพื่อให้เกิดการรับรู้ เข้าใจปัญหา และนำนโยบายไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นายอำเภอซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ให้ความสำคัญมีการติดตามงาน พชอ. ในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการทุกเดือน

C: customer focus คือ การทำให้ประชาชนมีสุขภาวะดีขึ้น มีการทำงานของทุกภาคส่วนร่วมกับชุมชน สื่อสารให้ประชาชน รู้ว่า ควรดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม อย่างไร ให้มีสุขภาพดี ปลอดภัย ผ่านการประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การประชุมหมู่บ้าน ซึ่งจัดขึ้นทุกเดือน เป็นช่องทางให้คนในชุมชน ได้มารับรู้ข้อมูล ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน สะท้อนข้อมูล ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีหอกระจายข่าว ป้ายประกาศ การเฝ้าระวังโรค มีการสื่อสารทางไลน์กลุ่มหมู่บ้าน ในกลุ่มประชาชนเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มเปราะบาง กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มติดบ้านติดเตียง ติดต่อกันโดยตรง กับ อสม.ที่รับผิดชอบ ทั้งทางโทรศัพท์ หรือทาง ไลน์

C: community participation คือ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้ประชุม ร่วมกันเพื่อเลือกประเด็นการพัฒนา โดยเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามา คืบข้อมูลการทำงานในชุมชน ได้แก่ สาธารณสุข อำเภอ โรงพยาบาล เทศบาล อบต. พัฒนาชุมชน และตัวแทนจากพื้นที่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ซึ่งทุกฝ่ายมีความเห็นร่วมกันว่า ประเด็นปัญหาของอำเภอ ที่ต้องขับเคลื่อนการทำงานด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ อาหารปลอดภัย การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม การดูแลกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยติดเตียง ในทั้ง 3 ประเด็นนี้ ได้แต่งตั้ง

คณะกรรมการจาก ภาศึเครือข่าย จากภาครัฐ เอกชน ขับเคลื่อนการทำงาน

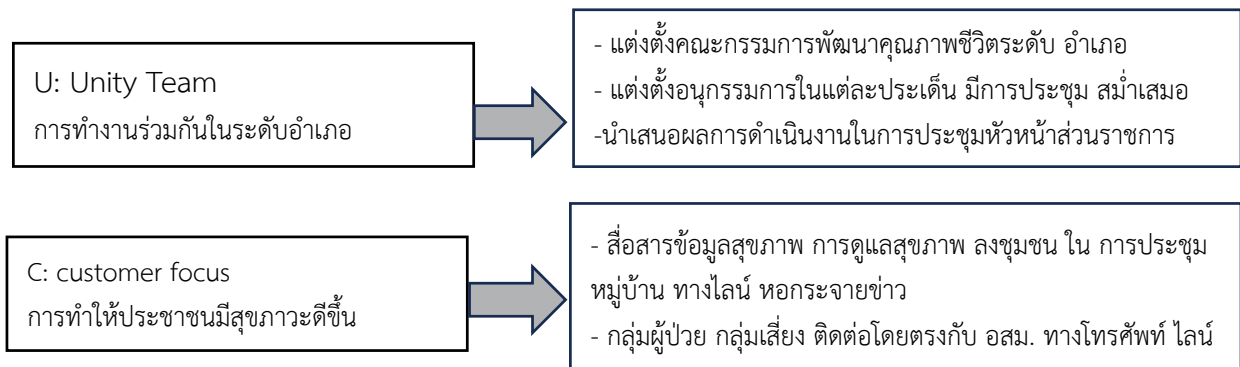
A: appreciation คือ การดูแลพัฒนา และ สร้างความพึงพอใจ ให้กับ ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ด้วยการ จัดประชุมคณะกรรมการ คณะกรรมการ สรุปลผลการดำเนินงาน ขอบคุณ ชื่นชม ผลการทำงาน ในเรื่องที่เป็นประเด็นปัญหาในพื้นที่ สนับสนุนให้เพิ่ม ศักยภาพให้ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ การอบรม อสม.เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน การตรวจวัดความ ดันโลหิตที่บ้าน ให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดันไม่ได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแล รับผิดชอบคลินิกเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้เข้าร่วมประชุม ใน คณะกรรมการโรคติดต่อไม่เรื้อรังของอำเภอทุกครั้ง ได้รับข้อมูล ความรู้ อย่างสม่ำเสมอ แต่ การสร้าง แรงจูงใจ หรือสร้างความผูกพัน เพื่อให้เห็นคุณค่าการ ทำงานยังปรากฏให้เห็นไม่ชัดเจน

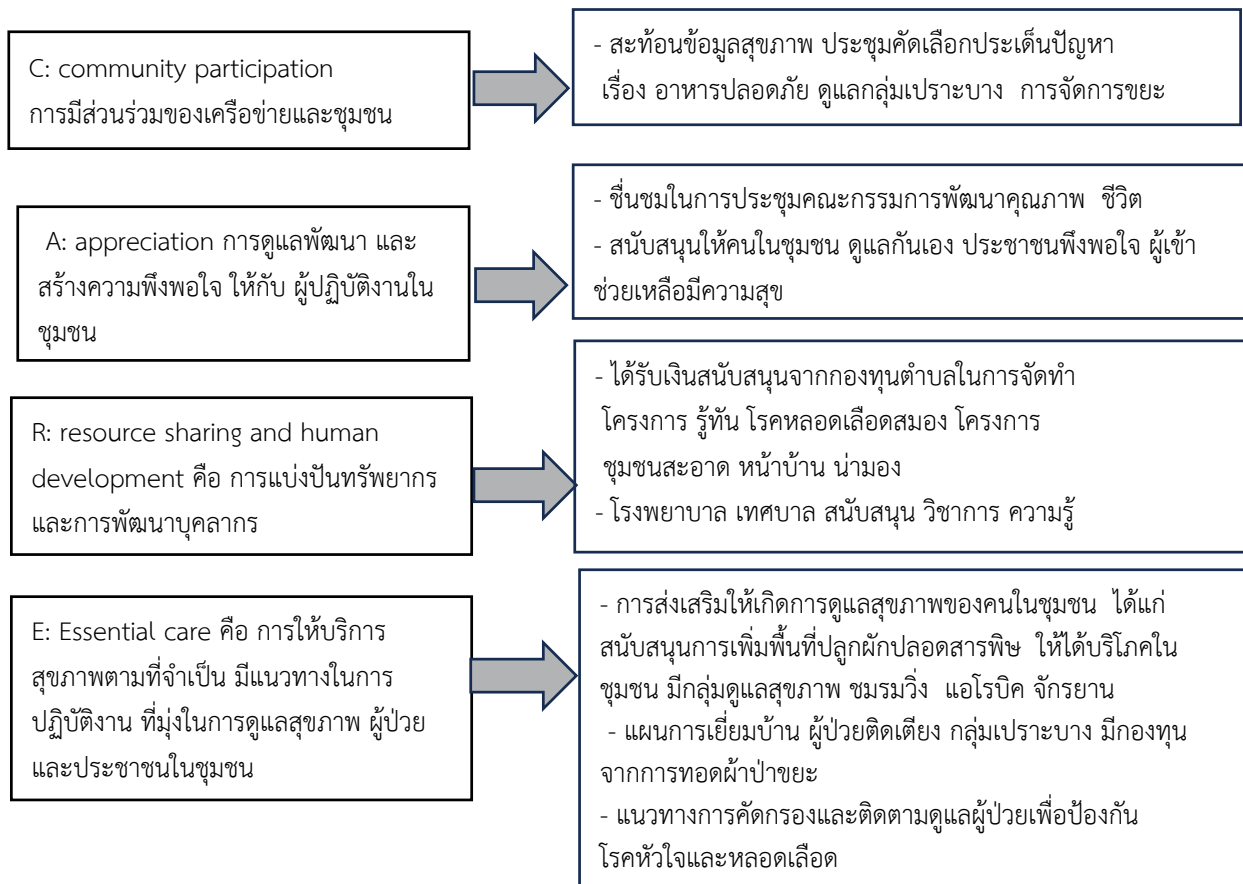
R: resource sharing and human development คือ การแบ่งปันทรัพยากรและการ พัฒนาบุคลากร พบว่า ในการดำเนินกิจกรรมตาม ประเด็นปัญหาทั้ง 3 ประเด็น มีการใช้ทรัพยากร ร่วมกัน ทั้ง คน เงิน และสิ่งของร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พัฒนา ชุมชน เกษตรอำเภอ เทศบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนตำบล ใน การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ มีโครงการ รู้เท่าทันโรคหลอดเลือดสมอง มีกิจกรรม ฝึกอบรม อสม.ให้มีความรู้เรื่องโรค การป้องกันโรค

ตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การจัดซื้อเครื่องวัด ความดันโลหิต/เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด ไว้ในชุมชน การจัดซื้อเครื่องตรวจวัดปริมาณน้ำตาล/ไขมันใน อาหาร จัดทำสติ๊กเกอร์แจ้งเตือนอาการที่ต้องเฝ้าระวัง โรคหลอดเลือดสมอง ติดไว้ที่บ้านผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรค โครงการชุมชนสะอาด หน้าบ้าน นามอง เพื่อให้ประชาชนดูแลความสะอาดรอบบ้าน ปลุก ผักปลอดสารเคมีไว้รับประทานในครัวเรือน

E: Essential care คือ การให้บริการสุขภาพตามที่ จำเป็น มีแนวทางในการปฏิบัติงาน ที่มุ่งในการดูแล สุขภาพผู้ป่วยและประชาชนในชุมชน การดูแลผู้ป่วยที่ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แนว ทางการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนสู่ โรงพยาบาล กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้เรื่อง การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สูงสุด มีการจัดตั้งชมรมการออกกำลังกาย ชมรมแอโร บิค ชมรมจักรยาน ผู้ที่เข้าร่วมในชมรมส่วนใหญ่เป็นผู้ มีสุขภาพดี ผู้ป่วยเรื้อรังเข้าร่วมเป็นสมาชิกน้อยด้วย ภาวะโรค และยังขาดการสนับสนุนการจัดกลุ่มออก กกำลังกายสำหรับผู้ป่วย การดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อการ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้ความรู้ใน การคัดแยกขยะในชุมชน การรณรงค์ให้เป็นอำเภอ ปราศจากโฟมบรรจุอาหาร ลดใช้ถุงพลาสติกในชุมชน การให้ชุมชนเข้าร่วมโครงการชุมชนสะอาด หน้าบ้าน นามอง ดูแลสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้าน/พื้นที่สาธารณะ เพิ่มพื้นที่ปลูกผักปลอดสารเคมีไว้บริโภคมีเหลือ จำหน่าย มีตลาดสีเขียวในโรงพยาบาลจำหน่ายพืชผัก อาหารปลอดภัยที่ผลิตในชุมชน

สรุปผลการศึกษารูปแบบการดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
องค์ประกอบ การขับเคลื่อน





2) ผลการศึกษา การดูแลและป้องกันภาวะโรค หลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ระยะเฉียบพลันด้วย 3 หมอ การดูแลเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง โดย 3 หมอ เริ่มจากการมีนโยบายที่ชัดเจน มี ข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่ม ป่วย กลุ่มที่ภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงต่อการเกิดโรค กำหนดบทบาทหน้าที่ ของ 3 หมอ และมีการเชื่อมโยง และส่งต่อข้อมูลกัน

หน่วยงานได้จัดทำโครงการรู้เท่าทัน โรคหลอดเลือด สมอง จัดอบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้าน สอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อมีอาการที่สงสัย ให้ เข้าถึงโรงพยาบาลด้วย 1669 หรือสอบถามอาการ สงสัยโดย โทรปรึกษาเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. ได้ มีการ ติดตามกลุ่ม CVD risk โดย ส่งข้อมูลให้ หมอคนที่ 1 ติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน ถ้าผลการตรวจมี ความผิดปกติ ควบคุมไม่ได้หมอคนที่ 2 ลงไปดูแล ถ้า มีปัญหาซับซ้อนส่งต่อข้อมูลให้หมอคนที่ 3 ที่เป็น

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว วางแผนการรักษา กลุ่มที่ ต้องเยี่ยมบ้าน พยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จะคัด กรองว่า ผู้ป่วยกลุ่มไหนที่มีความจำเป็นต้องมีการ เยี่ยมบ้าน แจ้งโรงพยาบาล ประสานทีมลงเยี่ยม ประโยชน์ในการติดตามผู้ป่วยลงครัวเรือน ได้ ดูแล ผู้ป่วย ญาติ ค้นหาปัญหาที่แท้จริง

การส่งต่อข้อมูลในการติดตาม ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ใน app CVD risk มี แบบฟอร์มการติดตามเยี่ยมบ้านที่หมอคนที่ 3 สร้าง ขึ้น และหมอคนที่ 3 ออกตรวจให้บริการในคลินิกโรง เรือรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ สัปดาห์ละ 1 วัน ช่วง เช้าอยู่คลินิก ช่วงบ่าย ออกเยี่ยมบ้านกับทีมสห วิชาชีพ เยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยง ควบคุม ความดันโลหิตหรือน้ำตาลไม่ได้ หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นสถานที่ฝึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้วย มี แพทย์ลงชุมชนได้ต่อเนื่อง มีข้อมูลเป้าหมายทั้งหมด เข้าถึงได้ บริการได้ตลอดเวลา

3) การดูแลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันในระยะเฉียบพลันได้รับ ก่อนและหลังการเกิดโรค ผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ได้เข้ารับการรักษาศูนย์คลินิกโรคเบาหวาน/ความดัน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลจาก หมอคนที่ 1 คนที่ 2 และคนที่ 3 มาตลอดโดยหมอคนที่ 1 ลงเยี่ยมบ้านวัดความดันทุกเดือน เมื่อมาคลินิกได้พบหมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3 ได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเอง คุมอาหาร ไม่เครียด และให้เฝ้าระวังอาการที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้ป่วยทั้งหมดบอกว่า รู้จัก 3 หมอเป็นอย่างดี ทั้ง อสม. เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำพื้นที่ ตระหนักถึงอาการเตือนในการโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องไปโรงพยาบาล เมื่อมีอาการเตือนจึงเข้ารับการรักษาทันเวลา

4) ข้อเสนอแนะ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันอย่างเฉียบพลัน ผู้ปฏิบัติงานในทีม 3 หมอ และผู้ป่วยให้ความเห็นว่า ควรให้องค์กรในชุมชนมีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพประชาชนให้มากขึ้น มีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกัน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

การดูแลสุขภาพด้วยทีม 3 หมอ

การพัฒนาสุขภาพของประชาชนและสุขภาพชุมชน ตามองค์ประกอบ UCCARE

- U - แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
 - แต่งตั้งอนุกรรมการในแต่ละประเด็น มีการประชุม สม่ำเสมอ
- C - สื่อสารข้อมูลสุขภาพ การดูแลสุขภาพ ลงชุมชน ในการประชุมหมู่บ้าน ทางไลน์ หอกระจายข่าว
 - กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ติดต่อกับ อสม. ทางโทรศัพท์ ไลน์
 - นำเสนอผลการดำเนินงานในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ
- C - สะท้อนข้อมูลสุขภาพ ประชุมคัดเลือกประเด็นปัญหา เรื่อง อาหารปลอดภัย ดูแลกลุ่มเปราะบาง การจัดการขยะ
- A - ชื่นชมในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
 - สนับสนุนให้คนในชุมชน ดูแลกันเอง ประชาชนพึงพอใจ ผู้เข้าช่วยเหลือมีความสุข
- R - ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนตำบลในการจัดทำโครงการ รู้ทัน โรคหลอดเลือดสมอง โครงการชุมชนสะอาด หน้าบ้าน นามอง
 - โรงพยาบาล เทศบาล สนับสนุน วิชาการ ความรู้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ได้รับการอบรมมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
- E - การส่งเสริมให้เกิดการดูแล สุขภาพของคนในชุมชน ได้แก่ การตรวจวัดไขมัน น้ำตาลในอาหารของร้านอาหารในชุมชน แนะนำความหวาน ความเค็มพอดี สนับสนุนการเพิ่มพื้นที่ปลูกผักปลอดสารพิษ ให้ได้บริโภคในชุมชน มีตลาดสีเขียวในโรงพยาบาล
 - แผนการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มเปราะบาง มีกองทุนจากการทอดผ้าป่าขยะ

การเฝ้าระวัง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน

- นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง จากเครือข่ายของอำเภอชัดเจน
- ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายเชื่อมโยง ส่งต่อ การบริการในทีม 3 หมอ
- มีแผนการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการวางแผนร่วมกันของทีม 3 หมอ
- มีช่องทางการสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายสื่อสารกับทีม 3 หมอ ได้สะดวก รวดเร็ว
- ทีม 3 หมอ ติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
- มีการสื่อสารอาการที่ต้องเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตันในระยะเฉียบพลัน พบมีการประสานความร่วมมือ ในการสะท้อนข้อมูลสุขภาพในเวทีการประชุมคณะกรรมการนำไปสู่นโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในระดับอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการใช้ข้อมูลคืนในที่ประชุม และชุมชน¹² การเลือกประเด็นของอำเภอ อาหารปลอดภัย การจัดการขยะ และการดูแลกลุ่มเปราะบาง มีกระบวนการและกิจกรรมที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอ แต่ขาดการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการติดตามเชิงคุณภาพและผลลัพธ์ตามประเด็นการขับเคลื่อน พชอ. ขาดการประเมินผลลัพธ์ในประเด็นปัญหาว่าได้รับการแก้ไขอย่างไร และคุณภาพชีวิตประชาชนดีขึ้นอย่างไร¹² มีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนตำบลในการจัดทำ โครงการรู้ทัน โรคหลอดเลือดสมอง มีแผนการดูแล กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน โดยทีม 3 หมอ บทบาทของชุมชนโดยหมอคนที่ 1 มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มอย่างชัดเจน ส่วนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กลับมีบทบาทน้อยในการขับเคลื่อนและสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชน¹¹ บางครั้งเมื่อพบว่าหมอคนที่ 1 เข้าไปให้ความรู้ในชุมชนแล้วถูกต่อต้าน อาจจะด้วยเป็นเพราะว่า ความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของคนใน

ชุมชนและผู้นำชุมชนยังมีน้อย จึงควรสนับสนุนให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งแกนนำชุมชน อสม. ภาครัฐและภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค สังเกตอาการผิดปกติ รับรู้ช่องทางช่วยเหลือเมื่อจำเป็น⁹

ข้อเสนอแนะ

1) ยกย่องและให้คุณค่าการทำงานของทีม 3 หมอ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน ขยายผลลงพื้นที่อื่นต่อไป

2) ใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ขับเคลื่อนลงสู่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับชุมชน/หมู่บ้าน ใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำข้อมูลสุขภาพ มาวางแผนการดูแลประชาชนทุกกลุ่ม

3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับชุมชน/หมู่บ้าน ร่วมกับประชาชนในพื้นที่ สร้างมาตรการชุมชน ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลประชาชนให้ปลอดภัยจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันในระยะเฉียบพลัน และโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญที่ควบคุมป้องกันได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูล ขอขอบคุณผู้บริหารและผู้ให้บริการปฐมภูมิ ผู้รับผิดชอบ ที่เก็บผลงาน และรายงานผล เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัย สร้างผลงานนี้ขึ้นมา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ.(2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. ม.ป.ท.
2. สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ.(2563). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์ บริษัท พี เพรส จำกัด.
3. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [internet]. Geneva: WHO Document Production Services; 2010 [cited 2022 Nov 11]. Available from:https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf.
4. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2561). คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561.ม.ป.ท.
5. เอกสารตรวจราชการและนิเทศงานจังหวัดสงขลา กรณีปิดติรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2567.(2566). ม.ป.ท.

6. อารมณ ร่มเย็น.(2565). ผลของการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 3(15), 302-314/<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/259893>.
7. ปัญญา พลศักดิ์.(2564). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 40-45.
8. วราภรณ์ ยุบลพันธ์ และ นิตยา สารคุณ.(2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของตำบลเทพศิรี อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 2(1), 49-56.
9. อุเทน สุทิน.(2565). ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
[/https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:307522](https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:307522)
10. เพ็ญภา ศรีหริ่ง, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, เตือนใจ ภูสระแก้ว, พิทยา ศรีเมือง, รุจิราลักษณ์ พรหมเมือง, ไพฑูรย์ พรหมเทศ และคณะ. การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคนโยบายสามหม้อในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 17(3), 388-408.<https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5931/hsri-journal-v17n3-p388408.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. ฌณาธิปว์ ศิริภักกุลวัฒน์, ขญานิศ บุตรดี และ ฌฐวศาร รุ่งแจ้ง. ตำบลบ้านดงเข้มแข็งในการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. โรงพยาบาลอุบลรัตน์.
[/https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/255911291525545619_ED6s4xZQxYMVCPbl.pdf](https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/255911291525545619_ED6s4xZQxYMVCPbl.pdf)
12. ฌนัต ไบยา และ ยุพิน แดงอ่อน(2564). การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 1(18), 59-68.