

รายงานวิจัย

Research Articles

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพในชุมชนเมือง
โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทีมหมอครอบครัว
Model Development in Urban Community Health Screening by
Village Health Volunteers and Primary Care Team

บริบูรณ์ รักษาแดน* วิโรจน์ วรรณภีระ* สุนันทา ภัคดีอำนาจ*
Boriboon Raksadaen* Wiroj Wannapira* Sunanta Pakdeeumnat*

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

*Department of Social Medicine and Primary Care Services, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok

Corresponding author e-mail address: boriboon.rsd@gmail.com

Received: October 5, 2021

Revised: April 22, 2022

Accepted: April 23, 2022

Abstract

Chronic non-communicable diseases (NCDs) are the number one health problems in the world and in Thailand. In 2018, Community Health Center, Mueang Phitsanulok District had 44,442 visits (19,725 patients), 60.3% of which were NCDs, leading to congestion of health care deliveries, poor access to screening services and low community participation. To provide an integrated care in urban area for reducing health service congestion and improving self-care for patients with NCDs was crucial. This participatory action research was conducted between January and December 2019 with the aim of developing a health screening model in urban communities by village health volunteers (VHVs) and family doctor teams. The study was conducted in 20 VHVs who voluntarily participated in the research and people aged 35 years and over who lived in the 4th family doctor team, Mueang Phitsanulok District, 135 people were randomly selected by drawing lots and agreeing to participate in the research. The numbers, percentages and median values (Q1, Q3) were presented. Comparing data between the first six months and the last six months with Wilcoxon signed rank statistics. The results obtained an appropriate community-based screening and monitoring model for blood pressure and blood sugar in the community that promoted accessibility of service recipients. The median number of visits (Q1, Q3) in the last six months increased statistically significantly [145.5 (138, 209) monthly and 254.5 (202, 314) visits per month, respectively ($p = 0.027$)]. Both service recipients and service providers (VHVs) were satisfied with the highest level. Therefore, this developed model should be used to measure clinical outcomes.

Keywords: community health screening, hypertension, diabetes mellitus, village health volunteers, family care team, urban health care

Buddhachinaraj Med J 2022;39(1): 31-45.

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2561 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อำเภอเมืองพิษณุโลก มีผู้รับบริการ 44,442 ครั้ง (19,725 คน) ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 60.3 ทำให้แออัด การเข้าถึงการคัดกรองน้อยกว่าเป้าหมาย ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพในชุมชนเมืองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และทีมหมอครอบครัว โดยศึกษาใน อสม. 20 คนที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยและประชาชนที่อายุ 35 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตทีมหมอครอบครัวทีมที่ 4 อำเภอเมืองพิษณุโลก 135 คนซึ่งสุ่มด้วยการจับฉลากและยินยอมเข้าร่วมวิจัย นำเสนอเป็นจำนวน ค่าร้อยละ และค่ามัธยฐาน (Q1, Q3) เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างการเข้ารับบริการ 6 เดือนแรกและ 6 เดือนหลังด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank ผลการศึกษาได้รูปแบบการคัดกรองและตรวจติดตามความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดในชุมชนที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ ค่ามัธยฐาน (Q1, Q3) ของจำนวนครั้งที่มารับบริการใน 6 เดือนหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [145.5 (138, 209) ครั้งต่อเดือนและ 254.5 (202, 314) ครั้งต่อเดือนตามลำดับ ($p = 0.027$)] โดยทั้งประชาชนผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (อสม.) พึงพอใจในระดับมากที่สุด จึงควรนำรูปแบบที่พัฒนามาว่าดผลลัพท์ทางคลินิกต่อไป

คำสำคัญ: การคัดกรองสุขภาพในชุมชน, โรคความดันโลหิต, โรคเบาหวาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ทีมหมอครอบครัว, บริการสุขภาพเขตเมือง

พุทธชินราชเวชสาร 2565;39(1): 31-45.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงพบได้เกือบหนึ่งพันล้านคนทั่วโลกและคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มเป็น 1.56 พันล้านคน สำหรับในประเทศไทยพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเกือบ 6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2561 และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 8,525 คนในปี พ.ศ. 2560¹⁻³ ส่วนสถานการณ์ของโรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิกในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2562 ประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน โดยสิ่งที่น่าเป็นห่วงคือเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากอายุที่มากขึ้นและจากการใช้ชีวิตแบบเนือยนิ่ง โรคอ้วน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ 35.6 หรือ 2.6 ล้านคน และบรรลุเป้าหมายในการรักษาเพียง 9 แสนคนหรือร้อยละ 18.8 ทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในประเทศไทยมีมากถึง 200 คนต่อวัน อีกทั้งคาดการณ์ว่า

จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2583 ซึ่งหากดูแลรักษาไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต การถูกตัดเท้าหรือขา⁴

ส่วนสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตเทศบาลนครเมืองพิษณุโลกในปี พ.ศ. 2562 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งและรองลงมาคือโรคเบาหวาน โดยพบผู้ป่วย 12,227 คนและ 4,613 คนตามลำดับ ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเทศบาลนครเมืองพิษณุโลกได้รับการดูแลด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยแบ่งเป็น 2 cluster คือ cluster ที่ 1 ประกอบด้วยทีมหมอครอบครัวทีมที่ 1, 2, 3 และ cluster ที่ 2 ประกอบด้วยทีมหมอครอบครัวทีมที่ 4, 5, 6, 7 ซึ่งแต่ละทีมจะดูแลประชาชน 10,000 คน โดยในปี พ.ศ. 2561 มีประชาชนในความดูแล 63,782 คน มีจำนวนผู้เข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ คลินิกหมอครอบครัว 19,725 คน (ร้อยละ 24) เข้ารับบริการเฉลี่ย 130 คนต่อวัน เข้ารับบริการ

ทั้งหมด 44,442 ครั้งหรือเฉลี่ย 2.25 ครั้งต่อคนต่อปี ในเขตเทศบาลนครเมืองพิษณุโลกจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5,641 คนมาใช้บริการคลินิกหมอมอครอบครัว 4,613 คนหรือร้อยละ 81.9 (เป้าหมายคือมากกว่าร้อยละ 90²) และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 9,680 คนและมาใช้บริการ 7,278 คนหรือร้อยละ 75.2 (เป้าหมายคือมากกว่าร้อยละ 90²) พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 16.6 และร้อยละ 60.6 ตามลำดับ (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 90²) กลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำร้อยละ 64.2 (เป้าหมายคือมากกว่าร้อยละ 90²) และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจติดตามระดับความดันโลหิตที่บ้านต่อเนื่อง 7 วันร้อยละ 7.4 (เป้าหมายคือมากกว่าร้อยละ 30²) จากการทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อช่วยควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงพบว่าเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังด้านสุขภาพในชุมชน (community empowerment) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สร้างเสริมพลังอำนาจหรือสร้างเสริมศักยภาพหรือสมรรถนะให้แก่บุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชนได้มีสิทธิในการตัดสินใจและการกระทำใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวของประชาชนด้วยตนเอง โดยปราศจากการควบคุม บังคับ หรือสั่งการ⁵⁻⁶ อีกทั้งเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (self-care) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจและเป็นการกระทำอย่างตั้งใจ บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เป็นผู้มีสิทธิ์และความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองเพื่อดำรงความเป็นเจ้าของชีวิตและสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง⁷ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมกับชุมชนและการดูแลตนเองเพื่อคัดกรองและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยความร่วมมือระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกยิ่งขึ้น ทั้งยังช่วยส่งเสริมการควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอีกทางหนึ่งด้วย โดยชุมชนจะมีส่วนช่วยให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยดูแลตนเองมากขึ้น⁸⁻¹¹

รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขต้องการแก้ไขปัญหาลดความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการบริการสุขภาพเชิงรุกโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยระบบบริการปฐมภูมิผ่านทางคลินิกหมอมอครอบครัว ซึ่งระบบบริการปฐมภูมิเป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคส่วนต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน เครือข่ายต่าง ๆ ร่วมดูแลประชาชนโดยมีคลินิกหมอมอครอบครัวเป็นแกนหลัก และมีหัวใจสำคัญคือให้บริการทุกคนทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี¹² ปัญหาที่พบบ่อยในการคัดกรองสุขภาพและการเข้ารับบริการในคลินิกหมอมอครอบครัว ได้แก่ ความแออัดในสถานบริการ การเข้าถึงบริการคัดกรองน้อยกว่าเป้าหมาย และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพน้อย ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน ลดความแออัด และเพิ่มการเข้าถึงบริการ การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพในชุมชนเมืองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทีมหมอมอครอบครัว เพื่อให้ได้รูปแบบการคัดกรองสุขภาพในชุมชนที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการและเพิ่มจำนวนการเข้าถึงบริการคัดกรองสุขภาพในชุมชน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ครั้งนี้ศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำทีมหมอมอครอบครัวทีมที่ 4 ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 85 คน และประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของทีมหมอมอครอบครัวทีมที่ 4 ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มเสี่ยงคือผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป หรือมีภาวะอ้วน ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.ม. หรือมีญาติสายตรงลำดับแรกป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง) หรือกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 4,899 คน คำนวณขนาดตัวอย่างแบบรู้จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง

เท่ากับ 0.1 ความมั่นใจร้อยละ 99 และความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้จำนวนประชาชน 135 คนและ อสม. 20 คน¹³ โดยศึกษาในประชาชนที่มารับบริการที่จุดคัดกรองสุขภาพและ อสม. ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่คณะผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยแบบประเมินความพึงพอใจทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการนั้นมีคำถาม 10 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนรวม 50 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนและความหมาย ดังนี้ 0-10 หมายถึง พึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด, 11-20 หมายถึง พึงพอใจอยู่ในระดับน้อย, 21-30 หมายถึง พึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง, 31-40 หมายถึง พึงพอใจในระดับมาก และ 41-50 หมายถึง พึงพอใจในระดับมากที่สุด ซึ่งแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และได้ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.67 แล้วได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 และ 0.81 ตามลำดับ

การวิจัยได้ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ระบุงรหัส บันทึกลงคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปนำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน (Q1, Q3) เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความพึงพอใจของ อสม. ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย 20 คนและประชาชนผู้มารับบริการ 135 คน ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งประชาชนผู้มารับบริการ 135 คนนั้นได้จากการสุ่มโดยให้ อสม. ทั้ง 20 คนจับฉลากชื่อประชาชนตามลำดับจุดบริการที่ 1-20 โดยลำดับจุดบริการที่ 1-15 ให้จับฉลากชื่อประชาชนจุดบริการละ 7 คนและลำดับจุดบริการที่ 16-20 ให้จับฉลากชื่อประชาชนจุดบริการละ 6 คน รวมทั้งหมด 135 คนซึ่งได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยประชาชน 135 คนนี้ต้องทำแบบประเมินความพึงพอใจ 2 ครั้งในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 ทั้งนี้

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตามหนังสือ IRB No. 103/63 เลขที่โครงการวิจัย 124/63 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2564

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยประกอบด้วย 2 ระยะ (รูปที่ 1)

ระยะที่ 1 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองครั้งที่ 1 ตามแนวคิดการสร้างเสริมพลังด้านสุขภาพในชุมชนและการดูแลตนเองด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนในระยะเวลาเดือนที่ 1-6 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน โดยทีมหมอครอบครัววิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชนร่วมกับ อสม. ประชาคมปัญหาและแนวทางแก้ปัญหา ร่วมกับ อสม. และประชาชน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ

การเตรียมโครงการ ดังนี้

ร่วมกันพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพในชุมชน โดยมีจุดคัดกรองสุขภาพที่ดำเนินงานโดย อสม. และมีทีมหมอครอบครัวเป็นพี่เลี้ยง โดยศึกษารูปแบบต่าง ๆ ที่ได้ใช้ก่อนหน้านี้และประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของเขตเมือง

ร่วมกับเขียนโครงการจุดคัดกรองสุขภาพในชุมชน “แกนนำ อสม.ต้นแบบ”

คัดเลือก อสม. ที่อาสาเข้าร่วมโครงการชุมชนละ 2 คน รวมทั้งหมด 20 คน

อบรมให้ความรู้ทฤษฎีของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การใช้เครื่องมือการคัดกรองสุขภาพและการเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพแก่แกนนำ อสม. เป็นเวลา 8 ชั่วโมง

อบรมภาคปฏิบัติแก่แกนนำ อสม. เป็นเวลา 4 ชั่วโมง โดย อสม. ได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือการคัดกรองสุขภาพ การให้คำแนะนำผู้ป่วย และการเขียนใบบันทึกเพื่อส่งต่อทีมหมอครอบครัว

ทดสอบความรู้ภาคทฤษฎีข้อเขียนถูกผิดและประเมินทดสอบการปฏิบัติ

มอบเกียรติบัตรให้ อสม. ทั้ง 20 คนที่สอบผ่านการทดสอบความรู้ภาคทฤษฎีและปฏิบัติซึ่งรับรองโดยโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

จัดตั้งจุดคัดกรองและมอบอุปกรณ์เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ สมุดรายงานบันทึกผู้ป่วย กระเป๋าใส่อุปกรณ์ และธงประชาสัมพันธ์จุดคัดกรองสุขภาพในชุมชน

การลงมือปฏิบัติ ดังนี้

เปิดจุดบริการสุขภาพในชุมชนที่ดำเนินการโดย อสม. ทั้งหมด 20 จุด โดยกระจายอย่างทั่วถึงในชุมชนเป้าหมาย

ให้บริการตรวจวัดความดันโลหิตและเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว โดยมีรูปแบบการให้บริการคือนัดประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเป็นกลุ่มเพื่อมาใช้บริการที่จุดคัดกรองเดือนละ 1-2 ครั้ง

มีช่องทางการปรึกษาทีมหมอครอบครัวผ่านทางโทรศัพท์และไลน์กลุ่มแอปพลิเคชัน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต

ติดตามนิเทศโดยทีมหมอครอบครัวที่จุดคัดกรองสุขภาพ 2 ครั้งในเดือนที่ 1 และ 6 โดยตรวจสอบความถูกต้องของการคัดกรองสุขภาพ ประเมินการให้บริการ เสริมพลังอำนาจ ให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงการให้บริการและให้กำลังใจผู้ให้บริการ

ติดตามผลงานและประเมินผลงานผ่านทางสมุดบันทึกทุกเดือนผ่านทางไลน์แอปพลิเคชันและไปส่งต่อมายังคลินิกหมอครอบครัวเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาต่อเนื่อง

เก็บรวบรวมผลงาน ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการในเดือนที่ 6 ด้วยแบบประเมินที่คณะผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติและการปรับปรุงแผน

ประชุม อสม. ผู้ให้บริการในเดือนที่ 1 และ 6 โดยการให้ข้อมูลและผลการนิเทศเพื่อสะท้อนปัญหาให้คำแนะนำการแก้ปัญหาและเสริมพลังอำนาจเพื่อนำไปปรับปรุงบริการ

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองครั้งที่ 2 หลังการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต

การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนในครั้งที่ 1 แล้วเสร็จ จึงทดลองรูปแบบฯ ที่ได้ในช่วงเวลาเดือนที่ 7-12 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน

ทีมหมอครอบครัวและ อสม. ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา การดำเนินการคัดกรองสุขภาพในชุมชนในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่าประชาชนผู้เข้ารับบริการมีจำนวนน้อยเนื่องจากประชาชนมีเวลาว่างไม่ตรงกับ อสม. และมีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อีกทั้ง อสม. ยังขาดความกระตือรือร้นในการให้บริการ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ

ทีมหมอครอบครัวและ อสม. ร่วมกันแก้ไขปัญหา ดังกล่าวโดยเปิดจุดบริการสุขภาพในชุมชนที่ดำเนินการโดย อสม. ทั้งหมด 20 จุดตามเดิมและเพิ่มรูปแบบการให้บริการที่แตกต่างกันหรือผสมผสานในแต่ละจุด เพื่อเพิ่มความสะดวกแก่ อสม. และผู้รับบริการ จำแนกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบที่ 1 นัดประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเป็นกลุ่มเพื่อมาใช้บริการที่จุดคัดกรองเดือนละ 1-2 ครั้ง

รูปแบบที่ 2 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถนัด อสม. เพื่อมาใช้บริการได้ตามความสะดวกทั้ง อสม. และผู้มารับบริการ

รูปแบบที่ 3 การให้บริการเชิงรุกที่บ้านสำหรับผู้ป่วย ผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง

อีกทั้งเพิ่มการสร้างแรงจูงใจและเสริมพลังให้ อสม. โดยมีรางวัลสำหรับ อสม. ที่มีผู้มารับบริการมากที่สุด 3 อันดับแรก

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต

ติดตามนิเทศโดยทีมหมอครอบครัวที่จุดคัดกรองสุขภาพในเดือนที่ 12 โดยตรวจสอบความถูกต้องของการคัดกรองสุขภาพ ประเมินการให้บริการ เสริมพลังอำนาจ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจแก่ผู้ให้บริการ

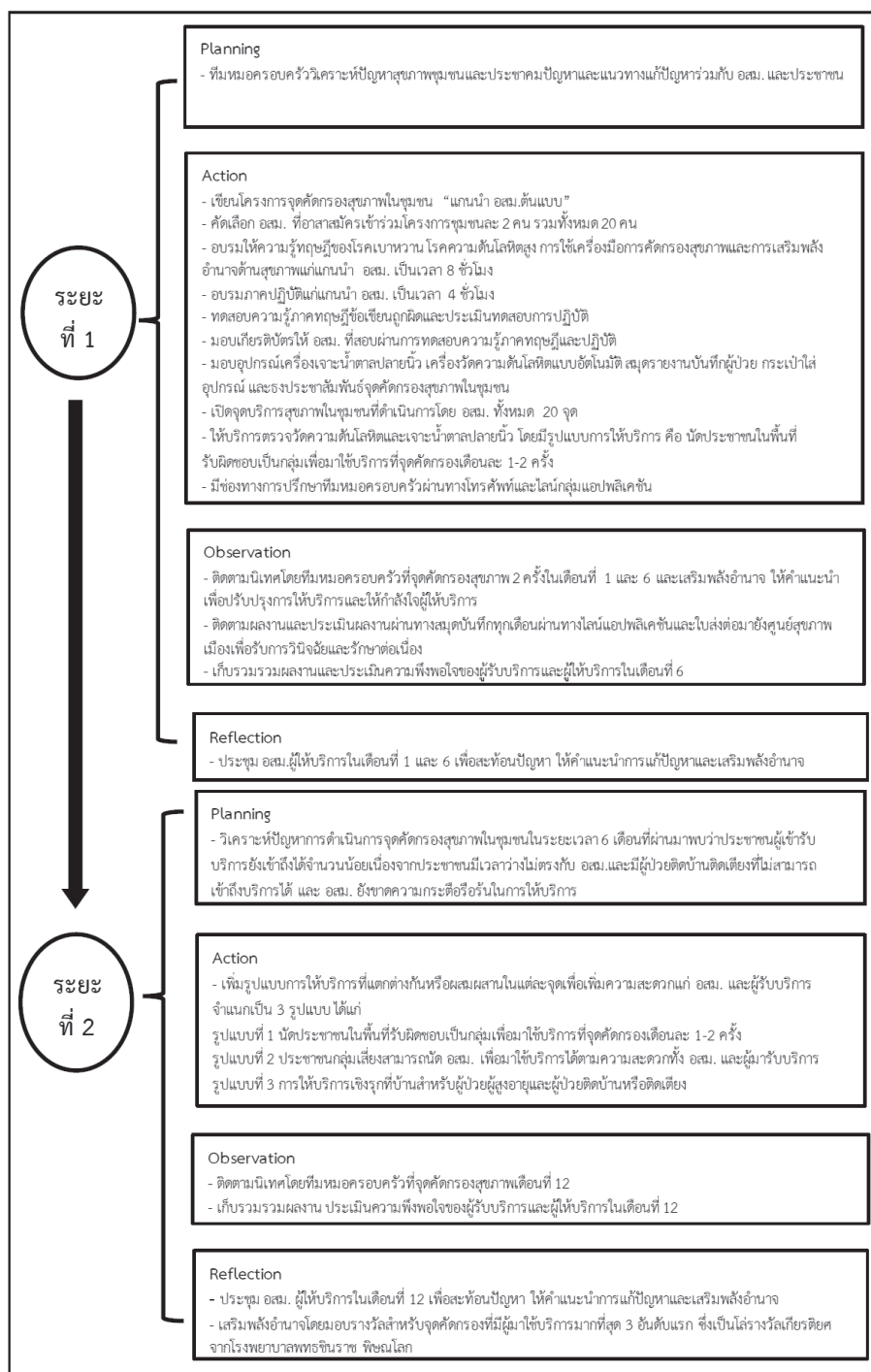
ติดตามผลงานและประเมินผลงานผ่านทางสมุดบันทึกทุกเดือนผ่านทางไลน์แอปพลิเคชันและไปส่งต่อมายังศูนย์สุขภาพเมืองเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาต่อเนื่อง

เก็บรวบรวมผลงาน ประเมินความพึงพอใจของผู้
รับบริการและผู้ให้บริการในเดือนที่ 12 ด้วยแบบ
ประเมินความพึงพอใจที่คณะผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติและการ
ปรับปรุงแผน

ประชุม อสม. ผู้ให้บริการในเดือนที่ 12 ให้ข้อมูล
และผลการประเมินเพื่อสะท้อนปัญหา ให้คำแนะนำ
การแก้ปัญหาและเสริมพลังอำนาจ

เสริมพลังอำนาจเพิ่มเติมอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดเดือน
ที่ 12 โดยมอบรางวัลสำหรับจุดคัดกรองที่มีผู้มาใช้
บริการมากที่สุด 3 อันดับแรกซึ่งเป็นโล่รางวัลเกียรติยศ
จากโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก



รูปที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผลการศึกษา

อสม. ซึ่งให้บริการ ณ จุดคัดกรองสุขภาพในชุมชน 20 คน เป็นเพศหญิง 13 คน (ร้อยละ 65) และอายุเฉลี่ย 62 ปี ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา 11 คนและ จบปริญญาตรี 3 คน ระยะเวลาการทำงานของ อสม. นานกว่า 10 ปี 12 คน (ตารางที่ 1) ประชาชนที่มา

รับบริการที่จุดคัดกรองในช่วงเวลาที่ศึกษา 135 คนนั้น มีอายุมากกว่า 60 ปี 96 คน (ร้อยละ 71) อายุเฉลี่ย 65 ปี พบว่าเป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 64 คน (ร้อยละ 47) เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 42 คน (ร้อยละ 31) ดูรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ (อสม.) (n = 20)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	13 (65.0)
อายุ (ปี) (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด: 40-77)	
41-50	2 (10.0)
51-60	6 (30.0)
> 60	12 (60.0)
(ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD: 62 $\pm$ 10)	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	11 (55.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6 (30.0)
ปริญญาตรี	3 (15.0)
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)	
1-5	4 (20.0)
6-10	4 (20.0)
> 10	12 (60.0)

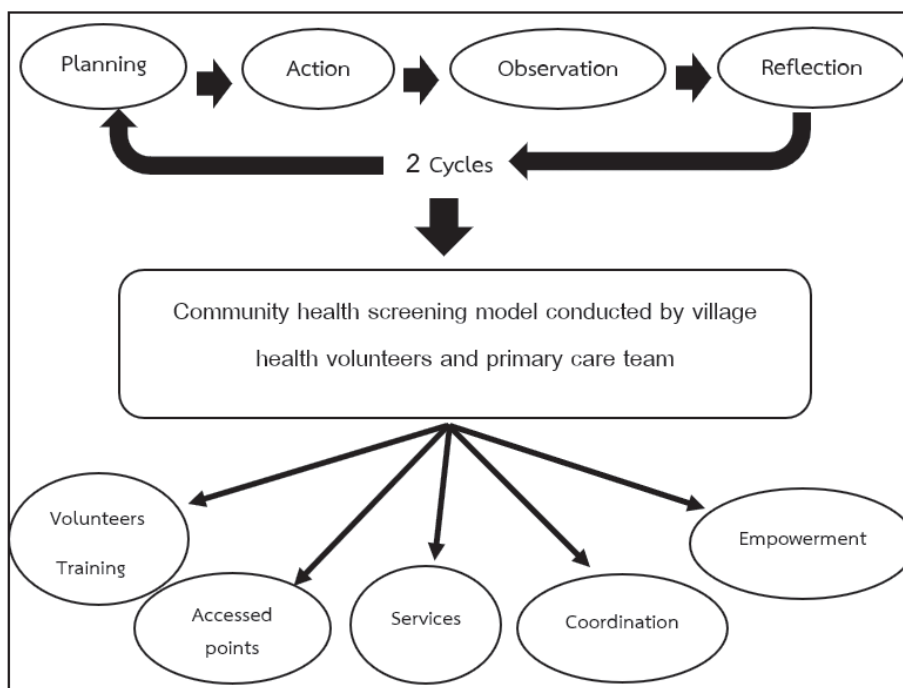
อสม.: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, SD.: standard deviation (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มารับบริการ ณ จุดคัดกรองสุขภาพ (n = 135)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มารับบริการ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	89 (65.0)
อายุ (ปี) (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด: 51-91)	
51-60	39 (29.0)
> 60	96 (71.0)
ค่ามัธยฐาน (Q1, Q3): 65 (60, 72)	
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	21 (16.0)
มีโรคประจำตัว	114 (84.0)
เบาหวาน	8 (6.0)
ความดันโลหิตสูง	42 (31.0)
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	64 (47.0)

ทั้งนี้ การพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อติดตามความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดแบบมีส่วนร่วมของ อสม. และทีมหมอครอบครัวตามแนวคิดการสร้างเสริมพลังด้านสุขภาพในชุมชนและการดูแลตนเอง

ภายหลังการทดลองโดยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนครบ 2 วงจร พบว่ารูปแบบของจุดคัดกรองสุขภาพประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังต่อไปนี้ (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 องค์ประกอบรูปแบบการคัดกรองและตรวจติดตามความดันโลหิตและระดับน้ำตาลแบบมีส่วนร่วมของ อสม. และทีมหมอครอบครัว

Volunteers training ผู้ให้บริการ (อสม.) ต้องผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ อบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเป็นระยะเวลารวม 12 ชั่วโมงและรับการทดสอบความรู้ด้วยข้อเขียนและทดสอบภาคปฏิบัติ

Accessed points การเลือกที่ตั้งของจุดบริการให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้โดยง่าย ประกอบด้วยมีป้ายธงที่มีข้อความแนะนำจุดคัดกรองสุขภาพในชุมชน หมายเลขโทรศัพท์ และชื่อชุมชน รวมทั้งป้ายตั้งในบริเวณที่ประชาชนสัญจรผ่านแล้วเห็นได้ชัดเจน

Services ได้รูปแบบการให้บริการ 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 นัดประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเป็นกลุ่มเพื่อให้มารับบริการที่จุดคัดกรองเดือนละ 1-2 ครั้ง รูปแบบที่ 2 ประชาชนผู้รับบริการสามารถนัด อสม. เพื่อมาใช้บริการได้ตามความสะดวกทั้ง อสม. และผู้มารับบริการ

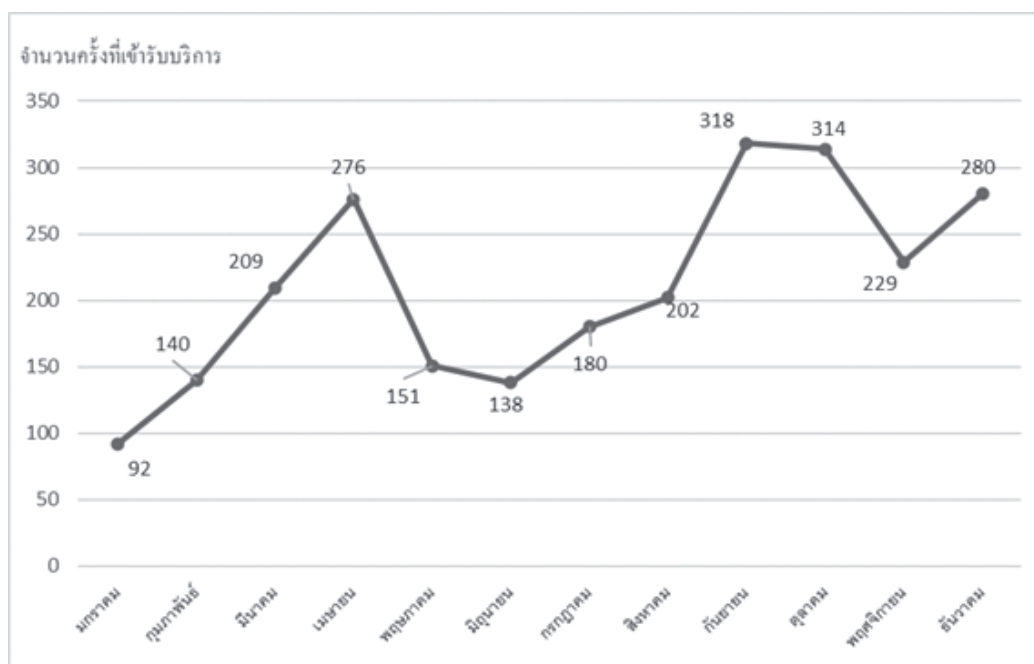
รูปแบบที่ 3 ให้บริการเชิงรุกที่บ้านสำหรับผู้ป่วย ผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง

Coordination การทำงานร่วมกันของ อสม. และทีมหมอครอบครัว ได้แก่ มีไพบันที่กการปฏิบัติงานและไพบันที่กการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาคือเนื่องกับทีมหมอครอบครัว การปรึกษาทีมหมอครอบครัวผ่านทางโทรศัพท์และไลน์กลุ่มแอปพลิเคชัน

Empowerment การสร้างแรงจูงใจให้ อสม. ผู้ปฏิบัติงานในจุดบริการในชุมชน ได้แก่ มีทีมหมอครอบครัวเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา การให้กำลังใจผ่านการเยี่ยมจุดคัดกรองและผ่านทางไลน์กลุ่มแอปพลิเคชัน และการเสริมพลังแรงจูงใจโดยการมอบเกียรติบัตรและโล่รางวัล โดยการประกวดผลงานคัดกรองดีเด่นและการให้มีโอกาสเสนอผลงานของตนเองเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้

จากประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนทั้งหมด 4,899 คน ได้เข้ารับบริการที่จุดคัดกรองสุขภาพในชุมชนทั้งหมด 2,529 ครั้ง โดยในช่วงเวลา 6 เดือนแรก 1,006 ครั้ง และในช่วงเวลา 6 เดือนหลัง 1,523 ครั้ง (รูปที่ 3) พบว่า

ค่ามัธยฐาน (Q1, Q3) ของจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการในช่วงเวลา 6 เดือนแรกและในช่วงเวลา 6 เดือนหลังเท่ากับ 145.5 (138, 209) ครั้งต่อเดือนและ 254.5 (202, 314) ครั้งต่อเดือนตามลำดับ ($p = 0.027$)



รูปที่ 3 จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการที่จุดคัดกรองสุขภาพในชุมชน ปี พ.ศ. 2562

ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาประชาชน 135 คน เข้ารับบริการที่จุดคัดกรองสุขภาพในชุมชน 11-15 ครั้ง ต่อปี 85 คน (ร้อยละ 63) และเข้ารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ 6-10 ครั้งต่อปี 76 คน (ร้อยละ 56.3) (ตารางที่ 3) โดย อสม.ผู้ให้บริการมีค่ามัธยฐานของคะแนนความพึงพอใจที่ระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือน

เท่ากับ 38 คะแนนและ 47 คะแนนตามลำดับ ($p = 0.001$) ดูรายละเอียดในตารางที่ 4 อีกทั้งค่ามัธยฐานของคะแนนความพึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการที่ระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือนเท่ากับ 40 คะแนน และ 50 คะแนนตามลำดับ ($p = 0.001$) ดูรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 3 การรับบริการในจุดคัดกรองสุขภาพในชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ* จำแนกตามจำนวนครั้ง (n = 135)

การรับบริการ	จำนวนคน (ร้อยละ)
ในจุดคัดกรองสุขภาพในชุมชน (ครั้ง)	
1-5	40 (29.6)
6-10	10 (7.4)
11-15	85 (63.0)
รวม	135 (100.0)
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ครั้ง)	
1-5	59 (43.7)
6-10	76 (56.3)
รวม	135 (100.0)

*ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของ อสม. ในเดือนที่ 6 และในเดือนที่ 12 (n = 20)

ความพึงพอใจของ อสม. (คะแนนเต็มข้อละ 5 คะแนน)	ค่ามัธยฐาน (Q1, Q3)		p-value ^a
	เดือนที่ 6 (n = 20)	เดือนที่ 12 (n = 20)	
1. ท่านรู้สึกว่าการนี้เป็นบทบาทของ อสม. ที่สามารถให้บริการจุดคัดกรองสุขภาพในชุมชนตามนโยบายที่หมอบรรยาย	4 (4, 4)	5 (5, 5)	0.001
2. ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับการมีจุดคัดกรองสุขภาพในชุมชน	4 (4, 4)	5 (5, 5)	0.001
3. ท่านรู้สึกมีความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นเมื่อเข้าร่วมโครงการนี้	4 (3.5, 4)	4.5 (4, 5)	0.001
4. ท่านรู้สึกมั่นใจและมีทักษะในการใช้เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและเครื่องวัดความดันโลหิตมากขึ้นเมื่อเข้าร่วมโครงการนี้	4 (3.5, 4)	4 (4, 5)	0.006
5. ท่านรู้สึกมั่นใจในการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการที่จุดคัดกรองสุขภาพ	4 (4, 4)	4 (4, 5)	0.001
6. ท่านรู้สึกเต็มใจในการทำงานในจุดคัดกรองสุขภาพนี้	4 (4, 4)	5 (4.5, 5)	0.001
7. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจกับงานที่ทำในจุดคัดกรองสุขภาพนี้	4 (4, 4)	5 (5, 5)	0.001
8. ท่านรู้สึกพอใจที่ได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการในชุมชน	4 (4, 4)	5 (4, 5)	0.001
9. ท่านรู้สึกว่าควรมีจุดคัดกรองสุขภาพแบบนี้ในทุกชุมชน	4 (4, 4)	5 (4, 5)	0.001
10. โดยภาพรวมท่านรู้สึกพึงพอใจโครงการนี้	4 (4, 4)	5 (4, 5)	0.001
ค่ามัธยฐานคะแนนรวมความพึงพอใจของ อสม. (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	38 (37, 39)	47 (45, 48)	0.001

^aWilcoxon signed-rank test

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้รับบริการในเดือนที่ 6 และในเดือนที่ 12 (n = 135)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (คะแนนเต็มข้อละ 5 คะแนน)	ค่ามัธยฐาน (Q1, Q3)		p-value ^a
	เดือนที่ 6 (n = 135)	เดือนที่ 12 (n = 135)	
1. ท่านรู้สึก ว่า อสม. ที่จุดคัดกรองฯ มีความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	4 (4, 4)	5 (4, 5)	0.001
2. ท่านรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นใน อสม. ในการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วของท่าน	4 (4, 4)	5 (4, 5)	0.001
3. ท่านรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นใน อสม. ในการวัดความดันโลหิตให้ท่าน	4 (4, 4)	5 (4, 5)	0.001
4. ท่านรู้สึกมั่นใจและยอมรับคำแนะนำเบื้องต้น จาก อสม.	4 (4, 4)	5 (4, 5)	0.001
5. ท่านรู้สึก ว่า อสม. ให้บริการด้วยความสุภาพ ประทับใจ	4 (4, 4)	5 (4, 5)	0.001
6. ท่านรู้สึกเต็มใจในการเข้ารับบริการที่จุดคัดกรองสุขภาพนี้	4 (4, 4)	5 (4, 5)	0.001
7. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตัว อสม. ที่เสียสละเวลาเพื่อชุมชนของท่าน	4 (4, 4)	5 (4, 5)	0.001
8. ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับการมีจุดคัดกรองสุขภาพในชุมชน	4 (4, 4)	5 (4, 5)	0.001
9. ท่านรู้สึก ว่าควรมีจุดคัดกรองสุขภาพแบบนี้ในทุกชุมชน	4 (4, 4)	5 (4, 5)	0.001
10. โดยภาพรวมท่านรู้สึกพึงพอใจโครงการนี้	4 (4, 4)	5 (4, 5)	0.001
ค่ามัธยฐานคะแนนรวมความพึงพอใจของผู้รับบริการ (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	40 (38, 42)	50 (42, 50)	0.001

^aWilcoxon signed-rank test

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทีมหมอครอบครัวเน้นการตรวจวัดความดันโลหิต วัดระดับน้ำตาลในเลือดในชุมชน และให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ได้รูปแบบซึ่งประกอบด้วย 1) การอบรมพัฒนาศักยภาพให้ อสม. 2) การเลือกที่ตั้งของจุดบริการในชุมชน ให้สะดวกและเข้าถึงบริการง่าย 3) การออกแบบรูปแบบการให้บริการให้ครอบคลุมและเหมาะสมแก่ผู้รับบริการในชุมชน 4) ระบบทำงานร่วมกันระหว่าง อสม. และทีมหมอครอบครัว 5) การเสริมสร้างแรงจูงใจให้ อสม. ผู้ให้บริการในชุมชนโดยใช้พื้นฐานและแนวคิดการสร้างเสริมพลังด้านสุขภาพในชุมชน^{5-6,14} และการดูแลตนเอง⁷ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบสุขภาพ¹⁵ แนวคิดการดูแลสุขภาพปฏุมภูมิและงานสุขภาพชุมชนแนวใหม่ที่เน้นการทำงานเชิงรุกและดูแลรักษาความเจ็บป่วยอย่างบูรณาการสอดคล้องกับวิถีชุมชนและเสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งและพึ่งตนเองได้¹⁶ และแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการที่มุ่งให้บริการทุกคน

ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ตลอดจนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (context-based learning) และรูปแบบการจัดบริการเพื่อให้เกิดคุณค่า¹⁷

ตามนโยบายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว โดยรูปแบบการจัดบริการต้องทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนและมีบริการที่สำคัญ ได้แก่ บริการผสมผสานในสถานบริการ บริการต่อเนื่อง บริการเชิงรุกในชุมชน การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมและการให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่ประชาชน¹⁷ โดยเป้าหมายของการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวนั้น ในระยะสั้น เพื่อลดความแออัดและลดการใช้บริการที่โรงพยาบาลร้อยละ 60 ในระยะกลาง เพื่อลดป่วย ช่วยป้องกันและควบคุมโรค และในระยะยาว เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 25-30 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกถูกเลือกให้เป็นคลินิกหมอครอบครัวนาร่อง 1 ใน 8 แห่งทั่วประเทศ¹⁸ ในเขตเมืองซึ่งเป็นพื้นที่ที่ซับซ้อน¹⁹ มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการระดับปฏุมภูมิ ได้แก่ ความเชื่อด้านการแสวงหาการรักษาทางสุขภาพ รายได้ครอบครัว ความไม่ครอบคลุมในการจัดบริการ

สุขภาพตามปัญหาและความต้องการ และความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการสุขภาพ²⁰

ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกประชาชนนิยมเข้ารับบริการในโรงพยาบาลทุติยภูมิ ศูนย์สุขภาพเมือง หรือคลินิก ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ส่วนรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพในชุมชนเดิมยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม และไม่มีรูปแบบที่แน่นอน ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์เร่งด่วนในการพัฒนาสุขภาพเขตเมืองไว้ 3 ประเด็น ได้แก่ การให้บริการสุขภาพ การเงิน การคลังสุขภาพ และการบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เพื่อลดอัตราตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนเมือง²¹ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนนั้นต้องอาศัย “ชุมชนเข้มแข็ง” ซึ่งประชาชนร่วมคิดร่วมทำจึงจะสามารถแก้ปัญหาสุขภาพและด้านอื่น ๆ ไปพร้อมกันได้²² ทีมหมอครอบครัว คือ ทีมที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้านและในโรงพยาบาล รวมถึง อสม. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน²³ จึงเป็นบทบาทของทีมหมอครอบครัวที่ต้องพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและบริบทของพื้นที่ การพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพในชุมชนนี้ทีมหมอครอบครัวมีบทบาทในการร่วมออกแบบแนวทางดำเนินการ ฝึกอบรม นิเทศงาน ออกแบบระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อ และการวางระบบสารสนเทศพื้นฐาน²³

การพัฒนาารูปแบบการคัดกรองสุขภาพในชุมชนครั้งนี้ อสม. ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอครอบครัว²³ มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนเมืองและร่วมกับทีมหมอครอบครัว ในช่วงที่ผ่านมากรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีนโยบายส่งเสริมบทบาทของ อสม. ให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนการเฝ้าระวังโรคในชุมชน²⁴ อสม. ยุคใหม่จึงมีจุดเน้นเพิ่มเติม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก 2) สร้างระบบความ

ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน 3) พัฒนาบทบาทประชาชนให้มีส่วนร่วมคิด วางแผน และดำเนินการ 4) สร้างมาตรการทางสังคม โดยกำหนดข้อตกลงกับชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน²⁴ ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดของ อสม. ยุคใหม่มาต่อยอดเพื่อพัฒนาสมรรถนะของ อสม. และปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในชุมชนให้สนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่เขตเมืองที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ²⁰ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปีที่แนะนำให้ปรับรูปแบบการบริการและสื่อสารกับประชาชนวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการและใช้บริการสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ เพื่อเข้าคัดกรองโรคและดูแลสุขภาพ โดยเน้นการจัดบริการที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิและจัดการเพื่อการลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามยุทธศาสตร์ที่ 3²⁵ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมารับบริการอย่างต่อเนื่องตามรูปที่ 3 โดยค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการที่จุดคัดกรองสุขภาพในชุมชนใน 6 เดือนหลังมากกว่าใน 6 เดือนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางเข้าไปเจาะเลือดปลายนิ้วหรือวัดความดันโลหิตที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพเมืองจึงสามารถลดความแออัดในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพเมืองได้ โดยผู้ป่วยมารับบริการที่จุดคัดกรองสุขภาพในชุมชน 11-15 ครั้งต่อปีเป็นสัดส่วนสูงสุดคือร้อยละ 63 ขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (คลินิกหมอครอบครัว) 6-10 ครั้งต่อปีเป็นสัดส่วนสูงสุดคือร้อยละ 56.3 ตามตารางที่ 3 ซึ่ง อสม. ผู้ให้บริการที่จุดคัดกรองสุขภาพในชุมชนและประชาชนที่มารับบริการพึงพอใจต่อรูปแบบบริการคัดกรองสุขภาพในชุมชนในระดับสูง (ตารางที่ 4-5)

การเสริมสร้างแรงจูงใจจากทีมหมอครอบครัว แก่ อสม. ผู้ให้บริการถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพในชุมชนผ่านการสนับสนุนเชิงวิชาการ ทรัพยากรที่จำเป็นในการบริการ และการให้คำปรึกษาและรับส่งต่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการจัดบริการในชุมชน จากการ

ศึกษาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ อสม. ในจังหวัดปทุมธานีพบว่า อสม. มีจุดแข็งในด้านภาวะผู้นำ การจัดการ การออกแบบบริการ และการสนับสนุนทรัพยากรและการดำเนินการ แต่ยังพบจุดอ่อนในด้านการมีส่วนร่วมและการแก้ปัญหา²⁶ สำหรับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเสริมพลังชุมชนควรมุ่งสร้างความมั่นใจให้ชุมชน ยกย่องการรับรู้ การพัฒนาและดำเนินการโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ และความยั่งยืนในการดำเนินการ²⁷ ซึ่งการให้บริการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและตรวจวัดความดันโลหิตโดย อสม. ในชุมชนที่ได้รับการยอมรับและเชื่อถือจากประชาชน โดยมารับบริการอย่างต่อเนื่องและมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง จึงสามารถช่วยลดความแออัดของการเข้าไปเจาะเลือดที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหรือในโรงพยาบาล และยังเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาบริการปฐมภูมิในชุมชนให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับและสามารถดูแลต่อเนื่องทดแทนบริการโรงพยาบาลจึงเป็นวิธีแก้ปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลที่สำคัญ²⁸

ข้อมูลที่น่าสนใจสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพโดยการตรวจวัดความดันโลหิตและเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทีมหมอครอบครัวช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการและพึงพอใจ หนึ่ง ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ผลการควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยง และการลดความแออัดของการเจาะเลือดในหน่วยบริการปฐมภูมิของทีมหมอครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมหมอครอบครัวทีม 4, ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในความดูแลของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในการร่วมพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพในชุมชน ขอขอบคุณ นพ.ภูมินทร์ พรหมรัตนกุล, นพ.วีรยุทธน์ เกื้อกุล และพญ.วิภาวรรณ แก้วมณี กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพุทธชินราช

พิษณุโลก สำหรับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณ ผศ.นพ.วิโรจน์ วรรณภักะหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกสำหรับการสนับสนุนการพัฒนาการบริการในเขตชุมชนเทศบาลนครเมืองพิษณุโลก และการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Aekphakorn W. Thai people's health survey report by physical examination. 5th ed. Nonthaburi, Thailand: Aksorn Graphic and Design Publishing House; 2014. p.142-55.
2. Health Data Center, Ministry of Public Health [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 12]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
3. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A. D. 2017. Nonthaburi, Thailand: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2018.
4. Diabetes Association of Thailand. IDF diabetes atlas. 8th ed [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 14]. Available from: <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/the-chart/the-chart-1/549-2018-02-08-14-52-46>
5. Pongphit S. Community Economic Life Plan. Bangkok, Thailand: Poompunya Publisher; 2003.
6. Ney C. Nonviolence and social empowerment [Internet]. 2005 [cited 2021 Aug 14]. Available from: <https://wri-irg.org/en/nonviolence/nvse-index.htm>

7. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 5th ed. St. Louis, Missouri State, USA: Mosby; 1995.
8. Hayinima N, Balhip Q, Nilmanat K. Factors supporting successful implementation of diabetes mellitus screening program at primary care units in Narathiwat Province. Songklanagarind J Nurs 2014;34(2):87-101.
9. Luecha W, Benjawattananon S, Pesee K, Rakmani P. The development of health care system for diabetes mellitus patients in Chaiyaphum Hospital. J Nurs Div 2011; 38(1):31-41.
10. Poomsanguan K. Health empowerment: nurses' important role. J Royal Thai Army Nurs 2014;15(3):58-63.
11. Neupane D, Mclachlan CS, Gautam R, Mishra SR, Thorlund M, Schlutter M, et al. Literacy and motivation for the prevention and control of hypertension among female community health volunteers: a qualitative study from Nepal. Glob Health Action 2015; 8:28254. doi: 10.3402/gha.v8.28254
12. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Guidelines for primary care cluster operations for service units. Bangkok, Thailand: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2016.
13. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V, Mc Neil E, Holling H. Enhancement of learning on sample size calculation with a smartphone application: a cluster-randomized control trial. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2017;48(1):240-52.
14. Nimit-arnun N, Klinhom W, Morsup T. Community empowerment: concept and applications in community practitioner nursing practice. J Nurs Health Sci 2020;14(1):13-23.
15. Draper AK, Rifkin SB. Community participation in health systems development. In: Nolte E, Merkur S, Anell A, North J, editors. Achieving person-centered health systems evidence, strategies and challenges. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2020. p.115-42.
16. Jungsathiensap K, Katha P. Primary health care, primary care services: from philosophy to new dimensions of health practice. Bangkok, Thailand: Mee Dee Graphic; 2007.
17. Teerakarn B, editor. Guidelines for primary care cluster operations for service units. Bangkok, Thailand: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2016.
18. Community health center meets the problem of reducing congestion-long queues [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 14]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/44635-/%22%E0%B8%A8%E0%B8%B9%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%8A%E0%B8%B8%E0%B8%A1%E0%B8%8A%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%87/%22%E0%B8%95%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B9%82%E0%B8%88%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%A5%E0%B8%94%E0%B9%81%E0%B8%AD%E0%AD%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%84%E0%B8%B4%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%99.html>
19. Teerakarn B. Primary care cluster [Internet]. 2016 [cited 2021 Aug 14]. Available from:

- https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B3%E0%B9%80%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%20%E0%B8%84%E0%B8%A5%E0%B8%B5%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%AD%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%A7%20%E0%B8%AA%E0%B8%B3%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3_2016-12-19-110156.pdf
20. Sittikan S, Jongudomkarn D. Barriers to access of primary healthcare by people with low income in urban communities: a qualitative study. *J Nurs Sci Health* 2020; 43(1):19-29.
 21. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Strategies for urban health service systems (A.C.2018-2027) [Internet]. 2016 [cited 2021 Aug 14]. Available from: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/7397>
 22. Yana T, Bukbun P, editors. Community health system by community for community. Bangkok, Thailand: Beyond Publishing; 2013.
 23. Office of Public Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Family care team. Nonthaburi, Thailand: Office of Public Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2013.
 24. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. New era village public health volunteer handbook. Nonthaburi, Thailand: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2011.
 25. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. 5-year National NCD Prevention and Control Strategic Plan (A.C. 2017-2021). Nonthaburi, Thailand: Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2017.
 26. Vatcharavongvan P, Kummabutr J. Empowering village health volunteers in the Kukot Municipality, Pathum-Thani, Thailand: the application of the Parallel Track Model. *Thammasat Med J* 2019;19(3):474-83.
 27. Rodiyah TH, Marlinawati VU. Prevention of risk factors for non-communicable diseases through community empowerment. In: Susilowati IH, editor. The 1st ICGH International Conference on Global Health Proceeding book. Jakatar, Indonesia: Faculty of Public Health Universities Indonesia; 2016. p.274-80.
 28. Srivanichakorn S. Over-crowding problems in hospitals. *J Health Syst Res* 2007;1 (3-4):216-23.