

การประเมินการดำเนินงานการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชน
สู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี
Evaluation of the implementation of further development to expand the
community health system model to a seamless health service system for the elderly,
Ubon Ratchathani Province

อุทัย นีปุดจการสุนทร, กัญญารัตน์ กัญญะกาญจน์
Uthai Nipudjakarnsoonthorn, Kanyarat Kanyakan
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี
Muang Ubon Ratchathani District Health Office

(Revised: August 21, 2024; Revised: October 23, 2024; Accepted: October 27, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัย ประเมินผล โดยใช้ กรอบแนวคิด Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดำเนินงานการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมวิธี การศึกษาเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 1,773 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ 1) สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มขับเคลื่อนเชิงนโยบาย 15 คน โดยเลือกแบบเจาะจง 2) สนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและตำบล (ระบบสุขภาพชุมชน) และระดับชุมชน รวม 60 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 82.40 โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มทั่วไป ร้อยละ 75.17 กลุ่มมีประวัติโรคหัวใจ (จำนวน 126 คน) ร้อยละ 75.40 ปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนที่เกี่ยวกับการปลัดตกหกล้ม/กระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 79.86 กลุ่มขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการพัฒนาระบบสุขภาพ ทั้ง Health-Non Health Sector รับรู้/เข้าใจนโยบายและเป้าหมาย สอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพ หลักการบูรณาการ การบริการอย่างไร้รอยต่อ ในบริบทสังคมผู้สูงอายุ และการเจ็บป่วยด้วย 3 กลุ่มโรค กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินโครงการระดับจังหวัด ระบบสุขภาพชุมชน และระดับชุมชน ทุกอำเภอมีการนำ CANDLE Model มาประยุกต์ใช้ตามบริบทและทุนเดิมเสริมด้วยทุนทางสังคม จัดระบบดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ด้วยการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและดูแลหลังจำหน่าย และระบบส่งต่อผู้ป่วย ขับเคลื่อนงานผ่านกลไก พชอ. ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ สถานะชีวาภิบาล พระคิลาณุปัญญากร กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดเห็นว่าเป็นนโยบายที่ดี ควรขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

คำสำคัญ : การประเมิน, ผู้สูงอายุ, ระบบสุขภาพชุมชน, ระบบบริการสุขภาพ, ไร้รอยต่อ, บูรณาการ

*ผู้ให้กรติดต่อ (Corresponding author: Uthai Nipudjakarnsoonthorn, E-mail: muangubon2023@gmail.com)

Abstract

The Evaluation Research on the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). The objective was to Evaluation of the implementation of further development to expand the community health system model to a seamless health service system for the elderly, Ubon Ratchathani province using an integrated study model. The quantitative study included a sample of 1,773 elderly people. Collect data using questionnaires.. Descriptive statistics, qualitative education 1) In-depth interviews with 15 policy steering groups with specific selection, 2) Group discussions with relevant stakeholders in the area. Provincial level District and sub-district level (community health system) and community level, a total of 60 people, data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that : The elderly had knowledge and understanding of risk factors and warning signs of stroke. 82.40 percent acute ischemic heart disease. General group: 75.17 percent, group with a history of heart disease (126 people), 75.40 percent, risk factors and warning signs related to falls/hip fractures. 79.86 percent. Policy driving groups and health system development, both Health-Non Health Sector, recognize/understand policies and goals. Consistent with the health system concept integration principles seamless service in the context of an aging society and illness with 3 disease groups. Provincial project implementation steering group all districts have adopted the CANDLE model, applied according to the context and the existing capital is supplemented with social capital. Organize a care system for risk groups and sick groups by promoting, preventing, rehabilitating and caring for after-sales and patient referral systems. Driving the work through the mechanism of the District Health Board, Elderly club, schools for the elderly, Prakliilanupattak All target groups see that it is a good policy, and the effect should be expanded to cover all areas.

Key Word : Evaluation, Elderly, Community Health System, Health Service System, Seamless, Integrated

บทนำ

ปัจจุบันสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าที่คาดประมาณเช่นกัน สาเหตุที่สำคัญคืออายุคาดเฉลี่ยที่ยาวนานขึ้นและอัตราการเกิดลดลง ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและนำมาสู่ความพิการ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ปี 2564 จังหวัดอุบลราชธานีเป็นหนึ่งใน 5 พื้นที่เป้าหมายที่ได้ดำเนินโครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก จากการดำเนินงานดังกล่าวถือเป็นต้นแบบการดำเนินงานสำคัญ (blueprint) ต่อ ระบบบริการสุขภาพสำหรับทั้ง 3 โรค แต่ยังคงพบปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นหลายส่วนในทุกๆระบบที่ได้พัฒนาขึ้น “การพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ เขตสุขภาพที่ 10” เป็นการนำต้นแบบระบบสุขภาพที่กำหนดไว้ในนโยบายเดิมจากระยะที่ 1 (Blueprint) นำมาวิเคราะห์และพัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมองค์ความรู้จากการ

ดำเนินการระยะที่ 1 และขยายพื้นที่เพิ่มเป็น 33 อำเภอ ใน 5 จังหวัด การจัดระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อไม่ให้มีรอยต่อ (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2565)

จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหนึ่งใน 5 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 10 ที่มีการดำเนินโครงการ “การพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ เขตสุขภาพที่ 10” โดยการนำมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาหรือบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ใช้กรอบแนวคิด Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) ที่สามารถใช้สำหรับประเมินการดำเนินงานต่างๆ โดยกล่าวถึงปัจจัยหรือประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานที่สามารถแบ่งได้เป็น 5 ประเด็นหลักตามมุมมองของ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานนั้นๆ ได้แก่ 1) คุณลักษณะของนโยบาย (intervention characteristics) 2) สิ่งแวดล้อมภายนอก (outer settings) 3) สิ่งแวดล้อมภายใน (inner settings) 4) คุณลักษณะของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (characteristics of the individuals involved) และ 5) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (the process of implementation) (Damschroder LJ and Other, 2009) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ในการดำเนินการในพื้นที่ และการประเมิน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานของ Proctor ทั้งการประเมินผลทั้งผลลัพธ์การดำเนินงาน (Implementation Outcome) ผลลัพธ์การจัดบริการ (Service Outcome) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcome) การขับเคลื่อนการดำเนินงานขับเคลื่อนด้วย Data Driven โดยใช้ Candle Model 6 องค์ประกอบ คือ C: Community : Health Promotion&Prevention, COC.ชมรมผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพพื้นฐาน A : Academic Service : Fast Track คลินิกผู้สูงอายุ Seamless N: Network : 3 หมอ พชอ. D: Data Driven : Screening ประวัติการรักษา Thai Elder Risk E: EMS : Pre-Hospital Quality L: Literacy Awareness : ปรับพฤติกรรม (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2567)

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินผลโครงการในด้านความยั่งยืน และการหารูปแบบที่เหมาะสมในการขยายผลนโยบายนี้จำเป็นจะต้องมีการประเมินการดำเนินงาน โดยประยุกต์ใช้รูปแบบวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research: IR) สำหรับนำมาเป็นกรอบการประเมินและพัฒนาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามความมุ่งหมายของนโยบาย (ณัชชภัทร พานิช และคณะ, 2558) โดยการประยุกต์ใช้โดยใช้กรอบแนวคิด Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) ในการประเมินผลการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ในการดำเนินการในพื้นที่ และการประเมิน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานของ Proctor ทั้งการประเมินผลทั้งผลลัพธ์การดำเนินงาน (Implementation Outcome) ผลลัพธ์การจัดบริการ (Service Outcome) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcome) เพื่อให้เกิดข้อมูลเชิงประจักษ์ของการนำข้อมูลสู่การขยายผลในวงกว้างหรือระดับประเทศ โดยการศึกษาครั้งนี้คาดหวังว่าการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการของจังหวัดอุบลราชธานี จะดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมายตาม House Model ที่ต้องการให้ “ผู้สูงอายุรู้เท่าทัน ไม่เจ็บ ไม่ไข้ เป็นแล้วเข้าถึงไว ปลอดภัยไร้แทรกซ้อน” รวมทั้งได้รูปแบบระบบสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุฯ ที่ตกผลึกจนเกิดแก่นขององค์ความรู้เชิงระบบมาตรฐาน วิธีการ นวัตกรรมและเทคโนโลยีจนเป็นนโยบายที่ครบรอบด้าน สามารถเป็นต้นแบบให้กับเขตสุขภาพอื่นๆ นำไปปรับประยุกต์ใช้สำหรับการดำเนินการขยายผลต่อไป

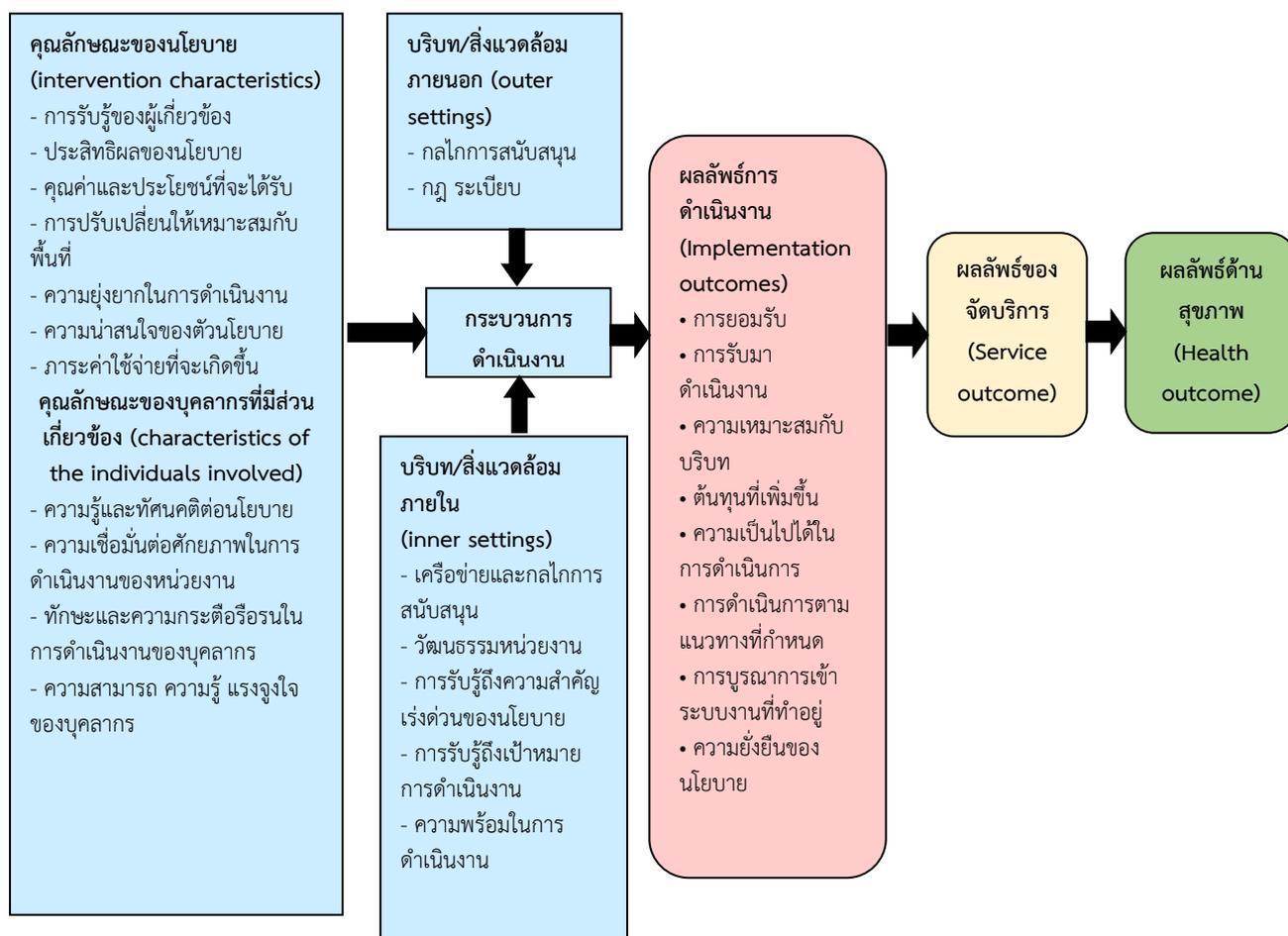
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินการดำเนินงานการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ เชิงบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

- 1) เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่นาร่อง (นโยบาย บุคลากรผู้ปฏิบัติ บริบท/สิ่งแวดล้อมภายใน บริบท/สิ่งแวดล้อมภายนอก กระบวนการดำเนินงาน)
- 2) เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่นาร่อง
- 3) เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดบริการการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่นาร่อง
- 4) เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดจากการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่นาร่อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานนี้เป็นการวิจัยประเมินผลหลังการดำเนินงาน (Summative Evaluation) ประยุกต์แนวคิด Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ตั้งแต่การวิเคราะห์ถึงคุณลักษณะของนโยบาย ทั้งการรับรู้ ประสิทธิภาพ ประโยชน์ การปรับเปลี่ยนนโยบายให้เหมาะสม การวิเคราะห์คุณลักษณะของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานในพื้นที่ บริบทของหน่วยงาน ภาควิเคราะห์ข้อดีต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก ความคิดเห็นต่อนโยบายกับการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่าย การยอมรับนโยบาย การรับรู้และศึกษาหาทางนำเอากลยุทธ์ที่นโยบายนำมาใช้ในโครงการดำเนินงานไปปฏิบัติให้เกิดผลซึ่งเป็นการประเมินรูปแบบการขับเคลื่อนในหน่วยปฏิบัติการไปจนถึงผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานของ Proctor (Implementation Research) เป็นหลักในการประเมินผลทั้งผลลัพธ์ของการดำเนินงาน (Implementation Outcome) ผลการจัดบริการ (Service Outcome) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcome) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการประเมินผลหลังสิ้นสุดโครงการ (Summative Evaluation) โดยใช้กรอบแนวคิด Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ในการดำเนินการในพื้นที่ และการประเมิน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานของ Proctor ทั้งการประเมินผลทั้งผลลัพธ์การดำเนินงาน (Implementation Outcome) ผลลัพธ์การจัดบริการ (Service Outcome) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcome) ซึ่งเป็นการประเมินผลในกรอบการดำเนินงานการวิจัยนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research: IR) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed Method)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative) ด้วยการสำรวจความรู้ของผู้สูงอายุ ประชากร เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 174,167 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 1,773 คน คำนวณขนาดตัวอย่างตามวัตถุประสงค์หลักของการสำรวจคือ วัดผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเฉียบพลัน ชนิด STEMI และโรคกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ของผู้สูงอายุภายหลังการดำเนินงานโครงการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลฯ ด้วยวิธีการพิจารณาค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of test) และขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยระยะที่ 1 เรื่องการพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร

รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ เชิงบูรณาการของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 7.73 ± 2.85 คะแนน มาแทนค่าในการคำนวณตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม STATA Version 15 ได้ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of test) 0.77 ขนาดอิทธิพลของผลต่างค่าเฉลี่ย (Effect size) 0.80 จากตารางการคำนวณขนาดอำนาจทดสอบ และอำนาจอิทธิพล ร่วมกับการพิจารณาถึงความสามารถในการดำเนินการวิจัยตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยจึงพิจารณาเลือกขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1,773 คน สุ่มตัวอย่างหลายชั้น (Multi-stage Random Sampling)

ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งขนาดของอำเภอตามประชากรที่เป็นตัวบ่งชี้ขนาดของโครงการและทรัพยากรระบบบริการสุขภาพ (Health service system) ในแต่ละอำเภอ เป็น 3 ขนาด

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ สุ่มผู้สูงอายุในตำบลของแต่ละอำเภอ แบ่งขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็น 3 ขนาด รพ.สต.ขนาดใหญ่ (L) ประชากรในเขตรับผิดชอบมากกว่า 8,000 คน รพ.สต.ขนาดกลาง (M) ประชากรในเขตรับผิดชอบ 3,000 - 8,000 คน รพ.สต.ขนาดใหญ่ (S) ประชากรในเขตรับผิดชอบ ไม่เกิน 3,000 คน

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) สุ่มผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านในเขตพื้นที่ของ รพ.สต. ตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน (Proportion to size) โดยการนำรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหลังคาเรือนมาเรียงลำดับตามบ้านเลขที่ จากนั้นสุ่มหมายเลขแรกเพื่อเป็นจุดเริ่มต้น และทำการสุ่มคนถัดไปตามช่วงการสุ่มที่คำนวณได้ เว้นช่วงวนไปจนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ดำเนินโครงการฯ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) สามารถฟัง อ่านและสื่อความหมายได้ดี 4) มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เป็นผู้สูงอายุติดเตียง สื่อสารไม่เข้าใจ

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative) ด้วยการ

2.1. การสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

2.2. สนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 3 กลุ่ม (1) กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินโครงการระดับจังหวัด และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จำนวน 18 คน (2) กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินโครงการระดับอำเภอและตำบล (ระบบสุขภาพชุมชน) จำนวน 45 คน (3) กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับชุมชน จากอำเภอนำร่องเดิม 4 ตำบล อำเภอนำร่องใหม่ 2 อำเภอ 8 ตำบล รวม 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และประเด็นการสนทนากลุ่ม

ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มโดยการบันทึกเทป และมีการถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็นตามที่กำหนด (Content Analysis) แล้วทำการวิเคราะห์กรณีศึกษาในบริบทต่างๆ เพื่อหาความเข้าใจร่วมกัน (Common Ground) ระหว่างผู้วิจัย วิเคราะห์หาความเชื่อมโยง ความเหมือน ความต่างระหว่างกรณีศึกษา โดยพยายามจรรักษาความสมบูรณ์ (Richness) และเอกลักษณ์ (Uniqueness) ของแต่ละกรณีศึกษา อันจะเพิ่มโอกาสมองเห็นแบบแผนหรือคุณลักษณะที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน (Emerging Themes/Unforeseen Discoveries) ซึ่งมีความสำคัญยิ่งยวดต่อการบรรลุวัตถุประสงค์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือน 3) แบบวัดการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ ภาวะฉุกเฉินหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด การจัดกลุ่ม

คะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรค แบ่งกลุ่ม จากช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุดและสูงสุด (0-12 คะแนน) ออกเป็น 3 กลุ่มเท่า ๆ กัน โดยประยุกต์ใช้ตามแนวทางของ Best (1977) ดังนี้

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้ดังนี้

ระดับความรู้น้อย คะแนนระหว่าง 0- 4 คะแนน

ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนระหว่าง 5- 8 คะแนน

ระดับความรู้มาก คะแนนระหว่าง 9- 12 คะแนน

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มทั่วไป แบ่งได้ดังนี้

ระดับความรู้น้อย คะแนนระหว่าง 0- 3 คะแนน

ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนระหว่าง 4- 6 คะแนน

ระดับความรู้มาก คะแนนระหว่าง 7- 9 คะแนน

การพลัดตกหกล้ม/กระดูกสะโพกหัก แบ่งได้ดังนี้

ระดับความรู้น้อย คะแนนระหว่าง 0- 4 คะแนน

ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนระหว่าง 5- 8 คะแนน

ระดับความรู้มาก คะแนนระหว่าง 9- 13 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1) เชิงคุณภาพ โดยการด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 1.00 และ

2) เชิงปริมาณ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น(Reliability) แบบทดสอบความรู้ฯ โดยวิธีการของ Kuder-Richardson 20 : KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.82 2.2) แบบประเมินเหมาะสม และความเป็นไปได้ของกลยุทธ์ หา ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการ Cronbach (1951) มีค่าเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB111 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยอย่างละเอียด พร้อมทั้งขอความยินยอมด้วยวาจาจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อจริงในการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้จัดเตรียมมาตรการรองรับหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และให้ข้อมูลติดต่อแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อสอบถามหรือแจ้งข้อกังวลได้ตลอดเวลา การเก็บข้อมูลในโครงการวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และได้รับการตรวจสอบและให้คำแนะนำจากนักวิจัยที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยที่เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่นำร่อง พบว่า

1.1 จังหวัดอุบลราชธานี มีรูปแบบการดำเนินงานต่อยอดและขยายผล ที่สอดคล้องกับบริบท สังคม และวัฒนธรรมของพื้นที่ โดยนำประเพณีแห่เทียนเข้าพรรษา และสัญลักษณ์เมืองดอกบัวงาม มาผสมผสานกัน โดยวางเป้าหมายสูงสุดของเปลวเทียน ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี ด้วยการบูรณาการ ความร่วมมือจากภาคี เครือข่าย ร่วมกับการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ รวมถึงการจัดการทรัพยากรที่มีจำกัดร่วมกัน ทำให้พื้นที่มีความพร้อมในการจัดการกับประเด็นสังคมสูงอายุได้ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม เพราะทุกอย่างเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันหมด จึงต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและขยายผล โดยมีผู้บริหาร สถานพยาบาล ภาคีเครือข่ายภาคชุมชนทำงานร่วมกัน มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลงานผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มีการทำงานที่เป็นระบบทั้ง Pre-Hospital, In hospital, Post-Hospital พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนพัฒนาศักยภาพของระบบ มี CPG โรค Stroke ,STEMI ในส่วน Pre-Hospital, Post-Hospital บุคลากรในพื้นที่ มีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สร้างความพร้อมในการในการเรียนรู้และพัฒนาต่อยอดในการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งระดมทุนในการหาอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วย LTC palliative IMC สรุปเป็นรูปแบบการขับเคลื่อน CANDLE Model



ภาพที่ 1 CANDLE Model

C: community การจัดการระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชนจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ เป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนา “ระบบสุขภาพพื้นฐาน” ที่จะทำให้คนในชุมชนได้จัดการสุขภาพ จัดบริการสุขภาพ จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมการเกิดโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อ 3 โรค

A: academic service การพัฒนาระบบและการดำเนินงานที่อยู่บนพื้นฐานการจัดบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และการพัฒนาองกร/หน่วยงานให้บริการมีศักยภาพให้บริการทั้ง 3 กลุ่มโรค อย่าง

พื้นที่ทั้งที่ บูรณาการความร่วมมือและไร้รอยต่อในการบริการเป็นระบบทั้ง community, Pre Hospital, In hospital, post-hospital

N: network การผนึกกำลังของภาคีเครือข่ายทั้งระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพ ที่มีอยู่ทุกระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ชุมชน ให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน ประสานงานกับสิ่งดีเดิมให้เกิดการต่อยอด เช่น ความร่วมมือกับ 3 หมอ กาประสานบทบาทนำการ พัฒนาชุมชนของ พชอ. เป็นต้น

D: data driven การใช้ข้อมูลเพื่อนำสู่การพัฒนา การปรับปรุง ทุกระดับ เช่น ข้อมูลการคัดกรอง ข้อมูลการการรักษา การเจ็บ การป่วยการตาย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา อุปสรรค ช่องว่างของ ปัญหา โดยมีกระบวนการจัดการข้อมูล นำเสนอและใช้ข้อมูล

L: literacy สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ ประชาชนเพื่อให้เกิดการตัดสินใจในการป้องกัน ควบคุมการเกิดโรค/ภาวะ การดูแลช่วยเหลือและร้องขอความช่วยเหลือด้วยตนเอง การ สร้างความรอบรู้ของทีมงานทุกระดับ ให้สามารถจัดการตนเองเพื่อบริหารระบบสุขภาพชุมชน ระบบบริการสุขภาพให้มีความยั่งยืน

E: Emergency medicine service เสริมพลังเพื่อให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ยั่งยืนพบปัญหาการเข้าถึงบริการได้น้อย ให้มากขึ้น

1.2 การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

จังหวัดอุบลราชธานี เน้นความครอบคลุมในการรับนโยบาย ในพื้นที่นาร่อง สร้างการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่ละภาคส่วน โดยมีผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นหัวเรือหลักในการขับเคลื่อนนโยบาย โดยมีขั้นตอนการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ ดังนี้

1.2.1 คณะทำงานแกนหลักแต่ละจังหวัดได้พัฒนา ออกแบบ ทำความเข้าใจและกำหนดนโยบายหลัก (Core policy) ร่วมกันด้วยการหารือทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จนตกลึกส่วนประกอบของนโยบายและ กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายให้เป็นทิศทางเดียวกัน จัดทำแผนดำเนินงาน/แผนปฏิบัติการ ภาพรวมเพื่อการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

1.2.2 การนำนโยบายแปลงสู่การปฏิบัติ เป็นบทบาทของคณะทำงานแกนหลัก เป็นผู้วางกรอบและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

1.2.3 ภายหลังจากได้คณะกรรมการ/คณะทำงานฯ แล้ว จะแปลงนโยบายหลัก (Core Policy) ออกมาเป็น แผนงาน/แผนดำเนินงาน และจัดทำแผนปฏิบัติการ ภาพรวมของจังหวัดและอำเภอนาร่อง

1.2.4 การถ่ายทอดนโยบายเพื่อให้อำเภอนาร่องเป็นแนวทางปฏิบัติ มีแนวทางดำเนินการ การชี้แจงโครงการ การจัดประชุมเพื่อ Kick off การดำเนินโครงการ และการถ่ายทอดองค์ความรู้และแนวทางการดำเนินงานโครงการ โดยการเชิญผู้เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข (Health sectors) และ หน่วยงานหรือบุคคลนอกด้านสาธารณสุข (Non-health sectors) เข้าร่วมประชุม

1.2.5 การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับการปฏิบัติ (ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและชุมชน) โดยการบูรณาการการดำเนินโครงการนี้เข้ากับแผนดำเนินงานประจำของหน่วยงาน

1.2.6 กลไกขับเคลื่อนการดำเนินโครงการ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 10 ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล

1.2.7 การนิเทศ ติดตาม เสริมพลังกับอำเภอนำร่อง โดยคณะทำงานระดับจังหวัด

2. ผลลัพธ์การดำเนินงานการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่นำร่อง พบว่า การจัดการระบบสุขภาพชุมชน เป็นการจัดการระบบสุขภาพในชุมชน โดยให้ชุมชนเป็นฐานจัดการตนเอง หรือ “ชุมชนจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ” โดยหน่วยงานในชุมชนร่วมกันดำเนินงานประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ช่วงไม่มีผู้ป่วย 2) ช่วงมีผู้ป่วยแสดงมีอาการ 3) เมื่อผู้สูงอายุกลับมาพักที่บ้าน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในชุมชน มีการดำเนินการทั้งแบบเป็นทางการ โดยผ่านคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ในระดับตำบล รวมทั้งกำหนดไว้ในธรรมนูญชุมชน แผนยุทธศาสตร์ และไม่เป็นทางการ โดยการรวมกลุ่มกันแบบตามธรรมชาติภายในชุมชน เช่น กลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ

มาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน “ชุมชนจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ” ประกอบด้วย

ช่วงที่ 1 ส่งเสริมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงและโรค ได้แก่ 1) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ระบุพิกัดกลุ่มเสี่ยง 2) ส่งเสริมความรู้เท่าทันอาการและโรคส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีด้านสุขภาพตามกลุ่มเสี่ยง 3) การจัดสภาพแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ 4) การสนับสนุนศักยภาพและความสามารถในการป้องกันความรุนแรงเมื่อเกิดอาการของกลุ่มเสี่ยงด้วยการจับสัญญาณเตือนและร้องขอความช่วยเหลือในระบบสุขภาพได้อย่างทันท่วงที

ช่วงที่ 2 การจัดการและร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ ได้แก่ 1) การดูแลเบื้องต้นและร้องขอความช่วยเหลือเพื่อนำส่งผู้ป่วย การจัดการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินของ Stroke STEMI Hip fracture 2) การจัดการภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วย STEMI, การตามสะโพกเบื้องต้นในผู้สูงอายุสะโพกหัก และ 3) การร้องขอความช่วยเหลือของหน่วยงานด้านสุขภาพ (แกนนำชุมชน อสม. รพ.สต. หน่วยกู้ชีพ และ 1669)

ช่วงที่ 3 การดูแลหลังผู้สูงอายุกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน ได้แก่ 1) การดูแลหลังผู้สูงอายุกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวัง และส่งเสริมสุขภาพ 2) การจัดการระบบข้อมูลร่วมกับ รพ.สต. และการจัดการรายกรณีและ 3) การจัดสภาพแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ

ปัญหา อุปสรรคที่สำคัญคือ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานให้มีความต่อเนื่อง ความไม่สมดุลระหว่างสัดส่วนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข อุปกรณ์ เครื่องมือ สื่อประชาสัมพันธ์ที่ไม่เพียงพอ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุและหน่วยกู้ชีพในระดับตำบล มีการเปลี่ยนงานบ่อย การขาดแคลนอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินในรถพยาบาล ผู้สูงอายุบางคนอยู่คนเดียว บางคนมีปัญหาด้านการสื่อสาร การได้ยิน ส่งผลต่อการดูแลและการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุบางครอบครัวไม่มีอุปกรณ์เครื่องมือสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถโทรเข้าศูนย์ 1669 ได้ทันท่วงที และมีความอายและกลัวไม่มั่นใจในการโทรเข้าศูนย์ประสานงาน 1669 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดจากการบูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ทั้งโรงพยาบาล สาธารณสุข อำเภอ รพ.สต. อบต. และประชาชนในพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน จุดอ่อนคือ การนิเทศติดตามไม่ต่อเนื่อง

3. การจัดบริการการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่นำร่อง มีการจัดการระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ดูแลและนำส่งผู้ป่วยช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre - hospital care) ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล (In-hospital

care) และได้รับการรักษาในสถานพยาบาล ในระบบ Fast track สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และภาวะกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ในกลุ่มผู้สูงอายุ สามารถจำแนกออกเป็น 3 มาตรการหรือกิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) กิจกรรมการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุ Stroke, STEMI และ Hip fracture ตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การนำส่ง และการจัดการดูแลรักษา ในโรงพยาบาล 2) กิจกรรมการจัดการข้อมูลผู้ป่วยและการเตรียมผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน และ 3) กิจกรรมการใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงการให้บริการ

ปัญหา อุปสรรค ได้แก่ 1) ปัญหาที่เกิดฝั่งญาติและผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ที่มีผลต่อการจัดให้บริการสุขภาพ เช่น การตัดสินใจในการให้ยาลดไขมันเลือดล่าช้า ญาติสายตรงไม่ได้อยู่กับผู้ป่วย ผู้ป่วย/ญาติจำเวลาอาการหรือระยะเวลาไม่ชัดเจน 2) ด้านการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติ ในนโยบายและความเข้าใจต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาที่ไม่ครอบคลุม ขาดความเข้าใจตรงกันของผู้ปฏิบัติรักษาในระดับโรงพยาบาล 3) อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือแพทย์และเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ บางส่วนชำรุดเสียหาย 4) การดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพ มีทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง การสื่อสาร การทำความเข้าใจเรื่องนโยบาย หรือแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปอย่างทั่วถึงทำได้ ค่อนข้างยาก 5) บุคลากร/ทีมสหวิชาชีพ ยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับนิยามในการวินิจฉัย/การลงรหัส ICD10 6) การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุม 7) การจัดเก็บข้อมูลผู้รับบริการมีหลายช่องทาง ทำให้เกิดความยากลำบากทั้งการบันทึก การนำข้อมูลมา ใช้ประโยชน์มีข้อจำกัดในการนำไปใช้

4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดจากการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่นาร่อง พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และพลัดตกหกล้ม/กระดูกสะโพก ของผู้สูงอายุในพื้นที่นาร่อง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 82.40 (Mean=9.70, S.D.=1.95, คะแนนต่ำสุด=2, คะแนนสูงสุด=12) กลุ่มทั่วไป (จำนวน 1,647 คน) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 75.17 (\bar{X} =6.83, S.D.=1.32,คะแนนต่ำสุด=1, คะแนนสูงสุด=9) กลุ่มมีประวัติโรคหัวใจ (จำนวน 126 คน) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 75.40 (\bar{X} =9.40, S.D.=1.69, คะแนนต่ำสุด=3 คะแนนสูงสุด=12) ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนที่เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม/กระดูกสะโพกหัก อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 79.86 (\bar{X} =9.55, S.D.=1.83, คะแนนต่ำสุด=2, คะแนนสูงสุด=13) (ดังตารางที่ 1) นอกจากนี้ยังพบว่า มีการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการและสัญญาณเตือนโรค Stroke และกระดูกสะโพกหัก ลำดับแรกคือ แจ้งบุคคลใกล้ชิดโทร 1669 ให้มารับพาไปโรงพยาบาล ร้อยละ 53.02 และร้อยละ 90.69 ตามลำดับ ยังมีความจำเป็นที่ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและสัญญาณเตือน ของ 3 โรค โดยเฉพาะในประเด็นที่ยังเข้าใจไม่ถูกต้อง หรือคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เจ็บปาลันชนิด STEMI และปลัดตกหกล้ม/กระดูกสะโพกหัก ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี (n=1,773)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือน	ระดับความรู้						Mean	S.D	สูงสุด	ต่ำสุด
	น้อย		ปานกลาง		มาก					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. โรคหลอดเลือดสมอง	46	2.59	266	15.01	1,461	82.40	9.70	1.95	2	12
2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เจ็บปาลันชนิด STEMI กลุ่มทั่วไป(n=1,647)	57	3.46	352	21.37	1,238	75.17	6.83	6.83	6.83	6.83
3. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เจ็บปาลันชนิด STEMI กลุ่มมีประวัติโรคหัวใจ (n=126)	2	1.59	29	23.02	95	75.40	9.40	9.40	9.40	9.40
4. การปลัดตกหกล้ม/กระดูกสะโพกหัก	50	2.82	307	17.32	1,416	79.86	9.55	9.55	9.55	9.55

อภิปรายผล

จังหวัดอุบลราชธานี มีรูปแบบการดำเนินงานต่อยอดและขยายผล ที่สอดคล้องกับบริบท สังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ โดยนำประเพณีแห่เทียนเข้าพรรษา และสัญลักษณ์เมืองดอกบัวงาม มาผสมผสานกัน โดยวางเป้าหมายสูงสุดของเปลวเทียน ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ด้วยการบูรณาการ ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ร่วมกับการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ รวมถึงการจัดการทรัพยากรที่มีจำกัดร่วมกันทำให้พื้นที่ที่มีความพร้อมในการจัดการกับประเด็นสังคมสูงอายุได้ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม มีการทำงานที่เป็นระบบทั้ง Pre-Hospital, In hospital, Post-Hospital พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนพัฒนาศักยภาพของระบบ มี CPG โรค Stroke ,STEMI ในส่วน Pre-Hospital, Post-Hospital บุคลากรในพื้นที่ มีการโทรติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สร้างความพร้อมในการในการเรียนรู้และพัฒนาต่อยอดในการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งระดมทุนในการหาอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วย LTC palliative IMC สรุปรูปแบบการขับเคลื่อน CANDLE Model การจัดการระบบสุขภาพชุมชน เป็นการจัดการระบบสุขภาพในชุมชน โดยให้ชุมชนเป็นฐานจัดการตนเอง หรือ “ชุมชนจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ” โดยหน่วยงานในชุมชนร่วมกันดำเนินงานประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ช่วงไม่มีผู้ป่วย 2) ช่วงมีผู้ป่วยแสดงมีอาการ 3) เมื่อผู้สูงอายุกลับมาพักที่บ้าน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในชุมชน มีการดำเนินการทั้งแบบเป็นทางการ โดยผ่านคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ในระดับตำบล รวมทั้งกำหนดไว้ในธรรมนูญชุมชน แผนยุทธศาสตร์ และไม่เป็นทางการ โดยการรวมกลุ่มกันแบบตามธรรมชาติภายในชุมชน เช่น กลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ

มาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน “ชุมชนจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ” ประกอบด้วย

ช่วงที่ 1 ส่งเสริมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงและโรค ได้แก่ 1) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ระบุพิกัดกลุ่มเสี่ยง 2) ส่งเสริมความรู้เท่าทันอาการและโรคส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีด้านสุขภาพตามกลุ่มเสี่ยง 3) การจัดสภาวะแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ 4) การสนับสนุนศักยภาพและความสามารถในการป้องกันความรุนแรงเมื่อเกิดอาการของกลุ่มเสี่ยงด้วยการจับสัญญาณเตือนและร้องขอความช่วยเหลือในระบบสุขภาพได้อย่างทันที่

ช่วงที่ 2 การจัดการและร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ ได้แก่ 1) การดูแลเบื้องต้นและร้องขอความช่วยเหลือเพื่อนำส่งผู้ป่วย การจัดการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินของ Stroke STEMI Hip fracture 2) การจัดการภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วย STEMI, การตามสะโพกเบื้องต้นในผู้สูงอายุสะโพกหัก และ 3) การร้องขอความช่วยเหลือของหน่วยงานด้านสุขภาพ (แกนนำชุมชน อสม. รพ.สต. หน่วยกู้ชีพ และ 1669)

ช่วงที่ 3 การดูแลหลังผู้สูงอายุกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน ได้แก่ 1) การดูแลหลังผู้สูงอายุกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวัง และส่งเสริมสุขภาพ 2) การจัดการระบบข้อมูลร่วมกับ รพ.สต. และการจัดการรายกรณีและ 3) การจัดสภาพแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ

กลุ่มขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการพัฒนาระบบสุขภาพ ทั้ง Health-Non Health Sector รับรู้/เข้าใจนโยบายและเป้าหมาย เห็นด้วยว่าสอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน สอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพ หลักการบูรณาการ การบริการอย่างไร้รอยต่อ ในบริบทสังคมผู้สูงอายุ และการเจ็บป่วยด้วย 3กลุ่มโรค กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินโครงการระดับจังหวัด ระบบสุขภาพชุมชน และระดับชุมชน ทุกอำเภอมีการนำ CANDLE โมเดล มา ประยุกต์ใช้ตามบริบทและทุนเดิมเสริมด้วยทุนทางสังคม จัดระบบดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย Pre-Hospital (ส่งเสริม ป้องกัน) In Hospital (การรักษาในโรงพยาบาล) Post-Hospital (ฟื้นฟูและดูแลหลังจำหน่าย) Inter-Hospital (ระบบส่งต่อผู้ป่วย) ทุกอำเภอขับเคลื่อนผ่าน กลไก พขอ. พชต. ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ สถานชีวาภิบาล บางพื้นที่มีพระคิลาณุปัญญา โดยบูรณาการงบประมาณจากหน่วยงาน งบวิจัย และงบ สปสช. ทั้งหมดเห็นว่าเป็นนโยบายที่ดี ควรขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพควบคู่กับการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือคน ทุน งบประมาณ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อเนื่องคือศักยภาพของคน/องค์ความรู้ที่ทันสมัย งบประมาณ/ทรัพยากรที่เพียงพอระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Damschroder และคณะ (2009) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนารอบแนวคิดที่แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินนโยบาย/โครงการ/นวัตกรรม ให้ชื่อว่าแนวคิด Consolidated Framework for Advancing Implementation Research (CFIR) โดยที่กรอบแนวคิดนี้สามารถใช้สำหรับประเมินการดำเนินงานต่างๆ โดยกล่าวถึงปัจจัยหรือประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานที่สามารถแบ่งได้เป็น 5 ประเด็นหลักตามมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานนั้นๆ ได้แก่ 1) คุณลักษณะของนโยบาย (intervention characteristics) 2) สิ่งแวดล้อมภายนอก (outer settings) 3) สิ่งแวดล้อมภายใน (inner settings) 4) คุณลักษณะของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (characteristics of the individuals involved) และ 5) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (the process of implementation) โดยแต่ละส่วนประกอบหลัก จะมีส่วนประกอบย่อยลงไปอีก และจากการศึกษาของศิรินาถ และคณะ (2561) พบว่างานวิจัยที่ใช้กรอบ CFIR เป็นงานวิจัยที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปริมาณ และทั้ง 2 รูปแบบ (mixed methods) และจำแนกทั้งการประเมินก่อนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (pre-implementation) ระหว่างการนำนโยบายไปปฏิบัติ (during-implementation) และหลังการนำนโยบายไปปฏิบัติ (post-implementation)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพชุมชน และระบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

2. สามารถนำมามาตรการและกิจกรรมดำเนินงาน “ชุมชนจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ” ไปพัฒนาและขยายผลสู่ชุมชนอื่น โดยดำเนินการ ดังนี้ ช่วงที่ 1 ส่งเสริมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงและโรค ช่วงที่ 2 การจัดการและร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ และ 3) การร้องขอความช่วยเหลือของหน่วยงานด้านสุขภาพ (แกนนำชุมชน อสม. รพ.สต. หน่วยกู้ชีพ และ 1669) ช่วงที่ 3 การดูแลหลังผู้สูงอายุกลับมาพักที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพชุมชน โดยใช้กรอบของ CIPPIEST เพื่อให้เห็นแง่มุมของประสิทธิผล การมีส่วนร่วม ความยั่งยืน การต่อยอดและการขยายผลของโครงการได้อย่างเด่นชัดยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานชุมชนจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

Reference

- ณัชชภัทร พานิช, มาทะ ชิตตะสังคะ, ประจวบ แหลมหลัก, จินต์ กล้าวิกรณ์. (2558). ยุทธศาสตร์การจัดการระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน จังหวัดน่าน. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*. 8,8:169-89.
- รมย์ธนิภา ฝ่ายหมื่นไวย, นิภา กิมสูงเนิน และเชมศักดิ์ธริณี รื่นฤติภิรมณ์. (2564). “รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ : คำตอบอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน,” *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 44,3 (กรกฎาคม - กันยายน 2564) : 11-22.
- รัตยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ. (2561). “กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพะ. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*,” 11(1):231-8.
- วิจารณ์ พานิช. (2554). การจัดการความรู้ กับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. ใน: สุพัตรา ศรีวณิชชยากร, สุมาลี ประทุมพันธ์, บรรณาธิการ. *มองมุมใหม่จัดการใหม่ในระบบสุขภาพชุมชน: เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชนครั้งที่ 2 จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่* จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จักจบ. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ. (2565). *การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน(Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) แบบบูรณาการ ในเขตสุขภาพที่ 10*. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางปฏิบัติเรื่อง การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ศิรินาถ ตงศิริ และคณะ. (2561). “ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 12(1):7-26.

- อัจฉราภรณ์ เล่าหรั่งพิสิฐ. (2563). นโยบายการบริหารพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก. *วารสารวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม*. 7(2):25-40.
- Best, John.(1977).Research in Education. New Jersey:Prentice Hall, Inc..
- Damschroder LJ, Aron DC, KeithRE, KirshSR, Alexander JA,Lowery JC. (2009).
Fostering implementation of health servicesresearch findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* 2009;4(1):50.