

การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดอุบลราชธานี

Model Development of Community Health Care for the CVD Risk Population and Coronary Heart Disease Patients, Ubon Ratchathani

เกศรา แสนศิริทวีสุข ปร.ด. (การพัฒนาสุขภาพชุมชน)

Getsara Sansiritawisuk Ph.D. (Community Health Development)

จุติพร ผลเกิด ปร.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

Jutipon Ponkert Ph.D. (Health Social Sciences and Humanity)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

Office of Disease Prevention and Control, Region 10 Ubon Ratchathani

Received: September 9, 2023

Revised: October 7, 2023

Accepted: October 7, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดอุบลราชธานี พื้นที่ศึกษาเลือกแบบเจาะจงเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ประชากรเป้าหมายดังนี้ กลุ่มที่ร่วมพัฒนาแบบแผน ได้แก่ 1) ฝ่ายวิชาการ 15 คน 2) ฝ่ายบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข 26 คน 3) ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น 12 คน และ 4) กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ดูแล 16 คน และกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในชุมชน คือประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป 461 คน เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนดูแลสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน 3) การสร้างระบบและกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน 4) การจัดรูปแบบดูแลสุขภาพในชุมชนครอบคลุมทุกกลุ่ม จึงเกิดกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การร่วมจัดตั้งสถานีสภาพ "จิตอาสาดูแลหัวใจ" การคัดกรองความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้ 3 ฐานการเรียนรู้การประเมิน CVD Risk การใช้แอปพลิเคชันแจ้ง 1669 และสอนการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ส่วนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเน้นการดำเนินงานเชิงรุก การบันทึกพิกัดบ้านใน Google Map ลงข้อมูลในแอปพลิเคชันรักษากุศลยาวันเพื่อเชื่อมหน่วยกู้ชีพ 1669 ทั้งระดับอำเภอและตำบลให้ทราบในเวลาเดียวกัน จากการประเมินผลลัพธ์หลังดำเนินการพบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลมีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะและกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่งผลทำให้ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง 390 คน ได้รับการคัดกรอง CVD Risk ร้อยละ 88.46 สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะได้รับการเยี่ยมบ้านและดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลทำให้กลุ่มเสี่ยงสูงลดลงร้อยละ 58.82 ในจำนวนนี้เลิกบุหรี่ได้ใน 6 เดือนร้อยละ 100 และเลิกสุราได้ใน 6 เดือนร้อยละ 60 และมีผู้สงสัยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการช่วยเหลือผ่านแอปพลิเคชันรักษากุศลยาวัน 3 คน ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงการรับบริการตรวจคัดกรองที่สถานีสภาพชุมชน เพื่อให้รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยง รู้สถานะ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับระดับความเสี่ยงและกลุ่มวัย เพื่อลดความสูญเสียด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมต่อไป

คำสำคัญ: แบบแผนการดูแลสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สถานีสภาพชุมชน

Abstract

The purpose of the action research is to improve the model of community health care for the CVD risk population and coronary heart disease patients by the participation of networks in Ubon Ratchathani. The studied areas are chosen specifically to be risk areas and ones that are voluntary to participate in the research in Ubon Ratchathani. The target population is chosen as follows: 1) Cooperated group on model development including 15 people for academics, 2) Twenty – six people for personnel's and volunteers, 3) Twelve people for local representatives, and 4) Sixteen people for coronary heart disease patients and caregivers; and target group for community health care including 461 people with the age above 35 years old. The data was collected for both qualitative and quantitative. The result shows that model of community health care consists of 1) the encouragement of participation of every network 2) the return of data to the community 3) the creation of the system and progressing process 4) the coverage of community health care to every group and holding important activities including establishing health station, “Volunteer for Heart Care”, blood pressure screening, blood sugar checking, education on 3 learning base; CVD risk assessment, how to call 1699 via application, and resuscitation. For the risk group and the patients, proactive operation was applied which includes recording home addresses on google map and putting information on the application called Rak Kudyalua in order to connect to emergency medical services 1669 for both provincial and municipal level simultaneously. As for the outcome evaluation, it is clearly that the average post-test scores of healthcare service officers in community and subdistrict hospitals were significantly higher than the pre-test scores in terms of skills and activities for CVD risk and coronary heart disease patients ($p < 0.05$). The result is that 390 people who are above 35 and haven't been diagnosed with Diabetes Mellitus and hypertension have been screened for CVD risk which equals 88.46 percent. For coronary heart disease patients, they will receive continuous home visit. The result shows that the risk group has decreased to 58.82 percent. In this number, there are people who quit smoking within 6 months at 100 percent rate and quit drinking at 60 percent rate and there are 3 persons with symptoms similar to coronary heart disease getting helps via application, Rak Kudyaluan. Therefore, community participation in taking care of their own health, relevant network partners should communicate and publicize to people access in health checking services at community health stations. It could get data about the numbers, the risks, the status and lead to health behaviors modifying that are appropriate to their risk level and age group. To reduce health, economic, and social losses in the future.

Keywords: Health Care Model, Risk Group for Coronary Heart Disease, Coronary Heart Disease Patients, Health Station

บทนำ

ในประเทศไทย กลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุการตายร้อยละ 73 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจมีมูลค่า 198,512 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) คิดเป็น 3,128 บาทต่อหัวประชากร ในปี 2552 โรคที่มีต้นทุนมากที่สุดคือ โรคหัวใจ และหลอดเลือด รองลงมาคือโรคเบาหวาน และ

โรคปอดเรื้อรัง ตามลำดับ⁽¹⁾ จากโครงการระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) พ.ศ. 2548-2550 ของประชากรอายุระหว่าง 15-74 ปี พบว่าความชุกของผู้ที่เคยมีแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 0.5 ล้านคนในปี 2548 เป็น 0.7 ล้านคนในปี 2550 จากสถิติสาธารณสุขพบว่า

ในปี 2551 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 13,395 คน พบสูงสุดในภาคกลางถึง 1 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตทั้งประเทศ และพบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าภายใน 7 ปี⁽²⁾ ซึ่งข้อมูลจากรายงานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี 2556-2560 ระบุว่าแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตและอัตราป่วยจากโรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด ต่อแสนประชากรเพิ่มสูงขึ้นจาก 26.9 ในปี 2556 เป็น 31.8 ในปี 2560 มีอัตราป่วยโรคหัวใจขาดเลือดต่อแสนประชากรเพิ่มสูงขึ้นจาก 431.91 ในปี 2556 เป็น 501.41 ในปี 2560⁽³⁾ สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ปี 2556-2560 พบอัตราการเสียชีวิตและอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มสูงขึ้นจาก 19.89 ในปี 2556 เป็น 23.34 ในปี 2560 และพบการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ อัตราป่วยสะสมต่อแสนประชากรตั้งแต่ปี 2559-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มสูงขึ้นจาก 236.17 ในปี 2559 เป็น 241.01 ในปี 2562 และมีอัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยเพิ่มสูงขึ้นจาก 0.31 ในปี 2559 เป็น 0.33 ในปี 2562

เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงเป็นอันดับหนึ่งต่อเนื่องมาโดยตลอด ข้อมูลรายงานสรุปผลการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2562 จาก HDC ปี 2560-2561 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (CKD) และโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความรุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น⁽⁴⁾ ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ทั้งระดับจังหวัดและอำเภอต่างตระหนักถึงปัญหา และต้องการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่นเดียวกับโรงพยาบาลตระการพืชผลและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอ 29 แห่ง เห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น หากไม่มีการดำเนินการใดๆ จะนำไปสู่ความสูญเสียคุณภาพชีวิต การสูญเสียทางเศรษฐกิจ และการเสียชีวิตของประชาชน ตลอดจนภาระงานที่ต้อง

ดูแลผู้ป่วยในระยะยาวของหน่วยบริการโดยเฉพาะ รพ.สต.กุดยาลวน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี นับจากปี 2559-2562 จากจำนวน 16 ราย เพิ่มขึ้น เป็น 25 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตทุกปี เฉลี่ยปีละ 1-2 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มมีผู้ป่วยและเสียชีวิตในกลุ่มอายุน้อยลง (40-49 ปี) ปี 2562 รพ.สต.กุดยาลวน มีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 25 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต และมีกลุ่มเสี่ยง CVD risk $\geq 20\%$ จำนวน 22 ราย⁽⁵⁾ ที่ต้องดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

กรมควบคุมโรค มีนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดกลุ่มเสี่ยง ลดผู้ป่วยรายใหม่ และควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่การสูญเสีย โดยเน้นการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจให้เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตนเองได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเหล่านี้ล้วนสามารถป้องกันได้⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตาม จากการนิเทศติดตามการดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี (สคร.10 อบ.) พบว่าการกำกับติดตาม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยทำได้ค่อนข้างน้อย อีกทั้งปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีหลายปัจจัยรอบด้านในวิถีชีวิตของประชาชน การลดปัจจัยเสี่ยงจึงทำได้ยากลำบาก และขาดการติดตามอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มทุกปี⁽⁷⁾ นอกจากนี้ปัญหาด้านพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นผู้ป่วยแล้ว ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก็พบปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียโอกาสและเศรษฐกิจ เนื่องจากพิการและเสียชีวิตเกิดจากความล่าช้าในการนำส่งผู้ป่วยในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล และในโรงพยาบาล สิ่งสำคัญคือผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปไม่ทราบอาการบ่งชี้สำคัญของโรค ไม่ทราบว่าต้องรีบส่งผู้ป่วยให้ถึงโรงพยาบาลในเวลาอันรวดเร็ว จากสถิติการเจ็บป่วยระดับประเทศพบว่าผู้ป่วยวิกฤติส่วนใหญ่ได้รับการนำส่งโดยญาติและเพื่อนบ้านคิดเป็นร้อยละ 88.13 ทำให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือระหว่างนำส่งไม่ถูกต้องเพราะผู้นำส่งขาดความรู้ และทักษะ

ในการดูแล⁽⁸⁾ สาเหตุที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลล่าช้า เกิดจากผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ไม่ทราบสัญญาณอันตรายจึงทำให้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น⁽⁹⁾ อีกทั้งระบบบริการการแพทย์โรคหัวใจในประเทศไทยแม้จะมีระบบบริการแต่ยังคงจัดบริการได้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของ รพ.สต.หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เกิดเหตุ มีความสำคัญต่อการลดความสูญเสียของผู้ป่วยหากสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยในเบื้องต้น ดังงานวิจัยต่างประเทศที่ทำการศึกษาดูแลระหว่างนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไปโรงพยาบาล ระบุว่าบุคลากรในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องมีความรู้ความสามารถในการจัดการและดูแลผู้ป่วยได้ทันเวลา⁽¹⁰⁾

ดังนั้นการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของชุมชน ให้อยู่ห่างไกลปัจจัยเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่ด้วยความซับซ้อนและความหลากหลายของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงเป็นสิ่งที่ยากที่บุคคลหรือกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยจะจัดการได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้ปัญหา ร่วมวิเคราะห์ และหาทางออก ลงมือปฏิบัติ ประเมินผลโครงการ และร่วมรับผลประโยชน์โดยสมัครใจ ทำให้การพัฒนา มีความสอดคล้องตรงตามความต้องการและความเป็นอยู่ของชุมชน และทำให้เกิดความยั่งยืนโดยการเชื่อมโยงประสานให้ทุกภาคส่วนร่วมกันตัดสินใจในการเลือกวิธีการแก้ปัญหา มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน⁽¹¹⁾

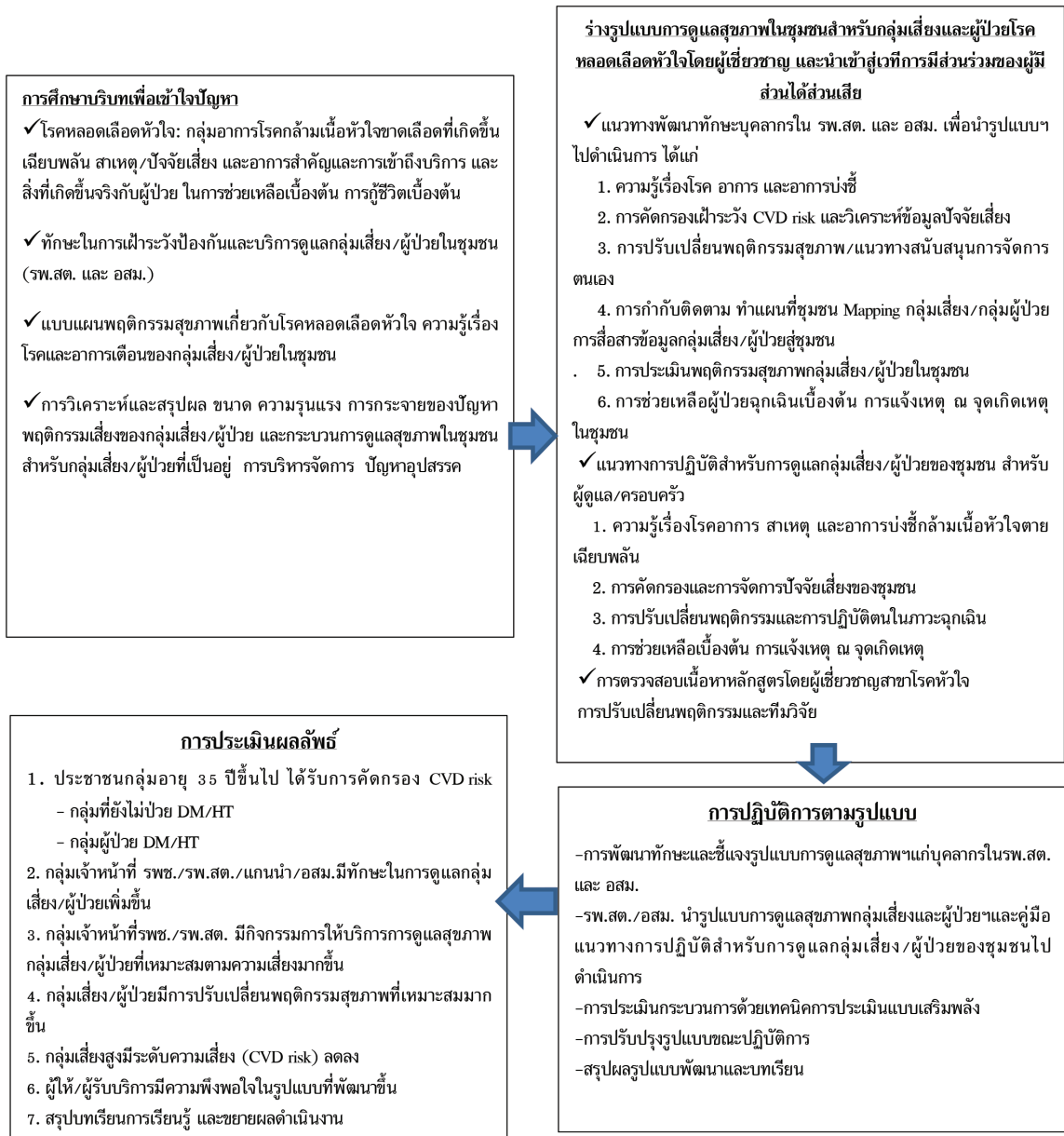
การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขมาใช้เพื่อร่วมแก้ปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจของชุมชน และพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนและนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันในเขตสุขภาพที่ 10 และประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในจังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิด ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยฯ ครั้งนี้ ใช้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการพัฒนา มี 4 ขั้นตอน โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนในพื้นที่ในการทำความเข้าใจปัญหา การออกแบบรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การเตรียมทักษะบุคลากรและการนำไปใช้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

การประเมินผลลัพท์ หมายถึง การวัดผลสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบฯ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้าน 1) ทักษะด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต./แกนนำและ อสม. 2) การดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 3) ประเมินระดับความเสี่ยง CVD risk ในกลุ่ม

ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป และกลุ่มเสี่ยง 4) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย และ 5) ความพึงพอใจของผู้ให้/ผู้รับบริการหลังรับบริการรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง กลไกการจัดการในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยในการลด

ปัจจัยเสี่ยง ที่มีโครงสร้างกลุ่มคนที่รับผิดชอบทั้งใน รพ.สต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน ร่วมกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสม วางแผนดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการปฏิบัติการคัดกรอง และการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยสามารถประเมินความเสี่ยงฯ เกิดการสื่อสารความเสี่ยง และจัดการตนเองได้

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองโรคหัวใจ และหลอดเลือด หมายถึง 1) กลุ่มประชาชนวัยทำงาน อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ป่วยเบาหวานและ/หรือ ความดันโลหิตสูง (DM/HT) และ 2) กลุ่มผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในเขตรับผิดชอบของ พื้นที่เป้าหมาย

กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ CVD risk และหลอดเลือดด้วย Color chart หรือ Application Thai CV Risk Score และมีผลประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ($\geq 20\%$) ขึ้นไป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยด้วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ใน พื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.กุดยาลวน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่ การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการ ตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection)⁽¹²⁾ เป็นวงจรต่อเนื่องจนกว่า จะได้ข้อสรุปตามประเด็นที่กำหนด

พื้นที่ศึกษา เลือกจากจังหวัด อำเภอกุดยาลวน และตำบลที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงในเขตสุขภาพที่ 10 ที่มีความพร้อมในการพัฒนาและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ พื้นที่ใน เขตรับผิดชอบ รพ.สต.กุดยาลวน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานีระยะเวลาศึกษา 15 เดือน (กรกฎาคม 2564 – กันยายน 2565)

ประชากรเป้าหมาย เลือกแบบเจาะจง (Purposive) โดยกำหนดคุณสมบัติในการเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ดังนี้

กลุ่มที่ให้ข้อมูลและเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ จำนวนทั้งสิ้น 73 คน ประกอบด้วย

1. ฝ่ายวิชาการ เป็นผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ สาขาโรคหัวใจ และสาขาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 10 และทีมผู้วิจัย รวม 15 คน

2. ฝ่ายบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้บริหาร รพช./สสอ.ตระการพืชผล จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่ รพช. 8 คน รพ.สต.กุดยาลวน จำนวน 5 คน แกนนำอสม.บ้านกัจจับ 10 คน รวม 26 คน

3. ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น: องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท./ผู้นำชุมชน) 4 คน แกนนำเยาวชนในชุมชน 2 คน หน่วยกู้ชีพตำบล 6 คน รวม 12 คน

4. ฝ่ายกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือ ผู้ดูแล กลุ่มละ 10 คน รวม 20 คน

กลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในชุมชน เป็น ประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 35 ปีขึ้นไปทุกรายในพื้นที่ รับผิดชอบ รพ.สต.กุดยาลวน จำนวนทั้งสิ้น 461 คน จำแนกเป็น

1. ผู้ที่ยังไม่ป่วยด้วย DM/HT ทุกวัย และยินดีเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 390 คน

2. ผู้ป่วย DM/HT ที่มีรายชื่อในทะเบียนทุกวัย และยินดีเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 65 คน

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 6 คน

3.1 มีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้

3.1.1 มีรายชื่อในทะเบียนกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลชุมชนที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่

3.1.2 เป็นกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะการวิจัย

3.1.3 เป็นผู้มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้และสามารถสื่อสารได้ดี

3.1.4 ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3.2 เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria) ดังนี้

3.2.1 เป็นผู้ป่วยหนัก/ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ/ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

3.2.2 มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร

3.2.3 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมโครงการได้ตามกำหนด/เกิน 1 ครั้ง

ขั้นตอนวิธีการทำการวิจัย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มี 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและรูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน เพื่อศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่ ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รูปแบบ/กระบวนการคัดกรองการดูแลสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย การบริหารจัดการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคของรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนที่มีอยู่ เพื่อนำไปสู่การสร้าง (ร่าง) รูปแบบการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยการรวบรวมเอกสาร/ทบทวนวรรณกรรม การสำรวจชุมชน การศึกษาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง การทำแผนที่พิกัดกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยในชุมชน การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ระยะเวลา 3 เดือน)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อยกร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และกำหนดแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรใน รพ.สต. และ อสม. เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน 4 ฝ่าย ประกอบด้วยฝ่ายวิชาการ ฝ่ายภาครัฐในท้องถิ่น ฝ่ายแกนนำรวมถึงอาสาสมัครในชุมชน และฝ่ายประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ดูแล กิจกรรมประกอบด้วย การประชุมยกร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ

ทีมผู้วิจัย และตัวแทนพื้นที่ ก่อนนำไปประดมสมองจากผู้เกี่ยวข้องระดับปฏิบัติเพื่อปรับให้สอดคล้องกับบริบทและมีการจัดเวทีประชาคมเพื่อสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนในการกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับชุมชน และกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ และร่วมกำหนดระบบการจัดการของชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยง และการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อพบผู้ป่วยฉุกเฉิน (ระยะเวลา 3 เดือน)

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการกำกับติดตามผล มีการประเมิน CVD risk ในกลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อคัดแยกกลุ่มเสี่ยง และคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มเป้าหมายที่จะนำรูปแบบไปปฏิบัติโดยประชุมอบรมพัฒนาศักยภาพและชี้แจงรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน กำหนดเนื้อหาหลักสูตรตามความต้องการของพื้นที่ สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. หลักสูตรละ 2 วัน จัดกิจกรรมเปิดสถานีสภาพชุมชนก้าบเพื่อเป็นจุดให้บริการคัดกรองสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพแนวใหม่ โดยได้ชี้แจงนโยบาย แนวทางฯ แก่ รพ.สต. กุดยาลวน อสม. และชุมชนให้ทราบในการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชนไปดำเนินการขับเคลื่อนในชุมชน การประเมินกระบวนการด้วยเทคนิคการประเมินแบบเสริมพลังโดยทีมผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสาขาหลอดเลือดหัวใจ เขตสุขภาพที่ 10 ลงพื้นที่ศึกษาวิจัยกรณีในพื้นที่และประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ป่วย “เพื่อนช่วยเพื่อน” 2 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน เพื่อฝึกให้อสม. เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มสนทนาระตุ้นการมีส่วนร่วมและจับประเด็นสะท้อนข้อมูล มีการประเมินทักษะและกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ก่อนและหลังเข้าร่วมการพัฒนา รูปแบบ มีการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เช่น มีการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตามนัดของหน่วยบริการเพื่อส่งต่อ

ข้อมูลให้ รพ.สต. การให้บริการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ในสถานสุขภาพชุมชนเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” และสรุปผลรูปแบบการพัฒนาโดยทีมผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญเขตสุขภาพที่ 10 (ระยะเวลา 4 เดือน)

ขั้นตอน 4 การประเมินผลลัพธ์และความเป็นไปได้ในการนำ (ร่าง) รูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของชุมชนไปใช้จริง

ประกอบด้วยการประเมิน CVD Risk ในกลุ่มประชาชนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มที่ยังไม่ป่วย และกลุ่ม

ผู้ป่วย DM/HT การประเมินทักษะในการดูแลกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย ของเจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต./แกนนำ/อสม. ประเมินกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย การประเมินพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย และการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้/ผู้รับบริการ การประเมินผลลัพธ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นรายบุคคลหลังนำรูปแบบไปปฏิบัติ 5 เดือน (ระยะเวลา 5 เดือน) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้และวิธีการเก็บข้อมูล

ขั้นตอน	วิธีการเก็บข้อมูล	กลุ่มเป้าหมาย
1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและรูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน	1. การสัมภาษณ์เชิงลึก	1. ผู้บริหาร รพช./สสอ. 3 คน 2. เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน 3. ตัวแทน อปท./ผู้นำชุมชน/หน่วยกู้ชีพ 12 คน
	2. การสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม	1. อสม. 10 คน 2. กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย/ผู้ดูแล 20 คน
	3. การสำรวจชุมชน/แผนที่พิภพกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยในชุมชน/ข้อมูล HDC	1. อปท./ผู้นำชุมชน/แกนนำ/หน่วยกู้ชีพ 16 คน 2. เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน
2. ยกร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน	1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการยกร่างรูปแบบ	ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันโรคหัวใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทีมผู้วิจัย 15 คน
	2. จัดประชุมระดมสมองกำหนดรูปแบบฯ และจัดทำหลักสูตรในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย (3 ฐาน ได้แก่ ฐานการประเมิน CVD Risk การใช้ application แจ๊ง 1669 และสอน CPR)	1. ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันโรคหัวใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ทีมผู้วิจัย 15 คน 2. อปท./ผู้นำชุมชน/แกนนำ/หน่วยกู้ชีพ 16 คน 3. เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน
	3. เวทีประชาคมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา/การวางแผน/กำหนดแนวปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล	1. อปท./ผู้นำชุมชน/แกนนำ/หน่วยกู้ชีพ 16 คน 2. เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน 3. กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย/ผู้ดูแล 20 คน

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้และวิธีการเก็บข้อมูล (ต่อ)

ขั้นตอน	วิธีการเก็บข้อมูล	กลุ่มเป้าหมาย
3. การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลสุขภาพ	1. คัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลหลักในการนำรูปแบบไปปฏิบัติ	อาสาสมัคร ประกอบด้วย 1. เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน 2. PCU ใน อ.ตระการพืชผล/เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 29 แห่งละ 1 คน รวม 32 คน 3. ทีมผู้วิจัย/ผู้เก็บข้อมูล 8 คน 4. อสม. 55 คน 5. กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย/ผู้ดูแล 20 คน
	2. ประเมิน CVD Risk	1. กลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ป่วย DM/HT 2. กลุ่มผู้ป่วย (DM/HT) ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในเขตรับผิดชอบของพื้นที่เป้าหมาย
	3. ประเมินทักษะเจ้าหน้าที่รพช./รพ.สต./แกนนำ และ อสม. ก่อนดำเนินการ	1. เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน 2. อสม. 55 คน
	4. ประเมินกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย ก่อนดำเนินการ	เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 13 คน
	5. แบบติดตามการนำรูปแบบไปปฏิบัติและการเยี่ยมเสริมพลัง	ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาโรคหัวใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ทีมผู้วิจัย 15 คน
4. การประเมินผลลัพธ์และความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้จริง	1. ประเมิน CVD Risk	กลุ่มเสี่ยง 34 คน
	2. ประเมินทักษะเจ้าหน้าที่รพช./รพ.สต./แกนนำ และ อสม. หลังดำเนินการ	เจ้าหน้าที่รพช./รพ.สต. 13 คน และ อสม. 55 คน
	3. ประเมินกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย หลังดำเนินการ	เจ้าหน้าที่รพช./รพ.สต. 13 คน
	4. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย หลังดำเนินการ	กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย/ผู้ดูแล 20 คน
	5. ประเมินความพึงพอใจผู้ให้/รับบริการ หลังดำเนินการคัดกรอง	ผู้มารับการคัดกรองทั้งหมด 345 คน

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมิน 1) ทักษะการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต./แกนนำ และ อสม. 2) กิจกรรมการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. 3) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย (ค่าคะแนนจะเป็น 0 และ 1) และ 4) ความพึงพอใจในรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น ระดับความพึงพอใจมี 5 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้แพทย์และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหาโดยการหาค่า IOC พบว่ามีค่าระหว่าง 0.60-1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ อัตรา ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย และ paired t-test
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหาจากการประมวลข้อมูล คำสำคัญ การนำเสนอเป็นภาพรวม การสร้างกรอบคิดจากข้อค้นพบ และการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดนำไปสู่การสร้างข้อเสนอหรือหลักการ มีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangular) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูล บุคคล และสถานที่

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสภาพปัญหาและรูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน จากการศึกษาสถานะสุขภาพโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 25 ก.ค. 2563 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (รหัส ICD10 3 หลักแรก เป็น I00-I09 หรือ I20-I28 หรือ I30-I52) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในเขตสถานบริการสุขภาพ

ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 7,118 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 378.99 ต่อประชากรแสนคน และขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเขตพื้นที่อำเภอตระการพืชผล 1,391 ราย คิดเป็นอัตรา 74.06 ต่อประชากรแสนคน และจากการสำรวจแผนที่ชุมชนพบว่า หมู่ 3 บ้านก่าจับ มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาจำนวน 6 ราย คิดเป็นอัตรา 998.34 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีอัตราป่วยมากกว่าระดับอำเภอและระดับจังหวัด และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่บ้านก่าจับยังไม่มีความรู้เรื่องโรคและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดหัวใจ แม้จะเคยมีอาการแต่ผู้ป่วยไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น จึงเข้ารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินเกือบทุกราย นอกจากนี้ การช่วยเหลือเบื้องต้น (CPR) การแจ้งเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ และการส่งต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินยังไม่มีรถกู้ชีพบริการในชุมชน การรับรู้สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจในระยะ 3-5 ปีมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่วนกลุ่มเสี่ยงไม่รู้ตัวว่าป่วย บทบาทรพ.สต.กับงานโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ และการคัดกรองโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการคัดกรองเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งหากมีการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงประชาชนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป จะทำให้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาได้ทันทั่วทั้งสำหรับกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ชัดเจน และต่อเนื่อง เน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมป้องกันโรค จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

2. การพัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพในชุมชน เริ่มจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่างรูปแบบฯ การประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดรูปแบบฯ และเวทีประชาคมเพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ ยังมีการคัดเลือกอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนารูปแบบ โดยรูปแบบการดูแลสุขภาพประชาชน ประกอบด้วย

- 2.1 กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบ แบ่งเป็น 4 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายภาคีรัฐในท้องถิ่น ฝ่ายแกนนำรวม

ถึงอาสาสมัครในชุมชน และฝ่ายประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือผู้ดูแล โดยแต่ละฝ่าย ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

2.1.1 ฝ่ายวิชาการ เป็นผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิสาโรคหัวใจ และสาขาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และทีมผู้วิจัย มีบทบาทในการสร้างและประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่าย การสนับสนุนวิชาการ ข้อมูลข่าวสารอบรมฝึกทักษะในการเฝ้าระวัง คัดกรอง การดูแลสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล การสร้างขวัญกำลังใจ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การเผยแพร่และขยายผลงานรูปแบบดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตลอดจนการส่งเสริมให้มีสถานีสภาพชุมชน (Health Station) เขตสุขภาพที่ 10

2.2.2 ฝ่ายบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทในการผลักดันให้เกิดแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ การระดมทรัพยากรของเครือข่าย เป็นแกนหลักในการประสานกับภาคส่วนต่างๆ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำ รวมถึงอาสาสมัครในชุมชน ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รพ.สต. มีบทบาทในการคัดกรองเชิงรุกโดยบูรณาการกับงานประจำ การประเมินความเสี่ยงประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 35 ปีขึ้นไปจำนวนทั้งสิ้น 461 คน การสร้างกลไกการทำงานของแกนนำและ อสม. การเผยแพร่ข้อมูลผลการคัดกรองกลับคืนสู่ชุมชน การพัฒนาศักยภาพและเป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสม. การกำหนดมาตรการในการเฝ้าระวังคัดกรอง CVD risk และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยการบูรณาการกับการตรวจสุขภาพประจำปี การออกหน่วยบริการเชิงรุกกับทีมสหวิชาชีพจาก รพช. การประสานเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนเพื่อจัดตั้งสถานีสภาพ การเชิญบุคคลต้นแบบในชุมชนมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ และจัดทำแผนพัฒนาพื้นที่สมรรถนะเครือข่าย รพ.สต. และ อสม. ทุกปี

2.2.3 ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชนในชุมชน หน่วยกู้ชีพตำบล มีบทบาทในการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาชน อบต. ให้การสนับสนุนด้านสุขภาพ การประชาสัมพันธ์ สนับสนุนงบประมาณ และสถานที่ในการจัดตั้งสถานีสภาพชุมชน ให้แก่ รพ.สต. สนับสนุนงบประมาณตรวจสุขภาพประจำปี จัดบริการหน่วยกู้ชีพ 1669 ประจำ อบต. ตามมาตรฐานกำหนดของ สสจ.อุบลราชธานี ประชาสัมพันธ์ข่าวให้คนในหมู่บ้าน พัฒนาอาสาสมัครประจำชุมชนเพื่อเป็นผู้ประสานและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินประจำหมู่บ้าน ทำแผนสนับสนุนงบประมาณให้มีการดำเนินงานต่อเนื่อง ซึ่ง อบต. มีการบรรจุในแผนดำเนินงาน 5 ปี

2.2.4 ฝ่ายประชาชน ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ดูแล มีบทบาทในการเข้าร่วมประชาคมเพื่อสะท้อนความต้องการของประชาชนให้หน่วยงานท้องถิ่นสร้างมาตรการชุมชน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง คัดกรอง สังเกตภาวะเสี่ยงเตือนภัย และจัดการความเสี่ยงในส่วนบุคคลครัวเรือนรวมถึงชุมชน จากผลการพัฒนาเครือข่ายดังกล่าว ทำให้ชุมชนมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีความมุ่งมั่น ที่จะเป็นชุมชนต้นแบบในการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของจังหวัดอุบลราชธานี โดยการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนและหลอมรวมเครือข่าย การดำเนินการคัดกรอง ดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อลดการเสียชีวิตของประชากรกลุ่มเสี่ยงในช่วงดำเนินการวิจัยและในอนาคต

2.2 การคืนข้อมูลสู่ชุมชน ให้ตระหนัก รับรู้ว่าเป็นประเด็นร่วมของครอบครัวและชุมชน มีกิจกรรมเปิดสถานีสภาพชุมชนก้าบอย่างเป็นทางการโดยมี อสม./ผู้นำชุมชน และชาวบ้านก้าบระดมพลังร่วมกันเป็นเจ้าภาพในการจัดงานดังกล่าว ร่วมกับเครือข่ายหน่วยงานภาครัฐในตำบลกุดยาลวน ได้แก่ โรงเรียน รพ.สต. และ รพช. สสอ. อำเภอดงเจริญ และ รพ.สต.ใกล้เคียง

มีการประกาศนโยบาย/แนวทางการจัดบริการในสถานีสุภาพชุมชน

2.3 การสร้างระบบและกลไกให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง คณะทำงานในพื้นที่นำโดยแกนนำชุมชน อสม. บ้านกาจับ และ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทีมวิจัยในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ ได้วางโครงสร้างการดำเนินงานของสถานีสภาพชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ ทำการแต่งตั้งคณะทำงานให้บริการประจำสถานีสภาพชุมชน บ้านกาจับ เสนอลงนามคำสั่งแต่งตั้งโดยนายอำเภอมีแผนให้บริการสัปดาห์ละ 3 วัน สำหรับอาคารสถานที่ คณะทำงานได้ยื่นขอใช้สถานที่อย่างเป็นทางการตามระเบียบจาก อบต. ซึ่งต่อมาภายหลังได้ยื่นเรื่องขอใช้พื้นที่แยกออกจากพื้นที่โรงเรียนและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการที่ราชพัสดุยกพื้นที่ตั้งสถานีสภาพชุมชน บ้านกาจับ ให้ชุมชนเป็นเจ้าของบริหารจัดการใช้พื้นที่ ชุมชนมีการร่วมแรงพัฒนาอาคารสถานที่ ถมดิน ปรับภูมิทัศน์ ระดมทุน และหางบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ เพิ่มเติม ทั้งในส่วนค่าใช้จ่ายรายเดือนเป็นค่าสาธารณูปโภค ค่าน้ำประปา ค่าไฟฟ้า จัดหาอุปกรณ์การแพทย์พื้นฐาน ได้แก่ เครื่องเจาะวัดน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดัน เครื่องวัดความเค็ม เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เครื่องวัดไข้ อุปกรณ์ปฐมพยาบาล ชุดทำแผล เตียงทำแผล เตียงนอนผู้ป่วย สื่อประชาสัมพันธ์แผ่นป้ายความรู้เกี่ยวกับ CVD มีสมุดทะเบียนบันทึกข้อมูลให้บริการประจำวัน สมุดลงเวลาทำงานประจำวัน ต่อมาได้รับบริจาคอุปกรณ์การแพทย์จากเอกชนเพิ่มเติม ได้แก่ ชุดเตียงนอนผู้ป่วย รถเข็นผู้ป่วย ถังออกซิเจนเครื่องวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้วสำหรับให้ผู้ป่วยในชุมชนยืมใช้หมุนเวียนในชุมชน ทำให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นของชุมชนอย่างแท้จริงในแผนระยะยาว อบต. มีบทบาทให้การสนับสนุนด้านการพัฒนาอาคารสถานที่ และงบประมาณ โดยบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่นทุกปี รพ.สต. และ รพช. วางแผนพัฒนาทักษะ อสม. สนับสนุนอุปกรณ์บริการขั้นพื้นฐานเพิ่มเติม ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา และติดตามประเมินผล ดังภาพที่ 2

2.4 การจัดรูปแบบดูแลสุขภาพในชุมชน มีการจัดตั้งสถานีสภาพ “จิตอาสาดูแลหัวใจ” ประจำหมู่บ้านแบบถาวร จัดบริการสัปดาห์ละ 3 วัน โดย อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด มีการให้บริการคัดกรองวัดความดันโลหิต เจาะตรวจน้ำตาลในเลือด และประเมินความเสี่ยง CVD Risk ในกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

2.4.1 ประชาชนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มที่ยังไม่ป่วยด้วย DM/HT และกลุ่มผู้ป่วย DM/HT ให้บริการคัดกรองประเมินความเสี่ยง CVD Risk ด้วย Color chart หรือ Application Thai CV Risk Score ดังนี้

กลุ่มที่ยังไม่ป่วยด้วย DM/HT กรณีพบกลุ่มเสี่ยงจะมีการจัดบริการ ดังนี้

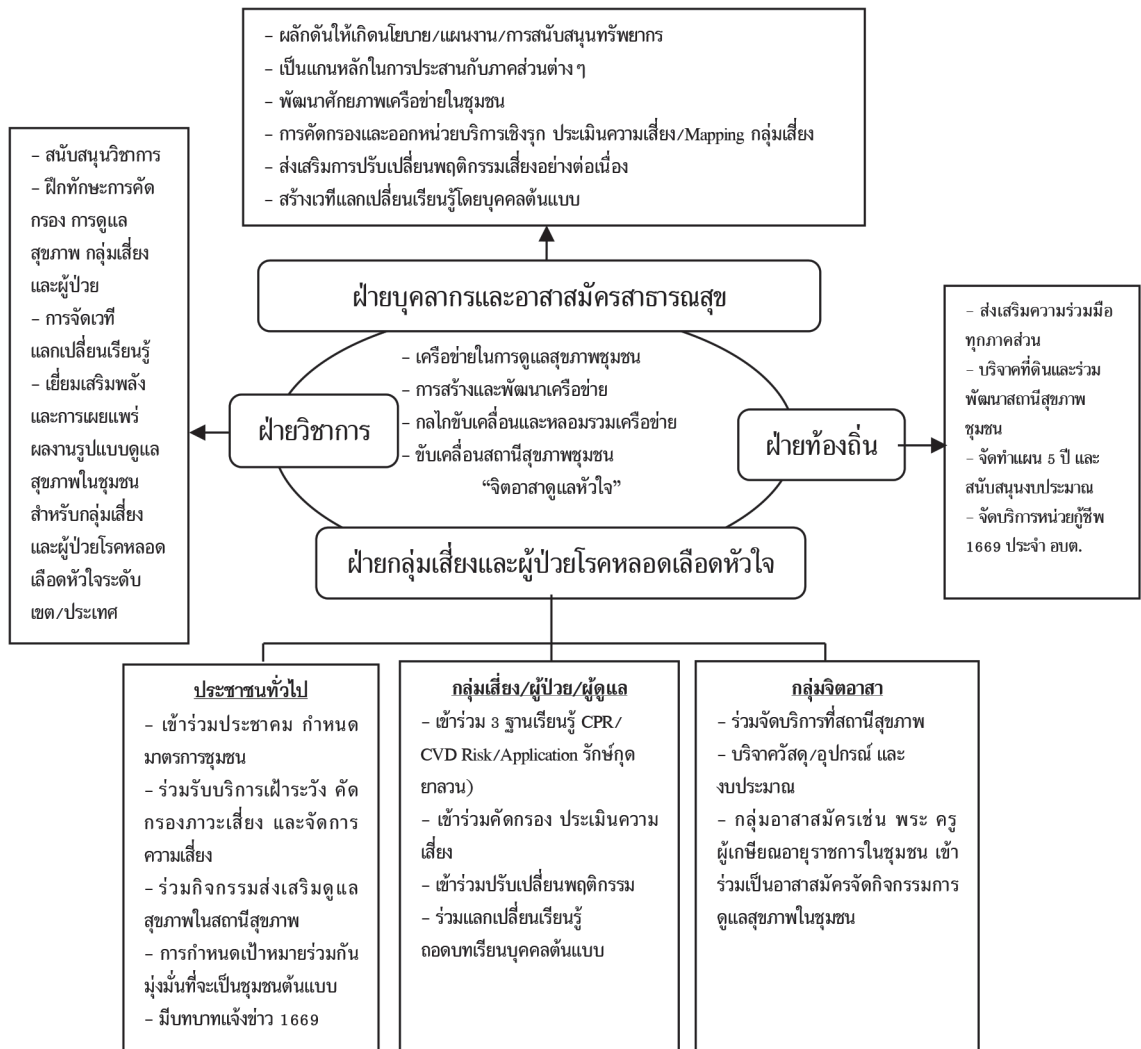
- กลุ่มเสี่ยงต่ำ (<10%) จะให้สุศึกษาตามหลัก 3อ.2ส. และควรได้รับการตรวจร่างกายประจำปีอย่างสม่ำเสมอ

- กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (10-19%) จะเน้นให้สุศึกษาเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ การรับประทานผักผลไม้เป็นประจำ การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และควรได้รับการตรวจร่างกายประจำปีอย่างสม่ำเสมอ

- กลุ่มเสี่ยงสูง ($\geq 20\%$) ขึ้นไป ให้คำปรึกษาแนะนำให้ไปพบแพทย์ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานผักผลไม้เป็นประจำ เลิกสูบบุหรี่ และงดดื่มแอลกอฮอล์ การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ดี การลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ และติดตามประเมิน CVD Risk ซ้ำภายใน 6 เดือน นอกจากนี้มีการให้ความรู้ 3 ฐาน ได้แก่ 1) ประเมินโอกาสเสี่ยง CVD Risk อาการเตือน อาหารและการออกกำลังกาย 2) การใช้ application แจก 1669 และ 3) สอน CPR จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำ อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร

2.4.2 กลุ่มผู้ป่วย DM/HT

- กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (<20 %) จะให้สุศึกษาตามปัจจัยเสี่ยงรายกลุ่มหรือรายบุคคล ติดตาม



ภาพที่ 2 บทบาทเครือข่ายในการจัดตั้งสถานี่สุขภาพชุมชน “จิตอาสาดูแลหัวใจ”

รายปัจจัยเสี่ยงทุก 6 เดือน และติดตามประเมิน CVD Risk ซ้ำภายใน 1 ปี

- กลุ่มเสี่ยงสูง ($\geq 20\%$) ขึ้นไป จะมีการจัดบริการเช่นเดียวกับกลุ่มเสี่ยงสูงที่ยังไม่ป่วย DM/HT

2.4.3 โรคหลอดเลือดหัวใจ มีการให้ความรู้ 3 ฐานเช่นเดียวกับกลุ่มเสี่ยงสูง แต่เพิ่มความเข้มข้นในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เดือนละ 1 ครั้ง

นอกจากนี้ กลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้จากการคัดกรอง และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังมีกิจกรรมการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม มีการติดตาม

เยี่ยมบ้าน การสำรวจและบันทึกข้อมูลพร้อมพิกัดบ้านในโปรแกรมสำเร็จรูป Google Map และใช้เป็นฐานข้อมูลพัฒนา Application รักษาพยาบาล สำหรับโทรแจ้งเหตุฉุกเฉินที่เชื่อมถึงเครือข่ายทั้ง รพช. รพ.สต. และหน่วยกู้ชีพ 1669 ให้ทราบได้ในเวลาเดียวกัน และได้จัดทำแนวทางขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีฉุกเฉิน กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

จากการพัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพในชุมชน แนวใหม่ก่อให้เกิดสถานี่สุขภาพชุมชนที่เป็นจุดให้บริการคัดกรองและดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง/

กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ ยังได้มีการขยายบริการในสถานีสภาพชุมชนในการดูแลรักษาผู้ป่วย DM/HT โดยจัดเป็นรูปแบบคลินิก DM/HT เพื่อให้บริการเชิงรุกที่มีแพทย์และทีมสหวิชาชีพหมุนเวียนมาให้บริการแทนการไปรับบริการที่ รพ.สต. เป็นผลทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น

2.5 การจัดระบบเยี่ยมติดตาม/ประเมินผล ถอดบทเรียน และขยายผลการดำเนินงาน

มีการจัดระบบเยี่ยมติดตามแบบเสริมพลังโดยทีมแกนนำ อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และทีมสหวิชาชีพจาก รพช. ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยทุก 1 เดือน ส่วนทีมผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิและทีมผู้วิจัยติดตามเยี่ยมเสริมพลัง และผลจากการติดตามพบว่าภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนในการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย การจัดระบบบริการ การติดตามประเมินผล และการถอดบทเรียน เพื่อนำรูปแบบการจัดบริการสุขภาพแนวใหม่ (Innovative Health Care) ในชุมชน ไปขยายผลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดในประเด็นตรวจราชการปัญหา Area based เรื่อง Innovative Health Care: DM ในปีงบประมาณ 2566

3. ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ในชุมชน

3.1 กลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ป่วย DM/HT จำนวน 390 คน ได้รับการคัดกรองประเมินปัจจัยเสี่ยงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในสถานีสภาพชุมชน จำนวน 345 คน (ร้อยละ 88.46) ผลการคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงต่ำและปานกลาง (CVD Risk < 20%) จำนวน 337 คน (ร้อยละ 97.68) และกลุ่มเสี่ยงสูง (CVD Risk $\geq$ 20% ขึ้นไป) จำนวน 8 คน (ร้อยละ 2.32) จะเห็นได้ว่าผลจากการจัดตั้งสถานีสภาพชุมชนทำให้ประชาชน กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการเพิ่มจากเดิมที่คัดกรองเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีการจัดบริการ

คัดกรองเฉพาะที่ รพ.สต. นอกจากนี้ ยังมีแกนนำ/อาสาสมัคร (หมอคนที่ 1) เข้ามามีส่วนร่วมในการคัดกรองและส่งต่อข้อมูลเชื่อมระบบ 3 หมอ จากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพแนวใหม่ในสถานีสภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ที่เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนงานทั้งการคัดกรองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้บริการส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ ส่งผลให้ อสม. มีศักยภาพด้านการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อจนได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 10 สาขาโรคไม่ติดต่อ

3.2 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จำนวน 65 คน ได้รับการคัดกรองประเมิน CVD Risk (ร้อยละ 100) พบกลุ่มเสี่ยงสูง 26 คน (ร้อยละ 40.00)

หลังการคัดกรองทุกกลุ่มได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติผ่านห้องเรียน 3 ฐาน ประกอบด้วยฐานความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการเตือนที่สำคัญและการป้องกันโรค ฐานการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย Color chart/Application Thai CV Risk Score และฐาน CPR การใช้ Application รักษากุญแจลว สำหรับโทรแจ้งเหตุฉุกเฉิน กลุ่มเสี่ยงต่ำจะเฝ้าระวังโดยการคัดกรองซ้ำปีละครั้ง ส่วนกลุ่มเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงจะมีการนัดเข้ากิจกรรมกลุ่มสนทนา “เพื่อนช่วยเพื่อน” ร่วมกับการสร้างเสริมแรงจูงใจที่สถานีสภาพชุมชนเดือนละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง โดยให้ทุกคนวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงและตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนของตนเอง การติดตามเยี่ยมเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงโดย อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต่อเนื่องเดือนละครั้งเป็นเวลา 3 เดือน แล้วประเมิน CVD Risk ซ้ำดำเนินการได้ครอบคลุมร้อยละ 100 สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและกลุ่มเสี่ยงสูงจะได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อสอบถามให้คำแนะนำการรับประทานยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตนและการสังเกตอาการเตือน ส่งผลทำให้จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงลดลงร้อยละ 58.82 ในจำนวนนี้พบผู้ที่สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ใน 6 เดือนร้อยละ 100 และผู้ที่ดื่มสุราสามารถเลิกสุราได้ใน 6 เดือนร้อยละ 60 และมีผู้สงสัยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการช่วยเหลือผ่าน application รักษากุญแจลว จำนวน 3 ราย ส่งผลให้เกิดภาคีเครือข่าย

บ้าน วัด โรงเรียน มีการระดมทุนร่วมพัฒนาและเป็นศูนย์รวมของชุมชนในการทำกิจกรรมร่วมกัน และจากการประเมินผลความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่สถานีสภาพพบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 94.36

จากการประเมินผลหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าเจ้าหน้าที่ รพช. รพ.สต. แกนนำ และ อสม. มีคะแนนทักษะในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน

ดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการประเมินกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย ของเจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. พบว่าหลังดำเนินการมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เช่นเดียวกับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย พบว่าหลังดำเนินการกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะ กิจกรรมการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการในพื้นที่ตำบลกุดยาลวน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ตัวแปร	จำนวน (คน)	คะแนน เต็ม	ค่าเฉลี่ย (X)		D	S.D	p-value
			ก่อน	หลัง			
1. ทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มผู้ป่วยของ จนท.รพช./ รพ.สต.	32	20	17.28	19.31	2.03	1.15	<0.05
2. ทักษะการดูแลของแกนนำ/อสม.	55	20	11.49	18.83	7.34	1.13	<0.05
3. กิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วยของ จนท.รพช./รพ.สต.	32	20	15.56	19.25	3.69	2.83	<0.05
4. พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง/ ผู้ป่วย	40	10	3.77	8.70	4.92	1.40	<0.05

สรุป

รูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนารูปแบบ 4 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น และฝ่ายประชาชน 2) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน 3) การสร้างระบบและกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 4) การจัดรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน และ 5) การจัดระบบการเฝ้าติดตาม

ประเมินผลแบบเสริมพลัง ทำให้ผู้ให้บริการมีทักษะด้านการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่วนประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเพิ่มมากขึ้น กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านและดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มเสี่ยงสูงลดลงร้อยละ 58.82 ในจำนวนนี้สามารถเลิกบุหรี่ได้ใน 6 เดือนร้อยละ 100 และเลิกสูราได้ใน 6 เดือนร้อยละ 60 และมีผู้สงสัยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการช่วยเหลือผ่าน application รักษากุดยาลวน

3 คน ทำให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่ทั้งนี้ จากการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาคีเครือข่ายวัดบ้านโรงเรียน และมีการระดมทุนร่วมพัฒนาสถานีสุขาพชุมชน เพื่อเป็นศูนย์รวมในการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันของชุมชน

อภิปรายผล

ข้อค้นพบที่สำคัญของการวิจัย ผลสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดอุบลราชธานี เกิดขึ้นเนื่องจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ 4 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายวิชาการ บุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น และฝ่ายประชาชน รวมถึงจิตอาสาต่างๆ และกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพ ที่เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา การจัดทำแผนแก้ไขปัญหา การกำหนดเป้าหมาย มีการดำเนินงานร่วมกัน และร่วมประเมินผล โดยมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ในแต่ละภาคส่วน รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม⁽¹³⁾ ทำให้หน่วยงานภาครัฐในท้องถิ่น เช่น รพ.สต. เกิดเครือข่ายในการทำงาน มีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาแนะนำทั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิสาขาโรคหัวใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งยังมีการเชื่อมต่อกับหน่วยงานในท้องถิ่น เช่น อปท. ส่งผลให้มีระบบบริการฉุกเฉิน 1669 ส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่อย่างรวดเร็ว ลดโอกาสการเสียชีวิต ส่วนอาสาสมัครและแกนนำในชุมชน มีทักษะ ประสบการณ์จากการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจริง (On the job training & do the real thing) ทำให้มี อสม.ที่ได้รับรางวัลดีเด่นสาขาโรคไม่ติดต่อ ในระดับเขตสุขภาพที่ 10 และเป็นวิทยากรต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริงสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของ Edgar dale ที่เน้นการลงมือทำจริงก่อให้เกิดความรู้มากกว่าร้อยละ 90⁽¹⁴⁾ และกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย รู้จักการประเมินคัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเอง และรู้สถานะสุขภาพ (Know your

risk, Know your number, know you Status) ส่งผลให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับผลการศึกษาคัดกรองและหาล้างส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งบุคลากรต้องมีความรู้ความสามารถในการจัดการและดูแลผู้ป่วยได้ทันเวลา⁽¹⁰⁾

กลุ่มประชาชนทั่วไปอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ป่วย DM/HT ได้รับบริการคัดกรองความเสี่ยง CVD Risk ได้ร้อยละ 88.46 จากเดิมที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบบริการคัดกรองจากการดำเนินงานดังกล่าว ส่งผลให้ชุมชนเกิดความตระหนัก รับรู้ และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงเกิดสถานีสุขาพทำให้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มประชาชนทั่วไปในชุมชนมารับบริการคัดกรองเบื้องต้น ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการที่หน่วยสาธารณสุขอื่น นอกจากนี้ยังเกิดเครือข่ายจิตอาสาหมุนเวียนมาให้บริการ และเกิดการใช้ประโยชน์ในสถานีสุขาพ เช่น ให้บริการตรวจสุขภาพนักเรียน เป็นสถานที่ออกกำลังกาย และเป็นศูนย์รวมการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันของชุมชน จึงเกิดการระดมทุนทำผ้าป่า รวมทั้งผู้มีจิตศรัทธาบริจาคทั้งในรูปของงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ เพื่อพัฒนาสถานีสุขาพประมาณ 400,000 บาท

ความยั่งยืนของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เกิดจากการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนัก รับรู้ว่าเป็นประเด็นปัญหาร่วมกันของครอบครัวและชุมชน ประกอบกับมีการสร้างระบบและกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีแกนนำหรือเครือข่ายที่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ และมีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดการดำเนินกิจกรรมในสถานีสุขาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน และชุมชนเห็นว่าเป็นประโยชน์ และสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ไร้รอยต่อ และมีการเชื่อมต่อถึงระบบ 3 หมอ และระบบฉุกเฉินของเครือข่ายชุมชนถึงเครือข่ายระดับจังหวัด นอกจากนี้ยังมีเวทีถอดบทเรียน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปบรรจุในแผนการทำงานของตนเอง และกำหนดมาตรการของชุมชน โดยชุมชนเป็นเจ้าของและมีศักยภาพในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง มีการบูรณาการการดำเนินงานเข้ากับ

วิถีชีวิตของชุมชน และมีมาตรการที่สร้างโดยชุมชนเอง สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสู่ความยั่งยืนเกิดจากการ พัฒนาและผสมผสานอย่างมีดุลยภาพทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีความเชื่อมโยงกันและ เกี่ยวเนื่องกัน เพื่อชุมชนมีความเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน และร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน⁽¹⁵⁾ ซึ่งแต่ละระบบต้องมีความสัมพันธ์ทับซ้อนกัน และสามารถพัฒนาไปสู่เป้าหมายของตนเองได้⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนและชุมชนควรสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับความรุนแรง ของโรค สาเหตุ และสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือด หัวใจ ด้วยสื่อที่มีเนื้อหา ภาพ และเสียงที่ชัดเจน น่าสนใจ และมีการดำเนินการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นปัจจัย สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเข้ารับบริการทัน เวลา สามารถจัดการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐ ต่าง ๆ ควรสนับสนุนสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนทั้ง ด้านความรู้ ทักษะ งบประมาณ และอุปกรณ์ ให้ชุมชนมี ส่วนร่วมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนทั้งในกลุ่ม เสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. ควรมีการคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือด หัวใจในกลุ่มประชาชนวัยทำงานอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ ป่วย DM/HT เพื่อให้รู้ตัวเลขา รู้ความเสี่ยง รู้สถานะ นำไป สู่การสื่อสารและจัดการความเสี่ยง รวมถึงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มวัย
4. ควรส่งเสริมให้เกิดสถานีสภาพในชุมชนเพื่อ ทำให้เกิดการเชื่อมระหว่างชุมชน (community based) และโรงพยาบาล (hospital based) ภายใต้ระบบบริการ ปฐมภูมิ (3 หมอ) และนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการ จัดบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ และแผนงาน เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงาน สถานการณ์ NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. นนทบุรี: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ; 2557.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ. แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือด (A practical guide for health behavioral modification to reduce multiple risk factors on cardiovascular disease). นครปฐม: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553.
3. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักควบคุมโรค ไม่ติดต่อ. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อดระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: อิมชั่นอาร์ต; 2560.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัด อุบลราชธานี. รายงานสรุปผลการตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2562. สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี; 2562.
5. HDC กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ในไตรมาส 3, 4 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้ จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d-4b1ec16a599d882b&id=cb65de9ec5fa4e5987b43da669b2280d.
6. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่ เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2562.

7. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานสรุปผลการนิเทศติดตามการดำเนินงาน NCDs ปี 2562. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี; 2562.
8. พืพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, ชนิษฐา นันทบุตร, บำเพ็ญจิต แสงชาติ. ศึกษากระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วมในตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(2): 29-40.
9. ปรีชา เปรมปรี, จิรภัทร กัลป์ยานพจน์พร, สุพจน์ ศรีมหาโชตะ, เพชรรอดอารีย์, อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ. โครงการการทบทวนระบบข้อมูลโรคหัวใจ หลอดเลือดและเบาหวาน. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
10. Millin MG, Gullett T, Daya MR. EMS management of acute stroke out of hospital treatment and stroke system development (resource document to NAEMSP position statement). Prehosp Emerg Care 2007; 11(3): 318-25.
11. ชนัญญ์วีร์ ฐิตวัฒนานนท์. ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ กรณีศึกษาชุมชนหนองไผ่ล้อม อำเภอมือเมือง จังหวัดนครราชสีมา. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2553; 34(2): 99-104.
12. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Australia Deakin University; 1988.
13. เจมส์ แอล เครย์ตัน. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน. ขอนแก่น: ศิริภณท์ออฟเซ็ท; 2551.
14. Dale, E. *Audiovisual methods in teaching* (3rd ed.). New York: Dryden Press; 1969.
15. Monday JL. Creating a sustainable community after disaster. The Natural Hazards Informer 2002; 3: 3.
16. Barbier EB, The Concept of sustainable economic development. JSTOR 1987; 14(2): 101-10.