



**การเรียนรู้เชิงบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และทีมหมอครอบครัว
ในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านคุณภาพ:
สุขสำราญ ห่วงใยกัน ด้วยทีมหมอครอบครัว**

**Integrated Learning of District Health System (DHS) and Family Care Team (FCT)
to Develop Health Service Networks Using the Quality Home Visiting
Program: Suksumran Caring Society with Family Care Team**

เนาวรัตน์ เจียรวิพัฒน์วงศ์^{1*}, ดาราวรรณ รongเมือง², นัสรียา สือมะ³, แวตตา ขอจวนเตี้ย⁴, โกมาซุม ภูผา⁵,

นิสารัตน์ สวนสัน⁶, สุภา ริเหระ⁷ และสินีนานู ไบสนิ⁸

Naowarat Chienwiwattanawong^{1*}, Daravan Rongmuang², Nusreeya Suema³,

Waewta kojhauntiew⁴, Komasum Pupa⁵, Nisarath Suansun⁶, Supa rirao⁷ and Sineenat Baisani⁸

โรงพยาบาลสุขสำราญ¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี²,

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุราษฎร์ธานี³, โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี⁴, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเคียว⁵,

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติกาญจนา⁶, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนไทร⁷

บทคัดย่อ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นการทำงานด้านสุขภาพในรูปของเครือข่าย โดยให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น การเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอได้ การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบในการดูแลสุขภาพ ด้วยการบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และการเยี่ยมบ้านด้วยทีมหมอครอบครัว และศึกษารูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ผ่านกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของอำเภอสุราษฎร์ธานี จังหวัดระนอง รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

กระบวนการพัฒนาระบบในการดูแลสุขภาพ ในระยะแรกมุ่งเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากร ต่อมาส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนตามบริบท และวิถีชีวิตของชุมชน รวมทั้งรูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกโดยใช้บริบทเป็นฐานในรูปแบบ SUKSUMRAN ประกอบด้วย จิตบริการ (Service Mind) ให้บริการด้วยจิตอาสา (Relationship) เป็นหนึ่งเดียวกัน (Unity) ให้บริการด้วยความรู้ และความชำนาญ (Knowledgeable) ที่มีมาตรฐานเดียวกัน (Non-Double Standard) บนพื้นฐานของเครือข่ายสังคมคุณภาพ (Social Network) ตลอด 24 ชม. (Unconditional Care) โดยใช้ทรัพยากรตามบริบทในพื้นที่ (Man Money Material - Resources) และเห็นคุณค่าทั้งผู้ให้ และผู้รับ (Appreciate)

คำสำคัญ: การเรียนรู้เชิงบูรณาการ, การเยี่ยมบ้าน, ระบบสุขภาพอำเภอ, ทีมหมอครอบครัว

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: fon_naowarat@hotmail.co.th เบอร์โทรศัพท์ 081-8951128)

Abstract

District Health System (DHS) is a network of health care professionals and partnerships in providing the essential care in full acknowledgement of a health district's context. Competency enhancement in the DHS can increase the efficiency of its health system management. The purposes of this participatory action research were to: 1) develop social networking activities by integration of the district health system and home visit by family care team, and 2) explore a participatory working model in a proactive health services delivery to people in community using home visit with suitability to the socio-cultural context of Suksumran district, Ranong province. Data were collected using qualitative methods including documentary review and analysis, participatory observation, and focus group discussion. The data were analyzed using content analysis. The results revealed that an early phase of health care system development, it more focused on strengthening the competency of health care personnel, and then promoting the participation of all sectors and networking with the suitability to each community context and lifestyle. The "SUKSUMRAN" model was a participatory working model of the proactive health services delivery regarding to the community-based context consisting of the principles as follow; service mind, rapport and support as a family member, unity, knowledgeable and professional care, standard care with equity, quality networking/partnership, continuing and unconditional care, using contextual resources of each community, and appreciation.

Keywords: Integrated Learning, Home Visit, District Health System, Family Care Team

บทนำ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) เป็นการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ ในรูปของเครือข่ายในทุกภาคส่วน ได้แก่ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน ในการป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพ โดยการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่ด้อยพึ่งพา ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย อนามัยสิ่งแวดล้อม อนามัยแม่และเด็ก อาชีวอนามัย การดูแลผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น ที่สอดคล้องตามสภาพสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุม



ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีการจัดการ และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูล สารสนเทศ และเทคโนโลยีร่วมกับองค์กรภาคีต่าง ๆ ในพื้นที่ตามสภาพปัญหา ซึ่งในการจัดการระบบบริการสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ และตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนและชุมชนได้นั้น ต้องอาศัยการจัดการปัญหาสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่มีประชาชนเป็นจุดศูนย์กลาง โดยผ่านกระบวนการขึ้นชม และจัดการความรู้ แบบอิงบริบทของแต่ละสถานที่ เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี พึ่งพาตนเองได้ และชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) ทั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง มีพลังในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพในอำเภอ และพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และทำให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงานอย่างยั่งยืน และมีความต่อเนื่อง นั้น ต้องอาศัยกระบวนการที่สำคัญคือ การพัฒนาคนผ่านกระบวนการจัดการเรียน เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) โดยการเสริมสร้างแนวคิด หลักการ และวิธีการเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ส่งเสริมรูปแบบการพัฒนา (Model Development) เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพ ตามความจำเป็นของบริบทของแต่ละระบบสุขภาพอำเภอ และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ นักวิชาการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งชุมชน และภาคประชาชน ผ่านกระบวนการ DHML ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา DHS อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการการดูแล และพัฒนาสุขภาพเป็นของขวัญปีใหม่ พ.ศ. 2558 ให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกครัวเรือน ทุกพื้นที่ทั่วไทย โดยการส่งมอบ ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือนทั่วไทยทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยมีบุคลากรทางด้านสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทำงานร่วมกันเป็นทีม ตั้งแต่ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ทั้งด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข ทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้าน และในโรงพยาบาลรวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ครอบคลุมทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน อย่างใกล้ชิด เข้าถึง เข้าใจ และเข้ามาทำงานร่วมกันในการสร้างคุณภาพชีวิต ให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว ก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมในทุกมิติ แบบองค์รวม โดยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนในครอบครัวที่ตนเองรับผิดชอบ (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558)



การเยี่ยมบ้านเป็นบริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งเยี่ยมทั้งผู้ป่วย และครอบครัว มีวัตถุประสงค์หลักในการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก ที่เน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพ และความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ส่งเสริมให้ญาติรู้วิธีการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้าน และมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะสุขภาพดี หรือใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้ตามศักยภาพ สามารถพึ่งตนเองได้ภายใต้บริบท และสภาพแวดล้อมของครอบครัว โดยมีครอบครัวร่วมให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น มีช่องทางติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย ตลอดจนพัฒนาศักยภาพชุมชนให้สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพได้ (สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข, 2556) มีการศึกษาที่ยืนยันความคุ้มค่าคุ้มทุนของการเยี่ยมบ้านไว้ว่า ในการจัดบริการเยี่ยมบ้านอย่างเต็มรูปแบบ พบว่า คุ้มทุนเมื่อเทียบกับการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เนื่องจากการเยี่ยมบ้านสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดอัตราการตาย และลดความเครียดของผู้ดูแลอีกด้วย (Elkan, Kendrick, Dewey, Hewitt, Robinson, Blair et al., 2001; Kornowski, Zeeli, Averbuch, Finkelstein, Schwartz, Moshkovitz et al., 1994) นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านก่อให้เกิดผลดีแก่ทีมสุขภาพ คือ เมื่อทีมได้ไปพบผู้ป่วย และญาติที่บ้านได้ไปสัมผัสกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม และชุมชนที่อาศัย ทำให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วยและญาติ ก่อให้เกิดความผูกพันอันดีกับผู้ป่วยและญาติในระยะยาว และเกิดความสุขในวิชาชีพ (Levin, 1996)

จากการตรวจคัดกรองสุขภาพของประชาชนในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง พบว่า อัตราการป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคอัมพาต โรคสมองเสื่อม มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมากกว่าในกลุ่มวัยอื่น ๆ และพบว่าผู้สูงอายุ 1 รายป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ดังนั้น อำเภอสุขสำราญ จึงดำเนินการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน โดยทีมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ในช่วงแรก เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพ และเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้เกิดความมั่นใจในฐานะผู้ชำนาญการในการให้บริการ รวมทั้งเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถทำหน้าที่แทนกันได้ด้วยความมั่นใจ ภายใต้เงื่อนไขที่ว่า ประสิทธิภาพของบริการต้องไม่ลดลง ซึ่งจากการดำเนินการพบว่า ยังมีข้อจำกัดคือจำนวนผู้รับผิดชอบมีน้อย ทำให้ผู้ให้บริการเยี่ยมบ้านจะต้องเดินทางไปเยี่ยมบ้านเพียงลำพัง บางพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านในระดับโรงพยาบาลไม่รู้จักพื้นที่ แสดงให้เห็นถึงปัญหาการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูล การประสานงานข้อมูล/ข่าวสารระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน และสัมพันธภาพระหว่างองค์กร นอกจากนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการฟื้นฟูสภาพแต่ยังขาดบุคลากร ที่มีความรู้ความสามารถในการทำกายภาพบำบัด องค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการทำกายภาพไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ

อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การเชื่อมประสานระหว่างโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังไม่มีประสิทธิภาพ โดยต่างคนต่างทำ ไม่มีทีมที่ชัดเจน ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2557 จึงได้มีการพัฒนาระบบงานเยี่ยมบ้านคุณภาพ “สุขสำราญ ห่วงใยกัน” โดยทีมหมอครอบครัวขึ้น โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้หลัก 1A 4C ประกอบด้วย Accessibility (การเข้าถึงบริการ) Continuity (การให้บริการอย่างต่อเนื่อง) Comprehensiveness (การให้บริการอย่างเป็นองค์รวม) Coordination (การประสานงาน) และ Community Participation (ชุมชนมีส่วนร่วม) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการแบบองค์รวม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดภาระของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบในการดูแลสุขภาพด้วยการบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และการเยี่ยมบ้านด้วยทีมหมอครอบครัวในผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง
2. เพื่อศึกษารูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วม ในการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ผ่านกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมของอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ ในรูปของเครือข่ายในทุกภาคส่วน ได้แก่ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน ในการป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพ โดยการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น ร่วมกับทีมหมอครอบครัว โดยมีบุคลากรทางด้านสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทำงานร่วมกันเป็นทีม ตั้งแต่ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ทั้งด้านการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ครอบคลุมทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ผ่านกระบวนการเยี่ยมบ้านที่มีวัตถุประสงค์หลัก ในการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก ที่เน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพ และความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ส่งเสริมให้ญาติรู้วิธีในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้าน และมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย กลับสู่ภาวะปกติ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้หลัก 1A 4C ประกอบด้วย Accessibility (การเข้าถึงบริการ) Continuity (การให้บริการอย่างต่อเนื่อง) Comprehensiveness (การให้บริการอย่างเป็นองค์รวม) Coordination (การประสานงาน) Community Participation (ชุมชนมีส่วนร่วม) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดภาระของผู้ดูแล โดยนำหลักการของ Participatory Action Research (PAR) มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ 1) ระบุปัญหา 2) วางแผน 3) ลงมือปฏิบัติ และ 4) ประเมินผล



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาลสุขสำราญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอสุขสำราญ จำนวน 3 แห่ง บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนที่อาศัยในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) ผู้อำนวยการโรงเรียน พัฒนารออำเภอ พัฒนาชุมชน เกษตรอำเภอ หน่วยกู้ชีพ กู้ภัย องค์การอิสระ (กลุ่มระดับไป) อสม./จิตอาสา พนักงานเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟู ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ เยาวชน และตัวแทน จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คือ บทสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นแนวคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์การวิจัย ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคำถามมีความเหมาะสม และสมบูรณ์ คำถามที่ใช้ในการสนทนาประกอบด้วย

1. การดำเนินงานเยี่ยมบ้านในโครงการ “สุขสำราญ ห่วงใยกัน ด้วยทีมหมอครอบครัว” ใครบ้างที่มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ
2. แต่ละภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ “สุขสำราญ ห่วงใยกัน ด้วยทีมหมอครอบครัว” มีบทบาทหน้าที่อย่างไร
3. ภาพฝันที่อยากให้เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ “สุขสำราญ ห่วงใยกัน ด้วยทีมหมอครอบครัว” เป็นอย่างไร และสภาพที่เกิดขึ้นจริงเป็นอย่างไร
4. อะไรเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้การทำงานในโครงการบรรลุเป้าหมาย หรือประสบความสำเร็จ หรือไม่ประสบความสำเร็จ
5. หากต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นควรทำอย่างไร เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อพื้นที่
6. หากต้องทำโครงการในลักษณะเช่นนี้อีกในอนาคต คณะทำงานจะต้องดำเนินการอย่างไรที่จะทำให้สิ่งดี ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นอีก และจะต้องดำเนินการอย่างไรเป็นการเพิ่มเติมเพื่อยกระดับสิ่งดี ๆ ให้ดียิ่งขึ้นอีก
7. อุปสรรคที่ทำให้การทำงานโครงการไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้นั้นมีอะไรบ้าง หากจะป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงจะต้องดำเนินการอย่างไร

โดยขณะสนทนา ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก สามารถพูดคุยเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ การพูดคุยตั้งอยู่บนฐานของความเต็มใจที่จะตอบคำถาม แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยทำการหยุดการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลอิ่มตัว และมีการจดบันทึกประเด็นสำคัญ ๆ และผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์หลังเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่วิจัยทันที แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลการวิจัยนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษา และวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการวิเคราะห์หลังปฏิบัติ (After Action Review: AAR) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมกลุ่มอภิปรายเพื่อระบุปัญหา และวางแผนแก้ปัญหา ดำเนินการตามแผน ประเมินผล และสะท้อนคิดในการทำกิจกรรม จากนั้นทีมผู้วิจัยดำเนินการถอดเทป ร่วมกับการวิเคราะห์เอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจับประเด็น และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอข้อมูลในรูปการบรรยาย และข้อความคำพูดจากการสนทนากลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลสุพรรณบุรี จังหวัดระนอง และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการจากพื้นที่อำเภอสุพรรณบุรี รวมถึงได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการร่วมสนทนากลุ่ม โดยการเข้าร่วมการวิจัยจะเป็นไปโดยความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องบอกล่วงหน้า และไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะไม่ถูกเปิดเผยต่อบุคคลอื่น และการนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

จากการดำเนินกิจกรรมการบูรณาการระบบสุขภาพพระดื่บอำเภอ และการเยี่ยมบ้านด้วยทีมหมอครอบครัวในผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของอำเภอสุพรรณบุรี จังหวัดระนอง ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษา ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. กระบวนการพัฒนาระบบในการดูแลสุขภาพด้วยการบูรณาการระบบสุขภาพพระดื่บอำเภอ และการเยี่ยมบ้านด้วยทีมหมอครอบครัวในผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอำเภอสุพรรณบุรี จังหวัดระนอง เป็นการดำเนินงานที่มีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะแรก



ของการดำเนินงาน มุ่งเน้นที่การเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานที่เท่าเทียมกัน โดยบทบาทการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ เป็นความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และชุมชนยังค่อนข้างน้อย ต่อมาได้มีนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ซึ่งเป็นนโยบายการทำงานสุขภาพในรูปของเครือข่าย ในทุกภาคส่วน ได้แก่ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน ในการป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพ โดยการให้บริการสุขภาพ ตามบริบทที่จำเป็น ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน เพิ่มจิตสำนึกของคนในชุมชน ประชาชนรับรู้บทบาทตัวเอง และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตามบริบท และวิถีชีวิตของชุมชน

วิธีการดำเนินการ ประกอบด้วย 1) พัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ให้มีความเข้มแข็ง โดยการผสมผสาน บูรณาการทุกระดับ และส่งเสริมให้ทุกคนเป็นหุ้นส่วนสุขภาพร่วมกัน 2) พัฒนาศักยภาพ/สมรรถนะการให้บริการของผู้ให้บริการปฐมภูมิในชุมชน พร้อมกับเพิ่มสมรรถนะการจัดการระบบสุขภาพในระดับอำเภอ ในการให้บริการผู้ป่วยตามความจำเป็น ด้วยการใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 3) เพิ่มขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข / จิตอาสา และญาติ ในการจัดการระบบสุขภาพโดยใช้บริบทของชุมชนเป็นฐาน ด้วยการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพทุกกลุ่มวัย และหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 4) จัดทำแบบรายงาน / แบบประเมิน และการคัดกรองสุขภาพ / แบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน/แฟ้มเอกสารเยี่ยมบ้าน และพัฒนา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยในทีม 5) จ้างเหมาพนักงานกิจกรรมการบำบัด / ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน 6) จัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนเพื่อสุขภาพ 7) พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านคุณภาพในบริบท “สุขสำราญ ห่วงใยกัน ด้วยทีมหมอครอบครัว” โดยการแบ่งทีมเยี่ยมบ้านเป็น 3 ระดับ 8) จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หรือการพึ่งตนเองทางสุขภาพของชุมชน และ 9) ดำเนินการติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทุก 2 เดือน เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินการแสดงให้เห็น จากคำบอกเล่าของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เล่าว่าเมื่อมีการเยี่ยมบ้านเกิดขึ้น ทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลลงมาก ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้รับบริการรายหนึ่ง ที่ได้พูดถึงความรู้สึกของตนเองเมื่อครั้งไปรับบริการที่โรงพยาบาล ดังนี้

“จะเยาะเป็นคนต่างถิ่นมาโรงพยาบาลสุขสำราญครั้งแรก แปลกใจทำไมเจียบนัก เจ้าหน้าที่เขาหายไปไหนกันหมด เป็นโรงพยาบาลร้างหรืออย่างไร” คำพูดสุดท้าย “อ้อ รู้แล้วว่าเจ้าหน้าที่หายไปไหน เขาหายไปดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ไปช่วยกันฟื้นฟูสภาพพร้อมกับพนักงานเยี่ยมบ้าน และอสม. ทำให้คนไข้และผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้อง และมีกำลังใจที่จะดูแล และช่วยกันฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านได้ตามปกติตนเอง และฉันก็เป็นส่วนหนึ่งของการหายป่วยของ

ป๊ะได้ จากที่ไม่เคยทำแผลกดทับเป็น ทำกายภาพไม่เป็น ก็ทำเป็น..อ้อ ที่นี้คนเขาใจดีนะ อุปกรณ์ช่วยเดิน สีขาที่ป๊ะใช้หัดเดินเนี่ย เขาก็ฝาก ๆ กันมาให้คนอื่นได้ใช้โดยไม่ต้องไปซื้อ หรือขอจากโรงพยาบาลเลย แล้ว เขาก็ลงมาดูพวกเราทุกวัน ไม่เจ้าหน้าที่ ก็น้องโสภาพนักงานเย็บบ้าน ที่ทางเทศบาลเขาจัดจ้างให้มาดูแล ประชาชนในพื้นที่ อสม. ที่เขาดูแลและแวกบ้าน มั่นอบอุ่นจริง ๆ ที่บ้านฉันไม่เคยมีแบบนี้มาก่อนเลย... วันนี้ป๊ะฉันหายแล้ว และสามารถเดินได้เอง ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน มีไม้เท้าเก่า ๆ ของแกก็ใช้ได้แล้ว ... ขอบคุณทุกคนจริง ๆ”

ผลจากการเปลี่ยนทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทำให้ผู้มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม ได้มีความเห็นที่ตรงกันว่า “หมอเบอร์หนึ่ง คือคนที่อยู่ในบ้าน ส่วนคนอื่น ๆ คือผู้สนับสนุน” และ “คนในครอบครัวเป็นหมอ เช่น สามีให้กำลังใจภรรยาในการเลี้ยงดูลูก ดูแลครอบครัว และจัดสิ่งแวดล้อม”

นอกจากนี้ ผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งยังกล่าวเสริมอีกว่า ตนเองเมื่อเจ็บป่วยแต่มีคนในครอบครัว คอยเป็นห่วง คอยถามถึง “ถามว่า ป๊ะเจ็บมัย ปวดมัย กิดีใจ ถึงเขาไม่ได้ทำอะไรก็ดีใจที่เขาถาม กำลังใจจากคนในครอบครัวสำคัญ” ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “เป็นผู้ดูแลพ่อที่ป่วยมา 12 ปี แล้ว กำลังใจ ที่ให้กับคนไข้เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด คนดูแลเราต้องทำให้ได้ ถึงไม่ทราบหลักการดูแล เราก็สามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ หมอเขามาเขาก็ไปแต่คนที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา คือ คนในครอบครัว พ่อถูกผูกพันเมื่อก่อนตอนพ่อป่วยใหม่ ๆ พ่อจะไม่พูดกับใคร ใจน้อย เอาแต่ใจตัวเอง แต่เดี๋ยวนี้แกลบต่อสภาพอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข เราต้องปรับตัว มองให้เห็น เข้าใจตัวผู้ป่วย และโรคของเขา”

“ผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจผู้ป่วย เวลาผ่านไป พ่อแม่แกล้ง ลูกต้องเข้าใจ อยากรู้เรื่องของลูก เวลาหายไปไหน ต้องบอกว่ามีเหตุผลอะไร อธิบาย ใจเย็น หนักแน่น ผู้ป่วยไม่ชอบอย่างเดียว ต้องไปโรงพยาบาลจะไปทำไมรอกันนานมาก เราเลยต้องปรับบ้านให้เป็นโรงพยาบาลแทน”

นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นพนักงานเย็บบ้าน ที่ถูกจ้างงานด้วยงบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้บริการเย็บบ้านแก่ผู้ป่วยเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ขอชื่นชมน้องพนักงานเย็บบ้าน ว่าดูแลพ่อให้เป็นอย่างดีเหมือนเป็นลูกคนหนึ่ง เวลามาเยี่ยม เขาถูกใจกันจนหลอก (พูดคุย เกลี้ยกล่อม) ให้พ่อไปโรงพยาบาลได้ แกร็กเหมือนลูก” และ “ขอบคุณน้องพนักงานเย็บบ้านที่มาช่วยผ่อนแรง”

ซึ่งตัวแทนพนักงานเย็บบ้าน ได้เล่าให้ฟังว่า “การมาทำงานครั้งนี้มาทำด้วยใจ ตัวเองเห็นผู้ป่วยพิการ หรือผู้ป่วยทั่วไป มานานแล้ว จากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ โดยปกติก็มีการเย็บบ้านเป็นประจำอยู่แล้ว แต่ทักษะในกิจกรรมฟื้นฟูสภาพยังไม่ได้ทำ เมื่อเขาเปิดรับสมัคร จิตอาสาในโครงการขององค์การบริหารส่วนตำบล ก็เลยสมัครเข้ามาทำ ค่าตอบแทนไม่มาก แต่อยากทำ เริ่มแรกก็กังวลว่าเราจะทำได้หรือไม่ แต่เมื่อมีโอกาส ก็เอาใจใส่ ก็ทำได้ พอได้รับคำชม การต้อนรับที่ดีจากครอบครัวผู้ป่วย ก็ทำให้ยังมีกำลังใจ เวลาลงพื้นที่เย็บบ้านก็จะถามผู้ป่วยและญาติว่าอยากให้เราทำอะไรให้บ้าง บางบ้านแค่ไปนั่งพูดคุย ผู้รับบริการก็รู้สึกดีแล้ว หากันว่าจะไปเย็บแต่บางครั้งติดงานไม่ได้ไปตามนัดก็จะน้อยใจเราที่ต้องไปอย่าผิดสัญญา เพราะผู้ป่วยรอด้วยความหวังว่าวันนี้ฉันจะมีเพื่อน”

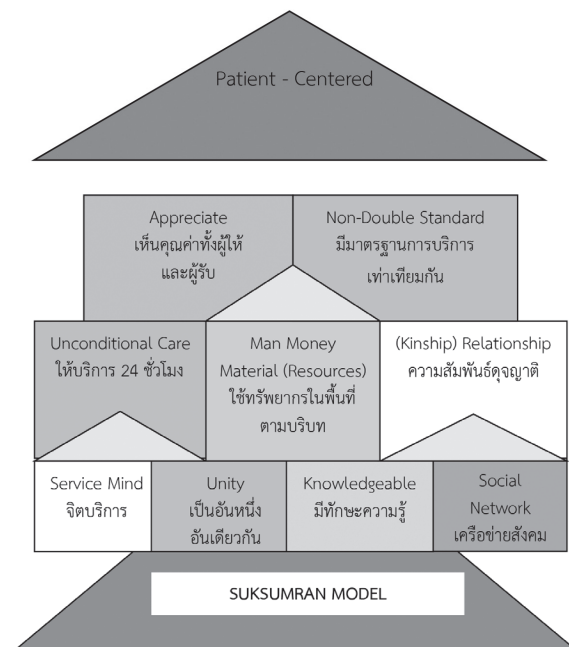


“เราต้องดูแลผู้ป่วยให้เหมือนญาติของเราเอง เป็นคนในบ้านของเรา เหมือนลูกหลานของเขา ดีใจมากกับการที่ได้เข้ามาทำงาน เพราะในผู้ป่วยบางรายไม่มีใครเข้าใจ ใส่ใจความรู้สึก ตัวเราเหมือนจุดเสริมทำให้เขามีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพ เพิ่มกำลังใจให้กับเขา”

2. รูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วม ในการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก ในชุมชนผ่านกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ที่สอดคล้องตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง พบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ตามนโยบาย DHS และ FCT ผ่านกระบวนการ DHML นั้น ส่งผลให้ได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน บนพื้นฐานของความเข้าใจที่ว่าสุขภาพเป็นหน้าที่รับผิดชอบของคนในชุมชน มุ่งเน้นที่การดูแลผู้ป่วย ผลพลอยได้คือ การให้การสนับสนุนครอบครัว โดยการสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล บนพื้นฐานของการมีจิตใจบริการ (Service Mind) ของผู้ร่วมทีมทั้งทีมสหวิชาชีพ และภาคประชาชน ที่มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Unity) โดยการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ให้มีความเข้มแข็ง ผสมผสาน บูรณาการทุกระดับ และทุกคนเป็นหุ้นส่วนสุขภาพด้วยกัน ให้บริการด้วยความรู้ และความชำนาญ (Knowledgeable) ซึ่งทีมผู้ให้บริการ ได้ผ่านกระบวนการพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการปฐมภูมิในชุมชน พร้อมกับการเพิ่มสมรรถนะการจัดการระบบสุขภาพในระดับอำเภอ สำหรับให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามความจำเป็นด้วยการใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และเพิ่มขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา และผู้ดูแลในการจัดการระบบสุขภาพโดยใช้บริบทของชุมชนเป็นฐาน ด้วยการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพทุกกลุ่มวัยและหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการฝึกอบรมสมรรถนะในการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพทุกกลุ่มวัย และคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและจิตอาสา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

นอกจากนี้ ยังมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning: CBL) ให้บริการดุจญาติมิตร (Relationship) ที่มีมาตรฐานการบริการที่มีความเท่าเทียมกัน (Non-Double Standard) ในการให้บริการ บนพื้นฐานของเครือข่ายสังคมคุณภาพ (Social Network) ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่น ส่วนราชการอื่น ๆ เช่น เกษตรอำเภอ นักพัฒนาชุมชน สังคมสงเคราะห์ ครูซึ่งเป็นผู้สร้างความเข้าใจ สู่การพัฒนา จิตอาสา เป็นต้น และให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและญาติตลอด 24 ชม. ไม่มีวันหยุด (Unconditional Care) ผ่านช่องทางการสื่อสารโทรศัพท์ หรือ Line โดยใช้ทรัพยากรตามบริบทในพื้นที่ (Man Money Material-Resources) ก่อให้เกิดการเห็นคุณค่าทั้งผู้ให้และผู้รับ (Appreciate) เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ กับภาคประชาชน รวมถึงผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เกิดความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจกัน

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า แรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของภาคีเครือข่าย มีเหตุผลที่หลากหลาย ได้แก่ ต้องการสร้างความมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน สร้างจิตสำนึกของคนในชุมชน รับผิดชอบต่อตนเองในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ต้องการสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลครอบครัวช่วยเหลือผู้พิการ และเป็นการสร้างความผูกพันระหว่างกลุ่มวัย ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของทีม ในการช่วยเหลือประชาชน หากทุกคนมีส่วนร่วม และสามารถดูแลตนเองได้ และเป็นที่พึ่งทางสุขภาพได้ สามารถกระตุ้นคนในบ้าน หรือผู้รับบริการให้สามารถพึ่งตนเองได้ ส่งเสริมการดูแลแบบภูมิปัญญาในท้องถิ่น การใช้สมุนไพรรักษาโรค ใช้ภูมิปัญญาด้านการเกษตรดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีโอกาสร่วมวางแผน และกำหนดทิศทางในการดำเนินงานแก้ปัญหาตามสภาพปัญหา และความต้องการอย่างแท้จริงของชุมชน โดยรูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ผ่านกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของอำเภอสุขสำราญ แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 รูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วม ในการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ผ่านกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของอำเภอสุขสำราญ

3. ข้อเสนอแนะ และแนวทางการพัฒนาการดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมบ้านคุณภาพ ในบริบท “สุขสำราญ ห่วงใยกัน ด้วยทีมหมอครอบครัว” มีเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน เพื่อ “ให้เตียงในชุมชน เหมือนเตียงในโรงพยาบาล” ซึ่งผู้เข้าร่วมสนทนาร่วมกันให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้



3.1 สนับสนุนให้มีส่วนร่วมของคนในชุมชนมากขึ้น ควรนำเยาวชนอาสา ปิดช่องว่างระหว่างเยาวชนกับผู้ใหญ่ สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน กู้ชีพ / กู้ภัย ผู้สูงอายุ โดยการใช้ภูมิปัญญาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ให้กำลังเติมเต็มในวัยเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนเติมเต็มควมมีผู้สูงอายุในทีมหมอครอบครัว เพราะเป็นผู้อาวุโส เห็นโลกมาก่อน นอกจากนี้การให้นักวิชาการศาสนา หรือผู้รู้ทางศาสนา เพื่อเสริมกำลังทางด้านจิตใจที่ถูกต้อง ผ่อนคลายความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากโลกนี้ไปอย่างสงบ ผู้รู้ทางศาสนามีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างเป็นสุข

3.2 การเพิ่มการสื่อสารประชาสัมพันธ์กิจกรรม เพื่อสร้างความเข้าใจกับคนในชุมชนค่อนข้างน้อย ดังผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มรายหนึ่งกล่าวว่า “เชื่อว่าคนที่ยังไม่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการที่ผ่านมาจะเพิกเฉย และไม่ยอมมีส่วนร่วม เพียงแต่ไม่เคยทราบ และไม่รู้ว่ามีกิจกรรมแบบนี้เกิดขึ้นในชุมชน” ดังนั้น การเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ทั่วถึงจึงมีความสำคัญ เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือของคนในชุมชน

3.3 เพิ่มสมรรถนะของผู้ดูแล เพราะลูกหลานเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการให้การดูแลผู้ป่วย การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวก็มีความสำคัญ การแบ่งภาระรับผิดชอบในการที่ช่วยกันดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีของบุคคลในครอบครัว เกิดการช่วยเหลือ และดูแลซึ่งกันและกัน เกิดเป็นชุมชนที่เข้มแข็งต่อไป

อภิปรายผล

การเรียนรู้เชิงบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอและทีมหมอครอบครัว ในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านคุณภาพ: สุขสำราญ ห่วงใยกัน ด้วยทีมหมอครอบครัว ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. กระบวนการพัฒนาระบบ ในการดูแลสุขภาพด้วยการบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และการเยี่ยมบ้านด้วยทีมหมอครอบครัวในผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดำเนินการเยี่ยมบ้านคุณภาพที่ได้พัฒนาขึ้น อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา โดยมุ่งหวังที่จะให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน คนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน ตามบริบท และทรัพยากรที่มีในชุมชน นอกจากนี้ การที่มีนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ และทีมหมอครอบครัวยังส่งผลให้การดำเนินงานพัฒนาระบบในการดูแลสุขภาพของชุมชนประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของสโตน (Stone, 1992) ที่ทำการศึกษาลำดับขั้นตอนที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพชุมชนในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานสุขภาพชุมชน นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยทางด้านนโยบาย และสัมพันธภาพของทีมสุขภาพกับองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน และประชาชน ก็ยังมีส่วนสนับสนุนให้การดำเนินงานสุขภาพชุมชนประสบความสำเร็จ

นอกจากนี้ การเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาคนผ่านกระบวนการการจัดการเรียนรู้ เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHML) ทำให้เห็นรูปแบบการมีส่วนร่วมในรูปแบบเครือข่ายทุกภาคส่วนชัดเจนยิ่งขึ้น ผ่านการเรียนรู้แบบใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community - Based Learning: CBL) ซึ่งภาคประชาชนที่เป็นทีมผู้เรียน ได้ร่วมเรียนรู้กับทีมสุขภาพ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ยังเกิดความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลสุขภาพว่า การดูแลสุขภาพไม่ใช่ความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่ภาคประชาชนต้องมีส่วนร่วมเพื่อการดำเนินการที่ยั่งยืน และเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เกิดการประสานงาน สร้างเครือข่ายของคนในชุมชน (Bodenheimer, Lo & Casalino, 1999)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบในการดูแลสุขภาพ ด้วยการบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และการเยี่ยมบ้านด้วยทีมหมอครอบครัวในผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอำเภอสุพรรณบุรี โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้น สามารถสร้างความผูกพัน ความไว้วางใจ ระหว่างประชาชนกับทีมสุขภาพ ทำให้สามารถเข้าใจปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้น และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาลีจิตร ชัยเนตร (2552) ที่กล่าวว่าการติดตามไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการสนับสนุนให้คนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ ทำให้เกิดเครือข่ายสุขภาพในครอบครัวและชุมชน ซึ่งสามารถพัฒนาไปเป็นแกนนำสุขภาพครอบครัว ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะรู้สึกอุ่นใจที่มีพยาบาลไปดูแลที่บ้าน ญาติพี่น้องก็จะเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยและให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้ฟื้นหายเร็ว การรักษาได้ผลดีผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. รูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ผ่านกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของอำเภอสุพรรณบุรี โดยรูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก โดยใช้บริบทเป็นฐานในรูปแบบ SUKSUMRAN ประกอบด้วยจิตบริการ (Service Mind) ให้บริการดุจญาติมิตร (Relationship) เป็นหนึ่งเดียวกัน (Unity) ให้บริการด้วยความรู้และความชำนาญ (Knowledgeable) ที่มีมาตรฐานเดียวกัน (Non-Double Standard) บนพื้นฐานของเครือข่ายสังคมคุณภาพ (Social Network) ตลอด 24 ชม. (Unconditional Care) โดยใช้ทรัพยากรตามบริบทในพื้นที่ (Man Money Material - Resources) เห็นคุณค่าทั้งผู้ให้และผู้รับ (Appreciate) ซึ่งรูปแบบการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดขึ้นนี้ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการดูแลไม่ได้มุ่งเน้นที่การดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ยังดูแลครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย เป็นการปฏิบัติดูแลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว ดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพและผู้ให้บริการ ส่งผลทำให้สามารถดูแลสุขภาพในมิติทางสังคมอื่น ๆ ด้วย ตอบสนองต่อพฤติกรรม และ



ความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล โดยที่ไม่ได้มุ่งเน้นทางด้านการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียว การสร้างเครือข่ายของชุมชน เป็นการดำเนินงานเพื่อประสานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย และผู้ดูแลอีกด้วย (Bodenheimer, Lo & Casalino, 1999)

ซึ่งรูปแบบในการดำเนินงานดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดหลัก 1A 4C ได้แก่ Accessibility (การเข้าถึงบริการ) Continuity (การให้บริการอย่างต่อเนื่อง อย่างมีมาตรฐาน) Comprehensiveness (การให้บริการอย่างผสมผสานเป็นองค์รวม และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง) Coordination (การประสานงานทุกด้าน) และ Community Participation (ชุมชนมีส่วนร่วม) และมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ได้รับการยอมรับในการนำมาใช้พัฒนาบริการปฐมภูมิของประเทศไทย เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการมากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีในชุมชนของตนเอง และยังสอดคล้องกับลีวิน (Levin, 1996) ที่กล่าวว่า การดำเนินงานเยี่ยมบ้าน จะส่งผลให้บุคลากรทางด้านสุขภาพเกิดความเข้าใจในบริบทของผู้รับบริการ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ตรงตามความต้องการ และพัฒนาการบริการที่ตอบสนองต่อพฤติกรรม และความเชื่อที่แตกต่างกันของชุมชนได้ดี และสอดคล้องกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน เลือกใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ในชุมชน ตามศักยภาพชุมชน เพื่อสร้างสมดุลของการดำเนินงานสุขภาพชุมชน ทั้งภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อการดำเนินงานที่ยั่งยืนต่อไป (ทวีศิลป์ กุลนภาดล, 2553)

สรุปผล

การเรียนรู้เชิงบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และทีมหมอครอบครัวในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านคุณภาพ “สุขสำราญ ห่วงใยกัน ด้วยทีมหมอครอบครัว” เป็นการพัฒนาระบบในการดูแลสุขภาพ ในการดำเนินการเยี่ยมบ้านคุณภาพที่ได้พัฒนาขึ้น อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา โดยมุ่งหวังที่จะให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน คนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน ตามบริบท มุ่งสร้างเครือข่ายชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมของหุ้นส่วนสุขภาพ รวมทั้ง การให้คุณค่าร่วมกันของภาคีเครือข่าย ทั้งสหวิชาชีพ และภาคประชาชน ซึ่งรูปแบบที่เกิดขึ้น เป็นรูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก โดยใช้บริบทเป็นฐาน และดำเนินการโดยใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชน เน้นการพัฒนาคนเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ โดยมีภาคีเครือข่ายเป็นผู้สนับสนุน



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้านในเชิงปริมาณ ทั้งด้านกระบวนการ / ขั้นตอนการ ให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ / บุคลากร ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ ด้านคุณภาพการให้บริการ เพื่อเป็นข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านนำมาใช้ พัฒนาบริการให้ดีขึ้น
2. ประเมินแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน ทั้งทีมสุขภาพ และภาคประชาชน เพื่อศึกษาความคิดเห็นของทีมเยี่ยมบ้าน ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการบริหารจัดการ ด้านบุคลากรในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในการทำงาน เพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินการดำรงไว้ซึ่งบุคลากร เพื่อดำเนินงานที่ยั่งยืนต่อไป

รายการอ้างอิง

- ทวีศิลป์ กุลนาคดล. (2553). การพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นของประชาชน. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์.
- มาลีจิตร ชัยเนตร. (2552). ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังอำเภอแม่ลาว จังหวัด เชียงราย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML). กรุงเทพฯ: APPA Printing Group CO., LTD.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบ.). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). ทีมหมอครอบครัว(Family Care Team). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- Bodenheimer, T., Lo, B. & Casalino, L. (1999). Primary Care Physicians Should Be Coordinators, Not Gatekeepers. *Journal of the American Medical Association*, 281: 2045-2049.

- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., et al. (2001). Effectiveness of Home Based Support for Older People: Systematic Review and Meta-Analysis. **British Medical Journal**, 323: 719-725.
- Kornowski, R., Zeeli, D., Averbuch, M., Finkelstein, A., Schwartz, D., Moshkovitz, M., et al. (1994). Intensive Home-Care Surveillance Prevents Hospitalization and Improves Morbidity Rates among Elderly Patients with Severe Congestive Heart Failure. **American Heart Journal**, 129: 762-766.
- Levin, J. S. (1996). How Religion Influences Morbidity and Health: Reflections on Natural History, Salutogenesis and Host Resistance. **Social Science & Medicine**, 43: 849-864.
- Stone, L. (1992). Cultural Influences in Community Participation in Health. **Social Science & Medicine**, 35: 409-417.