

การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้ว

พัฒนา สุวรรณทิพย์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้ว

ผู้ประสานงาน: Panasu@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการ มี 2 ระยะ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ และ 2) พัฒนาและประเมินผลระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 789 คน ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้ว อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบคัดกรอง แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ เิงพรรณนา t-test และ z-test ข้อมูลคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน - ธันวาคม 2566 ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 178 คน (ร้อยละ 22.57) ผู้สูงอายุ หรือญาติ ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การดำเนินงานที่ผ่านมาซึ่งขาดการบูรณาการงานร่วมกัน ระยะที่ 2 มีการประชุมวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาและนำแผนไปสู่การปฏิบัติ การประเมินผล พบว่า ผู้สูงอายุทราบสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และช่องทางขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และสามารถสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานเรียกว่า “SRI-KAEW (ศรีแก้ว) Model” ประกอบด้วย 1) S; Support equipment คือ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ 2) R; Raise Health Services คือ ยกกระดับการให้บริการด้านสุขภาพ 3) I; Information system คือ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการพัฒนาระบบข้อมูล 4) K; Knowledge Management คือ การพัฒนาและจัดการความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 5) A; Association คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 6) E; Emergency system คือ การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน 7) W; Warning sign surveillance คือ การเฝ้าระวังอาการสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ 1. ทุกหน่วยงานควรมีนโยบายในการบูรณาการ การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดพลังความร่วมมือจากประชาชน และทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ และมีความยั่งยืน 2. ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาในระยะยาวเพื่อให้มีงบประมาณสำหรับการดูแลผู้สูงอายุให้ทั่วถึง เพื่อให้หน่วยงาน หรือผู้เกี่ยวข้องสามารถสนับสนุนงบประมาณได้ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพชุมชน, ชุมชนเป็นฐาน, แบบบูรณาการ, ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง

The Development of Community Health System for the Elderly at Risk of Stroke with Community-Based Integrated Care, Sri-Kaew Subdistrict Health Promoting Hospital

Patana Suwantid

Sri-Kaew Subdistrict Health Promoting Hospital

Corresponding author: Panasu@hotmail.com

Abstract

This participation action research (PAR) aimed to develop and evaluate the community health system for the elderly at risk of strokes with community-based integrated. The process consisted of 2 phases: (1) situation analysis, (2) development and evaluations of community health system. The samples were 789 elderly in Sri-Kaew Subdistrict Health Promoting Hospital, Yasothon Province, and stakeholders. Data collected by focus group, survey with questionnaires. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, t-test and z-test. The qualitative data were used content analysis. Conducted between April - September 2023. The result, phase 1: Elderly were screened as a high-risk group, 22.57%, elderly or care givers still lacked knowledge, warning signs of stroke, don't know how to ask for help in an emergency. In the past still lacked participation in operations. Phase 2: After that the action plan was determined and put the plan into practice. 3) The results of the evaluation found that the elderly received knowledge, know how to request emergency help faster access to the health care system, stakeholders are satisfied. The developed system results affect to the elderly in high-quality care both at-risk groups and stroke patients. Results from the research can synthesize the model was "SRI-KAEW Model" consisting of 1) S; Support equipment 2) R; Raise health services 3) I; Information system 4) K; Knowledge management 5) A; Association 6) E; Emergency 7) W: Warning sign surveillance. However, those involved or various government agencies can use the system developed from this research. Can be applied in your own area.

Suggestions 1. Every department should have a policy for integration. Elderly care operations To create the power of cooperation from the people and make the operation successful and be sustainable 2. A long-term development plan should be created to provide a budget for comprehensive care of the elderly. for the agency or related parties can support the budget, such as local government organizations. Provincial Administrative Organization Office of Social Development and Human Security National Health Security Office, etc.

Keywords: Community health, Community-based, Integrated, elderly, stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการทุพพลภาพ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพ⁽¹⁾ โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เป็นโรคเบาหวาน หัวใจเต้นผิดจังหวะ สูบบุหรี่ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด ดื่มสุรา เป็นต้น⁽²⁻⁴⁾ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง 15 ล้านคนทั่วโลก และในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 5 ล้านคน โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และอีก 5 ล้านคนได้รับความพิการหรือทุพพลภาพถาวร⁽¹⁾ สร้างภาระให้ครอบครัวและชุมชน ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมที่ประเมินค่าไม่ได้ ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2562 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 451, 467, 506 และ 542 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ข้อมูลฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกและฐานข้อมูลเบิกจ่ายชดเชย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 – 2565 จังหวัดยโสธร พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 300, 310, 342, 394 และ 402 ตามลำดับ⁽⁶⁾ ปัญหาโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ถือเป็นภาวะวิกฤตในผู้สูงอายุที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องให้ความสำคัญ ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา เพราะจะกระทบต่อภาระการดูแลของครอบครัว และกระเพื่อมปัญหาในวงกว้างด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นทุกปี ทำให้เกิดภาระของระบบบริการสุขภาพ⁽⁷⁾

จังหวัดยโสธร มีประชากร 540,889 คน อำเภอเลิงนกทา มีประชากร 89,453 คน และมีผู้สูงอายุถึง 12,721 คน คิดเป็นร้อยละ 14.22 เป็นอำเภอที่มีขนาดพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับที่ 1 ของจังหวัดยโสธร ยังเป็นสังคมแบบชนบท และเป็นย่านเศรษฐกิจสำคัญเปรียบเสมือนชุมทางด้านการคมนาคมขนส่ง และตำบลศรีแก้ว มีประชากร 5,494 คน เป็นผู้สูงอายุ 789 คน คิดเป็นร้อยละ 14.36 พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ด้านบริบทการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอเลิงนกทา พบว่า มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง แต่ยังไม่ครอบคลุม และยังขาดการนำข้อมูลสู่การวางแผนป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นรูปธรรม และขาดการเชื่อมโยงการส่งต่อ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมามีปัญหาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง รวมไปถึงไม่ทราบวิธีหรือช่องทางร้องขอความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการที่ไม่ได้รับการรักษาที่ล่าช้า การแก้ไขปัญหา มีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันทั้งหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น เพื่อดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติ แต่ยังคงขาดความต่อเนื่องและการบูรณาการร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม⁽⁸⁾

การถอดบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมาสรุปว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพคำตอบอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน (Community health system) ซึ่งการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ระบบสุขภาพชุมชน ที่เป็นรูปธรรมสามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนาซึ่งใช้ชุมชนเป็นฐานและบูรณาการให้ต่อเนื่อง การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการ (Community-based integrated care) คือการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยที่ภาคส่วนหรือภาคีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทำงานร่วมกัน เชื่อมโยงกันอย่างประสานสัมพันธ์ เป็นการทำงาน

ในระดับชุมชนโดยคนในชุมชน ภาคส่วนที่มีส่วนสำคัญในระบบการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุและครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรภาคเอกชนและองค์กรอื่น ๆ ในตำบล เชื่อมต่อมาระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยราชการอื่น ๆ ระดับจังหวัด และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง⁽⁹⁾ เครือข่ายเหล่านี้จะเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ดูแลรักษา มีระบบส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้ง พัฒนาคูณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ของผู้สูงอายุ เนื่องจากเครือข่ายในชุมชนมีความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล กระบวนการดำเนินงานจึงจะมีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมนั้น ๆ ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพนั้น มีความเหมาะสมและเกิดความยั่งยืน โดยผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และองค์กรของรัฐมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการและมีความรับผิดชอบร่วมกัน

จากเหตุผลและความจำเป็นดังที่กล่าวถึงข้างต้น จึงได้จัดทำโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้ว อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร” ขึ้น โดยใช้แนวคิดระบบสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รวมทั้งพัฒนาระบบเพื่อเชื่อมกับระบบบริการสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community based) ผสานกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
- 2) เพื่อศึกษาระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
- 3) เพื่อประเมินผลระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น
- 4) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบของระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ที่พัฒนาขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research; PAR) มีอยู่ 2 ระยะ ทุกระยะดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ทั้งร่วมคิดและร่วมวางแผน และร่วมดำเนินการ ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนเมษายน – ธันวาคม 2566 รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน บริบท หรือสภาพปัญหาในการดำเนินงานจากสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก การทบทวนเอกสาร และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดย อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้านของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 พัฒนาและประเมินผลระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น โดยใช้กระบวนการประชุมกลุ่ม และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุที่เหมาะสม ร่วมกับใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁽¹¹⁾ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน (Planning) เป็นการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และวางแผนการดำเนินงาน 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามแผน 3) ขั้นสังเกตการณ์

(Observing) ติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงานตามแผน และ 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflecting) สะท้อนผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถอดบทเรียนการดำเนินงาน การประเมินความพึงพอใจ รับฟังข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้ง การสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่ได้จากการวิจัย

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทุกคนที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้ว ตำบลศรีแก้ว อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร 789 คน และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง มีอยู่ 4 กลุ่ม ประกอบด้วย

1) ผู้สูงอายุทั่วไป สำหรับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 789 ราย (ศึกษาในประชากร) อย่างไรก็ตาม เพื่อแสดงถึงขนาดตัวอย่างที่เพียงพอในการศึกษา ประกอบกับผู้วิจัยได้คำนึงถึงรูปแบบหรือลักษณะการศึกษาเพื่อหาความชุกของการเกิดโรค จึงใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบดี ประชากรด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายของ Cochran⁽¹²⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96 ความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ที่ร้อยละ 5 หรือ 0.05 สัดส่วนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองใช้สัดส่วนการเกิดโรคในระดับปานกลาง คือ 0.5 หรือร้อยละ 50 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างสูงสุดสำหรับการศึกษา ได้ขนาดตัวอย่าง 259 ราย แต่เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้รับประโยชน์จากการคัดกรองความเสี่ยง และการส่งเสริมสุขภาพ และการส่งต่อเข้าสู่การรักษาอย่างครอบคลุม ดังนั้น ในระยะที่ 1 จึงจะทำการศึกษาในผู้สูงอายุทั้งหมดที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ

2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประเมินผลระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น เลือกแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 178 ราย ที่ได้จากการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ก) ผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (ในกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลได้) ข) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ และอารมณ์ สามารถตอบคำถามได้ และ ค) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ก) เจ็บป่วย หรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ

3) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน สำหรับการสนทนากลุ่ม เลือกแบบเฉพาะเจาะจง 12 คน ได้แก่

- 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) 1 คน
- 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน
- 3) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager; CM) 1 คน
- 4) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น 1 คน
- 5) ตัวแทนผู้สูงอายุ 1 คน
- 6) ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน
- 7) ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน
- 8) ตัวแทนเจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน
- 9) บุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจาก รพ.สต.ศรีแก้ว 1 คน
- 10) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ จาก รพร. เลิงนกทา 1 คน
- 11) เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน (1669) จาก รพร.เลิงนกทา 1 คน และ
- 12) บุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจาก สสอ.เลิงนกทา 1 คน

มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ก) ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 ปี ข) สามารถตอบคำถามได้ และ ค) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ก) เจ็บป่วย หรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ

4) อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 102 คน ได้แก่ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และญาติ ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ สำหรับพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ก) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 ปี ข) สามารถตอบคำถามได้ และ ค) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ก) เจ็บป่วย หรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้ตลอดกระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีอยู่ 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม สร้างขึ้นเองโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามปลายเปิด 8 ข้อ ชุดที่ 2) แบบคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มี 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ และ (2) ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง 9 ข้อ ชุดที่ 3) แบบสำรวจผู้สูงอายุ มี 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ (2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 12 ข้อ และ (3) ประวัติใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) 3 ข้อ สำหรับแบบคัดกรองผู้สูงอายุและแบบสำรวจผู้สูงอายุ ได้มาจากเขตสุขภาพที่ 10 ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ⁽¹³⁾ ชุดที่ 4) แบบสอบถามความรู้และการปฐมพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ และ (2) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น 10 ข้อ แบบสอบถามความรู้และการปฐมพยาบาลก่อนนำไปใช้ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน ผลการประเมินแบบสอบถามในการวิจัยนี้ มีค่า CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1 มีค่า CVI รวม 0.85

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สรุปเป็นประเด็นปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยเปรียบเทียบสัดส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับรู้ช่องทางหรือการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังการวิจัยด้วย Z-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้สูงอายุก่อน-หลังการวิจัย และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุและญาติ ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการอบรมด้วยสถิติ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE 6623 ลงวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2566 (24 เมษายน 2566 – 24 เมษายน 2567)

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ รายละเอียดดังนี้

1) ผลการคัดกรองผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 789 คน เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 178 คน คิดเป็นร้อยละ 22.57 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.91 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 61.98 (median 67, min 60, max 91)

สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.19 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 57.55 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.60 รายได้อยู่ระหว่าง 2,000 – 3,900 บาทต่อเดือน ร้อยละ 58.94 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.70 และไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 22.56

2) จากสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสาร และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า 1) ผู้สูงอายุ หรือญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุยังขาดความรู้ ในการดูแลตนเอง และรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและการดูแลสุขภาพของตนเอง 3) การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ลำำ 4) บุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำกัด ไม่เพียงพอ ข้อมูลก่อนการวิจัย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุถึง 7 ราย โดยเรียกใช้ 1669 จำนวน 6 ราย มี 1 ราย ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และเนื่องจากไม่ทราบหรือไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค คิดว่าไม่เป็นอะไรจึงไปแค่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การดำเนินงานที่ผ่านมา มีบุคลากรที่รับผิดชอบงานที่ชัดเจน มีการดำเนินงานคัดกรอง และสำรวจข้อมูล แต่ยังไม่ครอบคลุม ขาดการนำเอาข้อมูลมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ระบบส่งต่อยังมีช่องว่างในการดำเนินงาน คือ ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพัง เมื่อเจ็บป่วยไม่สามารถสื่อสาร หรือติดต่อขอความช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนยังไม่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังไม่ชัดเจนอย่างเป็นรูปธรรม

ระยะที่ 2 การพัฒนาและประเมินผลระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น

1) **ขั้นวางแผน (Planning)** ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกันประชุมเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยใช้คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับตำบล (พชต.ศรีแก้ว) เป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน จากนั้นได้วิเคราะห์ปัญหา พิจารณาหาแนวทางแก้ไข และทำแผนปฏิบัติการ ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมดังนี้

(1) การประชุมคณะกรรมการ พชต.ศรีแก้ว เพื่อจัดทำแผนบูรณาการทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน จำนวน 3 ครั้ง ก่อนออกประชาคม ติดตามแผนและสรุปผล กลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการ พชต.ศรีแก้ว 25 คน ดำเนินการในเดือน มิถุนายน, สิงหาคม และ ธันวาคม 2566

(2) การจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการ พชต.ศรีแก้ว บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ตัวแทนผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมประชุม เพื่อชี้แจงการดำเนินโครงการ และรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนทุกหมู่บ้าน ดำเนินการในเดือน มิถุนายน 2566

(3) จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้ว เพื่อให้มีบุคลากรสาธารณสุขให้บริการในด้านการดูแลผู้สูงอายุ จัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan) จัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม จัดตั้งกลุ่มไลน์ ใช้ติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ญาติ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเพิ่มช่องทางด่วนในการเชื่อมระบบการดูแลระหว่างคลินิกผู้สูงอายุ รพ.สต.ศรีแก้ว กับคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

(4) การจัดกิจกรรมอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ให้กับ อสม., ผู้ดูแลผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุ จำนวน 102 คน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ความรู้

เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เงินงบประมาณจากเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เลิงนกทา จำนวนเงิน 14,000 บาท รวม 1 วัน ดำเนินการในเดือน กรกฎาคม 2566

(5) ประชุมเชิงปฏิบัติการซ้อมแผนบนโต๊ะให้กับกลุ่มเป้าหมาย อสม. ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มที่เสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมอง และกู้ชีพตำบลศรีแก้ว จำนวน 120 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ในหัวข้อ “ผู้สูงวัยห่างไกลโรคหลอดเลือดสมอง” การรับรู้สัญญาณเตือนอันตรายโรคหลอดเลือดสมอง การรู้จักช่องทางสื่อสารเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน เบอร์โทร 1669 เบอร์โทรหมอบุคคลครัว คนที่ 1, 2 และ 3 วิทยากรจาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จัดอบรม 1 วัน เงินงบประมาณจากเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เลิงนกทา CUP (Contracted Unit of Primary care) จำนวน 20,000 บาท ดำเนินการในเดือน ธันวาคม 2566

(6) กิจกรรมออกกำลังกายในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลศรีแก้ว เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 60 คน ดำเนินการในทุกวันศุกร์ เดือนละ 2 ครั้ง ในเดือน มิถุนายน 2566 – ธันวาคม 2566

(7) การสื่อสารและประชาสัมพันธ์

ก. ให้ผู้นำชุมชนประกาศทางหอกระจายข่าวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในทุกวันจันทร์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับ อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ดำเนินการในเดือน มิถุนายน 2566 – ธันวาคม 2566

ข. ติดป้ายประชาสัมพันธ์สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และช่องทางการติดต่อกับบุคคลหรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย และสามารถเลือกช่องทางที่เข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว โดยสามารถสื่อสารผ่านทุกช่องทาง ดำเนินการในเดือน มิถุนายน 2566 – ธันวาคม 2566

ค. แจกแผ่นพับประชาสัมพันธ์ให้พระสงฆ์อ่านให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณเตือน โรคหลอดเลือดสมอง แก่ญาติโยมที่มาทำบุญที่วัดในทุกวันพระ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยดำเนินการที่วัดศรีแก้ว วัดป่าศรีจำปา และวัดดวงมณีศรีแก้ว ดำเนินการในเดือน มิถุนายน 2566 – ธันวาคม 2566

ง. แจกแผ่นพับประชาสัมพันธ์ให้คณะครู สอนสุศึกษาอ่านให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและ สัญญาณเตือน โรคหลอดเลือดสมอง แก่ นักเรียนชั้นมัธยม จำนวน 140 คน ดำเนินการที่โรงเรียนศรีแก้วประชาสรรค์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในเดือน มิถุนายน 2566 – ธันวาคม 2566

(8) การพัฒนาระบบส่งต่อโดยใช้ทีมหมอบุคคลครัว รพ.สต.ศรีแก้ว จำนวน 93 คน และเจ้าหน้าที่กู้ชีพ เทศบาลตำบลศรีแก้ว จำนวน 8 คน เพื่อให้มีบริการรับส่งผู้ป่วยอย่างเพียงพอ รวดเร็ว ทันเวลา และประชาสัมพันธ์ ช่องทางในการเรียกใช้รถกู้ชีพ หรือ 1669 ดำเนินการในเดือน กันยายน 2566

(9) การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการดูแล ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง จำนวน 2 คน เข้าอบรมที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลศรีแก้ว หลักสูตร 14 วัน เรื่องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างวันที่ 14 - 25 สิงหาคม 2566

(10) การบริหารจัดการอุปกรณ์สนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้ว ได้รับบริจาคเครื่องมือแพทย์ เพื่อใช้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากผู้มีจิตศรัทธาบริจาค นางทัศนีย์ แต่งตั้ง และนายสุทิน ลือหาญ จำนวน 100,000 บาท ได้แก่ เตียงนอนไฟฟ้า 1 เตียง เครื่องผลิตออกซิเจน 1 เครื่อง เครื่องวัดความดันโลหิต 1 เครื่อง วันที่ 25 ธันวาคม 2566

2) **ปฏิบัติการตามแผน (Action)** จากนั้น นำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยก่อนดำเนินงานได้มีการประชุมเพื่อชี้แจงให้ทราบถึงขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน

3) **ขั้นสังเกตการณ์ (Observing)** ในขั้นตอนนี้ ทำการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

(1) ภายหลังจากปฏิบัติการตามแผน พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาของชุมชน และนำไปสู่การแก้ไขโดยกลไภคคณะกรรมการ พชต.ศรีแก้ว และได้รับรู้ถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของชุมชนมากขึ้น และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่เป็นภาระแก่คนในครอบครัว และชุมชนตำบลศรีแก้วอีกต่อไป

(2) ผลการอบรม อสม., ผู้ดูแลผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุ 102 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.19 อายุ ระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 40.19 สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.22 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.83 ภายหลังจากอบรมผู้เข้าอบรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของ อสม., ผู้ดูแลผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุ ตำบลศรีแก้ว (n=102)

ตัวแปร	ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการปฐมพยาบาล		Mean difference	95%CI	p-value
	เฉลี่ย	S.D.			
ก่อนการอบรม	3.43	0.98	2.32	0.92, 1.65	< 0.001
หลังการอบรม	3.70	0.82			

(3) ผลการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด จำนวน 178 คน ได้ดำเนินการช่วยเหลือปรับปรุงสภาพแวดล้อมบ้าน เปลี่ยนพื้นห้องน้ำ ซักโครก ราวจับ ไฟส่องสว่าง จำนวน 5 คน โดยคณะกรรมการ พชอ. อำเภอเลิงนกทา ร่วมกับ คณะกรรมการ พชต.ศรีแก้ว สนับสนุนงบประมาณ จำนวน 10,000 บาท

(4) ผลการออกกำลังกายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยบูรณาการร่วมกับโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลศรีแก้ว โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้ว อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และถ่ายทอดความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผลการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุด้วยการรำไม้พลอง พบว่า มีสมาชิกรวมกลุ่มกันออกกำลังกายในทุกวันศุกร์ รวม 60 คน สลับสับเปลี่ยนกันมาออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

(5) ผลการสื่อสารและประชาสัมพันธ์มีการติดป้ายประชาสัมพันธ์สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ที่ตลาดสดเทศบาลตำบลศรีแก้ว ศาลาประชาคมหมู่บ้าน วัด โรงเรียน ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว ประจำหมู่บ้านโดยผู้นำชุมชน และจัดทำป้าย 3 หมอติดทุกครัวเรือน จำนวน 1,500 แผ่น

(6) การพัฒนาระบบส่งต่อและทีมหมอครอบครัว คณะกรรมการ พชต.ศรีแก้ว ได้จัดบริการรถกู้ชีพ จำนวน 1 คันพร้อมอุปกรณ์ และจัดตั้งศูนย์กู้ชีพตำบลศรีแก้วเพื่อการเข้าถึงระบบส่งต่อได้ง่าย รวดเร็ว ทันเวลา

(7) ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ที่ผ่านการอบรมเตรียมความพร้อม พัฒนาทักษะ และองค์ความรู้ จำนวน 102 คน ประกอบด้วย หมอคนที่ 1 คือ อสม.หมอคนที่ 2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้ว หมอคนที่ 3 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

(8) ผลการสำรวจข้อมูลในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

การรับรู้อาการสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลังวิจัย ได้แก่ “ปากเบี้ยว มุมปากตก ข้างใดข้างหนึ่ง” “พูดลำบาก พูดไม่ชัดอย่างทันทีทันใด” และ “เดินเซ สูญเสียความสามารถในการทรงตัว อย่างทันทีทันใด” เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ด้านการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ของผู้สูงอายุก่อน-หลังวิจัย พบว่า รู้จัก 1669 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ส่วนการรู้จักและร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และการเรียกใช้ 1669 เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้อาการสัญญาณเตือนและการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ($n=178$)

ตัวแปร	N	ก่อนวิจัย		N	หลังวิจัย		Proportion difference	95%CI	p-value
		n	%		n	%			
การรับรู้อาการหรือสัญญาณเตือน									
ปากเบี้ยว มุมปากตก ข้างใดข้างหนึ่ง อย่างทันทีทันใด	178	170	95.51	178	178	100	4.50	1.44, 7.53	0.004
แขน ขา อ่อนแรง ข้างใดข้างหนึ่ง อย่างทันทีทันใด	178	177	99.43	178	178	100	0.30	0.50, 1.00	0.488
พูดลำบาก พูดไม่ชัด อย่างทันทีทันใด	178	169	94.94	178	178	100	5.06	1.81, 8.27	0.002
เดินเซ สูญเสียความสามารถในการทรงตัว อย่างทันทีทันใด	178	170	95.51	178	178	100	4.50	1.44, 7.53	0.004
การเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)									
รู้จัก 1669	178	170	95.51	178	178	100	4.50	1.44, 7.53	0.004
รู้จักและสามารถร้องขอความช่วยเหลือได้ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	178	169	94.94	178	170	95.51	0.57	-3.85, 4.99	0.800
เรียกใช้ 1669 เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	7	6	85.71	6	6	100	n/a*	n/a*	n/a*

* ข้อมูลมีจำนวนน้อย ไม่เหมาะสมในการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนด้วย z-test

ซึ่งช่วงหลังการวิจัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6 ราย ทั้งหมดไปถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 1 ชั่วโมง ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา และปัจจุบันผู้ป่วยกลับมาอาศัยอยู่บ้านเป็นที่เรียบร้อย และได้รับการเยี่ยมบ้านจาก อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ ทุกรายไม่พบความผิดปกติหลงเหลืออยู่ ร้อยละ 100

(9) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งรายใหม่และรายเก่า ในพื้นที่ จำนวน 13 ราย ทุกรายมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น

(10) การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้ว มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบ จำนวน 1 คน และ เจ้าหน้าที่คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จำนวน 1 คน โดยใช้กลุ่มไลน์ จำนวน 1 กลุ่ม ติดต่อบริการระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ญาติ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4) ขั้นสะท้อนผล (Reflecting) ทีมวิจัยได้ทำการคืนข้อมูล ถอดบทเรียนการดำเนินงาน การประเมินความพึงพอใจ การรับฟังข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน (Model) เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้ว ในเวทีการประชุมคณะผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า

(1) ด้านความพึงพอใจหลังต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จากการสอบถามข้อมูล กับญาติผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงพบว่า ผู้ป่วย ญาติ หรือชุมชน มีความพึงพอใจ มีความสนใจ ตระหนักถึงปัญหา และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมระดมความคิดเห็น เสนอรูปแบบวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหา ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

(2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีการบูรณาการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง สูงอายุและญาติตระหนักและให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากหน่วยงานภายนอกชุมชน

(3) ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงาน คือ ควรมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการประชาสัมพันธ์เรื่องอาการสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และควรมีกิจกรรมในการดูแลหรือยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านอื่น ๆ

(4) ผลการสังเคราะห์รูปแบบ (Model) ระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น ชื่อว่า “SRI-KAEW (ศรีแก้ว) Model” ซึ่งมีทั้งหมด 7 องค์ประกอบ 1) S; Support equipment คือ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2) R; Raise Health Services คือ ยกกระดานให้บริการด้านสุขภาพแบบบูรณาการ 3) I; Information system คือ การสื่อสารประชาสัมพันธ์และการพัฒนาระบบข้อมูล 4) K; Knowledge management คือ การพัฒนาและจัดการความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 5) A; Association คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 6) E; Emergency system คือ การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน เพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากชุมชนสู่โรงพยาบาล 7) W; Warning sign surveillance คือ การเฝ้าระวังอาการสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้แบ่งการสรุปผลไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่

1) สถานการณ์และบริบทในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลจากการคัดกรองพบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 41.70 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยง และอาการเตือนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รวมถึงประวัติการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ไม่ค่อยดีนัก ซึ่งพบผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเลย ถึงร้อยละ 22.56 สอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การทบทวนเอกสาร และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุ หรือญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุยังขาดความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจากการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสกล สิทธิพรหม⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ขาดความรู้และไม่สามารถจัดการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ รวมทั้ง การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ค่อนข้างต่ำ ด้านบริบทการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าขาดการมีส่วนร่วมและการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม ระบบส่งต่อผู้ป่วยยังขาดการเชื่อมต่อ การออกปฏิบัติงานล่าช้า ส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่พร้อมทั้งด้านบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วิภา สังข์อินทร์ และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าทักษะของผู้ปฏิบัติงาน อุปกรณ์ แนวทางการรับส่งผู้ป่วย เป็นปัญหาที่สำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การที่ผู้สูงอายุและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ยังขาดการความพร้อม จะส่งผลกระทบต่ออัตราการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 สอดคล้องกับการศึกษาของศุภชาติ เขมวุฒิพงษ์ และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าประชาชนในพื้นที่มักจะขาดทักษะในการแจ้งเหตุกับศูนย์รับแจ้งเหตุ

2) การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

สถานการณ์และบริบทในการดำเนินงานดังกล่าว ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงได้ระดมความคิดเห็นเพื่อวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เริ่มจากการแต่งตั้งคณะกรรมการ การประชุม การวิเคราะห์ปัญหา และจัดทำแผนงานแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีการระดมทรัพยากร และบูรณาการจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิดชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการ (Community-based integrated care)⁽¹⁷⁾ ร่วมกับการบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research; [PAR]) ทั้งร่วมคิดและร่วมวางแผน และร่วมดำเนินการ⁽¹¹⁾ รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมในชุมชน มีทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน การดูแลต่อเนื่อง และการดูแลสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติอื่น ๆ ควบคู่กัน มีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันหลายภาคส่วน เพื่อดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ การดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยที่ภาคส่วนหรือภาคีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทำงานร่วมกัน เชื่อมโยงกันอย่างประสานสัมพันธ์ การส่งเสริมหรือผลักดันให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุสอดคล้องกับแนวคิดชุมชนเป็นฐาน หรือชุมชนจัดการตนเอง (Community-based managements) ที่มุ่งทำงานกับชุมชน และหน่วยงานที่มีในชุมชนกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ให้เป็นผู้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน และรับประโยชน์⁽¹⁷⁾ ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานตรงกับสภาพปัญหาของชุมชนและมีความยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วิภา ดาหาร และเจทสรिया ดาวราช⁽¹⁸⁾ ศึกษาารูปแบบการดำเนินงานในประเด็นการสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน การพัฒนา

ศักยภาพเครือข่าย จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ และการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปะราลี โอภาสนันท์ และคณะ⁽¹⁹⁾ ศึกษาในประเด็นการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดย อสม. การจัดการวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ การมีระบบ และกลไกการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในรูปแบบของคณะกรรมการ การมีระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ระบบที่พัฒนาขึ้นยังสอดคล้องกับแนวคิดของการสาธารณสุขแนวใหม่ตามกฎบัตร ออตตาวา เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริม ให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบคลุมถึงบทบาทภาคส่วนต่าง ๆ พร้อมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน⁽²⁰⁾ รวมถึง ระบบสุขภาพตามกรอบองค์ประกอบที่พึง ประสงค์หลัก 6+1 ส่วน (Six Building Blocks plus) ของสงครามชัย ลีทองดี⁽²¹⁾ และองค์การอนามัยโลก (WHO)⁽²²⁾ ซึ่งจะส่งผลดีต่อเข้มแข็งและยั่งยืนของระบบสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสุขภาพชุมชนอย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และทั่วถึง

3) ผลของระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น

ผลของระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่ประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการ (Community-based integrated care) ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือนของโรค และได้รับการส่งเสริมสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ทราบและมีช่องทางขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉิน (1669) เพิ่มขึ้น ซึ่งหลังการวิจัย พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ที่มีอาการทั้งหมดทราบอาการสัญญาณเตือน จึงร้องขอความช่วยเหลือ และไปถึงโรงพยาบาล พร้อมกับได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีคุณภาพ ซึ่งพบว่า ทุกรายไม่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น ระบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลดีต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเป็นเพราะระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้ มีกิจกรรมหรือกระบวนการครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาทั้งในชุมชน การส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม มีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันหลายภาคส่วน ดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทุกมิติ มีการซ่อมแผนในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และการส่งเสริมหรือผลักดันให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุจะทำให้ดำเนินงานตรงกับสภาพปัญหาของชุมชนและการทำงานมีความยั่งยืน ซึ่งเป็นการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการ (Community-based integrated care) สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี บุญมี และคณะ⁽²³⁾ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ แล้วส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างทั่วถึง และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพดา ดาหาร และเจทสรียา ดาวราช⁽¹⁸⁾ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน มีส่วนร่วมพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งหลังการดำเนินการผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ทั้งนี้ สามารถสังเคราะห์รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจากงานวิจัยนี้ คือ “SRI-KAEW (ศรีแก้ว) Model” ซึ่งมี 7 องค์ประกอบ มีความแตกต่างจากการศึกษาอื่น ในด้านกระบวนการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานที่เกิดขึ้น และกระบวนการมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการ ซึ่งผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนมากขึ้น^(14,24,25)

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จากงานวิจัยนี้ คือ “SRI-KAEW (ศรีแก้ว) Model” ซึ่งมี 7 องค์ประกอบ ไปพัฒนาต่อหรือทดลองใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้ ซึ่งก่อนนำรูปแบบการดำเนินงานไปใช้ ควรปรับให้เข้ากับบริบทหรือความต้องการของชุมชน หรือยึดชุมชนเป็นหลัก ผลจากการศึกษานี้ เป็นเพียงความสำเร็จเฉพาะพื้นที่และในระยะสั้น ด้านการประเมินผลการเรียกใช้บริการ 1669 และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนน้อย อาจมีข้อจำกัดในการสรุปผลการศึกษาที่แน่ชัด ซึ่งสมควรได้รับการติดตามในระยะยาว และต้องการจำนวนผู้ป่วยที่มากเพียงพอ รวมทั้ง การติดตามประเมินผลถึง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านอื่น ๆ ตลอดจนความยั่งยืนของระบบที่พัฒนาขึ้น

4) การสังเคราะห์รูปแบบของระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการสังเคราะห์รูปแบบของระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน และรับประโยชน์ มีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันหลายภาคส่วน เพื่อดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ การดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยที่ภาคส่วน หรือภาคีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทำงานร่วมกัน เชื่อมโยงกันอย่างประสานสัมพันธ์ การส่งเสริมหรือ ผลักดันให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุสอดคล้องกับแนวคิดชุมชนเป็นฐาน หรือชุมชนจัดการตนเอง (Community-based managements) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน การดูแลต่อเนื่อง และการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติอื่น ๆ ควบคู่กัน ความสำเร็จดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของระบบสุขภาพตามกรอบองค์ประกอบที่พึงประสงค์ หลัก 6+1 ส่วน (Six Building Blocks plus) ตัวสุดท้าย คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน และแนวคิดชุมชนเป็นฐาน หรือชุมชนจัดการตนเอง (Community-based managements) รวมทั้งแนวคิดการสาธารณสุขแนวใหม่ (New Public Health) ที่ส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม การให้บริการด้วยจิตอาสา และความเข้มแข็งในการดำเนินงานสอดคล้องกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการศึกษาของสุปราณี บุญมี และคณะ⁽²³⁾ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดสุรินทร์ และการศึกษาของ และการศึกษาของ ศุภชาติ เขมวุฒิพงษ์ และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและเครือข่าย

ข้อจำกัดของการศึกษา

ผลจากการศึกษานี้หรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เกิดจากการวิจัยในหนึ่งตำบล และเป็นเพียงความสำเร็จ ในระยะสั้น อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ รวมทั้ง การประเมินผลการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจส่งผลต่อการสรุปผลการศึกษาที่แน่ชัด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) ผู้บริหารสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายในการบูรณาการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดพลังความร่วมมือจากประชาชน และทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ และมีความยั่งยืน

2) ควรมีการจัดตั้งกองทุน หรือศูนย์ช่วยเหลือเปิดรับเงินสนับสนุน หรือรับการบริจาคเงินเพื่อใช้ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ยากไร้ในพื้นที่เพื่อสนับสนุนและเกิดการขับเคลื่อนงานได้อย่างต่อเนื่องยั่งยืนต่อไป

3) ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาในระยะยาวเพื่อให้มีงบประมาณสำหรับการดูแลผู้สูงอายุให้ทั่วถึง เพื่อให้หน่วยงาน หรือผู้เกี่ยวข้องสามารถสนับสนุนงบประมาณได้ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานที่สนใจควรนำเอาาระบบสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทหรือเป็นแนวทางในการนำไปใช้ในพื้นทีนั้นๆ และเน้นนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก

2) หน่วยงานด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายควรมีการจัดประชุมหรือการซ้อมแผนในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ซึ่งจะทาให้ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รับรู้บทบาท และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาในระยะยาว ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง อัตราความชุกในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2) ควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รวมทั้งควรมีการประเมินผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับหลายๆ พื้นที่เพื่อพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้การสนับสนุน และชี้แนะในการทำวิจัยในครั้งนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิจัยฉบับนี้จะสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนของท่านต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization(WHO). Stroke, Cerebrovascular accident [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>
2. สมชาย โทวณะบุตร, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, ธเนศ เต็มกลิ่นจันทร์, ลินดา เหล่ารัตน์ใส, จิตาภา ตรีเจริญวงศ์. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) [Internet]. เว็บไซต์สารสนเทศสุขภาพไทย. 2563 [cited 2022 Jan 12]. p. 4–30. Available from: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_5.pdf
3. พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) [Internet]. คณะแพทยศาสตร์-มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2563 [cited 2022 May 12]. Available from: http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
4. Hanchaiphibookkul S, Pongvarin N, Nidhinandana S, Charnnarong-Suwanwela N, Puthkhao Msc P, Towanabut S, et al. Prevalence of Stroke and Stroke Risk Factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. J Med Assoc Thai [Internet]. 2011 [cited 2022 Jan 13];94(4):427–36. Available from: <http://www.mat.or.th/journal>

5. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ [Internet]. 2565 [cited 2022 May 12]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต10อุบลราชธานี. อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เขต 10 อุบลราชธานี [Internet]. อุบลราชธานี; 2565. Available from: <https://op.nhso.go.th/op>
7. กรมกิจการผู้สูงอายุ. การจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ; 2565.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. เอกสารรับการตรวจราชการ รอบที่ 2/2564 จังหวัดยโสธร. ยโสธร; 2564.
9. สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์. ระบบการดูแลผู้สูงอายุระดับชุมชนแบบบูรณาการ [Internet]. 2566 [cited 2023 Jun 20]. Available from: <https://tdri.or.th/2018/06/integrated-approach-for-older-persons/>
10. มหาวิทยาลัยมหิดล. Thai CV risk score | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [Internet]. 2565 [cited 2022 Aug 3]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/cvmc/th/thaicv>
11. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. Victoria: Deakin University press; 1990.
12. Cochran WG. Sampling Techniques. New york; 1977. 428 p.
13. เขตสุขภาพที่ 10. คู่มือดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง Stroke, STEMI และ Hip fracture แบบบูรณาการในเขตสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี: อัลทิเมท พรินต์ติ้ง จำกัด; 2564.
14. สกล สินธุพรหม. การจัดการโรคหลอดเลือดสมองแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ตำบลวังยาง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2563;17(2):29-42.
15. ทิพย์วิภา สังข์อินทร์, ภาณุ อุดกกลิ่น, นุชนารถ ศรีนาค. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม ทิพย์วิภา. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2564;8(2):94-104.
16. ศุภชาติ เขมวุฒิพงษ์, จันทราทิพย์ เพทาย, วรัญญา เตชภานุวัฒน์, ฉัตรสิริ ชัยสิทธิ์. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2566;3(1):57-69.
17. รมย์ธนิภา ฝ่ายหมื่นไวย, นิภา กิมสูงเนิน, เขมศักดิ์ รัตน์ฤทธิ รื่นฤดีภิรมณ์. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ : คำตอบอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;44(33):11-22.
18. ทิพยาภา ดาหาร, เจทสรिया ดาหาราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2561;2(3):42-54.
19. ปะราลี โอภาสนันท์, วิยะดา รัตนสุวรรณ, สุนีย์ ปัญญาวงศ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(2):177-87.
20. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ระบบการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย [Internet]. นนทบุรี; 2566. Available from: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-13--505.pdf
21. สงครามชัย ลีทองดี. การจัดการระบบสุขภาพ. 2nd ed. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2558.

22. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2010. Available from:
http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf
23. สุปรานี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว, สุพิตรา เศลวัตนะกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(4):38-49.
24. Noh E-Y, Park Y-H, Cho B, Huh K, Lim K-C, Ryu SI, et al. Effectiveness of a community-based integrated service model for older adults living alone: A nonrandomized prospective study. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2021;42((no issue)):1488-96.
25. Yi YM, Park YH, Cho B, Lim KC, Jang SN, Chang SJ, et al. Development of a community-based integrated service model of health and social care for older adults living alone. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):1-13.