

Received: 19 May 2023, Revised: 12 Jun. 2023

Accepted: 12 Jun. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่าง
ไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธรบรรจบ แสนสุข¹, จินตนา พลมีศักดิ์², นริศรา อาริรักษ์³, ฌนอม นามวงศ์⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร ด้วยชิปปโมเดล 4 ด้าน ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร 122 ราย และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ 95 ราย เครื่องมือประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าทั้งบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ส่วนใหญ่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.0, 48.4, 58.9 และ 49.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุกลุ่มป่วยได้รับการคัดกรอง และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีเพิ่มขึ้น ($P\text{-value} < 0.05$) ส่วนการได้รับความรู้ การเรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่มีความแตกต่างกัน ($P\text{-value} > 0.05$) ทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ทั้งบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับผลผลิต ($p\text{-value} < 0.05$) รูปแบบการดำเนินงานที่พบมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มีนโยบายที่ชัดเจน 2) ความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และการจัดการที่ดี 3) มีกลไกระดับจังหวัดอำเภอ และชุมชน 4) การดำเนินงานที่เข้มข้นใน 6 กิจกรรม ได้แก่ (1) พัฒนาระบบข้อมูล (2) คัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง (3) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (4) การดูแลแบบช่องทางด่วน (5) การดูแลรักษาเฉพาะทาง และ (6) การดูแลที่ต่อเนื่อง และ 5) ดำเนินงานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมและการบูรณาการ ควรขยายผลนโยบายนี้ และนำรูปแบบการดำเนินงานไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น

คำสำคัญ: การประเมินผล ระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ, ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร*Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

Original Article

The Policy Evaluation of The Development of Community Health System to Seamless Health Care Service System for Elderly, Yasothon Province

Banjob Sansuk¹, Jintana Phonmeesak²,
Narisara Arrirak³, Thanom Namwong⁴

Abstract

The objective of this research was to evaluate the policy implementation of community health system development to seamless health care service system for the elderly in Yasothon Province. We used the CIPP Model to evaluate context, input, process and product. The data were collected in 122 stroke patients 60 years and older in Muang Yasothon district, Yasothon province, and 95 stakeholders. The instrument used focus group questions and the questionnaire. The results showed that both context, input, process and product were appropriate at high levels, 61.0, 48.4, 58.9 and 49.5 percent respectively. Stroke patients received screening and received antithrombotic drugs with in 60 minutes was increase significantly (P-value <0.05). But received knowledge, called for emergency medical services, and received continuity care there were no difference (P-value > 0.05). Stakeholders and the elderly most of them there were satisfaction at a high level. Context, input and process there were a high positive correlation with product was statistically significance (p-value < 0.05). The operational model from the evaluation found five component: 1) there is a clear policy; 2) readiness of man, money, materials and good management; 3) there is mechanisms at the provincial, district, and community levels; and 4) there is an intensive operation system in 6 activities; (1) information system development (2) screening and health promotion (3) referral system (4) stroke fast tract (5) definitive care; and (6) continuity care; and 5) stakeholders involvement and integrated operations. Should extend this policy and take these five components to apply in other areas.

Keywords: Evaluation, Seamless health system, Elderly, Stroke.

¹ Yasothon Provincial Health Office

* Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

บทนำ

แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายทำให้ต้องพบกับปัญหาสุขภาพ¹ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่พบได้บ่อยถือเป็นปัญหาเฉียบพลันและวิกฤตในผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่และเหมาะสมจะส่งผลต่อชีวิต ความพิการ และส่งผลกระทบต่อหลายด้าน² โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย^{3,4} ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจเต้นผิดจังหวะ สูบบุหรี่ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด เป็นต้น^{5,6} ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก รายงานว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง 15 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 5 ล้านคน เป็นสาเหตุการตายอันดับสองของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี² ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2562 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 451.4, 467.5, 506.2 และ 542.5 ตามลำดับ⁷ ข้อมูลจังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. 2561-2565 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 214.0, 218.2, 252.2, 172.9 และ 240.4 ตามลำดับ อัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 9.1, 11.9, 12.1, 9.1 และ 15.2 ตามลำดับ ข้อมูลปี พ.ศ. 2565 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบอัตราป่วยสูงสุดที่ร้อยละ 1.5⁸ สาเหตุที่แนวโน้มโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ถือเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหา⁹ ในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดยโสธร มีประชากร 540,889 คน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองยโสธร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเจริญทางด้านคมนาคม และเศรษฐกิจ พบปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับต้น ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับอำเภออื่น ซึ่งมีประชากร 108,445 คน เป็นผู้สูงอายุ 20,994 คน คิดเป็นร้อยละ 19.4 พบความชุกในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.3 และพบความชุกสูงขึ้นตามอายุผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น¹⁰

จากสภาพปัญหาข้างต้น ในปี 2565 จังหวัดยโสธร จึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธรขึ้น¹¹ ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข¹² เน้นการ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง นำร่องในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร โดยพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความเชื่อมโยงกันของระบบสุขภาพชุมชนหรือระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่เน้นการเฝ้าระวัง ส่งเสริมสุขภาพและการดูแลเบื้องต้น กับระดับทุติยภูมิ (Secondary care) ที่เน้นการพัฒนาระบบส่งต่อ และระบบบริการสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญหรือการดูแลเฉพาะทาง โดยเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพเพื่อมิให้มีรอยต่อ และนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเข้ามาผสมผสาน¹³ ระบบที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดการบูรณาการแผนงานโครงการและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวเป็นเพียงความสำเร็จในช่วงเวลาสั้น ๆ และดำเนินการเพียงแค่หนึ่งพื้นที่ ซึ่งยังต้องมีการติดตามในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืน และการหารูปแบบที่เหมาะสมในการขยายผลนโยบายนี้ไปยังพื้นที่อื่น ๆ

การจัดระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อมิให้มีรอยต่อ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน และปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาหรือบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้ ในการประเมินผลโครงการในด้านความยั่งยืน และการหารูปแบบที่เหมาะสมในการขยายผลนโยบายนี้ จำเป็นจะต้องอาศัยกระบวนการติดตามและประเมินผลที่เป็นระบบ ซึ่งแนวคิดและการประเมินแบบชิปปี้ หรือ CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam)¹⁴ เป็นโมเดลที่ได้รับการยอมรับและมีความเหมาะสม หลายการศึกษาได้มีการนำแนวคิดดังกล่าวนี้มาประยุกต์ใช้ในการประเมินผลโครงการ ทำให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน เพื่อวางแผนปรับปรุง การนำนโยบายไปปฏิบัติ หรือขยายผลได้¹⁵⁻¹⁸ ดังนั้น จึงได้จัดทำโครงวิจัยเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธรขึ้น โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินด้วยชิปปี้โมเดล (CIPP Model) ซึ่งมีองค์ประกอบการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ผลจากการวิจัยจะสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงการหรือพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ

(Seamless) เพิ่มขึ้น และเป็นแนวทางในการต่อยอดขยาย
ผลนโยบายนี้ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการ
พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไว้
รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่อำเภอเมืองยโสธร
จังหวัดยโสธร

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการดำเนินงาน
ตามกรอบ CIPP Model ทั้ง 4 ด้าน

3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานตามนโยบายการ
พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไว้
รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่อำเภอเมืองยโสธร
จังหวัดยโสธร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยเพื่อประเมินผล (Evaluation
research) โดยใช้กรอบแนวคิดแบบ CIPP Model ประเมิน
บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ
(Process) และผลผลิต (Product)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็น
กลุ่มป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร
จังหวัดยโสธร 122 ราย และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ
สุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ พื้นที่อำเภอเมือง
ยโสธร จังหวัดยโสธร 95 คน

2. ตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

2.1 ผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาใน
ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการ
สุขภาพ ที่เป็นกลุ่มป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่
อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ทั้งหมด 122 ราย อย่างไรก็ตาม
เพื่อแสดงถึงขนาดตัวอย่างที่เพียงพอต่อการศึกษาก็จะใช้
สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบ
ค่าประชากรด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายของ Cochran⁽¹⁹⁾
เพื่อหาอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพ กำหนดระดับความ
เชื่อมั่นในการประมาณค่าสถิติ 95% โดย $Z_{\alpha/2} = 1.96$,
สัดส่วนการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 64.7 และกำหนด
ความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ ร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ
109 ราย ซึ่งสรุปว่าการศึกษาในประชากร 122 ราย เพียงพอ

ต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่
1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 20 ปี
ขึ้นไป (ในกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลได้) 2) สามารถ
ตอบคำถามได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ส่วนเกณฑ์คัด
ออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอด
กระบวนการ และ 2) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุ
ผลต่าง ๆ

2.2 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ
ชุมชนเพื่อสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการดำเนินโครงการตามกรอบ
CIPP Model สุ่มเลือก 1 แห่ง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ในพื้นที่อำเภอ
เมืองยโสธร 10 คน ประกอบด้วย (1) อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver;
CG) 1 คน (3) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager; CM) 1
คน (4) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Community Care
Giver; CCG) 1 คน (5) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
(อปท.) 1 คน (6) เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำ อปท. 1 คน (7) ผู้ป่วย
หรือญาติ 4 คน

2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการ
สุขภาพ มี 2 กลุ่ม ได้แก่

(1) กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม
เพื่อศึกษาการดำเนินโครงการตามกรอบ CIPP Model เลือก
แบบจำเพาะเจาะจงจากหน่วยงานระดับจังหวัดและระดับ
อำเภอ 9 คน ประกอบด้วย (1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรค
หลอดเลือดสมอง 1 คน (2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ
1 คน (3) เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน (1669) 1 คน โดย
ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนข้างต้นจากโรงพยาบาลยโสธร (4) บุคลากร
ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)
เมืองยโสธร 1 คน (5) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน
ผู้สูงอายุ รพ.สต.ในพื้นที่ 1 คน และ (6) บุคลากรสาธารณสุข
จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ยโสธร อีก 4 คน
ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ งานโรคไม่ติดต่อ งาน
การแพทย์ฉุกเฉิน และงานพัฒนารูปแบบบริการ

(2) กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลด้วย
แบบสอบถามการดำเนินงานตามกรอบ CIPP Model เลือก
แบบจำเพาะเจาะจง เป็นผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้อง จาก
หน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ตามข้อ 1) ได้แก่
รพ.สต. และ ศสช. ทุกแห่ง จำนวน 25 แห่ง ๆ ละ 3 คน รวม

75 คน 2) โรงพยาบาลโยธธ 8 คน 3) สสอ.เมืองโยธธ 4 คน
4) สสจ.โยธธ 8 คน รวม 95 คน

โดยเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ก) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี ข) สามารถตอบคำถามได้ และ ค) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ก) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ

เครื่องมือที่ใช้และการประเมินคุณสมบัติของเครื่องมือ ได้แก่

1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพด้านการดำเนินงานตามกรอบ CIPP Model แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ด้านบริบท (4 ข้อ) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (7 ข้อ) 3) ด้านกระบวนการ (5 ข้อ) และ 4) ด้านผลผลิต (7 ข้อ)

2) แบบสอบถาม มี 2 ชุด ได้แก่

2.1) แบบสอบถามการดำเนินงานตามกรอบ CIPP Model แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป (7 ข้อ) 2) แบบสอบถามความคิดเห็น/การปฏิบัติงานตามกรอบ CIPP Model มี 4 ด้าน ได้แก่ 2.1) ด้านปัจจัยนำเข้า (8 ข้อ) 2.2) ด้านบริบท (7 ข้อ) 2.3) ด้านกระบวนการ (8 ข้อ) 2.4) ด้านผลผลิต (12 ข้อ) 3) การมีส่วนร่วม (10 ข้อ) 4) ความพึงพอใจ (11 ข้อ) และ 5) ข้อเสนอแนะอื่นๆ (คำถามปลายเปิด)

2.2) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป (9 ข้อ) 2) การเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 (4 ข้อ) 3) การดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล (2 ข้อ) 4) ความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการ (10 ข้อ)

คุณสมบัติของเครื่องมือ ได้แก่ 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 2) แบบสอบถามการดำเนินงานตามกรอบ CIPP Model และ 3) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ข้อคำถามมี CVI (Content validity index) อยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1 แบบสอบถามส่วนที่คำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) นำไปทดลองเก็บข้อมูล แล้วประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน โดยในแต่ละด้านมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาร์ค ได้แก่ 1) ด้านปัจจัยนำเข้าเท่ากับ 0.89 2) ด้านบริบทเท่ากับ 0.92 3) ด้านกระบวนการเท่ากับ 0.96 2.4) ด้านผลผลิต เท่ากับ 0.95

5) การมีส่วนร่วมเท่ากับ 0.72 และ 6) ความพึงพอใจเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ดังนี้ 1) ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนการดำเนินงานตามกรอบ CIPP Model และความพึงพอใจนำมาหาคะแนนแล้วจัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best (20) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ CIPP Model ด้วย Pearson correlation และ 3) ประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในช่วงที่มีการดำเนินโครงการในเดือนมกราคม - มิถุนายน 2565 และหลังการดำเนินโครงการในเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2565 ด้วย z-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโยธธ เลขที่ HE6581 เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอ 3 ส่วน คือ 1) ผลการประเมินตามกรอบ CIPP model 2) ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ตามกรอบ CIPP model และ 3) ผลการสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน รายละเอียดดังนี้

1. ผลการประเมินตามกรอบ CIPP model

1.1 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยด้านบริบท (Context) จังหวัดโยธธ มีประชากร 540,889 คน อำเภอเมืองโยธธ มี 18 ตำบล มีประชากรมากที่สุด 108,445 คน และมีผู้สูงอายุ 20,994 คน ร้อยละ 19.4 ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 15.0 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ถูกกำหนดให้เป็นวาระสำคัญและเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการแก้ไขเป็นอันดับต้น ๆ ที่ผ่านมามีการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากกระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพที่ 10 มาขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และกำหนดเป็นนโยบายในพื้นที่ คือ “คนโยธธไม่

ถอดทั้งกัน” โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) อำเภอเมืองยโสธร และระดับชุมชนโดยใช้กลไก พชต. มีกลไกระดับจังหวัดช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานในภาพกว้าง รวมทั้งมีเครือข่ายอื่น ๆ ในพื้นที่คอยให้การสนับสนุน ซึ่งถือเป็นจุดแข็งในการสร้างการมีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการประกอบด้วยภาคีเครือข่ายหลายส่วนและหลายระดับ การสื่อสารถึงแนวทางการดำเนินงานจึงไม่ครอบคลุมถึงระดับปฏิบัติ

2) ปัจจัยนำเข้า (Input) มีบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลเฉพาะทาง รวมทั้ง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เพียงพอ แต่การอบรมหลักสูตรเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อสม. ยังไม่ครอบคลุม มีงบประมาณเพียงพอแต่ยังขาดการบูรณาการร่วมกัน วัสดุอุปกรณ์หรือเครื่องมือในการดำเนินงานที่จำเป็นในหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีไม่เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาลที่ปลายนิ้ว มีการบูรณาการแผนงานโครงการเพิ่มขึ้นระหว่างระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชน รวมทั้งเครือข่ายพื้นที่แต่ยังขาดความต่อเนื่อง ข้อมูลสารสนเทศผู้สูงอายุยังขาดการเชื่อมโยงหรือบูรณาการร่วมกัน ระบบการดำเนินงานระดับชุมชนใช้แนวคิด “ชุมชนจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ” เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน แต่ละตำบลมีการดำเนินงานที่แตกต่างกัน โดยกลไกระดับอำเภอและจังหวัดเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานในภาพรวม การจัดระบบบริการสุขภาพและการเชื่อมต่อกับระบบสุขภาพชุมชน มีกลไกของโรงพยาบาลยโสธร เพื่อออกแบบนโยบาย แนวทางการส่งต่อ การดูแลรักษา รวมทั้ง การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพให้กับทีมสหวิชาชีพ

3) กระบวนการดำเนินงาน (Process) ดำเนินการใน 2 ระบบ (1) ระบบสุขภาพชุมชน จัดการเชิงระบบในการส่งเสริม ป้องกัน และช่วยเหลือเบื้องต้น การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง มีการจัดการดูแลและนำส่งผู้ป่วยช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการอบรมพัฒนาทักษะการเฝ้าระวังและดูแลเบื้องต้นผู้สูงอายุในแกนนำ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จาก รพ.สต. 25 แห่ง และมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (2) ระบบบริการสุขภาพ เน้นการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสมด้วยช่องทางด่วน โดยเชื่อมโยงการดูแล

ผู้สูงอายุมิให้มีรอยต่อด้วยนวัตกรรม “รหัสเปลี่ยนชีวิต” ที่ให้ผู้สูงอายุทุกคนมีบัตรและรหัสประจำตัว ซึ่งจะทำให้การเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉินสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น มีการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินจากโรงพยาบาลยโสธร หน่วยกู้ชีพประจำตำบล มีการซ้อมแผนเชื่อมโยงระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ มีการประชาสัมพันธ์ทางไลน์กลุ่มและไลน์ส่วนตัวผู้สูงอายุ การสื่อสารทางหอกระจายข่าว การสรุปและถอดบทเรียน โดยคืนข้อมูลให้ชุมชนในเวทีการประชุมของคณะกรรมการ พชต. และ พชอ.

4) ผลผลิต (Product) มีแนวทางในการดูแลรักษาของโรคหลอดเลือดสมอง มีนวัตกรรมรหัสเปลี่ยนชีวิต ผู้สูงอายุได้รับความรู้และการส่งเสริมสุขภาพ จาก อสม. CG ในขณะที่ทำการคัดกรอง หรือขณะออกเยี่ยมบ้าน และได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขขณะมารับบริการด้านสุขภาพ เช่น ในคลินิกโรคเบาหวาน ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ แต่รู้จักและทราบช่องทางและเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินได้ครอบคลุมมากขึ้น ด้านความยั่งยืนและต่อเนื่อง มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้เข้าถึงง่าย มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและขยายผลนวัตกรรมรหัสเปลี่ยนชีวิต ไปยังพื้นที่อื่น ๆ ในพื้นที่จังหวัดยโสธร ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้สูงอายุและญาติส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจกับระบบที่พัฒนาขึ้น

1.2 ผลการตอบแบบสอบถามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีรายละเอียดดังนี้
ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.7 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 43.2 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 84.2 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 77.9 ปฏิบัติงานในระดับ รพ.สต. ร้อยละ 86.3 คำมีฐานระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ 6.5 ปี (ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 22 ปี) ผลการประเมินตามกรอบ CIPP model พบว่า ทั้งบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตส่วนใหญ่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.0, 48.4, 58.9 และ 49.5 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินตามกรอบ CIPP model (n=95)

กรอบ CIPP model	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
	n (%)	n (%)	n (%)
ปัจจัยด้านบริบท (Context)	3 (3.2)	34 (35.8)	58 (61.0)
ปัจจัยนำเข้า (Input)	6 (6.3)	43 (45.3)	46 (48.4)
กระบวนการดำเนินงาน (Process)	5 (5.3)	34 (35.8)	56 (58.9)
ผลผลิต (Product)	6 (6.3)	42 (44.2)	47 (49.5)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.2 ประเด็นที่มีส่วนร่วมสูงที่สุด ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้ และการเข้าร่วมรับฟังแนวทางการดำเนินงาน ด้านความพึงพอใจในการดำเนินงาน ส่วนใหญ่พึงพอใจระดับสูง ร้อยละ 56.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.2 ประเด็นที่พึงพอใจสูงสุด คือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ารับการแพทย์ฉุกเฉินได้เร็วยิ่งขึ้น

1.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลผลิต(Product) ตามกรอบ CIPP model พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโยธธรร ในเดือน

กรกฎาคม - ธันวาคม 2565 จำนวน 122 ราย เพศชายร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 40.9 (อายุเฉลี่ย 72 ปี, SD 7.8) สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.9 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 97.5 ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 60 นาที ร้อยละ 91.7 และเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 67.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพภายหลังดำเนินโครงการพบว่า ได้รับการคัดกรองและได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 60 นาทีเพิ่มขึ้น (P-value <0.05) ส่วนการได้รับความรู้ การเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉินและการดูแลต่อเนื่องไม่แตกต่างกัน (P-value > 0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	ก่อน ^า		หลัง ^บ		Proportion difference	95%CI	P-value
	n	%	n	%			
ได้รับการคัดกรอง	118	88.7	119	97.5	8.8	2.7, 14.8	0.006
ได้รับความรู้	122	91.7	114	93.4	1.7	-4.1, 8.1	0.606
การเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉิน (1669)	86	64.7	82	67.2	2.5	-9.5, 14.1	0.674
เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	89	66.9	79	64.8	-2.1	-13.8, 9.6	0.724
ผู้ป่วยมีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง	25	28.1	24	30.4	2.3	-11.5, 16.1	0.743
- ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 60 นาที	17	68.0	22	91.7	23.7	2.3, 45.1	0.039
การได้รับการดูแลต่อเนื่อง	132	99.2	120	98.4	-1.0	-3.4, 1.9	0.555

^า ข้อมูลเดือน มกราคม - มิถุนายน 2565, ^บ ข้อมูลเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2565

ด้านความพึงพอใจในการดำเนินงาน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.6 รองลงมา คือ ระดับปาน

กลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 29.5 และ 3.3 ตามลำดับ และไม่พบผู้ที่มีความพึงพอใจในระดับต่ำ โดยประเด็นที่พึงพอใจ

สูงสุด คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการคัดกรองและการดูแลรักษา

1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน

1) มีการขับเคลื่อนงานโดยใช้กลไกของคณะทำงาน 3 ระดับ (3 ประสาน) ได้แก่ ระดับอำเภอ ระดับชุมชน มีกลไกระดับจังหวัดสนับสนุน ประกอบกับพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร มีโรงพยาบาลยโสธรซึ่งเป็นศูนย์สั่งการหน่วยกู้ชีพทั้งจังหวัด ซึ่งเอื้อต่อการเชื่อมโยงระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยกู้ชีพในพื้นที่

2) มีกลไกระดับอำเภอที่เข้มแข็ง โดยเชื่อมโยงระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพผ่านกลไก พชอ. โดยมีนายอำเภอและสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธรเป็นคีย์แมนที่สำคัญ นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายต่าง ๆ และเชื่อมโยงนโยบายไปสู่ชุมชนโดยกลไก พชต.

1.5 ปัญหาและอุปสรรค

1) การดำเนินงานตามนโยบายนี้ ประกอบไปด้วยภาคีเครือข่ายหลายส่วนและหลายระดับ และพื้นที่อำเภอเมืองยโสธรเป็นพื้นที่ขนาดใหญ่ มีทีมสหวิชาชีพจำนวนมาก การสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานจึงไม่ครอบคลุมในระดับผู้ปฏิบัติงานอย่างทั่วถึง

2) บุคลากรมีการเปลี่ยนงานหรือย้ายงานบ่อย ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องทั้งในระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ตามกรอบ CIPP model พบว่าบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับผลผลิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน กับผลผลิต ($n=95$)

ปัจจัย	ผลผลิต (ผลการดำเนินงาน)		ระดับความสัมพันธ์*
	r	p-value	
ปัจจัยด้านบริบท	0.5	<0.001	สูง
ปัจจัยนำเข้า	0.5	<0.001	สูง
กระบวนการดำเนินงาน	0.6	<0.001	สูง

* แปลผลระดับความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของ Cohen (21)

5. ผลการสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน จากการประเมินผลสามารถสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานซึ่งมีอยู่ 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ (1) การมีนโยบายที่ชัดเจน (2) ความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และการจัดการที่ดี (3) การมีกลไกหลัก 3 ประสาน ได้แก่ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชน (4) มีการดำเนินงานที่เข้มข้น 6 กิจกรรม ได้แก่ [1] การพัฒนาระบบข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย (Information system) [2] การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง (Screening and Health promotion) [3] ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) [4] การดูแลแบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) [5] การดูแลรักษาเฉพาะทาง (Definitive care) [6] การดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity care) และ (5) การดำเนินงานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมและการบูรณาการของภาคีเครือข่ายการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อประเมินผลตามนโยบายการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร แบ่งการสรุปและอภิปรายผลออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การดำเนินงานตามกรอบ CIPP model 2) ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ตามกรอบ CIPP model และ 3) การสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน รายละเอียดดังนี้

1. การดำเนินงานตามกรอบ CIPP model ในภาพรวมทั้งปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ส่วนใหญ่มีความพร้อมอยู่ในระดับสูง รายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยด้านบริบท เนื่องจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร ได้ถูกกำหนดให้เป็นวาระสำคัญและเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการป้องกันและแก้ไข ส่งผลให้

การดำเนินงานมีนโยบายที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ แยมละมัย และสุณี หงส์วิเศษ⁽¹⁶⁾ ซึ่งระบุว่านโยบายที่มีความชัดเจนจะเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ มีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เข้มแข็ง ทั้งกลไก พขอ. และ พชต. มีกลไกระดับจังหวัดคอยสนับสนุน รวมทั้ง เครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม สอดคล้องกับการการศึกษาของนภัก นิธิวิจิตร⁽¹⁵⁾ ซึ่งพบว่าการมีคณะกรรมการ พขอ. ที่มีคุณภาพ จะสามารถสร้างความร่วมมือการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายได้ดี ทั้งนี้ บริบทถือเป็นจุดแข็งในการสร้างการมีส่วนร่วม และเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาเป้าหมายและกระบวนการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้มีความเข้มแข็งและต่อเนื่อง สอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อของเขตสุขภาพที่ 10 ที่เน้นการบูรณาการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม⁽¹²⁾ ซึ่งจะทำให้การแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยหรือคนในชุมชน

2) ปัจจัยนำเข้า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเครือข่ายภาคประชาชน รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีความพร้อม ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ มีเพียงพอ แต่ยังขาดการบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน และกระจายไปยังพื้นที่อย่างทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภัก นิธิวิจิตร⁽¹⁵⁾ ที่ประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม พบว่ามีความพร้อมด้านบุคลากรแต่ขาดความพร้อมด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูลสารสนเทศผู้สูงอายุมีการเก็บรวบรวมอยู่หลายส่วน ยังขาดการเชื่อมโยงหรือบูรณาการร่วมกัน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคของการดำเนินงาน การขยายผลหรือต่อยอดการดำเนินงานควรคำนึงถึงปัญหาเหล่านี้ การดำเนินงานใช้กลไกขับเคลื่อนทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์โดยรวมบ่งชี้ว่าปัจจัยนำเข้าในการดำเนินโครงการนี้มียังมีข้อจำกัดประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อการดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

3) กระบวนการ มีการจัดการเชิงระบบทั้ง ระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ มีการเชื่อมโยงการดูแลอย่างไร้รอยต่อด้วยนวัตกรรมที่สเปลี่ยนชีวิต และการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุในช่องทางอื่น มีการซ่อมแผนทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วน และมีการประชุมเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อน

การดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุทุกมิติแบบบูรณาการกระบวนการดำเนินงานนี้สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณวงศ์เจริญ และคณะ⁽²²⁾ ในประเด็นการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทุกมิติอย่างไร้รอยต่อ

4) ผลผลิต เกิดแนวทางและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เกิดนวัตกรรมที่สเปลี่ยนชีวิต การดูแลแบบช่องทางด่วน และการดูแลเฉพาะทาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับที่น่าพอใจ สอดคล้องกับการประเมินผลผลิตที่อยู่ในระดับสูง สูงอายุและญาติรู้จักและทราบช่องทางการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินได้ครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี สุธีร์⁽²³⁾ ที่พัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ถึงแม้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และการส่งเสริมสุขภาพจาก อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรสาธารณสุข แต่ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ สูงอายุได้รับการคัดกรองและได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่มีการพัฒนาระบบสุขภาพแล้วส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เพิ่มขึ้น^(15,16,24) อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่ดำเนินโครงการและหลังดำเนินโครงการในการได้รับความรู้ การเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่ความแตกต่างกัน อาจเป็นไปได้ว่าในช่วงที่มีการดำเนินโครงการ กลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้ และกลุ่มป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว ส่วนการเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉินยังอยู่ในระดับต่ำทั้งในช่วงที่ดำเนินโครงการและหลังดำเนินโครงการ ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาในโอกาสต่อไป ด้านความยั่งยืนและต่อเนื่อง ในการดำเนินงานทั้งในระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร ผ่านกลไก พขอ. โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลเต็ด ส่วนตำบลอื่น ๆ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเช่นกัน แต่ยังไม่เข้มข้นนัก มีการขยายผลมีการขยายผลนวัตกรรมที่สเปลี่ยนชีวิต จากตำบลเต็ด ซึ่งเป็นตำบลต้นแบบไปยังพื้นที่อื่นในอำเภอเมืองยโสธร และอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดยโสธร ด้านความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน พบว่าทั้งกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งผู้สูงอายุและญาติ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยเฉพาะการมีที่สเปลี่ยนชีวิต ซึ่งทำให้การส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็ว และการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการ

สุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร เป็นการดำเนินงานตามนโยบายที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและระบบสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะพื้นที่อำเภอเมืองยโสธรมีบริบทและปัจจัยนำเข้าที่พร้อมกว่าพื้นที่อื่น

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ตามกรอบ CIPP model พบว่าปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับผลผลิตหรือผลการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอุดม อัครุตมางกูร และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ผลการศึกษาในส่วนนี้ เป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น จะต้องมีการสร้างบริบทมีปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสมและยกระดับให้ดียิ่งขึ้น

3. การสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน การประเมินผลนี้ ทำให้สามารถสรุปรูปแบบการดำเนินงานซึ่งมีอยู่ 5 องค์ประกอบหลัก ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 10⁽¹²⁾ ที่ให้แนวทางในการจัดระบบบริการในการดูแลอย่างไร้รอยต่อในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องมียุทธศาสตร์ประกอบหลายด้านและเชื่อมโยงกันทั้งระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ⁽²⁵⁾ ที่ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของทีม เครือข่ายมีความเข้มแข็ง รูปแบบการดำเนินงานที่ได้จากการศึกษานี้ แตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ในประเด็น การพัฒนาระบบชุมชนและระบบบริการสุขภาพโดยออกแบบให้มีความเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อ เน้นการมีส่วนร่วมและบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน การนำนวัตกรรมเข้ามาเชื่อมรอยต่อระหว่างระบบสุขภาพ และเกิดกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่เป็นรูปธรรมชัดเจนทั้งในระดับจังหวัดและในระดับชุมชน^(22,26,27) ทั้งนี้ การนำเอารูปแบบการดำเนินงานที่มีอยู่ 5 องค์ประกอบนี้ไปประยุกต์ใช้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านบริบทและความต้องการของคนในพื้นที่

จุดเด่นของการศึกษา

ถึงแม้การประเมินผลนี้จะยึดตามกรอบ CIPP model แต่ในรายละเอียดได้มีการประเมินประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วม ความยั่งยืน การต่อยอดและการขยายผลของนโยบายนี้ร่วมด้วย และมีการนำแนวคิด Six Building Blocks plus⁽²⁸⁾ มาประยุกต์ใช้ในการประเมินร่วมด้วย เช่น การจัดระบบบริการ ด้านบุคลากร งบประมาณ ระบบข้อมูล รวมทั้งการมีส่วนร่วม ทำให้เห็นภาพขององค์ประกอบต่าง ๆ ในระบบสุขภาพที่เป็นจุดเด่นและจุดด้อย ที่มีผลต่อการดำเนินโครงการตามนโยบายได้เด่นชัดยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

รูปแบบการดำเนินงานที่ได้จากการประเมินผลนี้ มีความจำเพาะกับบริบทในพื้นที่อำเภอเมือง ซึ่งมีบริบทและปัจจัยนำเข้าที่พร้อมกว่าพื้นที่อื่น ดังนั้น ในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นหรือการขยายผลของนโยบายนี้ ควรคำนึงข้อจำกัด ความแตกต่างของบริบท และความต้องการในแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีการขยายโครงการนี้ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยผลักดันให้เป็นนโยบายหรือวาระสำคัญระดับจังหวัดโดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน แล้วประยุกต์ใช้รูปแบบการดำเนินงานที่มีอยู่ 5 องค์ประกอบ ถ่ายทอดลงไปยังหน่วยงานด้านสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกแห่ง เพื่อให้เกิดการบูรณาการและวางแผนในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

2) เมื่อรับนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว ผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในพื้นที่ ควรมีการวิเคราะห์บริบทร่วมกัน เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และวางเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทุกแห่ง ควรมีนโยบายและคณะกรรมการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีบทบาทชัดเจน และควรมีการจัดทำแผนในการจัดหาและกระจายวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ ให้กับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และในชุมชนอย่างทั่วถึง ซึ่งถือเป็นบริบทและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานที่สำคัญ

4) ควรมีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุในทุกมิติ โดยเฉพาะระบบสุขภาพชุมชนที่ต้องเน้นการมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิด “การ

ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการ (Community-Based Management)” โดยสร้างระบบการพึ่งพากันในชุมชน เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพด้วยระบบส่งต่อที่รวดเร็ว เพื่อให้ได้รับการดูแลเฉพาะทางอย่างเหมาะสมแบบไร้รอยต่อ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) การนำเอารูปแบบการดำเนินงานที่มีอยู่ 5 องค์ประกอบนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทและสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่

2) ปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลผลิตหรือการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนในการสร้างบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

3) ควรมีการนำนวัตกรรมรหัสเปลี่ยนชีวิตในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร ขยายผลไปยังอำเภออื่น ๆ ในพื้นที่จังหวัดยโสธร โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยี หรือปรับให้เข้ากับบริบทและความต้องการของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) การเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 ยังอยู่ในระดับต่ำ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ยังทำได้ไม่ดึ้นก เป็นประเด็นที่ต้องศึกษาถึงสาเหตุที่แท้จริงและสมควรได้รับการพัฒนาในโอกาสต่อไป

2) ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้กรอบของ CIPPIEST เพื่อให้เห็นแง่มุมของประสิทธิผล การมีส่วนร่วม ความยั่งยืน การต่อยอดและการขยายผลของโครงการได้อย่างเด่นชัดยิ่งขึ้น

3) ควรมีการติดตามและประเมินผลสำหรับการนำนโยบายนี้ไปดำเนินการในพื้นที่อื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. การจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: 2565.
2. 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>

3. พรรณวลัย ผดุงฉนิชกุล. โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) [ออนไลน์]. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 พ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
4. สมชาย ไตวนะบุตร, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, ธเนศ เต็มกลิ่นจันทร์, ลินดา เหล่ารัตนใส, จิตภา ตรีเจริญวงศ์. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) [ออนไลน์]. เว็บไซต์สารสนเทศสุขภาพไทย. 2563 [สืบค้นเมื่อ 12 ม.ค. 2562]. p. 4–30. แหล่งข้อมูล: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_5.pdf
5. Suwanwela NC. Stroke Epidemiology in Thailand. J Stroke [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 13];16(1):1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.5853/jos.2014.16.1.1>
6. ชูชาติ กลิ่นสาคร, สุธิติน แซ่ตัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;2(2):62–77.
7. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ. 2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2562.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. HDC - Report [ออนไลน์]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 12 ธ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
9. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย [ออนไลน์]. 2562. สืบค้นเมื่อ 12 ธ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.dop.go.th/th/know/1/275>.
10. ถนอม นามวงศ์, นริศรา อารีรักษ์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

- จังหวัดยโสธร. วารสารควบคุมโรค. 2566;49(1):149–57.
11. สุวรรณิ์ แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อาริรักษ์, ฌอนม นามวงศ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(4):195–204.
 12. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือด ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง Stroke, STEMI และ Hip fracture. อุบลราชธานี: อัลทิเมท พรินต์ติ้ง จำกัด; 2564.
 13. วชิรวัชร งามละม่อม. แนวคิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาในชุมชน. สถาบัน TDRM. 2558.
 14. Stufflebeam DL. The CIPP model for Evaluation. International Handbook of Educational Evaluation; 2003. 31–62 p.
 15. นภัก นิธิวัชร. การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. นครราชสีมา; 2561.
 16. ญัฐวรรณ แยมละมัย, สุณี หงษ์วิเศษ. การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม. 2561;8(3):17–25.
 17. นันทพัทธ์ อีระวัฒนานนท์. การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. วารสารและวิจัยพัฒนาด้านสุขภาพ. 2563;6(1):90–107.
 18. อุดม อัครุตมางกูร, อารยา ประเสริฐชัย, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. การประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก. 2560;34(2):124–34.
 19. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Son; 1977.
 20. Best JW. Research in Education. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliffs; 1977.
 21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. NJ: Erlbaum: Hillsdale; 1988.
 22. นิรันดร์ วงศ์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชดาธนรัชต์, พิสิษฐ์ สมงาม. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(4):61–71.
 23. จารุณี สุธีร์. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย Stroke Fast Track ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โรงพยาบาลยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(1):158–72.
 24. ญัฐวิภา ทองรุ่ง, กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์. การประเมินโครงการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษา อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์. 2564;6(2):97–106.
 25. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัฒนาตุล, ลัดดาวัลย์ เตชะกูร, นวลโย พิศชาติ. ปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2560;28(2):154–67.
 26. ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว, อรุณ บุญสร้าง. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(3):49–61.
 27. พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แถเพีย. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลโคกสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2559;23(2):79–87.
 28. 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