

Received: 17 Aug 2024, Revised: 2 Sep. 2024

Accepted: 9 Sep. 2024

บทความวิจัย**การวิจัยเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ : การขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ
โดยการมีส่วนร่วมเชิงบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
จังหวัดยโสธร**ถนอม นามวงศ์^{1*}, นริศรา อารีรักษ์² จินดา คำแก้ว¹**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบและประเมินผลลัพธ์การขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อโดยการมีส่วนร่วมเชิงบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CFIR และ Proctor กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 520 คน และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย 87 คน ในพื้นที่ 5 อำเภอ จังหวัดยโสธร เครื่องมือประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถาม ผลการวิจัยด้านองค์ประกอบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ พบว่า เป็นนโยบายที่สำคัญและสอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานที่ชัดเจน บุคลากรและทรัพยากรมีความพร้อม ผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่ามีการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยปรับให้เข้ากับบริบทในพื้นที่ ผ่านการจัดทำแผน การบูรณาการกับงานประจำ กลไกขับเคลื่อนคือคณะกรรมการบูรณาการ และคณะกรรมการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การกำกับติดตามและเสริมพลังโดยใช้ข้อมูล ผลลัพธ์การจัดบริการ ได้แก่ 1) ส่งเสริมป้องกันและควบคุมความเสี่ยง 2) จัดการและร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ 3) ดูแลเมื่อเจ็บป่วย 4) ดูแลหลังกลับมาพักอาศัยที่บ้าน ผลลัพธ์ด้านสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มลดลง การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบายมีประโยชน์/มีความชัดเจน 2) บริบทต้นทุนในพื้นที่มีความพร้อม 3) การมีส่วนร่วมและการยอมรับ 4) กลไกขับเคลื่อนเชิงบูรณาการหลายระดับที่เข้มแข็ง 5) ความสามารถในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติและการกำกับติดตามที่ดี 6) เกิดระบบบริการสุขภาพที่ครบวงจร และ 7) ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ลดอัตราป่วยและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ, ระบบสุขภาพไร้รอยต่อ, ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง

¹ อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

*Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

Original Article

Implementation Research: The Dissemination of Seamless Health Care System Based on Integration and participation for Elderly at Risk of Stroke, Yasothon Province

Thanom Namwong^{1,*}, Narisara Arrirak², Jinda Khumkaew¹

Abstract

This implementation research (IR) was to study the components and evaluation of outcomes of implementation in case the dissemination of seamless health care system based on *integration* and *participation* for elderly at risk of stroke, Yasothon province. Applied the conceptual frameworks from CFIR and Proctor to conduct the research. The samples were 520 elderly and 87 stakeholders in five districts of Yasothon Province. The tools consisted of focus group and in-depth interview questions and questionnaires. The results, policy implementation components found that it was an important policy, consistent with the current aging society. It had a clear operational framework and the personnel involved and resources were ready. The implementation outcome found that the policy was translated into practice through planning, integration with the provincial development plan and routine work, and adapted to the context of each area. The driving mechanism of policy was the integrated health board and the health board under the Ministry of Public Health to integrated the resources and participation, monitor and continuously empower using data-driven. The service outcome consisted of 4 periods: 1) Promoting, preventing and controlling risks; 2) Manage and request for help when an emergency 3) Health care when sick 4) Continuing of care at home. The health outcomes found that the elderly have increased access to health services. New patients and deaths from stroke tend to decrease. In implementing the policy, there are 7 components: 1) The policy is useful/clear, 2) The context in the area is ready, 3) Participation and acceptance, 4) Strong integrated driving with many levels mechanism, 5) The ability to translate policies into practice and good monitoring, 6) There is a complete health service system and 7) The elderly access to the health system, reducing the morbidity and mortality rate from stroke.

Keywords: Policy implementation, Seamless health system, Elderly, Stroke.

¹ Lecturer Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani

²Yasothon Provincial Health Office

*Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

บทนำ

ในปี 2564-2565 จังหวัดยโสธร ได้ดำเนินโครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการ การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนโดยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.), และภาคีเครือข่ายที่อยู่ในชุมชน ตั้งแต่การคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพ หากเจ็บป่วย มีระบบการดูแลเบื้องต้น และการส่งต่อ เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แนวคิดระบบสุขภาพทุติยภูมิจากทีมแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในโรงพยาบาล ได้แก่ การจัดระบบรับ-ส่งผู้ป่วย การดูแลแบบช่องทางด่วน การดูแลเฉพาะทาง และการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการระดับเขตสุขภาพที่ 10 ที่ดำเนินการในพื้นที่ 5 จังหวัดน่าน จังหวัดละ 1 อำเภอ ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี คือ อำเภวารินชำราบ จังหวัดศรีสะเกษ คือ อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดมุกดาหาร คือ อำเภอหนองสูง จังหวัดอำนาจเจริญ คือ อำเภอลืออำนาจ ส่วนจังหวัดยโสธร คือ อำเภอเมืองยโสธร โดยมีหัวหน้าโครงการวิจัย คือ นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 10 ผลการศึกษาจากการดำเนินโครงการที่ผ่านมาประสบความสำเร็จได้ผลเป็นที่น่าพอใจ¹

ต่อมาในปี พ.ศ. 2566-2567 ได้มีการศึกษา “การพัฒนาศูนย์ดูแลเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพฯ อย่งไร้อยู่รอยต่อและบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10” ซึ่งเป็นการนำต้นแบบระบบสุขภาพที่กำหนดไว้ในนโยบายเดิมจากระยะที่ 1 (blueprint) นำมาวิเคราะห์และพัฒนา ปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมองค์ความรู้จากการดำเนินการระยะที่ 1 และขยายพื้นที่เพิ่มเป็น 33 อำเภอ ใน 5 จังหวัด ซึ่งจังหวัดยโสธรดำเนินการในพื้นที่ 5 อำเภอ ได้แก่ 1) อำเภอเมืองยโสธร 2) อำเภอกุดชุม 3) อำเภอป่าดัว 4) อำเภอมหาชนะชัย และ 5) อำเภอเลิงนกทา จากทั้งหมด 9 อำเภอ โดยการศึกษารั้ครั้งนี้คาดหวังว่าการพัฒนาศูนย์ดูแลเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการในพื้นที่จังหวัดยโสธร จะดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการให้ “ผู้สูงอายุรู้เท่าทันไม่เจ็บไม่ไข้เป็นแล้วเข้าถึงไพลอดภัยไร้แทรกซ้อน” รวมทั้งได้รูปแบบระบบสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุที่ตกผลึกจนเกิดแก่นขององค์ความรู้เชิงระบบ มาตรการ วิธีการ นวัตกรรมและเทคโนโลยีเป็นนโยบายที่ครอบคลุมด้านสามารเป็นต้นแบบให้กับจังหวัดหรือเขตสุขภาพอื่น ๆ นำไปปรับประยุกต์ใช้สำหรับการดำเนินการขยายผลต่อไป²

การนำนโยบายที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่งไปยกระดับขยายการนำไปปฏิบัติในหลายพื้นที่มากขึ้น ต้องอาศัยการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหารูปแบบหรือวิธีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ยังได้ผลดี ตามความมุ่งหมายของนโยบาย จำเป็นจะต้องอาศัยกระบวนการติดตาม และประเมินผลที่เป็นระบบ แนวคิด The Consolidated Framework of Implementation Research (CFIR) ได้รับการพัฒนามาจาก Damschroder และคณะ³ เป็นแนวคิดที่ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในการวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ⁴ มี 5 ส่วนประกอบหลัก ได้แก่ 1) คุณลักษณะของนโยบาย, 2) สิ่งแวดล้อมภายนอก, 3) สิ่งแวดล้อมภายใน, 4) คุณลักษณะของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และ 5) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ นอกจากนี้การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ Proctor และคณะ⁵ ได้เสนอแนวคิดในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติตามนโยบาย (Outcomes of implementation research) ได้แก่ ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน (Implementation Outcome) ผลการจัดบริการ (Service Outcome) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcome)

เพื่อย้ายผลรูปแบบระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อโดยการมีส่วนร่วมเชิงบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในการวิจัยนี้ ทีมวิจัยได้เลือกทำการศึกษาเฉพาะการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ประกอบกับโรคดังกล่าว เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ พบอัตราป่วยสูง และเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความพิการ และเพื่อให้เห็นองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้ง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ CFIR และการประเมินผลลัพธ์การวิจัยการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Proctor และคณะ⁽⁵⁾ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ กรณีการขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการพื้นที่ จังหวัดยโสธร โดยมีเป้าหมายเพื่อศึกษาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามความมุ่งหมายของนโยบาย ผลจากการวิจัยจะสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงหรือพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ (Seamless) เพิ่มขึ้น และเป็นแนวทางในการต่อยอดขยายผล นโยบายนี้ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบ และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการในพื้นที่ จังหวัดยโสธร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research; IR) โดยเป็นการประเมินผลหลังการดำเนินงาน (Post-implementation) อาศัยแนวคิด CFIR เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของ Proctor ทั้งการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน ผลลัพธ์การจัดบริการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งปรับมาเป็นกรอบในการวิจัย โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed method) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ด้วยการ 1) การศึกษากระบวนการดำเนินงานด้วยการสังเกตและทบทวนเอกสาร 2)การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center, HDC)⁶ 3)สำรวจความรู้ของผู้สูงอายุ 4)การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 56,454 คน และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ 5 อำเภอ ได้แก่ 1) อำเภอเมืองยโสธร 2) อำเภอกุดชุม 3) อำเภอป่าดัว 4) อำเภอมหาชนะชัย และ 5) อำเภอเลิงนกทา

ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

1) ตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุสำหรับการสำรวจด้วยแบบสอบถาม เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสัญญาณเตือน และการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 520 คน ได้มาจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบค่าประชากรของ Cochran⁷ กำหนด ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้แก่ ค่า $Z_{\alpha/2}=1.96$ ค่าความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ ร้อยละ 5 สัดส่วนผู้สูงอายุกลุ่มป่วยที่เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical services; EMS) ร้อยละ 65.2 จากการศึกษาระยะที่ 1 มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ดำเนินโครงการฯ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน (3) สามารถฟังอ่านและสื่อความหมายได้ดี และ (4) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก คือ (1) เป็นผู้สูงอายุติดเตียง และ (2) ต้องการออกจากการศึกษา

การสุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) สุ่มอำเภอ 3 อำเภอ จาก 5 อำเภอ จากนั้น กำหนดสัดส่วนของขนาดตัวอย่างไปตามสัดส่วนของผู้สูงอายุแต่ละอำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองยโสธร 251 คน อำเภอเลิงนกทา 157 คน และอำเภอมหาชนะชัย 112 คน และ 2) การสุ่มผู้สูงอายุโดยการสุ่มอย่างง่าย จากรายชื่อผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า จากฐานข้อมูลสุขภาพใน HDC จนครบตามกำหนด

2) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อศึกษาความเห็นต่อตัวนโยบาย การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และการจัดระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชน 87 คน เลือกแบบจำเพาะเจาะจง ดังนี้

(1) กลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก 3 คน ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดยโสธร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดยโสธร

(2) กลุ่มขับเคลื่อนระดับจังหวัดและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำหรับสนทนากลุ่ม 14 คน ได้แก่ ผู้บริหารระดับจังหวัด, ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง และ EMS จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, ผู้รับผิดชอบโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.), ตัวแทนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและตัวแทนหน่วย EMS, แกนหลักที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลชุมชน (รพช.), โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.), คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พขจ.) และอำเภอ (พขอ.), องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และนักวิจัยในพื้นที่

(3) กลุ่มขับเคลื่อนระดับอำเภอและตำบล (ระบบสุขภาพชุมชน) สำหรับการสนทนากลุ่ม 30 คน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องใน รพช., สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.), พขอ., พชต., ผู้รับผิดชอบงาน EMS ใน อปท. และ รพ.สต.

(4) กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับชุมชน 40 คน ได้แก่ ตัวแทนผู้บริหารของ อปท. ในตำบล/เทศบาล ที่คัดเลือก, พชต., รพ.สต., ผู้นำชุมชน, ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต., เจ้าหน้าที่ อปท., หน่วย EMS ประจำ อปท.

สำหรับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในข้อ (2)-(4) มาจาก 2 อำเภอ โดยเลือกแบบเจาะจง 1 อำเภอ คือ อำเภอเดิมที่ดำเนินการในระยะที่ 1 และ สุ่มอย่างง่ายอีก 1 อำเภอ ที่เป็นพื้นที่ใหม่ในระยะที่ 2 มีเกณฑ์การคัดเข้าผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ (1) มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี (2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ดำเนินโครงการฯ ไม่น้อยกว่า 1 ปี (3) มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ เจ็บป่วยหรือไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้และการประเมินคุณสมบัติของเครื่องมือ ได้แก่

1) แบบสอบถามผู้สูงอายุ ได้มาจากโครงการวิจัยในระยะที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 10 มี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ มี 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือน ของโรคหลอดเลือดสมอง มี 12 ข้อ ตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยตอบถูกได้ “1” คะแนน ตอบผิดได้ “0” คะแนน และ ส่วนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติตน มี 1 ข้อ

2) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก มี 3 ข้อ ได้แก่ 1) นโยบายและแนวคิดการจัดทำนโยบาย 2) การขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการดำเนินงาน ฯ และ 3) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม มี 4 ข้อ ได้แก่ 1) ความเข้าใจนโยบาย 2) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ 3) ทรัพยากรและระบบสนับสนุน และ 4) การประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผล

ประเมินคุณสมบัติของแบบสอบถามผู้สูงอายุด้วยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ข้อคำถามมีค่า CVI อยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร 30 ตัวอย่าง เพื่อประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายในส่วนที่เป็นความรู้เกี่ยวกับอาการและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสูตร KR-20 ซึ่งมีค่าแอลฟาเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คะแนนความรู้นำมารวมคะแนนแล้วจัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best⁸ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในช่วงที่ดำเนินโครงการ คือ เดือนเมษายน 2565 - มีนาคม 2566 และหลังการดำเนินโครงการ คือ เดือนเมษายน 2566 - มีนาคม พ.ศ. 2567 ด้วย z-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ พิจารณาสีบทกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงความเป็นเอกสิทธิ์ ปกปิดความลับ คำนึงถึงประโยชน์และไม่เพิ่มความเสี่ยง โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE6773 เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2567

ผลการศึกษา

ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย 87 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.3 อายุระหว่าง 35 - 62 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 29.9 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มเป็นดังนี้

1. องค์ประกอบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

1.1 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด พบว่า 1) นโยบายและแนวคิดการจัดทำนโยบาย นโยบายนี้สอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุในสถานการณ์ปัจจุบัน เป็นนโยบายสำคัญที่มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราป่วย ลดการเสียชีวิต ลดภาวะพึ่งพิง มีการจัดการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ร่วมกับดูแลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความท้าทาย คือ การค้นหาข้อมูลเพื่อให้ผู้ที่มีอำนาจและภาคส่วนต่าง ๆ เห็นความสำคัญแล้วนำนโยบายนี้ไปขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ และบริหารงานภายใต้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด 2) การขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะทำงาน เน้นไปที่ผู้บริหารระดับจังหวัดแล้วถ่ายทอดลงสู่พื้นที่โดยใช้กลไก พขอ. เป็นหลัก ซึ่งสามารถบูรณาการดำเนินงานทั้งด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตมิติอื่น มีเครื่องมือที่สำคัญ คือ แผนพัฒนาจังหวัดยโสธร และบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายของ “กรมยโสธร” คือ “การมองทุกอย่างอย่างเป็นของจังหวัดยโสธร” คณะกรรมการนี้เพียงพอที่จะขับเคลื่อนนโยบาย กำกับติดตามโดยใช้แผนงานของจังหวัด การสร้าง KPI และเชื่อมโยงเสริมพลังด้านบุคลากรสาธารณสุขมีเพียงพอและมีศักยภาพ แต่ในหน่วยงานสังกัด อบจ.บางแห่งอาจจะยังไม่เพียงพอ ช่องว่างที่จำเป็นต้องพัฒนา คือ ประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. การสื่อสารข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง และทัศนคติคนทำงาน 3) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกัน ใช้แผนพัฒนาจังหวัดที่ตกผลึกจากการคิดร่วมกันของทุกภาคส่วนมาเป็นเครื่องมือนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ใช้ข้อมูลในการบริหารงาน (Data driven) เน้นการมีส่วนร่วม ดึงเอาผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมาเป็นส่วนสำคัญในการดูแลคนในชุมชน ช่องว่างที่ต้องพัฒนา คือ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในผู้สูงอายุ

1.2 ผลการสนทนากลุ่ม กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินโครงการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และ ระดับชุมชน พบว่า 1) ด้านความเข้าใจนโยบาย พบว่า โครงการนี้ มีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ การเข้าถึงบริการที่ทันเวลา ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ลดป่วย ลดตาย ลดโรคภัย เข้าถึงได้ ไร้แทรกซ้อนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ไร้รอยต่อ ไร้ช่องว่างของการเข้าถึงบริการ ทำให้เห็นถึงการบูรณาการทุกภาคส่วน ทำให้การดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่ชัดเจนยิ่งขึ้น 2) ด้านกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีการเชื่อมงานกันระหว่างโรงพยาบาลกับสาธารณสุขอำเภอ นำนโยบายลงสู่พื้นที่ ค้นหาวัดกรรม ค้นหากระบวนการสุขภาพชุมชน ลงเยี่ยมเสริมพลัง ซ้อมแผนเตรียมความพร้อมหน่วยงานหลักที่ขับเคลื่อนในพื้นที่คือ รพ.สต. และ อปท. 3) ด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุน มีปัญหาเรื่องระบบข้อมูล รวมทั้ง โปรแกรมต่าง ๆ ที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก มีความซับซ้อนแต่มีการพัฒนาที่ดีขึ้น แต่ในการดำเนินโครงการนี้ มีคู่มือการดำเนินงานที่มีกระบวนการหรือขั้นตอนที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และ 4) ด้านการประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผล มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกับผู้สูงอายุด้านความรู้และความใส่ใจที่จะดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมจากชุมชน เกิดระบบการดูแลช่วยเหลือกันเองในชุมชน ในโรงพยาบาลเกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกพัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุเรียกใช้ระบบ EMS มากขึ้น ควรมีการต่อยอดหรือขยายผลนโยบายนี้ไปยังทุกพื้นที่ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ การขับเคลื่อนโดยประกาศเป็นนโยบายในระดับต่าง ๆ และการดึงภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมและการบูรณาการร่วมกัน รวมทั้ง การหนุนเสริมจากเขตสุขภาพที่ 10 และส่วนกลาง

2. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติตามนโยบาย

2.1 ผลลัพธ์การดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1) การดำเนินการในระดับจังหวัด ได้แก่ (1) แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนทั้งระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ โดยใช้คณะทำงานและมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายระดับ ได้แก่ [1] คณะทำงานเชิงบูรณาการ มีอยู่ 3 คณะ ได้แก่ พชจ. พชอ. และ พชต. ระดับจังหวัดใช้กลไก พชจ. ระดับอำเภอโดย พชอ. และระดับชุมชน โดย พชต. มีการบูรณาการงานผู้สูงอายุร่วมกับวาระของ พชจ. และ พชอ. และ [2] คณะทำงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มี 3 คณะ คือ คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) คณะทำงานเฉพาะกิจในการขับเคลื่อนงานที่ตั้งขึ้นเป็นพิเศษ และ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) (2) ใช้ “พญาคันคากโมเดล” เป็นกรอบในการดำเนินงาน ซึ่งได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 โดยเน้นความพร้อมของ 4 M ได้แก่ ด้านบุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการจัดการที่ดี (Management) รวมทั้ง เพิ่มการมีส่วนร่วมและบูรณาการร่วมกัน ที่มาของ “พญาคันคาก Model” (พ-ญ-ค-น-ค-ก) มี 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ [1] การพัฒนาระบบข้อมูล (“พ” ตัวที่ 1) มีทั้งการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุและการสื่อสารความเสี่ยง [2] การดูแลด้วย 3C ดุจญาติมิตร (“ญ” ตัวที่ 2) ประกอบด้วย Care manager คือ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ Care giver คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งดูแลด้วย Care plan คือ แผนการดูแลรายบุคคล [3] ระบบคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพ (“ค” ตัวที่ 3) การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง [4] การดูแลเฉพาะทางและการดูแลต่อเนื่อง (“น” ตัวที่ 4) [5] เครือข่ายที่เข้มแข็ง (“ค” ตัวที่ 5) เน้นการมีส่วนร่วมและการบูรณาการที่เข้มแข็ง และ [6] การแพทย์ฉุกเฉิน (“ก” ตัวที่ 6) เน้นการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และ (3) การบริหารจัดการและการติดตามเสริมพลัง [1] กำกับติดตามและเสริมพลังในเวทีการประชุมทั้งแบบ online และ onsite [2] ประชุมสรุป และถอดบทเรียนการดำเนินงาน การประกวดผลงานวิชาการ/Best practice เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย [3] ทีมหนุนเสริม ซึ่งเป็นหน่วยงานภายนอกคอยสนับสนุนเชิงวิชาการ กลไกการบริหารงานต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังมี Project Management (PM) งานผู้สูงอายุ PM สาขา Service plan สาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) การดำเนินการในระดับพื้นที่ ได้แก่ (1) มีกลไกที่สำคัญ คือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และคณะทำงานเฉพาะกิจระดับอำเภอ มี รพท. และ รพช. ทำงานควบคู่กับสสอ. เพื่อนำนโยบายจากเขตและจังหวัดไปสู่การปฏิบัติในระดับตำบลหรือชุมชน ในระดับตำบลมี รพ.สต. เป็นกลไกที่สำคัญ ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน รวมทั้งการบูรณาการดำเนินงานร่วมกับ พชอ. และ พชต. ควบคู่กันไป (2) ใช้ “พญาคันคากโมเดล” เป็นกรอบในการดำเนินงาน และ (3) การบริหารจัดการหรือกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ [1] การประชุมวิเคราะห์นโยบาย บริบท ต้นทุน และวางแผนการดำเนินงาน ซึ่งแผนหรือกิจกรรมที่ดำเนินการ คือ การประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและญาติ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และการเฝ้าระวังอาการสัญญาณเตือนๆ การอบรมพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ และการพัฒนาแนวทางในการดำเนินงาน [2] การแสวงหาความร่วมมือในการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ. พชต. หรือส่วนราชการระดับอำเภอ บูรณาการดำเนินงานและทรัพยากรร่วมกับหน่วยงานอื่น และเสริมสร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนในการดำเนินงานผ่านวาระ พชจ. พชอ. และกลไกธรรมนูญตำบล (3) การกำกับติดตามการดำเนินงาน และการเยี่ยมเสริมพลังในหน่วยบริการและในชุมชน และ (4) การประชุมสรุปและถอดบทเรียน

2.2 ผลลัพธ์การจัดบริการ แบ่งผลลัพธ์การจัดบริการเป็น 4 ช่วง กิจกรรมแต่ละช่วงแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ กลไกสนับสนุนระดับจังหวัด และคณะทำงานในระดับพื้นที่ ดังนี้

1) การส่งเสริมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงและโรค กลไกสนับสนุนระดับจังหวัดดำเนินกิจกรรม ได้แก่ (1) คัดกรองและจำแนกผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เป็น 5 กลุ่ม คือ เสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงสูง เสี่ยงสูงมาก และเสี่ยงสูงอันตราย แล้วส่งเสริมสุขภาพตามลำดับความเสี่ยง (2) พัฒนาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงให้แต่ละอำเภอ/ตำบลนำไปใช้ในพื้นที่ (4) อบรมพัฒนาศักยภาพ ครู ก. ในการยกระดับการดำเนินงานตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) โดยการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness plan) โดยบูรณาการร่วมกับกลไก 3 หมอ (5) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ผลិតสื่อและสร้างการรับรู้ ส่วนการดำเนินงานของทำงานในระดับพื้นที่ ส่วนใหญ่ใช้แนวทางและสื่อที่พัฒนาขึ้นจากคณะทำงานระดับจังหวัด โดยบูรณาการดำเนินงานร่วมกับงานประจำ ทั้งการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ (1) อบรมให้ความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ/ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ (2) คลินิกเบาหวาน ความดัน และแพทย์แผนไทย ใน รพ.สต./คลินิกผู้สูงอายุใน รพ. (3) จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล (4) การเฝ้าระวังป้องกันโรคโดยใช้กลไกชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (5) การเยี่ยมบ้าน และ (6) บูรณาการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่น

2) การจัดการและร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ กลไกสนับสนุนระดับจังหวัด ดำเนินกิจกรรม (1) ด้านการจัดการและร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ ได้แก่ [1] การตรวจประเมินมาตรฐานหน่วย EMS [2] การพัฒนาศักยภาพหน่วย EMS ในระดับจังหวัด [3] การทบทวนแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย [4] การพัฒนาแบบประเมินมาตรฐานการออกเหตุของ EMS [5] ขยายนวัตกรรม “รหัสเปลี่ยนชีวิต” ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 ไปยังตำบลต่าง ๆ คณะทำงานในระดับพื้นที่มีกิจกรรม ได้แก่ [1] การจำแนกและการทำ Mapping กลุ่มเสี่ยง /กลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ/อยู่คนเดียว กำหนดให้มี อสม.หรือเพื่อนบ้านคอยดูแล [2] อบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงและญาติให้ทราบ Early warning [3] การประชาสัมพันธ์ช่องทางและวิธีการเรียกใช้ EMS การติดป้ายอาการสัญญาณเตือน/รหัสเปลี่ยนชีวิต [4] พัฒนานวัตกรรมในการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น กริ่ง นกหวีด [5] การเตรียมทีม/เตรียมอุปกรณ์ในการดูแลเบื้องต้นของ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ EMS ระดับตำบล และ [6] การซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมของระบบส่งต่อจากระดับชุมชนไปยัง รพ.ในพื้นที่

3) การดูแลรักษาในโรงพยาบาล ระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาลมีการพัฒนางานควบคู่กับคณะทำงาน Service Plan ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงระบบสุขภาพชุมชนและระบบ

บริการสุขภาพ ในสาขาที่ 12 โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การขยายคลินิกโรคไม่ติดต่อถึงระดับปฐมภูมิ การยกระดับ Stroke Unit/Stroke fast track ในโรงพยาบาล สาขาที่ 13 สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ ยกระดับมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุผ่านหอครอบครัว (หมอประจำตัว 3 คน) กิจกรรม ได้แก่ (1) ประชุมคณะทำงานในระดับอำเภอ/รพช./รพท. กำหนดนโยบาย (2) วางแผน/แนวทางการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาในโรงพยาบาล (3) ประกาศนโยบายในที่ประชุมของ คปสอ. และโรงพยาบาล (4) การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน (5) การประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนหรือผู้สูงอายุกลุ่มป่วยเข้าใจนโยบาย และ (6) กำกับติดตามและประเมินผล

4) การดูแลหลังผู้สูงอายุกลับมาพักที่บ้าน กลไกสนับสนุนระดับจังหวัด ดำเนินกิจกรรม ได้แก่ (1) ประชุมพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุ (2) ประชุมพัฒนาหลักสูตร ครู ก. เพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดย 3 หมอ กลไกคณะทำงานในระดับพื้นที่ มีกิจกรรม ได้แก่ (1) เตรียมทีม/บุคลากร และกำหนดแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (2) อบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลต่อเนื่องของกลไก 3 หมอ (3) อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะญาติ (5) เยี่ยมบ้านกลุ่มป่วย (6) บูรณาการกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น อบจ. พมจ. (7) พัฒนาวัดกรรมในการดูแลหรือการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น กริ่ง นกหวีด และ (8) การเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือ/ดูแลเบื้องต้น

2.3 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

1) จากการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิในคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอนำร่องอยู่จริง 58,533 ราย ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 89.1 ผลการจำแนกกลุ่มเสี่ยงของ CV (Cardio-Vascular) Risk Score (9) พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงสูง เสี่ยงสูงมาก และเสี่ยงสูงอันตราย ร้อยละ 29.46, 36.24, 16.60, 8.41 และ 9.30 ตามลำดับ ข้อมูลหลังการดำเนินโครงการด้านการเข้าถึง EMS ของผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยทั้งหมด 609 ราย มาด้วยระบบ EMS 248 ราย ร้อยละ 40.72 เดินทางถึงโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชม. 289 ราย ร้อยละ 47.45 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 124 ราย และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที 103 ราย ร้อยละ 83.06

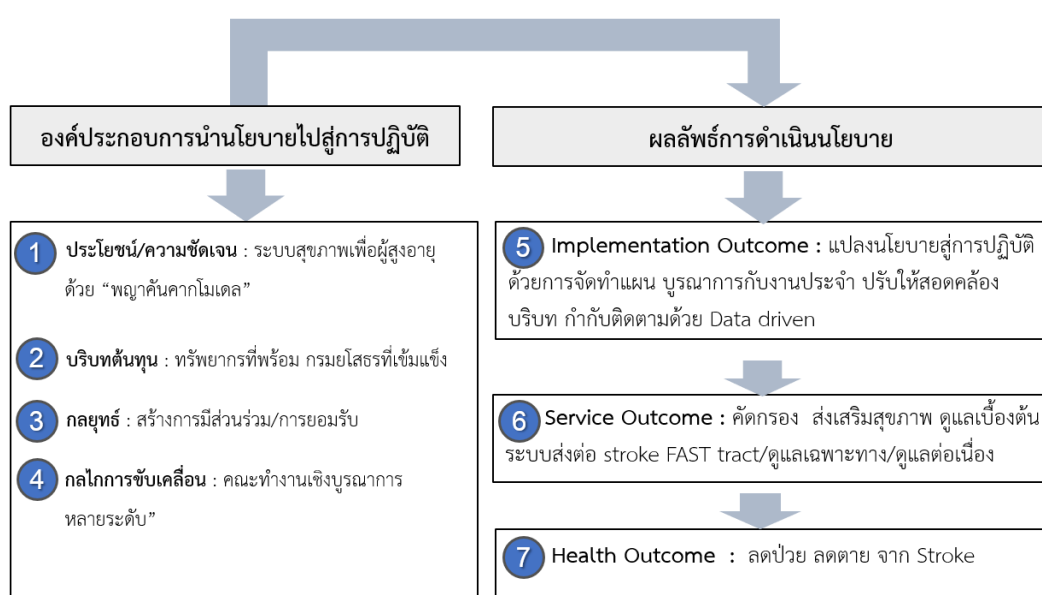
อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.86 อัตราผู้ป่วยตาย ร้อยละ 3.45 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการ พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ลดลง 52 ราย และผู้เสียชีวิตลดลง 18 ราย อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าการลดลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรค Stroke ก่อนและหลังการวิจัย

ช่วงเวลา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ	จำนวนผู้เสียชีวิต	ร้อยละ
ก่อนการวิจัย	591	0.94	103	5.8
หลังการวิจัย	539	0.86	85	3.9
Difference (95%CI)	- 52	0.08 (-1.0, 1.2)	- 18	1.9 (-0.4, 8.0)
p-value		0.887		0.549

2) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุจากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม 520 ราย ในภาพรวม มีความรู้อยู่ในระดับมาก 329 ราย ร้อยละ 63.27 ระดับปานกลาง 161 ร้อยละ 30.96 และระดับน้อย 30 ราย ร้อยละ 5.77

ทั้งนี้ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจากการศึกษานี้ มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เป็นนโยบายที่มีประโยชน์ มีความชัดเจน 2) มีบริบทต้นทุนในพื้นที่ที่มีความพร้อม 3) มีกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ สร้างการมีส่วนร่วมและการยอมรับ 4) มีกลไกขับเคลื่อนเชิงบูรณาการหลายระดับที่เข้มแข็ง 5) ความสามารถในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และกำกับติดตามด้วยข้อมูล (Data driven) 6) เกิดระบบการให้บริการ ได้แก่ การคัดกรอง, ส่งเสริมสุขภาพ, ดูแลเบื้องต้น, ระบบส่งต่อ, Stroke FAST tract, ดูแลเฉพาะทาง, ดูแลต่อเนื่อง และ 7) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสุขภาพ ลดอัตราป่วยและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสรุปได้ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 องค์ประกอบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ กรณีการขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อโดยการมีส่วนร่วมเชิงบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดยโสธร แบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1) องค์ประกอบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รูปแบบระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อโดยการมีส่วนร่วมเชิงบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นนโยบายที่สอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุในสถานการณ์ปัจจุบัน มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราป่วย ลดการเสียชีวิต ลดภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การดำเนินงานเน้นการมีส่วนร่วมและสร้างการยอมรับจากทุกฝ่าย โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งนโยบายนี้ยังสอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัดยโสธร การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่คำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกัน เพราะนโยบายที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่ง ไม่ได้รับประกันความสำเร็จในพื้นที่อื่น เพราะบริบท (context) เป็นปัจจัยสำคัญในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ⁽⁴⁾ กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัด คือ “กรมยโสธร” มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นหัวหน้าทีม และกลไก พชจ., พชอ., พชต. ในการบูรณาการงานในระดับจังหวัดและในระดับชุมชน มีคณะทำงานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เพียงพอและมีความพร้อม นำโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด มีวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่

เพียงพอ มีภาคีเครือข่ายในชุมชนเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นจุดแข็ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirikhetkon et al⁽¹⁵⁾ ที่พัฒนาระบบการดูแลอย่างไร้รอยต่อที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้วส่งผลดีต่อการดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การขับเคลื่อนงานโดยประกาศเป็นนโยบายในระดับต่าง ๆ และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและการบูรณาการร่วมกัน ความท้าทาย คือ การขับเคลื่อนนโยบายนี้ไปอย่างต่อเนื่อง และบริหารงานภายใต้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด และประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ.

2) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติตามนโยบาย

2.1) ผลลัพธ์การดำเนินงาน มีการขับเคลื่อนและบูรณาการดำเนินงานในระยะที่ 2 ทั้งระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ มีคณะทำงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายระดับ ได้แก่ คณะทำงานเชิงบูรณาการ ได้แก่ พชจ. พชอ. และ พชต.และ คณะทำงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทุกภาคส่วนให้การตอบรับหรือยอมรับนโยบายนี้ กระบวนการในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเริ่มตั้งแต่ประชุมวิเคราะห์นโยบาย และแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติผ่านการจัดทำแผนแผน ได้แก่ การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและญาติ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนและในระบบบริการสุขภาพ การจัดทำแนวทางการดำเนินงาน บูรณาการทรัพยากรและแสวงหาความร่วมมือในการดำเนินงานผ่านวาระ พชจ. พชอ. การใช้แผนพัฒนาจังหวัดที่ตกผลึกร่วมกันจากการคิดร่วมกันของทุกภาคส่วนมาเป็นเครื่องมือนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ กำกับติดตามการดำเนินงานใช้ข้อมูล (Data driven) การสร้าง KPI การเยี่ยมเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง และการประชุมสรุปและถอดบทเรียน ทั้งนี้ ในการดำเนินงานเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินี้ ใช้กลไกและวิธีการที่หลากหลาย เน้นการมีส่วนร่วม และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระบบข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินาถ ตงศิริ และคณะ⁴ ที่ระบุว่ากระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติต้องได้รับการยอมรับจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ต้องใช้วิธีการ ที่หลากหลาย ปรับให้เหมาะสมกับบริบท สิ่งที่สำคัญ คือ การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การขับเคลื่อนนโยบายด้วยระบบข้อมูลจะกระตุ้นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและเชื่อมโยงให้มีการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข¹⁰

2.2) ผลลัพธ์การจัดบริการ แบ่งเป็น 4 ช่วง ได้แก่ 1)ส่งเสริมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงและโรค กิจกรรมที่สำคัญ คือ การคัดกรองและจำแนกผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การอบรมพัฒนาศักยภาพครู ก. โดยบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับกลไก 3 หมอ ยกระดับการดูแลโดยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุและญาติ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ 2)การจัดการและร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ ได้แก่ การตรวจประเมินมาตรฐานและการพัฒนาศักยภาพหน่วยกู้ชีพ การทบทวนแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ขยายผลนวัตกรรม “รหัสเปลี่ยนชีวิต” ไปยังอำเภอต่าง ๆ การจำแนกและทำ Mapping กลุ่มเสี่ยง อบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงและญาติให้ทราบ Early warning การประชาสัมพันธ์ การใช้ EMS หรือ 1669 การติดบัตร/ป้ายอาการสัญญาณเตือน พัฒนานวัตกรรม เพื่อเฝ้าระวังและการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การเตรียมทีม/เตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือเบื้องต้น และมีการซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อม 3) การดูแลเมื่อเจ็บป่วย พัฒนาระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาล โดยดำเนินงานควบคู่กับคณะทำงานของ Service Plan พัฒนาระบบการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ทั้ง Stroke FAST tract และ Definitive care การพัฒนาศักยภาพและการซ้อมแผนของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล 4)การดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับมาพักอาศัยที่บ้าน ได้แก่ การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่อง การพัฒนาหลักสูตร ครู ก. เพื่อยกระดับการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ออกเยี่ยมบ้านกลุ่มป่วย บูรณาการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกับหน่วยงานอื่น ๆ นอกชุมชน ผลลัพธ์การจัดบริการนี้ สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องและแบบองค์รวม¹¹ เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะ

ผู้สูงอายุและญาติจะส่งผลให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน¹² และมีการบูรณาการกับหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทุกมิติ

2.3) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยรวมผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจากการวิจัยระยะที่ 1 ทั้งการคัดกรองความเสี่ยง การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ความรวดเร็วในการเดินทางถึงโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชม. การได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที สอดคล้องกับระดับความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ถึงร้อยละ 63.27 โดยรวมผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานของ service plan¹³ และ KPI ของโครงการ¹⁴ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพหลังการวิจัยก็มีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยรายใหม่และผู้เสียชีวิตลดลงหลายราย ถึงแม้จะยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าผลการทดลองดังกล่าวนี้มีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ก็ตาม อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความรวดเร็วในการเดินทางถึงโรงพยาบาลภายในกำหนดยังไม่ค่อยดีนัก ถือเป็นโอกาสการพัฒนาที่สำคัญในการเพิ่มศักยภาพของระบบสุขภาพชุมชนให้ดียิ่งขึ้น

จุดเด่นของการศึกษา

งานวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิด CFIR เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และ การวิจัยดำเนินงานของ Proctor ทำให้เห็นกลไกต่าง ๆ ของระบบสุขภาพที่เป็นจุดเด่นและจุดด้อย และปัจจัยที่มีผลในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้ง ผลของผลลัพธ์ของการดำเนินได้อย่างเด่นชัดยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

- 1) การดำเนินงานพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ โดยการมีส่วนร่วมเชิงบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุนั้น มีฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ดังนั้น อาจมีข้อจำกัดในการศึกษาให้มีความครอบคลุมและลงลึกในรายละเอียด ในบางองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง
- 2) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจากการวิจัยนี้ มีความจำเพาะกับบริบทในพื้นที่จังหวัดยโสธร ซึ่งมีบริบทและปัจจัยที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ดังนั้น ในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรคำนึงข้อแตกต่างดังกล่าวนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

- 1) ควรมีการขยายโครงการหรือนโยบายนี้ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยผลักดันให้เป็นนโยบายหรือวาระสำคัญระดับตั้งแต่ระดับประเทศ เขต และระดับจังหวัด ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุควรเป็นเป้าหมาย/นโยบายหลักของการพัฒนาที่ยั่งยืนของหน่วยงานทุกระดับ เพื่อให้เกิดการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง
- 2) การนำนโยบายนี้ไปขยายผล ต้องคำนึงถึงความพร้อมและบริบทแต่ละพื้นที่ ยึดผู้สูงอายุและชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยสร้างระบบการพึ่งพากันในชุมชน เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพด้วยระบบส่งต่อ หรือ telemedicine

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการติดตามและประเมินผล สำหรับการนำนโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติในระยะยาว
- 2) ควรมีการศึกษาหรือพัฒนาความเข้มแข็งในประเด็นระบบสุขภาพชุมชนภายใต้แนวคิด “การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการ (Community-Based Management)”

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และขอขอบคุณ นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน คณะที่มิวิจัยจากส่วนกลาง และเขตสุขภาพที่ 10 ที่สนับสนุนการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือด ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง Stroke, STEMI และ Hip fracture. อุบลราชธานี: อัลติเมทพรินต์ติ้ง จำกัด; 2564.
2. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) ฉบับปรับปรุง ปี 2566. อุบลราชธานี: อัลติเมทพรินต์ติ้ง จำกัด; 2566.
3. Laura J Damschroder, David C Aron, Rosalind E Keith, Susan R Kirsh JAA and JCL. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4(50):1–15.
4. ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภาวิตา แสนศักดิ์, ชนิตา พลอยเลื่อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, สมัทนา กลางคาร. ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(1):7-26.
5. Proctor E, Landsvert J. Implementation research in mental health services. Bone [Internet]. 2008;23(1):1–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624763/pdf/nihms412728.pdf>
6. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). สถานะสุขภาพ จังหวัดยโสธร [Internet]. 2564 [cited 2021 Jun 6]. Available from: https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=7f9ab56b0f39fd053143ecc4f05354fc
7. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Son; 1977.
8. Best JW. Research in Education. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliffs; 1977.
9. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
10. โอภาส การณ์กวินพงศ์. นโยบายและทิศทางการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2565.
11. นภัค นิธิวิจิตร. การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. นครราชสีมา; 2561.
12. อรอนงค์ เอี่ยมขำ, วลัยลักษณ์ สิทธิธรรม. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(1):70–82.
13. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. การประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ วันที่

- 2 พฤศจิกายน 2565 ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2565.
14. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบชุมชนจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) (ฉบับปรับปรุง ปี 2566).
อุบลราชธานี: อัสติเมท พรินต์ติ้ง จำกัด; 2566.
15. Sirikhetkone S, Amornsiriphongb S. Model Development of a Seamless Health Service System Multidisciplinary Health Cardiovascular Disease. Int J Innov Creat Chang. 2020;12(11):648–66.