

Received: 1 Jun 2025, Revised: 20 Jun. 2025

Accepted: 1 Jul 2025

บทความวิจัย

การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ จังหวัดยโสธร

นริศรา อารีรักษ์¹, จินตนา พลมีศักดิ์¹, ถนอม นามวงศ์²

บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial ischemia หรือ infarction) ชนิด STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction) เป็นสาเหตุการป่วยและการเสียชีวิตที่สำคัญโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธรมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI มาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จังหวัดยโสธร ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CFIR และ Proctor ดำเนินการระหว่างเดือน เมษายน - มิถุนายน 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 520 คน และผู้ที่มีส่วนได้เสีย 87 คน ในพื้นที่ 5 อำเภอ จังหวัดยโสธร เครื่องมือประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและ z-test ผลการวิจัย 1) ผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ พบว่า ด้านนโยบายมีความสอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน มีเป้าหมายอย่างชัดเจน ขับเคลื่อนผ่านคณะทำงาน ใช้กลไก พชอ. เป็นหลัก ด้านกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกัน ใช้แผนพัฒนาจังหวัดที่คิดร่วมกันของทุกภาคส่วนมาเป็นเครื่องมือ ด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุน มีปัญหาเรื่องระบบข้อมูล และโปรแกรมที่มีอยู่เป็นจำนวนมากแต่มีการพัฒนาที่ดีขึ้นด้านการประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผล มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกับผู้สูงอายุและชุมชน ควรมีการต่อยอดหรือขยายผลนโยบายนี้ไปยังทุกพื้นที่ 2) ผลลัพธ์หลังการปฏิบัติตามนโยบาย ได้แก่ (1) ผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่ามีการเปลี่ยนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ผ่านการจัดทำแผน การบูรณาการกับงานประจำ ขับเคลื่อนงานผ่านคณะทำงาน การกำกับติดตามและเสริมพลังโดยใช้ชุดข้อมูล (2) ผลลัพธ์การจัดบริการ ได้แก่ [1] Pre - Hospital ส่งเสริมป้องกันและควบคุมความเสี่ยง และการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ [2] In - Hospital การดูแลรักษาในโรงพยาบาล และ [3] Post - Hospital ดูแลหลังกลับมาพักที่บ้าน (3) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI มีแนวโน้มลดลง แต่ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าลดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) ควรนำนโยบายนี้ไปขยายผล ต้องคำนึงถึงความพร้อมและบริบทแต่ละพื้นที่ ยึดผู้สูงอายุและชุมชนเป็นศูนย์กลาง และเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพด้วยระบบส่งต่อ

คำสำคัญ: การประเมินผล, ระบบสุขภาพไร้รอยต่อ, ผู้สูงอายุ, โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

* Corresponding author: thanom@scphub.ac.th

Original Article

The Evaluation of the seamless development of health systems for the elderly in Yasothon Province

Narisara Arrirak¹, Jintana Phonmeesak¹, Thanom Namwong²

Abstract

An acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) has remained a significant cause of morbidity and mortality especially in the elderly. Yasothon Province has continuously developed the health system for STEMI patients. However, a concrete evaluation has not been systematically conducted. 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 STEMI, Yasothon province. Applied the conceptual frameworks from CFIR and Proctor to conduct the research. To be carried out between April - June 2025. 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. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and z-test. 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 STEMI but a statistically non-significant reducing. This policy should be expanded and taken into account. It must take into account the readiness and context of each area, focus on the elderly and the community, and link with the health service system with a referral system.

Keywords: Evaluation, Seamless health system, Elderly, STEMI

¹ Yasothon Provincial Health Office, ² Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province

* Corresponding author: tanom2006@yahoo.com

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial ischemia หรือ infarction) ชนิด STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction) เป็นหนึ่งในโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบได้บ่อยและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งในประเทศไทย ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประชากรทั้งชายและหญิงโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ^(1,2,3) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าพบผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อถึง 41 ล้านคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยพบมากที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ถึง 17.9 ล้านคนต่อปี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก⁽⁴⁾ ข้อมูลจากสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10 อุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2566 สถานการณ์โรค STEMI พบมากที่สุด คือ จังหวัดยโสธร จำนวนผู้ป่วย 1,677 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.0 รองลงมา คือ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดอำนาจเจริญ พบผู้ป่วยร้อยละ 1.4 เท่ากัน⁽⁵⁾

ในปี 2564-2565 จังหวัดยโสธร ได้ดำเนินโครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไว้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไว้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการ การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนโดยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตั้งแต่การคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพ หากเจ็บป่วยมีระบบการดูแลเบื้องต้น และการส่งต่อ เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แนวคิดระบบสุขภาพทุติยภูมิ มีการจัดระบบรับ-ส่งผู้ป่วย การดูแลแบบช่องทางด่วน การดูแลเฉพาะทาง และการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการระดับเขตสุขภาพที่ 10 ที่ดำเนินการในพื้นที่ 5 จังหวัดนาร่อง จังหวัดละ 1 อำเภอ โดยมีหัวหน้าโครงการวิจัย คือ นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 10 ผลการศึกษาจากการดำเนินโครงการที่ผ่านมาประสบความสำเร็จได้ผลเป็นที่น่าพอใจ⁽⁶⁾ ต่อมาในปี พ.ศ. 2566-2567 ได้มีการศึกษา “การพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพอย่างไว้รอยต่อและบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10” ซึ่งเป็นการนำต้นแบบระบบสุขภาพที่กำหนดไว้ในนโยบายเดิมจากระยะที่ 1 นำมาวิเคราะห์และพัฒนา ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติม และขยายพื้นที่เพิ่มเป็น 33 อำเภอ ใน 5 จังหวัด ซึ่งจังหวัดยโสธรดำเนินการในพื้นที่ 5 อำเภอ ได้แก่ 1) อำเภอเมืองยโสธร 2) อำเภอกุดชุม 3) อำเภอป่าดัว 4) อำเภอมหาชนะชัย และ 5) อำเภอเลิงนกทา จากทั้งหมด 9 อำเภอ โดยการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คาดหวังว่าการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไว้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการในพื้นที่จังหวัดยโสธร จะดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมายเพื่อให้ “ผู้สูงอายุรู้เท่าทัน ไม่เจ็บ ไม่ไข้ เป็นแล้วเข้าถึงได้ ปลอดภัยไร้แทรกซ้อน” และได้รูปแบบระบบสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุที่ตกผลึกจนเป็นนโยบายที่ครบรอบด้านสามารถเป็นต้นแบบให้กับจังหวัดหรือเขตสุขภาพอื่น ๆ นำไปปรับประยุกต์ใช้สำหรับการดำเนินการขยายผลต่อไป⁽⁵⁾

การนำนโยบายที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่งไปยกระดับขยายการนำไปปฏิบัติในหลายพื้นที่มากขึ้น ต้องอาศัยการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหารูปแบบหรือวิธีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ยังได้ผลดี ตามความมุ่งหมายของนโยบาย จำเป็นจะต้องอาศัยกระบวนการติดตาม และประเมินผลที่เป็นระบบ แนวคิด The Consolidated Framework of Implementation Research (CFIR) ได้รับการพัฒนามาจาก Damschroder และคณะ⁽⁷⁾ เป็นแนวคิดที่ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในการวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ⁽⁸⁾ มี 5 ส่วน ได้แก่ 1) คุณลักษณะของนโยบาย 2) สิ่งแวดล้อมภายนอก 3) สิ่งแวดล้อมภายใน 4) คุณลักษณะของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และ 5) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ นอกจากนี้การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญของงานวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ Proctor

และคณะ⁽⁹⁾ ได้เสนอแนวคิดในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติตามนโยบาย (Outcomes of implementation research) ได้แก่ ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ผลการจัดบริการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ในการวิจัยนี้ ทีมผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาเฉพาะการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ พบอัตราป่วยตายสูง และเพื่อให้เห็นถึงประเด็นต่าง ๆ ที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้ง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ CFIR และการประเมินผลลัพธ์การวิจัยการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Proctor และคณะ⁽⁹⁾ เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ จังหวัดยโสธร มีเป้าหมายเพื่อศึกษาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามความมุ่งหมายของนโยบาย ผลจากการวิจัยจะสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงหรือพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ให้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ (Seamless) เพิ่มขึ้น และเป็นแนวทางในการต่อยอดขยายผลนโยบายนี้ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI อย่างไร้รอยต่อ จังหวัดยโสธร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed method) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ 1)การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center, HDC)⁽¹⁰⁾ และ 2)สำรวจความรู้ของผู้สูงอายุ ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) ศึกษากระบวนการดำเนินงานด้วยการสังเกตและทบทวนเอกสาร และ 2)การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ เพื่อศึกษาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research; IR) ซึ่งประเมินผลหลังการดำเนินงาน โดยอาศัยแนวคิด CFIR เพื่อวิเคราะห์กระบวนการในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของ Proctor ทั้งผลลัพธ์การดำเนินงาน การจัดบริการ และด้านสุขภาพ ซึ่งปรับมาเป็นกรอบในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 56,454 คน ฐานข้อมูลสุขภาพใน HDC และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ 5 อำเภอ ได้แก่ 1) อำเภอเมืองยโสธร 2) อำเภอกุดชุม 3) อำเภอป่าติ้ว 4) อำเภอหมากแข้ง และ 5) อำเภอเลิงนกทา

ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

1) ตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุสำหรับการสำรวจด้วยแบบสอบถาม เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสัญญาณเตือน และการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จำนวน 520 คน ได้มาจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบค่าประชากรของ Cochran⁽¹¹⁾ กำหนด วัณระดับความเชื่อมั่น 95% ได้แก่ ค่า $Z_{\alpha/2}=1.96$ ค่าความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ ร้อยละ 5 สัดส่วนผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical services; EMS) ร้อยละ 65.2 จากการศึกษาระยะที่ 1 มีเกณฑ์การคัดเข้า

ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน (3) สามารถฟังอ่านและสื่อความหมายได้ดี และ (4) มีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย 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 จากรายชื่อผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าจากฐานข้อมูลสุขภาพใน HDC ด้วยโปรแกรม Excel จนครบตามกำหนด

2) ตัวอย่างที่เป็นผู้ที่มีส่วนได้เสีย เพื่อศึกษาความเห็นต่อตัวนโยบาย การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และการจัดระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชน 87 คน เลือกแบบจำเพาะเจาะจง ดังนี้

(1) กลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก 3 คน ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดยโสธร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดยโสธร

(2) กลุ่มขับเคลื่อนระดับจังหวัดและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำหรับสนทนากลุ่ม 14 คน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุและงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (STEMI) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2 คน โรงพยาบาลทั่วไป 2 คน โรงพยาบาลชุมชน 4 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4 คน พยาบาลจากหน่วยปฏิบัติการอำนวยการฯ (ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ) 2 คน

(3) กลุ่มขับเคลื่อนระดับอำเภอและตำบล (ระบบสุขภาพชุมชน) สำหรับสนทนากลุ่ม 30 คน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน/ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 2 คน คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปอ.ส.) 2 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) 2 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) 8 คน ผู้รับผิดชอบงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน/ผู้สูงอายุใน อปท. 8 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 8 คน

(4) กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับชุมชน 40 คน ได้แก่ ผู้นำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน 8 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 8 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 8 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ/เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 8 คน กู้ชีพประจำ อปท. 8 คน

ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในข้อ (2)-(4) มาจาก 2 อำเภอ โดยเลือกแบบเจาะจง 1 อำเภอ คือ อำเภอเดิมที่ดำเนินการในระยะที่ 1 และ สุ่มอย่างง่ายอีก 1 อำเภอ ที่เป็นพื้นที่ใหม่ในระยะที่ 2 มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ (1) มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี (2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี (3) มีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ เจ็บป่วยหรือไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้และการประเมินคุณสมบัติของเครื่องมือ ได้แก่

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

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

3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม พัฒนาขึ้นเองโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 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 ประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายในส่วนที่เป็นความรู้เกี่ยวกับอาการและสัญญาณเตือนโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ด้วยสูตร KR-20 ซึ่งมีค่าแอลฟาเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้านความรู้นำมารวมคะแนนแล้วจัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best⁽¹²⁾ แบ่ง 3 ระดับ ได้แก่ 0 – 3 คะแนน มีความรู้ระดับต่ำ 4-6 คะแนน มีความรู้ระดับปานกลาง และ 7-9 คะแนน มีความรู้ระดับสูง เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพในช่วงที่ดำเนินโครงการ คือ เดือน เมษายน 2565 - มีนาคม 2566 และหลังการดำเนินโครงการ คือ เดือนเมษายน 2566 - มีนาคม พ.ศ. 2567 ด้วย z-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p - value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE6849 เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2568

ผลการศึกษา

1. การประเมินผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

1.1 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด พบว่า 1) นโยบายและแนวทางการจัดทำนโยบาย มีความสอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพื่อลดอัตราป่วย ลดการเสียชีวิต ลดภาวะพึ่งพิง มีการจัดการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ร่วมกับดูแลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความท้าทาย คือ การคืนข้อมูลเพื่อให้ผู้ที่มีอำนาจและภาคส่วนต่าง ๆ เห็นความสำคัญแล้วนำนโยบายนี้ไปขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ และบริหารงานภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด 2) การขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะทำงาน โดยผู้บริหารระดับจังหวัดแล้วถ่ายทอดลงสู่พื้นที่ ผ่านกลไก พขอ. เป็นหลัก ซึ่งสามารถบูรณาการดำเนินงานทั้งด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตมิติอื่น มีเครื่องมือที่สำคัญ คือ แผนพัฒนาจังหวัดยโสธร และบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายของ “กรมยโสธร” คือ “การมองทุกอย่างเป็นของจังหวัดยโสธร” คณะกรรมการนี้เพียงพอที่จะขับเคลื่อนนโยบายกำกับติดตามโดยใช้แผนงานของจังหวัด การสร้าง KPI และเยี่ยมเสริมพลัง ด้านบุคลากรสาธารณสุขมีศักยภาพและเพียงพอ แต่ในหน่วยงานสังกัด อบจ.บางแห่งอาจยังไม่เพียงพอ ช่องว่างที่จำเป็นต้องพัฒนา คือ ประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. การสื่อสารข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง และทัศนคติคนทำงาน 3) การนำนโยบายไปปฏิบัติคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกัน ใช้แผนพัฒนาจังหวัดที่ตกผลึกจากการคิดร่วมกันของทุกภาคส่วนมาเป็นเครื่องมือสนับสนุนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ใช้ข้อมูลในการบริหารงาน (Data driven) เน้นการมีส่วนร่วม ดึงเอาผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมาเป็นส่วนสำคัญในการดูแลคนในชุมชน ช่องว่างที่ต้องพัฒนา คือ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในผู้สูงอายุ

1.2 ผลการสนทนากลุ่ม กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินโครงการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และ ระดับชุมชน พบว่า 1) ด้านความเข้าใจนโยบาย พบว่า โครงการนี้มีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการที่ทันเวลา ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย ไร้แทรกซ้อน ไร้รอยต่อ ทำให้เห็นถึงการบูรณาการทุก

ภาคส่วน ทำให้การดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่ชัดเจนยิ่งขึ้น 2) ด้านกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับอำเภอ มีการเชื่อมประสานกันระหว่างโรงพยาบาลกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นำนโยบายลงสู่พื้นที่ ค้นหาวัดธรรม คันทระบอบ สุขภาพชุมชน ลงเยี่ยมเสริมพลัง ซ้อมแผนเตรียมความพร้อม หน่วยงานหลักที่ขับเคลื่อนในพื้นที่คือ รพ.สต. และ อปท. 3) ด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุน มีปัญหาเรื่องระบบข้อมูลที่มีหลากหลาย ขาดการบูรณาการ มีความซับซ้อนแต่มีการพัฒนาที่ดีขึ้น ในการดำเนินโครงการนี้มีคู่มือที่มีกระบวนการหรือขั้นตอนที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และ 4) ด้านการประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผล มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกับผู้สูงอายุด้านความรู้และความใส่ใจที่จะดูแลตนเอง ชุมชนมีส่วนร่วม เกิดระบบการดูแลช่วยเหลือกันเองในชุมชน ในโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเรียกใช้ระบบ EMS มากขึ้น ควรมีการต่อยอดหรือขยายผลนโยบายนี้ไปยังทุกพื้นที่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การประกาศเป็นนโยบายในระดับต่าง ๆ และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมและการบูรณาการ การหนุนเสริมจากเขตสุขภาพที่ 10 และส่วนกลาง

2. ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติตามนโยบาย

2.1 ผลลัพธ์การดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1) การดำเนินการในระดับจังหวัด ได้แก่ (1) แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนทั้งระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ โดยใช้คณะทำงานและมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายระดับ ได้แก่ [1] คณะทำงานเชิงบูรณาการ ระดับจังหวัดใช้กลไก พชจ. มีการบูรณาการงานผู้สูงอายุร่วมกับวาระของ พชจ. และ [2] คณะทำงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มี 3 คณะ คือ คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) คณะทำงานเฉพาะกิจในการขับเคลื่อนงานที่ต้งขึ้นเป็นพิเศษ และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) (2) ใช้ “พญาคันคากโมเดล” เป็นกรอบในการดำเนินงาน ซึ่งได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 โดยเน้นความพร้อมของ 4M ได้แก่ ด้านบุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุ อุปกรณ์ (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 ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแผนการดูแลรายบุคคล [3] ระบบคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพ (“ค” ตัวที่ 3) การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง [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 พชอ. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และคณะทำงานเฉพาะกิจระดับอำเภอ มี รพท. และ รพช. ทำงานควบคู่กับ สสอ. เพื่อนำนโยบายจากเขตและจังหวัดไปสู่การปฏิบัติ ในระดับตำบล มี รพ.สต. เป็นกลไกที่สำคัญ ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน รวมทั้งการบูรณาการดำเนินงานร่วมกับ พชอ. และ พชต. ควบคู่กันไป (2) ใช้ “พญาคันคากโมเดล” เป็นกรอบในการดำเนินงาน และ (3) กระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ [1] การประชุมวิเคราะห์นโยบาย บริบท ต้นทุน [2] วางแผนและดำเนินการประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ อบรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและญาติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและเฝ้า

ระวังอาการสัญญาณเตือนๆ อบรมพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ และพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน [3] แสวงหาความร่วมมือในการดำเนินงานผ่านกลไก พขอ. พชต. หรือส่วนราชการระดับอำเภอ บูรณาการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่น และเสริมความเข้มแข็งและความยั่งยืนในการดำเนินงานผ่านวาระ พชจ. พขอ. และกลไกธรรมนูญตำบล (4) การกำกับติดตามการดำเนินงาน และการเยี่ยมเสริมพลังในหน่วยบริการและในชุมชน และ (5) การประชุมสรุปและถอดบทเรียน

2.2 ผลลัพธ์การจัดบริการ แบ่งผลลัพธ์การจัดบริการเป็น 3 ช่วง ดังนี้

1) Pre - Hospital การส่งเสริมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงและโรค ดำเนินกิจกรรม ได้แก่ (1) คัดกรองและจำแนกผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (2) การทำ Mapping กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ/อยู่คนเดียว (3) พัฒนาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง (4) อบรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและญาติ โดยบูรณาการร่วมกับกลไก 3 หมอ (5) พัฒนาศิลิน NCD คุณภาพ (6) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วย NCD และผู้ป่วยที่เคยป่วยด้วย STEMI (7) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ผลิตสื่อและสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ช่องทางและวิธีการเรียกใช้ EMS การติดป้ายอาการสัญญาณเตือน (8) พัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (9) การเยี่ยมบ้าน (10) การจัดการและร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ (11) การตรวจประเมินมาตรฐานหน่วย EMS (12) การพัฒนาศักยภาพหน่วย EMS (13) การทบทวนแนวทางการรับ-ส่งผู้ป่วย (14) ขยายผลนวัตกรรม “รหัสเปลี่ยนชีวิต” ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 (15) ซ้อมแผนการส่งต่อจากชุมชนไปยัง รพ. และ (16) บูรณาการงานร่วมกับหน่วยงานอื่น

2) In - Hospital ระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาล มีการพัฒนางานควบคู่กับคณะทำงาน Service Plan โรคหัวใจ สาขา STEMI ได้แก่ (1) ประชุมคณะทำงานในระดับอำเภอ/รพช./รพท. (2) วางแผน/แนวทางการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาในโรงพยาบาล (3) พัฒนาเครือข่ายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดในโรงพยาบาล (4) มีระบบ STEMI fast tract ระบบ Tele-consultation ระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ “โรคหัวใจรักษาทุกที่” (5) ระบบ “STEMI Round” แนวทางกระตุ้นเตือน Early warning sign, Early Detected และ Early EKG (6) การบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย STEMI (7) การซ้อมแผนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และ (8) กำกับติดตามและประเมินผล

3) Post - Hospital การดูแลหลังผู้สูงอายุกลับมาพักอาศัยที่บ้าน ได้แก่ (1) ประชุมพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุและผู้ป่วย Palliative Care (2) อบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลต่อเนื่องของกลไก 3 หมอ (3) พัฒนาระบบการดูแลในชุมชน ด้วย 3C (Care Manager, Caregiver, และ Care Plan) (4) อบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วยและญาติ (5) บำบัด ฟันฟู เยี่ยมบ้านกลุ่มป่วยโดยสหวิชาชีพ (6) พัฒนานวัตกรรมในการดูแลหรือการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น กริ่ง นกหวีด และ (7) เตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือ/ดูแลเบื้องต้น (8) บูรณาการกับหน่วยงานอื่น เช่น อบจ. พมจ.

2.3 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

1) ผู้สูงอายุอยู่จริง 58,533 ราย ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 89.1 จำแนกกลุ่มเสี่ยงด้วย CV (Cardio-Vascular) Risk Score (13) พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงสูง เสี่ยงสูงมาก และเสี่ยงสูงอันตราย ร้อยละ 29.46, 36.24, 16.60, 8.41 และ 9.30 ตามลำดับ หลังการดำเนินโครงการผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ทั้งหมด 47 ราย มาด้วยระบบ EMS 14 ราย ร้อยละ 29.79 เดินทางถึงโรงพยาบาลภายใน 12 ชั่วโมง 38 ราย ร้อยละ 80.85 ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 25 ราย และได้รับยาภายใน 30 นาที 21 ราย ร้อยละ 84.00

อัตราผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 0.06 พบผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ราย อัตราผู้ป่วยตาย ร้อยละ 8.51 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการ พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ลดลง 17 ราย และผู้ป่วยเสียชีวิตลดลง 2 ราย อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าการลดลงดังกล่าวนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

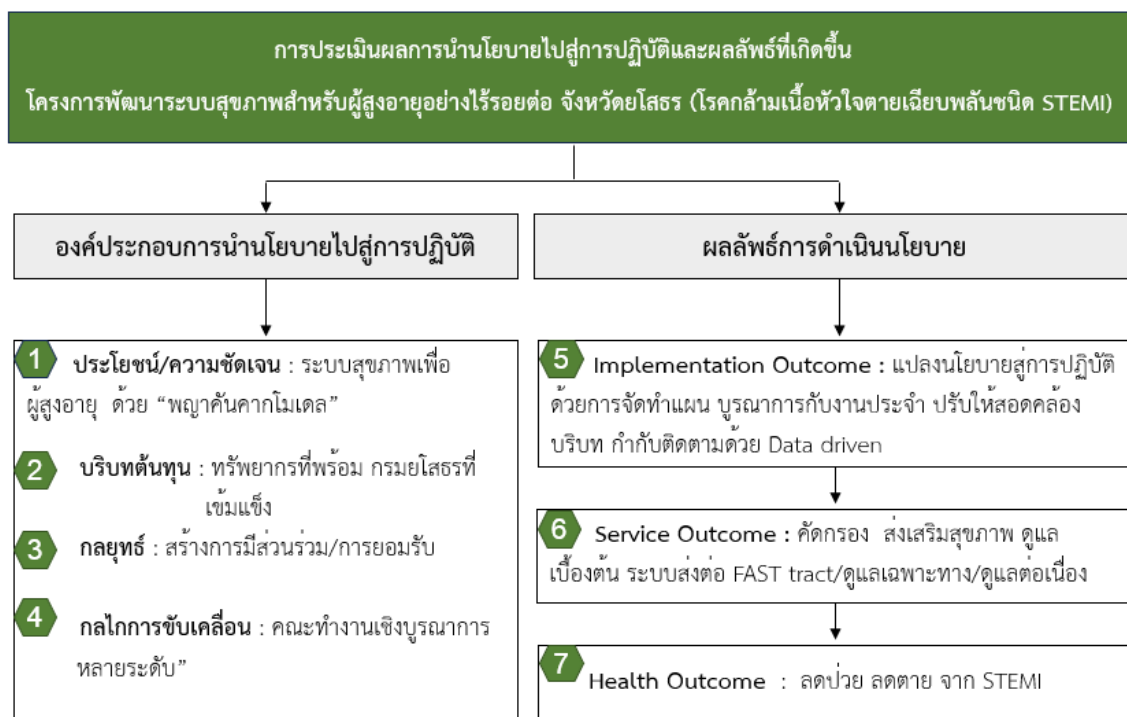
ตารางที่ 1 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ก่อนและหลังการวิจัย

ช่วงเวลา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	ร้อยละ
ก่อนการวิจัย	57	0.09	6	10.53
หลังการวิจัย	47	0.06	4	8.51
Difference (95%CI)	- 10	0.03 (-0.7, 1.2)	- 2	-2.0 (-0.9, 13.7)
p-value		0.587		0.7407

2) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุจากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม 520 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทั่วไป ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.85 มีค่าเฉลี่ย 6.81 คะแนน กลุ่มที่มีประวัติโรคหัวใจ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.96 มีค่าเฉลี่ย 8.87 คะแนน และพบว่ามีความรู้ในภาพรวมสูงกว่ากลุ่มทั่วไป

3) การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อผู้สูงอายุเกิดเหตุฉุกเฉินหรือเจ็บป่วย จะแจ้งบุคคลใกล้ชิด (ญาติ/คนในครอบครัว/เพื่อนบ้าน) โทร 1669 ให้มารับพาไปโรงพยาบาล ร้อยละ 59.81 รองลงมาแจ้งบุคคลใกล้ชิด(ญาติ/คนในครอบครัว/เพื่อนบ้าน) ให้พาไปโรงพยาบาล ร้อยละ 30.38

ทั้งนี้ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจากการศึกษานี้ มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เป็นนโยบายที่มีประโยชน์ มีความชัดเจน 2) มีบริบทต้นทุนในพื้นที่มีความพร้อม 3) มีกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ สร้างการมีส่วนร่วมและการยอมรับ 4) มีกลไกขับเคลื่อนเชิงบูรณาการหลายระดับที่เข้มแข็ง 5) ความสามารถในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และกำกับติดตามด้วยข้อมูล 6) เกิดระบบการให้บริการ ได้แก่ การคัดกรอง, ส่งเสริมสุขภาพ, ดูแลเบื้องต้น, ระบบส่งต่อ, ระบบ FAST tract, ดูแลเฉพาะทาง, ดูแลต่อเนื่อง และ 7) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสุขภาพ ลดอัตราป่วยและการเสียชีวิตจาก STEMI ซึ่งสรุปได้ดังรูปที่ 1



ภาพที่ 1 การประเมินผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การประเมินผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI อย่างไร้รอยต่อ จังหวัดยโสธร แบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ ด้านนโยบายมีความสอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน มีเป้าหมายชัดเจน ขับเคลื่อนผ่านคณะทำงาน กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัด คือ “กรมยโสธร” มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นหัวหน้าทีมและกลไก พขอ. ด้านกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ คำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกัน เพราะนโยบายที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่ง ไม่ได้รับประกันความสำเร็จในพื้นที่อื่น เพราะบริบทเป็นปัจจัยสำคัญในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ(14) ใช้แผนพัฒนาจังหวัดที่คิดร่วมกันของทุกภาคส่วนมาเป็นเครื่องมือ มีภาคีเครือข่ายในชุมชนเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นจุดแข็ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirikhetkon et al(15) ที่พัฒนาระบบการดูแลอย่างไร้รอยต่อที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้วส่งผลต่อการดำเนินงาน ด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุน มีปัญหาเรื่องระบบข้อมูล และโปรแกรมที่มีอยู่เป็นจำนวนมากแต่มีการพัฒนาที่ดีขึ้น ด้านการประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผล มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกับผู้สูงอายุและชุมชน ควรมีการต่อยอดหรือขยายผลนโยบายนี้ไปยังทุกพื้นที่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การขับเคลื่อนงานโดยประกาศเป็นนโยบายในระดับต่าง ๆ และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและการบูรณาการร่วมกัน ความท้าทาย คือ การขับเคลื่อนนโยบายนี้ไปอย่างต่อเนื่อง และบริหารงานภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ.

2) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติตามนโยบาย

2.1) ผลลัพธ์การดำเนินงาน ทั้งระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ มีการจัดโครงสร้างมีคณะทำงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ซึ่งทุกภาคส่วนให้การตอบรับหรือยอมรับนโยบายนี้ กระบวนการในการนำนโยบายไปสู่การ

ปฏิบัติเริ่มตั้งแต่ประชุมวิเคราะห์นโยบายและแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติผ่านการจัดทำแผน และใช้ “พญาคันคาก โมเดล” เป็นกรอบในการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการและการติดตามเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ประชุมสรุปและถอดบทเรียนการดำเนินงาน ค้นหา Best practice เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ภายใต้การบูรณาการดำเนินงานและทรัพยากรร่วมกับหน่วยงานอื่นและหนุนเสริมเชิงวิชาการจากหน่วยงานภายนอก สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินาถ ตงศิริ และคณะ(14) ที่ระบุว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติต้องได้รับการยอมรับจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย ปรับให้เหมาะสมกับบริบท สิ่งที่สำคัญ คือ การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การขับเคลื่อนนโยบายด้วยระบบข้อมูลจะกระตุ้นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและเชื่อมโยงให้มีการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข(16)

2.2) ผลลัพธ์การจัดบริการ มี 3 ช่วง ได้แก่ 1) Pre - Hospital การส่งเสริมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงและโรค การคัดกรองผู้สูงอายุ จัดทำ Mapping กลุ่มเสี่ยง พัฒนาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง อบรมพัฒนาศักยภาพ บุคลากรร่วมกับกลไก 3 หมอ สื่อสารประชาสัมพันธ์ แนะนำช่องทางและวิธีการเรียกใช้ EMS พัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ออกเยี่ยมบ้าน จัดระบบร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ ภายใต้ความพร้อมของหน่วย EMS ที่ได้มาตรฐาน 2) In - Hospital การดูแลรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนางานควบคู่กับคณะทำงาน Service Plan โรคหัวใจ สาขา STEMI พัฒนาศักยภาพเครือข่าย พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย ทั้งระบบ STEMI fast tract ระบบ Tele-consultation ระบบให้คำปรึกษา ระบบการส่งต่อและ และระบบ “STEMI Round” ภายใต้การบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย และซ่อมแผนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาล 3) Post - Hospital การดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน โดยพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องด้วยกลไก 3 หมอ พัฒนาระบบการดูแลในชุมชนโดยสหวิชาชีพ ใช้นวัตกรรมในการดูแลหรือการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน บนความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยเหลือ และดูแลเบื้องต้น บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ผลลัพธ์การจัดบริการนี้ สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องและแบบองค์รวม⁽¹⁷⁾ เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุและญาติ จะส่งผลให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน⁽¹⁸⁾ และมีการบูรณาการกับหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุครบวงจรครอบคลุมทุกมิติ⁽¹⁹⁾

2.3) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยรวมผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งการคัดกรองความเสี่ยง การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) การเดินทางถึงโรงพยาบาลภายใน 12 ชม. การได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที สอดคล้องกับระดับความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรค ที่อยู่ระดับมาก ถึงร้อยละ 63.83 การดำเนินงานโดยรวมผ่านเกณฑ์มาตรฐานการของ service plan⁽²⁰⁾ และ KPI ของโครงการ⁽²¹⁾ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยรายใหม่ลดลงหลายราย และผู้เสียชีวิตลดลงเล็กน้อย ถึงแม้จะยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าการลดลงดังกล่าวนี้มีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ก็ตาม ซึ่งอาจเกิดจากระยะเวลาในการติดตามประเมินผลค่อนข้างน้อย ด้านอัตราการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยค่อนข้างน้อย แต่การเดินทางถึงโรงพยาบาลภายในเวลาที่กำหนดค่อนข้างดี มากกว่าร้อยละ 80 สะท้อนว่าผู้ป่วยอาจไม่จำเป็นต้องเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 เพียงแค่ขอให้เข้าใจอาการสัญญาณเตือนและไป รพ.ให้ทันเวลาก็พอ และถือเป็นโอกาสการพัฒนาที่สำคัญในการปรับปรุงระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

จุดเด่นของการศึกษา

งานวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิด CFIR และการวิจัยดำเนินงานของ Proctor ทำให้เห็นกลไกต่าง ๆ ของระบบสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และผลของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเด่นชัด

ข้อจำกัดของการศึกษา

- 1) การประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการนี้ มีฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ดังนั้น อาจมีข้อจำกัดในการศึกษาให้มีความครอบคลุมและลงลึกในรายละเอียดในบางองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง
- 2) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจากการวิจัยนี้ มีความจำเพาะกับบริบทในพื้นที่จังหวัดยโสธร ซึ่งมีบริบทและปัจจัยที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ดังนั้น ในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรคำนึงข้อแตกต่างนี้
- 3) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพหลังดำเนินโครงการอาจจะยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากระยะเวลาในการติดตามประเมินผลค่อนข้างน้อย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

- 1) กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ จังหวัดยโสธร คือ “กรมยโสธร” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นหัวหน้าทีมและกลไก พขอ. ในการบูรณาการงานร่วมกันในพื้นที่ ซึ่งในการขยายผลต่อยอดนโยบายในจังหวัดอื่นๆ ควรให้ความสำคัญกับกลไกเหล่านี้
- 2) การนำนโยบายนี้ไปขยายผลให้มีประสิทธิภาพ ต้องคำนึงองค์ประกอบ 7 อย่าง รวมทั้งถึงความพร้อมและบริบทแต่ละพื้นที่ ยึดผู้สูงอายุและชุมชนเป็นศูนย์กลาง และเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพด้วยระบบส่งต่อ หรือ telemedicine

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

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

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และขอขอบคุณ นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน คณะทีมวิจัยจากส่วนกลาง และเขตสุขภาพที่ 10 ที่สนับสนุนการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Laothavorn P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, Moleerergpoom W, Laorakpongse D, Pachirat O, et al. Thai acute decompensated heart failure registry (Thai ADHERE). CVD Prev Control. 2010;5(3):89–95.
2. American Heart Association. About Heart Attacks [Internet]. American Heart Association. 2016 [cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/about-heart-attacks>
3. กัมปนาท วีรกุล, จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์. 7R การลดอัตราการตายในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน. นนทบุรี: ศรีนคร ดีไซน์พริ้นติ้ง; 2557.
4. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ. 2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.

5. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) ฉบับปรับปรุง ปี 2566. อุบลราชธานี: อัลติเมท พรินติ้ง จำกัด; 2566.
6. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือด ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง Stroke, STEMI และ Hip fracture. อุบลราชธานี: อัลติเมท พรินติ้ง จำกัด; 2564.
7. 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.
8. ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภวิดา แสนศักดิ์, ชนิดา พลอยล้อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และ สุมัทนา กลางคาร. ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.* 2561;12(1):7–26.
9. Proctor E, Landsvert J. Implementation research in mental health services: an Emerging Science with Conceptual, Methodological, and Training challenges *Enola. Adm Policy Ment Heal* [Internet]. 2008;23(1):1–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624763/pdf/nihms412728.pdf>
10. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). สถานะสุขภาพ จังหวัดยโสธร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 2021 Jun 6]. แหล่งข้อมูล: https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=7f9ab56b0f39fd053143ecc4f05354fc
11. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Son; 1977.
12. Best JW. Research in Education. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliffs; 1977.
13. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
14. ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภวิดา แสนศักดิ์, ชนิดา พลอยล้อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และ สุมัทนา กลางคาร. โครงการการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ; 2560.
15. Sirikhetkona 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.
16. โอภาส การณ์กวินพงศ์. นโยบายและทิศทางการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2565.
17. นกัถ นิธิวิธรร. การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. นครราชสีมา; 2561.
18. อรอนงค์ เอี่ยมขำ และ วลัยลักษณ์ สิทธิธรรม. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.* 2567;10(1):70–82.

18. ชูพงษ์ คงเกษม, วิไลลักษณ์ หอมดมลทิน และ ณิชชา เรืองวิสัย. การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร "SALE Model" ตัวแบบลพบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(2):177–87.
19. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. การประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2565 ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2565. 21.
20. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบชุมชนจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) (ฉบับปรับปรุง ปี 2566). อุบลราชธานี: อัลติเมท พรินต์ติ้ง จำกัด; 2566.