

สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ

❊ การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยการใช้ “หมอนสมุนไพรพิชิตปวด”

นฤมล หล้าสุใจ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลำพูน เขตสุขภาพที่ 1

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติผู้มารับบริการด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ต๋อนประจำปี 2559 พบผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นโรคที่พบอัตราป่วยเป็นอันดับแรกของการให้บริการ(7,330 ต่อแสนประชากร) งานแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ต๋อน จึงได้จัดบริการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยติดเตียงซึ่งเป็นภาวะพึ่งพิงซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เนื่องจากมีภาระด้านการประกอบอาชีพ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะติดเตียง พบมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ รวมถึงข้อติดบริเวณเข่า ทำให้เกิดความไม่ สบาย วิดกกังวล จากอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ทางทีมสหวิชาชีพได้คิดต่อยอดพัฒนา “นวัตกรรมหมอนสมุนไพรพิชิตปวด” เพื่อนำมาใช้ให้ตอบโต้กับปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งช่วยลดอาการปวดเมื่อย ลดการใช้ยาแก้ปวดและผู้ป่วยมีสุขภาพใจที่ดีขึ้น เนื่องจากญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทีมงานจิตอาสา มีส่วนร่วมในการเข้ามาดูแลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความสุขสบายและความสะดวกของการใช้งานหมอนสมุนไพรเพื่อส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อลดการใช้ยาแผนปัจจุบันสำหรับบรรเทาอาการปวด

การดำเนินงาน จากสถานการณ์ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นโรคที่พบอัตราป่วยเป็นอันดับแรกของการให้บริการ เป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีปัญหาปวดกล้ามเนื้อ และข้อเข่าติด สร้างขั้นตอนกิจกรรม ดังนี้

1. การดำเนินงานที่ผ่านมาทางงานแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้จัดนวัตกรรมดูแลผู้ป่วย โดยการใช้สมุนไพรในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และข้อเข่าติด ซึ่งช่วยป้องกันปัญหาข้อเข่าติด ลดอาการปวด โดยมีขั้นตอนการผลิตดังนี้

- 1) ตัดเย็บหมอนตามขนาดที่ต้องการ
- 2) นำสมุนไพรตากแห้ง
- 3) คลุกเคล้าสมุนไพรรวมกันตามสัดส่วน
- 4) นำสมุนไพรยัดใส่หมอน
- 5) เย็บปากหมอน

2. การพัฒนางาน จากปัญหาและอุปสรรคที่พบ จากการรวบรวมทบทวนปัญหาและอุปสรรคในการใช้ “หมอนสมุนไพรพิชิตปวด” ในการดูแลผู้ป่วย โดยการรวบรวมปัญหาที่พบจากการเก็บข้อมูล จากผู้ป่วยที่เคยใช้และทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดูแล พบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

- 1) จุดที่ปวดมีหลายจุด ควรมีการออกแบบหรือพัฒนาเพิ่ม สำหรับจุดอื่นๆ ที่มีอาการปวด เช่น บริเวณเข่า และบริเวณหลัง

การพัฒนา : แก้ไขโดยการเพิ่มจุดในการรักษา โดยการออกแบบหมอนให้เข้ากับสรีระของร่างกายจุดที่ปวดของผู้ป่วย

- 2) การปลูกพืชสมุนไพรต้องใช้เวลาในการปลูกและการจัดหาสมุนไพร

การพัฒนา : ส่งเสริมและแนะนำให้มีการปลูกพืชสมุนไพร และให้ความรู้ในด้านการเก็บรักษาพืชสมุนไพรโดยใช้วิธีการตากแห้ง ซึ่งจะช่วยให้เรื่องของการมีสมุนไพรไว้ใช้ได้ตลอดปี

- 3) การทำการรักษาต้องมีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ควรมีผู้ติดตาม

การพัฒนา : เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีทีมจิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย (Care Giver) เป็นผู้ติดตามเสริมกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

3. กิจกรรมที่ทำเพิ่มเติมเพื่อพัฒนางานต่อไป

จากกิจกรรมที่ทำในครั้งนี้มีเครือข่ายการติดตามเยี่ยมเสริมกำลังใจเพิ่มมากขึ้นจึงได้มีการวางแผนร่วมกันที่จะพัฒนาขยายผลในกลุ่มประชาชนทั่วไปเพื่อเน้นการป้องกันช่วยผ่อนคลายนอนก่อนมีการเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นโรคที่พบอัตราป่วยเป็นอันดับแรกของการให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ต๋อน

ผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ต๋อน ได้จัดทำนวัตกรรมดูแลผู้ป่วยโดยการใช้ “หมอนสมุนไพรพิชิตปวด” และได้ทบทวนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพนวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพนวัตกรรมการปรับปรุงอุปกรณ์ที่ใช้และเพิ่มจุดการลดปวด เน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง



ผลลัพธ์การพัฒนาลดอาการปวดเมื่อย ลดการใช้ยาแก้ปวด และผู้ป่วยมีสุขภาพใจที่ดีขึ้น เนื่องจากญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทีมงานจิตอาสา มีส่วนร่วมในการเข้ามาดูแล ซึ่งผู้ป่วยมีความพึงพอใจ มีชัยชนะในความสบายกายมากขึ้นและอุปกรณ์นำไปใช้ได้ง่าย และเริ่มขยายผลโครงการในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดตื้อทุกกาย และกลุ่มผู้มารับบริการด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อทุกกายและจะพัฒนาขยายผลในกลุ่มประชาชนทั่วไป เพื่อเน้นการป้องกันช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนมีการเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยรุนแรง เพิ่มมากขึ้น เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นโรคที่พบอัตราป่วยเป็นอันดับแรกของการให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ตั้น

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ การพัฒนากระบวนการทำงานเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงานการดำเนินงานครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนากระบวนการดำเนินงาน สามารถนำไปใช้ได้ปรับปรุงการทำงาน ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการมารับการรักษาพยาบาลที่ รพสต. โดยผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักและมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้นสามารถใช้วัตรกรรมนี้ขยายกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่นเน้นการป้องกันช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนมีการเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

❖ “หอมยัก หอมใจ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ ผู้สูงอายุ ชุมชน ”กระบวนการพัฒนาเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการผู้สูงอายุ ชุมชนนาร่อง จังหวัดพะเยา

ศิลดา การะเกตุ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา เขตสุขภาพที่ 1

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จังหวัดพะเยา เป็นจังหวัดที่ 9 ของประเทศ สมัครเข้าร่วมกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นกองทุนร่วมขับเคลื่อนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพ และท้องถิ่นระดับจังหวัด จัดสรรงบประมาณร่วมกันตามรายหัวประชากร และท้องถิ่นสมทบ สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ ผู้สูงอายุและบุคคลที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยขับเคลื่อนตั้งแต่ปี 2555 แต่สิ่งที่เกิดขึ้นกลุ่มคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่จะต้องได้รับการฟื้นฟู ไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการทางการแพทย์ได้ เนื่องจากการฟื้นฟู มีเฉพาะที่โรงพยาบาลระดับอำเภอ หรือระดับจังหวัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีระยะทางห่างไกล ระยะเวลาในการฟื้นฟูใช้เวลานาน คนพิการ ผู้สูงอายุ ไม่สามารถมาด้วยตนเองได้ต้องอาศัยผู้ดูแลร่วมด้วย ผู้ป่วยรับบริการจำนวนมาก เจ้าหน้าที่มีน้อย ใช้เวลาในการฟื้นฟูเพียงระยะเวลาสั้น ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายของผู้ดูแลและผู้ที่จะต้องทำการฟื้นฟู คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดพะเยา จึงเกิดแนวคิดจะหาอะไรที่จะลดจำนวนผู้ป่วยไม่ให้กระจุกตัวที่โรงพยาบาล ควรจะกระจายไปแต่ละอำเภอ จึงเปิดรับสมัครชุมชนที่สนใจเข้าร่วมโครงการทั่วทั้งจังหวัด เพื่อให้เกิดความยั่งยืนโดยมีเงื่อนไขชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกันภายใต้การขับเคลื่อนของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพะเยา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาเครือข่ายฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ชุมชนนาร่อง จังหวัดพะเยา เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Resreach) กลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการกองทุน ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย ผู้นำหมู่บ้าน ผู้นำท้องถิ่น คนพิการ ผู้สูงอายุ ปราชญ์ชาวบ้าน หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง จำนวน 200 คน วิธิตำเนินการวิจัย คือ กิจกรรมการเข้าร่วมการขับเคลื่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยความสมัครใจ กิจกรรมการขับเคลื่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ ผู้สูงอายุในชุมชน บันทึกข้อมูลโดยโปรแกรม SPSS วิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยและอภิปรายผลพบว่า กิจกรรมการเข้าร่วม การขับเคลื่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยความสมัครใจ กองทุนฯ ได้ประชาสัมพันธ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละอำเภอได้รับทราบ ในการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ มีท้องถิ่นหรือภาคีเครือข่ายในพื้นที่จังหวัดพะเยา จำนวน 12 แห่งเข้ารับฟังการชี้แจง มีเงื่อนไข คือ กองทุนจัดสรรวัสดุอุปกรณ์สำหรับฟื้นฟู และให้การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ส่วนภาคีเครือข่าย ควรมีอาคารในการรองรับวัสดุอุปกรณ์ดังกล่าว มีท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 7 แห่ง เมื่อเกิดข้อตกลงร่วมกัน ภาคีจึงเกิดการขับเคลื่อนของทุกฝ่าย ด้านกองทุนฯ ดำเนินการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเงินจำนวน 490,000 บาทต่อศูนย์ฯ มีการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟู จากสถาบันสิรินธร สำหรับบุคคลทางด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นที่เลื่องในชุมชน จำนวน 1 สัปดาห์ และพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายแกนนำจิตอาสาแต่ละศูนย์ฯ จำนวน 30 คนต่อศูนย์ฯ ด้านภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันขับเคลื่อนการจัดหาอาคาร บางแห่งสร้างใหม่ บางแห่งปรับปรุงอาคารที่มีอยู่เดิม โดยการขอมอบยืม ขอมอบแรง จัดตั้งผ้าป่ามีผู้สนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ มากมาย จึงเปลี่ยนชื่อจากศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน เป็นศูนย์หอมยักชุมชนเป็นศูนย์ที่ร้อยดวงใจในการหอมยัก ขอมอบบุญ ขอมอบความรู้ความสามารถตามศักยภาพของทุกภาคีเครือข่ายในการดูแลกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว

กิจกรรมการขับเคลื่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ ผู้สูงอายุในชุมชน การจัดบริการเปิดให้บริการทุกวัน ภายใต้การดูแล จากทีมเชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟู คือทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพะเยา/โรงพยาบาลเชียงคำ /โรงพยาบาลจุน

ร่วมกับแกนนำจิตอาสา อาทิ อาสาสมัครพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนร่วมกัน

ในการดูแล โดยแกนนำมีหน้าที่ลงทะเบียน ชักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ภายใต้การดูแลของพี่เลี้ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งต่อให้แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูตรวจร่างกายประเมินอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลร่วมเรียนรู้กับแพทย์และทีมพี่เลี้ยง อาทิ การฟื้นฟูสภาพ การใช้กายอุปกรณ์ การขึ้นทะเบียนคนพิการ เกิดระบบ One Stop service ไม่ต้องเดินทางไปไกล ผู้ดูแลเพียงแต่ชี้จักรยานยนต์มาส่งและกลับไปทำงานต่อได้ เมื่อฟื้นฟูเสร็จ ศูนย์ซ่อมหักชุมชน โทรศัพท์ให้มารับผู้ป่วย หรือแกนนำไปส่ง ตลอดจนมีรถรับส่งจากเทศบาล /องค์การบริหารส่วนตำบล จึงทำให้คนพิการ ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูอย่างเต็มที่ ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดใกล้บ้าน ใกล้ใจ ทำให้การลดค่าใช้จ่ายที่ต้องเดินทางไปฟื้นฟูยังโรงพยาบาล จาก 6,300 บาท/สัปดาห์ ลดลงเหลือ 70 บาท/สัปดาห์

ศูนย์ซ่อมหักชุมชน	อำเภอ	จำนวนผู้มาใช้บริการ	ปรับสภาพบ้าน	ส่งเสริมอาชีพ
ศูนย์ซ่อมหักชุมชน ทั้งหมด 7 ตำบล	เมือง/จุน/ปง/เชียงคำ/ ภูซาง/ภูพานยาว	1,575	50	เลี้ยงไก่/ทำขนม/เพาะเห็ด/ อบลำไย/ปลูกกล้วย/สมุนไพร
รวม		1,575 ราย	50 หลัง	6 อาชีพ

บริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การตรวจภาวะหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม การประเมินข้อเข่าเสื่อม การให้ความรู้ ตลอดจน การเยี่ยมคนพิการ ผู้สูงอายุ การปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ แกนนำจิตอาสา ได้เข้าไปสำรวจประเมินไว้ก่อน ผู้สูงอายุ คนพิการ โดยแพทย์ประเมินและขึ้นทะเบียนคนพิการยังศูนย์ซ่อมหักได้เลย มีกายอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยไม่จำเป็นต้องไปส่งโรงพยาบาล ผู้สูงอายุบางคน ร้องให้ออกมา ทำให้ทุกคนสุขใจที่ได้ให้บริการ ทุกภาคส่วนมีความสุข มีส่วนร่วมในการดูแล

ความภาคภูมิใจ การร่วมกันเป็นหนึ่งที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ล้วนเป็นบุญที่ช่วยกันซ่อมหักให้สำหรับกลุ่มผู้คนที่ส่วนต้องการ ความช่วยเหลือ ก่อเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มดังกล่าว อย่างมหาศาล แม้เราเหนื่อยกาย แต่ใจทุกคนไม่เหนื่อย ก่อเกิดพลังในการขับเคลื่อนให้บุคคลที่ขาดโอกาสได้รับประโยชน์จากการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยการเป็นผู้ให้อย่างแท้จริง

การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินกุ่ม อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

เกื้อกูล บุญเทอม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินกุ่ม
อุเทน จาดยางโพน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 2

ที่มาและความสำคัญของปัญหา การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินกุ่มที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล การค้นหา การวางแผนงานดูแล ในการดูแลระยะยาวสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้โปรแกรมดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นศูนย์กลางในด้านการเก็บและประมวลผลข้อมูล หลังการพัฒนา พบว่า การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่าง ก่อน - หลัง การนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ มีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัด โดยก่อนหน้าการพัฒนาสารสนเทศมีความล่าช้าด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากประมวลผลโดยใช้กระดาษ ประกอบกับมีความยุ่งยากในการจัดทำแผนงานการให้บริการ ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และล่าช้าในด้านขอสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่น ขาดกระบวนการที่เป็นระบบ มีการใช้ทรัพยากรที่สิ้นเปลือง ขาดสถานที่เก็บเอกสารเนื่องจากต้องใช้สถานที่จำนวนมาก การสืบค้นข้อมูลจากเอกสารมียุ่งยาก ไม่สามารถตอบสนองการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากพัฒนาระบบสารสนเทศโปรแกรมเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้การดำเนินงานดังกล่าวพบว่ามีความสะดวก รวดเร็ว คล่องตัว สามารถเก็บรวบรวมข้อมูล ประมวลผล ได้ทันที และลดความยุ่งยาก ด้านข้อมูลการสืบค้นประวัติการรักษาเริ่มต้น ลดกระบวนการของระบบ ใช้ทรัพยากรที่ลดลง ลดสถานที่จัดเก็บเอกสาร ตอบสนองการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติที่ลงพื้นที่ปฏิบัติงานโดยไม่จำเป็นต้องพกพาเอกสารที่เป็นกระดาษติดตัวไปในปริมาณมากจนเป็นการรบกวน การใช้โปรแกรมสามารถนำข้อมูลกลับขึ้นมาดำเนินการตอบสนองบริการได้อีกด้วย โดยสรุปว่าการพัฒนาครั้งนี้เกิดผลลัพธ์การพัฒนาที่ดี มีประสิทธิภาพ ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถใช้งานได้จริงและตอบสนองการทำงานของผู้ใช้ได้ถูกต้องตามความต้องการ ควรนำแนวคิด แนวทาง และ วิธีการ ที่ได้ดำเนินการในการวิจัยครั้งนี้ไปขยายผลในการพัฒนาระบบสารสนเทศนำไปใช้ในการวางแผนงาน และการดำเนินการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย หรืองานด้านอื่นๆ ของหน่วยงานองค์กรต่างๆ ต่อไป

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ได้มีการเน้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านสุขภาพใหม่ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งมักจะตามมาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต ทำให้มีความพิการตามมา ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ไม่มีโรค เมื่ออายุมากขึ้น มีการถดถอยของการทำงานของร่างกายและสมอง เกิดภาวะพึ่งพิงในการใช้ชีวิตประจำวัน และมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีปัญหาในการดำรงชีวิต ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการในการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาว ในปี 2559 1, 2 เขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินกุ่ม มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน - ติดเตียง) จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.7 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และในปี 2560 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทางกายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ติดบ้าน - ติดเตียง) 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มดังกล่าว ไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพได้ทันเวลา เนื่องจากมีความล่าช้าด้านระบบข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนงานการดูแล ส่งผลกระทบการขอสนับสนุนงบประมาณการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวมีความล่าช้าตามไปด้วย นอกเหนือจากนั้นเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่เป็นกระดาษ มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ตามปริมาณจำนวนกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงส่งผลทำให้ไม่มีสถานที่เก็บเอกสารที่เป็นกระดาษ และไม่สามารถสืบค้นเพื่อกลับไปดูข้อมูลการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินกุ่ม ได้เล็งเห็นถึงปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มดังกล่าว ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนารูปแบบระบบสารสนเทศ เพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระบบการบริการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care : LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในปี 2559 – 2561 ขึ้นโดยพัฒนารูปแบบระบบสารสนเทศเพื่อค้นหาข้อมูลให้กับ “ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” (Long Term Care Center) เพื่อตอบโจทย์ให้บุคลากรทั้งในระดับสถานบริการสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) ในการเก็บข้อมูลรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาจัดทำแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา/วิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศในการดูแลระยะยาวสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพ
2. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานการใช้ระบบสารสนเทศในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีการศึกษา/วิจัย

เป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลองโดยกิจกรรมหลักของการพัฒนา ได้แก่

1. วิเคราะห์ปัญหาจากระบบงานเดิมเพื่อนำมาพัฒนาระบบใหม่ โดยปรับจากระบบที่ใช้เอกสารมาสู่ระบบใช้โปรแกรมสารสนเทศ
2. รวบรวมความต้องการของผู้ใช้ คือ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินกุ่มที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager เพื่อสื่อสารความต้องการให้โปรแกรมเมอร์ในการพัฒนาโปรแกรม
3. การพัฒนาโปรแกรมโดยใช้ภาษา PHP ด้วย Yii Framework เขียนเป็นโปรแกรม LTC เพื่อช่วยด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล การค้นหา การวางแผนงานดูแล ในการดูแลระยะยาวสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยออกแบบให้ใช้งานผ่าน เชื่อมโยงข้อมูลกับ Smart phone ได้ มีช่องทางการบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วน เช่น การระบุตัวตน ที่อยู่ ช่องทางติดต่อและเบอร์โทรศัพท์ โรคประจำตัว อาการของโรค การวินิจฉัย ยาที่ใช้ ภาวะแทรกซ้อน แบ่งกลุ่มตามความเร่งด่วนของการพึ่งพิง สภาพการติดบ้าน ติดเตียง ฯลฯ ทำให้นำข้อมูลไปใช้ได้อย่างรวดเร็ว สะดวก ครอบคลุมน
4. หลังเขียนโปรแกรมเสร็จ มีการนำมาทดลองใช้บริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินกุ่มพบปัญหา เช่น การบันทึกข้อมูลของ CG (Care giver) ลงมือถือมีความยากไม่สะดวกในการลงโปรแกรม เพราะมือถือมีขนาดเล็ก ระบบการใช้อินเตอร์เน็ตเน็ทของ CG (Caregiver) ช้าจึงได้ทำการแก้ไขเพื่อพัฒนาระบบให้ใช้งานได้อย่างเสถียรมากขึ้น
5. ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมและความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการคัดเลือก

ใช้กลุ่มประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินกุ่มทุกคน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วัดผลการดำเนินการด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบผลการดำเนินงานการใช้ระบบสารสนเทศในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างก่อนกับหลังการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการ

ผลการศึกษา/วิจัย จากการศึกษาพัฒนาพบว่า ผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างก่อน - หลังการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ มีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัด โดยก่อนหน้าพัฒนาระบบสารสนเทศการดำเนินงานจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความล่าช้าด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งประมวลผล โดยใช้กระดาษประกอบกับมีความยุ่งยากในการจัดทำแผนงานการให้บริการในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และล่าช้าในด้านขอสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่น

ขาดกระบวนการที่เป็นระบบ มีการใช้ทรัพยากรที่สิ้นเปลือง ขาดสถานที่เก็บเอกสาร การสืบค้นที่ยุ่งยากในตัวเอกสาร ไม่สามารถตอบสนองการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งหลังจากพัฒนาระบบสารสนเทศโปรแกรมเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้การดำเนินงานดังกล่าวพบว่ามีความสะดวก รวดเร็ว คล่องตัว สามารถเก็บรวบรวมข้อมูล ประมวลผลได้ทันที และลดความยุ่งยากด้านข้อมูลการสืบค้นประวัติการรักษาเริ่มต้น สดกระบวนการของระบบ ใช้ทรัพยากรที่ลดลง สดสถานที่จัดเก็บเอกสาร ตอบสนองการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติที่ลงพื้นที่ปฏิบัติงานโดยไม่จำเป็นต้องพกพาเอกสารที่เป็นกระดาษติดตัวไปในปริมาณมากจนเป็นภาระ รุ่งรัง การใช้โปรแกรมสามารถนำข้อมูลจากการกลุ่มดังกล่าวกลับขึ้นมาทำต่อบนสถานบริการได้อีกด้วย ซึ่งตรงกับนโยบายไทยแลนด์ 4.0 และตรงกับแผนงาน 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุขด้านกลยุทธ์การกำกับดูแลความเป็นเลิศ (Governance Excellence Strategies) 5 แผนงาน 9 โครงการซึ่งหนึ่งในนั้นก็คือ ด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ที่ต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS) และพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเน้นกันเกิดผลลัพธ์การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถใช้งานได้จริงและตอบสนองการทำงานของผู้ใช้ได้ถูกต้องตามความต้องการ ครอบคลุมแนวคิด แนวทาง และ วิธีการ ที่ได้ดำเนินการในการวิจัยครั้งนี้ ไปขยายผลในการพัฒนาระบบสารสนเทศ นำไปใช้ในการวางแผนงาน และการดำเนินการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย หรืองานด้านอื่นๆ ของหน่วยงานองค์กรต่างๆ ต่อไป เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จก้าวหน้า อย่างมั่นคง ในยุคดิจิทัลและตอบรับนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ได้อย่างยั่งยืน

DHS TAKFA MODEL

บุญชู เชียงม้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ เขตสุขภาพที่ 3

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนเป็นงานเชิงรุกที่บุคลากรด้านสาธารณสุขปฏิบัติตามแนวทางและการวางแผนตามปัญหาและบริบทของชุมชนที่ผ่านมามีปัญหาหลายปัญหาที่เกี่วข้องกับสุขภาพและบทบาทหน้าที่ของบุคลากร ต้องประสานส่งต่อ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลแก้ไข ตัวอย่างเช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาความยากจน ปัญหาด้านการศึกษา ปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อสุขภาพ มีหลายครั้งปัญหาเหล่านั้นไม่ถูกจัดการ ปัญหาสุขภาพที่มีผลจากปัญหาอื่นๆ ก็ไม่สามารถจัดการได้ ในปี 2559 เครือข่ายสุขภาพอำเภอตากฟ้าจึงนำแนวทางการทำงาน ของ ระบบ DHS (District health system) มาดำเนินการเพื่อให้ เกิดการแก้ปัญหาอย่างเบ็ดเสร็จ และสามารถสนองตอบปัญหาของประชาชนได้อย่างเหมาะสม ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิต ของประชาชน ดีขึ้น วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดรูปแบบการจัดการปัญหาที่เหมาะสม

วิธีการดำเนินงาน

1. แต่งตั้งคณะทำงานกำหนดบทบาทที่ชัดเจน
2. จัดทำแผนการดำเนินงานมีเป้าหมายที่ชัดเจน
3. มีการดำเนินงานตามแผน
4. มีการทบทวนผลการดำเนินงาน ทบทวนแผน (Plan Do Check Act)
5. มีกระบวนการเสริมพลัง สร้างความเป็นทีม
6. ติดตามประเมินผล
7. ประชาสัมพันธ์ ผลงาน เติ่น

ผลการดำเนินงาน

1. ทีมการทำงานแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ
 - ทีมบริหาร จะประกอบด้วย นายอำเภอเป็นประธาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนภาคท้องถิ่น ตัวแทนภาคเอกชน ตัวแทนภาคประชาชน ตัวแทนผู้นำทางศาสนา
 - ทีมปฏิบัติการ อันประกอบด้วย ปลัดประจำตำบล บุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น เกษตร พัฒนาชุมชน ตำรวจ ครู อาสาสมัคร จิตอาสา
 - คณะทำงาน ซึ่งแบ่งตามบทบาททักษะความถนัด เช่นทีมหมอครอบครัวอันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ โดยเสริมทีมมหาดไทย ผู้นำในชุมชน
2. มีแผนงานแบบบูรณาการ มีการกำหนดค่านิยมร่วม กำหนด วิสัยทัศน์ ร่วมกัน “ตากฟ้าร่วมใจทุกกลุ่มวัยสุขภาพดี”

3. มีกองทุนเยียวยาผู้ป่วยยากไร้และผู้ด้อยโอกาสจากเงินบริจาค

4. มีศูนย์อุปกรณ์จำเป็นที่ต้องใช้ของผู้ป่วย

5. มีระบบการทำงาน ดูแลส่งต่อ การแก้ปัญหาแบบครบวงจร รวดเร็วและสามารถสนองตอบปัญหาได้อย่างเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ที่อยู่อาศัยทรุดโทรม นอกจากการเยี่ยมดูแลเรื่องสุขภาพบ้านแล้ว ยังจัดสร้างบ้านให้ จัดหาเลข 13 หลักให้ประชาชนที่ตกสำรวจ จนสามารถมีสิทธิการรักษาได้

อภิปรายผล DHS TAKFA MODEL เป็นรูปแบบการทำงานเชิงบูรณาการในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ประชาชนผู้ด้อยโอกาสแบบไร้รอยต่อ มีทีมการทำงานที่มีเป้าหมายและค่านิยมเดียวกันคือมุ่งพัฒนาแก้ไขให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเน้นให้เกิดการพึ่งพาช่วยเหลือกันในกลุ่มชุมชน โดยทีมที่ทำงานทั้งทีมบริหารชุดปฏิบัติการและคณะทำงานจะสอดประสานกันอย่างลงตัวมีการเสริมพลัง กันและกัน โดยใช้ความศรัทธาในความเป็นค่านิยมร่วม หลักการทำงาน จะสร้างภาพผลงานความดี ชื่นชมผู้ทำความดี และแชร์ผลงานและผลสัมฤทธิ์ ให้สังคมชุมชนได้รับรู้ เพื่อการนำแบบอย่างไปปฏิบัติ และพัฒนาให้ดีขึ้น หัวหน้าทีมและสมาชิกจะสร้างบรรยากาศความเป็นทีมโดยทุกคนไม่ยึดติดที่ตำแหน่ง ตัวอย่างเช่น นายอำเภอ เป็นผู้ช่วยนิกายภาพในการบริการผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลชุมชน ช่วยปลัดและกองช่างซ่อมบ้านผู้ป่วย ทุกคนไม่ยึดติดรูปแบบและหลักการ ทุกคนใช้วิสัยทัศน์ เป็นเป้าหมาย ใช้ค่านิยมเป็นแรงบัลดาลใจ ใช้ความรู้ทักษะความสามารถเป็นแนวทางปฏิบัติ คณะทำงานได้เรียนรู้ว่าความสุขจากการทำงานนั้นหาได้ไม่ยากหากเรามีศักยภาพที่มี

ความภาคภูมิใจ จากการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี 2558 ในรูปแบบ DHS ประชาชนคนตากฟ้าเรียกทีมนี้ว่าเทวดาเดินดินทีมนี้ จะท่องเที่ยวเยี่ยมเยียนประชาชนคนไหนพิการไม่มีบัตรก็จะออกใบรับรองผู้พิการให้ ไปทำบัตรผู้พิการ บ้านไหนทุกข์ร้อนหลังคารั่วบ้านพัง ก็ส่งคนมาซ่อมมาแซมให้ โดยมีกองทุนก้อนโตที่เศรษฐกิจร่วมเฉลี่ยทุกส่วนของคนยากโดยการ เฉลี่ยทรัพย์สินเพื่อช่วยเหลือ

วันนี้ทีม DHS มีกองทุน ที่ได้จากประชาชนเต็มใจร่วมบริจาค อย่างต่อเนื่องโดยทีมมีการบริหารจัดการ

อย่าไปรังเกียจ และนำไปใช้แก้ไขปัญหาก็ได้มาก มีศูนย์อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นที่ได้จากการบริจาคเช่น เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม รถเข็น ชุดให้ออกซิเจน ไม่น้ำดื่ม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ฯลฯ มีการจัดเก็บและจัดการอย่างเป็นระบบ DHS ของตากฟ้า เป็นการปรับกระบวนการทำงานที่เกิดจาก กระบวนการ PDCA โดยเพิ่มเติมในส่วนขาดเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของตากฟ้า ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความภาคภูมิใจของคนตากฟ้าทุกคน

❖ “การมีส่วนร่วมแบบ ทีมและใจ ในการขับเคลื่อนตำบล LTC ในระบบบริการสุขภาพอำเภอ”

นุจรีย์ ภูระยา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เขตสุขภาพที่ 5

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของอำเภอสามร้อยยอด ได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยพบว่า ประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 15.32 (6,689 คน) ในปี 2558 เป็นร้อยละ 15.62 (6,885 คน) ในปี 2559 และเป็นร้อยละ 16.72 (7,071 คน) ในปี 2560 ส่วนใหญ่พบเป็นโรคเรื้อรังและเจ็บป่วยมากกว่าโรคความสามารถในกิจวัตรประจำวันลดลง ปัจจุบันมีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 93.2 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 6.24 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.56 จากสถิติ พบกลุ่มป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.48 กลุ่มป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 16.57 โรคซึมเศร้าร้อยละ 1.58 (ปัจจุบันจากยอดผู้เข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า 395 ราย เป็นผู้สูงอายุถึง 145 ราย) ตัวภาวะสุขภาพที่เสื่อมตามวัย ตลอดจนจนถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ ที่ผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระในการหาเลี้ยงครอบครัว ดูแลลูกหลานที่ถูกทิ้งไว้ ความเหนื่อยหน่ายต่อการรักษาปัญหาสุขภาพสัมพันธภาพในครอบครัวความรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจเป็น “ความเปราะบางในการดำเนินชีวิต” ในวัยสูงอายุทั้งสิ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อการขับเคลื่อนตำบล LTC ในระบบบริการสุขภาพอำเภออย่างยั่งยืนต่อเนื่อง

วิธีการดำเนินงาน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบ ทีมและใจ เพื่อความยั่งยืนและต่อเนื่อง

อำเภอสามร้อยยอด มีการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ภายใต้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ด้วยการบูรณาการผ่านกระบวนการ UCCARE โดยเน้นหลักสำคัญอยู่ 3 ประการคือ

1. ยึดประเด็นสุขภาพในพื้นที่เป็นสำคัญ

2. ให้ความสำคัญกับบริบทในชุมชน

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการขับเคลื่อนผ่านตำบลนำร่อง คือ ตำบลไร่เก่าซึ่งมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทุกปี ปัจจุบันร้อยละ 16.51และมีปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังเป็นตำบลที่มีชาวไทยพุทธและมุสลิมอาศัยอยู่ร่วมกัน ในพื้นที่การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่ง หน่วยบริการสาธารณสุข 3 แห่ง ดังนั้นการดำเนินงาน จึงต้องเกิดจากความร่วมมือร่วมใจ และ

การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้ง ครอบครัว ชุมชนและสังคมเกิดต้นแบบของ การมีส่วนร่วมแบบ ทีมและใจ ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะทำให้ การดำเนินงานเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุในพื้นที่ให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย “สร้างสุข ด้วยรอยยิ้ม เป็นผู้สูงวัย แต่ไม่ไร้ค่า ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

กระบวนการ UCCARE

1. การทำงานเป็นทีม (Unity District Health Team) มีการแต่งตั้งคำสั่งคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน โดยมีท่านนายอำเภอเป็นประธาน

2. ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Customer Focus) สร้างการรับรู้เพื่อรับทราบความต้องการและสร้างความเข้าใจของประชาชน ตลอดจนสร้างความผูกพันความเชื่อมั่นศรัทธาประชาชนให้มีบทบาทในการดูแลปัญหาสุขภาพของตนเองร่วมกันค้นหาปัญหาวางแผนการพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกันทั้งแบบเป็นทางการเช่นจัดเวทีประชาคมในชุมชนและแบบไม่เป็นทางการเช่นการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพพูดคุย

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation) โดยการดำเนินกิจกรรมแบบบูรณาการทั้งด้านงบประมาณกำลังคนสถานที่และการสนับสนุนด้านนโยบายได้มีการประชุมคณะทำงานระดับอำเภอเพื่อวิเคราะห์งานและวางแผนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชนทั้งชาวไทยพุทธและอิสลามชมรมผู้สูงอายุ วัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการปรับฐานความรู้นำเสนอข้อมูลที่เป็นและค้นข้อมูลให้ชุมชนได้รับทราบถึงปัญหาเช่นข้อมูลการเจ็บป่วยทั้งทางกายและจิตใจ ปัญหาอุปสรรคของความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งในชุมชนเล็งเห็นว่าผู้สูงอายุ ควรสร้างเข้มแข็งทางใจมากขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะพึ่งพิง โดยการรวมตัวของแกนนำที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชน เช่น กำนัน เจ้าของกิจการ ชาวไร่ ปรานะในชุมชน ร่วมทำกิจกรรม มีการถ่ายทอดความรู้ด้านต่างๆ เช่นสอนภาษาจีน สอนเทคนิคทางการเกษตร มีกิจกรรมนันทนาการจากชมรมเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยรับส่งผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรม มีกิจกรรมเยี่ยมเพื่อนเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้สูงอายุและญาติ เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจรับรู้ว่าเป็นที่รักกล้าเปิดเผยเรื่องราวและช่วยกันแก้ปัญหา จากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรับรู้ปัญหา ทำให้เกิดแนวคิดในการก่อสร้าง โรงพยาบาลผู้สูงอายุ วัดศาลเจ็ดยอด ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีการทอดผ้าธรรมทานโดยชุมชนเป็นแกนนำ

4. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) มีการส่งเสริมการทำงานทั้งในด้านความช่วยเหลือการพัฒนาและการเชิดชูผู้ปฏิบัติงาน เกิดคุณค่าทั้งผู้รับและผู้ให้บริการผู้สูงอายุได้เป็นตัวแทนในการนำเสนองาน เป็นวิทยากร ถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านต่างๆ มีกิจกรรมน้ำดื่มเกิดความภาคภูมิใจในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันแบ่งปันรายได้ให้คนในชุมชน มีสื่อสามารถให้กับผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานเรียนจบปริญญาตรีจนได้เป็นหมู่บ้านต้นแบบ รับคณะดูงานจากที่ต่างๆเป็นจำนวนมาก สร้างความภาคภูมิใจและควมมีคุณค่าให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

5. การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) มีการอบรมพัฒนาศักยภาพและทักษะด้านต่างๆ แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน CG และผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ มีการแบ่งปันทรัพยากรทั้งเงิน คน และของในระดับตำบล อำเภอ เช่น เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลไปช่วยตรวจ เป็นวิทยากรในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือในชุมชน การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6. การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care) ในการดูแลผู้สูงอายุ มีการแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่มคือติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ในการให้บริการนั้นจะทำครอบคลุมทั้ง 3 มิติ กาย จิต สังคม ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาฟื้นฟูและติดตามเยี่ยม โดยการตรวจประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำ เจ้าหน้าที่ หรือแม้แต่ผู้สูงอายุด้วยกันเองและคนในครอบครัวก็สามารถ ช่วยคัดกรอง 2Q ได้จากการสังเกตพูดคุย มีระบบส่งต่อข้อมูลการคัดกรองในพื้นที่เชื่อมต่อกับ Service Plan สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ และนำผลการประเมิน มาจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ ต่อเนื่องไปถึงโรงเรียนผู้สูงอายุ ครอบคลุมกิจกรรมที่ทำได้นำองค์ความรู้เรื่องความสุข 5 มิติและ 3 อ. มาประยุกต์โดยการส่งเสริมการออกกำลังกายตามวัย เช่นการเดิน ออกกำลังกายอย่างยืด มีกิจกรรมนันทนาการ มีคณะกลองยาวของผู้สูงอายุในชุมชน มีผู้สูงอายุต้นแบบสนับสนุนการถ่ายทอดภูมิปัญญา มีจัดกิจกรรมทางศาสนา มีผู้สูงอายุเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆในหมู่บ้านเหลือสังคมติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง หรือผู้พิการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัว และภาคีเครือข่ายมีการประเมินปัญหาด้านจิตใจของญาติผู้ดูแลด้วยเพราะญาติคือส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ นอกจากนี้ยังมีการส่งต่อข้อมูล/ประสานงานให้ผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ผลการดำเนินงาน ปี 2560 มีผลการคัดกรอง ADL ร้อยละ 100 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ และ Geriatric Syndrome ร้อยละ 85 ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้รับการติดตามเยี่ยมร้อยละ 100 ผ่านการประเมินตำบล LTC โดยศูนย์อนามัยที่ 5 ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับดีมาก มีความสุขในการดำเนินชีวิตการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุลดลงผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการมากขึ้นผู้ป่วยความดันมีการควบคุม ความดันได้ดีขึ้น

ความภาคภูมิใจ มีบุคคลต้นแบบที่จำเป็นต้องได้มีโรงเรียนผู้สูงอายุ เกิดศูนย์การเรียนรู้เป็นแหล่งศึกษาดูงาน ได้รับรางวัลตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 5 ปี 2559 ได้รับโล่เกียรติคุณเครือข่ายสุขภาพพระตบยาเถาที่มีการบูรณาการดูแลสุขภาพจิตด้วยผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอยอดเยี่ยมมาจากรมสุขภาพจิต วันที่ 23 มิถุนายน 2560 ซึ่งจากการดำเนินงานที่มีส่วนร่วมแบบ ทีมและใจ ทำให้เกิดความภูมิใจ ในการเป็นเจ้าของรางวัลร่วมกัน เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มั่นคงยั่งยืนโดยชุมชนมีส่วนร่วม

➕ การพัฒนาระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)ระบบสุขภาพอำเภอ บริบท ตำบลหนองกุง อำเภอกำแพง จังหวัดมหาสารคาม

บุญเรียง บัวละคุณและคณะ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไร่ อำเภอกำแพง จังหวัดมหาสารคาม เขตสุขภาพที่ 7

ที่มาและความสำคัญของปัญหา เครือข่ายสุขภาพอำเภอกำแพง ได้บริหารจัดการปัญหาสุขภาพด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ได้ดำเนินการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงกลุ่มอายุคือ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ประกอบด้วยการประเมินพัฒนาการ 5 ด้าน ได้แก่

1. การประเมินด้านการเคลื่อนไหว
2. การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและการใช้สติปัญญา
3. การเข้าใจภาษา
4. การใช้ภาษา และ
5. การช่วยเหลือตนเองและสังคม

ซึ่งพบว่าอุปสรรคในการประเมินพัฒนาการมีไม่เพียงพอเนื่องจากขาดงบประมาณ ส่วนเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพในการใช้เครื่องมือประเมินส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทำให้เกิดปัญหาที่จะเข้าไปแก้ไขได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะช่วยสนับสนุนกิจกรรมและพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของตำบลหนองกุงอำเภอกำแพง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ได้แก่ 1. กลุ่มเด็กปฐมวัย จำนวน 182 คน ที่มีอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือน 2. กลุ่มพ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กจำนวน 150 คน 3. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจิตอาสา จำนวน 45 คน 4. กลุ่มผู้นำชุมชน ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 40 คน ในเขตพื้นที่ตำบลหนองกุง อำเภอกำแพง จังหวัดมหาสารคาม โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ของชุมชนและวางแผนแนวทางการกลุ่มเป้าหมาย คือ เด็กปฐมวัย 182 คนผู้ปกครองเด็กจำนวน 150 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 40 คน

ระยะที่ 2 ปฏิบัติตามแผน กลุ่มเป้าหมาย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 45 คน ผู้ปกครองเด็กจำนวน 150 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผล กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ปกครองเด็กจำนวน 150 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 40 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 45 คน

ระยะที่ 4 ถอดบทเรียนและสะท้อนผลโดย กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ปกครองเด็กจำนวน 150 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 40 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 45 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยปี 2558 มีเด็กทั้งหมด 182 คน มีเด็กพัฒนาการไม่สมวัยคิดเป็นร้อยละ 6.63 คณะกรรมการระดับตำบลได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงาน โดยให้จัดการอบรมพัฒนาศักยภาพ จิตอาสา พ่อแม่ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการเด็กและควรจัดให้มีการกระตุ้นพัฒนาการเด็กชุมชนทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้ง และมีการทำบันทึกข้อตกลง (MOU)

ระยะที่ 2 อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครูที่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จิตอาสาส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ให้เป็นครู ข และอบรมผู้ปกครองเด็ก ซึ่งผู้ผ่านการอบรมสามารถประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เกิดนวัตกรรมต่างๆ เช่น วงหัดเดิน คอกฝึกเดิน

ระยะที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ปกครองมีความรู้ในการประเมินพัฒนาการของเด็กเกิดชมรมรักเด็กทุกหมู่บ้าน จำนวน 15 ชมรม และมีกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในหมู่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง เกิดระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่

ระยะที่ 4 ได้เรียนรู้การดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายทั้งระดับอำเภอ ตำบล ชุมชน การจัดการทรัพยากรร่วมกันระหว่างภาครัฐ ท้องถิ่น ชุมชน เกิดการแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้ความต้องการและปัญหาของชุมชนในการดำเนินงาน อีกทั้งมีการจัดการทรัพยากรร่วมกันระหว่างภาครัฐท้องถิ่นชุมชนด้วยระบบ UCCARE ตามบริบทของพื้นที่

อภิปรายผล การพัฒนาระบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของการจัดระบบสุขภาพอำเภอ จะต้องเน้นการมีส่วนร่วมและการมีภาคีเครือข่ายเข้ามาช่วยในการจัดการ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งพ่อแม่ผู้ปกครองเด็ก เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเกิดขึ้น อีกทั้งจะต้องมีการติดตามในชุมชน เพื่อให้เกิดการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งได้เกิดชมรมรักเด็ก ทุกหมู่บ้าน จำนวน 15 ชมรม และมีกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในหมู่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง เกิดระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในชุมชนมีภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นเรื่องสำคัญเพราะเป็นช่วงที่มีสำคัญต่อพัฒนาการเด็กภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนอย่างจริงจังและต่อเนื่องอีกทั้งพ่อแม่ผู้ปกครองก็ต้องมีความรู้และต้องใส่ใจให้ถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างสม่ำเสมอ เพราะเด็กจะถูกประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 ครั้งเท่านั้น คือ ช่วงอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือน

รูปแบบการพัฒนาทีมพี่เลี้ยงทีมหมอครอบครัว จังหวัดกาฬสินธุ์

ปณิฏ วงศ์สละ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
วรชาติ จำเริญพัฒน์ , โชคชัย มงคลสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เขตสุขภาพที่ 7

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาทีมพี่เลี้ยงทีมหมอครอบครัวด้วยกระบวนการเสริมพลัง (Appreciate Inquiry : AI) ให้เกิดและใช้พลังขับเคลื่อนออกมาจากภายใน (Inner Power) รวมทั้งมีความรู้ ความเข้าใจในแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Care) ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว จนสามารถให้คำแนะนำ เป็นพี่เลี้ยงให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพและภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้อย่างมั่นใจมีประสิทธิภาพและร่วมมือกันจัดระบบบริการหมอครอบครัวให้การดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีคุณภาพ ยั่งยืน และมีความสุข

คำสำคัญ พี่เลี้ยง (Coach), ทีมหมอครอบครัว(Family Care Team : FCT)

เป้าหมาย เพิ่มศักยภาพของทีมพี่เลี้ยงทีมหมอครอบครัวจังหวัดกาฬสินธุ์ 18 ทีม ให้สามารถดูแลสุขภาพรายบุคคลในครอบครัวและเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภายในปี 2560

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ การประสานการทำงานในทีมหมอครอบครัว ขาดขวัญกำลังใจ และการบูรณาการในเครือข่ายการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และสุขภาพระดับอำเภอ

กิจกรรมพัฒนา การพัฒนารูปแบบที่พี่เลี้ยงทีมหมอครอบครัว เป็นกระบวนการเสริมสร้างการเรียนรู้ สำหรับทีมพี่เลี้ยงทีมหมอครอบครัวในระดับอำเภอ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้คำแนะนำ เครือข่ายบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ให้แก่บริการประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกเชื้อชนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทั้งที่เป็นบริการแบบเฉียบพลัน เรื้อรัง บริการด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิต และสังคม รวมถึงการดูแลผู้มีภาวะโรคเรื้อรังหลายโรค การดูแล ด้านแม่และเด็ก และการดูแลผู้สูงอายุ ดูแลทุกเรื่อง ทั้งก่อนป่วย ป่วยเล็กน้อย ปัญหาที่ซับซ้อน จนถึงระยะสุดท้าย ความต่อเนื่อง ต่อเนื่องตามสายความเจ็บป่วย ตลอดช่วงวัย ต่อเนื่อง ทั้งใน และนอกหน่วยบริการสุขภาพ ความเป็นองค์กรร่วม เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน เสริมการพึ่งตนเองของประชาชน ในด้านการแพทย์ จิตวิทยา สังคม เศรษฐกิจ การประสานเชื่อมโยงกับชุมชน องค์กร ภาคี เครือข่าย ประสานการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ และระบบส่งต่อ แต่งตั้งทีมงานทบทวนแนวคิด /วางแผนวิธีการ

การพัฒนาระยะที่ 1 ขั้นตอนการเตรียมทีมพี่เลี้ยง “เตรียมทีมค้นหาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง ร่วมสร้างฝัน กลวิธีเสริมพลัง” (Discovery) คัดเลือกทีมหมอครอบครัวต้นแบบจำนวน 18 ทีมประกอบด้วยแพทย์ เกษตรกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกสภาเทศบาล จิตอาสา ใช้ระยะเวลา 2 วัน มีรูปแบบเรียนรู้โดย บรรยายทิศทางนโยบาย แบ่งกลุ่มเป็นสภานีรลไผ่ย่อย ระดมความคิด ความคาดหวัง และเป้าหมายที่พึงประสงค์ ของแต่ละทีมหมอครอบครัว และแลกเปลี่ยน โดยเวียนฐานสภานีรลไผ่ย่อย

ในระยะที่ 2 ขั้นตอนการวาดฝันทีมบริการร่วมกัน แลกเปลี่ยนดูแล (Dream) ใช้ระยะเวลา 2 วัน มีรูปแบบเรียนรู้โดย การแสดงความเห็น สะท้อนแนวคิด การจัดการออกแบวิธีการช่วยเหลือร่วมกัน ภายใต้เป้าหมายของทีมเดียวกัน และเป้าหมายของผู้ป่วย โดยใช้กรณีตัวอย่าง การดูแลผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ในระยะที่ 3 ขั้นตอนการเรียนรู้การออกแบบรายกรณี เรื่อง รังแรงดัน ซับซ้อนมากขึ้น (Design) ใช้ระยะเวลา 2 วัน มีรูปแบบเรียนรู้ โดยใช้กรณีตัวอย่าง การดูแลผู้ป่วยโรคไตด้วยการดูแลแบบการดูแลเชิงประจักษ์ เรียนรู้สถานการณ์ เสนอแนวทางแก้ไข และแลกเปลี่ยนที่เพื่อนเทศเสริมพลังต่อเนื่อง โดยบูรณาการด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การส่งต่อ การเยี่ยมบ้านและสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 4 ขั้นตอนการประเมินผล “วิสัยทัศน์เป้าหมาย ขยายผลจริงจัง” (Destiny) ใช้ระยะเวลา 2 วัน รูปแบบเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ให้เรียนรู้การจัดการระบบการดูแล เรียนรู้ตัวอย่าง รายกรณีที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีผลกระทบกว้างขวางมากขึ้น

และระยะที่ 5 ขั้นตอนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงาน “เปิดใจรับ - ติ - ชม ใส่ใจความสัมพันธ์”(Dialogue) จำนวน 2 วัน รูปแบบเรียนรู้โดยสรุปถอดบทเรียนประเด็นทุนการพัฒนาความภาคภูมิใจของพื้นที่

การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง

สังเกตหลังการอบรมผู้เข้าร่วมอบรมมีความสนใจและนำตัวอย่างการเยี่ยมบ้าน เข้าร่วมแลกเปลี่ยนในครั้งต่อไปและนิเทศติดตามในพื้นที่ระดับอำเภอ จำนวน 2 ครั้ง ในภาคเช้าฟังบรรยายสรุป แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ณ โรงพยาบาล โดยมีผู้นำระดับอำเภอ และภาคีเครือข่าย นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสาร่วมแสดงความคิดเห็น และสัมภาษณ์ผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเยี่ยมบ้าน รอบชุมชนโรงพยาบาล ภาคบ่ายแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล แลกเปลี่ยนสุขภาพระดับตำบลชุมชน โดยแบ่งกลุ่มพูดคุย ผู้นำผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ อาสาสมัคร ผู้ป่วยในชุมชนภาค สะท้อนคืนข้อมูล ที่พบเห็นและนำเสริมพลัง กำลังใจกันและกัน และจัดเวทีแลกเปลี่ยน วิธีการ ระดับอำเภอ จังหวัด พบประเด็นการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ทีมนำการจัดอบรมหรือกระบวนการ โดยมีแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เกษีกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข จิตอาสา มีความมุ่งมั่นตั้งใจ ออกแบบวิธีการกระตุ้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง และนำทีมเข้ารับการอบรมทุกระยะ
2. มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในภาวะพึ่งพิงสำคัญที่ต้องจัดบริการให้เหมาะสมตามบริบท เช่น ฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่คัดกรองตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะประคับประคอง
3. ภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จิตอาสาให้ความร่วมมือในการพัฒนา มีความตระหนักว่าเป็นเจ้าของและหน้าที่ตนเอง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำนวน 35 ตำบล ศูนย์โฮมสุขดูแลผู้พิการจำนวน 40 ศูนย์ตำบล
4. ทีมสหวิชาชีพมีการพัฒนาสมรรถนะสำคัญ เช่น การจัดการโรค การประสานเชื่อมโยงการส่งต่อ การแลกเปลี่ยนนวัตกรรมและการชื่นชมบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี เพื่อขยายผลอย่างต่อเนื่อง

บทเรียนที่ได้รับ รูปแบบการพัฒนาทีมพี่เลี้ยงทีมหมอครอบครัวจังหวัดกาฬสินธุ์ เกิดจากทีมกระบวนการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จังหวัดกาฬสินธุ์ สหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จิตอาสา ทำให้ทีมพี่เลี้ยงทีมหมอครอบครัวมีความเข้าใจ มีกำลังใจ ในการนำแนวทางไปพัฒนาต่อยอดในพื้นที่ตนเอง อย่างต่อเนื่องเด่นชัด

➕ “การเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ปลอดภัย ฉบับ ใจ โดยกระบวนการ SANG โมเดล”

ขวัญชีวา อุตสาหกรรม แพทย์พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง จังหวัดสกลนคร เขตสุขภาพที่ 8

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาการรักษาผู้ป่วย Stroke ชนิดขาดเลือดมาเลี้ยงหรือเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด ได้ให้ความสำคัญ 3 ประเด็นหลัก คือ สร้างความตระหนักต่อโรค ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ และควบคุมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง มีผู้ป่วย Stroke ร้อยละ 3.2 ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเสียชีวิต 1 ราย ทำให้ประชาชนเริ่มตระหนักถึงความรุนแรงกลายเป็นปัญหาอันดับหนึ่งในพื้นที่ให้มีความสำคัญ ผลการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิด Stroke พบว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง 112 คนร้อยละ 8.74 จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มเสี่ยงสูงร้อยละ 75 ยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการแสดง และวิธีการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ผู้รับผิดชอบงานจึงได้พัฒนาระบบการ SANG โมเดลโดยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อร่วมกันเฝ้าระวังและจัดการส่งต่อผู้ป่วยทันทีที่จะช่วยลดความรุนแรงและลดโอกาสที่จะเกิดความพิการถาวรได้

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการ SANG โมเดลในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสงอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

วิธีการดำเนินงาน วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมพื้นที่ศึกษาคือเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง ประชากรคือผู้ป่วย 35 ปีขึ้นไป ความเสี่ยง Stroke อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสูง 112 คนการเสี่ยงกลุ่มตัวอย่าง 1) สัมภาษณ์ด้วยภาษาไทยได้ 2) สัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออกคือไม่มีเวลา มีอาการป่วยกะทันหันและประสงค์จะออกจากการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกนได้ กลุ่มตัวอย่าง 87 คน

เครื่องมือการศึกษา 1) แบบสอบถามความรู้เรื่อง Stroke 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก warning sign stroke

กระบวนการ SANG โมเดลมีดังนี้

- 1) S=SONG & STIKER นวัตกรรมสติ๊กเกอร์ห่อกรอบครัวและเพลงสัญญาณโรคภัย
- 2) A = AWARENESS สร้างการตระหนักรู้โดยคืนข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชน 3) N = NETWORK สร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรค
- 4) G = GOOD PRACTICES สรุปแนวทางปฏิบัติที่ดีสำหรับชุมชน เก็บข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ 2559 - มีนาคม 2560 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังด้วยสถิติ Paired t - test

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.17 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.38 (SD = 9.46) อายุอยู่ระหว่าง 40 – 59 ปี ร้อยละ 52.8 จบมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุดร้อยละ 35.96 อาชีพเกษตรกรและมีรายได้ต่อครัวเรือน 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 55.06 สถานภาพสมรสร้อยละ 64.0 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังกระบวนการ พบว่า ก่อนการดำเนินการสร้างการตระหนักรู้ด้วยกระบวนการ SANG โมเดล กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ที่ 6.60 (SD = 1.29) ส่วนหลังการดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 8.76 (SD = 1.37) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ผลลัพธ์จากกระบวนการสร้างความตระหนัก SANG โมเดล ทำให้ผู้ป่วยที่มีการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้รับการส่งต่อและเข้าถึงการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรวมถึงความพิการหลังการรักษา

อภิปรายผล การพัฒนาและศึกษารูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองด้วยกระบวนการ SANG โมเดลดำเนินการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ด้วยการอบรมให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์อาการเตือนของโรคด้วยเพลงและสติ๊กเกอร์ห่อกรอบครัว สร้างเครือข่ายในการกระจายความรู้และเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ด้วยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ มงคลศิริ และคณะ (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม 5) การจัดตั้งเวรล้อมให้เฝ้าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาต่อในช่วง 6 เดือนหลังการศึกษา ยังไม่พบการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่าง อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคด้วยเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ ชนพร วรรณกุล และคณะ (2556) ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock (อ้างถึงใน ประกาย จิโรจน์กุล; 2554) ที่กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จะมีผลทำให้เกิดความตระหนักหรือรับรู้ว่ามีปัญหาทางสุขภาพของตนในขณะนี้ เป็นเรื่องที่สำคัญ จึงต้องแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะคุกคามเหล่านั้นและจากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะไม่มีผู้ใดมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองแต่กลุ่มตัวอย่างสามารถสังเกตอาการและนำเสนอผู้ที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างทันทั่วทั้งที่ตั้งนัยรูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการ SANG โมเดลสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ไม่หลงเหลือความพิการอันจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้

ความภาคภูมิใจ กระบวนการ SANG ทำให้ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น และเกิดเครือข่ายเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางปฏิบัติในการช่วยลดความพิการและลดอุบัติเหตุการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ได้รับรางวัล R2R ระดับดีเด่น ประเภทปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 8 “R2R Show & Share” ประจำปี 2560 และ R2R Thailand รางวัลผลงาน R2R ดีเด่น ระดับปฐมภูมิ ประจำปี 2560

การพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน Primary Care Cluster (Surin PCC Link)

ชูพงศ์ มหรรหัตถ์พงศ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

วิระศักดิ์ แก้วกาญจน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ เขตสุขภาพที่ 9

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

หนึ่งในพันธกิจของแผนยุทธศาสตร์ ด้านการพัฒนาเครือข่ายปฐมภูมิ รองรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 - 2569 คือ การพัฒนาระบบบริหารจัดการและจัดตั้งเครือข่ายปฐมภูมิเพื่อดำเนินงานให้ได้ผลลัพธ์สอดคล้องตามวิสัยทัศน์ ที่จะให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ภายใน ปี 2568

การดำเนินงาน เครือข่ายปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ได้เน้นเป้าหมายให้ “ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่เป็นสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยมีองค์ประกอบที่เป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) สุขภาพดี Prevention & Promotion Excellence 2) บริการดี Service Excellence 3) คนดี People Excellence 4) บริหารดี Governance Excellence และปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดความสำเร็จคือความพร้อมด้าน Staff, System และ Structure

จากบทสรุปการดำเนินงานที่ผ่านมา พบประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องปรับปรุงคือ ผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจในแนวคิด (Concepts) ของ PCC แรงจูงใจในการเน้นปริมาณมากกว่าคุณภาพ ขาดการวางแผนร่วมกันในทีมผู้เกี่ยวข้อง ขาดการสื่อสารกับประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ยังยึดติดในรูปแบบการดำเนินงานแบบเดิม เช่น Extended OPD และปัญหาความยากในการจัดทำ Virtual Account ผู้จัดทำเห็นว่ากรมมีการจัดการข้อมูลที่ดี จะมีส่วนช่วยสนับสนุนการพัฒนาและแก้ปัญหาเหล่านี้ได้ จึงได้จัดทำ ระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน Primary Care Cluster (Surin PCC Link) ขึ้น

วัตถุประสงค์ พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูล เพื่อตอบสนองการดำเนินงาน ด้านระบบบริการ (System)

วิธีการดำเนินงาน

- วิเคราะห์กระบวนการ และปัญหาการจัดการข้อมูลใน PCC ที่รับผิดชอบ
- ออกแบบระบบและจัดทำโปรแกรม
- ทดลองใช้ ประเมินผล และปรับปรุง

ผลการดำเนินงาน

1. วิเคราะห์กระบวนการ และปัญหาการจัดการข้อมูลใน PCC ที่รับผิดชอบ

- 1.1 พบไม่มีฐานข้อมูลหมอครอบครัวที่ชัดเจน ไม่มีการเชื่อมต่อกับผู้ป่วยที่รับผิดชอบในพื้นที่ จึงทำให้ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
- 1.2 การจำแนกประเภทประชากรไม่ชัดเจน (Type1-5) ทำให้การลงจัดการงานในพื้นที่มีข้อจำกัด ส่งผลให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน
- 1.3 การจำแนกกลุ่มประชากรในการลงดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ (กลุ่มปกติ, กลุ่มเสี่ยง, กลุ่มป่วย) ทำให้ไม่ชัดเจน

2. ออกแบบระบบและจัดทำโปรแกรม

เขียนโปรแกรม pcc link ซึ่งเป็นโปรแกรมภาษา PHP และการจัดการฐานข้อมูลโดยใช้โปรแกรม MySQL ทำงานโดยระบบ Web. Application ทำงานได้บน Cloud และเขียนโปรแกรมชุดคำสั่งเพิ่มเติมเพื่อเชื่อมโยงกับโปรแกรมพื้นฐานของ PCC คือ Hos - XP สามารถเข้าถึงระบบด้วยเครื่องมือหลากหลาย เช่น คอมพิวเตอร์PC, iPad, Tablet, Smart Phone ผ่านอินเทอร์เน็ตแบบ Real Time

คุณลักษณะโปรแกรม Surin PCC Link

- เป็นเครื่องมือการทำงานของทีมหมอครอบครัวในPCC
- เชื่อมโยงข้อมูล LAB และการรักษา
- ช่วยในการจัดการข้อมูล Grouping ประชากรตามกลุ่ม W-E-C-A-N-D-O
- เป็นเครื่องมือในการติดตามคัดกรองสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายแบบออนไลน์
- ช่วยติดตามสถานการณ์ได้รับบริการคัดกรองตามชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชน
- เชื่อมโยงข้อมูลการดูแลจาก PCC สู่ COC
- เป็นแหล่งข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อการบริหารจัดการ PCC
- ค้นข้อมูลสู่ผู้รับบริการ ด้วยระบบการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะบุคคล ออนไลน์

3. ทดลองใช้ ประเมินผล และปรับปรุง

เริ่มทดลองใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชน 3 แห่ง (ศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์, ศูนย์สุขภาพชุมชนกรุงศรีนอก, ศูนย์สุขภาพชุมชนสุริยกันต์) โดยเริ่มดำเนินการเดือนพฤศจิกายน 2560 และเริ่มปรับข้อมูลพื้นฐานในระบบ Hos-XP ให้เป็นปัจจุบันเพื่อการเชื่อมต่อเป็นไปอย่างปัจจุบัน

การอภิปรายผล จากผลการทดลองใช้งาน ในศูนย์สุขภาพชุมชน 3 แห่งที่รับผิดชอบ ส่งผลให้ มีระบบข้อมูลที่ใช้ประกอบการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงได้ (ไม่ได้ใช้เพื่อบริการเท่านั้น) ทีมหมอยกครอบครัวแต่ละระดับมีข้อมูลชุดเดียวกันประกอบการปฏิบัติงาน ทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการวางแผนและร่วมดูแลสุขภาพร่วมกัน ชาวบ้านผู้เกี่ยวข้อง รับทราบปัญหาของตนเอง

ความภาคภูมิใจ

1. ประชาชน พึงพอใจ ในระบบบริการเนื่องจากสามารถเข้าถึงหมอยกครอบครัว
2. ทีมหมอยกครอบครัวมีฐานข้อมูลประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างครอบคลุม ครบถ้วน

❶ การพัฒนาระบบงาน IC สู่ เครือข่าย

ปิยะภรณ์ เพ็งมะดัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

เครือข่ายเมืองจันทร์ ได้พัฒนางานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย อำเภอเมืองจันทร์ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง) ซึ่งจะต้องนิเทศติดตามระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องเสริมสร้างศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เข้มแข็งในด้าน IC สืบเนื่องจากการนิเทศงาน IC ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ยังขาดศักยภาพในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน ความชัดเจน และความเหมาะสมของระบบบริหารจัดการ IC ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ครอบคลุมระบบบริหารจัดการที่มีปัญหา ได้แก่ กระบวนการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ ระบบการให้ความรู้ทักษะด้านงาน IC ของบุคลากร และระบบการจัดการข้อมูลยังไม่เป็นรูปแบบ ต่างคนต่างทำ มีระบบการเบิกจ่ายเขตต่างๆ จากโรงพยาบาลแต่ยังหลากหลายต่อการปฏิบัติ ซึ่งระบบงานเหล่านี้ต้องการโอกาสพัฒนา

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนางานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่าย เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ชุมชน ให้เป็นไปตามมาตรฐาน

วิธีดำเนินการปรับเปลี่ยน ได้ถอดบทเรียนจากแนวทางในการพัฒนางาน IC 4 ในทุกๆ ปีที่ผ่านมา แห่งประเมินตนเอง หาจุดแข็งจุดอ่อน และส่วนขาด ทั้งบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 3 แห่ง เพื่อนำมาพัฒนาเพื่อจัดวางระบบดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ (โดยใช้CBL) กำหนดหลักสูตร การท้อเซตต่างๆ การเบิกจ่ายเครื่องมือ การนำขยะมาทำลายที่โรงพยาบาลที่ระบบทำ ONESET ONEBLOCK ในผู้ป่วยเบาหวานฉีดยาของเครือข่าย นำมาตรฐานสู่การปฏิบัติการ มีการประเมินสมรรถนะฐานIC ปีละ 1 ถึง 2 ครั้ง ติดตามผลการปฏิบัติงานจากการนิเทศของคณะกรรมการเครือข่ายการนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน มีการทำงาน IC เป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติงานด้าน IC ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 82% มีระบบการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อที่ได้มาตรฐานมีการใช้ Indicator 76% มีการคัดแยกขยะและการจัดการมูลฝอยทุกประเภทได้ถูกต้อง 75% ผ่านการประเมินสมรรถนะตามมาตรฐาน IC 81% ผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตาม90% ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานฉีดยาปฏิบัติตามแนวทาง 75% ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยและบุคลากรผู้รับบริการและบุคลากรมีความพึงพอใจ 90%

โอกาสพัฒนา การพัฒนาระบบงาน IC สู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นการบริหารจัดการเครือข่ายให้มีศักยภาพมากขึ้น เพิ่มเวทีให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกภาคส่วนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เทศบาล และเสริมพลังอำนาจภาคีเครือข่ายสุขภาพให้เชื่อมโยงภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่นำไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามอย่างยั่งยืน

❷ รพ.สต.ดาวฤกษ์ (สาขารวมภูมิและสุขภาพอำเภอ)

สุวดี แสงขำ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เขตสุขภาพที่ 11

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุข มอบนโยบาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม (รพ.สต.ติดตาม) ตั้งเป้าให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เกือบ 1,000 แห่ง ทั่วประเทศผ่านเกณฑ์พัฒนาสุขภาพ 5 ดาว 5 ดี คือ บริหารดี ประสานงานดี ภาควิชามีส่วนร่วม

บุคลากรดี บริการดี ประชาชนสุขภาพดี ภายใน 5 ปี โดยพัฒนา สถานีนอมนัยที่มี 5,750 แห่งทั่วประเทศ เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยยกระดับการให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน ได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างครอบคลุม และที่สำคัญที่สุดคือ มีคุณภาพมาตรฐาน โดยในปี 2560 จะเริ่มดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เน้นพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ ตั้งเป้าให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวทุกแห่ง ภายใน 5 ปี ซึ่งหน่วยปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เนื่องจากการส่งเสริมมากกว่าการรักษา และเป็นกลไกที่ส่งผลให้เกิดสังคมสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

เขตสุขภาพที่ 11 ได้ขานรับนโยบายดังกล่าวโดยมีการ อบรม ครู ก. จำนวน 15 คน และให้ ครู ก. แต่ละจังหวัดได้อบรมครู ข. ของตัวเองเพื่อดำเนินการพัฒนาและประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาวในพื้นที่

จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้มีการดำเนินโดยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมินตนเองและมีการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอเพื่อจะประเมิน (Cross check) ระหว่างอำเภออีกครั้ง พบว่า ทั้งหมด 168 หน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาวจำนวน 52 หน่วยบริการ ซึ่งครอบคลุมทุกพื้นที่

หลังได้ผลการประเมินแสดงคณะกรรมการทั้งหมดได้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยแยกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่

1. ผลที่ได้จากการประเมิน
2. แนวทาง/โอกาสพัฒนาต่อ

ซึ่งแนวทางการพัฒนาต่อ ได้นำมาคุยกันในประเด็นเรื่องของการ ยกกระดับพัฒนากระบวนการ DHS เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองได้

วัตถุประสงค์

1. ยกระดับการพัฒนาให้เหนือกว่าเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในทุกมิติ
2. สร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ (Knowledge management) บริการงานแบบบูรณาการนำด้วยกลไกการเยี่ยมเสริมพลัง (Appreciate) ค้นหาและชื่นชมสิ่งดีด้วยความจริงใจ
3. เป็นองค์กรที่มีชีวิตแห่งการเรียนรู้ (Life - learning Organization)
4. ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้

วิธีการ

ระยะเตรียมการ

1. ศึกษาเกณฑ์และแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
2. ประชุมคณะกรรมการทั้งระดับอำเภอและจังหวัด โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้าร่วมประชุม
3. ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดสุราษฎร์ธานีประกาศเป็นนโยบายของจังหวัด
4. ประชุมชี้แจงเกณฑ์
5. อบรมครูพี่เลี้ยงระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

ระยะดำเนินการ

1. ให้หน่วยบริการประเมินตัวเองส่งผลการประเมินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. ประชุมวางแผนการประเมินโดยองค์กรภายนอก ครู ข. เป็น External Surveyor โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกัลยาณมิตร
3. รวบรวมผลการประเมินนำเสนอคณะกรรมการบริหารระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาเป็น รพ.สต. ดาวฤกษ์
4. คณะกรรมการประเมินถอดบทเรียน ผลการประเมินจากคณะกรรมการชุด โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ
 1. ผลที่ได้จากการประเมิน
 2. แนวทางการพัฒนาต่อ
5. ประชุม ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่จะพัฒนาเป็น รพ.สต. ดาวฤกษ์
6. พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังกล่าวโดยให้บอร์ดคณะกรรมการระดับอำเภอ (ทัพหลวง)
7. ประกาศเป็น รพ.สต. ดาวฤกษ์ระดับจังหวัดโดยมีเกณฑ์
 1. ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่
 2. ภาสเครือข่ายร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบเพื่อให้เกิดความยั่งยืน
 3. ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
 4. มีการพัฒนาต่อเนื่อง สู่ COI และ Innovation

⊕ “ระบาดวิทยาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเดงกีในพื้นที่กรุงเทพมหานครปี พ.ศ 2558-2559”

วนิดา วงศ์เล็ก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เขตสุขภาพที่ 13

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาโรคติดต่อทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยรวมทั้งกรุงเทพมหานคร ที่เป็นเมืองหลวงและมีการเคลื่อนย้ายประชากรที่สูง จากข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีในปี 2558 พบจำนวนผู้ป่วย 26,271 ราย¹ ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสเดงกีในผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านไวรัสและปัจจัยด้านภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ดังนั้น การทราบชนิดแยกย่อยของเชื้อไวรัสเดงกี และระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยจึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในทางระบาดวิทยา ซึ่งจะนำมาสู่การเสนอแนะแนวทางการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบาดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเดงกีในพื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งจะนำข้อมูลทางระบาดวิทยาไปใช้ในการวางแผนป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก

วิธีการวิจัย การศึกษาเชิงสำรวจไปข้างหน้าในผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกที่ได้รับการวินิจฉัยในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลกลาง ซึ่งผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจวินิจฉัยจากทีมผู้วิจัย โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการอ้างอิงจาก WHO 19972 และผู้ป่วยทุกรายได้ถูกเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อการวิเคราะห์หาชนิดแยกย่อยของเชื้อไวรัสเดงกีด้วยวิธี Polymerase chain reaction (PCR)

ผลการวิจัย จากผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกจำนวน 692 ราย พบว่ามีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคไข้เลือดออกโดยให้ผลเป็นบวก จำนวน 472 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.21 ซึ่งแบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 254 รายและเพศหญิงจำนวน 218 ราย นอกจากนี้สามารถแจกแจงจำนวนผู้ป่วยในแต่ละช่วงอายุ ได้ดังนี้ ช่วงอายุ 0-1 ปี พบจำนวน 5 ราย (1.06%) ช่วงอายุ 2-5 ปี พบจำนวน 19 ราย (4.03%) ช่วงอายุ 6-8 ปี พบจำนวน 60 ราย (12.71%) ช่วงอายุ 9-15 ปี พบผู้ป่วยมากที่สุดจำนวน 214 ราย (45.34%) ช่วงอายุ 16-30 ปี พบจำนวน 103 ราย (21.82%) ช่วงอายุ 31-60 ปี พบจำนวน 60 ราย (12.71%) และช่วงอายุมากกว่า 60 ปี พบจำนวน 6 ราย (1.27%)

การตรวจวิเคราะห์ชนิดแยกย่อยของเชื้อไวรัสเดงกีในผู้ป่วยทั้งหมด โดยเรียงตามลำดับดังนี้ DEN4 ร้อยละ 45 DEN3 ร้อยละ 29 DEN2 ร้อยละ 17 DEN1 ร้อยละ 8 และ combined serotypes ร้อยละ 1

อภิปรายผล จากการศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบาดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเดงกีในพื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งจะนำข้อมูลทางระบาดวิทยาไปใช้ในการวางแผนป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกผลการศึกษา แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออกในกรุงเทพฯ ในช่วงระหว่างปี 2558-2559 โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงชนิดของ serotype จากการศึกษาพบการติดเชื้อไวรัสเดงกี ทั้ง 4 เชื้อไวรัส DEN4 เป็นชนิดที่มีการระบาดมากที่สุด และพบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ โดยพบมากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานโดยมีแนวโน้มที่พบอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นและไม่ว่าผู้ป่วยจะติดเชื้อไวรัสเดงกีสายพันธุ์ใดก็ตามสามารถก่อให้เกิดโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีได้ในทุกรูปแบบของความรุนแรงโรคซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในแง่ของทางระบาดวิทยา ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นหลักฐานทางวิชาการในการสนับสนุน เพื่อวางแผนป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคตต่อไป

ความภาคภูมิใจ ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์หญิงอุษา ทิสยากร ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ เสนอแนะ รวมทั้งได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานชันสูตร ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลกลาง สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร ฝ่ายสหรัฐฯ และผู้เกี่ยวข้องในสำนักอนามัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คำสำคัญ ระบาดวิทยา, ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเดงกี, ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

คณะผู้วิจัย วรวัฒน์ ถั่วลักษณะ¹, พีรพงษ์ สายเชื้อ¹, วรณัด วัฒนา¹, อภิขมา พึ่งจิตต์ประไพ¹, สงวนศักดิ์ บุรณกิจสิน², บุญชู สุนทรโอภาส¹, สุพรรณิ อุเทศ¹, อรรถพร เลขะกุล¹, บัณฑิตกุล¹, เอกสิทธิ์ วาณิชเจริญกุล¹, สุภาพร กรลักษณ์¹, ชุตติกาญจน์เลาหสุ¹, โยธิน ปริญาโพธิ์แดง¹, วันทนีย์ วัฒนนะ¹, เมธิพนธ์ ชาดะเมธิกุล¹, วนิดา วงศ์เล็ก¹, อุษา ทิสยากร²

¹ กรุงเทพมหานคร, ² คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



➔ รูปแบบการสร้างความร่วมมือด้านการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” ในพื้นที่รอยต่อเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ปี 2560

ศรินทร์ สนธิศิริภักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จังหวัดกรุงเทพมหานคร เขตสุขภาพที่ 13

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าของคนในกรุงเทพมหานครตั้งแต่ปี 2534 จนถึงปี 2559 สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ได้รับรายงาน ผู้เสียชีวิต จำนวน 71 ราย โดยพบผู้เสียชีวิตใน 33 เขต จากทั้งหมด 50 เขต คิดเป็นร้อยละ 66.00 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเนื่องจากในพื้นที่กรุงเทพมหานครยังพบว่า มีการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเขตลาดกระบังซึ่ง กรุงเทพมหานคร มียุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงาน 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ การเฝ้าระวังแจ้งเตือนโรคพิษสุนัขบ้าในคนและสัตว์ การป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคนและสัตว์ การบูรณาการสอบสวนโรคพิษสุนัขบ้าในคนและในสัตว์ การบริหารจัดการเชิงบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ เสริมสร้างความรู้ ทักษะ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ สิ่งเหล่านี้ ไม่อาจบรรลุผลสำเร็จได้ หากพื้นที่โดยรอบเขตลาดกระบังอันเป็นพื้นที่รอยต่อเขตติดกันได้แก่เขตหนองจอก ลาดกระบัง สะพานสูง และประเวศ รวมถึงจังหวัด รอยต่อกรุงเทพมหานครด้านตะวันออกได้แก่ ฉะเชิงเทรา และสมุทรปราการ ยังพบผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่อง เหล่านี้ย่อม ส่งผลให้พื้นที่กรุงเทพมหานครมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพิษสุนัขบ้าสูง คณะทำงาน One Health Bangkok จึงขยายความร่วมมือ ทุกภาคส่วนจากลาดกระบังพื้นที่รอยต่อเขตติดกัน และรอยต่อจังหวัด เพื่อร่วมกันกวาดล้างโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว “One Health” เพื่อให้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคร่วมกับภาคีเครือข่าย ในเขตลาดกระบังและพื้นที่รอยต่อ ทั้งภายในและภายนอกกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เสี่ยงโดยรอบเขตลาดกระบัง ด้วยการนำรูปแบบการสร้างความร่วมมือด้านการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่เขตลาดกระบัง ที่ใช้กลไกการดำเนินงานตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เกิดผลสามารถลดจำนวนตัวอย่างสัตว์ให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้าจาก 12 ตัวในปี 2557 เหลือ 1 ตัวในปี 2558 มายขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่รอยต่อเขตติดกันและรอยต่อจังหวัด โดยเริ่มดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559

วิธีการศึกษา ใช้รูปแบบของการดำเนินงานที่ประสบผลมาขยายการดำเนินงานประกอบด้วย (1) การ empowerment จากการจัดการปัญหาในครัวเรือนและในชุมชนลาดกระบัง สู่พื้นที่โดยรอบ เพื่อให้มีการเฝ้าระวังโรคในสัตว์และในคน (2) การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปศุสัตว์ โดยการใช้กระบวนการ 5 C ในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) Collaborate กับรัฐ เอกชน เช่น มูลนิธิ Soi Dogs มูลนิธิร่มไทร 2) Coordinate 3) Community participation 4) Communication 5) Combine resourceภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว “One Health One Heart More Hands More Heads for Better Health” (3) การปรับปรุงสภาพแวดล้อม และการบังคับใช้กฎหมาย (4) การรายงานอย่างเป็นระบบทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน โดยมี

ผลการดำเนินงาน

(1) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคในสัตว์ มีผู้รับผิดชอบระบบการส่งต่อข้อมูลด้านการเฝ้าระวังระหว่างพื้นที่ ด้วยการใช้ GIS Mapping

(2) มีระบบป้องกันโรคโดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าล่วงหน้าให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง (Pre-exposure prophylactic) ร่วมกัน โดยพื้นที่ลาดกระบังได้พัฒนาระบบการติดตามการฉีดวัคซีนป้องกันหลังสัมผัสโรค (Post-exposure) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.00 เป็นร้อยละ 100

(3) มาตรการการป้องกันโรคในสัตว์โดยการขึ้นทะเบียนสัตว์เลี้ยงในพื้นที่โดยแกนนำชุมชน และมูลนิธิ Soi Dogs จำนวน 14,134 ตัว จำแนกเป็นสุนัข 8,794 ตัว แมว 5,213 ตัว และสัตว์อื่น ๆ 127 ตัว

(4) ดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้ จำนวน 14,073 ตัว ส่งผลให้ความครอบคลุมวัคซีนในสัตว์เลี้ยงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.00 เป็นร้อยละ 98.5

(5) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างศูนย์พักพิงสัตว์เลี้ยงในชุมชน (community shelter) เพิ่มขึ้นจาก 2 แห่ง เป็น 9 แห่ง

(6) ลดจำนวนสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรคพิษสุนัขบ้าโดยมูลนิธิ Soi Dogs ซึ่งเป็นองค์กรภาคเอกชน จัดหน่วยเคลื่อนที่ทำหมันถาวรสัตว์เลี้ยง รวม 7,092 ตัว เป็นสุนัข 6,910 ตัว (97.43%) เป็นแมว 182 ตัว (2.57%) ส่งผลให้สัตว์ที่อยู่ในชุมชน ได้รับการทำหมันครบ 100 %

(7) มีระบบควบคุมโรคในสัตว์ที่สัมผัสโรคและสัตว์ที่มีอาการสงสัยโรคพิษสุนัขบ้ามากักขังดูอาการ การดำเนินโครงการเหล่านี้ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือใกล้ชิดของทุกภาคส่วนในการใช้มาตรการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์ที่มีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล จากการดำเนินการตามกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังบูรณาการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ในพื้นที่เขตลาดกระบัง โดยการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี จากความร่วมมือทั้งในระดับชุมชน หมู่บ้าน ไปจนถึงระดับเขต เนื่องจากมีการประชุม วางแผนการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ จนเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน แต่สิ่งเหล่านี้ ไม่อาจดำเนินการจนบรรลุเป้าหมาย ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในกรุงเทพมหานครให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) ได้หาก พื้นที่โดยรอบ กรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พื้นที่โดยรอบเขตลาดกระบัง หรือ ด้านพื้นที่ภาคตะวันออกที่ยังคงพบหัวสุนัขขวก อยู่อย่างต่อเนื่อง

ความภาคภูมิใจ ผู้บริหารกรุงเทพมหานครและเครือข่ายทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อน การขยายรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าโดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน และภาคีเครือข่าย ภายใต้แนวคิด "สุขภาพหนึ่งเดียว" ของเขตลาดกระบังขยายผลไปยังพื้นที่รอยต่อจังหวัดรอบพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมถึงการให้ความสำคัญกับการจัดทำ Community Shelter ที่จะขยายไปยังพื้นที่รอยต่อ 4 มุมเมือง ของกรุงเทพมหานคร การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) อันเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่เขตลาดกระบัง และพื้นที่ที่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ โดยความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมหิดล และการสร้างโอกาสให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานได้พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันวางระบบและกลไกการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อไปสู่เป้าหมายสู่ประเทศไทยปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในปีพ.ศ. 2563ซึ่งนับเป็นการมีส่วนร่วมใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ และการมีส่วนร่วมภาคประชาชน ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน โดยใช้ Digital Health ที่สอดคล้องกับนโยบาย Thailand 4.0 และ ประชาชนรัฐ

คำสำคัญ การขยายความร่วมมือ, พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ,แนวคิด "สุขภาพหนึ่งเดียว",One Health

“ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกพูดเด็กพูดช้าโดยใช้คู่มือฝึกพูดสำหรับผู้ปกครอง”

เดือนฉาย แสงรัตนายนต์ นักวิชาการศึกษาศาสนาญการพิเศษ
สถาบันราชานุกูล จังหวัดกรุงเทพมหานคร เขตสุขภาพที่ 13

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการทางภาษาและการพูดช้ากว่าวัยเป็นความผิดปกติของเด็กตั้งแต่แรกเกิดที่การพัฒนาความเข้าใจภาษาและการพูดไม่เป็นไปตามอายุ เด็กปกติจะพัฒนาความเข้าใจภาษาประมาณ 8 เดือนและพูดได้ประมาณ 10 - 12 เดือน แต่เด็กที่อายุ 1 ปี 6 เดือน ยังไม่เข้าใจคำพูด อายุ 2 ปี ยังไม่พูดคำที่มีความหมายหรือ 3 ปียังพูดเป็นประโยคไม่ได้ จะได้รับการวินิจฉัยด้านความผิดปกติของการสื่อความหมายว่าพูดช้ากว่าวัยมีลักษณะความบกพร่องที่สังเกตได้คือ ไม่ค่อยเข้าใจคำพูด ไม่พูด หรือเริ่มพูดคำที่มีความหมายได้ช้ากว่าเด็กที่อยู่ในวัยเดียวกัน โดยอาจเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งคือสติปัญญาบกพร่องหรือพัฒนาการช้า (Global Developmental Disorders) มีความบกพร่องหรือสูญเสียการได้ยิน (Hearing loss) สมองพิการ (Cerebral Palsy) ออทิสติก (Autistic Spectrum Disorders) หรืออาจเกิดจากการขาดการกระตุ้นพัฒนาการภาษาและการพูดจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อม (Under stimulated child) ซึ่งพบเด็กพูดช้าประมาณร้อยละ 10 ของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ขวบ เด็กเหล่านี้จะมีปัญหาพัฒนาการทางภาษาและการพูดที่ช้ากว่าวัยหากได้รับการช่วยเหลือและไม่ทันช่วงเวลาการเรียนรู้ที่สำคัญโดยเฉพาะในช่วง 6 ขวบปีแรกของชีวิต อาจทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้และใช้ชีวิตได้เหมือนเด็กทั่วไป แต่ถ้าเด็กได้รับการบำบัดเมื่ออายุน้อยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยให้เด็กมีความก้าวหน้าของพัฒนาการดีขึ้นได้ เด็กเหล่านี้หลายรายไม่สามารถเข้าถึงบริการฝึกพูดได้ เนื่องจากนักแก้ไขการพูดมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการเด็กที่มีปัญหาการพูดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จากการศึกษาผลของการให้ผู้ปกครองฝึกเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มเด็กที่พูดช้า พบว่า ผู้ปกครองสามารถฝึกและกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้ดีขึ้นได้ในด้านพฤติกรรม การสื่อสาร การสร้างปฏิสัมพันธ์ การเรียนรู้คำศัพท์ ทำให้เด็กมีความก้าวหน้าด้านภาษาและการสื่อสารมากขึ้นและจากรายงานวิจัยแบบอภิวินิจฉัยที่กล่าวถึงผลการฝึกพูดเบื้องต้นระบุว่าผลการฝึกพูดเบื้องต้นโดยผู้ปกครองได้ผลไม่แตกต่างจากนักฝึกพูดและระยะเวลาในการฝึกพูดควรมากกว่า 8 สัปดาห์ โดยผลดีของการฝึกจะเพิ่มทักษะด้านการใช้ภาษา (Expressive) ดีกว่าความเข้าใจภาษา (Receptive) นอกจากนี้นักการนำคู่มือฝึกพูดของต่างประเทศมาใช้อาจจะมีข้อจำกัดในด้านวัฒนธรรมภาษาที่ใช้ต่างจากภาษาไทย และไม่มีภาพประกอบที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนเมื่อนำมาใช้กับสังคมไทย ผู้วิจัยจึงได้พัฒนา “คู่มือฝึกพูดสำหรับผู้ปกครอง” ที่มีเนื้อหาความรู้และกิจกรรมฝึกทักษะที่มีภาพประกอบชัดเจนง่ายต่อการเข้าใจและการนำไปฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำคู่มือไปใช้ในการฝึกเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาและการพูดล่าช้าที่อยู่ในความดูแลได้อย่างต่อเนื่องและรวดเร็วทันต่อพัฒนาการช่วงที่สำคัญ เพื่อช่วยให้เด็กมีพัฒนาการทางภาษาและการพูดเป็นไปตามวัยได้อย่างเหมาะสม การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกพูดเด็กพูดช้าโดยใช้คู่มือฝึกพูดสำหรับผู้ปกครอง

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกพูดเด็กพูดช้าโดยใช้คู่มือฝึกพูดสำหรับผู้ปกครอง

วิธีดำเนินการ

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตามมาตรฐานการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม องค์ความรู้และเทคโนโลยี ด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต โดยใช้คู่มือฝึกพูดสำหรับผู้ปกครองที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองและผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด ที่รอฝึกพูด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปี พ.ศ. 2559 กลุ่มทดลองได้รับการอบรมโปรแกรมฝึกพูด กลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดรักษาตามปกติของโรงพยาบาลกลุ่มละ 15 คน ประเมินความรู้ ทักษะของผู้ปกครองโดยใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้น วัดพฤติกรรมและการปรับตัวด้านการสื่อความหมายของเด็กด้วย (Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS) ก่อนและหลังทดลอง 3 เดือน วิเคราะห์ความแตกต่าง 2 กลุ่มด้วย Mann - Whitney U Test และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะของผู้ปกครองกับพฤติกรรม และการปรับตัวด้านการสื่อความหมายของเด็กด้วย Spearman's Rank – Order Correlation

ผลการดำเนินการ ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้และทักษะมากกว่ากลุ่มควบคุม เด็กพูดซ้ำทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนของ พฤติกรรมและการปรับตัวด้านการสื่อความหมายในเรื่องความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาที่เพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกันค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจภาษาของเด็กพูดซ้ำ

ความภาคภูมิใจ โปรแกรมฝึกพูดเด็กพูดซ้ำสามารถช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะในการฝึกพูดให้กับเด็กพูดซ้ำและสามารถพัฒนา ความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาให้เด็กพูดซ้ำได้เพิ่มขึ้น ทักษะของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและการปรับตัวด้านการสื่อ ความหมายในเรื่องความเข้าใจภาษาของเด็กพูดซ้ำ

⊕ “วงล้อรักษ์ พิทักษ์แขน”

เบญจพร สอนนิตร์ นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เขตสุขภาพที่ 13

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดถ้าหากขาดการบริหารร่างกายและออกกำลังกายคืออาการข้อติด ไหล่ ติด และจากการจัดทำโครงการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในการลงทำแบบสอบถามและสังเกตพฤติกรรม พบว่าผู้สูงอายุ ในพื้นที่มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวไห้ผิดปกติดี มีอาการไหล่ติดถึงร้อยละ 85.5 และจากการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของ ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง ก็พบปัญหาผู้สูงอายุมีอาการไหล่ติด ปวดไหล่ ถึงร้อยละ 76.9 จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เกิดแรง บันดาลใจในการประดิษฐ์นวัตกรรมเครื่องออกกำลังกายที่สามารถใช้ได้ง่ายมีขั้นตอนการใช้ไม่ยุ่งยาก และราคาไม่แพงมาให้ผู้สูงอายุ บริหารออกกำลังกายไหล่ เพื่อเป็นการส่งเสริมและป้องกันโรคไหล่ติดของผู้สูงอายุส่งเสริมให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ในชมรมผู้สูงอายุและเป็นอีกทางเลือกในการออกกำลังกายในคลินิกกายภาพบำบัด

แนวคิด หรือทฤษฎี ได้นำทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาเป็นแนวทางในการสร้างนวัตกรรมดังนี้ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับ คุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and experiences) การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะ ต่อพฤติกรรม (Behavioral specific Cognitions and affect) และพฤติกรรมที่ได้ (Behavioral Outcome) การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัย ต่อการเกิดพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม จากทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าแต่ละบุคคล มีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งแนวคิดหลักที่สำคัญของทฤษฎีนี้คือ

1. การเห็นความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) คือ การบุคคลมองว่าสุขภาพ คือ สิ่งที่มีคุณค่าที่ควรแสวงหาวิธี ต่างๆ มาเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ
2. รับรู้ว่าสุขภาพสามารถควบคุมได้ (Perceived control of health) บุคคลรับรู้และเชื่อว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ ตามต้องการ
3. รับรู้ความสามารถของตน (Perceive self – efficacy) บุคคลมีความเชื่ออย่างมากว่าพฤติกรรมสามารถเกิดได้ตามที่บุคคล กำหนด
4. คำจำกัดความของสุขภาพ มีตั้งแต่การไม่มีโรคจนถึงสุขภาพสูงส่งทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
5. การรับรู้สภาวะสุขภาพ (Perceived health status) สภาวะที่รู้สึกดี หรือรู้สึกป่วยสามารถแยกได้จากพฤติกรรมสุขภาพ
6. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (Perceived benefits of behaviors) บุคคลจะมีความโน้มเอียงสูงที่จะเริ่มหรือทำต่อเนื่อง ในพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้ารับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ
7. การรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม (Perceived barriers to health promoting behaviors) ถ้าบุคคลรับรู้พฤติกรรมนั้น ยากลำบากจะทำให้มีความตั้งใจลดลงในการปฏิบัติตาม

ตลอดจนจากการศึกษาแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น ร่างกายจะเสื่อมถอยและอ่อนแอลง เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิต โรคดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นภาวะที่บั่นทอนสุขภาพผู้สูงอายุ และสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดในช่วงบั้นปลายชีวิต คือ ความสุข อันเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกายจิตใจ และสังคม การมีสุขภาพที่ดีย่อมเกิดจากการที่บุคคลทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และในทางกลับกันการที่บุคคลมีสุขภาพไม่ดีย่อมเกิดจากการมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม และนอกจากการที่ผู้สูงอายุจะต้องดูแลสุขภาพของตนเองแล้วผู้สูงอายุยังต้องการได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นได้ด้วย หรือที่เรียกว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากคนในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้จัดทำนวัตกรรมจึงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงพัฒนานวัตกรรมนี้ขึ้นมาเป็นทางเลือกสำหรับการออกกำลังกายหัวใจเพื่อที่ผู้สูงอายุจะได้ใช้ประโยชน์และสามารถบริหารร่างกายให้แข็งแรงมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนงานบริการในคลินิกกายภาพบำบัดและชมรมผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการไหล่ติดมีการเคลื่อนไหวไหล่ได้ดีขึ้น

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

1. การประชุมทีมงานเพื่อร่วมคิดค้นหานวัตกรรมในการแก้ไขปัญหสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาไหล่ติดและคัดเลือกรูปแบบเป้าหมาย
2. เตรียมวัสดุอุปกรณ์



ราวตากผ้าเดี่ยว



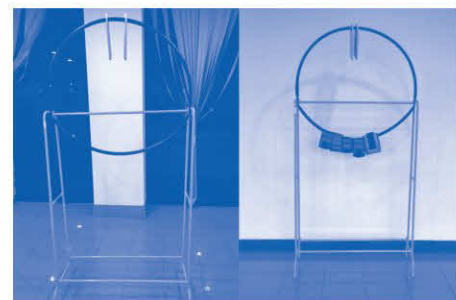
ห่วงยูลาฮูป



เชียงไม้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. นำราวเหล็กตากผ้ามาประกอบตามคู่มือ
2. วัดขนาดความสูงของราวเหล็กจากพื้น
3. นำห่วงยูลาฮูปมาเจาะรูทั้งสองข้างตามขนาดความสูงของราวเหล็กตากผ้าที่วัดขนาดไว้
4. ประกอบห่วงยูลาฮูปเข้ากับราวเหล็ก
5. นำเชียงไม้ใส่เข้าในห่วงทั้ง 2 แผ่น
6. นำเสนอนวัตกรรมต่อผู้บริหารศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง
7. ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อประชาสัมพันธ์นวัตกรรม “วงล้อรักษ์ พิทักษ์แขน”



8. นำนวัตกรรมลงมาทดลองใช้ในชมรมผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการไหล่ติด 5 คนและทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกกายภาพบำบัดจำนวน 5 คน

ขั้นประเมินผล

1. ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์
2. ประเมินผลองศาการเคลื่อนไหวของหัวไหล่และความยืดหยุ่น

กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์

ผู้สูงอายุในชุมชนและในชมรมผู้สูงอายุตลอดจนผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการไหล่ติด งบประมาณ 300 บาท (ราวเหล็ก 190 บาท ห่วงยาง 70 บาทเชียงไม้ 40 บาท)

ผลการดำเนินการ

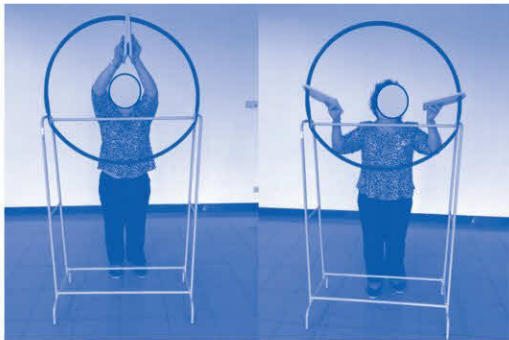
เดือนตุลาคม 2559 – เดือนมีนาคม 2560 มีการทดลองใช้ในคลินิกกายภาพบำบัด และ ชมรมผู้สูงอายุ ของศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง โดยใช้การบริหารแขน 3 ท่าดังนี้



ท่าที่ 1 ยืนตรงหันหน้าเข้าหาห่วง ใช้มือข้าง
ที่มีอาการไหล่ติดจับไม้กระดานหมุนตา
ทิศทางของห่วง
ยกละ 10 ครั้ง สลับไปมาทั้งสองข้าง



ท่าที่ 2 ยืนหันข้างที่มีอาการไหล่ติดเข้าหาห่วง
ใช้มือข้างที่มีอาการไหล่ติดจับไม้กระดานหมุน
ตาทิศทางของห่วง
ยกละ 10 ครั้ง สลับไปมาทั้งสองข้าง



ท่าที่ 3 ยืนตรงหันหน้าเข้าหา
ห่วง ใช้มือทั้งสองข้างที่มีจับไม้
กระดานหมุนตาทิศทางของ
ห่วง ยกละ 10 ครั้ง



เพิ่มน้ำหนักโดยการใส่ถุง
ทรายขนาดต่างๆ
ที่ข้อมือ

และมีการขยายผล พัฒนาต่อยอดโดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุชุมชนราชทรัพย์ในการจัดทำโครงการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
อภิปรายผล

ลักษณะเด่น / องค์ความรู้ที่ได้จากการพัฒนานวัตกรรม

การจัดทำนวัตกรรม “วงล้อรักษ์ พิทักษ์แขน” เกิดจากการที่นักสังคมสงเคราะห์ของศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโครงการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและร่วมดูแลผู้สูงอายุกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมงานการจัดการความรู้ของศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง ได้แก่เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในคลินิกตรวจโรคทั่วไป คลินิกกายภาพบำบัด ทีมพยาบาลอนามัยชุมชน ผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง และอาสาสมัครสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง เกิดแนวคิดในการจัดทำนวัตกรรม “วงล้อรักษ์ พิทักษ์แขน” เป็นนวัตกรรมใหม่ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการ นำไปสู่การพัฒนางานบริการของศูนย์บริการ

สาธารณสุข รวมทั้งการเสริมพลังการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หลายระดับในองค์กร ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง อีกด้วย

ความภาคภูมิใจ

ผลที่เกิดขึ้นจากการใช้นวัตกรรม

1. เกิดการดำเนินการโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
2. มีการแก้ปัญหาโดยต้องเกิดจากความต้องการของผู้รับบริการ
3. ผู้สูงอายุที่ทดลองใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจ และอาการข้อไหล่ดีขึ้น

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อฟื้นฟูสุขภาพ และป้องกันโรคข้อไหล่ติดในผู้สูงอายุ
2. เพื่อการประยุกต์ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดเงินในการซื้อเครื่องออกกำลังกาย
3. เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ โดยส่งเสริมการออกกำลังกายการบริหารกล้ามเนื้อ ข้อไหล่ข้อมือ เพิ่มกำลังแขนในผู้

สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง

ข้อเสนอในการพัฒนาต่อยอด

1. สามารถนำมาพัฒนาใช้ในคลินิกกายภาพบำบัดได้
2. มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุ ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง
3. สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

สาขาโรคไม่ติดต่อ

🏠 หมู่บ้านต้นแบบ “กินเจียดชีวิต”: การก่อกระแสนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

สุนนภัสสร พรมมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญราษฎร์ จังหวัดพะเยา เขตสุขภาพที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นายเกษมคมโรคไตแห่งประเทศไทย เผยว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 2 แสนคน ป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย จากคลังข้อมูลโรคเรื้อรังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา พบว่าจังหวัดพะเยามีผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายจากภาวะแทรกซ้อนของโรค DM HT เพิ่มขึ้นทุกปี ปี 2556 = 761 คน ปี 2557 = 868 คน ปี 2559 = 934 คน อำเภอแม่ใจ ปี 2556 = 54คน ปี 2557 = 60คน ปี 2559 = 67คน ตำบลเจริญราษฎร์ ปี 2556 = 11คน ปี 2557 15 คน ปี 2559 = 22 คนและหมู่บ้านสันดอนแก้วมีผู้ป่วยที่ฟอกไตทางหน้าท้องมากถึง 5 คน = 3.73 % จากการศึกษาของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าแหล่งที่คนไทยได้รับโซเดียมเกินความจำเป็น (ไม่เกิน 2,400 mg/วันเทียบเท่ากับเกลือประมาณ 1 ช้อนชา) มาจากการปรุงอาหารระหว่างการทำครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71 และปรุงเพิ่มขณะรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 11 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญราษฎร์ จึงสนใจที่จะส่งเสริมพฤติกรรมลดบริโภคโซเดียมของประชาชนทั้งระดับครอบครัวและชุมชน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงไตวายเรื้อรังและลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยการพัฒนา นวัตกรรม “หมู่บ้านต้นแบบ กินเจียดชีวิต”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดบริโภคโซเดียมของประชาชนทั้งระดับครอบครัวและชุมชน
2. เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการ

1. สสำรวจการปรุงอาหารด้วยเครื่องปรุงโซเดียมในครัวชุมชน(งานบุญ,งานศพในหมู่บ้าน) และในครัวเรือนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตจำนวน 25 ครัวเรือนโดยเข้าร่วมทำอาหารในครัวชุมชนและครัวเรือนพร้อมทั้งเก็บข้อมูลนำมาวิเคราะห์ พบว่าประชากรได้รับโซเดียมเกินหนึ่งช้อนชาเฉลี่ย 4,383 mg/คน/วัน

2. ทำแบบประเมินการรับรู้โรคจากมุมมองภายในของผู้ป่วย (Explanatory model) ต่อโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 25 คน ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับรู้มาก่อนว่าตนเองเสี่ยงหรือเป็นโรคไตวายเรื้อรังใน Stage อะไรบ้าง และไม่ทราบสาเหตุ กลไกของโรคไตวายเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนความรุนแรงและการรักษาโรคตอบว่า

