

# การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง:กรณีศึกษา เครือข่ายบริการสุขภาพแคว้น จังหวัดมหาสารคาม

สมพงษ์ จันทรโอภาท วท.บ., พ.บ., ส.ม.

สุภาพร สุโพธิ์ พย.บ., พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

นวรรตน์ บุญนาน พย.บ., พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

โรงพยาบาลแคว้น จังหวัดมหาสารคาม

**บทคัดย่อ** การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพ หรือ contracting unit for primary care (CUP) แคว้น ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้วิธีการวิจัย ผสมผสานระหว่างวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง พื้นที่ทำการ ศึกษาเป็นพื้นที่รับผิดชอบของ CUP แคว้น จำนวน 108 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรคที่การรักษาอยู่ที่เขตรับผิดชอบของ CUP แคว้น คัดเลือกโดยใช้สูตรการคำนวณ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 426 คน และ (2) ทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้บริหารสถานศึกษา เครือข่ายผู้ดูแล โรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค จำนวน 209 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก การสนทนากลุ่ม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวางแผนกำหนดแนวทางการพัฒนา การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการสรุป ขยายผลสู่สาธารณะ โดยทุกกระบวนการเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการมีส่วนร่วม ผลการวิจัย มีดังนี้ (1) ผลการศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน CUP แคว้น พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.69 ระดับดี ร้อยละ 11.27 และระดับไม่ดี ร้อยละ 7.04 (2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง CUP แคว้น จึงมีโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง CUP แคว้น โครงการอบรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรคเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและใช้ชุมชนเป็นฐาน (3) โครงการที่ชุมชนมีส่วนร่วมได้แก่ การพัฒนา ศักยภาพทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน การพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อรัง เพื่อการวางแผนดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการพัฒนาระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย และการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่อง ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค อยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.05

**คำสำคัญ:** การพัฒนาแบบ, การมีส่วนร่วม, โรคเรื้อรัง

## บทนำ

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของคนไทยที่มีมากขึ้นทำให้ประชาชน มีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงสูงขึ้น ซึ่งได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หืด มะเร็ง และโรคเอดส์ โดยเฉพาะโรค เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม นำไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ตาบอดจากเบาหวานและภาวะไตวายเรื้อรังมากขึ้น<sup>(1)</sup> ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวบั่นทอนสุขภาพทั้งด้านกายและด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน พิการ หรือเสียชีวิต และยังทำให้สิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ รวมทั้งมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ<sup>(1)</sup> จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหืดเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี มีผลกระทบต่อผู้ป่วยค่อนข้างสูง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน<sup>(2)</sup>

ปี 2551 จังหวัดมหาสารคาม พบความชุกโรคเบาหวานเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 4,589 คน คิดเป็นร้อยละ 7.31 ปี 2553 ในเครือข่ายบริการสุขภาพแกด้า (CUP แกด้า) ซึ่งเป็นจุดทำสัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ อำเภอแกด้า มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 1,043 คน จากการสำรวจข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (ปี พ.ศ.2551 - 2553) CUP แกด้า พบการนอนรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล ด้วยโรคที่เป็นปัญหาในการดูแลต่อเนื่องดังนี้ โรคเบาหวาน 13, 2, 2 รายตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูง 2, 2, 0 รายตามลำดับ โรคหัวใจและหลอดเลือด 1, 1, 0 รายตามลำดับ โรคหืด 14, 4, 2 ราย ตามลำดับและโรคเอดส์ 1, 2, 0 ราย ถึงแม้ว่าการนอนรักษาตัวซ้ำมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ แต่พบว่าปัญหาการส่งต่อในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนขาดประสิทธิภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น CUP แกด้ามีการเตรียมระบบรองรับการดูแลต่อเนื่อง มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร โดยส่งพยาบาลวิชาชีพอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

แล้วให้ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายทุกแห่งเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS หรือ emergency medical services) ที่รับส่งผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และมีการประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณจัดตั้งหน่วยกู้ชีพตำบล

จากภาวะปัจจุบันผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้เจ็บป่วย ครอบครัวและชุมชนเนื่องจากความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วย อันเป็นผลกระทบจากปัจจัยแวดล้อมภายนอกหลากหลายประการ สภาวะความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่มุ่งขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่จะไม่ทำให้โรคที่เป็นอยู่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น แล้วกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ซึ่งทำให้การดูแลรักษาไม่ได้ผลจนกลายเป็นโรคเรื้อรังหรือพิการ อันจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ภาระค่าใช้จ่าย รวมทั้งเศรษฐกิจของประเทศชาติในการจ่ายค่าดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้<sup>(3)</sup> แต่ตรงกันข้าม หากผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลทันที ฟันฟูให้กลับสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงมากที่สุด ก็จะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุขตามสภาวะของปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน ซึ่งมีมากมายหลายลักษณะ การแก้ไขปัญหสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว โดยครอบครัวจะต้องมีการศึกษาปัญหา วิเคราะห์ และเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ควรได้รับการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน อันจะนำไปสู่สภาวะของครอบครัวชุมชนอย่างแท้จริง<sup>(4)</sup>

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติระดับหนึ่ง แต่ยังพบว่าการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพโรงพยาบาลแกด้ากับเครือข่าย และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังขาดประสิทธิภาพ ดังนั้น CUP แกด้าจึงจัดประชุม (KM หรือ knowledge management) วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข

ร่วมกัน พบว่าระบบฐานข้อมูลสารสนเทศของโรคเรื้อรัง ยังไม่ได้คุณภาพ ระบบส่งต่อระหว่างทีมสุขภาพกับ เครือข่าย และชุมชนล่าช้า และมีความจำเป็นต้องพัฒนา อย่างต่อเนื่อง และต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการ พัฒนาดังกล่าว

ดังนั้น CUP แกดดำ จึงเห็นความสำคัญและโอกาส ในการพัฒนา โดยการของงบประมาณสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตขอนแก่น และได้จัดทำโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง ใช้แนวคิดการบริหาร จัดการโรคเรื้อรัง (chronic care model)<sup>(5)</sup> โดยใช้เทคนิค กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC: Appreciation - Influence - Control)<sup>(6)</sup> ร่วมคิด ร่วมวางแผน ดำเนินการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งคิดว่าจะเป็น ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน CUP แกดดำ และ ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเครือข่าย CUP แกดดำ

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (participatory action research - PAR) เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

### กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรคที่เข้ามาทำการรักษาอยู่ที่เขต รับผิดชอบของ CUP แกดดำระหว่างปี พ.ศ.2554-2555 จำนวน 1,413 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน 786 คน โรคความดันโลหิตสูง 460 คน โรค หลอดเลือดสมอง 32 คน โรคหืด 91 คน โรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย 41 คน และโรคเอดส์ 3 คน และทีม สหวิชาชีพผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน องค์กรบริหาร-

ส่วนตำบล ผู้บริหารสถานศึกษา เครือข่ายผู้ดูแลโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรคได้แก่ (1) โรคเบาหวาน (2) โรคความดันโลหิตสูง (3) โรคหัวใจและหลอดเลือด (4) โรคหืด (5) โรคเอดส์ และ (6) โรคมะเร็งระยะสุดท้าย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรคที่เข้ามาทำการรักษาอยู่ที่เขตรับผิดชอบของ CUP แกดดำระหว่างปี พ.ศ.2554-2555 จำนวน 1,413 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่ม ตัวอย่างตามตารางการสุ่มตัวอย่างประชากร ประชากร (N = 1,000 - 1,500 ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.0) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 426 คน (2) ทีมสหวิชาชีพ ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบล ผู้บริหารสถานศึกษา เครือข่ายผู้ดูแลโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค จำนวน 209 คน ประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน 108 คน นายกองค์กรบริหารท้องถิ่น 7 คน ผู้บริหารสถานศึกษา 26 คน จิตอาสา 50 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 18 คน

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค โดยการเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจและลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำ การศึกษาทุกคน ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและสามารถ ถอนตัวจากการวิจัยได้เมื่อต้องการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) สัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อขอทราบแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับ สภาพปัญหาและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. การสนทนากลุ่มของกลุ่มเครือข่ายผู้ดูแลโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต นำมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL<sup>(7)</sup> ซึ่งเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับได้แก่

- 1 คะแนน = แย่มาก ไม่พอใจอย่างยิ่ง
- 2 คะแนน = แย่ ไม่พอใจ
- 3 คะแนน = เฉยๆ ปานกลาง
- 4 คะแนน = ดี พอใจ

- 5 คะแนน = ดีมาก พอใจอย่างยิ่ง/มากที่สุด
4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 6 กลุ่มโรค มีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ
- 4 คะแนน = พอใจมาก
- 3 คะแนน = พอใจ
- 2 คะแนน = เฉย ๆ
- 1 คะแนน = ไม่พึงพอใจ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอร์กินบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.30 ถึง 0.81 มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.93

### ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย

- 1) ทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) จัดเตรียมทีมสหวิชาชีพ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ
- 3) จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวิจัย แก่ทีมวิจัย
- 4) ออกแบบเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล
- 5) ดำเนินการเก็บข้อมูลเบื้องต้น

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรคที่เข้ามาทำการรักษาอยู่ที่เขตรับผิดชอบของ CUP แกด้าโดยสหวิชาชีพ ตั้งแต่การดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือต่างๆในการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อสะท้อนการปฏิบัติงานและปรับปรุงระบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน และนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้ปฏิบัติเป็นเวลา 4 เดือนและสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การประชุมกลุ่มย่อยระดมสมองเพื่อวางแผนงานการมีส่วนร่วม

ประเมินผลลัพธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและปรับปรุง

ระยะที่ 3 การประเมินผลการปฏิบัติตามการพัฒนาารูปแบบ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสรุปผลการปฏิบัติงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยการสนทนากลุ่ม ประชุมกลุ่มย่อย ประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประเมินผลความพึงพอใจของสหวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถาม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่

1. เชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ที่ได้จากแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า วิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย
2. เชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการวิจัยที่กำหนดไว้ จัดทำสรุปผลโดยการใช้วิธีการพรรณนาความ และผู้ร่วมการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสะท้อนเชิงเหตุการณ์ที่ปรากฏในแต่ละขั้นตอนการวิจัย

### ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1

1.1 สถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเครือข่าย CUP แกด้า

ผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรคในเครือข่าย CUP แกด้า ประกอบด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหืด โรคมะเร็ง และโรคเอดส์ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.69 คุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 11.27 และระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 7.04 แยกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงมากที่สุดเท่ากับ 3.60 รองลงมา

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.31

## 1.2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง CUP แกดำ

การพัฒนารูปแบบระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการประชุมระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม เพื่อระดมความคิดเห็นในการพัฒนาแบบระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งผู้ประชุมประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารสถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. โดยมีประเด็นการประชุมดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง CUP แกดำ มีการดำเนินงานจัดกิจกรรมดังนี้

- ฟื้นฟูวิชาการทีมสหวิชาชีพใน 6 โรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด นักโภชนาการ มีการทบทวน case, case management และ case conference

- กิจกรรม Home ward คือครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อนมีความยุ่งยากในการดูแล ต้องการการดูแลจากผู้อื่นเกือบทั้งหมด มีทีมสหวิชาชีพร่วมการดูแลกับพยาบาลประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลและ อสม. ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหรือฝึกทักษะการดูแลเฉพาะราย

- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เรื่องกระบวนการพัฒนาจะใช้ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรคและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน CUP แกดำ

2) การอบรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค

- จัดอบรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค ด้วยกระบวนการ AIC ในกลุ่ม

ผู้นำชุมชน/อบต./ผู้บริหารสถานศึกษา จำนวน 209 คน

- อบรมเครือข่ายผู้ดูแล 6 กลุ่มโรคเรื้อรัง จำนวน 108 หมู่บ้าน ประกอบด้วย อสม.และผู้ดูแล รวมหมู่บ้านละ 6 คน รวมทั้งสิ้น 648 คน

- จัดประกวดหมู่บ้านต้นแบบดูแลโรคเรื้อรัง ตำบลละ 1 หมู่บ้าน รวม 9 หมู่บ้าน

- นำเสนอผลงานระดับ CUP จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 1 ครั้ง

- จัดตั้งศูนย์คุณภาพการดูแลต่อเนื่องโดยเชื่อมต่อรพ.สต.

- ถอดบทเรียนสรุปผลการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรคในกลุ่มผู้นำชุมชน/อบต./ผู้บริหารสถานศึกษา วัด (เจ้าอาวาส)

## ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ

2. ผลการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง CUP แกดำ

2.1 โครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง CUP แกดำ ประกอบไปด้วย

### 2.1.1 การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ

1) การอบรมฟื้นฟูวิชาการ บุคลากรที่เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้นจำนวน 57 คน ผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค พบว่า บุคลากรมีค่าเฉลี่ยก่อนทำกิจกรรม 43.89 คะแนน (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) และหลังทำกิจกรรม 46.47 คะแนน เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 5.16

2) การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยใน 6 โรคดังกล่าว แยกจำนวนผู้ป่วยดังนี้

- ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำและสูงจนต้องนอนโรงพยาบาลซ้ำ (re-admit) จำนวน 2 คน

- การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน จำนวน 3 คน 3 ครั้ง

- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (มะเร็ง) จำนวน 1 คน 1 ครั้ง

3) กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ

มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อและเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาซับซ้อนในเดือนมิถุนายน-ธันวาคม 2554 จำนวน 23 ราย

4) พัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรคได้มีการวางแผนจำหน่าย (discharge plan) แยกเป็นโรคเบาหวาน 17 ราย โรคความดันโลหิตสูง 12 ราย โรคหอบหืด 2 ราย

ผลจากการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ ทำให้เกิดการลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (re-admit) ในปี 2552 - 2554 ลดลงคิดเป็นร้อยละ 1.83, 0.67 และ 0.16 ตามลำดับ

#### 2.1.2 การพัฒนาระบบฐานข้อมูล

จัดทำฐานข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันมากที่สุดเพื่อเชื่อมต่อกับ รพ.สต.ในพื้นที่ โดยโรงพยาบาลแกด้ามีการสร้างระบบสัญญาณเสาสูงใน รพ.สต. ทุกแห่งเพื่อส่งสัญญาณอินเทอร์เน็ตไร้สาย โดยโรงพยาบาลแกด้า เป็นศูนย์กลางข้อมูลในการส่งต่อ และใช้โปรแกรม HosXP ในการพัฒนาฐานข้อมูลโรคเรื้อรังและเพิ่มฐานข้อมูลที่ต้องการเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่อง ทำให้ รพ.สต.ส่งข้อมูลได้รวดเร็วถูกต้อง ทันเวลา นอกจากนี้ยังใช้ประโยชน์ในการปรึกษาผู้ป่วยผ่านกล้องไร้สาย (webcam camera) ทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลแกด้ากับ รพ.สต.และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

#### 2.1.3 การพัฒนาระบบส่งต่อ

1) มีผู้ดูแลหลักในชุมชนฯ ละ 6 คนในการติดตามเยี่ยมบ้าน ค้นหา ส่งต่อ และประสานข้อมูลรายงานกิจกรรมเชื่อมต่อระหว่างชุมชน รพ.สต. ในพื้นที่ และโรงพยาบาลแกด้า โดยมีระบบการเข้าถึงสะดวก รวดเร็ว มีระบบช่องทางด่วน (fast tract) ถึงผู้รับผิดชอบโรค เรื้อรัง 6 กลุ่มโรคในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีระบบการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วย ดูแลทั่วถึงแบบไร้รอยต่อ (Seamless) ทำให้เกิดการลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (re-admit)

ลดลง

- 2) ภาควิชาเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลต่อเนื่องโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค จำนวน 635 คน โดยการกระจายอยู่ในพื้นที่ครอบคลุมบ้าน วัด และโรงเรียน ในลักษณะเครือข่าย “บวร”
- 3) มีหมู่บ้านต้นแบบที่ดำเนินการจัดการโรคเรื้อรังครอบคลุมกิจกรรมจำนวน 108 หมู่บ้าน และมีบุคคลต้นแบบในการดูแลสุขภาพ 6 โรค จำนวน 108 คน และมีหมู่บ้านต้นแบบที่ชนะเลิศการประกวด เป็นแบบอย่างให้พื้นที่อื่น ๆ ได้ศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รพ.สต. ละ 1 หมู่บ้าน จากการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าภาควิชาเครือข่ายให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดูแลโรคเรื้อรัง โดยมีค่านิยมร่วมกันคือ รากฐานดี ความรู้ดี ภาควิชามีส่วนร่วม
- 4) โครงการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่องในชุมชนคือ ขอรอร้องทุกข์ แฝดนิ้วเท้า พุพหลังปอด ธงสีรุ้ง เลื้อยกันลิ้มกินยา และพิณแคน ซอ สร้างสุข กับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

#### 2. 2 โครงการอบรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค

มีผู้ดูแลหลักในชุมชนฯ ละ 6 คน ในการติดตามเยี่ยม ค้นหา ส่งต่อ และประสานข้อมูล รายงานกิจกรรมเชื่อมต่อระหว่างชุมชน รพ.สต. รพ. แกด้า โดยมีระบบการเข้าถึง สะดวก รวดเร็ว มีระบบทางด่วน (fast tract) ถึงผู้รับผิดชอบ 6 กลุ่มโรคในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วย ดูแลทั่วถึง ทำให้เกิดการลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ลดลงจากในปี 2552 - 2554 (คิดเป็นร้อยละ 3.99, 3.88 และ 1.00 ตามลำดับ)

ภาควิชาเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลต่อเนื่องโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค จำนวน 635 คน โดยการกระจายอยู่ในพื้นที่ครอบคลุมบ้าน วัด และโรงเรียน “บวร” (หมายถึงการใช้ชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย บ้าน วัด โรงเรียน) มีแผนงานโครงการ

จัดการสุขภาพในพื้นที่ทุก รพสต. และหมู่บ้านต้นแบบ ที่ดำเนินการจัดการโรคเรื้อรังครอบคลุมกิจกรรม จำนวน 108 หมู่บ้าน และมีหมู่บ้านต้นแบบที่ชนะเลิศการประกวดเป็นแบบอย่างให้พื้นที่อื่นๆ ได้ศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตำบลละ 1 หมู่บ้าน จำนวน 9 แห่ง

3. ผลการประเมินผลการปฏิบัติตามการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง

โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงเท่ากับ 4.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค CUP แกดำ เป็นผลลัพธ์เชิงบวกของการดูแลที่เกิดขึ้นจากการเตรียมตัว การได้รับข้อมูล การใส่ใจผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพ และผู้สนับสนุนในชุมชนที่ทำงานร่วมกันทุก ๆ ฝ่าย

### วิจารณ์

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค

2. การจัดการวางแผนการดูแลแบบมีส่วนร่วม

3. ส่งเสริมการดูแลแบบมีส่วนร่วม มีการเชื่อมโยงกับผู้ป่วย ญาติ บ้าน ชุมชน โรงเรียน วัด สถานพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ถึงจุดเปลี่ยนคือ การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังนั้นจึงมีโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในเครือข่าย CUP แกดำ จากผลการดำเนินงานมีภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนร่วมกันทำงานจนเกิดผลสำเร็จขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน โดยมีการพัฒนาระบบบริการ 6 กลุ่มโรคเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอำเภอแกดำ ซึ่งสอดคล้องการศึกษาเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชนตำบลโคกกระชาย อำเภอ ครบุรี จังหวัดนครราชสีมา<sup>(8)</sup> ซึ่งพบว่า การสนับสนุนการบริการจากหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง คือคนในชุมชนให้ความสำคัญกับหน่วยงาน สาธารณสุขภาครัฐที่ได้แก่สาธารณสุขจังหวัด สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัดและบทบาทของพระสงฆ์ สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น วิทยุชุมชน มีส่วนร่วมเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ อีกทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จ<sup>(9)</sup> ประกอบไปด้วย

1. การเสริมสร้างพลัง (empowerment) โดยการให้ความรู้แก่บุคคลที่มีประสบการณ์ในการดูแลโรคเรื้อรัง 6 โรคในชุมชน ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดพลังความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน

2. การสร้างการมีส่วนร่วมโดยกระบวนการ AIC โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ทำให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องไปตามแนวคิดการมีส่วนร่วมที่ว่า ผู้ที่เข้าร่วมในกิจกรรมจะได้รับประโยชน์ทั้งในด้านส่วนตัวและด้านสังคม รวมไปถึงได้คุณค่าแห่งตน เกียรติยศความเชื่อถือ และแม้แต่อำนาจสังคม<sup>(10)</sup>

3. ความมุ่งมั่น ต่อเนื่องของทีมบุคลากร ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายมีเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดกระบวนการกลุ่มเป็นพวกเดียวกัน

4. การสร้างทีมบุคลากรและการสร้างเครือข่ายที่เกิดจากการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายไปสู่ความเข้าใจในการดำเนินงานจัดการดูแลโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรคในชุมชน นำไปสู่การจัดกิจกรรมที่เกิดจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการร่วมทำกิจกรรมของประชาชนพร้อมทั้งมีการประเมินผลการทำงาน ทำให้สามารถแก้ปัญหาที่พบไปพร้อมกับการดำเนินงานเกิดการร่วมกันคิดเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ทำให้เกิดการพัฒนาด้วยตัวเองมีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอยู่ตลอดเวลาอาจเป็นทางการและไม่เป็นทางการก็ตาม แต่ก็ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกันของชุมชน

5. การสนับสนุนนโยบายในระดับผู้บริหารทุกภาคส่วน ที่ทำให้เกิดแรงบัลดาลใจในระดับผู้ปฏิบัติงาน ในการดำเนินกิจกรรม ส่งผลให้เกิดนวัตกรรม ผลลัพธ์

กับประชาชน/ผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่อย่างมากมาย

จากข้อค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้ป่วยและครอบครัว มีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลในชุมชน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และมีแกนนำสุขภาพดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญต่อการเสนอแนะต่างๆ ในการกำหนดนโยบาย และเสริมสร้างความรู้ทางวิชาการใหม่ๆ ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน รวมทั้งการนำข้อมูลและผลการศึกษาไปใช้ในการศึกษาประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

### เอกสารอ้างอิง

1. ชุติวรรณ ภัทรานุรักษ์กุล. การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 ต.ค. 2554]. แหล่งข้อมูล: <http://www.stouhealth.org>.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การประชุมการพัฒนาศักยภาพ case manager เพื่อนำสู่การพัฒนาระบบบริการโรคเรื้อรังในหน่วยบริการ; 3-4 พ.ค. 2554; โรงแรมราชาวดี จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7; 2554.
3. วรณารถ เล้าติมาน. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2553;6:272-8.
4. สุทัน ทวางค์มา. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน บ้านแม่ต๋ำ ตำบลเสริมซ้าย อำเภอสว่างงาม จังหวัดลำปาง [การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
5. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้งานโปรแกรมสารสนเทศทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล; 2553.
6. สิทธิณัฐ ประพุทธินิติสาร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. แนวคิดและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิตาเพรส; 2546.
7. WHO Programme on Mental health. Measuring quality of life: the World Health Organization quality of life instruments. Geneva: world health organization; 1997.
8. ฉัตรวิญญ์ องคสิงห์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชน ตำบลโคกกระชาย อำเภอบรบือ จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.
9. ชนิษฐา นันทบุตร. ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน. ใน: แนวคิดเครื่องมือการออกแบบ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
10. Cohen JM, Uphoff NT. Participations place in rural development seeking clarity through specificity. World Development 1980;8:213-35.

**Abstract: Developing a Model by Community Involvement for Caring of Patients with Chronic Diseases: a Case Study of Kaedam Contracting Unit for Primary Care, Mahasarakham Province**

**Sompong Chantharaowat, B.Sc, M.D., M.P.H.; Suphapon Supho, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing); Nawarat Bannan, M.N.S. (Gerontological Nursing)**

*Kaedam Hospital, Mahasarakham Province*

*Journal of Health Science 2014;23:394-402.*

The objectives of this study were to assess the situation of chronic diseases in Kaedam Contracting Unit for Primary Care (CUP), Mahasarakham Province and the involvement of community in caring for chronic disease patients as well as to develop a model of community involvement for care of chronic diseases care in Kaedam CUP. The study was conducted as a research and development research utilizing the quantitative, qualitative, and participatory action research approaches. The study samples included 426 cases with chronic disease living in Kaedam and 209 individuals from multidisciplinary teams, community leaders, sub-district administrative organizations, school administrators, and health care providers. The Data collection methods and tools included a quality of life questionnaire, in-depth interviews, group discussions, and workshops. It was found that the most common quality of life score among patients was moderate (81.69%). Promotion of community involvement was conducted through the technical refreshing among health care teams on the management of 6 chronic diseases and training volunteers on community-based management and holistic care of patients with the chronic illnesses. During the implementation period, capacity of the multidisciplinary teams was enhanced, chronic disease data based system was developed and data were shared for proper planning of health care of the patients, and the referral system was improved to increase efficiency and safety as well as continuum of care. Assessment of patients' satisfaction revealed a high level attainment with the score of 4.05.

**Key words: chronic diseases, contracting unit for primary care, model development, community participation**