

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชน สู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเชิงบูรณาการ โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ

อนุสร การเกษ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)*

อภินันท์ ทองบ่อ พย.บ.**

วรรณชาติ ตาเลศ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)****

* โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จังหวัดนครพนม

**** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ จังหวัดสุรินทร์

ติดต่อผู้เขียน: เกตุรินทร์ บุญคล้าย Email: ketnarin@bcnnv.ac.th

สุริย์ภรณ์ พรรณโรจน์ พย.บ.*

เกตุรินทร์ บุญคล้าย พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)***

กรรณิกา เพ็ชรรักษ์ พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)****

วันรับ:	8 ส.ค. 2567
วันแก้ไข:	21 พ.ย. 2567
วันตอบรับ:	9 ธ.ค. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์พัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเชิงบูรณาการและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อผลลัพธ์ทางคลินิก การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพฉุกเฉิน ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (3) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก และ (4) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ-ขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 332 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงกรกฎาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน paired t-test ผลการวิจัย สถานการณ์ปัญหาด้าน (1) ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (2) ผู้มีส่วนได้เสีย และ (3) ระบบบริการสุขภาพ ควรมีการพัฒนาแนวทางที่สอดคล้องทั้งด้านสาธารณสุขและองค์การสนับสนุนอื่นมีการบูรณาการร่วมกันด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการใช้รูปแบบพัฒนาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้สูงอายุโรคสมองขาดเลือดและโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.30 ชั่วโมง และ 30 นาที สูงขึ้น ร้อยละ 89.19 และ 81.10 ตามลำดับ มีอัตราการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ 50 และอัตราการรับประทายละลายลิ่มเลือดต่อเนื่องสูงขึ้น ร้อยละ 97.11 สรุป การพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเชิงบูรณาการที่มีความร่วมมือองค์กรด้านสุขภาพและองค์กรสนับสนุนในชุมชน สามารถสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ; ผู้สูงอายุ; กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด; ระบบสุขภาพชุมชน

บทนำ

ประชากรโลกในปัจจุบันมีอายุยืนยาวขึ้น โดยมีอายุขัยเฉลี่ยอยู่ที่ 60 ปีขึ้นไป ขณะเดียวกันอายุขัยที่ยืนยาวขึ้นส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังที่ทำให้การเจ็บป่วยมีความซับซ้อนมากขึ้นยากแก่การจัดการรักษาและส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีดังเดิมได้⁽¹⁾ ในปี พ.ศ.2564 เขตสุขภาพที่ 10 ได้พัฒนารูปแบบนาร่องระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอส-ที ยกสูง (STEMI) และโรคกระดูกสะโพกหัก (hip fracture) แบบบูรณาการเพื่อแก้ปัญหาโรคสำคัญในผู้สูงอายุทั้งโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบการเจ็บป่วย ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น สูญเสียปีสุขภาวะในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พบผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 18.1 ในปี 2555 เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.7 ในปี 2563 นอกจากนี้ ยังพบแนวโน้มผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾

อำเภอราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่เข้าร่วมโครงการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไร้รอยต่อในกลุ่มโรคดังกล่าว ซึ่งการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่บนพื้นฐานการจัดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (seamless service) ตั้งแต่บริการระดับปฐมภูมิ ไปจนถึงการบริการความเชี่ยวชาญระดับสูง (excellence care) ที่ประกอบไปด้วยการส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลในโรงพยาบาล และระบบส่งต่อ รวมทั้งการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล โดยมีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันในหลายภาคส่วนรวมถึงภาคสนับสนุนในระดับชุมชน โดยการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้มีการแสดงความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า การให้บริการไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนจะต้องมีการพัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน จากการดำเนิน

งานที่ผ่านมาพบว่า เป้าหมายและผลลัพธ์การดำเนินงานด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและสัญญาณเตือนของโรค Stroke และ STEMI ต่ำกว่าร้อยละ 80 การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังต่ำกว่าร้อยละ 50⁽²⁾ ซึ่งสภาพปัญหาดังกล่าวอาจนำไปสู่ปัญหาด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลต่อกระบวนการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ โอกาสของการเสียชีวิตและความพิการเกิดขึ้นได้ในอนาคต

อำเภอราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ มีชุมชนในเขตบริการ 14 ตำบล 190 หมู่บ้าน มีจำนวนผู้สูงอายุ 14,682 คน เริ่มมีการวางแผนการดำเนินการตามโครงการบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2564 แต่ยังพบปัญหาด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรคหัวใจขาดเลือด ตลอดจนคุณภาพด้านการรักษาที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเชิงบูรณาการและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อผลลัพธ์ทางคลินิก การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพฉุกเฉิน ระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยคาดหวังว่ารูปแบบที่พัฒนาจากการวิจัยนี้ จะสามารถดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมาย รวมทั้งได้รูปแบบเชิงระบบการดูแลสุขภาพไร้รอยต่อ เพื่อการพัฒนาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และยกระดับคุณภาพการดูแลทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิไร้รอยต่อ ต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยรูปแบบวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods research design)⁽³⁾ โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ในการวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบบริการสุขภาพชุมชน และการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental

research) แบบ one group pre-posttest design เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ครั้งนี้เป็น แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา บริบท การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนได้เสียในชุมชน จำนวน 41 คน ประกอบด้วย (1) อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver: CG) (3) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager: CM) (4) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (community care giver: CCG) (5) ตัวแทนผู้สูงอายุ (6) ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุ (7) ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ (8) ตัวแทนเจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

กลุ่มที่ 2 ผู้มีส่วนได้เสียในระบบบริการสุขภาพ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย (1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (2) พยาบาลวิชาชีพ (3) เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน (4) บุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ (5) ตัวแทนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ และ (6) บุคลากรสาธารณสุข

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการเสวนากลุ่ม เกี่ยวกับประเด็นรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเชิงบูรณาการ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยทั้งกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียในชุมชนและกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียในระบบสุขภาพได้บอกเล่าประสบการณ์และดูแลผู้สูงอายุ และร่วมกันออกแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง

โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยประเมินผลลัพธ์เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคลินิก เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลัง เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบบริการ และการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุของรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โดยประชากรเป็นผู้สูงอายุทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จาก 14 ตำบล 190 หมู่บ้าน จำนวน 14,682 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยการหาขนาดของอิทธิพล (effect size conventions) ใช้ค่า small effect size เท่ากับ 0.20 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจในการทดสอบ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ 3 จำนวน 272 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 20%⁽⁴⁾ รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 332 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ

- 1) ผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไปหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (ในกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลได้)
- 2) สามารถอ่านและสื่อความหมายได้ดี
- 3) มีทักษะการใช้สื่อสังคมออนไลน์หรือสามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้
- 4) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้
- 5) เป็นผู้ที่ได้รับการคัดกรอง cardiovascular disease (CVD) risk จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ

- 1) ไม่ยินยอมร่วมโครงการวิจัย จากการขออนุญาต

ยินยอมร่วมโครงการวิจัยของผู้ให้ข้อมูล (consent form) ในแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะที่ 1 มีประเด็นหลักดังนี้ สถานการณ์ สภาพปัญหา บริบทการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ของประชาชนในพื้นที่อำเภอรามัญ จังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะที่ 2 มีประเด็นหลักดังนี้ (1) ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (2) แนวทางการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และ (3) แนวทางการพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อปี การประกอบอาชีพ ประวัติการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ และโรคประจำตัว การประเมิน CVD risk การเข้ารับบริการระบบ fast-track การได้รับยาละลายลิ่มเลือด การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับประทานยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและโรคหัวใจ-ขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam⁽⁵⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ด้านความรู้ความเข้าใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

3) ด้านทักษะการสื่อสาร

4) ด้านการจัดการตนเอง

5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เลือกตอบเพียง 1 ระดับ

6) ด้านทักษะการตัดสินใจ ลักษณะของคำตอบแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือกให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก

คะแนนรวมของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งฉบับมีค่าตั้งแต่ 14-70 คะแนน แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ทั้งรายด้านและโดยรวม เป็น 3 ระดับตามค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยรายด้านหรือโดยรวมหารด้วยคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ของรายด้านหรือโดยรวมนั้นหารด้วย 3 อันตรภาค-ชั้น ให้ความหมายของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ตามช่วงค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ ดังนี้

- 0.00 – 0.33 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ระดับต่ำ
- 0.34 – 0.67 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ระดับปานกลาง
- 0.68 – 1.0 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ระดับสูง

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.89

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)⁽⁶⁾ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ในการเป็นผู้ช่วยนักวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ระหว่าง เดือน ธันวาคม 2566 – กรกฎาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการอย่างเป็นระบบที่มุ่งเน้นไปที่การตีความข้อมูลจากคำสัมภาษณ์ ได้แก่ การถอดเทปคำสัมภาษณ์ หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์เชิงลึก การอ่านซ้ำเพื่อทำความเข้าใจ อ่านข้อความที่ถอดเทปซ้ำหลายๆ รอบเพื่อทำความเข้าใจบริบทและเนื้อหาทั้งหมด จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยการทำการ coding กำหนดรหัสให้กับส่วนข้อความที่มีเนื้อหาสำคัญหรือเนื้อหาที่มีการตกผลึก (data saturation) จากนั้นนำมาจัดเป็นหมวดหมู่และสังเคราะห์ประเด็นหลักที่สะท้อนแก่นสำคัญของข้อมูลทั้งหมด

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน เช่น ข้อมูลจากผู้สูงอายุ ครอบครัว อสม. และบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล นำผลมาวิเคราะห์เบื้องต้น นำประเด็นหลักกับไปสอบถามกับผู้ให้ข้อมูลบางราย เพื่อยืนยันว่าสิ่งที่ผู้วิจัยตีความนั้นถูกต้องและตรงกับสิ่งที่พวกเขาต้องการสื่อจริงๆ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคลินิก คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการเห็นชอบและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตามเอกสารรับรอง เลขที่ SPPH-2023-176 รับรอง ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 – 31 ตุลาคม 2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจง

เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และมีสิทธิถอนตัวจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่เสียสิทธิใดๆ เกี่ยวกับการได้รับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตามมาทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา บริบทการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี พ.ศ. 2566 – พ.ศ. 2567 อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 14,682 ราย ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง CVD risk จำนวน 14,513 คน คิดเป็นร้อยละ 98.84 จำแนกเป็นเสี่ยงระดับต่ำ ปานกลาง สูง สูงมาก และสูงอันตราย ร้อยละ 27.00, 35.50, 16.65, 9.38 และ 10.00 ตามลำดับ

สถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงานสามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

1) ประเด็นผู้สูงอายุและผู้ดูแล

พบว่า ในการพัฒนาระบบบริการควรพัฒนาความรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มเติม นอกเหนือจากการสร้างความรอบรู้แก่ผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการใช้เทคโนโลยีต่อการเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านระบบบริการสื่อสารทางไกลแบบวิดีโอคอล GIS Scan Me ร่วมกับโทรแจ้งเหตุฉุกเฉิน 1669 มากขึ้น

2) ผู้ให้บริการทุกระดับและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

พบว่า ควรชี้แจงแผนการดำเนินการในที่ประชุมผู้บริหารระดับอำเภอให้เกิดความเข้าใจและการตามแผนโครงการร่วมกัน พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ด้านองค์ความรู้และการปฏิบัติในให้บริการสุขภาพ

3) ระบบบริการสุขภาพ

พบว่า ควรมีการพัฒนาแนวทางบริการและการบูรณาการอย่างมีแบบแผนที่ชัดเจน ที่สอดคล้องกันระหว่างบริการด้านสาธารณสุขและองค์กรสนับสนุนอื่น ในด้าน

การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงมีการประชาสัมพันธ์และสื่อสาร การประสานงานร่วมกันมากขึ้น ส่งเสริมให้ชุมชนมีการณรงค์ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างต่อเนื่องและสร้างเครือข่ายกู้ชีพระดับตำบลเป็นวาระระดับอำเภอ เป็นต้น

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลแบบสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์เชิงลึก (focus group & in-depth interview) รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเชิงบูรณาการพบว่า ด้านบทเรียนการดำเนินงาน รวมทั้งการวิเคราะห์นโยบายและมาตรการดำเนินการที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเชิงระบบ จากผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 50 คน ใน 14 ตำบลเขตพื้นที่อำเภอราชสีห์ คึกษาเอกสาร วรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย กลไก กระบวนการ วิธีการ กิจกรรม เครื่องมือ นวัตกรรมและเทคโนโลยี เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบแนวทางการดูแลและประชุมระดมสมอง (brainstorming group discussion) และวิเคราะห์เชิงแก่นสารจากข้อมูล โดยพบว่า สถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงาน สามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

1) ประเด็นผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่า ในการพัฒนาระบบบริการควรพัฒนาความรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มเติม นอกเหนือจากการสร้างความรอบรู้แก่ผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว

2) ผู้ให้บริการทุกระดับและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า ควรชี้แจงแผนการดำเนินการในที่ประชุมผู้บริหารระดับอำเภอให้เกิดความเข้าใจและการตามแผนโครงการร่วมกัน พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ด้านองค์ความรู้และการปฏิบัติในให้บริการสุขภาพ

3) ระบบบริการสุขภาพ พบว่า ขาดความชัดเจนในแผนปฏิบัติการติดตามแนวทางนโยบาย ระหว่างบริการด้าน

สาธารณสุขและองค์กรสนับสนุนอื่น ในด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงมีการประชาสัมพันธ์และสื่อสาร การประสานงานร่วมกันมากขึ้น ส่งเสริมให้ชุมชนมีการณรงค์ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างต่อเนื่องและสร้างเครือข่ายกู้ชีพระดับตำบลเป็นวาระระดับอำเภอ เป็นต้น

2. การวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนามาตรการอำเภอราชสีห์ (development: D1) กำหนดนโยบาย กลไก กระบวนการ มาตรการ วิธีการ กิจกรรมและเทคโนโลยีในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดแผนปฏิบัติการ (action plan) ประกอบด้วย (1) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพรายบุคคลและแบบกลุ่ม (2) การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (3) การคัดกรองคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (4) สนับสนุนช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัย (5) ปรับปรุงแนวทางบริการการรักษาพยาบาลร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (6) ประชาสัมพันธ์และการใช้ทรัพยากรชุมชน กำหนดช่องทางรายงานผลลัพธ์การดำเนินการ (7) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (health information system) และ (8) กำหนดงบประมาณสนับสนุนตามแผนโครงการวิจัย

3. การปฏิบัติตามรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ เชิงบูรณาการของอำเภอราชสีห์ (research: R2) ประกาศใช้แนวทางการบริการผ่านเวทีผู้นำชุมชนในการประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และเวทีประชุมผู้บริหาร องค์การบริหารส่วนตำบลเทศบาลตำบลและอำเภอราชสีห์ เจ้าหน้าที่ อสม. care giver (CG) กู้ชีพตำบลและผู้นำชุมชน

4. การปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน (development: D2) ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินการตามแผนโครงการในเวทีประชุมองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ปรับกระบวนการบริการ 3 ระดับ ได้แก่ (1) ระบบบริการก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) (2) ระบบบริการในโรงพยาบาล (in-hospital care) (3) ระบบบริการดูแลต่อเนื่อง (post hospital care) และสนับสนุนชุมชนสร้าง

นวัตกรรม Survival Kit Vir Home เพื่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มผู้สูงอายุในระดับบุคคลมากขึ้น ตลอดจนการสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากเสียงตามสายในชุมชนเพื่อการประชาสัมพันธ์กระจายข่าวการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นอย่างน้อย ปรับปรุงการรายงานข้อมูลตามเวลาเกิดเหตุการณ์จริง (realtime) ที่ง่ายต่อการรวบรวมข้อมูลทางคลินิกที่เกิดขึ้น

5. การขยายแนวทางที่ปรับปรุงใช้ในหลายชุมชนมากขึ้น (research: R3) โดยมีความครอบคลุม 14 ตำบล 190 หมู่บ้าน และวัดผลลัพธ์ 6 เดือน ภายหลังจากนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้จริง

6. การประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ผลลัพธ์กระบวนการและด้านผลลัพธ์เชิงคลินิก ด้านการคัดกรองความเสี่ยงโรคด้วย CVD risk จำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เข้าระบบ fast-track โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันชนิดสมองขาดเลือด ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.30 ชั่วโมงหรือ 270 นาที ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด-เฉียบพลันที่เข้าระบบ fast-track จำนวนการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรับประทายละลายลิ่มเลือดต่อเนื่อง ผลลัพธ์บริการด้านความรู้สุขภาพผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

7. แนวทางการจัดบริการรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

1) กลไกขับเคลื่อนอำเภอและชุมชนที่มี การประสานความร่วมมือทั้งในผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระบบสุขภาพ (health sectors) และระบบสังคมอื่น (non-health sectors) ที่มีการเสนอแผนพัฒนา สร้างความเข้าใจด้านการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุไร้รอยต่อในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจขาดเลือดร่วมกัน โดยกำหนดแผนพัฒนาระดับอำเภอ

2) ระบบข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย มีการกำหนด

แนวทางการรวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลที่รวดเร็ว

3) การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง แผนปฏิบัติการ (actions plan) การค้นหากลุ่มเสี่ยง คัดกรองคลื่นไฟฟ้าหัวใจกลุ่มผู้สูงอายุที่มีค่า CVD risk เสี่ยงสูงอันตราย การปิดหมุดพิกัดเพื่อการค้นหาตำแหน่งผู้ป่วยที่รวดเร็วและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

4) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (referral system) ก่อนถึงโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาล ปรับปรุงแนวทางการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

5) การดูแลแบบช่องทางด่วน (fast-track) ปรับปรุงแนวทางการรักษาในระบบบริการเร่งด่วนในระดับชุมชนในโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาล

6) การดูแลรักษาเฉพาะทาง (definitive care) กลุ่มโรคหลอดเลือด-สมองและหัวใจขาดเลือด

7) การดูแลที่ต่อเนื่อง (continuity care) ที่สนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุและแหล่งประโยชน์ในชุมชนมีส่วนร่วม โดยส่งผ่านข้อมูลสู่ชุมชนด้วยระบบ smart refer บูรณาการอุปกรณ์ ศูนย์ยืมคืนและระบบการดูแลต่อเนื่อง long term care

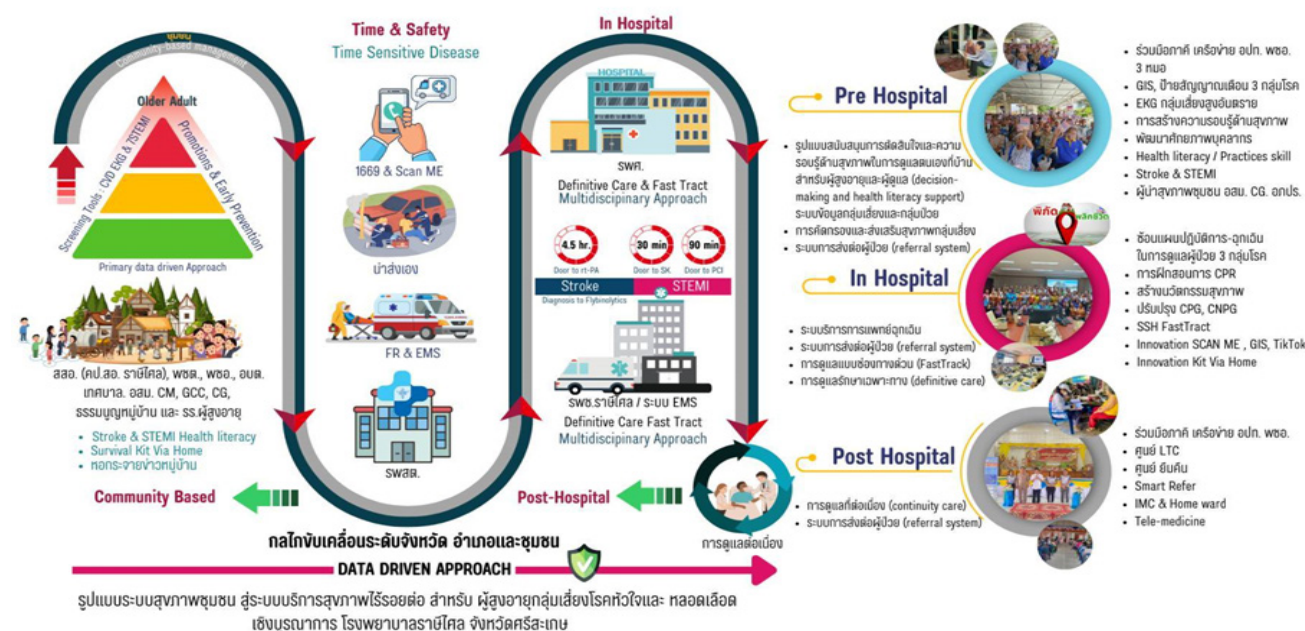
8) สนับสนุนการตัดสินใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลตนเองที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผ่านแนวทางการส่งส่งความรู้สุขภาพ แผ่นภาพสื่อสารประจำบ้านและประชาสัมพันธ์ข้อมูลที่ต่อเนื่อง

9) การกำกับติดตามผลลัพธ์การดูแลตามแผนพัฒนาระบบบริการ (system monitoring) ผ่าน Line notify กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และระบบการรายงานข้อมูลเขตสุขภาพที่ 10 นำเสนอผลลัพธ์การดำเนินโครงการวิจัยในการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ การประชุมผู้บริหารระดับอำเภอราศีไสล ดังภาพที่ 1

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพท์รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ภายหลังจากดำเนินการวิจัย อำเภอราศีไสล จังหวัดศรีสะเกษ มีพื้นที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 14 ตำบล 190

ภาพที่ 1 รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเชิงบูรณาการ โรงพยาบาลราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ



หมู่บ้าน มีจำนวนผู้สูงอายุ 14,682 ราย พบจำนวนผู้สูงอายุที่มีค่า CVD risk เสี่ยงสูงอันตรายจำนวน 800 ราย ในจำนวนนี้ได้รับการคัดกรองตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจำนวน 640 คิดเป็นร้อยละ 80 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันทั้งหมด 87 ราย เข้ารักษาในระบบ fast-tract ร้อยละ 71.26 ในกลุ่มโรคสมองขาดเลือดได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ภายใน 4.30 ชั่วโมงหรือ 270

นาที ร้อยละ 89.19 ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งหมด 11 รายได้รับการรักษาที่เข้าระบบ fast-tract ร้อยละ 100.00 และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ร้อยละ 81.81 ผู้สูงอายุโรคสมองขาดเลือดและโรคหัวใจขาดเลือดมีการรับประทานยาละลายลิ่มเลือดต่อเนื่อง ร้อยละ 97.11 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ด้านคลินิก ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อำเภอราชสีไศล (N=14,682)

ตัวแปร	ก่อน ^a		หลัง ^b		p-value
	จำนวน	%	จำนวน	%	
1. การคัดกรองความเสี่ยงโรคด้วย CVD Risk	9,785	66.64	14,513	98.84	0.01
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เข้าระบบ Fast-tract	54	0.36	62	0.42	0.40
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ชนิดสมองขาดเลือดได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที	32	59.25	46	74.19	0.41
4. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้าระบบ Fast-tract	8	0.05	11	0.07	0.80
5. จำนวนการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที	4	50.00	9	81.10	0.80
6. การรับประทานยาละลายลิ่มเลือดต่อเนื่อง	536	81.33	640	97.11	0.01

a ข้อมูลเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566, b ธันวาคม 2566 - กรกฎาคม 2567

การพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ

ด้านการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 163 รายและ 19 ราย ตามลำดับ ก่อนการพัฒนาพบว่า จำนวนผู้สูงอายุมีการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 32.90 และ 62.50 ตามลำดับ มาด้วยตนเองร้อยละ 67.10 และ 37.50 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนามีจำนวนผู้สูงอายุใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 55.17 และ 54.55 ตามลำดับ และมาด้วยตนเองร้อยละ 44.83 และ 45.45 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำนวน 322 ราย พบว่า ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 47.64 อายุเฉลี่ย 73.31 ปี (Mean=73.31, SD=8.63, Min=60 ปี, Max=94 ปี) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 64.92 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.04 โดยมีรายได้เฉลี่ย 1,872 บาท/เดือน (Mean=1,872,

SD=254.05, Min= 600 บาท, Max= 16,000 บาท) ภายหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรอบรู้ 6 ด้าน ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวโรค การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันเฉลี่ยในระดับมาก (Mean=75.94, SD=5.70, 95% CI = 5.91-6.38) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และมีคะแนนความรอบรู้โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเฉลี่ยในระดับมาก (Mean=70.71, SD=5.50, 95% CI = 5.95-6.45) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังตารางที่ 3

ภายหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม เฉลี่ยในระดับมาก (Mean=94.83, SD=3.93, 95% CI=5.98 – 6.83) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อำเภอรามัญ (N=14,682)

โรค	จำนวนผู้ป่วย	ก่อน ^a				หลัง ^b			
		มาด้วยตนเอง		มาด้วย EMS		มาด้วยตนเอง		มาด้วย EMS	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	163	51	67.10	25	32.90	39	44.83	48	55.17
โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	19	3	37.50	5	62.50	5	45.45	6	54.55

*EMS = emergency medical service, a ข้อมูลเดือน ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566, b ธันวาคม 2566 – กรกฎาคม 2567

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบบริการ (n =332)

	ก่อน	หลัง	ผลต่างของ	95%CI	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD	ค่าเฉลี่ย			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน	69.79±2.32	75.94±5.70	6.14±2.32	5.91-6.38	51.75	0.01
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	64.51±3.86	70.71±5.50	6.20±2.44	5.95-6.45	49.59	0.01

* p<0.05

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบบริการ (n =332)

คุณภาพชีวิต	ก่อน Mean±SD	ระดับ	หลัง Mean±SD	ระดับ	ผลต่างของค่าเฉลี่ย	95% CI	t	p-value
ด้านสุขภาพร่างกาย	25.82±4.85	ปานกลาง	28.61±5.30	ดี	0.78±1.37	0.63-0.93	10.40	0.01
ด้านจิตใจ	22.51±4.87	ปานกลาง	23.87±4.95	ดี	1.35±1.76	1.16-1.54	14.02	0.01
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	10.52±2.73	ปานกลาง	13.30±4.02	ดี	2.78±2.17	2.54-3.01	23.31	0.01
ด้านสิ่งแวดล้อม	27.55±6.54	ปานกลาง	29.04±6.83	ปานกลาง	1.48±2.36	1.23-1.74	11.47	0.01
โดยรวม	88.42±9.67	ปานกลาง	94.83±10.52	ดี	6.41±3.93	5.98-6.83	29.72	0.01

วิจารณ์

ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เชิงบูรณาการ โรงพยาบาลราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ มี 9 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) กลไกขับเคลื่อนระดับจังหวัด อำเภอและชุมชน (2) ระบบข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย (3) การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง (4) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (referral system) (5) การดูแลแบบช่องทางด่วน (fast-track) (6) การดูแลรักษาเฉพาะทาง (definitive care) (7) การดูแลที่ต่อเนื่อง (continuity care) (8) รูปแบบสนับสนุนการตัดสินใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล (decision-making and health literacy support) และ (9) การกำกับติดตามผลลัพธ์การดูแลตามแผนพัฒนาระบบบริการ (system monitoring) โดยองค์ประกอบกระบวนการ เป็นผลจากการขับเคลื่อนอำเภอและชุมชนที่มีการประสานความร่วมมือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ (health sectors) และระบบสังคมอื่น (non-health sectors) ที่มีการเสนอแผนพัฒนา สร้างความเข้าใจด้านการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุไร้รอยต่อในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจขาดเลือดร่วมกันและสรุปแผนเพื่อการพัฒนาบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ โดยภายหลังการวิจัยพบความชุกของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันสูงขึ้นและโรคหัวใจขาดเลือดเข้ารับบริการสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีแนวโน้มจำนวนผู้สูง

อายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์⁽⁷⁾

ขณะเดียวกัน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคในขณะที่มีอาการเฉียบพลันและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น การพัฒนารูปแบบบริการสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการประเมินตรวจคัดกรอง CVD risk ได้มากถึงร้อยละ 98.84 มีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผู้สูงอายุ CVD risk กลุ่มเสี่ยงสูงอันตรายร้อยละ 80.00 ทั้งนี้เกิดจากการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อในการดูแลผู้สูงอายุได้มีการกำหนดเป็นวาระในระดับนโยบายของเขตสุขภาพที่ 10 การดำเนินงานมีนโยบายที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งระบุว่านโยบายที่มีความชัดเจนจะเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ⁽⁸⁻¹⁰⁾ ซึ่งทำให้มีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เข้มแข็ง ทั้งกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และระดับตำบล (พชต.) มีกลไกระดับจังหวัดคอยสนับสนุน รวมทั้งเครือข่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องของชุมชนมากขึ้น

ด้านการใช้บริการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจขาดเลือด พบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่าร้อยละ 55.17 ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเข้าถึงระบบบริการ fast-track ร้อยละ 71.26 ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 4.50 ชั่วโมง ร้อยละ 89.19 และผู้ป่วยโรค

หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับการรักษาที่เข้าระบบ fast-track และให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ร้อยละ 81.81 ซึ่งบรรลุเป้าหมายของโครงการวิจัย การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ทั้งสมรรถนะด้านการรักษา ทักษะการปฏิบัติ กระบวนการแนวทางการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงความรู้ ทักษะของประชาชนทั้งแกนนำชุมชนและอาสาสมัครกู้ชีพในการให้ข้อมูลในการแจ้งเหตุกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ทั้งในระดับชุมชนและโรงพยาบาล สามารถส่งเสริมการให้บริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การส่งเสริมพัฒนาด้วยกระบวนการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและพัฒนา ศักยภาพมนุษย์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความสามารถด้านการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ดีขึ้นจากเดิม⁽¹¹⁾

อย่างไรก็ตามการวิจัยพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยตนเองมากถึงร้อยละ 44.83 สามารถอธิบายได้ว่าการเปลี่ยนโครงสร้างสังคมและเศรษฐกิจชุมชนมีความเกี่ยวข้องกับต่อเศรษฐกิจ-ฐานะและค่านิยมบุคคล ทำให้มีศักยภาพในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพด้วยตนเองสูงขึ้น อาจเป็นผลจากความรู้ ทักษะและเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกลุ่มที่มาด้วยญาตินำส่งและมาเองให้เหตุผลว่า มาด้วยรถส่วนตัว สะดวกกว่าไม่ได้คิดถึงรถพยาบาลเพราะเป็นช่วงคับขัน และยังมีความรู้ความเข้าใจในระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่น้อย⁽¹²⁾ ในประเด็นดังกล่าวควรมีการส่งเสริมองค์ความรู้และการปฏิบัติ สำหรับผู้ดูแลหรือประชาชนในชุมชนในกรณีที่เดินทางด้วยตนเอง เพื่อการดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลหรือขณะนำส่งอย่างถูกต้องและลดโอกาสของการเสียชีวิตหรือพิการ

ด้านส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและโรคหัวใจขาดเลือดที่ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวโรค การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การ

จัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าภายหลังการพัฒนาสูงขึ้น ทั้งนี้การส่งเสริมความรู้สุขภาพผู้สูงอายุเป็นทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่มและในระบบของสื่อสารมวลชนในชุมชนผ่านเสียงตามสายหอกระจายข่าวชุมชนเป็นรูปแบบที่ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของบุคคลในชุมชนได้มากขึ้น^(1,13) ซึ่งการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวมีการส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น รูปแบบมีแนวทางในการบริการที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในระดับบุคคล ครอบครัวมากขึ้น ชุมชนมีการพัฒนานวัตกรรมร่วมกันเพื่อใช้ในการบริการสุขภาพ เช่น survival kit vir home นวัตกรรมสร้างความรอบรู้สุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และ Scan Me นวัตกรรมส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยกิจกรรมสามารถส่งเสริมการดูแลตนเองต่อเนื่องภายหลังการเจ็บป่วย ทำให้ให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดมีการรับทราบรายละเอียดต่อเนื่อง ร้อยละ 97.11 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(1,14) พบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยการสอนปฏิบัติรายบุคคลที่บ้านเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถเพิ่มการตัดสินใจ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรับทราบยาต้านเกล็ดเลือดต่อเนื่องมากขึ้น ในอนาคตการบริการผู้สูงอายุไร้รอยต่อ ควรเน้นการบริการผู้สูงอายุถึงบ้าน (house health care) รวมทั้งจัดบริการในรูปของคลินิกผู้สูงอายุโดยกำหนดแผนการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ มีความเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายของแต่ละภาคส่วน และข้ามภาคส่วน กับองค์กรที่เกี่ยวข้อง กำหนดหน่วยงานและบุคลากรที่รับผิดชอบพร้อมแผนดำเนินงาน รวมทั้งช่วงเวลาเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนที่ดีขึ้น^(2,10)

ภายหลังการพัฒนารูปแบบบริการสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมในระดับดี แต่ยังพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่าอำเภอราชไศลเป็นพื้นที่

เกษตรกรรม ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาเลี้ยงสัตว์ ขณะเดียวกันในปัจจุบันชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมเมืองมากขึ้นประกอบกับความพอใจกับสภาพบ้านเรือน รายได้ที่ยังอยู่ในระดับต่ำ ความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต รวมทั้งสภาพแวดล้อมต่อสุขภาพและความสามารถในการเดินทางที่มีข้อจำกัดจากที่สูงอายุ อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง^(2,10) แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสภาพแวดล้อม ควรส่งเสริมในด้านปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ตลอดจนความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความเจริญของท้องถิ่น เศรษฐกิจ รายได้รวมทั้งการคมนาคม สวัสดิการสังคม จัดให้มีพื้นที่หรือสถานที่ที่เอื้อแก่การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น สวนสุขภาพและลานออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น⁽¹⁵⁾

สรุป

ผลการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเชิงบูรณาการโรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ สามารถสนับสนุนส่งเสริม การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุมากขึ้น โดยระบบบริการที่ทำให้สูงอายุและผู้ดูแล ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีช่องทางเพื่อช่วยให้เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รวดเร็วยิ่งขึ้นและผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีและผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดใน 4.5 ชั่วโมงได้ทันเวลาสูงขึ้น ขณะเดียวกันสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาและส่งเสริมการรับประทายยาละลายลิ่มเลือดในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและสูงขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองอำเภอราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ ยังเน้นการพัฒนาเพื่อเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ โดยผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มป่วยได้

รับการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลและประสานงานอย่างเป็นระบบกับเครือข่ายในระบบในสุขภาพชุมชนและโรงพยาบาล เพื่อให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็วด้วยระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในระบบบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เมื่อมีการเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพเข้าด้วยกันแล้ว ผู้สูงอายุในชุมชนจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ (seamless) ซึ่งเป็นระบบที่เชื่อมระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีลักษณะผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การจัดการดูแล การนำส่งผู้ป่วยช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด เอส-ทียอกสูง (STEMI) เป็นไปอย่างไร้รอยต่อแบบบูรณาการครบทุกมิติ เป็นการให้บริการแบบครบวงจรซึ่งเป็นไปตามแนวทางของการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานเขตสุขภาพที่ 10⁽²⁾

ข้อจำกัดงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดและความเสื่อมสภาพตามวัย ดังนั้นในการออกแบบกิจกรรม ข้อคำถามควรใช้มีความกระชับเข้าใจง่ายและต้องเตรียมผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยให้เกิดความเข้าใจกับแผนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเคร่งครัด ผลลัพธ์จากการศึกษาเป็นการศึกษาโดยวัดผลแบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังจากใช้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น ดังนั้นเพื่อการสรุปผลลัพธ์รูปแบบบริการที่ชัดเจนควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกันและมีระยะเวลาที่ยาวขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบายสาธารณสุข กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ต้องเชื่อมการประสานงาน การสื่อสารเพื่อ

ทำความเข้าใจร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ สำหรับการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติต้องระบุผู้เกี่ยวข้อง/ผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน ตลอดจนคำนึงถึงศักยภาพและความพร้อมของแต่ละพื้นที่ในการดำเนินงาน บูรณาการความร่วมมือทั้งภาคส่วนด้านสุขภาพ (health sector) และไม่ใช่ภาคส่วนด้านสุขภาพ (non-health sector) อีกทั้งต้องส่งเสริมศักยภาพบุคลากรให้ตรงกับบทบาทการจัดบริการเฉพาะของผู้เกี่ยวข้องแต่ละระดับ

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล การจัดระบบบริการสุขภาพควรเพิ่มศักยภาพผู้ให้บริการเท่าที่มีอยู่ให้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มเติมเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมการรักษาเข้ามาสนับสนุนการให้บริการ

3. ด้านการวิจัย ควรมีการประเมินติดตามผลการดำเนินการในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ บริการและเชิงคลินิกที่ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566 คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ราชสีไศล องค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งในอำเภอ ราชสีไศล อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้เกี่ยวข้องกับส่วนสุขภาพ และไม่ใช่ภาคส่วนสุขภาพที่สนับสนุนและร่วมดำเนินงานในโครงการจนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Banharak S, Metprommarat A, Mahikul W, Jeamjitvibool T, Karaket A. Effectiveness of acute myocardial infarction interventions on selected outcomes among community dwelling-older adults: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep 2023;13(1):18538.
2. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, อีระ ศิริสมุทร, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, พรทิพย์ วชิรดิถ, สุเพียร โภคทิพย์, ศรินทิพย์ สงวนวงศ์-วาน, และคณะ.การพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ เชิงบูรณาการของเขตสุขภาพที่ 10. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ; 2567.
3. Creswell JW, Clark VLP. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Los Angeles: SAGE Publication; 2018.
4. Polit D F, Beck C T. Generalization in quantitative and qualitative research: myths and strategies. International Journal of Nursing Studies 2010;47(11):1451-58.
5. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008;67(12):2072-78.
6. สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวน-ปรุง; 2540.
7. Asian Development Bank. Aging well in Asia: Asian development policy report 2024 [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 21]. Available from: <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/964571/asian-development-policy-report-2024.pdf>
8. Kikkawa A, Pelli M, Reiners L, Rhein D. The determinants of well-being of older persons: a comparative study across developing Asia [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/964571/asian-development-policy-report-2024.pdf>
9. ณัฐวรรณ แยมละมัย, สุณี หงษ์วิเศษ. การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วารสารมหาวิทยาลัย-นครพนม 2561;8(3):17-25.
10. วรณิ แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์, ธนอม นามวงศ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2565;8(4):195-204.
11. พัชรพร นิลนวล, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, นันทวรรณ

- ทิพย์เนตร. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลกุดไล่จ้อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2561;6(3):97-108.
12. อีระ ศิริสมุด, กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิolk. ความรู้ทัศนคติและเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12(4):668-80.
13. Hoschar S, Albarqouni L, Ladwig KH. A systematic review of educational interventions aiming to reduce prehospital delay in patients with acute coronary syndrome. Open Heart 2020;7(1):1-9.
14. Meischke H, Eisenberg M, Schaeffer S, Henwood DK. The 'Heart Attack Survival Kit' project: an intervention designed to increase seniors' intentions to respond appropriately to symptoms of acute myocardial infarction. Health Educ Res 2000;15(3):317-26.
15. จิราพร ไชยเซนทร์. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าทองใหม่ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารนาคนุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช 2564;13(1):204-15.

**Development to Expand the Community Health System Model into a Seamless Health Care Service
among Geriatrics People Integrative Cardiovascular Disease Risk Group,
Rasi Salai Hospital, Sisaket Province**

Anusorn Karaket, M.N.S. (Adult Nursing), APN (Adult and Gerontological)*; Sureeporn Pannarod, B.N.S.*; Apansiri Tongbor, B.N.S.**; Ketnarin Bunklai, M.N.S. (Adult Nursing)***; Wannachart Talerd, M.N.S. (Adult Nursing)****; Kannika Phetcharak, M.N.S. (Advanced Midwifery)****

* Rasisalai Hospital, Sisaket Province; **Du Sub-district Health Promoting Hospital, Sisaket Province;

*** Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Bangkok; **** Boromarajonani College of Nursing Surin, Surin Province, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2025;34(4):689-703.

Corresponding author: Ketnarin Bunklai, Email: ketnarin@bcnnv.ac.th

Abstract: This mixed-methods research aimed at developing a model of a community health system integrated into a seamless healthcare service for older adults at risk of cardiovascular disease, while also evaluating its impact on clinical outcomes, access to emergency healthcare services, health literacy, and quality of life. The research tools included: (1) an in-depth interview guide; (2) a quality of life questionnaire; (3) a general and clinical data collection form; and (4) a health literacy questionnaire for stroke and ischemic heart disease. The participants were 332 geriatrics. Data were collected between December 2023 and July 2024. The qualitative data were analyzed using content analysis; and the quantitative data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics, and paired t-test. The results revealed problems in (1) geriatrics and caregivers, (2) stakeholders, and (3) health service systems. An integrated approach involving public health and other supporting organizations was needed for disease prevention, health promotion, treatment, and rehabilitation. After implementing the developed model, health literacy and quality of life significantly improved ($p < 0.05$). The percentage of geriatrics receiving thrombolytic medication within 4.30 hours for stroke and 30 minutes for acute myocardial infarction increased to 89.19% and 81.10%, respectively. The emergency medical service utilization increased to over 50%, and the continuous administration rate of thrombolytic drugs was higher at 97.11 percent. Therefore, further development to expand the community health system model into a seamless health service system for the geriatrics at risk of cardiovascular disease, with cooperation from health organizations and support organizations in the community, can create good health outcomes for the geriatrics at risk of cardiovascular disease.

Keywords: seamless health care service; geriatrics people; cardiovascular disease; community health services