

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการดำเนินงานของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.2 พยาธิสรีรวิทยาของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.3 การดูแลรักษาของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข
 - 2.1 นโยบายการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นโรคเรื้อรังและการถ่ายทอดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
 - 2.2 การถ่ายทอดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (คปสอ หรือ contracting unit for primary care [CUP])
 - 2.3 การรับนโยบายของศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care unit [PCU]) ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในลักษณะของเครือข่ายทั้ง 10 แห่งของอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
3. การดำเนินงานของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (CUP)
 - 3.1 การดำเนินงานด้านการบริหารของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (CUP)
 - 3.2 การดำเนินงานด้านการบริการของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (CUP)
 - 3.3 การดำเนินงานด้านวิชาการของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (CUP)
 - 3.4 การให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตาม กระบวนการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมายโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายความหมาย ดังนี้
 วัชรมา บุญสวัสดิ์ (2548) ให้นิยามว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นกลุ่มโรคที่มีทางเดินหายใจตีบแคบอย่างเรื้อรัง ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้เองหรือด้วยการรักษาโดยยาอย่างเด็ดขาด ภาวะตีบแคบของทางเดินหายใจจะเกิดมากขึ้นเรื่อย ตามการดำเนินของโรคบางครั้งอาจเกิดร่วมกับภาวะไวเกินของหลอดลม (airway hyperactivity) และบางครั้งภาวะการตีบแคบของหลอดลม อาจมีอาการดีขึ้นได้บ้าง

สมาคมโรคทรวงอกแห่งสหรัฐอเมริกา (American Thoracic Society, 2004) กล่าวถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่แยกได้เป็น 2 กลุ่มโรคคือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) ให้คำจำกัดความว่าเป็นโรคที่วินิจฉัยทางเวชกรรม (อาการทางคลินิก) โดยมีอาการไอมีเสมหะเป็นอย่างเรื้อรังติดต่อกันในปีหนึ่ง ๆ ไม่ต่ำกว่าสามเดือน และเป็นระยะเวลาสองปีติดกัน และโรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) ให้คำจำกัดความว่าเป็นโรคที่วินิจฉัยทางพยาธิวิทยา (anatomic pathology) ว่าถุงลม (air spaces) ที่อยู่ปลายต่อหลอดลมฝอยส่วนปลาย (terminal bronchioles) มีลักษณะพองโตกว่าปกติและมีการทำลายของผนังถุงลมร่วมด้วย แต่ปราศจากการเกิดของพังคืด (fibrosis) มาแทนที่

ข้อตกลงจากการประชุมร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญโรคปอดและทรวงอกทั่วโลก (GOLD guidelines) ได้ให้นิยามของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ว่าเป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจชนิดที่ไม่สามารถทำให้กลับคืนมาเป็นปกติได้ (not fully reversible airway obstruction) ซึ่งการอุดกั้นทางเดินหายใจนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยค่อยเป็นค่อยไป และเกิดจากการที่มีการอักเสบของปอดที่เกิดจากมลพิษ สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติและสถาบันโรคหัวใจ ปอดและหลอดเลือด (National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute., 2006)

จากที่กล่าวมาข้างต้นพอสรุปได้ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หมายถึง โรคที่มีลักษณะสำคัญคือทางเดินลมหายใจมีการอุดกั้นอย่างถาวร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมหรือเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลง การดำเนินของโรคจะค่อยๆ เลวลงโดยไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ ซึ่งเป็นชื่อรวมของ 2 โรค คือ chronic bronchitis และ emphysema

พยาธิสรีรวิทยาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เกิดจาก ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ โดยมีการอุดกั้นของ ทางเดินหายใจอย่างถาวร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมหรือในเนื้อปอด COPD ในระยะแรกของโรคจะยังไม่มีอาการผิดปกติ จนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโดย พบว่าค่าปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงในเวลา 1 วินาที (force expiratory volume in 1 second, FEV1) และปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็ว และแรงอย่างเต็มที่หลังจากหายใจเข้าอย่างเต็มที่ (vital capacity [VC]) ลดลง ทำให้ปริมาตรอากาศที่เหลือในปอด(residual volume [RV]) เพิ่มขึ้น จะเห็นว่าอัตราการลดลงของ FEV1 จะลดมากกว่าปกติ และพบมีการเพิ่มขึ้นของอากาศที่คงค้างไว้เมื่อสิ้นสุดลมหายใจออกสุด (airway resistance) และเกิดความไม่สมดุลของภาวะ ventilation-perfusion เมื่อเกิด ช่องทางเดินของอากาศที่ตีบแคบลง (emphysema) ทำให้ปอดเสียความยืดหยุ่น (elastic recoil) และความจุของปอดก็จะเพิ่มขึ้น ในทุกระยะของ COPD จะมีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง (impair gas exchange) จนในที่สุดทำให้เกิดการขาดออกซิเจนในกระแสเลือด (arterial hypoxemia) ขึ้น ซึ่งการเกิด arterial hypoxemia และ hypercapnia จะพบได้ก็ต่อเมื่อค่า FEV1 น้อยกว่า 1 ลิตร นอกจากนี้อาจพบมี hypoxic pulmonary vasoconstriction ซึ่งจะทำให้เกิด pulmonary vasoconstriction ซึ่งจะทำให้เกิด pulmonary hypertension ซึ่งจะทำให้เกิด pulmonary hypertension และ right heart dysfunction ได้ สาเหตุมาจากการ มีเสมหะมากมาอุดกั้นเรื้อรัง หรือการเสื่อมของผนังถุงลม ทำให้หลอดลมตีบแคบลง อาการของโรคจะแย่ลงเรื่อยๆ โดยไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ สาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคนี้คือ การสูบบุหรี่ สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ มีการ ติดเชื้อของปอดและทางเดินหายใจเรื้อรัง อากาศเป็นพิษ แพ้สารต่างๆ กรรมพันธุ์ ปอดเสื่อมตามอายุขัย การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงปอด (สุขชัย เจริญรัตนกุล, 2539 ; อรรถวุฒิ ดีสมโชค, 2545; สยามคมอุรเวชช์ แห่งประเทศไทย, 2548)

การดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวทางและหลักการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเวชปฏิบัติทั่วไปมี 4 ข้อ ดังนี้ (สยามคมอุรเวชช์ แห่งประเทศไทย, 2548)

1. การป้องกันการดำเนินต่อไปของโรค

ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีการดำเนินของโรคต่อไปเรื่อยๆ โดยจะพบว่า ค่าปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงในเวลา 1 วินาที (Force Expiratory Volume in 1

second, FEV) ลดลงไปในอัตราที่มากกว่าปกติ ในคนปกติ FEV1 ลดลง 30 cc / ปี แต่ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังค่า FEV1 จะลดลงประมาณ 50-100 cc / ปี แต่พบว่าการหยุดสูบบุหรี่เป็นวิธีเดียวที่จะชะลอการดำเนินของโรค ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สำคัญที่สุดก็คือ ทำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ให้ได้

2. ลดการอุดกั้นทางเดินหายใจ

การลดการอุดกั้นทางเดินหายใจสามารถทำได้โดยการให้ยาขยายหลอดลม ลดการอักเสบของหลอดลมและการกำจัดเสมหะ การลดการอุดกั้นทางเดินหายใจจะทำให้ลมที่ค้างในปอดลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยลดลง ยาขยายหลอดลมเป็นยาหลักในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยาขยายหลอดลมทั้ง 3 กลุ่ม คือ anticholinergics, β_2 agonist, theophylline ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้ง 3 กลุ่มและเมื่อใช้ร่วมกันก็จะได้ผลมากยิ่งขึ้น

3. การรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

เมื่อ FEV1 ลดลงมากๆ ผู้ป่วยก็จะมีปัญหาในการแลกเปลี่ยนก๊าซทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำและคาร์บอนไดออกไซด์สูงมากขึ้น การที่มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำอยู่เป็นเวลานานก็จะก่อให้เกิดภาวะ polycythemia และ corpulmonale ตามมา ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) สามารถแก้ไขได้โดยการให้ผู้ป่วยดมออกซิเจน เป็นเวลาอย่างน้อย 15 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการให้ออกซิเจนวิธีนี้สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยลงได้

4. การเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการเหนื่อยง่าย ผู้ป่วยมักจะลดกิจกรรมที่ต้องออกกำลังกายต่าง ๆ ลง เพื่อลดอาการเหนื่อยหอบ ทำให้กล้ามเนื้อต่าง ๆ ของร่างกายอ่อนแรงลง เป็นผลให้สมรรถภาพของร่างกายลดลงไปอีก เนื่องจากว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด การใช้ยาทั้งหลายไม่สามารถแก้ไขการอุดกั้นทางเดินหายใจให้เป็นปกติได้ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย (rehabilitation) ก็จะมีบทบาทมากการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ 1) การให้ความรู้กับผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคและการใช้ยาชนิดต่างๆ อาการข้างเคียงจากการใช้ยา เทคนิคการใช้ยาพ่น การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคอย่างละเอียดจะทำให้ผู้ป่วยลดความกังวลใจและร่วมมือในการรักษาดีขึ้น 2) กายภาพบำบัด (physiotherapy) การสอนการไอเพื่อกำจัดเสมหะ การหายใจโดยห่อปาก (pursed-lip breathing) การฝึกหายใจเข้าออกช้า ๆ และการผ่อนคลาย (relaxation) ก็จะช่วยลดอาการเหนื่อยหอบได้ 3) การออกกำลังกาย จะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือการเดิน และ 4) การให้การสนับสนุนทางด้านสังคมและจิตใจ การให้กำลังใจผู้ป่วยจากบุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาล ก็เป็นสิ่งที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ก็จะมีราคาแพงซึ่งเป็นอุปสรรค

ต่อการรักษาของผู้ป่วยการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องค่ารักษาพยาบาลก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยจัดให้เป็นการดูแล แบบบูรณาการและเป็นระบบเชื่อมโยงทั้งเครือข่าย ครอบคลุม ต่อเนื่อง ทั้งภาวะอาการคงที่ หรืออาการกำเริบเฉียบพลัน ควรได้รับการดูแลรักษาอย่างทันทั่วทั้ง มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและมีการเพิ่มสมรรถภาพให้กับผู้ป่วย จากระบบบริการปฐมภูมิที่ให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ในลักษณะครบวงจร (one-stop service) และมีระบบส่งต่อที่ดีตามนโยบาย ใกล้บ้าน ใกล้ใจ จะทำให้ลดอัตราการป่วย อัตราตาย และทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดังกล่าว มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข

นโยบายการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังและการถ่ายทอดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

ความหมายของนโยบาย

ความหมายของ “นโยบาย” ในพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน ปี 2517 หมายถึง ข้อกำหนดในการดำเนินงาน ส่วนการให้ความหมายของสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า นโยบาย (policy) หมายถึง ข้อความเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ สะท้อนจุดยืนและค่านิยมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2544)

ทิศทางปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุขพบได้ในแนวนโยบายที่สำคัญ โดยเฉพาะแนวคิดที่จะการสร้างการมีหลักประกันด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสการมีสุขภาพดีของประชาชนด้วยกลไกต่างๆ เช่น การเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชน การกำหนดมาตรการคุ้มครองสิทธิการได้บริการที่มีคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพของบริการ การปรับกลไกด้านการเงินการคลัง และที่สำคัญคือ การเพิ่มบทบาทและพัฒนาศักยภาพของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้เป็นบริการด่านแรกที่สามารถสนองตอบความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง ซึ่งถือเป็นแนวทางหลักแนวทางหนึ่งในการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพให้แก่ประชาชน เนื่องจากลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพเป็นลักษณะหลักที่เป็นนามธรรม อันได้แก่บริการที่ให้บริการอย่างผสมผสาน ต่อเนื่อง เกื้อหนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ เป็นบริการที่พิจารณาสภาพปัญหาอย่างเป็นองค์รวม การแปลไปสู่กิจกรรมการปฏิบัตินั้นมีความหลากหลายได้ตามสภาพบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544)

ด้วยรัฐบาลโดยการนำของ พลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรีได้แถลงนโยบายต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติเมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2549 นั้น โดยเฉพาะด้านสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นผู้รับผิดชอบหลักในนโยบายสังคม เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรมสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่จะต้องส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูในอนาคตที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี และต้องการให้บรรลุเรื่องพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิต สังคม และปัญญา โดยมีแนวทางกว้างๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2549) ประกอบด้วย

1. การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง จากพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมที่เน้นการมีส่วนร่วม
2. พัฒนาระบบบริการยามปกติ และฉุกเฉินที่สมดุล ทั้งการเสริมสร้างสุขภาพการป้องกันโรค
3. การบริการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
4. เสนอให้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้นำนโยบายของรัฐบาลมากำหนดเป็นนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งนำมาเป็นกรอบทิศทางงานดำเนินงานที่ได้รับมอบหมายและรับผิดชอบแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยจัดเป็นกลุ่มที่มีลักษณะแนวทางนโยบายทิศทางเดียวกันเพื่อให้สอดคล้องกันในกลุ่ม และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การพัฒนาสุขภาพประชาชน แนวทางการนำไปปฏิบัติได้ตรงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ตามนโยบาย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามนโยบายของคณะรัฐบาลที่มุ่งให้เกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพ โดยนำแนวคิดหลักในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และน้อมนำ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพ และยึดหลักการที่ว่า “ สุขภาพดี เป็นผลมาจากสังคมดี ” คือสุขภาพดีเกิดจากการมีสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข โดยถือว่าสุขภาพดี หรือสุขภาพะทางกร ทางใจ ทางสังคม ทางจิตวิญญาณและปัญญาของทุกคนเป็นศีลธรรมขั้นพื้นฐานของสังคม และยึดหลักสายกลาง ที่ประยุกต์เข้ากับการพัฒนาสุขภาพที่ต้องมีบูรณาการอย่างสมดุลระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านสุขภาพ (แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554, 2550) และกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อคนไทยทุกคนมีสุขภาพดี นำสู่เป้าหมาย คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง พร้อมทั้งจะเป็นผู้นำการแข่งขันด้านสุขภาพในระดับสากล โดยมีพันธกิจหลักคือ 1) เสริมสร้าง จัดระบบกลไก แสวงหาการมีส่วนร่วม ในการดูแลระบบสุขภาพแบบองค์

รวมทั้งการสร้างหลักประกันสุขภาพ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2) ปรับปรุงโครงสร้างกระบวนการทำงาน และระบบการบริหารจัดการให้ทันสมัย รองรับต่อยุทธศาสตร์ของรัฐบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) เพิ่มสมรรถนะด้านการแพทย์ สาธารณสุข และชีววิทยาศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อการแข่งขันในระดับสากล (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังมีการระดมทุนเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการตามนโยบายวาระแห่งชาติ รวมถึงสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องทบทวนและปรับจุดเน้น ทั้งด้านศักยภาพการให้บริการสุขภาพทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพและอื่นๆ เน้นการบริหารจัดการ การอำนวยความสะดวก การสนับสนุนหน่วยงานระดับปฏิบัติในทุกด้าน และการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์หลัก ในการให้ทำให้คนไทยแข็งแรงและการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชน โดยการลดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนลดลงและเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพแก่คนไทยทุกคนอย่างทั่วถึง ดังเช่นกลุ่มโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้นได้แก่กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือโรคมะเร็ง อีกทั้งกลุ่มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมดำรงชีวิต เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โรคมะเร็งปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากสถานการณ์และปัญหาสุขภาพดังกล่าวข้างต้น จึงจำเป็นต้องมีการรณรงค์สร้างความตระหนักให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องลด ละ เลิกพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง สร้างการมีส่วนร่วม และใช้มาตรการทางสังคมที่เหมาะสม (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, 2548)

จากแนวทางดังกล่าวได้กำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ดังรายละเอียดต่อไปนี้ คือ สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญตามหลักการสร้างนำซ่อม โดยการพัฒนามาตรการที่ได้ผลในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ และการใช้แนวทางสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง"ความสำคัญ : คือ ปัญหาสุขภาพที่เป็นภาระโรค (burden of disease) อันดับต้นๆ ได้แก่ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัณโรค อุบัติเหตุ หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง มะเร็งเบาหวาน และภาวะจิตซึมเศร้า เป็นต้น ที่ต้องเร่งแก้ไขปัญหา ขจัดปัจจัยเสี่ยง ทั้งพฤติกรรมเสี่ยง (เพศ อาหาร ออกกำลังกาย การทำงานและพักผ่อน บุหรี่ สุรา และยาเสพติด) และปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อม (มลภาวะ เศรษฐกิจ สังคม) โดยมีกรอบการดำเนินงาน คือ 1) สนับสนุนการสำรวจสุขภาพประชาชนทั้งทั่วไปและโดยการตรวจร่างกาย รวมทั้งการศึกษาภาระโรคจากการป่วยและการตายให้มีการดำเนินการที่ต่อเนื่องและกว้างขวาง ครอบคลุมกลุ่มต่างๆ มากขึ้น เพื่อเป็นการติดตามสถานการณ์ 2.) ดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคที่สำคัญทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ปัญหาสุขภาพจิตตลอดจนปัญหา ยาเสพติด โดยการบำบัด รักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างได้

มาตรฐาน 3.) เร่งรัดการขจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทั้งด้วย มาตรการการรณรงค์ การให้ความรู้ มาตรการทางกฎหมาย (โดยเฉพาะกฎหมายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) และมาตรการทางเศรษฐกิจ 4.) พัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรภาคประชาชน ประชาสังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเข้าร่วมดำเนินการอย่างจริงจัง 5.) ร่วมกับหน่วยงานอื่นในการรณรงค์และควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมที่อันตรายและเครื่องอุปโภคบริโภค ให้ปลอดภัย และ 6.) เร่งรัดการสร้างบุคลากรที่มีความพร้อมด้านระบาดวิทยา และด้านอื่นๆ เพื่อรองรับระบบการทำงานให้เป็นผู้ดำเนินการดำเนินงานเฝ้าระวังอย่างเข้มแข็งในรุ่นต่อไปอย่างต่อเนื่อง (ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, 2549)

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงทุกระดับ จึงต้องนำแนวคิดหลักในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และประเด็นยุทธศาสตร์หลักดังกล่าวข้างต้น ไปปรับให้เป็นแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานให้สอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ เพื่อการก้าวไปสู่การบรรลุเป้าหมายในระดับกระทรวงต่อไป เพื่อเป็นการลดขั้นตอน เร่งรัดกระบวนการทำงานและกระบวนการตัดสินใจให้เกิดความรวดเร็วทันการณ์ จึงได้มีการถ่ายทอดนโยบายและกระจายอำนาจในการตัดสินใจให้แก่หน่วยบริหารระดับจังหวัดคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และระดับอำเภอ คือ คณะกรรมการประสานการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ. หรือ contracting unit for primary care [CUP]) ที่มีรูปแบบการทำงานเป็นลักษณะของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน มายังหน่วยบริการในระดับพื้นที่ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care unit [PCU]) อย่างเต็มที่ โดยที่ CUP เป็นหน่วยบริหารจัดการหลักในระดับพื้นที่ และมีหน่วยบริการที่ได้มีการพัฒนาเตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่อง จนมีขีดความสามารถ ศักยภาพในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการพัฒนาเตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่อง และ ต้องมีการจัดหน่วยสนับสนุนอย่างเพียงพอ ครอบคลุม มีการพัฒนาระบบรองรับการประสานงาน การติดตามควบคุมกำกับให้มีความสอดคล้อง ประสานสัมพันธ์กันต่อไป (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549)

ดังนั้นนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบแนวทาง หรือแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินงานต่อ เพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนนั้น มิได้มีการกำหนดนโยบาย หรือกรอบการดำเนินงานไว้แบบเฉพาะเจาะจงในปัญหาใด ปัญหาหนึ่ง หรือเฉพาะกลุ่มโรคใดโรคหนึ่ง มีเพียงแต่ได้วางกรอบนโยบาย ไว้อย่างกว้างๆ สำหรับสถานการณ์และปัญหาสุขภาพ ที่พบในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงาน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในระบบสาธารณสุขทุกระดับได้นำไปเป็นแนวทาง หรือวางแผนยุทธศาสตร์ ในการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่ของตนโดยที่ให้สอดคล้องกับนโยบายหลักที่กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึง

สามารถดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุขในประเด็นของ การลดอัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยการดูแลแบบครบวงจร และมีระบบเครือข่ายที่เชื่อมโยง ในการให้บริการสุขภาพ อย่างเป็นระบบให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มและให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ต่อไป

สรุปได้ว่า จากการศึกษาครั้งนี้ การกำหนดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่ง ใช้แบบบูรณาการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย การสร้างทีมงานในการดำเนินการ มีการขึ้นทะเบียนประชากร มีการออกแบบการดำเนินงานในสถานบริการ เพื่อจัดบริการปฐมภูมิในศูนย์สุขภาพชุมชนให้สามารถดำเนินงานตาม 8 กระบวนการหลักของระบบบริการปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ได้แก่ 1) การสำรวจครอบครัวและชุมชน 2) การจัดทำทะเบียน/คัดกรอง 3) การบริการตรวจรักษา 4) dki ให้คำปรึกษา 5) การบริการก่อนกลับบ้าน 6) การบริการส่งต่อ/เยี่ยมบ้าน 7) การประชุมทีม และ 8) กิจกรรมในชุมชน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบบูรณาการดังกล่าว มาศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่งถึงการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

การถ่ายทอดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและการรับนโยบายของหน่วยงานระดับจังหวัด

สำหรับการถ่ายทอดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขมายังระดับจังหวัด โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา รับนโยบาย ซึ่งมีการบริหารจัดการและการนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการจัดทำแผนเพื่อให้ประชาชนในจังหวัดพะเยา มีสุขภาพดี ถึงพร้อมด้วยสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมีการจัดตั้งคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ได้มีการนำแผนงาน/โครงการสาธารณสุข และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เข้าที่ประชุมเพื่อเร่งรัดติดตามการดำเนินงานของจังหวัดและอำเภอ พร้อมกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการสนับสนุนของทุกหน่วยงาน (ปิยะฉัตร ธนเกียรติสกุล , 2550) และในส่วนของการทำงานงานป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังของจังหวัดพะเยานั้นก็เช่นเดียวกัน ได้มีการรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สาขาเขตพื้นที่เชียงใหม่ ซึ่งรับผิดชอบพื้นที่จังหวัดพะเยา ได้อนุมัติงบประมาณ ตามแผนการพัฒนากระบวนการส่งเสริมป้องกันโรคเรื้อรังในจังหวัดพะเยา ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรัง จากการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาแล้ว นำมาจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดพะเยาต่อไป

เนื่องจากระบบการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในภาพรวม ที่อยู่ภายใต้การบริหารงานระบบของรัฐบาล ที่มีการบริหารเป็นขั้นตอนจากระดับบริหารส่วนกลาง ต่อไปเป็นการบริหารงานส่วนภูมิภาค จังหวัด อำเภอ และตำบลตามลำดับชั้นนั้น กลไกการกำกับและพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องพิจารณาภายใต้ขอบเขตของโครงสร้างการบริหารระบบบริการสาธารณสุขที่มีในปัจจุบันด้วย รวมทั้งต้องพิจารณาถึงความเชื่อมโยงกับบทบาท หน้าที่ และกลไกการบริหาร การกำกับ และพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริหารในแต่ละระดับ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2548) หน่วยบริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ซึ่งมีหน้าที่ในการให้การสนับสนุนได้มีการจัดทำโครงการส่งเสริมและป้องกันโรคในระดับพื้นที่ (prevention and promotion area based [PP area based]) ขึ้นเพื่อบริหารจัดการภาวะโรคเรื้อรังในพื้นที่ โดยให้มีการขยายพื้นที่ดำเนินการให้ครอบคลุมทุกเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดพะเยา จากสรุปการประชุมคณะกรรมการทำงานภายใต้โครงการส่งเสริมและป้องกันโรคในระดับพื้นที่ จังหวัดพะเยา ให้หน่วยบริการสาธารณสุขทั้งระดับปฐมภูมิระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ต้องดำเนินการต่อเนื่อง เชื่อมโยงกัน ตั้งแต่การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การส่งต่อผู้มีภาวะเสี่ยงเพื่อให้แพทย์ให้การวินิจฉัย และการขึ้นทะเบียนเพื่อทำการรักษา ซึ่งเครือข่ายบริการสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมและ ในระดับจังหวัดได้มีความพยายามในการจัดทำ (ร่าง) แผนป้องกันควบคุมโรคเรื้อรัง โดยแบ่งประชาชนเป้าหมาย เป็น 4 กลุ่มหลัก คือกลุ่มประชาชนทั่วไปที่ยังไม่ป่วย กลุ่มประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (risk factor) กลุ่มผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาแต่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการกำหนดกลยุทธ์ กลวิธี ตลอดจนตัวชี้วัดในการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2550 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ใจได้เข้าร่วมโครงการดังกล่าว และดำเนินงานพัฒนากระบวนการส่งเสริมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบบูรณาการ โดยครอบคลุมทั้งการป้องกันปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (ฉัตรศิริ พิธิษฐกุล, 2550)

สรุปได้ว่า การรับและถ่ายทอดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับจังหวัดนั้น ได้มีการรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สาขาเขตพื้นที่เชียงใหม่ เป็นผู้กำหนดนโยบายและแนวทางการบริหารจัดการ และให้งบประมาณสนับสนุน เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ได้นำนโยบายและแนวทางดังกล่าวไปบริหารจัดการในพื้นที่ต่อไป

การถ่ายทอดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (คปสอ. หรือ contracting unit for primary care [CUP])

ความหมายของเครือข่าย

ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ (2538) ได้ให้ความหมายของ “เครือข่าย” ไว้ว่าเป็น ส่วนประกอบของกระบวนการจัดการที่ประกอบด้วยความสัมพันธ์ของบุคคลแต่ละคน ซึ่งช่วยให้ผู้บริหารบรรลุความต้องการในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

สุพิทย์ กาญจนพันธุ์ (2541) ได้ให้ความหมาย “เครือข่าย” ไว้ว่า ระบบการเชื่อมโยงซึ่งกันและกันระหว่างจุด องค์การตัวแทนหรือสถาบันเข้าด้วยกัน ทำให้สามารถถ่ายแจกแลกเปลี่ยนทรัพยากร พลังงาน หรือสารสนเทศ

กาญจนา แก้วเทพ (2538) ได้ให้คำจำกัดความของเครือข่ายไว้ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Networks” โดย Net คือ ตาข่ายที่โยงใยถึงกันและพร้อมที่จะปฏิบัติงานเมื่อต้องการใช้งาน

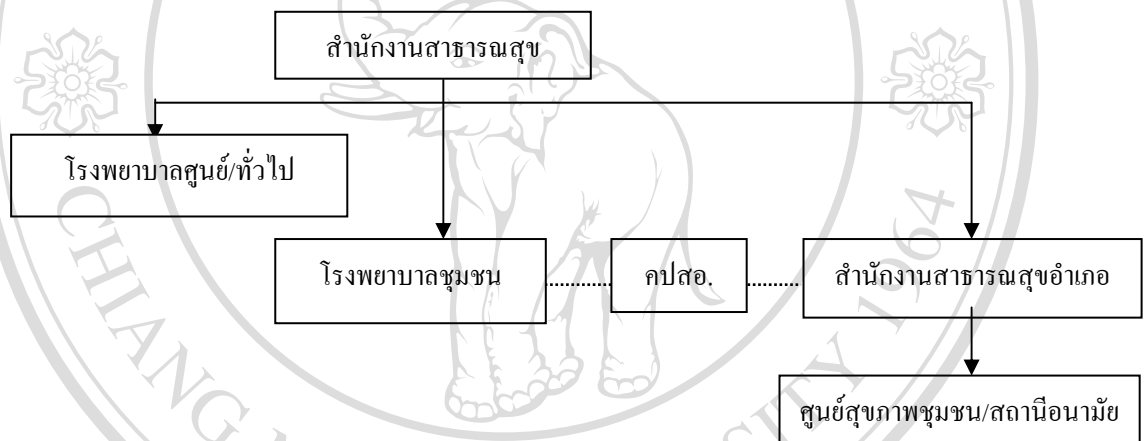
จากความหมายดังกล่าว พอสรุปได้ว่า “เครือข่าย ” หมายถึง การดำเนินงานของสมาชิก กลุ่มคน ของหน่วยงานหรือองค์กร ที่มีการประสานงาน เชื่อมโยงกัน และใช้ทรัพยากรร่วมกัน ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ เวชภัณฑ์ และอื่นๆ ร่วมกัน มีการปฏิบัติงานและกิจกรรมที่เชื่อมโยงสมาชิกในองค์กร เข้าด้วยกัน โดยกิจกรรมเหล่านั้น อาจเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ตลอดจนการทำงานวิชาการร่วมกัน เป็นต้น ทำให้บรรลุถึงเป้าหมายหรือจุดประสงค์เดียวกัน

การถ่ายทอดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมายังหน่วยงานในพื้นที่ระดับอำเภอ

การรับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในระดับสาธารณสุขอำเภอ โดยมีการถ่ายทอดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขผ่านมาจาก หน่วยงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ และหน่วยงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ (non communicable disease [NCD]) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มายังเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอโดยการประชุมกรรมการบริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด (กวป.) เพื่อให้ผู้บริหารสาธารณสุขระดับอำเภอรับนโยบายต่างๆของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำไปถ่ายทอดและนํานโยบายและแนวทาง ไปดำเนินการวางแผนยุทธศาสตร์ ในพื้นที่ของตน ให้เป็นไปตามนโยบายของจังหวัด และสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

คณะกรรมการประสานการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอหรือคณะกรรมการเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (CUP) ซึ่งเป็นองค์กรระดับอำเภอที่ประสานงานระหว่างโรงพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย และสาธารณสุขอำเภออย่างชัดเจน มีการตกลงหลักการดำเนินงาน ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินงานและ เกณฑ์การจัดงบประมาณ ระหว่างหน่วยงานภายใต้มาตรฐานที่ต้องทำให้บรรลุร่วมกัน ซึ่งต้องมีการบริหารงานที่ชัดเจน ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพมากขึ้น ต้องมีการทำงานร่วมกันและมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมีโครงสร้างการดำเนินงาน ดังแผนภูมิที่ 2-1

แผนภูมิที่ 2-1 โครงสร้างเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (คปสอ. หรือ CUP)



ที่มา: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545

จากโครงสร้างการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอหรือคณะกรรมการเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (CUP) จึงเป็นองค์กรที่มีลักษณะการปฏิบัติงานเพื่อการประสานงานกันระหว่างสายงานบริการ คือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ซึ่งขึ้นโดยตรงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ หรือเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (CUP) หมายถึงหน่วยงานที่สามารถเป็นหน่วยคู่สัญญารับงบประมาณเหมาจ่ายต่อหัวประชากรได้ โดยที่ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit [PCU]) ที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน

สำหรับเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยาก็เช่นเดียวกัน ได้มีการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญาและ ตั้งอยู่ในพื้นที่บริการทั้งอำเภอ โดยมีการให้บริการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน คือมีโรงพยาบาลแม่ใจ เป็นเครือข่ายร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้ง 10 แห่ง ของอำเภอแม่ใจ ให้ศูนย์สุขภาพชุมชน ขึ้นตรงต่อสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ มีการประสานงานกัน โดยมี คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ. [CUP]) ประสานการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สำเร็จ แหงกระโทก และเสาวลักษณ์ สุพรรณไมตรี (2545) ได้เสนอแนวทางการจัดบริการ 3 รูปแบบ ดังนี้ 1) ตั้งคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ และจัดสถานีอนามัยเป็นฝ่ายหนึ่งของฝ่ายสาธารณสุข โดยเลือกผู้บริหารขึ้นมาใหม่ บริหารทั้งโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย และมีคณะกรรมการและพัฒนาสาธารณสุขอำเภอ 2) ตั้งคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ แต่สถานีอนามัยยังขึ้นตรงต่อสาธารณสุขอำเภอ และ 3) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ ประสานการบริหาร โรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชน/ สถานีอนามัย โดย CUP

ส่วนการจัดโครงสร้างเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนในรูปแบบหน่วยบริการปฐมภูมิและศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายของอำเภอแม่ใจ ได้มีการจัดโครงสร้างเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (CUP) ตามขนาดและความรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ เพื่อให้มีการดำเนินงานบริการปฐมภูมิในเครือข่าย มีการสร้างและพัฒนาทีม ทำให้เกิดทิศทาง เป้าหมายการทำงานเดียวกัน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ, 2550) ดังนี้คือ

1) ศูนย์สุขภาพชุมชนขนาดเล็ก มีจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ประมาณ 3-4 หมู่บ้านประชากรในพื้นที่ ไม่เกิน 3,000 คน มีจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลศรีถ้อย ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองสระและศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านป่าดิ่ง

2) ศูนย์สุขภาพชุมชนขนาดกลาง มีจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ประมาณ 5-7 หมู่บ้านประชากรในพื้นที่ ไม่เกิน 4,000 คน มีจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านดงอินตา ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่ใจ และศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเจริญราษฎร์

3) ศูนย์สุขภาพชุมชนขนาดใหญ่มีจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ประมาณ 8-10 หมู่บ้านประชากรในพื้นที่ ไม่เกิน 7,000 คน มีจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลแม่ใจ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลแม่สุก ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านเหล่าและศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลป่าแฝก

สรุปได้ว่า เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา เป็นองค์กรหนึ่งที่ได้ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการถ่ายทอดนโยบายมาจาก สาธารณสุขจังหวัดพะเยา และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ ในการดำเนินงานต่างๆให้สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุข ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นในการนำนโยบายดังกล่าวมาบูรณาการ ในการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งในอำเภอแม่ใจ จึงต้องบูรณาการ การดำเนินงานในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีระบบบริการที่เน้นบริการบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นบริการแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและการควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ บริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการ ชุมชนและครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับสาธารณสุขระดับกลาง ระบบบริการอื่นๆ และกับชุมชน เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี โดยมีคณะกรรมการที่มาจากสมาชิกในหน่วยงานหรือองค์กร คือ คณะกรรมการประสานการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ., CUP) ในการบริหาร พัฒนาระบบบริการ รวมทั้ง นิเทศติดตามและประเมินผล การดำเนินงาน

การรับนโยบายของศูนย์สุขภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในลักษณะของเครือข่ายทั้ง 10 แห่งของอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ความหมายและลักษณะของศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชน ตามความหมายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข หมายความว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit [PCU]) เป็นหน่วยบริการที่มีประชากรขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน เป็นหน่วยบริการประจำตัวและจัดให้มีบริการแก่ประชาชน ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นหน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพทั่วไป ครอบคลุมทั้งในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง การจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหาก) มีองค์ประกอบ คือ บุคคล วัสดุ สิ่งของ และระบบการทำงาน เพื่อจัดบริการปฐมภูมิ โดยมีสัดส่วนและองค์ประกอบเพื่อจัดบริการที่ชัดเจน (สำโรง แหยงกระโทก, 2546)

ดังนั้น ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่ ความรับผิดชอบในการจัดบริการ ตอบสนอง ต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยง ต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546)

ลักษณะของศูนย์สุขภาพชุมชน

ในการรับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขของศูนย์สุขภาพชุมชน ในการดูแลสุขภาพประชาชนนั้น ได้รับนโยบายจากเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (CUP) ที่กำหนดให้สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง มีการประเมินตนเอง และให้มีระบบบริหารจัดการภายในศูนย์สุขภาพชุมชนตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545)

จากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น ได้เสนอคุณลักษณะสำคัญของการบริการระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ (คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ, 2544; ทศนา บุญทอง, 2544) ดังนี้

1) เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ

2) เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย จนถึงขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย รวมถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ/ประชาชน อย่างต่อเนื่อง

3) เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง เป็นบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลสุขภาพที่บ้านและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมแก่คนทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัย ในทุกภาวะสุขภาพ

4) เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อกับหน่วยงาน/เครือข่ายเพื่อจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วยในทุกมิติของปัญหา รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

5) เป็นบริการที่จัดให้ประชาชนโดยมีการกำหนดพื้นที่ให้บริการชัดเจน

6) เป็นบริการที่เสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

7) เป็นบริการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรแบบอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ หรือร่วมเป็นเจ้าของ

8) เป็นการให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล นักการสาธารณสุข แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เกษษกรในร่ายขายยา เป็นต้น ร่วมกับผู้ให้บริการการแพทย์ภูมิปัญญาไทย

สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ(2546) พบว่า แนวคิดในการออกแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเน้นที่กระบวนการพัฒนาแนวคิดสู่การปฏิบัติจริง คือ 1) แนวคิดเชิง deductive คือ การนำฐานคิดจากนโยบาย สู่การปฏิบัติต้องอาศัยผู้บริหารที่เข้าใจนโยบาย สามารถสร้างรูปธรรม 2) แนวคิดเชิง inductive คือ แนวคิดที่เปิดโอกาสให้สังเคราะห์ข้อมูลความคิดของผู้เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ สรุปลงเป็นข้อความรู้เพื่อให้ระบบสามารถตอบสนองกับปัญหาและลักษณะเชิงสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ อย่างบูรณาการ ซึ่งมีผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบและโครงสร้างได้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการจัดบริการแบบองค์รวมและผสมผสานในศูนย์สุขภาพชุมชนและบริการต่อเนื่องในชุมชน ตามหลักของเวชปฏิบัติครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนจัดแบ่งระบบงานบริการได้ดังนี้ คือ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546)

1) การบริการองค์รวม ผสมผสานรายบุคคลและครอบครัว หมายถึงการบริการรายบุคคลและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่มาขอรับบริการที่สถานพยาบาล หรือ ที่บ้าน โดยเน้นให้เป็นบริการแบบองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง โดยที่ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลทั้งส่วนที่เป็นปัญหาสุขภาพ หรือ โรคทั่วไป และได้รับการค้นหาปัญหาและแก้ไขแบบองค์รวม (holistic approach) ตลอดจนได้รับความรู้เพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ในการบริการแต่ละครั้งควรมีการประเมินสถานะ ปัญหาปัจจุบัน (acute problem) สภาพทางด้านสังคมจิตใจ เชื่อมโยงกับครอบครัวและชุมชน แล้วประมวลเป็นแผนการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นบริการเฉพาะหน้าและบริการต่อเนื่อง จากนั้นให้บริการส่วนที่ตรงกับสภาพปัญหา โดยที่ให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ในลักษณะองค์รวม ผสมผสาน และมีบริการต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชน รวมทั้งติดตามผลการให้บริการ เพื่อให้เกิดผลในการดูแลแบบองค์รวม เสริมให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

2) การประสานและเชื่อมโยงบริการ เป็นการจัดระบบที่เชื่อมโยงกัน ระหว่างบริการแก่กลุ่มประชาชน/ชุมชน และบริการหลักในศูนย์สุขภาพชุมชน ระหว่างบริการรายบุคคล

และการดูแลเป็นกลุ่มประชากร ตลอดจนการส่งต่อไปรับบริการที่สถานพยาบาลระดับอื่นในเครือข่าย หรือบริการในสาขาอื่น หรือส่งต่อไปให้แก่ชุมชน เพื่อให้เกิดบริการที่ต่อเนื่อง บูรณาการ และตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนได้ครอบคลุม และสอดคล้องกับสภาพ ซึ่งหมายถึงการส่งต่อข้อมูล เชื่อมต่อการบริการด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งที่เป็นการเยี่ยมบ้าน การส่งต่อเพื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาล การส่งต่อรับบริการทางด้านสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

3) การดูแลสุขภาพตามกลุ่มประชากร หมายถึง การดูแลสุขภาพของประชากรในลักษณะของประชากรรวมเป็นกลุ่ม (population based) มิใช่เป็นรายคน ซึ่งให้ความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัจจัยร่วมของกลุ่มประชากรนั้น (common risk) ด้วยกระบวนการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และจัดการด้านพฤติกรรม/สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรท้องถิ่น ซึ่งมีทั้งกิจกรรมบริการที่เกิดขึ้นใน และนอกสถานบริการ

ดังนั้น ลักษณะสำคัญของศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) คือ การเป็นหน่วยบริการด้านแรกของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนมาใช้บริการ มีความใกล้ชิด รู้จักสภาพวิถีชีวิต และสังคมของประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบมากกว่าโรงพยาบาล หรือสถาบันเฉพาะทางต่างๆ ฉะนั้นบริการที่หน่วยนี้จึงควรต้องมีคุณภาพเชิงสังคมที่เข้าใจความต้องการ ความคาดหวัง ความรู้สึกของประชาชนที่มาใช้บริการได้ดีกว่าหน่วยอื่น และต้องสามารถจัดการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ ให้เข้ากับสภาพความต้องการที่แท้จริง และสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรมของประชาชนได้ สามารถสื่อสารให้เข้าใจกันและกันได้ดี ทำหน้าที่เป็นหน่วยที่ให้บริการสุขภาพ ดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง และทำหน้าที่เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการร่วมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองและพึ่งระบบบริการได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเพื่อประสานบริการ และส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่จำเป็นที่หน่วยนี้จะต้องมีความสามารถในการให้บริการ โดยตรงในทุกเรื่อง แต่ต้องสามารถจัดการกับสภาพปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของประชาชนได้ดี

ฉะนั้นจึงต้องจัดให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านและใกล้ใจ สร้างให้มีบรรยากาศเป็นกันเองกับผู้ใช้บริการ มีความใกล้ชิดกับประชาชน มีระบบที่จัดให้ผู้ใช้บริการและผู้รับบริการมีโอกาสรู้จักกัน บุคลากรมีความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทางด้านทางการแพทย์ เพื่อให้บริการได้สอดคล้องเข้ากับสภาพชีวิต สังคม และจิตวิทยาของประชาชนได้ จัดระบบให้ตกลงรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างประชาชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกระตุ้นให้มีการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2549)

จากความหมายและลักษณะของศูนย์สุขภาพชุมชน ดังกล่าวข้างต้น ศูนย์สุขภาพชุมชน ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยาก็เช่นกัน คือเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ หรือสถานีอนามัยเดิมที่ผ่านการประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนแล้วจึงเปลี่ยนเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ทั้ง 10 แห่ง ของอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในพื้นที่ของตน ซึ่งรับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจากเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน และนำนโยบายดังกล่าว มาบูรณาการในการดำเนินงานตามกระบวนการจัดการในระบบบริการปฐมภูมิ ให้ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการสร้างทีมงานในการดำเนินการ โดยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทั้ง 10 แห่ง มีการขึ้นทะเบียนประชากร มีการออกแบบการดำเนินงานในสถานบริการให้สอดคล้องกับการดำเนินงานตาม 8 กระบวนการหลักของระบบบริการปฐมภูมิ

การรับนโยบายของศูนย์สุขภาพชุมชน

ภายหลังจากการรับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจากเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน ดังกล่าวข้างต้น การดำเนินงานบริการให้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งในเครือข่ายของอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จึงจำเป็นต้องจัดระบบบริการ เพื่อให้การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ของตนเอง เพื่อรองรับและดำเนินงานให้สอดคล้องกับ การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป โดยจัดให้เป็นการดูแลแบบครบวงจรและเป็นระบบเชื่อมโยงทั้ง เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนให้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน โดยใช้แบบบูรณาการ เพื่อให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ตั้งแต่กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือพิการจนกระทั่งถึงก่อนเสียชีวิต เพื่อลดอัตราการป่วย อัตราตาย และทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดังกล่าว สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีการบูรณาการงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินงานให้บริการสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน ให้สอดคล้องกับภารกิจหลัก 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการให้การปรึกษา ด้านชุมชน และด้านบูรณาการรายโรค (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546) ให้กับศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งถือปฏิบัติ เพื่อการปฏิบัติงานบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน มีแนวทางในการจัดกระบวนการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามสภาพปัญหา ความเจ็บป่วยของผู้รับบริการอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้บูรณาการงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินงาน

ให้บริการสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน ให้สอดคล้องกับภารกิจหลัก 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการ รักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการให้การปรึกษา ด้านชุมชน และด้านบูรณาการราย โรค ให้กับศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งถือปฏิบัติ เพื่อการปฏิบัติงานบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน มี แนวทางในการจัดกระบวนการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามสภาพปัญหา ความเจ็บป่วยของ ผู้รับบริการอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งจะเกิดผลดีในการดูแลผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุด กั้นเรื้อรัง ซึ่งนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข พ.ศ. 2546 ซึ่งกระบวนการจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิดังกล่าว เป็นการรับ นโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และนโยบายนั้นมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมด้วย ประกอบด้วย

1) มีการสร้างทีมงานในการดำเนินการ โดยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 2) มีการ จินตะเบียงประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ 3) มีการออกแบบการดำเนินงานในสถานบริการ และ 4) มีการดำเนินงานตามกระบวนการหลักของระบบบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก ดังนี้ คือ

1) การสำรวจครอบครัวและชุมชน คือ มีการจัดให้มีผู้รับผิดชอบครอบครัวและ ชุมชน มีการสำรวจครอบครัวด้วยแฟ้มอนามัยครอบครัว เพื่อทำความรู้จัก สร้างสัมพันธภาพ และ ระบुकุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย พิการ ค้อยโอกาส และจัดทำแผนจัดบริการเชิงรุก มีการสำรวจชุมชนด้วย เครื่องมือวิถีชุมชน เพื่อค้นหาศักยภาพชุมชน ในการดำเนินงานสร้างสุขภาพต่อไป

2) จัดทำทะเบียน/คัดกรอง โดยการนำข้อมูล จากข้อ 1 มาจัดทำทะเบียน กลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้บริการ และเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง เช่น ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ต้องมีการออกแบบคัดกรอง แบบบันทึกและระบบข้อมูลให้เหมาะสม มีการประเมินการ รับรู้ (Idea Expectation Concern) ของผู้ป่วย มีการคัดกรองปัญหา กาย จิต สังคมรวมถึงการคัดกรอง พฤติกรรมเสี่ยง

3) บริการตรวจรักษา ให้บริการตรวจรักษาด้วยผู้ที่มีความรู้และทักษะทางเวช ปฏิบัติครอบครัว ซึ่งโดยปกติควรรวมกิจกรรมในข้อ 2.และ 4 ไปด้วย หากผู้ให้บริการไม่ใช่แพทย์ ต้องมีระบบรับรองมาตรฐานงานและระบบปรึกษาแพทย์ได้

4) ให้คำปรึกษา มีกิจกรรมให้คำปรึกษารายบุคคล หรือรายกลุ่ม (Group Counseling & Self Help Group) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อดูแลด้านจิตสังคมและเพื่อ ส่งเสริมการดูแลตนเอง

5) การบริการก่อนกลับบ้าน โดยให้บริการจ่ายยา ให้คำปรึกษาเรื่องยา ทำการ ประเมินว่าการบริการตอบสนองความคาดหวัง ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและนัดหมายเพื่อ ให้บริการต่อเนื่อง (FU, Refer, Home Visit)

6) บริการส่งต่อ/เยี่ยมบ้าน จัดกิจกรรมตามมาตรฐาน โดยส่งเสริมบทบาทของผู้ประสานการดูแล (Care Coordinator) ให้ทำหน้าที่ประสานการดูแลต่อเนื่องให้ดีขึ้น ต้องมีการจัดทำแนวปฏิบัติ (Guidelines) ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง

7) การประชุมทีม เพื่อวางแผนกิจกรรมต่อเนื่อง กิจกรรมเชิงรุกในชุมชนและพัฒนาคุณภาพบริการ (CQI) เป็นกิจกรรมที่ควรจัดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

8) กิจกรรมในชุมชน โดย จัดกิจกรรมเชิงรุก สร้างสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน ส่งเสริมศักยภาพชุมชน และส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองท้องถิ่น

การดำเนินงานตามกระบวนการของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน ดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาการจัดรูปแบบให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า เป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นให้เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน(สวยสม ยศรุ่งเรือง, 2546) และสอดคล้องกับ การศึกษาของ อุไร หัตถกิจและคณะ (2544) พบว่าการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน แก้ไขปัญหาสุขภาพฉุกเฉิน ให้บริการครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มประชากรปกติและกลุ่มเสี่ยง แก้ไขปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยเบื้องต้น ส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การดำเนินงานของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (CUP)

การดำเนินงานด้านการบริหารของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน

ด้านการบริหารจัดการของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนในด้านต่างๆ ได้แก่ คณะกรรมการของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน การจัดทีมสุขภาพ การสนับสนุนทรัพยากร (คน/เงิน/ของ ที่เพียงพอ เหมาะสม) ที่เกิดจากการดำเนินงานให้สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมกับนำทรัพยากรที่มีอยู่มาวางแผนปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาหรือป้องกันปัญหา มีการดำเนินงานตามแผนงาน/แผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ และมีการประเมินผล เพื่อปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546) กรอบการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนระดับเครือข่ายปฐมภูมินั้น พบว่าต้องมีการสนับสนุน และบริหารงานร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) ซึ่งในเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยานั้น ได้มีการบริหารงานในด้านต่างๆดังนี้

1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ต้องสนับสนุนทรัพยากรให้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งในด้านบุคลากรงบประมาณ เครื่องมือ เครื่องใช้ อาคารสถานที่ ตลอดจนระบบการบริหารจัดการที่เหมาะสม ในบางแห่งอาจมีการจัดกลุ่มเป็นคณะทำงานเฉพาะในลักษณะของคณะทำงานพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้เลี้ยงคอยให้คำแนะนำ ปรึกษา เพื่อพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน ในการบริหารและจัดการระบบบริการสุขภาพในเครือข่ายสุขภาพชุมชนนั้น

2) มีการจัดทีมสุขภาพ หมายถึง ทีมบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพประชาชนในความรับผิดชอบเป็นการประจำในศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์/ทันตภิบาล เกษษกร/เจ้าพนักงานเภสัชชุมชน พยาบาลวิชาชีพ ที่เข้ามาร่วมให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นประจำ ซึ่งอาจเป็นลักษณะประจำ หรือครั้งคราว หรือเป็นที่ปรึกษา การบริหารงานทีมสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถจัดการข้อมูลได้อย่างถูกต้องครบถ้วนเป็นปัจจุบัน และสามารถนำข้อมูล ทรัพยากรที่มีอยู่ มาวางแผนแนวทางการดำเนินงานที่ตอบสนอง ต่อ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัด และการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ของงาน ได้อย่างถูกต้อง โดยมีกระบวนการดังนี้

- 1) การจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ
- 2) ร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของ CUP และจัดทำ แผนปฏิบัติการของศูนย์สุขภาพชุมชน
- 3) บูรณาการ การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และ การกำกับ ติดตาม ให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการ
- 4) กำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และปรับแผนงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์

ส่วนการเรียนรู้ และสร้างแรงจูงใจของทีมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อให้ทีมสุขภาพได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีแรงจูงใจในการทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพและมีความสุข โดยมีกระบวนการดังนี้

- 1) จัดบรรยากาศ ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงานและกระตุ้นให้บุคลากรมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใช้ความรู้ทักษะและมีอำนาจตัดสินใจในการปฏิบัติงาน
- 2) จัดให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน และ/หรือ ศึกษาดูงานในหน่วยงานอื่นที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน

3) จัดให้มีระบบสวัสดิการ การสนับสนุนความก้าวหน้า การยกย่องชมเชยทั้ง
 อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

3) มีการสนับสนุนทรัพยากร (คน/เงิน/ของ ที่เพียงพอ เหมาะสม) ซึ่งในระดับ
 อำเภอเป็นหน้าที่ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) หรือ คปสอ. สำหรับระบบบริหารจัดการทั้งใน
 ด้านบริหารบุคคล บริหารทรัพยากร และบริหารงาน ระบบข้อมูลวิชาการ และการจัดระบบบริการ
 โดยตรงแก่ประชาชนนั้น ดำเนินการได้โดยเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งระบบย่อยทั้งหมดนี้
 จะต้องมีการวางแผน และจัดการที่ดี ให้มีการประสานเชื่อมต่อกันเพื่อสนับสนุนจนเกิดบริการที่ดี
 (องค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน) และมีการติดตาม กำกับ ดูแล
 ประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อให้ผลงานมีความสอดคล้องตรงกับความต้องการของประชาชน/
 ชุมชนในเขตรับผิดชอบ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและได้รับการบริการตามมาตรฐานของศูนย์
 สุขภาพชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถปฏิบัติงานจนบรรลุเป้าหมาย และพันธกิจของศูนย์
 สุขภาพชุมชน นอกจากนี้ในการบริหารจัดการของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนในด้านงบประมาณ
 ควรมีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่าย ค่าตอบแทนและค่าเวชภัณฑ์ที่เพียงพอในการ
 ดำเนินงาน เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการดำเนินงานบริการปฐมภูมิให้บรรลุตาม
 วัตถุประสงค์

การดำเนินงานด้านบริการของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน

การดำเนินการด้านการบริการของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นจะเน้นในเรื่องของ
 การสนับสนุนบริการภายในเครือข่าย ซึ่งการสนับสนุนดังกล่าว ควรมีลักษณะดังนี้ (กรมสนับสนุน
 บริการสุขภาพ, 2546)

- 1) ทีมงานสนับสนุน จะต้องมีความเข้าใจแนวคิดและทักษะที่จำเป็นในการ
 บริการปฐมภูมิเช่นเดียวกัน จึงจะสามารถสนับสนุนและช่วยพัฒนาได้สอดคล้อง ตรงกับเป้าหมาย
- 2) ระบบบริหารจัดการขององค์กร ที่ต้องจัดให้ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถ
 บริหารงานของหน่วยงานตนเองได้อย่างคล่องตัว ยืดหยุ่น มีอำนาจในการตัดสินใจและการจัดการ
 ในการปรับบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน สามารถพัฒนางานด้วยตนเอง
 ต่อไปในระยะยาว
- 3) มีการสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างพอเพียง
- 4) มีระบบสนับสนุนการพัฒนาผู้ปฏิบัติทั้งในด้านทัศนคติ องค์กรความรู้ และ
 ทักษะในการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

5) มีการจัดระบบการเชื่อมต่อของการดำเนินงานระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนกับโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย พร้อมข้อมูลที่พอดีกับโรงพยาบาล

6) มีการจัดระบบติดตามผลและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้พัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากนี้เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนควรมีหลักการในการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพภายใต้ต้นนโยบายการประกันสุขภาพ ดังนี้

1) ทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึง ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้ง่าย

2) ต้องเอื้อให้เกิดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการและมีการส่งต่อระหว่างบริการแต่ละระดับได้อย่างไม่มีช่องว่าง ครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐานสำคัญตามชุดสิทธิประโยชน์หลักภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ลดปัญหาการบริการที่ซ้ำซ้อน

3) ต้องเอื้อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานโดยทั่วหน้า เอื้อต่อการจัดบริการที่ดูแลประชากรอย่างต่อเนื่อง

4) ต้องเอื้อให้เกิดบริการที่ผสมผสาน ดูแลด้วยแนวคิดแบบองค์รวมบูรณาการดูแลทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชน

5) สร้างให้เกิดความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนระยะยาว

6) สร้างความร่วมมือในการให้บริการภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน เนื่องจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายที่จะต้องดำเนินการทั่วประเทศ

เครือข่ายสุขภาพชุมชน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ซึ่งได้เข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเพิ่มบทบาทการพัฒนาศักยภาพของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้เป็นบริการด่านแรกที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง ซึ่งถือเป็นแนวทางหลักแนวทางหนึ่งในการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพให้แก่ประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2543-2544) กล่าวว่า หลักการสำคัญในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ (1) จัดบริการแบบผสมผสาน ต่อเนื่องและองค์รวมอย่างเสมอภาค จัดบริการทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพในระบบเดียวกัน ในสถานบริการ

เดียวกัน โดยบุคลากรที่เหมือนกันหรือทีมที่มีระบบการทำงานเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด มีการจัดบริการที่มีใช้มุ่งเน้นเฉพาะการเจ็บป่วยครั้งนั้นๆ แต่เป็นการจัดบริการเพื่อติดตามดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา มีการจัดบริการที่ตระหนักถึงมิติทางจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อควบคู่ไปกับมิติทางการ มีการจัดบริการที่ไม่เลือกฐานะความเป็นอยู่ประชาชนสามารถใช้บริการได้โดยเท่าเทียมกันอย่างเป็นธรรม (2) จัดบริการที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน (3) จัดบริการที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพกับสถานบริการอื่นชัดเจน ทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

การดำเนินงานด้านวิชาการของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน

การพัฒนาด้านวิชาการ หมายถึง มีการทบทวนและค้นหาความรู้ที่เป็นส่วนขาด เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร เช่น มีแนวปฏิบัติที่อิงหลักฐานทางวิชาการและบริบทของพื้นที่ และมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความสามารถในการดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546)

- 1 มีการทบทวนคุณภาพการให้บริการ
 - 1.1 การให้บริการพื้นฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น งานรักษาทั่วไป งานดูแลสุขภาพเด็กดี(WBC) งานบริการฝากครรภ์(ANC) และงานวางแผนครอบครัว(FP) เป็นต้น
 - 1.2 บริการที่มีโอกาสถูกร้องเรียนและมีความผิดพลาด เช่น การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน/การไม่คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย/ การเรียกเก็บค่าบริการ
 - 1.3 ทบทวนแนวทางการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน
- 2 มีกระบวนการหาสาเหตุของปัญหาที่ค้นพบจากการทบทวนร่วมกัน
- 3 มีการวางแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา ควบคุม กำกับและปรับปรุงให้ดีขึ้น
- 4 ทีมสุขภาพนำผลที่ได้จากกิจกรรมทบทวน/พัฒนาคุณภาพมาเขียนเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย และคู่มือปฏิบัติงาน กระบวนการหลักของการให้บริการและนำมาปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
- 5 ตรวจสอบและทบทวนผลการปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางการดูแลและนำมาปรับปรุงให้มีคุณภาพ/มาตรฐานในการดูแลสุขภาพประชาชนที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของทีมงาน

ส่วนการพัฒนากำลังคนในศูนย์สุขภาพชุมชน ทีมงานต้องเป็นทีมเล็ก กะทัดรัด เป็นทีมเดียวกัน และต้องมีการจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก / รอง ของบุคลากรในทีมตามความรู้

ความสามารถ เพื่อรับมือกับที่ชัดเจน เพื่อจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องเหมาะสม โดยมีหลักการพัฒนากำลังคน ดังนี้ 1) การคิดใหม่ (re – think) การจัดให้ทุกคนในทีมได้รับการอบรมเรื่องศูนย์สุขภาพชุมชน และการพัฒนาทัศนคติ ในการทำงานชุมชน (attitude training) 2) การออกแบบใหม่ (re-design) การจัดให้ทุกคนในทีมได้รับการอบรมเรื่อง กระบวนการทำงานของศูนย์สุขภาพชุมชน ในบริการชุมชน บริการในหน่วยบริการและบริการต่อเนื่อง 3) การใช้เครื่องมือใหม่ (re-folder) การจัดให้ทุกคนได้รับการอบรมเรียนรู้เรื่องการใช้แฟ้มครอบครัว (family folder) และ การใช้เครื่องมือทางมานุษยวิทยาในการศึกษาครอบครัวและชุมชน และ การใช้ระบบการจัดการสารสนเทศ (MIS) ของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นเครื่องมือในการทำงาน 4) การฝึกอบรมใหม่ (re-train) การจัดให้ทุกคนได้รับการอบรมตามสภาพปัญหาและความต้องการอบรม

การให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามกระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชนตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ในปัจจุบันมีการพัฒนาระบบการบริการดูแลผู้ที่มีภาวะ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่หลากหลาย ทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย โดยมีสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ได้มีการกำหนดแนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นบริการดูแลสุขภาพที่มีลักษณะแบบบูรณาการ โดยอาศัยมาตรการต่างๆ ในการปฏิบัติงานของบุคลากรในแต่ละสาขาที่เกี่ยวข้องและต้องมีการดูแลต่อเนื่องเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2548) ดังนั้นคณะกรรมการพัฒนาระบบศูนย์สุขภาพชุมชน (2545-2546) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นบริการด่านแรกในการบริการแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพื้นที่

การให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้ที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นจึงได้ใช้การบูรณาการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546) ในการบริการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข คุณภาพชีวิตดีขึ้น คงสมรรถภาพของปอดไว้ รวมทั้งลดความรุนแรงและป้องกันการเกิด

อาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) และควรจะเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มาแล้ว ซึ่งแนวทางการบริการดูแลรักษา ประกอบด้วย

1. การงดสูบบุหรี่ (smoking cessation)
2. การรักษาทางยา (pharmacological) ซึ่งยาที่ใช้ได้ในศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่
 - 2.1. ยาขยายหลอดลมกระตุ้น เบต้า 2 ชนิดสาคุม (beta 2 agonist) เช่น salbutamol และ terbutaline
 - 2.2. ยาค้านโคลีเนอจิก ชนิดสาคุม เช่น ipratropium bromide ซึ่งในปัจจุบันมักใช้ยาทั้งสองกลุ่มร่วมกัน เนื่องจากยาจะช่วยเสริมฤทธิ์กัน
3. ให้ความรู้ เพื่อเตรียมตัว เตรียมใจในสิ่งที่ป็นอยู่และที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ได้แก่
 - 3.1 ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ อาการแสดง การดำเนินและการพยากรณ์โรค เพื่อผู้ป่วยจะได้ปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น
 - 3.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวต่างๆ ไป เช่นการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การระวังและป้องกันไม่ให้ป็นไข้หวัดบ่อยๆ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมสม่ำเสมอ
 - 3.3 อธิบายแผนการรักษา เพื่อให้เกิดการยอมรับ และการเตรียมตัวในแต่ละขั้นตอนของการรักษา
 - 3.4 ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ ยาชนิดไหนใช้เพื่อรักษาอะไร เมื่อใดควรรงคหรือเพิ่มยาบางตัว ผลข้างเคียงของยา สอนวิธีการใช้ยาชนิดสาคุมที่ถูกต้อง
 - 3.5 การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น เมื่อมีอาการกำเริบ
 - 3.6 ให้ความรู้ในการไอ ที่มีประสิทธิภาพ การฝึกกลั้มเนื้อในการหายใจ การฝึกหายใจแบบ purse lip การออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม รวมทั้งอบรมให้ความรู้แก่ญาติในการช่วยเคาะปอดและจัดท่าระบายเสมหะแก่ผู้ป่วย
4. การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ได้แก่ หอบเหนื่อยขณะพัก หายใจเร็วกว่า 30 ครั้ง / นาที ซีพจรเร็วกว่า 110 ครั้ง/นาที ให้การรักษาเบื้องต้น คือ ให้ออกซิเจนและยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูด พร้อมกับการส่งต่อผู้ป่วย

การดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดังกล่าว จึงเป็นบทบาทที่สำคัญที่เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ ต่างๆ ที่จะต้องมีการให้บริการทั้งที่เป็น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม กล่าวคือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนั้น สามารถช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้

สอดคล้องกับสภาวะของโรคได้อย่างเหมาะสม โดยมีการดูแลความสมดุลภายในบุคคล ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการดูแลรักษาความเจ็บป่วยที่จะต้องคำนึงถึงผู้ป่วยทั้งหมด เน้นบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ที่มีการดูแลสุขภาพกาย มีการแสดงออกด้านจิตใจอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มีการใช้จิตวิญญาณเชิงสร้างสรรค์ในการเข้าร่วมกับสังคมได้อย่างมีจิตสำนึกด้วยตนเอง

ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องเป็นผู้ที่มีความรอบรู้อย่างกว้างขวาง สามารถบูรณาการองค์ความรู้ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การให้คำปรึกษา เพื่อดูแลด้านจิตสังคม และบริการสุขภาพในชุมชน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสาธารณสุข บริบทของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ได้อย่างเหมาะสม และการศึกษาครั้งนี้มีพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) และได้รับการขึ้นทะเบียนจากสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย โดยปฏิบัติตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ประจำอยู่ในศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งละ 1 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ศูนย์สุขภาพชุมชนมีพยาบาลเวชปฏิบัติ (nurse practitioner [NP]) ประจำอยู่โดยทำหน้าที่ ในการรักษาโรคเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการที่มาศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่ง สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบของศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า โครงสร้างการบริหารงานศูนย์สุขภาพชุมชน การทำงานอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสถานบริการหน่วยคู่สัญญา (CUP) การบริหารงานศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ผู้ให้บริการบุคลากรหลักคือ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งจะปฏิบัติงานประจำทุกวันใน PCU ส่วนแพทย์จะมาปฏิบัติงานทุกวันใน PCU ที่มีผู้ใช้บริการจำนวนมาก ส่วนบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ เช่น ทันตแพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ชันสูตร ซึ่งการปฏิบัติงานดังกล่าวเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการที่หน่วยปฐมภูมิ 2) การจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ 2.1) การรักษาโรคเบื้องต้น พยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการรักษาโรคเบื้องต้น โดยจะให้บริการในเวลาราชการ และบางแห่งเปิดให้บริการนอกเวลาราชการด้วย 2.2) การส่งเสริมและป้องกันโรค เป็นงานหลักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ การตรวจครรภ์ การตรวจหลังคลอดและการให้ภูมิคุ้มกันโรค 2.3) งานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทุก PCU ได้วางแผนในการเยี่ยมบ้านตามนโยบายของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นพยาบาลประจำครอบครัว 3) การบริหารการเงินการคลัง PCU ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการจาก CUP โดยมีการบริหารการเงินการคลังตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย PCU จะได้รับงบประมาณจัดสรรตามรายหัวประชากรและต้องทำรายงานประจำเดือน (รวมพร คงกำเนิด, 2545)

กระบวนการจัดบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 8 กระบวนการหลักของระบบบริการปฐมภูมิ

กระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิตามแบบบูรณาการในแนวปฏิบัติบริการสุขภาพ สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน ที่กำหนดโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2546 ซึ่งเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอแม่ใจ ได้นำมาปฏิบัติในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายการควบคุมป้องกันโรค คือ ลดภาวะ แทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพื่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประกอบด้วย.

1. การสร้างทีมงาน ในศูนย์สุขภาพชุมชน ควรจัดให้มีทีมงานที่มีทัศนคติที่ดี และมีศักยภาพในการให้บริการที่ผสมผสาน สอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งนี้ทีมงานดังกล่าว จะต้องมีความไม่เล็กหรือใหญ่เกินไป สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ และชุมชนอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง สามารถประเมินสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และให้บริการหรือดำเนินการด้วยวิธีการต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา มีการสร้างทีมงานในศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่ง ตามขนาดของศูนย์สุขภาพชุมชนและประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ

2. การขึ้นทะเบียนประชากร ศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องมีระบบการจัดการในการขึ้นทะเบียนประชากร ที่เหมาะสม คือ (1) มีระบบรับผิดชอบประชาชน โดยต้องทราบข้อมูลของประชากรที่รับผิดชอบ (2) มีระบบที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการ เช่น ระบบนัดหมาย การเยี่ยมติดตาม การจัดการเกี่ยวกับระบบข้อมูล (3) จัดระบบให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ (4) มีระบบข้อมูลของผู้รับบริการ เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ.ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ได้มีการปฏิบัติในการขึ้นทะเบียนประชากรที่รับผิดชอบของตนเองตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

3. การออกแบบการดำเนินงานในสถานบริการ ด้านอุปกรณ์ อาคารสถานที่ มีการจัดอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ มีสถานที่ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่เพียงพอ มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉิน ได้รวดเร็ว

4. การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตาม 8 กระบวนการหลัก ดังนี้

4.1 การสำรวจครอบครัวและชุมชน เป็นการที่เจ้าหน้าที่เข้าไป เรียนรู้และทำความเข้าใจกับครอบครัวและชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และเรียนรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิต เพื่อเป็นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในบริบทของชุมชน เช่นประชากรที่สูบบุหรี่ สัมผัสสารพิษในอากาศ หรือมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจบ่อยๆ เพื่อสามารถนำไปแก้ไขปัญหาและภาวะสุขภาพ ให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของบุคคลในครอบครัวและชุมชนได้อย่างแท้จริง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546) สำหรับเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอแม่ใจ ทั้ง 10 แห่ง มีการดำเนินงานคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการภาวะโรคในเขตภาคเหนือตอนบน 8 จังหวัด ประจำปี 2549-2550 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549) พบผู้ที่สูบบุหรี่และสงสัยว่ามีภาวะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยโรคที่โรงพยาบาลแม่ใจ และพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ จำนวน 12 คน โดยเพิ่มจากจำนวน 134 ราย เป็น 146 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 384.68 ต่อแสนประชากร (ทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2549-2550) โดยมีการซักประวัติ บุคคลในครอบครัว เพื่อทราบภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจากการศึกษาความชุกและอัตราการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศแถบยุโรป ในปี 2003 พบว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (E. Rand Sutherland, M.D., M.P.H., and Reuben M. Cherniack, M.D., 2003) และจากการศึกษาสาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคปอดอุดกั้นในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสาเหตุหลักมาจากการสูบบุหรี่ และการสัมผัสมลพิษทางอากาศ ทั้งนี้ประมาณ 90% เกิดจากการสูบบุหรี่ แต่ในรายของผู้ป่วยที่สัมผัสมลพิษจากสภาพแวดล้อมแล้วยังมีการสูบบุหรี่ด้วยควบคู่กันไปด้วย อาการของโรคจะทวีความรุนแรงขึ้น ทั้งนี้จากสถิติพบว่า โรคCOPD จะเป็นในกลุ่มผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ในประเทศไทยคาดว่าสัดส่วนของผู้ที่เป็นโรคดังกล่าวประมาณ 1 ล้านคน ทั้งนี้จากสถิติของผู้ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 1,000 คนจะมีผู้ป่วยโรค COPD ประมาณ 100 คน (วิชาญ อุดมพานิชย์ , 2549)

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงเป็นส่วนสำคัญ ในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคในระยะเริ่มแรก เพื่อที่จะได้นำไปหาแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ให้เกิดโรคดังกล่าวและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อไป โดยที่กิจกรรมหลักที่ส่งเสริมให้เกิดการส่งเสริมให้เกิดการผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่องคือ

4.1.1 จัดให้มีผู้รับผิดชอบครอบครัวและชุมชน

4.1.2 สำรวจครอบครัวด้วยแฟ้มอนามัยครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพและระบुकุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มพิการ กลุ่มด้อยโอกาส และจัดทำแผนบริการเชิงรุก

4.1.3 สํารวจชุมชนด้วยเครื่องมือวิธีชุมชน เพื่อค้นหาศักยภาพชุมชนในการดำเนินงานสร้างสุขภาพต่อไป (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ , 2546)

4.2 จัดทำทะเบียน/คัดกรอง เป็นการขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไว้ดูแลต่อเนื่อง โดยใช้แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงผู้ที่มารับบริการที่สถานบริการทุกราย เพื่อเป็นการจัดเตรียมข้อมูลพื้นฐานของผู้มารับบริการ ให้ถูกต้อง ครบถ้วนเพื่อให้ได้รับบริการอย่างผสมผสาน ต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม เพื่อให้ผู้มารับบริการมีสุขภาพที่ดี และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ (สำริง แหงกระโทก และ รุจา มังคละศิริ, 2545) สำหรับเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอแม่ใจทั้ง 10 แห่ง, มีการดำเนินการคัดกรองเชิงรุกดังกล่าวไว้แล้วในเรื่องการสำรวจครอบครัวและชุมชน ส่วนในเชิงรับมีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ทุกคน เพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาหรือติดตาม เมื่อผู้ป่วยไม่มาตรวจรักษาตามนัด และมีการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่างๆ เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้โดยการซักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่สำคัญคือ การสูบบุหรี่ ระยะเวลา จำนวนและความถี่ ในการสูบบุหรี่ ประวัติด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจบ่อยๆ เช่นปอดอักเสบ หรือหลอดลมอักเสบ และความเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เช่น การเผาขยะในชุมชน การสัมผัสสารพิษและฝุ่นละอองเป็นต้น การประเมินสภาพปัญหาทางกาย จิตใจ สังคม และมีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อติดตามการรักษาต่อไป ดังเช่นการศึกษา แนวโน้มอัตราการป่วยและอัตราการตายจากภาวะหลอดลมอักเสบเรื้อรังและภาวะถุงลมโป่งพอง ของสมาคมโรคปอดของสหรัฐอเมริกา ในปี 2005 โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อทบทวนพยาธิสภาพของโรคและคำแนะนำสำหรับการรักษา พบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหลักของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและแสดงให้เห็นถึงผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอัตราเร่งของการลดลงของสมรรถภาพปอด ตามอายุ และก่อให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยและตายตามมา การซักประวัติ การประเมินสภาพร่างกายที่ชัดเจนสามารถช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคและแยกกลุ่มผู้ป่วยตามระยะของโรคได้ (American Association Epidemiology & Statistics Unit Research and Program Services , 2005)โดยที่กิจกรรมหลักที่ส่งเสริมให้เกิดการส่งเสริมให้เกิดการผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่องคือ

4.2.1 การนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจครอบครัวและชุมชนมาจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้บริการ เพื่อติดตามต่อเนื่อง เช่น ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่สามารถควบคุมอาการได้ และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีอาการกำเริบ เป็นต้น

4.2.2 การประเมินความตระหนักของผู้ป่วย โดยมีการสอบถามการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่นการสูบบุหรี่ การสัมผัสสารพิษและฝุ่นละออง การรับประทานยา การใช้ยาพ่นสูด การมาตรวจตามนัด โดยมีการบันทึกไว้

ในแฟ้มครอบครัวทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยมารับบริการ ดังเช่นการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล เช่นคนที่สูบบุหรี่จะต้องรู้จักวิธีดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการได้รับสารที่เป็นอันตรายจากการสูบบุหรี่ หรือตระหนักถึงโทษของบุหรี่ และมีการแสวงหากลวิธีเพื่อเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น (อรุณรัตน์ กาญจนะ, 2545)

4.2.3 การคัดกรองปัญหาทางกาย จิต สังคม โดยใช้แผนการคัดกรองของกรมสุขภาพจิต เพื่อประเมินภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ดังเช่นการศึกษาแนวโน้มอัตราการป่วยและอัตราการตายจากภาวะหลอดเลือดอักเสบเรื้อรังและภาวะถุงลมโป่งพองของ American Association Epidemiology & Statistics Unit Research and Program Services (2005) พบว่าภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่จากการศึกษาก็ไม่พบว่ามี ความชุกมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป จะพบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงได้มากกว่า แต่ปัจจุบันเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอแม่ใจ ยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุมในผู้ป่วยทุกราย นอกจากนี้ในรายที่เจ้าหน้าที่เห็นสมควรประเมิน เนื่องจากแนวทางในการประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ใช้ในระดับเครือข่ายยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

4.2.4 การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การสัมผัสกับมลภาวะที่เป็นพิษ เป็นต้น โดยบันทึกไว้ที่แฟ้มครอบครัวของผู้ป่วย

4.3 บริการตรวจรักษา ประกอบด้วยบริการตรวจรักษา และบริการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยตามมาตรฐานการตรวจรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแนวทางการรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้ง 10 แห่ง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลแม่ใจ ได้มีการจัดทำ เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งอำเภอ ดังนี้

การบริการตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ในพื้นที่อำเภอแม่ใจ นั้น มีพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้บริการตรวจรักษา แต่ถ้าพยาบาลเวชปฏิบัติ มีภาระงานอื่นที่จำเป็น จะให้พยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนั้นเป็นผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยแทน โดยปฏิบัติตามตามแนวทางการรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งการตรวจรักษาในระดับศูนย์สุขภาพชุมชน จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการคงที่ (Stable) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอื่นๆ เช่น ภาวะโรคหัวใจร่วมด้วย การตรวจรักษาจะทำการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วย โดยการตรวจภาวะที่มีการทำลายของอวัยวะอื่น เช่น หัวใจ โดยตรวจพบการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ ภาวะบวม หรือมีภาวะน้ำท่วมปอด และมี

การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินหรือ มีอาการกำเริบที่ไม่รุนแรง เช่นการให้ออกซิเจน การพ่นยาขยายหลอดลม โดยผู้ป่วยไม่ต้องไปรับยาพ่นที่โรงพยาบาล เป็นต้น

ส่วนการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยการตรวจสุขภาพและให้สุขศึกษารวมทั้ง การฝึกการหายใจ และการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้ง 10 แห่ง ยังดำเนินการได้ไม่เต็มที่ เนื่องจาก ความพร้อมด้านบุคลากร ทั้งอัตรากำลังและ ศักยภาพในการให้ความรู้และสอนผู้ป่วยในเรื่องการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งจากการศึกษาของ ชัชวีย์ เปี่ยมสุข (2546) ที่ศึกษาถึงผลของการฝึกกายบริหารลมปราณต่อคุณภาพชีวิตความทนทานต่อการออกกำลังกายและสมรรถภาพของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตหลังการฝึกกายบริหารลมปราณ สูงกว่าก่อนการฝึกกายบริหารลมปราณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเดินบนพื้นราบหลังการฝึกกายบริหารลมปราณ สูงกว่าก่อนการฝึกกายบริหารลมปราณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์จิรา วิรัช (2545) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรครุนแรงจะทำให้มีอาการหายใจลำบากมากขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการหาแนวทางเพื่อช่วยบรรเทาอาการของโรคและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้เพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีอาการหายใจลำบากลดลง และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

4.4 ให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาเป็นการบริการให้ความรู้และเป็นบริการพื้นฐานที่ดำเนินการโดยบุคลากรทุกประเภท โดยครอบคลุมความรู้ด้านสุขภาพทั่วไปและสุขภาพอนามัย ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ด้านการป้องกันโรค ความรู้ด้านโรคและการปฏิบัติที่เหมาะสม ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการจัดการเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ความรู้ด้านสภาพแวดล้อม และการให้คำปรึกษาเป็นเฉพาะกรณี ซึ่งรวมถึงประเด็นทางครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ยังรวมถึงการให้ความรู้ผ่านสื่อ เช่น แผ่นพับ ในประเด็นต่างๆที่เห็นว่าเป็นส่วนหนึ่งของภารกิจ หรือเป็นการสนับสนุนงานกิจกรรมชุมชน (community intervention) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545) จากรูปแบบการบริการดังกล่าวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกคนควรได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม โดยอาศัยการสื่อสารแบบสองทาง โดยการใช้ทักษะและเทคนิคต่างๆ อย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจ ยอมรับ และสามารถหาแนวทางแก้ไข

ปัญหาได้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านการเข้าใจตนเอง ยอมรับปัญหาที่มีอยู่ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีคุณภาพดีต่อไป (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2546) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ จะรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ การคัดกรองและการประเมินปัญหาด้านจิตสังคม ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และชุมชน การค้นหาผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และเครือข่ายทางสังคม เช่นกลุ่มการออกกำลังกาย จะมีส่วนสำคัญในการสร้างเสริมกำลังใจ และศักยภาพของผู้ป่วย ดังการศึกษาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน หน่วยบริการปฐมภูมิสองแควใต้ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ของเบญจวรรณ ศาสตระบุตร (2550) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทุกคนได้รับการให้คำปรึกษาได้แก่ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากการพูดคุยซักถามข้อสงสัย จากเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลใจทุกคน ได้รับการพูดคุยและหาแนวทางแก้ไขร่วมกับเจ้าหน้าที่ ส่วนกิจกรรมการวางแผนร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิต เช่นการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ที่เหมาะสม ได้รับเพียงร้อยละ 67.7 และการจัดกิจกรรมปรึกษารายกลุ่ม ร้อยละ 72.4 สรุปได้ว่า การบริการให้คำปรึกษาเป็นกิจกรรมหลักที่สำคัญกิจกรรมหนึ่งของการบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ที่จำเป็นต้องจัดบริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต่างๆในชุมชน โดยเฉพาะ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อมุ่งให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ ผลเสียของพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากความเคยชิน นอกจากนี้ยังเป็นการดึงศักยภาพของผู้ป่วย มาร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การศึกษาวิจัยถึงทดลองถึงผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997 อ้างใน สุลี แซ่ซื่อ , 2546) กล่าวว่า “การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (verbal persuasion) ให้มีความเชื่อว่าเรามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้” ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และส่งผลให้มีสมรรถภาพปอด เพิ่มขึ้น (สุลี แซ่ซื่อ, 2546)

4.5 การบริการก่อนกลับบ้าน โดยการประเมินการรับรู้เรื่องโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองก่อนรับยากลับบ้าน ประเมินความเข้าใจและปัญหาเรื่องการใช้จ่าย การนัดหมายให้มารับบริการต่อเนื่องในครั้งต่อไป ซึ่งการมาตรวจตามนัด เป็นการให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของโรค การปรับเปลี่ยนยา หรือขนาดของยา โดยมีกิจกรรมหลักที่ส่งเสริมให้เกิดการบริการแบบบูรณาการ ผสมผสานและต่อเนื่อง (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2546) คือ

4.5.1 การจ่ายยา และการให้คำปรึกษาเรื่องการไ้ยา ทั้งยารับประทาน และยาพ่นสูด โดยใช้หลัก 5 R (ถูกชนิด ถูกคน ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธี) ให้คำปรึกษาเรื่องการไ้ยา และผลข้างเคียงของการไ้ยา ตรวจสอบความเข้าใจในการไ้ยาโดยให้ผู้รับบริการหรือญาติได้ทวนวิธีการไ้ยา

4.5.2 การประเมินความคาดหวัง และความพึงพอใจโดยตรวจสอบความเข้าใจในการมารับบริการและการตอบสนองต่อความคาดหวัง (expectation) ของผู้มารับบริการ (เป็นอะไรมา วันนี้ได้รับบริการอะไรบ้าง ต้องดูแลตนเองอย่างไร ยังมีอะไรที่อยากบอก อยากถาม หรือต้องการบริการเพิ่มเติม อยากให้ปรับปรุงบริการอย่างไร รวมทั้งการนัดหมาย เพื่อการบริการที่ต่อเนื่อง ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญากรณ์ ชูตั้งกร และคณะ (2544) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการไ้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิของสถานผดุงครรภ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้บริการมีความพึงพอใจต่อผู้ไ้บริการ มากกว่าร้อยละ 98 คือ ความเป็นกันเองของพยาบาล ความสุภาพ อ่อนโยน ใ้เวลาพูดคุยซักถามขณะไ้การพยาบาล กระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือ และคำปรึกษาพยาบาล

4.6 บริการส่งต่อ/เยี่ยมบ้าน โดยการคัดกรองผู้ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันหรือรุนแรงและ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งต่อไปยังโรงพยาบาล และเยี่ยมบ้านผู้ที่ขาดนัด ผู้ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันหรือรุนแรงและ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการบริการดังกล่าวเป็นบริการเชิงรุกที่ครอบคลุมงานการรักษาพยาบาล งานป้องกัน งานส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ โดยการนำบริการไปสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวและ ชุมชนได้รับการบริการสร้างเสริมสุขภาพ ใ้ได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ ตลอดจนใ้ข้อมูล ข่าวสาร ข้อมูลแก่ครอบครัวและชุมชนด้วย (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2546) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่ทำการดูแลผู้รับบริการ ทั้งที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มด้อยโอกาส และกลุ่มผู้ป่วย รวมถึงครอบครัว อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อรู้จักและเข้าใจสภาพปัญหา วิถีชีวิตของผู้รับบริการและครอบครัว และที่สำคัญ คือเพื่อประเมินศักยภาพในการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้รับบริการ และครอบครัวจนถึงการประเมินผลสุขภาพของผู้รับบริการและชุมชนด้วย ดังเช่นการศึกษาของ ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2544) ได้ศึกษาวิถีสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและการจัดการกับการเจ็บป่วย 2) บริการด้านสุขภาพต่างๆ ที่พึงประสงค์ 3) ความเข้าใจในเรื่องการสร้างสุขภาพ 4) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน และ 5) แหล่งทรัพยากรสนับสนุนความเข้มแข็งในการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่เป็นทั้งโรคพื้นฐานและโรคทั่วไป และโรคที่ยุงยากซับซ้อนที่เป็นโรค หรือการเจ็บป่วยที่

ป้องกันได้ เนื่องจากสาเหตุที่มาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน เจ้าหน้าที่ควรเป็นที่ปรึกษา และช่วยในการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน อย่างผสมผสานรวมทั้งวิธีการแนะนำ การดูแล และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม หากจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่อยู่ในขอบเขตที่หน่วยบริการดูแลได้ ให้ทำหน้าที่ให้บริการอย่างผสมผสาน ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการได้ก็ให้ประสาน หรือส่งต่อกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

สำหรับเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอแม่ใจ มีระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกรณีที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ให้ส่งไปปรับการวินิจฉัยโรค โดยการตรวจประเมินสภาพปอด และตรวจปอดทางรังสีเอกซ์ และกลุ่มปกติ สามารถส่งไปตรวจปอดทางรังสีเอกซ์ ได้ ส่วนในรายที่มีอาการกำเริบบ่อยๆ และมีภาวะแทรกซ้อนร่วม เช่น โรคหัวใจ ให้ส่งต่อไปปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ใจ โดยจะใช้แบบส่งต่อผู้ป่วย (บส. 08) และบันทึกในทะเบียนส่งต่อ โดยมีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนของการการใช้บริการส่งต่อ และมีการติดตามผลจากโรงพยาบาลทุกครั้ง และเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน จะทำการบันทึกผลลงในใบบันทึกสุขภาพรายบุคคล (แบบบันทึกโรคเรื้อรัง) ของผู้ป่วยในแฟ้มครอบครัว

ส่วนการเยี่ยมบ้าน เครือข่ายสุขภาพชุมชน ยังไม่ได้เยี่ยมทุกราย จะเยี่ยมในรายที่มีปัญหา เช่นมีอาการกำเริบบ่อยๆ รายที่มีการรับการรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง (re-visit) ในรายที่มีการเข้านอนโรงพยาบาลก่อนวันนัด (re-admit) บ่อยๆ ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย และในรายที่มีการใช้ออกซิเจนที่บ้าน (home oxygen therapy) โดยการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่รับผิดชอบหมู่บ้านของตน 1-2 หมู่บ้าน ต่อ เจ้าหน้าที่ 1 คน และบางครั้งมีการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล หลังจากนั้น ได้มีการค้นหาและมีการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้ง เครือข่ายในชุมชน มีการนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป หรือยุติการเยี่ยมตามความเหมาะสม พร้อมกันนี้ได้มีการบันทึกในสรุปผลการเยี่ยมบ้าน ในแฟ้มครอบครัว ดังการศึกษาของเบญจวรรณ ศาสตร์บุตร (2550) พบว่า กิจกรรมการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของหน่วยบริการปฐมภูมิสองแควได้ ไม่สามารถเยี่ยมได้ทุกคน ยกเว้นรายที่มีปัญหาต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือผู้ป่วยที่มีผลกดทับ ศาสาสน์ปัสสาวะ หรือสายยางให้อาหารเป็นต้น ส่วนในรายที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงหรือดูแลตนเองได้ จะยังไม่ได้รับการเยี่ยม และจากการศึกษาพบว่า หลังจากได้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 ได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.9 มาตรวจตามนัดทุกครั้งและร้อยละ 93.5 ไม่สูบบุหรี่

สรุปได้ว่า ผลของการปฏิบัติกิจกรรมการเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวได้เหมาะสม และส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้

4.7 การประชุมทีม มีการประชุมทีมในเครือข่าย เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยที่เจ้าหน้าที่จะต้องมีการประชุมทีมร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพ เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน และมีการพัฒนาแนวทางให้เหมาะสมทันต่อเหตุการณ์ และควรมีการประชุมด้านวิชาการ การพัฒนาองค์ความรู้ การจัดการทางด้านยา การชันสูตร ระบบส่งต่อทั้งไปและกลับ เพื่อพัฒนาระบบคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

4.8 กิจกรรมในชุมชน โดย จัดกิจกรรมเชิงรุก สร้างสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน และส่งเสริมศักยภาพชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546) โดยร่วมกับองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำ หรือผู้นำชุมชนในการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และสภาพวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนเพื่อกำหนดกลยุทธ์ หรือนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และมีการจัดสรรงบประมาณ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ เขตปลอดบุหรี่ ดังการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ประโยงค์ (2550) ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานในชุมชนบ้านศรีดอนชัย อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน โดยพบว่ากิจกรรมที่ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการ ได้แก่การลงทุนกิจกรรมที่ไม่ใช่ตัวเงิน คิดเป็นร้อยละ 63.64 ร่วมบริจาคเงินหรือทรัพย์สินส่วนตัวเพื่อใช้ดำเนินกิจกรรม ร้อยละ 60.00 และร่วมหาแหล่งทุนในชุมชนมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม ร้อยละ 40.00 ซึ่งมีเหตุผลในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว คือ เพื่อหมู่บ้านตนเอง เพื่อความสนุกสนาน และความสามัคคีในหมู่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของ มณีวรรณ เจริญ (2544) ที่ได้ศึกษาองค์ประกอบคุณภาพบริการเชิงสังคม ด้านการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัย จังหวัดยโสธร ในมิติของผู้รับบริการพบว่า องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนที่สำคัญ คือ การที่ประชาชนได้ร่วมออกความคิดเห็นต่อการจัดบริการ ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง ครอบครัว และชุมชน มีการตัดสินใจร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยได้ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการบริจาคเงินเพื่อสนับสนุนการจัดบริการของสถานอนามัย

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนจะสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ การมีนโยบายที่ชัดเจนการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านงบประมาณ การเตรียมความพร้อมของผู้ให้บริการ การมีโครงสร้างการบริหารองค์กรที่คล่องตัว การมีประชากรรับผิดชอบอย่างเหมาะสม

และเข้าใจในคุณลักษณะของประชากร รวมถึงการปฏิบัติงานของทีมผู้ให้บริการการจัดระบบข้อมูล ระบบส่งต่อ และระบบการเงิน การให้บริการที่ครอบคลุมทุกด้าน ให้บริการอย่างองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลให้ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

ดังนั้น การจัดรูปแบบหรือการให้บริการ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเรื้อรัง อื่นๆ ให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการรับและถ่ายทอดไปยังหน่วยงานผู้ปฏิบัติ ที่ชัดเจน ครอบคลุม และต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะการทำงานที่มีรูปแบบหรือมีการพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ให้บริการและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จะทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการได้ง่ายและมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และสามารถตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ โดยการบูรณาการตามแนวปฏิบัติการบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ , 2546) ซึ่งการบูรณาการ ทั้ง 8 กระบวนการหลัก ดังกล่าวข้างต้น จะส่งผลดีต่อการให้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เป็นองค์รวม และต่อเนื่อง ในการให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้ที่มีภาวะโรคเฉียบพลัน และโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะ ผู้ที่มีภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาการดำเนินงานของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ในครั้งนี้ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และศึกษาจากการดำเนินงานตามแบบบูรณาการดูแลสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นเครื่องมือให้เครือข่ายสุขภาพชุมชน ทั้ง 10 แห่งสามารถดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบบูรณาการดังกล่าวมาดำเนินงานตามกระบวนการจัดการในระบบบริการปฐมภูมิ ให้ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไปในทิศทางเดียวกัน คือ 1) มีการสร้างทีมงาน 2) มีการขึ้นทะเบียนประชากร 3) มีการออกแบบการดำเนินงานในสถานบริการ ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตาม กระบวนการหลักของระบบบริการปฐมภูมิ ดังนี้คือ 1) การสำรวจครอบครัวและชุมชน 2) การจัดทำทะเบียน/คัดกรอง 3) การบริการตรวจรักษา 4) การให้คำปรึกษา 5) การบริการก่อนกลับบ้าน 6) การบริการส่งต่อ/เยี่ยมบ้าน 7) การประชุมทีม และ 8) กิจกรรมในชุมชน และศึกษาถึงสถานการณ์ของการดำเนินงานดังกล่าว ว่ามีปัญหาและอุปสรรคตลอดจนแนวทางแก้ไขการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพชุมชนทั้ง 10 แห่งอย่างไรบ้าง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved