

การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข
ในแนวคิดองค์รวม

โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

บรรณาธิการ

นพ. ธารา อ่อนชมจันทร์

ดารณี อ่อนชมจันทร์

สุภาพ เนตรสุวรรณ

รายงานวิจัย
การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม
โรงพยาบาลพญาเม็งราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

บรรณาธิการ

นพ.ธารา อ่อนชมจันทร์

คารณี อ่อนชมจันทร์

สุภาพ เนตรสุวรรณ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ M.Sc.(Chem),M.C.N.(Nutrition)

Ph.D.(Med.Sociology)

สถาบันราชภัฏเชียงราย

ผู้วิจัย

นพ.ธารา อ่อนชมจันทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และคณะ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

โครงการวิจัยพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม เป็นโครงการวิจัยเชิงพัฒนา(R&D) ที่โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ได้มองเห็นปัญหาการให้บริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ยังไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังและในบางอาการที่การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงแต่ให้ยารักษาตามอาการ จึงได้นำแนวเรื่องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเข้ามาปรับระบบบริการในโรงพยาบาลและเชื่อมโยงเครือข่ายไปในชุมชน โดยมีเป้าหมายที่ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองในครอบครัว ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชน ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลและสถานอนามัย

เพื่อให้เห็นการจัดระบบบริการที่เป็นรูปธรรม จึงได้ทดลองจัดใน 2กรณี คือ กรณีการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นตัวแทนการดูแลด้านเวชปฏิบัติครอบครัว และกรณีการดูแลผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงร่าง ซึ่งเป็นตัวแทนการใช้การแพทย์ทางเลือกเข้ามาผสมผสานกับการรักษาปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการด้วยแนวคิดแบบองค์รวมพร้อมกับการประเมินประสิทธิภาพ (Input – Process) และประสิทธิผล (Output: effect-outcome-impact) ของระบบ เพื่อจะนำบทเรียนและประสบการณ์ที่ได้จากกรณีตัวอย่างทั้ง 2 ที่ทดลองนำร่องการปรับระบบบริการไปขยายผลในส่วนบริการอื่นๆ ของโรงพยาบาล เพื่อจะพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลจากรูปแบบเดิมไปสู่ระบบบริการด้วยแนวคิดแบบองค์รวมของโรงพยาบาลทั้งระบบต่อไป

การวิจัยครั้งนี้นอกจากจะเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการแล้ว ยังได้ช่วยพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นนักวิจัย ทำงานอย่างมีเป้าหมาย รู้จักคิด มีเหตุมีผล มองเห็นปัญหาและวิธีแก้ไข ซึ่งเป็นกลวิธีที่จะพัฒนาคุณภาพบุคลากรได้เป็นอย่างดี ในนามของบรรณาธิการ จึงรู้สึกขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส) ที่กรุณาสับสนุนทุนวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจัดให้มีที่ปรึกษาโครงการวิจัย นับว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับนักวิจัยหน้าใหม่ ที่นับแต่ด้านปฏิบัติ ขาดความรู้และประสบการณ์ด้านการวิจัย ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดจนแทบจะต้องเป็นผู้วิจัยด้วย และขอบคุณทีมงานวิจัย ผู้ป่วยและญาติ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำให้การวิจัยนี้ปรากฏเป็นจริงและนำไปใช้ประโยชน์ต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพของประชาชนในอำเภอพญาเม็งรายต่อไป ทั้งอาจเป็นแนวทางให้กับผู้สนใจทั่วไปได้

บรรณาธิการ

สิงหาคม 2542

บทคัดย่อ

โครงการวิจัยพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวมโรงพยาบาลพญาเม็งราย เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาบุคลากรขององค์กรให้มีความพร้อมที่จะปรับตัวไปสู่การจัดบริการใน Concept ของ Holistic Health พร้อมกันกับการทดลองปรับปรุงระบบบริการในบางเรื่องที่มีความเด่นชัดไปสู่ Concept ดังกล่าว โดยมีกรณีตัวอย่างเพื่อนำร่อง 2 กรณี ได้แก่ กรณีทดลองปรับระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว แก่ปัญหาโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรมชุมชนที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดความสลับซับซ้อนและการพึ่งพาโรงพยาบาล และกรณีทดลองปรับระบบบริการผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงสร้าง ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่จะปรับไปสู่ระบบบริการที่มีทางเลือกผสมผสาน ดูแลรักษาโรคปวดเมื่อยด้วยทางเลือกการนวดหรือสมุนไพรที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังสร้างเครือข่ายชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและมองเห็นความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันของเศรษฐกิจกับสุขภาพ โดยร่วมกับชุมชนทำการพัฒนาชุมชนแบบยั่งยืนเพื่อพยายามช่วยกันเปลี่ยนวงจรอุบาทว์ จาก “ไม่รู้ จน เจ็บ” ให้เป็น “รู้ดี กินดี-อยู่ดีและสุขภาพดี”

การวิจัยได้กระทำใน 2 ส่วนคือ ในโรงพยาบาลและชุมชน โดยในโรงพยาบาลเน้นที่การพัฒนาบุคลากรให้มีแนวคิดองค์รวมและกระบวนการจัดการเชื่อมโยงไปในชุมชน มีเป้าหมายอยู่ที่ผู้ป่วยและญาติ ส่วนในชุมชนเน้นที่กลไกของชุมชนอันได้แก่ สถานีนามัย อบต. ให้มองเห็นความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตกับสุขภาพ

ผลการดำเนินงานระบบบริการที่ปรับใหม่ทั้ง 2 กรณี พบว่า กรณีการบริการผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงสร้างด้วยการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่ปรับไปสู่ระบบบริการที่มีทางเลือกผสมผสานด้วยการนวดและการใช้สมุนไพรที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน สรุปได้ว่า ผู้ป่วยพึงพอใจที่มีทางเลือกในการดูแลรักษาได้ด้วยตนเอง มากกว่าที่จะต้องปฏิบัติตามเจ้าหน้าที่หรือตามหมอตั้งแต่ฝ่ายเดียวอย่างในระบบเดิม เหตุผลที่เลือกส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของความอบอุ่น/ความสบายใจ ทั้งการนวด การอบประคบ การพูดคุยแนะนำข้อปฏิบัติจนเข้าใจเหตุปัจจัยที่ก่อเกิดปัญหาและแนวทางแก้ไข โดยเฉพาะยังให้ญาติ/ลูกหลานได้ฝึกหัดทักษะเบื้องต้นในการกลับไปช่วยกันดูแลที่บ้าน โดยไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลบ่อยๆ ข้อสำคัญยังพบว่าจำนวนที่หายจากการปวดเมื่อยแบบไม่ต้องกลับมารักษาที่โรงพยาบาลซ้ำซากเหมือนระบบเดิมมีมากกว่า

กรณีการบริการผู้ป่วยเบาหวานในระบบที่ปรับใหม่ ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ที่ปรับไปสู่การเชื่อมโยงให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและศักยภาพชุมชนที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดการพึ่งพาเจ้าหน้าที่/หมอ โดยแบ่งการติดตามประเมินผลเป็น 3 ส่วน คือการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ (KAP) ของคนไข้เบาหวาน การติดตามกระบวนการขั้นตอนของระบบบริการแบบ

องค์กรร่วม และการติดตามผลลัพธ์ในเชิงรักษาที่มีอุปนิสัยการของอาการข้างเคียงและผลการตรวจวัดน้ำตาลในเลือด (FBS) เป็นเครื่องช่วยชี้วัดนั้นสรุปได้ดังนี้

ส่วนใหญ่ หรือ 88% สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในเรื่องการควบคุมอาหารและ 97% สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในเรื่องการใช้ยาตามที่ได้เรียนรู้จากระบบบริการที่ปรับใหม่ แม้ว่าความถูกต้องในด้านความรู้ความเข้าใจ/การอธิบายได้เชิงทฤษฎีเกี่ยวกับเบาหวานจะยังไม่สูงเท่าการปฏิบัติได้ถูกต้องก็ตาม

ข้อสำคัญคือความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ป่วย ได้นำไปสู่การประยุกต์ให้ปฏิบัติได้จริงตามสภาวะ และข้อจำกัดของคนไข้แต่ละคน เช่น การเลือกกินอาหารทดแทน การออกกำลังกาย หรือการนำความรู้พื้นฐานในเรื่องสมุนไพรรดน้ำตาลในเลือดมาใช้ผสมกับความรู้สมัยใหม่ การที่ผู้ป่วยเข้าใจ Concept ของการดูแลตนเองเพื่อควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปกติอยู่ตลอดเวลา สามารถรู้อาการเตือน/มีสิ่งบ่งบอกก่อนอาการเบาหวานกำเริบ (ระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ) เป็นความเข้าใจที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองอย่างยิ่ง เป็นการแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการจัดระบบบริการแบบองค์กรร่วมที่ทำให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากกว่าระบบเดิมที่ต้องพึ่งพาหมอ/พยาบาลตลอดเวลา

สำหรับกระบวนการขั้นตอนของระบบบริการที่ปรับใหม่ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนที่มีทั้ง ขั้นตอนเตรียมความพร้อม ขั้นตอนบริการตรวจรักษา ขั้นตอนเรียนรู้การดูแลตนเอง และขั้นตอนนัดหมายเยี่ยมเยียน สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยเพราะสะดวก รวดเร็ว ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ไกลโรงพยาบาลและไม่มีอาการแทรกซ้อนอื่นสามารถไปปรึกษาและตรวจ จากสถานีนามัยในเครือข่ายที่อยู่ใกล้บ้าน แทนที่จะต้องเดินทางไปโรงพยาบาลทุกครั้ง มีโอกาสได้เรียนรู้กว้างขวาง รู้สึกตนเองมีความหมาย มีคุณค่า มีความอบอุ่นและมีเพื่อน

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ระบบบริการในแนวคิดองค์กรร่วม เป็นระบบที่ผสมผสานทุกกิจกรรมเข้าด้วยกัน ทั้งการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันโรค ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษา ลดการแออัดในโรงพยาบาล แพทย์มีเวลาดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพบแพทย์มากขึ้น มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (High touch) มีการสัมผัส พูดคุยแนะนำการปฏิบัติตน เป็นบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น เป็นความผูกพันที่ต่อเนื่องไปในชุมชน ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้วิธีการรักษา ฟื้นฟูสภาพและป้องกันตนเองและบุคคลในครอบครัวได้ มีการเชื่อมโยงเครือข่ายการรักษาไปในสถานีนามัย และมีองค์กรชุมชนช่วยดูแล ประหยัดค่าใช้จ่ายและประหยัดเวลา เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจ ถึงแม้จะต้องทำงานมากขึ้น เสียสละเพิ่มขึ้น แต่ไม่ถือว่าเป็นภาระ เพราะเป็นหน้าที่ พึงพอใจที่ได้ทำงานเป็นระบบ เห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

นอกจากกระบวนการในโรงพยาบาลแล้ว ผลของการเชื่อมโยงเครือข่ายชุมชน ทำให้องค์กรชุมชนตระหนักถึงปัญหาสุขภาพมากขึ้น แทนที่จะทุ่มงบประมาณไปสร้างถนนหรือโครงสร้างอื่นๆ ก็นำงบประมาณมาช่วยกันแก้ปัญหาสาธารณสุขมากขึ้น ผู้นำชุมชนสนใจเป็นแกนนำในการพัฒนาวิถีชีวิตตนเองและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีความรู้สึกที่โรงพยาบาลคือส่วนหนึ่งของชุมชนที่ต้องช่วยกันพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลของชุมชนอย่างแท้จริง

คำนำ	3
บทคัดย่อ	4
บทที่1 โครงการวิจัยพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม	8
1.1 ความเป็นมาของการวิจัย	8
1.2 กรอบแนวคิด	9
1.3 วัตถุประสงค์	11
1.4 กระบวนการวิจัยและพัฒนา	12
บทที่2 ระเบียบวิธีวิจัย	13
2.1 กรณีที่1: วิธีวิจัยของการจัดระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน	13
2.2 กรณีที่2 : วิธีวิจัยของการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเมื่อยกล้ามเนื้อและ ความผิดปกติทางโครงร่าง	14
บทที่3 การพัฒนาบุคลากรและชุมชน	17
3.1 การพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาล	17
3.2 การพัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ	19
บทที่4 ผลการปรับระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม	20
กรณีศึกษา : การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	
4.1 การปรับระบบบริการในโรงพยาบาล	21
4.2 การจัดระบบเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานีนอนมัย	24
4.3 ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ที่ได้รับในการปรับระบบบริการ	27
4.4 ผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	28
4.5 ปฏิบัติการ ความคิดเห็นของบุคลากรต่อการปรับระบบ	30

	หน้า
บทที่ 5 ผลการปรับระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม	31
กรณีศึกษา : การดูแลผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและความผิดปกติทางโครงสร้าง	
5.1 การจัดระบบบริการแบบทางเลือกในโรงพยาบาล	31
5.2 ผลการดำเนินงานในระบบบริการแบบทางเลือก	32
5.3 ผลในทางรักษาโดยระบบบริการแบบทางเลือก	36
5.4 ปฏิกริยาของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลหลังการปรับระบบ	40
5.5 ความคุ้มค่าของระบบบริการแบบทางเลือก	41
5.6 การเชื่อมโยงเครือข่ายชุมชน	42
บทที่ 6 วิเคราะห์ผลการปรับระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม	47
6.1 ข้อแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการปรับระบบบริการ	47
6.2 ระบบเครือข่ายชุมชน	50
6.3 ความพึงพอใจ / ความคุ้มค่าในระบบบริการที่ปรับเปลี่ยน	52
บทที่ 7 สรุปผลการวิจัย	55
เอกสารอ้างอิง	62

บทที่ 1

โครงการวิจัยพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม

1.1ความเป็นมาของการวิจัย

ประเทศไทยรับเอาวิธีการดูแลสุขภาพจากซีกโลกตะวันตกมาใช้ โดยมีได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันมีบทบาทมากขึ้น จนกระทั่งกลายเป็นกระแสหลักทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และรักษาโรค แม้ว่าระบบการแพทย์แผนปัจจุบันจะมีข้อดีมากมาย โดยเฉพาะการรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลัน และโรคที่ต้องผ่าตัด แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังโรคทางจิตใจและมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ เนื่องจากจำเป็นต้องพึ่งพาเทคโนโลยีจากต่างชาติ ซึ่งแพงเกินกว่าที่ประชาชนในชาติจะแบกรับภาระไว้ได้ อีกทั้งเป็นการทำลายศักยภาพการพึ่งตนเองในท้องถิ่นลงไปอย่างน่าเสียดาย นอกจากนั้นยังมีปัญหาด้านจริยธรรมการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ การใช้ยาผิด หรือใช้เกินความจำเป็น ดังกรณี ยาชุด ยาซองแก้ปวด ยาฉีด ยาม้า ยาขยัน ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น

แม้ภาครัฐจะมีระบบประกันสุขภาพซึ่งมีผลดีคือผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น แต่ก็เกิดผลเสียคือค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ประชาชนไม่ตระหนักถึงความสำคัญด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ภาระการดูแลสุขภาพจึงยังคงผูกขาดอยู่กับบุคลากรสาธารณสุขซึ่งมีจำนวนน้อย และไม่สามารถตอบสนองความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้ทุกด้าน ภายในระยะเวลาอันจำกัด บ้างทนไม่ได้ก็โยกย้ายไปสู่ภาคเอกชน ถึงที่สุดแล้วคนยากจนในชนบท ก็ยังคงไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อยู่ดี

นอกจากนั้นปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บใหม่ๆที่เป็นผลข้างเคียงจากการพัฒนาเศรษฐกิจ ได้แก่ เอดส์ อุบัติเหตุ มลภาวะสิ่งแวดล้อม อาหารดัดแปลง อาหารขยะ ความเครียดจากการงานและวิถีชีวิตที่เร่งรัดมากขึ้น ล้วนเป็นปัญหาสังคมซึ่งเกี่ยว ข้องกับ"พฤติกรรม"ของคนทั้งสิ้น จึงไม่สามารถแก้ไขด้วยวิธีการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยองค์กรชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ดั้งเดิมแบบในการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน ที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

ในปัจจุบันนี้กระแสความสนใจเรื่องธรรมชาติบำบัดเริ่มสูงขึ้น เพราะเป็น การแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ เป็นการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการพึ่งตนเอง ซึ่งสามารถใช้ทั้งในด้านป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ และสามารถให้ผสมผสานกันไป กับการแพทย์แผนปัจจุบัน

หลักธรรมชาติบำบัดเชื่อว่าโรคร้ายไข้เจ็บเกิดจาก การเสียสมดุลของร่างกายในระดับเซลล์ตามปกติอาหารที่กินเข้าไปเมื่อ ผ่านการย่อยเอาสารอาหารไปใช้แล้ว ยังเกิด“ของเสีย”(อนุมูลอิสระ)ขึ้นด้วย ซึ่งร่างกายเราจะขับ“ของเสีย” นี้ออกไปได้ในระดับหนึ่ง แต่ถ้ามีมากเกินไปก็จะสะสมและทำให้เซลล์ของคนเราผิดปกติ ก่อให้เกิด โรคต่างๆเกี่ยวกับความเสื่อมของร่างกาย เช่น ปวดข้อ โรคหัวใจ หลอดเลือด และ

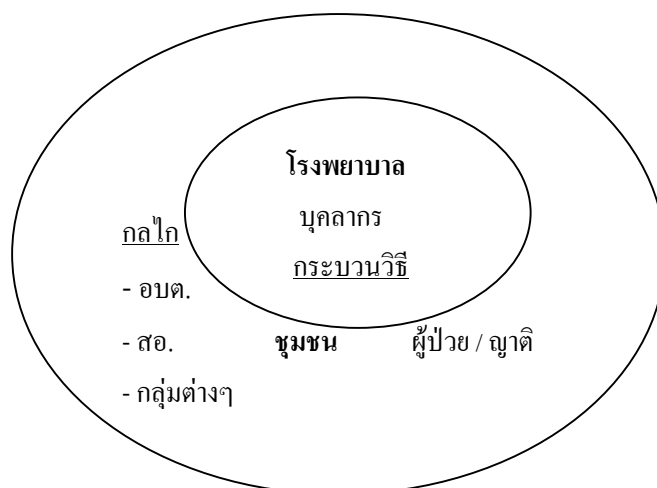
มะเร็ง เป็นต้น นักวิทยาศาสตร์ค้นพบว่า ผู้ที่กินอาหารครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะที่มีวิตามิน A, E และ C มาก จะมีแนวโน้มเป็นโรคมะเร็งน้อยกว่าคนอื่น จึงเชื่อว่าวิตามินดังกล่าวช่วยให้ร่างกายขับสารอนุมูลอิสระ ออกได้ดีขึ้น การกิน อาหารโดยเน้นที่ผักสด ผลไม้สด มากกว่าเนื้อสัตว์ และหลีกเลี่ยง อาหารขยะ ทั้งหลายจึงทำให้สุขภาพดีขึ้น และเป็นทางเลือกในการรักษาโรคมะเร็ง

นอกจากนี้ยังพบว่าการแพทย์แผนดั้งเดิม ซึ่งมีหลากหลายวิธีการเช่น สมุนไพร การนวด การฝังเข็ม โภชนบำบัด การออกกำลังกาย การบริหารจัดการ เป็นต้น ได้ดำรงอยู่คู่กับการแพทย์ปัจจุบันในแทบทุกประเทศรวมทั้งทั่วโลก ตะวันตกด้วย โดยมีจุดเด่นคือ การเน้นความสัมพันธ์ระหว่างจิต กับร่างกาย มีวิธีฝึกสมาธิและเจริญสติในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งผสมผสานกับกายบริหาร เช่น โยคะ นิ่ง รำมวยจีน เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นส่วนสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ และ การบำบัดรักษาโรคในอนาคตที่น่าจะมีการผสมผสานเอาข้อดีของการแพทย์ทั้ง 2 แผน เข้ามาประยุกต์เข้าด้วยกัน

โรงพยาบาลพญาเม็งรายเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีบุคลากร จำนวนหนึ่ง ซึ่งเห็นปัญหานี้ จึงมีโครงการปรับระบบบริการสาธารณสุขใหม่ โดย เริ่มในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเพื่อหาวิธีให้บริการแบบผสมผสานทั้งด้านรักษา ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยใช้องค์ความรู้จากการแพทย์ ทางเลือกอื่นๆมารักษาร่วมด้วย เช่น ธรรมชาติบำบัด ดุจสภาพบำบัด การนวด กดจุด ฝังเข็ม เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนการส่งต่อ ไปดูแลรักษาในชุมชนด้วยวิธีการที่ชาวบ้านพึ่งตนเองได้ อันจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ ทั้งในระดับชุมชน และระดับประเทศ

หัวใจสำคัญของการพัฒนาที่จะให้ประสบความสำเร็จทุกเรื่องอยู่ที่การเกิดชุมชน(Community building) ดังนั้นในการปรับระบบบริการสาธารณสุขใหม่ในการวิจัยครั้งนี้ จึงจะใช้กระบวนการให้ทุกฝ่ายเข้ามาร่วมกันทำงาน และเรียนรู้ร่วมกันด้วยความรัก ความเข้าใจ “ทุกฝ่าย” ในที่นี้หมายถึง “เบญจภาคี” หรือ “พหุภาคี” ได้แก่ ชุมชน รัฐ นักวิชาการ องค์กรเอกชน องค์กรธุรกิจ องค์กรบริหารส่วนตำบล ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลของชุมชนอย่างแท้จริง

1.2 กรอบแนวคิด



การที่ประชาชนจะมีสุขภาพที่ดีได้จะต้องอยู่ดี กินดี มีความรู้ในการป้องกันดูแลสุขภาพตนเองดี หากเจ็บป่วยเล็กน้อยสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นได้ และเมื่อจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลก็ได้รับการดูแลรักษาทั้งกายและจิตอย่างต่อเนื่อง สามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การจัดบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม เป็นมิติการให้บริการสาธารณสุขที่หลากหลายหลายรูปแบบ และวิธีการ ที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยใช้โรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสาธารณสุข ตำบล หมู่บ้าน เป็นตัวเชื่อมและประสานการบริการซึ่งกันและกัน กับการให้บริการแก่ชุมชน โดยที่มีเป้าหมายให้ประชาชนได้ใช้บริการอย่างทั่วถึง และเข้าใจสุขภาพอนามัย ที่สามารถจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในชุมชน ครอบครัว และดูแลตนเองได้ บนพื้นฐานของความเข้าใจที่ถูกต้อง

การปรับระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม เป็นการปรับระบบการให้บริการผู้ป่วยจากชุมชนเชื่อมโยงมาสู่โรงพยาบาลและจากโรงพยาบาลเชื่อมโยงไปในชุมชน โดยปรับกระบวนการวิธีและพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไปถึงบ้านซึ่งมีญาติเป็นผู้ดูแล และอาศัยกลไกที่มีอยู่ในชุมชน อันได้แก่ สถานีอนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การภาคเอกชน กลุ่ม / ชมรมต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทบทวนวรรณกรรม

“การดูแลสุขภาพองค์รวม”(holistic care) การแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) และการพัฒนาชุมชนยั่งยืน เพื่อทำความเข้าใจแนวคิดและรูปธรรมที่หลากหลาย ดังนี้

Bud และคณะ(1990)รายงานผลการจัดคลินิกบริการของรัฐที่เมืองSydenham, South London ประเทศอังกฤษโดยใช้การฝังเข็มและosteopathyมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่าสามารถลดการใช้ยาแก้ปวดและลดปริมาณผู้ป่วยซึ่งต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน

Richardson(1995)กล่าวว่า การเตรียมความพร้อมของทีมงานร่วมกับการประชุมทีมงานอย่างสม่ำเสมอทุก2เดือน จะช่วยให้การผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านกับแผนปัจจุบันประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น

Fisher and Ward (1994) พบว่าในประเทศแถบยุโรป มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ดีขึ้น ระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์ทางเลือก โดยมีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

David(1996)กล่าวว่า แนวโน้มใหม่ในการดูแลสุขภาพ เน้นการผสมผสานทั้งทางกาย จิต วิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม

Premik(1998)กล่าวว่า การแพทย์ทางเลือกเป็นกระแสทางสังคม ซึ่งแพทย์แผนปัจจุบันควรติดตาม วิเคราะห์ ด้วยความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เพื่อติดตามได้อย่างรู้เท่าทัน

Otsuka (1996) เสนอว่า การแพทย์องค์รวม(Holistic medicine) เกิดขึ้นได้จากการเปิดมุมมองให้เห็นคุณค่าของการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจ ตลอดจน healing system ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของWeil(1995) ที่สามารถนำข้อเด่นของการแพทย์พื้นบ้านมาผสมผสานกับแผนปัจจุบัน ได้อย่างกลมกลืน โดยเสนอเป็นหลักสูตรIntegrative medicine ซึ่งเป็นแนวโน้มใหม่ของการแพทย์ในศตวรรษที่ 21

นอกจากนี้ Pfeil (1994) พบว่า วิธีการรักษาแบบพื้นบ้านหลายชนิด มีลักษณะคล้ายคลึงกับการพยาบาล เนื่องจากมีแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเช่นกัน ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีแนวโน้มจะเข้าใจ holistic medicine ได้มาก

และจากคำบรรยายของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี และคุณไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม รวบรวมโดย ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ ในเรื่อง “กระบวนทัศน์ใหม่ในการพัฒนา” (New Development Paradigm) สรุปว่า ปัจจุบัน สังคมไทยได้เกิดปัญหาขึ้นมากมายมีสาเหตุทั้งที่เกิดขึ้นในสังคมไทยเองและสาเหตุจากกระแสโลกที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นปัญหาของประเทศต่างๆทั่วโลก การแก้ปัญหาดังกล่าวจะแก้ที่ละเรื่องไม่ได้ ต้องทำพร้อมกันทุกเรื่อง โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก และอาศัย “กระบวนความคิดใหม่” หรือ “วิธีคิดใหม่” ที่เรียกว่า “กระบวนทัศน์ใหม่ในการพัฒนา” (New Development Paradigm) เพื่อให้เกิดแนวทางใหม่แห่งการร่วมมือและพัฒนา จึงเป็นการผนึกกำลังกันทุกส่วนเข้ามาเชื่อมโยงกันทำงาน ทั้งราชการ ชุมชน องค์กรชุมชนท้องถิ่น/อบต./เทศบาล องค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ หรือองค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันทางวิชาการ สถาบันทางศาสนา และภาคธุรกิจ ในอันที่จะพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจ จิตใจ สิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม พร้อมกันไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน โดยระดมสรรพกำลัง และทรัพยากรทั้งหมดมาเชื่อมโยงกันในการดำเนินงานสร้างสรรค์สังคมอย่างองค์รวม

รวบรวมประสบการณ์ในประเทศ

- กรณีการพัฒนาชุมชนแบบยั่งยืนที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น
- กรณีการผสมผสานงานสมุนไพรที่โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์
- กรณีศูนย์ธรรมชาติบำบัดบ๊ววี กรุงเทพฯ
- กรณีโรงพยาบาลบ้านสวน กรุงเทพฯ
- กรณีจัดบริการแบบองค์รวมที่ศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- กรณีโรงพยาบาลแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

รวบรวมประสบการณ์จากต่างประเทศ

ศึกษาดูงานต่างประเทศ

1.3 วัตถุประสงค์

ปรับปรุงแบบบริการจากการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเดียว เป็นการบริการในแนวคิดแบบองค์รวม โดยผสมผสานทั้งด้านรักษาฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยให้สามารถเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพในชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระบบบริการสาธารณสุขที่คาดหวัง

	ระบบปัจจุบัน	ระบบที่คาดหวัง
<u>รพ.</u>	-เน้นด้านรักษา -แผนปัจจุบัน เป็นกระแสหลัก	- บริการอย่างองค์รวม: ส่งเสริม ป้องกัน ดูแล ฟื้นฟู รักษา ฟันฟู - ดูแลอย่างต่อเนื่อง - ใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นสื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเอง
<u>ชุมชน</u>	-คำนึงถึงการรักษาและ เทคโนโลยีเกินจำเป็น	- มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและในชุมชน - มีส่วนร่วมในการพัฒนาการบริการสาธารณสุข

1.4 กระบวนการวิจัยและพัฒนา

เป็นการปรับระบบบริการใน Concept ของ Holistic Health พร้อมกันกับการทดลองปรับปรุงระบบบริการในบางเรื่องที่มีความเด่นชัดไปสู่ Concept โดยกำหนดให้มีกรณีตัวอย่างเพื่อนำร่อง 2 กรณี ได้แก่

1. กรณีทดลองปรับระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการเวชปฏิบัติรอบครัว ที่จะปรับไปสู่การเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและศักยภาพชุมชน (หรือการแก้ปัญหาโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรมชุมชนที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดความสลับซับซ้อนและการพึ่งพาโรงพยาบาล)
2. กรณีทดลองปรับระบบบริการผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงสร้าง ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่จะปรับไปสู่ระบบบริการที่มีทางเลือกผสมผสาน (หรือการดูแลรักษาโรคปวดเมื่อยด้วยทางเลือกการนวดหรือสมุนไพรที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน)

ดังนั้นกระบวนการวิจัยจึงกระทำใน 2 ส่วน คือ

1.การพัฒนาบริการในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

- 1.1 การพัฒนานุคลากร ทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงสร้าง
- 1.2 กระบวนการในการปรับระบบการให้บริการ ทั้งเบาหวานและปวดเมื่อย

2.การพัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและพัฒนาาระบบสาธารณสุข

- 2.1 ผู้ป่วยและญาติ
- 2.2 กลไกในชุมชน อันได้แก่ สถานีนอามัย องค์กรชุมชนต่างๆ /อบต./กลุ่ม ชมรม องค์กรเอกชน

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยให้ทีมวิจัยมีส่วนร่วมในกระบวนการค้นหาและแก้ไขปัญหาและใช้เทคนิค AIC (Appreciation Influence Control) ในการผลักดันให้เกิดการพัฒนาาร่วมกันระหว่างชุมชน รัฐ นักวิชาการ องค์กรเอกชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

รูปแบบการวิจัยและพัฒนาในการจัดบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวมนี้ ได้แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานเป็น 3 ขั้นตอน คือ

(1) การพัฒนาบุคลากรขององค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อความพร้อมของการจัดการให้บริการ

(2) การพัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

(3) การวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการปรับระบบบริการสาธารณสุขจากการที่โรงพยาบาลเน้นด้านการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นกระแสหลัก ชุมชนมีค่านิยมการพึ่งการรักษาและเทคโนโลยีที่เกินจำเป็น ปรับมาเป็นการจัดระบบบริการอย่างองค์รวมทั้งส่งเสริม ป้องกัน ดูแล เฝ้าระวังรักษาฟื้นฟู ใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นสื่อและผสมผสานไปกับการดูแลรักษา มีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยผ่านกรณีตัวอย่าง 2 กรณี คือ กรณีการจัดระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานและการจัดระบบบริการผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงร่าง ซึ่งจะมีวิธีการวิจัยที่แตกต่างกันดังนี้

2.1. กรณีที่ 1 : วิธีวิจัยของ การจัดระบบบริการของผู้ป่วยเบาหวาน

เป็นการวิจัยพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เน้นด้านการพัฒนาเพื่อปรับระบบบริการ โดยการเตรียมความพร้อมของบุคลากรทั้งด้านแนวคิดและทักษะการให้บริการ ควบคู่กับการหารูปแบบของระบบบริการ ทั้งในโรงพยาบาลและการเชื่อมโยงกับสถานีอนามัยเครือข่าย ทีมวิจัย ประกอบด้วยแพทย์ประจำผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวิชัย ผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน และพยาบาลเทคนิค ร่วมเป็นทีมงานปรับระบบบริการและติดตามสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยเพื่อทราบผลการรักษา และพัฒนาระบบ รวม 8 คน มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกการให้บริการผู้ป่วยและ แบบสัมภาษณ์เจาะลึกผลการรักษา

ระยะที่ 2 เป็นการประเมินผล ทั้งด้านประสิทธิภาพของกระบวนการวิจัยพัฒนา (Input-Process) และประสิทธิผล (Output: effect-outcome--impact) ของระบบที่จัดไว้ในระยะแรก โดยมุ่งประเมินผล ดังต่อไปนี้

1. ประเมินวิธีดำเนินการปรับระบบ
2. ประเมินระบบให้บริการที่จัดขึ้นใหม่เปรียบเทียบกับระบบเดิม

3. ประเมินปฏิกิริยา การรับรู้ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ก่อนและหลังการปรับระบบ

ทีมวิจัยในระยะที่ 2 นี้ประกอบด้วย 2 ทีม คือ ทีมหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลและหัวหน้างานต่าง ๆ ในฝ่ายการพยาบาล รวม 8 คน เพื่อติดตามผลการปรับระบบในระยะที่ 1 และดำเนินการเชื่อมโยงกับสถานีนามัยเครือข่าย และทีมเก็บข้อมูล ด้านปฏิกิริยาของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในโรงพยาบาล ประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและเจ้าหน้าที่ในฝ่าย รวม 3 คน โดยใช้เครื่องมือดังนี้

- แบบสัมภาษณ์เจาะลึกผลการปรับระบบบริการในโรงพยาบาล
- แบบสอบถามเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเครือข่ายดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
- แบบสอบถามพยาบาลพี่เลี้ยงสถานีนามัยตำบล

2.1. 1 ประเด็นคำถามการวิจัย(Research question)

1. ข้อแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการปรับระบบ
2. กระบวนการปรับระบบบริการ ปัญหา อุปสรรค
3. ความพึงพอใจต่อระบบบริการใหม่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ และผู้รับบริการ
4. ผลการรักษา

2.1.2 วิธีวิจัย

เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เคยผ่านคลินิกเบาหวานทั้งระบบเก่าและใหม่ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึก สังเกต ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยกำหนดเกณฑ์ชี้วัดความสำเร็จดังนี้

1. กระบวนการให้บริการ เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง
ความพึงพอใจของผู้ป่วย
ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
ปัญหาอุปสรรค
2. เปรียบเทียบผลการรักษา ก่อน-หลังปรับระบบ ดังนี้
จำนวนผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี
ระดับความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง
ความพึงพอใจของผู้ป่วย

3. ค่าใช้จ่าย เปรียบเทียบ ก่อน-หลังการปรับระบบ ทั้งของโรงพยาบาล และผู้ป่วย

2. 2 กรณีที่ 2 :วิธีวิจัยของ ระบบบริการผู้ป่วยปวดเมื่อยและความผิดปกติทางโครงสร้าง

เป็นการวิจัยพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เน้นด้านการพัฒนาเพื่อปรับระบบบริการ โดยการเตรียมความพร้อมของบุคลากรทั้งด้านแนวคิดและทักษะการให้บริการ ควบคู่กับการหารูปแบบของระบบบริการ ทั้งในโรงพยาบาลและการเชื่อมโยงกับเครือข่ายในชุมชน โดยทีมวิจัยประกอบด้วย ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการแพทย์แผนไทย

ลูกจ้างประจำที่เป็นหมอนวด 2 คน และพนักงานผู้ช่วย 3 คน ใช้เครื่องมือประกอบด้วย แบบบันทึกการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกและ แบบสัมภาษณ์เจาะลึกผลการรักษา ผู้ป่วยที่มา รักษาในคลินิก

ระยะที่ 2 เป็นการประเมินผล ทั้งด้านประสิทธิภาพของกระบวนการวิจัยพัฒนา (Input-Process)

และประสิทธิผล(Output: effect-outcome--impact) ของระบบที่จัดไว้ในระยะแรก

โดยมุ่งประเมินผล ดังต่อไปนี้

1. ประเมินวิธีดำเนินการปรับระบบ
2. ประเมินระบบให้บริการที่จัดขึ้นใหม่เปรียบเทียบกับระบบเดิม
3. ประเมินปฏิกิริยา การรับรู้ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ก่อนและหลังการปรับระบบ

ทีมวิจัยในระยะที่ 2 ประกอบด้วยทีมเก็บข้อมูลผลการปรับระบบและด้านการเชื่อมเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการแพทย์แผนไทย ตัวแทนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย แห่ง ละ 1 คน ทั้งหมด 8 แห่ง รวม 8 คน และ ทีมเก็บข้อมูลด้านปฏิกิริยาของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในโรงพยาบาล และหมอนวดพื้นบ้าน ที่ผ่านการอบรมจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ในฝ่าย 2 คน โดยใช้เครื่องมือวิจัยดังนี้

- แบบสัมภาษณ์เจาะลึกผลการให้บริการ ผู้ป่วยที่มารับบริการในระบบใหม่
- แบบสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้นำชุมชน ผู้ใช้บริการในชุมชน หมอนวดพื้นบ้าน
- แบบสอบถามเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย
- แบบสัมภาษณ์เจาะลึก กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในระบบเดิมและระบบใหม่
- แบบสัมภาษณ์เจาะลึก หมอนวดพื้นบ้าน ที่ผ่านการอบรมจากโรงพยาบาลพญาเม็งราย

2.2.1 ประเด็นคำถามในการวิจัย (Research question)

- 1.ข้อแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการปรับระบบ
- 2.กระบวนการปรับระบบบริการ ปัญหา อุปสรรคและการแก้ไข
- 3.ความพึงพอใจต่อระบบระบบบริการใหม่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการ และชุมชน
- 4.ผลการรักษาผู้ป่วย

2.2.2 วิธีการวิจัย

1. กำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเพื่อเป็นตัวแทนข้อมูล ดังนี้

กลุ่มที่ศึกษาผลการรักษา มีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

ก. เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่อำเภอพญาเม็งราย และตำบลคำ ของอำเภอขุนตาลเพื่อความสะดวกในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นผู้ป่วยที่รักษาด้วยคุณภาพบำบัดที่มีการฝังเข็ม จะเก็บข้อมูลทุกรายแม้จะอยู่นอกพื้นที่เป้าหมาย(เนื่องจากมีปริมาณผู้ป่วยน้อย)

ข. ติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ข้อ ก.ทุกรายที่มารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2539 จนครบ 50 รายและติดตามจนสรุปผลการรักษาได้ภายใน 6 เดือน

กลุ่มที่ศึกษาผลการจัดระบบบริการ ซึ่งทำการศึกษาหลังการจัดระบบแบบใหม่แล้ว 1 ปี มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

ก.กลุ่มที่รับบริการในโรงพยาบาล คัดเลือกผู้มารับบริการที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอพญาเม็งรายทุกสาย และมารับบริการในช่วงเดือนตุลาคม 2540ถึง มกราคม 2541 ซึ่งเป็นช่วงที่คิดว่าระบบที่ปรับใหม่นี้ใช้ได้แล้ว

ข.กลุ่มที่มีการเชื่อมโยงกับเครือข่ายในชุมชน คัดเลือกหมู่บ้านที่ใกล้สถานีอนามัยที่สุด 1 หมู่บ้าน และหมู่บ้านที่อยู่ไกลสถานีอนามัยที่สุด 1 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 16 หมู่บ้าน โดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ

- อบต. ตำบลละ 5 คน รวม 25 คน และ ผู้นำชุมชน หมู่บ้านละ 5 คน รวม 80 คน

- ชาวบ้านผู้ใช้บริการ หมู่บ้านละ 20 คน รวม 320 คน

- หมอนวดที่มีอยู่ในหมู่บ้านทั้งหมด 44 คน (เป็นหมอนวดที่ผ่านการอบรมจาก โรงพยาบาล 29 คน และหมอนวดพื้นบ้าน 16 คน)

ค. กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในระบบใหม่ของโรงพยาบาล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ห้องบัตร ห้องตรวจ เจ้าหน้าที่ในฝ่ายการแพทย์แผนไทย รวม 12 คน

ง. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ที่ร่วมเป็นทีมวิจัย แห่งละ 1 คน รวม 8 คน

2. เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และสังเกตแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

ก. การเก็บข้อมูลผลการรักษา ทีมวิจัยออกเก็บข้อมูล โดยมีหมอนวด 1 คน ออกคู่กับลูกจ้าง 1 คนติดตามผลจากผู้ป่วยซึ่งนัดโดยหมอนวดอีกคนหนึ่ง (จะไม่ติดตามผู้ป่วยที่ตนเองนัด เพื่อป้องกันอคติในการประเมินผล)

นำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์หาปัญหาและปรับระบบบริการให้ดียิ่งขึ้น

ข. การเก็บข้อมูลผลการจัดระบบบริการแบบใหม่ โดยแบ่งทีมวิจัยเป็น 2 ทีม คือ

- ทีมติดตามผลการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล ได้แก่ทีมเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทย ทำหน้าที่ติดตาม ประเมินผลการรักษา ความพึงพอใจในระบบบริการของโรงพยาบาล

โดยติดตามสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และสังเกตแบบมีส่วนร่วม หลังจากผู้ป่วยมารับบริการ 3-5 วัน และติดตามต่อเนื่อง 2 ครั้ง ห่างกัน 3 เดือน

- ทีมติดตามผลการจัดระบบเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีหน้าที่ติดตามผลการจัดระบบเครือข่ายจากโรงพยาบาลไปยังชุมชน ความต้องการของชุมชนและแนวทางการเชื่อมเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ

โดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มผู้นำชุมชน ประชาชนผู้ใช้บริการ และหมอนวดพื้นบ้าน

ค.เก็บข้อมูลปฏิกิริยาของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลและหมอนวดพื้นบ้าน โดยการ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก และสังเกตแบบมีส่วนร่วม

3. วิเคราะห์ข้อมูล ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

บทที่ 3

การพัฒนาบุคลากรและชุมชน

3.1.การพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาล

จัดพัฒนางาน และความพร้อมของทีมงานในโรงพยาบาล โดยเน้นกิจกรรมที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานในโรงพยาบาล ได้แก่

(1.) จัดองค์กรเพื่อรองรับการพัฒนาระบบ ดังนี้:

- ทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล (แพทย์และหัวหน้าฝ่าย) รวม 10 คน
- ทีมงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หัวหน้าทีมมี แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน
- ทีมงานดูแลผู้ป่วยปวดเมื่อย หัวหน้าทีมมี แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน
- ทีมฝ่ายการพยาบาล (หัวหน้าฝ่ายและหัวหน้ากลุ่มงาน) รวม 10 คน
- ทีมพัฒนาชุมชน ประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายสุขาและส่งเสริมสุขภาพ

(2.) กรรมการบริหารประชุมปฏิบัติการกำหนดนโยบายและทิศทางของโรงพยาบาล มีการระดมสมอง วิเคราะห์ระบบเก่า สังเคราะห์ระบบใหม่ โดยระยะแรก พบปะรับประทานอาหารร่วมกัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แล้วประชุมแลกเปลี่ยนแนวคิด ระดมสมองกันอย่างต่อเนื่อง

(3.) จัดให้ทีมงานไปศึกษาดูงานเพื่อเปิดโลกทัศน์และให้ได้แนวทางมาพัฒนางาน ได้แก่

- ทีมมูลนิธิศุภนิยามบำบัด โรงพยาบาลบ้านสวน และ อายูรเวทวิทยาลัย กรุงเทพฯ ทำให้ได้ทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในรายที่แผนปัจจุบันมีข้อจำกัด เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต, มีอาการปวดเรื้อรังจากโครงสร้างผิดปกติ
- ที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่นและบุรีรัมย์ (17-21 ธันวาคม 2539) ทำให้ได้รูปแบบในการจัดระบบงานของพยาบาลให้เชื่อมกับชุมชน และเห็นแนวทางการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน
- ที่ชุมชนบ้านสาคลี จังหวัดอยุธยา ทำให้เห็นบทบาทของครูในการกระตุ้นให้ชุมชนรู้เท่าทันและปรับตัวให้เข้ากับกระแสการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจสังคม

(4.) ฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรและจัดกิจกรรมสอดแทรกความรู้และการปฏิบัติ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพองค์รวม, การแพทย์แผนไทยและธรรมชาติบำบัด วิธีการทำงานอย่างเป็นระบบแก่เจ้าหน้าที่ทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อเตรียมให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง ได้แก่

- ประชุมปฏิบัติการแพทย์แผนไทยให้ทีมวิจัย(พยาบาล) 14 คน เมื่อ 23 สิงหาคม 2539
- จัด “ค่ายสุขภาพเด็ก” สำหรับลูกหลานเจ้าหน้าที่ 28 คน เพื่อปรับแนวคิดเจ้าหน้าที่(ลูกกลับไปแนะนำพ่อแม่) เมื่อ 14 – 25 ตุลาคม 2539 โดยเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย สมာธิ และมีจดหมายข่าวเกี่ยวกับเนื้อหาที่สอนให้เด็กถึงผู้ปกครองทุกวัน
- สัมมนาโครงการอบรมพัฒนาบุคลากร โดยมี ผศ.พงศธร พิทักษ์กำพล และทีมงานจากคณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏเชียงใหม่ ช่วยเป็นวิทยากร เนื้อหาการอบรมเน้นด้าน การพัฒนาจิตสำนึกใน

การทำงาน, แนวทางการพัฒนางานอย่างเป็นระบบ, ความรักองค์กรและการทำงานร่วมกัน จัดแบ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาล เป็น 3 รุ่นๆละ3วัน (23-25ธันวาคม 2539, 6-8 และ 13-15 มกราคม2540)

- สร้างเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเป็นกับเจ้าหน้าที่ เดือนละ 1 ครั้ง ในการประชุมรายเดือนของโรงพยาบาลและให้ความรู้ การดูแลสุขภาพตนเองด้วยธรรมชาติบำบัด อาหารสมุนไพร โยคะ ฤๅษีดัดตน ดุขภาพบำบัด เช่นเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2539 ได้แนะนำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้ทราบถึง ชาติเจ้าเรือนของตนเอง และอาหารประจำชาติเพื่อปรับพฤติกรรมการกินอย่างเหมาะสม

- กรรมการบริหารร่วมสังเกตการณ์การเสวนาแนวคิดองค์กรครั้งแรก โดยมีวิทยากรและผู้ปฏิบัติหลายท่าน เช่น รศ.วิชัย โปษยจินดา ผศ.ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ ที่เชิงรอยคันทรี่โฮม ระหว่างวันที่ 28-29 มกราคม 2540

- รองหัวหน้าโครงการวิจัยทั้ง 2 คน เข้าร่วมประชุมนำเสนอความคืบหน้างานวิจัย ที่เชียงใหม่ 18 กุมภาพันธ์ 2540

- รองหัวหน้าโครงการวิจัยทั้ง 2 คน ร่วมศึกษาดูงานศูนย์แพทย์ชุมชน และร่วมประชุมงานเวชปฏิบัติครอบครัว ที่อยุธยา 26-27 มีนาคม 2540

- หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเข้าร่วมโครงการอบรมผู้ฝึกอบรม ในงานเวชปฏิบัติครอบครัว โดยมี รศ.วิชัย โปษยจินดา เป็นวิทยากร 6-9 พฤษภาคม 2540

- ประชุมปฏิบัติการ“การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ในแนวคิดองค์กรร่วม” เมื่อ 28-30 มีนาคม 2540 โดยให้ทีมงานที่รับผิดชอบนำเสนอผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และเรียนรู้วิธีสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูล (รศ.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, ผศ.ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ ผศ.ลือชัย ศรีเงินยวง,อ.เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ คุณรุจิรา อดรรณสินธุ์ เป็นวิทยากร)

- หัวหน้าฝ่ายแพทย์แผนไทย เข้าร่วมอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพตนเองแบบธรรมชาติ ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอมวกเหล็ก สระบุรี เมื่อ21-25 เมษายน2540

- หัวหน้าฝ่ายแพทย์แผนไทยเข้าร่วมเสวนาแนวคิดองค์กรร่วม ครั้งที่2 ที่เขื่อนอุบลรัตน์ ขอนแก่น เมื่อ 22-23 พฤษภาคม 2540

- หัวหน้าฝ่ายแพทย์แผนไทยเข้าร่วม อบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพตนเองแบบธรรมชาติที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอมวกเหล็ก สระบุรี เมื่อ วันที่ 21 –25 เมษายน 2540

- หัวหน้าฝ่ายแพทย์แผนไทยเข้าร่วมเสวนาแนวคิดแบบองค์กรร่วม ครั้งที่ 2 ที่เขื่อนอุบลรัตน์ ขอนแก่น เมื่อ 22-23 พฤษภาคม 2540

3.2.การพัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

เป็นการเตรียมแนวคิดในการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลและดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยการปรับแนวคิดทัศนคติให้มองเห็นว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนไม่ใช่เฉพาะ โรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และไม่ใช่เฉพาะการรักษาพยาบาลเท่านั้นที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี แต่การอยู่ดีกินดีของประชาชนย่อมส่งผลให้สุขภาพดีด้วย ดังนั้นการพัฒนาชุมชน

ที่ยั่งยืนจึงมีผลโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน นอกจากนั้นหากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุขก็จะเป็นการส่งเสริมให้การดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นของชุมชนอย่างแท้จริง

เพื่อผลักดันให้เกิดกระบวนการทัศน์ใหม่ในการพัฒนา จึงใช้กระบวนการให้ชุมชน องค์กรเอกชน และองค์กรบริหารส่วนตำบล เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาให้การสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน โดยใช้เทคนิคการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมและ AIC ให้ทุกฝ่ายได้เข้ามาเรียนรู้ร่วมกันทั้งในส่วนกิจกรรมของโรงพยาบาลและชุมชน ดังนี้

- สัมมนาผู้นำชุมชน พระ และ อบต. เมื่อ 14 – 15 พฤษภาคม 2540 และ เพื่อรับทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับงานบริการของโรงพยาบาล

- ส่งหมอนวดพื้นบ้าน หมู่ 9 บ้านสันสามัคคี เข้าอบรมหมอนวดพื้นบ้าน หลักสูตร ก ของโครงการฟื้นฟูการนวดไทย มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา(2-6 ธันวาคม 39)

- นำองค์กรชุมชน ได้แก่ อบต.แม่เปา ศึกษาดูงานเครือข่ายพัฒนาชุมชนยั่งยืนที่จังหวัดขอนแก่น และบุรีรัมย์(17-21 ธันวาคม 39) เพื่อปรับแนวความคิดการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน มีผลต่อสุขภาพของประชาชน และองค์กรชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในชุมชน

- จัดสัมมนาเครือข่ายพัฒนาชุมชนยั่งยืนสัญจรไปในหมู่บ้านต่างๆของ ตำบลแม่เปา ร่วมกับ อบต.แม่เปา

- ประสานงานให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานด้านการพัฒนาชุมชน มีลักษณะงานที่เหมือนหรือคล้ายกัน ได้แก่ พัฒนาชุมชนอำเภอ เกษตรอำเภอ สาธารณสุข การศึกษานอกโรงเรียน ศึกษาธิการอำเภอ สหกรณ์อำเภอ ปศุสัตว์อำเภอ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ ธนาคารกสิกรไทย องค์กร CARE นานาชาติ สมาคม YMCA มาร่วมดำเนินงานในลักษณะของคณะกรรมการทีมงานพัฒนาชุมชนแบบยั่งยืนอำเภอพญาเม็งรายขึ้น โดยมีท่านนายอำเภอพญาเม็งรายเป็นประธาน

บทที่ 4

ผลการปรับบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม

กรณีศึกษา : การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

4.1.การปรับระบบบริการในโรงพยาบาล

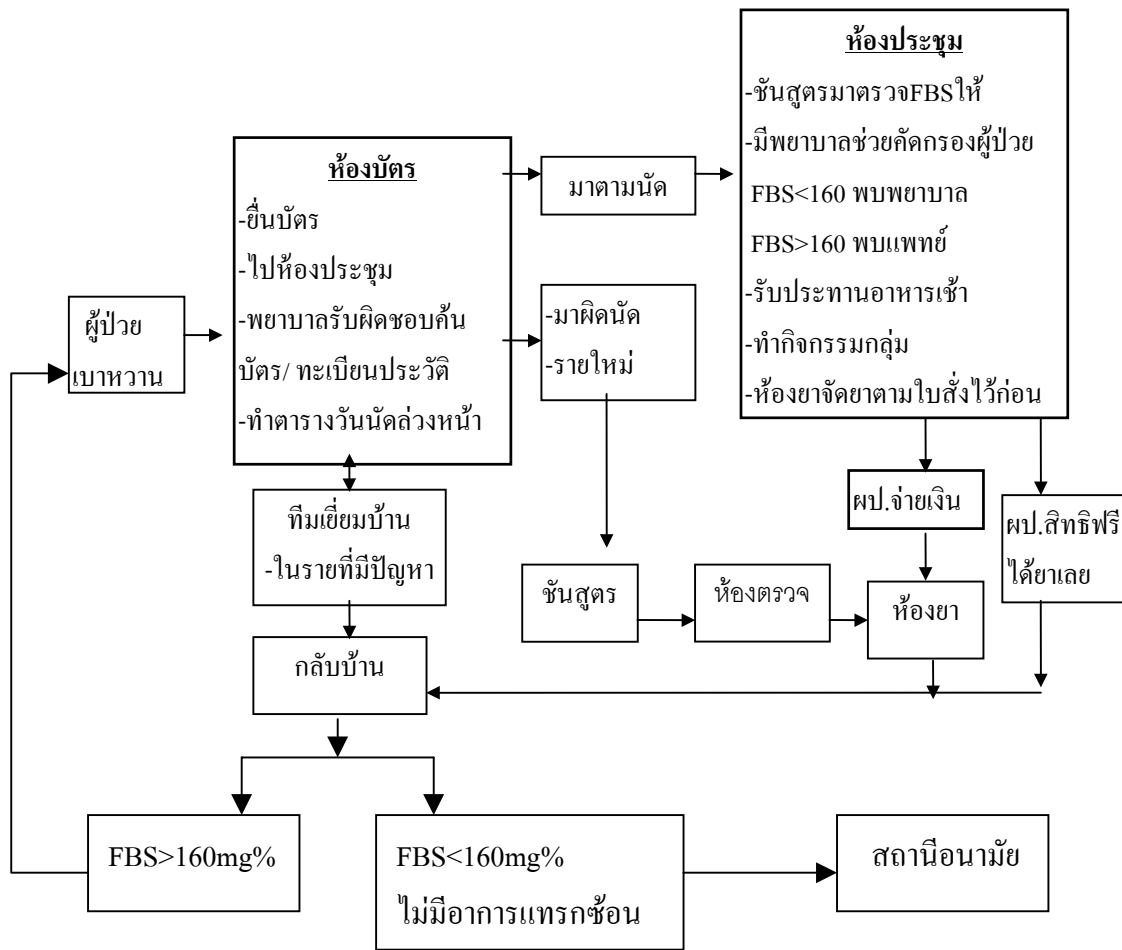
(1)เปรียบเทียบระบบบริการก่อนและหลังการปรับ

ในระยะแรกมีการโยกย้ายแพทย์และทีมงานน้อย ระบบการดูแลรักษาสุขภาพในโรงพยาบาลจึงเป็นแบบตั้งรับ ยังไม่สามารถผนวกกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเข้ากับการดูแลรักษาได้อย่างชัดเจน ในปี 2537 มีแพทย์อยู่ต่อเนื่องครบ 3 คน จึงจัดระบบงานได้มากขึ้น โดยในระยะแรกการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นการนัดให้ผู้ป่วย 20-30รายมาพร้อมกันทุกวันพฤหัสบดี และให้เข้าพบแพทย์คนใดคนหนึ่งโดยตรงโดยรอคิวเข้าตรวจเหมือนกับผู้ป่วยโรคทั่วไป ดังภาพที่ 1



ปี 2538-2539 จึงมีการปรับรูปแบบให้มีวันนัดที่แน่นอนขึ้นและมีพยาบาลรับผิดชอบให้สุขศึกษาขณะรอตรวจ ก็ยังมีข้อบกพร่องคือ ไม่สามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่องแท้จริงเพราะระบบบริการที่ผู้ป่วยต้องไปรับการตรวจรักษาร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป แพทย์มีเวลาอธิบายน้อย ไม่มีทีมงานที่จะทำหน้าที่ให้สุขศึกษา คำนะนำการปฏิบัติตัว ขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์อย่างจริงจังทำให้ไม่ทราบความก้าวหน้าในการรักษา และไม่มีการดูแลต่อเนื่องไปที่ชุมชน ดังนั้นจึงได้ทำการพัฒนาและวิจัยการปรับระบบบริการให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี ต่อเนื่องและเป็นองค์รวม ได้ระบบบริการหลังการดำเนินการวิจัยและพัฒนา ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 แสดงระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานหลังการปรับระบบ



(2.) เปรียบเทียบการดำเนินงานก่อนและหลังการปรับระบบ

ตารางที่ 2 แสดงการปรับระบบบริการเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ

ก่อนการปรับระบบ	หลังการปรับระบบ
1. เตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ 1.1 ผู้ป่วยยื่นบัตรรวมกับผู้ป่วยทั่วไป 1.2 เจาะเลือด 1.3 หน้าห้องตรวจซักประวัติ ปัญหา - การค้นบัตรช้าเพราะบัตรจะปนกับผู้ป่วยรายอื่น, ไม่ได้มีการเตรียมบัตร หรือค้นบัตรให้ล่วงหน้า - ต้องนั่งรอซักประวัติพร้อมกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ทำให้รอนานล่าช้า	1. เตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ 1.1 ค้นบัตรไว้ล่วงหน้า ผู้ป่วยมาตามนัด ไปห้องประชุมหยิบบัตร คิวเรียงลำดับก่อน - หลัง หากผิคนัด ต้องไปยื่นบัตรที่ห้องบัตรแล้วไปห้องประชุม 1.2 เจาะเลือด (ข้อพับ) เสร็จแล้ว รับประทานข้าวต้ม 1.3 ซักประวัติตรวจร่างกายเบื้องต้น ปัญหา - มีผู้ป่วยบางรายชอบหยิบบัตรคิวไว้ให้คนรู้จักกันทำให้คนที่มาอันดับต่อมาที่จะหยิบได้บัตรคิวช้าไปถึง 2-3 คนผู้ป่วยบางคนหยิบบัตรคิว

ก่อนการปรับระบบ	หลังการปรับระบบ
	ไว้ก่อนแล้วกลับบ้านพอถึงช่วงเจาะเลือด เรียกแล้วไม่ต้องเข้าไปเบอร์อื่น ทำให้เสียเวลาในการรอเพื่อเรียกเจาะเลือด หลังจากเจาะครบทุกคนเสร็จแล้วถึงจะ ตรวจ FBS พร้อมกัน
2. การตรวจรักษา - พบแพทย์ห้องตรวจ 1 หรือ 2 หรือ 3 ปัญหา - ไม่มีแพทย์รับผิดชอบโดยตรง	2. การตรวจรักษา มีพยาบาลช่วยคัดกรองผู้ป่วยโดยแยกเป็น 2 กลุ่ม - FBS < 160 mg% ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มอบหมายพยาบาล สังการรักษาได้ - FBS > 160 mg% หรือมีภาวะแทรกซ้อน, ปัญหาซับซ้อน รอพบแพทย์
3. การให้สุศึกษา การรับยาและนัดหมาย 3.1 รับยาที่ห้องยา นัดครั้งต่อไป - มาตามนัด - ไม่มาตามนัดส่งไปรษณีย์บัตรตาม ปัญหา - ยังไม่มีการให้สุศึกษาเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานบางคนรับประทานยาผิดบางครั้งและควบคุมระดับน้ำตาลยังไม่ได้ดี	3. การให้สุศึกษาการรับยาและนัดหมาย - ขณะที่รอผลเลือดเป็นช่วงที่ผู้ป่วย ว่างจะเปิด V.D.O เรืองเบาหวาน หรือสอนรายกลุ่ม - การนัดหมาย,ความถี่ของการนัดขึ้นกับภาวะระดับน้ำตาลถ้าปกตินัด 2 เดือน/1 ครั้ง ปัญหา 1. ผู้ป่วยต้องรอผลเลือดนาน 2. ต้องแยกกลุ่มที่พบแพทย์และพยาบาล,เขียนใบสั่งยานัดหมายผู้ป่วยตามผล FBS ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลาสอนสุศึกษาเป็นรายกลุ่มให้สุศึกษาเป็นรายบุคคลเฉพาะบุคคลที่มีปัญหา หรือรับประทานยาผิดเท่านั้น
4. การเตรียมความพร้อมออกสู่ชุมชน - ยังไม่มี	4. การเตรียมความพร้อมออกสู่ชุมชน - มี บริการเจาะเลือด และรับยา ที่สถานีนามัย ใกล้บ้านเปิดแล้ว 3 แห่ง โดยมีพยาบาลวิชาชีพ ลงไปเจาะเลือด และให้คำแนะนำสุศึกษาตลอดจนจ่ายยาเอง ปัญหา เจ้าหน้าที่สถานีนามัยบางแห่งยังใช้เครื่องเจาะ FBS ไม่เป็น บางครั้ง ผู้ป่วยเบาหวานมาตั้งแต่เช้าต้องนั่งรอเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล

(3) ผลการให้บริการในขั้นตอน ต่างๆ ของระบบที่ปรับใหม่

ประเมินจากการติดตามสัมภาษณ์เจาะลึกโดยคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่เคยผ่านขั้นตอนทั้งก่อนและหลังการปรับระบบ ได้รับสุศึกษาครบ 5 เรื่องและเป็นผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี ตำบลละ 6 คน และคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ดี ตำบลละ 6 คน มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และติดตามผลได้ทั้งหมด 49 คน สรุปผลการติดตามได้ดังนี้

(3.1) ปฏิกริยาตอบสนองต่อขั้นตอนการให้บริการในโรงพยาบาล

ก. ขั้นตอน การเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ

ร้อยละ 97.87 ฟังพอใจ มีเพียงร้อยละ 2.13 (1 ราย) ไม่ฟังพอใจ เนื่องจาก เจ้าหน้าที่เปลี่ยนวิธีเจาะจากปลายนิ้วที่รู้ผลทันที มาเป็นเจาะที่แขนใส่หลอดไปตรวจกลัวผลเลือดสลับกัน

ข. ขั้นตอน การตรวจรักษา

ร้อยละ 97.87 ฟังพอใจที่ให้บริการโดยพิจารณาระดับความรุนแรงของโรค และฟังพอใจมากหากตนเองไม่ต้องตรวจกับแพทย์เพราะแสดงว่าอาการของตนนั้น ไม่รุนแรงหรือมีปัญหาจนต้องให้แพทย์เป็นผู้รักษา มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2.13) ที่มีโรคแทรกซ้อนหลายอย่าง จึงต้องการตรวจกับแพทย์อย่างเดียว

ค. ขั้นตอน การให้สุศึกษา การออกกำลังกาย และติดตามนัดหมาย

ในช่วงของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 95.74 ฟังพอใจ แต่อีกร้อยละ 4.26 (2 ราย) ไม่ฟังพอใจเนื่องจากสอนนานแล้วลืมแล้วอยากให้สอนบ่อย ๆ ส่วนความรู้ที่ได้รับร้อยละ 34.10 บอกว่าไม่เพียงพอ ต้องการให้แนะนำเรื่อง อาหารเบาหวาน, การออกกำลังกาย, การรักษา, การรับประทานยา, การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน, ภาวะแทรกซ้อน, ความรู้ใหม่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพิ่มเติมและทบทวนให้บ่อยๆ และเมื่อประเมินความรู้ความเข้าใจที่ผู้ป่วยได้รับเจาะลึกตามหัวข้อการให้สุศึกษา สรุปได้ดังนี้

1.) ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทุกคนทราบว่า เบาหวานอาจเกิดจากกรรมพันธุ์, ความดันโลหิต, ความเครียด, กินของหวานมาก, ดับอ่อนทำงานผิดปกติ, น้ำตาลในเลือดสูง จึงทำให้เกิดเบาหวานได้ จากแนวความรู้ดังกล่าว ในจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 49 ราย ใช้วิธีสัมภาษณ์ 3 ครั้ง ห่างกัน 2 เดือน พบว่าตอบถูกต้องตามความรู้ที่ให้ไป ร้อยละ 76.6 อีกร้อยละ 23.4 ตอบผิด เนื่องจากยังมีความเชื่อว่าเบาหวานเกิดจากร่างกายไม่สมบูรณ์ ไม่มีภูมิคุ้มกัน, เลือดน้อย, เลือดจาง และไม่ทราบว่าเบาหวานเกิดขึ้นได้อย่างไร อีก 9 ราย จำไม่ได้เพราะแนะนำมานานแล้ว จำไม่ได้

2.) ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานได้จำแนกอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเป็น 3 ประเภทดังนี้

ก. อาหารที่รับประทานได้ตามปกติไม่จำกัดจำนวนได้แก่ผักทุกชนิด

ข. อาหารที่รับประทานได้ แต่จำกัดปริมาณได้แก่ ข้าว ปลา เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ผลไม้ที่ไม่หวาน, เผือก, มัน

ค. อาหารที่ควรงดเว้นได้แก่ อาหารหวาน อาหารมัน, น้ำอ้อย, น้ำตาล, น้ำอัดลม, เหล้า, เบียร์, ผลไม้ที่มีรสหวาน

พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.07 มีความรู้ความเข้าใจในการรับประทานอาหารได้ถูกต้อง
ง. ขั้นตอนการรับยา

พบว่า ร้อยละ 97.87 (46 ราย) ฟังพอใจมีเพียงร้อยละ 2.13 (1 ราย) ที่ไม่ฟังพอใจ ต้องการให้เจ้าหน้าที่ห้องยานำยามาให้ที่คลินิกเบาหวานเลยไม่ต้องไปรับที่ตึกผู้ป่วยนอกเพราะบางครั้งหากผู้ป่วยมากต้องไปรอนาน ส่วนการให้คำแนะนำการใช้ยา นั้นทุกคนฟังพอใจ

(3.2) การปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังการปรับระบบบริการ

ก. การรับประทานยา ส่วนใหญ่(ร้อยละ 97.8) รับประทานยาได้ถูกต้องตามคำแนะนำ นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาสมุนไพรและการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วยกับยาของโรงพยาบาล ร้อยละ 32.65 มีฟ้าทะลายโจร, บอระเพ็ดคัม, บอระเพ็ดสด, ยาเมืองคัม, กล้วยาหนวดแมว, คัมน์น้ำปัสสาวะตนเอง, น้ำคัมลูกใต้ใบ, น้ำคัมเห็ดหลินจือ โดยทราบจากเพื่อนบ้านและญาติแนะนำให้รับประทานและอยากทดลองดูว่าจะหายจากโรคเบาหวานหรือไม่ แต่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถบอกได้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากยาของโรงพยาบาลหรือสมุนไพร

ข. การออกกำลังกาย จากการสอบถาม ถึงการออกกำลังกายตามที่ได้เรียนจากคลินิก พบว่า ร้อยละ 63.8 ยังจำได้และทำอยู่ อีกร้อยละ 36.1 จะทำไม่สม่ำเสมอทุกวันเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมีบางส่วนที่มีการออกกำลังกายโดยวิธีอื่น เช่น ทำงานบ้านทั่วไป, เดิน ,วิ่ง,ปั่นจักรยาน

ขั้นตอนการไปรับบริการต่อเนื่องในสถานีนามัย

ในรายที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่เกิน 160 mg.% และไม่มีอาการแทรกซ้อน ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการคลินิกเบาหวานและรับยาที่สถานีนามัยใกล้บ้าน ว่าฟังพอใจ(ร้อยละ95.74) เพราะสะดวก ไม่เสียเวลา ประหยัดค่าใช้จ่าย เดินไปก็ได้ ไม่ต้องอาศัยคนอื่นไปส่งหรือรอรถโดยสาร ไม่ต้องตื่นแต่เช้า มีกลุ่มที่อยู่ในตำบลเดียวกัน มีเพียงร้อยละ 4.26 (2 ราย)ที่ไม่ฟังพอใจเนื่องจากป่วยบ่อย น้ำตาลไม่ค่อยลด ต้องการมาตรวจที่โรงพยาบาลมากกว่าที่สถานีนามัย 1 ราย, อีก 1 รายไม่ชอบเจ้าหน้าที่สถานีนามัย

4.2 การจัดระบบเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานีนามัย

(1)การเตรียมการเชื่อมโยงเครือข่าย

การเตรียมในระดับผู้บริหาร

ก. เสนอแนวคิดและกลวิธีแต่ละคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

ข. สอบถามความสนใจจากหัวหน้าสถานีนามัยและรับสมัครสถานีนามัยตามลำดับความสนใจเข้าร่วมโครงการ

การเตรียมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ของโรงพยาบาลในการสร้างเครือข่ายกับสถานีนอนมัย

ก. ประชุมชี้แจงให้พยาบาลทุกคนทราบถึงแนวคิดและกลวิธีการดำเนินงานพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการขึ้นปฏิบัติงานแทนพยาบาลวิชาชีพที่จะออกไปเป็นพี่เลี้ยงแก่สถานีนอนมัย

ข. จัดสรรพยาบาลรับผิดชอบพื้นที่ในแต่ละตำบลร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัย (พยาบาลตำบล) เพื่อให้มีบทบาทหน้าที่ในการเป็นพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการดูแลรักษา ค้นหาปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานที่ไปรับการดูแลรักษาต่อเนื่องที่สถานีนอนมัย โดยคัดเลือกพยาบาลหัวหน้างานประจำจุดต่าง ๆ ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าเด็กผู้ป่วยนอก หัวหน้าเด็กผู้ป่วยใน หัวหน้าห้องคลอด หัวหน้าห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องฉุกเฉิน หัวหน้างานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) และวิสัญญีพยาบาล

ค. ให้พยาบาลตำบลประชุมกลุ่มระดมสมองหาแนวทางปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งด้านการกำหนดช่วงเวลา การกำหนดพื้นที่ โดยให้ตรงกับงานประจำที่รับผิดชอบอยู่ และเกิดผลเสียต่องานประจำน้อยที่สุด เช่น วิสัญญีพยาบาลกำหนดให้รับผิดชอบพื้นที่ที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลที่สุด เพื่อสามารถตามกลับได้ทันทีหากมีผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดด่วน

ง. ประชุมกลุ่มระดมสมองร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้รับผิดชอบ พยาบาลตำบล เจ้าหน้าที่ชันสูตรและเภสัชกร เพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติงาน เทคนิคกลวิธีการเจาะเลือดในระดับสถานีนอนมัย การคัดเลือกผู้ป่วย ที่สมควรได้รับการดูแลต่อเนื่องที่สถานีนอนมัย และการจัดยาสำหรับผู้ป่วยให้ไปรับยาต่อที่สถานีนอนมัย

การเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในสถานีนอนมัย

ก. จัดประชุมวิชาการแก่พยาบาลตำบล หัวหน้าสถานีนอนมัยและเจ้าหน้าที่อนามัยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ โดยแพทย์ผู้รับผิดชอบ ในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ความรู้เรื่องยาเบาหวานและฤทธิ์ข้างเคียงของยา การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และทราบถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ควรส่งมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ข. เชิญเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยผู้รับผิดชอบ มาสังเกตวิธีให้บริการของโรงพยาบาลในวันที่มีคลินิกเบาหวาน เพื่อให้ทราบแนวทางการให้บริการทุกขั้นตอน ฝึกหัดเจาะเลือด และเทคนิคการให้บริการต่าง ๆ

การเตรียมผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งไป ดูแลรักษาต่อเนื่องที่สถานีนอนมัย

ก. กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยที่สามารถส่งต่อไปดูแลรักษาต่อเนื่องที่สถานีนอนมัย ดังนี้

- ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิน 160 mg%
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรืออาการอย่างอื่น
- สามารถคุมอาหารและออกกำลังกายได้ดี

ข. แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกตามพื้นที่สถานีนอนมัย

ค. คำนวณประวัติผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่สถานีนอนมัยที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 3 แห่ง ทุกราย ให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาประเมินสถานะของผู้ป่วย ที่สามารถส่งต่อลงสถานีนอนมัย

ง. พยาบาลตำบลออกไปติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกจากแพทย์แล้ว เพื่อสอบถามความสมัครใจ ในการไปรับการรักษาต่อเนื่องที่สถานีนามัย หากผู้ป่วยสมัครใจก็จะนัดหมายวันที่ไปรับบริการต่อไป หากไม่สมัครใจก็ให้เข้าระบบบริการที่โรงพยาบาลเช่นเดิม

ขั้นตอนการให้บริการที่สถานีนามัย

ก. การเตรียมความพร้อม ก่อนให้บริการ 1 วัน

- เจ้าหน้าที่สถานีนามัย เตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการเปิด คลินิกเบาหวานในสถานีนามัย
- พยาบาลเตรียมใบบันทึกประวัติผู้ป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน (OPD Card) ที่ได้รับการคัดเลือก และนัดหมายเพื่อ นำไปสถานีนามัย และเจ้าหน้าที่สถานีนามัยก็จัดเตรียม ใบบันทึกประวัติผู้ป่วย ของผู้ป่วยเบาหวานคนเดียวกันกับโรงพยาบาลแต่เป็นประวัติการรักษาของสถานีนามัยเตรียมไว้เช่นกัน
- พยาบาลจัดเตรียมยาของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคน เพื่อนำไปจ่ายให้ผู้ป่วยในวันมีคลินิก

ข. การให้บริการในวันที่มีคลินิก

- ชักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น ,เจาะเลือด โดยเจ้าหน้าที่สถานีนามัยร่วมกับพยาบาลตำบล
- ให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน,ยา,ภาวะแทรกซ้อน ในระหว่างที่รอผลเลือด
- เมื่อทราบผลเลือดพยาบาลพิจารณาการให้ยาผู้ป่วย ซึ่งถ้าอยู่ในระดับปกติ ก็จะให้ตามแนวการรักษาของแพทย์ที่กำหนด แต่หากพบว่าระดับน้ำตาลผิดปกติหรือมีอาการแทรกซ้อนอื่น จะปรึกษาแพทย์ทางวิทยุ เพื่อพิจารณาการรักษาต่อหรือส่งต่อโรงพยาบาล เพื่อพบแพทย์ต่อไป
- บันทึกกิจกรรมการให้บริการผู้ป่วย ในแบบบันทึกประวัติ(OPD Card) ทั้งของโรงพยาบาล และ สถานีนามัย
- นัดหมายครั้งต่อไป

(2) การเชื่อมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไปในสถานีนามัย

เป็นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดี อยู่ในภาวะปกติ ไม่มีอาการหรือโรคแทรกซ้อนอื่น สามารถดูแลตนเองได้ด้วยการคุมอาหาร การออกกำลังกาย และรับประทานยาตามการรักษาของแพทย์ โดยอยู่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลไปร่วมเป็นที่ปรึกษาในการดูแลรักษา โดย เป็นการประสานงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระหว่างเจ้าหน้าที่สถานีนามัย พยาบาลและแพทย์ผู้รับผิดชอบ ตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาผู้ป่วย การพิจารณาการรักษา การดูแลต่อเนื่องและการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดจน จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้จึงไม่จำเป็นต้องใช้ยา เพียงแต่คุมอาหาร ออกกำลังกาย และนัดมาดูแลต่อเนื่องเป็นระยะ

หลังจากมีการประชุมชี้แจงแนวคิดและกลวิธีการดำเนินงาน ให้กับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และถามความสมัครใจ ความพร้อมจากหัวหน้าสถานีนามัย ได้สถานีนามัยเข้าร่วมโครงการ 3 แห่ง คือ สถานีนามัยห้วยก้าง สถานีนามัยไม้ยา และสถานีนามัยแม่เปา ในปีงบประมาณ 2542 ดำเนินการขยายเครือข่ายต่อจนครบ 8 แห่ง

ในขั้นต้นจะกำหนดวันนัดผู้ป่วยในแต่ละสถานีนามัยไม่ตรงกัน ใช้การบริหารจัดการในกลุ่มงานการพยาบาลเพื่อให้มีพยาบาลที่เลี้ยงไปช่วยที่สถานีนามัย โดยจัดสรรจากอัตรากำลังพยาบาลที่มีอยู่

เดิม ซึ่งก็ไม่เพียงพอสู่ในการให้บริการแบบเดิมอยู่แล้ว จึงต้องอาศัยการทำความเข้าใจแนวคิดและให้ เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจากการสอบถามความคิดเห็นโดยใช้แบบสอบถามพยาบาลทั้ง หมด ร้อยละ 100 เข้าใจแนวคิดและเห็นด้วยกับการสร้างเครือข่าย เพราะเห็นประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วย และลดจำนวนผู้รับบริการที่โรงพยาบาล จึงให้ความร่วมมือในการจัดอัตราค่าลงเป็นอย่างดี ดังนี้

ถ้าพยาบาลหัวหน้าตึกผู้ป่วยใน ออกไปเป็นที่เลี้ยงให้สถานีนามัย จะต้องจัดพยาบาลขึ้นปฏิบัติ หน้าที่แทน 1 คนโดยได้รับค่าปฏิบัติงานนอกเวลา

ถ้าพยาบาลหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก ออกไปเป็นที่เลี้ยงให้สถานีนามัย พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะไปทำหน้าที่แทน

ในกรณีพยาบาลหัวหน้า ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ออกให้บริการ เนื่องจากทั้ง 4 จุดงานนี้อยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน หัวหน้างานสามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ ดังนั้น ในการ ออกไปปฏิบัติงานที่สถานีนามัยจะสลับกันออกไป และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะมา ช่วยในจุดนั้นแทน แต่หากในวันนั้นผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ไม่สามารถไปทำหน้าที่แทนได้ หรือ มีผู้รับบริการที่ห้องฉุกเฉินมาก ผู้มาคลอดมาก และประเมินแล้วว่าอัตราค่าลงไม่เพียงพอ จะจัด พยาบาลขึ้นปฏิบัติงานเสริมโดยได้รับค่าปฏิบัติงานนอกเวลา เป็นครั้งๆ ไป

ส่วนกรณีที่ ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน(Home Health Care) ออกปฏิบัติงานในสถาน ีนามัย ไม่ต้องจัดพยาบาลเสริม เนื่องจากไม่กระทบต่อการให้บริการผู้ป่วย

4.3.ค่าใช้จ่าย(Cost&Benefit) และประโยชน์ที่ได้ในการปรับระบบบริการ

(1)ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ที่ได้ในส่วน of โรงพยาบาล

เนื่องจากแบบแผนการรักษายังคงเป็นการรักษาแบบเดิม ดังนั้นค่ายา ค่าวัสดุอุปกรณ์ ที่ใช้จึงไม่ เปลี่ยนแปลง แต่เมื่อมีการเชื่อมเครือข่ายชุมชน จัดสรรให้พยาบาลไปเป็นที่เลี้ยงให้กับเจ้าหน้าที่อนามัย ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น จึงเป็นค่าตอบแทนล่วงเวลา และค่าน้ำมันเชื้อเพลิงในการเดินทางไปยังสถานีนามัย เครือข่าย ซึ่งหากมีอัตราค่าลงเพิ่มขึ้น และเพิ่มขีดความสามารถให้เจ้าหน้าที่อนามัยปฏิบัติได้เอง ก็จะลด ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ลงได้

อย่างไรก็ตาม หากเทียบกับประสิทธิผลของพยาบาลที่ได้เรียนรู้การทำงานร่วมกับชุมชน เข้าใจ วิถีชีวิตของผู้ป่วย ทำให้การให้การพยาบาลเป็นไปด้วยจิตใจที่เปี่ยมไปด้วยความเมตตา กรุณา อยากช่วย เหลือที่เกิดจากใจมิได้ทำไปตามหน้าที่แล้ว ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นก็นับว่าคุ้มค่ามหาศาล

(2)ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ที่ได้ในส่วนของผู้ป่วย

ในส่วนที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่เห็นว่าจะต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากยังคงเดินทางด้วยวิธี เดิม จ่ายค่ายาเหมือนเดิมไปตามสิทธิ์ที่พึงได้ จะต้องจ่ายเพิ่มบ้างก็เป็นค่าบริการจากข้าวต้มที่โรงพยาบาลจัด ไว้ให้ ซึ่ง เดิมต้องเตรียมมาจากบ้านหรือซื้อกินเอง อาจแพงกว่าที่บริจาคให้โรงพยาบาล

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับอนุญาตให้ไปรักษาต่อเนื่องที่สถานีนามัยได้ บอกว่า ค่ารักษาค่ายา ก็ เหมือนเดิมเป็นไปตามสิทธิ์ แต่ไม่ต้องเสียค่าเดินทาง (เดินไปก็ได้) อาหารก็กลับไปกินที่บ้าน ได้

4.4.ผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

ในกระบวนการวิจัยและพัฒนาแม้จะมีการปรับระบบการให้บริการในโรงพยาบาลเกือบทุกขั้นตอน แต่ที่ยังคงอยู่ไม่เปลี่ยนแปลงคือแบบแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาอย่างไร ได้ยารักษาไหนก็ยังคงเป็นไปเช่นนั้น ยกเว้นแพทย์จะเป็นผู้เปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมของอาการ

เพื่อแสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการปรับเปลี่ยนระบบ ผู้ป่วยก็ยังได้รับการรักษาไปตามปกติ แต่การปรับระบบนั้นช่วยเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งจากโรงพยาบาลและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้เก็บข้อมูลผลการรักษาควบคู่กับการปรับระบบ ดังนี้

(1) ผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ระยะที่ 1

ณ วันที่ 11 กรกฎาคม 2540 มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการ 142 ราย เป็นชาย 49 ราย หญิง 93 ราย อายุ ตั้งแต่ 22-84 ปี (เฉลี่ย 52 ปี)

หลังจากปรับระบบในเดือนพฤศจิกายน 2539 ผู้ป่วยก็ทยอยผ่านวิธีให้บริการแบบใหม่ครบทุกรายในเดือนธันวาคม จึงได้นำเอา ค่าFBSเฉลี่ย 3 ครั้ง ก่อน และ หลังปรับระบบแบบ มาเปรียบเทียบกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงระดับน้ำตาลของผู้ป่วยก่อนและหลังการปรับระบบ 3 เดือน

จำนวนผู้ป่วยซึ่ง	FBSเฉลี่ย (ก่อน)		FBSเฉลี่ย (หลัง)	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
-FBS<140mg%	90	63	85	60
-FBS141-160mg%	17	12	24	17
-FBS>160mg%	35	25	33	23
รวม	142		142	

แม้ว่าผลการรักษาโดยดูจากระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ในด้านความพึงพอใจแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.6) พึงพอใจกับระบบใหม่นี้ เนื่องจากรวดเร็วกว่าระบบเดิม เพราะไม่ต้องปะปนกับผู้ป่วยอื่น มีเวลาสอบถามพูดคุยและรู้จักกับสมาชิกกลุ่ม มีเพียง 2 ราย (ร้อยละ 1.4) เท่านั้นที่ไม่พึงพอใจ เนื่องจากไม่อยากจะเสียเวลาทำกิจกรรมกลุ่ม

(2) ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะที่ 2

ตุลาคม 2541 มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการที่โรงพยาบาล 215 ราย ไปรับบริการที่สถานีนามัย ห้วยงิ้ว 11 ราย ไม่ยา 6 ราย และ สบเปา 6 ราย ตามลำดับ ระดับน้ำตาล ดังนี้

ตารางที่5 แสดงจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด(FBS)

จำนวนผู้ป่วยที่มี	FBS เฉลี่ย	
	ราย	ร้อยละ
-FBS<140mg%	127	59.1
-FBS141-160mg%	43	20.0
-FBS>160mg%	45	20.9
รวม	215	

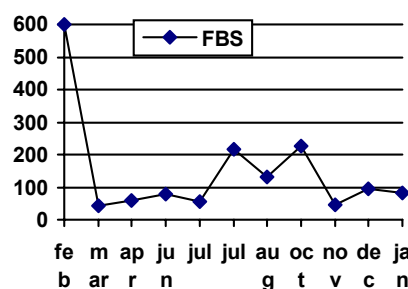
จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในระบบที่ปรับใหม่นี้ส่วนใหญ่(ร้อยละ 79.1) สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดี คือไม่เกิน 160 mg% ในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 59.1 ที่คุมได้ดีมาก คือไม่เกิน 140 mg% และร้อยละ 10.23(22ราย) ที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่มีอาการแทรกซ้อน สามารถไปรับการรักษาต่อเนื่องที่สถานอนามัยได้

(3)กรณีตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในโรงพยาบาล

ชายไทย วัย 40 เศษ เป็นเบาหวานชนิดต้องพึ่งอินซูลิน เมื่อ14ปีก่อนเริ่มรู้ตัวว่าเป็นและรักษาตัวครั้งแรกที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้ป่วยเป็นมานานจนรู้วิธีฉีดอินซูลินเอง ต่อมาย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลเทิง และย้ายมารักษาที่พญาเม็งรายเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2539 ช่วงแรกคุมน้ำตาลได้ไม่ดี บางครั้งสูงเกินบางครั้งต่ำเกิน จนเป็นลมต้องมานอนรักษาในโรงพยาบาล หลังจากติดตามเยี่ยมบ้านจึงได้ข้อมูลเพิ่มเติมว่ามีความรู้สึกท้อแท้ เนื่องจากต้องเป็นภาระแก่ครอบครัว จึงติดตามให้กำลังใจและนัดมาร่วมกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น มองโลกในแง่ดีขึ้น ครั้งหลังสุด (28 พย 2539) กล่าวว่า “ตอนแรกที่รู้ว่าเป็นรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ รักษาไม่หาย กลัวเป็นภาระครอบครัว ไม่สบายใจมากที่สุด แต่เมื่อเป็นนานๆ(14ปี) รักษามาหลายโรงพยาบาลและได้มาเข้ากลุ่มเบาหวาน 2 ครั้ง ได้ความรู้และมีกำลังใจมากขึ้น และมีหมอบอกไปเยี่ยมบ้าน ตอนนี้รู้สึกดีขึ้น”

ตารางที่6 ผลการตรวจFBSของผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อน-หลังการปรับระบบบริการ

เดือน	FBS	เดือน	FBS
กพ.	>600	สค.	132
มีค	41	กย.	ไม่มา
เมย.	60	ตค.	226
มิย.	79	พย.	47
กค.(1)	57	ธค.**	94
กค.(2)	216	มค.**	83



ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างรูปธรรมชัดเจนซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพในแง่มุมอื่น นอกเหนือจากระดับน้ำตาลในเลือด การออกไปเยี่ยมบ้านทำให้เห็นสภาพปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ ได้รับฟังปัญหากับข้อใจของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง ซึ่งไม่อาจทำได้ในระบบบริการแบบเดิม

(4)กรณีตัวอย่างผู้ป่วยซึ่งไปรับบริการที่สถานีนอนมัย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 42 ปี คุ่มระดับน้ำตาลได้ดี จึงส่งต่อไปสถานีนอนมัย ติดตามดูแลพบว่า เดือนมีนาคม2541 FBS=103mg% เมษายน2541 FBS=163mg% พฤษภาคม2541 ไม่มาตามนัด และ ขาดยา1เดือนเนื่องจากไปเฝ้าแม่ซึ่งนอนป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลจังหวัด มิถุนายน2541 FBS=321mg% เจ้าหน้าที่แนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ เพราะไม่อยากเสียเวลาเดินทาง ขอรานยาร่วมกับควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างค่อเนื่องเอง สองเดือนต่อมาFBSลดลงเหลือ196 และ100mg% ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยพึงพอใจเพราะไม่ต้องเสียเวลาเดินทางไปโรงพยาบาล

4.5.ปฏิภรียา ความคิดเห็นของบุคลากรต่อการปรับระบบ

(1)ความคิดเห็นของแพทย์ประจำ

ระบบที่ผ่านมาคำเนินไปได้ดี ช่วงรอผลเลือดจะมีพยาบาลให้สุขศึกษา แนะนำวิธีออกกำลังกาย และคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่คุ่มระดับน้ำตาลได้ดีจึงรักษากับพยาบาล คงเหลือส่วนน้อยประมาณ20%ที่ต้องรอพบแพทย์ เนื่องจากFBSสูงกว่า160 หรือ ต่ำกว่า80mg% หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

ปัญหาใหม่ทีพบคือผู้ป่วยไม่ค่อยยอมรับยาฉีดinsulinทั้งๆที่ใช้อยากินแล้วไม่ได้ผล ซึ่งคงต้องวางแผนการให้สุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมกันต่อไป

(2) ความคิดเห็นของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ส่วนใหญ่บอกว่าต้องทำงานมากขึ้น ต้องเสียสละเพิ่มขึ้น แต่ไม่ถือเป็นภาระ เพราะเป็นหน้าที่ และมีความพึงพอใจที่ได้ทำงานเป็นระบบ ได้เห็นผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น และระบบนี้ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากกว่าระบบเดิม มีความเห็นต่อข้อดีของระบบใหม่ ดังนี้

ก. ทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ในชุมชน ทำให้ทราบข้อมูลสภาพปัญหาความเป็นอยู่ที่แท้จริงของครอบครัว สังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ซึ่งมีส่วนช่วยในการนำมาวางแผนปรับปรุงวิธีการให้ความช่วยเหลือ ได้รับความไว้วางใจ เข้าใจ จากผู้มาใช้บริการ และผลจากกิจกรรมนี้เกิดการพัฒนารับบริการที่ไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆได้ด้วย ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับความช่วยเหลือมากขึ้น เกิดกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

ข. พยาบาลมีความกระตือรือร้นหาความรู้ เพราะต้องเป็นพี่เลี้ยงให้สถานีนอนมัยและได้ทราบปัญหาในการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับสถานีนอนมัย

ค. ผู้ป่วยพอใจ เพราะสะดวก รวดเร็ว ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย แต่ยังคงมีปัญหาลุปรรรคคือ

- อัตรากำลังใจของพยาบาลไม่พอเพียง จึงมีเวลาออกพื้นที่จำกัด เนื่องจากติดงานประจำ

- เจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยโยกย้าย ทำให้คนใหม่ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ถึงแม้

จะเคยอบรมวิธีเจาะเลือดแต่ขาดความชำนาญเพราะไม่ได้ทำบ่อยๆ

ปัญหาลุปรรรคที่พบล้วนเป็นแรงหนุนให้กระบวนการกลุ่มคิดหาทางแก้ไขและพัฒนาระบบงานกันต่อไปอย่างค่อเนื่อง

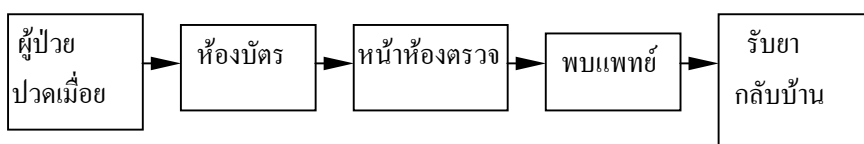
บทที่ 5

ผลการปรับระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม กรณีศึกษา : การดูแลผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงร่าง

5.1.การจัดระบบบริการแบบทางเลือกในโรงพยาบาล

(1)เปรียบเทียบระบบบริการก่อนและหลังการปรับ

เมื่อมีผู้ป่วยปวดเมื่อยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจะมาเข้าระบบการบริการปกติและรักษาด้วยการใช้ยาNSAID หรือ ยาคลายกล้ามเนื้อ ชนิดกินหรือฉีด หากรักษามานานไม่ดีขึ้นก็ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์เชิงราย ดังภาพที่3



ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนมาก และมารักษาซ้ำแล้วซ้ำอีก หรือวนเวียนไปรักษาตามที่ต่างๆ เมื่อไม่หายหรือยาหมดก็จะกลับมาใหม่เป็นวัฏจักรอยู่เช่นนี้ รูปแบบบริการเดิมไม่สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง อีกทั้งยังเพิ่มภาระแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ทำให้มีเวลาให้ผู้ป่วยหนักลดน้อยลง แพทย์เองก็ไม่มีทางเลือกอื่นเพราะวิธีแก้ปัญหาตามที่เรียนมาจำกัดอยู่กับการใช้ยาหรือผ่าตัด

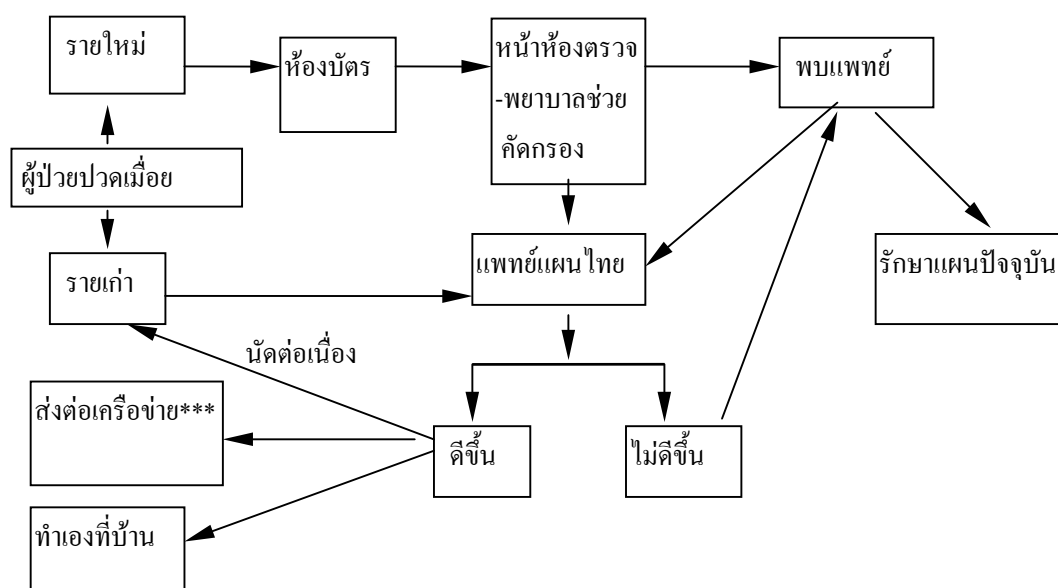
ต่อมาได้นำการนวดไทยเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลเพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วย ในระยะแรกแพทย์จะวินิจฉัยและคัดกรองเองว่า น่าจะรักษาด้วยการนวด ประคบ อบสมุนไพร หรือไม่ ถ้าจำเป็นก็จะส่งผู้ป่วยไปที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย ซึ่งส่วนใหญ่จะให้ยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย เพราะผู้ป่วยยังรู้สึกว่ามีมาโรงพยาบาลต้องได้ยาติดมือกลับไปด้วย

เมื่อมีความนิยมเรื่องการนวดมากขึ้น จึงให้พยาบาลหน้าห้องตรวจช่วยคัดกรองเบื้องต้น ถ้าผู้ป่วยต้องการนวดและเข้าหลักเกณฑ์ที่ตกลงกันไว้ให้ส่งไปฝ่ายแพทย์แผนไทยได้เลย แต่ถ้ามีอาการแทรกซ้อนหรืออาการไม่ชัดเจนจะส่งเข้าพบแพทย์ก่อน เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดในการรักษาและผู้ป่วยไม่ให้ผู้ป่วยเสียเวลา แต่หากเป็นผู้ป่วยรายเก่าซึ่งนัดมารักษาต่อเนื่อง จะให้ไปฝ่ายแพทย์แผนไทยโดยตรง เพราะเจ้าหน้าที่ในฝ่ายจะค้นบัตรไว้ล่วงหน้า 1 วัน

ฝ่ายการแพทย์แผนไทยจะให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และรักษาด้วยการนวด ประคบ อบสมุนไพรหรือดูแลสุขภาพบำบัด บางรายอาจให้ยาทาสมุนไพร ยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อร่วมด้วย มีการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยหลังการรักษาทันที แล้วพิจารณาเข้าระบบการดูแลต่อเนื่องตามลักษณะอาการ หาย ดีขึ้น หรือไม่หาย แล้วแต่กรณีดังกล่าวข้างต้น หากผู้ป่วยสามารถทำเองหรือรักษาที่เครือข่ายได้ จะช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลา หากยังต้องมารักษาต่อเนื่องหรือติดตามผลที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถไปที่ฝ่ายแพทย์แผนไทยได้โดยไม่ต้องรอพบแพทย์ และถ้าจำเป็นทางฝ่ายจะมีการประสานกับ

แพทย์เอง ทำให้ ผู้ป่วยไม่ต้องรอนาน ลดจำนวนผู้ป่วยแออัดที่ตึกผู้ป่วยนอก เพื่อให้แพทย์และเจ้าหน้าที่มีเวลาให้กับผู้ป่วยโรคเฉียบพลันมากขึ้น

ภาพที่4 ระบบบริการผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงร่างที่ปรับเปลี่ยน



(2) ผลการปรับระบบและกระบวนการให้บริการ

(2.1) การเตรียมการปรับระบบ

มีการเตรียมความพร้อมทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่ทั้งหมดของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ประชาชนผู้มารับบริการ การเตรียมสถานที่ และการจัดระบบ ในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความคล่องตัว ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการพึงพอใจ โดยประชาสัมพันธ์ให้ความเข้าใจในลักษณะการให้บริการที่เน้น การพึ่งตนเอง และพึ่งพากันเองในชุมชน รวมทั้งพยายามขยายเครือข่ายชุมชนเพิ่มขึ้น เชิญชวนเจ้าหน้าที่ ให้เข้าร่วมกิจกรรมของฝ่ายการแพทย์แผนไทย เน้นการพูดคุยเสวนากลุ่มย่อย และเชิญชวนให้ไปที่ฝ่าย เพื่อให้เห็นกิจกรรมที่กระทำ จัดหาตำรา ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การนวดไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ไว้ที่ตู้หนังสือของฝ่ายเพื่อใช้ศึกษาค้นคว้าและประกอบการดูแลรักษาและจัดทำคู่มือการให้บริการของฝ่ายแพทย์แผนไทย สำหรับแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้สนใจ

(5.2) ผลการ ดำเนินงานในระบบแบบทางเลือก

เพื่อให้ทราบผลของการพัฒนาระบบที่จัดขึ้น ว่าผู้ป่วยที่ผ่านเข้ามาในระบบนี้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และดูแลสุขภาพตนเองตามที่สมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ และปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่มีต่อการจัดระบบบริการและการรักษา พึงพอใจหรือไม่อย่างไร จึงทำการติดตามสัมภาษณ์ เจาะลึก เฉพาะผู้ที่มารับบริการที่ฝ่ายแพทย์แผนไทยตามขั้นตอนของระบบใหม่ และมีภูมิลำเนาอยู่ใน อำเภอพญาเม็งราย ในระหว่างเดือนตุลาคม -มกราคม 2541 ซึ่งมีผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และโครงร่าง ไปรับการดูแลรักษาที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย 174 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอ พญาเม็งรายตามเกณฑ์ที่กำหนด 66 ราย ติดตามสัมภาษณ์ได้ 49 ราย(ร้อยละ74.2) ส่วนที่เหลือ 17 รายไม่สามารถติดตามได้ เนื่องจากไปรับจ้างเก็บเกี่ยวในพื้นที่อื่น13ราย และไปทำงานต่างจังหวัด 4 ราย

จากการติดตาม 49 ราย พบว่าก่อนมารักษาที่โรงพยาบาลและมาที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย ร้อยละ 51 (25 ราย) มีการดูแลรักษาตนเองมาก่อน เช่น ไปสถานเอนามัย หรือโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ (16ราย) นวดและให้ลูกหลานเหยียบ(7ราย) ซัวยากินเอง 1 ราย และไปหาหมอพื้นบ้าน(1ราย) และร้อยละ 28 มารักษาที่โรงพยาบาลพญาเม็งรายโดยตรง ซึ่งสรุปผลการติดตามสัมภาษณ์ ได้ดังนี้

(1)ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมตามคำแนะนำที่ได้รับจากระบบบริการที่ปรับเป็นแบบทางเลือก

ในการปรับระบบบริการนั้นสิ่งสำคัญที่เน้นเพิ่มขึ้น คือการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสาเหตุของการเจ็บป่วย โดยซักถามอาการและวินิจฉัยสาเหตุของอาการปวดเมื่อยที่เกิดขึ้นในครั้งนั้น พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยทราบและให้คำแนะนำ การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหาร วิธีการรักษาและป้องกันการเกิดซ้ำด้วยตนเอง เช่น สอนให้นวดตนเอง ทำกายบริหาร โยคะ และสอนญาติให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และการแนะนำไปใช้บริการกับหมอนวดพื้นบ้านที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาล

จากการติดตามสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ส่วนใหญ่ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากการทำงาน (ร้อยละ 50.10) และ เกิดจากอุบัติเหตุ จากท่าทางที่ไม่เหมาะสม ความเครียด การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง และจากโรคที่เป็นอยู่ มีเพียงร้อยละ 8 ที่ไม่ทราบสาเหตุ และร้อยละ 6 ที่เข้าใจว่าเกิดจากความเชื่อ เช่นผีทำ ไม่ได้อยู่ไฟหลังคลอด เหยียบพื้นซีเมนต์ นอกจากนี้ ร้อยละ 85 ยังทราบถึงอาการแทรกซ้อน เช่นอาจทำให้เกิดอาการชาบริเวณส่วนปลายอวัยวะที่ปวดเมื่อยได้ และร้อยละ 79.59 ทราบถึงอาการที่เตือนหรือสิ่งที่บอกเหตุว่าจะมีอาการปวดเมื่อย ได้แก่ ปวดสันเท้า ปวดเมื่อยกระดูก คมเหง้า สบุนหรี หน้าชา อากาศเย็น มีดๆทิ่มๆ เจ็บเสียด

สำหรับความรู้ในการดูแลสุขภาพ ได้แก่เรื่องการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย สำหรับการรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่จะทราบว่าควรเลือกอาหารอย่างไร โดยเฉพาะอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง (อาหารแสลง) ได้แก่ หน่อไม้ คัมฟักใส่ไก่ เนื้อวัว เนื้อควาย แต่มีถึงร้อยละ 46.94 ที่ไม่ทราบว่าอาหารที่ควรรับประทานหรือช่วยบรรเทาอาการมีอะไรบ้าง ส่วนการออกกำลังกาย โดยเฉพาะการบริหารร่างกาย โยคะ ที่ได้เรียนรู้จากฝ่ายแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ได้มีการนำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน มีทั้งทำบ้าง ไม่ทำบ้าง และทำแต่ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 28) และอีกร้อยละ 35 ที่ไม่ได้นำไปปฏิบัติ เข้าใจว่าการทำงานก็ได้ออกกำลังกายแล้ว “ปกติก็ทำงานไม่ได้หยุดก็ว่ามันเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ก็เลยไม่ได้ทำตามที่เหมาะสม มาคิดว่าใช้ได้เหมือนกัน”

จะเห็นได้ว่าในระบบที่ปรับมานี้ ให้ความสำคัญในการแนะนำผู้ป่วยมากขึ้น โดยเน้นไปถึงต้นเหตุของความเจ็บป่วยจากพฤติกรรม และวิธีแก้ปัญหาก็สามารถพึ่งตนเองได้ แทนที่จะต้องพึ่งยาแก้ปวดเสมอไป นอกจากนั้นยังมีเวลามากขึ้นในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อที่ยังผิดพลาด ซึ่งหากได้มีการพูดคุยให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องโดยเน้นที่การให้สุศึกษาในชุมชน ก่อนที่จะเจ็บป่วยมาโรงพยาบาล จะเป็นการช่วยเพิ่มศักยภาพของชุมชน ในการดูแลรักษาส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสภาพเบื้องต้นโดยชุมชนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สำหรับการรักษาอาการปวดเมื่อยของผู้ป่วยที่ผ่านในระบบ มีทั้งที่รักษาด้วยการนวด ประคบ อบสมุนไพรอย่างเดี่ยวและรักษาร่วมกับยาแผนปัจจุบันคือยาคลายกล้ามเนื้อ ผู้ที่รักษาด้วยการ นวด ประคบ อบสมุนไพรอย่างเดี่ยว เป็นผู้ที่แจ้งความจำนงค์ ขอรับการรักษาที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย(ร้อยละ 16.67) ซึ่งแสดงว่าชาวบ้านเริ่มให้ความสนใจและเลือกที่จะรักษาด้วยตนเอง แพทย์และพยาบาลก็ให้ความสนใจในการรักษาร่วมมากขึ้น จากการสัมภาษณ์การใช้ยาส่วนใหญ่ใช้ถูกต้อง และเมื่อกลับไปบ้านบางรายมีการใช้สมุนไพรและการรักษาแบบพื้นบ้านร่วมด้วย มีเป็นส่วนน้อยที่ไปซื้อยากินเอง(1ราย) เมื่อรู้สึกไม่สบายหรือมีอาการปวดเมื่อยอีก ทุกราย(ร้อยละ 100) จะมีการดูแลตนเองก่อน ได้แก่ นอนพัก หรือ ให้อุณหภูมิในครอบครัววนวดให้ตามจุดหรือแนวที่เคยได้รับการนวดจากโรงพยาบาล “ให้ลูกนวดตามจุดที่หมอนวดให้วันนั้นแหละ อู๋ยจำได้ว่าหมอกดตรงไหนๆก็บอกลูกให้กดไปตรงนั้น มันก็ดีขึ้น” บางรายให้หลานเหยียบ บางรายนวดและรับประทานยาพาราเซตามอล รู้จักควบคุมอาหารที่คิดว่าส่งผลและทำให้ปวด จะเห็นได้ว่าชาวบ้านเริ่มมีทางเลือกในการรักษาสุขภาพของตนเองมากกว่าการรับประทานยาแก้ปวดอย่างเดี่ยว และพยายามที่จะดูแลรักษากันเองก่อน เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงจะมาโรงพยาบาล

(2) ปฏิกริยาของผู้ป่วยต่อการจัดระบบบริการและการรักษาในระบบแบบทางเลือก

ก. ความพึงพอใจต่อการจัดระบบแบบทางเลือก จากการสัมภาษณ์ พบว่าร้อยละ91.84(45ราย) พึงพอใจที่โรงพยาบาลจัดให้มีทางเลือกในการรักษามากกว่าการรับประทานยาแผนปัจจุบันอย่างเดี่ยว และเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อชาวบ้าน โดยให้เหตุผลว่า เป็นการรักษาเหมือนกัน,สามารถเลือกรักษาได้ ,ต้องพึงพากันทั้ง 2 แผน(ปัจจุบันและแผนไทย) ,ทำแล้วอาการดีขึ้น ,สามารถแนะนำให้คนที่บ้านทำได้, ใช้ด้วยตนเองได้, ไม่ต้องเสียเวลารอ ,ทำให้รู้ คุณค่าของสมุนไพรและการนวด และอีกร้อยละ 8(4ราย) ที่ไม่พึงพอใจเพราะทำแล้วไม่หาย โดยอ้างว่าคงไม่ถูกต้องกับโรคของตนเอง

ข.ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการจัดระบบแบบใหม่ เมื่อถามถึงความสะดวกสบายในการไปใช้บริการในระบบที่จัดขึ้นใหม่ ร้อยละ95.92 ตอบว่าสะดวก เพราะมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำ แต่ต้องรอนานบ้างหากผู้ป่วยมาก และร้อยละ 4.08 ต้องการให้แยกระบบออกจากไม่ต้องผ่านขั้นตอนที่ตึกผู้ป่วยนอก ซึ่งจะสะดวกกว่า

สำหรับความพึงพอใจ ความสะดวกในการรับบริการในแต่ละขั้นตอน ได้แบ่งออกเป็น2ขั้นตอนคือ ขั้นตอนแรก ก่อนไปที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย เริ่มโดยการทำบัตรที่ตึกผู้ป่วยนอก พบพยาบาลคัดกรองขั้นต้น หรือพบแพทย์ ขั้นตอนสอง ไปรับบริการที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย ซึ่งจะมีการซักประวัติอาการ โดยให้คำอธิบายเกี่ยวกับ อาการที่เป็น วิธีการรักษา การให้การรักษา การให้คำแนะนำปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องที่บ้าน สามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 7 ร้อยละของความพึงพอใจ ต่อขั้นตอนการให้บริการหลังปรับระบบ

ขั้นตอนการให้บริการ	สะดวก	พอใจ
1.ขั้นตอนแรก ก่อนไปที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย	95.92	95.92
2.ขั้นตอนสอง การใช้บริการที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย		
2.1 การให้ซักประวัติและอธิบายการรักษา	100	100
2.2 การให้การรักษารักษา	97.95	100
2.3 การให้คำแนะนำการปฏิบัติตน	100	100

ร้อยละ 4.08 (2ราย) ไม่สะดวกในขั้นตอนก่อนไปรักษาที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย เนื่องจาก ผู้ป่วยรายใหม่ที่พยาบาลหรือแพทย์เป็นผู้พิจารณา ยังต้องรออนุญาตร่วมกับผู้ป่วยอื่นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยต้องรอนานที่ตึกผู้ป่วยนอก และหากที่ฝ่ายแพทย์แผนไทยมีผู้รอรับบริการอยู่ก่อนแล้วก็ต้องไปรอต่ออีก ทำให้ต้องเสียเวลารอ 2 แห่ง

ส่วนในขั้นตอนการบริการที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย มี 1 ราย(ร้อยละ 2.04) ที่บอกว่าในขั้นตอนการรักษาไม่ค่อยสะดวกเพราะตัวเองเป็นผู้หญิงแต่หมอนวดเป็นผู้ชาย อยากให้หมอนวดผู้หญิงมากกว่า แต่ก็พึงพอใจในการให้บริการและผลการรักษา

ค. ผลการรักษาในระบบบริการใหม่ ได้ให้ผู้ป่วยลองเปรียบเทียบความรู้สึกต่อผลการรักษาในระบบเดิมคือได้รับยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้ออย่างเดียว เทียบกับแบบใหม่ที่รักษาด้วยการนวด ประคบ อบสมุนไพรและอาจได้รับยาด้วย สรุปได้ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ร้อยละของความรู้สึกรู้สึกต่อการรักษาในระบบ เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ

ข้อเปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินการ	ดีกว่า	ไม่แตกต่าง	ด้อยกว่า	เหตุผล
1.ระยะเวลาที่รู้สึกดีกว่าดีขึ้น	61.22	38.72	0	หลังจากนวด ประคบแล้วอาการดีขึ้นทันที กินยาต้องรอให้ออกฤทธิ์
2.ระยะเวลาที่รู้สึกว่ายาลดจากอาการ	46.93	53.04	0	กินยาหายเร็วแต่กลับเป็นอีก นวดหายช้าแต่หายสนิท
ข้อเปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินการ	ดีกว่า	ไม่แตกต่าง	ด้อยกว่า	เหตุผล
3. ความสะดวก/ความสามารถในการดูแลตนเอง	61.22	38.72	0	หมอนวดให้ นวด ให้ทำบริหารด้วยตัวเองได้
4.ความสบายใจ มั่นใจในการรักษาด้วยวิธีการในระบบใหม่	55.10	44.90	0	เป็นการรักษาเหมือนกัน ถ้าไม่ดีหมอนวดจะไม่แนะนำ แต่ถ้าใช้ทั้งยาและนวดด้วยจะดี ช่วยกันทั้ง 2 ทาง

จะเห็นว่าผู้ป่วยให้ความยอมรับการให้บริการ หลังการปรับระบบ โดยไม่เห็นว่าด้อยกว่าเมื่อก่อน และมีความเชื่อมั่นในการให้บริการเพราะเชื่อในสิ่งที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่เสนอให้ ว่าเป็นสิ่งที่ได้รับการพิจารณาแล้วว่าสามารถช่วยเหลืออาการเจ็บป่วยของเขาได้ ซึ่งเมื่อรับการรักษาแล้วพบว่าผลการรักษาไม่แตกต่างกันหรือดีกว่า ก็ทำให้มั่นใจในการใช้บริการมากขึ้น จึงส่งผลให้เกิดการบอกต่อกันในชุมชน

5.3. ผลในทางการ รักษาโดย ระบบบริการแบบทางเลือก

เก็บข้อมูลเพื่อศึกษาจากผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2539 จนครบ 150 รายตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด จากการติดตามถึง กรกฎาคม 2540 ติดตามได้ 115 ราย (อีก 35 ราย ไปทำงานต่างจังหวัดและต่างอำเภอ) แบ่งเป็นผู้ป่วยที่รักษาด้วยการนวดประคบ อบสมุนไพร 51 ราย รักษาด้วยดุลยภาพบำบัด 64 รายในจำนวนนี้ มี 9 รายที่รักษาด้วยการนวดไทยแล้วยังไม่ดีขึ้น จึงรักษาต่อด้วยดุลยภาพบำบัด

เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น จึงแยกวิเคราะห์ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่รักษาด้วยการนวด ประคบ อบสมุนไพร 51 ราย และกลุ่มที่รักษาด้วยดุลยภาพบำบัด 64 ราย

(1) ผลการรักษาผู้ป่วย ด้วยการนวด ประคบ อบสมุนไพร

เป็นชาย 13 ราย หญิง 38 ราย อายุตั้งแต่ 19-74 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและสูงอายุ มาจาก ตำบลเมืองราย 13 ราย ,ตำ 12 ราย,แม่ตำ 10 ราย ,ไม้ยา 8 ราย,แม่เปา 7 รายและจากอำเภอเทิง 1 ราย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่(ร้อยละ 54.9 หรือ 28 ราย) มาด้วยอาการปวดหลังปวดเอวร้าวลงขา มีทั้งผู้ป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน ซึ่งมีสาเหตุจากการทำงานถึงร้อยละ 58.9 (30ราย) ดังตารางที่ 1 ส่วนใหญ่(ร้อยละ 70.6 หรือ 36ราย)เคยไปรักษามาหลายแห่งแล้ว ในการรักษาส่วนมากใช้ ทั้งการ นวด ประคบร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน(ร้อยละ 80.4 หรือ 41 ราย)

ตารางที่ 9 จำแนกผู้มารับบริการตามสาเหตุการเจ็บป่วย

สาเหตุการเจ็บป่วย	ราย	ร้อยละ
1.การเจ็บป่วยเฉียบพลัน		
- จากอุบัติเหตุ	855	15.7
- จากการทำงาน	5	9.8
- พหุติกรรม	1	1.9
2. การเจ็บป่วยเรื้อรัง		
- จากอุบัติเหตุ	5	9.8
- จากการทำงาน	25	49.1
- โรค เช่น แก้ว	1	1.9
- พหุติกรรม	6	11.8

ในการประเมินผลการรักษาใช้วิธีตามและสังเกตอาการเปรียบเทียบก่อน-หลังการรักษาโดยแบ่งผลการรักษาเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 3 = ดีขึ้นมาก จนเกือบหายเป็นปกติในวันนั้น หรือหายเป็นปกติในวันต่อมา

ระดับ 2 = ดีขึ้นปานกลาง ในระดับที่พึงพอใจ แต่ยังไม่หายขาด ต้องรักษาต่อเนื่อง

ระดับ 1 = ดีขึ้นบ้างเล็กน้อย ต้องรักษาต่อเนื่องนานกว่า 1 เดือน

ระดับ 0 = ไม่ดีขึ้นเลย หรือเป็นมากขึ้นกว่าเดิม

พบว่าส่วนใหญ่ได้ผลดีในระดับ 2 (ร้อยละ 35.3 หรือ 18 ราย) รองลงมา ได้ผลดีในระดับ 3 (ร้อยละ 31.4 หรือ 16 ราย) ระดับ 1 มีร้อยละ 13.7 (7 ราย) และมีร้อยละ 19.6 (10 ราย) ที่ไม่ได้ผล

ในจำนวนนี้ ร้อยละ 72.5 (37 ราย) พึงพอใจกับการรักษา ในขณะที่ร้อยละ 27.5 (14 ราย) ไม่พึงพอใจ

กรณีตัวอย่างผู้ป่วยที่รักษาด้วยการนวดไทยและประคบสมุนไพร

รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 29 ปี อาชีพรับราชการ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ผู้ป่วยก้มลงหาข้าวและสลัดให้ข้าวสะเด็ดน้ำก่อนนำไปนึ่ง ขณะที่สลัดน้ำผู้ป่วยรู้สึกปวดแปลบ บริเวณหลังร้าวลงไปขา จนกระทั่งเอียงตัวไม่ได้ จึงนอนพัก 1 วัน แต่อาการยังไม่ดีขึ้น มีคนรู้จักกัน แนะนำให้มานวดที่โรงพยาบาล แพทย์จึงส่งมาที่คลินิกแพทย์แผนไทย แรกเริ่มผู้ป่วยต้องยืนตัวตรงแข็งเกร็ง ก้มตัวเองไม่ได้จะเจ็บมาก จึงได้นวดคลายกล้ามเนื้อและแก้ปวดตามจุดต่างๆ ประมาณ 30 นาที อาการตัวเกร็งหายไป ก้มตัวเองได้ หายหลังได้ เอียงตัวได้ ผู้ป่วยหัวเราะชอบใจ ได้แนะนำทำบริหาร ร่างกายและทำางการทำงานที่เหมาะสมให้ไปทำเองที่บ้าน ติดตามพบว่า อาการดังกล่าวหายเป็นปกติโดยไม่ต้องใช้ยา และยังคงทำกายบริหารต่อเนื่อง

รายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 56 ปี อาชีพค้าขาย เริ่มมารักษาด้วยอาการปวดเข่าและ ชาซ้าย ตั้งแต่ปี 2528 ต่อมาปี 2532 เริ่มปวดไหล่ ปวดหลังร้าวลงเอว, ปี 2534 มีอาการปวดท้ายทอย, ปี 2537 ผ่าตัดเส้นเลือดขอดที่ข้อพับซ้าย ปี 2539 มีอาการชาปลายมือและขาข้างซ้าย นอกจากมารักษาที่โรงพยาบาลพญาเม็งราย แล้ว ผู้ป่วยยังไปรักษาตามคลินิก โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งในเชียงราย ได้รับยาแก้ปวดและคลายกล้ามเนื้อรับประทานเป็นประจำ แต่อาการก็ไม่ดีขึ้น แรกเริ่มผู้ป่วยมีอาการปวดแขน ชาปลายมือ และปวดขาทั้ง 2 ข้าง เวียนศีรษะ ให้การรักษาด้วยการนวดแขน และขาทั้ง 2 ข้าง สอนทำบริหารร่างกาย หลังการนวด อาการขาที่ปลายมือหายไป เหลืออาการปวดที่ขา นัดผู้ป่วยมานวดต่อเนื่องในวันรุ่งขึ้น พบว่าอาการปวดขาทุเลาลง จะนัดมานวดต่อแต่ผู้ป่วยบอกว่าอาการดีขึ้นแล้ว และจะให้หมอตรวจร่างกายที่บ้าน จากการติดตามที่บ้าน พบว่ายังมีอาการชามือและ ปวดขาอยู่บ้าง และยังคงให้หมอนวดมานวดเป็นประจำ ไม่ได้ไปตรวจหรือเอายาที่ไหนอีกเลย

รายที่ 3 ผู้ป่วยหญิง อายุ 40 ปี อาชีพทำนา และรับจ้างก่อสร้าง ต้องทำงานหนัก มีอาการปวดหลังเป็นๆหายๆตั้งแต่ปี 2535 ได้ยาแก้ปวดจากสถานีนามักก็ไม่ดีขึ้น จึงส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ให้ยาคลายกล้ามเนื้อและยาแก้ปวดพร้อมทั้งส่งมานวดที่คลินิกแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยมีอาการปวด

ปวดเอวขาลงเท้า ปวดขาซ้ายลงน่อง เวลาถ่มตัวแล้วลุกขึ้นจะปวดมาก แต่นอนหงายได้ เวลาจะปวดมาก หลังจึง ให้การรักษาด้วยการนวดหลัง และประคบสมุนไพร หลังให้การรักษา 30 นาที ผู้ป่วยบอกว่าอาการดีขึ้น สังเกตจากสีหน้าผู้ป่วยพึงพอใจ แต่ยังมีอาการปวดอยู่ จึงสอนทำบริหารและให้ผู้ป่วยกลับไปประคบที่บ้าน (ผู้ป่วยเคยมา ฝึกการประคบแล้ว)และนัดมานวดต่อเนื่อง ต่อมาผู้ป่วยมาตามนัด บอกว่าอาการไม่ดีขึ้น ให้สามีช่วยนวดและประคบแล้วอาการจะดีขึ้นหลัง จากทำ 3-4 ชั่วโมง แล้วจะปวดอีกเป็นๆหายๆ ผู้ป่วยใช้วิธีอาบน้ำร้อนและประคบร้อนจะดีขึ้น จึงนวดและประคบสมุนไพรต่อ พร้อมทั้งสอน กายภาพบำบัด นัดผู้ป่วยมาอีก มีอาการปวดมากขึ้นเวลานวดจะเจ็บมาก ผู้ป่วยขอรักษาด้วยการกินยา เพราะได้ผลดีขึ้นกว่าการนวด จึงปรึกษาแพทย์เพื่อให้การรักษาด้วยยาต่อไป

รายที่ 4 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 31 ปี อาชีพเกษตรกรกรรม มีอาการปวดคอ ปวดขา และเข่า ข้างซ้าย ขยับหันตัวลำบาก ถ่มตัวไม่ได้ หลังจากไปเกี่ยวข้าวได้ 1 วัน ไปรักษาที่สถานีนามัย และหมอนวดพื้นบ้านแล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนในตัวเมือง ได้นอนฉีดยา 3 คืน อาการทุเลา แต่กลับบ้านแล้วมีอาการเหมือนเดิมอีก จึงมาตรวจที่โรงพยาบาลพญาเม็งราย แพทย์ส่งตัวมาที่คลินิกแพทย์แผนไทย แรกเริ่มผู้ป่วยปวดคอและเข่ามาก ขยับไม่ได้ เดินลำบาก ต้องนั่งรถเข็น จึงให้การรักษาด้วยการนวดคอ เข่า และประคบร้อน หลังให้การรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากเกือบเป็นปกติและเดินกลับเองได้ จึงแนะนำวิธีประคบให้ ภรรยากลับไปทำที่บ้าน จากการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน ภรรยาประคบให้ต่อเนื่อง โดยไม่ได้กินยา

(2) ผลการรักษาผู้ป่วยแบบดุลยภาพบำบัด

เก็บข้อมูลผู้ป่วย 64 ราย เป็น ชาย 28 ราย หญิง 36 ราย อายุตั้งแต่ 10 - 76 ปี (เฉลี่ย 45 ปี) เป็นผู้ป่วยภายในอำเภอ 46 ราย ต่างอำเภอ 17 ราย ต่างจังหวัด 1 ราย

อาการนำ ส่วนใหญ่(ร้อยละ 71.9 หรือ 46 คน)มาด้วย อาการปวด รองลงมา(ร้อยละ 18.8 หรือ 12 คน)มาด้วยเรื่องอัมพาตหรืออ่อนแรง

ร้อยละ 59.4 (38 ราย) ใช้วิธีดุลยภาพบำบัดอย่างเดียว ที่เหลือ ต้องใช้ยาร่วมด้วย ได้แก่ยากลุ่ม NSAID จำนวน 25 ราย(ร้อยละ 39.1) และยา steroid 1 ราย

ผลการรักษา	ดีขึ้นมาก หรือ หาย	12 ราย (ร้อยละ 18.8)
	ดีขึ้นปานกลาง	14 ราย (ร้อยละ 21.9)
	ดีขึ้นเล็กน้อย	23 ราย (ร้อยละ 35.9)
	ไม่ดีขึ้น	15 ราย (ร้อยละ 23.4)

และพบว่าร้อยละ 75 (48 ราย) พึงพอใจกับการรักษา มีผู้ป่วยรายหนึ่งกลัวเข็ม แม้ทำแล้วดีขึ้น หายปวด แต่ก็ไม่อยากฝังเข็มอีก เลือดยาฉีดแทน จึงจัดอยู่ในกลุ่มไม่พึงพอใจ

กรณีตัวอย่างผู้ป่วยที่รักษาด้วยดุลยภาพบำบัด

รายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 36 ปี อาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้าง เมื่อ 4 ปีก่อนเคยไปรับจ้างใช้แรงงานในกรุงเทพฯ และประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ที่ศีรษะ หลังผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยมีร่างกายแข็งแรง

แต่พยายามประกอบอาชีพรับจ้างเท่าที่พอจะทำได้เพราะฐานะยากจนยังต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูภรรยาและบุตร ผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2525 ด้วยอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ แขนขาซ้ายซึ่งต้องทำงานชดเชยข้างขวา ทุกครั้งที่พบแพทย์เขาจะเล่าถึงอาการไม่มีแรงของแขนขาข้างขวา ซึ่งแพทย์ ได้แต่รักษาตามอาการ และอธิบายปลอบใจ

ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธีศัลยกรรมผู้ป่วย แสดงออกซึ่งอาการท้อแท้และซึมเศร้า ความเจ็บป่วยที่เขาได้เผชิญเป็นเวลากว่า 3 ปี ทำให้เขาไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ฐานะครอบครัวก็แย่ลง ลูก 2 คน กำลังเติบโตและต้องเล่าเรียน ญาติพี่น้องฝ่ายภรรยาก็มักพุดจากระทบกระเทียบเขาอยู่เสมอ ภรรยาเริ่มเบื่อหน่าย เนื่องจากต้องรับภาระในการหาเลี้ยงครอบครัว

หลังจากรักษาด้วยการฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้า การบริหารร่างกาย ผู้ป่วยจะเล่าถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เดินได้ทันเพื่อนแล้ว ก้าวขึ้นรถปิคอัพได้ เริ่มตักน้ำหิ้วน้ำได้ สามารถยกให้ต้นแขนชิดหูได้ กล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาเริ่มมีขนาดโตขึ้น รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงอื่นๆ เช่น ความสดชื่นร่าเริง เสียงหัวเราะ เสื้อผ้าที่สะอาดขึ้น ผมดัดสั้นหวีเป็นทรงเรียบร้อย เขายังคงมีสิ่งใหม่ๆ มาเล่าให้ฟังเรื่อยๆ ทีมที่ดูแลก็ใส่ใจไปกับเขาที่เริ่มได้สิ่งที่สูญเสียไปกลับคืนมา เขากลับมาถีบจักรยานได้ ซักผ้า ทำอาหารให้ลูกไปโรงเรียน เริ่มออกรับจ้างได้เหมือน ก่อน

เขามารับการรักษา 12 ครั้ง ในเวลา 6 เดือน เขาไปเที่ยวข้าวได้หลังจากไม่ได้ร่วมกิจกรรมนี้มาหลายปีแม้ว่ามันจะไม่ใช่ว่าที่เขาปลูกเอง แต่เขาก็หวังว่าตั้งแต่หน้าฝนครั้งต่อไปเขาจะได้ทำทั้งหมดเหมือนกับที่เคยทำมาชั่วชีวิต

รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 46 ปี อาการสำคัญ กล้ามเนื้อทั้งตัวอ่อนแรง เมื่อ 3-4 เดือนก่อนอยู่ๆ ก็เกิดอาการอ่อนแรงลงไปเฉยๆ ไม่สามารถยืนหรือเดินเองได้ แม้จะนั่งก็ต้องมีคนช่วยพยุง ไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แพทย์วินิจฉัยว่า เป็นโรคกล้ามเนื้อ-บาร์เรต (กล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด) หลังจากรักษาตามอาการได้ 1 เดือน 3 วัน จนอาการจนกระทั่ง แพทย์ก็อนุญาตให้กลับบ้านได้ แต่ต้องไปทำกายภาพบำบัดต่อ แขนขาเริ่มลืบลีกลง ปลายเท้าทั้งสองตก กระดกปลายเท้าไม่ได้ กระดิกนิ้วเท้าขวาได้เพียงเล็กน้อย มือทั้งสองขา ไม่มีกำลังหยิบจับอะไรไม่ได้เลย กำลังขาพอที่จะเดินได้ไกลๆ โดยใช้เครื่องช่วยเดินแบบ 4 ขาและต้องมีคนช่วยพยุง

ครั้งแรกที่มารักษาที่โรงพยาบาลพญาเม็งราย ตรวจพบว่า มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงลง ส่วนแขนขาขยับผิวหนังเย็นขึ้น เขาช่วยเหลือตัวเองได้บ้างจะลุกจะยืนต้องมีคนช่วย เดินกับเครื่องช่วยได้ไม่มั่นคงนัก และมีปัญหาริดสีดวงทวารด้วย เริ่มแรกเราได้อธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาแบบองค์รวม ผู้ป่วยมีพื้นความรู้ทางสุขภาพอยู่แล้ว จึงเข้าใจไม่ยากนัก นอกจากนี้ยังได้แนะนำแนวคิดเรื่องอาหารธรรมชาติบำบัด การใช้ธรรมชาติเพื่อสงบจิตใจ ผู้ป่วยตกลงใจรับการรักษากับเราควบคู่ไปกับการทำกายภาพบำบัดแบบดั้งเดิม

การรักษาที่สำคัญคือ การฝังเข็มเพื่อกระตุ้นระบบประสาท นวดคลายกล้ามเนื้อ และประคบความร้อน ผู้ป่วยสังเกตว่าร่างกายตนเองมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ฝังเข็มครั้งแรกคือมีกำลังกล้ามเนื้อมากขึ้น เริ่มกระดิกนิ้วเท้าซ้ายได้ การมาครั้งที่ 5 ขั้วรมาเองเป็นระยะทางประมาณ 40 ซม. กำลังกล้ามเนื้อที่มากขึ้นทีละน้อย สังเกต มีขนาดโตขึ้น ผิวหนังอุ่นเป็นสีชมพู หลังจากครั้งที่ 9 เริ่ม จรดกระดุมเองได้ ลด

การไปทำกายภาพบำบัดเหลือสัปดาห์ละ2ครั้ง ต่อมาเปลี่ยนมาใช้ไม้เท้าสามขาที่สามารถเดินได้สบาย ปัจจุบันสามารถเดินได้ดีเกือบเหมือนปกติ โดยไม่ต้องมีอุปกรณ์ช่วยแต่อย่างใด

ด้านค่าใช้จ่าย ส่วนที่พญาเม็งรายมารักษาติดต่อกัน 7 เดือน เสียค่าน้ำมันรถไป-กลับประมาณ 10,000 บาท ส่วนค่ารักษาประมาณ 8,000 บาทนั้นเบิกได้

รายที่3 ผู้ป่วยหญิง 47 ปี มีการปวดขัดข้อหัวเข่าทั้งสองมานานแล้ว อาการกำเริบเป็นระยะเช่นเมื่อเดินมากๆ บางครั้งปวดตึงขึ้นตามกล้ามเนื้อโคนขา ผู้ป่วยไปตรวจรักษามาหลายที่ ได้รับการวินิจฉัยเหมือนกันคือข้อหัวเข่าอักเสบเนื่องจากการเสื่อม แล้วได้ยามากินทุกครั้ง บางครั้งก็ได้รับการแนะนำให้ลดน้ำหนัก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยแปลกใจเหมือนกันเพราะเห็นว่าตนเองรูปร่างท้วมๆเท่านั้นไม่ได้อ้วนอะไรเลย ระยะหลังๆจึงไม่ได้ไปรักษาที่ไหนอีก อาศัยฝากลูกสาวเบิกยาแก้ปวดแก้อักเสบไว้ใช้เวลาที่มีอาการมากเท่านั้น

ในที่สุดลูกสาวแนะนำให้รับการรักษาด้วยวิธีดูแลสุขภาพบำบัด ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ที่จะบริหารร่างกายตนเองและตั้งใจทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง หลังจากฝังเข็ม 1 ครั้งอาการปวดหัวเข่าหายไปจนหมด คงเหลือแต่อาการติดขัดข้อหัวเข่าบ้างเมื่อเริ่มเคลื่อนไหว ผู้ป่วยได้ฝังเข็มไป 3 ครั้งก็สิ้นสุดการรักษา

รายที่4 ผู้ป่วยชายอายุ45ปี อาการสำคัญคือปวดเอวและกระดูกสันหลังร้าวลงมาตามขาทั้ง 2 ข้างเป็นมานานแล้ว มีอาการมาๆมา 4 เดือน ได้กินยาแก้ปวดแก้อักเสบมามาก รวมทั้งไปฉีดยามาหลายที่เปลี่ยนที่รักษามาก เมื่อแรกพบผู้ป่วยมีอาการปวดที่กล้ามเนื้อสองข้างกระดูกสันหลังช่วงเอว กล้ามเนื้อดังกล่าวบวมตึง กดเจ็บ กดที่กระดูกสันหลังเจ็บบ้างและมีการชาลงตามด้านหลังขาทั้งสอง ยืนก้มตัวได้เพียงเล็กน้อยเนื่องจากเจ็บปวดบริเวณช่วงเอวมามาก ได้วินิจฉัยว่าเป็นการปวดเอวร่วมกับมีการกดทับของเส้นประสาท(low back pain with sciatica) เนื่องจากได้รับยามากมายแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น จึงเปลี่ยนวิธีรักษาเป็นดูแลสุขภาพ บำบัดซึ่งเป็นการ แพทย์ทางเลือกชนิดหนึ่ง

ในครั้งแรกยังไม่ได้ฝังเข็มให้ แต่ได้ให้ผู้ป่วยเรียนรู้การบริหารแก้ไขโครงสร้างที่ผิดปกติ และรับการนวดประคบสมุนไพรร้อนคลายกล้ามเนื้อและแก้อาการเจ็บปวดตามแนวทางการนวดไทย ในครั้งต่อมาผู้ป่วยบอกว่าดีขึ้น แต่ยังมีอาการมากอยู่จึงได้ฝังเข็มไป หลังจากฝังเข็ม 1 ครั้งมีอาการดีขึ้นมากเหลือการปวดอยู่บ้างแต่ดูนั่งสบายกว่าเดิม ยืนก้มตัวลงต่ำได้จนมือเกือบถึงพื้น อาการขาที่ชาหายไป ผู้ป่วยรายนี้รับการฝังเข็มไปทั้งหมด 2 ครั้งก็มีอาการดีขึ้นจนเป็นที่น่าพอใจ หากผู้ป่วยไม่ละเลยการบริหารร่างกายตามที่ได้แนะนำไป ก็น่าจะไม่ต้องกลับปวดรุนแรงอีก

5.4.ปฏิกิริยาของผู้ให้บริการในโรงพยาบาล หลังการปรับระบบ

(1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการโดยตรง

จากการทำ เสาวนากลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้แก่เจ้าหน้าที่ห้องบัตร ห้องตรวจ ห้องยา และเจ้าหน้าที่ในฝ่ายแพทย์แผนไทย รวม 12 คน ทุกคนเห็นด้วยที่จัดระบบบริการนี้ เพราะเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ต้องรอนาน เจ้าหน้าที่ห้องบัตรก็สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ ลดความแออัดที่ดีของผู้ป่วยนอก

สำหรับขั้นตอน การให้บริการ ส่วนใหญ่คล่องตัวดี แต่ยังขาดการประชาสัมพันธ์ทั้งในส่วนของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลด้วยกันเองและในชุมชน เจ้าหน้าที่บางคนยังไม่ทราบว่าที่ฝ่ายแพทย์แผนไทยทำอะไรบ้าง หรือชาวบ้านในหมู่บ้านใกล้โรงพยาบาลเองก็ยังไม่ทราบว่ามีการให้บริการด้านนี้

เมื่อถามความรู้สึก ภาระความรับผิดชอบในงานว่าต้องทำมากขึ้นหรือไม่อย่างไร ตัวเองทำงานหนักขึ้น มีภาระเพิ่มขึ้นหรือไม่ เจ้าหน้าที่ห้องบัตรและหน้าห้องตรวจ ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ เพราะทำตามปกติ ส่วนเจ้าหน้าที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย ซึ่งต้องทำหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยและผลิตยาสมุนไพรด้วย บอกว่าต้องทำงานหนักขึ้นเท่าตัว หากวันไหนผู้ป่วยนอนมาก จะเหนื่อยมาก แต่ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระเพราะทำงานอย่างมีความสุข เนื่องจากมีอิสระในการตัดสินใจ ได้พูดคุยและเห็นความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น รู้สึกภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย ส่วนภาระในการผลิตสมุนไพรได้แก้ไขโดยการจ้างเจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่นมาทำงานนอกเวลา จึงไม่หนักเหมือนแต่ก่อน

สำหรับความคิดเห็นในการให้บริการ ความพึงพอใจของ ผู้ป่วยต่อการให้บริการ การฝึกสอน การให้สุขศึกษา คิดว่าผู้ป่วยพึงพอใจเพราะมีทางเลือกในการรักษา และมีปฏิกิริยาตอบสนองจะดี แต่การแนะนำญาติ สอนให้นวดจะไม่ค่อยได้ผล ญาติที่สนใจจริง ๆ เท่านั้นที่จะทำได้ในการนวดซึ่งมีประมาณร้อยละ 10 ส่วนใหญ่เป็นคนในเมือง ถ้ามีฐานะดีมีความรู้ ญาติจะสนใจดูแล แนะนำได้และสามารถทำได้ต่อเนื่องจะเห็นการเปลี่ยนแปลงมาก

(2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ พยาบาลที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรง

จากการทำแบบสอบถามความคิดเห็น พยาบาลที่หมุนเวียนกันขึ้นปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยนอก และตึกผู้ป่วยใน ซึ่งอาจได้เข้ามาในระบบบริการใหม่บ้างหากขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้าที่ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 16 คน ตอบแบบสอบถามครบทั้ง 16 คน สรุป ความคิดเห็นได้ดังนี้

ความคิดเห็นในการจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยมีทางเลือกมากขึ้น ทุกคนเห็นด้วย เพราะช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดการใช้จ่ายแก้ปวด มี 2 รายที่เสนอว่าควรกำหนดกรอบฝ่ายแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน และส่วนใหญ่เห็นด้วยที่ให้ลูกจ้างประจำเป็นผู้ให้บริการนวด เพราะเป็นการนวดสามารถฝึกฝนได้ และเป็นคนที่อยู่ในชุมชนอยู่แล้วสามารถนำไปใช้ในชุมชนได้ด้วย แต่ควรมีการฝึกอบรมในด้านความรู้และจริยธรรมอยู่เสมอ ควรอยู่ในการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ และมี 1 รายที่เสนอว่าหากเป็นพยาบาลก็จะดี เพราะมีความรู้โรคอื่นด้วย สำหรับระบบ ขั้นตอนการให้บริการส่วนใหญ่ทราบและเห็นว่าคล่องตัวดีแล้ว มี 2 รายที่ยังไม่ค่อยทราบ ระบบ แต่ทราบว่ามีการให้บริการอะไรบ้าง นอกจากนี้ ยังเสนอแนะให้เปิดให้บริการนอกเวลาราชการด้วย เพราะผู้ที่อยู่เวรบ่อย มักพบผู้ป่วยที่มีอาการปวดเมื่อย จำเป็นต้องให้ยาแก้ปวด ไม่มีทางเลือกให้ผู้ป่วยเหมือนในช่วงเวรเช้า ส่วนปัญหาที่พบในระบบบริการคือผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์ก่อนจะต้องรอนาน และมีผู้ป่วยบางรายนวดแล้วเจ็บมากขึ้น แต่หมอนัดจำเป็นต้องมาเพราะเกรงใจหมอ

5.5. ความคุ้มค่า (Cost&benefit)ของระบบบริการแบบทางเลือก

(1) ความคุ้มค่าในส่วนของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีบัตรสิทธิพิเศษต่างๆ (ร้อยละ 80) ดังนั้นค่าใช้จ่ายจึงเป็นค่าเดินทาง ค่าอาหาร ส่วนผู้ที่ไม่มีบัตรสิทธิพิเศษเห็นว่าค่าใช้จ่ายไม่ต่างกันมากนัก อยู่ในระหว่าง 20-100 บาท แต่ถ้าได้รับยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวด ประคบ อบสมุนไพร ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ายา แต่ก็รับได้และยินดีจ่ายเพราะได้รับบริการที่พอใจ อาการปวดเมื่อยหายหรือดีขึ้นหลังจากนวดแล้ว และยังได้ฝึกหัด

นวดตัวเอง หัดทำโยคะ ได้คำแนะนำที่ไม่เคยรู้มาก่อน ทำให้น่ากลับไปใช้ที่บ้านได้ จึงไม่เห็นว่าการใช้ยา
ที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นภาระ และแม้จะต้องเสียเวลารอที่ฝ่ายแพทย์แผนไทยนานก็ยินดีโดยไม่รู้สึกว่าต้องรอ
นานหรือไม่ได้รับบริการ เพราะเข้าใจและเห็นความตั้งใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้ให้ข้อเสนอแนะว่าอยากให้โรงพยาบาลมีการประชาสัมพันธ์มากกว่านี้
อยากให้เน้นเรื่องการดูแลตนเอง

(2) ความคุ้มค่าในส่วนของโรงพยาบาลเมื่อ ปรับระบบ

จากการพูดคุยและสังเกตการรับบริการที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย มีสิ่งที่แตกต่างจากก่อนการปรับ
ระบบที่เห็นได้ชัดและเป็นจุดเด่นคือความคุ้นเคยสนิทสนมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การได้
สัมผัส รับฟังปัญหา ให้เวลาผู้ป่วยได้พูดคุยเล่าถึงการเจ็บป่วยของตนเอง ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง การมี
ส่วนร่วมรับฟังปัญหาและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ความมีน้ำใจเอื้อ
อาทรต่อกันในกลุ่มผู้รับบริการ ช่วยเหลือ ประคับประคองผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ความสัมพันธ์
ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรัง มิใช่เป็นเพียงผู้ให้และผู้รับบริการ แต่เป็นความ
ผูกพัน สนิทสนมดุจญาติมิตรที่ดีต่อกัน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นคุณค่าที่หาได้ยากจาก ระบบบริการสาธารณสุข
ปัจจุบัน

การเปิดให้บริการคลินิกนวดไทย ประคบ อบสมุนไพร นับว่าเป็นการเพิ่มสิ่งที่ไม่เคยมีอยู่ใน
ระบบมาก่อน ดังนั้นค่าใช้จ่ายจึงจำเป็นต้องเพิ่มขึ้นตั้งแต่ขั้นเตรียมการ ทั้งในส่วนของ การเตรียมบุคลากร
ค่าจ้างเงินเดือนเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่นวด ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การเตรียมสถานที่ วัสดุ
อุปกรณ์ต่างๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนต้องมีค่าใช้จ่าย แต่เมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับซึ่งเกิดผลดีต่อผู้ป่วยโดย
ตรงดังกล่าวมาแล้วก็นับว่าคุ้มค่ากับการลงทุน

5.6. การเชื่อมโยงเครือข่ายชุมชน

(1) การเสริมสร้างเครือข่ายชุมชน

ได้มีเครือข่ายชุมชนรองรับการดูแลผู้ป่วยปวดเมื่อยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลไปรับบริการต่อ
เนื่องในชุมชน และมีการรณรงค์ให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการในชุมชนกันเองก่อนมาโรงพยาบาล โดย
ประสานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่สนใจ ส่งอาสาสมัครมารับการฝึกอบรมการนวดไทยที่โรงพยาบาล
แล้วกลับไปให้บริการที่สถานีอนามัยหรือหรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เมื่อมีผู้ป่วยมารับบริการที่
โรงพยาบาล ในรายที่อาการดีขึ้นแต่ควรได้รับการดูแลต่อเนื่องก็จะแนะนำให้ไปรับบริการที่ที่มีเครือข่าย
อยู่ใกล้บ้าน แต่ไม่ได้จัดระบบการส่งต่อที่เป็นระบบชัดเจน เนื่องจากต้องการให้เป็นไปตามธรรมชาติและ
ความสมัครใจของผู้รับบริการ

จากการติดตามการเชื่อมโยงเครือข่ายในชุมชนในระยะที่ 1 มีสถานีอนามัยที่สนใจร่วมเป็น เครือข่าย
4 แห่ง และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 1 แห่ง พบว่า ชาวบ้านให้ความสนใจแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่
ดังนี้

-**สถานีนามัยศรีสะอาด** เปิดให้บริการโดยต่อเติมใต้ถุนบ้านพักเก่า ผู้แนวคิดคือ อสม.และผู้ติดเชื้อ HIV เจ้าหน้าที่ใช้เงินกองทุนผู้ติดเชื้อมาจ้างเป็นรายเดือน ชาวบ้านมารับบริการจากการประชาสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ และจากการส่งต่อของโรงพยาบาลพญาเม็ง ส่วนมากมาด้วยอาการปวดเมื่อยหลัง เอว ขา

-**สถานีนามัยไม้ยา** เปิดให้บริการใน สถานีนามัยหลัง เก่า (ได้สถานีนามัยหลังใหม่ จึงยกหลังเก่าให้เป็นศูนย์แพทย์แผนไทยของหมู่บ้าน) แบ่งเป็นห้องอบ นวด ชัดเจน ผู้แนวคิดคือ อสม. เปลี่ยนกันมาอยู่ให้บริการประจำ ผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่ตั้งใจมาอบสมุนไพร เมื่ออบแล้วจึงนวด รายได้ทั้งหมดเป็นของผู้แนวคิด

-**สถานีนามัยแม่คำ** ปรับปรุงบ้านพักเจ้าหน้าที่หลังเก่าโดยใช้พื้นที่ชั้นล่างปรับปรุงเป็นห้องนวด และอบสมุนไพร ห้องอบสมุนไพรใช้แบบเคลื่อนที่โดยทำโครงเหล็กกว้างxยาวx สูง = 1.5x1.5x1.5 เมตร มีผ้าคลุมและใช้หม้อหุงข้าวไฟฟ้าต้มสมุนไพร คนเข้าอบได้ครั้งละ 5-6 คน

-**สถานีนามัยคำ** สร้างศาลาแพทย์แผนไทยแยกต่างหากจากอาคารสถานีนามัย โดยงบประมาณและการขอบริจาค ผู้แนวคิดคือ หมอนวดพื้นบ้านและผู้สนใจสมัครมาฝึกหัดที่โรงพยาบาล มาอยู่ประจำทุกวันจันทร์-ศุกร์ ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มาเพื่อนวดคลายอาการปวดเมื่อยแล้วจึงอบสมุนไพร รายได้ คำนวณเก็บเข้ากองกลาง เมื่อถึงสิ้นเดือนจึงแบ่งกัน แต่ค่าอบสมุนไพรเป็นของสถานีนามัย

- **ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนบ้านสันต้ามัคคี** เปิดให้บริการ นวด ประคบ อบสมุนไพรในศูนย์ฯ ทุกวันอาทิตย์ โดยอสม.ที่ผ่านการฝึกจากโรงพยาบาล คำนวณแล้วแต่บริจาค เป็นของผู้แนวคิดโดยหักเข้าสมช. 3% ค่าอบสมุนไพร เข้าสมช.ทั้งหมด การให้บริการของผู้แนวคิดในทุกแห่งที่เหมือนกันคือ ในวันหรือเวลาที่ไม่ได้ไปนวดที่ สอ.หรือสมช. ชาวบ้านจะไปหาที่บ้าน

จากการติดตามหมอนวดที่ผ่านการอบรมจากโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 60 ได้รับการตอบสนองที่ดีในระยะแรก และอ่อนลงในระยะหลัง และจากการแนะนำให้ไปรับบริการต่อจากโรงพยาบาล มีเพียงร้อยละ 16 เท่านั้นที่ไปใช้บริการ ซึ่งมีปัจจัยหลายประการได้แก่ ความสามารถของอาสาสมัคร หรือมีความจำเป็นในการประกอบอาชีพหลัก ไม่มีเวลาดูแล หรือว่างไม่ตรงกับผู้ป่วย และที่สำคัญคือค่าใช้จ่ายซึ่งหากผู้ป่วยที่มีสิทธิพิเศษต่างๆหากมารับบริการที่โรงพยาบาลไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ถ้าไปนวดในหมู่บ้านต้องเสียค่าใช้จ่าย และที่สำคัญคือการให้ความสำคัญของผู้นำชุมชน หมู่บ้านใดที่ผู้นำให้การสนับสนุนก็จะต่อเนื่องไปได้ แต่หมู่บ้านใดผู้นำไม่สนใจหรือไม่สนับสนุน หรือมีเรื่องผลประโยชน์ของกลุ่มเข้ามาเกี่ยวข้องก็จะทำให้ขาดการต่อเนื่อง แต่ทั้งหมดคือ ร้อยละ 100 ต่างมีการให้บริการที่บ้านของตนเอง โดยที่คนไข้จะไปหา ในลักษณะการช่วยเหลือกันโดยไม่คิดมูลค่าหรือแล้วแต่จะให้ หรือให้เป็นสิ่งของ และบางคนมีคนไข้มารับไปให้บริการที่บ้านโดยมีค่าจ้างให้ นอกจากนี้ยังพบว่านอกจากหมอนวดที่มารับการฝึกหัดจากโรงพยาบาลแล้ว ยังมีหมอนวดพื้นบ้านที่เรียนรู้มาจากบรรพบุรุษและมีการให้บริการกันเองในหมู่บ้านอยู่แล้วถึงร้อยละ 60 ที่นวดแบบช่วยเหลือกันในกลุ่มเครือญาติและเพื่อนบ้าน ซึ่งร้อยละ 45 มีอาการปวดเมื่อยหลัง เอว แขนและขา ส่วนใหญ่หมอนวดจะถนัดนวดแก้การปวดหลัง ปวดขา จับเส้นเอ็น ปวดเมื่อยตามตัว อาการที่ไม่ถนัดคือปวดสะบัก ปวดข้อ และอาการที่ปวดมากๆ สำหรับความถี่ในการนวด มีเพียงร้อยละ 13.51 ที่นวดทุกวัน อีกร้อยละ 54.05 นานๆครั้งจึงจะได้นวด เนื่องจากไม่มีเวลา แต่ก็มิถึงร้อยละ

32.45 ที่มีการนัดให้กับญาติพี่น้อง ร้อยละ 59.46 นวดที่บ้านของตนเอง อีกร้อยละ 16.22 นวดที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่เหลือไปนวดที่บ้านผู้ป่วย บ้าง นวดในไร่ในนาบ้างและมี รายที่นวดในงานศพ เพราะชาวบ้านรู้จักและมักขอให้นวด รายได้ค่าบริการนวดส่วนใหญ่เห็นว่าควรอยู่ในระหว่าง 20-80 บาทเท่าที่ให้บริการมาพบว่าปัญหาหลักคือไม่มีเวลาเพราะต้องทำอาชีพหลัก การนวดแต่ละครั้งต้องใช้เวลา นาน และบางท่านก็อายุมากแล้ว ไม่มีแรงนวด ในกลุ่มที่ให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีปัญหาเรื่องสถานที่คับแคบ บางครั้งมารับบริการหลายคนก็แออัด

(2) การสนองตอบของ ชุมชนต่อการเชื่อมเครือข่ายการนวดไทย อบสมุนไพรรไปสู่ชุมชน

เพื่อทราบถึงความคิดเห็น ความต้องการและปฏิกิริยาตอบรับในการสร้างเครือข่ายไปในชุมชน และเกิดเครือข่ายที่เป็นไปได้มีการพึ่งตนเองในชุมชนอย่างแท้จริง จึงได้ศึกษาถึงความคิดเห็น ความคิด ความเชื่อและแนวทางการสร้างเครือข่ายในชุมชน ในความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อบต. ผู้นำชุมชน หมอนวดพื้นบ้าน(ทั้งที่ได้รับการอบรมจากโรงพยาบาลและไม่ได้รับการอบรม) และชาวบ้านผู้ให้บริการ โดยเชิญเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยร่วมเป็นทีมวิจัย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มต่างๆดังกล่าว ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัย 8 แห่ง (5ตำบล) และขณะเดียวกันได้ทำการสอบถามเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยผู้รับผิดชอบเพื่อทราบปฏิกิริยา ทศนคติ ในการจัดระบบของเจ้าหน้าที่เองด้วย ซึ่งสรุปผล ได้ดังนี้

ก.กลุ่ม อบต.และ ผู้นำชุมชน

ทำการสัมภาษณ์ อบต. ผู้นำชุมชน รวม 94 คน สัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับการนวดอบสมุนไพรร และคิดว่าควรส่งเสริมให้มีในหมู่บ้านหรือไม่อย่างไร และควรทำที่ไหน ใครควรรับผิดชอบ ได้คำตอบดังนี้

ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.67 ทราบว่าโรงพยาบาลมีการให้บริการนวด ประคบอบสมุนไพรร โดยทราบจากอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและจากชาวบ้านผู้ที่เคยไปใช้บริการ และร้อยละ 54.25 ทราบว่ามีหมอนวดอยู่ในหมู่บ้านโดยสามารถบอกชื่อหมอนวดได้ถูกต้อง ร้อยละ 92.55 เชื่อว่าการนวดการอบสมุนไพรรจะช่วยรักษาอาการปวดเมื่อยได้เพราะเคยเห็น คนที่ไปใช้บริการแล้วหาย ดีขึ้น และทุกคนเห็นด้วยหากจะส่งเสริมให้มีอยู่ในหมู่บ้านเพราะใกล้บ้าน เจ็บป่วยเล็กน้อยรักษากันเองได้ ประหยัด เพิ่มรายได้ให้กับชาวบ้าน ส่วนควรมีที่ไหนใครรับผิดชอบ มีความคิดเห็นที่ต่างกัน คือร้อยละ 34.04 เห็นว่าควรทำที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ให้อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) หรือคนที่สนใจ เป็นผู้รับผิดชอบ ร้อยละ 23.41 เห็นว่าควรทำที่บ้านหมอนวด ร้อยละ 22.34 ควรทำที่สถานีอนามัยโดยอาสาสมัคร อีกร้อยละ 17.02 เห็นว่าควรทำที่สถานีอนามัย มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบอาจให้อาสาสมัครเป็นผู้ให้บริการ และอีกร้อยละ 3.19 บอกว่าที่ไหนก็ได้ เช่นที่วัด หรือศาลากลางบ้าน

ข.กลุ่มชาวบ้านผู้ให้บริการ

ทำการสัมภาษณ์ชาวบ้านตำบลละ 40คน รวม 320 คน เกี่ยวกับสาเหตุของการปวดเมื่อย การรักษาเมื่อมีอาการ ความเชื่อและการใช้บริการด้านการนวด ประคบอบสมุนไพรร ความต้องการให้มีเครือข่ายในชุมชนและค่าใช้จ่ายที่ควรจะเป็น และควรจะทำที่ไหนอย่างไร สรุปได้ดังนี้

ชาวบ้านส่วนใหญ่ทราบว่าอาการปวดเมื่อยเกิดจากการทำงาน(ร้อยละ 87.64) และจากท่าทางที่ไม่ถูกต้อง ความเครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ การออกกำลังกายมากเกินไป รับประทานอาหารไม่ถูกจากยาฆ่าแมลง และความเสื่อมของร่างกาย เมื่อมีอาการปวดเมื่อย ร้อยละ 36 จะซื้อยากินเอง อีกร้อยละ 25 ใช้การนวดโดยให้ลูกหลานเหยียบ ให้ภรรยา นวด ให้ผู้สูงอายุ นวด และอีกร้อยละ 17.09 ไปหาหมอนอนามัยหรือโรงพยาบาล นอกนั้นปล่อยให้หายเองโดยการพักผ่อนบ้าง ออกกำลังกายบ้าง ทายานวด และ 1 ราย อบสมุนไพร

ปฏิกิริยาต่อการ การให้บริการโดยเครือข่ายที่ดำเนินการพบว่าร้อยละ 31.27 เคยมาใช้บริการส่วนใหญ่จะชอบอบสมุนไพรมากกว่านวด โดยให้เหตุผลว่าอบสมุนไพรแล้วเบาเนื้อเบาตัว สบายดี หายปวดเมื่อยไปด้วย แต่ถ้าปวดเมื่อยมาก ๆ ก็จะนวด แต่หมอนวดบางคนนวดไม่เหมือนกับที่โรงพยาบาลนวดให้ บางคนก็หาย บางคนก็ไม่หาย บางคนนวดแล้วเจ็บมากกว่าเดิม(2ราย) และมี 2 รายที่บอกว่าเกรงใจหมอนวด

เมื่อถามถึงความต้องการให้มีการนวดไทย ประคบ อบสมุนไพรในหมู่บ้านหรือไม่ และควรทำที่ไหนอย่างไร ร้อยละ 92.73 ต้องการให้มี เพราะเป็นสิ่งที่ดี ช่วยกันเองในหมู่บ้านได้ ไม่ต้องไปไกลสะดวกโดยเฉพาะผู้สูงอายุจะไปใช้บริการได้ง่ายขึ้น และใช้บริการได้บ่อยขึ้นเพราะใกล้บ้าน ร้อยละ 42.91 ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้สถานีนามัยเห็นว่าควรทำในสถานีนามัยมีเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ อีกร้อยละ 34.91 เห็นว่าควรทำในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพราะเป็นจุดศูนย์รวมของหมู่บ้าน ขณะที่ร้อยละ 9.45 และ 7.27 เห็นว่าควรไปนวดที่บ้านของหมอนวดและให้หมอนวดมานวดที่บ้านตามลำดับ มี 1 รายเห็นว่าควรเป็นทั้งวัดและอีก 1 รายเห็นว่าที่ไหนก็ได้ขอให้สะดวกกับทุกคน สำหรับค่าใช้จ่ายหรือค่าบริการส่วนใหญ่(ร้อยละ 75.64) เห็นว่าควรอยู่ในระหว่าง 20-80 บาท อีกร้อยละ 18.55 เห็นว่าแล้วแต่จะให้ ที่เหลือบอกว่าอาจให้เป็นสิ่งของ มี 1 รายที่เห็นว่าควรให้มากกว่า 100 บาท

นอกจากนี้ชาวบ้านยังมีความต้องการที่จะเรียนรู้วิธีการนวด ประคบอบสมุนไพร เพื่อนำมาใช้ในครอบครัวของตัวเอง(ร้อยละ 67.27) เพราะจะได้นวดให้คนในบ้าน ,ไม่ต้องเสียค่านวดให้คนอื่น ,จะใช้เมื่อไรก็ได้ ,จะได้เปลี่ยนกันนวด ในจำนวนนี้มีทั้งที่ต้องการเรียนรู้ด้วยตนเองและต้องการให้คนในบ้านไปหัดนวดเพราะตนเองไม่มีเวลา ส่วนอีกร้อยละ 32.73 ไม่อยากเรียนรู้เพราะไม่มีเวลา เห็นว่าไม่ทันสมัยและอายุมากแล้ว และยังสามารถแนะนำให้ณรงค์สอนความรู้เกี่ยวกับการนวด และสมุนไพรให้ชาวบ้านมากขึ้น และดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ค.กลุ่มหมอนวดพื้นบ้าน

ร้อยละ 100 พึงพอใจ หมอนวดทุกคนเห็นว่าควรสนับสนุนให้มีการนวดในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องและจริงจัง โดยที่ร้อยละ 66.66 อยากนวดที่บ้านของตนเองเพราะสะดวก ร้อยละ 21.21 เห็นว่าควรนวดที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน บางรายคิดว่าน่าจะนวดที่สถานีนามัยและที่บ้านผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 12.13 ทุกคนต้องการอบรมเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสบการณ์ ต้องการให้โรงพยาบาลส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง และต้องการรวมกลุ่มหมอนวดพื้นบ้านด้วยกันเพื่อจะได้รู้จักกันและแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ผลจากการเสวนากลุ่มหมอนวดบ้านสันสามัคคี ซึ่งให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จำนวน 6 คน ทุกคนมีความภูมิใจในการเป็นหมอนวด เพราะการ อบสมุนไพร การนวดไทย สามารถทดแทนการใช้ยาแก้ปวดได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ผ่านการอบรม “ ผลมันติดกับตัวเรา ช่วยญาติ ช่วยพี่ ช่วยน้องได้ ” แต่ในหมู่บ้านก็ยังมีคนใช้ยาแก้ปวดหัวยาวอยู่บ้างเพราะเขาเห็นว่า ได้ผลเร็วกว่านวด ต้องการเปิดให้บริการในศูนย์อย่างต่อเนื่องเพราะมีผู้ใช้บริการมากทั้งในหมู่บ้านและหมู่บ้านใกล้เคียง แต่ก็มีชาวบ้านบางคนไม่เข้าใจ คิดว่าศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนนี่เป็นที่ทำมาหากินของอาสาสมัครหรือหมอนวด ซึ่งแก้ไขโดย ตัวเองต้องมีความอดทน เจ้าหน้าที่มาร่วมประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านและชี้แจงกิจกรรมของศูนย์ ผลประโยชน์ที่ชาวบ้านจะได้รับจากการให้บริการของอาสาสมัคร นอกจากนี้กลุ่มต้องการที่จะอบรมเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจให้กับตนเอง

ง.กลุ่มเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

โดยทำแบบสอบถามเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่รับผิดชอบ แห่งละ 1 คน รวม 8 คน มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1-5 ปี เคยผ่านการอบรมการนวดไทยจากโรงพยาบาลพญาเม็งราย 2 คน ส่วนใหญ่เห็นว่าชาวบ้านในพื้นที่รับผิดชอบมีความสนใจเรื่องการนวด การอบสมุนไพร เพราะมีในหมู่บ้านอยู่แล้ว เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าค่ายา แต่ก็มี 2 แห่งที่เห็นว่าชาวบ้านไม่สนใจเพราะชอบฉีดยามากกว่าและอีกแห่งหนึ่งเป็นพื้นที่ชาวเขา แต่เมื่อเจ้าหน้าที่ไปเก็บข้อมูลก็พบว่าจริงๆแล้วในหมู่บ้านชาวเขาก็มีการนวดอยู่และอยากให้สนับสนุน 7 รายต้องการทำในสถานีอนามัย แต่มีปัญหาว่าสถานที่คับแคบ และเจ้าหน้าที่เองยังไม่มีความรู้ ส่วนอีก 1 แห่งไม่ต้องการทำในสถานีอนามัยแต่จะทำในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และหากจะสร้างเครือข่ายให้ได้ผลส่วนใหญ่เห็นว่าควรอบรมการนวดในหมู่บ้านโดยเลือกผู้ที่สนใจมาอบรมก่อนแล้วขยายผลต่อ เปิดบริการที่บ้านหมอและขณะเดียวกันก็มีที่สถานีอนามัยด้วย ควรมีการอบรมเพิ่มความรู้แก่หมอนวดพื้นบ้านบ่อยๆ สำหรับเจ้าหน้าที่เองก็ต้องการให้จัดหลักสูตรสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน

บทที่ 6

วิเคราะห์ผลการปรับระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม

จากกรอบแนวคิด การจัดบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม เป็นมิติการให้บริการสาธารณสุขในหลายรูปแบบ และวิธีการที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องโดยใช้โรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการสาธารณสุข ตำบล หมู่บ้านเป็นตัวเชื่อมและประสานซึ่งกันและกันกับการให้บริการแก่ชุมชนโดยมีเป้าหมายให้ประชาชนได้ใช้บริการอย่างทั่วถึง และเข้าใจสุขภาพอนามัยที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน ครอบครัว และดูแลตนเองได้บนพื้นฐานความเข้าใจที่ถูกต้อง ดังนั้นการวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาการปรับรูปแบบบริการจากการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเดี่ยวเป็นการให้บริการในแนวคิดองค์รวม โดยผสมผสานทั้งด้านรักษาฟื้นฟูสภาพส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปพร้อมๆกันโดยให้สามารถเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยผ่านกรณีตัวอย่าง 2 กรณี คือกรณีทดลองปรับระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ที่จะปรับไปสู่การเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและศักยภาพชุมชน (หรือการแก้ปัญหาโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรมชุมชนที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดความสลับซับซ้อนและการพึ่งพาโรงพยาบาล) และกรณีทดลองปรับระบบบริการผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงสร้าง ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่จะปรับไปสู่ระบบบริการที่มีทางเลือกผสมผสาน (หรือการดูแลรักษาโรคปวดเมื่อยด้วยทางเลือกการนวดหรือสมุนไพรที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน) โดยดำเนินการใน 2 ส่วนที่เกี่ยวข้องกันคือโรงพยาบาลและชุมชน ในส่วนของโรงพยาบาลมีเป้าหมายอยู่ที่บุคลากรและกระบวนการจัดระบบบริการ ในส่วนของชุมชน เป้าหมายคือผู้ป่วยและญาติโดยมีกลไกที่เกี่ยวข้องได้แก่องค์กรชุมชน / อบต. สถานีอนามัย และกลุ่มต่างๆ ที่จะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในชุมชน ทำการศึกษาวิจัย 2 ปี แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการเตรียมความพร้อมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาลและในชุมชนควบคู่ไปกับการทดลองปรับระบบบริการ ระยะที่ 2 เป็นการติดตามผลการปรับระบบบริการ วิเคราะห์ผลการวิจัยได้ดังนี้

6.1 ข้อแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการปรับระบบบริการ

ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันเป็นระบบในแนวตั้งคือมีการบริหารจัดการเป็นลำดับขั้นขึ้นตอนจากระดับบนสู่ล่างหรือจากระดับล่างสู่ระดับบนแล้วแต่กรณี แม้จะเน้นการบริการใน 4 กิจกรรมหลักคือ การรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ฟื้นฟู ก็ยังเป็นการดำเนินงานที่ต่างคนต่างทำ แบ่งแยกฝ่ายแยกงาน ผู้ป่วยต้องทำตามการวินิจฉัยของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น หากไม่ทำตามถือว่าไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เมื่อกลับบ้านแล้วถือว่าสิ้นสุดการรักษา หมาดการรับผิดชอบของโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับมา ผลการรักษาไม่ก้าวหน้าขึ้นหรือกลับเลวลง ก็เป็นความผิดของผู้ป่วยที่ไม่ทำตามคำแนะนำที่ให้ไว้ หรือผู้ป่วยมีปัญหาไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ก็ไม่ได้โทษว่าผู้ป่วยผิดนัด โดยมีได้ทราบถึงสาเหตุของการผิดนัดที่แท้จริงนั้นคืออะไร ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน อยู่ในชุมชน จะปฏิบัติตัวอย่างไร มีพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมหรือขัดแย้งกับโรคหรืออาการที่เป็นอยู่หรือ

ไม่ มีปัญหาครอบครัวหรือปัญหาสังคมอื่นที่กระทบต่อสุขภาพหรือไม่ กรณีเช่นนี้มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยเรื้อรัง อย่างเช่นตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานรายแรก ที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้บางครั้งสูงเกินบางครั้งต่ำเกิน จนกระทั่ง เป็นลมเนื่องจากระดับน้ำตาลต่ำมาก เมื่อมีการปรับระบบบริการ พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้าน พุคคุยซักถามถามปัญหาจึงทราบว่าผู้ป่วยเสียใจ ท้อแท้ รักษาไม่หายกลัวเป็นภาระครอบครัว เพื่อนบ้านรังเกียจคิดว่าเป็นเอดส์ เพราะเจ็บป่วยมานาน ขาดคนดูแลก็ไม่มีใครซื้อ วันที่เป็นลมไปโรงพยาบาลนั้นจริงๆแล้วผู้ป่วยตั้งใจปล่อยให้น้ำตาลต่ำ เพื่อหวังจะฆ่าตัวตาย ปัญหาเหล่านี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะไม่มีโอกาสได้ทราบเลยหากยังคงยึดมั่นอยู่กับการให้บริการแบบเดิม

ระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม เป็นการจัดระบบในแนวนอนที่ทุกคน มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพ เป็นการดูแลผู้ป่วย 1 คนอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิตัดสินใจเลือกการรักษาของตนได้ทั้งการรักษาในแบบแผนปัจจุบันหรือทางเลือกอื่น ได้รับการฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปพร้อมๆกับการรักษาพยาบาล ดังกรณีตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานรายนี้ เมื่อ พยาบาลไปติดตามเยี่ยมที่บ้าน และรับทราบปัญหาของผู้ป่วยช่วยกันหาวิธีแก้ปัญหาช่วยชี้แจงยืนยันกับเพื่อนบ้านว่าผู้ป่วยเป็นเบาหวานมิได้ติดเชื้อเอดส์แต่อย่างใด ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพขายชาละเปาได้เหมือนเดิม ทั้งเพื่อนบ้าน ชุมชนยังช่วยกันดูแล คอยให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจ เมื่อมารับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ได้เข้าชมนิทรรศการกลุ่ม และได้รับการดูแลจากพยาบาลซึ่งทราบภูมิหลังของผู้ป่วยเป็นอย่างดี ให้การดูแลด้วยจิตใจที่อยากช่วยเหลือ มีความเป็นกันเอง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ตรงกับปัญหา นำไปปฏิบัติต่อบ้าน ภรรยาและลูกสาวช่วยดูแลเรื่องการคุมอาหาร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าขึ้น มีกำลังใจที่จะสู้กับโรคของตนเองต่อไป

กรณีผู้ป่วยเบาหวานรายนี้ เป็นตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยเวชปฏิบัติครอบครัวที่แสดงให้เห็นความแตกต่างของการให้บริการในระบบบริการก่อนและหลังการปรับระบบอย่างชัดเจน ทำให้ทีมงานฝ่ายการพยาบาลต้องทบทวนบทบาทของตนเอง มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลขึ้น ปรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยมองเห็นผู้ป่วยที่เป็นคนทั้งคน มิใช่เพียงผู้ที่ผ่านเข้ามารักษาโรคที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียวเหมือนแต่ก่อน แต่มองเห็นความเจ็บป่วยที่ต้องรักษาและมองเห็นถึงสุขภาพจิตใจและสังคมแวดล้อม ที่ต้องช่วยกันป้องกัน ดูแล ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพร่วมกับญาติและชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากเวชปฏิบัติครอบครัวแล้ว ระบบบริการที่ปรับขึ้นใหม่ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกอื่นๆที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดเมื่อยเรื้อรังไม่หายขาด แพทย์ช่วยได้เพียงการให้ยาบรรเทาอาการ ไม่หายขาด ทั้งยังต้องเพิ่มความเสี่ยงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นเมื่อมีการนำการนวดไทย การประคบ/อบสมุนไพร การปรับคุณภาพร่างกายด้วยการฝังเข็มเข้ามาผสมผสานกับการรักษาแผนปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่ลังเลใจที่จะเลือกใช้บริการ แม้ว่าบางครั้งอาจเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าก็ยินดี อย่างเช่นผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “ ต้องเสียค่ายาด้วย เสียค่านวดด้วย แต่ก็ไม่เป็นไร นวดแล้วหายปวดได้นานกว่ากินยาอย่างเดียว เอากลับไปทำเองที่บ้านก็ได้ ให้ลูกให้หลานนวดให้ได้ เพราะหมอที่โรง

พยาบาลสอนให้ด้วย บางทีก็ไปให้ อสม.ที่ไปฝึกจากโรงพยาบาลมาแล้วมาสอนให้ ไม่ต้องไปโรงพยาบาลอีก” รายนี้เป็นตัวอย่างให้เห็นถึงการดูแลจากโรงพยาบาลที่แพทย์แผนปัจจุบันเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้บริการนวดไทยรักษาอาการปวดเมื่อยที่เป็นเรื้อรังมาหลายปี เปลี่ยนยาแก้ปวดไปหลายชนิด จนแพทย์เองก็ไม่ทราบว่าจะให้ยาตัวไหนอีกแล้ว และจากระบบที่จัดไว้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพร้อมกับให้คำแนะนำการดูแลตนเอง สอนญาติให้ไปทำต่อที่บ้าน และยังมีเครือข่ายเป็นอาสาสมัครในชุมชนด้วย ผู้ป่วยรายนี้จึงได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ไปถึงที่บ้านและชุมชน ซึ่งหากเป็นการดูแลในระบบเดิมผู้ป่วยก็ยังคงต้องกินยาแก้ปวดเปลี่ยนชนิดไปเรื่อยๆจนกระทั่งจะทะเลาะหรือทะเลาะหรือเป็นโรคแทรกอื่นๆ ต่อไป

ในกระบวนการปรับระบบบริการ หากมองผ่านๆ จะเห็นว่าระบบเดิมก็มีการจัดระบบที่ง่าย สั้น ดูไม่ซับซ้อนยุ่งยาก น่าจะดีกว่าระบบที่ปรับเป็นแบบองค์รวม แต่หากมองดูในรายละเอียดเล็กๆ ของระบบที่จัดใหม่ในแต่ละกรณีแล้วจะเห็นศักยภาพที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เป็นองค์รวม ตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการจนกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชน เมื่อปฏิบัติตามระบบก็ไม่ได้ยุ่งยากซับซ้อนแต่กลับเป็นความคล่องตัวและเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วย ซึ่งสามารถเปรียบเทียบให้เห็นชัดเจนได้ดังนี้

ตารางที่10 ข้อแตกต่างระหว่าง ระบบเดิมกับระบบบริการในแนวคิดองค์รวม

ระบบเดิม	ระบบบริการในแนวคิดองค์รวม
1.)ผู้ป่วยไม่มีทางเลือกในการรักษา 2.)จำนวนผู้ป่วยแออัดอยู่ที่ตึกผู้ป่วยนอก 3.)ผู้ป่วย ทุกรายต้องพบแพทย์ ทำให้รอนาน 4.)แพทย์ต้องตรวจผู้ป่วยทุกราย 5.)ไม่มีการประเมินผลการรักษา ความพึงพอใจและไม่ต่อเนื่อง 6.)ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยมีน้อย	1.)ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกวิธีการรักษาของตนเอง 2.)กระจายผู้ป่วยออกจากตึกผู้ป่วยนอก 3.) ผู้ป่วยที่จำเป็นหรือรายที่พยาบาลไม่แน่ใจเท่านั้นที่รอพบแพทย์ ไม่ต้องรอนาน 4.)แพทย์ตรวจเฉพาะผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองแล้ว 5.)มีการประเมินอาการหลังการให้บริการ มีการปรึกษาระหว่างแพทย์และผู้ให้บริการและผู้ป่วย เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง หากให้บริการแล้วอาการดีขึ้น มีการพิจารณาต่อว่าต้องดูแลต่อเนื่องอย่างไร จำเป็นต้องมารักษาต่อที่โรงพยาบาลหรือ ส่งไปรักษากับเครือข่ายชุมชน ได้แก่ สถานีอนามัยและศูนย์บริการแพทย์แผนไทยในหมู่บ้าน หรือผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเอง 6.) มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย High touch จากการสัมผัส พูดคุย การให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติตัว ซึ่งผู้ป่วย 1 ราย จะได้

ระบบเดิม	ระบบบริการในแนวคิดองค์รวม
7.) ผู้ป่วยพึ่งตนเองไม่ได้ และคิดว่าการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องของแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น 8.) ไม่มีการเชื่อมโยงสู่ชุมชน การรักษายู่ที่โรงพยาบาลอย่างเดียว ชุมชนไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ประชาชนต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 9.) เป็นการดูแลสุขภาพแบบแยกส่วน แยกงานรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันโรค ต่างฝ่ายต่างทำ	รับบริการอย่างน้อย 20-30 นาที เป็นบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น เป็นความผูกพันที่ดีต่อกันและต่อเนื่องไปสู่ชุมชน 7.) ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้วิธีการดูแลรักษาและป้องกันตนเอง บุคคลในครอบครัว และ เพื่อนบ้านได้ 8.) มีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายไปในชุมชน ประชาชนสามารถพิจารณาได้ว่าเมื่อใดควรพึ่งตนเอง เมื่อใดควรพึ่งบริการของรัฐ องค์กรชุมชนเป็นผู้ดูแลการจัดระบบบริการ ช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย 9.) เป็นการดูแลสุขภาพที่ผสมผสานทุกกิจกรรม เข้าด้วยกันทั้งรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ และป้องกันโรค ซึ่งจะให้บริการอย่างครบถ้วนในการดูแลผู้ป่วย 1 คน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนกลับบ้านและต่อเนื่องในชุมชน

6.2 ระบบเครือข่ายชุมชน

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าระบบบริการในแนวคิดองค์รวมเป็นระบบที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ในโรงพยาบาลมีบุคลากรและกระบวนการเป็นปัจจัยหลัก ส่วนในชุมชนมีเป้าหมายที่ผู้ป่วยและญาติโดยอาศัยกลไกในชุมชน ได้แก่สถานีนามัย องค์กรชุมชน/อบต. องค์กรเอกชน กลุ่มสนใจต่างๆเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นเพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องมีระบบเครือข่ายที่ชัดเจน ซึ่งแยกออกเป็น 2 เครือข่ายดังนี้

(1) ระบบเครือข่ายในสถานีนามัย

ในระบบบริการแบบเดิมนั้น โรงพยาบาลกับสถานีนามัยมีการทำงานที่แยกกันอย่างชัดเจน ถึงแม้จะมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อการประสานงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง ถึงแม้จะมีทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย เพื่อพัฒนาหมอนามัยให้มีคุณภาพ มีสถานีนามัยขนาดใหญ่ที่ดูดีน่าเชื่อถือ แต่ระบบบริการยังคงเหมือนเดิม มีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลในระบบส่งต่อผู้ป่วย (Reference System) ซึ่งก็เป็นเพียงการส่งผู้ป่วยจากที่หนึ่งให้อีกที่หนึ่ง และหมดการรับผิดชอบในผู้ป่วยนั้นเป็นหน้าที่ของผู้ที่รับส่งต่อจะต้องดูแลต่อไป

ระบบบริการแบบองค์รวมที่โรงพยาบาลพญาเม็งรายทดลองทำร่วมกับสถานีนามัยที่สมัครใจ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อนามัยเพื่อดูแลผู้ป่วย 1 คน ตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วยหรือพบผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งจะดูแลตั้งแต่การรักษาอาการของโรคตามกระบวนการรักษาของแพทย์ การให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนจนกระทั่งผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง มีเจ้าหน้าที่อนามัยเป็นผู้คอยดูแลและมีพยาบาลเป็นที่ปรึกษา

ในกระบวนการปรับระบบ เริ่มด้วยการหาสถานีนามัยที่สมัครใจก่อน มีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทั้งด้านวิชาการและเทคนิควิธีการตรวจรักษาดูแลผู้ป่วย มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจนว่าพยาบาลที่เป็นพี่เลี้ยงจะเข้าไปช่วยทำอะไร เจ้าหน้าที่อนามัยจะทำอะไร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และเมื่อไรผู้ป่วยถึงต้องกลับไปปรับการดูแลที่โรงพยาบาล แต่กว่าที่ระบบนี้จะเป็นไปได้ อย่างค่อนข้างตัวสมบูรณ์แบบก็ต้องอาศัยเวลาในการปรับเนื่องจากในระยะแรกก็มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ที่ไม่ตรงกัน เมื่อดำเนินงานไประยะหนึ่งเห็นปัญหาและปรับปรุงไปตามปัญหาจึงทำให้เกิดรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี เจ้าหน้าที่ทำงานอย่างมีความสุข

(2)ระบบเครือข่ายในชุมชน

อีกกลไกหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและชาวบ้านเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ก็คือองค์กรในชุมชนนั้นๆเอง อันได้แก่ อบต. องค์กรเอกชน กลุ่มสนใจต่างๆ ในการปรับระบบบริการครั้งนี้ นับว่าเป็นความสามารถของเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่มองเห็นความเชื่อมโยงของการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ สามารถถ่ายทอดแนวคิดไปยังกลุ่มผู้นำชุมชน อบต.จนเกิดความสนใจ และเมื่อนำไปศึกษาดูงานที่จังหวัดขอนแก่น เห็นความได้เปรียบของพื้นที่ตนเองที่อุดมสมบูรณ์กว่ามาก กลับมาช่วยกันพัฒนาชุมชนตนเอง เพื่อหวังว่าจะอยู่ดีกินดี ซึ่งก็หมายถึงสุขภาพดีด้วย จึงได้เกิดกิจกรรมพัฒนาชุมชนยังยืนต่างๆตามมา ซึ่งแต่เดิมเพียงหวังว่าจะสร้างแนวคิดทัศนคติเพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างเครือข่ายชุมชน แต่เมื่อดำเนินการไปแล้ว องค์กรชุมชนก้าวไปไกล รับแนวคิดได้เร็วมาก ส่วนหนึ่งนั้นคงเป็นเพราะภาวะเศรษฐกิจในยุค ไอเอ็มเอฟ ประกอบกับมีแนวพระราชดำริเรื่องเศรษฐกิจพอเพียง มีองค์กรชุมชนที่เข้มแข็ง มองเห็นความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันของเศรษฐกิจกับสุขภาพ และพยายามช่วยกันเปลี่ยนวงจรอุบาทว์ จาก “ไม่รู้ จน เจ็บ” ให้เป็น “รู้ดี กินดี-อยู่ดี และสุขภาพดี”

องค์กรชุมชนเหล่านี้จึงมีบทบาทสำคัญ ที่จะผลักดันให้ชาวบ้านหันมาใส่ใจในเรื่องการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และเมื่อเจ็บป่วยก็ช่วยกันดูแลฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเห็นได้ชัดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่ผู้นำหมู่บ้านเข้าไปให้การช่วยเหลือ เพื่อนบ้านช่วยเป็นพี่เลี้ยงคอยดูแล หรือในกลุ่มที่มีอาการปวดเมื่อย มีกลุ่มสนใจการนวดไทยในหมู่บ้านคอยให้การช่วยเหลือกันเอง และประสานงานกับเจ้าหน้าที่ มีการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งกันและกัน

นอกจากชุมชนจะมองเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง และช่วยเหลือกันในชุมชนแล้วยังมองต่อมาถึง โรงพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งให้บริการด้านสุขภาพของพวกเขาก็ว่าหากโรงพยาบาล ไม่มีคุณภาพ ชาวบ้านก็ได้รับบริการที่ไม่มีคุณภาพ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของชุมชนที่จะต้องช่วยกันดูแลให้โรง

พยาบาลดำเนินงานอย่างมีคุณภาพ ดังเช่นผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งกล่าวในที่ประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาลว่า “เมื่อก่อนชาวบ้านเข้าใจว่า โรงพยาบาล โรงเรียน เป็นเรื่องของหลวง จะเป็นอย่างไร ไม่เคยสนใจ รู้แต่ว่ามาแล้วต้องได้รับการบริการ แต่ตอนนี้ยุคสมัยเปลี่ยนไป ชาวบ้านเข้าใจมากขึ้น ตอนนี้โรงเรียนเป็นของชาวบ้าน ชาวบ้านช่วยกันดูแล พัฒนาโรงเรียนของตัวเอง โรงพยาบาลก็เหมือนกัน หากอธิบายให้เข้าใจ ชาวบ้านก็เข้าใจ และก็จะช่วยกันเหมือนช่วยโรงเรียน ให้ชาวบ้านช่วยกันดูแลพัฒนาโรงพยาบาลของเขา” ซึ่งประเด็นที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลนี้ยังเป็นเพียงการเริ่มต้นที่ดี เป็นการเริ่มในกลุ่มคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาลซึ่งเป็นตัวแทนผู้นำชุมชนส่วนหนึ่ง ผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่นส่วนหนึ่ง แต่ก็ยังเป็นสิ่งแสดงให้เห็นว่าชุมชนเริ่มสนใจ มองเห็นความสำคัญของการพัฒนาในด้านสุขภาพมากขึ้น

6.3 ความพึงพอใจ / ความคุ้มค่า ในระบบบริการที่ปรับเปลี่ยน

(1) ความพึงพอใจ/ความคุ้มค่าในกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สถานีนามัย

การนำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมาปรับระบบบริการทำให้เจ้าหน้าที่ต้องปรับวิธีการดูแลผู้ป่วยจากการตั้งรับอยู่ในโรงพยาบาลอย่างเดียวเป็นการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปจนถึงที่บ้าน ทำให้ได้สัมผัสวิถีชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย รับทราบปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคน จนพยาบาลบางท่านถึงกับร้องไห้ไปกับผู้ป่วย ทำให้เกิดการช่วยกันคิดช่วยกันหาวิธีที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และนำประสบการณ์ที่ได้มาวางแผนเพื่อปรับใช้กับผู้ป่วยเรื่องอื่นๆ มีการเสนอแนะให้จัดระบบบริการเช่นเดียวกับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกับโรคอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไทรอยด์ ฯลฯ ทั้งๆที่ทุกคนบอกว่าต้องทำงานเพิ่มขึ้น ต้องเสียสละ แต่ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ เพราะเห็นประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ และเป็นการลดจำนวนผู้ป่วยที่มาแออัดในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการจัดพยาบาลไปให้บริการที่สถานีนามัย พยาบาลที่ไปปฏิบัติหน้าที่ในสถานีนามัยเองก็พึงพอใจเพราะตนเองก็ต้องพยายามหาความรู้อยู่ตลอดเพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้กับเจ้าหน้าที่อนามัย

ส่วนการจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยได้มีทางเลือกในการรักษามากกว่าจะรักษาด้วยยาหรือวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว ทุกคนพึงพอใจที่จะให้เกิดระบบนี้เพราะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกที่จะดูแลสุขภาพตนเอง

สิ่งเหล่านี้น่าจะเป็นข้อยืนยันได้ว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจกับระบบบริการที่ปรับเปลี่ยน โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพราะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีกับผู้ป่วยอย่างชัดเจน แต่กรณีการแพทย์ทางเลือก ด้วยการนวดและคลายกล้ามเนื้อซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่นำมาให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นด้วย มีบางคนที่ยังไม่แน่ใจในผลการรักษา แต่ก็เห็นด้วยเพราะช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกมากขึ้น

ส่วนการเชื่อมโยงเครือข่ายไปในชุมชน ไปในสถานีนามัย เจ้าหน้าที่อนามัยเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดี ได้รับความรู้เพิ่ม มีพี่พยาบาลมาช่วยเป็นพี่เลี้ยงทำให้มั่นใจมากขึ้น แต่ยังเป็นห่วงว่าเจ้าหน้าที่อนามัยมีน้อย และปริมาณงานมากเพราะต้องทำทั้งงานบริหารและบริการ เกรงว่าจะเป็นการเพิ่มงาน จึงทำให้หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลมีแนวคิดที่จะช่วยปรับระบบการบริการระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนามัยในรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) โดยทำโครงการพัฒนาระบบบริการในสถานีนามัย

อนามัยโดยใช้ระบบกองทุนประกันสุขภาพเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการให้มีความคล่องตัวสามารถรองรับการเชื่อมเครือข่ายดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลโดยไม่ขัดกับงานเดิมและเพิ่มงานมากขึ้น

จากการปรับระบบทำให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่อนามัยต้องมีการประสานงานช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ไม่แบ่งแยกว่าเป็นโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย แต่เป็นการทำงานเหมือนคนในครอบครัวเดียวกันทำงานร่วมกันแบบพี่น้อง โรงพยาบาลเปรียบเหมือนเป็นบ้านหลังใหญ่ที่พี่น้องไปมาหาสู่กัน มีปัญหาที่ช่วยกันแก้ไข มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จะเห็นความเปลี่ยนแปลงนี้ได้ชัดเจนในการแข่งกีฬาอีสัสมพันธ์ จากเดิมมี 3 สี คือโรงพยาบาล 2 สี เจ้าหน้าที่อนามัยอีก 1 สี แต่หลังการปรับระบบ มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเสนอให้รวมทีม เหลือเพียง 2 สี โดยแบ่งเจ้าหน้าที่อนามัยมาอยู่ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพราะต่างมีความรู้สึกเหมือนอยู่บ้านเดียวกันแต่คนหนึ่งทำงานอยู่ในบ้าน อีกคนหนึ่งออกไปทำงานนอกบ้าน

จากที่กล่าวมา เมื่อมองถึงความคุ้มค่าจากที่ได้ลงทุนพัฒนาเจ้าหน้าที่ ตั้งแต่การเตรียมความคิด ปรับทัศนคติในระยะที่ 1 และค่าใช้จ่ายในการปรับระบบให้เชื่อมโยงไปในชุมชนแล้ว สิ่งที่เกิดขึ้น ผลที่ได้รับนับว่าคุ้มค่าสมควรที่จะสนับสนุนให้ปรับระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันให้เป็นระบบบริการที่ใช้แนวคิดองค์รวมเข้ามาเป็นหลักในการดำเนินงาน

(2)ความพึงพอใจ ความคุ้มค่าในกลุ่มผู้ป่วยและญาติ

จากการปรับแนวคิด ทศนคติการให้บริการของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งผลให้เกิดการปรับกระบวนการในการให้บริการผู้ป่วย จากผู้ป่วยต้องทำตามคำสั่งอย่างเดียวเป็นผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการจัดระบบในแต่ละขั้นตอน เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญและนำเสนอแนะเหล่านั้นมาปรับระบบบริการ ให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่พึงพอใจ จากการติดตามสัมภาษณ์เจาะลึกถึงขั้นตอนการให้บริการส่วนใหญ่พึงพอใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา มาตามนัดทุกครั้ง เพราะสะดวกรวดเร็ว ไม่ปะปนกับผู้ป่วยอื่น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ เข้าใจในสาเหตุของโรค /อาการที่เป็น ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้ถูกต้อง มีความรู้ความเข้าใจในการรักษาตนเองเบื้องต้น อย่างเช่นผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่งที่ได้รับอนุญาตให้ไปรักษาต่อเนื่องที่สถานอนามัย แต่เมื่อระดับน้ำตาลสูงพยาบาลแนะนำให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้าใจหลักการรักษาดิจึงขอมอาหารและออกกำลังกายเองก่อนเพราะไม่อยากเดินทางไกล ไม่อยากเสียค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยก็สามารถคุมระดับน้ำตาลของตนเองให้อยู่ในระดับปกติได้ จุดนี้นับว่าเป็นความสำเร็จที่ผู้ป่วยเกิดจิตสำนึกที่จะดูแลตนเองไม่พึ่งบริการของรัฐแต่เพียงอย่างเดียว มีความพอใจ ภูมิใจ ต่อการดูแลสุขภาพ

จากการปรับระบบบริการนี้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เคยไปรับบริการที่อื่นกลับมาขอรับบริการที่โรงพยาบาลพญาเม็งรายเนื่องจากได้ทราบข่าวการให้บริการจากเพื่อนบ้าน จะเห็นได้จากจำนวนผู้รับบริการก่อนการปรับระบบมี 147 ราย หลังการปรับระบบมีถึง 215 ราย ในจำนวน ที่เพิ่มขึ้น 65 รายนี้เป็นผู้ป่วยที่ค้นพบใหม่และผู้ป่วยเก่าที่ไปรักษาที่อื่นแล้วกลับมา ซึ่งก็แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยพึงพอใจที่จะรับบริการในระบบที่ปรับใหม่นี้ จึงไม่คิดไปรักษาที่อื่นเหมือนแต่ก่อน

ส่วนการจัดระบบให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษามากกว่าการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว นั้นได้รับความสนใจและพึงพอใจจากชาวบ้านและผู้ป่วยโดยเฉพาะการนวดไทยเนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่เคยมีมาก่อน ได้รับบริการด้วยความเป็นกันเองสนิทสนมกับเจ้าหน้าที่เพราะเป็นการให้บริการที่ต้องมีการสัมผัส รับฟังปัญหาให้เวลาผู้ป่วยได้พูดคุยปัญหาของตนเองในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนและช่วยเหลือกันในกลุ่มผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ยังได้รับความรู้ ได้ฝึกหัดการดูแลตนเองต่อเองที่บ้านและเมื่อกลับไปบ้านก็มีเพื่อนบ้านที่มาฝึกหัดจากโรงพยาบาลช่วยดูแล

สำหรับค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่โรงพยาบาลนั้นส่วนใหญ่ไม่เห็นว่าเป็นการระแต่ออย่างไร ถึงแม้บางครั้งอาจต้องจ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิมเพราะพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ ส่วนในรายที่ไปรับบริการต่อเนื่องในชุมชนค่าใช้จ่ายจะลดลงเพราะไม่ต้องจ่ายค่ารถและค่าอาหาร โดยเฉพาะกลุ่มที่ไปรับบริการนวดต่อเนื่องในชุมชนบางครั้งไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด เป็นการช่วยเหลือกันเองในหมู่บ้านที่พี่น้องเพื่อนบ้านใกล้เคียง นอกจากไม่เสียค่าใช้จ่ายแล้วยังได้รับน้ำใจไมตรี ความสัมพันธ์อันอบอุ่นในครอบครัวและชุมชนกลับคืนมาอีกด้วย

บทที่ 7

สรุปผลการวิจัย

โครงการวิจัยพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวมโรงพยาบาลพญาเม็งราย ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ กรกฎาคม 2539 ถึง กรกฎาคม 2540 เป็นระยะที่ 1 ซึ่งเน้นไปในการพัฒนาบุคลากรขององค์กรให้มีความพร้อมที่จะปรับตัวไปสู่การจัดบริการใน Concept ของ Holistic Health พร้อมกันกับการทดลองปรับปรุงระบบบริการในบางเรื่องที่มีความเด่นชัดไปสู่ Concept ดังกล่าว โดยกำหนดให้มีกรณีตัวอย่างเพื่อนำร่อง 2 กรณี ได้แก่ กรณีทดลองปรับระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ที่จะปรับไปสู่การเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและศักยภาพชุมชน (หรือการแก้ปัญหาโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรมชุมชนที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดความสลับซับซ้อนและการพึ่งพาโรงพยาบาล) และกรณีทดลองปรับระบบบริการผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงสร้าง ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่จะปรับไปสู่ระบบบริการที่มีทางเลือกผสมผสาน (หรือการดูแลรักษาโรคปวดเมื่อยด้วยทางเลือกการนวดหรือสมุนไพรที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน)

การวิจัยในระยะที่ 2 ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2540 สิ้นสุดโครงการเดือนตุลาคม 2541 โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการด้วยแนวคิดแบบองค์รวมทั้ง 2 กรณีดังกล่าวแล้ว พร้อมกับการประเมินประสิทธิภาพ (Input – Process) และประสิทธิผล (Output: effect-outcome-impact) ของระบบ เพื่อจะนำบทเรียนและประสบการณ์ที่ได้จากกรณีตัวอย่างทั้ง 2 ที่ทดลองนำร่องการปรับระบบบริการด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ไปขยายผลในส่วนบริการอื่นๆ ของโรงพยาบาล เพื่อจะพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลจากรูปแบบเดิม ไปสู่ระบบบริการด้วยแนวคิดแบบองค์รวมของโรงพยาบาลทั้งระบบต่อไป

ผลการดำเนินงานระบบบริการที่ปรับใหม่ทั้ง 2 กรณี พบว่า กรณีการบริการผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงสร้างด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่ปรับไปสู่ระบบบริการที่มีทางเลือกผสมผสานด้วยการนวดและการใช้สมุนไพรที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน

ผลจากการติดตามและประเมินผู้ป่วย 49 ราย (Longitudinal study) สรุปได้ว่า ทั้งหมดพึงพอใจที่มีทางเลือกในการดูแลรักษาได้ด้วยตนเอง มากกว่าที่จะต้องปฏิบัติตามเจ้าหน้าที่หรือตามหมอตั้งแต่ฝ่ายเดียวอย่างในระบบเดิม ซึ่งไม่มีทางเลือกเลย ข้อสรุปนี้ยืนยันได้จากจำนวนผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกการรักษาเองโดยตรงมาใช้บริการที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย โดยรู้จากการบอกเล่ากันปากต่อปาก มีส่วนน้อยที่เจ้าหน้าที่คัดกรองแนะนำ/ให้เลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย

เหตุผลที่เลือกส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของความอบอุ่น/ความสบายใจที่มีเวลาอยู่กับเจ้าหน้าที่นาน ทั้งการนัด การรอบประคบ การพูดคุยแนะนำข้อปฏิบัติจนเข้าใจเหตุปัจจัยที่ก่อเกิดปัญหาและแนวทางแก้ไข โดยเฉพาะยังให้ญาติ/ลูกหลานได้ฝึกหัดทักษะเบื้องต้นในการกลับไปช่วยกันดูแลที่บ้าน โดยไม่ต้อง

เดินทางมาที่โรงพยาบาลบ่อยๆ ข้อสำคัญยังพบว่าจำนวนที่หายจากการปวดเมื่อยแบบไม่ต้องกลับมารักษาที่โรงพยาบาลซ้ำซากเหมือนระบบเดิมมีมากกว่า ซึ่งต่างจากระบบเดิมที่รับยาแก้ปวดแล้วก็กลับบ้านขาดปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ เมื่อปวดเมื่อยขึ้นมาอีกก็กลับมาโรงพยาบาลอีกแบบไม่รู้จบ

นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเป็นอย่างดี รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพการงานและอาชีพของตน ตามที่ได้รับศึกษาและได้เรียนรู้จากการเสวนากลุ่มในเครือข่ายชุมชนที่พัฒนาขึ้นมาตามแผนงาน แม้ว่าในด้านการประหยัดค่าใช้จ่ายนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความแตกต่างจากระบบเดิมอย่างเด่นชัด (ต่อการมาใช้บริการแต่ละครั้ง) แต่ถ้าคิดค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดจนหายขาด ย่อมประหยัดกว่าแน่นอน เพราะความถี่/จำนวนครั้งที่ต้องมาโรงพยาบาลน้อยกว่า อย่างไรก็ตามบทบาทของเครือข่ายองค์กรชุมชน เช่น สอ. /อาสาสมัครการนวดแผนไทย ที่จะรองรับการบริการโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมาที่โรงพยาบาลทุกครั้ง ยังไม่ค่อยเข้มแข็งและเด่นชัด เพราะผู้ป่วยยังไม่ค่อยให้ความเชื่อมั่นเหมือนมาใช้บริการที่ฝ่ายแพทย์แผนไทยโดยตรง

จึงเป็นพันธกิจของทีมวิจัยที่จะต้องพัฒนาให้เครือข่ายองค์กรชุมชนมีความเข้มแข็งและมีบทบาทเด่นชัดจนเป็นที่เชื่อถือของผู้ใช้บริการต่อไป สิ่งสำคัญยิ่งกว่านั้นคือการปรับวิถีชีวิตของชาวบ้าน (รวมผู้ป่วย) ไม่ให้เป็นเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาอีก และเสริมขีดความสามารถในการดูแลรักษาตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตปกติ มีการจัด Focus group ให้ผู้ป่วยและเครือข่ายองค์กรชุมชนช่วยกันแสวงหาวิธีการ/สร้างกลไกการเชื่อมโยง/ผ่อนคลายบทบาทหน้าที่ รวมทั้งการเสริมสร้างขีดความสามารถให้กับเครือข่ายองค์กรชุมชน จนเป็นที่เชื่อถือได้และรองรับภาระกิจในส่วนพื้นฐานจากโรงพยาบาลได้ดีพอ

โดยเฉพาะในส่วนของ อบต. และแกนนำหมู่บ้าน (เฉพาะตำบลแม่เปา) ที่เริ่มเข้าใจการพัฒนาที่ยั่งยืนและการดูแลสุขภาพด้วยแนวคิดแบบองค์รวม คือการเชื่อมโยงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตแบบธรรมชาติบนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของตน ซึ่งผลจากการพากลุ่มแกนนำชุมชน/อบต. ไปดูงานที่ภาคอีสาน ทำให้กลุ่มแกนนำเกิดการเปรียบเทียบกับชุมชนอีสานและค้นพบตัวเองในที่สุดว่า “ตัวเกียดร้าน” คือเหตุขัดขวางการพัฒนาชุมชนของพวกตน ทั้งที่ชุมชนของตนมีศักยภาพมากกว่าชุมชนอีสานที่ไปดูงานหลายเท่า จนกำนันตำบลแม่เปาเรียกประชดตนเองที่ผ่านมาว่าเป็น “ไอ้ขี้ครัวหลวง” (คนเกียดร้านที่สุด) จึงได้นำการปฏิบัติตัวเองและลูกทีม อบต. รวมทั้งลูกบ้านบางคน เริ่มดำเนินการพัฒนาตนเองด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ที่ยึดหลักธรรมชาติและความยั่งยืน โดยนำพระราชดำรัสเรื่องทฤษฎีใหม่และเศรษฐกิจแบบพอเพียง มาเป็นแนวทางปฏิบัติ ซึ่งเพียงระยะเวลาไม่ถึงปีก็เริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม ทั้งในส่วนของพฤติกรรมและวิถีชีวิตของผู้นำ ในส่วนของการปรับแนวเกษตรจากเดิมเป็นเกษตรแบบยั่งยืน มีอาหารและสมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์ได้ ซึ่งได้บูรณาการเรื่องการทำมาหากิน การอยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ และการดำเนินวิถีชีวิตสมถะตามภูมิปัญญาพื้นบ้านที่อยู่ร่วมกันแบบเครือญาติ เอื้ออาทรและช่วยเหลือกันและกัน พื้นฟูภูมิปัญญาชาวบ้าน ยึดหลักขยันและพึ่งตนเองให้ได้ ทางอบต.แม่เปายังได้กำหนดนโยบายที่จะพัฒนาชุมชนของตนแบบยั่งยืนและเชื่อมโยงการพัฒนาทั้งระบบ (องค์รวม) เข้าด้วยกันโดยไม่แยกส่วน ทั้งเรื่องความเป็นอยู่ การทำมาหากิน การออมทรัพย์ สวัสดิภาพ สุขภาพ (รวมยาเสพติดและเอดส์ด้วย) และการศึกษา

กรณีการบริการผู้ป่วยเบาหวานในระบบที่ปรับใหม่ ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ที่ปรับไปสู่การเชื่อมโยงให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและศักยภาพชุมชนที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดการพึ่งพาเจ้าหน้าที่/หมอ โดยแบ่งการติดตามประเมินผลเป็น 3 ส่วน คือการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ (KAP) ของคนไข้เบาหวาน การติดตามกระบวนการขั้นตอนของระบบบริการแบบองค์รวม และการติดตามผลลัพธ์ในเชิงรักษาที่มีอุบัติการณ์ของอาการข้างเคียงและผลการตรวจวัดน้ำตาลในเลือด (FBS) เป็นเครื่องช่วยชี้ วัดนั้นสรุปได้ดังนี้

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพของคนไข้เบาหวาน พบว่าในระบบบริการที่ปรับใหม่ช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของคนไข้เบาหวานได้อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน คือคนไข้ส่วนใหญ่หรือ 88% สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในเรื่องการควบคุมอาหารและ 97% สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในเรื่องการใช้จ่ายตามที่ได้เรียนรู้จากระบบบริการที่ปรับใหม่ แม้ว่าความถูกต้องในด้านความรู้ความเข้าใจ/การอธิบายได้เชิงทฤษฎีเกี่ยวกับเบาหวานจะยังไม่สูงเท่าการปฏิบัติได้ถูกต้องก็ตาม

ข้อสำคัญคือความเข้าใจที่ถูกต้องของคนไข้ได้นำไปสู่การประยุกต์ให้ปฏิบัติได้จริงตามสภาวะและข้อจำกัดของคนไข้แต่ละคน เช่น การเลือกกินอาหารทดแทน การออกกำลังกายด้วยการทำงานทดแทนการบริหารที่ได้เรียนรู้จากระบบบริการ หรือนำความรู้พื้นบ้านในเรื่องสมุนไพรลดน้ำตาลในเลือดมาใช้ผสมกับความรู้สมัยใหม่ แม้ว่าประเด็นสมุนไพรลดน้ำตาลยังคงต้องมีการศึกษาต่อไป แต่การที่คนไข้เข้าใจ Concept ของการดูแลตนเองเพื่อควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปกติอยู่ตลอดเวลาเป็นความเข้าใจที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองอย่างยิ่ง หรือแม้แต่คนไข้สามารถรู้อาการเตือน/มีสิ่งบ่งบอกก่อนอาการเบาหวานกำเริบ (ระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ) ล้วนเป็นองค์ความรู้พื้นบ้านง่ายๆ ที่สามารถช่วยเฝ้าระวังชีวิตคนไข้ได้เป็นอย่างดี เป็นการแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการจัดระบบบริการแบบองค์รวมที่ทำให้คนไข้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากกว่าระบบเดิมที่คนไข้ต้องพึ่งพาหมอ/พยาบาลตลอดเวลา

สำหรับกระบวนการขั้นตอนของระบบบริการที่ปรับใหม่ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนที่มีทั้ง ขั้นตอนเตรียมความพร้อม ขั้นตอนบริการตรวจรักษา ขั้นตอนเรียนรู้การดูแลตนเอง และขั้นตอนนัดหมายเยี่ยมเยียน ได้สะท้อนให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของคนไข้ที่สามารถมีส่วนร่วมในการปรับระบบบริการให้เหมาะสมและเข้ากับสภาพความเป็นจริงของตนได้ตลอดเวลา สร้างความพึงพอใจแก่คนไข้ทุกคนที่มีความสะดวก รวดเร็ว มีความหมาย/ความเข้าใจในกิจกรรมทุกขั้นตอน ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะคนไข้ที่อยู่ไกลโรงพยาบาลสามารถไปปรึกษาและตรวจความเรียบร้อยจากสถานีนานามัยในเครือข่ายที่อยู่ใกล้บ้าน แทนที่จะต้องเดินทางไปโรงพยาบาลทุกครั้ง ซึ่งไม่ใช่แค่คนไข้คนเดียวแต่รวมไปถึงญาติที่จะต้องเสียเวลาพาคนไข้ไปด้วย แม้จะมีคนไข้ 1 รายที่เปลี่ยนไปใช้บริการของโรงพยาบาลอื่นเพราะอยู่ใกล้กว่า แต่ก็กลับมาใช้บริการในระบบของโรงพยาบาลพญาเม็งรายแม้จะอยู่ไกลกว่า เพราะพึงพอใจมากกว่า มีโอกาสได้เรียนรู้กว้างขวาง รู้สึกตนเองมีความหมาย มีคุณค่า มีความอบอุ่นและมีเพื่อน

สำหรับ กลไกการทำงานร่วมกันกับองค์กรในเครือข่ายชุมชน โดยเฉพาะสถานีนานามัยยังต้องเสริมศักยภาพและแสวงหาแนวทางในการทำงานร่วมกันอีกมาก จึงจะทำให้บรรลุจุดหมายของการปรับระบบเดิมให้เป็นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างสมบูรณ์ตามเป้าหมาย

สำหรับ ผลลัพธ์ในเชิงรักษาที่มีอุบัติการณ์ของอาการข้างเคียงและผลการตรวจวัดน้ำตาลในเลือด (FBS) เป็นเครื่องช่วยชี้วัดนั้น ได้มีบันทึกการตรวจวัดทุกครั้งที่คนไข้มาใช้บริการตามนัด สะท้อนให้เห็นได้ในส่วนบุคคลว่า ระดับน้ำตาลในเลือดและอาการแทรกซ้อนจากการบันทึกการตรวจวัดในช่วงต่างๆ สอดคล้องกับผลการติดตามในด้านพฤติกรรมสุขภาพของคนไข้แต่ละราย

อย่างไรก็ตามการใช้ระดับน้ำตาลในเลือด หรืออุบัติการณ์ในเชิงระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน เป็นเครื่องช่วยชี้วัดประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมนั้น อาจเป็นความคาดหวังที่เห็นได้ยาก หรือพอจะพอมองเห็นได้จากแนวโน้ม (Trend) ในระดับมหภาค (Macro) ที่มีระยะเวลายาวนานพอ เพราะระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนในแต่ละรายบุคคลขึ้นกับปัจจัยที่แปรผันตามสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคลค่อนข้างจะมาก การใช้ผลการวัดในภาวะใดภาวะหนึ่งหรือในขณะใดขณะหนึ่งเป็นตัวชี้วัดจึงเสี่ยงต่อความผิดพลาดได้มาก อีกประการหนึ่ง เครื่องชี้วัดทั้ง 2 ดังกล่าว เป็นการวัดที่ผลกระทบ (Impact) ของระบบบริการ ไม่ใช่การวัดผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์โดยตรง (Outcome/Effect) จึงเน้นผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์ (Outcome – Effect) ของพฤติกรรมสุขภาพและกระบวนการบริการ ซึ่งเป็นผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์โดยตรงของตัวระบบบริการที่ปรับเปลี่ยน เป็นเครื่องชี้วัดหลักในการบ่งบอกความสำเร็จของตัวระบบ ส่วน FBS และภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นผลกระทบ ให้ใช้เป็นเครื่องช่วยชี้วัดความสำเร็จของตัวระบบในระดับรอง หรือแนวโน้มในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยนี้คือ การพัฒนาตัวระบบบริการสุขภาพด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ที่คาดหวังให้ปัจเจกและชุมชนสามารถดูแลสุขภาพของตนได้มากขึ้น แทนที่จะพึ่งพามอ/โรงพยาบาลทุกอย่างอย่างเดียว เพราะปัญหาสุขภาพไม่ใช่เรื่องผูกขาดเฉพาะกับหมอ/โรงพยาบาล แต่เป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกับปัจจัยและองค์ประกอบอื่นๆ อีกมากมาย เพียงแต่โครงการนี้ได้เลือกใช้กรณีเบาหวานกับกรณีปวดเมื่อยเป็นสะพานในการศึกษา เพื่อจะพัฒนาระบบบริการเดิมไปสู่ระบบบริการที่คาดหวัง แต่โครงการวิจัยนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะวิจัยหาประสิทธิผลของวิธีรักษาโรคเบาหวาน ดังนั้นการใช้ตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด จึงต้องใช้ด้วยความเข้าใจในเจตนาเพียงเพื่อเป็นเครื่องช่วยชี้วัดทางอ้อม ที่อาจจะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของการรักษาที่มีระบบบริการด้วยความคิดแบบองค์รวมได้บ้าง แต่ไม่ใช่เครื่องชี้วัดความสำเร็จของตัวระบบแน่นอน เพราะวิธีรักษาโรคเบาหวานก็ยังคงใช้วิธีเดิม ใช้อาาตัวเดิม ไม่ได้เปลี่ยนแปลงวิธีรักษาเลย เพียงแต่ปรับระบบให้เอื้อต่อการส่งเสริมวิธีรักษาเดิมที่คนไข้สามารถดูแลตัวเองได้มากขึ้น ประหยัด สะดวกและพึงพอใจมากขึ้น

สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะ

ระบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ทำการวิจัยและพัฒนา น่าจะเป็นประโยชน์และมีความเป็นไปได้ในการจัดบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชน

การมีทางเลือก สามารถลดข้อจำกัดของการบริการด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว โดยเทคนิคบางอย่างยังจำเป็นต้องพึ่งพาแพทย์วิชาชีพ แต่บางอย่างสามารถประยุกต์เข้ากับชีวิตประจำวัน

ได้ เพราะอธิบายวิธีการหายจากโรคด้วยการปรับสมดุลของร่างกาย ซึ่งเน้นที่การพึ่งตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองมากกว่าการพึ่งพาเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว

จึงเสนอแนะให้โรงเรียนแพทย์ควรมีหลักสูตร Postgraduate เพื่อศึกษาวิจัยการแพทย์ทางเลือกกันอย่างจริงจัง เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการรักษาพยาบาลที่หลากหลายขึ้น

การนวด อบ ประคบ เป็นวิธีดูแลรักษาแบบพื้นบ้านที่น่าส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง แทนที่จะไปใช้บริการจากโรงพยาบาลเกินความจำเป็น

การพัฒนานุเคราะห์ให้มีจิตสำนึกที่ดีต่อองค์กร และรู้จักวิธีการทำงานเป็นระบบ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารจะต้องจัดให้มีขึ้นเป็นประจำ เพื่อให้องค์กรเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากโครงการนี้เป็น R&D ที่ยังส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสมอยู่ตลอดเวลา จึงต้องรักษาให้ระบบการบริการและระบบการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายองค์กรชุมชนได้ดำเนินการและพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปเรื่อยๆ แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยอาศัยกระบวนการ AIC เป็นเครื่องมือในการพัฒนาร่วมกับเครือข่ายองค์กรชุมชน ทั้งนี้เพื่อที่จะขยายผลเครือข่ายของระบบบริการที่ปรับใหม่ ให้สามารถเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนได้โดยใช้กลไกตามศักยภาพและวัฒนธรรมของชุมชน ให้ชุมชนสามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งบางอย่างก็ได้เริ่มดำเนินการไปบ้างแล้ว แต่ยังต้องการความต่อเนื่องในการดำเนินการ ดังนั้นจึงต้องรักษาเครือข่าย/พันธมิตรไว้ ด้วยการดำเนินการต่อเนื่องหนึ่งเป็นภารกิจประจำของโรงพยาบาล เช่น ยังคงสนับสนุนให้กิจกรรม/แผนงานต่อไปนี้ดำเนินการสืบต่อไปได้เรื่อยๆ ได้แก่

(1) แผนงานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพประจำปีของประชาคมตำบล (อบต.) ที่ปฏิบัติได้จริงและอาจมีงบประมาณรองรับจาก อบต. โดยเฉพาะควรต้องมีแผนงานรองรับกรณีนำร่องในด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและการสร้างทางเลือกในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากขึ้น หากยังมีแผนงานที่เน้นมาตรการส่งเสริมและป้องกันไม่ให้เป็นเจ็บป่วยง่าย ยิ่งถือว่าประสบความสำเร็จในการพัฒนาทางด้านสุขภาพของชุมชน

(2) สร้างกลไกด้านเวชปฏิบัติครอบครัวในชุมชน ให้สามารถดูแลฟื้นฟูสุขภาพได้เองที่ชุมชน โดยเสริมขีดความสามารถและบทบาทของสถานีอนามัย ให้เป็นกลไกที่สำคัญเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน (แต่ไม่ใช่ทำหน้าที่แทนโรงพยาบาล)

(3) สร้างทางเลือกเสริมการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยเสริมบทบาทและขีดความสามารถให้กับครอบครัวในการเป็นฐานรองรับที่ชุมชน โดยมีอาสาสมัคร (เช่น หมอพื้นบ้านอาชีพ) ตามวิถีชีวิตของชุมชน หรือกลุ่มพลังในชุมชน เป็นสะพานเชื่อมระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล

(4) การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนที่ได้เริ่มเพาะเชื้อไว้ในระดับหนึ่งแล้ว ยังคงต้องสืบสาน/ต่อยอดให้มีความเข้มแข็งและขยายผลสู่ชุมชนอื่นๆ โดยให้ประชาคมตำบลแม่เปนเป็นฐานการขยายผลสู่ตำบลอื่นๆ อย่างเป็นธรรมชาติและยั่งยืน (ไม่ใช่การจัดตั้งอย่างที่หน่วยราชการชอบทำ)

การขยายผลเชื่อมโยงระบบบริการเข้าไปในเครือข่ายชุมชน จำเป็นต้องทุ่มเทเวลาและลงทุนในการพัฒนาคนของเครือข่ายชุมชนเช่นเดียวกับการทุ่มเทพัฒนานุเคราะห์ของโรงพยาบาลดังที่ได้ทำในระยะ

ที่ 1 ซึ่งผลจากที่ได้จัดโอกาสให้แกนนำเครือข่ายชุมชนไปเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเครือข่ายชุมชนอื่นทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่น่าสนใจเช่น อบต. แม่เปาเริ่มสนใจและเริ่มนำประเด็นการพัฒนาด้วยแนวคิดแบบองค์รวม(รวมการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัย) ผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานและงบประมาณประจำปี รวมทั้งแกนนำ อบต. บางคนยังได้นำแนวคิดและประสบการณ์ไปปฏิบัติด้วยตัวเองโดยการผสมผสานเรื่องสุขภาพกับการเกษตรแนวธรรมชาติ และการพึ่งพาตัวเองด้วยหลักเศรษฐกิจแบบพึ่งพอ (Subsistence Economy) จึงถือเป็นยุทธวิธีที่ดีที่สามารถเกาะกุมผู้นำเพื่อจะนำการเปลี่ยนแปลงต่อไปเพื่อหลอมกรอบแนวคิดในการดูแลสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตชุมชนที่พึ่งพาตนเองได้

ดังนั้นการขยายผล/การต่อยอดของการศึกษาวิจัยต่อไปของโครงการนี้ จึงอยู่ที่การพัฒนากระบวนการทำงานร่วมกัน/การเชื่อมโยงบทบาทของโรงพยาบาลกับองค์กรท้องถิ่น เช่น อบต. กลุ่มสตรี-แม่บ้าน กลุ่มหมอพื้นบ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มพลังทางการเมืองและเศรษฐกิจของท้องถิ่น รวมไปถึงองค์กรพัฒนาเอกชนและหน่วยงานอื่นๆ ของรัฐในท้องถิ่น ให้สามารถเสริมบทบาทซึ่งกันและกันโดยมีชุมชนเป็นหลัก/เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาที่เชื่อมโยงการพัฒนาในทุกๆด้านเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ หรืออาจกล่าวโดยย่อว่า เป็นการพัฒนา “ประชาสังคมสุขภาพ” โดยมี “ประชาคมตำบล” เป็นฐานการพัฒนาที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวมนั่นเอง ทั้งนี้เพื่อรองรับสถานการณ์และรูปแบบการบริการสุขภาพในยุค 2Ky จึงเสนอให้ทางสถาบันได้พิจารณาส่งเสริมงานวิจัยเพื่อต่อยอดให้กับโครงการนี้ที่ได้สร้างทีมวิจัยและลงทุนพื้นฐานมาแล้วพอสมควร หากหยุดอยู่แค่นี้ก็น่าเสียดายเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. พระธรรมปิฎก(ป.อ.ปยุตฺโต), การแพทย์ไทย ทางเลือกในยุคโลกาภิวัตน์
2. พระเทพเวที(ประยุทธ์ ปยุตฺโต), พุทธศาสนาในฐานะที่เป็นรากฐานของวิทยาศาสตร์
3. พระธรรมปิฎก(ป.อ.ปยุตฺโต),พุทธศาสนากับยุคโลกาภิวัตน์ ,ไอ.ที.เพื่อประชาชน
4. ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ,สุขภาพองค์รวม
5. พระไพศาล วิสาโล แนวทางการพัฒนาสุขภาพองค์รวมในสังคมไทย
6. พญ.ลดาวัลย์ สุวรรณกิตติ ผังเข้ม:การรักษาเฉพาะจุดที่มีผลต่อองค์รวม
7. เอกไชย พรหมเชษฐ์ ประทีปแห่งโยคะ
8. ยงศักดิ์ ตันติปิฎกการนวดไทยกับสุขภาพองค์รวม
9. อำพล จินตาวัฒน์ สร้างคน สร้างปัญญา
10. รศ.เอกชัย กี่สุขพันธ์การบริหาร ทักษะและการปฏิบัติ
11. พญ.ลลิตา ชีระสิริ บันทึกธรรมชาติบำบัด:ไม่กินยาก็หายป่วย
12. ดร.สาทิส อินทรกำแหง ชีวีตเริ่มต้นเมื่อ70
13. ประโยชน์ บุญสินสุขกายภาพบำบัด การรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา
14. จ้าว ก๊อ กุ่ย/วัฒนา พัฒนพงศ์ ลมปราณ ศาสตร์และศิลป์แห่งการรักษาโรคแบบดั้งเดิม
15. ศาสตราจารย์นายแพทย์เจลีเยว ปิยะชน อายุรเวท ศาสตร์แห่งชีวีต
16. ศาสตราจารย์นายแพทย์เจลีเยว ปิยะชน สายธารชีวีต
17. น.พ.บรรจบ ชุณหสวัสติกุล ธรรมชาติบำบัด วิธีสุขภาพแนวใหม่ เล่ม 1,2, 3
18. ภานุ อัมพรบุพผากินเพื่อสุขภาพใหม่ หาใช่สักแต่ว่ากิน
19. พญ.ลดาวัลย์ สุวรรณกิตติ,การปรับปรุงโครงสร้างด้วยดุลยภาพบำบัด
20. ร.ศ.บุญทิพย์ สิริรังศรี, ผู้ป่วยเบาหวาน : การดูแลแบบองค์รวม
21. Andrew Weil, M.D., SPONTANEOUS HEALING
22. ผศ.พ.ญ.สมจิต พฤษะริตานนท์, Family Medicine / General Practice on Health Care System
23. นอแมน คุสชินส์(วเนช แบล) มิติใหม่แห่งความเข้าใจชีวีตและสุขภาพ
24. น.พ.บรรจบ ชุณหสวัสติกุล ชนะโรคร้ายด้วยใจสู้
25. รศ.นพ.สุรเกียรติอชานานุภาพ อันตรายจากยาฉ็ด
- 26.เวชปฏิบัติทั่วไป กับระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ,และ
27. เราจะพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิได้อย่างไร ,ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข