รูปแบบการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง โดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น

Health checkpoint model by public - private- local cooperation

ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)
เบญจมาศ วังนุราช วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)
อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงษ์ ปร.ด. (ประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ)
คุณกัญญ์ศศิ พิมพ์ขันธ์ วท.บ. (วิทยาศาสตร์สุขภาพ)

กองโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Sasithorn Tangsawad Ph.D. (Public health)
Benjamat Wangnurat B.Sc. (Public health)
Auttakiat Karnjanapiboonwong Ph.D. (Health technology assessment)
Kunkansasi Pimpakan B.Sc. (Health science)

Division of Non-communicable Diseases,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health

Received : February 1, 2022
Revised : February 19, 2022
Accepted : February 23, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเองโดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น ระยะเวลาที่ทำการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ.2562 – ธันวาคม พ.ศ.2563 กลุ่มเป้าหมายดำเนินงาน ประกอบด้วย บุคลากรผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วน ได้แก่ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง กรมควบคุมโรค และกรุงเทพมหานคร ประเมินผลจากกลุ่มผู้ให้บริการจัดจุดบริการ กลุ่มประชาชนที่มาใช้บริการ เก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามการสัมภาษณ์ การสังเกต และการอภิปรายกลุ่ม การศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหา พัฒนาความร่วมมือและข้อเสนอการบริหารจัดการนำร่องรูปแบบระยะแรก ระยะที่ 2 พัฒนาปรับปรุงเครื่องมือและติดตามเบื้องต้น ระยะที่ 3 ระยะติดตามและขยายผลตามพื้นที่ที่กำหนด และระยะที่ 4 ระยะประเมินผลการดำเนินงานการจัดจุดบริการและสรุปผล วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า เกิดความร่วมมือการจัดจุดบริการให้บริการเช็คสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง นำร่องในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑลจำนวน 50 จุดบริการ และขยายผลทั่วประเทศใน 76 จังหวัด จำนวน 690 จุดบริการ ในสถานที่ราชการ หน่วยบริการประชาชน สถานที่เอกชน ผลการสำรวจความคิดเห็นจากประชาชนและเครือข่ายในการจัดจุดบริการในพื้นที่ดำเนินการเห็นว่ามีประโยชน์ เป็นการเพิ่มความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้รับความรู้เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ ต้องการให้มีการขยายจุดบริการเพิ่มขึ้น โดยสรุป การจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเองโดยรูปแบบความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่นได้รับการตอบรับที่ดีจากประชาชน มีโอกาสในการพัฒนาเครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยีเพื่อให้เกิดประโยชน์ได้มากขึ้นในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: จุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง ความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น

Abstract

The objective of this action research was to develop a health checkpoint model by public-private-local cooperation. The study was conducted between October 2019 and December 2020. The study group consisted of personnel from the related sector, including the department of the provincial administration, local administration, department of disease control, Bangkok metropolitan administration, local sector, and people who received services. The study was divided into 4 phases, phase1; situation analysis, development cooperation, and pilot study, phase 2; preliminary follow-up and improvement equipment, phase 3; expansion to the local sector in other provinces, phase 4; evaluation of the opinions from people and local sector and conclusion; result summary. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis. The results revealed that by the collaboration, 50 health checkpoints pilot in Bangkok metropolitan and expand to 690 health checkpoints coverage 76 provinces at government offices, public places, and private sectors. The results of the public opinion survey on health checkpoints found the benefits to health awareness and gain knowledge on non-communicable disease prevention so should be more services. In conclusion, health checkpoint by public-private-local cooperation was accepted by the public and could provide equipment, appropriate technology for the community in the future.

Keywords: Health checkpoint, public -private- local cooperation

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ หรือ NCDs (Non Communicable Disease) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2559 มีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ภาวะอ้วน ภาวะเครียดสะสม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[1] โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 44 ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อมากที่สุด หรือประมาณ 17.9 ล้านคนทั่วโลก[2] ใน ปี พ.ศ.2561 ประเทศไทยพบการเสียชีวิตจากหลอดเลือดสมองสูงกว่าทุกโรคจากการเสียชีวิตในกลุ่มโรคไม่ติดต่อและพบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยภาพรวมของประเทศมีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงถึง 15,874 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 44.3 ต่อประชากรแสนคน เป็นโรคหัวใจขาดเลือด 30.3 ต่อประชากรแสนคน[3] ซึ่งทั้งการป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดล้วนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล รวมถึงการสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคมด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและคุณภาพชีวิต โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ คือการมีภาวะความดันโลหิตสูง จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 พบความชุกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 หรือคิดเป็นจำนวน 13 ล้านคน และจากรายงานฯ ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 44.7 หรือประมาณ 6 ล้านคน[4, 5] จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561 โดยกองโรคไม่ติดต่อ พบว่าผู้ที่อายุระหว่าง 15-79 ปี และทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงพบความชุกที่ร้อยละ 16.5[6] เนื่องจากผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดง จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย หัวใจวาย ดังนั้น การตรวจวัดความดันโลหิตของตนเองอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นวิธีสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนทราบว่าตนเองมีภาวะ

ความดันโลหิตสูงอยู่หรือไม่

ตั้งแต่ช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบกว่า 200 ประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ต่อกลุ่มประชาชนในวงกว้าง โดยเฉพาะการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยโรค NCDs จากรายงานสำรวจขององค์การอนามัยโลกในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่ามีจำนวน 122 ประเทศที่การให้บริการโรคความดันโลหิตสูงได้รับผลกระทบสูงถึงร้อยละ 53[7] นอกจากนี้กลุ่มโรค NCDs เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรค COVID-19 มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น พบว่าภาวะอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรค COVID -19 มากกว่าปกติถึง 7 เท่า โรคเบาหวานทำให้มีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตเพิ่มเป็น 3 เท่าโดยเฉพาะในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มโรคความดันโลหิตสูงทำให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น 3.5 เท่า[8] จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นผู้เสียชีวิตด้วยโรค COVID-19 ในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม ถึง 28 กันยายน พ.ศ. 2563 ในผู้เสียชีวิต 59 ราย พบอัตราป่วยตายสูงสุด 3 ลำดับแรกได้แก่กลุ่มอายุ 80-89 ปี ร้อยละ 26.1 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 10.2 และกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ47 โดยพบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 37 โรคเบาหวานร้อยละ 37 รองลงมาได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ 16 ภาวะอ้วนร้อยละ 12 โรคไตร้อยละ 12 โรคหัวใจร้อยละ 9[9] ดังนั้นการตรวจเช็คสุขภาพทั่วไป การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การได้รับคำแนะนำประเมินความเสี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทราบค่าความดันโลหิตของตนเองจะทำให้ทราบภาวะสุขภาพเบื้องต้น แต่เนื่องด้วยการไปโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแต่ละครั้งทำให้สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อีกทั้งการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในช่วงแรก ผู้ที่เป็นส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดงใด ๆ ทำให้ประชาชนไม่ตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องไปตรวจวัดความดันโลหิต จากเหตุผลดังกล่าวการจัดจุดบริการนอกสถานบริการสาธารณสุขโดยการจัดสภาพแวดล้อมให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย จะช่วยทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการวัดความดันโลหิตได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาการจัดบริการจุดเช็คสุขภาพและวัดความดันโลหิตด้วยตนเองโดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาและวางแผนการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเองเบื้องต้นโดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น 2) ดำเนินการตามรูปแบบการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเองโดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น 3) ติดตามรูปแบบการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเองโดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น และ 4) ประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเองเบื้องต้น โดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น คาดว่าจะทำให้ได้รูปแบบของการสร้างนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพของประชาชน โดยประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจเช็คความดันโลหิตด้วยตนเอง และทราบสถานะสุขภาพเบื้องต้นของตนเองรวมถึงได้รับคำแนะนำด้านการลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจะทำให้เกิดความตระหนักในการลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ โรคความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัจจุบันยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่ค่อนข้างสูงของประเทศต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง โดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart กระบวนการ PAOR สะท้อนผลการปฏิบัติงานเป็นวงจรขดลวด 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นวางแผน (Plan: P) 2) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action: A) 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe: O) และ 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection:R)[10] ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 - ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเองและนำร่อง ดังนี้

1.1 เตรียมทีมวิจัยและทีมที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน แนวคิด หลักการมีส่วนร่วม

ที่นำมาใช้ในการดำเนินงาน พร้อมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินงาน มีผู้เข้าร่วม จำนวน 17 คน ประกอบด้วย ผู้แทนจากกรมควบคุมโรค 9 คน (กองโรคไม่ติดต่อและศูนย์สารสนเทศ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง) ผู้แทนจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น 4 คน ผู้แทนจากกรมการปกครอง 2 คน และผู้แทนจากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2 คน

1.2 วิเคราะห์สถานการณ์และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกำหนดนโยบายการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง (Policy Formation) โดยศึกษาแนวทางความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วม จำนวน 21 คน ประกอบด้วย ผู้แทนจากกรมควบคุมโรค 9 คน (กองโรคไม่ติดต่อและศูนย์สารสนเทศ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง) ผู้แทนจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น 4 คน ผู้แทนจากกรมการปกครอง 4 คน และผู้แทนจากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 4 คน

1.3 สร้างแนวทางการพัฒนาจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง ออกแบบอุปกรณ์ที่จุดบริการ ผู้เข้าร่วมดำเนินการ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย จากกองโรคไม่ติดต่อ 6 คน ศูนย์สารสนเทศ 3 คน และกองนวัตกรรมและวิจัย 1 คน

1.4 พัฒนาระบบเชื่อมโยงตามจุดบริการนำร่อง ผู้เข้าร่วมดำเนินการ จำนวน 8 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานของกองโรคไม่ติดต่อ 4 คน ศูนย์สารสนเทศกรมควบคุมโรค 2 คน และผู้แทนจากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2 คน

1.5 วางแผนการดำเนินงานในการขยายจุดบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน ผู้เข้าร่วมดำเนินการ จำนวน 60 คน ประกอบด้วย ผู้แทนจากสำนักงานเขตและสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 52 คน กองโรคไม่ติดต่อ 6 คน ศูนย์สารสนเทศ 2 คน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Action Period) นำรูปแบบการพัฒนาที่วางแผนไว้ไปสู่การดำเนินงานโดยขยายผลการประสานความร่วมมือให้เกิดการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเองโดยหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น

ระยะที่ 3 ระยะติดตาม (Monitoring) กระบวนการพัฒนารูปแบบการกำหนดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง ดำเนินการสะท้อนแนวคิดและปรับปรุงกระบวนการระหว่างการดำเนินงาน โดยจัดให้มีการประชุมคณะทำงานเพื่อประเมินผลการดำเนินการเบื้องต้น ติดตามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ และคืนข้อมูลข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสม

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผล (Evaluation) รูปแบบการกำหนดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง สรุปประเมินผลเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินงาน มีการเก็บข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 – ธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลการใช้บริการตามจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต และการอภิปรายกลุ่ม พร้อมทั้งจัดทำรายงานและเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเองและนำร่อง

1.1 วิเคราะห์สภาพปัญหาการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนและกำหนดนโยบายการจัดบริการโดยใช้กระบวนการอภิปรายกลุ่มเพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหา ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นสภาพปัญหา รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาเพื่อนำไปสู่การวางแผนและกำหนดนโยบายการจัดบริการจุดเช็คสุขภาพด้วยตนเอง

สภาพปัญหา	สรุปประเด็นปัญหา
1. การเปลี่ยนแปลงของระบบการให้บริการแบบ 4.0 ยังไม่มีจุดให้บริการตรวจเช็คสุขภาพด้วยตนเองที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับประชาชนทั่วไป เช่น ชั่งน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต เป็นต้น การได้รับคำแนะนำด้านการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2. ประชาชนส่วนใหญ่จะไม่สะดวกมารับบริการ ตรวจเช็คสุขภาพเบื้องต้นที่โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะในเขตเมือง 3. ประชาชนส่วนหนึ่งไม่ได้ตรวจเช็คสถานะสุขภาพตนเองเบื้องต้น เช่น ค่าดัชนีมวลกาย การวัดความดันโลหิต เป็นต้น 4. จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประเทศไทย ประชาชนไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 44 5. ประชาชนส่วนหนึ่งไม่ทราบความหมายของค่าที่วัด เช่น ระดับความเสี่ยง ระดับความสำคัญของตัวเลขต่าง ๆ เช่น ค่าความดัน น้ำหนัก รอบเอว	1. ยังไม่มีจุดตรวจเช็คสุขภาพเบื้องต้นที่ประชาชนเข้าถึงง่ายและสะดวก 2. ยังมีความต้องการสื่อ ความรู้ ความเข้าใจเรื่องข้อแนะนำในการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ประชาชนเข้าถึง ใช้งานง่ายและเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง 3. ยังไม่มีเทคโนโลยีที่ให้ประชาชนได้ใช้โดยง่าย สะดวก ด้านคำแนะนำสุขภาพของตนเอง เช่น การวัดความดันโลหิต แอพพลิเคชั่นให้ประชาชนเลือกใช้ เป็นต้น 4. ความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีโอกาสที่ให้บริการเบื้องต้นด้านสุขภาพประชาชนยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

1.2 การวางแผนและกำหนดนโยบายการจัดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง จากผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า ยังไม่มีจุดให้บริการตรวจเช็คสุขภาพเบื้องต้นสำหรับประชาชนที่เข้าถึงได้ง่าย และประชาชนส่วนหนึ่งเป็นความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสถานะตนเอง ตลอดจนความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ที่สามารถให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนเบื้องต้นยังไม่ครอบคลุม นำไปสู่การวางแผนการดำเนินงาน คือ การจัดให้มีจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง โดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น ได้แผนในการดำเนินงาน 2 วงรอบตามกระบวนการ PAOR ภายใต้ 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) จัดให้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือในการส่งเสริมประชาชนให้เข้าถึงการวัดความดันโลหิตระหว่างกรมควบคุมโรค กรมการปกครอง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกรุงเทพมหานคร 2) วางแผนการดำเนินงานการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง 3) การดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 4) ติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 5) พัฒนาปรับปรุงเครื่องมือและติดตามเพื่อขยายจุดบริการในการให้บริการ 6) ขยายจุดในการให้บริการ และ 7) ติดตามและประเมินผล

1.3 สร้างแนวทางการพัฒนาจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง โดยออกแบบอุปกรณ์เครื่องวัดความดันโลหิตให้สามารถส่งออกข้อมูลได้โดยประชาชนที่สมัครใจจะใช้การเสียบบัตรประชาชนกับเครื่องอ่านบัตรที่เชื่อมกับเครื่องวัดความดันโลหิตและสามารถติดตามผ่านโทรศัพท์มือถือของตนเองโดยทำการพัฒนา Website Application Health DDC2U เชื่อมต่อกับระบบข้อมูลที่มาจากการวัดความดันโลหิตที่จุดบริการมาที่ Server กรมควบคุมโรค สำหรับเก็บข้อมูลความดันโลหิตและข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการโดยสมัครใจ เช่น ค่าน้ำหนักส่วนสูง ความดันโลหิต ทราบระดับความเสี่ยงของตนเอง ประชาชนที่ใช้ แอปพลิเคชันจะได้รับคำแนะนำสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ความรู้ การลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อพร้อมมีรายละเอียดเกี่ยวกับระดับค่า

ดัชนีมวลกาย และการปฏิบัติตัว ระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.4 พัฒนาระบบเชื่อมโยงตามจุดบริการนำร่อง โดยประสานความร่วมมือนำร่องใน 29 จุดบริการในสำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร พื้นที่ให้บริการประชาชนในเขตจังหวัดนนทบุรี สมุทรปราการ ที่มีความพร้อมด้านสถานที่ในการตั้งจุดบริการพร้อมเชื่อมระบบ WIFI ผ่านจุดเช็คสุขภาพด้วยตนเอง และสนับสนุนอุปกรณ์อำนวยความสะดวกให้บริการประชาชนที่มารับบริการ

1.5 มีการวางแผนการดำเนินงานเพื่อขยายจุดบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยคณะวิจัยได้จัดประชุมชี้แจงรูปแบบ คู่มือฯ และการเตรียมขยายจุดบริการและนำปัญหา อุปสรรคจากพื้นที่นำร่องมาดำเนินการปรับปรุง โดยการพัฒนาคู่มือแนวทางให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 โดยเน้นให้มีการป้องกันตามมาตรการเมื่อมีการใช้อุปกรณ์สาธารณะร่วมกัน ณ จุดบริการ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Action Period)

2.1 ภาพรวมการดำเนินงานตามแผนงานการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง โดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น

2.1.1 การดำเนินงานในระยะนำร่องตามแผนงานการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง โดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น

วงรอบที่ 1

1. การวางแผน มีการร่วมวางแผนและร่วมลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) ว่าด้วยความร่วมมือในการส่งเสริมประชาชนให้เข้าถึงการวัดความดันโลหิต ระหว่างกรมควบคุมโรค กรมการปกครอง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและกรุงเทพมหานคร ในวันที่ 28 ตุลาคม 2562 โดยกรมควบคุมโรคสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิตนำร่อง ในระยะแรก โดยจัดหาเครื่องมือที่สามารถส่งออกข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ได้ ภาคส่วนท้องถิ่นสนับสนุนการดำเนินงาน อำนวยความสะดวกแก่ประชาชนและจัดสถานที่ให้บริการพร้อมดูแลอุปกรณ์ต่าง ๆ หรือสนับสนุนเพิ่มเติม โดยดำเนินการนำร่องในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี และสมุทรปราการ จำนวน 50 จุดบริการ ในบริเวณสำนักงานเขต/ สถานที่จัดบริการของอำเภอในห้างสรรพสินค้าที่มีประชาชนไปใช้บริการ

2. ลงมือปฏิบัติ

2.1 จัดทำสื่อที่นำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ สื่อที่เป็นเรื่องเล่า สื่อความรู้เกี่ยวกับ Know your number คุณทราบตัวเลขตนเองหรือยัง ได้แก่ น้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต มีปัจจัยเสี่ยง เหล้า บุหรี่ หรือไม่ พร้อมคำแนะนำและโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จัดทำการ์ดระดับความดันโลหิตเพื่อให้ประชาชนนำไปใช้ประโยชน์และพกพาได้ง่าย ใช้สีช่วยจำได้ง่าย พร้อมแปลผลได้รับคำแนะนำปรับปรุงจากอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความดันโลหิต โดยแบ่งระดับความดันโลหิตจัดทำการ์ดสีพร้อมคำแนะนำ ดังนี้

(1) ระดับความดันโลหิตสูงมาก (สีแดง) หมายถึง ค่าตัวบนมากกว่า 180 มม.ปรอท ค่าตัวล่างมากกว่า 110 มม.ปรอท

(2) ระดับความดันโลหิตสูง (สีส้ม) หมายถึง ค่าตัวบน 140-179 มม.ปรอท ค่าตัวล่าง 90-109 มม.ปรอท

(3) ระดับความดันโลหิตเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง (สีเหลือง) หมายถึง ค่าตัวบน 120-139 มม.ปรอท ค่าตัวล่าง 80-89 มม.ปรอท

(4) ระดับความดันโลหิตปกติ (สีเขียว) หมายถึง ค่าตัวบนน้อยกว่า 120 มม.ปรอท ค่าตัวล่างน้อยกว่า 80 มม.ปรอท

คำแนะนำ กรณีวัดความดันแล้วสูง ควรพักและวัดซ้ำ ถ้ายังสูงอยู่ จะมีคำแนะนำตามระดับสี พร้อมกับคำแนะนำการจัดการความเสี่ยง 3 อ 2 ส (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย เหล้า บุหรี่) วัดความดันโลหิตสม่ำเสมอ และการแนะนำให้เดินวันละ 10,000 ก้าว

2.2 พัฒนาและประชาสัมพันธ์การใช้ Website Application Health DDC2U เชื่อมต่อกับระบบข้อมูลที่มาจากการวัดความดันโลหิตที่จุดใช้บริการมาที่ Server กรมควบคุมโรค สำหรับเก็บข้อมูลความดันโลหิตและข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการโดยสมัครใจ เช่น ค่าน้ำหนักส่วนสูง ความดันโลหิต โดยประชาชนที่

สมัครใจจะใช้การเสียบบัตรประชาชนกับเครื่องอ่านบัตรที่เชื่อมกับเครื่องวัดความดันโลหิต และสามารถติดตามผ่านโทรศัพท์มือถือของตนเอง ทราบระดับความเสี่ยงของตนเอง และได้รับคำแนะนำสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ความรู้ และการลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อจากแอปพลิเคชันได้ พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับระดับค่าดัชนีมวลกายและการปฏิบัติตัว ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. สังเกตผล

3.1 การติดตามจุดบริการนำร่อง ทีมวิจัยได้ติดตามการดำเนินงานในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 จาก 50 จุดนำร่อง มี 29 จุดบริการมีการเชื่อมติดตั้งระบบ WIFI พร้อมและมีประชาชนมาใช้บริการในจำนวนที่มีการเชื่อมต่อพบมีการเข้าใช้งานผ่าน Website Application Health DDC2U จำนวน 1,763 ครั้ง จากการติดตามประเมินตั้งแต่ธันวาคม พ.ศ.2562 ถึง มกราคม พ.ศ.2563 พบประชาชนสนใจมาใช้บริการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตของตนเอง รับสื่อความรู้ ขณะมาใช้บริการอื่น ๆ ที่สถานที่ ส่วนใหญ่วัดความดันโลหิตของตนเอง โดยจดบันทึกเองหรือถ่ายภาพจากเครื่องวัดความดันโลหิต เนื่องจากบางรายไม่สะดวกในการเสียบบัตรประชาชนกับเครื่องวัดความดันโลหิตและประชาชนยังไม่เข้าใจการใช้แอปพลิเคชัน

3.2 ข้อเสนอสำหรับการปรับปรุง

(1) สถานที่ที่ท้องถิ่นจัดบริการขอสนับสนุนสื่อการ์ดสีระดับความดันโลหิตเพิ่มเติม เนื่องจากประชาชนให้ความสนใจจำนวนมาก ในส่วนสถานที่ที่เป็นจุดให้บริการอยากให้มีการส่งข้อมูลแบบระบบ 3G หรือ 4G เนื่องจากบางสถานที่ไม่มีการติดตั้งระบบ WIFI

(2) สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้ประชาชนผู้ใช้บริการมีความวิตกกังวลและกลัวการติดเชื้อเมื่อมาใช้บริการวัดความดันโลหิตหรือการใช้อุปกรณ์ ณ จุดบริการ เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเริ่มมีการรายงานการพบผู้ติดเชื้อในกรุงเทพมหานคร

4. สะท้อนผล ทีมวิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการติดตามในการดำเนินงานการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง โดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่นในพื้นที่นำร่อง ดังนี้

(1) การดำเนินงานการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเองจำนวน 50 จุดบริการ สามารถดำเนินการได้ 29 จุดบริการที่มีระบบ WIFI และ 21 จุดบริการไม่มีการติดตั้งระบบ WIFI ซึ่งทางทีมวิจัยได้ดำเนินการแก้ไขจึงได้จัดหาและพัฒนาเครื่องมือให้ส่งข้อมูลมาที่ระบบ Server กรมควบคุมโรค เพื่อประมวลผลโดยพัฒนาจัดหาเครื่องวัดความดันโลหิตที่สามารถใส่ซิมการ์ดระบบ 3G หรือ 4G เพิ่มเติม เพื่อความสะดวกกรณีสถานที่ไม่มีระบบ WIFI รองรับ

(2) ปรับปรุงสื่อและพัฒนาคู่มือการใช้งานเพิ่มเติมการป้องกันการแพร่กระจายโรค COVID-19 โดยมีคำแนะนำเพิ่มเติมเรื่องการใช้งาน การทำความสะอาดพื้นผิว การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ก่อนและหลังใช้งาน การให้คำแนะนำการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สถานบริการที่เป็นจุดบริการจัดหาเจลแอลกอฮอล์วางในจุดที่สามารถใช้บริการได้ทันที

2.1.2 การดำเนินงานในระยะขยายผลการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง โดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น

วงรอบที่ 2

1. การวางแผน

ทีมวิจัยได้วางแผนการดำเนินงานต่อจากระยะนำร่อง โดยกำหนดช่วงเวลาของการขยายผลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2563 เน้นการขยายจุดให้บริการตามความพร้อม โดยการขยายพื้นที่ตามความสมัครใจและการประสานจากท้องถิ่นหรือสถานประกอบการ รวมทั้งสิ้นเป็นจำนวน 690 จุดบริการ โดยเพิ่มเติมเครื่องมือวัดความดันโลหิตที่สามารถเชื่อมต่อระบบ 3G/4G กรณีสถานที่ไม่มีระบบ WIFI รองรับ ครอบคลุม 76 จังหวัดทั่วประเทศ

2. ลงมือปฏิบัติ

ทีมวิจัยได้ประสานพื้นที่ พบว่ามีประชาชนมาใช้บริการจุดบริการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะที่มีการส่งข้อมูลเสียบบัตรประชาชนเก็บข้อมูลจำนวน 3,828 ครั้ง จากประชาชนที่ส่งข้อมูล 1,523 คน ซึ่งจากการสอบถามเจ้าหน้าที่ ณ จุดบริการ ทราบว่าประชาชนส่วนหนึ่งไม่ได้เสียบบัตรประชาชนแต่มาใช้บริการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และรับสื่อต่าง ๆ

3. สังเกตผล

ภาพรวมการติดตามจุดบริการจากการติดตามสอบถามประชาชนที่มาใช้บริการและเสียบบัตรประชาชนส่งข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) น้อยกว่า 120 มม.ปรอท มากที่สุด จำนวน 1,517 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 39.62 ค่าความดันโลหิตตัวบนระหว่าง 120-139 มม.ปรอท จำนวน 1,202 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.40 ค่าความดันโลหิตตัวบนระหว่าง 140-179 มม.ปรอท จำนวน 988 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25.80 ระดับความดันโลหิตมากกว่า 180 มม.ปรอท พบ 121 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.16 เมื่อเปรียบเทียบทั้งความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) พบว่า มีระดับความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 120 และระดับความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 80 จำนวน 1,414 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.93 รองลงมาคือ ระดับความดันโลหิตตัวบน 120-139 มม.ปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 80 มม.ปรอท จำนวน 641 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16.74 ระดับความดันโลหิตตัวบน 140-179 มม.ปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่าง 90-109 มม.ปรอท จำนวน 461 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 12.04 และระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 180มม.ปรอท และความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 110 มม.ปรอท จำนวน 62 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.61 ส่วนการสมัครใช้แอปพลิเคชันพบว่ามีจำนวนการสมัครใช้จำนวน 110 ราย ส่วนใหญ่จะยังไม่เข้าใจขั้นตอนในการสมัคร รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) ของประชาชนที่มาใช้บริการและเสียบบัตรประชาชนส่งข้อมูล

ค่าความดันตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP)	ค่าความดันตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP)				รวม
	< 80	80-89	90-109	>110	
<120 มม.ปรอท	1,414 (36.93)	79 (2.06)	20 (0.52)	4 (0.10)	1,517 (39.62)
120-139 มม.ปรอท	641 (16.74)	408 (10.65)	150 (3.91)	3 (0.078)	1,202 (31.40)
140-179 มม.ปรอท	141 (3.68)	298 (7.78)	461 (12.04)	88 (2.29)	988 (25.80)
> 180 มม.ปรอท	1 (0.026)	11 (0 .28)	47 (1.22)	62 (1.61)	121 (3.16)
รวม	**2,197 (57.39)**	**796 (20.79)**	**678 (17.71)**	**157 (4.10)**	**3,828 (100)**

หมายเหตุ: ( ) คือ ค่าร้อยละ

4. สะท้อนผล ทีมวิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการติดตามการดำเนินงานการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเองในระยะขยายผล ข้อสรุปในการสะท้อนผล ดังนี้

(1) ประชาชนเห็นด้วยกับการมีจุดบริการเช็คสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง แต่ยังพบประชาชนบางส่วนที่ยังไม่ชำนาญ ไม่เข้าใจวิธีใช้และอ่านขั้นตอนการใช้งานในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองไม่เข้าใจ ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ในจุดบริการคอยให้คำแนะนำ

(2) ควรมีจุดบริการตรวจเช็คสุขภาพวัดความดันโลหิตในระดับชุมชน (วัด/ตลาด/ที่ทำการชมรม อสม. ประจำหมู่บ้าน/ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน/ที่ทำการผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงให้ครอบคลุม

(3) การลงทะเบียนใช้งานแอปพลิเคชันเพื่อดูข้อมูลสุขภาพของตนเอง ณ จุดบริการที่ท่านมาใช้บริการ พบว่าร้อยละ 90 ไม่เคยลงทะเบียนแต่มาใช้บริการด้วยเหตุผลเพราะไม่ทราบว่าต้องลงทะเบียน แล้วสามารถดูข้อมูลสุขภาพได้ แสดงถึงการที่ประชาชนยังไม่นิยมใช้แอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นเนื่องจากเป็น web application ซึ่งประชาชนมีความต้องการให้พัฒนาเป็น mobile application ที่มีการใช้งานสะดวกกว่า

ระยะที่ 3 ระยะติดตาม (Monitoring)

ช่วงเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ.2563 ลงประเมินติดตามโดยวางแผนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ของการจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเอง โดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ นราธิวาส ตรัง หนองคาย และบุรีรัมย์ จากจุดบริการ ได้แก่ วัด ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ศาลจังหวัด สถานีบริการอำเภอยิ้ม ห้างสรรพสินค้า สถานประกอบการขนาดกลาง และสถานประกอบการขนาดใหญ่ จากการติดตามความพึงพอใจโดยสัมภาษณ์ตัวแทนผู้ประกอบการที่ให้บริการสถานที่ดูแลจุดบริการจำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผู้ประกอบการห้างสรรพสินค้าในจังหวัดจำนวน 2 คน สถานประกอบการจำนวน 4 คน โรงเรียนจำนวน 1 คน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจำนวน 1 คน และศาลจังหวัด 1 คน สามารถสรุปได้ ดังนี้

(1) ด้านความสะดวกในการใช้บริการ ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ประชาชนมารับการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ศึกษาเอกสารความรู้ได้สะดวก สามารถทราบระดับสีตามความดันโลหิต หากพบผิดปกติก็จะได้รับการแนะนำให้ไปพบแพทย์ หากเป็นจุดบริการที่ตั้งในสถานประกอบการ มีจุดให้บริการพนักงานเพิ่มเติมจากห้องพยาบาล การจัดจุดบริการแยกออกมาเป็นมุมสุขภาพให้พนักงานสามารถมาใช้บริการได้สะดวก ปกติจะเน้นเรื่องความปลอดภัยในสถานที่ทำงานเป็นหลัก พอได้ร่วมโครงการและมีเอกสารประกอบคำแนะนำพนักงานที่มีความเสี่ยงสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตาม สถานประกอบการทราบจำนวนพนักงานที่มีความเสี่ยงและจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ทำหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพในสถานประกอบการบอกว่ามีประโยชน์มาก

(2) ด้านประโยชน์และความสำคัญของการเช็คสุขภาพ ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า นอกจากทำให้ทราบสถานะสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ยังมีเรื่องโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ ที่สำคัญจากสื่อและจากแอปพลิเคชัน พนักงานได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น โรคอ้วน โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ ดังคำพูดว่า

“พนักงานรู้สึกว่า เครื่องวัดแบบสอดแขน ยกระดับภาพลักษณ์ของสถานพยาบาลในโรงงาน ตื่นเต้น ว่ายกระดับเหมือนโรงพยาบาล ไม่ต้องไปโรงพยาบาลในการวัด คนนิยมวัดเครื่องแบบสอดแขน พนักงานมาใช้บริการวัดความดันด้วยตนเองเพิ่มขึ้นหลังจากมีการจัดทำจุดบริการ ผู้ที่ป่วยอยู่แล้วก็มาวัดเพื่อติดตามความดันโลหิตของตนเองโดยไม่ได้เพิ่มภาระงานให้กับงานการพยาบาลในสถานประกอบการ”

“เป็นโครงการที่มีประโยชน์ บางคนไม่เคยวัดความดันโลหิตมาก่อนพบว่าความดันโลหิตสูงในระดับสีเหลือง ได้รับคำแนะนำพฤติกรรมตามเอกสารสำหรับประชาชนและจะไปพบแพทย์ตามคำแนะนำ”

(3) สภาพปัญหาที่พบจากการให้บริการสถานที่ดูแลจุดบริการและประชาชนที่มาใช้บริการ ได้ข้อมูลว่า ความคลาดเคลื่อนของเครื่องวัดความดันโลหิตแบบสอดแขนเมื่อเปรียบเทียบกับแบบพันแขน ดังคำพูดว่า

"คนนิยมวัดเครื่องแบบสอดแขน แต่ถ้าพบความดันโลหิตสูง พยาบาลจะวัดด้วยแบบพันแขนซ้ำอีกครั้ง ซึ่งมักจะให้ค่าที่ต่ำกว่าเสมอ สุดท้ายข้อมูลที่แตกต่างกันจากการวัด 2 เครื่อง ค่าความดันที่ต่ำกว่าจากแบบพันแขนจะถูกบันทึก"

จากการสอบถามประชาชนด้วยแบบสอบถามขณะมาใช้บริการในขณะนั้นจำนวนทั้งสิ้น 31 คน พบว่าร้อยละ 13 ไม่เคยวัดความดันโลหิตในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนที่เคยวัดความดันโลหิตจะไปใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขร้อยละ 47 ประชาชนที่มาใช้บริการร้อยละ 70 ไม่มีปัญหาในการใช้เครื่องวัดความดันโลหิต ณ จุดบริการ โดยร้อยละ 60 มีการแนะนำครอบครัวให้มาใช้บริการ พบว่าร้อยละ 19 ยังไม่เข้าใจวิธีการใช้ ร้อยละ 84 ไม่เสียบบัตรประชาชนในการส่งข้อมูลแต่มาวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่ผ่านมาใช้บริการ ข้อเสนอแนะจากประชาชนอยากให้จัดสถานที่ให้บริการตรวจเช็คสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเองโดยเพิ่มจุดบริการที่วัด ที่ทำการชุมชนหรือประจำหมู่บ้าน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ สนามกีฬา ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผล (Evaluation)

ผลสำเร็จของการดำเนินงานจากวงรอบที่ 1 นำไปสู่การดำเนินงานวงรอบที่ 2 การจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเองโดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น ซึ่งมีผลสำเร็จของการดำเนินงาน ดังนี้

(1) จุดบริการทั้งหมดที่ร่วมดำเนินการจนถึงตุลาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 690 จุดบริการ ครอบคลุมจำนวน 76 จังหวัดทั่วประเทศ และกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยสถานที่ราชการ 338 จุดบริการ ชุมชน 291 จุดบริการ สถานพยาบาล 19 จุดบริการ ห้างสรรพสินค้า 16 จุดบริการ ธนาคาร 7 จุดบริการ สถานประกอบการ 5 จุดบริการ แหล่งท่องเที่ยว 4 จุดบริการ สนามบินดอนเมือง 2 จุดบริการ มูลนิธิ 2 จุดบริการ สวนสาธารณะ 1 จุดบริการ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 5 จุดบริการ โดยการจัดจุดบริการได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งจากผู้ประกอบการ ผู้ดูแลสถานที่ให้บริการ สื่อความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อและการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงได้รับความสนใจจากประชาชนโดยเฉพาะเรื่องความดันโลหิตสูง

(2) ความพึงพอใจของตัวแทนผู้ประกอบการที่ให้บริการสถานที่ดูแลจุดบริการและประชาชนที่มาใช้บริการ 9 คน มีความพึงพอใจคิดเป็นร้อยละ 100 ประชาชนที่ใช้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการใช้บริการแต่บางส่วนยังไม่เข้าใจวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง ประชาชนมีความต้องการใช้งานแอปพลิเคชันที่ง่ายและสะดวกบนโทรศัพท์มือถือ (Mobile application)

(3) จากข้อมูลการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นว่าส่วนใหญ่การตั้งจุดบริการที่ทำให้ประชาชนหรือพนักงานเข้าถึงได้ง่ายจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อความตระหนักในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

สรุปและวิจารณ์

การศึกษารูปแบบจุดบริการเช็คสุขภาพและจัดให้มีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองโดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่นในครั้งนี้เกิดจากการพัฒนาความร่วมมือของภาคส่วนราชการ ท้องถิ่น และภาคเอกชนได้ให้ความร่วมมือในการร่วมดำเนินงานพัฒนาทำให้เกิดมีการจัดจุดบริการในสถานที่ราชการ สถานประกอบการภาคเอกชน ชุมชนต่าง ๆ ทั้งหมดรวม 690 จุดบริการ ครอบคลุม จำนวน 76 จังหวัดทั่วประเทศและกรุงเทพมหานคร โดยคาดหวังให้ประชาชนได้มีจุดเช็คสุขภาพเพื่อประเมินสถานะสุขภาพตนเองในเบื้องต้นและเข้าถึงบริการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ที่ผ่านมา ประชาชนอาจจะไม่ได้ไปโรงพยาบาลบ่อยเช่นเดียวกับช่วงที่ยังไม่มีการระบาด ประชาชนที่ยังไม่ป่วยจะเกิดความตระหนักในการป้องกัน เฝ้าระวังระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จากผลการศึกษา ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยในการมีจุดบริการเช็คสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง เห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อชุมชนทำให้สามารถตรวจวัดความดันโลหิตได้โดยเฉพาะกรณีที่ไม่ได้ไปใช้บริการในสถานบริการสุขภาพจากข้อจำกัดต่าง ๆ ยังมีประชาชนบางส่วนที่ยังไม่

ชำนาญในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ไม่เข้าใจวิธีการใช้อย่างชำนาญ อ่านขั้นตอนการใช้งานเองยังไม่ค่อยเข้าใจ เจ้าหน้าที่ในจุดบริการมีส่วนให้คำแนะนำ ประชาชนส่วนใหญ่พอใจในสื่อความรู้ ณ จุดบริการ โดยเฉพาะการใช้การ์ดสีแสดงค่าระดับความดันโลหิตและการปฏิบัติตัว ส่วนการลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชันเพื่อดูข้อมูลสุขภาพของตนเอง ณ จุดบริการที่มาใช้บริการ พบว่าร้อยละ 90.3 ไม่เคยลงทะเบียนด้วยเหตุผล เพราะไม่ทราบว่าต้องลงทะเบียนแล้วสามารถดูข้อมูลสุขภาพได้ ขั้นตอนการใช้บริการมีความยุ่งยาก แสดงถึงการที่ประชาชนยังไม่นิยมใช้แอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้น อาจเนื่องจากเป็น Web application ซึ่งประชาชนมีความต้องการให้พัฒนาเป็น Mobile application ที่มีการใช้งานสะดวกกว่า สถานที่ที่ประชาชนเห็นว่าควรให้มีจุดบริการตรวจเช็คสุขภาพเบื้องต้นและวัดความดันโลหิตมากที่สุด คือ ชุมชน (วัด/ตลาด/ที่ทำการชมรม อสม. ประจำหมู่บ้าน/ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน/ที่ทำการผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน) อื่น ๆ ได้แก่ ธนาคาร สนามกีฬา ร้านสะดวกซื้อ ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การจัดบริการให้มีเครื่องวัดความดันโลหิตนอกสถานบริการจะทำให้ประชาชนที่ไม่มีอุปกรณ์ได้เข้าถึง และเกิดความตระหนัก แต่จะมีจุดอ่อนคือ จะต้องคำนึงถึงคุณภาพของเครื่องมือและการสอบเทียบให้มีมาตรฐานด้วย [11] การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองในระดับชุมชน มีส่วนในการช่วยให้มีการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น[12] และการศึกษาในประเทศอังกฤษได้มีการตรวจพบผู้ที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง จากการคัดกรองผู้ใหญ่ที่มาใช้บริการในห้างสรรพสินค้า[13] โดยสรุป การจัดจุดบริการเช็คสุขภาพด้วยตนเองเบื้องต้นเป็นความร่วมมือของภาคท้องถิ่น ภาครัฐและเอกชนเป็นการเพิ่มความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้รับความรู้เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ และประชาชนในพื้นที่ที่ดำเนินการเห็นว่ามีประโยชน์ ต้องการให้มีการขยายจุดบริการเพิ่มขึ้น ท้องถิ่นสามารถจัดบริการแก่ประชาชนได้โดยภาครัฐสนับสนุน มีโอกาสในการพัฒนาเครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยีให้มีความเหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์ได้มากขึ้นในด้านสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มเติมในชุมชนต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการติดตามประเมินผลโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครที่มีสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 จำนวนหลายเขต บางสถานที่ปิดทำการในช่วงติดตามประเมิน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาระยะต่อไป

1. การพัฒนาระบบข้อมูล โดยเฉพาะกรณีที่มีประวัติข้อมูลความดันโลหิตที่สูงโดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูงมาก และระบบติดตาม ช่องทางติดต่อประสานงานเพื่อให้ผู้ที่พบความดันโลหิตที่สูงมากให้สะดวกรวดเร็วในการมารับบริการตรวจยืนยันวินิจฉัยในระบบบริการต่อไป

2. การวิเคราะห์เชิงพื้นที่ บริบทการเข้าถึงของประชาชน ความต้องการใช้บริการในสถานที่ที่สะดวก เช่น วัด ที่ทำการชมรมต่าง ๆ ทั้งการสร้างความตระหนักในผู้ที่ยังไม่ป่วย และการใช้ประโยชน์ในการประเมินสภาวะสุขภาพในผู้ที่ป่วย พร้อมทั้งการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ตนเองได้ง่ายขึ้น

3. การพัฒนา Mobile application พร้อมความรู้ที่ใช้งานง่าย รวมถึงควรมีการศึกษาผลกระทบความคุ้มค่าต่อไป

4. ควรมีการสอบเทียบความถูกต้องของเครื่องมือโดยเฉพาะเครื่องวัดความดันโลหิตให้สม่ำเสมอเพื่อให้มีความแม่นยำใกล้เคียงมาตรฐานให้มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย ที่สนับสนุนการศึกษานี้ นายแพทย์ไผท สิงห์คำ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำด้านเทคโนโลยี ขอขอบคุณ นายแพทย์อภิชาต สุคนธสรรพ์ นายแพทย์สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ ที่ให้ข้อสังเกตทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ และขอขอบคุณกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เครือข่ายภาคท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคเอกชน ทุกแห่งที่ให้การสนับสนุนร่วมมือในการศึกษาในครั้งนี้อย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/
2. World Health Organization. World Health Statistics 2018. [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ข้อมูลมรณบัตร ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2562 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2562].เข้าถึงได้จาก http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8297
4. วิชัย เอกพลากร เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล หทัยชนก พรรคเจริญ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า กนิษฐา ไทยกล้า.รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2552. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552.
5. วิชัย เอกพลากร เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล หทัยชนก พรรคเจริญ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า กนิษฐา ไทยกล้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 2561.
7. Responding to noncommunicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic: a rapid review brief. [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Evidence-2020.
8. World Health Organization. Covid and NCD risk factor 2020. [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก https://www.who.int/docs/default-source/ncds/uninteragency-task-force-on-ncds/uniatfpolicy-brief-ncds-and-covid-030920-poster.pdf
9. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ข้อมูลผู้เสียชีวิตจากโควิด 19 ณ วันที่ 28 กันยายน 2563 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จากhttps://ddc.moph.go.th/doe/
10. Kemmis S & McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria : Deakin University pres. 1990.
11. Graves JW. Blood pressure measurement in public places. Am Fam Physician 2005; 71(5): 851-2.
12. Fleming S, Atherton H, McCartney D, Hodgkinson J, Greenfield S, Hobbs FDR, et al. Self-screening and non-physician screening for hypertension in communities: A systematic review. Am J Hypertens 2015; 28: 1316-24.
13. Edwards LA, Campbell P, Taylor DJ, Shah R, Edgar DF, Edwards DPC, et al. BMC Public Health (2019) 19:42 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก https://doi.org/10.1186/s12889-018-6370-0