

การประเมินกระบวนการจัดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในภาคใต้ตอนล่าง ปี 2556

Evaluation on the implementation of health promotion and prevention program on noncommunicable diseases in the southernmost Thailand, 2013

ยอร์น จิระนคร* พ.บ. สม. อว. เวชศาสตร์ป้องกัน (เวชศาสตร์ป้องกันคลินิก) Yorn Chiranakhon* M.D., M.P.H., Dip. in Clinical Science (Clinical Preventive Medicine)

วีณา ตันไสว** วท.บ. (พยาบาล) Veena Tansawai** B.Sc. (Nursing)

ปัจฉิมา บัวยอม** วท.ม. (สุขศึกษา) Pachaima buayom** M.Sc. (Health Education)

แจ่มจันทร์ กิมาคม** กศ.ม. Jamjan Kimakhom** M.Ed.

(การวิจัยและประเมิน) (Research & Evaluation)

*สำนักงานสาธารณสุขเขต 12

*Public Health Office Region 12

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

**The Office of Disease Prevention and Control Region 12

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม ปี 2556 โดยใช้โมเดลตรรกะ (logic model) ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์และผลกระทบ สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี stratified random sampling เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคน จำนวน 140 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 70 คน และประชาชนจำนวน 210 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามและแบบสรุปงบประมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ด้านปัจจัยนำเข้า งบประมาณได้รับการจัดสรรจากหลายแหล่ง งบประมาณระดับจังหวัดมีความเพียงพอ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เพื่อการบริหารจัดการ การสื่อสารความเสี่ยง ความพร้อมของบุคลากรในระดับจังหวัด ทุกจังหวัดจะบริหารในรูปของคณะกรรมการดำเนินการและมีผู้รับผิดชอบ แต่ในระดับสถานบริการโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนยังมี case manager ไม่ครบ ด้านความพร้อมของระบบข้อมูล ได้มีการพัฒนาโปรแกรมระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับด้านกระบวนการ มีการวางแผนแก้ไขปัญหที่สอดคล้องกับนโยบายและสภาพปัญหา และมีการถ่ายทอดสู่ระดับต่าง ๆ ด้านผลลัพธ์พบว่า ผลการคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวานประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปค่อนข้างสูง และคลินิก NCD คุณภาพผ่านเกณฑ์ประเมินด้วยตนเอง แต่กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เปลี่ยนพฤติกรรม และไม่สามารถควบคุมความดันและน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับที่พบว่า ประชาชนได้รับการตรวจคัดกรองจริง แต่ก็ยังไม่ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีความสามารถในการคัดกรองความดันและเบาหวานได้ดี แต่ไม่มั่นใจต่อการแปลผล การศึกษาครั้งนี้เป็นการแสดงให้เห็นว่ากระบวนการจัดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อในภาคใต้ตอนล่างควรได้รับการพัฒนาให้มี case manager ครอบคลุมทุกสถานบริการ พัฒนา กำกับ ประเมินผลโปรแกรมการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในการให้บริการพื้นฐานเข้าถึงประชาชนให้มากที่สุด

Abstract

This study aimed to evaluate the implementation of the health promotion and prevention program on noncommunicable disease (NCD) in the southernmost Thailand which was carried out in August 2013. The logic model was applied to analyze about input, process, outputs and outcomes. Using stratified random sampling technique to recruit the study samples to be 2 groups: (1) 140 administrators and responsible officers, and (2) 70 village health volunteers and 210 villagers. Data were collected by using questionnaire, summary chart and reporting forms; analyzed by content analysis, and presented by using descriptive statistics. It was found that the financial supports from multiple sources in each province were used quite efficiently for management and risk communication. At provincial level, the programs were managed mainly by a committee and under responsibility of the officers at provincial level but no responsible persons in community hospitals. Computerized systems were developed for data collection and analysis. The NCD program was performed according to the policy and local public health needs; and was delegated from provincial to community level. As for the outputs, it was shown that the screening for hypertension and diabetes among population over 15 year old and quality of NCD clinic were higher than the targets although risk groups and patients, their blood pressure and blood sugar were not under controlled due to no change in their risk behavior. The village health volunteers could measure the blood pressure and blood sugar test well but did not sure on the interpretation. The study indicated that the implementation of NCD program should be improved especially on case managers in community hospitals, strengthen on changing risk behavior program, and increase capacity of VHV's to serve health promotion and prevention NCD services to people in community.

ประเด็นสำคัญ

การประเมิน, งานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Key words

evaluation, noncommunicable disease control program

บทนำ

จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ พบว่า 1 ใน 3 ของประชาชนวัยผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) และ 1 ใน 10 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (diabetes mellitus) และพบว่าประมาณร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลกเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย รายงานจากการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551- 2552⁽³⁾ พบความชุกของโรคเบาหวาน (DM) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 6.9 สำหรับความชุกของโรคความดันโลหิตสูง (HT) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 21.4 โรคความดันโลหิตสูง และ

เบาหวาน หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความพิการ และตายก่อนวัยอันควร ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ สังคม ของผู้ป่วยและครอบครัว

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) จึงเป็นแนวทางหลักที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหา โดยระดับบุคคล มุ่งหวังให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพตนเองได้ พยายามไม่ให้เกิดโรค โดยการลดการจำกัดป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนและผลที่ตามมาของโรค และในระดับชุมชน มุ่งหวังต่อการสร้างและเพิ่มศักยภาพของระบบนิเวศ-

สังคมให้ดีขึ้น เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยน้อยลง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยได้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยังลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งกลไกดังกล่าวจำเป็นที่ทุกภาคส่วนทุกระดับเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สามารถตอบสนองนโยบายจากส่วนกลาง และแก้ปัญหาสุขภาพที่แท้จริงในพื้นที่ได้ การประเมินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 แต่จากการทบทวนเอกสารพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานโดยเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่ได้ตามเป้าหมาย ข้อมูลด้านงบประมาณไม่สมบูรณ์ การศึกษาเชิงลึกด้านกระบวนการในแต่ละระดับยังมีน้อย รวมทั้งยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับชุมชนที่วัดว่าโครงการต่าง ๆ ที่เข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายมากน้อยเพียงไร ดังนั้นผู้ศึกษามีแนวคิดที่จะประเมินอย่างเป็นระบบ โดยเน้นกระบวนการมากขึ้น และมีการศึกษาผลกระทบในระดับชุมชน จึงได้กำหนดให้มีการศึกษาประเมินผลของกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) ในปี 2556 ขึ้น เพื่อประเมินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง หรือพื้นที่เครือข่ายบริการสาธารณสุขที่ 12 ได้แก่ จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

วัสดุและวิธีการศึกษา

การประเมินผลครั้งนี้ เป็นการประเมินผลรวมสรุป⁽⁴⁾ โดยประยุกต์ใช้โมเดลตรรกะ (Logic model)⁽⁵⁾ เป็นกรอบในการประเมิน ประกอบด้วย ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ งบประมาณ บุคลากรและข้อมูล ด้านกระบวนการ ได้แก่ การวางแผน การนำแผนสู่การปฏิบัติ การจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหา ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ผลการคัดกรองความดันโลหิตและ

เบาหวานในประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป การควบคุมระดับค่าความดันโลหิตและน้ำตาลในกระแสเลือด การปรับเปลี่ยนกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มปกติ และด้านผลกระทบ ได้แก่ อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พฤติกรรมของประชาชน ศักยภาพในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2556

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยคัดเลือกทุกจังหวัดในภาคใต้ตอนล่าง สุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 1 อำเภอ สุ่มอำเภอละ 1 ตำบล และสุ่มตำบลละ 1 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ มี 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานทั้งหมดจำนวน 140 คน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลละ 10 คน รวม 70 คน และประชาชน ตำบลละ 30 คน รวม 210 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ประเด็น กระบวนการวิเคราะห์สภาพปัญหา กระบวนการวางแผน แก้ไขปัญหา และกระบวนการนำแผนสู่การปฏิบัติ แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และประชาชน และแบบสรุปงบประมาณ เครื่องมือ ทั้งหมดได้รับการพัฒนา โดยคณะผู้เชี่ยวชาญของพื้นที่ เครือข่ายบริการที่ 12 เฉพาะแบบสอบถามของอาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน ได้รับการทดสอบความเชื่อมั่นได้ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารงานพบว่า ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด จำนวน 90 คน ระดับอำเภอและตำบล 50 คน รวม 140 คน ลักษณะของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และนับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 92.9 และ 68.6 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.9 ปี ในขณะที่ลักษณะของประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และนับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 74.2 และ 60.0 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.0 ปี

ด้านปัจจัยนำเข้า

งบประมาณในแต่ละจังหวัดได้รับการจัดสรรจากหลายแหล่ง ประกอบด้วยงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข (Non-UC) งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ (P&P area-based), งบ P&P ระดับเขต งบ P&P สนับสนุนงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P expressed demand), งบ P&P, กองทุนทันตะสาธารณสุข งบโครงการพิเศษขององค์กรต่าง ๆ งบจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (กองทุนตำบล) งบพัฒนาจังหวัด งบอื่น ๆ และงบจากสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นต้น เมื่อพิจารณาเฉพาะงบประมาณระดับจังหวัดพบว่าสัดส่วนของงบประมาณ

ที่จังหวัดได้รับทั้งหมด และจังหวัดจัดสรรให้แก่ กลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย 8 แผนงาน พบว่าจังหวัดที่จัดสรรในสัดส่วนสูงสุด คือ จังหวัดนราธิวาส คิดเป็นร้อยละ 70.3 และจังหวัดพัทลุงจัดสรรสัดส่วนต่ำสุด เพียงร้อยละ 21.8 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของงบประมาณที่จังหวัดจัดสรรให้กับกลุ่มวัย 8 แผนงาน กับที่จัดสรรเพื่องานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จังหวัดที่มีการจัดสรรสัดส่วนสูงสุด คือ ยะลา รองลงมา สตูล พัทลุง และตรัง คิดเป็นร้อยละ 20.4, 10.8, 8.9, 7.0 ตามลำดับ ในขณะที่จังหวัดสงขลาและนราธิวาส มีการจัดสรรสัดส่วนค่อนข้างต่ำ คิดเป็นร้อยละ 0.5 และ 1.1 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ความพร้อมของบุคลากรพบว่า บุคลากรที่เป็นตัวสำคัญของการดำเนินงาน ประกอบด้วย คณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการโรคเรื้อรัง (NCD Board) ระดับจังหวัดและอำเภอ รวมถึงผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานบริหารจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (system manager) มีจำนวนครอบคลุมทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 แต่ผู้จัดการรับผิดชอบ การจัดการบริการ (case manager) ยังไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 77.6 เท่านั้น

ความพร้อมของระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อ

ตารางที่ 1 แสดงงบประมาณทั้งหมดและสัดส่วนของงบประมาณที่จัดสรรเพื่อการดำเนินงานตามกลุ่มวัย 8 แผนงาน และจัดสรรเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ในระดับจังหวัด

จังหวัด	งบประมาณทั้งหมด บาท	งบประมาณจัดสรรตาม กลุ่มวัย 8 แผนงาน		จัดสรรเพื่อป้องกันควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน	
		บาท	ร้อยละ	บาท	ร้อยละ
สงขลา	285,742,915	188,896,385	66.1	989,480	0.5
สตูล	76,305,562	41,132,631	53.9	4,432,000	10.8
ตรัง	89,520,526	19,508,964	21.8	1,361,740	7.0
พัทลุง	151,888,356	45,225,919	29.8	4,023,098	8.9
ปัตตานี	184,128,558	82,595,230	44.9	4,028,114	4.9
ยะลา	53,806,862	22,603,867	42.0	4,614,035	20.4
นราธิวาส	246,602,970	173,372,653	70.3	1,847,740	1.1

เรื้อรัง พบว่า ทุกจังหวัดใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง⁽⁶⁾ ได้พัฒนาเป็นนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ซึ่งโปรแกรมสามารถประมวลผลการดำเนินงานจากฐานข้อมูล 21/43 แฟ้มของสถานบริการ โดยไม่เพิ่มภาระการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน และรายงานผลตามเงื่อนไข และตัวชี้วัดตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โปรแกรมสามารถตรวจสอบข้อมูลเป็นรายบุคคลและรายพื้นที่ผ่านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ และกำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาต่อยอดให้เป็นคลังข้อมูลระดับเขต ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการรับบริการระหว่างพื้นที่ในเขตต่อไป

ด้านกระบวนการ

ในการวางแผนแก้ไขปัญหามาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า ทุกจังหวัดวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น ข้อมูล สถานะสุขภาพ สถานการณ์ทางระบาดวิทยา สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงจากการทำประชาคม แนวทางจากนโยบายต่าง ๆ เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับประเทศจนถึงระดับจังหวัด จากผลการดำเนินงานย้อนหลัง และระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับระดับพื้นที่ใช้ฐานข้อมูลโรงพยาบาล HosXP (enterprise hospital information system) และโปรแกรมระบบฐานข้อมูลสถานอนามัย JHCIS (health center information system) ร่วมวิเคราะห์เพิ่มเติม นอกจากนี้ ใช้เครื่องมือประมวลผลเพื่อหาคำตอบ เช่น SWOT analysis หลักการ

จัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามแนวทางองค์การอนามัยโลก (WHO) หรือการประเมินตามตารางตัดสินใจ (multi-variable decision) ที่ประกอบด้วย ขนาดของปัญหา ความรุนแรง ความยากง่ายของการแก้ปัญหา ความร่วมมือในการแก้ปัญหา และผลกระทบของปัญหา เป็นต้น และผลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) ถูกจัดความสำคัญ 3 ปัญหาแรกของแต่ละจังหวัด ดังตารางที่ 2

การกำหนดกลุ่มเป้าหมายพบว่า ทุกจังหวัดมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับนโยบายประเทศ ประกอบด้วย กำหนดเป้าหมายเฝ้าระวังคัดกรองความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จัดกลุ่มบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อตามผลวินิจฉัยและการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงสูง (pre DM-HT) กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยมีภาวะแทรกซ้อน บางจังหวัดกำหนดพื้นที่นำร่องจัดกลุ่มบริการป้องกันควบคุมโรคตามแนวทางป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี และบางจังหวัดกำหนดกลุ่มเป้าหมายเสี่ยงเพิ่มเติม เช่น กลุ่มเด็กที่มีภาวะอ้วน หรือมีพันธุกรรม และกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยง

การกำหนดกลยุทธ์แก้ไขปัญหามาพบว่า ทุกจังหวัดใช้ยุทธศาสตร์ผู้ว่าราชการจังหวัด ยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยปี 2554-2563 เป็นแผนแม่แบบ ร่วมกับกำหนด

ตารางที่ 2 การจัดลำดับความสำคัญของโรคที่ต้องแก้ไขปัญหาระดับจังหวัดใน ปี 2556

ลำดับ	สงขลา	สตูล	ตรัง	พัทลุง	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส
1	ไขมันเลือดออก	มารดาและทารก	HT/DM	HT/DM	HT/DM	HT/DM	มารดาและเด็ก
2	ยาเสพติด	สุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน	โรคหัวใจ/หลอดเลือด	ไขมันเลือดออก	มารดาและทารก	ภาวะโลหิตจาง/ซีดในหญิงมีครรภ์	สุขภาพเด็กแรกเกิด - 72 เดือน
3	HT/DM	HT/DM	โรคมะเร็ง	โรคมะเร็ง	ไขมันเลือดออก	ไขมันเลือดออก	HT/DM

หมายเหตุ HT/DM = โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

มาตรการ แก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับ จังหวัดสงขลา พัทลุง และปัตตานี มีการจัดทำ road map ระบบสุขภาพที่ผ่านการทำประชาคม จากการมีส่วนร่วม ในสมัชชาสุขภาพที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์และ ความต้องการของพื้นที่ มาตรการหลักที่ใช้ในการแก้ไข ปัญหา ได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งแก่ภาคีเครือข่าย โดยการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนากระบวนการสื่อสารความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามหลัก 3อ 2ส มีการพัฒนาระบบข้อมูลโรคเพื่อใช้ในการวางแผน กำกับติดตามและประเมินผล มีการพัฒนา มาตรฐานของระบบบริการและส่งต่อ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน การดำเนินงาน และจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับ จังหวัด

การนำแผนสู่การปฏิบัติพบว่า ระดับจังหวัดมีการถ่ายทอดนโยบาย กรอบแนวทาง เป้าหมาย การดำเนินงาน และจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงาน แก่เครือข่ายรับผิดชอบระดับอำเภอมีการถ่ายทอด โครงการ และกิจกรรมแก่เครือข่ายโดยการประชุมชี้แจง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ระดับตำบลมีการถ่ายทอดเป้าหมายและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องแก่ อสม. มีการติดตามประเมินผลทุกระดับ โดย คณะกรรมการประสานงานระดับจังหวัด (คปสจ.) และ

คณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ.)

การจัดทำแผนงานโครงการพบว่า ระดับจังหวัด มีจำนวน 44 แผนงาน/โครงการ และในระดับอำเภอ และตำบล เฉพาะที่ศึกษามีจำนวน 56 โครงการ แผนงาน /โครงการส่วนใหญ่เน้นการบริหารจัดการ การสื่อสาร การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการขับเคลื่อนนโยบาย ดังตารางที่ 3

ด้านผลลัพธ์

ความครอบคลุมของการคัดกรองความดันโลหิต ในภาพรวมของเขตพื้นที่ฯ พบว่า ประชาชนเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองคิดเป็นร้อยละ 81.0 จำแนกจังหวัด ที่มีผลการคัดกรองสูงสุดคือ พัทลุง ตรัง และปัตตานี คิดเป็นร้อยละ 94.0, 93.3 และ 92.5 จังหวัดที่มีผลการ คัดกรองต่ำสุด คือ สตูล ร้อยละ 68.6 ส่วนการ คัดกรองเบาหวาน ในภาพรวมของเขตพื้นที่ฯ ประชาชน กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองคิดเป็นร้อยละ 74.0 จำแนกจังหวัดที่มีผลการคัดกรองสูงสุดคือ พัทลุง และตรัง ร้อยละ 91.6 และ 91.3 จังหวัดที่มีผลการ คัดกรองต่ำสุด คือ สตูล ร้อยละ 53.6 สำหรับการควบคุม ระดับ ค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมของเขตพื้นที่ฯ สามารถควบคุมระดับค่า ความดันโลหิต ได้เพียงร้อยละ 31.7 และการควบคุม ระดับค่าน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตารางที่ 3 จำนวนโครงการและงบประมาณตามแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับจังหวัด และอำเภอ และตำบลที่ศึกษา

จังหวัด	ระดับจังหวัด (โครงการ)	รับจัดสรร (บาท)	ระดับอำเภอ/ตำบล (โครงการ)	รับจัดสรร (บาท)
สตูล	4	4,432,000	14	898,542
พัทลุง	18	4,023,098	12	707,509
ตรัง	4	1,361,740	6	517,069
สงขลา	4	989,480	4	1,752,323
ปัตตานี	6	4,028,114	3	235,900
ยะลา	7	4,614,035	7	403,773
นราธิวาส	1	1,847,740	10	770,758
รวม	44	21,296,207	56	5,285,874

ในภาพรวมของเขตฯ ได้เพียงร้อยละ 30.6 เท่านั้น และพบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง (pre-Hypertension) และเบาหวาน (pre-Diabetes) ปี 2555 ลดเป็นกลุ่มปกติ ปี 2556 ในภาพรวมของเขตฯ ร้อยละ 44.7 ยังต่ำกว่าเป้าหมายตามนโยบายเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย เมื่อจำแนกตามจังหวัดพบว่า จังหวัดยะลา และสงขลา ร้อยละ 50.7 และ 50.4 ตามลำดับ จังหวัดที่ลดได้ต่ำสุด คือ จังหวัดสตูล ร้อยละ 33.5 สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อเบาหวานในปี 2555 เปลี่ยนเป็นปกติในปี 2556 ในภาพรวมของเขตฯ ร้อยละ 66.7 สูงกว่าเป้าหมายตามนโยบายฯ ดังกล่าว เมื่อจำแนก รายจังหวัด คือ จังหวัดยะลา และตรัง ร้อยละ 78.2 และ 72.7 ตามลำดับ จังหวัดที่ลดได้ต่ำสุด คือ จังหวัดสตูล ร้อยละ 42.4 การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพนั้น กำหนดให้ประเมินตนเอง 6 องค์ประกอบหลัก คือ มีทิศทางและนโยบาย มีการปรับระบบและกระบวนการบริการจัดการบริการเชื่อมโยงชุมชน มีระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และมีระบบสารสนเทศ ซึ่งผลการประเมินภาพรวมของเขตฯ พบว่า คลินิก NCD คุณภาพผ่านเกณฑ์ร้อยละ

96.2 ดังตารางที่ 4

ด้านผลกระทบ

อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ปี 2556 ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในภาพรวมร้อยละ 0.69 และเมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 0.44-1.23 ในขณะที่อุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน พบว่า ปี 2556 ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ ในภาพรวมของเขตฯ ร้อยละ 0.30 และเมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 0.46-0.34 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย จากการสุ่มประชาชนพบว่า ได้รับการบริการตรวจวัดความดันโลหิต ร้อยละ 94.2 รับการประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวานด้วยวาจา ร้อยละ 78.9 รู้จัก 3ส 2อ เพียงร้อยละ 48.4 แต่อธิบายได้เพียง ร้อยละ 30 เท่านั้น แม้ว่าประชาชนมีการปลูกผักปลอดสารพิษในหมู่บ้าน รมรงค์การไม่สูบบุหรี่และบริโภค แอลกอฮอล์ แต่ยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพียง ร้อยละ 63.7 เท่านั้น ดังตารางที่ 5

ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีความสามารถ ตรวจวัดความดันโลหิต ร้อยละ 97.1 แต่ความสามารถ

ตารางที่ 4 ร้อยละของผลลัพธ์ที่ต้องการของการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ปี 2556

ตัวชี้วัด/ร้อยละ	สงขลา	สตูล	ตรัง	พัทลุง	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวมเฉลี่ย	เกณฑ์
ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต	72.9	68.6	93.3	94.0	92.5	76.2	73.6	81.0	90
ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	68.0	53.6	91.3	91.6	88.9	66.4	63.7	74.0	90
ผู้ป่วยโรค HT ที่สามารถควบคุมระดับ ค่าความดันโลหิตได้	31.3	25.3	35.5	36.9	28	31.6	23.2	31.7	50
ผู้ป่วยโรค DM ที่สามารถควบคุมค่าระดับ น้ำตาลในกระแสเลือดได้	32.7	23.6	32.4	36.9	27.9	27.3	23.2	30.6	40
กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูงปี 2555 ลดเป็นกลุ่มปกติ ปี 2556	50.5	33.5	41.0	40.3	45.9	50.7	41.3	44.7	50
กลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะเบาหวาน ปี 2555 ลดเป็นกลุ่มปกติปี 2556	66.6	42.4	72.7	61.6	65.0	78.2	65.9	66.7	50
คลินิก NCD คุณภาพ ผ่านเกณฑ์	94.1	100	100	100	100	100	100	98.7	70

ในเจาะเลือดฝอยจากปลายนิ้วเพื่อตรวจน้ำตาลใน ในการแปลค่าความดันโลหิตและค่าน้ำตาลในเลือดน้อยมาก กระแสเลือด เพียงร้อยละ 68.6 แต่มีความสามารถ เพียงร้อยละ 34.3 และ 25.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ระดับความรู้ พฤติกรรมการรับบริการ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ประเด็นคำถาม	ประชาชน (n=210)
ในรอบปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต	94.2
ได้รับการบอกค่าความดันโลหิตหลังการตรวจวัด	89.5
ทราบการแปลผลค่าความดันโลหิตหลังการตรวจวัด	90.5
ในรอบปีที่ผ่านมาได้รับการสอบถามเพื่อประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน	78.9
ในรอบปีที่ผ่านมาได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	76.8
ได้รับการบอกค่าระดับน้ำตาลหลังการตรวจวัด	71.6
ได้รับคำแนะนำ หรือให้บริการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	78.4
รู้จัก 3 อ 2 ส	48.4
สามารถอธิบายความหมาย 3 อ 2 ส	30.0
ได้รับสื่อโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง	72.6
ทราบว่าในชุมชน/หมู่บ้านมีการปลูก/จำหน่ายผักปลอดสารพิษ	89.5
ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 3 วัน/สัปดาห์	63.7
รณรงค์ปลอดบุหรี่/ปลอดเหล้า ในชุมชน/หมู่บ้าน	70.0

ตารางที่ 6 ระดับความรู้ พฤติกรรมการให้บริการ และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประเด็นคำถาม	อสม (n=70) ร้อยละ
เคยอบรมเป็น อสม. เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)	72.9
ในหมู่บ้านมีเครื่องตรวจวัดความดันโลหิตเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน	100
สามารถวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องตรวจวัดความดันได้	97.1
สามารถแปลผลค่าความดันโลหิตได้	34.3
ก่อนเจาะเลือดตรวจค่าน้ำตาล มีการประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวานทางวาจา เช่น ถามประวัติ การเป็นเบาหวานพ่อแม่พี่น้อง, ชั่งน้ำหนัก, ส่วนสูง	98.6
ความสามารถในเจาะเลือดฝอยจากปลายนิ้วเพื่อตรวจน้ำตาลในกระแสเลือด	68.6
สามารถแปลผลค่าน้ำตาลในเลือดได้	25.7
รู้จัก 3 อ 2 ส	84.3
สามารถอธิบายความหมาย 3 อ 2 ส	65.7
ได้รับแผ่นพับ/คู่มือ แนะนำเรื่องเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	72.6
รับรู้ว่าในชุมชน/หมู่บ้านมีการปลูก/จำหน่าย ผักปลอดสารพิษ	90.0
ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 3 วัน/สัปดาห์	72.9
รณรงค์ปลอดบุหรี่/ปลอดเหล้า ในชุมชน/หมู่บ้าน	65.7

วิจารณ์

การประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) เขตพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ปีงบประมาณ 2556 พบว่าด้านปัจจัยนำเข้าพิจารณาความพร้อมของงบประมาณพบว่า ได้รับการจัดสรรจากหลายแหล่ง โดยเฉพาะแหล่งงบประมาณหลักจากกระทรวงสาธารณสุข สปสช และ อปท. (กองทุน) ภาพรวมถือว่าเพียงพอ สำหรับความพร้อมของบุคลากรพบว่าคณะกรรมการ NCD Board มีครอบคลุมทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ ซึ่งเพียงพอในเชิงปริมาณ แต่ควรได้รับการประเมินเชิงคุณภาพเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพสำหรับ system manager มีครอบคลุมทุกจังหวัด ๗ ละ 1 คน แต่ case manager ในระดับโรงพยาบาลชุมชนยังมีเพียงร้อยละ 77.6 เท่านั้น สำหรับความพร้อมของระบบข้อมูลพบว่า ทุกจังหวัด มีระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ต้นแบบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ซึ่งเป็นจุดแข็งที่ควรได้รับการสนับสนุนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้านกระบวนการพบว่า การจัดทำแผนแก้ไขปัญหามีการวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยการรวบรวมและบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่ง ใช้เครื่องมือประมวลผลหลากหลายวิธี เพื่อหาคำตอบ และผลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน) ถูกจัดความสำคัญของปัญหาที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขในลำดับที่ 1-3 การกำหนดกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ และบางพื้นที่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติม ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุดยิ่งขึ้น กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาพบว่า มีการใช้กลยุทธ์ที่สอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับสภาพปัญหาพื้นที่ แต่ผลการประเมินระดับพื้นที่บางแห่งยังขาดการวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของพฤติกรรมเสี่ยงที่ชัดเจน ซึ่งอาจส่งผลให้แผนงานโครงการขาดมาตรการแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญได้

สำหรับการนำแผนสู่การปฏิบัติพบว่า ทุกระดับมีการถ่ายทอดแผน มีระบบกำกับติดตามประเมินผล และเมื่อวิเคราะห์ ในภาพรวมของกระบวนการวางแผนแก้ไขปัญหามีภาพรวมแล้วสรุปว่า มีความเหมาะสมสอดคล้องกับนโยบายของประเทศ จังหวัด และบริบทพื้นที่ รวมถึงสอดคล้องกับหลักวิชาการ⁽⁷⁻⁹⁾ ที่กล่าวว่าหลักการวางแผนที่ดีควรกำหนดให้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ที่สอดคล้องกับแผนระดับสูงขึ้นไป สำหรับแผนงานโครงการระดับจังหวัดในภาพรวมพบว่าเกิดจากการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดกลุ่มงานเจ้าภาพหลัก มีการมอบหมายสิ่งที่ชัดเจน และจำนวนความซ้ำซ้อนของโครงการลดลง รวมทั้งกิจกรรมมีความครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ กพร.⁽⁷⁾ ที่กำหนดไว้ว่า การจัดทำแผนงานโครงการต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมและผ่านกระบวนการเห็นชอบของทุกฝ่าย มีการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องชัดเจนและไม่ซ้ำซ้อนกัน ด้านผลลัพธ์พบว่า ผลการดำเนินงานในการคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวาน ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมค่อนข้างต่ำ⁽¹⁰⁾ เนื่องจากทุกจังหวัดในเขตฯ ถูกกำหนดให้ใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ผลงานจากระบบคลังข้อมูลต่ำกว่าผลงานจริงจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ขาดบุคลากรที่มีศักยภาพด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในการแก้ไข รวมถึงความหลากหลายของระบบฐานข้อมูลในแต่ละสถานบริการซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาปรับปรุง ทั้งระบบและกระบวนการสำหรับการควบคุมระดับค่าความดันโลหิตและน้ำตาลในกระแสเลือดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานให้อยู่ในมาตรฐานที่กำหนดและการปรับเปลี่ยนประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานลดเป็นกลุ่มปกติพบว่า ต่างพบว่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ เนื่องจากการกำกับ ติดตาม ประเมินโปรแกรมการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ดีพอ แม้ว่าคลินิก NCD คุณภาพ ได้รับการประเมินตนเองว่า

ผ่านเกณฑ์คุณภาพก็ตาม ด้านผลกระทบพบว่า อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ปี 2556 อยู่ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับผลกระทบต่อประชาชน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างพบว่า ได้รับบริการตรวจวัดความดันโลหิตตามเกณฑ์ ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้ร่วมดำเนินการคัดกรองความดันโลหิตในชุมชนตั้งแต่ ปี 2552 เป็นต้นมา แม้ว่า อสม. สามารถตรวจวัดความดันโลหิตทำได้ตามเกณฑ์ แต่ความสามารถในการแปลผลได้ถูกต้อง ยังอยู่ในระดับต่ำมาก ในขณะที่ประชาชนได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวานด้วยวาจา และการตรวจค่าน้ำตาลในกระแสเลือดยังคงค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับผลการประเมินศักยภาพของ อสม. ว่ามีความสามารถในการเจาะเลือดฝอยจากปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือดพร้อมแปลผลได้ยังอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน จะเห็นได้จากปัจจุบันทุกชุมชนมีความพร้อมของเครื่องวัดความดันโลหิตเป็นระบบดิจิตอล จึงง่ายต่อการใช้งาน แต่ขั้นตอนและวิธีการเจาะเลือดฝอยฯ มีความยุ่งยากมากกว่า และจากหลักสูตรพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเริ่มดำเนินการในปี 2556 ให้สามารถเจาะเลือดเลือดฝอยฯ ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาและประเมินศักยภาพของ อสม. ในอนาคตอันใกล้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ต้องมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม หรือควบคุมการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า หากต้องการแก้ไขปัญหาให้บรรลุถึงระดับที่ทำให้เกิดความตระหนัก และบ่มเพาะพฤติกรรมสุขภาพแก่เด็ก เยาวชน หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและป่วย

2. ควรมีแผนอบรม case manager โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่ยังขาดอยู่ แต่อย่างไรก็ตาม ควรให้มี case manager มากกว่า 1 คนต่อโรงพยาบาล ในอนาคต เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

3. ควรจัดทำหลักสูตร Mini case manager ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วยในชุมชน

4. ควรมีการติดตามกำกับโปรแกรมการรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในประชาชน กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยอย่างเข้มข้นและมีประสิทธิภาพ

5. เจ้าหน้าที่ควรเร่งรัดการพัฒนาศักยภาพของ อสม. เพื่อตอบสนองความคาดหวังของประชาชนเพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ผลการตรวจ สถานภาพของโรคของตนเองเบื้องต้น หลังจากตรวจวัดความดันโลหิต และตรวจน้ำตาลในเลือด ทราบการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนของโรคนี้ด้วย

6. ในระดับชุมชนควร เน้น 3อ 2ส เข้าบูรณาการในกิจกรรมของชมรม กลุ่มสนใจ หรือผู้นำชุมชน เพื่อให้มีการชักจูงให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรพัฒนาระบบการติดตามประเมินผล เป็นแบบการประเมินเสริมพลัง (empowerment evaluation) โดยกำหนดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงเป็นผู้ติดตามประเมิน เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ให้เกิดประโยชน์คุ้มค่า

2. ควรพัฒนาให้เกิดระบบติดตามประเมินผลเชิงกระบวนการ และสภาพปัญหาความเป็นจริงมากกว่าการประเมินตามตัวชี้วัด และสามารถดำเนินการได้เองในระดับจังหวัดและอำเภอ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องด้วยความร่วมมือของคณะทำงานติดตามประเมินผล การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 12 และขอขอบคุณนายแพทย์สุวัช ชาญศิริวัฒนา ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนการศึกษานี้ ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุข ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องงานโรค

ไม่ติดต่อระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล
อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนกลุ่มตัวอย่าง
ทุกจังหวัด ที่ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Statistic 2012. World Health Organization; 2012 [cited 2012 Jun 12]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/.
2. World Health Organization. Global status report on non communicable disease 2010. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2012 Jun 5]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
3. วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล, หทัยชนก พรอคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, กนิษฐา ไทยกล้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสำรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-52. นนทบุรี: เดอะกราฟิกซิสเต็ม; 2553.
4. เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. การประเมินโครงการแนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
5. สุวิมล ว่องวาณิช. การออกแบบและประเมินโครงการโดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง. การวิจัยสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สมาคมวิจัยสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย 2552; หน้า 18-20.
6. ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [Internet]. [เข้าถึง 10 พฤศจิกายน 2556]. สืบค้นจาก <http://203.157.229.18/chronic/index.php>.
7. หลักการบริหารจัดการ Principle of Management. ภาควิชาการบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552 [homepage on the Internet]. [เข้าถึง 11 พฤศจิกายน 2556]. สืบค้นจาก <http://phad.ph.mahidol.ac.th/km/knowledge/principle%20of%20management/index.html>.
8. หลักเกณฑ์และแนวทางการทบทวนแผนพัฒนาจังหวัด/กลุ่มจังหวัด และการจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีของจังหวัด/กลุ่มจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 [homepage on the Internet]. [เข้าถึง 11 พฤศจิกายน 2556]. สืบค้นจาก http://www.opdc.go.th/content.php?menu_id=5&content_id=2145.
9. ชุดเครื่องมือการพัฒนาองค์กร (Organization Improvement Toolkits) ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วิชั่น พรินท์ แอนด์มีเดีย จำกัด, 2551
10. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือรายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพตาม คำรับรองการปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2556, นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2536.