

การพัฒนาศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วม ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

Center development for new management of chronic non-communicable diseases
by district health network's participatory

พุดิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์¹

ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์¹

ชูสง่า สีสัน²

อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง¹

รชานนท์ ง่วนใจรัก¹

ละม่อม กล้าหาญ³

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย

ราชภัฏนครราชสีมา

²โรงพยาบาลปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะขบ

Bhuddhipong Satayavongthip¹

Tongtip Salawonglak¹

Choosanga Seesun²

Atthawit Singsalasang¹

Rachanon Nguanjairak¹

Lamom Glaharn³

¹Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima

Rajabhat University

²Pak Thong Chai Hospital

³Ta Khop Health Promoting Hospital

DOI: 10.14456/dcj.2024.21

Received: December 11, 2023 | Revised: May 28, 2024 | Accepted: May 29, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ การวิจัยดำเนินการเดือนกุมภาพันธ์-สิงหาคม 2565 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชน ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา และ ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์การพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย มุมมองด้านระบบบริการ มุมมองด้านลูกค้า และมุมมองด้านงบประมาณ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์ของการพัฒนา ประกอบด้วย 1) มุมมองด้านระบบบริการ พบว่า มีศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ จำนวน 1 ศูนย์ มุมมองด้านลูกค้า พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.50 และมุมมองด้านงบประมาณ พบว่า สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ และ 2) ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมและนำไปปฏิบัติ จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 46.15 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีผู้ป่วยสามารถเลิกยาควบคุมระดับไขมันในเลือด ลดการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 38 คน ร้อยละ 18.27 และแพทย์ได้วินิจฉัยให้หยุดการใช้ยารักษาโรค จำนวน 8 คน

ร้อยละ 8.33 ดังนั้นรูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วม จึงถือได้ว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ควรนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

ติดต่อผู้พิมพ์ : อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง

อีเมล : atthawit.s@kkumail.com

Abstract

This action research aimed to develop the center for district health network's participation in chronic disease management and to study the results of a new chronic disease management center being developed. The research was conducted from February to August 2022, and divided into 3 phases: phase I, the study of self-care methods of individual patients in the community; phase 2, the development process; and phase 3, the study of development outcomes. Data were collected by using questionnaires and interview forms. The quantitative data was examined using descriptive statistics to describe the personal characteristics of the samples, health awareness, and health behaviors. The qualitative data was described in term of perspective of service system, customer well-being, and medical care budget, using content analysis together with quantitative data analysis. The results found that the outputs of the development were divided in 2 parts. For the first part, the perspective on service system revealed the establishment of a center for new management of noncommunicable diseases; the perspective on customer well-being informed that the overall quality of life of patients with chronic noncommunicable diseases was at a good level (87.50%); and the perspective on medical care budget reported the reduction of the cost of medical care for the patients. The second part showed that 96 patients (46.15%) who participated in activities and practices did not develop complications, and 38 patients (18.27%) were able to stop taking drugs to control their blood sugar levels and reduced the use of diabetes medications or hypertension medications. Eight patients (8.33%) participated in the activities and practice was diagnosed by the doctor to stop taking prescribed medicine. Therefore, the new participatory noncommunicable disease management model is considered an effective method and should be further applied.

Correspondence: Atthawit Singsalasang

E-mail: atthawit.s@kkumail.com

คำสำคัญ

ศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่,
โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง,
การมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

Keywords

chronic disease new management center,
diabetes, hypertension,
District Health Network's Participatory

บทนำ

องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นถึงปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases: NCD) โดยให้ความสำคัญในการจัดการกับปัญหานี้อย่างจริงจัง เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อ

ผู้ป่วย ครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนส่งผล ความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีระยะของการแฝงตัวนานก่อนเกิดโรค ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากโรคไม่ติดต่อในระยะเริ่มต้น มักไม่แสดงอาการที่เด่นชัด ทำให้ผู้ป่วยเพิกเฉยและไม่จัดการกับปัญหาดังกล่าวตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ก่อให้เกิดการสะสมของปัจจัยเสี่ยงและได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรครุน

การดำเนินไปมากแล้ว อีกทั้งยังมีระยะเวลาการดำเนินโรคที่ยาวนาน⁽¹⁾ ดังนั้นการป้องกันควบคุมความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคประจำตัวได้อย่างปกติสุข

สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ในปี พ.ศ. 2562-2564 คิดเป็นอัตราป่วย 5.87, 6.50 และ 6.91 ต่อพันประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีอัตราป่วยตายโรคหัวใจและหลอดเลือด 30.60, 70.30 และ 65.20 ต่อพันประชากร โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ อ้วนลงพุง และความเครียด⁽²⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 มีค่ารักษาพยาบาลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 6,442.26 บาทต่อรายต่อปี และมีค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในเฉลี่ย 10,217 บาทต่อรายต่อปี รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาทต่อปี⁽³⁾ ซึ่งนับได้ว่าส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และ ประเทศชาติ และในหลาย ๆ ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยต้องใช้งบประมาณจำนวนมากเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว⁽⁴⁾

จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 32 อำเภอ มีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ในปี พ.ศ. 2562-2564 คิดเป็นอัตราป่วย 7.60, 9.00 และ 10.70 ต่อพันประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นสอดคล้องกับระดับประเทศเช่นกัน⁽²⁾ โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคเบาหวานมีอัตราป่วย 77.70 ต่อพันประชากร และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วย 159.30 ต่อพันประชากร ทั้งนี้พบว่า มีอัตราป่วยตายจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็น 26.00, 23.40 และ 15.60 ต่อพันประชากร ตามลำดับ⁽⁵⁾ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2564 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ดำเนินโครงการ

ลดหวาน มัน เค็ม ลดล้นกิเลส หลานยาไม่ทำความดีถวายพ่อของแผ่นดิน เพื่อให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคเรื้อรัง รวมถึงตอบสนองต่อตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและการดำเนินการตามปิงปองจราจร 7 สี หรือการปฏิบัติด้วยหลัก 3อ. เป็นแนวทางหนึ่งที่น่าสนใจในการดำเนินงานในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40.00 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50.00 แต่การดำเนินในรอบปีที่ผ่านมามีแนวโน้มว่ายังไม่บรรลุตามตัวชี้วัดหรือเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดนครราชสีมา ที่มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว อันสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวลดลงด้วย⁽⁶⁾ โดยการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมายที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีผู้ป่วยสะสมสูงสุดในพื้นที่อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนประชากร 88,611 คน พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 7,105 คน คิดเป็นอัตราป่วย 80.18 ต่อพันประชากร และ ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14,549 คน คิดเป็นอัตราป่วย 164.19 ต่อพันประชากร⁽⁶⁾ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ตำบลตะขบ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่ผ่านมาของสมเกียรติ อินทะกนก และคณะ⁽⁷⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ได้นำหลักการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลัก 4อ. ไปดำเนินการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อโรค ร้อยละ 100

มีสุขภาพดีและไม่กลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สามารถควบคุมโรคได้ดี ซึ่งถือได้ว่าเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของ อสม. ในชุมชน ที่สามารถนำมาขยายพื้นที่การดำเนินงานในระดับอำเภอได้ต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้น อุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา อันส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั้งระดับครอบครัว และระดับประเทศชาติ โดยเฉพาะการเข้ารับการรักษาตามนัดของแพทย์ในแต่ละครั้ง เพื่อตรวจและรับยากลับไปทานที่บ้านอย่างต่อเนื่องนั้น ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว อาทิ การขาดรายได้ที่ต้องหยุดงานมาเพื่อตรวจรับยา การรอคอยพบแพทย์ที่ยาวนานเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก แต่การมาพบแพทย์ตรงตามวันนัดหมาย เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้แพทย์ได้ประเมินภาวะการเจ็บป่วย ปรับขนาดยา และแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม หากในช่วงเวลาที่รอคอยพบแพทย์ที่โรงพยาบาลที่เสียเวลานี้ จะสามารถช่วยสร้างประโยชน์ให้กับตัวผู้ป่วยแล้วนั้น น่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการเสริมสร้างความรู้และทักษะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นทีมวิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ด้วยการประยุกต์การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมมิส และแมคแทกการ์ด⁽⁸⁾ เพื่อให้ได้ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ โดยมีกิจกรรมที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยกลุ่ม

ดังกล่าวในชุมชนต่อไป ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานพยาบาลมีประสิทธิภาพมากที่สุด อันจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยที่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนหรือความรุนแรงต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพและค่ารักษาพยาบาลต่อไป รวมทั้งได้ต้นแบบในการจัดตั้งศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ดำเนินการในพื้นที่อื่นได้ต่อไป พร้อมทั้งเป็นแหล่งเรียนรู้และฝึกประสบการณ์วิชาชีพสำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนาศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์พัฒนาศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคมมิส และแมคแทกการ์ด⁽⁸⁾ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง HE-078-2565 ลงวันที่ 15 มีนาคม 2565 มีรายละเอียดดังนี้

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 7,105 คน และ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14,549 คน ในพื้นที่อำเภอปักธงชัย⁽⁶⁾ และกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปักธงชัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเป้าหมายของการวิจัยและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยระยะที่ 1 จำนวน 60 คน สำหรับการวิจัยระยะที่ 2 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเป้าหมายสำหรับการดำเนินการพัฒนาศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เลือกแบบเจาะจง มีจำนวน 7 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาล จำนวน 3 คน และ นักวิชาการจากมหาวิทยาลัย จำนวน 3 คน และ 2) กลุ่มเป้าหมายสำหรับศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา โดยเลือกแบบเจาะจงในกลุ่มที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลปทุมธานี ที่สมัครเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ จำนวน 208 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ได้ครบทุกกิจกรรมในการวิจัยระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 208 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 2

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชน โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรคตามหลัก 4อ. ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลัก 4อ. และ ส่วนที่ 4 แบบประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบประเมินการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถาม รวมถึงความครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อตรวจสอบค่า IOC พบว่าทุกข้อมีค่า 0.67 ขึ้นไป และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ เพื่อหา

ค่าความเชื่อมั่น พบว่าแบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรคตามหลัก 4อ. และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลัก 4อ. มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.77 และ 0.79

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา โดยการใช้แนวทางการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกันกับแบบสอบถามในระยะที่ 1

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา แบบประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่ระดับอำเภอแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย มุมมองด้านระบบบริการ มุมมองด้านลูกค้า และมุมมองด้านงบประมาณ และแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกันกับแบบสอบถามในระยะที่ 1

3) การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนสิงหาคม 2565 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชน

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแบบเจาะจง โดยเลือกศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซับ เนื่องจากพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จำนวนมาก ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (หมายถึง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระยะเวลา 3 ครั้งย้อนหลัง คือ มีค่าปริมาณระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) มากกว่าหรือเท่ากับ 155 mg/dL โดยอิงตามเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เข้มงวดของสมาคมโรค

เบาหวานแห่งประเทศไทย⁽⁹⁾) จำนวน 30 คน โดยใช้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Blood Sugar: FBS) จากเวชระเบียน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (หมายถึง มีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป โดยพิจารณาจาก 3 ครั้งล่าสุดของการวัดความดันโลหิต และพิจารณาเฉพาะค่าความดันโลหิตค่าความดันตัวบน (Isolated Systolic Hypertension)⁽¹⁰⁾) จำนวน 30 คน ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซับ ดำเนินการเก็บข้อมูลระยะที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2565 ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง นำมาใช้ในระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา ต่อไป

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา

การวิจัยในระยะนี้ ดำเนินช่วงเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคมมิส และแมคแทกการ์ด⁽¹²⁾ การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ โดยเฉพาะข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อกำหนดแนวทางและกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการมีส่วนร่วมดำเนินการ ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 1) การลงนามบันทึกความร่วมมือในการดำเนินการจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่ระดับอำเภอ ระหว่างโรงพยาบาลปทุมธานีและมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เพื่อทำข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมในศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่ระดับอำเภอ และ 2) กลุ่มเป้าหมายสำหรับดำเนินการพัฒนาศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เลือกแบบเจาะจงมีจำนวน 7 คน ร่วมกันออกแบบและกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมในศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วม และกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนได้ส่วน

เสียหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการดำเนินงานในศูนย์อย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล บุคลากรของโรงพยาบาลปทุมธานี สาธารณสุขอำเภอปทุมธานี และอาจารย์นักวิชาการ นักศึกษา จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) จัดกิจกรรมรับสมัครผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมพัฒนาทักษะในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ ตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ โดยมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้งต่อเดือน เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่มารับบริการตามนัดทุกสัปดาห์ มีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม จำนวน 208 คน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมติดตามกระบวนการดำเนินงานตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์ฯ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในสถานการณ์จริง โดยการสังเกตและสอบถาม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection) ผู้วิจัยนำผลการสังเกตการณ์มาร่วมกันอภิปรายกลุ่มของผู้มีส่วนร่วมหรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงแนวทางหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์ฯ ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา

หลังจากดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์ฯ ที่พัฒนาขึ้น ครบตามระยะเวลาที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาเดือนสิงหาคม 2565 ประกอบด้วย มุมมองด้านระบบบริการ มุมมองด้านลูกค้า มุมมองด้านงบประมาณ และข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 208 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมในระยะที่ 2

4) การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอโดยการ

แจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า ศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ มีรายละเอียดดังนี้

1. บันทึกความร่วมมือในการดำเนินงานการจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่ระดับอำเภอ ระหว่างโรงพยาบาลปทุมธานีและมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เพื่อดำเนินการบริการวิชาการและวิจัยร่วมกัน สำหรับพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

2. กิจกรรมในการดำเนินงานการจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่ของศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 กิจกรรมการรับสมัครผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลักสูตร “ยา 8 ขนาน สंहार NCDs” โดยมีตัวแทนจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ ออกไปรับสมัครผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้าร่วมกิจกรรมอบรมทุกวันที่มีการตรวจของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลปทุมธานี โดยมีผู้ป่วยสมัครเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 589 คน โดยแต่ละคนต้องเข้าร่วมกิจกรรมตามหลักสูตร จำนวน 1 ครั้ง ทั้งนี้มีการนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งศูนย์ฯ ได้จัดกิจกรรมทั้งหมด 12 ครั้ง มีผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 208 คน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีภาวะแทรกซ้อน คือ ไต หัวใจ หลอดเลือดสมอง จำนวน 24 คน หรือร้อยละ 11.53 นอกจากนี้ในการรับสมัครผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมได้มีการให้ความรู้และคำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและผู้สนใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเข้ารับการอบรม ได้นำองค์ความรู้ไปปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค เพราะมีผู้ป่วยมากกว่า 500 คน

มาขอคำปรึกษาเรื่องข้อจำกัดในการเดินทาง (เช่น ไม่มีใครพามา ไม่มีเงินค่าเหมารถ) มีงานประจำ หรือ ต้องกลับไปทำงานต่างจังหวัด ฯลฯ ส่วนมากเสนอแนะว่าถ้ามีการจัดกิจกรรมในชุมชนจะสามารถเข้าร่วมได้

2.2 กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลักสูตร “ยา 8 ขนาน สंहार NCDs” สำหรับผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 12 ครั้ง โดยได้จัดกิจกรรมทุกวันจันทร์ของแต่ละสัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคน จะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง 1 ครั้ง ประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียนรู้ ดังนี้

หน่วยที่ 1 สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ผู้เข้าอบรมได้รับรู้ถึงอัตราการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไขมัน และไตเสื่อม ของตำบลตะขบ ใช้เวลา 30 นาที

หน่วยที่ 2 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ผู้เข้าอบรมได้รับรู้ถึงผลกระทบ สาเหตุ อาการ การรักษาและการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไขมัน และไตเสื่อม ใช้เวลา 30 นาที

หน่วยที่ 3 การเกิดพิษและการจัดการกับพิษ เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ผู้เข้าอบรมได้รับรู้ถึงที่มาของพิษหรืออนุมูลอิสระ และการจัดการกับพิษ ด้วยหลัก 4อ. (ยา 8 ขนาน) ใช้เวลา 30 นาที

หน่วยที่ 4 ทักษะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยหลัก 4อ. (ยา 8 ขนาน) ประกอบด้วย อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย และเอาพิษออก (ได้แก่ การใช้สมุนไพร การดื่มน้ำ การนวดมือ นวดเท้า การกัวซา และการแช่มือแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นสมุนไพร) เป็นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตามหลัก 4อ. ในรูปแบบการแบ่งฐาน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

หน่วยที่ 5 การสรุปกิจกรรม ประเมินผล และวางแผนการติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในชุมชน โดยการทบทวนการปฏิบัติตามหลัก 4อ. (ยา 8 ขนาน) การนัดหมาย การติดตามเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นผลการบันทึกการวัดระดับ

ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้ป่วยได้รับบริการที่ รพ.สต. ไกลบ้าน ซึ่งเป็นที่มียุทธศาสตร์สาธารณสุขในพื้นที่ร่วมดำเนินการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทั้งนี้แพทย์ประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลปทุมธานีเป็นผู้ประเมินผลจากการบันทึกค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อทำการวินิจฉัยให้ผู้ป่วยลดการใช้ยา หรือ เลิกการใช้ยาต่อไป

2.3 กิจกรรมติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในชุมชน โดยทีมวิจัยติดตามผู้ป่วยที่เข้าร่วมการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองตามหลัก 4อ. ณ ศูนย์จัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการติดตามทางโทรศัพท์

เพื่อทบทวนการปฏิบัติตัวในทักษะที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ และปฏิบัติตามไม่ได้ รวมถึงเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวปฏิบัติตามการดูแลสุขภาพด้วยตนเองด้วยหลัก 4อ.อย่างต่อเนื่อง หลังจากอบรมไปแล้วภายใน 1-2 สัปดาห์ ผลลัพธ์ของการพัฒนา

จากการดำเนินงานพัฒนาศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2565 นั้น ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาประกอบด้วย มุมมองด้านระบบบริการ มุมมองด้านลูกค้า และมุมมองด้านงบประมาณ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การพัฒนาศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

Table 1 Results of development of new non-communicable disease management center by participation from district health network

มุมมอง	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
ระบบบริการ สาธารณสุข	ศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ จำนวน 1 ศูนย์ โดยมีกิจกรรมหลัก ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1. กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนา ศักยภาพในการดูแล สุขภาพด้วยตนเองตาม หลักสูตร “ยา 8 ขนาน สังหาร NCDs” 2. กิจกรรมติดตามการ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยใน ชุมชน 3. การประเมินผลลัพธ์ของ การดูแลตนเองของผู้ป่วย	ศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ในโรงพยาบาลปทุมธานี โดยมีกิจกรรมและได้รับผิดชอบแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ดังนี้ 1. กิจกรรมการรับสมัครผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนา ศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลักสูตร “ยา 8 ขนาน สังหาร NCDs” โดยมีบุคลากรของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นผู้ดำเนินการ 2. กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วย ตนเองตามหลักสูตร “ยา 8 ขนาน สังหาร NCDs” สำหรับผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วม กิจกรรม ประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียนรู้โดยทีมวิทยากรจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และโรงพยาบาลปทุมธานี 3. กิจกรรมติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในชุมชน โดยติดตามผู้ป่วยที่เข้าร่วม การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองตามหลัก 4อ. เพื่อทบทวนการปฏิบัติตัวในทักษะ ที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจและปฏิบัติตามไม่ได้ รวมถึงเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ปฏิบัติตามการดูแลสุขภาพด้วยตนเองด้วยหลัก 4อ. อย่างต่อเนื่อง หลังจากอบรมไปแล้ว ภายใน 1-2 สัปดาห์ และประเมินผลระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีบุคลากรที่รับผิดชอบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของแต่ละ รพ.สต. ในพื้นที่ เป็น ผู้ดำเนินการ 4. การประเมินผลลัพธ์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นผลการบันทึกการ วัดระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้ป่วยได้รับบริการที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน โดยนัดหมายผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ โรงพยาบาลปทุมธานี ประเมินผลจากการบันทึกค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาล ในเลือดร่วมกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อทำการวินิจฉัยให้ผู้ป่วยลดการ ใช้ยา หรือ เลิกการใช้ยารักษาโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ต่อไป

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การพัฒนาศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (ต่อ)

Table 1 Results of development for new chronic non-communicable disease management center by participatory of district health network (Continue)

มุมมอง	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
ลูกค้า (ผู้ป่วย)	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังดีขึ้น	ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 208 คน จากการติดตามการปฏิบัติตามหลัก 4อ. (ยา 8 ขนาน) ในชุมชนหรือที่บ้านของผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 96 คน ที่ปฏิบัติตามต่อเนื่อง ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มาตามนัดเพื่อพบแพทย์ประเมินผลลัพธ์ จำนวน 52 คน มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแพทย์วินิจฉัยให้หยุดการใช้ยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นอยู่ ประกอบด้วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 6 คน (ร้อยละ 11.54) และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 3.84) และผู้ป่วยที่แพทย์ได้วินิจฉัยให้ลดยา จำนวน 33 คน (ร้อยละ 63.46) ทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรม ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้ปรับลดยา พบว่า ผู้ป่วยไม่มีผลการบันทึกผลการวัดระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ที่ต้องไปรับบริการที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน สรุปผลประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.50 ดังจะเห็นได้จาก 1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันสูง ภาวะไตเสื่อม และโรคพาร์กินสัน อายุ 65 ปี เล่าว่า “ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีชีวิตที่หดหู่ อยู่อย่างสิ้นหวัง นอนน้ำลายไหล ร้องเพลงไม่ได้ ก้าวเดินไม่ได้ต้องขยับเท้า เดี๋ยวนี้เดินได้ คล่อง น้ำลาย ไม่ไหล ร้องเพลงได้ ได้เลิกยาเบาหวาน ยาความดัน ทำให้ชีวิตมีความสุขมาก ๆ ลูกก็ไม่ห่วง” 2. ผู้ป่วยอายุ 52 ปี เป็นโรคเบาหวานมา 20 ปี เล่าว่า “ฉันเริ่มจากการกินยา ต่อมาก็มาได้ฉีดยา เสร็จใจมาก รู้เลยว่าอย่าทำให้ฉันหายโรคได้ แต่ฉันก็ไม่รู้จะทำอย่างไร พอทำตามทีอบรม ทำให้ฉันได้ลดยา ฉันดีใจสุด ๆ ไม่คิดว่าจะมีวันนี้” 3. ผู้ป่วยอายุ 64 ปี ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดัน ภาวะไขมันในเลือด และโรคหอบ เป็นเวลา 5 ปี เล่าว่า “กิจกรรม ยา 8 ขนาน ในหมู่บ้าน ทำให้ฉันคลายทุกข์ เพราะทำกันหลายคนสนุกดี แต่ก่อนมีความเชื่อว่าเป็นโรคแล้วต้องกินยาตลอดชีวิต พอได้เรียนรู้ก็ลองตั้งใจปฏิบัติ หมอซูลงไปเยี่ยม ดูสมุดบันทึกแล้วปรับยาลดยาให้ ฉันดีใจมาก แล้วหมอก็ปรับลดยาเรื่อย ๆ จนฉันไม่ได้กินยา และอาการหอบก็เกือบหาย คือ พ้นยาเมื่อมีอาการนาน ๆ ครั้ง”
ด้านงบประมาณ (ค่ารักษา พยาบาล)	ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรมและปฏิบัติ จำนวน 6 คน แพทย์วินิจฉัยให้หยุดการใช้ยารักษาโรค สามารถประหยัดงบประมาณ 38,653.56 บาท (ค่าเฉลี่ย 6,442.26 บาท/คน/ปี)⁽¹¹⁾ 2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมและปฏิบัติ จำนวน 2 คน แพทย์วินิจฉัยให้หยุดการใช้ยารักษาโรค สามารถประหยัดงบประมาณประหยัดงบประมาณ 20,434 บาท (ค่าเฉลี่ย 10,217 บาท/คน/ปี)⁽¹¹⁾ 3. ผู้ป่วยมีสภาวะไตดีขึ้น จำนวน 3 คน จากอัตราการกรองของไตระดับ 4 เปลี่ยนเป็นระดับ 3B จำนวน 2 คน และ 3A จำนวน 1 คน ประหยัดงบประมาณ 432,000 บาท (ค่าเฉลี่ย 144,000 บาท/คน/ปี)⁽¹¹⁾

วิจารณ์

จากผลการศึกษาที่พบว่า การดำเนินกิจกรรมศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพพระดบอำเภอ เกิดผลลัพธ์ของการพัฒนา ประกอบด้วย

1. มุมมองด้านระบบบริการ พบว่ามีศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ จำนวน 1 ศูนย์ ทั้งนี้เป็นเพราะว่า กระบวนการพัฒนาศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ดังกล่าวนี้ เกิดจากความจำเป็นของโรงพยาบาลที่ต้องการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการเริ่มต้นสร้างความร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยบริการ คือ โรงพยาบาลปทุมธานี และสถาบันการศึกษาที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับประเด็นการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามความต้องการของสถานบริการสุขภาพ คือ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ที่ค้นพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 4อ. (ยา 8 ขนาน) สามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถควบคุมภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังสามารถทำให้ผู้ป่วยลดการใช้ยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นอยู่ รวมถึงมีโอกาสที่จะเลิกใช้ยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า พระสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้นำวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 4อ. (ยา 8 ขนาน) ภายในระยะเวลา 3 เดือน มีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น คือ มีค่าอัตราการกรองของไต (GFR) อยู่ในเกณฑ์ปกติมากขึ้น เป็นร้อยละ 68.00 ภาวะไขมันในเลือดสูงลดลงเหลือร้อยละ 44.00 และพระสงฆ์ทุกรูปที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สามารถควบคุมได้ และการศึกษาของ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และคณะ⁽¹³⁾ ได้นำวิธีการปฏิบัติตัวตามหลัก 4อ. (ยา 8 ขนาน) ไปใช้ในหลักสูตรส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากการประเมินคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังการเข้าร่วมกิจกรรมของ

หลักสูตร พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก (Mean=3.52, SD=0.89) และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก (Mean=4.47, SD=0.54) และ ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตหลังดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference: 1.36, 95% CI: 0.93, 1.78 และ Mean difference: 1.69, 95% CI: 1.48, 1.89 ตามลำดับ)

2. มุมมองด้านลูกค้า (ผู้ป่วย) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.50 รวมไปถึงการประเมินผลลัพธ์กับผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมและปฏิบัติ จำนวน 96 คน ไม่เกิดภาวะ Stroke และไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีผู้ป่วยสามารถเลิกยาควบคุมระดับไขมันในเลือด ลดการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 38 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรมและปฏิบัติ จำนวน 6 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมและปฏิบัติ จำนวน 2 คน แพทย์วินิจฉัยให้หยุดการใช้ยารักษาโรค ผู้ป่วยมีสภาวะไตดีขึ้น จำนวน 3 คน จากอัตราการกรองของไตอยู่ในระดับ 4 เปลี่ยนเป็นระดับ 3B จำนวน 2 คน และ 3A จำนวน 1 คน นั้น ทั้งนี้เป็นเพราะว่าหลักสูตร “ยา 8 ขนาน สัปดาห์ NCDs” เป็นหลักสูตรที่มีประสิทธิภาพสำหรับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของผู้ป่วยให้สามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน อันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ราชานนท์ จ่วนใจรัก และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ผลลัพธ์ของการใช้หลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4อ. ตำบลตะขบ อำเภอปทุมธานี จังหวัดนครราชสีมา หลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่ากลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 100 สามารถควบคุมภาวะเสี่ยงของตนเองได้ ทำให้ไม่เกิดเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 100 สามารถควบคุมสภาวะโรคได้ทำให้ไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 30.95) แพทย์วินิจฉัยให้มีการปรับลดการใช้ยา และผู้ที่มีภาวะไขมันเกินในกระแสเลือด จำนวน 18 คน (ร้อยละ 62.07) แพทย์วินิจฉัยให้หยุดรับประทานยาลดระดับไขมัน

3. มุมมองด้านงบประมาณ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมและนำไปปฏิบัติ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 6 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน แพทย์วินิจฉัยให้หยุดการใช้ยารักษาโรค จึงช่วยประหยัดงบประมาณค่ารักษาพยาบาลได้⁽¹¹⁾ และ ผู้ป่วยโรคไตมีสภาวะไตดีขึ้น จำนวน 3 คน นั้น ทั้งนี้เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 4อ. ที่มีประสิทธิภาพ และเป็นวิธีการปฏิบัติที่สะดวกและเหมาะสมตามวิถีชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และคณะ⁽¹²⁾ ที่นำไปใช้ในพระสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการศึกษาของ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และคณะ⁽¹³⁾ ได้นำวิธีการปฏิบัติตัวตามหลัก 4อ. (ยา 8 ขนาน) ไปใช้ในหลักสูตรส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาของ ราชานนท์ งามใจรัก และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ผลลัพธ์ของการใช้หลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4อ. สามารถนำไปใช้ดำเนินงานกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มดังกล่าว

ข้อจำกัดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ การนำกิจกรรมพัฒนาทักษะในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ไปทดลองใช้ไม่สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้อย่างชัดเจน เนื่องจากกิจกรรมต้องเข้าร่วมและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมพัฒนาทักษะในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังครบทุกกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Thanurat A, Wihakhir B, Srisanga Y. Handbook for organizing participatory learning on non-communicable diseases (NCDs). Nonthaburi: Division of non-communicable disease; 2019. (in Thai)
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health (TH). Statistics report on patients with chronic non-communicable diseases [Internet]. 2021. [cited 2021 Dec 12]. Available from <https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/> (in Thai)
3. Department of Disease Control and Non communicable Diseases (TH). Health status information from the Ministry of Public Health [Internet]. 2021. [cited 2021 Dec 12]. Available from <http://Healthdata.math.go.th/> (in Thai)
4. Office of the National Economic and Social Development Board. National economic and social development plan No.12 (2017-2021). Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Board. 2018. (in Thai)
5. Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. Chronic non communicable disease report 2021 [Internet]. 2021. [cited 2021 Dec 19]. Available from http://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_Pk.php (in Thai)
6. Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. Chronic non communicable disease report 2021 [Internet]. 2021. [cited 2021 Dec 19]. Available from http://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_Pk.php (in Thai)
7. Inthakanok S, Satayavongthip B, Singasalasang A, Nguanjairak R, Seesan C, Salawongluk T.

- Development of village health volunteer's capacity on chronic non-communicable diseases management: A study of the responsible area of Nam Sub Health Promoting Hospital, Pak Thong Chai District, Nakhon Ratchasima Province. DPC 9 J 2021;27(1):56–67. (in Thai)
8. Kemmis S, Mc. Taggart C. The action research planner. 3rd ed. Deakin University: Victoria. 1998.
 9. Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. Medical practice guidelines for diabetes. Pathum Thani. Romyen Media. 2017. (in Thai)
 10. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang Mai. Trickthink. 2019. (in Thai)
 11. Office of the National Economic and Social Development Council (TH). Annual report 2018. Office of the National Economic and Social Development Council. Bangkok. 2018.
 12. Singsalasang A, Satayavongthip B, Salawongluk T. Potential development among monks on disease protection and complication of chronic disease, Nong Phluang Subdistrict, Jakkarat District, Nakhon Ratchasima Province. Christian University journal 2021;28(1):88–100. (in Thai)
 13. Singsalasang A, Salawongluk T, Nguanjairak R. Development of self-care competency enhancement course in the elderly school for prevention of dependency among the elderly. Dis Control J. 2021;47(4):674–84. (in Thai)
 14. Nguanjairak R, Phrongkhonburi N, Somboonadee W, Salawonglak T, Satayavongthip B, Singsalasang A. Developing a training program of village health volunteers' competency enhancement using the new approach of 4E(s) for managing NCDs, Takhob Sub-district, Pakthongchai District, Nakhon Ratchasima Province. Thai Journal of Health Education 2022;45(1):40–55. (in Thai)