

วิจัยประเมินผลโครงการครัวสุขภาพวิถีธรรมชาติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่านัด อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี : ระยะเริ่มต้น

วิริยะ ลิ้มมัน *

บทคัดย่อ

งานศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผลโครงการครัวสุขภาพวิถีธรรมชาติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่านัด ด้วยการใช้ CIPP Model เป็นตัวแบบการประเมิน วัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานในระยะเริ่มก่อตั้งโครงการ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เหมาะสมจากผู้เกี่ยวข้องรวม 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และสนทนากลุ่ม จัดเรียงข้อมูลผลศึกษาเป็นข้อความลักษณะบรรยาย เพื่อเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีและวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาและตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ผลการประเมิน พบว่าบริบทโครงการฯ สอดคล้องกับแนวนโยบายที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างชัดเจน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและอาหารปรับสมดุลเป็นยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ด้านปัจจัยนำเข้างบประมาณสำหรับซื้อวัตถุดิบอาจไม่พอหากมีผู้สนใจเพิ่มขึ้นในอนาคต อย่างไรก็ตาม เนื้อหาที่เหมาะสม และการพัฒนาศักยภาพจิตอาสา คือปัจจัยที่ส่งผลต่อการบรรลุตามวัตถุประสงค์โครงการ ในมิติของขั้นตอนกระบวนการหากเพิ่มสัดส่วนเวลาของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรม จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ซึ่งสาเหตุพบว่าขาดการบ่งชี้รายละเอียดว่า “ต้อง (กินอย่างไร) ปรับเปลี่ยนอย่างไร” โดยสิ่งเหล่านี้จะได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมจากโครงการฯ ด้านผลผลิตผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการมีส่วนช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์โครงการได้ จากคะแนนความพึงพอใจที่อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.91$) ด้านผลกระทบเห็นพ้องกันว่าโครงการช่วยให้ประหยัด สามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ดีกว่าเดิม โดยมีความต่อเนื่องของการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นตัวบ่งชี้สำคัญ สำหรับความสำเร็จของโครงการ

ยิ่งกว่านั้น ทำให้ทราบปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เคยเกิดขึ้นจริง หากต้องการเพิ่มประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาด้วยโครงการฯ ที่สามารถส่งผลถึงผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีควรขยายเพิ่มสัดส่วนเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างเงื่อนไขให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยทำคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

คำสำคัญ : วิจัยประเมินผล, แพทย์ทางเลือกวิถีธรรมชาติ, การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่านัด

**Research and Evaluate healthy kitchen utilizing Dhamma Medicine project to caring for
Chronic Illness : A case study of Thanud sub-district health promotion hospital.
Damnoen Saduak District Ratchaburi : Initial stage**

Wiriya Limmun*

ABSTRACT

This study was an evaluation of the project of the Healthy Kitchen. Utilizing Dhamma Medicine project to caring for Chronic Illness : A case study of Thanud sub-district health promotion hospital under the concept CIPP Mode as a model for assessment The purpose is to monitor progress and to improve the implementation during the 6 months of the project. Selected samples were selected to obtain the appropriate samples from 24 participants. Collect data by interview. Participatory Observation And discussion groups. Describe the results of the study as a descriptive text. To link to other theoretical and research ideas. The use of content analysis techniques and triangular data validation. The results show that the project context. Consistent with the policy guidelines related to chronic non-communicable diseases, Participation of the community and the use of food balance is the strategy of the operation. Import factors of the budget for raw materials procurement may not be enough if more people are interested in the future. However, the content is appropriate. Volunteerism is a factor that affects the achievement of the project objectives. In the dimension of the process step, if the proportion of time to change behavior is tangible. It will help to improve the effectiveness of chronic care system. The cause is that the lack of detail that "how (how to) change how?" These will be solved and replenished by the project. Productivity, Most informants agree that the project contributes to the participant's ability to achieve the project objectives. The satisfaction score was at the high level ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.91$). Impacts agree that the project can save real money. Self-reliant health is better. The continuity of participation is an important indicator. For the success of the project.

Moreover, the problem of the patient care system in the process of modifying the behavior never actually occurred. To improve the problem solving with the project. This can result in good clinical outcomes. It should be scaled up, adjusted to the time of behavior change, and the condition for continuous participation. Parallel to modern medicine.

Keywords : research evaluation, Alternative utilizing Dhamma Medicine, Caring for Chronic Illness

* Public health Technical Officer, Professional Level, Thanud sub-district health promotion hospital.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลายเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยกำลังเผชิญ โดยพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยถึง 2 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹ วิกฤตดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและคนในครอบครัวทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคม² อันเนื่องมาจากข้อจำกัดหลายประการของการแพทย์แผนหลัก ณ ปัจจุบันที่มีมุ่งเน้นการซ่อมมากกว่าการสร้างสุขภาพ มีค่าใช้จ่ายดำเนินการที่สูงเพราะต้องพึ่งพาเทคโนโลยีราคาแพง อีกทั้งขาดคุณลักษณะการดูแลแบบองค์รวม^{3,4} และจากสรุปรายงานสถานการณ์การเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : NCDs ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทานันต์ ก็พบสภาพปัญหาในลักษณะเดียวกัน โดยพบผู้ป่วยรวมทั้งสิ้นจำนวนกว่า 1,045 คน คิดเป็นร้อยละ 16.28 หรือคิดเป็นร้อยละ 24.2 ของประชากรอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทำให้ผู้วิจัยซึ่งมีหน้าที่โดยตรงเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกิดความกังวลใจต่อรูปแบบการแก้ไขปัญหาดังตั้งปณิธานในการพัฒนาบริการโดยเฉพาะระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิอย่างจริงจัง ทุกวิกฤตก็มีโอกาสใหม่เสมอเมื่อ รพ.สต. ทานันต์ในบทบาทหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ออกแบบบริการสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ชื่อ “โครงการครัวสุขภาพวิถีธรรมชาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ที่อาศัยแนวคิดเรื่องการใช้อาหารปรับสมดุลตามแนวทางแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมชาติและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลยุธินำเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน โดยทำคู่ขนานกับการดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน จุดเน้นสำคัญคือส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารให้มีความเหมาะสม อันเป็นต้นเหตุสำคัญ

ของการเจ็บป่วย⁵⁻⁸ และตั้งแต่เริ่มดำเนินการกระทั่งปัจจุบัน (ครบ 6 เดือน) โครงการที่มีรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการที่แปลกใหม่และท้าทายต่อการแก้ไขปัญหาระบาดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนเช่นนี้ ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานโครงการฯ เลย

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบชิปปี้ (CIPP) ใช้เป็นกรอบการประเมินด้วยเหตุผลชิปปี้ช่วยให้ผู้บริหารพิจารณาตัดสินใจเพื่อพัฒนา แก้ไขปรับปรุง หรือการยุติโครงการ^{9,10} โดยที่โครงการเน้นบทบาทการประเมินความก้าวหน้า : Formative evaluation เพื่อการปรับปรุงการดำเนินงาน และจะทำการประเมินสรุปรวม : Summative evaluation อีกครั้งภายหลังครบระยะ 12-24 เดือน^{10,11}

นอกจากนั้นชิปปี้ยังเน้นเป็นการประเมินทั้งระบบทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเนื้อหาทุกมิตินำไปสู่การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนที่มุ่งสู่วิถีการพึ่งตนเองอย่างบูรณาการและองค์รวม แก่นักสาธารณสุข ผู้สนใจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำถามการวิจัย

1. โครงการฯ นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาระบาดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนได้อย่างไร
2. โครงการฯ ได้รับการตอบรับอย่างไรจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (ความพึงพอใจ)
3. ผลการประเมินโครงการช่วยกำหนดทิศทางและปรับปรุงการดำเนินงานได้มากน้อยเพียงใด และสามารถสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไร
4. พบปัญหาอุปสรรคขณะดำเนินงานหรือไม่ แก้ไขได้หรือไม่และแก้ไขอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ประเมินความก้าวหน้าโครงการฯ (Formative Evaluation) เพื่อกำหนดทิศทางเป้าหมายและปรับปรุงการดำเนินงาน ภายหลังดำเนินโครงการไปแล้ว 6 เดือน ด้วยการพิจารณาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับโครงการในด้าน

บริบท ปัจจัยนำเข้า ขั้นตอนการดำเนินงาน ผลผลิต และผลกระทบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผลโครงการฯ มุ่งเน้นการปรับปรุงการดำเนินงานเมื่อดำเนินโครงการไปแล้ว 6 เดือน ด้วยโมเดลการประเมินชิปปี้ CIPP ผ่านกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 3 กลุ่ม (ซึ่งจะทำการประเมินสรุปรวม : Summative evaluation อีกครั้ง เมื่อครบระยะเวลา 12 เดือน) เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเสริมด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เกี่ยวข้องรวมจำนวน 24 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำแนกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สนับสนุน คือ ผู้พิจารณาอนุมัติงบประมาณและให้คำปรึกษาโครงการ : กรรมการกองทุนฯ สาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก (ที่ปรึกษากองทุนฯ) ผอ.รพ.สต. ปลัด อบต. ฯลฯ 2) กลุ่มผู้ดำเนินงาน คือ ผู้ปฏิบัติงานตามแผนโครงการ : เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทานัด และจิตอาสาแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม/กลุ่ม ผู้นิยมการดูแลสุขภาพพึ่งตนฯ ตำบลทานัด และ 3) กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม คือ ผู้ป่วยและหรือผู้สนใจทั่วไปที่เข้าร่วมโครงการภาคสมัครใจ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม จากตัวแทนของกลุ่มย่อยๆ ละ 3 คน รวมผู้ให้ข้อมูล 9 คน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และการสนทนากลุ่ม จากกลุ่มย่อยของแต่ละกลุ่มย่อยจำนวน 3

ครั้งใช้เวลากลุ่มละ 1.5 ชั่วโมง เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากผลคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมหลังดำเนินโครงการแล้ว 6 เดือน ประเมินจากมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม 2561 ถึงวันที่ 24 ตุลาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาและตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ด้านข้อมูล – แหล่งบุคคล (Data Triangulation) และด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงบรรยาย : ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอผลเป็นข้อความลักษณะบรรยายประกอบตาราง และรูปภาพ เพื่อเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีและวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผลการประเมินโครงการ...หลังดำเนินโครงการครัวสุขภาพวิถีธรรม ระยะ 6 เดือน

ข้อมูลพื้นฐานผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลและเข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.67 อายุระหว่าง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 33.3) ประกอบอาชีพค้าขาย ผลผลิตทางการเกษตรแม้ว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ที่น่าสังเกตคือผู้ให้ข้อมูลถึงร้อยละ 45.83 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยมีประวัติการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 41.7 และ 2 ใน 3 ของผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนทั้งที่มีกฎหมายรองรับและไม่มีการกฎหมายรองรับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้สัมภาษณ์และเข้าร่วมสนทนากลุ่ม (N=24)

ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้สนับสนุน		กลุ่มผู้ดำเนินงาน		กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม		รวม	
	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%
เพศ								
- ชาย	3	60	3	27.27	2	25	8	33.33
- หญิง	2	40	8	72.73	6	75	16	66.67
อายุ (ปี)								
21-30	-	-	-	-	1	4.17	1	4.17
31-40	-	-	1	4.17	1	4.17	2	8.33
41-50	-	-	3	12.5	3	12.5	6	25
51-60	5	20.83	1	4.2	2	8.33	8	33.33
61-70	-	-	6	25	-	-	6	25
71-80	-	-	-	-	1	4.17	1	4.17
	$\bar{X}$ =53.8, SD=2.28		$\bar{X}$ = 55, SD=11.2		$\bar{X}$ = 47.6, SD=14.3			
	Min=51 Max=57		Min=36 Max=68		Min=30 Max=77			
การศึกษา								
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	2	8.3	8	33.3	3	12.5	13	54.17
- ปริญญาตรี	3	12.5	3	12.5	5	20.8	11	45.83
การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว								
- ไม่ป่วย	4	16.7	4	16.7	6	25	14	58.3
- ป่วย NCDs	1	4.2	7	29.2	2	8.3	10	41.7
ตำแหน่งทางสังคม								
- ไม่มี	-	-	7	29.2	1	4.2	8	33.3
- มี*	5	20.8	4	45.8	7	33.3	16	66.7
* การมีบทบาทสำคัญ/ดำรงตำแหน่งทางสังคมและมีกฎหมายรองรับ ได้แก่ รองปลัด อบต., สาธารณสุขอำเภอ, พยาบาล, กรรมการกองทุนสุขภาพตำบล, นักวิชาการสาธารณสุข, ผู้ช่วยกำนัน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขณะที่บางส่วนระบุตำแหน่งที่ไม่ได้มีกฎหมายรองรับแต่เป็นตำแหน่งที่ได้รับการยอมรับทางสังคมในชุมชน เช่น กรรมการกลุ่มผู้เฝ้าระวังการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนฯ								
อาชีพ								
- ค้าขาย	2	8.3	8	33.3	-	12.5	10	41.7
- ข้าราชการ	3	12.5	1	4.12	4	16.7	8	33.3
- รับจ้าง	-	12.5	2	8.3	4	16.7	6	25

ด้านบริบท พบว่าโครงการฯ สอดคล้องกับนโยบายการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยแนวทางการจัดการที่อาหาร, ออกกำลังกาย อารมณ์ และสิ่งเสพติด (3อ.2ส.) โดยเริ่มต้นที่วงจรการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ประจำปีด้วยการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90 ของประชากรเป้าหมาย (อายุ 35 ปีขึ้นไป) และบันทึกผลการปฏิบัติเพื่อสนองตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งส่งต่อผู้ป่วยรายใหม่เพื่อการตรวจรักษา และมีการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (โครงการครัวสุขภาพฯ) ในลักษณะภาคสมัครใจซึ่งชวนกันแบบปากต่อปาก ซึ่งจะแตกต่างจากหน่วยบริการแห่งอื่นๆ ที่กิจกรรมมักหยุดลงเมื่อเสร็จสิ้นการบันทึกผลการปฏิบัติงานในระบบฐานข้อมูลหน่วยบริการ¹² และส่วนใหญ่ขาดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรม (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณพิม)

หากพิจารณากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในภาพรวมซึ่งกระทำกันโดยทั่วไปในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) สามารถอนุมานได้ว่าสัดส่วนด้านเวลาเพื่อจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีสัดส่วนที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับสัดส่วนด้านเวลาของกระบวนการตรวจรักษาและตรวจติดตามโดยแพทย์ (สัดส่วนดังกล่าวพิจารณาจากกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง)

“...ทุกวันนี้..ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง..เน้นแต่การจ่ายเคมี (ยา) กันทั้งนั้น และเยอะมากๆด้วย” (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณอ้ง)

โครงการครัวสุขภาพฯ คือ กลยุทธ์ที่ใช้ในกระบวนการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการสร้างดุลยภาพการผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นกุญแจดอกสำคัญในการไขเพื่อค้นหาความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นรูปธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

ยิ่งไปกว่านั้น โครงการถูกออกแบบร่วมกันโดยคนภายในชุมชนที่รับรู้และอยู่กับสภาพปัญหา ซึ่งสิ่งองค์ประกอบเหล่านี้คือพื้นฐาน/ตัวแปรที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จ/ประสิทธิผลของโครงการ (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณโก)¹³

ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ ที่ใช้ในการขับเคลื่อนโครงการ ผู้ให้ข้อมูลเห็นพ้องตรงกันว่าควรปรับปรุง ได้แก่ (1) งบประมาณค่าวัสดุอุปกรณ์ในการประกอบอาหารที่อาจไม่เพียงพอหากในอนาคตมีผู้ให้ความสนใจและเข้าร่วมเพิ่มขึ้น (2) สถานที่ฝึกปฏิบัติที่ยังพร่องด้านมาตรฐาน และความเป็นระเบียบ (3) โครงสร้างเนื้อหา กิจกรรมที่ใช้ในการถ่ายทอดแก่ผู้เรียนรู้ ที่ควรจัดเรียงตามขั้นตอนการเรียนรู้จากพื้นฐานทั่วไปถึงขั้นฝึกปฏิบัติและ (4) ข้อมูลในเชิงวิชาการและการฝึกนำเสนอด้านหน้าเวทีของทีมพี่เลี้ยงที่เป็นทีมจิตอาสา (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณอร, คุณสุ)

ข้อค้นพบสำคัญจากการประเมินผลโครงการพบว่าได้เกิดความผิดพลาดระหว่างกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการตกลงรับบริการร่วมกัน¹⁴ (Service level agreement : SLA) ระหว่างผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาลและบุคลากรสุขภาพ) และผู้รับบริการ(ผู้ป่วย)ซึ่งจำเป็นต้องได้รับอนุมัติจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สู่ปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยเรียกว่า “สิ่งนี้คือขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เคยเกิดขึ้นจริง” คู่มือข้ออภิปรายผล : กระบวนการ

ด้านผลผลิต เมื่อพิจารณาตั้งแต่สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการในการดำเนินงานโครงการ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่แสดงความเห็นว่าโครงการฯ สามารถผลักดันให้เกิดผลผลิตที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการได้จริง ทั้งช่วยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นโครงการของคนในชุมชนที่ร่วมคิดร่วมตัดสินใจตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงปัจจุบัน วางแผนและ

ออกแบบร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับผู้คน
ภายในชุมชน เมื่อเป็นดังนี้ ความรู้สึกผูกพัน รู้สึกว่าเป็น

เจ้าของร่วมกันจึงปรากฏขึ้น ณ ชุมชนแห่งนี้ (ผู้ให้สัมภาษณ์
: คุณโก)

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินระดับความพึงพอใจในภาพรวมโครงการฯ: ระยะเริ่มต้น(ระยะ 6 เดือน)

รายการ	ระดับความพึงพอใจต่อโครงการ “มาก” ($\bar{X} = 4.17, SD = 0.91$), N=24									
	ไม่พอใจ		น้อย		ปานกลาง		มาก		มากที่สุด	
	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%
คะแนนความพึงพอใจ	-	-	1	4.2	5	20.8	7	29.2	11	45.8

จากตารางที่ 2 นอกจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้นำเสนอไป เมื่อวัดผลเป็นคะแนนระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ พบว่าเป็นโครงการครัวสุขภาพฯ ได้รับคะแนนที่แสดงถึงความพึงพอใจต่อโครงการอยู่ในระดับ “มาก” ($\bar{X} = 4.17, SD = 0.91$) ความรู้สึกของสมาชิกท่านหนึ่งได้แสดงออกขณะการสนทนากลุ่ม เมื่อกล่าวถึงอาหารในโครงการครัวสุขภาพฯ โดยสมาชิกท่านอื่นนั่งเงียบและลักษณะใบหน้าเบื่อหน่าย ยิ้ม ผู้วิจัยตีความหมายได้ว่ารู้สึกถูกใจ พอใจ และภาคภูมิใจที่ได้มีโอกาสสัมผัสอาหารนี้

“เพื่อให้เกิดความชัดเจน..หากจำเป็นต้องทำการเปรียบเทียบถึงคุณภาพและความแตกต่างของอาหารของเรา (อาหารในครัวสุขภาพฯ) เสนอว่าควรกำหนดให้อาหารปรับสมดุลที่จัดเตรียมภายในโครงการครัวสุขภาพเป็นอาหาร..ในอุดมคติ.” (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณพร)

ด้านผลกระทบ เมื่อตรวจสอบถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งในด้านบวกและด้านลบ ภายหลังการเข้าร่วมโครงการครัวสุขภาพฯ พบว่า ความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรมคือ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าวทั้งด้านบวกและด้านลบ [ผลกระทบในเชิงบวก คือ สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้เพิ่มขึ้น และการส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งต่อชุมชน (ชุมชนเข้มแข็งพึ่งตนเองด้านสุขภาพ) ผลกระทบในเชิงลบ คือ ความยุ่งยากเมื่อนำไปใช้ในกิจวัตรประจำวัน และการขัดแย้งกับคนใกล้ชิด] อาทิเช่น

“ผู้ที่ขาดการเรียนรู้ต่อเนื่องหรือเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามระยะเวลา ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นขาดความเข้าใจ ไม่เชื่อมั่น ไม่ศรัทธาต่อแนวทางการปฏิบัติโครงการฯ ในทางกลับกันพบว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสามารถนำเสนอข้อมูลถึงผลกระทบในเชิงบวกได้อย่างชัดเจน” (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณพิม)

อภิปรายผล

ด้านบริบท ขณะนี้ชุมชนหลายแห่งทั่วโลก กำลังประสบ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น รวมถึงประเทศไทย¹⁵ ข้อมูลดังกล่าวได้รับการยืนยันจากรายงานผลการวิจัยเรื่องสถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี สิ่งสำคัญคือ ไม่มีสูตรสำเร็จที่ตายตัวในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้กับทุกพื้นที่¹⁶ ยิ่งกว่านั้น พบว่าการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริการระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมากถึงร้อยละ 80 - 90 แต่หลังการคัดกรองขาดการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง^{10,17,20}

ประเด็นที่เห็นพ้องตรงกันมากที่สุด ก็คือ อาหารและพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยต้นเหตุของการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^{5,6} และผลจากการประเมินโครงการยังช่วยยืนยันด้วยว่า อาหาร คือ ปัจจัยสำคัญและมีน้ำหนักที่มาก โดยมีความสอดคล้องกับนโยบายในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ควรเรียนรู้และทำความเข้าใจเรื่องวัฒนธรรมการบริโภค

ของคนในชุมชนไปพร้อมกับการแก้ไขปัญหา (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณสุและคุณวอ)

3อ.2ส. คือแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข⁸ สำหรับใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ [เกี่ยวกับอาหาร, การออกกำลังกาย, อารมณ์และสารเสพติด] โดยถูกนำไปอ้างในงานวิชาการอย่างกว้างขวาง จากการเก็บข้อมูลทั้งผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าโครงการครัวสุขภาพฯ มีความสอดคล้องกับแนวนโยบายดังกล่าว เพราะเป็นการแปลงนโยบาย 3อ.2ส. ให้จับต้องได้อย่างเป็นรูปธรรมและสามารถนำไปใช้ได้จริง ยิ่งกว่านั้น โครงการถูกออกแบบร่วมกันโดยคนภายในชุมชน⁶ ที่เริ่มต้นจากการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคิด-ตัดสินใจคัดเลือกกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. การมีส่วนร่วมด้วยการช่วยสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน การเข้าร่วมสังเกตการณ์ควบคุมตรวจสอบการดำเนินงานในทุกขั้นตอน [กรณีการปฏิบัติงานของกลุ่มจิตอาสาในโครงการ] รวมถึงการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ทั้งด้านวัตถุ ด้านสังคม (ได้รับเกียรติเข้าร่วมนำเสนอผลสัมฤทธิ์จากโครงการ และรับโล่รางวัลระดับจังหวัด) และด้านผลประโยชน์ส่วนบุคคล (การจำหน่ายพืชผักไร้สารพิษให้กับโครงการและช่วยลดความรุนแรงจากการเจ็บป่วยรวมถึงการมีสุขภาพที่ดีขึ้น)

สิ่งเหล่านี้ยังส่งผลให้ประชาชนเกิดความผูกพันกับโครงการมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของโครงการ โดยบอกให้เราทราบว่าโครงการนั้นๆ ประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใด โดยเฉพาะเมื่อประชาชนแสดงการมีส่วนร่วมในระดับการปฏิบัติ (Implement participation)^{13,19,20}

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้ทราบว่า หน่วยงานปฐมนิเทศภายในจังหวัดราชบุรีมีอิสระเสรีอย่างมากในการเลือกกลยุทธ์โดยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงเงื่อนไขใดๆ เลย

เอาตามความสะดวกของแต่ละหน่วยเป็นพอ (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณวอ)

แม้ว่าประเทศไทยจะมีแนวนโยบายและแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถือว่ามีความชัดเจน¹² แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่าอิสระเสรีเหล่านั้นกลับแสดงผลลัพธ์อย่างน่าผิดหวัง เมื่อผลการศึกษาระบุว่าการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยในระดับปฏิบัติการ (หน่วยงานปฐมนิเทศ : รพ.สต.) ไม่มีความชัดเจน ขาดระบบรองรับ และควรมีการปรับปรุง⁸

จะเห็นได้ว่า ลำพังการมีอิสระเสรีในการเลือกวิธีการด้วยตนเองยังไม่เพียงพอที่จะประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กระทั่งเมื่อได้มีการสืบค้นอย่างเป็นระบบ จึงได้รับคำตอบว่า การพัฒนาระบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ต้องอาศัยกลยุทธ์ใดกลยุทธ์หนึ่ง (ยุทธศาสตร์) ที่มีความจำเพาะมาใช้เป็นตัวในการสนับสนุนการขับเคลื่อน^{18,21} และพบข้อมูลที่ยืนยันอย่างสมเหตุสมผลว่า การแพทย์ทางเลือกสามารถนำมาใช้ในโรคต่างๆ ควบคู่กับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ²²

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอิสระเสรีที่ไม่เหมาะสมและการไร้ยุทธศาสตร์ที่มีความจำเพาะเจาะจงผลลัพธ์ที่ได้มักแสดงแนวโน้มในเชิงลบ อีกทั้งสิ่งเหล่านี้จะคอยบั่นทอนการพัฒนาระบบบริการในทุกมิติ ดังปรากฏเป็นสภาพปัญหาที่ยากต่อการแก้ไข ดังสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน

ด้านปัจจัยนำเข้า จากผลการประเมินพบว่า ขณะทำงานกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเหล่านี้ ได้แก่ 1) งบประมาณที่เพียงพอเพื่อรองรับสมาชิกในอนาคตที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 2) การพัฒนาศักยภาพและการนำเสนอในเชิงวิชาการในกลุ่มจิตอาสา 3) สถานที่เรียนรู้และฝึกปฏิบัติที่มีมาตรฐาน รวมถึงกิจกรรมย่อยที่มีความเหมาะสมมุ่งสู่การดูแลสุขภาพผู้เข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวม ที่เป็นการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นผล

สืบเนื่องจากการที่พบว่าปัจจัยนำเข้าที่ไม่เพียงพอ คือ อุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินงานทั้งในระดับผลลัพธ์ และกระบวนการขับเคลื่อนโครงการ รวมถึงประสิทธิภาพ ของกิจกรรม โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ ธณัฐญา รุดโท, วลีรัตน์ แสงไชย และวสันต์ เหลืองประภัสร์²³ ที่ ศึกษาเรื่องการประเมินผลโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค โดยพบว่าปัจจัยนำเข้าที่ไม่เพียงพอส่งผลให้หน่วยงาน ในสังกัด (รพ.สต.) ไม่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน จากเนื้อหาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าความพอเพียงในปัจจัย การบริหารเหล่านี้คือปัจจัยสำคัญและมีอิทธิพลต่อ ความสำเร็จในการนำโครงการหรือนโยบายไปสู่การปฏิบัติ²⁴

ด้านกระบวนการ ปัญหาคือ ณ ปัจจุบัน กระบวนการที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปในระบบการดูแลผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิหยุดลงหลังการ ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ (กลุ่มเสี่ยง) และการบันทึกข้อมูล เพื่อสนองตัวชี้วัดการปฏิบัติงาน¹² จะมีกิจกรรมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ อยู่บ้างก็เพียงส่วนน้อย

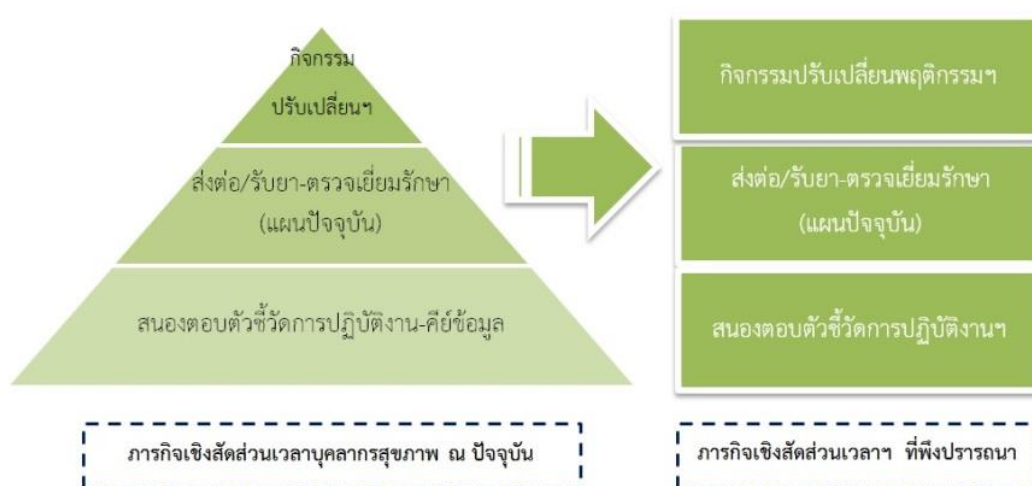
“เมื่อเป็นเช่นนี้..กระบวนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง - เหมาะสม ซึ่งมีน้ำหนักที่มาก จึงไม่เกิดขึ้นจริง และไร้ซึ่งโอกาสในการพิสูจน์ถึง ประสิทธิภาพของกระบวนการ กลายเป็นอุปสรรคต่อการ

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบไม่จบ ไม่สิ้น” (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณอร, คุณพิม)

อีกทั้งผู้วิจัยพบว่า ได้เกิดความผิดพลาดระหว่าง การดูแลผู้ป่วย/การรับบริการสุขภาพ ในขั้นตอน 1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 2. การตกลง รับบริการร่วมกัน¹⁴ (Service level agreement : SLA) ระหว่างผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาลและบุคลากร สาธารณสุข) กับผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการอนุมัติจากทั้ง 2 ฝ่าย โดยผู้วิจัยจะขอนำเสนอถึงปัญหา และแนวทางแก้ไขของโครงการฯ พร้อมทั้งอธิบาย ข้อผิดพลาดดังกล่าว ตามลำดับที่ต่อเนื่องกันดังนี้

ปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยฯ ดังกล่าว สามารถสะท้อนให้เห็นภาพที่ชัดเจน ด้วยการพิจารณาจาก การกิจในเชิงสัดส่วนเวลาของผู้ให้บริการ (บุคลากร สาธารณสุข) ที่ใช้ในการทำกิจกรรมให้กับผู้เข้ารับบริการ (ผู้ป่วย) โดยหากเป็นกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพจะมีสัดส่วนพื้นที่ๆ ค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับ สัดส่วนพื้นที่ด้านเวลาในกระบวนการตรวจรักษา

ติดตามเยี่ยม และสัดส่วนพื้นที่ด้านเวลาในการ สนองตอบตัวชี้วัดการปฏิบัติงาน (คียข้อมูล) อุปมาด้วยภาพ สามเหลี่ยมฐานกว้าง : ด้านซ้าย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ภารกิจเชิงสัดส่วนของเวลาที่พึงปรารถนา (สู่การพัฒนาระบบบริการโรคเรื้อรังระดับปฐมภูมิ)

และเมื่อพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหาก็เปรียบเทียบกับประสิทธิภาพในงานวิจัยของ ใจเพชร กล้าจนที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพและความคงตัวในประสิทธิภาพของเทคนิคการดูแลสุขภาพทั้งภาพรวม²⁵ และเทคนิคย่อยของการแพทย์วิถีธรรมโดยเฉพาะเทคนิคการใช้อาหารปรับสมดุล²⁶ ที่ผู้วิจัยเลือกใช้เป็นตัวนำในการขับเคลื่อนโครงการฯ

ก็อาจอนุมานได้ว่า แม้สัดส่วนเวลาที่มีเพียงน้อยของกระบวนการที่ถูกใช้ในกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมุ่งแก้ไขที่ต้นเหตุของโรค แต่กลับมีน้ำหนักในเชิงผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาที่มาก ในทางกลับกันสัดส่วนพื้นที่เวลาที่มากของการบำบัดด้วยระบบการแพทย์แผนปัจจุบันโดยลำพัง ที่ใช้เวลายาวนานตรากตรึงกับอายุผู้ป่วย กลับแสดงน้ำหนักในเชิงผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาที่น้อย (ไม่มาก) และถูกบ่งชี้ซ้ำว่าเป็นการแก้ไขปัญหาเพียงปลายเหตุ (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณนิร)

จากหลักการดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า หากเพิ่มสัดส่วนของเวลาที่มีน้ำหนักมาก/ผลลัพธ์ด้านการบำบัดที่มาก ด้วยการใช้โครงการครัวสุขภาพฯ เป็นกลยุทธ์เสริมและทำควบคู่กันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในระบบการตรวจรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน และสามารถลดอาการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ที่อุปมาด้วยภาพสี่เหลี่ยมที่ขยายส่วนปลาย : ด้านขวา จากภาพสามเหลี่ยมฐานกว้างดังภาพที่ 1

เหตุการณ์ที่ต่อเนื่องกัน ระหว่างขั้นตอนการเข้าพบและสนทนากันของแพทย์ (ผู้ให้บริการ) และผู้ป่วย (ผู้รับบริการ) พร้อมทั้งเข้าสู่ขั้นตอนการตกลงบริการร่วมกัน¹⁴ (ซึ่งอาจเป็นขั้นตอนในการตกลงบริการที่ไม่สมบูรณ์นัก) ตามช่วงระยะเวลานัดหมายปกติของผู้ป่วย ผู้อธิบายปรากฏการณ์มีบทบาทหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ให้บริการและผู้ช่วยเหลือแพทย์ของคลินิกโรคเรื้อรัง โดยพยายามอธิบายเรื่องกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการที่ไม่เกิดขึ้นจริงดังนี้

“จริงๆ แล้ว คนป่วยได้รับโอกาสจากหมอในการปรับ (เรื่องอาหาร) นะ แต่ประเด็นว่าปรับอย่างไร? นั่นไม่ได้ถูกบ่งชี้รายละเอียด ดังนั้นผู้ป่วยจึงปรับไม่ถูก..และผู้ป่วยก็ไม่ได้รู้ด้วยว่าต้องปรับอย่างไร รวมถึงไม่รู้เทคนิคในการปรับ..ผู้ป่วยจึงไม่ได้ปรับและเมื่อต้องกลับมาพบแพทย์อีกครั้งตามนัด (1 เดือน-3 เดือน) โดยภาพรวมๆ ค่าผลการตรวจ Lab ก็มักจะเพิ่มขึ้นจากการไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง..ซึ่งคุณหมอก็จะสรุปเอาเองว่า..เพราะผู้ป่วยไม่ปรับพฤติกรรม ดังนั้นหมอก็ตัดสินว่า..ก็เพราะตัวผู้ป่วยนั่นแหละที่ไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม..และคงต้องใช้ยาเท่านั้นจึงจะควบคุมโรคได้” (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณอร)

จากเนื้อความข้างต้น วิเคราะห์และตีความได้ว่า ระหว่างการสนทนากันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากผู้ให้บริการไม่แสดงรายละเอียดของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่สามารถรับรู้ว่าจะต้องปรับพฤติกรรมอย่างไร และผู้ป่วยก็ยังรับประทานอาหารพิษ/สิ่งที่เกิดพิษภัยต่อร่างกาย รวมถึงการไม่รู้วิธีปฏิบัติในการลด ละ เลี่ยง ความอยากในจิตต่ออาหารที่เป็นพิษอย่างถูกต้องได้²⁷ ซึ่งสิ่งนี้คือหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยที่เกิดจากอาหาร⁶

และในขั้นตอนการตกลงรับบริการร่วมกัน (Service level agreement : SLA) ก็พบว่าขั้นตอนดังกล่าวเกิดขึ้นจากการอนุมัติโดยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเพียงลำพัง ซึ่งสิ่งนี้ไม่ถูกต้องตามลักษณะสำคัญของขั้นตอนการตกลงรับบริการร่วมกัน นั่นคือ SLA ต้องได้รับการอนุมัติทั้งจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นเหตุให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอต่อการตกลงใจ/ตัดสินใจ¹⁴ เมื่อเป็นดังนี้ระบบการดูแลผู้ป่วย/กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยกลยุทธ์ที่ถูกต้อง - เหมาะสม ซึ่งมีน้ำหนักที่มากจึงไม่เคยเกิดขึ้นจริง

ด้านผลผลิต ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าโครงการฯ ช่วยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และ

กลุ่มจิตอาสาแสดงบทบาทของเจ้าของโครงการและผู้ขับเคลื่อนโครงการได้อย่างชัดเจนสอดคล้องกับแนวคิดของการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff^{19,20} เมื่อพิจารณาจากคะแนนความพึงพอใจต่อโครงการโดยภาพรวมในทุกมิติ/ทุกด้าน พบว่าการดำเนินงานโครงการฯ ที่ผ่านมามีความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก สิ่งเหล่านี้คือหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า โครงการได้รับการตอบรับอย่างดีจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งจากในและนอกชุมชน และผู้ให้ข้อมูลทุกคนร้องขอให้ขยายผลโครงการ

ด้านผลกระทบ สืบเนื่องจากเนื้อหาของโครงการมีความต่อเนื่องกัน เมื่อไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบถ้วนตามกำหนด หรือเข้าร่วมแต่ขาดความต่อเนื่อง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนั้นๆ ก็มักประสบปัญหาเมื่อนำไปปฏิบัตินำไปสู่ความไม่เชื่อมั่น ไม่ศรัทธา และสงสัยต่อแนวทางปฏิบัติ²⁶ ดังนั้น แนวทางการพัฒนาโครงการฯ ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า¹² ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมเพื่อการพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงในการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดราชบุรี ของ พิมพ์ณภัส ทับทิม²⁶ ที่พบว่าผู้ใช้เทคนิคการดูแลสุขภาพเรื่องอาหารปรับสมดุลสามารถแสดงผลลัพธ์ที่ยั่งยืนด้านการบำบัดรักษาได้สูงกว่าผู้ไม่ใช้เทคนิคอาหารปรับสมดุลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปและตอบคำถามการวิจัย

1. โครงการครัวสุขภาพวิถีธรรมฯ นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนได้อย่างไร

โครงการฯ อาศัยกลยุทธ์เรื่องการรับประทานอาหารปรับสมดุลของแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมเป็นตัวนำที่สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาระยะไม่ติดต่อเรื้อรัง หัวใจสำคัญคือตั้งแต่เริ่มต้นถึง

ปัจจุบัน ทุกกระบวนการขับเคลื่อนอาศัยการมีส่วนร่วมจากชุมชน (ชุมชนเป็นฐาน)

ผลการประเมินซึ่งชี้ว่าได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีทั้งคนใน-นอกชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม

2. โครงการฯ ได้รับการตอบรับอย่างไรจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (ความพึงพอใจ)

ผลการประเมินทั้งข้อมูลในเชิงปริมาณและคุณภาพมีความสอดคล้องกันในเชิงตรรก และการรับรู้ในเชิงจิตวิญญาณ ดูจากผลการตีค่าและตัดสิน (Interpretation) ของผลการประเมินข้างต้น

3. ผลการประเมินโครงการช่วยกำหนดทิศทางและปรับปรุงการดำเนินงานได้มากน้อยเพียงใดและสามารถสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไร

ผลการประเมินโครงการฯ มีส่วนช่วยให้ผู้บริหารสามารถกำหนดทิศทางและปรับปรุงการดำเนินงานได้มาก เพราะเป็นความเห็นจากผู้มีส่วนได้เสียทั้ง 3 กลุ่ม : ผู้สนับสนุน ผู้ดำเนินงาน และผู้เข้าร่วมกิจกรรม ข้อค้นพบที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินกิจกรรมอื่นๆ ของหน่วยงานและเป็นแบบอย่างให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรอื่นๆ ทั้งในส่วนที่เป็นสภาพปัญหา และโอกาสของการนำไปพัฒนา เพราะมีทางเลือกมากมายในการดำเนินงานโครงการให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องประเมินโครงการว่าจะสามารถสร้างโอกาส หรือผลสำเร็จได้เพียงใด²⁸

4. ปัญหาอุปสรรคขณะดำเนินงานมีหรือไม่อย่างไร

ปัญหาสำคัญ คือ ภาระงานจากงานประจำของกลุ่มผู้ดำเนินงาน ทั้งเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และจิตอาสา ที่ช่วงเวลาวางที่ไม่ตรงกัน แก้ไขด้วยการนัดพบเพื่อประชุมประจำเดือน และหรือวางแผนการทำงานภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมนั้นๆ และถือเป็นโอกาสในการสนทนา

ธรรมไปพร้อมๆ กัน ตามวัฒนธรรมของจิตอาสาแพทย์
วิถีธรรม

ข้อเสนอแนะทางวิชาการ

ผลการประเมินโครงการครัวสุขภาพวิถีธรรมเพื่อ
การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกรณีศึกษาโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลท่านัด อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัด
ราชบุรี : ระยะเริ่มต้น (ระยะ 6 เดือนแรก) ทำให้ทราบถึง
สภาพปัญหาและแนวทางสำหรับการนำมาปรับปรุงแก้ไข
การดำเนินงาน เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่ประสบผลสำเร็จในเชิง
คลินิก บนฐานของหลักวิชาการตามบริบทการดูแลผู้ป่วย
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) โดยมี
ข้อค้นพบสำคัญดังนี้

1. พบปัญหาในขั้นตอนตกลงบริการร่วมกันของ
ผู้ให้-ผู้รับบริการที่ควรได้รับการทบทวนแก้ไข

2. สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาบริการ
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) โดยเฉพาะระบบการ
ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ควรยึดเงื่อนไขสำคัญดังนี้

2.1 กิจกรรมนั้นต้องมียุทธศาสตร์/กลยุทธ์
เช่น โครงการครัวสุขภาพฯ เป็นต้น

2.2 ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และทำ
คู่ขนานกับการแพทย์แผนหลัก

2.3 ควรเพิ่มขยายสัดส่วนเวลาของกิจกรรมใน
ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจาก โครงสร้าง
สามเหลี่ยมยอดปลายแหลม สู่โครงสร้างสี่เหลี่ยมใดๆ ดัง
ภาพที่ 1

3. ควรได้รับการสนับสนุนจากองค์การทั้งภาครัฐ
เอกชน และภาคประชาชน เผยแพร่ เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่ง
ในการนำไปปรับใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยและแก้ไขปัญหา
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับหัวข้อการประเมินในครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลการดำเนินงานหลังดำเนินงาน
โครงการในระยะ 1 - 2 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ในเชิงคลินิก
(Clinical) และตรวจสอบผลการปรับปรุงการดำเนินงาน
โดยมุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประชาชน
ผู้สนใจที่เข้าร่วมโครงการ

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Global status report
on non-communicable diseases. 2014.
Retrieved April 28, 2018. from
[www.who.int/nmh/publications/ncd-
status-report-2014/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/); 2014
2. NPCEU SWEDEN). [online] cited. 2018 May
19. from [http://abc.norporchoreu.com/?
tag=พ-ร-บ-งบประมาณ-2560](http://abc.norporchoreu.com/?tag=พ-ร-บ-งบประมาณ-2560) ; 2016 Sep 26
3. มนทิพา ทรงพานิช และคณะ. การจัดบริการสุขภาพ
แบบผสมผสานในโรงพยาบาลของรัฐ : ทิศทางที่
ควรจะเป็น. วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก.
ฉบับปฐมฤกษ์ 2551 : 46-63
4. บุญใจ ลิ้มศิลา. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จในการ
จัดบริการของรัฐด้านการแพทย์ทางเลือก :
กรณีศึกษาโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัด
ราชบุรี. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก ปีที่ 5 (1) : 2550 : 62-65
5. สุรศักดิ์ กันตชูเวชศิริ, วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี.
องค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับ
ทุกช่วงวัย. บทที่ 7 อาหารสำหรับผู้เป็นโรคไต
เรื้อรังฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ
; 2559 : 97

6. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารสำหรับวัยทำงาน. สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2561 จาก <http://www.hed.go.th/linkhed/file/263> ;2558 : 8-11
7. ธัญญลักษณ์ ทอนราช, วีระเดช พิศประเสริฐ และสายสมร ผลดงนอก. อาหารเพื่อสุขภาพ. ขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2558
8. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การทบทวนวรรณกรรม:สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. เนติมา คูณีย์ (บรรณาธิการ) นนทบุรี:บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2557
9. เซาว์ อินโย .การประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:บริษัท วี พรินท์ (1991) จำกัด; 2555:162
10. Stufflebeam and Shinkfield, 2007. อ้างถึงใน ศุภามณ จันทรสกุล. ยุคสมัยของการประเมินผลและแนวคิดทฤษฎีของนักประเมิน.วารสารวิชาการอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 8(1) จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/download/25517/21675/> ;2557:72-78
11. สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2541:168) อ้างถึงในเซาว์ อินโย. การประเมินโครงการการประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ:บริษัท วี พรินท์ (1991) จำกัด; 2555:128
12. นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. บทวิจัย:การดูแลผู้ป่วยในโรคเรื้อรังในปฐมภูมิ.วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 30 (1);2559:113-126
13. Campbell, J.P, 1977:36-41อ้างถึงใน พิชาย รัตนติลล ฌ ภูเก็ต. Organization and Management องค์การและการบริหารจัดการ. จรัสรุ่ง รวีวร (บรรณาธิการ). นนทบุรี : ริงค์ ปียอนด์ บุ๊คส์ จำกัด; 2552:47-49
14. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ข้อตกลงระดับการให้บริการ SLA. คุณลักษณะของ SLA สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2561 จากhttps://med.mahidol.ac.th/radiology/sites/default/files/public/.../SLA_RAMA.pdf; (มปป.)
15. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557) วารสารควบคุมโรค ปีที่ 43(4); 2560:379-390
16. ปัทมา โกมุกบุตร. ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง : นวัตกรรมเพื่อส่งเสริมความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ. นนทบุรี. ศรีเมืองการพิมพ์; 2551
17. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2555). อ้างถึงใน นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. บทวิจัย:การดูแลผู้ป่วยในโรคเรื้อรังในปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 30 (1); 2559:113-126
18. อัมพล จินดาวัฒนะ.ข้อเสนอเชิงนโยบาย ทิศทางระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. เอกสารวิชาการงานมหกรรมสุขภาพชุมชน 2552. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2552
19. พิชาย รัตนติลล ฌ ภูเก็ต. Organization and Management องค์การและการบริหารจัดการ. จรัสรุ่ง รวีวร (บรรณาธิการ). นนทบุรี:ริงค์ ปียอนด์ บุ๊คส์ จำกัด; 2552:276

20. Cohen and Uphoff , 1977 อ้างถึงใน
พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. Organization and
Management องค์การและการบริหารจัดการ.
จรัสรุ่ง รวีวร (บรรณาธิการ). นนทบุรี :
อิงค์ ปิยอนด์ บุ๊คส์จำกัด; 2552:276-277
21. วีระ ทองอ่อน, สมโภช รติโอฬาร และวรางคณา จันทรวง.
[เอกสารประกอบการนำเสนองานวิจัย].
การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนโรงพยาบาล
30 บาท ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ตำบลบ้านกอก อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัด
อุบลราชธานี. สืบค้นเมื่อ 5/11/2560. จาก
<http://gsbook.gs.kku.ac.th/60/nigrc2017/>;
2560
22. อธิยา นิยมศิลป์ และณัฐธิดา คำผล. การแพทย์
ทางเลือกและการนำไปใช้. วารสารการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ปีที่ 7 (1) ; 2552:63-70
23. ธนัญญา รุติโก, วลีรัตน์ แสงไชย และวสันต์
เหลือประภัสร์. การประเมินผลโครงการ 30 บาท
รักษาทุกโรค โดยใช้ตัวแบบซีป (CIPP Model) :
กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอนาเชือก
จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการเมื่อการปกครอง.
ปีที่ 4. ฉบับที่ 1 ; 2557:352-369
24. มยุรี อนุมานราชชน. นโยบายสาธารณะ Public
Policy. แนวความคิด วิธีการวิเคราะห์ และกำหนด
นโยบายสาธารณะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อ
สร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันให้กับประเทศ.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็กสเปอร์เน็ท จำกัด;
2556:230-236
25. ใจเพชร กล้าจน. ความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพ
แนวเศรษฐกิจพอเพียงตามหลักแพทย์ทางเลือก
วิถียุทธ. วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก
ปีที่ 4 ฉบับที่ 1:25-37;2554
26. พิมพ์ภัสร์ ทับทิม. การประเมินผลการดำเนินงาน
แพทย์ทางเลือกวิถีธรรมเพื่อการพึ่งตนตามแนว
เศรษฐกิจพอเพียงในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง
จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560:106-110
27. ใจเพชร กล้าจน. ความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนว
เศรษฐกิจพอเพียงตามหลักแพทย์ทางเลือกวิ
ยุทธ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนบูรณาการศาสตร์ คณะบริหาร
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2553:64-65
28. เขาว์ อินโย. การประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ:บริษัท วี พรินท์(1991) จำกัด ; 2555
:10-12