

**ความสำเร็จในการแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูงสู่การปฏิบัติ
ในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3:
กรณีศึกษา NCD Clinic Plus ปี พ.ศ.2564**

**Policy conversion success in Diabetes and Hypertension
care toward healthcare facilities in healthcare of health service
provider board office 3: NCD clinic plus 2021**

เกรียงกมล เหมือนกรุด¹, ศิริพัทธ์ มัชวาล¹, ปาจารย์ อุดมสุข², วศินี โตสำราญ¹
¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ กรมควบคุมโรค¹
²ศูนย์อนามัยที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ กรมอนามัย

Kriangkamol Muankrud¹, Siripak Makkawan¹, Pajaree Udomsuk², Wasinee Tosamran¹
¹Office of Disease Prevention and Control 3 Nakhon Sawan
²Regional of health promotion center 3 Nakhon Sawan

Received 2021 Oct 26 Revised 2021 Dec 23 Accepted 2021 Dec 23

บทคัดย่อ

การศึกษาเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) รูปแบบเชิงปริวรรต
วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำเร็จในการแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
สู่การปฏิบัติใน NCD Clinic Plus เขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2564 ศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน
พ.ศ. 2564 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเลือกแบบเจาะจง จำนวน 3 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบ
สัมภาษณ์ และแบบสอบถาม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.84 ความเชื่อมั่นกำหนดเกณฑ์ = 0.70
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) ผลการวิเคราะห์นโยบาย ด้านระบบสนับสนุนการดำเนินงาน NCD
Clinic Plus พบว่า นโยบายนี้เกิดขึ้นมาจากเขตและส่วนกลาง เป้าประสงค์เชิงนโยบายมีความชัดเจน
โดยวัตถุประสงค์ที่ตั้งขึ้น เพื่อลดการป่วย ลดการตาย ลดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการปัจจัยเสี่ยง
จุดแข็ง คือ เป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง ผู้บริหารให้ความสำคัญ คู่มือ/แนวทางมีความละเอียด จุดอ่อน คือ
บางตัวชี้วัดต้องใช้งบประมาณในการขับเคลื่อนการติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย และมีบุคลากรน้อย ด้านผลลัพธ์
การดำเนินงาน มีการวิเคราะห์ผลการประเมิน Online มีการพัฒนา IT สนับสนุนการปฏิบัติงาน และผลัก

ด้านการมีส่วนร่วมจากท้องถิ่นและทุกภาคส่วน และการสร้างนวัตกรรมในพื้นที่ 2) รูปแบบการจัดบริการคลินิก NCD มีการจัดบริการอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีคู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD clinic Plus & Online ภาพรวมความต้องการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.72) พบว่าความต้องการพัฒนาจากมากไปน้อย ได้แก่ ระบบสารสนเทศ ($\bar{x} = 3.49$, S.D. = 0.84) และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ($\bar{x} = 3.49$, S.D. = 0.77) ระบบสนับสนุนและการจัดการตนเอง ($\bar{x} = 3.46$, S.D. = 0.73) ทิศทางของนโยบาย ($\bar{x} = 3.35$, S.D. = 0.72) ตามลำดับ 3) ความสำเร็จจากการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภาพรวมผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง 76.72 อยู่ในเกณฑ์ระดับ ดี (75-79) 4) ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า มีความพึงพอใจการให้บริการจากมากไปน้อย คือ การเจาะเลือดและการวัดความดัน ($\bar{x} = 4.13$, S.D. = 0.73) การประเมิน CVD Risk ($\bar{x} = 3.82$, S.D. = 0.64) ตามลำดับ

ปัญหา อุปสรรค ด้านการพัฒนาผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการไม่เพียงพอกับผู้รับบริการ ขาดสหวิชาชีพ การพัฒนาระบบสารสนเทศและการเชื่อมต่อกับชุมชน ด้านการบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT ได้แก่ สถานที่ไม่เพียงพอ การรอคอยพบแพทย์ มีบุคลากรน้อย ค่ามาตรฐานการเจาะเลือด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ด้านการพัฒนาการให้บริการ 1) ควรขับเคลื่อนนโยบายผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 2) ควรสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) ควรเพิ่มขีดความสามารถของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล และ 4) ควรมีระบบการติดตาม กำกับ และประเมินผลลัพธ์ที่ครอบคลุมการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง ด้านการบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT 1) ควรพัฒนาระบบการจัดบริการในด้านต่างๆ ให้มีสถานที่เพียงพอเหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วย 2) ควรมีระบบติดตามประเมินผลหลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) ควรลดความแออัด ควรจัดบริการที่ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการตนเองได้ เพื่อลดระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง, NCD Clinic Plus, เขตสุขภาพที่ 3

Abstract

This Mixed Methods Study, Sequential Transformative aimed to study policy conversion success Diabetes and Hypertension care toward healthcare facilities in Healthcare of Health service provider board office 3. The study period was from March to September 2021. Three groups of population were selected. The tool used were interviews and questionnaire, content validity 0.84, confident =0.70. The data were analyzed using percentage mean standard deviation and content validity.

The Results were 1) Policy analysis results, Operational support system NCD Clinic Plus was this policy arises from the district and central, goal policy was clear, this objectives were to reduce sickness, reduce dead, reduce complications and risk factor management. Policy strengths were indicator of ministry, management pays attention, the manuals/guidelines are detailed. Weakness were some indicator need to budget monitoring suspected sick group and less employee. The outcome of process has assessment analysis online, Develop IT support operations and drive engagement from local and all sectors and innovate in the area. 2) The Model of service arrangement was less 1 time/week and the manuals/guidelines NCD Clinic Plus & Online. Overview to development needs (\bar{x} =3.44, S.D. = 0.72), information system (\bar{x} =3.49, S.D.= 0.84), service arrangement of community development (\bar{x} =3.49, S.D. = 0.77), support and management myself system (\bar{x} =3.46, S.D. =0.73) the direction of policy (\bar{x} =3.35, S.D.=0.72), respectively 3) Success from provide service Diabetes and Hypertension care, Overview guarantee assess was passes 76.72 (Level good, 75-79). 4) The Satisfaction of customer service was blood draw and pressure measurement (\bar{x} =4.13, S.D. = 0.73), assessment of CVD Risk (\bar{x} =3.82, S.D. = 0.64) respectively.

Problem and obstacles in working, the employee for service not enough with service recipients, lack of multidisciplinary, develop information system and service arrangement of community. Not enough place for service, waiting see a doctor, the employee for service not enough, the standard for blood draw, etc.

Recommendations for policy and practice, Development for service 1) Should drive policy to the District Health Board. 2) Should strengthen and expand the coverage to local government organization. 3) Should empower of multidisciplinary for patient care. And 4) Should monitoring, directing, and evaluate the results coverage service patient care. Service Diabetes and Hypertension care 1) Should develop service arrangement system; the place was suitable for patient care. 2) Should monitoring and evaluation system after the patient comeback home for change behavior lifestyle. 3) Should reduce congestion; provide some services for patient care and management to reduce time see a doctor at hospital.

Keywords : Diabetes and Hypertension Care, NCD Clinic Plus, Healthcare of Health service provider board office 3

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Non-communicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) จากรายงานสถานการณ์โรค NCDs เหาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 กลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหลอดเลือดแดง (44.3 ต่อแสนประชากร) รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด (30.3 ต่อแสนประชากร) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (19.3 ต่อแสนประชากร) โรคเบาหวาน (7.2 ต่อแสนประชากร) และโรคความดันโลหิตสูง (4.7 ต่อแสนประชากร) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง และในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556 ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 66 มีมติรับรองการติดตามการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคไม่ติดต่อภายใต้การมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิก เพื่อติดตามแนวโน้มและประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินงานฯ ซึ่งกรอบดังกล่าว

ประกอบไปด้วย 9 เป้าหมายระดับโลก และ 25 ตัวชี้วัดระดับโลก ซึ่งครอบคลุมตามปัจจัยหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) เป้าหมายด้านอัตราการตายและอัตราป่วย 2) เป้าหมายด้านปัจจัยเสี่ยงหลักทั้งปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยา และ 3) เป้าหมายด้านระบบบริการระดับชาติโดยวัดความสำเร็จของการดำเนินงานฯ ในปี พ.ศ. 2568 ด้วยการเทียบกับข้อมูลอ้างอิงพื้นฐานในปี พ.ศ. 2553 เป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 ที่ต้องการลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ในประชากรอายุ 30-70 ปีลงร้อยละ 25 นั้น ค่าอัตราตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทยด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ควรต่ำกว่า 257.3 ต่อประชากรแสนคน จึงจะบรรลุตามเป้าหมายระดับโลก⁽¹⁾

ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (Behavioural Risk Factor Surveillance System: BRFSS) เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงความชุกระหว่างปี พ.ศ. 2548 กับปี พ.ศ.2558 ด้วยค่าความชุกปรับฐานอายุ พบว่า ภาวะอ้วนมีความชุกเพิ่มสูงขึ้นมากที่สุดถึงร้อยละ 155 หรือ 1.5 เท่า ขณะที่ความชุกของน้ำหนักเกินและความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบคนดื่มหนัก (Heavy drink) ภายใน 30 วันที่ผ่านมา มีการเพิ่มความชุกเกือบหนึ่งเท่าตัวหรือร้อยละ 94.0 และร้อยละ 97.4 ตามลำดับ รองลงมา คือ ความชุกการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวันภายใน 7 วันที่ผ่านมามีการเพิ่มความชุกสูงขึ้นร้อยละ 40 ส่วนความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักภายในช่วงเวลาอันสั้น (Binge drinking)

ภายใน 30 วันที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นเล็กน้อยร้อยละ 1.6 และร้อยละ 2.9 ตามลำดับ นอกจากนี้พบแนวโน้มความชุกการสูบบุหรี่ในปัจจุบันลดลงเล็กน้อยร้อยละ 1.6 ส่วนการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ (GPAO) พบความชุกลดลง ร้อยละ 10 ระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2553⁽²⁾

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออกแบบระบบบริการคลินิก NCD คุณภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 และได้มีการพัฒนาและปรับปรุงเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินทั้งกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ และเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบการจั้ดบริการให้ครอบคลุมในทุกมิติ โดยมี 6 องค์ประกอบ คือ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนและการจัดการระบบสนับสนุนการตัดสินใจและการบริการเชื่อมโยงชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราป่วย อัตราตายและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยที่โรงพยาบาลทุกแห่งได้รับการพัฒนาและนำแนวทางการนำนโยบายดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติครอบคลุมทุกโรงพยาบาล⁽³⁾

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ เป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาค ในสังกัดกรมควบคุมโรค และรับผิดชอบในการดำเนินงานประเมินคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 3 ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจและให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงทำการศึกษา เรื่อง ความสำเร็จในการแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสู่การปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 : กรณีศึกษา NCD Clinic Plus ปี พ.ศ. 2564

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อ

ศึกษาความสำเร็จในการแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสู่การปฏิบัติใน NCD Clinic Plus เขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2564

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ

- 1) ศึกษากระบวนการนำนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสู่การปฏิบัติใน NCD Clinic Plus เขตสุขภาพที่ 3
- 2) ศึกษาผลสำเร็จจากการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน NCD Clinic Plus เขตสุขภาพที่ 3
- 3) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและปฏิบัติในการปรับปรุงพัฒนาการนำนโยบายสู่การปฏิบัติงานในพื้นที่ให้เหมาะสมเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบบเชิงปริวรรตเป็นลำดับ (Sequential Transformative) ศึกษา ระหว่างเดือนมีนาคม – กันยายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 เลือกจากประชากรที่ศึกษาในกลุ่มที่ 1 ที่ปฏิบัติงานระดับผู้บริหาร (ประกอบด้วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และ/หรือรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และ/หรือหัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ ผู้รับผิดชอบ NCD Clinic) แห่งละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 25 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 เลือกจากประชากรที่ศึกษาในกลุ่มที่ 2 ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข ระดับ แพทย์ และ/หรือผู้รับผิดชอบปฏิบัติงานใน NCD Clinic Plus จำนวน 54 แห่งๆ ละ 2 คน รวมทั้งหมด 108 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการใน NCD Clinic Plus คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ฐานข้อมูลทะเบียนคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลมีนตหมายระหว่างวันที่ 1-31 สิงหาคม พ.ศ.2564

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ผู้บริหารระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 3 และ/หรือ หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อและ/หรือ ผู้รับผิดชอบ NCD Clinic เป็นสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายกระบวนการและการพัฒนาของผู้ปฏิบัติงานใน NCD Clinic Plus มีทั้งหมด 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการวิเคราะห์นโยบาย ระบบสนับสนุนและกระบวนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus เขตสุขภาพที่ 3 เป็นคำถามปลายเปิดและแสดงความคิดเห็น จำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข ระดับ แพทย์ และ/หรือผู้รับผิดชอบปฏิบัติงานใน NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ 3 มีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน NCD Clinic Plus โรงพยาบาลของท่านทราบถึงนโยบายการประเมิน NCD Clinic Plus Online หรือไม่ ถ้าทราบ ท่านได้รับทราบข้อมูลจากที่ใด ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดบริการ NCD Clinic Plus ได้แก่ สถานที่ตั้ง การให้บริการ การมีป้าย/ที่นั่ง/ให้ความรู้ผู้มารับบริการ มีเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ การประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment การมีคู่มือและปฏิบัติตามแนวทาง มีการชี้แจงและอธิบายตัวชี้วัด/แนวทางจากกรมควบคุมโรค /สำนักงานควบคุมโรค/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้เลือกตอบ มี หรือ ไม่มี ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว จำนวน 13 ข้อ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและการให้คะแนนดังนี้

คำตอบ มี ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

คำตอบ ไม่มี ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผลของคะแนน โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมารวมด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนรวมทั้งหมด มีคะแนนสูงสุดและคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 3 รูปแบบการจัดบริการ NCD Clinic Plus ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่มีส่วนร่วมในคลินิก (ณ ปัจจุบัน) และจำนวนบุคลากรอื่นๆ เช่น แพทย์ สาขาต่างๆ นักกายภาพบำบัด พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว จำนวน 1 ข้อ และลักษณะข้อคำถามต้องการคำตอบจำนวนบุคลากรแต่ละประเภทระบุ 1-10 คน จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความต้องการในการพัฒนาเกี่ยวกับการประเมิน NCD Clinic Plus Online และคลินิก NCD ในโรงพยาบาล ที่เป็นการประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางของนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนและการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน จำนวน 6 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก ใช้มาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและการให้คะแนนดังนี้⁽⁴⁾

มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1

การแปลผลของคะแนน โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ย และแบ่งเป็นระดับ โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ⁽⁵⁾

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนน 3.35 - 3.37	ความต้องการในการพัฒนาระดับน้อยที่สุด
คะแนน 3.38 - 3.40	ความต้องการในการพัฒนาระดับน้อย
คะแนน 3.41 - 3.43	ความต้องการในการพัฒนาระดับปานกลาง
คะแนน 3.44 - 3.46	ความต้องการในการพัฒนาระดับมาก
คะแนน 3.47 - 3.49	ความต้องการในการพัฒนาระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 5 ปัญหา/อุปสรรค/ข้อคิดเห็นด้านการให้บริการตามนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการคลินิก NCD ในโรงพยาบาล เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการใน NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2564 มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 การให้บริการใน NCD Clinic Plus ได้แก่ มารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 1 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก และความพึงพอใจในการมารับบริการ จำนวน 9 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก ใช้มาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและการให้คะแนนดังนี้ (4)

มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1

การแปลผลของคะแนน โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยและแบ่งเป็นระดับ โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ⁽⁵⁾

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนน 3.87 - 3.91	ความพึงพอใจของผู้รับบริการระดับน้อยที่สุด
คะแนน 3.92 - 3.96	ความพึงพอใจของผู้รับบริการระดับน้อย
คะแนน 3.97 - 3.99	ความพึงพอใจของผู้รับบริการระดับปานกลาง
คะแนน 4.00 - 4.04	ความพึงพอใจของผู้รับบริการระดับมาก
คะแนน 4.05 - 4.09	ความพึงพอใจของผู้รับบริการระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัญหา/อุปสรรค/ข้อคิดเห็นผู้รับบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการใน NCD Clinic Plus เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ตลอดจนความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษาและเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทำการทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง (จังหวัดอุทัยธานี และจังหวัดกำแพงเพชร) จำนวน 30 คน ต่อจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.84 ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.7

การวิเคราะห์และแปลผล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content Analysis) ผลการประเมิน NCD Clinic Plus Online ปี พ.ศ. 2564 ที่มี 5 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่ามาตรฐาน พื้นฐาน ดี ดีมากและดีเด่น รายงานประเด็นที่พบในด้านการพัฒนาและมุมมองการแก้ไข

ปัญหา รวมถึงผลงานเชิงนวัตกรรม (Innovative) ของแต่ละพื้นที่และวางแนวทางการนำไปใช้ขยายผลในสถานบริการ NCD Clinic Plus ที่มีความพร้อมในการพัฒนา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในจุดบริการที่ยังมีผลการประเมินในระดับต่ำกว่าพื้นฐาน

ผลการศึกษา

1) ผลการวิเคราะห์นโยบาย ด้านระบบสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า นโยบายนี้เกิดขึ้นมาจากเขตและส่วนกลางเป้าประสงค์เชิงนโยบายมีความชัดเจน โดยวัตถุประสงค์ที่ตั้งขึ้น เพื่อลดการป่วย ลดการตาย ลดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการปัจจัยเสี่ยง นอกจากนี้ พบว่ามีแผนการพัฒนา แผนงบประมาณ สนับสนุน ติดตาม กำกับนโยบายนี้ แต่ทั้งนี้ขึ้นกับสถานบริการไหนที่ดำเนินการได้ดีจะส่งเสริม สนับสนุนให้มีการดำเนินการต่อและสถานบริการไหนที่มี จุดบกพร่องควรกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนตามแนวทางการพัฒนาที่กำหนด และควรจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัด และควรผลักดันให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนสนับสนุนเชิงกระบวนการในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในด้านกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ มีการดำเนินการจัดประชุมชี้แจงเกี่ยวกับนโยบาย มีคู่มือแนวทางการดำเนินงานให้กับผู้ปฏิบัติงาน และมีกลไกติดตามประเมินผลและการลงนิเทศติดตามทุกพื้นที่ สำหรับจุดแข็งของนโยบาย NCD Clinic Plus คือ เป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง ผู้บริหารให้ความสำคัญ คู่มือ/แนวทางมีความละเอียด สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ เป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์งานและเกณฑ์การประเมินไม่เปลี่ยนแปลง

บ่อย จุดอ่อน คือ บางตัวชี้วัดต้องใช้งบประมาณในการขับเคลื่อนการติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย และมีบุคลากรน้อยทำให้กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติไม่ครอบคลุมกิจกรรม ตลอดจนมีตัวชี้วัดมากเป็นอุปสรรคกับผู้รับผิดชอบงานใหม่ ในด้านผลลัพธ์การดำเนินงานของนโยบาย NCD Clinic Plus ในปีนี้ มีการวิเคราะห์ผลการประเมิน Online เพื่อนำไปวางแผนงานในการพัฒนาระยะต่อไป มีการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ สนับสนุนการปฏิบัติงานเพื่อลดระยะเวลาการทำงานและความสะดวกในการทำงานโดยรวม ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และผลักดันการมีส่วนร่วมจากท้องถิ่นและทุกภาคส่วน รวมทั้งร่วมลงงบประมาณร่วมกัน และการสร้างนวัตกรรมในพื้นที่

2) รูปแบบการจัดบริการคลินิก NCD ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 ทั้งหมดมีการจัดบริการอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีคู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD clinic Plus & Online มี 103 คน (ร้อยละ 100) ส่วนที่น้อยที่สุด คือ บุคลากรที่ให้การดูแลรักษา DM/HT ได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) มี 76 คน (ร้อยละ 73.79) จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ 3 ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ

จำนวนสหสาขาวิชาชีพ พบว่า มีจำนวนอย่างน้อย 1 คน ทุกสหสาขาวิชาชีพ ความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus Online /คลินิก NCD ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ภาพรวมความต้องการอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.72) วิเคราะห์รายด้านพบว่า ความต้องการพัฒนาระดับมากที่สุด ได้แก่ ระบบสารสนเทศ ($\bar{x} = 3.49$, S.D. = 0.84) และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ($\bar{x} = 3.49$, S.D. = 0.77) ความต้องการพัฒนาระดับมาก ได้แก่ ระบบสนับสนุนและการจัดการตนเอง ($\bar{x} = 3.46$, S.D. = 0.73) ความต้องการระดับน้อยที่สุด ได้แก่ ทิศทางของนโยบาย ($\bar{x} = 3.35$, S.D. = 0.72)

3) ความสำเร็จจากการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงใน NCD Clinic Plus Online ในเขตสุขภาพที่ 3 ภาพรวมผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง 76.72 จากคะแนนเต็ม 100 อยู่ในเกณฑ์ระดับ ดี (75-79) คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ร้อยละ 40.44 (คะแนนเต็ม 50) และคะแนนผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ จำนวน 12 ตัวชี้วัดได้ ร้อยละ 36.28 (คะแนนเต็ม 50) พบว่า ผ่านเกณฑ์จำนวน 6 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดที่ 1, 6, 8, 9, 11 และ 12) และไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 6 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดที่ 2, 3, 4, 5, 7 และ 10) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ในเวตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2564
จำนวน 12 ตัวชี้วัด

ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ	ผลงาน	ผ่าน/ ไม่ผ่าน	N (100%)
1. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน ($\geq 60\%$)	77.29	√	22.69
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl ($\geq 60\%$)	43.42	×	7.93
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($\geq 40\%$)	35.50	×	14.30
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ ($\geq 60\%$)	52.84	×	12.89
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥ 25 กก./ตร.ม.] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา ($\geq 5\%$)	-6.73	×	4.74
6. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน ($\leq 2\%$)	2.22	√	17.63
7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง ($\geq 5\%$)	-1.72	×	11.85
8. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย HT ($\geq 70\%$)	86.74	√	23.61
9. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ($\geq 60\%$)	62.99	√	17.33
10. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ($\geq 80\%$)	72.34	×	13.11
11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) 20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น < 20% ในไตรมาส 3, 4 ($\geq 40\%$)	43.93	√	15.41
12. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 (CKD 3-4) ชะลอการลดลงของการตรวจหาค่าอัตราการไหลของเลือดผ่านตัวกรองไตในหนึ่งนาที (eGFR) ได้ตามเป้าหมาย ($> 50\%$)	67.98	√	19.93
คะแนนรวม 250 /ร้อยละ 50	181.41		36.28

4) ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 270 คน พบว่า ส่วนใหญ่มารับบริการ 2 เดือน / ครั้ง จำนวน 106 คน (ร้อยละ 36.26) มีความพึงพอใจการให้บริการมากที่สุด คือ การเจาะเลือดและการวัดความดัน ($\bar{x}=4.13$, S.D. = 0.73) ส่วนความพึงพอใจของผู้รับบริการที่น้อยที่สุด คือ การประเมิน CVD Risk ($\bar{x}=3.82$, S.D. = 0.64)

อภิปรายผลการศึกษา

ด้านระบบสนับสนุนของนโยบายฯ นี้เกิดขึ้นมาจากเขตและส่วนกลาง เป้าประสงค์เชิงนโยบายมีความชัดเจน โดยวัตถุประสงค์ที่ตั้งขึ้นเพื่อลดการป่วยลดการตาย ลดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการปัจจัยเสี่ยง เป็นไปตามเกณฑ์คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ตามเป้าประสงค์ของคลินิก NCD คุณภาพ ทั้ง 5 ข้อ ที่กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) ซึ่งสอดคล้องกับจากรูรรม ศรีพงษ์พันธุ์กุล⁽⁶⁾ ที่กล่าวถึงหลักการและแนวคิดที่สำคัญในการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่ระดับหน่วยงานควรจะเป็น Top-Down และสอดคล้องกับวรเดช จันทรศร⁽⁷⁾ ที่ได้สรุปเงื่อนไขและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ นั้น คือ ต้องเป็นนโยบายที่มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ชัดเจน เป็นนโยบายที่มีตัวชี้วัดและมาตรฐานมีความชัดเจน ขั้นตอนของการปฏิบัติงานมีความชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติงานชัดเจน เข้าใจง่าย การจัดสรรทรัพยากรทางการเงินมีความเหมาะสมและมีการกระจายทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ

ด้านกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ มีการดำเนินการจัดประชุมชี้แจงเกี่ยวกับนโยบาย มีคู่มือแนวทางการดำเนินงานให้กับ

ผู้ปฏิบัติงาน มีกลไกติดตามประเมินผลและลงนิเทศติดตามทุกพื้นที่ จุดแข็งของนโยบายฯ คือ เป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง ผู้บริหารให้ความสำคัญ คู่มือ/แนวทางมีความละเอียดสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ เกณฑ์การประเมินไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย มีการพัฒนา IT อย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานลดระยะเวลาและทำให้ความสะดวกในการทำงานโดยรวม โดยในปีนี้มีมีการประเมินผลลัพธ์ผ่านระบบ Online ที่สามารถนำผลการดำเนินงานไปวางแผนพัฒนางานในระยะต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Edwards III, George C.⁽⁸⁾ ที่ได้นำเสนอตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย (Interactions Between Factor Models) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม คือ การสื่อสารข้อความ (Communication) การตัดสินใจนโยบายและคำสั่งในการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ถ่ายทอดไปสู่บุคลากรผู้ปฏิบัติยังมีความชัดเจน (Clarity) ที่เที่ยงตรง (Accuracy) และมีความคงเส้นคงวา Consistency) เพียงใด จะยิ่งทำให้โอกาสของการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จสูงความผิดพลาดในการถ่ายทอดข้อความไปสู่การปฏิบัติ

ผลสำเร็จจากการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน NCD Clinic Plus เขตสุขภาพที่ 3

1) รูปแบบการจัดบริการ NCD Clinic Plus ของสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ.2564 พบว่า มีการจัดบริการอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีคู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD clinic Plus & Online มีการชี้แจงและอธิบายตัวชี้วัด/แนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จากกรม คร./สคร./สสจ. มีเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ

(นักกายภาพบำบัด เกสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยาฯ) ร่วมเป็นทีมที่ปรึกษาของคลินิก NCD คลินิก NCD มีการประเมินและคัดกรอง Geriatric Assessment และคลินิก NCD มีการดำเนินงานตามคู่มือแนวทางการดำเนินงาน สอดคล้องกับ เกษมธิดา หะชะนี และอิศรา สพสมัย⁽⁹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง พัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า รูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัด สมุทรปราการ (สมุทรปราการ 7 S Model) ดังนี้ (1) Strategy มีกลยุทธ์ ครอบคลุมมิติสุขภาพแบบองค์รวมต่อเนื่อง ผสมผสานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีกลยุทธ์สำคัญ 4 กลยุทธ์ ได้แก่ ด้านการจัดระบบบริการ ด้านการจัดการกำลังคน ด้านการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ และด้านการบูรณาการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว (2) Structure การจัดโครงสร้างของอาคาร และการจัดโครงสร้างของการประสานงานและจัดโครงสร้างชุมชนตามลักษณะเขตเมือง (3) Systems มีการจัดระบบ บริการในคลินิกหมอครอบครัวและในชุมชน การจัดระบบสนับสนุนและการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (4) Staff มีการบริหารจัดการด้านบุคลากร การจัดโครงสร้างของทีมหมอครอบครัว (5) Skills มีการพัฒนาด้านองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพประชาชนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ระบบการให้คำปรึกษา และระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน กระบวนการ context based learning: CBL (6) Style การทำงานเป็นทีมด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ ตำบล (พชต.) และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง (7) Shared values สร้างค่านิยมร่วมกันทุกระดับในการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล

สุขภาพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

2) จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ 3 ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับจำนวนสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีมากที่สุดที่ ระบุมีแพทย์ทั่วไปปฏิบัติงาน จำนวน 2 คน (ตอบ 42 คน ร้อยละ 40.78) จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงาน จำนวน 1 คน (ตอบ 31 คน ร้อยละ 30.10) จำนวนนักกายภาพบำบัด/นักอาชีวบำบัดปฏิบัติงาน จำนวน 1 คน (ตอบ 76 คน ร้อยละ 73.79) จำนวนพยาบาลทั่วไปที่มาปฏิบัติงานในคลินิก NCD จำนวน 2 คน (ตอบ 44 คน ร้อยละ 42.72) จำนวนเภสัชกรปฏิบัติงาน จำนวน 1 คน (ตอบ 80 คน ร้อยละ 77.67) จำนวนนักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร ปฏิบัติงาน จำนวน 1 คน (ตอบ 79 คน ร้อยละ 76.70) ไม่มีนักจิตวิทยาปฏิบัติงาน (ตอบ 52 คน ร้อยละ 50.49) และไม่มีนักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติงาน (ตอบ 93 คน ร้อยละ 90.29) และบุคลากรที่ให้การดูแลรักษา DM/ HT ได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) พบ ร้อยละ 73.79 ซึ่งเป็นกิจกรรมที่น้อยที่สุด ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการให้บริการที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด สอดคล้องกับกาญจนารัตน์ ทองบุญ และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาเรื่อง ผลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของคลินิกหมอครอบครัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต. รัตนวารี อ. หัวตะพาน จ.อำนาจเจริญ พบว่า การนำระบบบริการโรคเรื้อรัง (DM,HT) ร่วมกับคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหัวตะพาน ต. รัตนวารี อ. หัวตะพาน จ.อำนาจเจริญนั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับน้ำตาลลงได้

ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่จะต้องให้การดูแลเฉพาะเจาะจงมากขึ้น การมารพ. ตามนัด รับประทานยา ปรับการใช้ยา พุดคุยให้คำแนะนำ จัดการรายกรณีแล้วกลับบ้าน การให้บริการใน Clinic NCD เพียงไม่กี่นาที ดังกล่าวไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยอื่นเข้ามาร่วม ให้การดูแล เป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนของปัญหาและมีความจำเพาะในการดูแลเพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง เชื่อมโยงลงไปสู่ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ญาติพี่น้อง อสม. ญาติเครือญาติที่เกี่ยวข้องในชุมชน มีการใช้ เครื่องมือต่างเข้าไปใช้ เช่น การเยี่ยมบ้าน การทำผังเครือญาติ (Family genogram)

3) ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของสถานบริการสาธารณสุขประจำจังหวัดและอำเภอในเขตสุขภาพที่ 3 สู่การปฏิบัติ ปี พ.ศ. 2564 พบว่า ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 3 ได้คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ร้อยละ 40.44 (คะแนนเต็ม 50) โดยมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบ จำนวน 18 ประเด็น ทั้งนี้ กระบวนการการปรับระบบและกระบวนการบริการ มีการดำเนินงานมากที่สุด ร้อยละ 50.39 รองลงมา มีการดำเนินงานที่เท่ากัน ร้อยละ 38.85 ได้แก่ ระบบสารสนเทศและการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ส่วนกระบวนการพัฒนาที่มีการดำเนินงานน้อยที่สุด ร้อยละ 20.11 ได้แก่ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ สอดคล้องกับ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก⁽¹¹⁾ ศึกษาเรื่อง บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง พบว่า พยาบาลควรมีบทบาทและ กิจกรรมการพยาบาล ที่สอดคล้องกับองค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) ทั้ง 6 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) บทบาทในการ กำหนดทิศทางและ นโยบายการจัดการโรคเรื้อรัง

2) บทบาทในการจัดระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) บทบาทในการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคเรื้อรัง 4) บทบาทในการสนับสนุน การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5) บทบาท ในการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุน การตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการโรคเรื้อรัง และ 6) บทบาท ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นบทบาทที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรังเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ

4) ด้านผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ของสถานบริการสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 12 ตัวชี้วัดได้ ร้อยละ 36.28 (คะแนนเต็ม 50) พบว่า ตัวชี้วัดที่ผ่าน เกณฑ์ จำนวน 6 ตัวชี้วัด และไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 6 ตัวชี้วัด สอดคล้องกับ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก⁽¹¹⁾ ศึกษาเรื่อง บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง พบว่า การบูรณาการบทบาทและ กิจกรรม การพยาบาลกับแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง The Chronic Care Model (CCM) มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ และ เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อผู้รับบริการ

5) ความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2564 พบว่า การมารับ บริการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการของโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้รับบริการมากที่สุด คือ การเจาะเลือดและการวัดความดัน ($\bar{x} = 4.13$, S.D. = 0.73) รองลงมา คือ การจัดระบบ นัดหมาย ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.67) ส่วนความพึงพอใจ

ของผู้รับบริการฯ ที่น้อยที่สุด คือ การประเมิน CVD Risk ($\bar{x} = 3.82$, S.D. = 0.64) สอดคล้องกับ อัสมน นามวงษ์ และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า รูปแบบที่พัฒนา ขึ้นเป็นความร่วมมือของทีมีวิจัย พยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาล วิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาท หน้าที่สนับสนุนการส่งเสริม การจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาล ได้แก่ คั่นหาระยะของ ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกัน ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองที่จะควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด ทบทวนเป้าหมายของการควบคุม ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำตามความต้องการ ให้การสนับสนุนด้วยการให้กำลังใจเสริมแรงผู้ที่ เป็น เบาหวานและครอบครัว ติดตามปัญหา อุปสรรค การกระตุ้นเตือน ให้ช่องทางในการขอความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา จัดเข้ากลุ่มที่มีลักษณะ คล้ายกัน พร้อมกับ แนะนำแหล่งข้อมูลที่เป็น ส่งเสริม ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และการสร้างกลุ่ม เพื่อช่วยเพื่อน เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลการปรับเปลี่ยน แก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยให้ส่งเสริมให้เกิดกำลังใจต่อ ผู้ที่เป็นเบาหวาน

ปัญหา อุปสรรค ด้านการพัฒนาผู้ปฏิบัติงาน ในสถานบริการสาธารณสุข ระดับ แพทย์ และ/ หรือผู้รับผิดชอบปฏิบัติงานใน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 พบปัญหา อุปสรรค ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการไม่เพียงพอ กับผู้รับบริการ ขาดสหวิชาชีพ การพัฒนาระบบ สารสนเทศและการเชื่อมต่อกับชุมชน สำหรับด้าน

การบริการดูแลผู้ป่วย DM/HTผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดัน ที่มารับบริการใน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 พบปัญหา อุปสรรค ได้แก่ สถานที่ไม่เพียงพอ การรอคอยพบ แพทย์ มีบุคลากรน้อย วิธีการตรวจหาค่าเฉลี่ย ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ในแต่ละโรงพยาบาลใช้วิธีที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้รับ บริการได้รับค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลที่ไม่เท่ากัน ควรใช้ ค่าตรวจน้ำตาลสะสมในเลือดแดง (HBA1C) ตรวจ ติดตามคนที่เป็นเบาหวาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

ด้านการพัฒนาการให้บริการ 1) ควรขับเคลื่อน นโยบายผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ 2) ควรสร้างความเข้มแข็งของระบบขยาย ความครอบคลุมในระดับรพ.สต.และชุมชน รวมถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) ควรเพิ่มขีดความสามารถของทีมีสหสาขาวิชาชีพในการดูแล พัฒนาระบบสารสนเทศและนำมาใช้ในระดับเขต และ 4) ควรมีระบบการติดตาม กำกับ และประเมินผลลัพธ์ ที่ครอบคลุมการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง และนำ ประเด็นการขับเคลื่อนผ่านระบบการตรวจราชการ

ด้านการบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT 1) ควรพัฒนาระบบการจัดบริการในด้านต่างๆ ให้มีสถานที่เพียงพอเหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วย 2) ควรมีระบบติดตามประเมินผลหลังจากที่ผู้ป่วย กลับบ้าน และประเมินสภาวะของโรคได้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) ควรลด ความแออัด ควรจัดบริการที่ผู้ป่วยสามารถดูแลและ จัดการตนเองได้ โดยให้กลับไปรับบริการที่สถาน บริการสาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อลดระยะเวลาใน การเดินทางมารับบริการ

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

เกรียงกมล เหมือนนกรุด, ศิริพัชกร มัชवाल, ปาจารย์ อุดมสุข, วศินี ไตสำราญ. **ความสำเร็จในการแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสู่การปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3: กรณีศึกษา NCD Clinic Plus ปี พ.ศ.2564.** วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6(2): หน้า 85-100.

Suggested citation for this article

Muankrud K., Makkawan S., Udomsuk P., Tosamran W. **Policy conversion success in Diabetes and Hypertension care toward healthcare facilities in healthcare of health service provider board office 3: NCD clinic plus 2021.** Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2021; 6(2): page 85-100.

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. **รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2563.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. **แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564).** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โอโมชั่น อาร์ต; 2560.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus & Online.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2564.
4. Likert, Rensis A. **New Patterns of Management.** New York: McGraw-Hill Book Company Inc;1961.
5. Best, John W. **Research in Education.** 3rd ed. Englewood Cliffs: New Jersey: Prentice Hall, Inc;1977.
6. จารุวรรณ ศรีพงษ์พันธุ์กุล. **การแปลงแผนสู่การปฏิบัติ. เอกสารประกอบการบรรยาย กองแผนงาน สำนักงานอธิการบดี.** มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.[ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.ubu.ac.th> > web > files_up
7. วรเดช จันทรรศ. **ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิก; 2554.
8. Edwards III, George C. **Implementing Public Policy.** Washington, D.C.:Congressional Quarterly Press; 1980.

9. เกษมธิดา หะชะนี และอิศรา สพสมัย. **พัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเมืองหนาแน่นจังหวัดสมุทรปราการ.** วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28 (4): 667-677.
10. กาญจนรัตน์ ทองบุญ และคณะ. ผลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของคลินิกหมอครอบครัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก http://www.Amno.moph.go.th/amno_new/files/1p1.pdf
11. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. **บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง.** วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2560; 37 (2); 154-159
12. อัสมน นามวงษ์, รัชชนก กลิ่นชาติ, สุมาลี ราชนิยม, พันซ์กร คำผล, นฤมล ทองภักดี. **การพัฒนาแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้.** วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562; 29 (3): 179-193.