

ผลลัพธ์การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา ภายใต้กลยุทธ์ “PLEASE model”

นรินทร์รัชต์ พิชญคามินทร์^{1*}

^{1*} นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการในปีงบประมาณ 2564 ในพื้นที่ 3 อำเภอของจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งถูกเลือกมาจากขนาดอำเภอขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบเชิงกลยุทธ์และประเมินผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตามกรอบกลยุทธ์ “PLEASE model” แบ่งกลุ่มที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้มีส่วนร่วมจำนวน 45 คน และ 2) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 451 คน แบ่งการวิจัยเป็น 4 กระบวนการ ซึ่งในแต่ละกระบวนการมีวิธีการและเครื่องมือที่แตกต่างกัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคร์สแควร์ และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สมาชิกในครอบครัว การมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ค่าดัชนีมวลกาย และจำนวนปีที่เป็นโรค ส่วนกลยุทธ์ “PLEASE model” สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานและชุมชนสามารถแปลงกลยุทธ์และออกแบบโครงการ เพื่อตอบสนองการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี ทุกโครงการที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับกลยุทธ์และเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจน อาทิ โครงการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) NCD โครงการการพัฒนาการสื่อสารการตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) โครงการชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCDs โครงการจัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station) โครงการจัดตั้งโรงเรียนเบาหวานวิทยา เป็นต้น ทั้งนี้ ผลลัพธ์สำคัญที่เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของ “PLEASE model” คือ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพ และการได้รับบริการที่เหมาะสม รวมถึงระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับก่อนและหลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) โดยก่อนดำเนินการมีค่าเท่ากับ 8.98 มก.% และ หลังดำเนินการลดลงมาเท่ากับ 6.66 มก.%

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้เสนอว่า โครงการตามกลยุทธ์ที่ถูกกำหนดขึ้น ควรดำเนินไปอย่างต่อเนื่องแบบบูรณาการกับข้อสั่งการในการเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งในพื้นที่เดิมและในพื้นที่ใหม่ โดยปรับรูปแบบการดำเนินงานตามสถานการณ์และบริบทของพื้นที่นั้น

คำสำคัญ: นโยบาย/กลยุทธ์/การดูแลสุขภาพ/ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/PLEASE model

*Corresponding author: นรินทร์รัชต์ พิชญคามินทร์, E-mail: narinrach2022@gmail.com, โทร. 0800085659

Received: April 20, 2022 | Revised: May 15, 2022 | Accepted: June 4, 2022

Results from Strategy Implementation of Healthcare Provision for Patients with Diabetes in Nakhon Ratchasima Province under “PLEASE Model” Strategy

Nrinrach Pitchyakamin^{1*}

^{1*}Executive of Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office

Abstract

This study is research and development implemented in fiscal year 2021. It was conducted in 3 districts considering size as small, medium, and large scales. The objectives were to develop a strategic model, and evaluated the outcome of diabetes health care pattern under the strategy framework "PLEASE model". There are 2 study groups as 1) 45 participants, and 2) 451 DM patients. The processes were divided into 4 processes, each of them has set different methods and tools. Descriptive statistic, chi-square test, and paired t-test were used for data analysis.

The results showed that Individual factors affected appropriate self-care of diabetic patients, as sex, age, marital status, family members, caregiver, BMI, and number of years within disease. As the strategy in “PLEASE model”, the organization and communities could interpret strategies, and designed projects for operational respond. All projects are related with strategies and provided clearly beneficial to the target group, such as: The family volunteer and village health volunteer development in NCD sector, the social marketing communication development, the new normal on community lifestyle to NCD remoting, Health Station setting, and Diabetes School setting as well. Likewise, the success outcome indicator of the “PLEASE model” had been indicated on the better health behaviors and health care of these samples with diabetes, as food consumption, exercise, stress management, health care, and receiving appropriate services. Similarly, the HbA1c level had reduced as statistically significant from 8.98 mg% to 6.66 mg% after project participation.

However, this research suggested that the implementation of any projects should be continually integration conducted under the COVID-19 control in both existing and new areas by adjusting the operating pattern, according on the situation and context of that area.

Keywords: Policy/ Strategy/ Health care/ Diabetes patients /PLEASE model

*Corresponding author: Nrinrach Pitchyakamin, E-mail: narinrach2022@gmail.com, Tel. 0800085659

Received: April 20, 2022 | Revised: May 15, 2022 | Accepted: June 4, 2022

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ หรือ กลุ่มโรค NCDs (Non communicable diseases) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹ สำหรับประเทศไทยมีรายงานในปี พ.ศ. 2557 ชี้ให้เห็นว่า ความชุกของโรคเบาหวานมีจำนวนถึงร้อยละ 8.90 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 29.00 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 8.20 แสนคน โดยเพศหญิงมีความชุก และอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศชาย และในปี 2563 พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 286,776 คน ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2561 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 36.50² ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่สามารถรักษาได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของการเกิดโรค มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้อีกหลายโรค ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง

สำหรับจังหวัดนครราชสีมาพบว่า ในปี 2560 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 67,382 คน คิดเป็นร้อยละ 2.70 ของประชากรทั้งหมด ปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 75,781 คน คิดเป็นร้อยละ 3.03 ของประชากรทั้งหมด ปี 2562 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 84,869 คน คิดเป็นร้อยละ 3.40 ของประชากรทั้งหมด และปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 94,877 คน คิดเป็นร้อยละ 3.80 ของประชากรทั้งหมด³ จากรายงานการเกิดโรคจะเห็นได้ว่า การเกิดโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทั้งนี้ ในฐานะผู้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา จึงมีแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ในการดูแลรักษาและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานไว้ว่า การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกฝ่ายทุกภาคี ตั้งแต่ตัวผู้ป่วยเอง ญาติหรือครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ชุมชน แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ รวมไปถึงภาคีเครือข่ายในชุมชนอื่นๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดรูปแบบเชิงกลยุทธ์ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ขึ้น ภายใต้ “PLEASE model” ซึ่งประกอบไปด้วย 6 กลยุทธ์ ดังนี้คือ กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation: P) กลยุทธ์ที่ 2 การสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและชุมชน (Literacy: L) กลยุทธ์ที่ 3 การสร้างกฎข้อบังคับชุมชนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและชุมชน (Engagement: E) กลยุทธ์ที่ 4 การสร้างความสามารถในการเข้าถึงสิ่งสนับสนุนเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ดี (Accessibility: A) กลยุทธ์ที่ 5 การสร้างรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม (Service: S) และกลยุทธ์ที่ 6 การสร้างตัวชี้วัดความสำเร็จที่มีประสิทธิภาพ (Evaluation: E)

ทั้งนี้ ทุกกลยุทธ์ที่ถูกกำหนดขึ้นนั้น ผู้วิจัยหวังอย่างยิ่งว่า บุคลากรในสังกัด ซึ่งถือว่าเป็นผู้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ จะสามารถนำกลยุทธ์ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้และออกแบบกระบวนการดำเนินงาน ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะถูกประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของตัวแบบดังกล่าวอย่างเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือ ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่เหมาะสมในปีต่อไป และเป็นต้นแบบให้พื้นที่จังหวัดอื่นได้นำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบเชิงกลยุทธ์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และ ประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบดังกล่าว ตามกรอบกลยุทธ์ “PLEASE model” ของจังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินงานการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึง เดือนตุลาคม 2564 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาอนุมัติให้ดำเนินการได้ตามใบรับรองเลขที่ KHE 2020-46 ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2563 แบ่งพื้นที่ในการวิจัยออกเป็น 3 กลุ่มของอำเภอในเขตจังหวัดนครราชสีมา สุ่มจับสลากอำเภออย่างง่ายจากการแบ่งกลุ่มอำเภอมาอำเภอละ 1 อำเภอ คือ 1) อำเภอขนาดเล็ก 2) อำเภอขนาดกลาง และ 3) อำเภอขนาดใหญ่ แบ่งกระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 4 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการที่ 1 คือ กระบวนการวิจัย โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์บริบทชุมชน พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร²³ $n_{(1)} = NZ^2\alpha/2 P(1-P)/ d^2 (N-1) Z^2\alpha/2 P(1-P)$ แล้วเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 12 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 451 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

กระบวนการที่ 2 คือ กระบวนการพัฒนาแผนงานและโครงการตามกลยุทธ์ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้กรอบ PLEASE model กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้มีส่วนร่วม (Participants) และ 2) กลุ่มตัวแทนผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เพื่อเข้าสู่กระบวนการ AICE (Appreciation: A, Influence: I, Control: C, Education: E)

กระบวนการที่ 3 คือ กระบวนการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเช่นกัน พื้นที่เป้าหมายนำกิจกรรมสำคัญที่ได้ออกแบบและวางแผนในกระบวนการที่ 2 ไปพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้มีส่วนร่วม (Participants) มีหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมหลักให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน และ 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน จำนวน 451 คน

กระบวนการที่ 4 คือ กระบวนการประเมินผล ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงประเมินผลลัพธ์ เพื่อประเมินรูปแบบเชิงกลยุทธ์จากการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน จำนวน 451 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใช้สถิติ Chi-square, Paired t-test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์

ผลการวิจัย

ผลลัพธ์การดำเนินงานภายใต้กลยุทธ์ “PLEASE model” แบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ผลลัพธ์ที่หนึ่ง คือ ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส สมาชิกในครอบครัว การมีผู้ดูแลเมื่อเวลาเจ็บป่วย ค่าดัชนีมวลกาย จำนวนปีที่เป็นโรค มีผลต่อการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม โดยทั้งเพศชายร้อยละ 42.00 และเพศหญิงร้อยละ 58.00 ยังดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ซึ่งร้อยละ 56.50 เป็นผู้อยู่ในกลุ่มผู้สูงวัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 451)

ปัจจัย	การดูแลสุขภาพตนเอง (จำนวน: ร้อยละ)		ค่า X ² test (p – value)
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
เพศ			
ชาย (n=203)	74 (36.5%)	129 (63.5%)	0.663 (0.002)
หญิง (n=248)	115 (46.4%)	133 (53.6%)	
รวม	189 (42.0%)	262 (58.0%)	
อายุ			
ต่ำกว่า 60 ปี (n=176)	69 (39.2%)	107 (60.8%)	0.751 (0.043)
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (n=275)	127 (46.2%)	148 (53.8%)	
รวม	196 (43.5%)	255 (56.5%)	
สถานภาพสมรส			
ไม่มีคู่ (n=125)	52 (41.6%)	73 (58.4%)	0.695 (0.038)
คู่ (n=326)	165 (50.6%)	161 (49.4%)	
รวม	217 (48.1%)	234 (51.9%)	
สมาชิกในครอบครัว			
อยู่คนเดียว (n=151)	63 (41.7%)	88 (58.3%)	0.745 (0.041)
มีสมาชิกในครอบครัว (n=300)	147 (49.0%)	153 (51.0%)	
รวม	210 (46.6%)	241 (53.4%)	
การมีผู้ดูแลเมื่อเวลาเจ็บป่วย			
มี (n=305)	137 (44.9%)	168 (55.1%)	0.910 (0.047)
ไม่มี (n=146)	69 (47.3%)	77 (52.7%)	
รวม	206 (45.7%)	245 (54.3%)	

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 451)

ปัจจัย	การดูแลสุขภาพตนเอง (จำนวน: ร้อยละ)		ค่า X ² test (p - value)
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
ค่าดัชนีมวลกาย			
ปกติ (n=83)	32 (38.6%)	51 (61.4%)	0.892 (0. 035)
ไม่ตามเกณฑ์ (n=368)	152 (41.3%)	216 (58.7%)	
รวม	184 (41.0%)	267 (59.0%)	
จำนวนปีที่เป็นโรค			
ต่ำกว่า 5 ปี (n=138)	53 (38.4%)	85 (61.6%)	0.732 (0.040)
ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป (n=313)	144 (46.0%)	169 (54.0%)	
รวม	197 (43.7%)	254 (56.3%)	

ผลลัพธ์ที่สอง คือ การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของพื้นที่ดังตารางที่ 2 พบว่า หน่วยงานและชุมชนได้มีการวิเคราะห์ แปลงนโยบาย และขยายความหมายตามนัยสำคัญของกลยุทธ์ทั้ง 6 กลยุทธ์ ได้ดังนี้

กลยุทธ์ที่หนึ่ง คือ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือ Participatory Community: P พื้นที่ที่มีมาตรการในการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ มีโครงการสำคัญ คือ โครงการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) NCD เพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน (DM) ตามวิถีชุมชน

กลยุทธ์ที่สอง คือ การสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและชุมชน หรือ Literacy in DM Care: L มีแผนงานการสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและชุมชน มีโครงการสำคัญ 3 โครงการ คือ โครงการการพัฒนาการสื่อสารการตลาดเชิงสังคม (Social marketing) โครงการองค์กรรอบรู้ และ โครงการก้าวทำใจห่างไกลโรค NCD

กลยุทธ์ที่สาม คือ การสร้างกฎข้อบังคับชุมชนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและชุมชน หรือ Engagement to Enforcement: E มีมาตรการเช่นเดียวกับกลยุทธ์ที่ 1 แต่มีโครงการสำคัญ 2 โครงการ คือ โครงการธรรมนูญตำบลหวาน มัน เค็ม ห่างไกลโรค NCD และ โครงการชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCDs บูรณาการร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพและคุณภาพชีวิต

กลยุทธ์ที่สี่ คือ การสร้างความสามารถในการเข้าถึงสิ่งสนับสนุนเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ดี หรือ Accessibility to Source and Equipment: A มีมาตรการการพัฒนาบริการสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร มีโครงการสำคัญ คือ โครงการจัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station)

กลยุทธ์ที่ห้า คือ การสร้างรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม หรือ Service Eruption for Better Health: S มีมาตรการเช่นเดียวกับกลยุทธ์ที่สี่ มีโครงการสำคัญ 4 โครงการ คือ โครงการชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด

เสี่ยง ลดโรค โครงการจัดตั้งโรงเรียนเบาหวานวิทยา โครงการพัฒนา NCD Clinic Plus และ โครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ Intermediate Care & Long Term Care

กลยุทธ์ที่หก คือ การสร้างตัวชี้วัดความสำเร็จที่มีประสิทธิภาพ หรือ Efficiency Evaluation: E มีมาตรการ คือ การพัฒนาตัวชี้วัดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีโครงการสำคัญ คือ โครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

ตารางที่ 2 แสดงแผนงานและโครงการในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานภายใต้ “PLEASE model”

กลยุทธ์ที่	มาตรการ/แผนงาน	โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Participatory Community: P)	1) การพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่	1) พัฒนา อสม. และ อสม. NCD เพื่อคัดกรอง DM ตามวิถีชุมชน	เกิดกลไกความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
2. การสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและชุมชน (Literacy in DM Care: L)	2) การสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและชุมชน	1) การพัฒนาการสื่อสารการตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) 2) องค์กรรอบรู้ 3) ก้าวทำใจห่างไกลโรค NCD	ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล และชุมชนมีการเข้าถึงข้อมูล และมีวิธีการกลั่นกรองข้อเท็จจริง นำไปสู่การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้อง
3. การสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและชุมชน (Engagement to Commitment: E)	1) การพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่	1) โครงการธรรมนูญตำบลลดหวาน มัน เค็ม ห่างไกลโรค NCD 2) ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs บูรณาการร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพและคุณภาพชีวิต	หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องสนับสนุนให้ชุมชนกำหนดทิศทางและวางแผน พร้อมกับจัดระบบสุขภาพได้ด้วยตนเอง
4. การสร้างความสามารถในการเข้าถึงสิ่งสนับสนุนเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ดี (Accessibility to Source and Equipment: A)	3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร	1) โครงการจัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station)	หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องสนับสนุนให้ชุมชนกำหนดทิศทางและวางแผน พร้อมกับจัดระบบสุขภาพได้ด้วยตนเอง
5. การสร้างรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม (Service Eruption for Better Health: S)	3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร	1) โครงการชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยง ลดโรค 2) โครงการจัดตั้งโรงเรียนเบาหวานวิทยา 3) โครงการพัฒนา NCD Clinic Plus 4) โครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ Intermediate Care & Long-term Care	1) หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องสนับสนุนให้ชุมชนกำหนดทิศทางและวางแผน พร้อมกับจัดระบบสุขภาพได้ด้วยตนเอง 2) ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก รวดเร็ว
6. การสร้างตัวชี้วัดความสำเร็จที่มีประสิทธิภาพ (Efficiency Evaluation: E)	4) การพัฒนาตัวชี้วัดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	1) โครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน	มีตัวชี้วัดที่น่าเชื่อถือ และสามารถสะท้อนผลของความสำเร็จจากการดำเนินงาน

ผลลัพธ์ที่สาม คือ ผลการประเมินผลลัพธ์จากการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ พบว่า หลังได้รับการพัฒนา ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพดีขึ้น ดังตารางที่ 3 ทั้งนี้ กลุ่มผู้ป่วยมีการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในระดับดีเพิ่มขึ้น หลังเสร็จสิ้นโครงการเท่ากับร้อยละ 36.10 ซึ่งเทียบกับก่อนมีการดำเนินโครงการพบร้อยละ 25.30 มีการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพออยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.70 จากเดิมพบเพียงร้อยละ 27.70 กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 42.60 จากเดิมพบเพียงร้อยละ 36.40 รวมถึงมีการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีเท่ากับร้อยละ 30.20 และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.20 หลังเสร็จสิ้นโครงการ สุดท้ายในส่วนของการเข้ารับบริการสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนดำเนินโครงการมีสัดส่วนอยู่ในระดับดีเท่ากับร้อยละ 40.8 แต่เมื่อเสร็จสิ้นโครงการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 47.20 ดังตารางที่ 4 ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาถึงระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c : HbA1c) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงมาอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยก่อนดำเนินการเท่ากับ 8.98 mg% และ หลังดำเนินการเท่ากับ 6.66 mg% ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานก่อน และ หลังเข้าร่วมโครงการตามยุทธศาสตร์ “PLEASE model”

ค่าคะแนนเฉลี่ยแยกตามขนาดอำเภอ	n	\bar{X}	SD	df	t	p-Value
อำเภอขนาดใหญ่						
ก่อนจัดกระบวนการ	106	3.36	0.30	105	31.40	<0.001
หลังจัดกระบวนการ	106	4.23	0.18			
อำเภอขนาดกลาง						
ก่อนจัดกระบวนการ	132	3.08	0.27	131	33.930	<0.001
หลังจัดกระบวนการ	132	4.07	0.19			
อำเภอขนาดเล็ก						
ก่อนจัดกระบวนการ	213	3.36	0.30	212	38.69	<0.001
หลังจัดกระบวนการ	213	4.17	0.19			
ภาพรวมทั้งจังหวัด						
ก่อนจัดกระบวนการ	451	3.28	0.32	450	58.45	<0.001
หลังจัดกระบวนการ	451	4.16	0.20			

ตารางที่ 4 ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อที่	พฤติกรรมสุขภาพ	ผลการประเมินโครงการ	
		ก่อนเข้าร่วม	หลังเสร็จสิ้น
1	การบริโภคอาหารที่เหมาะสม		
	ระดับดี	114 (25.3%)	163 (36.1%)
	ระดับพอใช้	140 (31.0%)	176 (39.0%)
	ระดับต้องได้รับการพัฒนา	197 (43.7%)	112 (24.8%)
2	การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ		
	ระดับดี	125 (27.7%)	161 (35.7%)
	ระดับพอใช้	139 (30.8%)	183 (40.6%)
	ระดับต้องได้รับการพัฒนา	187 (41.5%)	107 (23.7%)
3	การจัดการความเครียดที่เหมาะสม		
	ระดับดี	164 (36.4%)	192 (42.6%)
	ระดับพอใช้	177 (39.2%)	206 (45.7%)
	ระดับต้องได้รับการพัฒนา	110 (24.4%)	53 (11.8%)
4	การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หรือ โดยครอบครัว		
	ระดับดี	136 (30.2%)	177 (39.2%)
	ระดับพอใช้	173 (38.4%)	193 (42.8%)
	ระดับต้องได้รับการพัฒนา	142 (31.5%)	81 (18.0%)
5	การเข้ารับบริการสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการใช้ยา		
	ระดับดี	184 (40.8%)	213 (47.2%)
	ระดับพอใช้	139 (30.8%)	153 (33.9%)
	ระดับต้องได้รับการพัฒนา	128 (28.4%)	85 (18.8%)

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่า HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการตาม “PLEASE model” โมเดล

ค่า HbA1C แยกตามขนาดอำเภอ	n	\bar{X}	SD	df	t	p-Value
อำเภอขนาดใหญ่						
ก่อนจัดกระบวนการ	106	9.04	1.23	105	16.896	0.001
หลังจัดกระบวนการ	106	6.65	1.12			
อำเภอขนาดกลาง						
ก่อนจัดกระบวนการ	132	9.02	1.16	131	19.098	0.001
หลังจัดกระบวนการ	132	6.69	0.97			
อำเภอขนาดเล็ก						
ก่อนจัดกระบวนการ	213	8.94	1.36	212	23.872	0.001
หลังจัดกระบวนการ	213	6.65	1.32			
ภาพรวมทั้งจังหวัด						
ก่อนจัดกระบวนการ	451	8.98	1.27	450	34.99	0.001
หลังจัดกระบวนการ	451	6.66	1.18			

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การกำหนดยุทธศาสตร์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดนครราชสีมา ภายใต้กลยุทธ์ “PLEASE model” ถือได้ว่าเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยความสำเร็จที่เกิดขึ้นมาจากการให้ความสำคัญในเรื่องการถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงไปสู่หน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (สสจ.นม.) ได้มีการจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการถ่ายทอดนโยบายเกี่ยวกับ “PLEASE model” ให้กับพื้นที่หลายครั้ง และเปิดรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานก่อนนำนโยบายไปแปลงสู่การปฏิบัติ ซึ่ง ปิยะนุช เงินคล้าย ได้ให้ข้อเสนอไว้ว่าความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของแนวทางการปฏิบัติ พื้นที่ที่มีทรัพยากรเพียงพอและมีแนวทางการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจง และมีการสร้างกิจกรรมให้ผู้ปฏิบัติได้เกิดความสนใจที่จะปฏิบัติเพื่อสร้างพลังแห่งความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้เกิดขึ้นมากพอ⁵ ปัจจัยแห่งความสำเร็จอีกปัจจัยในเชิงปฏิบัติการ คือ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการวางแผนงานและกำหนดมาตรการของจังหวัด ส่งผลให้พื้นที่ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติสามารถมองเห็นโมทัศน์ หรือ ภาพในความคิดที่เกิดขึ้น นำไปสู่การออกแบบแผนงาน โครงการ หรือ กิจกรรมสำคัญ ทั้งนี้ Center for Civil Society and Nonprofit Management ได้ระบุว่า การวิเคราะห์ปัญหา จุดแข็ง จุดอ่อน มีผลทำให้หน่วยงานได้ดำเนินการในหลายประการ อาทิ หน่วยงานมีการตัดสินใจเลือกเมื่อมีทางเลือกหลายทาง มีการกำหนดความสำคัญก่อนและหลัง เกิดการบริหารความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้น วิเคราะห์และแก้ปัญหาในการ

ดำเนินการ รวมถึงวิเคราะห์โครงการเริ่มใหม่ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้สูงขึ้น และสร้างกระบวนการเรียนรู้ใหม่⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Victor Mogre และคณะ ซึ่งได้ชี้ให้เห็นว่าอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทักษะคิด และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วย การสนับสนุนครอบครัวไม่เพียงพอ การตีตราทางสังคม ความเชื่อทางวัฒนธรรม ระดับรายได้ต่ำ ขาดเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด ตารางการทำงานที่ย่งุ่นวาย ระยะทางไปโรงพยาบาลที่มีความห่างไกล และการเข้าถึงอาหารที่หลากหลายไม่เพียงพอเนื่องจากการจัดหาอาหารหรือฤดูกาลที่ไม่แน่นอน⁷ ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือ P นั้น แสดงถึงความตั้งใจของผู้กำหนดนโยบายที่ต้องการให้ชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน หรือ Health care system on community base: HCCB และหน่วยบริการระดับพื้นที่ก็สามารถออกแบบงานได้เป็นอย่างดี ซึ่ง รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ⁸ ได้ให้แนวคิดว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาของชุมชน 2) การวางแผนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต 3) การกำหนดกิจกรรม 4) การดำเนินกิจกรรม และ 5) การประเมินผลกิจกรรม โดยให้ความสำคัญกับการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการเข้ามามีส่วนร่วม หน่วยงานภาครัฐคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น⁸ และ Víctor Manuel Mendoza-Núñez ระบุว่าองค์ประกอบในการสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนมีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ คือ ชุมชนต้องให้ความสำคัญต่อการเป็นองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ มีการออกแบบระบบการให้บริการ จัดระบบข้อมูลทางคลินิกหรือสุขภาพ สนับสนุนการตัดสินใจของผู้เกี่ยวข้องหรือชุมชน มีการสนับสนุนการจัดการตนเอง และมีการเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน¹³ ด้านการสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและชุมชน จึงถูกกำหนดขึ้นภายใต้กลยุทธ์ที่สอง หรือ L มีกลวิธีสำคัญ คือ การสื่อสารการตลาดเชิงสังคม (Social marketing) การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ และ การส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยโครงการก้าวทำใจห่างไกลโรค NCD ทั้งนี้ Frank Federico ได้แนะนำวิธีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมายภายใต้ 8 ข้อ คือ 1) สอบถามกลุ่มเป้าหมายด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อประเมินความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมาย 2) ใช้วิธีการสื่อสารแบบ “สอนกลับ หรือ Teach Back” 3) ใช้วิธีการ “แสดงกลับ” เมื่อเราสอนกลุ่มเป้าหมายให้ใช้อุปกรณ์หรือทำงานเฉพาะ 4) ให้กลุ่มเป้าหมายปิดเนื้อหาที่เราสอนขณะมีการพูดคุยด้านสุขภาพ และเราสังเกตการโต้ตอบของกลุ่มเป้าหมายว่า 5) ใช้ภาษาอย่างง่าย หลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์หรือศัพท์แสดงที่ซับซ้อน 6) พูดช้าลงเมื่อต้องให้คำแนะนำ 7) ใช้กราฟฟิกและรูปภาพแทนคำแนะนำที่มีข้อความยาวเกินไป 8) ให้ข้อมูลที่เหมาะสมศักยภาพของกลุ่มเป้าหมาย¹² ซึ่งวิธีการทั้งหมดที่กล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภารัตน์ อารินทร์ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าโปรแกรมการเรียนรู้ที่จัดให้มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้ามากขึ้น⁹ สอดคล้องกับสุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล และคณะ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า ประสิทธิภาพของผู้ส่งสาร เป็นปัจจัยความสำเร็จที่จำเป็นในการสื่อสารเพื่อสร้างความฉลาดด้านสุขภาพ รวมถึงการเล่าเรื่อง การกระตุ้นอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ เทคนิคการสอนกลับ¹⁰ ซึ่งหากนำไปเปรียบเทียบกับการศึกษาของสมจิตต์ สินธุชัย และคณะ ได้ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมายมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างความมั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลง การสร้างความเข้าถึงและเข้าใจโรค การสร้างการสื่อสารและตัดสินใจทางสุขภาพ การกำหนดทิศทางการปรับเปลี่ยนตนเอง และ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพดี¹¹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ประทุม สุขชัยพาณิชย์ และคณะ ซึ่งเห็นว่าการ

ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจ สร้างทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมเยี่ยมบ้านและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัวหรือผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้เป็นอย่างดี⁴ นอกจากนี้ การกำหนดข้อบังคับชุมชนร่วมกัน หรือ E ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในเชิงปฏิบัติ ที่เป็น ตัวกำหนดกฎกติกาในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของชุมชน จึงเกิดเป็นโครงการธรรมนูญตำบลลด หวาน มัน เค็ม ห่างไกลโรค NCD และ โครงการชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCDs ซึ่งการกำหนดธรรมนูญสุขภาพถือเป็นเครื่องมือหนึ่งในการกำหนดวิธีการ ปฏิบัติตนของชุมชน ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้หลักการการดำเนินการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ไว้ว่า ธรรมนูญสุขภาพสามารถดำเนินการได้โดย 1) ภาครัฐหรือข่ายในชุมชน และ 2) ธรรมนูญสุขภาพสามารถใช้เป็น เครื่องมือสื่อสารให้คนในชุมชน ได้เข้าใจและปฏิบัติร่วมกันในการดูแลระบบสุขภาพของชุมชนในภาพรวม¹⁴

ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้ให้การสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ เครื่องมือ หรือ สิ่งของที่ จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้แก่ชุมชน สอดคล้องกับกลยุทธ์ที่สี่ โดยมี เป้าหมายที่จะสร้าง “สถานีสุขภาพ” หรือ Health Station: HS ในชุมชนทุกแห่ง เพื่อเป็นหน่วยบริการด่านแรกที่ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และใกล้บ้าน ซึ่ง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการพัฒนา ระบบสถานีสุขภาพต้นแบบ ปีงบประมาณ 2564 เพื่อเตรียมรองรับประชากรไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยเขตสุขภาพที่ 9 แบ่ง ระดับ HS ออกเป็น 3 ระดับ คือ Basic, Good, และ Excellence ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดตั้ง HS คือ ประชาชนในพื้นที่มี ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม และ บุคลากรสาธารณสุขได้ใช้ประโยชน์จากระบบที่พัฒนา เพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ¹⁵ นอกจากนี้ การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณจะส่งผลให้หน่วยงานระดับพื้นที่และชุมชน พร้อมกับเครือข่าย สามารถจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ที่ห้า การสร้างรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม หรือ S พื้นที่ได้มีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญหลายอย่าง ทั้งในเชิง การให้บริการแบบคลินิก และ แบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากการศึกษาของ ศุภวรรณ ยอดโปร่ง และ ลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล ที่ได้ทำการพัฒนาโรงเรียนเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า โรงเรียนเบาหวานได้พัฒนา หลักสูตรการเรียนรู้ ใช้ระยะเวลาในการเรียนทั้งหมด 12 สัปดาห์ ซึ่งจากการจัดตั้งโรงเรียนเบาหวาน ส่งผลให้ ผู้ป่วย เบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพในทิศทางดีขึ้น และ ชุมชนมีรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน¹⁶ ด้านการจัดบริการแบบ NCD Clinic Plus นั้น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางในการจัดบริการ คือ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาคุณภาพบริการตามองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ครอบคลุม 4 โรค คือ DM, HT, CVD และ CKD¹⁷ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่บรรลุเป้าหมายวัดได้จากตัวชี้วัดความสำเร็จ หรือ E ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กำหนดขึ้น สำหรับสะท้อนผลของความสำเร็จจากการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

“PLEASE model” ที่ถูกกำหนดให้เป็นกลยุทธ์ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัด นครราชสีมา สามารถตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี ตัดสินได้จากรายงานผลการประเมิน ผลลัพธ์จากการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ โดยประเมินจากพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง คือ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นมาจากหลายปัจจัยซึ่งเป็นตัวกำหนดสุขภาพ ตั้งแต่สภาพร่างกายของผู้ป่วย วิถีชีวิต เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ประเพณี การศึกษา หรืออื่นๆ โดย F. Al-Murani และคณะ ระบุว่า การเข้าใจถึงความเชื่อ ค่านิยม และรับรู้ถึงความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน รวมถึงการตระหนักรู้ถึงความต้องการของชุมชน ทักษะในการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกันสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mahendro Prasetyo Kusumo and Elsy Maria Rosa ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการเสริมพลังชุมชนมีความสำคัญอย่างมากพบว่า รูปแบบการควบคุมตามการเสริมพลังชุมชน บทบาทของผู้ปฏิบัติงานในฐานะเป็นหุ้นส่วนด้านสุขภาพ ประเภทของการให้บริการสุขภาพในหมู่บ้าน และบทบาทของครอบครัวในการเพิ่มความสำเร็จในการควบคุมโรคเบาหวาน นอกจากนี้ การสร้างองค์ความรู้ให้แก่ประชาชนถือเป็นองค์ประกอบสำคัญหนึ่งในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย¹⁹ ซึ่ง Hormoz Sanaeinasab และคณะ ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การจัดกิจกรรมให้สุศึกษาที่มีประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย ร่วมกับการให้บริการทางคลินิก ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ HbA1c, HDL ไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอล และน้ำหนักตัว ในทางที่ดีขึ้นอย่างมีสอดคล้องกับการศึกษาของ Athira Kalangadan และคณะ ซึ่งพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสัมพันธ์กับอาชีพ ระยะเวลาของโรคเบาหวาน และประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยควรเน้นเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเสี่ยง และการจัดการความเครียด²¹ นอกจากนี้ Kevin A Peterson และคณะ ได้ระบุว่า ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากหน่วยบริการนั้นใช้กระบวนการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่างเป็นระบบในการดูแลสุขภาพให้เหมาะสม²²

ข้อเสนอแนะ

การนำกลยุทธ์ “PLEASE model” ไปสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรดำเนินแบบบูรณาการกันไปกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 แม้ว่าบางโครงการยังไม่สามารถดำเนินงานในเชิงปฏิบัติได้อย่างเต็มที่ และบางช่วงเวลาของการดำเนินกิจกรรมต้องถูกระงับไว้ ดังนั้น หากสถานการณ์มีแนวโน้มเป็นไปในทางที่ดีขึ้นทุกโครงการที่หน่วยงานและชุมชนได้ออกแบบและกำหนดขึ้นในทุกกลยุทธ์ ควรมีการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องอีกครั้งในปีต่อไป ทั้งที่เป็นพื้นที่เดิมและขยายออกไปสู่พื้นที่ใหม่ และสามารถปรับรูปแบบกิจกรรมหรือเพิ่มโครงการใหม่ได้ตามสถานการณ์และบริบทของพื้นที่นั้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสาขาวิชาชีพทุกท่าน กลุ่มงานทุกกลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พร้อมเครือข่ายนอกสังกัดทุกเครือข่าย ผู้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งให้การทําวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และประชาชนทุกท่าน

ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พร้อมกับการพัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และ สุธิตา แก้วทา (กองบรรณาธิการ). รายงาน สถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ ดีไซน์: กรุงเทพฯ: 2563.
2. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). บริษัทอีโมชั่นอาร์ต จำกัด: กรุงเทพฯ: 2560.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อย้อนหลัง 5 ปี (ประจำปี 2559 - 2563). นครราชสีมา: 2563.
4. ประทุม สุขชัยพาณิชย์พงศ์, ลัดดา อัดโสภณ และพิศาล ชุ่มชื่น. ประสิทธิภาพของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแพงพวย อำเภอสะตวง จังหวัดราชบุรี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2559; 13(2): 36-45.
5. ปิยะนุช เงินคล้าย. กลยุทธ์ในการประสบความสำเร็จของการนำไปปฏิบัติของนโยบาย: กรณีศึกษานโยบายสาธารณสุขมูลฐาน [อินเทอร์เน็ต]. ม.ม.ป. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.library.polsci.chula.ac.th/dl/7e01e1ad89285586adae915209e071ca>.
6. Center for Civil Society and Nonprofit Management. Module 2 Problem and Project Identification [อินเทอร์เน็ต].ม.ม.ป.[เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://csnm.kku.ac.th/learning/course/module/lesson/77-problem-analysis>.
7. Victor Mogre, Natalie A Johnson, Flora Tzelepis, and Christine Paul. Barriers to diabetic self-care: A qualitative study of patients' and healthcare providers' perspectives [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30791160/>
8. รัชยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาลีมา สำแดงสาร และดลปัทม์ ทรงเลิศ. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/download/241754/164573/>.
9. โสภารัตน์ อารินทร์, เดชา ทำดี, และ ศิวพร อังวัฒนา. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/download/252271/173859/>.

10. สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, สมจิตต์ สิ้นธุ์ชัย, และ ดวงดาว อุบลแย้ม. ประสิทธิภาพของการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/257435/175269/951066>.
11. สมจิตต์ สิ้นธุ์ชัย, นุสราน นามเดช, ประไพ กิตติบุญญวัฒน์ และ สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล. การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/>.
12. Frank Federico. 8 Ways to Improve Health Literacy [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ihl.org/communities/blogs/8-ways-to-improve-health-literacy20appropriate%20grade%20level>.
13. Víctor Manuel Mendoza-Núñez, María de la Luz Martínez-Maldonado, and Elsa Correa-Muñoz. Community Participation Model for Prevention and Control of Diabetes Mellitus [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.intechopen.com/chapters/22106>.
14. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.intechopen.com/chapters/22106>.
15. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการพัฒนาระบบสถานีสุขภาพต้นแบบ ปิงปประมาณ 2564 เพื่อเตรียมรองรับประชากรไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยเขตสุขภาพที่ 9 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str_project/view&id=4910.
16. ศุภวรรณ ยอดโปร่ง และ ลักษวี ปิยะบัณฑิตกุล. การพัฒนาโรงเรียนเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/download/139795/103698/>.
17. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?gid=18&id=13735>.
18. F. Al-Murani, J. Aweko, I. Nordin, P. Delobelle, Fx. Kasujja, C.-G. Östenson, M. Daivadanam, and HM. Alvesson. Community and stakeholders' engagement in the prevention and management of Type 2 diabetes: a qualitative study in socioeconomically disadvantaged suburbs in region Stockholm [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2019.1609313>.

19. Mahendro Prasetyo Kusumo, and Elsy Maria Rosa. Community empowerment model to improve healthy living behaviors in rural areas: qualitative study [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.balimedicaljournal.org/index.php/bmj>.
20. Hormoz Sanaeinasab, Mohsen Saffari, Davoud Yazdanparast, Aliakbar Karimi Zarchi, Faten Al-Zaben, Harold G Koenig, and Amir H Pakpour. Effects of a health education program to promote healthy lifestyle and glycemic control in patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3305>.
21. Athira Kalangadan, Shifa Puthiyamadathil, Snana Koottat, Shejila Chillakunnel Hussain Rawther, and Assuma Beevi T M. Sociodemographics, clinical profile and health promotion behaviour of people with type 2 diabetes mellitus [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://cegh.net/action/showPdf?pii=S2213-3984%2820>.
22. Kevin A Peterson, Caroline Carlin, Leif I Solberg, Rachel Jacobsen, Toni Kriel, and Milton Eder. Redesigning Primary Care to Improve Diabetes Outcomes (the UNITED Study) [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>.
23. วิสุทธิ์ กังวานตรระกูล. การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size Calculation) เพื่อการศึกษาวิจัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://home.kku.ac.th/wiskun/451710/SampleSizeCal.pdf>.