



การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มุ่งสู่การแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบคู่เสี้ยว

Development of a District Health System (DHS) for Solving the Chronic Disease Problems by the Xiao Tie

ศิริไลซ์ วรรัตน์วิจิตร^{1*}, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์¹ และ อรวรรณ กิรติโรจน์¹

Civilaiz Wanaratwicht^{1*}, Sunsanee Mekrungrongwong¹ and Orawan Keeratisiroj¹

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ มุ่งสู่การแก้ปัญหาโรคเรื้อรังแบบคู่เสี้ยว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ใช้แบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) เป็นกรอบในการประเมิน เก็บข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสัมภาษณ์กลุ่ม จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ป่วย จำนวน 21 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้ ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า

1) ด้านบริบท โครงการมีความสอดคล้องกับนโยบาย และยุทธศาสตร์ ของกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาสุขภาพ และวิถีชีวิตวัฒนธรรม 2) ด้านปัจจัยนำเข้า บุคลากรพร้อมและเพียงพอ ผู้นำให้การสนับสนุนดี งบประมาณเพียงพอ องค์ความรู้สำคัญคือวัฒนธรรมการผูกเสี่ยว ใช้ข้อมูลการเจ็บป่วย สังคมและภูมิศาสตร์มาจัดการโครงการ และต้นทุนทางสังคมที่ดี 3) ด้านกระบวนการ มีการสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน คัดเลือกและการจับคู่เสี้ยว ทำพิธีบายศรีสู่ขวัญผูกข้อมือเสี้ยว ค้นหาสาเหตุและประเมินปัญหาคู่เสี้ยว ดูแลคู่เสี้ยว จัดการปัญหาที่แท้จริง การติดตามดูแลคู่เสี้ยวที่บ้าน อยู่ภายใต้กลไกการประสานงานทุกระดับ และ 4) ผลการพัฒนาพบว่า มีคู่เสี้ยวจำนวน 81 คู่ (162 คน) จำแนกเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 47 คู่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 34 คู่ หลังจากเข้าร่วมโครงการ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือด และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น และทั้งสองกลุ่มมีอัตราการขาดนัดลดลง

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพอำเภอ, โรคเรื้อรัง, คู่เสี้ยว

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: civilaiz_6@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 088-2813539)

Abstract

The purpose of this research was to evaluate the development of a district health system (DHS) for solving chronic disease problems by the Xiao (or Silk tie) in Ban Khok district, Uttaradit province. CIPP Model was used as a framework for assessing. Data was collected by document analysis, in-depth interviews, and group interviews with 21 participants: health workers, community leaders, local authorities, village health volunteers, and patients. The frequency, percentage, and content analysis were used for data analysis.

Results of this study revealed that in terms of the context (C), principles and objectives of the project were consistent with health policy and strategy of the Ministry of Public Health, local health issues, and the way of life of people. In terms of the input (I), the staffs, budget, resources of the project were sufficient. And they were supported by the leader. The Xiao tie as knowledge was applied as a project strategy. Data for management of the project were health, social and geographic information. In addition, social capital was good. In terms of the process (P), the important processes were as follows: making the coincident understanding, selecting and matching the group of Xiao, giving suggestion, solving the problem's root, and monitoring the self-care behaviors of Xiao at home. The whole process was under the coordination mechanism at all levels. And in terms of the products (P), there were 81 pairs of the Xiao tie (162 participants), 47 pairs of having Diabetes Mellitus, and 34 pairs of having Hypertension. After participating in the program, the diabetic patients as well as the hypertensive patients were able to control their blood sugar, and their blood pressure, respectively. And both groups had a reduced rate of missed appointment.

Keywords: District Health System, DHS, Chronic Disease, the Xiao or Silk Tie

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม โครงสร้างครอบครัวได้ส่งผลกระทบต่อสภาพปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาระดับประเทศ (Srivaniachakorn, 2012) ปัญหาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม และมีปัจจัยกำหนดสุขภาพที่หลากหลาย เกี่ยวข้องหลายกลุ่มคน โดยเฉพาะพื้นที่ในชุมชน

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และกลุ่มคนที่หลากหลายในชุมชน และปัญหาของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) การจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (Saelee, Rojanavipat, Hungsapruet, Tiptientgae, Tonsuthepweerawong, & Yana, 2014) เป็นระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ เป้าหมายดำเนินงานขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ภายใต้แนวคิดประชาชนเป็นจุดศูนย์กลาง และการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่พื้นที่ในการแก้ไขปัญหา เน้นการจัดการแนวใหม่ให้พหุภาคีเข้ามามี



ส่วนร่วมในการบริหารจัดการ บูรณาการการทำงานระหว่างภาคีในพื้นที่ โดยมีการบริหารจัดการและการทำงานที่เป็นเอกภาพ (Unity of District Health Team) มุ่งเป้าที่การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่อยู่บนฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการบริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential Cares) เพื่อสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของชุมชน (Self-Care) โดยมีการแบ่งปันทรัพยากรซึ่งกันและกันในพหุภาคี (Resource Sharing) ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และชุมชน (Saelee, Rojanavipat, Hungsapruet, Tiptientgae, Tonsuthepweerawong, & Yana, 2014)

ประชาชนในอำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี เผชิญกับปัญหาภาวะสุขภาพในโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับปัญหาระดับประเทศ และที่สำคัญผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถควบคุมภาวะการเจ็บป่วยให้อยู่ในระดับที่ดีได้ จากผลสรุปการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกของโรงพยาบาลบ้านโคก ปี พ.ศ. 2555 - 2557 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (90-130 mg%) มีเพียง ร้อยละ 33.33, 36.51 และ 39.87 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในช่วง <89/139 mmHg คิดเป็นร้อยละ 28, 49.75 และ 40.58 จากสถิติพบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้น้อย (Ban Khok Health Service Network, 2016) ทั้งนี้สาเหตุของปัญหาโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา การแก้ไขปัญหาดังกล่าวเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่าย ทั้งชุมชน บุคลากรสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และที่สำคัญปัญหาดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านโคก ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานหลัก คือ โรงพยาบาลบ้านโคก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโคก (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ในอำเภอ และชุมชน ได้นำแนวคิด การจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) นำมาแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพของอำเภอ และพัฒนาระบบสุขภาพของอำเภอ ภายใต้บริบทของพื้นที่บ้านโคก โดยใช้แนวคิดการผูกเสี่ยว ซึ่งเป็นการนำบุคคลสองคน ที่มีลักษณะคล้ายคลึง และเหมือนกันมาผูกพันเป็นมิตรกัน เป็นเพื่อนที่มีความรัก ความจริงใจ ความเข้าใจต่อกัน มีอะไรก็สงเคราะห์เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน (Komkhiew, 2012) เป็นวัฒนธรรมในชุมชน จึงนำมาเป็นกลยุทธ์ในการดำเนินการของโครงการ โดยการจับคู่ระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกับไม่ค่อยดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการประเมินผลการดำเนินการของอำเภอบ้านโคกทั้งระบบ โดยใช้แบบจำลองชิปปี้ (Stufflebeam, 2003) ซึ่งประกอบด้วยประเด็นของบริบท ปัจจัย กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อประเมินผลสิ่งเกิดขึ้นว่าดีหรือไม่อย่างไร ทั้งในกระบวนการดำเนินการ ผลลัพธ์ของการดำเนินการ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ และปัญหาอุปสรรคของโครงการ ทั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนา การดำเนินโครงการในพื้นที่ และเป็นองค์ความรู้สำหรับพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มุ่งสู่การแก้ปัญหาโรคเรื้อรังแบบคู่เสี่ยว

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินความสอดคล้องและเหมาะสมด้านบริบท (Context Evaluation) ในการดำเนินงานของเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมและเพียงพอด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ในการดำเนินงานของเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) การดำเนินงานของเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี
4. เพื่อประเมินด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (Product Evaluation) ของเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ในประเด็นการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการแก้ปัญหาโรคเรื้อรังแบบคู่เสี้ยว

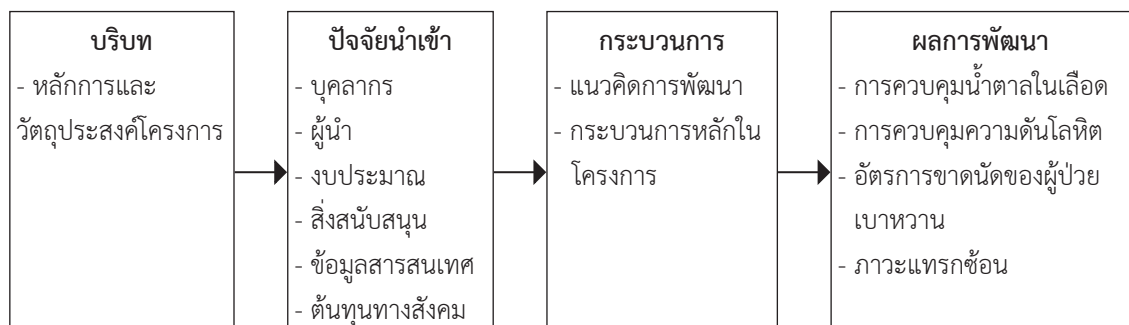
นิยามศัพท์

โรคติดต่อเรื้อรัง หมายถึง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

คู่เสี้ยว หมายถึง การจับคู่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ กับไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มุ่งสู่การแก้ปัญหาโรคเรื้อรังแบบคู่เสี้ยว โดยการประยุกต์ใช้แบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) ของ Stufflebeam (2003) ประกอบด้วยประเด็น บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต นำมาเป็นกรอบในการประเมินดังนี้ ด้านบริบทของโครงการ ได้แก่ หลักการและวัตถุประสงค์โครงการ ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ บุคลากรดำเนินการ ผู้นำ งบประมาณ สิ่งสนับสนุน องค์ความรู้ ข้อมูลสารสนเทศ และต้นทุนทางสังคม ด้านกระบวนการ ได้แก่ แนวคิดและกระบวนการในโครงการ และด้านผลผลิต ได้แก่ การควบคุมน้ำตาลในเลือด การควบคุมความดันโลหิตได้ดี อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยเบาหวาน อัตราการขาดนัดผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research)



กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมี จำนวน 21 คน ซึ่งประกอบด้วย 1) ตัวแทนบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในโครงการ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี 2) ตัวแทนผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน 3) ตัวแทนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี และ 4) ตัวแทนของ อปท. อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ นายกเทศบาล 5) ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 - เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวผู้วิจัย ได้เตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดย การทำการศึกษาวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพทั้งในห้องเรียน การอบรม และจากหนังสือระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ของนักวิชาการทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ และเป็นผู้ที่เคยเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2. แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แนวคำถาม 3 ชนิด (Podhisita, 2013) ได้แก่ คำถามหลัก (Main Questions) คำถามเพื่อขยายละเอียด และความชัดเจน (Probes) และคำถามเพื่อตามประเด็น (Follow - Up Questions) ประเด็นในการศึกษาประกอบด้วย ต้นทุนการทำงานร่วมกันภายในส่วนสาธารณสุข ระหว่างภาคส่วนสาธารณสุข กับ ชุมชน อสม. และหน่วยงานอื่น จุดเริ่มต้นของโครงการ การมีส่วนร่วมในโครงการ การสนับสนุนโครงการ ประเด็นความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค สัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่ม 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2) สาธารณสุขอำเภอ 3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี 4) ตัวแทนของ อปท. อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ นายกเทศบาล

3. แนวทางสัมภาษณ์กลุ่ม ประเด็นในการศึกษาประกอบด้วย ต้นทุนการทำงานร่วมกันภายในส่วนสาธารณสุข ระหว่างภาคส่วนสาธารณสุข กับชุมชน อสม. และหน่วยงานอื่น จุดเริ่มต้นของโครงการ การมีส่วนร่วมในโครงการ การสนับสนุนโครงการ ประเด็นความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค สัมภาษณ์ ในกลุ่ม 1) ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรังและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลในงานเวชปฏิบัติครอบครัว เป็นผู้ติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน 2) ตัวแทนผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน เป็นผู้กระตุ้นติดตามการดำเนินการของคู่มือในโครงการ และ 3) ตัวแทนกลุ่ม อสม. ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอบ้านโคก 4) ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าโครงการ

4. แบบบันทึกข้อมูล ในประเด็นผลลัพธ์ของโครงการ และจำนวนกลุ่มเป้าหมาย จากเอกสาร ประกอบด้วย นโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โครงการโรคเรื้อรังแบบคู่มือ คู่มือทั่วไปและสุขภาพของอำเภอ ทะเบียนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และจากวิดีโอสรุปผลงาน

5. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมโดยผู้วิจัย ในการติดตามผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มุ่งสู่การแก้ปัญหาโรคเรื้อรังแบบคู่มือ คู่มือในประเด็นการมีส่วนร่วมในโครงการ และการทำงานร่วมกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางสัมภาษณ์กลุ่ม หลังผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOCX : Index of Item Objective Congruence) พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา จำนวน 3 คน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC ของแนวทาง

สัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางสัมภาษณ์กลุ่ม อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองถามบุคคลในพื้นที่ และปรับปรุงภาษาให้เข้าใจง่ายและเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) วิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและแนวทางการดำเนินการวิจัยแก่ผู้ร่วมวิจัย จากนั้นประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) แบบตัวต่อตัว และสัมภาษณ์กลุ่ม (Group Interview) โดยเตรียมแนวทางสัมภาษณ์ (Interview Guidelines) ที่ผ่านการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว โดยจะดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ลักษณะการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ เนื่องจากต้องการให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เปิดกว้าง ไม่จำกัดคำตอบ และเกิดความยืดหยุ่น ซึ่งจะช่วยให้มองเห็นภาพได้อย่างลึกซึ้ง (Chantavanich, 2009) โดยการกำหนดคำถามออกเป็นประเด็นตามแนวทางสัมภาษณ์ ซึ่งมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ผู้วิจัยแสดงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ และขออนุญาตในการจด/บันทึกเสียง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 นาที การสัมภาษณ์แต่ละรายจะทำการสัมภาษณ์จนกว่าจะไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นจึงหยุดการสัมภาษณ์ ทำการบันทึกและถอดเทปรายวัน เพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน เพื่อนำไปศึกษาเพิ่มเติมต่อไป คณะผู้วิจัยจะบันทึกเหตุการณ์ที่พบเห็นลงในสมุดบันทึกการทำงานในขณะเก็บข้อมูล เพื่อนำมาประกอบการสรุปผลวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวคิดของวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ก่อนวิเคราะห์ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) (Chirawatkul, 2010) ได้แก่ การตรวจสอบด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์กลุ่ม และจากเอกสาร และการตรวจสอบโดยนักวิจัย (Investigator Triangulation) ตรวจสอบจากผู้วิจัยหลายคนที่ร่วมเก็บข้อมูล ตรวจสอบคู่ข้อมูลที่ตรงกัน และการตรวจสอบด้านวิธีการ (Methodological Triangulation) โดยผู้วิจัยมีการแปลผลข้อมูลในหลากหลายวิธี

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การนำข้อมูลมาเรียบเรียง จัดกลุ่มข้อมูลเพื่อสรุปเนื้อหา (Hsieh & Shannon, 2005)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร IRB.NO. 240/58



ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินความสอดคล้องด้านบริบท

การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มุ่งสู่การแก้ปัญหาโรคเรื้อรังแบบคู่เสี่ยง มีความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ ของกระทรวงสาธารณสุข และมีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ รวมถึงสอดคล้องวิถีชีวิตวัฒนธรรมของคนในพื้นที่ คือวัฒนธรรมการผูกเสี่ยว

จากปัญหาสุขภาพของประชาชนอำเภอบ้านโคก พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาล ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ต่ำ ดังนั้นการมีโครงการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มุ่งสู่การแก้ปัญหาโรคเรื้อรังแบบคู่เสี่ยง จึงมีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ในขณะเดียวกันพบว่า โครงการมีความชัดเจนโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตสูงให้ได้ และลดการขาดนัดเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559 เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มวัยทำงาน ได้ระบุเป้าหมายอย่างชัดเจนว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 และการตัดสินใจกำหนดกลยุทธ์ของโครงการ ได้นำแนวคิดของวัฒนธรรมวิถีชุมชนมาใช้ ในการกำหนดกลยุทธ์ ในเรื่องการผูกเสี่ยว ที่คนในท้องถิ่นมักมีการผูกเสี่ยว ซึ่งเป็นการนำบุคคลสองคน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมาผูกพันเป็นมิตรกัน เป็นเพื่อนสนิท เพื่อนแท้ที่คอยดูแลช่วยเหลือกัน จึงนับว่าโครงการได้มีการออกแบบการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้สอดคล้องกับ บริบทและวัฒนธรรมชุมชน

ด้วยผลของความสอดคล้องโครงการกับนโยบายสาธารณสุข และปัญหาสุขภาพ รวมทั้งบริบทวัฒนธรรมของชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือจากประชาชน และชุมชนอย่างดีในการดำเนินการโครงการ และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร บุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

2. ผลการประเมินความเหมาะสมและเพียงพอด้านปัจจัยนำเข้า

พบว่า ส่วนใหญ่มีทรัพยากรพร้อม ต้นทุนดี มีความเหมาะสม ด้านบุคลากรมีเพียงพอ ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินงาน โดยเฉพาะความเข้าใจในเรื่องวัตถุประสงค์ และผลดีที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ทั้งในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน นายอำเภอ และในส่วนของ อปท.และกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งโดยพื้นฐานมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และทำงานสาธารณสุขและงานอื่น ๆ ร่วมกันมาก่อน จึงง่ายต่อความเข้าใจ มีความพร้อมและให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน ด้านงบประมาณและสิ่งสนับสนุนเพียงพอต่อการดำเนินงาน ได้รับจากมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ และกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในด้านองค์ความรู้ที่ใช้ในโครงการ คือ วัฒนธรรมการผูกเสี่ยวมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการดำเนินการ ซึ่งผู้ร่วมโครงการทั้งผู้ป่วย ชุมชน ส่วนราชการ มีความเข้าใจในวัฒนธรรมเป็นอย่างดี และองค์ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติตัว ส่วนใหญ่บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ให้และฝึกทักษะ มีบางองค์ความรู้ที่บุคลากรต้องการเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของผู้ป่วย คือ ด้านโภชนาการ เพราะต้องการวิเคราะห์อาหารและแนะนำผู้ป่วยในโครงการได้ดียิ่งขึ้น ส่วนข้อมูลในโครงการ ส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังของสถานบริการในการติดตามประเมินผล ร่วมกับข้อมูลเชิงสังคม ภูมิศาสตร์มาประกอบการจัดการโครงการให้สามารถจับคู่ คู่เสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ด้วยต้นทุนความสัมพันธ์ทางสังคม ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องผลประโยชน์ที่จะได้รับในโครงการ มีทรัพยากรพร้อมเหมาะสม ส่งผลต่อการดำเนินโครงการเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง

3. ผลประเมินด้านกระบวนการ

3.1 แนวคิด

กำหนดแนวคิดการพัฒนา และกลยุทธ์หลัก ในการแก้ไขปัญหา ภายใต้บริบท และวัฒนธรรมของชุมชน ในโครงการนี้ใช้แนวคิดเพื่อนช่วยเพื่อน หรือการผูกเสี่ยว เนื่องจากการวิเคราะห์ต้นทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนและวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันของทุกภาคีในอำเภอ พบว่า มีความสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่มภาคี และคนในชุมชนชอบช่วยเหลือกัน โดยเฉพาะเพื่อนบ้านใกล้เคียงกัน คนเป็นเพื่อนกัน บุคลากรสาธารณสุขในโครงการนี้จึงได้เปลี่ยนแนวคิดการดูแลผู้ป่วย โดยบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นแบบผู้กำกับผู้ป่วย เปลี่ยนมาเป็นเพื่อนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเลือกเพื่อนที่เผชิญปัญหาเช่นเดียวกัน แต่ได้ดูแลสุขภาพและปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง มาคอยแนะนำการดูแลตนเองแก่เพื่อน

3.2 กระบวนการสำคัญ

3.2.1 กำหนดแผนการดำเนินการ และการกิจชัดเจน ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต

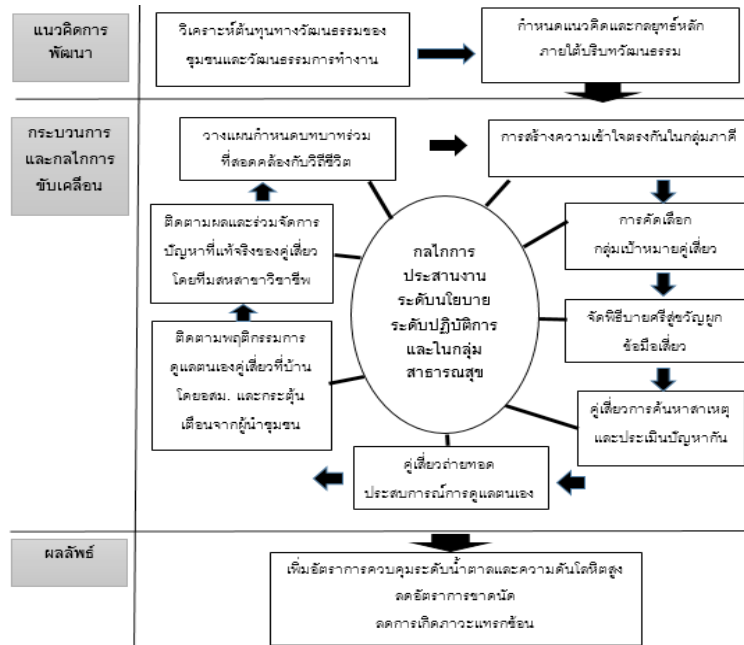
3.2.2 มีการทำความเข้าใจแนวคิด เป้าหมาย การดำเนินการในกลุ่มภาคีของอำเภอ ทั้งระดับผู้บริหารระดับปฏิบัติการ และในชุมชน จึงมีความเข้าใจทิศทางการดำเนินงานที่ตรงกันในกลุ่มภาคี

3.2.3 ดำเนินกิจกรรมตามแผน โดยเริ่มจากการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเข้าโครงการจับคู่เสี่ยวตามเกณฑ์ คือ เป็นคู่ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้ดี และไม่ตี อยู่บ้านใกล้กัน และอายุใกล้กัน จัดพิธีบายศรีสู่ขวัญผูกข้อมือเสี่ยวตามวัฒนธรรมของชุมชนเป็นการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ

ภารกิจของคู่เสี่ยว คือ การค้นหาสาเหตุและประเมินปัญหาของคู่เสี่ยวตนเอง ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดีแก่คู่เสี่ยว การติดตามพฤติกรรมและการดูแลตนเองของคู่เสี่ยวที่บ้านโดย อสม. ในด้านอาหาร ออกกำลังกาย การรับประทานยา และการกระตุ้นเตือนจากผู้นำชุมชน ติดตามผลและแก้ไขปัญหาที่แท้จริงของคู่เสี่ยวด้านสุขภาพทั้งในชุมชน และที่สถานบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.3 กลไกการขับเคลื่อนกระบวนการ

กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงาน หรือกระบวนการทั้งหมด อยู่ภายใต้กลไกการประสานงาน ตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ และในกลุ่มสาธารณสุข ในระดับนโยบายประสานงาน โดยผู้นำหลักด้านสาธารณสุข 3 คน คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ประสานกับนายอำเภอ เพื่อให้เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายแก่หน่วยงานต่าง ๆ และชุมชน รวมทั้งประสานงานระดับหน่วยงานกับหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในระดับปฏิบัติการได้ประสานงานในกลุ่มผู้ปฏิบัติการหน่วยงานต่าง ๆ และประสานงานกับชุมชน โดยหัวหน้ากลุ่มงานโรงพยาบาล ใน สสอ. และ รพ.สต. ส่วนในกลุ่มสาธารณสุขนั้น ใช้กลไกของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คป.สอ.) ประสานเชื่อมการทำงานแบบเป็นทางการ และใช้วิธีแบบไม่เป็นทางการโดยการโทรศัพท์ กับทางไลน์ ซึ่งสามารถติดต่อผู้นำหลัก 3 ท่านได้ทันทีทันเวลา



ภาพ 2 กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ มุ่งสู่การแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบคู่เสีย

4. ประเมินด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน

ผลการพัฒนาพบว่า มีคู่เสียจำนวน 81 คู่ (162 คน) ผู้ป่วยเบาหวาน 47 คู่ (94 คน) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 34 คู่ (68 คน) แต่ละคู่ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานหรือความดันโลหิตได้ และผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานหรือความดันโลหิตไม่ได้ หลังจากเข้าร่วมโครงการกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 94 คน สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 42.6 เป็น ร้อยละ 69.2 และอัตราการขาดนัดของผู้ป่วยเบาหวานลดลง จากร้อยละ 11.7 เป็นร้อยละ 0 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 68 คน สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 50.0 เป็นร้อยละ 75.0 และอัตราการขาดนัดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลดลงจาก ร้อยละ 17.7 เป็นร้อยละ 4.4 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มุ่งสู่การแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบคู่เสีย

การประเมินผล	จำนวน (ร้อยละ)		แปลผล
	ก่อน	หลัง	
ผู้ป่วยเบาหวาน (n=94)			
ควบคุมได้	40 (42.6)	65 (69.2)	เพิ่มขึ้น
ขาดนัด	11 (11.7)	0	ลดลง
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=68)			
ควบคุมได้	34 (50.0)	51 (75.0)	เพิ่มขึ้น
ขาดนัด	12 (17.7)	3 (4.4)	ลดลง

อภิปรายผล

จากการวิจัยประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มุ่งสู่การแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบคู่เสี้ยว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี พบว่า ประชาชนกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มุ่งสู่การแก้ปัญหาโรคเรื้อรังแบบคู่เสี้ยว นั้น ได้รับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโครงการมีปัจจัยและกลไกที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนของชุมชนและภาคีเป็นอย่างดี

โครงการมีกลยุทธ์ที่ตอบสนองทั้งบริบทพื้นที่ และแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข อภิปรายดังนี้ กลยุทธ์ “คู่เสี้ยว” ของโครงการมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมของประชาชนในพื้นที่ เพราะวิถีชีวิตในชุมชนโดยปกติจะมีการ “ผูกเสี้ยว” หรือ มีคู่เสี้ยว เพราะการผูกเสี้ยวเป็นการนำบุคคลสองคน ที่มีลักษณะคล้ายคลึง และเหมือนกันมาผูกพันเป็นมิตรกัน เป็นเพื่อนที่มีความรัก ความจริงใจ ความเข้าใจต่อกันเป็นอย่างดี ซึ่งความรักความเข้าใจนี้จะช่วยให้บุคคลในสังคมอยู่ร่วมกันได้อย่างฉันทันทีพี่น้อง มีอะไรก็ส่งเคราะห์เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน (Komkiew, 2012) “คู่เสี้ยว” ของโครงการ ได้จับคู่ระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่ดีกับไม่ค่อยดี จึงทำให้เกิดการดูแล การแนะนำการปฏิบัติตัวที่ดี และช่วยเหลือกันและกันในคู่เสี้ยว นำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี ขณะเดียวกันการคิดค้น กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ชุมชน แสดงให้เห็นว่าระบบสุขภาพอำเภอบ้านโคก ได้ดำเนินการอย่างสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการให้เพิ่มคุณภาพในกระบวนการจัดการ (Management Quality) และคุณภาพการดูแลรักษา (Clinical Quality) และเชื่อมโยงการเข้าถึงการดูแลในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Watcharasin, Asavarut, Wihokto, Phomjeen, & Rodgate, 2016)

นอกจากนี้กลไกที่ขับเคลื่อนให้เกิดความสำเร็จ คือ กลไกการประสานงาน เพื่อให้ข้อมูลทุกระดับทุกกลุ่ม เป็นกลไกที่สำคัญมาก ทำให้ผู้เกี่ยวข้องในโครงการในพื้นที่อำเภอเข้าใจเป้าหมายการทำงานไปในทิศทางเดียวกัน ความเข้าใจในสิ่งที่ทำ เกิดความร่วมมือในกลุ่มภาคีที่เกี่ยวข้อง นับว่าการขับเคลื่อนดังกล่าวเป็นการทำงานตามแนวทางระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ที่ภาคีส่วนราชการและประชาชน มองทุกส่วนในอำเภอเป็นเนื้อเดียวกัน โดยมีเป้าหมายขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอ ภายในบริบทของสังคมในพื้นที่ (Lertwacharasagu, & Chompoonsri, 2014) ประกอบกับผู้นำทั้งในภาคส่วนสาธารณสุข และไม่ใช่ภาคส่วนสาธารณสุขมีความเข้าใจวิถีชีวิตวัฒนธรรมของชุมชน และมีแนวคิดและทัศนคติเป็นหนึ่งเดียวที่ทำเพื่อชุมชน รวมทั้งมีความสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่มผู้นำ ทั้งหมดนี้ส่งผลให้เกิดความร่วมมืออย่างดียิ่งของทีมงานและภายในเครือข่าย และเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการจัดการเครือข่ายสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาโรคติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากการบริหารจัดการโครงสร้างในระดับอำเภอในระบบสุขภาพที่ดี นอกจากจะมีจำนวนผู้บริหารจัดการเพียงพอในการทำงานแล้ว สมรรถนะที่เพียงพอเหมาะสมของผู้บริหารจัดการมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะด้านทัศนคติ ด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม รวมทั้งการมีสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการทำงาน ดังเช่น ความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่น (Bylevel, Haynes, Bhana, Dudley, & Barron, 2008)

นอกจากนี้พบว่า กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เพื่อมุ่งสู่การแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบคู่เสี้ยว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี เป็นรูปแบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่โดดเด่นเฉพาะเหมาะสมกับอำเภอที่มีต้นทุนที่ดีด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในกลุ่มภาคีภายในอำเภอ และมีชุมชนเข้มแข็ง โดย



เริ่มจากการกำหนดแนวคิดการพัฒนาภายใต้บริบท และต้นทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนและวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันของทุกภาคีในอำเภอ ก่อนการกำหนดกระบวนการ ซึ่งประกอบทั้งการวางแผน มีการกิจชัดเจน ทำความเข้าใจโครงการ และใช้การประสานงาน เป็นกลไกในการขับเคลื่อนโครงการ และดำเนินโครงการจนบรรลุผลลัพธ์ รูปแบบของการดูแลโรคเรื้อรังนั้น เป็นไปตามรูปแบบของ การดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) (Watcharasin, Asavarut, Wihokto, Phomjeen, & Rodgate, 2016) ทั้งในเรื่องการกำหนดทิศทางนโยบาย เป้าหมาย ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลทางคลินิก กระบวนการดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) และบูรณาการโดยทีม สหวิชาชีพ และกลุ่มผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้ และการบูรณาการทรัพยากรเชื่อมโยงชุมชน อย่างไรก็ตาม พบว่า มีความแตกต่างจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ที่น่าสนใจประเด็นหนึ่งคือ การใช้วัฒนธรรมของชุมชนมาเป็นรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์วัฒนธรรม และกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสม คือ ลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อนสอนเพื่อน มาเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ ซึ่งเกิดผลสำเร็จต่อพฤติกรรมที่ถูกต้องของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ชุมชนคุ้นเคยอย่างดี ซึ่งได้ปฏิบัติกันอย่างต่อเนื่องกันมาในชุมชน (Sirisunthorn, 2016) เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพ ก็สามารถร่วมกิจกรรมแบบกลมกลืนไปกับการดำเนินชีวิตจึงได้ผลดี

สำหรับผลลัพธ์ของกลยุทธ์คู่เสี้ยวและชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานนั้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งให้เห็นว่าการให้กำลังใจ สนับสนุน และชี้แนะในเรื่องของการปฏิบัติตัวโดยคู่เสี้ยว นั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสพูดคุยปรึกษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจ มั่นใจ และร่วมมือในการจัดการดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ชันทอง และคณะ (Khunthong, Isaramalai, & Komjakraphan, 2013) พบว่า กระบวนการจัดการตนเองและกระบวนการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเสริมแรงจากคู่เสี้ยว และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้คำปรึกษา ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมไปในทิศทางที่ดีขึ้น จนทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น ซึ่งประเมินได้จากค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง และสอดคล้องกับแนวคิดของ Murphy, Casey, Dinneen, Lawton, & Florence. (2011) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คือ ความรู้ สัมพันธภาพที่ดี การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทีมสุขภาพ และเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ จารุณี ปลายยอดและคณะ (Plaiyo, Panpakde, & Taikerd, 2012) ที่พบว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมีผลทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลง

ในขณะที่บางคนในโครงการที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตได้ อาจเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งประเภทอาหารส่วนใหญ่ตามวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ เป็นอาหารที่มีรสเค็ม ทั้งนี้อาหารเค็มมีผลต่อระดับความดันโลหิต หากสามารถงดอาหารเค็มได้ ก็สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังการศึกษาของกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (Nawsuwan, Chotibun, & Yimyeun, 2015) พบว่า วิธีปฏิบัติตัวที่รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ งดอาหารเค็ม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ขณะเดียวกันบริบทของพื้นที่บ้านโคกเป็นพื้นที่อุดมสมบูรณ์ สามารถปลูกผลไม้ไว้รับประทานบริเวณบ้าน เช่น มะม่วง มะขาม เป็นผลไม้รสหวาน เมื่อเพาะปลูกพืชชนิดใดมักจะกินอาหารชนิดนั้น



ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังการศึกษาของ Prueksaritanond, Tubtimtes, Asavanich, & Tiewtranon (2004) ที่พบว่า การกิน การออกกำลังกายที่ดี ช่วยให้อาการของโรคเบาหวานดีขึ้น และการศึกษาของ ทรศนีย์ สิริวัฒนพรกุล และคณะ (Siriwattanapornku, Oba, & Intarakumhang Na Rachasima, 2007) ที่พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการสนับสนุนของครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากผลการศึกษาส่วนใหญ่เกิดผลลัพธ์ที่ดี สะท้อนให้เห็นถึงข้อดีและคุณค่าของกระบวนการดำเนินงานที่เริ่มจากการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ภายใต้บริบทพื้นที่ อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลทั้งด้านสุขภาพ สังคม และวัฒนธรรม แล้วจึงออกแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ และให้ความสำคัญกับผู้เกี่ยวข้องภายในอำเภอทุกกลุ่มฝ่าย มาเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ภายใต้การประสานงานทั้งระบบหรือระบบสุขภาพอำเภอ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เพื่อแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรม โดยยึดตามบริบทของชุมชน ตามวิถีชีวิตวัฒนธรรมของชุมชนเป็นสำคัญ
2. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ที่ดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรเริ่มด้วยการวิเคราะห์ต้นทุนที่มีอยู่ของชุมชน และวิถีชีวิตวัฒนธรรมและนำมากำหนดกลยุทธ์ และรูปแบบในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา
3. กลไกการประสานงานในระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มีความจำเป็นและสำคัญยิ่ง ดังนั้นทุกพื้นที่อำเภอควรหาวิธีการประสานงานที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันภายในอำเภอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรถอดบทเรียน รูปแบบการประสานงานภายในเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ที่ดำเนินการสำเร็จ เพื่อเป็นแนวทางแก่ระบบสุขภาพอำเภออื่น ๆ
2. ควรศึกษาเชิงลึกถึงชุดความคิดของผู้นำทั้งในหน่วยงานสาธารณสุข และนอกหน่วยงานสาธารณสุข ต่อการพัฒนาสุขภาพในระดับอำเภอ

References

- A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master of Fine Art Degree in Visual Art: Modern Art, Srinahariwiroth University. (in Thai)
- Ban Khok Health Service Network. (2016). *Basic Information and Health Information Report, Ban Khok District CUP*. Uttaradit: Ban Khok CUP Health Service Network. (in Thai)
- Bylevel, S., Haynes, R., Bhana, R., Dudley, L., & Barron, P. (2008). *District Management Study: A National Summary Report*. Retrieved March 2, 2017 from <http://www.healthlink.org.za/uploads/files/dmxdnatsummary.pdf>
- Chantavanich, S. (2009). *Qualitative Research*. Edition 17. Bangkok: Chulalongkorn University.



- Chirawatkul. (2010). *Qualitative Research in Health Science*. (2nd ed). Bangkok: Wittayaphat. (in Thai).
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*, 15(9): 1277-1288.
- Khunthong, T., Isaramalai, S., & Komjakraphan, P. (2013). Impact of a Self-Managed Supporting Programme on Self-Management Behaviour and Sugar Levels in Category 2 Insulin-Dependent Diabetes Patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 28(1): 85-99. (in Thai)
- Komkhiew, A (2012). *Creative Research: A Case Study on Baisri Sookhan Culture of Phu Thai for Conservative*, Conventions in Renunakon District, Nakhon Phanom Province.
- Lertwacharasagu, S., & Chompoosri, S. (2014). To Participate in the Management District Health System Process in Phayao Province. *Nursing Public Health and Education Journal*, 15(3): 69-82. (in Thai)
- Murphy, K., Casey, D., Dinneen, S., Lawton, J., & Florence, B. (2011). Participants' Perceptions of the Factors that Influence Diabetes Self-Management Following a Structured Education Programme. *Journal of Clinical Nursing*, 20: 1282-1292.
- Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Yimyeun, Y. (2015). The Relationship and the Predictive Power of Social Support on the Practice of Hypertensive Patients. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 8(1): 1-13. (in Thai)
- Office of Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2014). *District Health System (DHS) for Thailand Edition*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Plaiyo, J., Panpakde, O., & Taikerd, C. (2012). Effects of a Promoting Self-Care Participation Program on Perceived Self-Care Ability, Body Weight, and Blood Pressure Control in Persons with Hypertension. *Ramathibodi Nursing Journal*, 18(2): 223-236. (in Thai)
- Podhisita, C. (2013). *The Science and Arts of Qualitative Research (Sixth Edition)*. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Co. (in Thai)
- Prueksaritanond, S., Tubtimtes, S., Asavanich, K., & Tiewtranon, V. (2004). Type 2 Diabetic Patient-Centered Care. *J Med Assoc Thai*, 87(4): 345-352.
- Saelee, D., Rojanavipat, K., Hungsapruek, S., Tiptiengtae, C., Tonsuthepweerawong, C., & Yana, T. (2014). *Primary Care Value Added with DHS*. Bangkok: National Health Security Office (NHSO). (in Thai)
- Sirisunthorn, P. (2016). *Handout in "Health Culture"*. in April 26, 2016 at Faculty of Nursing, Naresuan University. (in Thai)
- Siriwattanapornku, T., Oba, N., & Intarakumhang Na Rachasima, S. (2007). Factors Related to Blood Glucose Level among Patients with Diabetes Mellitus Type II. *Journal of Nursing Science Naresuan University*, 1(2): 57-67. (in Thai)



- Srivanichakorn, S. (2012). *Management of Chronic Diseases in the Community. The 7th Community System Development Forum*. Bangkok: TQP company limited. (in Thai)
- Stufflebeam, D. L. (2003). Chapter 2 The CIPP model for evaluation. In D. L. Stufflebeam & T. Kellaghan (Eds.), *The International Handbook of Educational Evaluation*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Watcharasin, S., Asavarut, N., Wihokto, S., Phomjeen, S., & Rodgate, K. (2016). *Operation Manual of Quality NCD Clinic in 2016*. Nontaburi: Department of Communicable Disease Control. Ministry of Public Health. (in Thai)