



การพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลมะลวน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี

อรพรรณ สัมภามานะ*

ลินดา คล้ายปักษ์*

พนิดา อาวุธ*

ไตรตรีย์ แพน้อย*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาการดำเนินงานและผลการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ การวางแผน การดำเนินการ และสรุปบทเรียน เก็บข้อมูลโดยการสังเกต สอบถาม และประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้ระยะเวลา 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. รพ.สต.มะลวน มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับมากที่สุด 4 ด้าน คือ การเตรียมข้อมูล การประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วย การให้บริการต่อเนื่องๆ และการเชื่อมต่อบริการ ระดับปานกลาง คือ การจัดบริการด้านเภสัชกรรม การดำเนินการเชิงรุกร่วมกับชุมชน การให้คำปรึกษาและเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรม

2. การจัดทำแผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีดังนี้ 1) การพัฒนาระบบข้อมูลและจัดระบบการบันทึกให้เป็นปัจจุบัน ตลอดจนนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์เพื่อการดูแลในทุกมิติ 2) การปรับพฤติกรรมของประชาชน โดยให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเพื่อลดโรค 3) การพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่า มีความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชน สามารถประเมินอาการของกลุ่มเสี่ยงและสามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นเรื่องการดูแลตนเองของกลุ่มป่วยได้ และ 4) การพัฒนาความร่วมมือกับภาคท้องถิ่นอยู่ระหว่างดำเนินการโดย รพ.สต.จะทำความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง; รพ.สต.; โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง



The Development of Chronic Disease Management for Patients in a Health Promotion Hospital: A Case Study of Maluan Health Promotion Hospital, Phunphin District, Suratthani Province

Orawan Samphawamana*

Linda Klaypugsee*

Panida Arwut*

Soratree Phaenoi*

Abstract

This participatory action research (PAR) was conducted to investigate the process of chronic disease management for patients with diabetes mellitus (DM) and hypertension (HT), community participation in disease management, and strategies for the development of a disease management plan. Health care personnel, health volunteers, and people in the community participated in every stage of this 1 year PAR study, which included problem and needs assessing, planning, implementing, and lessons learned summarizing. The researchers collected data from observations, asking questions, and a workshop.

The study showed that of all 8 components in the chronic disease management of Maluan Health Promotion Hospital, 4 components (data preparation, assessment and patient screening, continuous healthcare services, and referral care between higher level hospitals and Maluan Hospital) were managed and implemented at the highest level. For the other 4 components, pharmaceutical service, chronic disease active implementation with community and local administration office, counseling and health promotion in self-care, and behavior change, were implemented at a moderate level.

Based on the current assessment and implementation, the following 4 plans were developed: 1) data management in providing holistic care to patients, 2) behavior changes to prevent HT and DM, 3) development of the capability of healthcare personnel and community leaders in prevention, screening, and provision of care for patients with DM and HT, and 4) promoting community cooperation to systematically manage chronic diseases.

The first 3 project plans were implemented, it was found that data on HT and DM were used to analyze for all dimensions of disease management; people in community had a higher level of selecting healthy foods; health volunteers had a knowledge level in HT and DM management higher than an indicated level. The activities in the 4th plan were still in the development process and would be fully implemented and evaluated in the fiscal year of 2016.

Keywords : chronic disease management; Health Promotion Hospital; DM; HT

* Boromarajonani College Of Nursing Suratthani, e-mail : orawan-sam@hotmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบมากขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ล้วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสความเจริญของโลก ประกอบกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงทำให้มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงยังทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้สำนักกระบวนวิชาต้องดำเนินการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง ปี พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ มีจำนวนรวม 1,009,002 ราย โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยสูงสุด จำนวน 602,5481 ราย อัตราป่วย 937.58 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 336,265 ราย อัตราป่วย 523.24 ต่อประชากรแสนคน ปี 2555 อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่าปี 2554 มาก ส่วนที่เหลือ 3 โรค มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย¹

จากข้อมูลอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรค ดังกล่าวพบว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีจำนวนผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก และมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาของภาครัฐ พบว่ารัฐบาลได้กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีเป้าหมายหลักและแนวทางการทำงานเพื่อจัดการโรคเรื้อรังในระบบบริการปฐมภูมิ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข² ระบุว่าเพื่อ“ป้องกันความเสี่ยง ลดเสี่ยง เสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยได้กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตามระยะของโรค ดังนี้ กลุ่มประชากรปกติที่ยังไม่ป่วย เพื่อเพิ่มสมรรถนะของร่างกายให้แข็งแรง โดยปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การลดสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ อาหารหวาน มันเค็ม การเคลื่อนไหวน้อย ปรับปัจจัยแวดล้อม

ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงเพื่อปรับพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมเพื่อลดภาวะเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยในระยะแรกและระยะที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องอย่างเป็นองค์รวม เฝ้าระวังและลดภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน กลุ่มผู้ป่วย ที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อน สามารถปรับวิถีชีวิตอยู่กับโรคและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีความสุข²

จากการดำเนินนโยบายดังกล่าวสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข² ได้สรุปผลการศึกษาสภาพปัญหาของการจัดการโรคเรื้อรัง ไว้ว่า การจัดการสุขภาพที่ไม่ทั่วถึงขาดประสิทธิภาพ มีการแยกส่วนจุดบริการที่ไม่ทั่วถึงขาดประสิทธิภาพ มีการแยกส่วนจุดบริการที่ขาดการแก้ปัญหาร่วมกัน และขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่อง ทำให้ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับวิธีปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับลักษณะของโรค และการรักษาที่มีลักษณะเฉพาะราย 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาซับซ้อนและรุนแรงจำนวนมากได้รับการบริการในหน่วยบริการที่มีความจำกัดด้านขีดความสามารถและปริมาณทรัพยากรในการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ทำให้การรักษาล่าช้าไม่ได้ผลเท่าที่ควร 3) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้ามารักษาในสถานบริการในระดับที่สูงขึ้นเพื่อการวินิจฉัยและการรักษามีจำนวนมากทั้งกรณีจำเป็นและไม่จำเป็น ขาดระบบการประสานงาน การส่งต่อข้อมูล และการติดตามต่อเนื่องและ 4) การดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะแยกส่วน ไม่มีผู้รับผิดชอบเฉพาะในการประสานการดูแลต่อเนื่อง ทั้งระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในสาขาหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่หลากหลายของผู้ป่วย และระหว่างหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง²

ข้อมูลการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของพื้นที่ตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้ป่วย 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.02 ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.19 นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ที่



เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยด้วยโรคดังกล่าว เป็นผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.92 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ได้ดำเนินการ เฝ้าระวังและคัดกรองโรคอย่างต่อเนื่องรวมถึงจัดทำแผนการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง แต่ผลการประเมินก็พบว่า โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเนื่องจาก รพ.สต.มะลวน เป็นพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี เพื่อพัฒนาการจัดการปัญหาการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี ร่วมกับ รพ.สต.มะลวน จึงสนใจศึกษาการพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระบบบริการปฐมภูมิ โดยศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหาความต้องการ การวางแผน การดำเนินการ และการสรุปบทเรียนร่วมกัน เพื่อพัฒนาการจัดการโรคเรื้อรัง ทั้งระบบและคาดหวังว่าจะทำให้ผู้ป่วยรายใหม่มีจำนวนลดลง กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและ ปรับพฤติกรรม กลุ่มป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาสภาพการดำเนินงาน ความต้องการและแนวทางการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะลวน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี
2. เพื่อจัดทำแผนพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (กรณีเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะลวน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (กรณีเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะลวน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี

4. เพื่อประเมินผลสรุปบทเรียนจากการพัฒนาการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (กรณีเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะลวน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการ 4 ขั้นตอน⁵ ดังนี้

1. การศึกษาสภาพการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคด้านการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ รพ.สต. ใช้แบบสอบถามกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. สัมภาษณ์ผู้อำนวยการ รพ.สต. และ บุคลากรใน รพ.สต. จำนวน 5 คน ประชุมกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 คน เลือกแบบเจาะจง อสม.ที่รับผิดชอบพื้นที่ตำบลมะลวน ใช้คำถามปลายเปิดและพูดคุยซักถามปัญหาและความต้องการ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และสัมภาษณ์ประชาชนในชุมชน กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยในชุมชน จำนวน 25 คน โดยสุ่มแบบบังเอิญ และการสังเกตสภาพจริงของการจัดคลินิก การจัดเอกสารการให้บริการในด้านการดูแลผู้ป่วยฯ

2. การวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน ความต้องการและแนวทางการพัฒนาเพื่อจัดทำแผนการจัดการโรคเรื้อรัง ดำเนินการโดยประชุมกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ผ่านมา ร่วมกันเสนอข้อคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนาฯ โดยเน้นการจัดทำแผนการพัฒนาที่ต่อเนื่องจากแผนปฏิบัติการในปีที่ผ่านมาเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากร รพ.สต.มะลวน อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวม 12 คน เลือกแบบเจาะจงเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและเป็นแกนนำในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของพื้นที่ตำบลมะลวนมาอย่างต่อเนื่อง

3. ขั้นตอนการดำเนินงานตามแผน มีการแบ่งความรับผิดชอบตามแผนพัฒนาที่กำหนดและมีการประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค เป็นระยะๆ



4. การประเมินผลเพื่อสรุปบทเรียนใช้การสังเกตและบันทึกการจัดกิจกรรม/โครงการ ทุกครั้งประชุมเพื่อสรุปบทเรียนของการพัฒนาทั้งระหว่างดำเนินกิจกรรมและหลังสิ้นสุดกิจกรรมสำคัญ

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะลวน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยและครอบครัวที่มารับบริการใน รพ.สต.มะลวน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี เลือกแบบเจาะจงโดยเป็นพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา และเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นในระยะเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมา บุคลากรมีความต้องการพัฒนา ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความร่วมมือ

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา และวิเคราะห์แนวทางการจัดทำแผนพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1) แบบสอบถามสภาพการดำเนินงานด้านการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากกรอบการดำเนินงานด้านการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2) แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานด้านการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นประเด็นคำถามเกี่ยวกับการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่รวมทั้งปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน

3) แบบสังเกตสภาพการดำเนินงานด้านการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นประเด็นการสังเกตด้านการจัดสถานที่ เอกสาร และบรรยากาศของการจัดคลินิกบริการการจัดทำแผนงานโครงการ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการพัฒนาเพื่อจัดทำแผนการจัดการโรคเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกแผนพัฒนาการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและแบบบันทึกแผนปฏิบัติการประจำปี

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการตามแผน เครื่องมือที่ใช้เป็นคู่มือ เอกสารประกอบการจัดกิจกรรม สื่อมัลติมีเดีย และเอกสารแผ่นพับ ประกอบการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปบทเรียน เครื่องมือที่ใช้เป็นประเด็นคำถามและแบบบันทึกผลการพัฒนาตามแผนการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ แนวทางการพัฒนาและสรุปผลการพัฒนาใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการประเมินการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (กรณีเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) พบว่า ภาพรวมทุกด้านมีการดำเนินการอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีด้านที่มีการดำเนินการระดับมากที่สุด รวม 4 ด้าน คือ การเตรียมข้อมูล การประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วย การให้บริการต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการระหว่างหน่วยบริการและติดตามต่อเนื่องที่บ้านและการเชื่อมต่อบริการระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต.ด้านที่มีการดำเนินการระดับมากคือ การจัดบริการด้านเภสัชกรรม และด้านที่มีการดำเนินการระดับปานกลางคือ การดำเนินการเชิงรุกร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการให้คำปรึกษาและเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรม รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 การปฏิบัติงานด้านการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการปฏิบัติ
1. การเตรียมข้อมูล	4.62	.33	มากที่สุด
2. การประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วย	4.21	.45	มากที่สุด
3. การให้คำปรึกษาและเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรม	3.32	.74	ปานกลาง
4. การจัดการบริการด้านเภสัชกรรม	3.41	.16	มาก
5. การให้บริการต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการระหว่างหน่วยบริการและติดตามต่อเนื่องที่บ้าน	4.77	.38	มากที่สุด
6. การเชื่อมต่อบริการระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต.	4.49	.23	มากที่สุด
7. การดำเนินการเชิงรุกร่วมกับชุมชนและองค์กรท้องถิ่น	3.36	.00	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	4.02	.64	มาก

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนา ตามองค์ประกอบทั้ง 8 ด้าน สรุปได้ดังนี้

2.1 องค์ประกอบที่ 1 ด้านการเตรียมข้อมูล

2.1.1 ควรมีการพัฒนาเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในชุมชน ให้เป็นแบบองค์รวมและพัฒนาการบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบันตลอดเวลา

2.1.2 ควรมีการพัฒนาการนำข้อมูลของกลุ่มต่างๆ ไปจัดทำแผนการดูแลแต่ละกลุ่มที่สอดคล้องกับปัญหาและสาเหตุ และควรเป็นแผนการแก้ปัญหาาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเป็นแผนระยะยาว

2.1.3 ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและแกนนำในชุมชน เรื่องการป้องกันคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นทีมงานและเป็นที่ปรึกษาแก่ประชาชนในชุมชน

2.2 องค์ประกอบที่ 2 ด้านการประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วย

ควรมีการจัดทำคู่มือ หรือเครื่องมือประเมินสภาพผู้ป่วยที่ครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งด้านคลินิก ด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง หรือโรคที่พบร่วม รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีระบบการประเมินที่สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยแต่ละระยะ รวมถึงมีระบบการบันทึกข้อมูลที่เชื่อมโยงกับการให้บริการในคลินิกทั่วไปเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.3 องค์ประกอบที่ 3 ด้านการตรวจรักษาและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2.3.1 ควรมีการสำรวจวิธีการรักษา และสถานที่ที่ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาให้ครอบคลุมทั้งหมดในชุมชน เพื่อการติดตามการรักษาของกลุ่มเป้าหมายทุกคนอย่างต่อเนื่อง

2.3.2 ควรมีการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใน รพ.สต. โดยการออกหน่วยเป็นรายเดือน หรือตามความเหมาะสมโดยเป็นแผนร่วมกับ CUP

2.3.3 ควรมีการจัดตาราง หรือระยะเวลาการประเมินภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แก่ผู้ป่วย ตามสภาพของแต่ละคน และตามแนวปฏิบัติที่ดี

2.4 องค์ประกอบที่ 4 ด้านการให้คำปรึกษาและเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรม

2.4.1 ควรมีการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายต่างๆ และจัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมในชุมชน

2.4.2 ควรจัดให้มีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนในทุกกลุ่มวัย เพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง



2.5 องค์ประกอบที่ 5 การจัดบริการด้านเภสัชกรรม

2.5.1 ควรจัดให้มีระบบการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทั้งผู้ป่วยกลุ่มเดิมและผู้ป่วยใหม่ในรูปแบบต่างๆ ที่มี ความต่อเนื่องและทั่วถึง

2.5.2 ควรมีการพัฒนาสื่อต่างๆ ที่ส่งเสริมความเข้าใจต่อโรคและการดูแลตนเองทั้งก่อนป่วย ขณะป่วย และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.6 องค์ประกอบที่ 6 การให้บริการต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการระหว่างหน่วยบริการและติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

2.6.1 ควรพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านให้ครบทุกกลุ่ม เช่น กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน

2.6.2 ควรมีการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายต่างๆ ให้มีบทบาทในการเยี่ยมบ้าน เพื่อขยายความร่วมมือในภาคประชาชน

2.7 องค์ประกอบที่ 7 การเชื่อมต่อบริการระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต.

ควรมีการพัฒนากระบวนการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่าง รพ.สต. และ รพ.แม่ข่าย ให้มีความรวดเร็ว และเป็นปัจจุบันมากกว่านี้ เพื่อรองรับการส่งต่อ-รับกลับที่มีประสิทธิภาพ

2.8 องค์ประกอบที่ 8 การดำเนินการเชิงรุกร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ควรมีการทำแผนความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ ในชุมชนและขอรับการสนับสนุนจาก อบต.ทั้งในรูปของงบประมาณ ทีมงานและเครื่องมือ เพื่อการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

แผนการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สรุปเป็นแผนงานได้ 4 แผนงาน ดังนี้

1) แผนการพัฒนาการจัดการระบบข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแบบองค์รวม

2) แผนการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนเพื่อป้องกันโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง

3) แผนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และแกนนำในชุมชน เรื่องการป้องกัน คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

4) แผนการพัฒนาร่วมมือในชุมชนเพื่อการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ

ตอนที่ 3 จากแนวทางการพัฒนาในขั้นตอนที่ 2 ได้แผนงาน 4 แผน ผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรม มีการดำเนินกิจกรรม 3 แผนงาน ผลการดำเนินกิจกรรม/โครงการ ดังนี้

3.1 การพัฒนาระบบข้อมูลฯ ได้มีการดำเนินการโดยการพัฒนาเครื่องมือการประเมินผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และจัดระบบการบันทึกให้เป็นปัจจุบัน รวมถึงการนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์เพื่อการดูแลในทุกมิติ ซึ่งช่วงระยะเวลาการวิจัย กิจกรรมดังกล่าวอยู่ระหว่างการพัฒนา โดยจะรอการประเมินในระยะยาว รวมทั้งมีแนวทางการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่ายคือ โรงพยาบาลพุนพิน เพื่อการส่งต่อข้อมูลไป-กลับด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้รวดเร็วขึ้น

3.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีการดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายวัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และผู้ป่วย ผลจากการจัดกิจกรรมในแต่ละกลุ่มเป้าหมายพบว่า ทุกกลุ่มมีความสนใจ มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้เรื่องการบริโภคมีความตระหนักต่อสถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานความดันในปัจจุบัน หลังเข้าร่วมโครงการกลุ่มเป้าหมายมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเพื่อลดหวาน มัน เค็มอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยังเห็นผลการเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน รอการประเมินอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

3.3 การพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานเรื่องการดูแลประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในระดับพอใช้ แต่ด้านทักษะการประเมิน คัดกรอง การดูแลการใช้ยา และการ

ประเมินภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับพอใช้ หลังจัดกิจกรรมให้ความรู้ และฝึกทักษะการประเมินภาวะแทรกซ้อน อสม. มีความรู้ ในระดับดี ซึ่งในระยะต่อไปเจ้าหน้าที่มีแผนจะให้ อสม. มีบทบาทในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และฝึกการประเมินภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพพัฒนาคุณภาพด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อไป ส่วนแผนงานที่ 4 กิจกรรม 4.1 อยู่ในระหว่างการเตรียมข้อมูลเพื่อการจัดทำแผนงานแบบบูรณาการในช่วงก่อนปีงบประมาณ 2559

อภิปรายผล

การอภิปรายผลครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายตามผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการประเมินการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (กรณีเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) พบว่าภาพรวมทุกด้านมีการดำเนินการอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีการดำเนินการระดับมากที่สุด รวม 4 ด้าน คือ การเตรียมข้อมูล การประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วย การให้บริการต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการระหว่างหน่วยบริการและติดตามต่อเนื่องที่บ้านและการเชื่อมต่อบริการระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. ด้านที่มีการดำเนินการระดับมาก คือ การจัดบริการด้านเภสัชกรรม และด้านที่มีการดำเนินการระดับปานกลางคือ การดำเนินการเชิงรุกร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการให้คำปรึกษาและเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลจากการสัมภาษณ์พบข้อมูลแนวทางการพัฒนาที่ควรปรับปรุงในหลายประเด็น เช่น ระบบข้อมูลข่าวสารยังไม่ครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังขาดความต่อเนื่อง การสร้างภาคีเครือข่ายระหว่างหน่วย รพ.สต. กับองค์กรส่วนท้องถิ่นด้านการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนยังไม่เป็นรูปธรรม เป็นต้น

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการเสวนาการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน³ ที่กล่าวถึงสถานการณ์การจัดการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในระดับปฐมภูมิไว้ว่า มุ่งเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมากถึงร้อยละ 80-90

เรียกว่า เกือบครอบคลุม แต่คัดกรองแล้วไม่มีการจัดการต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการด้านการส่งเสริม ป้องกันของกระทรวงในปัจจุบัน ทำเป็นกิจกรรมๆ เป็นโครงการมากกว่าการเน้นกลุ่มประชากรที่ชัดเจน ทำการจัดกระจาย หลายหน่วยงานมีหลากหลายโครงการเต็มไปหมด ประเด็นก็คือ ไม่ครอบคลุมและการช่วยสนับสนุนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่มีความต่อเนื่อง หรือเข้มข้นมากเพียงพอ ทำให้การเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่บรรลุผล การป้องกันจึงมีปัญหายู่มากและสอดคล้องกับปัญหาของระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁴ ที่กล่าวไว้ว่าการจัดการระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังมีปัญหาด้านต่างๆ เช่น ด้านโครงสร้าง การทำงานของหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยยังมีลักษณะการทำงานที่แยกเป็นส่วนๆ ด้านกระบวนการขาดความพร้อมในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลง ความแตกต่างในเรื่องแผนการดูแลรักษา และระบบสารสนเทศที่ขาดความพร้อม เป็นต้น

2. ผลการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าได้แผนการพัฒนา 4 แผน ดังนี้ 1) แผนการพัฒนาการจัดการระบบข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแบบองค์รวม 2) แผนการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนเพื่อป้องกันโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง 3) แผนการพัฒนาคุณภาพของบุคลากร และแกนนำในชุมชน เรื่องการป้องกัน คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 4) แผนการพัฒนาความร่วมมือในชุมชนเพื่อการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ

การพัฒนาตามแผนงานที่ 1 การจัดการระบบข้อมูลฯ สอดคล้องกับโปรแกรมการจัดการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา⁴ ที่ให้ความสำคัญกับการวางแผนการรักษาจากฐานข้อมูลผู้ป่วย ใช้ระบบสารสนเทศทางคลินิก และแนวทางปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้โปรแกรมการจัดการโรค บุคลากร



ทางการแพทย์ทำการค้นหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ ใช้ระบบข้อมูลทางคลินิกบูรณาการกับแนวทางปฏิบัติในการสร้างระบบเตือนผู้ป่วยเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินค่ามาตรฐาน เช่นเดียวกับ แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการเพื่อดูแลและป้องกันโรคเบาหวานในชุมชนเครือข่าย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ของโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก³ ในเรื่องการพัฒนาาระบบสารสนเทศ ด้วยโปรแกรม HAMIS (Hospital Advance Management Information System) ซึ่งเป็นโปรแกรมใหญ่ และ Smart DM ซึ่งเป็นโปรแกรมเจาะลึกเรื่องเบาหวาน โดยมีการพัฒนาโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เช่น โปรแกรมศูนย์ข้อมูลโรคเบาหวาน เนื่องจากโรงพยาบาลต้องการให้มีระบบการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากผู้ป่วยตลอดจนผลการตรวจต่าง ๆ กลับไปให้เจ้าหน้าที่ PCU ได้รับรู้ซึ่งจะทำให้การรักษาดูแลผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกับของโรงพยาบาล โดยสมรรถนะของโปรแกรมจะทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยส่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) อะไรไปบ้าง ตรวจไปเมื่อวันที่เท่าไร รายละเอียดประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัวของผู้ป่วย ข้อมูลการตรวจทั่วไปเป็นอย่างไร ทำให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาล สามารถตรวจสอบได้ทันทีว่า ตอนนี้มีมารับรักษาอยู่ที่ตรงจุดไหน

ส่วนแผนงานที่ 2-4 สอดคล้องกับองค์ประกอบ การดูแลโรคเรื้อรัง⁴ ตาม Chronic care model องค์ประกอบที่ 1) นโยบายและทรัพยากรของชุมชน หมายถึงหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีการประสานงานเพื่อเชื่อมโยงชุมชนและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น องค์ประกอบที่ 3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง หมายถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วย จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือหรือวิธีที่ใช้ในการดูแลตนเอง องค์ประกอบที่ 4) การออกแบบระบบการให้บริการ จะต้องเชื่อมโยงตลอดกระบวนการ สามารถเชื่อมโยงกันในสถานบริการทุกระดับอย่างมีคุณภาพและองค์ประกอบที่ 6) ระบบสารสนเทศทางคลินิกหมายถึงมีระบบสารสนเทศ

ทางคลินิกที่ช่วยสนับสนุนและส่งผ่านข้อมูลถึงกันเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังให้เป็นไปตามแนวทาง

แผนการพัฒนาข้างต้นสอดคล้องกับการพัฒนาการจัดการโรคเรื้อรังของชุมชนตำบลมะขูนหวาน อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่³ ที่มีกลยุทธ์ในการจัดการดังนี้ คือ 1) การประสานความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้ามาเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน 2) สร้างความเข้าใจระหว่างบุคลากร องค์กรในชุมชน ในการจัดการเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) ใช้ระบบบริหารจัดการองค์กรและภาคีเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ 4) การใช้มาตรการทางสังคม ในการทำให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5) การมีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ การตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. 6) สร้างทีมนักจัดการสุขภาพในทุกหมู่บ้าน

3. ผลการพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รพ.สต.มะขูนหวาน ผลการดำเนินการตามแผนสรุปได้ดังนี้ 1) ผลการดำเนินการตามแผนงาน กิจกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลฯ มีการพัฒนาเครื่องมือการประเมินผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ จัดระบบการบันทึกให้เป็นปัจจุบัน รวมถึงการนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์เพื่อการดูแลในทุกมิติ 2) ผลการจัดกิจกรรมตามแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และผู้ป่วย ทุกกลุ่มมีความสนใจมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้เรื่องการบริโภค มีความตระหนักต่อสถานการณ์การเกิดโรคเบาหวาน ความดันในปัจจุบัน และมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเพื่อลดหวาน มัน เค็มอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยังเห็นผลการเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน รอการประเมินอย่างต่อเนื่องในระยะยาว 3) ผลการดำเนินการตามแผนงานพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการจัดกิจกรรมให้ความรู้ และฝึกทักษะการประเมินภาวะแทรกซ้อน อสม. มีความรู้ในระดับดี



ผลที่เกิดจากการพัฒนาในครั้งนี้ สอดคล้องกับกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุศึกษา⁵ ที่กล่าวถึงแนวคิดหลักการการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง/ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงไว้ว่าควรมีการคัดกรองประชาชนอายุ 15-65 ปี และจัดทำทะเบียนการคัดกรองโรคที่มีจำนวน รายชื่อ ที่อยู่ของกลุ่มต่างๆ ให้ชัดเจน และได้กล่าวถึงรูปแบบการดำเนินงานสุศึกษาไว้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีควรเป็น การจัดกิจกรรมการให้สุศึกษารายบุคคล รายกลุ่มในชุมชนหรือในสถานศึกษา ร่วมกับการใช้การสื่อสารสุขภาพและสื่อสาธารณะ ส่วนการดูแลกลุ่มป่วย ควรดูแลรายบุคคลเพื่อติดตามพฤติกรรม การรักษาและการกินยาและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

นอกจากนั้นผลการดำเนินการครั้งนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาตำบลมะขามหวาน³ ที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผลการดำเนินการทำให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชน สรุปได้ดังนี้

- 1) ผลจากการใช้ระบบบริหารจัดการองค์กรและภาคีเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ โดยการประกาศเจตนารมณ์ที่ชัดเจนว่า จะควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐทุกระดับ
- 2) ผลของการใช้มาตรการทางสังคมในการทำให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ เช่น ทุกหลังคาเรือนมีป้ายเตือนลดเครื่องปรุง สดหวาน มัน เค็ม รวมทั้งยังจัดกิจกรรมออกกำลังกายทุกสัปดาห์
- 3) ผลการสร้างทีมผู้จัดการสุขภาพตำบลมะขามหวานในทุกหมู่บ้าน ทำให้ชาวบ้านสามารถวิเคราะห์ชุมชนของตนเองว่า อะไรคือปัญหาสาธารณสุขและออกมานำเสนอ เกิดการเรียนรู้ เรื่องการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

การถอดบทเรียนหลังการพัฒนาระบบการจัดการโรคเรื้อรังใน รพ.สต. มะลวน

1. บุคลากร รพ.สต.มะลวน ได้ประเมินตนเองต่อ

การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 8 องค์ประกอบ ทำให้ทราบว่าการดำเนินการในแต่ละด้าน มีผลการดำเนินการอยู่ในระดับใด รวมทั้งมีข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของทีมีวิจัย เพื่อให้บุคลากรได้สะท้อนการดำเนินงานว่ามีจุดแข็ง จุดอ่อนในเรื่องใดบ้าง

2. รพ.สต.มะลวน ได้แนวทางการพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่สอดคล้องกับผลการประเมิน ซึ่งเป็นแผนงานและโครงการ กิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้จริงและมองเห็นทิศทางของการกำหนดแผนงานโครงการในปีต่อไป

3. เกิดความร่วมมือระหว่างบุคลากร ทีมีวิจัย และตัวแทนภาคประชาชนในการวางแผน การพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านที่เป็นจุดอ่อน และควรพัฒนา

4. ประชาชนในพื้นที่ หมู่ 2 ตำบลมะลวน ได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย และดูแลทั้งก่อนป่วย และกลุ่มป่วย และมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

5. องค์การบริหารส่วนตำบลได้แนวทางการจัดทำแผนการพัฒนาแบบบูรณาการและแผนการพัฒนาความร่วมมือในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. การประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการโรคเรื้อรัง ควรมีการศึกษาบริบททั่วไปของ รพ.สต.ก่อนการพัฒนา เนื่องจากสภาพปัญหา โครงสร้างชุมชน โครงสร้างองค์กร แต่ละที่แตกต่างกันและส่งผลต่อการกำหนดแนวทางการพัฒนาที่แตกต่างกัน

2. การศึกษาสภาพการดำเนินการและความต้องการพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากชุมชนมีกระบวนการพัฒนาที่ผ่านมาแล้วหลากหลายวิธีการ ฉะนั้นการริเริ่มพัฒนาในเรื่องใดควรเริ่มที่กระบวนการทบทวนปัจจุบันและกำหนดเป้าหมายที่ต้องการร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง



ทั้งหมดเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนหรือพัฒนาตามนโยบายแต่ไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริง

3. ผลจากการถอดบทเรียนกิจกรรมสุขศึกษาในกลุ่มวัยเรียน พบว่า สามารถพัฒนาความรู้ ปรับทัศนคติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีกว่ากลุ่มคนวัยทำงานหรือสูงอายุ ฉะนั้นการส่งเสริมสุขภาพ และเฝ้าระวังที่ดีควรเริ่มจากเด็กวัยเรียนหรือก่อนวัยเรียน โดยเฉพาะด้านพฤติกรรม การบริโภค

4. การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการสาธิตและให้สาธิตย้อนกลับ เช่น ทักษะการตรวจตา ประเมินการทำงานของไตหรือการตรวจเท้า พบว่า ได้รับความสนใจจาก อสม. และมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้มากและมีการนำไปแนะนำกับกลุ่มป่วยในชุมชน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ

5. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของพื้นที่ที่จะพัฒนาเพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาสอดคล้องกับสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาในพื้นที่

6. ควรมีการจัดทำแผนความร่วมมือแบบบูรณาการในระยะยาว 3-5 ปี ระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เนื่องจากปัญหาด้านการจัดการเชิงระบบต้องใช้ระยะเวลานานพอสมควรและมีความต่อเนื่องของกิจกรรม จึงจะเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

7. การจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุพบว่าทำได้ยาก ฉะนั้นควรมีการศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีหรือนวัตกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นแนวทางในการพัฒนา

8. จากการถอดบทเรียนพบว่า การจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยใช้กิจกรรมเชิงปฏิบัติการและมีวิทยากรที่มีประสบการณ์ ร่วมกับกิจกรรมสนทนากลุ่ม ทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดี ทั้งด้านความรู้ และทักษะปฏิบัติจึงควรประยุกต์แนวทางดังกล่าวในการจัดกิจกรรมให้ความรู้

References

1. Thonghong A, Thepsithar K, Jongpiriyaanan P. Chronic Diseases Surveillance Report [internet]. 2012 [cited, 2016 June 15]. Available from: www.boe.moph.go.th.
2. Health Systems Research Institute. Knowledge management and synthesis practices. Health Promoting Hospital District: management, patient care, chronic disease cases. Diabetes and high blood pressure 2010. Bangkok: A Partnership Saha. Expansive. 2010. (in Thai)
3. Sriwanchakron S. Chronic disease management in the community. Bangkok: Printing company QP limited; 2012. (in Thai)
4. Cooney N, Literature Review: current situation and style Services for Chronic Non-Communicable Diseases. Bangkok: Art company Graphite Limited. 2015. (in Thai)
5. Health Education Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health. Surveillance systems Behavioral Health to modify the behavior of normal risk / risk / diabetes. Hypertension in the United States: policy into practice. For primary health services. Bangkok: 2014. (in Thai)