



รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง
ในเขตสุขภาพที่ 2



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏ

รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง
ในเขตสุขภาพที่ 2



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2”

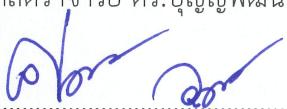
ของ พรเทพ โชติชัยสุวรรณ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญพัฒน์ ไชยเมล์)


.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรัตน์วิจิตร)


.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรรณ กิริติโรจน์)


.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน)


.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา)

อนุมัติ


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนาด อินทามรรักษ์)

หัวหน้าภาควิชาภาษาศาสตร์ คติชนวิทยา ปรัชญาและศาสนา คณะมนุษยศาสตร์
รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

20 พ.ค. 2569

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในเขตสุขภาพที่ 2
ผู้วิจัย	พรเทพ โชติชัยสุวัฒน์
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรัตน์วิจิตร
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2568
คำสำคัญ	บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง เขตสุขภาพที่ 2

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และเพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในเขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยมีผลการศึกษา ดังนี้ 1) สถานการณ์การจัดบริการที่เป็นอยู่ มีการจัดบริการที่ต่างกันในแต่ละพื้นที่ สำหรับกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ส่วนใหญ่จัดบริการในคลินิกเบาหวานของ รพ.แม่ข่าย เพื่อแก้ไขปัญหารายบุคคล โดยมีกลไกการติดตามเชิงรุกในชุมชน และยังเน้นการบริการที่เน้นไปที่ผู้จัดบริการเป็นหลัก 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ พบว่า มีจำนวน 7 ตัวแปรเรียงตามค่าสัมประสิทธิ์จากมากไปหาน้อย ดังนี้ ปัจจัยด้านการสนับสนุนอุปกรณ์ การเตรียมข้อมูล การให้บริการ ทักษะของผู้จัดบริการ การมีส่วนร่วมของอสม. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การกำหนดทิศทางบริการ และวิชาชีพพยาบาล 3) ผลการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการและผลการประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พบว่า รูปแบบมีความสอดคล้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ เป็นรูปแบบ C-NIP model ประกอบด้วย 4 หมวด 9 องค์ประกอบ ดังนี้ หมวดที่ 1 การสร้างความร่วมมือเพื่อกำหนดนโยบายร่วม (Collaboration for policy: C) มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การร่วมมือกำหนดนโยบายระดับเขต 2) การสร้างความร่วมมือหุ้นส่วนสุขภาพเพื่อสนับสนุนการจัดบริการระดับจังหวัด หมวดที่ 2 การจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ (Network Management at District Level: N) มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 3) กำหนดนโยบายและการจัดการระดับอำเภอภายใต้การสนับสนุนจาก พชอ. 4) การสนับสนุนผู้รับผิดชอบบริการที่เป็นพยาบาล และพัฒนาผู้มีส่วนร่วมให้บริการ 5) การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเตรียมสำหรับจัดบริการ 6) การสนับสนุนอุปกรณ์ วัสดุ และสื่อ

การสอน หมวดที่ 3 การบริการแบบบูรณาการ (Integration of services: I) มี 1 องค์ประกอบ ได้แก่ 7) การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการ หมวดที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation of community: P) มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 8) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง 9) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและติดตามผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ได้ตามบริบทต่อไป



Title SELF-MANAGEMENT SUPPORT PROVISION MODEL FOR DIABETIC PATIENT TYPE 2 IN HEALTH REGION 2

Author Porntep Chotchaisuwat

Advisor Assistant Professor Civilaiz Wanaratwichit Dr.P.H

Academic Paper Dr.P.H. Dissertation in Public Health, Naresuan University, 2025

Keywords Self-management support service, Type 2 Diabetes Mellitus, Health Region 2,

ABSTRACT

The objectives of this research were to study the current situation and factors influencing the provision of self-management support services for diabetes patients, and to develop and evaluate a service model to support self-management among type 2 diabetes patients in Health Region 2. This study employed Mixed Methods Research design. The findings are as follows: 1) Current Service Situation: Service delivery varied across different areas. For patients with uncontrolled blood sugar levels, services were primarily provided at diabetes clinics of node hospitals to address individual issues, complemented by proactive follow-up mechanisms within the community. 2) Factors Influencing Self-Management Support Services: Multiple regression analysis revealed seven significant variables, ranked by their regression coefficients from highest to lowest: equipment support, service data preparation, service provider skills, Village Health Volunteer (VHV) participation, patient participation, service direction setting, and the nursing profession. 3) Development and Evaluation of the Service Model: The evaluation, conducted through an expert group seminar, confirmed that the developed model was consistent, appropriate, and feasible for implementation. The resulting C-NIP Model comprises 4 categories and 9 components as follows: Category 1: Collaboration for Policy (C) consists of 2 components: 1) Regional policy collaboration, and 2) Health partnership collaboration to support provincial-level service delivery. Category 2: Network Management at District Level (N) consists of 4 components: 3) Policy formulation and district-level management under the support of the District Health Board (DHB), 4) Support for nurse

case managers and development of service participants, 5) Data linking for service preparation, and 6) Support for equipment, materials, and educational media. Category 3: Integration of Services (I) consists of 1 component: 7) Integrated service delivery to support diabetes self-management. Category 4: Participation of Community (P) consists of 2 components: 8) Patient participation in self-care, and 9) Community participation in patient care and follow-up. This model can be applied to provide self-management support for diabetic patients type 2 according to the specific context of each area.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณา และอดทนของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณรัตน์จิตร ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้อุทิศสละเวลาอันมีค่ามาเป็นที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำแนะนำเพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อันประกอบไปด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.อรรธรณ กิริติโรจน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

ขอขอบพระคุณ คุณสุประวีณ์ ปาตาดากุล ข้าราชการบำนาญ อดีตผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อ ศูนย์ควบคุมโรคที่ 2 ที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลโรคเบาหวาน และผลการประเมินผลคลินิก NCD Clinic plus เป็นอย่างดีในช่วงการจัดทำโครงร่างวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาในการตรวจเครื่องมือวิจัยในระยะต่างๆ พร้อมให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือ ขอขอบพระคุณตัวแทนผู้บริหารรพ.แม่ข่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง นพ.ภูวตล พลพวก ผู้อำนวยการ รพ.บางระกำ พญ.สุภาพร ปรางค์เจริญ ผู้อำนวยการ รพ.สมเด็จพระยุพราชนครไทย ตัวแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยเฉพาะ พญ.ฐิติกาญจน์ ผสมบุญ จากรพ.พุทธชินราช ตัวแทนผู้ให้บริการหลักในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ รพสต. โดยเฉพาะคุณศิริระ ปานแย้ม จากรพ.บางระกำ กลุ่มตัวแทนอสม. และผู้ป่วยที่เสียสละเวลาร่วมในการให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพถึงสถานการณ์การจัดบริการโรคเบาหวาน ขอขอบพระคุณสปสข.เขต 3 นครสวรรค์ ในการอำนวยความสะดวกในการทดลองแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณตัวแทนผู้บริหารรพ.แม่ข่าย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผู้จัดการรายการในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือรพสต. และตัวแทนสหวิชาชีพ ในการให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบบริการฉบับปรับปรุง และขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารทั้งภาครัฐ และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการที่มาประเมินรูปแบบ และให้คำแนะนำในการพัฒนารูปแบบให้สมบูรณ์มีความสอดคล้องเหมาะสม และเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ

ขอขอบคุณภรรยาที่คอยดูแลสนับสนุนทั้งเวลา เสิร์빙อาหาร และกำลังใจตลอดการทำวิจัย คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสำหรับระบบสาธารณสุขของประเทศ และผู้ที่สนใจนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคตต่อไป

พรเทพ โชติชัยสุวรรณ

สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....จ	
สารบัญ.....ช	
สารบัญตาราง.....ญ	
สารบัญภาพ.....ฉ	
ประกาศคุรุสภา.....ช	
บทที่ 1 บทนำ.....1	
ความสำคัญของปัญหา.....1	
คำถามการวิจัย.....7	
วัตถุประสงค์การวิจัย.....7	
สมมุติฐานของการวิจัย.....7	
ขอบเขตของงานวิจัย.....8	
นิยามศัพท์เฉพาะ.....9	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....12	
บริบทเขตสุขภาพที่ 2.....13	
โรคเบาหวาน.....14	
นโยบาย และมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวาน.....26	
การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน.....28	
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....34	
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....43	
กรอบแนวคิดการวิจัย.....57	

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	60
การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	
เขตสุขภาพที่ 2 แบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยสรุปตามภาพ 16.....	64
การวิจัยระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของ	
ผู้ป่วยเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 2	70
การวิจัยระยะที่ 3 การสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของ	
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2	82
การวิจัยระยะที่ 4 การประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย	
เบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2	88
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง (Ethical consideration).....	91
บทที่ 4 ผลการวิจัย	93
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย	
เบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2	93
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย	
เบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2	114
ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาการสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง	
ของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2	136
บทที่ 5 บทสรุป.....	181
สรุปผลการวิจัย.....	181
อภิปรายผลการวิจัย.....	188
ข้อเสนอแนะ	201
บรรณานุกรม.....	204
ภาคผนวก	216
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมในมนุษย์	217
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	220
ภาคผนวก ค ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	239
ประวัติผู้วิจัย	243

สารบัญตาราง

ตาราง 1	แสดงข้อมูลหน่วยบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2.....	14
ตาราง 2	แสดงการแปรผลระดับพลาสมากลูโคส และค่า HbA1C เพื่อการวินิจฉัย	17
ตาราง 3	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลสำคัญของประเทศไทย ภูมิภาค และโลก.....	21
ตาราง 4	แสดงผลการประเมินตนเอง NCD Clinic Plus ระดับประเทศ	29
ตาราง 5	แสดงผลการประเมินตนเอง NCD Clinic Plus เขตสุขภาพที่ 2.....	30
ตาราง 6	แสดงจุดประสงค์การใช้ สารสำคัญ ข้อดี และข้อจำกัดของรูปแบบรายบุคคล	39
ตาราง 7	แสดงแนวคิดทฤษฎีที่จะนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย.....	42
ตาราง 8	แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทั้ง 4 ระยะ	63
ตาราง 9	แสดงสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 2 แยกราย จังหวัด	72
ตาราง 10	แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอ ภายในจังหวัดเป้าหมาย	72
ตาราง 11	แสดงเปรียบเทียบตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม และตัวแปรในวิจัยเชิงคุณภาพ	113
ตาราง 12	แสดงรายละเอียดปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	115
ตาราง 13	แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรการบริหาร จัดการบริการ.....	117
ตาราง 14	แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรการสนับสนุน ทรัพยากร.....	119
ตาราง 15	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของความรู้ของผู้ตอบ แบบทดสอบ.....	121
ตาราง 16	แสดงร้อยละการตอบคำถามรายชื่อที่ตอบถูก และตอบผิด และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	122
ตาราง 17	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรทักษะของ ผู้จัดบริการ.....	123
ตาราง 18	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรทัศนคติของ ผู้จัดบริการ.....	124
ตาราง 19	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรลักษณะ การจัดบริการ.....	125

ตาราง 20	แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรการมีส่วนร่วม ของชุมชน	127
ตาราง 21	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน.....	129
ตาราง 22	แสดงตัวแปร และระดับการวัดของตัวแปร.....	132
ตาราง 23	แสดงวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการ ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	135
ตาราง 24	แสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมอภิปรายกลุ่ม หรือสัมภาษณ์เชิงลึกต่อร่างรูปแบบ และความคิดเห็นของนักวิจัยต่อการพัฒนา “รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุน การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2”	143
ตาราง 25	แสดงสรุปประเด็นที่พิจารณานำไปปรับปรุงรูปแบบบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการ ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	153
ตาราง 26	แสดงหมวดและองค์ประกอบในร่างรูปแบบการจัดบริการฯ ฉบับปรับปรุง.....	156
ตาราง 27	แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ.....	167
ตาราง 28	แสดงผลการประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วย เบาหวาน.....	168

สารบัญภาพ

ภาพ 1	แสดงจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2.....	13
ภาพ 2	แสดงการประมาณการณ์ผลกระทบต่อเศรษฐกิจจากโรคเบาหวานจากปี 2006-2045	20
ภาพ 3	แสดงความชุกโรคเบาหวานแยกตามเขตสุขภาพ 1-12 และประเทศ.....	21
ภาพ 4	แสดงความชุกโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 2 และแยกรายจังหวัด	22
ภาพ 5	แสดงอุบัติการณ์แยกตามเขตสุขภาพที่ 1 -12 และประเทศ.....	22
ภาพ 6	แสดงอุบัติการณ์โรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 2 และแยกรายจังหวัด.....	23
ภาพ 7	แสดงอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ เขตสุขภาพที่ 1-12 และประเทศ.....	24
ภาพ 8	แสดงอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ 5 จังหวัด และเขตสุขภาพที่ 2	24
ภาพ 9	แสดงกรอบแนวคิดระบบสุขภาพแบบพลวัต (the Health system dynamics framework).....	35
ภาพ 10	แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM).....	36
ภาพ 11	แสดงรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองแบบ 5 A's Mode.....	40
ภาพ 12	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	58
ภาพ 13	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย สำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ.....	59
ภาพ 14	แสดงการวิจัยผสมผสานแบบ Exploratory Sequential Design	61
ภาพ 15	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้ง 4 ระยะ	62
ภาพ 16	แสดงการสรุปขั้นตอนการวิจัยระยะที่ 1	64
ภาพ 17	แสดงขั้นตอนในการวิจัยระยะที่ 3	82
ภาพ 18	แสดงขั้นตอนในการวิจัยระยะที่ 4	88
ภาพ 19	แสดงระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ปัจจุบัน	94
ภาพ 20	แสดงกรอบแนวคิดตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2	114
ภาพ 21	แสดงร่างรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน.	137
ภาพ 22	แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ต่อการจัดบริการแบบเชิงระบบหลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ.....	166
ภาพ 23	แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2	180

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้งานได้มีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพ และทำงานล้มเหลว โดยเฉพาะระบบหลอดเลือดทั้งขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก รวมไปถึงระบบประสาท เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อวัยวะต่างๆ เช่น ตา ไต หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง รวมถึงเป็นแผลง่ายแต่หายยาก ขาปลายมือปลายเท้าเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของโลก (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

สถานการณ์โรคเบาหวานของโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetic Federation: IDF) ปีพ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 589 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2567 และจะเพิ่มเป็น 853 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 โดยคาดการณ์ว่ามีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 ในปี 2567 เป็นร้อยละ 13 ในปี 2593 ตามลำดับ และมีผู้ที่เสียชีวิตทั่วโลกจากสาเหตุโรคเบาหวานร้อยละ 9.3 โดยเกือบร้อยละ 40 ของผู้ที่เสียชีวิตอยู่ในวัยทำงานอายุ 20-59 ปี (International Diabetes Federation, 2025)

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของประเทศไทย พบความชุก (prevalence) มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีโดยมีความชุก 4 ปีซ้อนหลังจากปี 2564-2567 ร้อยละ 6.36 7.34 7.71 และ 8.12 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 2 มีความชุก (prevalence) ร้อยละ 9.47 ซึ่งสูงที่สุดของประเทศ นอกจากนี้เขตสุขภาพที่ 2 ยังพบว่ามีความชุกที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง 3 ปีหลังตั้งแต่ปี 2564-2567 ร้อยละ 8.47 ร้อยละ 8.96 และ ร้อยละ 9.47 ตามลำดับ ซึ่งเขตสุขภาพที่ 2 เป็นพื้นที่ที่ควรได้รับการศึกษาพัฒนา

ปัญหาของการจัดบริการโรคเบาหวานในประเทศไทย คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มากกว่าร้อยละ 70 อย่างต่อเนื่องใน 3 ปีที่ผ่านมา จากสถิติข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565-2567 พบว่า อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวาน 74.23 71.56% 71.32% % ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เพียง 25.77 % 28.44 % และ 28.68 % ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2569) ถึงแม้จะมีอัตราควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้นทุกปี แต่ยังไม่ผ่านเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ได้ ร้อยละ 80 ตามที่สมัชชาสุขภาพโลกกำหนดให้บรรลุภายในปี 2030 (พ.ศ. 2573) (World Health Assembly 75, 2022) ในเขตสุขภาพที่ 2 พบอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (HbA1C < 7) ของเขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2567 ได้ 33.77 % โดยจังหวัดที่มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จากมากไปหาน้อยดังนี้ อุตรดิตถ์ (38.54%) ตาก (36.96%) สุโขทัย (34.64%) เพชรบูรณ์ (33.77%) พิษณุโลก (31.57%) (กระทรวงสาธารณสุข, 2569) ตามลำดับซึ่งอาจสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยเพียงประมาณ 1 ใน 3 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ แต่อีกประมาณ 2 ใน 3 ไม่สามารถควบคุมได้ และตกอยู่ในความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลัน และเรื้อรังที่จะตามมา และเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายทั้งทางสุขภาพ และเศรษฐกิจต่อไป

ด้วยสภาพปัญหาดังกล่าวจากผลของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่ออวัยวะสำคัญ เช่น ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจ 3 เท่าของคนทั่วไป ประมาณ 1 ใน 3 จะเกิดภาวะจอประสาทตาเสื่อมจนตาบอด มีความเสี่ยงภาวะไตวาย 10 เท่าของคนทั่วไป และมีการสูญเสียเท้า และขาทุก 30 วินาที รวมไปถึงภาวะเบาหวานในผู้ที่ตั้งครรภ์ที่จะส่งแทรกซ้อนต่อทั้งมารดา และทารกในครรภ์ (สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ, 2568) ขณะเดียวกันพบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งพบจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 977,688 ราย 1,062,756 ราย และ 1,121,545 ราย ในปี 2565 2566 และ 2567 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2568) ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ โดยมีค่าใช้จ่ายการบำบัดทดแทนไตของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจำนวนเงิน 9,731 9,952 และ 12,807 ล้านบาท ในปี 2565 2566 และ 2567 ตามลำดับ และ เขตสุขภาพที่ 2 ค่าใช้จ่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน จำนวนเงิน 184 312 และ 493 ล้านบาท ในปี 2565 2566 และ 2567 ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2567)

ประเทศไทยมีนโยบายแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเบาหวานที่สอดคล้องกับนโยบายระดับโลก ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561-2680) ในยุทธศาสตร์ชาติที่ 3 การพัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะทรัพยากรมนุษย์ และแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าประสงค์ให้ประเทศมีความเข้มแข็งในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างเป็นรูปธรรม โดยที่ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองให้พ้นจากโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืน โดยกำหนดเป้าหมายหลักให้ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคเรื้อรังลดลงเหลือ 1 ใน 3 ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยมียุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) บูรณาการเครือข่าย (SMART NCDs Network) ทุกภาคส่วนในการจัดการโรคเรื้อรัง 2) สร้างเสริมความรู้โรคเรื้อรัง รู้เท่าทันและค่านิยมในการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังของคนในชาติ 3) สร้างระบบนิเวศ (Ecosystem) ที่เอื้อต่อการจัดการโรคเรื้อรังของประเทศ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จากนโยบายดังกล่าวนำไปสู่รูปธรรมในระดับหน่วยบริการ คือ มาตรฐาน NCD Clinic Plus ได้กำหนดไว้อย่างเป็นระบบตั้งแต่การตั้งเป้าหมาย การสนับสนุน จนถึงผลลัพธ์ เพื่อเป็นแนวทางให้กับผู้ให้บริการใช้ในการประเมินตนเอง และปฏิบัติตามมี 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ทิศทางและนโยบาย 2) ระบบสารสนเทศ 3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) การบริการเชื่อมโยงชุมชน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ซึ่งนโยบาย มาตรฐานดังกล่าวได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 มาอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานถึงระดับหน่วยบริการ ก็ยังพบผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้เพียงประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเบาหวาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2569) ซึ่ง เมื่อวิเคราะห์ตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus ระดับประเทศจากการประเมินตนเองของหน่วยบริการ ปี 2564-2567 ทั้ง 6 องค์ประกอบเฉลี่ย 4 ปี พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดทุกปี คือ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง เมื่อวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของหน่วยบริการ สุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 ในปี 2567 พบว่า องค์ประกอบที่ผู้ให้บริการดำเนินการมีค่าต่ำที่สุด คือ องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (92.01 %) จากข้อมูล NCD Clinic plus online (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

จากสถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าเขตสุขภาพที่ 2 เป็นพื้นที่ที่มีความน่าสนใจในการศึกษาเรื่องเบาหวาน ประเด็นที่น่าสังเกต คือสถิตินี้เป็นข้อมูลประเมินตนเองของหน่วยบริการ ดังนั้นจึงสามารถสะท้อนได้ว่า กลุ่มผู้ให้บริการยังพบปัญหาอุปสรรคในการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และต้องการพัฒนาปรับปรุงการบริการนี้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าบุคลากรมีความต้องการการพัฒนาในเรื่องระบบสนับสนุนและการจัดการตนเอง การจัดการระบบสารสนเทศ และ การจัดการบริการเชื่อมโยงชุมชน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียง 35.50 % (เกรียงกมล เหมือนกรุด และคณะ, 2564) จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงประเด็นที่น่าสนใจ คือ ถึงแม้ว่าจุดแข็งของมาตรฐาน NCD Clinic Plus ที่มีแนวทางที่ละเอียดสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ แต่ยังพบว่าผู้จัดบริการยังไม่สามารถจัดการได้และมีปัญหาอุปสรรคในการให้บริการ ซึ่งทำให้ผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่ำกว่าเป้าหมาย ดังนั้นการจัดบริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้จึงน่าสนใจในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้เน้นศึกษาวิจัยด้านการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของสถานบริการ ซึ่งไม่ได้เน้นศึกษาการจัดการตัวเองของผู้ป่วยโดยตรง การบริการเพื่อการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes self-management support: SMS) หมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้บริการที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การ

แนะนำผู้ป่วยตามข้อมูลการประเมิน การตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแล ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้ให้บริการ การช่วยเหลือสนับสนุน และ การติดตามประเมินผลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทที่เปลี่ยนไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Glasgow et al., 2006)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งได้พบทวนผล การศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 5 ปัจจัย ดังนี้ 1) ด้านบริหารจัดการบริการ ได้แก่ การกำหนดทิศทางบริการ การกำหนดนโยบาย แผนระดับต่างๆที่เกี่ยวข้อง (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ, 2560) กระบวนการบริหารต่างๆ การรับ ฟังข้อมูล และสื่อสารอย่างรอบด้านเพื่อประกอบการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ (Xiong, 2022) การกำกับติดตาม และการสร้างความร่วมมือกับเครือข่าย (เกรียงกมล เหมือนกรด และคณะ, 2564) 2) ด้านการสนับสนุนทรัพยากร ได้แก่ การสนับสนุนทรัพยากรบุคคล โครงสร้าง พื้นฐาน เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ เทคโนโลยี (นงคราญ คชรักษา และณัฏฐ์รัฐภรณ์ ปัญจพันธ์, 2564; Xiong, 2022) และระบบข้อมูล (Saulsberry & Peek, 2019) และการสนับสนุนงบประมาณ ใน ประเทศไทยซึ่งมีระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบมีการจ่ายค่าบริการการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยยืนยัน การตรวจขั้นสูงเพื่อติดตามผลการรักษาและการรักษาทางยาเป็นหลัก แต่ยังคงขาด การจ่ายที่แยกมาเฉพาะการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง และมีการจ่ายตามผลลัพธ์การ รักษาแบบนอกระบบเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 325 หน่วยซึ่ง ครอบคลุมประชากรเพียงเล็กน้อยประมาณร้อยละ 5 ของประชากรที่เป็นสัญชาติไทยเท่านั้น 3) ด้าน สมรรถนะผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ (สุธี เขตชูตระกูลศักดิ์ และคณะ, 2565) และทัศนคติใน การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Kirk et al., 2022) 4) ด้านลักษณะการ บริการ ได้แก่ การจัดบริการแบบเครือข่าย การจัดบริการที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการเตรียมข้อมูลมา ใช้จัดบริการอย่างเป็นระบบ (สุธี เขตชูตระกูลศักดิ์ และคณะ, 2565) และ (Roberti et al., 2025) และ 5) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และการมีส่วนร่วมของ อสม. (สุธี เขตชูตระกูลศักดิ์ และคณะ, 2565) และ อติเทพ ดารดาษ (2565) ซึ่งจากการทบทวน สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการเพื่อการสนับสนุนการจัดการตนเอง เกี่ยวกับการ บริหารจัดการของหน่วยบริการ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการทบทวนรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ ผ่านมามีความหลากหลายของรูปแบบซึ่งมีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน โดยเน้นไปที่ผู้ป่วยเป็นหลักโดย ดำเนินกิจกรรมต่อกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (American Diabetes Association, 2021) และ O'Connell, 2018) และเน้นกระบวนการโดยเฉพาะเรื่องการให้สุขศึกษาโดยทีมผู้ให้บริการ (Krall et al., 2021) และ Zupa et al. (2019) บางรูปแบบเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งแบบเฉพาะพื้นที่หรือสื่อสารใน

ระดับวงกว้าง หทัยรัตน์ กันหาชิน และเพชรไสว ลั้มตระกูล (2563) และ ศุภาวดี พันธุ์หนองโพน และคณะ (2563)

อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา ยังไม่พบรูปแบบที่มองในภาพรวมของการจัดบริการเป็นระบบ โดยเริ่มตั้งแต่ทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง การบริหารจัดการ จนถึงการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยตรง เนื่องจากการทบทวนวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง ทั้งด้านทรัพยากร การบริหารจัดการ ผู้ให้บริการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงควรพิจารณาพัฒนารูปแบบที่สามารถตอบสนองเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมอย่างเป็นระบบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารจัดการในการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาทั้งระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นแนวคิดที่ควรนำมาพิจารณาในการแก้ไขปัญหาตามปัจจัยที่พบ และการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ควรเป็นแนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพและเกี่ยวข้องกับการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แนวคิดที่เกี่ยวกับการจัดบริการอย่างเป็นระบบ ที่นำมาใช้ประยุกต์ในการวิจัย คือ ระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต (Health system dynamics framework) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านการนำ และการบริหารจัดการ (Leadership & Governance) 2) การสนับสนุนทรัพยากร (Resources support) ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล ระบบข้อมูล ระบบยา วัสดุ อุปกรณ์ เทคโนโลยี และระบบการเงิน 3) การบริการ (Service delivery) ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์และเป้าหมายที่เชื่อมโยงและยืดหยุ่นกับประชาชน (Population) และบริบท (Context) ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดการบริการขึ้นอยู่กับทั้งด้านการบริหารจัดการ และการสนับสนุนทรัพยากร ภายใต้บริบท ประชากร ในพื้นที่ (Van Olmen et al., 2012) นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวม ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ควรมีรูปแบบการจัดบริการเฉพาะในการดูแลที่ต่อเนื่องไม่จำกัดอยู่เพียงแค่ภายในหน่วยบริการ แต่ควรเชื่อมโยงจากหน่วยบริการสู่ชุมชน และบูรณาการปัจจัยกำหนดสุขภาพต่างๆที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ทั้งในหน่วยบริการ และในชุมชนเข้าด้วยกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายมาใช้ในการวิจัย

แนวคิดด้านรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model: ECCM) (Barr et al., 2003) มีองค์ประกอบหลัก 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) การจัดบริการภายในหน่วยบริการ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย การออกแบบบริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลผู้ป่วย 2) ชุมชน ซึ่งมีส่วนร่วมในการช่วยสนับสนุนทรัพยากรประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ นโยบายสุขภาพสาธารณะ การสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และสร้างความเข้มแข็งของชุมชนซึ่ง โดยดำเนินการผ่านการปฏิสัมพันธ์

ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมจากในชุมชนที่ได้รับการเตรียมความพร้อม (Informed activated patients in Activated community) กับทีมสุขภาพที่ได้รับการเตรียมการให้บริการเชิงรุกที่เป็นหุ้นส่วนร่วมกับชุมชนที่ได้รับการเตรียมความพร้อม (Prepares proactive practice team in Prepares proactive community partners) โดยนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต (Health system dynamics framework) ที่มองในภาพกว้าง เพื่อให้ประเด็นในการศึกษามีความสมบูรณ์เต็มเต็มรายละเอียด มีความเฉพาะเจาะจงโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และมีเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยบริการและชุมชนที่ชัดเจนขึ้น ให้เกิดการจัดบริการที่เหมาะสม ยืดหยุ่นตามประชากร และบริบท ทั้งสองแนวคิดที่กล่าวมาได้นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาในภาพรวมของรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

การบริการสนับสนุนการจัดการตนเองในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการบริการแบบ 5 เอ (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) (Glasgow et al., 2006) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้ให้บริการจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวานโดยตรง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินผู้ป่วย 2) การแนะนำผู้ป่วย 3) การกำหนดเป้าหมาย และแผนการดูแลร่วมกันทั้งทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย 4) การช่วยเหลือสนับสนุน และ 5) การติดตามประเมินผล นอกจากนี้ยังได้นำมาบูรณาการร่วมกับมาตรฐานการดำเนินงาน NCD Clinic plus ในหมวดที่ 4 การสนับสนุนการจัดการตนเองที่เป็นต้นทุนตามบริบทที่มีอยู่แล้วจากนโยบายที่นำมาใช้ในหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ซึ่งประกอบด้วย 1) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) 2) กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล 3) การสนับสนุนการจัดการตนเองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม เช่น การมีกลุ่ม หรือชมรมผู้ป่วยเบาหวานทั้งแบบปกติ หรือออนไลน์ 4) สื่อการเรียนรู้ หรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ทั้งหมดที่กล่าวมาได้นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

จากข้อมูลดังกล่าวมาทั้งหมดจะพบว่า ประเทศไทยและเขตสุขภาพที่ 2 พบความชุกโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น เขตสุขภาพที่ 2 มีความชุกโรคเบาหวานสูงที่สุดของประเทศ และมีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ในเพียงร้อยละ 33.77 และไม่ได้ตามเป้าหมาย เท่ากับว่ามีผู้ป่วย 2 ใน 3 มีความเสี่ยงที่จะเข้าสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน อันจะส่งผลเสียทั้งสุขภาพ และเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันการประเมินตนเองในการจัดบริการโรคเบาหวานพบว่าเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเองทำได้น้อยที่สุด นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีรูปแบบการบริการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน พบรูปแบบมักเน้นเป็นเรื่องๆ ได้แก่ เน้นที่ผู้ป่วย การให้สุข

ศึกษา หรือการมีส่วนร่วมชุมชน เท่านั้น ยังไม่พบรูปแบบที่ชัดเจนในด้านบทบาทผู้ให้บริการ และรูปแบบที่มองในภาพรวมของการจัดบริการอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มตั้งแต่ การบริหารจัดการ การสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อให้สามารถจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เบาหวานโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัย รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาทั้งระบบที่เกี่ยวข้อง

คำถามการวิจัย

รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก ศึกษารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2
3. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2
4. เพื่อประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

สมมุติฐานของการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดสมมุติฐานสิ่งที่จะมีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 2 ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการบริการ ได้แก่ กำหนดทิศทางการจัดบริการ กระบวนการของการบริหาร และความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
2. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทรัพยากรการจัดบริการได้แก่การสนับสนุนทรัพยากร 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านการเงิน ด้านข้อมูล ด้านอุปกรณ์ และเทคโนโลยี มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

4. ปัจจัยด้านลักษณะการจัดบริการได้แก่ การจัดบริการแบบเครือข่ายวิชาชีพ

5. ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมอสม การมีส่วนร่วมสมาชิกใน

6. ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิชาชีพ สถานที่ปฏิบัติงาน

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขต
สุขภาพที่ 2 โดยเป็นการศึกษาวิจัยเฉพาะในส่วนการจัดบริการเท่านั้น มิได้ศึกษาไปถึงการจัดการ
ตนเองของตัวผู้ป่วย โดยกำหนดขอบเขตการวิจัยรวมทั้ง 4 ระยะเป็นเวลา 1 ปี 2 เดือน (พฤศจิกายน
2567- ธันวาคม 2568) โดยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะ 1 การศึกษาแบบเชิงคุณภาพ

ขอเขตเนื้อหา ศึกษาสถานการณ์ของการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของ
ผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

ขอบเขตประชากร มีประชากร ดังนี้

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่เป็นรพ.แม่ข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำหน่วยบริการปฐมภูมิฯ
3. บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบหลักในการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวาน
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่
5. ผู้ป่วยในพื้นที่

ขอบเขตพื้นที่ ได้แก่ 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2

ระยะที่ 2 การศึกษาแบบเชิงปริมาณ

ขอบเขตเนื้อหา ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 2

ขอบเขตประชากร มีประชากร คือ ผู้ให้บริการหลักในการให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 2

ขอบเขตพื้นที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 2

ระยะที่ 3 ขอบเขตเนื้อหา การสร้าง และพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

ขอบเขตประชากร มีประชากร ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหาร
2. กลุ่มแพทย์
3. กลุ่มบุคลากรที่เป็นผู้จัดการรายกรณี (case manager)
4. กลุ่มบุคลากรอื่นที่ร่วมจัดบริการ

ขอบเขตพื้นที่ ในเขตสุขภาพที่ 2

ระยะที่ 4 ขอบเขตเนื้อหา การประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

ขอบเขตประชากร มีประชากร และกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบาย และการบริหารจัดการ
2. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ
3. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ขอบเขตพื้นที่ ในเขตสุขภาพที่ 2

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคเบาหวาน หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่สองที่มีสาเหตุจากเซลล์ในร่างกายดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม (relative insulin deficiency) ที่มีผลจากภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนซึ่งมีผลจากพฤติกรรมสุขภาพ

รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ข้อความ รูปภาพที่อธิบายถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับ การจัดบริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้ ซึ่งครอบคลุม ทั้งการจัดการ การบริการ และการมีส่วนร่วม ทั้งนี้ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงในที่สุด

การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง กระบวนการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีขั้นตอนที่ประกอบด้วย 1) การถามและประเมินความพร้อมผู้ป่วยเบื้องต้น 2) การแนะนำผู้ป่วยจากส่วนขาดที่ได้ประเมินไว้ 3) การกำหนดเป้าหมาย และแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย 4) การช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆระหว่างดำเนินตามแผนการดูแล และ 5) การติดตามประเมินผล และปรับเปลี่ยนแผนการดูแล

หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่จัดบริการที่จำเป็นพื้นฐาน ได้การบริการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ตรวจรักษาโรคทั่วไปที่ไม่ซับซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วไปที่ไม่ซับซ้อน ได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่อาจจัดตั้งอยู่ภายในโรงพยาบาล หรือภายนอกโรงพยาบาลก็ได้ ที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 2

สถานการณ์การจัดบริการ หมายถึง สภาพการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นอยู่จริงปัจจุบันในระดับปฐมภูมิและระบบที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านการบริหารจัดการ การบริการ และการสนับสนุนทรัพยากรด้านต่างๆ รวมไปถึงจุดแข็งและจุดอ่อนปัญหาในการจัดบริการ

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการบริการ หมายถึง การดำเนินการให้มีการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ตามรูปแบบที่กำหนด ประกอบด้วย กำหนดทิศทางการจัดบริการ กระบวนการบริหาร และการสร้างความร่วมมือกับหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทรัพยากรการบริการ หมายถึง การสนับสนุนทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ทรัพยากรบุคคล การเงิน ข้อมูล วัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยี

ปัจจัยด้านสมรรถนะของผู้จัดบริการ หมายถึง ความรู้ ทักษะ ทักษะคติของผู้ให้บริการที่ทำให้สามารถให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้

ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจที่ได้จากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า ประสบการณ์เกี่ยวกับกระบวนการการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และการแนะนำอาหารที่เหมาะสมได้ตามบริบท

ทักษะ หมายถึง ความชำนาญในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การกำหนดเป้าหมายแผน การสร้างแรงจูงใจ การผลิตสื่อสอน

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นหรือปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ให้บริการที่มีต่อหลักการและแนวคิดของการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัยลักษณะการจัดบริการ หมายถึง ลักษณะของการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย การจัดบริการแบบเครือข่าย ความต่อเนื่องของบริการ และการเตรียมข้อมูลให้บริการเพื่อเตรียมแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมก่อนการจัดบริการเฉพาะรายหรือกลุ่ม

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการร่วมจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ป่วย ครอบครัว และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลส่วนบุคคล และลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ที่ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการทำงาน บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน รูปแบบการปฏิบัติงานของแพทย์ สถานที่ปฏิบัติงาน วิชาชีพ การอบรม และการรับนโยบาย

การได้รับอบรม หมายถึง การที่ผู้ให้บริการโรคเบาหวาน ได้รับพัฒนาความรู้ และทักษะในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

การรับนโยบาย หมายถึง การที่ผู้ให้บริการโรคเบาหวาน ได้รับรู้ถึงนโยบายจากหน่วยงานที่ควบคุมกำกับ ที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

รูปแบบการปฏิบัติงานของแพทย์ หมายถึง รูปแบบการมาปฏิบัติของแพทย์ 3 ลักษณะในการบริการผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ แพทย์ที่มาปฏิบัติงานจากการสนับสนุนของรพ.แม่ข่ายที่มาตารางเวลาที่กำหนด แพทย์ที่มีประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือรพ.สต.อยู่แล้ว และไม่มีแพทย์มาปฏิบัติงาน

การจัดการตนเองของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้ และความสามารถในการเห็นประโยชน์ และมีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย จากแผน กิจกรรมต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องได้อย่างต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่นเหมาะสมได้ตามบริบท

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ดังนี้

1. บริบทของเขตสุขภาพที่ 2
2. โรคเบาหวาน
 - 2.1 ความหมาย ชนิดของโรค และปัจจัยที่เป็นสาเหตุ
 - 2.2 การคัดกรองโรค การวินิจฉัย การรักษา และภาวะแทรกซ้อน
 - 2.3 ปัญหา สถานการณ์ และผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
3. นโยบาย และมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวาน
 - 3.1 นโยบาย และแผนระดับต่างๆ ระดับนานาชาติ
 - 3.2 นโยบาย และแผนระดับต่างๆ ของประเทศไทย
 - 3.3 มาตรฐานคลินิกเบาหวานโดยสมาคมวิชาชีพ
4. การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
 - 4.1 การจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
 - 4.2 ผลการดำเนินงานของการจัดบริการแบบ NCD Clinic plus
 - 4.3 การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง ในแนวทางของ NCD Clinic Plus
 - 4.4 ปัญหาของการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
 - 4.5 การสนับสนุนเพื่อให้เกิดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
5. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 แนวคิดระบบสุขภาพแบบพลวัต (Health system dynamics framework)
 - 5.2 แนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model: ECCM)
 - 5.3 แนวคิดรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานแบบ 5 เอ (5 A's Model)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

บริบทเขตสุขภาพที่ 2

กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งพื้นที่ในการบริหารจัดการออกเป็น 13 เขต ซึ่งเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ ตาก อุตรดิตถ์ พิษณุโลก สุโขทัย และเพชรบูรณ์ โดยมีพื้นที่ ดังนี้ ตามภาพ 1



ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ภูมิศาสตร์เป็นที่ราบสลับภูเขา มีหน่วยบริการสุขภาพระดับจังหวัด และอำเภอของภาครัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขครอบคลุมในพื้นที่ต่างๆ ดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 6 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 39 แห่ง และมีหน่วยบริการปฐมภูมิครอบคลุมในทุกตำบลประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 432 แห่ง และที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 196 แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิประจำโรงพยาบาล 47 แห่งรวมทั้งหมด 675 แห่ง โดยมีข้อมูลทรัพยากรสุขภาพตามตาราง 1 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก, 2568)

ตาราง 1 แสดงข้อมูลหน่วยบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2

จังหวัด	รพศ. / รพท.	รพช.	หน่วยบริการ ปฐมภูมิในเขต รพ.แม่ข่าย	รพสต.สังกัด กระทรวง สาธารณสุข	รพสต.สังกัด องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	รวมหน่วย บริการปฐมภูมิ
ตาก	-/2	7	9	92	23	124
พิษณุโลก	1/-	8	9	96	49	158
เพชรบูรณ์	/2	9	11	91	62	165
สุโขทัย	-/2	7	9	100	18	127
อุตรดิตถ์	1/-	8	9	53	44	106
รวม	2/6	39	47	432	196	675

โรคเบาหวาน

1. ความหมายโรคเบาหวาน ชนิดของโรค และปัจจัยที่เป็นสาเหตุ

โรคเบาหวาน เป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้งานได้มีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพ ทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่ ขนาดเล็ก และเส้นประสาท เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะต่างๆ เช่น ตา ไต หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง การเป็นแผลง่ายแต่หายยาก ขาปลายมือปลายเท้า โดยแบ่งออกเป็น 5 ชนิด ตามสาเหตุของการเกิดโรคดังนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

1.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (DM type 1)

เป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ (Beta cell) ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อย รูปร่างไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก น้ำหนักลด การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนคือ พบระดับ ซี-เปปไทด์ (C-peptide) ในเลือดต่ำหรือวัดไม่ได้เลย หรือ ตรวจพบปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อเซลล์ไอส์เล็ต ได้แก่ islet-cell autoantibody, antibody ต่อ อินซูลิน, GAD65, tyrosine phosphatases IA-2 and IA-2 β , และ ZnT8 (zinc transporter 8)

1.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (DM type 2)

เป็นชนิดที่พบมากที่สุดของคนไทย พบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม (relative insulin deficiency) มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน (ดัชนีมวลกายในคนเอเชีย 23 กก./ตรม.) อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่ หรือ พี่ น้อง

โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุมากขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามโรคเบาหวานทั้งสองชนิดสามารถมีอาการแสดงที่คล้ายคลึงกันได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 สามารถพบได้ในเด็กและผู้ใหญ่ นอกจากนี้จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จากสาเหตุต่างๆก็ทำให้อวัยวะต่างๆเสื่อมการทำงานลงซึ่งรวมถึงตับอ่อนที่มีหน้าที่ผลิตอินซูลินลดลงไปอีกจนกลายเป็นวงจรอุบาทว์(vicious cycle) ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่รุนแรงขึ้นไปอีก (วิโรจน์เจียมจรัสรังสี, 2561)

1.3 โรคเบาหวานชนิดผสมระหว่างชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 (hybrid forms of diabetes)

เป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะก้ำกึ่งระหว่างเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 เดิมโรคนี้นี้เรียกว่า Latent autoimmune diabetes in adult (LADA) พบในเด็ก และวัยรุ่นได้ โดยมีอาการเหมือนเบาหวานชนิดที่ 2 แต่มีการเสื่อมของเซลล์ตับอ่อนอย่างรวดเร็วในเวลา 6-12 เดือนจนต้องใช้อินซูลินในการรักษาในที่สุด แต่ผู้ป่วยจะไม่อ้วน และไม่มีอาการดื้อต่ออินซูลิน โดยตรวจพบ antibodies ต่อเซลล์ตับอ่อน โดยตรวจพบ anti GAD ร้อยละ 90 และตรวจพบ anti HA2 หรือ ZNT8

1.4 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM)

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดจากการที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ จากปัจจัยจากรก หรืออื่นๆ และตับอ่อนของมารดาไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการได้ สามารถตรวจพบจากการทำ oral glucose tolerance test (OGTT) ในหญิงมีครรภ์ในไตรมาสที่ 2 หรือ 3 ที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ด้วยวิธี “One-step” ตรวจครั้งเดียวโดยใช้ 75 กรัม OGTT หรือ “Two-step” ใช้การตรวจคัดกรองด้วย 50 กรัม glucose challenge test แล้วตรวจยืนยันด้วย 100 กรัม OGTT สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่พบระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงกว่า 126 มก./ดล.หรือ Hb A1C 6.5%ในไตรมาสที่ 1 จะจัดอยู่ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจจะเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ ชนิดที่ 2 หรือ เบาหวานชนิดอื่นๆ ได้

1.5 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other specific types)

เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน โรคของต่อมไร้ท่อ จากยา สารเคมี จากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

การแบ่งประเภทตามปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ ปัจจัยที่ติดตัวผู้ป่วยมาตั้งแต่กำเนิดจากพันธุกรรมที่อาจเป็นได้ทั้งเบาหวานชนิดที่ 1 ถึงชนิดที่ 5 โดยที่มีอาจมีประวัติทางครอบครัว เพศ อายุ โดยเมื่อมีอายุมากขึ้นก็จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานมากขึ้นตามภาวะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ตามวัย

2. ปัจจัยที่ควบคุมได้ ได้แก่ พฤติกรรมหรือวิถีชีวิตที่ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม เช่น การรับประทานอาหารที่ขาดสมดุลทางพลังงาน การมีภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนจากสาเหตุการมีวิถีชีวิต (lifestyle) ที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) ขาดการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม รวมไปถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ที่อาจเกิดจากทั้งพฤติกรรมส่วนบุคคล ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น วัฒนธรรมการบริโภค ราคาสินค้า การโฆษณาสินค้า ขาดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกายที่สะดวก ปลอดภัย เป็นต้น (วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี, 2561)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีสาเหตุจากภาวะที่เซลล์ไม่สามารถนำอินซูลินใช้ได้ ซึ่งพบมากที่สุด ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทุกชนิด และมีสาเหตุหลักจากปัจจัยที่สามารถควบคุมได้

2. การคัดกรองโรคเบาหวาน การวินิจฉัย และการรักษา

2.1 การคัดกรองโรคเบาหวาน แนะนำให้ใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่

2.1.1 การตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose, FPG, venous blood) โดยตรวจเลือดจากหลอดเลือดดำ ถ้าระดับ FPG มากกว่า 126 มก./ดล. ให้ตรวจยืนยันด้วย FPG อีกครั้งหนึ่งในวันหรือสัปดาห์ถัดไป ถ้าพบ FPG 126 มก./ดล. ซ้ำอีก ให้การวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน ในกรณีที่ FPG มีค่า 100-125 มก./ดล. วินิจฉัยว่าเป็นภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (Impaired Fasting Glucose: IFG) ควรได้รับคำแนะนำให้ป้องกันโรคเบาหวาน แล้ววัดระดับ FPG ซ้ำทุก 1-3 ปี ถ้าจะวินิจฉัยยืนยันสามารถตรวจคัดกรอง Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) เพื่อให้เข้าถึงบริการรักษาได้เร็วขึ้น

2.1.2 การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 กรัม Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) มีความไวในการวินิจฉัยเบาหวานมากกว่า FPG ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล ≥ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ถ้าระดับ 2 hr -PG 140-199 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยเป็น impaired glucose tolerance แล้วให้ผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยงเข้าโปรแกรม Intensive lifestyle modification ถ้าระดับ 2 hr -PG < 140 มก./ดล. ถือว่าปกติ

2.1.3 การวัดระดับ Hb A1C ถ้ามีค่า ≤ 5.6 ถือว่าปกติ ระหว่าง 5.7-6.4 เป็นภาวะก่อนเบาหวาน และ ≥ 6.5 ให้วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน

2.2 การวินิจฉัย

การวินิจฉัย มีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนคือ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่ามากกว่า 126 มก./ดล.เหมาะสำหรับคนทั่วไปที่มาตรวจสุขภาพ และผู้ที่ไม่มีอาการ
3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 กรัม Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาล 200 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานวิธีนี้มักใช้ในงานวิจัย เนื่องจากผลการตรวจมีความไว (sensitivity) แต่ความจำเพาะ (specificity) ไม่ดีอาจคลาดเคลื่อนได้
4. การตรวจวัดระดับ HbA1C ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน นิยมใช้กันในปัจจุบัน เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐาน รายละเอียดการแปลผลระดับพลาสมากลูโคสและ HbA1C สรุปไว้ในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงการแปลผลระดับพลาสมากลูโคส และค่า HbA1C เพื่อการวินิจฉัย

การตรวจระดับน้ำตาล ในเลือด	ปกติ mg/dl	ระดับน้ำตาลในเลือดที่มีความเสี่ยงเป็นเบาหวาน		โรค เบาหวาน mg/dl
		Impair fasting glucose (IFG) mg/dl	Impair glucose tolerance (IGT) mg/dl	
พลาสมากลูโคสขณะอด อาหาร (FPG)	< 100	100-125	-	≥ 126
พลาสมากลูโคส 2 ชม.หลัง ดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม	< 140	-	140-199	≥ 200
พลาสมากลูโคสที่เวลาใดๆ ในผู้มีอาการชัดเจน	-	-	-	≥ 200
ค่า HbA1C	<5.7%	5.7-6.4 %		≥ 6.5 %

2.3 การศึกษา

การศึกษา แบ่งเป็น 3 วิธีการหลัก คือ

1. การศึกษาโดยการให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetic Self-Management Education Support: DSMEs) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่มีความคุ้มค่า โดยผู้ที่ให้ความรู้และทักษะการดูแลตนเองประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่สามารถเสริมพลังและสร้างใจให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น ทั้งข้อมูลการป่วย พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

1.2 การตั้งเป้าหมาย และการวางแผนควรเป็นเป้าหมายที่กำหนดร่วมกับระหว่างทีมผู้ให้การรักษา กับตัวผู้ป่วยที่เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย

1.3 การปฏิบัติ มี 7 ด้าน ได้แก่ อาหารเพื่อการโภชนาบำบัดเพื่อสมดุลของพลังงานและสารอาหาร กิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย การใช้ยาตามแผนการรักษา การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การแก้ปัญหาเบื้องต้นด้วยตนเองที่บ้าน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ การดูแลร่างกายทั่วไป และเฉพาะส่วนที่เสี่ยงสูง เช่น สุขภาพช่องปาก เท้า เป็นต้น และการดูแลและปรับอารมณ์และจิตใจ

1.4 การติดตามประเมินผล ทั้งเชิงพฤติกรรม และผลการรักษาทางคลินิก

2. การดูแลรักษาโดยการปรับพฤติกรรมให้สู่เบาหวานระยะสงบ (Diabetes remission)

2.1 นิยาม ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้มีค่า $HbA1C < 6.5$ ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ได้ใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น เช่น การควบคุมอาหาร การงดอาหาร (intermittent fasting: IF) อย่างเข้มงวด การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวและระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

2.2 การปรับพฤติกรรมตามหลัก SMART model ได้แก่

S = Specific คือมีเป้าหมายที่เจาะจงและชัดเจน

M = Measurable คือเป้าหมายที่สามารถวัดได้

A = Achievable คือสามารถทำให้สำเร็จได้

R = Realistic คือ เป็นเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยบนพื้นฐานความเป็นจริง

T = Time-bound คือ มีการกำหนดเวลาที่ชัดเจนที่จะบรรลุเป้าหมาย

2.3 การติดตามเมื่อเข้าสู่ระยะสงบแล้ว ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการว่าเมื่อเข้าสู่ระยะเบาหวานสงบแล้ว พยาธิกำเนิดของโรคจะกลับสู่ภาวะปกติได้ ต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

3. การรักษาแบบใช้ยาเม็ดรับประทานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด และยาฉีดอินซูลิน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

2.4 ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute complication) ได้แก่

2.4.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) คือภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 มิลลิกรัม / เดซิลิตรมักทำให้เกิดอาการใจสั่นอ่อนเพลียซึ่งเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ

2.4.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงกว่าปกติ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะนี้หากไม่ได้รับการรักษานั้นอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ต่ออวัยวะต่าง ๆ ถูกทำลายจนมีปัญหาร้ายแรงตามมาได้

2.4.3 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (Chronic complication) แบ่งตามกลไกการเกิดโรค ดังนี้

- 1) การเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular) เช่น ภาวะไตวาย (nephropathy) ภาวะประสาทตาเสื่อม (retinopathy) เป็นต้น
- 2) การเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ (macrovascular) เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน โรคเส้นเลือดอุดตันที่ปลายขา หรือเท้า เป็นต้น
- 3) การเปลี่ยนแปลงจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ตาต้อกระจก (cataract) ปลายเส้นประสาทเสื่อม (neuropathy) เป็นต้น (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549)

สรุปโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุจากสภาวะที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้จนเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำจนเกินไป และแบบเรื้อรังจากภาวะเสื่อมของเส้นเลือดขนาดต่างๆ และเส้นประสาท เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะไตวายเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อม แผลเรื้อรังที่เท้า เป็นต้น ซึ่งสามารถรักษาได้ทั้งการใช้ยา และการปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยผู้ป่วยควรจะสามารถจัดการตนเองได้ โดยได้รับการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetic Self-Management Support: DSMS) ที่มีคุณภาพของหน่วยบริการ โดยมีการวางแผน และลงมือปฏิบัติตามแผนร่วมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มีบริบทที่แตกต่างกันได้อย่างเหมาะสม และยืดหยุ่น

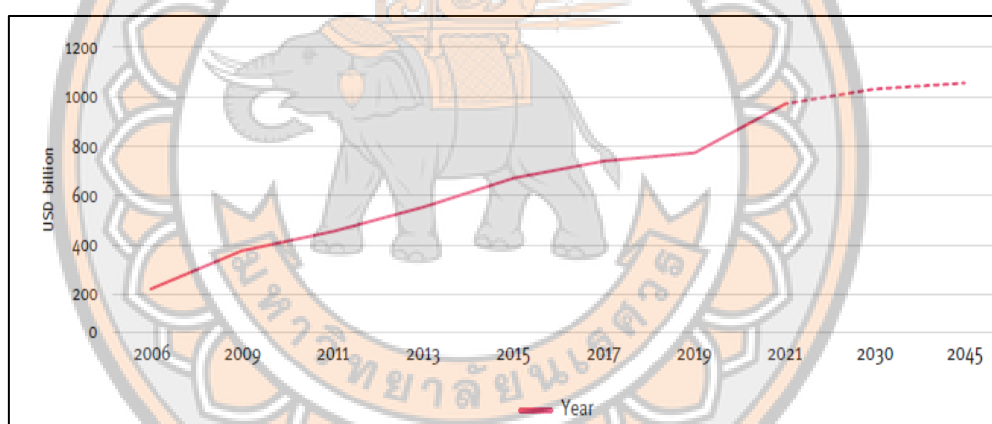
3. ปัญหา สถานการณ์ และผลกระทบจากโรคเบาหวาน

ปัญหาโรคเบาหวานยังคงเป็นปัญหาระดับโลก และประเทศไทย จากการคาดการณ์ไปสู่อนาคต ดังข้อมูลต่อไปนี้

3.1 สถานการณ์โรคเบาหวานระดับโลก

สถานการณ์โรคเบาหวานของโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetic Federation: IDF) ปีพ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 589 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2567 และโดยคาดการณ์จะเพิ่มเป็น 853 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 โดยมีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 ในปี 2567 เป็นร้อยละ 13 ในปี 2593 ตามลำดับ และมีผู้ที่เสียชีวิตทั่วโลกจากสาเหตุโรคเบาหวานร้อยละ 9.3 โดยเกือบร้อยละ 40 ของผู้ที่เสียชีวิตอยู่ในวัยทำงานอายุ 20-59 ปี (สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ, 2568)

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากโรคเบาหวานเพิ่มจาก 232 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2007 เป็น 966 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2021 ซึ่งเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 316 ภายในเวลา 15 ปี และคาดการณ์ค่าใช้จ่าย 1.03 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2030 และ 1.05 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2045 โดยกำหนดให้ปัจจัย อายุ เพศ และความชุกคงที่ แต่มีการคำนึงถึงขนาดประชากร อายุที่เพิ่มขึ้น การกระจายทางเพศ และการเพิ่มของเมืองที่เปลี่ยนแปลงไป ตามภาพ 2



ภาพ 2 แสดงการประมาณการณ์ผลกระทบต่อเศรษฐกิจจากโรคเบาหวานจากปี 2006-2045

ที่มา: International Diabetes Federation, 2025.

สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลสำคัญเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของนานาชาติ และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกตามที่สหพันธ์เบาหวานนานาชาติกำหนดไว้ พบว่ามีความชุกสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก แต่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของภูมิภาค (International Diabetes Federation, 2025) ตามข้อมูลตามตาราง

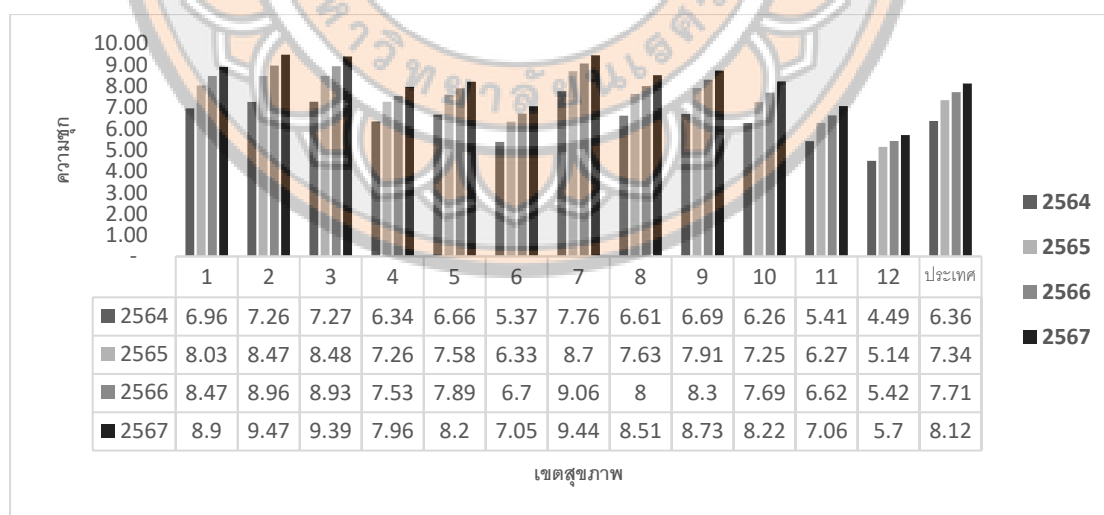
ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลสำคัญของประเทศไทย ภูมิภาค และโลก

	ผู้ป่วย (ล้านคน)	ความชุก (%)	ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ การวินิจฉัย (ล้านคน)	ค่าใช้จ่ายต่อ ราย (ดอลลาร์ สหรัฐฯ)	จำนวน ผู้เสียชีวิตที่อายุ <60 ปีต่อปี(คน)
โลก	537	10.5	239.7	1,838.4	2,184,400
แปซิฟิกตะวันตก (WP)	205.6	11.9	108.7	1,203	717,400
ไทย	6.07	11.6	2.41	655	62,361

3.2 สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย

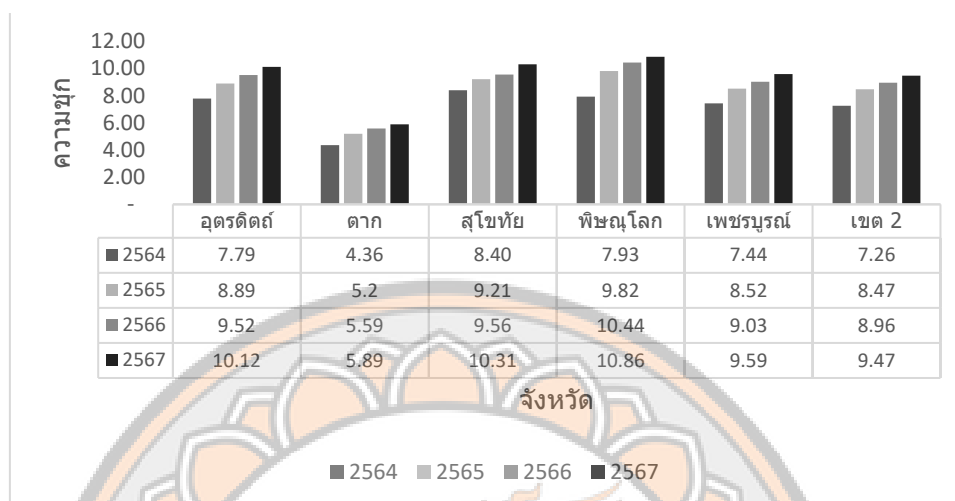
ประเทศไทยพบความชุกโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.8 ล้านคน ในปี 2567 โดยข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข แสดงข้อมูลระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 (กระทรวงสาธารณสุข, 2569) ดังนี้

1. ความชุก (prevalence) โรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีในทุกเขตสุขภาพ ในภาพรวมประเทศพบความชุกย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 2564-2567 ดังนี้ ร้อยละ 6.36 7.34 7.71 และ 8.12 ตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ 2567 พบมากที่สุดที่เขตสุขภาพ 2 (ร้อยละ 9.47) เขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 9.44) และ เขตสุขภาพที่ 3 (ร้อยละ 9.39) ตามลำดับ ตามภาพ 3



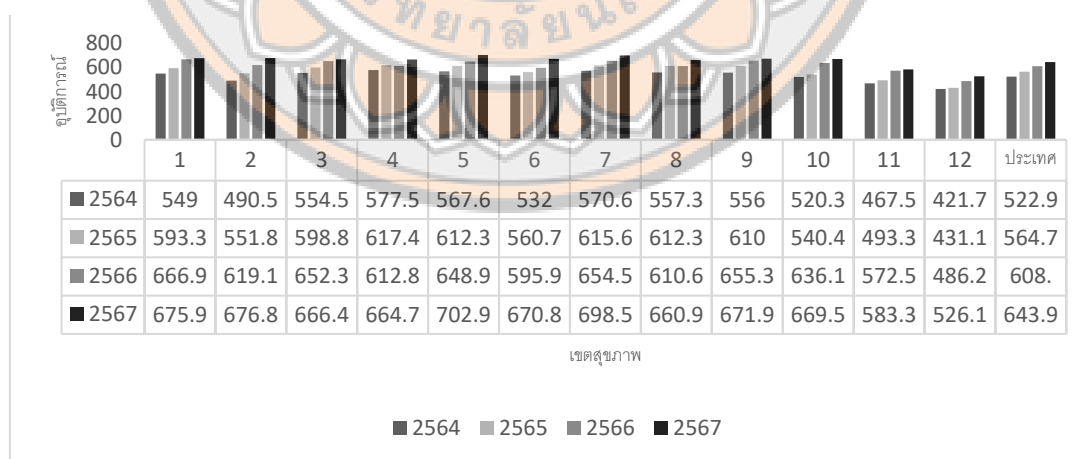
ภาพ 3 แสดงความชุกโรคเบาหวานแยกตามเขตสุขภาพ 1-12 และประเทศ

เขตสุขภาพที่ 2 มีความชุก(prevalence) เพิ่มขึ้นทุกปีทั้ง 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 โดยในปีงบประมาณ 2567 พบจากมากไปน้อย ดังนี้ จังหวัดพิษณุโลก (ร้อยละ10.86) สุโขทัย (ร้อยละ 10.31) อุตรดิตถ์ (ร้อยละ 10.12) เพชรบูรณ์ (ร้อยละ 9.59) และ ตาก (ร้อยละ 5.89) ตามลำดับ ตามภาพ 4



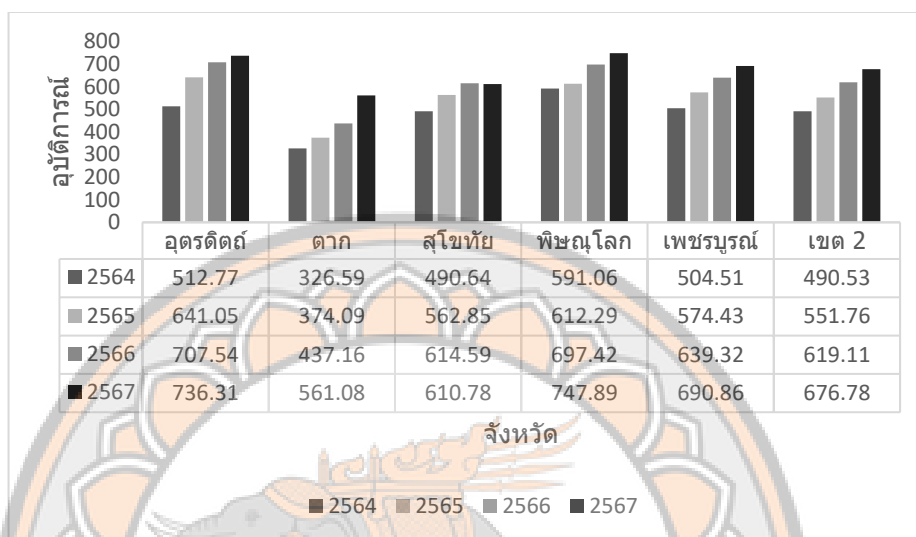
ภาพ 4 แสดงความชุกโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 2 และแยกรายจังหวัด

2. อุบัติการณ์ (incidence) เพิ่มขึ้นในปี 2564-2567 ในทุกเขตสุขภาพโดยในภาพรวมประเทศพบอุบัติการณ์ ดังนี้ 522.91 564.69 608.90 และ 643.91 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ 2567 พบมากที่สุดที่เขตสุขภาพที่ 5 (702.94 ต่อแสนปชก.) เขตสุขภาพที่ 7 (698.51 ต่อแสนปชก.) เขตสุขภาพ 2 (676.78 ต่อแสนปชก.) ตามลำดับ ตามภาพ 5



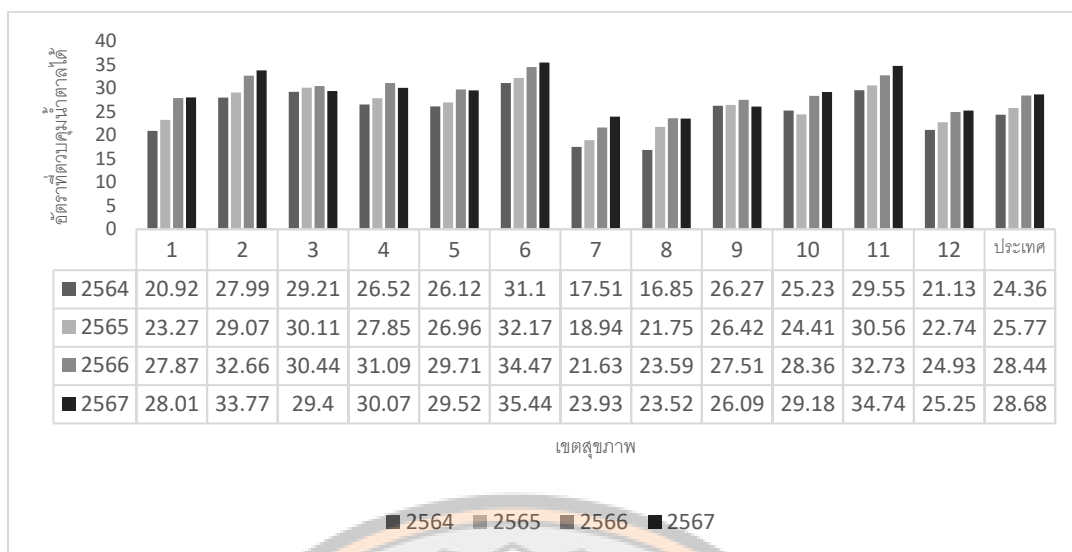
ภาพ 5 แสดงอุบัติการณ์แยกตามเขตสุขภาพที่ 1 -12 และประเทศ

สำหรับ เขตสุขภาพที่ 2 มีอุบัติการณ์เพิ่มต่อเนื่องใน 4 ปีหลังตั้งแต่ปี 2564-2567 โดยปีงบประมาณ 2567 มีค่าเฉลี่ยเขต 676.78 ต่อแสนปชก. มีจังหวัดที่พบมาก ดังนี้ พิษณุโลก (747.89 ต่อแสนปชก.) อุตรดิตถ์ (736.31 ต่อแสนปชก.) เพชรบูรณ์ (690.86 ต่อแสนปชก.) สุโขทัย (610.78 ต่อแสนปชก.) และตาก (561.08 ต่อแสนปชก.) ตามลำดับตามภาพ 6



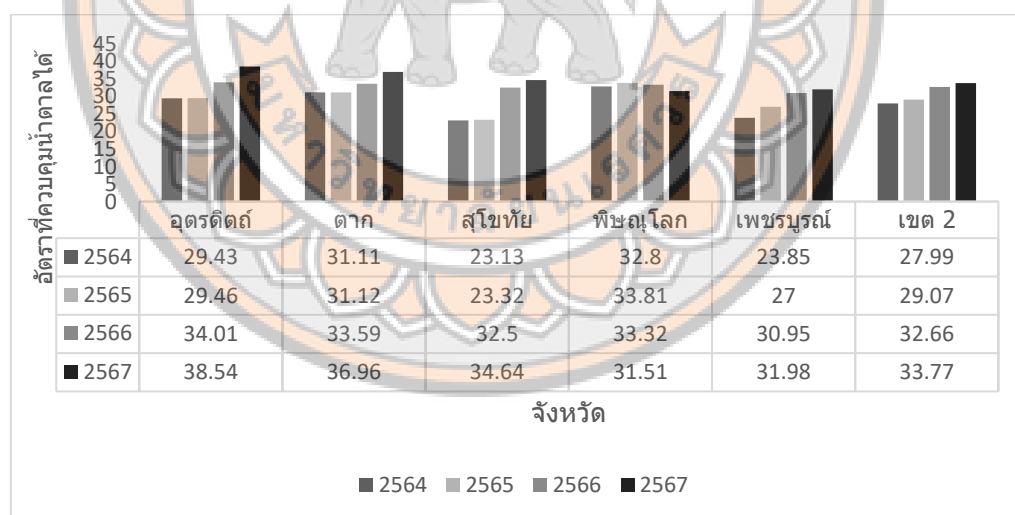
ภาพ 6 แสดงอุบัติการณ์โรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 2 และแยกรายจังหวัด

3. อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จากค่า HbA1C <7 พบว่ามีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาล ในภาพรวมประเทศในปี 2564 - 2567 มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น โดยพบอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดังนี้ ร้อยละ 24.36 25.77 28.49 และ 28.68 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังได้ไม่ถึงร้อยละ 40 โดยในปี 2567 มีผลอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้มากที่สุด ในเขตสุขภาพ ที่ 6 ร้อยละ 35.44 เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 34.25 และเขตสุขภาพที่ 2 ร้อยละ 33.77 ตามลำดับ โดยในทางกลับกันเขตสุขภาพที่มีผลอัตราควบคุมระดับน้ำตาลได้น้อยที่สุด ในเขตสุขภาพ 8 ร้อยละ 23.52 เขตสุขภาพ 7 ร้อยละ 23.93 และเขตสุขภาพ 12 ร้อยละ 25.25 ตามภาพ 7



ภาพ 7 แสดงอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ เขตสุขภาพที่ 1-12 และประเทศ

โดยเขตสุขภาพที่ 2 ในปีงบประมาณ 2567 มีจังหวัดที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้มากที่สุดตามลำดับ ดังนี้ อุตรดิตถ์ร้อยละ 38.54 ตากร้อยละ 36.96 สุโขทัยร้อยละ 34.64 เพชรบูรณ์ร้อยละ 31.98 พิษณุโลกร้อยละ 31.51 และ ตามลำดับ ตามภาพ 8



ภาพ 8 แสดงอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ 5 จังหวัด และเขตสุขภาพที่ 2

สรุปเขตสุขภาพที่ 2 พบว่ามีความชุกสูงที่สุดของประเทศ การควบคุมระดับน้ำตาลยังไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ 40 ทั้ง 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 จะเข้าสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรค และเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจสังคมต่อไป จึงควรมีการศึกษาในเขตสุขภาพนี้

3.3 ผลกระทบ

1) ผลกระทบด้านสุขภาพจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดที่นำเลือดไปหล่อเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดผลแทรกซ้อนต่ออวัยวะนั้นที่สำคัญที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดและหัวใจ 3 เท่าของคนทั่วไป ประมาณ 1 ใน 3 จะเกิดภาวะ สายตาเสื่อม และตาบอด มีความเสี่ยงภาวะไตวาย 10 เท่าของคนทั่วไป และมีการสูญเสียเท้า และขาทุก 30 วินาที รวมไปถึงภาวะเบาหวานในผู้ที่ตั้งครรภ์ที่จะส่งผลแทรกซ้อนต่อทั้งมารดา และทารกในครรภ์ เป็นต้น (International Diabetes Federation, 2025) โดยมีข้อมูลผลกระทบจากผลแทรกซ้อนเรื้อรังดังนี้ อัตราเสียชีวิตต่อแสนประชากร (mortality rate) ของประเทศ 22.8 21.9 และ 20.9 ในปี 2565 2566 และ 2567 ตามลำดับ อัตราเสียชีวิตของเขตสุขภาพที่ 2 23.3 24.9 และ 18.6 ในปี 2565 2566 และ 2567 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2569) ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 977,688 ราย 1,062,756 ราย และ 1,121,545 ราย 2565 2566 และ 2567 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ ,2568)

2) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว โดยมีภาระค่าใช้จ่ายของทั่วโลกในปี 2567 ประมาณ 32 ล้านล้านบาทต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อประชากร 55,000 บาทต่อปีต่อคน ค่าใช้จ่ายของประเทศไทยประมาณ 130,000 ล้านบาทต่อปี ค่าใช้จ่ายต่อประชากร 20,425 บาทต่อคนต่อปี โดยกำหนดอัตรา 1 ดอลลาร์สหรัฐ เท่ากับ 31 56 บาท (International Diabetes Federation, 2025) นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายการบำบัดทดแทนไตผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของประเทศไทย เป็นจำนวนเงิน (ล้านบาท) 9,731 9,952 และ 12,807 ในปี 2565 2566 และ 2567 ตามลำดับ และ เขตสุขภาพที่ 2 เป็นจำนวนเงิน (ล้านบาท) 184 312 และ 493 ในปี 2565 2566 และ 2567ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2567)

สรุปจากการทบทวนสถานการณ์โรคเบาหวานระดับนานาชาติพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกภูมิภาค โดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วย โดยมีแนวโน้มความชุก (Prevalence) สูงขึ้นทุกปีในทุกเขตสุขภาพ โดยในปี 2567 เขตสุขภาพที่ 2 มีความชุก สูงที่สุดของของประเทศ และมีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ของประเทศร้อยละ 28.68 เขตสุขภาพที่ 2 ร้อยละ 32.77 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 ของเขตจะเข้าสู่ภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง ซึ่งจะผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจตามมาอย่างสูงในอนาคต ถ้าหากไม่มีการทบทวนนโยบาย และรูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานที่ผ่านมาไปสู่การแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพเพื่อลดผลกระทบด้านต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว

นโยบาย และมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวาน

1. นโยบาย และแผนระดับนานาชาติ โดยองค์การอนามัยนานาชาติ (WHO) ดังนี้

จากการจัดประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly: WHA) ได้รับรองความครอบคลุมการดูแลโรคเบาหวาน 5 เป้าหมายที่จะต้องบรรลุในปี 2030 (พ.ศ. 2573) เมื่อวันที่ 28 พ.ค.2565 ดังนี้

80% ของประชาชนที่เป็นโรคเบาหวานต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย

80% ของผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

80% ของผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

60% ของผู้ป่วยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปได้รับยาลดไขมันในเส้นเลือด

100% ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เข้าถึงยาอินซูลิน และการตรวจติดตามระดับน้ำตาลได้ด้วยตนเอง.

ซึ่งจากเป้าหมายที่ 2 ตามที่สมัชชาสุขภาพโลกได้กำหนดไว้ สำหรับประเทศไทยซึ่งมีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงประมาณร้อยละ 28.68 จึงต้องเร่งรัดในเรื่องนี้ต่อไป

การวิจัยของนโยบาย และแผนการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง (NCDs) ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดย Castillo-Carandang et al. (2020) ได้เสนอข้อสังเกตที่สำคัญ ดังนี้

1. การเชื่อมโยงระบบบริการรักษาทางคลินิกให้เข้ากับระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคด้านสาธารณสุข

2. การพัฒนาให้ระบบบริการปฐมภูมิเข้มแข็ง

3. เพิ่มการพัฒนาการทำงานร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพ

4. การบูรณาการประเด็นสุขภาพต่างๆกับทุกนโยบาย (Health in all policies: HiAP)

นอกจากนี้ยังเสนอให้มีการวิจัยในอนาคต ในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1. ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public Private Partnership: PPP)

2. การทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ

3. การนำดิจิทัลเทคโนโลยี และระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligent: AI) มาพัฒนาระบบการบริการโรคเรื้อรัง

4. การวิจัยความเชื่อ พฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพ (Health seeking behavior) และวิถีชีวิตของประชาชนในกลุ่มที่มีรายได้น้อย (Castillo-Carandang, et al., 2020)

ซึ่งจากข้อสังเกตของวิจัยนี้ เป็นเรื่องที่น่าสนใจในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความพร้อมและเชื่อมต่อทั้งการรักษากับการส่งเสริมสุขภาพเข้าด้วยกันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มีการทำงานร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพ การบูรณาการนโยบายรอบด้านที่เกี่ยวข้องจากความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ และการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้วิจัย และพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

2. นโยบาย และแผนระดับต่างๆ ของประเทศไทย ดังนี้

2.1 แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561-2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะทรัพยากรมนุษย์ที่ดำเนินการโดยแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่ 13 การสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี และแผนแม่บทที่ 17 ความเสมอภาค และประกันทางสังคม ซึ่งร่วมไปถึงหลักประกันสุขภาพของคนไทยทุกสิทธิที่จะเข้าถึงบริการโรคเรื้อรังต่างๆ ที่รวมถึงโรคเบาหวาน

2.2 แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) โดยสำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าประสงค์ให้ประเทศไทย มีความเข้มแข็งในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างเป็นรูปธรรม โดยที่ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองให้พ้นจากโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืน เป้าหมายหลักเพื่อลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคเรื้อรังลง 1 ใน 3 ภายในปี พ.ศ. 2573 และเป้าหมายระยะสั้นที่ 1 ใน 4 ภายในปี พ.ศ. 2570 โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. บูรณาการเครือข่าย (SMART NCDs Network) ในการจัดการโรค NCDs
2. สร้างเสริมความรู้ (NCDs Health Literacy) ความตระหนักรู้ รู้เท่าทัน และค่านิยมในการป้องกันควบคุม NCDs ของคนในชาติ
3. สร้างระบบนิเวศ (Ecosystem) ที่เอื้อต่อการจัดการ NCDs ของประเทศ โดยเป็นแนวทางการดำเนินงาน 4 มาตรการ (2P2S) ได้แก่
 1. การขับเคลื่อนนโยบายและสร้างพันธมิตรความร่วมมือ (Policy and Advocacy)
 2. การส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง (Promotion and Risk Reduction)
 3. การเสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ (Strengthen Health System)
 4. ระบบเฝ้าระวัง สนับสนุน พัฒนากำลังคนและติดตามประเมินผล (Surveillance and Supporting system M&E)

สรุปจากการทบทวนนโยบาย และมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่านโยบายในระดับนานาชาติเน้นที่ความครอบคลุม การเข้าถึงการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงโรคเบาหวาน และให้การรักษารักษาผู้ป่วยที่เป็นตามมาตรฐาน สำหรับประเทศไทยก็มีนโยบายแผนงานต่างๆ ที่สอดคล้องกับนานาชาติ มีแผนระดับต่างๆ ที่เชื่อมโยงกับระบบราชการของประเทศ การร่วมมือกับเครือข่ายวิชาชีพที่ การพัฒนาสมรรถนะของหน่วยบริการระดับต่างๆ และการทำงานร่วมกับชุมชน แต่อย่างไรก็ตามควรจะต้องติดตามประเมินผลการน่านโยบาย และแผนสู่การปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมได้ตามบริบทของชุมชน

3. มาตรฐานคลินิกเบาหวานโดยสมาคมวิชาชีพ

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ได้จัดทำข้อเสนอจากการระดมสมองจากผู้ส่วนเกี่ยวข้องทั้งจากสภาวิชาชีพ ชมรม และสมาคมวิชาชีพต่างๆ กระทรวงสาธารณสุข สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกรุงเทพมหานคร ในช่วงปี 2561-2562 เพื่อนำมาจัดทำคู่มือแนวทางเพื่อการพัฒนาคลินิกเบาหวาน ปี2563 โดยกำหนดองค์ประกอบที่เป็นมาตรฐาน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 โครงสร้าง อุปกรณ์ และเครื่องมือ

องค์ประกอบที่ 2 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ

องค์ประกอบที่ 3 มาตรฐานการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองโดยผู้เป็นเบาหวาน (Diabetes Self-Management Education and Support: DSMEs)

องค์ประกอบที่ 4 การให้โภชนาบำบัดทางการแพทย์สำหรับผู้เป็นเบาหวาน (Medical Nutrition Therapy (MNT) for Diabetes)

องค์ประกอบที่ 5 การดูแลผู้เป็นเบาหวานแบบประคับประคองและผู้เป็นเบาหวานที่เปราะบาง (Supportive Care of Vulnerable People Living with Diabetes)

องค์ประกอบที่ 6 ชมรมเบาหวาน (Diabetes Support Group)

โดยสังเกตได้ว่ามาตรฐานที่กำหนดโดยสมาคมวิชาชีพซึ่งเน้นหนักไปที่การรักษาเฉพาะด้านต่างๆ แต่ก็ยังคงมีองค์ประกอบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (DSMEs) ซึ่งเป็นวิธีเชิงส่งเสริมสุขภาพป้องกันโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมือนกับมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

1. การจัดการบริการที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถปฏิบัติ และดำรงพฤติกรรมในการจัดการภาวะของเขาได้อย่างต่อเนื่องหลังจากได้รับการอบรมมาแล้ว โดยประเภทการสนับสนุนอาจประกอบด้วย การสนับสนุนด้านพฤติกรรม การให้ความรู้ การสนับสนุนด้านจิตวิทยาสังคม และด้านคลินิกในการรักษาโรค เป็นต้น

การจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทยในปัจจุบันของกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดบริการตามแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคซึ่งเป็นมาตรฐานภาพรวมในการทั้ง 6 หมวด ประกอบด้วย 1) ทิศทางและนโยบาย 2) ระบบสารสนเทศ 3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ 4) ระบบสนับสนุนและการจัดการตนเอง 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ 6) การบริการเชื่อมโยงชุมชน ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ต่อมาในปี 2564 ได้ปรับการประเมินแบบ On line เพื่อลดภาระงาน และสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็น

ปัจจุบัน (Real time) มีประสิทธิภาพในการกำกับติดตามประเมินผลได้มากขึ้น โดยมีการทำงานร่วมกับหน่วยบริการผ่านคณะกรรมการพัฒนาบริการโรคเรื้อรัง (NCD service plan) ทั้งในระดับเขต ระดับจังหวัด โดยมีการติดตามประเมินผลผ่านการนิเทศงานทุกระดับตั้งแต่ระดับประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ จนถึงระดับตำบลในรพสต. ที่มีฐานข้อมูลประกอบการตรวจราชการแบบ Electronic Inspection (กองตรวจราชการ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

2. ผลการดำเนินงานของการจัดบริการแบบ NCD Clinic Plus

ผลการประเมินตนเอง การจัดบริการแบบ NCD Clinic Plus ในระดับประเทศปีงบประมาณ 2564-2567 พบว่าหน่วยบริการสุขภาพดำเนินงานทั้ง 6 องค์ประกอบได้ดีมากใน 3 หมวดแรกซึ่งสามารถกำหนดได้จากฝ่ายนโยบายและผู้จัดบริการได้เอง ต่างจากหมวด 4 และ 6 ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเพราะจำเป็นต้องมีการบูรณาการร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนเพื่อปรับสิ่งแวดล้อมและสิ่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ส่วนในหมวด 5 เป็นคู่มือทางวิชาการ ระบบการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ตามข้อมูลตาราง 4

ตาราง 4 แสดงผลการประเมินตนเอง NCD Clinic Plus ระดับประเทศ

หมวดที่	2564	2565	2566	2567
1.ทิศทางและนโยบาย	93.67	94.64	95.01	95.63
2.ระบบสารสนเทศ	93.59	93.84	94.67	95.49
3.การปรับระบบและกระบวนการบริการ	91.94	92.96	93.92	94.53
4.ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	86.04	88.13	89.09	92.01
5.ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	89.39	90.6	91.48	93.61
6.การบริการเชื่อมโยงชุมชน	88.93	90.03	91.34	92.44

ผลการดำเนินงานตามนโยบาย NCD Clinic Plus จากการประเมินตนเองของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่าหน่วยบริการสุขภาพมีผลการประเมินตนเองหมวดระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในหมวดที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเหมือนข้อมูลระดับประเทศ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ตามข้อมูลตาราง 5 ดังนี้

ตาราง 5 แสดงผลการประเมินตนเอง NCD Clinic Plus เขตสุขภาพที่ 2

หมวดที่	2564	2565	2566	2567
1. ทิศทางและนโยบาย	95.9	94.8	96.17	97.96
2. ระบบสารสนเทศ	95.38	92.69	94.85	96.91
3. การปรับระบบและกระบวนการบริการ	92.43	93.75	96.06	96.44
4. ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	86.88	87.82	90.21	93.36
5. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	92.4	92.68	94.38	94.33
6. การบริการเชื่อมโยงชุมชน	89.76	90.84	94.89	94.55

สรุปจากข้อมูลผลการประเมินรูปบริการ NCD Clinic Plus ที่กล่าวมา เป็นการประเมินตนเองเท่านั้นของหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งไม่ใช่ผลการประเมินจากหน่วยงานภายนอก และหน่วยบริการสุขภาพประเมินตนเองต่ำสุดในเรื่องระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง จึงเป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นว่า หน่วยบริการสุขภาพเอง ยังมีความต้องการที่จะพัฒนาสมรรถนะการบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

กล่าวได้ว่าปัญหาของการจัดบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้นั้น คือ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งกล่าวถึงการบริการต่างๆดังกล่าวในหัวข้อต่อไปนี้

3. การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง ในแนวทางของ NCD Clinic Plus

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนด 6 กระบวนการหลักโดยกระบวนการสนับสนุนจัดการตนเองอยู่ในหมวดที่ 4 มีรายละเอียด 4 ข้อ ดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

3.1.1 การจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเองทั้งกลุ่ม เสี่ยง/กลุ่มป่วยโดยมีการติดตามประเมินผลความสามารถในการจัดการตนเองผู้รับบริการ

ในส่วนความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามินท์บีม (Nutbeam, 2000, Nutbeam, 2015) จำแนกความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน(Basic/functional literacy) หมายถึง ทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนที่เพียงพอของบุคคลในการรับและทำความเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การอ่านฉลากยา และการปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นต้น

ระดับ 2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive literacy) หมายถึง ทักษะความรู้ด้านสุขภาพทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น ช่วยให้บุคคลสามารถนำข้อมูลที่

ได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมทั้งสื่อต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลสุขภาพและประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทักษะดังกล่าวช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินการกับข้อมูลใหม่ ๆ ได้ด้วยตนเอง และสามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพด้วยความมั่นใจมากขึ้น เป็นการเพิ่มแรงจูงใจและความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์(Critical literacy) หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น นำมาประยุกต์ใช้วิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณ และใช้ข้อมูลนั้นเพื่อควบคุมเหตุการณ์ และจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้ (สมจิตต์ สินรัชย์ และคณะ, 2565)

3.1.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพ และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลโดยมีการติดตามประเมินผลความสามารถในการจัดการตนเองผู้รับบริการ

3.1.3 การสนับสนุนการจัดการตนเองในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม เช่น การมีกลุ่ม หรือชมรมทั้งแบบปกติ หรือออนไลน์ก็ได้ โดยมีการนำผลการประเมินมาพัฒนาอย่างต่อเนื่องในกลุ่ม หรือชมรม

3.1.4 สื่อการเรียนรู้ หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ที่มีรูปแบบที่หลากหลาย เหมาะสมกับผู้รับบริการตามบริบท และควรมีการประเมินผลการใช้สื่ออย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและคิดค้นนวัตกรรมให้เหมาะสมกับสถานสุขภาพของผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยต่อไป

4. ปัญหาของการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ปัญหาการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้กำหนดตามแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในหมวดที่ 4 ซึ่งประกอบด้วย 1) การจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ 2) การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งที่โรงพยาบาล และที่บ้าน 3) การสนับสนุนการจัดการตนเองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม เช่น การตั้งกลุ่มหรือชมรม และ 4) สื่อหรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยมีงานวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่ามีผลการประเมินในเกณฑ์ที่ 4 การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการบริการเชื่อมชุมชนในหมวดที่ 6 อยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นเกณฑ์ต่ำสุดเมื่อเทียบกับเกณฑ์อื่นๆอีก 4 เกณฑ์ที่ได้ในระดับดีมาก (วุฒิสักดิ์ รักเดช และคณะ, 2561)

พบปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการสนับสนุนจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และการจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) พบว่า ยังเป็นการให้สุขศึกษาแบบดั้งเดิมที่เป็นการสอนหรือบอกให้ทำตามรูปแบบชุดความรู้ที่กำหนดรูปแบบจากส่วนกลาง แต่ขาดการสร้างการเข้าใจและติดตามสนับสนุนให้สามารถปรับวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพที่ยึดหยุ่นได้ตาม

ปัจจัยของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมภายนอกที่มีความแตกต่างและเปลี่ยนแปลงได้ และยังไม่มีการติดตามประเมินผล (ภูดิท เตชาติวัฒน์ และคณะ, 2558) และพบว่า การจัดการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานเน้นการให้บริการเชิงรับ โดยมีสภาพปัญหาที่สำคัญคือ ไม่ได้คัดกรองสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายที่ต่างกัน ขาดการติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดยา ไม่มาตามนัด และการรับบริการที่โรงพยาบาล ทำให้ระยะเวลาในการรอคอยนาน (สุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์ และคณะ, 2565)

5. การสนับสนุนเพื่อให้เกิดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ในการจัดบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้นั้น ต้องมีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ โดยเฉพาะเรื่อง การเงิน บุคคล และสารสนเทศ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 การสนับสนุนด้านระบบการเงิน

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณ 47.56 ล้านคน เป็นสัดส่วนร้อยละ 71.15 ของประชากรสัญชาติไทย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ในปีงบประมาณ 2566 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นความสำคัญของปัญหาโรคเบาหวานซึ่งมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี และผลภาวะแทรกซ้อนตามระบบที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย จึงกำหนดให้มีการจ่ายค่าตรวจ Hb A1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน ในอัตรา 150 บาท ต่อครั้งเพิ่มให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากเดิมที่การจ่ายสำหรับการคัดกรอง และการรักษาในบหมายจ่ายรายหัว (capitation) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการนี้ได้มากขึ้น และการจ่ายเฉพาะผลลัพธ์การควบคุมโรคเรื้อรังรายบุคคลในวงเงินประมาณ 62 ล้านบาทสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Doctor) ตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ ($HbA1C < 7\%$ หรือ $HbA1C < 8\%$ กรณีผู้ป่วยที่มีโรคร่วม)

2. การเกิดภาวะแทรกซ้อนและรักษาเป็นผู้ป่วยในผู้ป่วยเบาหวาน

แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีกำหนดการเบิกจ่าย (Reimbursement) ที่จะชดเชยการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน (DSMS) ที่แยกออกมาจ่ายอย่างชัดเจนในแต่ละสิทธิหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบ มีเพียงการจ่ายแบบรวมไว้ในงบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ยังไม่มีการกำหนดการจ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) สำหรับบริการบริการสนับสนุนการจัดการตนเองออกมาเป็นการเฉพาะ (Jerawatana et al., 2021)

5.2 การสนับสนุนด้านระบบทรัพยากรบุคคล

มีการกำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมิน NCD Clinic Plus ในเรื่องการจัดสรรบุคลากร และแผนการพัฒนาซึ่งอยู่ในเกณฑ์ข้อที่ 3 ในองค์ประกอบที่ 1 เรื่องทิศทางและนโยบาย แต่อย่างไรก็ตามยังขาดสิ่งที่สำคัญ ดังนี้

1. การกำหนดมาตรฐานสมรรถนะของบุคลากรที่ทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของประเทศ เช่น การเสริมพลังผู้ป่วย และครอบครัว การใช้เทคนิคการสนับสนุนการจัดการตนเองที่หลากหลาย เช่น เทคนิคแบบ 5 เอ การสัมภาษณ์แบบเสริมพลัง (Motivation Interview: MI) การเป็นโค้ชสุขภาพ (Health coach) เป็นต้น รวมไปถึงการส่งเสริมการส่งมอบประสบการณ์ความชำนาญ (Expertise) เฉพาะของกลุ่มบุคลากรนี้อีกด้วย

2. การกำหนดกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจนในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่างๆ การสรรหา คัดเลือก พัฒนาและความก้าวหน้าทางวิชาชีพ (career path) ซึ่งร่วมไปถึงการกำหนดค่าตอบแทน และค่าชดเชยต่างๆ ที่เหมาะสม (เกรียงกมล เหมือนกรุด และคณะ, 2564)

5.3 การสนับสนุนระบบข้อมูล

มีการกำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมิน NCD Clinic Plus ในเรื่องระบบสารสนเทศ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักที่ 2 ของมาตรฐานนี้ แต่อย่างไรก็ตามยังขาดสิ่งที่สำคัญดังนี้

1. การมีระบบข้อมูลที่ใช้ในการจัดบริการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในหน่วยบริการเดียวกัน เช่น การวางแผนรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์สาขาต่างๆ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เป็นต้น

2. การกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐานผู้ป่วยรายบุคคล (Personal health record: PHR) ที่มีการกำหนดชุดมาตรฐานข้อมูล (Standard data set) ของข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ระหว่างหน่วยบริการภาครัฐต่างสังกัด หรือภาคเอกชนเพื่อการประกอบการบริหารจัดการต่างๆ โดยเฉพาะ และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ และการติดตามประเมินผลร่วมกันทั้งในระหว่างทีมผู้ให้บริการด้วยกันเองในหน่วยบริการ และระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย

3. การแปลงข้อมูลให้มีรูปแบบที่เหมาะสมตามบริบทเพื่อการใช้ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดต่อการเข้าถึง และความรู้ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ และทางการแพทย์ เช่นการจัดบริการทางไกลด้วยดิจิทัลเทคโนโลยีที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่องที่ง่ายขึ้นทั้งระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่ายซึ่งจะเสริมให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพที่มากขึ้น

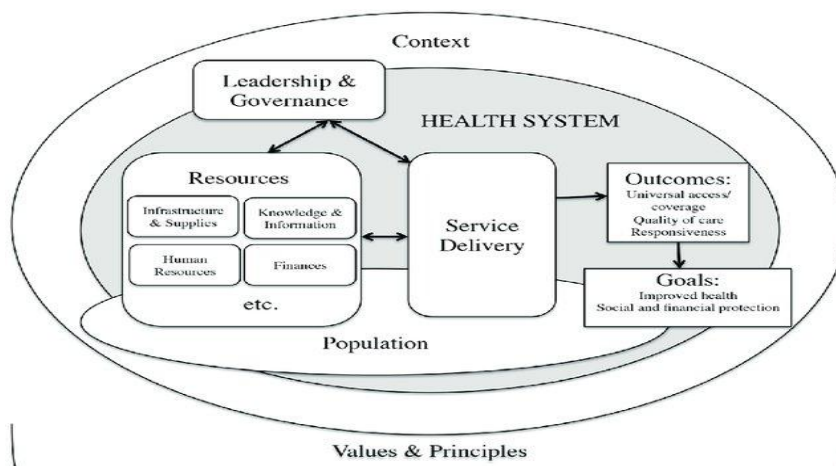
โดยสรุปการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นกระบวนการบริการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้ รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้การจัดการบริการบรรลุผล นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลรายบุคคลได้

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาการจัดบริการเพื่อเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จึงให้ความหมายรวมทั้งการบริหารและการสนับสนุนการบริการ

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดระบบสุขภาพแบบพลวัตร (the Health system dynamics framework)

Van Olmen et al. (2012) ได้นำกรอบแนวคิดระบบสุขภาพองค์การอนามัยโลกปี 2007 (Health system framework, 2007) ที่รู้จักในนาม 6 Building Blocks มาทบทวนจากกรอบแนวคิดเดิมที่ยังเป็นระบบปิด (closed system) เน้นเฉพาะระบบต่างๆ ภายในหน่วยบริการเป็นหลักเท่านั้น โดยปรับมุมมองใหม่ที่ระบบสุขภาพเปรียบเสมือนสิ่งมีชีวิตที่ไม่ได้ทำงานอย่างโดดเดี่ยว แต่เป็น ระบบเปิด (Open System) ที่มีปฏิสัมพันธ์กับ บริบท (Context) รอบด้านอย่างใกล้ชิด โดยบริบทไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่เป็นสภาพแวดล้อม แต่เป็นตัวกำหนดทรัพยากร ทิศทางนโยบาย และพฤติกรรมของคนในระบบ ผ่านปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การเมือง กฎหมาย และปัจจัยกำหนดทางสังคม (Social Determinants) เช่น การศึกษาและระบบสุขภาพ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อภาระโรคและความเป็นอยู่ของประชาชน นอกจากนี้ได้แยกศูนย์กลางการขับเคลื่อนระบบคือ การนำและการบริหาร (Leadership & Governance) ซึ่งทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างคุณค่า (Values) ของสังคมกับกลไกการทำงานจริง บทบาทสำคัญคือการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ท่ามกลางความจำกัดของทรัพยากร (Priority-setting) และการประสานความร่วมมือกับตัวแสดงที่หลากหลาย ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม เพื่อสร้างสมดุลระหว่างประสิทธิภาพ (Efficiency) และความยุติธรรม (Equity) นอกจากนี้ยังต้องวางระบบการกำกับดูแล (Regulation) และกลไกความรับผิดชอบ (Accountability) เพื่อให้ประชาชนมั่นใจว่าทรัพยากรจะถูกใช้ไปเพื่อประโยชน์สาธารณะอย่างแท้จริง ในการดำเนินงาน การจัดสรรทรัพยากร (Organization of Resources) จะต้องถูกจัดการให้มีความพร้อมทั้ง 4 ด้าน คือ งบประมาณ กำลังคน โครงสร้างพื้นฐาน เวชภัณฑ์ และระบบข้อมูล เพื่อนำไปสู่การบริการสุขภาพที่มีมุมมองแบบบูรณาการ ไม่ใช่เฉพาะการรักษา และครอบคลุมถึงการส่งเสริมและป้องกัน โดยมีระบบบริการปฐมภูมิเป็นรากฐานสำคัญที่เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระดับที่เหมาะสมที่สุด สุดท้าย ความสัมพันธ์ที่สำคัญที่สุดคือความเชื่อมโยงกับ ประชากร (Population) ซึ่งมีสถานะเป็นทั้งผู้รับบริการ ผู้ร่วมจ่ายงบประมาณ และผู้จัดบริการ ผ่านการดูแลตนเอง ระบบสุขภาพที่ยั่งยืนจึงต้องให้ความสำคัญกับการ เสริมสร้างพลัง (Empowerment) ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเข้าถึงข้อมูล เมื่อการบริการตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริง (Responsiveness) และมีการคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงิน (Financial Protection) ก็จะเกิด ความไว้วางใจ (Trust) ระหว่างประชาชนและระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่จะช่วยให้ระบบสามารถบรรลุเป้าหมายสูงสุดคือ สุขภาพที่ดีและความเป็นธรรมในสังคมได้ในที่สุด โดยใช้ชื่อกรอบแนวคิดใหม่นี้ว่า the Health system dynamics framework 2012 ตามภาพ 9



ภาพ 9 แสดงกรอบแนวคิดระบบสุขภาพแบบพลวัตร (the Health system dynamics framework)

ที่มา: The Health System Dynamics Framework. (Van Olmen et al., 2012, p. 4)

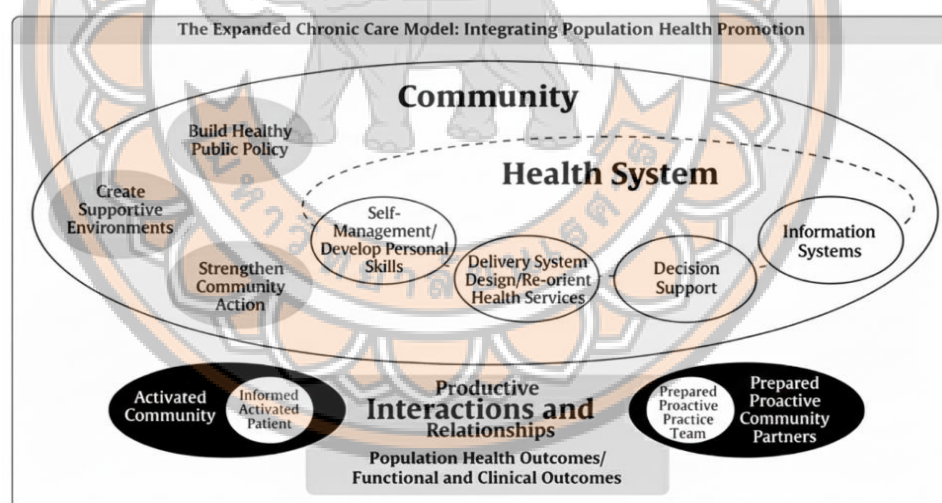
สรุปกรอบแนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพได้ว่า การจัดการบริการสุขภาพต่างๆจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การนำ และการบริหารจัดการที่ดี 2) การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ ทรัพยากรมนุษย์ การเงิน ข้อมูลข่าวสาร โครงสร้างพื้นฐานและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม กับบริบทและประชากรอย่างเป็นพลวัตร เพื่อไปสู่ 3) การบริการสุขภาพที่มีมุมมองแบบบูรณาการ ไปสู่ประชากร (Population) ให้เกิดการดูแลตนเอง อย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เข้าถึงข้อมูล จนเกิดความไว้วางใจ (Trust) ระหว่างประชาชนและระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่จะช่วยให้ระบบสามารถบรรลุเป้าหมายสูงสุดคือ สุขภาพที่ดีขึ้น และการคุ้มครองทางสังคมการเงินของประชาชน ในที่สุดโดยมีคุณค่าหลักที่สำคัญของประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ประยุกต์แนวคิดระบบสุขภาพแบบพลวัตร (Health system dynamics framework 2012) ของ Olmen ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงกับบริบทและประชากรที่มีสามารถเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตร มาใช้เป็นกรอบในการศึกษาแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง

2. กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model: ECCM)

รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model: ECCM) ได้รับการพัฒนามาจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) (Wagner et al., 1998) เนื่องจาก CCM ยังขาดรายละเอียดในการเชื่อมโยงกับชุมชน และการร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ และขาดการบูรณาการกับ

การส่งเสริมสุขภาพ และมุมมองของสุขภาพกลุ่มประชากรแบบสาธารณสุขศาสตร์ รวมไปถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพอื่นๆทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย อาชีพและรายได้ กิจกรรมทางกาย และการเดินทางที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Barr et al., 2003) รูปแบบควรมีการพัฒนาโดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างมุมมองระบบบริการกับการส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพกลุ่มประชากรแบบสาธารณสุขศาสตร์ทำให้ปรับมุมมองจากโรงพยาบาลเป็นฐาน (hospital based care focus) มาสู่ การใช้ชุมชนเป็นฐาน (community based oriented service) แทนซึ่งจะเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมคิด วิเคราะห์ และวางแผนการจัดการสุขภาพซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อบรรยากาศการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยชุมชนมีโอกาสดำเนินการปรับให้ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรมที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ต่อมาจึงได้มีการพัฒนารูปแบบรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย

รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM) เป็นรูปแบบที่เกิดจากการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ 4 องค์ประกอบที่ดูแลสุขภาพรายบุคคล (Individual health) กับสุขภาพกลุ่มประชากร (Population health) ที่อยู่ในชุมชน 3 องค์ประกอบ ที่ระบุรายละเอียดเพิ่มจากรูปแบบ Chronic care model: CCM เดิม ตามภาพ 10



ภาพ 10 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM)

ที่มา: The Expanded Chronic Care Model. (ดัดแปลงจาก Barr et al., 2003)

ซึ่งเป็นการบูรณาการหลักการส่งเสริมสุขภาพจากกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ที่ประกอบด้วย 5 พื้นที่ปฏิบัติการ (Area action) ได้แก่ การกำหนดนโยบายสาธารณะ การสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม การเสริมความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ ซึ่งปรับไปสู่ 3 องค์ประกอบในส่วนของชุมชน และอีก 4 ส่วนในระบบบริการ ดังนี้

1. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล กับการสนับสนุนการจัดการตนเองแบบเดิมเน้นแต่การให้สุขศึกษาซึ่งมีข้อจำกัดในการปรับพฤติกรรมสุขภาพระยะยาวได้ถ้าหากสิ่งแวดล้อมในครอบครัว และชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงจนไม่เอื้ออำนวย จึงต้องมีการปรับปรุงปัจจัยที่เกี่ยวข้องควบคู่ไปด้วยที่เหมาะสมตามบริบท เช่น การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม เป็นต้น

2. การออกแบบบริการ กับการปรับรูปแบบบริการที่บูรณาการทั้งการรักษาแบบตั้งรับรักษาผู้ป่วยหรือประชาชนเฉพาะในหน่วยบริการไปสู่การเป็นผู้นำ และชี้้นำการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเชิงรุกร่วมกับชุมชนในการปรับรูปแบบบริการให้เหมาะกับกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนตามบริบททั้งสถานที่ เวลา รูปแบบต่างๆ เป็นต้น

3. การสนับสนุนการตัดสินใจ ปรับจากเดิมที่มีเฉพาะคู่มือ แนวทางการรักษาเฉพาะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ไปสู่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ที่มีองค์ความรู้เฉพาะด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่เน้นชุมชนเป็นฐาน และเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นอีกด้วย

4. ระบบข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลสุขภาพผู้ให้บริการใช้เป็นหลัก แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้จากชุมชน แต่ได้มีการพัฒนากรอบสุขภาพประชากรในระดับท้องถิ่น ในจังหวัด Saskatchewan ในปี 1999 ซึ่งทำให้เกิดน่านุภาพการปฏิบัติที่เข้าถึงเข้าใจบริบทของชุมชนมากขึ้น รวมไปถึงประสบการณ์ร่วมในการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วย (Patient experience) รวมไปถึงปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการมาใช้บริการ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเดินทางด้วยระบบขนส่งสาธารณะ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ต้องบูรณาการไปด้วยกันทั้งข้อมูลระบบบริการสุขภาพกับข้อมูลของชุมชนที่ใช้ในการติดตามประเมินผลร่วมกันเพื่อไปสู่ผลลัพธ์ทั้งทางคลินิกรายบุคคล และกลุ่มประชากร

ในส่วนของชุมชน ได้แก่

1. การกำหนดนโยบายสาธารณะ เป็นการนำอำนาจทางกฎหมาย และการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ เช่น งบประมาณ บุคลากร สิ่งก่อสร้างที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในภาพกว้าง เช่น นโยบายอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพ การกำหนดราคาที่ถูกลงในอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ หรือเพิ่มราคาในอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2. การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมช่วยส่งเสริมให้ประชาชน และผู้ป่วยเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคได้มากขึ้น เช่น การปรับสภาพผู้สูงอายุให้ปลอดภัย เป็นต้น

3. การเสริมความเข้มแข็งของชุมชน เป็นการเสริมพลัง และชี้้นำให้ชุมชนเข้ามาปรับปรุงปัจจัยกำหนดสุขภาพต่างๆที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคโดยนักวิชาชีพ นักวิชาการ

ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และสื่อมวลชนเพื่อตัดสินใจร่วมกันเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพไปสู่ชุมชนท้องถิ่นที่มีสุขภาพดี และอาจขยายไปจนถึงระดับเมืองสุขภาพดี

ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ประยุกต์แนวคิดนี้ใช้เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการเชื่อมโยงองค์ประกอบต่างๆในหน่วยบริการกับบริบท และประชากรให้ชัดเจนมากขึ้น ดังนั้นในหน่วยบริการมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การพัฒนาทักษะบุคลากร การออกแบบระบบบริการแบบใหม่ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลสนับสนุนที่ใช้เตรียมความพร้อมในส่วนที่ผู้ให้บริการ นำมาเชื่อมโยงกับชุมชนที่มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดนโยบายสาธารณะ การสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ที่ใช้เตรียมความพร้อมในส่วนผู้ป่วย

3. แนวคิดรูปแบบ 5 เอ (5 A's Model)

ในการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีอยู่หลายรูปแบบที่เป็นกิจกรรมที่ช่วยเหลือทั้งผู้ที่เสี่ยงเป็นเบาหวาน และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานแล้วในการปฏิบัติ และดำรงพฤติกรรมในการจัดการภาวะของเขาได้อย่างต่อเนื่องหลังจากได้รับการอบรมมาแล้ว โดยประเภทการสนับสนุนอาจประกอบด้วย การสนับสนุนด้านพฤติกรรม การให้ความรู้ การสนับสนุนด้านจิตวิทยาสังคม และด้านคลินิกในการรักษาโรค เป็นต้น

รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง แบบรายบุคคล มีดังต่อไปนี้

1. โปรแกรมฟลินเดอร์ส (Flinders program) (Battersby et al., 2010)
2. โมเดล 5 เอ (5 A's Model) (Glasgow et al., 2006)
3. การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview) (Miller & Rollnick, 2012)
4. ผู้ชี้แนะด้านสุขภาพ (Health coach) (Wolever et al., 2013)

โดยสรุปสาระสำคัญ จุดประสงค์การใช้ ข้อดี และข้อจำกัดของรูปแบบรายบุคคลต่างๆ

ตามตาราง 6

ตาราง 6 แสดงจุดประสงค์การใช้ สารสำคัญ ข้อดี และข้อจำกัดของรูปแบบรายบุคคล

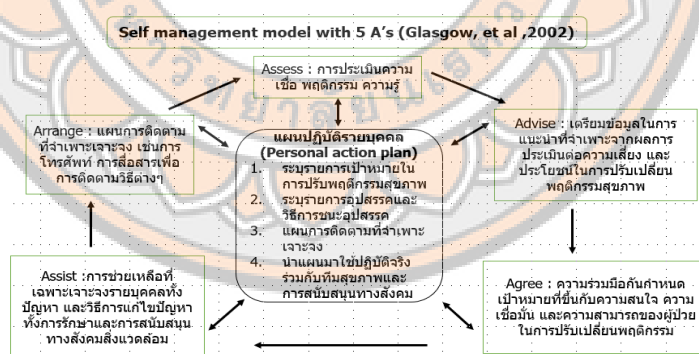
ประเด็น	Flinders Program	5 A's Model	Motivational Interviewing (MI)	Health Coach
1. จุดประสงค์การใช้	เพื่อประเมินทักษะการจัดการตนเอง และวางแผนการดูแลรายบุคคลในโรคเรื้อรัง	เพื่อใช้เป็นโครงสร้างขั้นตอนในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	เพื่อสร้างแรงจูงใจ และลดแรงต้านในการเปลี่ยน พฤติกรรมจากภายในตัวผู้ป่วย	เพื่อเป็นที่เลี้ยงสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย สุขภาพที่ได้ตั้งไว้
2. สารสำคัญ	ใช้เครื่องมือ Partners in Health (PIH) ประเมินความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรม เพื่อหาช่องว่างในการดูแลตนเอง	ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน Assess (ประเมิน), Advise (แนะนำ), Agree (ตกลงเป้าหมาย), Assist (ช่วยเหลือ), Arrange (ติดตาม ปรับแผน)	เน้นการสื่อสารแบบ OARS (คำถามปลายเปิด, ชื่นชม, สะท้อนความลึกซึ้ง, สรุป) เพื่อดึง "Change Talk" ออกมา	เน้นการเสริมพลัง (Empowerment) และการสร้างความมั่นใจ (Self-efficacy) ผ่านสัมพันธภาพที่ดี
3. ข้อดี	ช่วยให้เห็น "จุดอ่อน" เฉพาะตัวของผู้ป่วย ทำให้เตรียมข้อมูล การรักษาได้ตรงจุด	ขั้นตอนมีอักษรย่อที่สื่อสารได้ง่ายทั้งทีมผู้ให้บริการกันเอง และกับผู้ป่วย เหมาะสำหรับใช้ในคลินิกที่มีเวลาจำกัด	ลดความขัดแย้งระหว่างหมอกับคนไข้ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นเจ้าของแผนการรักษา	ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ผ่านการติดตามอย่างใกล้ชิดและยืดหยุ่น
4. ข้อจำกัด	แบบประเมินมีรายละเอียดมาก ต้องใช้เวลาและเจ้าหน้าที่เฉพาะทาง	หากทำไม่ครบทุกขั้นตอน (โดยเฉพาะ Agree และ Assist) อาจกลายเป็นการสั่งสอนแบบเดิม และผู้ให้บริการแสดงบทบาทนำในฐานะผู้เชี่ยวชาญ	ต้องอาศัยทักษะการฟังและการสื่อสารขั้นสูงของผู้เชี่ยวชาญ และใช้เวลาในการฝึกฝน	ต้องอาศัยทรัพยากรบุคคลและระบบการติดตามที่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นภาระงานเพิ่มขึ้น

สรุปรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การใช้รูปแบบ 5 เอ (5 A's Model) เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีขั้นตอนแบบอักษรย่อที่สื่อสารได้ง่ายทั้งทีมผู้ให้บริการกันเอง และกับผู้ป่วย เหมาะสำหรับใช้ในคลินิกที่มีเวลาจำกัด และสามารถเชื่อมโยง 2 ขั้นตอนท้ายไปสู่การบริการเชิงรุกที่ต่อเนื่องในชุมชนได้ต่อไป

ในการศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้รูปแบบ 5 เอ (5 A's Model)

แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยรูปแบบ 5 เอ (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) เป็นกระบวนการให้คำปรึกษา (counselling) ที่นำมาใช้ในบริการระดับปฐมภูมิที่ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (Glasgow et al., 2006).

1. การประเมิน (Assess) ระดับความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรม และแรงจูงใจของผู้ป่วย
 2. การแนะนำให้คำปรึกษา (Advice) ที่เหมาะสมกับความเสี่ยงผู้ป่วยรายบุคคล ภายใต้ความเห็นพ้องกับผู้ป่วย
 3. การเห็นพ้อง (Agree) ร่วมมือกันตั้งเป้าหมาย แผนการดูแลรักษาระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยที่จะสามารถปฏิบัติได้ และการลำดับความสำคัญของตัวผู้ป่วยเองตามบริบท
 4. การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) ที่จำเพาะเจาะจงจากการคาดการณ์ปัญหาอุปสรรคต่างๆที่จะขัดขวางในการปรับพฤติกรรม และวางแผนเฉพาะในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคดังกล่าวตามระยะของโรค รวมไปถึงเหตุการณ์อื่นๆที่สำคัญตามวิถีชีวิตของผู้ป่วย
 5. การติดตามประเมินผล (Arrange) การติดตามให้การสนับสนุนที่จำเพาะเจาะจง เช่น การเยี่ยมบ้าน หรือการติดตามทางจดหมาย โทรศัพท์ เป็นต้น
- โดยทั้ง 5 ขั้นตอนเชื่อมโยงไปสู่แผนปฏิบัติรายบุคคล (Personal action plan) ซึ่งจัดทำร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วยที่เป็นแผนปฏิบัติรายบุคคล (Personal Action Plan) ที่กำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรม อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข และแผนการติดตามแก้ไข และการสนับสนุนทางสังคม ตามภาพ 11



ภาพ 11 แสดงรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองแบบ 5 A's Model

ที่มา: ดัดแปลงจาก Glasgow et al., 2002

ในประเทศไทย มีการวิจัยประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากมุมมองผู้ให้บริการพบว่าควรมีการให้ความรู้ที่เพียงพอในการสนับสนุนการจัดการตนเองทั้งเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาที่ต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่สำคัญมากที่สุดในการจัดการตนเอง โดยการทำงานร่วมกันของหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในด้านการสนับสนุนทรัพยากรด้าน

ต่างๆ โดยเฉพาะด้านทรัพยากรบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี (case manager) และองค์ความรู้ในการสนับสนุนการตัดสินใจที่ปรับเข้ากับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health: SDOH) นอกจากนี้ควรมีการจัดบริการเชิงรุกไปสู่ชุมชนเพื่อสร้างความเป็นเจ้าของ (Ownership) ร่วมกับทีมผู้ให้บริการ เพื่อร่วมกันสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย สำหรับมุมมองผู้รับบริการ พบว่าได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support: SMS) ซึ่งเป็นการได้รับการบริการซึ่งมีระดับคะแนนที่สูงกว่าการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care: SC) ซึ่งเป็นการลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเอง (อาทิตยา วังวนสินธุ์, 2557)

ในต่างประเทศมีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systemic review) ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งมีโรคเบาหวานมากที่สุดร้อยละ 37.9 นั้น ควรจัดในระบบบริการปฐมภูมิ (primary health care) ที่ยึดหลักการความร่วมมือของทีมผู้ให้บริการที่ได้รับการเพิ่มพูนทักษะ (upskill) เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ มีความยืดหยุ่นในการออกแบบการดูแลแบบเฉพาะราย (face to face and tailor-made personalized action care plan) ที่ครอบคลุมทั้งการวางแผน มีกลวิธีที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง การเสริมพลังผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะปรับเป้าหมายใหญ่เป็นเป้าหมายย่อย ๆ ที่ทำได้สำเร็จเกิดความมั่นใจมากขึ้นในการจัดการตนเองของผู้ป่วย มีการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามทางเลือกของวิถีชีวิตรายบุคคล ให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการติดตามประเมินผลที่เป็นองค์รวมทั้งด้านคลินิกและคุณภาพชีวิตทางมานุษยวิทยา (clinical and humanistic outcomes) โดยมีการติดตามอย่างต่อเนื่องที่เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยและชุมชน (Dineen-Griffin et al., 2019)

สรุปแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มผู้ใช้บริการ ได้กล่าวถึงการกำหนดแผนการดูแลที่เน้นการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ที่สำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ที่ควรเป็นแผนที่จัดทำอย่างมีส่วนร่วมทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการภายใต้การใช้ข้อมูลร่วมกัน มีการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองแบบ 5 เอ (5 A's Model) มาประยุกต์ใช้บูรณาการกับ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของ NCD Clinic Plus ของกระทรวงสาธารณสุขในหมวดการบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง ที่ประกอบด้วย 1) การจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อใช้เป็นทักษะในการจัดการตนเองในสถานการณ์ต่างๆ 2) กระบวนการสื่อสารเพื่อค้นหาและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล 3) การสนับสนุนทางสังคม เช่น การมีกลุ่ม หรือชมรมผู้ป่วยทั้งแบบปกติ หรือออนไลน์ก็ได้ และ 4) สื่อการเรียนรู้ หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่เหมาะสมตามบริบท

สรุปการเชื่อมโยงกรอบแนวคิดระบบสุขภาพแบบพลวัต ปี 2012 (Health system dynamics framework) ที่แสดงการเชื่อมโยงปัจจัยการนำและบริหารจัดการกับปัจจัยสนับสนุน

ทรัพยากรทั้ง 4 ระบบย่อยได้แก่ 1) ระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล 2) ระบบการเงิน 3) ระบบความรู้ข้อมูลข่าวสาร และ 4) ระบบโครงสร้างพื้นฐาน ยา วัสดุและเทคโนโลยีบูรณาการร่วมกันไปสู่การบริการดูแลโรคเบาหวานในภาพรวม และมุ่งเน้นเฉพาะลงไปใน การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (ECCM) ที่เชื่อมโยง 4 องค์ประกอบในหน่วยบริการ เข้ากับ 3 องค์ประกอบในชุมชนที่สามารถสนับสนุนทรัพยากรได้ตามกฎบัตร Ottawa และใช้รูปแบบ 5 เอ (5 A's Model) ในการสนับสนุนการจัดการตนเองตามที่บริการโดยตรงกับผู้ป่วย ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทีมผู้รักษากับผู้ป่วยในการประเมินผู้ป่วย แนะนำส่วนขาดจากการประเมินผู้ป่วย เพื่อช่วยกันกำหนดเป้าหมาย แผนการดูแลรักษาร่วมกัน มีการช่วยเหลือ ติดตาม และปรับปรุงแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการใช้มาตรฐานที่เป็นต้นทุนเดิม คือ NCDs Clinic plus ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขหมวดที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองที่ประกอบด้วย 1) การจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) 2) กระบวนการสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 3) การสนับสนุนทางสังคม เช่น การมีกลุ่ม หรือชมรมผู้ป่วย และ 4) สื่อการเรียนรู้ที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่เหมาะสมตามบริบท ตามที่สรุปได้ตามตาราง 7

ตาราง 7 แสดงแนวคิดทฤษฎีที่จะนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย

แนวคิดทฤษฎี	แนวคิดที่จะนำมาใช้ในการศึกษา
ระบบสุขภาพแบบพลวัต ปี 2012 (The health system dynamics framework)	ใช้เป็นมุมมองเชิงระบบในภาพรวมของระบบสุขภาพได้นำมาใช้ประยุกต์ใช้ โดยนำมาใช้เฉพาะส่วน การนำการบริหารจัดการ การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ การให้บริการ และเพิ่มการเชื่อมโยงองค์ประกอบต่างๆในหน่วยบริการเข้ากับบริบท (Context) และประชากร (Population)
การดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (ECCM)	ใช้เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการเชื่อมโยงองค์ประกอบต่างๆในหน่วยบริการกับบริบท และประชากรให้ชัดเจนมากขึ้น ดังนั้น ในหน่วยบริการมี 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การพัฒนาทักษะบุคลากร การออกแบบระบบบริการแบบใหม่ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลสนับสนุนที่ใช้เตรียมความพร้อมในส่วนทีมผู้ให้บริการนำมาเชื่อมโยงกับชุมชนที่มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดนโยบายสาธารณะ การสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ที่ใช้เตรียมความพร้อมในส่วนผู้ป่วย

ตาราง 7 (ต่อ)

แนวคิดทฤษฎี	แนวคิดที่จะนำมาใช้ในการศึกษา
รูปแบบ 5 เอ และ NCD Clinic Plus หมวดยุทธศาสตร์ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	ใช้เพื่อเป็นการให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยตรงกับผู้ป่วยที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยมีการผสมผสานการแนวทาง NCD Clinic Plus ในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การมีสื่อที่เหมาะสม การสนับสนุนทางสังคมซึ่งได้บูรณาการไปในขั้นตอนต่างๆ ของ รูปแบบ 5 เอ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน 2) รูปแบบที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน

จากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการ ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านบริหารจัดการบริการ

ปัจจัยด้านบริหารจัดการบริการ เกี่ยวข้องกับนโยบาย แผน ตัวชี้วัด กระบวนการของการบริหาร การมีส่วนร่วม การกำกับติดตาม และความร่วมมือกับเครือข่าย ดังผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ด้านนโยบาย และแผน จากการศึกษาของ เกรียงกมล เหมือนกรุด และคณะ (2564) ได้ศึกษาความสำเร็จในการแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสู่การปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 กรณีศึกษา NCD Clinic Plus พ.ศ. 2564 พบว่าผลการวิเคราะห์นโยบายด้านระบบสนับสนุนการดำเนินงาน จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าจุดแข็งของนโยบาย NCD Clinic Plus คือ เป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงผู้บริหารให้ความสำคัญ คู่มือแนวทางมีความละเอียดนำไปสู่การปฏิบัติได้ เป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์งานและเกณฑ์การประเมินไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย สำหรับจุดอ่อนคือ บางตัวชี้วัดต้องใช้งบประมาณในการติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย และมีบุคลากรน้อยทำให้กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติไม่ครอบคลุมกิจกรรม ตลอดจนมีตัวชี้วัดมากเป็นอุปสรรคกับผู้รับผิดชอบงานใหม่ และการศึกษาของ กศิมา สงาร์ตนิพมาน และอรพิน ภัทรกรสกุล (2565) ได้ศึกษาการประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่าควรมีการจัดทำนโยบายการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชัดเจน ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริม

สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และเครือข่ายทุกภาคที่มีส่วนสนับสนุน จัดให้บุคลากรได้รับรู้นโยบายและแผนการจัดการ และมีการนิเทศติดตามและประเมินผลมีรูปแบบชัดเจน

กระบวนการของการบริหารมีความเกี่ยวข้องกับการจัดการ ดังผลการศึกษาของ เชิดศักดิ์ สุทธิสา และสุวคนธ์ เหล่ารา (2566) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลนาตาล จังหวัดมหาสารคาม โดยการค้นหาสาเหตุและพัฒนาการบริหารจัดการบริการดังนี้ 1) มีคณะกรรมการดำเนินงาน 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 3) อบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4) มีระบบการติดตาม และผลการศึกษาของ สุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์ และคณะ (2565) ได้ศึกษาถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายสุขภาพ อำเภอสว่างมุง จังหวัดพิจิตร แบบวิจัยเชิงคุณภาพ โดยกระบวนการถอดบทเรียน พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ามีกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบในการจัดทำแผน การดำเนินการตามแผน และติดตามประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม

นอกจากนี้พบว่าประเด็นด้านการมีส่วนร่วม ความร่วมมือ เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการจากการศึกษาของ Xiong (2022) ถึงปัจจัยการนำ และบริหารจัดการที่มีผลต่อการบริการโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 5 เขตการปกครองของประเทศจีน พบปัญหาที่สำคัญดังนี้ 1) ขาดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทำให้ขาดการบริการที่ต่อเนื่อง (continuity of care) 2) ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผน และกำหนดตัวชี้วัด รวมไปถึงการกำหนดระบบข้อมูลจากส่วนกลางที่ขาดการเชื่อมโยง (Fragment) ระหว่างหน่วยงานต่างๆ 3) ขาดการรับฟังการสะท้อนข้อมูลข้อคิดเห็นต่างๆจากระดับผู้ปฏิบัติไปสู่ระดับผู้บริหาร (Bottom up Feedback) และผลการศึกษาของ นงคราญ คชรักษา และณัฐฐภรณ์ ปัญจพันธ์ (2564) ได้ศึกษาระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จังหวัดลำปางผลการวิจัย พบว่ามีการนำธรรมาภิบาลมาใช้ในการขับเคลื่อนนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 ประการได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วมผ่านระบบคณะกรรมการต่างๆ สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายในการจัดบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ และลงตรวจเยี่ยมในพื้นที่หน้างานเพื่อกำกับติดตามประเมินผล

1.2 ด้านสนับสนุนทรัพยากร

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทรัพยากรเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทรัพยากร 4 ด้าน ได้แก่ 1) อัตรากำลัง 2) การเงิน 3) ความรู้ข้อมูลข่าวสาร และ 4) โครงสร้างพื้นฐาน สิ่งสนับสนุนด้านยา วัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยี

1.2.1 ด้านอัตรากำลัง

จากการศึกษาของ Xiong (2022) ถึงปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากรที่มีผลต่อการจัดบริการโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศจีน พบปัญหาการขาดอัตรากำลังที่พอเพียงในการให้บริการที่เหมาะสมกับภาระงานที่มีอยู่ เช่นเดียวกับการศึกษาของเกรียงกมล เหมือนกรุด และคณะ (2564) ในเรื่องปัจจัยความสำเร็จในการแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสู่การปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 กรณีศึกษา NCD Clinic Plus พ.ศ. 2564 พบว่าปัจจัยด้านอัตรากำลังมีจำนวนบุคลากรที่ให้บริการไม่เพียงพอกับผู้รับบริการ ขาดสหวิชาชีพในบางสาขาซึ่งมีเพียง 1 คนต่อแห่ง

1.2.2 สนับสนุนด้านการเงิน

จากการศึกษาของ Xiong (2022) ถึงปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากรที่มีผลต่อการบริการโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานชนิดที่ 2 ใน ประเทศจีน พบการจ่ายงบประมาณเป็นแบบเหมาจ่ายตามรายหัวประชากร ทำให้ขาดแรงจูงใจในการให้บริการ ในส่วนของประเทศไทยที่จ่ายงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวประชากรเช่นกัน (ประกาศการจ่าย สปสช.ปี 2566) ซึ่งขึ้นอยู่กับจัดการของแต่ละเครือข่ายสุขภาพอำเภอที่จะนำงบประมาณมาปรับการจ่ายเองภายในเครือข่ายบริการ และพบว่ามี การจ่ายเฉพาะการตรวจคัดกรอง ดังผลการศึกษาของ นงคราญ คุชรักษา และณัฐฐรณ์ ปัญจันต์ (2564) ได้ศึกษาระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จังหวัดลำปางมีผลการวิจัย พบว่ามีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดให้ รพสต.ในการคัดกรองและติดตามผลระดับน้ำตาลผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ และสามารถขอ งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของแต่ละตำบลเพิ่มเติมได้

ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา มีนวัตกรรมการจ่ายเงินตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ ดังผลการศึกษาของ Saulsberry & Peek (2019) ได้ทบทวนนวัตกรรมทางการเงินสุขภาพที่ช่วยแก้ปัญหาทางการแพทย์ และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) ของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การออกแบบการจ่ายที่ยืดหยุ่นให้หน่วยบริการทั้งภาครัฐหรือเอกชนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาและแก้ไขปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจที่มีผลต่อการรักษาได้ เช่น การจ่ายให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงการบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง (diabetic self-management) การเข้าถึงอาหารสุขภาพ (healthy foods) ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การให้เงินกับชุมชนเป็นทุนในการจัดทำโครงการที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย เช่น กลุ่มการออกกำลังกายในชุมชน การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัย รถรับส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการ เป็นต้น

1.2.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร

Xiong (2022) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริการโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 5 เขตการปกครองของประเทศจีน พบว่าบุคลากรยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล สำหรับประเทศไทยจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ (2560) ได้วิจัยแนวทางการพัฒนา

ระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการอำเภอที่พหุ
จังหวัดอุทัยธานี พบว่าการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพ
ระดับอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนคราญ คชรักษา และณัฐธรรณ ปัญจันต์ (2564) ที่
ศึกษาระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จังหวัดลำปาง ที่พบว่าการสนับสนุนข้อมูลสุขภาพ
มาใช้วางแผนบริการอย่างเป็นระบบโดยมีระบบทะเบียนข้อมูลของผู้ป่วยโรคเบาหวานครอบคลุมใน
ทุกพื้นที่ รวมไปถึงข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบันที่มีทั้งรายบุคคล มีการ
จัดเก็บข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละครัวเรือนเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และส่งเสริม
สุขภาพให้กับผู้ป่วยที่ต้องตามบริบท มีการพัฒนาระบบ Thai refer เพื่อการ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจาก
โรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และยังมีการใช้ระบบการ ให้คำปรึกษาใน
การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระหว่างแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ โดยใช้เทคโนโลยีเทเลเมดิซีน
(telemedicine) ผ่านทางโปรแกรมไลน์ (line) ซึ่งการมีระบบการจัดการข้อมูลสำหรับการดูแลผู้ป่วย
เบาหวานที่ดีมีการเชื่อมโยงและต่อเนื่อง มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการในการดูแลผู้ป่วย
เบาหวาน เช่นเดียวกับการศึกษาของพิทยา ศรีเมือง และคณะ (2563) ได้ศึกษาระบบการและ
ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงใน
อำเภอเมือง น้ำพองและอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น แบบวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าการจัดทำระบบข้อมูล
การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ยังไม่สมบูรณ์จึงส่งผลให้ข้อมูลที่ส่งไปมาระหว่างกันล่าช้า ไม่เป็น
ปัจจุบัน ไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งมีการใช้โปรแกรมข้อมูลผู้ป่วยที่แตกต่างกันโดยเฉพาะ
อำเภออุบลรัตน์ที่ รพ.สต. (รวมทั้ง รพ.สต. ที่เป็น PCC) ใช้โปรแกรม HOSXP ส่วนโรงพยาบาลใช้
โปรแกรม JHCIS

1.2.4 ด้านโครงสร้างพื้นฐาน สิ่งสนับสนุนด้านยา วัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยี

จากการศึกษาของ Xiong (2022) ถึงปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากรที่มีผล
ต่อการบริการโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศจีน พบปัญหาการขาด
โครงสร้างพื้นฐาน ยา และเครื่องมือที่จำเป็น ซึ่งเมื่อรวมกับการขาดทรัพยากรอื่น ๆ ทำให้เกิดวงจร
อุบาทว์ (vicious cycle) ที่ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นและยอมรับในการมาใช้บริการ แต่ใน
บางการศึกษาที่มีอุปกรณ์สนับสนุนแต่ไม่เข้ากับบริบทของผู้ป่วยดังการศึกษาของชาตรี แมตลี (2564)
ได้วิจัยรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐานพบว่ามี
ข้อจำกัดในปัจจัยของสื่อการสอนที่ผลิตแบบร่วมศูนย์มาจากส่วนกลาง และวิธีการสอนที่ไม่เข้ากับ
บริบทของผู้ป่วยที่เป็นคนท้องถิ่นทำให้ขาดความเข้าใจที่จะนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เช่น อาหาร
ประจำวัน ภาษาถิ่นที่แตกต่างกัน เป็นต้น ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญของการจัดการตนเองของผู้ป่วยใน
พื้นที่ หรือกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเฉพาะที่ต่างจากประชาชนทั่วไปของประเทศ

1.3 ด้านสมรรถนะของผู้จัดการบริการ

ด้านสมรรถนะของผู้จัดการบริการเกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ และความสามารถเกี่ยวกับการสนับสนุนจัดการตนเองโดยผู้ป่วย และทักษะในการเสริมพลังอำนาจ ดังผลการศึกษาต่อไปนี้

จากการศึกษาของ Xiong (2022) ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการบริการโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 5 เขตการปกครองของประเทศจีน พบว่า สมรรถนะผู้จัดการบริการไม่ตรงความรับผิดชอบในการให้บริการผู้ป่วย และขาดสมรรถนะในการจัดการวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปประยุกต์ใช้ เป็นปัญหาอุปสรรค และ เกรียงกมล เหมือนกรุด และคณะ (2564) ได้ศึกษาความสำเร็จในการแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสู่การปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 กรณีศึกษา NCD Clinic Plus พ.ศ. 2564 พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ 3 มีความต้องการพัฒนาสมรรถนะในเรื่องการสนับสนุนและการจัดการตนเอง การจัดการเชื่อมโยงชุมชน และการจัดการข้อมูลสารสนเทศ

ส่วนการศึกษาของ สุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์ และคณะ (2565) ได้ศึกษาถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน อย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงคราญ ศรัทธา และณัฏฐ์ธรรณ ปัญญจันทร์ (2564) ที่ศึกษาระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จังหวัดลำปางผลการวิจัย พบว่ามีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยการอบรม mini case manager เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค มีทักษะการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่ผู้ป่วยเน้นให้มีความเข้าใจ เห็นใจ และเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยโดยการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่ทำความเข้าใจผู้ป่วย ร่วมวิเคราะห์ และตั้งเป้าหมายและแผนร่วมกัน และ การสนับสนุนให้คำแนะนำที่จำเป็นโดยใช้กระบวนการ individual care plan

ขณะเดียวกับพบว่าทัศนคติของผู้ให้บริการก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยตามการศึกษาของ Kirk et al. (2022) ได้ศึกษาค้นคว้าเรื่องสิ่งที่เอื้ออำนวยและอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ พบว่าอุปสรรคที่สำคัญ เป็นเรื่องเกี่ยวกับมุมมองของผู้ให้บริการต่อผู้ป่วย การให้บริการมีการพูดจากับผู้ป่วยในลักษณะดูแคลนว่ามีความรู้ความเข้าใจน้อยกว่าและให้ความสำคัญตัวเลขของผลเลือดมากกว่าปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจของผู้ป่วยทำให้มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างกันและส่งผลการต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย

นอกจากนี้พบว่าการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการมีผลต่อการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาของจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ (2560) ได้วิจัยแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี พบว่าการพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน เป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กติมา สง่ารัตนพิมาน และอรพิน ภัทรกรสกุล (2565) ได้ศึกษาการประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่า การอบรมทางวิชาการ และพัฒนาทักษะการจัดบริการ เป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

1.4 ด้านลักษณะการจัดบริการ

ปัจจัยด้านบริหารจัดการบริการ เกี่ยวข้องกับการจัดบริการแบบเครือข่ายวิชาชีพหรือหน่วยบริการทำให้เกิดความสะดวกในการเข้าถึงบริการ มีความต่อเนื่องเป็นระบบ และทีมผู้ให้บริการมีการใช้ข้อมูลมาเตรียมการล่วงหน้าก่อนการให้บริการตามกระบวนการย่อยต่างๆในการจัดบริการร่วมกับผู้ป่วย และนำมาทบทวนเพื่อพิจารณาการใช้ข้อมูลในการติดตามต่อไป

การจัดบริการแบบเครือข่าย และบริการที่ต่อเนื่องดังการศึกษาของสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์ และคณะ (2565) ได้ศึกษาถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร แบบวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) เป็นการ จัดบริการเครือข่ายโดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้าน 2) มีความสม่ำเสมอ ต่อเนื่องของการจัดระบบแบบบริการเครือข่าย

นอกจากนี้ยังมีลักษณะการจัดบริการที่ให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลหรือการใช้ข้อมูลในการจัดบริการดังเช่นการศึกษาของ Roberti et al., 2025 ได้กล่าวถึงความสำคัญของการจัดการโรคเรื้อรังในระดับบริการระดับปฐมภูมิให้สำเร็จนั้นไม่ใช่แค่การตรวจเลือด และจ่ายยา แต่ต้องอาศัยการปรับโครงสร้างบริการที่เน้นการเตรียมข้อมูลเชิงรุก (Proactive care) เพื่อวางแผนการจัดบริการที่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการจัดการตนเอง (Activated patient) เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Chronic Care Model ในระดับสากล ในส่วนการศึกษาของประเทศไทย จากการศึกษาของทองเสริมใจตรง และคณะ (2567) ที่มีข้อค้นพบว่าการจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อใช้เตรียมข้อในการจัดบริการสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการได้มากขึ้นกว่าร้อยละ 85-90 และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นร้อยละ 0.93 แต่ยังมีอุปสรรคในการเดินทางในกรณีผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล หรือมีข้อจำกัดในการเดินทาง อย่างไรก็ตามการศึกษาของประเสริฐ บินตะคุ (2566) ได้ศึกษาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยมี

ขั้นตอนสำคัญในการใช้ข้อมูลผู้ป่วยมาเตรียมการล่วงหน้าก่อนการให้บริการจากฐานข้อมูลผู้ป่วยมาออกแบบการจัดบริการแบบครบวงจรประกอบด้วย การเตรียมข้อมูลผู้ป่วย การเชื่อมโยงระบบสื่อสารและฐานข้อมูลการตรวจร่างกาย และสั่งการรักษา บันทึกการรักษา และให้คำแนะนำผู้ป่วย และออกวันนัดติดตามผล

1.5 ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนเกี่ยวข้องกับ การให้อบรม สมาชิกในครอบครัวร่วมในการวางแผนดำเนินการ และประเมินผลตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม

สุธี เติงชูตระกูลศักดิ์ และคณะ (2565) ได้ศึกษาถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร แบบวิจัยเชิงคุณภาพ โดยกระบวนการถอดบทเรียน พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และเครือข่ายอย่างจริงจัง และมีทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้มแข็ง มีความมุ่งมั่น ตั้งใจดูแลติดตาม และสร้างพลังให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอดิเทพ ดารดาษ (2565) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการตนเอง โดยการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้รับจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และนงคราญ คชรักษา และณัฐฐกรณธ์ ปัญจพันธ์ (2564) ได้ศึกษาระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จังหวัดลำปางผลการวิจัย พบว่ามีการประสานงานสร้างทีมสุขภาพภาคประชาชน ดำเนินกิจกรรมแบบบูรณาการ เพื่อให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน สามารถดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพของตนได้ด้วยตนเอง

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมจากวนิดา สมภูกา และพุทธิไกร ประมวล (2565) ได้วิจัยการพัฒนาและการประเมินผลของรูปแบบการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การรักษาที่ได้รับด้านแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และปัทมา ลัมถิ่น และคณะ (2566) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดพังงาพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดในบ้านมีผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งการศึกษาในกลุ่มคนไทยที่ต่างวัฒนธรรมกันของอามานี แดมะยู และคณะ (2565)

ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ของ จังหวัดนราธิวาส พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายการจัดการตนเอง ร้อยละ 11.70 ($R^2 = 0.117$, $F = 7.071$, $p < .01$) โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงสุด ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่สามารถทำนายการจัดการตนเอง

1.6 ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล

งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับบริการปฐมภูมิ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการ โดยเฉพาะปัจจัยด้านศักยภาพและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพ โดยจากการศึกษาของ Zhang et al. (2024) พบว่า ระดับรายได้ของบุคลากร ภาระงานของผู้ให้บริการ การได้รับการฝึกอบรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การได้รับคำแนะนำหรือการนิเทศทางวิชาการจากผู้เชี่ยวชาญ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานบริการปฐมภูมิ และ ผลการศึกษา ของ Li et al. (2023) พบว่าประสิทธิภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของบุคลากรสุขภาพในสถานบริการปฐมภูมิได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยระดับบุคคลของผู้ให้บริการและปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ โดยปัจจัยด้านบุคคลของผู้ให้บริการถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อศักยภาพในการปฏิบัติงานและคุณภาพของการจัดบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการที่มีผลต่อการให้บริการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และตำแหน่งหรือวิชาชีพของบุคลากร (Li et al., 2023)

โดยสรุปจากการทบทวนปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งออกได้ 6 ปัจจัย ดังนี้ 1) ด้านบริหารจัดการบริการ ได้แก่ การกำหนดนโยบายและแผนมีการรับฟังข้อมูลอย่างรอบด้านและการมีส่วนร่วมในการจัดทำ การอำนวยการของทีมผู้นำ การกำกับติดตาม และการสร้างความร่วมมือกับเครือข่าย 2) ด้านสนับสนุนทรัพยากร ได้แก่ การสนับสนุนเงิน บุคลากร โครงสร้างพื้นฐาน วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ เทคโนโลยี และระบบข้อมูล 3) ด้านสมรรถนะผู้จัดบริการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 4) ด้านลักษณะการบริการ ได้แก่ การจัดการบริการแบบเครือข่าย การจัดการบริการที่ต่อเนื่อง และการเตรียมข้อมูลมาบริการอย่างเป็นระบบ 5) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และ อสม. 6) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา วิชาชีพ ต้นสังกัด หน่วยงาน รูปแบบการปฏิบัติงานของแพทย์ ประสบการณ์การทำงาน การอบรมความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และการรับนโยบาย

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการทบทวนรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มรูปแบบ ดังนี้

2.1 รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองแบบเน้นด้านผู้ป่วย

รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยตามระยะของโรคของสมาคมเบาหวานสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2021) ได้กำหนดชุดมาตรฐานบริการ และชุดสิทธิประโยชน์ DSME ใน 4 ช่วงเวลาสำคัญ (Critical time) ในแต่ละช่วงของผู้ป่วย ดังนี้

1. การวินิจฉัยยืนยันครั้งแรก (First diagnosis)
2. การรักษาไม่ได้ผลเมื่อครบรอบการรักษาประจำปี (Annually and/or when not meeting treatment targets)

3. เกิดภาวะแทรกซ้อน (When complicating factors develop)

4. เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต (When transitional in life and care occur)

ซึ่งรูปแบบนี้มีความชัดเจนในวิธีการจัดบริการในแต่ละช่วงของโรคได้อย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ได้กล่าวถึงส่วนที่สนับสนุนให้เกิดการบริการดังกล่าวไว้ เช่น ระบบข้อมูลผู้ป่วยที่จะนำมาใช้เชื่อมโยงในแต่ละช่วงรอยต่อของโรค และระหว่างหน่วยบริการ การส่งต่อ และการพัฒนาความรู้สมรรถนะต่างๆที่จำเป็นตามบริบทของผู้ป่วย และพื้นที่ให้แก่ทีมเจ้าหน้าที่ในทีมผู้จัดบริการ

O'Connell (2018) ได้ศึกษารูปแบบที่มุ่งเน้นการเข้าถึง (Accessibility) บริการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานที่ของรัฐบาลออสเตรเลียตะวันตก ที่มีการกำหนดรูปแบบการส่งต่อที่เข้าถึงบริการนี้ได้ง่าย และมีการปรับรูปแบบบริการให้มีความยืดหยุ่นตามบริบทของผู้ป่วยมากขึ้น รัฐมานิโทบา (Manitoba) ประเทศแคนาดา มีการทำวิจัยความเหมาะสมของรูปแบบการจัดบริการนี้ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายที่ต่างกัน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มชนวัฒนธรรมเฉพาะ กลุ่มที่มีข้อจำกัดการเดินทาง เป็นต้น ประเทศไอร์แลนด์ที่สนับสนุนทรัพยากรต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่มีการใช้ถ้อยคำสำนวนภาษา (Signposting) ที่เชื่อมโยง และอธิบายเนื้อหาด้านการแพทย์ที่ซับซ้อนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น

ในยุคปัจจุบันจากกรณีระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 ทำให้มีการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยี (Digital technology) มาเพิ่มการบริการต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานได้มากขึ้นตามการศึกษาของ O'Connell (2018) ได้ศึกษารูปแบบการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสนับสนุนการจัดการตนเองได้สะดวกทั้งการเดินทาง ช่วงเวลาที่ยืดหยุ่นในการรับบริการ รูปแบบวิธีการสื่อสารที่มีรูปแบบที่หลากหลายยืดหยุ่นมากขึ้น และระบบข้อมูลผู้ป่วยที่เป็น

มาตรฐานสะดวกในการใช้ร่วมกันทั้งทีมผู้จัดบริการกับผู้ป่วย รวมไปถึงในการสื่อสารส่งต่อผู้ป่วย เช่น ประเทศเวลส์ มีระบบเทคโนโลยีที่คอยเตือนผู้ป่วยให้กำกับตนเองในการปรับพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนักและเตือนให้ไปตรวจตามนัด เป็นต้น รัฐออสเตรเลียตะวันตก จัดให้เว็บไซต์ (Website) ของทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเข้าไปสืบค้นข้อมูลความรู้ต่างๆในรูปแบบที่หลากหลาย และการขอคำปรึกษา เป็นต้น ประเทศไอร์แลนด์จัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ (electronic patient record) เพื่อให้ผู้ป่วยและทีมผู้จัดบริการมีข้อมูลที่เป็นมาตรฐานสามารถนำมาใช้ร่วมกัน และสามารถเชื่อมโยงไปสนับสนุนการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการได้อีกด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Areevut (2022) ที่ศึกษาการจัดบริการ DSMES ให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างบริการแบบทางไกล (on line) ที่บ้าน และแบบเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ (on-site) จากข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยรพ.รามาริบัติ โดยการจัดบริการ online ใช้การทำงานร่วมกันทีมสหวิชาชีพที่ทางโทรศัพท์นานครั้งละ 30-45 นาที และมีการส่งต่อระหว่างทีม และการประชุมผ่านโทรศัพท์มือถือในกรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็น และมีเครื่องตรวจน้ำตาลจัดส่งให้ที่บ้านผู้ป่วย มีการประเมินผล HbA1C เดือนที่ 3 และ 6 พบว่าการควบคุมระดับ HbA1C ได้ลดลงไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มรับบริการทางไกล กับแบบรับบริการที่หน่วยบริการ ในระยะ 3 เดือนแรก และแบบทางไกลมีผลที่ดีกว่าในเดือนที่ 6 และมีอัตราความพึงพอใจที่สูงกว่า แต่ก็ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญทั้งการเข้าถึงเทคโนโลยีเหล่านี้ของบางกลุ่มผู้ป่วย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ยากจน ผู้ป่วยในพื้นที่สัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ขาดคุณภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงในเรื่องความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วยเสี่ยงจะรั่วไหลไปสู่มีจรรยา หรือข้อจำกัดด้านกฎหมายทางราชการในการส่งต่อข้อมูลข้ามหน่วยบริการที่ต่างๆสังกัดกัน เป็นต้น

2.2 รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนตนเองแบบเน้นทีมผู้จัดบริการ

จากการศึกษาของนิทัศน์ ชินบุตร (2566) ได้ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ในรพ.พนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ดโดยการจัดตั้งโรงเรียนเบาหวานที่มีการจัดบริการแบบทีมสหวิชาชีพ โดยการส่งเสริมและเป็นที่ปรึกษาฝึกทักษะในเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และการออกกำลังกายที่เพียงพอ การใช้ยา การดูแลเท้า และการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และติดตามผลโดยใช้แอปพลิเคชัน Line group ในเวลา 3 เดือนพบว่าผู้ป่วยมีการผลทดสอบความรู้ พฤติกรรมดูแลตนเอง การมีส่วนร่วม และการสนับสนุนด้านจิตใจดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือด และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลง ซึ่งข้อดีของรูปแบบคือการฝึกทักษะในการปฏิบัติจริง และใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และการร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งควรจะมีการดำเนินการติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป ซึ่งมีรูปแบบในลักษณะเดียวกับการศึกษาของกาญจน์ วจี จตุเทิน (2566) ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดย Transtheoretical Model

(TTM) ในเทศบาลตำบล อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical Model: TTM เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์พบว่ามีความรู้และพฤติกรรมที่ดีขึ้น แต่ควรมีการติดตามผลในระยะยาว และผลลัพธ์การรักษาทางคลินิกต่อไป และโสภา ไชยแก้ว (2566) ได้ศึกษาการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในรพสต.ท่าข้าม จังหวัดเชียงใหม่ โดยอาศัยกระบวนการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivation interview: MI) พบว่าสามารถลดความดันโลหิตได้ แต่ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงควรการทบทวนศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องนอกจากการใช้การสร้างแรงจูงใจเท่านั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง

สำหรับรูปแบบที่เน้นผู้จัดบริการแต่เพิ่มการเชื่อมโยงกับชุมชน จากการศึกษาของ นุจิพรรณ ศรีไมย และวิลาวัณย์ ขมิ้นรัตน์ (2564) ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้กรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM) เน้นเฉพาะ 3 องค์ประกอบในหน่วยบริการ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการจัดการตนเอง 2) ออกแบบระบบบริการ 3) ระบบข้อมูลทางคลินิก เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมีกระบวนการตั้งแต่ การวางแผน นำแผนสู่การปฏิบัติ และประเมินผล โดยการพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager: CM) ให้มีทักษะในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และปรับให้มีการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยก่อนถึงวันนัดเพื่อวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะรายในวันที่มารับบริการ และเชื่อมโยงกับชุมชนโดยการจัดส่งข้อมูลที่สำคัญให้กับบอสม.ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

O'Connell (2018) ได้ศึกษารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของประเทศ ประเทศออสเตรเลียพัฒนาผู้จัดบริการแบบหลักสูตร (Curriculum) มีการฝึกทักษะเฉพาะรายวิชาชีพ การเป็นพี่เลี้ยง (Mentor) ให้ผู้ป่วยในการจัดการตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมต่างๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บต่างๆ เป็นต้น การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) มาจัดทำแผนการรักษาร่วมกับทีมผู้จัดบริการด้วยกันเองและผู้ป่วย และการสร้างความตระหนักรู้ให้ทีมผู้จัดบริการได้ทราบถึงความสำคัญ รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง การส่งต่อเพื่อขอคำปรึกษา เป็นต้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา เชียงของ และคณะ (2564) ที่ได้ทำการศึกษาถึง อนาคตภาพ แนวทางการให้บริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้การวิจัยอนาคตแบบชาติพันธุ์วรรณาด้วยเทคนิคเดลฟาย (Ethnographic Delphi Futures Research: EDFR) พบว่าการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบ่งเป็น 5 แนวทาง คือ 1) การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพเพื่อ

วิถีชีวิตที่ควบคุมโรคเรื้อรัง 2) การสนับสนุนการเข้าถึงและการเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ 3) การพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ 4) การบูรณาการร่วมกันระหว่างระบบสาธารณสุขและการศึกษา และ 5) พัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ

2.3 รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนตนเองแบบเน้นวิธีการเฉพาะด้านการให้ความรู้

การศึกษาของ Krall et al. (2021) ได้ศึกษารูปแบบให้สุขศึกษาด้านเบาหวานเป็นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) มีทีมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (Diabetic Educator: DE) ที่ได้รับการอบรมเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง 2) ยกฐานะให้เป็นสมาชิกในทีมรักษาที่สามารถร่วมให้การปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพได้ เสนอการปรับแผนการรักษาได้ ตลอดจนการใช้ข้อมูลสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Record: EHR) ในการร่วมมือ (collaboration) การรักษาในทีมและกับผู้ป่วยเพิ่มบทบาทให้มามีส่วนร่วมกำหนด ประเมินและปรับแผนการรักษา (care plan) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้โดยมีการประชุมทีมแบบสัปดาห์ (Team-Huddle) ซึ่งพบว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่ากลุ่มควบคุม และ ผลการศึกษาของ Zupa et al. (2019) โดยศึกษารูปแบบการเพิ่มทีมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (Diabetic educator: DE) เข้าในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการนี้โดยไม่ต้องจ่ายเอง โดยบริษัทประกันเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้แทน (insurer-based DE-driven intervention) โดยมีข้อดีในการเพิ่มผู้ประสานงานระหว่างทีมผู้จัดบริการกับผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) และ LDL ได้ แต่การลดค่า BMI ไม่ได้ผล

ซึ่งทั้ง 2 รูปแบบมีข้อดี คือมีทีมให้ศึกษาโดยเฉพาะ และเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้จัดบริการ แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบดังกล่าวทั้ง 2 การศึกษานี้จะนำมาปฏิบัติได้ต้องมีการสนับสนุนทั้งจากนโยบาย การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งโครงสร้างอัตราค่าจ้าง ระบบข้อมูล งบประมาณในการขับเคลื่อนโดยทีมสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทของระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ และพื้นที่

2.4 รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนตนเองแบบเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

หทัยรัตน์ กันหาชิน และเพชรไสว ลิ้มตระกูล (2563) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี แบบวิจัยเชิงปฏิบัติการพบว่าการปรับเปลี่ยนใน 4 องค์ประกอบดังนี้ คือ 1) พัฒนาทักษะส่วนบุคคลโดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) ปรับการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน โดยกำหนดบทบาทของเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจนและให้ อสม.เข้ามามีส่วนร่วมเสนอแนะในการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย 3) พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วย 4) จัดทำแนวทางในการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่และอสม.ให้ชัดเจน 5) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการประชุมคืบข้อมูลให้ผู้นำชุมชนเพื่อช่วยในการติดตามผู้ป่วยร่วมกับ อสม.

การประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้นส่งผลให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง 21 ราย จาก 30 ราย (ร้อยละ 70) ผู้ดูแลและ อสม.มีความรู้และมีความมั่นใจการดูแลผู้ป่วย มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน มีแนวทางในการเยี่ยมบ้าน และผู้นำชุมชนให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับศุภาวดี พันธุ์หนองโพน และคณะ (2563) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยเป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนาที่เริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหาแล้วนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ คือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิกที่มีโครงการย่อยดังนี้ 1) โครงการพัฒนาศักยภาพ NCD Team 4.0 และภาคีเครือข่าย 2) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และการฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องตรวจน้ำตาล 3) โครงการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทางกลุ่ม Line หรือโทรศัพท์ จากกระบวนการ After Action Review (AAR) ของกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่สำคัญ คือ 1) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ขั้นการวางแผน ดำเนินการ ประเมินผลและสะท้อนข้อมูลกลับสู่ผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ 2) มีการวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ร่วมกัน เพื่อนำไปจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล 3) มีระบบที่ปรึกษา ร่วมกันในเครือข่าย 4) ทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นทีมที่เล็งติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 5) เจ้าหน้าที่มีความพร้อมและตั้งใจปฏิบัติงาน 6) อสม.ทำหน้าที่ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเอง และตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้เองที่บ้าน ในภาวะฉุกเฉินและให้การดูแลเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาลได้

จากงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องนี้จะเห็นได้ว่าการเพิ่มบทบาทของอสม.ให้เข้ามามีส่วนร่วมในแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งคล้ายกับบทบาทของทีมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (Diabetic educator: DE) ในต่างประเทศซึ่งอาจนำมาออกแบบที่เหมาะสมมากขึ้นตามบริบทได้ต่อไป

วนิดา สมภูงา และพุทธิไกร ประมวล (2565) ได้ศึกษาการพัฒนาและการประเมินผลของรูปแบบการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าผลการพัฒนาได้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ ที่มีชื่อย่อว่า โมเดล DNCMSF ประกอบด้วย 1) Data Center หมายถึง การจัดเตรียมความพร้อมที่เป็นศูนย์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานระดับจังหวัด ที่มีรายละเอียดของผู้ป่วยเบาหวานทุกรายที่ขึ้นทะเบียน มีข้อมูลการรักษา พฤติกรรมเพื่อใช้ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการ 2) Network หมายถึง การสร้างเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอและตำบลที่ชัดเจนเพื่อการประสานข้อมูลในการจัดบริการ 3) Coacher หมายถึง การเป็นทีมที่ปรึกษาในการจัดตั้งทีมพี่เลี้ยงเพื่อให้ความช่วยเหลือ และเชื่อม

ประสานข้อมูลในทุกระดับ 4) Monitoring หมายถึง การติดตามเยี่ยม การนิเทศเสริมพลัง และ ประเมินผลเป็นกระบวนการที่ช่วยสนับสนุนให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน และพัฒนางานใหม่ๆที่เกิด ประสิทธิภาพมากขึ้น 5) Social support หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทั้งงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ทั้งภายในและภายนอกองค์กรในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอาจเป็นในรูปของ คณะกรรมการสุขภาพระดับต่างๆ และ 6) Follow up หมายถึง การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในทุกระดับ โดยเน้นไปที่การติดตามพฤติกรรม 4 ด้านได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการพักผ่อนหรือการจัดการความเครียด นอกจากนี้จากการศึกษา ของ O'Connell (2018) เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของรัฐควีน แลน์ ออสเตรเลียตะวันตก และไอร์แลนด์ ได้เพิ่มการรณรงค์แบบการตลาดเชิงสังคม (Social marketing) ผ่านระบบสื่อสารมวลชนเพื่อสร้างการรับรู้ที่ครอบคลุมมากขึ้นไปสู่ทุกกลุ่ม

โดยสรุปจากการทบทวนรูปแบบการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งจะเห็นได้ถึงความหลากหลายของรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ละรูปแบบมีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน และจุดที่เน้นต่างกัน ดังนี้ 1) รูปแบบที่เน้นไปที่ตัวผู้ป่วยโดยตรง มีจุดแข็งที่คำนึงถึงการดำเนินกิจกรรมโดยตรงกับตัวผู้ป่วย แต่มีจุดอ่อนคือ ชุมชนที่ไม่มีส่วนร่วมในการสนับสนุน และความพร้อมของทรัพยากรด้านต่างๆของทีมผู้ให้บริการ ขาดความต่อเนื่อง 2) รูปแบบด้านผู้ให้บริการ จุดแข็งคือจะเน้น การเตรียมทีมผู้ให้บริการให้มีความพร้อม แต่มีจุดอ่อนที่อาจเป็นการบริการที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย และขาดการมีส่วนร่วมสนับสนุนจากชุมชน 3) รูปแบบเน้นการให้สุขศึกษา มีจุดแข็งที่ชุดความรู้ที่จัดเตรียมมาอย่างสมบูรณ์ แต่อาจให้แบบที่ไม่เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยที่จะนำไปปฏิบัติได้จริง และ 4) รูปแบบเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จุดแข็ง คือชุมชนมีส่วนร่วม แต่อาจขาดความพร้อมของการบริการที่เป็นมาตรฐาน และส่วนสนับสนุนอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการให้บริการในส่วนหน่วยบริการ

อย่างไรก็ตามรูปแบบทั้งหมดนั้น ยังไม่พบรูปแบบที่มองในภาพรวมของการ จัดบริการอย่างเป็นระบบ ที่เริ่มตั้งแต่ทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง การบริหารจัดการ จนถึงการให้บริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยตรง เนื่องจากการทบทวนวิจัยที่ เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง มีทั้งด้านการ สนับสนุนทรัพยากร การบริหารจัดการ สมรรถนะของผู้ให้บริการและการมีส่วนร่วมชุมชน ดังนั้นจึง ควรพิจารณาพัฒนารูปแบบที่สามารถตอบสนองเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ

นักวิจัยจึงใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับระบบ คือระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต (Health system dynamics framework) ควบคู่กับรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM) และ รูปแบบการดูแลแบบ 5 เอ (5 A's model) เป็นหลักใน

การศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารจัดการในการจัดบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศึกษาทั้งระบบที่เกี่ยวข้อง

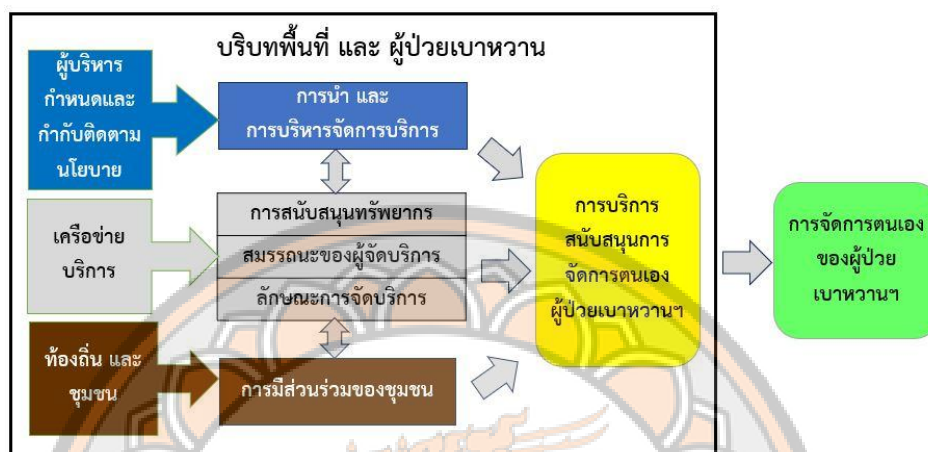
กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนและศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำไปใช้ประยุกต์ในการศึกษารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพของ Van Olmen et al., 2012) คือ ระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต (Health system dynamics framework) ซึ่งมีองค์ประกอบ ด้านการจัดการ (Leadership & Governance) ทรัพยากร (Resources) และบริการ (Service delivery) ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์และเป้าหมายที่เชื่อมโยงกับประชาชน (Population) และบริบท (Context) ด้านต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง โดยการจัดการบริการขึ้นอยู่กับทั้งด้านการบริหารจัดการ และการสนับสนุนทรัพยากร ภายใต้บริบท และประชากรในพื้นที่ นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษารูปแบบการจัดบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในภาพรวมซึ่งรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

นอกจากนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model: ECCM) (Barr et al., 2003) มีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ระบบการจัดบริการภายในหน่วยบริการประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย การออกแบบบริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลผู้ป่วย ส่วนการเชื่อมโยงกับชุมชน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการช่วยสนับสนุนทรัพยากร 3 ด้าน ได้แก่ นโยบายสุขภาพสาธารณะ การสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยดำเนินการผ่านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมจากชุมชนกับทีมสุขภาพที่มีการให้บริการแบบเชิงรุก โดยนำมาประยุกต์ใช้ประกอบกับแนวคิดระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต (Health system dynamics framework) เพื่อให้ประเด็นในการศึกษามีความจำเพาะเจาะจงเกี่ยวกับการบริการโรคเรื้อรังหรือเบาหวานโดยตรง และผู้เกี่ยวข้องในการจัดบริการครอบคลุมครอบครัว และชุมชน

ขณะเดียวกัน ได้นำรูปแบบ 5 เอ (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) ของ กลาสโกว อิมอนท์และมิลเลอร์ (Glasgow et al., 2006) ซึ่งได้กล่าวถึงกระบวนการบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การประเมินผู้ป่วย 2) การแนะนำผู้ป่วย 3) การกำหนดข้อตกลง และแผนการดูแลร่วมกันทั้งผู้ให้บริการกับผู้ป่วย 4) การช่วยเหลือสนับสนุน และ 5) การติดตามประเมินผล และแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในหมวดที่ 4 การสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) 2) กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล 3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง

ในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม เช่น การมีกลุ่ม หรือชมรมทั้งแบบปกติ หรือออนไลน์ 4) สื่อการเรียนรู้ หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย นำมาใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ในภาพรวมของการศึกษาวิจัยตามภาพ 12



Health system dynamics framework (J. van Olmen, 2012) และ ECCM (Wagner, 2006) 5 A's Model (Glasgow, Emont, & Miller, 2006) และ NCD Clinic plus (กรมควบคุมโรค, 2566)

ภาพ 12 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

โดยใช้ในส่วนการศึกษาการให้บริการซึ่งเป็นตัวแปรตาม คือ การบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยบูรณาการทั้งเทคนิค 5 เอ กับ แนวทางการดำเนินงาน NCD plus กรมควบคุมโรค (2566) ออกมาเป็นขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ 1) การประเมินผู้ป่วย (Assess) 2) การแนะนำ (Advice) และการคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลด้วยวิธีการที่เหมาะสม 3) การตกลงจัดทำแผนร่วมกัน (Agree to share care plan) 4) การช่วยเหลือ (Assist) การสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจและสัมพันธภาพทางสังคม 5) การติดตามแก้ไข (Arrange)

ประกอบกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลายตัวแปรที่เกี่ยวข้อง สามารถจัดกลุ่มตามแนวคิดระบบสุขภาพ ได้ทั้งหมด 6 ปัจจัย จึงได้นำมาประกอบในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 6 ปัจจัย เป็นตัวแปรต้นดังนี้

1. ปัจจัยการบริหารจัดการบริการ ได้แก่ กำหนดทิศทางการจัดบริการ กระบวนการของการบริหาร และความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย
2. ปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากรการจัดบริการ ได้แก่ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านการเงิน ด้านข้อมูล ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านเทคโนโลยี

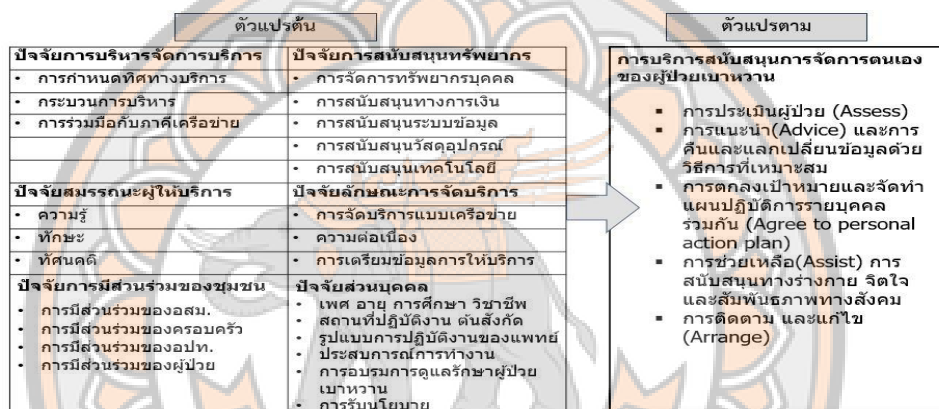
3. ปัจจัยสมรรถนะของผู้จัดบริการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทักษะคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

4. ปัจจัยลักษณะการจัดบริการ ได้แก่ การจัดบริการแบบเครือข่าย ความต่อเนื่องของบริการ และการเตรียมข้อมูลให้บริการ

5. ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของอสม การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6. ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา วิชาชีพ ต้นสังกัด หน่วยงาน รูปแบบการปฏิบัติงานของแพทย์ ประสบการณ์การทำงาน การอบรม และการรับนโยบาย

โดยแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณ ตามภาพ 13



ภาพ 13 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย สำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ

บทที่ 3

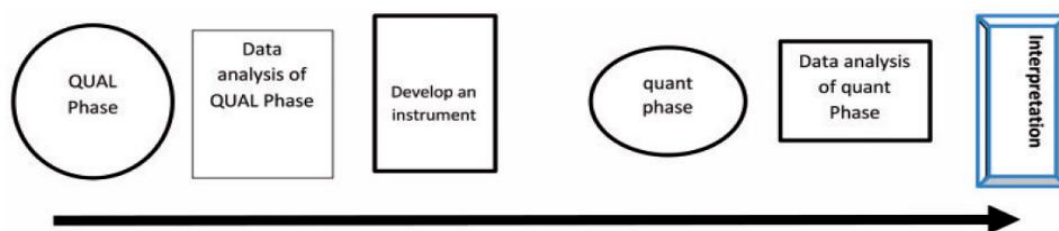
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา “รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2” โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

กระบวนทัศน์การวิจัย

ผู้วิจัยมีกระบวนทัศน์ การวิจัย (Research Paradigm) แบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) บนฐานคิดที่ต้องการความรู้ที่นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง โดยผสมผสานการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และ คุณภาพเข้าด้วยกันเพื่อให้ได้ข้อมูล องค์ความรู้ที่สมบูรณ์สามารถนำไปใช้ได้จริง (นิทรา กิจธีระวุฒิ วงศ์, 2555) ไม่ยึดติดกับวิธีการวิจัย ใช้วิธีการที่หลากหลายมุ่งเน้นให้ปฏิบัติได้ตามสภาพความเป็นจริง (Creswell, 2014)

จากกระบวนทัศน์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research design) ซึ่งเป็นวิธีที่ผสมผสานการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเข้าด้วยกันเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สมบูรณ์สามารถนำมาเปลี่ยนทฤษฎี หรือนวัตกรรมการทำงานได้ (Creswell, 2009) และเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบบุกเบิกตามลำดับ (Exploratory Sequential Design) เนื่องจากผู้วิจัยต้องการสำรวจค้นหาตัวแปรหรือปัจจัยใหม่ ๆ จากการศึกษาสถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเชิงระบบที่มีความซับซ้อนของระบบย่อยต่างๆในระบบสุขภาพที่เป็นองค์ประกอบไปสู่การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในหน่วยบริการและชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยยังไม่ทราบเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการศึกษาในพื้นที่เพื่อจะทำได้ตัวแปรใหม่จากเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่ก่อนในระยะที่ 1 ที่จะทำการทดสอบในการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 2 ตามภาพ 14



ภาพ 14 แสดงการวิจัยผสมผสานแบบ Exploratory Sequential Design

Source: Adapted from Figure 3.2(c): Creswell & Plano Clark (2011, p. 69)

เพื่ออธิบาย และค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามบริบทเพิ่มเติมจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้จากการทบทวนจากงานวิจัยที่มีอยู่ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ แล้วจึงนำมาวิเคราะห์สูงด้วยหลักสถิติแบบการวิจัยเชิงปริมาณ แล้วจึงนำมาจัดทำร่างรูปแบบ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบต่อไปด้วยการวิจัยระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ต่อไป

พื้นที่การศึกษา

การศึกษานี้กำหนดในเขตสุขภาพที่ 2 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้น ซึ่งเป็นเขตภาคเหนือตอนล่าง 5 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย ตาก และเพชรบูรณ์

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) ในรูปแบบการวิจัยแบบบุกเบิกตามลำดับ (Exploratory Sequential Design) เป็น 4 ระยะ โดยมีวัตถุประสงค์ในแต่ละระยะ ดังนี้

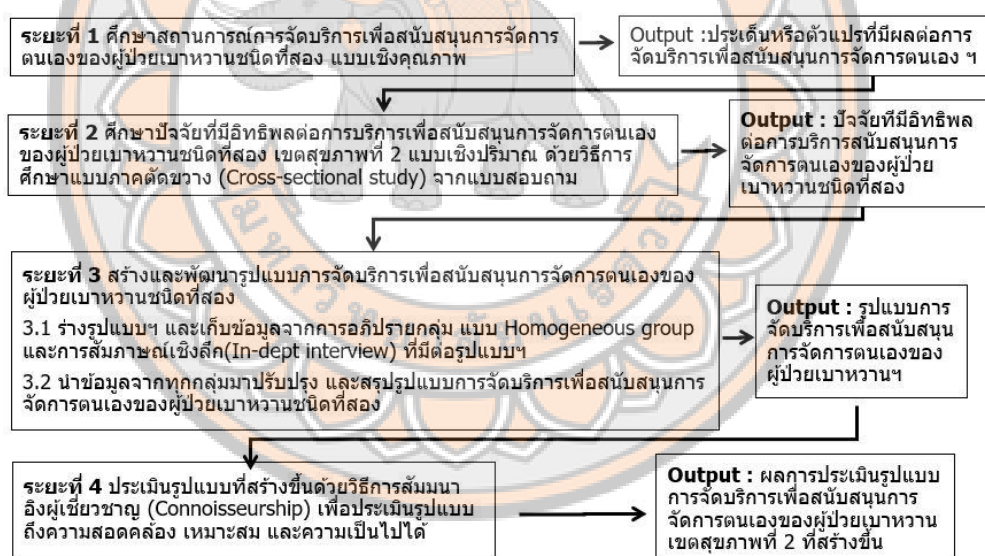
ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยวิธีการอภิปรายกลุ่ม แบบ Homogeneous group และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview)

ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 เป็นการศึกษาต่อการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study)

ระยะที่ 3 เพื่อสร้าง และพัฒนารูปแบบโดยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จากข้อมูลการวิจัยในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 นำมาร่างรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยนักวิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษา และนำมาเสนอกลุ่ม

ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหาร รพ.แม่ข่าย 2) กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ผู้จัดการรายกรณี (case manager) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 4) กลุ่มผู้บุคลากรอื่นๆ ด้วยวิธีการอภิปรายกลุ่ม แบบ Homogeneous group และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อร่วมข้อเสนอแนะต่อการสร้างรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มต่างๆ มาปรับปรุงร่างรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 และสรุปเป็นรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

ระยะที่ 4 เพื่อประเมินรูปแบบที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 3 ต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ วิชาการ และการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยการสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อพิจารณาประเมินถึงความสอดคล้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ที่จะนำมาปฏิบัติได้จริง โดยกำหนดเป็นกรอบดำเนินการวิจัยทั้ง 4 ระยะ ตามภาพ 15 และสรุปขั้นตอนการวิจัยทั้ง 4 ระยะ ตามตาราง 8

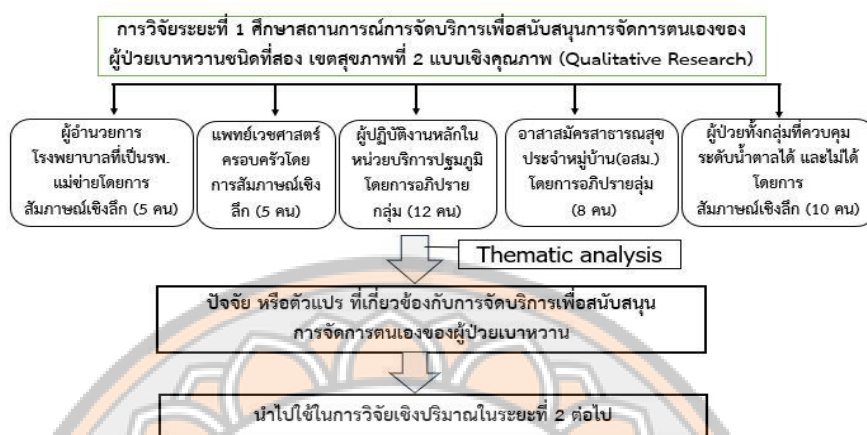


ภาพ 15 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้ง 4 ระยะ

ตาราง 8 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทั้ง 4 ระยะ

ระยะ	วัตถุประสงค์	วิธีการ และเครื่องมือ	การวิเคราะห์	ผลที่ได้
1	ศึกษาสถานการณ์การ จัดบริการเพื่อสนับสนุน การจัดการตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน ในเขต สุขภาพที่ 2	การอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) แบบ Homogeneous group และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview)	การวิเคราะห์แก่น สาระ (Thematic analysis)	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อ นำไปใช้ในการศึกษา ในระยะที่ 2
2	ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการบริการเพื่อ สนับสนุนการจัดการ ตนเอง ฯ	การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) จากแบบสอบถาม	การวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณ (Multiple regression analysis)	ปัจจัยที่อิทธิพลการ บริการเพื่อสนับสนุน การจัดการตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน
3	สร้าง และพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2			
3.1	สร้างรูปแบบการ จัดบริการเพื่อสนับสนุน การจัดการตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน ในเขต สุขภาพที่ 2	นำข้อมูลจากวิจัยระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 มาถ่วง รูปแบบ	นำมาเชื่อมโยงเป็น ขั้นตอนต่างๆที่สำคัญ จากการวิเคราะห์ทาง สถิติในการจัดบริการ แบบ Service Model Blue Printing	ร่างรูปแบบการ จัดบริการเพื่อ สนับสนุนการจัดการ ตนเองของผู้ป่วย เบาหวาน
3.2	พัฒนารูปแบบการ จัดบริการเพื่อสนับสนุน การจัดการตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน ในเขต สุขภาพที่ 2	นำข้อมูลการวิจัยเชิง คุณภาพจากทุกกลุ่มมา วิเคราะห์สาระสำคัญเพื่อ นำมาปรับปรุง และสรุปเป็น รูปแบบการจัดบริการฯ	การวิเคราะห์แก่น สาระ (Thematic analysis) เพื่อนำมา ปรับร่างรูปแบบจาก ขั้นตอนที่ 3.1	รูปแบบการจัดบริการ เพื่อสนับสนุนการ จัดการตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน (ฉบับ ปรับปรุง)
4	ประเมินรูปแบบการ จัดบริการเพื่อสนับสนุน การจัดการตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน ในเขต สุขภาพที่ 2	การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อ ประเมินรูปแบบ	สรุปความตรงประเด็น ความเหมาะสม และ ความเป็นไปได้ในการ นำมาปฏิบัติจริง	ผลการประเมิน รูปแบบการจัดบริการ เพื่อสนับสนุนการ จัดการตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน เขต สุขภาพที่ 2 ที่สร้างขึ้น

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
 เขตสุขภาพที่ 2 แบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยสรุปตามภาพ 16



ภาพ 16 แสดงการสรุปขั้นตอนการวิจัยระยะที่ 1

โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากร โดยมีประชากร 5 กลุ่ม ดังนี้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นรพ. แม่ข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3) ผู้ปฏิบัติงานหลักที่บริการผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC) 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ 5) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. กลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 5 กลุ่ม โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) รวมทั้งหมด 40 คน ดังนี้

2.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นรพ. แม่ข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 5 ท่าน โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารที่ได้รับมอบหมายในการดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป
- 2) มีการกำหนดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
- 3) มีผลงานเด่นในการจัดการบริการโรคเบาหวานในระดับเขตขึ้นไป
- 4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

2.1.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สนใจในการให้ข้อมูล

2.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) มีแนวคำถาม ดังนี้

1) มีนโยบาย แผน และการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ในการพัฒนาการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมทั้งภายในรพ. และระหว่างรพ.กับรพสต.เป็นอย่างไรบ้าง

2) มีนโยบาย แผน และการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ในการพัฒนาการจัดบริการเฉพาะที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นอย่างไรบ้าง

3) สิ่งที่เป็นจุดแข็งในการบริหารจัดการต่อการจัดบริการนี้

4) สิ่งที่ยังคงเป็นปัญหา หรือโอกาสพัฒนาในการบริหารจัดการต่อการจัดบริการนี้

2.2 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 5 ท่าน โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) ดังนี้

2.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) ปฏิบัติหน้าที่ดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อยนาน 1 ปีขึ้นไป

2) มีประสบการณ์ให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างน้อยนาน 1 ปีขึ้นไป

3) มีนวัตกรรมในการพัฒนาการจัดบริการโรคเบาหวานระดับเขตขึ้นไป

4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษากับความสนใจ

2.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สนใจในการให้ข้อมูล

2.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีแนวคำถาม ดังนี้

1) ท่านมีบทบาทอย่างไรในการจัดบริการเฉพาะที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) การทำงานร่วมกับทีมในหน่วยบริการ และระหว่างหน่วยบริการในการจัดบริการนี้

3) การร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดบริการนี้

4) การร่วมมือกับอสม. หรือชุมชนในการจัดบริการนี้

5) สิ่งที่เป็นจุดแข็งในการจัดบริการนี้ และสิ่งที่ยังเป็นปัญหาที่ควรพัฒนาในการจัดบริการนี้

2.3 ผู้ปฏิบัติงานหลักในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 12 ท่าน โดยวิธีการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.3.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) ผู้ปฏิบัติงานหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมินาน 1 ปีขึ้นไป

2) ผู้ปฏิบัติงานหลักในสถานบริการที่มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานได้ดีในสามอันดับแรกแต่ละจังหวัด (จำนวน 6 คน) และ ในสถานบริการที่มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานได้ดีในสามอันดับท้ายแต่ละจังหวัด (จำนวน 6 คน) รวม 2 กลุ่ม 12 ท่าน

3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาดด้วยความสมัครใจ

2.3.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล

2.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีแนวคำถาม ดังนี้

1) ท่านได้จัดบริการผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมทั้งระบบบริการอย่างไร

2) ท่านได้จัดบริการ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไร มีรูปแบบอย่างไร?

3) จุดแข็งในหน่วยบริการของท่านที่เกี่ยวข้องการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง และปัจจัยที่ทำให้เกิดจุดแข็งนี้

4) จุดอ่อน หรือปัญหาในหน่วยบริการของท่านเกี่ยวข้องการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองและปัจจัยที่ทำให้เกิดจุดอ่อนนี้

2.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 8 ท่าน โดยวิธีการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

2.4.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป

2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป

3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาดด้วยความสมัครใจ

2.4.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล

2.4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีแนวคำถาม ดังนี้

1) ท่านมีบทบาทอย่างไรการจัดบริการเฉพาะที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- 2) การทำงานร่วมกับทีมในหน่วยบริการอย่างไรบ้าง
- 3) การร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดบริการนี้อย่างไรบ้าง
- 4) การร่วมมือกับท้องถิ่น หรือชุมชนในการจัดบริการนี้อย่างไรบ้าง
- 5) สิ่งที่เป็นจุดแข็งในการจัดบริการนี้ และสิ่งที่เป็นปัญหาที่ควรพัฒนาใน

การจัดบริการนี้

2.5 ผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ 5 ท่าน และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด 5 ท่าน จากพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิรวม 2 กลุ่มเป็น 10 ท่าน โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) แยกระหว่าง 2 กลุ่ม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.5.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการรักษาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ (ค่า HbA1c < 7.0 สองครั้งติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน) และไม่ได้ตามเกณฑ์ จากพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

2.5.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล

2.5.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีแนวคำถาม ดังนี้

- 1) ท่านทำอย่างไรบ้างในการควบคุมระดับน้ำตาลได้สำเร็จตามเกณฑ์
- 2) ท่าน และครอบครัวมีบทบาทอย่างไรในการสนับสนุนตามข้อ 1)
- 3) ทางทีมผู้รักษาของหน่วยบริการได้ช่วยท่านอย่างไรบ้างตามข้อ1)
- 4) ทางท้องถิ่น หรือชุมชนได้ช่วยท่านอย่างไรบ้างตามข้อ1)
- 5) สิ่งที่ยังเป็นปัญหาที่ควรพัฒนาเพิ่มเติมในการจัดบริการนี้

2.5.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด มีแนวคำถาม ดังนี้

- 1) ท่านทำอย่างไรบ้างในการควบคุมระดับน้ำตาลที่ผ่านมา และมีข้อจำกัดอะไรบ้าง
- 2) ท่าน และครอบครัวมีบทบาทอย่างไรในการสนับสนุนสิ่งต่างๆตามข้อ 1)
- 3) ทางทีมผู้รักษาของหน่วยบริการได้ช่วยท่านอย่างไรบ้างตามข้อ1)
- 4) ทางท้องถิ่น หรือชุมชนได้ช่วยท่านอย่างไรบ้างตามข้อ1)
- 5) สิ่งที่ควรพัฒนาเพิ่มเติมในการจัดบริการนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยต้องมีการเตรียมความพร้อมโดยการทบทวนองค์ความรู้ ทฤษฎี ในการวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคิดทฤษฎี และวิจัยปัจจัย และรูปแบบ และวิธีการที่เกี่ยวข้องกับการ สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. แนวคำถามในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ได้กล่าวไปแล้วในหัวข้อที่ 2
3. สมุดจดบันทึกข้อมูล และเครื่องบันทึกเสียง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในส่วนการจัดการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่ม (Observation) ซึ่งมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึกของแต่ละกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพราะข้อมูลที่ได้จะเป็น มุมมองส่วนบุคคลและการให้ความคิดเห็นในเชิงคุณภาพของผู้ให้ข้อมูลหลักเอง ทั้งจากการอภิปราย กลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก จะดำเนินการพร้อมกับการสังเกตเพื่อให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูล และนำมาสกัดประเด็น หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อสถานการณ์การจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการ ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ชัดเจนมากขึ้น โดยใช้กระบวนการดังนี้

1. ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ถึงสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด และองค์การบริหารส่วนจังหวัดทั้ง 5 จังหวัดเพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวม ข้อมูล และประสานงานนัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามลำดับกลุ่มตัวอย่างที่ 1- 5 ล่วงหน้า ตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา ในกรณีการสัมภาษณ์เชิงลึกในรายที่ไม่พร้อมตามเวลาที่แจ้งไปก็ สามารถปรับเปลี่ยนลำดับการเก็บข้อมูลได้ตามที่ผู้ให้สัมภาษณ์สะดวก

2. จัดทำแนวทางการอภิปรายกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้จุด ประเด็นการอภิปราย เป็นคำถามปลายเปิดที่แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นปัญหา มุมมองต่อปัจจัย และข้อเสนอต่อรูปแบบการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม ต่อบริบทตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ได้แบ่งกลุ่มไว้

3. การเตรียมตัวและอุปกรณ์ นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเตรียมตัวโดยการทำทำความเข้าใจ ประเด็นที่ต้องการศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมอภิปราย และเตรียมอุปกรณ์เครื่อง บันทึกเสียง สมุดปากกา สำหรับบันทึกการอภิปรายกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

4. เตรียมสถานที่ เป็นสถานที่ที่สะดวกสบาย ไม่รบกวน สามารถควบคุม เสียงจากภายนอก และผู้ไม่เกี่ยวข้องได้ มีบรรยากาศเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลายไม่กังวล สามารถพูดและ แสดงความคิดเห็น รวมถึงจัดที่นั่งเป็นวงกลมเพื่อให้ผู้ดำเนินการอภิปรายสามารถสบตาในระหว่าง ดำเนินการอภิปรายกลุ่ม

5. การดำเนินการอภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจกันให้ทุกคนให้รู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควรแล้วจึงจะเริ่มดำเนินการอภิปรายกลุ่ม โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการอภิปรายกลุ่ม กล่าวขอบคุณที่มาร่วมอภิปราย ขอให้ทุกคนสามารถพูดโดยไม่ต้องกังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วย นักวิจัยบันทึกกลุ่มพร้อมบันทึกเทปการสนทนาอภิปราย หลังจากนั้นนักวิจัยก็จุดประเด็นการอภิปรายที่ได้เตรียมไว้ พยายามให้ผู้ร่วมวงอภิปรายได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการทำแผนที่ ความคิด (Mind mapping) และเทคนิคการใช้คำสำคัญ (Key Words)

6. การดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยขอพบตามนัดหมายไว้ แจ้งวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์และต้องขออนุญาตในการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งแจ้งผู้ให้ข้อมูลให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นสำหรับสถานการณ์ของการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำมาสรุปเป็นปัจจัยหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องตามมุมมองและข้อเสนอแนะของแต่ละกลุ่มทั้งผู้บริหารรพ. แม่ข่าย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อสม. ผู้ป่วย

7. ขึ้นสรุปข้อมูลของรูปแบบหลังการอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยถอดเทปแบบคำต่อคำเพื่อไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ในแต่ละด้าน ดังนี้

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) ของข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักต่างๆ ทั้งจากกลุ่มอภิปรายเดียวกัน ต่างกลุ่ม ต่างบุคคลกันแล้วนำมาเปรียบเทียบความเหมือนหรือแตกต่างกัน แล้วสรุปในผลการวิจัย หรือสอบถามเพิ่มจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม

2. การตรวจสอบด้านวิธีการ (Methodology triangulation) ของข้อมูลที่ได้จากวิธีการเก็บที่แตกต่างกันทั้งจากการอภิปรายกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

3. การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory triangulation) โดยการเปรียบเทียบแนวคิดทฤษฎีที่แตกต่างกันที่นำมาใช้ประกอบในการวิจัย

4. การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิเคราะห์ข้อมูล (Investigator triangulation) โดยการเปรียบเทียบระหว่างผู้วิเคราะห์ ซึ่งได้แก่ ผู้วิจัย กับอาจารย์ที่ปรึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) แล้วนำมา วิเคราะห์สรุปแบบอุปนัย (Analytic inductive) โดยการจำแนกและจัดระบบข้อมูล (Typology & Taxonomy) โดยมีขั้นตอนที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Creswell (2014) ดังนี้

1. การจัดระเบียบข้อมูล โดยการถอดเทปทั้งจากการอภิปรายกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยถอดข้อความแบบคำต่อคำจากเทปบันทึกเสียง และจัดเก็บในไฟล์อิเล็กทรอนิกส์

2. การกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) ทั้งผู้ให้ข้อมูลแทนชื่อ นามสกุล และกลุ่มข้อมูลต่างๆ
3. การให้ความหมาย และตีความ (Theme and Categories)
4. การแสดงข้อมูล และจัดกลุ่มข้อมูลด้วยแผนที่ความคิด (Thematic map)
5. การนำเสนอข้อมูล โดยแยกข้อมูลตามกลุ่มสาระ (Themes) ที่เชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เช่น กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแบบพลวัตร กรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังแบบภาคขยาย องค์ประกอบในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ NCD Clinic Plus หมวดยระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นต้น
6. นำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาเปรียบเทียบกับปัจจัยที่ตั้งสมมุติฐานว่ามีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ในเขตสุขภาพที่ 2 เพื่อประกอบการทำแบบสอบถามในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ที่ศึกษาถึงสถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งได้เป็นประเด็น ตัวแปร หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อนำเข้าสู่การวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

การวิจัยระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 2

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการบริการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ปฏิบัติงานหลักในการให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 675 คน
2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้ปฏิบัติงานหลักในการให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 407 ตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากแอปพลิเคชัน N4Studies (Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies: application for sample size calculation in health science research. Version 2.3. App store; 2024)

$$n = \frac{N \sigma^2 Z_{1-\sigma/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\sigma/2}^2}$$

โดยที่ n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร 675 แห่ง

$Z_{1-\sigma/2}$ = ค่า Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05, ทดสอบ 2 ทาง ($Z = 1.96$)

$\sigma = 0.73$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (เกรียงกมล เหมือนกรุด และคณะ, 2564)

$D =$ ค่าความคลาดเคลื่อนจากความจริง $= 0.05$

แทนค่า

$$n = \frac{675 (0.73)^2 (1.96)^2}{0.05^2 (675-1) + (0.73)^2 (1.96)^2}$$

$$= 370$$

จำนวน 370 ตัวอย่าง และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวน 407

ตัวอย่าง

3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดพื้นที่ศึกษา โดยครอบคลุมทั้ง 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดตาก พิจิตร โขงโพธิ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ โดยใช้ทุกจังหวัดเป็นพื้นที่วิจัยทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัด โดยคำนวณสัดส่วน (Proportion to size) จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละจังหวัด จากจำนวนประชากร (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ในแต่ละจังหวัด (Proportionate allocation) โดยใช้สูตรคำนวณและจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

ใช้สูตรกำหนดสัดส่วนดังนี้

$$n_i = \frac{nN_i}{N}$$

กำหนดให้

n_i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัด และอำเภอ

n = ขนาดตัวอย่าง

N_i = จำนวนประชากรในแต่ละจังหวัด และอำเภอ

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

นำมาคำนวณจนได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ละจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 2 ดังตารางที่ 9

ตาราง 9 แสดงสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 2 แยกรายจังหวัด

จังหวัด	ตาก	พิษณุโลก	เพชรบูรณ์	สุโขทัย	อุตรดิตถ์	เขต 2
จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ	124	154	164	127	106	675
จำนวนตัวอย่าง	75	93	99	77	64	407

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ ตามสัดส่วนประชากรของอำเภอภายในแต่ละจังหวัด จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ ดังตารางที่ 10

ตาราง 10 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอ ภายในจังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด									
ตาก	พิษณุโลก		เพชรบูรณ์		สุโขทัย		อุตรดิตถ์		
อำเภอ	จำนวน	อำเภอ	จำนวน	อำเภอ	จำนวน	อำเภอ	จำนวน	อำเภอ	จำนวน
เมือง	13	เมือง	15	เมือง	14	เมือง	9	เมือง	13
แม่สอด	14	ชาติตระการ	8	ชนแดน	8	ศรีสำโรง	12	ตรอน	4
บ้านตาก	10	บางระกำ	13	หล่มสัก	19	บ้านด่านลานหอย	5	ท่าปลา	9
สามเงา	10	บางกระทุ่ม	8	วิเชียรบุรี	11	ศรีมาศ	8	น้ำปาด	7
แม่ระมาด	7	พรหมพิราม	11	ศรีเทพ	6	กงไกรลาศ	10	ปากท่า	3
ท่าสองยาง	6	วัดโบสถ์	6	หนองไผ่	10	ศรีสัชนาลัย	13	บ้านโคก	4
พบพระ	7	วังทอง	11	บึงสามพัน	6	สวรรคโลก	10	พิชัย	8
อุ้มผาง	5	เนินมะปราง	7	น้ำหนาว	3	ศรีนคร	4	ลับแล	7
วังเจ้า	4	นครไทย	13	วังโป่ง	5	ทุ่งเสลี่ยม	6	ทองแสนขัน	8
				เขาค้อ	7				
				หล่มเก่า	9				
รวม	75	รวม	93	รวม	99	รวม	77	รวม	64

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอตามสัดส่วนที่คำนวณได้ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยดำเนินการดังนี้

1. ตัดหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอนั้นที่มีเจ้าหน้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า หรือเป็นไปตามเกณฑ์คัดออก
2. นำจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้ มาคำนวณหาช่วงการสุ่ม ตามสูตรดังนี้
 คำนวณช่วงการสุ่ม (Sampling Interval: k)
 ใช้สูตร $k = N/n$
 N = ประชากรทั้งหมด
 n = กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
 k = ค่าช่วงการสุ่ม
3. นำชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิตามข้อ 1 ซึ่งเป็นชื่อที่อยู่ในทะเบียนของแต่ละอำเภอนำมาดำเนินการสุ่มตามช่วงที่คำนวณได้
4. ดำเนินการสุ่มชื่อแรกจากทะเบียนก่อน เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างชื่อแรก จากนั้นนับต่อไปตามช่วงที่คำนวณได้ เพื่อหาตำแหน่งหน่วยบริการปฐมภูมิที่จะถูกเลือกต่อไป ดำเนินการจนครบจำนวนที่ต้องการ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ปฏิบัติงานหลักในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการนี้เป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป
2. ยินยอมเข้าร่วม และให้ข้อมูลในการวิจัยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ย้ายไปปฏิบัติงานในพื้นที่อื่น หรือย้ายไปปฏิบัติงานในหน้าที่อื่น
2. ไม่สมัครให้ข้อมูลในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือเพื่อใช้ในการศึกษาหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นการวิจัยเชิงปริมาณที่ทำการศึกษาในระยะที่ 2 ประกอบด้วยตัวแปรต้น และตัวแปรตามที่จะศึกษา ดังต่อไปนี้

ตัวแปรต้นที่ทำการศึกษา ได้แก่

1. ปัจจัยการบริหารจัดการบริการ ได้แก่ การกำหนดทิศทางการบริการ กระบวนการของการบริหาร การมีส่วนร่วม การกำกับติดตาม และความร่วมมือกับเครือข่าย
2. ปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากรการจัดบริการ ได้แก่ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านการเงิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และด้านเทคโนโลยี

3. ปัจจัยสมรรถนะของผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทักษะคิดในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

4. ปัจจัยลักษณะการจัดบริการ ได้แก่ การจัดบริการแบบเครือข่าย ความต่อเนื่องของการบริการ และการเตรียมข้อมูลให้บริการ

5. ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมผสม การมีส่วนร่วมของครอบครัว การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมผู้ป่วย

6. ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา วิชาชีพ ต้นสังกัด หน่วยงาน ลักษณะปฏิบัติงานของแพทย์ ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรม และการรับนโยบาย

ตัวแปรตามที่ทำการศึกษา

คือ การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย

- 1) การประเมินผู้ป่วย (Assess) 2) การแนะนำผู้ป่วยจากส่วนขาที่ได้ประเมินไว้ (Advice)
- 3) การตกลงจัดทำแผนร่วมกัน (Agree to share care plan) 4) การช่วยเหลือระหว่างดำเนินการตามแผนการรักษา (Assist) และ 5) การติดตาม และปรับแผนตามบริบท (Arrange)

ลักษณะเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบเองตามคุณลักษณะข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ให้ดังนี้

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการทำงานบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การปฏิบัติงานของแพทย์ สถานที่ปฏิบัติงาน วิชาชีพ ความรู้ และการรับนโยบายการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ

ข้อมูลความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบระดับความคิดเห็น (Rating scale) 5 ระดับ โดยกำหนดตัวแปรต้น และตัวแปรตามในการศึกษาไว้ดังนี้

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการบริหารจัดการบริการ ได้แก่ การกำหนดทิศทางบริการ กระบวนการของการบริการ และความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1961)

ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้ คือ

ลักษณะความคิดเห็น	ด้านบวก	ด้านลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

ส่วนเกณฑ์การแปลผลเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มโดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ Fisher (1950) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
4.50 - 5.00	มากที่สุด
3.50 - 4.49	มาก
2.50 - 3.49	ปานกลาง
1.50 - 2.49	น้อย
1.00 - 1.49	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทรัพยากร ได้แก่ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านการเงิน ด้านระบบข้อมูล ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านเทคโนโลยี เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert, 1961)

ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้ คือ

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนต่อข้อความนั้นตามข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนต่อข้อความนั้นตามข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนต่อข้อความนั้นตามข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนต่อข้อความนั้นตามข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนต่อข้อความนั้นตามข้อความนั้นน้อยที่สุด

ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 18 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้

ลักษณะความคิดเห็น	ด้านบวก	ด้านลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน

น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
------	---------	---------

น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน
------------	---------	---------

ส่วนเกณฑ์การแปลผลเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มโดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ Fisher (1950) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
-------------	------------------

4.50 -5.00	มากที่สุด
------------	-----------

3.50 -4.49	มาก
------------	-----

2.50-3.49	ปานกลาง
-----------	---------

1.50-2.49	น้อย
-----------	------

1.00-1.49	น้อยที่สุด
-----------	------------

ส่วนที่ 4 ปัจจัยสมรรถนะของผู้จัดบริการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทศนคติเกี่ยวกับการสนับสนุนจัดการตนเองของผู้ป่วย

สำหรับความรู้ เป็นแบบทดสอบวัดความรู้แบบเลือกถูกหรือผิด จำนวน 15 ข้อ

โดยแบ่งระดับความรู้ โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Best (Best, 1981)-ดังนี้

คะแนน	ระดับความรู้
-------	--------------

14-15	สูงมาก
-------	--------

12-13	สูง
-------	-----

9-11	ปานกลาง
------	---------

7-8	ต่ำ
-----	-----

น้อยกว่า 7	ต่ำมาก
------------	--------

สำหรับส่วนทักษะ และทัศนคติเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert, 1961) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้

ลักษณะความคิดเห็น	ด้านบวก	ด้านลบ
-------------------	---------	--------

มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
-----------	---------	---------

มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
-----	---------	---------

ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
---------	---------	---------

น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
------	---------	---------

น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน
------------	---------	---------

ส่วนเกณฑ์การแปลผลเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มโดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ Fisher (1950) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
4.50 -5.00	มากที่สุด
3.50 -4.49	มาก
2.50-3.49	ปานกลาง
1.50-2.49	น้อย
1.00-1.49	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 5.ปัจจัยลักษณะการจัดบริการ ได้แก่ การจัดบริการแบบเครือข่าย ความต่อเนื่องของการบริการ และ การเตรียมข้อมูลให้บริการ

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1961)

ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้ คือ

ลักษณะความคิดเห็น	ด้านบวก	ด้านลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

ส่วนเกณฑ์การแปลผลเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มโดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ Fisher (1950) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
4.50 -5.00	มากที่สุด
3.50 -4.49	มาก
2.50-3.49	ปานกลาง
1.50-2.49	น้อย
1.00-1.49	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 6 ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมผสม ครอบครัวย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ป่วย

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1961)

ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 13 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ
ดังนี้ คือ

ลักษณะความคิดเห็น	ด้านบวก	ด้านลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

ส่วนเกณฑ์การแปลผลเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มโดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบ
ค่าคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ Fisher (1950) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
4.50 -5.00	มากที่สุด
3.50 -4.49	มาก
2.50-3.49	ปานกลาง
1.50-2.49	น้อย
1.00-1.49	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 7 การบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นตัวแปรตาม ที่ประกอบด้วย

1) การประเมินผู้ป่วย (Assess) 2) การแนะนำและการคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลด้วยวิธีการที่เหมาะสม (Advice) 3) การตกลงเป้าหมายและจัดทำแผนปฏิบัติการรายบุคคลร่วมกัน (Agree to personal goal and action plan) 4) การช่วยเหลือการสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม (Assist) และ 5) การติดตาม และแก้ไข (Arrange) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1961)

ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ
ดังนี้ คือ

ลักษณะการปฏิบัติ	ด้านบวก	ด้านลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

ส่วนเกณฑ์การแปลผลเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มโดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ Fisher (1950) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
4.50 -5.00	มากที่สุด
3.50 -4.49	มาก
2.50-3.49	ปานกลาง
1.50-2.49	น้อย
1.00-1.49	น้อยที่สุด

การสร้างเครื่องมือ ได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษา ค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2. จัดทำร่างแบบสอบถามการศึกษาหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แล้วนำไปขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับแก้ไขเบื้องต้น และดำเนินการแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ในคณะสาธารณสุขศาสตร์ 4 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญในการจัดบริการโรคเบาหวาน 1 ท่านเพื่อประเมินความแม่นยำด้านเนื้อหา (Content Validity)

3. การทดสอบความแม่นยำด้านเนื้อหา (Content Validity) ของร่างแบบสอบถามจากคณะผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ให้ +1 = แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ 0 = ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ -1 = แน่ใจว่าไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC)

จากสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) ดังนี้

$$IOC = (\Sigma R)/N$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ΣR = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อให้มีค่า IOC มากกว่า 0.6 ขึ้นไป ในกรณีที่ข้อคำถามข้อใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.6 ต้องพิจารณาแก้ไขหรือตัดทิ้ง

ผลการทดสอบหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่างอยู่ระหว่าง 0.6-1.00 รวมทั้งฉบับได้ค่า 0.807

4. ทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของร่างแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วนำมาทดสอบกับตัวแทนผู้ปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่นอกเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งได้นำร่างแบบสอบถามไปทดสอบกับผู้ปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิของเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 30 คน โดยเฉพาะในส่วนแบบทดสอบความรู้ของผู้จัดบริการ คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธี Kuder Richardson 20 หรือ KR-20 ค่าความเชื่อมั่น 0.70-1.00 (Kuder & Richardson, 1937) และใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ที่ควรจะมีมากกว่า 0.70 (กัลยา วาณิชยบัญชา และ จิตตา วาณิชยบัญชา, 2559) ซึ่งค่าเฉลี่ยผลรวมของค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ 0.845 โดยมีค่าความเที่ยงรายฉบับโดยแยกตามปัจจัย รวมทั้งตัวแปรตาม และทั้งฉบับ ดังนี้

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง
แบบทดสอบความรู้ของผู้จัดบริการ	0.70
ปัจจัยการบริหารจัดการบริการ	0.84
ปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากร	0.88
ปัจจัยทักษะของผู้จัดบริการ	0.88
ปัจจัยทัศนคติของผู้จัดบริการ	0.89
ปัจจัยลักษณะการจัดบริการ	0.87
ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน	0.85
การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	0.88
รวมทั้งฉบับ	0.845

แล้วนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแจ้งให้ทางคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้ตรวจราชการ ประธาน NCD service plan ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล(รพสต.) ที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อขอเข้าทำการเก็บข้อมูลเพื่อวิจัยในพื้นที่เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม คัดแยกเฉพาะแบบสอบถามที่สมบูรณ์เพื่อนำเข้าสู่การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และการปฏิบัติที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ของผู้ให้ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

3. วิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติและความคิดเห็นของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยกำหนดค่าเฉลี่ยตามค่าคะแนน จากมากไปหาน้อย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.5 -5.00 เห็นด้วย อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50 -4.49 เห็นด้วย อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.5-3.49 เห็นด้วย อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 เห็นด้วย อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 เห็นด้วย อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ยกเว้นการวิเคราะห์ระดับความรู้ของผู้จัดบริการ ใช้ค่าเฉลี่ยตามคะแนนทดสอบที่ได้

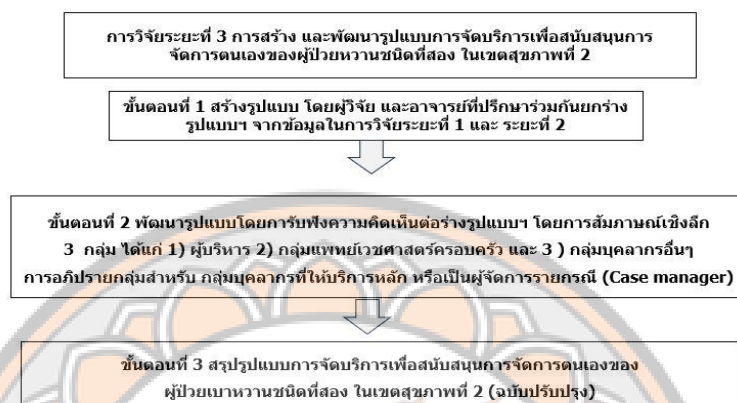
ดังนี้

คะแนน	14-15	อยู่ในระดับความรู้ สูงมาก
คะแนน	12-13	อยู่ในระดับความรู้ สูง
คะแนน	9-11	อยู่ในระดับความรู้ ปานกลาง
คะแนน	7-8	อยู่ในระดับความรู้ ต่ำ
คะแนนน้อยกว่า 7		อยู่ในระดับความรู้ ต่ำมาก

4. การวิเคราะห์หาปัจจัยตัวแปรต้นต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม ซึ่งก็คือ การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

การวิจัยระยะที่ 3 การสร้างและพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2

การสร้าง และพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยมี 3 ขั้นตอน โดยสรุปขั้นตอนในระยะเวลาที่ 3 ของการวิจัยดังตามภาพ 17



ภาพ 17 แสดงขั้นตอนในการวิจัยระยะที่ 3

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างรูปแบบฯ โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมกันยกร่างรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้วิจัยยกร่างรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการจัดทำร่างรูปแบบที่สอดคล้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจากการวิจัยในระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ โดยการระดมความคิดเห็นต่อร่างรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ถูกยกร่างโดยและอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ตามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อระดมความคิดเห็นต่อรูปแบบจากทุกกลุ่ม ในประเด็น 1) ความตรงประเด็น 2) ความเหมาะสม 3) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการเพิ่มเติม เพื่อหาแนวทางการสร้างรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. เก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน โดย 2 วิธีการ ดังนี้

2.1 สัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหาร 2) กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ 3) กลุ่มผู้บุคลากรวิชาชีพอื่นที่ร่วมบริการ ได้แก่ นักโภชนาการ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด

2.2 อภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) สำหรับ กลุ่มบุคลากรที่ให้บริการหลัก หรือเป็นผู้จัดการรายกรณี (case manager) ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ณ ห้องประชุมในจังหวัดพิษณุโลก แล้วผู้วิจัยดำเนินการสรุปข้อมูลจากทั้ง 4 กลุ่ม เพื่อนำไปปรับปรุงร่างรูปแบบเพื่อนำไปประเมินรูปแบบในการวิจัยระยะที่ 4

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 5 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

1.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.1.1 เป็นผู้บริหารระดับจังหวัดหรืออำเภอที่เป็นตัวแทนหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดที่เลือกมา 1 แห่งต่อจังหวัดทั้ง 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2

1.1.2 ปฏิบัติงานในหน้าที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการด้านโรคเบาหวาน 1 ปีขึ้นไป

1.1.3 ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุดการวิจัย

1.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล

2. กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 5 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

2.1.1 ปฏิบัติงานใน รพ.แม่ข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นตัวแทนอำเภอที่มีผลการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยได้ดี และไม่

2.1.2 ปฏิบัติงานในหน้าที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการโรคเบาหวาน 1 ปีขึ้นไป

2.1.3 ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุดการวิจัย

2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล

3. กลุ่มผู้ให้บริการหลักหรือเป็นผู้จัดการรายกรณี จำนวน 8 คน

3.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

3.3.1 ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นตัวแทนของจังหวัด

3.3.2 ปฏิบัติงานในหน้าที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเกี่ยวกับการเป็นผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวาน 1 ปี ขึ้นไป โดยเป็นตัวแทนอำเภอที่มีผลการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยได้ดีและไม่ดี

3.3.3 ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุดการวิจัย

3.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล

4. กลุ่มสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 5 คน ดังนี้ 1) นักโภชนาการ 2 ท่าน 2) เภสัชกร 2 ท่าน และ 3) นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน

4.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

4.1.1 ปฏิบัติงานในรพ. แม่ข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นตัวแทนของจังหวัด

4.1.2 ปฏิบัติงานในหน้าที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ 1 ปี ขึ้นไป

4.1.3 ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุดกิจกรรมวิจัย

4.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล

โดยการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) เป็นการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีขนาดเล็กแต่ครอบคลุมความหลากหลายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ในแต่ละกลุ่มที่เป็นตัวแทนของจังหวัด (Miles & Huberman, 1994) และยินดีให้ข้อมูลและเข้าร่วมการศึกษาร่วมกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

1. ร่างรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

2. แนวทางการอภิปรายกลุ่ม แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi – structured interview) ครอบคลุมประเด็นการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในประเด็นความคิดเห็นเพิ่มเติมจากร่างรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีแนวคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion)

ความเห็นต่อร่างรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้ 1) ความตรงประเด็น 2) ความเหมาะสม และ 3) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงทั้งในภาพรวม รายองค์ประกอบย่อย และประเด็นความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อร่างรูปแบบ

3. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) โดยมีแนวคำถามความเห็นต่อร่างรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้ 1) ความตรงประเด็น 2) ความเหมาะสม และ 3) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงทั้งในภาพรวม รายองค์ประกอบย่อย และประเด็นความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อร่างรูปแบบ

การสร้างและการตรวจคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi - structured interview) เป็นโดยเนื้อหาตรงประเด็น สอดคล้องกับการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. นำเสนอเครื่องมือต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ครอบคลุมชัดเจน และนำมาปรับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

3. หลังจากนั้นนำมาปรับแนวคำถาม แนวทางการอภิปรายกลุ่มและเตรียมทักษะการอภิปรายกลุ่มที่เหมาะสมก่อนไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

4. ผู้วิจัยใช้การอภิปรายกลุ่ม เพื่อยืนยันร่างรูปแบบโดยมีประเด็นความตรงประเด็น ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับบริบท และอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในส่วนการจัดการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่ม (Observation) ซึ่งมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึกของแต่ละกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพราะข้อมูลที่ได้จะเป็นมุมมองส่วนบุคคลและการให้ความคิดเห็นในเชิงคุณภาพของผู้ให้ข้อมูลหลักเองจากการอภิปรายกลุ่ม และการสังเกตเพื่อให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูลและนำมาสกัดประเด็น หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อสถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ชัดเจนมากขึ้น โดยใช้กระบวนการดังนี้

1. ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์การบริหารส่วนทั้ง 5 จังหวัดเพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานนัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ล่วงหน้า ตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษาลำดับกลุ่มตัวอย่างที่ 1- 4 ล่วงหน้า ตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา ในกรณีการสัมภาษณ์เชิงลึกในรายที่ไม่พร้อมตามเวลาที่แจ้งไป ก็สามารถปรับเปลี่ยนลำดับการเก็บข้อมูลได้ตามที่ผู้ให้สัมภาษณ์สะดวก

2. จัดทำแนวทางการอภิปรายกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้จุดประเด็นการอภิปราย เป็นคำถามปลายเปิดที่แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นปัญหา มุมมองต่อปัจจัย และข้อเสนอแนะความต้องการรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมต่อบริบทตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ได้แบ่งกลุ่มไว้

3. การเตรียมตัวและอุปกรณ์ นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเตรียมตัวโดยการทำความเข้าใจประเด็นที่ต้องการศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมอภิปราย และเตรียมอุปกรณ์เครื่องบันทึกเสียง สมุดปากกา สำหรับบันทึกการอภิปรายกลุ่ม

4. เตรียมสถานที่ เป็นสถานที่ที่สะดวกสบาย ไม่รบกวน สามารถควบคุม เสียงจากภายนอก และผู้ไม่เกี่ยวข้องได้ มีบรรยากาศเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลายไม่กังวล สามารถพูดและแสดงความคิดเห็น รวมถึงจัดที่นั่งเป็นวงกลมเพื่อให้ผู้ดำเนินการอภิปรายสามารถสบตาในระหว่างดำเนินการอภิปรายกลุ่ม

5. การดำเนินการอภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย โดยเริ่มจากการทำความรู้จักกันให้ทุกคนรู้สึกคุ้นเคยกัน แล้วจึงจะเริ่มดำเนินการอภิปรายกลุ่ม โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการอภิปรายกลุ่ม กล่าวขอบคุณที่มาร่วมอภิปราย ขอให้ทุกคนสามารถพูดโดยไม่ต้องกังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วย นักวิจัยบันทึกกลุ่มพร้อมบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นก็จุดประเด็นการอภิปรายที่ได้เตรียมไว้ พยายามให้ผู้ร่วมอภิปรายได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการใช้คำสำคัญ (Key Word) ทั้งในภาพรวมของรูปแบบ และแต่ละองค์ประกอบย่อยที่เชื่อมโยงกัน

6. ขึ้นสรุปข้อมูลของรูปแบบหลังการอภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยทำการถอดเทปการอภิปรายแบบคำต่อคำเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ตามแนวทางของ Teddlie and Tashakkori (2009) ดังนี้

1. ระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่ที่นานพอ (Prolonged engagement) ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลโดยการเข้าไปพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปจำนวน 1 - 2 ครั้ง จนเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจมากยิ่งขึ้น จึงดำเนินการอภิปรายกลุ่มใหญ่

2. การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) ตลอดระยะเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ และอภิปรายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านมา ผู้วิจัยมีการสังเกตร่วมกับการจดบันทึกทำทางการแสดงออกและความรู้สึกนึกคิดควบคู่กันไปด้วย

3. การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation technique) ผู้วิจัยมีการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และอภิปรายผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมาตรวจสอบแบบสามเส้า 4 วิธี ได้แก่ 1) การตรวจสอบ

สามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งจากกลุ่มต่างๆ 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการ (Methodology triangulation)) โดยการเปรียบเทียบวิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน 3) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory triangulation) โดยการเปรียบเทียบแนวคิดทฤษฎีที่ต่างกันว่านำมาใช้ในการวิจัย และ 4) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิเคราะห์ข้อมูล (Investigator triangulation) โดยการเปรียบเทียบระหว่างผู้วิเคราะห์ ซึ่งได้แก่ ผู้วิจัย กับ อาจารย์ที่ปรึกษา

4. การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) โดยการนำข้อมูลในขั้นตอนของการวิเคราะห์และสรุปความไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบการตีความและข้อค้นพบ

5. การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล โดยไม่มีการแก้ไข

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) วิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) ด้วยการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic inductive) โดยการจำแนกและระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยถอดความจากแถบเสียงบันทึกการอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic Analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ประยุกต์มาจากแนวคิด Miles & Huberman, 1994; Creswell & Plano Clark, 2014 ดังนี้

2. การจัดระเบียบข้อมูล (Preparing and exploring the data for analysis) ผู้วิจัย เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งกระบวนการ โดยเริ่มต้นที่การถอดข้อความจากแถบเสียงบันทึก การอภิปรายของแต่ละกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยถอดข้อความคำต่อคำและจัดพิมพ์ข้อมูล ในรูปแบบไฟล์ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่กำหนดรหัสผ่าน ผู้วิจัยอ่านข้อมูลอย่างวิเคราะห์ เพื่อหาความหมายในข้อมูลนั้น

3. การกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) ผู้วิจัยจำแนกข้อมูล ออกเป็นหน่วยย่อยโดยใช้การกำหนดรหัสของข้อมูล โดยที่แต่ละหน่วยมีความหมายเฉพาะของตนเอง โดยแต่ละหน่วยย่อยของข้อมูลนั้นจะถูกเป็นรหัส แทนการใช้ชื่อจริง นามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง มีการเปรียบเทียบรหัสข้อมูลจากการที่กำหนดรหัสข้อมูลในชุดเดียวกันเพื่อเป็นการทวนสอบความถูกต้อง

4. การให้ความหมาย ตีความข้อมูล (Themes and categories) ผู้วิจัย เชื่อมโยงเปรียบเทียบมโนทัศน์ และให้ความหมายที่ปรากฏอยู่ในข้อความ โดยยึดใจความที่เข้ากันได้และที่บ่งบอกถึงแก่นสาระ (Theme) เดียวกัน และมีการบูรณาการให้เป็นเรื่องเป็นราว โดยอาศัยความสัมพันธ์

ของมโนทัศน์เหล่านี้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ว่าข้อสรุปหรือความหมายที่ได้นั้นมีความถูกต้องตรงประเด็นและน่าเชื่อถือ

5. การแสดงข้อมูลจัดกลุ่ม (Data display) ผู้วิจัยใช้แผนที่ความคิด (Thematic map) แสดงความเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วแต่ละกลุ่มเข้าด้วยกันเพื่อบอกความหมาย และการเชื่อมโยงของข้อมูลที่ศึกษา

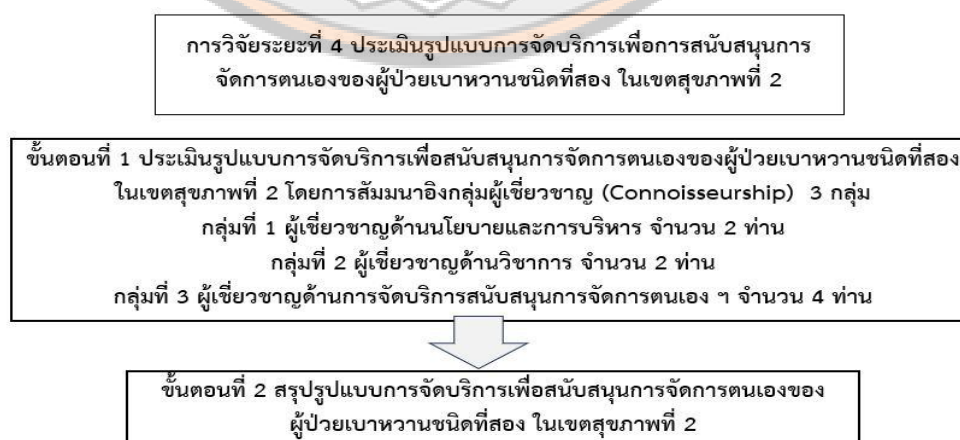
6. การนำเสนอข้อมูล (Representing the data analysis) การนำเสนอข้อค้นพบแยกตามหมวดหมู่ของแก่นสาระ และมีการแสดงข้อความสนับสนุนมโนทัศน์หลัก และย่อยโดยใช้ข้อมูลจากคำพูดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบตามวัตถุประสงค์

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาและสรุปร่างรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากวิจัยขั้นตอนที่ 2 มาทบทวนเรียบเรียงและสรุปความคิดเห็นที่มีทั้งในส่วนที่เพิ่มเติม ปรับปรุง และตัดออกของร่างรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจากขั้นตอนที่ 2 มาพัฒนาปรับปรุงและแก้ไขตามความตรงประเด็น ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจนได้รูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 (ฉบับปรับปรุง)

การวิจัยระยะที่ 4 การประเมินรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

การประเมินรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยมี 2 ขั้นตอน สรุปขั้นตอนในระยะที่ 4 ของการวิจัยดังตามภาพ 18



ภาพ 18 แสดงขั้นตอนในการวิจัยระยะที่ 4

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการในพื้นที่ ด้วยการจัดสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นด้านนโยบาย และการบริหาร ด้านวิชาการ และด้านปฏิบัติในการให้บริการที่เกี่ยวข้อง ตามจำนวนที่เหมาะสม เพื่อประเมินรูปแบบเกี่ยวกับความเหมาะสม การนำไปใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ ใช้เวลาในการดำเนินการประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ณ ห้องประชุมในจังหวัดพิษณุโลก โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็น 3 กลุ่ม รวม 8 ท่าน ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบาย และการบริหาร จำนวน 2 ท่าน

กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ จำนวน 2 ท่าน

กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 4 ท่าน

1.2 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

1.3 เกณฑ์คัดเข้า

กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบาย และการบริหารจัดการที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับจังหวัดขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ และมีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องบริการเบาหวาน และพฤติกรรมเบาหวาน และได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในเอกสารวิชาการ

กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยได้รับรางวัลที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดขึ้นไป

โดยผู้เชี่ยวชาญยินดีให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็นตามความเชี่ยวชาญ และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุดกิจกรรมการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 รูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (ฉบับปรับปรุง)

2.2 แนวทางการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship)

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 นำรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2 (ฉบับปรับปรุง) และแนวทางการอภิปรายกลุ่ม นำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำและปรับปรุงก่อนการนำไปใช้

3.2 นำรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2 (ฉบับปรับปรุง) ไปจัดการอภิปรายกลุ่ม

3.3 สรุปผลการประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตามข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นของการยืนยันรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความตรงประเด็น ความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงเป็นรูปแบบที่สมบูรณ์ เสนอต่อประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอคำแนะนำและความเห็นชอบเพิ่มเติม ก่อนการนำเสนอผลการวิจัย รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ขั้นเตรียมการ

4.1.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงผู้เชี่ยวชาญ และหน่วยงานที่ผู้เชี่ยวชาญสังกัดอยู่ในกรณีที่มีต้นสังกัด

4.1.2 นัดหมายการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยติดต่อประสานงานกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และแผนการดำเนินงาน เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1.3 เตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เช่น เทปบันทึกการอภิปราย สมุดจดบันทึก

4.2 ขั้นดำเนินการนำแนวทางการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ โดยการทำความรู้จักกันให้รู้สึกคุ้นเคยกับผู้ร่วมสัมภาษณ์พอสมควร โดยประยุกต์ใช้เทคนิค Walk through จากรูปแบบ (ฉบับปรับปรุง) ไปตามขั้นตอนและองค์ประกอบต่างๆในรูปแบบทั้งความตรงประเด็น เหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และเทคนิคการใช้คำสำคัญ (Key Word) เพื่อให้ได้ Theme ที่ตรงกับผู้เชี่ยวชาญมากที่สุด หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลการอภิปรายกลุ่มมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณา และปรับปรุง แก้ไข เพื่อยืนยันรูปแบบฯ ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

4.3 ขั้นสรุปผลการตรวจสอบความเหมาะสม โดยการนำรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ได้รับการยืนยันจากจัดทำกลุ่มการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) มาสรุปผลขั้นสุดท้าย เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดบริการ

เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนตามกระบวนการวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนด

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และยืนยันรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 จากผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสม ความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ

5.1 ความตรงประเด็น (Validity) หมายถึง กิจกรรมนั้นมีความตรงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบย่อยนั้นในรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

5.2 ความเหมาะสม (Appropriateness) หมายถึง กิจกรรมนั้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้แก้ไขปัญหาได้ในการจัดบริการฯได้

5.3 ความเป็นไปได้ในการดำเนินงานจริง (Feasibility) หมายถึง กิจกรรมนั้นสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงตามบริบทของพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 สรุปรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ขั้นตอนนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณา และปรับปรุง แก้ไข รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2 และดำเนินการสรุปรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

การพิจารณาสิทธิกลุ่มตัวอย่าง (Ethical consideration)

การดำเนินการพิจารณาสิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร วิธีทบทวน: แบบเร่งรัด (Expedited Review) COA No. 381/2024เลขที่รับรอง IRB No. P2-0307/2567 (ครั้งที่ 1; 15 ตุลาคม 2567 และ ต่ออายุ ;15 ตุลาคม 2568 - 15 ตุลาคม 2569) หลังจากได้รับการรับรองแล้วจัดเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยจะไม่มีภาระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้จะไม่ผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามและข้อมูลจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุหรืออ้างอิงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล หากไม่ได้รับอนุญาต และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นกำหนดหัวข้อเรื่องที่จะทำการวิจัย ผู้วิจัยเลือกเรื่องเกี่ยวกับประเด็นสำคัญที่เป็นประโยชน์แก่สังคมโดยรวม
2. ขั้นการออกแบบการวิจัย ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลต้องให้ความยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษา รักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการนำเสนอชื่อสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล และสรุปข้อมูลเป็นภาพรวม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่อาจจะมีอันเนื่องมาจากการให้ความร่วมมือในการศึกษา
3. ขั้นการดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยวางแผนการเก็บข้อมูลโดยไม่รบกวนต่อชีวิตและการงานตามปกติของแหล่งข้อมูลน้อยที่สุด และหลีกเลี่ยงการที่จะก่อให้เกิดความเครียดหรือ ความวิตกกังวลแก่ผู้ให้ข้อมูล ไม่มีการใส่ชื่อผู้ถูกวิจัยในเครื่องมือเก็บข้อมูล จะใช้รหัสแทน ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลก็สามารถปฏิเสธหรือออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ในกรณีผู้ให้ข้อมูลเกิดความเครียดหรือไม่สบายใจทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลระบายหรือแสดงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ โดยรับฟังด้วยความตั้งใจและแสดงความเห็นใจ
4. ขั้นการจัดบันทึกและการถอดเทปการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยคำนึงถึงการรักษาความลับเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล โดยไม่ใส่อะไรที่ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวในบทบันทึกหรือบทสัมภาษณ์ในระหว่างการถอดเทป
5. ขั้นการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความระมัดระวังในการตีความที่ห่างจากความเป็นจริงเกินไป และให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมีส่วนร่วมในการตีความข้อมูลหลังจากที่ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว
6. ขั้นการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจะเผยแพร่ข้อมูลเฉพาะความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือเท่านั้น ผลการศึกษาใดที่ยังคลุมเครือหรือยังไม่ตรวจสอบอย่างรอบคอบจะไม่เปิดเผย เพราะอาจก่อให้เกิดผลเสียแก่แหล่งข้อมูลได้
7. ขั้นรายงานผล ผู้วิจัยรายงานผลการวิจัยเฉพาะข้อมูลที่เป็นเปิดเผยได้ หากส่วนใดที่เป็นความลับ เป็นเรื่องส่วนตัว หรือเป็นเรื่องที่ทำให้ผู้อ่านรู้ว่าผู้ให้ความร่วมมือในการวิจัยนั้นเป็นใคร ผู้วิจัยจะมีความระวังในการนำเสนอ และปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อหาความเหมาะสมในการนำเสนอต่อไป

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยวิธีการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed methods research design) ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับขั้น (Exploratory Sequential Design) ซึ่งอธิบายถึงการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

ส่วนที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยการสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship)

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 มีการจัดบริการที่ต่างกันในแต่ละพื้นที่ ส่วนใหญ่จัดบริการในคลินิกเบาหวานของรพ.แม่ข่ายแบบรายบุคคล มีส่วนน้อยที่ในรูปแบบโครงการพิเศษระยะสั้น และการบริการในชุมชนเฉพาะกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ การวัดผลลัพธ์การบริการที่ อัตราการได้รับการตรวจค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) และอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ แต่ยังไม่พบการวัดการจัดการตนเองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ชัดเจน

การนำเสนอการจัดบริการ เพื่อสนับสนุนฯต่อไปนี้เป็นบริการที่มีลักษณะรวม ที่ได้ดำเนินการในสถานการณ์ปัจจุบัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ตามภาพ 19



ภาพ 19 แสดงระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ปัจจุบัน

จากภาพประกอบ มีหน่วยบริการ รพสต.หรือหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการหลักที่จัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นแกนกลางเชื่อมโยงการจัดบริการของคลินิกเบาหวานในรพ.แม่ข่าย กับผู้ป่วยและชุมชน โดยมีเครื่องมือที่สำคัญเพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วย และรพ.แม่ข่าย ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย แนวทางการรักษาและส่งต่อ การทำงานของทีมสหวิชาชีพ และการบริการในชุมชน ที่ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้องตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เขตสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และอปท. โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้

1. การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานใน รพสต.หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ

การจัดบริการผู้ป่วยฯ ได้มีการแบ่งประเภทผู้ป่วยสำหรับการดูแลดังนี้ กลุ่มที่ 1 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ และกลุ่มที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์ ดังนี้

1.1 กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ ให้ตรวจรักษาโดยพยาบาลที่ รพสต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2 กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์ จะนัดให้ผู้ป่วยมาตรวจกับแพทย์ที่รพสต. หรือตรวจแบบการแพทย์ทางไกล หรือส่งกลับไปตรวจที่รพ.แม่ข่าย และในบางรพสต.

มีรถรับส่งผู้ป่วยไปตรวจที่รพ.แม่ข่ายที่ได้รับการสนับสนุนจากอปท.ในพื้นที่ของรพ. โดยมี การจัดบริการที่สำคัญ ดังนี้

การให้ความรู้และวิธีการสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเองได้ เช่น การ แนะนำอาหารที่จะใช้ทดแทนแป้ง และน้ำตาลด้วยอาหารกลุ่มโปรตีน และผัก เป็นต้น

การทำหน้าที่ ผู้จัดการรายโรค (case manager: CM) ได้เป็นบางแห่งขึ้นกับ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบ ถ้าผ่านการอบรมมาก็จะมีการให้คำปรึกษา การวางแผน ร่วมกันผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ แต่ถ้าไม่ได้รับการอบรมก็จะตรวจรักษา ให้ความรู้ และจ่ายยาเท่านั้น

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมเดียวกันทั้งจังหวัด แต่ใน บางจังหวัดได้แก่ จังหวัดอุดรธานี สุโขทัยบางอำเภอที่ใช้ต่างโปรแกรมกัน ทำให้มีข้อจำกัดในการใช้ ข้อมูลร่วมกัน

ดังตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

“แพทย์มาออกตรวจเดือนละครั้ง /พยาบาลตรวจเคสที่ส่งกลับมา (Refer in) เองทุกสัปดาห์ การส่งผู้ป่วยไปรพ. ถ้าไปไม่ได้ก็รอแพทย์มาตรวจที่ รพสต. เดือนละครั้ง แทน”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 6 พ.ย. 67)

“แพทย์ตรวจทุกอังคารที่ 1,3 สัปดาห์ ดำ แบบไปที่รพสต. / และตรวจแพทย์ตรวจ ทาง Tele เหลือง เขียว ที่เจาะเลือดโดยอสม.โดยส่งยาทาง Health Rider”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“แพทย์เกษียณมาประจำที่รพสต. เลยตรวจได้ทุกวันอังคารในรายที่คุมไม่ได้ ส่วนที่ คุมได้พยาบาลตรวจเอง ”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 6 พ.ย. 67)

“พยาบาลตรวจคนไข้สีเหลือง สีเขียวทุก 3 เดือน ส่วนสีแดงให้ไปรพช. หรือ Tele- med ทุก 3 เดือน ส่วนกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียงเจาะเลือดที่บ้านทุกสัปดาห์ แต่ถ้าโรคร่วมสูง ให้ไปตรวจที่รพ.”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“ไม่มีแพทย์มา แต่ให้คนไข้ไปที่รพ.เองหรือ โทรหากรพสต.แทน”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

2. การจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

การจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชน โดยมี การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว และการกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การ ควบคุมอาหาร การทานยา เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น(อปท.) โดยมีรายละเอียดของบทบาทในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

2.1 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นหลักในการร่วมจัดบริการทั้งการให้ความรู้ การ ตรวจติดตามความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว การติดตามการมาตรวจตาม นัดหมาย ซึ่งในนโยบาย “ 3 หมอ ” ซึ่งหมอคนที่ 1 คือ อสม. หมอคนที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่รพสต.หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิในรพ. และหมอคนที่ 3 คือแพทย์ในรพ.แม่ข่ายที่อาจเป็นระดับ รพ.ชุมชน รพ. ทั่วไป หรือรพ.ศูนย์

2.2 บุคลากรที่สนับสนุนการบริการในชุมชน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และ เภสัชกรที่มาเยี่ยมบ้านในรายที่จำเป็นต้องดูแลเป็นพิเศษ

2.3 ครอบครัว และผู้บริบาล (care giver) ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานบางรายที่มี ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวมีภาวะติดบ้านติดเตียง ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว หรือผู้บริบาล (care giver) ที่ครอบครัวจ้างเองหรืออปท.จ้างให้ตามสิทธิประโยชน์การดูแลผู้มีภาวะ พึ่งพิงระยะยาว (Long term care: LTC) จากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ดังตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกดังนี้

“อสม.เจาะเลือดปลายนิ้ว วัด BP รอบเอวทุกสัปดาห์ในชุมชน เพิ่มการเข้าถึงที่ สะดวกกว่า (ศาลา หรือบ้านอสม.)”

(สัมภาษณ์เชิงลึก อสม, 15 ธ.ค. 67)

“เน้นหมอ 1 (อสม.) เป็นคนกลางในการเชื่อมผู้ป่วยกับหมออื่นๆ และทีม”

(อภิปรายกลุ่ม ผู้จัดการรายกรณี, 9 ก.ย. 67)

“กลุ่มสั้ม แดง เยี่ยมบ้านโดยพยาบาล และ บริการการแพทย์ทางไกล (Telemed)”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์, 12 พ.ย. 67)

3. การจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของรพ. แม่ข่าย มีการจัดการดังนี้

มีการจัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD Clinic Plus) โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นส่วนใหญ่ รพ.แม่ข่ายมีหลายประเภท ตามระดับศักยภาพ ดังนี้ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โดยมีองค์ประกอบในการจัดการบริการ ดังนี้

3.1 โครงสร้างบุคลากรในการจัดการบริการ

มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าแผนก โดยโรงพยาบาลชุมชนให้อยู่ในกลุ่มงานการพยาบาลอาจเป็นส่วนหนึ่งของแผนกผู้ป่วยนอก หรือแยกออกเป็นหน่วยงานเฉพาะก็ได้ ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จะอยู่ในกลุ่มงานอายุรกรรมซึ่งตรวจโดยแพทย์เฉพาะทาง และงานเวชกรรมสังคมที่ตรวจโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่เป็นแพทย์ประจำแผนกหรือแพทย์หมุนเวียนมาตรวจตามตารางการทำงานของโรงพยาบาล และมีการประสานงานกับกลุ่มสหวิชาชีพอื่นๆมาร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ของแต่ละแผนก เช่น เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เป็นต้น

3.2 ระบบการทำงานร่วมกับ รพสต. และหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่าย ดังนี้

1. เกณฑ์การส่งผู้ป่วยระหว่างกัน (Refer out and Refer in criteria) ที่จัดทำร่วมกันระหว่างรพ. แม่ข่าย กับหน่วยบริการลูกข่ายซึ่งได้แก่ รพสต. และหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยในรายชื่อที่เข้าเกณฑ์ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ก็จะส่งตัวผู้ป่วยกลับไป (Refer-out) รักษาที่รพสต. ลูกข่าย แต่ผู้ป่วยบางรายที่ต้องการตรวจที่รพ.แม่ข่ายตามเดิม ก็ยืดหยุ่นให้เฉพาะราย ส่วนในรายชื่อที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หรือมีโรคร่วมที่เสี่ยงสูงก็จะให้ผู้ป่วยรักษาตัวที่รพ.แม่ข่าย แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการเดินทางมารักษาที่รพ.แม่ข่าย

2. การกำหนดแพทย์และทีมสนับสนุนไปออกบริการที่หน่วยบริการลูกข่าย และการบริการการแพทย์ทางไกลเนื่องจากคลินิกโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ประสบปัญหาความแออัดของจำนวนผู้ป่วยอย่างสูง และภาระการเดินทางทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ทางรพ. แม่ข่ายจึงมีการจัดแพทย์ ทีมสนับสนุนร่วมไปถึงยาและเวชภัณฑ์ออกตรวจในหน่วยบริการลูกข่ายตามความจำเป็นและเป็นแผนร่วมกันของเครือข่าย ซึ่งมีรอบเวลาการออกบริการที่แตกต่างกันในแต่ละอำเภอ และเลือกออกให้บริการเฉพาะบางรพสต.เท่านั้น

นอกจากนี้ในรพ.แม่ข่ายฯ หลายแห่ง มีการริเริ่มบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การใช้ Application Line Group ทั้งแบบทางการ (official) และแบบทั่วไปในการติดตาม และสื่อสารผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่อง และสะดวกในการเข้าถึงบริการทั้งผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ เช่น การติดตามผลหรือกระตุ้นในการปรับพฤติกรรม ชุดความรู้ต่างๆ การถามตอบปัญหา

การเตือนผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด เป็นต้น ในบางรพ.มีการใช้ Google sheet ในการสื่อสารกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในรพ.และรพสต.ภายในเครือข่ายเดียวกัน

ดังตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกดังนี้

“คนที่คุมได้ก็ส่งกลับรพสต. ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ส่วนที่คุมไม่ได้ก็ให้มารพ.ต่อหรือนัดตรวจที่รพสต.ถ้าที่นั้นมีแพทย์ไปตรวจประจำเดือน”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, 30 ตค. 67)

“มีการจัดทีมไปช่วยตรวจในรพสต. ประจำโซน แต่ต้องรีบตรวจเพราะมีคนไข้เยอะมากจริงๆ ไม่ค่อยมีเวลาได้คุยกัน” ”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 6 พ.ย. 67)

“การนำ Tele-medicine มาช่วยในการจัดบริการที่เพิ่มเวลาการให้บริการ ลดภาระการเดินทางลง”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“Refer in และ refer out รพสต. ที่ใช้อย่างยืดหยุ่น โดยออก 10 แห่งทุกเดือนต่อแห่ง ให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมผ่านพยาบาลเป็นหลัก โดยถ้าคุมได้ทำแบบกลุ่ม คุมไม่ค่อยได้ทำแบบรายบุคคล” ”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

3.3 การบริการเชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพ

คลินิกโรคเรื้อรังจะจัดบริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ แพทย์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์อายุรกรรมทั่วไปหรืออนุสาขาท่อนไตต่อ (endocrine) ซึ่งมีเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ เกสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และอาจมีนักจิตวิทยาในรพ.บางแห่งที่มีบุคลากรสาขานี้ โดยทั่วไปจะทำงานร่วมกับกับแพทย์ เกสัชกร และนักโภชนาการเป็นการประจำส่วนวิชาชีพอื่นจะส่งปรึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเท่านั้น โดยทำงานผ่านข้อมูลเวชระเบียนร่วมกันที่อาจเป็นแบบกระดาษหรือแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่แตกต่างกันในแต่ละหน่วยบริการ

ดังตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกดังนี้

“ส่งรายที่จำเป็นให้นักโภชนากร หรือพยาบาลที่อบรมสอนการคุมอาหาร การเลือกอาหารแทนเพราะไม่มีเวลาคุย”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, 31 ต.ค. 67)

“หมอครอบครัว (FamMed) ช่วยดูกลุ่มคนไข้ที่ดูแลยาก (Difficult patients) ที่พยาบาลส่งมาให้ดูแลเพิ่มเติม ”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ,5 พ.ย. 67)

“เน้นที่ PCT (patient care team) มีกิจกรรมที่สร้างการเรียนรู้แทนการบรรยาย เช่น บทบาทสมมุติ (Role play) การแปลผลค่า HbA1c ที่เข้าใจเห็นผลกระทบจากค่าต่างๆ กรณีสูงกว่า หรือต่ำกว่า 7 เป็นต้น หรือทำ Care Plan ผ่านเรื่องเล่า "น้องกุกโก ขายข้าวมันไก่" ที่เห็นการกินเกินแล้ว Reinforcement กลับมาที่ตัวเอง”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, 31 ต.ค. 67)

4. การบริหารจัดการของรพ. แม่ข่ายเพื่อการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

การบริหารจัดการของรพ. แม่ข่าย ประกอบด้วย นโยบาย ทาง รพ. แม่ข่ายจัดบริการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การสนับสนุนทรัพยากรที่สำคัญ ทั้งบุคลากร งบประมาณ ระบบข้อมูล อุปกรณ์ วัสดุต่างๆ เพื่อให้เกิดการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพโดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 นโยบาย ทาง รพ. แม่ข่ายจัดบริการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการตามเป้าหมายและตัวชี้วัด และแผนระดับต่างๆ ประจำปีของกระทรวงที่ถ่ายทอดมายังเขตสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ที่ใช้เหมือนกันทั่วประเทศซึ่งพบว่าทางรพ.แม่ข่ายและลูกข่ายต้องมีการปรับตัวตามนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ตามข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

“นโยบายส่วนกลางที่มีตัวชี้วัด และค่าเป้าหมายเหมือนกันทั่วประเทศ แบบตัดเสื้อโหล ไม่ยืดหยุ่นค่าเป้าหมาย ทางรพ.จึงต้องปรับตัว ปรับบริการให้เข้ากับนโยบาย”

(สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการรพ., 31 ต.ค. 67)

“นโยบายชัด แต่เป็นแบบตัดเสื้อโหล ควรปรับได้ตามบริบท ไม่เน้นทำให้ผ่าน ตามตัวชี้วัด (KPI) แต่ควรนำมาเรียนรู้และพัฒนาดีกว่า”

(สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการพ., 1 พ.ย. 67)

4.2 บุคลากร พยายามบริหารจัดการให้สามารถจัดบริการให้ได้ตามสถานการณ์ ได้แก่ การหมุนเวียนของเจ้าหน้าที่ในแต่ละวิชาชีพ ยังขาดความสม่ำเสมอของบุคลากรเนื่องจากมีการโยกย้าย หรือลาออกซึ่งในบางครั้งไม่มีการทดแทนจึงต้องปรับการทำงานไปตามสถานการณ์เป็นระยะๆ เช่น การใช้พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่แทนนักโภชนากร การใช้แพทย์ทั่วไปมาแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การให้แพทย์ตรวจแบบทางไกล (telemedicine) แทนการไปตรวจที่รพสต. เป็นต้น รวมไปถึงการพัฒนาสมรรถนะที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาทักษะของบุคลากรให้มีความพร้อมที่จะให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ดังข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

“พยายามให้การสนับสนุนทรัพยากรทั้งอัตรากำลังประจำ หรือการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ตามสถานการณ์ เช่น พยาบาลในรพสต. หรือแพทย์ทั่วไปแทนแพทย์ครอบครัว”

(สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการพ., 30 ต.ค. 67)

“เมื่อก่อนใช้พยาบาลทำงานแทนนักโภชนากร ตอนนี้ดีขึ้นมีนักโภชนากรแล้ว แต่ก็ไม่แน่ใจว่าจะอยู่ที่นี้ได้นานไหม”

(สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการพ., 30 ต.ค. 67)

“ควรพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ทักษะในการให้บริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมคุมอาหารได้เข้าใจ และทำได้มากขึ้น ”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต. ,11 พ.ย. 67)

4.3 ระบบข้อมูล และวัสดุ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบข้อมูลเวชระเบียน อุปกรณ์ตรวจน้ำตาลในชุมชน และแผ่นตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็น ดังข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

“พยายามทำให้มีการเชื่อมข้อมูลคนไข้บน Cloud สามารถเชื่อมต่อจากคนไข้ มายังทีมสหวิชาชีพ รวมไปถึงการใช้ร่วมกับท้องถิ่นได้ทั้งรายบุคคล และภาพรวมของกลุ่มผู้ป่วยตามพื้นที่”

(สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการพ., 30 ต.ค. 67)

“ควรจัดให้ รพ.แม่ข่ายมีโปรแกรมเดียวกันกับรพสต.ทำให้ดูข้อมูลคนไข้ ผลเลือด ต่างๆที่ตรงกัน”

(สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการรพ., 31 ต.ค. 67)

“รพสต.ใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยคนละอย่างกับรพ. เลยดูข้อมูลด้วยกันยาก”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“สิ่งที่ขาดแคลนบ่อยๆ คือไม่มีแถบตรวจน้ำตาลไปเจาะเลือดในในชุมชนเป็นประจำ”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

4.4 การสนับสนุนงบประมาณ งบประมาณของการบริการในหน่วยบริการได้มาตามต้นสังกัดที่ จัดสรรมาตามหมวดเงินงบประมาณ เช่น งบบุคลากร งบลงทุน งบวัสดุต่างๆ เป็นต้น และเงินบำรุง ของหน่วยบริการเอง และงบชดเชยจากการให้บริการมีการจ่ายล่วงหน้าแบบเหมาจ่ายรายหัว ประชากร (capitation) และการจ่ายตามผลงานบริการเพิ่มเติมเฉพาะการตรวจ HbA1C ปีละ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 เดือนขึ้นไปครั้งละ 150 บาท โดยยังไม่มีงบจ่ายเฉพาะสำหรับการจัดบริการเพื่อสนับสนุน การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

สำหรับงบบริการในชุมชน มีงบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) ซึ่งหน่วย บริการสามารถจัดทำคำขอของงบประมาณ ต่อคณะกรรมการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ เพื่อ สนับสนุนการเข้าถึงบริการ หรือเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จำเป็นในพื้นที่ เช่น โครงการให้มี การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดในชุมชน การติดตามและให้ความรู้เรื่องเบาหวานเพื่อการปรับ พฤติกรรมในชุมชน เป็นต้น ดังข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

“ควรมีการสนับสนุนทางการเงินทั้งต้นทุน และการจูงใจให้บริการเพื่อปรับ พฤติกรรมคนไข้ได้สำเร็จ”

(สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการรพ., 30 ต.ค. 67)

“สามารถของบจากท้องถิ่นมาซื้อแถบตรวจให้อส.มาเจาะที่ศาลาในชุมชน หรือที่ บ้านของอส”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 6 พ.ย. 67)

“สปสข.มีการจ่ายค่าตรวจน้ำตาล HbA1C ให้ต่างหาก ส่วนที่เหลืออยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัว”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

5. ผลลัพธ์การให้บริการ

ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยสามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลงประมาณร้อยละ 30 โดยที่มีการวัดผลเฉพาะการเข้าถึงการตรวจฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) และอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์เท่านั้น ยังไม่ได้วัดผลการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อนำไปปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกดังนี้

“ใช้ผลการตรวจ HbA1 C และ Fasting blood sugar ในการติดตามผลการรักษา”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“ให้ความรู้ทุกครั้ง แต่ก็คุมอาหารได้บ้าง ไม่ได้บ้าง ผลเลือดก็เลยไม่ผ่านเกณฑ์มากกว่าที่คุมได้”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 24 ก.พ. 68)

“ยังไม่มีระบบการบันทึกประสบการณ์ของผู้ป่วย (patience experience) ถึงส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมแบบอิเล็กทรอนิกส์ ”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, 31 ต.ค. 67)

ประเด็นหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

จุดแข็ง

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และมีความต่อเนื่อง ดังนี้

1. การบริหารจัดการบริการ

1.1 การสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องในบางรพ.แม่ข่าย เช่น การจัดสรรบุคลากรเพิ่มเติม การพัฒนาความรู้ที่จำเป็น การสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ การหาความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอก การพัฒนาระบบข้อมูลที่ใช้จัดบริการ เช่น Application line การปรับเวชระเบียนให้ตรงกันระหว่างรพ.แม่ข่ายกับรพสต. บริการการแพทย์ทางไกล (tele-

medicine) ในการตรวจรักษาผู้ป่วยที่สะดวกและเพิ่มจำนวนครั้งบริการได้สูงขึ้น การใช้โปรแกรม Thai COC เชื่อมโยงการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

1.2 การบริหารที่มีการปรับตามสถานการณ์ เช่นการจัดการบุคลากรที่ไม่เพียงพอ หรือมีการโยกย้ายของบุคลากรวิชาชีพต่างๆตามช่วงเวลาให้สามารถจัดบริการได้อย่างต่อเนื่องพอสมควร

1.3 การส่งเสริมให้มีความคิดริเริ่มทดลองการจัดบริการรูปแบบใหม่ และนำมาขยายผลถ้ามีความพร้อม

1.4 การประสานงานเชิงรุกในการสนับสนุนทรัพยากร เช่น การของบประมาณจาก อบต. การสนับสนุนการทำงานแบบเชิงรุกของอส. เป็นต้น

1.5 การรับฟังความเห็น ข้อเสนอแนะ ปัญหาอุปสรรคจากผู้ให้บริการทั้งใน รพ.แม่ข่าย และเครือข่าย รพสต. และนำมาประกอบในการบริหารจัดการ

ดังตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

“ความสามารถ และตัดสินใจปรับนโยบายที่ได้มาให้มีรูปแบบที่ยืดหยุ่นเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 6 พ.ย. 67)

“การทำโครงการให้สำเร็จในระดับเล็กๆ อาจเป็นพื้นที่หรือปริมาณผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่มากนักไปก่อนแล้วจึงนำผลงานที่ได้ไปนำเสนอผู้บริหารที่สูงกว่า”

(สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการรพ., 30 ต.ค. 67)

“การกล้าตัดสินใจของผู้บริหารที่ได้ลงทุนด้านระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงในระดับรายบุคคล กลุ่มและนำมาใช้ในการจัดบริการนี้”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 6 พ.ย. 67)

“ความสามารถในการทำโครงการกับอบต. และการมีเครือข่ายของอส.ที่เข้มแข็ง”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“ความเข้าใจพื้นที่บริบทของพื้นที่ทั้งในฝ่ายหน่วยบริการ ผู้ป่วย และชุมชน และการทำงานเป็นเครือข่ายของทีมผู้ให้บริการในรพ. และกับ รพสต.”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว , 31 ต.ค. 67)

2. รูปแบบการจัดบริการ

2.1 การจัดให้มีผู้จัดการรายกรณี (case manager: CM) ซึ่งทำให้มีความต่อเนื่องในการจัดบริการ และเป็นผู้ประสานงานวิชาชีพอื่นๆ ตามความจำเป็นของผู้ป่วยทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล เช่น ขาดความรู้ในการเลือกทานอาหารที่ส่งพบนักโภชนาการ มีปัญหาการใช้ยาที่ส่งพบเภสัชกร มีโรคประจำตัวอื่นที่ส่งปรึกษาแพทย์ เป็นต้น

2.2 การประเมินและติดตามผู้ป่วยโดยใช้หลักการ Stage of Change ซึ่งมีความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย โดยจะเลือกการให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความพร้อมที่เริ่มเข้าสู่ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มคิดทบทวน (Contemplation stage) ขึ้นไป

2.3 ใช้อสม.เป็นตัวเชื่อมบริการระหว่างผู้ป่วยกับทีมให้ผู้ให้บริการ ร่วมไปถึงผู้บริบาล (care giver: CG) สำหรับช่วยผู้ป่วยที่มีภาวะติดบ้านหรือติดเตียงในการปรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.4 การปรับรูปแบบบริการเพื่อเพิ่มเวลา และการจัดบริการเฉพาะให้ผู้ป่วย นอกเหนือจากการบริการตามปกติที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพแวดล้อม ได้แก่ การจัดบริการตามกลุ่มผู้ป่วยตามระดับการควบคุมระดับน้ำตาลได้ การบริการเชิงรุกเพิ่มในชุมชน การบริการทางการแพทย์ทางไกล การจัดหลักสูตรเฉพาะกลุ่ม เช่น ค่ายเบาหวาน โรงเรียนเบาหวาน เป็นต้น

ดังตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

“ยังใช้หลัก 3 หมอมาตลอด โดยเฉพาะหมอ 1 อสม.ที่อยู่ในชุมชน”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, 31 ต.ค. 67)

“การสอนด้วยภาพ ตัวอย่างอาหารที่มีในพื้นที่ให้เข้าใจการลดน้ำตาล แป้ง การเพิ่มโปรตีนทดแทน”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, 31 ต.ค. 67)

“ให้คนที่ทำได้มาช่วยสอน โดยสอนด้วยภาพและคำที่เข้าใจง่าย”

(สัมภาษณ์เชิงลึกอสม., 14 พ.ย. 67)

“เน้นดูแลแบบองค์รวมที่ให้คนมีความสุข เน้นการทานข้าวกล้อง และสอนผ่านคนต้นแบบ และการติดตามบ่อยๆ และงบบกปท.ช่วยทำกลุ่มในกลุ่มที่คุมน้ำตาลไม่ได้”

(สัมภาษณ์เชิงลึก CM รพสต., 12 พ.ย. 67)

“เน้นการพูดคุยให้มีเป้าหมายชีวิต มีจุด Click ที่จะจูงใจคนไข้เป็นตัวอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ผอมลง น้ำตาลลดลง และใช้โปรแกรมเดียวกับรพ.”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์, 12 พ.ย. 67)

3. สมรรถนะของผู้จัดบริการ

3.1 บุคลากรมีทักษะการจัดบริการแบบเทคนิค Motivation Interview (MI) การคืนข้อมูลแบบรายบุคคล การกำหนดเป้าหมาย แรงจูงใจ และจัดทำแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยที่เหมาะสมแบบรายบุคคล

3.2 บุคลากรมีความพยายามเรียนรู้และเพิ่มความเข้าใจบริบทของครอบครัว และชุมชนซึ่งมีผลต่อการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น อาชีพ หรือวัฒนธรรมที่ต้องปรับแผนการรักษาให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วย และชุมชน ร่วมไปถึงการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่ม การเรียนรู้จากคนต้นแบบที่ทำได้สำเร็จที่เคยเป็นผู้ป่วยมาก่อน

3.3 บุคลากรมีความสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น การใช้ Application line หรือการรักษาแบบแพทย์ทางไกล (telemedicine) การผลิตหรือการใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าใจได้มากขึ้น และสนับสนุนผู้ป่วยปรับพฤติกรรมได้ต่อเนื่องมากขึ้น เป็นต้น

ดังตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

“คุณหมอช่วยคุ้ยหาแรงจูงใจของคนไข้แต่ละคนที่ต่างกัน เช่น อยากอยู่จนได้เห็นหลานบวช ไม่อยากติดเตียงเหมือนแม่”

(สัมภาษณ์เชิงลึกอสม., 12 พ.ย.67)

“ใช้หลักการสอนเทคนิค" 7 นาที 4 เทคนิค" ที่มีการผลิตสื่อเอง (งาน1/4) การใช้อาหารโปรตีนทดแทน เป็นต้น และคนต้นแบบจากตัวจนท.รพสต.เองที่ได้ลงมือทำเองจริงๆ มาแล้ว ใช้ HosxP เหมือนกับรพ. และมีรถรับส่งไปรพ.ในรายที่ต้องไปตรวจที่รพ.”

(สัมภาษณ์เชิงลึก CM รพสต., 12 พ.ย. 67)

“ผลิตสื่อการสอนได้เองจากการอบรมของ HLO และ NCD-X โดยทำ Focus Group ประมาณ 6 เดือนคุมได้ประมาณ 60% เน้นคนต้นแบบมาช่วยสอน ทำได้จริงบอกต่อได้ และใช้ THAI COC ช่วยในการเชื่อมข้อมูลการเยี่ยมบ้าน และสอน.Buddy ปัจจัยสำคัญคือ เวลาที่สูงพอ + จนท.ที่มีความรู้ที่ทันสมัยสื่อได้เข้าใจง่าย /แพทย์ผลิตสื่อเองแบบรายบุคคลจากโปรแกรม CANVA แบบ1 Page”

(สัมภาษณ์เชิงลึก CM รพสต., 13 พ.ย. 67)

“ควรอบรมบุคลากรให้สามารถใช้เทคนิค Motivational Interviewing (MI) เพื่อช่วยดึงข้อมูลที่แท้จริงจากผู้ป่วยมาสร้างกำลังใจ”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 24 ก.พ 68)

4. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

4.1 ผู้ป่วยกลุ่มที่รับรู้ว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ต้องมีการร่วมมือในการปรับเปลี่ยนสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น การควบคุมอาหาร การเลือกรับประทานอาหารประเภทต่างๆ เช่น การลดแป้งและน้ำตาล โดยทานอาหารกลุ่มโปรตีนและผักทดแทนกลุ่มคาร์โบไฮเดรต การเพิ่มกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม เป็นต้น

4.2 ผู้ป่วยกลุ่มที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ และสามารถเป็นบุคคลต้นแบบมาช่วยเป็นวิทยากรให้ทีมผู้ให้บริการเพื่อสร้างแรงจูงใจ และเพิ่มความเข้าใจในการลงมือปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ดังตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกดังนี้

“การเลือกผู้ป่วยที่พร้อมจาก Stage of change ระยะ ที่ 2 (Contemplation) และความตั้งใจของผู้ป่วย”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, 12 พ.ย. 67)

“คนไข้ที่รู้ตน รู้เป้าหมาย รู้ปฏิบัติ คือต้องมี 3 รู้ ผู้ป่วยคนนั้นก็ดูแลตนเองได้ดี”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“เริ่มที่คนต้นแบบกับผู้ป่วยที่พร้อม มีความตั้งใจ ควบคุมอาหารได้ และสามารถถ่ายทอดให้ผู้ป่วยกันเองได้เข้าใจว่าผู้จัดบริการ”

(สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่คุมน้ำตาลได้, 18 พ.ย. 67)

“ทำงานก่อสร้างกินเยอะมือเข้า เทียง มือเย็นกินให้น้อยลง แต่ไม่ได้อดอาหาร” และ “กินแป้งลดลง ให้กินเนื้อทดแทน ส่วนมากกินไข่ และปลา”

(สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่คุมน้ำตาลไม่ได้, 10 ก.พ. 68)

“คนไข้ต้องเตือนตนเองค่ะ เตือนตัวเองว่าจะอยู่เพื่อหลาน”

(สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่คุมน้ำตาลไม่ได้, 10 ก.พ. 68)

“ถ้าเราให้คนไข้ตั้งเป้าหมายเอง เขาจะมีแนวโน้มที่จะทำตามได้ดีกว่า” และ “บางคนตั้งเป้าหมายแต่พอเวลาผ่านไปก็ลืม ไม่ได้ทำตาม”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 24 ก.พ. 68)

5. การมีส่วนร่วมของชุมชน

5.1 อสม.

อสม.ช่วยติดตามผู้ป่วยในชุมชนให้มาตรวจรักษาตามนัด และออกติดตามเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วผู้ป่วยในชุมชน รวมไปถึงการติดตามเชิงรุกอื่นๆที่จำเป็นเฉพาะรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หรือมีข้อจำกัดในการไปรับบริการ

ดังตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกดังนี้

“อสม.ช่วยเตือนมารับยาผ่าน Line Group และมาช่วยจัดกลุ่ม มีการสอนผ่านกลุ่มตอนเลี้ยงข้าวต้มประมาณ 15 นาที และแพทย์เกษียณออกเยี่ยมบ้านด้วย และใช้ Thai COC มีนิกายภาพตรวจเท้า และFundus Camera มาตรวจถึงรพสต.”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“อสม. ออกตรวจในชุมชนทุกวันที่ 1,16 และ Consult ผ่าน Line /มีการนัด MI วันอื่นในรายที่คุมไม่ได้ ซึ่งเป็น NP สามารถทำ MI +และทำหน้าที่ CM ได้”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“อสม. ไม่ใช่หมอ แต่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างชาวบ้านกับหมอ” และ “ถ้าเราเฝ้าแต่นั่งรอให้เขามาหา ก็คงไม่ช่วยอะไร ต้องออกไปหาเขาเองถึงบ้าน”

(อภิปรายกลุ่ม อสม ,17 ก.พ. 68)

5.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

อปท.มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการแบบโครงการแบบเฉพาะกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ค่ายเบาหวาน โรงเรียนเบาหวาน เป็นต้น การสนับสนุนอุปกรณ์วัสดุในการตรวจระดับน้ำตาลผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มเติมจาก รพ.แม่ข่ายของหน่วยบริการ ร่วมไปถึงการสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ตามบทบาทของอปท.

ดังตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกดังนี้

“ใช้งบ กปท. มาโครงการอบรม 6 ครั้งต่อรุ่นต่อปี โดยการใช้คนต้นแบบมาสอนและสร้างแรงจูงใจ และ”กลุ่มเพื่อนเบาหวาน”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“นายกฯ บอกว่าใครเข้ากลุ่มโรงเรียนเบาหวาน 4 ครั้งจนครบ นายกฯจะพาไปแลกเปลี่ยนความรู้ ไปเที่ยวที่เชียงใหม่ เพื่อสร้างแรงใจให้เข้าอบรมให้ครบ และถ้าคุณได้ก็จะมีรางวัลให้อีกต่อไป”

(สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่คุมไม่ได้, 10 ก.พ. 68)

จุดอ่อนและปัญหา

อย่างไรก็ตามก็พบว่ายังมีปัจจัยที่ยังเป็นจุดอ่อน และเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การจัดบริการขาดประสิทธิภาพไม่มีความต่อเนื่อง การบริการที่ยังมีอุปสรรคในขั้นตอนต่างๆรวมถึงการทำงานที่ต่างสังกัดกัน ดังนี้

1. การสนับสนุนทรัพยากร ด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 งบประมาณสนับสนุนแถบตรวจน้ำตาล และเครื่องตรวจน้ำตาลเพื่อใช้จัดบริการเชิงรุกในชุมชนโดย อสม.ยังทำได้เพียงบางตำบล ซึ่งเกิดจากความไม่เข้าใจในข้อกำหนดในการของบประมาณ จาก อบท. ที่เข้าใจผิดว่าการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีการจ่ายอยู่แล้ว ซ้ำซ้อนกับการตรวจติดตามผู้ป่วยแบบเชิงรุกในชุมชนซึ่งสามารถทำได้ ดังตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

“งบประมาณมีจำกัดโดยเฉพาะในตำบลขนาดเล็ก มีประชากรน้อย”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“ขาดงบประมาณในการออกติดตามในชุมชน และจัดซื้อแถบตรวจน้ำตาล (Strip)”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“โครงการเรื่องนี้จากสปสช มาแล้ว ถ้าไม่เข้าใจให้ทางสปสช. เข้ามาช่วยชี้แจง แต่ก็ยังงงๆ เพราะมันเป็นเงินหลวง มีระเบียบเยอะ”

(อภิปรายกลุ่ม อสม. 17 ก.พ. 68)

“ถ้ามีระบบติดตามผลเลือดที่เราสามารถดูแนวโน้มของผู้ป่วยที่บ้าน และในชุมชนแต่
ละรายได้ดีขึ้น”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 24 ก.พ. 68)

“อยากได้ เครื่องเจาะเลือดให้พ่อแม่พร้อมแถบตรวจเลือดยังมีน้อยมากให้มีประจำไว้
ที่หมู่บ้าน”

(อภิปรายกลุ่ม อสม., 17 ก.พ. 68)

1.2 บุคลากร

1.2.1 อัตรากำลังไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และการหมุนเวียนบุคลากร
ทำให้ขาดความต่อเนื่องและเข้าใจผู้ป่วยและพื้นที่ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักโภชนาการ
ร่วมไปถึงการโยกย้าย หรือลาออกซึ่งไม่มีการทดแทนจึงต้องปรับการทำงานไปตามสถานการณ์เป็น
ระยะๆ เช่น การใช้พยาบาลวิชาชีพแทนนักโภชนาการ การใช้แพทย์ทั่วไปแทนแพทย์เวชศาสตร์
ครอบครัว การให้แพทย์ตรวจแบบทางไกล (telemedicine) แทนมาตรวจที่รพสต. เป็นต้น

1.2.2 พยาบาลวิชาชีพในรพสต. บางแห่งยังขาดการพัฒนาสมรรถนะในการ
เป็นผู้จัดการรายโรค (Case manager: CM) การใช้วิธีการให้คำปรึกษาแบบ Motivation Interview
(MI) เป็นต้น

ดังตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกดังนี้

“แพทย์ที่มาตรวจมีการเปลี่ยนใหม่เกือบทุกปี บางคนมาแค่ 3-4 เดือนก็เปลี่ยนอีก”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“บุคลากรไม่พอเพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย และหมุนเวียนบ่อยทั้งจากการโยกย้าย
เกษียณอายุ ลาออก”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“ยังไม่ค่อยได้ทำบทบาท CM และการบริการในวันปกติจะเร่งรีบทั้งผู้ป่วย และจนท.
ทำให้มีเวลาไม่พอในการคุยสื่อสารกัน ต้องแยกไปทำต่างหากแบบกลุ่มเฉพาะ และมีการ
เสริมแรงกันเองในกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้คุณน้ำตาลได้”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“ผู้ป่วยมาก เจ้าหน้าที่มีจำกัด และความรู้บางเรื่องยังไม่ถูกต้อง เช่น การสอน Intermittent fasting (IF) ล้มเหลว และแพทย์มีแนวคิดไม่ตรงกันระหว่างแพทย์ FM กับ แพทย์ ต่อมไร้ท่อ (endocrine)”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว., 31 ต.ค. 67)

“เวลาน้อยไม่ทันได้ให้ความรู้ และไม่ได้ทำบทบาท CM / กลุ่มที่เศรษฐกิจดีกลับคุมได้แยกว่า และกลุ่มกริตยาคูอาหารและการนอนได้ยาก และติดการกินผลไม้กันสูง”

(สัมภาษณ์เชิงลึก CM รพสต., 12 พ.ย. 67)

“ไม่มี แพทย์ FM แต่เป็นแพทย์ทั่วไปมาหมุนเวียน ไม่มีทีมประจำคลินิก เช่น แพทย์ หรือเภสัชประจำคลินิก และไม่มีนักโภชนาการ ต้องให้พยาบาลทำเอง”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“มีนักโภชนาการไม่พอ ต้องสอนพยาบาลให้ทำแทนไปก่อน”

(อภิปรายกลุ่มของ CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

2. การบริหารจัดการบริการ ของหน่วยบริการที่ต่างสังกัดกัน

2.1 จากนโยบายการถ่ายโอนรพสต.ไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ซึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวน รพสต. 196 แห่ง จากทั้งหมด 628 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 31.12 ทำให้มีการทำงานของกบรพ.แม่ข่ายที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กับรพสต.ที่ยังสังกัดเดิมที่กระทรวงสาธารณสุข กับกลุ่มที่ต่างสังกัดที่ถ่ายโอนไปสังกัดอปท..แล้ว ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.2 การเชื่อมโยงข้อมูลข้ามหน่วยงานต่างสังกัด การกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) ที่ใช้ร่วมกันทั้งระหว่างวิชาชีพ และการใช้ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีความแตกต่างกัน เชื่อมโยงกันได้ยากขึ้น

2.3 การสนับสนุนบุคลากรที่อาจมีปัญหาในด้านระเบียบบุคลากร สร้างผลกระทบ การขาดแคลนบุคลากรด้านวิชาชีพในการจัดบริการ

2.4 การเบิกจ่ายงบประมาณบางประเภทที่มีต้นทุนการบริการร่วมกันระหว่าง รพ.แม่ข่ายกับ รพสต. ทำให้ต้องมาคิดเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณจาก สปสช.ที่มีรายละเอียดและเงื่อนไขจำนวนมาก

ตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

“รพสต.ถ่ายโอนทำให้มีปัญหาการทำงานทั้งด้านบุคลากร และระบบข้อมูล”

(สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการรพ., 30 ต.ค. 67)

“Personal care plan ควรเชื่อมโยงผ่านหน่วยที่ต่างสังกัดกันได้ ”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, 12 พ.ย. 67)

“รพสต.ถ่ายโอน ขาดความร่วมมือไปจากเดิมหลายเรื่อง”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

3. รูปแบบการจัดบริการ

3.1 ขาดการคืนข้อมูลด้วยวิธีการที่ผู้ป่วยและชุมชนสามารถเข้าใจได้ ไม่มีเวลาที่มาพอที่จะช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีจำกัดในบางราย หรือในบางแห่งก็มีรอบการติดตามทั้งแบบที่หน่วยบริการ หรือแบบการแพทย์ทางไกลที่ค่อนข้างห่าง เช่น ทุก 3-6 เดือน ตัวอย่างการอภิปรายกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

“คนไข้ชอบทานข้าวกับผลไม้ทำกันมานานแก่ไขยาก แนะนำแล้วก็ไม่เข้าใจ ”

(อภิปรายกลุ่ม CM รพสต., 11 พ.ย. 67)

“บางกลุ่มทำได้ยาก และขาดเวลาพูดคุย เช่น เกษตรกร คนกรีดยาง กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง หรือ ม้ง”

(สัมภาษณ์เชิงลึก CM รพสต., 12 พ.ย. 67)

3.2 ขาดการสนับสนุนให้หน่วยบริการสามารถพัฒนาสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย เฉพาะหน่วยบริการใช้สื่อที่มาจากส่วนกลาง หรือแหล่งอื่นๆที่ขาดความเหมาะสมในการใช้ที่เข้ากับกลุ่มผู้ป่วยที่มีบริบทที่ต่างกัน ตัวอย่างคำอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

“ควรทบทวนสื่อที่จะใช้ให้ความรู้ที่ถูกต้อง กรณีธงโภชนาการ (อาหารหลัก 5 หมู่)”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, 31 ต.ค. 67)

“ควรทบทวนการให้ความรู้ใช้ภาษาที่ชาวบ้านเข้าใจได้ นำไปทำได้จริง เช่น การเลือกทานอาหาร ส่วนการคำนวณพลังงานนั้นซับซ้อนเกินไป”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, 31 ต.ค. 67)

3.3 ขาดการสนับสนุนให้หน่วยบริการสามารถพัฒนาสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย เฉพาะหน่วยบริการใช้สื่อที่มาจากส่วนกลาง หรือแหล่งอื่นๆที่ขาดความเหมาะสมในการใช้ที่เข้ากับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีบริบทที่ต่างกัน ตัวอย่างการอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

“ควรทบทวนสื่อที่จะใช้ให้ความรู้ที่ถูกต้อง กรณีรณรงค์โภชนาการ (อาหารหลัก 5 หมู่)”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, 31 ต.ค. 67)

“ควรทบทวนการให้ความรู้ใช้ภาษาที่ชาวบ้านเข้าใจได้ นำไปทำได้จริง เช่น การเลือกทานอาหารที่ไม่มีในท้องถิ่น ส่วนการคำนวณพลังงานนั้นซับซ้อนเกินไป”

(สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, 31 ต.ค. 67)

4. สรุปประเด็น และปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

4.1 สมรรถนะของผู้จัดบริการ ความรู้ทักษะที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง การจัดการรายกรณี การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ การแนะนำอาหารที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่

4.2 ลักษณะการจัดบริการ มีการจัดบริการเป็นเครือข่ายทั้งภายในรพ. แม้ขยายกับ ลูกข่ายรพสต. รวมไปถึงการปรับรูปแบบบริการที่ยืดหยุ่นกับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะรายเพื่อเพิ่มเวลา ในการให้บริการ การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยมาใช้อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง

4.3 การบริหารจัดการบริการ ส่วนใหญ่ดำเนินการตามนโยบาย และตัวชี้วัดของเขต และจังหวัดส่วนการริเริ่มวิธีการใหม่ และความยืดหยุ่นเพื่อความต่อเนื่องในการดำเนินการของผู้บริหารยังเป็นส่วนน้อย และ นอกจากนี้ยังพบปัญหาจากการทำงานร่วมกันของรพสต. ที่ต่างสังกัดจากนโยบายถ่ายโอนรพสต.ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัด อบจ.

4.4 การสนับสนุนทรัพยากร จำนวนอัตรากำลังผู้ให้บริการ และการสนับสนุนงบประมาณบริการเชิงรุกเพื่อติดตามการปรับพฤติกรรม และวัสดุอุปกรณ์ตรวจระดับน้ำตาลของผู้ป่วยในชุมชนที่ขาดความต่อเนื่องหลังจบโครงการ

4.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนใหญ่มีการทำงานร่วมกับ อสม. และมีโครงการของ อบต. สนับสนุน แต่ยังขาดการประเมินผลลัพธ์หลังทำโครงการ การใช้ข้อมูลร่วมกับหน่วยบริการ ร่วมไปถึงการเชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

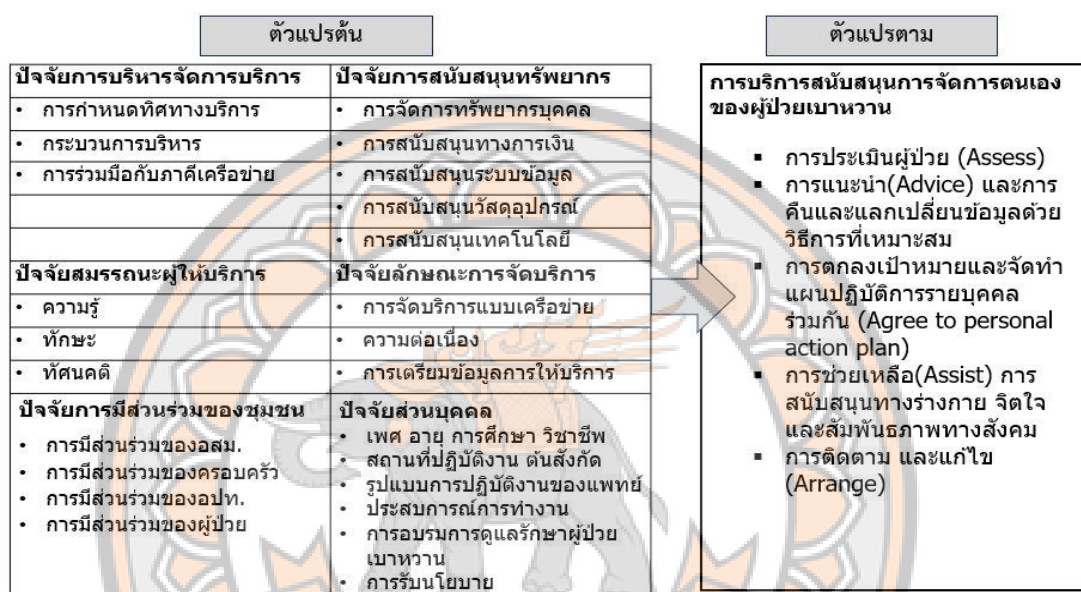
ยังมีข้อจำกัดต่อความเข้าใจที่เป็นภาษาวิชาการ การให้ความรู้ควรเป็นรูปธรรมที่เข้าใจง่าย เช่น การสอนสาธิตในตลาด ตัวอย่างแหล่งอาหารที่มีอยู่จริงในชุมชนแทนการเปิดวิดีโอทัศน์ เป็นต้น

จากการสรุปประเด็นทั้งหมดผู้วิจัยได้นำไปเทียบกับปัจจัย ตัวแปร จากการทบทวนวรรณกรรมกับตัวแปรใหม่ที่เพิ่มขึ้นจากการวิจัยเชิงคุณภาพอีก 1 ตัวแปร ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยจะนำปัจจัย ตัวแปร ไปทำการวิจัยวิจัยเชิงปริมาณ ในระยะที่ 2 ต่อไป โดยมีรายละเอียดตามตาราง 11

ตาราง 11 แสดงเปรียบเทียบตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม และตัวแปรในวิจัยเชิงคุณภาพ

ปัจจัย	ตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม	ประเด็น/ตัวแปรได้จากวิจัยเชิงคุณภาพ (การวิจัยระยะที่ 1)
การบริหารจัดการบริการ	กำหนดทิศทางการจัดบริการ	ดำเนินการตามนโยบาย และตัวชี้วัดของเขต
	กระบวนการบริหาร	กระบวนการบริหาร
	การร่วมมือกับภาคีเครือข่าย	ปัญหาการทำงานร่วมกับต่างสังกัด
การสนับสนุนทรัพยากร	บุคลากร	อัตรากำลังการให้บริการ
	งบประมาณ	การสนับสนุนงบประมาณเชิงรุก
	ระบบข้อมูล	ระบบข้อมูล
	วัสดุ อุปกรณ์	วัสดุ อุปกรณ์ตรวจระดับน้ำตาลในชุมชน
	เทคโนโลยี	เทคโนโลยี
สมรรถนะของผู้จัดบริการ	ความรู้	ความรู้
	ทักษะ	ทักษะ
	ทัศนคติ	ทัศนคติ
ลักษณะการจัดบริการ	การจัดบริการแบบเครือข่าย	การจัดบริการแบบเครือข่าย
	การจัดบริการอย่างต่อเนื่อง	
	การเตรียมข้อมูลการให้บริการ	
การมีส่วนร่วมของชุมชน	การมีส่วนร่วมของอสม.	การมีส่วนร่วมของอสม.
	การมีส่วนร่วมของครอบครัว	การมีส่วนร่วมของครอบครัว
	การมีส่วนร่วมของอปท.	การสนับสนุนของอปท.
		การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย
ปัจจัยส่วนบุคคล	เพศ อายุ การศึกษา วิชาชีพ	วิชาชีพ ต้นสังกัด
	ต้นสังกัด หน่วยงาน	รูปแบบการปฏิบัติงานของแพทย์
	รูปแบบการปฏิบัติงานของแพทย์	การได้รับการอบรม
	ประสบการณ์การทำงาน	
	การได้รับการอบรม	
	การรับนโยบาย	

โดยสรุปกรอบแนวคิดตัวแปรต้น และตัวแปรตามที่เกี่ยวข้องกับการบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังจากการทํารววจเิงคุณภาพ ถึงสถานการณ์การจ้ดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพแบบภาพที่ 2 ในระยะที่ 1 ตามภาพ 20 ซึ่งจะนำไปกำหนดแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลต่อการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ต่อไป



ภาพ 20 แสดงกรอบแนวคิดตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) แบบวิธีภาคตัดขวาง (cross sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากผู้จัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 1 คนต่อแห่ง จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และ หน่วยบริการปฐมภูมิของรพ.แม่ข่าย จำนวน 370 ตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 2 โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรต้น

1.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 89.5 กลุ่มอายุสูงกว่า 50 ปีพบสูงสุด (ร้อยละ 28.4) และกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี (ร้อยละ 25.4) ระดับการศึกษา

ระดับปริญญาตรีสูงสุด (ร้อยละ 90.3) และสถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 96.2) โดยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 68.1) โดยเป็นวิชาชีพพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.4) การปฏิบัติงานของแพทย์ส่วนใหญ่มาจากรพ.แม่ข่ายที่ส่งมา (ร้อยละ 80.5) แต่มีรพสต.ที่ไม่มีแพทย์มาตรวจถึง 56 แห่ง (ร้อยละ 15.1) สำหรับประสบการณ์ทำงานในบริการนี้ส่วนใหญ่อยู่ที่ 1-5 ปี (ร้อยละ 48.9) การได้รับการอบรมการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง ได้รับอย่างต่อเนื่องทุกปี 119 ราย (ร้อยละ 32.2) แต่มีที่ไม่ได้รับการอบรม 89 ราย (ร้อยละ 24.1) การรับนโยบายเป็นบางครั้ง 236 ราย (ร้อยละ 63.8) แต่มีถึง 76 ราย (ร้อยละ 20.5) ที่ไม่ได้รับนโยบาย โดยมีรายละเอียดตามตาราง 12

ตาราง 12 แสดงรายละเอียดปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	331	89.5
	ชาย	39	10.5
กลุ่มอายุ	ต่ำกว่า 30 ปี	94	25.4
	31-40 ปี	93	25.1
	41-50 ปี	78	21.1
	สูงกว่า 50 ปี	105	28.4
ระดับการศึกษา	อนุปริญญา	3	0.8
	ปริญญาตรี	334	90.3
	ปริญญาโทขึ้นไป	33	8.9
สถานที่ปฏิบัติงาน	รพสต.	356	96.2
	หน่วยบริการปฐมภูมิของรพ.	14	3.8
ต้นสังกัด	กระทรวงสาธารณสุข	252.0	68.1
	อปท	118.0	31.9
วิชาชีพ	พยาบาล	305	82.4
	นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข	65	17.6
การปฏิบัติงานของแพทย์	แพทย์จากรพ.แม่ข่ายมาตรวจ	298	80.5
	ประจำรพสต.	16	4.3
	ไม่มีแพทย์มาตรวจ	56	15.1
ประสบการณ์บริการสนับสนุนการจัดการตนเอง	0-5 ปี	182	49.1

ตาราง 12 (ต่อ)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
	6-10 ปี	92	24.9
	11-20 ปี	79	21.4
	สูงกว่า 20 ปี	17	4.6
การได้รับการอบรม	เคยอบรม อย่างต่อเนื่องทุกปี	119	32.2
	เคยอบรม สูงกว่า 3 ปีที่ผ่านมา	92	24.9
	เคยอบรม เมื่อ 2-3 ปีที่ผ่านมา	70	18.9
	ไม่เคยได้รับการอบรม	89	24
การรับนโยบาย	ได้เข้าร่วมทุกครั้ง	58	15.7
	ได้เข้าร่วม บางครั้ง	236	63.8
	ไม่ได้ เข้าร่วม	76	20.5

1.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการบริการ

ด้านการบริหารจัดการบริการ ค่าเฉลี่ย = 3.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.736) อยู่ในระดับสูง โดยข้อย่อยที่มีคะแนนมากที่สุด คือการร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน ค่าเฉลี่ย = 3.85 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.803) และรองลงมา เท่ากัน 2 ข้อ คือ การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการจัดบริการ ค่าเฉลี่ย 3.82 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.728) และการร่วมมือกับเครือข่ายด้านสาธารณสุขระดับที่มากกว่า ค่าเฉลี่ย 3.82 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.757) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดในด้านนี้คือ การจูงใจให้เกิดการจัดกิจกรรม และบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้ ค่าเฉลี่ย 3.42 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.868) และการใช้ข้อมูลรอบด้านในการวางแผน (ค่าเฉลี่ย 3.49) (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.741) ตามลำดับ โดยมีรายละเอียดตามตาราง 13

ตาราง 13 แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรการบริหารจัดการบริการ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	แปลผล
ปัจจัยด้านการบริหารจัดการบริการ			
1.1 กำหนดทิศทางการจัดบริการ	3.81	.752	มาก
1.1.1 หน่วยงานของท่านกำหนดนโยบายที่ชัดเจน สำหรับกับการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	3.73	.749	มาก
1.1.2 หน่วยงานของท่านได้กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ชัดเจน ในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	3.82	.728	มาก
1.1.3 หน่วยงานของท่านมีแผนที่ชัดเจน สำหรับการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	3.71	.784	มาก
1.2 กระบวนการบริหาร	3.57	.818	มาก
1.2.1 หน่วยงานของท่านมีการใช้ข้อมูลอย่างรอบด้านเพื่อนำมาใช้ในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น อัตราการเข้าถึงและผลลัพธ์การจัดบริการ กับทรัพยากรที่มี เช่น บุคลากร งบประมาณ เป็นต้น	3.49	.741	มาก
1.2.2 หน่วยงานของท่านมีการรับฟังข้อมูลจากแต่ละวิชาชีพในทีมเพื่อนำมาใช้ในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	3.72	.831	มาก
1.2.3 ผู้บริหารในหน่วยงานของหน่วยงานของท่านมีวิธีการจูงใจให้เกิดการจัดกิจกรรม และบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้ เช่น การให้รางวัล การนำมาประกอบการประเมินผลประจำปี การสนับสนุนและพัฒนาบุคลากร เป็นต้น	3.42	.868	มาก
1.2.4 หน่วยงานของท่านมีการกำกับติดตามการดำเนินงานและ นำไปปรับการจัดบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้	3.69	.709	มาก
1.2.5 หน่วยงานของท่านมีรอบการประเมินผลทั้งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคและนำมาปรับปรุงพัฒนา การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	3.59	.731	มาก
1.3 การร่วมมือกับภาคีเครือข่าย	3.85	.803	มาก

ตาราง 13 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.)	แปรผล
1.3.1 หน่วยงานของท่านมีการร่วมมือกับเครือข่ายด้านสาธารณสุข ระดับที่สูงกว่า ได้แก่ รพ.แม่ข่าย เช่น การจัดบริการร่วมกัน การ ปรึกษา การส่งต่อ เป็นต้น	3.82	.757	มาก
1.3.2 หน่วยงานของท่านมีการร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.) เช่น การรับส่งผู้ป่วย การสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ชุมชน เป็นต้น	3.62	.858	มาก
1.3.3 หน่วยงานของท่านมีการร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน เช่น การ ติดตามระดับน้ำตาลผู้ป่วยโดยอสม การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น	3.85	.737	มาก

1.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากร

ด้านการสนับสนุนทรัพยากร มีค่าเฉลี่ยรวม 3.26 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.806) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีตัวแปรที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ การสนับสนุนระบบข้อมูล ค่าเฉลี่ย 3.68 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.759) และน้อยที่สุดในการสนับสนุนทางการเงิน ค่าเฉลี่ย 2.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.863) โดยในข้อย่อยที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ การมีระบบข้อมูลผู้ป่วยที่ทันสมัย และพร้อมใช้งาน ค่าเฉลี่ย 3.69 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.749) ตัวแปรที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ความเพียงพอของจำนวนบุคลากรที่ให้บริการ ค่าเฉลี่ย 2.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.948) โดยมีรายละเอียดตามตาราง 14

ตาราง 14 แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรการ
สนับสนุนทรัพยากร

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.)	แปลผล
ปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากร			
1.การสนับสนุนทรัพยากรบุคคล	3.14	.864	ปานกลาง
1.1 จำนวนบุคลากรที่ให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานมีความพอเพียง	2.76	.948	ปานกลาง
1.2 บุคลากรที่รับผิดชอบงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่จำเป็น เพื่อการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวาน ให้สามารถจัดการตนเอง เช่น การสร้างแรงจูงใจผู้ป่วย การปรับอาหารทดแทน	3.29	.783	ปานกลาง
1.3 มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมในการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวาน ให้ สามารถจัดการตนเอง มีความเหมาะสมและพอเพียง	3.27	.850	ปานกลาง
2 การสนับสนุนทางการเงิน	2.80	.863	ปานกลาง
2.1 หน่วยงานของท่านได้รับเงินชดเชยที่เหมาะสม ต่อการ จัดบริการในหน่วยบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน	2.79	.836	ปานกลาง
2.2 หน่วยงานของท่านได้รับเงินชดเชยที่เหมาะสมต่อการ จัดบริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เบาหวาน	2.79	.835	ปานกลาง
2.3 หน่วยงานของท่านได้รับเงินชดเชยที่เหมาะสม ตามผลลัพธ์ ทางสุขภาพของผู้ป่วย (ค่า HbA1C) ที่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย	2.81	.904	ปานกลาง
3 การสนับสนุนระบบข้อมูล	3.68	.759	มาก
3.1 หน่วยงานของท่านมีระบบข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นปัจจุบัน และพร้อมใช้ในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของ ผู้ป่วย	3.69	.749	มาก
3.3 การจัดบริการในหน่วยงานท่าน ได้ใช้ข้อมูลแบบรายบุคคล (Personal Health Record) ที่เชื่อมโยงข้อมูลโรคอื่นๆและตัว แปรกำหนดสุขภาพทางสังคมต่างๆ	3.45	.765	มาก

ตาราง 14 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.)	แปรผล
3.2 หน่วยงานของท่านมีระบบข้อมูลที่ใช้ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการ และในเครือข่ายบริการเดียวกัน (รพ.แม่ข่ายกับ รพสต.) เพื่อใช้วางแผนการบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง	3.63	.747	มาก
4 การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์	3.41	.889	มาก
4.1 การจัดการบริการของท่านได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่เพียงพอในการตรวจติดตามเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการตนเอง เช่น เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในชุมชน	3.37	.877	ปานกลาง
4.2 การจัดการบริการของท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุที่เพียงพอ ในการตรวจติดตามเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการตนเอง เช่น แถบตรวจน้ำตาล	3.46	.839	มาก
4.3 การจัดการบริการของท่านได้รับการสนับสนุนเอกสาร หรือสื่อการสอนที่เหมาะสมในการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการตนเอง	3.21	.880	ปานกลาง
5 การสนับสนุนเทคโนโลยี	3.30	.898	ปานกลาง
5.1 หน่วยงานของท่านสนับสนุนเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการจัดการบริการนี้ เช่น โปรแกรม หรือแอปพลิเคชัน (Application) ที่ใช้ในทีมสหวิชาชีพด้วยกันเอง และกับผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นและติดตามการปรับพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องร่วมกัน	3.08	.899	ปานกลาง
5.2 การจัดการบริการของท่านได้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือวิชาชีพอื่นๆ ผ่านเทคโนโลยีที่สะดวก รวดเร็ว เช่น การแพทย์ทางไกล เป็นต้น	3.45	.848	มาก
5.3 หน่วยงานของท่านนำองค์ความรู้ด้านเบาหวาน มาผลิตสื่อการสอนได้เองแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคลอย่างเหมาะสม เข้าใจง่ายนำไปปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	3.25	.833	ปานกลาง

1.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสมรรถนะของผู้จัดบริการ

1.4.1 ความรู้

สำหรับความรู้ของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่ามีผลคะแนนเฉลี่ย 12.06 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.54) โดยมีรายละเอียดตามตาราง 15

ตาราง 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของความรู้ของผู้ตอบแบบทดสอบ

ระดับ	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
สูงมาก	14-15	146	39.46
สูง	12-13	92	24.86
ปานกลาง	9-11	81	21.89
ต่ำ	7-8	50	13.51
ต่ำมาก	น้อยกว่า 7	1	0.27
ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) 12.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 2.54 การแปลผล ระดับสูง			

สำหรับรายละเอียดรายข้อ มีข้อที่ตอบถูกต้องที่สุด 3 ข้อดังนี้ 1) การเลือกทานของหวานในปริมาณต่ำหลังมื้ออาหารจะไม่ส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่ทำงานหนัก (ร้อยละ 53.24) 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอด ให้เริ่มมื้ออาหารหลังพระอาทิตย์ตกด้วยการดื่มน้ำเปล่าและทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงเพื่อให้พลังงานเร็ว (ร้อยละ 57.57) และ 3) การจัดจานอาหารแบบ 2:1:1 หมายถึง ทานข้าวแป้ง หรือน้ำตาล 2 ส่วน ผัก 1 ส่วน และโปรตีน 1 ส่วน (ร้อยละ 63.24) ตามลำดับ โดยมีรายละเอียดตามตาราง 16

ตาราง 16 แสดงร้อยละการตอบคำถามรายชื่อที่ตอบถูก และตอบผิด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตัวแปร	ตอบถูก (ร้อยละ)	ตอบผิด (ร้อยละ)
1. การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวคิด Stages of Change ต้องดำเนินการเป็นขั้นตอนแรกของการบริการ เพื่อให้เกิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน	91.62	8.38
2. การตกลงร่วมกันในการตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองต้องให้คำนึงถึงความพร้อมและบริบทของผู้ป่วยสูงกว่าการยึดตามมาตรฐานทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว	87.30	12.70
3. การช่วยเหลือในการจัดการตนเองให้มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น โดยไม่จำเป็นต้องสอนทักษะการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต	83.78	16.22
4. การติดตามที่ต่อเนื่องให้ดำเนินการเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีเท่านั้น เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล	68.65	31.35
5. การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องเป็นเป้าหมายที่ยาก จึงจะทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการจัดการตนเอง	74.32	25.68
6. การสร้างเครือข่ายผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผู้ป่วยเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus	97.03	2.97
7. การประเมินอุปสรรคผู้ป่วย ในการจัดการตนเองให้ทำเฉพาะครั้งแรกที่วินิจฉัยโรคเท่านั้น เนื่องจากอุปสรรคมักไม่เปลี่ยนแปลงตลอดการรักษา	81.62	18.38
8. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เกี่ยวกับผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่แย่งอาจทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ จึงต้องหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลในกรณีที่ผลการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	75.95	24.05
9. การออกแบบสื่อและกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานเป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการช่วยเหลือ	95.14	4.86
10. การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ทำซ้ำเป็นระยะๆ เนื่องจากความพร้อมอาจเปลี่ยนแปลงตามเวลา สิ่งแวดล้อม สถานการณ์ และระยะของโรค	97.57	2.43
11. การเลือกโปรตีนราคาถูก เช่น ไข่ เต้าหู้ หรือปลาในท้องถิ่น สามารถช่วยทดแทนการทานเนื้อสัตว์ที่มีราคาแพงได้ดีและทดแทนพลังงานจากข้าว แป้ง น้ำตาลได้ซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ทำงานหนัก	91.89	8.11
12. การจัดจานอาหารแบบ 2:1:1 หมายถึง ทานข้าวแป้ง หรือน้ำตาล 2 ส่วน ผัก 1 ส่วน และโปรตีน 1 ส่วน	63.24	36.76

ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปร	ตอบถูก	ตอบผิด
13. สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอด ให้เริ่มมื้ออาหารหลังพระอาทิตย์ตกด้วยการดื่มน้ำเปล่าและทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงเพื่อให้พลังงานเร็ว	57.57	42.43
14. ผู้ป่วยเบาหวานที่ทำงานกลางแจ้ง ให้เพิ่มปริมาณอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง และลดการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่ย่อยง่าย เช่น ข้าวขาวและขนมหวาน เพื่อให้พลังงานต่อเนื่องและช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	87.30	12.70
15. การเลือกทานของหวานในปริมาณต่ำหลังมื้ออาหารจะไม่ส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่ทำงานหนัก	53.24	46.76

1.4.2 ทักษะผู้จัดการบริการ

สำหรับทักษะผู้จัดการบริการมีค่าเฉลี่ย 3.60 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.688) อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยมากสุดในการพูดเสริมพลังให้กับผู้ป่วย จนสามารถมีความมุ่งมั่นในการจัดการกับปัญหาสุขภาพตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ค่าเฉลี่ย 3.62 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.676) และน้อยที่สุดในการกำหนดเป้าหมาย แผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย ที่มีข้อจำกัดเฉพาะราย (ค่าเฉลี่ย 3.42 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.667) ตามตาราง 17

ตาราง 17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรทักษะของผู้จัดการบริการ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
ทักษะของผู้จัดการบริการ	3.60	.688	มาก
1. ท่านสามารถประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และสื่อสารผลการประเมินให้ผู้ป่วย ได้เข้าใจถึงส่วนขาด เช่น ความรู้ การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง	3.59	.611	มาก
2. ท่านสามารถกำหนดเป้าหมาย แผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย ที่มีข้อจำกัด เช่น ผู้ป่วยที่ทำงานหนักและมีข้อจำกัดในการเลือกอาหาร ผู้ป่วยที่ถือศีลอด เป็นต้น	3.42	.667	มาก
3. ท่านสามารถให้คำแนะนำตามส่วนขาดที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย และช่วยเหลือผู้ป่วยรายบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น การปรับรายการอาหารที่เป็นไปได้ตามบริบท การปรับรอบเวลาในการรับประทานยา เป็นต้น	3.56	.681	มาก

ตาราง 17 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปรผล
4. ท่านสามารถสร้างแรงจูงใจได้ตามลักษณะผู้ป่วยรายบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษา วัฒนธรรม ความเชื่อ อาชีพ เป็นต้น เช่นการกำหนดเป้าหมายชีวิตเพื่อสร้างจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3.51	.630	มาก
5. ท่านสามารถปรับสื่อการสอน และมีวิธีการสื่อสารให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย ที่อาจมีข้อจำกัดด้านภาษา อาชีพ วิถีชีวิต วัฒนธรรมให้เข้าใจ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	3.56	.673	มาก
6. ท่านสามารถพูดเสริมพลังให้กับผู้ป่วย จนสามารถมีความมุ่งมั่นในการจัดการกับปัญหาสุขภาพตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	3.62	.676	มาก

1.4.3 ทักษะการจัดการ

ในด้านทักษะของผู้จัดการ มีค่าเฉลี่ย 4.11 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.717) อยู่ในระดับมาก -ข้อที่มากที่สุด คือการเข้าใจบริบทเฉพาะรายของผู้ป่วยค่าเฉลี่ย 4.15 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.729) และน้อยที่สุด คือการมีส่วนร่วม และร่วมมือร่วมกันระหว่างทีมวิชาชีพผู้ให้บริการโดยค่าเฉลี่ย 4.05 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.703) มีรายละเอียดตามตาราง 18

ตาราง 18 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผลของตัวแปรทักษะการจัดการ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปรผล
ทักษะการจัดการ	4.11	.717	มาก
1. ท่านคิดว่าการบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองควรมีส่วนร่วม และร่วมมือร่วมกันระหว่างทีมวิชาชีพผู้ให้บริการ	4.05	.703	มาก
2. ท่านคิดว่าการบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองควรมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการวางแผน ลงมือทำ และประเมินผลร่วมกันทีมวิชาชีพผู้ให้บริการ	4.12	.701	มาก

ตาราง 18 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปรผล
3. ท่านคิดว่าการเข้าใจบริบทของผู้ป่วยเฉพาะราย มีความจำเป็นต่อการออกแบบการให้บริการ เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานได้การจัดการตนเอง	4.15	.729	มาก
4. ท่านคิดว่าการจัดบริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ควรปรับแผนตามระยะของโรคหรือวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป	4.12	.700	มาก
5. ท่านคิดว่าการบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง ควรมีความยืดหยุ่นกับลักษณะเฉพาะของครอบครัว หรือชุมชนของผู้ป่วย	4.12	.764	มาก

1.5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะการจัดบริการ

ปัจจัยลักษณะการจัดบริการมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.95 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.689) ซึ่งอยู่ในระดับสูง มีคะแนนมากที่สุดในการจัดบริการแบบเครือข่าย ค่าเฉลี่ย 3.96 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78) น้อยสุดในการบริการอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ย 3.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.732) โดยข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือมีแนวทางการจัดบริการร่วมกันอย่างชัดเจนเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้ในการปรึกษา และการส่งต่อ ค่าเฉลี่ย 3.96 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.745) น้อยที่สุดในการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองฯ จากสถานบริการ ต่อเนื่องไปสู่อุปกรณ์เชิงรุกที่บ้าน ค่าเฉลี่ย 3.65 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.714) ตามรายละเอียดในตาราง 19

ตาราง 19 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผลของตัวแปรลักษณะการจัดบริการ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.)	แปรผล
ลักษณะการจัดบริการ			
การจัดบริการแบบเครือข่าย	3.96	.78	มาก
1. รพ.แม่ข่ายกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือรพสต. มีแนวทางการจัดบริการร่วมกันอย่างชัดเจนเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้ เช่น เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย (Refer in-Refer out) เป็นต้น	3.96	.745	มาก

ตาราง 19 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย x̄	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.)	แปร ผล
2. รพ.แม่ข่ายมีการสนับสนุนทีมสหสาขาวิชาชีพมาร่วมจัดบริการฯ ใน รพ.สต. หรือออกเยี่ยมบ้าน เป็นต้น	3.67	.858	มาก
3. รพ.แม่ข่ายกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือรพสต. มีการรับส่งต่อเฉพาะ ในกรณีต่างๆ เพื่อรับคำปรึกษา และรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีผลแทรกซ้อน หรือปัญหาเฉพาะด้าน เป็นต้น	3.90	.752	มาก
บริการอย่างต่อเนื่อง	3.75	.732	มาก
1. มีการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองฯ ที่ต่อเนื่อง โดยจัดบริการ จากสถานบริการ ต่อเนื่องไปสู่บริการเชิงรุกที่บ้าน หรือในชุมชน	3.65	.714	มาก
2. มีการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองฯ อย่างต่อเนื่องตามระยะ ของโรคที่เปลี่ยนไป เช่น มีภาวะไตเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ เป็นต้น	3.68	.729	มาก
3. มีการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองฯ อย่างต่อเนื่องในการ จัดบริการโดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบตามเหตุการณ์ หรือวิถีชีวิตที่ เปลี่ยนไปของผู้ป่วย เช่น ผู้ดูแลเสียชีวิต ย้ายที่อยู่อาศัย เป็นต้น	3.68	.701	มาก
การเตรียมข้อมูลการให้บริการ	3.89	.697	มาก
ก่อนการจัดบริการ ท่านมีการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายมาพิจารณา ก่อนเตรียมการพูดคุยกับผู้ป่วยในจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง ของผู้ป่วย	3.67	.731	มาก
มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหลังมารับบริการ การให้แนะนำต่างๆ เพื่อใช้ ติดตามในการบริการครั้งต่อไป	3.82	.705	มาก
ก่อนไปเยี่ยมบ้าน ท่านมีการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย ตามบริบท สิ่งแวดล้อมก่อนออกไปเยี่ยมบ้าน และข้อมูลที่จะนำไปสื่อสารกับผู้ป่วย และครอบครัว	3.88	.651	มาก
การเตรียมข้อมูลการให้บริการ	3.89	.697	มาก
1. ก่อนการจัดบริการ ท่านมีการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายมา พิจารณาก่อนเตรียมการพูดคุยกับผู้ป่วยในจัดบริการสนับสนุนการ จัดการตนเองของผู้ป่วย	3.67	.731	มาก
2. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหลังมารับบริการ การให้แนะนำต่างๆ เพื่อใช้ ติดตามในการบริการครั้งต่อไป	3.82	.705	มาก

ตาราง 19 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.)	แปร ผล
3. ก่อนไปเยี่ยมบ้าน ท่านมีการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย ตามบริบท สิ่งแวดล้อมก่อนออกไปเยี่ยมบ้าน และข้อมูลที่จะนำไปสื่อสารกับผู้ป่วย และครอบครัว	3.88	.651	มาก
4. มีการสรุปข้อมูลผู้ป่วยหลังการเยี่ยมบ้าน เพื่อเตรียมการสนับสนุนการ จัดการตนเองเฉพาะรายที่เหมาะสมต่อไป	3.77	.679	มาก

1.6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าเฉลี่ย 3.72 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.651) ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนมากที่สุด คือการมีส่วนร่วมของครอบครัว ค่าเฉลี่ย 3.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.742) น้อยที่สุดในการร่วมมือของอปท. ค่าเฉลี่ย 3.48 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81) โดยข้อย่อยที่มีความมากที่สุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ช่วยเจาะเลือดเพื่อติดตามระดับน้ำตาลผู้ป่วยในชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.83 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.798) และน้อยที่สุดคือ บทบาทของอปท.ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนค่าเฉลี่ย 3.39 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.843) ตามรายละเอียดในตาราง 20

ตาราง 20 แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.)	แปร ผล
ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน			
การมีส่วนร่วมของอสม.	3.76	.771	มาก
1. อสม.ช่วยกระตุ้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ได้ตามแผนการ จัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้ตั้งเป้าหมายและกิจกรรมไว้ เช่น การ ควบคุมอาหาร กิจกรรมทางกาย	3.51	.715	มาก
2. อสม.ช่วยเจาะเลือดจากปลายนิ้วเพื่อเพิ่มการติดตามระดับน้ำตาลใน เลือดผู้ป่วยในชุมชน	3.83	.798	มาก
3. อสม. ช่วยให้ข้อมูลทีมผู้ให้บริการถึงสภาพแวดล้อม หรือวิถีชีวิตของ ผู้ป่วยที่มีผลต่อการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	3.75	.760	มาก

ตาราง 20 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.)	แปร ผล
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	3.80	.742	มาก
1. ท่านคิดว่า ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่ท่านดูแล มีส่วนช่วยกระตุ้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ได้ตามแผนการจัดการตนเองที่มีอยู่ เช่น การควบคุมอาหาร กิจกรรมทางกาย การรับประทานยา เป็นต้น	3.75	.738	มาก
2. ท่านคิดว่า ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่ท่านดูแล มีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การทานอาหาร หรือกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การสื่อสารข้อมูลที่เข้าใจยาก เป็นต้น	3.71	.682	มาก
3. ท่านคิดว่า ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานให้ข้อมูลผู้ป่วยกับทีมผู้ให้บริการอย่างเต็มที่	3.79	.733	มาก
การมีส่วนร่วมของอปท.	3.48	.810	มาก
1. อปท. มีส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เช่น นโยบายอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถานที่ออกกำลังกายที่เพียงพอ เป็นต้น	3.39	.843	ปาน กลาง
2. อปท. ได้ส่งเสริมโครงการที่ริเริ่มโดยชุมชนมาช่วยสนับสนุนการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การสนับสนุนอสม.ช่วยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในชุมชน โครงการกลุ่มออกกำลังกาย ปลูกผักปลอดสารพิษ เป็นต้น	3.57	.791	มาก
3. อปท. มีส่วนในการส่งเสริมตัวแปรสังคมกำหนดสุขภาพต่างๆที่ส่งเสริมการจัดการตนเอง หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น อาหาร การเดินทาง กุระเบียบในชุมชนที่เกี่ยวข้อง	3.41	.750	มาก
การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย	3.53	.659	มาก
1. ผู้ป่วยที่ท่านให้บริการ คิดว่าเบาหวานที่เป็นอยู่เป็นปัญหาที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3.50	.692	มาก
2. ผู้ป่วยที่ท่านให้บริการ มีความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	3.41	.624	มาก
3. ผู้ป่วยที่ท่านให้บริการ มีความเข้าใจเข้าใจถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากปฏิบัติตัวไม่ถูก	3.52	.630	มาก
3. ผู้ป่วยที่ท่านให้บริการ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของท่าน	3.41	.650	มาก

2. ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวแปรตาม คือการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ามีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.82 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.717) อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนมากที่สุด คือ การถามและการประเมิน ค่าเฉลี่ย 3.88 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.671) น้อยที่สุดคือ การติดตามและปรับเปลี่ยนแผน ค่าเฉลี่ย 3.52 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.773) ตัวแปรย่อยมากที่สุด ได้แก่ การพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรง เพื่อประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยค่าเฉลี่ย 3.89 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.664) น้อยที่สุด ได้แก่ การช่วยเหลือกรณีที่ผู้ป่วยมีบริบทความเชื่อ วัฒนธรรม ผู้ป่วยเฉพาะราย มีค่าเฉลี่ย 3.44 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.742) โดยมีรายละเอียดตามตาราง 21

ตาราง 21 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองโดยรวม	3.82	.717	มาก
1. การถามและการประเมิน (Ask and Assess)	3.88	.671	มาก
1.1 ท่านได้พูดคุยกับผู้ป่วย ถึงภาวะสุขภาพที่อาจเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เช่น ผลการตรวจทางคลินิกต่าง	3.86	.668	มาก
1.2 ท่านได้พูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรง เพื่อประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย	3.89	.664	มาก
1.3 ท่านได้พูดคุยกับผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคเบาหวานถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้	3.88	.631	มาก
1.4 ท่านได้พูดคุยซักถามการปรับพฤติกรรมสุขภาพและปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเอง ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ	3.79	.670	มาก
1.5 ท่านได้พูดคุยซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะการทำงาน ครอบครัว หรือปัจจัยทางสังคมอื่นๆที่ผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย	3.73	.727	มาก
1.6 ท่านได้ประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง และสรุปปัญหาของผู้ป่วยเพื่อนำวางแผนต่อไป	3.72	.687	มาก

ตาราง 21 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปรผล
2. การแนะนำ (Advice)	3.86	.751	มาก
2.1 ท่านได้แจ้งข้อมูลผลการประเมินภาวะสุขภาพ และส่วนขาด รายบุคคลคืนแก่ผู้ป่วย	3.68	.699	มาก
2.2 ท่านได้แนะนำ วิธีการปฏิบัติตัว ตามส่วนขาดของผู้ป่วย จาก ผลการประเมินผู้ป่วย เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น	3.82	.754	มาก
2.3 ท่านได้ให้คำแนะนำหรือข้อมูลด้านประโยชน์ของการมี พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ตามปัญหาเฉพาะรายผู้ป่วย	3.85	.703	มาก
2.4 ท่านได้แนะนำหรือให้ข้อมูลด้านโทษ อันตรายและ ภาวะแทรกซ้อน เมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตามปัญหา เฉพาะรายผู้ป่วย	3.86	.712	มาก
2.5 ท่านได้แนะนำผู้ป่วยถึงเหตุผลจำเป็นที่ต้องมาพบแพทย์ที่ รักษาประจำ แพทย์เฉพาะทาง บุคลากรอื่นๆ เช่น นักโภชนาการ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เป็นต้น	3.87	.748	มาก
3 การตกลงร่วมในการจัดทำเป้าหมาย และแผน (Agree)	3.81	.697	มาก
3.1 ท่านได้พูดคุยเกี่ยวกับแผนการรักษาเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วย เข้าใจในแผนการรักษา และเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตาม แผนการรักษา	3.72	.659	มาก
3.2 ท่าน กับ ผู้ป่วยได้ร่วมกันหารือในการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เช่น การลดแป้งและน้ำตาล การลด เครื่องดื่ม ผลไม้รสหวาน การออกกำลังกาย เป็นต้น	3.71	.668	มาก
3.3 ท่านได้พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนการปรับพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ร่วมกัน	3.74	.681	มาก
3.4 ท่านได้เสนอทางเลือกในการรักษาให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการ ตนเองที่นอกเหนือจากการรักษาด้วยยา เช่น กิจกรรมการควบคุม อาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก	3.71	.684	มาก

ตาราง 21 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปรผล
4. การช่วยเหลือ (Assist)	3.53	.773	มาก
4.1 ท่านได้มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามปัญหาเฉพาะด้าน เช่นกลุ่มที่ คุมได้ และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ หรือกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มที่มี อาชีพเฉพาะเพื่อจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองๆ ที่ เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม เป็นต้น	3.56	.778	มาก
4.2 ท่านมีการช่วยเหลือกรณีที่ผู้ป่วยมีบริบทความเชื่อ วัฒนธรรม ของผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะราย เช่น ผู้ป่วยที่ถือศีลอด กลุ่ม เปราะบางที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจสังคม เป็นต้น	3.44	.742	มาก
4.3 ท่านมีการช่วยเหลือกรณีที่วิถีชีวิตประจำวัน หรือสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยเปลี่ยนไป เช่น ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ เช่น เจ็บป่วยจนดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ย้ายออกจากบ้านผู้ป่วย เป็นต้น	3.51	.733	มาก
4.4 ท่านมีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนดูแล และการจัดการ ตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคตที่ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับการ เจ็บป่วยที่ทำให้ทุกขุทรมานหากไม่สามารถควบคุมโรคได้ เช่น ภาวะไตวาย ตาบอด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น	3.60	.731	มาก
4.5 ท่านให้คู่มือ หรือเอกสารในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยบันทึก ความก้าวหน้าในการจัดการตนเองตามเป้าหมายและแผนที่ผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพตั้งเป้าหมายร่วมกัน	3.46	.779	มาก
5 การติดตามและปรับเปลี่ยนแผน (Arrange)	3.52	.773	มาก
5.1 ท่านได้ติดตามผู้ป่วย โดยวิธีการ เยี่ยมบ้าน หรือทางโทรศัพท์ นอกเหนือจากมาตรวจตามนัดที่หน่วยบริการ เพื่อติดตามผลการ จัดการตนเองของผู้ป่วย หรือตามแผนการรักษา	3.55	.716	มาก
5.2 ท่านมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาผู้ป่วย จากผลการติดตาม โดยนำมาปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ ตามปัญหาเฉพาะราย เช่น นัก โภชนาการ ผู้ให้คำปรึกษา (Health educator)	3.47	.783	มาก
5.3 ท่านช่วยผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา กรณีที่ไม่สามารถ ดำเนินการได้ตามแผน เช่น การสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว การจัดกิจกรรมของชุมชน หรือ อปท.	3.55	.768	มาก

3. ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีรายละเอียดของตัวแปร และระดับการวัดของตัวแปรตามตาราง 22

ตาราง 22 แสดงตัวแปร และระดับการวัดของตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ (X1)	นามบัญญัติ สร้างเป็นตัวแปรหุ่น เพศชาย (อ้างอิง) เพศหญิง (หญิง. = 1, อื่นๆ = 0)
กลุ่มอายุ (X2)	นามบัญญัติ สร้างเป็นตัวแปรหุ่น กลุ่มอายุ 31-40 ปี (อ้างอิง) ≤30 (≤30 = 1, อื่นๆ = 0) 41-50 ปี (41-50 = 1, อื่นๆ = 0) >50 ปี (>50 ปี = 1, อื่นๆ = 0)
ระดับการศึกษา (X3)	อันดับ สร้างเป็นตัวแปรหุ่น ปริญญาตรี (อ้างอิง) อนุปริญญา (อนุปริญญา = 1, อื่นๆ = 0) ปริญญาโทขึ้นไป (ปริญญาโทขึ้นไป = 1, อื่นๆ = 0)
สถานที่ปฏิบัติงาน (X4)	นามบัญญัติ สร้างเป็นตัวแปรหุ่น รพสต. (อ้างอิง) หน่วยบริการปฐมภูมิของรพ. (PCU = 1, อื่นๆ = 0)
การปฏิบัติงานของแพทย์ (X5)	นามบัญญัติ สร้างเป็นตัวแปรหุ่น แพทย์จากรพ.แม่ข่ายฯ มาตรวจ (อ้างอิง) แพทย์ประจำที่รพสต. (OwnDoc = 1, อื่นๆ = 0) ไม่มีแพทย์มาตรวจ (NoDoc = 1, อื่นๆ = 0)
ต้นสังกัด (X6)	นามบัญญัติ สร้างเป็นตัวแปรหุ่น โดย ต้นสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (อ้างอิง) กระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข = 1, อื่นๆ = 0) อบจ. (อบจ. = 1, อื่นๆ = 0)
วิชาชีพ (X7)	นามบัญญัติ สร้างเป็นตัวแปรหุ่น โดยวิชาชีพอื่นที่ไม่ใช่พยาบาล (อ้างอิง) พยาบาล (พยาบาล = 1, อื่นๆ = 0)
ประสบการณ์ทำงาน(X8)	นามบัญญัติ สร้างเป็นตัวแปรหุ่น 6-10 ปี (อ้างอิง) <1 ปี (<1 = 1, อื่นๆ = 0) 1-5 ปี (1-5 = 1, อื่นๆ = 0) 11-20 ปี (11-20 = 1, อื่นๆ = 0) >20 ปี (> 20 = 1, อื่นๆ = 0)

ตาราง 22 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
การได้รับการอบรม(X9)	นามบัญญัติ สร้างเป็นตัวแปรหุ่น เคยอบรมทุกปี (อ้างอิง) เคยอบรม 2-3 ปีที่ผ่านมา (อบรม 2-3 ปี= 1, อื่นๆ = 0) เคยอบรม > 3 ปีที่ผ่านมา(อบรม > 3 ปี= 1, อื่นๆ = 0) ไม่เคย (ไม่เคย= 1, อื่นๆ = 0)
การรับนโยบาย (X10)	นามบัญญัติ สร้างเป็นตัวแปรหุ่น ทุกครั้ง (อ้างอิง) บางครั้ง (บางครั้ง= 1, อื่นๆ = 0) ไม่ได้รับ (ไม่ได้รับ = 1 ,อื่นๆ = 0)
กำหนดทิศทางการจัดบริการ (X11)	แบบช่วง (interval)
กระบวนการบริหาร(X12)	แบบช่วง (interval)
การร่วมมือกับภาคีเครือข่าย (X13)	แบบช่วง (interval)
การสนับสนุนทรัพยากรบุคคล (X14)	แบบช่วง (interval)
การสนับสนุนทางการเงิน (X15)	แบบช่วง (interval)
การสนับสนุนระบบข้อมูล (X16)	แบบช่วง (interval)
การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ (X17)	แบบช่วง (interval)
การสนับสนุนเทคโนโลยี (X18)	แบบช่วง (interval)
ความรู้ผู้จัดบริการ (X19)	อัตราส่วน (Ratio)
ทักษะผู้จัดบริการ (X20)	แบบช่วง (interval)
ทัศนคติผู้จัดบริการ (X21)	แบบช่วง (interval)
การจัดบริการแบบเครือข่าย (X22)	แบบช่วง (interval)
บริการอย่างต่อเนื่อง (X23)	แบบช่วง (interval)
การเตรียมข้อมูลการให้บริการ (X24)	แบบช่วง (interval)
การมีส่วนร่วมของอสม.(X25)	แบบช่วง (interval)
การมีส่วนร่วมของครอบครัว (X26)	แบบช่วง (interval)
การมีส่วนร่วมของอปท.(X27)	แบบช่วง (interval)
การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย(X28)	แบบช่วง (interval)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 28 ตัวแปรพบว่า มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง -0.32 ถึง 0.23 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ โดยไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป ไม่เกิน 0.90 (ปัทมา สุพรรณกุล, 2561)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

ก่อนการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น 5 ข้อ ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เป็นเส้นตรง ที่ระดับสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และต้องเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative variable) หรือตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) หรือมีระดับการวัดเป็น interval หรือ ratio ถ้าตัวแปรเป็น nominal หรือ ordinal scale ต้องมีการแปลงข้อมูลให้ตัวแปรหุ่นก่อน (dummy variable)
2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความอิสระจากกัน โดยพิจารณาจากค่า Durbin Watson test มีค่า 2.078 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.5-2.5
3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจาก residual statistic พบว่ามีค่า mean = 0 และค่า SD 0.986 (เกณฑ์คือ ค่า mean = 0 และค่า SD เข้าใกล้ 1)
4. ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot พบว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายรอบค่า 0 และค่อนข้างคงที่
5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงจนเกินไป (multicollinearity) โดยพิจารณาจาก correlation matrix พบว่า มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ -0.141 ถึง 0.253 (เกณฑ์ต่ำกว่า 0.8) ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (variance inflation factor: VIF) ซึ่งมีค่าระหว่าง 1.045 ถึง 2.032 (เกณฑ์ต่ำกว่า 10)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ขอเสนอเฉพาะที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

1. การสนับสนุนอุปกรณ์ (X17) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 50.9 ($R^2 = .509$) โดยเมื่อคะแนนการสนับสนุนอุปกรณ์เปลี่ยนไป 1 คะแนน การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จะเพิ่มขึ้น 0.111 คะแนน ($B = 0.111$)
2. การเตรียมข้อมูล (X24) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 37.8 ($R^2 = .378$) โดยเมื่อคะแนนการเตรียมข้อมูล เปลี่ยนไป 1 คะแนน การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จะเพิ่มขึ้น 0.068 คะแนน ($B = 0.068$)
3. ทักษะของผู้จัดบริการ (X20) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 55.2 ($R^2 = .552$) โดยเมื่อคะแนนทักษะผู้จัดบริการ เปลี่ยนไป 1 คะแนน การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จะเพิ่มขึ้น 0.23 คะแนน ($B = 0.23$)

4. การมีส่วนร่วมของอสม. (X25) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 58 (R square = .58) โดยเมื่อคะแนนการมีส่วนร่วมของอสม.เปลี่ยนไป 1 คะแนน การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จะเพิ่มขึ้น 0.081 คะแนน (B = 0.081)

5. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (X28) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 58.9 (R square = .589) โดยเมื่อคะแนนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเปลี่ยนไป 1 คะแนน การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จะเพิ่มขึ้น 0.047 คะแนน (B = 0.047)

6. กำหนดทิศทางการจัดบริการ (X11) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 60.2 (R square = .602) โดยเมื่อคะแนนกำหนดทิศทางการจัดบริการ เปลี่ยนไป 1 คะแนน การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จะเพิ่มขึ้น 0.037 คะแนน (B = 0.037)

7. วิชาชีพพยาบาล (X7) โดยวิชาชีพพยาบาลมีผลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าวิชาชีพอื่นที่ไม่ใช่พยาบาล (อ้างอิง) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 59.4 (R square = .594) โดยเมื่อวิชาชีพพยาบาลเป็นผู้ให้บริการหลัก คะแนนการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจะสูงกว่าวิชาชีพอื่น 0.121 คะแนน (B = 0.121)

ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อกำหนดสมการในการพยากรณ์รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จากปัจจัยพยากรณ์ต่างๆ โดยนำเข้าสู่สมการโดยวิธีการนำเข้าแบบขั้นตอน (stepwise) (n =370) ตามตาราง 23

ตาราง 23 แสดงวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวแปรพยากรณ์	R square	R square change	beta	B	SE of B	t	p-value
การสนับสนุนอุปกรณ์	.509	.132	.318	.111	.015	7.515	< 0.001
การเตรียมข้อมูลการให้บริการ	.378	.380	.233	.068	.013	5.016	< 0.001
ทักษะผู้จัดบริการ	.552	.044	.224	.230	.042	5.531	< 0.001
การมีส่วนร่วมของอสม.	.580	.030	.217	.081	.016	4.910	< 0.001
การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย	.589	.006	.147	.047	.015	3.168	.002
กำหนดทิศทางการจัดบริการ	.602	.004	.110	.037	.014	2.637	.009
วิชาชีพพยาบาล	.594	.006	.087	.121	.047	2.600	.010

Constant = -0.436, R square = 0.616, adjusted R square = 0.605, F = 57.573, P < 0.05

สมการในการพยากรณ์ตัวแปรตาม

จากผลการวิเคราะห์ โดยใช้เฉพาะตัวแปรที่มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% (p-value < 0.05): โดยที่:

Y คือ ตัวแปรตาม X คือ ตัวแปรพยากรณ์ เมื่อ

Y = การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

a = ค่าคงที่

b17 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์อุปกรณ์

b24 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการเตรียมข้อมูลการให้บริการ

b20 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของทักษะผู้จัดบริการ

b25 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการมีส่วนร่วมของอสม.

b28 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

b11 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการกำหนดทิศทางการบริการ

b7 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของวิชาชีพ

X17 = การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ X24 = การเตรียมข้อมูลการให้บริการ

X20 = ทักษะผู้จัดบริการ X25 = การมีส่วนร่วมของอสม.

X28 = การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย X11 = การกำหนดทิศทางการจัดบริการ

X7 = วิชาชีพพยาบาล

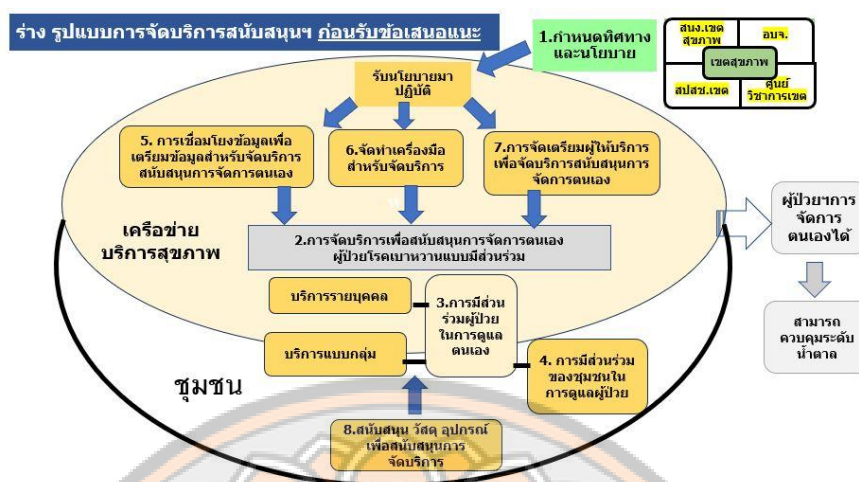
สามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ ได้ดังนี้

การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน = $-0.436 + 0.111$ (การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์) + 0.068 (การเตรียมข้อมูลการให้บริการ) + 0.23 (ทักษะของผู้จัดบริการ) + 0.081 (การมีส่วนร่วมของอสม.) + 0.047 (การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย) + 0.037 (การกำหนดทิศทางการจัดบริการ) + 0.121 (วิชาชีพพยาบาล) โดยมีความสามารถในการพยากรณ์ได้ 60.50 %

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

1. ตอนที่ 1 ผลการสร้างรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยนักวิจัย (ฉบับร่าง)

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ผลการศึกษาเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 และเชิงปริมาณในระยะที่ 2 แล้วนำมาร่างรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองฯ ประกอบกับแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ได้ทั้งหมด 8 องค์ประกอบ ทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน ตามภาพ 21



ภาพ 21 แสดงร่างรูปแบบการจั้ดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

จากภาพร่างรูปแบบการจั้ดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
ขอนำเสนอรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1: กำหนดทิศทางและนโยบายที่เกี่ยวกับการจั้ดบริการสนับสนุน การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดแนวทาง นโยบายที่ใช้เป็นทิศทางในการจั้ดบริการสนับสนุน
การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานร่วมกันของหน่วยบริการ และหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง
และเชื่อมโยงไปสู่การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ในการจั้ดบริการและการติดตามประเมินผลอย่างเป็น
ระบบ

ดำเนินการ

1. หน่วยงานระดับเขต ร่วมกันจัดทำนโยบายจากระดับเขตสู่หน่วยบริการทุกระดับ

1.1. นโยบายเน้นประเด็น ให้หน่วยบริการจั้ดบริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถ
จั้ดการตนเองให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และหน่วยบริการ ควรสนับสนุนจัดให้มีผู้ให้บริการสำหรับ
กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะ พยาบาลวิชาชีพหรือคนที่ได้รับการอบรม (หน่วยงานระดับเขต
หมายถึง เขตสุขภาพที่ 2 โดยสาธารณสุขเขต 2 มีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) สปส.เขต ศูนย์วิชาการ ในเขตสุขภาพที่ 2)

1.2. ร่วมกันจัดทำแนวทางมาตรฐานการจั้ดระบบบริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วย
จั้ดการตนเองได้ โดยความร่วมมือของหน่วยงานบริการและหน่วยบริหารในเขตสุขภาพที่

1.3. สื่อสารนโยบายจากระดับเขตสู่หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ระดับจังหวัด
อำเภอ และตำบล

2. หน่วยบริการระดับอำเภอ ได้แก่ รพ.แม่ข่าย และหน่วยการปฐมภูมิในระดับตำบลที่ประกอบด้วย รพสต. ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นโยบายที่ได้มาดำเนินการดังนี้

2.1. ปรับเป็นแผน และกิจกรรมที่ชัดเจน และยืดหยุ่นตามบริบทของหน่วยบริการ และเครือข่ายบริการที่แตกต่างกัน

2.2. มีการติดตามการได้รับสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นที่ครอบคลุมทั้งหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

2.3. การติดตามประเมินผล และพัฒนาบริการตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 2: การจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และ อสม. กับสถานบริการสุขภาพ ซึ่งจัดการแบบต่อเนื่องและเชื่อมโยง

ดำเนินการ

1. สถานบริการจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบหลักในการจัดการบริการระดับปฐมภูมิ หรือบุคลากรอื่นที่ได้รับการอบรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้

1.1 ทำหน้าที่ Case Manager การออกแบบแผนการดูแลแบบรายบุคคล (Individual Care Plan)

1.2 ประสานงาน รวบรวมข้อมูล เชื่อมโยงฐานข้อมูลเป็นหนึ่งเดียว ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพใช้ในการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งการบริการในสถานบริการและในชุมชน

2. สถานบริการควรใช้ Telemedicine เป็นประโยชน์ในการดูแลและติดตามผู้ป่วยที่บ้าน เสริมความยืดหยุ่นจัดการบริการ หรือใช้โปรแกรมอื่นที่สามารถบริการระยะไกลได้

3. รูปแบบการจัดการบริการ แบ่งเป็น 3 ประเภท

3.1 จัดบริการแบบรายบุคคลในสถานบริการ

3.1.1 โดยกระบวนการบริการในการดูแล ใช้กระบวนการ 5 เอ ดังนี้

1) การถาม และการประเมินความพร้อมผู้ป่วยเบื้องต้น (Assess)

2) การแนะนำผู้ป่วยจากส่วนขาดที่ได้ประเมินไว้ (Advise)

3) การกำหนดเป้าหมาย และแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีม

ผู้ให้บริการกับผู้ป่วย (Agree)

4) การช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆระหว่างดำเนินการดูแลรักษา (Assist)

5) การติดตามและปรับเปลี่ยนแผนการดูแลรักษา (Arrange)

ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

3.1.2 ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ เป็นต้น ในหน่วยบริการโดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยแหล่งเดียวกัน และข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลร่วมจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน ตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ

3.2 การจัดบริการแบบกลุ่มในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยความร่วมมือภายในเครือข่ายบริการสุขภาพ และการสนับสนุนจากชุมชน เช่น โครงการปรับพฤติกรรมผู้ป่วย

3.2.1 กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์

3.2.2 จัดกลุ่มเฉพาะตามบริบท เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มตามพื้นที่ ระดับชุมชน หรือหมู่บ้าน เป็นต้น

3.3 การจัดบริการที่บ้าน โดยเน้นเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วย ติดตามการปฏิบัติตัว และระดับน้ำตาลในเลือด โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและชุมชน

องค์ประกอบที่ 3: การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดบทบาทความร่วมมือจากผู้ป่วยในการจัดการตนเองทั้งการบริการในหน่วยบริการ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพต่างๆที่เกี่ยวข้องในชุมชน

บทบาทผู้ป่วย ดังนี้

1. ผู้ป่วยร่วมมือในการให้ข้อมูลกับทีมผู้จัดบริการในการใช้ประเมินผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยร่วมมือกำหนดเป้าหมายในการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมผู้จัดบริการ
3. ผู้ป่วยสร้างแรงจูงใจของตนเองที่เหมาะสมตามบริบทเพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง
4. ผู้ป่วยร่วมมือในการปรับพฤติกรรมตามแผนการรักษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญ เช่น การควบคุมการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การรับประทานยา การจัดการความเครียด เป็นต้น

5. ผู้ป่วยกำหนดวิธีการเตือนตนเองให้ปรับพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดขึ้นที่มีแรงจูงใจเฉพาะของตน

องค์ประกอบที่ 4: การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยและติดตามผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดบทบาทความร่วมมือจากชุมชนทั้งจาก อสม. อบต. ในการสนับสนุนการจัดการตนเองทั้งการบริการในหน่วยบริการ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

บทบาทชุมชน ดังนี้

1. อสม. ร่วมจัดบริการในชุมชนโดยการติดตาม เยี่ยมบ้าน สื่อสารข้อมูลสุขภาพ และตรวจผลการควบคุมระดับน้ำตาลในชุมชน
2. อบต. สนับสนุนทรัพยากรและโครงการเพื่อสนับสนุนเครื่องมือ และวัสดุ และการแก้ไขปัจจัยสังคมต่างๆ ที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
3. อสม. ใช้เทคโนโลยี หรือช่องทางออนไลน์ช่วยดูแลติดตามผู้ป่วยที่บ้าน และรายงานข้อมูลผู้ป่วยต่อทีมผู้ให้บริการได้สะดวกมากขึ้นตลอดเวลา และสถานที่

องค์ประกอบที่ 5: การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการและชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดการใช้ข้อมูลในจัดบริการตั้งแต่ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน ติดตาม ผลการรักษา และสรุปผลการรักษาที่ใช้เชื่อมโยงร่วมกันอย่างเป็นระบบด้วยเครื่องมือ แอปพลิเคชัน และอุปกรณ์ที่มีมาตรฐาน
2. เพื่อให้มีการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยก่อนการให้บริการทั้งในหน่วย ระหว่างหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน ร่วมไปกับการสรุปผลหลังการให้บริการ

ดำเนินการ

1. เครือข่ายบริการจัดให้มี Application/โปรแกรมกลาง เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม
2. เครือข่ายบริการจัดให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรง และดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลทั้งหมดทั้งในส่วนข้อมูลในสถานบริการและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม
3. เครือข่ายบริการเตรียมและจัดการข้อมูลรายบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์

องค์ประกอบที่ 6 จัดทำเครื่องมือสำหรับการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการและชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อจัดทำเครื่องมือสนับสนุนการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองทั้งในหน่วยบริการ และชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ดำเนินการ

1. เครือข่ายบริการสุขภาพ จัดทำแบบฟอร์ม/เครื่องมือประเมินผู้ป่วยที่ครอบคลุมเก็บข้อมูลรอบด้านจากผู้ป่วยเพื่อใช้ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองและเหตุปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้
2. หน่วยบริการจัดทำสื่อการสอนที่เหมาะสมในการจัดบริการเพื่อแนะนำ การตั้งเป้าหมาย และการช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มหรือรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

องค์ประกอบที่ 7: การจัดเตรียมผู้ให้บริการเพื่อจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการและชุมชน

การจัดเตรียมผู้ให้บริการซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือวิชาชีพอื่นที่ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) รวมทั้งผู้ให้บริการในชุมชน เช่น อสม. โดยผ่านการอบรมของเครือข่ายบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อจัดให้ผู้ให้บริการได้รับการอบรมของเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีความรู้ และทักษะในการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานทั้งในหน่วยบริการ และประสานการจัดบริการในชุมชน

ดำเนินการ

1. เครือข่ายบริการระดับอำเภอมีการสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพเป็นตัวหลักและประสานเชื่อมโยงในการจัดบริการสนับสนุนกับสมาชิกอื่นๆในทีมบริการ
2. เครือข่ายบริการพัฒนาหลักสูตร บทเรียน สำหรับผู้ให้บริการ ในเรื่องสำคัญดังนี้ การประเมินสถานะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Stage of Change Assessment) การปรึกษาเพื่อสร้างสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview: MI) และการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)
3. เครือข่ายบริการจัดอบรมอย่างต่อเนื่องให้กับกลุ่มผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือวิชาชีพอื่นที่ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยในเรื่อง การประเมินสถานะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Stage of Change Assessment) การปรึกษาเพื่อสร้างสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview: MI)
4. เครือข่ายบริการจัดอบรมอย่างต่อเนื่องให้กับ อสม. ที่ร่วมให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ในเรื่องการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การให้ความรู้โรคเบาหวาน การเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลจากปลายนิ้ว

องค์ประกอบที่ 8: สนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุเพื่อจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการและชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุเพื่อจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ดำเนินการ

1. รพ.แม่ข่ายให้การสนับสนุนอุปกรณ์ และวัสดุในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ และรพสต.เพื่อให้บริการเชิงรุกในชุมชน

2. หน่วยบริการปฐมภูมิขอการสนับสนุนงบประมาณหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) ในการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน และสนับสนุนอุปกรณ์ตรวจน้ำตาลในเลือดจากองค์ปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

2. ตอนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการและชุมชน

ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบฯไปพัฒนา โดยการรับฟังความคิดเห็นด้วยวิธีการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) จากผู้เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วยกลุ่มต่างๆ ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหาร รพ.และอบจ.
2. กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
3. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ในรพสต.ที่ทำหน้าที่ Case Manager (CM)
4. กลุ่มวิชาชีพอื่น ได้แก่ เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด

ผลการรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มต่างๆ พบว่าผู้เข้าร่วมมีความเห็นด้วยกับร่างรูปแบบทั้งหมด แต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งมีรายละเอียดตามตาราง 24 ดังนี้

ตาราง 24 แสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมอภิปรายกลุ่ม หรือสัมภาษณ์เชิงลึกต่อร่างรูปแบบ และความคิดเห็นของนักวิจัยต่อการพัฒนา “รูปแบบการจัดการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดกาารตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2”

องค์ประกอบรูปแบบ		ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมให้	ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่ได้รับมา
องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบายการจัดบริการ			
1. หน่วยงานระดับเขต ร่วมกันจัดทำนโยบายจากระดับเขตสู่หน่วยบริการทุกระดับ		-ที่พัฒนาการทำงานร่วมกันเป็นแบบการประสานงาน แต่ละหน่วยงานต่างดำเนินการตามแผนของหน่วยงานตนเองเป็นหลัก ควรมีการบูรณาการแผนร่วมกัน	• เพิ่มการสร้างความร่วมมือระดับเขต • เพิ่มการประเมินผลนโยบายที่ไปถึงผู้ให้บริการและผู้ป่วย สำหรับการเข้าถึงบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนด
1.1.นโยบายเน้นประเด็น ให้นำหน่วยบริการจัดบริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และหน่วยบริการ ควรสนับสนุนจัดให้มีผู้ให้บริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะ พยาบาลวิชาชีพหรือคนที่ได้รับการอบรม (หน่วยงานระดับเขต หมายถึง เขตสุขภาพที่ 2 โดยสาธารณสุขเขต 2 มีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) สปสช. ศูนย์วิชาการ ในเขตสุขภาพที่ 2)		ยังไม่มี การกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินผลตามนโยบายที่ส่งผลต่อผู้ให้บริการ และผู้ป้วยด้วย (สัมภาษณ์ 6 สค , 26 ก.ย. 68) คำเต็ม	
1.2.ร่วมกันจัดทำแนวทางมาตรฐานการจัดระบบบริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้ โดยความร่วมมือของหน่วยงานบริการและหน่วยบริหารในเขตสุขภาพที่			
2. หน่วยบริการระดับต่างๆ นำนโยบายที่ได้มาดำเนินการดังนี้		เสนอแนะว่า ถึงแม้มีเป้าหมายในภาพรวม แต่ควรมีการยืดหยุ่นในพื้นที่ต่างๆตามบริบท เช่น ในบางอำเภอ ตำบลที่อาจต้องปรับค่าเป้าหมายให้เหมาะสม เป็นไปได้ตาม ควรบูรณาการกับพขอ.ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องของBaseline เดิม (สัมภาษณ์ 26 ก.ย. 68)	• มีการจัดการระดับอำเภอเพื่อกำหนดแผนอย่างมีส่วนร่วม กำหนดเป้าหมายที่ปรับได้ตามบริบทของพื้นที่ระดับอำเภอ หรือตำบล • ผลักดันให้เกิดนโยบายของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ด้านบริการเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
2.1.ปรับเป็นแผน กิจกรรมที่ชัดเจน และยืดหยุ่นตามบริบทของหน่วยบริการ และเครือข่ายบริการที่แตกต่าง			
2.2.การติดตามการได้รับสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นที่ครอบคลุมทั้งหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)			
2.3.การติดตามประเมินผล และพัฒนานโยบายอย่างต่อเนื่อง			

ตาราง 24 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วม	ความคิดเห็นของผู้วิจัยในการปรับปรุงรูปแบบฯ จากความคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่ได้รับมา
องค์ประกอบที่ 2 การจัดระบบบริการ	มีข้อเสนอแนะให้เชื่อมโยงการบริการระดับปฐมภูมิไปสู่ระดับทุติยภูมิที่ชัดเจน มีความรู้และด้านสุขภาพจิต การจัดการ (อภิปรายกลุ่ม 25 ก.ค.68) การบริการ Tele-med การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ และพื้นที่ที่มีข้อจำกัดของสัญญาณInternet (อภิปรายกลุ่ม 25 ก.ค.68)	● เพิ่มความชัดเจนการบูรณาการบริการปฐมภูมิไปสู่ระดับทุติยภูมิ เพื่อการบริการปรับปรุงพฤติกรรมที่ชัดเจน ● ระดับอำนาจมีการจัดบริการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่น ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นต้น ● มีการจัดบริการที่มีความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยด้านสัญญาณInternet และความสามารถในการใช้มือถือ โดยกำหนดบริการทั้งสองรูปแบบ ทั้งการบริการ Tele-med และไม่ใช้

ตาราง 24 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ		ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมให้	ความคิดเห็นของผู้วิจัยในการปรับปรุงรูปแบบฯ จากความคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่ได้รับมา
3. รูปแบบการจัดบริการ แบ่งเป็น 3 ประเภท			
3.1. จัดบริการแบบรายบุคคลในสถานบริการ			
3.1.1 โดยกระบวนการบริการในการดูแล ใช้กระบวนการ 5A: Assess – Advise – Agree – Assist – Arrange ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี		ควรจัดบริการเป็นไปตามบริบทพื้นที่หรือเฉพาะกลุ่ม อภิปรายกลุ่ม 26 ก.ย.68)	กำหนดแพทย์มีองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และบริบทของพื้นที่มาให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษา หรือร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ
3.1.2 สหสาขาวิชาชีพ การจัดบริการในหน่วยบริการโดยใช้ข้อมูลแหล่งเดียวกัน และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลร่วมจัดบริการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี		เป็นที่ปรึกษา หรือร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย (อภิปรายกลุ่ม 25 ก.ค.68)	การปรับพฤติกรรม (Lifestyle modification) ที่ยืดหยุ่นตามบริบทผู้ป่วย (Context based) ไม่ดึงหรือหย่อนเกินไป
3.2. การจัดบริการแบบกลุ่มในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยความร่วมมือภายในเครือข่ายบริการสุขภาพ และการสนับสนุนจากชุมชน เช่น โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย		มีการออกแบบการปรับวิถีชีวิต (Lifestyle modification) ที่ยืดหยุ่นตามบริบทผู้ป่วย (Context based) ไม่ดึงหรือหย่อนเกินไป (อภิปรายกลุ่ม 26 ก.ย.68)	
3.2.1 กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ ไม่ไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์			
3.2.2 จัดกลุ่มเฉพาะตามบริบท เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มตามพื้นที่ ระดับชุมชน หรือหมู่บ้าน เป็นต้น			
3.3. การจัดบริการที่บ้าน โดยเน้นเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วย ติดตามการปฏิบัติตัว และระดับน้ำตาลในเลือด โดยการมีส่วนร่วมของ อ.สม. รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย			

ตาราง 24 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ		ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมให้	ความคิดเห็นของผู้วิจัยในการปรับปรุงรูปแบบ
องค์ประกอบรูปแบบ		ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบ ๖	ข้อเสนอแนะที่ได้รับมา
องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง			
1. ผู้ป่วยร่วมมือในการให้ข้อมูลกับทีมผู้จัดบริการในการใช้ประเมินผู้ป่วย		ควรมีผู้ป่วยต้นแบบ (Role Model) ทั้งในพื้นที่หรือนอกพื้นที่ทำหัตถ์อย่างที่เป็นรูปธรรมสูงขึ้น เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ร่วมไปถึง Role model ตามช่วงอายุ กลุ่มอาชีพ เป็นต้น (26 กย. 68)	เพิ่มการค้นหา และใช้ผู้ป่วยต้นแบบ (Role Model) ทั้งในพื้นที่หรือนอกพื้นที่ให้มีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมสูงขึ้น ผู้วิจัยนำไปใช้ที่องค์ประกอบ การจัดบริการ
2. ผู้ป่วยร่วมมือกำหนดเป้าหมายในการวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมผู้ให้บริการ			
3. ผู้ป่วยสร้างแรงจูงใจของตนเองที่เหมาะสมตามบริบทเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง			
4. ผู้ป่วยร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนการรักษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญ ดังนี้		ถ้าติดตามนานๆ ไปบางรายทำได้ยาก ต้องมีระบบติดตามที่เหมาะสมเฉพาะราย หรือกลุ่ม (อภิปรายกลุ่ม 5 ก.ย.68)	มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยไปสู่แพทย์ ที่มหาวิทยาลัย และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อช่วยแก้ปัญหากรณีที่ได้รับพฤติกรรมไม่ได้
4.1 การควบคุมการรับประทานอาหาร			
4.2 การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม			
4.3 การกำหนดวิธีการเตือนตนเองให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดขึ้นที่มีแรงจูงใจเฉพาะของตน			

ตาราง 24 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมให้ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบ ๑	ความคิดเห็นของผู้วิจัยในการปรับปรุงรูปแบบจากความคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่ได้รับมา
องค์ประกอบที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยและติดตามผู้ป่วย		ให้ปรับจากการมีส่วนร่วมเป็นความร่วมมือ
1. อสม. ร่วมจัดบริการในชุมชนโดยการติดตาม เยี่ยมบ้าน สืบสารข้อมูลสุขภาพ และตรวจสุขภาพ	ควรมีการชี้แจงถึงความสำคัญและกำกับติดตามการลงข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริงของ อสม. เช่น การลงข้อมูลโดยไม่ได้อ้างอิง (5 ก.ย 68) และใช้ CG แทนในชุมชนที่มีข้อจำกัดของอสม.	● ให้ชุมชน และกลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการคิดและออกแบบการจัดบริการเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะราย ไม่ทำรูปแบบเดียวกันกับทุกกลุ่ม รวมไปถึงรูปแบบโครงการ ที่รับงบจากกปท. ที่เกี่ยวข้อง
ควบคุมระดับน้ำตาลในชุมชน	เพิ่มโอกาสให้ชุมชน และผู้ป่วยร่วมในการคิดและออกแบบการจัดบริการเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะราย ไม่ทำแบบเดียวกันทุกกลุ่ม รวมไปถึงรูปแบบโครงการ ที่รับงบจากกปท. ที่เกี่ยวข้อง (26 ก.ย. 68) เป็นความร่วมมือ	● จัดการอบรมให้แก่อสม.ถึง ความตระหนักความสำคัญและกำกับติดตามการลงข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริง (นำไปอยู่ในเรื่อง การพัฒนาผู้ร่วมให้บริการ) ● จัดการอบรมผู้รับบาลผู้ป่วย (Care Give: CG) ให้สามารถร่วมให้บริการแทนในบางชุมชนที่มีข้อจำกัดของ อสม. (นำไปอยู่ในเรื่อง การพัฒนาผู้ร่วมให้บริการ)

ตาราง 24 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมให้	ความคิดเห็นของผู้วิจัยในการปรับรูปแบบจากความคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่ได้รับมา
2. อปท. สนับสนุนทรัพยากรและโครงการเพื่อสนับสนุนเครื่องมือ และวัสดุ และการแก้ไขปัจจัยสังคมต่างๆที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบ ๑ มีการสื่อสารให้อปท.เข้าใจว่าสามารถทำโครงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคหลังป่วยก็ได้ (Secondary Prevention) อปท.ควรสนับสนุนงบประมาณที่เอื้อต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น แหล่งอาหารที่เหมาะสมราคาถูก สถานที่กิจกรรมทางกายปลอดภัย เป็นต้น (สัมภาษณ์ 21 สค. และอภิปรายกลุ่ม 26 ก.ย.68)	• สื่อสารทำความเข้าใจกับผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในอปท.ถึงความสำคัญ ขอบเขต และขั้นตอนของการจัดทำโครงการอปท. อย่างมีประสิทธิภาพ และมีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม
3. อสม.การใช้เทคโนโลยี หรือช่องทางออนไลน์ช่วยดูแลติดตามผู้ป่วยที่บ้านได้สะดวกขึ้นทั้งเวลา และสถานที่	ในรายที่มีข้อจำกัดการสื่อสาร ควรได้รับบริการแบบกลุ่ม และมีอสม.เป็นผู้ช่วยในการสื่อสารทำความเข้าใจ บันทึกข้อมูล และติดตามผล กรณีที่สามารถสื่อสารได้ควรให้ผู้ป่วยสื่อสารแบบรายบุคคล (individual) โดยตรงกับทีมผู้ให้บริการ ส่วน (สัมภาษณ์ 6 สค 68) ควรเชื่อมโยงข้อมูลไปสู่ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ (สัมภาษณ์ 21 สค 68)	• ปรับเพิ่มเติมในการจัดบริการเฉพาะในรายที่มีข้อจำกัดตามสาเหตุต่างๆ ร่วมไปถึงการบริการในชุมชนโดย อสม.หรือ CG และ ย้ายไปไว้ในองค์ประกอบการจัดบริการแทน)

ตาราง 24 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมให้	ความคิดเห็นของผู้วิจัยในการปรับปรุงแบบฯ จากความคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่ได้รับมา
องค์ประกอบที่ 5 การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับจัดการตนเองของผู้ป่วย เป้าหมายที่สถานบริการและชุมชน	เพิ่ม Application ที่เชื่อมโยงข้อมูลการบันทึกของอสม. หรือป่วยไปถึงทีมผู้ให้บริการในระดับน้ำตาล น้ำหนักตัว การควบคุมอาหาร (อภิปรายกลุ่ม 5 ก.ย.68)	● เพิ่ม Application ที่เชื่อมโยงข้อมูลการบันทึกของอสม. ผู้ป่วยไปถึงทีมผู้ให้บริการ เช่น ระดับน้ำตาล น้ำหนักตัว การคุมอาหาร เป็นต้น
1. มีการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์ก่อนจะให้บริการทั้งในหน่วย การจัดการในกลุ่มแบบโครงการ และบริการเชิงรุกในชุมชน ร่วมไปการสรุปผลหลังการให้บริการ 2. มีการเตรียมข้อมูลเพื่อส่งปรึกษา หรือส่งต่อทีมสุขภาพเพื่อการรักษาในรายที่จำเป็น	ความเชื่อมโยงข้อมูลในระดับอำเภอและขยายไปสู่ระดับที่สูงขึ้นไป และมีระบบการลงทะเบียน (registry) ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (person health record) เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลรายบุคคลเพื่อการส่งต่อและขอคำปรึกษาจากความเข้าใจพรบ. การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ที่ไม่ตรงกัน (สัมภาษณ์ 21 สค.และ อภิปรายกลุ่ม 5 ก.ย. 68)	● มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย (registry) ที่เป็นข้อมูลสุขภาพรายบุคคล (person health record) ที่สามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างหน่วยบริการที่ไม่ขัดต่อพรบ. PDPA

ตาราง 24 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ		ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมให้	ความคิดเห็นของผู้วิจัยในการปรับรูปแบบฯ
องค์ประกอบที่ 5 การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการและชุมชน		ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบ ฯ	จากความคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่ได้รับมา
3.การเตรียมข้อมูลเพื่อส่งปรึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการสนับสนุนทางปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในรายที่จำเป็น			
องค์ประกอบที่ 6 การจัดทำเครื่องมือสำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการและชุมชน			
1. เครือข่ายบริการสุขภาพ จัดทำแบบฟอร์ม/เครื่องมือประเมินผู้ป่วยที่ครอบคลุมเก็บข้อมูลรอบด้านจากผู้ป่วยเพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและเหตุปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมนี้ได้			
2. หน่วยงานจัดทำสื่อการสอนที่เหมาะสมในการจัดบริการเพื่อแนะนำ การตั้งเป้าหมาย และการช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มหรือรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน		การจัดทำสื่อการสอนตามกลุ่มอายุที่เหมาะสม (Generation) มีการประเมินผลที่นำมาใช้ (อภิปรายกลุ่ม 26 ก.ย)	เพิ่มสื่อการสอนที่เหมาะสมตามช่วงวัย (Generation) และมีการประเมินผลสื่อเฉพาะกลุ่มต่างๆ

ตาราง 24 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมให้	ความคิดเห็นของผู้วิจัยในการปรับรูปแบบฯ จากความคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่ได้รับมา
4. จัดอบรมอย่างต่อเนื่องให้กับ อสม. ที่ร่วมให้บริการสนับสนุนฯ ในชุมชน องค์ประกอบที่ 8 การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุเพื่อจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการและในชุมชน 1. รพ.แม่ข่ายให้การสนับสนุนอุปกรณ์ และวัสดุในการตรวจระดับน้ำตาลเลือดจากปลายนิ้วแก่ หน่วยบริการชุมชน เพื่อใช้บริการเชิงรุกในชุมชน 2. การขอสนับสนุนงบของทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น(กบท.) ในการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน และสนับสนุนอุปกรณ์ และวัสดุตรวจน้ำตาลเลือด	ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบ ฯ มีการทดแทนผู้ที่จะเกษียณ ลาออกหรือโยกย้ายให้บริการ ได้อย่างต่อเนื่องพร้อมอัตรากำลัง ความรู้ ทักษะ (อภิปรายกลุ่ม 5 ก.ย) ขาดการติดตามการนำไปใช้(implementation) การแก้ไข ข้อจำกัด เช่น ความสามารถของผู้ให้บริการ การทำงาน ร่วมกันของทีมนสุขภาพ (อภิปรายกลุ่ม 26 ก.ย 68)	มีการวางแผนการทดแทนผู้เกษียณ ลาออกหรือโยกย้ายให้สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง มีการติดตามการนำไปใช้ (implementation) และการแก้ไขข้อจำกัดระดับอำเภอ เช่น การจัดเวที แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ของผู้ให้บริการ การ ทำงานร่วมกันของทีมนสุขภาพ ควรนำไปอยู่ที่เรื่อง การ จัดการเครือข่ายระดับอำเภอ)
1. รพ.แม่ข่ายให้การสนับสนุนอุปกรณ์ และวัสดุในการตรวจระดับน้ำตาลเลือดจากปลายนิ้วแก่ หน่วยบริการชุมชน เพื่อใช้บริการเชิงรุกในชุมชน 2. การขอสนับสนุนงบของทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น(กบท.) ในการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน และสนับสนุนอุปกรณ์ และวัสดุตรวจน้ำตาลเลือด	ควรให้มีความชัดเจนเรื่อง การสนับสนุนอุปกรณ์ และวัสดุ จาก โครงการ ประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จากงบสสช. ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลการสนับสนุนอุปกรณ์วัสดุต่างๆ ร่วมกัน และไม่ใช้ซ้อนกันระหว่างรพ.แม่ข่าย กับกบท. (อภิปรายกลุ่ม 26 ก.ย และสัมภาษณ์ 6 ต.ค. 68)	มีการเชื่อมโยงข้อมูลการสนับสนุนที่มีมาตรฐาน ของอุปกรณ์วัสดุต่างๆร่วมกัน และไม่ใช้ซ้อนกัน ระหว่างรพ.แม่ข่าย กับกบท. ควรไปอยู่ที่เรื่อง ระบบ ข้อมูล

สรุปสิ่งที่ผู้วิจัยพิจารณา นำมาปรับปรุงเพิ่มเติมในรูปแบบบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ตามตาราง 25 ดังนี้

ตาราง 25 แสดงสรุปประเด็นที่พิจารณานำไปปรับปรุงรูปแบบบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

องค์ประกอบ	ประเด็นที่พิจารณานำไปปรับปรุงรูปแบบ
1. ทิศทาง และนโยบายการจัดบริการ	1. เพิ่มการสร้างความร่วมมือระดับเขต โดยเปลี่ยนชื่อองค์ประกอบเป็น การสร้างความร่วมมือระดับเขตเพื่อกำหนดนโยบาย พร้อมทั้งกำหนดบทบาทที่ชัดเจนมากขึ้น 2. เพิ่มการประเมินผลนโยบายที่ไปถึงผู้จัดบริการและผู้ป่วยสำหรับการเข้าถึงบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนด 3. เพิ่มการจัดการระดับอำเภอเพื่อกำหนดแผนอย่างมีส่วนร่วม กำหนดเป้าหมายที่ปรับได้ตามบริบทของพื้นที่ระดับอำเภอ หรือตำบล โดยจัดทำองค์ประกอบใหม่ การจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ 4. ควรผลักดันให้เกิดนโยบายของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ด้านบริการเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
2. การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วม	1. เพิ่มความชัดเจนการบูรณาการบริการปฐมภูมิไปสู่ระดับทุติยภูมิ เพื่อการบริการปรับพฤติกรรมที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงปรับการเขียนรูปแบบการบริการให้ชัดเจนยิ่งขึ้น 2. ระดับอำเภอมีการจัดบริการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่น ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นต้น 3. มีการจัดบริการที่มีความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยด้านสัญญาณInternet และความสามารถในการใช้มือถือ โดยกำหนดบริการทั้งสองรูปแบบ ทั้ง การบริการ Tele-med และในกลุ่มที่ไม่ใช่ 4. กำหนดแพทย์ที่มีองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และบริบทของพื้นที่มาให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษา หรือร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ

ตาราง 25 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ข้อเสนอ
	5. การปรับพฤติกรรม (Lifestyle modification) ที่ยืดหยุ่นตามบริบทผู้ป่วย (Context based) ไม่ตึงหรือหย่อนจนเกินไป
3. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง	1. เพิ่มการค้นหา และใช้ผู้ป่วยต้นแบบ (Role Model) ทั้งในพื้นที่หรือนอกพื้นที่ทำให้มีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมสูงขึ้น ผู้วิจัยนำไปไว้ที่องค์ประกอบการจัดบริการ 2. เพิ่ม มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยไปสู่แพทย์ ทีมสหวิชาชีพ และพยาบาลเพื่อช่วยแก้ปัญหากรณีที่เกิดพฤติกรรมได้ยาก เช่น การใช้ tele-medicine และการเพิ่มระบบการติดตามที่บ้านให้ชัดเจนขึ้น
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยและติดตามผู้ป่วย	1. เพิ่มการใช้ผู้บริบาล (Care Give) แทนอสม.ในบางชุมชนที่มีข้อจำกัดของอสม. 2. เพิ่มการให้ชุมชน ร่วมคิด และออกแบบกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับพฤติกรรม รวมไปถึงร่วมคิดในการจัดทำโครงการ 3. เพิ่มองค์ประกอบใหม่ “การพัฒนาผู้ร่วมให้บริการ” 4. เพิ่มการจัดบริการเฉพาะรายที่มีข้อจำกัดตามสาเหตุต่างๆ ร่วมไปถึงการบริการในชุมชนโดย อสม.หรือ ผู้บริบาล (CG) ผู้วิจัยนำไปไว้ในองค์ประกอบการจัดบริการแทน 5. จัดการอบรมให้แก่อสม.ถึง ความตระหนัก ความสำคัญและกำกับติดตามการลงข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริง ผู้วิจัยนำไปไว้เรื่อง การพัฒนาผู้ร่วมให้บริการ
5. การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สถานบริการและชุมชน	1. เพิ่ม Application ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการบันทึกของอสม.หรือจากผู้ป่วยไปถึงทีมผู้จัดบริการ เช่น ระดับน้ำตาล น้ำหนักตัว 2. การควบคุมอาหาร เป็นต้น 3. เพิ่ม ระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย (registry) ที่เป็นข้อมูลสุขภาพรายบุคคล (person health record) ที่สามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างหน่วยบริการที่ไม่ขัดต่อพรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)

ตาราง 25 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ข้อเสนอ
	4. เพิ่มการกำหนดนโยบาย และแนวทางในการเชื่อมโยงข้อมูลที่ต้องตาม พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) นำไปอยู่ในเรื่อง นโยบายระดับเขต จังหวัด 5. เพิ่มระบบการเชื่อมโยงข้อมูลบริการรายบุคคลระหว่างหน่วยบริการทั้งในและนอกสังกัด (กระทรวงสาธารณสุข - อบจ.)
6. การจัดทำเครื่องมือสำหรับการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สถานบริการและชุมชน	1. เพิ่มสื่อการสอนที่เหมาะสมตามช่วงกลุ่มวัย (Generation) และมีการประเมินผลสื่อเฉพาะกลุ่มต่างๆ นั้นด้วย ผู้วิจัยนำองค์ประกอบนี้ ไปรวมกับ การสนับสนุนอุปกรณ์
7. การจัดเตรียมผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาล หรือ วิชาชีพอื่นที่ เพื่อจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สถานบริการและในชุมชน โดยย้ายกิจกรรมการอบรมวิชาชีพในหน่วยบริการ และ อสม.ไปที่ องค์ประกอบ การพัฒนาฯ	1. เพิ่มให้มีการสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพและอบรม CM ให้ครบทุกแห่ง ทุกสังกัดทั้งกระทรวงสาธารณสุข และอปท. 2. เพิ่มสนับสนุนนักโภชนาการประจำเครือข่าย เพื่อให้คำปรึกษาและร่วมจัดบริการในรายที่จำเป็นในทุกสังกัด 3. เพิ่มการวางแผนการทดแทนผู้เกษียณ ลาออกหรือโยกย้ายให้สามารถบริการได้อย่างต่อเนื่อง 4. มีแผนการติดตามการนำไปใช้ (implementation) และการแก้ไขข้อจำกัดระดับอำเภอ (ข้อเสนอนี้นำไปอยู่ที่หมวด การจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ)
8. การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุเพื่อจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สถานบริการและในชุมชน	1. เพิ่มบทบาทสปสช. ในการชี้แจง เกณฑ์การสนับสนุนอุปกรณ์ โครงการ จากสปสช. ควรนำไปเขียนเรื่อง สร้างความร่วมมือ 2. เพิ่มการเชื่อมโยงข้อมูลการสนับสนุนตามมาตรฐานของอุปกรณ์ และวัสดุต่างๆร่วมกัน และไม่ซ้ำซ้อนกันระหว่างรพ.แม่ข่าย กับ กปท. ควรนำไประบุไว้ในเรื่อง บทบาทของระดับเขต

3. ตอนที่ 3 สรุปรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 (ฉบับปรับปรุง)

ผู้วิจัยได้นำข้อสรุปประเด็นที่ข้อเสนอต่างๆ ในตอนที่ 2 มาปรับปรุงเพิ่มเติมเป็นรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ให้มีความครอบคลุม เหมาะสม และเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติ โดยปรับเป็น 4 หมวด และ 8 องค์ประกอบ ตามตาราง 26

ตาราง 26 แสดงหมวดและองค์ประกอบในร่างรูปแบบการจัดบริการฯ ฉบับปรับปรุง

หมวด	องค์ประกอบ
หมวด 1 การสร้างความร่วมมือเพื่อกำหนดนโยบายร่วม (Collaboration for Policy)	องค์ประกอบที่ 1: การสร้างความร่วมมือเพื่อกำหนดนโยบายระดับเขต
หมวด 2 การจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ (Network Management at District level)	องค์ประกอบที่ 2 กำหนดนโยบายและการจัดการระดับอำเภอ
	องค์ประกอบที่ 3 สนับสนุนผู้รับผิดชอบบริการที่เป็นพยาบาล หรือวิชาชีพอื่น การพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการจัดการบริการ
	องค์ประกอบที่ 4 การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับบริการ
	องค์ประกอบที่ 5 สนับสนุนอุปกรณ์ วัสดุ และสื่อการสอน
หมวด 3 การบริการแบบบูรณาการ (Integrated Service)	องค์ประกอบที่ 6 การจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการ
หมวด 4 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชน (Participation of Community)	องค์ประกอบที่ 7 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง
	องค์ประกอบที่ 8 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและติดตามผู้ป่วย

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

หมวด 1 การสร้างความร่วมมือเพื่อกำหนดนโยบายร่วม (Collaboration for Policy)

องค์ประกอบที่ 1: การสร้างความร่วมมือเพื่อกำหนดนโยบายระดับเขต

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความร่วมมือระดับเขต และกำหนดนโยบาย เป้าหมาย ที่ใช้เป็นทิศทางในการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกันของหน่วยบริการ และหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมโยงไปสู่การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ในการจัดบริการ และการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

เนื่องจากผลการวิจัย พบประเด็นปัญหาและผลการศึกษาดังนี้ หน่วยบริการบางแห่งขาดผู้รับผิดชอบโดยตรง ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลรายบุคคลจากสถานบริการระดับต่างๆและชุมชนที่รอบด้าน ในการให้บริการเพื่อการจัดการตนเองผู้ป่วย รวมทั้งพบความไม่พอเพียงของการสนับสนุนทรัพยากรด้านงบประมาณ วัสดุต่างๆ และพบผลการวิจัยว่าพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยตรง จะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการบริการเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีขึ้น ปัญหาด้านการสนับสนุนทรัพยากร การจัดบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย ควรได้รับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยความร่วมมือในระดับสูง

ดำเนินการ

1. หน่วยบริการ และหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้องสร้างความร่วมมือระดับเขตโดยควรมีกลุ่มหรือคณะกรรมการบริหารจัดการระดับเขตเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และร่วมกันจัดทำนโยบายจากระดับเขตสู่หน่วยบริการทุกระดับ หน่วยงานระดับเขตที่เข้าร่วมสร้างความร่วมมือ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2 มีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.เขต). และศูนย์วิชาการต่างๆ ในเขตสุขภาพที่ 2)

2. กลุ่มหรือคณะกรรมการบริหารจัดการระดับเขต ควรมีบทบาท ดังนี้

2.1 ควรร่างนโยบายหรือแนวทางการจัดบริการ 5 ประเด็นให้หน่วยบริการ ดังนี้ 1) การจัดบริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 2) การจัดให้มีผู้ให้บริการหลักสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะ คือ พยาบาลวิชาชีพ หรือคนที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดบริการ 3) การพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการจัดบริการทุกระดับ 4) การเชื่อมโยงข้อมูลบริการ พฤติกรรมและบริบทเป็น รายบุคคลเพื่อการจัดบริการฯ 5) การสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ และวัสดุที่จำเป็นเพื่อจัดบริการเชิงรุกในชุมชน ควรมามากจากหลายช่องทางทั้งส่วนสาธารณสุข สปสช. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ อบจ.

2.2 กลุ่มหรือคณะกรรมการบริหารจัดการระดับเขต ร่วมมือกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ร่วมกันกำหนดเป้าหมายด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วย การจัดทำแผน แนวทาง มาตรการการจัดระบบบริการ รวมทั้งแนวทางการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้ โดยความร่วมมือของหน่วยงานบริการและหน่วยบริหารในเขตสุขภาพที่ 2

2.3 สื่อสารนโยบายจากระดับเขตไปสู่หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

2.5 มีการติดตามประเมินผลนโยบาย เป้าหมาย ทั้งการจัดบริการ การเข้าถึงบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการจัดการตนเองของผู้ป่วย

3. กำหนดบทบาทหน่วยงานระดับเขต

3.1 สปสช.เขต กำหนดแนวทางสนับสนุน และการสื่อสารประกาศเกณฑ์การจ่าย และ ตัวอย่างโครงการเพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ และวัสดุในการตรวจน้ำตาลในเลือดจากบดองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) เพื่อจัดบริการเชิงรุกในชุมชนได้ตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2 หน่วยงานด้านวิชาการ กำหนดการให้การสนับสนุนวิชาการ วิจัยเพื่อแก้ไขปัญหา

3.3 หน่วยงานด้านบริหารจัดการ กำหนดเกณฑ์การสนับสนุนทรัพยากร

หมวด 2 การจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ (District Network Management)

การจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ กลุ่มที่เกี่ยวข้องเครือข่ายในระดับอำเภอ ประกอบด้วย รพ.แม่ข่าย รพสต. หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัด อบจ. รวมทั้งกลุ่ม ชุมชน หรือหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ด้านสาธารณสุขแต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการฯ โดยมีรพ.แม่ข่าย เป็นผู้นำในการจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ ร่วมกับ พชอ.

องค์ประกอบที่ 2 กำหนดนโยบายและการจัดการระดับอำเภอภายใต้การสนับสนุนจาก พชอ.

ดำเนินการ ดังนี้

1. โรงพยาบาลแม่ข่าย เสนอ และผลักดันให้เกิดนโยบายด้านบริการเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

2. พชอ. แต่งตั้งคณะทำงานสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพสต.ที่สังกัดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านพฤติกรรมสุขภาพโรคเบาหวาน เช่น เกษตรอำเภอ รวมทั้ง อปท. และชุมชน ให้มีบทบาทในการขับเคลื่อน

ดำเนินการและติดตามการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

3. โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับกลุ่มที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายบริการ จัดแผนปฏิบัติการของหน่วยบริการระดับอำเภอ ภายใต้นโยบายระดับจังหวัด กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และกิจกรรมที่ชัดเจน กำหนดมาตรฐานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งการกำหนดเกณฑ์การส่งต่อเพื่อแก้ไขปัญหาการควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีปัญหาที่ซับซ้อน ควรยืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของหน่วยบริการ และเครือข่ายบริการที่แตกต่างกันตามพื้นที่ย่อยในระดับอำเภอ หรือตำบล

4. จัดให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบหลักงานสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานระดับอำเภอ ทำหน้าที่ รับผิดชอบจัดบริการ ประสานงานสหสาขาวิชาชีพและหน่วยบริการปฐมภูมิ รวบรวมข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลเป็นหนึ่งเดียวให้สหสาขาวิชาชีพใช้ในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งบริการในสถานบริการและในชุมชน

5. มีการติดตามการได้รับสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นที่ครอบคลุมทั้งหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

6. พขอ.และโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการติดตามประเมินผลนโยบาย เป้าหมาย ทั้งการจัดบริการ การเข้าถึงบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการบริการอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบ 3 สนับสนุนผู้รับผิดชอบบริการที่เป็นพยาบาล และพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการให้บริการ

สนับสนุนผู้รับผิดชอบบริการที่เป็นพยาบาล หรือวิชาชีพอื่นที่ผ่านการอบรมของเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สถานบริการและชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพ หรือผู้ที่ผ่านการอบรมของเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีความรู้ และทักษะในการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการทุกสังกัด และประสานการจัดบริการในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผู้รับผิดชอบบริการหลัก

ดำเนินการ

1. สนับสนุนผู้รับผิดชอบบริการที่เป็นพยาบาล

1.1. โรงพยาบาลแม่ข่ายที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พิจารณาส่งสนับสนุนพยาบาลผู้รับผิดชอบงานหลัก และทรัพยากร ในการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในบริการระดับปฐมภูมิ หรือวิชาชีพอื่นกรณีไม่มี

พยาบาลแต่ให้ผ่านการอบรมของเครือข่ายบริการสุขภาพ มีบทบาทในการจัดบริการในระดับปฐมภูมิเป็นหลัก ประสานงานเชื่อมโยงในการจัดบริการในกลุ่มกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับผิดชอบดังกล่าวควรได้รับการอบรม ให้ครบทุกคน ทุกสังกัดทั้งกระทรวงสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนจังหวัด

1.2. จัดให้มีนักโภชนาการประจำเครือข่าย เพื่อให้คำปรึกษาและร่วมจัดบริการให้ผู้ป่วยในรายชื่อที่เป็นของทุกสังกัด

1.3. จัดให้มีระบบการทดแทนผู้เกษียณ ลาออกหรือโยกย้ายให้สามารถบริการได้อย่างต่อเนื่อง

1.4. จัดให้มีการติดตามการนำไปใช้ (implementation) และการแก้ไขข้อจำกัด เช่น ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ การทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ เป็นต้น

2. การพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการให้บริการ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการจัดบริการทั้งทีมสหวิชาชีพในหน่วยบริการ อสม.ในชุมชนเพื่อให้มีความรู้ ทักษะเพื่อจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สถานบริการและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ดำเนินการ โดยเครือข่ายบริการ ดังนี้

1. พัฒนาหลักสูตร บทเรียน สำหรับบุคลากรผู้มีส่วนร่วมให้บริการทั้งแบบ online และ onsite ในเรื่องสำคัญดังนี้

1.1 การประเมินสภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Stage of Change Assessment)

1.2 การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview: MI)

1.3 การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

1.4 การจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน

2. พัฒนาหลักสูตร สำหรับ อสม. ในเรื่องสำคัญดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2.2 การสร้างแรงจูงใจ

2.3 ความตระหนัก ความสำคัญของการตรวจระดับน้ำตาลและการบันทึกข้อมูล

3. จัดอบรมให้กับผู้ร่วมให้บริการสนับสนุนในชุมชน ดังนี้

3.1 จัดอบรมอย่างต่อเนื่องให้กับพยาบาลหรือกลุ่มวิชาชีพต่างๆที่ให้บริการสนับสนุนฯ ในทุกสังกัด ตามหลักสูตรที่กำหนด เช่น การจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน การสัมภาษณ์เพื่อเสริมพลัง (Motivation interview) เป็นต้น

3.2 จัดอบรมให้กับ อสม. ที่ร่วมให้บริการสนับสนุนฯในชุมชน เรื่องที่เกี่ยวข้องตามหลักสูตรที่กำหนด เช่น การควบคุมอาหาร กิจกรรมทางกาย การทานยาที่ถูกต้อง เป็นต้น

4. พัฒนาอสม. ต้นแบบ (Role model) ที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานแล้วสามารถปรับพฤติกรรมจนควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ มาช่วยในการเรียนรู้ และปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้มากขึ้น จากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีบริบทที่คล้ายกัน

5. จัดการความรู้แบบเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ด้วยการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง (on the job training) และการศึกษาผู้ป่วยแบบ case study & conference และวิธีการอื่นที่เหมาะสม ในแต่ละวิชาชีพ

6. ติดตาม ประเมิน การนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 4 การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับจัดบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดการใช้ข้อมูลในจัดบริการตั้งแต่ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน ติดตาม ผลการรักษา และสรุปผลการรักษาที่ใช้เชื่อมโยงร่วมกันอย่างเป็นระบบด้วยเครื่องมือ แอปพลิเคชัน และอุปกรณ์ที่มีมาตรฐาน

2. เพื่อให้มีการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยก่อนการให้บริการทั้งในหน่วย ระหว่างหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน ร่วมไปกับการสรุปผลหลังการให้บริการโดยไม่ขัดต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ดำเนินการ โดยเครือข่ายหน่วยบริการระดับอำเภอ ดังนี้

1. จัดให้มีโปรแกรมกลาง (Application) เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพใช้ในการดูแลผู้ป่วย และเชื่อมโยงข้อมูลการบันทึกของ อสม. หรือจากผู้ป่วยไปถึงทีมผู้จัดบริการ เช่น ระดับน้ำตาล น้ำหนักตัว การควบคุมอาหาร เป็นต้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้

2. จัดให้มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย (Registry) ที่เป็นข้อมูลสุขภาพรายบุคคล (person health record) ที่สามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างหน่วยบริการที่ไม่ขัดต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ตามนโยบายและแนวทางการเชื่อมโยงข้อมูลตามคณะกรรมการบริหารจัดการระดับเขต ที่กำหนด

3. จัดให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลทั้งหมดทั้งในส่วนข้อมูล ในสถานบริการและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม

4. จัดให้มีการเตรียมและจัดการข้อมูลรายบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

5. จัดให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และอปท. เพื่อใช้กำกับติดตาม การสนับสนุนอุปกรณ์วัสดุต่างๆร่วมกัน และลดความซ้ำซ้อนในการสนับสนุน

องค์ประกอบที่ 5 สนับสนุนอุปกรณ์ วัสดุ และสื่อการสอน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีการจัดทำแบบฟอร์มในการจัดเก็บข้อมูลในจัดบริการตั้งแต่ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน ติดตามผลการรักษา และสรุปผลการรักษาที่ใช้เชื่อมโยงร่วมกันอย่างเป็นระบบ
2. เพื่อให้มีการเตรียม อุปกรณ์ และวัสดุที่จำเป็นในการให้บริการทั้งในหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน รวมทั้งสื่อการสอนที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย

ดำเนินการ

1. เครือข่ายบริการสุขภาพ จัดทำแบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยที่ครอบคลุมเก็บข้อมูลรอบด้านจากผู้ป่วย สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการบันทึกของ อสม. หรือจากผู้ป่วยไปถึงทีมผู้จัดบริการ เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง และเหตุปัจจัยที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ และควรมีการใช้เทคโนโลยีมาช่วยดำเนินการ
2. หน่วยบริการจัดทำสื่อการสอนที่เหมาะสมในการจัดบริการเพื่อแนะนำการตั้งเป้าหมาย และการช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มต่างๆ ตามอาชีพ กลุ่มชาติพันธุ์ ช่วงกลุ่มวัย (generation) หรือรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และมีการประเมินผลสื่อเฉพาะกลุ่มต่างๆ นั้นด้วย
3. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอร่วมกันสนับสนุนอุปกรณ์ และวัสดุ ที่จำเป็นให้บริการทั้งในหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน

หมวด 3 การบริการแบบบูรณาการ (Integrated Service Delivery)

สาระสำคัญ: เน้นบูรณาการบริการของผู้ร่วมให้บริการสุขภาพที่เน้นผลลัพธ์ (co-production) เสริมศักยภาพผู้ป่วย (patient activation) และการสนับสนุนจากชุมชน และสร้างความยั่งยืนของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการ

วัตถุประสงค์ เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และ อสม. กับสถานบริการ ซึ่งจัดบริการแบบต่อเนื่อง เชื่อมโยง

ดำเนินการ

1. ผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการระดับปฐมภูมิ คือ พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรอื่นที่ได้รับการอบรมตามรูปแบบการจัดบริการฯ ได้กำหนดไว้ โดยมีหน้าที่ ดังนี้

- 1.1 ทำหน้าที่ Case Manager การออกแบบแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan)

1.2 ประสานงาน รวบรวมข้อมูล เชื่อมโยงฐานข้อมูลเป็นหนึ่งเดียว ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพใช้ในการจัดบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งบริการในสถานบริการและในชุมชน

1.3 เป็นผู้ให้บริการหลัก ของการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วม

หลักการของรูปแบบการจัดบริการ คือ “การบริการเพื่อปรับพฤติกรรมผู้ป่วย โดยมี การออกแบบการปรับวิถีชีวิต และพฤติกรรม (Lifestyle modification) ที่ยึดหยุ่นตามบริบทผู้ป่วย (Context based) ทั้งแบบรายบุคคล หรือกลุ่มเฉพาะ โดยไม่ดึงหรือหย่อนจนเกินไป และการบริการ เป็นแบบบูรณาการ การปรึกษาส่งต่อ จากระดับปฐมภูมิ ไปสู่ระดับทุติยภูมิ โดยแบ่งการจัดบริการ เป็น 3 ประเภท ดังนี้

2.1 จัดบริการแบบรายบุคคลในสถานบริการ

2.1.1 จัดให้มีกระบวนการบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กระบวนการ 5 เอ ได้แก่ การถาม และการประเมินความพร้อมผู้ป่วยเบื้องต้น (Assess) การแนะนำผู้ป่วยจากส่วนขาที่ได้ประเมินไว้ (Advise) การกำหนดเป้าหมาย และแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย (Agree) การช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆระหว่างดำเนินการตามแผนการดูแล (Assist) และการติดตามและปรับเปลี่ยนแผนการดูแล (Arrange) ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยมีการปรับพฤติกรรม (Lifestyle modification) ที่ยึดหยุ่นตามบริบทผู้ป่วย (Context based) ไม่ดึงหรือหย่อนจนเกินไป โดยใช้ทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การประเมินสถานะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ และการเสริมพลังอำนาจ

2.1.2 จัดบริการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่น ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเป็นการบริการแบบองค์รวม เช่น การดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นต้น

2.1.3 จัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพ การจัดบริการในหน่วยบริการโดยใช้ข้อมูลแหล่งเดียวกัน และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยและพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลร่วมจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2.1.4 จัดให้แพทย์ร่วมวางแผนการดูแลรักษา และให้คำปรึกษา ประจําารพส. ได้อย่างต่อเนื่อง โดยควรมีองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การสนับสนุนการจัดการตนเองต่อผู้ป่วยเบาหวาน และมีความเข้าใจบริบทของพื้นที่มาให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

2.1.5 จัดให้มีนักโภชนาการประจำเครือข่าย เพื่อให้คำปรึกษาและร่วมจัดบริการในรายที่จำเป็นในทุกสังกัด

2.2 การจัดบริการแบบกลุ่มในสถานบริการ

2.2.1 จัดบริการแบบกลุ่มในสถานบริการ ในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้แลกเปลี่ยนปัญหา วิธีการแก้ไขปัญหาหารือร่วมกันทั้งขอแนะนำจากผู้ให้บริการเกิดการจัดการตนเองในการปรับพฤติกรรม ซึ่งรูปแบบบริการนี้เหมาะสมกับการบริการที่มีข้อจำกัดด้านเวลา

2.2.2 ผู้นำกลุ่มของการให้บริการแบบกลุ่มควรมีทักษะในการดำเนินการซึ่งอาจจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีทักษะในการนำกลุ่ม

2.3 การจัดบริการโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเครือข่ายบริการระดับอำเภอเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยความร่วมมือภายในเครือข่ายฯ และการสนับสนุนจากชุมชน โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาที่โปรแกรมกำหนด เพื่อให้สามารถจัดการตนเอง ปรับพฤติกรรมได้นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์

2.3.1 จัดทำในลักษณะโครงการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยสามารถจัดกลุ่มเฉพาะตามบริบทได้ เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มตามพื้นที่ ระดับชุมชน หรือหมู่บ้าน เป็นต้น

2.3.2 จัดกิจกรรมดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีบุคคลต้นแบบ (Role Model) ที่เป็นผู้ป่วย หรือ อสม.ทั้งในพื้นที่ หรือนอกพื้นที่ทำให้มีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม เช่น การกำหนดเป้าหมาย การสร้างกำลังใจ การปรับพฤติกรรมให้ต่อเนื่องยั่งยืนอย่างไร เป็นต้น

2.3.3 จัดให้มีการบูรณาการปัญหากับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่ง พชอ. สามารถช่วยสนับสนุนแก้ไขปัญหาปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เกี่ยวข้องและขยายรูปแบบให้กว้างขึ้น ในลักษณะ พชอ.

2.4 การจัดบริการที่บ้าน หรือในชุมชน

2.4.1 จัดบริการที่มุ่งเน้นการเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับบริบท ตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. หรือผู้บริหารในชุมชน ที่ได้รับการอบรม

2.4.2 สถานบริการควรใช้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นประโยชน์ในการดูแล และติดตามผู้ป่วยที่บ้าน โดยเสริมความยืดหยุ่นในการจัดบริการ หรือใช้โปรแกรมอื่นๆ ที่สามารถบริการระยะไกลได้ โดยจัดบริการ 2 รูปแบบ ดังนี้

1) กรณีที่ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านเทคโนโลยี. ให้จัดบริการแบบ Telemedicine โดยบุคลากรสาธารณสุข หรือใช้เทคโนโลยีอื่นที่มีความก้าวหน้าทันสมัยเป็นปัจจุบันที่สามารถสื่อสารระหว่างบุคลากรสาธารณสุข และผู้ป่วย ครอบคลุมได้ และให้บริการตามกระบวนการ 5 เอ ได้ (การถาม และการประเมินความพร้อมผู้ป่วยเบื้องต้น การแนะนำผู้ป่วยจากส่วนขาที่ได้ประเมินไว้ การกำหนดเป้าหมาย และแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย การช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆระหว่างดำเนินการดูแล และการติดตามและปรับเปลี่ยนแผนการดูแล)

2) กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมด้านเทคโนโลยีให้จัดบริการที่เหมาะสมตามบริบท เช่น จัดให้อสม.หรือญาติช่วยสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล กับผู้ป่วย แทน หรือการรับส่งผู้ป่วยมาใช้บริการที่รพสต.ที่มีสัญญาณ Internet ชัดเจน เป็นต้น

2.4.3 สร้าง และพัฒนาระบบการติดตามการปรับพฤติกรรมต่างๆที่เหมาะสม และเกิดความยั่งยืนที่เหมาะสมตามบริบทกลุ่มผู้ป่วย ชุมชน และเฉพาะราย

หมวด 4 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชน (Community Participation)

องค์ประกอบที่ 7 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดบทบาทความร่วมมือจากผู้ป่วยในการจัดการตนเองทั้งการบริการในหน่วยบริการ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพต่างๆที่เกี่ยวข้องในชุมชน

ดำเนินการ

1. ผู้ป่วยร่วมมือในการให้ข้อมูลกับทีมผู้ให้บริการในการใช้ประเมินผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยร่วมมือกำหนดเป้าหมายในการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมผู้ให้บริการ
3. ผู้ป่วยสร้างใจของตนเองที่เหมาะสมตามบริบทเพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

4. ผู้ป่วยร่วมมือในการปรับพฤติกรรมตามแผนการรักษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญ

ดังนี้

- 4.1 การควบคุมการรับประทานอาหาร
- 4.2 การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และพฤติกรรมอื่นๆ
- 4.3 การกำหนดวิธีการเตือนตนเองให้ปรับพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องใน

สภาพแวดล้อมต่างๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดขึ้นที่มีแรงจูงใจเฉพาะของตน

องค์ประกอบที่ 8 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและติดตามผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดบทบาทการมีส่วนร่วม จากชุมชนทั้งจาก อสม. อบต. ในการสนับสนุนการจัดการตนเองทั้งการบริการในหน่วยบริการ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพต่างๆที่เกี่ยวข้องในชุมชน

ดำเนินการ

1. ชุมชน และกลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการคิด และออกแบบการจัดบริการเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะราย ไม่ทำรูปแบบเดียวกันกับทุกกลุ่ม รวมไปถึงรูปแบบโครงการ ที่รับบจาก กปท. ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการกำหนดมาตรการทางสังคม ตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

2. อสม. หรือร่วมให้บริการในชุมชน โดยมีหน้าที่ติดตามการปฏิบัติตัว ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เป็นตัวกลางในการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีม สุขภาพกับผู้ป่วยโดยตรง โดยใช้เครื่องมือสื่อสาร เช่น ไลน์แอปพลิเคชัน บางชุมชนที่มีข้อจำกัดของ อสม. ให้ผู้บริบาล (Care Give) ในชุมชนดูแลผู้ป่วยแทนได้

4. อปท. สนับสนุนทรัพยากรและโครงการเพื่อสนับสนุนเครื่องมือวัสดุ และการแก้ไข ปัจจัยสังคมต่างๆที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีการสื่อสารทำความเข้าใจ กับผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในอปท. ถึงความสำคัญ ขอบเขต และขั้นตอนของการจัดทำโครงการ กปท.อย่างมีประสิทธิภาพ และมีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม

โดยผู้วิจัยได้สรุปความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ต่อการจัดบริการแบบเชิงระบบ หลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากกลุ่มต่างๆทั้ง 8 องค์ประกอบ ตามภาพ 22 ดังนี้



ภาพ 22 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ต่อการจัดบริการแบบเชิงระบบหลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

4. ตอนที่ 4 ผลการประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยการสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship)

ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินรูปแบบการจัดบริการฯ โดยการสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยมีผลการประเมินดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 51-60 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปตำแหน่ง เป็นวิชาชีพแพทย์และพยาบาล มีประสบการณ์ด้านโรคเบาหวาน 5-10 ปี โดยมีรายละเอียดตามตาราง 27

ตาราง 27 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	2	25
	หญิง	6	75
อายุ	41-50	3	37.5
	51-60	5	62.5
	(Minimum = 46 , Maximum = 59, Mean = 52.37 , S.D. = 4.75)		
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	4	50
	ปริญญาโทขึ้นไป	4	50
ความเชี่ยวชาญ	บริหาร	2	25
	วิชาการ	2	25
	ปฏิบัติ	4	50
วิชาชีพ	แพทย์	3	37.5
	พยาบาลวิชาชีพ	5	62.5
ประสบการณ์ทำงานด้าน	5-10 ปี	5	62.5
โรคเบาหวาน	11-15 ปี	2	25
	มากกว่า 15 ปี	1	12.5

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องเกี่ยวกับเบาหวาน มาอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน มุ่งหาข้อสรุปจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ และเสนอแนะต่อรูปแบบ

ผลการประเมินพบว่า รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีความตรงประเด็น เหมาะสม และเป็นไปได้ ทุกองค์ประกอบ อย่างไรก็ตามกลุ่ม

ผู้เชี่ยวชาญได้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์มากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้สรุปนำเสนอข้อมูลตามตาราง 28 และการบรรยายดังต่อไปนี้

ตาราง 28 แสดงผลการประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน

องค์ประกอบ	ตรงประเด็น (validity)	เหมาะสม (appropriate)	เป็นไปได้ (feasibility)	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
1	/	/	/	มี
2	/	/	/	มี
3	/	/	/	มี
4	/	/	/	มี
5	/	/	/	ไม่มี
6	/	/	/	ไม่มี
7	/	/	/	ไม่มี
8	/	/	/	ไม่มี

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงได้เสนอตามองค์ประกอบดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างความร่วมมือเพื่อกำหนดนโยบายระดับเขต

ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ควรมีในระดับจังหวัดด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ควรมีการร่วมมือกับ อบจ.ในการจัดทำแผน ซึ่งปกติระดับจังหวัดมีแผนบริการโรคเรื้อรัง (Service plan NCD) และสสจ. และควรประสานกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) เพื่อสนับสนุนนโยบาย และปัจจัยสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ปรับข้อความเรื่องความร่วมมือในระดับจังหวัดให้ชัดเจนขึ้น เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบ โดยใช้กลไกการวางแผนบริการระดับจังหวัด และระดับเขต (service plan) ที่มีอยู่แล้วเป็นตัวเชื่อมในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

องค์ประกอบที่ 2 กำหนดนโยบายและการจัดการระดับอำเภอ

ควรเพิ่มบทบาทของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในระดับอำเภอ เป็นผู้จัดการแบบเชิงระบบ (System manager)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เพิ่มบทบาทพยาบาลให้ชัดเจนลงในการจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ

องค์ประกอบที่ 3 สนับสนุนผู้รับผิดชอบบริการที่เป็นพยาบาล หรือวิชาชีพอื่น การพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการจัดบริการ

กลุ่ม อสม. เพิ่มการพัฒนาในการให้บริการแบบสั้น (Brief) เช่น การแนะนำแบบสั้น (Brief advice: BA) การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counselling: BC) เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เพิ่มประเด็นดังกล่าวลงในเนื้อหาการอบรม อสม.

องค์ประกอบที่ 4 การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับจัดบริการ

ควรปรับจากการใช้โปรแกรมกลาง (Application) เป็นการใช้นวัตกรรมปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) มาช่วยในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างวิชาชีพ โดยเลือกให้เหมาะสมตามศักยภาพบริบทพื้นที่ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น และไม่เป็นภาระงานสำหรับผู้ให้บริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เพิ่ม คำว่า เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI)

สรุปรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 จากผลการประเมินรูปแบบโดยการสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนและปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยปรับเป็น 4 หมวด ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ดังนี้

หมวด 1 การสร้างความร่วมมือเพื่อกำหนดนโยบายร่วม (Collaboration for policy: C)

องค์ประกอบที่ 1: การสร้างความร่วมมือเพื่อกำหนดนโยบายระดับเขต

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เขตสุขภาพกำหนดนโยบาย เป้าหมาย ที่ใช้เป็นทิศทางให้จังหวัดมีการร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ต่างสังกัดกันในการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกันของหน่วยบริการ และหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมโยงไปสู่การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ในการจัดบริการและการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากผลการวิจัย พบประเด็นปัญหาและผลการศึกษา ดังนี้ หน่วยบริการบางแห่งขาดผู้รับผิดชอบโดยตรง ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลรายบุคคลจากสถานบริการระดับต่างๆ และชุมชนที่รอบด้าน ในการให้บริการเพื่อการจัดการตนเองผู้ป่วย รวมทั้งพบความไม่พอเพียงของการสนับสนุนทรัพยากรด้านงบประมาณ อุปกรณ์วัสดุต่างๆ และมีผลวิจัยว่าพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยตรงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการบริการนี้ได้ดีขึ้น ปัญหาด้านการสนับสนุนทรัพยากร การจัดบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย ควรได้รับการแก้ไขปัญหาโดยความร่วมมือในระดับจังหวัด

ดำเนินการ

1. ความร่วมมือระดับเขตของหน่วยบริการ และหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง ควรมีกลุ่มหรือคณะกรรมการบริหารจัดการระดับเขตเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และร่วมกันจัดทำนโยบายจากระดับเขตสู่หน่วยบริการทุกระดับ โดยหน่วยงานระดับเขตที่เข้ามาร่วมสร้างความร่วมมือ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2 มีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต (สปสช.เขต). และ ศูนย์วิชาการต่างๆ ในเขตสุขภาพที่ 2

2. กลุ่มหรือคณะกรรมการบริหารจัดการระดับเขต ควรมีบทบาท ดังนี้

2.1 ควรกำหนดนโยบายหรือแนวทางการจัดบริการ 5 ประเด็นให้หน่วยบริการ ดังนี้ 1) การจัดบริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 2) การจัดให้มีผู้ให้บริการหลักสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะ คือ พยาบาลวิชาชีพ หรือคนที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดบริการ 3) การพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการจัดบริการทุกระดับ 4) การเชื่อมโยงข้อมูลบริการ พฤติกรรมและบริบทเป็น รายบุคคลเพื่อการจัดบริการฯ 5) การสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ และวัสดุที่จำเป็นเพื่อจัดบริการเชิงรุกในชุมชน ควรมาจากหลายช่องทางทั้งส่วนสาธารณสุข สปสช. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ อบจ.

2.2 กลุ่มหรือคณะกรรมการบริหารจัดการระดับเขต ร่วมมือกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ร่วมกันกำหนดเป้าหมายด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วย การจัดทำแผน แนวทาง มาตรการการจัดระบบบริการ รวมทั้งแนวทางการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้ โดยความร่วมมือของหน่วยงานบริการและหน่วยบริหารในเขตสุขภาพที่ 2

2.3 สื่อสารนโยบายจากระดับเขตไปสู่หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

2.4 มีการติดตามประเมินผลนโยบาย เป้าหมาย ทั้งการจัดบริการ การเข้าถึงบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการจัดการตนเองของผู้ป่วย

3. กำหนดบทบาทหน่วยงานระดับเขต

3.1 สปสช.เขต กำหนดแนวทางสนับสนุน และการสื่อสารประกาศเกณฑ์การจ่าย และตัวอย่างโครงการเพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ และวัสดุในการตรวจน้ำตาลในเลือดการจัดบริการนี้จากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น(กปท.) เพื่อจัดบริการเชิงรุกในชุมชนได้ตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2 หน่วยงานด้านวิชาการ กำหนดการให้การสนับสนุนวิชาการ วิจัยเพื่อแก้ไขปัญหา

3.3 หน่วยงานด้านบริหารจัดการ กำหนดเกณฑ์การสนับสนุนทรัพยากร

องค์ประกอบที่ 2 การสร้างความร่วมมือหุ้นส่วนสุขภาพเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ
ระดับจังหวัด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความร่วมมือหุ้นส่วนสุขภาพการจัดการสนับสนุนทรัพยากร
จัดบริการ เชื่อมโยงข้อมูล ลดอุปสรรคการทำงานร่วมกันของหน่วยบริการระดับอำเภอ ตำบล

ดำเนินการ

1. กำหนดให้มีกลุ่มหรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นหุ้นส่วนสุขภาพให้การ
สนับสนุนการจัดบริการเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานระดับเขต อาจเป็นกลไกที่มีอยู่เดิม
คือ คณะกรรมการบริการสุขภาพสาขาโรคเรื้อรัง (NCD Service plan) แต่ปรับบทบาทและเพิ่มเติม
กลุ่มที่เข้าร่วม

2. สร้างความร่วมมือในระดับจังหวัดของหน่วยบริการ และหน่วยงานสนับสนุนต่างๆที่
เป็นหุ้นส่วนสุขภาพเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์การ
บริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หน่วยบริการฯของทั้ง 2 สังกัด โดยกำหนดความร่วมมือในเรื่อง การให้
นโยบาย การวางแผนการสนับสนุนการจัดบริการ การสนับสนุนทรัพยากรหน่วยงานในสังกัด เพื่อใช้
ในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง การเชื่อมโยงข้อมูลระดับบริการข้าม
สังกัด ซึ่งอาจใช้กลไกการจัดทำแผน Service plan เป็นตัวเชื่อมให้เกิดรูปธรรมความร่วมมือที่ชัดเจน

3. กำหนดนโยบายการสนับสนุนการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย
เบาหวานในเขตสุขภาพที่ 2 ดังนี้ 1) กำหนดมาตรฐานการจัดบริการ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถ
จัดการตนเองให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 2) กำหนดมาตรฐานบุคลากรให้มีผู้รับผิดชอบและผู้
ให้บริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะ คือ พยาบาลวิชาชีพ หรือคนที่ได้รับการอบรม
เกี่ยวกับการพัฒนาการจัดบริการ 3) กำหนดหลักสูตรการพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการจัดบริการทุกระดับ
4) กำหนดมาตรฐานการเชื่อมโยงข้อมูลบริการ พฤติกรรมสุขภาพและบริบทเป็นแบบรายบุคคลเพื่อ
การจัดบริการฯ

4. สื่อสารนโยบายจากระดับจังหวัดไปสู่หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ระดับจังหวัด
อำเภอ และตำบล

5. มีการติดตามประเมินผลนโยบาย เป้าหมาย ทั้งการจัดบริการ การเข้าถึงบริการเพื่อ
สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการจัดการตนเองของผู้ป่วย

หมวด 2 การจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ (Network Management at District Level: N)

การจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ กลุ่มที่เกี่ยวข้องเครือข่ายในระดับอำเภอ ประกอบด้วย
รพ.แม่ข่าย รพสต. หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัด อบจ.

รวมทั้งกลุ่ม ชุมชน หรือหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ด้านสาธารณสุขแต่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการฯ โดยมีรพ.แม่ข่าย เป็นผู้นำในการจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ ร่วมกับ พขอ.

องค์ประกอบที่ 3 กำหนดนโยบายและการจัดการระดับอำเภอภายใต้การสนับสนุนจาก พขอ.

ในระดับอำเภอ กำหนดให้เป็นการจัดการเครือข่ายบริการที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลแม่ข่าย กับเครือข่ายรพสต.ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่มีการประสานกับโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อรับทราบและพิจารณาปัญหาโรค NCD เป็นประเด็นพัฒนาสำคัญของในชุมชน โดยเครือข่ายบริการ มีการดำเนินงานดังนี้

ดำเนินการ ดังนี้

1. โรงพยาบาลแม่ข่าย เสนอ และผลักดันให้เกิดนโยบายด้านบริการเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง
2. พขอ.แต่งตั้งคณะทำงานสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพสต.ที่สังกัดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านพฤติกรรมสุขภาพ โรคเบาหวาน เช่น เกษตร รวมทั้ง อปท. และชุมชน มีบทบาทในการขับเคลื่อนดำเนินการและติดตามการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย
3. โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับกลุ่มที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายบริการ จัดแผนปฏิบัติการของหน่วยบริการระดับอำเภอ ภายใต้นโยบายระดับจังหวัด กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และกิจกรรมที่ชัดเจน กำหนดมาตรฐานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งการกำหนดเกณฑ์การส่งต่อเพื่อแก้ไขปัญหาการควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีปัญหาที่ซับซ้อน ควรยืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของหน่วยบริการ และเครือข่ายบริการที่แตกต่างกันตามพื้นที่ย่อยในระดับอำเภอ หรือตำบล
4. จัดให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบหลักงานสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานระดับอำเภอ ทำหน้าที่การจัดการเชิงระบบ (System Manager) ทั้งอำเภอ รับผิดชอบจัดบริการ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยบริการปฐมภูมิ รวบรวมข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลเป็นหนึ่งเดียวให้ทีมสหสาขาวิชาชีพใช้ในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งบริการในสถานบริการและในชุมชน
5. มีการติดตามการได้รับสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นที่ครอบคลุมทั้งหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

6. พขอ.และโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการติดตามประเมินผลนโยบาย เป้าหมาย ทั้งการ จัดบริการ การเข้าถึงบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการจัดการตนเองของ ผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการบริการอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบ 4 สนับสนุนผู้รับผิดชอบบริการที่เป็นพยาบาล และพัฒนาผู้มีส่วนร่วมใน การให้บริการ

สนับสนุนผู้รับผิดชอบบริการที่เป็นพยาบาล หรือวิชาชีพอื่นที่ผ่านการอบรมของ เครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สถาน บริการและชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพ หรือผู้ที่ผ่านการอบรมของเครือข่าย บริการสุขภาพที่มีความรู้ และทักษะในการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานทั้งในหน่วยบริการทุกสังกัด และประสานการจัดบริการในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผู้รับผิดชอบบริการหลัก

ดำเนินการ

1. สนับสนุนผู้รับผิดชอบบริการที่เป็นพยาบาล

1.1. โรงพยาบาลแม่ข่ายที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และที่สังกัดองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด (อบจ.) พิจารณาส่งสนับสนุนพยาบาลผู้รับผิดชอบงานหลัก และทรัพยากร ในการบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในบริการระดับปฐมภูมิ หรือวิชาชีพอื่นกรณีไม่มี พยาบาลแต่ให้ผ่านการอบรมของเครือข่ายบริการสุขภาพ มีบทบาทในการจัดบริการในระดับปฐมภูมิ เป็นหลัก ประสานงานเชื่อมโยงในการจัดบริการในกลุ่มกลุ่มสาขาวิชาชีพ และผู้รับผิดชอบดังกล่าว ควรได้รับการอบรม ให้ครบทุกคน ทุกสังกัดทั้งกระทรวงสาธารณสุข

1.2. จัดให้มีนักโภชนาการประจำเครือข่าย เพื่อให้คำปรึกษาและร่วมจัดบริการใน รายที่จำเป็นในทุกสังกัด

1.3. จัดให้มีระบบการทดแทนผู้เกษียณ ลาออกหรือโยกย้ายให้สามารถบริการได้ อย่างต่อเนื่อง

1.4. จัดให้มีการติดตามการนำไปใช้ (implementation) และการแก้ไขข้อจำกัด เช่น ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ การทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ

2. การพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการให้บริการ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการจัดบริการทั้งทีมสหวิชาชีพใน หน่วยบริการ อสม.ในชุมชนเพื่อให้มีความรู้ ทักษะเพื่อจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่สถานบริการและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ดำเนินการ โดยเครือข่ายบริการระดับอำเภอ ดังนี้

1. พัฒนาหลักสูตร บทเรียน สำหรับบุคลากรผู้มีส่วนร่วมให้บริการทั้งแบบ online และ onsite ในเรื่องสำคัญดังนี้

1.1 การประเมินสภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Stage of Change Assessment)

1.2 การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview: MI)

1.3 การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

1.4 การจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน

2. พัฒนาหลักสูตร สำหรับ อสม. ในเรื่องสำคัญดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2.2 การสร้างแรงจูงใจ

2.3 ความตระหนัก ความสำคัญของการตรวจระดับน้ำตาลและการบันทึกข้อมูล

2.4 การให้บริการแบบสั้น เช่น การให้แนะนำแบบสั้นและมีเป้าหมาย (Brief interview: BI) การแนะนำแบบสั้น (Brief advice: BA) และการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counselling: BC) เป็นต้น

3. จัดอบรมให้กับผู้ร่วมให้บริการสนับสนุนในชุมชน ดังนี้

3.1 จัดอบรมอย่างต่อเนื่องให้กับพยาบาลหรือกลุ่มวิชาชีพต่างๆที่ให้บริการสนับสนุน ในทุกสังกัด ตามหลักสูตรที่กำหนด เช่น การจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน การสัมภาษณ์เพื่อเสริมพลัง (Motivation interview: MI) เป็นต้น

3.2 จัดอบรมให้กับ อสม. ที่ร่วมให้บริการสนับสนุนในชุมชน เรื่องที่เกี่ยวข้องตามหลักสูตรที่กำหนด เช่น การควบคุมอาหาร กิจกรรมทางกาย การรับประทานยาที่ถูกต้อง เป็นต้น

4. พัฒนาอสม. ต้นแบบ (Role model) ที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานแล้วสามารถปรับพฤติกรรมจนควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ มาช่วยในการเรียนรู้ และปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้มากขึ้น จากความรู้สึกร่วมกัน มีบริบทที่คล้ายกัน

5. จัดการความรู้แบบเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ด้วยการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง (on the job training) และการศึกษาผู้ป่วยแบบ case study & conference และวิธีการอื่นที่เหมาะสมในแต่ละวิชาชีพ

6. ติดตาม ประเมินผลการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 5 การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเตรียมสำหรับจัดบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดการใช้ข้อมูลในจัดบริการตั้งแต่ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน ติดตาม ผลการรักษา และสรุปผลการรักษาที่ใช้เชื่อมโยงร่วมกันอย่างเป็นระบบด้วยเครื่องมือ แอปพลิเคชัน และอุปกรณ์ที่มีมาตรฐาน

2. เพื่อให้มีการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยก่อนการให้บริการทั้งในหน่วย ระหว่างหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน ร่วมไปการสรุปผลหลังการให้บริการโดยไม่ขัดต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ดำเนินการ โดยเครือข่ายหน่วยบริการระดับอำเภอ ตำบล ดังนี้

1. นำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence: AI) ที่ทันสมัยมาจัดการ เชื่อมโยงข้อมูล หรือจัดโปรแกรมกลาง (Application) เชื่อมโยงข้อมูลการบันทึกของ อสม. หรือจาก ผู้ป่วยไปถึงทีมผู้จัดบริการ ควรเป็นข้อมูลด้านสุขภาพ และวิถีชีวิต เช่น ระดับน้ำตาล น้ำหนักตัว การ ควบคุมอาหาร บริบทของผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถแก้ไขปัญหา ได้ถึงรากเหง้าต้นตอของปัญหา ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ นำไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม

2. จัดให้มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย (Registry) ที่เป็นข้อมูลสุขภาพรายบุคคล (person health record) ที่สามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างหน่วยบริการที่ไม่ขัดต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ตามนโยบายและแนวทางการเชื่อมโยงข้อมูลตามคณะกรรมการบริหารจัดการระดับเขต ที่กำหนด

3. จัดให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลทั้งหมดทั้งในส่วนข้อมูล ในสถานบริการและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม

4. จัดให้มีการเตรียมและจัดการข้อมูลรายบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับ น้ำตาลไม่ได้

5. จัดให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และอปท. เพื่อใช้กำกับติดตามการ สนับสนุนอุปกรณ์วัสดุต่างๆร่วมกัน และลดความซ้ำซ้อนในการสนับสนุน

องค์ประกอบที่ 6 สนับสนุนอุปกรณ์ วัสดุ และสื่อการสอน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีการจัดทำแบบฟอร์มในการจัดเก็บข้อมูลในจัดบริการตั้งแต่ การประเมิน ผู้ป่วย การวางแผน ติดตามผลการรักษา และสรุปผลการรักษาที่ใช้เชื่อมโยงร่วมกันอย่างเป็นระบบ

2. เพื่อให้มีการเตรียม อุปกรณ์ และวัสดุที่จำเป็นให้บริการทั้งในหน่วยบริการ และ บริการเชิงรุกในชุมชน รวมทั้งสื่อการสอนที่สอดคล้องกับบริบท

ดำเนินการ

1. เครือข่ายบริการสุขภาพ จัดทำแบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยที่ครอบคลุมเก็บข้อมูลรอบด้านจากผู้ป่วย สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการบันทึกของ อสม. หรือจากผู้ป่วยไปถึงทีมผู้ให้บริการ เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองและเหตุปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ ควรใช้เทคโนโลยีดำเนินการ

2. หน่วยบริการจัดทำสื่อการสอนที่เหมาะสมในการจัดบริการเพื่อแนะนำ การตั้งเป้าหมาย และการช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มต่างๆ ตามอาชีพ กลุ่มชาติพันธุ์ ช่วงกลุ่มวัย (generation) หรือรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และมีการประเมินผลสื่อเฉพาะกลุ่มต่างๆ นั้นด้วย

3. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอร่วมกันสนับสนุนอุปกรณ์ และวัสดุ ที่จำเป็นให้บริการทั้งในหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน

หมวด 3 การบริการแบบบูรณาการ (Integration of services: I)

องค์ประกอบที่ 7 การจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการ

วัตถุประสงค์ เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย อสม. กับหน่วยบริการให้จัดบริการที่มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยง

ดำเนินการ

1. ผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการระดับปฐมภูมิ คือ พยาบาลวิชาชีพ หรือนุคลากรอื่นที่ได้รับการอบรมตามรูปแบบการจัดบริการฯ ได้กำหนดไว้ โดยมีหน้าที่ ดังนี้

1.1 ทำหน้าที่ Case Manager การออกแบบแผนการดูแลรายบุคคล (Individualized Care Plan)

1.2 ประสานงาน รวบรวมข้อมูล เชื่อมโยงฐานข้อมูลเป็นหนึ่งเดียว ให้สหสาขาวิชาชีพใช้ในการจัดบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งบริการในสถานบริการและในชุมชน

1.3 เป็นผู้ให้บริการหลัก ของการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วม

หลักการของรูปแบบการจัดบริการ คือ “การบริการเพื่อปรับพฤติกรรมผู้ป่วย โดยมี การออกแบบการปรับวิถีชีวิต และพฤติกรรม (Lifestyle modification) ที่ยืดหยุ่นตามบริบทผู้ป่วย (Context based) ทั้งแบบรายบุคคล หรือกลุ่มเฉพาะ โดยไม่ตึงหรือหย่อนจนเกินไป และการบริการ

เป็นแบบบูรณาการ การปรึกษาส่งต่อ จากระดับปฐมภูมิ ไปสู่ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยแบ่งการจัดบริการเป็น 4 ประเภท ดังนี้

2.1 จัดบริการแบบรายบุคคลในสถานบริการ

2.1.1 จัดให้มีกระบวนการบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ 1) การถาม และการประเมินความพร้อมผู้ป่วยเบื้องต้น (Ask & Assess) 2) การแนะนำผู้ป่วยจากส่วนขาที่ได้ประเมินไว้ (Advise) 3) การกำหนดเป้าหมาย และแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย (Agree) 4) การช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆระหว่างดำเนินการตามแผนการดูแล (Assist) และ 5) การติดตามและปรับเปลี่ยนแผนการดูแล (Follow up & Arrange) ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle modification) ที่ยืดหยุ่นตามบริบทผู้ป่วย (Context based) ไม่ตึงหรือหย่อนจนเกินไป โดยใช้ทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การประเมินสภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ และการเสริมพลังอำนาจ

2.1.2 จัดบริการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่น ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเป็นการบริการแบบองค์รวม เช่น ดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นต้น

2.1.3 จัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพ การจัดการบริการในหน่วยบริการโดยใช้ข้อมูลแหล่งเดียวกัน และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยและพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลร่วมจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2.1.4 จัดให้แพทย์ร่วมวางแผนการดูแลรักษา และให้คำปรึกษา ประจําพสต. ได้อย่างต่อเนื่อง โดยควรมีองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การสนับสนุนการจัดการตนเองต่อผู้ป่วยเบาหวาน และมีความเข้าใจบริบทของพื้นที่มาให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

2.1.5 จัดให้มีนักโภชนาการประจำเครือข่าย เพื่อให้คำปรึกษาและร่วมจัดบริการในรายที่จำเป็นในทุกสังกัด

2.2 การจัดบริการแบบกลุ่มในสถานบริการ

2.2.1 จัดบริการแบบกลุ่มในสถานบริการ ในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้แลกเปลี่ยนปัญหา วิธีการแก้ไขปัญหาร่วมทั้งข้อแนะนำจากผู้ให้บริการเกิดการจัดการตนเองในการปรับพฤติกรรม ซึ่งรูปแบบบริการนี้เหมาะสมกับการบริการที่มีข้อจำกัดด้านเวลา

2.2.2 ผู้นำกลุ่มของการให้บริการแบบกลุ่มควรมีทักษะในการดำเนินการซึ่งอาจจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีทักษะในการนำกลุ่ม

2.3 การจัดการบริการโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเครือข่ายเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยความร่วมมือภายในเครือข่ายบริการฯ และการสนับสนุนจากชุมชน โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาที่โปรแกรมกำหนด เพื่อให้สามารถจัดการตนเอง ปรับพฤติกรรมได้นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์

2.3.1 จัดทำในลักษณะโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยสามารถจัดกลุ่มเฉพาะตามบริบทได้ เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มตามพื้นที่ ระดับชุมชน หรือหมู่บ้าน เป็นต้น

2.3.2 จัดกิจกรรมดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีต้นแบบ (Role Model) ที่เป็นผู้ป่วย หรือ อสม.ทั้งในพื้นที่ หรือนอกพื้นที่ทำให้มีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม เช่น การกำหนดเป้าหมาย การสร้างกำลังใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ต่อเนื่องยั่งยืนอย่างไร เป็นต้น

2.3.3 จัดให้มีการบูรณาการปัญหากับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่ง พชอ. สามารถช่วยสนับสนุนแก้ไขปัญหาปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เกี่ยวข้องและขยายรูปแบบให้กว้างขึ้น ในลักษณะ พชอ.

2.4 การจัดการที่บ้าน หรือในชุมชน

2.4.1 จัดบริการที่มุ่งเน้นการเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับบริบท ตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. หรือผู้บริหารในชุมชน ที่ได้รับการอบรม

2.4.2 สถานบริการควรใช้ Telemedicine เป็นประโยชน์ในการดูแลและติดตามผู้ป่วยที่บ้าน โดยเสริมความยืดหยุ่นการจัดการบริการ หรือใช้โปรแกรมอื่นๆ ที่สามารถบริการระยะไกลได้ โดยจัดการบริการ 2 รูปแบบ ดังนี้

1) กรณีที่ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านเทคโนโลยี. ให้จัดการบริการแบบ Telemedicine โดยบุคลากรสาธารณสุข หรือใช้เทคโนโลยีอื่นที่มีความก้าวหน้าทันสมัยเป็นปัจจุบันที่สามารถสื่อสารระหว่างบุคลากรสาธารณสุข และผู้ป่วย ครอบคลุมได้ และให้บริการตามกระบวนการ 5 เอ ได้ (การถาม และการประเมินความพร้อมผู้ป่วยเบื้องต้น การแนะนำผู้ป่วยจากส่วนขาที่ได้ประเมินไว้ การกำหนดเป้าหมาย และแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย การช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆระหว่างดำเนินตามแผนการดูแล และการติดตามและปรับเปลี่ยนแผนการดูแล)

2) กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมด้านเทคโนโลยีให้จัดบริการที่เหมาะสมตามบริบท เช่น จัดให้อสม.หรือญาติช่วยสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล กับผู้ป่วย แทน การรับส่งผู้ป่วยมาใช้บริการที่รพสต.ที่มีสัญญาณ Internet ชัดเจน เป็นต้น

2.4.3 สร้าง และพัฒนาระบบการติดตามการปรับพฤติกรรมต่างๆที่เหมาะสม และเกิดความยั่งยืนที่เหมาะสมตามบริบทกลุ่มผู้ป่วย ชุมชน และเฉพาะราย
รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ได้ผ่านการพัฒนาและประเมินผล

หมวด 4 การมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation of community: P)

องค์ประกอบที่ 8 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดบทบาทความร่วมมือจากผู้ป่วยในการจัดการตนเองทั้งการบริการในหน่วยบริการ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพต่างๆที่เกี่ยวข้องในชุมชน

ดำเนินการ

1. ผู้ป่วยร่วมมือในการให้ข้อมูลกับทีมผู้ให้บริการในการใช้ประเมินผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยร่วมมือกำหนดเป้าหมายในการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมผู้ให้บริการ
3. ผู้ป่วยสร้างจุดใจของตนเองที่เหมาะสมตามบริบทเพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง
4. ผู้ป่วยร่วมมือในการปรับพฤติกรรมตามแผนการรักษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญ

ดังนี้

- 4.1 การควบคุมการรับประทานอาหาร
- 4.2 การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และพฤติกรรมอื่นๆ
- 4.3 การกำหนดวิธีการเตือนตนเองให้ปรับพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดขึ้นที่มีแรงจูงใจเฉพาะของตน

องค์ประกอบที่ 9 การมีส่วนร่วมและความร่วมมือของชุมชนในการดูแลและติดตามผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดบทบาทการมีส่วนร่วม และความร่วมมือจากชุมชนทั้งจาก อสม. หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ในการสนับสนุนการจัดการตนเองทั้งการบริการในหน่วยบริการ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพต่างๆที่เกี่ยวข้องในชุมชน

ดำเนินการ

1. ชุมชน และกลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการคิด และออกแบบการจัดบริการเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะราย ไม่ทำรูปแบบเดียวกันกับทุกกลุ่ม รวมไปถึงรูปแบบโครงการ ที่รับบจาก กปท. ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการกำหนดมาตรการทางสังคม ตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

2. อสม. หรือร่วมให้บริการในชุมชน โดยมีหน้าที่ติดตามการปฏิบัติตัว ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เป็นตัวกลางในการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพ กับผู้ป่วยโดยตรง โดยใช้เครื่องมือสื่อสาร เช่น โลกแอปพลิเคชัน บางชุมชนที่มีข้อจำกัดของอสม. ให้ผู้บริบาลในชุมชน (Care Give) ดูแลผู้ป่วยแทนได้

4. อปท. สนับสนุนทรัพยากรและโครงการเพื่อสนับสนุนเครื่องมือวัสดุ และการแก้ไขปัจจัยสังคมต่างๆที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในอปท. ถึงความสำคัญ ขอบเขต และขั้นตอนของการจัดทำโครงการอปท.อย่างมีประสิทธิภาพ และมีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม

โดยผู้วิจัยได้สรุปความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ต่อรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 จากผลการประเมินรูปแบบโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เป็น 9 องค์ประกอบ ตามภาพ 23 ดังนี้



ภาพ 23 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 2 โดยวิธีการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed methods research design) ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบบุกเบิกตามลำดับขั้น (Exploratory Sequential Design) ซึ่งเป็นทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2567 ถึงเดือน ธันวาคม 2568 โดยเลือกเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย จังหวัด พิษณุโลก ตาก สุโขทัย อุตรดิตถ์ และเพชรบูรณ์ เป็นพื้นที่การศึกษา ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 และวัตถุประสงค์รอง ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 3) เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 2 และ 4) เพื่อประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 2 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และระยะที่ 4 ประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยขอเสนอผลสรุปการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

การสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยสรุปผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

สถานการณ์การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่เป็นอยู่ มีการจัดบริการที่ต่างกันในแต่ละพื้นที่ สำหรับกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ส่วนใหญ่จัดบริการในคลินิกเบาหวานของรพ.แม่ข่ายเพื่อแก้ไขปัญหาแบบรายบุคคล มีส่วนน้อยจัดบริการที่ รพ.สต. และจัดทำโครงการพิเศษเพื่อแก้ไขปัญหา มีการติดตามเชิงรุกในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นกลไกสำคัญ การวัดผลลัพธ์การบริการฯ วัดที่อัตราการได้รับการตรวจค่า

ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) และอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ แต่ยังไม่พบการวัดการ จัดการตนเองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ชัดเจน

มีหน่วยบริการ รพสต.หรือหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการหลักที่จัดบริการเพื่อ สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นแกนกลางเชื่อมโยงการจัดบริการของคลินิก เบาหวานในรพ.แม่ข่าย กับผู้ป่วยและชุมชน โดยมีเครื่องมือที่สำคัญเพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้ เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วย รพ.แม่ข่าย ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย แนวทางการรักษาและส่งต่อ การทำงานของ ทีมสหวิชาชีพ และการบริการในชุมชน ที่ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้องตามอำนาจหน้าที่ ขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เขตสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และอปท. โดยมีรายละเอียดที่ สำคัญ การทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี (case manager) และการติดตามเชิงรุกในชุมชน โดยมี อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนทรัพยากรผ่านกองทุนหลักประกัน สุขภาพท้องถิ่น(กปท.) เพื่อเสริมความต่อเนื่องของการจัดบริการในระดับพื้นที่

จากข้อสรุปของการวิจัยเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการ จัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และผู้วิจัยได้เปรียบเทียบกับปัจจัยและ ตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีตัวแปรใหม่เพิ่มขึ้น 1 ตัวแปร คือ การมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย จึงได้สรุปปัจจัยที่จะนำไปศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ในระยะที่ 2 ดังนี้ – รวมทั้งหมดมี 7 ปัจจัย 28 ตัวแปร ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการบริการ 2) ด้านการสนับสนุนทรัพยากร 3) ด้านสมรรถนะของ ผู้จัดบริการ 4) ลักษณะการจัดบริการ 5) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เดิมมีตัวแปรการมีส่วนร่วม ของอสม. ครอบครัว และอปท. จากการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่ามีตัวแปรการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นในปัจจัยนี้ด้วย และ 6) ด้านข้อมูลส่วนบุคคล

2. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 7 ตัวแปร โดยเรียงตามค่าสัมประสิทธิ์ จากมากไปหาน้อย ดังนี้

1. การสนับสนุนอุปกรณ์ (X17) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 50.9 ($R^2 = .509$) โดยเมื่อคะแนนการสนับสนุนอุปกรณ์เปลี่ยนไป 1 คะแนน การบริการเพื่อ สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จะเพิ่มขึ้น 0.111 คะแนน ($B = 0.111$)

2. การเตรียมข้อมูล (X24) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 37.8 ($R^2 = .378$) โดยเมื่อคะแนนการเตรียมข้อมูล เปลี่ยนไป 1 คะแนน การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการ ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จะเพิ่มขึ้น 0.068 คะแนน ($B = 0.068$)

3. ทักษะของผู้จัดบริการ (X20) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 55.2 (R square = .552) โดยเมื่อคะแนนทักษะผู้จัดบริการ เปลี่ยนไป 1 คะแนน การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จะเพิ่มขึ้น 0.23 คะแนน (B = 0.23)

4. การมีส่วนร่วมของอสม. (X25) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 58 (R square = .58) โดยเมื่อคะแนนการมีส่วนร่วมของอสม.เปลี่ยนไป 1 คะแนน การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จะเพิ่มขึ้น 0.081 คะแนน (B = 0.081)

5. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (X28) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 58.9 (R square = .589) โดยเมื่อคะแนนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเปลี่ยนไป 1 คะแนน การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จะเพิ่มขึ้น 0.047 คะแนน (B = 0.047)

6. กำหนดทิศทางการจัดบริการ (X11) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 60.2 (R square = .602) โดยเมื่อคะแนนกำหนดทิศทางการบริการ เปลี่ยนไป 1 คะแนน การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จะเพิ่มขึ้น 0.037 คะแนน (B = 0.037)

7. วิชาชีพพยาบาล (X7) โดยวิชาชีพพยาบาลมีผลต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าวิชาชีพอื่นที่ไม่ใช่พยาบาล (อ้างอิง) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 59.4 (R square = .594) โดยเมื่อวิชาชีพพยาบาลเป็นผู้ให้บริการหลัก คะแนนการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจะสูงกว่าวิชาชีพอื่น 0.121 คะแนน (B = 0.121)

ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อกำหนดสมการในการพยากรณ์รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จากปัจจัยพยากรณ์ต่างๆ โดยนำเข้าสมการโดยวิธีการนำเข้าแบบขั้นตอน (stepwise) (n =370) ได้ดังนี้

การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน = $-0.436 + 0.111$ (การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์) + 0.068 (การเตรียมข้อมูลการให้บริการ) + 0.23 (ทักษะของผู้จัดบริการ) + 0.081 (การมีส่วนร่วมของอสม.) + 0.047 (การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย) + 0.037 (การกำหนดทิศทางการบริการ) + 0.121 (วิชาชีพพยาบาล) โดยมีความสามารถในการพยากรณ์ได้ 60.50 %

3. ผลการพัฒนา และประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2

ผู้วิจัย ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาได้กร่างรูปแบบโดยอาศัยข้อมูลจากการวิจัยระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มาจัดทำร่างรูปแบบแล้วนำมาเสนอเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะต่อร่างรูปแบบจากกลุ่มตัวแทนผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารรพ.แม่ข่าย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ผู้จัดการรายโรค(case manager) ตัวแทนวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้แก่ นักโภชนาการ เภสัชกร และ

นักกายภาพบำบัด แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้นำมาปรับปรุง เป็นรูปแบบฉบับปรับปรุง เพื่อนำมาใช้ ประเมินรูปแบบโดยการสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (connoisseurship) ที่ประกอบด้วยตัวแทน ผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ให้บริการซึ่งมีการปรับปรุงรูปแบบหลังการประเมินผลโดยการสัมมนาอิง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความตรงประเด็น ความเหมาะสม และเป็นไปได้ตามบริบท ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ สร้างความร่วมมือเพื่อนโยบาย (Collaboration for policy:C) การจัดการเครือข่าย ระดับอำเภอ (Network Management at District Level: N) การบูรณาการบริการ (Integration of services: I) และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation of community: P) จำนวน 9 องค์ประกอบ นำเสนอโดยสรุปดังนี้

หมวด 1 สร้างความร่วมมือเพื่อนโยบาย (Collaboration for policy:C)

องค์ประกอบที่ 1: การสร้างความร่วมมือเพื่อกำหนดนโยบายระดับเขต

องค์ประกอบนี้มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานในระดับเขตสุขภาพเพื่อกำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานในการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีเป้าหมายให้หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และได้รับการสนับสนุนทรัพยากรและการติดตามประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินการสำคัญคือการจัดตั้งกลไกความร่วมมือในระดับเขตในรูปแบบ คณะกรรมการหรือกลุ่มบริหารจัดการ เพื่อร่วมกำหนดนโยบาย แนวทาง และมาตรการในการ จัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วม ได้แก่ เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต และหน่วยงานวิชาการในพื้นที่

คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทในการกำหนดแนวทางการจัดบริการที่ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย การกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการให้บริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการวางแผนบริการ และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นจากหลายแหล่งงบประมาณ นอกจากนี้ คณะกรรมการระดับเขตควรบูรณาการ การดำเนินงานร่วมกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อกำหนดเป้าหมายและ แนวทางพัฒนาระบบบริการ รวมทั้งสื่อสารนโยบายไปสู่หน่วยบริการทุกระดับ และติดตามประเมินผล ทั้งด้านการจัดบริการ การเข้าถึงบริการ และผลลัพธ์ด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนในระบบสุขภาพ.

องค์ประกอบที่ 2: การสร้างความร่วมมือหุ้นส่วนสุขภาพเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ ระดับจังหวัด

องค์ประกอบนี้มุ่งสร้างความร่วมมือของหุ้นส่วนสุขภาพในระดับจังหวัดเพื่อสนับสนุน การจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเน้นการประสานการสนับสนุน

ทรัพยากร การจัดบริการ และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการในระดับอำเภอและตำบล เพื่อลดอุปสรรคในการดำเนินงานร่วมกัน

การดำเนินงานกำหนดให้มีกลไกคณะกรรมการหรือกลุ่มความร่วมมือของหุ้นส่วนสุขภาพ ซึ่งอาจใช้กลไกเดิม เช่น คณะกรรมการบริการสุขภาพสาขาโรคเรื้อรัง (NCD Service Plan) และปรับบทบาทให้สนับสนุนการจัดบริการด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น หน่วยงานสำคัญที่ร่วมดำเนินการ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด และหน่วยบริการในสังกัด โดยร่วมกันกำหนดนโยบาย วางแผนสนับสนุนการจัดบริการ สนับสนุนทรัพยากร และเชื่อมโยงข้อมูลบริการข้ามสังกัดผ่านกลไก Service Plan นอกจากนี้ ควรกำหนดมาตรฐานการจัดบริการ มาตรฐานบุคลากรผู้รับผิดชอบ การพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง และมาตรฐานการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล พร้อมทั้งสื่อสารนโยบายไปสู่หน่วยบริการทุกระดับ และติดตามประเมินผลทั้งด้านการจัดบริการ การเข้าถึงบริการ และผลลัพธ์การจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

หมวด 2 การจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ (Network Management at District Level: N)

องค์ประกอบที่ 3 การกำหนดนโยบายและการจัดการระดับอำเภอภายใต้การสนับสนุนจาก พชอ.

องค์ประกอบนี้มุ่งเน้นการบริหารจัดการเครือข่ายบริการระดับอำเภอ โดยความร่วมมือของโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัด ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อผลักดันประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นวาระสำคัญของพื้นที่

โรงพยาบาลแม่ข่ายมีบทบาทเสนอและผลักดันนโยบายการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อ พชอ. พร้อมทั้งร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ กำหนดเป้าหมายและมาตรฐานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน โดยสามารถปรับให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ พชอ.แต่งตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วยหน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคชุมชน เพื่อร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานและติดตามผล

ทั้งนี้กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบหลักในบทบาทผู้จัดการระบบ (System Manager) เพื่อประสานการทำงานของสหสาขาวิชาชีพ เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย และสนับสนุนการจัดบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน พร้อมทั้งมีการติดตามการสนับสนุนทรัพยากรและประเมินผลการทำงานอย่างต่อเนื่อง.

องค์ประกอบที่ 4 การสนับสนุนผู้รับผิดชอบบริการที่เป็นพยาบาลและการพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการจัดบริการ

องค์ประกอบนี้มุ่งสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรสุขภาพที่ผ่านการอบรมของเครือข่ายบริการสุขภาพให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อให้การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการเกิดประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลแม่ข่ายควรสนับสนุนพยาบาลผู้รับผิดชอบหลักและทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงานระดับปฐมภูมิ รวมทั้งจัดให้มีนักโภชนาการในเครือข่ายบริการเพื่อให้คำปรึกษาในรายที่จำเป็น และมีระบบทดแทนกำลังคนกรณีเกษียณ ลาออก หรือโยกย้าย เพื่อให้บริการดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรมีการติดตามการนำรูปแบบบริการไปใช้และแก้ไขข้อจำกัดในการปฏิบัติงาน เช่น ศักยภาพของผู้ให้บริการและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ

ในด้านการพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการจัดบริการ ควรพัฒนาหลักสูตรและการอบรมให้บุคลากรทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะที่สำคัญ เช่น การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การเสริมพลังอำนาจ และการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งพัฒนา อสม.ต้นแบบที่สามารถควบคุมโรคได้ดีให้เป็นแบบอย่างในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย และส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันในเครือข่ายผ่านการฝึกปฏิบัติงานจริง การแลกเปลี่ยนกรณีศึกษา และการติดตามประเมินผลการนำความรู้ไปใช้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง.

องค์ประกอบที่ 5 การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเตรียมสำหรับบริการ

องค์ประกอบนี้มุ่งพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อสนับสนุนการจัดบริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมิน วางแผนการดูแล ติดตามผล และสรุปผลการรักษา โดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่มีมาตรฐาน

หน่วยบริการควรนำเทคโนโลยีสารสนเทศหรือปัญญาประดิษฐ์มาพัฒนาโปรแกรมหรือแอปพลิเคชันกลาง เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยจาก อสม. และผู้ป่วยสู่ทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ควรมีระบบทะเบียนผู้ป่วยรายบุคคลที่สามารถใช้ร่วมกันระหว่างหน่วยบริการภายใต้ข้อกำหนดด้านกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบการจัดการข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อเตรียมข้อมูลผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ที่สำคัญควรเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนทรัพยากรและลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน.

องค์ประกอบที่ 6 การสนับสนุนอุปกรณ์ วัสดุ และสื่อการสอน

องค์ประกอบนี้มุ่งสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ และสื่อการสอนที่จำเป็นต่อการจัดบริการ สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งในสถานบริการและการบริการเชิงรุกในชุมชน

เครือข่ายบริการสุขภาพควรพัฒนาแบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยที่ครอบคลุมข้อมูลด้าน สุขภาพ พฤติกรรม และบริบทชีวิต เพื่อใช้ในการวางแผน ติดตาม และประเมินผลการดูแล โดย สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขสู่ทีมผู้ให้บริการ และหน่วยบริการควร พัฒนาสื่อการสอนที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เช่น อาชีพ กลุ่มชาติพันธุ์ ช่างวัย หรือรายบุคคล เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งมีการประเมินประสิทธิผล ของสื่อที่ใช้ และสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุที่จำเป็นในการจัดบริการอย่างเพียงพอ โดยความร่วมมือ ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในการจัดหาและสนับสนุนทรัพยากรร่วมกัน

หมวด 3 การบูรณาการบริการ (Integration of services: I)

องค์ประกอบที่ 7 การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานแบบบูรณาการ

องค์ประกอบนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการจัดบริการที่บูรณาการการทำงานของหน่วยบริการ ผู้ป่วย และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการ จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน

พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในระดับ ปฐมภูมิ โดยทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ออกแบบแผนการดูแลรายบุคคล ประสาน ข้อมูล และสนับสนุนการจัดบริการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในสถานบริการและชุมชน

การจัดบริการเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่ยืดหยุ่นตามบริบทของผู้ป่วย โดยมีการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ พร้อมการติดตามและปรับแผน อย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการจัดบริการประกอบด้วย 4 รูปแบบ ได้แก่ การบริการรายบุคคลในสถาน บริการเน้นใช้กระบวนการ 5 เอ การจัดบริการแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยความร่วมมือของเครือข่ายบริการและชุมชน และการจัดบริการที่ บ้านหรือในชุมชน การดำเนินงานใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยข้อมูลสุขภาพและ พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นฐานในการวางแผนบริการ รวมทั้งสนับสนุนการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน ผ่านการเยี่ยมบ้าน อสม. และ การใช้เทคโนโลยี หรือปัญญาประดิษฐ์ที่ทันสมัยสามารถสื่อสาร 2 ทาง ได้ เช่น Telemedicine เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย

หมวด 4 การมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation of community: P)

องค์ประกอบที่ 8 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

มุ่งส่งเสริมบทบาทของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมดูแลตนเอง โดยร่วมให้ข้อมูลเพื่อการประเมินสุขภาพ กำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกับทีมผู้ให้บริการ และสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และการใช้วิธีเตือนตนเองเพื่อรักษาพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 9 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย โดยชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมออกแบบกิจกรรมหรือโครงการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้ดูแลในชุมชนมีบทบาทติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำ ตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสนับสนุนทรัพยากรงบประมาณ และโครงการต่าง ๆ เพื่อช่วยแก้ไขปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย ความร่วมมือของชุมชน และหน่วยบริการจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระบบสุขภาพ.

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2 ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์หลักได้ ดังนี้

อภิปรายผลการศึกษารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2

จากสรุปรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ได้ผ่านการพัฒนาและประเมินผล สามารถสรุปเรียกชื่อย่อว่า C-NIP Model ประกอบด้วย 4 หมวด 9 องค์ประกอบ ได้แก่ หมวดสร้างความร่วมมือเพื่อนโยบาย (Collaboration for policy:C) ประกอบด้วย 1) การสร้างความร่วมมือเพื่อกำหนดนโยบายระดับเขต และ 2) สร้างความร่วมมือหุ้นส่วนสุขภาพเพื่อสนับสนุนการจัดบริการระดับจังหวัด

หมวดการจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ (Network Management at District Level: N) ประกอบด้วย 3) กำหนดนโยบายและการจัดการระดับอำเภอภายใต้การสนับสนุนจาก พขอ. 4) สนับสนุนผู้รับผิดชอบบริการที่เป็นพยาบาล และพัฒนาผู้มีส่วนร่วมให้บริการ 5) การเชื่อมโยง

ข้อมูลเพื่อเตรียมสำหรับจัดบริการ และ 6) สนับสนุนอุปกรณ์ วัสดุ และสื่อการสอน หมวด การบูรณาการบริการ (Integration of services: I) ประกอบด้วย 7) การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการ และหมวดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation of community: P) ประกอบด้วย 8) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และ 9) การมีส่วนร่วมและความร่วมมือของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

สามารถอภิปรายในประเด็นสำคัญได้ ดังต่อไปนี้

1. การสร้างความร่วมมือเพื่อนโยบาย (Collaboration for policy: C)

ในรูปแบบนี้ให้ความสำคัญการสร้างความร่วมมือเพื่อนโยบายในระดับเขตและระดับจังหวัด

ตามผลการศึกษาในองค์ประกอบที่ 1 และ 2 พบว่าการสร้างความร่วมมือเพื่อกำหนดนโยบายระดับเขตและระดับจังหวัดมีความจำเป็นโดยเฉพาะในระดับเขตสุขภาพควรมีกฎคณะกรรมการหรือกลุ่มบริหารจัดการระดับเขต มีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางเชิงนโยบาย แนวทางบริการ ทิศทางพัฒนาศักยภาพบุคลากร การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยในและระหว่างหน่วยงาน และสร้างการบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยบริการในพื้นที่ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และติดตามประเมินผล

ในขณะเดียวกันระดับจังหวัดควรมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงความร่วมมือของหุ้นส่วนสุขภาพ โดยเฉพาะหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งมีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหลายแห่งย้ายสังกัดจากกระทรวงสาธารณสุขไปที่ อบจ. (สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจ, 2565) ขณะเดียวกันระดับจังหวัดควรใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด ซึ่งช่วยสนับสนุนความร่วมมือการวางแผนระดับจังหวัด ในระดับจังหวัด ควรใช้กลไกที่มีอยู่เดิม เช่น แผนบริการสุขภาพ (Service Plan) ในสาขาโรคเรื้อรัง เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงแผนให้เป็นรูปธรรม การประสานความร่วมมือบริการระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ กำหนดมาตรฐานบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน จึงจะส่งผลให้การดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานในระดับเขตและระหว่างหน่วยงานในระดับจังหวัดมีความสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนการจัดบริการและการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเป็นระบบ โดยที่ผ่านมายังไม่เคยมีกลไกการสร้างความร่วมมือมาก่อนในเขตสุขภาพที่ 2 ดังนั้นจึงควรสร้างกลไกดังกล่าวให้เกิดขึ้น ซึ่งแนวคิดการบริหารจัดการแบบความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (Collaborative Governance) (Ansell & Gash, 2008) ได้ระบุไว้ว่าการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานร่วมกันของหลายภาคส่วนสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการ

แก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข ซึ่งการสร้างนโยบายร่วมของหน่วยงานระดับเขตและจังหวัด มีความสอดคล้องกับข้อเสนออนาคตของระบบสุขภาพไทยใน 10 ปีข้างหน้า (นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข และคณะ, 2568) ที่ระบุว่า ระบบสุขภาพของประเทศไทยควรผลักดันให้เกิด Health in All Policies คือ การที่จะกำหนดนโยบายสาธารณะ ทุกภาคส่วนคำนึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

ขณะเดียวกันผลการศึกษาเป็นไปตามแนวคิดระบบสุขภาพเชิงพลวัต (health system dynamic) (Van Olmen et al., 2012) ให้ความสำคัญของการจัดการและภาวะผู้นำ (Leaderships & governance) โดยเน้นเรื่องความร่วมมือ (Collaboration) และอยู่ภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ที่เปลี่ยนหมุนไปเป็นพลวัต นอกจากนี้ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Thipaporn Tharavanij et al. (2025) ที่พบว่าการพัฒนาเครือข่ายบริการเบาหวานในระดับประเทศผ่านระบบ (Diabetes Self-Management Program and Network System) เป็นความร่วมมือในระบบสุขภาพหลายระดับ ทั้งความร่วมมือเชิงนโยบายระดับประเทศ ทีมสหวิชาชีพ และจัดบริการ ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และสนับสนุนการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ ศิริหมาย และวาริชา ชมนิรัตน์ (2564) พบว่าการพัฒนาบริการเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองที่สำเร็จนั้นผู้บริหารต้องสร้างนโยบายการจัดการที่มีการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบตั้งแต่การวางแผน การดำเนินการ การติดตาม ประเมินผล และการให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการให้บริการที่ต่อเนื่อง และยั่งยืน พร้อมการสร้างความร่วมมือทั้งภายในหน่วยงาน และเครือข่ายต่างๆด้วย ในขณะเดียวกัน กติมา สงาร์ตณพิมาน และอรพิน ภัทรกรสกุล (2565) ได้เสนอแนะว่าการกำหนดนโยบาย และมีการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น และการสร้างร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่างๆทั้งหน่วยบริการและชุมชนท้องถิ่นจะช่วยเพิ่มคุณภาพการให้บริการสนับสนุนการจัดการเพื่อปรับพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานได้มากขึ้น นอกจากนี้ในกรณีเฉพาะความร่วมมือระดับจังหวัดก็สอดคล้องกับการศึกษาของรังสิมันต์ ทองสวัสดิ์ และบุญชัย อุดม (2568) ที่มีข้อเสนอให้มีการร่วมมือกันสนับสนุนทรัพยากรในการจัดการผู้ป่วยเบาหวานทั้งจากสสจ. และอบจ. เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานดำเนินการไปได้ด้วยดี

2. การจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ (Network Management at District Level: N)

การจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของหน่วยบริการหลายระดับ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ แนวคิดการจัดการเครือข่ายบริการสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารเครือข่าย (network governance) ที่เน้นการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรที่มีบทบาทแตกต่างกันเพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพร่วมกัน ซึ่ง

ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการและการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพ (Provan & Kenis, 2008) ประกอบด้วย 4 ประเด็นหรือองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

การกำหนดนโยบายและการจัดการระดับอำเภอภายใต้การสนับสนุนจาก พชอ.

การพัฒนาการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในระดับอำเภอ เริ่มจากการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการเครือข่ายบริการภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ โดยองค์ประกอบนี้กำหนดบทบาทหลักของการจัดการเครือข่ายที่มีรพ.ของแต่ละอำเภอเป็นศูนย์กลางในการสนับสนุนรพสต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตตำบลเดียวกันเป็นพื้นที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยมีการร่วมกันกำหนดเป้าหมายการจัดบริการ การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร การพัฒนาบุคลากร การเชื่อมโยงข้อมูล โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการแบบเชิงระบบ (system manager) ในระดับอำเภอ เพื่อเชื่อมโยงการจัดบริการระหว่างผู้ให้บริการที่เป็นทีมสหวิชาชีพภายในหน่วยบริการ ผู้ร่วมให้บริการ เช่น อสม. และผู้ป่วย นอกจากนี้เครือข่ายบริการต้องมีการทำงานร่วมกับโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อช่วยกันดูแลโรคเบาหวานตามแนวคิดระบบสุขภาพเชิงพลวัตร (health system dynamic) โดย van Olmen, 2012 และแนวคิด ECCM (2003) ที่เน้นการทำงานร่วมกันของหน่วยบริการกับชุมชน รวมไปถึงการร่วมกับพชอ.ในการผลักดันการทำงานตามที่กฎบัตรออกตาวา(Ottawa charter) ปี 1986 ได้เสนอให้มีการส่งเสริมสุขภาพ ผ่าน 5 กลยุทธ์หลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทั้งในหน่วยบริการและนำไปปฏิบัติได้ต่อเนื่องในชุมชน รวมไปถึงการออกแบบ และการปรับปรุงแบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุธี เจริญตระกูลศักดิ์ (2565) ที่มีข้อเสนอแนะให้มุ่งเน้นการทำงานบริการโรคเบาหวานแบบเครือข่ายบริการที่มีแผนงานชัดเจนต่อเนื่อง และการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างเข้มแข็ง ในส่วนความสำคัญของการสนับสนุน จาก พชอ.ที่สอดคล้องกับการศึกษาของไพโรจน์ พรหมทันใจ และคณะ (2566) มีข้อค้นพบว่า .จุดเด่นของการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงด้วยกลไกพชอ. โดยมีการจัดตั้ง NCD Board ระดับอำเภอนั้นสามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆทั้งจากภาครัฐภาคเอกชน และภาคประชาชนจนเกิดนโยบาย และกลไกขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากระดับอำเภอ ตำบลจนถึงระดับหมู่บ้าน ได้แก่ การพัฒนานโยบายสาธารณะการบังคับใช้กฎหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมายและมีมาตรการทางสังคมจากความตระหนักต่อปัญหาของชุมชน และการปรับสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ในด้านผลลัพธ์พบว่าอำเภอที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยกลไกพชอ. มีผลการควบคุมน้ำตาลที่ดีขึ้น

การสนับสนุนผู้รับผิดชอบบริการที่เป็นพยาบาลและการพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการจัดการบริการ

การสนับสนุนผู้รับผิดชอบบริการเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรสุขภาพที่ได้รับการอบรมตามกำหนดไว้มีความสำคัญต่อการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลอย่างต่อเนื่อง การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความสามารถในการประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย วางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การให้คำปรึกษา การเสริมพลังผู้ป่วย และการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของ Taaon et al. (2024) ได้ศึกษาพบว่า การใช้รูปแบบ nurse case management สามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ลดระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้ (Taaon et al., 2024) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jutterström et al. (2016) พบว่า การจัดการบริการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยการนำของพยาบาล (nurse-led self-management support) ช่วยลดค่า HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Jutterström et al., 2016)

อย่างไรก็ตามในบางหน่วยบริการก็ยังขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพทั้งในเชิงอัตรากำลังและสมรรถนะที่จำเป็นตลอดจนความต่อเนื่องที่อาจขาดหายไปทั้งจากเกษียณอายุราชการ การโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน หรือการลาออก เป็นต้น ทำให้ส่งผลต่อประสิทธิภาพต่อการบริการผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นควรจัดหาพยาบาล หรือพัฒนางานวิชาชีพอื่นให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงคราญ ศรรักษา และณัฐฐรณ์ ปัญจันต์ (2564) ที่เสนอแนะให้มีการกำหนดนโยบาย และความร่วมมือการพัฒนาส่วนขาดของพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการรายกรณี (case manager: CM) เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค มีทักษะการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่ผู้ป่วยเน้นให้มีความเข้าใจ และเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยโดย การวางแผนแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่การวิเคราะห์ ทำความรู้จักผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายร่วมกัน กำหนดแผนการสนับสนุนด้วยการให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความตั้งใจและมั่นใจเป็นรายบุคคล โดยใช้กระบวนการ individual care plan นอกจากนี้จากการศึกษาของวิไลวรรณ วงศ์ทิมากร (2566) ที่เสนอให้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลเฉพาะรายที่มีการดูแลแบบองค์รวมทั้งในหน่วยบริการ และการออกเยี่ยมบ้านที่มีการร่วมมือกับวิชาชีพต่างร่วมไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรคประจำตัวทั้งภาวะซีมีเศร่า และโรคหอบหืดซึ่งมีผลต่อการปรับพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ และผู้ร่วมบริการ ให้มีความพร้อมในการให้บริการที่มีมาตรฐานคุณภาพ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นผู้ที่จะจัดการบริการโดยตรงกับผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินตนเองของผู้ให้บริการในคลินิก NCD Clinic Plus online พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนน

ในหมวดระบบสนับสนุนการจัดการตนเองน้อยที่สุดมาโดยตลอด สอดคล้องกับการศึกษาของเชิดศักดิ์ สุทธิสา และสุวคนธ์ เหล่าราช (2566) ที่พบว่าพบว่าอุปสรรคสำคัญในการจัดบริการ คือทีมผู้ให้บริการยังขาดการพัฒนาทักษะความรู้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและจากการศึกษาของเกรียงกมล เหมือนกรุด และคณะ (2564) ได้ศึกษาความสำเร็จในการแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสู่การปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3: กรณีศึกษา NCD Clinic Plus พ.ศ. 2564 พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic Plus มีความต้องการพัฒนาสมรรถนะในเรื่องการสนับสนุนและการจัดการตนเอง การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน และการจัดการข้อมูลสารสนเทศ

นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังเสนอถึงความชัดเจนในประเด็นการพัฒนา ควรมีการพัฒนาทักษะที่จำเป็นเฉพาะด้านได้แก่ การจัดการรายกรณี การให้คำปรึกษาแบบเสริมพลัง ที่มีการจัดการความรู้แบบเครือข่ายของผู้ปฏิบัติ (Community of Practice: CoP) ทั้งในระดับอำเภอ จังหวัดและเขตสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภูเบตร พัฒนกร (2565) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในพยาบาล ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีข้อเสนอให้มีการพัฒนาทักษะการสื่อสารของพยาบาลด้วยเทคนิคการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยมองผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการรับฟังผู้รับบริการด้วยความเข้าใจ ยอมรับ ไม่ตัดสินถูก-ผิด ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานได้มากขึ้น แต่ไม่สอดคล้องบางประเด็น กับ Kirk et al. (2023) ที่เสนอว่านอกจากทักษะแล้ว ควรมีการพัฒนาทัศนคติผู้ให้บริการต่อผู้ป่วยก็มีผลต่อการจัดบริการ สนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเฉพาะการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมกลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย หรือการให้ความสนใจตัวเลขผลการตรวจขั้นสุดต่างๆ มากกว่าความรู้สึกหรือสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล และต้องการสื่อสารกับผู้ให้บริการ เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนาผู้ให้บริการ ควรครอบคลุมทั้งทักษะ ความรู้ และทัศนคติ

การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเตรียมสำหรับบริการ โดยองค์ประกอบนี้มีความสำคัญอย่างมากที่ควรมีข้อมูลรอบด้าน และเป็นแหล่งเดียวกันเปรียบได้กับแผนที่ในการเดินทางร่วมกันของทีมผู้ให้บริการ ผู้ร่วมให้บริการ และผู้ป่วยไม่ให้เกิดการหลงทาง ซึ่งมีความสำคัญตามที่ได้ปรากฏทั้งกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลกปี 2007 (World Health Organization, 2007) กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแบบพลวัตปี 2012 (Olmen. et al., 2012) และองค์ประกอบสำคัญในรูปแบบ ECCM (Barr et al., 2003) แต่ยังคงพบว่าระบบข้อมูลผู้ป่วยของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการบูรณาการข้อมูลให้เป็นแหล่งเดียวกัน และมีความพร้อมใช้ ดังผลการศึกษาของของพิทยา ศรีเมือง และคณะ (2563) ได้ศึกษากระบวนการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงใน จังหวัดขอนแก่นพบว่ามีการจัดทำระบบข้อมูลการให้การ

ดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ยังไม่สมบูรณ์จึงส่งผลให้ข้อมูลที่ส่งไปมาระหว่างกันล่าช้า ไม่เป็นปัจจุบันอีกทั้งมีการใช้โปรแกรมข้อมูลผู้ป่วยที่ต่างกันของรพ.แม่ข่ายกับ รพ.สต. ด้วย

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของสมควร ธนาพิบูลย์ผล (2567) ที่พบว่าในปัจจุบันสามารถจัดทำเก็บ และเตรียมข้อมูลได้สะดวก มีมาตรฐานมากขึ้นจากดิจิทัลเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าและต้นทุนที่ลดลงในปัจจุบันเพื่อใช้ในการสื่อสารข้อมูลนั้นกันเองระหว่างวิชาชีพ และการนำไปสะท้อนกลับกับผู้ป่วยในรูปแบบการแพทย์ทางไกลได้อีกด้วยเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้มากขึ้นจากการใช้ข้อมูลร่วมกัน นอกจากนี้จากการศึกษาของเจษฎา บุญญานุพงศ์ และคณะ (2568) มีข้อค้นพบว่า การบริการแบบเดิมในหน่วยบริการมีความแออัด ไม่มีเวลาที่เพียงพอในการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมต่างๆ เช่น การควบคุมอาหารโดยเฉพาะการควบคุมอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตและอาหารที่ทดแทนที่เหมาะสม เช่น โปรตีนจากเนื้อสัตว์หรือพืช การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ และการรับประทานยาสามารถใช้รูปแบบการแพทย์ทางไกลมาช่วยให้เกิดความสะดวก มีภาพประกอบหรือวิดีโอสั้นที่เข้าใจง่าย มีเวลาเพียงพอ และความต่อเนื่องที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมได้มากขึ้น

ในผลการศึกษาครั้งนี้ได้เสนอรูปแบบฯ ในยุคปัจจุบันและอนาคต อาจใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence: AI) เข้ามาช่วยในการจัดเตรียมข้อมูลให้มีความพร้อมใช้ บริการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อเสนออนาคตของระบบสุขภาพไทยใน 10 ปีข้างหน้า (นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข และคณะ 2568) ที่ระบุว่า การพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต ควรพัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมโยงด้วยดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราการ พรวิริยางกูร และคณะ (2567) เรื่องการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์สำหรับจัดการโรคเบาหวาน พบว่า AI เข้ามามีบทบาททั้งสนับสนุนการรักษาของแพทย์ในการใช้ยาแล้ว ยังสามารถรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่สำคัญในการเป็น "โค้ชส่วนตัว" ให้กับผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน โดยระบบจะวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมรายวัน ทั้งการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยในขณะนั้น (Personalized Feedback) ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ลดความยุ่งยากในการคำนวณสารอาหารหรือขนาดยาด้วยตนเอง ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มีประสิทธิภาพดีขึ้น และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ส่วนการศึกษาในต่างประเทศของ Khalifa & Albadawy (2024) ที่ศึกษาการใช้ AI มาช่วยป้องกัน การวินิจฉัย และการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ พบว่าความสามารถของ AI ใน 3 ด้านได้แก่ 1) การป้องกันผ่านการทำนายความเสี่ยงรายบุคคล 2) การวินิจฉัยที่แม่นยำรวดเร็วโดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางสายตา และ 3) การจัดการโรคที่มีประสิทธิภาพผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลจากอุปกรณ์ตรวจวัดน้ำตาลต่อเนื่อง (CGM) และระบบการให้ยา ซึ่งช่วยให้การรักษามีความเฉพาะเจาะจงและตอบสนองต่อผู้ป่วยทันเวลามากขึ้น อย่างไรก็ตามจาก

การศึกษาของ พบว่าสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้มากขึ้นจากการใช้ระบบควบคุมระดับน้ำตาลแบบอัตโนมัติ แต่ยังมีความเสี่ยงด้านความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความปลอดภัยของข้อมูล และความลำเอียงหรือผิดพลาดของอัลกอริทึมที่ต้องระมัดระวัง

การสนับสนุนอุปกรณ์ วัสดุ และสื่อการสอน เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สถานบริการและในชุมชน โดยองค์ประกอบนี้เพื่อให้มีเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลในจัดบริการผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ และมีอุปกรณ์ และวัสดุที่จำเป็นให้บริการทั้งในหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ซึ่งจากการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ และในช่วงการพัฒนาแบบพบว่าเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองจึงมีความจำเป็นที่แยกออกมาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และพบว่าตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพองค์การอนามัย (World Health Organization, 2007) ก็ได้ระบุไว้ในส่วนของยา อุปกรณ์วัสดุที่จำเป็น

ผลการศึกษารูปแบบนี้ ยังระบุถึงเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยอย่างรอบด้านที่ต้องนำมาประเมินผู้ป่วยเพื่อหาส่วนขาด มาประกอบในการจัดบริการ ในการแนะนำ และการช่วยเหลือสิ่งที่ขาดเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองที่ใช้ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ และใช้คืนข้อมูลแก่ผู้ป่วย และชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบกึ่งทดลองจากผู้ป่วยเบาหวานของวชิรญาณการเกษ (2566) เรื่อง ผลของการจัดการตนเองด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้วต่อระดับน้ำตาลในเลือดและค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่พบว่าการจัดการตนเองด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลลงสู่ภาวะปกติได้มากขึ้นเนื่องจากผู้รับบริการ หรือผู้ดูแลได้ทราบระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงเวลาต่างๆ ได้ทุกเวลาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์จากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยที่ทราบด้วยตนเองว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงใด ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับตนเองได้มากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการจัดหาอุปกรณ์และวัสดุได้เอง และผลการศึกษาของอิธิ ลิธีระประเสริฐ (2568) ที่พบว่าการบริการเชิงรุกในชุมชนแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (home ward) ที่มีการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วที่บ้านวันละ 2 ครั้งก่อนอาหารมื้อเช้าและเย็น รวมไปถึงการติดตามผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพผ่านโทรศัพท์โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดแคนต์ มีผลต่อการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจัดการตนเอง เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น รวมไปถึงมีความพึงพอใจและสามารถอยู่ที่บ้านซึ่งมีความคุ้นเคยกว่าการไปพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

นอกจากนี้ในส่วนของสื่อการสอนควรมีการออกแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่เหมาะสม ใช้สื่อสารสร้างความเข้าใจได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับได้วิจัยรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐานพบข้อจำกัดของสื่อการสอนที่ผลิตแบบร่วมศูนย์

มาจากส่วนกลาง และวิธีการสอนที่ไม่เข้ากับบริบทของผู้ป่วยที่เป็นคนท้องถิ่นทำให้ขาดความเข้าใจที่จะนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารประจำถิ่น ภาษาถิ่นที่มีศัพท์แตกต่างกัน เป็นต้น

3. การบริการแบบบูรณาการ (Integration of services: I)

การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการ

องค์ประกอบนี้มุ่งเน้นการพัฒนาเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์เดิมที่การให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ยังรวมศูนย์อยู่ที่โรงพยาบาล ไม่ได้กระจายไปให้บริการระดับปฐมภูมิอย่างเต็มที่ และการวัดผลลัพธ์การบริการผู้ป่วยเบาหวาน เน้นการวัดระดับน้ำตาลให้ได้ตามเกณฑ์ แต่ยังไม่พบการวัดการจัดการตนเองหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ชัดเจน โดยการพัฒนาแบบบูรณาการที่บูรณาการการทำงานของหน่วยบริการ ผู้ป่วย และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในระดับปฐมภูมิ โดยทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ออกแบบแผนการดูแลรายบุคคล ประสานข้อมูล และสนับสนุนการจัดบริการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในสถานบริการและชุมชน

การจัดบริการที่เน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่ยืดหยุ่นตามบริบทของผู้ป่วย โดยมีการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ พร้อมการติดตามและปรับแผนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ (integrated care) ยังชี้ให้เห็นว่าการเชื่อมโยงบริการระหว่างระดับการรักษา การดูแลในชุมชน และการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Goodwin et al., 2014) ขณะเดียวกันการศึกษาหลายงานยังพบว่าการจัดระบบบริการสุขภาพแบบเครือข่ายในระดับพื้นที่สามารถช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล ลดความซ้ำซ้อนของบริการ และส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดีขึ้น (Shortell et al., 2015) ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่มีโครงสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรและมีการกำกับดูแลเชิงระบบจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของบริการ ลดความซ้ำซ้อน และสนับสนุนผลลัพธ์สุขภาพของประชากรในระดับพื้นที่ได้ดีขึ้น (Knight et al., 2024)

โดยองค์ประกอบนี้กำหนดถึงการจัดบริการ 4 รูปแบบย่อย ได้แก่ 1) การจัดบริการรายบุคคล 2) การจัดบริการแบบกลุ่ม 3) การจัดบริการแบบโปรแกรมซึ่งเป็นโครงเฉพาะกับกลุ่มที่จำเป็น และ 4) การบริการที่บ้าน หรือในชุมชน เพื่อให้เกิดการบริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันของผลการรักษา และเป็นไปได้ในการจัดบริการซึ่งมีข้อจำกัดของทรัพยากรโดยเฉพาะด้านบุคลากร และระยะเวลาการรอคอย ความแออัดของการบริการที่หน่วยบริการ ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนการจัดบริการตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ปี 1986 กลยุทธ์ที่ 5 ในการปรับระบบ

บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยตามระดับผลการรักษา และข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ร่วมไปเน้นความต่อเนื่องในการบริการที่บ้านหรือชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับคู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน) โดยกรมการแพทย์ 2567 ที่มีการจัดแบ่งการบริการตามระดับผลการควบคุมระดับน้ำตาลเป็น 4 กลุ่มที่มีรูปแบบการให้บริการที่ต่างกันตามความจำเป็นของผู้ป่วยและใช้ทรัพยากรทั้งบุคลากร และเวลาที่มีจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้การติดตามประเมินอย่างเป็นระบบ ซึ่งรูปแบบการจัดบริการอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการและไปถึงบ้านมีความจำเป็นยิ่งเพราะสามารถติดตามพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ สินธุเขต (2566) ที่มีข้อเสนอแนะว่าการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพช่วยเพิ่มความเข้าใจบริบท และข้อจำกัดต่างๆที่เกี่ยวข้องในการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามแผน ซึ่งสามารถนำมาปรึกษาร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยเพื่อปรับแผนการดูแลที่เหมาะสม เป็นไปได้ในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เคยควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมลงได้อย่างชัดเจน

นอกจากนี้ควรเพิ่มบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลแบบองค์รวมทั้งโรคทางกายและจิตใจร่วมไปถึงการร่วมในการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพและผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิกร สาริวิาท (2568) ที่มีค้นพบถึงความจำเป็นของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการเข้าร่วมประเมิน และวางแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งกายและจิตใจ ซึ่งเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ถ้าได้รับการวินิจฉัยและรักษาแล้ว จะทำให้สามารถปรับพฤติกรรมตามแผนการรักษาในควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

4. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation of community: P)

การมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและติดตามผู้ป่วย ซึ่งให้ชุมชนได้มีส่วนรับผิดชอบแก้ปัญหาสุขภาพตนเอง นับว่าเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในบริบทชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยเพิ่มความเหมาะสมของบริการกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง (World Health Organization, 2022) และแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการกำหนดปัญหา วางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหสุขภาพร่วมกับระบบบริการสุขภาพ (World Health Organization & UNICEF, 2018)

ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสอดคล้องกับข้อเสนออนาคตของระบบสุขภาพไทยใน 10 ปีข้างหน้า (นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข และคณะ 2568) ที่ระบุว่า ระบบสุขภาพของ

ประเทศหากพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ควรกระจายในระบบบริการปฐมภูมิ ปรับรูปแบบบริการเน้นชุมชนเป็นฐานส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยองค์ประกอบนี้ได้กำหนดสิ่งที่ผู้ป่วยร่วมมือในการดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ตามแนวทางการรักษาแบบ 5 A's Glasgow (2006) ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลประกอบการเมอนของทีมสหวิชาชีพ รับฟังและทำความเข้าใจคำแนะนำ แล้วนำมาใช้ในการกำหนดเป้าหมาย และแผนการรักษา และลงปฏิบัติตามแผนนั้นต้องอาศัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง เช่นการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การทานยาตามแผนการรักษา เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐภัตสร เดิมขุนทด และคณะ (2565) ที่มีข้อเสนอแนะให้มีการสร้างความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวาน เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปรับพฤติกรรม ควรนำมาบูรณาการดูแลผู้เป็นเบาหวานทุกรายโดยเฉพาะผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี (poor controlled) และสอดคล้องกับการศึกษาของนิยม ดีจันทร์ และคณะ (2567) และรัชฎาภัส ทองศิริ (2567) ที่ศึกษาวิจัยการใช้โปรแกรมการพัฒนาที่ให้กลุ่มผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจนเกิดความรู้ (health literacy) และรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง (self-efficacy) จากเครือข่ายบริการในระดับตำบลที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องจนส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์มากขึ้น ควรคำนึงถึงวิถีชีวิตของชุมชนมาปรับใช้ รวมถึงให้อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และวางแผนการแก้ไขเพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมได้ดีขึ้นที่เหมาะสมตามบริบท และสามารถปฏิบัติจริงได้อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามการศึกษาของอดิพร ทองหล่อ และคณะ (2568) มีข้อเสนอแนะว่าควรใช้ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (social support) เข้ามาร่วมเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากขึ้นที่มีการเสริมพลังซึ่งและกันทั้งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย และแรงสนับสนุนภายนอกจากสังคม

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและติดตามผู้ป่วย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเชื่อมโยงการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพกับบริบทของชุมชน โดยองค์ประกอบนี้ได้กำหนดการมีส่วนร่วมและความร่วมมือจากชุมชนทั้งจาก อสม. หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพต่างๆที่เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตินา เลิศอาวุธ และคณะ (2565) ที่เสนอให้ผู้ป่วยและชุมชนมีโอกาสร่วมรับรู้และวิเคราะห์ปัญหาตามสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาารวมกัน

วิเคราะห์ ออกแบบ และร่วมดำเนินการในการจัดบริการทั้งในหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน ร่วมไปถึงร่วมในการเรียนรู้ประเมินผลเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการนำไปพัฒนารูปแบบต่อไป

ในส่วนของ อสม. ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญที่สามารถเชื่อมโยงการทำงานของบุคลากรวิชาชีพต่างๆในหน่วยบริการกับผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างเข้าใจต่อบริบทของผู้ป่วย และชุมชนที่อาจจะเป็นได้ทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนในการร่วมให้บริการ จึงควรให้หน่วยบริการมีการจัดการอบรมให้ความรู้ที่จำเป็นให้แก่ อสม. เพื่อเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยเบาหวานเชิงรุกอย่างต่อเนื่องในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนพดล ครุฑน้อย และถวัลย์ ชูแสง (2568) ที่มีข้อเสนอแนะให้มีการเสริมพลังอำนาจให้แก่ อสม. แบบครบวงจรตั้งแต่การพัฒนาศักยภาพอสม. ให้โอกาสร่วมวิเคราะห์ปัญหากับทีมสุขภาพและผู้ป่วย ลงมือปฏิบัติจริงในการติดตามผู้ป่วยเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตน์ วงศ์ไชยาญ (2568) ที่มีข้อค้นพบว่าการจัดทำหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพ ของอสม. ที่มีกิจกรรมการประเมินผลทั้งทางความรู้ และการลงมือปฏิบัติจริงในการแนะนำผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ความเครียด การหลีกเลี่ยงอบายมุข เป็นต้น และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เหมาะสมตามบริบทเพื่อเพิ่มพูนทั้งทักษะการสะสมประสบการณ์ และขวัญกำลังใจของอสม.

อย่างไรก็ตามการศึกษาของกิตติพงษ์ เกตุฤทธิ์ และคณะ (2564) ได้มีข้อเสนอให้ผู้บริบาล (care giver) ที่ดูแลผู้ป่วยระยะยาว (long term care: LTC) ที่ติดบ้าน ติดเตียงก็เป็นผู้ปฏิบัติงานในชุมชนที่สามารถมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ได้เช่นกัน นอกจากนี้ในส่วนบทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามการศึกษาของศรีสุดา งามขำ และคณะ (2567) จากการประเมินผลการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) ด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตภาคเหนือ (เขตสุขภาพที่ 1-3) มีการใช้ในลักษณะการจัดมหกรรมสุขภาพ การจัดประชุมระดมสมองเพื่อช่วยกันหาวิธีการควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยในระดับที่ดี มีการสร้างความตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาของชุมชนและประชาชนเอง สร้างการมีส่วนร่วมจากจัดทำโครงการที่เกี่ยวข้องในชุมชน อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ 1) ศักยภาพของกรรมการกองทุนผู้รับผิดชอบในการดำเนินโครงการยังมีจำกัด 2) โครงสร้างของ อบจ. ขนาดเล็กไม่มีบุคลากรในการทำงานด้านกองทุนสุขภาพโดยตรง และ 3) ประชาชนขาดความรู้ในการเขียนโครงการเพื่อขอใช้งบจากกองทุน

ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชน นอกจากเรื่องการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และการร่วมดูแลติดตามผู้ป่วยแล้ว ควรเน้นให้ความสำคัญ เรื่องการส่งเสริมให้ชุมชนได้ ตระหนัก ปัญหาโรคเบาหวาน เรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน และร่วมกันริเริ่มเขียนโครงการ แก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง

สรุปภาพรวมของรูปแบบ

สรุปภาพรวมของรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ เป็นรูปแบบที่มีมุมมองเชิงระบบ ให้ความสำคัญทั้งระดับ นโยบาย บริหาร และการร่วมบริการ โดยเน้นการขับเคลื่อนด้วยความร่วมมือระดับนโยบาย ของ ผู้บริหารระดับเขตและจังหวัดในการกำหนดทิศทางและบูรณาการทรัพยากรของระบบสุขภาพ ควบคู่ กับความร่วมมือของหุ้นส่วนสุขภาพระดับจังหวัดในการบริหารจัดการ ระหว่างหน่วยบริการ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในระดับพื้นที่มีการ จัดการแบบเครือข่ายบริการในระดับอำเภอ โดยมี โรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการแม่ข่าย เชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับ ตำบลและชุมชน เพื่อใช้ทรัพยากรและข้อมูลร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence) มาเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนเชื่อมโยง ขณะเดียวกันให้ ให้ความสำคัญกับ การมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการร่วมจัดบริการ สนับสนุนทรัพยากร โดยสามารถสรุปเป็นรูปแบบ “C-NIP Model” ที่ขับเคลื่อนด้วย 4 เรื่อง ได้แก่ สร้างความร่วมมือเพื่อนโยบาย (Collaboration for policy:C) การจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ (Network Management at District Level: N) การบริการแบบบูรณาการ (Integration of services: I) และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation of community: P) เพื่อสนับสนุนการ ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สามารถจัดการตนเองปรับพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่การลดระดับน้ำตาลใน เลือดอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายในภาพรวมของรูปแบบได้ว่า รูปแบบใหม่นี้ มีความแตกต่างจากรูปแบบเดิมที่ เป็นอยู่ ซึ่งเน้นระบบบริการที่มุ่งเป้าหมายเชิงผลลัพธ์เรื่องการลดระดับน้ำตาล มากกว่าวิธีการของ ผู้ป่วยในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีส่วนร่วมซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของระดับ น้ำตาลเพิ่มในเลือด (วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี, 2561) และรูปแบบใหม่มุ่งสร้างความร่วมมือระดับนโยบาย เพื่อแก้ปัญหาการจัดการบริการในระดับปฏิบัติการและการจัดการระดับอำเภอ ซึ่งรูปแบบปัจจุบันไม่มี และรูปแบบใหม่พยายามเสนอมุมมองเปลี่ยนจากการจัดบริการจากบุคลากรเป็นชุมชนผู้ป่วยเป็น เจ้าของปัญหาาร่วมจัดมาตรการในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกับทีมผู้ให้บริการ

ขณะเดียวกันสามารถอภิปรายได้ว่า รูปแบบใหม่นี้ มีความแตกต่างจากผลการศึกษารูปแบบที่ ผ่านมา ซึ่งไม่ได้มองเชิงระบบโดยมองเป็นส่วนๆ ดังเช่น รูปแบบที่เน้นไปที่ตัวผู้ป่วยโดยตรงโดย คำนึงถึงการดำเนินกิจกรรมโดยตรงกับผู้ป่วย และการเข้าถึงบริการ (นิทัศน์ ชินบุตร, 2566)

ส่วนรูปแบบด้านผู้ให้บริการจะเน้นการจัดบริการไปที่ทีมผู้ให้บริการ (ศุภาวดี พันธุ์หนองโพน และคณะ, 2563) เน้นการให้สุขศึกษา (Krall et al., 2021) รวมทั้งรูปแบบเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (วนิดา สมญา และพุทธิไกร ประมวล, 2565) แต่รูปแบบใหม่นี้เป็นรูปแบบที่มองในภาพรวมของการจัดบริการอย่างเป็นระบบ ที่เริ่มตั้งแต่สร้างความร่วมมือ การบริหารจัดการแบบเครือข่าย การร่วมบริการ จนถึงการมีส่วนร่วมชุมชน เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยตรง เนื่องจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง มีทั้งด้านนโยบายการบริหารจัดการ การบริการ และการมีส่วนร่วมชุมชน แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบนี้ควรมีการนำไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ เพื่อศึกษาประเมินผลเพิ่มเติม หรือปรับปรุงเพิ่มเติมองค์ประกอบอื่นที่จำเป็นตามบริบทต่อไป

จุดเด่นของรูปแบบ

จุดเด่นของรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คือการจัดทำรูปแบบที่มีมุมมองเชิงระบบที่เชื่อมโยงตั้งแต่การบริหารจัดการที่มุ่งเน้นความร่วมมือของหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ไปสู่การสนับสนุนทรัพยากรด้านต่างๆที่จำเป็นทั้งด้านบุคลากร ระบบข้อมูล อุปกรณ์และวัสดุที่จำเป็นไปสู่การจัดบริการแบบเครือข่ายที่มีส่วนร่วมทั้งจากผู้ป่วยและชุมชน โดยปรับแนวคิดหลักให้ผู้ป่วยและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมคิด ตัดสินใจ ร่วมในการจัดบริการ และติดตามประเมินผล

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลในการวิจัย ระยะที่ 1 แบบเชิงคุณภาพโดยวิธีการอภิปรายกลุ่มของผู้ให้บริการหลัก มีข้อจำกัดในการให้ข้อมูลอย่างเต็มที่เนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้บริหารระดับสูงในพื้นที่
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในด้านการบริการโดยผู้ให้บริการ ไม่ได้ศึกษาไปถึงการจัดการตนเองของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2 ควรทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายและกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการในระดับเขต ภายใต้การสร้างความร่วมมืออย่างเหมาะสมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางให้ระดับจังหวัดและอำเภอ นำไปใช้ในการจัดบริการแบบบูรณาการกับเครือข่ายสุขภาพ ในรูปแบบบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (C-NIP model) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรเป็นตัวกลางในการสร้างความร่วมมือหุ้นส่วนสุขภาพ ภายใต้การสนับสนุนจาก พชจ. ในการประสานแผนบริการที่เน้นไปที่การจัดการตนเองของผู้ป่วย เบาหวาน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีนโยบาย และสนับสนุนการดำเนินงานเครือข่าย บริการในระดับอำเภอให้ทุกสังกัดกระทรวง ให้มีการกำหนดกลไกการบริหารเครือข่ายบริการ และ นโยบายการจัดสรรและพัฒนาพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบหลักในการจัดบริการ รวมทั้งการมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนอุปกรณ์ วัสดุที่จำเป็นต่อการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

4. หน่วยงานในระดับเขตและจังหวัด ควรพัฒนาระบบข้อมูลบริการสุขภาพที่เชื่อมโยง ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในเครือข่าย ต่างหน่วยงาน จนไปถึงในชุมชน เพื่อสนับสนุนการติดตาม ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลแม่ข่าย ควรนำรูปแบบบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (C-NIP model) ไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวาน โดยพัฒนากลไก การจัดการเครือข่ายบริการระดับอำเภอ เพื่อเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐม ภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วน จังหวัด รวมทั้ง อสม.และชุมชน

2. ผู้บริหารโรงพยาบาลแม่ข่าย ควรเป็นผู้นำในการกำหนดและพัฒนา มาตรการ แนวทางการจัดบริการฯครอบคลุมทั้งระดับบุคคลและกลุ่ม รวมถึงบริการในชุมชน โดยร่วมกับหน่วย บริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถจัดการ ตนเองได้

3. หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เบาหวาน คำนี้ถึงหลัก 5 เอ (5A) โดยเน้นการมีส่วนร่วมผู้ป่วยในการจัดการตนเอง และชุมชนร่วม จัดบริการ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง

4. พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรที่ได้รับการอบรม ควรทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพตาม กระบวนการ 5 เอ (5 A) เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพ ให้คำแนะนำ ติดตาม และสนับสนุนการจัดการ ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

5. ทีมสหวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพและผู้ร่วมบริการฯ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหรือ ผู้รับผิดชอบบริการโรคเบาหวาน รวมทั้ง อสม. ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อสนับสนุนการจัดการ ตนเองของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการ

ผู้ป่วย ครอบครัว ภาควิชาในชุมชน อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และการจัดบริการในชุมชน เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและสร้างความต่อเนื่องของการดูแลในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 2 (C-NIP model) เป็นรูปแบบที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ ที่ได้จากการสังเคราะห์ด้วยหลักการและวิธีทางวิชาการ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ดำเนินการในพื้นที่ได้
2. องค์ความรู้ที่ได้จากกระบวนการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นระบบ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ โดยเริ่มตั้งแต่ การค้นหาปัญหาของระบบการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล พัฒนา จนถึงการสรุปรูปแบบ ดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ และระดับชุมชน ภาควิชาการ และผู้ป่วย
3. สถาบันการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ควรนำผลการศึกษารูปแบบ C-NIP model ไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับการบริการเพื่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานจัดการตนเองได้ โดยบูรณาการแนวคิดความร่วมมือ การจัดการเครือข่าย การทำงานแบบเครือข่ายบริการ การมีส่วนร่วมของชุมชน และแนวคิดระบบสุขภาพแบบพลวัต (Dynamic health system) รวมทั้งแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย (ECCM)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโดยนำรูปแบบบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (C-NIP model) ไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 2 และพื้นที่อื่นที่มีบริบทพื้นที่บริบทระบบบริการที่ใกล้เคียงกัน รวมถึงทดลองในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ของการนำรูปแบบไปใช้จริงในระบบบริการสุขภาพ
2. ควรศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (C-NIP model) ต่อผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8448>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2569). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/137a726340e4dfde7bbbc5d8ae3ac3>
- กศิมา สง่ารัตนพินาน, และอรพิน ภัทรกรสกุล. (2565). การประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 5(1), 42-57.
- กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. http://bie.moph.go.th/bie/view_download.php?id=1232
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2568). แบบประเมินตนเอง NCD Clinic Plus. <https://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th/pages/public/evaluation/part1.php>
- กัลยา วานิชย์บัญชา, และ ฐิตา วานิชย์บัญชา. (2559). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กาญจน์วี จตุเทน. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) เทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3), 535-545.
- กิตติพงษ์ เกิดฤทธิ์, ธงศักดิ์ชัย สายพระราชกูร์, วรกร วิชัยโย, วุฒิพงษ์ ฆารวิวัฒน์, และ สุภัทรา สามัง. (2564). ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยด้วยเบาหวานในกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14(2), 290-299.
- เกรียงกมล เหมือนกรุด, ศิริพัศกร มัชवाल, ปาจารย์ อุดมสุข, และวศินี โตสำราญ. (2564). ความสำเร็จในการแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงสู่การปฏิบัติ

- ในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3: กรณีศึกษา NCD Clinic Plus ปี พ.ศ. 2564. *วารสารป้องกันและควบคุมโรค เขตเมือง*, 6(2), 85-100.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, วิมล แสงอุทัย, กมลชัย อมรเทพรักษ์, และสมนึก หงส์ยิ้ม. (2560). แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทัพทันจังหวัดอุทัยธานี. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 24(2), 78-89.
- จุฬาลักษณ์ สินธุเขต. (2566). ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 8(2), 337-344.
- เจษฎา บุญญานุภาพพงศ์, ภูวดล พลพวก, ฐาปนันท์ อมรางกูร, ศิระ ปานแย้ม, และ นิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ์. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระบบเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 19(2), 117-146.
- ชยุต หิรัญรักษ์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิเขตอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดการพินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 5(1). <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/743/377>
- ชาตรี แมตลี. (2564). รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในจังหวัดแพร่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชุตินา เลิศอาวุธ, โสภิตา ยอดยิ่ง, และ จิราพร ถาวรสุข. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านชวน อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 21(1), 104-114.
- เชิดศักดิ์ สุทธิสา, และสุวคนธ์ เหล่าราช. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลนาइन. *วารสารวิชาการทางการแพทย์พยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(3), 91-105.
- ณัฐวิวัฒน์ พันธุ์มุง, ขนิษฐา ศรีสวัสดิ์, พนิดา เจริญกรุง, และ ศศิธรณ์ สารแสง. (2567). ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 20(2), 17-26.

ณัฐภัตสร เดิมขุนทด, สว่างจิต สุรอมรกุล, รัชนีวรรณ ขวัญเจริญ, และ ชาญวัฒน์ ขวณตันติกมล.

(2565). ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. *วารสารการพยาบาล*, 24(1), 1-13.

ทองเสริมรัฐ ใจตรง, ชาญณรงค์ คนเพียร, และ ทรงรักษ์ แอนตราดา. (2567). ผลการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมุกดาหาร ด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(6), 934-945.

นงคราญ คชรักษา, และณัฐฐภรณ์ ปัญจจันทร์. (2564). การวิเคราะห์ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขภาคเหนือ*, 8(1), 70-81.

นงลักษณ์ ศิริหมาย, และ วาริสรา ชมนิรัตน์. (2564). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(3), 57-70.

นพดล ครุฑน้อย, และถวัลย์ ชูแสง. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*, 35(3), 45-58.

นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข, พงศธร พอกเพิ่มดี, และ เขาวรินทร์ คำหา. (2568). ฉากทัศน์อนาคตระบบสุขภาพไทยใน 10 ปีข้างหน้าและข้อเสนอด้านระบบและนโยบายสุขภาพ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 19(3), 312-334.

นิทรา กิจธีระวุฒิจ. (2555). วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานสำหรับงานสาธารณสุข. *วารสารสาธารณสุข*, 7(2), 130-152.

นิทัศน์ ชินบุตร. (2566). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอน้ำหนาว จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสิ่งแวดล้อมและสุขภาพศึกษา*, 8(4), 29-37.

นิยม ดีจันทร์, สุพัฒน์ กองศรีมา, นครินทร์ ประสิทธิ์, ณัฐพร นิจธรรมสกุล และ ภูวนาท ศรีสุธรรม.

(2567). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอนองว้าวซอ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(1), 111-127.

นุจิภารณ์ ศิริไผ่, และวิลาวัลย์ ชมนิรัตน์. (2564). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(3), 57-70.

- ประเสริฐ บินตะคุ. (2566). การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Telemedicine NCDs on Cloud). *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 16(3), 127-140.
- ปราการ พรวิริยางกูร, ภาวัญญ์ จันทรวงศ์, พชรพล สุวรรณภูมิ, ปณาลี โกศลศิริ, วรเมธ ชาญ พัฒนาชัย, ชยศ อนุรักษ์วงศ์ศรี, ... และนิธิต สมานทอง. (2567). การประยุกต์ใช้ เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์สำหรับการโรคเบาหวาน. *วารสารสาธารณสุขและ วิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 7(3), 107-119.
- ปัทมา สุพรรณกุล. (2561). สถิติประยุกต์สำหรับงานวิจัยด้านสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พิทยา ศรีเมือง, สุพัฒน์ อาสนะ, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, และธีรศักดิ์ พาจันทร์. (2563). การจัดการปฐมนิเทศผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(4), 124-139.
- เพชรรัตน์ วงศ์ไชยชาญ. (2568). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารอนามัย สิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 10(1), 141-150.
- ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, ธีระวุธ ธรรมกุล, และ ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง. (2566). การประเมินประสิทธิผล การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย. *รายงานการเฝ้าระวังทาง ระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 54(12), 185-194.
- ภูติหิ เชาตวัฒน์, สุมาลี เสงี่ยมกุลสวัสดิ์, และ พิมพกา ปัญญาใหญ่. (2558). รูปแบบการจัดการโรค เรื้อรังเชิงบูรณาการในระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 2. *วารสารวิจัยระบบ สาธารณสุข*, 9(3), 255-270.
- ภูเบตร พัฒนกร. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในพยาบาล ต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *ยโสธรเวชสาร*, 24(1), 105-115.
- รังสิมันต์ ทองสวัสดิ์, และบุญชัย อุดม. (2568). การพัฒนานวัตกรรมติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ทางไกลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 34(1), 102-115.
- รัชฎาภัส ทองศิริ. (2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ ความสามารถแห่งตน ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิตำบล พากห้วย. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโรงเรียน.

- ราชกิจจานุเบกษา. (2566ก). ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์ การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ (17 กุมภาพันธ์ 2566). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 140 ตอนพิเศษ 38 ง, น. 62-63.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2566ข). ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2566 (15 มิ.ย. 2566). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 140 ตอนพิเศษ 140 ง, น. 40-42.
- วชิรญาณ์ การเกษ. (2566). ผลของการจัดการตนเองด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วต่อระดับน้ำตาล ในเลือดและค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(2), 50-59.
- วนิดา สมภูงา, และพุทธิกร ประมวล. (2565). การพัฒนาและการประเมินผลของรูปแบบการจัดการ ตนเองแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสาร วิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 15(1), 273-287.
- วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. (2561). โรคเบาหวานชนิดที่ 2: การป้องกันและการสนับสนุนการจัดการ ตนเอง. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลเลิศ คำตัน. (2562). การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิง ประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(1), 25-41.
- วีไลวรรณ วงศ์ทิมากร. (2566). กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ น้ำตาลในเลือดสูง ที่มีภาวะซึมเศร้า และหอบหืดร่วม. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 38(1), 247-257.
- วุฒิศักดิ์ รักเดช, ขวัญใจ จิตรภักดี, และกมลวรรณ คุ่มวงษ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(5), 880-893.
- ศิริสุดา งามขำ, ชูศักดิ์ ยืนนาน, บุญเตือน วัฒนกุล, และ อรุณศรี มงคลชาติ. (2567). การประเมินผล การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตภาคเหนือ. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการ สาธารณสุข*, 4(3). e268000.

- ศุภาวดี พันธุ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, และผดุงศิษฐ์ ขานาญบริรักษ์. (2563). การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด ศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 55-69.
- สมควร ธนาพิบูลย์ผล. (2567). การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้ เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) โรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย จังหวัด มหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 8(17), 90-103.
- สมจิตต์ สินธูชัย, นารัตน์ จิตรมนตรี, และ สุสรยา เจนพาณิชย์ วิเศษสังข์. (2565). ผลของโปรแกรม การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีต่อความรู้และทักษะการ ปฏิบัติการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(1), 74-88.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 CGP for Diabetes 2023* (Vol. 1). <https://www.dmthai.org/new/index.php/sarakhwam-ru/sahrab-bukhkhil-thawpi/diabetes-book/naewthang-wech-ptibati-sahrab-rokh-bea-hwan-2566>
- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2565). *แนวทางการ ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด*. สำนักงานปลัดสำนัก นายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก. (2568). *รายงานประจำปี 2568*. <https://heyzine.com/flip-book/c1c5b72931.html#page/172>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). *รายงานประจำปี 2567*. <https://www.nhso.go.th/th/aboutus-th/reports-annual/2024-11-21-06-39-15>
- สิทธิกร สาริวิาท. (2566). ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดย ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีการดูแลด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย ในเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ ตำบลเสริมซ้าย อำเภอสว่างงาม จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสุขภาพ ภาคเหนือ*, 10(1), 51-64.

- สุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์, นิรัชรา สิลละฮ์กุล, และเจษฎากร โนนินทร์. (2565). ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(2), 90-100.
- โสภา ไชยแก้ว. (2566). การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(3), 174-181.
- หทัยรัตน์ กันหาชิน, และเพชรไสว ลิ้มตระกูล. (2563). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 186-195.
- อดิเทพ ดารดาช. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อติพร ทองหล่อ, เอื้อจิต สุธพูล, ชีสาชล ธัญยาวราช, และ อรุมา แก้วเกิด. (2568). ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 10(3), 747-755
- อธิป ลีธีระประเสริฐ. (2568). ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยในบ้าน ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 19(1), 188.
- อาทิตยา วัจนสินธุ์. (2557). การพัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแลผู้อื่นที่เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อามานี แดมะยู, นูรดีนี ดือระ, สุภาวดี อดิศักดิ์ดา, พัชราวดี ทองเนื่อง, และปณณัฐ จรินทร์ธนนต์. (2565). ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในชุมชน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 14(3), 169-187.
- อารยา เขียวทอง, ชนิภา ยอเย็นยง, และอรุณี เฮงยศมาก. (2564). อนาคตภาพ: แนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 217-232.
- American Diabetes Association. (2021). Standards of medical care in diabetes—2021. *Diabetes Care*, 44(Supplement 1), S1-S232.
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571.

- Areevut, C., Sakmanarit, J., Tachanivate, P., Jerawatana, R., Vittayakasemsont, K., Pookate, W., . . . Chanchat, S. (2022). Noninferiority of telemedicine delivered compared with in-person diabetes self-management education and support (DSMES) during Covid-19 pandemic in Thailand. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 34(8), 799-803. doi:10.1177/10105395221126010
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82. doi:10.12927/hcq.2003.16763.
- Battersby, M., Von Korff, M., Schaefer, J., Davis, C., Ludman, E., Greene, S. M., Parkerton, P. H., & Wagner, E. H. (2010). Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(12), 561–570.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). Prentice-Hall.
- Castillo-Carandang, N. T., Buenaventura, R. D., Chia, Y. C., Lee, C., Ng, C. H., Van, D. D., ... Majumdar, A. (2020). Moving towards optimized noncommunicable disease management in the ASEAN region: Recommendations from a review and multidisciplinary expert panel. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 803-819. doi:10.2147/RMHP.S259604
- Creswell, J. W. (2014). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. The United States of America University of Nebraska-Lincoln.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). Sage.
- Dineen-Griffin, S., Garcia-Cardenas, V., Williams, K., & Benrimoj, S. I. (2019). Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLoS One*, 14(8), e0220116.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
- Fisher, R. A. (1950). The significance of deviations from expectation in a Poisson series. *Biometrics*, 6(1), 17–24. doi:10.2307/3001420.

- Glasgow, R. E., Emont, S., & Miller, D. C. (2006). Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promot Int*, 21(3), 245-255. doi:10.1093/heapro/dal017.
- Glasgow, R. E., Funnell, M. M., Bonomi, A. E., Davis, C., Beckham, V., & Wagner, E. H. (2002). Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: Implementation with diabetes and heart failure teams. *Health Care Financing Review*, 23(4), 1-16.
- Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G., & Wenzl, M. (2014). *Providing integrated care for older people with complex needs: Lessons from seven international case studies*. LThe King's Fund.
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF diabetes atlas*. <https://www.diabetesatlas.org>
- Jutterström, L., Hörnsten, Å., Sandström, H., Stenlund, H., & Isaksson, U. (2016). Nurse-led patient-centered self-management support improves HbA1c in patients with type 2 diabetes: A randomized study. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1821–1829.
- Khalifa, M., & Albadawy, M. (2024). Artificial intelligence for diabetes: Enhancing prevention, diagnosis, and effective management. *Computer Methods and Programs in Biomedicine Update*, 5, 100141.
- Kirk, B. O., Khan, R., Davidov, D., Sambamoorthi, U., & Misra, R. (2022). Exploring facilitators and barriers to patient-provider communication regarding diabetes self-management. *PEC Innov*, 3, 100188. doi:10.1016/j.pecinn.2023.100188.
- Knight, L., Ganga, R. N., Tucker, M., Shore, A. P., & Nolan, S. (2024). Integrated care system leadership: A rapid realist review. *Leadership in Health Services*.
- Krall, J. S., Kanter, J. E., Ruppert, K. M., Arena, V. C., Solano, F. X., & Siminerio, L. M. (2021). Effect of a Primary Care-Based Diabetes Education Model on Provider Referrals and Patient Participation. *Sci Diabetes Self Manag Care*, 47(1), 74-84. doi:10.1177/0145721720981840.
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151–160. doi:10.1007/BF02288391.

- Li, X., Zhang, Y., Wang, H., Liu, Y., & Chen, J. (2023). Determinants of health professionals' performance in diabetes management in primary health facilities. *BMC Primary Care*, 24, 172.
- Likert, R. (1961). *New patterns of management*. McGraw-Hill.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Sage Publications.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*, 15. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- O'Connell, S., Mc Carthy, V. J. C., & Savage, E. (2018). Frameworks for self-management support for chronic disease: A cross-country comparative document analysis. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 583. doi: 10.1186/s12913-018-3387-0
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252.
- Jerawatana, R., Siripitayakunkit, A., Anothaisintawee, T., Pattanapruteep, O., & Rattanamongkolgul, S. (2021). The effects of diabetes self-management education and support program in Thailand: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 104(5), 750-761.
- Roberti, J., Mazzoni, A., Guglielmino, M., Falaschi, A., Mazzaresi, Y., & Garcia Elorrio, E. (2025). Recommendations for strengthening primary healthcare delivery models for chronic disease management in Mendoza: A RAND/UCLA

- modified Delphi panel. *BMJ Open*, 15(e098074), 1-11. doi:10.1136/bmjopen-2024-098074.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). *On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity*. National Council on Measurement in Education.
- Saulsberry, L., & Peek, M. (2019). Financing Diabetes Care in the U.S. Health System: Payment Innovations for Addressing the Medical and Social Determinants of Health. *Curr Diab Rep*, 19(11), 136. doi:10.1007/s11892-019-1275-6.
- Shortell, S. M., Addicott, R., Walsh, N., & Ham, C. (2015). Accountable care organisations in the United States and England: Testing, evaluating and learning what works. *Health Affairs*, 34(7), 1099–1106.
- Taaon, C., Kraithaworn, P., & Piaseu, N. (2024). The effects of nursing case management on self-care behaviors, clinical outcomes, and quality of life among community-dwelling older adults with poorly controlled type 2 diabetes in Thailand. *Journal of Community Health Nursing*, 41(1), 11–20.
- Tharavanij, T., Deikhamron, P., Rawdaree, P., Likitmaskul, S., Santiprabhob, J., Deerochanawong, C., Reutrakul, S., & Nitiyanant, W. (2025). *Nationwide implementation of a diabetes self-management and network system improves outcomes in type 1 diabetes: Real-world evidence from Thailand*. *BMC Endocrine Disorders*, 26, 13.
- Van Olmen, J., Criel, B., Bhojani, U., Marchal, B., van Belle, S., Chenge, M. F., . . . Kegels, G. (2012). The health system dynamics framework: The introduction of an analytical model for health system analysis and its application to two case-studies. *Health, Culture and Society*, 2(1), 1-21. doi:10.5195/hcs.2012.71
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1), 2-4.
- Wolever, R. Q., Simmons, L. A., Sforzo, G. A., Dill, D., Kaye, M., Bechard, E. M., . . . Yang, N. (2013). A systematic review of the literature on health and wellness coaching: Defining a key behavioral intervention in healthcare. *Global Advances in Health and Medicine*, 2(4), 38-57. doi:10.7453/gahmj.2013.042

- World Health Assembly 75. (2022). *NCD Alliance Advocacy Briefing 75th Session of World Health Assembly (WHA75)*. <https://ncdalliance.org/resources/wha75-joint-statement-on-agenda-item-141-ncds-at-wha75>
- World Health Organization, & UNICEF. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. WHO.
- World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf
- World Health Organization. (2022). *Community engagement: A health promotion guide for universal health coverage*. World Health Organization.
- Xiong, S., Jiang, W., Meng, R., & et al. (2022). Factors associated with the uptake of national essential public health service package for hypertension and type-2 diabetes management in China's primary health care system: A mixed-methods study. *Lancet Reg Health West Pac*, 31, 100664.
- Zhang, Y., Li, X., Wang, H., Liu, Y., & Chen, J. (2024). Barriers and facilitators to primary care management of type 2 diabetes in Shijiazhuang City, China: A mixed methods study. *BMC Primary Care*, 25, 330.
- Zupa, M. F., Arena, V. C., Johnson, P. A., Thearle, M. B., & Siminerio, L. M. (2019). A Coordinated Population Health Approach to Diabetes Education in Primary Care. *Diabetes Educ*, 45(6), 580-585. doi:10.1177/0145721719879427.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมในมนุษย์

COA No. 381/2024
IRB No. P2-0307/2567

AF 11/6.0



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8721

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่สองในเขตสุขภาพที่ 2
ผู้วิจัยหลัก : นายพรเทพ โชติชัยสุวรรณ
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.ดร.ศิริโชค วนรัตน์วิจิตร
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. IF 01 Non-intervention Study เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กันยายน 2567
2. IF 02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 สิงหาคม 2567
3. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป สำหรับการทดสอบเครื่องมือแบบสอบถาม)
เวอร์ชัน 5.0 วันที่ 11 ตุลาคม 2567
4. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึก)
เวอร์ชัน 4.0 วันที่ 09 ตุลาคม 2567
5. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึก)
เวอร์ชัน 4.0 วันที่ 09 ตุลาคม 2567
6. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การอภิปรายกลุ่ม)
เวอร์ชัน 4.0 วันที่ 09 ตุลาคม 2567
7. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 การตอบแบบสอบถาม)
เวอร์ชัน 5.0 วันที่ 11 ตุลาคม 2567
8. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป ระยะที่ 2 ส่วนที่ 1 การอภิปรายกลุ่ม Homogeneous)

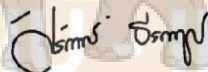
นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนบนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับเข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้ใบรับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)

- เวอร์ชัน 4.0 วันที่ 09 ตุลาคม 2567
9. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป ระยะที่ 2 ส่วนที่ 2 การอภิปรายกลุ่ม Heterogeneous)
 - เวอร์ชัน 4.0 วันที่ 09 ตุลาคม 2567
 10. IF 03 (สำหรับอาสาสมัคร 20 ปี ขึ้นไป ผู้เชี่ยวชาญ ระยะที่ 3)
 - เวอร์ชัน 5.0 วันที่ 11 ตุลาคม 2567
 11. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป เพื่อทดสอบเครื่องมือแบบสอบถาม)
 - เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กันยายน 2567
 12. IF 04 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครเด็กอายุ 60 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึก)
 - เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กันยายน 2567
 13. IF 04 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครเด็กอายุ 20 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึก)
 - เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กันยายน 2567
 14. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การอภิปรายกลุ่ม)
 - เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กันยายน 2567
 15. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 การตอบแบบสอบถาม)
 - เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กันยายน 2567
 16. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป ระยะที่ 2 ส่วนที่ 1 การอภิปรายกลุ่ม Homogeneous)
 - เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กันยายน 2567
 17. IF 05 ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 สิงหาคม 2567
 18. IF 06 งบประมาณ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 สิงหาคม 2567
 19. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 สิงหาคม 2567
 20. เครื่องมือที่ใช้เพื่อการวิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กันยายน 2567

ลงนาม



(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ สิริสุก)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 15 ตุลาคม 2567

วันหมดอายุ : 15 ตุลาคม 2568

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่

สอง ในเขตสุขภาพที่ 2

ผู้วิจัย นายพรเทพ โชติชัยสุวรรณ

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 1 สำหรับรูปแบบการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในเขตสุขภาพที่ 2 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยกลุ่มที่ให้ข้อมูลหลักที่ได้คัดเลือกไว้ (กลุ่มผู้บริหารรพ.แม่ข่าย กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้) ทำการสัมภาษณ์จนได้ข้อมูลอิ่มตัวกำหนดเวลาไม่เกิน 30 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยการแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่ศึกษาเชิงคุณภาพ โดยแยกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

1.1 กลุ่มผู้บริหารรพ.แม่ข่าย จำนวน 5 คน โดยประเด็นการสัมภาษณ์และข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

1.1.1 ช่วยเล่าถึงการบริหารจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง เพื่อปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

1) การกำหนดนโยบาย

2) การร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ และชุมชน

3) การสนับสนุนทรัพยากรด้านต่างๆ

4) อื่นๆ (ถ้ามี)

1.1.2 จุดแข็ง สิ่งที่น่าสนใจ มีอะไรบ้าง

1.1.3 จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรค มีอะไรบ้าง

1.1.4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอื่นๆ

1.2 กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 5 คน โดย

ประเด็นและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ คือ

1.2.1 ช่วยเล่าถึงบทบาทของท่านในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง เพื่อปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

- 1) บริการอะไร อย่างไร โดยใคร ที่ไหน การร่วมมือของชุมชน
- 2) การทำงานกับวิชาชีพอื่น เช่น พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ ฯลฯ
- 3) การทำผ่านกับอสม.
- 4) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย
- 5) อื่นๆ (ถ้ามี)

1.2.2 จุดแข็ง สิ่งที่ถูกใจ มีอะไรบ้าง

1.2.3 จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรค มีอะไรบ้าง

1.2.4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1.3 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ จำนวน 5 คน โดย
ประเด็นและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ คือ

1.3.1 ช่วยเล่าถึงวิธีการ หรือพฤติกรรมที่ช่วยทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

- 1) อาหาร
- 2) ออกกำลังกาย
- 3) การรับประทานยา
- 4) อื่นๆ (ถ้ามี)

1.3.2 อะไรคือสิ่งที่ทำให้ทำได้สำเร็จ

1.3.3 อยากแนะนำคนที่ยังทำไม่ได้ อะไรบ้าง

1.3.4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อหน่วยบริการ หรือท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้มากขึ้น

1.4 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 5 คน โดยประเด็นและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ คือ

1.4.1 ช่วยเล่าสิ่งที่ได้พยายามปรับพฤติกรรมที่ช่วยควบคุมระดับน้ำตาล

- 1) อาหาร
- 2) ออกกำลังกาย
- 3) การรับประทานยา

4) อื่นๆ (ถ้ามี)

1.4.2 อะไรคือสิ่งที่ไม่ได้ และสาเหตุสำคัญ

1.4.3 อยากเสนอแนะอะไรบ้างต่อหน่วยบริการ หรือท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้มากขึ้น

2. การอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion: FGD) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการอภิปรายกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกไว้ (กลุ่มบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบหลักในการจัดการผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข)

โดยทำการอภิปรายกลุ่มจนได้ข้อมูลเบื้องต้นที่กำหนดเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที

2.1 กิจกรรมก่อนเริ่มอภิปรายกลุ่ม

2.2 การชี้แจงวัตถุประสงค์

2.3 การขออนุญาตการบันทึกเสียง

2.4 การแนะนำตัวสร้างความคุ้นเคยกันก่อนเริ่มการอภิปราย

ประเด็นการอภิปรายกลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพโดยแยกประเด็นและข้อคำถามตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบหลักในการจัดการผู้ป่วยเบาหวาน

จำนวน 8 คน โดยประเด็นและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ดังนี้

1.1 ช่วยเล่าถึงบทบาทของท่านในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง เพื่อปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

1.1.2 วิชาชีพของสมาชิกในกลุ่ม

1.1.3 การสนับสนุนจากผู้บริหาร

1.1.4 การทำงานกับวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ ฯลฯ

1.1.5 บริการอะไร อย่างไร โดยใคร ที่ไหน การร่วมมือของชุมชน

1.1.6 อื่นๆ (ถ้ามี)

1.2 จุดแข็ง สิ่งที่มีใจ มีอะไรบ้าง

1.3 จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรค มีอะไรบ้าง

1.4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีได้รับมอบหมายในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5 คน โดยประเด็นการอภิปรายกลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพได้แก่

2.1 ช่วยเล่าถึงบทบาทของท่านในฐานะ อสม.ในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง เพื่อปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2.1.1 การสนับสนุนจาก หน่วยบริการ

2.1.2 การสนับสนุนจาก ท้องถิ่น

2.1.3 การสนับสนุนจาก ผู้ป่วย หรือครอบครัว

2.1.4 บริการอะไร อย่างไร โดยใคร ที่ไหน การร่วมมือของชุมชน

2.1.5 อื่นๆ (ถ้ามี)

2.2 จุดแข็ง สิ่งที่มีใจ มีอะไรบ้าง

2.3 จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรค มีอะไรบ้าง

2.4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม

รูปแบบการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2 และศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2 เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้กำหนดรูปแบบการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2 ต่อไป โดยแบบสอบถามฉบับนี้ประกอบข้อมูล 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยการบริหารจัดการบริการ	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากรการบริการ	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยสมรรถนะของผู้ให้บริการ	จำนวน 26 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยลักษณะการจัดการบริการ	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการบริการเพื่อการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	จำนวน 23 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

นายพรเทพ โชติชัยสุวัฒน์

นิสิตปริญญาเอก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2

แบบสอบถามข้อมูลการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2

สำหรับหน่วยบริการ รพ.ชุมแสงในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 60/ แห่ง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

๑. เพศ ☒ หญิง ☐ ชาย ☐ ไม่ระบุ
 ๒. อายุ ปี (เลขมากกว่า 6 ถือว่าได้รับเป็น 1 ปี)
 ๓. ระดับการศึกษา ☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโทขึ้นไป
 ๔. หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ☐ รพสต. ☐ หน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐ
 ๕. การปฏิบัติงานของแพทย์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในหน่วยบริการ รพสต./ รพสต.
☐ แพทย์ประจำตัว ☐ แพทย์มาตรวจตามกำหนด
☐ แพทย์ประจำที่ รพสต.
☐ ไม่มีแพทย์มาตรวจ

๖. หน่วยงานที่สังกัด ☐ กระทรวงสาธารณสุข ☐ อบจ. ☐ อื่นๆ ระบุ

๗. วิชาชีพของท่าน ☐ พยาบาล ☐ นักวิชาการสาธารณสุข

☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ อื่นๆ ระบุ

๘. ระยะเวลาที่ได้รับผิดชอบรับผิดชอบการจัดการตนเองของ รพสต. ระบุ ระยะเวลา ปี (เลขมากกว่า 6 ถือว่าได้รับเป็น 1 ปี)

๙. ท่านเคยได้รับชม/อบรม "ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน" เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ให้สามารถจัดการตนเอง

- ☐ ไม่เคย
☐ เคยอบรม ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
☐ เคยอบรม ระยะเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมา
☐ เคยอบรม มากกว่า 3 ปีที่ผ่านมา

๑๐. ท่านได้เข้าร่วมประชุมเพื่อรับนโยบายเกี่ยวกับ การจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

- ☐ ไม่ได้เข้าร่วม
☐ ได้เข้าร่วม บางครั้ง
☐ ได้เข้าร่วมทุกครั้ง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการบริหารจัดการบริการ จำนวน 11 ข้อ

ปัจจัยการบริหารจัดการบริการ หมายถึง การกำหนดทิศทางบริการ กระบวนการบริหาร และความร่วมมือกับเครือข่าย

โดยให้เลือกตอบตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ดังนี้

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

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1.1 การกำหนดทิศทางบริการ					
1.1.1 หน่วยงานของท่านกำหนดนโยบายที่ชัดเจน สำหรับกับการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน					
1.1.2 หน่วยงานของท่านได้กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ชัดเจน ในการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน					
1.1.3 หน่วยงานของท่านมีแผนที่ชัดเจน สำหรับการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน					
1.2 กระบวนการบริหาร					
1.2.1 หน่วยงานของท่านมีการใช้ข้อมูลอย่างรอบด้านเพื่อนำมาใช้วางแผนในการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น อัตราการเข้าถึงและผลลัพธ์การจัดการบริการกับทรัพยากรที่มี เช่น บุคลากร งบประมาณ เป็นต้น					
1.2.2 หน่วยงานของท่านมีการรับฟังข้อมูลจากแต่ละวิชาชีพในทีมเพื่อนำมาใช้วางแผนในการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน					
1.2.3 ผู้บริหารในหน่วยงานของท่านมีวิธีการจูงใจให้เกิดการจัดกิจกรรม และบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้ เช่น การให้รางวัล การนำมาประกอบกรประเมินผลประจำปี การสนับสนุนและพัฒนาบุคลากร เป็นต้น					
1.2.4 หน่วยงานของท่านมีการกำกับติดตามการดำเนินงานและ นำไปปรับการจัดการบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้					
1.2.5 หน่วยงานของท่านมีรอบการประเมินผลทั้งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคและนำมาปรับปรุงพัฒนา การบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน					
1.3 การร่วมมือกับภาคีเครือข่ายจัดการบริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเอง					

4

1.3.1 หน่วยงานของท่านมีการร่วมมือกับเครือข่ายด้านสาธารณสุข ระดับที่สูงกว่า ได้แก่ รพ.แม่ข่าย เช่น การจัดบริการร่วมกัน การปรึกษา การส่งต่อ เป็นต้น					
1.3.2 หน่วยงานของท่านมีการร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เช่น การรับส่งผู้ป่วย การสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน การ สนับสนุนการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ชุมชน เป็นต้น					
1.3.3 หน่วยงานของท่านมีการร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน เช่น การ ติดตามระดับน้ำตาลผู้ป่วยโดยอสม การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น					

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากรบริการ จำนวน 15 ข้อ

ปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากรบริการ หมายถึง การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้าน
การเงิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และด้านเทคโนโลยี

โดยให้เลือกตอบตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ดังนี้

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

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
2.1 การจัดการทรัพยากรบุคคล					
2.1.1 จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวานมีความพอเพียง					
2.1.2 บุคลากรที่รับผิดชอบงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นเพื่อการ จัดการผู้ป่วยเบาหวาน ให้สามารถจัดการตนเอง เช่น การสร้าง แรงจูงใจผู้ป่วย การปรับอาหารทดแทน					
2.1.3 มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมในการจัดการผู้ป่วยเบาหวาน ให้ สามารถจัดการตนเอง มีความเหมาะสมและพอเพียง					
2.2 การสนับสนุนทางการเงิน					
2.2.1 หน่วยงานของท่านได้รับเงินอุดหนุนที่เหมาะสม ต่อการจัดการใน หน่วยบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน					
2.2.2 หน่วยงานของท่านได้รับเงินอุดหนุนที่เหมาะสมต่อการจัดการเชิงรุกใน ชุมชนเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน					
2.2.3 หน่วยงานของท่านได้รับเงินอุดหนุนที่เหมาะสม ตามผลลัพธ์ทาง สุขภาพของผู้ป่วย (ค่า HbA1C) ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ตามเป้าหมาย					
2.3 การสนับสนุนระบบข้อมูล					

5

2.3.1	หน่วยงานของท่านมีระบบข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นปัจจุบัน และพร้อมใช้ในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย						
2.3.2	หน่วยงานของท่านมีระบบข้อมูลที่ใช้ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการ และในเครือข่ายบริการเดียวกัน (รพ.แม่ข่ายกับ รพ.สต.) เพื่อใช้วางแผนการบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง						
2.3.3	การจัดบริการในหน่วยงานท่าน ได้ใช้ข้อมูลแบบรายบุคคล (Personal Health Record) ที่เชื่อมโยงข้อมูลโรคอื่นๆและปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมต่างๆ						
2.4	การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์						
2.4.1	การจัดบริการของท่านได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่เพียงพอในการตรวจติดตามเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการตนเอง เช่น เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในชุมชน						
2.4.2	การจัดบริการของท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุที่เพียงพอ ในการตรวจติดตามเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการตนเอง เช่น แถบตรวจน้ำตาล						
2.4.3	การจัดบริการของท่านได้รับการสนับสนุนเอกสาร หรือสื่อการสอนที่เหมาะสมในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการตนเอง						
2.5	การสนับสนุนเทคโนโลยี						
2.5.1	หน่วยงานของท่านสนับสนุนเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการจัดบริการนี้ เช่น โปรแกรม หรือแอปพลิเคชัน (Application) ที่ใช้ในทีมสหวิชาชีพด้วยกันเอง และกับผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นและติดตามการปรับพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องร่วมกัน						
2.5.2	การจัดบริการของท่านได้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือวิชาชีพอื่นๆผ่านเทคโนโลยีที่สะดวก รวดเร็ว เช่น การแพทย์ทางไกล เป็นต้น						
2.5.3	หน่วยงานของท่านนำองค์ความรู้ด้านเบาหวาน มาผลิตสื่อการสอนได้เองแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคลอย่างเหมาะสม เข้าใจง่ายสามารถนำไปปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน						

ส่วนที่ 4 ปัจจัยสมรรถนะของผู้จัดบริการ มีจำนวน 3 ชุดย่อย จำนวน 26 ข้อ

ปัจจัยสมรรถนะของผู้จัดบริการ หมายถึง ความรู้ ทักษะ ทัศนคติ ที่ทำให้เกิดความสามารถในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่สอง

ชุดที่ 1 แบบทดสอบความรู้ในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองคนไข้เบาหวาน จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้และเลือกคำตอบว่าท่านคิดว่า "ถูก" หรือ "ผิด"

3.1 ความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน	ถูก	ผิด
1. การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวคิด Stages of Change ต้องดำเนินการเป็นขั้นตอนแรกของการบริการ เพื่อให้เกิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน		
2. การตกลงร่วมกันในการตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองต้องให้คำนึงถึงความพร้อมและบริบทของผู้ป่วยมากกว่าการยึดตามมาตรฐานทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว		
3. การช่วยเหลือในการจัดการตนเองให้มุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น โดยไม่จำเป็นต้องสอนทักษะการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต		
4. การติดตามที่ต่อเนื่องให้ดำเนินการเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีเท่านั้น เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล		
5. การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องเป็นเป้าหมายที่ยาก จึงจะทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการจัดการตนเอง		
6. การสร้างเครือข่ายผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผู้ป่วยเป็นเบาหวานเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus		
7. การประเมินอุปสรรคผู้ป่วย ในการจัดการตนเองให้ทำเฉพาะครั้งแรกที่วินิจฉัยโรคเท่านั้น เนื่องจากอุปสรรคมักไม่เปลี่ยนแปลงตลอดการรักษา		
8. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เกี่ยวกับผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่แย่งอาจทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ จึงต้องหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลในกรณีที่ไม่ผลการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย		
9. การออกแบบสื่อและกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานเป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการช่วยเหลือ		
10. การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ทำซ้ำเป็นระยะๆ เนื่องจากความพร้อมอาจเปลี่ยนแปลงตามเวลา สิ่งแวดล้อม สถานการณ์ และระยะของโรค		
11. การเลือกโปรตีนราคาถูก เช่น ไข่ เต้าหู้ หรือปลาในท้องถิ่น สามารถช่วยทดแทนการทานเนื้อสัตว์ที่มีราคาแพงได้ดีและทดแทนพลังงานจากข้าว แป้ง น้ำตาลได้ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ทำงานหนัก		
12. การจัดจานอาหารแบบ 2:1:1 หมายถึง ทานข้าวแป้ง หรือน้ำตาล 2 ส่วน ผัก 1 ส่วน และโปรตีน 1 ส่วน		
13. สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอด ให้เริ่มมีอาหารหลังพระอาทิตย์ตกด้วยการดื่มน้ำเปล่าและทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงเพื่อให้พลังงานเร็ว		
14. ผู้ป่วยเบาหวานที่ทำงานกลางแจ้ง ให้เพิ่มปริมาณอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง และลดการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่ย่อยง่าย เช่น ข้าวขาวและขนมหวาน เพื่อให้พลังงานต่อเนื่องและช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด		
15. การเลือกทานของหวานในปริมาณน้อยหลังมื้ออาหารจะไม่ส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่ทำงานหนัก		

ชุดที่ 2 แบบประเมินทักษะของผู้ปฏิบัติงานเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ
 โดยให้เลือกตอบตามระดับความสามารถ 5 ระดับ ดังนี้

7

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

คำถาม	ระดับความสามารถ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
3.2 ทักษะของผู้ปฏิบัติงาน					
3.2.1 ท่านสามารถประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และสื่อสารผลการประเมินให้ผู้ป่วย ได้เข้าใจถึงส่วนขาด เช่น ความรู้ การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง					
3.2.2 ท่านสามารถกำหนดเป้าหมาย แผนการรักษา ร่วมกับผู้ป่วย ที่มีข้อจำกัดเฉพาะราย เช่น ผู้ป่วยที่ทำงานหนักและมีข้อจำกัดในการเลือกอาหาร ผู้ป่วยที่ต้องฉีดยา เป็นต้น					
3.2.3 ท่านสามารถให้คำแนะนำตามส่วนขาดที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยรายบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น การปรับรายการอาหารที่เป็นไปได้ตามบริบท การปรับรอบเวลาในการรับประทานยา เป็นต้น					
3.2.4 ท่านสามารถสร้างแรงจูงใจได้ตามลักษณะผู้ป่วยรายบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษา วัฒนธรรม ความเชื่อ อาชีพ เป็นต้น เช่น การกำหนดเป้าหมายชีวิตเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม					
3.2.5 ท่านสามารถปรับสื่อการสอน และมีวิธีการสื่อสารให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย ที่อาจมีข้อจำกัดด้านภาษา อาชีพ วิถีชีวิต วัฒนธรรมให้เข้าใจ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง					
3.2.6 ท่านสามารถพูดเสริมพลังให้กับผู้ป่วย จนสามารถมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาสุขภาพตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง					

ชุดที่ 3 แบบประเมินทัศนคติผู้ปฏิบัติงานในการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองคนไข้เบาหวาน จำนวน 5 ข้อ
 โดยให้เลือกตอบตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ดังนี้

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

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
3.3 ทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน					
3.3.1 ท่านคิดว่าการบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองควรมีส่วนร่วม และร่วมมือร่วมกันระหว่างทีมวิชาชีพผู้ให้บริการ					
3.3.2 ท่านคิดว่าการบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองควรมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการวางแผน ลงมือทำ และประเมินผลร่วมกันทีมวิชาชีพผู้ให้บริการ					

8

3.3.3	ท่านคิดว่าการเข้าใจบริบทของผู้ป่วยเฉพาะราย มีความจำเป็นต่อการออกแบบการให้บริการ เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานได้จัดการตนเอง					
3.3.4	ท่านคิดว่าการจัดบริการ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ควรปรับแผนตามระยะของโรค หรือวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป					
3.3.5	ท่านคิดว่าการบริการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง ควรมีความยืดหยุ่น กับลักษณะเฉพาะของครอบครัว หรือชุมชนของผู้ป่วย					

ส่วนที่ 5 ปัจจัยลักษณะการจัดบริการ จำนวน 10 ข้อ

ปัจจัยลักษณะการจัดบริการ หมายถึง การจัดบริการแบบเครือข่าย ความต่อเนื่องของบริการ และการเตรียมข้อมูลให้บริการเพื่อเตรียมแผนการรักษาที่เหมาะสมก่อนการจัดบริการเฉพาะราย หรือเฉพาะกลุ่ม

โดยให้เลือกรับตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ดังนี้

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

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
4.1 การจัดบริการแบบเครือข่าย					
4.1.1 รพ.แม่ข่ายกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือรพสต.มีแนวทางการจัดการร่วมกันอย่างชัดเจนเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้ เช่น เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย (Refer in-Refer out) เป็นต้น					
4.1.2 รพ.แม่ข่ายมีการสนับสนุนทีมสหสาขาวิชาชีพมาร่วมจัดการใน รพ.สต.หรือออกเยี่ยมบ้าน เป็นต้น					
4.1.3 รพ.แม่ข่ายกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือรพสต.มีการรับส่งต่อเฉพาะในกรณีต่างๆ เพื่อรับค่าปรึกษา และรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีผลแทรกซ้อน หรือปัญหาเฉพาะตัว เป็นต้น					
4.2 ความต่อเนื่อง					
4.2.1 มีการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองๆ ที่ต่อเนื่อง โดยจัดบริการจากสถานบริการ ต่อเนื่องไปสู่บริการเชิงรุกที่บ้าน หรือในชุมชน					
4.2.2 มีการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองๆ อย่างต่อเนื่องตามระยะของโรคที่เปลี่ยนไป เช่น มีภาวะไตเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ เป็นต้น					
4.2.3 มีการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองๆ อย่างต่อเนื่องในการจัดการบริการโดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบตามเหตุการณ์ หรือวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย เช่น ผู้ดูแลหลักเสียชีวิต ย้ายที่อยู่อาศัย เป็นต้น					

4.3 การเตรียมข้อมูลการให้บริการ					
4.3.1 ก่อนการจัดบริการ ท่านมีการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายมาพิจารณา ก่อนเตรียมการพูดคุยกับผู้ป่วยในจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย					
4.3.2 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหลังมารับบริการ การให้แนะนำต่างๆ เพื่อใช้ติดตามในการบริการครั้งต่อไป					
4.3.3 ก่อนไปเยี่ยมบ้าน ท่านมีการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย ตามบริบทสิ่งแวดล้อมก่อนออกไปเยี่ยมบ้าน และข้อมูลที่จะนำไปสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว					
4.3.4 มีการสรุปข้อมูลผู้ป่วยหลังการเยี่ยมบ้าน เพื่อเตรียมการสนับสนุนการจัดการตนเองเฉพาะรายที่เหมาะสมต่อไป					

ส่วนที่ 6 ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 13 ข้อ

ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การมีส่วนร่วมครอบครัว และการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่รับผิดชอบ

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

คำถาม	ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
5.1 การมีส่วนร่วมของอสม.					
5.1.1 อสม.ช่วยกระตุ้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ได้ตามแผนการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้ตั้งเป้าหมายและกิจกรรมไว้ เช่น การควบคุมอาหาร กิจกรรมทางกาย เป็นต้น					
5.1.2 อสม.ช่วยเจาะเลือดจากปลายนิ้วเพื่อเพิ่มการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในชุมชน					
5.1.3 อสม. ช่วยให้ข้อมูลมีผู้ให้บริการถึงสภาพแวดล้อม หรือวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีผลต่อการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ					
5.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัว					
5.2.1 ท่านคิดว่า ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่ท่านดูแล มีส่วนช่วยกระตุ้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ได้ตามแผนการจัดการตนเองที่มีอยู่ เช่น การควบคุมอาหาร กิจกรรมทางกาย การรับประทานยา เป็นต้น					
5.2.2 ท่านคิดว่า ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่ท่านดูแล มีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกให้สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การทานอาหาร หรือ กิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การสื่อสารข้อมูลที่เข้าใจยาก เป็นต้น					

10

5.2.3 ท่านคิดว่า ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยให้ข้อมูลผู้ป่วย กับทีมผู้ให้บริการอย่างเต็มที่					
5.3 การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)					
5.3.1 อปท.มีส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เช่น นโยบายอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถานที่ออกกำลังกายที่เพียงพอ เป็นต้น					
5.3.2 อปท.ได้ส่งเสริมโครงการที่ริเริ่มโดยชุมชนมาช่วยสนับสนุนการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การสนับสนุนสม.ช่วยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วในชุมชน โครงการกลุ่มออกกำลังกาย ปลูกผักปลอดสารพิษ เป็นต้น					
5.3.3 อปท.มีส่วนในการส่งเสริมปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพต่างๆ ที่ส่งเสริมการจัดการตนเอง หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น อาหาร การเดินทาง กฎระเบียบในชุมชนที่เกี่ยวข้อง					
5.4 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย					
5.4.1 ผู้ป่วยที่ท่านให้บริการ คิดว่าโรคเบาหวานที่เป็นอยู่เป็นปัญหาที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					
5.4.2 ผู้ป่วยที่ท่านให้บริการ มีความเข้าใจในโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง					
5.4.3 ผู้ป่วยที่ท่านให้บริการ มีความเข้าใจถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากปฏิบัติตัวไม่ถูก					
5.4.4 ผู้ป่วยที่ท่านให้บริการ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน					

ส่วนที่ 7 การบริการเพื่อการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่สอง จำนวน 23 ข้อ

การบริการเพื่อการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง การบริการเพื่อการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง กระบวนการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ มีทั้งหมด 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การถาม และการประเมินผู้ป่วยถึงความพร้อม และส่วนขาดเบื้องต้นในการร่วมจัดทำแผนการรักษา และสิ่งที่ควรแนะนำเพิ่มเติม 2) การแนะนำผู้ป่วยจากความพร้อม และส่วนขาดที่ได้ประเมินไว้ 3) การ กำหนดเป้าหมาย และแผนการดูแลร่วมกันทั้งผู้ให้บริการกับผู้ป่วย 4) การช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆ ระหว่างดำเนินตามแผนการรักษา และ 5) การติดตามและปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

โดยให้เลือกรับตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับ ดังนี้

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

คำถาม	ระดับการปฏิบัติ
-------	-----------------

11

	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
7.1 การถาม และการประเมินความพร้อมผู้ป่วยเบื้องต้น					
7.1.1 ท่านได้พูดคุยกับผู้ป่วย ถึงภาวะสุขภาพที่อาจเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เช่น ผลการตรวจทางคลินิกต่าง					
7.1.2 ท่านได้พูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรง เพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย					
7.1.3 ท่านได้พูดคุยกับผู้ป่วยถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยของโรคเบาหวาน ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้					
7.1.4 ท่านได้พูดคุยซักถามการปรับพฤติกรรมสุขภาพและปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเอง ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ					
7.1.5 ท่านได้พูดคุยซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะการทำงาน ครอบครัว หรือปัจจัยทางสังคมอื่นๆที่ผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย					
7.1.6 ท่านได้ประเมินความสามารถ ในการจัดการตนเอง และสรุปปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ เพื่อนำวางแผนต่อไป					
7.2 การแนะนำผู้ป่วยจากส่วนขอที่ได้ประเมินไว้					
7.2.1 ท่านได้แจ้งข้อมูลผลการประเมินภาวะสุขภาพ และส่วนขาดรายบุคคลคืนแก่ผู้ป่วย					
7.2.2 ท่านได้แนะนำ วิธีการปฏิบัติตัว ตามส่วนขาดของผู้ป่วย จากผลการประเมินผู้ป่วย เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น					
7.2.3 ท่านได้ให้คำแนะนำหรือข้อมูลด้านประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ตามปัญหาเฉพาะรายผู้ป่วย					
7.2.4 ท่านได้แนะนำหรือให้ข้อมูลด้านโทษ อันตรายและภาวะแทรกซ้อน เมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตามปัญหาเฉพาะรายผู้ป่วย					
7.2.5 ท่านได้แนะนำผู้ป่วยถึงเหตุผลจำเป็นที่ต้องมาพบแพทย์ที่รักษาประจำ แพทย์เฉพาะทาง บุคลากรอื่นๆ เช่น นักโภชนาการเภสัชกร นักกายภาพบำบัด เป็นต้น					
7.3 การกำหนดเป้าหมาย และแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย					
7.3.1 ท่านได้พูดคุยเกี่ยวกับแผนการรักษาโรคเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในแผนการรักษา และเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา					

7.3.2	ท่าน กับ ผู้ป่วยได้ร่วมกันหรือในการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เช่น การลดแป้งและน้ำตาล การลดเครื่องดื่ม ผลไม้รสหวาน การออกกำลังกาย เป็นต้น						
7.3.3	ท่านได้พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ การวางแผนการปรับพฤติกรรม และการควบคุมระดับน้ำตาล ร่วมกัน						
7.3.4	ท่านได้เสนอทางเลือกในการรักษาให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ที่นอกเหนือจากการรักษาด้วยยา เช่น กิจกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก						
7.4	การช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆระหว่างดำเนินการตามแผนการรักษา						
7.4.1	ท่านได้มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามปัญหาเฉพาะด้าน เช่นกลุ่มที่คุมได้ และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ หรือกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มที่มีอาชีพเฉพาะเพื่อจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองฯ ที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม เป็นต้น						
7.4.2	ท่านมีการช่วยเหลือกรณีนี้ที่ผู้ป่วยมีบริบทความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะราย เช่น ผู้ป่วยที่ถือศีลอด กลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจสังคม เป็นต้น						
7.4.3	ท่านมีการช่วยเหลือกรณีที่มีชีวิตประจำวัน หรือสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเปลี่ยนไป เช่น ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ เช่น เจ็บป่วยจนดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ย้ายออกจากบ้านผู้ป่วย เป็นต้น						
7.4.4	ท่านมีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนดูแล และการจัดการตนเอง ทั้งในปัจจุบันและอนาคตที่ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ทำให้ทุกขุทรมานหากไม่สามารถควบคุมโรคได้ เช่น ภาวะไตวาย ตาบอด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น						
7.4.5	ท่านมีการให้คู่มือ หรือเอกสารในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยบันทึกความก้าวหน้าในการจัดการตนเองตามเป้าหมายและแผนที่ผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพตั้งเป้าหมายร่วมกันไว้						
7.5	การติดตามและปรับเปลี่ยนแผนการรักษา						
7.5.1	ท่านได้ติดตามผู้ป่วย โดยวิธีการ เยี่ยมบ้าน หรือทางโทรศัพท์ นอกเหนือจากมาตรวจตามนัดที่หน่วยบริการ เพื่อติดตามผลการจัดการตนเองของผู้ป่วย หรือตามแผนการรักษา						
7.5.2	ท่านมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาผู้ป่วย จากผลการติดตาม โดยนำมาปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ ตามปัญหาเฉพาะราย เช่น นักโภชนาการ ผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้ให้สุขภาพ (Health educator)						
7.5.3	ท่านช่วยผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา กรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน เช่น การสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว การจัดกิจกรรมของชุมชน หรือ อปท.						

คำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม การวิจัยระยะที่ 3
วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่
สอง ในเขตสุขภาพที่ 2

ผู้วิจัย นายพรเทพ โชติชัยสุวรรณ

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ในการวิจัยระยะที่ 3 สำหรับรูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยกลุ่มที่ให้ข้อมูลหลักที่ได้คัดเลือกไว้ได้แก่

1) กลุ่มผู้บริหารพ. แม่ข่าย 2) กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3) กลุ่มวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด โดยทำการสัมภาษณ์จนได้ข้อมูลอิ่มตัวกำหนดเวลาไม่เกิน 30 นาที

การอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) เฉพาะกลุ่มผู้บริหารที่ทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี (case manager ;CM)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยการแบบสัมภาษณ์ และอภิปรายกลุ่มชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. การนำเสนอร่างรูปแบบบริการ ถึงที่มา ความสำคัญ ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 และ เจริญปริมาณใน 2 จนถึงการนำมาร่าง ขั้นตอนการของรูปแบบบริการ และองค์ประกอบต่างๆในรูปแบบ

2. แนวคำถามของกลุ่ม และข้อคำถามตามประเด็นการประเมิน ตามตาราง

ประเด็น	ข้อคำถาม
ความตรงประเด็น (Validity)	1. องค์ประกอบที่กำหนดขึ้นมา และกิจกรรมที่มีอยู่ในแต่ละองค์ประกอบมีความตรงประเด็นกันหรือไม่ 2. มีข้อใดที่ควรตัดออก หรือย้ายไปไว้องค์ประกอบอื่นที่ตรงประเด็น หรือมีความสอดคล้องมากกว่า หรือให้มีการเพิ่มองค์ประกอบใหม่ขึ้นมาแทน

ประเด็น	ข้อคำถาม
	3. มีข้อที่คงไว้แต่ควรปรับปรุงอะไรบ้าง 4. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม
ความเหมาะสม (Appropriateness)	1. องค์ประกอบที่กำหนดขึ้นมา และกิจกรรมที่มีอยู่ในแต่ละองค์ประกอบมีความเหมาะสมในแก้ไขปัญหาการให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหรือไม่อย่างไร 2. มีข้อใดที่ควรตัดออก 3. มีข้อที่คงไว้แต่ควรปรับปรุงอะไรบ้าง 4. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม
ความเป็นไปได้ (Feasibility)	1. องค์ประกอบที่กำหนดขึ้นมา และกิจกรรมที่มีอยู่ในแต่ละองค์ประกอบมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในบริบท หรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่เพื่อให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหรือไม่อย่างไร 2. มีข้อใดที่ควรตัดออก 3. มีข้อที่คงไว้แต่ควรปรับปรุงอะไรบ้าง 4. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

คำถามในการวิจัยระยะที่ 4

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2

ผู้วิจัย นายพรเทพ โชติชัยสุวัฒน์

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 4 สำหรับประเมินรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2

ขั้นตอนการสัมมนา

1. ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับ และแนะนำผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆที่เข้าร่วมการสัมมนา
ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship)
 2. การชี้แจงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ 2 (ฉบับปรับปรุง) และขออนุญาตบันทึกเสียงการประชุม
 3. ชี้แจงตารางประกอบการสัมมนาผู้เชี่ยวชาญ
 4. ดำเนินการสัมมนา เพื่อประเมินรูปแบบทั้งภาพรวม และรายองค์ประกอบ
 5. สรุปผลการสัมมนา ข้อเสนอแนะ และกล่าวขอบคุณ
- ตารางแสดงผลการประเมินรูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วย

เบาหวาน

องค์ประกอบ	ตรงประเด็น (validity)	เหมาะสม (appropriate)	เป็นไปได้ (feasibility)	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

ภาคผนวก ค ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

สำเนาฉบับ



ที่ อว ๐๖๐๓.๒๒/๖๓๖๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
อำเภอมอง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๑ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน คุณศิริ ปานแย้ม

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยนายพรเทพ โชติชัยสุวรรณ นิสิตระดับปริญญาเอก รหัส ๖๕๐๓๐๗๘๙ ได้จัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “รูปแบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ ๒” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ ขอขอบคุณ

ขอแสดงความนับถือ

พันธุ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. งานบริการการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์ ๐ ๕๕๕๖ ๗๓๔๔

๒. นายพรเทพ โชติชัยสุวรรณ

โทรศัพท์ ๐๙ ๒๒๕๔ ๒๓๕๘

พิมพ์/ร่าง
ทวน
ตรวจ
.....

สำเนาฉบับ

บันทึกข้อความ



ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ งานบริการการศึกษา หน่วยบัณฑิตศึกษา โทร. ๗๓๔๙

ที่ อว ๐๖๐๓.๒๒.๐๔/ว ๖๕๕๗ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน

ด้วยนายพรเทพ โชติชัยสุวรรณ นิสิตระดับปริญญาเอก รหัส ๖๕๐๓๐๗๘๙ ได้จัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ ๒” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณนิจิตร เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือวิจัยดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน ด้วยดี และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ ขอขอบคุณ

พินิจ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินิจทิพย์ หินห่มเพชร)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำเนาเรียน

- ๑) ผศ.ดร.อาทิตย์ยา วัจวนสินธุ์
- ๒) รศ.ดร.อาจินต์ สงทับ
- ๓) ผศ.ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์
- ๔) ผศ.ดร.วุฒิชัย จรรย์ยา

พิมพ์ร่าง.....
 ทาน.....
 ตรวจ.....

บศ.สธ.๐๖



แบบคำร้องขอให้ออกหนังสือถึงผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคเรียนที่.....๑..... ปีการศึกษา.....๒๕๖๗.....

วันที่...๒๕...เดือน...กรกฎาคม... พ.ศ....๒๕๖๗...

เรื่อง ขอให้ออกหนังสือถึงผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ข้าพเจ้า.....นายพรเทพ โชติชัยสุวัฒน์.....รหัสบัณฑิต.....๖๕๐๓๐๗๙๘.....

นิสิตหลักสูตร.....สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต.....ชั้นปีที่.....๓.....หมายเลขติดต่อ.....๐๙๒-๒๕๔๒๓๕๘.....

อีเมลล์.....pontepecb5@nu.ac.th.....

มีความประสงค์ให้คณะฯ ออกหนังสือถึงผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง.....รูปแบบการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่สอง ในเขตสุขภาพที่ ๒.....

โดยมี.....ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริโชค วนรัตน์วิจิตร.....เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร ๑) ข้อมูลผู้ทรงคุณวุฒิ ๒) สรุปโครงร่างวิทยานิพนธ์ ๑๐-๒๐ หน้า ๓) เครื่องมือวิจัย และ ๔) แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มาพร้อมแบบคำร้องนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....นิสิต

(.....นายพรเทพ โชติชัยสุวัฒน์.....)

๒๕ ก.ค. ๒๕๖๗

ความเห็นของประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่า

- (/) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์
 (/) สรุปโครงร่างวิทยานิพนธ์มีความถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์
 (/) แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์
 (/) ข้อมูลผู้ทรงคุณวุฒิ

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริโชค วนรัตน์วิจิตร)

ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

๓๑ ก.ค. ๒๕๖๗

ความเห็นของเจ้าหน้าที่งานบริการการศึกษา

- เพื่อโปรดพิจารณา
 - มอบผู้ประสานงานหลักสูตร จัดทำหนังสือถึงผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้บัณฑิตกล่าว

(นางฉวีรัตน์ ใจเพียงธรรม)

นักวิชาการศึกษา

๓๑ ก.ค. ๒๕๖๗

ความเห็นของคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

- (/) เห็นชอบ
 () ไม่เห็นชอบ

พริ้ง-อ
 (ผศ.ดร.พันธิต พันธ์มณี)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ/ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

หมายเหตุ กรณีเป็นนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หากได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยแล้ว ให้ใช้แบบคำร้อง บว.๑๒ ยื่นต่อบัณฑิตวิทยาลัย โดยสามารถดาวน์โหลดแบบคำร้องได้ที่
<http://www.graduate.nu.ac.th/for-student/download-from/>

๐๑ ก.ค. ๒๕๖๗

ข้อมูลผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและหน่วยงาน	คุณวุฒิ/ สาขาวิชา
๑	ผศ.ดร.อาทิตย์ วังวนสินธุ์	อาจารย์(อนามัยชุมชน)	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
๒	รศ.ดร.อาทิตย์ สงทับ	อาจารย์(อนามัยชุมชน)	Ph.D. (Tropical Medicine)
๓	ผศ.ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์	อาจารย์(อนามัยชุมชน)	Ph.D. (Medical Science)
๔	ผศ.ดร.วุฒิชัย จรียา	อาจารย์(อนามัยชุมชน)	DHSM. (Health Service Management)
๕	นายศิระ ปานแย้ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางระก้า จังหวัดพิษณุโลก	พยาบาลศาสตรบัณฑิต