

การพัฒนาคู่มือการดำเนินการ
การบริการแบบบูรณาการ
ประชาชนเป็นศูนย์กลาง



พศ.ดร. นภาพร วาณิชยกุล และคณะ

กิจกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานวิจัยแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ สนับสนุนทุนวิจัย เพื่อพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนิน การด้านต่างๆ และการประสานงานที่ดีเยี่ยม เพื่อให้สามารถดำเนินการพัฒนาแบบประเมินสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณ ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องทุกคน ที่กรุณาทุ่มเทเวลา ความคิด แรงกายและใจ วิเคราะห์ งานต่างๆ อย่างตั้งใจ ด้วยความมุ่งหวังพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและ ไขมันในเลือดสูง เพื่อประโยชน์อันจะเกิดแก่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ซึ่งโครงการนี้จะไม่สามารถดำเนินไปได้ ถ้าขาดซึ่งความร่วมมืออันดีดังกล่าว และขอขอบคุณทีมวิจัยทุกท่านในการร่วมมือพัฒนางานให้สำเร็จ

ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านในภาควิชาการพยาบาลศาสตร ศณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยมหิดล ที่เป็นกำลังใจในการทำงานเป็นอย่างดีเสมอมา

ท้ายที่สุดขอขอบคุณ คุณบุษราภรณ์ เพชรรุ่ง ที่ให้ความช่วยเหลือในดำเนินงานต่างๆ ให้ลุล่วงไปด้วยดี

ทีมวิจัย

สารบัญ

กิจกรรมประกาศ	2
สารบัญ	3
สารบัญตาราง	4
สารบัญภาพ	5
บทคัดย่อ	6
ABSTRACT	7
บทสรุปผู้บริหาร	8
บทนำ	8
ผลงาน/ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับรวมถึงผู้ใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัย	23
วัตถุประสงค์	24
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	26
ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาคู่มือการจัดบริการ	26
ระยะที่ 2 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือทางจิตวิทยา	28
วิธีการดำเนินการวิจัย	30
ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาคู่มือการจัดบริการ	30
ระยะที่ 2 ระยะการทดสอบคุณภาพเครื่องมือทางจิตวิทยา	33
ผลการวิจัย	37
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	37
การพัฒนาชุดคู่มือการดำเนินงาน	44
ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาคู่มือการจัดบริการ	44
ระยะที่ 2 ระยะการทดสอบคุณภาพเครื่องมือทางจิตวิทยา	56
การอภิปรายผล	70
เอกสารอ้างอิง	75
ทีมวิจัย	83
ภาคผนวกคู่มือการดำเนินงานการบริการแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง	84

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ร่วมให้ความคิดเห็น และจำนวนความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการ จำแนกตาม กลุ่มเป้าหมาย	27
ตารางที่ 2 เกณฑ์ตัดสินคุณภาพเครื่องมือทางจิตวิทยา	36
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	37
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ชุมชนจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	38
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วน บุคคล	39
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วน บุคคล	40
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย	41
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	42
ตารางที่ 9 มโนทัศน์ ประเด็นหลัก และตัวอย่างข้อคิดเห็นจากแนวคิดของผู้ป่วยในการจัดบริการแบบบูรณา การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	45
ตารางที่ 10 มโนทัศน์ องค์ประกอบสำคัญและตัวอย่างข้อความจากแนวคิดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการ จัดบริการแบบบูรณาการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	47
ตารางที่ 11 มโนทัศน์ ประเด็นหลัก และตัวอย่างข้อคิดเห็นจากแนวคิดของทีมเจ้าหน้าที่ชุมชนในการสนับสนุน การจัดการโรคจากชุมชน	50
ตารางที่ 12 ระยะเวลาที่ใช้บริการและระยะเวลาการรอคอยเมื่อมารับการติดตามการรักษาแต่ละครั้ง	52
ตารางที่ 13 ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของค่าดัชนีความสอดคล้องความตรงตามเนื้อหาจำแนกตามเครื่องมือ	57
ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน FACTOR LOADING และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น CRONBACH'S ALPHA	59
ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง คุณภาพการบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง การสนับสนุน การจัดการโรคของชุมชน กับความแตกฉานทางสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเอง	60
ตารางที่ 16 จำนวน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินคุณภาพการบริการที่มี ประชาชนเป็นศูนย์กลาง จำแนกรายด้านและระดับคุณภาพการบริการ	62
ตารางที่ 18 จำนวน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	64
ตารางที่ 19 จำนวน ค่าเฉลี่ย ฐานนิยม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของการใช้ระบบข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย	65
ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของการประเมินผลการอบรมพัฒนาทักษะ การบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง	69

สารบัญภาพ

รูปที่ 1	ความสัมพันธ์กันของเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการแบบบูรณาการแบบประชาชนเป็นศูนย์กลาง (PEOPLE-CENTRED AND INTEGRATED HEALTH SERVICE) (2).....	19
รูปที่ 2	กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (PERSON-CENTRED NURSING (PCN) FRAMEWORK) ของ MCCORMACK AND MCCANCE (60, 61).....	21
รูปที่ 3	แผนที่ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการประเมินการทำงานเพื่อจัดการโรคเรื้อรัง	22
รูปที่ 4	ขั้นตอนการสังเคราะห์แผนที่ความคิด.....	26
รูปที่ 5	ขั้นตอนการพัฒนาคู่มือการดำเนินการดูแลแบบบูรณาการมุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง	30
รูปที่ 6	LOGIC MODEL ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง.....	32
รูปที่ 7	การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ดัดแปลงจาก MALCOM S. KNOWLES (1973).....	33
รูปที่ 8	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการบุคคลเป็นศูนย์กลาง.....	53
รูปที่ 9	องค์ประกอบของแบบประเมินคุณภาพการดูแลแบบบูรณาการที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง.....	57
รูปที่ 10	องค์ประกอบของแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน	58
รูปที่ 11	DENDROGRAM และ SILHOUETTE MEASURE OF COHESION AND SEPARATION ของแบบประเมินคุณภาพการบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง	60
รูปที่ 12	ผลการวิเคราะห์ CLUSTER ANALYSIS ในการจำแนกความสำคัญของคำถาม	61
รูปที่ 13	DENDROGRAM และ SILHOUETTE MEASURE OF COHESION AND SEPARATION ของแบบประเมินการสนับสนุนจากชุมชนในการจัดการโรค	63
รูปที่ 14	ผลการวิเคราะห์ CLUSTER ANALYSIS ในการจำแนกความสำคัญของคำถาม	63

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบคู่มือการให้บริการการจัดการโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง บนพื้นฐานการบูรณาการการดูแลแบบประชาชนเป็นศูนย์กลาง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ระยะพัฒนาคู่มือการดำเนินการจัดบริการ เป็นการนำ secondary data analysis จากการทำความเข้าใจความคิดเห็นของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและรพสต) และเจ้าหน้าที่ชุมชน(ผู้บริหารท้องถิ่น และอสม) เกี่ยวกับความต้องการในการดูแลรักษาผู้ป่วย 2) ระยะการตรวจสอบคุณภาพทางจิตวิทยาของเครื่องมือ 3) การทดสอบการยอมรับการพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็น Convenient sampling ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือ ความดันโลหิตสูง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ใน 3 คพ การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วยความตรงตามเนื้อหาและความเป็นปรนัยโดยผู้เชี่ยวชาญ ความตรงเชิงโครงสร้างโดย Confirmatory factor analysis ความตรงเชิงสภาพกับความแตกต่างทางสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์ของความสม่ำเสมอภายใน ด้วย Cronbach's alpha และความสามารถในการจำแนกกลุ่มด้วยCluster analysis และการยอมรับการใช้งานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า จากการสังเคราะห์ความต้องการการบริการของผู้ป่วยและประสบการณ์การทำงานทั้งในส่วนการรักษาของโรงพยาบาลและการดูแลของชุมชน พบว่า การดำเนินการจัดบริการต้องเป็นการให้บริการที่เข้าใจการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้การมีส่วนร่วมในการจัดการโรค ให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยผสมผสานการทำงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง คู่มือการดำเนินงานผ่านการทดสอบตามเกณฑ์มาตรฐานทุกข้อ สรุปได้ว่าการดำเนินงานคู่มือการดำเนินการสามารถนำไปทดสอบการใช้งานในสถานการณ์จริงเพื่อศึกษาผลต่อไป

คำสำคัญ : คู่มือการบริการ/ เบาหวาน /ความดันโลหิตสูง /ประชาชนเป็นศูนย์กลาง / การบูรณาการการบริการ

Abstract

This research aimed to develop and evaluate the psychometric properties of a service manual for Type 2 diabetes/Hypertension based on an integrated care service and people-centeredness. This study had 3 phases: phase 1) manual development by secondary qualitative data analysis of a previous project: 2) psychometric testing of tool quality: 3) testing training course of the care service for health care professionals. After preliminary content validation, the tools were tested in the convenient samples of patients diagnosed with diabetes and/or hypertension and health care professionals who have had experience in caring the target population in 3 health districts. The test consisted of content validity by experts, construct validity by confirmatory factor analysis, concurrent validity with health literacy and self-management behavior, internal consistency reliability by Cronbach's alpha, classification ability by cluster analysis, and training course evaluation. The results of studies from the synthesis of the needs of the patient and the professional experience in the treatment of hospital and community care. The expected service strategies consisted of understanding the way of life of the patients, encouraging the patient's learning to participate in the disease management, providing care tailoring patient's needs, and continuing care based on collaboration with all significant related people. The manual appeared to be valid and reliable measure for conducting the service. It is easy to management. Conclusion: The operational manual would be eligible to be tested in standard clinical trial in order to study the effects on the patients.

Keywords: SERVICE MANUAL/ TYPE 2 DIABETES/HYPERTENSION/PEOPLE-CENTERED CARE/ INTEGRATED CARE SERVICES

บทสรุปผู้บริหาร

บทนำ ประเทศไทยโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประชากรไทยเสียชีวิต จากโรคเบาหวานเกือบ 8 รายต่อชั่วโมง(1) การให้บริการในปัจจุบันสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 60 กำลังเผชิญหรือมีแนวโน้มที่จะต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการดำรงชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนในการกำหนดกลวิธีการแก้ไขปัญหานี้ องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้ทั่วโลก ให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วนในการจัดบริการแบบบูรณาการการบริการมุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในปี 2016-2026 (2) เพื่อต้องการให้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ตอบสนองต่อความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยและบริบทการดำเนินชีวิตแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงคุณภาพการบริการที่เหมาะสมต่อความต้องการและความคาดหวังในการจัดการสุขภาพมากกว่าการรักษาโรคเท่านั้น การบริการดังกล่าวมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความตระหนักรู้และได้รับการดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นทีมวิจัยจึงสนใจในการพัฒนาชุดเครื่องมือที่ใช้ในการบริการแบบบูรณาการวิถีชีวิตคนไทยในการจัดการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้สอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตของคนไทย

วัตถุประสงค์ทั่วไป: การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบคู่มือการให้บริการการจัดการโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง แบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกและ Logic model ที่ได้จากความคิดเห็นของกลุ่มผู้ป่วยและทีมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง(3, 4) การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ และกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ชุดเครื่องมือประกอบด้วย 1) ชุดคู่มือการดำเนินการบริการแบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย คู่มือการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ประกอบด้วย แบบการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน และ คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยรายกรณี 2) แบบการประเมินผลการดำเนินการ ประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพการบริการแบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และแบบประเมินการตอบสนองความต้องการการประมวลข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1: ระยะพัฒนาคู่มือการดำเนินการจัดบริการ เป็นการทำ secondary data analysis จากการทำความเข้าใจของผู้ป่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและรพสต และเจ้าหน้าที่ชุมชน(ผู้บริหารท้องถิ่น และ อสม) เกี่ยวกับความต้องการในการดูแลรักษาผู้ป่วย ระยะที่ 2: ระยะการตรวจสอบคุณภาพทางจิตวิทยาของเครื่องมือในการเลือกสถานที่วิจัย เป็น Convenient sampling ในการเลือกสถานที่ ตามความสมัครใจ เป็น คัพเมือง 2 คัพ และ คัพชนบท 1 คัพ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ในระยะ 2 แบ่งเป็น / กลุ่ม คือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ประกอบด้วย แพทย์ ผู้จัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกอย่างน้อย 2 ปี และ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการคลินิก จำนวน 34 คน กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือ ความดันโลหิตสูง โดยการสุ่มเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการที่มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลและ/หรือความดันโลหิต สามารถสื่อสารตอบคำถามได้ และไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เป็นไปตามลักษณะการตอบของเครื่องมือ ทุกเครื่องมือได้รับการตรวจ ความตรงเชิงเนื้อหา และความเป็นปรนัย และเครื่องมือที่มีการตอบเป็นตัวแปรที่สามารถสะท้อนคะแนนที่มีความเกี่ยวข้องกันจะได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพิ่มเติมใน

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ด้านความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่นภายใน ความตรงตามสภาพการณ์ อำนาจในการจำแนกของเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือ แบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน แบบประเมินคุณภาพการบริการแบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ระยะที่ 3: การทดสอบการอบรมการพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เครื่องมือการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกที่ได้รับการอบรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาแล้ว อบรมจำนวน 2 วัน เป็นการทำความเข้าใจชุดการดำเนินงาน และเนื้อหาทฤษฎีการประเมิน พฤติกรรม ทั้ง 6 อ. และการสื่อสารกับผู้ป่วย และฝึกการใช้งานในวันที่ 2

ผลการวิจัย:

สถานการณ์การเจ็บป่วยในกลุ่มโรคเป้าหมาย (โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง) พบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 66.7 มีโรคร่วม ในกลุ่มที่มีภาวะซับซ้อนของโรคมกกว่า 1 โรค ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.4 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นทั้งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยน้อยกว่า ร้อยละ 20 สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ขณะที่ ประมาณร้อยละ 50 ผู้ป่วยสามารถคุมระดับความดันโลหิตได้ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในคลินิก จำนวน 34 คน อายุเฉลี่ย 40.41 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.88 ปี) จากตารางที่ 8 ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.71 มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย อย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 76.47) และ ร้อยละ 14.7 จบการศึกษาระดับปริญญาโท มีเพียง 3 คน (ร้อยละ 8.82) จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี เป็นเจ้าหน้าที่จากฝ่ายโภชนาการของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข โดยมีแพทย์ 5 คน สหสาขาวิชาชีพ 8 คน ประกอบด้วย โภชนาการ 3 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน และเภสัชกร 3 คน

ผลการสังเคราะห์รูปแบบการบริการแบบบูรณาการมุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยไทย เป็นแนวคิดบริการที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง จัดการโรคตามวิถีการดำเนินชีวิต โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ที่คลินิกและในชุมชน ให้เกิดความสมดุลในการอยู่กับโรคอย่างผาสุก โดยมีหลักการบริการดังนี้

1. ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ความเกี่ยวข้องของการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการโรค การรักษา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น จากทีมสุขภาพและผู้ป่วยโรคเดียวกัน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 6 อ.
2. ทำให้ผู้ป่วย คิดอย่างมีเหตุผลโดยพิจารณาเหตุปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของตนเอง วางแผน ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติให้วิถีการดำเนินชีวิตของตนเองเกิดความสมดุล รวมทั้งสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันความล้มเหลวในการปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค
3. พัฒนาความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้เกิดการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง
 - การรู้จักกัน ด้วยข้อมูลของผู้ป่วยที่มีการประมวลอย่างเป็นระบบเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและผู้ป่วยได้เข้าใจในสถานการณ์การเจ็บป่วยและการปรับดูแลสุขภาพร่วมกัน (6อ.: อาหารสุขภาพ อารมณ์พอเหมาะ อายุมขนิเฑาะ ออกกำลังสู่สุขภาพ อาการต้องเฝ้าระวัง โอสถฉลาดใช้)
 - การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง แสดงถึงการรับฟังอย่างเอาใจใส่ เข้าใจในบริบทและมีความละเอียดอ่อนในความเชื่อ วัฒนธรรมการดำเนินชีวิตพื้นฐานของผู้ป่วย
 - การพูดจาด้วยปิยวาจา ร่วมทุกข์และสุขในสถานการณ์การเจ็บป่วยและแสดงให้เห็นความเต็มใจในการให้บริการสุขภาพ

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

4. มีการเชื่อมโยงการดูแลทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้เกิดการดูแลต่อเนื่องและเข้าถึงบริการที่เที่ยงตรง เหมาะสมและคุ้มค่าเวลา ทั้งจากหน่วยบริการสาธารณสุข และความช่วยเหลือจากชุมชน

5. ให้ความสำคัญกับบุคคลใกล้ชิดและครอบครัว ในการมีส่วนร่วมในการดูแล

ในการดำเนินงาน จำเป็นต้องมีเครื่องมือดำเนินงานและเครื่องมือวัดคุณภาพการบริการ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่สังเคราะห์ได้มาพัฒนาเครื่องมือ 3 ชุด เครื่องมือ: 1) คู่มือการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม (แบบการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน คู่มือแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยรายกรณี) 2) แบบการประเมินผลการดำเนินการ (แบบประเมินคุณภาพการบริการแบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และแบบประเมินการใช้ระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ในการให้คำปรึกษา) 3)รูปแบบการการฝึกอบรม ทุกเครื่องมือได้รับการตรวจสอบผ่านเกณฑ์มาตรฐานความตรงและความเชื่อมั่น และมีคุณสมบัติในการแยกกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. นโยบายควรมีการบูรณาการนโยบายต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้ความเข้มแข็งแต่ละนโยบายสามารถผลักดันคุณภาพการดูแลโดยไม่เป็นภาระแก่ผู้ปฏิบัติงาน ในการจัดบริการแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นการดำเนินงานที่ต้องอาศัยนโยบาย District health system หมอครอบครัว การดูแลปฐมภูมิ การจัดการโรคเรื้อรัง เป็นต้น การดำเนินการจัดการโรคเรื้อรังแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นส่วนหนึ่งที่ต้องผสมผสานการทำงานร่วมกับนโยบายที่หมอครอบครัว และระบบบริการปฐมภูมิ การบริการที่คลินิกเป็นส่วนย่อยที่ถ่ายทอดความเข้าใจในการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ กับผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต

2. การผลักดันเชิงนโยบายการดำเนินการพัฒนาข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกสำหรับการพัฒนาให้ผู้ป่วยที่ความแตกต่างทางสุขภาพ ผู้บริหารนโยบายควรให้ความสำคัญต่อข้อมูลพื้นฐาน การประมวลและวิเคราะห์ข้อมูล อย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางการให้การดูแล ซึ่งการพัฒนาพื้นฐานข้อมูลเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน และได้ผลเร็วตั้งใจ การดำเนินงานและผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการบริการที่มุ่งเน้นการพัฒนาความแตกต่างทางสุขภาพให้ผู้ป่วย ดังนั้นการประเมิน และประมวลข้อมูลทางสุขภาพจึงแตกต่างไปจากระบบข้อมูลที่ใช้ในคลินิกเฉพาะโรคทั่วไป กรอบแนวคิดเชิงระบบ การมุ่งเน้นการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดความแตกต่างทางสุขภาพและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและอยู่กับโรคอย่างมีความสุข

3. ในการจัดบริการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องการระบบข้อมูลที่แสดงให้เห็นความซับซ้อนของสถานการณ์การเจ็บป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้บริการและติดตามการรักษา ดังนั้นควรมีการพัฒนาการจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมากกว่าการประเมินดัชนีทางคลินิก

4. การตรวจสอบคุณภาพควรมองการให้บริการให้เกิดความเท่าเทียมในการรับบริการด้วยมาตรฐานเดียวกัน ต้องตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยได้รับบริการที่เป็นมาตรฐานอย่างทั่วถึง ในการสนับสนุนการจัดการโรคโดยผู้ป่วย

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

บทสรุปเพื่อการสื่อสารสาธารณะ

คู่มือการบริการแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ร่วมเรียนรู้ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตามวิถีการดำเนินชีวิต ร่วมมือจัดการและการติดตาม ประเมินผลอย่างเป็นระบบ และร่วมกันทำงานระหว่างทีมสาธารณสุขและทีมชุมชนดูแลที่บ้าน

บทนำ

องค์การอนามัยโลกเสนอว่ามากกว่า 80% ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกจากโรคเรื้อรังต่างๆอยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ(5) 12% ของ Global Health expenditure ใช้กับโรคเบาหวาน สำหรับในประเทศไทยโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานโลก ในแต่ละวันจะมีประชากรโลกเสียชีวิตจากเบาหวาน ทุกๆ 6 วินาที(6) ประชากรไทย จำนวน 180 รายเสียชีวิต จากโรคเบาหวาน หรือเกือบ 8 รายต่อชั่วโมง(1) เกือบทุกประเทศในโลกกำลังเปลี่ยนโฉมหน้ามาเผชิญกับความซับซ้อนของโรคเรื้อรังหลายๆโรคที่มีความเกี่ยวข้องกันและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และมะเร็ง เป้าหมายการรักษาโรคเรื้อรังเหล่านี้ไม่ใช้การรักษาให้หายขาดแต่เป็นการรักษาสมรรถภาพไม่ให้เกิดความพิการ ลดความทุกข์ทรมานจากอาการหรือภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตในการอยู่กับโรค ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการโรคดังกล่าวคือ การมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพในการจัดการภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการตนเองจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกภาคส่วน เพื่อป้องกันความเสื่อม ภาวะแทรกซ้อนจากโรค จากสถิติพบว่าคนไทย 3 ใน 5 คน มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 ปัจจัยขึ้นไป ทำให้โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคเรื้อรังอันดับที่ 1 ของคน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และความผิดปกติของไขมันในเลือด เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดหรือทำให้ภาวะของโรคดังกล่าวยากต่อการควบคุม(7-9) ในขณะที่ความชุกของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น การให้บริการในปัจจุบันมีเพียงร้อยละ 41 ของผู้ป่วยเบาหวานและร้อยละ 29 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าถึงบริการ และเมื่อเข้าถึงบริการแล้วเพียงร้อยละ 12 และ 36 เท่านั้นที่สามารถอยู่ในมาตรฐานที่ถือว่าควบคุมโรคดังกล่าวได้(8-10) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 60 กำลังเผชิญหรือมีแนวโน้มที่จะต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการดำรงชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคจอประสาทตาเสื่อม และการพิการจากการสูญเสียอวัยวะ จากการวิจัยเชิงระบาดวิทยา พบว่าทุกๆ 1% การเพิ่มของระดับ glycosylated hemoglobin จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ 18% การลดลงของ low-density lipoprotein cholesterol และความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 140 mmHg จะลดความเสี่ยงของการเกิดโรคดังกล่าวได้ 17-43% และ 30-60 % ในผู้ป่วยเบาหวาน ตามลำดับ(10-12) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้บริการคลินิกปริมาณยาที่รับประทานและอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ ทำให้โรคเบาหวานเป็นภาระที่ใหญ่หลวงของระบบสาธารณสุขในปัจจุบันและจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอีก 20 ปีข้างหน้า(13) ผลกระทบและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญมากและสามารถป้องกันได้ ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนในการกำหนดกลไกการแก้ไขปัญหาลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การตาย และภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมจากปัญหาโรคดังกล่าว

ในปัจจุบัน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนในจากการเจ็บป่วยต่างๆ ทั้งการเข้ารับการรักษาด้วยโรค การผ่าตัด (14, 15) ระหว่างปี 2548 - 2552 อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 1.5 เท่า (16) และ ร้อยละ 66.5 ของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 โรค (17) ส่งผลให้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคหลอดเลือดสมองแตกและตีตันเป็นอัมพาตมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป 2-3 เท่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานส่วนใหญ่จะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (18) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงทั้งสอง จึง

เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลทุกหน่วยงานควรมีความเข้าใจในปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสม แต่จากการศึกษาสถานการณ์ในคลินิกในระยะเวลา 5 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานซึ่งได้รับการดูแลเฉพาะการรักษาด้วยยา จำนวน 4,900 คน มีการใช้ยาในปริมาณที่สูงขึ้นเป็นสองเท่า ขณะที่อัตราการควบคุมได้เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (19) การให้บริการในปัจจุบันมีเพียงร้อยละ 41 ของผู้ป่วยเบาหวาน และร้อยละ 29 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าถึงบริการ และเมื่อเข้าถึงบริการแล้วเพียงร้อยละ 12 และ 36 เท่านั้นที่สามารถอยู่ในมาตรฐานที่ถือว่าควบคุมโรคดังกล่าวได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 60 กำลังเผชิญหรือมีแนวโน้มที่จะต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อน ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการดำรงชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคจอประสาทตาเสื่อม ภาวะความพิการจากการสูญเสียอวัยวะ (16, 20) และส่งผลต่ออัตราการตายในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47.7 เป็น 66.4 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2541 และปี พ.ศ. 2552 (21)

การจัดการโรคเรื้อรังดังกล่าวไม่สามารถดำเนินการเช่นเดียวกับการรักษาโรคเฉียบพลันที่ระบบการบริการสาธารณสุขปฏิบัติอยู่ จากการศึกษาใน 5 ประเทศ (ออสเตรเลีย แคนาดา นิวซีแลนด์ สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา) พบว่าการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางช่วยเพิ่มการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค การให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อให้ปฏิบัติตามคำแนะนำสามารถนำสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดำรงชีวิตได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะเปลี่ยนตามคำแนะนำนั้นอยู่แล้ว ในทางตรงข้ามผู้ป่วยจำนวนมากที่ควบคุมโรคไม่ได้ ไม่พร้อมที่จะเปลี่ยน และเกิดความรู้สึกไม่อยากร่วมมือในการรักษา การที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่เจ้าหน้าที่มีสุขภาพตั้งเป้าหมายไว้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกล้มเหลว อาย กลัวการมาเผชิญหน้า หรือหาทางป้องกันตนเองโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเฉพาะกรณี ทำให้การรักษาไม่อยู่ในสภาพความเป็นจริง อาจมากหรือน้อยกว่าสภาพของโรค ซึ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากในการควบคุมโรค และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น น้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงมากในขณะที่อยู่บ้าน หรืออาการหัวใจล้มเหลว ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความเป็นจริงทางคลินิกและศาสตร์ทางพฤติกรรมกล่าวไว้อย่างชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ไม่ใช่เรื่องที่จะเกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้นเพราะต้องอาศัยกระบวนการทางการตระหนักรู้คิด และกระบวนการทางพฤติกรรม(22, 23) ส่วนใหญ่ของพฤติกรรมมนุษย์ที่พัฒนาในตามช่วงชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลแต่ละคนตอบสนองหรือมีปฏิสัมพันธ์ต่อตัวกระตุ้นภายในตนเองหรือจากสิ่งแวดล้อม ดังนั้นสังคมรอบด้านทั้งทางกายภาพ บุคคลรอบข้าง และวัฒนธรรมประเพณี ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ทั้งสิ้น สภาพการเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจ และสังคมการเปลี่ยนแปลง ในปัจจุบันที่ชีวิตเร่งรีบและอัตราการแข่งขันสูง ก่อให้วิถีชีวิตของคนไทย ทั้งในสังคมเมืองและชนบท ดำเนินไปในทางที่บั่นทอนสุขภาพของตนเอง เช่น การบริโภคอาหารนอกบ้านที่มีไขมันและเกลือสูงแต่สายใยอาหารต่ำ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพเมื่ออายุมากขึ้น

จากสภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาล้วนแต่เผชิญกับปัญหาคล้ายๆ กัน อาจต่างกันที่ขนาดของปัญหา ทั้งในสหรัฐอเมริกา ประเทศทางยุโรป ออสเตรเลีย หรือประเทศไทย WHO (3) เสนอแนวทางการจัดการโรคเรื้อรังว่าควรเป็นการจัดการแบบ Systematic Approach ที่เกิดจากความร่วมมือในการให้มาตรการแทรกแซงทุกระดับที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับบุคคล องค์กร ชุมชนในพื้นที่หรือในระดับนโยบายชาติ รวมทั้งการผสมผสานความเกี่ยวข้องของโรคที่สัมพันธ์กันจัดการร่วมกัน เช่น กลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดอุดตันทั้งที่หัวใจ สมอง และหลอดเลือดส่วนปลาย ในระดับบุคคลองค์ความรู้ปรากฏชัดเจนว่า การให้มาตรการแทรกแซง (24) ควรเป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ที่ตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลและเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและควรผสมผสานกับ a Whole-System Approach (25) การสนับสนุนการจัดการตนเองถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ

ของการดูแลและเป็นองค์ประกอบที่ต้องผสมผสานกับการจัดระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการตัดสินใจ ระบบข้อมูลทางคลินิก และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงระบบการดูแล โดยทั่วไปในประเทศไทยมีการดำเนินการในระดับบุคคลอย่างกว้างขวาง ได้มีการศึกษาและพัฒนาการเป็นต้นแบบการจัดการในระดับบุคคล เฉพาะกลุ่ม เฉพาะบางสถานบริการ และมีการสร้างนวัตกรรม การดูแล เช่น การนัดทำ การผลิตรองเท้า เครื่องมือตรวจเท้า เป็นต้น แต่ยังคงพบกับจำนวนเปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่ควบคุมโรคยังน้อยอยู่ดังกล่าวข้างต้น

การจัดการโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทั้ง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของประเทศไทย ได้ดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่องจน WHO จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการใช้มาตรฐานการดูแลอย่างทั่วถึงทั้งประเทศ และได้รับผลจากการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ โดยไม่ต้องกังวลกับภาระค่ารักษาพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา แต่ยังคงต้องจ่ายค่าเดินทางและเสียเวลาในการเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน และเกิดความแออัดในการรักษามากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลต่างๆต้องดำเนินการขยายการบริการสู่ภายนอกโรงพยาบาลเพื่อลดความแออัด รวมทั้งการสร้างนวัตกรรมบริการเชิงรุกเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมพึ่งพาตนเองบนพื้นฐานบริบทชุมชนโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพกำหนดกระบวนการการดำเนินงานสู่เป้าหมายโดยแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ต่อจากประสบการณ์การออกแบบระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในต่างประเทศ ยืนยันว่า ระบบการดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองตามวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของการสูญเสียสมรรถภาพร่างกาย (26-31) โปรแกรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงของโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหอบหืด ข้ออักเสบ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด และไตวายเรื้อรัง การสนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องดำเนินการพัฒนาด้วยความระมัดระวังและตั้งใจที่จะให้การดูแลที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เหมาะสมกับบริบท และมีความเท่าเทียมกันในการรับบริการ นอกจากนี้รูปแบบดังกล่าวควรตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนรวมถึงการดำรงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบการดูแลของผู้ป่วยให้มากที่สุดด้วยการเคารพในทางเลือกของผู้ป่วย(32, 33) ในการป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง การให้เพียงความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำโดยไม่มีกระบวนการสนับสนุนทางด้านจิตสังคมที่ชัดเจน เช่น การสนับสนุนทางสังคม การจูงใจ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และการสร้างดุลยพินิจในการตัดสินใจที่เหมาะสมกับโรค พบว่าไม่ก่อผลดีเท่าที่ควร (34, 35) บุคคลจะเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะเลือกรับประทานอะไร จะออกกำลังกายหรือไม่ หรือจะรับประทานยาบ่อยครั้งแค่ไหน ถ้าบุคคลไม่ต้องการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด เขาก็เลือกที่จะไม่ทำ(36) ผู้ป่วยโดยทั่วไปไม่ค่อยประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบยั่งยืน(37) ผู้ป่วยจะต้องอยู่กับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ไปจนตลอดชีวิต ในสถานการณ์การดูแลปัจจุบัน สัดส่วนปริมาณผู้ป่วยต่อแพทย์สูง แพทย์ใช้เวลาเพื่อร่วมกับผู้ป่วยตัดสินใจในการรักษาเพียง 9% ของเวลาที่ให้บริการ(38) และจากการศึกษาของ Burnard และ Morrison (39, 40) ในการสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิก พบว่า การดูแลที่ปฏิบัติอยู่ส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำ การสอน การให้ข้อมูล หรือการสาธิตทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการดูแลเท้า ทักษะการเลือกอาหาร มากกว่าการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้คิดและเลือกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง จากประสบการณ์การดำเนินงานทดสอบแนวคิดการจัดการตนเอง ใน 1 จังหวัด พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้มีเหตุผลในการไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสถานพยาบาล คือ ไม่มีเวลาที่จะมาร่วม ความเชื่อว่าสูงอายุแล้วสภาพร่างกายเสื่อมตามเวลา การเดินทาง หรือภาระทางครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสาเหตุจาก

26 ประเทศอื่นๆทั่วโลกว่าการดำเนินการสนับสนุนการจัดการตนเองกิจกรรมควรเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตตามปกติของแต่ละบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ควบคุมโรคไม่ได้ด้วยอุปกรณ์ต่างๆ สามารถได้รับการดูแลที่เหมาะสม ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการตนเองควรเป็นกระบวนการที่อยู่ในระหว่างการดูแลตามปกติในขณะรับบริการทางคลินิก หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อไม่ทำให้เกิดเป็นภาระเพิ่มเติมในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย

ในสภาพสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนไป การต้องทำหาล้างชีพของรุ่นผู้ใหญ่ในพื้นที่ที่เกิดและผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพัง สภาพการเข้าถึงอาหารที่ทำสำเร็จทั้งจากรถพุ่มพวงที่เร่ขายอาหารสำเร็จจนถึงประตูบ้าน หรืออาหารสำเร็จตามตลาดนัดที่สามารถหาได้ง่ายและราคาถูกกว่าการซื้ออาหารสดมาปรุงรับประทาน ทำให้การกำหนดอาหารที่ต้องลดหวานมันเค็มจึงเป็นไปได้ยาก ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติ ให้สอดคล้องพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยต้องใช้ทั้งความสามารถทางร่างกายและจิตใจช่วยปรับการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยบางรายพยายามปรับเปลี่ยนอย่างมาก แต่ไม่สามารถปรับเข้ากับวิถีชีวิตของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เลิกพยายามที่จะปรับเปลี่ยนส่งผลให้ควบคุมโรคไม่ได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมโรคที่ดี ส่งผลให้สุขภาพร่างกายและภาวะจิตใจดีขึ้น ลดอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิต(41) ผู้ป่วยที่ล้มเหลวในการผสมผสานพฤติกรรม การควบคุมโรคหลายครั้งยิ่งส่งเสริมให้ผู้มีความยากในปรับตัวมากขึ้น ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดประสบการณ์ที่ดีในการควบคุมโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญจำเป็น

จากการสังเคราะห์องค์ประกอบของการจัดการตนเองของทีมวิจัยในระยะที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในหลายสาเหตุ เช่น ตัวอย่างอาหารที่แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานไม่ใช่อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานข้าวสวยแทนข้าวเหนียวในคนอีสาน การแนะนำปริมาณอาหารที่ยังไม่ปรุงสำเร็จ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน เต้าหู้สด นอกจากนั้นผู้ป่วยต้องการความรู้ที่ดีในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่อยากถูกดู หรือรู้สึกแย่อต่อความล้มเหลวในการจัดการโรคของตนเอง ทำให้เกิดแนวความคิดที่จะปกปิดอาการหรือความก้าวหน้าของโรค เกิดเป็นประเด็นการเตรียมตัวเพื่อให้ผลการรักษาออกมาดีในวันที่มาพบแพทย์ โดยไม่คำนึงถึงผลร้ายที่จะตามมาจากการรักษาที่ไม่เหมาะสมกับสภาพ เช่น การงดอาหารมาล่วงหน้า 2-3 วัน หรือการควบคุมอาหารอย่างตึงก่อนมา 1 สัปดาห์หรือ 1 เดือน แล้วเมื่อตรวจเสร็จก็เกิดวัฒนธรรมการให้รางวัลตนเอง ด้วยการรับประทานของที่ไม่เหมาะสมกับโรค ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11(42) ได้กล่าวถึงปัญหาด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพว่า กลไกนโยบายและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานยังไม่เพียงพอและขาดความต่อเนื่อง ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ยังขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุมและยังมีความซ้ำซ้อนและปัญหาการขาดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลและระบบจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งปัญหาการเข้าถึงข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล อันเนื่องมาจากการไม่เข้าใจประโยชน์ของข้อมูลที่จะช่วยในการตัดสินใจ ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยมีการประมวลผลข้อมูลสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน

จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินการด้านสาธารณสุขในส่วนต่างๆ ยังไม่มีศักยภาพอย่างเพียงพอที่จะรองรับปัญหาโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ทั้งในด้านการควบคุมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคแล้ว และการจัดการโรค การสนับสนุนการจัดการตนเองจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนอย่างยิ่งในการนำรูปแบบระบบและกลไกในระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองแบบบูรณาการกับบริบทวิถีชีวิตเพื่อป้องกันความเสี่ยงและจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ดังนั้นทางเลือกใหม่สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ คือการ

ผสมความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนกับทีมเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ในการระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย ประเมินแรงจูงใจและอุปสรรคที่จะเกิด พัฒนากลยุทธ์การแก้ปัญหาและร่วมสร้างแนวทางการดูแลเพื่อแก้ปัญหา(43-45) โดยอยู่บนพื้นฐานความต้องการและค่านิยมของบุคคล/ชุมชน การจัดการตนเองให้เกิดประสิทธิภาพบุคคลต้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการตัดสินใจ เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพมีบทบาทที่จะจูงใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะจัดการกับโรค พัฒนาการสื่อสารกับบุคคลเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ (44) การให้คำปรึกษาโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ในระยะยาว(46-48) จากการศึกษา meta-analysis จากงานวิจัย 47 เรื่องที่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ พบว่าบุคคลมีความแตกต่างกันในความตั้งใจมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงและใช้กระบวนการทั้งทางความรู้สึนึกคิดและทางพฤติกรรมที่แตกต่างกันในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นการให้คำปรึกษาควรมุ่งเน้นการพัฒนาการปฏิบัติและพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้มากกว่าการสอนเนื้อหาความรู้(49) จากการศึกษา Lindstrom และคณะ ปี 2006 (50) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของ lifestyle intervention เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โดยติดตามเป็นระยะเวลา 7 ปี พบว่าประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและเข้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการเรียนรู้ อย่างเข้มงวดเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการควบคุมอาหารจะสามารถป้องกันการเกิดโรคได้มากกว่าร้อยละ 50 และลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆได้ เกือบ 40%

ในด้านการบริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเตรียมผู้ป่วยให้เข้าใจบทบาทในกระบวนการรักษา และร่วมมือในการตั้งเป้าหมายที่มีคุณค่าและอยู่ในขีดความสามารถของตนเองที่จะกระทำให้สำเร็จได้ และช่วยพัฒนาทักษะที่จำเป็นตามความต้องการของผู้ป่วย การให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถช่วยลดความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับบริการทางด้านสุขภาพ เกิดการสร้างสัมพันธ์ที่ดีในการดูแลรักษาพยาบาล เพิ่มคุณภาพในการบริการและสร้างผลลัพธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การเพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มความพึงพอใจและความไว้วางใจในบริการ มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี(51) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบระบบบริการสุขภาพจากที่ให้ความสำคัญกับแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพ เปลี่ยนมาเป็นให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยมากขึ้น เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพการบริการสุขภาพและถูกบรรจุไว้ในวิสัยทัศน์หลักในการให้การดูแลสุขภาพของประชาชนในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน การพัฒนาสุขภาพของประชาชนและการมีระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง โดยพบว่าผู้ป่วยในหลายกลุ่มโรคได้ให้ความสำคัญกับการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากกว่าการให้การดูแลแบบอื่น (52) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสามารถกระตุ้นการใช้ศักยภาพของผู้ป่วยที่จะคิดหาข้อมูลและช่วยตัดสินใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ (52) จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองแก่ผู้ป่วย การให้ข้อมูลโดยไม่ทำให้เกิดแรงกดดันในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยให้โอกาสผู้ป่วยเลือกตัดสินใจตามความต้องการของตนเองด้วยความเต็มใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง(53) จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องประเมินระดับความสามารถในการเข้าใจข้อมูลและส่งเสริมการใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่อยู่บนการบูรณาการความรู้กับวิถีชีวิตคนไทย เพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลตนเองและเพิ่มทักษะการจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วย (4)

จากการทบทวนวรรณกรรม ระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทั้งทางด้านสมรรถนะผลผลิตของร่างกายและทางจิตสังคม และส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ การสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อายุขัยและผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองบนวิถีแห่ง

ตน เพื่อลดอัตราการเกิดโรคและผลกระทบต่อการสูญเสียสมรรถภาพร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก และดำรงชีวิตทำพาโรคเรื้อรังอยู่ได้(26-31) โปรแกรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงของโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหอบหืด ข้ออักเสบ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด และไตวายเรื้อรัง การสนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องดำเนินการพัฒนาด้วยความระมัดระวังและตั้งใจที่จะให้การดูแลที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เหมาะสมกับบริบท และมีความเท่าเทียมกันในการรับบริการ นอกจากนั้นรูปแบบดังกล่าวควรตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน รวมถึงการดำรงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบการดูแลของผู้ป่วยให้มากที่สุดด้วยการเคารพในทางเลือกของผู้ป่วย(32, 33) นั่นคือการให้บริการที่อยู่บนพื้นฐานการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในการป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง การให้เพียงความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำโดยไม่มีกระบวนการสนับสนุนทางด้านจิตสังคมที่ชัดเจน เช่น การสนับสนุนทางสังคม การจูงใจ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และการสร้างดุลยพินิจในการตัดสินใจที่เหมาะสมกับโรค พบว่าไม่ก่อผลดีเท่าที่ควร(34, 35) บุคคลจะเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะเลือกรับประทานอะไร จะออกกำลังกายหรือไม่ หรือจะรับประทานยาบ่อยครั้งแค่ไหน ถ้าบุคคลไม่ต้องการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด เขาก็เลือกที่จะไม่ทำ(36) ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโดยทั่วไปไม่ค่อยประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบยั่งยืน(37) ผู้ป่วยจะต้องอยู่กับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ไปจนตลอดชีวิต

ในสถานการณ์การดูแลปัจจุบันที่มีสัดส่วนปริมาณผู้ป่วยต่อแพทย์สูง แพทย์ใช้เวลาเพื่อร่วมกับผู้ป่วยตัดสินใจในการรักษาเพียง 9% ของเวลาที่ให้บริการ(38) และจากการศึกษาของ Burnard และ Morrison (39, 40) ในการสัมภาษณ์พยาบาลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าปฏิสัมพันธ์ที่ปฏิบัติอยู่จะเป็นการให้คำแนะนำ การสอน การให้ข้อมูล มากกว่าการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิด และพูดคุยด้วยคำถามกระตุ้นเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากผลการศึกษาของทีมีวิจัยในระยะที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้มีเหตุผลในการไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสถานพยาบาลคือ ไม่มีเวลาที่จะมารวม ความเชื่อว่าสูงอายุแล้วสภาพร่างกายเสื่อมตามเวลา การเดินทาง หรือภาระทางครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสาเหตุจาก 17 ประเทศอื่นๆทั่วโลก การดำเนินการสนับสนุนการจัดการตนเองกิจกรรมควรเป็นสิ่งที่สอดประสานในการดำรงชีวิตตามปกติของแต่ละบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ควบคุมโรคไม่ได้ด้วยอุปกรณ์ต่างๆสามารถได้รับการดูแลที่เหมาะสม (55) ในปัจจุบันการประเมินผู้ป่วยยังคงเป็นการประเมินที่มุ่งเน้นลักษณะทางคลินิก ทำให้ข้อมูลที่แสดงถึงการดำเนินชีวิต ความเป็นตัวตนของผู้ป่วย ประสบการณ์การจัดการโรค/การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งสภาพความเป็นอยู่ ขาดการประมวลข้อมูลที่นำมาสู่ความเข้าใจวิถีการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดข้อมูลในการส่งเสริมสมรรถนะผู้ป่วยในการจัดการโรค ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญว่ามีข้อมูลที่ครบถ้วนจะก่อให้เกิดความเข้าใจและทำให้คำแนะนำสู่ผู้ป่วยจะมีความเป็นไปได้สูงในการนำสู่การปฏิบัติของผู้ป่วย และการติดตามเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

Meyer และ O'Brien-Pallas ได้อธิบาย “Patient Care System Model” ประกอบด้วยด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแล (ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกฝ่าย ครอบครัว และชุมชน) ลักษณะทางกายภาพของการดูแล วัฒนธรรมการดูแล และปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมด้านกระบวนการ (Process) ประกอบด้วย กระบวนการต่างๆที่เกิดขึ้นในขณะที่ดำเนินการให้บริการ และด้าน (Outcomes) จะเป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการบริการต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและระบบการบริการ ในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(56) ระบบดังกล่าวต้องเป็นระบบที่มีแนวคิดของความเชื่อมโยงกันภายในระบบและความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆภายในระบบ ร่วมกันการแบ่งปันข้อมูลต่างๆ

ภายในเพื่อให้แต่ละภาคส่วนสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการทำงานลักษณะดังกล่าวของระบบการบริการสุขภาพ พบว่าการสื่อสารทั้งทางกาย วาจา และเอกสารต่างๆ เป็นหัวใจหลักในการบริการ การพัฒนาข้อมูลสำหรับการดูแลควรเป็นการพัฒนาอยู่บนพื้นฐานความต้องการของบุคคล 2 กลุ่มหลักคือ ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และควรมีการพัฒนาเป็นแบบวัดทั้งลักษณะพื้นฐานของระบบบริการ กระบวนการบริการและผลลัพธ์ด้วยการวิจัย “A Whole of system approach” เป็นมุมมองของ Social Ecology กระบวนการที่ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจในรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยบนพื้นฐานความเชื่อและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของทั้งสองฝ่ายที่มีผลต่อปฏิสัมพันธ์การให้บริการ(25)

องค์การอนามัยโลกได้อธิบายระบบสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ (57): 1) การให้บริการ (Service delivery) เป็นการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย โดยที่มีการใช้ทรัพยากรให้น้อยที่สุด 2) บุคลากรทางสุขภาพ (Health workforce) สามารถใช้แหล่งประโยชน์ภายใต้ความจำกัดเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ อย่างยุติธรรมและมีคุณภาพให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ 3) ข้อมูลสุขภาพ (Health information) มีการผลิต วิเคราะห์ ประมวล ใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ทันเหตุการณ์ เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และติดตามประเมินข้อมูลประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical technologies) เป็นผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ที่ระบบต้องดำเนินการให้สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และความน่าเชื่อถือในความเป็นวิทยาศาสตร์และการใช้ที่คุ้มค่า 5) การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข (Health financing) การที่ระบบจัดการงบประมาณให้เพียงพอ ทำให้ประชาชนสามารถใช้บริการที่จำเป็นและได้รับการคุ้มครองด้านการเงิน เพื่อไม่ให้เป็นผู้ประสบต่อการรับบริการ หรือการล้มละลายจากค่ารักษา และ 6) ภาวะผู้นำและมีระบบธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ (Leadership and governance) ผู้นำทำให้เกิดความมั่นใจในกรอบแนวคิดเชิงกลยุทธ์ ร่วมกับการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ สร้างความร่วมมือ เสริมสร้างแรงจูงใจ และใส่ใจการออกแบบระบบงาน การดำเนินงานต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สรุปได้ว่าการจัดการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องอาศัยการจัดการที่เป็นระบบบูรณาการทั้ง 6 องค์ประกอบ

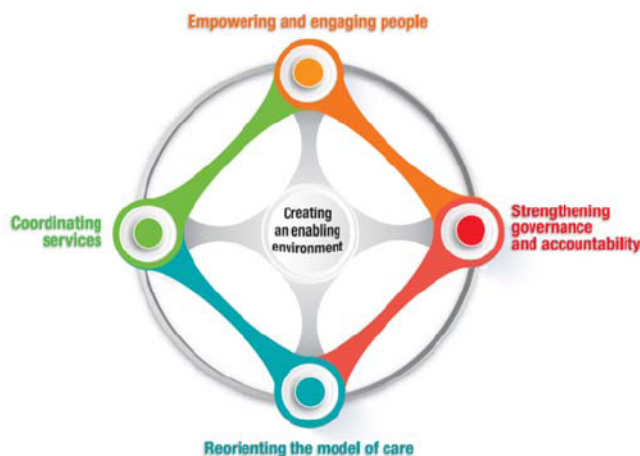
องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้ทั่วโลก ให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วนในการจัดบริการแบบบูรณาการการบริการมุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในปี 2016-2026 เนื่องจาก ประชากรโลกมีอายุที่ยืนยาวขึ้น และการะของค่าใช้จ่ายในระบบบริการที่มีความซับซ้อนมากขึ้นทั้งในส่วนการป้องกันโรคและการรักษา ดูแลแบบเรื้อรัง แผนปฏิบัติการที่เสนอไว้เพื่อต้องการให้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ตอบสนองต่อความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยและบริบทการดำเนินชีวิตของครอบครัว ชุมชนที่อาศัย แบบองค์รวม โดยคำนึงถึงคุณภาพการบริการที่เหมาะสมต่อความต้องการและความคาดหวังในการจัดการสุขภาพมากกว่าการรักษาโรคเท่านั้น การบริการดังกล่าวมุ่งเน้นให้ประชาชน ได้รับข้อมูล ความรู้ที่เพียงพอ ในการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติการและมีส่วนร่วมในการรักษา รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจปฏิบัติการต่างๆในการจัดการโรค เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและประสิทธิภาพการรักษาสูงสุด โดยมีการจัดบริการที่มีความต่อเนื่องในการดูแล ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การป้องกันโรค (Disease prevention) การวินิจฉัยโรค(Diagnosis) การรักษา(Treatment) การจัดการโรค (Disease management) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) และการดูแลประคับประคอง(Palliative care) ตามความรับผิดชอบของสถานบริการแต่ละระดับ และผสานการดูแลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย แนวคิดดังกล่าวพัฒนาจากระบบ Universal health coverage การดูแลในระดับปฐมภูมิ การจัดการโรคไม่ติดต่อ ที่มี

โครงการพัฒนาศูนย์บริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

การศึกษาดัชนีทางสังคมที่ชี้วัดภาวะสุขภาพ แนวทางดังกล่าวจะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น ประชาชนมีความแตกฉานทางสุขภาพดีขึ้น มีความพึงพอใจในการใช้บริการดีขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้วย

รูปที่ 1 ความสัมพันธ์กันของเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการแบบบูรณาการแบบประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centred and integrated health service) (2)

องค์การอนามัยโลก ได้เสนอ 5 เป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ที่มีความสัมพันธ์กัน (Interdependent strategic goals) ในการจัดระบบบริการที่มีการบูรณาการแบบประชาชนเป็นศูนย์กลาง (2, 3) คือ



1) การเสริมพลังและความรับผิดชอบแก่ประชาชน (Empowering and engaging people) โดยการกระตุ้นให้ประชาชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา รวมทั้งชุมชนที่อาศัย และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความเท่าเทียมในการรับบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่ด้อยโอกาส หรือกลุ่มที่ไม่ได้รับความสนใจ การดำเนินการควรมีการจัดการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ มีการประเมินผู้ป่วยเป็นรายกรณีอย่าง

ครอบคลุมองค์รวม และนำมาประมวลและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย รวมทั้งญาติผู้ดูแล เพื่อให้ทุกฝ่ายมีข้อมูลเพียงพอในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางคลินิก ทั้งในระดับโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจนถึงการบริการปฐมภูมิในชุมชน ผู้ป่วยและญาติจะได้รับโอกาสในการเรียนรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง และบริบทความเป็นอยู่ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยอย่างเพียงพอ ในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติการจัดการโรคให้เหมาะสมกับตนเอง ขณะที่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพได้เรียนรู้และเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

2) การเปลี่ยนรูปแบบการดูแล (Reorienting the model of care) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้การบริการอยู่บนพื้นฐานการประเมินความต้องการของประชากรในพื้นที่ เพื่อการจัดการบริการที่มีความละเอียดอ่อนต่อความแตกต่างของวัฒนธรรมความเป็นอยู่ และการให้ความสำคัญกับ primary care-based system เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเป็นการจัดการโรคที่บ้าน ภายใต้บริบทความเป็นอยู่ ดังนั้น การจัดการจึงต้องมีระบบการเฝ้าระวัง และการจัดการโรคนอกสถานบริการ อสม. เป็นเสมือนสะพานเชื่อมต่อการดูแล กับครอบครัวและผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นแผนการดูแลที่เชื่อมโยงการดูแลทั้งในส่วนสถานบริการและการดูแลในชุมชนให้เกิดความต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ ต้องเป็นการประเมินผู้ป่วยไม่ใช่เฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก แต่เปลี่ยนเป็นการประเมินแบบองค์รวมที่เข้าถึงความซับซ้อน ทั้งของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ จิต ผลกระทบความเจ็บป่วยต่อการดำรงชีวิต รวมทั้งปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social determinants of health) เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดแนวทางการรักษา

3) การประสานงานการบริการ (Coordinating services) โดยการพัฒนาความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และตอบสนองต่อความต้องการและความชอบของผู้ป่วย จึงเป็นบริการที่มีความเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ภายใต้ความร่วมมือของส่วนงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยมีการไหลไปยังผู้รับผิดชอบได้ดีขึ้น และส่งเสริมความสัมพันธ์และความน่าเชื่อถือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วย

4) การสร้างความเข้มแข็งในการกำกับดูแลและรับผิดชอบ (Strengthening governance and accountability) โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มทุกกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ตั้งแต่การกำหนดแนวทางนโยบาย ที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน ให้เกิดเป็นการพัฒนาคุณภาพของคนในชุมชนให้มีสุขภาพดี การดำเนินงานต้องไม่จำกัดอยู่เฉพาะองค์กรภาคสาธารณสุข ต้องรวมทุกองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน จนถึง การเข้าร่วมกำหนดแผนและกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อจัดการโรค ทารจัดสรรงบประมาณร่วมและการประเมินติดตามผล เพื่อปรับและพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดีขึ้น เช่น องค์กรบริการส่วนท้องถิ่น มูลนิธิต่างๆ และสถานที่ทำงานต่างๆในพื้นที่ เป็นต้น

5) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (Creating an enabling environment) การดำเนินงานทั้ง 4 ประเด็นข้างต้นจะสามารถเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ในการที่จะทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วนมาร่วมกันในการเปลี่ยนถ่ายแนวคิดสู่การปฏิบัติ ความเข้มแข็งของผู้ในการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ให้เข้าใจ เห็นความสำคัญ และมีทักษะในการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการวางกรอบแนวปฏิบัติในการบริการให้เป็นการบูรณาการการดูแลแบบประชาชนเป็นศูนย์กลาง และมีการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับคุณภาพการบริการที่เปลี่ยนไปด้วย

นอกจากนั้น ในการดูแลแบบประชาชนเป็นศูนย์กลาง กรอบแนวคิดของ McCormack และ McCance (58) เป็นแนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centredness care) ที่มุ่งเน้นการดูแลตามความต้องการเฉพาะในแต่ละบุคคล และการติดต่อสื่อสารของทุกส่วนที่มีความสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ:

1) ความจำเป็นพื้นฐาน เป็นส่วนที่มุ่งเน้นคุณลักษณะของพยาบาลว่าต้องมีความเป็นมืออาชีพที่มีความสามารถ มุ่งเน้นที่ความรู้และทักษะของพยาบาลในการตัดสินใจและการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย มีทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในระดับต่างๆ ทั้งการใช้รูปแบบภาษาที่เหมาะสมตามสมรรถนะการสื่อสารของผู้ที่สื่อสารด้วย มีความมุ่งมั่นในการทำงาน ที่ต้องการให้การดูแลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล มีความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องความเชื่อและค่านิยมทางสังคมต่างๆ ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และรู้จักตนเอง เป็นความเข้าใจความเป็นบุคคลของตนเองก่อน จึงจะสามารถเข้าใจผู้อื่นและให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้

2) สิ่งแวดล้อมของการดูแล ประกอบด้วย การผสมผสานทักษะของทีมนักดูแลสุขภาพในระดับต่างๆ เพื่อให้การส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ การมีระบบสนับสนุนการดูแลที่มีความร่วมมือในการตัดสินใจทางการรักษา ทั้งระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ และกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลและกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพการดูแล สัมพันธภาพระหว่างบุคลากร ที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ระบบหรือวัฒนธรรมองค์กร ที่สนับสนุนการทำงานและการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีการกระจายอำนาจ ทั้งระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆ และกับผู้ป่วย ส่งเสริมศักยภาพในการสร้างสรรค์นวัตกรรมและบริหารความเสี่ยงของบุคลากรในองค์กร และมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

3) กระบวนการดูแล เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการดูแลตามความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น โดยการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิต ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและ

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

วางแผนแผนการจัดการโรคโดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการบูรณาการมุมมองใหม่ๆ สู่การปฏิบัติ สนับสนุนความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยการทำงานร่วมกันอย่างเข้าใจซึ่งกันและกันในความเป็นปัจเจกบุคคลของแต่ละฝ่าย ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การแสดงความเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย ตามคุณค่าและมุมมองชีวิตของผู้ป่วย และให้การดูแลแบบองค์รวม ที่ไม่มุ่งเน้นเฉพาะโรคแต่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตอยู่กับโรค บนพื้นฐานของความเชื่อและการให้คุณค่าสิ่งต่างๆของผู้ป่วย

4) ผลลัพธ์ เป็นผลจากกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ประเมินได้จากความพึงพอใจในการดูแล ความรู้สึกร่วมในการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา คุณภาพชีวิต และวัฒนธรรมในการดูแล (58, 59)

รูปที่ 2 กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (PERSON-CENTRED NURSING (PCN) FRAMEWORK) ของ McCormack and McCance (60, 61)

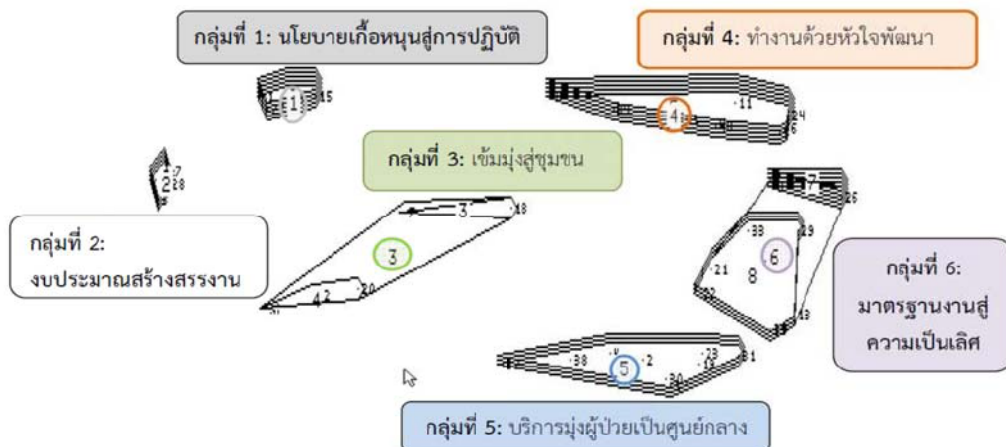


จากข้อมูลที่กล่าวข้างต้นทั้งหมด การดูแลผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้การนำความรู้เกี่ยวกับสุขภาพไปใช้ในการจัดการโรคในชีวิตประจำวันเป็นไปได้ยาก เกิดความไม่เท่าเทียมในการรับการรักษา การรักษาด้วยยาไม่ใช่วิธีทางแก้ปัญหาของโรคเรื้อรัง การทำความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินชีวิตในบริบทคนไทย เป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ภายใต้การบริการแบบบูรณาการ ในประเทศไทย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ในการจัดบริการแบบบูรณาการที่มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ต้องดำเนินการอย่างไร เพื่อให้ประชาชนไทยอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข ทั้งในด้านรูปแบบการบริการที่ตอบสนองตามความต้องการ เครื่องมือที่จำเป็นในการประมวลข้อมูลแบบรายกรณี และการวางแผนการดูแลให้เกิดความต่อเนื่อง การประเมินผลการดำเนินการ ในระบบบริการแบบบูรณาการที่มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการแบบบูรณาการ ดังที่ WHO

แบบวัดทางการวิจัย (Research measurement) ถือเป็นเครื่องมือพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สำคัญในการประเมินสิ่งต่างๆที่นักวิจัยสนใจศึกษา โดยทั่วไปเราได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับบุคคล เหตุการณ์ และกระบวนการต่างๆ จากการสังเกต สิ่งที่สังเกตได้นั้นเกิดอยู่ในบริบทนั้นๆอยู่แล้ว แต่นักวิจัยใช้แบบวัดต่างๆ

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

เข้าไปวัดสิ่งที่ตนเองสนใจให้มีความน่าเชื่อถือผลการวัดทางวิทยาศาสตร์ การพัฒนาแบบวัดทางการวิจัย มีหลากหลายวิธี ส่วนใหญ่เป็นการสร้างข้อความ (62) ในแบบวัดทางการวิจัยด้วยผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อความตามแนวคิดเชิงทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับประเด็นที่สนใจ ในบางครั้งอาจนำไปสู่ความคาดเคลื่อนจากการสะท้อนความหมายหรือการจัดกลุ่มมโนทัศน์ หรือกลุ่มเป้าหมายอาจให้ความหมายที่มีประเด็นแตกต่างกับแนวคิดที่นำมามอง หรือข้อความในแบบวัดอาจมีคำเชิงวิชาการ หรือทฤษฎีมากกว่าที่กลุ่มเป้าหมายใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์นั้นๆ (63) แนวคิดการพัฒนาแบบสอบถามด้วยการทำแผนที่ความคิด (Concept Mapping Analysis) ที่ถูกอธิบายโดย Trochim (64) เป็นวิธีการอธิบายความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายและผู้เกี่ยวข้องในประเด็นที่สนใจต่างๆ อย่างมีขั้นตอนเป็นระบบร่วมกับการวิเคราะห์เชิงสถิติขั้นสูงในการวิเคราะห์การจัดกลุ่มแบบหลายตัวแปร (Multivariate Cluster analysis) ในการสรุปความสอดคล้องของความคิดเห็นที่ได้จากกลุ่มออกมาเป็นภาพกลุ่มความคิดเห็น ดังภาพด้านล่าง โดยหมายเลขที่ไม่มีวงกลมล้อมเป็นความคิดเห็นแต่ละข้อความที่แต่ละคนเขียน และกรอบเหลี่ยมรูปต่างๆ คือผลการวิเคราะห์สถิติในการจับกลุ่มข้อความที่คนส่วนใหญ่เห็นว่าควรอยู่ภายใต้ขอบเขตกลุ่มเดียวกัน ส่วนความหนาของกรอบเหลี่ยมแต่ละกลุ่มแสดงถึงระดับค่าเฉลี่ยความสำคัญของข้อความทั้งหมดในแต่ละกลุ่มที่สมาชิกกลุ่มความเห็น ส่วนเลขที่มีวงกลมล้อมรอบแสดงจำนวนกลุ่มความคิดเห็นที่ได้จากการวิเคราะห์ทางสถิติ เช่นดังตัวอย่างประกอบด้วย 45 ข้อความเห็น ใน 6 กลุ่ม (ดังรูปที่ 3) พบว่ากลุ่ม 1: นโยบายเกื้อหนุนสู่การปฏิบัติ และกลุ่ม 4: ทำงานด้วยหัวใจพัฒนา เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญสูงสุด เป็นต้น ภาพดังกล่าวแสดงถึงกรอบแนวคิดของบุคคลที่ให้ความเห็นและข้อความที่ปรากฏในแบบสอบถามเป็นข้อความที่ถูกสื่อออกมาจากผู้ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายไม่ใช่คำวิชาการ จึงเป็นการสะท้อนกรอบแนวคิดที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและเป็นภาษาของกลุ่มเป้าหมายเอง ดังนั้นกลุ่มข้อมูลทางคลินิกที่ต้องการให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงควรมีการพัฒนาจากแนวคิดความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วยในคลินิก



รูปที่ 3 แผนที่ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการประเมินการทำงานเพื่อจัดการโรคเรื้อรัง

ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาชุดเครื่องมือที่ใช้ในการบริการแบบบูรณาการวิถีชีวิตคนไทยในการจัดการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่แสดงความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมากกว่าในมุมมองนักวิชาการ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองให้สอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตของคนไทย โดยการ

สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วน ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสาธารณสุข ผู้กำกับนโยบายสาธารณสุขและผู้ป่วย ถึงสิ่งที่ช่วยให้ประชาชนสามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นรายกรณีให้เห็นความต้องการ ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคมความเป็นอยู่ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนติดตามการดูแลที่เชื่อมโยงการดูแลถึงบ้าน ที่แสดงถึงแผนการดูแลที่เคารพความเป็นปัจเจกบุคคล และเชื่อมโยงการดูแลทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนการติดตามประเมินผลการบริการถึงกระบวนการการใช้ข้อมูล และคุณภาพการบริการแบบบูรณาการ และทดสอบคุณภาพเครื่องมือว่าสามารถวัดสิ่งที่ต้องการประเมินได้ครอบคลุม ง่ายต่อการใช้งานและตอบสนองความต้องการการเรียนรู้ความเป็นตัวตนของผู้ป่วย บริบทรอบด้าน และสิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรค โดยอยู่บนพื้นฐานความต้องการและค่านิยมของบุคคล/ชุมชน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพสามารถใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะจัดการกับโรค พัฒนาการสื่อสารกับบุคคลเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการติดตามผลการดูแล หากประชาชนไทยที่มีภาวะโรคดังกล่าวได้การชี้แนะที่ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของตนเองและมีการให้ความช่วยเหลือติดตามอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ จะสามารถช่วยเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติจนเกิดเป็นวิถีชีวิตประจำวันใหม่ ก็จะสามารถลดปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวได้

ผลงาน/ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับรวมถึงผู้ใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัย

ระดับผู้ปฏิบัติงาน

- พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดระบบการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ (มีข้อมูลเพียงพอในการวางแผนการดูแล และมีกลวิธี/ขั้นตอนการทำงานที่ดึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลทั้งจากทีมสุขภาพ (พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่) ทีมชุมชน (อสม) ผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในความรับผิดชอบ

- พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดระบบการทำงานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งเชิงรับ (ในคลินิก) และเชิงรุก (ที่บ้านและชุมชน) อย่างมีประสิทธิภาพ (ลดขั้นตอนการทำงาน ทั้งการจัดการงานเอกสารรายงานระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา และการติดตาม เพิ่มพูนทักษะในการจัดการกับอาการตามภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง)

- เกิดระบบข้อมูลที่เป็นในการวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถติดตามผลการดูแลได้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบครบวงจร

- เกิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ต่างๆที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน อย่างเชื่อมโยงกับภูมิปัญญาของท้องถิ่น

ระดับนโยบาย

- ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดบริการให้เกิดความเท่าเทียมในการรับบริการด้วยมาตรฐานเดียวกัน ในการสนับสนุนการจัดการโรคโดยผู้ป่วย ในระบบดูแลรักษา และเชื่อมโยงสุขภาพตามความจำเป็น ลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพในภาพรวม

- การดำเนินการจัดการโรคเรื้อรังแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นส่วนหนึ่งที่ต้องผสานการทำงานร่วมกับนโยบายที่มหัศจรรย์ และระบบบริการปฐมภูมิ การบริการที่คลินิกเป็นส่วนย่อยที่ถ่ายทอดความเข้าใจในการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ กับผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบคู่มือการให้บริการการจัดการโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง บนพื้นฐานการบูรณาการการดูแลแบบองค์รวมที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องให้ผู้ป่วยพัฒนาความแตกฉานทางสุขภาพ

คู่มือการดำเนินการบริการแบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกและLogic model ที่ได้จากความคิดเห็นของกลุ่มผู้ป่วยและทีมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง(3, 4) ที่มีเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ให้ดำเนินการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย รู้และเข้าใจความเป็นไปในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรค กระตุ้นการเสริมพลังและความรับผิดชอบสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ข้อมูลการจัดการโรค ร่วมคิดตัดสินใจในการดูแลรักษา โดยเป็นการเชื่อมโยงการประมวลข้อมูลการดำเนินชีวิตประจำวัน และการจัดการโรค เพื่อนำมาจัดระบบบริการให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมให้เป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง ให้เกิดความผาสุกแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการอยู่กับโรคดังกล่าว ดังนั้น ชุดคู่มือการดำเนินการบริการแบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย

1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
 - แบบการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิต
 - แบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน
 - คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยรายกรณี
2. แบบการประเมินผลการดำเนินการ
 - แบบประเมินคุณภาพการบริการแบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง
 - แบบประเมินการตอบสนองความต้องการการประมวลข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ย่อย

ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือการจัดบริการ

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินการจัดบริการแบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษากระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของสถานบริการและการเชื่อมโยงเครือข่ายการบริการสู่บ้าน

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 ระยะตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เพื่อทดสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินผู้ป่วยแบบครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิต แบบประเมินกระบวนการบริการการจัดบริการแบบมุ่งเน้นคุณภาพของชีวิต แบบแผนการดูแลผู้ป่วยแบบรักษาคุณภาพของชีวิตกับโรคเรื้อรัง แบบประเมินการตอบสนองความต้องการโครงสร้างข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน
2. เพื่อทดสอบความเป็นปรนัย (Face validity) ของเครื่องมือ โดยประเมินความเข้าใจข้อคำถาม สำหรับประชาชนที่มีความสามารถในการอ่านเขียนระดับประถมศึกษาตอนต้นของข้อคำถามในแบบการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิตแบบประเมินกระบวนการบริการการจัดบริการแบบมุ่งเน้นคุณภาพของชีวิตที่พอเพียงแบบแผนการดูแลผู้ป่วยแบบรักษาคุณภาพของชีวิตกับโรคเรื้อรัง และแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน ส่วนแบบประเมินการตอบสนองความต้องการโครงสร้างข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่ใช้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาอย่างน้อยปริญญาตรี และประเมินความสำคัญจำเป็นของแต่ละข้อคำถามในการประเมินตามเนื้อหาที่กำหนดในเครื่องมือแต่ละชุด
3. เพื่อทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ของแบบประเมินกระบวนการบริการการจัดบริการแบบมุ่งเน้นคุณภาพของชีวิต และแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน
4. เพื่อทดสอบความตรงเชิงสภาพ (Concurrent validity) ในความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแบบประเมินกระบวนการบริการการจัดบริการแบบมุ่งเน้นคุณภาพของชีวิต และแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน กับความแตกต่างทางสุขภาพ และพฤติกรรมจัดการตนเอง
5. เพื่อทดสอบความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์ของความสม่ำเสมอภายใน (Internal consistency reliability) ของข้อคำถามใน แบบประเมินการจัดบริการแบบมุ่งเน้นคุณภาพของชีวิต และแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน
6. เพื่อทดสอบความสามารถในการจำแนกกลุ่ม ของแบบประเมินการจัดบริการแบบมุ่งเน้นคุณภาพของชีวิต และแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะการทดสอบการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เพื่อศึกษาผลการอบรมการให้บริการแบบบูรณาการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในการจัดการโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/ หรือความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาคู่มือการจัดบริการ

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ จากการสังเคราะห์องค์ประกอบที่สำคัญ(65) ของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ของ โครงการวิจัยการสาธิตระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และ/หรือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการทำกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและชุมชนในการจัดการโรคหรือระบบบริการที่ต้องการ และมุมมองของเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ ในการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการดังกล่าวข้างต้น ข้อมูลทุติยภูมิที่นำมาศึกษามาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ที่เป็นข้อมูลความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้วิเคราะห์โดยโปรแกรม THE CONCEPT SYSTEM VERSION 1 (1987) โดยการวิเคราะห์สถิติการจัดกลุ่มแบบหลายตัวแปร (Multivariate Cluster analysis) ได้เป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (รูปที่ 4)

รูปที่ 4 ขั้นตอนการสังเคราะห์แผนที่ความคิด



การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือ/และความดันโลหิตสูง 2) กลุ่มผู้เจ้าหน้าที่ทุกสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญและรับผิดชอบการบริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทั้งในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน และ รพสต และ 3) กลุ่มชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่นขององค์กรบริหารส่วนตำบลและ อสม. โดยกำหนดเงื่อนไขดังนี้

— คัดเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทน 4 ภาค ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เพื่อให้เห็นลักษณะที่เฉพาะของประเทศ

— เลือกจังหวัดที่มีผู้บริหารมีนโยบายชัดเจนในการจัดการโรคเรื้อรังและยินดีเข้าร่วมโครงการ

— เลือกอำเภอที่เข้าร่วม 3 ขนาดอำเภอ โดยแบ่งขนาดตามจำนวนประชากรตามสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และ/หรือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในแต่ละจังหวัด ตาม

Percentile ตั้งแต่ 75 ขึ้นไป เป็นขนาดใหญ่ percentile ที่อยู่ระหว่าง 24-74 เป็นขนาดกลาง และ percentile ที่น้อยกว่า หรือเท่ากับ 25 เป็นขนาดเล็ก จึงได้พื้นที่วิจัย จำนวน 12 อำเภอ ตามขนาด ใหญ่ (เขตเมือง) กลาง เล็ก (เขตชนบท) รวม 12 อำเภอจาก 4 จังหวัด

— เลือกกลุ่มตัวอย่าง Kane และ Trochim เสนอว่าควรศึกษาความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนและเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานหรือมีประสบการณ์โดยตรงกับเรื่องที่จะทำกลุ่มสนทนา (66) ข้อมูล ทฤษฎีที่น่ามาวิเคราะห์ มาจากความเห็นของ 3 กลุ่ม ในแต่ละอำเภอ ดังนี้ (ตารางที่ 1)

1) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเป้าหมาย ได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่มเป็น 2 ระดับ (ระดับสถานบริการ และรายบุคคล) ระดับที่ 1 ระดับของสถานบริการ แบ่งเป็น 2 กลุ่มตามนโยบายการลดความแออัด: กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนและรพสต โดยรพสตจะถูกเลือกโดยการสุ่มเลือกโดยการจับฉลาก ระดับละ 2 กลุ่ม จำนวน 8-10 คน ต่อกลุ่ม ระดับที่ 2 ระดับรายบุคคล ในแต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ที่เป็ที่ยอมรับในชุมชนว่าประสบความสำเร็จในการจัดการสุขภาพ/การดำเนินชีวิตเพื่ออยู่กับโรคได้ และไม่ได้เลย อย่างละ 2-3 คนและผู้ป่วยทั่วไป 6-7 คน และมีการกระจายของอายุ (มากกว่า 60 ปี และต่ำกว่า 60 ปี) และระดับการศึกษาสูงสุด (ต่ำกว่าประถมศึกษา ระดับสูงกว่าประถมศึกษา) ตามการสุ่มจากทะเบียนผู้ที่เข้ามาติดตามการรักษาที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษา ที่คลินิกผู้ป่วยนอก ณ. โรงพยาบาลชุมชนหรือรพสต ในวันเก็บข้อมูล

2) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งระดับผู้กำหนดนโยบายและปฏิบัติการเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้รับผิดชอบในการดูแลกลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงตามประสบการณ์ที่ดูแลกลุ่มเป้าหมาย อำเภอละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 10-15 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากการให้อย่างน้อยมีตัวแทนผู้รับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายในแต่ละระดับของสถานบริการ(ระดับโรงพยาบาลชุมชน ระดับรพสต.ที่มีแพทย์/สหสาขาวิชาชีพปฏิบัติงาน ระดับรพสต.ที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติ/พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน) และตัวแทนสหสาขาวิชาชีพ (โภชนากร เภสัชกร และกายภาพบำบัด)

3) กลุ่มชุมชนจากองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและอสม เป็นการสุ่มเลือกใน 2 ระดับ: ระดับที่ 1 สุ่มเลือกหมู่บ้าน 10 หมู่บ้านในแต่ละอำเภอ ผลการสุ่มต้องมีหมู่บ้านที่ประสบความสำเร็จและหมู่บ้านทั่วไป และสุ่มเลือก อสม ในหมู่บ้านนั้นๆ จำนวน 1 คน/หมู่บ้าน นายกองค์กรบริหารส่วนตำบล จะได้รับการสุ่มเลือกจากตำบลที่มีความสำเร็จในการทำงานด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง และกลุ่มตำบลทั่วไป อำเภอละ 5 คน รวมจำนวน 1 กลุ่ม ต่ออำเภอ จำนวน 15 คน

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ร่วมให้ความคิดเห็น และจำนวนความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการ จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มที่ร่วมสังเคราะห์ความคิดเห็น	จำนวนกลุ่ม	จำนวนผู้ร่วม	จำนวนความคิดเห็น
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	12	194	784
ตัวแทนชุมชน	15	179	686
ผู้ป่วย	48	492	3178
รวม	75	865	4648

ระยะที่ 2 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือทางจิตวิทยา

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ระดับพื้นที่ ใช้แบบวิธีการเลือกเฉพาะเจาะจง ที่มีลักษณะการบริการที่แตกต่างกัน ตามความสมัครใจการเข้าร่วมโครงการของพื้นที่ อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (คัพขนาดเล็ที่มีลักษณะเป็นชนบทและมีแพทย์ลงตรวจในคลินิก ของรพสต) ภาคใต้ (อำเภอขนาดใหญ่มีพยาบาลเวชปฏิบัติลงตรวจ ภายใต้การดูแลของแพทย์ในคลินิกของรพสต) และภาคตะวันออก (อำเภอขนาดใหญ่ที่มีแพทย์ลงตรวจในคลินิก ของรพสต) รวมจำนวน 3 อำเภอ และทุกอำเภอยังไม่มีเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและรพสต. ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบ แต่มีการส่งต่อการดูแลด้วยเอกสารใบส่งต่อ และสามารถเข้าถึงข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้บางส่วน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือต่างๆ มีรายละเอียดการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) การทดสอบความตรงตามเนื้อหา

จำนวนผู้เชี่ยวชาญเพื่อทดสอบความตรงตามเนื้อหา และความชัดเจนทางภาษาของแต่ละข้อคำถาม จะถูกประเมินโดยสัดส่วนของผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยต่อผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ในเรื่องความชัดเจนและความตรงของเนื้อหา Lynn (67) ได้กำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญตามความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 6 -10 คน การทดสอบอาศัยการพิจารณาการยอมรับของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในด้านความเหมาะสมทางรูปแบบและเนื้อหา และสอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมไทย โดยผู้วิจัยจะทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ที่จะใช้คู่มือ และความเป็นไปได้ (Feasibility) เครื่องมือในการดูแลทางคลินิก โดยทีมผู้เชี่ยวชาญทางการปฏิบัติในคลินิกจากวิชาชีพต่างๆ อย่างน้อย 10 คน จำนวนทั้งหมดอย่างน้อย 30 คน และประมวลผลการใช้เครื่องมือ เพื่อนำมาปรับปรุงให้เป็นมาตรฐานต่อไป ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยทีมผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ทั้ง 3 พื้นที่ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในแต่ละพื้นที่ประกอบด้วย แพทย์ผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย ผู้จัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกอย่างน้อย 2 ปี และ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการคลินิก

2) การทดสอบความเป็นปรนัย

โดยประเมินความเข้าใจข้อคำถาม สำหรับประชาชนที่มีความสามารถในการอ่านเขียนระดับประถมศึกษาตอนต้นของข้อคำถามในแบบการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิตแบบประเมินกระบวนการจัดการบริการแบบมุ่งเน้นคุณภาพของชีวิตที่พอเพียงแบบแผนการดูแลผู้ป่วยแบบรักษาคุณภาพของชีวิตกับโรคเรื้อรัง และแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน จำนวน 5-10 คน ต่อคัพ ส่วนแบบประเมินการตอบสนองความต้องการโครงสร้างข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่ใช้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาอย่างน้อยปริญญาตรี และประเมินความสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งของแต่ละข้อคำถามในการประเมินตามเนื้อหาที่กำหนดในเครื่องมือแต่ละชุด

3) การทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างและเชิงสภาพ และการทดสอบความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์ของความสม่ำเสมอภายใน

การทดสอบดำเนินการ ใน 2 แบบสอบถาม คือแบบประเมินกระบวนการจัดการบริการแบบมุ่งเน้นคุณภาพของชีวิตและแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน สำหรับกลุ่มเป้าหมายการทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ เนื่องจากการตอบในเครื่องมือทั้งหมด เป็น Likert scale และกำหนดองค์ประกอบย่อยจากการสังเคราะห์ข้อมูลของการทำแผนที่ความคิด ดังนั้นผู้วิจัยใช้ การวิเคราะห์คุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบสอบถามในด้านความตรงตามโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์ Confirmatory

factor analysis โดย Structural equation modeling ซึ่งต้องการขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด นอกจากนั้น Hoelter(68) ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิเคราะห์อย่างน้อย ไม่ต่ำกว่า 300 ในกรณีที่ เป็น population model และเป็นการวิเคราะห์แยกแต่ละเครื่องมือ ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วย แบบประเมินที่มี จำนวนข้อมากที่สุด คือแบบประเมินกระบวนการการจัดบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็น ศูนย์กลาง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ Nunnally และ Bentler (69) เสนอว่าสำหรับการวิเคราะห์ Confirmatory factor analysis ควรมีกกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 10 คน:1 free parameters หรือข้อคำถาม. เนื่องจากเป็นการวิจัยที่ใช้ในการประเมินในคลินิกกับผู้ป่วยกลุ่ม Vulnerable subjects จึงใช้จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างในสัดส่วนที่น้อยที่สุด ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ $32 \times 10 = 320$ คน และรวมกับการ คำนวณการเกี่ยวกับความผิดพลาดของข้อมูลอีก 10% ของจำนวนข้อคำถาม โดยประมาณจากชุดแบบสอบถาม ที่ยาวที่สุด 32 ข้อ จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณกลุ่มละ 64 คน ดังนั้นสรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ $320 + 64 = 384$ คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามมาตรฐานการ ดูแลผู้รับบริการที่มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดและความดันโลหิต ของ American Diabetes Association , National Cholesterol Education Program และ Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการดังนี้

- สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแสดงความคิดเห็นด้วยตนเองได้โดยการอ่าน หรือการตอบคำถามได้
- ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรงหรือมีโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะวิกฤต (Critical stage) หรือ

เฉียบพลัน (Acute Stage) ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ในกรณีที่ได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลด้วยการ ผ่าตัดใหญ่ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เกี่ยวกับหัวใจ ปอด สมอ หลอดเลือด กระดูก และช่องท้อง

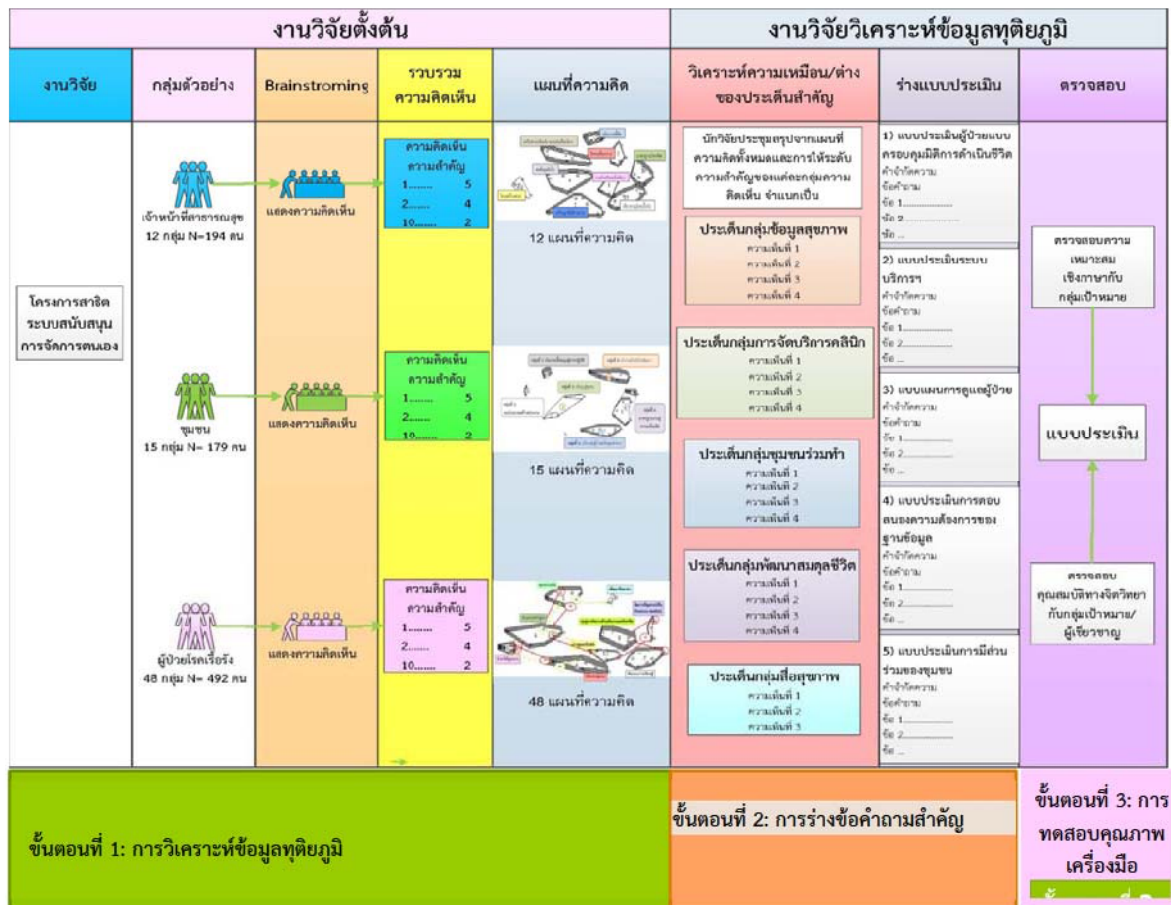
ระยะที่ 3 การทดสอบโปรแกรมการพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่

เป็นการทดสอบโปรแกรมการอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรม การอบรม โดยการประเมินทักษะและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อเนื้อหา กระบวนการอบรม เพื่อนำมา พัฒนาการอบรมให้เป็นมาตรฐานต่อไป โดยการอบรมจัดขึ้น 2 วัน เป็นการพบทบทวนต่อยอดทักษะปฏิบัติการ สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เคยผ่านการฝึกอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลักสูตร 5 วัน มาก่อน โดยเจ้าหน้าที่ใน คลินิกที่ควรได้รับการอบรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนวิถี การดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกของโรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย มหิดล การดำเนินการพัฒนาชุดเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ระยะ: ระยะการพัฒนาเครื่องมือ ระยะทดสอบเครื่องมือ และระยะการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ (รูปที่ 5)

รูปที่ 5 ขั้นตอนการพัฒนาคู่มือการดำเนินการดูแลแบบบูรณาการมุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง



ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาคู่มือการจัดบริการ

ขั้นตอนที่ 1: การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับแก่นสารของการดูแลผู้ป่วย (รูปที่ 4) ประกอบด้วย 75 แผนที่ความคิดเห็น และ 4648 ความคิดเห็น บนพื้นฐานการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับสมดุลการดำเนินชีวิตให้อยู่กับโรคได้อย่างผาสุก การสังเคราะห์ประเด็นดังกล่าว ใช้ข้อมูลที่ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังที่กล่าวในส่วนของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นความเห็นที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความอึดตัวของข้อมูลและการเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง การสังเคราะห์องค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินการบริการแบบบูรณาการที่เน้น

ประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานชนิดที่ 2/ โรคความดันโลหิตสูง มีจุดมุ่งเน้น 3 ประการ ที่เป็นแนวในการสังเคราะห์ความคิดเห็นเพื่อการพัฒนาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษารังนี้

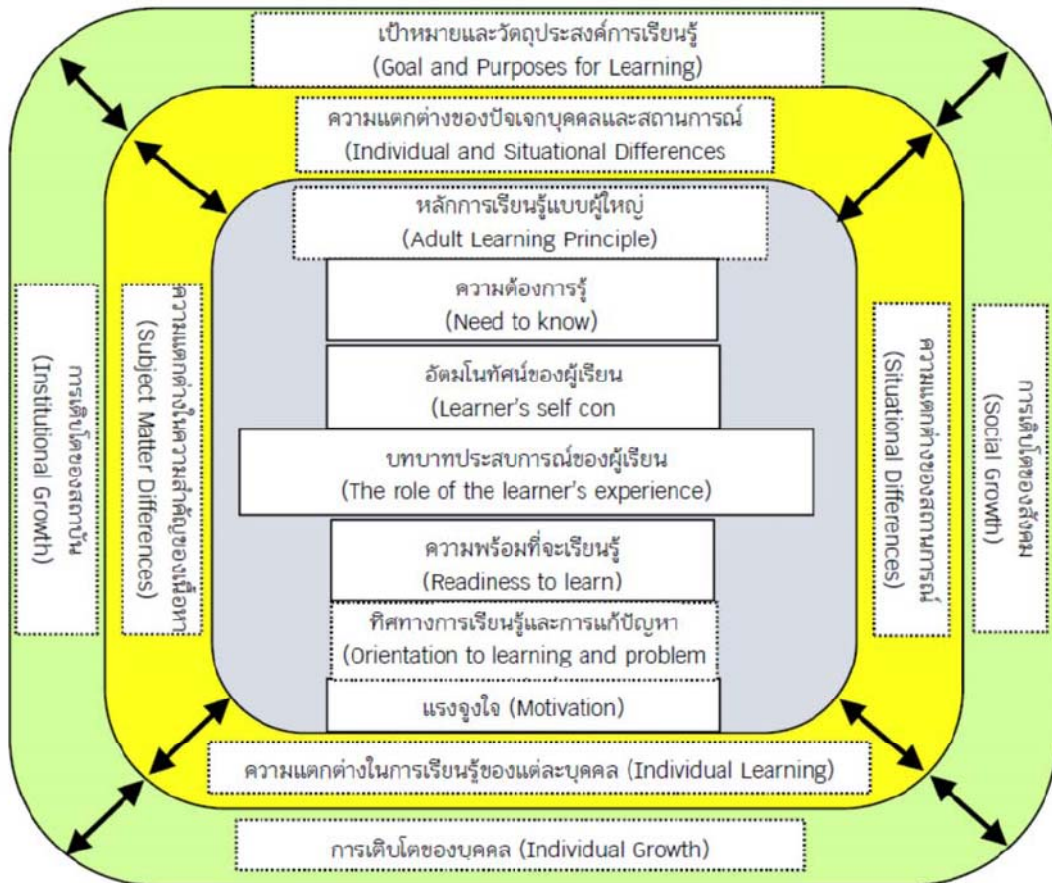
1. การดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง บนบริบทการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย
 - ข้อมูลในการประเมินผู้ป่วยแบบครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิต เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับบริบทและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย
2. การกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ มีส่วนร่วมรับผิดชอบทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และเกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจและพลังในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการ
 - การจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้สามารถควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
 - สื่อสุขภาพและการให้คำปรึกษาการจัดการโรคที่เป็น การสื่อสารที่จัดให้เหมาะสมตามสมรรถนะการเรียนรู้รายกรณี ช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่เท่าเทียมกัน และตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือในการปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้
3. การผสมผสานการทำงานในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้เหมาะสม
 - โครงสร้างข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นในการให้บริการที่ได้รับการประมวลให้สามารถแลกเปลี่ยนและใช้งานในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
 - การมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งประชาชนในชุมชน และผู้บริหารท้องถิ่น ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชนให้สามารถควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การสังเคราะห์ดังกล่าวดำเนินการโดย ทีมวิจัยสังกัดองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องจากแผนที่ความคิดทั้ง 75 แผนที่ การสังเคราะห์ได้ดำเนินการอยู่บนกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบของ Donabedian (70) เป็นการประเมินคุณภาพการบริการโดยพิจารณาจาก 3 องค์ประกอบ ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยโครงสร้างเป็นองค์ประกอบของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ กระบวนการเป็นองค์ประกอบของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ผลลัพธ์เป็นผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับบุคคลหรือกลุ่มคนซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ พฤติกรรม ความรู้ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ธรรมชาติในการดูแลผู้ป่วยเป็นสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน ปัจจัยต่างๆมีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม ในส่วนกระบวนการ ผู้วิจัยยึดผลการศึกษาใน Logic Model ดังรูปที่ 6 รวมกับกรอบแนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่(71) ดังรูปที่ 7 และกลยุทธ์การจัดบริการแบบบูรณาการที่มุ่งประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก(3) มาร่วมกันสังเคราะห์และพัฒนาแนวทางการบริการและแบบประเมินต่างๆ เมื่อได้กรอบประเด็นที่สำคัญ ผู้วิจัยจัดประชุมกับทีมพื้นที่ จำนวน 7 ท่าน เพื่อวิพากษ์กรอบแนวคิดเพื่อนำไปเขียนคู่มือต่อไป

รูปที่ 6 LOGIC MODEL ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
(นภาพร วาณิชยกุล และคณะ, 2555)



รูปที่ 7 การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ดัดแปลงจาก Malcome S. Knowles (1973)



ขั้นตอนที่ 2: การร่างข้อคำถามในแต่ละชุดเครื่องมือ

ทีมวิจัยร่างข้อคำถามต่างๆ บนพื้นฐานข้อความที่กลุ่มเป้าหมายได้แสดงความคิดเห็นไว้โดยกำหนดให้มีจำนวนข้อความที่ครอบคลุมความหมายขององค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบ แต่ละข้อคำถามในแบบประเมินเป็นการถอดความจากข้อความเห็นต่างๆ ที่ทีมวิจัยร่วมกันพิจารณาจากผลของค่าเฉลี่ยระดับความสำคัญที่กลุ่มเป้าหมายกำหนดให้ในแต่ละข้อความความคิดเห็น และความสอดคล้องกับความหมายของประเด็นสำคัญ กำหนดแบบฟอร์มการตอบคำถามให้มีลักษณะที่เหมาะสมกับผู้ตอบ โดยกำหนดให้ขนาดตัวอักษรสำหรับผู้สูงอายุต้องมีขนาด 18-24

ระยะที่ 2 ระยะการทดสอบคุณภาพเครื่องมือทางจิตวิทยา

สำหรับกลุ่มทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมวิจัยจะนัดหมายประชุมในแต่ละพื้นที่ เพื่อชี้แจงเป้าหมายการตรวจสอบเครื่องมือและคู่มือต่างๆ กลุ่มผู้ช่วยการเก็บข้อมูลดำเนินการโดยทีมอสม.หรือจิตอาสาที่ได้รับการอบรมการเก็บข้อมูลโดยทีมวิจัย เป็นเวลา 1 วัน โดยการแนะนำโครงการ และแบบประเมินต่างๆ และฝึกการสัมภาษณ์รายบุคคล พร้อมตอบข้อซักถาม ในการเก็บข้อมูลทีมวิจัยตรวจสอบ ความเที่ยงตรงในการเก็บข้อมูล โดยการสุ่มถาม 1 แบบสอบถามซ้ำ คนละ 1 รายของการเก็บข้อมูลวันแรก พบว่าคำตอบที่ได้ไม่

แตกต่างกัน การดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยจะขออนุญาตเก็บข้อมูลที่คลินิกผู้ป่วยนอกโดยการสุ่มเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด และให้พยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้เชิญผู้ที่ได้รับการสุ่มเลือกตามเกณฑ์เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยตกลงยินดียินดีเข้าร่วม ทีมวิจัยจึงเข้าชี้แจงและขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การสัมภาษณ์ตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 40 – 90 นาที ขณะรอตรวจและรอรับยา โดยทีมเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกจะเป็นผู้จัดบริการให้เป็นไปตามคิวที่กำหนด

การตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาของเครื่องมือ ด้วยการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา

เป็นการตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม เนื้อหาตามวัตถุประสงค์/นิยาม ความเข้าใจของเนื้อหา และความชัดเจนทางภาษาของชุดเครื่องมือ แต่ละข้อคำถาม จะถูกประเมินโดยสัดส่วนของผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยต่อผู้เชี่ยวชาญที่ไม่เห็นด้วยกับ ข้อคำถาม ในเรื่องความชัดเจนและความตรงของเนื้อหา Lynn(67) ได้กำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญตามความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 6-10 คน แต่เนื่องจากเครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่การใช้ในคลินิก ดังนั้นพื้นที่ทุกพื้นที่ที่ต้องตรวจสอบเครื่องมือทั้งหมด จำนวนผู้เชี่ยวชาญจึงกำหนดโดยจำนวนสมาชิกในทีมที่ดูแลผู้ป่วยในคลินิกที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างข้างต้น จำนวนอย่างน้อย 10 คน โดยกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ใน 3 ด้าน คือ ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ/วัตถุประสงค์ ความชัดเจนทางภาษา และความซ้ำซ้อนกับข้ออื่นๆ และใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละด้าน ดังนี้

ให้ 1 เมื่อข้อคำถามมีเหมาะสม

0 เมื่อข้อคำถามไม่เหมาะสม และเมื่อให้คะแนน 0 คะแนน ทีมวิจัยขอข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยใช้ดัชนีความสอดคล้องที่คำนวณจากผลรวมคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญโดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้อง(67, 72) ที่มีช่วงคะแนนระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 ดังนี้

- ถ้าได้ความสอดคล้องของความเห็นตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไปถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดีมาก
- ในกรณีที่อยู่ในช่วง 0.75 – น้อยกว่า 0.90 ขึ้นไปถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดีเพียงพอที่จะนำไปใช้ได้
- ในกรณีที่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 0.75 – 0.40 คณะผู้วิจัยพิจารณาคำแนะนำ และความสอดคล้องของคำแนะนำกับคำจำกัดความที่กรอบแนวคิดกำหนด เพื่อตัดสินใจการปรับเปลี่ยนข้อคำถาม และจะบันทึกไว้ประกอบการพิจารณาการปรับเปลี่ยนข้อคำถาม
- ในกรณีที่ต่ำกว่า 0.40 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่แย่มาก ควรพิจารณาตัดทิ้ง

2. ความเป็นปรนัยของเครื่องมือ

หลังจากผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยทดสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ ความสอดคล้องกับบริบทและความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มเป้าหมาย โดยประเมินความชัดเจนทางภาษา สำหรับประชาชนที่มีความสามารถในการอ่านเขียนระดับประถมศึกษาตอนต้นของข้อคำถามในแบบการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิตแบบประเมินกระบวนการจัดการบริการแบบมุ่งเน้นคุณภาพของชีวิตที่พอเพียงแบบแผนการดูแลผู้ป่วยแบบรักษาคุณภาพของชีวิตกับโรคเรื้อรัง และแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน ส่วนแบบประเมินการตอบสนองความต้องการการประมวลข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นเครื่องมือที่ใช้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาอย่างน้อยปริญญาตรี และประเมินความสำคัญจำเป็นของแต่ละข้อคำถามในการประเมินตามเนื้อหาที่กำหนดใน

เครื่องมือแต่ละชุด โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อย่างละ 6-10 คน ให้ตอบแบบสอบถาม และทำการซักถามความคิดเห็นที่ตอบลงในแบบสอบถามว่าตรงกับเป้าหมายการตอบหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์ที่กล่าวข้างต้นในการพิจารณาปรับเปลี่ยน

3. ความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity)

เนื่องจากการพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินกระบวนการการจัดบริการแบบมุ่งเน้นคุณภาพของชีวิตและแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน ได้พัฒนาองค์ประกอบหลักจากการสังเคราะห์ความคิดเห็นด้วยกระบวนการ Concept mapping analysis ซึ่งมีการกำหนดประเด็นหลักโดยผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยทำการสังเคราะห์และกำหนดประเด็นสำคัญตามข้อมูลเบื้องต้นของงานวิจัยตั้งต้น การตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างของเครื่องมือจึงใช้การตรวจสอบด้วยการวิเคราะห์ Confirmatory factor analysis โดยมีเกณฑ์ตัดสินคุณภาพดัง ตารางที่ 2

ส่วนแบบสอบถามแบบประเมินการใช้ระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ในการให้คำปรึกษาการสนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อคำถามมีลักษณะที่เฉพาะในแต่ละประเด็นที่ประเมินระบบข้อมูล โดยไม่มีความเกี่ยวข้องระหว่างกัน จึงไม่สมควรตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธีการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในและโครงสร้างของข้อคำถามที่กล่าวมาข้างต้น

4. ความเชื่อมั่นภายใน (Internal consistency reliability)

เนื่องจาก คะแนนเป็นตัวแปรอันดับ ordinal การทดสอบความเชื่อมั่นภายในจึงใช้ ค่า Cronbach' s alpha ตามเกณฑ์กำหนดในตาราง Piedmont⁽⁷³⁾ เสนอว่า แบบสอบถามที่มีองค์ประกอบย่อยเพียงองค์ประกอบเดียว ค่า Inter-item correlation ที่ยอมรับจะอยู่ในช่วง 0.2-0.4 ถ้ามีตั้งแต่ 3 องค์ประกอบ ควรพิจารณาด้วยการวิเคราะห์ Factor loading ของข้อคำถามนั้น ร่วมกับการเปลี่ยน ค่า Cronbach's Alpha ถ้าตัดข้อนั้นออก

5. ความตรงตามสภาพการณ์ (Concurrent Validity)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า คุณภาพการบริการและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก หรือเป็นปัจจัยในมาตรการแทรกแซงต่อระดับความแตกฉานทางสุขภาพและพฤติกรรม การจัดการตนเอง(74-83) ดังนั้นผู้วิจัยจึงทดสอบความตรงตามสภาพของเครื่องมือ ทั้งสองด้วยเครื่องมือความแตกฉานทางสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเอง ความแตกฉานทางสุขภาพ ใช้แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ จเร วิชชาไทย และคณะ และพฤติกรรมจัดการตนเอง ของ นภาพร วาณิชกุล และคณะ

ค่า Pearson product-moment correlation coefficient (r) แสดงความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ Brown และคณะ กำหนด r ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 ถือว่ามีความสัมพันธ์สูง ความสัมพันธ์ระดับกลาง $r = 0.5-0.69$ ความสัมพันธ์ระดับต่ำ $r = 0.26-0.49$ ค่า r ที่น้อยกว่า 0.26 ถือว่าไม่มีความสัมพันธ์ (69)

6. อำนาจในการจำแนกของเครื่องมือ

Hair ในปี 2010 (84) ได้เสนอการวิเคราะห์แยกกลุ่ม ด้วยการใช้การวิเคราะห์ 2 ขั้นตอน: วิเคราะห์ Hierarchical Ward's method เพื่อตัดสินจำนวนกลุ่มและ วิเคราะห์ K-means clustering เพื่อจัดกลุ่ม ภายหลังจากการวิเคราะห์แยกกลุ่ม ANOVA จะถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของตัวแปร

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

จำแนกตามกลุ่ม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่เนื่องจากการจัดกลุ่มอาจส่งผลให้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน ดังนั้นการอ่านผลของ ANOVA ที่มีขนาดกลุ่มไม่เท่ากันโดยใช้ การอ่านตารางผลของ Welch(85)

ตารางที่ 2 เกณฑ์ตัดสินคุณภาพเครื่องมือทางจิตวิทยา

เกณฑ์การพิจารณา	ค่าที่กำหนด	เอกสารอ้างอิง
Cronbach's Alpha	< 0.5 ยอมรับไม่ได้	Nunnally & Bernstein, 1
	0.5 - 0.6 แย่	Polit & Hungler, 1999
	0.6 - 0.65 ตัดสินไม่ได้	Pallant, 2010
	0.66 - 0.69 ยอมรับระดับน้อย	
	0.7 - 0.8 มาตรฐานการยอมรับ	
	0.8 - .09 ดีมาก	
	> 0.9 ควรพิจารณาทำให้จำนวนข้อลดลง	
Average Inter-item correlation	0.15 - 0.5	Nunnally & Bernstein, 1
Item-remainder coefficient	0.3 - 0.79	
Corrected Item-Total Correlation	ควรมีค่าอย่างน้อย 0.40	Pallant, 2010
Factor loading	Critical value > 2 แสดงนัยสำคัญทางสถิติ	Hu & Bentler, 1999
	Standardized regression weight >0.4	
Squared Multiple Correlation	>0.5	
เกณฑ์การพิจารณาโครงสร้างแบบสอบถาม		
Chi-square	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในกรณีมีนัยสำคัญทางสถิติ ให้พิจารณาค่าดัชนีอื่นๆประกอบ	Steiger & Steiger, 1990
χ^2/df	< 3	Hu & Bentler, 1999
Joreskog & Sorborn's Goodness-of-Fit (GFI)	>0.9	Kline, 1998
Adjusted GFI	>0.9	Kline, 1998
Comparative Fit Index (CFI)	>0.94	Hu & Bentler, 1999
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	<0.05 ยอมรับได้ว่าแบบจำลองโครงสร้างมีความกลมกลืนกับข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ <0.07 ถือว่าทั่วไปพอยอมรับได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.1 และอยู่ใน 90% confident interval	Hu & Bentler, 1999 Byrne, 2001
Standardized Residual Covariances	> 2.58 sig discrepancy of covariance between 2 variables noted	Whittaker, 2012
ค่าความสัมพันธ์ระหว่างโมดัลส์	ค่าระหว่างมากกว่าหรือเท่ากับ 0.2 และ 0.7 ใช้ได้ <0.2 ไม่ควรอยู่ใน Model และ >0.7 ควรรวมเป็น 1 latents variable	

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาคู่มือการจัดบริการ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ ของการทำความเข้าใจความคิดเห็นในการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อนำมาพัฒนาการให้บริการการดูแลผู้ป่วยของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ความคิดเห็นที่นำมาสังเคราะห์ มาจาก 3 กลุ่ม: กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเจ้าหน้าที่ชุมชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จาก 4 จังหวัด จากตัวแทน ภาคเหนือ ได้ ตะวันออก และตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดละ 3 อำเภอ โดยมีรายละเอียดลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการทำงานกับกลุ่มเป้าหมาย		
2 ปี	25	14.71
มากกว่า 2 ปี น้อยกว่า 5 ปี	39	22.94
5 ปีหรือนานกว่า	106	62.35
สาขาวิชาชีพ		
พยาบาลวิชาชีพ	128	65.98
นักวิชาการสาธารณสุข	33	17.01
เภสัชกร/โภชนากร/นักกายภาพบำบัด/นักจิตวิทยา	13	6.7
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	12	6.19
นายแพทย์	7	3.61
ทันตแพทย์	1	0.52
สถานที่ทำงาน		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	119	62.63
โรงพยาบาลชุมชน	59	31.05
ระดับการศึกษา		
ปวช./ปวส.	3	1.67
ปริญญาตรี	135	75
สูงกว่าปริญญาตรี	41	22.78

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 62.35 เป็นผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการกระจายในทุกวิชาชีพสุขภาพ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.98 เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 62.63 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 75

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ชุมชนจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	124	69.27
ชาย	55	30.73
การศึกษา		
ประถมศึกษา	46	25.99
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	21.47
มัธยมศึกษาตอนปลาย	51	28.81
สายอาชีพ	10	5.65
ปริญญาตรี	20	11.30
สูงกว่าปริญญาตรี	12	6.78
สถานภาพการสมรส		
สมรส/อยู่ด้วยกัน	140	78.21
โสด	19	10.61
หม้าย/หย่าร้าง	12	6.70
แยกกันอยู่	8	4.47
การประกอบอาชีพ		
เกษตรกร	103	57.54
รับจ้าง	27	15.08
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	24	13.41
รับราชการ	15	8.38
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	5.59

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ชุมชน ส่วนใหญ่เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากกว่าร้อยละ 69 และเป็น สมาชิก และตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อ.ป.ท.) เช่น สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อ.บ.ต.) กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน ใน 4 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 30.8, 27.1, 23.8 และ 19.2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.27 จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 29 รองลงมา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 24.7 และ 22.5 ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรสคู่ และยังอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส ร้อยละ 78.7 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.2

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่อาศัย		
ภาคใต้	129	26.22
ภาคเหนือ	133	27.03
ภาคตะวันออก	112	22.76
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	118	23.98
เพศ		
ชาย	145	29.47
หญิง	347	76.02
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ผ่านการศึกษาในระบบโรงเรียน	33	6.76
ประถมศึกษา	366	75
มัธยมศึกษาตอนต้น	35	7.17
มัธยมศึกษาตอนปลาย	26	5.33
ปริญญาตรี	17	3.48
สายวิชาชีพ	11	2.25
สถานภาพการสมรส		
สมรส/อยู่ด้วยกัน	380	77.24
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	93	18.91
โสด	19	3.86
การประกอบอาชีพ		
เกษตรกรรม	262	53.80
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	95	19.5
รับจ้าง	66	13.55
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	52	10.68
รับราชการ	12	2.46
ภาวะการเจ็บป่วย		
โรคเบาหวาน	411	85.4
โรคความดันโลหิตสูง	316	65.7
โรคไขมันในเลือดผิดปกติ	288	59.9
ความซับซ้อนของโรคทั้ง 3		
ได้รับการวินิจฉัย โรค 1	122	25.10
ได้รับการวินิจฉัย โรค 2	183	37.65
ได้รับการวินิจฉัย โรค 3	181	37.24

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2/ โรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ใน 4 ภาคในสัดส่วนใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.02 มีอายุเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย+ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 59.56 ปี +10.7) อายุเฉลี่ยของเพศชาย เท่ากับ 62.69 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 58.34 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 10.5 และ 10.4 ตามลำดับ) จบการศึกษาในระดับชั้น ประถมศึกษา ร้อยละ 75 สถานภาพการสมรสของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ และยังอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส (ร้อยละ 77.24) รองลงมาคือ หม้าย/ หย่าร้าง โสด และแยกกันอยู่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.8 ในด้านการเจ็บป่วย ร้อยละ 85.4 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 75 มีความซับซ้อนของโรคมากกว่า 1 โรค

ระยะที่ 2 ระยะการทดสอบคุณภาพเครื่องมือทางจิตวิทยา

จากตารางที่ 6 กลุ่มผู้ป่วย มีสัดส่วน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.8 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 60.42 + 11.69 ปี (ค่าเฉลี่ย+ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ช่วงอายุ 28- 89 ปี จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ร้อยละ 83.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และยังอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส ร้อยละ 66.8 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 48.9 ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.09 และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 44.9

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ภาค		
ตะวันออกเฉียงเหนือ	135	36.5
ตะวันออก	123	33.2
ใต้	112	30.3
สถานบริการที่ดูแล		
รพ.	146	39.5
รพสต	224	60.5
เพศ		
ชาย	107	28.9
หญิง	251	67.8
สถานภาพสมรส		
โสด	17	4.6
คู่	247	66.8
หม้าย/หย่า	101	27.3
แยกกันอยู่	2	.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	98	27.2
ประถมศึกษา	201	55.8
มัธยมศึกษา	41	11.4

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ปวช/ปวส	9	2.5
ปริญญาตรีและสูงกว่า	11	3.1

สิทธิการรักษา

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	162	44.9
ประกันสังคม	8	2.2
ข้าราชการ	18	4.98
รัฐวิสาหกิจ	3	0.83
ผู้มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์	170	47.09

อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ	85	23.35
เกษตรกรกรรม	178	48.90
ค้าขาย	65	17.86
รับจ้าง	21	5.77
รับราชการ	15	4.12

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (ต่อ)

จากตารางที่ 7 สถานการณ์การเจ็บป่วยในกลุ่มโรคเป้าหมาย (โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง) พบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 66.7 มีโรคร่วม ในกลุ่มที่มีภาวะซับซ้อนของโรคมมากกว่า 1 โรค ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.4 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นทั้งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยน้อยกว่า ร้อยละ 20 สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ขณะที่ ประมาณร้อยละ 50 ผู้ป่วยสามารถคุมระดับความดันโลหิตได้

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ความซับซ้อนของการเจ็บป่วย		
ได้รับการวินิจฉัย 1 โรค	123	33.3
ได้รับการวินิจฉัย 2 โรค	158	46.2
ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 3 โรค	89	20.5
ภาวะการเจ็บป่วย		
เบาหวานชนิดที่ 2	56	15.1
ความดันโลหิตสูง	149	40.27
เบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง	165	44.59
FBS		
≤ 125 mg%	38	13.81
126 - 153 mg%	91	33.09

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
154 - 182 mg%	61	22.18
≥ 183 mg%	85	30.91
HbA1c		
< 7%	58	21.1
7 - 7.9%	48	17.45
8 - 8.4%	26	9.45
≥ 8.5%	143	52
ความดันโลหิต		
Systolic Blood Pressure levels		
< 130/ 80 mmHg	83	53.9
130 - 159/ 90 -99 mmHg	69	44.8
160 - 179/ 100 - 109 mmHg	2	1.3

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการทำงานกับกลุ่มเป้าหมาย		
น้อยกว่า 5 ปี	12	35.29
5 ปีหรือนานกว่า	22	64.71
สาขาวิชาชีพ		
พยาบาลวิชาชีพ	11	32.35
นักวิชาการสาธารณสุข	9	26.47
เภสัชกร/โภชนากร/นักกายภาพบำบัด	8	23.53
นายแพทย์	5	14.71
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	8	8.82
ปริญญาตรี	26	76.47
สูงกว่าปริญญาตรี	5	14.70

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในคลินิก จำนวน 34 คน อายุเฉลี่ย 40.41 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.88 ปี) จากตารางที่ 8 ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.71 มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย อย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 76.47) และ ร้อยละ 14.7 จบการศึกษาระดับปริญญาโท มีเพียง 3 คน (ร้อยละ 8.82) จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี เป็นเจ้าหน้าที่จากฝ่ายโภชนาการของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และ นักวิชาการสาธารณสุข โดยมีแพทย์ 5 คน สหสาขาวิชาชีพ 8 คน ประกอบด้วย โภชนากร 3 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน และเภสัชกร 3 คน

การพัฒนาชุดคู่มือการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาคู่มือการจัดบริการ

การสังเคราะห์ข้อมูลจากแผนที่ความคิดของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ชุมชน ทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการบริการที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และพัฒนาแบบประเมินการบริการ โดยแสดงตามเป้าหมายการสังเคราะห์ ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง บนบริบทการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย
 - ข้อมูลในการประเมินผู้ป่วยแบบครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิต เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับบริบทและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย
2. การกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ มีส่วนร่วมรับผิดชอบทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และเกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจและพลังในการรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง ขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการ
 - การจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้สามารถควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
 - การให้คำปรึกษาการควบคุมโรคที่เป็นการดูแลอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่เท่าเทียมกันในการรับคำปรึกษาตามสภาพความรุนแรงของโรคและความต้องการความช่วยเหลือในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
3. การผสมผสานการทำงานในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้เหมาะสม
 - โครงสร้างข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นในการให้บริการที่ได้รับการประมวลให้สามารถแลกเปลี่ยนและใช้งานในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
 - การมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งประชาชนในชุมชน และผู้บริหารท้องถิ่น ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชนให้สามารถควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

จากผลการสังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ป่วย พบ 6 มโนทัศน์ 12 องค์ประกอบสำคัญ ดังในตารางที่ 9 ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าสำคัญในการจัดบริการการจัดการคลินิก ทั้งหมด 5 มโนทัศน์ 18 องค์ประกอบสำคัญ และการสนับสนุนการจัดการโรคจากชุมชน พบ 3 มโนทัศน์ 6 องค์ประกอบสำคัญ ดังในตารางที่ 10-11 ตามลำดับ

โครงการพัฒนาศูนย์บริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 9 มโนทัศน์ ประเด็นหลัก และตัวอย่างข้อคิดเห็นจากแนวคิดของผู้ป่วยในการจัดบริการแบบบูรณาการ มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

มโนทัศน์	ประเด็นหลัก	ตัวอย่างข้อความ
อยู่อย่างสมดุลระหว่างการดำเนินชีวิตกับโรค	1) การดำเนินชีวิตอย่างรู้ คุลย ภาพของตน การดำเนินชีวิต ไม่มากเกินไป และน้อยเกินไป (กินกับออก; เครียด กับความสุข; สังคมกับ อบายมุข; ;งานกับพัก)	—ทำงานหนัก ก็กินหนักให้พอกัน ก็คุ้มได้ดี อย่ากินเกิน —อย่ากินเยอะ เอาพอมั้ม กินได้ทุกอย่างที่อยากกิน แต่ เอาพอหายอยาก —กินมากก็ต้องออกแรงมากมันถึงสมดุล —การกินอยู่ต้องไม่มากนักน้อยเกินไป กินอย่างหมอบอกก็ไม่ มีแรงทำงาน —เพื่อนชวนเล่น ต้ม กิน สูป มันเป็นสังคม ยากจะขัด หมอเป็นฝั่งตรงข้าม —ชีวิตจะง่าย อย่าคิดมาก อยู่อย่างพอเพียง ไม่กินมาก ทำงานให้มีเวลาพัก สบายๆ มันก็คุ้มได้ —อารมณ์ดี มีธรรมชาติดีกว่า ยิ่งคิดยิ่งเครียด ยิ่งคุมยาก
จัดการ 6 อ.สู่นิสัย	2) การเรียนรู้ ตัวเรา สังเกต ตนเอง ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ 6อ: — อาหารสุขภาพ — อารมณ์พอเหมาะ — อบายมุขหนีห่าง — ออกกำลังสู่สุขภาพ — อาการต้องเฝ้าระวัง — โอสถฉลาดใช้ 3) อารมณ์ ความรู้สึก กับการ ปรับตัวอยู่กับโรค	—ทำจิตใจให้สบาย กินเท่าที่เราอยู่ได้ — เบาหวานมันอยู่ที่ใจ ใจสงบ ร่างกายก็ดีด้วย —บุหรีคนเล็กตายเร็ว เลิกไม่เท่าไรก็เจ็บออดแอด —ทำงานใช้แรงเหนื่อยแล้ว ออกกำลังอีกไม่ไหว —อยากเลิกกินยา ก็ต้องประพฤติดี —ตกลงยาทำให้ไตพัง เลยกินบ้างเท่าที่จำเป็น — หมอให้กินยา แต่บอกว่ากินยามากไตจะพัง ตกลง หมอให้น้ำ 7 อย่าง เลยกิน อย่างที่สำคัญ 2ณ — การโมโห ไม่ช่วย ยิ่งแ่ย ตอนนีทำใจ มีสมาธิ ดีขึ้น — มะม่วงเต็มต้นอยู่หน้าบ้าน หมอไม่ให้กิน ไปเสียเงิน ซื้ออย่างอื่นแทน — ยิ่งทุกข์ น้ำตาลยิ่งแ่ย สุขมากก็ลืมตัว แ่ยอีก
ความแตกต่างทาง สุขภาพ	4) พัฒนาทักษะ การค้นหา ข้อมูล ประเมินความ น่าเชื่อถือของข้อมูล และ การทำความเข้าใจ การ ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติตาม ความรู้ที่ได้มาเพื่อควบคุม โรคไปใช้ในชีวิตประจำวัน	—วิทยุชุมชนมีการบอกเรื่องการดูแลสุขภาพ ออกมาสู่คน ฟัง แสดงว่าน่าเชื่อถือ เพราะเป็นสื่อของรัฐออกมาให้คน ฟัง —เราเชื่อข้อมูลจากคนไข้ที่มาเล่าให้ฟัง เขาทำสำเร็จ มาแล้ว —รัฐเขาคงตรวจสิ่งที่เขียนในหนังสือพิมพ์ วิทยุ และทีวี แล้วถึงปล่อยออกมา —พยาบาลบอกให้ดูแลสุขภาพ หลากหลายจะได้รู้ว่ากิน อะไร —หมอบอกให้ทำ แต่ไม่บอกว่าทำอย่างไร

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

มโนทัศน์	ประเด็นหลัก	ตัวอย่างข้อความ
การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ คุ่มค่าเหมาะสม	5) รู้จักใช้บริการสาธารณสุขแบบพอเพียง	— หมอให้ยาเยอะ ไม่กล้ากินแต่ไม่บอกหมอ เพราะไม่เสียเงิน หมอจะได้รักษาเราเต็มที่ — หมอเรารู้เรื่องโรคดี หมอว่าไงก็ว่าตามนั้น ทำเท่าที่ทำได้ — ผลเลือดไม่ดี หมอก็ดูเอา เราเลยต้องเตรียมสัปดาห์ 3-5 วัน
	6) การบริการที่มองความคุ้มค่าของผู้ป่วย — ระยะเวลาที่มาตรวจ — สิ่งที่ได้ในการมาติดตามการรักษา	— เวลารอนานกว่าเวลาตรวจ หมดเวลาค่อนวัน — การมาตรวจเพียงมารับยาและกลับบ้าน ยาไม่หมดก็ไม่ต้องมา — รักษาใกล้บ้านดี มาเจาะเลือด กลับไปบ้านแล้วค่อยมาอีกที ไปรพ. ต้องเสียเวลา เงิน ทั้งเราและคนพาไป
การบริการที่มีความเข้าใจในความเป็นมนุษย์	7) เข้าใจ เห็นใจในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่	— คนแก่มองไม่ชัดทุกทีตั้ง ช่วยคิดถึงหน่อย พุดไปได้แต่พังกหน้า — ทำไม่ได้ก็อย่าหมอเลยต้องอดก่อนไปพบหมอ หมอจะได้ชม
	8) เข้าใจในความยาก ความล้มเหลว และปัญหาที่รุนแรง	— ทนได้ 2 เดือนเจอหมอที หมอก็ยิ้มเราก็ก้ม ออกมาก็กินตามใจก่อน
	9) เข้าใจในความต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี	— หมอลองมาเป็นบ้าง จะได้รู้ว่ามันยาก
รู้จักคนไข้	10) รู้จักบุคคลตามสภาพความเป็นอยู่ สื่อสารเพื่อแก้ปัญหา/ข้อสงสัยที่รบกวนผู้ป่วย	— หมอคุณหน้าจ้อ อยากถามว่าน้ำตาลคอมสูงไหม — อยากให้บอกคำแนะนำที่ทำงานๆ ตั้งแต่ตื่นนอน อยากทำแต่ไม่รู้ทำไงดี อยากรู้จริงๆ กินอะไรได้ ที่สอนไม่ได้กิน
	11) ประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยแบบองค์รวม	— หมอน้อยรู้จักเราทั้งบ้าน ลงมาที่ครัวให้เห็น ว่าเราต้องทำอะไร ครอบครัวยังได้เข้าใจ
	12) วางแผนแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานประสบการณ์ของผู้ป่วย กำหนดกิจกรรมการดูแลโดยผู้ป่วย ประเมินติดตามผลต่อเนื่อง	— จำแต่สัปดาห์บอกหมอแล้ว เราได้อะไร — อยากให้หมอมาเป็นบ้างจะได้เข้าใจ — มากี่ที ที่น้ำตาลขึ้น หมอก็พูดเหมือนเดิม มันทำไม่ได้ หมอไม่จำแต่คนไข้จำ

ตารางที่ 9 องค์ประกอบสำคัญและตัวอย่างข้อความจากแนวคิดของผู้ป่วยในการจัดบริการแบบบูรณาการ มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ต่อ)

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 10 มโนทัศน์ องค์ประกอบสำคัญและตัวอย่างข้อความจากแนวคิดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการจัดบริการแบบบูรณาการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

มโนทัศน์	ประเด็นหลัก	ตัวอย่างข้อความ
การบูรณาการการดูแล	1) นโยบายการบูรณาการ 2) การเชื่อมโยงข้อมูล 3) การเชื่อมโยงการดูแลถึงบ้าน 4) การเชื่อมโยงการทำงาน ของทุกภาคส่วน	— สถานบริการต้องพัฒนาระบบการเชื่อมโยงการดูแลที่ชัดเจนเป็นสายลักษณะอักษร ในการให้บริการแบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังได้ — การเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาขึ้นดูได้ทั้งรพ.สต. แต่ข้อมูลยังขาดการเชื่อมโยงการดูแลสำหรับการจัดการโรควิถีชีวิต — พยาบาลต้องทำข้อมูลเอง เพื่อให้ใช้ในการให้คำแนะนำ ดูได้แต่ที่เรา — อยากให้ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน มาถึงคลินิก จะได้ใช้ในการให้คำแนะนำ — เยี่ยมบ้านให้ต้องพัฒนาคนไข้แบบครบด้าน ทั้งการทำมาหากิน การเจ็บป่วย ปัญหาครอบครัว ทำแต่เฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ — อสม เป็นสะพานเชื่อมการดูแล ระหว่างคนไข้กับหมอ — การสนับสนุนการจัดการตนเอง ควรเป็นมาตรการที่ดำเนินงานผสมผสานอยู่ในการดูแลทางคลินิก ตามปกติ ตามระดับต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลในระบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาที่คลินิก หรือในชุมชน
การพัฒนาคุณภาพการบริการ	5) พัฒนาแนวทางการพัฒนาคุณภาพจากรากหญ้า	— การพัฒนาคุณภาพระบบบริการที่ใช้ระบบบริหารจัดการแบบรากหญ้าเป็นหลัก — ผู้ปฏิบัติงาน รู้ปัญหาดี แต่ไม่มีอำนาจ ต้องวิ่งตามนโยบายเปลี่ยนไปมา — อยากกำหนดอะไรก็ได้ พื้นที่เอามาดู แล้วคิดอีกทีว่าทำอะไร ผู้บริหารข้างบนว่าทำงานซ้ำ — จัดประชุมชี้แจง แลกเปลี่ยนบ่อยเกิน เอาเงินมาให้ทำงานดีกว่า

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

มโนทัศน์	ประเด็นหลัก	ตัวอย่างข้อความ
	6) กำหนดผลลัพธ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์และเวลา 7) กำหนดขอบเขตบทบาทการดูแล	— ดัชนีมากมาย หน่วยงานในกระทรวงควรคุยกันก่อน และรวบรวมส่งมาทีเดียว — เมื่อไรจะทำงานให้คนไข้ได้ต่อเนื่อง ทำให้ดีขึ้น ไม่ใช่รอนโยบาย ที่เปลี่ยนไปมา — จำเป็นต้องมีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบงาน โดยมีพยาบาลเชี่ยวชาญ และผู้จัดการรายกรณีให้ชัดเจนด้วย
การพัฒนาศักยภาพผู้ทำงาน	8) ความรู้ในการดูแลรักษาความซับซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 9) ทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลง 10) การทบทวนองค์ความรู้ 11) การบริหารจัดการงบประมาณ	— ทักษะการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงและความซับซ้อนของโรคเรื้อรังในสถานการณ์ปัจจุบัน — ต้องมีความรู้และทักษะหลายด้านในการปรับการดำเนินชีวิตกับโรค — ทักษะการสนทนา การพูดคุยให้ได้ปัญหาและทางแก้ในเวลาจำกัด — การกระตุ้นผู้ป่วยให้คิดหาข้อมูลและตัดสินใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ บนพื้นฐานบริบทของผู้ป่วย — ควรมีการทบทวนองค์ความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นระยะ — ความรู้เกี่ยวกับช่องทางงบประมาณ การเขียนโครงการ การเจรจาต่อรอง
รูปแบบการบริการ	12) การบริการดุจญาติมิตร 13) การบริการควรตอบสนองความต้องการ 14) การเสริมภูมิคุ้มกันในการป้องกันตนเอง	— การบริการดุจญาติมิตร ควรมุ่งเน้นการให้บริการที่คำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ความสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ ที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม อยู่ในสถานที่ต่างๆ และการอยู่กับตนเอง — การบริการควรตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าความต้องการของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ — การบริการควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันในการป้องกันตนเอง การป้องกันความล้มเหลวในการปรับพฤติกรรม — ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง จากการศึกษาวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์

มโนทัศน์	ประเด็นหลัก	ตัวอย่างข้อความ
	15) ความแตกฉานทางสุขภาพ 16) การกระตุ้นการเรียนรู้บนพื้นฐานวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วย 17) การบริการเคลื่อนที่ไร้รอยต่อ	การเจ็บป่วยของตนเอง จนเกิดความเข้าใจและตัดสินใจปฏิบัติ - การบริการไม่ใช่การให้บริการ แต่เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยค้นคว้าวิธีการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเองเพื่อให้สามารถอยู่กับโรคอย่างมีความสุขและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน - การบริการควรพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้ ทักษะ และแนวทางการปฏิบัติที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย - การจัดระบบบริการควรคำนึงถึงวัฒนธรรมความเป็นอยู่และความเชื่อทางศาสนา ของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ที่เป็นพื้นฐานการเลือกวิถีการดำเนินชีวิต การทำงาน การพักผ่อน - การให้เรียนรู้ ต้องเกิดต่อเนื่องจากประสบการณ์การรับบริการของผู้ป่วย - การรับรู้ของผู้ป่วยเกิดจากการเห็นและการได้รับการปฏิบัติขณะรับบริการ - การบริการที่ไร้รอยต่อ ข้อมูลการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความต่อเนื่องการดูแล ควรมีในฐานข้อมูลที่ใช้ในการให้คำปรึกษาได้ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลที่คลินิก การเยี่ยมบ้าน
การขับเคลื่อนการบริการที่มีนโยบายสนับสนุนพร้อมงบประมาณ	18) คุณภาพงานมาคู่กับงบประมาณ	- การจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสม กับภาระงาน - การกำหนดนโยบายและงบประมาณให้เห็นความต่อเนื่องระยะยาว

ตารางที่ 10 มโนทัศน์ องค์ประกอบสำคัญและตัวอย่างข้อความจากแนวคิดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการแบบบูรณาการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง(ต่อ)

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการมุ่ง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 11 มโนทัศน์ ประเด็นหลัก และตัวอย่างข้อคิดเห็นจากแนวคิดของทีมเจ้าหน้าที่ชุมชนในการจัดการโรค

มโนทัศน์	ประเด็นหลัก	ตัวอย่างข้อคิดเห็น
สภาพแวดล้อม	1) ข้อมูลสุขภาพในชุมชน	— ฟังวิทยุชุมชนทั้งวัน มันน่าเชื่อ คนเขาเป็นโรคมาพูดเหมือนเรา — ไม่ได้ไปไหน ก็ฟังๆ คนเขาบอกกัน ลองทำตามดู ดีก็ทำต่อ ไม่ดีก็หยุด — เพื่อนบ้านก็มาบอกต่อ บางทีก็เชื่อนะ
	2) กระแสสังคมสุขภาพ การออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร	— แอวนี่หวานจัด เลยเลิกไม่ได้ ซะเย็นมีทุกถนน — เดินกลั้วรถมอเตอร์ไซด์จะหิวไปด้วย ถนน มันยากจะเดินสำหรับคนแก่ — เมื่อก่อนขับรถเครื่องไปตลาด เดี่ยวนี้เดินไป ใครๆ เขาก็เดินกัน บางทีก็ขี่จักรยานบ้าง
นโยบาย การบริหารชุมชน	3) การบริหารจัดการนโยบาย ท้องถิ่นในเรื่องชุมชนจัดการสุขภาพ 4) การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน	— อบต. กระตุ้นให้คนในชุมชนปลูกผักทานเอง แต่อาหารถุง ถุงละ 10 บาท — เทศบาล สนับสนุนการเยี่ยมบ้าน พร้อมอุปกรณ์จำเป็น — หน้ำ อบคเป็นลานออกกำลังกาย เขาแจกเสื้อให้ด้วย — เวลาทำประชาคมต้องมีเรื่องสุขภาพชุมชนเข้าด้วย — งบประมาณต้องใช้พัฒนาสุขภาพคน ไม่ใช่ถนน น้ำ ไฟเท่านั้น
การดูแลกันยามเจ็บป่วย	5) บ้านคือหัวใจการปรับเปลี่ยน สายใยการดูแลจากครอบครัว และคนใกล้ชิด	— เพื่อนข้างๆบ้านเดินทุกวัน เขามาชวนเลยไป — ลูกๆยอมทานอาหารเหมือนกันเลยทำได้ — อสม มาช่วยแนะนำลูกให้ทำอาหาร ที่เขารู้จักหมอ — เพื่อนบ้านสำคัญ ต้องดูแล ช่วยกันยามเจ็บป่วย
	6) การทำงานของอสม อาสาสมัคร อื่นๆ ตัวแทนองค์กรสุขภาพใน หมู่บ้านการเชื่อมโยงการดูแล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน	— คุยกับภาษาบ้านๆ เข้าใจดี เดิบโตมาเหมือนกัน — อสม ก็เหมือนหมอชาวบ้าน มีอะไรเขาพาไปหาหมอได้ (มีความรู้ อยู่พื้นที่ ชี้กับสถานบริการ) — ไปหาหมอเพียงสองสามนาที่ ได้ยามา คุมไม่ได้ แต่อสมบ้าง เพื่อนบ้านบ้าง คุยกันมันทำได้ง่าย

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการมุ่ง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ภายหลังการพิจารณาความคิดเห็น จากทั้ง 3 กลุ่ม ร่วมกับหลักคุณภาพการบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 หลักการ (86)

1) ความน่าเชื่อถือ: ต้องเป็นบริการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะสามารถพึ่งพาได้และมีความถูกต้องแม่นยำในการให้การรักษา

2) การรับรองมาตรฐาน: เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพแสดงให้เห็นว่าทีมสุขภาพมีความรู้ มีกิริยาจาสุภาพ และสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือไว้วางใจ และมีความมั่นใจที่จะรับการรักษาที่เป็นมาตรฐาน

3) โครงสร้างการบริการ: สถานบริการต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ อุปกรณ์ และจำนวนเจ้าหน้าที่ที่พร้อมให้บริการ

4) การบริการที่ตอบสนองความต้องการผู้ป่วย: เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพแสดงให้เห็นถึงความยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ให้บริการด้วยความรวดเร็วและเอาใจใส่ และสุดท้าย

5) ความเอาใจใส่: การบริการสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานความแตกต่างของบุคคล ให้ความสนใจและเข้าใจในความแตกต่างรายบุคคล บนพื้นฐานการดำเนินชีวิต ความเชื่อและวัฒนธรรม

พร้อมกับเมื่อสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถจัดการสุขภาพตนเองให้เหมาะสม ร้อยละ 85 ตอบว่า “สำคัญมาก” และทุกคนก็จะตอบแบบเดียวกันว่า “ทำอย่างไรในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยนั่งรอตรวจเป็นแถว เจ้าหน้าที่ และแพทย์ก็จำกัด” “รู้ว่าคุณค่าวิธีการที่พึ่งมาจากการประชุมอบรม เป็นทฤษฎี ไม่เห็นความชัดเจนในการปฏิบัติ” “ทำอย่างไรจึงประมวลผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ชัดเจน” จากการสังเคราะห์การบริการของคลินิกโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยต้องการการบริการที่มีลักษณะเด่น 4 ประการ คือการบริการที่ไร้รอยต่อ บริการคุณภาพดีมีมิตร การกระตุ้นการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติตามการดำเนินชีวิต และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ประสพการณ์การบริการของผู้ป่วย “เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจากการเห็นและการได้รับการปฏิบัติขณะรับบริการ” ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งต่างๆจนนำไปปฏิบัติ จำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ขณะที่มีผู้ชี้แนะ

ผลการสังเคราะห์การบริการแบบบูรณาการมุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับแนวทางของ WHO ที่เสนอกลวิธีในการจัดบริการสาธารณสุขในปี 2016-2020 ที่กำหนดให้การบริการเป็นการเสริมพลังและให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาโรค บนพื้นฐาน บริบทความเป็นอยู่และให้ความสำคัญกับ primary care-based system โดยการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล รพสตและคนในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่กับโรคอย่างผาสุก การดูแลดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายหมอครอบครัวและการส่งเสริมความแตกฉานทางสุขภาพให้ประชาชน การบริการแบบบูรณาการมุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยไทย เป็นแนวคิดบริการที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง จัดการโรคตามวิถีการดำเนินชีวิต โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ที่คลินิกและในชุมชน ให้เกิดความสมดุลในการอยู่กับโรคอย่างผาสุก โดยมีหลักการบริการดังนี้

6. ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ความเกี่ยวข้องของการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการโรค การรักษา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น จากทีมสุขภาพและผู้ป่วยโรคเดียวกัน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 6 อ.

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

7. ทำให้ผู้ป่วย คิดอย่างมีเหตุผลโดยพิจารณาเหตุปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของตนเอง วางแผน ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติให้วิถีการดำเนินชีวิตของตนเองเกิดความสมดุล รวมทั้งสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันความล้มเหลวในการปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค
8. พัฒนาความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพให้เกิดการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง
 - การรู้จักกัน ด้วยข้อมูลของผู้ป่วยที่มีการประมวลอย่างเป็นระบบเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพและผู้ป่วยได้เข้าใจในสถานการณ์การเจ็บป่วยและการปรับดูแลสุขภาพร่วมกัน (6๐.: อาหารสุขภาพ อารมณ์พอเหมาะ อายุมขหนี่ห่าง ออกกำลังสู่สุขภาพ อาการต้องเฝ้าระวัง โอสถฉลาดใช้)
 - การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพมุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง แสดงถึงการรับฟังอย่างเอาใจใส่ เข้าใจในบริบทและมีความละเอียดอ่อนในความเชื่อ วัฒนธรรมการดำเนินชีวิตพื้นฐานของผู้ป่วย
 - การพูดจาด้วยปิยวาจา ร่วมทุกข์และสุขในสถานการณ์การเจ็บป่วยและแสดงให้เห็นความเต็มใจในการให้บริการสุขภาพ
9. มีการเชื่อมโยงการดูแลทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้เกิดการดูแลต่อเนื่องและเข้าถึงบริการที่เที่ยงตรง เหมาะสมและคุ้มค่า เวลา ทั้งจากหน่วยบริการสาธารณสุข และความช่วยเหลือจากชุมชน
10. ให้ความสำคัญกับบุคคลใกล้ชิดและครอบครัว ในการมีส่วนร่วมในการดูแล

จากการศึกษาทางเดินของผู้ป่วยในการมาติดตามการรักษา ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ในโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 500 เตียง และ 1000 เตียง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก จำนวน 30 เตียง พบว่ากระบวนการรักษาในสถานการณปัจจุบันพบว่าเวลาที่ใช้อย่างมีคุณค่าในการมาติดตามการรักษาแต่ละครั้งอยู่ในระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 10 ของเวลาการเข้ามาใช้บริการ) เวลาที่ใช้ในกระบวนการตรวจรักษาส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียเปล่า ในด้าน การทำงานซ้ำซ้อน การเคลื่อนที่โดยไม่จำเป็น การรอคอย ที่เกิดจากการทำงานไม่ทันของเจ้าหน้าที่ การแก้ไขข้อผิดพลาดต่างๆ หรือการทำงานที่ซ้ำซ้อนของการลงทะเบียนประวัติและการซักถามประวัติ และการให้ความรู้ที่ไม่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล ในโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน การใช้เวลาโดยเฉลี่ยการติดตามการรักษา 1 ครั้ง ประมาณ 4 ชั่วโมง (ค่าต่ำสุด 35 นาที ค่าสูงสุด 11 ชม.) ขณะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 5 ชั่วโมงครึ่ง (ค่าต่ำสุด 1 ชั่วโมงครึ่ง ค่าสูงสุด 16 ชม.) (87) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ใช้เวลาในการมาติดตามการรักษา ขณะที่ โรงพยาบาลขนาดเล็ก (30 เตียง) การใช้เวลาโดยเฉลี่ยการติดตามการรักษา 1 ครั้ง ประมาณ 3 ชั่วโมงครึ่ง (ค่าต่ำสุด 35 นาที ค่าสูงสุด 11 ชม.)

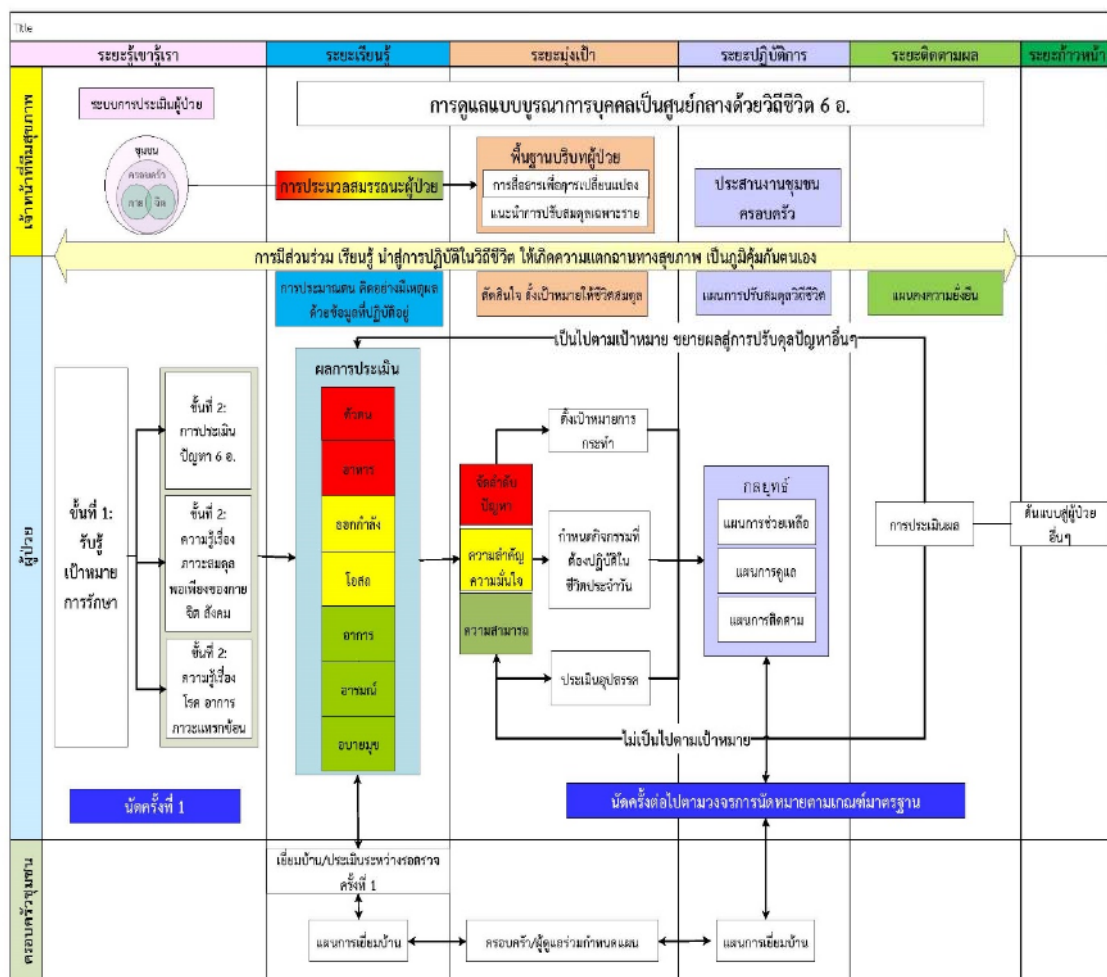
ตารางที่ 12 ระยะเวลาที่ใช้บริการและระยะเวลาการรอคอยเมื่อมารับการติดตามการรักษาแต่ละครั้ง

ระดับสถานบริการ	ระยะเวลาการรอคอย		ระยะเวลาการรับบริการ		ระยะเวลาที่ใช้ในการมาติดตามการรักษา			
	MEAN	SD	MEAN	SD	MIN	MAX	MEAN	SD
รพ.ศูนย์ (60 ราย)	5 ชม. 15 นาที	1 ชม. 56 นาที	34นาที	16 นาที	2 ชม 25 นาที	8 ชม 20 นาที	5 ชม 49 นาที	1 ชม 55 นาที
รพ.ขนาดเล็ก (30 ราย)	3 ชม. 02 นาที	4 นาที	32นาที	1 นาที	2 ชม 18 นาที	5 ชม 25 นาที	3 ชม 35 นาที	4 นาที

โครงการพัฒนาศูนย์บริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ระยะการดูแลรักษาที่นาน เกิดจากการสอนเรื่องการฉีดยาที่ห้องยา และการให้สุศึกษาในรายที่มีปัญหา การพบแพทย์โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1- 5 นาที ค่าเฉลี่ยเวลาพบแพทย์ เท่ากับ 3 นาที ดังนั้นในการมาติดตามการรักษาผู้ป่วยใช้เวลาไม่คุ้มค่า บางคนต้องเสียรายได้และค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยหรือญาติที่มา ดังนั้นการมาตรวจถือเป็นโอกาสทองที่ได้เข้ามาพบผู้เชี่ยวชาญ จึงควรมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ระหว่างรอคอยเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการจัดการโรคอย่างเป็นระบบ จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ทีมผู้วิจัยจึงพัฒนาการบริการผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ให้ได้รับบริการตามแผนการดูแล ดำเนินการเป็น 6 ระยะเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ในการดำรงชีวิตกับโรค ดังรูปที่ 8

รูปที่ 8 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการบุคคลเป็นศูนย์กลาง
(นภาพร วาณิชกุล, 2558)



การดำเนินงานบูรณาการ ประกอบด้วย 2 ส่วน การให้บริการทางคลินิก และการเยี่ยมบ้าน

1) การให้บริการทางคลินิก การดำเนินการอยู่ภายใต้การประสานกรอบแนวคิดหลายกรอบแนวคิด เพื่อให้เข้าใจความเป็นบุคคล การเกิดพฤติกรรม และการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ดังนี้

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

การปฏิบัติดำเนินการโดยพยาบาลหรือทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรม ดำเนินการตามขั้นตอน โดยเริ่มจากการประเมินสภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมตามแบบการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิตก่อนเข้ารับการรักษาและแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน และวิเคราะห์ความต้องการความช่วยเหลือ และปัญหา 60. พร้อมจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และร่วมวางแผนการดูแล โดยแต่ละนัดจะมีการตั้งเป้าหมายและติดตามตามแผนการดูแลในนัดต่อไป รวมถึงการเข้าเยี่ยมบ้านเพื่อศึกษาสถานการณ์ความเป็นอยู่ที่เป็นปัญหา โดยใช้เวลา ขณะประเมินสภาพผู้ป่วยโดยพยาบาล และการจัดช่วงเวลาเฉพาะในรายที่มีปัญหา เช่น การขาดความรู้ การต้องการปรึกษาเฉพาะเรื่อง โดยกำหนด ช่วงเวลาการให้มาตรการแทรกแซง ช่วง ไม่เกิน 20 นาที เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ความสามารถของผู้ใหญ่ สามารถให้ความสนใจในการทำงานเรื่องใด เรื่องหนึ่งทั่วๆไป ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีที่ต้องดำเนินการนานกว่านั้น ควรมีการเปลี่ยนกิจกรรม ทุก 15 นาที กิจกรรม การส่งเสริมสุขนิสัย 6 อ. เกิดจากการสังเคราะห์ แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าเป็น “การรักษาสมดุล ไม่ห้ามแต่ทำด้วยสติ” ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวิเคราะห์ตนเอง ว่าต้องจัดการคุมโรคที่เป็นด้วย อ. ไต จัดลำดับความสำคัญ และกำหนด เป้าหมายที่ SMARTS เพื่อการวางแผนติดตามตามในคู่มือการวางแผนต่อไป

2) การเยี่ยมบ้าน มีทีมผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือทีมสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ) และทีมชุมชน (ผู้บริหารท้องถิ่น อสม. อาสาสมัคร หรือเจ้าหน้าที่จาก หน่วยราชการ เอกชน ที่เกี่ยวข้อง) การเยี่ยมจะมีเป้าหมายที่ชัดเจนตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการโรคภายใต้บริบทของผู้ป่วยเอง การเยี่ยมบ้านเป็นหัวใจการดูแล โดยการเยี่ยมเป็นการประสานงานจากจุดที่ผู้ป่วย/ครอบครัวแสดงความต้องการกับทีมผู้ดูแล โดยการประสานงานติดต่อกับทีมหมอครอบครัวที่ดูแลหรือทีมสาธารณสุข ที่รับผิดชอบ เพื่อดำเนินการตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย

ดังนั้น ในการดำเนินงาน จำเป็นต้องมีเครื่องมือดำเนินงานและเครื่องมือวัดคุณภาพการบริการ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่สังเคราะห์ได้มาพัฒนาเครื่องมือ 5 เครื่องมือ

1. คู่มือการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ใช้ในระยะรู้เรา และระยะการติดตามผล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

— แบบการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิต(ดังตัวอย่างในภาคผนวก 1) ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการโรค ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องรู้จักกัน อย่างเป็นเชิงพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีการตัดสินสุขภาพทางสังคม ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยจำเป็นต้องเป็น การประเมินแบบHolistic assessment เป็นการประเมินความต้องการของบุคคลหรือครอบครัวภายใต้บริบท สิ่งแวดล้อม (ความต้องการ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ แสดงความเคารพ และเหมาะสมกับลักษณะของแต่ละบุคคลถือเป็นสิ่งสำคัญ) การประเมินเป็นการบูรณาการข้อมูลแบบองค์รวม ด้วย พฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อาการ โอสถ และอบายมุข รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการโรค โดยการประเมินข้อมูล พื้นฐานมาจากข้อมูลของระบบข้อมูลโรงพยาบาลในการซักประวัติในขณะลงทะเบียนผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินเพิ่มเติมในเชิงพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินในเชิงพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน 1) การประเมินเพื่อ รับทราบปัญหาภาพรวม โดยผู้ป่วยประเมินตนเอง และจัดลำดับความสำคัญ 2) การประเมินเพื่อการวางแผน โดยประเมิน 1 ใน 6 ด้านที่ผู้ป่วยตัดสินใจจะจัดการปัญหานั้นๆ และติดตามต่อในระยะติดตามผล และเข้ารอบ

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

การประเมินใหม่เมื่อประสบความสำเร็จ ผลการประเมินจะใช้เกณฑ์มาตรฐานต่างๆ ในการตัดสินเป็นระดับ ดี ด้วยสีเขียว ระดับเสี่ยง ด้วย สีเหลือง และระดับอันตราย ด้วยสีแดง

— แบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน (ดังตัวอย่างในภาคผนวก 2)

ผลการศึกษา พบ 3 มโนทัศน์ 6 องค์ประกอบสำคัญ พัฒนาเป็นแบบสอบถาม จำนวน 32 ข้อ ใน 6 องค์ประกอบ ดังนี้

- | | |
|----------------------------|-------------|
| 1) กระแสชุมชน | จำนวน 5 ข้อ |
| 2) การดูแลกันยามเจ็บป่วย | จำนวน 6 ข้อ |
| 3) นโยบายสุขภาพท้องถิ่น | จำนวน 6 ข้อ |
| 4) มาตรการชุมชนจัดการโรค | จำนวน 5 ข้อ |
| 5) สิ่งเอื้อให้ออกกำลังกาย | จำนวน 5 ข้อ |
| 6) การเข้าถึงอาหารสุขภาพ | จำนวน 5 ข้อ |

โดยการตอบคำถามแบบให้เลือกว่าด้วย Likert's scale 4 ลำดับ จาก 0 หมายถึง ไม่เคยเห็นการปฏิบัติตามข้อความเลย ถึง 3 หมายถึง เห็นชุมชนเป็นเช่นนี้ประจำเสมอมา คะแนนมากกว่า หมายถึง ความพึงพอใจในการสนับสนุนของชุมชนมากกว่า

— คู่มือแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยรายกรณี

ใช้ในทุกระยะเพื่อเป็นคู่มือการดำเนินงานให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ดังตัวอย่างในภาคผนวก 3) เป็นแผนการพยาบาลที่เกิดจากผลการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิต ที่มีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือส่วนการวางแผนการดูแล และส่วนการติดตามผลการดูแล โดยมุ่งเน้นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่แก้ไขโดยผู้ป่วย จากการประเมินความสำคัญและความมั่นใจในการแก้ปัญหาต่างๆ การตั้งเป้าหมายเชิงพฤติกรรม และการกำหนด แผนปฏิบัติการโดยผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดวิธีการปฏิบัติ และผู้ปฏิบัติ/ผู้ที่ต้องการให้ช่วยเหลือในการปฏิบัติ การติดตามเป็นการติดตามที่กำหนดตามแผนปฏิบัติการ เช่น แผนปฏิบัติการต้องการให้สำรวจการปรุงอาหารที่บ้าน ก็เป็นการนัดติดตามโดยทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

2. แบบการประเมินผลการดำเนินการ ใช้เพื่อการประเมินระบบการดูแลในภาพรวม ปีละ 1-2 ครั้ง

— แบบประเมินคุณภาพการบริการแบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (ดังตัวอย่างในภาคผนวก 2)

ผลการสังเคราะห์ พบ 11 มโนทัศน์ของ 30 องค์ประกอบสำคัญ มาพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพการบริการฯ จำนวน 31 ข้อ ใน 5 องค์ประกอบ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------------|-------------|
| 1) การสื่อสารเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง | จำนวน 9 ข้อ |
|---------------------------------------|-------------|

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

- | | |
|--|-------------|
| 2) การกำหนดแนวการปฏิบัติตัวในวิถีการดำเนินชีวิต | จำนวน 5 |
| ข้อ | |
| 3) การประมวลข้อมูลการเจ็บป่วยอย่างเป็นระบบ | จำนวน 4 ข้อ |
| 4) การป้องกันความล้มเหลวในการจัดการโรค | จำนวน 6 ข้อ |
| 5) การประสานงานการดูแล เชื่อมโยงการดูแลจากทุกภาคส่วน | จำนวน 8 |
| ข้อ | |

โดยการตอบคำถามแบบให้เลือกว่าด้วย Likert's scale 5 ลำดับ จาก 0 หมายถึง ไม่เคยได้รับการบริการตามข้อความเลย ถึง 4 หมายถึง เจ้าหน้าที่ให้บริการตามข้อความได้อย่างดีมาก คะแนนมากกว่า หมายถึง ความพึงพอใจในการบริการของสถานบริการที่ใช้มากกว่า

— แบบประเมินการใช้ระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ในการให้คำปรึกษาการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ใช้งานและความรู้ถึงประโยชน์ในการใช้งาน ซึ่งปัจจุบัน ระบบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการทุกระดับมีความหลากหลาย องค์ประกอบการประเมินอยู่บนพื้นฐานกระบวนการพยาบาล ข้อมูลเบื้องต้น การประเมิน การสำรวจปัญหา และการวางแผนการดูแลจนถึงการประเมินผล ร่วมกับกรอบแนวคิด The Technology Acceptance Model(88) ที่กล่าวไว้เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งาน ความง่ายในการใช้ ความสามารถในการตอบสนองเป้าหมายการใช้งาน และการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการใช้งาน ข้อคำถามจะมุ่งประเด็นความง่ายของการใช้งาน ประกอบด้วย 37 ข้อ ใน 7 องค์ประกอบ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------------|-------------|
| 1) การประเมินผู้ป่วย | จำนวน 7 ข้อ |
| 2) การให้การดูแลผู้ป่วย | จำนวน 7 ข้อ |
| 3) การใช้งานระบบข้อมูล | จำนวน 7 ข้อ |
| 4) การรายงานผล | จำนวน 6 ข้อ |
| 5) การเข้าถึงข้อมูล | จำนวน 3 ข้อ |
| 6) การมีส่วนร่วมในการจัดการระบบข้อมูล | จำนวน 4 ข้อ |
| 7) ภาพรวมการใช้งาน | จำนวน 3 ข้อ |

โดยการตอบคำถามแบบให้เลือกว่าด้วย Rating scale ระดับ Likert's scale 5 ลำดับ จาก 0 หมายถึง ไม่พึงพอใจเลย ไม่ตอบสนองความต้องการใช้งานเลย ถึง 4 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด คะแนนมากกว่า หมายถึง ความพึงพอใจในการใช้มากกว่า

3. รูปแบบการการฝึกอบรมทดสอบการใช้คู่มือการบริการแบบบูรณาการบุคคลเป็นศูนย์กลาง (ดังตัวอย่างในภาคผนวก 5)

ระยะที่ 2 ระยะการทดสอบคุณภาพเครื่องมือทางจิตวิทยา

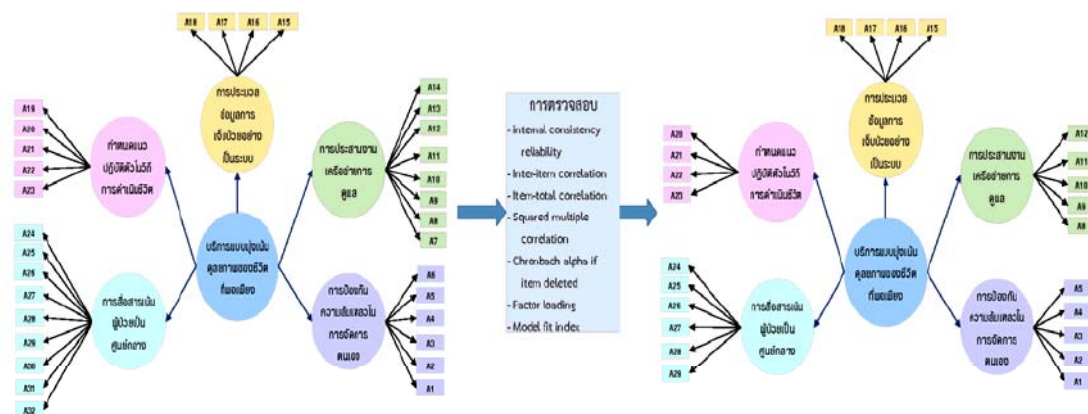
ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาและ ของเครื่องมือ 5 ชุด ใน 3 ด้าน: 1)ด้านความสอดคล้องกับคำจำกัดความ/วัตถุประสงค์ของเครื่องมือ 2) ด้านความถูกต้อง ชัดเจนและเหมาะสมทางภาษา 3) ด้านความเข้าช้องกับข้อความอื่นๆ ผลการศึกษา แสดงในตาราง ที่ 13 ในข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 0.75 ผู้วิจัยจะพิจารณาข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแนะนำ

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 13 ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของค่าดัชนีความสอดคล้องความตรงตามเนื้อหาจำแนกตาม

องค์ประกอบ	ความสอดคล้องของความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					
	ด้านความหมาย		ด้านภาษา		ด้านความซ้ำซ้อน	
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
แบบการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิต	1	1	0.54	1	0.93	1
แบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน	0.85	0.97	0.77	0.97	0.74	0.97
คู่มือแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยรายกรณี	0.48	1	0.7	1	0.93	1
แบบประเมินคุณภาพการบริการแบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง	0.89	1	0.8	1	0.54	1
แบบประเมินการใช้ระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ในการให้คำปรึกษา	0.93	1	0.95	1	1	1

รูปที่ 9 องค์ประกอบของแบบประเมินคุณภาพการดูแลแบบบูรณาการที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง



รูปแบบที่ 1 จำนวน 32 ข้อ

$\chi^2/df = 47.9, p < 0.001$ GFI = 0.86; CFI = 0.89;
NFI = 0.89; TLI = 0.86; RMSEA = 0.13 FA = 0.32- 0.78

GFI = Goodness-of-fit index; CFI = Comparative fit index; NFI = Normed fit index TLI = Tucker-Lewis index

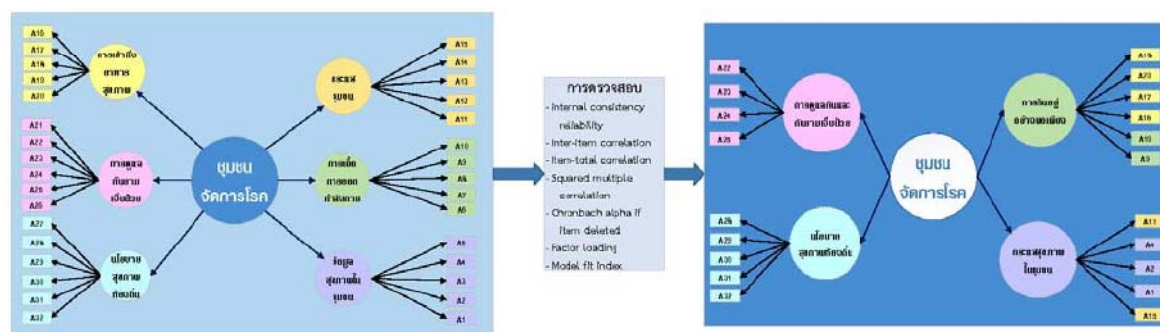
รูปแบบที่ 2 จำนวน 24 ข้อ

$\chi^2/df = 19.15, p < 0.001$ GFI = 0.96; CFI = 0.96;
NFI = 0.96; TLI = 0.95; RMSEA = 0.08 FA = 0.44-

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

RMSEA = Root mean square error of approximation; FA = Factor loading.

รูปที่ 10 องค์ประกอบของแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน



รูปแบบที่ 1 จำนวน 32 ข้อ

รูปแบบที่ 2 จำนวน 20 ข้อ

$$\chi^2/df = 47.9, p < 0.001 \text{ GFI} = 0.68; \text{CFI} = 0.77;$$

$$\chi^2/df = 3.23, p < 0.001 \text{ GFI} = 0.74; \text{CFI} = 0.88;$$

$$\text{NFI} = 0.78; \text{TLI} = 0.72; \text{RMSEA} = 0.2 \text{ FA} = 0.28 - 0.87$$

$$\text{NFI} = 0.83; \text{TLI} = 0.85; \text{RMSEA} = 0.08 \text{ FA} = 0.41 - 0.75$$

0.75

GFI = Goodness-of-fit index; CFI = Comparative fit index; NFI = Normed fit index TLI = Tucker-Lewis index

RMSEA = Root mean square error of approximation; FA = Factor loading.

ความตรงตามโครงสร้าง ของ model ที่ 2 ดีกว่า model ที่ 1 ข้อคำถามใน model 1 ที่มี ค่า factor loading น้อยกว่า 0.4 มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามสูงกว่า 0.8 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในสูงเกิน 0.8 ผู้วิจัยพิจารณาตัดข้อคำถามออก ในแบบประเมินคุณภาพการดูแลแบบบูรณาการที่ประชาชนเป็นศูนย์กลางจำนวน 8 ข้อ และ จำนวน 12 ข้อ model ที่ 2 ไม่มี residual correlations ระหว่างข้อคำถามและ standardized residual correlations < 2.0 การสนับสนุนจากชุมชน เปลี่ยนโครงสร้างจาก 6 ประเด็นหลักเป็น 4 ประเด็น โดยการรวมเรื่องการสนับสนุนการออกกำลังกายในชุมชน และการสนับสนุนการเข้าถึงอาหารสุขภาพในชุมชนเป็น ประเด็นการสนับสนุนการกินอย่างพอเพียง จำนวน 6 ข้อ ดังนั้น แบบประเมินการสนับสนุนของชุมชน ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ กระแสสุขภาพในชุมชน การดูแลกันยามเจ็บป่วย นโยบายสุขภาพท้องถิ่นและการกินอย่างพอเพียง จำนวน 20 ข้อ

จากตารางที่ 14 ภายหลังปรับโครงสร้าง ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องของข้อคำถามภายในองค์ประกอบ (Internal consistency reliability) ด้วยค่า Cronbach's Alpha อยู่ในช่วง 0.73 - 0.89 ดังตารางที่ 14 ผู้ป่วยรับรู้การบริการดีทุกด้าน ขณะที่การสนับสนุนจากชุมชนอยู่ในระดับน้อยทุกด้าน ยกเว้น กระแสสังคมอยู่ในระดับกลาง แสดงให้เห็นว่า ประชาชนอยู่ในชุมชนยังขาดการดูแลให้ทั่วถึง จากการประมวลระดับการสนับสนุนทางสังคม สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงพบว่า อำเภอขนาดเล็กทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีระดับการสนับสนุนจากชุมชนสูงที่สุดในระดับได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในการจัดการโรคเป็นส่วนมาก (mean+SD = 1.65+0.48) ในขณะที่ตัวแทนสังคมเมืองในเขตอุตสาหกรรมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และตัวแทนเขตเมืองในภาคใต้ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้ง (mean+SD = 1.37+0.78 และ 1.41+0.63 ตามลำดับ) และทั้ง 3 อำเภอมีความแตกต่างในการสนับสนุนจากชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F

โครงการพัฒนาศูนย์บริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

(2,324) = 6.63, $p = 0.002$) โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมของอำเภอชนบทขนาดเล็กและอำเภอเมืองอุตสาหกรรม $p=0.001$

การประเมินคุณภาพเครื่องมือในคุณสมบัติด้านความตรงตามสภาพการณ์ ระหว่าง คุณภาพการดูแลแบบบูรณาการฯ การสนับสนุนของชุมชน กับ ความแตกฉานทางสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง จากตาราง ที่ 15 พบว่า คุณภาพการบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน มีความสัมพันธ์ ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับ ความแตกฉานทางสุขภาพ ระดับน้อย $p < 0.01$ ยกเว้น ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน กับความแตกฉานทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าการบริการแบบประชาชนเป็นศูนย์กลางเน้นดูแลคุณภาพการดำรงชีวิตที่ดี และการได้รับการสนับสนุนที่ดีจากชุมชน สัมพันธ์กับการมีความแตกฉานทางสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองดี

ในด้านความสามารถในการจัดจำแนกกลุ่มผู้ป่วย ผลการวิเคราะห์ Cluster Analysis สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามการรับรู้คุณภาพการบริการที่มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง จากรูปที่ 11 Dendrogram diagram แบ่งกลุ่มเป็น 3 ประเภท และคุณภาพการจัดกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ดี การรับรู้คุณภาพการบริการในมุมมองของผู้ป่วยต่อการบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาพรวม $F(3, 474) = 41.74, p < 0.001$ ดังในตาราง 16 และข้อความที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ 10 อันดับแรก ที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ดังในรูปที่ 12 การพูดจาและการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจเพื่อนำสู่การปฏิบัติได้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน FACTOR LOADING และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น CRONBACH'S ALPHA

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความตรงเชิงโครงสร้าง	ความเชื่อมั่นในความสอดคล้องภายใน
				Factor loading	Cronbach's Alpha
คุณภาพการดูแล	24	2.96	0.47		0.87
การประมวลข้อมูลการเจ็บป่วย	4	3.04	0.50	0.51 – 0.79	0.76
การเชื่อมโยงการดูแลจากทุกภาคส่วน	5	3.0	0.58	0.59 - 0.8	0.83
กำหนดแนวปฏิบัติตัวในวิถีการดำเนินชีวิต	4	2.98	0.50	0.71 – 0.89	0.87
การป้องกันความล้มเหลว ในการควบคุมโรค	5	2.90	0.59	0.54 -0.83	0.89
การสื่อสารเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	6	2.80	0.78	0.47- 0.85	0.86
ชุมชนจัดการโรค	20				0.92
การดูแลกันยามเจ็บป่วย	4	1.47	0.85	0.43 - 0.76	.76
กระแสสุขภาพในชุมชน	5	1.55	0.74	0.53 - 0.68	.73
กินอยู่อย่างพอเพียง	6	1.49	0.67	0.43 -0.72	0.80

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

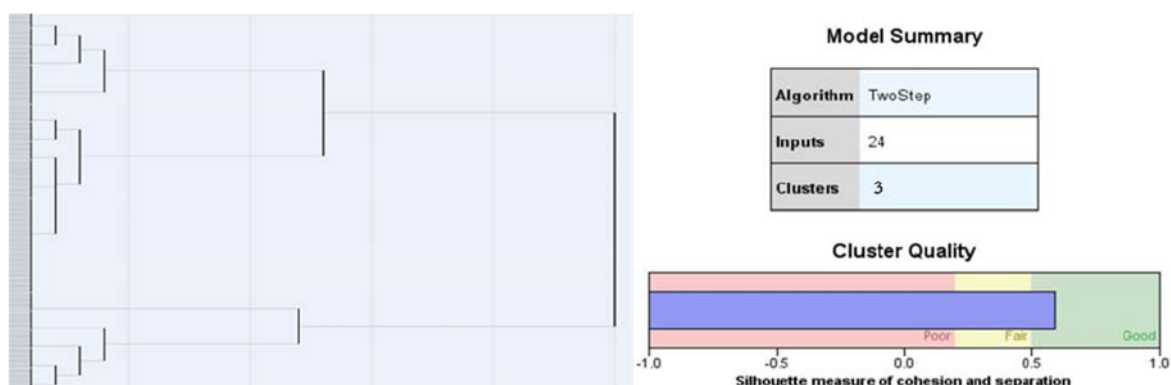
นโยบายสุขภาพท้องถิ่น	5	1.36	0.79	0.63 – 0.70	0.81
----------------------	---	------	------	-------------	------

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง คุณภาพการบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง การสนับสนุน การจัดการโรคของชุมชน กับความแตกฉานทางสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเอง

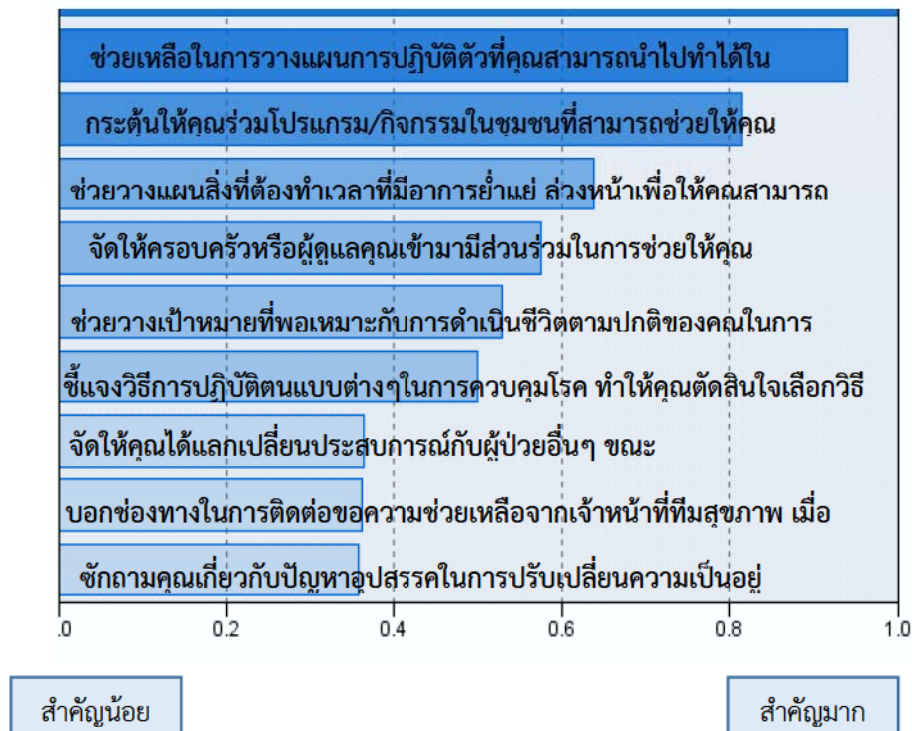
องค์ประกอบ	ความตรงเชิงเกณฑ์สัมพันธ์	
	ความแตกฉานทางสุขภาพ	พฤติกรรมจัดการตนเอง
แบบประเมินคุณภาพการบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง	0.43**	0.40**
แบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน	0.65**	0.33**

** $p < 0.01$

รูปที่ 11 DENDROGRAM และ SILHOUETTE MEASURE OF COHESION AND SEPARATION ของแบบประเมินคุณภาพการบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง



รูปที่ 12 ผลการวิเคราะห์CLUSTER ANALYSIS ในการจำแนกความสำคัญของคำถาม



กลุ่มที่ 1 : คุณภาพการบริการดีมาก

ผู้ป่วยรับรู้การบริการเสมือนญาติ ด้วยการพูดจาที่ดี เข้าใจกัน ได้รับการจัดระบบการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการมารับบริการในระบบบริการสุขภาพ มีการจัดการของผู้ป่วยรายบุคคลตามวิถีการดำเนินชีวิต พร้อมกับมีครอบครัว บุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการจัดการโรค อยู่ในระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.5; พิสัย 3.6 - 3.8) และได้รับการบริการเชื่อมโยงระบบเครือข่ายการดูแลระหว่างสถานบริการในเครือข่าย และชุมชนในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ มากกว่าร้อยละ 74.5 ประเมินการบริการทุกข้ออยู่ในเกณฑ์ดีหรือดีมาก

กลุ่มที่ 2: คุณภาพการบริการปานกลาง

ผู้ป่วยรับรู้การบริการอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ในทุกๆด้าน เป็นกลุ่มที่เดินสายกลาง อาจเป็นไปได้ทั้งไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ทุกอย่างดูดีพอไปได้ (ค่าเฉลี่ย 2.94 พิสัย 2.80 - 3.09)

กลุ่มที่ 3: คุณภาพการบริการต้องการการพัฒนาปรับปรุง

ผู้ป่วยยังไม่ได้รับบริการตามความต้องการ ต้องการให้ปรับปรุงการบริการในหลายประเด็น โดยเฉพาะพฤติกรรมบริการ ทั้งการพูดจาและลักษณะการตอบข้อสงสัย และการส่งเสริมการเรียนรู้ การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การมุ่งเน้นให้เห็นความสำคัญในบทบาทของผู้ป่วยเอง รวมทั้งการบูรณาการการจัดการโรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ค่าเฉลี่ย 2.32 พิสัย 2.20 - 2.45)

พบว่ามีกลุ่มที่ 1 จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 19.7 กลุ่มที่ 2 จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 55.2 และกลุ่มที่ 3 จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 25.1 แสดงว่าผู้ป่วยเพียงน้อยกว่าร้อยละ 20 ได้รับการ

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

แบบบูรณาการผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยมีคะแนนจำแนกตามกลุ่มและประเด็นการประเมินคุณภาพบริการ ในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินคุณภาพการบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง จำแนกรายด้านและระดับคุณภาพการบริการ

กลุ่มประเด็นสำคัญ	ผลการประเมิน	N	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ภาพรวม	1 คุณภาพดีมาก	94	3.59	3.85	3.69	0.10
	2 คุณภาพปานกลาง	264	2.75	3.33	2.99	0.15
	3 ต้องปรับปรุงคุณภาพ	120	2.31	2.39	2.35	0.03
การประมวลผลการเจ็บป่วยอย่างเป็นระบบ	1 คุณภาพดีมาก	94	3.57	3.86	3.71	0.10
	2 คุณภาพปานกลาง	264	2.71	3.43	3.09	0.16
	3 ต้องปรับปรุงคุณภาพ	120	2	2.57	2.34	0.23
การกำหนดแนวปฏิบัติตามวิถีการดำเนินชีวิต	1 คุณภาพดี	94	3.63	4	3.78	0.13
	2 คุณภาพปานกลาง	264	2.75	3.38	2.99	0.15
	3 ต้องปรับปรุงคุณภาพ	120	2.13	2.63	2.30	0.17
การสื่อสารเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	1 คุณภาพดี	94	3.22	4	3.61	0.28
	2 คุณภาพปานกลาง	264	2.67	3.56	3.01	0.21
	3 ต้องปรับปรุงคุณภาพ	120	2	2.44	2.22	0.19
การป้องกันความล้มเหลวในการจัดการโรค	1 คุณภาพดี	94	3	4	3.56	0.38
	2 คุณภาพปานกลาง	264	2.5	3	2.80	0.21
	3 ต้องปรับปรุงคุณภาพ	120	1.5	2.75	2.30	0.49
การประสานงานการดูแล เชื่อมโยงการดูแลจากทุกภาคส่วน	1 คุณภาพดี	94	3	3.75	3.19	0.33
	2 คุณภาพปานกลาง	264	2.25	3.25	2.82	0.24
	3 ต้องปรับปรุงคุณภาพ	120	2.25	2.75	2.45	0.19

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มมีความแตกต่างของคุณภาพการดูแลทุกเรื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาพรวมของแบบประเมินคุณภาพการบริการ $F(3, 474) = 41.74, p < 0.001$ การประมวลผลการเจ็บป่วยอย่างเป็นระบบ $F(3, 474) = 48.09, p < 0.001$ การกำหนดแนวปฏิบัติตามวิถีการดำเนินชีวิต $F(3, 474) = 132.308, p < 0.001$ การสื่อสารเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง $F(3, 474) = 132.308, p < 0.001$ การป้องกันความล้มเหลวในการจัดการโรค $F(3, 474) = 33.11, p < 0.001$ ยกเว้นการประสานงานการดูแล เชื่อมโยงการดูแลจากทุกภาคส่วน ทั้งสามกลุ่มไม่พบความแตกต่าง $F(3, 474) = .19, p > 0.05$

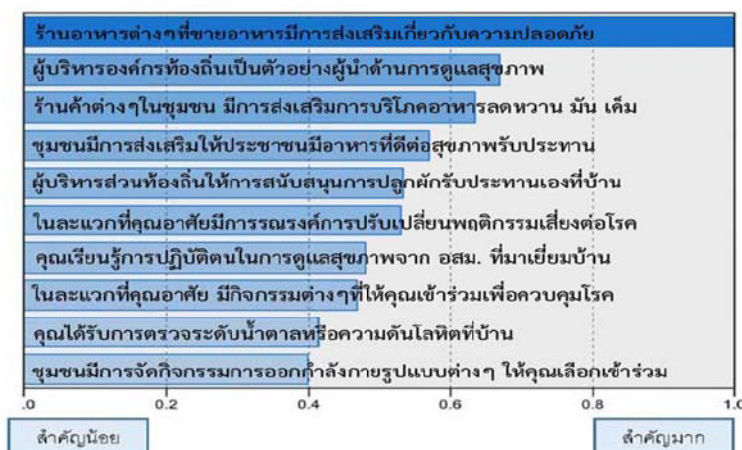
โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

สำหรับการสนับสนุนจากชุมชนฯ ผลการวิเคราะห์ Cluster Analysis สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามการรับรู้การสนับสนุนจากชุมชน จากรูปที่ 13 Dendrogram diagram แบ่งกลุ่มเป็น 3 ประเภท และคุณภาพการจัดกลุ่มอยู่ในเกณฑ์พอใช้ การสนับสนุนจากชุมชนฯ ทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาพรวม $F(2, 324) = 855.56, p < 0.001$ ดังในตาราง 16 และข้อความที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ 10 อันดับแรก ที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ดังในรูปที่ 12 เรื่องการที่สามารถเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพในชุมชนเป็นประเด็นสำคัญ การมีผู้นำที่ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพ และการได้รับการช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วยที่บ้าน เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญเช่นกัน ซึ่งโดยภาพรวมยังได้รับการสนับสนุนน้อย ดังที่กล่าวข้างต้น

รูปที่ 13 DENDROGRAM และ SILHOUETTE MEASURE OF COHESION AND SEPARATION ของแบบประเมินการสนับสนุนจากชุมชนในการจัดการโรค



รูปที่ 14 ผลการวิเคราะห์ CLUSTER ANALYSIS ในการจำแนกความสำคัญของคำถาม



จากการวิเคราะห์ พบว่ามีกลุ่มที่ 1 จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 28.4 กลุ่มที่ 2 จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 42.51 และกลุ่มที่ 3 จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 29.05 การสนับสนุนจากชุมชนในตารางที่ 17 โดยเฉลี่ย การสนับสนุนที่สูงที่สุด เป็นการสนับสนุนที่เกิดจากการมีกระแสสังคมในชุมชนเกี่ยวกับเรื่อง

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

สุขภาพ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.55 ± 0.74 อยู่ในระดับปานกลาง) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับน้อย และด้านที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงการสนับสนุนน้อยที่สุด คือ การสนับสนุนจากนโยบายสุขภาพท้องถิ่น (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.36 ± 0.79 อยู่ในระดับน้อย) และมีผู้ป่วยที่ไม่เคยรู้สึกว่าจะได้รับการสนับสนุนจากชุมชนเลย (ค่าเฉลี่ย ที่ต่ำกว่า 0.49)

ตารางที่ 17 จำนวน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

กลุ่มประเด็นสำคัญ	ผลการประเมิน	N	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ภาพรวม	กลุ่มที่ 1	93	1.85	3.00	2.26	0.30
	กลุ่มที่ 2	139	1.00	1.90	1.45	0.23
	กลุ่มที่ 3	95	0.05	1.10	0.64	0.28
กระแสสุขภาพในชุมชน	กลุ่มที่ 1	93	1.40	3.00	2.31	0.40
	กลุ่มที่ 2	139	0.40	2.80	1.61	0.44
	กลุ่มที่ 3	95	0.00	2.40	0.73	0.47
นโยบายสุขภาพท้องถิ่น	กลุ่มที่ 1	93	1.40	3.00	2.22	0.48
	กลุ่มที่ 2	139	0.20	2.40	1.37	0.46
	กลุ่มที่ 3	95	0.00	1.80	0.50	0.41
การดูแลกันยามเจ็บป่วย	กลุ่มที่ 1	93	1.00	3.00	2.33	0.59
	กลุ่มที่ 2	139	0.00	3.00	1.42	0.57
	กลุ่มที่ 3	95	0.00	2.50	0.71	0.60
การกินอยู่อย่างพอเพียง	กลุ่มที่ 1	93	0.83	3.00	2.19	0.48
	กลุ่มที่ 2	139	0.00	2.50	1.39	0.46
	กลุ่มที่ 3	95	0.00	2.00	0.62	0.42

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มมีความแตกต่างของคุณภาพการดูแลทุกเรื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาพรวม $F(2, 324) = 855.56, p < 0.001$ กระแสสุขภาพในชุมชน $F(2, 324) = 306.69, p < 0.001$ การดูแลกันยามเจ็บป่วย $F(2, 324) = 132.308, p < 0.001$ นโยบายสุขภาพท้องถิ่น $F(2, 324) = 132.308, p < 0.001$ การกินอยู่อย่างพอเพียง $F(2, 324) = 33.11, p < 0.001$)

สำหรับเครื่องมือการประเมินการใช้ระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ในการให้คำปรึกษาการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ข้อความการประเมินเป็นข้อความที่

มีความเฉพาะในแต่ละส่วน การทดสอบเครื่องมือ เป็นการประเมินเทียบกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่สังเคราะห์ได้จากตารางที่ 18 จะเห็นว่า ข้อมูลทางสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เป็นระบบข้อมูลเชิง Medical Model ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพึงพอใจในระดับมาก ในด้านการรักษาทางกาย จะเห็นได้จาก ระดับคะแนนอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก ในการประเมินอาการเจ็บป่วย การซักประวัติการเจ็บป่วย และการประเมินภาวะแทรกซ้อนทั้งจากการรักษาและความก้าวหน้าของโรค (ค่าเฉลี่ย 2.86, 2.86, และ 2.79 ตามลำดับ) ขณะที่การประเมินด้านพฤติกรรม ความต้องการ บริบทที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค อยู่ในระดับความพึงพอใจเล็กน้อย – ความพึงพอใจบางส่วน (ช่วงคะแนน 2.00 – 2.14) และในด้านการรายงานผลตามดัชนี หรือการส่งรายงานต่อผู้บริหาร อยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมากทุกข้อ ยกเว้น สิ่งที่เป็นรายงานผลเป็นรายกรณีและรายงานให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้ง (ค่าเฉลี่ย 2.14 และ 2.00 ตามลำดับ) หรือตามความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน (ค่าเฉลี่ย 2.43)

ในประเด็นการใช้ระบบ พบว่าความชัดเจนของตัวอักษร การใช้ภาษา และการใช้หน้าตาต่างๆ ผู้ใช้มีความพึงพอใจเป็นส่วนใหญ่ แต่ระบบการใช้งานทั้งในด้านการแสดงผลตัวเลข มีความซ้ำซ้อน และตัวเลือกของคำตอบในการตอบ มีความพึงพอใจเพียงบางส่วน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ระบบข้อมูลมีความง่ายต่อการใช้งาน แต่ยังไม่ตอบโจทย์ในการใช้งาน ซึ่งสอดคล้องกับการผลของส่วนการรายงานผลที่เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจค่อนข้างไปทางส่วนใหญ่ในประเด็นการรายงานผลทางดัชนีต่อระดับองค์กร แต่มีความพึงพอใจเพียงบางส่วนในประเด็นการใช้งาน ทั้งในเรื่องการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ความต้องการการรายงานผลของผู้ใช้งานและการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้สถานะของตนเองในการดูแลแต่ละนัด ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ว่า “คอมพิวเตอร์มีความดันและน้ำตาลเป็นอย่างไรบ้าง” ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้ระบบในปัจจุบัน มีความพึงพอใจในการใช้งาน จาก ร้อยละ 0 -100 ด้วยค่าเฉลี่ยร้อยละ 28 (SD= 12.01 ค่าต่ำสุด 20 และสูงสุด 60) และคิดว่าการใช้ระบบฐานข้อมูลเป็นการเพิ่มภาระงาน ในการดูแลผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยร้อยละ 58.57 (SD= 16.65 ค่าต่ำสุด 30 และสูงสุด 80) ซึ่งจากการสังเกตการณ์ทำงาน พบว่า ทั้งสามโรงพยาบาลและ รพสต.ในเครือข่ายมีการใส่ข้อมูลรายละเอียดการดำเนินการดูแลผู้ป่วยที่หลัง การใช้งานในการตรวจรักษาของแพทย์ ยังมีการใช้ OPD card ร่วมด้วย และในการให้คำปรึกษาเป็นการบันทึกในNote ซึ่งยากต่อการสรุปติดตามผลการดำเนินการ จากการสังเคราะห์แผนที่ความคิด “เจ้าหน้าที่ต้องการการระบบการประเมินและการประมวลผลแบบองค์รวมเพื่อนำมาใช้ในการให้คำปรึกษา” ผู้ป่วยต้องการเห็นการให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความต่อเนื่องและมีความเฉพาะรายบุคคล โดยสรุป แบบประเมินสะท้อนให้เห็นความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการประเมินจะเห็นได้ว่าระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์มีความจำเป็นต้องพัฒนาในประเด็นการประเมินแบบองค์รวม และสื่อสารรายงานผลในการใช้งานขณะดูแลผู้ป่วยรวมถึงการทำให้ผู้ป่วยรับทราบประโยชน์การบันทึกการประเมินและการให้การดูแลรักษา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดูแลแบบประชาชนเป็นศูนย์กลาง(3, 60, 89)

ตารางที่ 18 จำนวน ค่าเฉลี่ย ฐานนิยม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของการใช้ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย

ข้อความ	N	ค่าเฉลี่ย	ฐานนิยม	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
การประเมิน						
สภาพผู้ป่วยทั้งกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ	24	2	2	0.54	1	3
พฤติกรรมเสี่ยง	24	1.57	2	0.92	0	3
ภาวะแทรกซ้อนทั้งจากการรักษาและความก้าวหน้าของโรค	24	2.79	3	1.08	0	3
อาการเจ็บป่วย	24	2.86	3	0.65	2	4

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ข้อความ	N	ค่าเฉลี่ย	ฐานนิยม	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
การชักประวัติการเจ็บป่วย	24	2.86	3	0.64	2	4
ความต้องการของผู้ป่วย	24	1.29	0	0.71	0	2
สภาพแวดล้อมการดำเนินชีวิต	24	1	1	0.77	0	2
กระบวนการดูแล						
การให้คำแนะนำตามวิธีการดำเนินชีวิต	24	2.14	2	0.36	2	3
การอธิบายสภาวะการเจ็บป่วยเฉพาะราย	24	1.86	2	0.35	1	2
การติดตามการแก้ไขปัญหาต่อเนื่อง	24	1.86	1	0.85	1	3
การเชื่อมโยงข้อมูลการเยี่ยมบ้านมาใช้ในการดูแลที่คลินิก	24	2	2	0.76	1	3
การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	24	2	2	0.77	1	3
การใช้ข้อมูลร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	24	3	3	0.77	2	4
กระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยครอบครัวใน	24	1.57	1	0.74	1	3
การวางแผนควบคุมโรค						
การใช้งานระบบข้อมูล						
ความเหมาะสมของการแสดงตัวเลข/ภาพ	24	1.86	2	0.65	1	3
ความชัดเจนของตัวอักษรหน้าจอ	24	3.14	4	0.85	2	4
ความสะดวกการกรอกข้อมูล	24	2	1	1.08	1	4
ความซับซ้อนในการกรอกข้อมูล	24	2.43	2	0.5	2	3
ความเหมาะสมของรูปแบบการตอบคำถาม	24	2	2	0.54	1	3
ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในโปรแกรม	24	2.86	2	0.85	2	4
การติดตามหน้าทางการกรอกข้อมูล	24	2.57	3	0.5	2	3
การรายงานผล						
การพิมพ์รายงานสภาวะของผู้ป่วยรายบุคคล	24	2.14	3	1.48	0	4
การพิมพ์ผลรายงานสรุปคุณภาพการดูแลขององค์กรเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาต่อไป	24	2.57	3	0.92	1	4
การรายงานผลดัชนีคุณภาพการบริการต่างๆ ต่อองค์กรที่รับผิดชอบ	24	2.71	2	0.71	2	4
การรายงานผลตรงตามความต้องการของคุณ	24	2.43	2	0.5	2	3
การรายงานผลส่งองค์กรที่กำหนดนโยบาย	24	2.57	3	0.5	2	3
การรายงานผลสภาวะการเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในแต่ละนัด	24	2	1	0.94	1	3
การเข้าถึงข้อมูล						
โปรแกรมมีระบบความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูล	24	2.67	3	0.48	2	3
การมีส่วนร่วมในการจัดการระบบข้อมูล						

ข้อความ	N	ค่าเฉลี่ย	ฐานนิยม	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
การบอกความต้องการใช้ข้อมูลทางคลินิก	24	2.29	2	0.46	2	3
การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนระบบข้อมูลตามความต้องการ	24	1.86	2	0.65	1	3
การปรับเปลี่ยนระบบข้อมูลขั้นต้นด้วยตนเอง	24	1.66	2	0.64	1	3
ช่องทางในการติดต่อขอความช่วยเหลือเชิงเทคนิคเมื่อต้องการ	24	1.94	2	0.75	1	3

จากผลการศึกษา ดังกล่าวข้างต้น เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดระบบการพัฒนาศักยภาพของ ทีมผู้ให้บริการ ทั้งจากการสังเคราะห์ความต้องการระบบบริการ การสำรวจประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง และการ ทบทวนวรรณกรรม(90-97) สรุปความต้องการการพัฒนาศักยภาพเพื่อการบริการแบบบูรณาการที่มีประชาชน เป็นศูนย์กลาง เจ้าหน้าที่ควรมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพและมาตรฐานการรักษา และทักษะในประเด็นสำคัญ ดังนี้

- 1) มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ที่ทันสมัย
- 2) การสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลง (ทักษะการฟัง การเรียนรู้สถานะของผู้ป่วย การเสริมพลัง การตั้งเป้าหมาย การสะท้อนคิดตามวัฒนธรรมความเชื่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ วางแผนและการติดตามประเมินผลการดูแล)
- 3) การสนับสนุนอัตตาณัติของผู้ป่วย คือการเป็นผู้กำหนดตนเอง โดยมีความอิสระของ เจตจำนงและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง
- 4) การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สมรรถนะการเรียนรู้ การดำรงชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และความเสี่ยง
- 5) การดูแลแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง

การนำความรู้ทักษะการดูแลไปใช้เป็นการผสมผสานในการดูแลตามปกติทั้งในส่วนการจัดบริการ ทางคลินิก การเยี่ยมบ้าน โดยมีหลักการที่สำคัญ 3 ประการ

- 1) การสนับสนุนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ในเวลาจำกัด บุคคลมีความสามารถในการให้ ความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ไม่เกิน 20 นาที ดังนั้นเพื่อลดการทำงานของ Cognitive backlog(98, 99) การดำเนินการจึงต้องมีการเตรียมข้อมูลการประเมินปัญหา ล่วงหน้า และดำเนินการในช่วงเวลา ไม่เกิน 20 นาที ในกรณีที่ต้องอาศัยเวลามากกว่านี้ ต้องมีการ หยุดทุก 15 นาทีเพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ข้อมูล
- 2) การดำเนินการอยู่ภายใต้สถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีความเฉพาะ ไม่ใช่ความรู้ทั่วไป
- 3) การสนับสนุนการจัดการโรค ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องในทุกการเยี่ยมของผู้ป่วยทั้งที่ คลินิก และที่บ้าน จนครบ 6 อ.

การพัฒนาทักษะ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนพัฒนาการเปลี่ยนแนวคิดการจัดการโรค เป็นการ พัฒนาทักษะ ที่ 1-3 จำนวน 5 วัน และ การพัฒนาทักษะการดำเนินการบริการ เป็นการพัฒนาทักษะ ที่ 4-5 จำนวน 2 วัน ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการทดสอบการอบรมการใช้คู่มือในการบริการ ช่วงการพัฒนาทักษะส่วนที่

2 โดยการฝึกการใช้แบบประเมินต่างๆที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วย พบว่า เจ้าหน้าที่ประเมินผลการอบรมในประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) กิจกรรมในการอบรมที่ผู้เข้าอบรมเห็นว่าเป็นประโยชน์มาก คือ
 - แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจกระบวนการค้นหาข้อมูลกับผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้ในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ตรงตามความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเกิดความร่วมมือกันมากที่สุด
 - แนวคิดการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ ช่วยให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นชัดเจนและกระตุ้นการเรียนรู้จากการถามและสังเกต การตั้งเป้าหมาย วิเคราะห์อุปสรรคช่วยให้จัดกระบวนการปฏิบัติของผู้ป่วยชัดเจน
 - เทคนิคต่างๆในการพูดคุยผู้ป่วย ทำให้เลือกเทคนิคในการสนทนาได้เหมาะสมยิ่งขึ้น
 - การฝึกปฏิบัติจริงการใช้แบบประเมินกับคนไข้และการสรุปหลังฝึกปฏิบัติ
 - การถอดบทเรียนจากเรื่องการฝึกปฏิบัติจริง
- 2) เนื้อหาที่ต้องการเพิ่มเติม การบูรณาการความรู้เกี่ยวกับ โรค ยา ที่รู้สึก รู้จริง จนสามารถถ่ายทอดให้ผู้ป่วยได้ การเห็นตัวอย่างผู้ป่วยที่หลากหลาย เพื่อนำมาเป็นตัวอย่างการให้บริการ การฝึกเทคนิคการสื่อสารในขั้นสูงต่อไป และต้องมีการอบรมเจ้าหน้าที่ในชุมชนเพิ่มเติมให้เกิดแนวคิดที่ตรงกัน
- 3) การประเมินผลการอบรมพัฒนาทักษะการดำเนินการ เป็นระยะเวลา 2 วัน ด้วยคะแนน 0-10 คะแนน ดังในตารางที่ 19

จากผลการอบรม ทีมวิจัยได้นำข้อเสนอแนะไปปรับแนวทางการอบรม เนื้อหาเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการอบรมใช้ในการศึกษาต่อไป โดยเฉพาะรูปแบบเอกสารการดำเนินงาน ควรมีการทบทวนก่อนการอบรม สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมเชิงปฏิบัติการในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้คะแนนความพึงพอใจในการอบรมน้อย

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของการประเมินผลการอบรมพัฒนาทักษะการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง

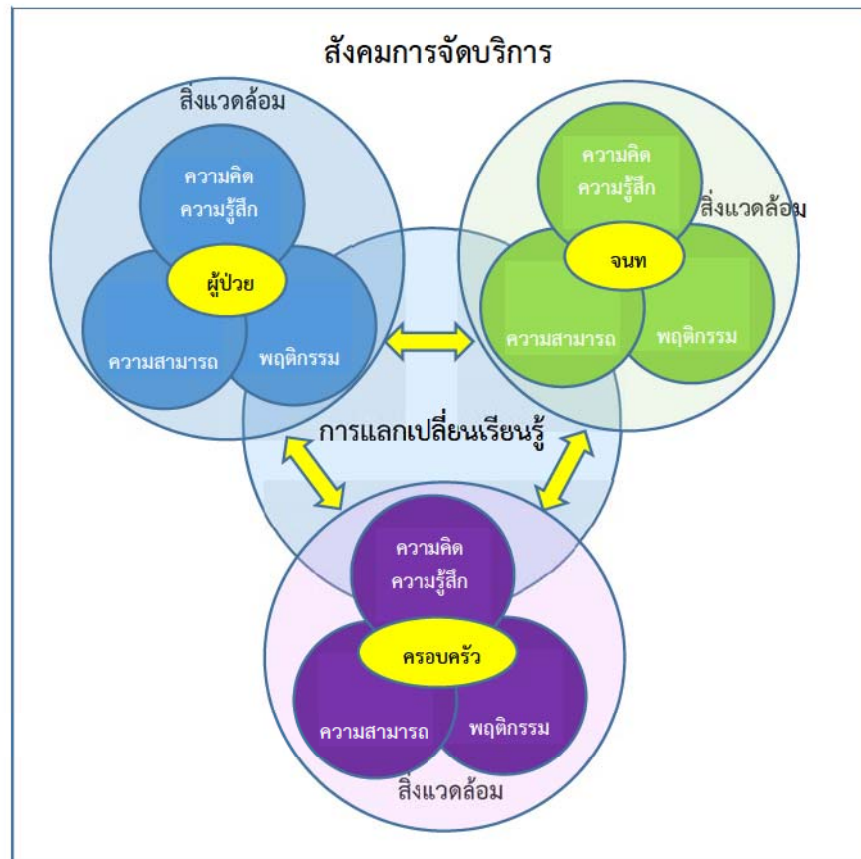
การประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่า สูงสุด
การประเมินผู้ป่วยตามวิถีชีวิต				
— ความครอบคลุม	7.57	1.37	5.00	9.00
— ความสะดวกการบันทึกข้อมูล	7.71	0.52	7.00	8.00
— การนำเสนอผลสำหรับผู้ป่วย	7.43	0.84	6.00	8.00
— การนำเสนอผลสำหรับ เจ้าหน้าที่	7.29	0.82	6.00	8.00
การวิเคราะห์พฤติกรรม 6 อ.				
— ความครอบคลุม	7.86	0.52	7.00	9.00
— ความสะดวกการบันทึกข้อมูล	8.00	0.41	7.00	9.00
— การนำเสนอผลสำหรับผู้ป่วย	7.57	0.82	7.00	9.00
— การนำเสนอผลสำหรับ เจ้าหน้าที่	7.57	0.55	7.00	8.00
การวางแผนการดูแลแบบมีส่วนร่วม				
— ความครอบคลุม	8.00	0.00	8.00	8.00
— ความสะดวกการบันทึกข้อมูล	7.86	0.41	7.00	8.00
— การนำเสนอผลสำหรับผู้ป่วย	7.57	0.55	7.00	8.00
— การนำเสนอผลสำหรับ เจ้าหน้าที่	7.29	0.41	7.00	8.00
ความมั่นใจในความสามารถ				
— การวางแผนกิจกรรมตามวิถี ชีวิตผู้ป่วย	7.71	0.55	7.00	9.00
— การกระตุ้นการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย	7.86	0.52	7.00	9.00
ภาพรวมความพึงพอใจการอบรม	8.00	1.10	6.00	9.00

การอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติตนในด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและมีการดูแลที่เข้าถึงความต้องการทั้งในยามที่ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่บ้าน และยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนั้นกระบวนการดูแลจึงต้องมุ่งเน้นการบริการที่ให้ความสำคัญกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และการประสานงานกับระบบการดูแลสุขภาพภูมิและการเยี่ยมบ้าน มาเป็นฐานรากที่สำคัญ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ที่เรียกร้องให้การบริการสาธารณสุขทั่วโลกให้ความสำคัญกับการบูรณาการการดูแลสุขภาพภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และเป็นบริการที่อยู่บนพื้นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในปี 2516-2526(3) และ McCormack และ McCance(61) ที่กล่าวถึงความสำคัญของการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางและประชาชนเป็นศูนย์กลางมีค่านิยมที่เหมือนกันที่มองตัวตนของบุคคลภายใต้การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม บุคคลรอบข้างมีการถ่ายทอดอิทธิพลความเป็นอยู่ร่วมกันและกัน ซึ่งแตกต่างไปจากการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่มุ่งเน้นให้ความหมายการเจ็บป่วยในฐานะผู้ป่วยที่มีความเป็นตัวตนเฉพาะ(60) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคได้ อาจเนื่องมาจากสถานการณ์แวดล้อม ไม่ใช่เป็นเพราะผู้ป่วยไม่พยายามปรับการปฏิบัติ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องประเมินข้อมูลการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดความเข้าใจ การดูแลแบบประชาชนเป็นศูนย์กลางต้องประสานงานการทำงานขององค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือ ทั้งองค์กรทางด้านสาธารณสุขและองค์กรที่ไม่ใช่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านอุปสรรคการควบคุมโรค โดยการจัดการปัจจัยเชิงสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social determinants of health)(100, 101) เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต การปฏิบัติกิจทางศาสนา ความเป็นอยู่ในชุมชนที่อยู่อาศัย สภาพการรับประทานอาหาร/การเข้าถึงอาหารสุขภาพในชุมชน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยต้องรับรู้เพื่อหาแนวทางความช่วยเหลือ หรือป้องกันความรู้ให้เข้ากับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งมาสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นโรควิถีชีวิตที่มีชุมชน ครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดการโรค/ความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาแสดงถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมที่ประชาชนอาศัย กระแสสังคม การบริโภคอาหารจานด่วน การใช้ชีวิตเร่งรีบ ความสะดวกในการเข้าถึงอาหารอาหารสำเร็จรูปราคาถูก อาหารผ่านกระบวนการเก็บรักษา การอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ การโฆษณาตามสื่อต่างๆเกี่ยวกับอาหาร เป็นปัจจัยทางสังคมที่ชุมชนตระหนักว่ามีผลต่อการจัดการโรค สอดคล้องกับ กรอบแนวคิด Ecology Model(102) ที่เน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ในด้านการสื่อสาร การรับรู้ การทำหน้าที่ ข้อมูลข่าวสาร ความขัดแย้ง ระหว่างสังคมกับบุคคลที่อาศัยอยู่ในสังคมนั้นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการ หรือเป้าหมายของบุคคล ซึ่งเป็นเรื่องที่ซับซ้อน การที่สังคมเปลี่ยนไป สุขภาพของคนในสังคมนั้นก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบันที่ข้อมูลข่าวสารเข้าถึงตัวบุคคลได้ง่ายขึ้น ประชาชนรับข่าวสารสุขภาพจากหลายทาง แต่ไม่รู้ว่าสิ่งใดควรเชื่อหรือไม่ ผู้ป่วยจึงต้องพัฒนาทักษะการเรียนรู้ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติได้ ดังนั้นในการจัดบริการจัดการโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง จึงควรเป็นการจัดบริการด้วยการสร้างสังคมการจัดการบริการที่มี กระบวนการเรียนรู้ระหว่างบุคคล 3 กลุ่ม ดังรูปที่ 15 ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์ พยาบาล รู้จักตัวตนของเขา เข้าใจสภาพความเป็นอยู่ และวางแผนการดูแลสุขภาพตามสภาพความเป็นจริงของการดำเนินชีวิตผู้ป่วยแต่ละคน จึงจำเป็นที่แพทย์ พยาบาลต้องมีข้อมูลความเป็นอยู่ของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพ

รูปที่ 15 แนวคิดการจัดบริการประชาชนเป็นศูนย์กลาง



การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดังกล่าว เจ้าหน้าที่ต้องการการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การสื่อสารที่ดีถือเป็นหัวใจสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วยจะต้องชัดเจน เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น อาทิเช่น “การแจ้งว่ากินยามาก ไตจะวาย ทำให้ผู้ป่วยกินยา 2 ชนิดใน 7 ชนิดที่แพทย์จ่ายให้ เป็นต้น จากการศึกษา Davis พบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไปมีความเสี่ยงที่เกิดความผิดพลาดในการรับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(103) การสื่อสารต้องเหมาะสมแก่ระดับการเรียนรู้ของผู้ป่วย Baur(104) และคณะได้เสนอให้ใช้กลวิธีการพัฒนาความแตกฉานทางสุขภาพในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยในทุกครั้งที่ให้การดูแล ในระบบบริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว การวัดคุณภาพการดูแลจึงควรมุ่งเน้นกระบวนการให้บริการที่สามารถจำแนกผู้ป่วยที่ตามระดับความสามารถในการจัดการตนเอง บริบทต่างๆที่อาจส่งผลทั้งในเชิงขัดขวางและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการจัดการตนเองได้ และการดูแลที่ตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือรายบุคคล (Patient-centeredness) ถือเป็นดัชนีคุณภาพการบริการที่สำคัญ(105)

การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้จริง มุ่งเน้นผลในการควบคุมโรคของผู้ป่วย สนับสนุนการฝึกทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมที่จำเป็น และการพิทักษ์สิทธิ์ต่างๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งจะต้องเข้าใจและสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างของภาษาและวัฒนธรรมด้วย (106) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในจังหวัดที่มีภาษาพื้นบ้าน แม้จะใช้ภาษาไทยเป็นภาษาราชการ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้ภาษาท้องถิ่น และอาจมีผู้ป่วยที่เป็นชนกลุ่มน้อยที่มีภาษาเฉพาะ การที่มี

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

บุคลากรสุขภาพเป็นคนที่มีความเข้าใจทั้งภาษาและวัฒนธรรม ท้องถิ่น สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้ภาษาท้องถิ่น หรือภาษาเฉพาะได้นั้น ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้การสื่อสารเป็นประเด็นสำคัญในการประเมินคุณภาพการบริการ และแสดงความสามารถในการจำแนกความแตกต่างทางสุขภาพของผู้ป่วยและพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในด้านการสื่อสารเป็นปัจจัยที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพการบริการ จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องการการพูดคุยแบบเข้าใจและเห็นใจในความเรื้อรังของโรคที่เผชิญอยู่ เข้าใจในความลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความไม่เข้าใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการเตรียมตนเองเฉพาะหน้าในการมาพบแพทย์ เพื่อให้ผลการตรวจเฉพาะด้านร่างกาย เป็นที่พอใจแก่ผู้รักษา โดยไม่คำนึงถึงผลเสียที่จะตามมาในระยะยาว ทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การจัดการบริการแบบบูรณาการที่มองผู้ป่วยในฐานะบุคคลที่อาศัยในชุมชน ภายใต้วัฒนธรรมความเป็นอยู่ เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องมีสมรรถนะในการสื่อสารที่ดี โดยเฉพาะทักษะในการฟังและทักษะในการสะท้อนคิด การสื่อสารแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จึงให้ความสำคัญกับการสนทนาที่เน้นความสำคัญทั้งการฟังและการมองในขณะสนทนา(107)

จากผลการวิเคราะห์การดำเนินของคลินิก พบว่าการมารับบริการในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง แต่ละครั้งจะมีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้ สอนสุขศึกษา ในช่วงการซักประวัติ ซึ่งเป็นช่วงเวลาประมาณ 2-10 นาที โดยส่วนใหญ่ทำในรายที่มีปัญหาชัดเจนจากผลการเจาะเลือด ทำให้การเข้าถึงปัญหาการจัดการตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านเพื่อควบคุมโรคที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้นการจัดการให้เกิดคลินิกที่มุ่งเน้นให้การดูแลรายบุคคลบนพื้นฐานความเป็นปัจเจกและการเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 6 อ. จึงมีความสำคัญระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ การหมุนเวียนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในแต่ละด้าน เพื่อที่จะสามารถติดตามตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับความรู้ครอบคลุมหรือไม่ แนวคิดดังกล่าว สอดคล้องกับ กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2557) ที่กำหนดระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2 ส. (เหล้า บุหรี่) แต่สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันให้ได้ และต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น จากผลการวิจัยจึงเพิ่มเติมการจัดการพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมเป็น 6 อ. อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาการให้สุขศึกษามักจะมุ่งเน้นให้เกิดการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเท่านั้น (108-110) แต่ผลกระทบด้านจิตใจก็สำคัญ ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ภาวะเครียดจากการเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องรับประทานยาตลอดชีวิตและมีผลกระทบต่อการดำรงบทบาทต่างๆ จากการศึกษานี้ของ Fisher และคณะ พบว่าภาวะเครียดจากโรคสามารถทำนายระดับ Hb A1C พฤติกรรมสุขภาพทั้งอาหาร ออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง(111) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ จึงเป็นสิ่งที่ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสาธารณสุขไม่ควรมองข้าม และให้ความสำคัญกับความรู้สึกและผลกระทบทางด้านจิตใจที่จะเกิดกับผู้ป่วยด้วยเพื่อให้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นของผู้ป่วย จึงเป็นประเด็นสำคัญที่การบริการแบบบูรณาการฯ ต้องมีการจัดรูปแบบการประเมินและการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบแบบองค์รวมเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถเข้าใจผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมปัญหาและช่วยผู้ป่วยวางแผนปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การประเมินผู้ป่วยถือเป็นทักษะที่สำคัญในการดูแลทั้งในระยะเริ่มต้นการรักษาและระยะการติดตามต่อเนื่อง การประเมินแบบองค์รวมถือเป็นส่วนสำคัญใน Comprehensive approach โดยการประเมิน 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณในฐานะองค์ประกอบของบุคคล ที่เป็นส่วนสัมพันธ์กัน (Interrelationship) ไม่ใช่การประเมินเป็นส่วนๆ และต้องประมวลให้เห็นภาพรวมของผู้ป่วย ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม(112) พยาบาลจำเป็นต้องบูรณาการความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อ

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

สุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา และการสะท้อนภาพความเป็นอยู่ ทั้งในส่วนที่เป็นเรื่องของร่างกาย จิตใจ และ บทบาททางสังคม เพื่อให้เข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย ที่เป็นผู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในรูปแบบต่างๆกัน ความเข้าใจดังกล่าวจะนำไปสู่ความช่วยเหลือการวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ(113)

แบบประเมินทั้งหมดที่ได้พัฒนาแสดงคุณภาพทางจิตวิทยา อยู่ในเกณฑ์ดี ทุกเครื่องมือทั้ง เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการและเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลการดำเนินการ โดยเครื่องมือในการประเมิน ทั้งการ ประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม การประเมินการสนับสนุนจากชุมชน ได้กำหนดระยะเวลาการประเมินจากการวิเคราะห์ ทางเดินของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ในการให้บริการจริง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าระยะการรอคอยหลัง การเจาะเลือดก่อนการพบแพทย์ นานมากกว่า 20 นาที การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเป็นการดูแลระยะยาว ต่อเนื่อง การเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและมีการบันทึกติดตามที่ดี ทำให้เห็นความก้าวหน้า และสามารถทำให้ผู้ป่วยทุกคนมีความเท่าเทียมกันในการรับบริการ ระบบการดูแลแบบบูรณาการกำหนดว่ากิจกรรม จะใช้กระบวนการดังรูปที่ 8 ในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจนผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมทั้ง 6 ได้ครบถ้วน

การประเมินคุณภาพการบริการจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่าง มีเพียงร้อยละ 20 ที่อยู่ในกลุ่มที่มีความ เห็นว่าคุณภาพการบริการอยู่ในระดับดี และผลการศึกษาพบนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการประเมิน คุณภาพการบริการและพฤติกรรมจัดการตนเอง ($p < 0.01$) ผลการสำรวจพฤติกรรมจัดการตนเองพบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดีสม่ำเสมอ มากกว่าร้อยละ 70 ได้แก่ การรับประทานยาได้อย่างถูกต้องตามที่แพทย์ กำหนด (81.3%) และตรวจเท้าโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัด (71.69%) ปัญหาการจัดการเรื่องอาหารเป็น ปัญหาที่ผู้ป่วยเกือบครึ่งยังไม่สามารถปฏิบัติได้ดี (ปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง – ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดบริการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสถานการณ์การดูแลปัจจุบัน ยังคงมีผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถเข้าถึง บริการที่มีคุณภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมกับโรคเมื่ออยู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับผล การวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม พบว่าคะแนนที่มีความสำคัญในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย อันดับที่ 1 คือคุณภาพการ บริการในประเด็นความช่วยเหลือในการวางแผนการปฏิบัติตัวที่สามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน การปฏิบัติ ตนในชีวิตประจำวันในมุมมองของประชาชนเป็นศูนย์กลาง จะมองเชิงความสัมพันธ์ ว่าบุคคลจะปฏิบัติสิ่งใดสิ่ง หนึ่งเขาต้องมีความสามารถอะไรบางอย่างเพื่อให้ได้ตามเป้า ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อม หรือบริบทสังคมแบบใด ที่ อาจช่วยส่งเสริมหรือขัดขวางการใช้สมรรถนะของผู้ป่วยในการบรรลุเป้าหมาย(114) ดังนั้นการประเมินลักษณะ ความเป็นอยู่เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 6 อ. เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการตอบโจทย์ปัญหาดังกล่าว

โดยภาพรวมการสนับสนุนจากชุมชนในการจัดการโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/ หรือความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.45) ถึงกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ชุมชนมีส่วนร่วมใน การสนับสนุนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ในชุมชนโดยผ่านงบประมาณสนับสนุนขององค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น และการส่งเสริมการบูรณาการของหน่วยงานต่างๆ เพื่อเชื่อมโยงให้เกิดกลไกการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป โดยการสนับสนุนเชิงนโยบายท้องถิ่นมีระดับคะแนนน้อยที่สุด ระบบบริการ แบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ต้องการความร่วมมือของชุมชนทั้งในด้านการสร้างกระแสสุขภาพให้ เกิดในชุมชน การได้รับความช่วยเหลือดูแลยามเจ็บป่วย และการที่สามารถดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ในสิ่งแวดล้อม ที่เน้นการรักษาสุขภาพ ทั้งการกินอยู่ การออกกำลังกาย และการส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนา เป็นสิ่งที่ต้องพัฒนา ต่อไป

การอบรมที่มีทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติในสถานการณ์จริงช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจใน พยาธิสภาพของโรคและสามารถนำไปใช้ในการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยตระหนักถึงความเป็นไปของโรคที่จะ เกิดขึ้น เพื่อปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนได้ชัดเจนขึ้น กิจกรรมที่ได้ไปฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย ทำให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจ

โครงการพัฒนาคู่มือการบริการแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

กระบวนการค้นหาข้อมูลกับผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้ในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ตรงตามความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลและแผนการดูแลที่เชื่อมโยงข้อมูลทางคลินิกจากโปรแกรมที่ใช้อยู่และแผนการให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากสถานพยาบาลสู่บ้าน โดยมุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง ในการตัดสินใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การตั้งเป้าหมาย วิเคราะห์อุปสรรคและกระบวนการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย สามารถนำมาใช้ในการอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการให้มาตรการแทรกแซงในการบริการผู้ป่วยได้

ข้อจำกัด การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ ไม่มีการกระจายการเก็บข้อมูลในทุกภาคของประเทศไทย ดังนั้นการใช้เครื่องมือดังกล่าวในผู้ป่วยภาคเหนือ และภาคกลาง รวมทั้งกรุงเทพมหานคร ยังเป็นข้อจำกัด จากวัฒนธรรมความเป็นอยู่และการบริการอาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาในกลุ่มดังกล่าวยังมีความจำเป็นเพื่อให้สามารถเพิ่มความสามารถของเครื่องมือไปใช้ในวงกว้าง และการเก็บข้อมูลได้คัดผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงออก ดังนั้น การใช้เครื่องมือในการดูแลกลุ่มนี้ยังต้องการการตรวจสอบเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามในภาพรวม เครื่องมือที่พัฒนาในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านเกณฑ์คุณภาพเครื่องมือตามมาตรฐานเป็นอย่างดีสามารถนำไปสู่การทดลองใช้ในคลินิกต่อไป

สรุป การพัฒนาคู่มือการดำเนินการระบบการบริการแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นการพัฒนาจากความต้องการของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และชุมชนเป็นหลัก ทำให้ผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความตรงและความเชื่อมั่นผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และได้ทดลองใช้เพื่อดูความเป็นไปได้ ในการอบรมพยาบาล พบว่าพยาบาลเห็นความสำคัญและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากการประเมินสู่การดูแลได้ ดังนั้นคู่มือการดำเนินการมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ที่จะนำไปทดลองใช้อย่างเต็มรูปแบบต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 2013 [cited 2014 12 December]. 6th edition:[Available from: <http://www.idf.org/diabetesatla>.
2. World Health Organization. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026: Executive Summary
Placing people and communities at the centre of health services. Geneva: World Health Organization; 2015.
3. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim Report. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2015. Available from: (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).
4. นภาพร วาณิชกุลและคณะ. ผลการดำเนินโครงการสาธิตระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดผิดปกติ กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555.
5. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Research and Clinical Practice. 2010;87(1):4-14.
6. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 2015 [cited 2015 21 November]. 7th edition:[Available from: <http://www.idf.org/diabetesatla>.
7. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิ์สิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กุลวิณั ศิริรัตน์มงคล, ปาณฉัตร ทิพย์สุข, et al. สุขภาพคนไทย 2554 : เอชไอเอ กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 377); 2554.
8. วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2551;2(2).
9. วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล, หทัยชนก พรอคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว, กนิษฐา ไทยกล้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: 2553.
10. Deerochanawong C, Ferrario A. Diabetes management in Thailand: a literature review of the burden, costs, and outcomes. Global Health. 2013;9(1):11.
11. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Sangthong R, Inthawong R, Putwatana P, et al. Prevalence and management of diabetes and metabolic risk factors in Thai adults: the Thai National Health Examination Survey IV, 2009. Diabetes Care. 2011;34(9):1980-5.

12. Sudchada P, Khom-Ar-Wut C, Eaimsongchram A, Katemut S, Kunmaturos P, Deoisares R. Diabetes and cardiovascular risk factor controls in Thai type 2 diabetes with no history of cardiovascular complications; situation and compliance to diabetes management guideline in Thailand. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2012;26(2):102-6.
13. Seuring T, Archangelidi O, Suhrcke M. The Economic Costs of Type 2 Diabetes: A Global Systematic Review. *Pharmacoeconomics*. 2015;33(8):811-31.
14. Franco V, Oparil S, Carretero OA. Hypertensive therapy: Part I. *Circulation*. 2004;109(24):2953-8.
15. Nakamura Y, Weidinger G, Liang JO, Aquilina-Beck A, Tamai K, Moon RT, et al. The CCN family member Wisp3, mutant in progressive pseudorheumatoid dysplasia, modulates BMP and Wnt signaling. *The Journal of Clinical Investigation*. 2007;117(10):3075-86.
16. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. เอช ไอ เอ กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ. *สุขภาพคนไทย* 2554. 2554:84-110.
17. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และจรรยา ภัทรอาชาชัย. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2549. 2549:239-52.
18. Aekplakorn W, Stolk RP, Neal B, Suriyawongpaisal P, Chongsuvivatwong V, Cheepudomwit S, et al. The prevalence and management of Diabetes in Thai adults: The international collaborative study of cardiovascular disease in Asia. *Diabetes Care*. 2003;26:2758-63.
19. Best JD, Drury PL, Davis TME, Taskinen M-R, Kesäniemi A, Scott R, et al. Glycemic control over 5 years in 4,900 people with type 2 diabetes: Real-world diabetes therapy in a clinical trial cohort. *Diabetes Care*. 2012;35(5):1165-70.
20. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2553.
21. สถิติสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตาย ต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศและสาเหตุ (ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552.
22. Prochaska JO. Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychol*. 1994;13(1):47-51.
23. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol*. 1994;13(1):39-46.
24. Savigny Dd, Adam T. Systems thinking for health systems strengthening: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization; 2009.
25. Kennedy A, Rogers A. Improving self-management skills: a whole systems approach. *Br J Nurs*. 2001;10(11):734-7.

26. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Jr., Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care*. 1999;37(1):5-14.
27. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract*. 2001;4(6):256-62.
28. Improving Chronic Illness Care RWJF, Seattle W, MacColl Institute for Healthcare Innovation, Group, April HCCfHSa, <http://improvingchroniccare.org> a.
29. Goldstein MG. Supporting self-management to improve diabetes care. *Med Health R I*. 2004;87(2):46-9.
30. Coates VE, Boore JR. Self-management of chronic illness: implications for nursing. *Int J Nurs Stud*. 1995;32(6):628-40.
31. Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*. 2004;364(9444):1523-37.
32. Wagner EH. Meeting the needs of chronically ill people. *BMJ*. 2001;323(7319):945-6.
33. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Improving outcomes in chronic illness. *Manag Care Q*. 1996;4(2):12-25.
34. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000;320(7234):569-72.
35. Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. *Ann Fam Med*. 2007;5(5):457-61.
36. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. 2003;26(1):1-7.
37. Glasgow RE, Strycker LA, Toobert DJ, Eakin E. A social-ecologic approach to assessing support for disease self-management: the Chronic Illness Resources Survey. *J Behav Med*. 2000;23(6):559-83.
38. Braddock CH, 3rd, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *JAMA*. 1999;282(24):2313-20.
39. Burnard P, Morrison P. Client-centred counselling: a study of nurses' attitudes. *Nurse Educ Today*. 1991;11(2):104-9.
40. Burnard P, Morrison P. Nurses' interpersonal skills: a study of nurses' perceptions. *Nurse Educ Today*. 1991;11(1):24-9.
41. กาวนา กิริติยวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนทัศน์สำคัญสำหรับการดูแล. 2 ed. กรุงเทพฯ: พี.เพรส; 2544.

42. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 - 2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
43. Griffiths C, Foster G, Ramsay J, Eldridge S, Taylor S. How effective are expert patient (lay led) education programmes for chronic disease? *BMJ*. 2007;334(7606):1254-6.
44. Lorig K. Partnerships between expert patients and physicians. *Lancet*. 2002;359(9309):814-5.
45. Glasgow RE, Toobert DJ, Barrera M, Jr., Strycker LA. Assessment of problem-solving: a key to successful diabetes self-management. *J Behav Med*. 2004;27(5):477-90.
46. Drevenhorn E, Bengtson A, Allen JK, Saljo R, Kjellgren KI. Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(1):46-53.
47. Ainsworth BE, Youmans CP. Tools for physical activity counseling in medical practice. *Obes Res*. 2002;10 Suppl 1:69S-75S.
48. Glasgow RE, Nelson CC, Strycker LA, King DK. Using RE-AIM metrics to evaluate diabetes self-management support interventions. *Am J Prev Med*. 2006;30(1):67-73.
49. Anderson D, Christison-Lagay J. Diabetes Self-Management in a Community Health Center: Improving Health Behaviors and Clinical Outcomes for Underserved Patients. *Clin Diabetes*. 2008;26(1):22-7.
50. Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemio K, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet*. 2006;368(9548):1673-9.
51. Khraim FM, Carey MG. Predictors of pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*. 2009;75(2):155-61.
52. de Boer D, Delnoij D, Rademakers J. The importance of patient-centered care for various patient groups. *Patient Educ Couns*. 2013;90(3):405-10.
53. Karjalainen KA, Malmivaara A, Tulder MW, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults. *The Cochrane Collaboration*. 2008(2).
54. <FI007225.PDF>.
55. Holt RI, Nicolucci A, Kovacs Burns K, Escalante M, Forbes A, Hermanns N, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2): cross-national comparisons on barriers and resources for optimal care—healthcare professional perspective. *Diabet Med*. 2013;30(7):789-98.

56. Meyer RM, O'Brien-Pallas LL. Nursing Services Delivery Theory: an open system approach. *J Adv Nurs*. 2010;66(12):2828-38.
57. Savigny Dd, Adam T. Systems thinking for health systems strengthening. 2009.
58. McCormack B, McCance T. Person-centred nursing : theory and practice. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010. xii, 194 p. : ill. ; 25 cm. p.
59. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2006(5):472.
60. McCance T, McCormack B, Dewing J. An Exploration of Person-Centredness in Practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, [Internet]. 2011; 16(2).
61. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs*. 2006;56(5):472-9.
62. Item-Glatthorn JF, Casartelli NC, Petrich-Munzinger J, Munzinger UK, Maffiuletti NA. Validity of the Intelligent Device for Energy Expenditure and Activity Accelerometry System for Quantitative Gait Analysis in Patients With Hip Osteoarthritis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2012;93(11):2090-3.
63. DeVellis RF. Scale Development: Theory and Application. Second ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003.
64. Jackson KM, Trochim WMK. Concept Mapping as an Alternative Approach for the Analysis of Open-Ended Survey Responses. *Organizational Research Methods*. 2002;5(4):307-36.
65. Rangachari PP, Rissing PMD, Wagner PP, Rethemeyer KP, Mani CMD, Bystrom CRNMSN, et al. A Baseline Study of Communication Networks Related to Evidence-Based Infection Prevention Practices in an Intensive Care Unit. *Quality Management in Health Care* October/December. 2010;19(4):330-48.
66. Kane M, Trochim WMK. Concept mapping for planning and evaluation. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007.
67. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382-5.
68. Hoelter DR. The analysis of covariance structures: Goodness-of-fit indices. *Sociological Methods and Research*. 1983;11:325-44.
69. Nunnally J, Bernstein I. Psychometric theory. 1994.
70. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Bashshur R, editor. New York: Oxford University Press; 2003. xxxii, 200 p. : ill. ; 22 cm. p.
71. Knowles MS, Holton III EF, Swanson RA. The Adult Learner. Hoboken: Taylor and Francis; 2005. Available from: <http://deakin.ebib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=232125>.



72. Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull.* 1979;86(2):420-8.
73. Piedmont RL, Hyland ME. Inter-Item Correlation Frequency Distribution Analysis: A Method for Evaluating Scale Dimensionality. *Educational and Psychological Measurement.* 1993;53(2):369-78.
74. Arar NH, Noel PH, Leykum L, Zeber JE, Romero R, Parchman ML. Implementing quality improvement in small, autonomous primary care practices: implications for the patient-centred medical home. *Quality in primary care.* 2011;19(5):289-300.
75. Barrett SE, Puryear JS. Health literacy: improving quality of care in primary care settings. *Journal Of Health Care For The Poor And Underserved.* 2006;17(4):690-7.
76. Bhattacharyya O, Khor S, McGahan A, Dunne D, Daar AS, Singer PA. Innovative health service delivery models in low and middle income countries - what can we learn from the private sector? *Health Res Policy Syst.* 2010;8:24.
77. Raven MC, Gillespie CC, DiBennardo R, Van Busum K, Elbel B. Vulnerable patients' perceptions of health care quality and quality data. *Med Decis Making.* 2012;32(2):311-26.
78. Erlich DR, Slawson DC, Shaughnessy A. Diabetes update: population management. *FP Essent.* 2013;408:25-33.
79. Hunt CW, Grant JS. Community health advisors in diabetes care. *Am J Nurs.* 2012;112(7):63-8.
80. Serrano-Gil M, Jacob S. Engaging and empowering patients to manage their type 2 diabetes, Part I: a knowledge, attitude, and practice gap? *Adv Ther.* 2010;27(6):321-33.
81. Langford AT, Sawyer DR, Gioimo S, Brownson CA, O'Toole ML. Patient-centered goal setting as a tool to improve diabetes self-management. *Diabetes Educ.* 2007;33 Suppl 6:139S-44S.
82. Thakurdesai PA, Kole PL, Pareek RP. Evaluation of the quality and contents of diabetes mellitus patient education on Internet. *Patient Educ Couns.* 2004;53(3):309-13.
83. Whittemore R, Melkus GD, Grey M. Applying the social ecological theory to type 2 diabetes prevention and management. *J Community Health Nurs.* 2004;21(2):87-99.
84. Hair JF. *Multivariate data analysis : a global perspective*: Upper Saddle River, N.J. ; London : Pearson Education, c2010.
7th ed. / Joseph F. Hair ... [et al.]; 2010.
85. Aldenderfer MS, Blashfield RK. *Cluster analysis*: Beverly Hills : Sage Publications, c1984.; 1984.

86. Koerner MM. The Conceptual Domain of Service Quality for Inpatient Nursing Services. *Journal of Business Research*. 2000;48:267–83.
87. ธนิตา นิมวงษ์, จิราพร นิลสุ, วาณิชย์กุล น. การประยุกต์ใช้หลักการของสินเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2557;25(2):121-35.
88. Venkatesh V, Morris MG, Davis GB, Davis FD. USER ACCEPTANCE OF INFORMATION TECHNOLOGY: TOWARD A UNIFIED VIEW. *MIS Quarterly*. 2003;27(3):425-78.
89. Thorarinsdottir K, Kristjansson K. Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: a framework analysis. *Nurs Ethics*. 2014;21(2):129-47.
90. Entwistle VA, Watt IS. Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *Am J Bioeth*. 2013;13(8):29-39.
91. Broderick MC, Coffey A. Person-centred care in nursing documentation. *Int J Older People Nurs*. 2013;8(4):309-18.
92. McCormack B, McCance T. Personhood and Person-Centredness. 2010. In: *Person-Centred Nursing: Theory and Practice* [Internet]. Oxford: Wiley-Blackwell.
93. McCance T, Slater P, McCormack B. Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing. *J Clin Nurs*. 2009;18(3):409-17.
94. Patient- CfelAaEot, Collaborative CPC. Transforming Patient Engagement: Health IT in the Patient Centered Medical Home: WWW.PCPCC.NET; 2010.
95. Coulter A. Patient engagement--what works? *J Ambul Care Manage*. 2012;35(2):80-9.
96. Introduction. *Diabetes Care*. 2015;38 Suppl:S1-2.
97. Bensing J, Rimondini M, Visser A. What patients want. *Patient Educ Couns*. 2013;90(3):287-90.
98. Beatty MJ. Receiver Apprehension as a Function of Cognitive Backlog. *Western Journal of Speech Communication: WJSC*. 1981;45(3):277-81.
99. Beatty MJ. COGNITIVE BACKLOG AND DECISION RULE USE. *Communication Research Reports*. 1987;4(1):79-81.
100. Weaver RR, Lemonde M, Payman N, Goodman WM. Health capabilities and diabetes self-management: the impact of economic, social, and cultural resources. *Soc Sci Med*. 2014;102:58-68.
101. American Diabetes A. Standards of medical care in diabetes--2014. *Diabetes Care*. 2014;37 Suppl 1:S14-80.

102. Sallis JF, Owen N, Fisher EB. ECOLOGICAL MODELS OF HEALTH BEHAVIOR 2008. In: Health behavior and health education : theory, research, and practice [Internet]. San Francisco: John Wiley & Sons; [465].
103. Davis TC, Wolf MS, Bass IPF, Thompson JA, Tilson HH, Neuberger M, et al. Literacy and misunderstanding prescription drug labels. *Annals of Internal Medicine*. 2006;145(12):887-94.
104. Baur C. Calling the nation to act: implementing the national action plan to improve health literacy. *Nurs Outlook*. 2011;59(2):63-9.
105. MC. B. Patient-centeredness as an indicator of quality Washington (DC): National Academies Press (US); 2008 [cited 2015 14 / 07]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK37533/>.
106. Canadian Public Health Association. Low health literacy and chronic disease prevention and control - Perspectives from the health and public health sector. 2006.
107. Zoffmann V, Harder I, Kirkevold M. A Person-Centered Communication and Reflection Model: Sharing Decision-Making in Chronic Care. *Qualitative Health Research*. 2008;18(5):670-85.
108. Cheukhunthod K. The effectiveness of health education program for blood pressure control among hypertension patients at Primary Care Unit of Banlaum, Banlaum Hospital, Nakhonrassima province [M. S. Thesis in Science, Faculty of Graduate Studies]: Mahidol University; 2010.
109. นพกุล สิทธิพงษ์. ผลของการให้บริการคลินิกความดันโลหิตสูงอย่างมีแบบแผนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อระดับความดันในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2551;26(2):195-99.
110. ภัททกุล จันทร์สวาท. ผลการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหลวงพ่อบุ๊ศักดิ์ ชูตินโร อุตติศ [วท. ม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาวิทยาการสังคมและระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย]: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2551.
111. Fisher L, Glasgow RE, Strycker LA. The relationship between diabetes distress and clinical depression with glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33(5):1034-6.
112. Luxford Y. Assessing. 2012. In: Kozier and Erb's fundamentals of nursing, Australian adaptation [Internet]. Sydney: Pearson. 2.
113. Bolster D, Manias E, Bolster D, Manias E. Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(2):154-65.
114. Entwistle VA, Watt IS. Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American Journal Of Bioethics*. 2013;13(8):29-39.

ทีมวิจัย

ผศ.ดร. นภาพร วาณิชกุล
รศ.ดร.เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์
ผศ.ดร.ทิพา ต่อสกุลแก้ว
ดร.สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์
ดร.สุพินดา เรืองจิรัชเสียร
ศ.พญ.วรรณิ นิธิยานันท์
รศ.พญ.วีรณัฐ รอบสันติสุข
รศ.ดร.นิพนธ์ เจริญกิจการ

ผศ.ดร.วชิรศักดิ์ วานิชชา

ดร. จุฬารัตน์ ดันประเสริฐ

นายธีระวัฒน์ วงษ์ศรีสังข์

นางสาวสุธิดา กุลวัฒนาภรณ์

นายชัยวุฒิ สีทา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

ศอ.พว. กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ศอ.พว. กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ศอ.พว. กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ศอ.พว. กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Prof.Dr. Richard Osborne School of Health and Social Development, Deakin University

Mr.Roy Batterham School of Health and Social Development, Deakin University

Dr.Sarity Dowson School of Health and Social Development, Deakin University

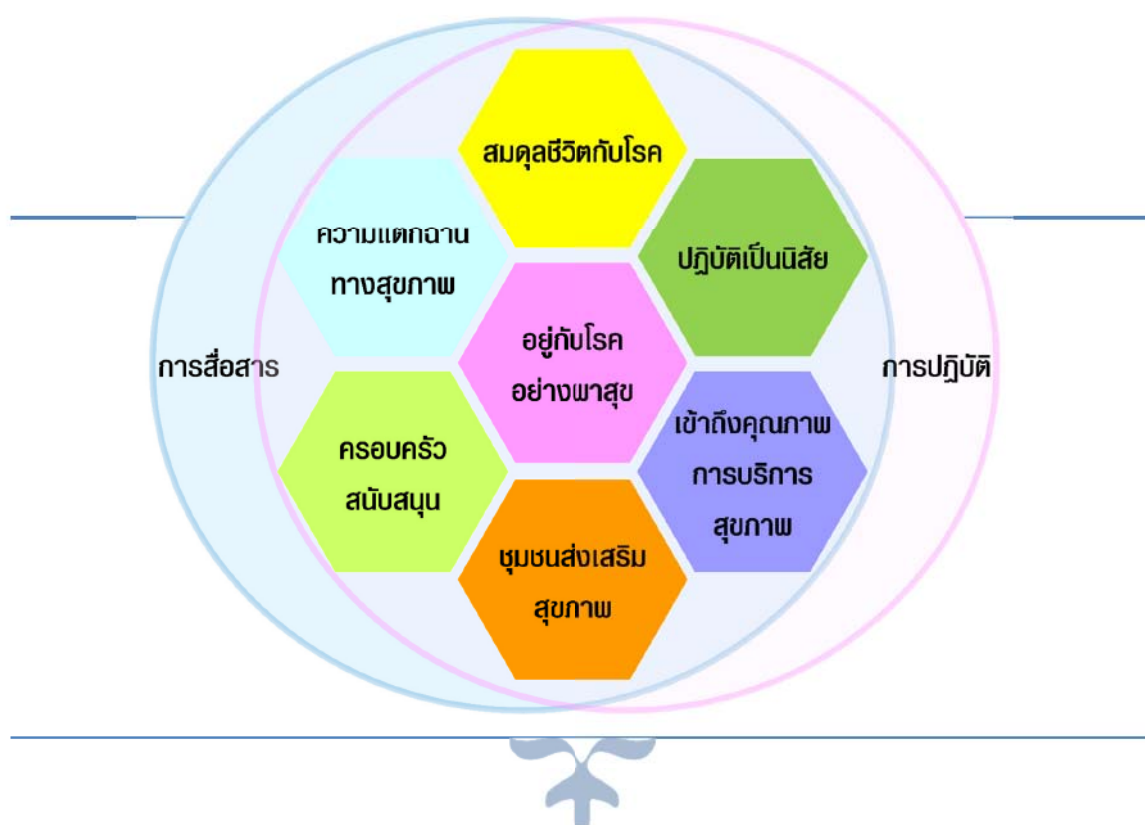


ภาคผนวก

คู่มือการดำเนินงานการบริการแบบบูรณาการที่มีประชาชน เป็นศูนย์กลาง

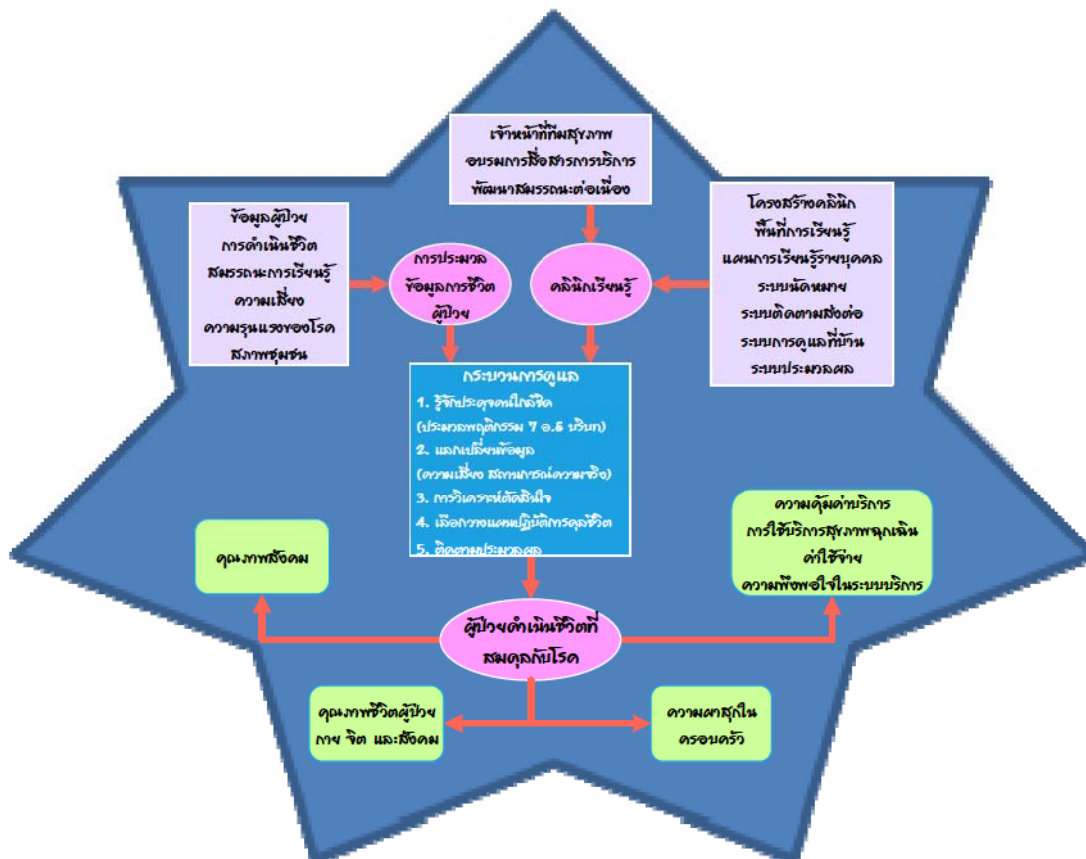


คู่มือการบริการ
แบบบูรณาการการจัดการโรค
ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง
สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง



ผศ.ดร. นภาพร วาณิชยกุล และคณะ

กรอบแนวคิดการบริการคลินิก



คำนำ

การจัดการโรคเรื้อรังผู้ป่วยและครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่เข้าใจการอยู่กับโรคดีที่สุด หนทางการจัดการโรคเป็นองค์ความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์วันต่อวัน ที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่กับโรค การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการจัดการโรค คู่มือการดำเนินการคลินิกแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง ได้พัฒนาจากการดำเนินงานโครงการเรียนรู้การดำเนินงานการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื้อหาในคู่มือเกิดจากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์ประสบการณ์การอยู่กับโรคของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วยในการจัดการโรค และความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เจ้าหน้าที่บริหารงานส่วนท้องถิ่นในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการ

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ที่สนับสนุนทุนวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ ไขมันในเลือดสูงเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องทุกคน ดังรายนามในภาคผนวก ที่อนุเคราะห์ให้ความคิดเห็นและข้อมูลต่างๆ อันเป็นประโยชน์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านในภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่เป็นกำลังใจในการทำงานเป็นอย่างดีเสมอมา ท้ายที่สุดขอขอบคุณ นางบุศราภรณ์ เพชรรุ่ง เจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้ความช่วยเหลือในดำเนินงานต่างๆ ให้ลุล่วงไปด้วยดี



คณะผู้จัดทำ



สารบัญ

บทนำ	5
คำจำกัดความ.....	10
การดำเนินงาน	
แนวคิดการดำเนินงาน: วิธีการเชิงระบบแบบสมบูรณ์.....	10
การวิเคราะห์สถานการณ์.....	13
การพัฒนาบุคลากร	15
การดำเนินการ	16
การติดตามประเมินผล	20
สรุป.....	27
เอกสารอ้างอิง	29

บทนำ

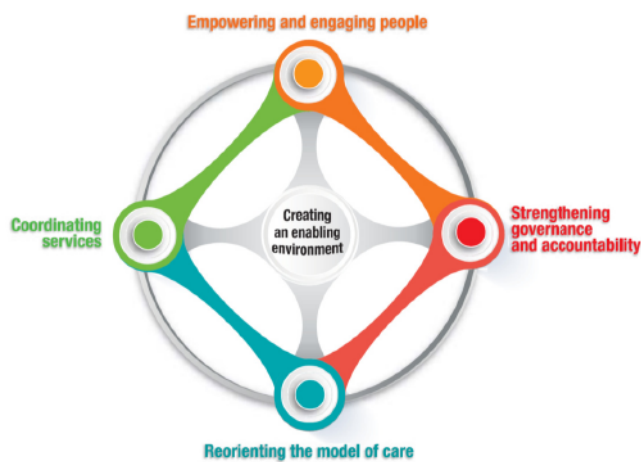
องค์การอนามัยโลกเสนอว่ามากกว่า 80% ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกจากโรคเรื้อรังต่างๆอยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ(5) 12% ของ Global Health expenditure ใช้กับโรคเบาหวาน สำหรับในประเทศไทยโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานโลก ในแต่ละวันจะมีประชากรโลกเสียชีวิตจากเบาหวาน ทุกๆ 6 วินาที(6) ประชากรไทย จำนวน 180 รายเสียชีวิต จากโรคเบาหวาน หรือเกือบ 8 รายต่อชั่วโมง(1) เกือบทุกประเทศในโลกกำลังเปลี่ยนโฉมหน้ามาเผชิญกับความซับซ้อนของโรคเรื้อรังหลายๆโรคที่มีความเกี่ยวข้องกันและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และมะเร็ง เป้าหมายการรักษาโรคเรื้อรังเหล่านี้ไม่ใช่การรักษาให้หายขาดแต่เป็นการรักษาสมรรถภาพไม่ให้เกิดความพิการ ลดความทุกข์ทรมานจากอาการหรือภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตในการอยู่กับโรค ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการโรคดังกล่าวคือ การมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพในการจัดการภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการตนเองจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกภาคส่วนเพื่อป้องกันความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนจากโรค จากสถิติพบว่าคนไทย 3 ใน 5 คน มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 ปัจจัยขึ้นไป ทำให้โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคเรื้อรังอันดับที่ 1 ของคน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และความผิดปกติของไขมันในเลือด เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดหรือทำให้ภาวะของโรคดังกล่าวยากต่อการควบคุม(7-9) ในขณะที่ความชุกของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น การให้บริการในปัจจุบันมีเพียงร้อยละ 41 ของผู้ป่วยเบาหวานและร้อยละ 29 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าถึงบริการ และเมื่อเข้าถึงบริการแล้วเพียงร้อยละ 12 และ 36 เท่านั้นที่สามารถอยู่ในมาตรฐานที่ถือว่าควบคุมโรคดังกล่าวได้(8-10) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 60 กำลังเผชิญหรือมีแนวโน้มที่จะต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการดำรงชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคจอประสาทตาเสื่อม และการพิการจากการสูญเสียอวัยวะ จากการวิจัยเชิงระบาดวิทยา พบว่า ทุกๆ 1% การเพิ่มของระดับ glycosylated hemoglobin จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประมาณ 18% การลดลงของ low-density lipoprotein cholesterol และความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 140 mmHg จะลดความเสี่ยงของการเกิดโรคดังกล่าวได้ 17-43% และ 30-60 % ในผู้ป่วยเบาหวาน ตามลำดับ(10-12) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้บริการคลินิกปริมาณยาที่รับประทานและอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ ทำให้โรคเบาหวานเป็นภาระที่ใหญ่หลวงของระบบสาธารณสุข ในปัจจุบันและจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอีก 20 ปีข้างหน้า(13) ผลกระทบและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญมากและสามารถป้องกันได้ ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนในการกำหนดกลวิธีการแก้ไขปัญหานี้ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การตาย และภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมจากปัญหาโรคดังกล่าว

เนื้อหาในคู่มือนี้ จัดทำเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในคลินิก หอผู้ป่วย ได้ใช้สานไปกับการดูแลตามปกติ โดยการปรับระบบการดูแลเข้าสู่การดูแลแบบประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกระบวนการหาแนวทางการปฏิบัติปรับเปลี่ยนตามวิถีชีวิตของตนเอง การเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

กรอบแนวคิด

องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้ทั่วโลก ให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วนในการจัดบริการแบบบูรณาการการบริการมุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในปี 2016-2026 เนื่องจาก ประชากรโลกมีอายุที่ยืนยาวขึ้น และภาระของค่าใช้จ่ายในระบบบริการที่มีความซับซ้อนมากขึ้นทั้งในส่วนการป้องกันโรคและการรักษาดูแลแบบรื้อรัง แผนปฏิบัติการที่เสนอไว้เพื่อต้องการให้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ตอบสนองต่อความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยและบริบทการดำเนินชีวิตของครอบครัว ชุมชนที่อาศัย แบบองค์รวม โดยคำนึงถึงคุณภาพการบริการที่เหมาะสมต่อความต้องการและความคาดหวังในการจัดการสุขภาพมากกว่าการรักษาโรคเท่านั้น การบริการดังกล่าวมุ่งเน้นให้ประชาชน ได้รับข้อมูล ความรู้ที่เพียงพอ ในการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติการและมีส่วนร่วมในการรักษา รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในการจัดการโรค เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและประสิทธิภาพการรักษาสูงสุด โดยมีการจัดบริการที่มีความต่อเนื่องในการดูแล ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การป้องกันโรค (Disease prevention) การวินิจฉัยโรค(Diagnosis) การรักษา (Treatment) การจัดการโรค (Disease management) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) และการดูแลประคับประคอง(Palliative care) ตามความรับผิดชอบของสถานบริการแต่ละระดับ และผลसानการดูแลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย แนวคิดดังกล่าวพัฒนาจากระบบ Universal health coverage การดูแลในระดับปฐมภูมิ การจัดการโรคไม่ติดต่อ ที่มีการศึกษาชั้นทางสังคมที่ชี้วัดภาวะสุขภาพ แนวทางดังกล่าวจะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น ประชาชนมีความแตกฉานทางสุขภาพดีขึ้น มีความพึงพอใจในการใช้บริการดีขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้วย

รูปที่ 1 ความสัมพันธ์กันของเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการแบบบูรณาการแบบประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centred and integrated health service) (2)



องค์การอนามัยโลก ได้เสนอ 5 เป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ที่มีความสัมพันธ์กัน (Interdependent strategic goals) ในการจัดระบบบริการที่มีการบูรณาการแบบประชาชนเป็นศูนย์กลาง (2, 3) คือ

1. การเสริมพลังและยอมรับจากประชาชน (Empowering and engaging people) โดยการกระตุ้นให้ประชาชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา รวมทั้งชุมชนที่อาศัย และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความเท่าเทียมในการรับ

บริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่ด้อยโอกาส หรือกลุ่มที่ไม่ได้รับความสนใจ การดำเนินการควรมีการจัดการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ มีการประเมินผู้ป่วยเป็นรายกรณีอย่างครอบคลุมองค์รวม และนำมาประมวลและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย รวมทั้งญาติผู้ดูแล เพื่อให้ทุกฝ่ายมีข้อมูลเพียงพอในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางคลินิก ทั้งในระดับโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจนถึงการบริการปฐมภูมิในชุมชน ผู้ป่วยและญาติจะได้รับโอกาสในการเรียนรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง และบริบทความเป็นอยู่ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยอย่างเพียงพอ ในการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติการจัดการโรคให้เหมาะสมกับตนเอง ขณะที่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพได้เรียนรู้และเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

2. การเปลี่ยนรูปแบบการดูแล (Reorienting the model of care) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้การบริการอยู่บนพื้นฐานการประเมินความต้องการของประชากรในพื้นที่ เพื่อการจัดการบริการที่มีความละเอียดอ่อนต่อความแตกต่างของวัฒนธรรมความเป็นอยู่ และการให้ความสำคัญกับ primary care-based system เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเป็นการจัดการโรคที่บ้าน ภายใต้บริบทความเป็นอยู่ ดังนั้น การจัดการจึงต้องมีระบบการเฝ้าระวัง และการจัดการโรคอยู่นอกสถานบริการ อสม. เป็นเสมือนสะพานเชื่อมต่อการดูแล กับครอบครัว และผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นแผนการดูแลที่เชื่อมโยงการดูแลทั้งในส่วนสถานบริการและการดูแลในชุมชนให้เกิดความต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ ต้องเป็นการประเมินผู้ป่วยไม่ใช่เฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก แต่เปลี่ยนเป็นการประเมินแบบองค์รวมที่เข้าถึงความซับซ้อน ทั้งของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ จิต ผลกระทบความเจ็บป่วยต่อการดำรงชีวิต รวมทั้งปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social determinants of health) เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดแนวทางการรักษา
3. การประสานงานการบริการ (Coordinating services) โดยการพัฒนาความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และตอบสนองต่อความต้องการและความชอบของผู้ป่วย จึงเป็นบริการที่มีความเคารพในความ เป็นปัจเจกบุคคล ภายใต้ความร่วมมือของส่วนงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยมีการไหล ไปยังผู้รับผิดชอบได้ดีขึ้น และส่งเสริมความสัมพันธ์และความน่าเชื่อถือระหว่างเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและผู้ป่วย
4. การสร้างความเข้มแข็งในการกำกับดูแลและรับผิดชอบ (Strengthening governance and accountability) โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มทุกกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ตั้งแต่การ กำหนดแนวทางนโยบาย ที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน ให้เกิดเป็นการพัฒนาคุณภาพของ คนในชุมชนให้มีสุขภาพดี การดำเนินงานต้องไม่จำกัดอยู่เฉพาะองค์กรภาคสาธารณสุข ต้องรวม ทุกองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน จนถึง การเข้าร่วมกำหนดแผนและกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อ จัดการโรค หารจัดสรรงบประมาณร่วมและการประเมินติดตามผล เพื่อปรับและพัฒนาคุณภาพ การบริการให้ดีขึ้น เช่น องค์กรบริการส่วนท้องถิ่น มูลนิธิต่างๆ และสถานที่ทำงานต่างๆในพื้นที่ เป็นต้น
5. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (Creating an enabling environment) การดำเนินงานทั้ง 4 ประเด็นข้างต้นจะสามารถเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ในการที่จะ ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วนมาร่วมกันในการเปลี่ยนถ่ายแนวคิดสู่การปฏิบัติ ความ เข้มแข็งของผู้นำการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ให้เข้าใจ เห็นความสำคัญ และมีทักษะในการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการวางกรอบแนวปฏิบัติในการบริการให้เป็นการบูรณา การการดูแลแบบประชาชนเป็นศูนย์กลาง และมีการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับคุณภาพ การบริการที่เปลี่ยนไปด้วย

นอกจากนั้น ในการดูแลแบบประชาชนเป็นศูนย์กลาง กรอบแนวคิดของ McCormack และ McCance (58) เป็นแนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centredness care) ที่มุ่งเน้นการดูแลตามความ ต้องการเฉพาะในแต่ละบุคคล และการติดต่อสื่อสารของทุกส่วนที่มีความสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับกรอบ แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่(71) ดังรูปที่ 4 แนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ:

ความจำเป็นพื้นฐาน เป็นส่วนที่มุ่งเน้นคุณลักษณะของพยาบาลว่าต้องมีความเป็นมืออาชีพที่มี ความสามารถ มุ่งเน้นที่ความรู้และทักษะของพยาบาลในการตัดสินใจและการจัดลำดับความสำคัญในการดูแล ผู้ป่วย มีทักษะการสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในระดับ

ต่างๆ ทั้งการใช้รูปแบบภาษาที่เหมาะสมตามสมรรถนะการสื่อสารของผู้ที่สื่อสารด้วย มีความมุ่งมั่นในการทำงานที่ต้องการให้การดูแลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล มีความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องความเชื่อและค่านิยมทางสังคมต่างๆ ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และรู้จักตนเอง เป็นความเข้าใจความเป็นบุคคลของตนเองก่อน จึงจะสามารถเข้าใจผู้อื่นและให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้

สิ่งแวดล้อมของการดูแล ประกอบด้วย การผสมผสานทักษะของทีมนักดูแลสุขภาพในระดับต่างๆ เพื่อให้การส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ การมีระบบสนับสนุนการดูแลที่มีความร่วมมือในการตัดสินใจทางการรักษา ทั้งระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ และกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลและกำหนดทิศทางพัฒนาคุณภาพการดูแล สัมพันธภาพระหว่างบุคลากร ที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ระบบหรือวัฒนธรรมองค์กร ที่สนับสนุนการทำงานและการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีการกระจายอำนาจ ทั้งระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆ และกับผู้ป่วย ส่งเสริมศักยภาพในการสร้างสรรค์นวัตกรรมและบริหารความเสี่ยงของบุคลากรในองค์กร และมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

กระบวนการดูแล เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการดูแลตามความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น โดยการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิต ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนแผนการจัดการโรคโดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการบูรณาการมุมมองใหม่ๆ สู่การปฏิบัติ สนับสนุนความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยการทำงานร่วมกันอย่างเข้าใจซึ่งกันและกันในความเป็นปัจเจกบุคคลของแต่ละฝ่าย ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การแสดงความเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย ตามคุณค่าและมุมมองชีวิตของผู้ป่วย และให้การดูแลแบบองค์รวม ที่ไม่มุ่งเน้นเฉพาะโรคแต่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตอยู่กับโรค บนพื้นฐานของความเชื่อและการให้คุณค่าสิ่งต่างๆ ของผู้ป่วย

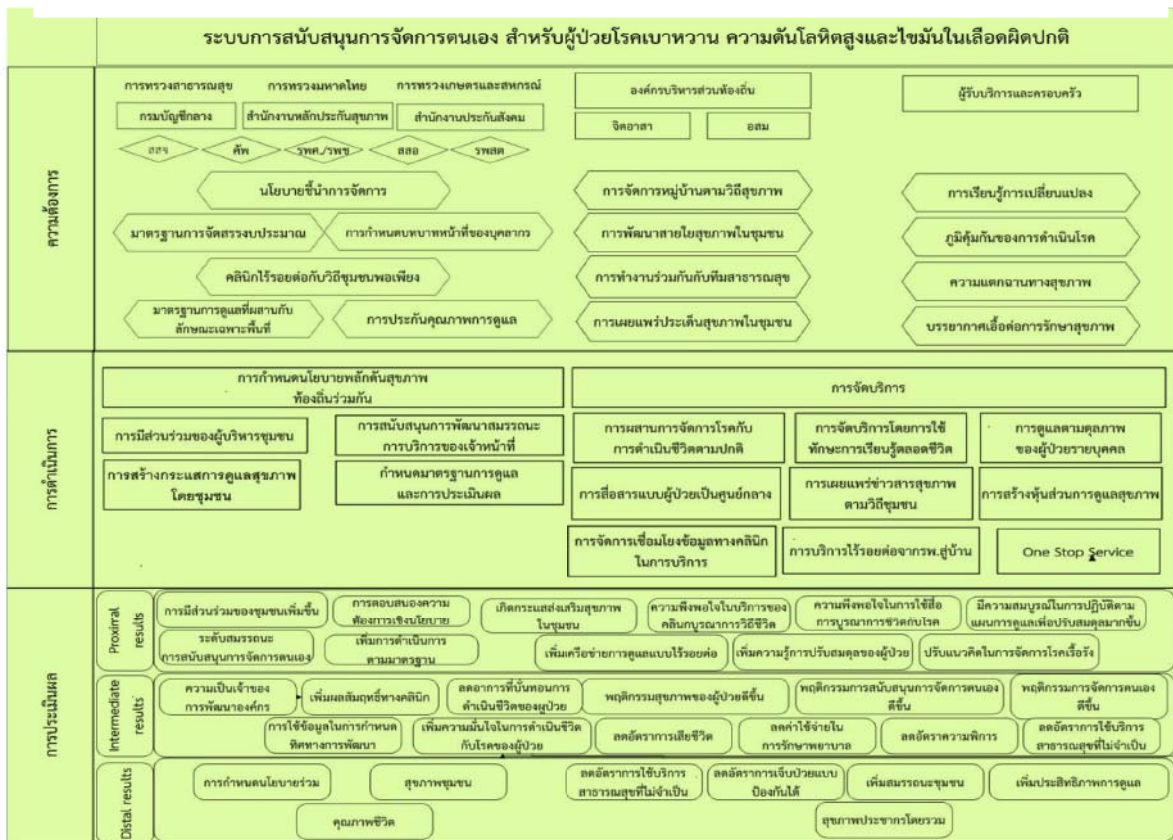
ผลลัพธ์ เป็นผลจากกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ประเมินได้จากความพึงพอใจในการดูแล ความรู้สึกในการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา คุณภาพชีวิต และวัฒนธรรมในการดูแล (58, 59)

รูปที่ 2 กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) Framework) ของ McCormack and McCance (60, 61)

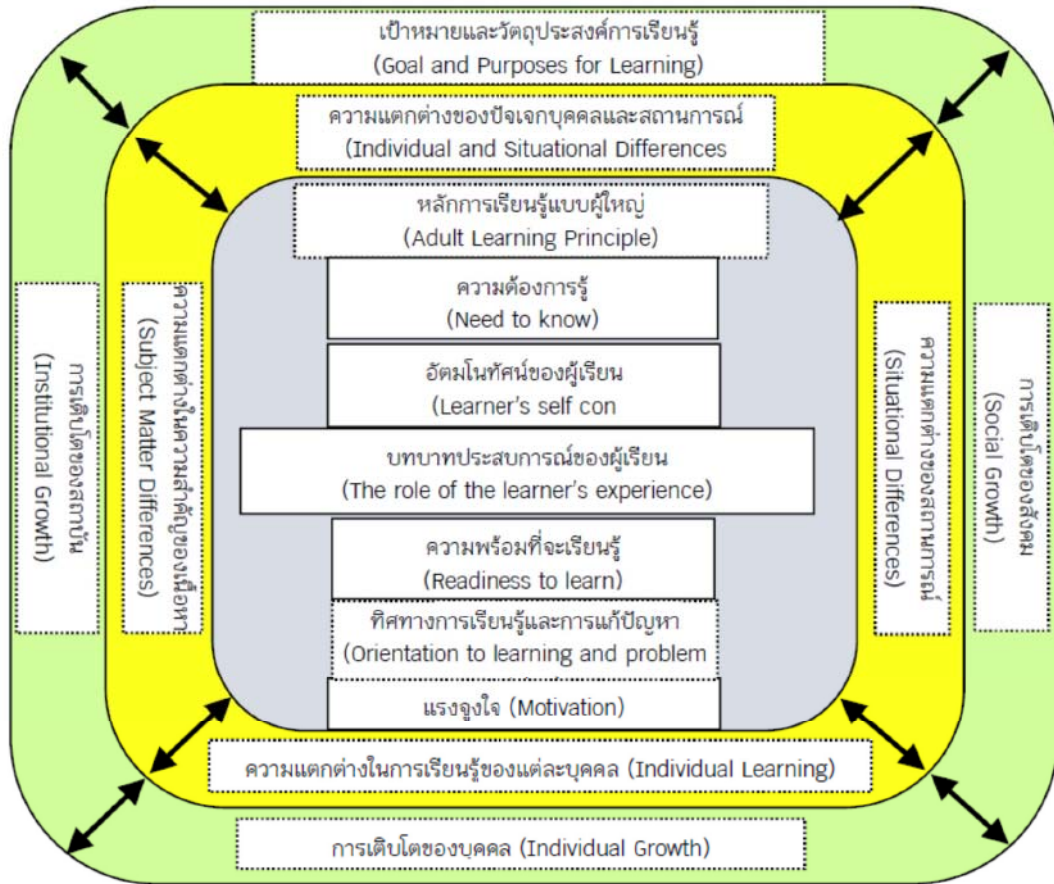


จากข้อมูลที่กำลังข้างต้นทั้งหมด การดูแลผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้การนำความรู้เกี่ยวกับสุขภาพไปใช้ในการจัดการโรคในชีวิตประจำวันเป็นไปได้ยาก เกิดความไม่เท่าเทียมในการรับการรักษา การรักษาด้วยยาไม่ใช่วิธีทางแก้ปัญหาของโรคเรื้อรัง การทำความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินชีวิตในบริบทคนไทย เป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ภายใต้การบริการแบบบูรณาการ ในประเทศไทย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ในการจัดบริการแบบบูรณาการที่มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ต้องดำเนินการอย่างไร เพื่อให้ประชาชนไทยอยู่กับโรคได้อย่างผาสุก ทั้งในด้านการบริการที่ตอบสนองตามความต้องการ เครื่องมือที่จำเป็นในการประมวลผลข้อมูลแบบรายกรณี และการวางแผนการดูแลให้เกิดความต่อเนื่อง การประเมินผลการดำเนินการ ในระบบบริการแบบบูรณาการที่มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการแบบบูรณาการระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นระบบการดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการสู่บ้าน ดำเนินการโดยทีมเครือข่ายการดูแลของโรงพยาบาลและ PCU ในการให้บริการที่พัฒนาอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยและประสบการณ์การเรียนรู้ของทีมงาน โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและทีมสุขภาพแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน และการประเมินผลติดตาม เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจในด้านผลดีและผลเสียของการเปลี่ยนแปลง และมีทักษะการแก้ไขปัญหาให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ จนเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง จึงเป็นการผสมผสานภาคส่วนต่างๆและการติดตามผลลัพธ์ในระยะต่างๆ อย่างเป็นระบบ ดังรูปที่ 3

รูปที่ 3 กรอบแนวคิดระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง



รูปที่ 4 การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ดัดแปลงจาก Malcome S. Knowles (1973)

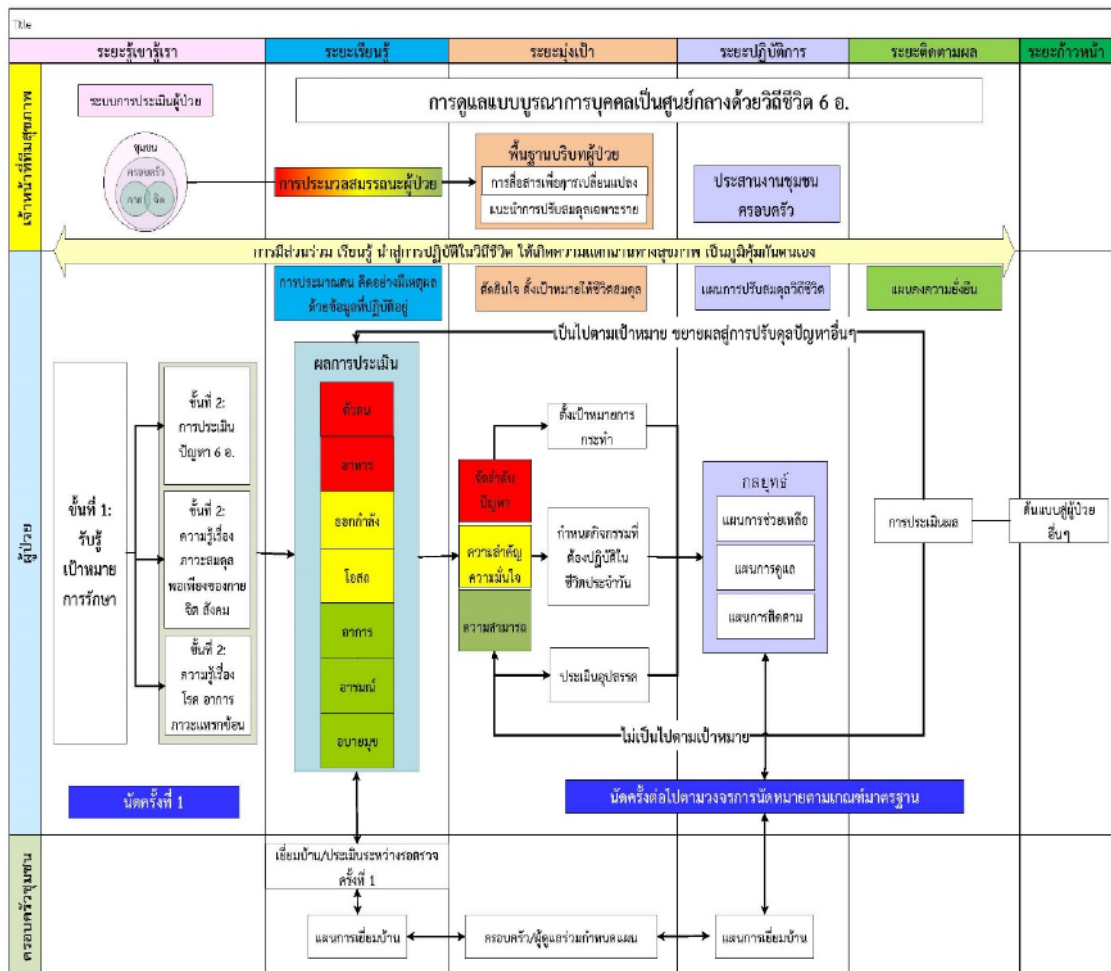


แนวคิดการดำเนินการ

คู่มือการดำเนินการบริการแบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก การเรียนรู้อย่างผู้ใหญ่ และการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และ Logic model ที่ได้จากความคิดเห็นของกลุ่มผู้ป่วยและทีมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง(3, 4) ที่มีเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ให้ดำเนินการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย รู้และเข้าใจความเป็นไปในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรค กระตุ้นการเสริมพลังและความรับผิดชอบสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ข้อมูลการจัดการโรค ร่วมคิดตัดสินใจในการดูแลรักษา โดยเป็นการเชื่อมโยงการประมวลผลการดำเนินชีวิตประจำวัน และการจัดการโรค เพื่อนำมาจัดระบบบริการให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมให้เป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง ให้เกิดความผาสุกแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการอยู่กับโรสดังกล่าว ดำเนินการเป็น 6 ระยะเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการดำรงชีวิตกับโรค ดังรูปที่ 8

รูปที่ 5 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการบุคคลเป็นศูนย์กลาง

(นาพร วาณิชกุล, 2558)



การดำเนินงานบูรณาการ ประกอบด้วย 2 ส่วน การให้บริการทางคลินิก และการเยี่ยมบ้าน

1) การให้บริการทางคลินิก การดำเนินการอยู่ภายใต้การประสานกรอบแนวคิดหลายกรอบแนวคิด เพื่อให้เข้าใจความเป็นบุคคล การเกิดพฤติกรรม และการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ดังนี้

การปฏิบัติดำเนินการโดยพยาบาลหรือทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรม ดำเนินการตามขั้นตอน โดยเริ่มจากการประเมินสภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมตามแบบการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิตก่อนเข้ารับการรักษาและแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน และวิเคราะห์ความต้องการความช่วยเหลือ และปัญหา 60. พร้อมจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และร่วมวางแผนการดูแล โดยแต่ละนัดจะมีการตั้งเป้าหมายและติดตามตามแผนการดูแลในนัดต่อไป รวมถึงการเข้าเยี่ยมบ้านเพื่อศึกษาสถานการณ์ความเป็นอยู่ที่เป็นปัญหา โดยใช้เวลา ขณะประเมินสภาพผู้ป่วยโดยพยาบาล และการจัดช่วงเวลาเฉพาะในรายที่มีปัญหา เช่น การขาดความรู้ การต้องการปรึกษาเฉพาะเรื่อง โดยกำหนด ช่วงเวลาการให้มาตรวจแทรกแซง ช่วง ละไม่เกิน 20 นาที เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ความสามารถของผู้ใหญ่ สามารถให้ความสนใจในการทำงานเรื่องใด เรื่องหนึ่งทั่วๆไป ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีที่ต้องดำเนินการนานกว่านั้น ควรมีการเปลี่ยนกิจกรรม ทุก 15 นาที กิจกรรม การส่งเสริมสุขนิสัย 6 อ. เกิดจากการสังเคราะห์ แนวคิดการปรับพฤติกรรมว่าเป็น “การรักษาสมดุล ไม่ห้ามแต่ทำด้วยสติ” ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวิเคราะห์ตนเอง ว่าต้องจัดการคุมโรคที่เป็นด้วย อ.ใด จัดลำดับความสำคัญ และกำหนด เป้าหมายที่ SMARTS เพื่อการวางแผนติดตามตามในคู่มือการวางแผนต่อไป

2) การเยี่ยมบ้าน มีทีมผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือทีมสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ) และทีมชุมชน (ผู้บริหารท้องถิ่น อสม. อาสาสมัคร หรือเจ้าหน้าที่จาก หน่วยราชการ เอกชนที่เกี่ยวข้อง) การเยี่ยมจะมีเป้าหมายที่ชัดเจนตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการโรคภายใต้บริบทของผู้ป่วยเอง การเยี่ยมบ้านเป็นหัวใจการดูแล โดยการเยี่ยมเป็นการประสานงานจากจุดที่ผู้ป่วย/ครอบครัวแสดงความต้องการกับทีมผู้ดูแล โดยการประสานงานติดต่อกับทีมหมอครอบครัวที่ดูแลหรือทีมสาธารณสุข ที่รับผิดชอบ เพื่อดำเนินการตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย

ดังนั้นชุดคู่มือการดำเนินการบริการแบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย

1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
 - แบบการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิต
 - แบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคของชุมชน
 - คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยรายกรณี
2. แบบการประเมินผลการดำเนินการ
 - แบบประเมินคุณภาพการบริการแบบบูรณาการการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง
 - แบบประเมินการตอบสนองความต้องการการประมวลข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อคิดที่ต้องระลึก

ลักษณะความแตกต่างของการบริการ
รูปแบบการรักษาโดยมุ่งเน้นโรคเป็นหลัก และประชาชนเป็นหลัก

รูปแบบการรักษาโดยมุ่งเน้นแนวคิดทางการแพทย์	รูปแบบการรักษาโดยมุ่งเน้นบุคคลเป็นหลัก
เน้นอาการที่แสดงออก แปลความหมายเป็นปกติ/ผิดปกติ	เน้นการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจลักษณะการเจ็บป่วย ผลกระทบของการเจ็บป่วย และความ
ตามหลักการทางการแพทย์	ต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
เน้นมุมมองของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ	เน้นมุมมองของผู้ป่วย
การดูแลอยู่บนพื้นฐานหลักเกณฑ์ของประโยชน์ที่จะได้รับและอำนาจ ในขณะที่เจ็บป่วยแพทย์และทีมสุขภาพเป็นผู้รู้จึงมีอำนาจในการตัดสินใจในการรักษาโดยมุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์คือการหายจากอาการหรือโรคที่เป็นอยู่	การดูแลอยู่บนพื้นฐานอัตตาคติ การมองคุณค่าสมรรถนะของผู้ป่วยในการตัดสินใจ กำหนดทางเลือกของตนเอง
การเพิ่มผลลัพธ์สำหรับผู้ป่วยโดยเฉลี่ย	เป็นการเพิ่มผลลัพธ์ในผู้ป่วยเฉพาะราย
การสืบค้นข้อมูลทางการแพทย์เป็นพื้นฐานการตัดสินใจ	การสืบค้นข้อมูลทางการแพทย์บนบริบทของผู้ป่วยรายบุคคล
การยอมทำตามการตัดสินใจของแพทย์และทีมสุขภาพ	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
แนวความคิดของผู้ป่วยถูกละเลย	ความชอบ เป้าหมาย และคุณค่าที่ผู้ป่วยกำหนดอยู่ในการดำเนินชีวิตประจำวันจะได้รับการพิจารณาในการตัดสินใจการรักษาดูแลเสมอ

การดูแลให้ผู้ป่วยสามารถรักษาสมดุลการอยู่กับโรค เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับความชอบ เป้าหมาย และคุณค่าที่ผู้ป่วยกำหนดในการดำเนินชีวิต รวมทั้งเสริมฐานะของผู้ป่วยแต่ละบุคคลในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษา ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทั้งแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ กับผู้ป่วยจึงต้องเปลี่ยนไป การดูแลบนพื้นฐานความแนวคิดของผู้ป่วยในฐานะบุคคลจำเป็นต้องมีการกำหนด แนวทางการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย

ความเข้าใจในกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วย

ปัจจัยนำเข้า		กระบวนการ ในการหาข้อมูลสุขภาพ		ผลลัพธ์
— อายุ — เพศ — ระดับการศึกษา — ความต้องการข้อมูลสุขภาพ — เหตุผลของการหาข้อมูล — ความแตกฉานทางสุขภาพ — ความมุ่งมั่นในการหาข้อมูล — การควบคุมตนเองของบุคคล — ระดับภาวะสุขภาพ/ระยะเวลาการเจ็บป่วย — ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ	➡	— อุปสรรคในการค้นหาข้อมูลสุขภาพ — ความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการค้นหา — ลักษณะเนื้อหาของข้อมูลสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของตนเอง — ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล — แหล่งข้อมูลที่ใช้: ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เหมือนเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ญาติ สื่อสาธารณะ — ความพึงพอใจในข้อมูลสุขภาพ	➡	— การปฏิบัติตาม — การไปหาข้อมูลจากแหล่งอื่นๆต่อไป — วินิจฉัยตนเอง — ความพึงพอใจของผู้ป่วยในข้อมูลที่ได้ — การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาดูแลตนเอง — พุดคุยกับทีมสุขภาพ

การสร้างทีมนำการเปลี่ยนแปลง

คำว่าทีม หมายถึง กลุ่มบุคคลผู้มีพลัง มีความผูกพันรับผิดชอบ ที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยสมาชิกในทีม ต้องทำงานด้วยกันได้ดี และรู้สึกสนุกในการทำงานและสามารถผลิตผลงานที่มีคุณภาพสูง

(Francis and Young, 1979: 8) ได้กล่าวถึงทีมว่าหมายถึง กปาร์คเกอร์ (Parker, 1990:16) อธิบายว่าทีมเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันและต้องพึ่งพากัน เพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย หรือปฏิบัติงาน ให้เสร็จสมบูรณ์ คนกลุ่มนี้มีเป้าหมายร่วมกันและยอมรับว่า วิธีเดียวที่จะทำให้งานสำเร็จ คือ การทำงานร่วมกัน วิชัย โสสุวรรณจินดา (2535:142) ได้แสดงทัศนะว่า ทีมงานนั้นกินความหมายมากกว่ากลุ่มคน ที่มารวมกันเฉยๆ เพราะทีมงานจะรวมความถึง ความเป็นผู้นำกลุ่ม กระบวนการตัดสินใจของกลุ่ม การใช้ทรัพยากรของกลุ่มให้เกิดประโยชน์สูงสุด และการผสมผสานสมาชิกของกลุ่มซึ่งจะมีผลต่อการทำงานร่วมกัน เป้าหมายของการสร้างทีมงานจึงเป็น การสร้างทีมงาน ที่มีการทำงานอย่างมี ชีวิตชีวา แทนที่จะเป็นเหมือน เครื่องจักร และ มีการประสาน การทำงาน ของสมาชิกทุกคน ในทีมให้มุ่งสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน เมื่อพิจารณาจากความหมายดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ทีม หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่ทำงาน ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ช่วยกันทำงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เดียวกัน อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ร่วมงานต่างมี ความพอใจในการทำงานนั้น สำหรับ การสร้างทีมงาน นั้นสรุปได้ว่า หมายถึง ความพยายามทำให้ กลุ่มสามารถเรียนรู้การวินิจฉัยปัญหา เพื่อปรับปรุง ความสัมพันธ์ต่างๆ ในการทำงานให้ดีขึ้นทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งความสัมพันธ์เหล่านี้ จะมีผลต่อการทำงานให้เสร็จตามเป้าหมาย ดังนั้น ผู้บริหารงานที่จะประสบความสำเร็จ จำเป็นจะต้องหล่อหลอมทีมงานให้เป็น น้ำหนึ่งใจเดียวกัน รู้จักหาวิธีจูงใจที่เขา

การสร้างทีมนำการเปลี่ยนแปลงต้องเริ่มจากการหาคนที่เหมาะสม ที่มีความเป็นผู้นำ และมีประสบการณ์ ในเรื่องที่ต้องการพัฒนา มาสร้างความเชื่อและเป้าหมายร่วมกัน ในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในคลินิก สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สมาชิกทีมควรเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมา ระยะหนึ่งหรือได้รับการอบรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรค พยาธิสรีระ และการรักษาพยาบาล เนื่องจากความ ซ้ำซ้อนของสถานการณ์ของโรค จัดตั้งทีมควรมีคำสั่งแต่งตั้งพร้อมกำหนดหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษร ทีมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆที่รับผิดชอบการดูแลทางคลินิกของ กลุ่มเป้าหมาย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและPCU ในพื้นที่รับผิดชอบเดียวกัน ในการทำงานของทีม ใช้ หลักการทำงานแบบ AIC เป็นวิธีการในการเอาบุคคลที่จะทำงานร่วมกันทั้งหมดในระบบใดระบบหนึ่งเข้ามา ประชุมปฏิบัติการเพื่อดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันโดยทีมต้องมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ด้วยการระดมสมองเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องในแต่ละระดับ โดยมี ขั้นตอน 3 ขั้นตอนแทรกอยู่ในการดำเนินงาน คือ Appreciation, Influence, Control

Appreciation คือ การสร้างความชื่นชมในการทำงานร่วมกัน การรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในทีม ด้วยความรู้สึกไม่ต่อต้านต่อความคิดเห็นของสมาชิก ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นของตนเอง ในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง และเหตุผล และกลุ่มเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน เกิดพลังร่วมกันทำงานและเกิดเป็นเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมเท่าเทียม

Influence คือ ทุกคนในทีมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือความคิดของแต่ละคน เพื่อกำหนดวิธีการให้บรรลุเป้าหมาย โดยสมาชิกในทีมใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันด้วยเหตุผลทั้งในกรณีที่เห็นด้วยและที่ขัดแย้ง จนได้ผลลัพธ์ที่กลุ่มยอมรับได้ร่วมกัน

Control คือ สมาชิกในทีมสามารถเลือกรับผิดชอบในเรื่องใดด้วยความสมัครใจ และควบคุมตนเองด้วยความรู้สึกเป็นพันธะสัญญาต่อกลุ่ม ให้ปฏิบัติงานบรรลุผลตามเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

การพัฒนาบุคคลากร

การจัดระบบการพัฒนาศักยภาพของทีมผู้ให้บริการ ทั้งจากการสังเคราะห์ความต้องการระบบบริการ การสำรวจประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง และการทบทวนวรรณกรรม(90-97) สรุปความต้องการการพัฒนา ศักยภาพเพื่อการบริการแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เจ้าหน้าที่ควรมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ และมาตรฐานการรักษา และทักษะในประเด็นสำคัญ ดังนี้

- 1) มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ที่ทันสมัย
- 2) การสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลง (ทักษะการฟัง การเรียนรู้สถานะของผู้ป่วย การเสริมพลัง การตั้งเป้าหมาย การสะท้อนคิดตามวัฒนธรรมความเชื่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อวางแผน และการติดตามประเมินผลการดูแล)
- 3) การสนับสนุนอัตตาณัติของผู้ป่วย คือการเป็นผู้กำหนดตนเอง โดยมีความอิสระของเจตจำนง และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง
- 4) การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สมรรถนะการเรียนรู้ การดำรงชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และความเสี่ยง
- 5) การดูแลแบบบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง

การนำความรู้ทักษะการดูแลไปใช้เป็นการผลานในการดูแลตามปกติทั้งในส่วนการจัดบริการทางคลินิก การเยี่ยมบ้าน โดยมีหลักการที่สำคัญ 3 ประการ

- 1) การสนับสนุนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ในเวลาจำกัด บุคคลมีความสามารถในการให้ความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ไม่เกิน 20 นาที ดังนั้นเพื่อลดการทำงานของ Cognitive backlog(98, 99) การดำเนินการจึงต้องมีการเตรียมข้อมูลการประเมินปัญหา ล่วงหน้า และดำเนินการในช่วงเวลา ไม่เกิน 20 นาที ในกรณีที่ต้องอาศัยเวลามากกว่านี้ ต้องมีการหยุดทุก 15 นาทีเพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพการรับรู้ข้อมูล
- 2) การดำเนินการอยู่ภายใต้สถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีความเฉพาะ ไม่ใช่ความรู้ทั่วไป
- 3) การสนับสนุนการจัดการโรค ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องในทุกการเยี่ยมของผู้ป่วยทั้งที่ คลินิก และที่บ้าน จนครบ 6 อ.

การพัฒนาทักษะ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนพัฒนาการเปลี่ยนแนวความคิดการจัดการโรค เป็นการ พัฒนาทักษะ ที่ 1-3 จำนวน 5 วัน และ การพัฒนาทักษะการดำเนินการบริการ เป็นการพัฒนาทักษะ ที่ 4-5 จำนวน 2 วัน

การนำระบบบริการสู่การดูแลตามปกติ

การบริการแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีระยะเวลา 12 เดือน โดย 3 เดือนแรก เป็น ระยะเข้มข้น เจ้าหน้าที่จะประสานงานส่งต่อการดูแลสู่หน่วย PCU เพื่อการนัดพบทุก 3 สัปดาห์ เดือนที่ 4 – 8 ระยะป้องกันความล้มเหลว และ 4 เดือนสุดท้ายเป็นการประเมินผล โดยแต่ละรอบการนัด จะมี 6 ระยะ ดังภาพที่ 5

ขั้นตอนการดำเนินการ

การเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการโดย 2 วิธี

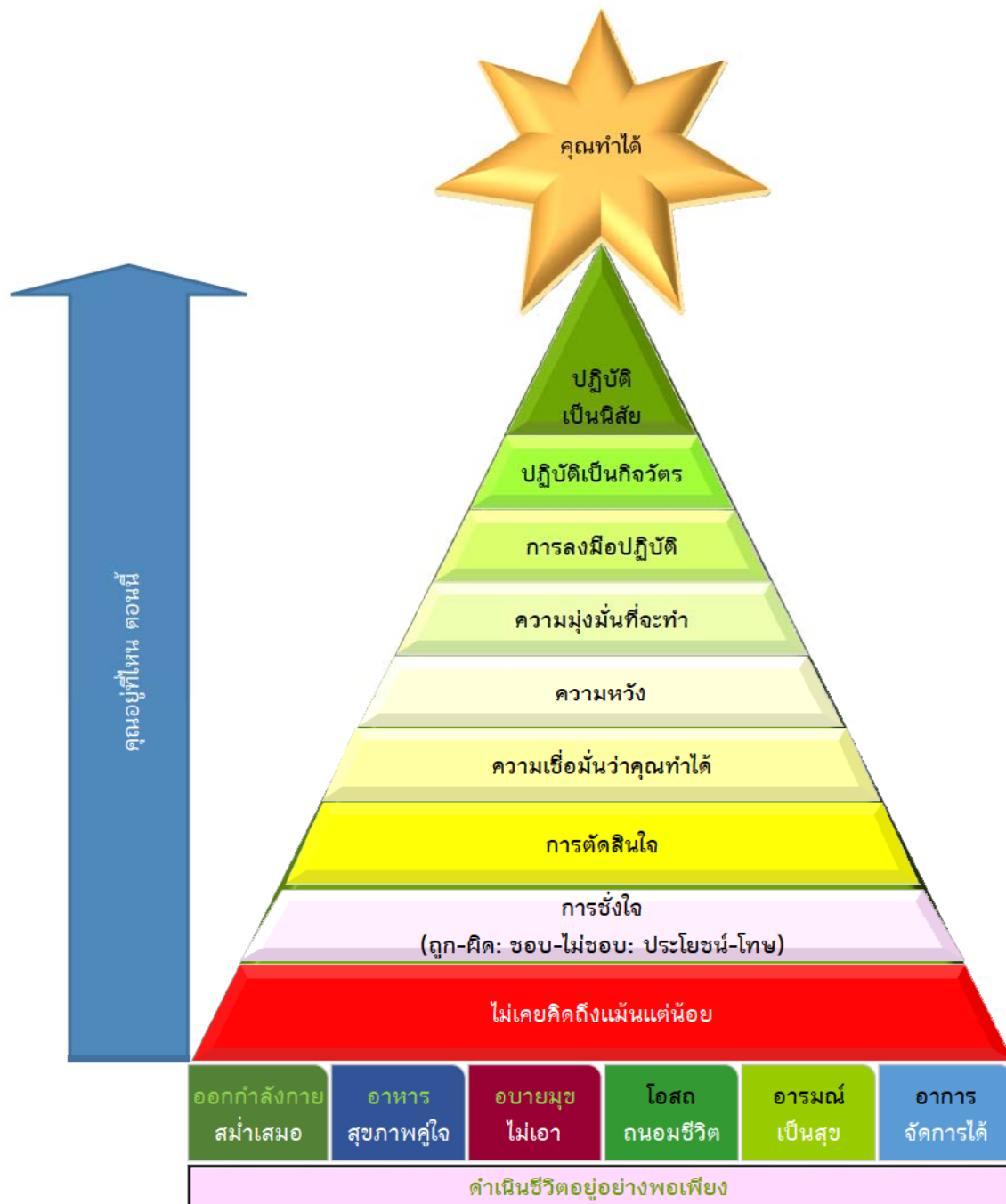
- 1.1 การสำรวจเพื่อคัดเลือกผู้รับบริการที่ต้องการความช่วยเหลือเข้าโครงการจากฐานข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยในพื้นที่ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ดี และเป็นการลงทะเบียนผู้รับบริการเพื่อการติดตามของประชากรป่วยในพื้นที่
- 1.2 การคัดกรองผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษา ในแต่ละครั้ง

ระยะก่อนการพบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรใช้เวลาในการสำรวจและศึกษาข้อมูลของผู้รับบริการทั้งข้อมูลทางคลินิกและประสบการณ์ การจัดการตนเองที่ผ่านมา ตามแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพ โดยกำหนดสิ่งที่ต้องพูดคุย โดยผู้รับบริการ เช่น คุณตามาตรวจวันนี้ ทราบผลการตรวจแล้ว คุณตามีข้อสงสัยอยากพูดคุยในเรื่องใด โดยการพูดคุย ควรมีเวลา ไม่เกิน 20 นาที

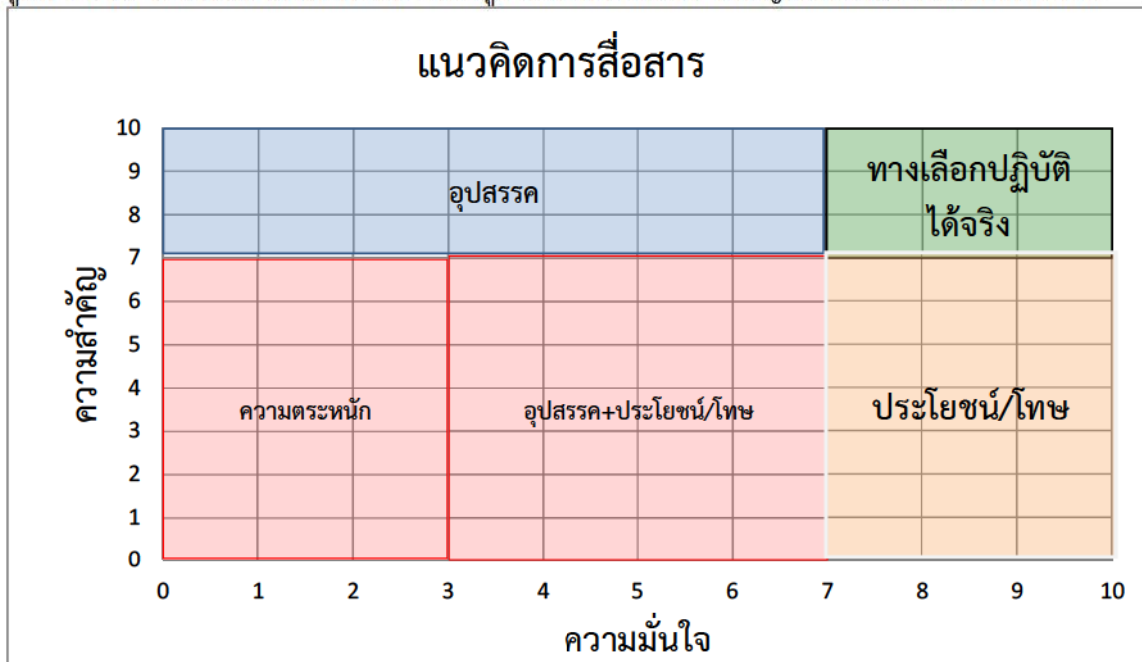
- 1) การทำความรู้จัก การเรียนรู้เป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรัง การเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยต้องมีความอดทน และความพยายามตลอดชีวิต ปัจจัยที่ก่อความแตกต่างเฉพาะบุคคลในการเรียนรู้ เช่น เพศ ระดับความสามารถในการอ่าน เขียน การพูด การได้ยิน บริบทที่อาศัย ความแตกต่างของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ด้วยแบบประเมินผู้ป่วยตามวิถีชีวิต และแบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคในชุมชน
- 2) การวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการแก้ไข ด้วยแบบการวางแผนการดูแล
- 3) การประเมินจุดยืนของผู้ป่วย รูปที่ 6

แต่ละบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทุกคนได้เข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายในบริบทของแต่ละบุคคล ซึ่งทำให้ประสบการณ์การเรียนรู้กลายเป็นความเฉพาะรายบุคคล เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพต้องเข้าใจประสบการณ์ที่แตกต่างนี้ก่อน การเรียนรู้เป็นกิจกรรมทางสังคม บุคคลรอบข้างในสังคมล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ เพื่อการแก้ปัญหาที่เกิดจากโรค อารมณ์ความรู้สึกเป็นอีกปัจจัยที่เข้ามามีส่วนในการสนับสนุนหรือขัดขวางความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ดังนั้นความพร้อมของผู้ป่วยที่จะเรียนรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่เจ้าหน้าที่ควรประเมินถึงความรู้สึกของผู้ป่วยว่าเล็งเห็นความสำคัญในการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพของตนเอง หรือความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองในการจัดการสุขภาพหรือประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคนาน้อยเพียงใด

รูปที่ 6 แนวทางการประเมินจุดยืนของผู้ป่วย

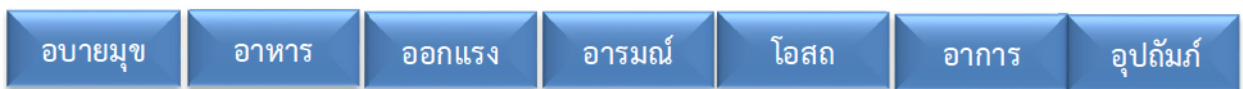


รูปที่ 7 การประมวลแนวทางการสื่อสารเมื่อผู้ป่วยให้คะแนนความสำคัญและความมั่นใจว่าตนเองทำได้



การกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดคุยเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยจูงใจ และอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง และเป็นสาเหตุหนึ่งของการพัฒนาแผนการแก้ไข ใช้แบบประเมินความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเอาชนะอุปสรรค

- 1.3 การสำรวจและแจกแจงปัญหาสุขภาพและทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบ 6 อ. สิ่งดีที่ต้องทำ ดังภาพ



- 4) จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องการเปลี่ยน และประเมินระดับความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลง

5) สำรองเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนและตั้งเป้าหมายเฉพาะแบบ SMART



เฉพาะ ชัดเจน มี ปริมาณ สถานที่ เวลา

วัดได้ รู้ว่า มากพอ หรือไม่

ต้องสามารถทำได้สำเร็จจริง ครั้งแรก ต้องเห็นผลภายใน 1 สัปดาห์

ต้องรู้สึกว่าคุณค่ากับปัญหา ผลที่จะเกิดอยู่

ต้องกำหนดเวลา

6) ปรับเป้าหมายให้มีความชัดเจนและสร้างแผนการดำเนินการปฏิบัติ

เพื่อการมุ่งเป้าหมาย และการคงไว้ซึ่ง

ที่เปลี่ยน ระบุสิ่งที่จะทำให้คุณอยู่ในการดำเนิน

เช่น ออกกำลังกายตอนเช้า ไม่เพียงพอ ต้องบอกว่าออกกำลังกาย

นานเท่าใดต่อครั้ง ทำเมื่อใด ที่ไหน



พฤติกรรม

ชีวิตจริง

แบบใด

1.4 ชักถามอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้

หลักโดยทั่วไปของการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ

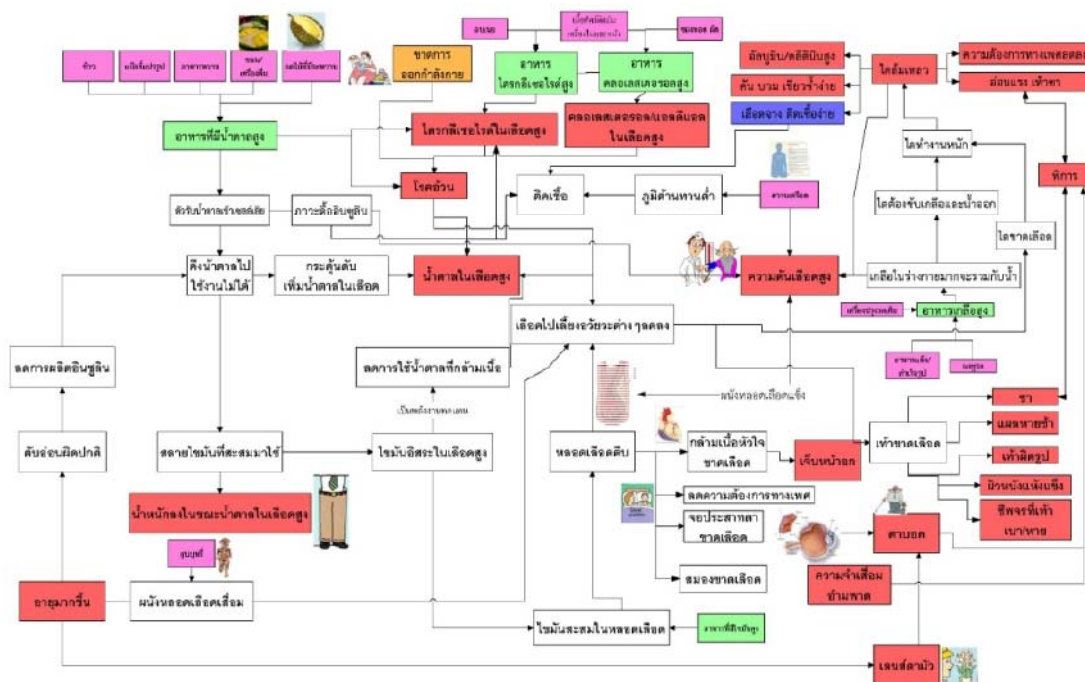
การแสดงว่าท่านอยู่ข้างผู้รับบริการ

บุคคล 2 คนจะพูดคุยกันอย่างเปิดเผย มีการถ่ายทอดข้อมูลอย่างลึกซึ้ง ก็ต่อเมื่อต่างฝ่ายต่างแสดงความเข้าใจในสถานการณ์ ความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีความเสมอภาคในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การสร้างความสัมพันธ์ดังกล่าว เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ปฏิบัติ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยจูงใจ และอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและเป็นสาเหตุหนึ่งของการพัฒนาแผนการแก้ไข

ลักษณะการพูดคุยที่แสดงว่าท่านอยู่ข้าง

- การแสดงว่าตั้งใจฟัง เช่น การผงกศีรษะ การสบตาและชะโงกตัวไปใกล้ ๆ
- การสะท้อนสิ่งที่ผู้รับบริการพูด เพื่อให้ทราบว่าคุณเข้าใจว่าผู้รับบริการกำลังบอกอะไร
- การใช้คำสะท้อนอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับบริการ
- การใช้คำถามว่า "คุณเข้าใจหรือเปล่า" โดยส่วนใหญ่มากกว่า 80% ยากที่จะตอบว่าไม่เข้าใจ ถึงแม้ว่าไม่เข้าใจเลย ดังนั้น การทดสอบว่าสิ่งที่ได้พูดคุยกับผู้รับบริการมีความเข้าใจหรือไม่ จึงควรเป็นการให้ผู้รับบริการสะท้อนสิ่งที่ได้พูดคุย การป้องกันการใช้ความคิดของตนเองตัดสินผู้รับบริการ เช่น การประณามว่าผลที่ให้คุณจะไม่หายากเท่านี้ ถ้าคุณคุมน้ำตาลได้

การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคที่สัมพันธ์กัน



บุคคลที่จะให้คำปรึกษา ควรได้รับการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคที่สัมพันธ์กัน เช่น กระบวนการพยาธิสรีระ สิ่งทีผลของกระบวนการเปลี่ยนแปลง ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการความเครียด เพื่อให้การให้คำปรึกษาที่มาจากความเข้าใจและเป็นความรู้ที่ได้รับการย่อยให้เกิดความเข้าใจที่ง่ายขึ้น ก่อนการถ่ายทอดสู่ผู้รับบริการ

การกำหนดปัญหา

เป็นการพูดคุยอยู่บนพื้นฐานความพร้อมของผู้รับบริการ ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ให้ประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เสนอการยอมรับที่ไม่มีเงื่อนไข การให้คำชมเมื่อเห็นการเปลี่ยนแปลงถึงแม้ว่ายังไม่ถึงเป้าหมาย เช่น คุณคิดว่าป่าเดินได้ 15 นาทีต่อวันเยี่ยมมากเลยคะ

การพัฒนาผู้รับบริการ

ทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

- ติดตามผลตนเอง เป็นเรื่องจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่จะติดตามผล
- ควบคุมตัวกระตุ้น ผู้ป่วยสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม
- การตั้งเป้าหมาย ทักษะการตั้งเป้าหมายทำให้ผู้ป่วยพัฒนาความคาดหวังที่เป็นจริง
- การสร้างความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยน ด้วยการสร้างการระลึกรู้ ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าความคิดมีอิทธิพลต่อทั้งอารมณ์รวมทั้งพฤติกรรม และความคิดเชิงบวกมีความสร้างสรรค์มากกว่าความคิดเชิงลบ โดยเฉพาะผู้ป่วยได้มุ่งไปยังเป้าหมายที่สามารถบรรลุถึงได้ แผนการโดยเฉพาะที่จะบรรลุเป้าหมายเหล่านั้น และความเชื่อในความสำเร็จ

การแก้ไขปัญหา ทักษะการแก้ไขปัญหาทำให้ผู้ป่วยจำแนกปัญหาปัจจุบันหรือสำคัญ ออกแบบการแก้ไข ดำเนินการ และประเมินความมีประสิทธิภาพ

การแก้ไขความล้มเหลว

อย่าตำหนิผู้ป่วย

ใช้ทักษะการแก้ปัญหา

ให้แรงกระตุ้นต่อไป การให้แรงกระตุ้นต่อไปสามารถช่วยให้ผู้ป่วยริเริ่มและยึดมั่นอยู่กับ

คำแนะนำ จำไว้เสมอว่าผู้ป่วยหลาย ๆ คน พบว่ามันยากที่จะเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเป็นเรื่องท้าทายอย่างยิ่ง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความจำกัดในการอ่านเขียน และอาศัยการเรียนรู้ด้วยวิธีการบอกต่อ เล่าสู่กันฟัง ดูจากภาพ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการสร้างการฝึกระวังตนเอง และความเข้าใจสภาวะของโรคและการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของโรคที่เกี่ยวข้อง การสร้างแผนที่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง การบันทึกผลการตรวจร่างกายด้วยภาพ



ความดันเลือด

น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

ด ค่าเอช ดี แอล โคเลสเตอรอล (เพศหญิง ≥ 50 เพศชาย ≥ 40)

ด้านการแสดงสถานะการบริการ

1. ชื่อสถานบริการ.....รหัสสถานบริการ.....
2. คลินิก รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการตามการให้บริการจริง รหัสคลินิก (CLINIC).....
3. เลขประจำตัว13หลัก
4. ชื่อ.....นามสกุล.....
5. HN.....
6. สิทธิการรักษา

สิทธิการรักษา	รหัส
☐ ไม่มีสิทธิใดๆ	
☐ หลักประกันสุขภาพ	
☐ ประกันสังคม	
☐ ข้าราชการ	
☐ รัฐวิสาหกิจ	
☐ เอกชน	
☐ บุคคลผู้พิการ	
☐ ผู้มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์	
☐ สมณะ	
☐ อสม	
☐ บุคคลที่มีสิทธิต่าง ตัว	
☐ อื่นๆ ระบุ	



แบบประเมิน
การบริการแบบบูรณาการ
ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ผศ.ดร.นภาพร วาณิชยกุลและคณะ





คำชี้แจง

เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ หมายถึง แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพอื่นๆที่ดูแลคุณ
ข้อความต่อไปนี้ จำนวน 2ก ข้อความ เป็นสิ่งที่คุณควรได้รับการเข้ารับการรักษาดูแลที่คลินิกผู้ป่วย
นอกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ณ. ☐รพ. ☐รพสต.....

โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่อง ☐ ทับหมายเลข ที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด

โดยกำหนดคุณภาพการบริการ เป็นค่าคะแนน ดังนี้

- 4 คะแนน หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพปฏิบัติตามข้อความได้อย่างดีมาก
- 3 คะแนน หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพปฏิบัติตามข้อความได้ดี
- 2 คะแนน หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพปฏิบัติตามข้อความได้ปานกลาง
- 1 คะแนน หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพควรปรับปรุงการปฏิบัติตามข้อความ
- 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยได้รับการบริการตามข้อความจากเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพเลย

ลำดับ	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับ บริการของคลินิกที่คุณได้รับการรักษาอย่างไร	ไม่เคย	ควร ปรับปรุง	ปาน กลาง	ดี	ดีมาก
1	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพกระตุ้นให้คุณคิดถึงความสะดวกของ การรับประทานอาหารกับการเคลื่อนไหวออกแรงในแต่ละ วัน	0	1	2	3	4
2	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพชี้แนะให้คุณเข้าร่วมโปรแกรม/ กิจกรรมในชุมชนที่สามารถช่วยให้คุณควบคุมโรคได้	0	1	2	3	4
3	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพกระตุ้นให้คุณรู้สึกว่าคุณคือบุคคล สำคัญในการควบคุมโรค	0	1	2	3	4
4	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพพูดจากับคุณอย่างสุภาพและยิ้มแย้ม แจ่มใส	0	1	2	3	4
5	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพอำนวยความสะดวกในการใช้บริการ หน่วยต่างๆที่นัดหมายมาตรวจ	0	1	2	3	4
6	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพบอกช่องทางในการติดต่อขอ คำปรึกษา/ความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ เมื่อ เกิดปัญหาสุขภาพก่อนวันนัด	0	1	2	3	4
7	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพให้คุณเป็นผู้กำหนดว่าคุณจะ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างไรเพื่อควบคุมโรค	0	1	2	3	4
8	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพจัดให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลคุณเข้ามา มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง กิจกรรมที่ช่วยให้คุณ ควบคุมโรคได้	0	1	2	3	4
9	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพช่วยวางเป้าหมายที่พอเหมาะกับการ ดำเนินชีวิตตามปกติของคุณในการควบคุมโรค	0	1	2	3	4

ลำดับ	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับบริการของคลินิกที่คุณรับการรักษาอย่างไร	ไม่เคย	ควรปรับปรุง	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
10	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพช่วยวางแผนสิ่งที่ต้องทำเวลาที่มีอาการแย่ ล่วงหน้าเพื่อให้คุณสามารถจัดการโรคที่เป็นได้	0	1	2	3	4
11	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพช่วยเหลือในการวางแผนการปฏิบัติตัวที่คุณสามารถนำไปทำได้ในชีวิตประจำวัน	0	1	2	3	4
12	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพช่วยให้คุณคิดหาวิธีการต่างๆเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการควบคุมโรค เมื่ออยู่บ้าน	0	1	2	3	4
13	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพจัดให้คุณได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่นๆ ขณะรอตรวจ เพื่อช่วยให้คุณควบคุมโรคได้ดีขึ้น	0	1	2	3	4
14	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพชี้แจงวิธีการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคหลายรูปแบบให้คุณตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับคุณได้	0	1	2	3	4
15	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพซักถามคุณเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนความเป็นอยู่เพื่อควบคุมโรค	0	1	2	3	4
16	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพตั้งใจฟังคุณอธิบายปัญหาหรืออาการต่างๆที่คุณเผชิญอยู่	0	1	2	3	4
17	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพเปิดโอกาสให้คุณถามเกี่ยวกับปัญหาข้อสงสัยต่างๆ เช่น ยา ผลของการใช้ยา หรือการปฏิบัติตัว	0	1	2	3	4
18	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพพูดคุยถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันของคุณ	0	1	2	3	4
19	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพเชื่อมโยงการดูแลคุณกับสถานบริการใกล้บ้าน/อสม เมื่อคุณต้องการความช่วยเหลือ	0	1	2	3	4
20	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพทำให้คุณเข้าใจการออกฤทธิ์ของยาแต่ละตัว วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง และการป้องกันผลข้างเคียง	0	1	2	3	4

เอกสารอ้างอิง

1. นภาพร วาณิชกุลและคณะ. ผลการดำเนินงานโครงการสาธิตระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดผิดปกติ กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555.
2. Bao Y, Casalino LP, Pincus HA. Behavioral Health and Health Care Reform Models: Patient-Centered Medical Home, Health Home, and Accountable Care Organization. Behavioral Health and Health Care Reform. 2013;40(1):121-32.
3. Eisenstat SA, Ulman K, Siegel AL, Carlson K. Diabetes group visits: integrated medical care and behavioral support to improve diabetes care and outcomes from a primary care perspective. Curr Diab Rep. 2013 Apr;13(2):177-87. PubMed PMID: 23207990.
4. Health Quality O. In-home care for optimizing chronic disease management in the community: an evidence-based analysis. Ontario health technology assessment series. 2013;13(5):1-65. PubMed PMID: 24167539. Pubmed Central PMCID: 3804052.
5. Linden A, Butterworth SW, Prochaska JO. Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2010;16(1):166-74. PubMed PMID: 48063187.
6. Lister Z, Fox C, Wilson CM. Couples and Diabetes: A 30-Year Narrative Review of Dyadic Relational Research. Contemporary Family Therapy. 2013;35(4):613-38.
7. McMillan SS, Kendall E, Sav A, King MA, Whitty JA, Kelly F, et al. Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. Med Care Res Rev. 2013 Dec;70(6):567-96. PubMed PMID: 23894060. Epub 2013/07/31. eng.
8. Park YH, Chang H, Kim J, Kwak JS. Patient-tailored self-management intervention for older adults with hypertension in a nursing home. Journal of Clinical Nursing. 2012 Sep 1. PubMed PMID: 22937977. Epub 2012/09/04. Eng.
9. Savigny Dd, Adam T. Systems thinking for health systems strengthening: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization; 2009.
10. American Diabetes A. Standards of medical care in diabetes--2014. Diabetes Care. 2014 Jan;37 Suppl 1:S14-80. PubMed PMID: 24357209.
11. Lloyd CE, Hill J, Webb J, Tahrani AA. Challenges to good diabetes care. 2011. In: ODL Type 2 Diabetes [Internet]. Oxford University Press.
12. Moore K, Jiang L, Manson SM, Beals J, Henderson W, Pratte K, et al. Case management to reduce cardiovascular disease risk in American Indians and Alaska Natives with diabetes: results from the Special Diabetes Program for Indians Healthy Heart Demonstration Project. Am J Public Health. 2014 Nov;104(11):e158-64. PubMed PMID: 25211728. Pubmed Central PMCID: 4202936.



แบบประเมินผู้ป่วยแบบครอบคลุมมิติการดำเนินชีวิต

ส่วนที่ 1: Personal table ข้อมูลส่วนบุคคล (สถานะ ความเชื่อส่วนบุคคล)

1. วันเกิด วันที่ เดือน..... พ.ศ..... (อายุ คำนวณเป็นอายุN.....ปี.....N.....เดือน)
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. เชื้อชาติ ☐ ไทย ☐ อื่นๆ ระบุ..... สัญชาติ ☐ ไทย ☐ อื่นๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด ☐ ไม่ระบุ/ไม่ทราบ
☒ ไม่ได้ผ่านการศึกษาระบบโรงเรียน ☒ ก่อนประถมศึกษา ☒ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี ☐ อื่นๆ ระบุ.....
5. สถานภาพทางสมรส (รหัสของกระทรวงมหาดไทย)
☐ โสด ☒ สมรส/อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ สมณะ ☐ ไม่ระบุ/ไม่ทราบ
6. อาชีพหลักในปัจจุบัน

วันที่ประเมิน	อาชีพ	เวลาการทำงาน	ลักษณะการทำงาน
	(รหัสอาชีพของกระทรวงมหาดไทย)	☐ ทำงานเช้า-เย็น ☐ ทำงานเป็นกะ สลับเวลา ☐ ทำงานช่วงบ่าย-ค่ำ ☐ ทำงานช่วงค่ำ-เช้า ☐ มีงานนอกเวลาบางครั้ง ☐ มีงานนอกเวลาเป็นประจำ ☐ มีวันหยุด 2 วัน/สัปดาห์ ☐ มีวันหยุด 1 วัน/สัปดาห์ ☐ มีวันหยุดไม่แน่นอน ☐ มีวันหยุดเป็นช่วง	☐ นั่ง ☐ เดิน ☐ ต้องใช้แรงงานแบกหาม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

7. ผู้หารายได้หลัก (mfinance) ☒ 1 ใช่ ☐ 0 ไม่ใช่
8. รายได้ส่วนตัว (pincomer)N.....บาทต่อ ☐ เดือน ☐ ปี (รายได้ส่วนตัวต่อเดือน (pincomem = pincomer/12 if unit เป็นปี or = pincomer if unit เป็นเดือน
9. รายได้ครอบครัว (fincomer)N.....บาทต่อ ☐ เดือน ☐ ปี (รายได้ครอบครัวต่อเดือน (fincomem = fincomer/12 if unit เป็นปี or = fincomer if unit เป็นเดือน
10. ข้อไหนที่อธิบายถึงรายได้ของคุณได้อย่างดีที่สุด (suffinc)
☒ 0 ไม่เพียงพอ ☐ 1 เพียงพอแต่ไม่มีเก็บสะสม ☒ 2 เหลือเงินที่จะสะสมบ้าง ☒ 3 มีเงินเหลือเก็บ



11.

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง Pfunction	0=ไม่ได้เลย	1 = น้อย	2 =ปานกลาง	3 = ดี
การเขียน writing				
อ่านหนังสือได้เข้าใจ reading				
พูดคุยกับคนอื่นได้รู้เรื่อง comunic				
ได้ยินเสียงชัดเจน hearing				
มองเห็นสิ่งต่างๆได้ชัดเจน seeing				
การจำ memory				
การตัดสินใจ decision				
ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ADL				
ไปไหนมาไหนด้วยตนเอง commute				

ความสามารถของคุณ

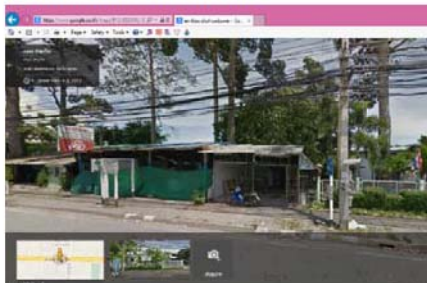
Pfunction = Average of all functions

0=ไม่ได้เลย		1 = น้อย		2 =ปานกลาง		3 = ดี		
วันที่ประเมิน.....								
การเขียน writing	การอ่าน reading	การพูดคุย comunic	การได้ยินเสียง hearing	การมองเห็น seeing	การจำ memory	การตัดสินใจ decision	กิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเอง ADL	การเดินทาง ด้วยตนเอง commute



ส่วนที่ 2: ข้อมูลครอบครัวและชุมชน

1. GPS ตำแหน่งบ้าน และสถานที่ใกล้เคียง



2. วิธีเดินทางมาโรงพยาบาล travelhos

- ☐ 1 เดิน ☐ 2 รถส่วนตัว (รถยนต์/จักรยานยนต์/จักรยาน) ☐ 3 รถโดยสารสาธารณะ (รถเมล์/รถสองแถว)
☐ 4 รถรับจ้างสาธารณะ (41แท็กซี่/42จักรยานยนต์รับจ้าง/43รถรับจ้างเฉพาะงาน) 5อื่นๆ ระบุ travelhosot...

3. อาศัยอยู่กับ livinwith

- ☒ 0 อยู่ตามลำพัง ☐ 1 อยู่กับพ่อแม่ ☐ 2 เพื่อนๆ
☒ 3 อยู่กับครอบครัวเดี่ยว ☐ 1 คู่สมรส ☐ 2 ลูก ๆ
☒ 4 อยู่กับครอบครัวใหญ่ ☐ 1 พ่อแม่ ☐ 2 ญาติ พี่น้อง ☐ 3 คู่สมรส ☐ 4 ลูก ☐ 5 หลาน
☐ อื่นๆ 5 ระบุ..... livingcharot.....

ดย นายก อยู่กับพ่อ แม่ ภรรยา ลูก หลาน รหัส = 41345

4. ลักษณะบ้าน homecharc

- ☐ 1 บ้านของตนเอง ☐ 2 บ้านสวัสดิการ ☐ 3 บ้านเช่า ☐ 4 อาศัยเจ้าของบ้านอยู่

5. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

- ☒ 0 รักใคร่ช่วยเหลือกันดี ☐ 1 ได้รับความช่วยเหลือยามจำเป็น ☒ 2 ต่างคนต่างอยู่

6. การพึ่งพาในครอบครัว

- ☒ เป็นผู้ถูกพึ่งพา จำนวนคน ☒ 2 ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว ☐ 3 ไม่มีการพึ่งพา

7. การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

- ☒ ไม่รับรู้ ☒ รับรู้แต่ไม่สามารถช่วยเหลือ ☐ รับรู้ให้การช่วยเหลือบางส่วน ☒ รับรู้ให้การช่วยเหลืออย่างดี

8. บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วยเป็นประจำ

- ☒ ไม่มี ☐ มี

1) ชื่อ.....ความเกี่ยวข้อง ☐ ลูก ☐ คู่สมรส ☐ ญาติ พี่น้อง ☐ เพื่อน ☐ รับจ้างดูแล

2) ชื่อ.....ความเกี่ยวข้อง ☐ ลูก ☐ คู่สมรส ☐ ญาติ พี่น้อง ☐ เพื่อน ☐ รับจ้างดูแล

3) ชื่อ.....ความเกี่ยวข้อง ☐ ลูก ☐ คู่สมรส ☐ ญาติ พี่น้อง ☐ เพื่อน ☐ รับจ้างดูแล

9. สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่อาศัยหรือทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

- ☐ ทางสำหรับขี่จักรยาน ☐ ลานออกกำลังกาย ☐ ตลาด/แหล่งอาหารสุขภาพ
☐ สวนสาธารณะ ☐ ทางเท้าให้เดิน ☐ ร้านน้ำชา/กาแฟ
☐ ร้านสะดวกซื้อ ☐ ร้านอาหารปรุงเสร็จ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2: ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ (ประเมินตามพฤติกรรมเฉพาะที่เป็นปัญหา)

การประเมิน 7 อ. เมื่อประเมินเกิดผลการเปลี่ยนสีจากน้ำเงิน (ยังไม่ได้ประเมิน) สู่ผลประเมินตามสี

				แผนการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ					
					ประเมิน	วางแผน	ปฏิบัติ	ติดตาม	ประเมินผล
ผลไม้	ขนม	เครื่องดื่ม	อาหารหลัก	อาหาร	date				
		ออกกำลังกาย	การทำงาน	ออกกำลังกาย					
		สมุนไพร	กินยา	โอสถ					
		การพักผ่อน	ความเครียด	อารมณ์					
สมอง	เท้า	หัวใจ	กล้ามเนื้อ	ผิวหนัง	ไต	ตา			
สารเสพติด	บุหรี่	แอลกอฮอล์	การพนัน	อบายมุข	02/05/57	02/05/57	05/08/57		
		ชุมชน	ครอบครัว	อุปถัมภ์					

1. ในช่องว่าง ให้คลิกและปรากฏวันที่ today เมื่อมีความก้าวหน้าในขั้นตอนจะปรากฏ ครั้งที่ 1 ประเมิน ปรากฏวันประเมิน เกณฑ์

สีแดง = 0 ไม่พร้อมทำ สีเหลือง = 1 ทำบางส่วน สีเขียว = 2 ครบถ้วน

ดังตัวอย่างในอบายมุข เมื่อกลับมาในเดียน 11 พบว่าปฏิบัติไม่ได้ ต้องกลับมาประเมินและวางแผนใหม่
ครั้งที่ 1 ผู้ป่วย เปลี่ยนคะแนน

NO.2	NO. 2	NO. 2		
06/11/57	06/11/57	06/11/57		

date	13 หลัก	HN	VN	nochange	behavior	
02/05/57	11111111111	11111111111	111111	1	อบายมุข	0= ปฏิบัติไม่ได้ 1= ปฏิบัติได้



- เมื่อผู้ป่วยตอบแบบประเมินด้านล่าง ด้วยเครื่องคอม ข้อมูลต้อง link เข้าให้พยาบาล ผู้จัดการรายกรณี เพื่อให้การดูแลต่อ
- คำตอบจะปรากฏการเปลี่ยนสีในแต่ละbutton เช่น การใช้สารเสพติด ไม่เคย ไม่เคยออก กำลังกาย
- เมื่อการดูแล ประเมินผล พบว่าปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ สีเขียวปรากฏในพฤติกรรมนั้นๆ

วันที่	พฤติกรรม ประเมินปีละครั้งในเดือนเกิด หรือในนัดมาโรงพยาบาล 1 เดือนก่อน หรือหลังวันเกิด คำนวณให้เดือน กรณีสีแดง เหลือง ตามประเด็นปัญหา	ผลการ ประเมิน
วัน/เดือน/พค auto stamp	1. การใช้สารเสพติด (drugaddi) ☐ 0 ไม่ใช้ ☐ 1 ใช้	อบายมุข
	2. การสูบบุหรี่ ☐ 0 ไม่เคยสูบเลย ☐ 1 เลิกสูบแล้ว ☐ 2 สูบอยู่	อบายมุข
	3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์) ☐ 0 ไม่เคยดื่ม ☐ 1 เลิกดื่มแล้ว ☐ 2 ดื่ม	อบายมุข
	4. การพนัน ☐ ไม่เคย ☐ เลิกเล่นแล้ว ☐ เล่น	
	5. การเลือกทานอาหารอ่อนหวาน มันและเค็ม ☐ เป็นประจำ ☐ ทำได้ไม่สม่ำเสมอ ☐ ไม่ปฏิบัติ	อาหาร
	6. การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (กาแฟ ชา เครื่องดื่มบำรุงกำลัง น้ำอัดลม) ☐ ไม่เคยดื่ม ☐ เลิกดื่มแล้ว ☐ ดื่ม	อาหาร
	7. การรับประทานผักในปริมาณ 1 ใน 3 ของปริมาณอาหารที่รับประทาน ☐ เป็นประจำ ☐ ทำได้ไม่สม่ำเสมอ ☐ ไม่ปฏิบัติ	อาหาร
	8. การรับประทานผลไม้ ที่มีรสหวานจัด ☐ เป็นประจำ ☐ ทำได้ไม่สม่ำเสมอ ☐ ไม่ปฏิบัติ	



วันที่	พฤติกรรม ประเมินปีละครั้งในเดือนเกิด หรือในนัดมาโรงพยาบาล 1 เดือนก่อน หรือหลังวันเกิด คำนวณให้เดือน กรณีสีแดง เหลือง ถามประเด็นปัญหา	ผลการ ประเมิน
	1. ข้อมูลต่อไปนี้ข้อใดที่แสดงลักษณะของอาชีพปัจจุบันหรืออาชีพเดิมของคุณที่สุด ☐ ส่วนใหญ่หิ้วทำงานโดยที่มีการเคลื่อนไหวของแขนเล็กน้อย ☐ หิ้วหรือยืนและเดินบ้าง ☐ เดินและทำงานโดยใช้มือยกของที่หนัก น้อยกว่า 20 กิโลกรัม ☐ เดินและทำงานโดยใช้มือยกของที่หนักมากกว่า 20 ก.ก.	การทำงาน การทำงาน การทำงาน
	9. การเคลื่อนไหวออกแรง จนมีการหายใจเร็วขึ้นและมีเหงื่อออก เป็นประจำ อย่างน้อยวันละ 30 นาที 5-6 วันต่อสัปดาห์ ☐ เป็นประจำ ☐ ทำได้ไม่สม่ำเสมอ ☐ ไม่ปฏิบัติ	ออกกำลังกาย ออกกำลังกาย ออกกำลังกาย
	10. ความรู้สึกเครียด มีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ☐ ไม่มี ☐ มีแต่ไม่กระทบการดำเนินชีวิต ☐ มีส่งผลให้เครียดในการดำรงชีวิต	อารมณ์ อารมณ์ อารมณ์
	11. การพักผ่อนนอนหลับ ☐ เพียงพอด้วยความสดชื่น ☐ พักผ่อนนอนหลับน้อยแต่ไม่กระทบการดำเนินชีวิต ☐ พักผ่อนนอนหลับน้อยจนส่งผลการดำรงชีวิต	การนอน การนอน การนอน
	12. การจัดการยาตามแผนการรักษา ☐ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ☐ หลงลืมบางครั้ง ☐ หลงลืมเป็นประจำ	โอสด โอสด โอสด
	13. การรับประทานอาหาร สมุนไพร อาหารเสริม ☐ ไม่เคยทาน ☐ ทานไม่สม่ำเสมอ ☐ เป็นประจำ ☐ มีสัญญาณลักษณะ ออ. ☐ ไม่มีสัญญาณลักษณะ ออ.	โอสด โอสด โอสด
	14. การสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการ และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (ตา ไต สมอง เท้า หัวใจ ผิวหนัง และกล้ามเนื้อ) ☐ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ☐ ปฏิบัติได้บางครั้ง ☐ ไม่ได้ปฏิบัติ	อาการ อาการ อาการ



วันที่	พฤติกรรม ประเมินปีละครั้งในเดือนเกิด หรือในนัดมาโรงพยาบาล 1 เดือนก่อน หรือหลังวันเกิด คำนวณให้เดือน กรณีสีแดง เหลือง ถามประเด็นปัญหา	ผลการ ประเมิน
	15. ความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพจากครอบครัว ☒ สม่ำเสมอ ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ได้ปฏิบัติ	ครอบครัว ครอบครัว ครอบครัว
	16. สภาพชุมชนที่อาศัยมีการส่งเสริมสุขภาพที่ใช้ประโยชน์ได้ ☒ ดีมาก ☐ พอใช้ ☐ ไม่ดี	ชุมชน ชุมชน ชุมชน

17. โปรดระบุสิ่งสนับสนุน และอุปสรรคที่สำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

วันที่	พฤติกรรม	สนับสนุน	อุปสรรค
	ขึ้นเฉพาะ POPUP LIST 7อ ที่มีสีแดง	List in the table supports	List in the table obstacle

แบบประเมินผู้พลยในการเชื่อมบ้าน

อบายมุข

สิ่งเสพติด

- ID 13 หลัก
- HN
- VN
- Date วันที่.../เดือน.../พศ.....
- Alarm appointment to do annual checking (รอบวันเกิด 1-2 เดือน ก่อนและหลังวันเกิด)
- ข้อ 1-4 จาก ตารางบน
- ประวัติการใช้สารเสพติด โปรดระบุ
ชนิด ☐ ใบกระท่อม ☐ กัญชา ☐ ยาบ้า ☐ ยาม้า ☐ ยาอี ☐ เฮโรอีน ☐ อื่นๆ ระบุ.....
ปริมาณ.....

ปริมาณ.....ตัวเลข....	หน่วยวัด มวน, เม็ด, เข็ม	ต่อ วัน เดือน หรือปี
-----------------------	--------------------------	----------------------

ความถี่
☐ 3 ทุกวัน ☐ 2-3 - 5 วัน / สัปดาห์ ☐ 1 น้อยกว่า 3 วัน / สัปดาห์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
Refer ผู้ป่วยเพื่อการบำบัด ☐ ยังไม่พร้อม ☐ ส่งนัดเรียบร้อยแล้ว วันที่...../...../.....

8. ประวัติการสูบบุหรี่

- ☐ เลิกสูบแล้ว นานปี.....เดือน.....วัน
- ☐ สูบ ปริมาณ.....มวน/วัน สูบต่อเนื่องมานาน.....ปี.....เดือน
- คุณสูบบุหรี่มานานหลังจากตื่นนอนประมาณ.....นาที่
- ลักษณะการสูบ

จำนวนมวน.....

ต่อวัน

ตื่นนอน	มือเช้า	สาย	มือเที่ยง	บ่าย	เย็น	มือเย็น	ค่ำ	ก่อนนอน
---------	---------	-----	-----------	------	------	---------	-----	---------

งดสูบบุหรี่.....

ที่สุด

ใส่ตัวเลข 1-9 ตามลำดับ 1 หมายถึงงดสูบบุหรี่ได้ง่ายเป็นอันดับที่ 1 จนถึง 10 หมายถึงงดสูบบุหรี่ได้ง่ายเป็นอันดับที่ 10

9. ภายในเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยเลิกสูบบุหรี่แล้วหรือไม่

- ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ จำนวนครั้งที่เคยพยายามอดบุหรี่..... ครั้ง
- ในแต่ละครั้งโดยเฉลี่ยคุณอดบุหรี่ได้นาน.....ปี.....เดือน.....วัน
- ครั้งสุดท้ายเลิกบุหรี่ได้นาน.....ปี.....เดือน.....วัน

10. ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์)

- ☐ เลิกดื่มแล้ว นานปี.....เดือน.....วัน ข้ามไปตอบข้อที่ 6
- ☐ ดื่ม ชนิดที่ดื่มเป็นประจำตามลำดับ 1.....2.....3.....
- ปริมาณ.....ขวด.....แก้ว/วัน.....
- ความถี่ ☐ < 4 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์



☐ 2-4 ครั้ง/เดือน ☐ เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า

11. ผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

☐ ไม่มี

☐ มี ☐ สติปัญญา ความจำ ☐ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลครอบครัว เพื่อน
☐ การทำงาน ☐ เศรษฐกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สิ่งเสพติด

12. ประวัติการเล่นการพนัน ระบุประเภทการเล่นประเภทการพนันที่เคยเล่น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ห่วยใต้ดิน ☐ ฉลากกินแบ่งรัฐบาล ☐ พนันบอล/มวย ☐ ชนไก่/แข่งม้า/ปลากัด ☐ ไพ่

☐ ไฮโล

☐ อื่นๆ ระบุ.....

13. ความถี่ในการเล่นการพนันของท่าน ☐ เล่นเป็นประจำ ☐ นานๆเล่นครั้ง

14. จำนวนเงินที่ใช้เล่นในแต่ละครั้ง

☐ 100-500 บาท ☐ 501-1,000 บาท ☐ 1,001-1,500 บาท ☐ 1,501-2,000 บาท ☐ 2,000

บาทขึ้นไป

15. สถานที่ส่วนใหญ่ที่เล่นพนัน ☐ ที่บ้าน ☐ ที่ทำงาน ☐ บ้านเพื่อน ☐ อื่นๆ

ระบุ.....

16. การประเมินความรุนแรงในการติดพนัน

พฤติกรรมติดพนัน	ความบ่อยครั้งที่เกิด		
Gameaddic 01-10	1	2	3
1) มีความรู้สึกลอยเล่นพนันตลอดเวลา	☐ ไม่เคย	☐ บางครั้ง	☐ เป็นประจำ
2) เคยเลิกเล่นหลายครั้ง แต่ไม่สำเร็จ	☐ ไม่เคย	☐ บางครั้ง	☐ เป็นประจำ
3) หากเลิกเล่นจะเกิดอาการกระวนกระวาย หรือเมื่อมีใคร ตำหนิเรื่องพนัน จะโกรธง่าย	☐ ไม่เคย	☐ บางครั้ง	☐ เป็นประจำ
4) มีความรู้สึกว่ายากเล่นพนันเพื่อหนีปัญหาต่างๆ	☐ ไม่เคย	☐ บางครั้ง	☐ เป็นประจำ
5) หลังจากสูญเสียเงินไปกับการพนันแล้ว จะพยายามแก้ตัวด้วย การไปเล่นในวันถัดไป	☐ ไม่เคย	☐ บางครั้ง	☐ เป็นประจำ
6) โกหกสมาชิกในครอบครัว เพื่อปกปิดเรื่องการพนัน	☐ ไม่เคย	☐ บางครั้ง	☐ เป็นประจำ
7) กระทำสิ่งผิดกฎหมาย หรือก่ออาชญากรรม เพื่อให้ได้เงิน มาเล่นพนัน	☐ ไม่เคย	☐ บางครั้ง	☐ เป็นประจำ
8) บกพร่องหรือสูญเสียหน้าที่การงาน การเรียนจากการพนัน	☐ ไม่เคย	☐ บางครั้ง	☐ เป็นประจำ
9) ยอมทำตามคำสั่งคนอื่นเพื่อให้ช่วยเหลือเรื่องเงินในการเล่น พนัน	☐ ไม่เคย	☐ บางครั้ง	☐ เป็นประจำ
10) เพิ่มจำนวนเงินในการเล่นแต่ละครั้ง เพื่อให้รู้สึกตื่นเต้นมาก กว่าเดิม	☐ ไม่เคย	☐ บางครั้ง	☐ เป็นประจำ



การออกกำลังกาย

2. ในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณได้ออกกำลังกายในการทำงาน หรือยามว่างอย่างไรบ้าง โปรดระบุ

ประเภทการออกกำลังกายที่ทำ	ช่วงเวลาที่ใช้ปฏิบัติ	ระยะเวลา แต่ละครั้ง (นาที)	ความถี่ใน 1 สัปดาห์ (ครั้ง)	คุณทำมานาน		
				วัน	เดือน	ปี
รหัสกิจกรรม ตามความ รุนแรงของกิจกรรม (MET)	☐ เข้า ☐ บ่าย ☐ เย็น					
	☐ เข้า ☐ บ่าย ☐ เย็น					
	☐ เข้า ☐ บ่าย ☐ เย็น					

3. อุปสรรคการออกกำลังกาย

- ☐ ไม่มี ☐ เวลา ☐ บทบาทหน้าที่ต่อครอบครัว ☐ ไม่ชอบเหง้ออก
☐ อายรูปร่าง ☐ ไม่ชอบสังคมกับคนอื่นเยอะๆ ☐ อื่นๆ ระบุ.....



FOOD TABLE อาหารและเครื่องดื่ม

ข้อ 18-21 ประเมิน ปีละ 1 ครั้ง ในเดือนเกิด

18. การเลือกทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ	☐ เป็นประจำ	☐ ทำได้ไม่สม่ำเสมอ	☐ ไม่ปฏิบัติ
19. การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (กาแฟ ชา เครื่องดื่มบำรุงกำลัง น้ำอัดลม)	☐ ไม่เคยดื่ม	☐ เลิกดื่มแล้ว	☐ ดื่ม
20. การรับประทานผักในปริมาณ 1 ใน 3 ของปริมาณอาหารที่รับประทาน	☐ เป็นประจำ	☐ ทำได้ไม่สม่ำเสมอ	☐ ไม่ปฏิบัติ
21. การรับประทานผลไม้ ที่มีรสหวานจัด	☐ เป็นประจำ	☐ ทำได้ไม่สม่ำเสมอ	☐ ไม่ปฏิบัติ

- รสชาดอาหารที่ชอบรับประทาน ☐ หวาน ☐ เค็ม ☐ เฝื่อน ☐ เปรี้ยว
- ลักษณะอาหารที่รับประทานประจำ ☐ ของทอด ☐ ต้ม/ตุ๋น ☐ นึ่ง ☐ ย่าง ☐ ผัด
- ให้คุณนึกถึงอาหาร ขนม ผัก ผลไม้ เครื่องดื่ม และเครื่องปรุงที่คุณชอบกินหรือใช้เป็นประจำ โปรดระบุ ตามหมวดข้างล่าง โดยเรียงลำดับจากสิ่งที่คุณรับประทานมากที่สุด 5 อันดับจากมาก ไปหาน้อย

ลักษณะการรับประทานอาหาร

ประเมินวันที่...../เดือน...../ปี.....

Date	อาหารหลัก	ขนม	ผัก	ผลไม้	เครื่องดื่ม	เครื่องปรุง
วันที่...../เดือน...../พศ.....	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3
	4	4	4	4	4	4
	5	5	5	5	5	5

- ประวัติการใช้เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน วันที่ประเมิน.....

ชนิด	ปริมาณที่ดื่ม	ช่วงเวลาที่ยดื่ม
☐ กาแฟดำ ☐ กาแฟสำเร็จรูป ☐ กาแฟสำเร็จรูป ลดน้ำตาล ☐ กาแฟ ชง ☐ น้ำตาลช้อน/แก้ว	แก้วต่อวัน	☐ ก่อนอาหารเช้า ☐ หลังอาหารเช้า ☐ กลางวัน ☐ บ่าย ☐ เย็น ☐ ค่ำ

HOSID.....
วันที่.....



ชนิด	ปริมาณที่ดื่ม	ช่วงเวลาที่ดื่ม
☐ นมสด ☐ ครีมเทียม.....ช้อน/แก้ว ☐ กาแฟสด ☐ ร้อน ☐ เย็น		
☐ ชาร้อน ☐ ชาเย็น ☐ ชาดำเย็น ☐ ชานมร้อน ☐ ชานมเย็น	แก้วต่อวัน	☐ ก่อนอาหารเช้า ☐ หลังอาหารเช้า ☐ กลางวัน ☐ บ่าย ☐ เย็น ☐ ค่า
☐ เครื่องดื่มบำรุงกำลัง ระบุชนิด.....	ขวดต่อวัน	☐ ก่อนอาหารเช้า ☐ หลังอาหารเช้า ☐ กลางวัน ☐ บ่าย ☐ เย็น ☐ ค่า
☐ น้ำอัดลม ระบุชนิด.....	ขวดต่อวันแก้วต่อวัน	☐ ก่อนอาหารเช้า ☐ หลังอาหารเช้า ☐ กลางวัน ☐ บ่าย ☐ เย็น ☐ ค่า

5. อุปสรรคในการเข้าถึงอาหารที่เหมาะสมกับโรค

- ☐ เศรษฐฐานะในการจับจ่ายอาหาร ☐ ความชอบของคนในครอบครัว
☐ อาชีพการทำงาน ☐ ผู้เตรียมอาหาร

มื้ออาหาร	เวลา	ประเภทอาหาร	ผู้เตรียมอาหาร	บุคคลร่วมรับประทาน	ระดับการควบคุม
เช้า		ตารางอาหาร	☐ ทำอาหารเอง ☐ คนในบ้านทำอาหาร ☐ ช้อนนอกบ้าน	☐ คนเดียว ☐ เพื่อน ☐ ครอบครัว	☐ ได้ดี ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ได้
กลางวัน			☐ ทำอาหารเอง ☐ คนในบ้านทำอาหาร ☐ ช้อนนอกบ้าน	☐ คนเดียว ☐ เพื่อน ☐ ครอบครัว	☐ ได้ดี ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ได้
เย็น			☐ ทำอาหารเอง ☐ คนในบ้านทำอาหาร ☐ ช้อนนอกบ้าน	☐ คนเดียว ☐ เพื่อน ☐ ครอบครัว	☐ ได้ดี ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ได้



อารมณ์: ความเครียดและการพักผ่อน

1. ศาสนา

- ☐ ศาสนาพุทธ ☐ ศาสนาอิสลาม ☐ ศาสนาคริสต์ ☐ ศาสนาเซน
☐ ศาสนาพราหมณ์-ฮินดู ☐ ศาสนาซิกข์ ☐ ศาสนายิว ☐ อื่นๆ ระบุ.....

2. ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติศาสนกิจ (religpract: N

- ☐ 3 เป็นประจำ ☐ 2 เฉพาะโอกาสสำคัญ ☐ 1 น้อยมาก ☐ 0 ไม่ได้ปฏิบัติสม่ำเสมอ

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q

ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	
ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ท่านรู้สึก เบื่อ ท้ออะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ความทุกข์ใจ ☐ ไม่มี ☐ มีแต่ไม่กระทบการดำเนินชีวิต ☐ มีส่งผลให้เครียดในการดำรงชีวิต

(0 = น้อย 1 = ปานกลาง 2 = มาก 3 = มากที่สุด/รุนแรง)

ว/ด/ป ที่ประเมิน	สาเหตุที่ทำให้ทุกข์ใจ ไม่สบายใจ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ	ตัว ผู้ป่วย	คนใน ครอบครัว	ระดับความ ทุกข์ใจ
.././....	1. ความรัก			
	2. ครอบครัว			
	3. การเงิน			
	4. งาน/เรียน			
	5. ความเจ็บป่วย			
	6. ยาเสพติด เช่น ดิตสุรา ยาบ้า ยาอื่น ผื่น ผงขาว ใบกระท่อม			
	7. ปัญหาอื่นๆ (ระบุ)			
	Note T 500			

ระดับความทุกข์ใจ ให้ใช้ค่าคะแนนสูงสุด จากข้อ 1-7 เป็นตัว automatic filled field ในข้อ 4

4. ระดับความทุกข์ใจที่ท่านมีอยู่ (sum)

- ☐ น้อย/ไม่มีเลย ☐ ปานกลาง ☐ มาก ☐ มากที่สุด/รุนแรง

5. ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด (default ไม่มี)

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย ๆ	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	☐	☐	☐	☐
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	☐	☐	☐	☐
3. ทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด	☐	☐	☐	☐
4. มีความวุ่นวายใจ	☐	☐	☐	☐
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	☐	☐	☐	☐
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	☐	☐	☐	☐



อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย ๆ	เป็นประจำ
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	☐	☐	☐	☐
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต	☐	☐	☐	☐
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า	☐	☐	☐	☐
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา	☐	☐	☐	☐
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	☐	☐	☐	☐
12. รู้สึกเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร	☐	☐	☐	☐
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร	☐	☐	☐	☐
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง	☐	☐	☐	☐
15. เสี่ยงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ	☐	☐	☐	☐
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ	☐	☐	☐	☐
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่	☐	☐	☐	☐
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	☐	☐	☐	☐
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ	☐	☐	☐	☐
20. ความสุขทางเพศลดลง	☐	☐	☐	☐

การนอนหลับ

วันที่ประเมิน.....เดือนปี.....

6. นอนหลับวันละ ชั่วโมง จากเวลาน.-น.

7. ระยะเวลาที่ใช้ก่อนการหลับ.....นาที

8. สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการนอน

☐ ใช้เวลาทำให้หลับ นานกว่า 30 นาที ระยะเวลาที่ใช้ก่อนการหลับ.....นาที

☐ ตื่นในระหว่างหลับ จำนวนครั้ง/คืน ☐ เข้าห้องน้ำ ☐ อาการปวดตาทรางกาย
☐ ผื่นร้าย ☐ หายใจไม่สะดวก ไอ เหนื่อย
☐ อากาศเย็น/ร้อนเกินไป ☐ ไม่ทราบสาเหตุ

9. ภาพรวมคุณภาพการนอน

☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ ไม่ค่อยดี ☐ ไม่ดีเลย

10. ผลของการพักผ่อนของคุณ ครอบคลุมการทำงานระหว่างวัน ☐ ไม่ ☐ ใช่



อนามัยครอบครัวและชุมชน

10. GPS ตำแหน่งบ้าน และสถานที่ใกล้เคียง

11. ลักษณะการอยู่อาศัย

- ☒ อยู่ตามลำพัง ☐ อยู่กับพ่อแม่ ☐ เพื่อนๆ
☐ อยู่กับครอบครัวเดี่ยว ☐ คู่สมรส ☐ ลูก ๆ
☐ อยู่กับครอบครัวใหญ่ ☐ พ่อแม่ ☐ ญาติ พี่น้อง ☐ คู่สมรส ☐ ลูก ๆ
☐ อื่นๆ ระบุ.....

12. ลักษณะบ้าน

- ☐ บ้านของตนเอง ☐ บ้านสวัสดิการ ☐ บ้านเช่า ☐ อาศัยเจ้าของบ้านอยู่

13. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

- ☐ รักใคร่ช่วยเหลือกันดี ☐ ได้รับความช่วยเหลือยามจำเป็น ☒ ต่างคนต่างอยู่

14. ภาวะการพึ่งพาในครอบครัว

- ☒ เป็นผู้ถูกพึ่งพา จำนวนคน ☒ 2 ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว 3 ไม่มีภาวะการพึ่งพา

15. การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (FAMILYINVOL)

- ☒ ไม่รับรู้ ☒ รับรู้แต่ไม่สามารถช่วยเหลือ
☒ รับรู้ให้การช่วยเหลือบางส่วน ☒ รับรู้ให้การช่วยเหลืออย่างดี

16. บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วยเป็นประจำ

- 1) ชื่อ.....
 ความเกี่ยวข้อง ☐ ลูก ☐ คู่สมรส ☐ ญาติ พี่น้อง ☐ เพื่อน ☐ รับจ้างดูแล
 2) ชื่อ.....
 ความเกี่ยวข้อง ☐ ลูก ☐ คู่สมรส ☐ ญาติ พี่น้อง ☐ เพื่อน ☐ รับจ้างดูแล
 3) ชื่อ.....
 ความเกี่ยวข้อง ☐ ลูก ☐ คู่สมรส ☐ ญาติ พี่น้อง ☐ เพื่อน ☐ รับจ้างดูแล

17. สิ่งเอื้ออำนวยในชุมชนที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ

- ☐ ทางสำหรับขี่จักรยาน ☐ ลานออกกำลังกาย ☐ ตลาด/แหล่งอาหารสุขภาพ
☐ สวนสาธารณะ ☐ ทางเท้าให้เดิน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

18. สิ่งต่างๆในชุมชนที่บั่นทอนสุขภาพ

- ☐ ร้านน้ำชา/กาแฟ ☐ ร้านสะดวกซื้อ ☐ ร้านอาหารปรุงเสร็จ
☐ อื่นๆ ระบุ.....

19. วิธีเดินทางมาโรงพยาบาล

- ☐ รถส่วนตัว (รถยนต์/จักรยานยนต์/จักรยาน)
☐ รถรับจ้างสาธารณะ (แท็กซี่/จักรยานยนต์รับจ้าง/รถรับจ้างเฉพาะงาน)
☐ รถโดยสารสาธารณะ (รถเมล์/รถสองแถว)
☐ เดิน



จาก อายุ, เพศ, eGFR ml/min/1.73m², Urine Albumin:Creatinine Ratio, Calcium, Phosphorus, Albumin, Bicarbonate (mmol/L)

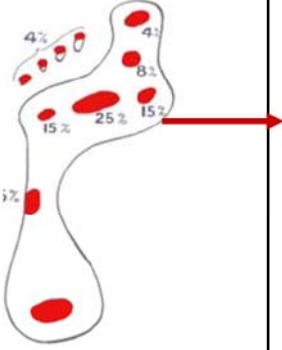
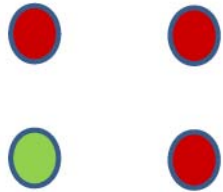
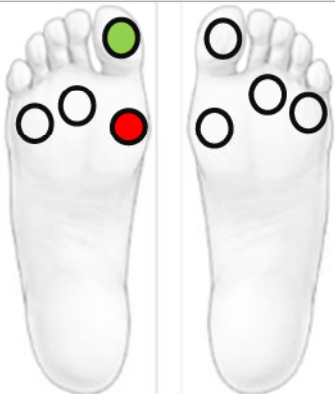
ความเสี่ยงสูญเสียขา

ผลการตรวจเท้า (วันที่ตรวจไม่เกิน 6 เดือน)

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ขึ้นคำตอบอัตโนมัติในกรณีที่การตรวจมีความผิดปกติ)

รองเท้าที่ใช้ประจำ	☐ ไม่มี	☐ มี		
	เท้าขวา		เท้าซ้าย	
เล็บ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ
หูด ตาปลา	☐ ไม่มี	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ มี
เท้าผิดรูป	☐ ไม่มี	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ มี
ผิวหนังมีขุยหลุด	☐ ไม่มี	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ มี
อุณหภูมิผิว	☐ เย็น	☐ อุ่น	☐ เย็น	☐ อุ่น
เชื้อรา	☐ ไม่มี	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ มี
ชีพจร คลำ pulse posterior tibial (PB) (0-4) PB.... 0-4... ข้างขวา DP.... 0-4... ข้างขวา PB.... 0-4... ข้างซ้าย DP.... 0-4... ข้างซ้าย คลำ Dorsalis Pedis				
เนื้อตาย	☐ ไม่มี	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ มี
ประวัติตัดนิ้ว/ขา/เท้า	☐ เคย	☐ ไม่เคย	☐ เคย	☐ ไม่เคย
ประวัติเป็นแผลที่เท้า	☐ เคย	☐ ไม่เคย	☐ เคย	☐ ไม่เคย



ตำแหน่ง แผล (เขียนรูปลักษณะและตำแหน่งลงในภาพ) ถ้าถ่ายภาพ เท้าขวา ☐ ไม่มี ☐ มี เท้าซ้าย ☐ ไม่มี ☐ มี 	 ขวา ซ้าย ขวา ซ้าย
บริเวณผิวหนังที่เปลี่ยนสี 0=ปกติ, 1=แดง, 2=ซีด, 3=คล้ำ ในตำแหน่งที่ปรากฏ กำหนดตำแหน่งตามแผน	ขวา ซ้าย ขวา ซ้าย จัดปุ่มให้เลือกได้ เปลี่ยนสีตาม ลักษณะแผล และ กำกับหมายเลข
ประสาทความรู้สึกร (ทำเครื่องหมาย + เมื่อปกติ และ 0 เมื่อสูญเสีย)	 ขวา ซ้าย

แบบบันทึกการตรวจเท้า

ผลการตรวจเท้าย้อน 3 ครั้ง	



การวัด Ankle-brachial blood pressure index (ABPI)

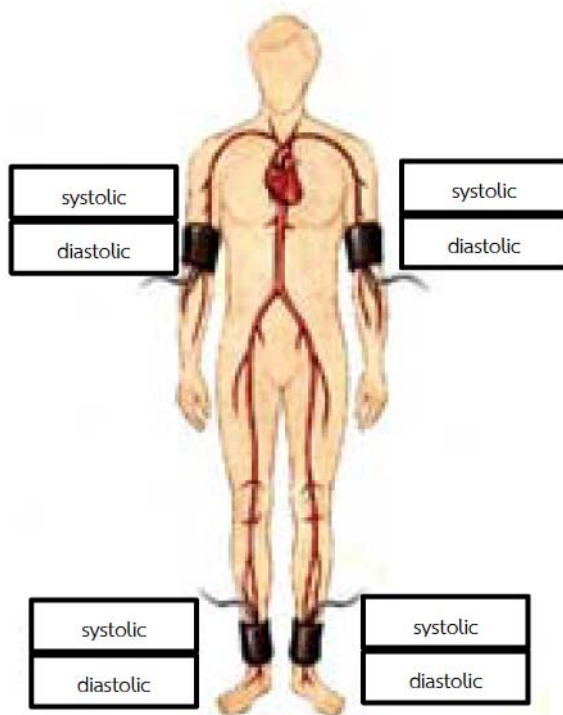
ข้อกำหนด

1. บริเวณที่วัด
2. ค่าที่ใช้คำนวณ
3. รายงานผลให้มี 2 จุดทศนิยม

ABPI = systolic

Where P_{Leg} is the systolic blood pressure of dorsalis pedis or posterior tibial arteries
and P_{Arm} is the highest of the left and right arm brachial systolic blood pressure

ABPI value	Interpretation	Recommendation
above 1.4	Abnormal Vessel hardening from PVD	Refer to vascular specialist
1.0 - 1.4	Normal range	NONE
0.9 - 1.0	Acceptable	
0.8 - 0.9	Some arterial disease	จัดการปัจจัยเสี่ยงทั้ง 7 อย่าง
0.5 - 0.8	Moderate arterial disease	Refer to vascular specialist
under 0.5	Severe arterial disease	Refer to vascular specialist



แสดงย้อนหลัง 3 ครั้ง ใน กราฟ

HOSID.....

วันที่.....



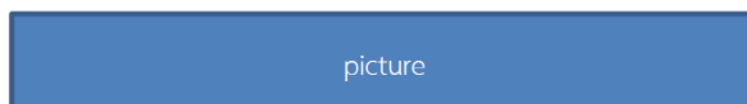
วันที่	แขนขวา SYS	แขนขวา Dias	แขนซ้าย SYS	แขนซ้าย Dias	ขาขวา SYS	ขาขวา Dias	ขาซ้าย SYS	ขาซ้าย Dias

EKG 12 LEADS import ภาพEKG

I 	aVR	V1	V4
II	aVL	V2	V5
III	aVF	V3	V6

ผลการอ่าน

ผลการตรวจตา



☐ NO DR ☐ NPDR ☐ PDR วันที่/...../.....



แบบประเมินการสนับสนุนการจัดการโรคในชุมชน

แบบประเมินประกอบด้วย 4 ด้าน ประเมินเพื่อให้คำแนะนำความช่วยเหลือจากชุมชน/ประสานงานกับผู้นำชุมชน

1. การกินอยู่อย่างพอเพียง
2. การดูแลกันยามเจ็บป่วย
3. กระแสสุขภาพในชุมชน
4. นโยบายสุขภาพท้องถิ่น

คำชี้แจง ข้อคำถามประกอบด้วย 23 ข้อความที่คุณพบเจอในบริเวณชุมชนที่คุณอาศัย

โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่อง ☐ หรือกาทัพบทหมายเลข ที่คุณเห็นว่าเป็นลักษณะชุมชนของคุณ

โดยกำหนดระดับความบ่อยครั้งที่คุณเห็นสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นในชุมชน เป็นค่าคะแนน ดังนี้

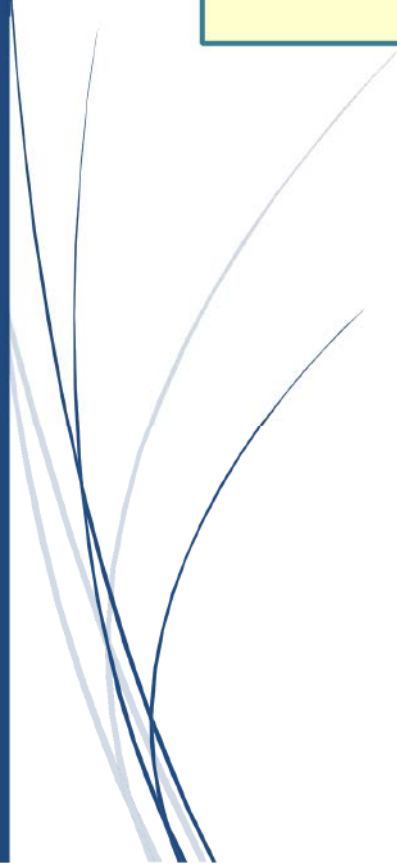
- 4 คะแนน หมายถึง เห็นชุมชนเป็นเช่นนี้ประจำเสมอมา
3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่
2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้งเมื่อคุณต้องการ
1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติน้อยครั้งมากเมื่อคุณต้องการ
0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	เป็นส่วนใหญ่	เป็นประจำ
1	การทำประชาคมของหมู่บ้านที่อาศัยมีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน	0	1	2	3
2	คุณได้รับการดูแลจากอสมที่บ้านในยามที่คุณเจ็บป่วย	0	1	2	3
3	คุณได้รับการตรวจระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตที่บ้านจากอสม หรือจิตอาสา เป็นต้น	0	1	2	3
4	คุณได้วิธีการปฏิบัติการควบคุมโรคประจำตัวของคุณจากวิทยุชุมชน	0	1	2	3
5	โรงพยาบาลได้อบรมอสม.ให้สามารถให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	0	1	2	3
6	คำแนะนำที่ได้รับจากอสมที่มาเยี่ยมบ้านช่วยทำให้คุณควบคุมโรคได้	0	1	2	3
7	ชุมชนของคุณมีมาตรการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน เช่น ห้ามสูบบุหรี่ ในที่สาธารณะ งดเหล้าในช่วงเทศกาล	0	1	2	3
8	ชุมชนมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ ให้คุณเลือกเข้าร่วมได้ตามความชอบ	0	1	2	3
9	ชุมชนมีการส่งเสริมให้ประชาชนมีอาหารที่ดีต่อสุขภาพเหมาะกับโรครับประทาน เช่น การขายผักราคาถูก สนับสนุนการปลูกผักในบ้าน	0	1	2	3



ลำดับ	ข้อความ	ไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	เป็นส่วนใหญ่	เป็นประจำ
10	ถนนหนทางในบริเวณที่อยู่อาศัยมีความปลอดภัยสำหรับคุณในการออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง หรือ ขี่จักรยาน	0	1	2	3
11	ในชุมชนที่คุณอาศัย คุณสามารถหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคมารับประทานได้	0	1	2	3
12	ในละแวกที่คุณอาศัยมีการรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือหลอดเลือดสมอง	0	1	2	3
13	ในหมู่บ้านมีแกนนำที่เป็นโรคประจำตัวเหมือนคุณมาให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวตามที่เขาเคยทำมา	0	1	2	3
14	ในหมู่บ้านมีสถานที่สาธารณะสำหรับออกกำลังกายที่ดีให้คุณใช้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	0	1	2	3
15	ผู้บริหารองค์กรท้องถิ่นเป็นตัวอย่างผู้นำด้านการดูแลสุขภาพ	0	1	2	3
16	ร้านค้าต่างๆในชุมชน มีการส่งเสริมการบริโภคอาหารลดหวาน มัน เค็ม	0	1	2	3
17	ร้านอาหารต่างๆที่ขายอาหารมีการส่งเสริมเกี่ยวกับความปลอดภัยของอาหาร เช่น ไม่ใช้ผงชูรส ผักปลอดสารพิษ เป็นต้น	0	1	2	3
18	สลากอาหารที่คุณซื้อมารับประทานมีการชี้แจงปริมาณน้ำตาล ไขมัน และเกลือชัดเจน	0	1	2	3
19	หออกระจ่ายข่าว เสียงตามสายในหมู่บ้านมีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคุณ				
20	องค์กรปกครองท้องถิ่นแสดงให้เห็นนโยบายชัดเจนในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน	0	1	2	3
21	เพื่อนบ้านคุณช่วยเหลือซึ่งกันและกันดีเมื่อคุณต้องการความช่วยเหลือยามเจ็บป่วย	0	1	2	3
22	คุณได้ข้อมูลการดูแลสุขภาพจากการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	0	1	2	3
23	การผลักดันกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเกิดจากการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆในชุมชนและคนในชุมชน	0	1	2	3

แบบประเมินการใช้
ระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์
ในการให้คำปรึกษา
การสนับสนุนการจัดการตนเอง
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง



ผศ.ดร.นภาพร วาณิชกุลและคณะ

แบบประเมินการใช้ระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ในการให้คำปรึกษาการสนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความที่แสดงลักษณะของระบบข้อมูลในซอฟต์แวร์ที่ใช้ให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่อง ☐ หรือกาที่หมายเลข ที่คุณคิดว่า

ระบบข้อมูลในซอฟต์แวร์ที่ใช้ให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต คุณพึงพอใจต่อการตอบสนองการทำงานของคุณในแต่ละข้ออยู่ในระดับใด โดยกำหนดเป็นค่าคะแนน ดังนี้

4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจเป็นส่วนใหญ่

2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจเป็นบางส่วน

1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจเล็กน้อย เพราะยังไม่ตอบโจทย์การใช้งานที่ต้องการเป็นส่วนใหญ่

0 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจเลย ไม่ตอบสนองความต้องการใช้งานเลย

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	บางส่วน	ส่วนใหญ่	มากที่สุด
การประเมินผู้ป่วย						
1	การการประมวลผลข้อมูลให้เห็นสภาพผู้ป่วยทั้งในส่วกาย จิตใจและสังคม	0	1	2	3	4
2	การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อน	0	1	2	3	4
3	การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยทั้งจากการรักษาและความก้าวหน้าของโรค	0	1	2	3	4
4	การตรวจประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	0	1	2	3	4
5	การซักประวัติการเจ็บป่วย	0	1	2	3	4
6	การประเมินความต้องการของผู้ป่วย	0	1	2	3	4
7	การประมวลผลผู้ป่วยตามสภาพแวดล้อมการดำเนินชีวิต	0	1	2	3	4
การให้การดูแลผู้ป่วย						
1	การให้คำแนะนำตามวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย	0	1	2	3	4
2	การอธิบายสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามการประมวลผลข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย	0	1	2	3	4
3	การติดตามการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง	0	1	2	3	4
4	การเชื่อมโยงข้อมูลการเยี่ยมบ้านมาใช้ในการดูแลขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิก	0	1	2	3	4
5	การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	0	1	2	3	4
6	การใช้ข้อมูลร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย	0	1	2	3	4
7	กระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางการควบคุมโรค	0	1	2	3	4
การใช้งานระบบข้อมูล						
1	ความเหมาะสมของระบบตัวเลข หรือภาพแสดง	0	1	2	3	4
2	ความชัดเจนของตัวอักษรหน้าจอ	0	1	2	3	4
3	ความซ้ำซ้อนในการกรอกข้อมูล	0	1	2	3	4
4	ความสะดวกในการกรอกข้อมูล	0	1	2	3	4
5	ความเหมาะสมของรูปแบบการตอบคำถาม	0	1	2	3	4
6	ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในโปรแกรม	0	1	2	3	4
7	หน้าต่างการกรอกข้อมูลง่ายต่อการติดตาม	0	1	2	3	4

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	บางส่วน	ส่วนใหญ่	มากที่สุด
การรายงานผล						
1	การพิมพ์ผลรายงานสภาวะของผู้ป่วยรายบุคคล	0	1	2	3	4
2	การพิมพ์ผลรายงานสรุปคุณภาพการดูแลขององค์กรเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาต่อไป	0	1	2	3	4
3	การรายงานผลดัชนีต่างๆที่องค์กรต้องใช้เพื่อแสดงคุณภาพการบริการ	0	1	2	3	4
4	การรายงานผลตรงตามความต้องการของคุณ	0	1	2	3	4
5	การรายงานผลตรงตามความต้องการขององค์กรที่กำหนดแนวนโยบาย (สป, สปสช, สสนย, และอื่นๆ)	0	1	2	3	4
6	ผู้ป่วยได้เรียนรู้สภาวะการเจ็บป่วยของตนเองจากการรายงานผลการดูแลผู้ป่วยในแต่ละนัด	0	1	2	3	4
การเข้าถึงข้อมูล						
1	โปรแกรมมีระบบความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูล	0	1	2	3	4
2	การเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาล	0	1	2	3	4
3	ความถูกต้องของข้อมูลที่ถ่ายเทจากระบบข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาล	0	1	2	3	4
การมีส่วนร่วมในการจัดการระบบข้อมูล						
1	การบอกความต้องการใช้ข้อมูลทางคลินิกต่อผู้พัฒนาระบบข้อมูล	0	1	2	3	4
2	การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนระบบข้อมูลตามความต้องการกับผู้พัฒนาระบบข้อมูล	0	1	2	3	4
3	ความสามารถในการปรับเปลี่ยนระบบข้อมูลขั้นต้นด้วยตนเอง	0	1	2	3	4
4	ช่องทางในการติดต่อขอความช่วยเหลือเชิงเทคนิคเมื่อต้องการ	0	1	2	3	4
ในภาพรวม						
1	คุณพึงพอใจในการใช้โปรแกรมกับการดูแลผู้ป่วยของคุณอยู่ในระดับใด	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
2	การใช้โปรแกรมทำให้เพิ่มภาระงานของคุณในการดูแลผู้ป่วย (ไม่เห็นด้วย.....เห็นด้วย100%)	0%..10..20..30..40..50..60..70..80..90..100%				
3	การแนะนำให้ผู้อื่นใช้โปรแกรมนี้นี้ (ไม่แนะนำ.....แนะนำ100%)	0%..10..20..30..40..50..60..70..80..90..100%				



แบบประเมิน
การบริการแบบบูรณาการ
ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ผศ.ดร.นภาพร วาณิชยกุลและคณะ





คำชี้แจง

เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ หมายถึง แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพอื่นๆที่ดูแลคุณ
ข้อความต่อไปนี้ จำนวน 2ก ข้อความ เป็นสิ่งที่คุณควรได้รับการเข้ารับการรักษาดูแลที่คลินิกผู้ป่วย
นอกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ณ. ☐รพ. ☐รพสต.....

โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่อง ☐ ทับหมายเลข ที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด

โดยกำหนดคุณภาพการบริการ เป็นค่าคะแนน ดังนี้

- 4 คะแนน หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพปฏิบัติตามข้อความได้อย่างดีมาก
- 3 คะแนน หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพปฏิบัติตามข้อความได้ดี
- 2 คะแนน หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพปฏิบัติตามข้อความได้ปานกลาง
- 1 คะแนน หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพควรปรับปรุงการปฏิบัติตามข้อความ
- 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยได้รับการบริการตามข้อความจากเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพเลย

ลำดับ	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับ บริการของคลินิกที่คุณได้รับการรักษาอย่างไร	ไม่เคย	ควร ปรับปรุง	ปาน กลาง	ดี	ดีมาก
1	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพกระตุ้นให้คุณคิดถึงความสะดวกของการ รับประทานอาหารกับการเคลื่อนไหวออกแรงในแต่ละวัน	0	1	2	3	4
2	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพชี้แนะให้คุณเข้าร่วมโปรแกรม/ กิจกรรมในชุมชนที่สามารถช่วยให้คุณควบคุมโรคได้	0	1	2	3	4
3	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพกระตุ้นให้คุณรู้สึกว่าคุณคือบุคคล สำคัญในการควบคุมโรค	0	1	2	3	4
4	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพพูดจากับคุณอย่างสุภาพและยิ้มแย้ม แจ่มใส	0	1	2	3	4
5	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพอำนวยความสะดวกในการใช้บริการ หน่วยต่างๆที่นัดหมายมาตรวจ	0	1	2	3	4
6	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพบอกช่องทางในการติดต่อขอ คำปรึกษา/ความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ เมื่อ เกิดปัญหาสุขภาพก่อนวันนัด	0	1	2	3	4
7	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพให้คุณเป็นผู้กำหนดว่าคุณจะ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างไรเพื่อควบคุมโรค	0	1	2	3	4
8	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพจัดให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลคุณเข้ามา มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง กิจกรรมที่ช่วยให้คุณ ควบคุมโรคได้	0	1	2	3	4
9	เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพช่วยวางเป้าหมายที่พอเหมาะกับการ ดำเนินชีวิตตามปกติของคุณในการควบคุมโรค	0	1	2	3	4

ลำดับ	ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับบริการของคลินิกที่คุณรับการรักษาอย่างไร	ไม่เคย	ควรปรับปรุง	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
10	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพช่วยวางแผนสิ่งที่ต้องทำเวลาที่มีอาการแย่ ล่วงหน้าเพื่อให้คุณสามารถจัดการโรคที่เป็นได้	0	1	2	3	4
11	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพช่วยเหลือในการวางแผนการปฏิบัติตัวที่คุณสามารถนำไปทำได้ในชีวิตประจำวัน	0	1	2	3	4
12	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพช่วยให้คุณคิดหาวิธีการต่างๆเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการควบคุมโรค เมื่ออยู่บ้าน	0	1	2	3	4
13	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพจัดให้คุณได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่นๆ ขณะรอตรวจ เพื่อช่วยให้คุณควบคุมโรคได้ดีขึ้น	0	1	2	3	4
14	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพชี้แจงวิธีการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคหลายรูปแบบให้คุณตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับคุณได้	0	1	2	3	4
15	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพซักถามคุณเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนความเป็นอยู่เพื่อควบคุมโรค	0	1	2	3	4
16	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพตั้งใจฟังคุณอธิบายปัญหาหรืออาการต่างๆที่คุณเผชิญอยู่	0	1	2	3	4
17	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพเปิดโอกาสให้คุณถามเกี่ยวกับปัญหาข้อสงสัยต่างๆ เช่น ยา ผลของการใช้ยา หรือการปฏิบัติตัว	0	1	2	3	4
18	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพพูดคุยถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันของคุณ	0	1	2	3	4
19	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพเชื่อมโยงการดูแลคุณกับสถานบริการใกล้บ้าน/อสม เมื่อคุณต้องการความช่วยเหลือ	0	1	2	3	4
20	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพทำให้คุณเข้าใจการออกฤทธิ์ของยาแต่ละตัว วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง และการป้องกันผลข้างเคียง	0	1	2	3	4

แผนการดูแลผู้ป่วยบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง

สิ่งเตือนความจำ

1. คนทุกคน ไม่สามารถใส่เสื้อเบอร์เดียวกัน

ดังนั้นมาตรการแทรกแซงจึงต้องเป็นรายบุคคลที่ ตอบสนองความต้องการของ
ผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มอง “ผลกระทบของโรคต่อความสามารถของร่างกาย อารมณ์ ความ
เป็นอยู่” เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมอง “น้ำตาล ไขมัน ความดันเลือดไม่ลง ” ทำให้ก่อนมา
โรงพยาบาลผู้ป่วยจึงจัดการทำให้ “ น้ำตาล ไขมัน ความดันเลือดลง ”
ดังนั้น จงมุ่งปัญหาที่ผู้ป่วยมอง ผลตามมาก็คือสิ่งเดียวกัน

ปัญหาที่อาจพบ อาการความเจ็บป่วยที่ก่อความไม่สุขสบาย

ความผิดปกติของร่างกาย (ที่เกิดจากน้ำตาลขึ้น/ลง ความดันขึ้น ปวด
.....)

การรักษา/การตรวจเช็คภาวะสุขภาพ การรับประทานยา การมาตรวจตาม
นัด

ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (กิน อยู่ หลับนอน ขับถ่าย อารมณ์ ทำงาน
สังคม สิ่งที่ชอบ) พฤติกรรมเสี่ยง

ตย. คำถาม

วันนี้ผลเลือดคุณป้าเป็นอย่างไรคะ? ผลเลือด.....ที่สูง คุณป้าพอบอกได้ไหม
ว่า.....สูงขึ้นเพราะอย่างไร

ช่วงที่ไม่เจอกัน เล่าให้ฟังหน่อยมีอะไรเปลี่ยนไปบ้างคะ เป็นอย่างไรบ้าง เรียว
แรงเป็นอย่างไร

ช่วงปีที่ผ่านมา มองย้อนหลังขึ้นๆลงตลอด มีใครคุยกับป้าถึงผลที่
อาจเกิดขึ้นกับตัวป้าอย่างไรบ้างคะ

มองดูเท้าบวมนะค่ะ การที่เท้าบวม ทำให้คุณป้าเดินเหินเป็นอย่างไรคะ คุณป้าคิด
ว่าเท้าบวมจากอะไรคะ

คุณลุง ทานข้าวทานปลา นอนหลับ ถ่ายหนักเบา เที่ยว ไปวัดไปตลาดเป็น
อย่างไรคะช่วงนี้

แผนการดูแลผู้ป่วยนุรณการประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ชื่อผู้ป่วย	โรงพยาบาล	วันที่	HN:	ชื่อเจ้าหน้าที่	
ปัญหาที่เผชิญอยู่	คำถามปลายปิด <u>บันทึกเป็นภาษาที่ผู้ป่วยพูด</u> ลงบันทึกในรูปที่ 1 และประเมิน ความสำคัญของปัญหา ความเชื่อมั่นในการจัดการปัญหา				
ผลกระทบของปัญหา	อาการความเจ็บป่วยที่ก่อความไม่สบายกาย ความผิดปกติของร่างกายที่สังเกตได้ การรักษา/การตรวจเช็คภาวะสุขภาพ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (กิน อยู่ หลับนอน ขับถ่าย อารมณ์) ทำงาน สังคม สิ่งที่ชอบ) พฤติกรรมเสี่ยง				
ความรู้สึกลึกต่อปัญหา	การซักถาม และผลจากการป้ที่ 2				
ความรู้สึกลึกต่อปัญหา	การซักถาม และผลจากการป้ที่ 2				
ความสามารถในการจัดการตนเอง ☐ CSM ☐ SSM ☐ PSM ☐ RCO ☐ NCO	ระดับความสามารถ กลาง สูง	ต่ำ	ปาน	การบริการที่ควรได้รับการจัดการตนเอง	
	ร่างกาย	☐	☐	☐	ต้องการความช่วยเหลืออะไรที่ทำได้ทางกายไม่ขัดขวางการจัดการจัดการตนเอง
	ความคิด	☐	☐	☐	ตนเอง
	วิเคราะห์	☐	☐	☐	ความจำกัดทางสติปัญญา ความคิด ความจำที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างไร
	แรงจูงใจ	☐	☐	☐	ต้องการการเสริมแรงจูงใจ กำลังใจ ในการจัดการการเปลี่ยนแปลงอย่างไร
	สังคม	☐	☐	☐	ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบตัว ชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพอย่างไร
ปัญหาที่สำคัญต่อการจัดการ	ความสำคัญของผู้ป่วย		ความพร้อมที่จะเปลี่ยน	ความมั่นใจที่จะปฏิบัติ	

แผนการดูแลผู้ป่วยบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง

☐ New ☐ F/U	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่สำคัญเลย สำคัญ มากที่สุด	☐ ก่อนไต่ตรอง ☐ ไต่ตรอง ตระเตรียม ☐ ปฏิบัติการ ☐ คงพฤติกรรมไว้	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% ไม่มี เลย.....มั่นใจ 100%
เป้าหมาย SMARTER:		คะแนนความสำเร็จ วันที่.....	
Specific-เฉพาะ ชัดเจน มี ปริมาณ สถานที่ เวลา Attainable-ต้องสามารถทำได้สำเร็จ ครั้งแรก ต้องเห็นผลภายใน 1 สัปดาห์ Time-bound: ต้องกำหนดเวลา Recorded: ต้องมองเห็นเป้าหมายนี้ได้ทุกวัน ประกาศให้เป็นทั่ว	Measure: วัดได้ รู้ว่า มากพอ หรือไม่ Realistic: ต้องเป็นไปได้ที่จะสำเร็จ ไม่ ง่ายหรือยากเกินไป Excitable: แฝงไว้ด้วยความท้าทาย ตื่นเต้น อยากทำ	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%	
การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย		ผู้รับผิดชอบ	ความก้าวหน้า
1) ถ้าผู้ป่วยว่าตัดสินใจต้องการทำอะไร ถ้าผู้ป่วยเขียนเอง ได้ให้เขียน เป็นขั้นตอน ทำอะไร อย่างไร ที่เป็นพฤติกรรมปฏิบัติได้เลย	เชิงพฤติกรรม	ใครเป็นผู้ต้องดำเนินการ ทำ	☐ สำเร็จ ☐ ระหว่างดำเนินการ ☐ เปลี่ยนแผน
2) ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่ ใครจะช่วยคุณได้บ้าง	เชิงอารมณ์ความรู้สึก		☐ สำเร็จ ☐ ระหว่างดำเนินการ ☐ เปลี่ยนแผน
3) การจัดการอุปสรรคที่จะมาขัดขวางคุณ	เชิงปฏิสัมพันธ์กับสังคม		☐ สำเร็จ ☐ ระหว่างดำเนินการ ☐ เปลี่ยนแผน
4). แล้วจะรู้ได้อย่างไรว่าทำ จะเฝ้าระวังตนเองอย่างไร	เชิงเวลา		☐ สำเร็จ ☐ ระหว่างดำเนินการ ☐ เปลี่ยนแผน

แผนการดูแลผู้ป่วยบูรณาการประชาชนเป็นศูนย์กลาง

			☐ สำเร็จ ☐ ระหว่างดำเนินการ ☐ เปลี่ยนแผน
			☐ สำเร็จ ☐ ระหว่างดำเนินการ ☐ เปลี่ยนแผน
			☐ สำเร็จ ☐ ระหว่างดำเนินการ ☐ เปลี่ยนแผน
			☐ สำเร็จ ☐ ระหว่างดำเนินการ ☐ เปลี่ยนแผน

ลายเซ็นผู้รับบริการ

ลายเซ็นพยาบาล

.....DATE.....

.....DATE.....

ได้รับการสนับสนุนจาก



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
Health Systems Research Institute (HSRI)

