

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า
อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

พุทธิดา จันทร์ดอนแดง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
สิงหาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า
อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

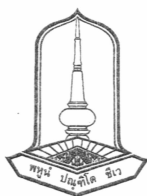
พุทธิตา จันทร์ดอนแดง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

สิงหาคม 2556

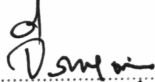
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



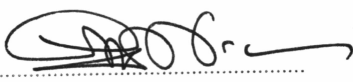


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางพุทธิดา จันทร์ตอนแดง
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
(ผศ.ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์)

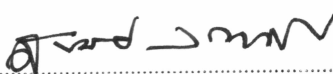
ประธานกรรมการ
(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

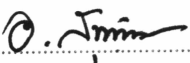
กรรมการ
(ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)


.....
(อาจารย์ ดร.อุรารักษ์ บุระณะคงคาตรี)

กรรมการ
(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)

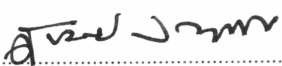

.....
(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)

กรรมการ
(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(อาจารย์ ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์)

กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม


.....
(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)
คณบดีคณะสาธรรณสุขศาสตร์


.....
(รศ.เทียนศักดิ์ เมฆพรรณโอภาส)
ผู้รักษาการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
วันที่ 30 เดือน ส.ค. พ.ศ. 2556



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.อุรารักษ์ บุณยะคงคาตรี กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาช่วยชี้ตลวงตา ตรวจสอบ รายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้จนสำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ ประธานกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะกรรมการ ที่กรุณาชี้แนะ ตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนสำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธีรวัชร รุ่งพัฒนาชัยกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี นายณรงค์ แผลงศรี สาธารณสุขอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี นายอนุสรณ์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณ นายสมมาตร สาเกต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า คณะเจ้าหน้าที่ และทีมงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองสิม ที่กรุณาเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการบันทึก เก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้

ประโยชน์และคุณค่าในงานวิจัยฉบับนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี และครู อาจารย์ทุกท่านที่ ให้การศึกษา ห่วงใยรักใคร่ สนับสนุนให้เกิดความมานะพยายามให้งานวิจัยสำเร็จลงด้วยดี

พุทธิดา จันทรดอนแดง



ชื่อเรื่อง	การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
ผู้วิจัย	นางพุดธิดา จันทร์ดอนแดง
กรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ ดร.อุรารักษ์ บุระณะคงคาตรี
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2556

บทคัดย่อ

การมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่จะเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนา นำมาซึ่งผลดีต่อสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ขั้นตอนการศึกษา คือ การเลือกกลุ่มเป้าหมายโดยวิธีเจาะจง และสุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน (ตุลาคม 2555 – เมษายน 2556) ดำเนินการวิจัยโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) และได้ประยุกต์แนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยใช้กระบวนการปรับปรุงระบบงาน (ECRS) ในการจัดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ได้ใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) แต่งตั้งคณะทำงาน 2) เก็บรวบรวมข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูล 4) วางแผนในการดำเนินงาน 5) ดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ 6) การสังเกต ติดตาม และสัมภาษณ์ 7) สังเคราะห์ข้อมูล และ 8) ประเมินผล ถอดบทเรียน ซึ่งได้รูปแบบใหม่ คือ “NAWA Model” มี 4 องค์ประกอบ คือ (N = Network in the community A = Alternative care W = Well - Organization A = Attention to target Group) มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบท โดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับสูง สามารถลดระยะเวลาในการให้บริการได้ถึง 50 นาที

การมีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีการจัดการระบบบริการที่ดีในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย โดยมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีจิตอาสาช่วยเหลือผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (Hba1c) และระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ผ่านเกณฑ์คุณภาพในอนาคต

คำสำคัญ: คุณภาพบริการ; ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



TITLE Quality Development System For The Chronic Care Model
In Nawa SHPH, Khemarat District, Ubon Ratchathani Province

AUTHOR Mrs Phutthida Chandondaeng

DEGREE Master Degree Of Public Health **MAJOR** Health System Management

COMMITTEE Asst. Prof. Vorapoj Promsatayaproj, Ph.D.
Urarat Buranakongkatree, Ph.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2013

ABSTRACT

The quality process care of patients with chronic disease is a crucial part in a community that supports good health. Quality Development of Patient Care system in Chronic Disease at Nawa SHPH, Khemarat District, Ubon Ratchathani Province. The Action Research was aimed to study : the process of quality development of the patient care system with chronic disease. In Nawa SHPH, Khemarat Distrct, Ubon Ratchathani Province. Target group was used in purposively selected, then randomly 50 people (October 2012 - April 2013). The chronic care model (CCM) by Kaisen (1986) was used to applying the process of improving systems to manage and change service systems to care for patients with chronic disease providing treatment at Nawa SHPH. Tools employed for collected of the data including, interview instruments, participation, satisfaction with the quality of the service system and behavior in their own health care. The statistics used to analyze data included comprised percentage, means and standard deviation. The qualitative data employs observation interview and content Analysis

The results show that the participation process of quality development for patient care system in chronic disease. The procedure of study was composed of 8 studies : 1) Committee, 2) Data Collecting, 3) Cultivation, 4) Planning 5) Implementation, 6) Observe, Follow and Interview 7) Synthesis 8) After Action Review. New Format is the "NAWA Model" (N = Network in the community A = Alternative care W = Well - Organization A = Attention to target Group). that fit to the community context the satisfaction was found at a high level. The correct behavior in their own health care was decrease to 50 minutes from Nawa SHPH service.

In conclusion, the successful factors have strong networks in the graphic patients. Managed care system in the target group helping health volunteers at the community, Participation in all sectors, network in the community. The role was providing welfare and quality care to patients. The impact showed reductions in the HbA1c and blood sugar to pass the standard criteria.

Keyword: Quality of Service; Chronic Disease Patient



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามในการวิจัย	4
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย	4
1.4 ความสำคัญของการวิจัย	4
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล	11
2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	11
2.2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	16
2.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	22
2.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	26
2.5 คุณภาพในงานบริการ	33
2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	33
2.7 แนวคิดการจัดการคุณภาพของเดมมิง (Deming)	36
2.8 แนวคิดและทฤษฎีไคเซน (Kaizen,1986)	39
2.9 การมีส่วนร่วม (Participatory)	43
2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	45
2.11 กรอบแนวคิดในการวิจัย	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	50
3.1 รูปแบบการวิจัย	50
3.2 พื้นที่ในการศึกษา	50
3.3 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	50
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	53
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	62
3.6 วิธีการดำเนินงาน	63
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	65



บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	66
4.1 ศึกษาสถานการณ์ บริบทชุมชน และบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาหว้า อำเภอนมด隆 จังหวัดอุบลราชธานี	66
4.2 การดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการตาม ระบบใหม่	75
4.3 ผลของการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบใหม่	76
4.4 ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ	113
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	121
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	121
5.2 สรุปผล	122
5.3 อภิปรายผล	128
5.4 ข้อเสนอแนะ	133
เอกสารอ้างอิง	135
ภาคผนวก	142
ภาคผนวก ก ภาพประกอบกิจกรรม	143
ภาคผนวก ข เครื่องมือวิจัย	148
ประวัติย่อผู้วิจัย	175



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 2.1 แสดงยาลดน้ำตาล คุณสมบัติ ขนาดและวิธีใช้	22
ตาราง 2.2 จำแนกประเภทตามระดับความดันโลหิต	27
ตาราง 4.1 แบบบันทึกข้อมูล การประชุมเชิงปฏิบัติการ (ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนวมราช จังหวัดอุบลราชธานี	72
ตาราง 4.2 ขั้นตอน และกิจกรรมใหม่ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนวมราช จังหวัดอุบลราชธานี	73
ตาราง 4.3 จำนวน และร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มบุคลากรในระบบ	77
ตาราง 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วม ของบุคลากรในระบบโดยรวมในทุก ๆ ด้าน และแยกรายด้าน	79
ตาราง 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรในระบบ ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) จำแนกเป็นรายชื่อ	80
ตาราง 4.6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรในระบบ การเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) จำแนกเป็นรายชื่อ	81
ตาราง 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดระบบบริการของบุคลากรในระบบ โดยรวมทุกด้าน และแยกรายด้าน	82
ตาราง 4.8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจัดระบบบริการของบุคลากรในระบบ ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) จำแนกเป็นรายชื่อ	83
ตาราง 4.9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการจัดระบบบริการของบุคลากรในระบบ ในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)	84
ตาราง 4.10 จำนวน และร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	86
ตาราง 4.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรวมในทุกด้าน และแยกรายด้าน	89
ตาราง 4.12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) จำแนกเป็นรายชื่อ	90
ตาราง 4.13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) จำแนกเป็นรายชื่อ	91



	หน้า
ตาราง 4.14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความพึงพอใจในการจัดระบบบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) โดยรวมในทุกด้าน และแยกรายด้าน	92
ตาราง 4.15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนา คุณภาพระบบบริการ ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) จำแนกเป็นรายข้อ	93
ตาราง 4.16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ในการเปลี่ยนแปลงการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)	94
ตาราง 4.17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมในทุกด้าน และแยกรายด้าน	96
ตาราง 4.18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ จำแนกเป็นรายข้อ	96
ตาราง 4.19 จำนวน และร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	100
ตาราง 4.20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรวมในทุกด้าน และแยกรายด้าน	103
ตาราง 4.21 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) จำแนกเป็นรายข้อ	104
ตาราง 4.22 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในด้านการเปลี่ยนแปลง ระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) จำแนกเป็นรายข้อ	105
ตาราง 4.23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความพึงพอใจในการจัดระบบบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) โดยรวมในทุกด้าน และแยกรายด้าน	106
ตาราง 4.24 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) จำแนกเป็นรายข้อ	107
ตาราง 4.25 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) จำแนกเป็นรายข้อ	108
ตาราง 4.26 26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมในทุกด้าน และแยกรายด้าน	110



ตาราง 4.27	พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภค ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์	หน้า 110
------------	--	-------------



สารบัญภาพประกอบ

		หน้า
ภาพประกอบ 2.1	วงล้อคุณภาพของเดมมิ่ง	37
ภาพประกอบ 2.2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	49
ภาพประกอบ 4.1	แผนที่แสดงเขตพื้นที่รับผิดชอบตำบลหนองสีม อำเภอยะรัง จังหวัดอุบลราชธานี	67
ภาพประกอบ 4.2	แสดงการรับบริการ และการเข้ากลุ่มสัมพันธ์ดูแลสุขภาพผู้ป่วย เบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาหว้า	74
ภาพประกอบ 4.3	แสดงรูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามรูปแบบ (CCM)	118
ภาพประกอบ 4.4	แสดงรูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามรูปแบบใหม่ (NAWA Model)	119
ภาพประกอบ 4.5	โมเดลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า	120
ภาพประกอบ ก.1	ประชุมทีมวิจัย	144
ภาพประกอบ ก.2	ประชุมเชิงปฏิบัติการ	144
ภาพประกอบ ก.3	จัดรูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	144
ภาพประกอบ ก.4	ขั้นตอนบริการ ครั้งที่ 1	145
ภาพประกอบ ก.5	ขั้นตอนบริการ ครั้งที่ 2	146
ภาพประกอบ ก.6	การสัมภาษณ์ข้อมูล	147
ภาพประกอบ ก.7	ประชุมสรุปผล/ถอดบทเรียน	147
ภาพประกอบ ก.8	เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามประเมินผล	147



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดในด้านสุขภาพอนามัย คือ การเสียชีวิตอันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากในพื้นที่ และได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ประกอบกับเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็ก และขนาดใหญ่อันเป็นผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต และ เกิดความผิดปกติของเส้นประสาทในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการควบคุมเบาหวาน และความดันโลหิตให้ดีจะเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทำให้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก รวมทั้งเป็นภาระและเกิดการสิ้นเปลืองทั้งระดับผู้ป่วย ครอบครัว และระดับประเทศ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ทำนายไว้ว่าในปี 2030 ประชากรทั้งโลก 23 ล้านคนจะเสียชีวิตจากโรคหัวใจ และหลอดเลือด ร้อยละ 85.00 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าทุก 100 คน จะมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากถึง 8 คน โดยผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.60 สถิติการป่วย และตายในปี 2551-2553 พบอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 675.74, 879.58 เป็น 954.18 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราตายมีแนวโน้มลดลงจาก 12.22, 11.06 เป็น 10.76 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูงพบอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 860.53, 1,230.16 เป็น 1,349.39 ส่วนอัตราตายค่อนข้างคงที่คือ 3.90, 3.62, และ 3.89 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2554)

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าในช่วงปี 2551- 2553 มีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากร 100,000 คน คือ 1,861.00, 2,032.60 และ 2,401.32 ตามลำดับ รองลงมา คือโรคหัวใจและหลอดเลือด 1,779.01, 1,839.78 และ 2,252.82 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2554) ซึ่งจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ไม่เกินร้อยละ 4.00 และประชาชนกลุ่มเสี่ยงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 5.00 พบว่า อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2551-2553 ดังนี้ 820.22, 1,290.14 และ 1,389.35 ตามลำดับจากเกณฑ์ตัวชี้วัดของทางกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไม่เกินร้อยละ 10.00 ปี 2552 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 6.90 และความชุกโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.40 เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคเรื้อรังปี 2552 พบว่าค่าใช้จ่ายจากโรคไม่ติดต่อ ดังนี้ โรคมะเร็ง 55,605 ล้านบาท รองลงมาคือโรคหัวใจ และหลอดเลือด 41,056 ล้านบาท และโรคเบาหวาน 32,444 ล้านบาท ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นเป็น 3.80 เท่าเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 36 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2554)



จากข้อมูลจังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราป่วยของโรคเบาหวานของปี 2551-2553 มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนี้ คือ 845.76, 962.49 และ 958.18 อัตราตายลดลงเล็กน้อย 23.85, 18.73 และ 18.08 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น 761.93, 989.72 และ 1,029.24 อัตราตายค่อนข้างคงที่ 7.71, 7.50 และ 7.74 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในปี 2554 พบผู้ป่วยรายใหม่มีอัตราอุบัติการณ์ (Incidence rate) ร้อยละ 0.19 อัตราความชุก (Prevalence rate) 21.66 ต่อแสนประชากร อัตราการเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลในปี 2553 จำนวน 7,521 คน ในปี 2554 จำนวน 7,942 คน อัตราเพิ่ม ร้อยละ 5.60 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2554) ซึ่งคณะกรรมการการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของจังหวัดอุบลราชธานีได้จัดทำ แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2555 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับแพทย์ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยอ้างอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2554 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเอกสารที่เป็นมาตรฐานอื่น ๆ ให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นเครื่องมือส่งเสริม และพัฒนาบริการโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ แม้ว่าทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ทำหนังสือแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน แต่ยังไม่เป็นแนวทางที่ชัดเจน ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในปี 2554 อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยเบาหวาน อัตราอุบัติการณ์ ร้อยละ 0.37 พบอัตราความชุก 34.01 ต่อพันประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับ 3 ของจังหวัดอุบลราชธานี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2554) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแต่เนื่องจากผู้รับบริการมีมาก และยังมีความแออัดอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน ประกอบกับบุคลากรทางสาธารณสุขมีจำนวนจำกัด ทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง และไม่ได้คุณภาพ โรงพยาบาลชุมชนจึงจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังเครือข่ายบริการสุขภาพดูแล ในกรณีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลชุมชน

ในปี 2555 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 5,778 คน จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ปี 2554-2555 มีอัตราป่วย 1,729.72 และ 1,817.23 ต่อแสนประชากร โรคความดันโลหิตสูง อัตราป่วย 682.14 และ 771.42 ต่อแสนประชากร (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า, 2555) มีผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาที่โรงพยาบาลเขมราฐคิดเป็นร้อยละ 60.95 รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า คิดเป็นร้อยละ 39.05 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับยาที่โรงพยาบาลเขมราฐ คิดเป็นร้อยละ 81.08 ผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า คิดเป็นร้อยละ 18.92 ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยมีการนัดหมายรับการรักษาต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้งและออกติดตามเยี่ยมบ้านเฉพาะกรณีเจ็บป่วยหลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตามระบบส่งต่อ จากข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า, 2555) พบว่ามีอัตราการขาดนัดผู้ป่วยร้อยละ 25.00 พบภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 7.31 ทางไต ร้อยละ 4.87 และ ทางเท้าร้อยละ 7.31 ตัดขา 1 ราย



จากการประชุม และการจัดลำดับปัญหาสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมดู่ จังหวัดบึงกาฬ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า, 2555) พบว่าปัญหาอันดับ 1 คือโรคเบาหวาน และ 2 ความดันโลหิตสูง แม้จะมีการดำเนินงานเชิงรุก เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงตามแนวทางการรักษา การให้สุขศึกษารายบุคคล/รายกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น พบว่าการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย จากสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า, 2555) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 65.00 อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อน ที่เกี่ยวกับเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.66 อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด สะสม (HbA1c) ≤ 7 คิดเป็นร้อยละ 14.63 จากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 35 คน พบว่า ญาติไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 40.00 และไม่มีความรู้ คิดเป็นร้อยละ 70.00 ครอบครัวยากจน คิดเป็นร้อยละ 46.66 และชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการดูแล เนื่องจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงกันและต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งจาก ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องใช้ชีวิตอยู่กับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงต้องมียาในการเรียนรู้และร่วมรักษาตนเอง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยซึ่งหากมิได้มีการจัดการเชิงระบบ ที่มีประสิทธิภาพภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะเป็นภาระต่อระบบสุขภาพ การมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่จะเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาทั้งผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอและกระตือรือร้น และทีมผู้ดูแลสุขภาพที่เตรียมพร้อมทำงานเชิงรุกซึ่งมีปฏิสัมพันธ์อย่างบังเกิดผลทั้งสองฝ่าย จะนำมาซึ่งผลดีต่อสุขภาพ ต่อไป

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมดู่ จังหวัดบึงกาฬ โดยใช้หลักการพัฒนาคุณภาพบริการของเดมมิ่ง PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นกิจกรรมในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ วางแผน -ปฏิบัติ - ตรวจสอบ -ปรับปรุงการดำเนินงาน กิจกรรม PDCA อย่างเป็นระบบครบวงจรอย่าง ต่อเนื่อง (วรภัทร์ ภู่เจริญ, 2542) และใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) 6 องค์ประกอบ คือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิก จากการศึกษา กระบวนการมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังประกอบด้วย 1) ชุมชนทั้งหมด (Community) 2) ระบบสุขภาพ (Health System) และ 3) หน่วยงานบริการสุขภาพ (วิโรจน์ เจริญศรีรังสี และปัทมา โกมทุบุตร, 2551) และในการศึกษาค้นคว้าได้ประยุกต์แนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยใช้กระบวนการปรับปรุงระบบงาน (ECRS) ในการจัดการเปลี่ยนแปลงระบบ จากการศึกษา (นิพนธ์ บัวแก้ว, 2551) ได้เสนอเกี่ยวกับทัศนคติที่พึงประสงค์ การทำไคเซ็นให้ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย การตัดขั้นตอนในการทำงานที่ไม่จำเป็นออกไป การรวมขั้นตอนการทำงานเข้าด้วยกัน เพื่อประหยัดเวลา การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม ปรับปรุงวิธีการทำงาน ให้มีระบบและง่ายขึ้น ผู้วิจัยจึงได้นำหลักการพัฒนาคุณภาพบริการ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986) มาจัดระบบบริการในการพัฒนาให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น



1.2 คำถามในการวิจัย

กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมด隆 จังหวัดอุดรธานี เป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษา กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมด隆 จังหวัดอุดรธานี

1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อวิเคราะห์บริบทของชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมด隆 จังหวัดอุดรธานี

1.3.2.2 เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมด隆 จังหวัดอุดรธานี

1.3.2.3 เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบใหม่ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมด隆 จังหวัดอุดรธานี

1.3.2.4 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบใหม่ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมด隆 จังหวัดอุดรธานี

1.3.2.5 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหา ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมด隆 จังหวัดอุดรธานี

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

1.4.1 ได้กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบท มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด เนื่องจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้มีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยเอง เป็นการสร้างคุณค่า ให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรับผิดชอบและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.4.2 เป็นการค้นหาวิธีการทำงานใหม่ ๆ และการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ได้ผลตอบแทนที่คุ้มค่ามีประโยชน์กับผู้ปฏิบัติ จะทำให้งานนั้นประสบผลสำเร็จ และผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจมากที่สุด



1.5 ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 106 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 41 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17 คน ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 41 คน ญาติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน ซึ่งทำหน้าที่เป็นทีมสุขภาพตำบล คัดเลือกโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้มีหน้าที่ในการให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบล (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยตรง

2. กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า จำนวน 20 คน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร

3. กลุ่มญาติผู้ป่วย คือ ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า จำนวน 20 คน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (Chronically Ill Patients) หมายถึง บุคคลที่มีภาวะของการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายหรือทำให้กลับสู่สภาพเดิมได้ มีความจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการเพื่อควบคุมภาวะของโรคและความรุนแรงของโรค ซึ่งต้องอาศัยทั้งกระบวนการรักษาพยาบาล และการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยควบคู่กันไป ผู้ป่วยที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการส่งต่อเพื่อให้การรักษาและการดูแลต่อเนื่องที่คลินิกบริการ มี 2 โรค คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

1.6.2 ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้าเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเขมราฐ มีภาวะแทรกซ้อนน้อยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี-ปานกลาง (ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเขมราฐ ให้เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้าดูแล ปี 2555



1.6.3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับยาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และ ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลเขมราฐ มีภาวะแทรกซ้อนน้อย และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี - ปานกลาง ในระดับน้อยกว่า 130/90 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการส่งต่อจากแม่ข่ายโรงพยาบาลเขมราฐ ให้เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้าดูแลในปี 2555

1.6.4 การพัฒนาคุณภาพบริการ หมายถึง คุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ยอมรับได้ของผู้รับบริการ ลดค่าใช้จ่าย ลดความผิดพลาดและการเรียกร้อง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ประโยชน์จากการพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้รับบริการได้ประโยชน์ตามความต้องการ ผู้ให้บริการ หรือองค์กรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า พึงพอใจ

1.6.5 เกณฑ์ชี้วัดเชิงคุณภาพโรคเรื้อรัง หมายถึง เกณฑ์ชี้วัดเชิงคุณภาพที่ทางสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ใช้เป็นเกณฑ์วัดเชิงคุณภาพในการประเมินคุณภาพบริการการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

1. อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ ไม่เกิน ร้อยละ 0.30
2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ≤ 7 มากกว่า ร้อยละ

40.00

3. อัตราการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับ โรคเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 10.00

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1. อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ไม่เกิน ร้อยละ 0.30
2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต $\leq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท

มากกว่า ร้อยละ 60.00

3. อัตราการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงหรือ ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ไม่เกิน ร้อยละ 10.00

1.6.6 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ Chronic Care Model (Washington State Department of Health, 2008; วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี, 2551) มีส่วนประกอบหลักในการดูแลผู้ป่วย 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ ระบบบริการสุขภาพ (Health Systems) และ ชุมชน (Community) ซึ่งทั้ง 2 ระบบจะสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นไปอย่างมีคุณภาพ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นไปอย่างมี คุณภาพ โดยองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประเด็น

องค์ประกอบที่ 1 ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน

องค์ประกอบที่ 2 หน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ โครงสร้าง นโยบายและเป้าหมายใน

การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการดูแลตนเอง ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วย การดูแล

ผู้ป่วยโดยสมาชิกในครอบครัว การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา การมาตรวจตามนัด



องค์ประกอบที่ 4 การออกแบบการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ โครงสร้างองค์กร การจัดระบบบริการในหน่วยงาน บทบาทหน้าที่ของบุคลากร การวินิจฉัย การรักษา การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนการตัดสินใจ หมายถึง การประชุมอบรม การนิเทศงาน การจัดทำแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกโรคเรื้อรัง

องค์ประกอบที่ 6 ระบบข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ข้อมูลทางคลินิกที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1.6.7 คุณภาพของเดมมิ่ง PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน

Plan = การวางแผน หรือ P จะเป็นจุดเริ่มต้นของวงจรการบริหารคุณภาพ เพราะแผนจะกำหนดเป้าหมายและทิศทางการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยแผนจะอธิบายความจำเป็นและสร้างความเข้าใจในการแก้ปัญหาซึ่งอาศัยการร่วมแรงร่วมใจจากทุกหน่วยงานในการปรับปรุงแก้ไขอุปสรรคและข้อบกพร่องต่าง ๆ ขององค์การให้หมดไปอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้องค์การสามารถดำเนินงานบรรลุความสำเร็จตามที่ต้องการ

Do = การปฏิบัติ หรือ D นำทางเลือกที่ตัดสินใจไปวางแผนปฏิบัติงาน (Action Plan) และลงมือปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพถ้าปัญหานั้นเป็นงานที่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ภายในกลุ่ม ก็สามารถปฏิบัติได้ทันทีหากปัญหามีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหรือ กลุ่มอื่น ก็ต้องแจ้งให้ผู้บริหารสั่งการให้หน่วยงานอื่นประสานงานและร่วมมือแก้ไขปัญหให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

Check = การตรวจสอบ หรือ C ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลงานที่ปฏิบัติ โดยการเปรียบเทียบผลการทำงานก่อน การปฏิบัติงาน และหลังปฏิบัติงานว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ถ้าผลลัพธ์ออกมา ตามเป้าหมาย ก็จะนำไปจัดทำเป็นมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติงานในครั้งต่อไป แต่ถ้าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยอาจจะสูงหรือต่ำกว่าที่ต้องการ ทีมงานคุณภาพก็ต้องทำการศึกษาและวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ

Act = การปรับปรุง หรือ A กำหนดมาตรฐานจากผลการดำเนินงานใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในอนาคตหรือทำการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทั้งที่เกิดจากความไม่สอดคล้องกับความต้องการ ปัญหาที่ไม่ได้คาดหวังและปัญหาเฉพาะหน้าในการดำเนินงานจนได้ผลลัพธ์ที่พอใจ และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายแล้วจึงจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานในอนาคต และจัดทำรายงานต่อผู้บริหาร และกลุ่มอื่นได้ทราบหรือไม่

1.6.8 หลักการ E C R S ของไคเซ็น (Kaizen, 1986) เป็นการพิจารณาเปลี่ยนแปลงระบบงานในบางเรื่องบางอย่างที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ซึ่งผู้ปฏิบัติงานอาจพิจารณาใช้เพื่อเริ่มต้นกระบวนการปรับปรุงระบบงานได้ โดยหลักการดังกล่าวมีองค์ประกอบกล่าวคือ

E = Eliminate หมายถึง การตัดขั้นตอนในการทำงานที่ไม่จำเป็นในกระบวนการออกไปโดยทำงานให้น้อยลง ด้วยการปรับปรุง การบอกข้อมูลผู้ป่วยซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม ๆ การกรอกข้อมูลผู้ป่วยที่ซ้ำซ้อน การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกลุ่ม



C = Combine หมายถึง การรวมขั้นตอนการทำงานเข้าด้วยกัน เพื่อประหยัดเวลา หรือ ค่าใช้จ่ายในการทำงาน เช่น การจัดบริการผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว การให้สุศึกษา ขณะรอตรวจ

R = Rearrange หมายถึง การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยการมีส่วนร่วมของญาติและแกนนำ ช่วยกันพัฒนาคุณภาพบริการให้เหมาะสมกับบริบท

S = Simplify หมายถึง ปรับปรุงวิธีการทำงาน ให้ทำงานได้ง่ายขึ้น เป็นการปรับปรุง กระบวนการทำงานให้มีระบบ มีมาตรฐานที่กำหนด มีการนิเทศ ติดตาม

1.6.9 กระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันทำกิจกรรม โดยภายในกลุ่มมีการวิเคราะห์ปัญหาในกลุ่มร่วมกัน วางแผน ดำเนินการ ปรับปรุงแก้ไขและก่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถนำสิ่งที่ได้รับภายในกลุ่มมาแก้ไขและ ประยุกต์ใช้

1.6.10 การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งไม่ใช่เป็นเพียงแต่การเป็นส่วน หนึ่ง (Belonging) ของชุมชนเท่านั้น แต่เป็นการมีส่วนร่วมทำงานร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ โดยการทำงานในห้วงเวลาลำดับเหตุการณ์ที่ทรง ประสิทธิภาพ คือ ถูกจังหวะและเหมาะสมกับการทำงานดังกล่าว ด้วยความรู้สึกร่วมกันให้ประจักษ์ ว่า เชื่อถือไว้วางใจได้ (ความรับผิดชอบ) ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นหัวใจของการเสริมสร้างพลังการทำงาน ร่วมกันเป็นกลุ่ม ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff

Cohen และ Uphoff (ธีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543: 49-151 อ้างอิงจาก Cohen and Uphoff, 1978) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ

- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)
- 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation)
- 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits)
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

1.6.11 กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม Appreciation-Influence-Control (A-I-C) กระบวนการ A-I-C เป็นเทคนิคการประชุม/วางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ที่การระดมสมองทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา / ชัดจำกัด ความต้องการ / และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ เป็นวิธีการที่เปิดโอกาส ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ประสบการณ์ นำเสนอ ข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ ถึงสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า

A - Appreciation คือ การยอมรับชื่นชม (Appreciate) ความคิดเห็นความรู้สึกของเพื่อน สมาชิกในกลุ่มด้วยความเข้าใจในประสบการณ์ สภาพ และขีดจำกัดของเพื่อนสมาชิกแต่ละคน จึงไม่รู้สึกต่อต้านหรือวิจารณ์เชิงลบในความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก ทุกคนในกลุ่มมีโอกาสที่จะให้ข้อมูล

I - Influence คือ การใช้ประสบการณ์ / ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่ มาช่วยกันกำหนดวิธีการ / ยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ / อุดมการณ์ร่วมกัน สมาชิกในกลุ่มจะมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการถกเถียงด้วยเหตุผลทั้งในประเด็นที่เห็นด้วย และขัดแย้งจนได้วิธีการที่กลุ่ม เห็นร่วมกัน



C - Control คือ การนำยุทธศาสตร์/วิธีสำคัญ มากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียด สมาชิกจะเลือกกว่าตนเองสามารถรับผิดชอบในเรื่องใดด้วยความสมัครใจ ทำให้เกิดพันธะสัญญาข้อผูกพัน (Commitment) แก่ตนเองเพื่อควบคุมตน (Control) ให้ปฏิบัติตามบรรลุผลตามเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

1.6.12 บุคลากรในระบบ หมายถึง กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.6.13 เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง เจ้าหน้าที่ ผู้ทำหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแล และสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองสิม และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองสิม

1.6.14 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ หมายถึง ปัจจัยที่สำคัญยิ่งต่อการ

บรรลุความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี โดยทำการศึกษา 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) 6 ประเด็น คือ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน 2) หน่วยบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 4) การออกแบบการพัฒนาคุณภาพบริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก และการเปลี่ยนแปลงระบบงานใหม่ หลักการ E C R S ของไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยหลักการดังกล่าวมีองค์ประกอบ คือ การตัดขั้นตอนในการทำงานที่ไม่จำเป็นในกระบวนการออกไป รวมขั้นตอนการทำงานเข้าด้วยกัน เพื่อประหยัดเวลา หรือค่าใช้จ่ายในการทำงาน การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมโดยการมีส่วนร่วมของญาติและแกนนำ และการปรับปรุงวิธีการทำงาน ให้ทำงานได้ง่ายขึ้น เป็นการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีระบบ มีมาตรฐานที่กำหนด มีการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสม ต่อไป

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยประยุกต์ตามนโยบาย 3 อ. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านอารมณ์ ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยประยุกต์ตามนโยบาย 3 อ. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านอารมณ์ ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.6.15 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviors) คือ กิจกรรม หรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคล ที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่ หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผล สมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด



1.6.16 นโยบาย 3 อ. ตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขั้นพื้นฐาน ของจังหวัด อุบลราชธานี ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์

1.6.17 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ค่ายอ รพ.สต.นาหว้า หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ ตำบลหนองสิม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นสถานพยาบาลประจำตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ได้รับการยกฐานะจากสถานีนอมนัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ตามนโยบายของรัฐบาลรัฐบาล เมื่อปี พ.ศ. 2552 ซึ่งได้จัดสรรงบประมาณภายใต้ แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 เพื่อยกระดับสถานีนอมนัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้รูปแบบการวิจัย (Research Design) เป็นแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 2.2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
- 2.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
- 2.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- 2.5 คุณภาพในงานบริการ
- 2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.7 แนวคิดการจัดการคุณภาพของเดมมิง (Deming)
- 2.8 แนวคิดและทฤษฎีไคเซ็น (Kaizen, 1986)
- 2.9 การมีส่วนร่วม (Participatory)
- 2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.11 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.1.1 ความหมายของโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ที่มีความสำคัญต่อการป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควร การดำเนินของโรคเกิดจากอิทธิพลและการสะสมของปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 1 ปัจจัยหรือมากกว่า ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ได้แก่ การบริโภคอาหารไม่สมดุล ขาดการเคลื่อนไหว และออกกำลังกาย การบริโภคยาสูบ การบริโภคแอลกอฮอล์ ภาวะเครียดเรื้อรัง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2550) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บางภาวะก็จะมีอาการผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจบางภาวะก็จะมีอาการผิดปกติ ขึ้น ๆ ลง ๆ ขึ้นกับระยะการป่วยและการดูแลสุขภาพ แต่ผู้ที่มีโรคเรื้อรังมิได้แปลว่าเขาจะเป็นคนที่ป่วยตลอดเวลา หรือมีอาการผิดปกติตลอด เขาสามารถมีภาวะที่สุขภาพดีแม้ว่าบางส่วนของร่างกายจะมีพยาธิสภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการรักษายาวนาน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การเจ็บป่วยมักเป็นอย่างถาวรค่อย ๆ ลุกลามจนมีอาการรุนแรงมากขึ้น หากได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจะทำให้อาการทุเลา มีคุณภาพชีวิตที่ดี หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เพียงพอ และไม่ดูแลตนเองอาการก็จะรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2552)



2.1.2 ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) แม้ว่า จะมีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์อย่างมากแต่กลับพบมีประชากรที่มีโรคเรื้อรังต่าง ๆ มากกว่าร้อยละ 50.00 ที่ได้รับการดูแลรักษาต่ำกว่ามาตรฐาน ไม่ว่าจะเป็นในประเทศที่พัฒนาแล้วหรือประเทศกำลังพัฒนา วงการวิชาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้เล็งเห็นปัญหานี้มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 แต่มีความตื่นตัวอย่างสูงและเห็นความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างจริงจังเมื่อ โดย Robert Wood Johnson Foundation ได้มีการจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญ และให้ทุนสนับสนุนด้านการวิจัย และพัฒนาต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากวงวิชาการด้านการแพทย์เล็งเห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมิใช่เป็นเพียง “ช่องว่าง” แต่เป็น “หุบเหว” ของความบกพร่องด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลยทีเดียว และการมีมาตรการเสริมต่อใด ๆ เข้ากับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน ซึ่งเหมาะกับโรคเฉียบพลันไม่เป็นการเพียงพอ แต่จะต้องมีการปฏิรูปหรือออกแบบการบริการสุขภาพแบบใหม่ เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้น (วิโรจน์ เจริญศรีสงส์ และปัทมา โกมุทบุตร, 2551)

2.1.3 การพัฒนาต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การพัฒนาต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) เริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการในประเทศสหรัฐอเมริกาในทศวรรษ 1990 ผ่านทางโครงการ National Program on Improving Chronic Illness Care (ICIC) ภายใต้การสนับสนุนของ Robert Wood Johnson Foundation โดยผู้ที่เป็นแกนหลักในการดำเนินการนี้ คือ นายแพทย์ Edward H. Wagner มีการทบทวนและปรับปรุงจากต้นแบบฉบับดั้งเดิมเป็นฉบับปรับปรุงใหม่ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นำเสนอในครั้งนี้ คือระบบการดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้ผลดีนั้นจะต้องประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพที่มีการจัดองค์ประกอบที่ดีและเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่จำเป็นที่หาได้จากชุมชนซึ่งมีขนาดใหญ่กว่าขณะเดียวกันภายในระบบสุขภาพจะต้องมีผู้นำแรงจูงใจ / สิ่งตอบแทนและทรัพยากรในการช่วยเหลือให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการปฏิบัติใหม่ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังด้วยซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาทั้งผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ และความกระตือรือร้น และทีมผู้ดูแลสุขภาพที่เตรียมพร้อมทำงานเชิงรุก ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์อย่างบังเกิดผลทั้ง 2 ฝ่ายนี้จะป็นสิ่งรับประกันว่าการบริการสุขภาพนี้จะนำมาซึ่งผลดีต่อสุขภาพอย่างแท้จริงโดยผลลัพธ์อันพึงประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนี้ประกอบด้วย กระบวนการและมาตรการในการดูแลผู้ป่วย สถานสุขภาพ ความพึงพอใจ การใช้บริการสุขภาพ และต้นทุน (Washington State Department of Health, 2008; วิโรจน์ เจริญศรีสงส์ และปัทมา โกมุทบุตร, 2551) จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นในพื้นที่ 3 พื้นที่ที่มีการทับซ้อนกันคือ

- 1) ชุมชนทั้งหมด (Community) ซึ่งบรรจุไว้ด้วยทรัพยากร ไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชนเป็นทรัพยากรบุคคล สถานที่ รวมทั้งนโยบายการเมือง นโยบายสาธารณะ จำนวนมาก ส่วนวงในที่ทับซ้อนกันอยู่นั้นคือ
- 2) ระบบสุขภาพ (Health System) ซึ่งหมายรวมถึง หน่วยงานที่มีทรัพยากรจำนวนมาก อาทิ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือหน่วยบริการที่มีทรัพยากรน้อยกว่า เช่น โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย รวมถึงระบบโครงสร้างของการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และ
- 3) หน่วยงานบริการสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการผสมผสาน คลินิก หรือเครือข่ายของแพทย์ผู้ให้บริการก็ได้

ในพื้นที่ 3 พื้นที่ที่ทับซ้อนกันนี้อาจมีการทำงานที่เกื้อหนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็



ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ซับซ้อนนี้ จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบที่จำเป็น 6 องค์ประกอบดังนี้ (วิโรจน์ เจริญจรัสศรี และปัทมา โกมุลบุตร, 2551)

องค์ประกอบที่ 1 ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน (Community Resources and Policies) ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หน่วยงานบริการสุขภาพจำเป็นจะต้องมีการเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ และชมรมช่วยเหลือตนเอง การเชื่อมโยงกับชุมชนนี้จะมีความสำคัญมากสำหรับสถานบริการสุขภาพขนาดเล็ก เช่น คลินิกแพทย์ ซึ่งมีทรัพยากรจำกัดและไม่สามารถจัดบริการต่าง ๆ ได้เองทั้งหมด

องค์ประกอบที่ 2 หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health Care Organization) โครงสร้างเป้าหมาย และค่านิยมของหน่วยบริการสุขภาพ และความสัมพันธ์ของหน่วยบริการสุขภาพนี้กับผู้รับบริการสุขภาพ ผู้ประกันสุขภาพ และหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ จะประกอบเป็นรากฐานให้องค์ประกอบอื่น ๆ ของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังอีก 4 องค์ประกอบตั้งอยู่ หากผู้นำและเป้าหมายของหน่วยงานมิได้ให้ความสำคัญกับการดูแลโรคเรื้อรังเป็นลำดับต้น ๆ นวัตกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ระบบการเบิกจ่ายหรือตอบแทนการรักษาพยาบาลของระบบสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความผลกระทบต่อพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมาก โดยจะช่วยให้การพัฒนานี้ดำรงอยู่อย่างยั่งยืนอยู่ได้ หากระบบการเบิกจ่ายหรือตอบแทนนี้ช่วยเพิ่มรายได้หรือลดรายจ่ายให้กับหน่วยงาน แต่หากผู้รับบริการสุขภาพ ผู้ประกันสุขภาพมิได้รับการดูแลโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพ จะทำให้การพัฒนานี้ไม่สามารถอยู่ได้ในระยะยาว นอกจากนั้นการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมควบคุมโรค สมาคมผู้ป่วยโรคเบาหวาน หน่วยบริการร่วม ฯลฯ ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การดูแลกลุ่มเสี่ยงกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาคุณภาพบริการการยกระดับบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน การพัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยการประสานเครือข่ายทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self - Management Support) สำหรับโรคเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยจะเป็น ผู้ดูแลสุขภาพที่สำคัญที่สุดของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตอยู่เป็นเวลานานกับโรคเรื้อรัง ดังนั้นการสร้างความรู้ความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเองรวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่า สามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ 1) ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง 2) มีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง 3) มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง 4) มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง 5) ส่วนที่เป็นอุปสรรค หรือความขาดแคลนทรัพยากร ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนสำหรับโรคเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแลสุขภาพที่สำคัญที่สุดของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตอยู่เป็นเวลานานกับโรคเรื้อรัง การจัดการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น การควบคุมอาหารการออกกำลังกาย การตรวจติดตามด้วยตนเอง (การตรวจวัดน้ำตาลในเลือด และการชั่งน้ำหนัก และการใช้ยา เป็นต้น) เป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้ การควบคุมโดยตรงของผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ ซึ่งสามารถสอนให้กับผู้ป่วยได้เกือบทุกคน ดังนั้น การสนับสนุนการดูแลตนเองนี้จึงหมายถึงความร่วมมือกันกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะและ



ความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเองจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือหรือวิธีการที่ใช้ในการดูแลตนเอง (เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีอยู่ในชุมชน) และการประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ

องค์ประกอบที่ 4 การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของการเวชปฏิบัติ มีการสร้างทีมงานดูแลผู้ป่วยที่มีแบ่งงานกันอย่างชัดเจน และแยกระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่ต้องมีการวางแผนการดูแลระยะยาวออกจากระบบการดูแลโรคแบบเฉียบพลัน โดยแพทย์จะเป็นผู้รักษาภาวะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ ของระยะโรคเรื้อรังที่ยากแก่การรักษา และสอนเกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การกำหนดนัดกิจกรรมที่ต้องกระทำเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ (เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจตา การตรวจเท้า การตรวจการทำงานของไต) และทำการนัดตรวจอย่างเหมาะสม ทั้งนี้สามารถจัดการภาวะเรื้อรังโดยเฉพาะ แยกจากปัญหาสุขภาพฉุกเฉินอื่น ๆ และยังสามารถวางแผนการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ตามความแตกต่างของแต่ละกลุ่ม เช่น ตามความซับซ้อนของโรคเรื้อรังหรือตามเชื้อชาติ วัฒนธรรม

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรมีคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เป็นมาตรฐานอันเหมาะสม และจะต้องผสมผสานเข้าไปในกระบวนการดูแลผู้ป่วยประจำวัน ในรูปของการย้ำเตือนหรือกระตุ้นเตือน (Reminder) โดยมีหัวหน้าทีมสุขภาพคอยควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกนี้โดยผ่านกระบวนการฝึกอบรมรูปแบบต่าง ๆ นอกจากนี้ควรมีผู้เชี่ยวชาญที่พร้อมให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์โดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 6 ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System) ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านระบบข้อมูลในคอมพิวเตอร์มีบทบาทที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ช่วยเป็นระบบการย้ำเตือนหรือกระตุ้นเตือนให้แพทย์ (หรือบุคลากรอื่น ๆ) ปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิก 2) เป็นข้อมูลป้อนกลับสำหรับแพทย์ในการแสดงให้เห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามตัวชี้วัด เช่น ระดับ HbA1C ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด เป็นต้น และ 3) เป็นทะเบียนข้อมูลสำหรับวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลหรือการดูแลผู้ป่วยโดยใช้มาตรการเชิงกลุ่ม เพื่อจัดข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูงให้เป็นหมวดหมู่สามารถใช้ติดตามการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สิ่งสำคัญคือ หน่วยบริการประจำต้องจัดให้มีระบบทะเบียนดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังและลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ทะเบียนผู้ป่วยถือเป็นสิ่งสำคัญของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังโดยจะหมายถึงบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคหนึ่ง ๆ ที่มารับการรักษาในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งหรือดูแลโดยแพทย์คนหนึ่งหรือคณะหนึ่ง เช่น ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายชื่อผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามรหัสของ International Classification Of Disease ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานทั้งหมดจะถูกบันทึกลงในระบบคอมพิวเตอร์รวมทั้งประวัติการได้รับยา ความดันโลหิต ผลตรวจตา และเท้า และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (HbA1C และระดับ Microalbumin ในปัสสาวะ ระดับไขมันในเลือด) จะถูกบันทึกลงในระบบข้อมูลของทะเบียนโดยอัตโนมัติ จากนั้นข้อมูลในทะเบียนจะถูกป้อนเข้าไปในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเป็นการแจ้งเตือนให้มีการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อถึง



กำหนดการตรวจแต่ยังมีได้ทำการตรวจ สำหรับหน่วยงานที่ยังใช้เวชระเบียนในรูปกระดาษ อาจใช้วิธีพิมพ์ใบแจ้งเตือนนี้แล้วแนบไว้หน้าเวชระเบียนเวลาผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าพบแพทย์ ส่วนในการดูแลสุขภาพเชิงกลุ่มอาจใช้ระบบทะเบียนนี้เรียกดูและติดต่อกับผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ HbA1C ระดับสูง หรือผู้ที่มิได้มีการตรวจตาประจำปีตามกำหนด เป็นต้น

การพัฒนาต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ภายใต้การสนับสนุนของ Robert Wood Johnson Foundation โดยผู้ที่เป็นแกนหลักในการดำเนินการนี้ คือ นายแพทย์ Edward H. Wagner มีการทบทวน และปรับปรุงใหม่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้ผลดี นั้นจะต้องประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพที่มีการจัดองค์ประกอบที่ดี และเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่จำเป็นที่หาได้จากชุมชน ขณะเดียวกันภายในระบบสุขภาพจะต้องมีผู้นำ แรงจูงใจ/สิ่งตอบแทน และทรัพยากรในการช่วยเหลือให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการปฏิบัติใหม่ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังด้วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนี้ประกอบด้วย กระบวนการมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย สถานสุขภาพ ความพึงพอใจ การใช้บริการสุขภาพ และต้นทุน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบที่จำเป็นที่สำคัญ 6 องค์ประกอบ คือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุน การตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิก

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด การพัฒนาต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่พบ และมีความสำคัญ การป่วย พิกการ และตายก่อนวัยอันควร ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บางภาวะก็จะมีอาการผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ บางภาวะก็จะมีอาการผิดปกติ ขึ้น ๆ ลง ๆ ขึ้นกับระยะการป่วยและการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการรักษายาวนาน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การเจ็บป่วยมักเป็นอย่างถาวร ค่อย ๆ ลุกลามจนมีอาการรุนแรงมากขึ้น หากได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจะทำให้มีอาการทุเลา มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) ทั้ง 6 องค์ประกอบ ซึ่งประกอบด้วย ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิก มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน และปรับปรุงระบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบท ป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เกิดประโยชน์สูงสุดกับกลุ่มผู้ป่วย ต่อไป



2.2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

2.2.1 ความหมายโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) มีผู้ให้ความหมายไว้หลายรูปแบบ เช่น (สมจิต หนูเจริญกุล 2543) ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่า เป็นโรคเรื้อรังซึ่งลักษณะสำคัญคือ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติและเมื่อสูงมากเกินไปจนขัดจำกัดของไตก็จะถูกขับออกมาในปัสสาวะ ลักษณะดังกล่าวเกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญสารคาร์โบไฮเดรตเนื่องจากมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างหรือการใช้ฮอร์โมนอินซูลินของร่างกาย (เทพหิมะ ทองคำ และคณะ, 2550) ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่าเป็นกลุ่มอาการจากความผิดปกติที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและถูกขับออกมาทางปัสสาวะเนื่องจากร่างกายขาดฮอร์โมนตัวหนึ่งคืออินซูลินจากตับอ่อนที่ผลิตไม่พอใช้หรือผลิตแล้วใช้ไม่ได้ตามปกติเมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่นานก็จะเกิดโรคแทรกซ้อนตามมาทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังในกรณีเรื้อรังจะไปทำให้หลอดเลือดเสื่อมเสียหายและทำลายอวัยวะส่วนปลายทางเช่นไตสมองหัวใจเป็นโรคเบาหวานว่าเป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมซึ่งมีลักษณะสำคัญคือระดับน้ำตาลกลูโคสสูงในเลือด (Hyperglycemia) ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินหรือทั้งสองอย่างร่วมกันการเกิดภาวะน้ำตาลสูงในเลือดเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งเป็นผลให้มีการทำลายการเสื่อมสมรรถภาพและการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ตา (Retinopathy), ไต (Nephropathy), เส้นประสาท (Neuropathy) และหลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็ก (Microangiopathy) และขนาดใหญ่ (Macroangiopathy)

2.2.2 อาการของคนที่เป็นโรคเบาหวาน

อาการของคนที่เป็นโรคเบาหวานเกิดจากการที่น้ำตาลในเลือดสูงทำให้ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด หิวเก่ง อ่อนเพลียคนปกติก่อนรับประทานอาหารเช้าจะมีระดับน้ำตาลในเลือด 70-110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลไม่เกิน 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ที่ระดับน้ำตาลสูงไม่มากอาจจะไม่มีอาการอะไร อาการสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่

2.2.2.1 ปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมากเนื่องจากกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดสูงมากออกมาทางปัสสาวะโดยไตนี้จำเป็นต้องดึงน้ำออกมาด้วยดังนั้นผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลสูงมากเท่าใดก็ยิ่งปัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้นทำให้ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำตอนกลางคืนบ่อยครั้งจนทำให้กระหายน้ำและดื่มน้ำมากเป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการปัสสาวะบ่อยและมากทำให้เกิดภาวะขาดน้ำจึงต้องชดเชยด้วยการดื่มน้ำบ่อย

2.2.2.2 น้ำหนักลดผอมลงเนื่องจากในภาวะที่ขาดอินซูลินร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อยร่างกายจึงจำเป็นต้องนำเอาโปรตีนและไขมันที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้แทนจึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียและน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

2.2.2.3 อาการหิวบ่อยและรับประทานอาหารเนื่องจากร่างกายขาดพลังงานจึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยและรับประทานอาหารผู้ที่มีอาการบางอย่างดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นควรได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดให้แน่ใจว่าเป็นเบาหวานหรือไม่สำหรับบุคคลทั่วไปก็ควรได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำทุกปีจะทำให้ตรวจพบการเกิดโรคได้ก่อนที่จะมีอาการปรากฏซึ่งจะดูแลรักษาได้ง่ายกว่าการตรวจ



พบเมื่ออาการปรากฏแล้วสำหรับผู้ที่อยู่ในข่ายที่มีโอกาสเป็นเบาหวานได้โดยไม่รู้ตัวถึงแม้จะยังไม่มีอาการเบาหวานปรากฏอย่างชัดเจนแต่ก็ควรหมั่นตรวจสอบได้แก่ผู้ที่มีประวัติ ดังนี้

1. ผู้ที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน
2. อยู่ในเกณฑ์ที่ถือว่าเป็นโรคอ้วน
3. เคยแท้งหรือตายคลอด (หมายถึงตายขณะคลอด) โดยไม่ทราบสาเหตุ

หรือ คลอดบุตรน้ำหนักแรกคลอดเกิน 4 กิโลกรัม

4. หญิงตั้งครรภ์ทุกราย (อายุครรภ์ระหว่าง 24-28 สัปดาห์)

5. มีประวัติติดเชื้อง่ายเป็น ๆ หาย ๆ บริเวณผิวหนังระบบสืบพันธุ์หรือ ระบบ

ขับถ่ายปัสสาวะหากผู้ใดจัดอยู่ในข่ายของผู้ที่มีโอกาสเป็นเบาหวานก็ควรหมั่นตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนรับประทานอาหารทุกเช้าทุก 6-12 เดือนเพื่อให้แน่ใจว่าเป็นเบาหวานหรือไม่

2.2.3 ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

ผู้ที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน อ้วน ไม่ออกกำลังกาย เป็นความดันโลหิตสูง หรือ ไขมันในเลือดสูงจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน กลุ่มที่เสี่ยงจะต้องเจาะเลือดตรวจหาโรคเบาหวาน สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานยังไม่ทราบแน่นอน แต่องค์ประกอบสำคัญที่อาจเป็นต้นเหตุของการเกิดได้แก่ กรรมพันธุ์ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย หากบุคคลใดมีปัจจัยเสี่ยงมากย่อมมีโอกาสที่จะเป็นเบาหวานมากขึ้น

2.2.4 เกณฑ์ในการวินิจฉัยเบาหวาน มีดังนี้

วิธีที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน มีเพียงวิธีเดียว คือ การเจาะหาน้ำตาลในเลือด สำหรับคนปกติแนะนำให้คนที่มียายุมากกว่า 45 ปี ควรจะเจาะเลือดทุกปีถ้าหากปกติก็ให้เจาะทุก 3 ปี หากคุณมีปัจจัยเสี่ยง ก็ควรที่เจาะเร็วขึ้นและบ่อยขึ้น คนปกติจะมีค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 80-100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การวินิจฉัยโรคเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สำหรับผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เราเรียก Impaired Fasting Glucose (IFG) คนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานจำเป็นต้องคุมอาหาร รักษาน้ำหนัก ออกกำลังกาย สำหรับการตรวจปัสสาวะไม่แนะนำเพราะเราจะตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งเป็นเบาหวานไปเรียบร้อยแล้ว การวัดระดับกลูโคสในพลาสมาหลังการอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose : FPG) ซึ่งสะดวกและแม่นยำ ให้การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) สูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (7.0 mmol/L) สองครั้งการวัดความทนทานน้ำตาลกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test : OGTT) กรณีสงสัยว่าจะเป็นเบาหวาน แต่ระดับพลาสมากลูโคสก่อนรับประทานอาหารไม่ถึง 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ตรวจโดยการดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม เจาะเลือดก่อนดื่ม และ 2 ชั่วโมงหลังดื่ม วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานเมื่อระดับพลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมงตั้ง 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ขึ้นไป หากอยู่ระหว่าง 140-199 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าความทนทานต่อน้ำตาลบกพร่อง (Impaired Glucose Tolerance Test) หากต่ำกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าปกติการสุ่มวัดระดับกลูโคสในพลาสมา (Random Plasma Glucose : RPG) โดยไม่กำหนดเวลาอดอาหาร ใช้ค่ามากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และมีอาการของโรคเบาหวาน เนื่องจากมีความแม่นยำต่ำ จึงไม่นิยมหากพบค่ามากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะต้องนัดมาเจาะน้ำตาลก่อนอาหาร หรือ ทำการตรวจ การวัดความทนทานน้ำตาลกลูโคส OGTT อาจจะตรวจในผู้ป่วยที่มีอาการของ



โรคเบาหวานมากจำเป็นต้องรีบให้การรักษการใช้ระดับโปรตีนกลัยโคซัยเลต ได้แก่ Glycosylate Hemoglobin : HbA_{1c} หากมีค่ามากกว่า 6.5 ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในกรณีที่ค่า HbA_{1c} > 6.5 สองครั้ง แต่ค่าน้ำตาลก่อนอาหาร FBS < 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือค่าน้ำตาล FBS > 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ค่า HbA_{1c} < 6.5 ทั้งสองกรณีให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานสำหรับการตรวจหาไกลูโคสในปัสสาวะไม่นิยมเพราะผิดพลาดได้ง่าย โรคเบาหวานโดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะแรกจะไม่ก่อให้เกิดอาการผิดปกติมีผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่จำนวนไม่น้อย ที่ตรวจพบภาวะหรือโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานแล้ว ดังนั้น การคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง จึงมีความสำคัญ เพื่อที่จะให้การวินิจฉัยและการรักษาโรคเบาหวานได้เร็วขึ้น การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดย

2.2.4.1 ผู้ที่อาการโรคเบาหวานชัดเจนคือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยมาก น้ำหนักตัวลดลงไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจน้ำตาลพลาสมาไกลูโคสเวลาใดก็ได้ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2.2.4.2 การตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) พบค่า ≥ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ตรวจยืนยันอีกครั้งหนึ่งต่างวันกัน

2.2.4.3 การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 g Oral Glucose Tolerance Test : OGTT) ใช้สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงแต่ตรวจพบ FPG น้อยกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถ้าระดับพลาสมาไกลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่ม ≥ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ในประเทศไทย ยังไม่มีแนะนำให้ใช้ HbA_{1c} สำหรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน เนื่องจากยังมี Standardization และ Quality Control ของการตรวจ HbA_{1c} ที่เหมาะสมเพียงพอ และค่าใช้จ่ายในการตรวจยังสูงมาก รายละเอียดการแปลผลระดับพลาสมาไกลูโคส ขณะอดอาหาร (FPG) สรุปไว้ ดังนี้

FPG < 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร = ปกติ

FPG 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร = Impaired Fasting Glucose (IFG)

FPG ≥ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร = โรคเบาหวาน

การแปลผลค่าพลาสมาไกลูโคสที่ 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 g OGTT)

2 h- PG < 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร = ปกติ

2 h -PG 140 -199 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร = Impaired Glucose Tolerance

2 h-PG > 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร = โรคเบาหวาน

(แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน, 2554)

วิธีการตรวจ

1. การวัดระดับกลูโคสในพลาสมาหลังการอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose : FPG) แนะนำให้ใช้วิธีซึ่งสะดวกและแม่นยำ ให้การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) สูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (7.0 mmol / L)

2. การวัดความทนทานน้ำตาลกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test : OGTT) วัดระดับน้ำตาลกลูโคส 2 ชั่วโมง

3. หลังได้กินน้ำตาล 75 กรัมจะให้การวินิจฉัยเมื่อวัดน้ำตาลสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (11.1 mmol / L การสุ่มวัดระดับกลูโคสในพลาสมา (Random Plasma Glucose : RPG) โดยไม่กำหนด



เวลาอดอาหาร ใช้ค่ามากกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เนื่องจากมีความแม่นยำต่ำจึงไม่นิยมการใช้ระดับโปรตีนกลัยโคซัยเลต ได้แก่ Glycosylate Hemoglobin : HbA1c และ Glycosylate Fructosamine) ไม่นิยมเนื่องจากมีความไวและความแม่นยำต่ำการตรวจหาไกลูโคสในปัสสาวะไม่นิยมเพราะผิดพลาดได้ง่าย

2.2.5 ชนิดของโรคเบาหวาน แบ่งเบาหวานเป็น 3 กลุ่ม

โรคเบาหวาน เป็นกลุ่มของโรคซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งอาจจะเกิดจากความผิดปกติของการสร้าง หรือการออกฤทธิ์ หรืออาจจะเกิดจากกลไกทั้งสอง ผลจากการที่น้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งและมีการทำลาย ไต สมอง หัวใจ ระดับน้ำตาลเมื่อเป็นใหม่จะไม่สูงแต่เมื่อเวลาผ่านไประดับน้ำตาลจะสูงขึ้น ชนิดของโรคเบาหวาน

1. เบาหวานชนิดที่หนึ่ง (Type 1 Diabetes, Immune - Mediated) หรือที่เคยเรียกว่า Insulin-Dependent Diabetes ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการก่อนอายุ 30 ปี ด้วยอาการหิวน้ำบ่อย น้ำหนักลด เกิด Ketosis ได้ง่าย เกิดจากมีการทำลายของ β - Cell ทำให้มีการหลั่งอินซูลินน้อยลง Immune-Mediated เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากมีการทำลายของตับอ่อนเนื่องจากมีภูมิคุ้มกัน Antibody กันต่อ Beta - Cell ของตับอ่อน นอกจากนั้นยังพบมี Antibody ต่อ Insulin ผู้ป่วยจะไม่มี การสร้าง Insulin หรืออาจจะมีแต่น้อยมาก ความรุนแรงของโรคในแต่ละคนจะไม่เท่ากัน บางคนเป็นมากและเร็ว นอกจากนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคแพ้ภูมิต่าง ๆ เช่น Graves' Disease Hashimoto's Thyroiditis Addison's Disease Vitiligo Celiac Sprue Autoimmune Hepatitis Myasthenia Gravis And Pernicious Anemia diopathic Diabetes เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เจาะเลือดไม่พบ Antibody ต่อเซลล์ของตับอ่อน

2. เบาหวานชนิดที่สอง (Type 2 Diabetes, Noinsulin Dependent) เกิดจากที่ร่างกายผลิตอินซูลินไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) ความสำคัญของโรคเบาหวานชนิดนี้ คือคนอาจจะเป็นโรคเบาหวานโดยที่ไม่เกิดอาการอะไร เมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคเบาหวานมักจะมีโรคแทรกซ้อนแล้วร้อยละ 50.00 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จะต้องตรวจเลือดแม้ว่าจะยังไม่มีอาการของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมักจะมีอายุมากกว่า 30 ปีมักจะวินิจฉัยโดยการเจาะเลือดตรวจร่างกายโดยไม่มีอาการ ผู้ป่วยมักจะอ้วนโรคจะค่อย ๆ ดำเนินจนเกิดโรคแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะมีระดับอินซูลินปกติหรือสูง สาเหตุที่เป็นเบาหวานเพราะมีภาวะต้านต่ออินซูลิน Insulin Resistance การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย จะช่วยในการควบคุมโรคเบาหวาน

3. เบาหวานชนิดอื่น ๆ ตามสาเหตุ เช่น พันธุกรรมเนื่องจากการทำงานของ Beta Cell การออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือจากการติดเชื้อ จากยาเป็นต้น เนื่องจากพบไม่บ่อยจึงไม่ขอกล่าวในที่นี้ เบาหวานในคนตั้งครรภ์ (Gestation Diabetes) เบาหวานที่เป็นขณะตั้งครรภ์

2.2.6 การดูแลรักษาโรคเบาหวาน

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดการรักษาโรคเบาหวานให้ได้ผลดีจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจาก ผู้ป่วย และ ญาติ หรือผู้ใกล้ชิด ในการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ในเรื่องของบริการ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นจำเป็นต้องทำงานเป็นทีม โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทีมมีการทำงานตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยในการปรับปรุงคุณภาพ มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง และต้องมีการสนับสนุนจากผู้นำ จึงจะทำให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานประสบผลสำเร็จการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน



การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต เป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้มีระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าใกล้เคียงกับค่าปกติมากที่สุด ซึ่งการรักษาเบาหวานด้วยวิธีนี้มีผลดีและถือเป็นมาตรฐานของการดูแลรักษาเบาหวาน และพบว่าสามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานได้ (มนทิพา ทรงพานิช และอัมพา สุทธิจำรูญ, 2550) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การควบคุมอาหาร การควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกคน ทั้งนี้เพราะโรคเบาหวานมีความผิดปกติในการเผาผลาญสารอาหาร ในการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติมีภาวะโภชนาการที่ดีสามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติควบคุมระดับไขมันสูงในเลือดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (สุทิน ศรีธัญญาพร และวรรณ นิธิยานันท์, 2548) นอกจากนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรงดการดื่มแอลกอฮอล์และยาที่อาจมีผลต่อเส้นประสาทควรเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากสารในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเร็ว ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดได้ง่าย ทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก (อิติ สนับบุญ และวรรณวงศ์ ถาวรวัฒน์, 2549)

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดน้ำหนักในผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วน ลดไขมันที่เกาะตามร่างกาย ลดความดันโลหิต ป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ช่วยเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลินทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระยะยาว ช่วยลดความเครียดทำให้จิตใจสดชื่นแจ่มใส ก่อนมีการออกกำลังกายผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการประเมินสภาพร่างกายก่อน เพื่อจะได้วางแผนการออกกำลังกายตามความหนักเบาที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้ป่วยควรออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-4 ครั้ง นานครั้งละ 20 - 30 นาที ในช่วงแรกควรเริ่มจาก 5 - 10 นาที แล้วเพิ่มขึ้นทุก 2 - 4 สัปดาห์ เมื่อร่างกายมีความพร้อม ผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคหัวใจต้องเริ่มน้อย ๆ และเพิ่มขึ้นช้า ๆ ควรมีการอุ่นเครื่องก่อนออกกำลังกายเพื่อเตรียมกล้ามเนื้อหัวใจและปอด หลังออกกำลังกายไม่ควรหยุดพักทันทีให้ออกกำลังกายเบา ๆ เหมือนการอุ่นเครื่องใช้เวลา 3 - 5 นาที ถ้ามีความผิดปกติของร่างกายขณะออกกำลังกายให้หยุดทันทีและปรึกษาแพทย์ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกายควรเป็นเวลาหลังอาหาร ประมาณ 1-2 ชั่วโมง (มนทิพา ทรงพานิช, 2549)

3. การจัดการความเครียด ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการระมัดระวังในการดูแลตนเองหลายอย่าง เฝือกกับความไม่แน่นอนจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดกับผู้ป่วย ซึ่งทั้งความเครียดวิตกกังวลเกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี เนื่องจากมีการหลั่งแคทีโคลามีนและคอร์ติซอลสูงขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น โดยกระบวนการไกลโคจีโนไลซิส ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรเรียนรู้วิธีการลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเลือกการใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม รู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์ นอกจากนี้การออกกำลังกาย การใช้วิธีผ่อนคลายในรูปแบบหลากหลาย หรือการใช้ศาสนาเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวจิตใจจะสามารถช่วยลดความเครียดได้ (มนทิพา ทรงพานิช, 2549)

การใช้ยาลดระดับน้ำตาล

1. ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล ในยาเม็ดลดน้ำตาลนั้นแบ่งประเภทตามกลไกการออกฤทธิ์ได้ 3 กลุ่มดังนี้ (สุทิน ศรีธัญญาพร และวรรณ นิธิยานันท์, 2548)



1.1 ยาที่กระตุ้นให้ตับอ่อนสร้างและหลั่งอินซูลินมี 2 กลุ่มคือ กลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea) และกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มซัลฟา ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น ไกลเบนคลาไมด์ (Glibenclamide) ไกลปิไซด์ (Glipizide) ไกลคาไซด์ (Glicazide)

1.2 ยาที่ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีมี 2 กลุ่ม คือ 1) Metformin ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อได้ดีขึ้นบางส่วนทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น มีข้อดี คือ ไม่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และน้ำหนักตัวไม่เพิ่ม 2) กลุ่มไธอะโซลิดินไดโอน (Thiazolidinedione) ออกฤทธิ์โดยทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อเป็นผลทำให้น้ำตาลกลับเข้าสู่เซลล์มากขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่ตับเพิ่มขึ้นและยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับด้วย ยาพวกนี้จะมีข้อเสียคือทำให้อ้วน และควรระวังในผู้ที่มีปัญหาเรื่องตับ

1.3 ยาที่ยับยั้งการดูดซึมอาหารคาร์โบไฮเดรตในลำไส้เล็กออกฤทธิ์โดยยับยั้งเอนไซม์ อัลฟา กลูโคซิเดส (Alpha - Glucosidase) ที่ผนังลำไส้ทำให้การดูดซึมกลูโคสลดลงและช้า เป็นผลทำให้ระดับน้ำตาลหลังอาหารเป็นส่วนใหญ่ ยากลุ่มนี้จะถูกดูดซึมเข้าร่างกายน้อยมาก ผลข้างเคียงที่พบบ่อย เช่น ท้องอืด แน่นท้อง ผายลมบ่อย ถ่ายเหลว ปวดท้องยาากลุ่มนี้ เช่น อะคาร์โบส (Acarbose) และโวกลีโบส (Voglibose)

2. ยาฉีดลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยทั่วไปอินซูลินเป็นยาฉีดที่ใช้รักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ทุกราย นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต้องใช้รักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อยาชนิดเม็ดตั้งแต่เริ่มต้นหรือเกิดภาวะดื้อยาในภายหลังหรือร่างกายอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถเข้ายาชนิดเม็ดได้ แบ่งชนิดของอินซูลินตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ได้เป็น 3 ชนิดคือ ออกฤทธิ์ระยะสั้น ชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง และชนิดออกฤทธิ์นาน (สุทิน ศรีอัมภาพร และวรรณ นิธิยานันท์, 2548) ดังแสดงตามตาราง 2.1



ตาราง 2.1 แสดงยาลดน้ำตาล คุณสมบัติ ขนาดและวิธีใช้

ชื่อสามัญ	ขนาดเม็ด (มก)	ขนาดยาต่อ วัน (มก.)	วิธีการใช้ จำนวน ครั้ง/วัน	ระยะเวลา ออก ฤทธิ์ (ชม.)	ทางขับยา
Metformin	500,850	500-3000	2-3 หลังอาหาร	5-6	ไต
Acarbose	50,100	150-300	3 พร้อมอาหาร		ไม่ถูกดูดซึม
Troglitazone	200	200-600	1	9	
Sulfonylurea					
Tolbutamide	500	500-3000	2-3	6-10	ไต 100%
Chlorpropamide	250	125-500	1	24-72	ไต 100%
Glibenclamide	5	2.5-30	1-2	20-24	ไต 50%
Glipizide	5	2.5-30	2	12-14	ไต 85%
Glicazide	80	40-320	1-2	10-15	ไต 60-70%
Gliquidone	30	15-120	1-2	8-12	ไต 5-10%
Glimepiride	1,2,3	1-6	1	24	ไต 60%
Repaglinide	1,2,3	1-16	3		

ที่มา สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2554

สรุป ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดหลักเกณฑ์การควบคุมโรคเบาหวานตามเกณฑ์ แนวทางการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2555) ที่ปรับปรุงมาจาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2551) เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานสากล และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและคำแนะนำอย่างถูกต้อง ลดความรุนแรงจากการเจ็บป่วย ลดการเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งได้กำหนดการควบคุมโรคเบาหวาน โดยอาศัยผลระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเกณฑ์ ดังนี้

ภาวะควบคุมได้ FBS 70-130mg/dl

ภาวะควบคุมไม่ได้ 131- 180 mg%

ภาวะควบคุมไม่ได้เลย 181 mg% ขึ้นไป

2.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2.3.1 แผนเบาหวานแห่งชาติ (พ.ศ. 2550 - 2559) แผนเบาหวานเป็นแผนระยะยาว จัดทำโดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาและแนวโน้มเบาหวานที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยแวดล้อม ที่เป็นทุนทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งในบริบทภายในประเทศ และภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ที่



เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว และรอบด้าน ทิศทางของแผนเบาหวานแห่งชาติฉบับนี้ บอกถึงพันธะสัญญาของหุ้นส่วนต่าง ๆ ที่จะช่วยกันพัฒนาดำเนินการ และบอกถึงน้ำหนักของมาตรการหลักที่จะทำ ให้บรรลุผล ลดเสี่ยง ลดโรค และลดภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องจากเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและเป็นเวทีประสานความร่วมมือระหว่างแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต้องต้อง มีการดำเนินการในหลายจุดภาพรวมของประเทศ แต่ขาดเป้าหมาย และกลไกการเชื่อมโยงทั้งในเรื่องของการบริหารจัดการ การพัฒนาทรัพยากร (องค์ความรู้ กำลังคน งบประมาณ และอื่น ๆ) โดยมี ทิศทางหลักที่สานต่อจากแผนสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ (2550-2554) และให้ความสำคัญต่อยอดความคิด สร้างจินตนาการสุขภาพใหม่และมุ่งสู่จุดหมายที่เป็นเอกภาพในการสร้างระบบสุขภาพไทยที่พึง ประสงค์ เพื่อการพัฒนาสุขภาพที่เป็นองค์รวม ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ การรวมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ และการน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นฐานคิด และ ขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในการดำเนินชีวิต การบริหาร และการพัฒนาทางด้านสุขภาพในทุกมิติ ทุกระดับในทุกภาคส่วน ซึ่งแผนเบาหวานแห่งชาติฉบับที่ 10 นี้ มีทั้งหมด 3 ระยะ คือ

1. แผนระยะสั้น คือระยะ 1 ปี เป็นการเน้นการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานทั้งกลุ่มเสี่ยงตามอายุและกลุ่มเสี่ยงตามพันธุกรรม เพิ่มความครอบคลุมในการสร้างความตระหนักรู้เรื่องโรคเบาหวานและมีกิจกรรมทางกายที่มากขึ้น
2. แผนระยะกลาง เป็นการเน้นลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การลดภาวะอ้วนในคนไทย และการลดพฤติกรรมการบริโภคหวาน
3. แผนระยะยาว เป็นการลดปัญหาโรคเบาหวานโดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง ซึ่งการจัดทำแผนเบาหวานแห่งชาติครั้งนี้มีข้อมูลตัวชี้วัดบางส่วน ที่ดำเนินการอยู่ในระยะการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม

ประเด็นยุทธศาสตร์ของแผนเบาหวานแห่งชาติ มีทั้งหมด 3 ประเด็น คือ

1. ประเด็นที่ 1 เป็นนโยบายสาธารณสุขทุกระดับ ขับเคลื่อนสังคมชุมชนสู่ลดเสี่ยงลดโรคมีทั้งสิ้น 3 ยุทธศาสตร์ คือ
 - ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนากลไกการขับเคลื่อนทางสังคมสู่เครือข่ายประชากรจัดการตนเองและสิ่งแวดล้อม
 - ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสภาพแวดล้อมทางสังคม และกายภาพที่ลดเสี่ยงลดโรค
 - ยุทธศาสตร์ที่ 3 สนับสนุนศักยภาพของชุมชนเพื่อจัดการลดเสี่ยง เป็นการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน
2. ประเด็นที่ 2 บริการสุขภาพและสาธารณสุข สนับสนุนการจัดการตนเองของบุคคลและชุมชน รวมทั้งการเฝ้าระวัง มีทั้งสิ้น 2 ยุทธศาสตร์ คือ
 - ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาและสนับสนุนระบบบริการให้มีความครอบคลุม และสามารถเข้าถึงบริการในการจัดการเบาหวาน
 - ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลเบาหวาน
3. ประเด็นที่ 3 เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุน
 - ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาศักยภาพบุคคลกรให้สามารถบริการสุขภาพและบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมเบาหวาน



ยุทธศาสตร์ที่ 7 สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และการวิจัยผลการดำเนินงานเบาหวาน

เป้าประสงค์สูงสุดของแผนเบาหวานแห่งชาติ เพื่อลดปัญหาเบาหวานและผลกระทบต่อเนื่องใน 4 ด้าน คือ

1. ลดการเกิดโรค
2. ลดภาวะแทรกซ้อน
3. ลดการตาย
4. ลดภาระค่าใช้จ่าย

2.3.2 หลักการดำเนินงานและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรักษาดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องการความร่วมมือระหว่างแพทย์ ตัวผู้ป่วยเอง และทีมสุขภาพอื่น ๆ โดยเน้นการรักษาในระดับ Primary Medical Care และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีปัญหา มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสมสามารถลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ลดความกังวล และลดค่ารักษาพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถมีชีวิตอย่างปกติสุขใกล้เคียงกับคนปกติได้ เพราะโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกสูง และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยจึงควรได้รับการวินิจฉัยดูแลตั้งแต่ระยะแรกและต่อเนื่องตลอดชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยควรได้รับ มีดังนี้

2.3.2.1 แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2554) เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการบริการโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขของสังคมไทย โดยมุ่งหวังผลในการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดและคุ้มค่า การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน มีวิธีการประเมินแนวทางคือ

1. การประเมินความเสี่ยงในช่วงเวลานั้น โดยใช้แบบประเมิน จากการศึกษาชนิดตัดขวาง ให้ตรวจคัดกรองโดยการเจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลในผู้ที่มีความเสี่ยงวิธีนี้ใช้ค้นหาผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ
2. การประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันโรค โดยใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงซึ่งได้จากการศึกษาไปข้างหน้า เพื่อทำนายผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานในอนาคต ซึ่งศึกษาปัจจัยเสี่ยง อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิตสูง ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามโดยตรงไม่ต้องเจาะเลือดและทำได้ในระดับชุมชนแล้วนำข้อมูลมาคำนวณเป็นคะแนน (Risk Score) สามารถใช้ทำนายความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต
3. แนวทางการคัดกรอง การวินิจฉัยโรค และการประเมินทางคลินิกเมื่อแรกวินิจฉัย การคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ซึ่งไม่รวมหญิงมีครรภ์ แนะนำให้ตรวจ 1) ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป 2) ผู้ที่อ้วน (BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ/หรือมีรอบพุงเกินมาตรฐาน) และมีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน 3) เป็นโรคความดันโลหิตสูงและรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ 4) มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ 5) มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่น้ำหนักแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม 6) เคยได้รับการตรวจพบว่า Impaired Glucose Tolerance (IGT) หรือ Impaired Fasting Glucose (IFG) 7) มีโรคหัวใจและหลอดเลือด หากคัดกรองผิดปกติร่วมกับผลการตรวจระดับน้ำตาลผิดปกติสามารถวินิจฉัยโรคเบาหวาน หากผลการตรวจปกติควรตรวจซ้ำ



ทุก 3 ปี การประเมินทางคลินิกเมื่อแรกวินิจฉัยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานครั้งแรก ควรได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต การรักษาเบาหวานต้องการความร่วมมือระหว่างแพทย์ ตัวผู้ป่วย และทีมสุขภาพอื่น ๆ โดยการรักษามีการดำเนินการ ต่อไปนี้

- 1) ตั้งเป้าหมายระดับการควบคุมให้เหมาะสมกับอายุและสภาวะของผู้ป่วย
- 2) แนะนำอาหารและการออกกำลังกายให้เหมาะสม
- 3) ให้ความรู้โรคเบาหวานที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ครอบครัวเพื่อน และครู
- 4) ส่งเสริมการดูแลตนเองและประเมินผลการรักษาด้วย ตนเอง
- 5) การให้ความรู้โรคเบาหวานเพื่อการดูแลตนเอง การให้ความรู้โรคเบาหวาน

มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการดูแลรักษาความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง มีทักษะมีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจและเสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติได้จริงเนื้อหาความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่จำเป็นในการให้ความรู้โรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเบาหวาน 2) โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน 3) โภชนะบำบัด 4) การออกกำลังกาย 5) ยารักษาเบาหวาน 6) การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะและแปลผลด้วยตนเอง 7) ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดและวิธีป้องกันแก้ไข 8) การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป 9) การดูแลในภาวะพิเศษ เช่นตั้งครรภ์ ขึ้นเครื่องบิน เดินทางไกล ไปงานเลี้ยง เล่นกีฬา 10) การดูแลและรักษาเท้า

สรุปได้ว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตามแผนเบาหวานแห่งชาติ (พ.ศ. 2550 – 2559) มีทั้งหมด 3 ระยะ ระยะสั้น เน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ระยะกลาง เน้นลดภาวะแทรกซ้อน ระยะยาว เน้นลดจำนวนผู้ป่วย หลักการดำเนินงานและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2555) และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ของแผนเบาหวานแห่งชาติ มีทั้งหมด 3 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1 เป็นนโยบายสาธารณสุขทุกระดับ ขับเคลื่อนสังคมชุมชนสู่ลดเสี่ยงลดโรค

ประเด็นที่ 2 บริการสุขภาพและสาธารณสุข สนับสนุนการจัดการตนเองของบุคคลและชุมชน รวมทั้งการเฝ้าระวัง

ประเด็นที่ 3 เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุน

เป้าประสงค์สูงสุดของแผนเบาหวานแห่งชาติ เพื่อลดปัญหาเบาหวานและผลกระทบต่อเนื่องใน 4 ด้าน คือ

1. ลดการเกิดโรค
2. ลดภาวะแทรกซ้อน
3. ลดการตาย
4. ลดภาระค่าใช้จ่าย

2.3.3 แนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

จากโครงการบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Diabetes And Diabetes Related: Disease Management



Program “ Practice Guideline”) ตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวานหากผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่มีระดับ FPG < 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานหรืออาการไม่ชัดเจนให้ใช้วิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Lifestyle Modification) 1-3 เดือน โดยการตั้งเป้าหมายระดับการควบคุมให้เหมาะสมกับอายุและสถานะของผู้ป่วย แนะนำอาหารและการออกกำลังกายให้เหมาะสมให้ความรู้โรคเบาหวานที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ส่งเสริมการดูแลตนเองและประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง หากไม่ได้ผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเริ่มรักษาด้วยการใช้ยา ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ FPG < 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่มีอาการชัดเจนให้เริ่มต้นรักษาด้วยยา โดยดูว่าผู้ป่วยเบาหวานอ้วนหรือผอม ผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนให้เริ่มที่ยา Metformin เนื่องจากไม่ทำให้อินซูลินสูงขึ้น จึงไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกลอยากอาหารมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่ผอมให้เริ่มที่ยา Sulfonylureas ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นหลังการรักษา ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ FPG 250 -350 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีอาการชัดเจนต้องเริ่มรักษาด้วยยา 2 ชนิดคือ Sulfonylureas และ Metformin หากผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาล FPG >350 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงได้ศึกษาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Board) ของจังหวัดอุบลราชธานี จึงได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ.2555 ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับแพทย์ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยอ้างอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเอกสารวิชาการอื่น ๆ ที่เป็นมาตรฐานอื่น เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปว่า ระบบการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ.2555 ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มาเป็นรูปแบบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคที่มีความชุกสูง และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และทีมสุขภาพเน้นการรักษาในระดับ Primary Medical Care และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีปัญหาในการรักษา ต่อไป

2.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

2.4.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (blood pressure) หมายถึง ความดันภายในหลอดเลือดแดง ซึ่งเกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เพื่อปั๊มเลือดเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ความดันภายในหลอดเลือดแดงจะมีอยู่ตลอดเวลา แม้แต่ขณะที่หัวใจกำลังคลายตัวก็ตาม เพราะการไหลเวียนของเลือดต้องมีอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นความดันในหลอดเลือดจึงมีอยู่ตลอดเวลา การทำงานของหัวใจคล้ายกับปั๊มหรือคอยสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย เมื่อเลือดไหลแรงดี ความดันก็จะดีด้วย แต่หากหัวใจบีบตัวไม่ดี เลือดไหลอ่อน ความดันก็จะลดลง นอกจากนั้นแล้วความดันในหลอดเลือดยังขึ้นกับสภาพของหลอดเลือดด้วย หากหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นดี จะปรับความดันได้ดีไม่ให้สูงเกินไป แต่หากหลอดเลือดเสีย



ความยืดหยุ่น หรือแข็งตัว ก็จะทำให้ความดันเปลี่ยนแปลงไปด้วย (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2551) สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

2.4.1.1 การจำแนกประเภทตามระดับความดันโลหิต คือ กำหนดเป็นระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงอันตรายต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดมากและน้อย ดังแสดงตามตาราง 2.2

ตาราง 2.2 จำแนกประเภทตามระดับความดันโลหิต

นิยาม	ความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันโลหิตตัวล่าง (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	< 130	< 85
สูงกว่าปกติ	130 – 139	85 – 89
ความดันโลหิตสูง		
- Stage 1	140 – 159	90 – 99
- Stage 2	160 – 179	100 – 109
- Stage 3	> 180	> 110

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552

2.4.1.2 การจำแนกโดยอาศัยข้อมูลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสามารถจำแนกความรุนแรงของความดันโลหิตสูงตามการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ เป็น 3 ระดับคือ

1. ความรุนแรงระดับ 1 เมื่อตรวจไม่พบความเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะเป้าหมาย
2. ความรุนแรงระดับ 2 เมื่อตรวจพบอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

2.1 เวนทรีเคิลซ้ายโต โดยการตรวจร่างกาย เอกซเรย์ทรวงอกหรือตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

2.2 หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินามีการตีบทั่ว ๆ ไป หรือเฉพาะบางส่วน

2.3 อัลบูมิน (Albumin) ในปัสสาวะหรือครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูง

ผิดปกติ

3. ความรุนแรงระดับ 3 เมื่อมีอาการ และสิ่งที่ตรวจพบบ่งว่ามีสมรรถภาพของอวัยวะเป้าหมายเสื่อม ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากความดันโลหิตสูง ได้แก่

3.1 ภาวะหัวใจวาย

3.2 อัมพาตจากมีเลือดออกในเนื้อสมอง หรือภาวะสมองบวมจากความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง หรือ Hypertensive Retinopathy Grade 3 หรือ 4

2.4.1.3 การจำแนกความดันโลหิตตามสาเหตุ

1. ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด (Primary Hypertension Essential Hypertension) จะพบได้บ่อยคือ พบได้มากกว่าร้อยละ 90.00 ของภาวะความดันโลหิตสูงทั้งหมด แต่เชื่อว่ายังมีปัจจัยที่ส่งเสริมหลายอย่าง เช่น กรรมพันธุ์ เพศ อายุ ภาวะอ้วน กลีโกลิเซียม ภาวะเครียด เป็นต้น



2. ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุเฉพาะ จะพบได้น้อยกว่าร้อยละ 10.00 ซึ่งจะทราบสาเหตุของการเกิดโรคได้แน่นอน เช่น โรคไต เนื้องอก หรือการตั้งครรภ์ เป็นต้น

2.4.2 การเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Pathogenesis of Essential Hypertension) โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นความดันโลหิตที่สูงขึ้นมาเป็นระยะเวลานานโดยไม่ทราบสาเหตุของโรค ผู้ที่เป็นโรคนี้นี้จะมีการเริ่มช้า ๆ ความดันโลหิตจะสูงขึ้นทีละเล็กละน้อยมาเป็นเวลาหลายปีโดยไม่มีความผิดปกติมากมาย ดังนั้นจึงเกิดเป็นโรคก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริง ๆ ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 90.00 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนมากจะพบในช่วงอายุ 35-55 ปี และพบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า และที่มีการใช้คำว่า “Essential” เพราะในสมัยก่อนยังไม่รู้จักโรคนี้ เพียงแต่เชื่อว่าเป็นอาการ (Symptom) ของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และเชื่อว่าระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นนี้จำเป็น (Essential) สำหรับการส่งเลือดไปเลี้ยงสมอง และไต โดยทั่วไปผู้ป่วยจะไม่มีอาการ ยกเว้นแต่จะสังเกตจริง ๆ ผู้ป่วยมักบ่นปวดศีรษะ และใบหน้ามักจะแดงจนกระทั่งเมื่อมีอาการมากขึ้นแล้วจึงจะเริ่มเห็นอาการทั่วไป เช่น อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย ใจสั่น ตกใจง่าย เวียนศีรษะ มึนงง ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยหลังตื่นนอนตอนเช้า หรือบางครั้งมีเลือดกำเดาไหลออกจากหลอดเลือดที่ถูกทำลาย ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้แบ่งได้เป็นอีก 2 ชนิด คือ โรคความดันโลหิตสูงชนิดบีเนน (Benign Hypertension) ซึ่งเป็นโรคที่ค่อย ๆ เกิดและเป็นอยู่ยาวนาน และความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Malignant Hypertension) ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และเป็นอยู่ในระยะสั้น ถ้าไม่รักษาจะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัย หลายประการร่วมกัน (ศุภสิทธิ์ พรหมนารุณทัย, 2541) โดยแยกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

2.4.2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม โดยพบว่ามีความสัมพันธ์ ดังนี้

1. กรรมพันธุ์ บุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีความดันโลหิตสูงจะมีแนวโน้มว่ามีระดับความดันโลหิตสูงกว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่ระดับความดันโลหิตปกติเนื่องมาจากยีนที่มีความไวต่อผลของการบริโภคเกลือ เสี่ยงรบกวนจากสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกายแบบที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น (Isometric Exercise) การคิดคำนวณตัวเลข และการดื่มสุรา ส่วนในด้านความสัมพันธ์ระหว่างมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกับบุตรที่เกิดภาวะความดันโลหิตสูงจะสูงกว่าความสัมพันธ์ระหว่างบิดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกับบุตรที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเนื่องมาจากอิทธิพลระหว่างการตั้งครรภ์ โดยจะพบว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 30.00 – 60.00

2. อายุ พบว่า ความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุ ในเด็กแรกเกิดจะมีความดันโลหิตเฉลี่ยประมาณ 70 - 50 มิลลิเมตรปรอท และบางครั้งความดันไดแอสโตลิกอาจได้ยื่นถึงตำแหน่งเลขศูนย์ และเมื่ออายุครบ 1 ปี ความดันซิสโตลิกจะขึ้นสูงสุดโดยเฉลี่ย 94 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกจะสูงเฉลี่ย 52 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตนี้จะคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงอยู่ 2- 3 ปี และจะเปลี่ยนแปลงอีกครั้งในช่วงเข้าวัยรุ่นโดยความดันซิสโตลิกจะเพิ่มขึ้นเร็วกว่าความดันไดแอสโตลิกซึ่งเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1-2 มิลลิเมตรปรอทต่อปี ในขณะที่ความดันไดแอสโตลิกจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเพียง 0.5 - 1 มิลลิเมตรปรอทต่อปี ในวัยผู้ใหญ่ความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกจะสูงขึ้นอย่างสม่ำเสมอ โดยความดันซิสโตลิกมีแนวโน้มที่จะขึ้นสูงกว่าความดันไดแอสโตลิกซึ่งค่าความดันซิสโตลิกปกติในผู้ใหญ่จะน้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดัน



ไตเอสโตลิกจะน้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท ในวัยสูงอายุความดันไตเอสโตลิกจะลดลงเล็กน้อย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันที่ต่อเนื่องกันเป็นครั้งสุดท้าย ส่วนระดับความดันซิสโตลิกจะสูงขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด

3. เพศ ในเพศหญิงและเพศชายจะมีระดับความดันโลหิตแตกต่างกันโดยจะเริ่มมีความแตกต่างกันในช่วงวัยรุ่นตั้งแต่อายุ 18 ปี ซึ่งเพศชายจะมีความดันซิสโตลิกสูงกว่าเพศหญิง 10 มิลลิเมตรปรอท และความดันไตเอสโตลิกสูงกว่า 5 มิลลิเมตรปรอท และในระดับอายุที่มากกว่า 60 ปี เพศหญิงจะมีอัตราการมีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าเพศชายในวัยเดียวกัน โดยเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 60.00 จะมีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากเพศหญิงในวัยก่อนหมดประจำเดือนมีแนวโน้มว่าจะมีการทำงานของเรนิน (Renin) ในกระแสโลหิตต่ำและจะมีการทำงานมากขึ้นภายหลังภาวะหมดประจำเดือน

2.4.2.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. น้ำหนักตัว เป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต คนอ้วนจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 5-10 เท่าของคนผอมเมื่อน้ำหนักตัวลดลงปริมาณเลือดที่หัวใจจะต้องสูบฉีดแต่ละครั้งก็จะน้อยลงด้วย เพียงลดน้ำหนักลงประมาณ 2-4 กิโลกรัม ก็จะทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ทั้งในคนอ้วนและคนผอม นอกจากนี้ปริมาณไขมันในเลือดก็จะลดลงด้วย ทำให้โอกาสที่ไขมันจะเกาะเส้นโลหิตจนตีบตันน้อยลง น้ำหนักส่วนเกินคิดจากดัชนีน้ำหนักของร่างกาย (Body Mass Index : น้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง) ถ้ามมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ถือว่าน้ำหนักเกินมาตรฐาน และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับความดันโลหิต หรือสามารถวัดได้จากไขมันส่วนเกินบริเวณส่วนกลางของร่างกาย โดยพบว่า ผู้ที่มีรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 34 นิ้ว (85 เซนติเมตร) ในผู้หญิง หรือ 39 นิ้ว (98 เซนติเมตร) ในผู้ชาย จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ การลดน้ำหนักเพียง 4.5 กิโลกรัมในผู้ที่น้ำหนักเกินจะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้

2. จำนวนเกล็ดเลือดที่ร่างกายได้รับ โดยโซเดียมในรูปของเกล็ดจะมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต เนื่องจากเกล็ดเลือดมีคุณสมบัติดูดน้ำได้ดี จึงอาจทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดแดงบวม ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดมากขึ้น ปฏิกริยาตอบสนองของระดับความดันโลหิตเมื่อร่างกายได้รับโซเดียมมีความแตกต่างกันมากในแต่ละบุคคลพบว่า ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานจะมีปฏิกริยาตอบสนองในการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต โดยโซเดียมที่ร่างกายได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความดันโลหิต และจากการศึกษาพบว่า การลดปริมาณโซเดียมลงในระดับปานกลางมีความสัมพันธ์และมีผลกับปัจจัยต่าง ๆ เช่นความสามารถในการลดความดันโลหิตการลดการสูญเสียโปแตสเซียมในปัสสาวะ การลดการเกิดหัวใจห้องล่างซ้ายโต การป้องกันการเกิดกระดูกพรุนและนิ่วในไต การจำกัดจำนวนเกล็ดเลือดที่ร่างกายได้รับต่อวันจึงอาจสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ปกติปริมาณเกล็ดเลือดที่ร่างกายต้องการต่อวันคือ 500 มิลลิกรัม ซึ่งเกล็ด 1 ช้อนชา จะให้ปริมาณโซเดียมถึง 2,300 มิลลิกรัม และในอาหารหลายประเภทก็มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่แล้วแต่มีรสไม่เค็มจัด เช่น นม เนื้อสัตว์ มีโซเดียมมาก ข้าว ผัก ผลไม้มีโซเดียมเล็กน้อยถึงแม้จะไม่ใส่เกล็ดหรือน้ำปลาในอาหารเลย ร่างกายก็จะได้รับโซเดียมเพียงพออยู่แล้ว และถ้าร่างกายไม่สามารถขับโซเดียมส่วนเกินที่ได้จากอาหารออกไปจาก



ร่างกายได้หมดก็จะมีโซเดียมส่วนเกินค้างอยู่ในร่างกาย จะทำให้มีอาการบวมและระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นจึงควรลดปริมาณโซเดียม โดยไม่ควรรับประทานเกลือโซเดียมคลอไรด์เกินวันละ 6 กรัม

3. จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัย

เสี่ยงสำคัญสำหรับโรคความดันโลหิตสูง เพราะสามารถต่อต้านผลของยาลดความดันโลหิตและยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดในสมองแตก เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่าวันละ 3 แก้วขึ้นไป อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว

4. การออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายทำให้สมรรถภาพทางกายดีขึ้น

ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ลดระดับความดันโลหิต ลดน้ำหนักตัว และลดระดับไขมันในเลือด คนที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 35.00 การออกกำลังกายที่ได้ผลต้องให้ได้เหงื่อ ซึ่งจะทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น ปอดขยายตัวได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารีดีขึ้น และจะทำให้สารโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำลง เพราะการออกกำลังกายมีความเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงานภายในร่างกายจากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ และการออกกำลังกายระดับปานกลางโดยการเดิน ประมาณ 30-45 นาที จะสามารถลดน้ำหนัก และเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย รวมทั้งยังช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ และลดสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้

5. ความเครียด ซึ่งความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีผลทำให้มี

การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือด เพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจและกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาธิติก ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ โดยเฉพาะความเครียดทางอารมณ์สามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้อย่างเฉียบพลัน ดังนั้นการขัดและผ่อนคลายความตึงเครียดจึงสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ สิ่งที่จะก่อให้เกิดความเครียดมักมาจากการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องดิ้นรนต่อสู้มีความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ความขัดแย้ง ความกลัว เป็นต้น การลดความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือทำสมาธิ ผ่อนคลายใจ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้เล็กน้อย แต่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอและใช้ระยะเวลานานจึงจะได้ผล

6 จำนวนโปแตสเซียมที่ร่างกายได้รับ การรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง

อาจจะป้องกันหรือต่อต้านการเกิดความดันโลหิตสูง และคงไว้ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปริมาณที่แนะนำคือ 50-90 มิลลิโมลต่อวัน (mmol/day) โดยได้จาก ปลา ผลไม้ และผัก แต่ควรระวังในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของไต หรือได้รับยากลุ่มที่ยับยั้งไม่ให้เกิดการสร้างแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin - Converting Enzyme Inhibitors) หรือกลุ่มที่ต้านแองจิโอเทนซิน ทู (Angiotensin Receptor Blockers)

7. จำนวนแคลเซียมที่ร่างกายได้รับ พบว่าการได้รับอาหารที่มีแคลเซียมต่ำมีผลต่อความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตสูง และการเพิ่มการบริโภคแคลเซียมมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางราย

8. อิทธิพลอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ ถึงแม้ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนถึงความสัมพันธ์

ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูง แต่พบว่านิโคตินในบุหรี่มีผลทำให้หลอดเลือดแข็งตัวโดยเฉพาะผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวายและเส้นเลือดในสมองแตก มากกว่าคนที่มีความดันโลหิตสูงแต่ไม่สูบบุหรี่ และยังส่งผลให้การขยายลดความดันโลหิตได้ผลไม่เต็มที่



ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรงดการสูบบุหรี่ นอกจากการสูบบุหรี่แล้ว การดื่มกาแฟมากกว่า 10 แก้วต่อวัน อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ เพราะสารคาเฟอีนมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มอย่างเฉียบพลัน และถ้ามีระดับสารโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจะมีผลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันเพราะไขมันไปเกาะตามหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแคบลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

2.4.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Cardiovascular Disease-CVD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญที่ทำให้เกิด CVD ในประชากรจากกลุ่มประเทศทางตะวันตก แต่ยังไม่ทราบว่าปัจจัยเหล่านี้จะพยากรณ์การเกิด CVD ในประชากรซีกโลกอื่น ๆ หรือไม่

2.4.3.1 ผลของความดันเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) พบว่า การลด Diastolic Blood Pressure (DBP) 5 ทอร์รี่ จะทำให้อัตราการเกิด Stroke ลดลง 35- 40% ระดับความดันเลือดจะสัมพันธ์กับการเกิดทั้งหลอดเลือดในสมองตีบ (Cerebral Infarction - CI) และแตก (Intracerebral Hemorrhage-ICH) โดยเส้นกราฟแสดงความสัมพันธ์จะสูงขึ้นใน ICH มากกว่า CI โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease - CHD) ระดับความดันเลือดจะสัมพันธ์กับการเกิด CHD ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีความชันประมาณ 2 ใน 3 ของความสัมพันธ์ของระดับความดันเลือดกับการเกิด stroke และไม่พบ J - Curve Phenomenon โรคหัวใจล้มเหลวและโรคไต ผู้ป่วยที่มีระดับความดันเลือดสูง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าคนที่มีความดันเลือดปกติ 6 เท่า และ DBP ที่ลดลงทุก 5 ทอร์รี่ จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายอย่างน้อย 41 เท่า

2.4.3.2 ผลของปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ต่อ CVD อายุ ผู้สูงอายุจะเสี่ยงต่อการเกิด CVD เพิ่มขึ้นตามอายุ ทั้งนี้เป็นเพราะปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ เพศ ในทุกอายุ เพศชายจะเสี่ยงต่อการเกิด CVD มากกว่าเพศหญิง ซึ่งความแตกต่างนี้จะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และความแตกต่างนี้พบใน CHD มากกว่า Stroke อัตราตายจาก Stroke และจาก CHD พบว่าเหมือนกันทั้งในเพศชายและหญิงที่อายุมากกว่า 75 ปี มีประวัติของโรคหัวใจที่เป็นมาก่อน ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีอันตรายตายมากกว่า ร้อยละ 10.00 และผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหัวใจขาดเลือด จะเกิดหลอดเลือดในสมองอุดตันซ้ำหรือถึงแก่กรรมด้วยโรคหลอดเลือดมากกว่า ร้อยละ 4.00 ต่อปี

โรคไตและ Microalbuminuria ในผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีโรคไตชัดเจน พบว่าจะสัมพันธ์กับการเกิด CHD มากกว่าปกติ 2-3 เท่าโรคเบาหวาน (Hyperinsulinemia และHyperglycemia) โรคเบาหวานไม่ว่าต้องพึ่ง Insulin หรือไม่ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด CHD อัมพาตจากสมองขาดเลือด และโรคไตโดยทั่วไปโรคเบาหวานเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจาก CHD และอัมพาต 3 เท่า การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด CHD และอัมพาตจากสมองขาดเลือดในทุกอายุ ไขมันในเลือดและ Lipoproteins ระดับ Total Cholesterol และ LDLCholesterol ที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด CHD ซึ่ง Relative Risk จะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นตรงข้ามกับระดับ HDL-Cholesterol ที่ลดลงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด CHD โดยไม่สัมพันธ์กับอายุความอ้วน Body Mass Index (BMI) ที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด CHD ความสัมพันธ์นี้ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เชื่อว่าส่วนหนึ่งเกิดจากความดันเลือดที่เพิ่มขึ้น HDL-Cholesterol ลดลง และระดับ Insulin และ Glucose ที่เพิ่มขึ้นด้วย Fibrinogen ระดับ Fibrinogen ที่เพิ่มขึ้นในเลือดจะสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิด CHD และ Ischemic Stroke เพิ่มขึ้นการดื่มสุรา การดื่ม Alcohol สม่ำเสมอในปริมาณพอสมควร เช่น 1-3 แก้ว/วัน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่ม แต่การดื่ม Alcohol ในปริมาณมากจะทำให้หัวใจผิดปกติ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Stroke



การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบ Aerobic อย่างสม่ำเสมอวันละประมาณ 20 นาที พบว่าลดความเสี่ยงต่อการเกิด CHD ร้อยละ 30.00 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเชื่อว่าผลดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากความดันเลือดลดลง และการเพิ่มระดับ HDL - Cholesterol

การให้ฮอร์โมนทดแทนในหญิงวัยหมดประจำเดือน การให้ฮอร์โมนทดแทนดังกล่าว พบว่าลดความเสี่ยงต่อการเกิด CHD 30-50% แต่การศึกษาในเวลาต่อมาไม่เห็นผลดังกล่าว Socio-Economic Status ระดับการศึกษา การจ้างงาน หรือระดับรายได้เป็นตัว พยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเกิด CHD ที่ดีมาก ระดับ Socio-Economic Status ที่ต่ำจะเสี่ยงต่อการเกิด CHD เพิ่มขึ้น

เชื้อชาติ ขนเผ่าเมารีในประเทศนิวซีแลนด์ และชาวพื้นเมืองอเมริกันจะเสี่ยงต่อการเกิด CHD มากกว่าชาวผิวขาว ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าชาวอเมริกันผิวดำมีความเสี่ยงต่อการเกิด stroke และโรคไต มากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว Geographic Region ยุโรปตะวันออก รัสเซีย และประเทศในแถบทะเลบอลติกมี

อุบัติการณ์ของ CHD และ Stroke สูง ในขณะที่สาธารณรัฐประชาชนจีนก็พบอุบัติการณ์ของ Stroke สูง แต่ CHD ต่ำ เมื่อเทียบกับยุโรปตะวันออกและอเมริกาเหนือ ขณะที่บางประเทศในแถบแอฟริกามีอุบัติการณ์ของ stroke และโรคไตสูง แต่ CHD ต่ำ

ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ การสูดควันบุหรี่โดยไม่ได้เป็นผู้สูบ ขนาดของ LDL Particle, Apolipoprotein, Plasma Renin Activity (PRA) ระดับ Homocysteine, กรดยูริกในเลือด จุลินทรีย์บางชนิดก็สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิด CHD เชื่อว่าการลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย ลดการดื่มสุราและลดระดับ fibrinogen ในเลือด จะลดอุบัติการณ์ของ CVD แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ให้ผลอย่างชัดเจน ระยะเวลาที่มีความสนใจผลของ Antioxidant Vitamin เช่น Vitamin E และ CHD และ Stroke ด้วย

ดังนั้น ทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วย จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยด้านประชากรที่สำคัญ อาทิ เช่น การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ลักษณะอาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยน่าจะมี ผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูง คือ การที่ระดับความดันโลหิตจากปกติไปสู่ระดับสูง จนมีผลต่อการทำลายอวัยวะส่วนปลายที่สำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และจอประสาทตา เป็นต้น ระดับความดันโลหิตที่ถือว่าสูงนั้น ค่าความดันโลหิตตัวบนต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากไม่มีจุดแบ่งที่แน่นอนระหว่างค่าความดันโลหิตสูง การเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แยกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ 1) กรรมพันธุ์ 2) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ ผลของความดันโลหิตสูง และผลของปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือลักษณะอาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการแสดงอาการของโรค



2.5 คุณภาพในงานบริการ

คุณภาพบริการ (Service Quality) เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เนื่องจากงานบริการมีความไม่แน่นอน ในการผลิตงานออกมาให้ได้มาตรฐาน ทั้งนี้เพราะงานบริการส่วนมากเป็นสิ่งที่จับต้องได้ยาก ไม่สามารถ จัดเก็บไว้ได้ต้องทำการผลิตขณะที่ลูกค้ามาซื้อบริการดังนั้นในขณะที่ลูกค้ามาซื้อบริการและมีการส่งมอบ บริการนั้นจะทำให้เกิดข้อผิดพลาดและทำให้ผู้บริโภคเกิดความไม่พอใจ

สรุปว่า เกณฑ์ชี้วัดเชิงคุณภาพโรคเรื้อรัง ตามนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2555) ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ เพื่อลดอัตราป่วย ลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อน ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่าย ในครอบครัว และประเทศชาติ ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

1. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ ไม่เกิน ร้อยละ 0.30
2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c ≤ 7 มากกว่า ร้อยละ 40.00
3. อัตราการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับ

โรคเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 10.00

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ไม่เกิน ร้อยละ 0.30
2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต $\leq 140/90$ mmHg มากกว่า

ร้อยละ 60.00

3. อัตราการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงหรือ

ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ไม่เกิน ร้อยละ 10.00

2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.6.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้มีผู้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการหลายท่าน ดังนี้

Kemmis และ Mc Taggart (1988) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการรวบรวม ปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติการของผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติในสังคมหรือเพื่อต้องการที่ พัฒนาหลักการและเหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพ การปฏิบัติงานนั้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติ นั้น ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

Holloway (2010) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหาองค์ความรู้ภายใต้ การดำเนินการของนักปฏิบัติที่กลายมาเป็นนักวิจัย หรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัย เพื่อ ตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง เป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่าน กระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อนหน้า การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา และนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บ และรวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธี การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นทั้งการวิจัย และการปฏิบัติการ



ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (2537) และคงศักดิ์ ธาตุทอง (2540) ได้ให้ความหมายคล้ายกันว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยอย่างมีระบบเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และการสะท้อนผลของข้อมูลที่ได้อย่างพินิจพิเคราะห์ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ปรับปรุงการปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องจนเป็นที่พอใจของผู้วิจัย ซึ่งก็คือการใช้วงจร 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การลงมือกระทำจริง การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ดำเนินการต่อเนื่องไปจนนำไปสู่การปรับแผนเข้าสู่วงจรใหม่ จนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขปัญหาได้จริง เพื่อพัฒนาสภาพการของสิ่งที่ได้ศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพนั่นเอง

ศิริพร จิรวรรณกุล (2546) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหาพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by Changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นนั่นเอง เป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา เพื่อต้องการพัฒนา หาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่เป็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการอย่างเป็นระบบระเบียบ (Improve Practice and Systematically) และเป็นการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะนั้น พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหา และได้คำตอบในการแก้ปัญหาดังกล่าว (Streubert and Carpenter, 1999) (นงพรรณ พิริยานพงศ์, 2546)

ดังนั้น ผู้วิจัยมีเป้าหมายที่จะแก้ไขปัญหา เพื่อให้ได้กระบวนการใหม่มาพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี โดยทำการศึกษาระบบการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบ ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงโดยวิเคราะห์บริบทชุมชน และความเหมาะสม เน้นที่การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอน และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ จนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัย นำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการและนำมาปฏิบัติ

2.6.2 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้น มีนักวิชาการอธิบายลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Kemmis และ McTaggart (1990) ได้สรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังต่อไปนี้

2.6.2.1 เป็นวิธีปรับปรุงการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และการเรียนรู้จากการเปลี่ยนแปลงนั้น

2.6.2.2 เป็นการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานเอง เพื่อการพัฒนาตนเองและกลุ่มอาชีพของตนเอง

2.6.2.3 เป็นกระบวนการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเป็นวงจร โดยเริ่มจากการวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกต และการสะท้อนผล เป็นวงจรเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนกว่างานนั้น จะได้รับการปรับปรุงตามที่ต้องการ

2.6.2.4 ต้องอาศัยความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เน้นกระบวนการกลุ่ม

2.6.2.5 เกิดจากความเต็มใจ และเห็นความสำคัญ ของการปรับปรุงพัฒนางาน



2.6.2.6 การอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยใช้ความรู้ และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานหรือกลุ่มวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงานเอง ภายใต้เงื่อนไข และสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงมากกว่า

2.6.2.7 เป็นกระบวนการที่มีความยืดหยุ่นสูง มีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับข้อมูลและสถานการณ์ในขณะนั้น

2.6.2.8 เน้นการสังเกต และบันทึกข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละช่วงเวลา เพื่อนำมาวิเคราะห์และสรุปผลที่ถูกต้อง

2.6.2.9 เน้นทั้งผลที่เกิดขึ้นและกระบวนการปฏิบัติงาน

2.6.2.10 เน้นวิธีการเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ ผ่องพรรณ ตรียมงคล (2543) ได้อธิบายลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า มีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ

1. เป็นการวิจัยที่เรียกว่า Self – Reflective Inquiry คือ ไม่ได้มุ่งพัฒนาความรู้ใหม่ แต่จุดเน้นอยู่ที่การมองสะท้อนกลับสภาพการณ์หรือปัญหาที่เผชิญอยู่
2. เป็นการดำเนินการวิจัย โดยผู้ที่มีส่วนร่วมภายในหน่วยงาน หรือองค์กรนั้น โดยเป็นการวิจัยร่วมกันของบุคคลผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
3. เป็นการวิจัย เพื่อหวังผลในการปรับปรุง พัฒนาวิธีการปฏิบัติในหน่วยงานหรือองค์กรนั้นๆ เพื่อการพัฒนาตามแนวทางใดแนวทางหนึ่ง

จากการศึกษาสรุปได้ว่า ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการดำเนินการศึกษา และปฏิบัติร่วมกัน แบบมีส่วนร่วมของบุคคลภายในองค์กร โดยผ่านการวิเคราะห์ วิจารณ์อย่างเป็นระบบตามสภาพจริง เพื่อมุ่งหวังในการแก้ปัญหา ปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.6.3 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถนำเสนอแนวคิดรูปแบบที่นักวิชาการได้มีการนำเสนอไว้ ดังนี้ Zuber-Skerrit (1992) เสนอรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติตามแผน (Act) ขั้นสังเกตผล (Observe) และขั้นสะท้อนผล (Reflect) สุริยพร พานิช (2546) ได้อธิบายเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังนี้

รูปแบบที่ 1 แนวคิดของ Lewin รูปแบบแห่งการวางแผน คือ การค้นหาความจริง และการปฏิบัติ เป็นกระบวนการเสนอชุดของการตัดสินใจแบบบันไดเวียนบนพื้นฐานของการทบทวนวงจรการวิเคราะห์ การสำรวจ การทบทวนปัญหา การวางแผน การส่งเสริมการปฏิบัติทางสังคม และการประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติ แนวคิดของ Lewin คือ กระบวนการทางสังคม ที่สามารถได้รับการศึกษา โดยมีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงและสังเกตอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ ผลที่ได้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นการดำเนินการเช่นนี้ คล้ายกับแนวคิดของ Scriven ในเรื่องของการประเมินเพื่อปรับปรุงงานงานวิจัยจะเริ่มต้นด้วย แนวคิดทั่วไปหรือปัญหา การค้นหาทางแก้ของปัญหา โดยผลการสำรวจทั้งหมดในแต่ละแผนจะเป็นแนวทางเพื่อจะหาวิถีทางในการแก้ปัญหา

รูปแบบที่ 2 มีนักการศึกษาเสนอไว้ 2 รูปแบบ ได้แก่ Elliott และ Ebbutt โดยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Elliott เน้นศูนย์กลางของการวิเคราะห์ อยู่ที่ความคิด ซึ่งเป็นของผู้วิจัยที่จะตีความ เพื่อความเข้าใจในการทำงาน บนปัญหาของการปฏิบัติและการอธิบายในส่วนรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Ebbutt ได้กล่าวอ้างว่า บันไดเวียนไม่ใช่เรื่องที่มีประโยชน์มาก



เท่าใดในการเปรียบเทียบเพื่อใช้ในการคิดของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยได้ให้เหตุผลว่า หนทางที่ดีที่สุดของการคิดคือ กระบวนการ หมายถึง ชุดของวงจรที่ต่อเนื่องกันหลายๆ ชุด แต่ละชุดจะให้ความเป็นไปได้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับจากการประเมินภายใน และระหว่างวงจรปฏิบัติ

รูปแบบที่ 3 แนวคิดของ Kemmis ได้พัฒนากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีแนวคิดว่าการได้รับกระบวนการที่เป็นชุดของการสะท้อนกลับโดยบันไดเวียนคือการวางแผนในการปฏิบัติ การสังเกต การปฏิบัติสะท้อนกลับ การปฏิบัตินั้น เท่ากับเป็นการได้รับการพัฒนาและเคลื่อนที่ไปสู่วาระใหม่ที่มีการทบทวนการสังเกตและการสะท้อนกลับ จัดแบ่งได้ 4 ขั้นตอน คือ

1. ขึ้นวางแผน
2. ขึ้นปฏิบัติ
3. ขึ้นเก็บข้อมูลหรือสังเกต
4. ขึ้นสะท้อนผลการปฏิบัติ

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการอย่างเป็นระบบระเบียบโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเอง และผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ

สรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีหลายรูปแบบ ผู้วิจัยเลือกใช้ แนวคิดของ Kemmis ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการ เคลื่อนหมุนไม่หยุดนิ่งในลักษณะของเกลียวสว่านของ 4 จุดสำคัญคือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล การปฏิบัตินั้น เท่ากับเป็นการได้รับการพัฒนาและเคลื่อนที่ไปสู่วาระใหม่ที่มีการทบทวนการสังเกต และการสะท้อน เป็นการดำเนินการศึกษาและปฏิบัติร่วมกัน แบบมีส่วนร่วมของบุคคลภายในองค์กร โดยผ่านการวิเคราะห์ วิจารณ์อย่างเป็นระบบตามสภาพจริง เพื่อมุ่งหวังในการแก้ปัญหาปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามกระบวนการพัฒนา ต่อไป

2.7 แนวคิดการจัดการคุณภาพของเดมมิง (Deming)

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพของเดมมิง PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ วางแผน - ปฏิบัติ - ตรวจสอบ - ปรับปรุงการดำเนินกิจกรรม PDCA อย่างเป็นระบบครบวงจร อย่างต่อเนื่อง หมุนเวียนไปเรื่อย ๆ ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้นโดยตลอดวงจร PDCA นี้ได้พัฒนาขึ้นโดย ดร.วอลท์เตอร์ ชิวฮาร์ต ต่อมา ดร.เอ็ดวาร์ด เดมมิง ได้นำมาเผยแพร่ จนเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายทำให้นิยมเรียกว่า “วงจรของเดมมิง (Deming Cycle)”

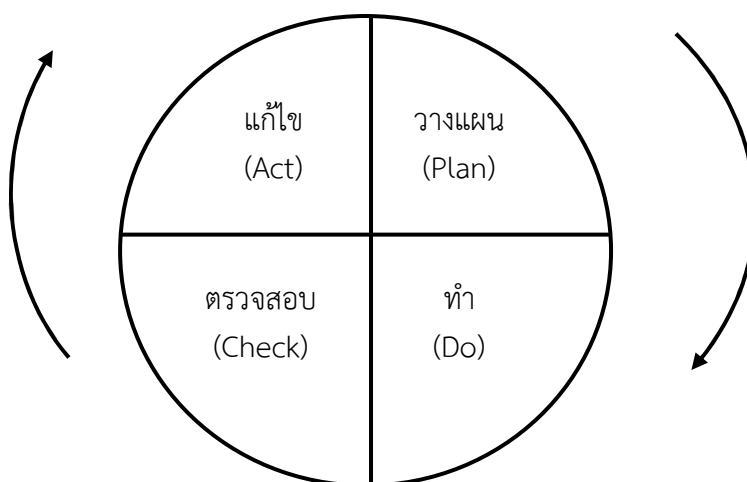
ความหมายและความสำคัญของวงจรของเดมมิง (PDCA)

วรภัทร์ ภูเจริญ (2542: 27) กล่าวว่า วงจรคุณภาพของเดมมิง (PDCA) หมายถึง ระบบการบริหารงานที่มีคุณภาพเป็นที่รู้จักแพร่หลายระบบหนึ่ง ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การตรวจสอบหรือการประเมิน (Check) การนำผลการประเมินย้อนกลับไปปรับปรุงแก้ไขการทำงาน (Action) การใช้วัฏจักรคุณภาพของเดมมิงต้องดำเนินการอย่างมีวินัยให้ครบวงจรหมุนเวียนไปไม่มีหยุดหย่อน ซึ่งแนวคิดวัฏจักรคุณภาพนี้ วอลท์เตอร์ชิวฮาร์ต



เป็นผู้พัฒนาขึ้นเป็นคนแรกในปี ค.ศ. 1939 และ เอ็ดวาร์ด เดมมิง เป็นผู้นำมาเผยแพร่ในประเทศไทยญี่ปุ่น ในปี ค.ศ. 1950 จนเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย ทำให้นิยมเรียกวฏจักรนี้ในอีกชื่อหนึ่งว่า “วงจรเดมมิง” (Demingcycle) นอกจากนี้ โยชิโอะคอนโดะ ยังได้กล่าวถึงวงจรคุณภาพของเดมมิงว่า “PDCA ก็คือ วัฏจักรการบริหาร”

คุณภาพถือเป็นปัจจัยอันดับต้น ๆ ในความสำเร็จของทุกองค์การที่ผู้บริหารจะต้องให้ความสนใจและความสำคัญนอกจากนี้ระหว่างการสอนและเป็นที่ปรึกษาให้กับนักธุรกิจและนักอุตสาหกรรมชาว ญี่ปุ่น Deming ได้นำวงจรของ Walter A. Shewhart มาปรับปรุงและอธิบาย ให้เห็นเป็นรูปธรรมจน คนส่วนมากรู้จักในชื่อของวงล้อเดมมิง (Deming Cycle) ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังภาพประกอบ 2.1 (รัชนิย์ พรรตพานิช, 2529: 11)



ภาพประกอบ 2.1 วงล้อคุณภาพของเดมมิง

1. การวางแผน (Plan) หรือ P

จะเป็นจุดเริ่มต้นของวงจรการบริหารคุณภาพ เพราะแผนจะกำหนดเป้าหมายและทิศทางในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยแผนจะอธิบายความจำเป็นและสร้างความเข้าใจในการแก้ปัญหาซึ่งอาศัยการร่วมแรงร่วมใจจากทุกหน่วยงานในการปรับปรุงแก้ไขอุปสรรคและข้อบกพร่องต่าง ๆ ขององค์กรให้หมดไปอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินงานบรรลุความสำเร็จตามที่ต้องการ โดยที่การวางแผนการสร้างคุณภาพจะมี 4 ขั้นตอน ต่อไปนี้

1.1 ตระหนักและกำหนดปัญหา ที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยสมาชิกแต่ละคนจะร่วมมือและประสานงานกันอย่างใกล้ชิดในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานเพื่อที่จะร่วมกันทำการศึกษาและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขต่อไป

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุของปัญหาเพื่อใช้ในการปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งควรจะวางแผนและดำเนินการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ ระเบียบ เข้าใจง่าย และสะดวกต่อการใช้งาน เช่น ตาราง ตรวจสอบ แผนภูมิ แผนภาพ หรือแบบสอบถาม เป็นต้น



1.3 อธิบายปัญหาและกำหนดทางเลือก วิเคราะห์ปัญหา เพื่อใช้กำหนดสาเหตุของความบกพร่องตลอดจนแสดงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งนิยมใช้วิธีการเขียนและวิเคราะห์แผนภูมิหรือแผนภาพ เช่น แผนภูมิแก้มปลา แผนภูมิ พาเรโต และแผนภูมิการควบคุม เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกทุกคนในทีมงานคุณภาพเกิดความเข้าใจในสาเหตุและปัญหาอย่างชัดเจนแล้วร่วมกันระดมความคิด (Brainstorm) ในการแก้ปัญหาโดยสร้างทางเลือกต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาเพื่อมาทำการวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดมาดำเนินงาน

1.4 เลือกวิธีการแก้ไขปัญหา หรือปรับปรุงการทำงาน โดยร่วมกันวิเคราะห์และวิจารณ์ทางเลือกต่าง ๆ ผ่านการระดมความคิด และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิก เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมที่สุดในการดำเนินงานให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจจะต้องทำวิจัยและหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือกำหนดทางเลือกใหม่ที่มีความน่าจะเป็นในการแก้ปัญหาได้มากกว่าเดิม

2. การปฏิบัติ (Do) หรือ D

นำทางเลือกที่ตัดสินใจไปวางแผนปฏิบัติงาน (Action Plan) และลงมือปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าปัญหานั้นเป็นงานที่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ภายในกลุ่ม ก็สามารถปฏิบัติได้ทันทีหากปัญหามีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับหน่วย หรือกลุ่มอื่น ก็ต้องแจ้งให้ผู้บริหารสั่งการให้หน่วยงานอื่นประสานงานและร่วมมือแก้ไขปัญหาลงมือปฏิบัติให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การตรวจสอบ (Check) หรือ C

ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลงานที่ปฏิบัติ โดยการเปรียบเทียบผลการทำงานก่อน การปฏิบัติงาน และหลังปฏิบัติงานว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ถ้าผลลัพธ์ออกมาตามเป้าหมาย ก็จะนำไปจัดทำเป็นมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติงานในครั้งต่อไป แต่ถ้าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยอาจจะสูงหรือต่ำกว่าที่ต้องการ ทีมงานคุณภาพก็ต้องทำการศึกษาและวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพขึ้น

4. การปรับปรุง (Action) หรือ A

กำหนดมาตรฐานจากผลการดำเนินงานใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในอนาคตหรือทำการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ๆ ทั้งที่เกิดจากความไม่สอดคล้องกับความต้องการ ปัญหาที่ไม่ได้คาดหวังและปัญหาเฉพาะหน้าในการดำเนินงานจนได้ผลลัพธ์ที่พอใจ และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายแล้ว จึงจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานในอนาคต และจัดทำรายงานต่อผู้บริหาร และกลุ่มอื่นได้ทราบหรือไม่

สรุป ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำหลักการพัฒนาคุณภาพบริการ PDCA ของเดมมิง (Deming) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดของ Kemmis ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการ มาใช้ในการจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างสมบูรณ์และเห็นผลที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ วางแผน - ปฏิบัติ - ตรวจสอบ - ปรับปรุงการดำเนินงานอย่างเป็นระบบครบวงจรอย่างต่อเนื่อง หมุนเวียนไปเรื่อย ๆ ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพเพิ่มขึ้น เพื่อให้องค์การสามารถดำเนินงานบรรลุความสำเร็จตามที่ต้องการ โดยที่การวางแผนการสร้างคุณภาพ เพื่อให้สมาชิกทุกคนในทีมงานคุณภาพเกิดความเข้าใจในสาเหตุและปัญหาอย่างชัดเจนแล้วร่วมกันระดม



ความคิด (Brainstorm) ในการแก้ปัญหาโดยสร้างทางเลือกต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ในการตัดสินใจแก้ปัญหา เพื่อมาทำการวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดมาดำเนินงาน ต่อไป

2.8 แนวคิดและทฤษฎีไคเซ็น (Kaizen, 1986)

Kaizen ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงทั้งหมด แต่เป็นการปรับปรุง เฉพาะบางจุดเท่านั้น เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้นและผู้รับบริการสะดวกขึ้น สามารถนำมาใช้ในการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นให้พนักงานทุกคนมีส่วนร่วมในการแสวงหาแนวทางใหม่ ๆ เพื่อปรับปรุงวิธีการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ดีขึ้นอยู่เสมอ หัวใจสำคัญของหลักการ Kaizen คือการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด โดยการใช้ความรู้ความสามารถของพนักงานมาคิดปรับปรุงงาน ด้วยการลงทุนเพียงเล็กน้อย และก่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยทีละน้อยแต่ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเริ่มจากตัวเองจากนั้นจึงค่อยเปลี่ยนแปลงสิ่งอื่นเพื่อให้การทำงานง่ายขึ้น

กุญแจแห่งความสำเร็จของ Kaizen จะประกอบด้วย

1. หลัก 5 ส ได้แก่ สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ และสร้างนิสัย ถือเป็นพื้นฐานของ Kaizen

2. หลัก 5 Why คือ การถามคำถาม 5 ครั้ง จนกว่าจะเข้าใจ และสามารถตอบคำถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริง นั่นคือ ถ้าเราถามว่า “ทำไม” ครบ 5 ครั้ง จะรู้ว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไร

3. หลัก Visualization คือ ทุกอย่างต้องมองเห็น เช่น การมีสัญญาณแสดงความก้าวหน้าของการผลิตหรือการทำงานในแต่ละวันเพื่อช่วยเตือนสติและควบคุมการทำงานให้เสร็จภายในกำหนดการทำ Kaizen เกิดขึ้นอยู่ในชีวิตประจำวันของเราอยู่แล้ว เช่นการตัดสินใจเลือกเส้นทางในการเดินทางไปทำงาน จะมีการลองผิดลองถูกและปรับเปลี่ยนเส้นทางไปเรื่อย ๆ จนพบเส้นทางที่ดีที่สุด ใช้เวลาน้อยที่สุดและใช้เส้นทางนั้นตลอดไป ไคเซ็น เป็นเทคนิคที่ได้รับการยอมรับไม่เฉพาะแต่ในญี่ปุ่นเท่านั้น หากแต่ทุกประเทศทั่วโลกต่างยอมรับว่า วิธีการทำงานแบบไคเซ็นนั้นผู้บริหารจำเป็นจะต้องเรียนรู้ และฝึกทักษะให้สามารถนำไปใช้ได้คล่องตัวมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อการเพิ่มผลผลิต และเสริมสร้างศักยภาพขององค์กร ไคเซ็น โดยสรุป ก็คือการทำงานให้น้อยลง ด้วยการปรับปรุงงานด้วยตนเอง เพื่อตนเอง เพื่อให้งานนั้น บรรลุเป้าหมายได้ดีกว่าเดิม จึงมุ่งเป้าไปที่การเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ของพนักงานทุกระดับชั้น ทุกหน่วยงาน ในการรู้จักบริหารจัดการกับความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงานที่จุดปฏิบัติงาน Kaizen

คุณลักษณะเด่น เหมาะสมสำหรับทุกภาคส่วนขององค์กร สามารถนำไปเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการกับทรัพยากรมนุษย์ เนื่องจากมีความง่าย ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องพื้นฐานความรู้ใด ๆ ทำได้รวดเร็ว และวัดผลได้ทันทีไม่ต้องรอ ไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ เป็นกิจกรรม ล่างสุดบนที่ทำแล้วต่างก็ได้ประโยชน์ด้วยกันทุกฝ่าย (Win-Win) และที่สำคัญคือ เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่จำเป็นที่จะต้องสร้างสมสำหรับจะก้าวไปสู่เครื่องมือบริหารจัดการที่สูงขึ้นไป เช่น 5ส. QCC TQM ได้ง่ายและเร็วขึ้น

วิธีการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากกิจกรรมไคเซ็นเป็นเทคนิคของการปรับปรุงวิธีการทำงานของตนเอง เพื่อให้งานนั้นบรรลุเป้าหมายได้สบายกว่าเดิม โดยเริ่มที่ตนเองก่อน ภายใต้การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาโดยตรง



คุณลักษณะของกิจกรรมไคเซ็น

โกศล ดีศีลธรรม (2546) กล่าวว่าโดยทั่วไปกิจกรรมไคเซ็นจะมี 2 มุมมอง นั่นคือ การให้ความสนใจต่อการดำเนินงานหรือการผลิตแบบเซลล์และการไหลของระบบงานที่มุ่งปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร จากนิยามของคำว่าไคเซ็น คือการมุ่งปรับปรุงแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง สำหรับในสหรัฐอเมริกาได้มีคำพ้องที่มีความหมายเดียวกับไคเซ็น นั่นคือ เหตุการณ์ไคเซ็น (Kaizen Event) หรือ “Kaizen Blitz” ซึ่งมุ่งโครงการปรับปรุงกระบวนการระยะสั้น โดยทั่วไปเหตุการณ์ไคเซ็นจะมุ่งเป้าหมายสำหรับการปรับปรุงที่การดำเนินการจัดทำเซลล์การทำงาน (Work cell Implementation) การลดเวลาการตั้งเครื่อง (Setup Reduction) และกิจกรรม 5 ส. ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้อาจใช้คำภาษาญี่ปุ่นว่า “Kaikaku” โดยมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. มุ่งดำเนินการในช่วงระยะเวลาอันสั้น (Short-Term) โดยทั่วไปเหตุการณ์ ไคเซ็น จะใช้ช่วงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดประมาณ 3-10 วัน ดังตัวอย่างของกำหนดการ ดังนี้

วันที่ 1 ฝึกอบรมเกี่ยวกับเครื่องมือและแนวคิดไคเซ็นให้กับทีมงาน เช่น แผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า (Value Stream Mapping) การลดเวลาตั้งเครื่อง การจัดเซลล์การผลิต กิจกรรม 5 ส.

วันที่ 2 - 4 ดำเนินการจัดทำข้อมูลในรูปเอกสารที่เกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของกระบวนการหรือพื้นที่เป้าหมาย โดยมีการระดมสมองเพื่อเสนอแนวทางการปรับปรุง รวมทั้งสภาพหลังการปรับปรุง (Future State) และจัดทำเอกสารมาตรฐานหลังการเปลี่ยนแปลง (Standardize)

วันที่ 5 จัดเตรียมเอกสารรายงานผลลัพธ์จากการศึกษาเพื่อนำเสนอต่อผู้บริหาร ทั้งนี้ ในช่วงเวลาดังกล่าวทางทีมงานจะใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น แผนภูมิวิเคราะห์การไหล เป็นต้น เพื่อใช้วิเคราะห์กระบวนการ (Process Analysis) โดยมุ่งศึกษาสภาพของกระบวนการปัจจุบันเพื่อจำแนกปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้น

2. มุ่งการทำงานเป็นทีม (Team-oriented) โดยมีการร่วมมือและประสานงานระหว่างทีมงานข้ามสายงาน (Cross-functional Team) ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องจากฝ่ายงานต่าง ๆ ตลอดจนทีมงานปรับปรุงกระบวนการและหัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงานและการร่วมเสนอแนะแนวทางปรับปรุง

3. การมุ่งจุดเน้น (Highly Focused) เมื่อได้มีการระบุจำแนกปัญหาจากผลลัพธ์ในช่วงศึกษากระบวนการแล้วทางทีมงานก็จะดำเนินการด้วยการ จัดทำเอกสาร การวิเคราะห์และปรับปรุงด้วยแนวทางแก้ปัญหา

4. มุ่งเน้นการปฏิบัติการ (Action-oriented) โดยให้ความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงด้วยกระบวนการที่ต้องดำเนินการปรับปรุงและดำเนินการทันทีเมื่อได้สรุปแนวทางแก้ไขปัญหาหรือได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ ดังเช่น ปรับปรุงผังการวางเครื่องจักร (Equipment Layout) และเมื่อดำเนินการกิจกรรมปรับปรุงเสร็จสิ้นก็จะทำการติดตามผลลัพธ์ โดยมีการจัดทำเอกสารเพื่อเปรียบเทียบผลิภาพระหว่างช่วงก่อนและหลังการปรับปรุง

5. สามารถทวนสอบด้วยมาตรวัด (Verifiable Metrics) โดยทั่วไปการปรับปรุงกระบวนการจะต้องสามารถวัดผลและตรวจสอบผลลัพธ์ด้วยมาตรวัด (Metrics) เช่น การใช้พื้นที่ (Floor Space) ในกระบวนการ ระยะทางขนถ่ายที่ลดลง จำนวนงานค้างระหว่างผลิต (Work-in-Process) เวลาที่ใช้สำหรับการตั้งเครื่อง (นาฬิกา) อัตราของเสียที่เกิดขึ้น



6. การดำเนินซ้ำ (Repetitive) สำหรับการดำเนินกิจกรรม Kaizen Events จะต้องมีความต่อเนื่องตามแนวทางการปรับปรุงและขอบเขตที่กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยได้รับความร่วมมือจากทีมงานและบุคลากรทุกคน

ขอบเขตของการใช้ไคเซ็นในการปรับปรุง การใช้ไคเซ็นเพื่อการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องนั้น สามารถจำแนกได้ใน 2 ขอบเขตเป็นเบื้องต้นคือ (1) การใช้ไคเซ็นกับโครงการปรับปรุงขนาดใหญ่ ซึ่งมุ่งการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงทั่วทั้งองค์กรเพื่อเพิ่มผลิตภาพแบบก้าวกระโดด (Quantum Jumps in Productivity) รวมทั้งการยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพ แต่การดำเนินการจะมีความยุ่งยากมากในทางปฏิบัติ เนื่องจากมีผลกระทบกับกระบวนการและบุคลากรส่วนใหญ่ขององค์กร รวมทั้งแรงต่อต้านต่อความเปลี่ยนแปลง อาจถูกใช้เพื่อแก้ปัญหาพื้นฐานหรือปัญหาที่มีความซับซ้อนแต่ควรเลือกพื้นที่สำหรับการปรับปรุงที่ให้ผลลัพธ์จากความเปลี่ยนแปลงที่สามารถวัดผลได้ (Measurable Results) ในระยะเวลาอันสั้นและส่งผลทางบวกต่อเป้าหมายกลยุทธ์องค์กร (Strategic Goals) โดยมีขั้นตอนการวางแผนและดำเนินการ ดังนี้

1. กำหนดพันธกิจโดยมีการระบุพันธกิจของการดำเนินโครงการไว้ในเอกสารอย่างชัดเจน (Clearly Document) ประกอบด้วยเพื่อ เป้าหมายหรือสิ่งที่คาดหวังของทีมงาน ขอบเขตของการดำเนินกิจกรรมปรับปรุง งบประมาณ และตารางเวลา (Time Table)

2. การคัดเลือกทีมงาน โดยทั่วไปทีมงานจะประกอบด้วยสมาชิกประมาณ 6-8 คนที่มีทักษะและความรู้ที่สามารถบรรลุตามพันธกิจ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย (Target Area) ของการปรับปรุงเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างกันในการกำหนดแนวทางปรับปรุงเพื่อจัดความสูญเสีย โดยมีการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของทีมงานแต่ละคนไว้อย่างชัดเจน

3. การสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง และการแต่งตั้งที่ปรึกษาให้กับทีมงาน (Team Advisor) เพื่อร่วมสนับสนุนให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จ

4. การเตรียมการล่วงหน้า โดยมีการจัดเก็บข้อมูลที่มีความสำคัญ (Meaningful Information) และเกี่ยวข้องกับกระบวนการที่ดำเนินในปัจจุบัน (Current Process) ไว้ล่วงหน้า เพื่อเป็นการประหยัดเวลาสำหรับดำเนินโครงการ

5. กำหนดช่วงเวลาสำหรับดำเนินกิจกรรม โดยระบุช่วงเวลาที่เหมาะสม และ เหมาะสม นักปฏิบัติการไคเซ็น ได้เสนอแนวทางที่สามารถใช้ปรับปรุงงานได้ โดยได้แก่การลองพยายามคิด ในแง่ของการหยุด การลด หรือ การเปลี่ยน โดยที่การหยุด หรือ ลด ได้แก่ การหยุดการทำงานที่ไม่จำเป็นทั้งหลาย หยุดการทำงานที่ไม่มีประโยชน์และไม่มีความสำคัญทั้งหลาย แต่อย่างไรก็ตาม มีบางสิ่งบางอย่างที่ไม่สามารถทำให้หยุดได้ ซึ่งหากเป็นเช่นนั้น ผู้ปฏิบัติงานอาจต้องมุ่งประเด็นไปที่เรื่องการลด เช่น ลดงานที่ไม่มีประโยชน์ งานที่ก่อความรำคาญ น่าเบื่อหน่ายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ว่าจะไม่สามารถทำให้หยุดได้ทั้งหมด แต่ก็เกิดมีการปรับปรุงขึ้นแล้ว ส่วนการเปลี่ยนแปลงบางส่วนของงานนั้น หมายถึง การพิจารณาเปลี่ยนแปลงงานในบางเรื่องบางอย่างที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานอาจพิจารณาใช้หลักการ E C R S เพื่อเริ่มต้นกระบวนการปรับปรุงระบบงานได้ โดยหลักการดังกล่าวมีองค์ประกอบกล่าวคือ E = Eliminate หมายถึง การตัดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็นในกระบวนการออกไป C = Combine หมายถึง การรวมขั้นตอนการทำงานเข้าด้วยกัน เพื่อประหยัดเวลาหรือแรงงานในการทำงาน R = Rearrange หมายถึง การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม S = Simplify หมายถึง ปรับปรุงวิธีการทำงาน หรือสร้างอุปกรณ์ช่วยให้ทำงานได้ง่ายขึ้นวิธีคิดเพื่อหาทางปรับปรุงตามแนวคิด



ไคเซ็น สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (บ.ป.ท, มปป.) ได้ให้ข้อเสนอระบบคำถาม 5W 1 H ซึ่งเป็นการถามคำถามเพื่อวิเคราะห์หาเหตุผลในการทำงานตามวิธีเดิม และหาช่องทางปรับปรุงให้ดีขึ้น ประกอบด้วยคำถาม ดังนี้

What เป็นการตั้งคำถามเพื่อหาจุดประสงค์ของการทำงาน แนวคิดที่เป็นกรอบในการตั้งคำถาม ได้แก่ ทำอะไร ทำไมต้องทำ ทำอย่างไร ได้หรือไม่

When เป็นการตั้งคำถามเพื่อหาเวลาในการทำงานที่เหมาะสมแนวคิดที่เป็นกรอบในการตั้งคำถาม ได้แก่ ทำเมื่อไหร่ ทำไมต้องทำตอนนั้น ทำตอนอื่น ได้หรือไม่

Where เป็นการตั้งคำถามเพื่อหาสถานที่ทำงานที่เหมาะสม แนวคิดที่เป็นกรอบในการตั้งคำถาม ได้แก่ ทำที่ไหน ทำไมต้องทำที่นั่น ทำที่อื่น ได้หรือไม่

Who เป็นการตั้งคำถามเพื่อหาบุคคลที่เหมาะสมสำหรับงาน แนวคิดที่เป็นกรอบในการตั้งคำถาม ได้แก่ ใครเป็นคนทำ ทำไมต้องเป็นคนนั้นทำ คนอื่นทำ ได้หรือไม่

How เป็นการตั้งคำถามเพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับงานแนวคิดที่เป็นกรอบในการตั้งคำถาม ได้แก่ ทำอย่างไร ทำไมต้องทำอย่างนั้น ทำวิธีอื่น ได้หรือไม่

Why เป็นการตั้งคำถามเป็นคำถามที่ถามครั้งที่ 2 ของคำถามข้างต้นเพื่อหาเหตุผลทัศนคติที่พึงประสงค์ต่อความสำเร็จของไคเซ็น

นิพนธ์ บัวแก้ว (2551) ได้เสนอเกี่ยวกับทัศนคติที่พึงประสงค์ อันเป็นทัศนคติที่พึงสร้างขึ้นสำหรับการทำ ไคเซ็นให้ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย

1. Can't do การละทิ้งความคิดเก่า ๆ ที่ว่าไม่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ และคิดใหม่ว่าทุกอย่างสามารถทำให้เกิดขึ้น
2. It Can Be Done - ด้วยการคิดว่าจะทำอย่างไรด้วยวิธีการใหม่ ๆ เพื่อให้งานสำเร็จ
3. อย่ายอมรับคำแก้ตัว
4. ไม่ต้องแสวงหาความสมบูรณ์แบบของการปรับปรุงงานก่อนลงมือทำ
5. แก้ไขข้อผิดพลาดทันทีที่พบ โดยไม่รีรอ
6. ไม่จำเป็นต้องใช้เงินหรือทรัพยากรมากมายเพื่อทำการปรับปรุง
7. สร้างความคิดว่าปัญหาช่วยให้มีโอกาสได้ฝึกฝนสมองมากขึ้น ดังนั้น จงวิ่งเข้าหาปัญหาเพื่อทำการแก้ไข
8. ตั้งคำถามว่า “ทำไม” อย่างน้อย 5 ครั้ง กระทั่งพบรากของปัญหา (Root Cause)
9. ความคิดของคนสิบคนย่อมดีกว่าความคิดของคนคนเดียว
10. คิดว่าการปรับปรุงให้ดีขึ้นนั้น ไม่มีจุดสิ้นสุดหรือไม่มีจุดจบ

บทบาทของผู้บริหารต่อความสำเร็จของไคเซ็น

สุรศักดิ์ สุทองวัน (2552) บทบาทของผู้บริหาร ในการนำหลักการไคเซ็นมาใช้ในองค์กรให้ประสบผลสำเร็จนั้น มีดังนี้

1. เป็นผู้นำและริเริ่มการเปลี่ยนแปลงด้วยไคเซ็น
2. เป็นประธานในการนำเสนอผลงานความคิดของพนักงานในองค์กร โดยต้องมีเวทีให้นำเสนอผลงาน เช่น การจัดประกวดความคิด (Idea Contest)
3. นำเสนอรางวัลและให้คำรับรอง เพื่อให้เกิดการยอมรับ (Recognition)



4. มีการติดตามการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอโดยใช้หลัก Visualization Board เช่น Visual Boardต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ผู้บริหารควรคำนึงถึงในการนำไคเซ็นมาใช้ในองค์กร กล่าวได้ในหลายประการ

1. ไคเซ็นถือเป็นวัฒนธรรมองค์กรอย่างหนึ่ง จะต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลง
2. ไคเซ็นเป็นสิ่งที่เราทุกคนทำอยู่ในชีวิตประจำวันอยู่แล้วจึงสามารถนำสิ่งที่เคยปฏิบัติมาดำเนินการให้จริงจังและมีหลักการมากขึ้น
3. ไคเซ็นจะต้องทำให้การทำงานง่ายขึ้นและลดต้นทุน แต่ถ้าทำแล้ว ยิ่งก่อความยุ่งยากจะไม่ถือว่าเป็นไคเซ็น

สรุป ในการศึกษาของผู้วิจัย ได้นำทฤษฎีไคเซ็น (Kaizen, 1986) ซึ่งเป็นทฤษฎีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งอื่นเพื่อให้การทำงานง่ายขึ้นเสริมสร้างศักยภาพขององค์กร ทำงานให้น้อยลงด้วยการปรับปรุงงานด้วยตนเอง เพื่อตนเอง เพื่อให้งานนั้น บรรลุเป้าหมายได้ดีกว่า เนื่องจากกิจกรรมไคเซ็น เป็นเทคนิคของการปรับปรุงวิธีการทำงานของตนเอง เพื่อให้งานนั้นบรรลุเป้าหมายได้สบายกว่าเดิม ซึ่งทีมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ได้พิจารณาเปลี่ยนแปลงงานในบางเรื่องบางอย่างที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเลือกใช้หลักการ E C R S ของไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อเริ่มต้นในกระบวนการปรับปรุงระบบงาน โดยหลักการดังกล่าวมีองค์ประกอบกล่าวคือ การตัดขั้นตอนในการทำงาน การรวมขั้นตอนการทำงานเข้าด้วยกัน เพื่อประหยัดเวลา การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม ปรับปรุงวิธีการทำงาน หรือสร้างอุปกรณ์ช่วยให้ทำงานได้ง่ายขึ้น เพื่อให้งานประสบผลสำเร็จ

2.9 การมีส่วนร่วม (Participatory)

หมายถึง การแนะนำการให้ความรู้การสอนการให้ข้อมูล (ปรีดา ปูนพันธ์ฉาย, 2540 อ้างอิงจาก Webster, 1976) การให้คำแนะนำหรือการสอนเป็นการจัดกิจกรรมให้ความรู้ข้อมูลแก่ผู้รับคำแนะนำเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์พัฒนาในด้านร่างกายอารมณ์สังคมและสติปัญญาให้เจริญงอกงามสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ (พรรณนาภา จิตดำรงขันตา, 2540) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของพยาบาลซึ่งสามารถทำได้โดยอิสระและจะต้องกระทำให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพการให้ข้อเท็จจริงและรายละเอียดเกี่ยวกับโรคปัจจัยเสี่ยงสาเหตุการรักษาพยาบาลตลอดจนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) การให้คำแนะนำเป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือบุคคลให้เรียนรู้และสามารถเลียนแบบพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสมในการดำรงชีวิตโดยการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคการพยาบาลได้อย่างถูกต้องจุดประสงค์ของการให้คำแนะนำเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเผชิญกับภาวะเสี่ยงในปัจจุบันได้การมีส่วนร่วม (Participatory) หมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอนในกิจกรรมต่าง ๆ อาจมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเพื่อผลประโยชน์ทั้งสองฝ่ายคือฝ่ายริเริ่มดำเนินงานและฝ่ายประชาชนผู้มีส่วนร่วม (ปรีดา ปูนพันธ์ฉาย, 2540; จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดเกี่ยวกับ Community Participation และ Community involvement ซึ่งเป็นแนวคิดหลักของสาธารณสุขมูลฐานแนวคิดนี้หมายถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการแก้ไขปัญหาตลอดทุก



ขั้นตอนตั้งแต่ระบุปัญหาจนถึงการเลือกวิธีแก้ไขปัญหาและประเมินผล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) รูปแบบการมีส่วนร่วมจำแนกออกได้เป็น 3 ด้านด้วยกันคือ

1. รูปแบบโดยเนื้อหาหมายถึงการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดแผนเข้าร่วมในการกระทำเข้าร่วมในการรับผลประโยชน์และเข้าร่วมในการประเมินผลของการกระทำ

2. รูปแบบโดยการจัดรูปความสัมพันธ์หรือรูปขององค์การหมายถึงการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในเนื้อหาข้างต้นด้วยรูปแบบความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในชุมชนและภายนอกชุมชน ซึ่งอาจมีผู้ร่วมโดยสมัครใจถูกชักจูงถูกบังคับหรือมีตัวแทนเข้าไปมีส่วนร่วมก็ได้

3. รูปแบบโดยกิจกรรมหมายถึงการที่ประชาชนจะเข้าร่วมในรูปแบบเนื้อหาหรือความสัมพันธ์รูปแบบหนึ่งแล้วประชาชนจะเข้าร่วมกิจกรรมอาจมีส่วนร่วมแบบแข่งขันแบบไม่แข่งขันหรือแบบเฉื่อยชาก็ได้องค์การอนามัยโลก (ปริดา ปูนพันธุ์ฉาย, 2540) ได้เสนอรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่แท้จริงต้องมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน

3.1 การวางแผนประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาจัดลำดับความสำคัญตั้งเป้าหมายกำหนดการใช้ทรัพยากรกำหนดวิธีการติดตามและประเมินผล

3.2 การดำเนินกิจกรรมประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการจัดการและบริหารการใช้ทรัพยากร

3.3 การใช้ประโยชน์ ประชาชนต้องมีความสามารถในการทำกิจกรรมให้เกิดประโยชน์

3.4 การได้รับประโยชน์ซึ่งอาจเป็นผลประโยชน์ส่วนตัวในสังคมหรือเป็นวัตถุประสงค์อื่นนอกจากยังมีผู้เติมขั้นตอนที่สำคัญเข้าไปอีกคือขั้นตอนในการติดตามและประเมินผลจากแนวคิดการมีส่วนร่วมการที่บุคคลหรือกลุ่มได้มีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ซึ่งในขั้นตอนของการให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและประชาชนต้องมีการติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันทำให้ทราบถึงปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการร่วมกับการมีส่วนร่วมในมิติเชิงคุณภาพในการวัดการมีส่วนร่วมในเชิงมิติคุณภาพเกี่ยวกับระดับความเข้มของการมีส่วนร่วมหรือประมาณอิทธิพลที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่นนี้มีการจำแนกหลายแบบเนื่องจากการมีส่วนร่วมในแต่ละระดับคาบเกี่ยวกันเพื่อให้เกิดผลทางการปฏิบัติได้กำหนดกรอบระดับความเข้มของการมีส่วนร่วม 3 ระดับคือ (บุญชร แก้วส่อง, 2539)

ระดับที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมเทียม (Pseudo-Participation) หรือการมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (Passive Participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ผู้เข้าร่วมไม่มีอำนาจใด ๆ ในการตัดสินใจแต่เป็นฝ่ายกระทำตามการตัดสินใจของบุคคลอื่นเท่านั้น

ระดับที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมบางส่วน (Partial Participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ผู้เข้าร่วมมีส่วนในการนำเสนอความคิดเห็นแต่อำนาจการตัดสินใจอยู่ที่บุคคลอื่น

ระดับที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine Participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้มีความคิดเป็นของบุคคลที่เข้าร่วมได้รับการรับฟังและการยอมรับเป็นส่วนใหญ่ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอำนาจการตัดสินใจอยู่ที่ผู้เข้าร่วมนั่นเองประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน

1. ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนเองและตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหของตนเอง

2. เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด



3. ประชาชนมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเอง ที่มีอยู่ในรูปของความคิด การตัดสินใจและการกระทำได้อย่างเต็มที่
4. เป็นการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย
5. ประชาชนเป็นผู้รับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนของตนเอง
6. จะเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถและพลังของประชาชนในการพึ่งตนเอง

7. เป็นการแสดงออกถึงความเคารพนับถือและศรัทธาในประชาชนว่ามีความรู้สูง ในขั้นตอนของการให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนต้องมีการติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันเพื่อให้ทราบถึงจุดมุ่งหมายมุ่งหมายและปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการร่วมกันหาวิธีและแนวทางปฏิบัติเพื่อจุดมุ่งหมายซึ่งเป็นที่ยอมรับของทั้งสองฝ่ายในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ

สรุป กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ ผู้ป่วย ญาติ แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้ามา ร่วมในการศึกษา และจัดระบบบริการใหม่ เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า และการมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ การให้ความรู้ การสอน การให้ข้อมูล เป็นการจัดกิจกรรมให้ความรู้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์พัฒนาในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ให้เจริญงอกงามสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามตรวจรักษาและเข้าร่วมกิจกรรมตามนัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546) ศึกษาการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในด้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแลและการมีส่วนร่วมในการดูแลโดยชุมชนควรจัดบริการสุขภาพให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยการจัดบริการสุขภาพที่เน้นคือ การจัดบริการต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร การบริการสุขภาพตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพของผู้ป่วยในลักษณะชุดบริการตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การจัดให้มีระบบส่งต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ จัดสถานที่ที่เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง การสร้างเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และการใช้ชุมชนเป็นฐานจะสามารถพัฒนาทักษะ และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง

ชาติ ไทยเจริญ (2547) พบว่า จากศึกษาวิจัยในชุมชนที่มีทรัพยากรอยู่จำนวนมากไม่ว่าเป็น องค์กรท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย หรืองบประมาณ แต่ยังขาดการประสานงานที่ชัดเจนกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในสถานพยาบาล



เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพขององค์กรท้องถิ่น และชุมชนจึงทำให้การนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ได้น้อยมาก ดังนั้น การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นหน่วยงานบริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องประสานเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่แล้วในชุมชน การจัดสรรงบประมาณ เพื่อจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ หรือการรักษา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องให้ความสำคัญ และมีความพร้อมที่จะให้ความรู้ ด้านวิชาการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อประสานงานด้านสาธารณสุข สนับสนุนให้องค์กรส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบ หรือมีการใช้ทรัพยากรขององค์กรให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ซึ่งการที่จะพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนนั้น จำเป็นที่จะต้องมีการร่วมมือสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นด้านงบประมาณ นโยบาย ทรัพยากร ทั้งทางด้านองค์กรท้องถิ่น สถานพยาบาล และชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในท้องถิ่น

อรชา ขวัญเมือง (2548) จากการศึกษาพบว่า การจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งมีการจัดบริการดังนี้ การจัดอัตราค่าส่งให้เพียงพอ เหมาะสมกำหนด ผู้รับผิดชอบชัดเจน พัฒนาพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ จัดทำขั้นตอนการจัดบริการให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็วแบบสิ้นสุดในจุดเดียว (One Stop Services) เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการรับบัตรคิว และการค้นแฟ้มประวัติการรักษา การเจาะเลือด การประเมินภาวะสุขภาพ การซักประวัติและการตรวจร่างกาย การจัดกิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมการออกกำลังกาย การตรวจรักษาและให้คำปรึกษา การจ่ายยาและให้คำปรึกษาเรื่องยา แนวทางการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง จัดทำระบบนัดและการติดตามผู้ป่วยให้มารับบริการอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข การจัดสถานที่ในการจัดบริการให้เป็นสัดส่วน

มนทิพา ทรงพานิช (2549) ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต เป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้มีระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าใกล้เคียงกับค่าปกติมากที่สุด ซึ่งการรักษาเบาหวานด้วยวิธีนี้มีผลดี และถือเป็นมาตรฐานของการดูแลรักษาเบาหวาน และพบว่าสามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานได้ โดยการ 1) การควบคุมอาหาร การควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกคน ทั้งนี้เพราะโรคเบาหวานมีความผิดปกติในการเผาผลาญสารอาหาร ในการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีภาวะโภชนาการที่ดีสามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควบคุมระดับไขมันสูงในเลือด และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 2) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดน้ำหนักในผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วน ลดไขมันที่เกาะตามร่างกาย ลดความดันโลหิต ป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ช่วยเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลินทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระยะยาว ช่วยลดความเครียด ทำให้จิตใจสดชื่นแจ่มใส 3) การจัดการความเครียด ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการระมัดระวังในการดูแลตนเองหลายอย่าง และเผชิญกับความไม่แน่นอนจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดกับผู้ป่วย ซึ่งทั้งความเครียดวิตกกังวลเกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี เนื่องจากมีการหลั่งแคทีโกลามีนและคอร์ติซอลสูงขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น โดยกระบวนการไกลโคซิโนไลซิส ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรเรียนรู้วิธีการลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเลือกการใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม รู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม



ให้เป็นประโยชน์ นอกจากนี้การออกกำลังกาย การใช้วิธีผ่อนคลายในรูปแบบต่าง ๆ หรือการใช้ศาสนา เป็นแหล่งยึดเหนี่ยวจิตใจจะสามารถช่วยลดความเครียดได้

นิระมล สมด้ว (2550) จากการศึกษาในการบันทึกข้อมูลพบว่า การจัดทำแบบบันทึกข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล ที่อยู่ อาการระดับน้ำตาลในเลือด การรักษาที่ผู้ป่วย ได้รับปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเข้าไปดูแล โดยมีการส่งต่อข้อมูลไปที่ศูนย์สุขภาพ ชุมชนทุกเดือน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยต่อไป และมีการสรุปผลการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของศูนย์สุขภาพชุมชนให้ทราบทุกเดือน พร้อมรับฟังปัญหา และข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับบริการ ต่อไป จากการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจากมีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล พบว่าผู้ป่วยเบาหวานได้รับการติดตามดูแล และมีความพึงพอใจ และจากการ ทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าคุณสมบัติของระบบข้อมูลทางคลินิกที่ดีนั้น จะต้องช่วยเตือนให้ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการทราบว่าต้องทำอะไรบ้าง อย่างไร ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เช่น ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจตา และการตรวจเท้า ประวัติโรคเรื้อรังประจำตัว ประวัติแพ้ยา ประวัติ การรักษา กำหนดนัดต่างๆ หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องเฝ้าระวัง จะช่วยให้ทีมสุขภาพ วางแผนในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ระบบข้อมูลจะต้องสามารถแยกผู้ป่วยที่มีอยู่เป็นกลุ่มย่อยตาม ความเสี่ยงที่พบเพื่อวางแผนป้องกัน และวางแผนการรักษาที่เหมาะสมเป็นรายบุคคลได้ ข้อมูลที่ดี จะต้องสามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างทีมผู้ให้บริการ และผู้ป่วยในส่วนที่จำเป็น สุดท้ายคือข้อมูลที่บันทึก จะต้องสามารถนำมาประเมินประสิทธิภาพการทำงานของระบบงานได้

สรลรัตน์ พันธุ์สินทวีสุข (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไข การป้องกัน เกี่ยวกับโรคเบาหวานนั้น เมื่อทำการวิเคราะห์ชุมชนพบว่า ชุมชนมีปัจจัยเกื้อหนุน คือ มีหน่วยงานทั้ง ภาครัฐและเอกชนเข้ามาให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังในชุมชน และในชุมชนเองก็มีผู้นำและแกนนำชุมชนที่ เข้มแข็ง ซึ่งหลังการวิเคราะห์ปัญหาได้มีการเสริมความรู้ และพัฒนาศักยภาพโดยใช้กระบวนการการมี ส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น กิจกรรมในชุมชน การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และสภาพวิถีชีวิตของคนในชุมชนเพื่อกำหนดกลยุทธ์ใน การสร้างสุขภาพ เช่น กลุ่มปฏิบัติธรรม กลุ่มออกกำลังกาย ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ ประชาคมกำหนดนโยบายสาธารณะ และงบประมาณเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนเป็นไปอย่างยั่งยืน รวมไปถึงสร้างเครือข่ายความร่วมมือขั้นพื้นฐานในการดูแลอย่างรอบด้าน ทั้งการรักษาที่ถูกต้องตาม หลักวิชาการ การส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ การป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูผู้ป่วย ทั้งนี้บนพื้นฐานของความทัดเทียมในการเข้าถึงบริการซึ่งจัดโดยเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบสหวิชาชีพ ในการป้องกันเบาหวานนั้นขึ้นอยู่กับความตระหนักของชุมชน

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (2552) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บางภาวะก็จะมีอาการผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจบางภาวะก็จะมีอาการ ผิดปกติ ขึ้น ๆ ลง ๆ ขึ้นกับระยะการป่วยและการดูแลสุขภาพ แต่ผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีได้แปลว่าเขาจะ เป็นคนที่ป่วยตลอดเวลา หรือมีอาการผิดปกติตลอด เขาสามารถมีภาวะสุขภาพที่ดีแม้ว่าบางส่วนของ ร่างกายจะมีพยาธิสภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของ การเจ็บป่วยและการรักษายาวนาน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การเจ็บป่วยมักเป็นอย่างถาวร ค่อย ๆ ลุกขึ้นมาจนมีอาการรุนแรงมากขึ้น หากได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจะทำให้อาการทุเลา



มีคุณภาพชีวิตที่ดี หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ดี และไม่ดูแลตนเองอาการก็จะรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

สรุปจากการศึกษา ผู้วิจัยศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้วิจัยส่วนใหญ่ได้ศึกษาในรูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวของผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลทั่วไป การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน และการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีความพึงพอใจในระดับสูง ทำให้ผู้วิจัย มีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้องค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการที่เปลี่ยนแปลงใหม่ให้มีคุณภาพมากขึ้นโดยใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen) และ หลักการพัฒนาคุณภาพบริการของเดมมิง PDCA และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้สำหรับการจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาทฤษฎีการจัดการคุณภาพของไคเซ็น (Kaizen, 1986) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้สำหรับการจัดกิจกรรม ให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมดู่ จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 พื้นที่ในการศึกษา
- 3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.6 วิธีการดำเนินงาน
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis & Mc Taggart ค.ศ.1988 โดยมี 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และ การสะท้อนผล (Reflection) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการคุณภาพของไคเซ็น (Kaizen, 1986) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) และกระบวนการพัฒนาคุณภาพของเดมมิง (Deming) PDCA เพื่อเป็นแนวคิดในการปรับปรุงงานให้เป็นระบบ มีขั้นตอน และต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.2 พื้นที่ในการศึกษา

ผู้วิจัยจะจงเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมดู่ จังหวัดอุบลราชธานี

3.3 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 ประชากร

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 106 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 41 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17 คน ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 41 คน ญาติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17 คน



3.3.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน ซึ่งทำหน้าที่เป็นทีมสุขภาพตำบล คัดเลือกโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้มีหน้าที่ในการให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า

2. กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า จำนวน 20 คน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจะใช้สูตรกรณีทราบจำนวนประชากร (สุ่มหนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 122 อ้างอิงมาจาก Best, 1977)

$$\text{สูตรที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง คือ } n = \frac{Z^2 \alpha/2 NP (1-P)}{Z \alpha/2 P (1-P) + (N-1) d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 58 คน

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 41: 17 เท่ากับ 2.41

P = ค่าสัดส่วนของแกนนำและญาติ 106 : 58 เท่ากับ 1.82

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.05

$$\begin{aligned} \text{จากสูตรแทนค่า} \quad n &= \frac{Z^2 \alpha/2 NP (1-P)}{Z \alpha/2 P (1-P) + (N-1) d^2} \\ n &= \frac{(1.96)^2 (58) (0.02) (1-0.02)}{(1.96)^2 (0.02) (1-0.02) + (58-1) (0.05)^2} \\ n &= \frac{4.36}{0.22} \\ n &= 19.81 \\ n &= 20 \text{ คน} \end{aligned}$$

นั่นคือ ในการศึกษาครั้งนี้ จะต้องใช้ขนาดตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 20 คน



3. กลุ่มญาติผู้ป่วย คือ ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า จำนวน 20 คน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจะใช้สูตรกรณีทราบจำนวนประชากร (สมิทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 122 อ้างอิงจาก Best, 1977)

$$\text{สูตรที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง คือ } n = \frac{Z^2_{\alpha/2} NP (1-P)}{Z_{\alpha/2} P (1-P) + (N-1) d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 58 คน

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 41: 17
เท่ากับ 2.41

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.05

$$\begin{aligned} \text{จากสูตรแทนค่า} \quad n &= \frac{Z^2_{\alpha/2} NP (1-P)}{Z_{\alpha/2} P (1-P) + (N-1) d^2} \\ n &= \frac{(1.96)^2 (58) (0.02) (1-0.02)}{(1.96)^2 (0.02) (1-0.02) + (58-1) (0.05)^2} \\ n &= \frac{4.36}{0.22} \\ n &= 19.81 \\ n &= 20 \text{ คน} \end{aligned}$$

นั่นคือ ในการศึกษาค้างนี้ จะต้องใช้ขนาดตัวอย่างในกลุ่มญาติผู้ป่วย จำนวน 20 คน

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย จึงทำการศึกษานักเรียน 50 คน โดย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรในระบบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน ซึ่งทำหน้าที่ร่วมกับทีมสุขภาพตำบล เลือกโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยตรง

2. กลุ่มผู้ป่วย คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รับประทานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัด อุบลราชธานี จำนวน 20 คน สุ่มตัวอย่าง อย่างง่ายโดยการจับสลาก (Simple Random Sampling) ดังนี้

ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 41 คน สุ่มคัดเลือกศึกษา จำนวน 14 คน

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 17 คน สุ่มคัดเลือกศึกษา จำนวน 6 คน



3. กลุ่มญาติผู้ป่วย ได้แก่ ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า จำนวน 20 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับสลาก (Simple Random Sampling) ดังนี้

ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 41 คน สุ่มคัดเลือกศึกษา จำนวน 14 คน

ญาติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17 คน สุ่มคัดเลือกศึกษา จำนวน 6 คน

3.3.3 การสุ่มเลือกตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้จะมีการสุ่มตัวอย่างแบบ Simple random sampling กล่าวคือ ทุกคนมีโอกาสได้รับเลือกเท่า ๆ กัน โดยการจับสลากในแต่ละกลุ่มตามจำนวนที่ต้องการ เช่น ในกลุ่มมีสมาชิกอยู่ 40 คนจะเลือกมาศึกษา 20 คน ก็ต้องทำสลาก 40 ใบ ซึ่งขนาด และสีเหมือนกันเขียนชื่อหรือเบอร์ไว้ จากนั้นสุ่มจับมา 20 ใบ ทั้งนี้การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง จะได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรในระบบคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการคุณภาพของไคเซ็น (Kaizen, 1986) และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM)

2. สมุดบันทึกการประชุม จำนวน 1 เล่ม

3. เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 ชุด

4. กล้องถ่ายรูป จำนวน 1 อัน

5. นาฬิกาบันทึกเวลา

3.4.1 ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กลุ่มบุคลากรในระบบ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการรับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ โดยองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประเด็น คือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การสนับสนุนการตัดสินใจระบบข้อมูลทางคลินิก และการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อการลดขั้นตอน การรวมขั้นตอน การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม การปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น



การทำให้กิจกรรมการเปลี่ยนแปลงมีระบบต่าง ๆ ที่มีคุณค่าดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนทำให้เกิดความสมบูรณ์แบบ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็น และปลายปิด (Closed – End Question) ประกอบด้วยคำถามทั้งเชิงนิมาน (เชิงบวก) และเชิงนิเสธ (เชิงลบ) ให้เลือกตอบด้วยการตัดสินใจเพียงคำตอบเดียวในลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติมาก	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติน้อย	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	ค่าคะแนน
มาก	3
ปานกลาง	2
น้อย	1

นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 : 122 อ้างอิงจาก Best, 1977)

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก
 ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง
 ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์บุคลากรในระบบ เกี่ยวกับการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการแบบสัมภาษณ์นี้แบ่งข้อมูลออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) และด้านอื่น ๆ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปฏิบัติมาก	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติน้อย	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน



เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	ค่าคะแนน
มาก	3
ปานกลาง	2
น้อย	1

นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 122 อ้างอิงจาก Best, 1977)

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย

3.4.2 ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วย คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิทยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาล สภาวะสุขภาพในปัจจุบัน รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ เวลาในการรับบริการ การเดินทางมารับบริการ แต่ละครั้ง ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการรับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ โดยองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประเด็น คือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูง การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิก และการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อการลดขั้นตอน การรวมขั้นตอน การจัดลำดับงานใหม่ ให้เหมาะสม การปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น การทำให้งานกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงมีระบบต่าง ๆ ที่มีคุณค่าดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนทำให้เกิดความสมบูรณ์แบบ เพื่อทำให้เกิดความสมบูรณ์แบบ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็น และปลายปิด (Closed – End Question) ประกอบด้วยคำถามทั้งเชิงนิมาน (เชิงบวก) และเชิงนิเสธ (เชิงลบ) ให้เลือกตอบด้วยการตัดสินใจเพียงคำตอบเดียวในลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้



ปฏิบัติมาก	หมายถึง	แสดงออกตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	แสดงออกตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติน้อย	หมายถึง	แสดงออกตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ข้อความเชิงนิมิต	ค่าคะแนน	ข้อความเชิงนิเสธ	ค่าคะแนน
มาก	3	มาก	1
ปานกลาง	2	ปานกลาง	2
น้อย	1	น้อย	3

นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สุ่มทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรด, 2553: 122 อ้างอิงจาก Best, 1977)

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ โดยองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประเด็น คือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิก และการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อการลดขั้นตอน การรวมขั้นตอน การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม การปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น การทำให้กิจกรรมการเปลี่ยนแปลงมีระบบต่าง ๆ ที่มีคุณค่าดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนทำให้เกิดความสมบูรณ์แบบ เพื่อทำให้เกิดความสมบูรณ์แบบ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็น และปลายปิด (Closed – End Question) ประกอบด้วย คำถามทั้งเชิงนิมิต (เชิงบวก) และเชิงนิเสธ (เชิงลบ) ให้เลือกตอบด้วยการตัดสินใจเพียงคำตอบเดียวใน ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

พึงพอใจมาก	หมายถึง	มีความพึงพอใจการได้รับประโยชน์ตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน
------------	---------	--



พึงพอใจปานกลาง หมายถึง มีความพึงพอใจในการได้รับประโยชน์ตามข้อความนั้น ๆ
เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน

พึงพอใจน้อย หมายถึง มีความพึงพอใจในการได้รับประโยชน์ตามข้อความนั้น ๆ
เป็นส่วนน้อย ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	ค่าคะแนน
มาก	3
ปานกลาง	2
น้อย	1

นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 : 122 อ้างอิงมาจาก Best, 1977)

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ผู้ช่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหา ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยการประยุกต์ใช้นโยบาย 3 อ. ตัวชี้วัด (KPI) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของจังหวัดอุบลราชธานี แบบสัมภาษณ์นี้แบ่งข้อมูลออกเป็น 3 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านการบริโภค พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมด้านอารมณ์ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็น และ ปลายปิด (Closed – End Question) ประกอบด้วยคำถามทั้งเชิงนิมิต (เชิงบวก) และเชิงนิเสธ (เชิงลบ) ให้เลือกตอบด้วยการตัดสินใจเพียงคำตอบเดียวในลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง แสดงออกตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง แสดงออกตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง ไม่แสดงออกตามข้อความนั้น ๆ ให้ 1 คะแนน



เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ข้อความเชิงนิมิต	ค่าคะแนน	ข้อความเชิงนิเสธ	ค่าคะแนน
บ่อยครั้ง	3	ไม่ปฏิบัติ	1
บางครั้ง	2	บางครั้ง	2
ไม่ปฏิบัติ	1	บ่อยครั้ง	3

นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 : 122 อ้างอิงมาจาก Best, 1977)

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย

3.4.3 ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รัยยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้นำพาผู้ป่วยมารับบริการแต่ละครั้ง เวลาในการรอรับผู้ป่วย การเดินทางมารับบริการแต่ละครั้ง และการรับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ โดยองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประเด็น คือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิกและการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อการลดขั้นตอน การรวมขั้นตอน การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม การปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น การทำให้กิจกรรมการเปลี่ยนแปลงมีระบบต่าง ๆ ที่มีคุณค่าดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนทำให้เกิดความสมบูรณ์แบบ เพื่อทำให้เกิดความสมบูรณ์แบบ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็น และปลายปิด (Closed – End Question) ประกอบด้วยคำถามทั้งเชิงนิมิต (เชิงบวก) และเชิงนิเสธ (เชิงลบ) ให้เลือกตอบด้วยการตัดสินใจเพียงคำตอบเดียวในลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้



ปฏิบัติมาก	หมายถึง	แสดงออกตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	แสดงออกตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติน้อย	หมายถึง	แสดงออกตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ข้อความเชิงนิมิต	ค่าคะแนน	ข้อความเชิงนิเสธ	ค่าคะแนน
มาก	3	มาก	1
ปานกลาง	2	ปานกลาง	2
น้อย	1	น้อย	3

นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 : 122 อ้างอิงมาจาก Best, 1977)

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก
 ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ โดยองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประเด็น คือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิก และการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อการลดขั้นตอน การรวมขั้นตอน การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม การปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น การทำให้กิจกรรมการเปลี่ยนแปลงมีระบบต่าง ๆ ที่มีคุณค่าดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนทำให้เกิดความสมบูรณ์แบบ เพื่อทำให้เกิดความสมบูรณ์แบบ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็น และปลายปิด (Closed – End Question) ประกอบด้วยคำถามทั้งเชิงนิมิต (เชิงบวก) และเชิงนิเสธ (เชิงลบ) ให้เลือกตอบด้วยการตัดสินใจเพียงคำตอบเดียวในลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้



พึงพอใจมาก	หมายถึง มีความพึงพอใจในการได้รับประโยชน์ตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน
พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง มีความพึงพอใจในการได้รับประโยชน์ตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน
พึงพอใจน้อย	หมายถึง มีความพึงพอใจในการได้รับประโยชน์ตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนน้อย ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	ค่าคะแนน
มาก	3
ปานกลาง	2
น้อย	1

นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 : 122 อ้างอิงมาจาก Best, 1977)

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
 ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับพฤติกรรมในการสนับสนุน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหา ในการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประยุกต์ใช้นโยบาย 3 อ. ตัวชี้วัด (KPI) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของจังหวัด อุบลราชธานี แบบสัมภาษณ์นี้แบ่งข้อมูลออกเป็น 3 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านการบริโภค พฤติกรรม ด้านการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมด้านอารมณ์ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามปลายเปิด ให้แสดงความคิดเห็น และปลายปิด (Closed – End Question) ประกอบด้วยคำถามทั้งเชิงนิมาน (เชิงบวก) และเชิงนิเสธ (เชิงลบ) ให้เลือกตอบด้วยการตัดสินใจเพียงคำตอบเดียวในลักษณะเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติมาก	หมายถึง แสดงออกตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง แสดงออกตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน



ปฏิบัติน้อย หมายถึง แสดงออกตามข้อความนั้น ๆ
เป็นส่วนน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดการให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ข้อความเชิงนิมิต	ค่าคะแนน	ข้อความเชิงนิเสธ	ค่าคะแนน
มาก	3	มาก	1
ปานกลาง	2	ปานกลาง	2
น้อย	1	น้อย	3

นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 122 อ้างอิงจาก Best, 1977)

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย

3.4.4 แบบบันทึกข้อมูล การประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อวิเคราะห์บริบทชุมชน สภาพปัญหา และสาเหตุของปัญหา ในการจัดบริการและการพัฒนาคุณภาพบริการโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) และการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อการลดขั้นตอน การรวมขั้นตอน การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม การปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น การทำให้กิจกรรมการเปลี่ยนแปลงมีระบบต่าง ๆ ที่มีคุณค่าดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนทำให้เกิดความสมบูรณ์แบบ เพื่อทำให้เกิดความสมบูรณ์แบบ เพื่อเป็นแนวคิดในการปรับปรุงงานแบบต่อเนื่อง ให้มีระบบ มีขั้นตอน จัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม และปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้กระบวนการใหม่ และนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.4.5 แบบบันทึกการสังเกต ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกการสังเกตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดย การสังเกตในชุมชน และการสังเกตในหน่วยบริการสุขภาพ โดยบันทึกทุกอย่างที่สังเกตได้ พร้อมทั้งทำการบันทึกภาพ สังเกตขณะรับบริการของจุดบริการ สังเกตขณะรอรับบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ห้องซักประวัติ ห้องตรวจโรค ห้องตรวจทางปฏิบัติการ และห้องจ่ายยา

3.4.6 อุปกรณ์ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.6.1 อุปกรณ์บันทึกภาพ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลช่วยเตือนความจำ และสามารถนำภาพมาประกอบการอธิบายสภาพความเป็นอยู่ของที่อาศัย และจุดบริการผู้ป่วยที่คลินิกบริการ



3.4.6.2 อุปกรณ์เสียง ขณะที่ทำการสัมภาษณ์ ประชุมกลุ่มหรือสังเกตจุดบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้อัดบทเรียนเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปประเด็นที่ศึกษา

3.4.6.3 นาฬิกาสำหรับการบันทึกเวลา เพื่อประเมินระยะเวลาในการให้บริการและการจัดกระบวนการกลุ่ม

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้สร้างเครื่องมือโดยการประยุกต์แนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986) และศึกษา แนวคิดจากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน และต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ของ Edward H Wagner โดยกำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา การตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ดังนี้

1. นายแพทย์ภิรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล วุฒิการศึกษาสูงสุด แพทยศาสตรบัณฑิต ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขมราฐ) สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเขมราฐ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดอุบลราชธานี

2. นายณรงค์ แผลงศรี วุฒิการศึกษาสูงสุด ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดอุบลราชธานี

3. นายอนุสรณ์ บุญทรง วุฒิการศึกษาสูงสุด วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (ชีวสถิติ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานที่ทำงาน กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

โดยนำข้อมูลมาปรับปรุงเนื้อหา และข้อคำถามในแนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางสนทนากลุ่ม ข้อคำถามที่ใช้ความรู้โดยวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination Power) ของแบบสัมภาษณ์ และหาค่าความเที่ยง ด้วยวิธี Cronbach's Alpha ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรในระบบ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในส่วนของกรมมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.91 และ 0.88 เกี่ยวกับการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เท่ากับ 0.88, 0.94 และ 0.95

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในส่วนของกรมมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เท่ากับ 0.70 และ 0.73 เกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ เท่ากับ 0.79 และ 0.87 เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 0.76, 0.88 และ 0.75

3. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในส่วนของกรมมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เท่ากับ 0.79 และ 0.79 เกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ เท่ากับ 0.81 และ 0.76 เกี่ยวกับพฤติกรรมในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เท่ากับ 0.73, 0.83 และ 0.73 นำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบในพื้นที่ตำบลแก้งเหนือ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกัน อยู่ห่างจากพื้นที่ศึกษา 20 กิโลเมตร เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ก่อนนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย



3.6 วิธีการดำเนินงาน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งประยุกต์แนวคิดพื้นฐาน (Stephen Kemmis) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 แต่งตั้งคณะทำงาน

1. แต่งตั้งทีมวิจัย
2. คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

กิจกรรมที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูล

1. บริบทชุมชน
2. บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูล/สถานการณ์และบริบทชุมชน
2. ข้อมูลระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรพ.สต.นาหว้า (หัตถิยาภูมิ)

กิจกรรมที่ 4 วางแผนในการดำเนินงาน

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. วิเคราะห์บริบทชุมชน
3. วิเคราะห์ระบบบริการ
4. วิเคราะห์การมีส่วนร่วมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย (Cohen and Uphoff.

1978)

5. การมีส่วนร่วมวางแผน
6. การมีส่วนร่วมดำเนินการ
7. การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์
8. การมีส่วนร่วมประเมินผล
9. จัดทำแผนปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)
 - A – การยอมรับข้อมูล ความคิดเห็นทุกคน
 - I – กำหนดวิธีการเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายร่วมกัน
 - C – กำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียด

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

กิจกรรมที่ 5 ดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

1. ปฏิบัติตามระบบบริการ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) 6 องค์ประกอบ

1. ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน
2. หน่วยงานบริการสุขภาพ
3. การสนับสนุนการดูแลตนเอง
4. การออกแบบระบบการให้บริการ



5. การสนับสนุนการตัดสินใจ

6. ระบบข้อมูลทางคลินิก

2. ปฏิบัติตามระบบบริการใหม่ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการที่เปลี่ยนแปลง โดยใช้แนวคิด ไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยใช้ หลักการ ECRS ในการจัดการระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4 ประการ

1. การตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น

2. การรวมขั้นตอนเพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย

3. การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม

4. การปรับปรุงวิธีการทำงานเพื่อช่วยให้ทำงานง่ายขึ้น

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observe)

กิจกรรมที่ 6 การสังเกต ติดตาม และสัมภาษณ์

1. ติดตาม สัมภาษณ์ ให้คำแนะนำ

2. จัดบันทึกขั้นตอน และเวลาในกระบวนการจัดบริการตามกระบวนการใหม่

2.1 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.2 คุณภาพบริการ 6 องค์ประกอบ

2.3 การจัดกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ประการ

2.4 จัดบันทึกขั้นตอน และเวลาในกระบวนการจัดบริการตามกระบวนการใหม่

กิจกรรมที่ 7 สังเคราะห์ข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 การมีส่วนร่วม

1.2 ความพึงพอใจในคุณภาพบริการ

2. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 คุณภาพบริการ 6 องค์ประกอบ

2.2 กระบวนการมีส่วนร่วม 4 ประการ

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

กิจกรรมที่ 8 ประเมินผล ถอดบทเรียน

1. สรุปผลการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) ในการพัฒนาคุณภาพบริการ

2. สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

3. สรุปผลการมีส่วนร่วม

4. สรุปผลความพึงพอใจ

5. สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

6. สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เดือน ตุลาคม 2555 – เมษายน 2556



3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ และการจดบันทึกข้อมูล จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอู๋เมรฐฐ จั้หวั้ดอุบลราชธานี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์บริบทของชุมชน วิเคราะห์ระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบใหม่ ศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบใหม่ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรค ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอู๋เมรฐฐ จั้หวั้ดอุบลราชธานี การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัย ได้นำเอาทฤษฎี การจัดการคุณภาพของไคเซ็น (Kaizen, 1986) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้สำหรับการจัดกิจกรรม ให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลของการวิจัยขอเสนอในประเด็น ดังนี้

4.1 ศึกษาสถานการณ์ บริบทชุมชน และบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอู๋เมรฐฐ จั้หวั้ดอุบลราชธานี

4.1.1 ข้อมูลบริบทชุมชน

4.1.2 ข้อมูลบริบทและระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอู๋เมรฐฐ จั้หวั้ดอุบลราชธานี

4.1.3 การวางแผนในการดำเนินงานโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ

4.2 การดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการตามระบบใหม่

4.3 ผลของการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบใหม่

4.4 ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

4.1 ศึกษาสถานการณ์ บริบทชุมชน และบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอู๋เมรฐฐ จั้หวั้ดอุบลราชธานี

กิจกรรมที่ 1 แต่งตั้งคณะทำงาน

1. แต่งตั้งทีมวิจัย จำนวน 7 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า 3 คน ลูกจ้างชั่วคราว 2 คน อสม. 2 คน

2. คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ตามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน

กิจกรรมที่ 2 ศึกษาข้อมูล

1. บริบทชุมชน

2. บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4.1.1 บริบทชุมชน

ตำบลหนองสิม ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอู๋เมรฐฐ จั้หวั้ดอุบลราชธานี 28 กิโลเมตร ไปทางทิศตะวันตก มีพื้นที่รับผิดชอบ 1 ตำบล 10 หมู่บ้าน พื้นที่รวมประมาณ 35 ตร.กม. โดยมีอาณาเขต



ทิศเหนือ จด ตำบลโคกก่ง อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์
 ทิศใต้ จด ตำบลหนองผือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
 ทิศตะวันออกจด ตำบลหนองนกทา อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
 ทิศตะวันตก จด ตำบลคำโพน อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ
 แผนที่แสดงเขตพื้นที่รับผิดชอบ ตำบลหนองสิม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
 ดังภาพประกอบ 4.1 ดังนี้



ที่มา : ฝ่ายยุทธศาสตร์สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า (2555)

ภาพประกอบ 4.1 แผนที่แสดงเขตพื้นที่รับผิดชอบตำบลหนองสิม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ภูมิประเทศ

ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบสูง ป่าไม้เบญจพรรณทั่วไป สภาพพื้นดินร่วนปนทราย ปลูกข้าว ได้เฉพาะหน้าฝน และปลูกพืชไร่ เช่น อ้อย มันสำปะหลัง ยางพารา ยูคาลิปตัส ประชากร

1. รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน จำนวน 1,257 หลังคาเรือน
2. ชาย 2,975 คน หญิง 2,803 คน รวม 5,778 คน



เศรษฐกิจ

1. อาชีพหลัก ทำนา
2. อาชีพรอง ทำไร่มันสำปะหลัง ปลูกยูคา ไร่อ้อย สวนยางพารา เลี้ยงสัตว์ (โค)
3. รายได้ประชากรเฉลี่ย 9,800 บาท / คน / ปี

การศึกษา / ศาสนา

1. โรงเรียนประถมศึกษา 3 แห่ง (โรงเรียนขยายโอกาส 1 แห่ง)
2. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 6 แห่ง
3. ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ วัดพุทธ 7 แห่ง / สำนักสงฆ์ 2 แห่ง

ประชากรของตำบลหนองสิม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2556 สัดส่วนระหว่างเพศชายกับเพศหญิงมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ 51.49 : 48.51 สาเหตุการเจ็บป่วยอันดับแรกโรคระบบทางเดินหายใจ รองลงมาคือโรคระบบทางเดินอาหาร สาเหตุการตายของประชากรเขตตำบลหนองสิม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี อันดับแรกมาจากโรคมะเร็งตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น รองลงมาคือโรคหัวใจ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบในพื้นที่ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 72.67 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.51 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 2.32 ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 1.74 และผู้ป่วยโรคหัวใจ ร้อยละ 1.74

4.1.2 บริบทและระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ตั้งอยู่ที่ 91 หมู่ที่ 5 ตำบลหนองสิม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ห่างจากโรงพยาบาลเขมราฐ 28 กิโลเมตร อยู่ห่างจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี 130 กิโลเมตร

ข้อมูลบุคลากร

1. นักวิชาการสาธารณสุข	จำนวน 2 คน	เฉลี่ย 1 : 2,889
2. พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน 1 คน	เฉลี่ย 1 : 5,778
3. ลูกจ้างชั่วคราว	จำนวน 2 คน	เฉลี่ย 1 : 2,889
4. ลูกจ้างแพทย์แผนไทย	จำนวน 1 คน	เฉลี่ย 1 : 5,778

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง
2. อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 106 คน เฉลี่ย 1 คนต่อ 12 หลังคาเรือน
3. หอกระจายข่าว 13 แห่ง
4. กองทุนยาประจำหมู่บ้าน 10 แห่ง
5. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 10 แห่ง

ปัญหาจากการประชุมในตำบลหนองสิม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2555 ที่ควรนำมาแก้ไขอันดับแรก คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เจ้าหน้าที่ได้ดำเนินการจัดทำแผนโดยยึดตามยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า



ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 41 คน และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17 คน จากแม่ข่ายโรงพยาบาลเขมราฐ โดยการจัดให้บริการดูแลต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่กำหนดการให้บริการตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบัน และไม่เคยได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย จากองค์การบริหารส่วนตำบลหนองสิม และส่วนราชการอื่น นอกจากการระดมทุนในชุมชน และผู้ป่วย ซึ่งมีเพียงเล็กน้อย โดยนำมาใช้ในการจัดให้บริการอาหารเข้าให้กับผู้ป่วยที่มารับยาตามนัด ปัญหาที่พบในการดำเนินงานที่ผ่านมา คือ ระบบการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จัดระบบโดยเจ้าหน้าที่กำหนดให้ผู้รับบริการ โดยคำบอกเล่า ไม่มีการกำหนดเวลานัดหมายและขั้นตอนในการให้บริการที่เป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้มีอัตราการขาดนัด ร้อยละ 25.00 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 16.66

ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2556 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ได้เสนอโครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า โดยใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองสิม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ในการจัดระบบบริการใหม่ โดยการมีส่วนร่วมจากแกนนำ อสม. ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ เหมาะสมสอดคล้องกับบริบท มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด เนื่องจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้มีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยเอง เป็นการสร้างคุณค่า ให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรับผิดชอบ และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเป็นการค้นหาวิธีการทำงานใหม่ และการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ มีประโยชน์กับผู้ปฏิบัติ จะทำให้งานนั้นประสบผลสำเร็จ และผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจมากที่สุด

กิจกรรมที่ 3 รวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูล/สถานการณ์และบริบทชุมชน
2. รวบรวมข้อมูลระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า

(หุติยภูมิ)

กิจกรรมที่ 4 การวางแผนในการดำเนินงาน

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล แกนนำ อสม. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และญาติผู้ป่วย เพื่อ

- 1.1 วิเคราะห์บริบทชุมชน
- 1.2 วิเคราะห์ระบบบริการ
- 1.3 วิเคราะห์การมีส่วนร่วมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย (Cohen and Uphoff.

1978)

- 1.4 การมีส่วนร่วมวางแผน
- 1.5 การมีส่วนร่วมดำเนินการ
- 1.6 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์
- 1.7 การมีส่วนร่วมประเมินผล

2. จัดทำแผนปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)

A – การยอมรับข้อมูล ความคิดเห็นทุกคน

I – กำหนดวิธีการ / ยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน



C - กำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียด

ประชุมเชิงปฏิบัติการของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในวันที่ 24 มกราคม 2556 โดยการวิเคราะห์บริบทชุมชน วิเคราะห์คุณค่าระบบบริการในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ คือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์กระบวนการที่เปลี่ยนแปลงใหม่โดยประยุกต์ใช้หลักการ ECRS ของไคเซ็น (Kaizen, 1986) 4 องค์ประกอบ คือ การตัดสินใจที่ไม่จำเป็น การรวมขั้นตอนเพื่อประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม และ การปรับปรุงวิธีการทำงานเพื่อช่วยให้ทำงานง่ายขึ้น และวิเคราะห์กระบวนการที่เปลี่ยนแปลงใหม่ให้เกิดความสมบูรณ์ และพัฒนาต่อเนื่อง

ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 50 คนประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า 3 คน เจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน แกนนำ อสม. 5 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 14 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6 คน ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน 14 คน และญาติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6 คน เป็นการประชุมครั้งแรกที่กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มาพบปะพูดคุยกัน บรรยากาศน่าสนใจ ทุกคนสนใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมประชุมกลุ่มตามหนังสือนัดหมายเป็นอย่างดี ประชุมวันที่ 24 มกราคม 2556 เวลา 9.00 น. ณ ห้องประชุมลีลาวดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า โดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองสิม ทำหน้าที่ประธานกล่าวเปิดงานและกล่าวถึง สถานการณ์โรคเรื้อรังในปัจจุบัน และนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ตำบลหนองสิม ต่อมาผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เป็นผู้ดำเนินการ แจ้งกิจกรรมที่นัดหมายในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ เริ่มจากการวิเคราะห์องค์กรในคุณภาพบริการที่ผ่านมา ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ ศักยภาพขององค์กรในพื้นที่ในอดีตและปัจจุบัน ความคาดหวังกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อบรรลุความคาดหวัง และผลสำเร็จ โดยการชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)

ขั้นตอน A – การยอมรับข้อมูล ความคิดเห็นทุกคน โดยจ่ายกระดาษเปล่าให้คนละ 1 แผ่น ให้เขียนสภาพความเป็นจริงในอดีตถึงปัจจุบัน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและปัญหาที่พบในการมารับบริการที่เกิดจากกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จากการให้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมประชุม จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า กระบวนการในการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คลินิกบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีโรงพยาบาลเขมราฐ เป็นแม่ข่าย มีโครงการส่งผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงให้เครือข่ายดูแลอย่างต่อเนื่องในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตได้ระดับดี-ปานกลาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้าได้จัดกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการกำหนด วันให้บริการในทุกวันศุกร์สุดท้ายของเดือน เดือนละ 1 ครั้ง เริ่มให้บริการเวลา 08.00 -12.00 น. ปัญหาที่พบ ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มาไม่ตรงเวลานัดหมายทำให้การบริการล่าช้า ได้รับบริการไม่ครบทุกกระบวนการ ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่ามาเจาะเลือดแล้วกลับบ้านป่วย ๆ แล้วมารักษาใหม่ บางรายงดอาหารไม่ได้กินข้าวมาก่อนเนื่องจากรอเจ้าหน้าที่ไม่ไหว ทำให้ผลระดับน้ำตาลในเลือดไม่แน่นอน การมาไม่ตรงเวลาทำให้เกิดการรอคอย เกิดอารมณ์หงุดหงิดทั้งสองฝ่ายเกิดความไม่พอใจในการเข้ารับบริการในบางรายทั้งผู้ป่วยและญาติที่มานั่งรอ กิจกรรมกลุ่มจัดได้เป็นบางวัน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางรายไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมเพราะบอกว่าเสียเวลา ไม่มีเวลา ญาติไม่มีเวลา



รอรับ ใช้เวลานานเกินไป กิจกรรมมากเกินไป ในส่วนกิจกรรมนอกสถานบริการ เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมได้น้อย เนื่องจากเจ้าหน้าที่มี 3 คนไม่เพียงพอต่อการให้บริการมีการออกเยี่ยมเฉพาะรายที่มีปัญหาหรือมีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการในการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการไม่ต่อเนื่อง ไม่ทั่วถึง ไม่ได้มาตรฐาน และยังมีอัตราการขาดนัดร้อยละ 25.00 ไม่มีระบบการตรวจสอบและการติดตามที่ชัดเจนของเจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจตนเองในบางราย เลือกรับบริการตามความสะดวกของผู้ป่วยในบางราย

ขั้นตอน I - กำหนดวิธีการ / ยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ คือทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิก ในการจัดกิจกรรมโดยอาศัยการมีส่วนร่วม (Cohen and Uphoff, 1978) ตามแนวคิดของกลุ่มเพื่อศึกษาศักยภาพขององค์กรในปัจจุบัน สิ่งที่คาดหวังให้เกิดขึ้นในอนาคต กิจกรรมการดำเนินงาน เพื่อบรรลุความคาดหวัง แบบบันทึกข้อมูล การประชุมเชิงปฏิบัติการ (ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) เพื่อวิเคราะห์บริบทชุมชน สภาพปัญหา และสาเหตุของปัญหา ในการจัดบริการ และการพัฒนาคุณภาพบริการโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986) และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ดังแสดงตามตาราง 4.1 ดังนี้



ตาราง 4.1 แบบบันทึกข้อมูล การประชุมเชิงปฏิบัติการ (ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

คุณภาพบริการ	ศักยภาพองค์กรในพื้นที่ปัจจุบัน	ความคาดหวัง	กิจกรรมเพื่อบรรลุความคาดหวัง	ผลสำเร็จ
1. ทรัพยากร และนโยบายของชุมชน (นโยบายโรคเรื้อรัง, การสนับสนุนงบประมาณ)	- มีงบประมาณจากกองทุนฯ สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	- มีการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง เพียงพอทุกปี	- กำหนดนโยบายในการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยที่ชัดเจน	- มีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ชัดเจน
2. หน่วยงานบริการสุขภาพ (นโยบายการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)	- มีการจัดกิจกรรมการให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง - จนท. กำหนดขั้นตอนบริการ - เยี่ยมบ้านเฉพาะกรณีเจ็บป่วยรุนแรง	- มีคณะทำงาน - มีกิจกรรมบริการชัดเจน - มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องทุกราย	- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน - กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจน - มีแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน	- มีคณะทำงาน มีแผนงาน กิจกรรมและลำดับขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน
3. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการมาตรวจตามนัด)	- ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยให้การสนับสนุนและการดูแลผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย	- มีการสนับสนุนช่วยเหลือแนะนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัด	- กำหนดกิจกรรมในการสนับสนุนและการดูแลที่เหมาะสม	- มีกิจกรรมในการสนับสนุนและการดูแลที่ชัดเจน
4. การออกแบบระบบบริการ (การจัดระบบบริการในหน่วยงาน การวินิจฉัย การรักษา การป้องกันโรคแทรกซ้อน)	- จนท. จัดบริการให้การวินิจฉัย รักษา - ให้บริการทุกศุกร์ สุดท้ายของเดือน	- มีการจัดบริการตามกิจกรรมที่กำหนดตามขั้นตอนโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	- กำหนดกิจกรรม กำหนดขั้นตอนการให้บริการชัดเจน เหมาะสม	- มีกิจกรรมและขั้นตอนบริการเป็นลายลักษณ์อักษร
5. การสนับสนุนการตัดสินใจ (การเข้าร่วมกิจกรรมการประชุมอบรมและการติดตาม)	- เข้าร่วมกิจกรรมบางส่วน - มีกิจกรรมบางวัน	- มี อสม. ดูแลช่วยเหลือในวันเข้ารับบริการ	- จัด อสม. หมุนเวียนช่วยปฏิบัติงาน - กำหนดวัน เวลา กิจกรรมกลุ่ม และการติดตามที่ชัดเจน	- มี อสม. ร่วมปฏิบัติงาน - มีกิจกรรมการประชุมต่อเนื่อง - มีผู้ป่วยต้นแบบ
6. ระบบข้อมูลทางคลินิก มีข้อมูลทางคลินิกที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย	- มีทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่บางส่วน	- มีระบบข้อมูลที่ตรวจสอบได้	- จัดทำทะเบียนประวัติ การรักษา การติดตาม	- มีทะเบียนประวัติผู้ป่วยในพื้นที่ทุกรายที่เป็นปัจจุบัน



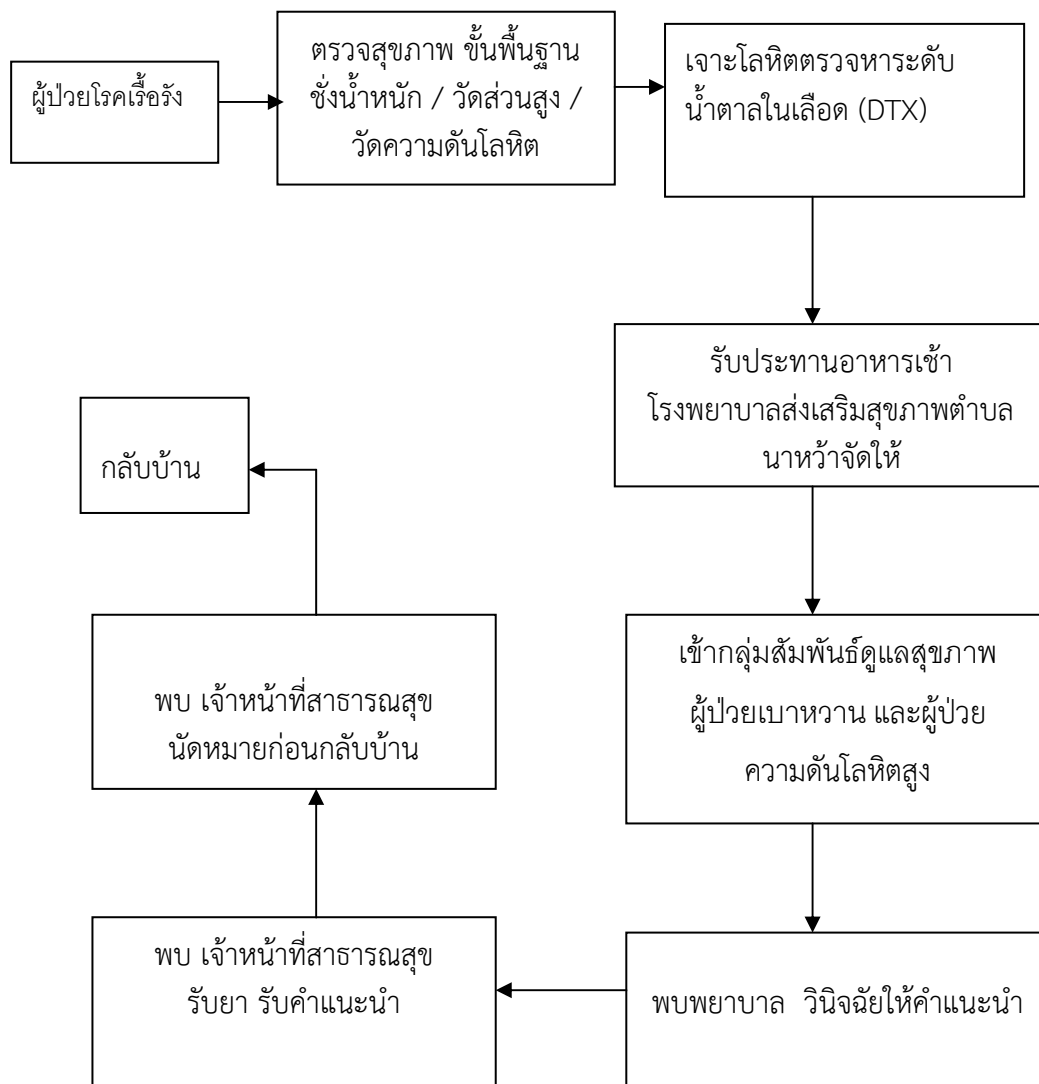
ขั้นตอน C - กำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียดนำกิจกรรมที่ได้มาจัดระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ พัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้มีมาตรฐานมากขึ้น เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น โดยระบุกิจกรรมขั้นตอน ระยะเวลา การติดตาม ประเมินผลตามกิจกรรมใหม่ ดังตาราง 4.2 ดังนี้

ตาราง 4.2 ขั้นตอน และกิจกรรมใหม่ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

กิจกรรม	เวลา	หมายเหตุ
1. จัดกิจกรรมทุกศุกร์สุดท้ายของเดือน คลินิกบริการ - ยื่นบัตรคิว - การซักประวัติ - ตรวจร่างกาย - ชั่งน้ำหนัก / วัดส่วนสูง / เจาะเลือด - รับประทานอาหารเช้า - เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ฝึกปฏิบัติ - อาหาร - การใช้ยา - อารมณ์ - ออกกำลังกาย	7.00 น. 7.00 - 8.30 น. 8.30 - 9.30 น.	- มี แพทย์ เภสัชกร และสหวิชาชีพ ผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาหว้า ปีละ 2 ครั้ง - ตรวจไต เท้า ปีละ 1 ครั้ง - ตรวจตา ปีละ 1 ครั้ง - จัด อสม.ช่วย ปฏิบัติงานสัปดาห์ละ
2. - รับยา / รับคำแนะนำ / นัดหมายก่อนกลับบ้าน - ประเมินผลทุก 6 เดือน (มิ.ย., ธ.ค.) ชุมชน - การเยี่ยมบ้าน - กรณีป่วยฉุกเฉินที่บ้าน / โรงพยาบาล - การจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ระดมทุนจากชุมชน / ผู้ป่วย) - การจัดสวัสดิการดูแลกลุ่ม - ป่วย 300 บาท / คน / ปี - ตาย 500 บาท - ทีมสุขภาพตำบลออกเยี่ยม / ร่วมงาน - คัดเลือกผู้ป่วยต้นแบบปีละ 1 ครั้ง - สรุปผลการดำเนินงานทุกสิ้นปี (ธ.ค.) - แจกผู้ป่วยทุกคนทราบ - แจกชุมชนทราบ (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน / อสม.)	9.30 -10.00 น. มิ.ย., ธ.ค. ช่วงป่วย ตามความ เหมาะสม	2 วัน ๆ ละ 2 คน ในวันคลินิกโรค เรื้อรัง วันละ 4 คน เป็นจิตอาสา ช่วยเหลือผู้ป่วย - ผู้รับผิดชอบ โดยอสมตามพื้นที่ - คณะกรรมการ จัดการสุขภาพระดับ ตำบล - มอบใบประกาศ ผู้ป่วยต้นแบบแห่งปี (เดือนมกราคม)



ผังการรับบริการและการเข้ากลุ่มสัมพันธดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี



ภาพประกอบ 4.2 แสดงการรับบริการและการเข้ากลุ่มสัมพันธดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า



4.2 การดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการตามระบบใหม่

กิจกรรมที่ 5 ดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มารับบริการตามนัดหมาย ครั้งที่ 1 ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2556 ตามกระบวนการระบบบริการใหม่ ที่แจ้งไปตามหนังสือราชการถึงผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ผู้วิจัยได้ทำการสังเกตและบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย ดังนี้

ครั้งที่ 1 ที่จุดบริการ เวลา 07.00 น. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า พร้อมกันเตรียมอุปกรณ์ในการให้บริการ อสม.ทำหน้าที่จิตอาสา จำนวน 4 คนแบ่งหน้าที่ตามจุดบริการ นำผู้ป่วยมาขึ้นบัตรคิว ที่โต๊ะซักประวัติ ทำการ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย เจาะเลือด แจกผลตรวจสุขภาพให้ผู้ป่วยทราบ อสม.นำผู้ป่วยไปรับประทานอาหารเช้า ที่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้าจัดให้ เสร็จทุกคน เวลา 8.30 น. รวมตัวกันที่ห้องประชุมเพื่อเข้าร่วมประชุมกลุ่มสัมพันธ์ โดยเจ้าหน้าที่ที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ทำหน้าที่ชี้แจงกระบวนการใหม่ตามลำดับขั้นตอนการเข้ารับบริการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อ วันที่ 24 มกราคม 2556 ร่วมกันระดมความคิดเห็นในการจัดระบบบริการใหม่เพื่อให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ทำตามข้อตกลงร่วมกัน การนัดหมายมาตรวจตามนัดครั้งต่อไป ถึงเวลา 9.40 น. ผู้ป่วยมารับยา และคำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพ แจ้งการนัดหมายก่อนกลับบ้าน อสม. ส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ใช้เวลาในการให้บริการ ประมาณ 2.40 ชั่วโมง สามารถลดระยะเวลาในการให้บริการจากเดิม 50 นาที (ก่อนดำเนินการผู้ป่วยใช้เวลา ในการรับบริการ 3.30 ชั่วโมง โดยไม่มีการเข้ากลุ่มสัมพันธ์) จากการสอบถามผู้ป่วย นาง ก. ในเรื่องการจัดกิจกรรมและขั้นตอนบริการ ผู้ป่วยบอกว่า “ ตั้งแต่มาเอายาอยู่ที่นี่ก็มีมือนี้แหละที่ได้ยา ได้ความรู้ไปนำ ดีดี ” ผู้ป่วยนาย ข. บอกว่า “ มาเอาอย่างวันนี้ก็ได้บอกลูกบอกหลานเวลาพามาเวลามารับ แต่ก่อนจกิลแล้วยามได้ บางทีมารับสองครั้งก็ยังไม่บอกเขาจะปได้จกิลแล้วตอนได้ ตอนนี้อยู่ขั้นตอนแล้วสบายใจหลาย ”

ครั้งที่ 2 ที่จุดบริการ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มารับบริการตามนัดหมายในวันที่ 22 มีนาคม 2556 เวลา 07.00 น.พบว่าวันนี้มีผู้มารับบริการพร้อมกันขึ้นบัตรคิวรอตรวจประมาณ 20 คน จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย นาง ง. บอกว่า “ สาเหตุที่มาตรงเวลามือนี้เพราะว่าเห็นคุณหมอมารตรงเวลา ตามที่แจ้งไว้ บ่คือตั้งแต่ก่อนมาแต่เช้า ๆ เพื่อคุณหมอจะมากะเก็บสามโมงจนเมื่อยถ้า ตอนนี้อยู่เสียเวลา นัดเป็นนัดจกิลกะดีหลาย ”

กระบวนการที่จุดคลินิกบริการเป็นไปตามปกติ เมื่อผู้ป่วยตรวจสุขภาพเสร็จ เจ้าหน้าที่จะลงบันทึกข้อมูลในแฟ้มอนามัยครอบครัว แผลผลการตรวจสุขภาพให้ผู้ป่วยทราบ ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้า เสร็จแล้วเข้าร่วมประชุมกลุ่มที่ห้องประชุมลีลาวดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เวลา 8.20 น. โดยเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบในการเข้ากลุ่มดำเนินการ ให้ความรู้ผู้ป่วยอธิบายเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกันฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย หลังจากนั้นทำแผนที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการปรับแผนที่ตำบลที่มีอยู่เดิม กำหนดธงสัญลักษณ์แทนผู้ป่วยแต่ละประเภท ปักธงลงตามหมู่บ้านตนเองตามที่อยู่จริง เพื่อความสะดวกในการติดตามเยี่ยมบ้านตามกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยให้ความสนใจและความร่วมมือจนเสร็จ เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยมารับยาโดยพยาบาลวิชาชีพจัดให้ และปรับขนาดยา ในกรณีที่ผู้ป่วยระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นมาก อธิบายวิธีรับประทานยา และกำหนดวัน



นัดหมายครั้งต่อไป นัดหมายกลุ่มเป้าหมายในการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลในการรับบริการ วันนี้ใช้เวลา 3.00 ชั่วโมง ไม่มีผู้ป่วยขาดนัด ในกรณีมีผู้ป่วยขาดนัดผู้ให้บริการจะทราบเพราะจากบัตรนัด และแฟ้มอนามัยครอบครัวที่เหลือ ในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดทำได้หลายวิธี เช่น การฝากผู้ป่วยบ้านเดียวกันไปแจ้งผู้ป่วยทราบ การโทรศัพท์ตามที่อยู่ผู้ป่วยโดยตรง แจ้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตาม สำหรับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานนั้น เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า มีปัญหาเรื่องของสถานที่เนื่องจากห้องตรวจมีเพียงห้องเดียว จะเป็นคลินิกรวมทั้งตรวจโรคทั่วไป คลินิกสุขภาพจิต วางแผนครอบครัวไม่เป็นสัดส่วนในการให้บริการ ต้องนั่งรอตรวจปะปนกัน ในบางครั้งผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ต้องรอให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามนัดตรวจสุขภาพเสร็จก่อน จึงจะได้รับบริการ เพราะเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ

ผู้วิจัย ได้สัมภาษณ์การมีส่วนร่วม การรับรู้และความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ ผู้ป่วยหลังรับยาเสร็จ พบว่า ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม เข้าใจและยินดีปฏิบัติตามขั้นตอนทุกคน จากคำบอกเล่า ผู้ป่วยนาง จ. “คุณหมอชี้แจงขั้นตอนชัดเจนดี บ่งชี้ไปกลับมาคือเก่า ให้ทุกคนมีส่วนร่วม และยังมี อสม.มาช่วยงานอีกดีหลาย” นาย ฉ. พูดถึงการมีส่วนร่วมว่า “ตั้งแต่จัดระบบใหม่ มีคนมาช่วยกันดูแลหลายขึ้น การให้บริการดีกว่าเก่า แบบนี้ดีหลาย” ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการตามระบบใหม่ นาย ช. บอกว่า “พอมักแบบนี้แหละ อยากให้หมอจัดแบบนี้มาแต่นานแล้ว สะดวกกว่าเก่าหลาย ดีหลาย อสม. กะมีงานเฝ้า ดีกว่าอยู่สื่อ ๆ”

4.3 ผลของการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบใหม่

กิจกรรมที่ 6 การสังเกต ติดตาม และสัมภาษณ์

1. การสังเกต ติดตาม สัมภาษณ์ ให้คำแนะนำ
2. จัดบันทึกขั้นตอน และเวลาในกระบวนการจัดบริการตามกระบวนการใหม่

กิจกรรมที่ 7 เก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ
 - 1.1 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ
 - 1.2 ความพึงพอใจในคุณภาพบริการ
2. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
 - 2.1 คุณภาพบริการ 6 องค์ประกอบ
 - 2.2 การจัดกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ประการ

ทีมวิจัย ออกติดตามกลุ่มเป้าหมายที่บ้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน 14 คน ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 14 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6 คน ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 6 คน แก่นนำอสม. 5 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า 3 คน ใช้ เวลา 10 วัน จำนวน 10 หมู่บ้าน ทำการสัมภาษณ์และนำข้อมูลมาสรุปผลการวิจัย สรุปได้ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 บุคลากรในระบบ

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษา ในกลุ่มบุคลากรในระบบ ซึ่งประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้



ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

จากการวิเคราะห์ข้อมูล บุคลากรในระบบ จำนวน 10 คนประกอบไปด้วย
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน
จำแนก ดังตาราง 4.3

ตาราง 4.3 จำนวน และร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มบุคลากรในระบบ

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน (n =10)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	7	70.00
ชาย	3	30.00
อายุ (ปี)		
30-39	3	30.00
40-49	4	40.00
50 ขึ้นไป	3	30.00
$\bar{X} = 47$. S.D. = 9 , Min = 34, Max = 63		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	6	60.00
ปริญญาตรี	4	40.00
สถานภาพสมรส		
สมรส	9	90.00
หม้าย หย่า แยก	1	10.00
สถานที่ทำงาน		
ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	5	50.00
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3	30.00
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2	20.00
ตำแหน่ง		
อสม.	5	50.00
ผู้อำนวยการรพ.สต.	1	10.00
นักวิชาการสาธารณสุข	1	10.00
พยาบาลวิชาชีพ	1	10.00
นายกอบต.	1	10.00



ตาราง 4.3 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 10)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
≤ 5,000	3	30.00
5,001- 20,000	1	10.00
> 20,000 ขึ้นไป	6	60.00
มัธยฐาน = 25,000 Min = 600, Max = 39,520		
ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง (ปี)		
≤ 5	2	20.00
6 -10	5	50.00
>10 ขึ้นไป	3	30.00
$\bar{X}$ = 9 ปี. S.D. = 7 ปี, Min = 3 ปี, Max = 25 ปี		
การฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)		
โรคเบาหวาน	10	100.00
โรคความดันโลหิตสูง	10	100.00
โรคหลอดเลือดสมอง	4	40.00
อัมพฤกษ์ อัมพาต	4	40.00
โรคหัวใจขาดเลือด	4	40.00
มะเร็ง	2	20.00
การรับข่าวสารโรคเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	9	90.00
โทรทัศน์	9	90.00
วิทยุ	8	80.00
หนังสือพิมพ์ วารสารอื่น ๆ	5	50.00
หอกระจาย	4	40.00
อสม.	4	40.00



จากตาราง 4.3 พบว่า กลุ่มบุคลากรในระบบ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า จำนวน 10 คน แยกเป็นเพศชาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 30.00 หญิง 7 คน คิดเป็น ร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่อายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 อายุเฉลี่ย 47 ปี ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 60.00 สถานที่ทำงาน ส่วนใหญ่ทำงานในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 50.00 ตำแหน่ง ส่วนใหญ่เป็นแกนนำ อสม. ร้อยละ 50.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป รายได้เฉลี่ย 25,000 บาท ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง มากที่สุด 5-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 เฉลี่ย 9 ปี การฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรังมากที่สุดคือโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 100.00 การรับข่าวสารโรคเรื้อรังจาก จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 90.00 รองลงมา คือจากวิทยุ ร้อยละ 80.00

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ของบุคลากรในระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กลุ่มบุคลากรในระบบ ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการโดยรวมในทุกๆ ด้านอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.86 ; S.D.=0.27) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยมีค่าเฉลี่ย 2.90 (S.D.= 0.31) และ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มีค่าเฉลี่ย 2.83 (S.D.= 0.24) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.4

ตาราง 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วม ของบุคลากรในระบบ โดยรวมในทุก ๆ ด้าน และแยกรายด้าน

การมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)	2.83	0.24	มาก
2. ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)	2.90	0.31	มาก
รวมทุกด้าน	2.86	0.27	มาก

ด้านการมีส่วนร่วม ของบุคลากรในระบบ ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)

กลุ่มบุคลากรในระบบ ด้านมีส่วนร่วมในด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมากในทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.83 ; S.D. = 0.24 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วม ในการวางแผน การวิเคราะห์ปัญหา และ



แนวทางการแก้ปัญหาการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D.=0.00) รองลงมา คือ บทบาทในการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการสุขภาพ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.90 (S.D.=0.31) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.5

ตาราง 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรในระบบตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านการมีส่วนร่วมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)	การมีส่วนร่วม (n = 10)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับการมีส่วนร่วม
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
1. การมีส่วนร่วม ในการวางแผน การวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหาการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	10 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. บทบาท ในการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	9 (90.00)	1 (10.00)	0 (0.00)	2.90 (0.31)	มาก
3. การมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการรักษา	8 (80.00)	2 (20.00)	0 (0.00)	2.80 (0.42)	มาก
4. การมีบทบาท ในการสนับสนุนการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มีทะเบียนประวัติผู้ป่วย มีการจัดระบบบริการ	8 (80.00)	2 (20.00)	0 (0.00)	2.80 (0.42)	มาก
5. การมีบทบาท ในการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยในการมาตรวจตามนัด การประชุม อบรม การเข้าร่วมกิจกรรม	8 (80.00)	2 (20.00)	0 (0.00)	2.80 (0.42)	มาก
6. การมีส่วนร่วม ในการออกแบบบริการ โดยกำหนด กิจกรรม ขั้นตอนการจัดระบบบริการ หน่วยบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	7 (70.00)	3 (30.00)	0 (0.00)	2.70 (0.48)	มาก
ภาพรวม				2.83 (0.24)	มาก

จากการให้ข้อมูล กลุ่มบุคลากรในระบบ พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง “เป็นภาระกิจหลักในการปฏิบัติงานโดยตรง เป็นนโยบายที่ดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในพื้นที่ตำบลหนองสิม” การมีนโยบายช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นการสร้างคุณค่า และให้ความสำคัญกับผู้ป่วย มีทีมสหวิชาชีพเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดกระบวนการที่เป็นประโยชน์เข้ามาดูแลออกติดตามเยี่ยมโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น



ด้านการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)
 กลุ่มบุคลากรในระบบ ด้านการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตาม
 แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมากในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.90 ; S.D. = 0.31)
 ดังแสดงในตาราง 4.6

ตาราง 4.6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรในระบบ
 การเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) จำแนกเป็นรายข้อ

ด้านการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงระบบ การทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)	การมีส่วนร่วม (n = 10)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ การมี ส่วน ร่วม
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
1. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบ บริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในการตัดสินใจตอนที่ไม่ จำเป็นออกไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการ ที่รวดเร็วขึ้น	9 (90.00)	1 (10.00)	0 (0.00)	2.90 (0.31)	มาก
2. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบ บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการรวมขั้นตอน ที่ซ้ำซ้อน เพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย	9 (90.00)	1 (10.00)	0 (0.00)	2.90 (0.31)	มาก
3. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบ บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการจัดลำดับ งานใหม่ให้เหมาะสม เพื่อให้ได้รับความ สะดวกในการเข้ารับบริการ	9 (90.00)	1 (10.00)	0 (0.00)	2.90 (0.31)	มาก
4. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบ บริการสุขภาพ โดยการปรับปรุงวิธีการ ทำงาน เพื่อให้การจัดระบบบริการมีระบบ มีการนิเทศ ติดตาม มีมาตรฐาน และทำงาน ง่ายขึ้น	9 (90.00)	1 (10.00)	0 (0.00)	2.90 (0.31)	มาก
ภาพรวม				2.90 (0.31)	มาก

จากการให้ข้อมูล กลุ่มบุคลากรในระบบ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า
 มีการวางแผนจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในการตัดสินใจตอนที่ไม่จำเป็นออกไปเพื่อให้ผู้ป่วย
 ได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้มารับบริการ มีการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน
 เพื่อประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย มีการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการจัดลำดับ



งานใหม่ให้เหมาะสม เพื่อให้ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการโดยไม่ต้องรอนาน มีการปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย และตอบสนองนโยบายของรัฐบาล

ส่วนที่ 3 การจัดระบบบริการ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

กลุ่มบุคลากรในระบบ ด้านการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรวมในทุก ๆ ด้าน อยู่ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.93 ; S.D.=0.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือด้านด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยมีค่าเฉลี่ย 2.97 (S.D.= 0.07) และ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มีค่าเฉลี่ย 2.90 (S.D.= 0.14) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.7

ตาราง 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดระบบบริการของบุคลากรในระบบ โดยรวม ในทุกด้าน และแยกรายด้าน

การจัดระบบบริการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)	2.90	0.14	มาก
2. ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)	2.97	0.07	มาก
รวมทุกด้าน	2.93	0.10	มาก

ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)

กลุ่มบุคลากรในระบบ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมากในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.90 ; S.D. = 0.14) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ หน่วยบริการ (รพ.สต.) มีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการรักษา และมีการสนับสนุนการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกผู้ป่วยโรค โดยมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D. =0.00) รองลงมา คือ มีการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีค่าเฉลี่ย 2.90 (S.D. =0.31) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.8



ตาราง 4.8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจัดระบบบริการของบุคลากรในระบบ ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)	การปฏิบัติ (n = 10)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ การ ปฏิบัติ
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
1. หน่วยบริการ (รพ.สต.) มีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่อง การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย	10 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. หน่วยบริการ (รพ.สต.) มีการสนับสนุนการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มี ทะเบียนประวัติผู้ป่วย	10 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
3. หน่วยบริการ (รพ.สต.) มีการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ	9 (90.00)	1 (10.00)	0 (0.00)	2.90 (0.31)	มาก
4. หน่วยบริการ (รพ.สต.) มีการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยในการมาตรวจตามนัด การประชุม อบรม การเข้าร่วมกิจกรรม	9 (90.00)	1 (10.00)	0 (0.00)	2.90 (0.31)	มาก
5. หน่วยบริการ (รพ.สต.) มีการวางแผน การวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย	8 (80.00)	2 (20.00)	0 (0.00)	2.80 (0.42)	มาก
6. หน่วยบริการ (รพ.สต.) มีการออกแบบบริการ กำหนด กิจกรรม ขั้นตอนการจัดระบบบริการ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	8 (80.00)	2 (20.00)	0 (0.00)	2.80 (0.42)	มาก
ภาพรวม				2.90 (0.14)	มาก

จากการให้ข้อมูล กลุ่มบุคลากรในระบบ พบว่า ด้านการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นนโยบายหลัก และมีตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน เป็นการยกระดับการให้บริการให้มีคุณภาพมากขึ้น เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการออกแบบบริการ มีการกำหนดกิจกรรม ขั้นตอนที่ชัดเจน เพื่อเป็นการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ลดระยะเวลาในการรอคอย ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น



ด้านการจัดระบบบริการในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)

กลุ่มบุคลากรในระบบ ด้านการจัดระบบบริการในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมากในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.97 ; S.D.=0.07) โดยข้อคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ หน่วยบริการ (รพ.สต.) มีการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย มีการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม เพื่อให้ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน มีการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยการปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้การจัดระบบบริการมีระบบ มีการนิเทศ ติดตาม มีมาตรฐาน และทำงานได้ง่ายขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D.=0.00) รองลงมา คือ หน่วยบริการ (รพ.สต.) มีการวางแผนการจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็วขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 2.90 (S.D.=0.31) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.9

ตาราง 4.9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการจัดระบบบริการของบุคลากรในระบบ ในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)

ด้านการจัดระบบบริการในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)	การปฏิบัติ (n = 10)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
1. หน่วยบริการ (รพ.สต.) มีการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยการปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้การจัดระบบบริการมีระบบ	10 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. หน่วยบริการ (รพ.สต.) มีการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการรวมขั้นตอนขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เพื่อประหยัดเวลา	10 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
3. หน่วยบริการ (รพ.สต.) มีการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม เพื่อให้ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ	10 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
4. หน่วยบริการ (รพ.สต.) มีการวางแผนการจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังในการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็วขึ้น	9 (90.00)	1 (10.00)	0 (0.00)	2.90 (0.31)	มาก
ภาพรวม				2.97 (0.07)	มาก



จากการให้ข้อมูล กลุ่มบุคลากรในระบบ พบว่า ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ เป็นการอำนวยความสะดวก เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ประหยัดเวลา การให้บริการเป็นไปตามลำดับขั้นตอน เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้มารับบริการ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และญาติ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

สรุปด้านอื่น ๆ

การเปลี่ยนแปลงระบบบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพ ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการสัมภาษณ์บุคลากรในระบบ พบว่า การเปลี่ยนแปลงระบบบริการควรประกอบไปด้วย การปรับปรุงระบบการให้บริการใหม่ให้ดีขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชน หน่วยบริการ มีการกำหนด วัน เวลาในการให้บริการที่ชัดเจน มีระบบ ขั้นตอนที่ชัดเจน ไม่ใช่เวลาลากินไปจัดกิจกรรมที่เหมาะสม ไม่ซ้ำซ้อน ไม่ให้ผู้ป่วยรอนาน จัดคิวบริการก่อน-หลัง มีระบบนัดที่ชัดเจน มีการแจ้งผลการตรวจสุขภาพให้ผู้ป่วยทราบและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล มี อสม.เป็นจิตอาสาคอยให้บริการและอำนวยความสะดวกตามขั้นตอนบริการจนกลับบ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำระบบข้อมูลประวัติผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน มีการจัดตั้งชมรมเพื่อการดูแลผู้ป่วย มีการคัดเลือกผู้ป่วยต้นแบบแห่งปี มอบใบประกาศเกียรติคุณ เพื่อสร้างคุณค่าเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลตนเอง มีการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

การประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen,1986) เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ในการจัดระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการสอบถามข้อมูล ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ หน่วยบริการสุขภาพ มีบุคลากรไม่เพียงพอ มีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยจำนวน 2 คน ในการจัดระบบบริการมีหลายขั้นตอน บางขั้นตอนทำให้บริการล่าช้า สถานที่ให้บริการที่คลินิกบริการ อยู่รวมกันในจุดเดียวกันกับการให้บริการผู้ป่วยตรวจรักษาโรคทั่วไป ทำให้บริการล่าช้า ที่ผ่านมายังไม่มีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ชัดเจน มีการดำเนินงานตามกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกำหนดขึ้น งบประมาณในการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนมีการสนับสนุน แต่ยังไม่เพียงพอ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากการสอบถามข้อมูล พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ เจ้าหน้าที่ที่มีความเสียสละ มีความพร้อมและตั้งใจปฏิบัติงาน มีความต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพระบบบริการใหม่ ให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมมีมาตรฐานตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แก่นนำอสม. ทำหน้าที่เป็นจิตอาสาเข้ามาปฏิบัติงานช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ทำให้ระบบบริการเป็นไปตามกิจกรรม ขั้นตอนที่กำหนด ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้สะดวก รวดเร็ว ลดระยะเวลาในการรอคอย ในปี พ.ศ.2556 กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ตำบลหนองสิมได้สนับสนุนงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ทำให้การดำเนินงานมีความชัดเจน และเป็นรูปธรรม ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน มีความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ



กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง)
 ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบไปด้วย
 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

จากการวิเคราะห์ข้อมูล กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 20 คนประกอบไปด้วย
 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 16 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 คน สามารถจำแนกข้อมูล
 ทั่วไป ตามลักษณะทางประชากร ดังตาราง 4.10

ตาราง 4.10 จำนวน และร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	17	85.00
ชาย	3	15.00
อายุ (ปี)		
30-39	3	15.00
40-49	3	15.00
50-59	9	45.00
60 ขึ้นไป	5	25.00
$\bar{X} = 54$. S.D. = 10, Min = 34, Max = 74		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	17	85.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15.00
อาชีพ		
เกษตรกร	14	70.00
ไม่ได้ทำงาน	4	20.00
รับจ้างทั่วไป	2	10.00
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	20	100.00



ตาราง 4.10 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
สภาวะสุขภาพในปัจจุบัน		
- ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%)		
≤ 130	6	30.00
131-180	11	55.00
> 180	3	15.00
Min = 98 mg%, Max = 198 mg%		
- ความดันโลหิต (ซิสโตลิก / ไดแอสโตลิก)		
ปกติ (≤ 140 / ≤ 100)	20	100.00
สูง (> 140 / > 100)	0	00.00
ซิสโตลิก Min = 98 mmhg, Max = 198 mmhg		
ไดแอสโตลิก Min = 80 mmhg, Max = 90 mmhg		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
$\leq 1,000$	5	25.00
1,001 -3,000	9	45.00
$> 3,000$ ขึ้นไป	6	30.00
มัธยฐาน = 2,250 , Min = 1,000, Max = 5,000		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)		
≤ 5	5	25.00
6 -10	8	40.00
> 10 ขึ้นไป	7	35.00
$\bar{X} = 10$, S.D. = 4, Min = 4 , Max = 16		



ตาราง 4.10 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
ในการมารับบริการเสียค่าใช้จ่าย		
ค่ารถ (บาท)	18	90.00
50	11	55.00
100	7	35.00
ไม่ได้เสีย	2	10.00
$\bar{X} = 69.44$, S.D. = 25.08, Min = 50 Max = 100		
เวลาในการมารับบริการแต่ละครั้ง (นาที)		
≤ 100	17	85.00
101-120	1	5.00
> 120 ขึ้นไป	2	10.00
$\bar{X} = 119$, S.D. = 21, Min = 100, Max = 180		
ในการเดินทางมารับบริการแต่ละครั้งโดยวิธี		
รถจักรยานยนต์	18	90.00
เดิน	2	10.00
การรับข่าวสารโรคเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	20	100.00
อสม.	20	100.00
หอกระจายข่าว	20	100.00
วิทยุ	17	85.00
หนังสือพิมพ์ วารสารอื่น ๆ	8	40.00
โทรทัศน์	8	40.00

จากตาราง 4.10 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 20 คน แยกเป็นเพศชาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 เพศหญิง 17 คน คิดเป็น ร้อยละ 85.00 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 อายุเฉลี่ย 54 ปี ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ เป็นระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85.00 อาชีพ ส่วนใหญ่ เป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 70.00 สิทธิในการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 100.00 สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน มีระดับน้ำตาลในเลือด



อยู่ระหว่าง 131 - 180 mg% ร้อยละ 55.00 เฉลี่ย 144.10 mg% ระดับความดันโลหิต ปกติ ($= <140$ / $= <100$) ร้อยละ 100.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001 -3,000 บาท ร้อยละ 45.00 รายได้เฉลี่ย 2,250 บาทต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย อยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 40.00 เฉลี่ย 10 ปี ในการมารับบริการเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่ารถ ร้อยละ 90.00 เฉลี่ย 69.44 บาท เวลาในการมารับบริการแต่ละครั้ง ≤ 100 นาที ร้อยละ 85.00 เฉลี่ย 119 นาที ในการเดินทางมารับบริการแต่ละครั้งโดยรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 90.00 การรับข่าวสารโรคเรื้อรังจาก จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และ หอกระจายข่าว คิดเป็น ร้อยละ 100.00

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการโดยรวมในทุก ๆ ด้านอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.94 ; S.D.= 0.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยมีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D.= 0.10) และ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มีค่าเฉลี่ย 2.93 (S.D.= 0.11) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.11

ตาราง 4.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วม ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรวมในทุกด้าน และแยกรายด้าน

การมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)	2.93	0.11	มาก
2. ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)	2.95	0.10	มาก
รวมทุกด้าน	2.94	0.10	มาก

ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)

กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีส่วนร่วมในด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมากในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.93 ; S.D. = 0.11) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการรักษา การมาตรวจตามนัด การเข้าร่วมประชุม อบรม การเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D.=0.00) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D.=0.22) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.12



ตาราง 4.12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านการมีส่วนร่วมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)	การมีส่วนร่วม (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับการมีส่วนร่วม
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
1. การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลตนเองผู้ป่วยในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรักษา	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. การมีส่วนร่วม ในการวางแผนมาตรฐานการนัด การเข้าร่วมประชุม อบรม การมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนนโยบาย	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
3. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
4. การมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นทะเบียนประวัติผู้ป่วย	18 (90.00)	2 (10.00)	0 (0.00)	2.90 (0.30)	มาก
5. การมีส่วนร่วม ในการออกแบบบริการ โดยกำหนด กิจกรรม ขั้นตอนการจัดระบบบริการ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	18 (90.00)	2 (10.00)	0 (0.00)	2.90 (0.30)	มาก
6. การมีส่วนร่วม ในการวางแผน การวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหา การจัดระบบบริการในการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	17 (85.00)	3 (15.00)	0 (0.00)	2.85 (0.36)	มาก
ภาพรวม				2.93 (0.11)	มาก

จากการให้ข้อมูล กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นหน้าที่ที่สำคัญโดยตรงของผู้ป่วยที่ต้องดูแลสุขภาพตนเอง และเห็นว่ามีคามจำเป็นในการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. ที่ให้การดูแลช่วยเหลือตนเอง ผู้ป่วยต้องมีความรู้สนใจในการฝึกปฏิบัติ การเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ถ้าดูแลตนเองดีจะทำให้มีอายุยืนยาวเหมือนคนปกติ และลดการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ มีผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า “การได้ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมตัดสินใจ ถือว่าดี มีปัญหาอะไรก็ได้สอบถามให้เข้าใจก่อนลงมือทำ ถ้าเราไม่สนใจตัวเราเอง ไม่รู้จะให้ใครมาสนใจ ต้องเอาใจเขา มาใส่ใจเรา”



ด้านการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)

กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมากในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.95 ; S.D. = 0.10) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม เพื่อให้ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D. = 0.00) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในการตัดสินใจขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D. = 0.22) และการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 2.85 (S.D. = 0.36) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.13

ตาราง 4.13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) จำแนกเป็น รายข้อ

ด้านการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)	การมีส่วนร่วม (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับการมีส่วนร่วม
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
1. การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม เพื่อให้ได้รับความสะดวก ในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
3. การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในการตัดสินใจขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
4. การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยการปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้การจัดระบบบริการมีระบบ มีการนิเทศ ติดตาม มีมาตรฐาน และทำงานได้ง่ายขึ้น	17 (85.00)	3 (15.00)	0 (0.00)	2.85 (0.36)	มาก
ภาพรวม				2.95 (0.10)	มาก



จากการให้ข้อมูล กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยได้เข้าร่วมวางแผนจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เพื่อให้ได้กิจกรรม และขั้นตอนที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ร่วมมือกันกำหนด เช่น มาเจาะเลือด เสร็จแล้วรับประทานอาหารเช้าร่วมกันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า หลังจากนั้นเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลา การขอความร่วมมือจาก อสม.มาเป็นจิตอาสา ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย ทุกคนให้ความเห็นว่า เป็นสิ่งที่ดี ควรมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และทุกคนทำตามกติกาที่กำหนดในการมารับบริการตามเวลานัดหมาย

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรวมในทุก ๆ ด้านอยู่ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.96 ; S.D. =0.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยมีค่าเฉลี่ย 2.98 (S.D.= 0.05) และ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D.= 0.15) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.14

ตาราง 4.14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) โดยรวมในทุกด้าน และแยกรายด้าน

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)	2.95	0.15	มาก
2. ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)	2.98	0.05	มาก
รวมทุกด้าน	2.96	0.10	มาก

ด้านความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)

กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมากในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.95 ; S.D. = 0.15) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพึงพอใจ ในการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D. = 0.00) รองลงมา คือ ความพึงพอใจ ในการได้รับความช่วยเหลือจาก องค์การบริหารส่วนตำบล และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การการรักษา การออกแบบการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยทำงานร่วมกันเป็นทีม สหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเข้ากลุ่มสัมพันธ์ การเยี่ยม



บ้าน และการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D. = 0.22) ตามลำดับ
ดังแสดงในตาราง 4.15

ตาราง 4.15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความพึงพอใจใน
กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)
จำแนกเป็นรายชื่อ

ความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ ความ พึง พอใจ
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
1. ความพึงพอใจ ในการสนับสนุนนโยบายการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. ความพึงพอใจ ในการได้รับความช่วยเหลือ จาก องค์การบริหารส่วนตำบล และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
3. ความพึงพอใจ ที่มีการสนับสนุนการดูแล ตนเองของผู้ป่วย เช่น อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การมารักษา	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
4. ความพึงพอใจ ในการออกแบบการพัฒนา คุณภาพบริการ โดยทำงานร่วมกันเป็นทีม สหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วน เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเข้ากลุ่ม สัมพันธ์ การเยี่ยมบ้าน	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
5. ความพึงพอใจ ที่มีการสนับสนุนการตัดสินใจ ของผู้ป่วย ในการเข้ารับการรักษา การมา ตรวจตามนัด การประชุม อบรม การเข้า ร่วม กิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
6. ความพึงพอใจ ที่มีการจัดระบบข้อมูลทาง คลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มีทะเบียน ประวัติที่ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
ภาพรวม				2.95 (0.15)	มาก



จากการให้ข้อมูล กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ในการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ที่มีการจัดระบบบริการใหม่ให้สะดวกกับผู้มารับบริการ ได้รับบริการที่เท่าเทียมกันไม่เลือกปฏิบัติ ในส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลหนองสิม และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้สนับสนุนให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี ทั้งการให้บริการ การติดตามเยี่ยมบ้าน การจัดงบประมาณสนับสนุนช่วยเหลือ มีอาหารเข้าให้ผู้ป่วยทุกครั้งที่มาตรวจรักษา เข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยบางรายบอกว่า “อยากมาเข้ากลุ่ม เพราะเจ้าหน้าที่ และอสม.ดูแลดี มีอาหารเข้าที่อร่อย และได้ความรู้ในการดูแลตนเองด้วย ดีกว่าไปรักษาที่โรงพยาบาล ใช้เวลานานไม่ได้รับความสะดวกเหมือนมาที่นี่” “จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยทุกรายมีความพึงพอใจในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า

ด้านความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)

กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความพึงพอใจด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมากในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.98 ; S.D. = 0.05) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง การตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น การถาม ข้อมูลเดิมซ้ำๆ และกรอกข้อมูล เดิมที่ซ้ำ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น การรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่น การจัดให้บริการผู้ป่วยได้รับการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว เพื่อประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายการกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงวิธีการทำงานใหม่ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D. = 0.00) รองลงมา คือ ความพึงพอใจ ในการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม เช่น จัดกิจกรรมตามลำดับขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.85 (S.D. = 0.22) ตามลำดับ ดังตาราง 4.16

ตาราง 4.16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการเปลี่ยนแปลงการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)

ความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ ความ พึง พอใจ
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
1. การเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง พอใจ กับการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ออกไป เช่น การถามข้อมูลเดิมซ้ำ ๆ	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. การจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการรวมขั้นตอนเข้าด้วยกัน	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
3. ความพึงพอใจ ในการจัดลำดับงานใหม่ให้ เหมาะสม เช่น จัดกิจกรรมตามลำดับ ขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับความสะดวก	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก



ตาราง 4.16 (ต่อ)

ความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ ความพึง พอใจ
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
4. ความพึงพอใจ ในการกำหนดวิธีการแก้ไข ปัญหา และการปรับปรุงวิธีการทำงานใหม่ เช่น ทำงานให้มี ระบบ มีมาตรฐาน ที่กำหนด มีการนิเทศ ติดตาม ภาพรวม	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
				2.98 (0.05)	มาก

จากการให้ข้อมูล กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการได้เข้าร่วมวางแผน จัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เพื่อให้ได้กิจกรรม และ ขั้นตอนที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ร่วมมือกันกำหนด เพราะทุกครั้งที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่เป็นคนกำหนดกิจกรรมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม บางครั้งไม่ตรงกับความต้องการของผู้มารับบริการ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ญาติและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ผู้มารับบริการมีความเข้าใจในบริการ มาตามเวลานัดหมาย ไม่รอนาน ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “พอใจกับระบบใหม่มาก เพราะ สะดวก รับบริการตรงเวลา ไม่รอนานเหมือนที่ผ่านมา มีกิจกรรมที่ชัดเจนดีมาก”

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ และปัญหาในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยรวมในทุก ๆ ด้านอยู่ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.96 ; S.D. = 0.06) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ พฤติกรรม ด้านการบริโภค โดยมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D. = 0.00) รองลงมา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.98 (S.D. = 0.06) และ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยมีค่าเฉลี่ย 2.91 (S.D. = 0.14) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.17



ตาราง 4.17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมในทุกด้าน และแยกรายด้าน

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. พฤติกรรมด้านการบริโภค	3.00	0.00	มาก
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	2.91	0.14	มาก
3. พฤติกรรมด้านอารมณ์	2.98	0.06	มาก
รวมทุกด้าน	2.96	0.06	มาก

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร โดยรวมในทุกๆ ข้ออยู่ในระดับมาก ในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 3.00 ; S.D. = 0.00) ด้านการออกกำลังกาย โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมาก ในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.91 ; S.D. = 0.14) ด้านอารมณ์ โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมาก ในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.98 ; S.D. = 0.06) ดังแสดงในตาราง 4.18

ตาราง 4.18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ จำแนกเป็นรายข้อ

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	การปฏิบัติ (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ การ ปฏิบัติ
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
พฤติกรรมด้านการบริโภค					
1. มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก ผลไม้	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. พฤติกรรมกินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ละมุด มะม่วงสุก มะขามหวาน *	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
3. พฤติกรรมกินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (สารบอแรกซ์) เช่น ลูกชิ้นแดงได้ หมูยอ แหนม ปลาซึ่ม *	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก



ตาราง 4.18 (ต่อ)

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	การปฏิบัติ (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ การ ปฏิบัติ
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
4. พฤติกรรมกินอาหารประเภท เนื้อสัตว์ดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ *	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
5. พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ *	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
ภาพรวม				3.00 (0.00)	มาก
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย					
1. ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมามีท่านได้ออก กำลังกายหรือไม่ (นอกเหนือจากการ ทำงานบ้านหรืองานประจำ)	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. ส่วนใหญ่ท่านออกกำลังกายทุกสัปดาห์	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
3. ใช้เวลาในการออกกำลังกายติดต่อกัน แต่ละครั้งมากกว่า 30 นาที ขึ้นไป	15 (75.00)	5 (25.00)	0 (0.00)	2.75 (0.44)	มาก
ภาพรวม				2.91 (0.14)	มาก
พฤติกรรมด้านอารมณ์					
1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเครียด วิตกกังวล หรือไม่สบายใจ *	0 (0.00)	0 (0.00)	20 (100.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีพฤติกรรม นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ *	0 (0.00)	0 (0.00)	20 (100.00)	3.00 (0.00)	มาก
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกไม่มี ความสุข และเศร้าหมอง วุ่นวายใจ *	0 (0.00)	0 (0.00)	20 (100.00)	3.00 (0.00)	มาก



ตาราง 4.18 (ต่อ)

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	การปฏิบัติ (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ การ ปฏิบัติ
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
พฤติกรรมด้านอารมณ์					
4. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รู้สึกหมดหวัง ในชีวิต ตนเองไม่มีคุณค่า *	0 (0.00)	0 (0.00)	20 (100.00)	3.00 (0.00)	มาก
5. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียด ไม่สบาย ใจ มีการแสดงออกทำลายสิ่งของ หรือดุด่า กล่าวโทษ/ผู้อื่น *	0 (0.00)	0 (0.00)	20 (100.00)	3.00 (0.00)	มาก
6. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด มีการแสดงออกโดยการพุดคุยหรือ ปรึกษา ผู้ใกล้ชิด เช่น พ่อ แม่ ญาติ	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
7. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด มีการแสดงออกโดยการทำจิตใจให้สงบ	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
8. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด มีการแสดงออกโดยการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ *	0 (0.00)	0 (0.00)	20 (100.00)	3.00 (0.00)	มาก
9. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด มีการแสดงออกโดยการกินยาระงับ ประสาทหรือยานอนหลับ	1 (5.00)	0 (0.00)	19 (95.00)	2.90 (0.44)	มาก
10. เมื่อมีเหตุการณ์ ที่ทำให้ท่านเครียด แสดงออกโดยการทำงานอดิเรกที่ถนัด และชื่นชอบ เช่น ดูทีวี ทำสวน ปลุกต้นไม้	19 (95.00)	0 (0.00)	1 (5.00)	2.90 (0.44)	มาก
รวม				2.98 (0.06)	มาก

* ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ

จากการให้ข้อมูลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ในด้านการบริโภคอาหาร เห็นว่าการบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ มีคุณค่าทางอาหาร มีประโยชน์กับร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย การรับประทานอาหารที่มีสารบอแรกซ์ ทำให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งได้ อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ทำให้เป็นพยาธิ ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ปวดท้อง ท้องเสีย และเห็นว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ เป็นการทำลายสุขภาพ ทำให้ความดันโลหิตสูง อันตรายถึงตายได้ ด้านการออกกำลังกาย



ส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง แต่ใช้เวลาไม่นานถึง 30 นาทีเพราะเหนื่อย
 “ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น อาการเวียนศีรษะ แน่นหน้าอก หน้ามืด จะหยุดออกกำลังกาย” บางรายมี
 ปัญหาในการเคลื่อนไหว ยืนหรือเดินนานไม่ได้ มีอาการปวดขา ไม่กล้าออกกำลังกายนานกลัวหกล้ม
 ด้านอารมณ์ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีลูกหลานดูแล ให้กำลังใจดี และชอบทำบุญ
 ทำสมาธิ ทำงานอดิเรก อื่น ๆ เช่น ปลูกต้นไม้ ดูทีวี ฟังเพลง ทำให้ผ่อนคลายได้ดี

ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และการเปลี่ยนแปลงระบบบริการ และการจัดระบบ
 บริการสุขภาพ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)
 เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model :
 CCM) ในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า
 อำเภอนมด隆 จังหวัดอุบลราชธานี

1. กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กิจกรรม ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่า ตรงตาม
 ความต้องการของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ พบว่า ควรมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนและต่อเนื่อง
 เช่น จัดกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ การออกกำลังกาย อาหารที่ควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยง
 การใช้ยาการจัดตั้งชมรมในการดูแลสมาชิก การเยี่ยมบ้าน

2. การพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง
 ควรมีจุดบริการเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่รวมกับผู้ป่วยโรคทั่วไป เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย
 ให้การดูแลเหมือนญาติ มีจุดบริการอาหาร และน้ำดื่มสำหรับผู้ป่วยในวันมารับบริการ ที่เป็นสัดส่วน
 มีเจ้าหน้าที่รองรับบัตรคิวในวันรับบริการตามเวลานัดหมาย เพื่อความสะดวกเป็นระเบียบ ในการยื่นบัตร
 รับบริการของผู้ป่วย และอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการ มีการจัดชั้นตอนที่ไม่น่าเข้า
 ตามลำดับ ไม่รอนาน ให้บริการด้วยรอยยิ้มเป็นกันเอง อธิบายในแต่ละขั้นตอนให้ผู้ป่วยเข้าใจ
 และชัดเจน

3. ปัญหาที่พบจากการเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 ตำบลนาหว้า คือ เจ้าหน้าที่มาไม่ตรงเวลานัด ไม่มีเจ้าหน้าที่รองรับบัตรคิวทำให้ผู้มารับบริการสับสน
 จุดบริการไม่เป็นสัดส่วนอยู่รวมกับผู้ป่วยทั่วไป เจ้าหน้าที่มีไม่เพียงพอทำให้บริการล่าช้า อาหารไม่
 เพียงพอกับผู้มารับบริการ

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ
 โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ และรูปแบบ
 การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 จากการสอบถามข้อมูล ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ หน่วยบริการสุขภาพ มีบุคลากรไม่เพียงพอ
 มีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยจำนวน 2 คน ในการจัดระบบบริการมีหลายขั้นตอนบางขั้นตอนทำ
 ให้บริการล่าช้า สถานที่ให้บริการที่คลินิกบริการ อยู่รวมกันในจุดเดียวกันกับการให้บริการผู้ป่วยตรวจ
 รักษาโรคทั่วไป ทำให้บริการล่าช้า มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย เพียงเล็กน้อยไม่
 เพียงพอ

จากการสอบถามข้อมูล พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ
 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยทำตามขั้นตอนและกิจกรรมที่กำหนดขึ้น ผู้ป่วยสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
 ทุกคน



กลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง)
ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษา ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบไปด้วย
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

จากการวิเคราะห์ข้อมูล กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 20 คนประกอบไปด้วย
ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 16 คน ญาติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 คน สามารถจำแนก
ข้อมูลทั่วไป ตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย ดังตาราง 4.19

ตาราง 4.19 จำนวน และร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	14	70.00
ชาย	6	30.00
อายุ (ปี)		
20-29	3	15.00
30-39	10	50.00
40-49	3	15.00
50-59	4	20.00
$\bar{X} = 37, S.D. = 7, \text{Min} = 22, \text{Max} = 57$		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	55.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	30.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช.	3	15.00



ตาราง 4.19 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	17	85.00
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	3	15.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
พ่อ แม่ พี่ น้อง บุตร	12	60.00
ญาติ	4	20.00
สามี	4	20.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
$\leq 1,000$	4	20.00
1,001 -3,000	10	50.00
$> 3,000$ บาทขึ้นไป	6	30.00
มัธยฐาน = 2,500 , Min = 1,000, Max = 3,500		
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)		
≤ 5	6	30.00
6 -10	13	65.00
> 10 ปีขึ้นไป	1	5.00
$\bar{X} = 8$, S.D. = 3, Min = 3 , Max = 15		
ผู้นำพาผู้ป่วยรับบริการ		
บุตร	13	65.00
สามี	3	15.00
ญาติ	3	15.00
มาเอง	1	5.00



ตาราง 4.19 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
เวลาในการรอรับผู้ป่วย (นาที)		
≤ 100	7	35.00
101-120	3	15.00
> 120 นาทีขึ้นไป	10	50.00
$\bar{X} = 119$, S.D. = 21, Min = 100, Max = 180		
ระยะเวลาในการรับบริการ (นาที)		
≤ 100	4	20.00
101-120	15	75.00
> 120 นาทีขึ้นไป	1	5.00
$\bar{X} = 119$, S.D. = 17, Min = 100, Max = 180		
ในการเดินทางมารับบริการแต่ละครั้งโดยวิธี		
รถจักรยานยนต์	20	100.00
การรับข่าวสารโรคเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	20	100.00
หนังสือพิมพ์ วารสารอื่น ๆ	20	100.00
วิทยุ	19	95.00
อสม.	17	85.00
โทรทัศน์	10	50.00
หอกระจาย	4	20.00

จากตาราง 4.19 พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 20 คน แยกเป็นเพศชาย 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 เพศหญิง 14 คน คิดเป็น ร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 อายุเฉลี่ย 37 ปี ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.00 อาชีพ ส่วนใหญ่ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 85.00 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ คือ พ่อ แม่ พี่ น้อง บุตร ร้อยละ 60.00 รายได้เฉลี่ย 2,500 บาทต่อเดือน ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 65.00 เฉลี่ย 8 ปี ผู้พาผู้ป่วยมารับบริการ ส่วนใหญ่ คือสามี ร้อยละ 45.00 เวลาในการรอรับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ > 120 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 50.00 เฉลี่ย 119 นาที ระยะเวลาในการมารับบริการ



แต่ละครั้งอยู่ระหว่าง 101-120 นาที ร้อยละ 75.00 เฉลี่ย 119 นาที ในการเดินทางมารับบริการแต่ละครั้งโดยรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 100.00 การรับข่าวสารโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หนังสือพิมพ์ วารสารอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 100.00

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการโดยรวมในทุก ๆ ด้าน อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.93 ; S.D.= 0.14) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยมีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D.= 0.15) และ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มีค่าเฉลี่ย 2.92 (S.D.= 0.14) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.20

ตาราง 4.20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรวมในทุกด้าน และแยกรายด้าน

การมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)	2.92	0.14	มาก
2. ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)	2.95	0.15	มาก
รวมทุกด้าน	2.93	0.14	มาก

ด้านการมีส่วนร่วม ในการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีส่วนร่วมในด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมากในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.92 ; S.D. = 0.14) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วม ในการวางแผนมาตรฐาน การเข้าร่วมประชุม อบรม การเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D.=0.00) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการออกแบบบริการ โดยกำหนด กิจกรรม ขั้นตอนการจัดระบบบริการหน่วยบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการโดยมีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D.=0.22) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.21



ตาราง 4.21 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) จำแนกเป็นรายชื่อ

การมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ การมี ส่วน ร่วม
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
1. การมีส่วนร่วม ในการวางแผนมาตรวจตามนัด การเข้าร่วมประชุม อบรม การเข้าร่วมกิจกรรม	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. การมีส่วนร่วม ในการวางแผนมาตรวจตามนัด การเข้าร่วมประชุม อบรม การเข้าร่วมกิจกรรม	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
3. การมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
4. การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรักษา	18 (90.00)	2 (10.00)	0 (0.00)	2.90 (0.30)	มาก
5. การมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มีทะเบียน ประวัติผู้ป่วย	18 (90.00)	2 (10.00)	0 (0.00)	2.90 (0.30)	มาก
6. การมีส่วนร่วม ในการวางแผน การวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหาการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย	17 (85.00)	3 (15.00)	0 (0.00)	2.85 (0.36)	มาก
ภาพรวม				2.92 (0.14)	มาก

จากการให้ข้อมูล กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ได้เข้าร่วมประชุม เพราะถือเป็นหน้าที่สำคัญของผู้ดูแลที่ต้องดูแลเอาใจใส่ ต้องการให้กำลังใจ ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเห็นว่ามีความจำเป็นในการให้ความร่วมมือกันระหว่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. และญาติ ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อวางแผนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ได้รับบริการที่เหมาะสม ต่อไป



ด้านการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมากในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.95 ; S.D. = 0.15) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือการมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D. = 0.00) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย และการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D. = 0.22) และการมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในการตัดสินใจขั้นตอนที่ไม่จำเป็นต้องออกไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 2.90 (S.D. = 0.30) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.22

ตาราง 4.22 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) จำแนกเป็นรายข้อ

การมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ การมี ส่วน ร่วม
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
1. การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม เพื่อให้ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
3. การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยการปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้ มีการนิเทศ ติดตาม มีมาตรฐาน	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
4. การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในการตัดสินใจขั้นตอนที่ไม่จำเป็นต้องออกไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น	18 (90.00)	2 (10.00)	0 (0.00)	2.90 (0.30)	มาก
ภาพรวม				2.95 (0.15)	มาก



จากการให้ข้อมูล กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลได้เข้าร่วมวางแผนจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เพื่อให้ได้กิจกรรม และขั้นตอนที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันกำหนดกิจกรรม ขั้นตอนบริการโดยทุกคนมีส่วนร่วม ผู้ดูแลกล่าวว่า “การจัดระบบบริการใหม่ให้ทุกคนมาร่วมกันคิดช่วยกัน เป็นสิ่งที่ดี ได้ระบบบริการที่ตรงตามความต้องการของกลุ่มทำให้ได้รับบริการที่สะดวกขึ้นกว่าเดิม ไม่รอนาน ไม่เสียเวลา สามารถวางแผนในการพาผู้ป่วยเข้ารับบริการได้” เกิดความสามัคคี ช่วยเหลือกัน ในกลุ่ม ญาติมีบทบาทมากขึ้น มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีร่วมกันระหว่าง เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติ ทำให้กล้าพูด กล้าแสดงความคิดเห็น และให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรวมในทุก ๆ ด้าน อยู่ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.96 ; S.D.=0.06) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือด้านด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยมีค่าเฉลี่ย 2.98 (S.D.= 0.05) และ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D.= 0.07) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.23

ตาราง 4.23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) โดยรวมในทุกด้าน และแยกรายด้าน

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)	2.95	0.07	มาก
2. ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)	2.98	0.05	มาก
รวมทุกด้าน	2.96	0.06	มาก

ด้านความพึงพอใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยในการจัดระบบบริการ ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมากในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.95 ; S.D. = 0.07) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพึงพอใจ ในการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การทำงานร่วมกันเป็นทีม-สหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเข้ากลุ่มสัมพันธ์ การเยี่ยมบ้าน



การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย ในการเข้ารับการรักษา การมาตรวจตามนัด การเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มีทะเบียนประวัติที่ ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบันโดยมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D.= 0.00)

ตาราง 4.24 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนา คุณภาพระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) จำแนกเป็นรายชื่อ

ความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ ความ พึง พอใจ
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
1. ความพึงพอใจ ที่มีการจัดระบบข้อมูลทาง คลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มีทะเบียน ประวัติที่ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. ความพึงพอใจ ในการสนับสนุนนโยบาย การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
3. ความพึงพอใจ ที่มีการสนับสนุนการดูแล ตนเองของผู้ป่วย เช่น อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การมารักษา	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
4. ความพึงพอใจ ในการออกแบบการพัฒนา คุณภาพบริการ โดยทำงานร่วมกันเป็น ทีม-สหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
5. ความพึงพอใจ ที่มีการสนับสนุนการ ตัดสินใจของผู้ป่วย ในการเข้ารับการ รักษา การมาตรวจตามนัด การประชุม อบรม การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
6. ความพึงพอใจ ในการได้รับความ ช่วยเหลือจากองค์การบริหารส่วนตำบล และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	15 (75.00)	5 (25.00)	0 (0.00)	2.75 (0.44)	มาก
ภาพรวม				2.95 (0.07)	มาก



จากการให้ข้อมูล กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจ ในการได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติ กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้ององค์การบริหารส่วนตำบลหนองสิม และ อสม. ตำบลหนองสิม ให้การช่วยเหลือ เป็นอย่างดี ทั้งการให้บริการที่ดี การติดตามเยี่ยมบ้าน การจัดงบประมาณสนับสนุนช่วยเหลือ มีอาหารเข้า ให้ผู้ป่วยทุกครั้งที่มาตรวจรักษา เข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลบางรายบอกว่า “ได้รับบริการที่สะดวกขึ้นมาก พอใจในบริการใหม่มาก อยากให้ทุกคนปฏิบัติตามข้อตกลง เพื่อความสะดวก รวดเร็วในการเข้ารับบริการ”

ด้านความพึงพอใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิด ไคเซ็น (Kaizen, 1986)

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านความพึงพอใจ ในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมากในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.98; S.D. = 0.05) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง การตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ออกไป เพื่อทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น การรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่น การจัดบริการให้ผู้ป่วย ได้รับบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว เพื่อประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายและการกำหนดวิธีการแก้ไข ปัญหา และการปรับปรุงวิธีการทำงานใหม่ เช่น ทำงานให้มีระบบ มีมาตรฐานที่กำหนด โดยมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D. = 0.00) รองลงมา คือ ความพึงพอใจ ในการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม เช่น จัดกิจกรรม ตามลำดับขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D. = 0.22) ดังตาราง 4.25

ตาราง 4.25 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจด้านการเปลี่ยนแปลง ระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) จำแนกเป็นรายข้อ

ความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ ความ พึง พอใจ
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
1. การเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ท่านพึงพอใจ กับการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น การถาม ข้อมูลเดิมซ้ำๆ	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. การจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ท่านพึงพอใจ กับการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่น การ จัดบริการ ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการ เบ็ดเสร็จในจุดเดียว เพื่อประหยัดเวลา	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
3. ความพึงพอใจ ในการกำหนดวิธีการแก้ไข ปัญหา และการปรับปรุงวิธีการทำงานใหม่ เช่น ทำงานให้มี ระบบ มีมาตรฐานที่กำหนด	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก



ตาราง 4.25 (ต่อ)

ความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ ความ พึง พอใจ
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
4. ความพึงพอใจ ในการจัดลำดับงานใหม่ให้ เหมาะสม เช่น จัดกิจกรรมตามลำดับ ขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับความสะดวกใน การเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
ภาพรวม				2.98 (0.05)	มาก

จากการให้ข้อมูล กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีความพึงพอใจในการได้เข้าร่วมวางแผน จัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เพื่อได้ร่วมแสดง ความเห็น และแนวทางปฏิบัติที่ตนเองต้องการ ร่วมกับกลุ่ม ให้ได้กิจกรรม และขั้นตอนที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ร่วมมือกันกำหนด เพราะทุกครั้งที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ เป็นคนกำหนดกิจกรรมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “ระบบใหม่ดี ได้เสนอแนวคิดร่วมกัน ช่วยกันกำหนด ทุกคนรับฟังความคิดเห็นกัน เสร็จแล้วกำหนดกิจกรรมที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้ นำมาใช้ในกลุ่ม ทำให้พอใจในระบบบริการใหม่”

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาใน การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านพฤติกรรมในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยรวมในทุก ๆ ด้าน อยู่ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.95 ; S.D.=0.12) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ มาก คือพฤติกรรมด้านการบริโภค โดยมีค่าเฉลี่ย 2.97 (S.D.= 0.07) และ พฤติกรรมด้านอารมณ์ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.97 (S.D.= 0.11) รองลงมา คือ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยมีค่าเฉลี่ย 2.91 (S.D.= 0.18) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.26



ตาราง 4.26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมในทุกด้าน และแยกรายด้าน

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. พฤติกรรมด้านการบริโภค	2.97	0.07	มาก
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	2.91	0.18	มาก
3. พฤติกรรมด้านอารมณ์	2.97	0.11	มาก
รวมทุกด้าน	2.95	0.12	มาก

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมาก ในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.91 ; S.D. = 0.18) ด้านการออกกำลังกาย โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมาก ในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.91 ; S.D. = 0.18) ด้านอารมณ์ โดยรวมในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับมาก ในทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย 2.97 ; S.D. = 0.11) ดังแสดงในตาราง 4.27

ตาราง 4.27 พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภค ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	การปฏิบัติ (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ การ ปฏิบัติ
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
พฤติกรรมด้านการบริโภค					
1. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยในการรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก ผลไม้	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยกินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน มะม่วงสุก *	0 (0.00)	0 (0.00)	20 (100.00)	3.00 (0.00)	มาก
3. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยกินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (สารบอแรกซ์) เช่น ลูกชิ้นแดงได้ หมูยอ แหนม ปลาสาม *	0 (0.00)	0 (0.00)	20 (100.00)	3.00 (0.00)	มาก
4. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยกินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ *	0 (0.00)	0 (0.00)	20 (100.00)	3.00 (0.00)	มาก



ตาราง 4.27 (ต่อ)

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	การปฏิบัติ (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ การ ปฏิบัติ
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
5. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ * ภาพรวม	0 (0.00)	0 (0.00)	20 (100.00)	3.00 (0.00) 2.97 (0.07)	มาก มาก
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย					
1. ท่านสนับสนุนผู้ป่วย ออกกำลังกาย (นอกจากการทำงานบ้านหรืองานประจำ)	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. ท่านสนับสนุนผู้ป่วย ออกกำลังกายทุก สัปดาห์	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
3. ท่านสนับสนุนผู้ป่วย ใช้เวลาในการออก กำลังกายติดต่อกันแต่ละครั้งมากกว่า 30 นาที ขึ้นไป	16 (80.00)	4 (20.00)	0 (0.00)	2.80 (0.41)	มาก
ภาพรวม					
				2.91 (0.18)	มาก
พฤติกรรมด้านอารมณ์					
1. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ท่านแนะนำกินยาตามแพทย์สั่ง	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
2. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด ไม่ สบายใจ ท่านสนับสนุนให้ทำงานอดิเรกที่ ถนัด และชื่นชอบ เช่น ดูทีวี ทำสวน	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
3. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด ไม่ สบายใจ ท่านสนับสนุนให้พูดคุยหรือ ปรึกษาผู้ใกล้ชิด เช่น พ่อ แม่ ญาติ เพื่อน	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
4. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด ไม่ สบายใจ ท่านสนับสนุนให้ทำจิตใจให้สงบ	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก
5. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยกินยาตาม แพทย์สั่ง	20 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.00 (0.00)	มาก



ตาราง 4.27 (ต่อ)

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	การปฏิบัติ (n = 20)			$\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ การ ปฏิบัติ
	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
6. เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรม เครียด วิตกกังวล หรือไม่สบายใจ ท่านได้พูดคุยให้กำลังใจ	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
7. เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรม นอนไม่หลับเพราะ คิดมากหรือกังวลใจ ท่านได้พูดคุย แนะนำ ให้กำลังใจ	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
8. เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรม ไม่มีความสุข และ เศร้าหมอง รุนววยใจ ได้พูดคุย ให้กำลังใจ	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
9. เมื่อผู้ป่วยสูญเสียของหรือบุคคลอันเป็นที่รักท่านได้พูดคุยให้กำลังใจ	19 (95.00)	1 (5.00)	20 (100.00)	2.95 (0.22)	มาก
10. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ร่มรื่น	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	2.95 (0.22)	มาก
ภาพรวม			2.97 (0.11)		มาก

จากการให้ข้อมูล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ในด้านการบริโภคอาหาร เห็นว่า การสนับสนุนผู้ป่วยให้บริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพราะมีคุณค่าทางอาหาร มีประโยชน์กับร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง การรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย การรับประทานอาหารที่มีสารบอแรกซ์ ทำให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุ การเกิดโรคมะเร็งได้ อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ทำให้เป็นพยาธิ ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ปวดท้อง ท้องเสีย และเห็นว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ เป็นการทำลายสุขภาพ ทำให้ ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองแตกอันตรายถึงตายได้ ด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่สนับสนุน ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องทุกวัน เพราะทำให้ร่างกายแข็งแรง ลดระดับน้ำตาลในเลือด และ ความดันโลหิตได้ดี มีเพียงบางรายที่ออกกำลังกายได้เพียงเล็กน้อย เนื่องจากปวดข้อเข่า ยืนนานไม่ได้ กลัวการบาดเจ็บหรือปวดมากขึ้น และต้องการขอคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายจากแพทย์หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข” ด้านอารมณ์ ส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะเครียด หรือวิตกกังวล เนื่องจากได้รับการดูแล จากลูกหลาน และญาติทุกคน ญาติและแกนนำ อสม. ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ ทำให้มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำ และดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ญาติบางรายบอกว่า “ตั้งแต่ได้เข้าร่วมประชุม อบรมจากเจ้าหน้าที่ ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยให้ความสนใจปฏิบัติตามเพราะเชื่อว่ามีผลจริง”



4.4 ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการเปลี่ยนแปลงระบบบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

1. กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กิจกรรม ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่า ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ พบว่า ควรมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนและต่อเนื่อง มีการกำหนดขั้นตอน และกิจกรรม ระบุ วัน เวลา ให้ชัดเจน เพื่อความสะดวกในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการ การให้บริการเน้นความสะดวก รวดเร็ว มีมาตรฐาน ไม่ใช่เวลานานเกินไป มีการติดตามผลการรักษาโดยการดูแล และเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ให้的重要性和สร้างคุณค่ากับผู้ป่วย

2. การพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ควรมีจุดบริการเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่รวมกับผู้ป่วยโรคทั่วไป มีจุดพักญาติที่สะดวกเป็นสัดส่วน มีที่จอดรถที่เป็นสัดส่วนมีระเบียบ มีการจัดอาหารเข้าให้กับผู้ป่วยเนื่องจากมารับบริการตั้งแต่เช้า มีเจ้าหน้าที่รอรับบัตรคิวในวันรับบริการตามเวลานัดหมาย เพื่อความสะดวกเป็นระเบียบ ในการยื่นบัตรรับบริการของผู้ป่วย และอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการ มีการจัดขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อน ตามลำดับ ไม่รอนาน ให้บริการด้วยรอยยิ้มเป็นกันเอง อธิบายในแต่ละขั้นตอนให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

3. ปัญหาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยพบจากการนำผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า คือ เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ เช่นที่จุดรับบัตรคิว ชักประวัติ การตรวจสุขภาพ มีให้บริการ 2 คน ทำให้บริการล่าช้า ผู้ป่วยบางรายอดอาหารไม่ได้ รอคิวนานทำให้หงุดหงิดมีอารมณ์ และญาติขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการสอบถามข้อมูล ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ หน่วยบริการสุขภาพ มีบุคลากรไม่เพียงพอ มีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยจำนวน 2 คน ในการจัดระบบบริการมีหลายขั้นตอนบางขั้นตอนทำให้บริการล่าช้า ญาติรอนาน ควรมีที่พักรอญาติที่สามารถให้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องสุขภาพในระหว่างรอผู้ป่วย เพื่อเป็นประโยชน์กับญาติและลดความกังวลในระหว่างรอ

จากการสอบถามข้อมูล พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และญาติมีความพร้อมในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นอย่างดี มีการวางแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการมารับบริการตามนัด ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือทำตามระบบ และขั้นตอนบริการ และกิจกรรมที่กำหนดขึ้น ญาติเข้าใจระบบระบบบริการที่จัดให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจกับระบบบริการใหม่ แนะนำผู้ป่วยเข้ารับบริการตามนัด แนะนำผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



กิจกรรมที่ 8 ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อ ถอดบทเรียน และสรุปผล

จากผลการดำเนินงานตามกิจกรรม การพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมบริการ มีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมและขั้นตอนบริการผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน มีการแจ้งเป็นหนังสือราชการถึงผู้ป่วยและญาติทุกราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถปฏิบัติตามหน้าที่ตามข้อตกลงร่วมกัน สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการจัดกิจกรรมบริการใหม่ภายใต้หลักการดำเนินกิจกรรม เข้าร่วมประชุม วันที่ 19 เมษายน 2556 สรุปได้ ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการได้รับความไว้วางใจ ความร่วมมือ การให้เกียรติกัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เน้นการพบปะพูดคุยกัน รับฟังและใส่ใจ เปิดโอกาสให้ทุกความเห็นให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แสดงออกร่วมกัน เท่าเทียมกัน ปรับแนวคิดให้ตรงกันภายใต้จุดมุ่งหมายเดียวกัน มีความมุ่งมั่นในการดำเนินกิจกรรมตามแผน
2. ความศรัทธาและเชื่อมั่นในศักยภาพของคณะกรรมการดำเนินงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ความสามารถในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุน ทำให้งานประสบผลสำเร็จ
3. การประสานงาน การติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่อง มีการประชุมติดตามเป็นระยะ เพื่อให้กิจกรรมการดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และถ้าหากพบปัญหาสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ทันเวลา และวางแผนในกิจกรรม ต่อไป

1. สนับสนุนองค์ความรู้ สื่อการเรียนรู้ วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณสนับสนุน กิจกรรมให้ดำเนินการไปได้อย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมการประชุม อบรม เข้ากลุ่มสัมพันธ์
2. การบูรณาการ ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องผสมผสานเน้นความยั่งยืนเป็นรูปธรรม ความเป็นไปได้ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้น ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ป่วย และญาติ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาทำงานร่วมกัน ตลอดจนกระบวนการตัดสินใจหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย ขั้นตอนการทำกิจกรรม การวางแผนงานโครงการ การจัดระบบหรือการอำนวยความสะดวก ยอมรับการเสนอแนะ และการตัดสินใจร่วมกันกับภาคประชาชน ทุกคนมีความสำคัญ ไม่ถึงเลที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของเกิดความตระหนกอยากมาร่วมรับผิดชอบร่วมกัน และสะท้อนผลการดำเนินงานให้ชุมชนได้รับทราบ

จากผลการวิจัย การพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้สามารถกำหนดรูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขั้ววางแผน

1.1 ศึกษาบริบทของชุมชน และสภาพการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้จากการสัมภาษณ์ รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูล จากการดำเนินงานพบว่า การศึกษาสภาพการณ์และศึกษาบริบทชุมชน และบริบทระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรดำเนินการในช่วงระยะเวลาเดียวกัน เป็นการลดภาระให้กับหน่วยงานและชุมชน เนื่องจากชุมชนมีกิจกรรมที่หลากหลายและบ่อยครั้ง อาจทำให้คนในชุมชนไม่



สนใจ สนับสนุนองค์ความรู้ สื่อการเรียนรู้ วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณสนับสนุนกิจกรรมให้ดำเนินการไปได้อย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมการประชุม อบรม เข้ากลุ่มสัมพันธ์

1.2 การบูรณาการ ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องผสมผสานเน้นความยั่งยืน เป็นรูปธรรม ความเป็นไปได้ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ดังนั้น ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ป่วย และญาติ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาทำงานร่วมกัน ตลอดจนกระบวนการตัดสินใจหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย ขั้นตอนการทํากิจกรรม การวางแผนงานโครงการ การจัดระบบหรือการอำนวยความสะดวก ยอมรับการเสนอแนะ และการตัดสินใจร่วมกันกับภาคประชาชน ทุกคนมีความสำคัญ ไม่ลังเลที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เกิดความตระหนักร่วมรับผิดชอบร่วมกัน และสะท้อนผลการดำเนินงานให้ชุมชนได้รับทราบ

1.3 ศึกษาบริบทของชุมชน และสภาพการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้จากการสัมภาษณ์ รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูล จากการดำเนินงานพบว่า การศึกษาสภาพการณ์และศึกษาบริบทชุมชน และบริบทระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรดำเนินการในช่วงระยะเวลาเดียวกัน เป็นการลดภาระให้กับหน่วยงานและชุมชน เนื่องจากชุมชนมีกิจกรรมที่หลากหลายและบ่อยครั้ง อาจทำให้คนในชุมชนไม่สนใจ

1.4 รวบรวมข้อมูลซึ่งได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ข้อมูลทุติยภูมิจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำมาซึ่งข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย

1.5 วิเคราะห์คุณค่าบริการในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ คือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การสนับสนุนการตัดสินใจ ระบบข้อมูลทางคลินิก

รูปแบบเดิม การจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่กำหนดกิจกรรมบริการโดยไม่ได้ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอน ไม่มีขั้นตอนที่ชัดเจน ดำเนินการตามเจ้าหน้าที่ที่อยู่ปฏิบัติงานในวันให้บริการ เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ 2 คน ในวันที่เจ้าหน้าที่อยู่ 2 คน จะมีกิจกรรมการให้ความรู้ผู้ป่วยในบางครั้ง ทะเบียนประวัติผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน

รูปแบบใหม่ การจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร่วมกันวิเคราะห์คุณค่าบริการ กำหนดกิจกรรม ขั้นตอน วันเวลาการให้บริการที่ชัดเจน มีการจัดตั้งชมรมเพื่อจัดสวัสดิการในการดูแลช่วยเหลือกันในกลุ่ม มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการและชุมชนรับทราบ การดำเนินงานทุกกิจกรรมมีลายลักษณ์อักษร มีการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการสำรวจและจัดทำระบบข้อมูลในคลินิกบริการให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน 1.6 วิเคราะห์กระบวนการที่เปลี่ยนแปลงใหม่โดยประยุกต์ใช้หลักการ ECRS ของไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อการลดขั้นตอน การรวมขั้นตอน การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม การปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น การทำให้กิจกรรมการเปลี่ยนแปลงมีระบบต่างๆ ที่มีคุณค่าดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนทำให้เกิดความสมบูรณ์แบบ



รูปแบบเดิม การจัดระบบบริการดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ ไม่ได้แจ้งขั้นตอนการบริการให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า แจ้งผู้ป่วยเวลามารับบริการเป็นรายบุคคล ไม่มีบัตรคิวในการเข้ารับบริการ ไม่จำกัดเวลาในการให้บริการ มีกิจกรรมการให้ความรู้ผู้ป่วยในบางวัน ไม่มีระบบการติดตามการรักษาที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม

รูปแบบใหม่ การจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดำเนินการร่วมกันโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ช่วยกันจัดระบบ ขั้นตอน ระเบียบกิจกรรมให้ได้ตามมาตรฐาน มีระบบการติดตามการขาดนัด การเยี่ยมบ้าน กำหนด วัน เวลา วิธีการแก้ไข ติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจน ปรับปรุงและกำหนดมาตรฐานจากการดำเนินงานใหม่เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ มีการประเมินผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน มีการแจ้งกลับข้อมูลให้ผู้ป่วยและชุมชนรับทราบ

2. ขั้นตอนปฏิบัติการ

2.1 ดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ

2.1.1 ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน ศักยภาพองค์กรในพื้นที่ปัจจุบันมีงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปี 2556 เพื่อใช้ในการจัดระบบใหม่และการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งความคาดหวังของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล คือ มีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ชัดเจน มีการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่องเพียงพอทุกปี

2.1.2 หน่วยงานบริการสุขภาพ ในปัจจุบัน มีการจัดกิจกรรมการให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง เจ้าหน้าที่กำหนดขั้นตอนบริการ มีการติดตามการเยี่ยมบ้านเฉพาะกรณีเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งความคาดหวังของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล คือ มีคณะทำงาน มีกิจกรรมบริการชัดเจน มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องทุกราย

2.1.3 การสนับสนุนการดูแลตนเอง ในปัจจุบันผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยให้การสนับสนุนและการดูแลผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย ความคาดหวังของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล คือ มีการสนับสนุนช่วยเหลือแนะนำ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

2.1.4 การออกแบบระบบการให้บริการ ในปัจจุบันเจ้าหน้าที่จัดการให้การวินิจฉัย รักษา ให้บริการทุกศุกร์สุดท้ายของเดือน ความคาดหวังของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล คือ มีการจัดบริการตามกิจกรรมที่กำหนดตามขั้นตอนโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันกำหนด มีกิจกรรมและขั้นตอนบริการเป็นลายลักษณ์อักษร แจ้งให้ผู้ป่วยและชุมชนรับทราบ

2.1.5 การสนับสนุนการตัดสินใจ ในปัจจุบัน เข้าร่วมกิจกรรมเพียงบางส่วน มีกิจกรรมการให้บริการครบขั้นตอนในบางวัน มีกิจกรรมการประชุมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ความคาดหวังของกลุ่ม มีการสนับสนุนการตัดสินใจในการเข้าร่วมกิจกรรม มีกิจกรรมการประชุม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

2.1.6 ระบบข้อมูลทางคลินิก ในปัจจุบันมีทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่บางส่วนไม่เป็นปัจจุบัน ความคาดหวังของกลุ่ม มีระบบข้อมูลที่ตรวจสอบได้ มีทะเบียนประวัติผู้ป่วยในพื้นที่ทุกรายที่เป็นปัจจุบัน

2.2 กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการตามเปลี่ยนแปลงใหม่โดยการประยุกต์ใช้หลักการ ECRS ของไคเซ็น (Kaizen, 1986) 4 องค์ประกอบ เพื่อการลดขั้นตอน การรวมขั้นตอน



การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม การปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น การทำให้งานกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงมีระบบต่าง ๆ ที่มีคุณค่าดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนทำให้เกิดความสมบูรณ์แบบ

2.2.1 การตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น โดยทำงานให้น้อยลง ด้วยการปรับปรุง การบอก ข้อมูลผู้ป่วยซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม ๆ การให้ความรู้ผู้ป่วยขณะรอตรวจและในกิจกรรมกลุ่มเรื่องเดียวกัน การกรอกข้อมูลผู้ป่วยที่ซ้ำซ้อน

2.2.2 การรวมขั้นตอนเพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ในการทำงาน เช่น การจัด ให้บริการผู้ป่วยได้รับการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว การให้สุขศึกษาขณะรอตรวจ

2.2.3 การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยการมีส่วนร่วมของญาติและแกนนำ ช่วยกันพัฒนาคุณภาพบริการให้เหมาะสมกับบริบท

2.2.4 การปรับปรุงวิธีการทำงาน ให้ทำงานได้ง่ายขึ้น โดยการปรับปรุง กระบวนการทำงานให้มีระบบ มีมาตรฐานที่กำหนด มีการนิเทศ ติดตาม

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกต

การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล มีการติดตาม สนับสนุน ให้คำแนะนำ เก็บรวบรวม ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น การรับรู้คุณภาพบริการ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ ความพึงพอใจในคุณภาพบริการ และข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่นคุณภาพบริการ 6 องค์ประกอบ โดยการ จัดการกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ประการ การจดขั้นตอน และเวลาในกระบวนการจัดบริการตาม กระบวนการใหม่

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล

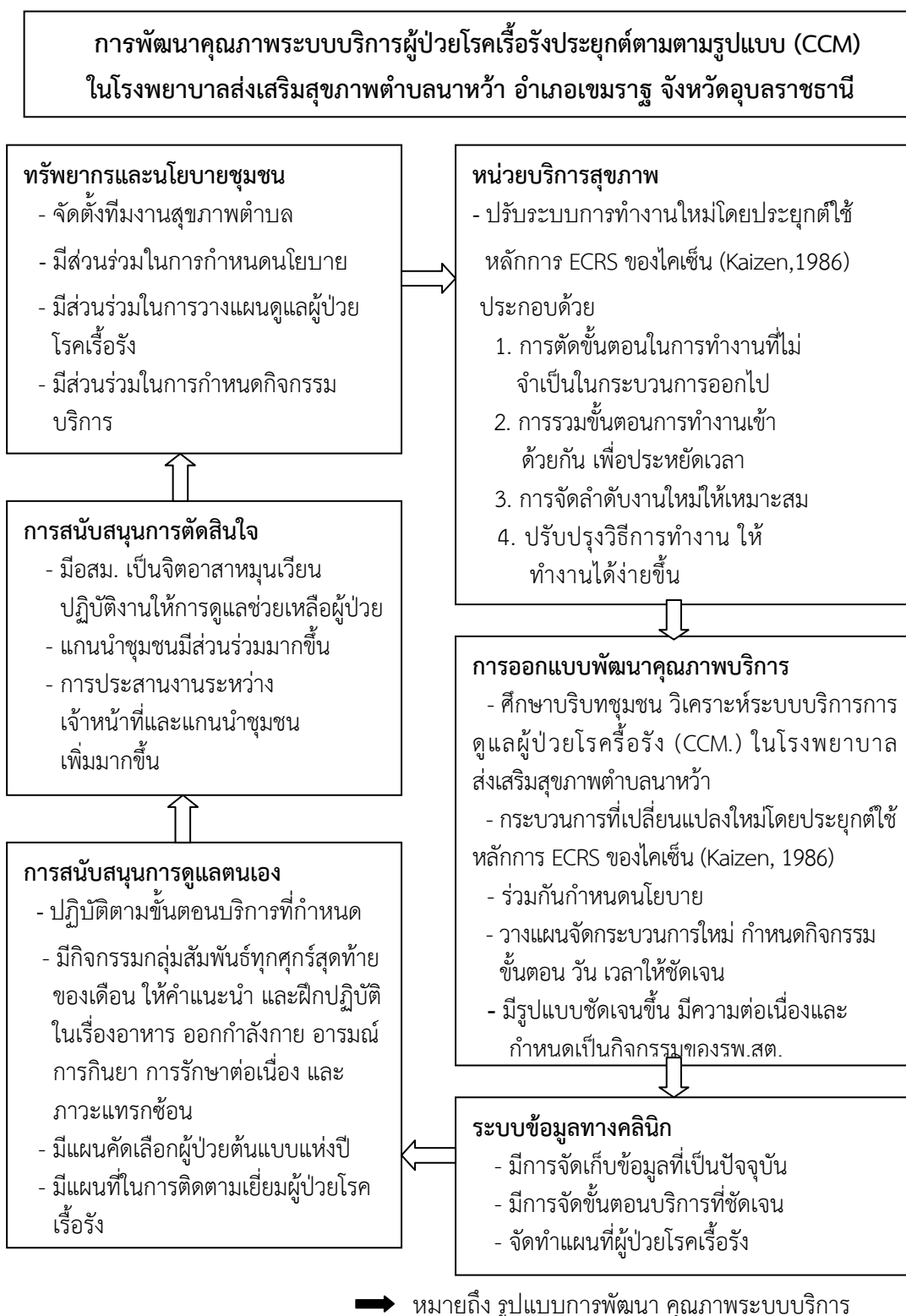
สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ หน่วยบริการสุขภาพ มีบุคลากรไม่ เพียงพอ มีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยจำนวน 2 คน ในการจัดระบบบริการมีหลายขั้นตอนบาง ขั้นตอนทำให้บริการล่าช้า ญาติรอนาน สถานที่ให้บริการที่คลินิกบริการ อยู่รวมกันในจุดเดียวกันกับการให้บริการผู้ป่วยตรวจรักษาโรคทั่วไป ที่ผ่านมายังไม่มีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ชัดเจน มีการดำเนินงานตามกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกำหนดขึ้น ที่ผ่านมา งบประมาณในการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนยังไม่มี การสนับสนุน

จากการสอบถามข้อมูล พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ เจ้าหน้าที่ที่มีความเสียสละ มีความพร้อมและตั้งใจปฏิบัติงาน พร้อมกับ การเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการใหม่เพื่อความเหมาะสม ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือทำตาม ระบบ และขั้นตอนบริการ และกิจกรรมที่กำหนดขึ้น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และ ญาติให้การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในปี พ.ศ.2556 กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ตำบลหนองสิม ได้สนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ได้เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ทำให้การดำเนินงานมีความชัดเจน และเป็นรูปธรรม ผู้ป่วยได้รับการที่มีมาตรฐาน มีความพึงพอใจในบริการ



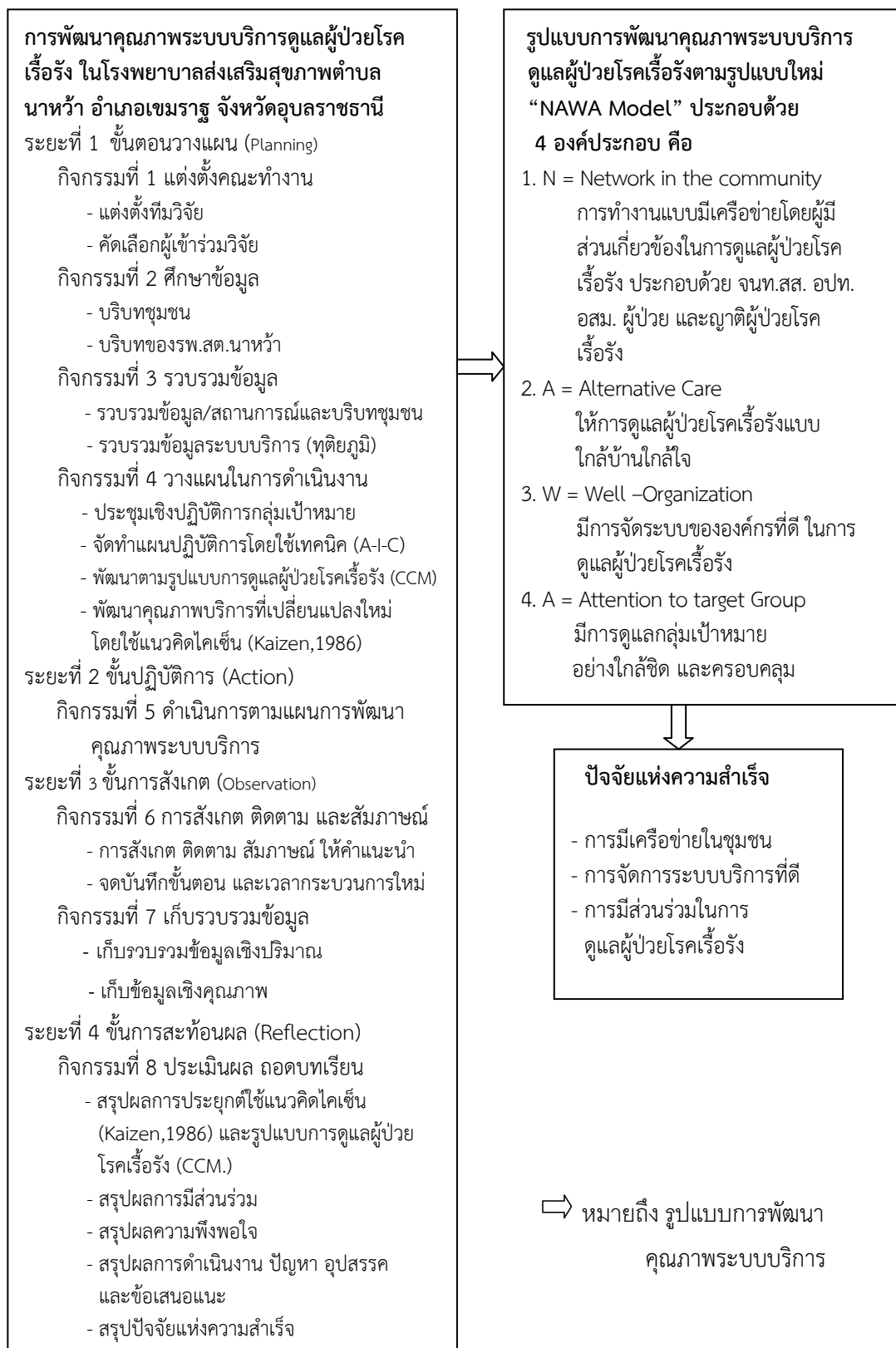
ในการนี้ ขอเสนอการวิจัย จากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นานาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 4.3 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ (CCM)



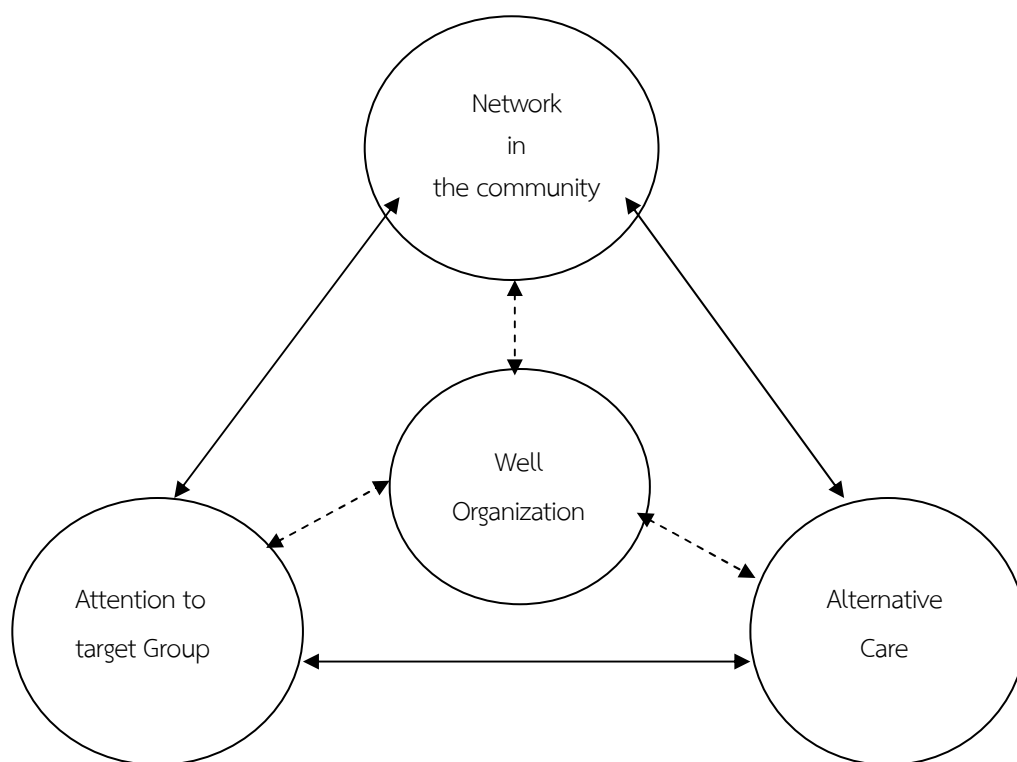
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 4.4 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบใหม่ (NAWA Model)



รูปแบบใหม่ (NAWA Model)



ภาพประกอบ 4.5 โมเดลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนาหว้า จังหวัดอุดรธานี เป็นการพัฒนารูปแบบบริการใหม่โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นผ่านกระบวนการ วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูล การสังเกต การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บูรณาการองค์ความรู้ร่วมกัน แล้วนำมาจัดกระบวนการใหม่ให้เหมาะสม มีคุณภาพ มาตรฐาน นำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดเป็นการแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม – มีนาคม 2556 ดำเนินการศึกษาและพัฒนากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา จากข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างประชุม นำมาวิเคราะห์เพื่อให้มีความชัดเจนในการสรุป ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยวิเคราะห์จากแบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยทำให้ได้กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังรูปแบบใหม่ที่เหมาะสม ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 เพื่อวิเคราะห์บริบทของชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนาหว้า จังหวัดอุดรธานี

5.1.2 เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนาหว้า จังหวัดอุดรธานี

5.1.3 เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบใหม่ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนาหว้า จังหวัดอุดรธานี

5.1.4 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบใหม่ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนาหว้า จังหวัดอุดรธานี

5.1.5 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรค ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนาหว้า จังหวัดอุดรธานี



5.2. สรุปผล

สรุปผลตามจุดมุ่งหมายของการวิจัย และกรอบแนวคิดการวิจัย

จากการวิจัย การพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี สรุปผล ดังนี้

5.2.1 สรุปการวิเคราะห์บริบทของชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

สรุปได้ว่า เดิมชุมชนมีการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านสาธารณสุข เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง การมาตรวจรักษาตามนัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า การเข้าร่วมกิจกรรมตามที่เจ้าหน้าที่วางแผนไว้ ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาประสบผลสำเร็จเพียงบางส่วน บางกิจกรรมเท่านั้น ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าที่กำหนดไว้ ในบางครั้งมีการระดมความคิดเห็น แต่ไม่ทราบว่าได้นำข้อคิดเห็นไปใช้ประโยชน์อย่างไรบ้าง และเป็นการทำงานแบบสั่งการจากเจ้าหน้าที่ถึงผู้ป่วยโดยตรง หรือสม.ประจำคุ้มรับผิดชอบ ช่วยในการประชาสัมพันธ์ไปยังกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งทุกคนในชุมชนรับรู้การทำกิจกรรมตามโครงการที่ผ่านมาทางหอกระจายข่าวในชุมชน ส่วนใหญ่คนในชุมชนให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมประชุม อบรม การทำกิจกรรมเป็นอย่างดี แต่ไม่ยั่งยืน เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ ทำให้ไม่มีเวลาอยู่บ้าน ผู้อาศัยอยู่ประจำ คือ เด็กและผู้สูงอายุ การทำกิจกรรมบางอย่างจึงไม่สำเร็จ ในปัจจุบันประชาชนให้ความสนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพมากขึ้น ถึงแม้ว่าประชาชนจะเข้าใจว่าการป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่มียารักษาหายขาด การรักษาโรคต้องทำควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ที่ผ่านมาประชาชนขอให้เจ้าหน้าที่แนะนำ พาฝึกปฏิบัติ ซึ่งเป็นการกระทำเพียงบางครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งตามหลักการและแนวคิดที่ให้ความสำคัญว่าประชาชนทุกคนต้องเท่าเทียมกัน ในการร่วมกันวางแผน วิเคราะห์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดการใช้ทรัพยากร การกำหนดวิธีการ และการติดตามประเมินผล สิ่งสำคัญคือ การมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้มาร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน ร่วมกันตัดสินใจในการพัฒนาสิ่งนั้น ๆ ที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่และประชาชนยังขาด การมองต้นทุนทางสังคมด้านสุขภาพ ขาดความเข้าใจในบริบทของชุมชน มององค์ประกอบของระบบสุขภาพเป็นเพียงการเจ็บป่วย

หลังจากการดำเนินกิจกรรมเสร็จ พบว่า ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มากขึ้น โดยนำสภาพปัญหาที่ได้จากการศึกษาข้อมูลในชุมชน และจากการสัมภาษณ์ ได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อค้นหาปัญหา หาศักยภาพของคนในชุมชน มาร่วมกันแสดงความคิดเห็น แสดงความรับผิดชอบในการดูแลร่วมกัน ร่วมกันออกแบบบริการเพื่อจัดระบบบริการใหม่ให้เหมาะสมกับพื้นที่ ให้ตรงกับความต้องการทั้งเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยมากที่สุด นำไปสู่การจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม ตัดสินใจในการดำเนินงานร่วมกัน เกิดแผนปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม และมีการประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน นำผลที่ได้จากการประเมินสะท้อนผลให้ชุมชนรับทราบ หน่วยงานต่าง ๆ ได้ร่วมมือกันทำงานมากขึ้น มีการบูรณาการแผนปฏิบัติการ มีการประชุม และจัดตั้งคณะทำงานร่วมกัน มีการประชุม อบรมร่วมกัน จึงเป็นที่มาของการหารูปแบบหรือกระบวนการใน



การทำงานใหม่ โดยการใช้ทรัพยากรชุมชนเป็นต้นทุนในการขับเคลื่อน ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพมากขึ้น

5.2.2 สรุปการวิเคราะห์ระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

สรุปได้ว่า กระบวนการในการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คลินิกบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า โดยโรงพยาบาลเขมราฐ ที่เป็นแม่ข่าย มีโครงการส่งผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงให้เครือข่ายดูแลอย่างต่อเนื่องในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตได้ระดับดี-ปานกลาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้าได้จัดกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการกำหนด วันให้บริการในทุกวันศุกร์ สดท้ายของเดือน เดือนละ 1 ครั้ง เริ่มให้บริการเวลา 08.00-12.00 น. ปัญหาที่พบ ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มาไม่ตรงเวลาดำเนินการทำให้การบริการล่าช้า ได้รับบริการไม่ครบทุกกระบวนการ ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า มาเจาะเลือดแล้วกลับบ้าน ป่วย ๆ แล้วมารับยาใหม่ บางรายอดอาหารไม่ได้กินข้าวมาก่อนเนื่องจากรอเจ้าหน้าที่ไม่ไหว ทำให้ผลระดับน้ำตาลในเลือดไม่แน่นอน การมาไม่ตรงเวลาทำให้เกิดการรอคอย เกิดอารมณ์หงุดหงิดทั้งสองฝ่าย เกิดความไม่พอใจในการเข้ารับบริการในบางรายทั้งผู้ป่วยและญาติที่มานั่งรอ กิจกรรมกลุ่มจัดได้เป็นบางวัน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางรายไม่ยอมเข้าร่วมเพราะบอกว่าเสียเวลา ไม่มีเวลา ญาติไม่มีเวลารอรับ ใช้เวลานานเกินไป กิจกรรมมากเกินไป ในส่วนกิจกรรมนอกสถานบริการ เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมได้น้อย เนื่องจากเจ้าหน้าที่มี 3 คนไม่เพียงพอต่อการให้บริการมีการออกเยี่ยมเฉพาะรายที่มีปัญหาหรือมีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการในการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการไม่ต่อเนื่อง ไม่ทั่วถึง ไม่ได้มาตรฐาน และยังมีอัตราการขาดนัดร้อยละ 25.00 ไม่มีระบบการตรวจสอบและการติดตามที่ชัดเจนของเจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจตนเองในบางราย เลือกมารับบริการตามความสะดวกของผู้ป่วยในบางราย

5.2.3 สรุปการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบใหม่ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

จากการดำเนินงาน พบว่า ระบบบริการใหม่ มีความสะดวก ผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ มีอสม. เป็นจิตอาสาเข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย โดยหมุนเวียนมาปฏิบัติงานวันละ 4 คน เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยให้ได้รับความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น มีการจัดทำแผนที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อใช้ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยในชุมชน มีการจัดตั้งชมรมเพื่อจัดสวัสดิการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีสุขภาพระดับต่ำลงให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ภายนอก มีความเหนียวแน่น แม้จะได้รับผลกระทบบ้างในเรื่องของความพร้อมด้านงบประมาณสนับสนุน หรือบุคลากรผู้ทำหน้าที่เป็นแกนนำ หรือแม้กระทั่งภารกิจเร่งด่วนในพื้นที่ ปัญหาผลกระทบจากการประกอบอาชีพ แต่ทุกคนมีความตั้งใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเสียสละ อดทน เป็นการเรียนรู้ที่สร้างแรงบันดาลใจให้คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหาาร่วมกันในอนาคต เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น



5.2.4 สรุปผลของการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบใหม่ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

จากการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มบุคลากรในระบบ ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการโดยรวมในทุกๆ ด้านอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.86 ; S.D.=0.27) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยมีค่าเฉลี่ย 2.90 (S.D.= 0.31) และ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มีค่าเฉลี่ย 2.83 (S.D.= 0.24) ตามลำดับ ด้านการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรวมในทุก ๆ ด้าน อยู่ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.93 ; S.D.=0.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยมีค่าเฉลี่ย 2.97 (S.D.= 0.07) และ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มีค่าเฉลี่ย 2.90 (S.D.= 0.14) ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการโดยรวมในทุก ๆ ด้านอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.94 ; S.D.= 0.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยมีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D.= 0.10) และ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มีค่าเฉลี่ย 2.93 (S.D.= 0.11) ตามลำดับ ด้านความพึงพอใจในการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรวมในทุก ๆ ด้าน อยู่ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.96 ; S.D.=0.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยมีค่าเฉลี่ย 2.98 (S.D.= 0.05) และ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D.= 0.15) ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยรวมในทุก ๆ ด้าน อยู่ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.96 ; S.D.= 0.06) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ ด้านพฤติกรรมการบริโภค โดยมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D.= 0.00) รองลงมา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.98 (S.D.= 0.06) และ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยมีค่าเฉลี่ย 2.91 (S.D.= 0.14) ตามลำดับ

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการโดยรวมในทุก ๆ ด้านอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.93 ; S.D.= 0.14) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยมีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D.= 0.15) และ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มีค่าเฉลี่ย 2.92 (S.D.= 0.14) ตามลำดับ ด้านความพึงพอใจในการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรวมในทุก ๆ ด้าน อยู่ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.96 ; S.D.=0.06) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) โดยมีค่าเฉลี่ย 2.98 (S.D.= 0.05) และ ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มีค่าเฉลี่ย 2.95 (S.D.= 0.07) ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยรวมในทุก ๆ ด้าน อยู่ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.95 ; S.D.= 0.12) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน



ระดับมาก คือพฤติกรรมด้านการบริโภค โดยมีค่าเฉลี่ย 2.97 (S.D.= 0.07) และ พฤติกรรมด้านอารมณ์ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.97 (S.D.= 0.11) รองลงมา คือ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยมีค่าเฉลี่ย 2.91 (S.D.= 0.18) ตามลำดับ

5.2.5 สรุปปัญหา และอุปสรรค ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมดู่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยแบ่งเป็น

1. ด้านการจัดระบบบริการ

จากการสอบถามข้อมูล พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ เจ้าหน้าที่ที่มีความเสียสละ มีความพร้อมและตั้งใจปฏิบัติงาน พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการใหม่เพื่อความเหมาะสมและมีมาตรฐาน ในปี พ.ศ. 2556 กองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ตำบลหนองสิม ได้สนับสนุนงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ทำให้การดำเนินงานมีความชัดเจน และเป็นรูปธรรม ผู้ป่วยได้รับการที่มีมาตรฐาน มีความพึงพอใจในระบบบริการ

2. ด้านบุคลากร

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ มีความพร้อมที่จะทำเป็นนโยบาย และจัดหางบประมาณสนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีขึ้น มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบงานดูแลเอาใจใส่ ให้ความสำคัญกับผู้มารับบริการดูแลญาติมิตร บริการด้วยคุณภาพ และรอยยิ้ม มีความพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงระบบใหม่เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง ได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง จะเป็นผู้เข้ารับการอบรมต่าง ๆ เป็นประจำการอบรมในงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยนั้นจะได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบวิถีพุทธ และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาทักษะและทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง จากการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ พบว่าเจ้าหน้าที่มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการใหม่เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพ มีมาตรฐานมากขึ้น ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากแนวคิดของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันแสดงความคิดเห็น มีความเสียสละ และมีความตั้งใจในการปฏิบัติงาน

เจ้าหน้าที่นักวิชาการสาธารณสุข มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับโรคเรื้อรังมา 25 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรังทุกปี มีการจัดทำผลงานวิชาการเกี่ยวกับโรคเรื้อรังเข้าร่วมงานวิชาการระดับจังหวัด และระดับเขตติดต่อกันหลายปี มีการพัฒนาด้านองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง และมีความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพบริการ

3. ด้านพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 ด้าน

พฤติกรรมด้านการบริโภค

จากการสอบถามข้อมูล ผู้ให้สัมภาษณ์ พบว่า ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ใน 1 มื้อ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก ผลไม้ เพราะเห็นว่า มีประโยชน์และคุณค่าทางโภชนาการ ไม่กินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ละมุด มะม่วงสุก มะขามหวาน เพราะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ไม่กินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว ดินประสิว) เช่น ลูกชิ้นเต๋ได้ หมูยอ แหนม ปลาสาม เพราะทำให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทำให้เกิดการ



สะสมสารก่อโรคมะเร็งได้ ไม่กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งทำให้เกิดโรคพยาธิ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความรู้ มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง จะส่งผลให้ มีสุขภาพดี ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ลดลงได้ในอนาคต

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย นอกเหนือจากการทำงาน บ้านหรืองานประจำ โดยใช้เวลาในการออกกำลังกายติดต่อกันแต่ละครั้งมากกว่า 30 นาที ขึ้นไป และ ส่วนใหญ่ออกกำลังกายทุกสัปดาห์ โดยให้เหตุผลว่า มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและลดความดันโลหิตสูงได้ มีเพียงส่วนน้อยที่ออกกำลังกายได้ไม่ถึง 30 นาที เนื่องจากข้อเข่าเสื่อม การทรงตัวไม่ดี ออกกำลังกายนานไม่ได้จะรู้สึกปวดขามากขึ้น บางคนมีการเลือกทำเฉพาะส่วน แสดงว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจและมีการดูแลเอาใจใส่ในการปฏิบัติตัวหลังเข้ารับ การฝึกปฏิบัติในกลุ่ม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

พฤติกรรมด้านอารมณ์

ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี ไม่รู้สึกเครียดหรือ วิตกกังวล หรือไม่ เมื่อสอบถามว่ามีเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ผู้ป่วยมีการแสดงออก โดย การทำงานอดิเรกที่ถนัด และชื่นชอบ เช่น ดูทีวี ทำสวน ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ การพูดคุยหรือ ปรึกษาผู้ใกล้ชิด เช่น พ่อ แม่ ญาติ เพื่อนสนิท การทำจิตใจให้สงบ เช่น ไหว้พระ สวดมนต์ ทำบุญ เพราะทำให้รู้สึกสบายใจ จิตใจสงบ รู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีผู้ป่วยรายใดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ หรือซื้อยาระงับประสาท หรือยานอนหลับมารับประทานเอง เพราะให้เหตุผลว่า ทำลาย สุขภาพ ระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น ได้นำความรู้จากการเข้ากลุ่มฝึกปฏิบัติมาใช้ใน ชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง

จากการประเมินด้านพฤติกรรมในเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ ของ ผู้ป่วย หลังมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความ เข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพตนเองในอนาคต ซึ่งเป็นปัจจัย แห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการทำให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพมากขึ้น

4. ด้านพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 ด้าน

พฤติกรรมด้านการบริโภค

จากการสอบถามข้อมูล ผู้ให้สัมภาษณ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนผู้ป่วย ในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ใน 1 มื้อ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก ผลไม้ เพราะเห็นว่ามี ประโยชน์และคุณค่าทางโภชนาการ ไม่กินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เพราะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ไม่กินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว ดินประสิว) เพราะทำให้เป็นอันตรายต่อ สุขภาพ ไม่กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งทำให้เกิดโรค ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลและสนับสนุนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จะ ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีสุขภาพดี ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงได้ในอนาคต



พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอ นอกเหนือจากการทำงานบ้านหรืองานประจำ โดยใช้เวลาในการออกกำลังกายติดต่อกันแต่ละครั้งมากกว่า 30 นาที ขึ้นไป และแนะนำออกกำลังกายทุกสัปดาห์ โดยให้เหตุผลว่า มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและลดความดันโลหิตสูงได้ แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจ และมีการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความตั้งใจในการปฏิบัติ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

พฤติกรรมด้านอารมณ์

ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรม เครียด วิตกกังวล หรือไม่สบายใจ นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ ไม่มีความสุข และเศร้าหมอง วุ่นวายใจ สูญเสียสิ่งของ หรือบุคคลอันเป็นที่รัก เครียด ไม่สบายใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยได้พูดคุย ให้กำลังใจ แนะนำให้หัวเราะ สวดมนต์ ทำบุญ ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ร่มรื่น อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้ทำงานอดิเรกที่ถนัด และชื่นชอบ เช่น ดูทีวี ทำสวน ปลุกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ กินยาตามแพทย์สั่ง ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

จากการประเมินด้านพฤติกรรมในเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วย หลังมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในอนาคต ซึ่งเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการทำให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพมากขึ้น

อุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

พบว่า บุคลากรในการให้บริการมีจำกัด ไม่เพียงพอในการให้บริการผู้ป่วย ต้องทำงานแบบบูรณาการ ประกอบกับ การได้รับการจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงานมีน้อย ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยในบางกิจกรรม การระดมทุนช่วยเหลือจากชุมชน มีการช่วยเหลือแต่ไม่เพียงพอ มีการปรับใช้งบประมาณอย่างจำกัด ทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาบางกิจกรรมที่ต้องใช้งบประมาณมาก

5.2.6 สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่จะนำมาพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ให้ประสบผลสำเร็จ 3 ปัจจัยดังนี้

1. การมีเครือข่ายในชุมชน การศึกษาครั้งนี้ มีเครือข่ายในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน และญาติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการมีเครือข่ายในชุมชน ทำให้มีการประสานงาน ประสานระบบข้อมูล การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นระบบ ทัวถึง และมีคุณภาพมากขึ้น

2. การจัดการระบบบริการที่ดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า มีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการจัดระบบบริการใหม่โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) และแนวคิดของไคเซ็น (Kaizen, 1986) ทำให้มี



การจัดการระบบการทำงานใหม่ โดยการตัดขั้นตอนในการทำงานที่ไม่จำเป็นในกระบวนการออกไป มีการรวมขั้นตอนเข้าด้วยกันเพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย มีการจัดลำดับขั้นตอนการบริการให้เหมาะสมกับสภาพปัจจุบัน ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องพื้นฐานความรู้ใด ๆ มีการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม และมีการปรับปรุงวิธีการทำงานให้ทำงานได้ง่ายขึ้น ทำให้ระบบบริการมีระบบ มีขั้นตอนบริการ มีกิจกรรมที่ชัดเจน ลดระยะเวลาการรอคอยในการมารับบริการที่คลินิกบริการ ทำให้ผู้ให้บริการ และ ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ

3. การมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้ ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการดำเนินการ ในการรับผลประโยชน์ และในการประเมินผล โดยเข้าร่วมประชุมในเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูล ข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ ถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า

5.3 อภิปรายผล

5.3.1 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) 6 องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ 1 ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มองค์กรชุมชน ซึ่งได้แก่ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น ทราบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านจำนวนมาก แต่ไม่มีเป้าหมายหรือวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ด้านสิทธิการรักษาคิดว่าประชาชน มีสิทธิบัตรในการรักษาพยาบาลอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นที่จะต้องจัดสรรงบประมาณ หรือสวัสดิการในการช่วยเหลือแต่อย่างใด สอดคล้องกับการศึกษาของชาติ ไทยเจริญ (2547) ที่พบว่าองค์การบริหารส่วนตำบล ทราบว่ามีหน้าที่ต้องดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตความรับผิดชอบ ต้องดูแลประชาชนในกลุ่มด้อยโอกาส และกลุ่มโรคเรื้อรัง แต่การจัดทำแผนงานโครงการด้านสุขภาพยังขาดความเข้าใจในภารกิจทางด้านสุขภาพ โดยให้ความสำคัญด้านการจัดความสำคัญพบว่าภารกิจด้านสาธารณสุขเป็นลำดับสุดท้าย จากการประชุมผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มองค์กรชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และทีมผู้ให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า พบว่า กลุ่มองค์กรชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข เสนอว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการคัดกรอง การเข้ารับบริการเป็นค่าอาหารเข้าให้กับผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน จะเสนอเรื่องนี้เข้าไปในแผนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองสิมในปีต่อไป ส่วนปัญหาเรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย นั้น เสนอว่าควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ องค์การชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อรังให้ครบทุกกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถเป็นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า การให้ชุมชนรับทราบสถานการณ์ปัญหา และร่วมแสดงความคิดเห็น และร่วมกันวางแผน มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม องค์ประกอบที่ 2 หน่วยบริการสุขภาพ



จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า บางส่วนไม่ทราบเกี่ยวกับนโยบายและการปฏิบัติงานตามนโยบายนั้นทำได้อาจไม่ครอบคลุม ได้แก่ ขาดการติดตามผลการรักษา ขาดการติดตามเยี่ยมบ้าน ไม่มีการประชุมติดตามงานเป็นประจำ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการพัฒนาสุขภาพที่เป็นองค์รวมตามนโยบายในการดูแลโรคเบาหวานของประเทศไทย แผนเบาหวานแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2559 กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังสนับสนุนค่าใช้จ่ายเป็นค่า ดูแล รักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คือ เพื่อบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก รวมไปถึงงบบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ สนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ งบสนับสนุนหน่วยบริการเพื่อพัฒนาศักยภาพการจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของ รพศ./รพท. งบจัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพบริการเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ของหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลนั้นเชื่อมโยงทั้งในระดับ Primary, Secondary และ Tertiary prevention จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ให้บริการไม่ทราบนโยบายทำให้การทำงานไม่ครอบคลุมซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ ในนโยบาย มีการมอบหมายที่ชัดเจน มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติงาน และการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการดูแลตนเอง

จากการศึกษาพบว่า ด้านการบริโภค การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 20 คน รับประทานอาหาร และเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.00 (S.D. = 0.00) นอกจากนี้ ด้านผู้ดูแลส่วนมากสามารถแนะนำ และดูแลควบคุมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยได้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูง และสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องจะทำให้การควบคุมโรคได้ดีเป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (สุรัตน์ โคมินทร์, 2546; สุทิน ศรีอัฐภาพร และวรรณ นิธิยานันท์, 2548) การออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ทราบว่าออกกำลังกายมีผลดีต่อสุขภาพ และต้องมีการออกกำลังกายเป็นประจำ แต่มีเพียงเล็กน้อยที่ออกกำลังกายเองได้ไม่ถึง 30 นาที เนื่องจากมีปัญหาในเรื่อง การทรงตัว ข้อเข่าเสื่อม โดยมีค่าเฉลี่ย 2.91 (S.D.= 0.14) ด้านผู้ดูแลส่วนใหญ่ สนับสนุนผู้ป่วยออกกำลังกายแต่ไม่สามารถบังคับผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ฉกาจ ผ่องอักษร (2547) พบว่า การออกกำลังกาย มีส่วนสำคัญในการลดปริมาณไขมัน และเพิ่มกล้ามเนื้อซึ่งช่วยลดปริมาณน้ำตาลในเลือดด้วย ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น ช่วยลดการที่เซลล์ต่อต้านอินซูลิน และช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ที่เป็นเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และยังป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้การออกกำลังกายที่เป็นประโยชน์โดยตรงต่อโรคเบาหวานคือการออกกำลังกายแบบ อาราบิก ใช้เวลา ประมาณ 30 นาที ขึ้นไป โดยปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 3-5 วันในหนึ่งสัปดาห์ การจัดการความเครียด ผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง บางส่วนเกิดความเครียดจากการคิดมากกับอาการป่วย คิดว่าเปื่อยต่อการรักษาที่นาน กลัวเป็นภาระของครอบครัว กลัวตัวเองอายุสั้น บางรายเครียดจากปัญหาการเมือง จากปัญหาส่วนตัว และจากคนในครอบครัว และมีวิธีคลายความเครียดของแต่ละคน เช่น ดูทีวีตลกๆ หมอลำ เข้าวัดฟังธรรม ซึ่งสอดคล้องกับ มนทิพา ทรงพานิช (2549) พบว่าจากพยาธิสภาพของโรค ก่อให้เกิดความวิตกกังวล



และความเครียดกับผู้ป่วย ซึ่งทั้ง ความเครียดวิตกกังวลเกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี

ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรเรียนรู้วิธีการลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเลือกการใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม หรือการใช้ศาสนาเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวจิตใจจะสามารถช่วยลดความเครียดได้ การต้องการช่วยเหลือจากครอบครัว/ชุมชน ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความต้องการมีความรู้ และสามารถปฏิบัติได้จริง อยากให้เจ้าหน้าที่มาสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยที่บ้านให้มีความสำคัญในการปฏิบัติตัว อยากให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้าน และดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า หลังมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องทำให้มีการรักษาเป็นระยะ จึงเป็นการแก้ปัญหาที่ครอบคลุมทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับ Hass (2007); ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546) พบว่าสำหรับการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น ด้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เพื่อบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแลและการมีส่วนร่วมในการดูแลโดยชุมชนควรจัดบริการสุขภาพให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย โดยการจัดบริการสุขภาพที่เน้นคือ การจัดบริการต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร การพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง การสร้างเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและการใช้ชุมชนเป็นฐานจะสามารถพัฒนาทักษะและความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง

องค์ประกอบที่ 4 ด้านการออกแบบระบบบริการ

การให้บริการผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่เป็นผู้วินิจฉัยโรค ประจำคลินิก 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน คอยดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถานที่ในการให้บริการผู้ป่วยไม่สะดวกและไม่เป็นสัดส่วน เนื่องจากสถานที่ให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง มีเพียงพนักงกันด้านหน้า และเข้าซ้อนกับคลินิกอื่น ๆ ทำให้ผู้ให้บริการและผู้มารับบริการไม่สะดวก ไม่เป็นส่วนตัว ไม่มีแนวทางในการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องไปรับยารวมกับผู้ป่วยทั่วไปทำให้เกิดความล่าช้า และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ไม่ได้เน้นในเรื่องอาการข้างเคียงจากยาที่อาจพบได้ การลงบันทึกข้อมูลล่าช้าเนื่องจากต้องรอการแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจร่างกายจากพยาบาลประจำคลินิกจึงลงผลเพิ่มเติมในระบบข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ด้านการเยี่ยมบ้าน ไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีแนวทางหรือแผนในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจนและครอบคลุม

หลังการพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า มีการจัด อสม.หมื่นเวียนช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย วันละ 4 คน ทำให้การให้บริการสะดวก รวดเร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ การจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ จัดอัตรากำลังที่เหมาะสมกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน พัฒนาพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ (อรษา ขวัญเมือง, 2548) จัดทำขั้นตอนการให้บริการให้ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็วแบบสิ้นสุดในจุดเดียว (One stop services) เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการรับบัตรคิว และการค้นแฟ้มประวัติการรักษา การเจาะเลือด การประเมินภาวะสุขภาพ การซักประวัติและการตรวจร่างกาย การจัดกิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมการออกกำลังกาย การตรวจรักษาและให้คำปรึกษา



การจ่ายยาและให้คำปรึกษาเรื่องยา แนวทางการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง จัดทำระบบนัดและการติดตามผู้ป่วยให้มารับบริการอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยทีมสุขภาพตำบล และมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข การจัดสถานที่ในการจัดบริการให้เป็นสัดส่วน (ภัชราภรณ์ถาบุตร, 2551; อนงค์ นันทสมบุรณ์ และคณะ, 2549; สมรหมาย หนูทอง, 2550; นิรนาท พลยั้ง, 2551)

องค์ประกอบที่ 5 ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ

การวินิจฉัยเมื่อพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ จะให้การดูแลตามแนวปฏิบัติของ แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน โดยพยาบาลประจำคลินิกจะซักประวัติ ตรวจสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ตรวจวินิจฉัย พร้อมทั้งให้ข้อมูลเรื่องโรคเบาหวาน แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FBS และ urine albumin ลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ ผ่านทะเบียนทางคอมพิวเตอร์โดยใช้ระบบ JHCIS และสมุดทะเบียนชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า ให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยเรื่องโรคเรื้อรัง การปฏิบัติตน อาหาร ยา การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ โรคแทรกซ้อน ให้แผ่นพับเรื่องโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง แนะนำขั้นตอน การมาตรวจรักษา ลงทะเบียนในแฟ้มอนามัยครอบครัว การรักษาตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยอ้างอิงมาจากคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

องค์ประกอบที่ 6 ด้านระบบข้อมูลทางคลินิก

ในการบันทึกข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการบันทึกหลายรูปแบบ เช่น แฟ้มอนามัยครอบครัว สมุดทะเบียนผู้ป่วย ฐานข้อมูล JHCIS จากการศึกษาพบว่า ในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ละคนนั้น ต้องบันทึกในเวชระเบียน 3 อย่าง คือ ฐานข้อมูลโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แฟ้มอนามัยครอบครัว สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในแต่ละปีในการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องระหว่างคลินิกโรคเรื้อรัง กับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลหมู่บ้านนั้นพบว่า มีการส่งต่อข้อมูลสม่ำเสมอ และคลินิกโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีการติดตามข้อมูลตอบกลับว่าการดูแลผู้ป่วย และมีการส่งต่อเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขดูแล และให้ช่วยติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดนัด ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (2552) และนิระมล สมตัว (2550) ในการบันทึกข้อมูล พบว่า การจัดทำแบบบันทึกข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ข้อมูลผู้ป่วยประกอบด้วย ชื่อ-สกุล ที่อยู่ อาการระดับน้ำตาลในเลือด การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ปัญหาของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย

การพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในครั้งนี้ ได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์มาร่วมคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจวางแผนในการดำเนินการรวมถึงการประสานงานกันของทุก ๆ ฝ่าย พบว่าเกิดการร่วมมือกันวางแผนการดำเนินการจะทำให้กลุ่มรู้สึก เป็นเจ้าของปัญหาเกิดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ และในการพัฒนาครั้งนี้ได้มีการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ทั้งในคลินิกและชุมชน โดยผ่านกิจกรรมที่ทางชุมชนได้ตัดสินใจเลือก ได้แก่ การให้ความรู้ในกลุ่มผู้ให้บริการ การให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่มผู้นำองค์กรชุมชน ฉะนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในชุมชนโดยการดึงศักยภาพของชุมชนเข้ามามีส่วนสนับสนุน การดูแลช่วยเหลือ



โดยใช้ปัญหา ความต้องการ และร่วมกันวางแผนการปฏิบัติร่วมกันซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในชุมชนอย่างยั่งยืน ดังการศึกษาของ วิไลวรรณ เทียมประชา (2547) ที่กล่าวถึงการสนับสนุนจาก ครอบครัวและชุมชน โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ มาสนับสนุน เช่นการให้ความรู้ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วย การจัดตั้งเครือข่ายผู้ให้การสนับสนุนและจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง อีกทั้งชุมชนได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดต่อการเจ็บป่วยมีความรู้ความเข้าใจสภาพปัญหาและการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สรรสิทธิ์ พันธุ์สินทวีสุข (2551) ที่พบว่าการพัฒนาความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ดูแล ตัวแทนองค์กรในชุมชน ตัวแทนหน่วยงานท้องถิ่นและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยชุมชนได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ด้าน ซึ่งสนับสนุนจากชุมชนเป็นการเสริมแรงที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

5.3.2 ทฤษฎีการจัดการคุณภาพของไคเซ็น (Kaizen,1986) 4 ประการ

การตัดสินใจขั้นตอนในการทำงานที่ไม่จำเป็นในกระบวนการออกไป

การตัดสินใจขั้นตอนเพื่อทำงานให้น้อยลงด้วยการปรับปรุงระบบใหม่ ด้วยการปรับปรุงงาน เพื่อให้งานนั้น บรรลุเป้าหมายได้ดีกว่าเดิม จึงมุ่งเป้าไปที่การเสริมสร้างศักยภาพของกลุ่มเป้าหมาย ทุก ระดับ ทุกหน่วยงาน ในการรู้จักบริหารจัดการกับความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงานที่จุด ปฏิบัติงาน การดำเนินการจะต้องมีการวางแผน และกำหนดเป้าหมายอย่างรอบคอบเพื่อหลีกเลี่ยงความ เสี่ยงต่อความล้มเหลวของการดำเนินงาน จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล ผู้ป่วย ร่วมกันแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ขั้นตอนบริการเดิม เพื่อเปลี่ยนแปลงให้เป็นระบบใหม่โดยตัด ขั้นตอนที่ไม่จำเป็นที่ทำให้เสียเวลา ออกไป เช่น การให้คำแนะนำที่จุดบริการ นำไปรวมในการชี้แจง ขั้นตอนจุดกลุ่มสัมพันธ์ การสอบถามข้อมูลเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ให้สอบถามเฉพาะที่จำเป็นนำไปใช้ประโยชน์ ได้

การรวมขั้นตอนการทำงานเข้าด้วยกัน

เพื่อประหยัดเวลา หรือ ค่าใช้จ่ายในการทำงาน เช่น การจัดบริการผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับ บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว การให้สุขศึกษาขณะรอตรวจ นำไปรวมในการเข้ากลุ่มสัมพันธ์ที่จุดเดียว ทำ ให้ลดระยะเวลาบริการได้ 50 นาที ลดระยะเวลาในการรับบริการและการรอรับผู้ป่วยของญาติ สำหรับการดำเนินกิจกรรม จะต้องมีความต่อเนื่องตามแนวทางการปรับปรุงและขอบเขตที่กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนโดยได้รับความร่วมมือจากทีมงานและบุคลากรทุกคน

การจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม

มีการจัดลำดับขั้นตอนการบริการให้เหมาะสมกับสภาพปัจจุบัน ไม่มีข้อจำกัดในเรื่อง พื้นฐานความรู้ใด ๆ รู้และวัดผลได้ทันทีไม่ต้องรอ ไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ และเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ จำเป็นที่จะต้องสร้างสมสำหรับจะก้าวไปสู่ความสำเร็จได้ง่ายและเร็วขึ้น มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน มีการระบุงิจกรรมมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยการมีส่วนร่วมของญาติและแกนนำ ร่วมกับทีมสห วิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด โภชนากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่วยกันพัฒนาคุณภาพบริการให้เหมาะสมกับบริบท

การปรับปรุงวิธีการทำงาน ให้ทำงานได้ง่ายขึ้น

เป็นการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีระบบ โดยมีการร่วมมือและประสานงาน



ระหว่างทีมงานข้ามสายงาน (Cross-functional Team) ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องจากฝ่ายงานต่าง ๆ ตลอดจนทีมงานปรับปรุงกระบวนการ และหัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน และการร่วมเสนอแนะแนวทางปรับปรุงแก้ไขเมื่อพบปัญหา มีการนิเทศ ติดตาม มีการประสาน ประสานสัมพันธ์ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและชุมชน มีการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ร่วมปฏิบัติ ร่วมกันออกแบบบริการ นำระบบบริการที่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบและปฏิบัติตาม มีการติดตาม ประเมินผลเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ต่อไป

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 บุคลากรในระบบ

ปัญหาที่พบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วย มีเพียง 2 คน ทำให้ไม่เพียงพอในการให้บริการผู้ป่วย ทำให้การให้บริการล่าช้า ไม่ครบกระบวนการ

ข้อเสนอแนะ และการแก้ไข กำหนดวัน เวลาในการให้บริการที่ชัดเจน มีการจัดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามาเป็นจิตอาสาช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย วันละ 4 คนในวันให้บริการ ทำให้สะดวก รวดเร็ว เป็นไปตามกระบวนการ มีเจ้าหน้าที่รองรับบัตรคิวในวันรับบริการตามเวลานัดหมาย

5.4.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัญหาที่พบ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการบางราย มาเจาะเลือดเสร็จแล้วกลับไปรับประทานอาหารที่บ้าน ทำให้เสียเวลาในการเข้ารับบริการ ผู้ป่วยต้องการมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนและต่อเนื่อง เช่น จัดกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ การออกกำลังกาย อาหารที่ควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยง การใช้ยาที่ถูกต้อง การจัดตั้งชมรมในการดูแลสมาชิก การเยี่ยมบ้าน

ข้อเสนอแนะ และการแก้ไข มีการจัดอาหารเช้าให้กับผู้ป่วยเนื่องจากมารับบริการตั้งแต่เช้า มีการเข้ากลุ่มสัมพันธ์เดือนละ 1 ครั้งโดยมีกิจกรรมให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติในเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ มีการจัดทำแผนที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อความสะดวกในการเยี่ยมบ้าน มีการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการระดมทุนจากชุมชนและผู้ป่วย เพื่อจัดสวัสดิการให้กับผู้ป่วย มีการคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้นแบบ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี และสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วยให้เกิดความยั่งยืน

5.4.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัญหาที่พบ ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ถูกต้อง ไม่มีกิจกรรมในระหว่างรอรับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ และการแก้ไข มีการจัดอบรมให้ความรู้ให้กับผู้ป่วย แก่นนำและญาติ ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง มีการจัดบอร์ดให้ความรู้กับผู้มารับบริการ มีการเชิญชวนให้ญาติเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามความสมัครใจ

5.4.4 สถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า

ปัญหาที่พบ สถานที่ให้บริการที่คลินิกบริการ อยู่รวมกันในจุดเดียวกันกับการให้บริการผู้ป่วยตรวจรักษาโรคทั่วไป ทำให้บริการล่าช้า ผู้ป่วยสับสน ในช่วงเวลาที่มาใช้บริการพร้อมกัน ควรมีจุดบริการเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่รวมกับผู้ป่วยโรคทั่วไป มีจุดพักญาติที่สะดวกเป็นสัดส่วน มีที่จอดรถที่เป็นสัดส่วนมีระเบียบ



ข้อเสนอแนะ และการแก้ไข มีการจัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน มีป้ายชี้ชัดเจน มีการนัดหมายเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีจุดบริการอาหาร น้ำดื่ม มีที่พักญาติที่สามารถให้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องสุขภาพในระหว่างรอผู้ป่วย เพื่อเป็นประโยชน์กับญาติและลดความกังวลในระหว่างรอ มีที่จอดรถที่สะดวกให้กับผู้มารับบริการ เพื่อเป็นการสร้างคุณค่าในงานบริการให้ผู้มารับบริการเห็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

5.4.5 งบประมาณ

ปัญหาที่พบ มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย เพียงเล็กน้อยไม่เพียงพอในการจัดบริการให้ผู้ป่วยให้ได้รับความสะดวกมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ และการแก้ไข มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการตามระบบใหม่ โดยแจ้งให้ผู้ป่วยและชุมชนรับทราบ มีการระดมทุนจากชุมชนโดยรับบริจาค จากผู้มีจิตศรัทธาและผู้ป่วย เพื่อเป็นกองทุนในการจัดสวัสดิการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

5.4.6 ด้านอื่น ๆ

การศึกษาค้นคว้า พบว่า มีข้อจำกัดด้านระยะเวลา ได้แก่ ระยะเวลาดำเนินการสั้นเกินไป คือจากเดือน ตุลาคม 2555 – เมษายน 2556 โดยใช้เวลาเพียง 7 เดือน ซึ่งน้อยไป ไม่เพียงพอในการประเมินผล ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในทุกข้อได้ ในโอกาสต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการตามกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทุกเดือน เพื่อประเมินผลเป็นระยะ เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไปเพื่อนำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแก้ไขไปเรื่อย ๆ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น
2. ควรเน้นการให้ข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และชุมชน เพื่อสร้างคุณค่า และพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จะทำให้เกิดความยั่งยืน
3. ควรสนับสนุนให้วัด และโรงเรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อสร้างคุณค่าในการดำเนินงาน เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน มีส่วนรับผิดชอบร่วมกัน
4. ควรศึกษาเปรียบเทียบ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รับยาที่โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการอื่น ๆ



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). แผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณี
ปกติ คณะที่10 การควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ 2552. นนทบุรี:

กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แนวปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับ
ศูนย์สุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก.

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข. (2551). แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเรื้อรัง)
แบบครบวงจร. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). ผลการดำเนินงานการพัฒนา
ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2546). การศึกษาและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
บนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นอีสาน. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

ฉกาจ ผ่องอักษร. (2547). การออกกำลังกายกับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: คัลเลอร์ฮาร์โมนี.

ชาญชัย พิทยศักดิ์. (2547). การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลลาดใหญ่ อำเภอมะนัง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชาติ ไทยเจริญ. (2547). การศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรในองค์การบริหารส่วนตำบล
เขตจังหวัดกาฬสินธุ์ต่อการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชาрина ไชยนา. (2548). การประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
โดยมีส่วนร่วมของชุมชนในบ้านมอญ อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชูชัย ศรีขำนิ. (2550). แนวทางเวชปฏิบัติโครงการบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและภาวะ
ที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ:
ศรีเมืองการพิมพ์.

ทวีป ศิริรัมย์. (2547). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. กรุงเทพฯ:
สำนักงานสารสนเทศทางการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.

ทองใบ สดขารี. (2545). ทฤษฎีองค์การวิเคราะห์แนวความคิด ทฤษฎี และการประยุกต์.
อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี คณะวิทยาการจัดการ.

เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2553). ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

ธิตี สนับบุญ และวารานนท์ วงศ์ถาวรวัฒน์. (2549). การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม.
กรุงเทพฯ: โครงการตำราอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิระมล สมตัว. (2550). การศึกษาระบบข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน : กรณีศึกษา
ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- นีนนาท พลยิ่ง. (2551). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. การศึกษาอิสระ
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
เบญจวรรณ อุ่นฤทธิ์. (2546). การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานเอนามัยโนนแดง
ตำบลลำชีอำเภอน้อยชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. การศึกษาค้นคว้าอิสระทางสาธารณสุข
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ประกายรุ่ง จวนสา. (2552). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านดงแคนใหญ่
ตำบลดงแคนใหญ่ อำเภอดำเนินแก้ว จังหวัดยโสธร. การศึกษาอิสระปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปัทมา โกมุทบุตร. (2551). ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง นวัตกรรมเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งของระบบ
สุขภาพปฐมภูมิ. เวชปฏิบัติปริทัศน์คลินิก, 24(4), 316-324, เมษายน.
- ปิยธิดา ไชยสนาม. (2553). การพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์สุขภาพ
ชุมชน. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพชรรัตน์ แดงน้อย. (2552). การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับครอบครัวผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม. การศึกษาอิสระปริญญา
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภัชราภรณ์ ฤๅบุตร. (2551). การพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของคลินิก
เบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี จังหวัดขอนแก่น. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภาวนา กิริยัตตวงษ์. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนมติสำหรับการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2.
ชลบุรี: ชลบุรีพีเพรส.
- มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, วรเดช ช่างแก้ว, ชิตสุรางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, เพ็ญจมาศ คำธนะ,
บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, พิสมัย อานัญจวนิชย์ และเพ็ญศรี เมาระพงษ์. (2551). พฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี.
รายงานการวิจัย. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี สถาบันพระบรมราชชนก.
- มนทิพา ทรงพานิช. (2552). แนวทางการจัดบริการโปรแกรมสุขภาวะแบบผสมผสานสำหรับ
ผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการสุขภาพ. นนทบุรี: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ยงยุทธ เอี่ยมฤทธิ์. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน
ของบุคลากร จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ยุพาพร มาพะเนา. (2552). การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวในคลินิก
เบาหวาน. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เยาวลักษณ์ วงศ์ชาญศรี. (2550). การจัดการเพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม.



- ระพีพรรณ นันทะนา. (2549). การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาคอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลเลย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า. (2555). สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- วรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2550). การบริหารงานสาธารณสุขท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- วรรณิ ธิริยานัน, สาทิต วรรณแสง และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2550). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย.
- วรารณห์ วงศ์ถาวรวัฒน์ และวิทยา ศรีดามา. (2545). Thiazolidinedione. ใน วิทยา ศรีดามา. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. หน้า 50. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลา ตันตโยทัย และสุนทรี นาคะเสถียร. (2553). โครงการอบรมผู้ให้ความรู้เบาหวาน หลักสูตร ASEAN diabetes education (พื้นฐาน). นครปฐม: ม.ป.พ.
- วิทยา ศรีดามา. (2543). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- วินิจ เกตุขำ และคมเพชร นัตรศุภกุล. (2522). กระบวนการกลุ่มศึกษา 325. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. (2544). ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://library.hsri.or.th>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2552].
- . (2544). การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://library.hsri.or.th> [สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2552].
- วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี และปัทมา โกมุตบุตร. (2551). การทบทวนวรรณกรรมเรื่องดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model). ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- วิไลวรรณ เทียมประชา. (2547). การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเชิงรุกแก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านหว้า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศุภสิทธิ์ พรหมนารุโนทัย. (2541). ต้นทุนและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองและโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. (2552). คู่มือหน่วยงานบริการปฐมภูมิการจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.
- สุทิน ศรีอัฐภาพร และวรรณิ นิธิยานันท์. (2548). โรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง. ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์ - สารคามเปเปอร์.



- สมรหมาย หนูทอง. (2550). *การพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลศรีธาตุ อำเภอสรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สร้อยรัตน์ พันธุ์สินทวีสุข. (2551). *การพัฒนาความสามารถการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธรรณสุข บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรัตน์ โคมินทร์. (2546). *โภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน*. ใน อภิชาติ วิษณุณรัตน์ (บรรณาธิการ). *ตำราโรคเบาหวานและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย*. ไม่มีเลขหน้า. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- ส. วาสนา ประวาลพฤกษ์. (2538). *นักรวบรวมวิจัยปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์พัฒนาหนังสือกรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ.
- สุวรรณชัย วัฒนาวิจิตรชัย และอรรถสิทธิ์ กาญจนสิทธิ์. (2540). *รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สถานีอนามัย อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- เสกสันต์ จันทนะ. (2551). *การจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานสาธรรณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2551). *รายงานประจำปี 2551*. ขอนแก่น: สำนักงานสาธรรณสุขจังหวัดขอนแก่น. 25-27
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *คู่มือบริหารกองทุน เล่ม 4*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2554*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธรรณสุข. (2554). *การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธรรณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธรรณสุข. *โครงการพัฒนาความรู้ กระบวนการสื่อสาร การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในยุทธการหนึ่งร้อยวันสัปดาห์ให้หลุด*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธรรณสุข.
- _____. (2552). *ประเด็นสารรณรงค์เบาหวานโลก*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://ncd.ddc.moph.go.th/ncd%20web1/data/Diabetes-52.doc> [สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2552].
- สำนักงานสาธรรณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2553). *รายงานประจำปี 2553*. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธรรณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.



- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2554). รายงานประจำปี 2553. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2554). สรุปผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ. ปีงบประมาณ 2554 งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2555). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). คู่มือบริหารกองทุน เล่ม 4 ปี 2553. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). แนวทางป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ใน:แนวทางการดำเนินงาน “โครงการสนองพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน” นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์,
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). โครงการพัฒนาความรู้ กระบวนการสื่อสาร การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในยุทธการหนึ่งร้อยวันสลัดมันให้หลุด. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2550). แผนเบาหวานแห่งชาติ. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://www.hiso.or.th/hiso/news_hiso/new_detail.php?news_id=719. [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2555].
- อนงค์ นันทสมบูรณ์ และคณะ. (2549). การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยการจัดการเชิงยุทธ. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 24(2), 60-69.
- อรชา ขวัญเมือง. (2548). การพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลอำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ และคณะ. (2549). แนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- อัมพร รัตนปริญญา และคณะ. (2548). รายงานโครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัยของอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.
- อัมพา สุทธิจำรูญ. (2550). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตและการให้ความรู้โรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- อุทัยทิพย์ เครือละม้าย และวินัย แก้วมณีวงศ์. (2544). รายงานการวิจัยสถานการณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. 3rded. Eaglewood Cliff: Prentice Hall.
- Kemmis, S. and Mc Taggart, R. (1988). *The Action Research Planner*. Melbourne : Deakin University Press. [online]. Available from: http://dcms.thailis.or.th/object2/36/html_metadata/36_268.xml [accessed 22 September 2006].



Promasatayaprot, V., Pongpanich, S., Hughes, D. and Srithamrongsawat, S. (2012).
Universal Coverage Health Care Reforms of Thailand : Researching the Role of
the Local Fund Health Security in Local Government Purchasers in the North –
Eastern Region of Thailand. *Journal of Medicine and Medical Sciences*,
3(1), 049-059, January.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
ภาพประกอบกิจกรรม



ภาพประกอบกิจกรรม



ภาพประกอบ ก.1 ประชุมทีมวิจัย



ภาพประกอบ ก.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการ



ภาพประกอบ ก.3 จัดรูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



ซักประวัติ / ตรวจสอบสุขภาพ



รับประทานอาหาร



เข้ากลุ่มสัมพันธ์



ฝึกปฏิบัติ



รับยา / คำแนะนำ



นัดหมายครั้งต่อไป

ภาพประกอบ ก. 4 ขั้นตอนบริการ ครั้งที่ 1





ซักประวัติ



ตรวจสอบสุขภาพ



รับประทานอาหาร



เข้ากลุ่มสัมพันธ์ / ฝึกปฏิบัติ



รับยา / คำแนะนำ



นัดหมายครั้งต่อไป

ภาพประกอบ ก. 5 ขั้นตอนบริการ ครั้งที่ 2



การเก็บข้อมูล



ภาพประกอบ ก.6 การสัมภาษณ์ข้อมูล



ภาพประกอบ ก.7 ประชุมสรุปผล/ถอดบทเรียน



ภาพประกอบ ก. 8 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามประเมินผล



ภาคผนวก ข
เครื่องมือวิจัย



แบบสัมภาษณ์เลขที่ A.....

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1

แบบสัมภาษณ์บุคลากรในระบบ (จนท.สาธารณสุข แกนนํา อสม. อปท.)

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
นาหว้า อำเภอนมด隆 จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่อง การพัฒนา
คุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมด隆
จังหวัดอุบลราชธานี แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน จำนวน 7 หน้า ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดำเนินงาน ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์บุคลากรในระบบ เกี่ยวกับการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อ
ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ
จำนวน 12 ข้อ

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ และมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านโปรดตอบหรือ
ให้ความคิดเห็นทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ทั้งนี้คำตอบและข้อคิดเห็นของท่านจะเป็น
ประโยชน์ในการพัฒนางานสาธารณสุข ต่อไป

ข้อความต่าง ๆ ที่ท่านให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับส่วนบุคคล จะไม่
นำไปเปิดเผยในที่สาธารณะ และไม่มีผลต่อการมารับบริการของท่านแต่อย่างใด แต่จะนำไปใช้ประโยชน์
ในการวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เท่านั้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณา ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

นางพุดิตา จันทร์ดอนแดง

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร. 084 – 8243438

วันที่เก็บข้อมูล.....



แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1

แบบสัมภาษณ์บุคลากรในระบบ (จนท.สาธารณสุข แขนงอสม. อปท.)

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
นาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
2. อายุ.....ปี (อายุเต็ม)
3. ระดับการศึกษา

() 1 ต่ำกว่าปริญญาตรี	() 2 ปริญญาตรี
() 3 ปริญญาโท	() 4 อื่น ๆ (ระบุ).....
4. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย/หย่า/แยก
5. สถานที่ทำงาน

() 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	() 2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
() 3 ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	() 4 อื่น ๆ (ระบุ).....
6. ตำแหน่ง

() 1 ผู้อำนวยการรพ.สต.	() 2 นักวิชาการสาธารณสุข
() 3 พยาบาลวิชาชีพ	() 4 ลูกจ้างชั่วคราว
() 5 สมาชิก อบต.	() 6 อสม.
() 7 ผู้นำชุมชน	() 8 อื่น ๆ (ระบุ).....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
8. ประสบการณ์ทำงาน เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง.....ปี
9. การฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1 โรคเบาหวาน	() 2 โรคความดันโลหิตสูง
() 3 โรคหลอดเลือดสมอง	() 4 อัมพฤกษ์ อัมพาต
() 5 โรคหัวใจขาดเลือด	() 6 อื่น ๆ (ระบุ).....
10. การรับข่าวสารโรคเรื้อรังจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	() 2 อสม.
() 3 วิทยุ	() 4 โทรทัศน์
() 5 หนังสือพิมพ์ วารสารอื่น ๆ	() 6 อื่น ๆ (ระบุ).....



ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี แบบสัมภาษณ์ แบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ด้าน และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติมาก	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติน้อย	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน

การมีส่วนร่วมในด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มี 6 ข้อ

1. ท่านมีบทบาท ในการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

2. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผน การวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

3. ท่านมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

การใช้ยา และการรักษา (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

4. ท่านมีส่วนร่วม ในการออกแบบบริการ โดยกำหนด กิจกรรม ขั้นตอนการจัดระบบบริการหน่วยบริการใน

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....



5. ท่านมีบทบาท ในการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยในการมาตรวจตามนัด การประชุม อบรม การเข้าร่วมกิจกรรม (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

6. ท่านมีบทบาท ในการสนับสนุนการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มีทะเบียนประวัติผู้ป่วย มีการจัดระบบบริการ (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

การมีส่วนร่วมในด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)

มี 4 ข้อ

1. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในการตัดสินใจตอนที่ไม่จำเป็นต้องออกไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการที่รวดเร็วขึ้น (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

2. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

3. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม เพื่อให้ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

4. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยการปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้การจัดระบบบริการมีระบบ มีการนิเทศ ติดตาม มีมาตรฐาน และทำงานได้ง่ายขึ้น (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....



ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์บุคลากรในระบบ เกี่ยวกับการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี แบบสัมภาษณ์นี้แบ่งข้อมูลออกเป็น 3 ด้าน และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติมาก	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติน้อย	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน

ด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มี 6 ข้อ

1. หน่วยบริการท่าน (รพ.สต.) มีการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

2. หน่วยบริการท่าน (รพ.สต.) มีการวางแผน การวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

3. หน่วยบริการท่าน (รพ.สต.) มีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการมารักษา (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

4. หน่วยบริการท่าน (รพ.สต.) มีการออกแบบบริการ โดยกำหนด กิจกรรม ขั้นตอนการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....



5. หน่วยบริการท่าน (รพ.สต.) มีการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยในการมาตรวจตามนัด การประชุม อบรม การเข้าร่วมกิจกรรม (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

6. หน่วยบริการท่าน (รพ.สต.) มีการสนับสนุนการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มีทะเบียนประวัติผู้ป่วย มีการจัดระบบบริการ (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

ด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) มี 4 ข้อ

1. หน่วยบริการท่าน (รพ.สต.) มีการวางแผนการจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไปเพื่อทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

2. หน่วยบริการท่าน (รพ.สต.) มีการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

3. หน่วยบริการท่าน (รพ.สต.) มีการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม เพื่อให้ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

4. หน่วยบริการท่าน (รพ.สต.) มีการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยการปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้การจัดระบบบริการมีระบบ มีการนิเทศ ติดตาม มีมาตรฐาน และทำงานได้ง่ายขึ้น (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....



ด้านอื่น ๆ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ มี 2 ข้อ

1. ปัญหาและอุปสรรค ที่ท่านพบจากการจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า มีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

2. ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล



แบบสัมภาษณ์เลขที่ B.....

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง)

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
นาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่อง การพัฒนา
คุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ
จังหวัดอุบลราชธานี แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน จำนวน 10 หน้า ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดำเนินงาน ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนา
คุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ เพื่อพัฒนา
คุณภาพระบบบริการ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อศึกษาปัจจัย
แห่งความสำเร็จ และปัญหา ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ จำนวน 18 ข้อ

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ และมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านโปรดตอบหรือ
ให้ความคิดเห็นทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ทั้งนี้คำตอบและข้อคิดเห็นของท่านจะเป็น
ประโยชน์ในการพัฒนางานสาธารณสุข ต่อไป

ข้อความต่าง ๆ ที่ท่านตอบตามแบบสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับส่วนบุคคล จะไม่
นำไปเปิดเผยในที่สาธารณะ และไม่มีผลต่อการมารับบริการของท่านแต่อย่างใด แต่จะนำไปใช้ประโยชน์
ในการวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เท่านั้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณา ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

นางพุดิตา จันทร์ดอนแดง

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร. 084 – 8243438

วันที่เก็บข้อมูล.....



แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2
แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง)

**เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 นาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา

() 1 ประถมศึกษา	() 2 มัธยมศึกษาตอนต้น
() 3 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	() 4 ปวส./อนุปริญญา
() 5 ปริญญาตรี	() 6 สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ

() 1 ไม่ได้ทำงาน	() 2 เกษตรกรรม
() 3 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	() 4 รับจ้างทั่วไป
() 5 ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	() 6 อื่น ๆ ระบุ.....
5. สิทธิในการรักษาพยาบาล

() 1 เบิกได้ (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	
() 2 บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค)	
() 3 ประกันสังคม	() อื่น ๆ ระบุ.....
6. สภาวะสุขภาพท่านในปัจจุบันระบุ (ระดับน้ำตาลในเลือด / ความดันโลหิต).....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
8. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย.....ปี
- 9' ในการมารับบริการแต่ละครั้งเสียค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง..... ครั้งละประมาณ.....บาท
10. ในการมารับบริการแต่ละครั้งใช้เวลาในการรับบริการ ครั้งละประมาณ..... นาที
11. ในการเดินทางมารับบริการแต่ละครั้งโดยวิธีใด

() 1 รถจักรยานยนต์	() 2 รถยนต์	() 3 อื่น ๆ ระบุ.....
---------------------	--------------	------------------------
12. การรับข่าวสารโรคเรื้อรังจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	() 2 อสม.
() 3 วิทยุ	() 4 โทรทัศน์
() 5 หนังสือพิมพ์ วารสารอื่น ๆ	() 6 อื่น ๆ (ระบุ).....



ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอนมดชนะ จังหวัดอุบลราชธานี แบบสัมภาษณ์นี้แบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ด้าน และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติมาก	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน	
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน	
ปฏิบัติน้อย	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน	
ข้อความเชิงนิมิต	ค่าคะแนน	ข้อความเชิงนิเสธ	ค่าคะแนน
มาก	3	มาก	1
ปานกลาง	2	ปานกลาง	2
น้อย	1	น้อย	3

การมีส่วนร่วมในด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มี 6 ข้อ

1. ท่านมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

2. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผน การวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

3. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

การใช้ยา และการรักษา (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....



4. ท่านมีส่วนร่วม ในการออกแบบบริการ โดยกำหนด กิจกรรม ขั้นตอนการจัดระบบบริการหน่วยบริการใน

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

5. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนมาตรฐานตามนัด การเข้าร่วมประชุม อบรม การเข้าร่วมกิจกรรม (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

6. ท่านมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มีทะเบียนประวัติผู้ป่วย มีการจัดระบบบริการ (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

การมีส่วนร่วมในด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)

มี 4 ข้อ

1. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในการตัดสินใจขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

2. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนเพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

3. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม เพื่อให้ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....



4. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยการปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้การจัดระบบบริการมีระบบ มีการนิเทศ ติดตาม มีมาตรฐาน และทำงานได้ง่ายขึ้น (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

แบบสัมภาษณ์นี้แบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ด้าน และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

พึงพอใจมาก หมายถึง มีความพึงพอใจในการได้รับประโยชน์ตามข้อความนั้น ๆ

เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน

พึงพอใจปานกลาง หมายถึง มีความพึงพอใจในการได้รับประโยชน์ตามข้อความนั้น ๆ

เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน

พึงพอใจน้อย หมายถึง มีความพึงพอใจในการได้รับประโยชน์ตามข้อความนั้น ๆ

เป็นส่วนน้อย ให้ 1 คะแนน

ข้อความเชิงนิมิต	ค่าคะแนน	ข้อความเชิงนิเสธ	ค่าคะแนน
มาก	3	มาก	1
ปานกลาง	2	ปานกลาง	2
น้อย	1	น้อย	3

ความพึงพอใจในการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มี 6 ข้อ

1. ท่านพึงพอใจ ในการได้รับความช่วยเหลือจากองค์การบริหารส่วนตำบล และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

2. ท่านพึงพอใจ ในการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

3. ท่านพึงพอใจ ที่มีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การมารักษา (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....



4. ท่านพึงพอใจ ในการออกแบบการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยทำงานร่วมกันเป็นทีม-สหวิชาชีพ และ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เช่น.การเข้ากลุ่มสัมพันธ์ การเยี่ยมบ้าน (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

..

5. ท่านพึงพอใจ ที่มีการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย ในการเข้ารับการรักษา การมาตรวจตามนัด การประชุม อบรม การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

6. ท่านพึงพอใจ ที่มีการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มีทะเบียนประวัติที่ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

ความพึงพอใจในด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)

มี 4 ข้อ

1. การเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ท่านพึงพอใจ กับการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น การถาม ข้อมูลเดิมซ้ำๆ และกรอกข้อมูล เดิมที่ซ้ำ ๆ เพื่อทำให้ผู้ป่วยได้รับการที่รวดเร็วขึ้น (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

2. การจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ท่านพึงพอใจ กับการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่น.การจัดบริการ ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว เพื่อประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

3. ท่านพึงพอใจ ในการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม เช่น.จัดกิจกรรมตามลำดับขั้นตอน.เพื่อให้ ผู้ป่วย ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....



4. ท่านพึงพอใจ ในการกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงวิธีการทำงานใหม่ เช่น ทำงานให้มีระบบ มีมาตรฐานที่กำหนด มีการนิเทศ ติดตาม (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหา ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยการประยุกต์ใช้นโยบาย 3 อ. ตัวชี้วัด (KPI) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของจังหวัดอุบลราชธานี แบบสัมภาษณ์นี้แบ่งข้อมูลออกเป็น 3 ด้าน และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง	ไม่แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ ให้ 1 คะแนน

ข้อความเชิงนิมิต	ค่าคะแนน	ข้อความเชิงนิเสธ	ค่าคะแนน
มาก	3	มาก	1
ปานกลาง	2	ปานกลาง	2
น้อย	1	น้อย	3

พฤติกรรมด้านการบริโภค มี 5 ข้อ

1. ท่านมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ใน 1 มื้อ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก ผลไม้ (+)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

2. ท่านมีพฤติกรรมกินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ละมุด มะม่วงสุก มะขามหวาน (-)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

3. ท่านมีพฤติกรรมกินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว ดินประสิว) เช่น ลูกชิ้นเต๋ได้ หมูยอ

แหนม ปลาสาม (-)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....



4. ท่านมีพฤติกรรมกินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ (-)

() บ่อยครั้ง () บางครั้ง () ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

5. ท่านมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ (-)

() บ่อยครั้ง () บางครั้ง () ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย มี 3 ข้อ

1. ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมาท่านได้ออกกำลังกายหรือไม่ (นอกเหนือจากการทำงานบ้านหรืองานประจำ) (+)

() บ่อยครั้ง () บางครั้ง () ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

2. ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกายติดต่อกันแต่ละครั้งมากกว่า 30 นาที ขึ้นไป (+)

() บ่อยครั้ง () บางครั้ง () ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

3. ส่วนใหญ่ท่านออกกำลังกายทุกสัปดาห์ (+)

() บ่อยครั้ง () บางครั้ง () ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....



พฤติกรรมด้านอารมณ์ มี 10 ข้อ

1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเครียด วิตกกังวล หรือไม่สบายใจ (-)
☐ บ่อยครั้ง ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ปฏิบัติเลย
 เหตุผล เพราะ.....

2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีพฤติกรรมนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ (-)
☐ บ่อยครั้ง ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ปฏิบัติเลย
 เหตุผล เพราะ.....

3. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกไม่มีความสุข และเศร้าหมอง วุ่นวายใจ (-)
☐ บ่อยครั้ง ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ปฏิบัติเลย
 เหตุผล เพราะ.....

4. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต ตนเองไม่มีคุณค่า (-)
☐ บ่อยครั้ง ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ปฏิบัติเลย
 เหตุผล เพราะ.....

5. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ท่านมีการแสดงออกทำลายสิ่งของ หรือดูด่า
 กล่าวโทษผู้อื่น (-)
☐ บ่อยครั้ง ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ปฏิบัติเลย
 เหตุผล เพราะ.....

6. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ท่านมีการแสดงออกโดยการซื้อยาระงับประสาท
 หรือนอนหลับมารับประทาน (-)
☐ บ่อยครั้ง ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ปฏิบัติเลย
 เหตุผล เพราะ.....

7. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ท่านมีการแสดงออกโดยการทำงานอดิเรกที่ถนัด
 และชื่นชอบ เช่น ดูทีวี ทำสวน ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ (+)
☐ บ่อยครั้ง ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ปฏิบัติเลย
 เหตุผล เพราะ.....



8. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ท่านมีการแสดงออกโดยการพูดคุยหรือปรึกษา
ผู้ใกล้ชิด เช่น พ่อ แม่ ญาติ เพื่อนสนิท (+)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

9. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ท่านมีการแสดงออกโดยการทำจิตใจให้สงบ เช่น
ไหว้พระ สวดมนต์ ทำบุญ (+)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

10. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ท่านมีการแสดงออกโดยการดื่มเครื่องดื่มที่มี
แอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ (-)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล



แบบสัมภาษณ์เลขที่ C.....

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 3

แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง)

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
นาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่อง การพัฒนา
คุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ
จังหวัดอุบลราชธานี แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน จำนวน 10 หน้า ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดำเนินงาน ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในการจัดระบบบริการ เพื่อ
พัฒนาคุณภาพระบบบริการ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับพฤติกรรมในการสนับสนุนการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วย เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหา ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ
จำนวน 23 ข้อ

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ และมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านโปรดตอบหรือ
ให้ความคิดเห็นทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ทั้งนี้คำตอบและข้อคิดเห็นของท่านจะเป็น
ประโยชน์ในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

ข้อความต่าง ๆ ที่ท่านตอบตามแบบสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับส่วนบุคคล จะไม่
นำไปเปิดเผยในที่สาธารณะ และไม่มีผลต่อการมารับบริการของท่านแต่อย่างใด แต่จะนำไปใช้ประโยชน์
ในการวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เท่านั้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณา ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

นางพุดิตา จันทร์ดอนแดง

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร. 084 – 8243438

วันที่เก็บข้อมูล.....



แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 3

แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง)

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
นาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา

() 1 ประถมศึกษา	() 2 มัธยมศึกษาตอนต้น
() 3 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	() 4 ปวส./อนุปริญญา
() 5 ปริญญาตรี	() 6 สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ

() 1 ไม่ได้ทำงาน	() 2 เกษตรกรรม
() 3 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	() 4 รับจ้างทั่วไป
() 5 ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	() 6 อื่น ๆ ระบุ.....
5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

() 1 พ่อ แม่ พี่ น้อง บุตร	() 2 ญาติ
() 3 ประชาชนในชุมชน	() 4 อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี
8. ผู้นำพาผู้ป่วยมารับบริการแต่ละครั้งส่วนใหญ่คือ.....
9. ในการนำผู้ป่วยมารับบริการแต่ละครั้ง ท่านใช้เวลาในการรอรับผู้ป่วย ครั้งละประมาณ.....นาที
10. ในการมารับบริการแต่ละครั้งใช้เวลาในการรับบริการ ครั้งละประมาณ.....นาที
11. ในการพาผู้ป่วยเดินทางมารับบริการแต่ละครั้งโดยวิธีใด

() 1 รถจักรยานยนต์	() 2 รถยนต์	() 3 อื่น ๆ ระบุ.....
---------------------	--------------	------------------------
12. การรับข่าวสารโรคเรื้อรังจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	() 2 อสม.
() 3 วิทยุ	() 4 โทรศัพท์
() 5 หนังสือพิมพ์ วารสารอื่น ๆ	() 6 อื่น ๆ (ระบุ).....



ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี แบบสัมภาษณ์นี้แบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ด้าน และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติมาก	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน	
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน	
ปฏิบัติน้อย	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน	
ข้อความเชิงนิมิต	ค่าคะแนน	ข้อความเชิงนิเสธ	ค่าคะแนน
มาก	3	มาก	1
ปานกลาง	2	ปานกลาง	2
น้อย	1	น้อย	3

การมีส่วนร่วมในด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มี 6 ข้อ

1. ท่านมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

2. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผน การวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

3. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

การใช้ยา และการรักษา (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....



4. ท่านมีส่วนร่วม ในการออกแบบบริการ โดยกำหนด กิจกรรม ขั้นตอนการจัดระบบบริการหน่วยบริการใน

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

5. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนมาตรฐานตามนัด การเข้าร่วมประชุม อบรม การเข้าร่วมกิจกรรมของ
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

6. ท่านมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มีทะเบียนประวัติ
ผู้ป่วย มีการจัดระบบบริการ (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

.การมีส่วนร่วมในด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)

มี 4_ข้อ

1. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในการตัดสินใจขั้นตอนที่ไม่จำเป็น
ออกไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

2. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เพื่อ
ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

3. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการจัดลำดับงานใหม่ให้
เหมาะสม เพื่อให้ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....



4. ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยการปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อให้การจัดระบบบริการมีระบบ มีการนิเทศ ติดตาม มีมาตรฐาน และทำงานได้ง่ายขึ้น (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986) เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี แบบสัมภาษณ์นี้แบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ด้าน และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

พึงพอใจมาก หมายถึง มีความพึงพอใจในการได้รับประโยชน์ตามข้อความนั้น ๆ

เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน

พึงพอใจปานกลาง หมายถึง มีความพึงพอใจในการได้รับประโยชน์ตามข้อความนั้น ๆ

เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน

พึงพอใจน้อย หมายถึง มีความพึงพอใจในการได้รับประโยชน์ตามข้อความนั้น ๆ

เป็นส่วนน้อย ให้ 1 คะแนน

ข้อความเชิงนิมิต	ค่าคะแนน	ข้อความเชิงนิเสธ	ค่าคะแนน
มาก	3	มาก	1
ปานกลาง	2	ปานกลาง	2
น้อย	1	น้อย	3

ความพึงพอใจในด้านการจัดระบบบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มี 6 ข้อ

1. ท่านพึงพอใจ ในการได้รับความช่วยเหลือจากองค์การบริหารส่วนตำบล และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....

2. ท่านพึงพอใจ ในการสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (+)

() มาก () ปานกลาง () น้อย

เหตุผล เพราะ.....



3. ท่านพึงพอใจ ที่มีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การมา
รักษา (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

4. ท่านพึงพอใจ ในการออกแบบการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยทำงานร่วมกันเป็นทีม-สหวิชาชีพ และ
การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเข้ากลุ่มสัมพันธ์ การเยี่ยมบ้าน (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

5. ท่านพึงพอใจ ที่มีการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย ในการเข้ารับการรักษา การมาตรวจตามนัด
การประชุม อบรม การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

6. ท่านพึงพอใจ ที่มีการจัดระบบข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มีทะเบียนประวัติที่ถูกต้อง
ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

ความพึงพอใจในด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ตามแนวคิดไคเซ็น (Kaizen, 1986)

มี 4 ข้อ

1. การเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ท่านพึงพอใจ กับการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น การถาม
ข้อมูลเดิมซ้ำ ๆ และกรอกข้อมูล เดิมที่ซ้ำ ๆ .เพื่อทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

2. การจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ท่านพึงพอใจ กับการรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เช่น การจัดบริการ
ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว เพื่อประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....



3. ท่านพึงพอใจ ในการจัดลำดับงานใหม่ให้เหมาะสม เช่น จัดกิจกรรมตามลำดับขั้นตอน เพื่อให้ ผู้ป่วย ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยไม่ต้องรอนาน (+)

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

4. ท่านพึงพอใจ ในการกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา และการสร้างกระบวนการทำงานใหม่ เช่น ทำงานให้มีระบบ มีมาตรฐานที่กำหนด มีการนิเทศ ติดตาม (+) .

() มาก

() ปานกลาง

() น้อย

เหตุผล เพราะ.....

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับพฤติกรรมในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหา ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประยุกต์ใช้นโยบาย 3 อ.ตัวชี้วัด (KPI) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของจังหวัดอุบลราชธานี แบบสัมภาษณ์นี้ แบ่งข้อมูลออกเป็น 3 ด้าน และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นส่วนมากเกือบทุกครั้งให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางส่วน ให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่แสดงออกในการทำงานตามข้อความนั้น ๆ ให้ 1 คะแนน

ข้อความเชิงนิมาน	ค่าคะแนน	ข้อความเชิงนิเสธ	ค่าคะแนน
มาก	3	มาก	1
ปานกลาง	2	ปานกลาง	2
น้อย	1	น้อย	3

พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร มี 5 ข้อ

1. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ใน 1 มื้อ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก ผลไม้ (+)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

2. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยกินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ละมุด มะม่วงสุก มะขามหวาน (-)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....



3. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยกินอาหารที่มีสารปรุงแต่ง (สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว ดินประสิว) เช่น ลูกชิ้นแต่งได้ หมูยอ แหนม ปลาสาม (-)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

4. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยกินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ (-)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

5. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ (-)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย มี 3 ข้อ

1. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยออกกำลังกายหรือไม่ (นอกเหนือจากการทำงานบ้านหรืองานประจำ) (+)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

2.. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยใช้เวลาในการออกกำลังกายติดต่อกันแต่ละครั้งมากกว่า 30 นาที ขึ้นไป (+)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

3. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยออกกำลังกายทุกสัปดาห์ (+)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

พฤติกรรมด้านอารมณ์ มี 10 ข้อ

1. เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรม เครียด วิตกกังวล หรือไม่สบายใจ ท่านได้พูดคุยให้กำลังใจ (+)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

2. เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรม นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ ท่านได้พูดคุยแนะนำให้กำลังใจ (+)

() บ่อยครั้ง

() บางครั้ง

() ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....



3. เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรม ไม่มีความสุข และเศร้าหมอง รุนแรงใจ ท่านได้พูดคุยแนะนำ ให้กำลังใจ (+)
 () บ่อยครั้ง () บางครั้ง () ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

4. เมื่อผู้ป่วยสูญเสียสิ่งของหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ท่านได้พูดคุยคอยให้กำลังใจ (+)

() บ่อยครั้ง () บางครั้ง () ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

5. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วย เครียด ไม่สบายใจ ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ร่มรื่น อากาศถ่ายเท ได้สะดวก (+)

() บ่อยครั้ง () บางครั้ง () ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

6. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วย เครียด ไม่สบายใจ ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยกินยาตามแพทย์สั่ง (+)

() บ่อยครั้ง () บางครั้ง () ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

7. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วย เครียด ไม่สบายใจ ท่านสนับสนุนให้ทำงานอดิเรกที่ถนัด และชื่นชอบ เช่น ดูทีวี ทำสวน ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ (+)

() บ่อยครั้ง () บางครั้ง () ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

8. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วย เครียด ไม่สบายใจ ท่านสนับสนุนให้พูดคุยหรือปรึกษาผู้ใกล้ชิด เช่น พ่อ แม่ ญาติ เพื่อนสนิท (+)

() บ่อยครั้ง () บางครั้ง () ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

9. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วย เครียด ไม่สบายใจ ท่านสนับสนุนให้ทำจิตใจให้สงบโดย ไหว้พระ สวดมนต์ ทำบุญ (+)

() บ่อยครั้ง () บางครั้ง () ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

10. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วย เครียด ไม่สบายใจ ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ (+)

() บ่อยครั้ง () บางครั้ง () ไม่ปฏิบัติเลย

เหตุผล เพราะ.....

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล



ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางพุดธิดา จันทร์ตอนแดง
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 17 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2510
จังหวัด และประเทศที่เกิด	อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2531 ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์อนามัย วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2537 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สศ.บ.) วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2556 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี 34170
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านเลขที่ 165 หมู่ 13 ตำบลหนองนกทา อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี 34170

