กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

สกสว
TSRI

รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัย

เรื่อง พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)









สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)

รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัย

เรื่อง พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่
สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริม
วิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)

รายงานการวิจัย เรื่อง พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

ที่ปรึกษา

1. นายแพทย์อัครฐาน จิตนุยานนท์	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
2. นายแพทย์สกานต์ บุนนาค	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
3. ว่าที่ รตท. แพทย์หญิงนภา ศิริวิวัฒนกุล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์
4. ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้วิจัย

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

1. นางกมลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
2. นางสาวจิตนภา วาณิชวโรตม์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
3. นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
4. นางพงางาม พงศ์จตุรวิทย์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

หน่วยงานร่วมวิจัย

1. โรงพยาบาลปัตตานี
2. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี
3. โรงพยาบาลโคกโพธิ์
4. โรงพยาบาลยะรัง
5. โรงพยาบาลมายอ
6. โรงพยาบาลปะนาเระ
7. โรงพยาบาลยะหริ่ง
8. โรงพยาบาลหนองจิก
9. โรงพยาบาลไม้แก่น

จัดทำโดย

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02 590 6211-3 โทรสาร 02 591 8277

ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)

ISBN 978-616-8322-03-1

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2565 จำนวน 50 เล่ม

บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด 64/2 หมู่ 5 ถ.บางกรวย-ไทรน้อย ต.บางกรวย อ.บางกรวย จ.นนทบุรี 11130

โทร : 085-367-4999

บทสรุปผู้บริหาร

สถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในมิติของผู้ป่วย: ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 มีการนัดมาพบแพทย์เดือนละครั้ง และเมื่อสามารถควบคุมอาการได้แพทย์จะนัดมาติดตามอาการทุก 2-3 เดือน ส่วนรูปแบบบริการการแพทย์วิถีใหม่ ต้องการให้มีรูปแบบที่มีการตั้งจุดตรวจคัดกรองเบื้องต้น เมื่อพบอาการผิดปกติจะมีช่องทางให้คำปรึกษาในระบบออนไลน์ เพื่อลดการไปพบแพทย์ ส่วนมิติบุคลากรทางการแพทย์: ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 แบ่งลักษณะผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็น 3 กลุ่มสี ได้แก่ กลุ่มสีเขียว กลุ่มสีเหลือง และกลุ่มสีแดง รูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ในอนาคตต้องการให้มีจุดคัดกรองที่มีอุปกรณ์การตรวจที่เพียงพอให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจได้ง่าย โดยต้องทำให้ประชาชนเข้าถึงจุดตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้นและจุดตรวจคัดกรองควรอยู่ใกล้บ้าน เพื่อทำให้เกิดการเข้าถึงของผู้ป่วยได้ง่าย จึงได้พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการปรับเปลี่ยนการนัดผู้ป่วยมาที่หน่วยบริการทุก 4 เดือน สำหรับในเดือนที่ไม่ได้มาที่หน่วยบริการให้ทำการบันทึกผลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือ Self-monitoring record มาส่งให้พยาบาลที่เป็น Case manager หรือผู้ที่มีหน้าที่ Triage ทุกครั้งที่มีการนัดหมายเพื่อรับยาตามปกติ ในกรณีที่ผลปกติสามารถเข้าช่องทาง Fast tract มาพบแพทย์ เพื่อพิจารณาปัญหาหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติ เพื่อนัดหรือจัดบริการให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นจึงสามารถนำไปเป็นรูปแบบสำหรับการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ หรือนำไปปรับปรุงรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันในพื้นที่อื่นๆ ได้ อย่างไรก็ตามด้วยบริบทที่แตกต่างกันอาจจะต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เหมาะสม นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ยังได้รับเสียงสะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ คือ ควรเพิ่มอุปกรณ์วัดความดันโลหิตและเครื่องเจาะน้ำตาลในเลือดให้เพียงพอ โดยคำนึงถึงจำนวนประชากร การกระจายตัวของประชากรในแต่ละพื้นที่ และเพิ่มระบบการตรวจสอบเครื่องมือ ในด้านความเที่ยง การบำรุงรักษา เพื่อให้เครื่องมือมีความพร้อมใช้งานอยู่เสมอ ส่วนในด้านบุคลกรควรมีการฝึกอบรม อสม. เพิ่มเติมให้มีความพร้อมในการดำเนินการตามรูปแบบ เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ เป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติ ด้านกระบวนการควรมีการขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนามาร่วมกระบวนการ จะทำให้ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้น และเพิ่มการจัดการระบบสื่อสาร ระบบการบันทึกข้อมูล เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกันทั้งระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย การสื่อสารทางไลน์ เนื่องจากบางพื้นที่ อสม. ไม่มีอินเตอร์เน็ต จะต้องรอให้ไปถึงที่ที่มีสัญญาณอินเตอร์เน็ตถึงจะสามารถส่งข้อมูลได้

ชื่อวิจัย: พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)
ปี พ.ศ.: 2565

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งสถานบริการสุขภาพ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องลดความแออัดของโรงพยาบาลและเพิ่มช่องทางในการรับบริการอื่นๆ นอกเหนือจากการมารับบริการที่สถานบริการโดยตรง
วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ ศึกษาประสิทธิผลและศึกษาต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยทำการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 48 คน วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการนำสถานการณ์และปัญหามาวิเคราะห์ร่วมกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อพัฒนารูปแบบ ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) ที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี จำนวน 6 โรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 388 คน รวมเป็น 1,552 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการคิดเชิงวิเคราะห์ ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .801 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ สถิติการแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนแบบมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วย สถิติ Repleted t-test ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาต้นทุนใช้วิธีการศึกษาต้นทุนทางบัญชี (Account costing) จากมุมมองผู้ให้บริการ (Provider’s perspective) การศึกษานี้ประมาณการต้นทุนที่ปีงบประมาณ 2564 จากฐานข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบผลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ Independent t test

1) สถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มิติของผู้ป่วย: ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 นัดมาพบแพทย์เดือนละครั้ง และเมื่อสามารถควบคุมอาการได้แพทย์จะนัดมาติดตามอาการทุก 2-3 เดือน ส่วนรูปแบบบริการการแพทย์วิธีใหม่ ต้องการให้มีรูปแบบที่มีการตั้งจุดตรวจคัดกรองเบื้องต้น เมื่อพบอาการผิดปกติ มีช่องทางให้คำปรึกษาในระบบออนไลน์ เพื่อลดการไปพบแพทย์ มิติบุคลากรทางการแพทย์ ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 แบ่งลักษณะผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็น 3 กลุ่มสี ได้แก่กลุ่มสีเขียว กลุ่มสีเหลือง และกลุ่มสีแดง รูปแบบการแพทย์วิธีใหม่ ในอนาคต ต้องการให้มีจุดคัดกรองที่มีอุปกรณ์การตรวจที่เพียงพอ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจได้ง่ายโดยต้องทำให้ประชาชนเข้าถึงจุดตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น และจุดตรวจคัดกรองควรอยู่ใกล้บ้าน เพื่อทำให้เกิดการเข้าถึงของผู้ป่วยได้ง่าย

2) รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปรับเปลี่ยนการนัดผู้ป่วยมาที่หน่วยบริการทุก 4 เดือน โดยในเดือนที่ไม่ได้มาที่หน่วยบริการทำการบันทึกผลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือ Self-monitoring record มาส่งให้ พยาบาล Case manager หรือผู้ที่มีหน้าที่ Triage ทุกครั้งที่นัดหมาย เพื่อรับยาตามปกติ ในกรณีที่ผลปกติสามารถเข้าช่องทาง Fast tract มาพบแพทย์ เพื่อพิจารณาปัญหาหรือปัจจัยที่ทำ ให้เกิดความผิดปกติเพื่อนัดหรือจัดบริการให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

3) ผลของการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่กลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า เพศ อายุ ระดับค่าน้ำตาลในเลือด ระดับความดันซิสโตลิก ระดับความดันไดแอสโตลิก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ด้านจำนวน visit พบว่า กลุ่มทดลองมาโรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง กลุ่มควบคุม มาโรงพยาบาลทั้ง 4 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

4) ศึกษาต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่ พบว่า ในกลุ่มโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การตรวจครั้งที่ 1 2 3 และ 4 ของกลุ่มที่ใช้รูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง

ชื่อวิจัย: The Development of New Normal Non-communicable Disease Service System Model for Diabetic and Hypertension Patients

Abstract

Background: The outbreak of COVID-19 has affected medical services which raised the concern that healthcare providers should reduce the congestion of patients in their settings and introduce an alternative service as a substitution of the on-site service.

Objectives: To study the current situation, to develop a new normal non-communicable disease (NCD) service system model for diabetic and hypertension patients and to evaluate efficacy and cost of the developed service model.

This research and Development study was divided into four 4 steps as follows: Step 1: Studying the situation by conducting a group discussion with 48 stakeholders selected by purposive sampling and analyzing the data using content analysis. Step 2: Developing a new NCD service system model for patients with diabetes and high blood pressure using data from content analysis in step 1 together with literature review. Step 3: Evaluating efficacy of the developed model on diabetic and hypertensive subjects with well-controlled (green) condition from 6 hospitals and sub-district health promoting hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Pattani Province. In this stage, the 1,552 volunteers were divided into the experimental and control groups with 388 subjects in each group. The research instrument included an analytical thinking questionnaire with IOC values between .67 – 1.00 and Cronbach's alpha coefficient of .801. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and repeated t-test to compare the results before and after using the model. Step 4: Analyzing cost using the account costing method from provider's perspective which estimated costs in the fiscal year 2021 from the database. Data were analyzed using average and independent t-test to compare the results in the control and experimental group. The results were as follows.

1) The situation of NCD service system for diabetic and hypertension patients from patients' aspect before the COVID-19 outbreak was that the doctor usually made an appointment once a month and followed up every 2-3 months after the conditioned was well-controlled. The patients required new normal service with preliminary screening checkpoints set up and online consulting channel to reduce doctor's visit. Form the health providers' aspect before the COVID-19 outbreak, the patients with NCD were divided into 3 groups: green, yellow and red. After the outbreak, adequate medical equipment at

screening point was required to allow better access in the screening stage for people. The screening points should be easily accessible and located close to patients' home.

2) A non-communicable disease (NCD) service system for diabetic and hypertension patients was modified according to data from situational analysis. The doctor appointment was scheduled every 4 months. During the period without doctor's visit, patients recorded their health status (self-monitoring record) and hand in to a case manager nurse or a nurse in charge of triage upon visit for chronic disease medication refill. For cases with abnormal condition, patients entered a fast track for doctor's visit in order to investigate the cause of abnormality and arrange proper treatment and further appointment.

3) The result after using the developed new normal NCD service system for diabetic and hypertension patients revealed that sex, age, blood sugar level, and systolic and diastolic pressure level between experimental and control group were no significant difference ($p<0.05$). In terms of number of visits, it was found that the experimental group and the control group came to the hospital 2 times and 4 times respectively which were significantly different ($p< 0.05$).

4) The cost analysis of traditional and new normal NCD service system for diabetic and hypertension patients showed that the cost of the 1^{st}, 2^{nd}, 3^{rd} and 4^{th} patient examinations of new normal NCD service system was significantly lower than that of traditional NCD service system ($p<0.05$).

Key words: New normal non-communicable disease, Diabetic, Hypertension

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเรื่องพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ได้สนับสนุนทุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และดำเนินโครงการ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ ศ.คลินิก นพ.วีระศักดิ์ ศรินนภากร นพ.อัครฐาน จิตนุยานนท์ นพ.สกานต์ บุนนาค ว่าที่ รตท.พญ.นภา ศิริวิวัฒนกุล นพ.วิรุฬห์ ลิขิตเลิศล้ำ ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม อาจารย์อำพล บุญเพียร อาจารย์เอกพล หมั่นพลศรี และนางดลธวรรณ อุนนะนันทน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจและความทุ่มเทของอาจารย์ทุกท่าน และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ได้อำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลในจังหวัดปัตตานี ผู้ปฏิบัติงานให้บริการกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประชาชนผู้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดีจนการศึกษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คณะผู้ดำเนินโครงการใคร่ขอบพระคุณและขอบคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2565

คำนำ

ปลายปี พ.ศ. 2562 เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน และเกิดการแพร่ระบาดของโรคอย่างรวดเร็วไปในหลายพื้นที่ ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันรายแรกและเป็นผู้ป่วยรายแรกนอกประเทศจีน เมื่อเดือนมกราคม 2563 จากนั้นมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วเป็นวงกว้างกระจายไปทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ จากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเกิดความยุ่งยากและซับซ้อน มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 เพื่อสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ตามหลักการ 2 P Safety: Professional and Patient Safety ลดความแออัด ลดการรอคอยของผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพ และเกิดการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพอย่างเป็นธรรมของประชาชน กระทรวงสาธารณสุข มอบหมายกรมการแพทย์ พัฒนารูปแบบการให้บริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) โดยกรมการแพทย์ร่วมกับมหาวิทยาลัย และภาคีเครือข่าย พัฒนาคู่มือการบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ขึ้นและนำไปทดลองใช้ โดยเลือกจังหวัดปัตตานีเป็นโครงการนำร่อง (Sand Box) ดำเนินการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ 4 ด้าน ได้แก่ ห้องผ่าตัดวิถีใหม่ ห้องฉุกเฉินวิถีใหม่ ห้องทันตกรรมวิถีใหม่ และระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนสนับสนุนการจัดระบบบริการทางการแพทย์ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่สนใจ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีส่วนช่วยให้การดำเนินวิจัยครั้งนี้ สำเร็จไปด้วยดี

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

หน้า

บทสรุปผู้บริหาร.....ก
บทคัดย่อ.....ข
กิตติกรรมประกาศ.....ฉ
คำนำ.....ช
สารบัญ.....ซ
สารบัญตาราง.....ญ
สารบัญรูป.....ฎ
สารบัญแผนภูมิ.....ฎ

บทที่

1 บทนำ.....1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1
คำถามการวิจัย.....3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....3
ขอบเขตของการวิจัย.....3
นิยามศัพท์เฉพาะ.....4
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....6
รูปแบบชีวิตวิถีใหม่ (New Normal).....6
การจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services).....8
การจัดระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง วิถีใหม่.....17
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....30
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....33
การศึกษาสถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.....33
การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.....35
การศึกษาผลของรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.....35
การศึกษาต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่.....41
ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.....67
ต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่.....76

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

4 ผลการวิจัย 43
ผลการศึกษาสถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 43
ผลการพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 66
5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ 77
สรุปผลการวิจัย 77
อภิปรายผล 79
ข้อเสนอแนะ 81
บรรณานุกรม 83
ภาคผนวก 89
ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย 90
ข แบบบันทึกข้อมูลการวิจัย 91
รูปภาพปรพกอบ 103

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร
ภาพรวมทั้งประเทศ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563.....18
ตารางที่ 2.2 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร
เขตสุขภาพที่ 12 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563.....19
ตารางที่ 2.3 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร
จังหวัดปัตตานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563.....20
ตารางที่ 2.4 แสดงอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร
ภาพรวมทั้งประเทศในปีงบประมาณ พ.ศ.2563.....21
ตารางที่ 2.5 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร
เขตสุขภาพที่ 12 งบประมาณ พ.ศ.2563.....22
ตารางที่ 2.6 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร
จังหวัดปัตตานี ในปี พ.ศ.2563.....22
ตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดระบบบริการ
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มโรคเบาหวาน.....67
ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....69
ตารางที่ 4.3 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดระบบบริการ
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง.....70
ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบผลการควบคุมความดันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....72
ตารางที่ 4.5 ความเชื่อมั่นของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการจัดระบบบริการ
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่.....74
ตารางที่ 4.6 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการจัดระบบบริการ
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่.....75
ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วย
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่.....76

สารบัญรูป

หน้า

รูปภาพที่ 2.1 แสดงรูปแบบการปรับโครงสร้างห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินวิถีใหม่ตามแนวคิดรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่.....14
รูปภาพที่ 2.2 แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและการจัดบริการตามความเสี่ยงและระดับความรุนแรง.....14
รูปภาพที่ 2.3 แสดงรูปแบบการปรับระบบห้องทันตกรรมวิถีใหม่ตามแนวคิดรูปแบบการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่.....15
รูปภาพที่ 2.4 แนวทางจัดการทางทันตกรรม.....15
รูปภาพที่ 2.5 รูปแบบการปรับระบบห้องผ่าตัดวิถีใหม่เป็นห้องความดันลบตามแนวคิดรูปแบบการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่.....16
รูปภาพที่ 2.6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่.....16
รูปภาพที่ 2.7 รูปแบบการแยกกลุ่มประเภทตามความเสี่ยงและการจัดกระบวนการรักษาที่เหมาะสมกับกลุ่มในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....17
รูปภาพที่ 2.8 กระบวนการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดี.....27
รูปภาพที่ 2.9 กระบวนการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคได้ปานกลาง.....28
รูปภาพที่ 2.10 กระบวนการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคได้ปานกลางและกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดี.....29

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 4.1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มโรคเบาหวาน.....68
แผนภูมิที่ 4.2 เปรียบเทียบผลการควบคุมความดันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....69
แผนภูมิที่ 4.3 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง.....71
แผนภูมิที่ 4.4 เปรียบเทียบผลการควบคุมความดันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....72

บทที่ 1
บทนำ

1. ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) หรือโรค NCDs เป็นกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญที่สุดของประชากรไทย อุบัติการณ์การเกิดโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้น (WHO, 2018) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกปี 2559 แสดงให้เห็นว่ามีประชากรโลกที่เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 15 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา โรคไม่ติดต่อ 4 โรค อยู่ใน 10 อันดับของสาเหตุการตายของประชากรไทย ในปี 2561 มีประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากถึง 320,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ย 37 คน ต่อชั่วโมง (HFOCUS, 2561) โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีประชากรไทยป่วยเป็นโรคดังกล่าวถึง 4 ล้านคน และ 16 ล้านคน ตามลำดับ เป็นสาเหตุให้เกิดโรคอื่นๆ ที่รุนแรงตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และการสูญเสียอวัยวะ เช่น แขนขาและดวงตา เป็นต้น ดังนั้นโรค NCDs จึงเป็นความท้าทายของเจ้าหน้าที่ในระบบสุขภาพปฐมภูมิในการปฏิบัติภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะการคิดค้นมาตรการสุขภาพ (Health intervention) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เนื่องจากจุดอ่อนที่สำคัญ คือ ประชาชนในวัยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ และไม่ได้รับการคัดกรอง ผู้ที่พบโรคจากการตรวจส่วนหนึ่งไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ยังไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร จากหลักฐานทางวิชาการระดับสากล พบว่าการรักษาอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ ต้องประกอบกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างการรักษาด้วย ประเทศไทยมีความก้าวหน้าบริการทางการแพทย์ด้านโรคไม่ติดต่อ แต่ยังขาดการปรับระบบบริการ (reorient health service) เพื่อให้เกิดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิผล ประสิทธิภาพที่ครอบคลุมทั้งประเทศ ด้วยปัญหาการจัดระบบบริการที่มีรูปแบบเดียวกันกับผู้ป่วยทุกกลุ่มไม่ว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคที่แตกต่างกัน ทำให้ประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการดูแลรักษาโรคไม่ดีเท่าที่ควร เกิดความไม่เสมอภาคในการใช้ระบบบริการและเกิดความแออัด จึงได้มีการกระจายผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการใกล้บ้านด้วยกระบวนการจัดบริการแบบย่อส่วน (ประภา ราชา, จารุภา คงรส และธนพร สดชื่น, 2563)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกในทุกๆ มิติ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้การดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนเปลี่ยนแปลงไป แต่ขณะเดียวกันสถานการณ์นี้ก็เป็นกลไกผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงและเกิดการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ ในหลายๆ ด้าน (เทื้อน ทองแก้ว, 2563) โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสาธารณสุขและการแพทย์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพแบบใหม่ที่เรียกว่า การแพทย์วิถีใหม่ หรือ New Normal Medical service เพื่อให้การบริการทางด้านการแพทย์มีประสิทธิภาพและช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถทำงานได้อย่างสะดวกและปลอดภัยยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นการปรับตัวเพื่อรองรับวิถีชีวิตใหม่

หรือ New Normal ในด้านต่างๆ กระทรวงสาธารณสุขได้เดินหน้าจัดระบบการบริการ “การแพทย์วิถีใหม่” โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานใน 3 เรื่องใหญ่ ประกอบด้วย 1) ความปลอดภัย แยกเป็น 3 ส่วน คือ การปรับโครงสร้างใหม่ การปรับระบบการทำงานใหม่และคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากร 2) ลดความแออัด โดยจัดกลุ่มประเภทผู้ป่วยให้ชัดเจน จัดบริการให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มและการใช้เทคโนโลยีร่วมด้วย ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตจะทำให้ 3) ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงและยกระดับคุณภาพของบริการทางการแพทย์ ทิศทางการดำเนินงานเป็นการปรับเปลี่ยนการบริการทางการแพทย์จากเดิมที่มุ่งเน้นมารับการรักษาที่โรงพยาบาล สู่การบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการรักษาให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล ออกแบบการบริการรูปแบบใหม่ นำระบบดิจิทัลเข้ามาบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับมาตรฐานการรักษาที่ดีขึ้นและมีความปลอดภัย ภายใต้หลักการ 2 P safety (กองบริหารสาธารณสุข, 2563)

ในช่วงปี 2563 กรมการแพทย์ ซึ่งมีภารกิจในการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยการศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์และการแพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิที่ยุ่งยากซับซ้อน ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งพัฒนาระบบ กลไก การดำเนินงานที่เอื้อหนุนต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) มีการดำเนินมาตรการและแนวทางการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์รูปแบบใหม่ (New Normal Medical Services) (กรมการแพทย์, 2563) เพื่อให้ผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์มีความปลอดภัยและได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานสมคุณค่า (Appropriate Medical Technology) จึงเริ่มดำเนินการนำร่อง “โครงการรูปแบบระบบบริการทางการแพทย์แบบใหม่ จังหวัดปัตตานี หรือ ปัตตานีโมเดล” โดยจัดบริการ 4 ด้าน ได้แก่ ห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน ห้องทันตกรรม และการดูแลรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ได้รับผิดชอบการพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People Center) ได้มีการจัดกลุ่มผู้ป่วย เพื่อจัดระบบบริการให้มีความเหมาะสมตามความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของโรค สนับสนุนกระบวนการการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา (Share care plan) และกระตุ้นศักยภาพของผู้ป่วยและสังคมให้สามารถติดตามภาวะสุขภาพของตนเอง (Self-monitor) ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถบริหารจัดการเวลาในแต่ละกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะนำไปสู่การมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ตลอดจนผู้ป่วยก็สามารถลดระยะเวลาในการรอคอยบริการและช่วยลดปัญหาความแออัดภายในโรงพยาบาลได้อีกทางหนึ่ง

ดังนั้น สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และสถานบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดปัตตานี ได้เล็งเห็นถึงความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาสถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดปัตตานี เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ตลอดจนจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งคาดหวังว่าผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นต้นแบบและแนวทางการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์ปกติหรือมี

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) และใช้พิจารณาการขยายผลรูปแบบบริการไปสู่พื้นที่อื่นๆ ต่อไป

2. คำถามการวิจัย

2.1 การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดปัตตานีรูปแบบเดิม เป็นอย่างไร

2.2 รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น เป็นอย่างไร

2.3 ผลของรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น เป็นอย่างไร

2.4 ต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่ เป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดปัตตานี

3.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

3.3 เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

3.4 เพื่อศึกษาต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่

4. ขอบเขตการวิจัย

4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา โดยจะทำการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) และนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ เพื่อทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างและวิเคราะห์ ความพึงพอใจ ประสิทธิผล และต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์

4.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

จังหวัดปัตตานี

4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 – เดือนธันวาคม 2564

5. นิยามศัพท์

5.1 รูปแบบการให้บริการ หมายถึง การบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป

5.2 การให้บริการวิถีใหม่ หมายถึง การบริการทางการแพทย์ที่มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ไม่แออัด สามารถรองรับผู้ป่วยในทุกระดับได้อย่างมีคุณภาพและเสมอภาค ทั้งในสภาวะปกติและเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่

5.3 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease) หมายถึง โรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งโรคกลุ่มนี้จะค่อยๆ สะสมอาการ และเมื่อมีอาการของโรคแล้วจะเกิดการเรื้อรังของโรคตามมา โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาเพียง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

5.4 ผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes) หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะงดน้ำ งดอาหาร ตั้งแต่126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเม็ดหรือยาฉีด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยแบ่งออกเป็น

- กลุ่มสีเขียว คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ $\leq$ 130 mg/dL (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

- กลุ่มสีเหลือง คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ปานกลาง มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลได้ $>$ 130 mg/dL (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

- กลุ่มสีแดง คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ระดับน้ำตาล $>$ 130 mg/dL (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

5.5 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง โดยแบ่งออกเป็น

- กลุ่มสีเขียว คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต $<$ 140 / 90 mmHg

- กลุ่มสีเหลือง คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ปานกลาง มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต $>$ 140 / 90 mmHg

- กลุ่มสีแดง คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ระดับความดันโลหิต $>$ 140 / 90 mmHg

5.6 การประเมินผล หมายถึง การประเมินผลของรูปแบบที่เกิดจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ โดยประเมินให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ ประสิทธิผลในการควบคุมระดับความดันโลหิต/ระดับน้ำตาลในเลือด จากการใช้รูปแบบ

5.6.1 ความพึงพอใจ หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการในการใช้รูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อวิถีใหม่

5.6.2 ประสิทธิผล หมายถึง ประสิทธิผลการใช้รูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อวิถีใหม่ในการควบคุมระดับความดันโลหิต/ระดับน้ำตาลในเลือด จากการใช้รูปแบบในกลุ่มสีเขียวไม่ให้ไปเป็นกลุ่มสีเหลืองหรือกลุ่มสีแดง

5.7 ต้นทุน หมายถึง ต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่ โดยใช้วิธีคำนวณต้นทุนแบบมาตรฐานที่อิงวิธีการพื้นฐานจากแนวทางการคำนวณต้นทุนของการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข เป็นการประเมินต้นทุนทางบัญชี ในมุมมองผู้ให้บริการ (Provider’s perspective) ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังช่วงระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19)

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษารูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ ได้มีการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)
2. การจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services)
3. การจัดระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง วิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. รูปแบบชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)

1.1 รูปแบบชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ส่งผลกระทบทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้สถานการณ์ทั่วโลกเกิดภาวะวิกฤต เนื่องจากประชาชนบางส่วน (ประมาณร้อยละ 17.90) อาจไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เพราะไม่มีการแสดงอาการหรือเป็นพาหะของโรค (asymptomatic) หากประชาชนใช้ชีวิตในรูปแบบเดิมจะส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อไปยังผู้อื่นได้ ฉะนั้นจึงต้องมีการปรับรูปแบบการใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อลดอัตราการแพร่กระจายของโรค (Mizumoto *et al*., 2020)

New Normal เป็นวลีและเป็นสำนวนที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยได้ให้คำนิยามว่า “A previously unfamiliar or atypical situation that has become standard, usual, or expected” หมายถึงสถานการณ์หรือปรากฏการณ์ที่แต่เดิมเป็นสิ่งที่ไม่ปกติ ผู้คนไม่คุ้นเคย ไม่ใช่มาตรฐาน ต่อมามีเหตุหรือเกิดวิกฤตบางอย่าง จึงมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้สถานการณ์หรือปรากฏการณ์นั้นกลายเป็นสิ่งที่ปกติและเป็นมาตรฐาน

เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2563 ราชบัณฑิตยสภาได้บัญญัติศัพท์คำว่า "New Normal" แปลว่า ความปกติใหม่ หรือฐานวิถีชีวิตใหม่ หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต

New Normal หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีตอันเนื่องจากมีบางสิ่งมากระทบ จนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย รูปแบบวิถีชีวิตใหม่นี้ ประกอบด้วย วิธีคิด วิธีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร วิธีปฏิบัติและการจัดการ การใช้ชีวิตแบบใหม่เกิดขึ้นหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงและรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันมากกว่าจะธำรงรักษาวิถีดั้งเดิมหรือหวนหาถึงอดีต New Normal ในบริบทสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงจนแพร่กระจายไปในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ผู้คนเจ็บป่วยและล้มตายจำนวนมาก จนกลายเป็นความสูญเสียอย่างใหญ่หลวงอีกครั้งหนึ่ง จึงจำเป็นต้องป้องกันตนเอง เพื่อให้มีชีวิตรอดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ผิดไปจากวิถี

เดิมๆ โดยปรับหาวิถีการดำรงชีวิตแบบใหม่เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อควบคู่ไปกับความพยายามรักษาและฟื้นฟูศักยภาพทางเศรษฐกิจและธุรกิจ นำไปสู่การสรรค์สร้างสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ เทคโนโลยีใหม่ๆ มีการปรับแนวคิด วิสัยทัศน์ วิธีการจัดการ ตลอดจนพฤติกรรมที่เคยทำมาเป็นกิจวัตร เกิดการบ่ายเบนออกจากความคุ้นเคยอันเป็นปกติมาแต่เดิมในหลายมิติ ทั้งในด้านอาหาร การแต่งกาย การรักษาสุขอนามัย การศึกษาเล่าเรียน การสื่อสาร การทำธุรกิจ ซึ่งสิ่งใหม่เหล่านี้ได้กลายเป็นความปกติใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น จนในที่สุดเมื่อเวลาผ่านไปจนทำให้เกิดความคุ้นชินขึ้นก็จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตปกติของผู้คนในสังคม (กรมการแพทย์, 2563)

1.2 การปรับรูปแบบการใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ที่ปรากฏในสถานการณ์ปัจจุบัน

1.2.1 ด้านสังคม ประเทศไทยได้มีการเตรียมมาตรการเพื่อรับมือกับสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีนโยบายให้ประชาชนเว้นระยะห่างทางสังคม (Physical Distancing) ทุกรูปแบบ โดยเว้นระยะห่างในการทำกิจกรรมของแต่ละบุคคล 1 - 2 เมตร ทำงานที่บ้าน (Work from home) จำกัดจำนวนคนในการรวมตัวกันในสถานที่ปิดคับแคบ ระบายอากาศไม่ดี หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด สวมใส่หน้ากากอนามัยเสมอ ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่และน้ำ เจลล้างมือ หรือแอลกอฮอล์ (เทื้อน ทองแก้ว, 2020) และมีการคัดกรองโดยตรวจวัดอุณหภูมิในสถานที่ต่างๆ หากผู้ใดมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 37.5 ˚C จะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าสถานที่นั้นและจะต้องเข้าสู่การรักษาทันที นอกจากนี้ ยังมีการเตรียมความพร้อมทั้งระบบการทำงานและระบบออนไลน์ เพื่อให้การทำงานของหน่วยงานและการให้บริการประชาชนไม่หยุดชะงัก เช่น การประชุมทางไกล (Teleconference) ผ่านโปรแกรม Web Ex หรือ Zoom การส่งงานหรือสื่อสารทางระบบออนไลน์ ผ่านอีเมลล์ โปรแกรมไลน์ (LINE) การใช้เอกสารดิจิทัล (e-document) การทำธุรกรรมทางการเงินผ่านระบบออนไลน์เป็นต้น (Lee *et al*., 2020)

1.2.2 ด้านการศึกษา มีการประกาศหยุดการเรียนการสอนในสถานศึกษา และปรับรูปแบบการเรียนการสอนด้วยรูปแบบออนไลน์ ผู้สอนสามารถสร้างและใช้งานห้องเรียนออนไลน์ (e-classroom) ด้วยการสอนผ่านคลิป VDO ผ่านโปรแกรม Microsoft Teams หรือ Google Classroom ซึ่งสามารถใช้ประโยชน์ในด้านการแสดงเอกสารประกอบการสอน การสนทนาระหว่างผู้สอนและผู้เรียน การสร้างกระดานคำถามคำตอบ การมอบหมายงาน การตรวจงาน การสร้างแบบทดสอบและการให้คะแนนได้ (เทื้อน ทองแก้ว, 2563)

1.2.3 ด้านการแพทย์และสาธารณสุข นับว่าได้รับผลกระทบโดยตรงอย่างมาก เนื่องจากหน่วยงานทั้งสถานพยาบาลหรือหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ต้องปฏิบัติหน้าที่ ทั้งการควบคุมการระบาดของโรค การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ มีการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับจำนวนผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อที่คาดว่าจะเพิ่มจำนวนมากขึ้น รวมทั้งคิดค้นวิธีการป้องกันต่างๆ เช่น การสร้างแนวทางเวชปฏิบัติหรือนวัตกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อในขณะดูแลรักษาผู้ป่วย และการคิดค้นวัคซีน เป็นต้น (กองบริหารสาธารณสุข, 2563)

สถานบริการสุขภาพหลายแห่ง ได้ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพตามแนววิถีใหม่ โดยดำเนินการประเมินผู้ป่วยจากอาการของโรคโควิด-19 ซึ่งสามารถลดการสัมผัสระหว่างผู้ป่วยที่เป็น non-COVID-19 กลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ และบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ ดังนั้นผู้ป่วยด้วยโรคโควิด-19

จะได้รับการรักษาแยกออกจากผู้ป่วยอื่นๆ แผนกต่างๆ ในสถานบริการสุขภาพจะมีการดำเนินงานตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก และควรมีระบบการระบายอากาศที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคโควิด-19 เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคผ่านทางละอองฝอย (airborne transmission) ในบางประเทศ หากแผนกรักษาผู้ป่วยติดเชื้อมีความแออัด มีผู้ป่วยจำนวนมากเกินไปจะใช้เครือข่ายดาวเทียมหรือ GPS ในการติดตามผู้ป่วยว่ายังคงกักตัวอยู่บ้าน สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงจะใช้มาตรการกักเก็บยาเพื่อลดการออกจากบ้าน นอกจากนั้นยังมีมาตรการทางโรงพยาบาลและร้านขายยาส่งยาให้กับผู้ป่วยที่บ้านอีกด้วย (กรมการแพทย์, 2563)

2. การจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services)

เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2564 กระทรวงสาธารณสุข ได้ชี้แจงถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงานหรือการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) เพื่อรองรับการแพร่ระบาดจากโรคโควิด-19 หรือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่นๆ ซึ่งได้เริ่มต้นดำเนินการแล้ว โดยกรมการแพทย์และจะขยายไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ระดับภูมิภาคทั่วประเทศ มีเป้าหมายทั้งหมด 3 ประเด็น ได้แก่

2.1 เพื่อสร้างความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ (2 P Safety: Patient and Personal safety) ซึ่งเป็นเป้าหมายระยะสั้น เช่น การปรับรูปแบบบริการผ่าตัดตามการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ แต่เดิมเลื่อนการผ่าตัดกรณีไม่เร่งด่วนหรือลดการทำหัตถการที่ไม่จำเป็น ต่อมาได้มีการติดต่อแจ้งผู้ป่วยให้กลับมารับการรักษา ภายใต้ความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เพราะหากผู้ป่วยมีการติดเชื้ออาจจะเกิดการแพร่กระจายของโรคได้ โดยกรมการแพทย์ได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบผ่าตัดวิถีใหม่ การแพทย์ฉุกเฉินวิถีใหม่ รวมทั้งการทำทันตกรรมที่มีความปลอดภัยด้วย (กองบริหารสาธารณสุข, 2563)

2.2 เพื่อลดความแออัดในสถานพยาบาล (Non-crowed) การจัดระบบการบริการตามการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ ประกอบด้วย 2 กลวิธี ได้แก่

2.2.1 การแยกกลุ่มประเภทผู้ป่วยให้ชัดเจน โดยนำร่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานก่อน โดยแยกกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้ (1) กลุ่มสีเขียว เป็นกลุ่มควบคุมโรคได้ดี (Good Control) มีการนัดหมายการรักษานานขึ้น สามารถเลือกเข้าพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือรักษาผ่านระบบ Telemedicine (2) กลุ่มสีเหลือง เป็นกลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง (Moderate Control) มีการนัดหมายการรักษาเร็วขึ้น สามารถพบแพทย์ครั้งเว้นครั้ง เป็นกลุ่มที่ได้รับการติดตาม ดูแล ให้คำแนะนำ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในชุมชน หากมีปัญหาเล็กน้อยสามารถปรึกษาแพทย์ได้ทาง VDO call โดยทั้งกลุ่มควบคุมโรคได้ดีและกลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง สามารถรับยาได้ที่ร้านขายยา สถานพยาบาลใกล้บ้าน การส่งยาทางไปรษณีย์ หรือช่องทางด่วนในรอบที่ไม่ต้องพบแพทย์ได้ (3) กลุ่มสีแดง กลุ่มควบคุมโรคไม่ดี (Poor Control) กลุ่มที่มีความจำเป็นต้องมาโรงพยาบาล มีการพบแพทย์ทุกครั้ง ความถี่ในการนัดขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ซึ่งก็จะมีการจัดคิวผู้ป่วยไม่ให้รอนานเพื่อ

ลดความแออัดในบริเวณแผนกผู้ป่วยนอก มีการดูแลติดตามการรักษาทั้งจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในชุมชนมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

2.2.2 กลวิธีพัฒนา Digital Solutions เป็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีส่วนเสริม มาช่วยบริหารจัดการและการใช้เทคโนโลยีอื่นๆ เข้ามาช่วย เช่น การสร้างระบบติดตามรายบุคคล ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ ฐานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ การใช้ Application ตั้งแต่ขั้นตอนการนัดหมายล่วงหน้าหรือการลงทะเบียนผ่านระบบออนไลน์ตั้งแต่การเข้าตรวจ การรักษา การใช้ระบบปรึกษาทางไกล (Tele-consultation/Telemedicine) การจ่ายเงิน การเข้าถึงสื่อที่เป็นองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นต้น รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบ Drive thru ภายใต้การปฏิบัติงานตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดความแออัดในสถานพยาบาลและสามารถลดความเสี่ยงหรือการแพร่กระจายของโรคโควิด 19 อีกด้วย โดยจะดำเนินการถอดบทเรียนเพื่อนำไปปรับใช้กับโรงพยาบาลทั้ง 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ (กองแบบแผน, 2560)

2.3 เพื่อให้เกิดการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพอย่างเป็นธรรมของประชาชน (Health Equity) ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพด้วยความเสมอภาคตามการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ ด้วยการใช้เทคโนโลยี ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม การพัฒนาการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่นั้น เป็นการปรับเปลี่ยนรูปแบบระบบบริการสุขภาพ (Re-design) โดยมีทิศทางการดำเนินงาน แต่เดิมเป็นการบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการรับการรักษาที่โรงพยาบาล (hospital based medical services) ปรับเปลี่ยนเป็นการบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการรักษาให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล (personal based medical services) ซึ่งยึดหลัก 3 S ได้แก่

2.3.1 ด้านโครงสร้าง (Structure) เช่น การปรับโครงสร้าง อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม การระบายอากาศ เป็นต้น

2.3.2 ด้านระบบ (System) เช่น การจัดการระบบการคัดกรอง ขั้นตอนการปฏิบัติงาน การจัดโซนในการรักษา (zoning) การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดระบบคิว และการสื่อสาร

2.3.3 ด้านบุคลากร (Staff) เช่น การจัดการอัตรากำลัง การฝึกอบรมบุคลากร การใช้อุปกรณ์ป้องกัน และสร้างความปลอดภัย เป็นต้น (Lum, B.X. et.al., 2020)

2.4. ตัวอย่างรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่

2.4.1 การจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ โรงพยาบาลราชวิถี

1) โรงพยาบาลราชวิถีพร้อมให้บริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Service) ดังนี้

1.1) เพิ่มความมั่นใจเรื่องการนัดหมาย หรือนัดพบแพทย์ผ่านระบบออนไลน์

1.2) ให้บริการเจาะเลือดที่บ้าน

1.3) จัดส่งยาทางไปรษณีย์หรือรับยาที่ “ร้านยา” ใกล้บ้าน

1.4) หากจำเป็นต้องมาโรงพยาบาล ขอให้เตรียมตัวให้พร้อม สวมหน้ากากอนามัย ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ และการปฏิบัติตามมาตการของโรงพยาบาลราชวิถีอย่างเคร่งครัด

1.5) ทำแบบประเมินความเสี่ยงก่อนมาโรงพยาบาล เพื่อนัดหมายเข้ารับการตรวจหาเชื้อ COVID-19

2) มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลราชวิถี ดังนี้

2.1) ผู้รับบริการที่มาใช้บริการตรวจรักษาหากจำเป็นต้องมีผู้ติดตาม ขอให้มี 1 ท่านเท่านั้น

2.2) ผู้ป่วยใน กำหนดให้เข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 1 - 2 คน ไม่เกิน 15 นาที ตั้งแต่เวลา 12.00 – 18.00 น.

2.3) ผู้ที่ใช้เส้นทางภายในโรงพยาบาลกรุณาให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการตรวจวัดอุณหภูมิ และใช้เส้นทางที่กำหนดไว้

2.4) โรงพยาบาลถือเป็นพื้นที่ควบคุม จึงขอความร่วมมือทุกท่าน สวมใส่หน้ากากอนามัย 100% เว้นระยะห่าง และล้างมือทำความสะอาดทุกครั้งเมื่อสัมผัสพื้นที่ที่มีความเสี่ยง

2.4.2 การจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ โรงพยาบาลปากเกร็ด

โรงพยาบาลปากเกร็ด ได้ปรับเปลี่ยนและสร้างระบบบริการซึ่งมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จุดเน้นสำหรับการนำนวัตกรรมมาใช้เพื่อพัฒนาบริการ ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีเพื่อดูแลผู้ป่วยและเพื่อสื่อสาร ระบบการจัดการที่รวดเร็วสำหรับผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพื่อปกป้องผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อและวิธีใหม่ในการจ่ายยา ดังนี้

1) การใช้เทคโนโลยีเพื่อดูแลผู้ป่วยและเพื่อสื่อสาร มีการใช้ Application LINE สำหรับการปรึกษาแพทย์ พยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในสถานพยาบาลต่างๆรวมถึงคลินิกและการให้บริการสุขภาพตามบ้านด้วย มีการสร้างบัญชีผู้ใช้ LINE ขึ้นมาสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในคลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อและคลินิกอื่นๆ เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยทางออนไลน์ ปรับการสั่งยาและจัดการเรื่องการรับยา สื่อสังคมออนไลน์ถูกนำมาใช้เพื่อรวบรวมคำถามจากประชาชนและส่งให้คลินิกที่รับผิดชอบดำเนินการต่อ

2) ความปลอดภัยระหว่างมาโรงพยาบาล การจัดบริการรวดเร็วแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียวมีขึ้นเพื่อรองรับกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงวัยและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ที่ต้องมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจโรคและตรวจอาการทั่วไป ขั้นตอนทั้งหมดตั้งแต่การคัดกรอง การวัดค่าต่างๆ การพบแพทย์จนกระทั่งการรับยาถูกจัดไว้ในบริเวณเดียวเพื่อลดการที่ผู้ป่วยจะต้องเคลื่อนย้ายไปติดต่อหลายแผนก ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ที่โรงพยาบาลลดลงจาก 2-3 ชั่วโมงเหลือไม่ถึงหนึ่งชั่วโมง ปัจจุบันระบบนี้ถูกนำมาใช้ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ

3) ระบบนัดที่พัฒนาขึ้น ใช้การนัดแบบเหลื่อมเวลา เพื่อจำกัดจำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลานั้นๆ เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อและผู้ป่วยอื่นๆ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้สถานพยาบาลทุกแห่งนำขั้นตอนการปฏิบัติเรื่องความปลอดภัยช่วง COVID-19 ไปใช้ ซึ่งรวมถึงการพัฒนา

ระบบระบายอากาศ การเพิ่มบริเวณให้ผู้ป่วยนั่งรอ การจัดการที่นั่งเพื่อให้มีการเว้นระยะห่าง และการติดตั้งฉากพลาสติกระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย เป็นต้น

4) การจ่ายยา แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้เริ่มนำวิธีการใหม่ๆ มาใช้ในการให้คำปรึกษาและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่มีอาการรุนแรงและมีข้อจำกัดในการมารับยาด้วยตนเอง หลังจากการทบทวนประวัติผู้ป่วยในระบบอิเลคทรอนิกแล้ว พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกจะติดต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพื่อให้ไปตรวจวัดความดันโลหิตหรือค่าน้ำตาลในเลือดที่บ้านผู้ป่วย และส่งผลให้แพทย์ก่อนที่จะทำการสั่งยา จากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนจะทำการรับยาและส่งมอบยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน และผู้บริหารโรงพยาบาลได้ตัดสินใจดำเนินนโยบายการให้ญาติที่แข็งแรงและอายุไม่มากมารับยาแทนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้หลังจากมีการปรึกษาแพทย์ผ่านช่องทางออนไลน์ จัดทำบริเวณ “เลื่อนล้อรอรับยา” ที่โรงพยาบาลปากเกร็ดสำหรับผู้ป่วยที่จะมารับยาจากตู้หรือช่องจ่ายยา และยังมีช่องทางการจัดส่งยาทางไปรษณีย์และการรับยาโดยบริการแท็กซี่ด้วย

2.4.3 การจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ โรงพยาบาลจุฬาภรณ์

โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ให้ความสำคัญและดำเนินการมาตรการควบคุม และป้องกัน โดยยึดหลัก 5 หัวข้อกับบริการทางการแพทย์ปกติวิถีใหม่ หาหมอสไตล์ New Normal รักษาแบบมีระยะห่าง “ปกติวิถีใหม่” เพื่อทุกชีวิตปลอดภัย ที่โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ดังนี้

1) Touchless Medical Service Experience รักษาระยะห่าง ไร้การสัมผัส

1.1) ให้บริการพบแพทย์ผ่านมือถือ Telemedicine สามารถพบแพทย์ได้ทุกที่โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล บริการสำหรับผู้ป่วยที่มีนัดหมายกับแพทย์ และศูนย์/คลินิกต่างๆ สามารถขอใช้บริการ Telemedicine พบแพทย์ผ่านมือถือกับศูนย์การรักษาต่างๆ ของโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ เพื่อลดการเดินทางมาโรงพยาบาล

1.2) บริการช่องทางปรึกษาโรคมะเร็งผ่าน โปรแกรม LINE บริการปรึกษาแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ และผู้ป่วยเก่าที่มีนัดติดตามอาการผ่าน LINE Official Account โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ เพื่อลดจำนวนครั้งการมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

1.3) บริการชำระเงิน E-Payments เพื่ออำนวยความสะดวกและลดระยะเวลาการรอคอย หลังพบแพทย์เสร็จเรียบร้อยผู้รับบริการสามารถแจ้งหมายเลขการเข้ารับบริการ (VN) ที่ตู้คิว แล้วกลับบ้านได้ทันที ทางโรงพยาบาลจะจัดส่ง SMS เพื่อแจ้งยอดค่ารักษา โดยสามารถชำระได้ผ่าน Application ธนาคาร หรือสแกนจ่ายผ่าน QR code

1.4) เพิ่มช่องทางบริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์แบบ EMS และรับยาแบบ Drive-Thru สำหรับผู้ป่วยที่มียากลับบ้าน มีบริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ รวมถึงการรับยาโดยไม่ต้องลงจากรถ สำหรับยาบางประเภทที่ไม่สามารถจัดส่งทางไปรษณีย์ได้ในกรณีผู้ป่วยพบแพทย์ผ่านระบบ Telemedicine

1.5) ระบบติดตามดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยแบบไร้สัมผัส ด้วยหุ่นยนต์บริการทางการแพทย์ หรือระบบติดตามออนไลน์

2) Physical Distancing เว้นห่าง ทุกจุด ลดความแออัด

2.1) จัดบริเวณทุกจุดพักคอย เว้นระยะห่างกัน 1–1.5 เมตร ทุกพื้นที่ให้บริการ จัดจุดรอคิวและสถานที่นั่งคอยให้มีระยะห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร

2.2) มีฉากกั้นแบ่งส่วนระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย ด้วย 3 Shield: Face Shield, Counter Shield, Cashier Shield

2.3) กำหนด “ช่วงเวลา” นัดพบแพทย์ 15 นาทีต่อราย ให้แพทย์ทุกคลินิกทำการกำหนดเวลานัดหมายการตรวจผู้ป่วยทุก 15 นาทีต่อ 1 ราย เพื่อลดเวลาการรอคิวในโรงพยาบาล และแยกผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือไม่ได้มีนัดไปตรวจ ณ บริเวณที่ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมไว้

2.4) กำหนดให้มีญาติผู้ติดตามผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 1 คน ยกเว้นกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้รถนั่งหรือเปลนอน ให้มีญาติติดตามได้ 2 คน โดยทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ติดตามจะต้องติดสติ๊กเกอร์แสดงตัวตลอดเวลาที่อยู่ภายในอาคาร

2.5) กำหนดให้ญาติเฝ้าไข้ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล (IPD) จำนวน 1 คน

2.6) งดการเยี่ยมผู้ป่วยทุกกรณี แนะนำให้ใช้โทรศัพท์หรือวิดีโอคอลแทนการเดินทางมาเยี่ยมไข้ที่โรงพยาบาล ยกเว้น กรณีทีมผู้รักษานัดญาติประชุมครอบครัวเพื่อวางแผนแนวทางการรักษา

3) Extra Screening คัดกรองอย่างเข้มงวด ค้นหาทุกความเสี่ยง

3.1) นำเทอร์โมสแกนวัดอุณหภูมิและคัดกรองประวัติทุกคน ก่อนเข้าอาคารโรงพยาบาล

3.2) กลุ่มเสี่ยงเข้าเกณฑ์สงสัยการติดเชื้อห้ามเข้าอาคารโรงพยาบาล กลุ่มอาการเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 จากจุดคัดกรองประวัติจะต้องไปตรวจรักษาที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ (ARI Clinic) ณ อาคารสำเร็จรูป ด้านหน้าศูนย์การแพทย์จุฬาภรณ์เฉลิมพระเกียรติ

3.3) สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาภายในอาคารผู้ป่วย ญาติผู้ติดตาม และบุคลากรทุกคน ต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาในอาคารโรงพยาบาล

3.4) คัดกรองความเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยมะเร็งใหม่ทุกรายและผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ป่วยมะเร็งที่จะเริ่มหัตถการหรือเข้ารับการรักษา รวมถึงผู้ป่วยผ่าตัดและทำหัตถการที่มีความเสี่ยง ผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตหากติดเชื้อโควิด-19 จะได้รับการตรวจหาเชื้อและภูมิคุ้มกันโควิด-19 เพื่อให้การติดตามโรคได้ครอบคลุมและควบคุมการแพร่เชื้อ

3.5) คัดกรองความเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 ในบุคลากรของโรงพยาบาลที่ต้องสัมผัสดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงทุกคน เพื่อให้แน่ใจว่าจะไม่มีการแพร่เชื้อจากบุคลากรในโรงพยาบาลไปสู่ผู้ป่วย

4) Care for Personal Hygiene ใส่ใจสุขอนามัยเชิงรุก

4.1) จัดเตรียมแอลกอฮอล์เจลล้างมือ ให้ทุกคนสามารถล้างมือได้สะดวกทุกที่ทุกเวลา

4.2) งดให้แพทย์ใส่เสื้อกาวน์และผูกเนคไท

4.3) งดการใช้หมวกพยาบาล โดยเปลี่ยนเป็นหมวกใช้แล้วทิ้งแทนหมวกเดิม

4.4) บุคลากรทุกคนต้องเคร่งครัดมีวินัย ด้วยการล้างมือก่อนและหลังการตรวจผู้ป่วยทุกราย

5) Safe & Clean สะอาด ปลอดภัย ไร้กังวล

5.1) เช็ดทำความสะอาดทุกจุดสัมผัสร่วม เช็ดบันไดเลื่อนทุก 30 นาที และลิฟต์ทุก 1 ชั่วโมง

5.2) ทำความสะอาดพร้อมฆ่าเชื้อภายในอาคารและหน่วยบริการ วันละ 2 ครั้ง

5.3) ทำความสะอาดฆ่าเชื้อเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยทุกครั้งหลังใช้กับผู้ป่วยแต่ละราย

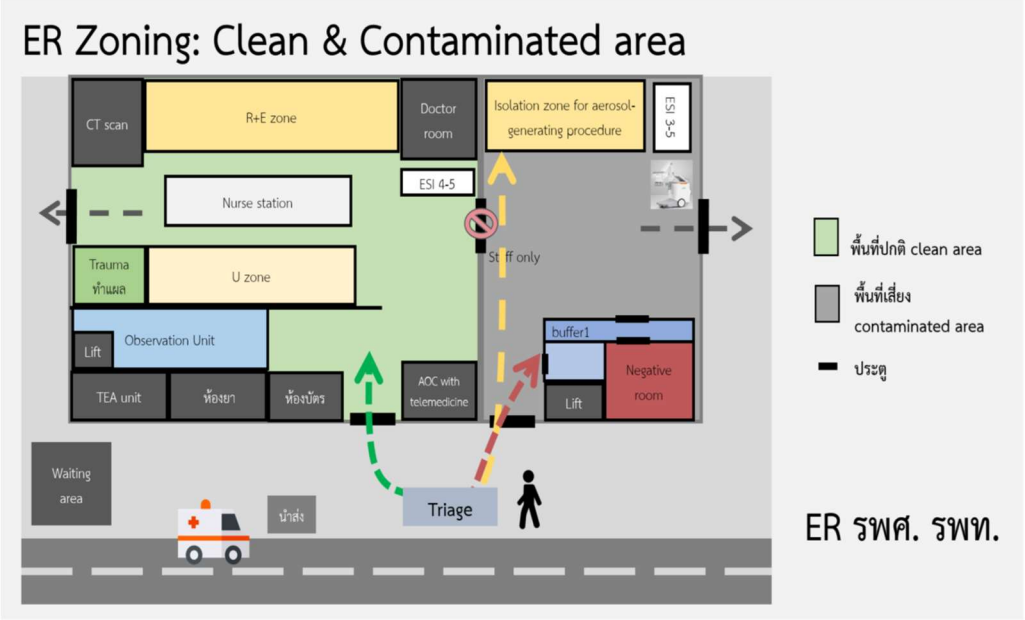
5.4) แยกขยะหน้ากากอนามัยที่เป็นขยะติดเชื้อจากขยะทั่วไป

5.5) ทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อในรถตู้ ให้บริการผู้ป่วยระหว่างอาคารทุกรอบการเดินรถ (กรมการแพทย์, 2563)

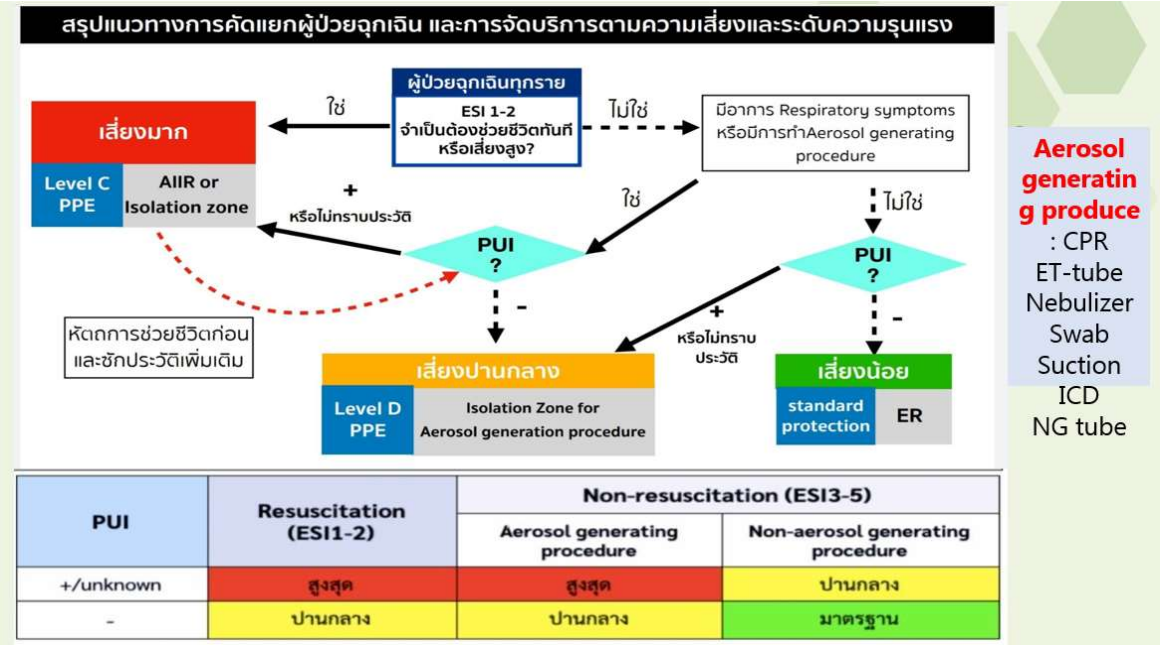
2.4.4 การจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ กรมการแพทย์

สำหรับการดำเนินงานที่ผ่านมา ในช่วงแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กรมการแพทย์ดำเนินการในพื้นที่นำร่องที่จังหวัดปัตตานี ภายใต้โครงการโครงการพัฒนารูปแบบระบบบริการทางการแพทย์แบบใหม่ (New Normal Medical Services) ในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง มีมาตรการและนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดที่ส่งผลต่อการควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างเป็นรูปธรรม และพื้นที่มีหน่วยงานตัวแทนของกรมการแพทย์ คือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี เป็นหน่วยงานหลักในการประสานงานช่วงระยะแรกของโครงการ มีการดำเนินงานเริ่มตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม 2563 เริ่มจากการลงสำรวจพื้นที่เพื่อเตรียมความพร้อม วางแผน และดำเนินการ แบ่งเป็น Research model และ Service model implementation จำนวน 4 Modules ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ซึ่งมีความพร้อมในการให้บริการที่แตกต่างกัน ในภาพรวมสามารถกลับมาให้บริการได้ทั้งหมดในเดือนมิถุนายน 2563 ตามรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานในภาพรวมช่วงแรก มีดังนี้

1) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER Module) เน้นปรับเปลี่ยนระบบจัดเป็น 4 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การคัดแยกผู้ป่วยตามโซนต่างๆ (triage with zoning) 2) ระบบ EMS 3) ขั้นตอน การรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (high risk procedure) 4) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ด้านโครงสร้าง ดำเนินการจัดทำ Modified negative pressure room (ห้องแยกโรคติดเชื้อความดันลบ) ของโรงพยาบาลปัตตานีและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี ด้านบุคลกร มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ทั้งในด้านการแยกผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน (Triage with ER zoning) การใส่ชุด PPE และการใส่ท่อช่วยหายใจ ET-Tube Nebulize และการทำ CPR ในหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง หลังจากนั้นมีแผนขยายผลการดำเนินงานปรับโครงสร้างไปที่โรงพยาบาลอื่นๆ ในจังหวัดปัตตานีต่อไป แผนภาพที่ 2.1-2.2



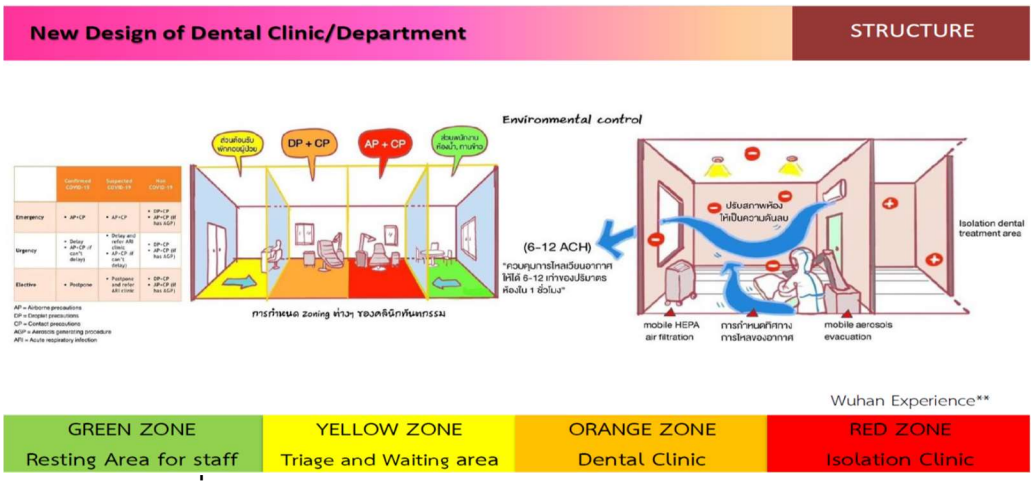
รูปภาพที่ 2.1 แสดงรูปแบบการปรับโครงสร้างห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินวิถีใหม่ ตามแนวคิดรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) (กรมการแพทย์, 2563)



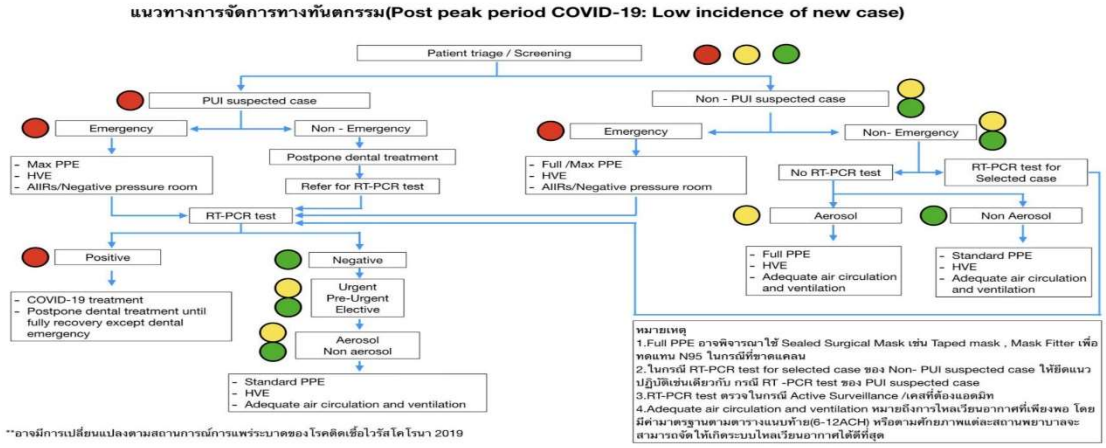
รูปภาพที่ 2.2 แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและการจัดบริการตามความเสี่ยงและระดับความรุนแรง (กรมการแพทย์, 2563)

2) สาขาทันตกรรม (Dental Module) ด้านระบบ มีการชี้แจงการดำเนินงานตามประกาศของกรมการแพทย์ เรื่อง แนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อให้เกิดความปลอดภัยระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และมีการจัดส่ง Return to work Checklist เพื่อขอข้อมูลความพร้อมต่อการเปิดให้บริการทันตกรรมของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาระบบการนัดและการคัดกรองผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ด้านโครงสร้าง มีการสำรวจและวางแผนการปรับโครงสร้างของทุกโรงพยาบาลโดยเฉพาะในด้านการระบายอากาศของห้องทันตกรรม สำหรับด้านบุคลากรมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่เพื่อให้สามารถทำหัตถการที่ฟุ้งกระจายได้ ทั้งในด้านการทำ

ทันตกรรม 4 หัตถ์ (Four-handed dentistry) และการใส่แผ่นยางกันน้ำลาย (rubber dam) รวมทั้งการใช้เครื่องดูดน้ำลายกำลังสูง (high power suction) แผนภาพที่ 2.3 - 2.4



รูปภาพที่ 2.3 แสดงรูปแบบการปรับระบบห้องทันตกรรมวิถีใหม่ ตามแนวคิดรูปแบบการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) (กรมการแพทย์, 2563)



รูปภาพที่ 2.4 แนวทางจัดการทางทันตกรรม (Post peak period COVID-19 : Low Incidence of new case) (กรมการแพทย์, 2564)

3) สาขาห้องผ่าตัด (OR Module) ได้จัดทำ OR model ที่โรงพยาบาล 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี ด้านระบบ ได้ดำเนินการปรับระบบและรูปแบบการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สงสัยติดเชื้อโควิด 19 ในห้องผ่าตัดด้านต่างๆ เช่น การระงับความรู้สึก การแต่งกาย การจัดการเครื่องมือห้องผ่าตัด การทำความสะอาดห้องผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ระหว่างรอผล RT- PCR การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) พร้อมทั้งข้อแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เป็นต้น ด้านโครงสร้าง ได้จัดทำ Hybrid negative pressure room ที่โรงพยาบาลปัตตานี และ Modify negative pressure room ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี หลังจากนั้นมีแผนขยายผลการดำเนินงานไปที่โรงพยาบาลอื่นๆ ในจังหวัดปัตตานี และขยายรูปแบบ OR model ไปยังโรงพยาบาลทั่วประเทศ แผนภาพที่ 2.5-2.6

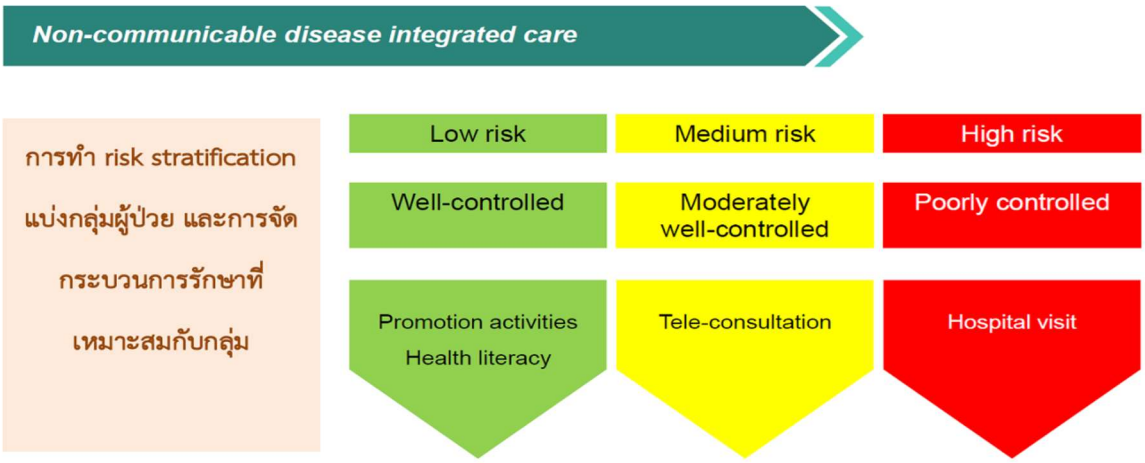


รูปภาพที่ 2.5 รูปแบบการปรับระบบห้องผ่าตัดวิถีใหม่เป็นห้องความดันลบ ตามแนวคิดรูปแบบการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) (กรมการแพทย์, 2563)



รูปภาพที่ 2.6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) (กรมการแพทย์, 2563)

4) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Module) ด้านระบบ มีการดำเนินงานโดยยึดหลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไปสู่การบันทึกผลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง Self-Monitoring เพื่อลดแออัด ลดรอคอย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) (2) กลุ่มควบคุมได้ปานกลาง (กลุ่มสีเหลือง) และ (3) กลุ่มควบคุมได้ไม่ดี (กลุ่มสีแดง) มีการสำรวจข้อมูลจำนวน สัดส่วน การกระจายของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม และพัฒนาแบบฟอร์มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการกำหนดรายละเอียด flow การให้บริการ และผู้รับผิดชอบในขั้นตอนต่างๆ โดยละเอียดทั้งหมดของจังหวัดปัตตานี พร้อมทั้งเตรียมความพร้อม ปรับปรุง ด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศรวมทั้งข้อมูลด้านบุคลากร ได้จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านต่างๆ เช่น พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นต้น แผนภาพที่ 2.7



รูปภาพที่ 2.7 รูปแบบการแยกกลุ่มประเภทตามความเสี่ยงและการจัดกระบวนการรักษาที่เหมาะสมกับกลุ่มในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ตามแนวคิดรูปแบบการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) (กรมการแพทย์, 2563)

หลังจากการดำเนินการในพื้นที่นำร่องแล้ว ทุก Module จะได้รับการติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะและวางแผนการประเมินผลการดำเนินงานต่อไปในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และขยายรูปแบบการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีแนวทางการประเมินผลองค์ประกอบที่สำคัญต่อการพัฒนาการบริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ (Key Step Assessment) มีการถอดบทเรียนเพื่อขยายผลไปยังโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) ทุกแห่ง ในทุกเขตสุขภาพทั่วประเทศ (กรมการแพทย์, 2563)

3. การจัดระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง วิถีใหม่

3.1 สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาวิจัยได้ทำการศึกษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เมื่อป่วยแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาด หากควบคุมโรคไม่ได้จะเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไตวายเรื้อรัง อัมพฤกษ์ และอัมพาต เป็นต้น

ประเทศไทยพบจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จำนวนมาก โดยพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ทั้งประเทศ มีจำนวน 310,829 ราย จากจำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ จำนวน 66,107,250 ราย อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร คิดเป็น 470.19 ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรสูงสุดที่เขตสุขภาพที่ 8 (580.10 ต่อแสนประชากร) รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 (567.25 ต่อแสนประชากร) และเขตสุขภาพที่ 7 (562.62 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ (ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center: HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563) แสดงดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ภาพรวมทั้งประเทศ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 (ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center: HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563)

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่	จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร
เขตสุขภาพที่ 1	28,999	5,893,137	492.08
เขตสุขภาพที่ 2	17,052	3,571,470	477.45
เขตสุขภาพที่ 3	15,194	2,976,915	510.39
เขตสุขภาพที่ 4	28,940	5,399,410	535.98
เขตสุขภาพที่ 5	30,361	5,352,293	567.25
เขตสุขภาพที่ 6	31,714	6,186,522	512.63
เขตสุขภาพที่ 7	28,426	5,052,439	562.62
เขตสุขภาพที่ 8	32,258	5,560,760	580.10
เขตสุขภาพที่ 9	35,260	6,777,298	520.27
เขตสุขภาพที่ 10	24,134	4,619,885	522.39
เขตสุขภาพที่ 11	19,625	4,496,676	436.43
เขตสุขภาพที่ 12	18,866	4,996,044	377.62
เขตสุขภาพที่ 13	0	5,224,401	0
รวมทั้งประเทศ	310,829	66,107,250	470.19

ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ในเขตสุขภาพที่ 12 มีจำนวน 18,866 ราย จากจำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ จำนวน 4,996,044 ราย อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร คิดเป็น 377.62 ต่อแสนประชากร ซึ่งต่ำสุดในประเทศ โดยพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรสูงสุดในจังหวัดตรัง (529.73 ต่อแสนประชากร) รองลงมา ได้แก่ จังหวัดพัทลุง (491.18 ต่อแสนประชากร) และจังหวัดสตูล (380.74 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ (ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center: HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563) แสดงดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร เขตสุขภาพที่ 12 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center: HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563)

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่	จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร
สงขลา	5,098	1,435,968	355.02
สตูล	1,232	323,582	380.74
ตรัง	3,407	643,156	529.73
พัทลุง	2,578	524,863	491.18
ปัตตานี	2,048	725,088	282.45
ยะลา	1,803	535,376	336.77
นราธิวาส	2,700	808,011	334.15
เขตสุขภาพที่ 12	18,866	4,996,044	377.62

จังหวัดปัตตานี มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 2,048 ราย จากจำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ จำนวน 725,088 ราย อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร คิดเป็น 282.45 ต่อแสนประชากร ซึ่งต่ำสุดในเขตสุขภาพที่ 12 โดยพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรสูงสุด ที่อำเภอสายบุรี (420.33 ต่อแสนประชากร) รองลงมา ได้แก่ อำเภอเมืองปัตตานี (362.94 ต่อแสนประชากร) และอำเภอปะนาเระ (350.54 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ (ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center: HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563) ดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร จังหวัดปัตตานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center: HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563)

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่	จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร
เมืองปัตตานี	496	136,661	362.94
โคกโพธิ์	216	68,840	313.77
หนองจิก	166	82,083	202.23
ปะนาเระ	165	47,070	350.54
มายอ	151	61,619	245.05
ทุ่งยางแดง	43	24,730	173.88
สายบุรี	298	70,897	420.33
ไม้แก่น	43	12,947	332.12
ยะหริ่ง	138	89,208	154.69
ยะรัง	216	94,892	227.63
กะพ้อ	56	18,817	297.6
แม่ลาน	60	17,324	346.34
จังหวัดปัตตานี	2,048	725,088	282.45

ในส่วนของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ทั้งประเทศ 682,826 ราย จากจำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ 66,107,250 ราย อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร คิดเป็น 1,032.91 ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรสูงสุดที่เขตสุขภาพที่ 1 (1,321.83 ต่อแสนประชากร) รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 3 (1,270.95 ต่อแสนประชากร) และเขตสุขภาพที่ 9 (1,248.45 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ (ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center: HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563) แสดงดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 แสดงอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ภาพรวมทั้งประเทศในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 (ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center: HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563)

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่	จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร
เขตสุขภาพที่ 1	77,897	5,893,137	1,321.83
เขตสุขภาพที่ 2	38,578	3,571,470	1,080.17
เขตสุขภาพที่ 3	37,835	2,976,915	1,270.95
เขตสุขภาพที่ 4	58,746	5,399,410	1,088.01
เขตสุขภาพที่ 5	62,055	5,352,293	1,159.41
เขตสุขภาพที่ 6	69,695	6,186,522	1,126.56
เขตสุขภาพที่ 7	56,673	5,052,439	1,121.70
เขตสุขภาพที่ 8	57,600	5,560,760	1,035.83
เขตสุขภาพที่ 9	84,611	6,777,298	1,248.45
เขตสุขภาพที่ 10	52,941	4,619,885	1,145.94
เขตสุขภาพที่ 11	42,096	4,496,676	936.16
เขตสุขภาพที่ 12	44,099	4,996,044	882.68
เขตสุขภาพที่ 13	0	5,224,401	0
รวมทั้งประเทศ	682,826	66,107,250	1032.91

ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ในเขตสุขภาพที่ 12 มีจำนวน 44,099 ราย จากจำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ จำนวน 4,996,044 ราย อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร คิดเป็น 882.68 ต่อแสนประชากร ซึ่งต่ำสุดในประเทศ โดยพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรสูงสุดในจังหวัดตรัง (1,318.81 ต่อแสนประชากร) รองลงมา ได้แก่ จังหวัดพัทลุง (1,040.65 ต่อแสนประชากร) และจังหวัดสตูล (972.24 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ (ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center: HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563) แสดงดังตารางที่ 2.5

ในส่วนของจังหวัดปัตตานี มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 4,397 ราย จากจำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ จำนวน 725,088 ราย อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร คิดเป็น 606.41 ต่อแสนประชากร ซึ่งต่ำสุดในเขตสุขภาพที่ 12 โดยพบอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อแสนประชากรสูงสุด ที่อำเภอโคกโพธิ์ (893.38 ต่อแสนประชากร) รองลงมา ได้แก่ อำเภอไม้แก่น (718.31 ต่อแสนประชากร) และอำเภอสายบุรี (717.94 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ (ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center: HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563) แสดงดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เขตสุขภาพที่ 12 งบประมาณ พ.ศ.2563 (ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center: HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563)

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่	จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร
สงขลา	11,500	1,435,968	800.85
สตูล	3,146	323,582	972.24
ตรัง	8,482	643,156	1,318.81
พัทลุง	5,462	524,863	1,040.65
ปัตตานี	4,397	725,088	606.41
ยะลา	4,582	535,376	855.85
นราธิวาส	6,530	808,011	808.16
เขตสุขภาพที่ 12	44,099	4,996,044	882.68

ตารางที่ 2.6 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร จังหวัดปัตตานี ในปี พ.ศ.2563 (ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center: HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563)

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่	จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร
เมืองปัตตานี	895	136,661	654.91
โคกโพธิ์	615	68,840	893.38
หนองจิก	291	82,083	354.52
ปะนาเระ	317	47,070	673.47
มายอ	417	61,619	676.74
ทุ่งยางแดง	137	24,730	553.98
สายบุรี	509	70,897	717.94
ไม้แก่น	93	12,947	718.31
ยะหริ่ง	388	89,208	434.94
ยะรัง	502	94,892	529.02
กะพ้อ	128	18,817	680.24
แม่ลาน	105	17,324	606.10
จังหวัดปัตตานี	4,397	725,088	606.41

3.2 การจัดระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง วิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

การปรับรูปแบบการบริการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นการปรับระบบบริการ (Re-design service system) โดยปรับ service delivery เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ กรอบแนวคิดระบบสุขภาพองค์การอนามัยโลก (องค์การอนามัยโลก, 2020) (WHO-6 building blocks) และปรับ 5 องค์ประกอบให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

3.2.1 Service Delivery โดยใช้หลัก People-Centered Health Service สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติทำ Self-monitoring เช่น ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และบันทึกข้อมูลสุขภาพลงใน Mobile Application หรือจดบันทึกและส่งข้อมูลสุขภาพจากผู้ป่วยไปสู่ผู้ดูแลเพื่อประเมินผลลัพธ์ โดยใช้ Line Private chat หรือฝากอาสาสมัครสาธารสุข (อสม.) นำส่ง เป็นการสร้างเครือข่ายการส่งต่อข้อมูลจากผู้ป่วยส่งถึงผู้รักษา ในผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดีจะต้องส่งข้อมูลผ่านรพ.สต. รพช. รพท./รพศ. ที่ให้การดูแล เพื่อจัดกิจกรรมการดูแลล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดตรวจและรับยา

3.2.2 Health workforce บุคลากรที่ทำงานในคลินิกหมอครอบครัวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะดูแลผู้ป่วยโรคทั่วไปมากกว่า 1 โรค และมีความสามารถในการจัดการผู้ป่วยในระยะต่างๆ ประกอบด้วยการดูแลแบบ chronic care long term care และ Palliative care แบบครบวงจร สำหรับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้แปลงเป็นภาระงานตามบริบทของสถานพยาบาล กำหนดคุณสมบัติของบุคลากร และพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสม

3.2.3 Information พัฒนาระบบสารสนเทศหรือใช้ระบบสารสนเทศเพื่อช่วยในการสื่อสารข้อมูล 2 ทาง และแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงทางคลินิกประกอบด้วย

1) ระบบนำส่งข้อมูลสุขภาพจากผู้ป่วยสู่ผู้ให้รักษาแต่ละระดับ

2) ระบบจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงทางคลินิกเพื่อรับการบริการที่เหมาะสม เช่นฐานข้อมูล JSCIS/PCC link/หมอรู้จักคุณ

3) ระบบแจ้งการวินิจฉัย การจ่ายยา คำแนะนำการใช้ยา

4) ระบบจัดยาและตรวจสอบความถูกต้อง สนับสนุนการจ่ายยาและเวชภัณฑ์อย่างปลอดภัย

5) ระบบ/ช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถปรึกษาแพทย์ พยาบาล

6) กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ดีและต้องเข้าสู่กระบวนการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ควรมีระบบ/ช่องทาง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้แทนการมาทำกิจกรรมกลุ่มที่โรงพยาบาล

3.2.4 Medical Product จัดให้มีการจัดระบบเภสัชกรรม คลังยา และการส่งยาที่เหมาะสม

3.2.5 Financing การปรับระบบค่าตอบแทนการให้บริการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพต่างๆ ในการจัดบริการวิถีใหม่ที่เหมาะสม

3.2.6 Governance การอภิบาลระบบ เมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดโรคโควิด 19 มีความจำเป็นในการปฏิบัติตามหลัก 2 P Safety (Patient and Personel Safety) (สถาบันรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาล องค์กรมหาชน, 2561) ดังนั้นการลดความแออัดในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด 19 มีความสำคัญเป็นอันดับแรกของการปรับระบบบริการสุขภาพ

การพัฒนาระบบข้อมูลในการนำไปใช้ในกลไก พชอ.มีประโยชน์ในการทราบสถานการณ์ปัญหา และใช้ในการจัดลำดับความสำคัญ การจัดทำแผนและมาตรการ รวมทั้งการกำกับ ติดตาม ประเมินผล การจัดทำข้อมูลในระดับอำเภอมีการจัดทำ Health Profile ทั้งในภาพรวมและเชิงประเด็น ในการจัดทำตัวชี้วัดทางสุขภาพ เน้นการจัดการข้อมูลที่สำคัญอย่างเป็นระบบ ระบบเชิงประเด็น NCDs เป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อในระดับอำเภอ (กรมการแพทย์, 2563)

3.3 ขั้นตอนการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

3.3.1 ขั้นตอนที่ 1 Empowering and Engagement

1) ทีมสหวิชาชีพทำการประเมินความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและ ครอบครัว

2) ประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

3) จัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้อง เพื่อชักจูงให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง กล้ามีส่วนร่วมวางแผนการดูแลรักษาของตนเองและทำตามแผนที่กำหนดไว้ตามแนวทางการให้บริการในรูปแบบใหม่ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จนเกิดเป็นความตระหนักและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

4) Health literacy คือ ความสามารถในการอ่าน ค้นหา ทำความเข้าใจ จดจำและนำข้อมูลมาประกอบ การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองสามารถป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น ค้นหาบริการสุขภาพและเข้าใช้บริการได้ ดูแลตนเองและควบคุมโรคที่ป่วยไม่ให้รุนแรงมากขึ้น สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลภาวะสุขภาพ ร่วมตัดสินใจ วางแผนการดูแลรักษาของตนเองและทำตามแผนที่กำ หนดไว้ได้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน มีกระบวนการและเครื่องมือสำคัญ คือ Health education, Shared care plan, Self-monitoring, Health coach และ Self-management

5) Shared care plan หรือ การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา กำหนดแผนการรักษา และปรับพฤติกรรมตามระดับความเสี่ยงทางคลินิกของตนเอง8 (Individual care plan or tailor-made program) Shared care plan ในผู้โรคป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง แพทย์/พยาบาลจัดเวลา การให้คำ ปรึกษาแนะนำ กระตุ้นและสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา กำ หนดแผนการรักษา และปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การพักผ่อน การกระตุ้น เช่น การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจที่เรียกว่า การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief intervention)

6) Self-monitoring หรือ การติดตามภาวะสุขภาพด้วยตนเอง สร้างนิสัยในการติดตามภาวะสุขภาพ ของตนเอง บันทึกข้อมูลสม่ำเสมอ โดยนำ ผลที่ได้มาส่งและแปลผลร่วมกับทีมสุขภาพทุกครั้งที่มารับบริการ หรือ สร้างศักยภาพในการแปลผลอย่างง่ายด้วยตนเองและสามารถปรึกษา

กลับไปยังทีมสุขภาพได้ Self-monitoring ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีทักษะในติดตามภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

6.1) การวัดความดันโลหิตและ/หรือเจาะปลายนิ้วเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (หรืออาศัยครอบครัว) อย่างสม่ำเสมอ ไม่น้อยกว่า shared care plan ที่กำ หนดร่วมกัน ผู้ป่วยควรวัดความดันโลหิตต่อเนื่อง 7 วัน ก่อนมาตรวจตามนัด

6.2) กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถทำการตรวจประเมินได้ด้วยตนเองที่บ้าน หน่วยบริการต้องสร้าง health coach เพื่อช่วยในการดูแลที่บ้าน หรือสถานที่ที่จัดไว้ทั้งนี้ขึ้นกับความสะดวกของผู้ป่วยและบริบทของพื้นที่

6.3) การบันทึกผลการตรวจในแบบบันทึกภาวะสุขภาพ หรือ mobile application ได้ถูกต้อง

6.4) การประเมินผลระดับความดันโลหิตและ/หรือระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง

6.5) การติดตามอาการที่ต้องเฝ้าระวัง

7) Health coach ประกอบด้วย Community health workers หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ประจำ หมู่บ้าน (อสม) ทำ หน้าที่ให้ความรู้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัว การติดตามอาการและการดูแลตนเองเบื้องต้น และ Informal care networks เครือข่ายผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นผู้ช่วยเหลือ และติดตามการเรียนรู้ฝึกทักษะการจัดการตนเองเป็นผู้ประสานความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ให้บริการและผู้ป่วยผ่านช่องทาง การติดต่อที่พัฒนาขึ้น อาจช่วยส่งข้อมูลตามแผนที่ผู้ป่วยออกแบบไว้ ทักษะในการเป็น Health coach ก็คือทักษะของการสร้างแรงจูงใจที่เรียกว่าการแนะนำแบบสั้น (Brief Advice หรือ BA: 3 เป็น คือ ถาม ชม แนะ) และการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief intervention หรือBI : 3 เป็น ร่วมกับประเมิน แก้ไขปัญหาเป็น)

8) Self-management การสร้างความสามารถในการจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนหรือกลุ่มป่วยได้รับรู้ระดับความเสี่ยงหรือระยะความรุนแรงของโรคที่เป็น รับทราบวิธีการดูแลตนเอง ตามระยะของโรคซึ่งเมื่อเป็นโรครุนแรงขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นการมอบบทบาทให้กับทั้งผู้ป่วย และผู้ให้บริการในการร่วมสร้างความรอบรู้และการจัดการตนเอง

3.3.2 ขั้นตอนที่ 2 Population management & Clinical risk stratification

การจัดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามระดับความเสี่ยงทางคลินิก 3 กลุ่ม

1) กลุ่ม C คือ กลุ่มควบคุมโรคได้ดี (Good Control) เป็นกลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ดีและมีผลลัพธ์ ทางคลินิกที่ดีไม่มีโรคร่วม หรือ Control Patient

2) กลุ่ม D คือกลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง (Moderate Control) เป็นกลุ่มที่ดูแลตนเองได้ปานกลางและ มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่พอใช้ได้แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ

2.1) กลุ่ม D 1 คือ กลุ่มที่ดูแลตนเองได้ปานกลาง มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่พอใช้ได้ในเบื้องต้นเสนอระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) มีค่าอยู่ระหว่าง 7.0-7.9% ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าอยู่

ระหว่าง 131-159 mg/dL ระดับความดันโลหิตมีค่าอยู่ระหว่าง 140-159/90-99 mmHgและมีโรคแทรกซ้อนไม่รุนแรงซึ่งจะได้รับการจัดบริการ แบบปานกลาง

2.2) กลุ่ม D 2 คือ กลุ่มที่ดูแลตนเองได้ปานกลาง มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่พอใช้ได้ในเบื้องต้นเสนอ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) อยู่ระหว่าง 7.0-7.9% ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าอยู่ระหว่าง 160-179 mg/dL ระดับความดันโลหิตมีค่าอยู่ระหว่าง 160-179/100-109 mmHg และมีโรคแทรกซ้อนไม่รุนแรง หรือมีความเสี่ยง (BMI > 25, CV risk score > 30%) โดยถ้ามีค่าใดค่าหนึ่งสูงให้ถือว่าเป็นกลุ่ม D2 ซึ่งจะได้รับการจัดบริการแบบ เข้มข้นขึ้น

3) กลุ่ม E คือกลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี (Poor Control) เป็นกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดีในเบื้องต้นเสนอ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) มากกว่าหรือเท่ากับ 8.0% ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 mmHg ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 180 mg/dL มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้และ functionally dependent ซึ่งต้องได้รับการจัดบริการเพื่อปรับปรุงการดูแลตนเองอย่างเข้มข้น

หมายเหตุ : ผู้สูงอายุอาจได้รับการยืดหยุ่นในเกณฑ์การตัดสินผลการควบคุม เนื่องจากร่างกายมีความมีความทนต่อระดับ น้ำตาลต่ำมากไม่ไหว ในผู้ป่วยอายุไม่มากจะต้องควบคุมเข้มข้นและยึดเกณฑ์การตัดสินผลแบบเข้มงวด

3.3.3 ขั้นตอนที่ 3 Registration ทำการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเข้ากลุ่มจัดบริการ จัดให้มี หมอและทีมสุขภาพประจำตัวที่ผู้ป่วยสามารถสืบค้นได้

3.3.4 ขั้นตอนที่ 4 Reorienting the model of care กำหนดกระบวนการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงใหม่ โดยให้บริการแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน เช่น ความถี่ของการพบแพทย์ การจัดผู้ให้ คำปรึกษาและบริการ ประเด็นเนื้อหาในการวางแผนดูแลตนเอง และ ระยะเวลา ที่พบแพทย์ในแต่ละครั้ง ออกแบบระบบนัดรูปแบบใหม่สำหรับแต่ละกลุ่ม (ปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทและภาระงานของหน่วยบริการ)

3.3.5 ขั้นตอนที่ 5 Assessment แพทย์พยาบาลวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัว หรือหมอประจำตัว ต้องประเมิน การเปลี่ยนแปลง Stage of change การปรับตารางและแผนการเป็นระยะ (Re-Scheduling with case manager)

1) ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินมารับบริการเช่น ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงมาก มีอาการ มีความเสี่ยงต่อการ หมดสติให้จัดบริการพิเศษมาในวันที่นัด ให้แยกผู้ป่วยออกไปจากกระบวนการข้างต้น

2) ผู้ป่วยที่ผลการควบคุมโรคดีขึ้น แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยให้เปลี่ยนกลุ่ม ทั้งนี้หากผู้ป่วยยังได้รับการฝึกทักษะ ไม่ครบจะต้องเข้ารับการฝึกให้ครบทั้งชุดก่อน

3) กรณีผลการควบคุมโรคไม่ดีขึ้น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัวหรือหมอประจำตัว ต้องประเมินปัญหา/อุปสรรคที่อาจทำ ให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามสิ่งที่ตั้งเป้าหมายและแผนการที่วางไว้และ คอยช่วยให้คำ ปรึกษา สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และเชิญครอบครัวมาพูดคุย ปรึกษา ค้นหาปัญหาร่วมกัน (family meeting) สร้างความตระหนักและความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สมาชิกในครอบครัว ร่วมกับผู้ป่วยอีกครั้ง

4) กรณีผลการควบคุมโรคแย่ลงแพทย์พยาบาลวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัวหรือหมอประจำตัวต้องทำ Advanced plan หรือวางแผนการรักษาในอนาคตร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การสมมุติว่าเมื่อมีภาวะไตเสื่อม อย่างรุนแรงผู้ป่วยมีทางเลือกการรักษาใดบ้าง อธิบายให้ทราบคร่าวๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวางแผน อนาคตได้

5) กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีภาวะพึ่งพิง ต้องส่งปรึกษาอายุรแพทย์เฉพาะทาง (กองบริหารสาธารณสุข, 2563)

3.4 ขั้นตอนการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยคุมโรคได้ดี (กลุ่ม C): Good Control

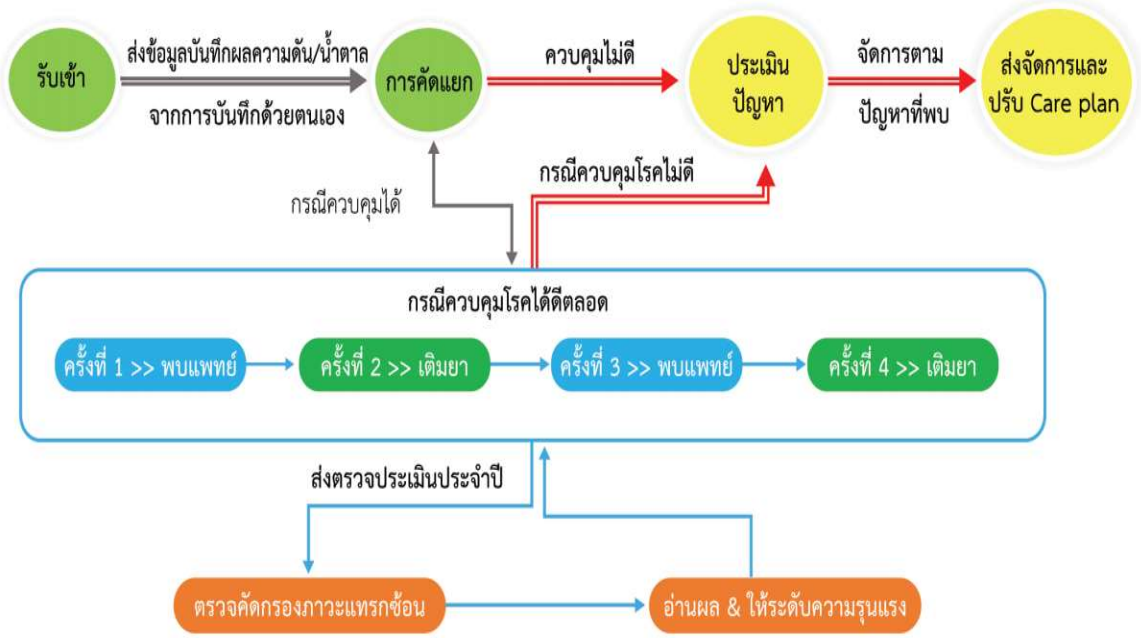
3.4.1 นัดผู้ป่วยมาที่หน่วยบริการทุก 4 เดือน หรือปรับความถี่ตามบริบทของหน่วยบริการ โดยให้พบแพทย์ ครั้งเว้นครั้ง สลับกับการเติมยาโดยเภสัชกร/พยาบาลเวชปฏิบัติ (Refilled/Re-med) และรักษาแรงจูงใจในการดูแล ตนเองด้วยการถาม ชม แนะ เป็น (BA)

3.4.2 ผู้ป่วยต้องนำข้อมูลที่ทำการบันทึกผลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือSelf-monitoring record มาส่งให้ พยาบาล Case manager หรือผู้ที่มีหน้าที่Triage ทุกครั้งที่นัดหมาย

3.4.3 ในกรณีที่ผลปกติสามารถเข้าช่องทาง Fast tract เพื่อเติมยาได้เลย

3.4.4 ในกรณีที่ผิดปกติให้พิจารณาปัญหาหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติเพื่อนัดหรือจัดบริการให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น ปรึกษาแพทย์เพื่อการปรับยาหรือปรึกษาเภสัชกรหากมีการใช้ยาคลาดเคลื่อน เป็นต้น

3.4.5 ควรจัดให้มีช่องทางที่สะดวกสำ หรับการติดต่อ มีหมอประจำตัวในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผู้ป่วย มีข้อสงสัยต้องการปรึกษา (กรมการแพทย์, 2563)



รูปภาพที่ 2.8 กระบวนการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดี (กลุ่มC) : Good Control

3.5 การจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคได้ปานกลาง (กลุ่ม D1)

3.5.1 นัดผู้ป่วยมาที่หน่วยบริการทุก 3 เดือน หรือปรับความถี่ตามบริบทของหน่วยบริการ โดยให้พบแพทย์ ครั้งเว้นครั้ง สลับกับการเติมยาโดยเภสัชกร/พยาบาลเวชปฏิบัติ (Refilled/Re-med) และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแล ตนเองด้วยการชม ถาม แนะ เป็น (BA)

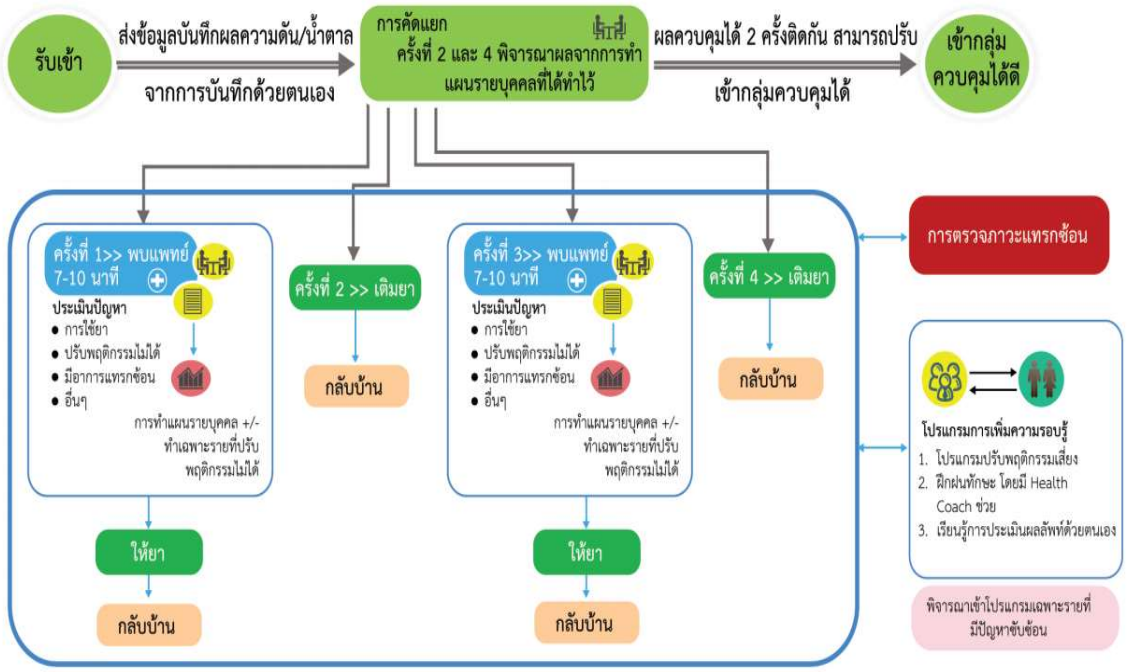
3.5.2 ผู้ป่วยต้องนำข้อมูลที่บันทึกผลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือ Self-monitoring record มาส่งให้พยาบาล Case manager หรือผู้ที่มีหน้าที่ Triage ทุกครั้งที่นัดหมาย เพื่อพิจารณาบริการที่เหมาะสม

3.5.3 ในกรณีที่ผลปกติสามารถเข้าช่องทาง Fast tract เพื่อเติมยาได้เลย ให้บริการเหมือนกลุ่มผู้ป่วย ควบคุมโรคได้ดี (Good Control)

3.5.4 ในกรณีที่ผิดปกติพยาบาลหรือผู้ที่มีหน้าที่ Triage ต้องประเมินปัญหาที่พบว่าควรปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยาหรือไม่ ผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลตนเองจากสาเหตุใด เช่น ความรู้ไม่เพียงพอ มีการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตที่ซับซ้อนมากกว่าเดิมทำให้จัดการตนเองไม่ได้ มีการปรับเปลี่ยนยาหรือใช้ยาผิดวิธี เป็นต้น และพิจารณาว่าให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าสู่โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพรายบุคคลหรือไม่

3.5.5 แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยนานขึ้น เปลี่ยนรูปแบบบริการโดยแพทย์ควรใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว และเวชปฏิบัติปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและแพทย์ในการค้นหาปัญหาสุขภาพ การวางแผน และตัดสินใจ (Shared care plan) โดยใช้หลักBA (ถาม ชม แนะ เป็น) ที่ให้เวลามากขึ้นกับการแนะนำ ให้ตรงกับบริบท ชีวิตของผู้ป่วย

3.5.6 ควรจัดให้มีช่องทางที่สะดวกสำหรับการติดต่อหมอประจำตัวในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผู้ป่วย มีข้อสงสัยต้องการปรึกษา (กรมการแพทย์, 2563)



รูปภาพที่ 2.9 กระบวนการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคได้ปานกลาง (กลุ่ม D1)

3.6 การจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคได้ปานกลาง (กลุ่ม D 2) และกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ดี (กลุ่ม E)

3.6.1 ผู้ป่วยกลุ่ม D 2 และ E ต้องพบแพทย์ทุกครั้ง ความถี่การนัดตามตามดุลยพินิจของแพทย์

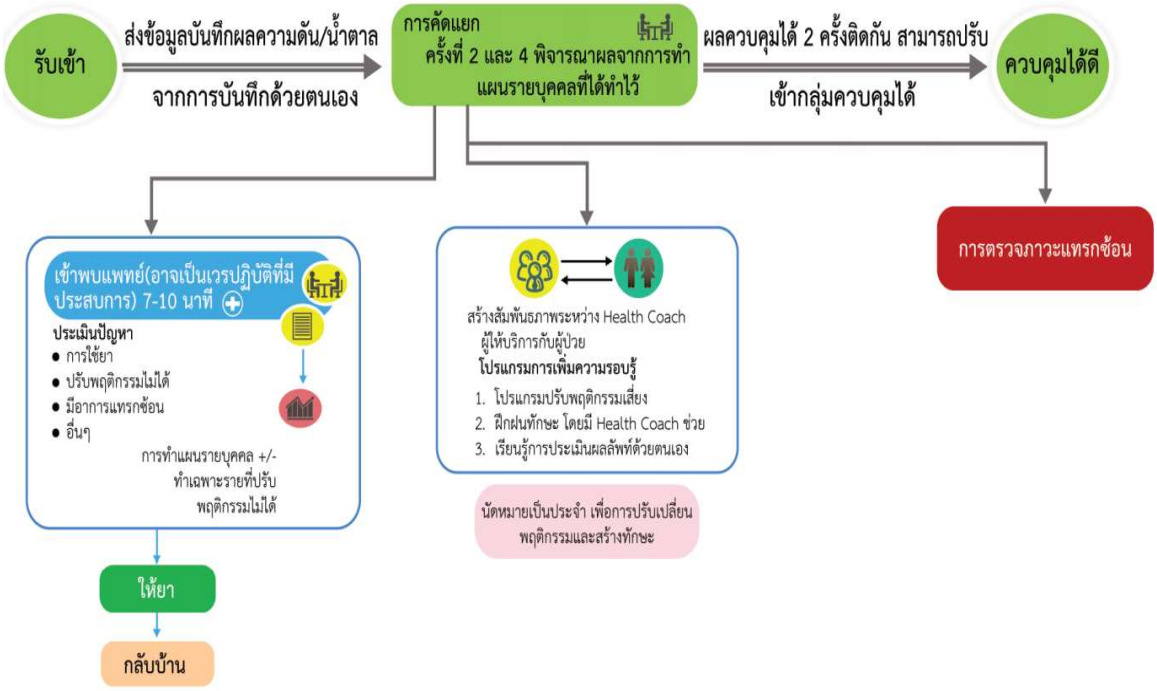
3.6.2 ปรับบริการอย่างน้อย 2 อย่างได้แก่

1) ปรับเวลาในการพบแพทย์ในแต่ละครั้งให้นานขึ้น แพทย์ควรใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก เน้นการจัดบริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจการดูแลรักษาด้วยตนเอง (Shared care plan) โดยใช้หลัก BA

2) จัดโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นการฝึกทักษะ เช่น MBBI แยกออกจากวงจรการพบแพทย์ นัดผู้ป่วยเข้าโปรแกรมอย่างต่อเนื่องและให้เวลาแต่ละครั้งอย่างเพียงพอ เช่น ทุก 1-2 สัปดาห์ 30-60 นาที/ครั้ง โดยไม่ต้องเป็นภาระกับระบบบริการ เช่น มาเข้ากลุ่มได้เลย อาจต้องจัดโปรแกรมรายบุคคล (Individual program) เช่น BI สำหรับผู้ที่มีปัญหาเฉพาะทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้

3.6.3 แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ปรับบทบาทจากผู้สั่งการรักษาเป็นผู้ให้การสนับสนุน (Health facilitator) และเป็นที่ปรึกษาในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย (Consultant) สร้างแรงจูงใจ (Motivation) ช่วยเพิ่มความสามารถ (Ability) ในการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Self-Management) ตามหลัก BA, BI

3.6.4 จัดบริการ Health Coach เพื่อคอยให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยเป็นระยะๆ ในแต่ละพื้นที่สามารถพัฒนาอาสามสมัครสาธารณสุขหรือจิตอาสาให้เป็น Health Coach ตามบริบทของพื้นที่ (กรมการแพทย์, 2563)



รูปภาพที่ 2.10 กระบวนการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคได้ปานกลาง (กลุ่ม D2) และกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดี (กลุ่ม E)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของ Gunawan *et al*. (2020) ได้กล่าวถึงการปรับระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่หลากหลาย เข้ามาช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานมากขึ้นในช่วงการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ทั้งในด้านการให้คำปรึกษาอาการ การติดตามอาการ การสื่อสาร การให้สุขศึกษา การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการแปลผลทางห้องปฏิบัติการ การให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชน โดยบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference (Telehealth หรือ Telemedicine) ได้ถูกนำเข้ามาใช้อย่างเป็นทางการโดยบุคลากรทางการแพทย์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยตัดสินใจในการรักษามากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล พบว่า มีโรงพยาบาลจำนวน 32 แห่งในพื้นที่ชนบท 8 จังหวัดของประเทศไทยปรับใช้เทคโนโลยีดังกล่าวและการรักษาผู้ป่วยทางไกล ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งในระบบ Android และ iOS Applications, เว็บไซต์โรงพยาบาล และ Applications อื่นๆ ได้อีกด้วย ประโยชน์ของ Telemedicine ยังคาดว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ทั้งผู้ป่วยและสถานพยาบาลได้ถึง 38 พันล้านบาทต่อปี หลังจากที่มีการดำเนินการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศภายในระยะเวลา 4 ปี (Tortermvasan, 2020)

การศึกษาของ Lum *et al*. (2020) ได้นำแนวทาง New Normal มาใช้ในสถานพยาบาลเพื่อรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ดำเนินมาตรการที่ National University Health System (NUHS) ซึ่งเป็นศูนย์การศึกษาทางการแพทย์สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้ในประเทศสิงคโปร์ โดยมีเป้าหมาย ได้แก่ ไม่มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ในโรงพยาบาล, ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาตามความจำเป็น และการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร การศึกษาเริ่มต้นจากการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (PPE) อบรมวิธีการใช้ให้กับเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นลำดับแรก หลังจากนั้นจึงอบรมให้กับบุคลากรด้านอื่นในสถานพยาบาล เช่น แม่บ้านทำความสะอาด, พนักงานยกกระเป๋า, เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารหรือธุรการ เป็นต้น รวมทั้งปรับแนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อให้เหมาะสม อีกทั้ง ยังมีการคัดกรองผู้ที่เข้ามาที่สถานพยาบาลทั้งหมด มีการสอบถามผู้ป่วยนอก ครอบครัว และผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด และได้กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีอาการเป็นไข้ มีอาการของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ มีประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่ความเสี่ยงสูง เข้ารับการรักษาในคลินิกแยกออกจากผู้ป่วยนอกอื่นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสไปยังผู้อื่น สำหรับด้านการนัดหมายผู้ป่วยได้นัดหมายตามลำดับความเร่งด่วนในการรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง, โรคหัวใจ, การดูแลทางสูติกรรม และอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะได้รับการนัดหมายและรักษาก่อน (WHO, 2020; Cosentino *et al*., 2020; Leira *et al*., (2020) ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยนอกลดลงถึงร้อยละ 53 ในเดือนพฤษภาคม 2563 มีการนำ Telemedicine มาใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1 ในเดือนมีนาคม 2563 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5 จากจำนวนการนัดหมายผู้ป่วยทุกแผนกในเดือนพฤษภาคม 2563 ดังแสดงในภาพที่ 18 รวมทั้งสนับสนุนการส่งยาให้กับผู้ป่วยที่มีการเลื่อนนัดหมาย ลดการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างสถานพยาบาลโดยระงับการอบรมนักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ (residents) แบบหมุนเวียนในแต่ละโรงพยาบาล และไม่ให้นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลทำงานใน

สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถใช้เป็นแนวทางในการรับมือกับสถานการณ์ระบาดของโรคและเตรียมความพร้อมการใช้รูปแบบ New Normal ในสถานพยาบาลทุกแห่งต่อไป

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำร่องการปรับรูปแบบและกระบวนการจัดบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster: PCC) จำนวน 20 แห่ง ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ให้มีการประเมินผลเบื้องต้นภายหลังดำเนินการ 4 เดือน เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการจาก PCC ในโครงการวิจัยเทียบกับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นและแผนกบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในอำเภอเดียวกัน พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมบุคลากรสาธารณสุขของ PCC ในโครงการวิจัยดีกว่าหน่วยบริการ ประเภทอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งการรู้จักชื่อแพทย์ ชื่อเจ้าหน้าที่หมอครอบครัว มีช่องทางติดต่อได้สะดวก แต่ยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนาคือ ผู้ป่วยควรได้รับบริการจากแพทย์และหมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง นอกจากนี้จากแนวทางการดูแลที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังพึงได้รับทราบทั้งห้าด้านคือ ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ แผนการดูแลรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตนและผลการรักษานั้น ผู้ป่วยประเมินว่าได้รับบริการตามแนวทางการดูแลโรคเรื้อรังจาก PCC ในโครงการวิจัยเป็น ส่วนใหญ่หรือแทบทุกครั้งในสัดส่วนสูงกว่าหน่วยบริการประเภทอื่นเกือบทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนด้านการปฏิบัติตนต่ำกว่าด้านอื่นๆ อีกทั้งมีข้อสังเกตว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมบุคลากรสาธารณสุขและการได้รับบริการตามแนวทางการดูแลโรคเรื้อรังของ PCC นอกโครงการวิจัยมิได้ดีกว่าของคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของ โรงพยาบาล

ราม รังสินธุ์ และคณะ (2563) ทำการศึกษารูปแบบบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้นวัตกรรมเครือข่ายผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านมีอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า เครือข่ายผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน WinCare คือบริการที่จะเข้ามาเสริมพลังของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคต ให้สามารถรองรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ภายใต้ขีดจำกัดของทรัพยากรด้านกำลังคนในระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน โดยผู้ให้บริการ WinCare คืออาสาสมัครผู้ผ่านการฝึกอบรม ที่มีศักยภาพในการเคลื่อนที่เข้าถึงจากการมียานพาหนะเป็นของ ตนเอง เข้าไปให้บริการที่นอกเหนือไปจากการบริการทางการแพทย์ ให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในชุมชนสามารถเรียกใช้บริการได้

ประภา ราชา และคณะ (2563) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโควิด-19 แบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์การจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยศึกษาในพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานคลินิกเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนาระบบ มี 2 ขั้นตอน คือการเตรียมความพร้อมและ การพัฒนาระบบบริการ ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้ระบบในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มผู้รับบริการ ระยะที่ 4 ประเมินผลในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ทีมสหสาขา และกลุ่มผู้รับบริการ ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่าระบบการบริหารจัดการและระบบบริการยังไม่ครอบคลุม ระยะที่ 2 ดำเนินการ เตรียมความพร้อมและพัฒนาระบบบริการ ระยะที่ 3 พบว่า พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และคนงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 สูงกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19

และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะความสามารถและเทคนิคการปฏิบัติถูกต้อง ระยะที่ 4 พบว่า พยาบาลผู้ช่วยเหลือคนไข้ และทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาด ของโควิด-19 ที่ระดับมากส่วนคนงานมีความพึงพอใจที่ระดับปานกลางผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ระดับดีมาก ร้อยละ 100 และมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ระดับดีมากร้อยละ 81.0 และมีความ พึงพอใจต่อการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ระดับมากที่สุดอัตราการเข้าถึงบริการจากการได้รับยาต่อเนื่องของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลพิจิตรในช่วงการแพร่ระบาดของ โควิด-19 ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2563 เพิ่มขึ้น สรุป: ระบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ส่งเสริมการทำงานระหว่างสหวิชาชีพผู้ป่วยได้รับการพยาบาล ที่มีคุณภาพ สามารถดูแลจัดการตนเอง เข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติภพ แจ่มโสภณ (2563) ทำการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในการดูแลของคลินิกหมอครอบครัวชุมชนกังแอน 105 คน แบ่งเป็นทีรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว จำนวน 69 คน และรับบริการที่หน่วยบริการแบบเคลื่อนที่ จำนวน 36 คน เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดและความพึงพอใจในการรับบริการพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่กับคลินิกหมอครอบครัวชุมชนกังแอน ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value = 0.197) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการสุขภาพทีคลินิกหมอครอบครัวกับหน่วยบริการแบบเคลื่อนที่ ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value = 0.098) สรุปได้ว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ไม่ว่าผู้ป่วยจะรับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่หรือรับบริการ ทีคลินิกหมอครอบครัว ประสิทธิผลการดูแลรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

นิตยา เพ็ญศิรินภา, ธีระวุธ ธรรมกุล, ขวัญทิพย์ เฮงไป๋ (2563) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม และประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริม สุขภาพ วิธีการศึกษามี 2 ระยะ ระยะแรก ใช้การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ระยะที่สอง เป็นเชิงกึ่งทดลองเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบฯ นาน 3 เดือน กับผู้สูงอายุ โดยวัดความเชื่อในความสามารถ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและสนทนา กลุ่มเพื่อถอดบทเรียนผลการวิจัยระยะแรกได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ที่ใช้การอบรม 2 วัน เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมพลัง และติดตามอีก 2 ครั้ง การประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบการส่งเสริม สุขภาพในระยะที่สอง พบว่าผู้สูงอายุมีความเชื่อในความสามารถพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 ส่วนดัชนีมวลกายและความดันโลหิตไม่แตกต่างกัน การถอดบทเรียนพบว่าชุมชนได้เรียนรู้บูรณาการการทำงาน ดึงศักยภาพบุคคลจากกิจกรรมหรือเกมการเรียนรู้ที่น่าสนใจและสนุกสนาน นำรูปแบบไปต่อยอด

บทที่ 3
ระเบียบวิธีวิจัย

การพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) ของจังหวัดปัตตานี เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ตลอดจนศึกษาต้นทุนทางบัญชี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดปัตตานี

1.1 รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้วิธีสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดปัตตานี

1.2 พื้นที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในสถานบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี ที่มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมายอ โรงพยาบาลยะริง โรงพยาบาลปะนาเระ

1.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในแต่ละพื้นที่ที่ทำการศึกษาจะมีการสนทนากลุ่มแบ่งออกเป็น

1.3.1 กลุ่มผู้ให้บริการ ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของจังหวัดปัตตานี จำนวนแห่งละ 8 คน รวมทั้งสิ้น 24 คน

1.3.2 กลุ่มผู้รับบริการ ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) ที่มารับบริการในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของจังหวัดปัตตานี โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเบาหวาน จำนวนแห่งละ 8 คน และผู้ป่วยกลุ่มความดันโลหิตสูง จำนวนแห่งละ 8 คน รวมทั้งสิ้น 48 คน

การศึกษาครั้งนี้จะเก็บข้อมูลจนเกิดการอิ่มตัวของข้อมูลที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่าง (Data saturation in sampling) จึงยุติการสัมภาษณ์

1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.4.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นการนั่งสนทนากันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์เป็นกลุ่ม มีผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) เป็นผู้จุดประเด็นการสนทนาเพื่อเป็นการจูงใจให้บุคคลนั้นๆ ได้แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางในการสนทนาให้ได้กว้างขวางลึกซึ้งและละเอียดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งประกอบไปด้วยแนวข้อคำถาม 3 ประเด็นได้แก่

1) การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดปัตตานี รูปแบบเดิม

2) การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดปัตตานี ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

3) ความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดปัตตานี

1.4.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวทางการสัมภาษณ์และแนวทางการสนทนากลุ่ม มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยวิธีการทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้สมบูรณ์ โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิจากนั้นนำผลมา พิจารณาหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ถ้าค่า IOC มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าข้อคำถามนั้นใช้ได้ ถ้าข้อคำถามข้อใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 แสดงว่าคำถามนั้นวัดไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ ผู้ศึกษาต้องปรับปรุง และแก้ไขจนข้อความมีคุณภาพตามเกณฑ์

1.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในกลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 8 คนต่อพื้นที่ และสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในกลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 8 คนต่อพื้นที่ โดยมีผู้ดำเนินรายการ 1 คน (Moderator) และผู้จดบันทึก 1 คน (Note-taker) ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 30–60 นาที จากนั้นมีการถอดเทปเพื่อสรุปประเด็นที่สำคัญ

1.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1.6.1 การจัดแฟ้ม (Establishing files) คือการนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทบทวน และจัดหมวดหมู่

1.6.2 การลงรหัสข้อมูล (Coding the data) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาลงรหัสหมวดหมู่ของข้อมูล

1.6.3 การจัดประเภทของข้อมูล (Identity unit) โดยพิจารณาจากรหัส นำรหัสของข้อมูลที่มีอยู่มารวบรวมในการจัดประเภทข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจะจัดอยู่ด้วยกัน

1.6.4 การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ (Developing categories) นำข้อมูลที่จัดประเภทโดยแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย ๆ ที่มีความสอดคล้องในเนื้อหาและแจงนับความถี่ของคำหรือข้อความที่ปรากฏในเนื้อหา มีการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลแล้วนำมาตีความเพื่อพัฒนาและสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล

1.6.5 การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Interpretively determine connections) นำหมวดหมู่ของข้อมูลที่จัดได้มาหาความสัมพันธ์กัน

1.6.6 การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) นำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล

1.6.7 การสรุปและรายงานการวิจัย (Report) ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา การเขียนรายงานมีความคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจน และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive explanation)

2. การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ใส่รายละเอียดโปรแกรมของจุด Check point

2.1 ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.2 ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดปัตตานี

2.3 ผู้วิจัยนำผลจากขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.4 นำรูปแบบที่ได้ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ

2.5 แก้ไขรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2.6 นำรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์มาหาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน

2.7 นำรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ฉบับสมบูรณ์ไปใช้

3. การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

3.1 รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบทดลอง (Experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-posttest) เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิต ของกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) และประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการและ

ผู้รับบริการเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 พื้นที่

1) แบ่งโรงพยาบาลออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการจับฉลาก โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี ครั้งละ 1 โรงพยาบาล ใส่เป็นกลุ่มที่ 1 และ 2 ตามลำดับ จับฉลากจนครบทุกโรงพยาบาล

2) กำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random assignment) โดยเขียนหมายเลขกลุ่มลงในแผ่นฉลากแล้วดำเนินการจับฉลาก โดยกลุ่มที่จับได้ในครั้งแรกจะถูกกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม

3) สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับฉลาก ครั้งละ 1 โรงพยาบาล กลุ่มละ 3 โรงพยาบาลเพื่อเลือกพื้นที่ที่จะทำการทดลองใช้รูปแบบและพื้นที่ที่เป็นพื้นที่ควบคุม

ซึ่งจากการดำเนินการสุ่มดังกล่าว ได้กลุ่มทดลอง ประกอบด้วย โรงพยาบาลปัตตานี โรคพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี และโรงพยาบาลโคกโพธิ์ และกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย โรงพยาบาลมายอ โรงพยาบาลยะรัง และโรงพยาบาลปะนาเระ

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปัตตานี โรคพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี โรงพยาบาลโคกโพธิ์ โรงพยาบาลมายอ โรงพยาบาลยะรัง และโรงพยาบาลปะนาเระ

1) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร

$$n1 = \left[\frac{z_{1-\frac{\propto}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q}\left(1+\frac{1}{r}\right)} + z_{1-\beta}\sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

เมื่อกำหนดให้ $r = \frac{n_2}{n_1}, q_1 = 1 - p_1, q_2 = 1 - p_2$

$z_{1-\frac{\propto}{2}}$ คือค่าของตัวแปร z จากการแจกแจงปรกติมาตรฐาน ณ ควอไทล์ที่ 1-α/2

$z_{1-\beta}$ คือค่าของตัวแปร z จากการแจกแจงปรกติมาตรฐาน ณ ควอไทล์ที่ 1-β

α คือระดับนัยสำคัญทางสถิติที่นักวิจัยกำหนดเพื่อใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน

β คือค่าความน่าจะเป็นของความผิดพลาดแบบที่ 2

r คืออัตราส่วนระหว่างขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ 2 ต่อขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ 1

p_1 คือค่าสัดส่วนของเหตุการณ์ที่สนใจตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรกลุ่มที่ 1

p_2 คือค่าสัดส่วนของเหตุการณ์ที่สนใจตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรกลุ่มที่ 2

q คือค่าสัดส่วนของเหตุการณ์ที่ไม่สนใจในตัวแปลผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรกลุ่มที่ 1

q คือค่าสัดส่วนของเหตุการณ์ที่ไม่สนใจตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรกลุ่มที่ 2

Δ คือความแตกต่างระหว่างค่าสัดส่วนของเหตุการณ์ที่สนใจในตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรกลุ่มที่ 1 และ 2

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนด แทนการแทนค่าตาม โปรแกรมคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน คือ p1 เท่ากับ 0.5 p2 เท่ากับ 0.6 ค่า r=1 ค่า α เท่ากับ 0.05 และ β เท่ากับ 0.2 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 388 คน ทำให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 776 คน โดยทำการสุ่มอำเภอที่มีการดำเนินการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 3 อำเภอ (388 คน) และอำเภอที่มีการดำเนินการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรูปแบบเดิม อีก 3 อำเภอ (388 คน) โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามขนาดของโรงพยาบาลขนาดละ 1 โรงพยาบาล และกระจายจำนวนตามสัดส่วนของขนาดโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในแต่ละโรงพยาบาล

กลุ่มควบคุม	**จำนวนผู้ป่วย**		**กลุ่มทดลอง**	**จำนวนผู้ป่วย**	
โรงพยาบาล	เบาหวาน	ความดันโลหิต	โรงพยาบาล	เบาหวาน	ความดันโลหิต
รพ. ยะริง	150	150	รพ. ปัตตานี	150	150
รพ. หนองจิก	130	130	รพ. สายบุรี	130	130
รพ. ไม้แก่น	108	108	รพ. โคกโพธิ์	108	108
รวม	**388**	**388**		**388**	**388**

2) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Subject selection and allocation) จากฐานข้อมูล Hosxp ปีพ.ศ. 2563 (1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2563) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ที่ระบุว่าเป็นโรคเบาหวาน (E119) และความดันโลหิตสูง (I10) และเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) ของแต่ละโรงพยาบาลที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามจำนวนที่กำหนดไว้ข้างต้น

2.1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria)

(1) มีอายุ 35-60 ปี

(2) ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมอื่นๆ ทีมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต นอกเหนือจากการรักษาตามมาตรฐาน

(3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด โดยลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2.2) เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการศึกษา (Exclusion criteria)

(1) มีโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคไต ของระบบหัวใจ โรคตับ ฯลฯ

(2) มีภาวะตั้งครรภ์หรืออยู่ในระหว่างการให้นมบุตร

2.3) เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or termination criteria)

(1) อาสาสมัครรับการรักษาโรคเบาหวานและความดันโรคหิตสูงด้วยวิธีอื่นๆ

(2) อาสาสมัครไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยครบตามระยะเวลาที่กำหนด

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 แบบสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Project: Stakeholder) การพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน โรงพยาบาลที่รับการรักษา กลุ่มโรคที่เป็น ระยะเวลาในการเป็นโรค และความสามารถในการมารับบริการที่สถานพยาบาล มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ต่อรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) ทราบ/ไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 ความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นแบบมาตรส่วน (Rating score) 5 ระดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินความพึงพอใจ มีดังนี้

5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจ/เชื่อมั่น มากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจ/เชื่อมั่น มาก

3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจ/เชื่อมั่น ปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจ/เชื่อมั่น น้อย

1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจ/เชื่อมั่น น้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน จากแบบประเมินความเชื่อมั่นและความพึงพอใจโดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบประเมินแต่ละคนรวมกันหาค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

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

ส่วนที่ 4 ความต้องการ ความหวัง และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะแบบระบุคำตอบ

3.3.2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการทดลองประกอบด้วย ระดับความดันโลหิตสูง หรือระดับน้ำตาลในเลือด และจำนวนครั้งที่เข้ามารับบริการ

1. ผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes) แบ่งออกเป็น

- กลุ่มสีเขียว คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดีสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ $\leq$ 130 mg/dL (มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร)

- กลุ่มสีเหลือง คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ปานกลาง มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลได้ $>$ 130 mg/dL (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

- กลุ่มสีแดง คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ $>$ 130 mg/dL (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง โดยแบ่งออกเป็น

- กลุ่มสีเขียว คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดีสามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิต $<$ 140 / 90 mmHg

- กลุ่มสีเหลือง คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ปานกลาง มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง สามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิต $>$ 140 / 90 mmHg

- กลุ่มสีแดง คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต $>$ 140 / 90 mmHg

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ความตรง (Validity)

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ได้นำ แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูล เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 1 คน อาจารย์ทางด้านสาธารณ จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการศึกษาจากแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้สมบูรณ์ โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ดังนี้

ให้ +1 ถ้าแน่ใจข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

ให้ 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

ให้ -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อความนั้นไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

จากนั้นนำผลพิจารณาลงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิไปคำนวณหาค่า IOC ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคำจำกัดความของตัวแปรสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC หมายถึงดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ หมายถึงคะแนนความคิดเห็นรวมของผู้ทรงคุณวุฒิ

R หมายถึง คะแนนการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ถ้าค่า IOC มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าข้อคำถามนั้นใช้ได้ ถ้าข้อคำถามข้อใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 แสดงว่าคำถามนั้นวัดไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ ผู้ศึกษาต้องปรับปรุง และแก้ไขจนข้อความมีคุณภาพตามเกณฑ์ ซึ่งจากการตรวจสอบความตรงพบว่า ได้ค่าเกิน 0.5 ทุกข้อ

2) การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยต้องได้ค่ามากกว่า 0.8 จึงจะถือว่าแบบสอบถามสามารถนำไปใช้ได้ ซึ่งจากการตรวจสอบความเชื่อมั่นพบว่า ได้ค่า 0.83

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

3.4.1 จัดประชุมร่วมกับบุคลากรในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อจัดทำระบบการให้บริการตามแนวทางการปฏิบัติรูปแบบวิถีใหม่ มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยกลุ่มเขียว กลุ่มเหลือง และกลุ่มแดง และการปรับแบบฟอร์มต่างๆให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

3.4.2 จัดอบรมพัฒนาทักษะให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ System Manager, Case Manager, Mini case manager, Health coach และบุคลากรทางด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ จากสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับและอาสาสมัครสาธารณสุขจากอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ให้เรียนรู้ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็นรายกรณี และพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษา การสร้างแรงจูงใจด้วยเครื่องมือต่างๆ เช่น Brief Advice (BA) , Brief Intervention(BI) , Motivation Interview (MI), Mindfulness Based Brief Intervention (MBBI), Mindfulness Based Therapy and Counseling (MBTC) ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

3.4.3 พัฒนาระบบ fast tract ในการ refill ยาสำหรับกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี

3.4.4 พัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์/ส่งยาโดย อสม. / รับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน

3.4.5 พัฒนาช่องทางให้ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกรณีมีปัญหาสุขภาพ

3.4.6 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนกระบวนการต่างๆในระบบบริการ

3.4.7 ปรับเปลี่ยนการนัดผู้ป่วยมาที่หน่วยบริการทุก 4 เดือน โดยในเดือนที่ไม่ได้มาที่หน่วยบริการทำการบันทึกผลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือSelf-monitoring record มาส่งให้ พยาบาล Case manager หรือผู้ที่มีหน้าที่Triage ทุกครั้งที่นัดหมาย เพื่อรับยาตามปกติ ในกรณีที่ผลปกติสามารถเข้าช่องทาง Fast tract มาพบแพทย์ เพื่อพิจารณาปัญหาหรือปัจจัยที่ทำ ให้เกิดความผิดปกติเพื่อนัดหรือจัดบริการให้ผู้ป่วย อย่างเหมาะสม

3.4.8 การกำกับ ติดตาม ประเมินผล โดยการจัดประชุมร่วมกันทางระบบการประชุมทางไกล เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่ กระทรวงสาธารณสุขให้ดำาเนินการตามมาตรการงดการเดินทางข้ามจังหวัด และรองอธิบดีที่รับผิดชอบโครงการปัตตานีโมเดล จัดให้มีการประชุมทางไกล เพื่อติดตาม ประเมินผล ร่วมกับพื้นที่อย่างต่อเนื่องทุกเดือน

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้ในสถิติการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนแบบมาตรฐาน

3.5.2 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ โดยใช้ในสถิติการแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนแบบมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วย สถิติ Repleted t-test

4. การศึกษาต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่

4.1 รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการประเมินต้นทุนรายกิจกรรม (Activities based costing : ABC) และการศึกษาต้นทุนต้นทุนต่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง (Cost per visit) การควบคุมเบาหวานและความดันโลหิต ของกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) งานวิจัยนี้ใช้วิธีการศึกษาต้นทุนทางบัญชี (Account costing) จากมุมมองผู้ให้บริการ (Provider’s perspective) โดยใช้รูปแบบการคำนวณต้นทุนการบริการทางการแพทย์แบบมาตรฐาน (standard costing method) โดยอิงวิธีการพื้นฐานจากแนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิตของงานบริการสุขภาพของกรมบัญชีกลาง และคู่มือการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การศึกษานี้ประมาณการต้นทุนที่ปีงบประมาณ 2564 จากฐานข้อมูล HosXP ของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำการศึกษา

4.2 กลุ่มตัวอย่างข้อมูล

ต้นทุนรูปแบบระบบบริการการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิต ของกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) ประกอบด้วย ค่าแรง (Labor cost : LC) เช่น เงินเดือน และค่าตอบแทนอื่นๆ ค่าวัสดุ (Material cost : MC) เช่น ค่ายา ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และอื่นๆ และค่าทรัพย์สินถาวรหรือค่าลงทุน (Capital cost : CC) เช่น ครุภัณฑ์ ยานพาหนะ อาคาร ทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในชุมชน ต้นทุนทางอ้อมที่จัดสรรมาจากหน่วยที่ให้การสนับสนุน

4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.3.1 แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนกิจกรรมแยกตามหน่วยต้นทุน (Cost center) ของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการจัดบริการในชุมชน ตามแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนเพื่อเก็บข้อมูลต้นทุนทางตรง (Direct cost) ประกอบด้วยค่าแรง (LC) ค่าวัสดุ (MC) และค่าครุภัณฑ์ (CC)

4.3.2 แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนต่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง ประกอบด้วย ค่ายา (Drug) ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ (Laboratory) ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา (X-Ray) และค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ (Special investigate)

4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ต้นทุนกิจกรรมการบริการการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิต ของกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) โดยใช้วิธีคำนวณต้นทุนแบบมาตรฐาน (Traditional cost analysis) (Drummond, Sculpher, & Torrance, 2005; Shepard, Hodgkin, & Anthony, 2000) ที่อิงวิธีการพื้นฐานจากแนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิตของงานบริการสาธารณะของกรมบัญชีกลาง (Office of Public Accounting Standards, 2014) ตามคู่มือการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Health Insurance Group, 2013) Costing of Health Services for Provider Payment (Ozaltin, & Cashin, 2014) และ Costing for UHC: OPM seminar series on health financing for UHC (Government Gazette, 2007) เก็บข้อมูลปีงบประมาณ 2564

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การคำนวณต้นทุนกิจกรรมการจัดบริการการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิต ของกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) การวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Excel 2010 โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง และการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

4.5.1 ค่าเสื่อมราคาต่อปี (depreciation cost) ของค่าเสื่อมราคา โดยยึดอายุการใช้งาน (Useful life) ตามกรมบัญชีกลาง Depreciation cost = Price/(Useful life)

4.5.2 ต้นทุนทางตรง (Direct cost) กิจกรรมการจัดบริการการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิต ของกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) คำนวนจาก Direct cost = Labour cost (LC) + Material cost (MC) + Capital cost (CC)

4.5.3 ต้นทุนรวม (Total cost) กิจกรรมการจัดบริการการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิต ของกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) คำนวนจาก (Unit cost) Total cost = (Direct cost) + (Indirect cost)

4.5.4 ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) กิจกรรมการจัดบริการการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิต ของกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) Unit cost = (Total cost)/(Amount service)

บทที่ 4
ผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) ครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดปัตตานี เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ตลอดจนศึกษาต้นทุนทางบัญชี ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผลศึกษาสถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดปัตตานี

การศึกษาสถานการณ์การให้บริการ รูปแบบการให้บริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) โดยศึกษารูปแบบของการรับบริการและรูปแบบการจัดบริการระหว่างการระบาดโรคโควิด – 19 เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการจัดบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ในช่วงการระบาดโรคโควิด – 19

1.1 การจัดการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนสถานการณ์โควิด 19

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการจัดการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ออกมาใน 3 ลักษณะ ดังนี้

1.1.1 การจัดการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนการระบาดของโรคโควิด-19

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการจัดการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 ออกมาใน 6 ลักษณะ ดังนี้

1) การรับบริการการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในสถานบริการ

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการเข้ารับบริการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงในสถานบริการก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 โดยจะมีการมาพบแพทย์ตามนัด โดยแพทย์จะมีการนัดเดือนละครั้ง และเมื่อสามารถควบคุมอาการของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดี แพทย์จะมีการนัดห่างขึ้น เป็นสองเดือนหรือสามเดือนต่อครั้ง ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“...มาพบแพทย์ประมาณสามเดือนครั้ง แรกๆ ก็เดือนละครั้ง นานๆ ไปก็สองเดือนครั้ง นานๆ ไปสามเดือนครั้ง โดยเฉลี่ยก็ประมาณสามเดือนครั้ง ถ้าสามารถรักษาความความดันเบาหวานได้ หมอก็จะนัดห่างขึ้น” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ก่อนโควิดไปบ่อย เดือนละครั้ง ไปตามนัดที่โรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

2) รูปแบบหรือขั้นตอนที่ได้รับบริการในการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงในสถานบริการสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงรูปแบบหรือขั้นตอนที่ได้รับบริการในการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงในสถานพยาบาลก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 โดยผู้รับบริการที่เป็นโรคเบาหวานได้มีการเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการตรวจ คือ มีการงดน้ำงดอาหาร เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ภายหลังยื่นบัตรคิว จะมีการเจาะเลือด หลังเจาะเลือดเสร็จสามารถรับประทานอาหารได้ นอกจากนี้ก็มีการวัดความดันโลหิต ซักประวัติ เพื่อคัดกรอง และรอพบแพทย์ โดยแพทย์จะตรวจและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว หลังเสร็จสิ้นการพบแพทย์ จะไปรับยา และชำระเงินตามสิทธิ์ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“...จอดรถเสร็จ ก็ขึ้นตึกไปห้องบัตรก่อน แล้วยื่นบัตรให้เขา แล้วก็ไปเจาะเลือด ถ้าเป็นเบาหวานก็ไปเจาะเลือด ถ้าเป็นเบาหวาน หมอก็จะสั่งให้ไปเจาะเลือด...ถ้าไม่ได้เจาะเลือดก็ไปรับยา แล้วก็จ่ายเงินหรือว่าตามสิทธิ์ของเรา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“ถ้าเป็นเบาหวานก็ต้องอดข้าวก่อน แล้วไปเจาะเลือด พอเจาะเลือดเสร็จก็ไปกินข้าวได้ ไปยื่นบัตร ไปวัดความดัน ไปตรวจอีกรอบก่อนพบหมอ เข้าพบหมอ และไปรอรับยา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“...เป็นเบาหวาน ต้องอดข้าว ไปเจาะเลือด วัดความดัน ซักประวัติ พบแพทย์ ฟังคำแนะนำเรื่องอาหาร...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“...ถ้าเป็นเบาหวานก็ไปเจาะเลือดก่อน พอเจาะเลือดเสร็จ ก็จะไปหาหมอ แล้วถ้ามีตรวจเพิ่มก็แยกไป ถ้าไม่มีหมอก็ให้คำแนะนำ แล้วก็ไปรับยา แล้วก็กลับบ้าน ที่นี่เป็นแบบ one stop service จะใช้เวลาไม่นาน...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

นอกจากนี้ สำหรับผู้รับบริการที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะได้รับการตรวจที่คลินิกความดันโลหิต โดยเมื่อไปถึงจะมีการรับบัตรคิว รอเรียกซักประวัติ ประเมินความดันโลหิต และเข้าไปพบแพทย์ เพื่อตรวจและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“...ถ้าเป็นความดันก็ไปวัดความดันที่คลินิกความดัน พอถึงคลินิกก็นั่งรอเรียกวัดความดัน แล้วก็ไปรอตรวจกับหมอ แล้วหมอก็จะให้คำแนะนำ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

3) ความรู้สึกต่อรูปแบบการให้บริการโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับ

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงความรู้สึกต่อรูปแบบในการให้บริการโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับในสถานบริการสุขภาพ โดยได้บอกว่าระบบดีอยู่แล้ว ไม่ยุ่งยาก มีความครอบคลุม และได้รับการดูแล อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี รวมทั้งทำให้รู้สึกไม่เครียด เมื่อมาพบแพทย์ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ระบบดีอยู่แล้ว ทำให้ไม่เครียด เมื่อมาพบหมอ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ก็ดีนะ ไม่ยุ่งยาก ครอบคลุมอยู่ ได้รับการอำนวยความสะดวกดี” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

4) ข้อวิตกกังวลกับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็น

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงข้อวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็น โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกเครียดกับโรคที่เป็น เนื่องจากมีความเป็นห่วงในเรื่องสุขภาพของตนเอง ต้องระมัดระวังในเรื่องการรับประทานอาหารมากขึ้น และต้องดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“เครียดนะ เพราะเราก็ห่วงสุขภาพของตัวเอง ต้องดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้น” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“เครียดบ้าง เพราะเราต้องระวังเรื่องอาหารมากขึ้น ต้องระมัดระวังในการกินอาหารมากกว่าเดิม” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางราย ได้สะท้อนว่าไม่รู้สึกกังวล หรือเครียดกับโรคที่เป็น เนื่องจากสามารถควบคุมโรคได้ โดยได้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“เฉยๆ ไม่กังวล ไม่เครียด เพราะว่าสามารถควบคุมได้ กินยาตามหมอสั่ง ตามที่หมอแนะนำไป ส่วนหนึ่งมาจากสามารถควบคุมได้...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

5) การตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรังเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง โดยได้มีการสังเกตและประเมินอาการผิดปกติของตนเอง โดยเมื่อพบอาการผิดปกติจะไปพบ อสม. หรือไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อรับการตรวจรักษา ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“สังเกตอาการตนเอง ถ้าเกิดอาการรุนแรง คือ ฉี่บ่อยกว่าปกติ เหนื่อยง่าย ใจสั่น จะไปวัดความดันที่อนามัย ไปเจาะเลือดที่อนามัย อสม.ก็เจาะได้ ถ้ารู้สึกไม่สบายก็ไปหา อสม. หรืออนามัย ถ้ารู้สึกไม่สบายก็ไปหา อสม. อสม. ก็จะประสานไปที่ รพ.สต. แล้วประเมินอาการว่าจะต้องไปที่ไหนต่อ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“...อาการของคนเบาหวานจะไม่ค่อยคงที่ บางทีวูบขึ้นมาก็มี บางทีก็ตาฝ้า เราก็จะรู้ว่าตัวเองเป็นอะไรก็จะไปตรวจ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“เวลาที่มีอาการเราจะรู้ตัวเอง เราก็จะรีบมาที่ รพ.สต. จะรู้ว่าทำไมตัวเองรู้สึกหิว ทำไมรู้สึกคอแห้ง เราจะรู้อาการของตัวเอง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

6) การตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรังเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานหรือความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน โดยได้มีการสังเกตและประเมินอาการผิดปกติด้วยตนเอง ซึ่งเมื่อพบอาการผิดปกติ จะไปพบ อสม. เพื่อให้ประเมินอาการ และประสานเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“สังเกตอาการ ถ้ามีอาการไม่ปกติ เช่น เหนื่อยง่าย ใจสั่น ก็ไปหา อสม. ไปวัดความดัน แล้ว อสม.ก็จะประสานไปที่ รพ.สต. ให้ประเมินอาการ เพื่อจะได้รู้ว่าควรไป รพ.สต.หรือว่าโรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่เป็นโรคเบาหวาน ได้มีการนำลูกอมติดตัวไว้ รวมทั้งเมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติ ผู้ให้ข้อมูลบางรายจะมีการรับประทานน้ำหวาน ซึ่งเมื่อรับประทานน้ำหวานเข้าไป อาการก็จะดีขึ้น สามารถไปรับประทานอาหารอย่างอื่นต่อได้ และบางรายเมื่อมีอาการชา จะมีการบีบนวดด้วยตนเอง เพื่อให้อาการชาดีขึ้น ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“สำหรับเบาหวานเราจะมีลูกอมติดตัวไว้ตลอด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“...เรามีเฮลบลูบอยด้วยนะ ถ้ากินเข้าไปแล้วเราก็จะอยู่ได้ พอที่จะไปหาอะไรกินต่อได้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“ต้องมีของหวานติดตัว พวกลูกอม น้ำหวาน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

“ถ้ามีอาการชา ก็แค่บีบนวดตัวเอง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

1.1.2 การจัดบริการระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 การบริการการแพทย์วิถีใหม่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการจัดบริการระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 การบริการการแพทย์วิถีใหม่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ออกมา 6 ลักษณะ ดังนี้

1) การรับบริการการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ในสถานบริการสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการรับบริการการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ในสถานบริการสุขภาพในระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 โดยไม่ได้มีการเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ ไม่ได้มีการไปพบแพทย์ เนื่องจากมีการระบาดของโรคโควิด 19 โดยจะมีการประเมินอาการผ่านทาง อสม. และภายหลังจาก อสม. มีการประเมินอาการเบื้องต้นแล้ว จะมีการประสานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะแจ้งไปยังโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจะมีการส่งยามาให้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะส่งยาให้ อสม. และ อสม.มีการนำยามาให้ที่บ้าน ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ไม่ค่อยได้ไป เพราะโควิดระบาด ส่วนมากก็มี อสม. เอายามาให้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“มีการเปลี่ยนการรับยาเฉยๆ คือ อสม.จะเป็นคนเอายามาให้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“ไปหา อสม.ให้ อสม. ประเมินอาการเบื้องต้นและประสานไปที่ รพ.สต. รพ.สต.ก็จะไปแจ้งโรงพยาบาล เขาจะส่งยามาให้ที่ รพ.สต. แล้ว รพ.สต. ก็จะให้ อสม. เอายามาให้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

นอกจากนี้ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ไม่ได้พบแพทย์ จะมีการเจาะเลือดและวัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะมีสมุดนัด เพื่อให้มารับยา รวมทั้งผู้ให้

ข้อมูลบางรายหากไม่สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้จะมี อสม. ไปเจาะเลือดให้ที่บ้าน ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ช่วงที่ผ่านมา ก็ไม่ได้เจอหมอ มารับยาอย่างเดียว แล้วก็มาเจาะเลือดที่ รพ.สต. ซึ่งเขาจะมีสมุดนัดให้ หมอจะส่งยามาให้ที่ รพ.สต. แล้วเราก็มารับยาที่นี่ ที่มารับที่นี่ เพราะจะต้องมาเจาะเบาหวาน วัดความดันทุกครั้งที่หมอนัด แล้วก็ค่อยมารับยา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“...ถ้าเรามาไม่ไหวจริงๆ ก็จะมี อสม. ไปเจาะให้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

2) รูปแบบหรือขั้นตอนที่ได้รับบริการในการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ในสถานบริการสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงรูปแบบหรือขั้นตอนที่ได้รับบริการในการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ในสถานบริการสุขภาพ โดยในระหว่างที่มีการระบาดของโควิด 19 รูปแบบการรับบริการจะไม่ได้มีการไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ จะมีการเจาะเลือด วัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและรับยาผ่าน อสม. ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ไปยื่นบัตร แล้วก็ไปวัดความดัน ถ้าเป็นเบาหวานก็ไปเจาะเลือด แต่ต้องอดข้าวมาก่อน ไม่ได้พบหมอ จะเจาะเลือด วัดความดันที่อนามัย ส่วนยา ทางอนามัยจะให้ อสม. เอามาให้ที่บ้าน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“เราจะมาตรวจที่ รพ.สต. เลย พอตรวจเสร็จ เราก็ย้อนกลับมารับยาที่รพสต.เลย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางราย ได้สะท้อนว่า รูปแบบการรับบริการ ในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ได้มีการเข้ารับการตรวจเลือดที่โรงพยาบาล และทางโรงพยาบาลจะส่งยามาให้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะมีการรับยาผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยไม่ได้มีการพบแพทย์ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“...ต้องเจาะเลือดก่อน แล้วหมอก็จะส่งยามาให้ที่ รพ.สต. แล้วเราก็จะมารับยาอีกทีรับยาจากที่โรงพยาบาลส่งมา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“ถ้าเราไม่มีอาการ ทางโรงพยาบาลเขาก็ไม่ได้ให้ไป แต่ว่าเขาจะมีการให้วัดความดันเจาะเลือดไปให้ แล้วเขาก็จะส่งยามาให้...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

3) ความรู้สึกเกี่ยวกับรูปแบบในการให้บริการโรคเรื้อรัง เบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่ได้รับ

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงความรู้สึกเกี่ยวกับรูปแบบในการให้บริการโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายได้สะท้อนว่าต้องการให้มีแพทย์ลงมาตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งก่อนหน้าจะมีการระบาดของโรคโควิด-19 มีแพทย์ลงมาตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากที่โรงพยาบาลแพทย์ได้มีการตรวจอย่างละเอียดและมีความพร้อมด้านเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“อยากให้หมอไปที่อนามัยมากกว่า เมื่อก่อนนี้ก็มีหมอมาที่อนามัย แต่พอช่วงโควิดก็ไม่ค่อยมาแล้ว” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“อยากมาหาหมอที่โรงพยาบาลมากกว่า เพราะหมอจะตรวจได้ละเอียดกว่า มีเครื่องมือในการตรวจมากกว่า” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“...เราอยากเจอหมอ สัก 6 เดือนครั้งก็ยังดีในช่วงโควิด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

4) ข้อวิตกกังวลกับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็น

ผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนข้อวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยผู้ให้ข้อมูลบางราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากกลัวว่าเมื่อมีการสัมผัสเชื้อ อาจส่งผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้นกว่าเดิม ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“กังวลว่าจะติดโควิดตอนไหนก็ไม่รู้ ยิ่งเรามีโรคประจำตัวอยู่ ยิ่งเสี่ยงกว่าคนอื่น เวลาเป็นก็กลัวเป็นหนักกว่าคนอื่น” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“กลัวว่าถ้าเป็นแล้วอาการเราจะรุนแรง เพราะเราก็มีโรคประจำตัวด้วย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่ได้รู้สึกวิตกกังวลหรือเครียด เนื่องจากแม้จะมีการระบาดของโรคโควิด-19 แต่ยังมีทีม อสม.มาตรวจเบื้องต้นให้ที่บ้าน รวมทั้งมีการรวมกลุ่มในการวัดความดันโลหิต และเจาะเลือดให้ภายในชุมชน ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ไม่กังวล เพราะ อสม. มีการตรวจเบื้องต้นให้...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“...ไม่รู้สึกเครียด เพราะบางทีก็มีออกมาตรวจบ้าง โดยจะนัดมาที่ใดที่หนึ่งในชุมชน ตรงที่ทุกคนสามารถไปหากันได้ ไปรวมตัวกันได้ในชุมชน แล้วก็นัดไปเจาะเวลาเช้า เดือนละครั้ง หรือว่าสามเดือนครั้ง มันดีตรงที่ว่าเราได้รู้ตลอดเวลาว่าความดันขึ้นรึเปล่า เบาหวานขึ้นรึเปล่า” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

5) การตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 โดยได้มีการประเมินและสังเกตอาการของตนเอง หากพบว่าตนเองมีอาการผิดปกติ จะมีการไปพบ อสม. เพื่อขอวัดวามดันโลหิตหรือเจาะเลือด เพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งเมื่อ อสม.มาประเมินแล้ว พบว่ามีความผิดปกติ ทาง อสม.จะประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีการลงตรวจเยี่ยมอาการและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ถ้ารู้สึกว่าผิดปกติก็จะไปหา อสม. ไปวัดความดัน หรือเจาะเลือด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ส่วนมากก็สังเกตอาการ เพราะถ้ามึนหัว ปวดหัวก็จะไปอนามัย กลัวเป็นหนักแล้วไม่มีใครเห็น ต้องสังเกตอาการตนเองบ่อยๆ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“ถ้ามีอาการก็จะประสาน อสม. ก่อน แล้ว อสม. ก็จะประสานไปที่ รพ.สต. แต่ถ้าเราไม่ไหวจริงๆ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะลงไปเยี่ยม ก็จะเป็นการพูดคุย สอบถามอาการว่าเรารู้สึกยังไง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ตอนแรกก็จะสังเกตอาการตัวเองก่อน ถ้ามีความผิดปกติ เราก็จะแจ้ง อสม. แล้ว อสม. ก็จะแจ้งไปที่ รพ.สต. เขาก็จะลงมาตรวจเยี่ยมเรา ให้คำแนะนำเรา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

6) การตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน ในระหว่างมีการระบาดของโรคโควิด 19 โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายได้มีการประเมินอาการตนเอง ซึ่งหากพบอาการผิดปกติ จะเลือกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ถ้ารู้สึกว่ามีอาการวิงเวียน ปวดหัว ก็มาโรงพยาบาลเลย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“ถ้ามีอาการเหนื่อยง่าย จะรู้ตัวเองเลย ก็จะมาที่โรงพยาบาลเลย มาตรวจให้แน่ใจ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางราย เมื่อพบอาการผิดปกติ จะมีการโทรแจ้ง อสม. เพื่อนำเครื่องมือมาทำการตรวจที่บ้าน ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“บางทีถ้ามีอาการก็โทรแจ้ง อสม. เค้าก็จะเอาเครื่องมือมาให้ แล้วเราก็มาวัดเอง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางราย ได้มีการสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง หากพบความผิดปกติ จะใช้การดูแลตนเองเบื้องต้นที่บ้าน โดยปรับการรับประทานอาหาร เพื่อควบคุมโรคที่เป็น ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“สังเกตอาการ แล้วก็พยายามควบคุมอาหาร ไม่ทานของหวานเกินไป ไม่ตามใจปากเกินไป บางทีก็มีแอบกินบ้าง แต่กินไม่มากกินน้อยๆ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

1.1.3 รูปแบบการจัดบริการที่อยากได้ในอนาคต

ผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนรูปแบบการจัดบริการโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่อยากได้ในอนาคต โดยได้มีการสะท้อนออกมาใน 5 ลักษณะ ดังนี้ 1) ระบบหรือรูปแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อลดการมารับบริการในโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพ 2) รูปแบบตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) รูปแบบตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน 4) รูปแบบบริการการแพทย์วิถีใหม่ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 5) รูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ รูปแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงในอนาคต ดังนี้

1) ระบบหรือรูปแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อลดการมารับบริการในโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงระบบหรือรูปแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง เพื่อลดการมารับบริการในสถานบริการสุขภาพ โดยรูปแบบที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการ คือ การได้พบแพทย์เป็นบางช่วงเวลา ได้แก่ ปีละ 1 - 2 ครั้ง เพื่อให้แพทย์ได้ตรวจและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ต้องมีค่าใช้จ่าย และอาจต้องมีผู้ที่พามาโรงพยาบาล ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ไม่อยากมาโรงพยาบาล เพราะเสียเวลาคนพามา และมีค่าใช้จ่าย อยากมาแบบนานๆ ที หรือว่ามีอาการแล้วค่อยมา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ถ้าเป็นไปได้ ก็อยากมารับยาต่อที่อนามัย แต่ก็อยากเจอหมอปีละสองครั้งก็ได้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ถ้าเราคุมได้ ก็อยากเจอหมอปีละสองสามครั้ง อย่างน้อยเราก็ได้ให้หมอตรวจและให้คำแนะนำเราได้ว่าที่ผ่านมาเราปฏิบัติตัวถูกไหม อะไรแบบนี้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

*“ไปหาหมอครั้งแรกที่โรงพยาบาล รับยาที่โรงพยาบาล แล้วครั้งต่อไปก็รับยาที่ รพ.สต. โดยที่ปีหนึ่งหมอนัดครั้งสองครั้งก็ได้”*ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

ในขณะที่ ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการรูปแบบที่มีการส่งทีมมาตรวจวัดความดันโลหิตและดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“อยากให้มีการส่งคนมาวัดความดัน มาดูแลคนแก่ คนไม่สบายที่บ้าน เพราะเขาไปไม่ไหว ไม่สะดวกที่จะไปโรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

2) รูปแบบตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนรูปแบบตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการรูปแบบที่มี อสม. มาดูแลที่บ้าน เนื่องจากมีความรวดเร็วกว่าการเดินทางไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและให้ทาง อสม. แจ้งข้อมูลไปยังโรงพยาบาล ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“อยากให้มีที่ตรวจที่บ้าน อสม. ได้เลย แล้วให้เค้าประเมินอาการ เพื่อแจ้งไปที่โรงพยาบาล ว่าเราควรทำอย่างไรต่อ จะได้ปฏิบัติตัวถูก” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“อยากให้มีที่ อสม. ด้วยก็จะดี เพราะไปหาได้เร็วกว่า รพ.สต.” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการรูปแบบ ให้มีเครื่องเจาะระดับน้ำตาลเลือดไว้ที่บ้าน เพื่อเป็นการตรวจประเมินอาการตนเองเบื้องต้น หากพบความผิดปกติ ค่อยไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“อยากให้มีเครื่องเจาะเบาหวานไว้ที่ตัวเองเอง เป็นของตัวเองมากกว่า เพราะถ้ามีอาการก็ตรวจได้เลย แต่ถ้ามีอาการมากก็ไปหา รพ.สต. เลย เพราะที่นั้นเค้าเปิดทุกวันอยู่แล้ว” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

3) รูปแบบตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงรูปแบบตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน โดยรูปแบบที่ต้องการคือ ต้องการให้มีเครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือดไว้ที่บ้าน เพื่อจะได้ใช้ในการประเมินอาการผิดปกติของตนเองเบื้องต้น ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“อยากให้มีเครื่องวัดความดัน และเครื่องเจาะน้ำตาล เพื่อให้มีการตรวจสอบตัวเองเวลาที่คิดว่ามีอาการผิดปกติ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการให้มีรูปแบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ โดยสามารถโทรหาหรือปรึกษาแพทย์และพยาบาลผ่านระบบออนไลน์ได้ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“อยากให้มีการให้คำปรึกษาออนไลน์ได้ เวลามีอาการสามารถโทรหาหรือวิดีโอสอบถามอาการกับแพทย์หรือพยาบาลได้เลย เพื่อประเมินอาการ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

4) รูปแบบบริการการแพทย์วิถีใหม่ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองของโรคเรื้อรังเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงรูปแบบบริการการแพทย์วิถีใหม่ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองของโรคเรื้อรัง เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง โดยต้องการรูปแบบที่มีการตั้งจุดตรวจคัดกรองเบื้องต้น เมื่อพบอาการผิดปกติ เพื่อจะได้มีการดูแลตนเองมากขึ้น ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“อยากให้มีการตั้งจุดตรวจเบื้องต้น เวลารู้สึกไม่สบายตัว เวลามีอาการผิดปกติเราจะรู้สึกตัว อยากไปตรวจเพื่อจะได้ระมัดระวังตัวเองมากยิ่งขึ้น” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ คือ การมีช่องทางให้คำปรึกษาในระบบออนไลน์ เพื่อลดการไปพบแพทย์ เนื่องจากต้องการลดค่าใช้จ่าย และลดการต้องมีคนพาไปโรงพยาบาล ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“อยากให้มีการให้คำปรึกษาออนไลน์ เพื่อจะได้ไม่ต้องไปหาหมอ เพราะไปแต่ละทีมีค่าใช้จ่าย เสียเวลาคนพาไปด้วย อยากไปแบบนานๆ ครั้ง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางราย ต้องการรูปแบบที่มีการลงตรวจเยี่ยมของแพทยย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากจะได้มีโอกาสในการพบแพทย์ เพื่อทำการตรวจรักษาและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว รวมทั้งทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ เนื่องจากได้ตรวจกับแพทย์โดยตรง ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“อยากให้คุณหมอมาเยี่ยมที่ รพ.สต. แล้วนัดมาตรวจที่ รพ.สต. เพราะบางครั้งเราก็อยากมาพบหมอมากกว่าจะได้สบายใจแล้วก็ขอคำแนะนำจากหมอโดยตรง เราสบายใจว่าหมอได้ตรวจเราแล้ว” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

5) รูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ รูปแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงในอนาคต

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ รูปแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงในอนาคต โดยรูปแบบที่ต้องการ คือ ต้องการให้มีการให้คำปรึกษาแบบออนไลน์ เนื่องจากบางครั้งรับคำแนะนำจากแพทย์มาแล้ว แต่อาจจะทำให้ลืมได้ ดังนั้นถ้ามีช่องทางแบบออนไลน์ จะช่วยให้เมื่อมีปัญหา หรือต้องการคำแนะนำ สามารถขอรับคำแนะนำได้เลย เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“อยากให้มีการให้คำปรึกษาออนไลน์ เพราะบางทีหมอให้คำแนะนำเรามาแล้วแต่ลืม พอลืมก็กินเหมือนเดิม อาการก็เป็นเหมือนเดิม อยากรู้ว่าอะไรกินได้ อะไรกินไม่ได้ มีข้อห้ามยังไง จะได้ทำตัวถูก ถ้ามีอาการก็ปรึกษาหมอออนไลน์ได้เลย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางราย ต้องการให้มีรูปแบบที่มีการส่งยามาให้ถึงบ้าน โดยผ่านทาง อสม. เนื่องจากการไปโรงพยาบาลในแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายและต้องมีคนพาไปโรงพยาบาล บางครั้งเมื่อไม่มีคนที่พาไป ก็จะไม่ได้รับการรักษา ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

อยากให้มีการส่งยามาให้ถึงที่บ้าน ให้ อสม.เอามาให้ก็ได้ เพราะว่าไปหาหมอที่โรงพยาบาลแต่ละทีมีค่าใช้จ่าย เสียเวลาคนพาไปด้วย บางทีคนพาไปไม่ว่าง ก็ไม่ได้ไป ไม่อยากรบกวนเขาบ่อยๆ...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“...ไปที่ อสม.จะง่ายกว่า เพราะเข้าถึงกันมากกว่า หมออาจจะนัดเข้าไปพบบ้างปีละสองสามครั้ง ถ้าเราสามารถควบคุมได้ แต่ถ้าคุมไม่ได้ เราก็สามารถไปหาหมอได้เลย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการรูปแบบที่มี จุดวัดความดันโลหิตใกล้บ้าน เพื่อจะได้เข้าถึงได้ง่ายเมื่อพบความผิดปกติ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“อยากให้มีจุดวัดความดันใกล้บ้านของ อสม. ก็ได้ เวลามีอะไรผิดปกติก็จะไปตรวจตรงนั้นเลย หรือตรงไหนที่เราสามารถเข้าไปขอตรวจได้เลยใกล้ๆ ก็จะดี เดินผ่านไปผ่านมาก็อยากแวะไปตรวจดู” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังต้องการรูปแบบการรักษาที่มีแพทย์มาอยู่ประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อที่จะไปพบแพทย์ได้ง่ายขึ้น ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

*“อยากให้มีหมอมาอยู่กับ รพ.สต. บ้าง คนไข้จะได้ไปหาหมอง่ายขึ้น อาทิตย์ละครั้งก็ได้ คนที่เป็นโรคอื่นๆเค้าก็อยากให้หมอมาตรวจที่ รพ.สต.ด้วย ของเรามาตรวจเดือนละครั้ง หรือว่าปีละสองครั้งก็ได้”*ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

1.2 การจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงของบุคลากรทางการแพทย์

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ออกมาใน 3 ลักษณะ ดังนี้ 1) การจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 2) การจัดบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 การบริการ และการแพทย์วิถีใหม่ และ 3) รูปแบบการจัดบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่อยากได้ในอนาคต ดังนี้

1.2.1 การจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการจัดการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 ออกมาใน 6 ลักษณะ ดังนี้ 1) การแบ่งลักษณะผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง 2) รูปแบบหรือขั้นตอนที่สถานพยาบาลการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) ข้อแนะนำในการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภท 4) รูปแบบการประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง 5) การบริหารจัดการกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ และ 6) สาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ ดังนี้

1) การแบ่งลักษณะผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการแบ่งลักษณะผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 โดยได้มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้องรัง เบาหวานและความดันโลหิต เป็น 3 กลุ่มสี ได้แก่ กลุ่มสีเขียว คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี กลุ่มสีเหลือง คือ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ระดับปานกลาง และกลุ่มสีแดง คือ กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้เลย ซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีการแบ่งแยกกลุ่มผู้ป่วยและส่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“เดิม...แบ่งกลุ่มเป็นเขียว เหลือง แดง เป็น 3 กลุ่ม สีเขียว คือ ควบคุมได้ เหลืองคุมได้กลางๆ แดงนี่คุมไม่ได้เลย มีภาวะแทรกซ้อนด้วย อันนี้ คือ ของความดันโลหิต ส่วนโรคเบาหวานก็เหมือนกัน...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“เราแบ่งผู้ป่วย 3 ประเภท ได้แก่สีเขียว เหลือง แดง โดย รพ.สต. จะส่งผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้มีแนวทางในการดูแลตามกลุ่มสี โดยถ้าเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มสีเขียว ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเป็นผู้ดูแล มีการนัดมาตรวจปีละ 1 ครั้ง แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเหลืองและสีแดงทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลเอง รวมทั้งกลุ่มสีเหลืองและกลุ่มสีแดงที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 180 mm.Hg. จะมีแนวทางในการดูแล คือ การนัดมาโรงพยาบาล เดือนละ 2 ครั้ง แต่หากมีค่าความดันโลหิตสูงกว่า 180 mm.Hg. จะมีการนัดมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์/ครั้ง ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“สีเขียว รพ.สต. ดูแล และจะทำการนัดมาที่โรงพยาบาลปีละครั้ง เพื่อตรวจร่างกายโดยละเอียด แต่ถ้าเป็นกลุ่มสีเหลืองและสีแดงเนี่ย เราดูแลเองค่ะ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“เดิมของเราก่อนที่จะมีโควิด มีการแบ่งกลุ่มให้ รพ.สต. ดูแลกลุ่มสีเขียว ถ้าความดันก็คือ จะอยู่ที่ร้อยกว่า ร้อยสี่สิบเก้าสิบ ก็คือควบคุมความดันได้ในระดับปกติ เราก็จะส่งให้ รพ.สต. มีการเจาะแลปประจำปี ปีละครั้ง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

“กลุ่มสีเหลืองสีแดง ถ้า BP ไม่เกิน 180 เราจะนัดมาโรงพยาบาลสองเดือนครั้ง แต่ถ้ามากกว่านั้นก็จะนัดมามากกว่าสองอาทิตย์ครั้ง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

สำหรับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มสีเขียว ที่กลายเป็นกลุ่มสีเหลืองและสีแดง หรือกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่มาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลไม่ได้ ก็จะได้รับการลงตรวจเยี่ยมจากทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในบางรายหากผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ ก็จะมีการดูแลให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“รพ.สต. เราจะเจอเฉพาะสีเขียวที่มาหาเรา พออยู่ไปก็จะกลายเป็นสีเหลืองและสีแดง ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่ไปโรงพยาบาลไม่ได้ มาหาเราไม่ได้ เราก็จะไปเยี่ยม แต่ถ้าไปได้ก็ไปที่โรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9

“ถ้ากลุ่มสีเขียว ทาง รพ.สต. เราจะนัดตรวจทุกสามเดือนครั้ง จะมีวันที่เป็นทีมครอบครัวลงชุมชน จะมีแพทย์ลงไปด้วย ตรวจกลุ่มสีเหลืองว่าไม่เข้าไปโรงพยาบาล ขาดยาอะไรแบบนี้ค่ะ ถ้ากรณีที่คนไข้กลุ่มสีเขียวอยากเจอหมอก็ให้เจอค่ะ แต่เป้าหมายคือเป็นกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10

2) รูปแบบหรือขั้นตอนที่สถานบริการสุขภาพรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงรูปแบบหรือขั้นตอนที่สถานบริการสุขภาพรักษาโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 โดยสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เมื่อผู้ป่วยมารับคิวแล้วก็จะไปเจาะเลือด เมื่อรับการเจาะเลือดแล้วภายในคลินิกเบาหวานจะมีข้าวต้มไว้บริการ ซึ่งเมื่อรับประทานอาหารเสร็จ ก็จะไปวัดสัญญาณชีพ ตรวจคัดกรอง เข้าพบแพทย์ และมีการให้คำแนะนำโดยสหสาขาวิชาชีพ ในขณะที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเข้ารับการตรวจรักษาเหมือนผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่จะไม่มีจุดของการให้บริการเรื่องอาหาร ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ตอนแรกเราจะมีคิวให้ แล้วก็มายื่นคิวที่ห้องบัตรอีกทีหนึ่ง แล้วก็ไปเจาะเลือด จากนั้นก็จะเข้ามาในห้องแล้วก็รับคิว...ระหว่างนั้นก็จะมีข้าวต้มให้ ความดันโลหิตก็เหมือนกัน แต่เราไม่มีข้าวให้ เราจะมีข้าวให้เฉพาะวันที่มีคลินิกเบาหวาน ซึ่งเบาหวานนี้เราจะให้บริการตั้งแต่เจ็ดโมงครึ่ง คนไข้บางคนเขาจะมาแต่เช้า ตีห้าครึ่งก็จะมารับบัตรที่เวชระเบียน ซึ่งเราจะมีคิวพิเศษให้...มารับบัตรคิวแนบบัตรประชาชนแล้วก็มารับคิวอีกทีที่ห้องแล็ปค่ะ เพื่อที่จะรอเจาะเลือด พอเจาะเลือดเสร็จก็ไปทานข้าว รับข้าวต้ม แล้วค่อยวัดสัญญาณชีพ แล้วก็เข้าพบหมอ มีสหวิชาชีพคอยตรวจ สุดท้ายก็ไปรับยา โดยมีเภสัชคอยให้คำแนะนำ แบบ one stop service” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

สำหรับผู้ให้ข้อมูลบางราย ได้ให้ข้อมูลถึงรูปแบบในสถานบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยจะมีคลินิกสำหรับคัดกรอง หากพบว่าความดันโลหิตสูง จะมีระบบการคัดกรอง ซักประวัติ และให้เข้าพบแพทย์ในคลินิกได้เลย ถ้าจำเป็นต้องเจาะเลือดค่อยแยกไปเจาะเลือด หลังเจาะเลือดเสร็จมารอพบแพทย์ เพื่อตรวจรักษาและรับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีเจ้าหน้าที่ตรวจคัดกรองประจำอยู่ที่คลินิกเลย สามารถตรวจตาและตรวจเท้าได้ที่คลินิกได้เลย ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ที่โรงพยาบาลเรามีคลินิกความดันจันทร์กับพฤหัส นัดคิวแล้วไปวัดความดัน แล้วไปคลินิก เราก็จะมีการคัดกรองก่อน ถ้ามีความดันสูงมากกว่า 180,190 คนไข้ที่ปกติดี เราก็จะนับคิวแล้วก็วัดความดันแล้วก็ขึ้นไปที่คลินิกได้เลย ที่คลินิกเราก็จะมีหมอสแตนบาย แล้วก็จะซักประวัติ แล้วก็เจอหมอ ถ้าเกิดต้องเจาะเลือดก็แยกไปเจาะ แล้วก็มาเจอหมอ หมอก็ให้คำแนะนำไป แล้วก็จ่ายยาตามสิทธิ์ที่มี เบาหวานก็เหมือนกัน มีเจ้าหน้าที่ตรวจตรงนั้นเลย ไม่ต้องไปที่แล็ป ตรวจตาตรวจเท้าไปเลย เป็นแบบ one stop service” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้สะท้อนว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับผู้ป่วยรายที่ควบคุมได้จะมีการตรวจและรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะมีทีมจากโรงพยาบาลมาประเมินและดูแลปีละ 1 ครั้ง นอกจากนี้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจะได้รับการตรวจรักษาโดยทีมแพทย์ก่อน หลังจากกนั้นหากเป็นกลุ่มสีเขียวจะมีการรับการรักษาต่อและรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“เคสที่ควบคุมได้ เราก็จะส่งไปที่ รพ.สต. แล้วคนไข้ก็จะมารับยาที่ รพ.สต. ปีหนึ่งเราจะให้มาพบเราครั้งหนึ่ง จากนั้นก็ประเมิน ถ้าควบคุมได้เราก็จะส่งไปที่ รพ.สต.ต่อ ส่วนเคสที่คุมไม่ได้ก็มาอยู่ที่เรา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“รพ.สต. ส่วนมากจะเป็นกลุ่มสีเขียว เป็นคนไข้ที่ไม่เคยตรวจเจอมาก่อน แล้วจะมีทีมคัดกรอง แล้วก็จะซักประวัติ การขาดยา เคยได้รับยาไหมอะไรแบบนี้ค่ะ วัดความดัน พบเจ้าหน้าที่ตรวจเบื้องต้น แล้วก็จะได้เลย แล้วก็รับยา ถ้าคนที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัย ก็จะให้เจอหมอ หมอจะลงทุกวันจันทร์” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

3) ข้อแนะนำในการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภท

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงข้อแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่ละประเภทก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มสีเหลืองและสีแดง ถ้ามีอาการที่อยู่ในเกณฑ์ของการควบคุมโรคไม่ได้ จะมีการส่งไปพบทีมผู้จัดการที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคนั้นและพบแพทย์ เพื่อหาสาเหตุและให้คำแนะนำโดยสหสาขาวิชาชีพ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“คนไข้ที่เป็นกลุ่มสีเหลืองแดง ถ้ามาด้วยอาการที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมไม่ได้ เราก็จะส่งไปที่ manager ส่งไปพบทีมแพทย์เพื่อหาสาเหตุ ซึ่งแต่ละคนก็จะมีสาเหตุที่แตกต่างกัน แล้วให้

คำแนะนำจากทีมสหวิชาชีพ มีเภสัชกร มีนักกายภาพ แล้วก็มีแพทย์แผนไทย ซึ่งจะมีตารางเวรที่รับผิดชอบในการสอนสุขศึกษา จะใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

4) รูปแบบการประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงรูปแบบการประเมินตัวเองของผู้ป่วยในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 โดยพบว่าผู้ป่วยมีรูปแบบในการประเมินตนเองเบื้องต้น จากการให้ข้อมูลและคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลและสังเกตอาการของตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และเมื่อประเมินแล้วพบความผิดปกติ สามารถไปตรวจที่ อสม.หรือที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“...มีการให้ข้อมูล คำแนะนำในการสังเกตอาการตนเอง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ผู้ป่วยจะสังเกตอาการ แล้วก็พยายามควบคุมอาการให้ได้ แต่ถ้ามีอาการก็สามารถไปตรวจที่ อสม. หรือ รพสต. ได้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้สะท้อนถึงรูปแบบการประเมินตัวเองของผู้ป่วยในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 โดยผู้รับบริการจะมีเครื่องมือในการวัดความดันโลหิตและเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน ทำให้สามารถประเมินอาการตนเองเบื้องต้นได้ นอกจากนี้บางรายก็มีการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือดจาก อสม.หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งช่วยในการประเมินอาการได้ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“คนไข้บางเคส เขาก็จะมีกำลังซื้อเครื่องวัดความดันโลหิต ทำให้เขาสามารถวัดความดันโลหิตตัวเองได้เบื้องต้น” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“คนไข้บางคนมีเครื่องวัดความดันเป็นของตัวเองบ้าง ถ้าใครไม่มีก็ไปที่บ้าน อสม. ซึ่งจะมีเครื่องวัดความดันโลหิต และเจาะ DTX ซึ่งได้อุปกรณ์มาจาก รพ.สต. หรือมีเป็นของตัวเอง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ส่วนมาก อสม. จะมีเป็นของตัวเองค่ะ บางทีถ้าไม่มี ก็จะไปที่บ้านประธาน อสม. ซึ่งจะมีเครื่องวัดอยู่ตรงนั้นค่ะ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

สำหรับรูปแบบการประเมินตัวเองของผู้ป่วยที่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน จะมีการส่งต่อเพื่อไปพบแพทย์เฉพาะทาง ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ถ้ามีภาวะแทรกซ้อน ก็จะมีการส่งต่อไปที่หมอเฉพาะทาง เช่น ตา เราก็ Refer” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

5) การบริหารจัดการกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการบริหารจัดการกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ ในช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 โดยทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีการนัดติดตามอาการและการนัดตรวจอย่างใกล้ชิด จนกว่าอาการจะคงที่และหากพบว่ายัง

ไม่สามารถควบคุมได้ จะส่งพบทีมผู้จัดการที่ดูแลเฉพาะโรคและพบแพทย์ เพื่อปรับพฤติกรรม ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“รพสต. นัดติดตามทุก 2 อาทิตย์ ถ้าไม่ดีขึ้น ก็ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลมีการปรับยา ส่งทีมแพทย์ manager อย่างน้อยก็ต้องให้เค้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนค่ะ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“ก็จะมีการนัดติดตามทุกสองสัปดาห์จนกว่าจะสเตเบิล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้สะท้อนถึงการบริหารจัดการกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ โดยจะมีการประเมินผู้ป่วยจากโรงพยาบาล หากผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ อย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน จะมีการส่งต่อข้อมูลในระบบ เพื่อเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำหรับกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ก็จะรับการรักษาที่โรงพยาบาลเช่นเดิม ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“...จะประเมินคนไข้ ถ้าคุมโรคได้ อย่างน้อยสองครั้งติด เราก็จะส่งไปที่ รพ.สต. โดยป้อนข้อมูลในระบบ...แล้วคนไข้ก็จะไปรักษาที่โน่นปีหนึ่ง คนไข้ก็จะกลับมาตรวจเลือดประจำปี จากนั้นก็ส่งกลับมารักษาต่อ รพ.สต. ส่วนคนที่คุมไม่ได้ก็มาอยู่ที่เรา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้สะท้อนว่า การบริหารจัดการกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ จะมีการทำการตรวจเชิงรุก ในเรื่องการตรวจตา และตรวจเท้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากเครื่องมือในการตรวจไม่เพียงพอ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“เวลาตรวจตา ตรวจเท้า เราก็มีแบบเชิงรุกปีละครั้งที่ รพ.สต. เพราะเรามีเครื่องตรวจน้อย ต้องสับเปลี่ยนกันในจังหวัด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

6) สาเหตุที่ไม่สามารถควบคุม เบาหวานหรือความดันโลหิตสูงได้

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม เบาหวานหรือความดันโลหิตสูงได้ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 โดยพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต การไม่ควบคุมอาหาร รวมทั้งการไม่รับประทานยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะเข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้ว บางรายก็รับประทานยาควบคุมโรคความดันโลหิตเมื่อมีอาการผิดปกติ นอกจากนี้บางรายก็เชื่อว่าการรับประทานยาปริมาณมากส่งผลกระทบกับไต จึงทำให้ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“การใช้ชีวิต เรื่องอาหารการกินสำคัญ อาหารพื้นบ้าน เช่น บูดู เพราะคนในพื้นที่ชอบ ถ้าไม่ได้กิน ก็รู้สึกไม่เจริญอาหาร” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“อาหารมันๆ เราก็พยายามให้กินบูดูน้อยลง ซึ่งลูกหลานก็คิดว่าแก่แล้วให้กินไปเถอะ จะคุมอะไรมาก” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“คนไข้ไม่เข้าระบบ คนไข้ไม่เข้าใจ สมมุติว่าได้ยาไปครั้งหนึ่ง คนไข้ก็นึกว่าจบ ไม่ได้มาต่อเนื่องผ่านไป 5 ปีก็มี บางคนไม่มีญาติมาส่ง ญาติไปทำงานที่อื่น บางคนกินยาแล้วก็ดีขึ้นเลย ไม่ได้มา ไม่อยากกินยาเยอะๆ เพราะกลัวโรคไต บางคนก็บอกว่าไม่อยากมา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“คนไข้ความดัน คือ ไม่ทานยาต่อเนื่อง คนไข้ใช้ความรู้สึกเป็นเกณฑ์ ถ้ารู้สึกดีแล้วก็หยุดยาเอง แล้วก็จะเริ่มกินก็ต่อ เมื่อมีอาการมึนหัว ก็จะกินยา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“ที่ รพ.สต. จะมีเรื่อง ความเชื่อว่า ถ้ากินยาเยอะจะทำให้มีผลกระทบกับไต...ยาเราบางทีเขาก็กินวันเว้นวันบ้าง อาหารน้ำบูดู กะทิ ถ้าไม่มีน้ำบูดูก็ไม่เจริญอาหาร” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“เบาหวานก็คล้ายๆ กัน หลักๆ เลย ก็คือการกินที่ควบคุมไม่ค่อยได้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 เนื่องจากความเชื่อของผู้ป่วยที่เชื่อในแผนการรักษาของหมอบ้าน ทำให้เลือกใช้ยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“เคยเจอเคสหนึ่งที่เชื่อหมอบ้านว่า ถ้ากินยาสมุนไพรของหมอบ้านแล้ว จะไม่สามารถกินยาเราได้ ซึ่งมันจะตีกัน คนไข้ก็จะเชื่อหมอบ้านมากกว่า มีคนบอกต่อๆ กันมาว่าหมอบ้านคนนี้เก่ง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

1.2.2 การจัดบริการระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 การบริการการแพทย์วิถีใหม่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการจัดบริการระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 การบริการการแพทย์วิถีใหม่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ออกมา 6 ลักษณะ ดังนี้ 1) การแบ่งลักษณะผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง 2) รูปแบบหรือขั้นตอนที่สถานบริการสุขภาพรักษาโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) ข้อแนะนำในการดูแลกับผู้ป่วยแต่ละประเภท 4) รูปแบบการประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง 5) การบริหารจัดการกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด/ความดันโลหิตได้ และ 6) สาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด/ความดันโลหิตได้ ดังนี้

1) การแบ่งลักษณะผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการแบ่งลักษณะผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 โดยได้มีการแบ่งกลุ่มสีผู้ป่วยเหมือนก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งลดการมารับยาของผู้ป่วย โดยการเตรียมยาผู้ป่วยก่อนถึงวันนัด 2 สัปดาห์ และส่งยาไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อไปส่งต่อให้ผู้ป่วยที่บ้าน ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“เราก็ยังแบ่งตามเดิม แต่ไม่ได้ให้คนไข้มา เราจะมีการเตรียมยาไว้ล่วงหน้า ซึ่งเราได้นับจำนวนคนไข้จากการนัดไว้แล้วก่อนสองอาทิตย์ แล้วเราก็ส่งไปที่ รพ.สต. แล้วให้คนไข้รอรับยาที่บ้าน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้สะท้อนถึงการแบ่งกลุ่มการดูแลในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 โดยสำหรับกลุ่มสีเขียว จะมีการตรวจผู้ป่วยโดย อสม. และมารับยาไปให้ สำหรับกลุ่มสีเหลืองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเข้าตรวจและแจ้งผลไปที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลจะส่งยามาให้ ส่วนกลุ่มสีแดง ให้รับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“กลุ่มสีเขียว รพ.สต. ให้ อสม. ไปตรวจแล้วมาเอายาไปให้ กลุ่มสีเหลืองให้ รพ.สต. เข้าตรวจ แล้วแจ้งโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะส่งยาให้ กลุ่มสีแดงไปโรงพยาบาล กลุ่มสีเขียวไม่ได้นัด แต่จะให้ อสม.ไปตรวจที่บ้าน แล้วก็ส่งผลมา เราก็จ่ายยาให้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

2) รูปแบบหรือขั้นตอนที่สถานบริการสุขภาพรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงรูปแบบหรือขั้นตอนที่สถานบริการสุขภาพรักษาโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยพบว่าสำหรับบางสถานบริการสุขภาพจะไม่มีผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยจะมีการส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้านทั้งกลุ่มสีเขียว สีเหลือง และสีแดง รวมทั้งจะเป็นการจ่ายยาจากโรงพยาบาลส่งไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมอบหมายให้ อสม.เข้าไปแจกยาผู้ป่วยที่บ้าน ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“คนไข้ร้อยเปอร์เซ็นต์จะไม่ได้มาที่โรงพยาบาลแล้ว” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“มันระบาดสองรอบใช่ไหมคะ รอบแรกกลุ่มสีเขียวเราส่งยา เหลืองแดงเราให้มา พอรอบสองเราส่งไปทุกสีเลยค่ะ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“เราจะจัดยาแยกเป็นถุงๆ เป็น รพ.สต. ใส่กล่องเอาไว้ พอวันจันทร์ก็คือทีมงานก็จะไปส่งตาม รพ.สต. รพ.สต.ก็จะแจกจ่ายไปที่ อสม.อีกที แล้ว อสม.ก็จะส่งยาไปที่บ้านคนไข้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“กลุ่มสีเหลืองก็จะให้ อสม. ไปตรวจ แล้วส่งมาที่ รพสต. แล้วก็ส่งมาที่โรงพยาบาล แล้วเราก็จัดส่งยาไปให้รพสต.แล้วก็ให้อสม.มารับไปส่งในพื้นที่ที่รับผิดชอบ พอถึงวันนัดเราจะมีคนนำส่งยาตามรายชื่ออยู่ ว่าวันนี้มีกี่อนามัย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“เราจะมีการส่งรายชื่อไปให้ก่อนที่ รพสต. แล้ว ก็ตรวจที่ รพ.สต. จากนั้นก็จะส่งมาที่เรา เราก็จะส่งยามาให้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้สะท้อนว่ารูปแบบหรือขั้นตอนที่สถานบริการสุขภาพรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลใกล้ชิด จะมีการประสานการดูแลไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ รวมทั้งผู้ป่วยในรายที่ต้องการพบแพทย์ก็จะมีการส่งต่อให้เพื่อได้พบแพทย์ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“เพราะว่า หนึ่งคนไข้ก็ไม่กล้ามา สองคือคนเราไม่พอ เพราะเราทุ่มไปที่โควิดหมดเลย แต่ว่าถ้าคนไหนที่เราต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเราก็ประสานไปที่ รพ.สต.” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“ถ้าเขาอยากเจอหมอ เขาก็จะ consult มา เราก็ส่งไปพบหมอ ตอนนี้ก็ยังไม่มี Telemedicine แต่เราก็กำลังวางแผนอยู่” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9

3) ข้อแนะนำในการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภท

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงข้อแนะนำในการดูแลกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ในแต่ละประเภทในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีการดูแลในกลุ่มสีเขียว

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเป็นผู้รับในการดูแล ซึ่งจะให้ อสม. ไปตรวจเบื้องต้น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะรับยาจากทางโรงพยาบาลไปให้ อสม. เพื่อนำไปให้กับผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มสีเหลืองอ่อนจะปฏิบัติเหมือนกับผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มสีเหลืองเข้มและสีแดง จะให้มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“กลุ่มสีเขียว เราก็จะให้มาที่ รพ.สต. หรือว่าให้อสม.ไปตรวจเบื้องต้น แล้วส่งข้อมูลมาที่ รพ.สต. จากนั้นข้อมูลก็จะถูกส่งมาที่เราแล้วเราก็จะส่งยาไปให้ที่ รพ.สต.แล้วก็ให้ อสม.มารับยาไปจ่าย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ส่วนกลุ่มสีเหลืองอ่อนก็ให้ทำคล้ายๆ กับสีเขียว คือ มาตรวจที่ รพ.สต. แล้วส่งผลให้เรา เราก็จะส่งยาให้ตรงตามวันนัด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“ส่วนสีเหลืองเข้มและสีแดงก็จะให้มาที่โรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

4) รูปแบบการประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนถึงรูปแบบการประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยพบว่า ผู้ป่วยบางรายจะมีการสังเกตอาการตนเองที่บ้าน หากพบว่ามีอาการที่ผิดปกติ จะมาที่บ้าน อสม. หรือไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อทำการตรวจวัดความดันโลหิต หรือเจาะดูระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายจะมีเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน ซึ่งจะช่วยในการประเมินอาการเบื้องต้นได้ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ผู้ป่วยจะสังเกตอาการ ถ้ามีอาการผิดปกติจะมาที่บ้าน อสม. หรือว่า รพ.สต. เพื่อตรวจอาการตนเอง ซึ่งบางส่วนจะมีเครื่องวัดความดันเป็นของตัวเอง ถ้าใครไม่มีก็มาตรวจที่บ้าน อสม. หรือว่า รพ.สต.ได้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

“อสม. จะเช็คความดันและ DTX ให้ แล้วก็สอบถามอาการเบื้องต้น เช่น มีอาการปวดหัว มึนหัว” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้สะท้อนถึงรูปแบบการประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยจะมีการให้ผู้ป่วยวัดความดันโลหิตตอนที่มีการส่งยา และให้รายงานข้อมูลตามจริงผ่านโปรแกรมไลน์ เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการลงไปส่งยาให้กับผุ้ป่วย ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ตอนแรกๆเราให้วัดความดันเลย เวลาเราส่งยาปุ๊บให้วัดความดันเลย ถ้า BP ไม่ดี ก็ให้รายงานตามจริงในไลน์ของเรา เพราะถ้าให้ไปวัดก่อน แล้วเอายามาส่ง อสม. เราก็เสี่ยงต้องไปเจอคนไข้สองรอบ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

5) การบริหารจัดการกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตสูงได้

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการบริหารจัดการกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีการดูแลตามกลุ่มสี ซึ่งกลุ่ม

สีเขียวจะวัดความดันโลหิต เพื่อติดตามอาการ ทุก 3 เดือน และหากมีอาการสามารถไปวัดความดันโลหิตได้ที่บ้าน อสม. ในขณะที่กลุ่มสีเหลืองจะมีการนัดรับยาและวัดความดันโลหิต ทุก 2 เดือน โดยวัดความดันโลหิตก่อนถึงวันนัด 3 วัน จะมีการประเมินผู้ป่วยและแยกผู้ป่วยตามกลุ่มสี โดยกลุ่มสีเขียวจะมีการส่งยาไปให้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มสีเหลืองและกลุ่มสีแดงให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ปกติถ้ากลุ่มสีเขียวเราก็จะวัดทุกสามเดือน ไม่ได้มีการติดตาม บอกคนไข้ว่าถ้ามีอาการก็ไปวัดความดันที่บ้าน อสม.” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“กลุ่มเหลืองเราให้สองเดือน วัดทุกครั้งที่มารับยา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“ก่อนถึงวันนัดสามวัน เราจะให้ อสม. เข้าไปวัดความดันคนไข้ แล้วก็ส่งให้ CM แล้วก็จะอ่านผลว่าอยู่ในกลุ่มไหน ถ้าเขียวก็ส่งยาไปให้ ถ้ากลุ่มสีเหลืองก็ให้เข้ามาที่โรงพยาบาล ถ้ากลุ่มแดงก็จะให้มาโรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้สะท้อนว่าการบริหารจัดการกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตสูงได้ในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ต้องมีการจำกัดคิวเข้าตรวจในแต่ละวัน รวมทั้งด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้บางครั้ง อสม. ไม่ได้ลงไปในพื้นที่ คนไข้กลุ่มสีแดงบางรายไม่ได้รับการวัดความดันโลหิต ได้รับแต่ยาเพียงอย่างเดียว รวมทั้งในผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติจะส่งต่อโรงพยาบาลอย่างเดียว ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“กลุ่มแดงเราจะให้สองอาทิตย์ถึงหนึ่งเดือนแล้วแต่เคส แต่ก็วัด BP ที่ รพ.สต. เหมือนกัน แรกๆ อสม. ก็เข้าไป หลังๆ พอโควิดระบาดมากขึ้น อสม. ก็ไม่เข้าไป เพราะเขาก็กลัว เลยทำให้ข้อมูลคนไข้หลุดเลย เพราะไม่มีใครทำ ส่งยาอย่างเดียว ส่วนใครที่มีอาการผิดปกติ ก็มาโรงพยาบาลอย่างเดียว...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“ก่อนโควิดเรารับแค่เช้าหกสิบคน บ่ายเรารับแค่ยี่สิบคน แต่ก่อนโควิดไม่ได้จำกัด แต่พอโควิดมาเราก็ต้องจำกัด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มสีเหลืองอ่อน และสีเหลืองเข้มในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งกลุ่มสีเหลืองอ่อนจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลในรูปแบบวิถีใหม่ คือ การส่งยาไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนสีเหลืองเข้มจะต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“เราจะมีกลุ่มสีเหลืองอ่อน แล้วก็สีเหลืองเข้ม สีเหลืองอ่อนจะ new normal ได้ แต่ถ้าสีเหลืองเข้ม จะไม่จบ เพราะว่ามันไม่อยู่ในเกณฑ์ที่มันจะจบ สีเหลืองอ่อน คือความดันต้องไม่เกิน 160 ถ้าเบาหวานฟาสติ้งต้องไม่เกิน180 ถ้าอยู่ในกลุ่มสีเหลืองอ่อนเราก็ new normal เบิกยาส่งไป ถ้าสีเหลืองเข้ม อยู่โรงพยาบาลก็นัดมา” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

6) สาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตได้

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม เบาหวานหรือความดันโลหิตสูงได้ในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยพบว่ามีสาเหตุมาจากสถานการณ์การแพร่

ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มารับยาและพบแพทย์ตามนัด ส่งผลให้ขาดยา และได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“คนไข้ที่คุมไม่ได้ในช่วงโควิดมันลอสไปเลยค่ะ ไม่เข้ามาเลย แล้วเขาก็มาอีกทีหลังโควิด หลังโควิดนี่คือก็ยังไม่ค่อยมา ยอดคนที่คุมไม่ได้ก็เพิ่มขึ้น เพราะคนไข้ไม่ไปโรงพยาบาลเลย กลุ่มสีเหลืองเข้ม เขาไม่มาหาเรา แล้วเขาก็ไม่ได้ยาด้วย ทำให้อาการยิ่งหนักขึ้น คือคนไข้หายไปเลย ไม่ได้มาหาเราเลย เจอกันอีกทีก็แดงไปเลย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

“ส่วนกลุ่มสีเขียวและสีเหลืองอ่อนก็ไม่ค่อยมีปัญหา แต่กลุ่มสีเหลืองอ่อน เราหาคนไข้ไม่เจอ เพราะเขาไปกักตัวที่อื่นด้วยอะไรแบบนี้ค่ะ ก็จะมีปัญหาในช่วงโควิด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“คนที่คุมไม่ได้ เกิดจากไม่มาพบแพทย์ในช่วงโควิด มาอีกทีก็หลังโควิดลดการระบาด คนไข้ไม่อยากไปโรงพยาบาล ยาก็ไม่ได้ในกลุ่มสีเหลืองเข้ม” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้สะท้อนว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด/ความดันโลหิตได้ในระหว่างที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 นั้น มาจากความไม่เพียงพอของเครื่องมือในการตรวจวัดผู้ป่วย รวมทั้งการขาดความเข้าใจในเรื่องการรับประทานยา โดยเชื่อว่าการรับประทานยามีผลต่อไต และเลือกที่จะหยุดยา เพื่อไปรับการรักษากับหมอพื้นบ้าน นอกจากนี้บางรายก็ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ส่วนมากเกิดจากปัญหาอุปกรณ์ในการวัดไม่เพียงพอ อันที่มีอยู่บางทีก็เสีย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“อาหารการกินของคนในพื้นที่ด้วย การขาดความเข้าใจในเรื่องของการกินยา เพราะบางคนคิดว่า กินยาแล้ว ถ้ากินหมดไม่มีอาการคนไข้ก็จะหยุด บางคนคิดว่าการกินยาเยอะๆ จะทำให้เป็นโรคไตได้ บางคนก็เลือกหยุดยาแล้ว ไปกินยาหมอบ้าน ทำให้เกิดการเปลี่ยนสีอาการ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

1.2.3 รูปแบบการจัดบริการที่อยากได้ในอนาคต

ผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนรูปแบบการจัดบริการโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่อยากได้ในอนาคต โดยได้มีการสะท้อนออกมาใน 5 ลักษณะ ดังนี้ 1) ระบบหรือรูปแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 2) รูปแบบตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 3) รูปแบบตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน 4) รูปแบบบริการการแพทย์วิถีใหม่ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองของโรคเรื้อรังเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และ 5) รูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ รูปแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในอนาคต ดังนี้

1) ระบบหรือรูปแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงระบบหรือรูปแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ต้องการ โดยต้องการให้มีรูปแบบเหมือนก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 คือ การมี

แพทย์ หมุนเวียนลงมาตรวจผู้ป่วยที่ รพ.สต. ซึ่งจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ รวมทั้งในผู้ป่วยที่มารับการรักษาครั้งแรก ต้องการให้แพทย์ตรวจ และนัดเข้าคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อลดปัญหาผู้ป่วยไม่มาตามนัด ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

*“อยากให้มีเหมือนก่อนโควิด คือ จะมีหมอเวียนลงไปตรวจที่รพสต. แต่บางพื้นที่ก็มีข้อจำกัดเรื่องหมอไม่เพียงพอ จะได้แก้ปัญหาว่าคนไข้มาหาหมอได้ ลดการแออัดของคนไข้ในโรงพยาบาลได้”*ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“ถ้ามาครั้งแรก เราก็จะให้หมอตรวจ แล้วก็จะนัดเข้าคลินิก NCD เลยค่ะ แล้วก็ให้บัตรนัด เพื่อลดปัญหาคนไข้ขาดนัด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้สะท้อนถึงระบบหรือรูปแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรังเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่ต้องการ โดยต้องการให้มีการประเมินตามความสมัรใจของผู้ป่วยว่าต้องการรับการรักษาแบบรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือต้องการมารับยาที่โรงพยาบาล เพื่อลดปัญหาของผู้ป่วยในการไม่วัดความดันโลหิตและรับยาจาก อสม. ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ส่วนของ รพ.สต. ก็มีผลดี ผลเสียต่างกันค่ะ คือส่วนของคนไข้ที่สมัครใจก็ดีไป แต่บางคนที่ไม่สมัครใจก็เป็นผลเสียกับเขาค่ะ คือเขาอยากไปโรงพยาบาล แต่ว่าเราบังคับให้เขาอยู่ใน new normal เขาก็ไม่โอเค แล้วก็เป็นภาระกับ อสม. อีก เพราะว่าคนไข้ไม่โอเคแบบนี้ เขาก็จะไม่มาวัดความดันให้เรา อสม. ต้องไปตามอีก พอยาส่งมาที่ รพ.สต. รพสต.ก็ตามเค้าให้มาเอายา รพ.สต.ก็โอเคนะ สำหรับคนที่โอเคที่จะมากับเรา แต่สำหรับคนไม่โอเคก็ต้องส่งไปโรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

“ก่อนที่เราจะส่งให้เขามารักษาแบบ new normal เราก็จะถามความสมัครใจจากเขาว่าเขายินดีไหม เราอธิบายให้เขาฟังก่อนว่าเขาอยู่ในระดับไหน เขาต้องการที่จะมารับยาที่ รพ.สต. ไหม หรือว่าจะมารับยาที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

2) รูปแบบตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรังเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนรูปแบบตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยต้องการให้มีรูปแบบการดูแลตั้งแต่ในโรงเรียน เนื่องจากมีกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยลง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงได้ รวมทั้งต้องมีการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับคนที่เป็นโรคแล้ว สำหรับคนที่สามารถประเมินอาการตนเองได้ ควรแนะนำให้มีการประเมินตนเอง และสำหรับกลุ่มที่ดูแลและประเมินตนเองไม่ได้ ต้องให้ทีม อสม. เข้าไปดูแล ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“มีการให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนที่เป็นแล้ว เพราะตอนนี้อายุของคนที่เป็น DM ยิ่งลดลง อายุยี่สิบสามสิบก็เป็นแล้ว อยากให้เข้าไปให้ความรู้ที่โรงเรียน ให้รู้ตั้งแต่เล็กๆ โดยเฉพาะอาหารที่เด็กชอบกิน ให้เด็กนำความรู้ตรงนี้ไปพูดคุยกันในครอบครัว” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ร้านค้าบริเวณโรงเรียน ก็ควรมีบทบาทในการช่วยลดความเสี่ยงด้วย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“อยากให้เขาเช็คเองในคนที่สามารถเช็คเองได้ แต่ก็จะมีปัญหาตรงที่บางคนเขาไม่สามารถเช็คเองได้ คนแก่อย่างงี้ค่ะ ก็อยากให้ อสม. เข้ามาตรวจ...” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

3) รูปแบบตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงรูปแบบตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน โดยต้องทำให้ประชาชนเข้าถึงจุดตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น และจุดตรวจคัดกรองควรอยู่ใกล้บ้าน เพื่อทำให้เกิดการเข้าถึงของผู้ป่วยได้ง่าย ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ถ้าทุกบ้านมีเครื่องมือวัดความดันเป็นของตัวเองได้ก็จะดีค่ะ แต่ก็เป็นไปได้ยาก แต่เราก็พยายามทำให้คนไข้เข้าถึงตามจุดที่เราวางไว้ อย่างเช่น จุดเช็คพอยด์ บ้านอสม. ซึ่งจะมี DTX ด้วย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“ถ้าทำได้อยากให้มีจุดเช็คพอยด์เยอะๆ เพราะถ้าเกิดความผิดปกติ ก็จะได้ไปตรวจได้เลย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“ควรมีจุดที่สามารถตรวจได้ใกล้บ้านที่เป็น อสม. ด้วย มาตรวจเลือดปีละหนึ่งครั้ง เจ้าหน้าที่ก็งานเบาลง ประชาชนก็มีชีวิตที่ดีขึ้น” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการรูปแบบตรวจสอบหรือประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตมสูง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน โดยการสร้างระบบ telemedicine เพื่อทำให้เกิดการเข้าถึงได้ง่ายและได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

“...ยังมีปัญหาว่าน้องที่ รพ.สต. นั้นงานเยอะ เพราะจำนวนคนไข้ที่ดูแลเยอะ อยากให้มีระบบ telemedicine เข้าไปด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

4) รูปแบบบริการการแพทย์วิถีใหม่ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองของโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงรูปแบบบริการการแพทย์วิถีใหม่ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองของโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยต้องการให้มีการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเบื้องต้น สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว รวมทั้งมีการจัดตั้งจุดคัดกรองประจำบ้าน อสม. และมีอุปกรณ์การตรวจที่มีความเพียงพอกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงและมีการตรวจสอบ เพื่อประเมินอาการตนเองเบื้องต้น รวมทั้งสามารถส่งผลการตรวจมาตามระบบได้ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“อยากให้มีการให้คำแนะนำตัวเองเบื้องต้นสำหรับคนที่เป็นแล้ว แนะนำเรื่องการใช้เครื่องมือในการตรวจ ว่าตรวจยังไง ใช้ยังไงให้ถูกต้อง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“จุดเช็คพอยต์ของเราจะตั้งที่บ้าน อสม. เลย เพราะถ้าเราตั้งต่างหาก ไม่มีใครไปดูแล ก็ไม่มีคนใช้ แต่ก็มีปัญหาตรงที่หนึ่งหมู่บ้านมีจุดเดียว ก็เลยเกิดปัญหาว่าคนไข้กลับไปโรงพยาบาลอย่างเดียว” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“ถ้าตั้งอยู่ที่บ้าน อสม. คนไข้ก็จะได้วัดอย่างถูกต้อง อสม.ก็สามารถรายงานผลให้ทีมได้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“อยากให้มีเครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจ DTX คนไข้จะได้เดินทางสะดวก แต่ก็ยังทำได้น้อย เพราะอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ยังมีไม่ครบทุกที่ อาจจะไม่ต้องทุกบ้าน อสม. แต่ในพื้นที่ละคนก็ได้ อยากให้วัดเองถ้าเขาสามารถวัดเองได้ แล้วเขาก้จะส่งค่ามาตามระบบ ตอนแรกอาจจะต้องสอนวิธีการใช้ คิดว่าถ้ามีเป็นจุดๆ ก็จะดี ใครอยากเช็คเวลาไหนก็ไปเช็คได้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

5) รูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ รูปแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในอนาคต

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ รูปแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในอนาคต โดยรูปแบบที่ต้องการ คือ ต้องการให้มีจุดคัดกรองที่มีอุปกรณ์การตรวจที่เพียงพอ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจได้ง่าย ซึ่งอาจจะเป็นการให้มีเครื่องวัดความดันโลหิต หรือ เครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือดประจำอยู่ที่บ้าน อสม. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย หรืออาจจะมีอุปกรณ์ตั้งประจำจุดในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสะดวกในการเข้าถึง ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ถ้าบ้าน อสม. ทุกคน มีเครื่อง DTX และเครื่องวัดความดัน ก็จะดี เป็นจุดเช็คพอยต์แต่ตอนนี้ที่ทำไม่ได้เพราะมันไม่มีอุปกรณ์ อย่างที่เค้าแนะนำให้ไปตั้งตามมัสยิด บ้านเรามันไม่ได้ผล เพราะมันไม่ใครดูแล ถ้าจะให้ผู้นำศาสนาดูแลก็คงไม่ได้ ถ้าบ้าน อสม. เค้าก็ยังดูแลได้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“จุดเช็คพอยต์ตอนนี้ส่วนใหญ่จะเป็นประธานอสม. เพราะว่าอุปกรณ์ไม่เพียงพอ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

“จุดเช็คพอยต์จะมีประโยชน์มาก เพราะจะได้วัด BP คนไข้ได้เลย เพราะคนไข้บางคนเขาไม่อยากไปโรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

“สำหรับกลุ่มสีเขียวนั้นก็ไปเช็คที่บ้าน อสม. เวลามีอาการ แต่ถ้าเป็นกลุ่มสีเหลืองนั้นให้ไปเช็คทุกเดือนที่จุดเช็คพอยต์ ส่วนกลุ่มสีแดงอาจจะไปบ่อยๆ ก็คือสองอาทิตย์ครั้ง หรือว่ามีอาการก็ไปเลย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

“ควรมีการสนับสนุนเครื่องวัดความดัน DTX เครื่องชั่งน้ำหนัก” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

“อยากให้เอาเครื่องมือไปวางที่จุดรวมคนของชุมชน ในพื้นที่ที่เขาไปได้สะดวก เช่น มัสยิด หรือว่าตามแต่ละพื้นที่ว่าจะไปวางจุดไหน ตามจุดที่เขชารวมตัว หรือว่าบ้าน อสม. ที่เดินทางไม่ไกล” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการให้มีการเพิ่มค่าตอบแทนให้กับ อสม. เนื่องจากในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ต้องมีการทำงานเพิ่มมากขึ้น ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

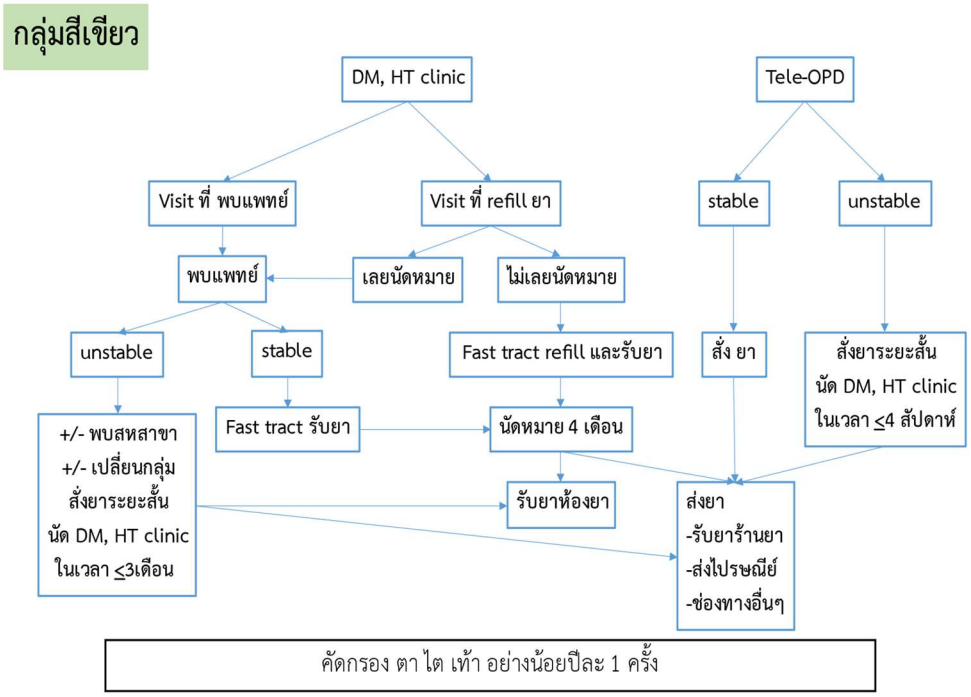
“เพิ่มค่าตอบแทนให้ อสม. เนื่องจากว่า อสม. มีงานเพิ่มมากขึ้นทั้งเรื่องนี้ด้วยทั้งโควิดด้วย งานค่อนข้างเยอะ” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางราย ต้องการให้มีการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและประเมินอาการตนเองเบื้องต้นก่อนที่จะมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลตอนที่อาการรุนแรงแล้ว ทำให้ได้รับการช่วยเหลือไม่ทัน ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“การสร้างความตระหนักให้คนไข้ อยากให้คนไข้ตระหนักให้มากขึ้นเพราะบางคนมาโรงพยาบาลแล้วก็ไปเลย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในจังหวัดปัตตานี

ผู้เชี่ยวชาญและผู้วิจัยร่วมกับหน่วยงานนำร่อง ปรับระบบบริการ โดยจัดทำผังการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่



รูปภาพที่ 4.1 ผังแสดงการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ กลุ่มควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว)

การจัดระบบบริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่จัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว ที่จะดำเนินการในหน่วยบริการนำร่อง ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ หากพบว่าอาการคงที่ จะเข้าระบบบริการรับยาช่องทางด่วน จะนัดหมาย 4 เดือน ให้รับยาที่ห้องยาหรือรับยาทางไปรษณีย์หรือร้านขายยาใกล้บ้านหรือใช้ช่องทางอื่นๆ หากผู้ป่วยอาการ

ไม่คงที่หรือมีอาการรุนแรงขึ้น ให้พบสหสาขาวิชาชีพ มีการสั่งยาระยะสั้นและนัดหมายมาที่คลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงให้เร็วขึ้นกว่าเดิม

กรณีนัดเติมยา หากมาเลยกำหนดนัดหมายให้เข้าพบแพทย์ หากไม่เลยกำหนดนัดหมายให้เข้าระบบช่องทางด่วนเติมยาและรับยา และนัดหมาย 4 เดือน สามารถมารับยาที่ห้องยาหรือรับยาทางไปรษณีย์ ร้านขายยาใกล้บ้านหรือช่องทางอื่น

กรณีปรึกษาแพทย์ ทางระบบ Tele-OPD หากอาการคงที่ แพทย์สั่งยาและเภสัชจะส่งยาไปทางไปรษณีย์ ร้านขายยาใกล้บ้านหรือช่องทางอื่น หากพบว่าอาการไม่คงที่ ให้สั่งยาระยะสั้น และนัดมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงให้เร็วขึ้น

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

3.1 ผลของการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มโรคเบาหวาน

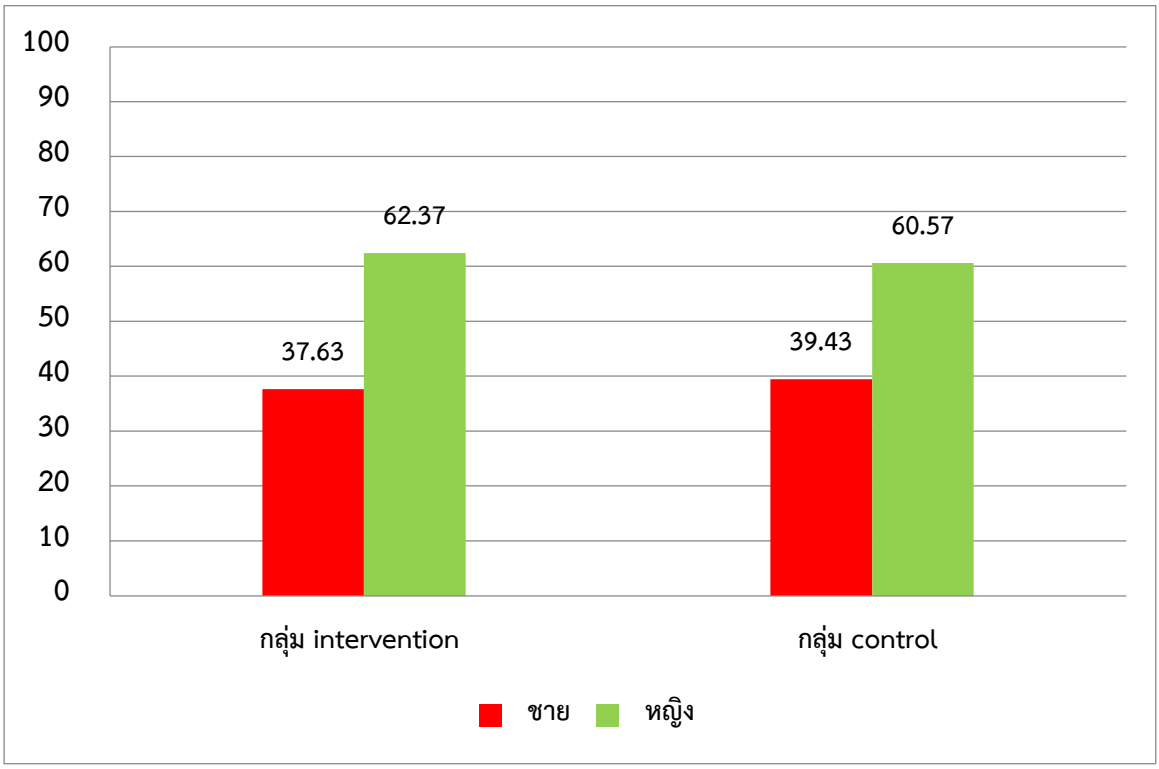
1) ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มโรคเบาหวาน (n=776)

ตัวแปร	กลุ่ม intervention n (%)	กลุ่ม control n (%)	P-value
เพศ			0.606****
ชาย	146 (37.63)	153 (39.43)	
หญิง	242 (62.37)	235 (60.57)	
อายุ	63 (18)#	63.5 (15)#	0.360**
ระดับน้ำตาล FBS	110 (13)##	110 (18)##	0.078***
จำนวน visit			<0.001****
ตรวจครั้งที่ 1	388 (100)	388 (100)	
ตรวจครั้งที่ 2	388 (100)	388 (100)	
ตรวจครั้งที่ 3	388 (100)	-	
ตรวจครั้งที่ 4	388 (100)	-	

#ค่าเฉลี่ย (SD); ##ค่ามัธยฐาน (IQR)**; p-value จาก t-test; *** p-value จาก Mann-Whitney test; **** p-value จาก Chi-square test

แผนภูมิที่ 4.1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มโรคเบาหวาน (n=776)



จากตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มโรคเบาหวาน พบว่า ด้านเพศ ในกลุ่มทดลอง มีเพศชาย 146 คน คิดเป็นร้อยละ 37.63 มีเพศหญิง 242 คน คิดเป็นร้อยละ 62.37 ส่วนกลุ่มควบคุม มีเพศชาย 153 คน คิดเป็นร้อยละ 39.43 มีเพศหญิง 235 คน คิดเป็นร้อยละ 60.57 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

ด้านอายุ พบว่า ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 63.0 (SD=18.0) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 63.5 (SD=15.0) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ด้านระดับค่าน้ำตาลในเลือด พบว่า ในกลุ่มทดลองมีระดับค่าน้ำตาลในเลือด เฉลี่ย 110.0 (SD=13) ส่วนกลุ่มทดลองมีระดับค่าน้ำตาลในเลือด เฉลี่ย 110.00 (SD=18.0) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

ด้านจำนวน visit พบว่า กลุ่มทดลองในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีจำนวนผู้มาโรงพยาบาลทั้ง 2 ครั้ง 388 คน คิดเป็นร้อยละ 100 แต่ในครั้งที่ 3 และ 4 ไม่มีผู้มาโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุม ในครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4 มีจำนวนผู้มาโรงพยาบาลทั้ง 4 ครั้ง 388 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

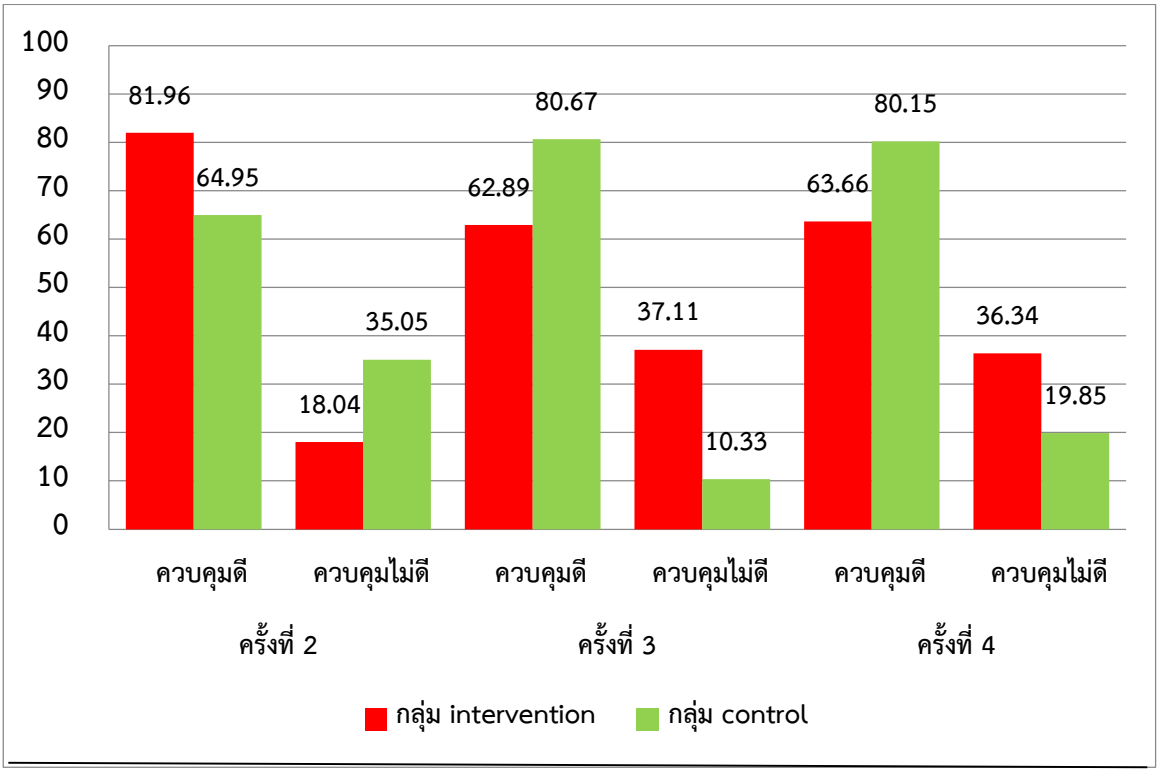
2) ประสิทธิผล

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=776)

ตัวแปร	กลุ่ม intervention n (%)	กลุ่ม control n (%)	p-value
ตรวจครั้งที่ 2			<0.001*
ควบคุมดี	318 (81.96)	252 (64.95)	
ควบคุมไม่ดี	70 (18.04)	136 (35.05)	
ตรวจครั้งที่ 3			<0.001*
ควบคุมดี	244 (62.89)	313 (80.67)	
ควบคุมไม่ดี	144 (37.11)	75 (10.33)	
ตรวจครั้งที่ 4			<0.001*
ควบคุมดี	247 (63.66)	311 (80.15)	
ควบคุมไม่ดี	141 (36.34)	77 (19.85)	

* chi-square test

แผนภูมิที่ 4.2 เปรียบเทียบผลการควบคุมความดันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=776)



จากตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบผลการควบคุมความดันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการให้บริการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มโรคเบาหวาน เมื่อตรวจร่างกายในครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 318 คน คิดเป็นร้อยละ 81.96 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 70คน

คิดเป็นร้อยละ 18.04 ส่วนในกลุ่มควบคุมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 64.95 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 35.05 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

เมื่อตรวจร่างกายในครั้งที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 62.89 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 37.11 ส่วนในกลุ่มควบคุมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 313 คน คิดเป็นร้อยละ 80.67 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 10.33 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

เมื่อตรวจร่างกายในครั้งที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 247 คน คิดเป็นร้อยละ 63.66 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 36.34 ส่วนในกลุ่มควบคุมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 311 คน คิดเป็นร้อยละ 80.15 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 19.85 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

3.2 ผลของการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง

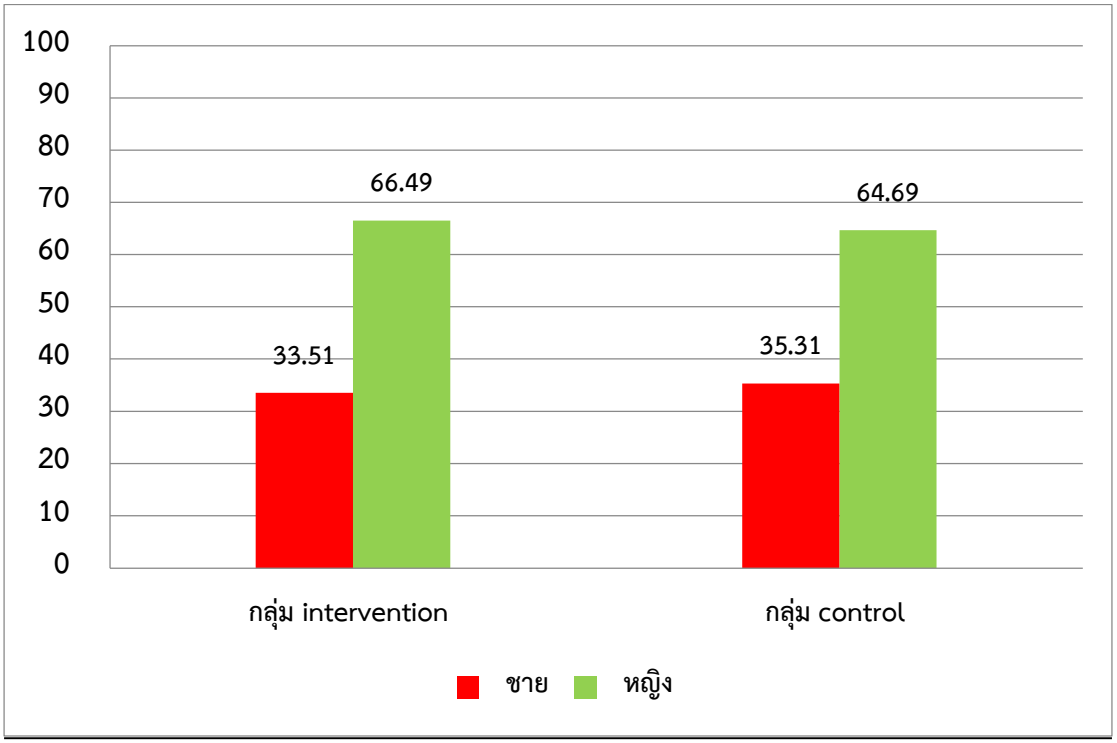
1) ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 4.3 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง (n=776)

ตัวแปร	กลุ่ม intervention n (%)	กลุ่ม control n (%)	p-value
เพศ			0.597****
ชาย	130 (33.51)	137 (35.31)	
หญิง	258 (66.49)	251 (64.69)	
อายุ	65.9 (11)#	64.8 (13.5)#	0.182**
ระดับความดัน systolic	125.50 (15)##	126 (14)##	0.763***
ระดับความดัน diastolic	71.5 (15)##	71 (13)##	0.284***
จำนวน visit			<0.001****
ตรวจครั้งที่ 1	388 (100)	388 (100)	
ตรวจครั้งที่ 2	388 (100)	388 (100)	
ตรวจครั้งที่ 3	-	388 (100)	
ตรวจครั้งที่ 4	-	388 (100)	

#ค่าเฉลี่ย (SD); ##ค่ามัธยฐาน (IQR)**; p-value จาก t-test; *** p-value จาก Mann-Whitney test; **** p-value จาก Chi-square test

แผนภูมิที่ 4.3 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง (n=776)



จากตารางที่ 4.3 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ด้านเพศ ในกลุ่มทดลอง มีเพศชาย 130 คน คิดเป็นร้อยละ 33.51 มีเพศหญิง 258 คน คิดเป็นร้อยละ 66.49 ส่วนกลุ่มควบคุม มีเพศชาย 137 คน คิดเป็นร้อยละ 35.31 มีเพศหญิง 251 คน คิดเป็นร้อยละ 64.69 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

ด้านอายุ พบว่า ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 65.9 (SD=11.0) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 64.8 (SD=13.5) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

ด้านระดับความดัน Systolic พบว่า ในกลุ่มทดลองมีความดัน Systolic เฉลี่ย 125.50 (SD=15) ส่วนกลุ่มทดลองมีความดัน Systolic เฉลี่ย 126.00 (SD=14.0) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

ด้านระดับความดัน Diastolic พบว่า กลุ่มทดลองมีความดัน Diastolic เฉลี่ย 71.5 (SD= 15.0) ส่วนกลุ่มควบคุมมีความดัน Diastolic เฉลี่ย 71.00 (SD=13.00) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

ด้านจำนวน visit พบว่า กลุ่มทดลองในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีจำนวนผู้มาโรงพยาบาลทั้ง 2 ครั้ง 388 คน คิดเป็นร้อยละ 100 แต่ในครั้งที่ 3 และ 4 ไม่มีผู้มาโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุม ในครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4 มีจำนวนผู้มาโรงพยาบาลทั้ง 4 ครั้ง 388 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

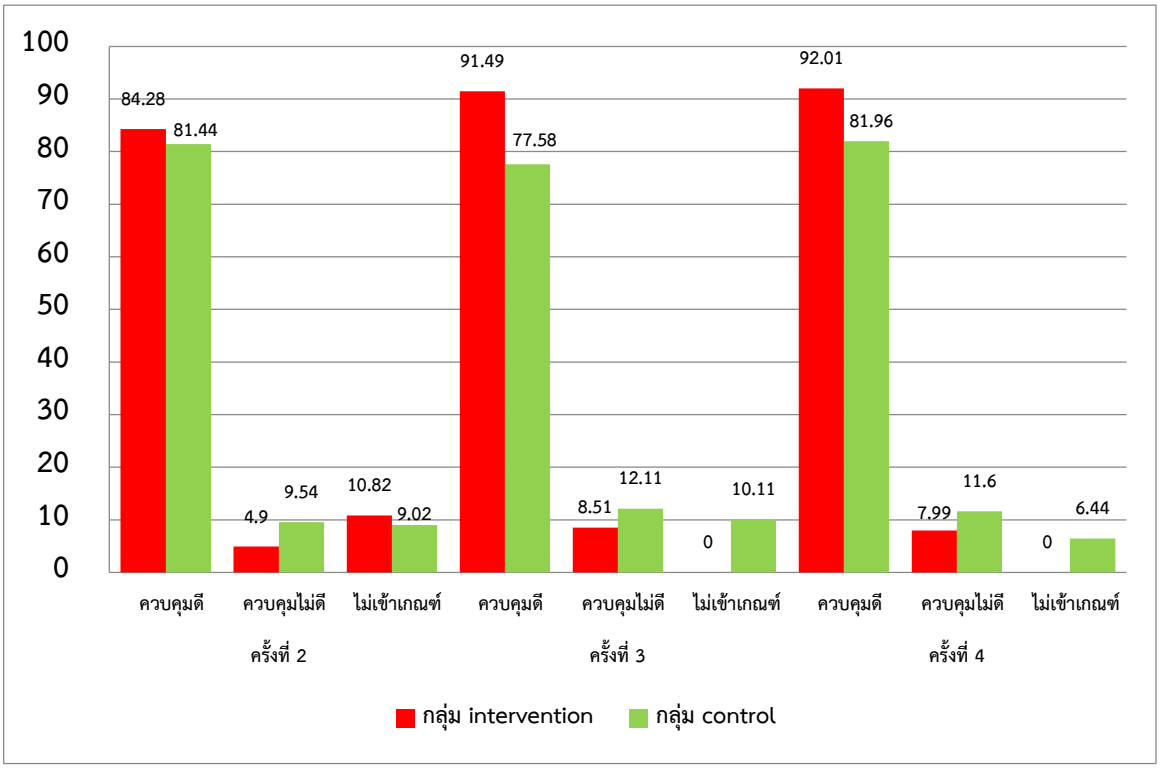
2) ประสิทธิผล

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบผลการควบคุมความดันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=776)

ตัวแปร	กลุ่ม intervention n (%)	กลุ่ม control n (%)	p-value
ตรวจครั้งที่ 2			0.037****
ควบคุมดี	327 (84.28)	316 (81.44)	
ควบคุมไม่ดี	19 (4.90)	37 (9.54)	
ไม่เข้าเกณฑ์	42 (10.82)	35 (9.02)	
ตรวจครั้งที่ 3			<0.001****
ควบคุมดี	355 (91.49)	301 (77.58)	
ควบคุมไม่ดี	19 (8.51)	47 (12.11)	
ไม่เข้าเกณฑ์	0	40 (10.11)	
ตรวจครั้งที่ 4			<0.001****
ควบคุมดี	357 (92.01)	318 (81.96)	
ควบคุมไม่ดี	31 (7.99)	45 (11.60)	
ไม่เข้าเกณฑ์	0	25 (6.44)	

* chi-square test

แผนภูมิที่ 4.4 เปรียบเทียบผลการควบคุมความดันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=776)



จากตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบผลการควบคุมความดันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังจากได้ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการให้บริการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่

สำหรับกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง เมื่อตรวจร่างกายในครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 327 คน คิดเป็นร้อยละ 84.28 มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 4.90 และผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ 42 คน คิดเป็นร้อยละ 10.82 ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 316 คน คิดเป็นร้อยละ 81.44 มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 9.54 และผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ 35 คน คิดเป็นร้อยละ 9.02 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

เมื่อตรวจร่างกายในครั้งที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 355 คน คิดเป็นร้อยละ 91.49 มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 8.51 และผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0.00 ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 301 คน คิดเป็นร้อยละ 77.58 มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 12.11 และผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ 40 คน คิดเป็นร้อยละ 10.11 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

เมื่อตรวจร่างกายในครั้งที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 357 คน คิดเป็นร้อยละ 92.01 มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 7.99 และผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0.00 ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 318 คน คิดเป็นร้อยละ 81.96 มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 11.60 และผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ 25 คน คิดเป็นร้อยละ 6.44 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

3.3 ความเชื่อมั่นของผู้รับบริการต่อรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่

ตารางที่ 4.5 ความเชื่อมั่นของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ (n=776)

ข้อ	คำถาม	คะแนนเฉลี่ย (SD)	เกณฑ์
1	การจัดตั้งจุดบริการวัดความดันโลหิตและเจาะตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วประจำหมู่บ้าน	4.24 (0.70)	ระดับดี
2	ความสะดวกในการตรวจวัดความดันโลหิตและเจาะตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วจากจุดบริการประจำหมู่บ้าน	4.27 (0.60)	ระดับดี
3	การได้รับข้อมูลในการคัดแยกแบ่งกลุ่มผู้ป่วยและการนัดหมายเข้ารับบริการ	4.25 (0.62)	ระดับดี
4	การได้รับข้อมูลและการนัดหมายเข้ารับบริการรูปแบบบวิถีใหม่	4.25 (0.56)	ระดับดี
5	การเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยให้เข้าถึงการรักษาได้ง่าย สะดวก และรวดเร็วขึ้น	4.25 (0.58)	ระดับดี
6	การเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกลช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและประหยัดเวลาในการเดินทางไปพบแพทย์	4.25 (0.57)	ระดับดี
7	การเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยไม่ให้ต้องรอคอยการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล	4.26 (0.57)	ระดับดี
8	การเข้าถึงระบบบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยป้องกันการติดเชื้อทั้งผู้ป่วยและบุคลลากรทางการพแพทย์	4.26 (0.57)	ระดับดี
9	การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์/รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้านนำส่งโดย อสม. จะทำให้ได้รับยาครบถ้วน	4.24 (0.60)	ระดับดี
10	การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์/นำส่งโดยอสม.จะทำให้ได้รับยาครบถ้วน	4.21 (0.66)	ระดับดี
11	การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์/รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน/นำส่งโดยอสม.ได้รับยาตามกำหนดเวลา	4.25 (0.59)	ระดับดี
12	ได้รับคำแนะนำในการรับประทานยาจากอสม.หรือบุคลากร/เภสัชกรของโรงพยาบาล	4.26 (0.59)	ระดับดี
13	ในภาพรวมท่านมีความเชื่อมั่นและพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	4.27 (0.56)	ระดับดี
	รวม	**4.25 (0.54)**	**ระดับดี**

จากตารางที่ 4.5 แสดงความเชื่อมั่นของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ พบว่า ความสะดวกในการตรวจวัดความดันโลหิตและเจาะตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วจากจุดบริการประจำหมู่บ้าน และในภาพรวมท่านมีความเชื่อมั่นและพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.27(0.60, 0.56) อยู่ในระดับดี ส่วนการให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์/นำส่งโดยอสม.จะทำให้ได้รับยาครบถ้วน มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.21(0.66) อยู่ในระดับดี

ตารางที่ 4.6 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ (n=776)

ข้อ	ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย (SD)	เกณฑ์
1	การจัดตั้งจุดบริการวัดความดันโลหิตและเจาะตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วประจำหมู่บ้าน	4.22 (0.69)	ระดับดี
2	ความสะดวกในการตรวจวัดความดันโลหิตและเจาะตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วจากจุดบริการประจำหมู่บ้าน	4.25 (0.68)	ระดับดี
3	การได้รับข้อมูลในการคัดแยกแบ่งกลุ่มผู้ป่วยและการนัดหมายเข้ารับบริการ	4.22 (0.62)	ระดับดี
4	การได้รับข้อมูลและการนัดหมายเข้ารับบริการรูปแบบบวิถีใหม่	4.20 (0.59)	ระดับดี
5	การเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยให้เข้าถึงการรักษาได้ง่าย สะดวก และรวดเร็วขึ้น	4.21 (0.64)	ระดับดี
6	การเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกลช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและประหยัดเวลาในการเดินทางไปพบแพทย์	4.22 (0.64)	ระดับดี
7	การเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยไม่ให้ต้องรอคอยการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล	4.23 (0.63)	ระดับดี
8	การเข้าถึงระบบบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยป้องกันการติดเชื้อทั้งผู้ป่วยและบุคลลากรทางการพแพทย์	4.23 (0.64)	ระดับดี
9	การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์/รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้านฝนำส่งโดย อสม. จะทำให้ได้รับยาครบถ้วน	4.21 (0.66)	ระดับดี
10	การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์/นำส่งโดยอสม.จะทำให้ได้รับยาครบถ้วน	4.22 (0.67)	ระดับดี
11	การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์/รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน/นำส่งโดยอสม.ได้รับยาตามกำหนดเวลา	4.22 (0.66)	ระดับดี
12	ได้รับคำแนะนำในการรับประทานยาจากอสม.หรือบุคลากร/เภสัชกรของโรงพยาบาล	4.23 (0.67)	ระดับดี
13	ในภาพรวมท่านมีความเชื่อมั่นและพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	4.23 (0.62)	ระดับดี
	รวม	**4.22 (0.60)**	**ระดับดี**

จากผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ความสะดวกในการตรวจวัดความดันโลหิตและเจาะตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วจากจุดบริการประจำหมู่บ้าน มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.25 (0.68) อยู่ในระดับดี ส่วนการได้รับข้อมูลและการนัดหมายเข้ารับบริการรูปแบบบวิถีใหม่ มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.20 (0.59) อยู่ในระดับดี

4. ต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่

ต้นทุนการตรวจ	กลุ่ม intervention (SD)	กลุ่ม control n (SD)	P-value
โรคความดันโลหิต			
ตรวจครั้งที่ 1	466(332.5)	495 (465)	0.004*
ตรวจครั้งที่ 2	385 (558.5)	595 (698.5)	0.001*
ตรวจครั้งที่ 3	385 (558.5)	556 (660)	0.001*
ตรวจครั้งที่ 4	385 (558.5)	594 (731)	0.001*
โรคเบาหวาน			
ตรวจครั้งที่ 1	549 (417)	1388.5 (1344.5)	0.001*
ตรวจครั้งที่ 2	555.5 (416.5)	1583 (2376)	0.001*
ตรวจครั้งที่ 3	555.5 (416.5)	1655.5 (1792)	0.001*
ตรวจครั้งที่ 4	555.5 (416.5)	1876 (1497)	0.001*

***p<.05**

จากตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่ พบว่า ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง การตรวจครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4 ของกลุ่มที่ใช้รูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในกลุ่มโรคเบาหวาน การตรวจครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4 ของกลุ่มที่ใช้รูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5
สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ทำการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) สถานบริการสุขภาพของจังหวัดปัตตานี เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมได้ดี (กลุ่มสีเขียว) และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบตลอดจนศึกษาต้นทุนการมารับบริการ ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี จำนวน 6 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะริง โรงพยาบาลหนองจิก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี โรงพยาบาลไม้แก่น และโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมเป็น 1,552 คน

1. สรุปผลการศึกษา

1.1 สถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดปัตตานี

มิติของผู้ป่วย : การจัดบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 มารับบริการในสถานบริการ ซึ่งมีการนัดมาพบแพทย์เดือนละครั้ง และเมื่อสามารถควบคุมอาการได้แพทย์จะนัดมาติดตามอาการทุก 2-3 เดือน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับการรักษาโรคที่เป็น บางรายรู้สึกเครียด กับโรคที่เป็น ต้องระมัดระวังในเรื่องการรับประทานอาหารมากขึ้น และต้องดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งจะมีการประเมินตัวเองในระหว่างการรับการรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง มีการสังเกตและประเมินอาการผิดปกติของตนเอง โดยเมื่อพบอาการผิดปกติจะไปพบ อสม.หรือไปที่ รพ.สต. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากกลัวว่าเมื่อมีการสัมผัสเชื้อ อาจส่งผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้นกว่าเดิม ด้านการตรวจสอบหรือประเมินตัวเอง เมื่อพบว่ามีความผิดปกติ จะแจ้งทาง อสม.และจะประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีการลงตรวจเยี่ยมอาการ ส่วนรูปแบบบริการการแพทย์วิถีใหม่ ต้องการให้มีรูปแบบที่มีการตั้งจุดตรวจคัดกรองเบื้องต้น เมื่อพบอาการผิดปกติ มีช่องทางให้คำปรึกษาในระบบออนไลน์เพื่อลดการไปพบแพทย์

มิติบุคลากรทางการแพทย์: การจัดบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 แบ่งลักษณะผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็น 3 กลุ่มสี ได้แก่กลุ่มสีเขียว ซึ่งเป็น กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี กลุ่มสีเหลือง คือระดับปานกลาง และกลุ่ม

สีแดง คือกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้เลย สำหรับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มสีเหลืองและสีแดง ถ้ามีอาการที่อยู่ในเกณฑ์ของการควบคุมโรคไม่ได้ จะมีการส่งไปพบทีมผู้จัดการ และพบแพทย์ เพื่อหาสาเหตุ และให้คำแนะนำโดยสหสาขาวิชาชีพ ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยนัดติดตามอาการและการนัดตรวจอย่างใกล้ชิด จนกว่าอาการจะคงที่ เน้นให้ผู้ป่วยสังเกตอาการตนเองที่บ้าน หากพบว่ามีอาการที่ผิดปกติ จะมาที่บ้าน อสม. หรือไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การบริหารจัดการกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด/ความดันโลหิตได้ มีการดูแลตามกลุ่มสี รูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ในอนาคต ต้องการให้มีจุดคัดกรองที่มีอุปกรณ์การตรวจที่เพียงพอ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจได้ง่ายโดยต้องทำให้ประชาชนเข้าถึงจุดตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น และจุดตรวจคัดกรองควรอยู่ใกล้บ้าน เพื่อทำให้เกิดการเข้าถึงของผู้ป่วยได้ง่าย

1.2 รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (กลุ่มควบคุมโรคได้ กลุ่มสีเขียว)

ปรับเปลี่ยนการนัดผู้ป่วยมาที่หน่วยบริการทุก 4 เดือน โดยในเดือนที่ไม่ได้มาที่หน่วยบริการทำการบันทึกผลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือ Self-monitoring record มาส่งให้ พยาบาล Case manager หรือผู้ที่มีหน้าที่ Triage ทุกครั้งที่นัดหมาย เพื่อรับยาตามปกติ ในกรณีที่ผลปกติสามารถเข้าช่องทาง Fast tract มาพบแพทย์ เพื่อพิจารณาปัญหาหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติเพื่อนัดหรือจัดบริการให้ผู้ป่วย อย่างเหมาะสม

1.3 ผลของการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เพศ อายุ ระดับความดันซิสโตลิก ระดับความดันไดแอสโตลิก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$) ด้านจำนวน visit พบว่า กลุ่มทดลองมาโรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง กลุ่มควบคุม มาโรงพยาบาล 4 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เปรียบเทียบผลการควบคุมระดับความดันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังจากได้ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการให้บริการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

กลุ่มโรคเบาหวาน พบว่า เพศ อายุ ระดับค่าน้ำตาลในเลือด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$) ด้านจำนวน visit พบว่า กลุ่มทดลองมาโรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง กลุ่มควบคุมมาโรงพยาบาลทั้ง 4 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$) เปรียบเทียบผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังจากได้ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการให้บริการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$)

1.4 ศึกษาต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่

เปรียบเทียบต้นทุนของรูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเก่าและวิถีใหม่ พบว่า ในกลุ่มโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การตรวจครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4 ของกลุ่มที่ใช้

รูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.05$)

2. อภิปรายผล

2.1 สถานการณ์การจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 นัดผู้ป่วยมาพบแพทย์เดือนละครั้ง และเมื่อสามารถควบคุมอาการได้แพทย์จะนัดมาติดตามอาการทุก 2-3 เดือน โดยมีการจำแนกผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็น 3 กลุ่มสี ได้แก่กลุ่มสีเขียว กลุ่มสีเหลือง และกลุ่มสีแดง เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560; World Health Organization, 2020) โดยระบบการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยที่ชัดเจนและได้มาตรฐานถือเป็นการเริ่มต้นการดูแลที่มีคุณภาพ (กงทอง ไพศาล,2553) สามารถบริหารจัดการดูผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ต้องการจุดคัดกรองใกล้บ้าน สามารถตรวจคัดกรองเบื้องต้น เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจ และสามารถประเมินอาการผิดปกติ ร่วมกับมีช่องทางให้คำปรึกษาในระบบออนไลน์ ทั้งนี้สอดคล้องไปกับข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) การใช้เครื่องวัดความดันสำหรับการคัดกรองที่บ้านหรือการการมีจุดวัดความดัน (Parati and Omboni, 2010) มีประสิทธิผลในควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในประเทศแคนนาดา (Padwa, et al. 2019) และเพื่อลดการไปพบแพทย์ โดยเฉพาะในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 ที่สถานพยาบาลทุกแผนกมีการปรับปรุงรูปแบบการบริการแนวทางการดำเนินงานการแพทย์วิถีใหม่ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กองบริหารสาธารณสุข, 2563; กรมการแพทย์, 2563) รวมถึงการปรับปรุงสถานที่ปฏิบัติงาน (กองแบบแผน, 2563) ให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านอาคารและสภาพแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค (สถาบันบำราศนาดูร, 2560) ทั้งนี้จากการปรับรูปแบบบริการดังกล่าวส่งผลให้จำนวนผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลลดลง (Leira, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาจำนวนผู้เข้ารับบริการในแผนกห้องเวชระเบียนผู้ป่วนนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี (ปิยธิดา แซ่ลิ้ม, 2564) ผู้เข้ารับบริการในแผนกทันตกรรมในโรงพยาบาลพนมไพรและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (นฤพร ชูเสน, 2565) สำหรับด้านการนัดหมายผู้ป่วยได้นัดหมายตามลำดับความเร่งด่วนในการรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจ การดูแลทางสูติกรรมและอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะได้รับการนัดหมายและรักษาก่อน (WHO, 2020; Cosentino et al., 2020; Leira et al., 2020) ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยนอกลดลง

2.2 รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปรับเปลี่ยนการนัดผู้ป่วยมาที่หน่วยบริการทุก 4 เดือน โดยในเดือนที่ไม่ได้มาที่หน่วยบริการทำการบันทึกผลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือ Self-monitoring record มาส่งให้พยาบาล Case manager หรือผู้ที่มีหน้าที่ Triage ทุกครั้งที่นัดหมาย เพื่อรับยาตามปกติ ในกรณีที่ผล

ปกติสามารถเข้าช่องทาง Fast tract มาพบแพทย์ เพื่อพิจารณาปัญหาหรือปัจจัยที่ทำ ให้เกิดความผิดปกติเพื่อนัดหรือจัดบริการให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ทั้งนี้สอดคล้องไปกับข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (Saberi, 2018 ; World Health Organization, 2020) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (HbA1c< 7% หรือ FBS < 100 mg/dL) ถือเป็นจุดสำคัญในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสอดคล้องไปตามข้อแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Unger et.al, 2020) การใช้เครื่องวัดความดันสำหรับการคัดกรองที่บ้านหรือการมีจุดคัดกรองวัดความดัน (Parati and Omboni, 2010 ; Sundström et.al 2015) ยังมีประสิทธิผลในควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในประเทศแคนนาดา (Padwa, et al. 2019) และในประเทศอังกฤษ (McManus, et al. 2021) ทั้งนี้การวัดระดับความผิดปกติของร่างกายของผู้ป่วย ทำให้เกิดการตระหนักในการดูแลตัวเองที่บ้าน และยังเป็นสัญญานเตือนทางด้านสุขภาพ (Early warning sign) ที่จะส่งผลดีต่อผู้ป่วย (Sundström, et.al 2015)

2.3 ผลของการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่กลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มทดลองมาโรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง กลุ่มควบคุม มาโรงพยาบาล 4 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลของการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงโดยการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (วีรยุทธ ศรีทุมสุข และ อรอุมา ธรรมผล, 2562) ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในประเทศแคนนาดา (Padwa, et al. 2019) และในประเทศอังกฤษ (McManus, et al. 2021) การควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในกลุ่มผู้ป่วยด้วยวิธีการวัดระดับการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวเองหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพแล้ว ก็ยังพบกิจกรรมในหลายรูปแบบที่สามารถนำมาผสมผสานในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื่อรัง (Sundström, et.al 2015) เช่น รูปแบบการมีเครือข่ายผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน มีอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้าไปให้บริการที่นอกเหนือไปจากการบริการทางการแพทย์ (ราม รังสินธุ์ และคณะ, 2563) การดูแลผู้ป่วยความมดันโลหิตสูงด้วยตนเองที่บ้าน (ธีร์สุทธิ ปีตวิบลเสถียร, และคณะ 2560 ; นิตยา เพ็ญศิรินภา และคณะ 2563 ; บุญญธิดา ยาอินทน์, 2564) ทั้งนี้ยังสามารถทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2563 ;พิทยา ศรีเมือง, และคณะ 2564) คลินิกหมอครอบครัวชุมชนและทีมคลินิกหมอครอบครัว (กิตติภพ แจ่มโสภณ, 2563) การดูแลแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วย (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2563) จะเห็นได้ว่านอกจากจะให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองแล้วยังต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย การทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม ระบบข้อมูล ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และความต่อเนื่องและเชื่อมประสานบริการ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ทั้งนี้ยังสามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม (รื่นจิต เพชรชิต, 2558 ; เพ็ญศิรินภา และคณะ, 2563 ; วนิดา สมภูงา และ พุทธิไกร ประมวล, 2565) หรือการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ยุภาพร นาคกลิ้ง และ ปราณี ทัดศรี,

2560 ; วรรณา สิทธิปาน และคณะ 2558) รวมถึงการให้สุขศึกษาต่อความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด (สาโรจน์ ประพรมมา, 2559) การการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (อัจฉราวดี ศรียะศักด์, และคณะ 2564)

ทั้งนี้ในการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงยังมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุม (พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์, 2563) และความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเชื่อ (ศศิวรรณ ขันทะชา และเบญจา มุกตพันธุ์, 2564) ที่ควรนำมาร่วมพิจารณาในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีการส่งเสริมการทำงานระหว่างสหวิชาชีพผู้ป่วยได้รับการพยาบาล ที่มีคุณภาพ สามารถดูแลจัดการตนเอง เข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง (ประภา ราชา และคณะ, 2563) ยังเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งในการร่วมดำเนินการในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ และควรมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่หลากหลาย เข้ามาช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานมากขึ้นในช่วงการระบาดโรคโควิด-19 ทั้งในด้านการให้คำปรึกษา อาการ การติดตามอาการ การสื่อสาร การให้สุขศึกษา การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการแปลผลทางห้องปฏิบัติการ การให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชน โดยบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference (Telehealth หรือ Telemedicine) (Tortermvasan, 2020) ที่จะช่วยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

2.4 ศึกษาต้นทุนกลุ่มที่ใช้รูปแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ สอดคล้องไปกับการศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลการวัดความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Fukunaga, et al. 2008) การวัดระดับความผิดปกติของร่างกายของผู้ป่วย โดยทำให้เกิดการตระหนักในการดูแลตัวเองที่บ้าน เป็นสัญญานเตือนทางด้านสุขภาพ (Early warning sign) ที่ดีที่ส่งผลดีต่อผู้ป่วย (Sundström, et.al 2015) (Baffour-Awuaha et al. 2020)

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

3.1.1 รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สามารถช่วยควบคุมโรคเบาหวานและความดันได้ ดังนั้นจึงสามารถนำไปเป็นรูปแบบสำหรับการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆได้

3.1.2 รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สามารถช่วยควบคุมโรคเบาหวานและความดันได้ ดังนั้นจึงสามารถนำไปเป็นรูปแบบสำหรับการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันในพื้นที่อื่นๆได้

3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

3.1.1 ควรมีการศึกษาผลกระทบในระยะยาว เพื่อค้นหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันหรือเบาหวานไม่ได้

3.1.2 ควรมีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาปรับใช้เป็นรูปแบบเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดทางเลือกในการรับบริการ

3.3 ข้อเสนอแนะจากพื้นที่ที่ทำการศึกษา

3.3.1 ควรเพิ่มอุปกรณ์วัดความดันโลหิตและการเจาะน้ำตาลในเลือด ให้เพียงพอโดยคำนึงถึงจำนวนประชากร การกระจายตัวของประชากรในแต่ละพื้นที่ และเพิ่มระบบการตรวจสอบเครื่องมือ ในด้านความเที่ยง การบำรุงรักษา เพื่อให้เครื่องมือมีความพร้อมใช้งานอยู่เสมอ

3.3.2 ควรมีการฝึกอบรม อสม. เพิ่มเติมให้มีความพร้อมในการดำเนินการตามรูปแบบเพื่อให้มีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ และเพิ่มความมั่นใจให้กับบุคลากร อสม. ผู้ป่วยและญาติ

3.3.4 ควรมีการขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนามาร่วมกระบวนการ จะทำให้ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้น

3.3.5 ควรเพิ่มการจัดการระบบสื่อสาร ระบบการบันทึกข้อมูล เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกัน ทั้งระบบการบันทึกข้อมูลคนไข้ การสื่อสารทางไลน์ เนื่องจากบางพื้นที่อสม.ไม่มีอินเตอร์เน็ต จะต้องรอให้ไปถึงที่ที่มีสัญญาณอินเตอร์เน็ตถึงจะสามารถส่งข้อมูลได้

บรรณานุกรม

กงทอง ไพศาล. (2553). *การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น.* วิทยานิพนธ์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กรมการแพทย์. (2563). *แนวทางปฏิบัติการปรับรูปแบบบริการ การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก (OPD) ในสถานการณ์ระบาดของ COVID-19*. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมการแพทย์. (2564). *แนวทางการทางปฏิบัติตามการบริการทันตกรรมวิถีใหม่เพื่อการรักษาทางทันตกรรม ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19*. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวานความดันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.กองโรคไม่ติดต่อ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารรสุข. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวานความดันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

กองบริหารสาธารณสุข. (2563). *การดำเนินการจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New normal Medical Service)*. บริษัท บอนทูบี พับลิซซิ่ง จำกัด.

กองแบบแผน. (2560). *เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านอาคารและสภาพแวดล้อมของสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.* กรมสนับสนุนบริการ.

กานต์พีชญา เนตรพิสิทธิ์กุล. (2559). ผลการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. *ธรรรมมศาสตร์วารสาร*, 16(2), 230-243.

กิตติภพ แจ่มโสภณ. (2020). ประสิทธิผลของหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ในผู้ปวย เบาหวานชนิดที 2 ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชือไวรัสโคโรนา 2019 ของคลินิกหมอครอบครัวชุมชนกังแอน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ . *PCFM*, 3(3), 21-34

ขวัญเรือน กำวิตู และชนิดา มัททวางกูร. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(38), 82-95.

ชัชรินทร์ กูเมาะ และรุ่งนภา จันทรา. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตราะหัก จังหวัดปัตตานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,* 2(2), 85-99.

บรรณานุกรม (ต่อ)

ดาลิมา สำแดงสาร, ทิพมาส ชิณวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลาศรีนครินทร์*, 39(3), 51-66.

เทื้อน ทองแก้ว. (2563). การออกแบบการศึกษาในชีวิตวิถีใหม่ (Design -Based New Normal): ผลกระทบ การแพร่ระบาด COVID-19). *ครุรุสภาวิทยาจารย์,* 1(2), 1-10.

ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยระบบบสาธารณสุข*, 12(3), 515-522.

ธีร์สุทธิ ปีตวิบลเสถียร, ขวัญพัฒน์ ปีตวิบลเสถียร, อรัญญา สหัสพันธ์ และวรณัน ดาวหาง. (2560). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยความมดันโลหิตสูงด้วยตนเองที่บ้าน อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร*, 32(1), 11-19.

นฤพร ชูเสน, นภชา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ตวงรัตน์ โพธะ, และอำพล บุญเพียร. (2565). ต้นทุนและผลกระทบทางการเงินของจัดบริการทันตสาธารณสุขในสถานบริการก่อนการระบาดและระหว่างการระบาดโรคโควิด – 19 อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(1), 77-87.

นิตยา เพ็ญศิรินภา ,ธีระวุธ ธรรมกุล และขวัญทิพย์ เฮงไป๋. (2563). การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน,* 6(3), 34-47.

บุญญธิดา ยาอินทน์. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์. *สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร*, 18(1), 35-48.

ประภา ราชา, จารุภา คงรส และธนพร สดชื่น. (2563). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโควิด-19, *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(3), 414-426.

ปิยธิดา แซ่ลิ้ม, วรรณฤดี หาดเพชร, นภชา สิงห์วีรธรรม, และสมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงษ์. (2564). การจัดบริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในรูปแบบ New normal ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(3), 125-134.

บรรณานุกรม (ต่อ)

พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีษะเกษ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีษะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 35(3), 651-663.

พิทยา ศรีเมือง, จริยา ยมศรีเคน, ฐิติกานต์ เอกทัตร์, วรรณศรี แววงาม. (2564). การประเมินรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 15(2), 136-154.

ยุภาพร นาคกลิ้ง และปราณี ทัดศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย,* 6(1), 27-35.

ราม รังสินธุ์, มฑิรุทธ มุ่งถิ่น, ปนัดดา หัตถโชติ, บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ และยุภาพร ศรจันทร์. (2563). *การพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้นวัตกรรมเครือข่ายผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

รื่นจิต เพชรชิต. (2558). พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(2), 85-99.

วนิดา สมภูงา และพุทธิไกร ประมวล. (2565). การพัฒนาและประเมินผลของรูปแบบการจัดการรูปแบบที่มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จังหวัดศรีษะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 5(1), 273-287.

วรรณา สิทธิปาน, สาวิตรี สลับศรี, ฉัตรชัย ไข่เกษ. (2558). ผลชองโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่ควบคุมไม่ได้ต่อระดับน้ำตาลสะสม. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยายบาลพระปกเกล้า.* 32(1), 68-82.

วีรยุทธ ศรีทุมสุข, อรอุมา ธรรมผล. (2562). การวัดความดันโลหิตที่บ้าน: บทบาทพยาบาลการจัดการควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มบุคคลได้รับยาความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 35-45.

ศศิวรรณ ขันทะชา. เบญจา มุกตพันธุ์. (2564). ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในพื้นที่ที่มีความหลากหลายเชื้อชาติ อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(1), 97-104.

บรรณานุกรม (ต่อ)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข ของประเทศไทย พ.ศ.2561* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เฟมัส แอนด์ ซัคเซ็สฟูล.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2563). การประเมินผลเบื้องต้น: ประสบการณ์การได้รับการดูแลแบบ บูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วย เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง . *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 14(2), 143-155.

สาโรจน์ ประพรมมา. (2559). ผลสะท้อนของการให้สุขศึกษาต่อความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จ.ขอนแก่น*, 23(3), 46-55.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. ร่มเย็นมีเดีย จำกัด.

อัจฉราวดี ศรียะศักด์, อติญาณ์ ศรเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, วารุณี เกตุอินทร์, ณัฐพร อุทัยธรรม, สุปราณี หมู่คุ่ย และทิพวัลย์ มีทรัพย์. (2564) การพัฒนาตวามรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบริบทคลินิกหมอครอบครัว: กรณีศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิจัยระบบสุขภาพ*, 15(2), 155-173.

Baffour-Awuaha B., Dieberg G., Pearsona M.J. & Smarta N.A. (2020). Blood pressure control in older adults with hypertension: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. *International Journal of Cardiology Hypertension*. 6(1), 1-9.

Fukunaga H., Ohkubo T., Kobayashi M., Tamaki Y., Kikuya M., Obara T., et al. (2008). Cost-effectiveness of the introduction of home blood pressure measurement in patients with office hypertension. J Hypertens, 26(4), 685–90.

Gunawan J., Aungsuroch Y., Marzilli C. (2020). 'New Normal' in Covid-19 Era: A Nursing Perspective from Thailand. *J Am Med Dir Assoc*. 21(10), 1514-1515.

Imai Y., Obara T., Asamaya K., & Ohkubo T. (2013). The reason why home blood pressure measurements are preferred over clinic or ambulatory blood pressure in Japan. *Hypertens Res*, 36(8), 661–672.

Kario K., Shimbo D., Hoshide S., Wang J-G., Asayama K., Ohkubo T., et al. (2019). Emergence of Home Blood Pressure-Guided Management of Hypertension Based on Global Evidence. *Hypertension*, 74(2), 229–36.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Lee I.K., Wang C.C., Lin M.C., Kung C.T., Lan K.C., & Lee C.T., (2020). Effective strategies to prevent coronavirus disease 2019 outbreak in hospital. *J Hosp Infect,* 105(1), 102-103.

Leira EC, Russman AN, Biller J, et al. (2020). Preserving stroke care during the COVID-19 pandemic: potential issues and solutions. *Neurology,* 95(3), 124–33.

Lum, B.X. Liu, E.H. Archuleta, S. Somani, J. Bagdasarian, N. Koh, C.S. Sin, C.S. Wong, M. Quek, S.C. & Fisher D.A. (2020). *Establishing a New Normal for Hospital Care: A whole of hospital approach to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).* Clinical infection disease, 73(9), e3136-e3143.

McManus RJ., Little P., Stuart B., Morton K., Raftery J., Kelly J., et al. (2021). Home and Online Management and Evaluation of Blood Pressure (HOME BP) using a digital intervention in poorly controlled hypertension: randomized controlled trial. *BMJ*, doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m4858.

Mizumoto, K.; Kagaya, K.; Zarebski, A.; Chowell, G. (2020). Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Euro Surveill*, 25(1), 1-5.

Padwal RS., So H., Wood PW., Mcalister FA., Siddiqui M., Norris CM., et al. (2019). Cost-effectiveness of home blood pressure telemonitoring and case management in the secondary prevention of cerebrovascular disease in Canada. *J Clin Hypertens*, 21(2), 159– 68.

Parati G., Omboni S., (2010). Role of home blood pressure telemonitoring in hypertension management: an update. Blood Press Monit, 15(6), 285–95.

Saberi M., (2018). Diabetes Mellitus Type 2 Screening Guidelines December 2018. *International Journal of Medical Reviews*, 5(4), 137-139.

Sundström J., Arima, H., Jackson, R., Turnbull F., Rahimi, K., Chalmers, J., Mark Woodward, M., and Neal B., (2015). Effects of Blood Pressure Reduction in Mild Hypertension A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of internal Medicine*, 162(3), 184-91.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Unger T., Borghi C., Charchar F., Khan N.A., Poulter N.R., Prabhakaran D., Ramirez A., Schlaich M., Stergiou G.S., Tomaszewski M., Wainford R.D., Williams B., Schutte A.E., (2020). Clinical Practice Guideline 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334-1357.

World Health Organization. (2020). *Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes Geneva*. World Health Organization.

ภาคผนวก

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เอกสารเลขที่ ๔ / ๒๕๖๕



คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย	พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)
ผู้วิจัยหลัก	นางกมลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์
ผู้วิจัยร่วม	๑. นางสาวจิตนภา วาณิชวโรตม์
	๒. นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์
	๓. นางพงางาม พงศ์จตุรวิทย์
สถานที่ดำเนินการวิจัย	๑. โรงพยาบาลปัตตานี
	๒. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี
	๓. โรงพยาบาลโคกโพธิ์
	๔. โรงพยาบาลยะรัง
	๕. โรงพยาบาลมายอ
	๖. โรงพยาบาลปะนาเระ
	๗. โรงพยาบาลยะหริ่ง
	๘. โรงพยาบาลหนองจิก
	๙. โรงพยาบาลไม้แก่น
เอกสารที่พิจารณา	พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)
วันที่พิจารณาอนุมัติ (ต่ออายุ)	๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๕

คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทย คณะกรรมการวิจัยพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมและให้ดำเนินการวิจัยได้ โดยทั้งนี้ให้ยึดเอกสารโครงการเป็นหลัก

ระยะเวลาสิ้นสุด (ต่ออายุ)	๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

..... ประธานกรรมการ
(นายอัครฐาน จิตนุยานนท์)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

แบบบันทึกข้อมูลการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม ชุดที่ 1

แบบสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Project: Stakeholder) การพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) <u>สำหรับกลุ่มผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย</u>

วัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลและความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถาม และขอยืนยันว่าข้อมูลความคิดเห็นของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยการเสนอผลสำรวจจะเป็นเพียงภาพรวมเท่านั้น

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (มากกว่า 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)

3. ระดับการศึกษา ☐ 1. ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ☐ 2. มัธยมศึกษา ☐ 3. อนุปริญญา / ปวส. / เทียบเท่า ☐ 4. ปริญญาตรี ☐ 5. สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพหลัก ☐ 1. ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ/ ลูกจ้างของรัฐ ☐ 2. พนักงานเอกชน ☐ 3. ธุรกิจส่วนตัว/อาชีพอิสระ/ค้าขาย ☐ 4. ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป ☐ 5. นักเรียน/นักศึกษา ☐ 6. พ่อบ้าน/แม่บ้าน ☐ 7. เกษียณอายุ ☐ 8. เกษตรกร/ชาวประมง ☐ 9. ว่างงาน ☐ 10. ผู้นำศาสนา ☐ 11. อื่น ๆ (ระบุ) .....

5. รายได้ต่อเดือน

☐ 1. รายได้ ..... บาทต่อเดือน

☐ 2. ไม่มีรายได้

6. โรงพยาบาลที่ท่านเข้ารับการรักษา .....

7. ท่านเป็นผู้ป่วยกลุ่มใด

☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคความดันโลหิตสูง ☐ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

8. ระยะเวลาในการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ (เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง).....ปี

9. ความสามารถในการมารับบริการที่สถานพยาบาล

☐ สามารถมาได้ด้วยตนเอง ☐ ไม่สามารถมาได้ด้วยตนเอง

<u>ส่วนที่ 2</u> การรับรู้ต่อรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

7. การรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

รายละเอียดเนื้อหาปรับรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่	ทราบ	ไม่ทราบ
1. ท่านได้รับทราบข้อมูลการปรับรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง		
2. การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ จะช่วยให้ท่านมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพจากการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID - 19		
3. รูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ ทำให้ท่านได้รับการคัดแยกและจัดกลุ่มผู้ป่วย		

8. ท่านรู้จักรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผ่านช่องทางใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. บุคลากรทางการแพทย์
☐ 2. เอกสาร สิ่งพิมพ์เผยแพร่ความรู้
☐ 3. สื่อโทรทัศน์
☐ 4. สื่อวิทยุ
☐ 5. สื่อบุคคล เช่น ผู้นำชุมชน ครอบครัว/ญาติ
☐ 6. ไม่ทราบ
☐ 7. ช่องทางอื่น ๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 ความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อการระบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

9. ท่านมีความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในระดับใด ต่อประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

ประเด็น	ระดับความเชื่อมั่น					ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การจัดตั้งจุดบริการวัดความดันโลหิตและเจาะตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ประจำหมู่บ้าน	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2. ความสะดวกในการตรวจวัดความดันโลหิตและเจาะตรวจน้ำตาลปลายนิ้วจากจุดบริการประจำหมู่บ้าน	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3. การได้รับข้อมูลในการคัดแยก แบ่งกลุ่มผู้ป่วยและการนัดหมายเข้ารับบริการ	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3. การได้รับข้อมูลและการนัดหมายเข้ารับบริการรูปแบบวิถีใหม่	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

4. การเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยให้เข้าถึงการรักษาได้ง่าย สะดวกและรวดเร็วขึ้น	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5. การเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและประหยัดเวลาในการเดินทางไปพบแพทย์	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6. การเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยให้ไม่ต้องรอคอยการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7. การเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยป้องกันการติดเชื้อทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8. การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ / รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน / นำส่งโดย อสม. จะทำให้ได้รับยาที่ถูกต้อง	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9. การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ / รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน / นำส่งโดย อสม จะทำให้ได้รับยาครบถ้วน	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10. การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ / รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน / นำส่งโดย อสม ได้รับยาตามกำหนดเวลา	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11. การได้รับคำแนะนำ ในการรับประทานยาจาก อสม หรือ บุคลากร/ เภสัชกร ของโรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12. ในภาพรวมท่านมีความเชื่อมั่นและพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 4 ความต้องการ ความหวัง และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

10. ท่านต้องการหรือคาดหวัง อย่างไร

.....

.....

.....

11. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

.....

.....

.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม ชุดที่ 2

แบบสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Project: Stakeholder) การพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) <u>สำหรับผู้ปฏิบัติงาน</u>

วัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลและความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ผู้ปฏิบัติงาน) ต่อการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถาม และขอยืนยันว่าข้อมูลความคิดเห็นของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยการเสนอผลสำรวจจะเป็นเพียงภาพรวมเท่านั้น

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (มากกว่า 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)

3. ตำแหน่งงาน

☐ 1. แพทย์ ☐ 2. พยาบาล

☐ 3. นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ☐ 4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

☐ 5. อื่นๆ (ระบุ).....

4. หน่วยงาน / โรงพยาบาล .....

5. ประสบการณ์การทำงาน.....ปี (มากกว่า 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)

6. ระดับการศึกษา

☐ 1. ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ☐ 2. มัธยมศึกษา

☐ 3. อนุปริญญา/ปวส./เทียบเท่า ☐ 4. ปริญญาตรี โปรดระบุสาขา.....

☐ 5. ปริญญาโท

☐ 6. ปริญญาเอก

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

☐ รายได้ ..... บาทต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลังจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกรมการแพทย์ ในระดับใดต่อประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

8. ความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในระดับใดต่อประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

ประเด็น	ระดับความเชื่อมั่น					ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างเครือข่าย (โรงพยาบาลประจำจังหวัด/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้มีความเข้มแข็ง	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2. การจัดให้มีจุดบริการตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจระดับน้ำตาลประจำหมู่บ้านก่อนผู้ป่วยมาตรวจตามนัดช่วยลดขั้นตอนการทำงานในโรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3. ระบบนัดหมายผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม ช่วยให้ลดความแออัดในโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์มีเวลาดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมได้ไม่ดีเพิ่มขึ้น	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4. การจัดเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าไปช่วยให้คำแนะนำสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี เพื่อลดความแออัดในการเดินทางมาโรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5. การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการตรวจรักษาและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ทันท่วงที และลดความแออัดในการเดินทางมาโรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6. การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ออกเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะอาการ คือ กลุ่มสีเขียว มีความเสี่ยงน้อย ควบคุมอาการได้ดี กลุ่มสีเหลือง มีความเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มสีแดง มีความเสี่ยงสูง ควบคุมอาการได้ไม่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

7. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการบริหารจัดการการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8. ระบบ Tele medicine มีประสิทธิภาพ	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9. การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCD เพื่อลดจำนวนความแออัดในการมาโรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการเก็บข้อมูลในการติดตามดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเข้าสู่ระบบการติดตาม	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11. การจัดระบบการให้บริการวิถีใหม่ช่วยให้เกิดความปลอดภัย ลดการติดเชื้อโควิด-19 ของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12. ในภาพรวมความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 3 ความต้องการและความคาดหวังต่อรูปแบบการให้บริการการแพทย์วิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

9. ท่านต้องการหรือคาดหวังให้มีการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

.....

.....

10. ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานตามรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่

.....

.....

11. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพิ่มเติม

.....

.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม ชุดที่ 3

แบบสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Project: Stakeholder) การพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) <u>สำหรับกลุ่มผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย</u>

วัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลและความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถาม และขอยืนยันว่าข้อมูลความคิดเห็นของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยการเสนอผลสำรวจจะเป็นเพียงภาพรวมเท่านั้น

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุด

<u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (มากกว่า 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)

3. ระดับการศึกษา ☐ 1. ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ☐ 2. มัธยมศึกษา
☐ 3. อนุปริญญา / ปวส. / เทียบเท่า ☐ 4. ปริญญาตรี
☐ 5. สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพหลัก ☐ 1. ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ/ ลูกจ้างของรัฐ
☐ 2. พนักงานเอกชน ☐ 3. ธุรกิจส่วนตัว/อาชีพอิสระ/ค้าขาย
☐ 4. ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป ☐ 5. นักเรียน/นักศึกษา
☐ 6. พ่อบ้าน/แม่บ้าน ☐ 7. เกษียณอายุ
☐ 8. เกษตรกร/ชาวประมง ☐ 9. ว่างงาน
☐ 10. ผู้นำศาสนา ☐ 11. อื่น ๆ (ระบุ) .....

5. รายได้ต่อเดือน

☐ **1. รายได้ ..... บาทต่อเดือน**

☐ **2. ไม่มีรายได้**

6. โรงพยาบาลที่ท่านเข้ารับการรักษา .....

7. ท่านเป็นผู้ป่วยกลุ่มใด

☐ **โรคเบาหวาน** ☐ **โรคความดันโลหิตสูง** ☐ **โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**

8. ระยะเวลาในการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ (เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง).....ปี

9. ความสามารถในการมารับบริการที่สถานพยาบาล

☐ **สามารถมาได้ด้วยตนเอง** ☐ **ไม่สามารถมาได้ด้วยตนเอง**

<u>ส่วนที่ 2</u> การรับรู้ต่อรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

10. การรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

รายละเอียดเนื้อหาปรับรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่	ทราบ	ไม่ทราบ
1. ท่านได้รับทราบข้อมูลการปรับรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง		
2. การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ จะช่วยให้ท่านมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพจากการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID - 19		
3. รูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ ทำให้ท่านได้รับการคัดแยกและจัดกลุ่มผู้ป่วย		

11. ท่านรู้จักรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผ่านช่องทางใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. บุคลากรทางการแพทย์
☐ 2. เอกสาร สิ่งพิมพ์เผยแพร่ความรู้
☐ 3. สื่อโทรทัศน์
☐ 4. สื่อวิทยุ
☐ 5. สื่อบุคคล เช่น ผู้นำชุมชน ครอบครัว/ญาติ
☐ 6. ไม่ทราบ
☐ 7. ช่องทางอื่น ๆ (ระบุ).....

<u>ส่วนที่ 3</u> ความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อการระบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

12. ท่านมีความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในระดับใด ต่อประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

ประเด็น	ระดับความเชื่อมั่น					ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การจัดตั้งจุดบริการวัดความดันโลหิตและเจาะตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ประจำหมู่บ้าน	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2. ความสะดวกในการตรวจวัดความดันโลหิตและเจาะตรวจน้ำตาลปลายนิ้วจากจุดบริการประจำหมู่บ้าน	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3. การได้รับข้อมูลในการคัดแยก แบ่งกลุ่มผู้ป่วยและการนัดหมายเข้ารับบริการ	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4. การได้รับข้อมูลและการนัดหมายเข้ารับบริการรูปแบบวิถีใหม่	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

5. การเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยให้เข้าถึงการรักษาได้ง่าย สะดวกและรวดเร็วขึ้น	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6. การเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและประหยัดเวลาในการเดินทางไปพบแพทย์	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7. การเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยให้ไม่ต้องรอคอยการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8. การเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยป้องกันการติดเชื้อทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9. การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ / รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน / นำส่งโดย อสม. จะทำให้ได้รับยาที่ถูกต้อง	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10. การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ / รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน / นำส่งโดย อสม จะทำให้ได้รับยาครบถ้วน	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11. การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ / รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน / นำส่งโดย อสม ได้รับยาตามกำหนดเวลา	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12. การได้รับคำแนะนำ ในการรับประทานยาจาก อสม หรือ บุคลากร/ เภสัชกร ของโรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
13. ในภาพรวมท่านมีความเชื่อมั่นและพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 4 ความต้องการ ความหวัง และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

13. ท่านต้องการหรือคาดหวัง อย่างไร

.....

.....

.....

14. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

.....

.....

.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม ชุดที่ 4

แบบสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Project: Stakeholder) การพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) <u>สำหรับผู้ปฏิบัติงาน</u>

วัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลและความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ผู้ปฏิบัติงาน) ต่อการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถาม และขอยืนยันว่าข้อมูลความคิดเห็นของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยการเสนอผลสำรวจจะเป็นเพียงภาพรวมเท่านั้น

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุด

<u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลพื้นฐาน

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (มากกว่า 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)

3. ตำแหน่งงาน

☐ 1. แพทย์ ☐ 2. พยาบาล

☐ 3. นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ☐ 4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

☐ 5. อื่นๆ (ระบุ).....

4. หน่วยงาน / โรงพยาบาล .....

5. ประสบการณ์การทำงาน.....ปี (มากกว่า 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)

6. ระดับการศึกษา

☐ 1. ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ☐ 2. มัธยมศึกษา

☐ 3. อนุปริญญา/ปวส./เทียบเท่า ☐ 4. ปริญญาตรี โปรดระบุสาขา.....

☐ 5. ปริญญาโท

☐ 6. ปริญญาเอก

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

☐ รายได้ ..... บาทต่อเดือน

<u>ส่วนที่ 2</u> ความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลังจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกรมการแพทย์ ในระดับใดต่อประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

8. ความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในระดับใดต่อประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

ประเด็น	ระดับความเชื่อมั่น					ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างเครือข่าย (โรงพยาบาลประจำจังหวัด/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้มีความเข้มแข็ง	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2. การจัดให้มีจุดบริการตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจระดับน้ำตาลประจำหมู่บ้านก่อนผู้ป่วยมาตรวจตามนัดช่วยลดขั้นตอนการทำงานในโรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3. ระบบนัดหมายผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม ช่วยให้ลดความแออัดในโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์มีเวลาดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมได้ไม่ดีเพิ่มขึ้น	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4. การจัดเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าไปช่วยให้คำแนะนำสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี เพื่อลดความแออัดในการเดินทางมาโรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5. การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการตรวจรักษาและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ทันท่วงที และลดความแออัดในการเดินทางมาโรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6. การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ออกเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะอาการ คือ กลุ่มสีเขียว มีความเสี่ยงน้อยควบคุมอาการได้ดี กลุ่มสีเหลือง มี	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

ความเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มสีแดง มีความเสี่ยงสูง ควบคุมอาการได้ไม่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม										
7. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการบริหารจัดการการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8. ระบบ Tele medicine มีประสิทธิภาพ	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9. การให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCD เพื่อลดจำนวนความแออัดในการมาโรงพยาบาล	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการเก็บข้อมูลในการติดตามดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเข้าสู่ระบบการติดตาม	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11. การจัดระบบการให้บริการวิถีใหม่ช่วยให้เกิดความปลอดภัย ลดการติดเชื้อโควิด-19 ของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12. ในภาพรวมความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

<u>ส่วนที่ 3</u> ความต้องการและความคาดหวังต่อรูปแบบการให้บริการการแพทย์วิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

9. ท่านต้องการหรือคาดหวังให้มีการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

.....

.....

.....

10. ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานตามรูปแบบการให้บริการวิถีใหม่

.....

.....

.....

11. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพิ่มเติม

.....

.....














Digital health station
สถานีสุขภาพดิจิทัล
ให้บริการตรวจวัดความดัน
และตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ฟรี


NCD
new normal








NCD Check Point Center
จุดตรวจวัดเบาหวาน-ความดัน
ประจำหมู่บ้าน

















สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ 88/23 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000