
การจัดการระบบสุขภาพต่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยทีมครูฝึกสุขภาพ
ระดับอำเภอ : กรณีศึกษา อำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร

District Health Management for Diabetes and Hypertension Risk Groups by
District Health Coaching Team: A case of Kosamphi Nakhon, Khampangphet

เอกวุฒิ แดงดารา*

Akawutthi Taeng-Dara

วรภรณ์ โชติชีวะเกษม**

Warabhorn Chottichiwakasem

ประไพ พรไธสงค์***

Praphai Bhornsaisong

พัชรินทร์ สิริสุนทร****

Patcharin Sirasoonthorn

วัชรพล พุทธิรักษา*****

Watcharabon Buddharaksa

Received : January 11, 2019

Revised : March 18, 2019

Accepted : April 22, 2019

บทคัดย่อ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือ หัวใจของการจัดการสุขภาพที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน บทความนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ
ออกแบบและพัฒนากลไกทางสังคมในระดับอำเภอ ในการจัดการกับปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
โดยนำทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงและแนวคิดสร้างเสริมศักยภาพ มาใช้พัฒนาทีมครูฝึกสุขภาพระดับ
อำเภอ ซึ่งประกอบด้วยผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 140 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่รัฐผู้ปฏิบัติงานด้านส่งเสริม
สุขภาพระดับอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน นักการเมืองท้องถิ่น ผู้แทนองค์กรเอกชน นักวิชาการจาก
สถาบันการศึกษาในพื้นที่และผู้นำชุมชน ทำหน้าที่เป็นตัวกลางเชื่อมต่อบทเรียนของชุมชนด้านการจัดการกับ
ปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 80 คน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร

Public Health Academic Specialist, Kosamphi Nakhon District Public Health Office Khampangphet

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร

Professional nurses, specialists in public health offices, Kosamphi Nakhon District Khampangphet

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์ จังหวัดกำแพงเพชร

Professional nurse, Non Sombun Sub-district Health Promotion Hospital Khampangphet

****อาจารย์ประจำ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Department of Sociology and Anthropology Lecturer Faculty of Social Sciences Naresuan University

*****อาจารย์ประจำภาควิชารัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Lecturer in the Department of Political Science and Public Administration Faculty of Social Sciences

Naresuan University

ซึ่งอาศัยอยู่ใน 3 ตำบล 43 หมู่บ้าน เขตอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้วิธีวิจัยแบบฐานราก ปฏิบัติการเชิงคุณภาพและถอดบทเรียน เก็บข้อมูลด้วยแนวสัมภาษณ์ แบบสังเกต แบบประเมินศักยภาพ และแบบบันทึกกระบวนการเรียนรู้ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา  และ t-test นำเสนอข้อมูลในรูปแบบของกรณีปฏิบัติที่ดี ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงและรูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพ สามารถเพิ่มศักยภาพให้แก่ทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมเป็นทีมงานในระบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน อีกทั้งสามารถลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การจัดการระบบสุขภาพอำเภอ / ครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ / โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

District health system is a priority in community health management. This article aims to design and develop social mechanism for managing diabetes and hypertension, at district level. Transformative learning theory and empowerment are spurred to increase 140 voluntary health coaches including district health practitioners, community health volunteers, local politicians, non-government officers, professionals from local academic institutions, and community leaders. 80 volunteers from risk groups were selected from three Kosamphi Nakhon sub districts in Khampangphet. Then, grounded theory has been employed during qualitative practice and lesson learning process. The data collection include interview guideline, observation checklist, learning recorded form and empowerment evaluation form. Data were analyzed by using content analysis and descriptive statistic,  and t-test before presenting in the form of good practices. The results showed that transformative learning process and capacity building model significantly helped increasing capacity of health coaches in district health management. This system significantly reduced risk behaviors of diabetic and hypertension risk groups an alpha level of 0.05. Moreover, the system harmonized with socio-cultural aspect of the target community.

Keywords : District Health Management System / District Health Coaching / Diabetes and Hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 กระบวนทัศน์และกรอบคิดการพัฒนาระบบสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงมาโดยตลอด จากเดิมเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals/MDGs) มาเป็นเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals/SDGs) ซึ่งหมายความว่า ชุดของเป้าหมายใหม่และตัวชี้วัดด้านการพัฒนา ที่ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติเห็นชอบร่วมกันในการนำไปใช้กำหนดเป็นแผนและนโยบายในการพัฒนาประเทศใน 15 ปีข้างหน้าซึ่งประกอบด้วย 17 เป้าหมายหลัก 230 ตัวชี้วัด เพื่อให้ประเทศต่างๆ บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการภายในปี พ.ศ. 2573 ในกรณีของประเทศไทย การพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนถูกนำมาใช้ภายใต้กรอบคิด “SDGs3” โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้คนไทยมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและเพื่อสุขภาวะของ

ทุกคนในทุกช่วงวัย อย่างไรก็ตาม รายงานสุขภาพคนไทย ประจำปี พ.ศ. 2560 และผลงานวิจัยจำนวนมากต่างระบุปัญหาอุปสรรคที่อาจทำให้ประเทศไทยไม่สามารถบรรลุ “SDGs3” ในทิศทางเดียวกันว่า เกิดจากการไม่สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases/NCDs) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ NCDs กลายเป็นปัญหาใหญ่ที่สร้างความเสียหายทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วย พิกการ เสียชีวิต และการสูญเสียงบประมาณจำนวนมากของภาครัฐในการรักษาพยาบาล ดังพบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยต้องสูญเสียงบประมาณเป็นจำนวนมากถึง 9.3 แสนล้านบาทเพื่อจัดการกับปัญหาดังกล่าว รายงานสุขภาพคนไทย ประจำปี พ.ศ. 2561 ระบุชัดเจนว่า ปัญหา NCDs เป็นปัญหาสุขภาพลำดับต้นๆ ของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ภาครัฐต้องลงทุนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะในส่วนของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงของปัญหาโรค NCDs เหล่านี้ (Institute for Population and Social Research, 2018)

ในอดีต การแก้ไขปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรค NCDs นิยมกระทำในระดับโครงการและกิจกรรม ที่มีเป้าหมายเพียงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล โดยเน้นการให้ความรู้และฝึกอบรม แต่ขาดการเชื่อมโยงกิจกรรมและโครงการเข้ากับระบบบริการสุขภาพในภาพรวม ขาดการพัฒนาโครงสร้างการจัดการระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ก่อให้เกิดผลกระทบขนาดใหญ่ต่อระบบสุขภาพทั้งระบบแบบยั่งยืน (de Savigny & Adam, 2009)

ในกรณีของระบบสาธารณสุขไทย แม้ว่าในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา จะมีการปฏิรูประบบสุขภาพมาแล้วหลายครั้ง แต่ปัญหา NCDs กลับไม่คลี่คลายลงตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ทำให้เกิดความสนใจในการออกแบบกรอบแนวคิดใหม่ของการพัฒนาระบบสุขภาพไทย ซึ่งมุ่งเน้นที่การออกแบบระบบการจัดการสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับมหภาค ระดับกระบวนการ ไปจนถึงระดับปฏิบัติการ อาทิ มีนโยบายกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และมีแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 มีการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยการปรับเปลี่ยนกรอบคิดดังกล่าว กระทำควบคู่ไปกับการปฏิรูปการจัดการระบบสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพภายใต้แนวคิด “การจัดการระบบสาธารณสุขระดับพื้นที่หรือเขตสุขภาพหรือระบบสุขภาพระดับอำเภอ” ที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างสมดุลเชิงอำนาจระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ เชื่อมประสานทรัพยากรคนและการลงทุนด้านสุขภาพ พัฒนากลไกด้านการเงินให้มีประสิทธิภาพควบคู่กับการพัฒนากลไกเชิงนโยบายด้านการกระจายอำนาจ (National Health Commission Office, 2016; Institute for Population and Social Research, 2018)

ระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ จึงมีความสำคัญต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นกลไกเชิงกระบวนการหลักในการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ที่ต้องอาศัยการเชื่อมโยงกระบวนการทำงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน/ชุมชนเข้าด้วยกัน มีวัตถุประสงค์ 4 ประการที่สำคัญ ดังนี้ 1) เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ด้านการจัดการระบบสุขภาพทั้งระบบจากเดิมที่ผู้ให้บริการแสดงบทบาทเป็นเพียงผู้จัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชนในเขตบริการที่เรียกว่า CUP (Contracting Unit for Primary Care) หรือในบางกรณีอาจทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน 2) เพื่อบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและให้บริการทางด้านสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานส่วนราชการสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคีภาคประชาชนในระดับพื้นที่คอยส่งเสริม

และสนับสนุน ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ 3) เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าทั้งอำเภอ ในนาม “อำเภอสุขภาพ” โดยมีเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) เป็นหน่วยจัดบริการคุณภาพ ควบคู่กับการสร้างเสริมศักยภาพของบุคคลครอบครัวและชุมชน และ 4) เพื่อเปลี่ยนแปลงแนวคิด กระบวนการ โดยใช้เขตสุขภาพหรือระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นโครงสร้างสำคัญ ดังนั้น แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ จึงเป็นนวัตกรรมกระบวนการ ที่ช่วยให้การจัดการปัญหาสุขภาพมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน เนื่องจากเป็นระบบสุขภาพในส่วนซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด (Tangcharoensathein et al., 2018; Nitayarumphong, 1990)

อย่างไรก็ตามพบว่า ที่ผ่านมามีผลการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอมีปัญหาอุปสรรคมากมาย เนื่องจากมูลเหตุปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ ประการแรก การขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะของการเรียนรู้ ในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ ทักษะ 4C ประกอบด้วย การสื่อสารเพื่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ (Communication) การคิดสร้างสรรค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมในการทำงาน (Creativity) การร่วมมือของภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Corroboration) และการคิดวิพากษ์ (Critical Thinking) ของผู้รับผิดชอบและทีมสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Team/DHT) นอกจากนี้ ยังพบคุณลักษณะเชิงลบของคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ และ DHT ในหลายพื้นที่ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ ความรับผิดชอบและภาวะผู้นำ ประการที่สอง ได้แก่ ปัญหากระบวนการ งาน คน และความรู้ กับภาคีสุขภาพ ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเวทีสุขภาพในชุมชน ขาดการสื่อสารสุขภาพที่ดี ขาดเจ้าภาพ ขาดความรู้รู้สึกเป็นเจ้าของ และการทำงานเชิงรุก และประการสุดท้าย ได้แก่ ข้อจำกัดด้านนโยบาย เนื่องจากเป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการ จึงทำให้ขาดกลยุทธ์และกลไกใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาในพื้นที่ ขาดความชัดเจนในแผนงานตลอดจนผลลัพธ์ที่บูรณาการความต้องการของชุมชนเข้ากับนโยบายของภาครัฐ นอกจากนี้ การที่ประเทศไทยขาดเสถียรภาพทางการเมือง มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายและยุทธศาสตร์บ่อยครั้ง ทำให้ DHT ขาดกลไกที่จะเชื่อมร้อยนโยบายเข้ากับการปฏิบัติงานประจำ เมื่อส่วนกลางถ่ายทอดนโยบายมาสู่พื้นที่ ก็มักพบปัญหาโครงสร้างการทำงานของระบบราชการที่เต็มไปด้วยระบบระเบียบการปฏิบัติมีความล่าช้า และขาดการทำงานเชิงสร้างสรรค์ ส่งผลให้เพิ่มภาระงานในระดับพื้นที่ แต่งบประมาณและกำลังคนที่มีคุณภาพกลับมีอยู่อย่างจำกัด เกิดความขัดแย้ง บางพื้นที่เกิดความล่าช้าของการดำเนินงานงบประมาณไปสู่ผู้ปฏิบัติตามห่วงโซาแผนงาน ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนแผนงานโครงการตามยุทธศาสตร์ที่วางไว้ได้ตามกรอบระยะเวลา (Loet-thawontham, 2008; Chaileetongdee, 2009; Chaisawang, 2009; Thongphuthorn, 2010; Ubon Ratchathani Provincial Health Office, 2013)

ความแตกต่างระหว่างยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ที่บริหารจัดการด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board/DHB) กับเขตบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care/CUP) ได้แก่ การคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับตัวชี้วัดระดับแผนงาน ขาดผู้จัดการโครงการที่มีความใส่ใจ และขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดกระบวนการเชิงระบบ ทำให้ประสบปัญหาไม่สามารถนำเครื่องมือและเทคนิคใหม่ ๆ มาใช้ เพื่อสร้างเวทีการเรียนรู้ด้านสุขภาพระดับชุมชนที่จะนำไปสู่การจัดการปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้ง บางพื้นที่ยังขาดความชัดเจนในการกำหนดคุณสมบัติของผู้ขับเคลื่อน (Change Agent) ทั้งในระดับของผู้นำทีม (Team Leader) ผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง (Changer) และนักวิจัย (Researcher) เนื่องจากขาดที่ปรึกษาทางวิชาการ (Academic Consultant)

นอกจากประเด็นปัญหาระดับพื้นที่ดังกล่าวข้างต้น ยังพบว่ามีการวิจัยจำนวนมาก สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมศักยภาพของทีมครูฝึกสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอ โดยเฉพาะโรคที่ไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น (Thom, et al., 2016; Benzo, et al., 2016; UCSF, 2016)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อออกแบบกระบวนการและพัฒนากลไกทางสังคมในระดับอำเภอ เพื่อจัดการปัญหาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

บทความนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบฐานราก (Grounded Theory) โดยการใช้การเชิงคุณภาพและถอดบทเรียน (Lesson Learned) ที่คณะผู้วิจัยออกแบบขึ้นในลักษณะกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ประกอบด้วยขั้นตอน 8 ขั้นตอน โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 60 ชั่วโมง หลังจากนั้นจึงจัดหมวดหมู่กรณีปฏิบัติที่ดี (Good Practice) เพื่อเชื่อมโยงกระบวนการสร้างเสริมศักยภาพเข้ากับกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิสัมพันธ์ของทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Coaching/DHC) กับกลุ่มผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง โดยใช้อำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร เป็นพื้นที่ศึกษานำร่อง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก ได้แก่ กลุ่มผู้ขับเคลื่อน (Change Agent) หรือทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่รัฐผู้ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) นักการเมืองท้องถิ่น ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรเอกชน นักวิชาการจากสถาบันการศึกษาในพื้นที่และผู้นำชุมชน คัดเลือกตามความสมัครใจจำนวน 140 คน กับกลุ่มที่สอง ได้แก่ กลุ่มผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง (Changer) จำนวน 80 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ผ่านการคัดกรองของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) ทั้งเพศหญิงและชาย ที่อาศัยอยู่ใน 3 ตำบล 43 หมู่บ้าน เขตอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่ ตำบลโกสุมพิ เพชรชมพู และลานดอกไม้ตก ซึ่งสนใจและสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาหนึ่งปีเพื่อพัฒนาเป็นบุคคลต้นแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแนวสัมภาษณ์ แบบสังเกต แบบประเมินศักยภาพและแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นจากการถอดบทเรียน ได้แก่ ข้อมูลด้านความรู้ ความเข้าใจบทบาท แผนงาน และทักษะการทำงานเพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ 4 ประการ ได้แก่ หนึ่งอำเภอหนึ่งโครงการ (ODOP) การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award/PCA) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและแผนงานสาธารณสุขระดับจังหวัด การเรียนรู้จากการแก้ไขปัญหาและพัฒนาในพื้นที่ (Context Base Learning/CBL) ทักษะการบูรณาการและการต่อยอดงานจากปัญหา NCDs

ขอบเขตการวิจัย ประกอบด้วย ขอบเขตเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2560 ถึง ธันวาคม พ.ศ.2561 ขอบเขตผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ขอบเขตแนวคิดประกอบด้วย แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงและแนวคิดการสร้างเสริมศักยภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามกรอบคิดทฤษฎีฐานราก 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเปิดรหัส (Open Coding) การค้นหาหัวใจของรหัส (Axial Coding) การคัดเลือกรหัส (Selective Coding) และการพัฒนาแผนภาพของทฤษฎี (Visual of the Theory Generated) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล ระหว่างการเรียนรู้ การสร้างเสริมศักยภาพ กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง ก่อนตรวจทานความ

ถูกต้องโดยวิธีสามเส้นโดยภาคีสุภาพระดับอำเภอ ข้อมูลด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา χ^2 และ t-test ที่ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

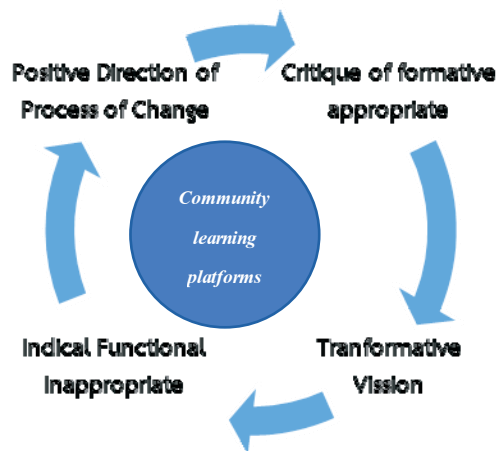
ทบทวนวรรณกรรม

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เกี่ยวข้องกับแนวคิดพื้นฐานทางสังคมศาสตร์ 3 ประการ คือ แนวคิดการอภิบาลการบริหารจัดการระบบสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาล แนวคิดกระจายอำนาจ และแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) โดยแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการสุขภาพออกจากกัน เพื่อปฏิรูประบบการซื้อและการจัดบริการระดับพื้นที่ภายใต้กรอบคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ โดยแบ่งเขตสุขภาพของประเทศไทยออกเป็น 12 เขต เพื่อดำเนินงานภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีองค์ประกอบการทำงาน 5 ประการ คือ 1) ระดับอำเภอมีทีมทำงาน 2) เครือข่ายและชุมชนมีความเป็นเจ้าของ 3) ผู้รับบริการและผู้ให้บริการให้คุณค่าและชื่นชม 4) แบ่งปันทรัพยากรและร่วมกันพัฒนาบุคลากร และ 5) ให้บริการสุขภาพตามที่จำเป็น โดยมีเป้าหมายหลักคือ 1) ยกสถานะสุขภาพของประชาชนในระดับอำเภอให้ดีขึ้น ลดโรคที่เป็นปัญหา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ และเพิ่มศักยภาพในการรับมือกับปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนไป 2) สนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลและพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพแบบองค์รวม และ 3) สร้างความเข้มแข็งของทีมเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่มีเอกภาพ

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังนำกรอบคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning/TL) ของ Mezirow & Taylor (2009) มาใช้ โดยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบหลัก 4 ประการได้แก่ ประสบการณ์ การใคร่ครวญด้วยวิจารณญาณ (Critical Reflection) วาทกรรมที่เกิดจากการใคร่ครวญ (Reflective Discourse) และการลงมือกระทำ (Action) โดยเปิดโอกาสให้ทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ เผชิญกับวิกฤตการณ์และร่วมกันถอดบทเรียนเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ พัฒนาทักษะด้านการตรวจสอบและประเมินสมมติฐานเดิมของตนเองอย่างจริงจัง เปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง ค้นหาทางเลือกใหม่ที่ดีกว่าในการส่งเสริมสุขภาพ รู้จักวางแผน ค้นหาความรู้และทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา ลงมือทำอย่างมั่นใจ สร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ใหม่ๆ โดยมีทีมอาจารย์ที่ปรึกษาประจำอำเภอคอยติดตามและให้คำแนะนำ จนสามารถบูรณาการการทำงานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่คณะผู้วิจัยใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงสร้างสรรค์ สร้างบรรยากาศของการสานเสวนา เพื่อตั้งคำถามที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิสัยทัศน์ มุมมองของบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และกำหนดทิศทางการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แสดงดังภาพที่ 1



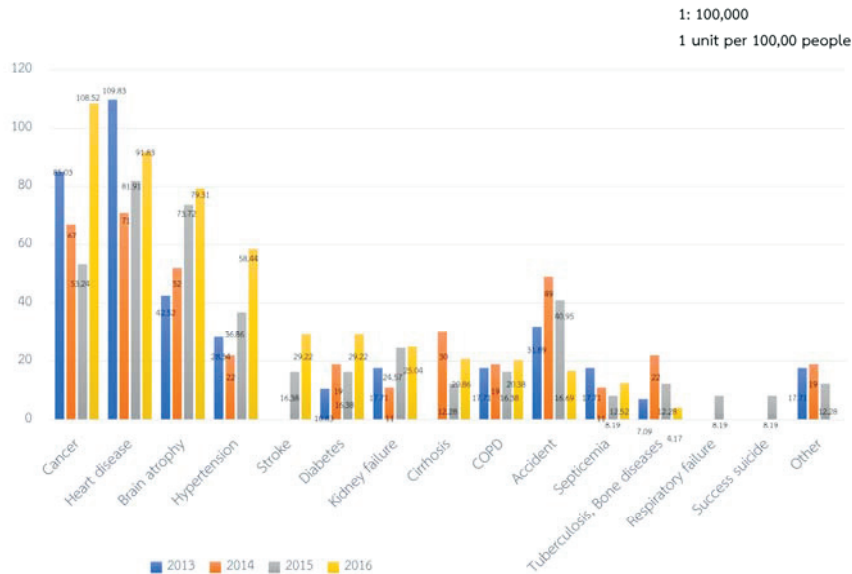
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา

สรุปผลการวิจัย

ผลการถอดบทเรียนของทีมครูฝึกสุขภาพพระดํบอำเภอ ในประเด็นด้านโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากเวทีการเรียนรู้สุขภาพพระดํบอำเภอ แบบต่อเนื่องทุกเดือนอย่างน้อยเดือนละครั้ง ตามกรอบแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง 8 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนใช้เวลาประมาณ 60 ชั่วโมงการเรียนรู้ ในบรรยากาศไม่เป็นทางการ ทุกขั้นตอนเปิดโอกาสให้ทีมครูฝึกสุขภาพพระดํบอำเภอ ได้ค้นหาปัญหา ถกแถลง ปรับเปลี่ยนนิสัยทัศน์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ วางแผน กำหนดวิสัยทัศน์ ระบุทางออกและลงมือปฏิบัติจริงพบว่า ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมศักยภาพของทีมครูฝึกสุขภาพพระดํบอำเภอ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างทีม (Team Building) 2) ทักษะการจัดการระบบสุขภาพแนวใหม่ (4C Skills) 3) การจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ (Management for Health Information System) 4) การพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ (Health Innovation Development) 5) การประเมินผลและ 6) การปรับปรุงระบบสุขภาพพระดํบอำเภอ (Evaluation and Improvement of DHS) พบว่าบางขั้นตอนสอดคล้องกับข้อเสนอ 4 ประการ ของ Mezirow & Taylor (2009) บางขั้นตอนเป็นข้อค้นพบใหม่ ประกอบด้วยกระบวนการ 8 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนมีกลไกทางสังคมโดยสรุป ดังนี้

ขั้นที่ 1 เตรียมการ (Preparation of Readiness) เริ่มต้นบทเรียนโดยใช้ปัญหาสุขภาพของชุมชนเป็นฐาน (Problem-based Learning) เพื่อพัฒนาความคิดเชิงเหตุผลและทักษะการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตลอดจนเปิดโอกาสให้ทีมครูฝึกสุขภาพพระดํบอำเภอ ร่วมกันสังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของพื้นที่เป้าหมายระหว่างปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2559 (ภาพที่ 2) พบว่าทีมครูฝึกสุขภาพพระดํบอำเภอ สามารถระบุความสัมพันธ์ ระหว่างการกำหนดกลยุทธ์การทำงานกับข้อมูลสุขภาพของอำเภอโกสุมพินครได้ว่าประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2556 จากร้อยละ 28.34 (อันดับ 4) และร้อยละ 10.63 (อันดับ 10) เพิ่มขึ้นร้อยละ 58.44 (อันดับ 4) และร้อยละ 29.22 (อันดับ 6) ในปี พ.ศ. 2559 ในขั้นตอนนี้พบว่า การนำเทคนิคการถกแถลงคือกลไกสำคัญในการกระตุ้นให้ทีมครูฝึกสุขภาพพระดํบอำเภอ เกิดความตระหนักในศักยภาพของตนเองและเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างมูลเหตุปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของอำเภอโกสุมพินครเข้าสู่สังคมสูงวัย วิธีการดำเนินชีวิต และการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ อาทิ การปรุง การบริโภคและการจำหน่ายอาหารรสหวานจัด

อาหารทอดด้วยน้ำมันเก่าที่ขาดการกำกับดูแลของร้านค้า ไม่ออกกำลังกาย มีพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีความเครียดสูง



ภาพที่ 2 Problematic diseases of Kosamphi Nakhon District, Khampangphet during 2013 to 2016

ที่มา : Kosamphi Nakhon District Health Office, Khampangphet (2017)

ขั้นที่ 2 การสร้างทีม (Team Building) มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารสุขภาพที่มีคุณภาพ เริ่มจากการสร้างข้อตกลงการทำงาน (Action Agreement) ได้แก่ กำหนดบทบาทของทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกันสร้างและออกแบบวัฒนธรรมการเรียนรู้และการทำงาน กรอบระยะเวลาตามเป้าหมาย จัดวางตำแหน่งแห่งที่ของทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ โดยจัดทำคำสั่งแต่งตั้งจาก DHB อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเชื่อมโยงทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ เข้ากับ DHB โดยระบุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พื้นที่เป้าหมาย และออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและรับรองสถานะของทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ โดยกลไกทางสังคมที่สำคัญในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การ จัดทำข้อตกลงและร่วมลงนาม “คำรับรองการพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” เพื่อสื่อสารเชิงสัญลักษณ์และประกาศทิศทางการทำงาน ตลอดจนขยายกลุ่มผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) จากเดิมที่มีเพียง อสม. ไปสู่ทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ สมาชิกในครอบครัวกลุ่มเสี่ยงและชุมชนในภาพรวมเพื่อยกระดับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง

ขั้นที่ 3 เตรียมความเข้าใจ (Preparation of Understanding) ประกอบด้วย การปฐมนิเทศ (Orientation) เพื่อชี้แจงแนวทางการเรียนรู้และการสร้างเสริมศักยภาพ ผลการค้นหาหัวใจของรหัส (Axial Coding) พบว่าทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ สามารถกำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของทีมได้ว่ามี 7 ประการ คือ “เป็นผู้ที่ยืนเคียงมือทำ ติดตามดู ให้คำแนะนำ ทำเป็นกลุ่ม ทีมทุกวัน เป็นกัลยาณมิตร และจิตดีมีความสุข” ในขั้นตอนนี้ กลไกทางสังคมที่สำคัญได้แก่ คุณภาพของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ

ขั้นที่ 4 เตรียมความจำ (Preparation of Memoir) ใช้เทคนิค Time Allocation เพื่อให้ทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ ระบุความสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกิจกรรมโครงการ แบ่งปันความรู้ผ่านการฟัง สื่อสารสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนแผนงานในรูปแบบไม่เป็นทางการ ในบรรยากาศเป็นมิตร เพื่อพัฒนาทักษะการวางแผนและความคิดรวบยอดโดยใช้เทคนิคการสรุปผลและการถกเถียงในเวทีสุขภาพระดับอำเภอ นำข้อมูลและผลงานวิจัยใหม่ๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อออกแบบกิจกรรมโครงการ โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดทิศทางและกรอบการทำงาน ภายใต้คำแนะนำของที่ปรึกษาประจำอำเภอ โดยสรุปดังนี้

วิสัยทัศน์ “ทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ มีศักยภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการรวมพลังกับทุกภาคส่วนอย่างยั่งยืนและเป็นสุข”

กลยุทธ์ พัฒนา ขยาย และยกระดับศักยภาพของเครือข่ายทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ ให้มีพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

แผนงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย

เจ้าภาพ โรงพยาบาลอำเภอโกสุมพินคร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกสุมพินครและทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ

วัตถุประสงค์

- 1) ทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ มีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อลดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- 2) ร้อยละ 60 ของกลุ่มเสี่ยงมีทักษะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง
- 3) อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของอำเภอโกสุมพินคร ไม่เกิน ร้อยละ 5 ของกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านการคัดกรอง ภายในปี พ.ศ.2562

ขั้นที่ 5 วิเคราะห์ความสำเร็จ (Analysis Successfulness) มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาภาวะผู้นำและทักษะ 4C ของทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ โดยเปรียบเทียบเป้าหมาย (Goal) ความคาดหวัง (Expectation) สิ่งที่ได้ (Output) ตัวชี้วัด (Indicator) และผลลัพธ์ (Outcome) โดยใช้เวทีการเรียนรู้ระดับอำเภอ ที่มีทีมที่ปรึกษาทางวิชาการหรืออาจารย์ประจำอำเภอร่วมกันทำงาน โดยใช้รูปแบบการคืนข้อมูลและผลการถอดบทเรียนแนวปฏิบัติที่ดี (Good Practice) และการลงมือปฏิบัติจริงตามเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดขึ้น โดยพบว่า ก่อนนำเสนอผลงานในเวทีการเรียนรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับชาติ ได้แก่ การประชุมวิชาการประจำปี 2561 “District health management development towards SDGs achievement” จัดโดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ และวิทยาลัยการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อวันที่ 20-21 ธันวาคม 2561 ณ จังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย ทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอมีความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนทั้ง 5 เป็นอย่างดี แต่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติในเชิงระบบของการบริหารจัดการระดับอำเภอได้ แต่หลังจากการประชุมวิชาการนานาชาติ CPCE Health Conference 2019: Towards a more humanistic, holistic and integrated model of care ระหว่างวันที่ 12-14 มกราคม 2562 จัดโดยมหาวิทยาลัยโพลีเทคนิคแห่งฮ่องกง (Hong Kong Polytechnic University) ณ วิทยาเขต Hung Hom Bay มหาวิทยาลัยโพลีเทคนิคแห่งฮ่องกง ประเทศฮ่องกง (Hong Kong) พบว่า ทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ เกิดความตระหนักในความเชื่อมโยงของกระบวนการเรียนรู้ ที่เริ่มจากการถอดบทเรียนประสบการณ์ระดับบุคคล ไปสู่การทำงานเป็นทีมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพระดับอำเภอ และสามารถเชื่อมต่อกับเครือข่ายการจัดการระบบสุขภาพในระดับนานาชาติ โดยในขั้นตอนนี้มีกลไกด้านเครือข่ายทางสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญ

ขั้นที่ 6 สังเคราะห์บทเรียน (Synthesis Lesson Learned) มีเป้าหมายเพื่อสรุปผลการเรียนรู้ตามแผนและกระบวนการเรียนรู้ และพฤติกรรมทั้งที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรค แนวทางแก้ไข และระบุผลที่ได้จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค กำหนดพฤติกรรมและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบุคคลต้นแบบ โดยประเมินจากกลยุทธ์ “3 อ” ประกอบด้วย 1) อาหาร ได้แก่ รับประทานอาหาร 3 มื้อครบ 5 หมู่และหลากหลาย ลดหวาน มัน เค็มจัด และอาหารทอดด้วยน้ำมันเก่า 2) ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน 3) อารมณ์ รู้จักผ่อนคลายความเครียด พักผ่อนเพียงพอ; “2 ส” ประกอบด้วย 1) ไม่ดื่มสุรา และ 2) ไม่สูบบุหรี่ ผลการวิจัยสะท้อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1); นอกจากนี้ ผลการถอดบทเรียนยังระบุความเสี่ยงด้านวัฒนธรรมสุขภาพและบริบททางสังคมที่เป็นปัญหา ได้แก่ “1 พ” ได้แก่ การดูแลรักษาฟันให้สะอาด; และ “2 ส” ได้แก่ 1) จัดระเบียบสภาพแวดล้อมของชุมชน ร้านค้า คาราวานอาหาร ตลาดนัด และรถเร่ เพื่อลดการจำหน่ายอาหารปนเปื้อน คุณภาพต่ำ และ 2) ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ที่ทำให้เกิดความเครียด ความเศร้า หนี้สิน ความยากจนและไม่มีความสุข

ตารางที่ 1 Behavioral Changes

Behavioral changes	Before (n=140)		After (n=140)		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. Eating	2.90	.44	3.09	3.6	4.00*	.000
2. Exercising	2.83	.77	2.93	.77	1.045	.298
3. Emotional Control	3.56	.61	3.60	.57	.797	.427
4. Smoking	3.54	.85	3.60	.78	1.185	.238
5. Drinking Alcohol	3.47	.88	3.62	.70	3.204*	.002
total	3.07	.32	3.20	.29	4.566*	.000

Significant level at 0.05

ขั้นที่ 7 พัฒนานวัตกรรมสุขภาพ (Develop Health Innovation) มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนา นวัตกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ สามารถออกแบบและพัฒนาสมุดคู่มือติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง เพื่อระบุประเด็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามตัวชี้วัดในตาราง 1 และออกแบบเครื่องออกกำลังกายผลิตจากวัสดุที่หาได้ในชุมชน “ก้านตาลห้วงโยนะ” โดยนำไม้ตาลมาออกแบบเป็นอุปกรณ์ออกกำลังกาย 10 ท่า เพื่อยืดคลายเส้น ลดปวดเมื่อย และพัฒนาสูตรน้ำสมุนไพรสลายพุงซึ่งแปรรูปจากแอปเปิ้ลไซเดอร์ อบเชยเทศ เมล็ดยี่ห่วย มะนาวและขิง มีสรรพคุณลดโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ช่วยระบาย ลดพุง ช่วยย่อยอาหาร นวัตกรรมนี้อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัยและพัฒนาให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีมาตรฐานต่อไป

ขั้นที่ 8 ประเมินตัวแบบทางเลือก (Evaluation Alternative Model) โดยใช้ Grass-root Approach และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินศักยภาพ (Empowerment Evaluation: EE) ของบุคคลต้นแบบพบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญใน 5 ประเด็น ได้แก่ ความคิดด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้สึกเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของทีม การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ต้องการมีส่วนร่วม ภาคภูมิใจที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เสี่ยงด้านโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและเกิดจิตอาสา ต้องการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสะท้อนความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง 8 ขั้นตอน และกลไกทางสังคม ที่มีต่อการจัดการกับปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับอำเภอ ที่กระทำอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนและออกแบบนวัตกรรมกระบวนการที่มีขั้นตอน ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ ถอดบทเรียนประสบการณ์และทักษะการทำงาน โดยใช้พื้นที่การเรียนรู้ใหม่ๆ ในระดับอำเภอ เพื่อสร้างบรรยากาศของการทำงานร่วมกันของทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ โดยมีทีมอาจารย์ประจำอำเภอ คอยติดตามและกำกับดูแลในลักษณะของกัลยาณมิตร จนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง จนกลายเป็นกลุ่มผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง ที่เชื่อมต่อกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) เข้าทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอ และชุมชน ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของ Mezirow & Taylor (2009) ซึ่งรูปแบบนี้ Phillipi (2010) และ Mayor (2006) ได้เคยใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือที่เรียกว่าตัวแบบการเรียนรู้สามประสาน (Trio of Learning Model) ที่ประกอบด้วย การเรียนรู้ วาทกรรม (Discourse) และการสะท้อนวิพากษ์ (Critical Reflection) ในลักษณะของการเรียนรู้และการลงมือทำเป็นกลุ่ม เพื่อสร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเพื่อนสู่เพื่อน (Peer-to-Peer Sharing) จนสามารถผลักดันให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แบบรวมกลุ่มได้สำเร็จ

นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ยังสามารถระบุความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมศักยภาพของทีมครูฝึกสุขภาพระดับอำเภอและกลุ่มผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง โดยใช้การบูรณาการความรู้จากสหวิทยาการแบบข้ามศาสตร์ ซึ่งทำให้เกิดการครุ่นคิดผ่านมุมมองที่หลากหลาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Dirkx (1998) ที่พบว่ากระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเป็นกลไกทางสังคมที่สำคัญที่ทำให้เกิดการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ เสริมสร้างความมั่นใจ พัฒนาทักษะที่จำเป็น และมุมมองเชิงวิพากษ์ให้แก่ผู้ที่เข้ามีส่วนร่วม (Mezirow, 1991) เหมาะสมกับงานส่งเสริมสุขภาพกรณีโรคเรื้อรัง (Merriam, et al., 2007) เหมาะสมกับการนำไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Trento, et al., 2004) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานในระดับชุมชน (Esperat, 2008)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การปรับปรุงกระบวนการเรียนรู้ 8 ขั้นตอน ให้สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ การคัดเลือกทีมครูฝึกสุขภาพควรเน้นผู้ที่มีจิตอาสา สามารถเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจะลงมือปฏิบัติจริงจนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ยกกระดับกลไกการสื่อสารสุขภาพในระดับพื้นที่ที่มีความทันสมัย บริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน และมีการประเมินผลกระบวนการเรียนรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติสม่ำเสมอ นำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้เพื่อทำให้งานของการเรียนรู้หมดเวลา

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาต่อยอดในลักษณะของการบูรณาการข้ามศาสตร์ เพื่อยกระดับนวัตกรรมกระบวนการและกลไกทางสังคม ให้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ศึกษาวิจัยกลไกทางสังคมใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับการสร้างเสริมศักยภาพของกลุ่มเสี่ยงสูงวัย เพื่อขยายกลุ่มผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงให้ครอบคลุมโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่คาดว่าจะปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ต่อไป

References

- Benzo, R., et al. (2016). Health Coaching and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Re-hospitalization. A Randomized Study. *Am J Respir Crit Care Med*, **194**(6), 672-680.
- Chaileetongdee, S. (2009). **Decentralization by Transferring Health Centers: A Case Study of the 4 Urgent Provinces**. Mahasarakham: Faculty of Health Sciences, Mahasarakham University. (in Thai)
- Chaisawang, C. (2009). **The Development of Local Health Assurance Funds in Fao Rai District, Nong Khai Province**. Master's thesis, Mahasarakham University. (in Thai)
- de Savigny, D., & Adam, T. (Eds.). (2009). **Systems Thinking for Health Systems Strengthening**. Geneva : WHO.
- Dirkx, J.M. (1998). Transformative Learning Theory in the Practice of Adult Education : An Overview. *PAACE Journal of Lifelong Learning*, **7**, 1-14.
- Esperat, M.C., et al. (2008). Transforming for Health: A Framework for Conceptualizing Health Behaviors in Vulnerable Populations. *Nursing Clinics of North America*, **43**(3), 381-395.
- Institute for Population and Social Research. (2018). **Thai Health Report 2018**. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public.
- Loet-thawontham, K. (2008). **The Lesson Learned Visualizing Result of Local Health Insurance Fund, Wat Phleng Sub-District, Wat Phleng District, Ratchaburi**. Ratchaburi : Boromarajonani College of Nursing. (in Thai)
- Mayor, V. (2006). Long-term Conditions. 3: Being an Expert Patient. *British Journal of Community Nursing*, **11**(2), 59-63.
- Merriam, S. B., Cafferella, R.S. & Baumgartner, L.M. (2007). **Learning in Adulthood : A Comprehensive Guide** (3 rd ed.). San Francisco : Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (1991). **Transformative dimensions of adult learning**. San Francisco : Jossey-Bass.
- Mezirow, J. & Taylor, E.W. (Eds.). (2009). **Transformative Learning in Practice : Insight from Community, Workplace, and Higher Education**. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- National Health Commission Office. (2016). **Thai Health 2016**. Bangkok: National Health Commission Office.
- Nitayarumphong, S. (1990). Evolution of Primary Health Care in Thailand : What policies worked?. *Health Policy Plan*, **5**, 246-254.
- Phillipi, J. (2010). Transformative Learning in Healthcare. *PAACE Journal of Lifelong Learning*, **19**, 39-54.
- Tangcharoensathein, V., et al. (2018). **The Development of the Health System in Thailand: The Foundation of Achieving Universal Health Security**. Bangkok : International Health Policy Program.

- Thom, D.H., et al. (2016). A Qualitative Study of How Health Coaches Support Patients in Making Health-Related Decisions and Behavioral Changes. **Annals of Family Medicine**, 14(6), 509-516.
- Thongphuthorn, S. (2010). **The Effectiveness of Using Participatory Programs in the Development of Standardized Urban Health Centers, Mahasarakham Province**. Master's Thesis Mahasarakham University.
- Trento, M., et al. (2004). A 5-year Randomized Controlled Study of Learning, Problem Solving Ability, and Quality of Life Modifications in People with type 2 Diabetes Managed by Group Care. **Diabetes Care**, 27(3), 670-675.
- Ubon Ratchathani Provincial Health Office. (2013). **The Summary of Public Health Development, Ubon Ratchathani**. Ubon Ratchathani : Siritham Offset.
- UCSF Center for Excellence in Primary Care. (2016). **Health Coaching**. [Online]. Available : <http://cepc.ucsf.edu/health-coaching>. [2018, October 2016].