

บทที่ 6

บทสรุป

เครื่องมือที่มีคุณภาพในการประเมินการดูแลโรคเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

1. การหาความเห็นพ้องของนियามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไทย ด้วยการให้เทคนิคอนมินัลกรุป

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับวิชาการ ระดับปฏิบัติงานและรวมถึงผู้มีประสบการณ์เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่หลากหลาย ในการหาฉันทมติหรือความเห็นพ้องด้วยการใช้เทคนิคอนมินัลกรุป ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้ในกระบวนการระดมความเห็นและตัดสินใจ ที่ผู้เชี่ยวชาญอภิปรายความเห็นร่วมกันและลงความเห็นโดยการจัดลำดับคะแนนด้วยตนเอง เป็นการลดอิทธิพลจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น อย่างไรก็ตามการจัดกระบวนการเทคนิคอนมินัลกรุป นักวิชาการแนะนำกลุ่มควรมีขนาดพอเหมาะไม่เกิน 5-9 คน หากมากกว่าควรแยกอีกกลุ่มหนึ่ง (Dellbecq, et al., 1986) แต่เนื่องจากลักษณะห้องประชุมที่กว้างมากและมีผู้ร่วมประชุม 11 ท่าน จึงจัดโต๊ะประชุมรูปตัวยู 1 โต๊ะ โดยจัดให้นั่งไม่ชิดกันมีระยะห่างกันพอประมาณ โต๊ะประชุมรูปตัวยู ทำให้ผู้เชี่ยวชาญได้เผชิญหน้ากันทั้งหมด

ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการจัดกระบวนการ 3 ชั่วโมง (Van de Van, et al., 1972) การวิจัยนี้มีเนื้อหาของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังถึง 6 องค์ประกอบจึงไม่สามารถดำเนินการแล้วเสร็จ จึงปรับวิธีการโดยผู้เชี่ยวชาญร่วมสรุปและให้ความหมายขององค์ประกอบย่อย ผู้วิจัยนำมาสรุปผลในรูปแบบตารางที่มีช่องตารางให้เพิ่มความเห็น/ปรับข้อความ และช่องสุดท้ายสำหรับจัดลำดับคะแนนส่งให้ผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์ การดำเนินการนี้จึงควรใช้เวลา 6 ชั่วโมงจึงแล้วเสร็จ

ภาพรวมนิยามยังคงมี 6 องค์ประกอบเช่นเดิม มีการเปลี่ยนชื่อในบางองค์ประกอบที่มีความหมายกว้างให้มี ความหมายชัดเจนและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยเปลี่ยน"ระบบสุขภาพ" เป็น "การจัดองค์การดูแลสุขภาพ" และเปลี่ยน"ชุมชน" เป็น"การใช้ทรัพยากร สิ่งสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของชุมชน" ในองค์ประกอบย่อยมีการใช้คำใหม่ที่สื่อความหมายได้เข้าใจ ในภาษาไทย ทั้งนี้สอดคล้องกับ ปัทมา โกมุทบุตร (2551) ที่เสนอแนะว่าการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ควรพิจารณารายละเอียด ความเหมือนความต่างของโครงสร้างองค์กร ตลอดจนบริบทและบุคลิกของคนไทย

การเปลี่ยนจาก "ระบบสุขภาพ" มาเป็น "การจัดองค์การดูแลสุขภาพ" เนื่องจากระบบสุขภาพของไทยตามนิยามที่บัญญัติไว้ใน พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีความหมายกว้างมาก (วิรุฬ ลิ้มสวาท, 2552) แต่รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในที่นี้ให้ความสำคัญกับการให้บริการ (delivering service) เป็นหลัก และกำหนดขอบเขตระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District health service) จึงใช้คำว่า "การจัดองค์การดูแลสุขภาพ" ทำให้มีความหมายที่แคบลง เหมาะกับการนำไปกำหนดระบบงานหรือระบบการดูแลรักษาและแก้ปัญหาสุขภาพประชากร โดยมีองค์ประกอบย่อย ได้แก่ มีนโยบายของหน่วยงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการจัดการทรัพยากรบุคคล มีการจัดการทรัพยากรงบประมาณ วัสดุ และสิ่งของ และการควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน สอดคล้องกับวิรุฬ ลิ้มสวาท (2552) ที่กล่าวถึงระบบสุขภาพที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลกว่า ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้แก่ การส่งมอบบริการ การจัดหาทรัพยากร การจัดการด้านการเงินการคลัง และการควบคุมดูแล (วิรุฬ ลิ้มสวาท, 2552)

ผลการวิจัยนี้ได้องค์ประกอบย่อยทั้งสิ้น 25 องค์ประกอบ องค์ประกอบย่อยบางข้ออาจมีเนื้อหาคล้ายและเชื่อมโยงกับองค์ประกอบอื่น ยกตัวอย่างเช่น เรื่องข้อมูลข่าวสาร มีอยู่ในองค์ประกอบที่ 3 ได้แก่ ยึดผู้ป่วยเบาหวานและประชากรเป็นฐานเป็นในการดูแล การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยเบาหวาน องค์ประกอบที่ 4 การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการกับผู้ป่วยเบาหวาน สนับสนุนทางเลือกและตัดสินใจร่วมกัน องค์ประกอบที่ 5 การเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูล การนำข้อมูลมาใช้ในการบริการรายบุคคล และรายกลุ่ม เป็นต้น จะเห็นว่าล้วนเกี่ยวข้องกับเรื่องระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สอดคล้องกับ Wagner, et al., 2001; Barr, et al., 2003 ที่บอกว่า CCM มีองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงทับซ้อนกัน

องค์ประกอบย่อยที่เพิ่มใหม่คือองค์ประกอบที่ 4 ข้อ 1 มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติ ซึ่ง CPG เดิมเน้นที่มิติทางกาย ขณะที่ CPG ใหม่เน้นการดูแลที่เชื่อมโยงทุกมิติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับสุพัตรา ศรีวณิชชากร ที่เสนอว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังควรมองผู้ป่วยในทุกมิติทั้งทางกาย จิต และสังคม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2550)

องค์ประกอบที่ 5 องค์ประกอบย่อยข้อ 1 เกี่ยวกับระบบฐานข้อมูล บุคคล ประชากร และสิ่งแวดล้อมที่เน้นทุกมิติมากกว่ารูปแบบเดิม ซึ่งการจัดบริการสุขภาพตามบริบทไทยมีหลายระดับ จำเป็นต้องพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เครือข่ายหน่วยบริการสามารถใช้ร่วมกันเพื่อส่งมอบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลข่าวสารที่สะท้อนปัญหาชุมชน บุคคลและครอบครัวเป็นเครื่องมือหนึ่งที่น่ามาจัดบริการที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม (สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน, 2552)

องค์ประกอบย่อยข้อ 6 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพของประชากร เป็นประเด็นใหม่ที่ท้าทายผู้ให้บริการในการหาวิธีที่เหมาะสมกับเป้าหมาย

องค์ประกอบที่ 6 รูปแบบเดิมมีองค์ประกอบย่อย 3 ข้อตามกฎหมายว่าด้วย (WHO, 1986) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบริบทของประเทศไทย ชุมชนมีความเข้มแข็งอยู่แล้ว ควรเป็นการผลักดันให้ชุมชนแสดงศักยภาพที่มีให้มากขึ้นโดยใช้คำว่า "ความเป็นเจ้าของ (Ownership)" แทน "การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน" ซึ่งหลักการของแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานด้านสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานในชุมชน (อัมพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2550) การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการทำงานในชุมชนที่มีประสิทธิผลและจับต้องได้ ด้วยกิจกรรมการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการตัดสินใจ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และการดำเนินการตามแผน เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น และหัวใจสำคัญของกระบวนการทำงานในชุมชนคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน (Empowerment) ซึ่งหมายถึง "การทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ" สามารถควบคุมการดำเนินการต่าง ๆ และสามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้ (องค์การอนามัยโลก, 2552) และใช้องค์ประกอบย่อย "มาตรการของชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ" แทน "การสร้างนโยบายสาธารณะ" และยังคงประเด็น "การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ" ไว้

2. เครื่องมือที่มีคุณภาพ มุมมองของผู้ให้บริการ

จากการพัฒนาองค์ประกอบการดูแลโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้นำ 6 องค์ประกอบ มาสร้างเครื่องมือ พบว่า เครื่องมือที่พัฒนามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ความตรงตามสภาพการณ์ (Concurrent validity) ค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) อย่างไรก็ตามผู้วิจัย ไม่ได้หาค่า predictive validity เนื่องจากยังไม่มีค่า gold standard ของการใช้เครื่องมือ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rick, et al. (2012) และการพัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังในมุมมองของผู้ให้บริการ ได้แก่ ACIC (Bonomi, et al., 2002), MPACIC (Taggart, et al., 2010), QCPC (Steinhaeuser, et al., 2011a, 2011b), ACIC-S หรือ D-ACIC (Cramm, et al., 2011), G-ACIC (Steurer-Stey, et al., 2010)

อย่างไรก็ตามมีค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในรายด้านที่มีค่า $>.9$ ซึ่งอาจมีความซ้ำซ้อนกันของข้อคำถาม (DeVellis, 2003; Tavokol and Dennick, 2011) ผู้วิจัยได้ทบทวนข้อคำถามแล้ว พบว่า ไม่มีข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนกัน สอดคล้องกับ DeVon, et al. (2007) เสนอแนะว่า ค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในงานวิจัยทางด้านคลินิกควรมีค่า $\geq .9$ (DeVon, et al., 2007) และสอดคล้องกับ Nunnally and Bernstein (1994) ที่ระบุว่าในงานวิจัยทางด้าน

วิทยาศาสตร์ (Physical sciences) ต้องการค่าความเชื่อมั่นที่มีค่าสูง และสอดคล้องกับบุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์ (2555) เสนอว่าค่าที่ ≥ 0.9 หมายถึงมีค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในระดับดีเยี่ยม (Excellent internal consistency) ซึ่งจากการพัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง (ACIC, PACIC) ในต่างประเทศพบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายใน > 0.9 เช่นกัน (Glasgow, 2005; Cramm, et al., 2011) รวมถึงการนำ ACIC มาใช้ในประเทศไทย ก็มีค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายใน > 0.9 (Gomutbutra, et al., 2012)

เมื่อพิจารณาทางด้านจะสังเกตได้ว่าจำนวนข้อคำถามที่มากขึ้น มีแนวโน้มมีค่าความเชื่อมั่นสูงกว่าข้อคำถามจำนวนน้อยข้อ ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนข้อคำถามเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความเชื่อมั่น แบบวัดที่มีจำนวนข้อคำถามมากจะมีความเชื่อมั่นมากกว่าแบบวัดที่มีจำนวนข้อคำถามน้อย (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2553; บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555) อย่างไรก็ตามมีแบบประเมินฯ ด้านนโยบายขององค์การดูแลสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นสูงกว่าด้านการออกแบบสนับสนุนบริการทั้ง ๆ ที่มีจำนวนข้อน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากข้อคำถามด้านนี้เป็นแนวทางดำเนินการเบาหวานที่เป็นนโยบายในระดับชาติ ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับเข้าใจ รับรู้และดำเนินการตามแนวทางนี้อยู่แล้ว จึงทำให้การตอบคงเส้นคงวาในทิศทางเดียวกัน ค่าความเชื่อมั่นจึงสูงตามด้วย ในขณะที่การออกแบบสนับสนุนบริการในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอมีการสนับสนุนบริการที่แตกต่างกัน จึงตอบคำถามนี้ตามบริบททำให้มีการตอบหลายทิศทางตามประสบการณ์ที่ผู้ตอบรับรู้

การศึกษาคั้งนี้ มีการตั้งชื่อองค์ประกอบใหม่ที่แตกต่างจากเดิม ได้แก่ การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design) เปลี่ยนเป็นการออกแบบสนับสนุนบริการ (Delivery support design) เปลี่ยนการจัดองค์การดูแลสุขภาพ (Health care organization: HCO) เป็นนโยบายขององค์การดูแลสุขภาพ (Policy of Health care organization: PHCO) และเปลี่ยนจากการใช้ทรัพยากร สิ่งสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community resources and health participations: CRHP) เป็นเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพชุมชน (Community linkage: CL) ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับความหมายของข้อคำถามที่ถูกจัดให้อยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน

อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงชื่อองค์ประกอบในเครื่องมือฉบับที่สร้างขึ้น เนื่องจากวิธีการทางสถิติเพื่อแยกรายด้านของกลุ่มข้อคำถาม แต่หากจะนำนิยามการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังไปใช้ในการบริหารจัดการหรือออกแบบบริการ ผู้วิจัยเสนอแนะให้ใช้นิยามที่มาจากความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน (อาทิตยา วัฒนสินธุ์ และคณะ, 2557) ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังมีความเชื่อมโยงกัน (Bodenheimer and Crumbach, 2006) วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (EFA) เป็นวิธีการที่ใช้

ความสัมพันธ์ของกลุ่มคำถามที่มีความสัมพันธ์กันสูงไว้ในกลุ่มเดียวกันและแต่ละกลุ่มต้องแยกจากกันอย่างชัดเจน (Hair, et al., 2010) จึงทำให้ข้อคำถามบางข้อที่มีความสัมพันธ์กับหลาย ๆ องค์ประกอบ ถูกแยกออกไปอยู่กับข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์สูงกว่าองค์ประกอบอื่น ๆ เป็นเหตุให้เมื่อรวมกลุ่มข้อคำถามแล้วต้องมีการเปลี่ยนแปลงข้อให้สอดคล้องกับข้อคำถามในกลุ่มเดียวกัน

สรุปว่าแบบประเมินฯ ในมุมมองของผู้ให้บริการ ให้องค์ประกอบของนิยามการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ทั้งหมด 6 องค์ประกอบ โดยมี 25 องค์ประกอบย่อย เมื่อสร้างข้อคำถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา การทดลองใช้ และการจัดองค์ประกอบแล้ว องค์ประกอบย่อยที่ไม่ได้สร้างข้อคำถามโดยตรงแต่มีเนื้อหาสอดคล้องแทรกอยู่ในองค์ประกอบอื่น ได้แก่ 1) การควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 2) การเชื่อมโยงบริการทุกระดับ 3) การเชื่อมโยงข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูล 4) ยึดผู้ป่วยเบาหวานและประชากรเป็นฐานในการดูแล 5) การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยเบาหวาน และ 6) สร้างการมีส่วนร่วมและบูรณาการการดูแลบนพื้นฐานการดูแลทั้งมิติทางกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม

เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง เพื่อยืนยันว่าแบบประเมินการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอยู่ภายใต้องค์ประกอบเดียวกัน และองค์ประกอบไหนส่งผลต่อ CCM มากกว่า พบว่า โมเดลตามสมมติฐานที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ นั่นคือ โมเดลสมการโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอยู่ภายใต้องค์ประกอบรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM)

เครื่องมือที่พัฒนาในต่างประเทศมีบริบทด้านโครงสร้างบริการที่แตกต่างจากประเทศไทย หรือประเทศอื่น ๆ ทั้งนี้พิจารณาจากที่ประเทศเยอรมนีนำเครื่องมือ ACIC ไปแปลและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่า มีความไม่เข้าใจความหมายของบางข้อคำถาม ซึ่งนักวิจัยสรุปว่าบริบทระบบบริการสุขภาพแตกต่างจากอเมริกา จึงต้องสร้างเครื่องมือใหม่แทนการแปล (Steinhaeuser, et al., 2011a, 2011b) และที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือโดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแล้วต้องตัดข้อคำถามออกถึง 13 ข้อ โมเดลจึงจะสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยชื่อเครื่องมือใหม่คือ ACIC-S (short version) (Cramm, et al., 2011) นอกจากนี้วิธีการประเมินของ ACIC ใช้รูปแบบการประเมินเป็นทีม ซึ่งต้องใช้เวลาจนถึง 2 ชั่วโมง อาจมีความยุ่งยากกับผู้ที่นำไปใช้ สอดคล้องกับ Steinhaeuser (2011) ที่สร้างแบบประเมินใหม่โดยเป็นข้อคำถามวัดความคิดเห็น ใช้ตัวเลือกตอบเป็น Likert scale 5 ระดับโดยให้เหตุผลว่า ACIC เดิมเหมาะกับการวัดบริการที่ทีมดูแลต้องร่วมกันประเมิน และต้องได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นระยะ แล้วจึงวัดผลโดยการประเมินร่วมกันอีกครั้ง แต่เครื่องมือที่พัฒนาใหม่นี้

สามารถวัดผู้ให้บริการรายบุคคล โดยไม่ต้องผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ ผลที่วัดได้จึงเป็นความเป็นจริงในขณะที่ประเมิน (Steinhaeuser, et al., 2011a, 2011b) ซึ่งแบบประเมินการดูแลที่ผู้วิจัยสร้างวัดระดับความคิดเห็นรายบุคคล ใช้ตัวเลือกตอบเป็น Likert scale 5 ระดับ ซึ่งสอดคล้องกับบุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ (2549) ที่เสนอว่าคุณสมบัติของแบบวัดหรือเครื่องมือรวบรวมข้อมูลที่ดีต้องสามารถนำไปใช้งานได้สะดวกทั้งผู้ดำเนินการและผู้ตอบ ใช้เวลาพอเหมาะซึ่งเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างใช้เวลาตอบประมาณ 30 นาที (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2549)

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความเหมือนกับเครื่องมือที่พัฒนาในต่างประเทศ ได้แก่ ACIC และ QCPC ที่พัฒนาข้อคำถามจากนิยาม CCM เช่นเดียวกันถึงแม้จำนวนข้อคำถามจะไม่เท่ากันทั้งนี้เนื่องจากมีโครงสร้างระบบบริการและทีมดูแลแตกต่างกัน (Taggart, et al., 2010; Steinhaeuser, et al., 2011a)

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีรูปแบบการวัดที่มีตัวเลือกตอบ (response scale) แตกต่างกับเครื่องมือ ACIC ACIC-S ที่ตัวเลือกตอบมีค่าคะแนน 0-11 (ไม่มี/ไม่ดี – มีอย่างสมบูรณ์แบบ/ดีเยี่ยม) ซึ่งเวลาใช้เครื่องมือต้องประชุมและลงความเห็นร่วมกันเป็นทีม ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อคำถามข้อเท็จจริง (Fact) และเหมือนกับเครื่องมือ QCPC ที่มีตัวเลือกตอบเป็น Likert scale 5 ระดับที่วัดความคิดเห็นรายบุคคล (Opinion) จึงสามารถใช้เครื่องมือนี้ประเมินรายบุคคลโดยไม่ต้องประชุมทีม อย่างไรก็ตามเครื่องมือ QCPC นอกจากมีตัวเลือกตอบเป็น Likert scale 5 ระดับแล้วยังมีตัวเลือกตอบ 2 ระดับด้วยได้แก่ ใช่/ไม่ใช่ ในองค์ประกอบระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Steinhaeuser, et al., 2011b)

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีจำนวนองค์ประกอบความแตกต่างกับเครื่องมือที่พัฒนาในต่างประเทศ ได้แก่ ACIC และ ACIC-S ที่มี 7 องค์ประกอบทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาต่อยอดโดยการสร้างข้อคำถามที่ผสมผสานภาพรวมทั้ง 6 องค์ประกอบเป็นอีก 1 องค์ประกอบในขณะที่เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไม่มีการสร้างข้อคำถามที่ผสมผสาน 6 องค์ประกอบ อย่างไรก็ตามเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีจำนวนองค์ประกอบเหมือนกับ QCPC ซึ่งเป็นเครื่องมือใหม่และสร้างจากนิยาม CCM เช่นเดียวกัน

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีระยะเวลาในการตอบคำถามนานประมาณ 30 นาที แตกต่างจากเครื่องมือ ACIC ที่ต้องใช้ระยะเวลาในการตอบนานถึง 2 ชั่วโมงเนื่องจากต้องประชุมทีมร่วมกันแล้วจึงลงความเห็นร่วมกัน (Steinhaeuser, et al., 2011a)

จากผลค่านำหนักองค์ประกอบ (b) หากมีการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ไปใช้ในการปรับปรุงบริการ ควรคำนึงถึงความสำคัญของแต่ละองค์ประกอบโดยอาจพิจารณาเลือกปรับปรุงองค์ประกอบที่มีผลต่อ CCM มากที่สุด ได้แก่ องค์ประกอบการ

สนับสนุนการตัดสินใจ องค์ประกอบสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง และองค์ประกอบเชื่อมโยง การดูแลชุมชน ซึ่งมีค่านำหนักองค์ประกอบ >.9 แสดงให้เห็นว่า 3 องค์ประกอบนี้มีความสำคัญ และส่งผลต่อ CCM สูง โดยเมื่อพิจารณาเนื้อหาของ 3 องค์ประกอบนี้ มีความเชื่อมโยงต่อกัน อย่างชัดเจน กล่าวคือ องค์ประกอบด้านการสนับสนุนการตัดสินใจมีเนื้อหาที่ประกอบไปด้วยการมี และปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ที่มีมุมมองการดูแลในทุกมิติที่เกี่ยวข้อง สร้างจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องรวมถึงผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ มีระบบให้คำปรึกษาและทบทวนผลการดูแลเพื่อปรับปรุงบริการ ซึ่งผลจากการสร้างระบบในการ ตัดสินใจส่งผลต่อองค์ประกอบด้านการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง ทำให้มีแนวทางสำหรับ ผู้ให้บริการในการไปสนับสนุนเสริมสร้างพลังความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในการจัดการกับภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยการร่วมมือกับผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย วางแผนการดูแล ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับพฤติกรรมและวิถีชีวิตผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอกับผู้ที่เป็นเบาหวานรายบุคคล (Wagner, 2001) การเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวความสำเร็จ ความล้มเหลว อันจะนำไปสู่การประเมินผลการดูแล และปรับปรุงวิธีการร่วมกัน โดยที่ ต้องเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน หากผู้ที่เป็นเบาหวานเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในชุมชน และชุมชนมีความเข้มแข็งในการดำเนินงาน จะเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมเชิงบวก ให้ผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

จะสังเกตได้ว่ารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 นี้ ต้องดำเนินงานเกี่ยวข้องและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหลายระดับ กล่าวคือ 1) ระหว่างหน่วย บริการสุขภาพ ต้องมีทีมงานที่มีผู้นำทีมที่มีศักยภาพสูง ทีมงานต้องได้รับการพัฒนาทักษะ ที่เพียงพอต่อการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีการ กำหนดทิศทางและแนวทางการปฏิบัติงาน (CPG) ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิต ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และประชากรในพื้นที่ 2) ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ที่เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 ต้องได้รับการเสริมพลัง (Empowerment) ให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญมากที่สุดในการจัดการกับภาวะเรื้อรังนั้น เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ เกี่ยวข้องพฤติกรรมและวิถีชีวิตซึ่งต้องจัดการกับโรคแบบวันต่อวัน ระยะเวลาการเป็นโรคยาวนาน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2554) ผู้ป่วยอาจรู้สึกหมดกำลังใจระหว่างการรักษา (ภูายิน ภูมิภล้า, 2551) การที่ผู้ให้บริการเปิดโอกาสให้ผู้ที่เป็นเบาหวานได้เล่าเรื่องราวความสำเร็จ ความล้มเหลว หรืออุปสรรคจะทำให้นำไปสู่การตั้งเป้าหมาย การวางแผน และการเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการ เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ซึ่ง Wagner ได้เสนอไว้ในรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

ว่าองค์ประกอบ CCM ทั้ง 6 องค์ประกอบนี้ จะส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของผู้ป่วยได้ เมื่อทีมดูแลมีการเตรียมความพร้อมและมีปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์กับผู้ป่วย (Wagner, et al., 2001) และ 3) ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับชุมชน และองค์กรในชุมชน เป็นการสร้างความร่วมมือให้เกิดการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ดำเนินการได้เองในชุมชน โดยเฉพาะเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ โดยการสื่อสารข้อมูลความเสี่ยง ข้อมูลความรุนแรงของปัญหา ประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับหากมีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ดี ยึดหลักการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกฎบัตรออตตาวา (WHO, 1986) ที่ต้องสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในการดำเนินงานด้านสุขภาพ (Strengthen community action) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment) และสร้างนโยบายสาธารณะ (Building healthy public policy) ซึ่งเป็นมาตรการทางสังคมของชุมชน

สรุปได้ว่า แบบประเมินการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในมุมมองของผู้ให้บริการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอยู่ภายใต้แนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) และมีองค์ประกอบทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (SMS) เชื่อมโยงการดูแลชุมชน (CL) การสนับสนุนการตัดสินใจ (DS) การออกแบบสนับสนุนบริการ (DSD) นโยบายขององค์การดูแลสุขภาพ (PHCO) และการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร (IS) โดยวัดจากข้อคำถามที่เป็นตัวแปรสังเกตได้ 36 ตัวแปร

3. เครื่องมือที่มีคุณภาพ มุมมองของผู้รับบริการ

จากการพัฒนาองค์ประกอบการดูแลโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้นำเพียง 5 องค์ประกอบมาสร้างเครื่องมือ องค์ประกอบด้านการจัดโครงสร้างบริการสุขภาพไม่ได้นำมาสร้างเนื่องจากผู้รับบริการไม่สามารถรับรู้ได้ และ 5 องค์ประกอบที่นำมาสร้างเลือกเพียงบางองค์ประกอบย่อยที่ผู้รับบริการรับรู้เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการสร้างเครื่องมือ PACIC ของ Gasglow (2005) ที่เลือกสร้างข้อคำถามเฉพาะที่ผู้ป่วยรับรู้เท่านั้น เครื่องมือที่พัฒนานี้ พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ความตรงตามสภาพการณ์ (Concurrent validity) ค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้หาค่า Predictive validity เนื่องจากยังไม่มีค่า gold standard ของการใช้เครื่องมือ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rick, Rowe, Sibbald, Reeves, Roland and Bower (2012) และการพัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังในมุมมองของผู้รับบริการ ได้แก่ PACIC (Gasglow, 2005), PACIC-S (Gugiu, 2009)

อย่างไรก็ตามค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในรายด้านที่มีค่า $> .9$ อาจมีความซ้ำซ้อนกันของข้อคำถาม (DeVellis, 2003, pp. 95-96; Tavokol and Dennick, 2011) ผู้วิจัย

พิจารณาแล้วพบว่า ไม่มีข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนกัน ซึ่ง DeVon, et al. (2007) เสนอแนะว่า ค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในงานวิจัยทางด้านคลินิกควรมีค่า $\geq .9$ (DeVon, et al., 2007) ในขณะที่ บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์ (2555) เสนอว่าค่าที่ $\geq .9$ หมายถึงมีค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในระดับดีเยี่ยม (Excellent internal consistency)

เมื่อพิจารณารายด้านจะสังเกตได้ว่าจำนวนข้อคำถามที่มากข้อ มีแนวโน้มมีค่าความเชื่อมั่นสูงกว่าข้อคำถามจำนวนน้อยข้อ ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนข้อคำถามเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความเชื่อมั่น แบบวัดที่มีจำนวนข้อคำถามมากจะมีความเชื่อมั่นมากกว่าแบบวัดที่มีจำนวนข้อคำถามน้อย (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553, บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555)

องค์ประกอบของนियามการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ที่นำมาใช้สร้างทั้งหมด 4 จาก 5 องค์ประกอบที่ถูกเลือกมาสร้างเครื่องมือในมุมมองของผู้รับบริการ เมื่อจัดองค์ประกอบแล้วเหลือ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management support: SMS) การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care: SC) ซึ่งการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองในที่นี้ หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการที่ดูแลเป็นประจำและบุคคลรอบข้าง ได้แก่ ได้รับรู้ข้อมูลภาวะสุขภาพความรู้/ข้อแนะนำ/ทางเลือกที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเอง และการเข้าถึงบริการในการช่วยให้เกิดการตัดสินใจ หาแนวทางหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองในการที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือภาวะเรื้อรังต่าง ๆ ส่วนการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำ/กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีการตั้งเป้าหมายวางแผน และปฏิบัติตนในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะเรื้อรังต่าง ๆ รวมถึงการแสวงหาความรู้จากแหล่งความรู้อื่นนอกเหนือจากที่ได้รับจากผู้ให้บริการ

หากพิจารณานियามที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญไทย จะสังเกตได้ว่าทั้ง 2 องค์ประกอบนี้อยู่ภายใต้ नियามองค์ประกอบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญไทยเสนอให้มี 2 ประเด็น ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ให้บริการและการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (อาทิตยา วัจนสินธุ์ และคณะ, 2557) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้โดยวิธีการจัดการรายกรณี (Case management) เป็นการดูแลรายบุคคล ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ เมื่อเทียบกับผู้ที่เป็นเบาหวานและได้รับบริการตามปกติ (Aubert, et al., 1999) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสุขภาพตนเอง และมีผลลัพธ์ทางกายและทางใจที่ดี (Hunt, 2013) ซึ่งปัจจุบันนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพยายามพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้โรคเรื้อรัง โดยพัฒนาทักษะการเป็น

ผู้จัดการการดูแล (Case manager) ให้มีความรู้ความสามารถในบริการรูปแบบการจัดการรายกรณี (Case management) ที่ทำหน้าที่ติดตามการเปลี่ยนแปลง ประเมินปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นระยะ ๆ และบริหารจัดการเชื่อมประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ/หรือองค์กรให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยรายบุคคลนี้ได้รับบริการต่าง ๆ ที่จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของราศี ลีนะกุล (2548) ที่ได้พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการการดูแล ทำหน้าที่ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นรูปแบบที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้แบบแผนการดูแลที่สร้างร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นเครื่องมือในการวางแผนปฏิบัติ และประเมินผลการดูแล พยาบาลผู้จัดการ มีความสำคัญในการช่วยให้การประสานงานการดูแลเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ดีของการบริการได้แก่ การลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และสรุปว่ากระบวนการในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดีและการควบคุมค่าใช้จ่ายบริการที่เหมาะสมต่อไป (ราศี ลีนะกุล, 2548)

สรุปได้ว่า แบบประเมินการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในมุมมองของผู้รับบริการ มีองค์ประกอบทั้งหมด 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (SMS) และการดูแลสุขภาพตนเอง (SC) โดยวัดจากข้อคำถามที่เป็นตัวแปรสังเกตได้ 14 ตัวแปร

แบบประเมินฯ ในมุมมองของผู้รับบริการเดิม (PACIC) ที่พัฒนาโดย Glasgow มี 5 องค์ประกอบย่อย โดยผล CFA พบว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับปานกลาง (Glasgow, 2005) จากหลักฐานผลวิจัยที่ดีพิมพ์มีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างแพร่หลายในประเทศอเมริกาและในหลายประเทศ ได้แก่ เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย อังกฤษ ฝรั่งเศส เดนมาร์ก และสิงคโปร์ (Glasgow, 2005; Schmittziel, et al., 2007; Rosemann, et al., 2007; Aragones, et al., 2008; Szecsenyi, et al., 2008; Wensing, et al., 2008; McIntosh, 2008; Gugiu, et al., 2009; Allen, et al., 2009; Joseph, 2009; Carryer, et al., 2010; Gensichen, et al., 2010; Taggart, et al., 2010; Spicer, et al., 2010; Maindal, et al., 2010; Tan, et al., 2010; Wallace, et al., 2010; Harris, 2011; Goetz, 2012) โดยการนำไปใช้ในประเทศเยอรมนี เมื่อวิเคราะห์ด้วยองค์ประกอบ (EFA) มีเพียง 2 องค์ประกอบ (Gensichen, 2010) ต่อมา Goetz นำ PACIC-S (short version 11 ข้อคำถามที่พัฒนาโดย Gugiu

(2009) มาตราตรวจสอบคุณสมบัติเครื่องมือโดยวิธี PCA ได้ผลเช่นเดียวกับ Gugiu ที่ตรวจสอบ EFA และ CFA ในประเทศอเมริกาว่ามีเพียง 1 องค์ประกอบ (Goetz, 2012; Gugiu, 2009) ที่ประเทศนิวซีแลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย และอังกฤษ พบว่าเมื่อวิเคราะห์ด้วยองค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) (McIntosh, 2008; Spicer, 2010; Taggart, 2010) พบว่า PACIC มี 2 องค์ประกอบย่อยที่ประเทศอังกฤษและเดนมาร์ก ใช้ CFA พบว่าโมเดล (5 องค์ประกอบย่อย) ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Maindal, et al., 2010; Rick, et al., 2012) ส่วน PACIC ที่ใช้ประเทศสิงคโปร์ (Wensing, 2008) ฝรั่งเศส (Lévesque, et al., 2012) ไม่พบหลักฐานการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง

การศึกษานี้ พบ 2 องค์ประกอบในการประเมินบริการการดูแลโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ McIntosh (2008; Gensichen, 2010; Spicer, 2010; Taggart, 2010) ที่พบองค์ประกอบย่อยมีเพียง 2 องค์ประกอบเช่นกัน โดยงานวิจัยของ McIntosh (2008) ศึกษาที่ประเทศแคนาดา เสนอว่ามีเพียง 2 องค์ประกอบ 17 ข้อ ได้แก่ การดูแลสุขภาพบุคคล (Whole person care) 11 ข้อ และความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ (Coordination of care) 6 ข้อ การศึกษาของ Gensichen, et al. (2010) ที่ประเทศเยอรมนี มี 2 องค์ประกอบ 20 ข้อ ได้แก่ 1) กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการค้นหาปัญหา 9 ข้อ 2) การตั้งเป้าหมายและความร่วมมือในการดูแลรักษา 11 ข้อ ส่วนการศึกษาของ Taggart, et al. (2010) ที่ประเทศออสเตรเลีย มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ร่วมตัดสินใจและสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง 2) วางแผนการดูแล ทั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัยของประเทศอเมริกาที่ยืนยัน 5 องค์ประกอบเดิม (Glasgow, et al., 2005; Aragones, et al., 2008) อย่างไรก็ตามในประเทศเดียวกันเมื่อศึกษาโดย Gugiu, et al. (2009) ข้อคำถามถูกตัดออกด้วยวิธีการทางสถิติ เหลือข้อคำถาม 11 ข้อ มีเพียง 1 องค์ประกอบ (PACIC-S) ซึ่งคล้ายกันกับที่ประเทศเยอรมนีเมื่อนำ PACIC-S ไปใช้แล้วพบว่าหลังตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือแล้วมี 1 องค์ประกอบเช่นกัน (Goetz, et al., 2012) ผู้วิจัยได้พิจารณาข้อคำถามแล้วพบว่า มีลักษณะคำถามที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล และมุ่งเน้นการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ เป็นไปตามหลักการของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) ที่มุ่งเน้นให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยแบบเป็นหุ้นส่วนกัน (Wagner, 2001; WHO, 2002) อย่างไรก็ตามที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ มีการนำทั้ง PACIC 20 ข้อ (5 องค์ประกอบย่อย) กับ PACIC-S 11 ข้อ (1 องค์ประกอบ) ไปใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1484 คน พบว่า องค์ประกอบย่อยของเครื่องมือทั้งสอง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่ก็ให้เหตุผลในการเลือกใช้ว่า ควรใช้ PACIC-S น่าจะดีกว่า เนื่องจากมีข้อคำถามน้อยกว่า (Cramm and Nieboer, 2012) เช่นเดียวกับเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนา

ที่พบว่ามี 2 องค์ประกอบ 14 ข้อคำถาม ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20 นาที ซึ่งจะสะดวกต่อการนำไปใช้ประเมินในผู้รับบริการ

ความแตกต่างของจำนวนองค์ประกอบนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย วิธีการกำหนดค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ก็มีผลต่อจำนวนองค์ประกอบ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยความแตกต่างด้านบริบท ภาษา วัฒนธรรมของประชากร โครงสร้างระบบการดูแล ทีมดูแล (McIntosh, 2008; Taggart, 2010) ดังนั้น หากนำเครื่องมือใหม่ไปใช้โดยเฉพาะต่างภาษา/ต่างโครงสร้างระบบบริการ นอกจากการแปลตามหลักการแปลเครื่องมือแล้วควรมีการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือเสมอ

องค์ประกอบของ CCM ที่ถูกนำมาพัฒนาเครื่องมือ PACIC ได้แก่ การออกแบบสนับสนุนบริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง และความร่วมมือในชุมชน เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาใช้องค์ประกอบระบบข้อมูลข่าวสารเพิ่มอีก 1 องค์ประกอบ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองของประชาชน อย่างไรก็ตามมีเพียงข้อคำถาม 1 ข้อ ที่ผู้รับบริการรับรู้ได้ จึงยุบรวมกับองค์ประกอบการสนับสนุนการตัดสินใจ อย่างไรก็ตามหลังยุบรวมแล้วก็สร้างจาก 4 องค์ประกอบหลักเช่นเดียวกัน

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้าง สร้างข้อคำถามจากนิยาม CCM เหมือนกับเครื่องมือ PACIC โดยสร้างข้อคำถามจากบางองค์ประกอบย่อยที่ผู้รับบริการรับรู้เท่านั้น (Glasgow, et al., 2005) ลักษณะข้อคำถามใน PACIC เดิม เป็นการถามความคิดเห็นต่อประสบการณ์การรับบริการดูแลจากผู้ให้บริการซึ่งคล้ายคลึงกับแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดย PACIC ของ Glasgow มี 20 ข้อคำถาม พอเป็น PACIC-S มี 11 ข้อคำถาม โดยข้อที่ถูกตัดออกไป 9 ข้อ (Gugui, 2009) ที่เหลือมีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) การให้ทางเลือกในการดูแลรักษา 2) ชื่นชมให้กำลังใจเมื่อเขาสามารถดูแลตนเองได้ดี 3) ช่วยตั้งเป้าหมายในการดูแลเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย 4) ให้แนวทางในการดูแลรักษา 5) การให้ร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อช่วยให้เขาสามารถดูแลตนเองได้ 6) ได้รับการประเมินโดยใช้แบบสอบถามหรือซักถามเกี่ยวกับสุขนิสัย 7) ช่วยวางแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน 8) ช่วยวางแผนดูแลรักษาในขณะมีภาวะวิกฤติ 9) สอบถามการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบกับการดำเนินชีวิต 10) ติดตามดูแลหลังจากการไปรักษาที่หน่วยบริการ 11) บอกเขาเมื่อเขาจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญที่จะช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินฯ ในมุมมองของผู้รับบริการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อคำถามทั้ง 14 ข้อแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนการดูแลตนเองจากผู้ให้บริการและชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเมื่อวิเคราะห์นิยาม CCM จากความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญไทยทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า 2 องค์ประกอบย่อยของแบบประเมินฯ นี้ คือองค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวานใน

ประเทศไทยได้นิยามไว้ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองจากผู้ให้บริการ และการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน (อาทิตยา วังวนสินธุ์ และคณะ, 2557)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อคำถาม 11 ข้อของ PACIC-S กับแบบประเมินฯที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 14 ข้อ พบข้อคำถามที่คล้ายคลึงกันจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, ส่วนอีก 7 ข้อที่แตกต่างได้แก่ 1) การรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของเขาในการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย กินยา ฯลฯ 2) การรับรู้ข้อมูลผลการตรวจเลือด การรักษาและภาวะสุขภาพปัจจุบัน 3) การมีบุคคลหรือทีมงานที่ดูแลเอาใจใส่เขาอย่างต่อเนื่อง 4) การได้รับการตรวจสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน 5) การมั่นใจในการรับบริการจากหน่วยบริการ 6) การปฏิบัติตามคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน และ 7) การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการเป็นโรคเบาหวานจากแหล่งต่าง ๆ นอกเหนือจากที่ได้รับจากผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามอีก 3 ข้อที่ไม่มีในแบบประเมินฯ ที่สร้างขึ้น ได้แก่ การให้ร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อช่วยให้เขาสามารถดูแลตนเองได้ ติดตามดูแลหลังจากการไปรักษาที่หน่วยบริการ และช่วยวางแผนดูแลรักษาในขณะมีภาวะวิกฤติ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแต่ถูกตัดข้อคำถามออกในระหว่างกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ โดยทั้ง 7 ข้อนี้มาจากนิยามที่สร้างโดยผู้เชี่ยวชาญไทย โดยเฉพาะข้อ "การรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของเขาในการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย กินยา ฯลฯ" ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ามีความสำคัญมากที่แสดงถึงการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และแรงสนับสนุนจากผู้ให้บริการหรือสิ่งแวดล้อมรอบข้างเพียงพอ จนรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของตนเองที่ต้องควบคุมอาหาร ออกกำลังกายหรือรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมภาวะแทรกซ้อน และระดับน้ำตาลในเลือดได้ในที่สุด สอดคล้องกับวิโรจน์ เจียมจรัสรังษี ที่เสนอว่าผู้ที่มีความสำคัญที่สุดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือผู้ที่เป็นเบาหวาน (วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2550) และข้อคำถาม "การมีบุคคลหรือทีมงานที่ดูแลเอาใจใส่เขาอย่างต่อเนื่อง" บ่งบอกให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานต้องจัดการกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบวันต่อวัน อาจรู้สึกท้อแท้ในระหว่างการรักษา การที่ผู้ให้บริการดูแลเอาใจใส่เขาอย่างต่อเนื่องช่วยสร้างกำลังใจให้ผู้ที่เป็นเบาหวานบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมาย

ในประเทศไทย มีการพัฒนาเครื่องมือเรื่องความต้องการแหล่งสนับสนุนด้านการจัดการดูแลตนเองในคนไทยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Manit, 2011) ซึ่งเมื่อผู้วิจัยพิจารณาแบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถามเฉพาะส่วนที่วัดความต้องการแหล่งสนับสนุนด้านการจัดการดูแลตนเอง ทั้งหมด 60 ข้อ ตัวเลือกตอบ 5 ระดับได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ทั้ง 60 ข้อนี้แบ่งเป็น 5 ด้านได้แก่ 1) แพทย์และทีมสุขภาพ 9 ข้อ 2) ครอบครัวและเพื่อน 8 ข้อ 3) ตัวเอง (สิ่งมีประโยชน์ที่คุณทำเพื่อตัวคุณเอง) 9 ข้อ 4) เพื่อนบ้านและย่านที่อยู่อาศัย 8 ข้อ

5) ทูมชน 9 ข้อ 6) สื่อและนโยบายต่าง ๆ 9 ข้อ 7) องค์กรในทูมชน 9 ข้อ ซึ่งเมื่อพิจารณาในด้านที่ 1 แพทย์และทีมสุขภาพ 9 ข้อ มีข้อคำถาม 5 ข้อที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ "แพทย์และทีมสุขภาพสนใจ ตั้งใจฟังคุณพูดเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย" "เปิดโอกาสให้คุณมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับ วิธีการและเป้าหมายการจัดการตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคุณ" "ให้คำแนะนำคุณ . ตอบคำถามคุณและสนใจปัญหาของคุณ" "อธิบายผลการตรวจเลือด ระดับความดันโลหิตให้คุณ , ทราบอย่างละเอียด" "การสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมสุขภาพทำให้คุณจัดการดูแลโรคเบาหวานของคุณ" ส่วนด้านอื่น ๆ เกี่ยวข้องกับการได้รับแหล่งสนับสนุนจากบุคคลรอบตัวผู้ที่เป็นเบาหวาน แตกต่างจากแบบประเมินการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานฯ ที่ผู้วิจัยสร้างเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นอกจากนี้ข้อคำถามที่สร้างคล้ายคลึงกัน คือการได้รับความรู้เกี่ยวกับ เบาหวานนอกเหนือจากที่ได้รับจากผู้ให้บริการ ซึ่งหมายถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก ตรงกันกับด้าน สื่อและนโยบายต่าง ๆ โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างมีเพียง 1 ข้อ แต่เครื่องมือประเมินความต้องการ แหล่งสนับสนุนด้านการจัดการดูแลตนเองในคนไทยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มี 9 ข้อ โดยแยก รายละเอียดตามประเภทสื่อต่าง ๆ ซึ่งหากต้องการรู้ว่าสื่อใดที่ผู้ที่เป็นเบาหวานสนใจและใช้มากที่สุด ซึ่งหากต้องการข้อมูลความต้องการแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ อาจต้องใช้เครื่องมือส่วนนี้เพิ่มเพื่อ หาช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงผู้รับบริการมากที่สุด

4. เบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

4.1 มุมมองของผู้ให้บริการ

ภาพรวมผลการประเมินการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยการปรับฐานคะแนนเป็นร้อยละมีระดับคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางทุกด้าน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ใช้เครื่องมือประเมิน ACIC ซึ่งมีการให้ค่าคะแนนที่แตกต่างกัน โดย ACIC ฉบับเดิมมีตัวเลือกตอบ 0-11 แล้วแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ช่วง ได้แก่ 0-2 หมายถึง สนับสนุนการดูแลระดับน้อยมาก คะแนน 3-5 หมายถึง สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระดับพื้นฐานถึง ปานกลาง คะแนน 6-8 หมายถึง สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระดับดี คะแนน 9-11 หมายถึง สนับสนุน การดูแลผู้ป่วยระดับดีมาก โดยพบว่ามีงานวิจัยที่นำตัวเลือกตอบนี้ไปใช้ในประเทศอเมริกา พบว่า มีคะแนน ACIC อยู่ระหว่าง 4.36-6.42 (Bonomi, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaissi, et al. (2006) ที่ประเทศเดียวกัน พบว่ามีภาพรวมคะแนน ACIC 6.44 ซึ่งหมายถึง มีระดับคะแนนในระดับ ปานกลางเช่นเดียวกันกับการศึกษานี้

ผลการประเมินฯ เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อปรับฐานเป็นร้อยละ มีระดับ คะแนนประเมินมากที่สุด ในด้านการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร รองลงมาเป็นด้านการสนับสนุน การตัดสินใจ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันมีนโยบายระดับชาติที่ให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลข่าวสาร

ที่สั่งการให้หน่วยบริการทุกระดับจัดทำระบบข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์แก้ไขปัญหา จึงทำให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นในทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบข้อมูลแน่ชัดว่าหน่วยบริการมีการนำข้อมูลไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพอย่างไร แต่จากการศึกษาสถานการณ์ระบบการจัดการโรคเบาหวานของสถานพยาบาลในประเทศไทย พบว่า ยังไม่มีการนำปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมมาใช้ในการดำเนินงาน (สมเกียรติ โภธิศาสตร์, ม.ป.ป.) ซึ่งการใช้ฐานข้อมูลถือเป็นกุญแจสำคัญของการสนับสนุนกระบวนการเปลี่ยนแปลง จะเป็นแนวทางในการสร้างและสนับสนุนบริการใหม่ ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับประชากร (วิโรจน์ เขียวจรัสรังษี, 2554)

ระดับคะแนนประเมินรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่าคะแนนประเมินอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างจากการศึกษาในประเทศอเมริกาที่พบว่าระดับคะแนน (ACIC score) มากที่สุด คือ ด้านเชื่อมโยงการดูแลผู้ชุมชน (Bonomi, 2002; Kaissi, et al., 2006) โดยมีระดับคะแนนในระดับปานกลางถึงระดับดี แตกต่างจากการศึกษาของ Sunaert, et al. (2010) ที่ประเทศเบลเยียมพบว่า ระดับคะแนนมากที่สุด คือ ด้านสนับสนุนการตัดสินใจ (DS) ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากมีโครงสร้างระบบการดูแลและผู้ให้บริการที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ (Taggart, et al., 2010) และเมื่อเปรียบเทียบกับ การประเมินโดยใช้ ACIC Thai-version พบว่า ACIC score มากที่สุด คือ ด้านเชื่อมโยงการดูแลผู้ชุมชนโดยมีระดับคะแนน 7.3 (ระดับดี) (Gomutbutra, et al., 2012) ในขณะที่การศึกษานี้ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเป็นด้านระบบข้อมูลข่าวสารดังกล่าวมาแล้ว

ส่วนระดับคะแนนประเมินรายด้าน เมื่อปรับฐานคะแนนเป็นร้อยละ มีระดับคะแนนต่ำสุด ได้แก่ การออกแบบสนับสนุนบริการ ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า มีระดับคะแนนต่ำในด้านข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Bonomi, 2002; Kaissi, et al., 2006; Sunaert, et al., 2010) และแตกต่างจากการประเมินโดยใช้ ACIC Thai-version ที่พบว่าด้าน SMS และ DS ต่ำสุด (5.5 คะแนน) (Gomutbutra, et al., 2012) อย่างไรก็ตามหากเปรียบเทียบเฉพาะในประเทศไทย พบว่า ความแตกต่างนี้น่าจะเนื่องจากช่วงเวลาของการประเมินโดยใช้ ACIC Thai-version ตั้งแต่ปี 2551 ในขณะที่มีนโยบายระดับชาติใหม่เกี่ยวกับการดำเนินการโดยใช้ CCM ทำให้ผลที่ได้แตกต่างไปจากเดิม

เมื่อพิจารณาด้านออกแบบสนับสนุนบริการที่มีระดับคะแนนต่ำสุด มีเนื้อหาข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ วัสดุและสิ่งของ สนับสนุนคู่มือสำหรับ อสม. ในการปฏิบัติงาน การสร้างขวัญและกำลังใจของบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านเบาหวาน การสนับสนุนคู่มือการดำเนินงานเบาหวานแก่บุคลากร การจัดสรรบุคลากรเพียงพอกับภาระงาน การสนับสนุนให้บุคลากรพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน จะเห็นว่าภาพรวมส่วนใหญ่

มีความคิดเห็นระดับปานกลาง โดยเฉพาะเรื่องขวัญและกำลังใจของบุคลากรมีความคิดเห็นในระดับปานกลางมากที่สุด และเมื่อพิจารณาเรื่องการอบรมเพื่อการเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านพบว่าผู้ได้รับการอบรมส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ในขณะที่บุคลากรสายวิชาชีพอื่นไม่ได้รับการอบรมแต่ต้องมารับหน้าที่ในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในลักษณะเป็นทีมใน รพ.สต. จึงทำให้ระดับคะแนนด้านนี้ต่ำกว่าด้านอื่น ๆ

เมื่อพิจารณาจากค่านำหนักองค์ประกอบที่ส่งผลต่อรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) จะเห็นว่าด้านที่ส่งผลต่อ CCM มาก ได้แก่ ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ ด้านเชื่อมโยงการดูแลผู้ชุมชนและด้านการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง จากผลการวิจัยมีคะแนนระดับปานกลาง

ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจนั้น ปัจจุบันนี้ใช้ CPG เป็นแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางดำเนินงานในทิศทางที่มีมาตรฐานเดียวกันในการนำไปสู่การตัดสินใจดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานอย่างมีคุณภาพ CPG ได้ถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, 2554) โดยสามารถนำมาปรับใช้ตามบริบทพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ระบบการจัดการโรคเบาหวานของสถานพยาบาลในประเทศไทย ว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่จะปรับ CPG ตามแนวทางที่มาจากส่วนกลาง (สมเกียรติ โทธิสัจย์, ม.ป.ป.) โดยความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานตาม CPG ที่มีมิติการดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ที่เป็นเบาหวานและครอบครัวมีระดับมาก ซึ่งหากจะปรับปรุงบริการดูแลควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน ที่มองในทุกมิติ สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ระบบการจัดการโรคเบาหวาน ของสถานพยาบาลในประเทศไทยว่า ยังไม่มีการนำปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมมาใช้ในการดำเนินงาน (สมเกียรติ โทธิสัจย์, ม.ป.ป.)

ด้านการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นอีกด้านที่มีน้ำหนักองค์ประกอบที่มีผลต่อ CCM มากเช่นเดียวกัน ซึ่งควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีความรู้เพียงพอในการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองทั้งเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การรักษา ต่อเนื่อง เกี่ยวเนื่องโดยตรงกับพฤติกรรมและวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวาน สอดคล้องกับวิโรจน์ เจียมจรัสรังษี ที่กล่าวว่าผู้ที่สำคัญที่สุดในการจัดการกับภาวะเรื้อรังคือตัวผู้ป่วยเอง จึงควรเน้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทหลักในการจัดการดูแลตนเอง (วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2550, 2554)

อีกด้านที่มีผลต่อ CCM มาก ได้แก่ ด้านเชื่อมโยงการดูแลผู้ชุมชน หากพิจารณา ด้านเชื่อมโยงการดูแลผู้ชุมชน พบว่ามีระดับคะแนนต่ำใกล้เคียงกับการออกแบบสนับสนุนบริการ แสดงให้เห็นว่าชุมชนยังไม่ได้รับการสนับสนุนให้มีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะเป็นเจ้าของในการ

ดำเนินงานด้านสุขภาพ ยังมีมาตรการหรือข้อตกลงของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งเมื่อพิจารณาระดับความคิดเห็น พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่จากระดับคะแนนที่พบในการประเมินครั้งนี้ถึงแม้มีการกระจายพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานที่ รพ.สต. และมีการส่งต่อผู้ที่เป็นเบาหวานไปรับบริการที่ รพ.สต. มากขึ้น ด้วยเห็นความสำคัญของบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีจุดเด่นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เนื่องจาก 1) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีคุณลักษณะสำคัญที่เด่นชัดในเรื่องของการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of care) มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เข้าถึงบริการง่าย สะดวก นอกจากนี้ยังเป็นจุดบริการเชื่อมต่อกับสถานบริการทุกระดับ และเชื่อมต่อกับชุมชนในการสร้างความร่วมมือให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องตลอดไป (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2552; Starfield, 1998) และ 2) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องการการเข้าถึงดูแลในลักษณะนิเวศวิทยาของการเจ็บป่วย (Ecological of chronic illness) ซึ่งผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ รู้จักและเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วยสามารถให้บริการบนพื้นฐานความเข้าใจ ความเชื่อ เชื่อมโยงกับปัญหาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยและประชาชน (มัลลิกา มัติโก และคณะ, 2553) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลยังต้องได้รับการพัฒนา ผู้วิจัยเสนอแนะว่าเมื่อมีการส่งต่อผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลับสู่บริการใกล้บ้านใกล้ใจ ระดับนโยบายควรให้ความสำคัญกับการเพิ่มทักษะของบุคลากรใน รพ.สต. ให้มีความรู้ความสามารถในการทำงานชุมชนที่ไม่เน้นเรื่องการรักษาพยาบาลอย่างเดียว ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยด้านชุมชนมีความซับซ้อน ต้องอาศัยผู้ปฏิบัติงานที่คลุกคลีกับชุมชนในการเข้าถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบันประสบความสำเร็จน้อยมากในการจัดการกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของชุมชนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (จิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2554)

โดยสรุปหน่วยบริการสุขภาพในระดับบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) นี้ มีการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากรในลักษณะการทำงานเป็นทีมเสริมใน รพ.สต. จากแม่ข่ายซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดลำพูนที่มีบทบาทในฐานะแม่ข่ายของระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District health system) อย่างไรก็ตามจากข้อมูลยังพบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงานส่วนใหญ่ให้ความเห็นในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าอาจมีบางหน่วยบริการที่ยังต้องการบุคลากรเพิ่ม สอดคล้องกับสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2554) ที่ศึกษาสถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 พบว่าการกระจายกำลังคนภายในหน่วยงานไม่ค่อยเหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติ

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีต่ำกว่ามาตรฐานครึ่งหนึ่ง แต่ก็มีแนวโน้มมีพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับนี้เพิ่มขึ้น (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2554)

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยบริการด้านการดำเนินงานเบาหวานในชุมชน ยังต้องปรับปรุงบริการเชิงรุกที่ต้องส่งเสริมให้ชุมชนเป็นเจ้าของกิจการ (Ownership) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายผ่านการสื่อสารนโยบาย และสื่อสารข้อมูลความเสี่ยงเพื่อสร้างความร่วมมือด้านบริการผู้ที่เป็นเบาหวานรายบุคคล พบว่ามีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งควรเน้นการเปิดโอกาสในการพูดคุย ซักถามกับผู้ป่วยรายบุคคลโดยการนำหลักการสร้างเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถแห่งตน มองมิติการดูแลทั้งทางกาย จิต สังคมให้มากขึ้น และเพิ่มบุคลากรที่ทำหน้าที่ Case manager อย่างน้อย รพ.สต. ละ 1 คน หรือตามสัดส่วนผู้ป่วยกรณีมีผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รับบริการที่ รพ.สต. แห่งนั้นมาก

4.2 มุมมองผู้รับบริการ

ภาพรวมผลการประเมินการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังโดยการปรับฐานคะแนนเป็นร้อยละ พบว่าด้านสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันมีนโยบายระดับชาติในการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้ (CCM) เมื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติจึงทำให้บุคลากรมีแนวทางการดำเนินงานที่สนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น

ระดับคะแนนประเมินรายด้าน พบว่า ด้านสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (SMS) มีระดับคะแนนสูง และสูงมากกว่าด้านการดูแลสุขภาพตนเอง แสดงให้เห็นว่าควรเพิ่มกลวิธีในการให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานมีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นซึ่งจะช่วยให้เขาสามารถจัดการกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ได้ดี ไม่เกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นเหตุพิการหรือเสียชีวิต ระดับคะแนนของการดูแลสุขภาพตนเอง (SC) จึงควรมีคะแนนสูง ๆ เนื่องจากการจัดการกับภาวะเรื้อรังที่สำคัญที่สุดคือผู้ที่เป็นเบาหวาน (วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2550) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานยาวนาน ผู้ป่วยอาจท้อและหมดกำลังใจในการรักษา (ภูายิน กุมภล่ำ, 2551) ดังนั้น การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการดูแลด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่านั้น ยังไม่ได้ศึกษาผู้รับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล หรือคลินิกเอกชน ซึ่งอาจมี

ระดับคะแนนประเมินในแต่ละองค์ประกอบแตกต่างกันเนื่องจากมีความต่างบริบทกัน อย่างไรก็ตามการนำไปใช้ในหน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังสามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้

นอกจากนี้ เครื่องมือประเมินในมุมมองผู้รับบริการ เก็บข้อมูลที่หน่วยบริการ ดังนั้น จะได้ข้อมูลจากผู้รับบริการที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการ เช่นเดียวกับเครื่องมือ Rosemann, et al. (2007) และ Aragones, et al. (2008) เนื่องจากต้องการพัฒนาบริการของหน่วยบริการ

บทสรุป

1. เครื่องมือชุดผู้ให้บริการ มี 6 ด้าน 36 ข้อคำถาม ผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ พบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้าง การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงสภาพการณ์ ค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายใน รวมทั้งมีความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามและข้อคำถามรวมทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ เหมาะสมกับการที่ผู้บริหารหรือผู้ให้บริการนำไปใช้ประเมินคุณภาพบริการเพื่อวางแผนจัดสรรบุคลากร งบประมาณ หรือกิจกรรม/โปรแกรมปรับปรุงบริการให้ดีขึ้น โดยเครื่องมือนี้สามารถประเมินผู้ให้บริการที่ดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในทุกตำแหน่งและทุกระดับบริการ สามารถนำผลมาเปรียบเทียบกับระดับบริการที่ต่างกันได้ ใช้เวลาในการตอบประมาณไม่เกิน 30 นาทีจึงเหมาะกับการนำไปใช้กับระดับบุคคลได้ โดยที่มีความแตกต่างจากเครื่องมือที่พัฒนามาจากต่างประเทศ (ACIC) ที่ต้องมีการร่วมกันประเมินเป็นทีมและใช้เวลานานถึง 2 ชั่วโมง (Si, et al., 2005)

2. เครื่องมือชุดผู้รับบริการ มี 2 ด้าน จำนวน 14 ข้อคำถาม ผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ พบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้าง การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงสภาพการณ์ ค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายใน รวมทั้งมีความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามและข้อคำถามรวมทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ เหมาะสมกับการที่ผู้บริหารหรือผู้ให้บริการนำไปใช้ประเมินคุณภาพบริการและนำผลมาพิจารณาปรับปรุงโปรแกรมการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ที่เป็นเบาหวานที่ดูแลอยู่ โดยหากใช้เครื่องมือนี้ควรระมัดระวังในขั้นตอนการเก็บข้อมูล เนื่องจากอาจมีผลต่อการตอบข้อคำถามที่ผู้ตอบอาจเกรงใจ ไม่กล้าตอบตามความจริง ควรหาวิธีการที่จะทำให้เกิดอคติน้อยที่สุด และควรพิจารณาข้อเสนอแนะจากคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มักเป็นผู้ที่สู่วัยอาจมีปัญหาในการอ่านจากสายตา อาจพิจารณาใช้วิธีสัมภาษณ์แทนการตอบด้วยตนเองตามคู่มือ โดยรวมแล้วใช้ระยะเวลาในการตอบคำถามประมาณ 15-20 นาที

3. คะแนนประเมินผู้ให้บริการ ระดับคะแนนประเมินใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับต่ำ ปานกลางและสูง โดยพบว่า ทุกด้านส่วนใหญ่มีระดับคะแนนประเมินในระดับปานกลาง โดยมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับใกล้เคียงกันกับการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ

4. คะแนนประเมินผู้รับบริการ แบ่งเกณฑ์ 3 ระดับเช่นเดียวกับผู้ให้บริการ โดยพบว่า ทุกด้านมีระดับคะแนนประเมินสูง โดยด้านสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองมีระดับคะแนนสูงกว่าด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับใกล้เคียงกันกับการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 สามารถนำไปใช้ในการประเมินบริการดูแลในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยผลการศึกษาสามารถนำเสนอต่อผู้บริหารในการปรับปรุงนโยบายการดำเนินงานในพื้นที่ การจัดสรรงบประมาณและการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

1.2 สามารถนำไปใช้ประเมินการให้บริการการดูแลโรคเรื้อรังของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยนำผลที่ได้มาปรับปรุงบริการดูแลให้สอดคล้องกับความจำเป็นในการส่งมอบบริการแก่ผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed method research design) ในการอธิบายการดูแลโรคเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2.2 การศึกษาเชิงปริมาณในการค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลโรคเรื้อรัง ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2.3 การศึกษาเชิงปริมาณในการอธิบายรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นต้น

2.4 การศึกษาเปรียบเทียบระดับคะแนนการประเมินการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ