**บทที่ 5**

**สรุปผลอภิปราย และข้อเสนอแนะ**

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น และเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น โดยการอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะตามลำดับดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

2. อภิปรายผลการวิจัย

3. ข้อเสนอแนะ

**5.1 สรุปผลการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้พบว่าประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น และรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น มีดังนี้

5.1.1 ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการลดลงของดัชนีมวลกาย และอัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอวในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558 – 2560 ร้อยละ 1.31, 0.16 และ 0.49 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำทั้ง 3 ตัวแปร และพบว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( = 3.82) ได้รับประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( = 3.58) ได้รับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( = 3.81) และได้รับการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง ( = 3.76) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น พบว่าการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ( = 3.83) ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ( = 3.93) และการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับสูง ( = 3.88) ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (อยู่ในช่วง 10 - 13 คะแนน ร้อยละ 60.52) มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( = 3.90) มีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( = 3.58) มีภาวะอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( = 3.18) และปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ( = 3.54) มีการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ( = 3.34) และมีการควบคุมอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( = 3.61)

5.1.2 ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น พบว่ารูปแบบจำลองสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์พิจารณาจากค่าสถิติ 2/df เท่ากับ 3.66 RMSEA เท่ากับ 0.066 SRMR เท่ากับ 0.033 CFI เท่ากับ 0.966 และ TLI เท่ากับ 0.955 ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น มากที่สุดคือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.791 รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.422, 0.390 และ 0.389 ตามลำดับ ตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 76.30

5.1.3 รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

5.1.3.1 การสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จากการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ตรง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 13 คน ได้รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 ด้าน 14 ประเด็น และ 93 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1) รูปแบบการพัฒนาด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 4 ด้าน คือ 1) การพัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพเพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 4 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 7 กิจกรรมการพัฒนา 3) การพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 7 กิจกรรมการพัฒนา และ 4) การพัฒนาการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 7 กิจกรรมการพัฒนา

2) รูปแบบการพัฒนาด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 3 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาด้านการออกกำลังกาย มี 7 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาด้านการควบคุมอาหาร มี 10 กิจกรรมการพัฒนา และ 3) การพัฒนาด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด มี 7 กิจกรรมการพัฒนา

3) รูปแบบการพัฒนาด้านศักยภาพบุคคลมีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 4 ด้าน คือ 1) การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 5 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 6 กิจกรรมการพัฒนา 3) การพัฒนาความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 3 กิจกรรมการพัฒนา และ 4) การพัฒนาด้านอารมณ์และความเครียดประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 6 กิจกรรมการพัฒนา

4) รูปแบบการพัฒนาด้านการสนับสนุนทางสังคมมีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 3 ด้าน คือ 1) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 5 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 8 กิจกรรมการพัฒนา และ 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 11 กิจกรรมการพัฒนา

5.1.3.2 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น มีความสอดคล้องกัน โดยมีค่ามัธยฐาน (Md.) ในภาพรวมเท่ากับ 5.00 คะแนน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR.) เท่ากับ 0.00กิจกรรมการพัฒนามีความเหมาะสมและเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด (Md. = 5.00) ร้อยละ 96.77 และอยู่ในระดับมาก (Md. = 4.50) ร้อยละ 3.23

**5.2 อภิปรายผล**

จากผลการวิจัยผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

5.2.1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วย อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการลดลงของดัชนีมวลกาย และอัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอว ในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558 – 2560 ร้อยละ 1.31, 0.16 และ 0.49 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำทั้ง 3 ตัวแปรสอดคล้องกับระดับปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และความเครียด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อระดับการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางย่อมส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพทั้ง 3 เรื่อง คืออัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการลดลงของดัชนีมวลกาย และอัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอว ในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558 – 2560 อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน รวมถึงปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลของตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในส่วนของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงตัวแปรภาวะอารมณ์และความเครียดของตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยก็อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสอดคล้องกับประภาพรรณ โคมหอม (2554, น. 149-150) ที่ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนดู่ อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่าการค้นพบประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานมีจำนวนมาก (ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป) ซึ่งปัญหาของโรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้และมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานยังไม่เหมาะสม สอดคล้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2559, น.121) ที่พบว่าจังหวัดขอนแก่นขาดการพัฒนาหลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยงที่เน้น 3 อ.2 ส. (การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา) เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิตสูง โดยบูรณาการกับระบบสุขภาพอำเภอและตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้อัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2554 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่จากอัตรา 257.81 เป็น 192.02, 911.85, 475.76, และ 539.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2555, 2556, 2557 และ 2558 ตามลำดับ นอกจากนี้แล้วยังพบว่าอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มลงลง จากปี 2558 ร้อยละ 19.27 เป็น ร้อยละ 17.90 ในปี 2559 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559,น.218) ซึ่งยังห่างจากเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ร้อยละ 40 ขึ้นไป และยิ่งไปกว่านั้นคือผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี 2558 มีสาเหตุการป่วยเป็นโรคเบาหวาน อยู่ลำดับที่ 1 ของสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มโรค 10 อันดับแรกของจังหวัดขอนแก่น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559, น.124) ทั้งนี้อาจเนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นยังไม่สามารถอบรมผู้จัดการระบบโรคไม่ติดต่อ (System Manager) ได้ครอบคลุมทุกเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตลอดทั้งยังไม่สามารถอบรมผู้จัดการระบบโรคไม่ติดต่อ (Mini System Manager) ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนครอบคลุมทุกแห่ง เนื่องจากขาดงบประมาณ จึงส่งผลให้การจัดการสุขภาพในประชาชนทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่นยังไม่มีประสิทธิผลซึ่งจังหวัดขอนแก่นจะต้องเร่งรัดดำเนินการโดยเร่งด่วนต่อไป

5.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น

5.2.2.1 ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบจำลองสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งพิจารณาจากค่าสถิติ 2/df เท่ากับ 3.66 (มีความสอดคล้อง) RMSEA เท่ากับ0.066 (สอดคล้องดี) SRMR เท่ากับ 0.033 (สอดคล้องดีมาก) CFI เท่ากับ0.966 (สอดคล้องดีมาก) และ TLI เท่ากับ 0.955 (สอดคล้องดีมาก)

จากการตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย กับข้อมูลเชิงประจักษ์ในครั้งแรก มีค่าสถิติดังนี้ 2= 591.15, df = 110, 2/df = 5.37, RMSEA = 0.084, SRMR = 0.041, CFI = 0.94 และ TLI = 0.92 โดยพบว่าค่าสถิติที่เป็นไปตามที่กำหนด คือ SRMR, CFI และ TLI ส่วนค่าสถิติ 2/df = 5.37 มากกว่า 5 และ ค่า RMSEA มากกว่า 0.05 แสดงว่าตัวแบบยังไม่สอดคล้องกลมกลืมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงได้ปรับแบบจำลองตามคำแนะนำ โดยพิจารณาจากข้อมูลดัชนีการปรับเปลี่ยนแบบจำลอง (Modification Indices) และคำนึงถึงเหตุผลเชิงทฤษฎี จากนั้นจึงทำการปรับแต่ละพารามิเตอร์โดยยินยอมให้ผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นให้ความคลาดเคลื่อนสัมพันธ์กันได้ และหยุดปรับเมื่อค่าสถิติได้ตามเกณฑ์มีความสอดคล้องกลมกลืนของตัวแบบ จนได้ตัวแบบสุดท้ายที่ทำให้ค่าสถิติ 2/df= 3.66, RMSEA = 0.066, SRMR = 0.033, CFI = 0.966 และ TLI = 0.955 แสดงว่าตัวแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกลมกลืมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริศักดิ์ พรมแพน (2554, น. 105-106) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่าค่าสถิติในตัวแบบครั้งแรกยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์กล่าวคือมีค่าสถิติ2/df= 2.49 มากกว่า 2 ส่วน RMSEA = 0.064 และ SRMR = 0.060 มากกว่า 0.05 ผู้ศึกษาจึงได้ปรับแบบจำลองตามคำแนะนำ โดยพิจารณาจากข้อมูลดัชนีการปรับเปลี่ยนแบบจำลอง และคำนึงถึงเหตุผลเชิงทฤษฎี จากนั้นจึงทำการปรับแต่ละพารามิเตอร์โดยยินยอมให้ผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นให้ความคลาดเคลื่อนสัมพันธ์กันได้ และหยุดปรับเมื่อค่าสถิติได้ตามเกณฑ์ มีความสอดคล้องกลมกลืนของตัวแบบ จนได้ตัวแบบสุดท้าย ที่ทำให้ค่าสถิติ 2/df= 1.62 (น้อยกว่า 2), RMSEA = 0.039 (น้อยกว่า 0.05), SRMR = 0.044 (น้อยกว่า 0.05), CFI = 0.97(มากกว่า 0.90), AGFI = 0.94 (มากกว่า 0.90), GFI = 0.97 (มากกว่า 0.90)และ CN = 355.39 (มากกว่า 200) อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ทางด้วยสถิติดังกล่าวผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ต่างชนิดกันทำให้ได้ค่าสถิติที่แสดงผลออกมาไม่เหมือนกันในบางค่าแต่มีความสอดคล้องกันคือผลออกมาครั้งแรกแบบจำลองเชิงสมมติฐานยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ผู้วิจัยต้องทำการปรับแบบจำลองตามคำแนะนำของโปรแกรมสำเร็จรูปก่อนจนได้ค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์ จึงทำให้แบบจำลองสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

5.2.2.2 ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทุกตัวมีอิทธิพลโดยรวมที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เพราะปัจจัยที่นำมาศึกษาทุกตัวเกิดจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นสภาพความเป็นจริงในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งตรงกับแนวคิดการสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้ทฤษฎีจากฐานราก (The Research Conceptual Framework Establishment by the Grounded Theory) ของสัญญา เคณาภูมิ (2558, น. 93-103) ที่ต้องรวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้องซึ่งเริ่มพัฒนาเนื้อหาสาระเป็นกรอบแนวคิดจากการศึกษาจากปรากการณ์ (Phenomena)โดยการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่วิจัย จากนั้นทำการพัฒนาด้วยวิธีการที่หลากหลายเริ่มต้นจากวิธีการคิดเชิงเหตุผล ใช้การศึกษานำร่อง (Pilot Study) ในพื้นที่วิจัยซึ่งเป็นการพัฒนากรอบแนวคิดจากทฤษฎีฐานราก พร้อมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้มีประสบการณ์ด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยวิธีการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) แล้วทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อหาความลงตัวของเนื้อหาสาระ และทำการตรวจสอบกรอบความคิดให้มีความน่าเชื่อมากยิ่งขึ้นโดยวิธีการ บูรณาการระเบียบวิธีที่หลากหลายให้สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นในด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ในปัจจัยทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านศักยภาพบุคคล 2) ด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3) ด้านการจัดการสุขภาพ และ 4) ด้านการสนับสนุนทางสังคม ผลการทดสอบสมมติฐานที่กล่าวว่าปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นมากที่สุดคือ ปัจจัยปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ (0.422) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล (0.293) และปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (0.227) ตามลำดับ และตัวแปรทั้งหมดในตัวแบบสามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 76.30 สอดคล้องกับการศึกษาของศิริศักดิ์ พรมแพน (2554, น.106-109) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 3 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล (0.75) ปัจจัยด้านการสนับสนุน (0.49) และปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (0.32) ซึ่งปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานคือ ปัจจัยด้านบุคคล มี 3 ตัวแปร คือ ความรู้เรื่องเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และภาวะอารมณ์ปัจจัยด้านสนับสนุนมี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชนปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มี 4 ตัวแปรได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตัวแปรทั้งหมดในตัวแบบสามารถอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยประสิทธิผลในการป้องกันและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ ร้อยละ 68.00 สอดคล้องกับสมจิตร พรมแพน (2557, น.116-118) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านการสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดมากที่สุด คือ เจตคติต่อโรคเบาหวาน รองลงมาคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ การจัดการด้านอารมณ์และความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมของครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ยา และการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข ปัจจัยทั้ง 10 ตัวแปร มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 92.00 เช่นเดียวกับสุริยา ภูยี่หวา (2556, น.204) ที่ศึกษารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปหาน้อยคือ ภาวะอารมณ์และความเครียด มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.45 รองลงมาคือความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แรงจูงใจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.37, 0.30, -0.19, -0.06 และ -0.02 ตัวแปรทั้งหมดในตัวแบบสามารถอธิบายความแปรปรวนของผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ ร้อยละ 69.00 และเมื่อพิจารณาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่าปัจจัยทุกตัวมีอิทธิพลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมจากมากไปหาน้อย คือปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (0.791) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ (0.422) ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล (0.390) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (0.389) ผู้วิจัยได้นำทั้ง 4 ปัจจัยมาอภิปรายผล ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นสูงที่สุด (0.791) เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีส่วนสำคัญที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ 3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง 5)พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษาและการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ และ6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย (กฎกระทรวง การแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข,2560, มิถุนายน 14) นอกจากนี้แล้วสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัด คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด และดูแลประชาชนส่วนใหญ่ของจังหวัด มีสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้บังคับบัญชาซึ่งมีบทบาทหน้าเป็นผู้นำองค์กร และยังทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธานคณะกรรมการ มีหัวหน้าส่วนราชการ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนองค์กรวิชาชีพ ผู้นำชุมชน และผู้ทรงคุณวุฒิเป็นคณะกรรมการ รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนตามสภาพปัญหาของแต่ละอำเภอ ที่เน้นกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขยะ สิ่งแวดล้อม ให้ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการของรัฐ ซึ่งในปี 2560 จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการใน 7 อำเภอ และขยายครอบคลุมทุกอำเภอในปี 2561 **(เอชโฟกัส**, 2017) เมื่อจังหวัดขอนแก่นมีการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอครบทุกอำเภอในกระบวนการบริหารจัดการปัจจัยนำเข้า (Input factor) หรือ ทรัพยากรทางการจัดการ (Management Resource) มีกระบวนการจัดการ (Management Process) มีผลผลิตของการจัดการ (Management Output) มีผลลัพธ์ของการจัดการ (Management Outcome) และมีข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (สัญญา เคณาภูมิ, 2560,น.255) แล้วจะทำให้การจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับลาวรรณ์ ห้วยหงษ์ทอง (2552, น.71-73) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลำทหาร ตำบลบ้านเก่า อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (A – I-C) และใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) บูรณาการเข้ากับทฤษฏีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง และแรงจูงใจในด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองและแรงจูงใจในด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายภายหลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองและภายหลังการทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงที่ต้องควบคุมลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาจัดทำแผนงาน/โครงการการดำเนินงานตามแผนและติดตามประเมินผล นับเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและรูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาอื่นๆได้สอดคล้องกับ พรพิมล พันทะสา (2557,น.59-60) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาลเนิ้ง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่าผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังด้วยตนเองหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าลดลงน้อยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยสรุปจากการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการเฝ้าระวังด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพทำให้กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีการรับรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคดีขึ้นโดยเน้นการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารการออกกำลังกายและการเฝ้าระวังตนเองอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับกรรณิการ์ คลื่นแก้ว (2557) ที่ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยครอบครัว ชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีกระบวนการ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) ค้นหาแกนนำ 3) การสร้างความตระหนักรู้ 4) จัดเวทีให้แกนนำทุกระดับร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ 5) การจัดทำแผนปฏิบัติการและวางแผนการดำเนินงาน 6) การนำแผนงานไปปฏิบัติ 7) การประเมินผล กระบวนการดังกล่าวทำให้การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหารด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการรักษาโรคและด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังการพัฒนามีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.01) ผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดี (80-120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร้อยละ 55 การมีส่วนร่วมของแกนนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.01) ผลสำเร็จจากการวิจัยครั้งนี้เกิดจากการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาของครอบครัว ชุมชนร่วมกันจัดกิจกรรมแก้ปัญหาในชุมชนทุกกระบวนการอย่างต่อเนื่อง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนด้านงบประมาณสอดคล้องกับปภาดา ชมพูนิตย์ (2557, น.147-152) ที่ศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าประชาชนวัยทำงานมีความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังสูง เพราะนิยมดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง แต่ในขณะเดียวกันชุมชนมีศักยภาพที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์เพื่อสร้างสรรค์ เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะเนื่องจากมีความพร้อมทั้งด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม การประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีความหลากหลายของพืชสมุนไพรในครัวเรือนและชุมชนค่อนข้างมีความเข้มแข็ง ในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในพื้นที่ศึกษาจึงเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินรูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ รูปแบบการจัดกิจกรรมประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ กิจกรรมจัดทำแผนกลยุทธ์ การพัฒนาสุขภาวะของชุมชน กิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพชุมชน ในการจัดสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ กิจกรรมสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาวะและกิจกรรมการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่องรูปแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ศึกษา ผ่านเวทีการประชาคมและมีการประเมินรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญมีความเหมาะสมในระดับมากผลการประเมินจากนำรูปแบบกิจกรรมสร้างสรรค์ไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่า มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังทั้งค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) และผลการตรวจระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปกติ 100 เปอร์เซ็นต์ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.01) หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายที่ถูกวิธี ทำให้ไม่มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้รูปแบบ พบว่าอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ผลการดำเนินกิจกรรมทำให้เกิดชุมชนและตำบลต้นแบบของการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ มีศูนย์การเรียนรู้และพัฒนาการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ในตำบล มีการขยายผลการนำรูปแบบไปใช้เพิ่มในชุมชนจำนวน 10 หมู่บ้าน ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของรูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ ได้แก่ ชุมชนมีความเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีกลไกสนับสนุนในการดำเนินงาน การติดตามและประเมินผล ตลอดจนกิจกรรมของรูปแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริง ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาที่บูรณาการกับการทำแผนงานขององค์กรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษาและภาคี

จึงกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วย นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ก่อให้เกิดประสิทธิผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ในพื้นที่ดำเนินการวิจัย ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่นหากได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อมในด้านการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพแล้วจะทำให้ปัญหาโรคเบาหวานในจังหวัดได้รับการแก้ไขบรรลุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

2. ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นเป็นอันดับสอง (0.422) เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นจะประสบผลสำเร็จได้นอกเหนือจากปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแล้ว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานซึ่งประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์สอดคล้องกับศัลย์ หัวใจศิลป์ (2553) กล่าวว่าการจัดการสุขภาพ หมายถึง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างสิ้นเชิงด้วยการออกกำลังกาย การโภชนาการ การพักผ่อนที่พอเพียง และการจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบ ซึ่งแต่ละบุคคลต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ 1) แผนและตัวชี้วัด 2) วินัยตนเอง 3) วินัยกลุ่ม และ 4) กัลยาณมิตร โดยที่สิ่งที่สำคัญมากที่สุด คือวินัยตนเอง (Self Discipline) สอดคล้องกับกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556, น.2) ได้ให้แนวคิดการจัดการสุขภาพปัญหาสาธารณสุขทำให้เกิดปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพมีสาเหตุมาจากพันธุกรรม เศรษฐกิจ การเมือง (Non-behavioral Cause) เป็นต้น และสาเหตุมาจากพฤติกรรมโดยตรง (Behavioral Cause) เช่น พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งต้องดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ดังนั้นในการจัดการปัญหาโรคเบาหวาน หรือการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจึงต้องควบคุมปัจจัยดังที่กล่าวมา สอดคล้องกับสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560) ที่กล่าวถึงสาเหตุที่สำคัญของโรคเบาหวานหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ความอ้วน (ไม่ควบคุมอาหาร หรืออร่อยเกิน) ขาดการออกกำลังกาย (อยู่อย่างสบาย) ไม่ความคุมอารมณ์และความเครียด (เอาแต่ใจเกิน) การสูบบุหรี่ และดื่มสุราเป็นประจำ หรือ 3 อ. 2 ส. สอดคล้องกับคณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (2557, น.29) ได้กล่าวถึง แนวคิดในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นการปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย และออกกำลังกายที่เหมาะสมร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีคือ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ควรทบทวนเป็นระยะเมื่อการควบคุมไม่เป็นไปตามเป้าหมายหรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กลุ่มเสี่ยงสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเพศและวัย และการดูแลด้านอารมณ์และความเครียดโดยแนวทางในการให้คำแนะนำการควบคุมอาหารเพื่อให้สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ สัดส่วนของสารอาหารได้สมดุลในปริมาณที่พอเหมาะเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต และน้ำหนักตัว รวมทั้งป้องกันโรคแทรกซ้อนปรับให้เหมาะกับแบบแผนการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคล โดยอิงอาหารประจำถิ่นความชอบค่านิยมและความเคยชินและให้เห็นถึงประโยชน์และผลเสียของอาหารที่จะเลือกบริโภคโดยนำไปปรับเลือกเมนูในแต่ละวันได้อย่างพึงใจไม่รู้สึกว่าถูกบีบบังคับและสามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่องสอดคล้องกับ คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (2557, น.33-35) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานควรออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อสุขภาพที่ดี และยังได้ประโยชน์ในการควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือดความดันโลหิต รวมทั้งน้ำหนักตัว นอกจากนี้ยังทำให้ผ่อนคลายลดความเครียดความกังวลได้การมีกิจกรรมทางกาย เช่น ทำงานบ้าน ขุดดิน ทำสวน เดินอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 10 นาทีเท่ากับการออกกำลังกายระดับเบาถึงระดับหนักปานกลางได้ ขึ้นกับการใช้แรงในแต่ละกิจกรรม ซึ่งวิธีการควรเหมาะสมกับเพศ และวัย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน หรือวิธีอื่นใด สอดคล้องกับ ADA. (2009, p.S26) ที่กล่าวถึงระยะเวลาในการออกกำลังกายต้องอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที หรือ 150 นาทีต่อสัปดาห์สอดคล้องกับ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558,น.14-15) ที่กล่าวถึงการจัดการความเครียดหมายถึงความสามารถในการป้องกันและจัดการความเครียดตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์รอบข้างด้วยการที่สามารถเลือกวิธีการจัดการความเครียดวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสมกับสุขภาพสมรรถภาพทางกายและวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน กิจกรรมบันเทิง (ดูหนังฟังเพลง) การนั่งสมาธิ การนวดไทย มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นทั้งในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หรือชุมชนอย่างสม่ำเสมอและเพียงพอที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายและป้องกันโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพได้ ซึ่งการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์จะส่งผลที่ดีต่อตนเองครอบครัวและสังคมในด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานนั้นมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ดังนี้

ทรรศนีย์ สิริวัฒนพรกุล นงนุช โอบะ และสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา (2550,น.63-65) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สอดคล้องกับศิริศักดิ์ พรมแพน (2554, น.107) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยด้านด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมี 4 ตัวแปร ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเอง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีผลต่อประสิทธิผลการป้องกันและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สอดคล้องกับสมจิตร พรมแพน (2557, น.117) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดมากที่สุด ได้แก่ การจัดการอารมณ์และความเครียด รองลงมาคือ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ตามลำดับสอดคล้องกับ เดวิดและคณะ (1996, อ้างถึงใน อรุณี ศรีนวล, 2548, น. 37)ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แอฟริกัน-อเมริกัน อยู่ในเขตชุมชนเมือง โรงพยาบาลในท้องถิ่น ใช้หลักการกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย (Metabolic)ในการควบคุมได้ดีขึ้น ระดับ HbA1c ลดลง และสอดคล้องกับ โคคา ทูบา ทูเล และคณะ (2016, น. 46) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแอโรบิคต่อระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนและหลังการรักษา (p <0.05) สรุปได้ว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคแบบเข้มสูง (ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ๆ 4 ครั้ง ในแต่ครั้งใช้เวลานาน 45 นาที) มีผลในเชิงบวกต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จึงกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และความเครียด มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ควรมีการพัฒนาปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นให้เป็นกลุ่มปกติต่อไป

3. ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลต่อโดยรวมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นเป็นอันดับที่สาม (0.390) เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จะประสบผลสำเร็จได้นอกจากปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานแล้วยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะอารมณ์และความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (2557, น.21- 22) ได้กล่าวว่าการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานวิธีการดูแลรักษาโรคเบาหวานสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานได้ ผลลัพธ์ของการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง และเพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต้องมีความเชื่อสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่ง National Cancer Institute (2005, pp. 13 - 14) กล่าวถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และ6) การรับรู้ความสามารถของตนเองและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต้องมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งAjzen (1991, pp. 171 - 211) ได้กล่าวว่าองค์ประกอบความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งร่วมกันส่งผลต่อความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม นอกจากนี้แล้วประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต้องมีภาวะอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสมจึงจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับศิริศักดิ์ พรมแพน (2554, น. 32) และจำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช (2545, น. 183) ได้กล่าวว่ามีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดไม่ดีในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเผชิญกับความเครียดเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากฮอร์โมนของร่างกายที่หลั่งออกมาเพื่อตอบสนองต่อความเครียด โดยฮอร์โมนบางชนิดมีส่วนไปต่อต้านการตอบสนองต่ออินซูลินทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูง และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคทางจิตเวชจะควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ไม่ดี ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้บ่อย

มีงานวิจัยที่ศึกษาและพบว่าปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานดังนี้

ศิริศักดิ์ พรมแพน (2554, น.107) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วยความรู้เรื่องเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และภาวะอารมณ์และความเครียด มีผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับ สุริยา ภูยี่หวา (2556, น. 157) ศึกษารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ พบว่าปัจจัยภาวะอารมณ์และความเครียดมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในจังหวัดบึงกาฬ สอดคล้องกับ สมจิตร พรมแพน (2557, น. 117) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ การจัดการด้านอารมณ์และความเครียด การรับรู้ความสามารถของตน มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะอารมณ์และความเครียดมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาปัจจัยด้านศักยภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นกลับกลายเป็นกลุ่มปกติมีสุขภาพที่ดีต่อไป

4. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

จากผลการวิจัยพบว่า ด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นเป็นอันดับที่สี่ (0.389) รองจากปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปัจจัยการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และปัจจัยด้านศักยภาพบุคคล เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จะประสบผลสำเร็จได้นอกจากปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ และปัจจัยด้านศักยภาพบุคคลแล้วยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมจากบุคคลในครอบครัว ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งศิริศักดิ์ พรมแพน (2554, น.46 - 49) และสมจิตร พรมแพน (2557, น. 37 - 44) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมได้ถูกนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ต่อมาได้มีผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการที่ให้คนไข้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการรักษาโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง การให้คนไข้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น การนำกลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ขยายออกไปอีกในแง่ของพฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว ส่วนการสร้างการมีส่วนร่วมนั้นชัยณรงค์ สุระชัยปัญญา และคณะ (2545, น. 10 - 11)ได้กล่าวถึงกระบวนสร้างการมีส่วนร่วมว่าเป็นการเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือกลุ่มบุคคลองค์กรในการร่วมคิดร่วมทำร่วมใช้ประโยชน์ เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งการออกแบบในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อหาวิธีที่เหมาะสม และการวางแผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล ตลอดจนความคาดหวังของสาธารณชนที่มีต่อกระบวนการหรือการพัฒนานั้น

มีงานวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานดังนี้

จุฑามาศ ยอดเรือน (2549) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการประเมินระดับน้ำตาลก่อนและหลังการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองร่วมกับญาติ 3 กิจกรรม คือการจัดกิจกรรมที่ให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งกิจกรรมการควบคุมอาหาร กิจกรรมการออกกำลังกายและการดูแลเท้า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการตรวจพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยของญาติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบสอดคล้องกับ กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ (2551, น. 84) ที่ศึกษาการปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปะคำจังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ทีมสหวิชาชีพ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้งในแต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นสอดคล้องกับ วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2551, น. 72 - 73) ที่ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า ก่อนศึกษาโครงการผู้ป่วยรับรู้โรคเบาหวานว่าเป็นโรคเกิดจากกรรมพันธุ์ ความเสื่อมของร่างกาย เนื่องจากอายุมาก เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เป็นโรคเรื้อรัง สังคมไม่รังเกียจ มีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย ไม่รุนแรง แต่ถ้ารุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทาน ซื้อยารับประทานเอง หยุดยาเอง และมีภาวะเครียดสูง ผลจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มี 15 กลวิธี ประกอบด้วย 5 ส. จากฝ่ายพยาบาล ได้แก่ สัมพันธภาพ สื่อสารความรู้และทักษะ สิ่งแวดล้อม สมดุลด้านจิตใจและอารมณ์สนับสนุน และสืบสาน 5 ต. จากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ตระหนัก ตั้งใจ ตั้งต้น ตั้งสติ ต่อเนื่อง และ 5 อ. จากญาติผู้ป่วย ได้แก่ เอื้ออาทร อ่อนรสชาติ ออกกำลังกาย ออกความคิดเห็น อุเบกขา ภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน มีการควบคุมชนิดและปริมาณอาหารได้ถูกต้องและต่อเนื่องดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้ มีประสิทธิภาพขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดบนฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เน้นความเป็นหุ้นส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล ภายใต้บรรยากาศของการดูแลแบบองค์รวมสอดคล้องกับศิริศักดิ์ พรมแพน (2554, น.108) พบว่าปัจจัยปัจจัยด้านสนับสนุนมี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับสมจิตร พรมแพน (2557, น. 117) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชน และการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด สอดคล้องกับ เดวิด และคณะ (1996, อ้างถึงใน อรุณี ศรีนวล, 2548, น. 37) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แอฟริกัน-อเมริกัน อยู่ในเขตชุมชนเมือง โรงพยาบาล ในท้องถิ่น ทำการศึกษาไปข้างหน้าระยะเวลา 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลที่ไม่ต้องมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แต่ให้การดูแลขั้นปฐมภูมิโดยพยาบาล นักโภชนาการ ตัววัดผลคือ ระดับน้ำตาลในฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ระดับน้ำตาลในพลาสมา และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องใช้ยาในการรักษาสามารถใช้หลักการกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย (Metabolic)ในการควบคุมได้ดีขึ้น ระดับ HbA1c ลดลง ในการเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมน้ำหนักได้กับผู้ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้และสอดคล้องกับ จูเลียนา และคณะ (Juliana, 2008) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่าร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และร้อยละ 3.6 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ 3 อย่าง คือ ความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท แอลดีแอล-คอเลสเตอรอล น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) น้อยกว่า 7% และจากการศึกษาพบว่า ในประเทศกำลังพัฒนา ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องเบาหวาน แพทย์รักษา และทีมที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและระบบสุขภาพ มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

จึงกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพในประชาชนกลุ่มป่วย และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ได้รับการสนับสนุนในการแก้ไขปัญหากลับกลายเป็นกลุ่มปกติต่อไป

5.2.3 วัตถุประสงค์ข้อ 3 เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

5.2.3.1 การสร้างสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

การสร้างรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกระบวนการสร้างรูปแบบพัฒนา 3 ขั้นตอน เริ่มจากการศึกษาสภาพของพื้นที่ในการวิจัย เป็นการศึกษาสภาพการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น และศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ด้วยการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ข้อง และเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 613 คนหลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ที่ผ่านการวิเคราะห์ทางสถิติ มาสร้างรูปแบบพัฒนาด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แล้วจึงนำรูปแบบพัฒนาที่ได้ทำการยืนยันรูปแบบด้วยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง (Critical Incident Technique) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับแนวคิดของวาโร เพ็งสวัสดิ์ (2553, น. 1 - 15) ที่แบ่งการพัฒนารูปแบบออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และการตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้ 1) การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อนเป็นรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis Model) โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยอาจจะศึกษารายกรณีหน่วยงานที่ดำเนินการในเรื่องนั้น ๆ ได้เป็นอย่างดีซึ่งผลการศึกษาจะนำมาใช้กำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยหลักการของเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ ซึ่งโดยทั่วไปการศึกษาในขั้นตอนนี้จะมีขั้นตอนย่อย ๆ 3 ประการ คือ 1.1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นร่างกรอบความคิดการวิจัย และ 1.2) การศึกษาจากบริบทจริงในขั้นตอนนี้อาจจะดำเนินการได้หลายวิธี เช่น การศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินการในปัจจุบันของหน่วยงาน โดยศึกษาความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ซึ่งวิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น การศึกษารายกรณี (Case Study) หรือพหุกรณีหน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จ หรือมีแนวปฏิบัติที่ดีในเรื่องที่ศึกษา เพื่อนำมาเป็นสารสนเทศที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบ และการศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิวิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นต้น 1.3) การจัดทำรูปแบบ โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะใช้สารสนเทศที่ได้ในข้อ 1.1) และ 1.2) มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบความคิดการวิจัยเพื่อนำมาจัดทำรูปแบบ อย่างไรก็ตามในงานวิจัยบางเรื่องนอกจากจะศึกษาตามขั้นตอนที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยยังอาจจะศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) หรือการสนทนากลุ่ม ในการพัฒนารูปแบบก็ได้ และ 2) การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบหรือการยืนยันรูปแบบเป็นการดำเนินการภายหลังที่ได้พัฒนารูปแบบในขั้นตอนแรกแล้ว จำเป็นที่จะต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบดังกล่าว เพราะรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ถึงแม้จะพัฒนาโดยมีรากฐานจากทฤษฎีแนวความคิดรูปแบบของบุคคลอื่นและผลการวิจัยที่ผ่านมา แต่ก็เป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมหรือไม่เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังหรือไม่การเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริงหรือทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริงจะช่วยให้ทราบอิทธิพลหรือความสำคัญขององค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรต่างๆ ในรูปแบบผู้วิจัยอาจจะปรับปรุงรูปแบบใหม่โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบ ซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ทั้งนี้การทดสอบรูปแบบจำเป็นต้องอาศัยการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพราะการทดสอบรูปแบบในบางเรื่องไม่สามารถกระทำได้โดยข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยการประเมินค่าพารามิเตอร์ของรูปแบบ หรือการดำเนินการทดสอบรูปแบบด้วยวิธีการทางสถิติได้ เพราะงานวิจัยบางเรื่องนั้นต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการได้ตัวเลขแล้วสรุป ซึ่งสอดคล้องกับ Eisner (1976, pp. 192 - 193) ที่ได้เสนอแนวคิดของการทดสอบหรือประเมินรูปแบบโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีแนวคิดดังนี้ 1) การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจะเน้นการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะในประเด็นที่ถูกพิจารณาซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวโยงกับวัตถุประสงค์หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไป แต่อาจจะผสมผสานกับปัจจัยต่าง ๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตามวิจารณญาณของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ได้ ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน 2) รูปแบบการประเมินที่เป็นความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) ในเรื่องที่จะประเมิน โดยพัฒนามาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ(Art Criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้งและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากเป็นการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องวัดใดๆ และต้องใช้ความรู้ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริง แนวคิดนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในทางการศึกษาระดับสูงมากขึ้น ทั้งนี้เพราะเป็นองค์ความรู้เฉพาะสาขาผู้ที่ศึกษาเรื่องนั้นจริง ๆ จึงจะทราบและเข้าใจอย่างลึกซึ้งดังนั้นในวงการศึกษาจึงนิยมนำรูปแบบนี้มาใช้ในเรื่องที่ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะ 3) รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคลคือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมินโดยให้ความเชื่อถือว่าผู้ทรงคุณวุฒินั้นเที่ยงธรรม และมีดุลพินิจที่ดีทั้งนี้มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่าง ๆ นั้น จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒินั้นเอง และ 4) รูปแบบที่ยอมให้มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิตามอัธยาศัย และความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะนำมาพิจารณาการบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการการเก็บรวบรวมข้อมูลการประมวลผลการวินิจฉัยข้อมูลตลอดจนวิธีการนำเสนอ ทั้งนี้จากผลการวิจัยในระยะที่ 2 ได้รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 ด้าน 14 ประเด็น และ 93 แนวทางการพัฒนาโดยเป็นการนำเอาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมากำหนดแนวทางการพัฒนาเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น มีจำนวน 4 ด้าน14 ประเด็น และ 93 กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้ 1) รูปแบบการพัฒนาด้านการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 3 ประเด็นคือ 1) การพัฒนาด้านการควบคุมอาหาร มี 10 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาด้านการออกกำลังกาย มี 7 กิจกรรมการพัฒนา และ 3) การพัฒนาด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด มี 7 กิจกรรมการพัฒนา 2) รูปแบบการพัฒนาด้านศักยภาพของบุคคลมีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 4 ด้าน คือ 1) การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 5 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมี 6 กิจกรรมการพัฒนา 3) การพัฒนาความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 3 กิจกรรมการพัฒนา และ4) การพัฒนาด้านอารมณ์และความเครียดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 6 กิจกรรมการพัฒนา 3) รูปแบบการพัฒนาด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 4 ด้าน คือ 1) การพัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพเพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี4กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 7 กิจกรรมการพัฒนา 3) การพัฒนาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมี 7 กิจกรรมการพัฒนา และ 4) การพัฒนาการได้รับการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมี 7 กิจกรรมการพัฒนา และ 4) รูปแบบการพัฒนาด้านการสนับสนุนทางสังคมมีประเด็นในการพัฒนา จำนวน 3 ด้าน คือ 1) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 5 กิจกรรมการพัฒนา 2) การพัฒนาความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 8 กิจกรรมการพัฒนา และ 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มี 11 กิจกรรมการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริศักดิ์ พรมแพน. (2554, น. 136) ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 13 กิจกรรม ดังนี้ 1) ด้านการสนับสนุนทางสังคม 9 กิจกรรม ได้แก่ การจัดให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล การจัดกิจกรรมออกกำลังกายและคลายความเครียดในคลินิกเบาหวาน การให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน การจัดให้มีนักจัดการเบาหวานและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข การเยี่ยมทางโทรศัพท์ การแจกกล่องยาเตือนใจ และกระเป๋ายาพาสุข และการจัดระบบการให้บริการและสร้างศูนย์ความรู้ชุมชน สอดคล้องกับ ชลิดา ไชยศิริ (2554, น. 47 - 47) ที่ศึกษารูปแบบการส่งเสริมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยกลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงตนเองโดยใช้แบบประเมิน 6 ข้อ (1. อายุเกิน 35 ปี 2.ประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน 3. ประวัติเป็นคนมีความดันโลหิตสูง 4. น้ำหนักตัวเกิน หมายถึง ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 kg/ m2 5. เอวเกินหมายถึงหญิงไม่เกิน 80 ซม.และ ชายไม่เกิน 90 ซม. 6. ประวัติการคลอดบุตรมีน้ำหนักเกิน 4 kg) เป็นการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยการช่างน้ำหนักตนเองทุกสัปดาห์ รวมถึงจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันทุกเดือน 2) การสื่อสารเตือนภัย โดย อสม. แกนนำเคาะประตูบ้านกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทุกสัปดาห์ เพื่อเตือนให้มีกิจกรรมทางกาย และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารต้องห้าม (หวาน มัน เค็ม) และส่งเสริมการรับประทานผัก ผลไม้พื้นบ้าน 3) โครงการ “วันนี้ขยับร่างกายกันเถอะ” ด้วยการค้นหาวิธีการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกายที่กลุ่มเสี่ยงมีความถนัดหรือชอบ และให้จัดตั้งกลุ่มกิจกรรม ได้แก่ กลุ่มเต้นแอโรบิค กลุ่มปั่นจักรยาน กลุ่มเดิน/วิ่ง กลุ่มเตะตระกร้อ และจัดให้มีการแข่งขันเพื่อหาที่สุดของการออกกำลังกายและการเรียนรู้สิ่งดี ๆ ซึ่งกันและกัน รวมทั้งการแจกรางวัลทุกเดือน ทุก 3 เดือน 4) โครงการ “บุคคลต้นแบบ” โดยการจัดให้มีการประกวด 3 ครั้ง เพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ 5) ส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษ เพื่อใช้ปรุงอาหารเองในครอบครัวรวมถึงการเลือดซื้ออาหารที่ปลอดภัย (ฉลาดซื้อ) สอดคล้องกับ สุริยา ภูยี่หวา (2556, น. 204) ที่ศึกษารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 9 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2) กิจกรรมการอบรมเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ 3) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียด 4) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องเจตคติต่อโรคเบาหวาน 5) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องแรงจูงใจด้านสุขภาพ 6) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 7) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 8) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และ 9) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสอดคล้องกับสมจิตร พรมแพน (2557, น. 141 - 142) ซึ่งศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมพลังจิตกับกลุ่มเป้าหมาย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ “คู่หูรู้ใจ ต้านภัยเบาหวาน” และการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สัญจรในประเด็น “แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู้เบาหวาน” 2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุก มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 1 กิจกรรม คือ การเยี่ยมบ้าน โดย ผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เครือข่ายมิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อนและนักจัดการเบาหวาน และ 3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสื่อนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่ความตระหนัก มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน1 กิจกรรม คือ การแจกกระเป๋าผ้าพาสุขภาพดี และสอดคล้องกับ ใจเพชร กล้าจน (2558) ศึกษาวิจัยเรื่อง “จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ” นี้เป็นการศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน ระหว่างการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา (Ethnography Research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) พบว่า 1) การแพทย์วิถีพุทธ เป็นการนำเอาจุดดีของการดูแลสุขภาพของแต่ละชาติพันธุ์ ได้แก่ วิทยาศาสตร์การดูแลสุขภาพทั้ง 4 แผน คือ แผนปัจจุบัน แผนไทย แผนทางเลือกและแผนพื้นบ้าน รวมกับหลัก 8 อ. เพื่อสุขภาพที่ดีของสถาบันบุญนิยม มาบริหารจัดการองค์ความรู้ประยุกต์ผสมผสานบูรณาการด้วยหลักธรรมของพุทธศาสนา และปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันได้เผยแพร่องค์ความรู้กระจายไปสู่บุคคล กลุ่มคนหรือหน่วยงานทั้งในและต่างประเทศ โดยมีจุดเด่นที่เน้นการสร้างสุขภาวะ แก้ไขหรือลดปัญหาสุขภาพที่ต้นเหตุ โดยใช้สิ่งที่ประหยัดที่สุด แต่ให้เกิดประโยชน์สูงที่สุด ด้วยวิธีที่เรียบง่าย ได้ผลรวดเร็ว สามารถพึ่งพาตนเองได้ใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลัก ประยุกต์เข้ากับวิถีชีวิตได้ และมีความยั่งยืน โดยสามารถสร้างความเป็นพุทธะในตนไปพร้อม ๆ กับการเกื้อกูลมวลมนุษยชาติ ด้วยการสานพลังกับหมู่มิตรดี ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี เหมาะสมอย่างยิ่งกับการสร้างสุขภาวะ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ณ สภาพเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ย่ำแย่ในปัจจุบัน โดยสร้างความเป็นพุทธะในตนไปพร้อม ๆ กับการเกื้อกูลมวลมนุษยชาติ ด้วยการสานพลังกับหมู่มิตรดี สหายดี ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี แต่ละชาติพันธุ์สามารถพึ่งตนในการสร้างสุขภาวะ และสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้เอื้อเฟื้อเกื้อกูลให้ผู้อื่นได้สร้างสุขภาวะต่อไป เป็นการใช้วิธีการแนวชาติพันธุ์วรรณนาในการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชน เพื่อมวลมนุษยชาติ 2) รูปแบบจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธนานาชาติพันธุ์เพื่อมวลมนุษยชาติ จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธจะให้ความสำคัญกับเทคนิคการปรับสมดุลร้อนเย็น หรือเทคนิคการดูแลสุขภาพตามหลักการแพทย์วิถีพุทธในอันดับแรก คือ เทคนิคข้อ 8 ใช้ธรรมะ ละบาป บำเพ็ญบุญกุศล ทำจิตใจให้ผ่องใส คบมิตรดี สร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี ในประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการเป็นจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธ อันดับแรก คือ การอยากช่วยผู้อื่นให้พ้นทุกข์ อยากทำความดี อยากส่งต่อสิ่งดี ๆ ในส่วนของปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ในการพึ่งตนและช่วยเหลือผู้อื่นให้มีสุขภาวะที่ดี ตามหลักการแพทย์วิถีพุทธ สิ่งสำคัญอันดับแรก คือ การปฏิบัติธรรม ลด ละ เลิกบาป บำเพ็ญกุศล ใจเบิกบาน ไร้กังวล 3) องค์ประกอบการพัฒนาการแพทย์วิถีพุทธมีทั้งสิ้น 11 องค์ประกอบ ซึ่งนำมาสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายขยายผลชุมชนจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธ ทั้งหมด 11 นโยบายประกอบด้วย 3.1) การรู้หรือพุทธะโดยตัวอย่างหรือตัวแบบด้วยกระบวนการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ ใช้สิ่งที่ประหยัด เรียบง่าย ใกล้ตัวเป็นหลัก ทำเองได้ เพื่อดำรงชีวิตประจำวัน ช่วยสร้างศรัทธา พลังของหมู่มิตรดี สหายดี สังคมสิ่งแวดล้อมดี และพลังแห่งการเสียสละ เป็นการต่อยอดการเป็นจิตอาสา 3.2) หลักปฏิบัติหรือเทคนิคการปรับสมดุล 9 ข้อ (ยา 9 เม็ด) ทำให้อาการเจ็บป่วยทุเลา 3.3) การใช้ธรรมะตามหลักพุทธศาสตร์ ปรับสมดุลร้อนเย็น ละบาป บำเพ็ญกุศล ทำจิตใจให้ผ่องใส ส่งผลต่อการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ 3.4) แพทย์วิถีธรรม เป็นศาสตร์แพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ 3.5) สังคมสิ่งแวดล้อมสถานที่มีผลต่อสุขภาพกายใจที่แข็งแรงและผาสุก 3.6) การสื่อสารผ่านออนไลน์และสิ่งพิมพ์ต่างๆ มีอิทธิพลต่อการเผยแพร่ช่วยเหลือผู้คนและสร้างความเชื่อหรือศรัทธาในวิถีธรรมชาติ และแพทย์วิถีธรรม คือหน่วยงานสุขภาพเพื่อคุณประโยชน์แก่พุทธศาสนิกชนเป็นสำคัญ 3.7) ชื่อ อาหารสูตร “หมอเขียว” ทำให้สบาย เบากาย มีกำลัง ทุเลาอาการเจ็บป่วย 3.8) หมอที่ดีที่สุดในโลก คือ ตัวคุณเอง เป็นการเรียนรู้เพื่อพึ่งตนให้พ้นทุกข์และช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น 3.9) คุณธรรมความกตัญญูตอบแทนคุณต่อหมอผู้เสียสละ ด้วยการใช้ความรู้มาเสียสละและเกื้อกูลมนุษยชาติ 3.10) ความสุขคือเป้าหมายของการแพทย์วิถีพุทธ 3.11) อาหารปรับสมดุลมังสวิรัติรสชาติจืด ถูกใช้ประโยชน์ตั้งแต่เริ่มต้นของผู้ป่วย และอาหารพืชผักหรือสีเขียวรสชาติทั่วไป มีคุณค่าต่อการทุเลาความเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าในการรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา ประกอบด้วยการพัฒนาด้านศักยภาพบุคคลด้านการสนับสนุนทางสังคมรวมถึงการให้บริการด้านสาธารณสุขซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มรูปแบบของการศึกษาที่ผ่านมา คือ รูปแบบการพัฒนาการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งมีประเด็น การพัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาการควบคุมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้รูปแบบการพัฒนามีประสิทธิผลและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5.3.3.2 การยืนยันรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นในภาพรวมมีความสอดคล้อง (Md. = 5.00, IQR. = 0.00) มีความเหมาะสมและเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด (Md.= 5.00) ร้อยละ 96.77และอยู่ในระดับมาก (Md.= 4.50) ร้อยละ 3.23 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่นที่สร้างขึ้นในระยะที่ 2 โดยอาศัยผลการวิจัยในระยะที่ 1 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วผู้วิจัยได้ยกร่างเป็นรูปแบบการพัฒนาเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 13 คน วิพากษ์ ให้ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติมรูปแบบและประเด็นการพัฒนา แล้วผู้วิจัยจึงทำการสังเคราะห์รูปแบบขึ้นเป็นฉบับสมบูรณ์ แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 คน ตรวจสอบยืนยัน โดยการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ พบว่ามีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในระดับที่มากที่สุด ร้อยละ 96.77 ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบการพัฒนาดังกล่าวสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ 5 ด้านในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล, 2553) ซึ่งประกอบด้วย 1) นโยบายสาธารณะสร้างสุข 2) การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ 3) การพัฒนาศักยภาพ 4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรคและ 5) การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ และสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน NCD Plus (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559, น. 7, 19 - 36) ที่ประกอบด้วย 1) ทิศทางและนโยบาย 2)ระบบสารสนเทศ 3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค) และ 6) การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนจึงทำให้ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นต่อกิจกรรมการพัฒนาของรูปแบบอยู่ในระดับที่เหมาะสมและเป็นไปได้มากที่สุด (Md. =5.00) ร้อยละ 96.77 ซึ่งมีงานวิจัยที่มีการทดลองการใช้รูปแบบการพัฒนา ดังนี้

ศิริศักดิ์ พรมแพน (2554, น. 136) พบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 13 กิจกรรม ดังนี้ 1) ด้านการสนับสนุนทางสังคม 9 กิจกรรม ได้แก่ การจัดให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล การจัดกิจกรรมออกกำลังกายและคลายความเครียดในคลินิกเบาหวาน การให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน การจัดให้มีนักจัดการเบาหวานและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข การเยี่ยมทางโทรศัพท์ การแจกกล่องยาเตือนใจ และกระเป๋ายาพาสุข และการจัดระบบการให้บริการและสร้างศูนย์ความรู้ชุมชน 2) ด้านบุคคล 2 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานและปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และกิจกรรมผ่อนคลายทางด้านอารมณ์และความเครียด และ 3) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 2 กิจกรรม ได้แก่ การจัดอบรมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการติดตามและประเมินผล พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลหลังอดอาหาร น้ำตาลสะสมที่จับกับฮีโมโกลบิน คลอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันเอสดีเอล ไขมันเอลดีเอล ดัชนีมวลกาย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยค่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลหลังอดอาหารน้ำตาลสะสมที่จับกับฮีโมโกลบิน คลอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันเอสดีเอล ไขมันเอลดีเอล ดัชนีมวลกาย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม สรุปได้ว่ารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานดังกล่าวทำให้ประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น สอดคล้องกับ ชลิดา ไชยศิริ (2554, น. 82 - 88) สรุปได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยชุมชน มีส่วนร่วมและประยุกต์ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงตนเองโดยใช้แบบประเมิน 6 ข้อ (1. อายุเกิน 35 ปี 2. ประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน 3. ประวัติเป็นคนมีความดันโลหิตสูง 4. น้ำหนักตัวเกิน หมายถึง ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 kg/ m2 5. เอวเกินหมายถึงหญิงไม่เกิน 80 ซม.และ ชายไม่เกิน 90 ซม. 6. ประวัติการคลอดบุตรมีน้ำหนักเกิน 4 kg) เป็นการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยการชั่งน้ำหนักตนเองทุกสัปดาห์ รวมถึงจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันทุกเดือน 2) การสื่อสารเตือนภัย โดย อสม. แกนนำเคาะประตูบ้านกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทุกสัปดาห์ เพื่อเตือนให้มีกิจกรรมทางกาย และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารต้องห้าม (หวาน มัน เค็ม) และส่งเสริมการรับประทานผัก ผลไม้พื้นบ้าน 3) โครงการ “วันนี้ขยับร่างกายกันเถอะ” ด้วยการค้นหาวิธีการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกายที่กลุ่มเสี่ยงมีความถนัดหรือชอบ และให้จัดตั้งกลุ่มกิจกรรม ได้แก่ กลุ่มเต้นแอโรบิค กลุ่มปั่นจักรยาน กลุ่มเดิน/วิ่ง กลุ่มเตะตระกร้อ และจัดให้มีการแข่งขันเพื่อหาที่สุด (The Best) ของการออกกำลังกายและการเรียนรู้สิ่งดี ๆ ซึ่งกันและกัน รวมทั้งการแจกรางวัลทุกเดือน ทุก 3 เดือน 4) โครงการ “บุคคลต้นแบบ” โดยการจัดให้มีการประกวด 3 ครั้ง เพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และ 5) ส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษ เพื่อใช้ปรุงอาหารเองในครอบครัวรวมถึงการเลือดซื้ออาหารที่ปลอดภัย (ฉลาดซื้อ) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานได้ ภาครัฐควรสนับสนุนการดำเนินโครงการที่บูรณาการด้านการลดเสี่ยง ลดโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน สอดคล้องกับ สุริยา ภูยี่หวา (2556, น. 204 - 205) ที่ศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในจังหวัดบึงกาฬ พบว่าผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในจังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 9 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2) กิจกรรมการอบรมเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ 3) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียด 4) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องเจตคติต่อโรคเบาหวาน 5) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องแรงจูงใจด้านสุขภาพ 6) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 7) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 8) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และ 9) กิจกรรมการอบรมความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความเชื่อด้านสุขภาพ มีการผ่อนคลายความเครียด มีเจตคติต่อโรคเบาหวานมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความรู้เรื่องอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทาน มีความรู้เรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และระดับน้ำตาลโดยรวมและดีขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับสมจิตร พรมแพน (2557, น. 141 - 142) พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมพลังจิตกับกลุ่มเป้าหมาย โดยกระบวน การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ “คู่หูรู้ใจ ต้านภัยเบาหวาน” และการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สัญจรในประเด็น “แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู้เบาหวาน” 2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุก มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 1 กิจกรรม คือ การเยี่ยมบ้าน โดย ผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เครือข่ายมิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อนและนักจัดการเบาหวาน และ 3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสื่อนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่ความตระหนัก มีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ จำนวน 1 กิจกรรม คือ การแจกกระเป๋าผ้าพาสุขภาพดีพบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ระดับคลอเลสเตอรอลระดับไตรกลีเซอไรด์ระดับไขมันแอลดีแอลระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของตัวแปรดังกล่าวในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม จึงสรุปได้ว่า รูปแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดทำให้ประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น

ดังนั้นรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ที่ได้จากผลการวิจัยจึงเป็นรูปแบบพัฒนาที่ได้จากกระบวนการศึกษาอย่างเป็นระบบ ผ่านวิธีและขั้นตอนทางการวิจัยทุกประการ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา สมควรนำรูปแบบดังกล่าวไปปรับใช้ในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นให้มีประสิทธิผล เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นต่อไป

**5.3 ข้อเสนอแนะ**

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

**5.3.1 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้**

5.3.1.1 จากผลของการวิจัยพบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุ ด้านการจัดการสุขภาพ ได้แก่องค์ประกอบ อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการลดลงของระดับดัชนีมวลกาย และอัตราการลดลงของความยาวเส้นรอบเอวในระยะเวลา 3 ปี พ.ศ. 2558 – 2560 อยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยด้านศักยภาพของบุคคลของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ องค์ประกอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะอารมณ์และความเครียดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ องค์ประกอบ ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ องค์ประกอบการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงควรมีกระบวนในการพัฒนาปัจจัยและองค์ประกอบดังกล่าวให้มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อปัจจัยประสิทธิผลการจัดการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับที่ดีขึ้นต่อไป

5.3.1.2 จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าอิทธิพลโดยรวมของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น มากที่สุดได้แก่ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพ ปัจจัยด้านศักยภาพของบุคคล และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ ดังนั้นจังหวัดขอนแก่นจึงควรมีการพัฒนาทั้ง 4 ปัจจัยดังกล่าวเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นมีประสิทธิผลยิ่งขึ้นต่อไป

5.3.1.3 ข้อเสนอแนะแก่ภาครัฐ

1) ภาครัฐควรมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อย่างชัดเจนและจริงจัง

2) ภาครัฐควรออกกฎหมายการควบคุมปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน รวมถึงเครื่องดื่มประเภทที่ใช้ชงกับน้ำร้อนสำหรับดื่มไม่ให้เกิน 2 ช้อนชา

3) ภาครัฐควรจัดให้มีหลักสูตรการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในหลักสูตรการเรียนการสอนนักเรียนในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา เพื่อปลูกฝังการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม

4) ภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นการจูงใจสำหรับบุคคล หมู่บ้าน หรือชุมชนที่มีผลการดำเนินงานในระดับดีเด่นในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพื่อกระตุ้นให้ประชาชน และหมู่บ้านหรือชุมชนมีการจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น

5) ภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นการจูงใจสำหรับการไปศึกษาต่อของแพทย์ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้มีบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถดูแลสุขภาพในครอบครัวและชุมชนเพิ่มขึ้น

5.3.1.4 ข้อเสนอแนะแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

1) ควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นนักจัดการระบบการป้องกันและควบคุมเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภออย่างน้อยหน่วยงานละ 1 คน

2) ควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ครอบคลุม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และ รพ.สต. อย่างน้อยหน่วยงานละ 1 คน

3) ควรสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้มีแพทย์ลงไปทำงานในชุมชนได้เพิ่มขึ้น

**5.3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อทำการวิจัยครั้งต่อไป**

5.3.2.1 ควรศึกษาเพิ่มเติมตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้แก่ หลักการศีล 5 คำสอนของพระพุทธเจ้า ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของในหลวงรัชกาลที่ 9 รวมถึงการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่มีความประหยัดและปฏิบัติได้ง่าย รวมถึงการเพิ่มองค์ประกอบการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราในปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น

5.3.2.2 ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่นๆ ในจังหวัดขอนแก่น

5.3.2.3 ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยนำรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นลงไปทดลองปฏิบัติในอำเภอขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็กในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น