



การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี*

หทัยรัตน์ กันหาชิน พย.ม.**

เพชรไสว ล้อมตระกูล วท.ม.***

(วันรับบทความ: 19 สิงหาคม พ.ศ.2563/ วันแก้ไขบทความ: 18 กันยายน พ.ศ.2563/ วันตอบรับบทความ: 18 กันยายน พ.ศ.2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนากการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติ ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม 2562-กุมภาพันธ์ 2563

ผลการวิจัยในระยะศึกษาสถานการณ์พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลมีน้อย อสม.มีการรับรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่เพียงพอ เข้าถึงบริการล่าช้า ให้ความรู้ไม่ครอบคลุม และฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ขาดแนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้นำชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ระยะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการระดมสมอง วางแผนและดำเนินการพัฒนา มี 4 องค์ประกอบดังนี้ คือ 1) พัฒนาทักษะส่วนบุคคลโดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) ปรับการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน โดยกำหนดบทบาทของเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจนและให้ อสม.เข้ามามีส่วนร่วมในคลินิกเบาหวาน 3) พัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วย 4) จัดทำแนวทางในการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่และอสม.ให้ชัดเจน การประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้นส่งผลให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง 21 ราย ผู้ดูแลและ อสม.มีความรู้และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน มีแนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรคเบาหวาน

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: hatairat_k@kkumail.com Tel: 087-4061960



Improvement of care for Patients with Diabetes Mellitus at a Health Promoting Hospital in Phibun Rak District, Udon Thani Province*

Hatairat Kanhachin M.N.S.**

Petchsawai Limtragool M.Sc.***

(Received Date: August 19, 2020, Revised Date September 18, 2020, Accepted Date: September 18, 2020)

Abstract

This Action research aimed to investigate the caring situation and development in diabetic patients, in a Sub-district Health Promoting Hospitals, Phibun Rak District, Udon Thani Province by using the conceptual framework of Expanded Chronic Care Model. The target groups were diabetic patients, caregivers, health volunteers, community leaders and health service providers. A content analysis was used to examine qualitative information. Quantitative data was analyzed to obtain descriptive statistic. The research was performed during July 2019-February 2020.

The results in the stage of situational study revealed that diabetic patients had inappropriate health behaviors. The caregivers provided less patients care and health volunteers got inadequate disease perception. The service access was delayed, the health education was not covered and database was not updated, the home visit guidelines were lacked, the community leaders had not yet participated in diabetic patient care.

Development stage of diabetic patient care with participation of stakeholder who were brainstorming, planning and proceeding 4 following elements included 1) personal skill development by providing workshop, visiting diabetic patients at home and caregivers; 2) Improving diabetes care service to give the diabetic patients a faster service, clarifying staff roles and recruiting health volunteers into diabetes clinic; 3) Development the database of patients; 4) Creating the home visit guidelines for staffs and health volunteers.

The evaluation found that the patient behavior had been improved, resulting in decreasing hemoglobin A1c of 21 patients. The caregivers and health volunteers had enhanced their knowledge and confidence in diabetic patient care. The patient database had been updated and the home visit guidelines had been provided. The community leaders had more attention and participation in diabetic patient care.

Keywords: improvement of care for patients with diabetes Mellitus, diabetes mellitus.

*Thesis of Master Nursing Science of Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

**Student, Master of Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

***Associate Professor of Faculty Nursing, Khon Kaen University.

**Corresponding Author, Email: hatairat_k@kkumail.com Tel: 087-4061960



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการป่วยการตายในหลายประเทศทั่วโลก สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี สหพันธ์เบาหวานนานาชาติรายงานว่าปี พ.ศ.2558 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 415 ล้านคนและในปี พ.ศ. 2573 คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานถึง 552 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี¹ สำหรับประเทศไทยรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี (พ.ศ.2556 ถึง พ.ศ.2558) พบว่าสถานการณ์ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 8.9 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552² และจากข้อมูลจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2559-2561 คิดเป็น 1,292.79, 1,444.75, และ 1,439.44 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนอัตราการตายจากโรคเบาหวานทั้งประเทศ มีแนวโน้มที่สูงขึ้นระหว่างปี 2559-2561 คิดเป็น 22.01, 21.96 และ 21.87 ต่อแสนประชากร

จังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ.2559-2561 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน คิดเป็น 1,447.06, 1,564.08 และ 1,738.21 ต่อแสนประชากรตามลำดับ³ อำเภอพิบูลย์รักษ์เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดอุดรธานี ที่มีจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปีพ.ศ.2559-2561 มีอัตราป่วยร้อยละ 5.11, 4.44 และ 6.05 ตามลำดับซึ่งในปีพ.ศ. 2560 นั้นผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 14.27 และคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ถึงร้อยละ 85.73 และตำบลแห่งหนึ่งสำหรับเป็นพื้นที่ในการทำวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้คือมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c < 7) เพียง 33 คนคิดเป็นร้อยละ 9.56 และมีระดับน้ำตาลที่ควบคุมไม่ได้ (HbA1c > 7) จำนวน 312 คนคิดเป็นร้อยละ 90.44 และเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต 2 ราย, โรคหัวใจและหลอดเลือด 2 ราย, โรคหลอดเลือดสมอง 1 ราย และแผลที่เท้าได้รับการตัดขา 1 ราย (รายงานประจำปีโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์, 2561) จากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่ากระบวนการในการให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง

จะมีผู้รับบริการคลินิกเบาหวานประมาณ 50 รายต่อวัน ให้บริการโดยการคัดกรอง ชักประวัติ ตรวจร่างกายและให้คำแนะนำในรายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้าปีละ 1 ครั้ง โดยการตรวจตาและเท้าจะมีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลร่วมดำเนินการในการคัดกรอง กรณีผู้ป่วยมีนัดยังไม่มาไม่มีแนวทางในการติดตามผู้ป่วยขาดนัดที่ชัดเจนและหน้าที่การดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดได้มอบหมายให้พยาบาลประจำรพสต.ดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการในวันมีจำนวนมาก อีกทั้งผู้ให้บริการรับผิดชอบงานมีเพียง 2 คน การให้บริการจึงเป็นแบบเร่งรีบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดและรับยาตามเวลาที่กำหนด มีระบบการปรึกษากับแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนแต่เนื่องจากจำนวนบุคลากรมีจำกัด ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีไม่ได้รับการดูแลโดยทันที ยกเว้นกรณีเร่งด่วนผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ส่วนการจัดบริการการให้คำแนะนำและความรู้ในคลินิกส่วนใหญ่จึงได้ให้ตามปัญหาที่พบขณะให้บริการในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ภายใน 1 วัน การดูแลเนื่องจากการติดตามเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุม และยังไม่มียุทธศาสตร์ในการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานของรพสต. และจากการสัมภาษณ์ อสม. จำนวน 3 คน พบว่าได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานปีละ 2 ครั้งโดยการติดตามประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตโดยมีการให้คำแนะนำเบื้องต้นในการควบคุมโรคเบาหวานเท่านั้น กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกเยี่ยมบ้านนั้น อสม. จะได้รับการมอบหมาย ให้ไปเจาะระดับน้ำตาลในเลือดและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะแนะนำเรื่องการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ การปฏิบัติตัว 3อ.2ส. งดอาหารรสหวาน เน้นรับประทานผักและปลา แต่ยังไม่ได้ลงรายละเอียดในการสอนที่ชัดเจน ส่วนการส่งต่อข้อมูลมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. จะมีการโทรประสานเป็นรายบุคคลกับพยาบาลผู้รับผิดชอบ จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน มีการสนับสนุนเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการเปิดสุขศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากแผ่นซีดีที่โรงพยาบาลจัดทำไว้ให้ โดยมีการเปิดเสียงตามสายตอนเช้าของทุกวัน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c มากกว่า 10) แต่ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนจำนวน 3 คนพบว่า ทั้ง 3 คนไม่ทราบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้นั้นจะ



ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง และควรปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาล ทราบเพียงว่าให้งดอาหารรสหวานเท่านั้น ส่วนกิจกรรมในชุมชนผู้ป่วยยังให้ความสนใจน้อย เสียตามสายที่ผู้ป่วยบ้านเปิดตอนเช้าจะเปิดเฉพาะในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2560 เท่านั้นหลังจากนั้นไม่ได้เปิดอีก ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอรักษาไปช่วงระยะเวลาหนึ่งส่วนใหญจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และไม่ได้ส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลชุมชนตามเกณฑ์ เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ และปัจจัยหลายอย่างเช่น ความสนิทสนมของผู้ให้บริการและผู้ป่วย ข้อจำกัดในการเดินทางของผู้ป่วยมาโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อกลับมาที่โรงพยาบาลตามเกณฑ์ที่ได้วางไว้

จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ระบบการให้บริการในคลินิกล่าช้า ผู้ป่วยมีความรู้ไม่เพียงพอและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคไม่ดี ส่วนทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานพบว่าข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน แนวทางในการเยี่ยมบ้านไม่ชัดเจน ชุมชนยังไม่มีความเข้มแข็งในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีเพียง อสม.เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานบางรายจากการมอบหมายจากเจ้าหน้าที่เท่านั้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM)⁴ ซึ่งพัฒนามาจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model :CCM)⁵ มีรายละเอียดที่เชื่อมโยงกับชุมชนมากขึ้น มีทั้งหมด 7 องค์ประกอบ จำแนกเป็นระบบบริการสุขภาพ 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 2) การจัดรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ 4) ฐานข้อมูลและส่วนของชุมชนมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน ซึ่งจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) จะให้ความสำคัญกับผู้ป่วยมากกว่า ส่วนชุมชนยังมีบทบาทน้อยในการดูแลโรคเรื้อรัง ส่วนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model) นั้นเป็นระบบดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เน้นพหุภาคีมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแล ส่งผลให้ลดผลกระทบต่อนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งเสริมสุขภาพ

และประชาชนสุขภาพดี ซึ่งการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model) ในประเทศไทยนั้นได้มีการนำไปใช้ในโรคอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค แต่สำหรับโรคเบาหวานยังมีผู้ศึกษาน้อย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยายนั้นจึงเป็นระบบดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เน้นพหุภาคีมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแล ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาศาณการณการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ 2 แนวคิดหลัก ได้แก่ 1) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model) ซึ่งพัฒนาโดยนักวิชาการประเทศแคนาดาโดย Barr et al.⁴ มาจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)⁵ มีรายละเอียดที่เชื่อมโยงกับชุมชนมากขึ้น มีทั้งหมด 7 องค์ประกอบ จำแนกเป็นระบบบริการสุขภาพ 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 2) การจัดรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ 4) ฐานข้อมูลและส่วนของชุมชนมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนเป็นระบบดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เน้นพหุภาคีมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแล ส่งผลให้ลดผลกระทบต่อนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพดี 2) แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁶ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างมีระบบ ตั้งแต่การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนปฏิบัติ การปฏิบัติตามแผนและแบบบริการที่วางไว้ สังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติ ตลอดจนร่วมประเมินผล โดยให้ผู้ที่มีส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและกลุ่มองค์กรชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ



โดยการระดมสมองและมีการวางแผนปฏิบัติในวงรอบที่ 2 ปรับปรุงวิธีการดูแลให้เหมาะสม เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วย เบาหวานที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นกระบวนการวิจัยที่ต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจง ได้แก่ พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งกลุ่มเป้าหมายประกอบไปด้วย ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 30 คน ผู้ดูแล จำนวน 16 คน ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ จำนวน 5 คน อสม. จำนวน 16 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 8 คน การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม 2562-กุมภาพันธ์ 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 1) เครื่องมือในการดำเนินวิจัย ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และแนวปฏิบัติในการติดตามการเยี่ยมบ้านสำหรับเจ้าหน้าที่และ อสม. ซึ่งได้จากการประชุมระดมสมองของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ในการวางแผนและดำเนินการพัฒนาโดยการประยุกต์จากการทบทวนเอกสารงานวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย และแนวคำถามในแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกัน โดยกำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหา ในแบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา ประกอบไปด้วยแบบสัมภาษณ์ 5 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้บริหาร และแนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกลุ่มองค์กรในชุมชน ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษารายได้ และข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิด และการสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและ

ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแนวคำถาม เนื้อหาการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มตามผู้เชี่ยวชาญแนะนำ ก่อนนำไปเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE622103 ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2562 เมื่อผ่านการพิจารณารับรองแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยที่มีหลัก 3 ประการได้แก่ หลักความเคารพ ในบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักยุติธรรมทุกขั้นตอนของการวิจัย

ขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย

ระยะศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สถานการณ์

โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการปฏิบัติตัว การได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแล และปัญหาและความต้องการ สัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ สนทนากลุ่มในกลุ่มผู้นำชุมชนและอสม. ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เก็บรวบรวมข้อมูลทุกัญญัติจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และรายงานต่างๆ สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล คัดข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก และนำข้อมูลที่ได้มาร่วมกันวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจในสถานการณ์ และสรุปประเด็นปัญหา โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระยะเวลา 2 เดือน คือ กรกฎาคม-สิงหาคม 2562

ระยะขั้นตอนวางแผนการปฏิบัติ

การวางแผนปฏิบัติใช้เวลา 2 สัปดาห์ ในช่วงปลายเดือนกันยายน 2562 โดยการประชุมระดมสมอง ซึ่งแบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้บริการประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาลในพื้นที่ พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน 2) กลุ่มผู้รับบริการและชุมชน ประกอบไปด้วยตัวแทนผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล อสม. และชุมชน โดยร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหาและความต้องการ สะท้อนคิดวางแผนการพัฒนา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจกำหนดแนวทางในการพัฒนา ระยะเวลาในการดำเนินการบทบาทหน้าที่ การติดตามการดำเนินงานและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการแก้ไขก่อน



ระยะดำเนินการปฏิบัติตามแผนและสะท้อนการปฏิบัติ เมื่อวางแผนในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับ เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ อสม. ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานแล้ว หลังจากนั้นดำเนินการตามแผนที่ผู้ร่วมวิจัยได้วางแผนและออกแบบบริการไว้ หลังจากนั้นมีการสังเกตว่าผู้ร่วมวิจัยสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้หรือไม่ ประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะ และสะท้อนการปฏิบัติ โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยถึงปัญหาและอุปสรรค และปรับปรุงวางแผนการปฏิบัติใหม่เพื่อแก้ไข้ปัญหาให้สอดคล้องและเหมาะสม โดยขั้นตอนการปฏิบัติจนถึงสะท้อนการปฏิบัติระยะเวลา 4 เดือนตุลาคม 2562-มกราคม 2563 จนนำไปสู่ระยะการประเมินผล

ระยะประเมินผล 1) การประเมินผลกระบวนการในการปฏิบัติงานเป็นระยะทุก 1 เดือน 2) การประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ด้านผู้ป่วยเบาหวาน การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ด้านระบบบริการ มีแนวทางในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน มีคู่มือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานสำหรับเจ้าหน้าที่และ อสม. มีการปรับระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่รพสต.ให้เกิด ความรวดเร็ว มีทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นปัจจุบันและการมีส่วนร่วมของชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการสัมภาษณ์ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามองค์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า

2.1) การสนับสนุนการจัดการตนเอง พบปัญหา คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานขาดการรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน เรื่อง การปฏิบัติตัวทางด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยเบาหวานยังไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่กินอาหาร 3 มื้อไม่ค่อยตรงเวลาเนื่องจากต้องทำงาน การประกอบอาหารส่วนใหญ่ประกอบอาหารกินเองและนิยมทานข้าวเหนียว เนื่องจาก

เป็นวิถีชีวิตของภาคอีสาน และจะไม่มีการกำหนดปริมาณข้าวเหนียวเพราะทานจากก่องข้าว จะหยุดทานเมื่ออิ่ม ชอบรับประทานผลไม้หรือขนมหลังรับประทานอาหาร 2) ผู้ดูแลขาดการรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในด้านการรับประทานอาหาร โดยผู้ดูแลเป็นผู้ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยเบาหวานโดยการติดตามความต้องการของผู้ป่วย ไม่ได้จัดเป็นอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน ด้านการออกกำลังกายขาดการกระตุ้นผู้ป่วยในการออกกำลังกาย

2.2) การออกแบบระบบบริการสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการใช้เวลารอนาน การให้บริการของเจ้าหน้าที่ล่าช้า ไม่มีระบบการจัดคิว และการขาดได้รับคำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาในการดูแลตนเอง การให้คำแนะนำ ในผู้ป่วยเบาหวานยังมีน้อย ไม่มีการแยกกลุ่มการให้คำแนะนำในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่คุมไม่ได้

2.3) การสนับสนุนการตัดสินใจ ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในเรื่อง แนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับเจ้าหน้าที่และ อสม. ซึ่งในการเยี่ยมบ้านพบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานไม่ครอบคลุม โดยจะมีการเยี่ยมบ้านเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งจะได้รับส่งต่อการเยี่ยมมาจากโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น

2.4) ระบบฐานข้อมูลทางคลินิก ระบบทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่ รพสต.ไม่เป็นปัจจุบัน ไม่มีผู้รับผิดชอบในการดูแลจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ การลงข้อมูลในระบบไม่ครบถ้วน และยังขาดการรับส่งข้อมูลระหว่างหน่วยงานและองค์กรอื่น

2.5) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่า นโยบายและแผนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ชัดเจน ซึ่งจะมีมาตรการในภาพรวม เช่น ธรรมนูญสุขภาพปลอดเหล้าในหมู่บ้าน ร้านค้าปลอดยาชุดยาสมุนไพร โรงเรียนอ่อนหวานที่จัดทำในเฉพาะโรงเรียนเท่านั้น ยังขาดมาตรการเกี่ยวกับการดูแลและสนับสนุนส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

2.6) การสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ในชุมชนยังขาดแหล่งสนับสนุนในการออกกำลังกายในหมู่บ้าน และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการส่งเสริม



การออกกำลังกายยังน้อย ไม่มีอุปกรณ์และสถานที่ออกกำลังกายภายในหมู่บ้านที่ชัดเจน

2.7) การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน
ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการร่วมการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนซึ่งจะเห็นได้จากผู้ใหญ่บ้านและ อสม.ไม่ทราบสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ของตน ขาดการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้ใหญ่บ้านและอสม.จะมีส่วนในการดูแลเฉพาะที่ได้รับมอบหมายจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลเท่านั้น

หลังจากนั้นมีการทบทวนประเด็นปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกัน สรุปประเด็นปัญหาและความต้องการและเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขก่อน วางแผนและออกแบบการจัดบริการ และกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ

2. การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

วงรอบที่ 1 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดย

1) พัฒนาศักยภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลา 1 วัน วิทยากรประกอบไปด้วย นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งอบรมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล โดยการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มที่คุมไม่ได้ กลุ่มที่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนและมีกิจกรรมในการให้ความรู้ร่วมกับการสาธิตในการฝึกปฏิบัติโดยแบ่งฐานเป็น 3 ฐาน คือ 1) ฐานอาหาร 2) ฐานออกกำลังกาย 3) ฐานความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เพื่อเสริมสร้างทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานทางด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ และการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทักษะในการสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

2) การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการปรับระบบบริการสุขภาพในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในรพสต. เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการรับบริการของผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีการกำหนด ขั้นตอนการให้บริการที่รพสต. กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน โดยให้ อสม.เข้ามามี

ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกที่ รพสต. และกำหนดเกณฑ์จำแนกผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน ในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและครอบคลุมทุกกลุ่ม กำหนดเกณฑ์ในการนัดผู้ป่วยตามหมู่บ้านและตามระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีมารับบริการในคลินิกในแต่ละครั้ง

3) พัฒนาแนวทางในการเยี่ยมบ้าน โดยการประชุมระดมสมองในการกำหนดเกณฑ์จำแนกผู้ป่วยเบาหวาน และคู่มือปฏิบัติเมื่อออกติดตามเยี่ยมบ้าน ของ อสม. และเจ้าหน้าที่รพสต. โดยใช้ปีงบประมาณ 7 สีที่ประยุกต์จากนายแพทย์วิชัย เทียนถาวร และกระทรวงสาธารณสุข ในการจำแนกผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มไม่เร่งด่วนคือ สีเขียว-สีเหลือง (ระดับน้ำตาล <154 มก.ดล.) ติดตามเยี่ยมบ้านโดยอสม.ปีละ 1 ครั้ง 2) กลุ่มปานกลาง สีส้ม (ระดับน้ำตาล 155-182 มก.ดล.) ติดตามเยี่ยมบ้านโดยนักวิชาการสาธารณสุขและอสม.ทุก 6 เดือน 3) กลุ่มเร่งด่วน สีแดง (ระดับน้ำตาล >183) ติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพและอสม.ภายใน 1 เดือนหลังมารับบริการ 4) กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน สีดำ เช่น ไตวายเรื้อรังระยะ 4-5 รายใหม่ แผลที่เท้าเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลรพสต. ทีมสหวิชาชีพและอสม.ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล และหลังจากนั้นจะได้รับการเยี่ยมต่อทุก 1 เดือนโดยพยาบาลรพสต.และเจ้าหน้าที่

4) การพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ได้มีการจัดทำทะเบียนข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวาน โดย อสม. ออกค้นหาผู้ป่วยเบาหวานเชิงรุก ให้ครอบคลุมทั้งหมู่บ้าน และส่งคืนข้อมูลให้ รพสต.จัดทำทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นปัจจุบันโดยการจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์แบบออนไลน์

5) การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการประชุมให้ผู้นำชุมชนและอสม.ทราบสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการออกแบบบริการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสำหรับ ผู้นำชุมชนและอสม.โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้ระยะเวลา 1 วันในการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อาการ ภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน โดยเน้นให้อสม.มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและวางแผนการ



ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และฝึกทักษะในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้คู่มือ อสม. ประกอบกับการให้คำแนะนำ ฝึกทักษะการวัดความดันโลหิต การเจาะระดับน้ำตาลในเลือดและการแปลผลของความดันโลหิตและระดับน้ำตาลตามจรรยาเจตสี การค้นหาปัญหา การดูแลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือภาวะแทรกซ้อน การบันทึกผลการเยี่ยมบ้านในเอกสารแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม. โดยมีการตรวจความถูกต้องครบถ้วนของการบันทึกจากเจ้าหน้าที่

วรอบที่ 2 การปรับปรุงการพัฒนาการแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยในการประชุมระดมสมอง ร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติ และร่วมกันปรับปรุงแผนการปฏิบัติโดย 1) กำหนดแผนการออกปฏิบัติงานของ อสม. ในการเข้าร่วมให้บริการที่คลินิกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชี้แจงบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน 2) ปรับกระบวนการให้บริการในคลินิกและบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ให้ทุกคนได้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง 3) ปรับแนวทางและเกณฑ์การเยี่ยมบ้านโดยดูที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือด (Blood sugar) เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถจำแนกประเภทของผู้ป่วยในการติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำได้ชัดเจนขึ้น

3. การประเมินผล โดยการประเมินผลทุก 1 เดือน ช่วงการพัฒนา พบว่า 1) ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้นและสามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้นในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ลดลงจำนวน 21 ราย มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 9 คนที่พบว่ายังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือมีระดับ HbA1c เพิ่มขึ้นจากเดิม เนื่องจากปัจจัยอื่นๆ เช่น เหนื่อยล้าจากการทำงาน การไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากไม่มีเวลา เป็นต้น 2) จากการปรับระบบการให้บริการที่ รพสต. พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มาในคลินิกเบาหวานมีจำนวนลดลงเหลือ 20-30 คนต่อและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ มีขั้นตอนที่ชัดเจนทำให้มีเวลาในการดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานได้ตามปัญหาและความต้องการมากขึ้น อีกทั้งลดความแออัดในการบริการ 3) มีแนวทางในการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่และอสม. ที่

ชัดเจน โดยมีการจำแนกประเภทของผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลุ่มไม่เรื้อรัง กลุ่มปานกลาง กลุ่มเรื้อรัง และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน ในการติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่และ อสม. 4) มีฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นปัจจุบัน 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าผู้นำชุมชนทราบบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน คือสถานที่ในการออกกำลังกาย เครื่องเสียง และแกนนำในการออกกำลังกายเดินแอโรบิกในทุกวัน

การอภิปรายผล

1. การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายยังมีการออกกำลังกายน้อย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่เพียงพอ การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ในการกระตุ้นพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานนั้นทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น ได้นำความรู้มาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ดีขึ้น เกิดผลลัพธ์ทางด้านคลินิกที่เปลี่ยนแปลง⁷⁻⁹

2. การจัดการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ รพสต. จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกที่ รพสต. พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการเป็นจำนวนมาก เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีจำนวนน้อย ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุม การกำหนดขั้นตอนการให้บริการและกำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน^{10,11} ให้อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกที่ รพสต. การกำหนดเกณฑ์จำแนกผู้ป่วยเบาหวานสำหรับการให้คำแนะนำและการนัดหมายนั้นทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาในคลินิกเบาหวานมีจำนวนลดลง ผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังได้รับการดูแลได้ทันทั่วทั้งเจ้าหน้าที่สามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและสามารถ



วางแผนการดูแลในการออกเยี่ยมบ้านได้อย่างครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของตนมากขึ้น

3. การพัฒนาแนวทางในการเยี่ยมบ้าน จากสถานการณ์การพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการเยี่ยมบ้านไม่ครอบคลุม เนื่องจากไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่จะเยี่ยมในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลที่เท้า ไตวาย โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น การจำแนกเกณฑ์ในการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนโดยการกำหนดเกณฑ์ในการแยกประเภทของผู้ป่วยในการติดตามให้คำแนะนำและสนับสนุนให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน ซึ่งการเยี่ยมบ้านมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการดูแลในระยะยาวตั้งแต่เริ่มเป็นจนถึงเกิดภาวะแทรกซ้อน¹² และการติดตามเยี่ยมบ้านนั้นจะทำให้เห็นสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย การให้กำลังใจและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับอสม. และผู้ดูแล เกิดการช่วยเหลือตามผู้ป่วยเบาหวานตามสภาพปัญหาที่แท้จริง จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ครอบคลุม เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

4. ฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน จากเดิมพบว่าทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานไม่เป็นปัจจุบัน ไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยจาก รพช./รพสต. และชุมชน การอาศัยความร่วมมือจากทั้ง อสม. ในการออกค้นหาผู้ป่วยเบาหวานเชิงรุกให้ครอบคลุมทั้งหมู่บ้าน และส่งคืนข้อมูลให้รพสต. และโรงพยาบาลชุมชน จัดทำทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นปัจจุบัน จัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งฐานข้อมูลดังกล่าวจะส่งผลให้เจ้าหน้าที่ รพสต. เกิดความสะดวกในการวางแผนติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องได้ อสม. ได้ทราบสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ของตน ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนางาน^{9,10} โดยการนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์มาวางแผนในการดูแลผู้ป่วย และนำผลการวางแผนการดำเนินงานมาสะท้อนร่วมกัน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะทำให้ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน ควรมีการส่งเสริมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งกลุ่ม ที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ควรมีการส่งเสริมให้มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอและให้ความรู้ คำแนะนำที่ตรงกับปัญหา
2. อสม. ควรมีการพัฒนาศักยภาพ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นระยะทุก 1 ปี และควรมีการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกที่ รพสต. เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีการจัดตั้งทีมงานร่วมกันในดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดย วิเคราะห์ประเด็นปัญหา มีการวางแผนนโยบายและกำหนดแผนและแนวทางร่วมกัน โดยให้มีการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลกันระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทุกท่าน ที่อบรมถ่ายทอดความรู้และแนะนำในทุกขั้นตอนการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องเจ้าหน้าที่ รพสต. ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. World Health Organization. Global Report on Diabetes: WHO Report. Geneva: WHO; 2016.
2. Aekplakorn W. Report on 5th Thai National Health Examination Survey 2013. Nonthaburi: The graphic system Ltd; 2016.
3. Division of Non communicable disease. Information-statistic non-communicable-disease-data [Database on the Internet]. 2018 [cited 2018 march 17]. Available from: <http://thaincd.com>.



4. Barr et al. The Expanded Chronic Care Model: an Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly* 2003; 7: 73-82.
5. Wagner E. H. et al. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs* 2001; 20(6): 64-78.
6. Kemmis S, Mc taggart R. Participatory Action Research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Strategies of Qualitative Inquiry* (3ed). Thousand Oaks, CA: Sage; 2007: 271-326.
7. Diabetes Association of Thailand. *Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017*. Bangkok: Romyen media; 2017.
8. Wayobut R. Developing Care for Diabetes type 2 Patient through Family and Community Participation at Nong doon Village, Muang District, Mahasarakham Province [Thesis]. Khon Kean: Khon Kean University; 2014.
9. Meerat W. Quality Improvement for family management support with patient diabetes mellitus at Community Hospital [Thesis]. Khon Kean: Khon Kean University; 2013.
10. Srivanitchakan S, editors. *Health service system for patient with chronic illness. Practical issue in chronic disease*. Bangkok: sahamitpattana printing; 2016.
11. Panpoklang S. Development of Health Services for Patients with Diabetes Mellitus at A Primary Care Unit, Muang District, Khon Kean Province [Thesis]. Khon Kean: Khon Kean University; 2012.
12. Ontha R. The Development of a Home Visi Model based on Participation between Professional Nurse and Village Health Volunteers for Type II Diabetes. *Journal of Nursing and Health Care* 2016; 34(4): 19-27.