

**การพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของคลินิก
เบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี จังหวัดขอนแก่น
Health Care Services Improvement for Patients with Diabete
s Mellitus in Diabetes Mellitus Clinic of Khok Sri Primary
Care Unit Khon Kaen Province**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2553

Volume 33 No. 1 (January-March) 2010

ภัชราภรณ์ ทัศนัย พย.ม.* เพ็ชรไสว ลิมตระกูล**
Patcharaporn Tabuht MSN* Petchsavai Limtragool**

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การให้บริการสุขภาพและพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสีที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 20 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 5 คน และผู้ให้บริการหน่วยสนับสนุนการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 2 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติ การสนทนากลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวาน การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบการพัฒนาบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานดังนี้ 1) การจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) จัดบริการให้ สะดวก รวดเร็วแบบสิ้นสุดในจุดเดียว (one stop services) 3) การกำหนดเกณฑ์ในการส่งต่อพบแพทย์และมีการประสานงานการส่งต่อ 4) กำหนดเกณฑ์และแนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้าน ชัดเจน 5) การจัดสถานที่ในการจัดบริการเป็นสัดส่วน หลังการพัฒนาบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจ สามารถเข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็ว ได้รับบริการครอบคลุมกิจกรรมการบริการของผู้ป่วยเบาหวาน เจ้าหน้าที่มีแนวทางในการจัดบริการและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการจัดบริการ

คำสำคัญ : การบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน,คลินิกเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชน

ABSTRACT

The present study was conducted with the aims to investigate current health service. situation and develop the contextually appropriate health services for diabetic clinic clients at the Koksri primary care unit in Khon Kaen Province. Study participants were twenty diabetes clients, five community health care providers and two supporting unit officers from a primary care unit (PCU). Data were collected from clients' medical records, focus group discussions of diabetic patients, and interviews of healthcare personnel. data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. Results of the study revealed several problems related to the diabetic health service at the Koksri primary care unit . Subsequently, the project team organized the following activities. 1) Arrangement of adequate personnel job description was clearly defined. 2) Organization of a one-stop-service diabetic health service 3) Referral criteria for continuing care of diabetic patients were created to ensure appropriate coordination. 4) A home visit guideline and criteria were established by the center's health

* นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

personnel and an interdisciplinary team. 5) Rearrangement of the center to create a specific area for the diabetic clinic. After the health services development, diabetic patients were satisfied with the quick, convenient, comprehensive and high quality services at the center. Healthcare providers secured a diabetic health service guideline .Lastly, health volunteers were satisfied with the health service participation.

Keywords : health care services for patients with diabetes mellitus,diabetes mellitus clinic of primary care unit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในแต่ละปีจากสถานการณ์โรคเบาหวาน พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้น กล่าวคือ เพิ่มขึ้นจาก 135 ล้านคน ใน ปี ค.ศ. 1995 เป็น 151 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2000 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 221 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2010 และ 300 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025¹ สำหรับประเทศไทยนั้นจัดอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาและกำลังเผชิญกับปัญหาสถานการณ์ระบาดของโรคเบาหวานและมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2547 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานอายุมากกว่า 15 ปีอยู่ถึงร้อยละ 8.35 (3.9ล้านคน) ซึ่งสูงกว่าการสำรวจครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2540 ถึงกว่า 2 เท่าผลกระทบของโรคเบาหวานถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังก่อให้เกิดอันตรายต่อตา ไต และระบบประสาท ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย² เป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด³ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังที่กล่าวมาแล้วได้ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นจึงเป็นการผสมผสานการดูแลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับการดูแลที่บ้านเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม ซึ่งรูปแบบ การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก ซึ่งมีวิธีการดูแลได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลรักษา การให้ข้อมูลสุขภาพ การประสานความร่วมมือกับศูนย์เยี่ยมบ้านและชุมชน⁴ กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบจากโรค

เบาหวานที่เป็นปัญหาของประเทศ จึงได้มีนโยบายในการจัดการโรคเบาหวานโดยจัดทำแผนเบาหวานแห่งชาติเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานอย่างชัดเจนอย่างเป็นรูปธรรมโดยมีระยะเวลาดำเนินงาน 10 ปีคือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2559 ซึ่งสาระของแผนเบาหวานแห่งชาติมียุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาและสนับสนุนระบบบริการให้มีความครอบคลุมและสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานในเรื่องการป้องกันควบคุม และการจัดการเบาหวาน⁵

สถานการณ์โรคเบาหวานสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสีมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจากปี พ.ศ. 2548 จำนวน 263 คนในปี พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้นเป็น 270 คนและ 278 คน ในปี พ.ศ. 2550 ตามลำดับ⁶ พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดจำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.94 เป็นภาวะแทรกซ้อนทางไต 14 ราย ภาวะแทรกซ้อนทางตา จำนวน 9 ราย ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง จำนวน 4 ราย ภาวะแทรกซ้อน ที่ต้องตัดเท้า จำนวน 4 ราย และภาวะแทรกซ้อน หลายอย่าง จำนวน 5 ราย ด้านการตรวจตามนัด พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการขาดนัดรักษาไม่ต่อเนื่องเฉลี่ยเดือนละ 10 ราย ด้านความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลเพื่ออยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย คือไม่เกิน 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ติดต่อกัน 3 เดือนมีเพียงร้อยละ 23⁷

จากการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี พบว่า คลินิกเบาหวานเปิดให้บริการทุกสัปดาห์ในวันศุกร์ สำหรับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และมีภาวะแทรกซ้อน จะส่งต่อพบแพทย์ เกสัชกร จากหน่วยสนับสนุนการจัดบริการเดือนละ 1 ครั้งในวันพุธที่ 2 ของเดือน การจัดบริการพบปัญหาว่าผู้ป่วยเบาหวาน

มารับบริการจำนวนมาก เฉลี่ยวันละ 50-60 คน ทำให้เกิดความแออัดของสถานที่ ต้องให้บริการร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป บุคลากรผู้ให้บริการไม่เพียงพอเนื่องจากต้องตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไป ทำให้การบริการล่าช้า ผู้ป่วยรอนาน และเกิดการสับสน วิตกกังวล ไม่มีการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานแต่ละกลุ่มชัดเจนส่วนใหญ่เป็นคำแนะนำตามปัญหาที่พบในขณะนั้น ไม่สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองได้เหมาะสม ด้านการส่งต่อเพื่อการตรวจรักษาไม่มีเกณฑ์ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนไม่มีระบบติดตามนัดที่ชัดเจน ส่งผลให้ไม่มีการติดตามในกรณีผู้ป่วยเบาหวานไม่มารับการตรวจตามนัด ไม่มีเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 คน เกี่ยวกับการมารับบริการของคลินิกเบาหวานพบปัญหาดังนี้

ปัญหาด้านระบบบริการพบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการแต่ละวันในคลินิกเบาหวานมีจำนวนมากโดยเฉลี่ย 50-60ราย/วัน ผู้ป่วยมีการมารับบัตรคิวเพื่อจองคิวไว้ล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการตามคิว ขั้นตอนการบริการไม่ชัดเจนบุคลากรไม่เพียงพอ และต้องให้บริการผู้ป่วยทั่วไปด้วย การให้บริการล่าช้า ผู้รับบริการเสียเวลารอนาน

ปัญหาด้านสถานที่พบว่าสถานที่ตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวานไม่เป็นสัดส่วนต่อนั่งรอตรวจกับผู้ป่วยทั่วไป ทำให้เกิดความแออัดของสถานที่

ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการดูแลตนเองไม่มีแบบแผน ไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยบางกลุ่มมารับบริการไม่สม่ำเสมอไม่มารับบริการตามนัด จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มที่ขาดนัดให้ข้อมูลว่าการบริการล่าช้าทำให้เสียเวลาในการมารับบริการแต่ละครั้งมากเกินไปขณะนั่งรอไม่มีกิจกรรมอย่างอื่น ทำให้รู้สึกรอนาน ดังนั้นผู้ป่วยบางราย จึงซื้อยามารับประทานเอง บางรายยืมยาจากผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันเอง โดยไม่ทราบความรุนแรงของโรคที่เกิดตามมาจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่มีแผนพัฒนาระบบการบริการที่ชัดเจนดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสีจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานโดยมุ่งหวังให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพและมีแนวทางปฏิบัติการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีความพึงพอใจในการบริการนอกจากนั้นยังเป็นการเพิ่มทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อันจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือช่วยยืดระยะเวลาของการเกิดโรคแทรกซ้อนและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติมากที่สุด

คำถามการศึกษา

การพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสีที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี
2. เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสีที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีการศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้แก่กลุ่มผู้ให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี ทีมแพทย์และเภสัชกรจากหน่วยสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งหมด จำนวน 7 คน ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 10 คน และ

กลุ่มที่ไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 10 คน การคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมศึกษามีเกณฑ์และคุณสมบัติดังนี้

1. แต่ละกลุ่มจะมีสัดส่วนเพศหญิงและชายใกล้เคียงกันทั้งนี้เพื่อให้คุณลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน และมีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษา
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมศึกษา เช่น โรคไต หัวใจ โรคต่อกระจง เป็นต้น
3. มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูด การมองเห็น
4. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสีกระจายครบทั้ง 14 หมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย

1. แนวทางสนทนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน
2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ให้บริการผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสีและสำหรับหน่วยงานสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
3. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ ระยะประเมินผล

1. ระยะเตรียมการ ได้แก่ การทบทวนเอกสารตำราที่เกี่ยวข้อง สร้างแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แนวทางสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2. ระยะดำเนินการ

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์สภาพการณ์การบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสีโดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสีและผู้ให้บริการของหน่วยสนับสนุนการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การสนทนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และเก็บรวบรวมข้อมูลจาก

การบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี

2.2 นำข้อมูลมาวิเคราะห์สภาพการณ์และจัดเตรียมข้อมูลที่ได้นำเสนอให้ผู้รับบริการรับทราบและร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในการจัดบริการ

2.3 จัดทำแผนการดำเนินการและการจัดบริการตามแผนโดยมีขั้นตอนดังนี้

2.3.1 ประชุมระดมสมองในการจัดทำร่างแผนการจัดบริการ

2.3.2 นำข้อมูลที่ได้จัดทำร่างแผนการจัดบริการ

2.3.3 ประชุมระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอร่างแผนเพื่อให้การจัดบริการที่สมบูรณ์

2.4 จัดบริการตามแผนและปรับปรุงแก้ไขเมื่อพบปัญหาและอุปสรรคในระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2551

3. ระยะประเมินผลมี 2 ระยะดังนี้

3.1 การประเมินผลระหว่างดำเนินการจัดบริการเป็นระยะๆ

3.2 การประเมินผลภาพรวมหลังการดำเนินการจัดบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายใช้การวิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างผู้ให้บริการเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนแยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และสรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ

ผลการศึกษา

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปกลุ่มเป้าหมาย มีดังนี้

1.1 กลุ่มผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 32-39 ปีจำนวน 5 คนคิดเป็นร้อยละ 71 การศึกษาทั้งหมดจบระดับปริญญาตรีรายได้เฉลี่ย อยู่ในช่วง

16,000- 32,000 บาท/เดือน

1.2 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ มีลักษณะข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกันโดย

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นเพศชายเท่ากับเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 90 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 90 รายได้ระหว่าง 2,001-5,000 บาท ร้อยละ 80 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 60 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 รายได้ระหว่าง 2,001-5,000 บาท ร้อยละ 70 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 50

2. สภาพการณ์การจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี มีดังนี้

2.1 การจัดอัตรากำลัง พบว่าอัตรากำลังในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีจำนวนมากและเจ้าหน้าที่ต้องตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปด้วยทำให้การจัดบริการล่าช้า ผู้ป่วยรอนานไม่ครอบคลุมกิจกรรมบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2.2 ขั้นตอนการจัดบริการพบว่าไม่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน การบริการล่าช้า รอนาน ผู้ป่วยเข้าถึงบริการไม่สะดวก

2.3 การรักษาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่ายังไม่มีเกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจนเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจรักษาต่อเนื่อง

2.4 การดูแลต่อเนื่องโดยการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่าไม่มีเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติการติดตามเยี่ยมบ้านชัดเจนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านครอบคลุมส่วนใหญ่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อเจ้าหน้าที่เข้าไปในหมู่บ้านร่วมกับกิจกรรมงานอื่นตามนโยบาย

2.5 สถานที่ในการจัดบริการ พบว่า ไม่เป็นสัดส่วนผู้ป่วยต้องนั่งรอตรวจกับผู้ป่วยทั่วไปไม่ได้จัดแยกโต๊ะให้บริการแต่ละขั้นตอน ทำให้สถานที่แออัดผู้ป่วยไม่มีห้องการตรวจรักษาและให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน

3. การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เบาหวานมีดังนี้

3.1 การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมโดยมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยในการจัดบริการหมู่บ้านละ 3-5 คน และกำหนดเวลาขึ้นปฏิบัติงานชัดเจนเริ่มเวลา 07.30 น. แยกเจ้าหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปจากการจัดอัตรากำลังพบว่าเจ้าหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยเบาหวานเพียงพอและเหมาะสม มีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการบริการที่ครอบคลุมกิจกรรมการให้บริการและมีความพึงพอใจในการจัดบริการได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็วขึ้น

3.2 การจัดขั้นตอนการบริการให้สะดวกรวดเร็วแบบสิ้นสุดในจุดเดียว (one stop services) การจัดทำแนวทางปฏิบัติแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจนและมีป้ายแสดงทิศทางจัดบริการ

ผลการจัดขั้นตอนผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว ไม่สับสน เจ้าหน้าที่มีแนวทางปฏิบัติแต่ละขั้นตอนทำให้การบริการผู้ป่วยได้สะดวกนอกจากนั้นเจ้าหน้าที่ยังได้พัฒนาศักยภาพของตนเองในการให้ความรู้ทำให้มีความมั่นใจในการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น

3.3 การกำหนดเกณฑ์การรักษาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยยึดหลักตามเกณฑ์ของคณะกรรมการพัฒนางานเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นปี 2550 และแนวปฏิบัติในการจัดบริการในคลินิกเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนของหน่วยสนับสนุนบริการปฐมภูมิปี 2549

สำหรับเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานพบแพทย์ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีดังนี้

1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติกล่าวคือผลของระดับน้ำตาลในเลือดมาก

กว่า 160 mg% ติดต่อกัน 2 ครั้ง มากกว่า 200 mg% และต่ำกว่า 80 mg%

2) เกิดอาการผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย มาก น้ำหนักลดผิดปกติหรือมี อาการปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะตอนกลางคืน อาการดังกล่าวอาจเป็นอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่ยัง ไม่สามารถควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติได้

3) เกิดแผลติดเชื้อ เช่น แผลที่เท้าอักเสบ เนื้อเยื่ออักเสบบริเวณส่วนใดส่วนหนึ่ง

4) ภาวะผิดปกติอื่น ๆ เช่น มีไข้เรื้อรัง ไอเรื้อรัง เกิน 1 เดือน หรือไอมีเลือดปนออกมา บวม ปัสสาวะ แสบขัด

5) เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ตาพร่ามัว ซึ่งอาจเป็นโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่อสายตา อาการเจ็บแน่นหน้าอกหอบเหนื่อยอาจเกิดจากเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอุดตัน มีภาวะไตวาย ไทรอยด์เป็นพิษ

6) ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายที่เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตรวจคัดกรองพบผิดปกติและสงสัยจะเป็นโรคเบาหวานส่งพบแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัยและรับการรักษา

7) ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ

8) ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งพบแพทย์ปีละ 1 ครั้ง

ผลการกำหนดเกณฑ์การรักษาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้พบว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนได้ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานเพื่อรับรักษาต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้ป่วยเบาหวานได้รับการรักษาต่อเนื่องได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในเกณฑ์เร่งด่วนได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลได้เหมาะสมก่อนการส่งต่อผู้ป่วยมีการเขียนใบส่งตัวและประสานงานกับโรงพยาบาลเกี่ยวกับข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อผู้ป่วยเบาหวานได้รับความสะดวกรวดเร็วขึ้น

3.4 กำหนดเกณฑ์และแนวทางในการดูแลต่อเนื่องโดยการติดตามเยี่ยมบ้านและจัดทำกล่องมุมเยี่ยมบ้านเพื่อให้แสดงกลุ่มเป้าหมายชัดเจน แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

3.4.1 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีระดับน้ำตาลไม่เกิน 140 มก./ดล.และไม่มีภาวะแทรกซ้อนติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขปีละ 1 ครั้ง

3.4.2 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีระดับน้ำตาลมากกว่า 180 มก./ดล.และมีภาวะแทรกซ้อนติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขพิจารณาเยี่ยมเร่งด่วนเดือนละ 1 ครั้ง

3.4.3 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีระดับน้ำตาลมากกว่า 250 มก./ดล.และมีภาวะแทรกซ้อน รักษาโดยใช้ยาอินซูลินฉีดมีแผลเรื้อรังติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพิจารณาเยี่ยมเร่งด่วนเดือนละ 1 ครั้ง

ผลการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตามเกณฑ์และแนวทางที่กำหนดผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการติดตามเยี่ยมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจในการติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่และมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงตามปัญหาและความต้องการ เจ้าหน้าที่ได้มีแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน

3.5 การจัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน แยกห้องตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวานจากผู้ป่วยตรวจรักษาทั่วไปเป็นสัดส่วนชัดเจนและมีการจัดแยกโต๊ะบริการแต่ละขั้นตอน

ผลการจัดสถานที่พบว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกไม่แออัด เก้าอี้นั่งรอตรวจเพียงพอ สำหรับห้องตรวจรักษาและมุมจ่ายยาเป็นสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานได้มีการพูดคุยซักถามปัญหากับเจ้าหน้าที่มากขึ้น เจ้าหน้าที่ได้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยกับญาติ และตรวจร่างกายผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้นผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจ

4. การประเมินผลภาพรวมการจัดการบริการ

หลังการพัฒนาบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจสามารถเข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็ว ได้รับบริการครอบคลุมกิจกรรมการบริการของผู้ป่วยเบาหวาน การส่งรักษาต่อเนื่องและติดตามเยี่ยมบ้าน

ผู้ให้บริการมีแนวทางในการจัดบริการและมีทักษะการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานอาสาสมัครสาธารณสุขมีทักษะ และ ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการจัดบริการ การอภิปรายผลการศึกษานี้

จากการพัฒนาการบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี มีประเด็นสำคัญที่สามารถอภิปรายข้อค้นพบได้ดังนี้

1. การพัฒนาจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสีโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทำให้ประสบความสำเร็จโดยพบว่าทีมผู้ให้บริการเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและ ทีมผู้ให้บริการจากหน่วยสนับสนุนบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาจัดบริการ สุขภาพผู้ป่วยเบาหวานทุกขั้นตอนตั้งแต่ขั้นตอนของการ ศึกษาสภาพการณ์ การวางแผนการจัดบริการและตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา และนำแนวทางการแก้ไข ปัญหาที่ร่วมกันตัดสินใจเลือกนำไปปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ตามความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานโดยมี การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานร่วมกันและ ปรับปรุงการปฏิบัติงานร่วมกันเมื่อพบปัญหาอุปสรรค ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ทีมผู้ให้บริการของ หน่วยสนับสนุนบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีนโยบาย และเป้าหมายชัดเจนในการสนับสนุนการจัดบริการของ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเครือข่ายได้แก่ การ ให้บริการตรวจรักษาและให้คำปรึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง การพัฒนาศักยภาพ ของเจ้าหน้าที่โดยการสนับสนุนด้านวิชาการ เวชภัณฑ์ยา และเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเช่นการติดตามเยี่ยม บ้านในชุมชนนอกจากนั้นพบว่ามีการนำทุนที่มีในชุมชน มาช่วย ในการดำเนินกิจกรรมได้ แก่ก่อสร้างและกลุ่มแกน นำออกกำลังกาย หลังการพัฒนาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจในการ ดำเนินการพัฒนาการจัดบริการร่วมกัน สอดคล้องกับ แนวคิดการมีส่วนร่วม ของ นิตย ทัตนิยม^๘ ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่บุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชน ได้มีโอกาสเข้าร่วมในกระบวนการแก้ไขปัญหามา

ตนเองตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ระบุปัญหา ตัดสินใจแก้ไขปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติและ การประเมินผลโดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ผลที่ ตามมาก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนได้ในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา สรรรัตน์ พันธุ์วิสุข^๙และ ประกายรุ่ง จวนสง^{๑๐} พบว่าการให้ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล ตัวตนเองครั้งในชุมชน เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาทุกขั้นตอนทำให้ผลสำเร็จ ของโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการเข้าร่วมในกิจกรรมการพัฒนาเป็นอย่างดีทุกขั้น ตอนช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของตนเองที่ถูกต้อง ผู้ดูแลมีความเข้าใจสภาพปัญหาการเจ็บป่วย ผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชนมากขึ้น

2. การจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบ สิ้นสุดในจุดเดียว (one stop service)

จากการศึกษาพบว่าการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วย เบาหวานของคลินิกเบาหวานโดยมีการจัดขั้นตอนการ บริการแบบสิ้นสุดในจุดเดียว (one stop service) ตั้งแต่ ขั้นตอนการรับบัตรคิวค้นแฟ้มประวัติ การเจาะเลือด ชักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจรักษา การรับยาและ ให้คำปรึกษาเรื่องยา มีกิจกรรมการให้ความรู้และการ ออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวาน การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยการส่งต่อ เพื่อรับการรักษาต่อเนื่องจากแพทย์และดูแลต่อเนื่องใน ชุมชนโดยการติดตามเยี่ยมบ้านผลการจัดบริการทำให้ ผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจและสามารถเข้าถึง บริการที่สะดวกและรวดเร็ว ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค เบาหวานและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การนำ การสาธิตการออกกำลังกายไปปรับใช้ที่บ้าน ได้รับการ ดูแลต่อเนื่องโดยการส่งต่อรักษาจากแพทย์และการ ติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน และเจ้าหน้าที่ได้รับการ พัฒนาศักยภาพในการให้ความรู้และมีแนวทางในการ จัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานสอดคล้องกับแนวคิด การให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์ สุขภาพชุมชนซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการจัดบริการ ของผู้ป่วยเบาหวาน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เกิดความต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษา สมรหมาย หนูทอง¹¹ ที่พบว่าการพัฒนาบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมพบว่า การเข้าถึงบริการที่สะดวกและรวดเร็วโดยจัดทำขั้นตอนการบริการผู้ป่วยเบาหวานแบบสั้นที่สุดในจุดเดียวได้แนวทางปฏิบัติในการจัดบริการสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน และสามารถแก้ปัญหาในการจัดบริการทั้งในโรงพยาบาลและในเครือข่ายบริการระดับอำเภอได้ซึ่งประกอบด้วยแนวทาง การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง ได้แนวทาง การให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกที่ชัดเจนและครอบคลุม ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่ จัดทำระบบนัดและการติดตามผู้ป่วยให้มารับบริการอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงแนวทาง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจ ผู้ดูแลมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มแกนนำสุขภาพในชุมชนมีความตระหนัก และมีความพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

3. การติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยการติดตามเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์และแนวทางที่ได้ร่วมกันกำหนดได้ มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้านก่อนการเยี่ยมบ้านทุกครั้งเจ้าหน้าที่ได้นัดหมายผู้ป่วยและญาติและเจ้าหน้าที่ในทีมของการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง ก่อนการติดตามเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่ได้มีการประชุมเพื่อให้ทีมได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้แก่ ปัญหาที่ต้องติดตามเยี่ยมบ้าน เป้าหมายในการติดตามเยี่ยมบ้านทำให้การเยี่ยมบ้านครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน ขณะเยี่ยมบ้านได้ค้นหาปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและญาติครอบคลุมด้านกาย จิต และสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจได้ให้ความช่วยเหลือและประสานงานกับหน่วยงานอื่นในชุมชนได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม หลังจากการเยี่ยมบ้านได้ร่วมกันประเมินผลการเยี่ยมบ้านสรุปปัญหาหลังจากการเยี่ยมบ้านและกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและเป้าหมายระยะ

ยาวเพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง กำหนดแผนการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป และบันทึกการติดตามเยี่ยม ผลจากการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ทำให้พบเห็นสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยให้ทีมผู้ให้บริการวางแผนให้การช่วยเหลือแนะนำ เกิดการดูแลต่อเนื่อง รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติได้รับการช่วยเหลือตรงตามปัญหาและความต้องการ ครอบคลุมด้านกาย จิต สังคม มีความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น มีความพึงพอใจและเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ดังแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง อภินันท์ อร่ามรัตน์¹² ได้กล่าวว่า การดูแลติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการจัดระบบการให้บริการที่เหมาะสม รวมถึงความสัมพันธ์ อันดีของแพทย์กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่เข้ามาช่วยให้การดูแลและปรึกษาด้วย สอดคล้องกับการศึกษา ยศยันต์ ภูเมฆ¹³ พบว่าผลการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในระดับปานกลาง และมีเจตคติอยู่ในระดับสูง เจ้าหน้าที่ให้การดูแลแบบองค์รวมอยู่ในระดับปานกลางและการให้คำปรึกษา/สุขภาพอยู่ในระดับสูง ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการรักษายอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรม การควบคุมอาหาร และการดูแลสุขภาพอนามัยร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรม การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

1.1 การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยการติดตามเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการควรให้ความสำคัญในการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและมีการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานและมีการพัฒนาศักยภาพผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล

1.2 เจ้าหน้าที่ควรมีการพัฒนาศักยภาพตนเองในด้านการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานโดยการจัดทำกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยเบาหวานร่วมกัน

1.3 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น องค์การบริการส่วนตำบล แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพในชุมชนจะเป็นการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและความตระหนักถึงปัญหาของโรคเบาหวานของคนในชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

1.4 การปรับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นเรื่องที่ยากสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองไม่ต่อเนื่องซึ่งการดูแลควรให้ผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดตัดสินใจในการจัดการปัญหาของตนเองตามวิถีการใช้ชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายจะทำให้การปฏิบัติกรรมการดูแลตนเองต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่ช่วยในการกระตุ้นและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ความรู้โรคเบาหวาน การดูแลตนเอง และเปิดโอกาสให้ร่วมเสนอแนวทางการดูแลตนเองร่วมกัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเพื่อหาแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่มาจากปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพและวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนรวมทั้งการส่งเสริมระบบสนับสนุนต่างๆให้องค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2.2 ควรศึกษารูปแบบการจัดตั้งเครือข่ายผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและมีการจัดตั้งเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ เพชรไสวลี้มตระกูล อาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาอุทิศเวลาอันมีค่าให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดีทุกขั้นตอนและขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ที่ทีมผู้ให้บริการคลินิกเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน; 2550 ที่มา: <http://www.ncd.ddc.moph.go.th>.
- จินตนา สุวิทวัส และเนตรชนก แก้วจันทา. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32(3) : 29-38
- กอบชัย พัวพิไล และคณะ.แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน.กรุงเทพฯ : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย;2551.
- ทัศนีย์วรรณ อีสุระ. การสร้างบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพโรงพยาบาลบ้านแท่นอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น;2549.
- กลุ่มเพิ่มคุณภาพบริการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเบาหวาน;2550.ที่มา: <http://thaincdprevention.com/NCD/indexni.ph>
- ศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี. สรุปรายงานผู้ป่วยประจำปีของศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี. ขอนแก่น: ศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี. (เอกสารอัดสำเนา);2551.
- ศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี. รายงานผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี. ขอนแก่น: ศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี. (เอกสารอัดสำเนา);2551.
- นิตย ทัศนียม.การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ:แนวคิดและกลวิธี.ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2546

9. สรัลรัตน์ พันธุ์สินทวีสุข. การพัฒนาความสามารถ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์ สุขภาพชุมชนบ้านฝื่อ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2551.
10. ประกายรุ่ง จวนสง. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เบาหวานในชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชนดงแคนใหญ่ อำเภอคำชะโนดจังหวัดยโสธร. รายงานการศึกษา อิสระปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขา วิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น;2552.
11. สมรทนาย หนูทอง. การพัฒนาบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาล ศรีธาตุ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. รายงาน การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2551.
12. อภินันท์ อร่ามรัตน์. การดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care) ;2551. ที่มา:<http://www.geocities.com/thaifammed/continuity.htm>
13. ยศยันต์ ภูเมฆ. ผลการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของ ศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา การบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น;2547.