



การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูง ด้วยทีมหมอครอบครัว

The Development of Home Visit Guidelines for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus or Hypertension Run by Family Care Team

อุมารณณ์ กำลังดี^{1*}, ภาวนา บุญมุสิก² และ อัจริยา วัชรารวิวัฒน์²

Umaporn Kamlungdee^{1*}, Pavana Bunmusik² and Atchariya Watcharawiwat²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธรรมณีย์¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วยทีมหมอครอบครัวธรรมณีย์ ภายใต้กรอบแนวคิดของ Community Health Improvement Process (CHIP) Action Planning Model ดำเนินการพัฒนาต่อเนื่อง 8 ระยะ คือ การศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการ การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสร้าง และพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ด้วยทีมหมอครอบครัวธรรมณีย์ การนำแนวทางไปทดลองใช้ และการปรับปรุงแนว 2 ครั้ง การสรุปผล และจัดทำแนวทางก่อนนำไปใช้จริง ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2558 ถึง เดือนกันยายน 2559 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในพื้นที่ จำนวน 148 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวทางที่พัฒนาขึ้น แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ มีค่าความตรงของเนื้อหา .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ และวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า

หลังใช้แนวทาง มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.12, 45.12 เป็นร้อยละ 55.62, 59.63 ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า และประเมิน CVD Risks เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59.43, 68.97, 69.64, 58.99 เป็นร้อยละ 85.57, 97.12, 92.11, 95.58 ตามลำดับ ผู้รับบริการพึงพอใจระดับดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.82 เป็น ร้อยละ 95.54 รวมทั้งผู้ให้บริการ พึงพอใจระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74.26 เป็นร้อยละ 93.21

ข้อเสนอแนะ รูปแบบการคัดกรองที่ดี ควรให้ชุมชนร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน มีการให้บริการตามบริบทพื้นที่ มีการคืนข้อมูลเป็นระยะ เพื่อปรับปรุงพัฒนาข้อจำกัดร่วมกัน

คำสำคัญ: เยี่ยมบ้าน, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ทีมหมอครอบครัว

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thungoh.pavana@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 062-2954563)



Abstract

This research and development aimed to develop home visit guidelines run by family care team using Community Health Improvement Process (CHIP)'s concept for patients with hypertension or diabetes. The Action Planning Model was developed continually during 7 phases, including: 1) assessment of problems and needs, 2) literature review, 3) creating and developing the home visit guideline, 4) trial of the guidelines, 5) revision of the guidelines for improvement, 6) summarizing results, 7) preparing guidelines before use. The study was carried out during the period of June, 2015 to the end of September, 2016. Purposive sampling was used to select the sample of 148 patients with diabetes/hypertension. The research tools were the developed guidelines, and a questionnaire about satisfaction of patients and health providers. Content validity of the questionnaire was .89. Data were analyzed using the percentage and content analysis.

The results of this study indicated that after using the guidelines, there were some changes for the better in terms of clinical outcomes; the number of the patients who could control diabetes and hypertension was increasing from 40.12% and 45.12% to 55.62% and 59.63%, respectively. More patients received screening of the disease complications in relation to eyes, kidneys, and feet, as well as CVD risks assessment. The number of patients was increased from 59.43%, 68.97%, 69.64%, 58.99% to 85.57%, 97.12%, 92.11% and 95.58%, respectively. The patients' satisfaction at a high level was increasing from 74.26 percent to 93.21 percent.

The findings of this study suggests that a good screening model should be developed by the community participation in every step; problem analysis, planning, and implementation in accordance with a community context. And data should be communicated periodically to community in order to improve some constraints.

Keywords: Home Visit, Diabetes, Hypertension, Family Care Team

บทนำ

วิวัฒนาการของโลกที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้พฤติกรรม และความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลง ทำให้โรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีจำนวนเพิ่มขึ้น และนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการทุพพลภาพ มีผลทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว มีผลต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ คุณภาพชีวิตไม่ดี (โครงการศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2555) และส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว (Knafli & Gilli, 2002) บริการสุขภาพตามมาตรฐาน และความจำเป็นที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ต้องเข้าถึง ได้แก่ การเข้าถึงการตรวจคัดกรองค้นหาโรค การวินิจฉัย การตรวจรักษา การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลของตัวชี้วัด การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกัน



สุขภาพแห่งชาติปี 2558 จะทำให้สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้เจ็บป่วย การดูแลดังกล่าว ต้องอาศัยแนวปฏิบัติการดูแล ที่มาตรฐานครอบคลุมถึงการ จัดระบบบริการในโรงพยาบาล และในชุมชนที่เชื่อมโยงกัน ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล จนถึงบ้าน หรือจากบ้านถึงโรงพยาบาล ทั้งในส่วนของ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคการรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรมณีย์ เป็นสถานบริการปฐมภูมิในจังหวัดพังงา ที่พบว่า ปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่พบใน 5 อันดับแรก ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา และเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่พบปัญหาการไม่เข้าถึงการบริการสุขภาพตามมาตรฐาน และความจำเป็น ในสัดส่วนสูงที่สุดด้วย ตำบลรมณีย์ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ที่ครอบคลุมการจัดบริการมาตรฐานการดูแลตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างต่อเนื่องทุกปี เมื่อทบทวนผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง) ตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมาพบว่า มีผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ ผลการคัดกรองค้นหารายใหม่ ได้มากกว่าร้อยละ 90 กลุ่มสงสัยรายใหม่ ได้รับการวินิจฉัยทุกราย และมีอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ไม่เกินร้อยละ 3 โดยตลอด แต่ก็มีผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ กลุ่มป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 60 สามารถควบคุมโรคได้ดี ไม่ถึงร้อยละ 40 ได้รับความคุ้มครองภาวะแทรกซ้อนไม่ครบตามเกณฑ์ กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนไม่ได้รับการดูแลครบตามเกณฑ์ ทำให้นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือโรคแทรกซ้อนของ กลุ่มป่วยได้ สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการให้บริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานในพื้นที่ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรมณีย์, 2557)

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเด็นปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และการสัมผัสติดตามผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านจำนวน 15 หลังคาเรือน พบว่า ผู้ป่วยหลายราย เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการรักษาต่อเนื่อง ที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ไม่มีแรงจูงใจ ไม่ได้รับการกระตุ้น รับประทานยาผิดวิธี ผิดขนาด ผิดเวลา ขัดแย้งกับการเดินทางมารับยา หรือมารับการรักษาต่อเนื่อง ขัดแย้งเรื่องการเดินทางตามคำแนะนำ ไม่เข้าใจคำแนะนำต่าง ๆ ที่ได้รับหรือเข้าใจ แต่นำไปปฏิบัติจริงไม่ได้ ไม่ทราบอาการผิดปกติที่ต้องสังเกต ไม่แน่ใจกับช่องทางการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น และเมื่อทำการทบทวนในส่วนของผู้ให้บริการ พบว่า ปริมาณผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกมีจำนวนมาก มีเวลาในการให้บริการแต่ละรายค่อนข้างน้อย ขาดความสมบูรณ์ในการประเมินปัญหา ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และในส่วนของระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรมณีย์ ซึ่งได้มีการเปิดให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง ใกล้เคียงบ้านใกล้ใจในกลุ่มผู้ป่วย ตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องข้อจำกัดของการเดินทางของผู้ป่วย มีการจัดช่องทางการให้คำปรึกษาแบบใกล้ใจให้ผู้ป่วย แต่ยังไม่มีความชัดเจน และไม่มีแนวทางการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ชัดเจน ทำให้ผลลัพธ์การดูแลยังไม่ดี ระดับการควบคุมโรคและการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรมณีย์, 2556)

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในพื้นที่ ตระหนักถึงความสำคัญในปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษา และทบทวนเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ และได้ข้อสรุปที่สำคัญ ดังนี้ การจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพควรเป็นรูปแบบการจัดการบริการ ที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อลดข้อจำกัดของบุคคล (ศิริอร สีนธู และพิเชต

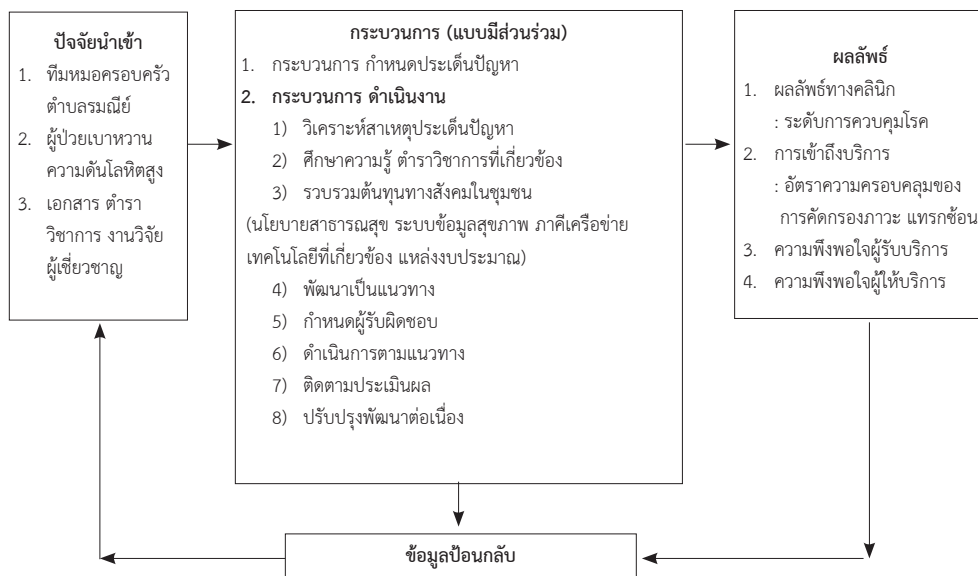
วงค์รอด, 2556) โดยการดูแลที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการติดตามการบริการที่ให้ และค้นหาข้อจำกัดของการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากสถานบริการอย่างต่อเนื่อง การใช้กระบวนการเยี่ยมบ้าน จะทำให้เกิดความต่อเนื่องจากการดูแลในสถานบริการจนถึงบ้าน ซึ่งเป็นที่พึงพิงอาศัยของผู้ป่วย (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และพัชรีย์ กัดจ่อมพงศ์, 2556) ทำให้สามารถประเมินความต้องการ หรือสภาพปัญหาได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และพัชรีย์ กัดจ่อมพงศ์, 2557) แนวทางที่มีการร่วมประสานกันระหว่างเครือข่ายชุมชน หรือทีมหมอครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการเชิงสังคมนอกเหนือจากทางคลินิก เกิดการแลกเปลี่ยนของข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ในการจัดการดูแล เพิ่มศักยภาพในการดำเนินการต่าง ๆ เนื่องจากข้อเสนอแนะมาจากกลุ่มไม่ใช่เฉพาะบุคคล (ดิลกา ไตรไพบูลย์, 2553) ผู้วิจัยจึงได้นำข้อค้นพบเหล่านี้ มาพัฒนาเป็นแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ด้วยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในชุมชนอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัวรวมณีย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัวรวมณีย์ ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค เกี่ยวกับปัญหาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ พร้อมทั้งระดมความคิดเห็นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชนแบบ CHIP Model: Community Health Improvement Process (CHIP) Action Planning Model ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน ของการร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า การร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหาและการประเมินผลลัพธ์ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (R & D: Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในตำบลธรรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา จำนวน 171 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ คือ ต้องเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (DM Type2) หรือโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) มาตั้งแต่ ก่อนปี พ.ศ. 2558 อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลธรรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2558 เป็นต้นมา และยินยอมเข้าร่วมโครงการ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 คน

พื้นที่ศึกษาวิจัย

พื้นที่ตำบลธรรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา เป็นพื้นที่ชนบท ประกอบด้วย 4 หมู่บ้าน มีรูปแบบการปกครองแบบองค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง พื้นที่มีการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ โดยทีมหมอครอบครัวธรรมณีย์

ระยะเวลาศึกษาวิจัย

ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2558 ถึง เดือนกันยายน 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. แนวทางการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น ซึ่งครอบคลุมประเด็นการคัดเลือกเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน การจัดทีมการเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว ความถี่ของการเยี่ยม การจัดเตรียมอุปกรณ์การประเมินค้นหาปัญหา การดูแลที่บ้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เกณฑ์การเยี่ยมฉุกเฉิน ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 3 คน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) .88

2. แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อบริการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ใช้แบบประเมินความพึงพอใจในชุมชน ของสำนักการพยาบาล ปี พ.ศ.2544 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ .90

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ของสำนักการพยาบาล ปี พ.ศ.2552 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ .96

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

มีการดำเนินการพัฒนาต่อเนื่อง 8 ระยะเวลา ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหา/ค้นพบสภาพปัญหา/การศึกษาสภาพการณ์ และความต้องการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 15 คน

ระยะที่ 2 การศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 3 สร้างและพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัว ธรรมณีย์ ตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน



ระยะที่ 4 นำแนวทางการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในชุมชน จำนวน 15 คน 1 ครั้ง

ระยะที่ 5 ปรับปรุงแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงตามผลการประเมินและความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ระยะที่ 6 ทดลองใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ปรับปรุงในการติดตามเยี่ยมที่บ้านครั้งที่ 2

ระยะที่ 7 ปรับปรุงแนวทางการเยี่ยมบ้านผลการประเมินและความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ครั้งที่ 2

ระยะที่ 8 สรุปผล/จัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงโดยทีมหมอครอบครัวตำบลรณีย์ อำเภอ กะปง จังหวัดพังงา และกำหนดให้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ ร้อยละและ ค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพังงา เลขที่ 15/58

ผลการวิจัย

1. ขั้นตอนการพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วยทีมหมอครอบครัวรณีย์ ผลการดำเนินงานตามระยะของการพัฒนา 8 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การค้นหา/ค้นพบสภาพปัญหา/การศึกษาสภาพการณ์ และความต้องการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน จากการทำ Focus Group สามารถสรุปข้อค้นพบได้ดังนี้

1.1 รูปแบบการเยี่ยมบ้าน ของตำบลรณีย์ ไม่มีรูปแบบและทิศทางที่ชัดเจน มักเป็นการทำงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติหรือช่วยมีส่วนร่วมน้อย สัดส่วนการดูแลของบุคลากรสาธารณสุขค่อนข้างสูง ทำให้เกิดความไม่ครอบคลุมเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน ปัญหาที่ได้รับการดูแลมักเป็นปัญหาทางสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ไม่ค่อยได้รับการแก้ไข

1.2 ชุมชนมีต้นทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตำบลรณีย์ แบ่งออกเป็นต้นทุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.2.1 นโยบายสาธารณสุข ได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข เขต จังหวัด แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขเขต จังหวัด ที่มีนโยบายมุ่งเน้นการดำเนินงานเชิงรุก และบริการใกล้ใจ นโยบายการเยี่ยมบ้านคุณภาพ

1.2.2 ระบบข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ระบบข้อมูลจาก 43 แพ้ม การมีศูนย์ข้อมูลของชุมชน

1.2.3 ทีมสุขภาพ ได้แก่ ทีมพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข จนท.สาธารณสุข ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ทีมบุคลากรสุขภาพในเครือข่าย แม่ข่าย



1.2.4 ภาควิชาช่วย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำทางศาสนา โรงเรียน การศึกษาตามอัธยาศัย วัด ชมรมต่าง ๆ อสม. นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.2.5 เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภูมิปัญญาทำภูมิ ทำขวัญ หมอน้ำมัน กลองยาว โนรา เช่น แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ แบบวัดคุณภาพชีวิต อุปกรณ์ทางการแพทย์: เครื่องวัดความดันในเลือด เครื่องเจาะน้ำตาล เครื่องใช้ ครุภัณฑ์สำนักงาน: เครื่องคอมพิวเตอร์ กล้องถ่ายรูป เครื่องถ่ายเอกสาร อุปกรณ์สื่อสาร: อินเทอร์เน็ต วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์มือถือ

1.2.6 แหล่งงบประมาณ แหล่งประโยชน์ ได้แก่ เงินบำรุง กองทุนสภาองค์กรชุมชน สสส. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล เงินสนับสนุนจากองค์กรเอกชนและหน่วยงานภายนอกต่าง ๆ

1.3 มีข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการจัดตั้งทีมการเยี่ยมบ้านโดยชุมชน หรือทีมหมอครอบครัว เพื่อให้สามารถเข้าใจบริบท ปัญหา และความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง โดยใช้ต้นทุนทางสังคมที่อยู่ในชุมชน มีการแต่งตั้งทีมหมอครอบครัวร่วมสมัย ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน มีสมาชิกทั้งหมด 21 คน ประกอบด้วยตัวผู้วิจัย และบุคลากรสาธารณสุขในตำบลรวมอีก 6 คน (พยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 3 คน ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละหมู่บ้าน 4 คน นายกององค์การบริหารส่วนตำบลกำนัน และผู้ใหญ่บ้าน 4 คน ผู้นำท้องถิ่นหมู่บ้านละ 1 คน พระภิกษุสงฆ์ (เจ้าคณะตำบล) 1 คน คุณครู 1 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 1 คน ประธานชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 คน ประธานสภาองค์กรชุมชน 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นประธาน ผู้วิจัยเป็นเลขานุการ

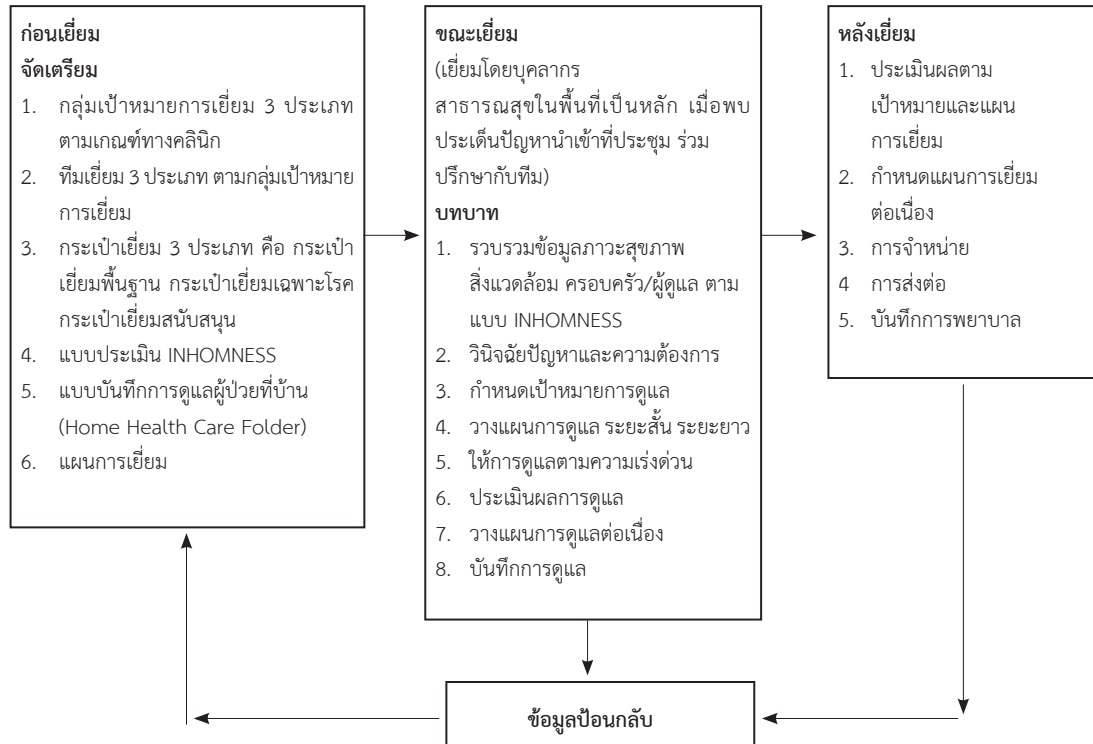
ระยะที่ 2 การศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากผู้เชี่ยวชาญ

โดยศึกษาเนื้อหาของมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงปี 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Word) ปี 2556 และเกณฑ์การเยี่ยมบ้านคุณภาพปี 2557 สำนักการพยาบาล และนโยบายทีมหมอครอบครัว ของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2558 ที่มีขึ้นเพื่อมุ่งหวังให้การดูแลสุขภาพแก่ประชาชน ในทุกครอบครัว ทุกกลุ่มวัย ทั้งในสถานบริการ ที่บ้าน สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และครอบครัวตลอดระยะเวลา โดยการสนับสนุนของแพทย์ในหน่วยบริการที่มีศักยภาพที่สูงขึ้น เช่น โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น และเป็นไปตามมาตรการหลักในการทำงานแบบบูรณาการ ของระบบบริการปฐมภูมิ ที่จะเป็นการสร้างความรัก ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ ซึ่งกันและกันระหว่างครอบครัวและ ทีมสุขภาพ ประจักษ์เป็นเพื่อนหรือญาติของประชาชนทุกคนในครอบครัว

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชน ตำบลรวมถัน เป็นดังนี้

ออกแบบแนวทางการเยี่ยมบ้าน โดยทีมหมอครอบครัวร่วมสมัย เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชน เนื้อหาครอบคลุมการดูแลต่อเนื่อง จากสถานบริการโดยแบ่งการดูแลเป็นก่อนเยี่ยม ขณะเยี่ยม และหลังเยี่ยม มีการกำหนดเป้าหมายการเยี่ยมบ้าน ตามระดับการควบคุมโรคของ

ผู้ป่วย การจัดเตรียมอุปกรณ์การเยี่ยมบ้าน (อุปกรณ์เยี่ยมทั่วไป อุปกรณ์เฉพาะหรืออุปกรณ์สนับสนุน) การจัดทีมเยี่ยม กระบวนการเยี่ยมบ้าน การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้ INHOMESSS และแนวทางการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หรือจิตวิญญาณ สามารถสรุปได้ดังภาพ 2



ภาพ 2 กรอบแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยทีมหมอครอบครัวมณีนี

ระยะที่ 4 นำแนวทางการเยี่ยมบ้าน เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในชุมชนไปทดลองใช้ ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชน จำนวน 15 คน เพื่อประเมินแนวทางที่สร้างขึ้น โดยทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนปี 2558 และมีชื่อในทะเบียนบ้าน มีสิทธิการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมณีนี อำเภอกะปง จังหวัดพังงา (Type Area 1, 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ และให้ข้อมูล การประเมินความรู้ ทักษะคิด และความต้องการเข้าโครงการของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง นำข้อมูลที่ได้มาทำการรวบรวม ประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

1.1 ด้านผู้รับบริการ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจต่อการได้รับการเยี่ยมบ้านระดับดีมาก เนื่องจากการเยี่ยมบ้าน สามารถสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการเอาใจใส่ผู้ป่วยในพื้นที่เป็นอย่างดี

1.2 ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ทีมหมอครอบครัวมีความพึงพอใจในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพราะทำให้ได้เห็นสภาพความเป็นอยู่จริงของผู้ป่วย ที่จะเป็นการช่วยเหลือกันเองในชุมชน ทำให้สามารถค้นพบปัญหา และข้อจำกัดที่หลากหลายและข้อเสนอแนะ ดังนี้



1.2.1 ในการแบ่งประเภทผู้ป่วยที่เยี่ยม นอกจากการแบ่งประเภทตามความซับซ้อน ทั้งทางคลินิก แล้ว ควรคำนึงถึงความซับซ้อนทางสังคม จิตวิญญาณด้วย

1.2.2 มีการจัดทำเกณฑ์การเยี่ยม โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ในส่วนของคลินิกและผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่นรับผิดชอบในส่วนของปัญหาทางสังคม ผู้สูงอายุ พระภิกษุรับผิดชอบหลักในส่วนของปัญหา ด้านความเชื่อหรือจิตวิญญาณ

1.2.3 ควรมี อสม. ในพื้นที่ร่วมเยี่ยมทุกราย เพื่อให้ได้รับทราบปัญหาและติดตามได้อย่างต่อเนื่อง

1.2.4 ควรมีการปรับปรุงเกณฑ์ประเมินให้ประเมินให้ง่ายขึ้น

1.2.5 การปรับปรุงแบบบันทึกการเยี่ยม ให้เป็นชุดเดียวที่สะท้อนให้เห็นการประเมินปัญหา และการจัดการแบบองค์รวม เพื่อลดความซับซ้อนในการปฏิบัติงาน

ระยะที่ 5 ปรับปรุงแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงตามผลการประเมินและความต้องการของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยจัดประชุมทีมหมอครอบครัวเพื่อร่วมกันปรับเกณฑ์การแบ่งประเภทผู้ป่วยตามความซับซ้อนทางคลินิกและสังคมการ แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ การปรับปรุงแบบบันทึกตามเกณฑ์และจัดทำให้เป็นชุดเดียวกัน มีการเพิ่มเนื้อหาในเรื่องบทบาทของผู้รับผิดชอบแต่ละฝ่าย

ระยะที่ 6 ทดลองใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ปรับปรุงในการติดตามเยี่ยมที่บ้านครั้งที่ 2 พบว่า

1.1 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับดีมาก แต่ต้องการให้มีการเยี่ยมเมื่อมีปัญหาฉุกเฉิน หรือกลับจากโรงพยาบาลด้วยนอกเหนือจากการเยี่ยมตามระยะเวลาที่กำหนด

1.2 ผู้ให้บริการ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับดีมาก แต่อยากให้ อสม. มีการแจ้งให้เจ้าหน้าที่ประจำหมู่บ้าน รับผิดชอบทราบทุกครั้ง ที่มีเหตุฉุกเฉินหรือปัญหาเร่งด่วนทางสุขภาพ เพื่อจะได้แก้ไขปัญหาทันเวลา

ระยะที่ 7 ปรับปรุงแนวทางการเยี่ยมบ้าน แต่เพิ่มเกณฑ์การเยี่ยมเมื่อมีปัญหาฉุกเฉิน หรือกลับจากโรงพยาบาลด้วย นอกเหนือจากการเยี่ยมตามระยะเวลาที่กำหนด

ระยะที่ 8 สรุปผล/จัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยทีมหมอครอบครัว ตำบลธมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา โดยจัดประชุมทีมเพื่อสรุปผลการทดลอง ใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น และจัดทำ “แนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง” ฉบับสมบูรณ์ โดยกำหนดให้ใช้แนวทางดังกล่าว ติดตามเยี่ยมบ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธมณีย์ และร่วมแลกเปลี่ยนการใช้แนวทางเป็นระยะ ดังภาพ 3



ภาพ 3 กรอบแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยทีมหมอครอบครัวมณีนี้อัฒม์ปรับปรุง

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ที่ใช้แนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วยทีมหมอครอบครัวมณีนี้อัฒม์

ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีอายุ 25-95 ปี อายุเฉลี่ย 62.40 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 77.55 อาชีพทำสวน ร้อยละ 52.04 รายได้ครอบครัว 5,000- 9,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.80 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 38.79 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100

3. ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วยทีมหมอครอบครัวมณีนี้อัฒม์ หลังใช้แนวทาง มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.12, 45.12 เป็นร้อยละ 55.62, 59.63 ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า และประเมิน CVD Risks เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59.43, 68.97, 69.64, 58.99 เป็นร้อยละ 85.57, 97.12, 92.11, 95.58 ตามลำดับ ผู้รับบริการพึงพอใจระดับดีขึ้นไปเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 75.82 เป็นร้อยละ 95.54 รวมทั้งผู้ให้บริการพึงพอใจระดับดีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74.26 เป็นร้อยละ 93.21

อภิปรายผล

ทีมหมอครอบครัวตำบลมณีนี้อัฒม์มีการนำแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง และมีผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้น ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการพัฒนาแนวทางครั้งนี้ เป็นการพัฒนาร่วมกันระหว่างทีมการดูแล ทั้งบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน



โดยทีมสหวิชาชีพ ในกลุ่มโรคที่มีภาวะหัวใจวายจากเลือดคั่ง (Stewart, Simon, John & John, 1999) ซึ่งเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่นเดียวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่า จะสามารถทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้น การควบคุมโรคดีขึ้น จะเห็นได้ว่าแนวทางการเยี่ยมบ้านที่สร้างขึ้นในครั้งแรก ทำให้มีรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน เนื่องจากเป็นแนวทางที่มาจากปัญหา และความต้องการจริงของผู้ป่วยในพื้นที่ ตามบริบทวิถีชีวิต บนพื้นฐานวิชาการ และเมื่อมีการทดลองใช้ การติดตามผลของการนำไปใช้ การร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปรับปรุงพัฒนาตามข้อจำกัดร่วมกัน เป็นการสื่อสารสองทาง ทำให้แนวทางมีความชัดเจนเพิ่มขึ้น เพิ่มคุณค่าของการจัดบริการ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับดีถึงดีมาก และทำให้เครือข่ายชุมชนได้ร่วมเอาใจใส่ผู้ป่วยในชุมชน เกิดเป็นความห่วงใยและความผูกพันระหว่างกันในชุมชน (Gomes, Andrade, Vieira, Vieira, Castro ,Pereira, et al., 2015) จัดเป็นสิ่งที่ดีในระบบสุขภาพในยุคปัจจุบัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

แนวทางการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น มีเนื้อหาความรู้ และรูปแบบการดำเนินการหลากหลายและน่าสนใจ ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ครอบคลุมการดูแลทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถที่จะไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคอื่น ๆ หรือกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิเคราะห์ต้นทุนของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัวรวมศูนย์
2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงด้วยบุคลากรสาธารณสุข และทีมหมอครอบครัวรวมศูนย์

รายการอ้างอิง

โครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. (2555). รายงานฉบับย่อ เรื่อง การประมาณ

ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคเรื้อรัง (Economic Burden of Non-Communicable Diseases). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

ดิลกา ไตรไพบูลย์. (2553). การจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้สู่ภาวะชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือ

ตอนบน: กรณีศึกษาตำบลช่วงเปา อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และพัชรีร์ย์ กลัดจอมพงศ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และพัชรีร์ย์ กลัดจอมพงศ์. (2557). เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ศิริอร สินธุ และพิเชต วงศ์รอด. (2556). การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.

กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์.



- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2558). *บัญชีรายชื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธรรมณีย์. (2555). *รายงานประจำปี 2555 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธรรมณีย์*. พังงา: โยธิน.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธรรมณีย์. (2556). *รายงานประจำปี 2556 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธรรมณีย์*. พังงา: โยธิน.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธรรมณีย์. (2556). *รายงานสรุปการถอดบทเรียนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธรรมณีย์*. พังงา: โยธิน.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธรรมณีย์. (2557). *รายงานประจำปี 2557 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธรรมณีย์*. พังงา: โยธิน.
- Gomes, L. M., Andrade Barbosa, T. L., Vieira, E. D., Vieira, L. J., Castro, K. P., Pereira, I. A., et al. (2015). Community Healthcare Workers Perception of an Educational Intervention in the Care of Patients with Sickle Cell Disease in Brazil. *Mediterranean journal of Hematology and Infectious Diseases*, 7(1): 403-418.
- Knaf, K. A. & Gillis, C. L. (2002). Families and Chronic Illness: A Synthesis of Current Research. *J Fam Nurse*, 8(3): 178-98.
- Stewart, Simon, John, E., Marley, John, D. & Horowitz. (1999). Effects of a Multidisciplinary, Home-Based Intervention on Planned Readmissions and Survival among Patients with Chronic Congestive Heart Failure: a Randomized Controlled Study. *The Lancet*, 9184(354): 1077-1083.