

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกลไก 3 หมอและการมีส่วนร่วม ในชุมชน อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร

สงศรี มุลสาร^{*1} ยุพาภรณ์ สุทธิประภา² และชลธิชา นาคโนนหัน³

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร¹

โรงพยาบาลไทยเจริญ จังหวัดยโสธร²

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร³

*ผู้ประพันธ์บทความ: Songsri.m@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสานวิธี (Mix method) โดยระยะที่ 1 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะที่ 2 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) วัตถุประสงค์เพื่อออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแบบผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่สำคัญในชุมชนที่มีการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกลไก 3 หมอระยะที่ 1 จำนวน 174 คน และระยะทดลองประสิทธิผลจำนวน 58 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แนวคำถามที่ใช้ในการจัดสนทนากลุ่ม (Focus group) แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย สถิติวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และแปลความสรุปความเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สถิติเชิงปริมาณ ได้แก่ สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบหลังการทดลอง ใช้ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 พื้นที่ศึกษาอำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 ถึง พฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา พบว่าปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ ปัจจุบัน ไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นรูปธรรม มีเพียงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้มผ่อ ที่มีบทบาทหลักในการดูแลตามนัดแต่ละเดือนของผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลการรักษาโรคเบาหวานส่วนใหญ่ทำไม่ได้ตามเป้าหมายเนื่องจากผู้ป่วยเองยังไม่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและไม่ทราบเป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยไม่เคยชินกับการใช้เวลาในการออกกำลังกาย ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยา แพทย์อาจจะไม่ทราบถึงความสำคัญของการรักษาให้ได้ตามเป้าหมายและคิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ด้านงบประมาณยังไม่มีหน่วยงานที่ดูแลหลักขาดแคลนพาหนะในการเดินทางเพื่อเข้าร่วมกิจกรรม พัฒนารูปแบบโดยกระบวนการ PAOR จนได้โมเดลที่ชื่อว่า “SM Model” โดยมีกิจกรรมสำคัญ 4 ข้อ คือ 1) หมอคนที่ 3 (หมอโรงพยาบาล) ช่วยกำกับและประสานอย่างทั่วถึงที่ 2) หมอคนที่ 2 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ออกเยี่ยมติดตาม และเป็นผู้นำในการส่งเสริมความรู้ประชาชนและอสม. ในพื้นที่ 3) หมอคนที่ 1 (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ออกเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วย 4) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลคนไข้ ผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลเบื้องต้น ให้กำลังใจ แนะนำกำกับในการไปตามนัดของหมอคนที่ 2-3 หลังการใช้ “SM Model” ในกลุ่มทดลองพื้นที่ตำบลส้มผ่อ ทั้งหมด 58 คน และพื้นที่เปรียบเทียบ คือ ตำบลไทยเจริญ ทั้งหมด 58 คน พบว่าคะแนนความรู้ (mean difference = 5.83, p-value <0.001) คะแนนพฤติกรรม (mean difference = 3.50, p-value =0.02) และระดับน้ำตาลสะสม HbA1c (mean difference = 0.734, p-value =0.032) กลุ่มทดลองหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 รวมถึงคะแนนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียสำคัญในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจาก

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (mean difference = 3.51, p-value <0.001) ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรวมกลุ่มเป็นกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และนำรูปแบบ “SM Model” ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในพื้นที่อื่นต่อไป

คำสำคัญ: กลไก 3 หมอ, การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน, ชุมชนมีส่วนร่วม

Development of Care Model for Type 2 Diabetes Patients in the Community with “3 Family Doctors and Participation of Community”, Thai Charoen District Yasothon Province

Songsri Moonsan^{*1}, Yupaporn Suttiapah², Chonticha Naknonohan³

Yasothon Provincial Public Health Office ¹

Thai Charoen Hospital, Yasothon Province²

Thai Charoen District Public Health Office, Yasothon Province ³

**Corresponding author : Songsri.m@gmail.com*

ABSTRACT

This research is a mixed method research. Phase 1 is an action research model, Phase 2 uses a quantitative method. The objective is design a diabetes care program and study the results of the developed model. The sample group is representative of key participants in the community that has implemented the type 2 diabetes care model with the 3-doctor mechanism in phase 1, totaling 174 people, and the effectiveness trial phase, totaling 58 people. Data were collected using questions used in organizing focus groups and health care knowledge and behavior questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentages and means, content analysis, and interpreted to summarize the type 2 diabetes care model. Quantitative statistics include post-test comparative analysis using the Independent t-test, with a significance level of .05. The study area is Thai Charoen District, Yasothon Province, between May 2023 and July 2024.

The results of the study found that the problems and obstacles in caring for diabetic patients are as follows: At present, there is no concrete model for promoting health for diabetic patients. There is only the health promotion hospital in Sompho Subdistrict that plays a main role in caring for diabetic patients according to their monthly appointments. Most diabetic care and treatment do not meet the goals because the patients themselves do not have knowledge about diabetes and do not know the goals of diabetes treatment. The patients are not used to spending time exercising. The patients do not see the importance of taking medicine. The doctors may not know the importance of achieving the goals and think that the patients cannot do it. There is a lack of transportation to join the activities. The model was developed by the PAOR process until it was named the “SM Model” with 4 activities: 1) The third doctor (hospital doctor) helps supervise and coordinate in a timely manner. 2) The second doctor (public health officer) makes a follow-up visit.

I am also a leader in promoting knowledge to people and village health volunteers in the area. 3) Doctor No. 1 (Village Health Volunteer) visited homes to follow up on patients. 4) Community stakeholders, including caregivers and community leaders, participated in primary care, provided encouragement, and provided guidance for appointments with Doctors No. 2-3 After using the “SM Model” in the experimental group, 58 people in Sompho Sub-district, and the comparison group, 58 people in Thai Charoen Sub-district, it was found that the knowledge scores (mean difference = 5.83, p-value <0.001), behavioral scores (mean difference = 3.50, p-value =0.02), and HbA1C (mean difference = 0.734, p-value =0.032) of the experimental group after the experiment were significantly different from the control group at a statistical level of 0.05. In addition, the participation scores of key stakeholders in the experimental group were significantly different from the control group at a statistical level of 0.05 (mean difference = 3.51, p-value <0.001). Therefore, it is recommended to encourage diabetic patients to form groups to help each other and apply the “SM Model” to provide services to diabetic patients in other areas.

Keywords: 3 Family Doctors, Health care for diabetic patients, community participation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือกลุ่มโรค Non-Communicable Disease (NCD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศและระดับโลก ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเหล่านี้มีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งในอนาคตแม้แต่ประเทศที่ร่ำรวยที่สุดในโลกก็จะเป็นไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายนี้ได้ โรคในกลุ่มนี้ที่สำคัญ ได้แก่โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคอัมพาต ดังนั้นการให้แพทย์และพยาบาลได้มีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของโรคดังกล่าวจะช่วยพัฒนาให้การรักษาโรค NCD ดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อน⁽¹⁾

จากการสำรวจความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกโดยสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation; IDF)⁽²⁾ ในปี พ.ศ. 2562 รายงานว่า ประชากรทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 20-79 ปี มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 463 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.3 ของประชากรทั้งหมด และหากไม่มีการดำเนินการอย่างเหมาะสม คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกสูงถึง 578 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.2 ของประชากรทั้งหมด และภายในปี พ.ศ. 2588 ตัวเลขนั้นจะเพิ่มขึ้นเป็น 700 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ของประชากรทั้งหมด โรคเบาหวานเป็นภัยคุกคามร้ายแรงต่อปัญหาสุขภาพทั่วโลกที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมระดับชาติ ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้จำนวนมาก ส่งผลให้ต้องการการรักษามากขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง เกิดภาวะเครียดในครอบครัว โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนหากดูแลได้ไม่ดีจะนำไปสู่การนอนโรงพยาบาลถี่ขึ้นและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ค่ารักษาพยาบาลสำหรับการดูแลรักษาโรคเบาหวานของทั่วโลกสูงถึง 760 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และคาดว่าจะสูงถึง 825 พันล้านดอลลาร์สหรัฐภายในปี พ.ศ. 2573 และ 845 พันล้านดอลลาร์สหรัฐภายในปี พ.ศ. 2581 สำหรับทั่วโลก โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในปี พ.ศ. 2562 คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนทั่วโลกราว 4.2 ล้านคน ประเทศส่วนใหญ่ยัง

ไม่สามารถทำตามเป้าหมายของ WHO 2025 ในการยับยั้งการเพิ่มขึ้นของเบาหวานประเภทที่ 2 ได้ จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการระดับชาติอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันเบาหวานประเภทที่ 2 และจัดการกับเบาหวานทุกประเภท ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องนำทฤษฎีนโยบายด้านสุขภาพมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ซึ่งการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานคือส่วนสำคัญในการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน

สถานการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2563–2565 พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 30,384, 31,495 และ 29,770 คน ตามลำดับ พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 5,654.95, 5,861.73 และ 5,581.2 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ร้อยละ 65.57, 77.42 และ 76.48 และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 19.62, 22.92 และ 24.22 ตามลำดับ สถานการณ์โรคเบาหวาน อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2563–2565 พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,917, 2,084 และ 2,180 คน ตามลำดับ พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 6,275.58, 6,822.27 และ 7,129.54 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ร้อยละ 65.36, 86.42 และ 75.87 และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 16.69, 21.40 และ 20.55 ตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการดูแลรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ เข้มแข็ง มีคุณภาพ ทัวถึง ยั่งยืนและบรรลุเป้าหมาย ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน⁽⁴⁾ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น เน้นการเสริมสร้างสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม มุ่งให้เกิดผลลัพธ์กับประชาชนทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต จากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน 3 หมอหรือคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ โดยมีวัตถุประสงค์ ให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน เน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ทำหน้าที่ เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เกษษกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่นๆ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 คัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วย หมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล เป็นผู้มอบการรักษา ดูแล ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน เป็นการมุ่งสร้างระบบสาธารณสุข เน้นการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแล รักษาและส่งต่อ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง พื้นที่จังหวัดยโสธรได้มีการนำนโยบายดังกล่าวมาใช้ในพื้นที่กับการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่แต่ยังไม่มี การนำมาประยุกต์ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะเกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวหากนำมาประยุกต์ใช้

จากความสำเร็จและสถานการณ์ของโรคเบาหวานที่กล่าวมาข้างต้น รวมถึงนโยบายการดูแลสุขภาพประชาชนของกระทรวงสาธารณสุขที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนารูปแบบ

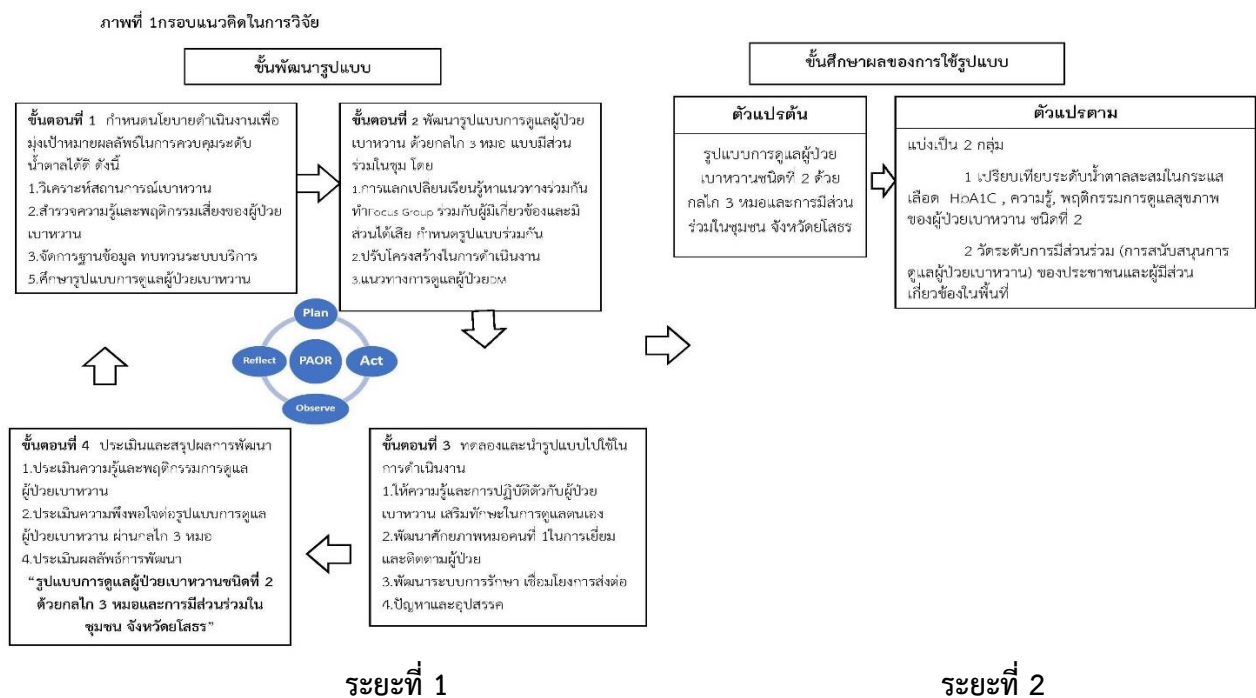
การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกลไก 3 หมอและการมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร เนื่องจากการดูแลกลุ่มดังกล่าวเป็นเรื่องสำคัญเพื่อนำไปสู่การหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และป้องกันปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีศักยภาพเหมาะสม ก่อให้เกิดทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพและจะเป็นประโยชน์ต่อภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไปในอนาคต รวมถึงการขยายไปสู่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ด้วยกลไก 3 หมอ และการมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร และประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ โดยใช้รูปแบบผสมวิธี (mix method) ระยะที่ 1 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะที่ 2 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) โดยมีกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีตัวอย่างเป็นตัวแทนผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่สำคัญในชุมชนที่มีการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกลไก 3 หมอและการมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจงเฉพาะผู้ที่มีส่วนร่วมสำคัญ เนื่องจากกระบวนการวิจัย

แบบ Action Research จะต้องอาศัยข้อมูลและความร่วมมือจากผู้มีส่วนสำคัญในชุมชนและเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่น โดยกำหนดผู้ให้ข้อมูลและร่วมพัฒนารูปแบบ จำนวน 250 คน ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ พื้นที่อำเภอไทยเจริญ โดยคัดเลือก 1 ตำบลเป้าหมาย คือ ตำบลส้มผ่อ มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 362 คน โดยคัดเลือกผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี จำนวน 174 คน
2. บุคลากร 3 หมอในพื้นที่ตำบลส้มผ่อ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร แบ่งเป็น
 - หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน
 - หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้มผ่อ จำนวน 5 คน
 - หมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาลไทยเจริญ จำนวน 1 คน
3. ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 30 คน
4. ผู้นำชุมชนในพื้นที่ตำบลส้มผ่อ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร จำนวน 15 คน
5. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลส้มผ่อ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร จำนวน 5 คน

การวิจัยระยะที่ 2 สำหรับการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้วิธีการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มความรู้ในการดูแลเบาหวานตนเอง ซึ่งค่าพารามิเตอร์ที่ใช้แทนค่าในสูตรได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เรื่อง การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังวัด ตำบลยางสาว อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ (ศักดา ตัญห้ำ, 2022)⁽⁵⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ 58 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานพื้นที่ตำบลส้มผ่อ 58 คนและกลุ่มเปรียบเทียบในพื้นที่ตำบลไทยเจริญ 58 คน รายละเอียดการคำนวณขนาดตัวอย่างเป็นดังนี้

$$n = \frac{[z_{\alpha} + z_{\beta}]^2 \sigma^2}{[\mu_1 - \mu_2]^2}$$

โดย

n = กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

μ_1 = ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการทดลองในผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ 6.57

μ_2 = ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมหลังการทดลองในผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ 7.33

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของความแตกต่างของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.71

z_{α} = กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่า z จะเท่ากับ 1.96

z_{β} = กำหนดอำนาจทดสอบ (β) ที่ร้อยละ 90 ค่า β จะเท่ากับ 1.282

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ พื้นที่อำเภอไทยเจริญ โดยคัดเลือก 1 ตำบลเป้าหมาย คือ ตำบลส้มผ่อ มีผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่มีปัญหา ด้านการพูด การฟังและการเขียน มีทั้งเพศชายและเพศหญิง และตำบลไทยเจริญเป็นพื้นที่เปรียบเทียบ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีโรคประจำตัว เจ็บป่วยรุนแรง หรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้ตลอดกระบวนการ

พื้นที่ศึกษา

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ พื้นที่อำเภอไทยเจริญ โดยคัดเลือก 1 ตำบลเป้าหมาย คือ ตำบลส้มผ่อ และพื้นที่เปรียบเทียบคือตำบลไทยเจริญ และระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2566 ถึง เดือน พฤษภาคม 2567

เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล

1. ใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) (ในระยะที่ 1) ออกแบบและกำหนดประเด็น สนทนาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของ key person ที่เข้าร่วม

2. แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 (ในระยะที่ 2 พัฒนาขึ้น จากแนวคิด ทฤษฎีจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ทั้งหมด 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 4 การสนับสนุนการจัดการดูแลโรคเบาหวาน ของหน่วยบริการ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ทั้งหมด 4 เรื่อง 12 ข้อ

3. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดยโสธร ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็น/การปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ ทั้งหมด 4 ด้าน จำนวน 35 ข้อ ส่วนที่ 3 กิจกรรมที่ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดยโสธร จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอื่น ๆ

โดยเครื่องมือมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา วัดโดยค่าความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับมีค่า KR20 เท่ากับ 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1) ตัวแปรที่มีการวัดเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย เพศ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพในชุมชน ความรู้การดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และแปลความสรุปความ

2) ตัวแปรที่มีการวัดเชิงปริมาณ ประกอบด้วย อายุ โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics)

สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (t-test) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) โดยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยโสธร หนังสือที่ 6633/2566 เลขที่ 6633 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2566 รวมถึงมีการทำแบบยินยอมเข้าร่วม เป็นอาสาสมัคร และมีการอธิบายการวิจัยให้พื้นที่รับทราบ รวมถึงการรักษาสิทธิผู้เข้าร่วมอย่างครบถ้วน

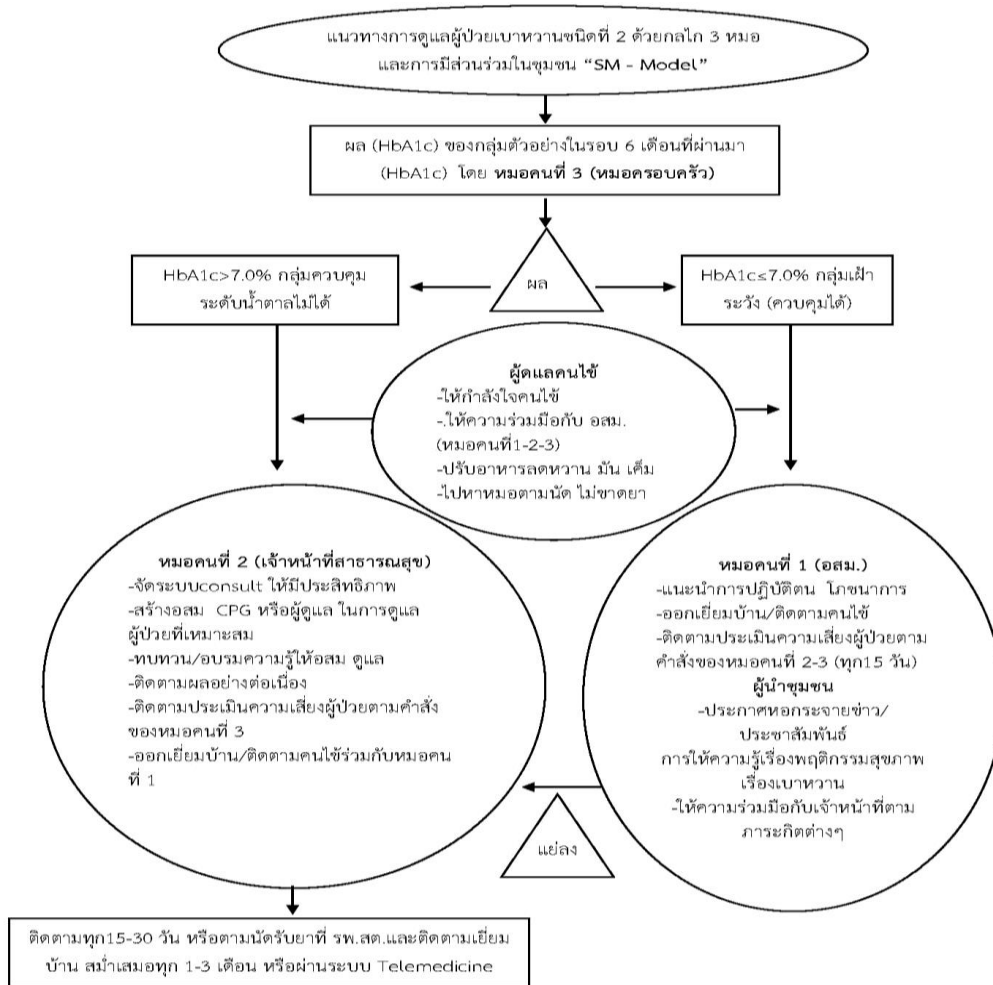
ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานและปัญหาอุปสรรค เพื่อพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.2 อายุโดยเฉลี่ย 48.51 ปี (S.D.=9.3, min=22, max=78) ตำแหน่งตำแหน่งของผู้ที่มีส่วนร่วมสำคัญในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 69.6 เท่ากัน รองลงมาเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 12.0 รองลงมาเป็นบุคลากร 3 หมอ ร้อยละ 10.4 ผู้นำชุมชนร้อยละ 6.0 เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 2.0 สถานะภาพสมรสส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.2 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.2 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาเป็นมัธยมศึกษา/ อาชีวฯ 34.4 รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 24.4 และไม่ได้เรียน ร้อยละ 6.0 ดังนั้น ผู้เข้าให้ข้อมูลจึงเป็นผู้มี ส่วนสำคัญในการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองการดำเนินงานที่มีความสอดคล้องกับความต้องการ

1.2 การพัฒนารูปแบบดำเนินการตามกระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกทาการ์ด (Kemmis ; & Mc Taggart.1990:11)⁽⁶⁾ ปรับปรุงแก้ไขแนวทาง กลวิธี ร่วมกับทีม Key person อิงตามบริบทพื้นที่ตำบลส้มผ่อ อำเภอยโสธร และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เริ่มต้นจากกระบวนการระดมทีมผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ ในพื้นที่ โดยการ คัดกรองผล (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (HbA1c) โดย หมอคนที่ 3 (หมอครอบครัว) เพื่อประเมินระดับน้ำตาลสะสมในกระแสเลือด โดยหากมีคะแนนในระดับปกติ HbA1c≤7% จะเข้าสู่กระบวนการดูแล ฝ้าระวังของหมอคนที่ 1 (อสม.) โดยการแนะนำการปฏิบัติตน โภชนาการ การออกเยี่ยมบ้าน/ติดตามคนไข้ ติดตาม ประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยตามคำสั่งของหมอคนที่ 2-3 (ทุก 15 วัน) มีผู้นำชุมชนเข้ามามีบทบาทโดยประกาศหอกระจาย ข่าว/ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพเรื่องเบาหวาน ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ตามภารกิจ ต่างๆ ส่วน ถ้ามีคะแนน HbA1c>7% กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จะมีกระบวนการ ดังนี้ ให้หมอคนที่ 2 (เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข) 1) จัดระบบconsult ให้มีประสิทธิภาพ 2) สร้างอสม CPG หรือผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม 3) ทบทวน/อบรมความรู้ให้อสม ดูแล 4) ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 5) ติดตามประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยตามคำสั่งของ หมอคนที่ 3 6) ออกเยี่ยมบ้าน/ติดตามคนไข้ร่วมกับหมอคนที่ 1 โดยมี ผู้ดูแลคนไข้ คอยประสานให้กำลังใจคนไข้ ให้ความร่วมมือกับ อสม. (หมอคนที่ 1-2-3) ปรับอาหารลดหวาน มัน เค็ม พาผู้ป่วยไปหาหมอดตามนัด ไม่ขาดยา ทำให้ ได้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกลไก 3 หมอและการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยใช้ชื่อว่า “SM โมเดล” S หมายถึง “Sompho” ชื่อตำบลที่พัฒนาโมเดล M คือ “MOR” ที่มาจากภาษาไทย 3 หมอ โดยวิเคราะห์วิเคราะห์

เชิงเนื้อหาจากการสอบถามและกระบวนการกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ 4 ข้อ คือ 1) หมอคนที่ 3 (หมอโรงพยาบาล) ช่วยในการกำกับและประสานอย่างทันทั่วทั้งที่ 2) หมอคนที่ 2 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ออกเยี่ยมติดตาม และเป็นผู้นำในการส่งเสริมความรู้ประชาชนและ อสม. ในพื้นที่ 3) หมอคนที่ 1 (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ออกเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วย 4) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลคนไข้ ผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลเบื้องต้นให้กำลังใจ แนะนำกำกับในการไปตามนัดของหมอคนที่ 2-3 สามารถสรุปเป็น SM Model ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยชุมชนมีส่วนร่วมร่วมกับกลไก 3 หมอ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 SM Model ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกลไก 3 หมอ และการมีส่วนร่วมในชุมชน

ระยะที่ 2 ภายหลังทดลองใช้ “SM Model” ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยกลไก 3 หมอและการมีส่วนร่วมชุมชน (ภาพที่ 2) โดยใช้พื้นที่ตำบลส้มผ่อ จำนวน 58 คนเป็นกลุ่มทดลองและพื้นที่เปรียบเทียบกับคือตำบลไทยเจริญ จำนวน 58 คน ประเมินประสิทธิผลโดยกระบวนการทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Quasi-experimental research)

2.1 ผลการเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม “SM Model” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น พบว่าคะแนนความรู้ กลุ่มทดลองใช้โมเดลมีความรู้หลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองใช้โมเดลมีพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพตนเองหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value=0.02) และ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองใช้โมเดลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value=0.032) ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุม (n=58) และกลุ่มทดลอง (n=58)

ปัจจัย /กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	p-value	95%CI	
					lower	upper
ความรู้						
กลุ่มควบคุม	2.43	0.50	-5.83	<0.001**	-6.25	-5.41
กลุ่มทดลอง	8.26	1.46				
พฤติกรรม						
กลุ่มควบคุม	48.67	6.26	-3.50	0.020*	-6.46	-0.55
กลุ่มทดลอง	52.18	8.84				
HbA1C						
กลุ่มควบคุม	7.91	2.15	0.734	0.032*	0.06	1.40
กลุ่มทดลอง	7.17	1.19				

* Significant 0.05 level test by Independence t-test

** Significant 0.01 level test by Independence t-test

2.2 ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของประชาชนและ 3 หมอในพื้นที่ทดลอง (ส้มผ่อ) และพื้นที่ควบคุม (ไทยเจริญ) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น พบว่าหลังดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม “SM Model” ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ ผลการศึกษาคะแนนการมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองใช้โมเดลมีระดับการมีส่วนร่วมหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 คะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของประชาชนและ 3 หมอในพื้นที่ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุม (n=58) และกลุ่มทดลอง (n=58)

ปัจจัย /กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	p-value	95%CI	
					lower	upper
การมีส่วนร่วม						
กลุ่มควบคุม	24.71	4.30	-3.509	<0.001**	-5.312	-1.706
กลุ่มทดลอง	28.23	5.02				

* Significant 0.05 level test by Independence t-test

** Significant 0.01 level test by Independence t-test

สรุปและอภิปรายผล

กระบวนการวิจัย action research เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครั้งนี้นี้หลังปรับปรุงแก้ไขร่วมกับทีม Key person อิงตามบริบทพื้นที่และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทำให้ได้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกลไก 3 หมอและการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยใช้ชื่อว่า “SM Model” ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) หมอคนที่ 3 (หมอโรงพยาบาล) ช่วยกำกับและประสานอย่างทันทั่วทั้งที่ 2) หมอคนที่ 2 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ออกเยี่ยมติดตามและเป็นผู้ดำเนินการส่งเสริมความรู้ประชาชนและ อสม. ในพื้นที่ 3) หมอคนที่ 1 (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ออกเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วย 4) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลคนไข้ ผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลเบื้องต้น ให้กำลังใจ แนะนำกำกับในการไปตามนัดของหมอคนที่ 2-3 โดยการเชื่อมระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยการประยุกต์ใช้ระบบหมอครอบครัวตามนโยบาย 3 หมอ และเป็นรูปแบบการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละกลุ่มให้ได้รับการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามอาการของตนเองอย่างใกล้ชิดตามแนวทางการปฏิบัติพื้นฐาน โดยมีหมอครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ในระดับหมู่บ้าน และที่ รพ.สต. เพื่อติดตาม คัดกรอง ประเมินอาการ ส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบออนไลน์ และจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน $HbA1c \leq 7\%$ กลุ่มเฝ้าระวัง (ควบคุมได้) ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม $HbA1c > 7\%$ กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะดูแลเฉพาะรายตามข้อสั่งการของแพทย์ และหมอคนที่ 2 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่) ซึ่งจะช่วยลดความแออัดที่โรงพยาบาล ลดภาระของผู้ป่วยในการเดินทางไปโรงพยาบาล อีกทั้งเป็นการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง โดยการให้คำแนะนำให้ข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลตนเอง การให้กำลังใจ และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลากรด้านสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลการรักษาเบาหวานที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรารักษ์ หวังจิตต์เชียร⁽⁷⁾ และ ประภาราชา และคณะ⁽⁸⁾ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและพบแพทย์ (หมอคนที่ 3) ทุกราย เมื่อแพทย์ได้ประเมินแล้วมีผลการรักษาและพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น จะพิจารณาส่งตัวกลับในชุมชนและส่งยาไปให้ผู้ป่วยถึงบ้านโดยให้ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลไทยเจริญ ในด้านการให้คำแนะนำ การนัดหมายบริการและติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน เน้นการให้บริการที่บ้านทั้งการคัดกรองเบื้องต้น การฉีดยาและติดต่อผ่านโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่ต้องออกจากบ้าน เป็นการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดความเครียดและลดความตื่นตระหนกจากการแพร่ข่าวสารทางสื่อสังคมที่เป็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ อีกทั้งยังทำให้หมอครอบครัวมีความเข้าใจปัญหาผู้ป่วยได้ดีขึ้น เพราะได้ไปเรียนรู้ความเป็นอยู่และบริบทต่างๆ ของผู้ป่วยที่บ้าน และมีการเสริมพลังให้กับผู้ป่วย โดยหมอคนที่ 1 (อสม.)⁽⁹⁾

หลังการนำรูปแบบไปใช้ โดยการวัดประเมิน ความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาจะแนบความรู้ กลุ่มทดลองใช้โมเดลมีความรู้หลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองใช้โมเดลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.02$) และ $HbA1c$ ของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองใช้โมเดลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value=0.032) สอดคล้องกับการศึกษาของสาโรจน์ที่พบว่า การให้สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีผลต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนส่งผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด⁽¹⁰⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราวดี ที่พบว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง⁽¹¹⁾ ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ยังมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุม⁽¹²⁾ และความสัมพันธ์ของพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความเชื่อ⁽¹³⁾ ที่ควรนำมาพิจารณาในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถดูแลจัดการตนเองและเข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของประภา ราช และคณะในปี 2563⁽¹⁴⁾ ซึ่งถือว่าเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งในการร่วมดำเนินการในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ หรือยากต่อการเข้าไปจัดการแบบต่อหน้า โดยอาจจะมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่หลากหลายเข้ามาช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานให้มากขึ้น ทั้งในด้านการให้คำปรึกษาอาการ การติดตามอาการ การสื่อสาร การให้สุขศึกษา การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการแปลผลทางห้องปฏิบัติการ การให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชน โดยบุคลากรทางการแพทย์ผ่านทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารแบบ Video conference (Telehealth หรือ Telemedicine)⁽¹⁵⁾ จะสามารถช่วยพัฒนาให้มีการจัดการอย่างเป็นระบบทำให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น รวมถึงการทราบสถานะของโรคตนเองที่เป็นอยู่ปัจจุบันทำให้โรคเบาหวานเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดยในการศึกษาครั้งนี้มีการติดตามและดูแลจากหมอคนที่ 3 ผ่านระบบออนไลน์ร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์⁽¹⁶⁾ และภาวนา กิริติ ยุตวงศ์, สมจิต หนูเจริญกุล, วริยา บุญช่วย, บุญตนา พุ่มแสง, และ วัชรมา เมืองแก⁽¹⁷⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ภายหลังการเข้าโปรแกรมดูแลตนเองร่วมกับการกำกับติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการรับประทานยา ของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการใช้ประโยชน์

1.1 ควรพัฒนาศักยภาพหมอคนที่ 1 ร่วมกับญาติเพื่อดูแลอย่างใกล้ชิด และนำกลไกดังกล่าวไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่นต่อไป

1.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกลไก 3 หมอและการมีส่วนร่วมในชุมชน ที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน กระบวนการดูแลร่วมกับชุมชนมีส่วนร่วมโดยอาศัยกลไก 3 หมอ โดยรูปแบบ SM Model สามารถนำไปประยุกต์ใช้และกำหนดเป็นแนวทางในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอื่นต่อไปได้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาในกลุ่มที่หลากหลายมากขึ้นและเก็บข้อมูลที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมาวิเคราะห์ร่วมด้วยในครั้งถัดไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้นำท้องถิ่น ประชาชน จิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วย (CG) ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่เป็นพื้นที่ดำเนินงานตำบลส้มผ่อ และพื้นที่เปรียบเทียบกับตำบลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
2. American Diabetes Association (2011). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 34 (Suppl 1): S62-S69.
3. เอกสารรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร: เอกสารอัดสำเนา; 2566.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนนโยบาย 3 หมอ.นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. ศักดา ด้อยหล้า. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังวัด ตำบลยางสาว อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์; 2564.
6. Kemmis, S; & Mc Taggart, R. The action research planner. 3rd ed. Victoria : Deakin University press; 1990.
7. วรารักษ์ หวังจิตต์เชียร. การพัฒนารูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2565; 5(2): 117-32.
8. ประภา ราชา, จารุภา คงรส, และธนพร สดชื่น. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. วารสารแพทย์เขต 4-5; 2563: 39(3), 414-26.
9. วนิตา สมภูงา, และพุทธิไกร ประมวล. การพัฒนาและประเมินผลของรูปแบบการจัดการรูปแบบที่มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 2565; 5(1), 273-87.
10. สาโรจน์ ประพรมมา. ผลสะท้อนของการให้สุศึกษาต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7ขอนแก่น. 2559; 23(3), 46-55.
11. อัจฉรวาตี ศรียะศักดิ์, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, วารุณี เกตุอินทร์, ณัฐพร อุทัยธรรม,สุปราณี หมู่คุ้ม, และทิพวัลย์ มีทรัพย์. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบริบทคลินิกหมอครอบครัว :กรณีศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ. 2564, 15(2), 155-73.

12. พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์. 2563, 35(3), 651-63.
13. ศศิวรรณ ชันทะชา, และเบญจา มุกตพันธุ์. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในพื้นที่ที่มีความหลากหลายเชื้อชาติ อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564, 36(1), 97-104.
14. ประภา ราชา, จารุภา คงรส, และธนพร สดชื่น. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563, 39(3), 414-26.
15. Tortermvasan K. State launches telemedicine in rural areas [Internet]. Available from: <https://www.bangkokpost.com/tech/1648204/state>. Accessed June 23, 2020.
16. สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
17. ภาวนา กิริติยวงศ์, สมจิต หนูเจริญกุล, วรียา บุญช่วย, บุญตนา พุ่มเล่ง, และวัชรา เมืองแก. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อการควบคุมเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางการแพทย์. 2548, 9(1), 1-12.