

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน ด้วยกลไก 3 หมอ อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร

เพชรสุดา ครองยุติ*, เนาวรัตน์ คำข้าว, ทิวราณี สายสุด, อภิญญา เจริญนนท์

โรงพยาบาลป่าติ้ว

*ผู้ประพันธ์บทความ: phetsuda2010@hotmail.com

บทคัดย่อ

ความสำคัญ โรคเบาหวานถือเป็นโรคเรื้อรังต้องดูแลต่อเนื่อง หากดูแลรักษาได้ไม่ดีจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคไต โรคหัวใจ กระจกตาดำ ตับแข็ง ตับอักเสบ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย ต้องควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 7.0 **วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกลไก 3 หมอ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ระดับความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังดำเนินการ และการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกลไก 3 หมอ อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร **วิธีดำเนินการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลระดับน้ำตาลสะสมมีค่าเท่ากับมากกว่าร้อยละ 7.0 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน ประเมินผลการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อรูปแบบในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา 20 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม รวบรวมนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ T-test **ผลการวิจัย** การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมในชุมชนด้วยกลไก 3 หมอ พบว่า ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.00$ ด้านความรู้และพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมมีระดับความรู้ระดับดี ร้อยละ 14.0 หลังเข้าร่วมมีความรู้ระดับดีเพิ่มเป็นร้อยละ 24.0 ด้านพฤติกรรม ทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนเข้าร่วมมีระดับพฤติกรรมอยู่ปานกลาง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 26.0 มีพฤติกรรมอยู่ระดับดีหลังเข้าร่วมมีระดับพฤติกรรมอยู่ระดับดีเพิ่ม ร้อยละ 36.0 ในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนมีระดับพฤติกรรมระดับดี ร้อยละ 22.0 ภายหลังลดลงเหลือร้อยละ 14.0 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.02$ ความคิดเห็นต่อการสนับสนุนการจัดการดูแลโรคเบาหวานของหน่วยบริการกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอยู่ระดับมาก ดังนั้น รูปแบบนี้ส่งผลให้ผู้ป่วย มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 7.0 ควรมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไปขยายผลในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกตำบลในพื้นที่

คำสำคัญ: รูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, พัฒนารูปแบบ, การมีส่วนร่วม

Development of Care Model for Type 2 Diabetes Patients in community and Participation of community with “3 Family Doctors Strategy”, Patiu District, Yasothon Province.

Phetsuda Krongyuthi*, Naowarat Khakhao, Tiwaranee Saisud, Apinya Charoennon

Pa Tio Hospital

*Corresponding author: phetsuda2010@hotmail.com

Abstract

Intro: Diabetes is considered a chronic disease and requires continuous care. If the care is not taken well, it can cause complications that adversely affect the body, such as kidney disease, heart disease, toe and leg amputation. To prevent complications, patients must control their blood sugar level to less than 7 percent. **Objective:** Development of Care Model for Type 2 Diabetes Patients in community and Participation of community with “3 Family Doctors Strategy” and compare the HbA1C, knowledge and behavior levels before and after the intervention, Assess and Satisfaction of development of Care Model for Type 2 Diabetes Patients in community and Participation of community with “3 Family Doctors Strategy”, Patiu District, Yasothon Province **Methods:** This was a participatory action research among a sample of diabetic patients with cumulative blood sugar levels equal to more than 7 percent, divided into an experimental group of 50 person and comparison group of 50 person. Evaluating the results of participation and Satisfaction with the model of stakeholder’s development before and after 25 person. Data were collected from questionnaires. Collected and analyzed with descriptive statistics including number, percentage, mean, standard deviation and T-test. **Results:** Development of Care Model for Type 2 Diabetes Patients in community and Participation of community with “3 Family Doctors Strategy” was found that the average accumulated sugar in the blood of the diabetic patients in the experimental group decreased significantly $P\text{-value} < 0.00$ in patient knowledge and behavior. The experimental group before joining had a good knowledge level of 14.0%. After joining, their knowledge level increased to 24.0%. As for behavior, both groups before joining had a moderate level of behavior the experimental group had 26.0% of their behavior at good Well, after participating increasing 36.0%, The comparison group before, the behavior level was at a good Well is 22.0% after which it decreased to 14.0%. When comparing the before and after behavior scores of the experimental group $P\text{-value} < 0.02$. The comments on support Diabetes care management of the experimental group service unit had an overall score of moderate. As for the assessment of stakeholder participation and satisfaction, it was at a high level. This model results in patients having blood sugar levels less than 7 percent. The model should be used to expand the results in patient care to cover all sub-districts in the area.

Keywords: care model for type 2 diabetes patients, model development, participation

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2560 สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 425 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 หรือมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 33.9⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย พบประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน คาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2583⁽²⁾ สถิติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ พ.ศ. 2560 - 2564 พบอัตราป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย 5,727.5, 5,980.5, 6,359.1 , 6,670.3 และ 6,995.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ประเทศไทยได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการต่อสู้กับโรคเบาหวาน ถือเป็นโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลต่อเนื่องและพบเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง โรคอ้วน และอายุที่มากขึ้น หากดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และการถูกตัดนิ้วตัดเท้าหรือตัดขา

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (พ.ศ.2557)⁽⁴⁾ และครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2563)⁽⁵⁾ พบความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกโรคเบาหวาน พบร้อยละ 8.9 และ 9.5 ตามลำดับ ข้อมูลอัตราป่วยโรคเบาหวานเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2560 - 2565 มีอัตราป่วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร เท่ากับ 5,680.9, 5,950.8, 6,262.5, 6,666.4, 7,007.5 และ 7,251.6 ตามลำดับ⁽⁶⁾ และสถานการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2563-2565⁽⁶⁾ พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 30,384, 31,495 และ 29,770 คน ตามลำดับพบอัตราป่วยต่อแสนประชากร 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⁽⁶⁾ ซึ่งเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 จากข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานอำเภอป่าดัว ปี 2563 - 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 1,848 2,031 และ 1,928 ราย ตามลำดับ พบอัตราป่วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 508.23, 542.10 และ 536.48 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ร้อยละ 68.40 ,77.35 และ 83.87 และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 16.67 , 24.52 และ 26.04 ตามลำดับ⁽⁷⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย⁽²⁾ พบรายงานสาเหตุที่ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ส่วนใหญ่เกิดจากขาดความรู้และขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง ขาดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีการพฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง บางรายเป็นผู้สูงอายุอยู่ลำพังขาดผู้ดูแล และมีความลำบากในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ดังนั้น ทีมงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอป่าดัว เห็นความสำคัญในการที่จะดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เพิ่มมากขึ้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงตามมาทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง เช่น โรคไตวายเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนทางตา (Diabetes Retinopathy) โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันทำให้ขาปลายมือและเท้า แผลหายยาก เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจตามมา⁽²⁾

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกลไก 3 หมอ อำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังดำเนินการ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังดำเนินการ
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ด้วยกลไก 3 หมอ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ประชากร (population) คือ

- 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในพื้นที่อำเภอป่าดัวและรับการรักษาที่โรงพยาบาลป่าดัวที่ได้รับการตรวจหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือดตั้งแต่ตุลาคม 2565 ถึง มีนาคม 2566 จำนวน 496 คน
- 2) ผู้มีส่วนได้เสียที่เป็นผู้มีส่วนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในระดับอำเภอรอบตำบลระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วย คณะกรรมการ NCD Board ระดับอำเภอ ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และแกนนำสุขภาพ ฯลฯ ในพื้นที่เป้าหมาย และสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด จำนวน 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในพื้นที่อำเภอป่าดัว เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลป่าดัวที่ได้รับการตรวจหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือดตั้งแต่ตุลาคม 2565 ถึง มีนาคม 2566 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น ใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งกำหนดเกณฑ์เฉพาะเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) 7 - 9 %mg แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่อาศัยในพื้นที่ตำบลโพธิ์ไทร จำนวน 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่อาศัยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเซ่ง ตำบลเชียงเพ็ง จำนวน 50 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่าร้อยละ 7 ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและสามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอป่าดัว ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้ application Line ได้เป็นช่องทางในการติดตามข้อมูลและประเมินพฤติกรรมในผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม มีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การโดยการมีส่วนร่วมในชุมชนด้วยกลไก 3 หมอ ไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนดในระหว่างการศึกษา เข้าร่วมกิจกรรมการติดตามระดับน้ำตาลน้อยกว่าร้อยละ 80

ขอบเขตพื้นที่ในเขตตำบลโพธิ์ไทรและตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าดัว

ระยะดำเนินการศึกษา วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 – 30 กันยายน 2566

ตัวแปรและการวัด ดังนี้

ตัวแปรในกลุ่มผู้ป่วย

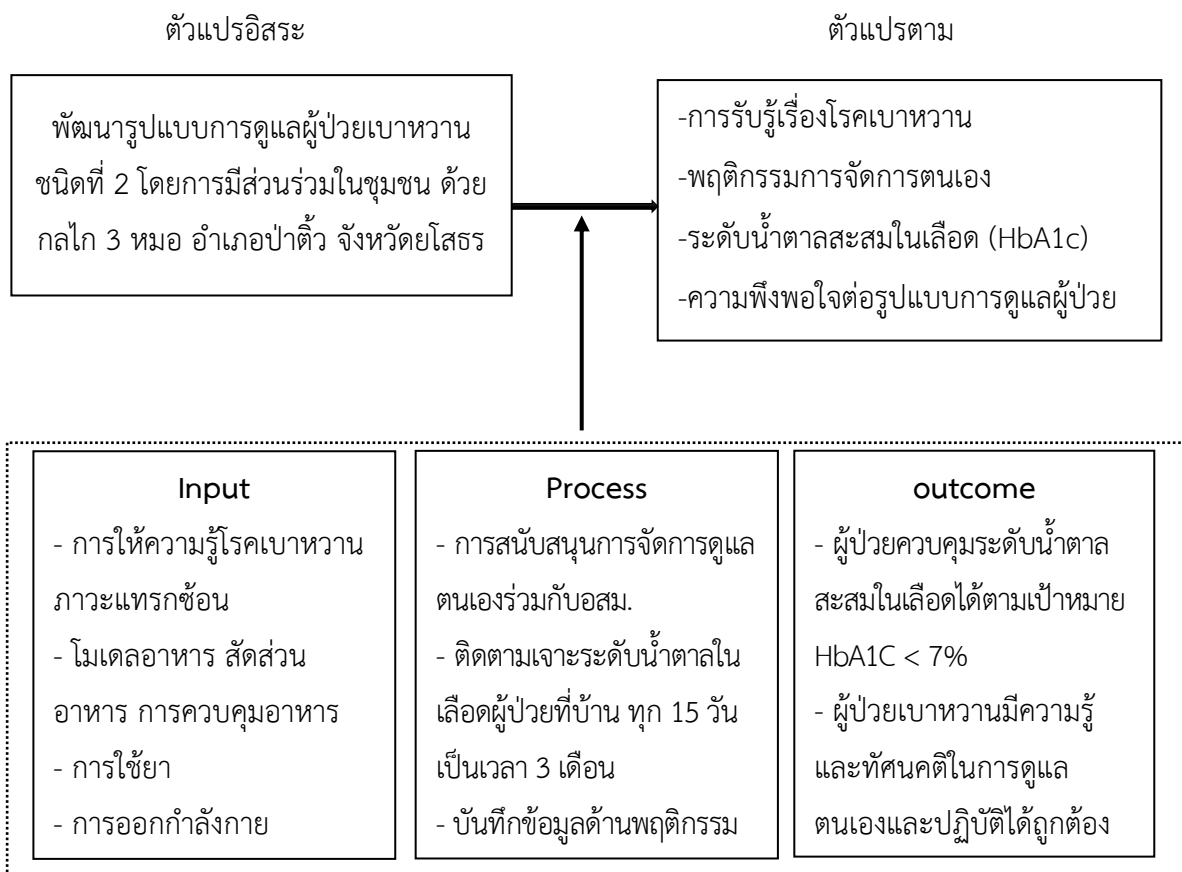
1) ตัวแปรต้น (independent variable, X) คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานครอบครัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการป่วยโรคเบาหวาน มีโรคอื่นร่วมด้วย

2) ตัวแปรตาม (dependent variable, Y) คือ ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน (รับประทานอาหาร รับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการดูแลรักษา) การสนับสนุนการจัดการดูแลโรคเบาหวานของหน่วยบริการ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

ตัวแปรในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1) ตัวแปรต้น (independent variable, X) คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา วิชาชีพ/ บทบาทหน้าที่ พื้นที่หรือหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ บทบาทหน้าที่ของท่านเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลผู้ป่วย เบาหวาน

2) ตัวแปรตาม (dependent variable, Y) คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงานและด้านผลผลิต ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การรวบรวมและประมวลผลข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1.1) แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ทั้งหมด 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 4 การสนับสนุนการจัดการดูแลโรคเบาหวานของหน่วยบริการ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ทั้งหมด 4 เรื่อง 12 ข้อ

1.2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดยโสธร 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

2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

2.1) โปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self - Management) ของ BROWDER & SHAPIRO (1985)⁽⁸⁾ มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal Selection) 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information Collection) 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (action) 5) การสะท้อนการปฏิบัติ (self-reaction) โดยใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ หรือ 3 เดือน 6) การสื่อสารและบันทึกข้อมูลผ่านระบบโทรศัพท์ Line , google sheet และแบบบันทึกข้อมูลระดับน้ำตาล

2.2) เครื่องมือในการตรวจวัดระดับน้ำตาล ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสำหรับห้องปฏิบัติการที่ใช้ตรวจวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ทำการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่า CVI (Content validity index) นำมาตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบงานโรคเบาหวานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดยโสธร จำนวน 10 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 และทดสอบความเที่ยงหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) คือ แบบสอบถามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานด้านความรู้ เท่ากับ 0.88 ด้านพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 0.70 และด้านการสนับสนุนการจัดการดูแลโรคเบาหวานของหน่วยบริการเท่ากับ 0.79 แบบประเมินผลการดำเนินงานตามกรอบ CIPP model เท่ากับ 0.93 การมีส่วนร่วมด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า เท่ากับ 0.91 ด้านกระบวนการเท่ากับ 0.93 ด้านผลผลิตเท่ากับ 0.96 และด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เท่ากับ 0.97

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร
2. พัฒนารูปแบบและแนวทางการดำเนินงาน และประเมินความรอบรู้โรคเบาหวาน
3. ประเมินรูปแบบ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงาน
4. สรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดยโสธร

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

2) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ เปรียบเทียบก่อนและหลังการวิจัยด้วยสถิติ T-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 รวมทั้ง แปลค่าระดับการมีส่วนร่วมและระดับความพึงพอใจ ใช้เกณฑ์ของเบสต์ (John W. Best 1981: 182)⁽⁹⁾ แปลความหมาย ระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ร้อยละ 60 – 79 ระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยคะแนนร้อยละ 60

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านการรับรองลำดับที่ 6639/2566 เลขที่ HE 6639 ณ วันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.0 มีอายุเฉลี่ย 65.20 ปี (S.D.= 6.90,49-80) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.0 รองลงมา หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 32.0 สถานะในครอบครัวหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 52.0 และผู้อาศัย/สมาชิกครอบครัว ร้อยละ 48.0 ส่วนมากจบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 72.0 มีระยะเวลาป่วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.00 ปี (S.D.= 7.17, 1-38) รายได้เฉลี่ย 700 บาท (S.D.= 8734.56, 200-40,000) อาชีพหลักส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.0 ประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 60.0 มีโรคอื่นร่วมด้วย คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90.7 และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิงทั้งหมดร้อยละ 100.0 อายุเฉลี่ย 65.64 ปี (S.D.= 12.17, 28-85) สถานภาพสมรสคู่/สมรส ร้อยละ 66.0 และหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 32.0 สถานะในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัย/สมาชิกครอบครัว ร้อยละ 64.0 จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 64.0 ระยะเวลาป่วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 10.0 ปี (S.D.= 6.90, 1-47) รายได้เฉลี่ย 2,500 บาท (S.D.= 6,965, 600-50,000) อาชีพหลักเกษตรกร ร้อยละ 90.0 ประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 76.0 มีโรคอื่นร่วมด้วย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนการพัฒนา พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 อายุเฉลี่ย 41.4 ปี (S.D.= 11.45, 20-59) มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 10.1 ปี (S.D.= 7.685, 1-35) ส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 80 และวิชาชีพพยาบาล ร้อยละ 45.0 พื้นที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ร้อยละ 75.0 และ

ร้อยละ 90 มีบทบาทหน้าที่เป็นฝ่ายปฏิบัติการให้บริการดูแล ในส่วนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลังการพัฒนา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.0 มีอายุเฉลี่ย 44.88 (S.D.= 11.07,(23-62) ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 7.68 ปี (S.D.= 3.73, 1-20) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 76.0 เป็นวิชาชีพพยาบาล ร้อยละ 32.0 ส่วนใหญ่ อยู่พื้นที่ปฏิบัติงานในรพช. ร้อยละ 68.0 โดยมีบทบาทหน้าที่เป็นฝ่ายปฏิบัติการให้บริการดูแลร้อยละ 84.0 และเป็น ฝ่ายจัดการ/สนับสนุน ร้อยละ 16.0

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือดผู้ป่วย

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมมีระดับค่า HbA1C อยู่ระหว่าง 7-10 ร้อยละ 100.0 โดยกลุ่มทดลองมีค่า HbA1C เท่ากับ 8.02 (S.D.=0.59, 7.1-9.0) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่า HbA1C เท่ากับ 7.96 (S.D.=0.56, 7.1-9.0) หลังเข้าร่วมกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่า HbA1C น้อยกว่า 7 ร้อยละ 64.0 และ ร้อยละ 26.0 โดยกลุ่มทดลองมีค่า HbA1C เฉลี่ย 6.85 (S.D.=1.19, 4.1-9.7) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่า HbA1C เฉลี่ย 7.81 (S.D.=1.46, 4.6-11.9) ประสิทธิภาพ ด้านค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทดลองมีค่า HbA1C ร้อยละ 8.02 ภาพรวมหลังเข้าร่วมมีค่า HbA1C ลดลงเหลือร้อยละ 6.85 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย HbA1C ก่อนหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบค่า HbA1C ไม่แตกต่างกันทางสถิติ P-value < 0.442 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย HbA1C หลังเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบภาพรวมหลังเข้าร่วมของกลุ่มทดลองลดมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่า HBA1C ก่อนหลังและระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน

| | เปรียบเทียบ | \bar{x} | S.D. | t-test | P-value |
|--------------------------|------------------|-----------|-------|--------|--------------------|
| กลุ่มทดลอง n=50 | ก่อนเข้าร่วม | 8.02 | 0.59 | 6.906 | 0.00 ^a |
| | หลังเข้าร่วม | 6.85 | 1.196 | | |
| กลุ่มเปรียบเทียบ n=50 | ก่อนเข้าร่วม | 7.96 | 0.56 | 0.774 | 0.442 ^a |
| | หลังเข้าร่วม | 7.81 | 1.46 | | |
| หลังเข้าร่วม n=50 | กลุ่มทดลอง | 6.85 | 1.196 | 3.58 | 0.001 ^b |
| | กลุ่มเปรียบเทียบ | 7.81 | 1.46 | | |

* P-value < 0.05 a= Paired Samples Test, b= Independent Samples Test

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วย

ระดับความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมมีระดับความรู้ระดับดี ร้อยละ 14.0 หลังเข้าร่วมมีความรู้ระดับดีเพิ่มเป็นร้อยละ 24.0 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมมีระดับความรู้ระดับดี ร้อย ละ 8.2 หลังเข้าร่วมมีความรู้ระดับดีเพิ่มเป็นร้อยละ 34.7 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนความรู้ก่อนและหลังไม่แตกต่างกันทางสถิติ P-value < 0.700 และ 0.217 และ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลังการเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ทางสถิติ P-value < 0.078 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนหลังและระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน

| เปรียบเทียบ | | \bar{X} | S.D. | t-test | P-value |
|--------------------------|------------------|-----------|------|--------|---------|
| กลุ่มทดลอง n=50 | ก่อนเข้าร่วม | 7.24 | 1.29 | 0.387 | 0.700a |
| | หลังเข้าร่วม | 7.18 | 1.37 | | |
| กลุ่มเปรียบเทียบ n=50 | ก่อนเข้าร่วม | 7.32 | 1.54 | 1.252 | 0.217a |
| | หลังเข้าร่วม | 7.71 | 1.56 | | |
| หลังเข้าร่วม n=50 | กลุ่มทดลอง | 7.18 | 1.37 | 1.77 | 0.078b |
| | กลุ่มเปรียบเทียบ | 7.71 | 1.56 | | |

* P-value < 0.05 a= Paired Samples Test, b= Independent Samples Test

ด้านพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมมีระดับพฤติกรรมอยู่ปานกลาง ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 36.4 (S.D.= 4.44, 25-46) พบว่า พฤติกรรมด้านการดูแลรักษาต่อเนื่องอยู่ระดับมากที่สุด ส่วนด้านการจัดการความเครียดและด้านการรับประทานอาหารอยู่ระดับน้อย หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับพฤติกรรมอยู่ปานกลาง ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 37.9 (S.D.= 4.04, 28-45) โดยมีพฤติกรรมด้านการดูแลรักษาต่อเนื่องและด้านการรับประทานอาหารอยู่ระดับมากที่สุด ในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมมีระดับพฤติกรรมอยู่ปานกลาง ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 34.3 (S.D.= 5.06, 20-47) พบพฤติกรรมด้านการดูแลรักษาต่อเนื่องอยู่ระดับปานกลาง และน้อยสุด คือ ด้านการรับประทานอาหารอยู่ระดับน้อย หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับพฤติกรรมอยู่ระดับปานกลาง ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 34.2 (S.D.= 4.06, 26-43) พบว่ามีด้านการรับประทานอาหารอยู่ระดับมากที่สุด และน้อยที่สุด คือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานอาหารอยู่ระดับน้อย และในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ระดับดี ร้อยละ 26.0 หลังเข้าร่วมมีระดับพฤติกรรมระดับดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36.0 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบก่อนเข้าร่วมมีระดับพฤติกรรมระดับดี ร้อยละ 22.0 หลังมีพฤติกรรมอยู่ระดับดีลดลงเหลือร้อยละ 14.0 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมก่อนและหลัง

| พฤติกรรม | ก่อนเข้าร่วม | | หลังเข้าร่วม | |
|------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| กลุ่มทดลอง n=50 | | | | |
| ระดับดี (80 -100%) | 13 | 26.0 | 18 | 36.0 |
| ระดับปานกลาง (60-79%) | 34 | 68.0 | 31 | 62.0 |
| ระดับน้อย (< 60 %) | 3 | 6.0 | 1 | 2.0 |
| \bar{X} - S.D. (min - max) | 36.4 (S.D.= 4.44, 25-46) | | 37.9 (S.D.= 4.04, 28-45) | |
| กลุ่มเปรียบเทียบ N=50 | | | | |
| ระดับดี (80 -100%) | 11 | 22.0 | 7 | 14.0 |
| ระดับปานกลาง (60-79%) | 31 | 62.0 | 37 | 54.4 |
| ระดับน้อย (< 60 %) | 8 | 16.0 | 6 | 12.0 |
| \bar{X} - S.D. (min - max) | 34.3 (S.D.= 5.06, 20-47) | | 34.2 (S.D.= 4.06, 26-43) | |

เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.002* และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังไม่แตกต่างกันทางสถิติ P-value < 0.963 เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมหลังเข้าร่วมระหว่าง 2 กลุ่มพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.000* ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก่อนหลังและระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน

| เปรียบเทียบ | | \bar{x} | S.D. | t-test | P-value |
|------------------|------------------|-----------|------|--------|---------|
| กลุ่มทดลอง | ก่อนเข้าร่วม | 36.4 | 4.44 | 3.32 | 0.002*a |
| | หลังเข้าร่วม | 37.9 | 4.04 | | |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | ก่อนเข้าร่วม | 34.3 | 50.6 | 0.047 | 0.963a |
| | หลังเข้าร่วม | 34.2 | 4.06 | | |
| หลังเข้าร่วม | กลุ่มทดลอง | 37.9 | 4.04 | 4.51 | 0.000*b |
| | กลุ่มเปรียบเทียบ | 34.2 | 4.06 | | |

* P-value < 0.05 a= Paired Samples Test, b= Independent Samples Test

ด้านการสนับสนุนการจัดการดูแลโรคเบาหวานของหน่วยบริการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมมีระดับคะแนนภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง โดยพบด้านที่คะแนนมากที่สุด คือ ด้านการวางแผนดูแลและรักษาระดับดี และด้านที่มีคะแนนน้อย คือ ด้านการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นอยู่ระดับน้อย ในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมมีระดับคะแนนภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง โดยพบด้านที่คะแนนมากที่สุด ด้านการวางแผนดูแลและรักษาระดับดี ส่วนด้านที่น้อยที่สุด คือ การช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นอยู่ระดับน้อย และก่อนเข้าร่วมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยต่อการสนับสนุนของหน่วยงานส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.0 และร้อยละ 58.0 ตามลำดับ หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่อการสนับสนุนของหน่วยงานอยู่ระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นร้อยละ 60.0 แต่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยต่อการสนับสนุนของหน่วยงานส่วนใหญ่อยู่ระดับน้อย ร้อยละ 52.0 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการสนับสนุนการจัดการดูแลของหน่วยบริการของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านก่อนและหลัง

| การสนับสนุนการจัดการดูแล | ก่อนเข้าร่วม | | หลังเข้าร่วม | |
|------------------------------|---------------------------|--------|---------------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| กลุ่มทดลอง n=50 | | | | |
| ระดับดี (80 -100%) | 10 | 20.0 | 8 | 16.0 |
| ระดับปานกลาง (60-79%) | 23 | 46.0 | 30 | 60.0 |
| ระดับน้อย (< 60 %) | 17 | 34.0 | 12 | 24.0 |
| \bar{x} - S.D. (min - max) | 16.18 (S.D.= 3.96, 8-24) | | 16.68 (S.D.= 2.80, 10-24) | |
| กลุ่มเปรียบเทียบ n=50 | | | | |
| ระดับดี (80 -100%) | 6 | 12.0 | 7 | 14.0 |
| ระดับปานกลาง (60-79%) | 29 | 58.0 | 17 | 34.0 |

| การสนับสนุนการจัดการดูแล | ก่อนเข้าร่วม | | หลังเข้าร่วม | |
|------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ระดับน้อย (< 60 %) | 15 | 30.0 | 26 | 52.0 |
| \bar{X} - S.D. (min - max) | 15.46 (S.D.= 4.50, 3-24) | | 14.74 (S.D.= 3.46, 8-22) | |

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงานและด้านผลผลิต ก่อนและหลัง พบว่า ปัจจัยด้านบริบท ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนการพัฒนาความคิดเห็นเรื่องเกี่ยวกับเป้าหมายดำเนินงานมีความชัดเจน อยู่ระดับมาก เฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.74) รองมา ความสอดคล้องกับนโยบายอยู่ระดับปานกลาง เฉลี่ย 3.90 (S.D.= 0.85) และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เฉลี่ย 3.80 (S.D. = 0.89) หลังพัฒนา พบมีความเห็นอยู่ระดับมากทุกประเด็น ทั้งเป็นปัญหาสำคัญและเร่งด่วน แก้ไขปัญหาตรงสภาพปัญหา แก้ไขปัญหาตรงความต้องการ ความสอดคล้องกับนโยบาย การดูแลอย่างมีคุณภาพ เป้าหมายดำเนินงานชัดเจน และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนการพัฒนาความคิดเห็นเรื่องเกี่ยวกับการมีคณะกรรมการในพื้นที่ อยู่ระดับมาก เฉลี่ย 4.05 (S.D.=0.68) หลังพัฒนาพบมีความเห็นอยู่ระดับมาก คือ มีนโยบายดำเนินงานชัดเจน มีแผนงานโครงการชัดเจน มีคณะกรรมการในพื้นที่มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ มีระบบสารสนเทศ/ข้อมูล ด้านกระบวนการ (Process) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนการพัฒนาความคิดเห็นอยู่ระดับมากเกือบหมด ยกเว้นเรื่องมีการชี้แจงแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง อยู่ระดับปานกลาง เฉลี่ย 3.90 (S.D.=0.71) หลังพัฒนา พบมีความเห็นอยู่ระดับมากทุกประเด็น ด้านผลผลิต (Product) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนการพัฒนาความคิดเห็นอยู่ระดับมากเกือบหมด ยกเว้นเรื่องมีแนวทางในการดูแลรักษา เฉลี่ย 3.90 (S.D.= 0.44) ได้พัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพ เฉลี่ย 3.90 (S.D.= 0.64) ได้ส่งเสริมสุขภาพและดูแล เฉลี่ย 3.95 (S.D.= 0.60) และดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ เฉลี่ย 3.90 (S.D.=0.64) หลังพัฒนาพบมีความเห็นอยู่ระดับมากทุกประเด็น และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ อยู่ระดับมาก เฉลี่ย 4.04 (S.D.= 0.20)

การมีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ พบว่า ก่อนพัฒนา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ระดับมาก ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เฉลี่ย 4.10 (S.D.= 0.64) ให้ความรู้ ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ เฉลี่ย 4.05 (S.D.=0.60) และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.75) หลังพัฒนา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ระดับมาก ได้แก่ ร่วมประชุมถ่ายทอดรับฟัง เฉลี่ย 4.08 (S.D.=0.27) ให้ข้อเสนอแนะร่วมวางแผน เฉลี่ย 4.08 (S.D.=0.27) ร่วมกำกับติดตามประเมินผล เฉลี่ย 4.04 (S.D.=0.35) และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.50) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการมีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ก่อนและหลัง

| พฤติกรรม | ก่อนพัฒนา n=20 | | | หลังพัฒนา n=20 | | |
|------------------------------------|----------------|------|---------|----------------|------|---------|
| | \bar{x} | S.D. | แปลค่า | \bar{x} | S.D. | แปลค่า |
| 1.ร่วมประชุมถ่ายทอดรับฟัง | 3.90 | 0.64 | ปานกลาง | 4.08 | 0.27 | มาก |
| 2.ให้ข้อเสนอแนะ ร่วมวางแผน | 3.95 | 0.68 | ปานกลาง | 4.08 | 0.27 | มาก |
| 3.ร่วมกำกับติดตาม ประเมินผล | 3.75 | 0.78 | ปานกลาง | 4.04 | 0.35 | มาก |
| 4.การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน | 4.10 | 0.64 | มาก | 4.00 | 0.50 | มาก |
| 5.ให้ความรู้ ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ | 4.05 | 0.60 | มาก | 3.96 | 0.53 | ปานกลาง |
| 6.ส่งเสริม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | 4.00 | 0.75 | มาก | 3.96 | 0.53 | ปานกลาง |
| 7.การดูแลแนะนำเบื้องต้น | 3.80 | 0.76 | ปานกลาง | 3.96 | 0.53 | ปานกลาง |
| 8.การดูแลรักษาเฉพาะทาง | 3.80 | 0.69 | ปานกลาง | 3.96 | 0.53 | ปานกลาง |
| 9.แนะนำส่งต่อเข้ารับรักษา | 3.95 | 0.60 | ปานกลาง | 3.96 | 0.53 | ปานกลาง |
| 10.ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เยี่ยมบ้าน | 3.85 | 0.74 | ปานกลาง | 3.96 | 0.53 | ปานกลาง |

ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า ก่อนการพัฒนาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ เข้าถึงการคัดกรองและดูแลรักษา เฉลี่ย 4.00 (S.D.= 0.64) ลดภาวะแทรกซ้อนได้ เฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.56) และภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ระดับปานกลาง เฉลี่ย 3.85 (S.D.=0.48) หลังการพัฒนา มีความพึงพอใจอยู่ระดับมากทุกประเด็น และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ระดับมาก เฉลี่ย 4.04 (S.D.= 0.20) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ก่อนและหลัง

| พฤติกรรม | ก่อนพัฒนา n=20 | | | หลังพัฒนา n=20 | | |
|----------------------------------|----------------|------|---------|----------------|------|--------|
| | \bar{x} | S.D. | แปลค่า | \bar{x} | S.D. | แปลค่า |
| 1.ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมดำเนินงาน | 3.95 | 0.68 | ปานกลาง | 4.08 | 0.27 | มาก |
| 2.สอดคล้องมาตรฐานสากล | 3.75 | 0.63 | ปานกลาง | 4.08 | 0.27 | มาก |
| 3.นำไปปฏิบัติได้อย่างชัดเจน | 3.90 | 0.64 | ปานกลาง | 4.04 | 0.20 | มาก |
| 4.มีความเหมาะสมสภาพปัจจุบัน | 3.85 | 0.58 | ปานกลาง | 4.04 | 0.20 | มาก |
| 5.มีความหลากหลาย ครบทุกมิติ | 3.90 | 0.55 | ปานกลาง | 4.04 | 0.20 | มาก |
| 6.มีความทันสมัย | 3.95 | 0.60 | ปานกลาง | 4.04 | 0.20 | มาก |
| 7.เข้าถึงการคัดกรอง ดูแลรักษา | 4.00 | 0.64 | มาก | 4.04 | 0.20 | มาก |
| 8.ลดภาวะแทรกซ้อนได้ | 4.00 | 0.56 | มาก | 4.04 | 0.20 | มาก |
| 9.เป็นนโยบายที่ไปปฏิบัติได้จริง | 3.90 | 0.55 | ปานกลาง | 4.04 | 0.20 | มาก |
| 10.เป็นมาตรการที่นำไปปรับใช้ได้ | 3.95 | 0.60 | ปานกลาง | 4.04 | 0.20 | มาก |
| 11.ภาพรวมความพึงพอใจรูปแบบ | 3.85 | 0.48 | ปานกลาง | 4.04 | 0.20 | มาก |

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หรือ HbA1C ลดลงมาอยู่ในระดับน้อยกว่าร้อยละ 7 ซึ่งความสำเร็จต้องมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นเป้าหมายเดียวกัน กระบวนการพัฒนาครั้งนี้เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รับฟังความคิดเห็นและประสบการณ์ระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่ายทั้งที่เป็นภาคสาธารณสุข ประชาชนและท้องถิ่น โดยมีประเด็นที่รับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อปัจจัยด้านบริบท ได้แก่ เป็นปัญหาสำคัญและเร่งด่วนของพื้นที่หรือไม่ ถ้าแก้ไขปัญหาคงตรงตามสภาพปัญหา บริบทของพื้นที่ ตรงความต้องการของประชาชน มีความสอดคล้องกับนโยบาย การดูแลมีคุณภาพหรือไม่ เป้าหมายดำเนินงานชัดเจน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีการสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า เช่น มีนโยบายดำเนินงาน แผนงานโครงการ มีคณะกรรมการในพื้นที่ มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ มีระบบสารสนเทศ/ข้อมูล มีงบประมาณที่เพียงพอ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ระบบกำกับติดตามที่ชัดเจน กระบวนการดำเนินงานและด้านผลผลิตของการดำเนินที่ผ่านเป็นข้อมูลในการนำมาเพื่อร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหาร่วมกันก่อนจัดทำแผนปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานตามแผน โดยมีทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ให้ เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผน และเป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับช่วยสร้างเวทีความร่วมมือในการแก้ไข ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมในชุมชนด้วยกลไก 3 หมอ อำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร จะมีการกำหนดกลุ่มผู้มีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่เพิ่มขึ้น จากเดิมที่จะมีพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด เกษีษกร นักโภชนาการ นักเทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย อสม/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care Giver (CG) และท้องถิ่น หลังพัฒนาต้องมีทีมแพทย์ เข้ามาร่วมดูแล และยังกำหนดกิจกรรมการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน จำนวน 10 กิจกรรม คือ 1) ร่วมประชุมถ่ายทอดรับฟัง 2) ให้ข้อเสนอแนะและร่วมวางแผน 3) ร่วมกำกับติดตาม ประเมินผล 4) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 5) ให้ความรู้และให้ข้อมูลด้านสุขภาพ 6) ส่งเสริม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 7) การดูแลแนะนำเบื้องต้น 8) การดูแลรักษาเฉพาะทาง 9) แนะนำส่งต่อเข้ารับรักษา และ 10) ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และเยี่ยมบ้าน ซึ่งการที่กำหนดกิจกรรมการมีส่วนร่วมชัดเจนนี้ส่งผลต่อการวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติและเป็นแบบองค์รวม โดยกิจกรรมทั้ง 10 กิจกรรมนี้ เกี่ยวข้องกับการประเมินบริบทพื้นที่และสถานการณ์ปัญหาในชุมชน รวมทั้งช่วยทำให้มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองและกิจกรรมการพัฒนาที่ครอบคลุมแบบองค์รวม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเป็นสิ่งที่ช่วยในการให้การพัฒนาประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิรัชญา มะมา⁽¹⁰⁾ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตัวแทนจากท้องถิ่น ท้องที่ การศึกษา ศาสนา อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตั้งแต่ศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม จัดทำแผนปฏิบัติการ ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ ติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงาน จัดเวที

แลกเปลี่ยนและถอดบทเรียน ถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานครั้งนี้ ที่เกิดจากการใช้กลยุทธ์การสร้าง การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน สร้างระบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานดูแลกันเอง และการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักอย่างรูปธรรมในการขับเคลื่อน กิจกรรมในชุมชน ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การสร้างเครือข่าย ในการจัดบริการสุขภาพในระดับชุมชน ออกแบบระบบบริการการดูแลสุขภาพเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุข ในการดูแลด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับนพพร ทุมแถว และคณะ ⁽¹¹⁾ การพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต การสะท้อนผล และการสนับสนุน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมทั้งให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติได้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ ที่เข้ามาร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาจนได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ สะท้อน ให้เห็นว่า การกำหนดนโยบาย โครงสร้างทีม และวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน กำหนดกิจกรรม การมีส่วนร่วมของทีม ร่วมวางแผนในการปฏิบัติ ตัดสินใจแก้ปัญหาาร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบไร้รอยต่อ เกิดระบบการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ การสนับสนุนการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีโปรแกรม การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน รายการกลุ่มและรายบุคคล การตั้งเป้าหมายในการควบคุมเบาหวานร่วมกับแพทย์ โมเดลอาหารเบาหวาน สมุดบันทึก การปฏิบัติตัวและมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 3 เดือน รวมทั้ง การพัฒนา องค์ความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานโดยการให้ ความรู้ การปฏิบัติ การรับรู้ และการสร้างการมีส่วนร่วมโดยการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีบทบาท ในทุกกระบวนการ ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้น การมีส่วนร่วมของ ชุมชน ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลต่อผู้ป่วย โรคเบาหวานมีความตระหนักเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับจตุพร ดิพลางาม ⁽¹²⁾ ผลของโปรแกรมการเรียนรู้และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต่อระดับ น้ำตาลสะสมในเลือด และทักษะการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผล ให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงต่ำ และผู้ดูแล (กรณีผู้ป่วยมีผู้ดูแล) สามารถใช้ เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและบันทึกผลได้ถูกต้อง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงและ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถพัฒนาทักษะใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและบันทึกผลได้ถูกต้อง และการศึกษา ของวรรณภา สิทธิปานและคณะ ⁽¹³⁾ การพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปกติอย่างเดียวกับการได้รับการพยาบาล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปกติร่วมกับโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ในสัปดาห์ที่ 12 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยของผลต่างของระดับน้ำตาลสะสมลดลงมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดีย

สรุปได้ว่าโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลตามปกติได้ในการลดระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น เครือข่ายในระดับชุมชนมีหน้าที่ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชน ถือเป็นกลไกสำคัญของชุมชนที่สำคัญ นอกจากทีมสาธารณสุขแล้ว ท้องถิ่นครอบครัวผู้ป่วยและอสม. เป็นอีกพลังสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ดังนั้น การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่สามารถบ่งชี้อันตราย การประเมินความเสี่ยงให้แก่คนในครอบครัวของผู้ป่วยและอสม. ให้มีความรู้ ความเข้าใจจะสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้มากขึ้น และมีความยั่งยืนในชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงานในการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมในชุมชนด้วยกลไก 3 หมอ ด้วยการมีส่วนร่วม 10 กิจกรรม คือ 1) ร่วมประชุมถ่ายทอดรับฟัง 2) ให้ข้อเสนอแนะและร่วมวางแผน 3) ร่วมกำกับติดตามและประเมินผล 4) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 5) ให้ความรู้และให้ข้อมูลด้านสุขภาพ 6) ส่งเสริม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 7) การดูแลแนะนำเบื้องต้น 8) การดูแลรักษาเฉพาะทาง 9) แนะนำส่งต่อเข้ารับรักษา และ 10) ดูแลต่อเนื่องที่บ้านและเยี่ยมบ้าน ทำให้เห็นภาพของการจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ชัดเจนขึ้น

2) การทำงานของพยาบาลคลินิกเบาหวานควรเชื่อมโยงกับผู้ให้บริการในชุมชนในรูปแบบเครือข่ายการดูแล

3) สร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งเน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจังถึงชุมชน พร้อมทั้งติดตาม สนับสนุนและการทำงานร่วมกัน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) การส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้ป่วยควรมีการป้องกันการเกิดโรค (primary prevention) เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้ (1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็มและเครื่องดื่มชูกำลังหรือผลไม้ที่มีรสหวาน (2) ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน / สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ และควรทำกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานบ่อย ๆ หรือเป็นประจำ (3) ทาวิธีพบนคลายด้วยวิธีการต่างๆ และควรควบคุมอารมณ์ (4) ควบคุม งด หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์การสูบบุหรี่

2) ให้ความรู้คำแนะนำและข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน รับรู้ภาวะเสี่ยง โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานอาหารรสเค็มจัด และปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีโอกาสเกิดโรคนี้นี้มากกว่า การให้ความรู้ประชาชนสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่รับทราบผ่านวิทยุกระจายเสียงของอำเภอและจัดกิจกรรมการรณรงค์ในชุมชน

3) จัดแนวทางการดูแลในแต่ละกลุ่มเสี่ยง ดังนี้

(1) กลุ่มเสี่ยงในเกิดโรคควรมีการติดตามความเสี่ยงทุก 3 เดือน และคัดกรองโรคทุกปี

(2) กลุ่มเสี่ยงสูง ปานกลาง ให้ความรู้ คำแนะนำและเสริมทักษะในเรื่องโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ติดตามและประเมินผลเป็นระยะหรืออย่างน้อยทุก 1 – 2 เดือน

(3) กลุ่มเสี่ยงสูงมากดำเนินการให้พบแพทย์เพื่อประเมินความเสี่ยงโรคโดยละเอียดหรือวินิจฉัยเพื่อป้องกัน และรักษาอย่างเร่งด่วน ติดตามผลการวินิจฉัยเพื่อนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ความรู้ คำแนะนำและเสริมทักษะ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและให้การบริการเฉพาะตามแผนที่วางไว้ ติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการออกแบบโปรแกรมการดำเนินงานเฉพาะงาน โรคเบาหวานให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงและบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อสะดวกต่อการให้บริการของผู้รับผิดชอบงาน และพัฒนางานประจำอย่างต่อเนื่อง ออกแบบบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับบริบทของชุมชน การพัฒนางานร่วมกันของทีมสุขภาพ และผลักดันให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดีด้วยความช่วยเหลือและการให้คำปรึกษาจากผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และอาจารย์ที่ปรึกษาจากศูนย์วิชาการที่ให้ข้อเสนอแนะในทุกขั้นตอนในการศึกษา ขอขอบคุณทีมจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ที่ตรวจสอบด้านผลงานให้เป็นไปตามหลักการวิจัยโดยยึดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ลดความเสี่ยงในการศึกษาที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และเพื่อนร่วมงานได้เข้ามาร่วมใช้แนวทางการปฏิบัติและประเมินผล ตลอดจนข้อมูลจากผู้รับบริการ สุดท้ายหากมีข้อบกพร่องประการใด ๆ ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ด้วยความขอบคุณยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes- Key facts [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec]. Available from: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย; 2560.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2564.
4. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
5. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
6. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูล HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 4 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. รายงานสรุปผลการดำเนินงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ประจำปี 2565. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร; 2565.
8. Browder, D. M., Shapiro, E. S. . Applications of self-management to individuals with severe handicaps: A review. Journal for the Association for Persons with Severe Handicaps. . 1985;10(4):200-8.

9. John W. Best, Research in Education, 4 th ed. New Jersey: Prentice – Hall Inc. 1981.
10. วิรัชญา มะมา. ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงมูลเหล็ก. 2563. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อวันที่ 4 ต.ค. 2565. จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/article/view/242386>
11. นวพร ทุมแถว, วรพจน์ พรหมสัตย์พรต, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอนุดนริก [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/248327>
12. จตุพร ดีพลางาม. ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และทักษะการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 4 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/255979>
13. วรณภา สิทธิปาน, สาวิตรี สลับศรี, ฉัตรชัย ไข่มเกษ. ผลของโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ต่อระดับน้ำตาลสะสม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 4 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/67921>



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง : “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ด้วยกลไก ๓ หมอและการมีส่วนร่วม
ในชุมชน อำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร” (Development of Care Model for Type ๒ Diabetes Patients in
community with “๓ Family Doctors Strategy and Participation of community”, Patiu District,
Yasothon Province)

ผู้วิจัย นางเพชรสุดา ครองยุติ โรงพยาบาลป่าดัว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

สำหรับเอกสาร:

- ๑.แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ทางสังคมศาสตร์ จำนวน ๑ ชุด
- ๒.โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ จำนวน ๑ ชุด
- ๓.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
- ๔.แบบคำชี้แจงอาสาสมัคร
- ๕.แบบยินยอมอาสาสมัคร
- ๖.แผ่นบรรจุข้อมูล (CD/DVD) จำนวน ๑ ชุด

ได้ผ่านการขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ยโสธร โดยยึดเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัย
ทางสังคมศาสตร์/มานุษยวิทยา โดยขอให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก ๑๒ เดือน

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นางสุวรรณณี แสนสุข)

รักษาการในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ลำดับที่: ๖๖๓๙/๒๕๖๖

เลขที่: HE ๖๖๓๙

วันหมดอายุ : วันที่ ๑๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ยโสธร