

การพัฒนาแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภอ ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

The Development of Integrated Care Model for Poor Control Type 2 Diabetes Patients Health Network Kalasin Province

(Received: April 14,2023 ; Revised: April 17,2023 ; Accepted: April 20,2023)

จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล¹ ปณัดดา ภูบรรทัด¹

Jiraporn Chatsupakul¹ Panadda Phu Banthat¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และผลของรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ร่วมวิจัยคือ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ยางตลาด จำนวน 31 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าเท่ากับ 7 ที่มา รับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลยางตลาด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ ตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2565 จำนวน 2,482 คน เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้จากการปรับใช้นโยบายป้องกันจราจรชีวิตสู่การปฏิบัติ ร่วมกับการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และการประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการ PAOR ของเคมมิสและแมกทาการ์ด เครื่องมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล และแบบบันทึกผลการตรวจน้ำตาลเฉลี่ยสะสม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการการสัมภาษณ์ การประชุมระดมสมอง และการตรวจน้ำตาลเฉลี่ยสะสม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t test

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี พบว่า ร้อยละ 79 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าเท่ากับ 7 ภายหลังรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีลดลงจาก 79 เป็น 61 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงจาก 10.14% เป็น 8.96% และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .000) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ รูปแบบการดูแล, ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ดี, วิจัยเชิงปฏิบัติการ

ABSTRACT

This study was action research aimed to study the situation, develop a model, and the effect of an integrated care model. for patients with poorly controlled diabetes of the health network of Yang Talat District, Kalasin Province Research co-author was 31 multidisciplinary team in the hospital and health network of Yang Talat District. Sample size were 2,482 type 2 diabetic patients with cumulative average sugar greater than 7 who came to receive services at the Diabetes Clinic, Yang Talad Hospital. and sub-district health promotion hospitals from October 2020 to September 2022. research tools from the deployment of life traffic table tennis policy into practice, together with document review, research and brainstorming sessions with

¹ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

multidisciplinary teams Developed a model of care using the Chemmis and Magtagad PAOR process. Data collection tools consisted of individual patient records, and a record form of cumulative average glucose examination results Data was collected by interviewing, brainstorming and cumulative average sugar examination. Data were analyzed by content analysis, percentage, mean, standard deviation and paired t - test.

The results showed that The situation of poorly controlled diabetic care showed that 79% of type 2 diabetic patients had an average cumulative sugar of more than equal to 7 after the integrated care model for poorly controlled diabetic patients. The percentage of patients with poorly controlled diabetes decreased from 79 to 61, the mean cumulative glucose level decreased from 10.14% to 8.96% and decreased significantly (p - value < .000) compared to before operation.

Keywords: care model, poorly controlled diabetic patients, action research

บทนำ

เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดในคนไทย โดยพบมากถึง ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด¹⁷ พยาธิสภาพของโรคเกิดจากร่างกายมีความพร่องในการผลิตอินซูลิน ร่วมกับมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยที่ร่างกายไม่สามารถนำไปใช้ได้ (ธัญญา เชษฐากุล, 2562) สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่า ในปี พ.ศ 2560 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ 2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน องค์การอนามัยโลกระบุว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในปี 2573 และจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนเป็น 3.2 ล้านคน ในแต่ละปี คิดเป็น 6 คน ในทุก 1 นาที และพบในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป⁴ ในประเทศไทยพบแนวโน้มความชุกผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี พ.ศ 2563 มีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ 2557 จากร้อยละ 8.9 เป็น 9.5¹⁴ ส่วนอัตราการตายมีแนวโน้มลดลง จาก 24.47 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ 2559 เป็น 23.36 ในปี พ.ศ 2563⁴

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงกำหนดนโยบาย ระบบการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน โดยนำเครื่องมือ

“ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” มาใช้ในการจัดระดับความรุนแรงของโรค เพื่อลดความแออัดอย่างเป็นระบบและยั่งยืนด้วยมาตรฐานเดียวกัน¹³ มีการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อช่วยให้เกิดระบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ให้บริการเกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁸ และการทำงานแบบเครือข่ายที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ควรประกอบด้วย ระบบการสนับสนุน การดูแลตนเอง การปรับระบบและกระบวนการบริการ มีทิศทางนโยบายที่ชัดเจน การพัฒนาระบบสารสนเทศ สนับสนุนการตัดสินใจ และ บริการเชื่อมต่อกับชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองดีขึ้น และน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง ผลการดำเนินงานของเครือข่ายดีขึ้น⁶ นอกจากนี้ การส่งเสริมให้บุคลากรรับรู้ เข้าใจนโยบายเป็นอย่างดี และให้การสนับสนุนความรู้ งบประมาณ และเครื่องมือ อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมโรคได้ดี¹⁰ และมีระดับความรุนแรงของโรคลดลงร่วมด้วย¹⁶ แต่การควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นต้องเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความตระหนักในปัญหาตนเอง ตัดสินใจลงมือเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถเสริมสร้าง

แรงจูงใจให้แข็งแกร่งเกิดความมุ่งมั่นในพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลงตนเอง เป็นรูปแบบการสนับสนุนการทำงาน ร่วมกันและเห็นใจกันระหว่างผู้ป่วยเบาหวานและผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย และสามารถสร้างความร่วมมือ สร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกในปัญหาตนเอง ตัดสินใจลงมือเปลี่ยนแปลงตนเองทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารดีขึ้น⁷ มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง¹¹

เครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาพของคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลยางตลาด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 7,336 คน เมื่อปี พ.ศ 2560 เป็น 8,014 คน ในปี พ.ศ 2562 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ คือ มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมน้อยกว่าร้อยละ 7 มากกว่าร้อยละ 40 ซึ่งจากการวิเคราะห์ตัวชี้วัด จากปี พ.ศ 2560 – 2562 พบว่า ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ มีเพียงร้อยละ 14.22 , 13.49 และ 17.08 ตามลำดับ (HDC , 2562) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี คือ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าเท่ากับ 7 ของเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาดนั้นมีมากถึงร้อยละ 83 และมารับบริการอย่างแออัดที่โรงพยาบาล ปัญหาเชิงระบบในการทำงานของเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด คือ ทำงานแบบแยกส่วน ด้วยมาตรฐานที่แตกต่างกัน มีการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันระหว่างวิชาชีพ เกิดความซ้ำซ้อนและช่องว่างในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสับสนในบริการที่ได้รับและไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 183 มก./ดล. ขึ้นไป ที่มารับบริการที่

คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลยางตลาด พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลไม่ดี คือ รับประทานข้าวเหนียวจำนวนมากจนรู้สึกอึดโดยไม่ทราบปริมาณ รับประทานโปรตีนและผักน้อย ตีหมาแฟสำเร็จรูป เครื่องดื่มชูกำลัง ไม่มีแบบแผนในการออกกำลังกายเข้าใจว่าการทำงานในชีวิตประจำวันนั้นเพียงพอแล้ว ใช้น้ำไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา ขาดทักษะที่ถูกต้องในการฉีดอินซูลิน เครียด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ไม่สามารถเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และไม่สามารถจัดการอาการน้ำตาลสูง/ต่ำได้เหมาะสม ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพราะป่วยเป็นเบาหวานมานาน ส่วนปัญหาด้านผู้ให้บริการ พบว่าต้องให้บริการผู้ป่วยจำนวนมากต่อวัน ด้วยบุคลากรและเวลาที่มีอย่างจำกัด เพื่อลดแออัดทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจน ไม่มีการประสานงานกันระหว่างแผนก ระหว่างเครือข่ายและขาดการประเมินผล

กำหนดรูปแบบโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated care) ของมารวยสงทานินทร์ (2560)¹² ร่วมกับแนวทางในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus⁴ และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการใช้เทคนิคสหสาขาสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง^{7,11} 2) การบูรณาการหลักเกณฑ์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กำหนดทิศทาง เข้มมุ่งในการทำงานและการสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคได้ 3) การบูรณาการชุดข้อมูล/สารสนเทศและการสื่อสารให้เป็นชุดเดียวกัน 4) การบูรณาการทางคลินิก โดยการประสานงานให้เกิดการปรับระบบ กระบวนการบริการและเชื่อมโยงสู่ชุมชนด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และ 5) การบูรณาการการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายโดยกำหนดให้มีระบบ

สนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลและการส่งต่อภายใต้การสร้างทีมงานเข้มแข็ง พัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการ PAOR ของเคมีสและแมกทาภาค¹

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมน้ำตาลเฉลี่ยสะสมดีขึ้น ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและ ผลของรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

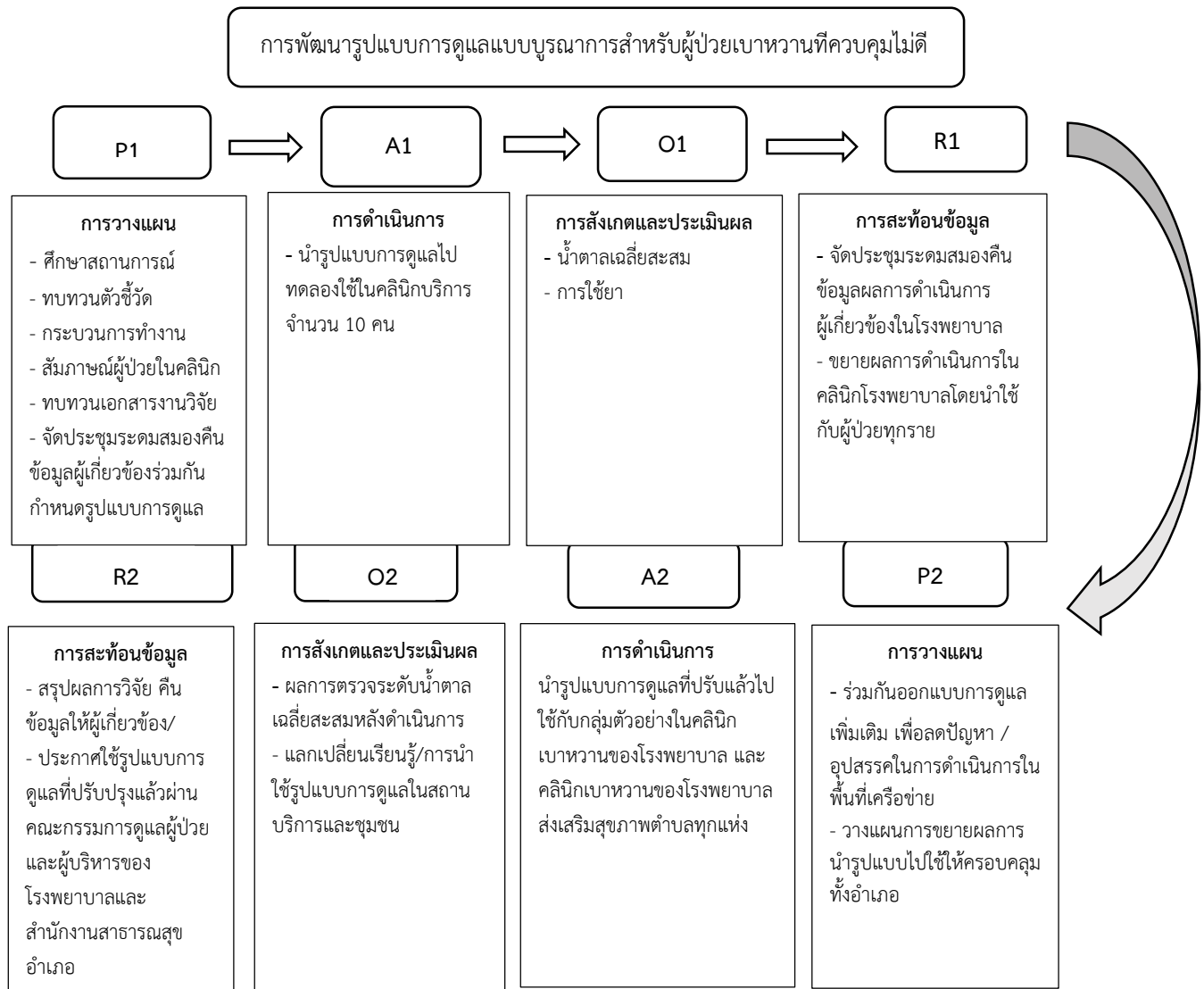
ผู้ร่วมวิจัยคือ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จำนวน 31 คน ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้จัดการระบบจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน 2) ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลพยาบาลอย่างตลาด 12 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 5 คน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 2 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน 3) พยาบาลเวชปฏิบัติที่รับผิดชอบคลินิกเบาหวานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 17 คน และกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม 1 คน

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าเท่ากับ 7 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลอย่างตลาด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ ตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2565 จำนวน 2,482 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีของเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการ PAOR ของเคมีสและแมกทาภาค¹ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การดำเนินการ (Acting) 3) การสังเกต/ประเมินผล (Observing) 4) การสะท้อนข้อมูล (Reflecting) ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 วิธีการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ร่วมกับการประชุมระดมสมองผู้ร่วมวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์ กำหนด และพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเอง แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล แบบบันทึกการ ประชุมระดมสมอง และแบบบันทึกผลตรวจน้ำตาล เฉลี่ยสะสม

การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ตรวจสอบความถูก

ต้องของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เป็นแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 1 คน พยาบาลเวช ปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) 1 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกจำนวน 10 คน การประชุมระดมสมองบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย เบาหวานและผู้บริหาร จำนวน 31 คน

ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดย การตรวจเลือดน้ำตาลเฉลี่ยสะสม จำนวน 2,482 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้อง และคุณภาพข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมด้วย paired t test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีของเครือข่ายสุขภาพอำเภอตลาดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 73.4 อายุระหว่าง 32-101 ปี อายุเฉลี่ย 62.4 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 82.6 สำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.6 และมีอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 73

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยางตลาด จำนวน 10 ราย พบว่า ปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ประกอบด้วย

1.1.1 ด้านอาหาร พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก โดยรับประทานจนรู้สึกอิ่มโดยไม่ทราบปริมาณที่แน่นอน เนื่องจากใช้กระบิข้าวเหนียวใบเดียวรับประทานรวมกันทั้งครอบครัว รับประทานอาหารหมวดโปรตีนน้อย รับประทานผลไม้หวานตามฤดูกาล เช่น มะขามหวาน มะม่วง ร่วมกับข้าวเหนียว ช่วงใช้แรงงานจะดื่มกาแฟสำเร็จรูปที่มีส่วนผสมของน้ำตาลและครีมเทียม ต้มเครื่องต้มชูกำลัง ผู้ป่วยสูงอายุที่เลี้ยงหลานจะรับประทานขนมกรุบกรอบ น้ำหวานด้วยกันกับหลาน รับประทานอาหารเช้าปริมาณน้อยก่อนออกไปทำงาน รับประทานอาหารเช้าปริมาณมากแล้วเข้านอน รับประทานอาหารเช้าไม่ตรงเวลา และไม่สัมพันธ์กับการใช้ยาเบาหวาน

1.1.2 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ไม่มีการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผน ในเพศชายเข้าใจว่าการใช้แรงในการทำงานทั้งวันคือการออกกำลังกายแล้ว ส่วนเพศหญิงไม่มีเวลาในการออกกำลังกายเนื่องจากนั่งทำงานเย็บผ้า ทำงานบ้าน ทำสวน เลี้ยงหลาน

1.1.3 ด้านอารมณ์ พบว่า เครียด เรื่องสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด มีหนี้ในระบบ นอนไม่หลับหรือนอนตื่นกลางดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ มี 2 ราย ซึมเศร้า

1.1.4 ด้านการใช้ยา พบว่า ใช้ยาเบาหวานไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา ขาดยา ปรับยาเอง ฉีดยาอินซูลินไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเทคนิค เก็บยาอินซูลินไม่เหมาะสม

1.1.5 ด้านการจัดการอาการน้ำตาลต่ำ พบว่า ผู้ป่วยจัดการอาการน้ำตาลต่ำโดยรับประทานข้าวเหนียว กล้วย น้ำตาลทราย นมหวาน ขนมหวาน น้ำหวาน ในปริมาณมากจนทำให้อาการดีขึ้น

1.1.6 ด้านการมาพบแพทย์ตามนัด พบว่า สาเหตุของการขาดนัด คือ มีปัญหาเรื่องการเดินทาง ไม่มีรถประจำทางต้องมากับเพื่อนบ้านเป็นกลุ่ม ไม่อยากขาดหรือลางานเพราะทำให้สูญเสียรายได้

จากการประชุมระดมสมองทีมผู้บริหารและทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 31 คน พบว่า ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ประกอบด้วย

1.2 ด้านบุคลากร พบว่า ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลไม่มีการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสมรรถนะของพยาบาล การให้ความรู้ผู้ป่วยไม่เป็นไปตามทิศทางเดียวกัน เน้นให้คำแนะนำรายบุคคลและส่งพบทีมสหวิชาชีพ ขาดการสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และขาดการติดตามประเมินผล ในส่วนของพยาบาลที่ดูแลเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เน้นการให้ความรู้แบบกลุ่มก่อนตรวจรักษาโดยไม่แยกระดับน้ำตาล และการทำค่ายเบาหวานในชุมชนให้กับผู้ป่วยเบาหวานตามนโยบาย แต่ยังขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

1.3 ด้านระบบ พบว่า ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม และนำผลตรวจ มาใช้เพื่อให้การดูแลเฉพาะกลุ่ม เน้นการใช้ระดับ น้ำตาลหลังอดอาหาร (Fasting plasma glucose) เป็น ประเด็นหลักในการดูแลรักษา และไม่มีการติดตาม ประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเนื่องจากมีข้อจำกัด ด้านงบประมาณ ขาดการสนับสนุนการให้ความรู้และ สนับสนุนการจัดการตนเองกับผู้ป่วยรายบุคคลเป็น วิธีการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลด ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม¹⁷ แต่ยังไม่มีการนำใช้

2. รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ผู้วิจัยซึ่งเป็น ผู้จัดการรายการได้รับมอบหมายจากทีมในการเป็น ผู้นำในการกำหนดรูปแบบและแนวปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีที่มีประสิทธิภาพและ เหมาะสมกับบริบทสามารถใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในชุมชน ได้จัด ประชุมทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อร่วมกัน ออกแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มควบคุมไม่ดี ได้ ข้อสรุปดังนี้

1. จัดอบรมให้ความรู้และคู่มือให้ทีมสหวิชาชีพ สหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีความรู้เทียบเคียง กันเพื่อลดการให้ความรู้ที่ไม่เป็นไปตามทิศทางเดียวกัน และจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีองค์ ความรู้เดียวกันกับทีมสหวิชาชีพโดยแพทย์ที่มีความ เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไม่ดีใน โรงพยาบาล

2. ใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ตั้งแต่ผู้ป่วยเจาะ เลือดที่ห้องปฏิบัติการโดยนักเทคนิคการแพทย์ โดยคัด แยกผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาล 183 mg% ขึ้นไปซึ่ง เทียบเคียงกับค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่า 8% เพื่อ ส่งมอบให้กับพยาบาลประจำคลินิก

3. ผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยเหลือคนไข้ คัดแยกผู้ป่วยสัญลักษณ์สีแดงให้พยาบาลผู้จัดการราย กรณี เพื่อให้การดูแลเฉพาะ

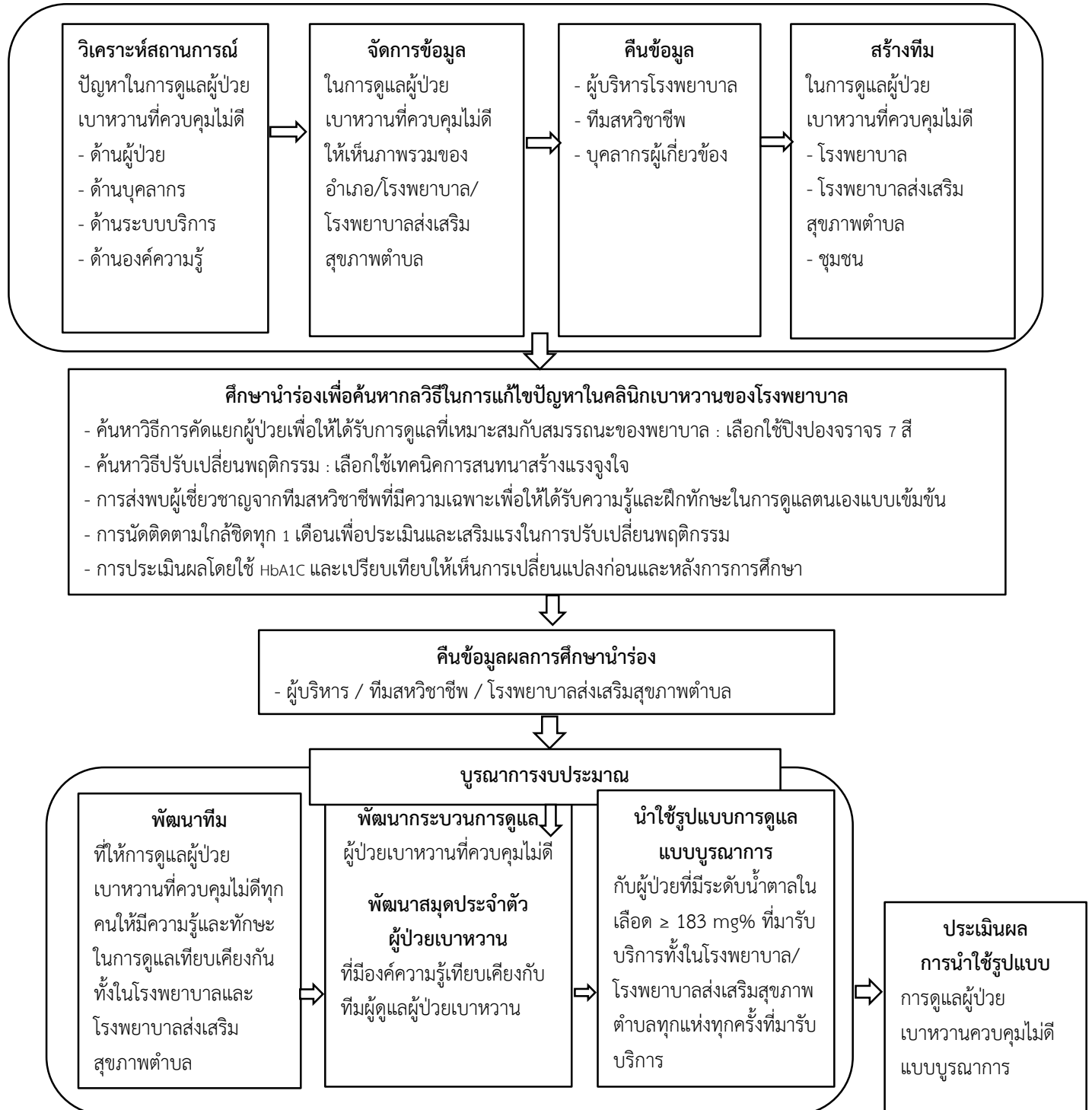
4. พยาบาลผู้จัดการรายการคัดเลือกผู้ป่วยที่มี ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่า 7 เพื่อประเมินระยะ

ของการเปลี่ยนแปลง (stage of change) ถ้าพบว่าอยู่ ในขั้นลังเล (contemplation) พยาบาลจะให้ข้อมูล เรื่องผลดี ผลเสีย ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ทำการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ ควบคุมไม่ดี และส่งพบทีมสหวิชาชีพที่มีความ เชี่ยวชาญเฉพาะในโรงพยาบาล เช่น นักโภชนาการ นัก กายภาพบำบัด เภสัชกร พยาบาลจิตเวช นัดติดตาม ใกล้ชิดทุก 1 เดือน จนครบ 3 เดือน และตรวจประเมิน ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ผลดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมไม่ดีจำนวน 10 คน มีค่าน้ำตาล เฉลี่ยสะสมลดลง 7 คน มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ก่อนดำเนินการ 10.80% หลังดำเนินการ 9.70% ลดลง 1% ลดการใช้ยาได้ 4 คน

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นให้ผู้บริหาร และทีมสหวิชาชีพทราบถึงผลการดำเนินงาน พบ ปัญหาในการดำเนินงาน คือ การให้ความรู้และ สนับสนุนการจัดการตนเองแบบเต็มรูปแบบนั้นใช้เวลา 20 – 30 นาที ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ จึง ได้มีการปรับกระบวนการใหม่โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการ สนทนาสร้างแรงจูงใจแบบสั้นมาใช้ซึ่งใช้เวลา 5 – 10 นาที ในการให้บริการ ที่ประชุมเห็นด้วยว่าควรขยาย ผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมการบริการคลินิก เบาหวานของโรงพยาบาล โดยปรับการประเมินผล ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมจาก 3 เดือน เป็น ปิงปองประมาณถัดไป เพื่อลดค่าใช้จ่าย ผู้วิจัยสรุปผลการ ประชุมของทีมโรงพยาบาลและจัดประชุมทีมผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อ คืบข้อมูลผลการศึกษาเบื้องต้น และร่วมกันกำหนด แนวทางการนำรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการลงสู่ คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุก แห่ง ได้ข้อสรุปว่า ควรจัดประชุมเพื่อยกระดับองค์ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีให้มี ความรู้เท่าเทียมกับคลินิกในโรงพยาบาล และสร้างแนว ปฏิบัติในการดูแลและส่งต่อเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือด สูง จึงได้นำกิจกรรมเข้าไปในแผนงาน โครงการของ คณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ และสมัครเป็น พื้นที่พัฒนางานโรคเรื้อรังของสำนักงานควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น มีการบูรณาการงบประมาณร่วมกัน

ระหว่างระดับอำเภอ ระดับจังหวัดและระดับเขต มีการขยายจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมจากเฉพาะอำเภออย่างต่อเนื่องเป็นทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์ การประชุมเพื่อยกระดับองค์ความรู้ให้กับทีมเครือข่ายดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีผู้เข้าร่วมจำนวน 31 คน และนำรูปแบบการดูแลที่ปรับ

แล้วไปใช้ในคลินิกบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการ โดยมีผู้วิจัยเป็นที่เล็งและเป็นทีปรึกษาในการดำเนินการ รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่พัฒนาแล้ว ดังภาพประกอบที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี

3. ผลของการนำใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีของเครือข่ายสุขภาพ อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการนำใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการและติดตามค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเป็นระยะเวลา 2 ปี ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีลดลงจากร้อยละ 79 เป็น ร้อยละ 61 มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงจาก 10.14% ($\bar{x}$ 10.14 SD 2.50) เป็น 8.96% ($\bar{x}$ 8.96 SD 1.65) สามารถลดน้ำตาลเฉลี่ยสะสมได้ 1.18% และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .000)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพ อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง สอดคล้องกับสุปราณี เสียงดัง(2560) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อย สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมไม่ดีเกิดจากหลายสาเหตุ ประกอบด้วย 1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ เครียด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า จากปัญหาครอบครัว สอดคล้องกับจิตรรา อารงชัย วัฒนะและคณะ (2561) และอำพร เนื่องจากนาค (2560)¹⁸ ศึกษาพบว่า ความซุกซนของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ ร้อยละ 18 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ อายุมากกว่า 50 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี 2) ด้านอาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารหมวดโปรตีนน้อยไม่เพียงพอความต้องการของร่างกาย และไม่สมดุลกับการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน ซึ่งการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและเหมาะสมต่อตนเองนั้นมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด² 3) ด้านการออกกำลังกาย คือ ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายอย่างมีแบบแผนเพียงพอที่จะลดน้ำตาลในเลือด และ

กิจกรรมทางกายส่วนใหญ่แทรกอยู่ในการทำงาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงต่อเนื่องส่งผลให้น้ำตาลเฉลี่ยสะสมเพิ่มขึ้น ซึ่งการออกกำลังกายที่สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมได้ต้องเป็นประเภทแอโรบิกความถี่อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความหนักปานกลาง เวลา 30-60 นาที หรือแบบแรงต้านที่ความถี่อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความหนักปานกลาง เวลา 45 - 90 นาที อย่างน้อย 8 สัปดาห์ หรือทำร่วมกันที่ความถี่อย่างน้อย 2 ครั้ง/สัปดาห์ ความหนักปานกลาง เวลาอย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 4 สัปดาห์ (ขวัญหทัย ไตรพิซ, 2553) 4) ด้านการใช้ยา ได้แก่ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา ขาดยา ปรับยาเอง ใช้ยาไม่ถูกขนาด ไม่สม่ำเสมอ ถ้าเป็นกลุ่มยาฉีดอินซูลินมีปัญหาฉีดไม่ถูกเทคนิค เก็บยาอินซูลินไม่เหมาะสม ทำให้ประสิทธิภาพยาไม่เพียงพอที่จะลดน้ำตาลในเลือดได้ 5) ด้านการจัดการอาการน้ำตาลต่ำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าไม่ตรงเวลา และไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร รับประทานหรือฉีดยาไว้นานจนเกิดอาการน้ำตาลต่ำ และจัดการอาการน้ำตาลต่ำโดยรับประทานคาร์โบไฮเดรตปริมาณมากเกินไป ทำให้น้ำตาลในเลือดหลังจัดการอาการสูงเกินพอดี ซึ่งความไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้นเป็นสาเหตุให้การรักษาล้มเหลวและทำให้เกิดอาการน้ำตาลต่ำ⁹ 6) ด้านไม่มาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทำให้ขาดยา หรือใช้ยาขนาดเดิมโดยไม่ได้ตรวจระดับน้ำตาลส่งผลให้ขนาดยาไม่เหมาะสม น้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น สอดคล้องกับ สุปราณี เสียงดัง (2560)¹⁵ ศึกษา พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เรียงลำดับจากน้อยไปหามาก คือ การใช้ยา โดยพบว่าผู้ป่วยเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง รองลงมาคือ การจัดการความเครียด และการรักษาต่อเนื่อง ทั้งนี้ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีนั้น สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังได้รับความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเองไม่เพียงพอและไม่มีประสิทธิภาพ การจัดบริการในคลินิกยังไม่เป็นระบบ ไม่มีการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสมรรถนะของพยาบาล การให้ความรู้ผู้ป่วยไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่

เชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ขาดการสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงขาดการติดตามประเมินผล สอดคล้องกับคัม เนตร สกุธนะศักดิ์และคณะ (2560)⁶ ศึกษา พบว่า ระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ยังขาดความเชื่อมโยง ประสานงานด้านการรักษาพยาบาลในแต่ละแผนก มีระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยไม่ เป็นมาตรฐานในการบริการ พยาบาลไม่มีแนวทางที่ใช้ เป็นกรอบการปฏิบัติงาน ทีมสุขภาพไม่ได้ทำงาน ร่วมกัน ไม่มีระบบการเชื่อมต่อกับ ชุมชน สารสนเทศ ไม่ครอบคลุมและมีขั้นตอนการใช้ที่ยุ่งยาก ซึ่งหาก ผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการ ตนเองอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพจะทำให้ เกิดผลลัพธ์ที่ดี สามารถควบคุมโรคได้(ณัฐภัสสร เต็ม ขุนทดและคณะ, 2565)

2. รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ สำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอ

ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เกิดจากการกำหนดรูปแบบ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการดูแลแบบ บูรณาการทุกภาคส่วน โดยคำนึงถึงความต้องการของ ทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วยเพื่อคั่นหาระบบการดูแลที่ เหมาะสมกับบริบทและตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วย เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการเชื่อมโยงข้อมูลการ ดูแลผู้ป่วยชุดเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถลดน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ได้ เพราะการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เป็นกลวิธีหนึ่งที สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจให้แข็งแกร่งเกิดความมุ่งมั่น ในพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลงตนเอง เป็นรูปแบบ การสนับสนุนการทำงาน ร่วมกันและเห็นใจกันระหว่าง ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการเข้าใจ ปัญหาของผู้ป่วย และสามารถสร้างความร่วมมือ สร้าง แรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักในปัญหาตนเอง ตัดสินใจลงมือเปลี่ยนแปลงตนเองทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี กับผู้ป่วยทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารดี ขึ้น⁷ พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและน้ำตาลเฉลี่ย สะสมลดลง¹¹

3. ผลของการนำใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภอ ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการนำใช้รูปแบบ การดูแลแบบบูรณาการและติดตามค่าน้ำตาลเฉลี่ย สะสมเป็นระยะเวลา 2 ปี ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ลดลงจากร้อยละ 79 เป็น ร้อยละ 61 มีค่าเฉลี่ยน้ำตาล สะสมลดลงจาก 10.14% เป็น 8.96% สามารถลด น้ำตาลเฉลี่ยสะสมได้ 1.18% และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาล สะสมลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .000$) สนับสนุนแนวคิด การดูแลแบบบูรณาการของมารวย ส่งทานินทร์ (2560)¹² กล่าวคือ การดูแลแบบบูรณาการนั้นเป็นการ ให้บริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อตลอดกระบวนการการ ดูแล ที่เป็นผลมาจากการประสานความพยายามของผู้ ให้บริการ โดยไม่คำนึงถึงขอบเขตขององค์กร และการ ดูแลแบบบูรณาการที่ประสบความสำเร็จนั้นทำให้ คุณภาพการดูแลดีขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพการรักษา เมื่อนำมาใช้ร่วมกับป้องกัน จรจรชีวิต 7 สี¹⁴ และแนวทางในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus (กรมควบคุมโรค, 2563) ซึ่งเป็นนโยบาย ของกระทรวงสาธารณสุข⁴ ที่สถานบริการทุกแห่งต้อง นำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบททำให้บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจในนโยบายเป็นอย่างดีและได้รับการ สนับสนุนการทำงาน และงบประมาณจากผู้บริหารทำ ให้การจัดบริการคลินิกมีความเป็นระบบชัดเจนเกิด ความสนใจในการสร้างทีมและการประสานงานให้ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา แจ่มจำริญและคณะ (2560)¹⁰ ซึ่งพบว่า บุคลากร ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นมีความรู้เรื่อง นโยบายอยู่ในระดับดี นโยบายมีความชัดเจน และ ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน งบประมาณ เครื่องมืออย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับการศึกษา ของ สมคิด จุฑา และคณะ ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ เครื่องมือ “ป้องกันจรจรชีวิต 7 สี” มีระดับความ รุนแรงของโรคลดลง และเมื่อนำมาใช้ร่วมกับเทคนิค การสนทนาสร้างแรงจูงใจในการให้บริการผู้ป่วยจึงทำ ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลเฉลี่ยได้ในระยะยาว

มากขึ้น เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเกิดจากความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง สอดคล้องกับการศึกษาของภูเบตร พัฒนาการ (2565) ศึกษา พบว่า การสนทนาสร้างแรงจูงใจโดยพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการนำใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการกับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ในทุกระดับสถาน

บริการรวมถึงในชุมชนที่มีสุขภาพ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลเฉลี่ยสะสมได้ตามเป้าหมายการรักษา

2.งานวิจัยนี้ มีข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีกลุ่มวัยแรงงาน เนื่องจากวิถีชีวิตของผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลที่ต้องมารับบริการที่สถานบริการเท่านั้นทำให้ให้มารับรักษาไม่ต่อเนื่อง จึงควรมีการพัฒนาแบบการดูแลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้เทคโนโลยีมาช่วยให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.Kemmis, S., McTaggart, R., & Retallick, J. (Eds.). (2004). **The action research planner** (2nd ed. rev.). Karachi: Aga Khan University, Institute for Educational Development.
- 2.กฤษฎี โพธิ์ทิต. 2562. หลักสูตรพื้นฐานผู้ให้ความรู้เบาหวาน. กรุงเทพฯ : สุภัชพันธุ์พิมพ์.
- 3.กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2561. <http://www.thaincd.com>worldDiabetesday61>. เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2566.
- 4.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2563. **คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD clinic plus 2563**. มปท.
- 5.ขวัญหทัย ไตรพิช, พรทิพย์ มาลาธรรม, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ และ วิศาล คันธารัตนกุล. 2553. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่มีผลต่อการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. **Rama nurse J.** 16:2 ; 259-78.
- 6.คณนทร สกฤษณะศักดิ์, พิชามณ กุลธีรวัฒน์, นพพล บัวสีและ มะลิ สุปัตติ. 2560. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ. **อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.** 5:2 : 19-30.
- 7.เทิดศักดิ์ เดชคง.2563. ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. **สถาบันบำราศนราดูร.**14:3;134-145.
- 8.ดารณี เทียมเพ็ชร, กศิมา ส่งรัตน์พินาน, มัญจิตา อักษรดี, เพ็ญพร ทวีบุตร และ วรเดช ช่างแก้ว. 2559. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน แบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว. **พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.** 25;3 :155-169.
- 9.ปราณี ลักนาจันโทติ และ บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. 2562. หลักสูตรพื้นฐานผู้ให้ความรู้เบาหวาน. กรุงเทพฯ : สุภัชพันธุ์พิมพ์.
- 10.ปัทมา แจ่มจำรูญและธิดา ผาติเสนะ. 2560. การประเมินผลโครงการการใช้ป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี ในการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารราชพฤกษ์.** 15 : 2 ; 125-134.
- 11.ภูเบตร พัฒนาการ. 2565. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในพยาบาล ต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. **ยโสธรเวชสาร.** 24:1;106-115.
- 12.มารวย ส่งธานี. 2560. **การดูแลแบบบูรณาการ**. <http://www.go to know.org/posts/63077g>. เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2566.

- 13.วิชัย เทียนถาวร. 2556. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย : นโยบายสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- 14.วิชัย เอกพลาการ. 2564 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ 2562-2563 มปป. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- 15.สุปราณี เสียงดัง. 2560. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 4:1;191-204.
- 16.สมคิด จุฬว้า, รุ่ง วงศ์วัฒน์และอนุกุล มะโนทน. 2562. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเครื่องมือ “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ต่อความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการ ป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรง ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 39 : 2 ; 127-141.
- 17.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ,สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์, สถาบันวิจัยและประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2560. *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ โรคเบาหวาน 2560*. ปทุมธานี : ร่มเย็น มีเดีย.
- 18.อำพร เนื่องจากนาค. 2560. *ภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.