

๓. ผลงานที่จะส่งประเมิน

ให้ส่งผลงานวิชาการ/งานวิจัย รวมทั้งผลงานอื่น ๆ เพิ่มเติมตามเกณฑ์ของแต่ละสาขาที่กำหนด (ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/ว ๑๕๖๗ ลงวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๕)

(ผลงานวิชาการ/งานวิจัย ให้ส่งตามจำนวนตามเกณฑ์ของแต่ละสาขาที่กำหนด โดยให้เรียงตามความดีเด่นหรือความสำคัญ โดยอย่างน้อย ๑ เรื่อง ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

ผลงานลำดับที่ ๑

เรื่อง...การจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการ ๒๕๖๖ (๑ มีนาคม ๒๕๖๖ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖)

เค้าโครงเรื่องย่อ (สรุปเฉพาะสาระสำคัญ)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่รักษาไม่หายขาดและต้องใช้เวลารักษาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะในร่างกายในระยะยาว เกิดการเสียหายที่ของอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาทและหลอดเลือด การรักษาเบาหวานมีจุดมุ่งหมาย คือ การควบคุมระดับน้ำตาลและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประเทศไทยมีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน โดยเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ FBS ๗๐ – ๑๑๐ mg/dl หรือ HbA_{1c}<๖.๕%, FBS ๘๐ – ๑๓๐ mg/dl หรือ HbA_{1c}<๗% และ FBS ๑๔๐ – ๑๗๐ mg/dl หรือ HbA_{1c} ๗.๐ – ๘.๐% สำหรับกลุ่มที่ต้องการควบคุมเข้มงวดมาก เข้มงวด และไม่เข้มงวด ตามลำดับ

การปฏิบัติในการติดตามผลการรักษา ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและ/หรือหลังอาหารทุกครั้งที่พบแพทย์ตรวจ HbA_{1c} อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง การประเมินและตรวจหาโรคแทรกซ้อนเป็นระยะ ๆ เช่น การทำงานของไต ระดับไขมัน และตรวจตาปีละ ๑ ครั้ง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๐) การติดตามผู้ป่วยระยะยาวเพื่อประเมินถึงภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา คือ ค่าน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}<๗% ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐)

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานนอกจากการบริการดูแลรักษาโดยทีมบุคลากรทางการแพทย์แล้วยังมีองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้การรักษาบรรลุตามวัตถุประสงค์ก็คือความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลในการสนับสนุนการจัดการให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลเท้าและปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม (Wagner et al., ๒๐๐๑ อังโนไชยา ท่าแดง, นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์, ๒๕๖๓) โดยใช้แนวคิดในการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้การจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วม (ร่วมคิด ตัดสินใจ ตั้งเป้าหมาย และวางแผนร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์) ทั้งนี้ได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมควบคุมโรคที่ดีขึ้น สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ โดยมีการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการรับประทานยา จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ปรารค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และสุทธิพร มูลศาสตร์, ๒๕๖๐) การศึกษาโดย Chivala, Sherr & Lipman (๒๐๑๖ อังโนไชยา ท่าแดง, นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์, ๒๕๖๓) พบว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของธมกร โพธิ์รุฑู, สุมิตรา พรานพาน และกวิสรา สงเคราะห์ (๒๕๖๓) พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ต่ำกว่าก่อนทดลอง

และยังพบ...

และยังพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของวินัส สาระจรัส, แอนนา สมะโน (๒๕๖๑) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซีลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามลำดับ

รายงานศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (HDC-Report ปีพ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔) พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๓๑,๑๓๐, ๓๒,๔๑๑, ๓๓,๔๘๒, ๓๕,๒๕๔ คน (ร้อยละ ๕.๕๑, ๕.๙๕, ๖.๓๖, ๖.๗๘) เป็นผู้สูงอายุร้อยละ ๓.๐๗, ๓.๓๘, ๓.๖๗, ๓.๙๗ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นและส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุสูงขึ้นด้วยเช่นกัน ส่วนสถานการณ์โรคเบาหวานโรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร (ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๖๕) พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๖๙๗ คน ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA_{1c} > 7\%$) จำนวน ๔๐๘ คน (ร้อยละ ๕๘.๕๔) และในกลุ่มที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้นี้พบว่ามีความแทรกซ้อน จำนวน ๓๐๗ คน (ร้อยละ ๗๕.๒๔) ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจที่จะทำการศึกษางานวิจัยเรื่องนี้ขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งลดความพิการและการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรมดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) ของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร
๒. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว
๓. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษาสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง (Two-group Pre-Posttest design) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน ๔๐๘ คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = ๐.๘๐ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ และ effect size = ๐.๗๐ (วชิรา สุทธิธรรม, ยุติ วิทย์พันธ์, สุรินทร์ กลัมพากร, ๒๕๕๙) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ ๓๒ คน เพื่อป้องกันการออกจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของตัวอย่างอีกร้อยละ ๑๐ เป็นกลุ่มละ ๓๕ คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริม “การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว” ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการดูแลตามปกติ มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ๑๒ สัปดาห์ ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถามและการบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ Independent t-test, paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (Level of Significance) ไว้ที่ ๐.๐๕

ผลการวิจัย

ก่อนดำเนินการ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานภาพรวมในระดับสูง (ร้อยละ ๔๘.๖) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานภาพรวมในระดับสูงและปานกลาง (ร้อยละ ๓๗.๑ เท่ากัน) ทั้งสองกลุ่มมีความรู้ที่น้อยที่สุดคือด้านการรับประทานอาหาร มีทัศนคติภาพรวมในระดับปานกลาง (ร้อยละ ๕๗.๑; ๗๑.๔) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองภาพรวมในระดับปานกลางถึงสูง (ร้อยละ ๔๕.๗ เท่ากัน) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับสูง (ร้อยละ ๔๘.๖) และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม...

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียดต่ำที่สุด ส่วนการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่าทั้งสองกลุ่มได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวภาพรวมในระดับสูง (ร้อยละ ๔๘.๖ เท่ากัน) โดยได้รับการสนับสนุนสูงที่สุดคือด้านการรับประทานยา (\bar{X} = ๔.๐๙, SD. = ๐.๘๑๘ ในกลุ่มทดลอง) และด้านการมาตรวจตามนัด (\bar{X} = ๔.๒๖, SD. = ๐.๘๕๒ ในกลุ่มเปรียบเทียบ) ส่วนด้านที่ได้รับการสนับสนุนต่ำที่สุดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ด้านการออกกำลังกาย (\bar{X} = ๓.๕๗, SD. = ๐.๖๙๘ และ \bar{X} = ๓.๒๓, SD. = ๑.๐๐๓) และยังพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ – ทักษะเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน การสนับสนุนของครอบครัว และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA๑c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนดำเนินกิจกรรม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ (p = ๐.๐๕)

หลังดำเนินการ ๑๒ สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน การสนับสนุนจากครอบครัว สูงกว่า แต่ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA๑c) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) ยกเว้นพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียดที่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน การสนับสนุนจากครอบครัว สูงกว่า และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA๑c) ต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างทางสถิติของตัวแปรดังกล่าวระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ ข้อเสนอที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้สมัครจะนำไปปรับใช้และพัฒนาต่อยอระบบ การให้ บริการในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร และพัฒนาทีมเยี่ยมบ้าน รพ.สต. อสม. ในการเยี่ยมบ้านเชิงรุกผู้ป่วยที่บ้านเพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเกณฑ์และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาวต่อไป

สัดส่วนผลงาน สัดส่วนในการดำเนินการเป็นของผู้สมัคร ๑๐๐%

กรณีที่เป็นผลงานร่วมกันของบุคคลหลายคน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนผลงาน	ระบุรายละเอียดของผลงานเฉพาะส่วนที่ผู้ขอประเมินปฏิบัติ
.....
.....

การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่..... (โปรดแนบสำเนาวารสาร)
- ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่เผยแพร่
- ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

ผลงานลำดับที่ ๒

เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติตามบทบาทหมอครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอไทรทอง จังหวัดกำแพงเพชร

ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการ ๒๕๖๖ (๑ มีนาคม ๒๕๖๖ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖)

เค้าโครงเรื่องย่อ (สรุปเฉพาะสาระสำคัญ)

ประเทศไทยได้เริ่มนำการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนางานสาธารณสุขภายใต้หลักการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บทบาทหน้าที่สำคัญของ อสม. คือการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ แต่ก็ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุม ต่อมากระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายส่งเสริมการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งในชุมชนและหน่วยบริการจึงได้กำหนดนโยบาย “ทีมหมอครอบครัว” ขึ้น (สำนักบริหารการสาธารณสุข, ๒๕๕๗) ซึ่งทีมหมอครอบครัวจะประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข อปท. ชุมชน ภาคประชาชน รวมถึง อสม. มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลให้คำปรึกษาเสมือนหนึ่งเป็นเพื่อนสนิทหรือญาติ ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงประสานการส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับโดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองหรือการให้การบริบาล อีกทั้งช่วยเหลือดูแลจัดทุกข์ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวและชุมชน ภายใต้แนวคิด “หมอครอบครัวประจำตัวทุกคนเร็ววัน” (สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต ๘ อุตรธานี, ๒๕๕๙)

บทบาทของ อสม. ในการปฏิบัติงานทีมหมอครอบครัวคือการปฏิบัติตามภารกิจของ อสม. ที่ถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขทั้ง ๘ บทบาท ซึ่งเน้นให้ อสม. เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานในทีมหมอครอบครัวให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่มีการศึกษาพบว่าการทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐานยังไม่มีประสิทธิภาพมากนักเนื่องมาจากประชาชนขาดการมีส่วนร่วม ชุมชนไม่มีความพร้อม (ชนิดา เตชะปิ่น, ๒๕๖๑) อีกทั้งยังพบปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงานของ อสม. โดยพบว่าจะมีประสิทธิภาพสูงอยู่ในช่วงเวลาสั้น ๆ และประสิทธิภาพของการทำงานจะลดลงมาอยู่ในระดับหนึ่งและจะลดลงเรื่อย ๆ ประกอบกับความร่วมมือ ของชุมชนมีน้อย ไม่ได้รับการยอมรับ ประชาชนไม่เชื่อถือ อสม. (วุฒิศักดิ์ บุญเฉลิม, ๒๕๕๕) นอกจากนี้ อสม. ยังขาดกระบวนการเรียนรู้และยังไม่เข้าใจกระบวนการดำเนินงานต่าง ๆ ที่ตนเองต้องปฏิบัติ ดังนั้นหน่วยงาน ที่มีความใกล้ชิดหรือที่ทำงานร่วมกับ อสม. โดยตรงนั้นต้องทำการพัฒนาทักษะหรือการฝึกอบรมเพื่อสร้าง องค์ความรู้ให้แก่ อสม. ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวและชุมชน โดยให้ อสม. สามารถเป็นกำลังเสริมภาคประชาชนที่เข้มแข็งให้กับทีมหมอครอบครัวโดยมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (change agents) และการสื่อสารด้านสุขภาพ

การปฏิบัติงานของ อสม. ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านสุขภาพต่อประชาชนในระดับชุมชนมากมาย แต่ปัญหาการดำเนินงานในบางแห่ง อสม. มีบทบาทเพียงเป็นผู้ติดตามและปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในทีมหมอครอบครัวเท่านั้น ซึ่งหากหน่วยงานสามารถดึงศักยภาพหรือสร้างแรงจูงใจ อสม. ให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทในทีมหมอครอบครัวได้จะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. ได้เป็นอย่างมากเนื่องจาก “สมรรถนะ (Competency)” ของบุคลากรเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้และสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้แก่องค์กรได้ (เทียน ทองแก้ว, ๒๕๖๒) และเชื่อว่าคนทุกคนมี “ศักยภาพ (Potential)” ดังนั้น การได้เรียนรู้ สาระ ความรู้ และได้รับการฝึกทักษะหรือกระบวนการต่าง ๆ รวมทั้งการได้รับการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์เหล่านั้น สามารถช่วยพัฒนาบุคคลให้มีความสามารถเพิ่มสูงขึ้นได้ เนื่องจากสมรรถนะสามารถแสดงออกได้ทางพฤติกรรมการปฏิบัติโดยสามารถวัดและประเมินผลได้ องค์กรจึงควรทำการประเมินสมรรถนะ
ของบุคลากร...

ของบุคลากรเพื่อให้ทราบถึงสมรรถนะของบุคลากรในปัจจุบันเพื่อนำไปสู่การพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะ ความรู้ หรือความสามารถที่สอดคล้องกับงานที่ทำ และสามารถทำงานจนบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สิริภักตร์ ศิริโท และวารภรณ์ มะลิวัลย์, ๒๕๕๖)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น และเพื่อเป็นการเสริมสมรรถนะให้กับ อสม. ในบทบาทหมอบทบาทครอบครัวคนที่ ๑ ของประชาชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษา “การพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติตามบทบาทหมอบทบาทครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ” ขึ้น เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนและพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหมอบทบาทครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

๒. พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ในการปฏิบัติตามบทบาทหมอบทบาทครอบครัว

๓. เพื่อทดลองใช้ ปรับปรุง และประเมินผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติตามบทบาทหมอบทบาทครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กระบวนการศึกษาแบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้ ระยะที่ ๑ วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหมอบทบาทครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๒๗๔ คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่า t-test ไคสแคว์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ ๐.๐๕ ระยะที่ ๒ การพัฒนาโปรแกรมในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน ๑๕ คน ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะที่ ๓ การทดลองใช้ ปรับปรุง และประเมินผลโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประชากรเป้าหมายเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ต้องการพัฒนาสมรรถนะ จำนวน ๓๕ คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ ๐.๐๕

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ ๗๙.๙) มีอายุเฉลี่ย ๕๕.๑๓ ปี สถานภาพคู่ การศึกษา ระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้เฉลี่ย ๘๒๑๑.๗๒ บาท/เดือน สมัครเป็น อสม. ด้วยตนเอง ระยะเวลาที่เป็น อสม. เฉลี่ย ๑๔.๒๘ ปี มีโรคประจำตัวที่พบมากคือโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ ๔๔.๒, ๒๕.๒ และ ๑๖.๖ ตามลำดับ) มีตำแหน่งอื่นคือเป็นผู้นำชุมชน (ร้อยละ ๔๗.๖) และในช่วง ๖ เดือน - ๑ ปีที่ผ่านมา ไม่มีการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน (ร้อยละ ๘๘.๐) มีสมรรถนะผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๙๒.๐) มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ ๖๗.๒) มีการปฏิบัติตามบทบาทหมอบทบาทครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับสูงและปานกลาง (ร้อยละ ๔๗.๑ เท่ากัน) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ($p < 0.05$) กับการปฏิบัติตามบทบาทหมอบทบาทครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอไทรงาม ได้แก่ สถานภาพ สมรรถนะ สมาร์ท อสม. และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

อาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีสถานภาพ การศึกษา วิธีการได้เป็น อสม. สมรรถนะ อสม. และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานต่างกัน จะมีการปฏิบัติตามบทบาทหมอบทบาทครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $p < 0.001$) และยังพบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทั้งภาพรวมและรายด้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับ

ปานกลางกับการปฏิบัติตามบทบาทหมอบรรณครวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ($r = 0.676, 0.552, 0.592$ และ 0.632 ตามลำดับ)

แนวทางการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการปฏิบัติตามบทบาทหมอบรรณครวนั้น สามารถนำมากำหนดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการปฏิบัติงานตามบทบาทหมอบรรณครวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ได้ดังนี้

๑) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ๑.๑) การสร้างความร่วมมือในการทำงาน เช่น การจับคู่ “คู่บัดดี้” หรือ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ๑.๒) การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงานของ อสม. และทีมสุขภาพ และ ๑.๓) การเสริมสร้างกำลังใจและความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ด้วยระบบพี่เลี้ยง

๒) ปัจจัยด้านการพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ๒.๑) การเสริมสร้างอุดมการณ์ในการปฏิบัติงานตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน ๒.๒) บทบาทของ อสม. ในทีมหมอบรรณครว ๒.๓) การอบรมฟื้นฟู “ติดอาวุธทางปัญญา” เต็มเต็มในส่วนตัว และ ๒.๔) การใช้แอปพลิเคชัน อสม. Smart อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน

๓) ปัจจัยด้านการสนับสนุน ได้แก่ ๓.๑) จัดท้าวัด-อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานของ อสม. เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง สายวัดรอบเอว เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) เพิ่มขึ้นและครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชน ๓.๒) การจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงาน การนิเทศติดตามของทีมพี่เลี้ยง และ ๓.๓) การจัดทำแผนพับให้ความรู้แก่ประชาชน

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ ๑๒ สัปดาห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง ๓๕ คนมีคะแนนสมรรถนะตามสมาร์ต อสม. ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๐ ทุกคน (มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก ๑๔.๐๖ คะแนน เป็น ๑๘.๘๐ คะแนน) มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานภาพรวมในระดับสูง (ร้อยละ ๗๔.๓ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก ๔๑.๗๗ คะแนน เป็น ๔๘.๙๑ คะแนน) มีการปฏิบัติตามบทบาทหมอบรรณครวภาพรวมในระดับปานกลาง (ร้อยละ ๘๐.๐ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก ๔๘.๓๔ คะแนน เป็น ๖๑.๑๗ คะแนน) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมาร์ต อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานภาพรวม ด้านการดำรงชีพ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความเจริญก้าวหน้าและการปฏิบัติตามบทบาทหมอบรรณครวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และพบว่ามีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < 0.001$) ยกเว้นแรงจูงใจด้านการดำรงชีพที่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ ข้อเสนอที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้สมัครจะนำไปใช้เป็นกรอบแนวทางในการเสริมสร้างแรงจูงใจและพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและส่งเสริมรายได้เพื่อการดำรงชีพเพื่อให้ อสม. สามารถปฏิบัติตามบทบาทหมอบรรณครวคนที่ ๑ ของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

สัดส่วนผลงาน สัดส่วนในการดำเนินการเป็นของผู้สมัคร ๑๐๐%

กรณีที่เป็นผลงานร่วมกันของบุคคลหลายคน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนผลงาน	ระบุรายละเอียดของผลงานเฉพาะส่วนที่ผู้ขอประเมินปฏิบัติ
.....
.....

การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่.....
(โปรดแนบสำเนาวารสาร)
- ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่เผยแพร่
- ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

เรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการโรคเบาหวานในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวาน ถึงแม้จะเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ก็จะไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากกว่า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการล้มรับประทานยาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (เรีนจิต เพชรชิต, ๒๕๕๘; ทรรศนีย์ สิริวัฒนพรกุล, นงนุช โอบะ, สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, ๒๕๕๐; วาริ จตุรภัทรพงศ์, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, ๒๕๕๖; บุญถม ปาปะแพ, สาริณี สง่าศรี, ต้องตา ต้นจรรย์, อัจฉรีย์ ภูวศิษฐ์เบญจภา, พัชรีย์ สังขภท, รัตนพร ขนาวิ รัตน์, อรวรรณ ประเมทโก, ๒๕๕๖; สุปรีดา นนทวงศ์, ชุตติภา แม่นยำ, เขาวรัตน์ มั่นพรหม, ๒๕๕๖; วิมลรัตน์ จงเจริญ, วันดี คหะวงศ์, อังศุมา อภิชาติ, อรนิช แสงจันทร์, ประภาพร ชูกำเหน็ด, กัลยาณี บุญสิน, ถนอม ชูงาน, ๒๕๕๑; วริศรา ลูวีระ, เสาวนันท บำเรอราช, ๒๕๕๗) การไม่สามารถควบคุมชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทาน (เรีนจิต เพชรชิต, ๒๕๕๘; ทรรศนีย์ สิริวัฒนพรกุล, นงนุช โอบะ, สุชาดาอินทรกำแหง ณ ราชสีมา, ๒๕๕๐) และการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ดี ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีและผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (ธาริน สุขอนันต์, ญัฐพร มีสุข และอาภิสรา วงศ์สละ, ๒๕๕๘) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคเบาหวานซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะโรค เป็นการให้บริการด้านการควบคุมโรค ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการสอนแนะและให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องโดยการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในการช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการควบคุมเบาหวานด้วยตนเอง ส่วนผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพมีเพียงบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนทั้งความรู้และทักษะให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับคงที่ เนื่องจากวิธีการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวโดยให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อตรวจเลือด รับประทาน แล้วกลับบ้านนั้นไม่สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายของการรักษาโรคได้ ดังนั้นการควบคุมโรคเบาหวานจึงมีความสำคัญยิ่ง โดยเป้าหมายทั่วโลกต้องการหยุดการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานในปี ค.ศ. ๒๐๒๕ หรือ พ.ศ. ๒๕๖๘ (Saeedi et al., ๒๐๑๙ อ้างในน้ำเพชร สายบัวทอง, สิริรัตน์ ลีลาจรัส, ๒๕๖๔) และลดการเกิดโรคแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยการปรับแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะโรคทั้งด้านการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่ถูกต้อง โดยสรุปแล้วการที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องทั้งด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด จะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้ (กนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ญัฐกมล ชาญสาธิตพร, ๒๕๖๓)

จากรายงานศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ปีพ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๔ พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๓๑,๑๓๐, ๓๒,๔๑๑, ๓๓,๔๘๒, ๓๕,๒๕๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๕๑, ๕.๙๕, ๖.๓๖, ๖.๗๘ เป็นผู้สูงอายุร้อยละ ๓.๐๗, ๓.๓๘, ๓.๖๗, ๓.๙๗ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นและส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุสูงขึ้นด้วยเช่นกัน ส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA๑c<๗mg%) ร้อยละ ๓๕.๒๐, ๓๔.๖๖, ๓๗.๘๓, ๓๔.๓๗ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงและยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ส่วนสถานการณ์โรคเบาหวานในคลินิก

โรคเบาหวาน...

โรคเบาหวานโรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร (ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน พ.ศ.๒๕๖๕) พบผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน ๖๙๗ คน ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA_{1c}>๗mg%) จำนวน ๔๐๘ คน (ร้อยละ ๕๘.๕๔) และในกลุ่มที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้นี้พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน จำนวน ๓๐๗ คน (ร้อยละ ๗๕.๒๐) จากข้อมูลข้างต้นและการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การไม่สามารถควบคุมชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทาน และการล้มรับประทานยาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตลอดจนการมีพฤติกรรมดูแลตนเองในสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ดี ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีและผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ขอประเมินจึงสนใจที่จะศึกษา “การพัฒนากระบวนการจัดการโรคเบาหวานในชุมชนแบบมีส่วนร่วม” ขึ้น โดยหวังผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้บรรลุเป้าหมายนำไปสู่การสร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการจัดการเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำลายทั้งในระดับประเทศและระดับโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นภาระโรคที่ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมไปถึงครอบครัว ชุมชน สังคม และการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจจากการสูญเสียรายได้ เกิดภาวะพึ่งพิงและภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่ยาวนาน โรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากรมีอายุยืนและมีการบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และพลังงานสูง ร่วมกับการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การรักษาโรคเบาหวานมีจุดมุ่งหมายสำคัญคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้ แนวทางการควบคุมน้ำตาลซึ่งกำหนดโดย American Diabetes Association: ADA (ดวงใจ พันธุ์ อารีวัฒนา, ๒๕๖๑) ปีพ.ศ.๒๕๖๐ คือการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (self-measurement of blood glucose: SMBG) และการตรวจ HbA_{1c} โดยแนะนำให้มีการตรวจ HbA_{1c} อย่างน้อย ๒ ครั้งต่อปี ในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย และอย่างน้อย ๔ ครั้งต่อปี ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย สำหรับประเทศไทยแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานมีเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ FBS ๗๐-๑๓๐ mg/dl หรือ HbA_{1c} <๖.๕%, FBS ๘๐-๑๓๐ mg/dl หรือ HbA_{1c}<๗% และ FBS ๑๔๐-๑๗๐ mg/dl หรือ HbA_{1c} ๗.๐-๘.๐% สำหรับกลุ่มที่ต้องการควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด ตามลำดับ การปฏิบัติในการติดตามผลการรักษา ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและ/หรือหลังอาหารทุกครั้งที่พบแพทย์ ตรวจ HbA_{1c} อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง การประเมินและการตรวจหาโรคแทรกซ้อนเป็นระยะ โดยตรวจเลือดดูค่าการทำงานของไต ระดับไขมัน และตรวจตาปีละ ๑ ครั้ง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๐) ค่าน้ำตาลในเลือดที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วยระยะยาวเพื่อประเมินถึงภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาคือค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดในการควบคุมน้ำตาล (HbA_{1c}<๗ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐)

เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเขตสุขภาพที่ ๓ ตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๖๒-๒๕๖๕ พบการคัดกรองโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๐๗, ๙๓.๓๑, ๙๓.๐๑, ๙๒.๔๖ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๙๐) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (เกณฑ์<๑.๙๕) พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น (๑.๙๔, ๑.๙๕, ๒.๑๗, ๒.๓๖) โดยพบมากที่จังหวัดกำแพงเพชร (๒.๖๘) รองลงมาคือจังหวัดนครสวรรค์ (๒.๔๖) การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน มีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ (na, ๗๑.๐๕, ๗๕.๐๐, ๙๐.๒๕) และสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (>ร้อยละ ๖๐) โดยพบการติดตามสูงที่สุดที่จังหวัดอุทัยธานี (ร้อยละ ๙๗.๑๒) รองลงมาคือจังหวัดกำแพงเพชร (ร้อยละ ๙๖.๖) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้มีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ ๓๓.๘๘, ๓๖.๗๖,

๔๗.๘๕, ๔๙.๘๕ โดยพบสูงที่สุดคือจังหวัดนครสวรรค์ (ร้อยละ ๔๔.๓๕) รองลงมาคือจังหวัดอุทัยธานี (ร้อยละ ๔๑.๔๒) ส่วนอีก ๓ จังหวัดคือ กำแพงเพชร (ร้อยละ ๓๘.๕๘) พิจิตร (ร้อยละ ๓๗.๑๔) และชัยนาท (ร้อยละ ๒๔.๔๓) ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ ๔๐) เขตสุขภาพที่ ๓ ได้จัดทำโครงการ “เสริมสร้างพลังในทีมผู้บริหารผู้เป็นเบาหวานและอาสาสมัครสาธารณสุข” (Empowerment DM team and health care volunteers) โดยความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ และเขตสุขภาพที่ ๓ ทั้งแบบ Onsite และ Online ณ โรงแรมแกรนด์ฮิลล์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดนครสวรรค์

ส่วนในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ ๓ ร้อยละ ๘.๖๙ โดยพบอัตราป่วยรายจังหวัดเรียงจากมากไปน้อยคือจังหวัดพิจิตร ชัยนาท นครสวรรค์ อุทัยธานี และกำแพงเพชร (ร้อยละ ๙.๘๙, ๙.๖๑, ๙.๐๘, ๗.๘๗ และ ๗.๒๘ ตามลำดับ) และพบในประชากรสูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) มากที่สุด (ร้อยละ ๒๑.๑๖) รองลงมาคืออายุระหว่าง ๕๐-๕๙ ปี (ร้อยละ ๑๒.๙๒) อายุระหว่าง ๔๐-๔๙ ปี (ร้อยละ ๖.๑๔) อายุระหว่าง ๑๕-๓๙ ปี (ร้อยละ ๐.๙๑) และอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ร้อยละ ๐.๐๖) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และเสียชีวิตได้ง่าย การคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในอำเภอไทรงาม

จังหวัดกำแพงเพชร ระหว่างปีพ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่ามีแนวโน้มลดลงแต่สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ ๙๐) คือร้อยละ ๙๗.๖๓, ๙๓.๐๔, ๙๑.๐๓ ในกลุ่มนี้พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง (ร้อยละ ๑๔.๖๒, ๑๒.๕๙, ๑๓.๒๒) แต่กลุ่มป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น (ร้อยละ ๐.๙๑, ๐.๗๙, ๑.๑๓) ตามลำดับ แต่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ ๔๐) นั่นคือผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชรสามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ ๓๙.๗๒, ๓๒.๙๘ และ ๓๕.๓๙ ตามลำดับ

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ที่ผ่านมามีการได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลไกหลักในการดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข แต่ปัญหาที่สำคัญคือ อสม. ยังไม่สามารถดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ยังคงต้องอาศัยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งด้านความรู้ วัสดุ-อุปกรณ์ ตลอดจนการสร้างความมั่นใจในการดำเนินงานให้การช่วยเหลือ ดูแล เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวและชุมชน ภายใต้แนวคิด “หมอครอบครัวประจำตัวทุกครัวเรือน” (สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต ๘ อุดรธานี, ๒๕๕๙) ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ อสม. เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพแต่การศึกษาของชนิดา เตชะปิ่น (๒๕๖๑) พบว่าการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานยังไม่มีประสิทธิภาพมากนักเนื่องจากประชาชนขาดการมีส่วนร่วม ชุมชนไม่มีความพร้อม ความร่วมมือของชุมชนมีน้อย อีกทั้งยังพบปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงานของ อสม. ไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน ประชาชนไม่ให้ความเชื่อถือ (วุฒิศักดิ์ บุญเฉลิม, ๒๕๕๕) ผู้นำชุมชนไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนให้ประชาชนรวมถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ถึงแม้จะเคยมีกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนแต่ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ สถานบริการยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและระบบบริการในคลินิกโรคเบาหวานยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน จึงสมควรที่จะมีการพัฒนาวิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงผู้ดูแลหลัก อสม. และผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของประชาชน (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย) ในด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งบูรณาการและพัฒนาระบบการทางสังคมแบบองค์รวมในการแก้ปัญหาโรคเบาหวานในชุมชนแบบมีส่วนร่วมตามแนวทางของการสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

แนวความคิด

๑) แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (จันทร์ทิรา เจียรณีย์ และคณะ, ๒๕๖๓)

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่มีสาเหตุจากการมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมากกว่าปกติซึ่งมีผลมาจากความผิดปกติของตับอ่อนทำให้ไม่สามารถหลั่งอินซูลินได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยปกติอินซูลินจะทำหน้าที่ในการนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อร่างกายขาดอินซูลินจะทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงานได้ โดยปกติร่างกายมีกลไกในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยเบต้าเซลล์จากตับอ่อนจะหลั่งฮอร์โมน ๒ ชนิดเพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคืออินซูลินจะทำหน้าที่ลดระดับน้ำตาลในเลือด และกลูคาگونจะทำหน้าที่เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งอินซูลินจะหลั่งออกมาตามสัดส่วนของปริมาณกลูโคสในร่างกาย ถ้ารับประทานอาหารที่ให้พลังงานมากระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้น และกระตุ้นให้ตับอ่อนหลั่งอินซูลินออกมาเพื่อทำหน้าที่นำกลูโคสเข้าสู่เซลล์และเร่งให้เซลล์ใช้กลูโคสเป็นพลังงาน หากระดับกลูโคสในเลือดอยู่ในระดับสูงอินซูลินจะเปลี่ยนส่วนที่เหลือให้เป็นไกลโคเจน (Glycogen) เพื่อเก็บสำรองไว้ในกล้ามเนื้อและตับซึ่งเป็นแหล่งพลังงานสำรองของร่างกาย ถ้าระดับกลูโคสในเลือดยังคงสูงอยู่อินซูลินก็จะเปลี่ยนกลูโคสเป็นไขมันสำรองไว้ตามใต้ผิวหนังและหน้าท้องและส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย แต่ในกรณีที่ระดับกลูโคสต่ำกว่าปกติร่างกายจะหลั่งฮอร์โมน ๕ ชนิดคือ Growth hormone Corticosteroid Catecholamine Glucagon และ Thyroxine ฮอร์โมนเหล่านี้จะเร่งการสลายไกลโคเจนเป็นกลูโคสและเร่งการสลายโปรตีนและไขมันเป็นกลูโคสทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น

เมื่อร่างกายขาดอินซูลินหรือมีภาวะดื้อต่ออินซูลินจะมีผลให้กลูโคสไม่สามารถเข้าสู่เซลล์ได้ทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้กลูโคสเป็นพลังงานหรือเปลี่ยนกลูโคสเป็นไกลโคเจนหรือไขมันที่สะสมไว้เพื่อเป็นพลังงานสำรองของร่างกาย จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและล้นผ่านไตออกมาทางปัสสาวะจึงตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะได้ แต่เนื่องจากร่างกายจำเป็นต้องใช้พลังงานเพื่อการดำรงชีวิตจึงต้องมีการสลายไขมันที่สะสมไว้และสลายโปรตีนของกล้ามเนื้อมาเป็นพลังงาน เมื่อร่างกายต้องเผาผลาญไขมันมาเป็นพลังงานทำให้มีการคั่งของสารคีโตนในเลือดเรียกว่า Ketosis ประกอบด้วย Acetoacetic acid, Beta-hydroxy butyric acid และ Acetone ซึ่ง Acetone เป็นสารระเหย สามารถขับออกมาทางลมหายใจได้ ส่วน Acetoacetic acid และ Beta-hydroxy butyric acid จะถูกขับออกทางปัสสาวะและขณะขับออกจะดึงเอาโซเดียมและโพแทสเซียมออกมาด้วยทำให้สมดุลกรด-ด่างและเกลือแร่ผิดปกติ เกิดภาวะกรดในเลือดร่วมกับสารคีโตนคั่งในเลือด เรียกสภาวะนี้ว่า Ketoacidosis ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย กระหายน้ำมาก หอบเหนื่อยและหมดสติ

แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวาน (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๖๐) ดังนี้

(๑) ผู้ที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป

(๒) ผู้ที่อ้วน (Body Mass Index: BMI) ๒๕ กก/ม^๒ และ/หรือมีรอบเอวเกินมาตรฐาน และมีพ่อแม่ พี่ หรือ น้อง เป็นโรคเบาหวาน

(๓) เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่

(๔) มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (ระดับไตรกลีเซอไรด์ ๒๕๐ mg/dl และ/หรือ เอชดีแอลคอเลสเตอรอล < ๓๕ mg/dl) หรือได้รับยาลดไขมันในเลือดอยู่ (

๕) มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน ๔ กิโลกรัม

(๖) เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น Impaired glucose tolerance หรือ Impaired fasting glucose

(๗) มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardio vascular disease)

(๘) มีกลุ่มอาการของถุงน้ำในรังไข่ (Polycystic ovarian syndrome)

โดยผู้ที่มีเกณฑ์เสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งใน ๘ ข้อนี้อาจได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ถ้าปกติให้ตรวจซ้ำทุกปีหรือตามคำแนะนำความเสี่ยงที่ประเมินได้

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

(๑) การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค

(๒) การควบคุมอาหารเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุด

(๓) การออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อทุกส่วนได้มีการเคลื่อนไหวครั้งละ ๒๐-๓๐ นาทีสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง

(๔) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

(๕) การดูแลรักษาเท้าและผิวหนังให้สะอาดและแห้ง ไม่อับชื้น

(๖) การรักษา รับประทานยา/ฉีดอินซูลินให้ตรงเวลา ห้ามลดหรือปรับขนาดยาเองและมาตรวจตามนัด

๒) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (เบญจวรรณ สอนอาจ, ๒๕๖๒)

การส่งเสริมสุขภาพ คือกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมและดูแลตนเอง ครอบคลุม ชุมชน และสังคม ให้มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำกิจกรรม การปฏิบัติ ความรู้สึกนึกคิดที่ทำให้เกิดภาวะสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ปราศจากการเจ็บป่วยและสามารถกระทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต

แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วยพฤติกรรม ๖ ด้าน ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Pender et al. (๒๐๐๖ อ้างในเบญจวรรณ สอนอาจ, ๒๕๖๒) ดังนี้

(๑) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีความสนใจเอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี

(๒) โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายเพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง ๕ หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

(๓) กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานรวมถึงการออกกำลังกายและทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันแต่ละวันโดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ

(๔) การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

(๕) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น

(๖) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรักและความจริงใจต่อบุคคลอื่น

๓) แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (มณฑนา ตรีภพ, ๒๕๖๐)

แนวคิดการมีส่วนร่วมถือเป็นแนวคิดหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ขอประเมินได้ทำการศึกษาค้นคว้าการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาโรคเบาหวานให้เกิดประสิทธิภาพตามรายละเอียด ดังนี้

๓.๑) การมีส่วนร่วมของชุมชน

จากความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนคือการที่ให้ประชาชน ชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ ให้อำนาจแก่ประชาชนในการเลือกปัญหาและคิดแก้ไขปัญหาด้วยตัวของเขาเอง ซึ่งการมีส่วนร่วม นั้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีด้วยตนเองและเกิดความเข้มแข็ง ยั่งยืนภายในชุมชนนั้นจะมีคุณลักษณะที่สำคัญ ๓ ประการ (WHO, ๑๙๙๓ อ้างในจุฑาพงศ์ เตชะสืบ วราภรณ์ บุญเชียง รังสิยา นารินทร์, ๒๕๖๓) คือ ๑) การให้ความร่วมมือ (Participation as Collaboration) คือประชาชนนั้นจะต้องมีความสมัครใจเข้าร่วมด้วยตนเอง หรือเข้าร่วมโดยการจูงใจและมีการคาดหวังถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ ๒) มีการระบุเป้าหมาย...

เป้าหมายหรือผลประโยชน์ที่จะได้รับ (Participation as Project Benefits) คือผู้ที่เข้าร่วมจะต้องมีส่วนได้ส่วนเสียในผลที่จะเกิดขึ้น ๓) เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Participation as Empowerment) คือให้อำนาจการต่อรองแก่ผู้เข้าร่วมในการเข้าถึงและควบคุมใช้ทรัพยากรในทุกกระบวนการ

๓.๒) การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตความเป็นอยู่เพื่อให้ความเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้เพราะฉะนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการดูแลรักษาสุขภาพและควบคุมโรคจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

๓.๓) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๗) ประกอบด้วย

(๑) ด้านการพัฒนาาระบบลงทะเบียนให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่

(๒) ด้านการให้บริการในสถานบริการ ให้บริการตรวจสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและหากพบผู้สงสัยรายใหม่ให้ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย ให้บริการโรคเรื้อรังโดยดำเนินงานตามแนวทางเวชปฏิบัติ

(๓) ด้านการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ต้องมีการประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานทราบ มีการนัดหมายกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

(๔) ด้านงานเยี่ยมบ้าน มีการติดตามผลการรักษาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้าน

(๕) ด้านการสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคเบาหวานสนับสนุนการจัดทำแผนพัฒนาตำบลเรื่องการจัดการโรคเรื้อรัง สนับสนุนการจัดระบบการคัดกรองและการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

ข้อเสนอ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานด้านสุขภาพ บริบทอำเภอไทรงาม และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ผู้ขอประเมินจึงเกิดแนวคิดในการพัฒนาระบบการจัดการโรคเบาหวานในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: อสม. เป็นกลไกสำคัญในการประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายในพื้นที่ สนับสนุนให้ประชาชนและผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม หน่วยบริการมีการพัฒนาระบบบริการโดยกำหนดบทบาท หน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้

๑) การพัฒนาระบบบริการ

๑.๑) ทีมสุขภาพสร้างความรู้- ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยให้สามารถปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งหมายถึงทีมสุขภาพต้องหาโอกาสได้พูดคุยกับญาติหรือดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

๑.๒) หน่วยบริการปฐมภูมิปรับระบบการให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง เช่น กำหนดให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในช่วงเช้า เนื่องจากต้องมีการอดอาหารเพื่อตรวจเลือด ส่วนผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ให้มาในช่วงสาย ๆ หรือช่วงบ่าย หรืออาจเพิ่มวันในการให้บริการ จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีทีมสุขภาพให้คำแนะนำที่ถูกต้องและมีการติดตามที่บ้านโดยทีมเยี่ยมบ้านและ อสม.

๒) สร้างแนวทางการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ของ อสม.

๒.๑) การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลประชาชนกลุ่มป่วยด้วยโรคเบาหวาน

๒.๒) กำหนดรูปแบบการปฏิบัติงาน ของ อสม. เช่น การทำงานแบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” หรือ จับคู่

“บัดดี” โดยมี อสม. เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาหรือสอนงาน ให้ความรู้และเสริมทักษะ แก่ อสม. ที่มีศักยภาพต่ำกว่า รวมทั้งการฝึกปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ขาดยา หรือในรายที่มีปัญหาต่าง ๆ /ภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน

๒.๓) การสนับสนุนวัสดุ-อุปกรณ์ อย่างเพียงพอในการดำเนินงาน เช่น สมุดบันทึกการปฏิบัติงาน สำหรับ อสม. เอกสารบันทึกพฤติกรรมและผลการตรวจร่างกายสำหรับผู้ป่วย ผู้มีภาวะเสี่ยงหรือสงสัยป่วยด้วยโรคเบาหวาน และจัดหาเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) สำหรับเปิดจุดบริการ (DTX Station) ในหมู่บ้าน/ชุมชน ให้เพียงพอ

๓) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

การดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ “อสม.” ถือเป็นกลไกหลักที่สำคัญในการขับเคลื่อน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ อสม. ต้องดำเนินการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพประชาชน ดังนี้

๓.๑) สำรวจ ค้นหาและจัดทำทะเบียนประชาชนในละแวกรับผิดชอบ

๓.๒) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้น

(๑) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ การดื่มสุรา – สูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การออกกำลังกาย การเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร การใช้ยาชุด สุขภาพจิต การรับประทานอาหาร (สุก ๆ ดิบ ๆ รสหวาน มัน เค็ม)

(๒) ตรวจประเมินสุขภาพ พร้อมจดบันทึกข้อมูล ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว คำนวณค่าดัชนีมวลกาย ชักถามประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และวัดความดันโลหิต จับชีพจร เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) เพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ผลโดยใช้ปิงปองจราจรชีวิต ๗ สี

(๓) จัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนเพื่อลดเสี่ยง ลดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับ รพ.สต. อปท. ภาครัฐเครือข่ายและภาคส่วนต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง (ตามกลุ่มที่จำแนกและระดับสี)

๔) ส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีการจัดการตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนและผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องสร้างความร่วมมือกับบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและสิ่งที่จะต้องเริ่มด้วยการสร้างความเข้าใจและทำข้อตกลงร่วมกันเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ประชาชนหรือผู้ป่วยเบาหวานต้องการคือ “ลดภาวะแทรกซ้อน” โดยมีหลักการ ดังนี้

๔.๑) ทีมสุขภาพให้ความรู้ (Education)

๔.๒) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย

๔.๓) Group-Discussion จัดกลุ่ม แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกลุ่มเป้าหมาย

๔.๔) Decision and Modify behavior to the goal ให้กลุ่มเป้าหมายร่วมแสดงความคิดเห็นสิ่งที่จะทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

๔.๕) Action and Self-monitoring ให้บันทึกกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติในแต่ละวัน แจกสมุดหรือคู่มือการบันทึก ค่าระดับน้ำตาลในเลือด เช่น FBS, HbA_{1c} และ DTX. โดยให้ อสม.เจ้าของละแวกติดตามกำกับ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่บ้าน

๕) สร้างเครือข่ายการจัดการโรคเบาหวานในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

การจัดการโรคเบาหวานเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและเป็นการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยสามารถปฏิบัติได้จริงในวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งมีการดำเนินงาน “การจัดการเบาหวานแบบมีส่วนร่วม” ดังนี้

๕.๑) ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายในอำเภอไทรทอง เพื่อนำเสนอให้ “โรคเบาหวาน” เป็นประเด็นสุขภาพระดับอำเภอ (ODOP) และดำเนินการแก้ไขปัญหารูปของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๕.๒) ประสาน...

๕.๒) ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ในการจัดการโรคเบาหวานในรูปแบบของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล: พชต.”

๕.๓) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ในการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่เพื่อกำหนดเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพ (OTOP) โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

๕.๔) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน และสานต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้มีความต่อเนื่อง

๕.๕) สร้างแรงจูงใจในการบูรณาการและวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑) ประชาชนได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยสามารถปฏิบัติได้จริงในวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันและได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๒) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้-ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า หัวใจ หลอดเลือดและปัญหาสุขภาพช่องปาก-ฟัน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง หรือ “จัดการเบาหวานด้วยตนเอง” โดยการสนับสนุนจากครอบครัวชุมชน

๓) อสม. มีความรู้-ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปดูแล/ให้คำแนะนำแก่ประชาชนและผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและตระหนักถึงความสำคัญรวมถึงผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคเบาหวานได้

๔) ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมในการ “จัดการเบาหวานในชุมชน” โดยจัดกิจกรรมชุมชนลดเสี่ยงลดโรค และให้การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมทั้งเชิงรับ-เชิงรุกของทีมสุขภาพ และ อสม.

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๑) ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน (>๙๐)
- ๒) ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงป่วยด้วยโรคเบาหวานได้รับการติดตาม เฝ้าระวัง (>๖๐)
- ๓) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ลดลงจากปีที่ผ่านมา (>๕)
- ๔) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า (>๖๕)
- ๕) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้-ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น (>๘๐)
- ๖) ร้อยละของ อสม.มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน เพิ่มขึ้น (>๘๐)
- ๗) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที (> ๘๐) เพื่อลดความพิการ/เสียชีวิต

การรับรองผลงาน

๑. คำรับรองของผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ขอรับรองว่าสัดส่วนผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

ผลงานลำดับที่ ๑ เรื่อง การจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร


(ลงชื่อ) 

(นายวีระศักดิ์ ดำรงพงษ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

(วันที่) ๒๒ มิ.ย. ๒๕๖๖

ผลงานลำดับที่ ๒ เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติตามบทบาทหมอครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

(ลงชื่อ) 

(นายวีระศักดิ์ ดำรงพงษ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

(วันที่) ๒๒ มิ.ย. ๒๕๖๖

๒. คำรับรองของผู้ขอประเมิน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้จัดทำผลงานดังกล่าวข้างต้นจริง

(ลงชื่อ) 

(นายวีระศักดิ์ ดำรงพงษ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

(วันที่) ๒๒ มิ.ย. ๒๕๖๖