

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผสมผสานของ CUP ปรบือ จังหวัดมหาสารคาม

สุรพงษ์ เชาวน์*

สัจฉิ์ เชื้อลิ้นฟ้า*

ระเบียบ วัฒนตรีภพ*

จริยา แวงวรรณ*

สุภาพ บุญสา*

กั๊พวรรณ มุ่งหมาย*

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังไปตลอดชีวิต. การรักษาเบาหวานที่จะได้ผลดีต้องมีการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยการผสมผสานการดูแลของทีมสุขภาพและศาสตร์ของบริการ. การทำงานครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผสมผสาน และพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. กลุ่มประชากรตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยเบาหวานทุกประเภทในพื้นที่บริการของหน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลปรบือในพื้นที่ ๒ ตำบล จำนวน ๒๐๔ คน. รูปแบบการทำงานเป็นการวิจัยและพัฒนา ก่อนการสร้างระบบเก็บข้อมูลเพื่อประเมินสภาพปัญหาประกอบการวางแผนการพัฒนาแบ่งเป็น ๒ รอบ ๆ ละ ๖ เดือน. รอบที่ ๑ โดยประเมินผลเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา แล้วปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม เพื่อนำไปดำเนินงานในรอบต่อไป. รอบที่ ๒ ประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนา และปรับปรุงมาจากรอบที่ ๑, เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับรอบที่ ๑, พัฒนารูปแบบเพิ่มเติมให้เหมาะสมมากขึ้น แล้วสรุปผลการวิจัย. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ๑. ทะเบียนผู้ป่วย; ๒. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัว, ดัชนีมวลกาย, โรคแทรกซ้อน, ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือด, ค่า HbA_{1c}; ๓. แบบสัมภาษณ์ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน, แบบสอบถามความเครียดผู้ป่วยโดยใช้แบบทดสอบ GHQ-28; ๔. แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลโดย paired t-test, independent t-test, 95% CI และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา.

ผลการพัฒนารอบที่ ๑ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผสมผสานที่พัฒนาคครอบคลุมมิติของการจัดบริการในโรงพยาบาลและระดับครอบครัว/ชุมชน, มิติของทีมปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพของการบริการในโรงพยาบาลและระดับครอบครัว/ชุมชน, และมิติของการบริการด้วยศาสตร์ของแพทย์แผนปัจจุบันและศาสตร์ของการแพทย์ทางเลือก ๕ ด้าน คือ ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ และอารมณ์, ด้านปัญญา, ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม. ผลการประเมินหลังการพัฒนารอบที่ ๑ ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน, ทักษะติดต่อโรคเบาหวานและพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$), มีค่าเฉลี่ยความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.001$), ดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p = 0.002$), ค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศหญิงและเพศชายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$), ค่า HbA_{1c} เฉลี่ยหลังการพัฒนารอบที่ ๑ เท่ากับ ๗.๘๔ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๑.๔๕), การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมเบาหวานได้ดีกับไม่ดี พบว่ามีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาที่ถูกต้อง

*โรงพยาบาลปรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม



และการปรับตัวให้มีความสุข กับการป่วยเป็นเบาหวานแตกต่างกัน. การพัฒนาในรอบต่อไปต้องสร้าง ความเชื่อมั่นในการรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วยพฤติกรรมที่ถูกต้องตามวิถีชีวิตปกติ โดย ทีมสหวิชาชีพในการบริการที่คลินิก และบริการเชิงรุกที่ระดับครอบครัว/ชุมชน ควบคู่กับการเพิ่ม สักยภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของทีมสหวิชาชีพ.

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน, CUP ปรบือ, จังหวัดมหาสารคาม

Abstract

Developing an Integrated Care Model for Diabetic Patients of Borabue CUP in Mahasarakham Province

Suraphong Chawong*, Sangud Chualinfa*, Rabeab Wattanatipob*, Jareeya Wangwan*, Supap Bunsana*, Tipavan Mungmay*

*Borabue Hospital, Borabue District, Mahasarakham Province

Diabetes is a lifelong chronic illness. Effective diabetes treatment has to adjust patients' behaviors by integrating the care techniques of the health team and service science. This study is aimed at developing an integrated care model for diabetes patients and developing diabetes patients' potential. The study population consisted of 204 diabetes patients of all kinds, selected by using the purposive sampling technique, in the two tambon service area of the primary care unit of Borabue Hospital. The study was a research and development model. Before developing it, data were collected for assessing problem conditions as a supplement to planning. Development was divided into two rounds of six months each. Round 1 assessed the period before development, and then the model was improved so that it would be appropriate for operating in the next round. Round 2 assessed operations based on the developed and improved model from Round 1, compared the operational outcomes with Round 1, and further developed the model for more appropriateness. Then the study results were concluded. The instruments used for collecting data were: 1) patient records, 2) a patient data-recording form comprising personal data, body mass index, complications (diseases), and values of sugar in the blood, HbA1c, 3) an interview form on knowledge, attitude, and self-behavior to control diabetes, and a questionnaire on patient stress using the GHQ-28 questionnaire; and 4) a guideline for an in-depth interview. Data were comparatively analyzed using paired t-test, independent t-test, 95% confidence interval, and content analysis. For development outcomes in Round 1, the following were found. The developed integrated care model for diabetic patients covered the dimension of service provision at the hospital and at family/community levels, the dimension of the interdisciplinary team of service provision practitioners at the hospital and at the family/community levels, and the dimension of the services provided using the science of modern medicine and the science of alternative medicine in these five aspects: physical, mental and emotional, intellectual, social, and environmental. The assessment outcomes after development in Round 1 were as follows. The diabetic patients had statistically significant higher knowledge of diabetes, attitudes toward diabetes, and diabetes control behaviors ($p < 0.05$); the mean of stress decreased statistically and significantly ($p = 0.002$); sugar in the blood of both the female and male diabetic patients statistically and significantly decreased ($p < 0.05$); and the HbA1c mean after development in Round 1 was 7.84 per cent ($SD=1.49$). From in-depth interviews with patients in a group with well-controllable diabetes and in a group with not-well-controlled diabetes, it was found that their beliefs were different with regard to correct healing and self-adjustment so that they would still have joy despite their diabetic ailment. Development in the next round had to create confidence in healing and self-care of the patients. The interdisciplinary team, in providing services at the clinic and at the family/community levels, had to foster correct behaviors according to the normal way of life, together with increasing the potential for caring for diabetic patients by the interdisciplinary team.

Key words: integrated care model for diabetics, Borabue CUP, Mahasarakham Province

ภูมิหลังและเหตุผล

เบาหวานเป็นภัยเงียบในร่างกายที่ภายนอกดูปกติ แต่เป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามสุขภาพของประชากรโลก เป็นต้นเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่ก่ออันตรายถึงแก่ชีวิต และยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา. ปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น^(๑) ข้อมูลทางวิทยาระบาดพบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างมาก คือ เพิ่มขึ้นจาก ๑๓๕ ล้านคน ใน พ.ศ. ๒๕๓๘ เป็น ๑๕๑ ล้านคน ในปี ๒๕๔๓, และคาดว่าจะเพิ่มเป็น ๒๒๑ ล้านคน ในปี ๒๕๕๓, และ ๓๐๐ ล้านคน ในปี ๒๕๖๘. การเพิ่มขึ้นพบในทุกประเทศ. ในประเทศกำลังพัฒนาจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากที่สุด^(๒). โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ มีความชุกสูงสุด และเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขหลายประเทศโดยเฉพาะในประเทศยุโรป. ในประเทศสหรัฐอเมริกา โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๕, ในปีล่าสุด จำนวนผู้ป่วยมากกว่า ๒๑๓,๐๐๐ คน ที่ตายจากโรคเบาหวาน หรือโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน คิดเป็นค่ารักษาถึง ๑๓๒,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯต่อปี ในปี ๒๕๔๕^(๓).

โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ๓๓.๓ ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. ๒๕๒๘ เป็น ๕๑.๐ ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. ๒๕๓๗, เป็น ๓๘๐.๗ ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. ๒๕๔๖^(๔), และจากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๓ ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ พบว่า ความชุกเบาหวานร้อยละ ๗ ในเพศหญิงและร้อยละ ๖ ในเพศชาย มีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ. ความชุกสูงสุดในกลุ่ม ๖๐-๖๙ ปี ในชายร้อยละ ๑๔ ในหญิงร้อยละ ๑๔, ความชุกมากที่สุดในเขตกรุงเทพฯ. ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ ๖๖ ในชาย และร้อยละ ๔๙ ในหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน^(๕). หากรวมอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานแล้วจะพบร้อยละ ๑๐ ในเพศชายและร้อยละ ๑๗ ในหญิง^(๖). สาเหตุการตายที่สำคัญในผู้สูงอายุของไทย พบว่าโรคที่ผู้สูงอายุตายมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และเบาหวาน, โดยเบาหวานมีอัตราตายต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคนเพิ่มจาก ๒๘.๘ ใน พ.ศ. ๒๕๒๘ เป็น ๕๐.๘ ใน พ.ศ. ๒๕๓๖, และเป็น ๖๖.๗ ใน พ.ศ. ๒๕๔๖^(๔). สาเหตุการตายหลักตามกลุ่มอายุและเพศของประเทศไทย พ.ศ.

๒๕๔๒ พบว่า ผู้หญิงอายุ ๔๕ - ๕๙ ปี, อายุ ๖๐-๗๔ ปี และอายุ ๗๕ ปีขึ้นไป มีโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายหลัก ๓ ลำดับแรก. เมื่อวัดจากปัญหาสุขภาพคนไทย โดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY loss - Disability Adjusted Life Year loss) เป็นดัชนีบ่งชี้ปัญหาพบว่าเบาหวานเป็นโรคที่เป็นเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นลำดับที่ ๓ ของเพศหญิง และเป็นลำดับที่ ๕ ของเพศชาย^(๔). ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ตาบอด, ภาวะไตล้มเหลว, โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด. โรคแทรกซ้อนส่วนใหญ่ไม่ทำให้สูญเสียชีวิตในทันที แต่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เกิดความสูญเสียทั้งทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ ทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาโดยตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ต้องหยุดงาน มีข้อจำกัดด้านความสามารถ หรือมีความพิการหรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร^(๖). ผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยมานานกว่า ๑๕ ปี ประมาณร้อยละ ๒ จะมีความพิการทางสายตา, และมากกว่าครึ่งจะพบความผิดปกติของระบบประสาทส่วนรอบ. ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงเป็น ๒-๔ เท่าเมื่อเทียบกับคนปกติ^(๖).

ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ จังหวัดมหาสารคามมีผู้ป่วยเบาหวาน ๒๘,๐๔๔ คน (อัตราความชุก ร้อยละ ๒.๙๙). อำเภอบรบือมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ๓,๙๐๓ คน (อัตราความชุก ร้อยละ ๓.๖๑) สูงเป็นอันดับที่ ๒ ของจังหวัด รองจากอำเภอเชียงยืนที่มีอัตราความชุกร้อยละ ๔.๗๓^(๗). โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ ๔ ของประชากรทุกกลุ่มอายุในจังหวัด มีอัตราตายต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นจาก ๒.๒๓, ๓.๐๘, ๙.๕๓ และ ๒๓.๐๖ ใน พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗, ๒๕๔๘ และ ๒๕๔๙ ตามลำดับ^(๗). ที่โรงพยาบาลบรบือ ในเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๔ มีผู้ป่วยเบาหวานรายเก่าและรายใหม่ที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน ๑,๕๒๕ คน เป็นผู้ป่วยมีแผลที่เท้า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ คือใน พ.ศ. ๒๕๔๗, ๒๕๔๘ และ ๒๕๔๙ จำนวน ๑,๒๐๐, ๑,๓๓๐ และ ๑,๕๒๕ คน ตามลำดับ^(๘).

การรักษาเบาหวานที่จะได้ผลดีนั้น ต้องมีการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย คือ การจัดการปรับชีวิตใหม่. การที่คน

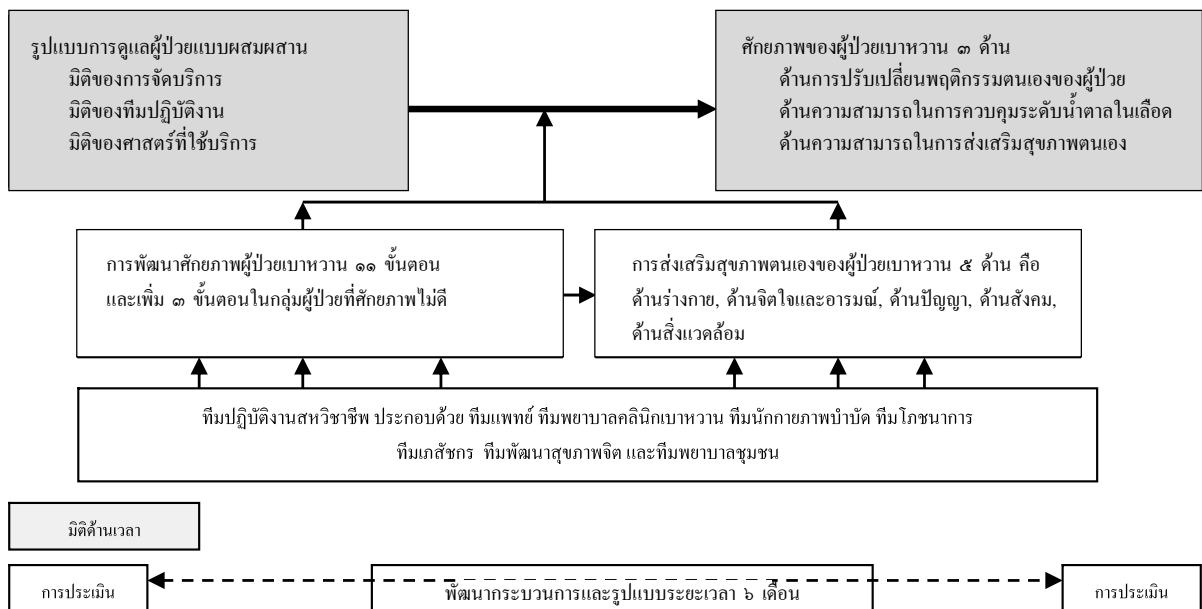


จะปรับพฤติกรรมได้ ต้องปรับเปลี่ยนความคิดก่อน. การปรับเปลี่ยนความคิดได้ต้องมีความรู้, มีความรู้ยังไม่พอ ต้องมีความเข้าใจอย่างจริงจังจึงจะเกิดความเชื่อมั่นศรัทธาและนำไปปฏิบัติ. เมื่อปฏิบัติได้ผลดีเกิดขึ้นจะเกิดความเชื่อมั่นว่าแนวทางที่ปฏิบัติสามารถช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ หากปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอด้วยความตั้งใจ เบาหวานก็จะไม่ใช่ปัญหาและความทุกข์ของผู้ป่วยอีกต่อไป. ที่ผ่านมายุคของการมีสุขภาพมักส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชน โดยแนะนำให้มาตรวจสุขภาพเป็นประจำ มีอะไรผิดปกติให้มาพบแพทย์, ทำให้ประชาชนไม่ค่อยสนใจดูแลสุขภาพตนเอง นึกว่าสุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์ เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาล. ในปัจจุบันจะต้องปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ ให้สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน. ประชาชนมีหน้าที่ป้องกันและดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วย. การรักษาสุขภาพและสร้างภูมิคุ้มกันให้แข็งแรง จึงเป็นหน้าที่ของทุกคน. การปรับเปลี่ยนความคิดในการดูแลสุขภาพแบบใหม่ให้เป็นความร่วมมือกัน ทั้งการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลและการช่วยเหลือรักษาตนเองไปพร้อมกัน. ถ้าหากสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงการสร้างสุขภาพด้วยตนเอง

ผู้ป่วยจะสามารถนำกิจกรรมต่าง ๆ ที่แนะนำไปใช้อย่างเต็มใจและทำได้ยั่งยืน ทำด้วยความเข้าใจ เต็มใจและพอใจ. เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการดูแลตลอดไปจนกว่าจะเสียชีวิต จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ทีมสุขภาพและผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวและชุมชนต้องร่วมมือซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้หลักการพึ่งตนเองเป็นสำคัญ. ในการปฏิบัติตนเพื่อให้การควบคุมโรคเบาหวานเป็นไปอย่างปกติผู้ป่วยและครอบครัวสามารถควบคุมโรคและดำรงชีวิตร่วมกับโรคเบาหวาน ได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว^(๑) โดยผสมผสานการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และในครอบครัว/ชุมชน ด้วยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพที่ต้องดูแลให้ครอบคลุมทุกเรื่อง ใช้ศาสตร์การดูแลรักษาผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือกเพื่อให้เข้ากับวิถีชีวิตปกติสุขของประชาชน จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต.

การดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลบรือให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเน้นหนักที่กระบวนการดูแลรักษาที่โรงพยาบาล ไม่ได้เน้นกระบวนการติดตามการดูแลที่ระดับครอบครัว/ชุมชนเท่าที่ควร และดำเนินการแบบแยกส่วนไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ ๑

ผสมผสานข้อมูลของผู้ป่วยซึ่งกันและกันของทีมที่ดูแล และยังไม่ครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบถ้วน ทำให้ผลการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาไม่มีประสิทธิผลที่ดีเท่าที่ควร. จากสภาพปัญหาการบริการและจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มากขึ้น จึงเห็นว่าจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผสมผสานในรูปแบบการบริการ, ทีมสหวิทยาการ และศาสตร์แพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือกที่สามารถประยุกต์ให้ปฏิบัติได้ง่ายในวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเบาหวานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีต่อการควบคุมเบาหวาน, ด้านความสามารถการควบคุมระดับน้ำตาล, และด้านความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานใน ๕ ด้าน^๑ คือ ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจและอารมณ์, ด้านปัญญา, ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม จึงทำการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผสมผสานขึ้น.

กรอบแนวคิดการวิจัย

ดูแผนภูมิที่ ๑

ระเบียบวิธีศึกษา

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยเบาหวานทุกประเภทที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลบรบือ ตามทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๐ จำนวน ๑,๕๒๕ คน. ประชากรที่นำมาศึกษาเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยเบาหวานทุกประเภทที่อยู่ในพื้นที่บริการของหน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลบรบือ ตำบลหนองสิมและตำบลบรบือ ที่ไปรับบริการที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลบรบือ ๒๐๔ คน.

รูปแบบการวิจัย

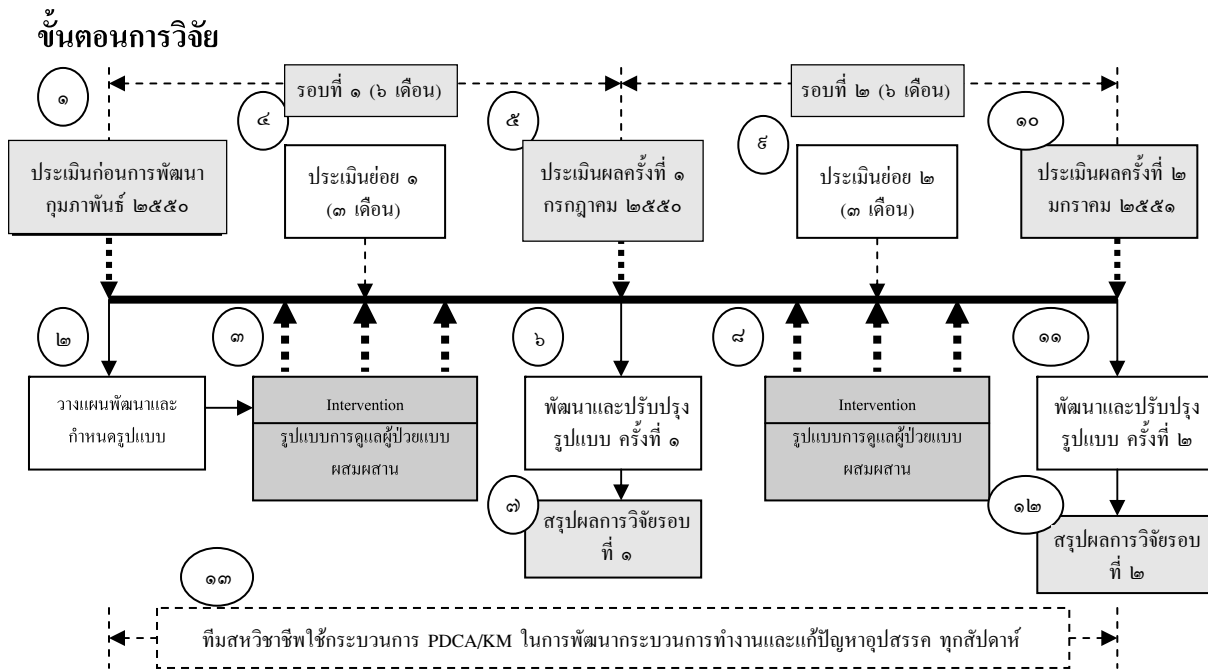
การวิจัยเป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา. ก่อนดำเนินการได้เก็บข้อมูลเพื่อประเมินสภาพปัญหาประกอบการวางแผนการพัฒนา โดยแบ่งช่วงเวลาการพัฒนานออกเป็น ๒ รอบ. รอบ

ที่ ๑ ระยะเวลา ๖ เดือน ประเมินผลการดำเนินตามรูปแบบที่กำหนดระยะเวลา ๖ เดือนเปรียบเทียบกับสถานการณ์ก่อนการพัฒนา, ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับผลการพัฒนาที่ผ่านมา นำไปดำเนินงานในรอบต่อไป และสรุปผลการวิจัยในรอบที่ ๑. รอบที่ ๒ ระยะเวลา ๖ เดือน ประเมินผลการดำเนินตามรูปแบบที่พัฒนาและปรับปรุงมาจากรอบที่ ๑. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานของรอบที่ ๒ กับผลการดำเนินงานในรอบที่ ๑, ปรับปรุงพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมมากขึ้นเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น และสรุปผลการวิจัยในรอบที่ ๒.

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยดำเนินต่อไปตามขั้นตอนที่ ๑-๑๓ (แผนภูมิที่ ๒) โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ๒ มิติ คือ มิติการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกเบาหวาน ประกอบด้วย การตรวจ รักษา และการเพิ่มศักยภาพผู้ป่วยเบาหวานครอบคลุมทุกด้าน ด้วยทีมสหวิชาชีพ, และมิติการดูแลผู้ป่วยที่ระดับครอบครัวชุมชนด้วยทีมพยาบาลชุมชน โดยการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน, เป็นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานครอบคลุม ๓ มิติ ประกอบด้วยมิติของการจัดบริการในโรงพยาบาลและการจัดบริการที่ระดับครอบครัวและชุมชน, มิติของทีมปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพทั้งการบริการในโรงพยาบาลและการบริการที่ระดับครอบครัวและชุมชน, และมิติของการบริการด้วยศาสตร์ของแพทย์แผนปัจจุบันและศาสตร์ของการแพทย์ทางเลือก.

ทีมสหวิชาชีพทุกทีม (๗ ทีม) เน้นใช้ ๑๑ ขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพของผู้ป่วยเบาหวาน^(๙-๑๑) ซึ่งประกอบด้วย ๑. การประเมินภาวะสุขภาพ (แจ้งข้อมูลย้อนหลัง ๖ เดือน และข้อมูลครั้งสุดท้ายเป็นรายบุคคล), ๒. การใช้กลุ่มเพื่อน, ๓. การให้ข้อมูล/ความรู้ แก่กลุ่มเป้าหมาย, ๔. การสอนทักษะการดูแลตนเอง, ๕. การแนะนำ/ชี้แนะ/ให้แนวทาง, ๖. การสนับสนุนด้านจิตใจ/อารมณ์, ๗. การสร้างแรงจูงใจ, ๘. การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย, ๙. การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง, ๑๐. การติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง, ๑๑. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อผู้ป่วยให้มีการเรียนรู้.



แผนภูมิที่ ๒

ผู้ป่วยที่ศักยภาพไม่ดีใช้ขั้นพัฒนาเพิ่มอีก ๓ ขั้นตอน^(๑๒) คือ ๑. การพัฒนาศักยภาพคนในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย, ๒. การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีของผู้ป่วยกับคนในครอบครัว, และ ๓. การประสานการดูแลช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการเข้ารักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาล.

โดยศักยภาพของผู้ป่วยเบาหวาน คือ ความสามารถของผู้ป่วยเบาหวาน ๓ ด้าน คือ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง, ด้านความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, และด้านความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง. การส่งเสริมสุขภาพตนเองดำเนินการใน ๕ ส่วน^(๑) คือ ๑. ร่างกาย ประกอบด้วยอาหารสุขภาพ, การออกกำลังกาย, การปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย การนวด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ, การล้างพิษ โดยการใช้ความร้อนโดยการอบสมุนไพร การชดถุผิวหนัง; ๒. ด้านจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วย การทำสมาธิ, การคิดในแง่บวก และการลดความเครียดเบื้องต้น; ๓. ด้านปัญญา ประกอบด้วยการพัฒนาปัญญาด้วยอิทธิบาท ๔ และการฝึกการสังจิตได้สำนึก; ๔ ด้านสังคม ประกอบด้วยสันตนาการ,

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย; ๕. ด้านสิ่งแวดล้อม เน้นการรับอากาศที่ดีและสถานที่ที่เหมาะสม.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน

๒. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัว, ดัชนีความอ้วน, โรคแทรกซ้อนทางตา ทางไต ทางระบบประสาท ทางหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่, ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือด โดยจัดระดับของการควบคุมน้ำตาลออกเป็นระดับดี (๘๐-๑๒๐ มก./ดล.), ระดับพอใช้ (๑๒๑-๑๔๐ มก./ดล.), ระดับควรปรับปรุง (มากกว่า ๑๔๐ มก./ดล.) และระดับควรปรับปรุง (ต่ำกว่า ๘๐ มก./ดล.), ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ได้จากการเจาะเลือดผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยในช่วง ๖-๘ สัปดาห์ ที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร. เกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ๒๕๔๓ ใช้ค่า HbA_{1c} น้อยกว่าร้อยละ

ละ ๗ ถือว่าควบคุมโรคได้ดี, ร้อยละ ๗-๘ ถือว่าควบคุมโรคได้ปานกลาง, มากกว่าร้อยละ ๘ ถือว่าควบคุมโรคได้ไม่ดี^(๑๓).

๓. แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้.

ส่วนที่ ๒ ความรู้ของผู้ป่วยเพื่อการควบคุมโรค มี ๒๖ ข้อ. คำตอบ ๓ ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ, ใช้เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ ๑ คะแนน, ตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ ๐ คะแนน.

ส่วนที่ ๓ ทักษะคิดของผู้ป่วยเพื่อการควบคุมโรค มี ๑๖ ข้อ. คำตอบ ๓ ตัวเลือกคือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ, ใช้เกณฑ์การให้คะแนนคือข้อความเชิงบวก เห็นด้วยได้ ๒ คะแนน, ไม่เห็นด้วยได้ ๑ คะแนน, ไม่เห็นด้วยได้ ๐ คะแนน. ข้อความเชิงลบ เห็นด้วยได้ ๐ คะแนน ไม่เห็นด้วยได้ ๑ คะแนน ไม่เห็นด้วยได้ ๒ คะแนน.

ส่วนที่ ๔ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อการควบคุมโรค มี ๒๐ ข้อ. เกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติตัวถูกต้องสม่ำเสมอได้ ๒ คะแนน, ปฏิบัติตัวถูกต้องเป็นบางครั้งได้ ๑ คะแนน, ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง/ไม่ปฏิบัติได้ ๐ คะแนน.

ในส่วนของความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว จะครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร, การออกกำลังกาย, การช้ยา, การมาตรวจตามนัด และการดูแลเท้า. เกณฑ์การแปลความหมายของความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วย ดัดแปลงจากเกณฑ์การประเมินของวิเชียร เกตุสิงห์^(๑๔).

ส่วนที่ ๕ ความเครียดของผู้ป่วยได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Face Delight Scale) และสุขภาพจิต (General Health Questionnaire :GHQ-28 ของ Goldberg). แบบทดสอบ GHQ-28 ได้ทำการทดสอบในผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยแล้ว มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ ๘๕^(๑๕). การคิดคะแนนของแบบสอบถาม คือ ในแต่ละข้อถ้าตอบข้อ ก และ ข จะไม่ได้คะแนน, ถ้าตอบข้อ ค และ ง จะได้ ๑ คะแนน. รวมคะแนนทั้ง ๒๘ ข้อ นำมาแบ่งระดับดังนี้ มีความเครียด หมายถึงผู้ป่วยตอบได้คะแนน ๑ มากกว่าหรือ

เท่ากับ ๔ ข้อใน ๒๘ ข้อ จากแบบทดสอบ GHQ-28 และไม่มี ความเครียด หมายถึง ผู้ป่วย ตอบได้คะแนน ๑ น้อยกว่า ๔ ข้อใน ๒๘ ข้อ จากแบบทดสอบ GHQ-28.

๔. แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สร้างคำถามในการสนทนา สารประเด็นคำถามวิจัยจำแนกเป็นหัวข้อต่าง ๆ เกี่ยวกับวิถีชีวิตผู้ป่วยในด้านชีวิตประจำวันอยู่อย่างไร, ทำอะไรบ้าง, อยู่กับใคร, ความเป็นอยู่เป็นอย่างไร, เศรษฐกิจตนเองและครอบครัวเป็นอย่างไร มีภาระรับผิดชอบต่อครอบครัวและชุมชนอย่างไร, ผังเครือญาติเป็นอย่างไร. พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วยพฤติกรรมด้านความรู้, พฤติกรรมด้านเจตคติต่อโรคเบาหวานของผู้ป่วย, และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย รวมถึงองค์ความรู้ที่ได้จากผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผลดี และมุมมองของผู้ป่วยที่อยากให้รัฐ/ท้องถิ่น/ชุมชนสนับสนุนเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเบาหวาน หรือการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน ซึ่งจะทำการสัมภาษณ์ในผู้ป่วย ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคได้ดี และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคได้ไม่ดี เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมของทั้ง ๒ กลุ่มที่กล่าวมาข้างต้น.

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๑. การหาความตรงตามเนื้อหา ของแบบสัมภาษณ์สร้างขึ้น, ให้ผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่านตรวจสอบพิจารณาความถูกต้อง ความเที่ยงเชิงเนื้อหา และภาษาที่ใช้, แล้วทำการแก้ไขปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ให้มีความสมบูรณ์ของเนื้อหาและโครงสร้างตรงกับเนื้อหาที่ต้องการวัด.

๒. การหาความเที่ยง นำแบบสัมภาษณ์ที่หาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้, แล้วนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดลองใช้มาตรวจให้คะแนนและวิเคราะห์คุณภาพ

- แบบสัมภาษณ์ส่วนความรู้ มาวิเคราะห์ความยากง่าย โดยเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีความยากง่ายระหว่าง .๒๐-.๘๐ จากจำนวนทั้งหมด ๓๐ ข้อ เหลือที่ใช้ได้ ๒๖ ข้อ และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายได้ค่าระหว่าง ๐.๒๘-๑.๐.

- แบบสัมภาษณ์ส่วนความรู้ วิเคราะห์หาความเชื่อ



มันทั้งฉบับ โดยใช้สูตร KR 20 (Kuder- Richardson formula 20) ได้ความเชื่อมั่น ๐.๘๔.

- แบบสัมภาษณ์ ทัศนคติ และพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเท่ากับ ๐.๗๘.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์เก็บข้อมูล คือ ทีมนักวิจัยและทีมพยาบาลชุมชน ๑๕ คน. ทีมนักวิจัยทำการอบรมก่อนออกเก็บข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันและมีมาตรฐานในการทำงานเหมือนกัน เป็นเวลา ๒ วัน โดยทีมนักวิจัยเป็นผู้ให้การอบรมและเนื้อหาการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก.

๑. ข้อมูลเชิงปริมาณ มีการเก็บข้อมูลทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล. *นอกสถานพยาบาล* ผู้สัมภาษณ์ออกไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่กำหนดไว้ ที่ระดับครอบครัว ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น. *ในสถานพยาบาล* เก็บรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานและแบบบันทึกข้อมูลของ ผู้ป่วย โดยทีมนักวิจัยและทีมพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับข้อมูล ดังต่อไปนี้

ค่าดัชนีมวลกาย จะจัดเก็บในช่วงก่อนการพัฒนา (กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐) ช่วงพัฒนาครบรอบที่ ๑ (กรกฎาคม ๒๕๕๐) ช่วงพัฒนาครบรอบที่ ๒ (มกราคม ๒๕๕๑).

โรคแทรกซ้อน ทางตา ทางไต ทางระบบประสาท ทางหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ จะจัดเก็บข้อมูลโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนการพัฒนา (กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐), ช่วงพัฒนาครบรอบที่ ๑ (กรกฎาคม ๒๕๕๐), ช่วงพัฒนาครบรอบที่ ๒ (มกราคม ๒๕๕๑).

ระดับน้ำตาลในเลือด โดยการเก็บค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง ๖ เดือน ก่อนการพัฒนา และในช่วงพัฒนาเก็บค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือดทุก ๓ เดือนจนครบรอบการพัฒนาที่ ๒ .

ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี ไม่สามารถเก็บได้ทันทีในช่วง

ก่อนพัฒนาเนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องทรัพยากรที่จะใช้ตรวจ ได้เก็บเมื่อพัฒนาครบในรอบการพัฒนาที่ ๑ (เดือนที่ ๖) และในรอบการพัฒนาที่ ๒ (เดือนที่ ๑๒).

๒. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพคือผู้วิจัยและทีมพยาบาลชุมชน โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลของระดับน้ำตาลเฉลี่ย ๖ เดือนที่ผ่านมา (ก่อนการพัฒนา) อยู่ในเกณฑ์ดี (๘๐-๑๒๐ มก./ดล.) และไม่ดี (มากกว่า ๑๔๐ มก./ดล.) กลุ่มละ ๓๐ คน รวม ๖๐ คน เพื่อนำผลจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ไปประกอบการวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ในการพัฒนารอบที่ ๑. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพครั้งที่ ๒ เมื่อครบรอบการพัฒนาของรอบที่ ๑ (กรกฎาคม ๒๕๕๐) โดยใช้เกณฑ์ ค่า HbA_{1c}. กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี ต้องมีค่า HbA_{1c} น้อยกว่าร้อยละ ๗ และกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีค่า HbA_{1c} มากกว่าร้อยละ ๘ กลุ่มละ ๓๐ คน รวม ๖๐ คน เพื่อนำผลจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมาประกอบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการพัฒนารอบที่ ๒.

การสัมภาษณ์เชิงลึกมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับวิถีชีวิตผู้ป่วย ในด้านชีวิตประจำวันอยู่อย่างไร, ทำอะไรบ้าง, อยู่กับใคร, ความเป็นอยู่เป็นอย่างไร, เศรษฐกิจตนเอง และครอบครัวเป็นอย่างไร, มีภาระรับผิดชอบต่อครอบครัวและชุมชนอย่างไร, ผังเครือญาติเป็นอย่างไร. พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วยพฤติกรรมด้านความรู้, พฤติกรรมด้านเจตคติต่อโรคเบาหวานของผู้ป่วย และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย รวมถึงองค์ความรู้ที่ได้จากผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผลดี และมุมมองของผู้ป่วยที่อยากให้รัฐ/ท้องถิ่น/ชุมชนสนับสนุนเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเบาหวาน หรือการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมทั้ง ๒ กลุ่ม.

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย, และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด. สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยใช้ paired t-test, independent t-test

และค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕. นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา.

ผลการศึกษา

(ตารางที่ ๑) ผู้ป่วยเบาหวานเป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๙.๔, พบในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๕๑, ในกลุ่มอายุ ๕๐ - ๕๙ ปี ร้อยละ ๓๐.๓. อายุต่ำสุด ๓๒ ปี สูงสุด ๘๘ ปี อายุเฉลี่ย ๕๘.๖ ปี. สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ ๗๗.๙, หม้าย/หย่า ร้อยละ ๑๖.๗. การศึกษาาระดับประถมศึกษาร้อยละ ๙๓.๑. มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ ๗๔.๕. ส่วนใหญ่มีรายได้ ๕๐๐ บาท น้อยที่สุด ๓๐๐ บาท มากที่สุด ๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ๑,๐๐๐-๕,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๔๖.๑, รายได้น้อยกว่า ๑,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๔๓.๑.

ระยะเวลาป่วยต่ำสุด ๑ ปี สูงสุด ๔๓ ปี เฉลี่ย ๕.๙ ปี, น้อยกว่า ๕ ปี ร้อยละ ๖๔.๗, ๕-๑๐ ปี ร้อยละ ๒๓, และมากกว่า ๑๐ ปี ร้อยละ ๑๒.๓. มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ๓-๔ คน ร้อยละ ๔๙ และ ๕-๖ คน ร้อยละ ๓๓.๘, โดยเฉลี่ย ๔ คน, มีญาติป่วยเป็นเบาหวานร้อยละ ๕๐.๕. ผู้ป่วยร้อยละ ๕๕.๔ มีโรคเรื้อรังอื่นด้วย.

เมื่อเปรียบเทียบความรู้โรคเบาหวาน ทักษะติดต่อโรคเบาหวานและพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑ พบว่า หลังการพัฒนารอบที่ ๑ ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้โรคเบาหวาน ทักษะติดต่อโรคเบาหวานและพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < ๐.๐๕$) ดังตารางที่ ๒, ๓ และ ๔ ; เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑ พบว่าหลังการพัฒนารอบที่ ๑ มีค่าเฉลี่ยความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < ๐.๐๐๑$) ดังตารางที่ ๕.

เมื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑ พบว่า ดัชนีมวลกาย มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p = ๐.๐๐๒$) โดยพบว่าผู้ป่วยหญิงมีดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p = ๐.๐๐๑$); ดัชนีมวลกายของผู้ป่วยชายลดลง แต่ไม่มีนัย

ตารางที่ ๑ ลักษณะประชากรวิจัย

ลักษณะประชากร	จำนวน (๘๘ คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๔๔	๒๑.๖
หญิง	๑๖๐	๗๙.๔
อายุ		
น้อยกว่า ๔๐ ปี	๑๓	๖.๔
๔๐ - ๔๙ ปี	๒๕	๑๒.๓
๕๐ - ๕๙ ปี	๖๒	๓๐.๓
๖๐ ปีขึ้นไป	๑๐๘	๕๑.๐
ค่าเฉลี่ย ๕๘.๖, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๑.๑๑, น้อยที่สุด ๓๒, มากที่สุด ๘๘		
สถานภาพสมรส		
โสด	๑๑	๕.๔
คู่	๑๕๙	๗๗.๙
หม้าย/หย่า	๑๗	๑๖.๗
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	๑๕๐	๙๓.๑
มัธยมศึกษา	๑๑	๕.๔
ระดับอุดมศึกษาหรือสูงกว่า	๓	๑.๕
อาชีพ		
เกษตรกรรม	๑๕๒	๗๔.๕
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	๓๖	๑๗.๖
รับจ้าง	๗	๓.๔
ค้าขาย	๔	๒.๐
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๕	๒.๕
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า ๑,๐๐๐ บาท	๘๘	๔๓.๑
๑,๐๐๐-๕,๐๐๐ บาท	๙๔	๔๖.๑
๕,๐๐๑-๑๐,๐๐๐ บาท	๑๗	๘.๓
มากกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๕	๒.๕
ฐานนิยม ๕๐๐, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๓,๓๐๕, น้อยที่สุด ๓๐๐, มากที่สุด ๒๐,๐๐๐		
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน		
น้อยกว่า ๕ ปี	๑๓๒	๖๔.๗
๕ - ๑๐ ปี	๔๗	๒๓.๐
มากกว่า ๑๐ ปี	๒๕	๑๒.๓
ค่าเฉลี่ย ๕.๙, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๕.๙๘, น้อยที่สุด ๑, มากที่สุด ๔๓		
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
๑ - ๒ คน	๒๖	๑๒.๘
๓ - ๔ คน	๑๐๐	๔๙.๐
๕ - ๖ คน	๖๙	๓๓.๘
มากกว่า ๖ คน	๙	๔.๔
ค่าเฉลี่ย ๔, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๔๔, น้อยที่สุด ๑, มากที่สุด ๘		
ประวัติมีญาติเป็นเบาหวาน		
มี	๑๐๓	๕๐.๕
ไม่มี	๑๐๑	๔๙.๕
ประวัติการมีโรคเรื้อรังอื่น		
มี	๑๑๓	๕๕.๔
ไม่มี	๙๑	๔๔.๖



ตารางที่ ๒ คะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑ (จำนวนตัวอย่าง ๒๐๔ คน)

ความรู้	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	SD	๙๕% Mean Difference	ที่	df	ค่าพี
หลังการพัฒนารอบที่ ๑	๑๗.๗๕	๒.๓๒	๑.๓๕	๒.๖๖	๑.๐๒-๑.๖๖	๗.๔๕	๒๐๓	<.๐๐๑
ก่อนดำเนินการ	๑๖.๓๖	๒.๘๗						

ตารางที่ ๓ ค่าเฉลี่ยทัศนคติของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑ (จำนวนตัวอย่าง ๒๐๔ คน)

ทัศนคติ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	SD	๙๕% Mean Difference	ที่	df	ค่าพี
หลังการพัฒนารอบที่ ๑	๒๕.๐๓	๒.๕๐	๒.๗๕	๓.๕๒	๒.๒๖-๓.๒๓	๑๑.๑๕	๒๐๓	<๐.๐๐๑
ก่อนดำเนินการ	๒๒.๒๘	๒.๕๑						

ตารางที่ ๔ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑ (จำนวนตัวอย่าง ๒๐๔ คน)

พฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	SD	๙๕% Mean Difference	ที่	df	ค่าพี
หลังการพัฒนารอบที่ ๑	๒๕.๘๕	๒.๖๗	๒.๓๒	๑.๑๗	๒.๑๕-๒.๔๘	๒๘.๑๘	๒๐๓	<๐.๐๐๑
ก่อนดำเนินการ	๒๓.๕๓	๓.๐๕						

ตารางที่ ๕ ความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑ (จำนวนตัวอย่าง ๒๐๔ คน)

พฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	SD	๙๕% Mean Difference	ที่	df	ค่าพี
หลังการพัฒนารอบที่ ๑	๑.๕๒	๐.๘๐	๐.๕๘	๑.๐๕	๐.๔๔-๐.๗๓	๘.๐๑	๒๐๓	<๐.๐๐๑
ก่อนดำเนินการ	๒.๕๑	๐.๕๕						

สำคัญทางสถิติ (ค่าพี = ๐.๘๒) ดังแสดงในตารางที่ ๖, ๗ และ ๘.

ค่า HbA_{1c} เฉลี่ยหลังการพัฒนารอบที่ ๑ เท่ากับ ๗.๘๔ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๑.๔๙). เมื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑ พบว่า ค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี < ๐.๐๐๑) ดังแสดงในตารางที่ ๙ พบว่าค่าน้ำ

ตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศหญิงและเพศชายมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี < ๐.๐๕) ดังแสดงในตารางที่ ๑๐ และ ๑๑. เมื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิง ก่อนการพัฒนา โดยใช้ independent t-test พบว่า ค่าน้ำตาลในเลือดของชายสูงกว่าหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี = ๐.๐๐๓) ดังแสดงในตารางที่ ๑๒ และหลังการพัฒนารอบที่ ๑ พบว่าค่าเฉลี่ยค่าน้ำตาล

ตารางที่ ๖ ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวาน ๒๐๔ คน ก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑

ดัชนีมวลกาย	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	SD	๙๕% Mean Difference	ที	df	ค่าพี
หลังการพัฒนารอบที่ ๑	๒๔.๐๓	๔.๔๕	๐.๔๓	๑.๕๗	๐.๑๖-๐.๗๑	๓.๑๖	๒๐๓	๐.๐๐๒
ก่อนดำเนินการ	๒๔.๔๗	๔.๕๗						

ตารางที่ ๗ ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานหญิง ๑๖๐ คน ก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑

ดัชนีมวลกาย (หญิง)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	SD	๙๕% Mean Difference	ที	df	ค่าพี
หลังการพัฒนารอบที่ ๑	๒๔.๒๗	๔.๕๓	๐.๕๔	๒.๐๓	๐.๒๒-๐.๘๖	๓.๓๕	๑๕๙	๐.๐๐๑
ก่อนดำเนินการ	๒๔.๗๑	๔.๖๕						

ตารางที่ ๘ ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานชาย ๔๔ คน ก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑

ดัชนีมวลกาย (ชาย)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	SD	๙๕% Mean Difference	ที	df	ค่าพี
หลังการพัฒนารอบที่ ๑	๒๓.๑๖	๔.๐๘	๐.๐๖	๑.๖๘	-๐.๔-๐.๕๗	๐.๒๓	๔๓	๐.๘๒
ก่อนดำเนินการ	๒๓.๒๒	๔.๑๐						

ตารางที่ ๙ ค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ๑๗๙ คน ก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑

น้ำตาลในเลือด	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	SD	๙๕% Mean Difference	ที	df	ค่าพี
หลังการพัฒนารอบที่ ๑	๑๓๔.๖๓	๒๗.๖๖	๑๑.๒๐	๓๒.๔๗	๖.๔๑-๑๕.๙๙	๔.๖๑	๑๗๘	<.๐๐๑
ก่อนดำเนินการ	๑๔๕.๘๓	๓๗.๑๔						

ตารางที่ ๑๐ ค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชาย ๓๘ คน ก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑

น้ำตาลในเลือด	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	SD	๙๕% Mean Difference	ที	df	ค่าพี
หลังการพัฒนารอบที่ ๑	๑๔๐.๗๘	๓๔.๓๘	๒๑.๔๐	๓๕.๕๘	๘.๓๘-๓๔.๔๑	๓.๓๓	๓๗	๐.๐๐๒
ก่อนดำเนินการ	๑๖๒.๑๘	๔๘.๓๘						



ตารางที่ ๑๑ ค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหญิง ๑๔๑คน ก่อนและหลังการพัฒนารอบที่ ๑

น้ำตาลในเลือด	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	SD	๙๕% Mean Difference	ที่	df	ค่าพี
หลังการพัฒนารอบที่ ๑	๑๓๒.๕๘	๒๕.๔๕	๘.๔๕	๒๕.๘๕	๓.๔๘-๑๓.๔๒	๓.๓๖	๑๔๐	๐.๐๐๑
ก่อนดำเนินการ	๑๔๑.๔๓	๓๒.๓๐						

ตารางที่ ๑๒ ค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย และเพศหญิง ก่อนการพัฒนา

เพศ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	SD	๙๕% Mean Difference	ที่	df	ค่าพี
ชาย	๔๐	๑๕๕.๘๖	๔๘.๔๖	๑๕.๓๔	๖.๕๕-๓๒.๑๐	๒.๕๕	๑๘๖	๐.๐๐๓	
หญิง	๑๔๘	๑๔๐.๕๒	๓๒.๒๘						

ตารางที่ ๑๓ เปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชายและหญิง หลังการพัฒนารอบที่ ๑

เพศ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean Difference	SD	๙๕% Mean Difference	ที่	df	ค่าพี
ชาย	๔๒	๑๔๑.๖๑	๓๓.๒๖	๖.๖๖	-๒.๑๖-๑๖.๔๘	๑.๕๔	๑๕๒	๐.๑๒	
หญิง	๑๕๒	๑๓๔.๐๕	๒๖.๒๐						

ในเลือดผู้ป่วยเบาหวานเพศชายกับเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกัน (ค่าพี = ๐.๑๒) ดังแสดงในตารางที่ ๑๓.

การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานได้ดีมีความเชื่อเรื่องการรักษาที่ถูกต้อง โดยเคร่งครัดในการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่เสียเวลาไปรักษาแบบอื่น, มีสภาพจิตใจที่แข็งแรง ไม่วิตกกังวลหรือเป็นทุกข์มากไปกับการป่วย, และมีความตั้งใจปฏิบัติตนเอง, มีความเชื่อมั่นพื้นฐานการปฏิบัติตนเองที่ดี ทำให้ผู้ป่วยควบคุมโรคเบาหวานได้ดี และมีความสุข.

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานไม่ดี พบว่ายังไม่มีความมั่นใจว่าการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันจะสามารถ

ควบคุมเบาหวานได้ จึงเลือกวิธีการรักษาเพิ่มเติม โดยวิธีที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ทำไปเพราะคิดว่าจะสามารถช่วยในการควบคุมเบาหวานอีกทาง. อีกกลุ่มคือกลุ่มที่ไม่เข้มงวดเรื่องอาหาร และไม่ใส่ใจต่อการรักษาด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยชาย โดยเชื่อว่าเด็วกินยา ก็สามารถลดระดับน้ำตาลลงได้ ไม่มีความกลัวต่ออาการที่แทรกซ้อนขึ้นในอนาคต.

วิจารณ์

การวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผสมผสานของ CUP บรบือ จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. ๒๕๕๐

จากการประเมินผลการพัฒนาในรอบที่ ๑ เปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาในเรื่องความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นรวมทั้งผู้ป่วยมีระดับความเครียดลดลง อันเป็นผลจากการดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพทั้งในคลินิกและในระดับครอบครัว/ชุมชน ทั้งในรูปแบบเป็นกลุ่มและแบบรายบุคคล รายครอบครัว, โดยทุกทีมยึดแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยเบาหวาน ๑๑ ขั้นตอน และเพิ่มเติมอีก ๓ ขั้นตอนในผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานไม่ดี แบบรายบุคคล รายครอบครัวโดยทีมพยาบาลชุมชนที่บริการเชิงรุก. แต่ค่า HbA_{1c} เหลือหลังการพัฒนารอบที่ ๑ เท่ากับ ๗.๘๔ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๔๙). ภาพรวมทั้งหมดถือว่าควบคุมโรคได้ปานกลาง ตามเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสมาคมต่อโรคแห่งประเทศไทย ๒๕๔๓^(๑๐) (ค่า HbA_{1c} ร้อยละ ๗-๘) ซึ่งการดำเนินการพัฒนาต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเข้มข้นขึ้นในกลุ่มที่ยังควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี และประเมินผลอีกครั้งเมื่อดำเนินการพัฒนาครบ ๑๒ เดือน (รอบที่ ๒) เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเบาหวานเทียบกับการประเมินผลครั้งที่ ๑ และก่อนการพัฒนา โดยรวมการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบการวิจัยทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น เชื่อมั่นในกระบวนการรักษาของทีมผู้ให้การรักษาและเชื่อมั่นในผลของการปฏิบัติตนเองในทางที่ถูกต้อง รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยลดภาวะความเครียดจากโรคลงได้บ้าง ถือว่าการดูแลดังกล่าวจะได้ผลดีมากยิ่งขึ้นไปเพราะนั่นหมายถึงความร่วมมือในการพึ่งตนเองของผู้ป่วยจากการที่มีองค์ความรู้ในการปฏิบัติตนเองอย่างถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อโรคและการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขกับชีวิตปกติ ที่มีโรคเบาหวานประจำตัวและมีอายุยืนยาวได้^(๑).

จุดเด่นที่ต้องพัฒนาต่อไปคือการเข้าไปเรียนรู้วิถีชีวิตผู้ป่วยที่ระดับครอบครัว ทำให้ทีมพยาบาลชุมชนสามารถวิเคราะห์ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและหน่วยงานให้บริการสุขภาพ เกิดกำลังใจในการต่อสู้ปัญหาเรื่องโรคของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นกระบวนการทำงานที่

จำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการสร้างกำลังใจต่อผู้ป่วย^(๑๐-๑๔). สิ่งที่ต้องพัฒนาในการวิจัยโดยทีมวิจัยต้องให้ความสำคัญตลอดเวลา คือการประชุมและแลกเปลี่ยนความรู้ของกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพ และการแลกเปลี่ยน/ถ่ายทอดข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง.

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางการจัดบริการ โปรแกรมสุขภาพแบบผสมผสานสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ในสถานบริการสุขภาพ; ๒๕๔๘.
๒. Available from: <http://www.tncd.reducerisk.com/cms/index.php>. Accessed
๓. ทิปทัศนีย์ ชูณหสวัตติกุล. การรักษาเบาหวานด้วยธรรมชาติบำบัด. เอกสาร; ๒๕๕๐.
๔. กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๗. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๔๘.
๕. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; ๒๕๔๘.
๖. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. Burden of disease and injuries in Thailand. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; ๒๐๐๒.
๗. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. เอกสารสรุปผลงานเพื่อการตรวจราชการปี ๒๕๔๘; ๒๕๔๘.
๘. สรุปผลงานประจำปี โรงพยาบาลบรบือ; ๒๕๔๘.
๙. วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช; ๒๕๓๘.
๑๐. สมยศ ศรีจารนัย. พฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. มปป.; พ.ศ.
๑๑. นรฤทธิยา ผลขาว, มณีรัตน์ จันทลักษณ์. การพัฒนารูปแบบคู่มือใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. มปป.; พ.ศ.
๑๒. วิไลวรรณ เทียมประชา, อมรรัตน์ บุตรทา, วราณี เจริญทรัพย์. การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านหว้า อำเภอเมือง



- จังหวัดขอนแก่น, มปป.; พ.ศ.
๑๓. กิตติไกร คมกฤต ไกรแก้ว, อุระณี รัตนพิทักษ์. ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสิริราช, มปป.; พ.ศ.
๑๔. ประชุมพร กวีกรณ์, วณิษฐา ชงไชย, ระพีภัทร ธีระพันธ์, พนมวรรณ คาคพันธ์. การพัฒนากระบวนการเรียนรู้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการแบบองค์รวมอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร, มปป.; พ.ศ.