

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยผู้วิจัยได้ศึกษาและ ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและการสร้างเครื่องมือที่ใช้ ในงานวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
 - 1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน
 - 1.2 การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน
 - 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน
 - 1.4 อาการของโรคเบาหวาน
 - 1.5 การรักษาโรค เบาหวาน
 - 1.6 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
2. แนวคิดเกี่ยวกับหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 2.1 แนวคิดการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
 - 2.2 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
 - 3.1 กระบวนทัศน์ใหม่เกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง
 - 3.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. แนวทางการจัดบริการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - 4.1 กลุ่มเป้าหมาย ระบบยาและเวชภัณฑ์รวมทั้งบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - 4.2 การประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วย
 - 4.3 การตรวจรักษาและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
 - 4.4 การให้คำปรึกษา
 - 4.5 การจัดการบริการด้านเภสัชกรรม
 - 4.6 การให้บริการต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการระหว่างหน่วยบริการและติดตามต่อเนื่องที่บ้าน
 - 4.7 การเชื่อมต่อบริการระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต.

- 4.8 การดำเนินการเชิงรุกร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
5. ความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ
 - 5.1 นิยามศัพท์ความพึงพอใจ
 - 5.2 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1. ความหมายของโรคเบาหวาน

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2547, หน้า 2) ให้ความหมายโรคเบาหวานว่า หมายถึง ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง โดยการตรวจพบระดับน้ำตาลในพลาสมา หลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl อย่างน้อย 2 ครั้ง ในวันที่ต่างกันหรือระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ไม่เจาะจงเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl ร่วมกับการมีอาการสำคัญของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำบ่อย น้ำหนักลด โดยไม่ทราบสาเหตุ

เทพ หิมะทองคำ และคณะ (2548, หน้า 27) ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานไว้ว่าเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ

วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์ และวิทยา สีตามา (2549, หน้า 14) ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานไว้ว่าเป็นโรคทางเมตาบอลิซึม ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอันเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในระบบเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต และโปรตีน ความผิดปกติดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงหายาระยะยาว การสูญเสียหน้าที่ และความล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งของตา ไต ระบบประสาท หัวใจ และหลอดเลือด

สุทิน ศรีอัฐภาพร และวรรณิ นิธิยานันท์ (2548, หน้า 3) ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานไว้ว่า เป็นความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ ระดับน้ำตาลกลูโคสสูงในเลือด (Hyperglycemia) ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน

ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งเป็นผลให้มีการทำลาย การเสื่อมสมรรถภาพ และการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ตา (Retinopathy), ไต (Nephropathy), เส้นประสาท (Neuropathy) และหลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็ก (Microangiopathy) และขนาดใหญ่ (Macroangiopathy)

โสภะ พิษยอด (2550, หน้า 9) ได้กล่าวถึง ความหมายของโรคเบาหวาน ไว้ว่า โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน ที่ไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลิน หรือสร้างได้แต่ไม่เพียงพอ หรือ ร่างกายตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินลดลง ฮอร์โมนอินซูลินมีหน้าที่ควบคุมการเผาผลาญ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน เมื่อร่างกายขาดฮอร์โมน อินซูลิน จะทำให้กลูโคสในกระแสเลือดผ่านเข้าสู่เซลล์ได้ช้า และในขณะเดียวกัน จะมีการสร้าง กลูโคสจากไกลโคเจนที่ตับจึงเกิดภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูงหรือโรคเบาหวาน

อัญชลี ศรีพิทยาคุณกิจ และเจวดสรร นามวาท (2547, หน้า 2) ให้ความหมายเบาหวานไว้ว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือ ทั้งสองอย่างโดยมีการตรวจพบระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก.% อย่างน้อย 2 ครั้งในวันที่ต่างกัน หรือระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ไม่เจาะจงเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก.% ร่วมกับการมีอาการสำคัญของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำบ่อย น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ

สรุปได้ว่าโรคเบาหวาน หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนในการสร้างฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน ผิดปกติและไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ รวมถึงการหลั่งอินซูลินลดลง จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ โดยตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl อย่างน้อย 2 ครั้ง

2. การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน

ปัจจุบันสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ได้จำแนกประเภทของโรคเบาหวานไว้ดังนี้ (American Diabetes Association, 2004, p. 9)

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetis Mellitus) หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากการทำลายของเบต้าเซลล์ของตับอ่อนจนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจาก Autoimmune ส่วนน้อยจะไม่รู้สาเหตุ ผู้ป่วยจะมีลักษณะที่สำคัญ คือ มีภาวะขาดอินซูลินอย่างรุนแรง หรือโดยสิ้นเชิง (Absolute Insulin Deficiency) อาการของโรคเกิดอย่างรวดเร็ว และโรคเบาหวานชนิดนี้จะมีแนวโน้มในการเกิดภาวะคีโตอะซิโตซิส (Ketoacidosis) ได้ง่าย และ



จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลินเพื่อดำรงชีวิต เพื่อป้องกันภาวะคีโตอะซิโตซิส (Ketoacidosis) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 20 ปี รูปร่างผอม (สุทิน ศรีอัมภพร และ วรณิ นิธิยานันท์, 2548, หน้า 8; วราภณ วงศ์ถาวรวัดมน์ และวิทยา ศรีดามา, 2549, หน้า 14)

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetic Mellitus) หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2549, หน้า 6) มีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนลดลงไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยทั่วไปเบาหวานชนิดนี้จะไม่ค่อยเกิดภาวะ คีโตอะซิโตซิส (Ketoacidosis) แต่จะเกิดภาวะวิกฤติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากแทน (Hyperglycemic Hyperosmolar Nonketotic Syndrome) ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี รูปร่างอ้วนหรือปกติ แต่มี Abdominal Obesity อาการเกิดขึ้นค่อยเป็นค่อยไปหรือไม่มีอาการ มักมีประวัติเบาหวานในครอบครัวชัดเจน (วิทยา ศรีดามา, 2549, หน้า 14)

3. โรคเบาหวานชนิดอื่น (Other Specific Types Of Diabetes) (American Diabetes Association, 2004, p. 7; ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2549, หน้า 18) ได้แก่

3.1 โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์ของตับอ่อนที่ทราบชนิดชัดเจนโรคของตับอ่อนจะพบในคนอายุน้อย (มักจะน้อยกว่า 25 ปี) อาการไม่รุนแรง ถ่ายทอดทาง Autosomal Dominant

3.2 ความผิดปกติทางพันธุกรรมของฤทธิ์อินซูลิน โรคเบาหวานชนิดนี้พบน้อยมากได้แก่ Mutation ของ Insulin Receptor

3.3 โรคของตับอ่อน (Exocrine Pancreas) จากตับอ่อนถูกทำลายจากการอักเสบ (Pancreatitis), Trauma, การติดเชื้อ, การตัดตับอ่อน และมะเร็งของตับอ่อนสามารถก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้

3.4 โรคทางต่อมไร้ท่อ ฮอรโมนบางตัวมีฤทธิ์ต้านอินซูลิน ได้แก่ Growth Hormone, Cortisol, Glucagons และ Epinephrine เนื่องจากที่สร้างฮอรโมนดังกล่าวสามารถทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ ส่วนเนื่องจากที่สร้างฮอรโมน Somatostatin และ Aldosterone เกิดจากการที่ระดับโปรตีนยับยั้งการสร้างอินซูลิน ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้

3.5 ยาหรือสารเคมีบางอย่าง ที่มีผลต่อการหลั่งอินซูลินลดลง เช่น Pentamidine, Vacor, Alpha-Interferon ยาบางอย่างที่มีฤทธิ์ต้านอินซูลิน ได้แก่ Nicotinic Acid และ Glucocorticoid

3.6 โรคทาง Genetic Syndrome เช่น Down,s Syndrome, Klinefelter,s Syndrome และ Turner,s Syndrome



3.7 โรคที่พบได้น้อยมากของ Immune-mediated Diabetes เช่น Anti-insulin Receptor Antibody

4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หมายถึงโรคเบาหวานหรือความผิดปกติของความทนต่อกลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย นอกจากนั้นความเครียดจากการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ภาวะดังกล่าวอาจทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ (วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์ และวิทยา ศรีตามมา, 2549, หน้า 14)

3. สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน

สาเหตุของโรคเบาหวาน (ซุมศักดิ์ พงษ์พานิช, 2548, หน้า 18-19)

3.1 สาเหตุจากพันธุกรรม เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดเบาหวาน พบประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีประวัติญาติเป็นโรคเบาหวาน ลักษณะยีนของการเป็นโรคเบาหวานเป็นลักษณะทางพันธุกรรมที่สืบทอดผ่านโครโมโซมในนิวเคลียสของเซลล์

3.2 สาเหตุที่ไม่ใช่พันธุกรรม

3.2.1 ความอ้วน คนอ้วนมักมีระดับอินซูลินในเลือดสูง แต่จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์ (Insulin Receptor) ในเซลล์ไขมันและเซลล์กล้ามเนื้อลดลง หรือความผิดปกติในระดับหลังต่อรีเซปเตอร์ (Post Receptor) เป็นผลให้อินซูลินที่หลั่งออกฤทธิ์ไม่ได้ เซลล์จึงต้องทำงานมากเพื่อผลิตอินซูลินได้เพียงพอจึงทำให้เกิดโรคเบาหวาน หากคนอ้วนลดน้ำหนักลงจำนวน อินซูลินรีเซปเตอร์จะเพิ่มขึ้นทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ปกติ

3.2.2 ความเครียดทำให้ฮอร์โมนแคทีโคลามีนถูกหลั่งออกมามาก ทำให้กลูโคสสูงขึ้น

3.2.3 เชื้อไวรัสบางชนิด ได้แก่ เชื้อไวรัส ที่ทำให้เกิดคางทูม เชื้อรูเบลลา ที่ทำให้เกิดโรคหัดเยอรมัน และเชื้อไวรัส คอกซากี้ บี เชื้อดังกล่าว ทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง และทำลายเบต้าเซลล์ จนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้

3.2.4 ความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมน เช่น โกรทฮอร์โมน (Growth Hormone) สูงทำให้มีการทำลาย ไกลโคเจนเป็นกลูโคสเพิ่มขึ้น คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) ทำให้ปฏิกิริยาการสร้างกลูโคสจากโปรตีน แคทีโคลามีน (Catecholamine) สูง ทำให้มีการสลายไกลโคเจนเป็นกลูโคสเพิ่มขึ้นเป็นต้น

3.2.5 การขาดเบต้าเซลล์หรือเบต้าเซลล์ลดลง มีสาเหตุมาจากการขาดโปรตีนอย่างรุนแรงทำให้ตับอ่อนอักเสบ เป็นผลให้เบต้าเซลล์ถูกทำลาย การตัดตับอ่อนออก การดื่มสุราซึ่ง

ทำให้ขาดโปรตีน และแคลอรี เป็นต้น โรคตับทำให้ตับไม่สามารถเก็บกลูโคสไว้ในรูปของไกลโคเจนได้ ระดับกลูโคสในเลือดจึงสูงขึ้น

3.2.6 ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ เพรดนิโซโลน โดยยาเหล่านี้จะไปต่อต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน เมื่อยาดังกล่าวหมดฤทธิ์ยาอินซูลินก็จะหมดฤทธิ์ดังเดิม

3.2.7 การตั้งครรภ์ เนื่องจากฮอร์โมนหลายชนิดที่สังเคราะห์ขึ้น มีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน และความเครียดจากการตั้งครรภ์ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ด้วย โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติคลอดลูกตัวใหญ่กว่าปกติ

4. อาการของโรคเบาหวาน

อาการของโรคเบาหวานที่พบได้บ่อย มีดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 3)

4.1 อาการปัสสาวะบ่อย คนปกติมักจะไม่ต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะในเวลากลางคืนหรือปัสสาวะอย่างมากไม่เกิน 1 ครั้ง เมื่อน้ำตาลในกระแสเลือดมากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยเฉพาะในเวลากลางคืนน้ำตาลจะถูกขับออกทางปัสสาวะทำให้น้ำถูกขับออกมากขึ้นจึงมีอาการปัสสาวะบ่อยและเกิดการสูญเสียน้ำ และอาจจะพบว่าปัสสาวะมีมดตอม

4.2 ผู้ป่วยจะหิวน้ำบ่อย เนื่องจากต้องทดแทนน้ำที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ

4.3 อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เกิดเนื่องจากร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลจึงย่อยสลายส่วนที่เป็นโปรตีนและไขมันออกมา

4.4 ผู้ป่วยจะกินเก่งหิวเก่งแต่น้ำหนักจะลดลง เนื่องจากร่างกายนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานไม่ได้ จึงมีการสลายพลังงานจากไขมันและโปรตีนจากกล้ามเนื้อ

4.5 อาการอื่น ๆ ที่อาจเกิดได้แก่ การติดเชื้อ แผลหายช้า

4.6 คันตามผิวหนัง มีการติดเชื้อรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอดของผู้หญิง สาเหตุของอาการคันเนื่องจากผิวหนังแห้งไป หรือมีการอักเสบของผิวหนัง

4.7 เห็นภาพไม่ชัด ตาพร่ามัวต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะมีการเปลี่ยนแปลงสายตา เช่น สายตาสั้น ต้อกระจก น้ำตาลในเลือดสูง

4.8 ขาไม่มีความรู้สึก เจ็บตามแขนขา หย่อนสมรรถภาพทางเพศ เนื่องจากน้ำตาลสูงนาน ๆ ให้เส้นประสาทเสื่อม เกิดแผลที่เท้าได้ง่าย เพราะไม่รู้สึก

4.9 คลื่นไส้อาเจียน

นอกจากอาการดังกล่าวนี้ กรณีน้ำตาลในกระแสเลือดสูงเมื่อเป็นโรคนี้ระยะหนึ่ง จะเกิดโรคแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดเล็ก หากมีโรคแทรกซ้อนนี้จะทำให้เกิดโรคไต เบาหวานขึ้นตา

หากเกิดหลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อัมพาต หลอดเลือดแดงที่ขาตีบนอกจากนี้ยังอาจเกิดปลายประสาทอักเสบ ทำให้เกิดอาการชาขา กล้ามเนื้ออ่อนแรง ประสาทอัตโนมัติเสื่อมตามมาอีกด้วย

5. การรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยทั่วไป นั้น มี 4 วิธี คือ

5.1 การควบคุมอาหาร เป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวาน หลักในการควบคุมอาหาร มีดังนี้

5.1.1 ให้มีจำนวนและสัดส่วนที่พอเหมาะแก่ความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรจำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรตให้เหลือเพียงวันละ 150–200 กรัม และเพิ่มอาหารโปรตีนให้มากขึ้นเพื่อชดเชยส่วนไขมันควรเพิ่มเพียงเล็กน้อย และควรเป็นไขมันจากพืช (ยกเว้นน้ำมันปาล์มและน้ำมันมะพร้าว) เพื่อให้ได้กรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว จึงจะช่วยลดโคเลสเตอรอลในเลือด ควรรับประทานผักมาก ๆ เพื่อช่วยไม่ให้หิวบ่อย ได้วิตามินและเกลือแร่ และควรรับประทานอาหารให้เป็นเวลา

5.1.2 เลือกประเภทอาหาร สิ่งที่พึงระวังคือ ข้าวกับน้ำตาล แม้จะเป็นอาหารคาร์โบไฮเดรตเหมือนกัน แต่ข้าวจะค่อย ๆ ถูกย่อย และดูดซึมเป็นน้ำตาลในกระแสเลือดช้ากว่าการรับประทานน้ำตาล จึงไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติมากทันทีผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรรับประทานของหวานและน้ำตาล น้ำหวาน พลังงานจากอาหารควรเป็นพลังงานจากโปรตีน 20–25 เปอร์เซ็นต์ คาร์โบไฮเดรต 40–50 เปอร์เซ็นต์ อาหารคาร์โบไฮเดรตและโปรตีน 1 กรัม ให้พลังงาน 1 แคลอรี อาหารไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 แคลอรี หลักในการเลือกบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานนั้นอาจแบ่งง่าย ๆ เป็น 3 ประเภท คือ

1) อาหารที่ห้ามบริโภค ได้แก่ อาหารน้ำตาลและขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา นมข้นหวาน น้ำผลไม้ ซึ่งมีน้ำตาลประมาณ 8–15 เปอร์เซ็นต์ เป็นส่วนใหญ่ เป็นต้น

2) อาหารที่บริโภคได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักคะน้า ถั่วงอก ผักกาด ทำเป็นอาหาร เช่น ต้มจืด ยำ ผัดผัก เป็นต้น อาหารเหล่านี้มีสารอาหารต่ำ และยังมีกากอาหารที่เรียกว่า ไฟเบอร์ ซึ่งทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง และช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้

3) อาหารที่บริโภคได้แต่ต้องเลือกชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง ปัจจุบันอาหารพวกแป้งไม่จำกัดจำนวน ถ้าผู้ป่วยไม่อ้วนมาก เนื่องจากรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตมากขึ้นไม่ได้ทำให้น้ำตาลสะสมสูงขึ้น หรือระดับอินซูลินเพิ่มขึ้น ลดอาหารจำพวกแป้งทำให้ต้อง

เพิ่มอาหารพวกไขมัน ซึ่งอาจเป็นผลทำให้ระดับไขมันสูง และการเพิ่มเนื้อสัตว์ทำให้หน้าที่ของไตเสียไปเร็วขึ้นในผู้ป่วยที่มีโรคไตร่วมด้วย

การควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานไม่ว่าจะให้การรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม การให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างละเอียดเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ถูกต้องเป็นผลให้สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดี

5.2 การให้ยารับประทาน ยาเม็ดรับประทานที่ใช้รักษาโรคเบาหวานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ

5.2.1 กลุ่มยาซัลโฟนิลยูเรีย จะออกฤทธิ์โดยกระตุ้นให้ตับอ่อนหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้นและช่วยอินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น รวมทั้งยับยั้งการสร้างน้ำตาลและปลดปล่อยน้ำตาลโดยตับ ยาในกลุ่มนี้จะดูดซึมได้ดีเมื่อรับประทานก่อนอาหาร และควรรับประทานก่อนอาหาร 30 นาที ยากลุ่มนี้ ได้แก่ ทอลบูตาไมด์ คลอโปรปาไมด์ เบต้าเอ็กซาไมด์ เป็นต้น

5.2.2 กลุ่มยาไบกัวไนต์ จะออกฤทธิ์โดยลดการดูดซึมน้ำตาลจากทางเดินอาหาร และช่วยให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้มากขึ้น รวมทั้งลดการสร้างน้ำตาลจากตับ ยาประเภทนี้จะให้ได้ผลดีต่อเมื่อรับประทานหลังอาหาร และควรรับประทานหลังอาหารทันที ยากลุ่มนี้ ได้แก่ เฟนเฟอริมีน เมทฟอร์มิน

5.3 การรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน ใช้เพื่อทดแทนอินซูลินที่ขาดหายไป ทำให้กลูโคสเข้าสู่เซลล์ถูกนำไปใช้ประโยชน์ได้ช่วยให้น้ำตาลในเลือดลดลง แบ่งตามระยะเวลาของการออกฤทธิ์ได้ดังนี้ คือ

5.3.1 อินซูลินออกฤทธิ์ระยะสั้น ได้แก่ Regular Insulin อินซูลินออกฤทธิ์ปานกลาง ได้แก่ NPH Insulin

5.3.2 อินซูลินออกฤทธิ์ระยะยาว ได้แก่ Ultratard Insulin

5.4 การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน รองลงมาจากควบคุมอาหาร ทั้งนี้ เพราะว่าการออกกำลังกายนอกจากจะช่วยให้น้ำหนักลดลง เนื่องจากมีการใช้พลังงานไปแล้วยังช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดความต้องการอินซูลินของร่างกาย ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี และช่วยเพิ่มการใช้กรดไขมันอิสระซึ่งจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดตีบแข็งได้ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานได้แก่การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดิน วิ่งเหยาะ ๆ ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ กระโดดเชือก เป็นต้น

การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่มีผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรทำเป็นประจำทุกวันอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่ควรให้มีอาการเหนื่อยจนเกินไป ควรค่อยๆทำไปและเพิ่มขึ้นทีละน้อยการออกกำลังกายนอกจากจะมีผลในการรักษาโดยช่วยลดขนาดของยาลงได้แล้วยังสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยช่วยให้อวัยวะต่างๆได้รับเลือดไปหล่อเลี้ยงมากขึ้น การลดน้ำตาลและไขมันในเลือดจึงช่วยป้องกันไม่ให้หลอดเลือดตีบได้ง่าย

6. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จะเกิดโรคแทรกซ้อนต่อเมื่อควบคุมเบาหวานไม่ดีเป็นเวลาหลายปี ขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อวินิจฉัยโรคจะพบโรคแทรกซ้อนเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่งได้ถึงร้อยละ 50 เนื่องจากอาจเป็นเบาหวานมานานโดยไม่ทราบ (สุนิตย์ จันทระประเสริฐ, 2548, หน้า 4-14) แบ่งได้เป็น 2 ชนิดดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่ผู้เป็นเบาหวานมีอาการผิดปกติรุนแรงรวดเร็ว ต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตราย อาจมีระดับน้ำตาลต่ำเกินไปหรือสูงมากเกินไป ได้แก่

1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หมายถึง ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มก./ดล ส่วนใหญ่ของผู้เป็นเบาหวานมักมีอาการที่รู้ได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่

1.1.1 รับประทานอาหารน้อยกว่าปกติจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม เช่น มีคลื่นไส้ อาเจียน หรือไม่ได้รับประทานอาหารเช้ามื้อใดมื้อหนึ่ง รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา

1.1.2 ขนาด/ชนิดของยาไม่เหมาะสม เช่น กินยา หรือฉีดอินซูลินมากเกินไปบางครั้งผู้ป่วยเบาหวานได้ยาเท่าเดิม แต่มีการทำลายหรือขับยาจากร่างกายน้อยลง เช่น เกิดภาวะไตหรือตับเสื่อมหน้าที่ หรือได้รับสารหรือยาที่เพิ่มฤทธิ์ของยาเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มสุราขณะท้องว่าง

1.1.3 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในตอนกลางคืนในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ประมาณร้อยละ 50 จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในตอนกลางคืนขณะหลับหรือตอนเช้ามีช่วงเวลาที่เกิดมักจะอยู่ระหว่าง 02.00-04.00 น. และ 05.00-07.00 เนื่องจากเป็นเวลาที่ร่างกายไม่ได้รับน้ำตาลจากภายนอกค่อนข้างนานกว่าช่วงเวลาอื่น

1.1.4 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เกิดในผู้เป็นเบาหวานซึ่งฉีดอินซูลินมากกว่าผู้ที่ได้รับยาเม็ดลดระดับน้ำตาล และจะไม่เกิดในผู้ที่รักษาโดยการควบคุมอาหารอย่างเดียว อาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่พบ ได้แก่ รู้สึกไม่สบายเฉียบพลัน หิวมาก มีกลิ่นเหงื่อออกมาก ตัวเย็น ใจสั่นหัวใจเต้นแรงและเร็ว ปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืดตาลาย ตา

พร่ามัว หรือเห็นภาพซ้อน ความรู้สึกนึกคิดผิดปกติไป สับสน เลอะเลือน พฤติกรรมเปลี่ยน หงุดหงิด และฉุนเฉียวเฉียบพลัน หน้าซีด พูดไม่ชัด กรณีรุนแรงมากจะมีชักหมดสติ

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและไม่พบกรดคีโตนคั่ง (Hyperglycemic Hyperosmolar Nonketotic Syndrome) หมายถึง การมีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 600 มก./ดล. จนเลือดมีความเข้มข้นสูงมาก แต่ไม่มีภาวะเลือดเป็นกรดมักจะพบในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีการติดเชื้อ ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การควบคุมไม่ดี จากการรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตมาก ขาดการออกกำลังกาย รับประทานยาลดอินซูลินไม่สม่ำเสมอหรือขาดยา บางรายอาจเกิดภาวะนี้โดยไม่ทราบมาก่อนว่าเป็นเบาหวาน มีการเจ็บป่วยรุนแรง รับประทานซึ่งต้านฤทธิ์อินซูลิน เช่น คอร์ติโคสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ อาการแสดงที่พบ ได้แก่ กระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมากผิดปกติ โดยเฉพาะในเวลากลางวัน ต่อเนื่องหลายวัน หรือเป็นสัปดาห์ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ตามัว ซึมจนกระทั่งอาจหมดสติได้ บางรายอาจมีอาการชักกระตุกเฉพาะที่

1.3 การติดเชื้อ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากการทำงานของเม็ดเลือดขาวในการจับเชื้อโรคและการทำลายลดลงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และมีโอกาสติดเชื้อได้หลายอวัยวะ ได้แก่ ในช่องปากและเหงือก ปอด ผิวหนัง เท้า อวัยวะสืบพันธุ์ กระเพาะปัสสาวะ กรวยไต

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นพบได้บ่อยมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระบบไหลเวียนโลหิตโดยอาจแบ่งออกได้เป็น ความผิดปกติที่เกิดขึ้นที่ระดับเส้นเลือดแดงขนาดใหญ่ หรือขนาดกลาง (Macrovascular Complication) และความผิดปกติที่เกิดขึ้นในเส้นเลือดฝอย หรือเส้นเลือดขนาดเล็ก (Microvascular Complication) ได้แก่

2.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลจะไปเกาะที่เม็ดเลือดแดง (Glycosylated Hemoglobin) ทำให้การปลดปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อต่ำลง เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจนและเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงตามมา ทั้งหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macroangiopathy) และหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (Microangiopathy) อาจเกิดการอุดตัน โป่งพอง หรือสร้างหลอดเลือดที่ไม่แข็งแรงขึ้นใหม่ ทำให้เกิดปัญหาที่ตา (Diabetic Retinopathy) ที่ไต (Nephropathy) นอกจากนี้โรคเบาหวานทำให้มีภาวะไขมันผิดปกติ คือ มีระดับกรดไขมันอิสระ และไตรกรีเซอไรด์สูง ไขมันชนิด HDL (High Density Lipoprotein) ต่ำลง และLDL (Low Density Lipoprotein) สูงขึ้น ระดับโคเลสเตอรอล

อาจปกติหรือสูง ระดับไขมันที่สูงขึ้นมีผลต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ทำให้เกิดปัญหาผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ (ภาวนา กิริติยุดวงศ์, 2546, หน้า 29)

2.2 ระบบประสาท เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย การนำกระแสประสาทช้ากว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีปัญหาสูญเสียการรับความรู้สึก ขาดตามปลายมือ ปลายเท้า ปวดตามแขน ขา มีอาการ ปวดแสบ ปวดร้อนบริเวณขาและเท้า เจ็บปวดเหมือนเข็มแทง อาการมักจะเป็นรุนแรงในเวลากลางคืนและการลงน้ำหนักของเท้าผ่านกระดูกในขณะที่มีอาการขา ทำให้เกิดแผลขอบแข็งที่ตรงฝ่าเท้าได้ ถ้าระบบประสาทมอเตอร์ (Motor Nerves) ถูกทำลายจะทำให้กล้ามเนื้อขนาดเล็กบริเวณฝ่าเท้าฝ่อ (Atrophy) เกิดการเสียสมดุลของการยืดและการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ฝ่าเท้า การลงน้ำหนักผิดปกติ ในระยะยาวทำให้เกิดเท้าผิดรูป (ภาวนา กิริติยุดวงศ์, 2546, หน้า 29) บางรายมีอาการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีปัญหาเรื่องอาหารไม่ย่อย ท้องผูก หรือถ่ายอุจจาระบ่อย ระบบประสาทที่กระเพาะปัสสาวะเสื่อม (Neurogenic Bladder) ทำให้ไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติได้ ไม่มีความรู้สึกทางเพศในเพศชายอาจมีปัญหาการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศร่วมด้วย (เทพหิมะทองคำ, 2548, หน้า 47-48)

2.3 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีโอกาสพบภาวะจอตาเสื่อม (Retinopathy) เมื่อเป็นโรคเบาหวานนานมากกว่า 5 ปี เมื่อเป็นโรคเบาหวานนาน 15 ปีมีโอกาสจอตาเสื่อม ร้อยละ 25 และเมื่อเป็นโรคเบาหวานนาน 20 ปี มีโอกาสจอตาเสื่อม ร้อยละ 50 สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบภาวะจอตาเสื่อมร้อยละ 3-4 เมื่อเป็นโรคเบาหวานนาน 2-3 ปี และร้อยละ 15-20 เมื่อเป็นโรคเบาหวานนาน 15 ปี (ภาวนา กิริติยุดวงศ์, 2546, หน้า 30) สาเหตุการเกิดจอตาเสื่อม เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในจอตา เป็นสาเหตุให้ตาบอดได้ (วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์ และวิทยา ศรีตามา, 2549, หน้า 158-161) ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดต้อหิน (Glucoma) ชนิดมุมเปิดได้มากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1.4 เท่า และลานสายตาก็จะเสื่อมเร็วกว่าผู้ป่วยต้อหินซึ่งไม่เป็นเบาหวาน และเลนส์ตาก็มีโอกาสเกิดต้อกระจก (Cataract) ได้มากกว่าประชากรปกติถึง 2-4 เท่า (วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์ และวิทยา ศรีตามา, 2549, หน้า 158-161)

2.4 ภาวะแทรกซ้อนทางไต จากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กรวยไต (Glomeruli) เกิดปัญหาที่เรียกว่า Diabetic Nephropathy ระยะแรก มีโปรตีนขนาดเล็กรั่วออกมากับปัสสาวะ (Microalbuminuria) วันละประมาณ 30-300 มิลลิกรัม การตรวจ

ปัสสาวะหากใช้วิธีปกติจะไม่สามารถตรวจพบได้ ระยะที่เป็นมากขึ้นโปรตีนจะรั่วออกมาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และขนาดใหญ่ขึ้น (Macroalbuminuria) วันละมากกว่า 300 มิลลิกรัม และหากโปรตีนอัลบูมิน รั่วออกจากร่างกายมาก ๆ จะทำให้โปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำลง เกิดอาการบวม ระยะนี้ผู้ป่วยมักมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (เทพ หิมะทองคำ, 2548, หน้า46)

2.5 ระบบเลือด ผู้ป่วยเบาหวานจะมีความต้านทานโรคต่ำ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวชนิดโพสิทีฟอินวเคลียร์ ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี โอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนทั่วไปที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อที่ช่องคลอด การติดเชื้อที่ผิวหนังบริเวณขาหนีบ ไตราววม ซึ่งมักติดเชื้อรา การติดเชื้อแบคทีเรียที่แผล การเกิดเซลล์อักเสบ การติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อวัณโรค เป็นต้น เม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปทรงทำให้การถ่ายออกซิเจนไปสู่เซลล์ลดลง เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจน และเกล็ดเลือดยึดเกาะรวมตัวกันได้ง่าย ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดฝอยและหลอดเลือดแดงใหญ่ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2546, หน้า 29-30) กลไกการเกิดโรคหัวใจจากเบาหวานนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจเองโดยมีการเกิดพังผืด การเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดฝอย รวมทั้งมีการโป่งพองของหลอดเลือดเล็ก ๆ ในกล้ามเนื้อหัวใจทำให้เกิดการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ก่อให้เกิดความผิดปกติในการบีบตัวและการคลายตัวของหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดอาการ หัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยเบาหวาน (เทพ หิมะทองคำ, 2548, หน้า 49-51)

แนวคิดเกี่ยวกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. แนวคิดการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวชุมชนและสังคมในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นดังนี้ (ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา ดาริกการเลิศ, สุพัตรา ศรีวนิชากร และ เกษม เวชสุทธานนท์, 2552, หน้า 14-18)

1.1 ดำเนินการเชิงรุก โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพ เป็นหลักรวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ

1.2 บริการอย่างต่อเนื่อง สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา โดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลที่เลี้ยง หรือส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการโดยไม่รับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน และหากมีกรณีฉุกเฉิน ก็มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อออกไปรับผู้ป่วย และให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ

1.3 มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม โดยมีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพใน ระดับอื่นในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น

พื้นที่การทำงาน

มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) อย่างชัดเจน โดยใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย (home ward)

บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

1. มีความรู้และทักษะในการให้บริการผสมผสาน และมีทักษะเพิ่มเติมเฉพาะด้าน
2. มีศักยภาพในการบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม
3. มีศักยภาพในการทำงานเชิงรุกในชุมชน
4. มีศักยภาพในการใช้ และจัดการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

การบริหารจัดการ

เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน โดยมีเป้าหมายร่วมให้เกิดระบบที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัวมีความยั่งยืน มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ

ระบบสนับสนุน (Supporting System)

1. ระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ
2. ระบบการปรึกษาโรงพยาบาลที่เลี้ยงตลอดเวลา
3. ระบบเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลที่เลี้ยง

ขนาดของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบตามระดับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิรูปแบบอื่น ๆ สามารถพัฒนา หรือยกระดับการดำเนินงานเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ โดยรับผิดชอบจำนวนประชากรหลายระดับ ตั้งแต่ประชากรไม่กี่พันคน จนถึงประชากรเป็นหมื่นคน และมีบุคลากรตั้งแต่ 5 - 10 คน หรือมากกว่า ตามภาระงานที่รับผิดชอบ ทั้งนี้อาจมีแพทย์และบุคลากรแพทย์แผนไทย เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ ไปร่วมให้บริการทั้งเต็มเวลาหรือบางเวลา ตามความจำเป็นและความเหมาะสม

เป้าหมาย

ในปีงบประมาณ 2552 ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงกันยายน 2552 ตั้งเป้าหมายที่ 1,000 แห่ง (ภายในสิ้นเดือนกันยายน ปี 2552) และในปีงบประมาณ 2553 (1 ตุลาคม 2552 - 30 กันยายน 2553) ได้ตั้งเป้าหมายเพิ่มอีก 1,000 แห่ง รวมเป็น 2,000 แห่ง และเมื่อสิ้นสุดโครงการไทยเข้มแข็ง ปี 2553 - 2555 ได้ตั้งเป้าหมายไว้จำนวน 9,762 แห่ง ทั้งนี้จะปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและระบบบริการ ได้แก่ ปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพและสภาพแวดล้อมของ รพ.สต. โดยดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมชุมชนหรือวัฒนธรรมท้องถิ่นและสนับสนุนนวัตกรรมในการทำงาน เช่น บริการเชิงรุกในการดูแลสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มี องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นด่านหน้า (first responder) หรือการใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย (home ward) โดยมีพื้นที่ทั้งตำบลเป็นโรงพยาบาล เป็นต้น

การพัฒนาบุคลากร

สิ่งที่ควรเน้น คือการทำงานร่วมกันเป็นทีม ใช้ความสามารถของแต่ละส่วนอย่างเต็มที่และทำงานตอบโจทย์ปัญหาหลักของชุมชนนั้นได้ดี กำลังคนอาจแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. บุคลากรที่ทำงานประจำอย่างต่อเนื่องใน รพ.สต.

2. บุคลากรที่เสริมเพิ่มเติมตามบริการเฉพาะ

3. บุคลากรที่เป็นส่วนประสานในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงบริการระหว่าง รพ.สต. กับแม่ข่ายและหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง กำลังคนส่วนที่เป็นฐานทำงานประจำ ควรเน้นให้มีจำนวนเพียงพอกับภาระงาน และมีสาขาวิชาชีพที่เพิ่มเติมได้ครอบคลุมงานหลัก ได้แก่ พยาบาล นักวิชาการด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และนักกายภาพบำบัดวิธีการบริหารจัดการด้านบุคลากรให้มีเพิ่มเติมใน รพ.สต. นั้น สามารถจัดการได้ใน 4 ลักษณะ คือ

1. บุคลากรที่มีอยู่เดิม แต่มีค่าตอบแทนให้ทำงานได้เพิ่มขึ้น

2. โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดสรรคนลงมาช่วยดูแลงานเพิ่มขึ้น ซึ่งทำได้หลายแบบ เช่น ระดมผู้ที่สำเร็จการศึกษาใหม่ และ/หรือ ยืม/รับย้าย ผู้สมัครใจ ทั้งนี้ให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม

3. จ้างเพิ่มซึ่งจ้างได้ทั้งนักวิชาการและพยาบาล ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนต่างๆ อาทิ รพ.แม่ข่าย ท้องถิ่น หรือบสนับสนุนเพิ่มเติมจาก สปสช. ภายใต้การประเมินสถานการณ์ความจำเป็นและสถานการณ์ทางการเงินของ รพ.สต. โดยคณะกรรมการบริหาร รพ.สต.

4. พัฒนาบุคลากร หรือส่งเสริมการศึกษาต่อเพื่อกลับมาทำงาน โดยจะใช้งบประมาณ รพ. แม่ข่าย หรือท้องถิ่นในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเรียน ส่วนการจ้างงานเมื่อจบการศึกษาจะจ้าง โดย รพ.แม่ข่าย รพ.สต. หรือท้องถิ่น ขึ้นกับการตกลงกันของคณะกรรมการบริหาร รพ.สต.กำลังคน เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของ “ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” โดยต้องเพิ่มกำลังคนให้เพียงพอ ด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ยังมีการระดมความร่วมมือในพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ มุ่งเน้นการดูแลตนเอง (self care) และครอบครัว

เงื่อนไขที่สำคัญและปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามพัฒนาอย่างจริงจังตามนโยบายและแผนปฏิบัติการที่กำหนด
2. หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดทำแผนเพื่อการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งระยะสั้น ระยะปานกลาง และระยะยาว
3. เริ่มต้นในพื้นที่ที่มีความพร้อม ที่สมัครใจ และที่ซึ่งชุมชนมีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วม
4. มีการใช้กระบวนการประชาคมเพื่อปรับแนวคิดของคนในชุมชน สร้างความเข้าใจ และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
5. มีการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการร่วมกับการทำงานเชิงรุกในชุมชน
6. ความเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. ด้วยกัน และกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

ภารกิจของ รพ.สต. จะแบ่งเป็น 2 แบบ คือ ภารกิจหลักพื้นฐาน และภารกิจเสริม

1. ภารกิจหลักพื้นฐาน จะเป็นการบริการแบบผสมผสานให้แก่ประชากรทุกกลุ่มอายุ ในสถานพยาบาล ที่บ้าน และชุมชน งานบริการดูแลเป็นกลุ่มประชากร ตามวัย และตามประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ รวมทั้งการจัดการเพื่อเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของชุมชนและบริการที่ต้องดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เป็นภารกิจที่ รพ.สต. จะต้องดำเนินงานให้ครอบคลุม โดยเน้นตามสภาพปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลประชากร กลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยในชุมชน

2. ภารกิจเสริม เป็นกิจกรรมที่ รพ.สต. สามารถทำเพิ่มเนื่องจากสภาพปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และความต้องการของชุมชนที่สามารถพัฒนาคุณภาพบริการที่เพิ่มมากขึ้นจาก

ภารกิจหลัก เช่น ด้านสิ่งแวดล้อม(ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวินิชากร และ เกษม เวชสุทธานนท์, 2552, หน้า 30)

2. เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ

จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ทำให้เกิดกลไกบริหารจัดการใหม่ในระบบสาธารณสุขขึ้นมา นั่นคือ การบริหารจัดการทั้งองค์การบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP) และหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลไกการประสานงานในระดับอำเภอมีเป็นระบบอยู่ก่อนแล้วเรียกว่า “คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)” โดยเนื้อหาการประชุมเพื่อประสานงานนั้นจะเป็นเรื่องการติดตามงานและการประสานงานหรือแก้ปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ มีเรื่องการจัดสรรทรัพยากรบ้างไม่มากนัก เพราะในสมัยนั้นไม่มีการจัดการงบประมาณร่วม งบประมาณมีการจัดสรรจากระดับจังหวัดซึ่งแบ่งให้แต่ละองค์กรชัดเจนมาแล้ว แต่ในปัจจุบัน เมื่อระบบงานของ CUP ได้กลายมาเป็นองค์กรในการจัดสรรทรัพยากรระดับอำเภอ ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณและครุภัณฑ์ ทำให้ความสัมพันธ์ในการทำงานระดับอำเภอผ่านกลไก CUP มีความยากลำบากมากขึ้น การจัดสรรต้องมีคนได้มากได้น้อย การจัดสรรให้เป็นแบบ win-win นั้นยากมาก ประกอบกับในทุกวันนี้ค่านิยมเรื่องเงินตราได้แทรกไปในทุกองค์กร ทำให้การจัดการในระดับ CUP ไม่ง่ายเหมือนการจัดการในกลไกของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

จากโครงสร้างดังกล่าว ทำให้การประสานงานระหว่างหน่วยงานจึงเป็นเรื่องใหญ่ที่สำคัญมาก และเป็นหัวใจของ CUP Management เพราะไม่ใช่องค์กรแนวตั้งในสายการบังคับบัญชา แต่เป็นองค์กรแนวราบที่ต้องประสานและทำงานร่วมกัน เป็น Functional organization ซึ่งเป็นสิ่งที่พูดง่าย แต่ทำได้ไม่ง่ายนักอย่างไรก็ตาม แม้งานของ CUP นั้นมีมากและสำคัญเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนด้านสุขภาพในระดับอำเภอ แต่องค์กร CUP ส่วนใหญ่ไม่มีตัวตนชัดเจน ผากไว้กับความขยันและการเห็นความสำคัญของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ

เป้าหมายของระบบการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ คือการกระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิ เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ตอบสนองความต้องการ ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และนำไปสู่การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2552, หน้า 2-3) ซึ่งประกอบด้วย

1. การนำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างมีวิสัยทัศน์
2. ความรับผิดชอบต่อชุมชน และสังคม
3. มุมมองเชิงระบบ
4. การมุ่งเน้นอนาคต และการใช้ประโยชน์จากการคาดการณ์แนวโน้มในอนาคต
5. การมองประชาชนเป็นศูนย์กลาง หรือ ความเป็นเลิศที่ต้องได้มาจากการให้

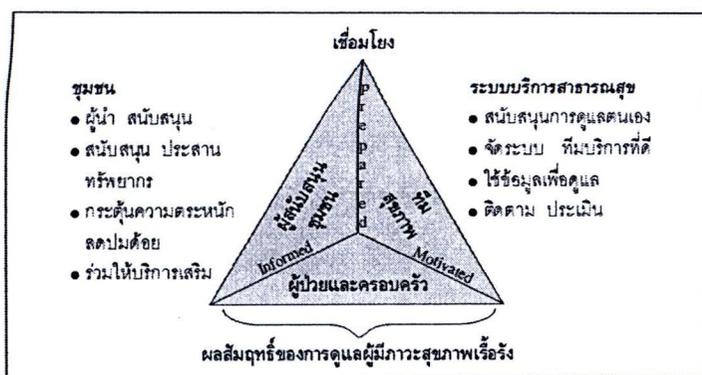
ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย

6. การทำงานเป็นทีม และมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน
7. การมีความคล่องตัว
8. การยึด “ผลสัมฤทธิ์” และ “การสร้างคุณค่า” เป็นเป้าหมายในการทำงาน
9. การบริหารจัดการเพื่อสร้างนวัตกรรม
10. การเรียนรู้ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และทีมสุขภาพ
11. การบริหารจัดการด้วยการใช้ข้อมูล และข้อเท็จจริง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

องค์การอนามัยโลกได้สรุปประสบการณ์และบทเรียนการพัฒนาระบบสุขภาพที่จะรองรับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังได้ดี ประกอบด้วยหุ้นส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งแต่ละหุ้นส่วนมีบทบาทและการตอบสนองต่อบทบาทที่แตกต่างกัน ภายใต้เป้าหมายเดียวกัน คือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้ง 3 หุ้นส่วนจึงต้องมีการเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2552, หน้า 15-18) ดังภาพ





ภาพ 1 หน้าที่ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสาธารณสุข

ที่มา: ดัดแปลงจาก Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action
(World Health Organization, 2010)

1. การปรับกระบวนการทัศน์ใหม่เกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง

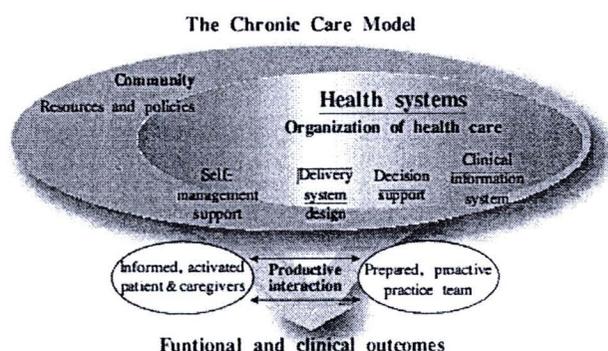
ในการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ควรมีการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ทั้งในด้านมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพ และการจัดระบบบริการที่ต่างไป จากระบบดูแลผู้ที่มีปัญหาแบบเฉียบพลัน หรือแบบที่เป็นครั้งคราว ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มิใช่เป็นปัญหาที่เป็นตอน ๆ หรือมองแบบแยกส่วน แต่เป็นลักษณะที่ผสมผสานเชื่อมโยงไปกับคุณภาพชีวิต และการมองบทบาทของผู้ป่วยเรื้อรังมิใช่เป็นลักษณะการตั้งรับ หรือแบบเฉื่อยชา แต่ผู้ป่วยเองเป็นผู้ที่มีบทบาทสร้างสุขภาพตนเองด้วย

การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง มิได้ขึ้นกับชนิดของโรค หรือสาเหตุของโรคเป็นสำคัญแต่ขึ้นกับสภาพปัญหา และความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกันไม่ว่าเป็นโรคอะไร ในการจัดระบบด้วยแนวคิดใหม่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญ ผู้ป่วยเองก็มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโรคเบาหวานชนิดที่ 2 Chronic care model: improving primary care for patient with chronic illness

เบาหวานเป็นโรคที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งสามารถใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner's Chronic Care Model ดังภาพ 2 สร้างเครือข่ายความร่วมมือขั้นพื้นฐานในการดูแลอย่างรอบด้าน ทั้งการรักษาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ การส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูผู้ป่วย ทั้งนี้บนพื้นฐานของ

ความท้าทายในการเข้าถึงบริการ ซึ่งจัดโดยเครือข่ายบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบสหวิชาชีพ มุ่งเน้นให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งกายและใจ สามารถดำรงชีวิต บนพื้นฐานความพอเพียงอย่างมีเหตุผล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคม เพื่อการบรรลุเป้าหมาย นี้ สถานบริการระดับ ต่าง ๆ จำเป็นต้องมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน สามารถจัดการเครือข่ายได้อย่าง เหมาะสม ตามทรัพยากรของระดับสถานบริการ เพื่อนำไปสู่กระบวนการดูแลสุขภาพร่วมกัน



ภาพ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ที่มา: Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action (World Health Organization, 2010, p. 18)

2.1 การสร้างระบบเชื่อมโยง เพื่อลดช่องว่างการทำงานระหว่างโรงพยาบาล และสถานบริการปฐมภูมิ โดยโรงพยาบาลเป็นที่เลี้ยงไม่ทำงานแบบสั่งการ แต่หมายถึง การลงไป ร่วมคิดและร่วมทำงาน และจะได้ปัญหาอุปสรรคที่นำมาซึ่งการพัฒนาร่วมกัน และก้าวเดินไป ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นที่เลี้ยง และอนามัยที่เป็นน้องผู้ร่วมงาน เนื่องจากเดิม ที่สถานการณ์ การบริการผู้ป่วยเบาหวานแออัดมากในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ยังขาดระบบการดูแล ที่มีการเชื่อมโยงที่ดีของสถานบริการปฐมภูมิ และชุมชน ดังนั้นจึงควรลดช่องว่าง โดยการสนับสนุน สร้างระบบเชื่อมโยงการให้บริการ มีการวางแผนการให้บริการ พัฒนาระบบส่งต่อให้มีการเชื่อมโยง กัน เพื่อลดช่องว่างในการให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

2.1.1 จัดตั้งศูนย์ประสานงานเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาล และสถานบริการปฐมภูมิ เครือข่ายในการรับส่งข้อมูลผู้ป่วย รับส่งเอกสาร ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ยา เป็นต้น

2.1.2 จัดทำแนวทางการเชื่อมโยงดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาล และสถานบริการปฐมภูมิ สามารถส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล โดยจะผ่านมาที่จุดประสานงาน การเชื่อมโยงการรับส่งต่อผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพเมือง เพื่อทำการคัดกรองผู้ป่วย ส่งต่อที่คลินิกเฉพาะทาง และมีการติดตามข้อมูลการรักษา เพื่อส่งกลับไปให้สถานบริการปฐมภูมิทราบ และดูแลต่อเนื่อง

2.1.3 รับ-ส่งผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อส่งต่อการดูแลให้กับสถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน

2.1.4 รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลการส่งต่อในด้านต่าง ๆ เพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการ

2.2 การสร้างทีมดูแลสุขภาพประชาชนโดยมีกระบวนการพัฒนาเพื่อนร่วมทาง ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น จะต้องประกอบไปด้วย ความรู้ความเข้าใจในโรคเบาหวานอย่างถ่องแท้ การรู้จักเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งรู้จักตรวจ และประเมินผลของการรักษาด้วยตนเองได้เสมอ มีทัศนคติที่ดีต่อโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เป็นต้น จึงต้องอาศัยทีมงานหลายฝ่ายร่วมกันในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย จุดเริ่มต้นของการพัฒนาทีมงานอาจจะเป็นทีมเล็ก ๆ 3-4 คน เช่น แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาล เภสัชกร ทีม Patient Care Team (PCT) ในโรงพยาบาล ที่นำสถานบริการปฐมภูมิเครือข่าย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีผู้จัดการโครงการเป็นผู้ประสาน และวางแผนกำหนดทิศทางของการทำงานของทีมงานดูแลสุขภาพประชาชน ดังนี้

2.2.1 จัดระบบบริการที่สามารถดูแลประชาชนในทุกมิติ

2.2.2 มีระบบเชื่อมโยงโรงพยาบาลกับเครือข่าย และติดตามดูแลถึงบ้าน

2.2.3 ทีมงานทำงานกลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกันกับชุมชน

2.2.4 วางตัวเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่สามารถติดตามผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่อง เปรียบเสมือนสะพานเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

2.2.5 ทุก PCT มีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงสู่สถานบริการปฐมภูมิ

2.3 การสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานๆ เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง และเกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ อย่างยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 2.3.1 ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชน
- 2.3.2 ชี้แนะและสนับสนุนชุมชนในการสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อการสร้าง

สุขภาพ

- 2.3.3 ให้ความร่วมมือกับชุมชนในการส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่าง ๆ

ในชุมชน

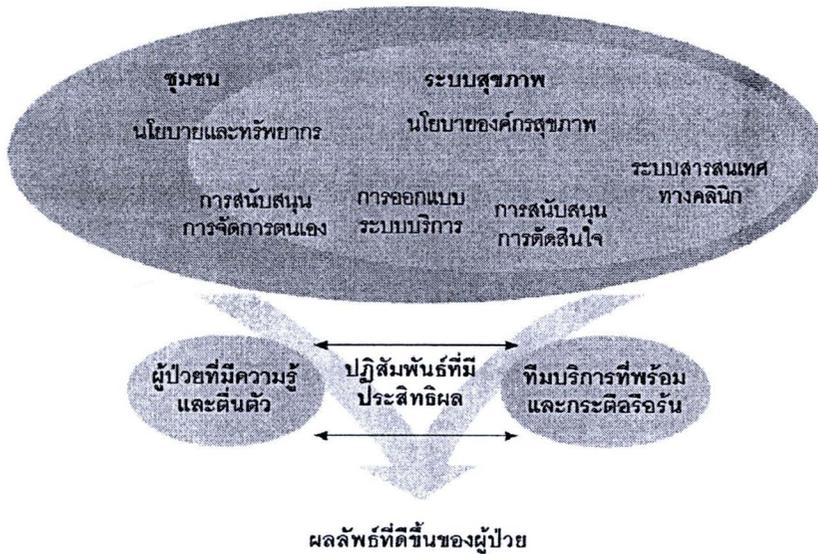
- 2.3.4 ร่วมมือกับชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคล
- 2.3.5 ส่งเสริมชุมชนให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมี

สุขภาพดี

- 2.3.6 ส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม
- 2.3.7 มีเวทีพูดคุยและเปลี่ยนแนวคิด และข้อมูลระหว่างบุคลากรสาธารณสุข

และชุมชน

ซึ่งในการสร้างแบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพจากเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Chronic care model) ซึ่งเป็นการบริหารจัดการโรคเรื้อรังที่เป็นต้นแบบแพร่หลาย โดย เอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ เสนอว่าการจัดการโรคเรื้อรังไม่ได้ต้องการอะไรมากไปกว่าการปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาจากระบบเชิงรับที่ตอบสนองเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นไปสู่ระบบเชิงรุกและเน้นการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยยังคงมีสุขภาพดีเท่าที่เป็นไปได้ แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องดังรูปภาพ มีองค์ประกอบ 6 ด้านที่สัมพันธ์กันดังนี้



ภาพ 3 แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ที่มา: ICIC At Group Health's MacColl Institute: Does The Chronic Care Model Work, 2007.

1. นโยบายขององค์กรสุขภาพ (Health care organization) ต้องส่งเสริมวัฒนธรรมระบบและกลไกที่สนับสนุนการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและมาตรฐาน สิ่งสำคัญคือ ผู้บริหารต้องเป็นผู้นำและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการบริการที่คุ้นเคยกับการตั้งรับและตอบสนองเมื่อมีการเจ็บป่วยไปสู่การจัดการเชิงรุกที่มีการวางแผนตามแบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง นำและสนับสนุนการพัฒนาในทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรม ใช้วิธีการที่มีประสิทธิผลเพื่อมุ่งเปลี่ยนแปลงระบบอย่างเบ็ดเสร็จ ส่งเสริมการจัดการกับปัญหาและข้อผิดพลาดอย่างเป็นระบบ และตรวจสอบได้เพื่อพัฒนาการดูแลรักษา สนับสนุนทีมบริการให้มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานให้บริการเชิงรุกสนับสนุนสิ่งจูงใจ/ค่าตอบแทนเพื่อการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ

2. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system) เพื่อจัดการข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูง ให้เป็นหมวดหมู่ สามารถใช้ติดตามการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญคือหน่วยบริการประจำและเครือข่ายต้องจัดให้มีทะเบียน (Registry) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงสูง ประกอบด้วยข้อมูลทางประชากรและข้อมูลบริการดูแลรักษาที่สำคัญ เช่น วัน/เดือน/ปีที่ตรวจ ชนิดการตรวจ ผลการตรวจของแต่ละรายการ ฯลฯ ในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น Spreadsheet ของ Excel หรือ Database ของ Access ทะเบียนผู้ป่วยนี้ได้มา

จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยบริการที่มีอยู่แล้ว หากฐานข้อมูลมีข้อมูลไม่ครบก็จำเป็นต้องบันทึกเพิ่มเติมใน Spreadsheet หรือ Database เลย หรือใช้โปรแกรม Chronic Disease Surveillance ของสำนักโรคระบาดวิทยา (เป็นทั้งฐานข้อมูลการจัดบริการ ทะเบียน และการวิเคราะห์เชิงระบาดวิทยา) หรือโปรแกรม Smart DM ของ สปสช. สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดเล็กและปริมาณผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับส่งกลับไม่มาก เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัย สามารถใช้โปรแกรม Excel หรือ Excess จัดทำทะเบียนได้เช่นกัน ตัวอย่างทะเบียนที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ในภาคผนวก ทะเบียนผู้ป่วยยังสามารถใช้เป็นระบบเตือน (Recall) เพื่อติดตามผู้ป่วยมารับบริการ ตลอดจนการทบทวนการดูแลรักษา (Review) ว่าผู้ป่วยได้รับการตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติหรือไม่ ระบบสารสนเทศช่วยแบ่งปันข้อมูลบริการผู้ป่วยและเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ช่วยแบ่งปันข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย ช่วยติดตามกำกับผลการปฏิบัติงานของระบบบริการดูแลรักษาและทีม

3. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) เพื่อส่งเสริมการดูแลรักษาทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์และสอดคล้องกับรสนิยมและวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยหรืออิงหลักฐานที่ได้รับการยืนยัน ทั้งนี้การดูแลรักษาควรสอดคล้องกับความสนใจและรสนิยมของผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการดูแลรักษาเพื่อให้มีส่วนร่วมและจัดการตนเอง จัดทำ Management protocol/Care pathway เพื่อบอกถึงขั้นตอนและรายละเอียดวิถีปฏิบัติการดูแลรักษาที่ระดับคลินิกผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการประจำจนถึงระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ การส่งต่อ/ส่งกลับ จัดระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ระหว่างแพทย์กับทีมดูแลผู้ป่วย และระหว่างแพทย์/ทีมดูแลผู้ป่วยที่หน่วยบริการประจำกับพยาบาลผู้ดูแลที่หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านทางโทรศัพท์ วิทยุ Skype Telemedicine

4. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) เพื่อให้มั่นใจว่าได้ให้บริการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการจัดการตนเอง สิ่งสำคัญคือ การกำหนดบทบาทและแบ่งงานกันให้ชัดเจนภายในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลรักษาผู้ป่วย จัดให้มี Case/Care / Disease manager ซึ่งเป็นพยาบาล เพื่อประสานทีมผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย และทบทวนทะเบียนเพื่อประเมินการจัดบริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและภาพรวมทุก ๆ รอบ 3-4 เดือน และรอบ 1 ปี มีการวางแผนล่วงหน้าในการให้บริการที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการให้บริการดูแลที่เข้มข้นและลงรายละเอียดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคซับซ้อน ให้คำแนะนำการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยสามารถ

เข้าใจได้ง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิต จัดระบบนัดหมายอย่างสม่ำเสมอรวมทั้งการติดตามทางโทรศัพท์หรือไปรษณีย์ จัดระบบและศูนย์ประสานการส่งกลับ/ส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการรับส่งต่อ และประสานติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ส่งกลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ

5. การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management support) เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้พร้อมและสามารถจัดการตนเองทั้งสุขภาพและการดูแลรักษาได้ สิ่งสำคัญคือ เน้นหรือให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพตนเอง ใช้วิธีการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองที่มีประสิทธิผลซึ่งประกอบด้วยการประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมาย การวางแผนปฏิบัติตัว การแก้ปัญหาและการนัดพบอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือชมรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จัดหาสิ่งสนับสนุนทั้งจากภายในและภายนอกหน่วยบริการและชุมชนเพื่อให้การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

6. การเชื่อมต่อกับชุมชน (Community) เพื่อแสวงหาทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในชุมชนให้สนองตอบความจำเป็นของผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือ ค้นหาว่ามีกลุ่มหรือชมรม อาทิ ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ชมรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายหรืออาหาร ในชุมชนหรือไม่ เพื่อแนะนำผู้ป่วยไปเข้าร่วมกิจกรรม ส่งต่อผู้ป่วยไปใช้บริการดูแลต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานพยาบาลอื่น สร้างความร่วมมือกับองค์กรชุมชนเพื่อสนับสนุนและพัฒนามาตรการแทรกแซงที่หน่วยบริการไม่สามารถจัดให้ได้ เสนอแนะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่มีศักยภาพสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น จัดให้มีบริการวัดความดันโลหิตตรวจระดับน้ำตาล หรือสนับสนุนวัสดุที่จำเป็น เป็นต้น หน่วยบริการประจำสามารถใช้แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นกรอบในการประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสของการพัฒนาหรือสิ่งที่จะต้องเปลี่ยนแปลงเชิงระบบซึ่งจำเป็นสำหรับการปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (แบบประเมินการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองดูในภาคผนวก) การจัดการเชิงระบบจะทำให้มั่นใจว่าเกิดการบริการเชิงรุกที่บูรณาการและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาระบบบริการให้เป็นแบบแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต้องจัดลำดับความสำคัญที่จะดำเนินการ ไม้มีความจำเป็นต้องทำทุกองค์ประกอบไปพร้อมกัน

แนวทางการจัดบริการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เป้าประสงค์ของการจัดคลินิกบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

มิใช่เพียงเพื่อการตรวจเลือด และจ่ายยาเท่านั้น แต่แก่นที่แท้จริงน่าจะเป็นโอกาสที่ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย ครอบครัว ได้ประเมินความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพร่วมกัน และเรียนรู้การจัดการโรครวมทั้งปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้อง เสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และยั่งยืน (สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.), 2552, หน้า 42-95)

1. เกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย ระบบยาและเวชภัณฑ์รวมทั้งบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.1 การเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน

สำรวจผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ (ทั้งโดย ทบพจนจากทะเบียนการดูแลผู้ป่วย แพ้ครอบครัวและการใช้แบบสำรวจ แบบคัดกรองความเสี่ยงที่คลินิกและการลงสำรวจพฤติกรรมในชุมชน) และจัดทำทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งทะเบียนกลุ่มเสี่ยง (ทั้งที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงจากปัจจัยหลัก เช่น กรรมพันธุ์ อ้วน ไขมันสูง อ้วนลงพุง น้ำตาลผิดปกติเล็กน้อย และกลุ่มมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ออกกำลังกายน้อย กินหวาน มันเค็ม นิ่งนอน สูบบุหรี่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มชูกำลัง) ข้อมูลประชากรภาพรวมทั้งหมด ต้องมองทั้ง เชิงปริมาณและคุณภาพบริบทในชุมชนนั้น เพื่อนำมาวางแผนป้องกันและจัดการเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงควรประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลประวัติการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตล่าสุด (และย้อนหลังอย่างน้อย 3 เดือน) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย, การควบคุมอาหาร, ภาวะเครียด) ภาวะเสี่ยงที่พบร่วม (ไขมันในเลือดสูง, ความอ้วน) พฤติกรรมเสี่ยง (การดื่มเหล้า, สูบบุหรี่) ภาวะแทรกซ้อน (ทางตา, ทางไต, หัวใจและหลอดเลือด, ระบบประสาท)

1.2 เตรียมความพร้อมของเวชภัณฑ์ยา วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ

1.2.1 สอบเทียบเครื่องมือให้มีความถูกต้องเที่ยงตรงอยู่เสมอมีแนวปฏิบัติในการบำรุงรักษาเครื่อง โดยเฉพาะเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด (glucometer) พร้อมอุปกรณ์ครบชุด (ตามคู่มือการสอบเทียบเครื่องแต่ละชนิด) และเครื่องวัดความดันโลหิต (โดยเฉพาะแบบดิจิตอล)

1.2.2 เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นอื่นๆ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอวสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติตรวจรักษาทางคลินิกที่ใช้ในคลินิก รพ.สต.

เวชภัณฑ์และระบบยา (การสนับสนุนระบบยาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงนั้นมีความจำเป็นมาก)

1.3 เตรียมความพร้อมของบุคลากรและทีมงาน

มีบุคลากรรับผิดชอบในการดำเนินการคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยตรง รวมทั้งนำแนวทางมาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติที่จะใช้มาชี้แจงและทำความเข้าใจร่วมกัน ในกลุ่มบุคลากรที่มีส่วนในการให้บริการ ทั้งในส่วนของ รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่สนับสนุนเครือข่ายบริการ รวมทั้งทีมงานอื่น ๆ ที่สามารถเสริมการทำงานในเชิงรุกและประสาน เชื่อมต่อกับชุมชนได้

2. การประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วย

2.1 ประเมินศักยภาพผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม ผสมผสาน

แม้ผู้ป่วยจะเป็นโรคเบาหวานเหมือนกันแต่ระดับความรุนแรงของโรคไม่เหมือนกัน รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีหรือไม่ มากน้อยแตกต่างกันมาก ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายย่อมมีข้อแตกต่าง ต้องให้ความสนใจในเชิงลึกมากขึ้น แตกต่างกันไป ประเด็นการประเมินผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในแต่ละครั้งควรประกอบด้วย

2.1.1 สภาวะทางด้านคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด

2.1.2 สภาวะด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ได้แก่ การประเมินภาวะเครียดและ ซึมเศร้าเบื้องต้น

2.1.3 พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

2.1.4 ปัจจัยเสี่ยงหรือโรคที่พบร่วม ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง อ้วน การสูบบุหรี่

2.1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

1) ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ อาการของน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ในช่วงเวลาก่อนมารับการตรวจอาการจากความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน เช่น อาการปวดศีรษะ วิงเวียน อาการอัมพาตเฉียบพลันจากเส้นเลือดในสมองแตก

2) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ซาปลายมือปลายเท้า ตามัวอาการโรคไตวายเรื้อรัง อาการโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการหัวใจวายเรื้อรัง รวมถึงการได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี

2.1.6 ความถูกต้องและสม่ำเสมอในการใช้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงของการใช้ยา ทั้งนี้ควรประเมินถึงการรับรู้ ความเชื่อความรู้สึกรู้สึก ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อโรคที่เน้นสาเหตุของภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูง แรงจูงใจและปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง โดยสอดแทรกไปกับสภาพปัญหาที่พบแต่ละครั้ง

2.2 การจำแนกผู้ป่วยตามศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การจำแนกผู้ป่วยตามศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะมีประโยชน์ในกรณีที่ รพ. สต. มีผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในการดูแลมาก มีภาระงานอื่น ๆ มาก หรือ มีกำลังคนน้อย ทำให้สามารถวางแผนมุ่งเน้นที่จะให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหามากก่อน จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น

2.2.1 ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงบางรายแม้ไม่ได้เข้มงวดในการควบคุมอาหารและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากรวมถึงใช้ยาขนาดต่ำ ยังคงสามารถควบคุมน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี สามารถนัดมารับยาด้วยความถี่ที่ห่างกว่าปกติ และไม่ต้องประเมินอย่างเป็นองค์รวมทุกครั้งที่มาใช้บริการ

2.2.2 ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงบางรายมีความตั้งใจและมีปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัวและสังคมสนับสนุนหรือมีปัจจัยเอื้อในการปฏิบัติตนและดูแลรักษาโรคของตนเองได้เป็นอย่างดี การดูแลเพียงแค่สนับสนุนให้กำลังใจและสามารถเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นๆ

2.2.3 ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงบางรายมีระดับความรุนแรงของโรคมาก ต้องใช้ยาปริมาณมาก และผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ให้ความรู้ เข้าใจความคิด และให้กำลังใจเพื่อให้เข้มงวดในการควบคุมอาหารและปรับพฤติกรรมมากกว่าปกติ

2.2.4 ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงบางรายมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดสมอง หรือหัวใจ หรือไตวายแล้ว จึงจำเป็นต้องได้รับยาหรือการดูแลด้านอื่น ๆ มากกว่าผู้ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2.2.5 ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงบางรายมีบริบททางเศรษฐกิจสังคมและครอบครัวที่มีผลต่อศักยภาพในการดูแลและปรับพฤติกรรมของตนเอง ผู้ดูแลจึงต้องลงเยี่ยมบ้าน และให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยร่วมด้วย

3. การตรวจรักษาและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

3.1 การจัดให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์อย่างเหมาะสม

ใน รพ. สต. บางแห่งที่ไม่มีแพทย์ประจำ หรือมีแพทย์ออกตรวจเป็นบางวัน จำเป็นต้องมีการจัดบริการที่คำนึงถึงการกระจายจำนวนผู้รับบริการ และจัดลำดับความจำเป็นให้ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามสภาพทางคลินิกได้เข้าตรวจกับแพทย์ และเพื่อให้แพทย์ได้มีเวลาที่จะประเมิน

ผู้ป่วยอย่างละเอียดและให้การรักษาที่เหมาะสม จำเพาะกับผู้ป่วยได้ จำนวนผู้ป่วยในแต่ละวันควร จะมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่แพทย์ออกตรวจ

3.2 การจัดทำแนวปฏิบัติการตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

เครือข่ายโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ. สต. จำเป็นต้องจัดทำแนวปฏิบัติการตรวจ รักษาผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย (อาจเป็น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว หรือ เจ้าหน้าที่ประจำ รพ. สต.) สามารถใช้ เพื่อตัดสินใจการรักษาได้สะดวกแนวปฏิบัตินั้นควรมีการปรึกษาหรือทำความเข้าใจกับผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด โดยต้องทำความเข้าใจและปฏิบัติได้ร่วมกัน รวมทั้งการใช้เพื่อ ติดตามความถูกต้องในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้น อย่างไรก็ตาม เกณฑ์หรือแนวปฏิบัติที่ เกี่ยวข้องตามแต่ละพื้นที่อาจปรับได้ตามข้อตกลงของแต่ละเครือข่ายบริการ ทั้งนี้ อาจยึดตาม เกณฑ์มาตรฐานของ สปสช. และแนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรอง และเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและใน ชุมชนโดยสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

3.3 การประเมินปัญหาและให้การดูแลแบบเป็นองค์รวม

หลักการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาให้บริการแก่ผู้ป่วย เบาหวานอย่างครบถ้วนเป็นองค์รวม ได้แก่ เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสั้น หรือ BATHE technique BATHE technique คือ การเน้นใช้ “คำถามปลายเปิด” เพียงไม่กี่คำถาม แต่ทำให้ ผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะสื่อสารกับผู้ให้บริการ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการได้ รับรู้ข้อมูลต่างๆ ที่แสดงให้เห็นความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ และบริบทที่แสดงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วย อย่างแท้จริงเทคนิคนี้ จะทำให้ผู้ให้บริการประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยให้ความสนใจได้รวดเร็ว ไม่ทำให้ ผู้ให้บริการมัวไปพูดคุยถึงปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะแก้ไข หรือเห็นว่าไม่จำเป็นที่จะต้องทำ ในตอนนี้และเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการสามารถให้คำแนะนำปรึกษาที่จำเพาะกับบริบทของตัวผู้ป่วย เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แก้ไขหรือปรับตัวกับปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่จะนำเทคนิคนี้ ไปใช้จำเป็นต้องมีทักษะในการฟังที่ดี และมีทัศนคติที่เปิดกว้างที่จะรับฟังข้อมูลต่าง ๆ จากตัว ผู้ป่วยโดยไม่ตัดสินด้วยความคิดความเข้าใจของผู้รับบริการเอง การประยุกต์ใช้ BATHE technique สามารถใช้ได้ทั้งในหน่วยบริการและระหว่างเยี่ยมบ้าน หรือกิจกรรมในชุมชนได้ ทั้งนี้ ต้องฝึกฝนการประยุกต์ใช้แนวคิดโดยการปฏิบัติจริงจะได้ผลดี มีทักษะเพิ่มพูนและก่อให้เกิดผล อย่างแท้จริง

3.4 บทบาทของสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทโรงพยาบาลและ รพ. สต. นั้นเป็นส่วนที่ต้องเกื้อหนุนการจัดระบบดูแลซึ่งกันและกันระบบที่ดีในบริบท รพ. สต. ควรจะมีปัจจัยเอื้อสำคัญในการพัฒนาการดูแล คือ มีแพทย์และทีมงานที่เข้าใจธรรมชาติ สภาพปัญหาผู้ป่วยเรื้อรังอย่างแท้จริง เข้าใจชีวิตที่เป็นจริงของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นทีม ที่เสริมบทบาทซึ่งกันและกัน ประกอบกับการมีระบบงานที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทและเป้าหมาย เพื่อไม่ให้เป็นระบบบริการสร้างความทุกข์ให้กับคนทำงานจนไม่สามารถพัฒนาตนเองและพัฒนางานได้อย่างต่อเนื่องได้อีก นอกจากนี้ยังต้องมีทีมงานที่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของคนที่สามารถจะเรียนรู้และพัฒนาไม่ว่าจะเป็นทีมงาน ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในชุมชนอย่างไรก็ตาม การรับรู้บทบาทหลักบทบาทรองของกันและกันตลอดจนข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยทำให้ รพ. สต. และโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถทำงานร่วมกันได้

แพทย์ มีบทบาทในการตรวจรักษา ให้คำปรึกษาเชิงลึกทั้งในเรื่องโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค เป็นที่ปรึกษาหรือเป็นผู้นำทีมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นหนึ่งในทีมเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านของ รพ. สต. และยังคงเป็นที่ปรึกษาด้านองค์ความรู้ของการรักษาโรคเรื้อรังดังกล่าวด้วย

พยาบาลวิชาชีพ ถือเป็นบุคลากรหลักในการจัดบริการคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง มีบทบาทในการจัดระบบบริการ การให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นผู้ดำเนินการจัดการทีมเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และยังคงประสานการดูแลผู้ป่วยกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ด้วย

นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เป็นบุคลากรหลักในการพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพการดูแลของกลุ่มผู้ป่วย ร่วมประสานกับชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

เภสัชกร มีบทบาทหลักในบริการเภสัชกรรมใน รพ. สต. ในหน่วยบริการที่ยังไม่มีเภสัชกรประจำ จำเป็นต้องได้รับการนิเทศติดตามจากเภสัชกรในโรงพยาบาลเพื่อให้บริการเภสัชกรรมได้ตามมาตรฐาน รวมทั้งการบริหารระบบยาและเวชภัณฑ์ นอกจากนี้เภสัชกรควรมีโอกาสได้ร่วมเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในเชิงลึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย

นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร มีบทบาทช่วยได้อย่างดีในเรื่องการให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการกินอาหาร และให้คำปรึกษาเฉพาะรายที่มีปัญหาการควบคุมอาหาร

รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสภาพการกินและการปรุงอาหารซึ่งจะเน้นในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนและ/หรือควบคุมโรคไม่ได้

นักกายภาพบำบัด มีบทบาทหลักในการจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การให้คำปรึกษาเพื่อออกแบบการเคลื่อนไหวสำหรับกลุ่มผู้ป่วยอ่อน หรือมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม ช่วยในด้านการดูแลเท้า แผลที่เท้า การฝึกเดินในกรณีผู้ป่วยที่ตัดเท้า ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด

นักศึกษาศึกษา มีบทบาทเป็นทีมในการให้ความรู้ และจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ติดตามเยี่ยมในชุมชน ร่วมกระตุ้นการจัดตั้งชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ทันตแพทย์/ทันตภิบาล มีบทบาทในคัดกรองและดูแลสุขภาพช่องปาก

นักจิตวิทยา มีบทบาทช่วยในการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาเชิงลึก โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต วิธีคลายเครียด การแก้ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว

แพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ มีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วยและให้คำปรึกษาตามความจำเป็น ในกรณีที่มีการประสานโดยแพทย์หรือทีมในโรงพยาบาลเพื่อปรึกษาและจัดระบบการส่งต่อในกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะด้านต่างๆ เช่น จักษุแพทย์ อายุรแพทย์ (ด้านไต หัวใจ ต่อมไร้ท่อ) ศัลยแพทย์ทั้งจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทั้งนี้ ในบริบท รพ. สต. องค์ประกอบของทีมบริการและบทบาทการทำงานที่หนุนเสริมกันเป็นเรื่องจำเป็นมาก การจัดการจึงมีได้หลายลักษณะตามศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรที่มีและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเหมาะสมของสภาพความพร้อมในพื้นที่

3.5 การจัดบริการตรวจภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อนประจำปี เพื่อป้องกันความพิการจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเข้มงวดในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง หากไม่สามารถทำการตรวจให้ผู้ป่วยได้ทุกรายผู้ที่มีความเสี่ยงมากที่สุดควรได้รับการตรวจก่อนโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับ รพ. สต. ควรจัดทำแนวปฏิบัติและวางแผนการให้บริการตรวจภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ หรือเข้าถึงการตรวจภาวะแทรกซ้อนได้ทุกราย หากไม่สามารถตรวจได้ทุกรายก็ควรเรียงลำดับความสำคัญกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการตรวจคัดกรอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานานหรือไม่เคยตรวจ หรือมีปัจจัยเสี่ยงสูงควรได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วนบางกรณีอาจใช้เจ้าหน้าที่ รพ. สต. และ เครือข่าย อสม. ที่ได้รับการพัฒนา ร่วมตรวจคัดกรองในระดับที่สามารถจัดการได้ด้วยโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับ รพ. สต.

ควรจัดทำแนวปฏิบัติและวางแผนการให้บริการตรวจภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจหรือเข้าถึงการตรวจภาวะแทรกซ้อนได้ทุกราย หากไม่สามารถตรวจได้ทุกรายก็ควรเรียงลำดับความสำคัญกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการตรวจคัดกรอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานานในบริษัทที่ขาดทรัพยากรสนับสนุน เช่น ไม่มีงบประมาณไม่มีจักษุแพทย์ ไม่มีผู้เชี่ยวชาญในการรักษาความผิดปกติของเท้าควรมีการประสานงานหาการสนับสนุนจากหน่วยงาน หรือองค์กรภายนอกเครือข่าย เช่น การจัดหาจักษุแพทย์เข้ามาตรวจตาผู้ป่วยหรือ การจัดหาเครื่องถ่ายภาพจอประสาทตาเพื่อใช้ตรวจเบื้องต้น โดยจักษุแพทย์ หรือหากตรวจเท้าผู้ป่วยพบเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ควรมีระบบปรึกษาและส่งพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ รพ. สต. ควรร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายให้มีระบบการเตือนและจัดบริการตรวจภาวะแทรกซ้อนเป็นงานประจำต่อเนื่องตลอดปี เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด ให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อยปีละครั้ง ตามมาตรฐาน รวมทั้งควรมีการทบทวนข้อมูลในแฟ้มผู้ป่วยปีละครั้ง เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปีอย่างครบถ้วนเหมาะสม

4. การให้คำปรึกษา

4.1 การให้คำปรึกษารายบุคคล

มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้โอกาสทำความเข้าใจเชิงลึกในการดูแลรักษาตนเอง พุดระบายความรู้สึกคับข้องใจทำให้ลดความเครียดและความวิตกกังวล ได้เข้าใจปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตัวโรคของตนเองอย่างถ่องแท้ เข้าใจสาเหตุของผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย วิธีการรักษาหรือวิธีแก้ไข หรือวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้สามารถพัฒนาตนเอง และดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม ควรมีการจำแนกผู้ป่วยที่พบว่ามีปัญหา ต้องการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง และให้เวลาในการให้คำปรึกษาพอสมควร หากไม่มีเวลาในวันตรวจรักษา อาจนัดมาให้คำปรึกษาในวันอื่นตามสะดวกหรือใช้การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจธรรมชาติของโรค วางเป้าหมายการร่วมดูแลรักษาและปรับพฤติกรรมได้เหมาะสม ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจหลายประเด็น

4.2 การให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group)

มีจุดประสงค์เพื่อใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยกันเองเพื่อเสริมความรู้ความเข้าใจ โดยเฉพาะสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการดูแลตนเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษามากขึ้น ผู้ให้บริการจะเป็นเพียงผู้สนับสนุนให้กลุ่มเกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนอย่างเหมาะสมและได้ประโยชน์สูงสุด ควรมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหา และผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างที่ดีได้ นำมาทำกลุ่มร่วมกันอย่างสม่ำเสมอโดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมและระยะเวลาตามความเหมาะสม

4.3 เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change)

จากแผนภาพขั้นตอนการปรับพฤติกรรม จะเห็นว่าเป็นเทคนิคที่ทำให้สามารถประเมินความต้องการและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประยุกต์ใช้กับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีต่างๆ เช่น การติดบุหรี่ การติดแอลกอฮอล์ เป็นต้น หรือแม้แต่การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสติ เป็นต้น ตัวอย่างที่นำไปใช้ได้ หลักการสำคัญ คือ ผู้ให้บริการควรวิเคราะห์ให้ได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนไหนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผู้ให้บริการควรมีการตอบสนองที่เหมาะสมในขั้นตอนนั้นๆ จะทำให้ผู้ป่วยขยับไปสู่ขั้นตอนถัดไปได้ จนไปสู่การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างคงทนถาวร อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาในแต่ละขั้น หากแรงจูงใจของผู้ป่วยยังไม่หนักแน่นมั่นคงผู้ให้บริการต้องรู้จักขั้นตอนต่างๆ ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองมีปัญหา ซึ่งโดยมากผู้ป่วยมักจะมีพฤติกรรมตามความเคยชิน ซึ่งขั้นนี้ผู้ป่วยยังพอใจที่จะใช้ชีวิตตามพฤติกรรมเดิม และยังไม่ต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นที่ 2 สนใจไตร่ตรอง (contemplation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักประสบกับผลกระทบของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ทั้งโดยตนเอง หรือ คนใกล้ชิด เช่น มีอาการจากน้ำตาลสูง มีญาติเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตหรือ ตนเองเริ่มมีอาการผิดปกติ เช่น ชามือชาเท้า เหนื่อยง่าย มีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นแล้ว เช่น เป็นโรคหัวใจ โรคอัมพาต แผลเรื้อรังที่เท้า เป็นต้น ทำให้เริ่มตระหนักถึงผลเสียของโรคที่เป็นอยู่

ขั้นที่ 3 ตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (determination) ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจมีปัจจัยเสริมอื่นๆ ที่เหมาะสม เช่น ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมไม่มีภาระในครอบครัว หรือภาระงานไม่หนักหนา ไม่มีความเครียดเริ่มมีวิถีชีวิตที่ใส่ใจสุขภาพของตนเอง หรือมีตระหนักถึงปัญหาพฤติกรรมของตนเองที่ทำให้ควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงไม่ได้

ขั้นที่ 4 ลงมือปฏิบัติ (action) ในขั้นนี้ผู้ป่วยกำลังลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยอาจกระทำไม่ได้ไม่สม่ำเสมอในบางช่วง และลองถูกลองผิดในหลายๆ วิธีเพื่อให้ลงตัวกับวิถีชีวิตของตนเอง

ขั้นที่ 5 กระทำต่อเนื่อง (maintenance) ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แล้วประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิดค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองจะคงพฤติกรรมที่ดีนั้นไว้ได้

ขั้นที่ 6 กลับไปมีปัญหาล้ำ (relapse) ในขั้นนี้ผู้ป่วยเริ่มการปล่อยเนื้อปล่อยตัว การไม่ดูแลตนเอง ความประมาทเดินเล่น การเผลอใจกลับไปมีพฤติกรรมเดิมไม่สามารถมีกำลังใจเข้มแข็ง หรือไม่มีวิธีการที่จะจัดการกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ดีได้ ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาทางจิตที่ตามมาหลังจากการเผลอใจไปใช้ เช่น รู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ไม่เคารพนับถือตนเอง ปฏิเสธความจริง เป็นต้น จนกระทั่งควบคุมตัวเองไม่ได้ กลับไปมีพฤติกรรมเดิม ไม่สนใจจะปรับเปลี่ยนอีกต่อไป

4.4 เทคนิคของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ(Motivational Enhancement Therapy-MET)

เทคนิคที่สำคัญในวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ Motivational Enhancement Therapy สรุปได้เป็นตัวอักษรย่อคือ FRAMES ได้แก่

F = Feed back ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อเท็จจริงของผู้ป่วยคนอื่นๆ มาสะท้อนถึงความรุนแรงของโรค การอธิบายวิธีการแปลผลการตรวจต่างๆ การดำเนินของโรคที่เป็นไปอย่างช้าๆ ในร่างกายที่เราอาจจะไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ผลเสียจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

R = Responsibility เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการดูแลรักษาตนเอง ผู้ให้บริการไม่สามารถบังคับให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ เป็นสิทธิของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ที่จะดูแลหรือไม่ดูแลตนเอง ผู้ให้บริการมีหน้าที่เพียงแนะนำสิ่งที่ดีที่สุด และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้

A = Advice หมายถึง คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และจำเป็นต่อการตัดสินใจ เช่น แนวทางการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด เทคนิคต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น ซึ่งคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ที่แท้จริง ผู้ป่วยต้องสามารถนำไปทำได้ตามบริบท วิถีชีวิตของผู้ป่วยเอง

M = Menu ทางเลือกในการปฏิบัติ ไม่ควรมีมากเกินไป หรือน้อยจนเกินไป เช่น นอกจากการเข้ายาแผนปัจจุบัน อาจเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยลองใช้ยาสมุนไพรตามความเชื่อศรัทธา โดยต้องแน่ใจว่าไม่เกิดอันตราย และสามารถควบคุมน้ำตาลได้จริง หรือ มีทางเลือกในการออกกำลังกายหลายๆ แบบตามอายุ วัย เช่น รำตะบอง รำมวยจีน กายบริหาร เดินเร็ว เต้นแอโรบิก

E = Empathy ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วย ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นยาก เป็นการฝืนความเคยชิน และอาจทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์ได้ ดังนั้นผู้ให้บริการควรแสดงความเข้าใจเห็นใจผ่านทางคำพูด ท่าทาง และแสดงการให้กำลังใจ

S = Self efficacy ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่า ตนเองมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงได้ มีความสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

4.5 การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องประเมินศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และแรงเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ (ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา) ประกอบด้วย

4.5.1 ประเมินด้านคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อการรักษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค และวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4.5.2 ประเมินการปรับเปลี่ยนด้วยตนเองของผู้ป่วย ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด/ระดับความดันโลหิต

4.5.3 ประเมินความร่วมมือในการรักษา เช่น การเข้ายารอย่างถูกต้องและสม่ำเสมออุปสรรคในมาตรวจรักษาตามนัด

4.5.4 ประเมินผลการควบคุมโรค ได้แก่ ผลการควบคุมระดับความดันโลหิต ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับ HbA1C ระดับไขมันในเลือด

4.5.5 ประเมินปัญหาด้านจิตสังคมที่อาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือความร่วมมือในรักษา

4.6 ผลลัพธ์ของการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในแต่ละช่วงเวลานั้นจะไม่เหมือนกัน ดังแสดงในแผนภูมิด้านล่างหลังจากการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประมาณ 6 เดือนจึงจะเห็นการดีขึ้นของอาการทางคลินิก ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการประเมินเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีการพัฒนาต่อไปโดยผลลัพธ์ในแต่ละระยะๆ

4.6.1 ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ ซึ่งหลังจากการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ผู้ป่วยสามารถทราบว่าจะต้องทำอะไร ทำอย่างไร ด้ต้องการที่จะทำและสามารถทำตามที่ได้เรียนรู้ เพื่อเป้าหมายในการให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประเมินทุกครั้งที่ได้รับการเรียนรู้

4.6.2 ผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังแสดงในตาราง โดยประเมินก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติ ทุก 2 - 4 สัปดาห์ และทุก 3 - 6 เดือน

4.6.3 ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก โดยการประเมินผลการตรวจ ความดันโลหิต น้ำหนักตัวหรือดัชนีมวลกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับ HbA1C ระดับไขมันในเลือด และการตรวจตาและเท้า

4.6.4 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยการประเมินด้านคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความสามารถในการแก้ปัญหา

5. การจัดบริการด้านเภสัชกรรม

สำหรับใน รพ.สต. ที่ไม่มีเภสัชกรที่ปรึกษาหรือร่วมจัดบริการเป็นประจำ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ควรมีความเข้าใจในหลักการของการควบคุมคุณภาพบริการเภสัชกรรม เน้นการจ่ายยาให้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง สามารถท้วงติงแพทย์ในกรณีเกิดความผิดพลาดในการสั่งยาของแพทย์ และสามารถให้ความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาที่ซับซ้อนๆ แก่ผู้ป่วยได้ หากเป็นไปได้ จุดจ่ายยาแต่ละวันควรมี “ผู้จ่ายยา” และ “ผู้จัดยา” เพื่อสามารถทำการตรวจสอบความถูกต้องของการจัดยาได้สองครั้ง (double checking) ก่อนที่จะจ่ายยาให้ผู้ป่วย โดยผู้จ่ายยาควรเป็นเภสัชกรที่มาร่วมบริการ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับฝึกอบรมด้านการใช้ยา ซึ่งสามารถให้ข้อมูลและตอบคำถามใดๆ เพิ่มเติมได้ ส่วนผู้จัดยาจะเป็นเจ้าหน้าที่ใดก็ได้ การใช้ยาที่เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะการให้บริการเภสัชกรรม มีดังนี้

1. การให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยา ผู้ป่วยบางรายเมื่อมีการแนะนำในขณะเวลานั้น จะมีความสนใจและเข้าใจวิธีการใช้ยาได้ดี โดยจะจำวิธีการใช้ยาหรือจำลักษณะยาและสีของยา โดยไม่ใส่ใจรายละเอียดบนซองยา การไม่ทราบชื่อยาก็มีผลต่อการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยได้ ดังนั้น จึงควรมีการแนะนำและให้สังเกตการอ่านซองและวิธีการใช้ยาบนซองยาด้วย เพราะถึงแม้ว่าข้อความบนซองมีรายละเอียดครบ แต่ถ้าไม่อ่านคำแนะนำที่มีอยู่ก็ไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย

2. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค บางครั้งผู้ป่วยยังมีความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งต้องมีการให้คำแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและรวมถึงการปฏิบัติตนร่วมกับความรู้เรื่องการใช้ยาด้วย

3. การให้คำแนะนำ ปรึกษา และติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นปกติมาตลอดนั้น โดยอาจให้นำยามาด้วยทุกครั้งเพื่อประเมินและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา หรือ ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ให้สูงจากเดิมอย่างต่อเนื่องป้องกันภาวะอาการแทรกซ้อนที่จะตามมา

4. การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ผู้ป่วยรายใหม่ควรได้รับคำแนะนำทุกราย และเรียนรู้ในการปฏิบัติตนทุกด้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

มีการติดตามผลและความสามารถในการใช้ยาและการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพื่อการรักษาที่ได้ผลต่อไป

6. การให้บริการต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการระหว่างหน่วยบริการและติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

รพ.สต.เปรียบเสมือนหน่วยบริการที่เป็น “แพทย์เจ้าของคนไข้” ซึ่งต้องติดตามดูแลคนไข้ของตนเองอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอจนสิ้นสุดการดำเนินของโรครูปธรรมของการให้บริการต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ครอบคลุมการนัดรับยาต่อเนื่อง การติดตามกรณีขาดนัดการเยี่ยมดูแลที่บ้าน ภายใต้การบันทึกข้อมูลต่อเนื่อง

6.1 การนัดผู้ป่วยรับยา

ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการใช้ยา และต้องกินยาอย่างสม่ำเสมอทุกวัน การนัดผู้ป่วยรับยาจึงเป็นการให้การรักษอย่างต่อเนื่องและติดตามปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสม รพ. สต. ต้องมีระบบนัดที่เหมาะสมสามารถตรวจสอบได้ว่า แต่ละวันได้นัดผู้ป่วยคนไหนบ้าง มีการกระจายนัดผู้ป่วยให้มีจำนวนที่เหมาะสมสำหรับการตรวจรักษาในแต่ละวัน และสามารถจะระบุผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดได้ อาจจะเป็นระบบใช้เอกสาร หรือระบบคอมพิวเตอร์ หรือเทคนิคอื่นๆ เช่น การใช้กล่องบัตรนัด การมอบหมาย อสม. ในพื้นที่รับผิดชอบติดตามที่บ้านหรือโทรศัพท์ติดตามเพื่อการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้การนัดผู้ป่วยมารับยาหากคำนึงถึงความสะดวกของผู้ป่วยเป็นหลักจะทำให้เพิ่มอัตราการมารับยาตามนัดของผู้ป่วยด้วย ตัวอย่างเช่น

6.1.1 ในบางพื้นที่หากมีการนัดผู้ป่วยตามหมู่บ้าน ผู้ป่วยจะมีความสะดวกมากขึ้นในการมาตรวจด้วยกัน พร้อมๆ กันผู้ป่วยสามารถมารถคันเดียวกัน ไปและกลับด้วยกันและไม่สิ้นนัดด้วย

6.1.2 ในบางพื้นที่ที่มีการนัดผู้ป่วยมาตรวจน้ำตาลในเลือดไว้ในตอนเช้า แล้วผู้ป่วยสามารถมารับยาหรือพบแพทย์ในตอนเย็นได้ เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องหยุดงานในวันนั้น

6.1.3 ในบางพื้นที่มีระบบการส่งต่อยาสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางไปรับยาต่อเนื่องได้ที่โรงพยาบาล แต่ให้ผู้ป่วยหรือญาติไปรับที่ รพ. สต. หรือเจ้าหน้าที่รพ. สต. นำยาไปให้เมื่อต้องเยี่ยมบ้านโดยไม่ให้ผู้ป่วยปัญหาขาดยา

6.2 การติดตามผู้ป่วยขาดนัด

ผู้ป่วยขาดนัดเป็นสัญญาณแรกๆ ของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ ทำให้ผลการรักษาไม่ดี ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การไม่ตระหนักในอันตรายของตัวโรค ขาดความรู้ มีปัญหาด้านครอบครัว จิตสังคม

เศรษฐกิจ เป็นต้น ดังนั้น การติดตามผู้ป่วยขาดนัดจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหันกลับมาให้ความร่วมมือในการรักษา และเป็นโอกาสที่จะได้ประเมินปัญหาที่แท้จริง และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยขาดนัดอาจจะใช้ระบบการติดตามด้วยโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน หรือ การติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน แกนนำผู้ป่วย รวมทั้ง ผู้นำชุมชนทั้งทางการและไม่ทางการ

6.3 การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การเยี่ยมบ้าน เป็นการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ เพราะทำให้ผู้ให้บริการเห็นสภาพที่แท้จริง วิถีชีวิต และปัญหาซึ่งเป็นบริบทของผู้ป่วย และยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีอีกด้วย

6.3.1 จุดประสงค์ในการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน ได้แก่

1) ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและให้การดูแลเป็นองค์รวม เป็นการประเมินในเชิงลึก สามารถจะได้ข้อเท็จจริงที่ชัดเจนมากกว่าการพูดคุยที่ รพ. สต. นอกจากจะได้ข้อมูลจากการพูดคุยสอบถามทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ และเพื่อนบ้านใกล้ชิดแล้ว ยังสามารถสังเกตความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วย และผู้ให้บริการสามารถสอดแทรกความรู้ เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

2) ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการทางการแพทย์ เช่น ทำแผล กายภาพบำบัด หรือนายาไปให้ ในผู้ป่วยที่มีความจำเป็น ต้องได้รับบริการที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ มากกว่าผู้ป่วยพิการ ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง(อัมพาต) ผู้ด้อยโอกาส ผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมและครอบครัว เป็นต้น

3) ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามให้การรักษาต่อเนื่อง ในกรณีผู้ป่วยขาดนัด เป็นการให้บริการเชิงรุก เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการดูแลรักษาตนเองและสนใจกลับมารักษาอย่างต่อเนื่อง

6.3.2 แนวทางการประเมินผู้ป่วยเบาหวานขณะเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงควรประเมินผู้ป่วยเชิงลึก เพื่อเป็นประโยชน์การปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยมีเครื่องมือช่วยจดจำเพื่อที่จะประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ครบถ้วนรอบด้าน โดยใช้ตัวย่อว่า INHOMESSS ดังนี้

I=Immobility ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้มาก-น้อยเพียงใด

1) กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น ลุกจากที่นอน อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ แต่งตัวเองได้ กินได้ ขับถ่ายสะดวก กลั้นได้หรือไม่

2) กิจวัตรอื่นๆ ที่ใช้แรงมากขึ้น เช่น ทำงานบ้าน จ่ายตลาดทำอาหาร



N=Nutrition ประเมินว่า ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอย่างไรอาหารโปรด
วิธีการเตรียมอาหาร ปริมาณอาหารที่กิน วิธีการกินอาหาร นิสัยการกิน

H=Housing ประเมินสภาพบ้านมีลักษณะอย่างไร

1) ภายในบ้าน เช่น แออัด โปรงสบาย สะอาด
2) รอบบ้าน เช่น มีบริเวณหรือไม่ รอบบ้านเป็นอย่างไรรั้วรอบขอบชิด
หรือทะลุถึงกันกับเพื่อนบ้าน

3) เพื่อนบ้านเป็นใคร ลักษณะอย่างไร ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วยและ
ครอบครัวเป็นอย่างไร

O = Other people ประเมินว่าภาวะบทบาทหน้าที่ ของสมาชิกในบ้าน
เป็นอย่างไร มีผลต่อผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร สมาชิกในบ้านป่วยเป็นอะไรหรือมีความเสี่ยงด้าน
สุขภาพอะไร

M = Medication ประเมินว่าผู้ป่วยกินยาอะไรบ้าง กินอย่างไร ถูกต้อง
หรือไม่ มีวิธีจัดยาแต่ละมื้ออย่างไร มียาอื่นอะไร บทบาทแพทย์ร่วมกับทีม รพ.สต ในการเยี่ยมบ้าน
และให้การดูแลอย่างเป็น องค์รวมอีกบ้าง ที่นอกเหนือจากแพทย์ประจำตัวสั่ง เช่น ยาสมุนไพร
อาหารเสริม ยาหม้อ ยาพระ เป็นต้น

E = Examination ประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยการตรวจร่างกายที่จำเป็น
เช่น วัดความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ดูภาวะเลือดจาง เหลือง การรับรู้ ฟังปอด
หัวใจ ตรวจการเคลื่อนไหวของร่างกาย และ ข้อ การตรวจดูแผลกดทับ เป็นต้น

S = Safety ประเมินสภาพความปลอดภัยในบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและ
ญาติปรับสภาพภายในบ้านที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

S = Spiritual health ประเมินความเชื่อ ค่านิยม ประเพณีการนับถือ
ศาสนาพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมิน
ความคิด ภาวะจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งวิธีจัดการความเครียด

S = Services ประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และ
การดูแลสุขภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล มีสิทธิการรักษาใด หรือมีบริการอื่นใด รวมทั้งบริการที่
อยู่นอกเหนือเรื่องสุขภาพในละแวกบ้านที่ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้บริการได้อีกบ้าง

6.3.3 การสรุปผลและวางแผนการดูแลหลังเยี่ยมบ้าน

ก่อนสิ้นสุดการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งทีมเยี่ยมบ้านและครอบครัว ควรมีการ
พูดคุยแลกเปลี่ยน รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อสรุปว่ามีความจำเป็นต้องเยี่ยมบ้านดูแล
ผู้ป่วยรายนี้ต่อไปอีกหรือไม่ อย่างไร และควรแจ้งแผนการรักษาและการดูแลต่อเนื่อง (เช่น จะรักษา

ผู้ป่วยอย่างไร บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร จะมีการมาติดตามดูแล ต่อเนื่องอีกเมื่อใด) กับผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับทุกครั้งหลังจากเยี่ยมบ้านควรมีการบันทึก ข้อมูลที่สำคัญในแฟ้มครอบครัวทุกครั้ง เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทั้งในสถานบริการ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

7. การเชื่อมต่อบริการระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต.

7.1 การเชื่อมต่อบริการ สามารถทำได้ด้วย

7.1.1 การพัฒนาให้มีแนวทางและมาตรฐานการรักษาเดียวกัน

7.1.2 การจัดระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลด้านการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านความรู้และทักษะการให้บริการการสนับสนุนระบบยาและ เวชภัณฑ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการตลอดจนการรับส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดร่วมกันตลอดจนการ มีช่องทางให้คำปรึกษาจากแพทย์ หรือพยาบาลที่ได้รับมอบหมายในโรงพยาบาลได้สะดวก

7.1.3 การเอื้อให้เกิดกิจกรรมที่ดำเนินงานร่วมกัน เช่น การจัดกิจกรรมร่วม หรือ ช่วยให้มีบุคลากรจากโรงพยาบาลทำงานร่วมกับรพ. สต. แบบเพื่อนช่วยเพื่อนในการจัดบริการใน รพ. สต. การกำหนดปฏิทินตรวจสุขภาพตามช่วงเวลาเดียวกันทั้งเครือข่าย กิจกรรมการจัดการ ความเสี่ยง การจัดกิจกรรมเสริมศักยภาพในลักษณะต่างๆ เช่น ชมรมหรือค่าย การมีทีมร่วมกัน ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร จะมีการมาติดตามดูแลต่อเนื่องอีก เมื่อใด) กับผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับทุกครั้งหลังจากเยี่ยมบ้านควรมีการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ ในแฟ้มครอบครัวทุกครั้ง เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทั้งในสถานบริการ และการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในเขตที่ รพ.สต. รับผิดชอบเมื่อต้องนอนที่โรงพยาบาล

7.1.4 การร่วมใช้ข้อมูลบริการและใช้ผลงานตามตัวชี้วัดร่วมกันเพื่อใช้ติดตาม พัฒนาทีมและระบบงาน ตลอดจนใช้เพื่อเทียบเคียง (benchmark) กับพื้นที่ใกล้เคียงที่มีการ ดำเนินงาน

7.2 การเชื่อมต่อระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนให้เกิดการส่งต่อ-รับกลับที่มี ประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เกินความสามารถของรพ. สต. เช่น ผู้ป่วยที่มี ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง การรักษาโรคหัวใจขาดเลือด การตรวจตาโดยจักษุแพทย์ การที่ผู้ป่วย จำเป็นต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น ต้องมีระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยหลังการ ส่งต่อด้วยการใช้เอกสารนำส่งและรับกลับข้อมูล ระบุวินิจฉัย เหตุผล และผลการรักษา รวมทั้ง แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องสำหรับทีมบริการ รพ. สต. นั้นๆ ต่อไปข้อมูลสำคัญที่ รพ. สต. ใน พื้นที่ควรได้จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยในเขต รพ. สต. ที่พัก

รักษาที่โรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แผลที่เท้า ภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เป็นต้น ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน รวดเร็ว และเชื่อมโยงต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล และ รพ.สต. เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับตัวผู้ป่วยในการดูแลที่ต่อเนื่อง

8. การดำเนินการเชิงรุกร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การตรวจสอบว่าสิ่งที่ทำเป็นการทำงานเชิงรุกหรือไม่นั้นพิจารณาจากการเห็นเป้าหมายการทำงานชัดเจน รู้ว่าต้องการให้ชุมชนเป็นอย่างไร ไม่รอให้ปัญหาเกิดแล้วค่อยดำเนินการ หรือมีปัญหาเกิดขึ้นได้ลงไปทำงานแก้ไขที่สาเหตุของปัญหา และทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็น “ปัญหาของชุมชน” การทำงานเชิงรุกในชุมชน คือ การที่มุ่งเข้าไปจัดการที่ปัจจัยความเสี่ยงและเสริมปัจจัยที่สร้างสุขภาพในระดับชุมชน ที่จะเป็นแรงหนุนเสริมโอกาสให้กับระดับบุคคลในการปรับเปลี่ยนและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้โดยที่ชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาด้วยตนเองบันได้สำคัญขั้นแรกที่จะทำให้ชุมชนได้เข้ามาเป็นเจ้าของปัญหาอย่างแท้จริง คือ การทำให้ชุมชนตระหนักว่าโรคเหล่านี้เป็นปัญหา รูปธรรมการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงในชุมชนมีมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการเข้าคิวรอรับบริการยาวอย่างไม่เคยมีมาก่อน มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์อยู่ในระดับปัญหาในระดับบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน

8.1 ข้อสังเกตชุมชนที่มีความเสี่ยง

8.1.1 ด้านแหล่งอาหารในชุมชน ปัจจุบันจะพบว่าแหล่งอาหารในชุมชนเปลี่ยนไป เนื่องจากการคมนาคมสะดวกขึ้น มีการนำสินค้าและอาหารจากภายนอกชุมชนเข้าไปชุมชนมากขึ้น ทั้งในรูปของ ตลาดนัด อาหารสดอาหารสำเร็จรูป การมีร้านค้าในชุมชน ร้านอาหาร แผงลอยในชุมชนมากขึ้น ทำให้มีการซื้ออาหารสำเร็จกินมากกว่าปรุงเองในครอบครัว แต่ชุมชนใดที่ยังมีแหล่งอาหารตามธรรมชาติอยู่มาก เช่น อาหารป่า พืชผักพื้นบ้าน ผักสวนครัว แสดงถึงคนในชุมชนได้รับประทานอาหารที่ปลอดภัย ปรุงอาหารกินเอง ชุมชนที่มีร้านค้ามาก จะมีเครื่องปรุงรสมาก ร้านค้าที่มีตู้แช่มากแสดงถึงพฤติกรรมค่านิยมในการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เบียร์ เครื่องดื่มกระป๋อง เช่นกาแฟกระป๋อง เป็นต้น

8.1.2 ด้านวัฒนธรรมการบริโภคของชุมชน ชนิดและประเภทของอาหารที่ชุมชนชอบรับประทาน เช่น อาหารมัน เนื้อแดง อาหารที่ต้องใช้กะทิ เป็นองค์ประกอบวัฒนธรรม ค่านิยมที่เน้นการบริโภค เช่น โต๊ะจีน งานเลี้ยงสังสรรค์ วันเกิด ค่านิยมในการบริโภคอาหารที่มีลักษณะการกินไม่ยั้งถ้ามีโอกาสได้กิน แพ้ขนการบริโภคสมัยใหม่ เช่น หมูกระทะ อาหารเร่งด่วน (fast food) ค่านิยมที่เชื่อว่า เครื่องดื่มน้ำอัดลมเป็นของดีใช้รับแขกเป็นการให้เกียรติ หรือใช้ถวายเป็น

พระ การมองเรื่องการบริโภคแบบเดิมไม่ทันสมัย การใช้วิถีชีวิตแบบเน้นความสะดวกสบาย เป็นชุมชนที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในอนาคตสูง

8.1.3 ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม อาชีพเกษตรกรรมที่มีวิถีการผลิตที่ต้องลงทุนสูง แข่งขันสูง เสี่ยงต่อการขาดทุน ในขณะที่เดียวกันมีโอกาสในด้านกำลังทรัพย์ทำให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น คนใช้แรงงานน้อยลง การคมนาคมสะดวก ทำให้สามารถเข้าถึงอาหารจากภายนอก เครื่องปรุงที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานมากขึ้น เช่น เครื่องปรุงรส เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำอัดลม กาแฟ เหล้า เบียร์ เศรษฐกิจดีมีร้านค้า ร้านอาหารมากขึ้นทำให้คนนิยมซื้อกินมากกว่าทำกิน

8.1.4 ปัจจัยทางด้านระบบสุขภาพ ระบบสาธารณสุขไม่เข้มแข็ง ชุมชนไม่มีปัจจัยเอื้อทางด้านสุขภาพ เช่น การส่งเสริมให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มเพื่อสุขภาพ การจัดให้มีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน การมีป้ายประชาสัมพันธ์หรือสื่อเผยแพร่ด้านสุขภาพในชุมชน การมีแผนโครงการเรื่องการสร้างสุขภาพ

8.1.5 ปัจจัยทางการเมือง ในชุมชนมีความแตกแยกของการเมืองท้องถิ่น ชุมชนไม่เข้มแข็ง หรือการเมืองท้องถิ่นยังไม่มีคุณภาพขาดวิสัยทัศน์ในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ส่งผลทำให้ไม่เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี

8.2 การพัฒนาภาคีความร่วมมือในชุมชน

การจัดการโครงการใดๆ ให้ประสบความสำเร็จ ผู้บริหารนั้นต้องรู้ตัวอยู่เสมอว่า ลำพังเฉพาะตนคนเดียวไม่สามารถจะทำงานนั้นให้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างราบรื่น เพราะคนเราจะมีความรู้ความชำนาญเพียงบางด้านเท่านั้น อีกหลายๆด้านต้องอาศัยความรู้จากประสบการณ์ ความชำนาญจากคนอื่น ๆ เปรียบเหมือนภาพจิ๊กซอว์ ที่ตัวต่อแต่ละชิ้นต่างมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน งานนั้นจึงจะไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการได้ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังก็เหมือนภาพจิ๊กซอว์ ที่เป็นวิสัยทัศน์ หรือจินตนาการของคนที่คุณดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทุกคนอยากเห็น ถ้าแบ่งภาพนี้เป็นส่วนๆ จะเห็นว่าประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญดังนี้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาลแม่ข่าย ประชาชนในชุมชน

ภาพจิ๊กซอว์ในส่วนของโรงพยาบาลแม่ข่าย ประกอบด้วยตัวต่อสำคัญ เช่น แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วย (อายุรกรรม, ศัลยกรรม, สูติกรรม, จักษุแพทย์, ฯลฯ) ทีมพยาบาล เกสซิกกร กายภาพบำบัดและทีมจากหน่วยต่างๆ ในโรงพยาบาลแม่ข่าย และทีมงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลชุมชน คนจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องสามารถผนึกกำลังของตัวต่อสำคัญเหล่านี้ให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างเข้าขาและสอดคล้องกัน

ภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวต่อตัวนี้เปรียบเสมือนสะพานเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับชุมชน พร้อมทั้งบริการดูแลรักษาสุขภาพชุมชน ความสำคัญอีกประการหนึ่งของตัวต่อตัวนี้ คือ ความเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุดย่อมมีศักยภาพที่จะโน้มน้าวเหนี่ยวนำให้กลุ่มคนในชุมชนตระหนักว่าการดูแลสุขภาพให้ได้ดีต้องร่วมมือกันไม่สามารถจะใช้วิธีฝากผีฝากไข้ได้เหมือนเมื่อก่อน ประเด็นสำคัญก็คือ การสร้างพฤติกรรมชีวิตใหม่ หลีกเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุน

ภาพจิ๊กซอว์ส่วนที่สำคัญที่สุดที่เรียกว่า “เพื่อนร่วมงานคนสำคัญ” ตัวต่อกลุ่มนี้มีส่วนกำหนดความสำเร็จ หรือล้มเหลวของระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นอย่างมาก “เพื่อนร่วมงานคนสำคัญ” กลุ่มนี้คือประชาชนในชุมชนที่ร่วมดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย บุคคลหลากหลายที่มีบทบาทหรือสถานะในชุมชนแตกต่างกัน แต่ในบทบาทที่ไม่เหมือนกันนั้นต่างก็เป็นกำลังสำคัญที่จะเกื้อหนุนให้ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถขับเคลื่อนไปได้ อย่างราบรื่น เช่น

1. พระภิกษุหลายรูปอันเป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชนท่านสามารถใช้บทบาทความเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณเทศนาสั่งสอนโน้มน้าวคนในชุมชนหันหน้ามาสู่พฤติกรรมชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการหลีกเลี่ยงอบายมุขและสิ่งเสพติด

2. ผู้นำท้องถิ่น เช่น นายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นส่วนสำคัญมิใช่น้อย บางท่านเป็นบุคคลที่ชาวบ้านเคารพนับถืออยู่แล้ว บางท่านก็มีความมุ่งมั่นสร้างผลงานเพื่อประชาชนในฐานะที่ชนอาสาเข้ามาทำงาน ตัวต่อกลุ่มนี้มีศักยภาพในบทบาทผู้นำตามตำแหน่งถ้าเห็นด้วยกับระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนก็จะกลายเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ โดยเฉพาะแผนงานและงบประมาณที่ได้รับจากท้องถิ่นที่จะทำประโยชน์ได้มาก

3. ตัวต่อที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งคือ ครู ในหลายชุมชน ครูมีบทบาทสำคัญในการนำทิศทางของคนในชุมชนเพราะตามสถานะที่ครูมีหน้าที่อบรมสั่งสอนบุตรหลานของคนในชุมชนความนับหน้าถือตาจะเกิดขึ้นตามธรรมชาติบวกกับแรงสำคัญอีกแรงหนึ่งคือเด็กนักเรียน ถ้ามีการถ่ายทอดเรื่องราวความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อการป้องกันโรคทางด้านพฤติกรรมแก่เด็กนักเรียนจะได้ประโยชน์ 2 อย่าง ดังนี้

3.1 เด็กจะเกิดการเรียนรู้ตั้งแต่เล็กๆ เพื่อกล่อมเกลาให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกับตัวเอง

3.2 เด็กจะส่งผ่านสิ่งที่ได้เรียนรู้ ไปสู่พ่อ แม่ ญาติผู้ใหญ่ด้วยความรักที่มีในครอบครัว อาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเป็นรูปธรรม

4. กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน (อสม.) กลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่ทุ่มเทแรงกายแรงใจให้อย่างมาก ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสามารถเข้าถึง เข้าใจ ตีความรู้ความรู้อาสาสมัครให้แก่อสม. และเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันกับตัวต่อกลุ่มนี้ได้ เราจะมีแนวร่วมที่มีศักยภาพสูงแทรกซึมเข้าถึงทุกบ้าน ทุกคุ้ม ทุกหมู่ในชุมชน เกิดเป็นขุมกำลังอันสำคัญที่จะเข้าถึงทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยได้แบบตัวต่อตัว ถ้าในชุมชนใดมีกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอยู่แล้ว เป็นหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องพยายามค้นหาผู้ป่วยที่เป็นบุคคลต้นแบบ หรือ role model (ที่สามารถเป็นแบบอย่างในการสร้างพฤติกรรมชีวิตใหม่อยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างปกติสุข) และพร้อมสนับสนุนคนต้นแบบเหล่านี้ให้ดึงดูคนโน้มน้าวผู้ป่วยคนอื่น ๆ ให้ปฏิบัติตามได้อย่างเป็นรูปธรรมบุคคลต้นแบบเป็นตัวต่อตัวที่สำคัญในชุมชน เพราะสามารถถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติตัว ในฐานะที่เป็นผู้ป่วยเหมือนกัน อยู่ในสิ่งแวดล้อมสังคมเดียวกัน และสามารถจะถ่ายทอดได้ทั้งความรู้และความรู้สึกได้อย่างน่าประทับใจและลึกซึ้ง

โดยสรุป ในบริบทการทำงาน รพ. สต. บทบาทในการทำงานร่วมกับกลุ่มที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุขมีความสำคัญสูงมาก ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ประชาชน กลุ่มแกนนำเพื่อเฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ผู้นำทางการและไม่ทางการ รวมทั้งกลุ่มสนับสนุนจากท้องถิ่นต่าง ๆ

ความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ

1. นิยามศัพท์ความพึงพอใจ

ในการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจ มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจในลักษณะที่คล้ายกันว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่ดีจากการได้รับการตอบสนองความต้องการของบุคคล

เกศณี ศรีคงอยู่ (2543, หน้า 27) ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า ความรู้สึกของบุคคล ซึ่งแสดงออกในด้านบวก ที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองและได้รับความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540, หน้า 98) กล่าวถึงความพึงพอใจว่าเป็นภาวะของความพึงพอใจ หรือภาวะอารมณ์มีอารมณ์ในทางบวกที่มีผลเกิดขึ้น เนื่องจากการประเมินประสบการณ์ของคน ๆ หนึ่ง สิ่งที่เขาคาดหวังไประหว่างการเสนอกับสิ่งที่ได้รับจะเป็นรากฐานแห่งความพอใจและไม่พอใจ

หลุยส์ จำปาเทศ (2533, หน้า 8) กล่าวว่า ความพึงพอใจหมายถึง ความต้องการได้บรรลุเป้าหมายพฤติกรรมที่แสดงออกมาก็จะมีความสุข ซึ่งสังเกตได้จากสายตาคำพูด และการแสดงออก ความพึงพอใจจะลดความเครียดที่มีอยู่ เมื่อคนบรรลุความต้องการแล้ว ความพึงพอใจก็จะเกิดขึ้น แต่ไม่ได้หมายความว่าเขาจะพอใจตลอดไป เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะหนึ่ง ความพึงพอใจนั้นก็ลดลงหรือหมดความหมายไปในที่สุด

อนงค์ เชื้อวัฒนา (2542, หน้า 38) กล่าวว่า ความพึงพอใจหมายถึงความรู้สึกของบุคคลที่แสดงออกในด้านบวกหรือด้านลบ มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ ซึ่งความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับ หรือบรรลุจุดมุ่งหมายในสิ่งที่ต้องการในระดับหนึ่ง และความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้นหากความต้องการหรือจุดมุ่งหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึก หรือการแสดงออกของบุคคลต่อการได้รับการตอบสนองตามความคาดหวังของแต่ละบุคคล โดยมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ต้องการ ถ้าหากได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการจะทำให้รู้สึกพึงพอใจ แต่ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการจะเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ

2. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ในการไปรับบริการตามสถานที่ต่างๆ ผู้รับบริการจะมีความรู้สึกและมีความคิดเห็นต่อการบริการในลักษณะของความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความพึงพอใจในการบริการจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินงานบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีลักษณะทั่วไปดังนี้ (สันทัด เสริมศรี, 2539, หน้า 24-37)

2.1 ความพึงพอใจเป็นการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกในทางบวกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด บุคคลจำเป็นต้องปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมรอบตัว มีการตอบสนองความต้องการส่วนบุคคลด้วยการโต้ตอบกับบุคคลอื่นและสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ทำให้แต่ละคนมีประสบการณ์ การรับรู้ เรียนรู้ สิ่งที่จะได้รับตอบแทนแตกต่างกันไป ในสถานการณ์การบริการก็เช่นเดียวกับ บุคคลรับรู้หลายสิ่งหลายอย่างเกี่ยวกับการบริหาร ไม่ว่าจะเป็นประเภทของการบริการหรือคุณภาพของการบริการ ซึ่งประสบการณ์ที่ได้รับจากการสัมผัสบริการต่าง ๆ หากเป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการ โดยสามารถทำให้ผู้รับบริการได้รับ สิ่งที่คาดหวังก็ย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีและพึงพอใจ

2.2 ความพึงพอใจเกิดจากการประเมินความแตกต่าง ระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่ได้รับจริงในสถานการณ์ ในสถานการณ์บริการก่อนที่ลูกค้าจะมาใช้บริการใดก็ตาม มักจะมีมาตรฐานของการบริการนั้นไว้ในใจอยู่แล้ว ซึ่งมีแหล่งอ้างอิงมาจากคุณค่า หรือเจตคติที่ยึดถือต่อการบริการ ประสบการณ์ดั้งเดิมที่เคยใช้บริการ จากการบอกเล่าของผู้อื่น การรับทราบข้อมูล การรับประกันบริการจากการโฆษณา การให้คำมั่นสัญญาของผู้ให้บริการเหล่านี้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ผู้รับบริการใช้เปรียบเทียบกับบริการที่ได้รับในวงจรของการให้บริการตลอดช่วงเวลาของความจริง

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ

ความพึงพอใจผู้รับบริการ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกในทางบวกของผู้รับบริการต่อการให้บริการ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่สำคัญ ๆ ดังนี้ (สันตติ เสริมศรี, 2539, หน้า 24 -37)

2.3.1 สถานที่บริการ การเข้าถึงการบริการได้สะดวกเมื่อลูกค้ามีความต้องการ ย่อมก่อให้เกิดพึงพอใจต่อการบริการ ทำเล ที่ตั้งและการกระจายของสถานที่บริการให้ทั่วถึง เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ลูกค้า จึงเป็นเรื่องสำคัญ

2.3.2 การส่งเสริมแนะนำการบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดขึ้นได้ จากการได้ยินข้อมูลข่าวสารหรือบุคคลอื่นกล่าวขานถึงคุณภาพของการบริการในทางบวก ซึ่งหาก ตรงกับความเชื่อที่มักจะมีความรู้สึกดีกับบริการดังกล่าว อันเป็นแรงจูงใจผลักดันให้มีความต้องการ บริการตามมาได้

2.3.3 ผู้ให้บริการ ผู้ประกอบการบริหารการบริการและผู้ปฏิบัติบริการ ล้วนเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานบริการ ให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจทั้งสิ้น ผู้บริหารการบริการที่วางนโยบายการบริการ โดยคำนึงความสำคัญของลูกค้าเป็นหลัก ย่อมสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้เกิดความพึงพอใจได้ง่ายเช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติงาน หรือพนักงานบริการที่ตระหนักถึงลูกค้าเป็นสำคัญ แสดงพฤติกรรมบริการ และสนองการบริการที่ลูกค้าต้องการความสนใจเอาใจใส่อย่างเต็มที่ด้วยจิตสำนึกของการบริการ

2.3.4 สภาพแวดล้อมของการบริการ มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของลูกค้า ลูกค้ามักชื่นชมสภาพแวดล้อมของการบริการเกี่ยวข้องกับการออกแบบอาคารสถานที่ ความสวยงามของการตกแต่งภายในด้วยเฟอร์นิเจอร์

2.3.5 ขบวนการบริการ มีวิธีการนำเสนอการบริการ ที่สร้างความพึงพอใจให้กับ ลูกค้ามีความคล่องตัวและสนองต่อความต้องการของลูกค้าได้อย่างถูกต้องมีคุณภาพ

2.4 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการย่อมมีความต้องการและคาดหวังในการไปรับบริการทุกครั้ง เมื่อไปรับบริการได้ประทับใจกับสถานการณ์ที่เป็นจริง ก็จะก่อให้เกิดการเปรียบเทียบกับความต้องการก่อนไปรับบริการและแสดงออกมาเป็นระดับความพึงพอใจ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ (ศิริพร ตันติพิบูลวินัย, 2538, หน้า 5) คือ

2.4.1 ความพึงพอใจที่ตรงกับความคาดหวัง เป็นการแสดงความรู้สึกยินดีมีความสุขของผู้รับบริการเมื่อได้รับการบริการที่ตรงกับความคาดหวังที่มีอยู่ เช่น ลูกค้าไป

รับประทานอาหารที่ร้านอาหารมีชื่อแห่งหนึ่ง รู้สึกไม่ผิดหวังที่อาหารอร่อยและบริการรวดเร็ว หรือลูกค้าเดินทางด้วยรถไฟถึงจุดหมายปลายทางอย่างปลอดภัยตรงตามกำหนดเวลา เป็นต้น

2.4.2 ความพึงพอใจที่เกินความคาดหวัง เป็นการแสดงความรู้สึกปลาบปลื้มหรือประทับใจของผู้รับบริการ เมื่อได้รับการบริการเกินความคาดหวังที่มีอยู่ เช่น ลูกค้าเติมน้ำมันรถที่สถานีที่บริการแห่งหนึ่ง พร้อมกับได้รับการบริการตรวจเครื่องยนต์และเติมลมฟรี หรือลูกค้าไปซื้อของที่ห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งและได้รับรางวัลพิเศษโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน เพราะเป็นลูกค้ารายที่กำหนดให้รับรางวัล

ออกเลอร์ (Oxler, 1997, pp. 34-37 อ้างอิงใน เกศรินทร์ ไทยศรีวงศ์, 2545, หน้า 22) ได้ศึกษาว่า การทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจคือ การแก้ปัญหาการร้องเรียนของผู้รับบริการ การศึกษาถึง

รูปแบบการบริการผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในมุมมองของผู้รับบริการ ที่ต้องการการมีส่วนร่วมในการประเมินคุณภาพบริการหรือความพึงพอใจของผู้รับบริการ ถ้าความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่ได้รับการตอบสนอง การร้องเรียนก็จะเกิดขึ้น

ความพึงพอใจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามปัจจัยแวดล้อมและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผันแปรได้ตามปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับความคาดหวังของบุคคลในแต่ละสถานการณ์ ช่วงเวลาหนึ่งบุคคลอาจจะไม่พอใจต่อสิ่งหนึ่งเพราะไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ แต่ถ้าหากสิ่งที่ยังคาดหวังไว้ได้รับการตอบสนองอย่างถูกต้องบุคคลก็สามารถเปลี่ยนความรู้สึกเกิดต่อสิ่งนั้นได้อย่างทันทีทันใด แม้ว่าจะเป็นความรู้สึกที่ตรงกันข้ามก็ตาม

วาร์ และคณะ (Ware, et al., 1978 อ้างอิงใน สุวนิตย์ โพธิ์จันทร์, 2545, หน้า 18) ได้อธิบายถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยว่ามีรูปแบบต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่ความพึงพอใจได้ 8 ประการคือ

1. ศิลปะของการดูแล คือ ปริมาณของการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย
2. เทคนิคคุณภาพของการดูแล คือ ความสามารถในการทำงานผู้ให้บริการ อันบ่งบอกความมีมาตรฐานสูงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา
3. ความสะดวกสบาย คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเตรียมเพื่อให้ได้รับการดูแลจากแพทย์
4. การเงิน คือ ความสามารถที่จะจ่ายเพื่อการบริการหรือการเตรียมสำหรับการจ่าย
5. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คือ สิ่งแวดล้อมของสถานที่ให้การดูแล

6. ความพร้อม คือ ความพร้อมของบริการสุขภาพ บริการของแพทย์ และความพร้อมของผู้ให้บริการ

7. ความต่อเนื่องการดูแล คือ ความสม่ำเสมอของแหล่งที่ให้การดูแล

8. ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการดูแล คือ ความมีประโยชน์และความช่วยเหลือของผู้ให้บริการทางการแพทย์ และระเบียบที่ใช้ในการรักษาเพื่อให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือคงสภาพเดิม

อะเดย์ และแอนเดอร์สัน (Aday and Anderson, 1975 อ้างอิงใน เกศนี ศรีคงอยู่, 2543, หน้า 28-29) กล่าวถึงพื้นฐาน 6 ประการ ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการกับการรักษาพยาบาลและความรู้สึกที่ผู้รับบริการได้รับจากบริการ ซึ่งพื้นฐานดังกล่าวในบทบาทของพยาบาลจะต้องให้การสนับสนุน เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจได้ มีดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (convenience) ซึ่งแยกออกเป็นการใช้เวลารอคอยในสถานบริการ การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการและความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (co-ordination) ซึ่งแยกออกเป็นผู้ป่วยได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจและแพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา

3. ความพึงพอใจต่ออัยยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (courtesy) ได้แก่ การแสดงอัยยาศัยท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical Information) ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of Care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้รับบริการได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of Pocket Cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการจ่ายในการรักษาความเจ็บป่วย

ปรีชา อุปโยคิน (2538, หน้า 48) ได้สรุปเหตุผลในการเลือกแหล่งรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในพฤติกรรมกรมการแสวงหาการรักษาระหว่างโรคเรื้อรังและโรคที่มีอาการเฉียบพลันไว้ว่า

1. แม้ว่าจะต้องไปไกล แต่ก็มีความหวังว่าจะหายเพราะคนรักษาเก่งมีชื่อเสียง

2. แม้ว่าการรักษาจะมีประสิทธิภาพเท่า ๆ กัน แต่ผู้รักษามีอัยยาศัยดีพูดกันรู้เรื่องก็เลือกมารักษา

3. ผู้รักษาอยู่ไม่ไกลสะดวกในการเดินทางไม่เสียเวลา
4. ผู้รักษาไม่ซู่ดรีด
5. อาการของโรคไม่รุนแรง (ถึงตาย) รักษาที่ไหนก็ได้

อมรรัตน์ รัตนศิริ (2543, หน้า 21) กล่าวถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยในการสื่อสารระหว่างแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขมีความสำคัญ เพราะหากผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการรักษา อาจนำไปสู่การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ อันจะทำให้เกิดผลเสียกับผู้ป่วยได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยในประเทศ

1.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานในระดับปฐมภูมิ

สุวะรา ลิมปัสดใส (2548) ศึกษารูปแบบส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกลุ่มศึกษา คือ ผู้ที่มีผลการคัดกรองอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิต และสมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 74 คน มีกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น หลังจากนั้นร่วมค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหา นำแผนไปปฏิบัติ และประเมินผล พบว่า การประชุมวางแผนอย่างมีส่วนร่วม ชุมชนมีส่วนร่วมในการประชุมเป็นอย่างดี มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง คือ โครงการประชาสัมพันธ์การออกกำลังกาย โครงการให้ความรู้ด้านสุขภาพ โครงการพัฒนาชมรมคนช่วยเตือนรักษาสุขภาพ และโครงการรณรงค์ตั้งดื่มสุรในวันสำคัญทางพุทธศาสนา และยังพบว่าองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบโครงการเป็นอย่างดี

รุ่งรัตน์ งามจิรัฐติกาล (2550) ศึกษาเรื่อง ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยการสนับสนุนของครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลตาคลี อำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการสนับสนุนของครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลตาคลี อำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 54 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คน กลุ่มควบคุม 27 คน กลุ่มควบคุมคัดเลือกโดยวิธีจับคู่ โดยใช้อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเป็นตัวกำหนด ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 3 ครั้ง ดำเนินการกลุ่มสนับสนุนของครอบครัวด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 ครั้ง โดยการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนวัดผลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน แบบวัดคุณภาพชีวิต และระดับ HbA1c ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติทางสังคมศาสตร์ (Statistic

Package for Social for Science) สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (Unpaired t-test) ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับ HbA1c ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิษฐา นันทบุตร (2550) ถอดบทเรียนการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนซึ่งเป็นกรณีศึกษานวัตกรรม การดูแลสุขภาพชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทั้งสองเรื่องมีกระบวนการพัฒนา โดยใช้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานเป็นตัวตั้งเน้นการหาและใช้ทุนทางสังคมในพื้นที่ ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนอยู่ก่อนแล้ว เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ปัญหา และหาแนวทางแก้ไข ร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จนเกิดเป็นแนวทางของการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิต โดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วมวิธีการทำงานขององค์กร เริ่มตั้งแต่การจัดเวทีประชาคม เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ปัญหา และความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน มีการมอบหมายและแบ่งหน้าที่รับผิดชอบสำหรับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ค้นหาและคัดเลือกตัวแทนผู้ป่วยเพื่อคอยติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยในหมู่บ้านตัวเอง การให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้ามาร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย ทั้งติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยของชุมชน ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เรียนรู้และร่วมให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โดยการจัดอบรมให้ความรู้ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งเงื่อนไขความสำเร็จที่สำคัญ คือ การดูแลที่ใช้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง และการใช้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

ฉันทิกา นามวงษา (2551) ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาใช้บริการคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่แตง และศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน 2551 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จำนวน 140 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการปฏิบัติกรดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าเท่ากับ .96 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกรดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.21, SD = .26) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีการปฏิบัติกรดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมากได้แก่ ด้านการรับประทานยา (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.72, SD=.35) และด้านที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ = 2.26, 2.22 และ 1.21 ตามลำดับ SD = .34 , .32 และ .52 ตามลำดับ) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองที่เหมาะสม

ชุตินา ชินทัตโต และอาทิตย์ บุญเรือง (2551) ศึกษาเรื่อง การดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเทพากร อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลเทพากร อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเทพากร อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกตามเพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษาและระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยเบาหวานเพศชายและหญิงมีการดูแลรักษาตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาลต่าง ๆ เช่น พยาบาลในคลินิกเบาหวานหรือหน่วยเวชกรรมสังคม ควรให้คำแนะนำกับผู้ป่วยทั้งในด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลรักษาตนเองดีขึ้น และประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากยิ่งขึ้น มีการดำเนินชีวิตที่เป็นสุขและลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้

ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์ (2535) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาเชิงมานุษยวิทยาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำปาง จำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกตอย่างมีส่วนร่วมที่บ้านผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัย

ที่กำหนดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ความเชื่อ ต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ในด้านการควบคุมอาหารและการใช้ยารักษา ความเชื่อในเรื่องการไม่หายจากโรค การรับรู้ถึง ประโยชน์ อุปสรรคในการรักษาและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่เป็นปัจจัยกำหนด พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการใช้ยารักษา การรับรู้ในเรื่องความรุนแรงของโรคมียผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร และยังพบว่า ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายนอกจาก ออกแรงในที่ทำงานเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้ว่าการออกกำลังกายจะเป็นการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้

ปิยธิดา ไชยสนาม (2553) ศึกษาเรื่องการพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการสัมภาษณ์ กิ่งโครงสร้างเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องการสังเกต การสนทนากลุ่ม การทำแผนที่ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ และกลุ่มผู้นำชุมชน หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา นำเสนอข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนจาก การวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า (1) กลุ่มองค์กรชุมชนไม่มีเป้าหมายหรือวางแผนในการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน (2) หน่วยบริการมีนโยบายและเป้าหมายในการปฏิบัติงานแต่การปฏิบัติงาน ตามนโยบายยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน (3) ผู้ป่วยเบาหวานขาดความตระหนักในการดูแล ตนเอง (4) ผู้ให้บริการด้านสุขภาพเน้นการรักษาในสถานบริการมากกว่าการบริการในชุมชน ขาดการทำงานเป็นทีมร่วมกับองค์กรชุมชน (5) เจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่พยาบาลผู้รับผิดชอบหลัก ขาดความเข้าใจในนโยบายและแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (6) การลงบันทึกข้อมูลและการนำ ข้อมูลของปัญหาไปใช้ยังขาดความครอบคลุม จากปัญหาที่พบ สามารถนำมาออกแบบการบริการ สำหรับ 3 กลุ่มเป้าหมาย คือ (1) การออกแบบการบริการสำหรับกลุ่มที่ต้องดูแลอย่างเร่งด่วน (ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และมากกว่า 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (2) การออกแบบการบริการสำหรับกลุ่มที่ต้องดูแลด่วน (ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140-250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) (3) การออกแบบการบริการสำหรับกลุ่มที่ต้องดูแลอย่างเฝ้าระวัง (ระดับน้ำตาล ในเลือดมากกว่า 70-140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) โดยจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพขององค์กรในชุมชนให้ มีความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวานแผนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้เกิด การพัฒนาระบบบริการ แผนการจัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง และเสนอให้องค์กรชุมชน

เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนทางด้านงบประมาณ โดยคลินิกโรคเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นผู้ให้การสนับสนุนความรู้และวิชาการในการออกแบบพัฒนาการบริการในครั้งนี้ ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนา คือ (1) ผู้ป่วยเบาหวานที่มาตรวจตามนัดและรับยาต่อเนื่อง ร้อยละ 100 (2) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มากกว่าร้อยละ 50 (3) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าร้อยละ 50 การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกรอบแนวคิดในครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคของผู้ให้บริการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยตรง เมื่อทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่แน่ชัด จึงนำมาสู่การวางแผนกิจกรรมในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องและเหมาะสม กับบริบทของชุมชนต่อไป

ศิริพร ปาระมะ (2545) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน จำนวน 150 คน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรม การดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อ ด้านสุขภาพของโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาความเชื่อรายด้านพบว่า การรับรู้ถึง ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแล ตนเอง แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป และปัจจัยร่วมทางสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย อยู่ใน ระดับสูงในด้านความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง แรงจูงใจ ด้านสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวานอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ในการดูแลตนเอง และปัจจัยร่วมทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่า อายุและระยะเวลาเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับผลลัพธ์และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

กลนีย์ บุญเพชร (2543) ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการของ สถานีอนามัยบ้านแฮด อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความพึง

พอใจ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ส่วนระยะทางไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ โดยพบว่า ไม่ว่าจะระยะทางใกล้หรือไกล ประชาชนจะมารับบริการที่สถานีนามัย เพราะเห็นว่ามีความประโยชน์

บังอร ผงผ่าน (2538) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของโรงพยาบาลชุมชน : กรณีโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความพึงพอใจเพียงพอของสถานที่ให้บริการ ความสะดวกในเงื่อนไขการขอรับบริการ ความพร้อมของเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์การแพทย์ บุคคลิกท่าที มารยาทในการให้บริการ และความเสมอภาคในการให้บริการ โดยสาเหตุของความไม่พอใจส่วนใหญ่ คือ ความไม่สะดวกการรอคอยในขั้นตอนขอรับบริการ

ประสพสุข มีภักดี (2550) การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อ ศึกษาและเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ศึกษาประชาชนผู้มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 400 คน การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบสอบเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ สอบถามประชาชนที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอสตึก จำนวน 12 แห่ง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ t-test Independent และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว โดยสถิติ ANOVA โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 อายุระหว่าง 31-40 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร ความพึงพอใจต่อศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกตามอายุ พบว่าช่วงอายุ 20-30 ปี 31-40ปี 41-50ปี 51-60ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีระดับความพึงพอใจต่อศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ อยู่ในระดับมาก จำแนกตามเพศ โดยภาพรวมพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีระดับความพึงพอใจต่อศูนย์สุขภาพอำเภอสตึกอยู่ในระดับมาก จำแนกระดับการศึกษาโดยภาพรวม พบว่าระดับการศึกษาไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช./ปวส. และระดับปริญญาตรีและสูงกว่า มีระดับความพึงพอใจต่อศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอสตึกอยู่ในระดับมาก จำแนกตามอาชีพโดยภาพรวมรายด้าน พบว่าอาชีพเกษตรกร ค่าขาย รับจ้างและรับราชการมีระดับความพึงพอใจต่อศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอสตึกอยู่ในระดับมากโดยภาพรวมรายด้าน คือด้านการเข้าถึงบริการด้านคุณภาพบริการ ด้านระบบการให้บริการและด้านบรรยากาศองค์การ มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการศูนย์สุขภาพอำเภอสตึก จำแนกตามเพศโดยภาพรวมรายด้านไม่มี

ความแตกต่างกัน จำแนกตามอายุปรากฏว่าความพึงพอใจโดยภาพรวมด้านการเข้าถึงการบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการไม่แตกต่างกันแต่ด้านคุณภาพบริการด้านระบบการให้บริการและด้านบรรยากาศองค์การมีความพึงพอใจต่อการให้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำแนกตามระดับการศึกษา ปรากฏว่าความพึงพอใจโดยภาพรวมด้านการเข้าถึงการบริการ ด้านคุณภาพบริการ ด้านระบบการให้บริการและด้านบรรยากาศองค์การ มีความพึงพอใจต่อการให้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำแนกตามอาชีพปรากฏว่าความพึงพอใจโดยภาพรวม ด้านคุณภาพบริการและด้านบรรยากาศองค์การ มีความพึงพอใจต่อการให้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อการวางแผนปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนได้ต่อไป

ปกรณ์ ปาลินีเวศ (2551) ความพึงพอใจของผู้รับบริการศูนย์สุขภาพชุมชน

อ.หนองกี่ จ.บุรีรัมย์ พบว่า ความพึงใจของผู้รับบริการศูนย์สุขภาพชุมชน อ.หนองกี่ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับจากด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงไปหาต่ำ ดังนี้คือ ด้านการเข้าถึงบริการ ด้านคุณภาพการให้บริการ และด้านระบบการให้บริการ ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ผู้รับบริการต้องการให้เจ้าหน้าที่บริการด้วยความรวดเร็ว ให้เจ้าหน้าที่บริการด้วยความยิ้มแย้ม พุดจาไพเราะ และดูแลเอาใจใส่คนไข้มากขึ้น ควรเพิ่มจำนวนของเจ้าหน้าที่มากขึ้น จ่ายยาให้ตรงกับโรค มีบุคลากรหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีการออกบริการรักษา ตามหมู่บ้าน/ชุมชน ควรมีอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ศรินญาภรณ์ พวงเงินมาก (2550) ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านป่าป๋อง ตำบลป่าป๋อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านป่าป๋อง ตำบลป่าป๋อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านป่าป๋อง ในเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2549 จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านป่าป๋อง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อบริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจรายด้านอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นมืออาชีพและความชำนาญ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.45) ด้านเจตคติและพฤติกรรม (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.32) ด้านภูมิทัศน์ของบริการ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.31) และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงและการยืดหยุ่น (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.19) ด้านความมีชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือ

(ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.17) ด้านการปรับบริการให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.06) และด้านความเที่ยงตรงของการบริการและความไว้วางใจ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01) ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการให้เป็นที่พึงพอใจแก่ผู้รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านป่าป้อง และเพื่อปรับปรุงการบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

วสุ ธีระวานิช (2551) ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน 3 ด้าน คือด้านการเข้าถึงการบริการ ด้านคุณภาพการบริการ และด้านระบบการให้บริการในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 400 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ สอบถามประชาชนที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 21 แห่ง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า 1) ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงการบริการ โดยภาพรวมพบว่า มีระดับความพึงพอใจต่อศูนย์สุขภาพชุมชน ความพึงพอใจด้านคุณภาพการบริการ โดยภาพรวมพบว่า มีระดับความพึงพอใจต่อศูนย์สุขภาพชุมชน อยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจด้านระบบการให้บริการ โดยภาพรวมพบว่า มีระดับความพึงพอใจต่อศูนย์สุขภาพชุมชน อยู่ในระดับมาก 2) ข้อเสนอแนะอื่นๆ ผู้รับบริการต้องการให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนมรสถานที่ที่ออกกำลังกายและพักผ่อน ควรมีเจ้าหน้าที่บริการทางด้านสุขภาพจิตของประชาชน ผู้ใช้บริการ มีเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีเจ้าหน้าที่ นายแพทย์ รักษาโรค เฉพาะทาง บริการข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ ให้ผู้รับบริการอย่างทั่วถึง และ มีการรณรงค์ป้องกัน กำจัดยุงลายให้ทั่วถึงทุกหมู่บ้าน

2. งานวิจัยต่างประเทศ

Yamaoka and Tango (2005) ได้ศึกษาผลของการศึกษารูปแบบการดำเนินชีวิตต่อการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เน้นกิจกรรมการควบคุมอาหาร สามารถลดระดับ 2-hr Plasma Glucose ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม และการติดตามผล 1 ปี ต่อจากนั้นพบว่า สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 50

Skinner and Hampson (2006) ศึกษาแบบจำลองของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับความสัมพันธ์ในการดูแลตนเอง สุขภาพที่ดี และการควบคุมระดับน้ำตาล พบว่า หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการควบคุมปัจจัยขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแล้ว ควรมีการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลกระทบ

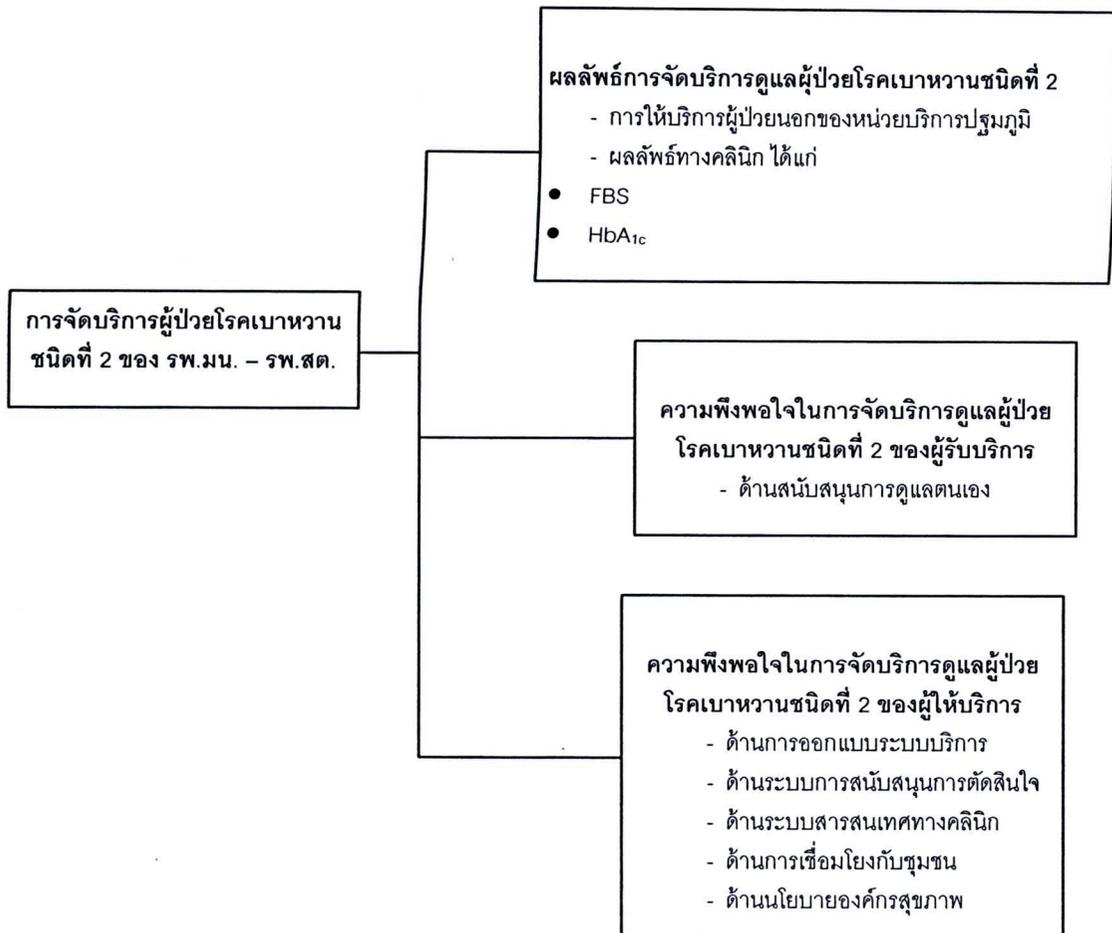
ต่อผู้ป่วยได้ โดยนอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องมีการควบคุม น้ำหนัก ควบคุมอาหาร และดูแลสุขภาพของตนเองด้วยตนเอง ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมของ ผู้ป่วย และจากการศึกษาพบว่า มีเพียงกรณีเดียวที่มีปัญหามากที่สุด นั่นก็คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวเองได้ และหากอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นสตรีแล้วจะอันตรายมาก และบ่งชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการดูแลรักษาตัวเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละคนได้อีกทางหนึ่งด้วย

Karen (2007) ศึกษาเกี่ยวกับโภชนาการบำบัดทางการแพทย์ในรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังเพื่อการรักษาโรคเบาหวาน : การศึกษาพื้นฐานเพื่อร่วมกันศึกษานำร่อง รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เป็นความหวังใหม่สำหรับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในปัจจุบัน โดยเฉพาะการนำการรักษาด้วยโภชนาการบำบัดมาเป็นองค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง จากการการศึกษานำร่อง พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นอยู่กับอายุ น้ำหนัก อัตราการสูบบุหรี่ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Bernstein (2008) ศึกษารูปแบบใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จากการศึกษามาจากแพทย์ผู้ป่วยและทีมผู้ดูแลสุขภาพ พบว่า Chronic care model เป็นรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่สามารถเปลี่ยนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดีมีประสิทธิภาพ และเกิดความร่วมมือในกระบวนการรักษาร่วมกันมากขึ้นระหว่างผู้ป่วย กับทีมผู้ดูแล ทำให้องค์กรเกิดความเป็นระบบมากขึ้นในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีฐานข้อมูลที่ดีในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เกิดความเป็นระบบในการติดตามผลการรักษาระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแลสุขภาพ และเป็นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเชิงรุก ทำให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับโรคของตนเอง

Coleman, Austin, Brach, and Wagner (2009) ศึกษาหลักฐานเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสหัฐวรรษใหม่ พบว่า Chronic care model ได้มีการพัฒนาปรับปรุงให้เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพ และและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในอเมริกาและทั่วโลกและได้มีการรวบรวม ออกแบบให้เป็นคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดีมากในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ช่วยยืนยันว่า องค์ประกอบต่างๆของ แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังของวากเนอร์ (Wagner's Chornic care model) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค ทั้งจากตัวลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ระบบบริการ ความสัมพันธ์ระหว่างทีมผู้ดูแล และผู้ป่วย



ภาพ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย