

Scan

การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
: กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านไผ่

นางประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2552

**A Development of Referral System from Hospital to Home for
Diabetes Patients: A Case Study of Banphai Hospital**

Mrs. Prakaytip Laoprasert

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration
School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2009

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน:
กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านไผ่
ชื่อและนามสกุล นางประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
2. รองศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณมา บุญยะสิทธิ์พรรณ

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

พิเชษฐ เกิดมงคล

ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิศราพร เกิดมงคล)

สมใจ

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรรณ

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรรณ)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา
การบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สุจินต์ วิสวธีรานนท์

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2553

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน: กรณีศึกษา
โรงพยาบาลบ้านไผ่

ผู้วิจัย นางประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2) รองศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ
บุญยะสิทธิ์พรณ ปีการศึกษา 2552

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่
ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพการณ์ของระบบส่งต่อ
ก่อนพัฒนาระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2
การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน และ ระยะที่ 3 การประเมินผลภายหลังจากนำไปใช้โดยวัด
ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ผู้ให้ข้อมูลหลัก/กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ให้
บริการ 12 ราย ผู้ป่วยเบาหวาน 10 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิง
คุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยในแต่ละระยะมีดังนี้ ระยะที่ 1 พบว่าขาดการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอาการ
และอาการแสดงของโรค และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งในขณะรักษาในโรงพยาบาล
และในแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่าง
ต่อเนื่องหลังการจำหน่ายกลับบ้าน ระยะที่ 2 พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพ
ชุมชนโดยการพัฒนาบุคลากรและประยุกต์แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดย ทีมสหสาขา
วิชาชีพ รวมถึงประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานด้วยแบบสอบถาม การจัดทำทะเบียนการ
ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามเยี่ยมและส่งกลับมายังศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และ ระยะที่ 3 พบว่า หลังจากมี
การประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแต่ละราย การกำหนดแนวทางการส่งต่อระหว่างทีมสุขภาพ
และการจัดบุคลากรเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออก
กำลังกาย ได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 70 มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง มีผู้ป่วย
เบาหวานจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ใช้บริการเท่านั้นที่ กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลัง
การจำหน่าย และ ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระบบการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก

คำสำคัญ ระบบส่งต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านไผ่ ศูนย์สุขภาพชุมชน

Thesis title: A Development of Referral System from Hospital to Home for Diabetes Patients: A Case Study of Banphai Hospital

Researcher: Mrs. Prakaytip Laoprasert; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Somjai Puttapitukpol, Associate Professor; (2) Dr. Suwanna Bunyaleephun, Associate Professor; **Academic year:** 2009

Abstract

The aim of this research and development was to develop a referral system for diabetes patients at the Banphai Hospital, Khon Kaen province.

This study was divided into 3 phases. *Phase I:* A situation analysis: the current situation was analyzed before developing the referral system for diabetic patients. Data were collected by means of observation, in-depth interview, and focus group. *Phase II:* A system development: the system was developed. *Phase III:* A system evaluation: the system was evaluated after it was applied to find the service satisfaction of both receivers and providers. Ten diabetic patients and twelve providers were the key informants/subjects of this study. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics; whereas, qualitative data were analyzed by content analysis.

Results were summarized as follows. *Phase I:* Essential data of patients such as signs and symptoms of disease, health practices in daily life were not recorded both while they were staying at the hospital and the referral form. Consequently, patients were not visited at their homes continuously after they were referred to community health centers. *Phase II:* the referral system was developed. Health personnel were trained. Guidelines for caring for diabetes patients developed by a multidisciplinary team were applied. Patients' health practices were collected by using questionnaires. Referral data were registered; then patients were visited at their homes and followed up at the centers continuously. *Phase III:* After evaluated health practices of each patient, applied the referral guidelines between the health care team and the selection of health care providers to support patients' health practices, each patient took care of themselves correctly in terms of nutrition, medication, and physical activity. For example, the level of blood sugar of these patients (70%) was decreased, and only one patient (10%) was readmitted after 28 days of discharge. Finally, health care providers were satisfied with the new system at the high level.

Keywords: Referral system, Diabetic patients, Banphai Hospital, Primary care unit

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จสมบูรณ์ โดยได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จากอาจารย์ที่ปรึกษาหลักสูตรศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผลและรองศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ บุญยะสิทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่กรุณาให้เวลาความรู้ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดเสมอมาตลอดจนผลักดันให้เกิดการวิจัยที่มีประโยชน์ต่อโรงพยาบาลบ้านไผ่ ตั้งแต่เริ่มการดำเนินการวิจัยจนกระทั่งการวิจัย สำเร็จเรียบร้อย สมบูรณ์ วิจัยรู้สึกราบซึ่งในความกรุณาและความช่วยเหลือจากท่านเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัชรภาพร เกิดมงคล ที่กรุณาเป็นประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์และขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประยูร โกวิทช์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล บ้านไผ่ ที่กรุณาให้การสนับสนุนศึกษาวิจัยและขอขอบคุณ คุณสุรัชชานา ประมินทร์ คุณเทพเทวี นัฏฐกุล ตลอดจนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคน ที่ได้เสียสละเวลาเข้าร่วมดำเนินการ การวิจัยและ พัฒนาในครั้งนี้

สุดท้ายผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เพื่อนนักศึกษา และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้และครอบครัวของผู้วิจัย ได้แก่ นายเสถียร เหล่าประเสริฐ คู่สมรส นายคณัย เหล่าประเสริฐ ลูกชาย และนางสาวผกาแก้ว เหล่าประเสริฐ ลูกสาว ที่คอยให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยดี คุณค่า และประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการีและทุกท่านที่มีส่วน เกี่ยวข้องและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีมา ณ ที่นี้

ประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ

เมษายน 2553

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	3
สมมุติฐานการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวานและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	7
แนวคิดเกี่ยวกับระบบส่งต่อผู้ป่วย	21
แนวคิดเกี่ยวกับPDCA	28
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการ	32
การศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน	37
ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน	40
ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลหลังการพัฒนาระบบ	43
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	45
ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน	45
ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน	53
ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลหลังการพัฒนาระบบ	64

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	73
สรุปการวิจัย	73
อภิปรายผล	76
ข้อเสนอแนะ	79
บรรณานุกรม	80
ภาคผนวก	89
ก กิจกรรมการวิจัย	90
ข จริยธรรมการวิจัย	96
ค เครื่องมือวิจัย	98
ง แนวทางการส่งต่อหลังการพัฒนาระบบ	106
ประวัติผู้วิจัย	108

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 4.1	แสดงการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่	56
ตารางที่ 4.2	แสดงจำนวน ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานแรกรับไว้ในโรงพยาบาล	59
ตารางที่ 4.3	แสดงร้อยละของการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหาร	61
ตารางที่ 4.4	แสดงร้อยละของการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยา	61
ตารางที่ 4.5	แสดงร้อยละของการปฏิบัติตัวเรื่องการออกกำลังกาย	62

ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน	4
ภาพที่ 2.1 ตำแหน่งจิตยออินสุลิน	16
ภาพที่ 2.2 ภาพแสดงวงจร PDCA ในยุคแรก.....	28
ภาพที่ 2.3 ภาพแสดงวงจร PDCAแบบญี่ปุ่น	29
ภาพที่ 2.4 ภาพแสดงวงจร PDCA กับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.....	30

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังซึ่งทวีความสำคัญมากขึ้นของประเทศไทยและทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่าอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในช่วง 12 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2553 จะเพิ่มสูงขึ้นถึง 20 เท่า โดยคาดว่าใน พ.ศ. 2553 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกอย่างน้อย 221 ล้าน และ 300 ล้านคนใน พ.ศ. 2568 ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2545 คิดเป็นอัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 35 ซึ่งพบอัตราสูงมากในประเทศที่กำลังพัฒนา (ธิตี สันันบุญ และ วิทยา ศรีดามา 2549)

สำหรับในประเทศไทยข้อมูลการศึกษาของ Inter ASIA พ.ศ. 2543 ระบุว่าประชากรที่มีอายุ ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 9.6 ซึ่งเป็นประชากรถึง 2.4 ล้านคน ผู้ที่เข้ารับการรักษามากกว่าครึ่งไม่เคยรู้มาก่อนว่าเป็นเบาหวานไปพบแพทย์ด้วยอาการอย่างอื่น เช่น เป็นแผลติดเชื้อไม่หายหรือเหนียวง่ายอ่อนเพลียผิดปกติ (เวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิกเรื่องโรคเบาหวาน 2549)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตสังคมและเศรษฐกิจ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลและการเอาใจใส่ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถควบคุมภาวะระดับน้ำตาลในเลือดได้ ด้วยการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา เพื่อป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจลุกลามจนเกิดอันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือ ต่ำเกินไป การเกิดแผลที่เท้า การติดเชื้อในร่างกาย เป็นต้น จากผลการศึกษาของรัชณี โชติมงคลและคณะ (2541) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน 5 ด้าน คือ ด้านการควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารที่ครบทั้ง 5 หมู่ ร้อยละ 93.1 ด้านการออกกำลังกายผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ ร้อยละ 63.2 ด้านการช้ยาและการติดตามการรักษา ผู้ป่วยส่วนมากรับประทานยาได้อย่างถูกต้องติดตามผลการตรวจระดับเลือดทุกครั้งว่าอยู่ในระดับใด ร้อยละ 95.4 ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้าผู้ป่วยปฏิบัติได้หมด ร้อยละ 100 ส่วน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นจากโรคเบาหวานผู้ป่วย ปฏิบัติได้มากที่สุด ร้อยละ 89.7 จากการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆร่วมด้วย ทำให้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก จนกลายเป็นภาระทางเศรษฐกิจ ตั้งแต่

ระดับผู้ป่วย ครอบครัว จนกระทั่งระดับประเทศ และพบว่า โรคแทรกซ้อนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวาน โดยค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.5 เท่า เมื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ร่วมด้วย(เวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิกเรื่องโรคเบาหวาน 2549) ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาในโรงพยาบาล ถ้าไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมและการติดตามเชื่อมต่อเนื่องมีโอกาสที่จะกลับมาได้รับการรักษาซ้ำได้ จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและจิตใจ เสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร

โรงพยาบาลบ้านไผ่ เป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง รับผิดชอบ 2 อำเภอ คือ อำเภอบ้านไผ่และอำเภอโนนศิลา ประชากร 124,000 คน มีแผนกผู้ป่วยใน 3 แผนก ได้แก่ แผนกผู้ป่วยเด็ก แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรมชาย และ แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรมหญิง จากสถิติรายงานมีผู้ป่วยมาใช้บริการที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ เพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2549-2550 พบว่า อัตราครองเตียงร้อยละ 88.4 และ 89.1 ตามลำดับผู้ป่วยนอนรักษาเฉลี่ย 80 รายต่อวัน จำหน่าย 860 รายต่อเดือน จำนวนวันนอนเฉลี่ย 3 วันต่อคน อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน มีจำนวนเพิ่มขึ้น ความชุกของโรคที่มารับบริการในงานผู้ป่วยในเป็นอันดับหนึ่งคือ โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ (เวชระเบียน โรงพยาบาลบ้านไผ่ พ.ศ. 2550) และจากนโยบายของผู้บริหารมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้ได้รับบริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ โดยการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาล 4 มุมเมือง และได้จัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาลเพื่อไปดูแลต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น การเชื่อมโยงและการสื่อสารข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นทีมสุขภาพจึงมีบทบาทที่สำคัญที่จะช่วยลดระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ญาติและโรงพยาบาลด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น มีความพร้อมที่จะดูแลตนเองที่บ้าน จึงจำเป็นที่ผู้ป่วย จะต้องได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน หรือในชุมชน (ศรีสุดา รัศมีพงศ์ 2537) ซึ่งสอดคล้อง กับนโยบายของผู้บริหาร โรงพยาบาล ที่ต้องการให้เกิดการพัฒนากระบวนการส่งต่อเพื่อไปดูแลต่อที่ชุมชน ใกล้บ้าน

จากการทบทวนแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อไปดูแลต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาล 4 มุมเมือง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพที่ตึกอายุรกรรมหญิงและอายุรกรรมชาย และศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 10 คนและผู้ป่วยที่มีประวัติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจำนวน 10 คน พบว่า ยังขาดระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อไปดูแลต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเนื่องจากการปฏิบัติในการส่งต่อที่หลากหลายรูปแบบไม่เป็นแนวทางเดียวกันซึ่งเดิม การส่งต่อ จะใช้

ใบส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุขโดย เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใน จะให้ผู้ป่วยหรือญาติ นำมาให้เจ้าหน้าที่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ในวันที่จำหน่าย หรือ โทรศัพท์แจ้งกรณีที่ต้องการให้เจ้าหน้าที่ที่ศูนย์สุขภาพติดตามต่อ บางครั้ง ญาติไม่สะดวกใน การนำใบส่งตัวไปที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานบางรายไม่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาโรงพยาบาลอีกด้วย โรคเค็ม เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง แผลที่เท้า เป็นต้น

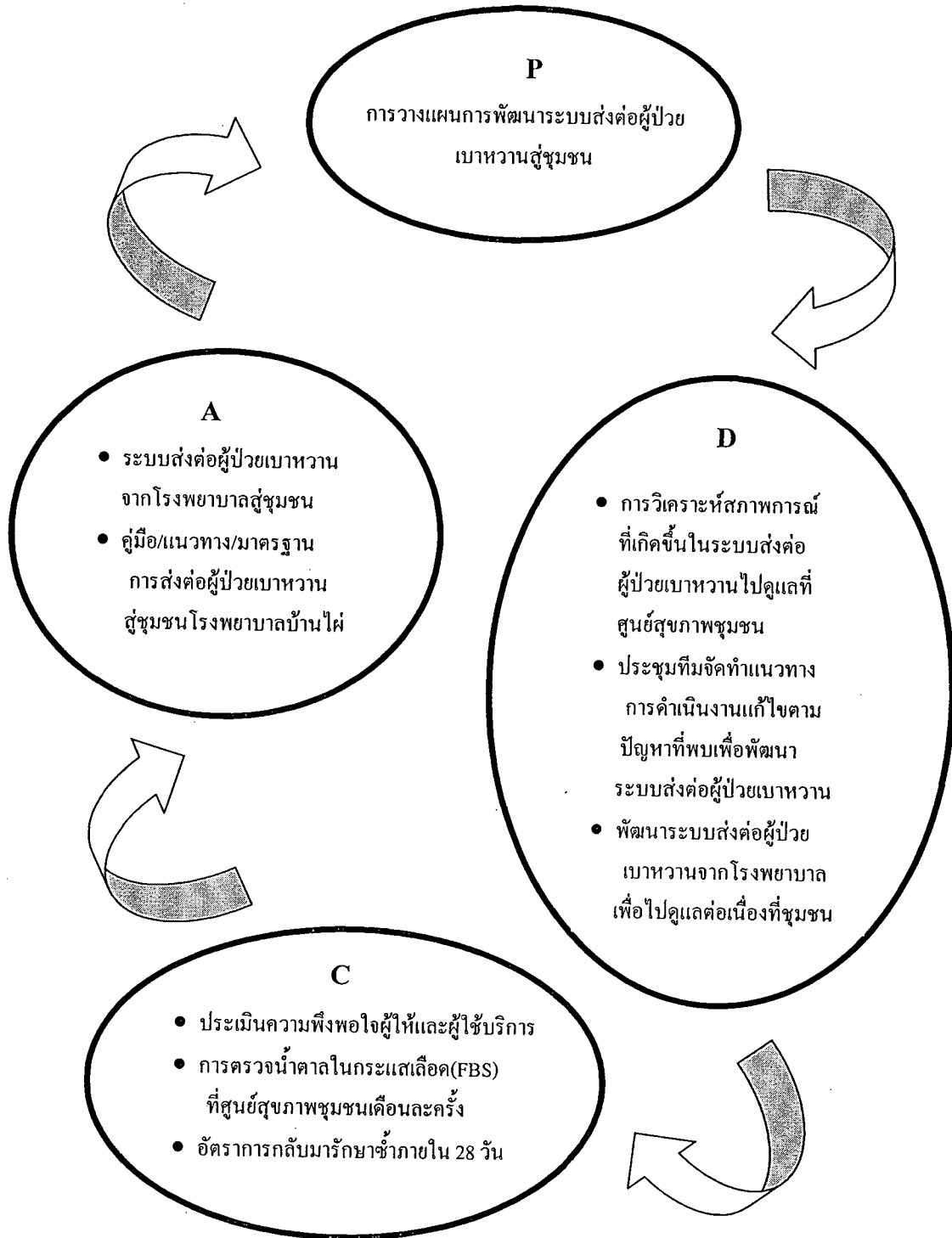
จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งนี้เพราะโรคเบาหวานเป็นปัญหาอันดับ 1 ใน 5 อันดับแรก ของโรงพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและวางแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านในชุมชนอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การสร้างกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของPDCA ซึ่งประกอบด้วย คือ



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่

4. สมมุติฐานการวิจัย

ระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลบ้านไผ่เป็นอย่างไร

5. ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเขตเทศบาล โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่กลับมารักษาภายใน 28 วัน เนื่องจากมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ มิถุนายน 2552 ถึง ธันวาคม 2552

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ระบบส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการและขั้นตอนในการดำเนินงานให้บริการด้านสุขภาพอนามัยของโรงพยาบาลบ้านไผ่ โดยการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลบ้านไผ่ไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาล เพื่อการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสม โดยมีหนังสือส่งผู้ป่วยจากสถานบริการที่ส่งต่อ ซึ่งผู้ป่วยอาจเดินทางไปเองหรือเจ้าหน้าที่ เป็นผู้นำส่ง แล้วแต่ความเหมาะสม เมื่อเสร็จสิ้นการดูแลรักษาผู้ป่วยแล้ว มีการแจ้งผลการรักษากลับไปยังหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมารับการรักษา

6.2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเทศบาล หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพในเขตเทศบาล อำเภอบ้านไผ่ 4 แห่ง ดังนี้ 1) ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแก้ง 2) ศูนย์สุขภาพชุมชนประเสริฐแก้ว 3) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ 4) ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาล

6.3 ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานประเภท 2 และได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่

6.4 เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในและเจ้าหน้าที่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 4 แห่ง ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข

6.5 การกลับมารักษาซ้ำที่ตึกผู้ป่วยในภายใน 28 วัน หมายถึง การกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนใดภาวะแทรกซ้อนหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานภายใน 28 วัน หลังการจำหน่ายกลับบ้าน

6.6 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ หมายถึง ความคิดเห็นของทีมสุขภาพของโรงพยาบาลบ้านไผ่ ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือมีภาวะแทรกซ้อนปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งประเมินโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้บริการ

6.7 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้นจากทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งประเมินโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้บริการร่วมกับการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการตามกิจวัตรซึ่งใช้แบบประเมินความพึงพอใจ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 7.1 ได้ระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่
- 7.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ
- 7.3 ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถพัฒนาศักยภาพ ในดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ
- 7.4 เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวานและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
2. แนวคิดเกี่ยวกับระบบส่งต่อผู้ป่วย
3. แนวคิดเกี่ยวกับ PDCA
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการ
5. การศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)

อินสุลิน คือฮอร์โมนชนิดหนึ่ง สร้างขึ้นจากต่อมเล็ก (Islets of Langerhans) ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากภายในเนื้อที่ประมาณร้อยละ 5 ของตับอ่อน ภายในต่อมเล็กๆนี้ มีเซลล์อยู่หลายชนิด และชนิดหนึ่งนั้นเป็นตัวที่สร้างอินสุลิน ซึ่งอินสุลิน เป็นฮอร์โมนที่ช่วยเผาผลาญน้ำตาลและไขมันในร่างกาย ทำให้เกิดพลังงาน หรือเก็บสะสมไว้ใช้ในวันข้างหน้า ถ้าปราศจากอินสุลินร่างกายก็ไม่สามารถใช้อาหารให้เกิดประโยชน์ได้ตามปกติ

เปรียบเทียบเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานใหม่ของสหรัฐอเมริกา (American Diabetics Association: ADA 1997) และองค์การอนามัยโลก (WHO 1998) กับเกณฑ์เดิมขององค์การอนามัยโลก ซึ่งพิจารณาภาวะเบาหวานตามระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose: FPG) ดังนี้

ADA (1997) FPG \geq 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เท่านั้น

WHO (1998) FPG \geq 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหรือ 2 h PG \geq 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

WHO (1985) FPG \geq 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหรือ 2h PG \geq 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

1.1 อาการของโรคเบาหวาน

ผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน จะมีอาการปัสสาวะมาก ปัสสาวะบ่อยครั้ง โดยเฉพาะเวลา

กลางคืน หิวและกระหายน้ำ กินจุ ผอมลง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาการเกิดขึ้นเนื่องจาก ร่างกายไม่สามารถใช้อาหารให้เป็นพลังงานได้ เพราะอินซูลินไม่เพียงพอ หรือไม่สามารถออกฤทธิ์ได้เพียงพอ เมื่อร่างกายต้องการใช้พลังงาน แต่ใช้อาหารที่รับประทานเข้าไปเกิดพลังงานไม่ได้ จึงรู้สึกหิว รับประทานมาก กินจุ ทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง เมื่อเลือดไหลผ่านไต โดยไม่สามารถกักเก็บน้ำตาลกลูโคสได้ ก็ถูกขับออกทางปัสสาวะเกิดอาการปัสสาวะมากและบ่อยครั้ง ทำให้ร่างกายขาดน้ำ เกิดอาการกระหายน้ำ บางรายเกิดอาการแทรกซ้อน

1.2 ชนิดของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 3 ชนิด (ADA 1997:521)

1.2.1 ประเภทที่ 1 (Type 1) เกิดจากการที่ตับอ่อนเสื่อมสภาพจนไม่สามารถสร้างฮอร์โมน อินซูลิน เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดได้มักพบในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 30 ปีควบคุมยาก เกิดคีโตสิส (ketosis) ได้ง่าย อาการของโรครุนแรง ถูกถามรวดเร็ว

1.2.2 ประเภทที่ 2 (Type 2) เกิดจากการที่ตับอ่อนยังคงสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้ แต่สมรรถภาพไม่ดีเท่าที่ควร ประกอบกับร่างกายต้องการอินซูลินมากกว่าปกติ เพื่อใช้ในการเผาผลาญสารอาหารมากเกินไป ควบคุมได้ง่ายกว่าประเภทที่ 1 ไม่ค่อยเกิดคีโตสิส มักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไปและคนอ้วน

1.2.3 เบาหวานที่เกิดตามหลังโรคอื่น (Diabetes Associated with Certain Conditions or Syndromes) เช่น โรคตับอ่อน การได้รับยาหรือสารเคมีบางชนิด

1.3 เป้าหมายการรักษาเบาหวาน คือ

1.3.1 ควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 80 – 140 mg%

1.3.2 ควบคุมระดับ Hb A_{1c} < 7%

1.3.3 ป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง (acute and chronic complication)

1.4 หลักการรักษาโรคเบาหวาน โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้ป่วย องค์การอนามัยโลก ได้บัญญัติวัตถุประสงค์ในการดูแลรักษาโรคเบาหวานไว้ 4 ประการ คือ

1.4.1 เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้โดยปราศจากอาการที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

1.4.2 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันและชีวิตในสังคมอย่างใกล้เคียงปกติที่สุด

1.4.3 ควบคุมโรคเบาหวานและเมตาบอลิซึมอื่นๆ ของร่างกายให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำ

ได้และรักษาคุณที่คืนนี้ให้คงอยู่ตลอดไป

1.4.4 เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน

1.5 ภาวะโรคแทรกซ้อนวิกฤตในโรคเบาหวาน

ภาวะโรคแทรกซ้อนวิกฤตในโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นในลักษณะเฉียบพลันเป็นสาเหตุของการตายในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ในอัตราค่อนข้างสูงแม้ว่าจะไม่เกิดภาวะวิกฤตเช่นนี้บ่อยก็ตามภาวะวิกฤตและเฉียบพลันนี้ได้แก่ ภาวะกรดจากคีโตน (ketoacidosis) หรือ diabetic ketoacidosis (DKA) ภาวะความเข้มข้นในเลือดสูงโดยไม่เป็นกรด (hyperosmolar hyperglycemia non ketotic acidosis : HHNK) ภาวะกรดจากแล็กติก (lactic acidosis) และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งเกิดจากอินซูลินไม่เพียงพอหรือขาดอินซูลินและได้รับอินซูลินหรือยาลดน้ำตาลในเลือดมากเกินไป ผลของภาวะวิกฤตนี้มีความรุนแรง ก่อให้เกิดความไม่สมดุลของของเหลว แร่ธาตุ และอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายนำไปสู่ความผิดปกติของอวัยวะต่างๆทั่วไป โดยเฉพาะ หัวใจ ไต สมอ อาจทำให้เสียชีวิตได้ ถ้าการช่วยเหลือไม่เหมาะสมหรือไม่ทันเวลา (วันดี ชารามาต 2538 : 61; Hart and Newton 1983:170)

โรคเบาหวานเกิดจากอินซูลินมีจำนวนน้อย หรือมีไม่เพียงพอ หรือมีอินซูลินตามปกติ แต่ร่างกายไม่สามารถใช้ได้เต็มที่และที่สำคัญร่างกายไม่มีการสร้างอินซูลินเลย อินซูลินมีหน้าที่พาน้ำตาลเข้าสู่เซลล์เพื่อเผาผลาญ ให้เกิดพลังงานแก่ร่างกาย เมื่อขาดอินซูลินร่างกายต้องสลายโปรตีนและไขมัน ที่สะสมตามเนื้อเยื่อมาใช้พลังงานแทนคาร์โบไฮเดรตอย่างรวดเร็ว และรุนแรง โดยถูกกระตุ้นจากฮอร์โมนหลายชนิด ได้แก่ ฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโต (growth hormone) ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต (glucocorticoids และ catecholamine) และฮอร์โมนจากตับอ่อน ผลจากการสลายไขมันอย่างรวดเร็วและขาดอินซูลินทำให้มีการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ มีสารคีโตนตกค้างจำนวนมาก (ketosis) ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะกรดจากคีโตน ส่วนการสลายโปรตีนจะเกิดกรดแล็กติกตกค้างจำนวนมาก ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลที่ร่างกายใช้ไม่ได้ เพราะขาดอินซูลินร่วมกับน้ำตาลที่ถูกสร้างหรือสลายมาจากตับ และกล้ามเนื้อที่สะสมเพิ่มขึ้นเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) ซึ่งจะเพิ่มความเข้มข้นของเลือด (osmolarity) ทำให้มีการขับถ่ายปัสสาวะมาก ทำให้ร่างกายขาดน้ำอย่างรุนแรง (severe dehydration) จนถึงช็อกจากปริมาณสารน้ำในร่างกายต่ำ (hypovolemic shock) ได้ และผู้ป่วยหมดสติจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปกับปัสสาวะจำนวนมาก ทำให้เลือดในร่างกายเข้มข้นขึ้น โดยไม่มีภาวะเป็นกรดซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อาการปัสสาวะบ่อยและมาก หรืออาจมีอาเจียนร่วมด้วย ทำให้ร่างกาย สูญเสียอิเล็กโทรไลต์ ที่สำคัญ ได้แก่ Sodium, Chloride, Potassium, Magnesium, Calcium, Phosphate ซึ่งมักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ผู้ป่วยที่ได้รับ การรักษาโดยไม่ระมัดระวัง ไม่ว่าจะเป็นอินซูลิน หรือยาลดน้ำตาลในเลือดอื่นๆ จะทำให้ร่างกายขาดน้ำตาล เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจทำให้เกิดภาวะวิกฤตและ

เจ็บพลัน ผู้ป่วยจะมีลักษณะคล้ายช็อค สมองขาดน้ำตาล ถ้าเป็นนานๆสมองจะเกิดอันตรายได้

1.6 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia)

1.6.1 สาเหตุจาก

- 1) การได้รับอาหารมากเกินไป หรือได้รับอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม
 - 2) การออกกำลังกายน้อยไป หรือไม่ได้ออกกำลังกายเลย
 - 3) การได้รับยารักษาเบาหวานในขนาดที่น้อยไป หรือไม่ได้รับประทานยารักษาเบาหวานตามที่แพทย์แนะนำ
 - 4) มีความเครียดมากเกินไป
 - 5) มีการติดเชื้อหรือไม่สบาย
 - 6) ร่างกายไม่สามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสมต่อยารักษาเบาหวานที่รับประทานเข้าไป
 - 7) การมีประจำเดือน
- สาเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งหรือสาเหตุร่วมกันของปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้ อาจนำไปสู่ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้

1.6.2 อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) ได้แก่

- 1) มีอาการเหนียวหรืออ่อนเพลีย
- 2) ผิวหนังแห้งและคัน
- 3) มีความรู้สึกอยากอาหารเพิ่มขึ้น
- 4) แผลหายช้า
- 5) กระหายน้ำบ่อย
- 6) ครั่นเนื้อครั่นตัวเหมือนเป็นไข้
- 7) ปัสสาวะบ่อย
- 8) ปวดศีรษะ
- 9) สายตาพร่ามัว

1.6.3 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีวิธีการแก้ไข คือ

- 1) สังเกตปริมาณปัสสาวะที่ออกและดื่มน้ำปริมาณอย่างน้อยเท่ากับปริมาณปัสสาวะที่ออกเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ
- 2) ประเมินการรับประทานอาหารในระหว่างนั้นว่ามีเหตุการณ์ที่ทำให้รับประทานอาหารเพิ่มขึ้นกว่าปกติหรือไม่ และพยายามควบคุมการรับประทาน

3) การประเมินการรับประทานยา หรือฉีดยา ว่าในช่วงนั้นลืมรับประทานยา หรือลืมฉีดยาหรือไม่ ถ้าพบว่าลืม หรือ ไม่ได้รับประทานยา หรือฉีดยาด้วยเหตุใดก็ตาม ควรพยายาม รับประทาน หรือฉีดยาตามขนาดที่เคยปฏิบัติ

4) ประเมินตนเองว่าในขณะนั้น มีอาการผิดปกติ หรือมีอาการเจ็บป่วยอย่างอื่นหรือไม่ เช่น มีไข้สูง มีการติดเชื้อในร่างกาย มีภาวะเครียด ออกนอนเป็นต้น ซึ่งในภาวะดังกล่าว ร่างกายจะมีความต้องการอินซูลิน เพิ่มขึ้น จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้

1.7 การดูแลรักษาโรคเบาหวาน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2541)

1.7.1 การควบคุมอาหาร การควบคุมอาหาร เป้าหมายการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การป้องกันมิให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ ลดปัจจัยที่จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนเพื่อให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมและมีสภาวะโภชนาการที่ดี (วัลลา ตันตโยทัยและอดิษฐ์ สงคี, 2540) นอกจากนี้ในการควบคุมอาหาร ควรเน้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานทราบว่าการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานอาหารโดยพยายามรับประทาน อาหารหลัก 5 หมู่ แต่ปรับสัดส่วนให้เหมาะสมกับโรค (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2541)

ตัวอย่างปริมาณอาหารของผู้ป่วยตามสภาพร่างกายและการใช้พลังงาน

1. ถ้าใช้แรงงาน เช่นทำสวน ไร่ นา กรรมกรหรือออกกำลังกายมากแต่ละมือน้อย ควรรับประทาน ดังนี้

- ข้าวสุก 5 – 6 ทัพพี
- เนื้อสัตว์ หรือเต้าหู้ 4 – 5 ช้อนโต๊ะ
- ไขมันในอาหาร 4 – 5 ช้อนโต๊ะ
- ผักมากตามต้องการ
- ผลไม้ ส้มเขียวหวาน 2 ผล

2. ถ้าใช้แรงงานปานกลาง หรือน้อย เช่นทำงานในสำนักงาน ครู แม่บ้านแต่ละมือน้อย ควรรับประทาน ดังนี้

- ข้าวสุก 5 – 6 ทัพพี
- เนื้อสัตว์ หรือเต้าหู้ 4 ช้อนโต๊ะ
- ไขมันในอาหาร 1 ช้อนโต๊ะ
- ผักมากตามต้องการ

(ถ้าต้องการคัมนม 1 แก้ว ต้องตัดเนื้อสัตว์ออก 2 ช้อนโต๊ะ ไขมัน 1 ช้อนโต๊ะและข้าวสุก 1 ทัพพี)

3 ผู้ที่อ้วนและแพทย์แนะนำให้ลดน้ำหนัก แต่ละมือควรรับประทาน ดังนี้

- ข้าวสุก 2 ทัพพีไม่พูน
- เนื้อสัตว์ ไม่ติดมันหรือเต้าหู้ 4 ช้อน โຕีะ
- ไขมันที่ได้ในอาหาร 1 ช้อน โຕีะ
- ผักมากตามต้องการ ให้รับประทานอิมด้วยผัก
- ผลไม้ อาจเป็นส้ม 1 ผล

ประเภทของอาหารที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรทราบ แบ่งอาหารออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้
กลุ่มที่ควรงด ได้แก่

- น้ำตาลทุกชนิด(รวมน้ำผึ้งด้วย)
- ขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง และขนมเชื่อมต่างๆ
- ผลไม้กวนทุกชนิด
- น้ำหวาน น้ำอัดลม รวมทั้งเครื่องดื่มที่ใส่น้ำตาลเช่น ชา กาแฟ
- ผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ทุเรียน ละมุด น้อยหน่า ลิ้นจี่ อ้อย เป็นต้น

กลุ่มที่ควบคุมปริมาณ คือ

- อาหารพวกแป้ง ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง มะกะโรนี มัน เมล็ดพืชแห้ง เช่น มะม่วงหิมพานต์ ถั่วต่างๆ
- อาหารไขมันมาก เช่น ขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารทอดด้วยน้ำมัน อาหารกะทิ
- ผักประเภทหัวที่มีแป้งมาก เช่น หัวผักกาด ฟักทอง แครอท หัวหอม สะเดา กระเจี๊ยบ ถั่วงอก ถั่วลันเตา หัวปลี
- ผลไม้บางชนิด เช่น กล้วย เงาะ ส้ม มะละกอ เป็นต้น

กลุ่มที่ไม่จำกัดปริมาณ

- ผักทุกชนิด ยกเว้นผักที่มีแป้งมาก
- อาหารโปรตีนจากสัตว์ เช่น ไก่ กุ้ง ปลา เนื้อหมู ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง
- อาหารโปรตีนจากพืช เช่น ถั่ว เต้าหู้

1.7.2 การออกกำลังกายที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่มีผลต่อความสมดุลของแหล่งพลังงานในร่างกาย กล้ามเนื้อทำงานได้โดยอาศัยพลังงานจากไกลโคเจนที่กล้ามเนื้อเก็บสะสมไว้ รวมทั้งกลูโคสและกรดไขมัน(free fatty acid) ในกระแสเลือด การใช้พลังงานเหล่านี้ มีขั้นตอนเป็นลำดับ เมื่อเริ่มออกกำลังกายกล้ามเนื้อจะใช้ไกลโคเจนที่สะสมไว้ก่อน เมื่อการออกกำลังกายดำเนินต่อไป จะมีการใช้กลูโคสและกรดไขมันในกระแสเลือดแทน ท้ายที่สุดกรดไขมันจะเป็น

แหล่งพลังงานที่สำคัญ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและไม่หักโหมในระยะเวลาที่นานพอสมควร จะช่วยให้ควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้น ลดการเกิดปัญหาแทรกซ้อนจากผนังหลอดเลือดแข็ง และถ้าควบคุมอาหารร่วมด้วย จะช่วยลดน้ำหนักในคนอ้วนได้ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีความผิดปกติ หรือความบกพร่องของระบบพลังงานและฮอร์โมนเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ดังนั้นเมื่อออกกำลังกายจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับ ภาวะของโรค อายุ ความสะดวกในการปฏิบัติ โรคแทรกซ้อนที่มีอยู่ ตลอดจนลักษณะของอาหารที่รับประทานก่อนออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาการขาดอินซูลิน การออกกำลังกายจะมีผลทำให้ประสิทธิภาพของอินซูลินดีขึ้น

หลักในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือควรทำสม่ำเสมอวันละประมาณ 15 – 20 นาที หรือถึง 1 ชั่วโมงจนเหงื่อออกซึมๆ สัปดาห์ละ 3 – 4 ครั้ง ไม่ควรออกกำลังกายอย่างหักโหม และไม่ควรออกกำลังกายขณะหิวหรืออิ่ม

วิธีการออกกำลังกาย ทำได้หลายอย่าง เช่นเดิน ไกลๆ วิ่ง ว่ายน้ำ โยคะ รำมวยจีน จะใช้อย่างใดควรทำตามถนัด และเหมาะสมกับวัยหรือโรคแทรกซ้อนทางหัวใจอื่นๆ

1. อายุมาก อาจเพียงเดิน หรือบริหารท่าต่างๆ
2. ในรายที่โรคหัวใจแทรก ต้องระมัดระวังไม่ให้ออกกำลังกายมากเกินไปและจะต้องหยุดทันที เมื่อรู้สึกเหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกเป็นต้น
3. การทำงานด้วยแรงกายก็ได้ประโยชน์ เช่นทำสวน ทำนา ทำไร่ เดินไกล ตักน้ำ ขุดดิน เข็นรถ เป็นต้น แต่ต้องมากพอให้มีเหงื่อออกและทำติดต่อกันอย่างน้อย 15 นาที ทำวันละครั้ง อย่างน้อยวันเว้นวัน และควรหยุดออกกำลังกายทันที เมื่อมีอาการ ได้แก่

- ตื่นเต้น กระสับกระส่าย
- มือสั่น ใจสั่น
- เหงื่อออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย
- ปวดศีรษะ ตาพร่า หิว
- เจ็บแน่นหน้าอก
- เจ็บที่หน้าอกร้าวไปที่แขน คอ ขากรรไกร
- หายใจหอบมากผิดปกติ

4. สำหรับผู้ที่เริ่มออกกำลังกาย ควรเริ่มต้นที่ละน้อยตามกำลังของตนเองก่อน อย่าให้หักโหม หรือเหนื่อยเกินไป แล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นทีละน้อย

5. ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานาน หรือมีโรคแทรกซ้อน หรือเป็นผู้สูงอายุ ก่อนจะเริ่มออกกำลังกาย ควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน

6. ในการออกกำลังกาย อาจไม่จำเป็นต้องกินอาหารเครื่องดื่ม น้ำหวาน หรือน้ำผลไม้จากปกติเสมอไป ควรปรึกษาแพทย์ก่อน

7. หลังการออกกำลังกาย ควรดื่มน้ำเปล่าให้เพียงพอ

ประโยชน์ของการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

- ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เพราะขณะออกกำลังกายกล้ามเนื้อและไขมัน ใช้น้ำตาลเพิ่มขึ้น

- ช่วยให้น้ำหนักตัวลดลง ซึ่งจะช่วยให้อาการของโรคหัวใจและหลอดเลือดเบาหวานดีขึ้น

- ช่วยลดไขมันในเส้นเลือด ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือดของเบาหวานได้

1.7.3 การรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาล

การใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดมีความจำเป็นเมื่อร่างกายขาดปริมาณอินซูลินอย่างมาก หรือไม่สามารควบคุมโรคเบาหวานได้ด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดมี 2 ประเภท คือ ยาชินิคริบประทาน และอินซูลินฉีด

1) ยากินลดระดับน้ำตาลในเลือด แบ่งยาลดระดับน้ำตาลในเลือดออกเป็น

2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

- กลุ่มที่ 1 กลุ่ม sulfonylurea เป็นยาที่กระตุ้นให้ตับอ่อนหลั่งอินซูลินให้พอใช้ และให้อินซูลินมีความไวต่อการทำงาน ซึ่งยาดังนี้จะใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ตับอ่อนยังทำงานได้เท่านั้น เช่น ยาไกลเบนคลาไมด์ (glibenclamide) ซึ่งเป็นเม็คสี่ขาวยาริยาคลอโรโพรปามีด์ (chlopropamide) เม็คสี่ฟ้ายาริ เป็นต้น ยากลุ่มนี้ถูกดูดซึมได้ดีเมื่อรับประทานก่อนอาหาร หากกินหลังอาหารการดูดซึมยาจะลดลง จึงทำให้ยาออกฤทธิ์ได้ไม่ดีและการใช้ยากลุ่มนี้จะใช้เพียงตัวใดตัวหนึ่งไม่ใช้ร่วมกัน เพราะการออกฤทธิ์เป็นแบบเดียวกัน

- กลุ่มที่ 2 กลุ่ม biguanide ยากลุ่มนี้ต้องระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคตับและอาการไม่พึงประสงค์ที่พบน้อย คือน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นยาช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลจากลำไส้ ลดการสร้างน้ำตาลจากตับ แต่เพิ่มการใช้น้ำตาลที่กล้ามเนื้อต่างๆ และที่สำคัญยาดังนี้จะลดความอยากอาหารในผู้ป่วยเบาหวานได้ มักใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วน น้ำหนักมาก โดยให้เดี่ยวๆ หรือให้ร่วมกับยากลุ่มที่ 1 ก็ได้ในประเทศไทยมีใช้เพียงตัวเดียว คือ ยาเมทฟอร์มิน (metformin) เม็คสี่ขาวกลมขนาดใหญ่

อาการข้างเคียงของยาที่อาจพบได้

1. อาการแพ้ยา เกิดได้ 2-6 สัปดาห์หลังให้ยา โดยอาจเป็นผื่นแดง คัน รูปแบบต่างๆ อาการดังกล่าวให้รีบมาพบแพทย์ทันที เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง
2. อาการไม่จำเพาะเจาะจง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ชาตามแขนขา อาการเหล่านี้ไม่รุนแรงและเป็นอยู่ไม่นานก็หายได้ ซึ่งอาการเหล่านี้มักพบบ่อยในยาในกลุ่มที่ 2 แต่ไม่รุนแรงนัก เป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน แน่นทางแก้ไขทำได้โดยกินยาหลังอาหารทันทีที่อิมอาหารในมือนั้นๆ และดื่มน้ำตามสัก 2-3 แก้ว

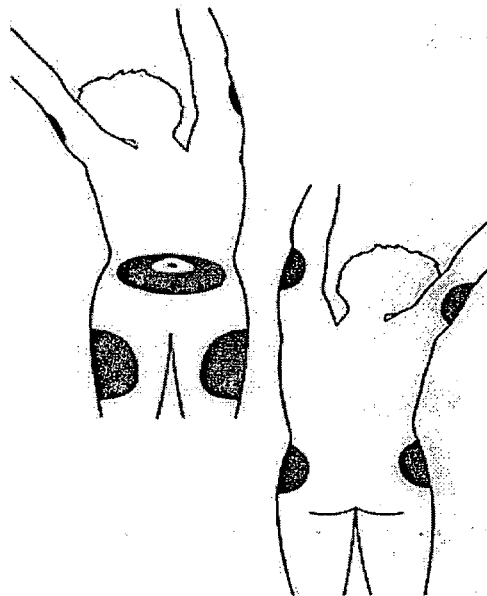
นอกจากนี้ ยังมียาลดการย่อยและการดูดซึมอาหารจำพวกแป้ง เช่น acarbose ยาที่กระตุ้นการทำงานของอินซูลินรีเซปเตอร์

2) ยาฉีด อินซูลินออกฤทธิ์ โดย ทำให้น้ำตาลกลูโคสผ่านผนังเซลล์เข้าสู่เซลล์ได้ง่ายขึ้น
วิธีการใช้ ฉีดเข้าใต้ผิวหนังก่อนอาหาร และ/หรือ ก่อนอาหารเย็น
ขนาดที่ให้ ขึ้นกับอาการระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมากจะให้ 0.5-1.0 ยูนิตน้ำหนัก/วัน
วิธีการฉีดอินซูลินแบบปากกา

1. นำปากกาฉีดอินซูลินออกจากตู้เย็นแล้วใช้ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างคลึงเบาๆ ไป-มา ประมาณ 10 รอบ เพื่อให้ตัวยาผสมเข้ากันดี ระวังอย่าเขย่าแท่งปากกาอินซูลินเพราะจะทำให้เกิดฟองอากาศ
2. ถ้างมือให้สะอาด เช็ดผิวหนังบริเวณที่จะฉีดด้วย 70% แอลกอฮอล์
3. ถอดปลอกปากกาฉีดอินซูลินออก จากนั้นสวมเข็มฉีดยาเข้าไปที่ตัวปากกาฉีด (กรณีฉีดครั้งแรก) ถอดปลอกเข็มชั้นนอกและชั้นในออก
4. ไล่ฟองอากาศ โดยเคาะเบาๆ เพื่อให้ฟองอากาศอยู่ด้านบน หมุนหลอดบรรจุยาตามเข็มนาฬิกา 1 คลิก
5. กดปุ่มฉีดยา สังเกตหยดยาปลายเข็ม ถ้าไม่เห็นให้ทำซ้ำอีกจนเห็นหยดยา (ไม่ควรเกิน 6 ครั้ง)
6. ทำการตั้งขนาดยาโดยสวมปลอกปากกาให้เลข 0 ตรงกับขีดบอกขนาดยา
7. หมุนปลอกปากกาเพื่อตั้งขนาดยาตามที่ต้องการ เมื่อหมุนครบ 1 รอบจะได้ขนาดยา 20 ยูนิตนีต เช่น ถ้าเราต้องการฉีด 42 ยูนิตนีต ต้องหมุน 3 รอบ และรอบที่ 3 หมุนไปที่ 2
8. แหงเข็มตรงบริเวณที่ต้องการฉีดยา โดยให้แท่งปากกาตั้งฉากกับผิวหนัง
9. กดปุ่มฉีดยาจนสุด และค้างเข็มไว้อย่างน้อย 6 วินาที และขณะถอนเข็มออกยังกดปุ่มฉีดยาไว้

คำแนะนำเพิ่มเติม

การฉีดอินซูลินควรฉีดบริเวณเดียวกัน แต่ไม่ซ้ำตำแหน่งเดิม ซึ่งจะช่วยให้ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ดี และ การฉีดซ้ำตำแหน่งเดิมบ่อยๆเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ไขมันฝ่อหรือเนื้อเยื่อที่เจริญเติบโตผิดปกติทำให้การดูดซึมอินซูลินลดลง บริเวณที่เหมาะสมสำหรับการฉีดยา ได้แก่ หน้าท้อง ต้นขา หน้าแขน และสะโพก หลีกเลียงบริเวณช่วงกลางลำตัว ดังภาพที่ 2.1 ซึ่งมีปลายประสาทมาก ควรฉีดอินซูลินก่อนรับประทานอาหารประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง เข้าไปช้าๆ จนหมด ใช้สาลิกคบริเวณผิวหนังที่ดิ่งเข็มออก กดไว้ชั่วคราว เก็บอินซูลินในตู้เย็นอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส ห้ามแช่แข็ง ถ้าไม่ตู้เย็นควรเก็บไว้ในที่เย็น



ภาพที่ 2.1 ตำแหน่งฉีดยาอินซูลิน

ข้อควรระวัง และอาการข้างเคียง

ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป เช่น เหงื่อออก กระวนกระวาย หิวข้าว มือสั่น ใจสั่น ชา รอบปาก ซึ่งเกิดจากการได้อินซูลินมากเกินไป การอดอาหาร หรือ การออกกำลังกายอย่างหนัก อาการแพ้ อินซูลิน มักเกิดภายใน 1-4 สัปดาห์หลังเริ่มให้ยา

1.7.4 การให้สุขศึกษาและการติดตามการรักษา ควรให้ความสำคัญและเริ่มดำเนินการตั้งแต่ตรวจพบผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความสำคัญของการให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ คือ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการและการออกกำลังกาย จะช่วยให้ชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆที่ไม่พึงประสงค์ได้

สิ่งที่สำคัญที่สุดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ดี คือ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องเบาหวานให้เหมาะสมแก่ตัวเองผู้ป่วยจะได้ให้ความสำคัญว่าเป็น

โรคนี้แล้วจะต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไรจะต้องระวังตัวอย่างไรที่จะไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนการควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการติดตามผลการตรวจน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ คือการที่ผู้ป่วยต้องมาตรวจตามนัดกับแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพราะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ผลดี ผลที่ตามมาก็คือความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นจะลดลงตามไปด้วย

ตัวอย่างการให้สุขศึกษา การดูแลเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (diabetic foot care)

(กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2541)

1. การให้สุขศึกษา

- 1) ตรวจเท้าทุกวัน
- 2) รักษาความสะอาดของเท้า
- 3) ควรรวมถุงเท้า/รองเท้า
- 4) จัดสภาพแวดล้อมที่อยู่ให้เหมาะสม
- 5) พบแพทย์เมื่อเป็นแผลที่เท้า

2. ข้อควรหลีกเลี่ยง

- 1) หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ยกเว้นกรรไกรตัดเล็บ
- 2) ไม่ควรเดินเท้าเปล่า
- 3) ไม่ควรแช่เท้าในน้ำ/หลีกเลี่ยงรองเท้าเปียกชื้น

1.7.5 การรักษาโรคอื่นๆที่พบร่วมกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานได้แก่

1) ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (macro vascular) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน เช่นการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง(atherosclerosis)

2)ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็ก (micro vascular) เช่นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดทางด้านตา ไต ระบบประสาท และแผลที่เท้า ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมากในการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย เพราะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลจะพบว่าแพทย์หรือทีมงานส่วนใหญ่ไม่มีใครขอเท้าผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งทำให้ผู้ป่วยคิดว่าเป็นเรื่องเล็กและไม่ให้ความสำคัญ

นอกจากนี้ยังแบ่งภาวะแทรกซ้อนตามระยะเวลาในการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หมายถึง การเกิดโรคแทรกซ้อนซึ่งเกิดขึ้นเมื่อเป็นเบาหวานและเกิดขึ้นโดยกะทันหันในเวลาใด เวลาหนึ่งก็ได้ ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่น้ำตาลในเลือดขาด

การควบคุมหรือควบคุมไม่ได้ ซึ่งมักพบบ่อยในเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินภาวะกรดคั่งในเลือด น้ำตาลต่ำ หรือสูงเกินไป ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจหมดสติ หรือเสียชีวิตได้

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง หมายถึงการเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งเกิดขึ้นหลังเป็นเบาหวานในเวลานานๆเกิน 10 ปี ซึ่งจะเกิดขึ้นช้าๆ โดยผู้ป่วยไม่รู้ตัวเมื่อเกิดขึ้น

- ตามัว พร่า ตามองจากหลายสาเหตุ เช่น ต้อกระจก และเส้นเลือดในตาอุดตัน เลือดออกในลูกตา จอตาหลุดลอกพบได้ร้อยละ 32.1

- ไตอักเสบ ไตเสื่อม ระยะแรกอาจมีอาการบวม อ่อนเพลีย ต่อมาเมื่อไตเสียมากขึ้น จะมีของเสียคั่งในร่างกาย ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะลดลงและเสียชีวิตในที่สุด เนื่องจากไตวาย พบร้อยละ 18.7

- หลอดเลือดสมองตีบตัน ทำให้เป็นอัมพาต กลืนลำบาก พูดไม่ชัด และกลุ่มโรคเส้นเลือดแดงส่วนปลาย พบได้ร้อยละ 3.7-5.8

- หลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปที่ไหล่ซ้ายหรือมีอาการหอบ หัวใจล้มเหลว เสียชีวิตอย่างเฉียบพลันพบได้ร้อยละ 2.8

- ประสาทอักเสบ ทำให้มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า ปัสสาวะลำบาก
หมดความรู้สึกลำบะ ท้องผูกสลับท้องเดิน

- พบร่วมกับความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 38.4

- ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จะมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูงทำให้การทำงานของเม็ดเลือดขาว ในการต้านทานเชื้อโรคลดลง การติดเชื้อพบได้แทบทุกอวัยวะ แต่ที่พบบ่อย คือ เป็นแผล หรือเป็นฝี ซึ่งลุกลามเร็ว เช่น ฝีฝีกั้ว วัณโรคและไตอักเสบ เป็นต้น แม้ว่าโรคแทรกซ้อนจะมีมาก แต่สามารถป้องกันได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี จะมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยและไม่รุนแรง

1.7.6 การดูแลเท้า คนที่เป็นเบาหวาน อาจมีอาการชาที่ปลายมือ ปลายเท้าได้บ่อย เนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้น้อย ทำให้บริเวณดังกล่าวรู้สึกเจ็บร้อนน้อยกว่าคนปกติ ซึ่งหากผู้ป่วยถูกหนามหรือตะปูตำหรือถูกความร้อน อาจจะไม่รู้สึก เมื่อรู้ตัวก็ต่อเมื่อมีแผลเกิดขึ้นแล้ว ทำให้การรักษาลำบาก เชื้ออาจลุกลามเป็นแผลเน่าลึกเข้าไปถึงกระดูก ต้องรักษาโดยการตัดเท้าทิ้ง ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย ดังนั้น ควรป้องกันดูแลเท้า ให้สะอาดอยู่เสมอ ดังนี้

1. ล้างเท้าให้สะอาดทุกวัน เช็ดเท้าให้แห้ง ทานวบน้ำมัน
2. ตัดเล็บเท้าให้เป็นเส้นตรง
3. สวมรองเท้าทุกครั้งที่ยื่นออกนอกร้าน ไม่เดินเท้าเปล่า

4. สวมถุงเท้าสั้นหรือยาวที่สะอาด ไม่คับหรือรัดข้อเท้า

5. หมั่นตรวจรองเท้าก่อนสวม อย่าให้มีเศษก้อนหิน หรือของมีคมในรองเท้าใส่
รองเท้าที่พอเหมาะพอดีกับเท้า

1.8 องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ภาวนา กิริติยุดวงศ์ (2546) ได้กล่าวถึงองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับ
ทีมสุขภาพ ว่าโรคเบาหวานจัดเป็นโรคเรื้อรังที่มีลักษณะเฉพาะในการดำเนินโรค มีระยะ ที่โรคสงบ
และระยะที่โรคกำเริบ ในระยะที่โรคสงบ ผู้ป่วยอาจไม่แสดงอาการผิดปกติอะไร แต่ไม่ได้
หมายความว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติแต่ไม่ถึงกับทำให้
เกิดความผิดปกติขั้นรุนแรง กระบวนการทำลายระบบหลอดเลือดและระบบประสาทยังคงดำเนินไป
เรื่อยๆ ผู้ป่วยจึงต้องดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยาหรือฉีดยา การควบคุม
ความเครียด การสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดสูง และอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ การออกกำลังกาย
อย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติทุกวัน ซึ่งจากพยาธิสภาพของ
โรคที่ซับซ้อนและทำความเข้าใจยากสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับเรื่องที่จะต้องดูแลตนเอง
ยากต่อการปฏิบัติให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ในขณะที่เจ้าหน้าที่สุขภาพ ทั้งแพทย์ พยาบาล ได้
พยายามเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการดูแลตนเอง ให้ความสำคัญกับการรักษาระดับน้ำตาลในเลือด
จนบางครั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ให้ความสำคัญในเรื่องพยาธิสภาพของโรค เรื่อง
ภาวะแทรกซ้อนของโรค เรื่องผลการตรวจระดับน้ำตาล มากกว่าให้ความสำคัญต่อความเป็นบุคคล
ของผู้ป่วย

จากการศึกษาของฮันท์ และคณะ (Hunt, Arar & Larm 1998) ถึงความแตกต่าง
ระหว่างมุมมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับมุมมองของเจ้าหน้าที่สุขภาพในการจัดการดูแล
เรื่องโรคเบาหวาน โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 51 คน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ 35 คน สิ่งที่สัมภาษณ์ คือ

1) เป้าหมายในการจัดการเรื่องโรคเบาหวาน 2) สิ่งที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จ
ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 3) วิธีการทำให้บรรลุตามเป้าหมาย ผลการศึกษาพบว่า มุมมองของเจ้าหน้าที่
สุขภาพเน้นเรื่องพยาธิสภาพของโรค ภาวะแทรกซ้อน พยายามให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมดูแล
ตนเองโดยใช้แรงจูงใจ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ประเมินผลความสำเร็จโดยดูจาก
ระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าผลระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดี แสดงว่าการรักษามีประสิทธิภาพ ถ้า
ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี แสดงว่าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและตามคำแนะนำ
ในผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองไม่ดีเจ้าหน้าที่พยายามให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เน้นให้ผู้ป่วยกลัว
ภาวะแทรกซ้อน ถ้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแสดงว่าผู้ป่วยขาดความรู้ และแรงจูงใจ วิธีการช่วยเหลือคือ
ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ในมุมมองของผู้ป่วยผู้ป่วยเน้นการค้นหาวิธีที่มีประสิทธิภาพในการควบคุม

โรคเบาหวาน และผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยคำนึงถึงผลกระทบจากโรคเบาหวานที่มีต่อตนเองมากกว่าปัญหาทางด้านสรีรวิทยา ผู้ป่วยประเมินผลสำเร็จโดยดูจากระดับน้ำตาลในเลือด เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังประเมินจากความรู้สึกของตนเองว่ารู้สึกดี หรือรู้สึกไม่ดี โดยดูจากความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมของตนเองกับระดับน้ำตาลในเลือดเป็นกรณีไป เช่น รับประทานขนมหวานแต่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ขึ้น ผู้ป่วยใช้เกณฑ์มาตรฐานในการประเมินพฤติกรรมย่อยๆ แทนการประเมินในภาพรวม ผู้ป่วยใช้วิธีการดูแลตนเอง (taking care of myself) พยายามควบคุมตนเอง และทำในสิ่งที่ดี

จะเห็นได้ว่ามุมมองในการจัดการเรื่องโรคเบาหวานระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฮอแมนเดซ (Hernandez อ้างถึงใน Paterson, Thome & Dewis 1998) ที่พบว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในขณะที่ผู้ป่วยเน้นการรักษาสมดุลของชีวิต จากมุมมองดังกล่าวของเจ้าหน้าที่สุขภาพสะท้อนให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพใช้ความรู้ในด้านการแพทย์สมัยใหม่เพียงด้านเดียว ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องการการดูแลในด้านอื่นๆ ที่จะช่วยรักษาสมดุลของชีวิต รักษาความเป็นบุคคลของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ความรู้ในมิติด้านการแพทย์ยังคงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเป็นความรู้พื้นฐานสำหรับผู้ป่วยในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานพัฒนาความสามารถของตนเองในการเรียนรู้องค์ความรู้ที่จะกล่าวต่อไปนี้ เพื่อช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งกาย จิต และสังคม

1. ความเข้าใจในธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรังผลกระทบของความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีต่อผู้ป่วย การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งในส่วนนี้ได้กล่าวไปในตอนต้นแล้ว
2. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานซึ่งประกอบด้วยพยาธิสรีรวิทยาของโรคเบาหวาน การวินิจฉัย การรักษา ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย
3. ทฤษฎีทางการพยาบาล การนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยให้พยาบาลทราบขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลของตนเองได้ชัดเจนขึ้น มโนทัศน์ในทฤษฎีทางการพยาบาลแต่ละมโนทัศน์ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ได้ให้แนวทางในการประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม ให้เป้าหมาย และแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย นอกจากนี้การใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลในการปฏิบัติงานยังช่วยพัฒนาวิชาชีพในส่วนของ การทดสอบองค์ความรู้ทางการพยาบาลว่าสามารถนำมาใช้ในการให้การพยาบาล หรือมองปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้จริง
4. รูปแบบการจัดการกับอาการ และการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยเบาหวานการดูแลตนเองในเรื่องโรคเบาหวานผู้ป่วยมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลสุขภาพตนเองพยาบาลควรเรียนรู้แนวคิด

ในการจัดการกับอาการและการจัดการกับตนเองในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นแนวคิดที่จะช่วยอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลตนเองและจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจวิถีชีวิตจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานรวมทั้งการสังเกตอาการตนเองของผู้ป่วยซึ่งบางครั้งอาจมีมุมมองหรือคำอธิบายที่แตกต่างไปจากมุมมองของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพพยาบาลสามารถนำแนวคิดนี้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลควรเรียนรู้วิธีให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีมากกว่าวิธีการเดิมที่พยาบาลเคยปฏิบัติอยู่ ได้แก่ การสอน การให้คำปรึกษา การให้การสนับสนุนแพทย์ในการตรวจรักษา เป็นต้น พยาบาลสามารถที่จะออกแบบและจัดระบบบริการให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานรูปแบบต่างๆ ที่สอดคล้องกับลักษณะการให้บริการของหน่วยงาน และ พยาบาล ควรทราบแนวทางการพัฒนาตนเองให้มีความสามารถเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับระบบส่งต่อผู้ป่วย

2.1 ความหมายของระบบส่งต่อ

การส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การรับและการส่งผู้ป่วย เพื่อการตรวจรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งไปสู่อีกแห่งหนึ่งซึ่งสามารถให้บริการเหมาะสมกว่าจากระดับต่ำไปสู่ระดับสูงและจากระดับสูงไปสู่ระดับต่ำ ซึ่งนับว่าเป็นการประสานงานร่วมกันทั้งสองทาง ระหว่างสถานบริการบริการทางการแพทย์หรือหน่วยงานทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามความจำเป็น จนกว่าจะหายป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติหรือจนกว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรักษาต่อไป โดยมีหนังสือส่งต่อผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ (สาลี เปลี้นบางช้าง , 2527 ; เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และ จริยาวัตร คมพักษณ์ , 2527 ; สุภาพ สุวรรณเวช , 2527 ; รังสรรค์ มหาสันทนะ , 2533)

2.2 ความเป็นมาของระบบส่งต่อ

ระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาต่อนี้ เป็นรูปแบบของการจัดการบริการสาธารณสุขรูปแบบหนึ่ง ที่ได้กำหนดไว้ในโครงการจัดบริการสาธารณสุขภูมิภาค ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – 2524) รหัส 0117 ทั้งนี้เนื่องจากการที่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารงาน และจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศ มีโครงการในรูปแบบของการกระจายบริการสาธารณสุข ไปยังประชากรส่วนต่างๆ ของประเทศ ให้มากที่สุด โดยผ่านเจ้าหน้าที่การแพทย์ และสาธารณสุขระดับต่างๆ ลงไป

ซึ่งขอขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยยอมแตกต่างกันออกไป ดังนั้นการนำระบบส่งต่อผู้ป่วยมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ จึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขทางด้านการจัดบริการทางการแพทย์ให้มีคุณภาพดีขึ้น (รังสรรค์ มหาสันตะ, 2533) และเป็นการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขด้านอื่นๆ ออกไปสู่ประชากรทั่วประเทศให้ครอบคลุมทั่วถึง และเท่าเทียมกันมากที่สุดดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งแต่เดิมมาประเทศไทยมีระบบส่งต่อผู้ป่วยมานานแล้ว โดยเริ่มต้นจากระบบส่งต่อของกรมแพทย์ทหารอากาศ เมื่อปี พ.ศ. 2495 โดยได้จัดเป็นหน่วยปฏิบัติงานอย่างแน่นอน กำหนดในหน้าที่ของหน่วยที่รับผิดชอบหน่วยต่างๆ ของกองทัพอากาศที่อยู่ห่างไกลมีแพทย์และเครื่องมือเครื่องใช้ไม่เพียงพอ สามารถส่งผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถรับการรักษาที่ โรงพยาบาลที่เหมาะสม เช่น โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (ระวีงสมบูรณวิรัชย์, 2524) สำหรับในกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มต้นครั้งแรกในราวปี พ.ศ. 2506 โดยคุณหญิงสำเนียง มุกสิกะภุมมะ หัวหน้ากองการพยาบาลสมัยนั้น ได้ทำโครงการเสนอกระทรวงให้มีระบบรับส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยสถานีนามัยต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดต่อกันในบริการของกระทรวงสาธารณสุข โดยเสนอให้ทดลองเป็นโครงการทดลองก่อน 6 เดือน ในจังหวัดนครราชสีมา และต่อมาได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นอีก 6 คณะและหนึ่งในหกของคณะกรรมการนี้ เป็นผู้รับผิดชอบในงานระบบรับ – ส่งต่อผู้ป่วย โดยมีอธิบดีกรมการแพทย์ในขณะนั้นเป็นประธานคณะกรรมการ และได้จัดทำแบบฟอร์มสำหรับรับ – ส่งต่อผู้ป่วยขึ้น ซึ่งได้มีการนำมาใช้จนถึงปัจจุบัน แต่อย่างไรก็ตามงานรับ – ส่งต่อก็ยังมิได้ก้าวหน้าไปได้ดีเท่าที่ควร ยังเป็นปัญหาที่ผู้บริหารระดับสูง ควรหาทางพิจารณาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น(รังสรรค์ มหาสันตะ, 2533)

2.3 ทฤษฎีระบบส่งต่อ

ระบบส่งต่อผู้ป่วย เป็นการประสานงานร่วมกันทั้งสองทาง ของสถานบริการทางด้านการแพทย์ทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนได้รับการตรวจรักษาโรคอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยมีระบบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องตลอดกระบวนการ ทั้งฝ่ายรับและฝ่ายส่ง ซึ่งเป็นไปในลักษณะทั้งสองทาง คือจากโรงพยาบาลศูนย์ไปยังสถานีนามัย หรือจากสถานีนามัยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีรูปแบบของระบบการส่งต่อผู้ป่วยดังนี้ คือ (รังสรรค์ มหาสันตะ, 2533)

1. การส่งต่อขั้นที่ 1 จากอาสาสมัครสาธารณสุข (งานสาธารณสุขมูลฐาน) มายังระบบบริการสาธารณสุขประชาชน เมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นเกินความสามารถที่จะช่วยตัวเองได้ก็จะไปขอรับบริการเบื้องต้นจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และหากเกินความสามารถของอาสาสมัครก็จะส่งต่อผู้ไปรับการรักษาต่อ ณ สถานบริการของรัฐ ตามความเหมาะสมกับความรุนแรงและซับซ้อนของการเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะเป็นสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน

สถานีอนามัยสำนักงานสุขภาพชุมชนในระยะที่ 2 หรือบริการทางการแพทย์ในระดับที่ 3 ของการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งรูปแบบของการส่งต่อขั้นที่ 1 นี้ เป็นรูปแบบที่มุ่งหวังให้ประชาชนส่วนใหญ่ เข้าสู่ระบบโดยผ่านจากระดับล่างสุด คือ ระดับที่ 1 และการถูกส่งต่อเข้าสู่ระดับสูงขึ้นไปในกรณีพิเศษ เช่น อุบัติเหตุหรือโรคเฉพาะทางเท่านั้น

2. การส่งต่อขั้นที่ 2 เป็นการส่งต่อระหว่างสถานบริการ ในกรณีที่สถานบริการแรกรับ ไม่มีขีดความสามารถพอเพียง ก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่มีขีดความสามารถสูงกว่า ซึ่งการส่งต่อระหว่างสถานบริการจะเป็นไปทั้งสองทาง คือ การส่ง ไปและรับกลับ กล่าวคือ เมื่อสถานบริการที่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยไว้ ได้ทำการรักษาจนพิจารณาแล้ว เห็นว่าสามารถให้สถานบริการผู้ส่งดูแล ได้แล้ว ก็จะส่งกลับมายังสถานบริการแรกรับซึ่งอยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด

3. การส่งขั้นที่ 3 เป็นการส่งต่อภายในสถานบริการระหว่างแผนกงานภายในโรงพยาบาล เช่น การส่งต่อผู้ป่วยจากแผนกคนไข้นอกไปยังแผนกชันสูตรเพื่อตรวจเลือด ปัสสาวะ หรือส่ง ไปยังแผนกรังสีเพื่อเอกซเรย์

4. การส่งต่อขั้นที่ 4 เป็นการส่งต่อกลับชุมชน เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอยู่ในสภาพที่สามารถดูแลตนเองได้แล้ว ก็จะได้ส่งกลับชุมชน โดยผ่านระบบ ดังเช่นตอนนำส่งมายังสถานบริการ ครั้งแรกดังนั้นระบบส่งต่อผู้ป่วยมิได้หมายความว่าเพียงแต่การส่งผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเท่านั้น แต่หมายถึงการส่งผู้ป่วยกลับยังสถานบริการเดิมที่ส่งมา เมื่อแพทย์ลงความเห็นว่าสถานบริการนั้น ๆ สามารถดูแลได้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดความแออัดของสถานบริการระดับสูง

2.4 ความสำคัญของระบบรับ – ส่งต่อผู้ป่วย

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุขดังนี้ คือ (รังสรรค์ มหาสันทนะ, 2533)

1. เป็นรูปแบบของการจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นการเสริมช่องว่างของการบริการทางการแพทย์ที่ยังขาดอยู่มากในชนบท ทำให้ประชาชนที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการได้รับการบริการ โดยทั่วถึง
2. สามารถสกัดกั้นการใช้สถานบริการสาธารณสุขสูงกว่าโดยไม่จำเป็นซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองในทางเศรษฐกิจ ทั้งผู้ป่วยและทรัพยากรทางด้านบุคลากรของรัฐ โดยไม่จำเป็น
3. เป็นการลงทุนน้อย แต่สนองประโยชน์ได้สูงเพราะ ไม่จำเป็นจะต้องลงทุนสร้างสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นหากมีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยให้ดีขึ้นและเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้วอย่างคุ้มค่า
4. ผู้ป่วยจะได้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ โดยผ่านทางระบบส่งต่อโดยจะได้รับคำแนะนำเบื้องต้นที่ถูกต้อง ตั้งแต่จุดเริ่มต้นในการติดต่อและได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องไม่

ซ้ำซ้อนกัน มีความสะดวกรวดเร็ว ซึ่งจะทำให้มีความปลอดภัยของชีวิตมากขึ้น และเป็นที่พอใจของประชาชนจนเกิดศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่และสถานบริการในระดับต่าง ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะสถานบริการใกล้บ้านตนเอง

5. ระบบส่งต่อมีความสำคัญในด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน เนื่องจากงานใดที่เกินความรู้ความสามารถของอาสาสมัครเหล่านั้น ก็จะส่งต่อผู้ป่วยมายังสถานอนามัย เพื่อให้การดูแลและเมื่อได้รับการรักษาพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยก็จะกลับมาอยู่บ้าน ภายใต้การดูแลของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านต่อไป

6. สามารถลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล ซึ่งมีอัตราการครองเตียงสูง เนื่องจากระบบการส่งต่อ สามารถส่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ปลอดภัย และไม่มีควมจำเป็นที่ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอีกต่อไป โดยให้ไปรับการรักษาในสถานบริการระดับรองต่อไปได้

จากเหตุผลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าระบบรับส่งผู้ป่วยมีความสำคัญต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนมาก เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น และมีบทบาทสำคัญมากต่อการพัฒนาการจัดระบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ และจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของ ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อการรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมทั้งพฤติกรรมของผู้รับบริการด้วย ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่มีใช้ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งเรียกว่าพฤติกรรมอนามัย โดยเชื่อว่าจะเกิดขึ้นจากความรู้ความเข้าใจเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพอนามัย (สมฤดี สารภีรมย์, 2536 อ้างจาก Etwiler and Robb, 1970)

ประเทศไทยยังขาดแคลนแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกจำนวนมาก การคิดค้นระบบรับส่งผู้ป่วย เพื่อการรักษาต่อที่นั้นเหมาะสมดีมาก สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทย สถานบริการสาธารณสุขถูกกำหนดเป็นระดับขีดความสามารถลดหลั่นกัน ไปทั้งนี้เพื่อสงวนการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์คุ้มค่ามากที่สุดคงไม่จำเป็นที่โรงพยาบาลจะต้องตรวจรักษาโรคได้ทุกโรคได้เหมือนกันหมด (อำพล จินดาวัฒนะ, 2526) ดังนั้น โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด ในฐานะเป็นพี่เลี้ยงโรงพยาบาลชุมชน/ศูนย์แพทย์ และสถานอนามัย และสถานบริการ สาธารณสุขในระดับต่างๆ จำเป็นต้องช่วยเหลือ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ระบบการรับ-ส่งผู้ป่วย เพื่อการตรวจรักษาต่อไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2528)

2.5 วัตถุประสงค์ของการส่งต่อผู้ป่วย

การประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย และครอบคลุมตามความเหมาะสมเป็นราย ๆ ไป โดยมีเป้าหมายที่จะส่งเสริม และสนับสนุนกลไกของการประสานงาน ระหว่างหน่วยงานต่างๆ

ทั้งของรัฐและเอกชนให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยมีวัตถุประสงค์ของการส่งต่อคือ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2527)

ด้านผู้ป่วย

- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ถูกต้อง
- เพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่ถูกต้องที่สถานพยาบาล

ใกล้บ้าน ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด

- เพื่อให้การรักษาต่อเนื่องและประหยัดค่าใช้จ่ายโดยส่งผู้ป่วยที่อาการทุเลาลงแล้วกลับไปรักษาต่อในสถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ให้ผู้ป่วยมีสิทธิ์ขาดต่อแหล่งให้บริการหรือเจ้าหน้าที่ชั้นต้นที่รับบริการบริการส่งต่อ เพื่อให้มีการใช้สถานบริการมากขึ้น

- ให้มีการถ่วงรอสภาวะของโรคดีพอสมควร โดยให้การแก้ไขปัญหาชั้นต้นจากแหล่งให้บริการแรก

- ให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกรวดเร็วและพอใจ

ด้านเจ้าหน้าที่

- เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับและทุกฝ่ายเข้าใจยอมรับและปฏิบัติตามระบบการรับ-ส่งผู้ป่วยนี้

- เพื่อให้มีการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยที่ให้บริการให้มีความสัมพันธ์ดีต่อกัน ทำให้เกิดความอบอุ่นใจและความมั่นใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ส่งเพราะมีผู้ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลา

- เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ส่งได้มีโอกาสติดตามผลการรักษาหรือดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ตามสมควร

- เป็นการกระตุ้นให้หน่วยงานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการปรับปรุงประสานงานในด้านการรักษาพยาบาลดีขึ้น

เป้าหมายของระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจหรือรักษาต่อ คือ ให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งใช้ระบบนี้ตามความเหมาะสม

- สถานบริการผู้ส่งต้องจัดระบบการติดตามผู้ป่วยที่ได้ส่งไปตรวจรักษาต่อทุกราย
- สถานบริการผู้รับต้องตอบรับโดยเร็วและแจ้งผลการรักษากลับไปยังโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกระดับโดยทางไปรษณีย์หรือฝากไปกับญาติผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ที่ไว้ใจได้กรณีสถานบริการผู้ส่งอยู่ในระดับตำบล

วิธีการดำเนินการ

- ประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้เข้าใจ และเห็นความสำคัญของระบบ และให้ถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบโดยใช้คู่มือปฏิบัติการนี้เป็นแนวทางปฏิบัติ

- กำหนดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อระบบส่งต่อผู้ป่วยและให้อำนวยความสะดวกเป็นพิเศษเพื่อตรวจรักษาต่อไป

- ให้นำหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการตรวจหรือรักษาต่อจัดทำสถิติการใช้ระบบนำส่งผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

- ขั้นตอนการส่งผู้ป่วย เพื่อไปรับการตรวจหรือรักษาต่อจะต้องมีแบบสำหรับ ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจ หรือรักษาต่อตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ไปพร้อมกับผู้ป่วยด้วยทุกครั้งยกเว้นกรณีรีบด่วน อาจส่งแบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยตามไปภายหลังได้การนำส่งผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่หรือโดยการติดต่อทางวิทยุก็ต้องปฏิบัติตามข้อ 1 กรณีคนไข้หนักหรือเร่งด่วนถ้ากระทำได้ควรแจ้งให้สถานบริการผู้รับทราบล่วงหน้า เพื่อเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วยการขนส่งผู้ป่วยหนักจำเป็นต้องใช้รถของสถานพยาบาล ก็อาจกระทำได้โดยเสียค่าบริการตามสมควร

- แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้มีรายได้น้อยให้อยู่ในดุลยพินิจของหัวหน้าสถานบริการ เมื่อได้รับผู้ป่วยพร้อมแบบส่งตัวผู้ป่วยแล้ว ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของสถานบริการผู้รับผู้ป่วย ส่งใบตอบรับผู้ป่วยโดยเร็ว ส่วนแบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยกลับ (สีชมพู) ให้ส่งกลับไปยังสถานบริการผู้ส่งเมื่อได้จำหน่าย (หาย ทูเลา ส่งรักษาต่อ ไม่สมัครอยู่ หนี ตาย)

- ในกรณีเป็นผู้ป่วยนอก ให้ส่งแบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยกลับ (สีชมพู) คืนทันที
ขั้นตอนการส่งแบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยกลับ (สีชมพู) ถึงสถานบริการผู้ส่งในกรณีที่ไม่มีคำสั่งการรักษาต่อเนื่อง ในแบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยกลับให้ส่งกลับทางไปรษณีย์ไปยังสถานบริการผู้ส่ง (ยกเว้น สถานีอนามัยสถานพยาบาลผดุงครรภ์ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ฯลฯ ให้ส่งผ่านสถานบริการสาธารณสุขอำเภอ)

- ในกรณีที่มีคำสั่งการรักษาต่อเนื่องในแบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยกลับให้มอบไปพร้อมกับผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงความสำคัญของการรักษาต่อเนื่องตามคำสั่งแพทย์ในแบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยกลับนั้นหรือส่งข่าวทางวิทยุในกรณีที่ส่งกลับไปรักษาต่อเนื่องควรพิจารณาพยาบาล ที่จำเป็นต้องใช้ให้ไปกับผู้ป่วยด้วยเพื่อมิให้ประสบปัญหาการขาดยาในสถานบริการบางแห่ง

- ในกรณีที่สถานบริการผู้รับจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยต่อไปยังสถานบริการอื่นอีกให้ปฏิบัติดังนี้

ภายในจังหวัดเดียวกันสถานบริการผู้ส่งต่อถ้าจะไม่เขียนแบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วย

ใหม่ให้บันทึกลงไว้ในแบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยว่าได้มารับการรักษาแล้วพร้อมทั้งลงทะเบียนเป็นหลักฐานไว้เพื่อประโยชน์ในการเก็บสถิติเพื่อทำรายงาน ประจำเดือน

ส่งออกนอกจังหวัด ให้ทำแบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยขึ้นใหม่ทุกรายและควรแจ้งให้สถานที่รับผู้ป่วยต่อทราบว่าได้รับผู้ป่วยโดยการส่งมาจากสถานบริการใดเมื่อได้แล้วส่งแบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยกลับ(สีชมพู)คืนสถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา

สถานบริการที่ส่งต่อผู้ป่วยได้รับผลการตรวจรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับแล้วจะต้องส่งผลต่อไปยังสถานบริการแรกที่ส่งให้ทราบด้วย

2.6 วิธีการส่งต่อผู้ป่วย

2.6.1 ใช้แบบฟอร์มส่งต่อโดยแพทย์หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบจะบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและจุดประสงค์ในการส่งต่อลงในแบบฟอร์มเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปติดต่อกับหน่วยงานหรือสถาบันที่เกี่ยวข้องเพื่อความสะดวกถูกต้องและง่ายต่อการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

2.6.2 ทางโทรศัพท์ในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วนหรือต้องการให้รายละเอียดหรือต้องการทราบผลของการส่งต่อทันทีก็อาจส่งต่อโดยทางโทรศัพท์ทั้งนี้ แล้วแต่ความเหมาะสมโดยทั่วไปในทางปฏิบัติมักจะใช้ทั้ง 2 วิธีร่วมกันเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการสื่อสารและเพื่อประโยชน์ในการเก็บไว้เป็นหลักฐานอีกด้วย

2.6.3 ทางวิทยุ เป็นวิธีการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากวิธีหนึ่ง นิยมใช้ในต่างจังหวัดหรือในส่วนราชการทหาร

2.7 ประโยชน์ของระบบการส่งต่อผู้ป่วย

หากระบบการส่งต่อผู้ป่วยได้ผลมีประสิทธิภาพจะเกิดประโยชน์ต่อกันหลายประการ ดังนี้ (รังสรรค์ มหาสันทนะ, 2527)

- เป็นการส่งเสริมช่องว่างของการบริการทางการแพทย์ที่ยังขาดอยู่มากในชนบทให้ประชาชนที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการได้รับบริการโดยทั่วถึงกัน
- สามารถสกัดกั้นการไปใช้สถานบริการสาธารณสุขที่สูงกว่าโดยไม่จำเป็นซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองในทางเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วย และทรัพยากรทางด้านบุคคลของรัฐโดยไม่จำเป็น
- เป็นการลงทุนน้อยแต่สนองประโยชน์ได้สูงสุด และเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้วให้ได้ผลคุ้มค่า
- ในแง่ของผู้ป่วยความสำคัญของระบบการส่งต่อมีความหมายมากที่สุด คือ ความปลอดภัยของชีวิตได้รับบริการอย่างมีขั้นตอนได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด

ระบบส่งต่อมีความสำคัญในด้านการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นแนวทางหลักในการดำเนินการเพื่อกระจายบริการสาธารณสุขให้แก่ประชากรทั่วประเทศ โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพฟุ้งตนเองมากที่สุดมีการนำชุมพลึงในท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ที่สามารถลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลลงได้อย่างมาก โดยที่ฝ่ายเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในระดับสูงไม่ต้องเสียเวลาที่จะให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยจะใช้เวลาความสามารถและทรัพยากรต่างๆ ไปให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นมากกว่า

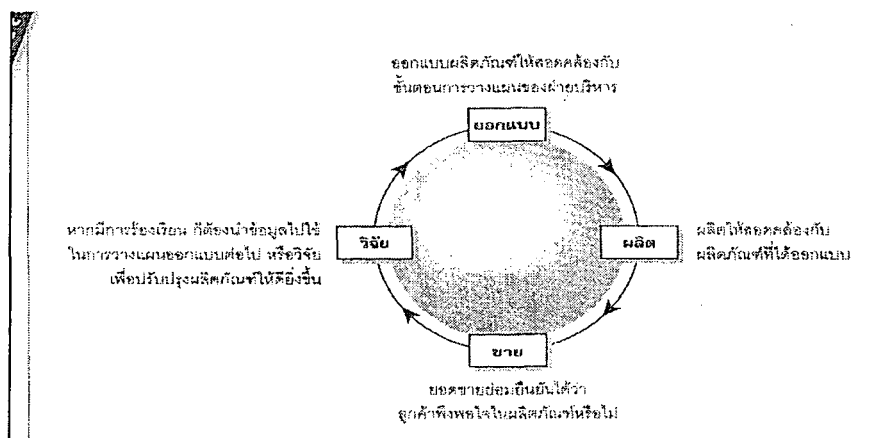
3. แนวคิดเกี่ยวกับวงจร PDCA

PDCA มาจากคำภาษาอังกฤษ 4 คำ ได้แก่ Plan (วางแผน) Do (ปฏิบัติ) Check (ตรวจสอบ) Act (ดำเนินการให้เหมาะสม) (ชานิกานต์ เขียรสูตร, 2551)

แนวคิดเกี่ยวกับวงจร PDCA เริ่มขึ้นเป็นครั้งแรกโดยนักสถิติ Walter Shewhart ซึ่งได้พัฒนาจากการควบคุมกระบวนการเชิงสถิติที่ Bell Laboratories ในสหรัฐอเมริกาเมื่อทศวรรษ 1930 ในระยะเริ่มแรก วงจรดังกล่าวเป็นที่รู้จักกันในชื่อ “วงจร Shewhart” จนกระทั่งราวทศวรรษที่ 1950 ได้มีการเผยแพร่อย่าง กว้างขวางโดย W.Edwards Deming ปรมาจารย์ทางการจัดการบริหารคุณภาพ หลายคนจึงเรียกวงจรนี้ว่า “วงจร Deming”

เมื่อเริ่มแรก Deming ได้เน้นถึงความสัมพันธ์ 4 ฝ่าย ในการดำเนินธุรกิจเพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพ และความพึงพอใจของลูกค้า ซึ่งได้แก่ ฝ่ายออกแบบ ฝ่ายผลิต ฝ่ายขาย และฝ่ายวิจัย ความสัมพันธ์ทั้ง 4 ฝ่ายนั้น จะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพของสินค้าตามความต้องการของลูกค้าที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยให้ถือว่าคุณภาพจะต้องมาก่อนสิ่งอื่นใด

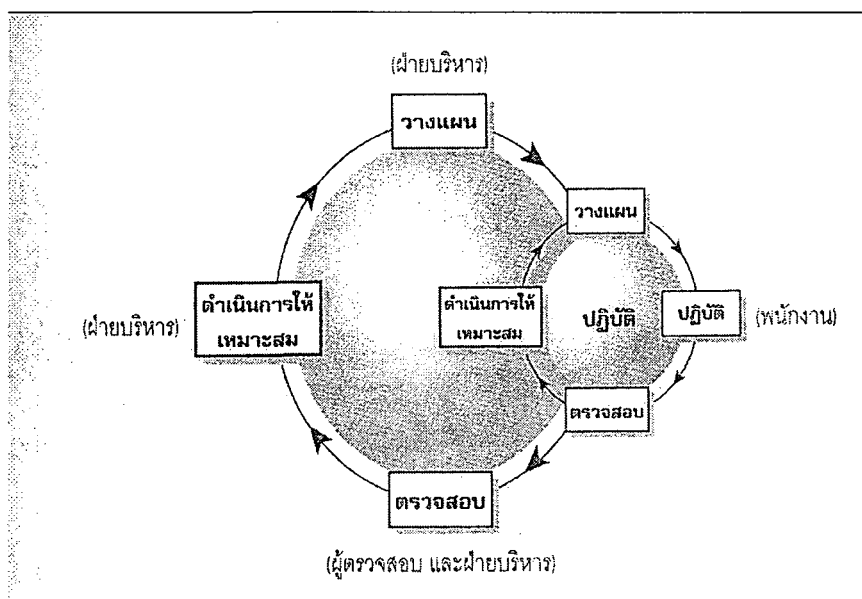
ภาพแสดงวงจร PDCA ในยุคแรก



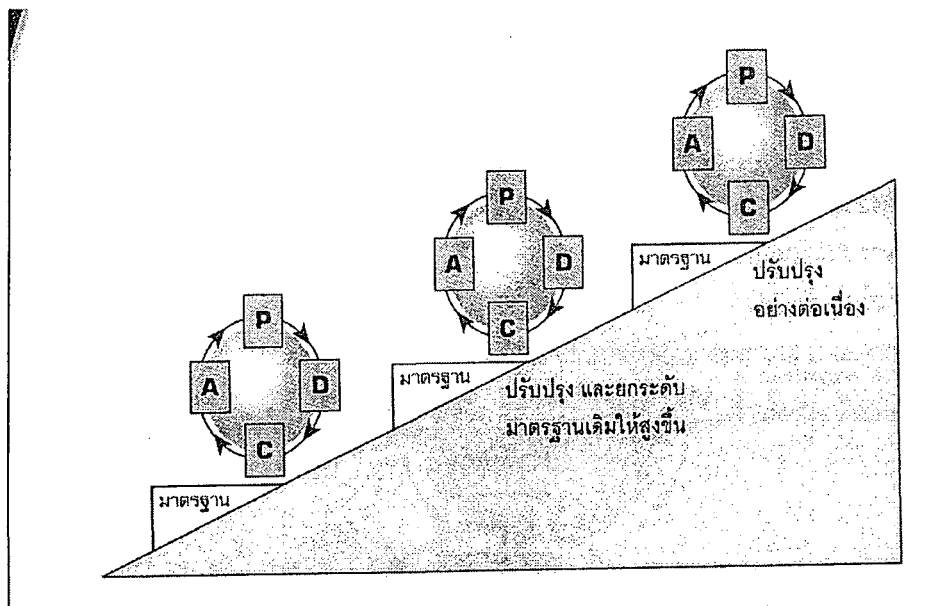
ต่อมาแนวคิดเกี่ยวกับกับวงจร Deming ได้ถูกดัดแปลงให้เข้ากับวงจรการบริหาร ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนการตรวจสอบ และขั้นตอนการดำเนินการให้เหมาะสม (ซึ่งในระยะเริ่มแรกหมายถึงการปรับปรุงแก้ไข) แต่ยังไม่สามารถใช้งานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะแต่ละ ขั้นตอนถูกมอบหมายให้เป็นหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละฝ่าย ขณะที่ฝ่ายบริหารกำหนดแผนงานและตั้งเป้าหมายสำหรับพนักงานพนักงานก็ต้องลงมือปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายที่ฝ่ายบริหารได้กำหนดขึ้น ในขณะที่ผู้ตรวจสอบคอยตรวจสอบผลการปฏิบัติงานของพนักงานเป็นระยะๆ และรายงานผลให้ผู้บริหารทราบหากการปฏิบัติงานมีความผิดพลาดหรือเบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายก็จะได้แก้ไขได้ทันที พนักงานที่สามารถ ปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายก็จะได้รับรางวัลเป็นการตอบแทน แต่ถ้าไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมายก็จะถูกประเมินผลการปฏิบัติงานที่ต่ำ การดำเนินงานในลักษณะนี้จะเห็นได้ว่าค่อนข้างแข็งกระด้าง นอกจากผู้บริหารจะไม่ประเมินศักยภาพของพนักงานซึ่งเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดเกี่ยวกับกระบวนการทำงานแล้ว ยังขาดวิสัยทัศน์ที่ดีในเรื่องของการประสานงานภายในหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้พนักงานมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนและแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม วงจร Deming ได้พัฒนาไปในทิศทางที่นุ่มนวลขึ้น ในประเทศญี่ปุ่นซึ่งได้ให้ความสำคัญกับพื้นฐานการบริหารงาน 2 อย่าง นั่นก็คือ การสื่อสารและความร่วมมือร่วมใจจากทุกคนในหน่วยงาน โดย ผู้บริหารยังคงเป็นผู้กำหนดแผนงาน แต่จะสื่อสารผ่านช่องทางหัวหน้างานและพนักงานตามลำดับขั้น เป้าหมายถูกกำหนดขึ้นตามความเหมาะสมเป็นไปได้

ภาพแสดงวงจร PDCAแบบญี่ปุ่น



เราใช้วงจร PDCA เพื่อการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ทุกครั้งที่วงจรหมุนครบรอบก็จะ เป็นแรงส่งให้หมุนในรอบต่อไป วิธีการใหม่ๆ ที่ทำให้เกิดการปรับปรุงก็จะถูกจัดทำเป็นมาตรฐาน การทำงาน ซึ่งจะทำให้การทำงานมีการพัฒนาอย่างไม่สิ้นสุด เราอาจเริ่มด้วยการปรับปรุงเล็กๆน้อย ๆ ก่อนที่จะก้าวไปสู่การ ปรับปรุงที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น



ภาพแสดงวงจร PDCA กับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

วงจร PDCA สามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกๆ เรื่อง นับตั้งแต่กิจกรรมส่วนตัว เช่น การ ปรุงอาหาร การเดินทางไปทำงานในแต่ละวัน การตั้งเป้าหมายชีวิต การดำเนินงานในระดับบริษัท จนกระทั่งในระดับสถาบันการศึกษา หรือที่นำมาใช้ในระบบประกันคุณภาพการศึกษา

โครงสร้างของวงจร PDCA

ขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอนของวงจร PDCA ประกอบด้วย “การวางแผน” อย่างรอบคอบ เพื่อ “การปฏิบัติ” อย่างค่อยเป็นค่อยไปแล้วจึง “ตรวจสอบ” ผลที่เกิดขึ้น วิธีการปฏิบัติใดมีประสิทธิภาพ ที่สุด ก็จะจัดให้เป็นมาตรฐาน หากไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ก็ต้องมองหาวิธีการปฏิบัติใหม่หรือ ใช้ความพยายามให้มากขึ้นกว่าเดิม

ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

ขั้นตอนการวางแผนครอบคลุมถึงการกำหนดกรอบหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ฯลฯ พร้อมกับพิจารณาว่ามี

ความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลใดบ้างเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนั้น โดยกระบวนการเก็บข้อมูลให้ชัดเจน นอกจากนี้จะต้องวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้แล้วกำหนดทางเลือกในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

การวางแผนยังช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและช่วยลดความสูญเสียต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งในด้านแรงงาน วัสดุคิบ ชั่วโมงการทำงาน เงิน เวลา ฯลฯ โดยสรุปแล้วการวางแผนช่วยให้รับรู้สภาพปัจจุบันพร้อมกับกำหนดสภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต ด้วยการผสานประสบการณ์ความรู้และทักษะอย่างลงตัวโดยทั่วไปการวางแผนมีอยู่ด้วยกัน 2 ประเภทหลัก ๆ ดังนี้

ประเภทที่1 การวางแผนเพื่ออนาคต เป็นการวางแผนสำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือกำลังจะเกิดขึ้น บางอย่างเราไม่สามารถควบคุมสิ่งนั้นได้เลย แต่เป็นการเตรียมความพร้อมของเราสำหรับสิ่งนั้น

ประเภทที่2 การวางแผนเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เป็นการวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเพื่อสภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเราสามารถควบคุมผลที่เกิดในอนาคตได้ด้วยการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปัจจุบัน

ขั้นตอนการปฏิบัติ (DO)

ขั้นตอนการปฏิบัติ คือ การลงมือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามทางเลือกที่ได้กำหนดไว้ในขั้นตอนการวางแผน ในขั้นนี้ต้องตรวจสอบระหว่างการปฏิบัติด้วยว่าได้ดำเนินไปในทิศทางที่ตั้งใจหรือไม่พร้อมกับสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบด้วยเราไม่ควรปล่อยให้ถึงวินาทีสุดท้ายเพื่อดูความคืบหน้าที่เกิดขึ้น หากเป็นการปรับปรุงในหน่วยงาน ผู้บริหารย่อมต้องการทราบความคืบหน้าอย่างแน่นอนเพื่อจะได้มั่นใจว่าโครงการปรับปรุงเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด

ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

ขั้นตอนการตรวจสอบ คือ การประเมินผลที่ได้รับจากการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง แต่ขั้นตอนนี้มักจะถูกมองข้ามเสมอการตรวจสอบทำให้เราทราบว่า การปฏิบัติในขั้นที่สองสามารถบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ สิ่งสำคัญก็คือ เราต้องรู้อะไรจะตรวจสอบอะไรบ้าง และบ่อยครั้งแค่ไหน ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบจะเป็นประโยชน์สำหรับขั้นตอนถัดไป

ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสม (Act)

ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสมจะพิจารณาผลที่ได้จากการตรวจสอบ ซึ่งมีอยู่ 2 กรณี คือ ผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่วางไว้ หรือไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ หากเป็นกรณีแรกก็ให้นำแนวทางหรือกระบวนการปฏิบัตินั้นมาจัดทำเป็นมาตรฐานพร้อมทั้งหาวิธีการที่จะปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นไปอีก ซึ่งอาจหมายถึงสามารถบรรลุเป้าหมายได้เร็วกว่าเดิม หรือเสียค่าใช้จ่าย

น้อยกว่าเดิม หรือทำให้คุณภาพดียิ่งขึ้นก็ได้ แต่ถ้าหากเป็นกรณีที่สอง ซึ่งก็คือผลที่ได้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนที่วางไว้ เราควรรนำข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์ และพิจารณาว่าควรจะดำเนินการอย่างไรต่อไปนี้

- มองหาทางเลือกใหม่ที่น่าจะเป็นไปได้
- ใช้ความพยายามให้มากขึ้นกว่าเดิม
- ขอความช่วยเหลือจากผู้รู้
- เปลี่ยนเป้าหมายใหม่

การวางแผนการดำเนินงานเราต้องกำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผลสำเร็จอาจจะเป็นเป้าหมายระยะสั้น หรือเป้าหมายระยะยาวก็ได้แต่เป้าหมายที่ดีจะต้อง SMARTER ซึ่งประกอบไปด้วย

Specific - เฉพาะเจาะจง มีความชัดเจน

Measurable - สามารถวัดและประเมินผลได้

Acceptable - เป็นที่ยอมรับได้ของผู้ปฏิบัติ

Realistic - ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

Time Frame - มีกรอบเวลากำหนด

Extending - ทำท่าย และเพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติ

Rewarding - คຸ້มค่ากับการปฏิบัติ

4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการ

พัฒนา (Development) ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542:779) ได้อธิบายความหมายว่า ทำให้เจริญ เป็นการทำให้เจริญขึ้น

ไพโรจน์ เพชรคง(2539:7) กล่าวว่า การพัฒนาระบบเป็นกระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นจากสภาพที่เป็นปัญหา สภาพที่ไม่ต้องการไปสู่สภาพที่เป็นอุดมการณ์ เป็นความหวัง และเป็นสภาพที่ดีกว่ามีการกำหนดแนวทางและโครงสร้างสังเขป ซึ่งเป็นระบบงาน กระบวนการ หรือแนวคิดที่อยู่ในรูปใดรูปหนึ่งให้ดีขึ้นกว่าเดิมการพัฒนารูปแบบสามารถดำเนินการได้ 2 ลักษณะคือ พัฒนาจากระบบย่อยสู่ระบบใหญ่และพัฒนาจากระบบใหญ่สู่ระบบย่อยซึ่งมีวิธีการกำหนดขั้นตอน กำหนดวิถีระบบ การจัดเรียงองค์ประกอบตามลำดับก่อนหลัง การแสดงขั้นตอนการอธิบายรายละเอียดขั้นตอนและการกำหนดชื่อระบบที่พัฒนาขึ้น

สรุปการพัฒนา ระบบ หมายถึง กระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ขึ้นจากสภาพที่เป็นปัญหา สภาพที่ไม่ต้องการไปสู่สภาพที่เป็นอุดมการณ์ เป็นความหวังและเป็นสภาพที่ดีกว่า

มีการกำหนดแนวทางและโครงสร้างสังเขป ซึ่งเป็นระบบงาน กระบวนการ หรือแนวคิดที่อยู่ใน รูปใดรูปหนึ่งให้ดีขึ้นกว่าเดิม เพื่อใช้ประโยชน์ในการเป็นแนวทางดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป

การบริการ คือ การให้บริการเป็นหน้าที่หลักที่สำคัญของบุคลากรผู้ให้บริการใดๆที่มีหน้าที่ในการส่งต่อการบริการ (delivery service) ให้แก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้

Whang (1986 อ้างถึงใน เสาวมาศ เดือนนาคี 2545) กล่าวว่า “ การให้บริการเป็นการเคลื่อนย้าย เรื่องที่ให้บริการจากจุดหนึ่งไปอีกจุดหนึ่ง เพื่อให้เป็นไปตามที่ต้องการ ซึ่งการบริการมี 4 ปัจจัย” คือ 1) ตัวบริการ (services) 2) แหล่งหรือสถานที่ที่ให้บริการ (sources) 3) ช่องทางในการให้บริการ (channels) 4) ผู้ใช้บริการ (client Groups)

วัชรวิ ชัยเสถียร (2539 อ้างถึงในเสาวมาศ เดือนนาคี 2545) การบริการ หมายถึง การกระทำที่เกิดจากจิตใจที่เปี่ยมไปด้วยความปรารถนาดี ช่วยเหลือเกื้อกูลเอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ เอื้ออาทรมีน้ำใจไมตรี ให้ความเป็นธรรม และเสมอภาค ซึ่งการให้บริการจะมีทั้งผู้ให้และผู้รับ กล่าวคือ ถ้าเป็นการ บริการที่ดี เมื่อผู้ให้บริการไปแล้ว ผู้รับบริการจะเกิดความประทับใจ หรือเกิดทัศนคติที่ดีต่อการบริการดังกล่าว

อนุก ทิพย์บรรจง (2544) ระบบการบริการ (service system) หมายถึง การจัดวางแบบแผนการดำเนินการต่าง ๆ ในอันที่จะให้บริการตอบสนองความต้องการของบุคคลที่มารับบริการ ทั้งนี้โครงสร้างของระบบการบริการทั่วไป จะประกอบด้วยสัมพันธ์ภาพของส่วนต่างๆ อัน ได้แก่ ผู้ใช้บริการ ผู้ปฏิบัติงานบริการ องค์กรบริการ ผลผลิตบริการ และสภาพแวดล้อมของการบริการ ซึ่งโครงสร้างของระบบการบริการที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

สรุปการพัฒนากระบวนการบริการ หมายถึง กระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ขึ้นจากสภาพ ที่เป็นปัญหา สภาพที่ไม่ต้องการ ไปสู่สภาพที่มีการปฏิบัติที่ให้ความสะดวกในเรื่องต่างๆ ตามความคาดหวังและมีสภาพที่ดีกว่า มีการกำหนดแนวทางและโครงสร้างพอสังเขป ซึ่งเป็นระบบงาน กระบวนการ หรือแนวคิดที่อยู่ในรูปใดรูปหนึ่งให้ดีขึ้นกว่าเดิมเพื่อใช้ประโยชน์ในการเป็นแนวทางดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป

ดังนั้นการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านไผ่สู่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเทศบาลเมือง หมายถึง กระบวนการออกแบบปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดการปฏิบัติในเรื่องบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ที่เอื้ออำนวยความสะดวก อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้อง

5. การศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระบบส่งต่อผู้ป่วยมีความจำเป็นในการให้บริการสาธารณสุขในปัจจุบันเพื่อพัฒนาบริการสาธารณสุขให้เข้าสู่ประชาชนทุกคนได้อย่างทั่วถึง ซึ่งได้มีผู้ศึกษาไว้หลายคน ดังนี้

ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล (2527) ได้ศึกษาระบบการรับส่งผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษาต่อของโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อนโดยวิเคราะห์จากทะเบียนสถิติการรับส่งผู้ป่วยย้อนหลัง 2 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2525 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนผู้ป่วยส่งรักษาต่อกลับลดลง ซึ่งอาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีความพร้อมมากขึ้นทั้งด้านบุคลากรที่มีวิสัญญีพยาบาลและมีอุปกรณ์ถ่ายภาพรังสีมาติดตั้งแต่จำนวนการได้รับใบตอบกลับ ยังน้อย ซึ่งการได้รับแจ้งผลการรักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อเป็นทางหนึ่งในการช่วยเพิ่มความรู้แก่แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ส่งผู้ป่วย เพื่อนำไปปรับปรุงวิธีการวินิจฉัย การรักษา และเวลาที่เหมาะสมในการส่งผู้ป่วยรักษาต่อไม่ให้ซ้ำหรือสายเกินไป

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพและคณะ (2530) ได้ศึกษาผลการศึกษาลักษณะการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชน จากแบบสอบถามที่ตอบรับจากโรงพยาบาลชุมชนขนาดต่างๆ 50 แห่งซึ่งกระจายอยู่ทุกภาคของประเทศ พบว่า จำนวน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและสัดส่วนระหว่างผู้ป่วยในกับผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นตามขนาดของโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉลี่ยมีเพียงร้อยละ 0.5 ที่รับส่งต่อมาจากที่อื่นและเพียงร้อยละ 1.0 ที่ส่งต่อไปยังที่อื่น สำหรับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนรับส่งต่อมาจากที่อื่นนั้น โดยเฉลี่ยร้อยละ 71.5 เป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากสถานีนามัย/สำนักงาน ผดุงครรภ์เพื่อการตรวจรักษาเพิ่มเติม และร้อยละ 12.9 เป็นผู้ป่วยที่ส่งมาจากโรงพยาบาลในระดับ ที่สูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน เพื่อการดูแลรักษาต่อ ในการรับผู้ป่วยส่งต่อมายังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชุมชนได้มีหนังสือตอบรับกลับไปคิดเป็นร้อยละ 76.3 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อทั้งหมด สำหรับ ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนส่งไปยังที่อื่นนั้น โดยเฉลี่ยร้อยละ 81.1 เป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อรับการตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลในระดับสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนและร้อยละ 13.1 เป็นการส่งต่อเพื่อกลับไปดูแลรักษาที่สถานีนามัย/สำนักงาน ผดุงครรภ์ ในการส่งต่อไปที่อื่นนั้นโรงพยาบาลชุมชนได้รับหนังสือตอบรับกลับเพียงร้อยละ 41.6

มาลินี คำภู (2531) ได้สำรวจความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนของประชาชนต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยในเขต อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ของประชาชนจำนวน 300 คน โดยการสุ่มตัวอย่างจากครัวเรือนที่มีประชาชนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนของประชาชนต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่าประชาชนในเขตอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี มีความรู้ต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ทักษะคิดต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับค่อนข้างดี และการปฏิบัติตน

ต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับปฏิบัติคนได้ถูกต้อง มีความรู้ ทักษะคติสัมพันธ์กับการปฏิบัติคนต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้ต่อระบบการส่งต่อของประชาชนกลุ่มนี้แตกต่างกันตามอายุ อาชีพ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ แต่ไม่แตกต่างกันตามเขต โครงการบัตรสุขภาพ ส่วนทัศนคติและการปฏิบัติคนของประชาชนต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกันตามอายุ อาชีพ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และเขต โครงการบัตรสุขภาพ

สมมาตร พรหมภักดี และคณะ (2532) ได้ศึกษาการกลั่นกรองและส่งต่อผู้ป่วยของสถานีนอนามัยตำบล โดยใช้กรณีศึกษากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สถานีนอนามัย 9 แห่ง กระจายไปทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการสถานีนอนามัย ได้แก่

1. การคมนาคมนอกจากกำหนดสถานบริการในระบบส่งต่อแต่ละระดับ ตามพื้นที่ทางการปกครองแล้วควรพิจารณาเงื่อนไขความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสถานบริการในระดับส่งต่อ ควรกำหนดสถานบริการแต่ละระดับให้เหมาะสมกับเส้นทางคมนาคมของแต่ละพื้นที่

2. การเพิ่มความพร้อมในการให้บริการระดับสถานีนอนามัย ได้แก่

- 2.1 การแก้ไขปัญหาขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์ เพื่อลดการสูญเสียจากระบบการจัดสรรที่ผ่านมา ซึ่งสถานีนอนามัยได้รับการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ไม่สอดคล้องกับความจำเป็นทำให้เกิดสภาพ “ขาด ยาเกิน ”

- 2.2 การเพิ่มความรู้ในการรักษาพยาบาลให้แก่เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยที่มีประสบการณ์น้อย จากรูปแบบให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยส่วนใหญ่ อยู่ในความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่บางคน ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์การทำงานมาก และชาวบ้านให้ความศรัทธา ซึ่งหากเขามีภารกิจอื่นไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยจะทำให้สถานีนอนามัยประสบปัญหาในการให้บริการ ฉะนั้นการแสดงบทบาทในการกลั่นกรองและส่งต่อผู้ป่วยของสถานีนอนามัย จึงได้รับผลกระทบอย่างมากจากโรงพยาบาลที่มีปัจจัยจูงใจให้ผู้ป่วยไปรับบริการมากกว่า แนวทางแก้ไขปัญหานี้มีแนวทางหนึ่งที่ได้มีการปฏิบัติและได้ผลดี คือ การใช้มาตรการเข้มงวดระดับสถานีนอนามัยซึ่งจำเป็นต้องใช้การควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสถานบริการ

ทัศนีย์ ศิลปะบุตร (2536) ได้ทำการวิจัยโดยใช้รูปแบบในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้กลุ่มเครือข่าย พบส. 6/2 ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 26 แห่ง สถานีนอนามัย 373 แห่ง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเครือข่าย 6/1 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยพบว่าผลการดำเนินงานการพัฒนาแบบวิธีปฏิบัติของระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังจาทดลอง ดีกว่าก่อนการทดลอง ทักษะคติและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่บริการดีขึ้น ระบบบริการของโรงพยาบาลดีขึ้น ทักษะคติของผู้ป่วยและญาติกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ระหว่างก่อนหลัง

ทดลองรูปแบบนั้นไม่แตกต่างกัน

พิสมัย อุตอามาตย์และบุษบา หน่ยคอน(2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนา ระบบส่งต่อของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรใน 3 ระดับคือ ผู้ส่งต่อ (เจ้าหน้าที่ระดับโรงพยาบาล ชุมชนและสถานีอนามัย), ผู้รับบริการ (ผู้ป่วยที่มารับบริการ โดยระบบส่งต่อ)ผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปรานจันบุรี) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนและ สถานีอนามัย จำนวน 62 คน ผู้ป่วยที่มารับบริการ โดยระบบส่งต่อ ในช่วงเดือนมิถุนายน 2541 ถึง สิงหาคม 2541 จำนวน 66 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 63 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง พบว่า

1. ความคิดเห็นต่อระบบส่งต่อของผู้ส่งต่อ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ทั้ง 3 กลุ่ม อยู่ในระดับ ปานกลางและระดับต่ำตามลำดับ ส่วนผู้รับบริการจะอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง
2. การปฏิบัติต่อระบบส่งต่อ ผู้ส่งต่อ ปฏิบัติตามขั้นตอนอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้ให้บริการ ทราบขั้นตอนการปฏิบัติในเกณฑ์ดี
3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อระบบส่งต่อทุกระดับในภาพรวมมีความ คิดเห็นต่อระบบส่งต่อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและสูงตามลำดับ
5. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่อระบบส่งต่อกับความพึงพอใจใน บริการ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทบทวนเอกสารและวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้บริหาร และใกล้ชิดกับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาผู้ป่วยในและศูนย์สุขภาพ ชุมชนได้พิจารณาถึงรูปแบบการศึกษาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานแล้ว พบว่า สภาพทางสังคม วัฒนธรรมประจำถิ่น วิถีชีวิตของคนในชุมชนนั้น มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวาน การจัดระบบบริการในการดูแล การจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย แม้ว่ามี การศึกษาเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานมาก แต่ในสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ไม่สามารถนำไปปฏิบัติให้ เหมาะสมกับความเป็นจริงและวิถีชีวิตของผู้ป่วยได้ ยังเป็นปัญหาที่ต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มี ความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการผลลัพธ์ว่าจากการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างไร และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานใน 3 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงาน ใดๆ โดยคาดหวังว่าการศึกษาในครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถ ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาล ในเลือดสูงอีก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R &D) เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลบ้านไผ่สู่ศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เพื่อพัฒนาระบบงานขึ้นมาใหม่

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สู่ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลบ้านไผ่ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2551 ถึง มีนาคม 2552 โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัยและทีมวิจัย กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลผู้ให้บริการปฏิบัติงานตักผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิงแห่งละ 2 คน และพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่งๆละ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขชุมชนผู้ประสานงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 1 คน และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน 1 คน รวมจำนวน 12 คน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 10 คน รวมทั้งหมด 22 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1.1.1 การเตรียมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา ให้กับทีมวิจัย โดยการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินงานของการวิจัย ให้กับทีมวิจัยทุกคน

1.1.2 ศึกษาเอกสาร รายงาน ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้อง การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลบ้านไผ่ ดังนี้

1) สถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วย ที่นอนรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไผ่ ประจำปีงบประมาณ 2549-2551 (เดือนตุลาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2549, 2550 และ 2551) อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วันของผู้ป่วยเบาหวาน การบริการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน

2) นโยบายของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2549-2551 (เดือนตุลาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2549, 2550 และ 2551)

1.1.3 ทบทวน ศึกษางานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลเชิงนโยบาย รายงานการวิจัย บทความวิชาการ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับผู้ป่วยเบาหวาน แล้ววิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำประเด็นข้อมูลมาจัดทำคำถาม เพื่อจัดทำโครงร่างแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งศึกษาวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 การสังเกตการณ์ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2551 ถึง เดือน มีนาคม 2552 โดยผู้วิจัยใช้ การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม โดยได้ร่วมในทีมตรวจรักษาของคลินิกเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชน ได้สังเกตในขณะร่วมในกิจกรรมต่างๆ พูดคุยกับผู้ป่วยเบาหวาน และได้สังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม การปฏิบัติงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยชายและหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ โดยผู้วิจัยได้ สังเกตเวลาที่ไปติดต่อประสานงานอื่นๆ โดยศึกษาตั้งแต่ผู้ป่วยเบาหวานเข้ามารักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั้งหมดที่พบ จัดกลุ่มข้อมูล เพื่อเตรียมดำเนินการในขั้นต่อไป

1.3 การศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาที่ ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านไผ่ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1.3.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (in – depth interview) โดยผู้วิจัย ตั้งแต่วันที่ 25 เมษายน ถึง 31 พฤษภาคม 2552 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัย ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โรงพยาบาลบ้านไผ่

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการและระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในชายและหญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จำนวน 4 คน พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ประสานงานศูนย์ดูแล ต่อเนื่อง 1 คน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่รักษาตึกผู้ป่วยในชายและหญิง จำนวน 10 คน รวม 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ ร่วมกับการบันทึกเทป ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของแนวคำถามเป็นแบบปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในไปศูนย์สุขภาพชุมชน แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ดังนี้

ก) แพทย์ ใช้แนวคำถามในประเด็นการให้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน การวางแผนการรักษาและการดูแลต่อเนื่อง

ข) เกสัชกร ใช้แนวคำถามในประเด็นการดูแลในเรื่องการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหาอุปสรรคในการใช้จ่ายของผู้ป่วย

ค) พยาบาลวิชาชีพ ใช้แนวคำถามประเด็นเรื่องการให้การดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน ปัญหาอุปสรรคการส่งต่อผู้ป่วยไปศูนย์สุขภาพชุมชน

ง) พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน ใช้แนวคำถามประเด็นเรื่องการดูแลต่อเนื่องปัญหาอุปสรรคการรับส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาล

จ) ผู้ป่วยเบาหวาน ใช้แนวคำถามในประเด็นเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านและการได้รับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไผ่ หลังจากนั้นนัดสัมภาษณ์ ตามวัน เวลา และสถานที่ ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกที่สุดและผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกตามประเด็นคำถามด้วยตนเองโดยผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การบันทึกเทปการให้สัมภาษณ์จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเท่านั้น

สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกคือห้องพิเศษและห้องประชุมอนันต์เมนะรุจิ โรงพยาบาลบ้านไผ่ เพื่อความเป็นสัดส่วน

ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะจดบันทึกประเด็นสำคัญไว้และทำการถอดเทปแบบคำต่อคำพิจารณาความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้หลังการสัมภาษณ์ปรับปรุงวิธีการและข้อคำถามในการสัมภาษณ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 ถึง 50 นาที

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำข้อสรุปที่ได้เข้าสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อสรุป ในขั้นตอนต่อไป จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ พบว่า

- ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ ในประเด็นเรื่องการได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัว และการส่งต่อ ไปที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง พบประเด็น

- การให้ข้อมูล และการส่งต่อผู้ป่วย รูปแบบไม่ชัดเจน

- ผู้ป่วยเบาหวาน ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา

- ทีมสุขภาพ พบประเด็น

- การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานไปสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่มีแนวทางชัดเจน และไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

- ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการให้ความรู้ คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

- การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ขาดความต่อเนื่อง

2. ระยะพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 26 เดือนตุลาคม 2551 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม 2552 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่มาดำเนินการสังเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

2.1.1 การเตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์ และคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยจำแนกตามหมวดคำถามหลักในประเด็น 1) ปัจจุบันการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลบ้านไผ่เป็นอย่างไร 2) ปัญหา อุปสรรคในการบริการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน 3)ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพควรเป็นอย่างไร โดยผู้วิจัยเลือกใช้คำถามที่ชัดเจนเข้าใจง่ายและสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกัน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก และพฤติกรรมได้อย่างอิสระทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถปรับแนวคำถาม หรือจัดลำดับข้อคำถามได้ตามสถานการณ์

2.1.2 การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการสัมภาษณ์และการจัดประชุมกลุ่ม เช่น เทปบันทึกเสียง กระดาษ ปากกา และอื่นๆที่จำเป็นรวมทั้งประสานงาน

2.1.3 ดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้จัดการประชุมระดมสมองผู้เกี่ยวข้องในวันที่ 16 มิถุนายน 2552 โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเอง ใช้สถานที่ห้องประชุมของ

โรงพยาบาลบ้านไผ่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อสรุป ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม ในเรื่องแนวทางการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน ปัญหาและอุปสรรค แนวทางในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการประชุมระดมสมองในกลุ่มแพทย์ เกษัชกร พยาบาล วิชาชีพแผนกผู้ป่วยในชายและหญิงแห่งละ 4 คน พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเทศบาลจำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลบ้านไผ่ นักวิชาการสาธารณสุขชุมชนผู้ประสานงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 1 คน และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน 1 คน รวมจำนวน 12 คน ขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในเดือนสิงหาคมที่ 4 เดือนมิถุนายน 2552 ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์แก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกคน เพื่อระดมสมองพิจารณาข้อสรุปเกี่ยวกับการหาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน พร้อมทั้งได้เน้นย้ำ การพิทักษ์สิทธิมนุษยชนของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม โดยขอความร่วมมือทุกท่านให้รักษาความลับของข้อมูลจากการสนทนา รวมทั้งขออนุญาต จดบันทึกข้อมูลและบันทึกเทปการสนทนา เพื่อจะได้บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนถูกต้อง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้เข้าร่วมประชุมคัดเลือกประธานเพื่อดำเนินการประชุมและคัดเลือกเลขานุการ เพื่อจดบันทึกข้อมูลจากที่ประชุม

2) สมาชิกในกลุ่มร่วมกันวางแผนการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปรับปรุงในเรื่องที่ได้รับมอบหมายโดยประธานในที่ประชุมต้องกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้มีส่วนร่วมในการอภิปรายทั้งด้านทฤษฎีและปฏิบัติ และลงมติกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติ

3) ประธานในที่ประชุมแต่ละครั้งมีหน้าที่รับผิดชอบนำมติกิจกรรมการปฏิบัติของกลุ่มเสนอหัวหน้างานเพื่อนำลงสู่การปฏิบัติต่อไป

4) สมาชิกกลุ่มทุกคนมีหน้าที่ปฏิบัติและสังเกตผลการปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดรวมทั้งปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อนำเสนอในที่ประชุมครั้งต่อไป

5) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต้องร่วมกันอภิปรายถึงสิ่งที่สังเกตได้จากกระบวนการปฏิบัติ ปัญหาที่เกิดขึ้น ทำความเข้าใจกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปดูแลต่อเองที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อการวางแผนแก้ไข ปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

6) เมื่อที่ประชุมมีมติ หยุดวงจรการดำเนินงานจึงสรุปผลการดำเนินการ

7) ถอดเทปแบบคำต่อคำและวิเคราะห์เนื้อหาการประชุมทุกครั้ง

2.1.4 *การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย* ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 31 พฤษภาคม 2552 ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือ ครั้งนี้ประกอบด้วย

1) แบบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว จำนวนบุตรหรือญาติที่ต้องอยู่ด้วยกัน (ผู้ดูแล) ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ระยะเวลาที่รักษา โรคแทรกซ้อน โดยบันทึกจากเวชระเบียนและแบบสัมภาษณ์

2) แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสรุปประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

- ผู้ป่วยเบาหวาน เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และการติดตามดูแลของทีมสุขภาพ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- แพทย์ เรื่องการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

- เกษัชกร ปัญหาอุปสรรคในการบริหารยา แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูง

- พยาบาลวิชาชีพ การวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ระบบส่งต่อผู้ป่วย และปัญหาอุปสรรคของการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อไปดูแลต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

3) แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ที่สร้างจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีหัวข้อการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน ในเรื่อง โรคเบาหวาน อาหารผู้ป่วยเบาหวาน ยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกาย การดูแลเท้า โดยผู้ที่ให้ข้อมูลจะเป็นผู้บันทึก

4) แบบบันทึกการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และแบบตอบกลับสำหรับทีมสุขภาพที่ติดตามเยี่ยม ซึ่งสร้างโดยทีมผู้ร่วมวิจัย ประสานกับศูนย์ดูแลต่อเนื่องและศูนย์สุขภาพชุมชนและมีการตอบกลับการติดตามเยี่ยมของเจ้าหน้าที่มาที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลบ้านไผ่ และมีการลงทะเบียนการส่งต่อ

5) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ใช้แบบประเมินความพึงพอใจ 2 แบบ คือแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของหอผู้ป่วยใน โดยใช้ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

2.1.5 การนำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน หอผู้ป่วยใน โดยนำแบบบันทึกจากข้อ 2.2 มาทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่กลับมา

รักษาภายใน 28 วัน ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2552 ถึงตุลาคม 2552 โดยการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในช่วง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อจะได้ให้การดูแลและการพยาบาลได้ถูกต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้แบบฟอร์มแผนการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการให้ความรู้ เรื่องการออกกำลังกาย การใช้ยา การรับประทานอาหารติดตามการดูแลต่อเนื่องโดยใช้ใบส่งต่อและตอบกลับสำหรับเจ้าหน้าที่ที่มิตสุขภาพ นัดติดตามประเมินผลผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 เดือน ซึ่งติดตามโดยผู้วิจัยเอง

2.1.6 การสรุปข้อมูล ผู้วิจัยได้ รวบรวม วิเคราะห์และสรุปข้อมูลที่ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรมและการสังเกตการณ์ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นประเด็นในการดำเนินการ สังเคราะห์หารูปแบบของระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ และนำระบบไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยในและส่งต่อสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 10 คน และสรุปประเมินผลการนำระบบไปใช้

2.1.7 การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทุกขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

1) การดำเนินการวิจัยได้รับการพิจารณาให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการ วิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และได้รับอนุญาตให้ ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่

2) การวิจัยเป็นการศึกษาที่ต้องเข้าไปใกล้ชิดกับผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว ซึ่งถือเป็นผู้ร่วมวิจัย เพื่อเป็นการเคารพสิทธิของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมและความสมัครใจจากผู้ร่วมวิจัยก่อน

3) การพิทักษ์สิทธิของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์ และ ขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยก่อนดำเนินการ

4) การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สันทนาการกลุ่ม ตอบแบบสอบถาม ต้องขอ อนุญาตก่อนทุกครั้ง รวมทั้งการบันทึกเทปจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมเท่านั้น และ ข้อมูลที่ได้จากผู้ร่วมวิจัย การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีการระบุนามผู้ให้ข้อมูล การเข้าร่วมหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยจะไม่เกิดผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน

3. ระยะการประเมินผลหลังการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพ ชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ด้วยเทคนิคการสังเกตแบบมีส่วนร่วมการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดย มีการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งเป็น

3.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวนร้อยละ

3.1.2 ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ใช้จำนวนร้อยละ โดยระดับน้ำตาลในเลือดหลังคอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ดังนี้

1) ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อ

เดซิลิตร

2) ระดับน้ำตาลในเลือดดี ระดับน้ำตาลในเลือด 80 –130 มิลลิกรัมต่อ

เดซิลิตร

3) ระดับน้ำตาลในเลือดพอใช้ ระดับน้ำตาลในเลือด 131–180 มิลลิกรัมต่อ

เดซิลิตร

4) ระดับน้ำตาลในเลือดค่อนข้างสูง ระดับน้ำตาลในเลือด 181- 240

มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

5) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 250 มิลลิกรัม

ต่อเดซิลิตร

3.1.3 ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับบริการส่งต่อศูนย์สุขภาพชุมชน ใช้จำนวนร้อยละ

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการประมวล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การตั้งเคราะห์ การตีความหมาย สรุปประเด็น การสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และปัญหาอุปสรรคในการพัฒนา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการ 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน 2) ระยะพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน 3) ระยะประเมินผลหลังการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน

ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน
โรงพยาบาลบ้านไผ่

1.1 ผลการศึกษาการทบทวนเวชระเบียน เอกสารที่เกี่ยวข้อง พบประเด็นปัญหา ดังนี้

1.1.1 ขาดการให้ข้อมูลและการบันทึกให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาพยาบาล การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การได้รับยา อาการข้างเคียง โรคแทรกซ้อน

1.1.2 ขาดการบันทึกข้อมูลและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ให้กับทีมติดตามเยี่ยมบ้านของสถานีอนามัยและกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว เพื่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการจำหน่ายกลับบ้าน

1.1.3 ไม่มีการบันทึกการส่งต่อข้อมูลระดับน้ำตาลของผู้ป่วยระหว่างคลินิกเบาหวานกับศูนย์สุขภาพชุมชน เกิดความไม่สะดวกในการดูแลรักษา

1.2 การรวบรวมข้อมูลทางสถิติ จากการรวบรวมรายงานของโรงพยาบาล โดยพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรค ที่พบเป็นอันดับ 1 ใน 5 อันดับโรคผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มาตลอด 3 ปี ผู้ป่วยเบาหวานรับการรักษาผู้ป่วยในเฉลี่ยเดือนละ ประมาณ 20 ราย จำนวนนอนเฉลี่ย 4 วัน ส่วนมากจะพบผู้ป่วยเบาหวานที่มาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เฉลี่ยประมาณ 300-400 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แผลที่เท้า โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานร่วมกับโรคไตวาย และอาการร่วมอื่นๆ

1.3 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม สังเกตผู้ป่วย ที่หอผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิง พบประเด็น ดังนี้

1.3.1 การประสานงานเชิงระบบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยยังไม่มีรูปแบบชัดเจน แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ค้นหาสาเหตุที่แท้จริง และวางแผนแก้ไขปัญหตามสาเหตุที่พบ

1.3.2 การวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ขณะรับการรักษา ที่หอผู้ป่วยใน ไม่มีการสื่อสารกันระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพเรื่องแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม

1.3.3 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นเพียงการให้ศึกษาเท่านั้น ไม่ได้ประเมินหลังการให้ศึกษาว่าผู้ป่วยเข้าใจมากน้อยเพียงใด

1.3.4 การติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากยังไม่มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน

1.3.5 ผู้ป่วยเบาหวานขาดการตระหนักในการดูแลตนเอง เนื่องจากไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม กับวิถีชีวิตของตนเองในการปฏิบัติตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ครบ ไม่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง และขาดการออกกำลังกาย

1.4 การสัมภาษณ์เชิงลึกที่มรสุมภาพ ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ มีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.4.1 ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ

1) ด้านการให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวผู้ป่วยเบาหวานจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า มีความรู้โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนโรคดี จากเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและคลินิกเบาหวาน รู้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายและการป้องกันโรคแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำ สอบถามสาเหตุที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ คือ การรับประทานอาหารหวานมาก(ผลไม้ตามฤดูกาล) การไม่ออกกำลังกาย การใช้จ่ายไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่บอกว่า ได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ขณะมาบริการไม่มีรูปแบบการให้บริการที่ชัดเจน

“เวลามาเจาะเลือด หมอบางคน ก็บอก ยายว่าอย่ากินหวานเค็ม น้ำตาลขึ้น ให้กินข้าวหน่อยๆ กิน ผักหลายๆ ให้ออกกำลังกายแน่ เว้าแล้วก็ลืม ”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 1

“พยาบาลบ่ค่อยมาบอกหยั่งคอก บอกแต่ว่าป้าเจาะเลือดแน่เคื้อ กินหวานหน่อยๆ แน่ น้ำตาลขึ้น ป่วยาก(รักษายาก) จันมีอาการหยั่งผิดปกติให้บอกเคื้อ ”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 2

“หมอ พยาบาล อยู่นี่เพิ่น บ่ค่อยเว้า คนไข้เพิ่นหลาย ใ้หนังสือมาอ่านยายก็อ่านบ่ออก
ซีให้ลูกหลานอ่านให้ฟังดอก ”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 7

“หมอ พยาบาล บางคนก็บอกอยู่ ยายอยู่ยู่ว่าโรคเบาหวานบ่หาย กินอย่าหวานแต่มันก็
อยาก หน้าหมากไม้แห้งกินดี ยายมักกินบักขามหวานบ่ยั่วข้าวเหนียว กินแล้วก็แล้ว ”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 8

“ดิฉันฉีดยาเอง 20 ยูนิต เข้า เย็น ก่อนอาหารแต่ฉันกะเอา เพราะตาฉันมองไม่ค่อยชัด
บางทียาฉีดก็หมดก่อน ฉันทก็ไม่ได้อัด ”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 9

2) ด้านการปฏิบัติตัวผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานได้รับทราบระดับน้ำตาล
ในเลือดตนเองทุกครั้ง ส่วนมากมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และบอกระดับน้ำตาลในเลือดได้ระดับ
น้ำตาลเกณฑ์ปกติ คือ 80 – 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ใน เรื่องการ
รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยขาดความตระหนักในเรื่องการ
ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ดังนี้

(1) การปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหาร จากการสัมภาษณ์เชิงลึก
พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเห็นความสำคัญของการควบคุมอาหารน้อย ทราบว่าต้องรับประทานอาหารอะไรได้
บ้างและอะไรไม่ได้ แต่ไม่ทราบว่าต้องกินจำนวนเท่าไร มีความเข้าใจผิดเรื่องการกินอาหาร โดย
คิดว่าของหวานที่มีน้ำตาลมาก คือ ขนมที่มีรสหวานเท่านั้น ส่วนมากจะรับประทานข้าวเหนียวเป็น
หลัก มีการรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลหน้าผลไม้จะกินผลไม้ที่มีรสหวานเช่นมะม่วงสุกกับข้าว
เหนียว ลำไย เพราะทำให้รู้สึกสดชื่นขึ้นขึ้นหายเหนื่อยและมีความรู้สึ่กว่ากินน้อยจะเหนื่อย อ่อนเพลีย
หงุดหงิด ส่วนมากผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) สูงไม่ค่อย
แสดงอาการ จึงทำให้รู้สึ่กว่าน้ำตาลในเลือดต่ำอันตรายมากกว่า

“หมอบอก ยายอยู่ แต่บางทีมันอยาก ก็กินบ่อหลายดอก ชิมเบ็ง(ชิมดู)มันแซ่บก็กิน
หลายๆจ๊กหน่อย หมากไม้ บ่น่าซีเป็นยังหลาย”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 10

“ป่าปฏิบัติบิณฑบาตเสมอ เพราะเคยกินแต่ข้าวเหนียว ข้าวจ้าว มันบ่ออยู่ห้อง ลูกก็บอกอยู่ เห็นลูกหลานกินก็อยากหน้า ”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 3

“เขาเอาบักขามหวานมาขายอยู่เอื้อน ชิมเบ็ง หวานดีก็ซื้อไว้โลหนึ่ง กินยามเมื่อกับข้าวเหนียว ”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 4

“คุณหมอก็บอกอึ้งอยู่นะคะ แต่อึ้งก็ทำไม่ได้ เพราะอึ้งไปขอข้าวที่วัด เขาให้อะไรก็กินประทังชีวิต ไปวันๆ”

ผู้ป่วยเบาหวานคนที่ 5

(2) การปฏิบัติตัวเรื่องการออกกำลังกาย จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าส่วนมากไม่ทราบว่าการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นแบบใด และเข้าใจว่าการทำงานบ้านหรือการเคลื่อนไหวร่างกายเล็กๆน้อยๆ คือ การออกกำลังกาย ผู้ป่วยบางรายวัยทำงาน บอกว่าไม่มีเวลา เพราะต้องทำงาน เช่น ทำนา ทำสวน และทำไร่ออกจากบ้านแต่เช้า กลับบ้านตอนเย็นแล้วเหนื่อยอ่อนเพลีย ทำให้ไม่อยากออกกำลังกาย

“น้ำเส็ดงานตั้งแต่เช้าอดแล้ง ก็ขำออกกำลังกายแล้วหละ ซิให้ออกเหมือนเขาบ่อมีเวลาหรือคุณหมอ”

ผู้ป่วยเบาหวานคนที่ 6

“หนูเดินไปขอข้าวที่วัด จากบ้านเดินไปเดินกลับก็ไกลอยู่นะคะ แค่นี้หนูก็หอบแล้วออกกำลังกายบ่ไหวหรือคะ”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 8

“หมอก็บอก แต่ป่าไปเดินแอโรบิค ป่าก็เจ็บหัวเข่า เดินนำเพื่อนบ่ทัน ก็เลยเขา(หยุด)ไปเดิน”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 7

(3) การใช้ยา จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ส่วนใหญ่จะใช้ยาเกินและมีความรู้ในการใช้ยาและรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง แต่มักจะลืมกินช่วงเย็นเนื่องจากทำงานเพลิน เบาหวานบางรายที่น้ำตาลในเลือดสูง แพทย์ปรับเพิ่มขนาดยาขึ้น แต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจการปรับขนาดยาของแพทย์ เพราะความคุ้นเคยในขนาดยาเดิมและไม่ได้อ่านฉลากยาที่เขียนไว้ เนื่องจากสายตาไม่ดี

“ยายกินยา มักขี้ลืมยามแล้ง บางทีเฮ็ดงานเพลิน”

ผู้ป่วยเบาหวาน 4

“ป้าย่าน (กลัว) น้ำตาลสูง ถ้าน้ำตาลสูง มาโรงพยาบาลหมอนัดยาให้ ย่านน้ำตาลปกติ ถ้ามันบ่ลดลง หมอให้ฉีดยา ป้าย่าน(กลัว) ขอกินยาเอาดีกว่า”

ผู้ป่วยเบาหวาน 2

“ป้าว่าสบายดี บ่มีอาการก็เลยลดยาตอนแลงบ่กินมาเดือนหนึ่ง พอมาเจาะเลือดก็เลยสูง หมอก็ให้นอนโรงพยาบาล”

ผู้ป่วยเบาหวาน 6

1.4.2 ทิมสุขภาพ

1) การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่มีแนวทางชัดเจนของทิมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นแนวทางและมาตรฐานการดูแลเดียวกัน

“หมอกับพยาบาล ไม่ค่อยได้พูดคุยกันเรื่องของผู้ป่วย แพทย์จะรีบมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอายุรกรรม เยอะมากจะดูระดับน้ำตาลจากในบั้นที่ระดับน้ำตาลที่อยู่ในซาร์จเท่านั้น บางที่น้ำตาลลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติแค่ครั้งเดียว หมอก็ให้กลับบ้านแล้ว”

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

“หอผู้ป่วยในเรา ถ้าจะบอกว่ามีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป็นการเฉพาะใหม่ ก็ไม่ใช่ เพราะเราดูแลคนไข้ทุกคนเหมือนกันหมด ให้การดูแลตามอาการที่พบที่ทำให้คนไข้นอนโรงพยาบาล ถ้าเป็นผู้ป่วยเบาหวานเราจะดูแลเรื่องการลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยทำตามแผนการรักษาของแพทย์”

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(หัวหน้าตึก)

“ดิฉันไม่ทราบว่ามีผู้ดูแลศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยไป PCU บทบาทเขาทำอะไรบ้าง ไม่เห็นเขาไปดูแลผู้ป่วยที่ตึกเลย คอยรับแต่ทะเบียนส่งออกไป น่าจะมีการมาดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ตึก ถ้า PCU สอบถามมาจะได้ตอบได้”

(พยาบาลวิชาชีพคนที่ 2)

“ทางโรงพยาบาลไม่มีแนวทางการส่ง บางที case ที่ดูแลการฉีดยา insulin ก็ไม่ได้แจ้งผู้ป่วยฉีดยา ฉีดผิด ทำให้ยาหมดก่อนนัด บางทีก็ hypo (น้ำตาลในเลือดต่ำ) มาที่ PCU”

(พยาบาลวิชาชีพ คนที่ 5)

“ดิฉันอยากให้มีความเห็นว่าเราจะไปส่ง case ประเภทไหนมาดูแลต่อ เพื่อให้เข้าใจไปแนวทางเดียวกัน”

(พยาบาลวิชาชีพ คนที่ 7)

“อยากมีเวทีที่คุยกันเพราะจะได้รับทราบแนวทางพร้อมๆกัน โดยให้ผู้เกี่ยวข้องมารวมกันทำ ร่วมกันเสนอว่าจะทำอย่างไร ถ้าทำคนเดียวไม่ถูกใจผู้ปฏิบัติ”

(นักวิชาการสาธารณสุข)

“ที่ศูนย์บ้านแก้งของดิฉันอยากทราบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพราะตอนนี้เบาหวานบ้านแก้งจะมารับยาที่ศูนย์ทั้งหมด(ผู้ป่วยนอก) แต่ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลขอให้จัดระบบออกมาด้วยทุกศูนย์จะได้เข้าใจเหมือนกัน”

(พยาบาลวิชาชีพ คนที่ 6)

“ดิฉันอยากให้หัวหน้าปรับและกรุณาทำระบบให้ใช้ด้วยกันได้ทั้งหมดจะได้ไม่ต้องว่าเราไม่ตอบไปrefer เพราะบางทีเราก็ไม่ได้รับ ก็ไม่ได้ติดตามทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลต่อเนื่อง”

(พยาบาลวิชาชีพ คนที่ 7)

“ดิฉันว่าเรามาทำระบบใหม่ก็ดี เพราะหัวหน้าให้ทำ มันอาจจะไม่ถูกใจผู้ปฏิบัติ เพราะแต่ละจุดก็ทำกันคนละแบบไม่ทำตามที่ศูนย์แจ้ง ดิฉันก็ลำบากใจ”

(นักวิชาการสาธารณสุข)

2) การให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ในการให้การดูแลขณะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล ส่วนมากจะให้ความรู้เป็นรายบุคคล และจะให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยจะกลับบ้าน ขาดการประเมินความรู้ผู้ป่วยหลังการให้ความรู้ และยังขาดการประเมินปัญหาและการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

“เภสัชฯจะเป็นผู้ให้คำแนะนำเองในผู้ป่วยกลับบ้านบางทีก็ไม่ได้ให้ความรู้ผู้ป่วย เนื่องจากอัตรากำลังน้อยมีคนลา ไปอบรม ต้องรีบไปจ่ายยาที่ OPD จึงให้แค่ยาคนไข้ ไม่ได้อธิบายการกินยา ”

เภสัชกร

“ไม่ได้กำหนดว่าใครต้องเป็นผู้ให้ความรู้คนไข้ เพราะว่าขึ้นเวรกัน 2 คน พยาบาลคนหนึ่งเป็นleader อีกคนเป็น member จะบอกกันเองว่าใครจะให้ความรู้ยอมรับว่าส่วนมากไม่ค่อยได้ให้”

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ผู้ป่วยบางรายย้ายที่บ่อยทำให้เจ้าหน้าที่ติดตามไม่ได้

“ รายละเอียดในใบส่งตัวไม่ชัดเจน เพราะบางครั้งผู้ป่วยมาบ้านญาติแล้วไม่ใช่คนในพื้นที่ทำให้ติดตามไม่ได้ แต่ก็ส่วนน้อย”

(พยาบาลวิชาชีพ คนที่5)

ผู้ป่วย/ญาติไม่นำใบส่งต่อไปแจ้งให้เจ้าหน้าที่ PCU ทำให้ไม่ทราบข้อมูล จึงไม่ได้ติดตามเยี่ยม

“ ส่วนมาก จะบอกให้หัวหน้าตึกโทรประสานมาที่PCU ว่า case ไหนที่หมอให้กลับมาติดตาม กินยาต่อ เพราะเจอผู้ป่วยที่ญาติ/ผู้ป่วย ไม่เอาใบ refer มาให้”

(พยาบาลวิชาชีพ คนที่5)

“คนไข้ ที่อยู่ท้ายหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมตรวจลูกน้ำ คนไข้จึงเอาใบส่งตัวให้ ดิฉันเลขนัดวันให้มาจะเลือดครั้งต่อไปที่ PCU”

(พยาบาลวิชาชีพ คนที่6)

1.5 การสนทนากลุ่มของทีมสุขภาพ

ได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2552 ณ ห้องประชุมอนันต์เมนะรุจิ โรงพยาบาลบ้านไผ่ มีประเด็น ดังนี้

1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทางโรงพยาบาลบ้านไผ่ ยังไม่ได้จัดทำแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติที่ชัดเจน และยังไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยส่วนมากจะไม่ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเนื่องจากภาระงานมาก ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน ไม่มีการประเมินว่าทำให้ความรู้ไปผู้ป่วยและญาติเข้าใจหรือไม่ ทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และบางรายกลับมารักษาซ้ำอีก

“แต่พยาบาลก็พยายามนะค่ะ ถ้ามีโอกาสพอที่จะให้ความรู้ จะพยายามให้ โดยเฉพาะเรื่องการให้ความรู้ในการที่จะให้คนไข้ทุกคน โดยการทำ *discharge planning* ซึ่งพยาบาลเรายังไม่เข้าใจการทำดี คิดว่าการพูดคุยกับคนไข้เรื่องการปฏิบัติตัว คือการทำ *discharge planning* ส่วนมากจะให้ตอนที่จำหน่ายกลับบ้าน ขณะที่จะให้ยาผู้ป่วยกลับบ้านเป็นคำแนะนำเล็กๆ น้อยๆ แต่ผู้ป่วยไม่ค่อยสนใจฟัง เพราะรีบกลับ ญาติเหมารถมารอแล้ว”

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(หัวหน้าตึก)

“ซึ่งที่จริงการทำ *discharge planning* ทำตั้งแต่คนไข้เริ่มเข้ามาจนจำหน่ายออกไป ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งต้องอาศัยการพูดคุยบ่อยๆ สาธิตให้เห็น ทำให้เป็นกลับไปบ้านคนไข้จะต้องทำได้”

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

2) แนวทางการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้บริการ พบว่า ยังไม่มีแนวทางการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องที่เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน เป็นระบบนัดแบบเดิมที่ให้ใบนัดแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ที่นัดมาเพื่อติดตามผลหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทีมพยาบาลที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจะนัดตรวจน้ำตาลในเลือด 7 วัน แต่ในรายที่ไม่มีอาการผิดปกติ จะนัดทุก 1 เดือน ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวาน ไม่มีการบันทึกนัดและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่นัดเพื่อติดตามผลการรักษา

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ พบว่า ยังไม่มีแนวทางหรือเกณฑ์การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ถ้ามีผู้ป่วยที่ต้องส่งรักษาต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน

ส่วนมากจะติดต่อใช้ใบส่งต่อแต่ผู้ป่วยไม่ได้นำไปให้เจ้าหน้าที่ และไม่มีการติดตาม ไม่มีทะเบียน การส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นระบบ ไม่มีการแจ้งผลการติดตามเยี่ยมหลังการจำหน่ายส่งกลับมาโรงพยาบาล จากการประชุมกลุ่ม แพทย์ผู้เข้าร่วมประชุมให้ข้อเสนอแนะให้มีผู้รับผิดชอบเป็นผู้ประสาน ในเรื่อง การส่งต่อและติดตามอย่างต่อเนื่องและควรแจ้งให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพ ชุมชนทราบถึงแนวทางการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องเพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง

“ดิฉันในฐานะที่เป็นพยาบาลกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว ได้ดูแลคนไข้เบาหวานที่ คลินิก หรือที่ PCU น่าจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังการจำหน่าย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ น่าจะไปดูว่าที่เขาทำไม่ได้จากสาเหตุใด อยู่โรงพยาบาลเขาเข้าใจ ทำได้แต่ไปบ้านมีญาติ สามี่ ลูก เขาทำได้หรือไม่ เรื่องยาเป็นอย่างไร ให้เภสัชออกไปด้วย เรื่องอาหาร เรื่อง การดูแลตนเอง ซึ่งน่าจะ มีทีมเยี่ยมบ้าน ซึ่งอาจจะไม่ใช่กลุ่มงานเวชฯ อาจเป็นทีม HHC ก็ได้ ”

พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาล บ้านไผ่

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ การรวบรวมสถิติการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน และ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาเสนอในการสนทนากลุ่มของทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เมื่อ วันที่ 26 สิงหาคม 2552 เพื่อนำข้อสรุปจากการสนทนากลุ่มมาพัฒนาปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วย เบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่และเปิดโอกาสให้ทีมสุขภาพทุกคนที่ให้บริการ ผู้ป่วยเบาหวานแสดงความคิดเห็นเต็มที่ ขณะที่ให้การดูแลการส่งต่อผู้ป่วย เมื่อพบปัญหา อุปสรรค ในการให้การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละราย สามารถแจ้งปัญหาและอุปสรรคให้ผู้วิจัยทราบ เพื่อ จะได้ร่วมกันในการปรับปรุงและพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานให้ใช้ได้จริง เหมาะกับ ผู้ป่วยในแต่ละราย สามารถปรับปรุง พัฒนาได้ตลอดเป็นระยะ โดยได้ดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

2.1 การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน ครั้งที่ 1 ระยะเวลา ดำเนินการตั้งแต่เดือน พฤษภาคม – มิถุนายน 2552

1. ประชุมระดมสมอง เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน ที่จำหน่ายไปดูแลต่อ ศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย แพทย์ เภสัช พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในชาย

และหญิง พยาบาลวิชาชีพจากศูนย์สุขภาพชุมชน นักวิชาการสาธารณสุขประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน พบประเด็นปัญหาคือ

- แนวทางการให้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานเพื่อไปดูแลต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

- ไม่มีการจัดทำแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การดูแลผู้ป่วยต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ในการให้ความรู้ผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

- ระบบการส่งต่อและติดตามดูแลที่บ้าน ไม่มีรูปแบบชัดเจน

2. การปรับปรุง และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนนำไปใช้ โดยนำแบบบันทึกที่ได้จากการประชุม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยเบาหวานและทีมสุขภาพ จาก แพทย์ เภสัช พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล และศูนย์สุขภาพชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข มาเป็นเครื่องมือปรับปรุงและพัฒนาร่วมกันกับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยและทีมสุขภาพได้ใช้ความรู้และประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมาปรับปรุงพัฒนาให้มีความชัดเจน และถูกต้องก่อนนำไปใช้ ดังนี้

- แบบคำถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน จากเวชระเบียนผู้ป่วยและการสัมภาษณ์ เชิงลึกโดยผู้วิจัย

- แนวคำถามหลัก ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ป่วยเบาหวาน ในประเด็นเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และการติดตามดูแลของทีมสุขภาพ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

แพทย์ ประเด็นเรื่องการดูแลรักษา ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน

เภสัชกร ประเด็นปัญหา อุปสรรคในการบริหารยา แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และที่มีภาวะแทรกซ้อน

พยาบาลวิชาชีพ ประเด็น การวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ระบบการส่งต่อไปศูนย์สุขภาพชุมชน การติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และ ปัญหาอุปสรรคอื่นๆ ในการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานไปศูนย์สุขภาพชุมชน

- ใบส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และแบบตอบกลับสำหรับเจ้าหน้าที่ ที่ติดตามเยี่ยม หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลจากหอผู้ป่วยใน จะส่งใบส่งต่อเพื่อการติดตามดูแลต่อให้กับศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อติดตามเยี่ยมภายใน 7 วันและตอบกลับหลังติดตามเยี่ยม

ติดตามเยี่ยมอีกครั้งหลังจำหน่าย 1 เดือน เพื่อติดตามประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ร่วมกับ ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อระบบการดูแล รักษา

- แบบประเมิน ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ใช้แบบประเมิน ความพึงพอใจ 2 แบบ คือ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของหอผู้ป่วยใน โดยใช้ตาม แบบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและความพึงพอใจของผู้ให้บริการ โดยการ สัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัยเอง แนวคำถามความพึงพอใจ สำหรับทีมสุขภาพที่ให้การดูแล คือ

- แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน ไปศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเหมาะสม และมี ประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวานหรือไม่ อย่างไร

- ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนา และนำไปปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน แนวคำถามสำหรับผู้ป่วยและญาติ ต่อระบบส่งต่อ ไปศูนย์สุขภาพชุมชน คือ ความพึงพอใจต่อการ ดูแลของทีมสุขภาพ ความประทับใจ และข้อเสนอแนะในการพัฒนา หรือปรับปรุงระบบต่อไป

ตารางที่ 4.1 การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่

ก่อนการพัฒนา	แนวทางการพัฒนา
<p>1. การประเมินแรกเริ่ม ไม่มีการประเมินแรกเริ่มทำให้ ไม่สามารถทราบสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>1. การประเมินแรกเริ่ม มีการใช้แบบบันทึกประวัติและประเมินผลสมรรถนะผู้ป่วย และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการกินอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ในช่วง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพคนที่ 1 เพื่อประเมินและวิเคราะห์สาเหตุของการทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะได้นำมาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป โดยให้ทำการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ามาตอนที่ตึก</p>
<p>2. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ไม่มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วย</p>	<p>2. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมPCT (Patient Care Team) มี CPGDM (Clinical Practice Guideline of Diabetes Mellitus) เวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิกเรื่องโรคเบาหวานและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของกระทรวงสาธารณสุข โดยการกำหนดตัวชี้วัดที่กำหนดร่วมกันและเตรียมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่ายกลับบ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ผู้ทำการรักษาทุกวันในช่วงที่แพทย์มาตรวจรักษาผู้ป่วย</p>
<p>3. การดูแลรักษา พยาบาลมีภาระงานมาก ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมการวางแผนจำหน่าย ไม่มีพยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเฉพาะ</p>	<p>3. การดูแลรักษา มีการกำหนดบทบาทหน้าที่โดยให้พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1 เป็นหัวหน้าทีม เป็นผู้รับคำสั่งแพทย์พยาบาลวิชาชีพคนที่ 2 สมาชิกทีม ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายและรับใหม่ และเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้การดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลการป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นขณะ</p>

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ก่อนการพัฒนา	แนวทางการพัฒนา
	<p>รับการรักษาที่ดี และมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเป็นระยะเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง โดยแจกคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านไผ่ใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และใช้ในการบันทึกการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และ ประเมินผลการปฏิบัติตัวหลังการจำหน่าย 1 เดือน โดยวัดจากระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (80-140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) ให้การดูแลเรื่องอาหาร โดยโภชนาการ</p>
<p>4. การจำหน่าย ผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ได้รับการเตรียม การดูแลตนเองต่อที่บ้าน จากทีมสุขภาพ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังการจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้มีผู้ป่วยเบาหวานไม่มาตามนัด จึงขาดยาเบาหวาน</p>	<p>4. การจำหน่าย กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพคนที่3ให้การดูแลและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองต่อที่บ้านการนัดผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยม</p>
<p>5. การติดตามดูแลต่อเนื่อง ยังไม่มีระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่เป็นระบบชัดเจน เป็นเพียงการใช้สื่อสารทางไปส่งตัวไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อให้ติดตามเยี่ยมและไม่มีแบบติดตามเยี่ยมเพื่อดูแลต่อเนื่องและแบบส่งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลับมายังโรงพยาบาล จึงทำให้ไม่ทราบอาการของผู้ป่วยหลังการจำหน่าย</p>	<p>5. การติดตามดูแลต่อเนื่อง มีระบบการประสานงานโดยเมื่อผู้ป่วยเบาหวานรับเข้ามาในแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพคนที่3จะโทรประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องและศูนย์สุขภาพชุมชนเจ้าของพื้นที่ให้เข้ามาร่วมวางแผนการดูแลและจำหน่ายประเมินผลร่วมกับแผนกผู้ป่วยในเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้แบบไปส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและ มีการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ติดตามดูแลหลังการจำหน่าย 7 วัน และติดตามการดูแล 1เดือน เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และ การใช้ยา มีการประเมินผลลัพท์การให้การดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อ</p>

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ก่อนการพัฒนา	แนวทางการพัฒนา
6. การบันทึกข้อมูล ไม่มีการบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นการสื่อสารกันในที่มสุขภาพ	6. การบันทึกข้อมูล มีการใช้แบบบันทึกแผนการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเพื่อเป็นการสื่อสารกันในที่มสุขภาพมีการบันทึกลงลายมือชื่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2552

2.2.1 การนำระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน กระบวนการดูแลเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเข้ามารักษาที่ตึกผู้ป่วยใน ได้รับการดูแลตามกระบวนการดูแลของผู้ป่วยเบาหวานและการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน จากการทำไปสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การสนทนากลุ่ม ได้พบประเด็นปัญหาดังนี้

- การให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยใช้แบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของที่มสุขภาพ เมื่อหอผู้ป่วยในรับผู้ป่วยเบาหวานเข้ามาที่ตึก พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบจะประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่แรกรับเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยใน โดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในเนื่องจากมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี รองลงมาคืออายุระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 สถานภาพสมรส คู่ร้อยละ 70 และหม้าย ร้อยละ 30 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70 มัธยมศึกษา ร้อยละ 10 และไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 20 อาชีพส่วนมากเป็นเกษตรกร ร้อยละ 80 และรับจ้าง ร้อยละ 20 ส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวอยู่ในช่วง 1,100 – 2,000 บาท ร้อยละ 70 รองลงมา (ร้อยละ 20) รายได้ 3,100 – 4,000 บาท และรายได้ 4,100 – 5,000 บาท ร้อยละ 10 ตามลำดับ ครั้งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีจำนวนบุตรหรือญาติที่อาศัยอยู่ร่วมกันจำนวน 3-4 คน รองลงมา มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 5-6 คน และมีสมาชิกจำนวน 1-2 คน ร้อยละ 10 คนตามลำดับ ระยะเวลาที่รักษาเบาหวานอยู่ระหว่าง 11-15 ปี มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 40 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 30, 0-5 ปี ร้อยละ 30

ตามลำดับ เป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 30 มีโรคอื่นและโรคแทรกซ้อนที่เป็นร่วมด้วย ร้อยละ 70 ส่วนมากจะเป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอันดับสูงสุดร้อยละ 57 รองลงมาคือโรคเบาหวานและแผลเบาหวานที่เท้า ร้อยละ 28 , และโรคเบาหวานร่วมกับหอบหืด ร้อยละ 15 ตามลำดับการรักษาส่วนมากจะรักษาด้วยยาฉีด ร้อยละ 50 รักษาด้วยยารับประทาน ร้อยละ 40 และรักษาทั้งสองวิธีร่วมกัน ร้อยละ 10 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานแรกรับไว้ในโรงพยาบาล (n=10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	20
หญิง	8	80
อายุ (ปี)		
31-40 ปี	1	10
41-50 ปี	1	10
51-60 ปี	6	60
61-70 ปี	2	20
สถานภาพสมรส		
คู่	7	70
หม้าย	3	30
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	20
ประถมศึกษา	7	70
มัธยมศึกษา	1	10
อาชีพ		
รับจ้าง	1	10
เกษตรกร	9	90

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว(บาท)		
1,100 – 2,000 บาท	7	70
3,100 – 4,000 บาท	2	20
4,100 – 5,000 บาท	1	10
จำนวนบุตรและหรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ร่วมกัน(คน)		
1 – 2	1	10
3 – 4	6	60
5 – 6	3	30
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (ปี)		
0 – 5 ปี	3	30
6 -10 ปี	3	30
11-15 ปี	4	40
เบาหวานไม่มีโรคแทรกซ้อน	3	30
เบาหวานและมีโรคอื่นร่วมด้วย	7	70
ชนิดของโรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	4	57
หอบหืด	1	15
แผลที่เท้า	2	28
สถานภาพการรักษา		
ยารับประทาน	5	50
ยาฉีด	4	40
ยารับประทานและ ยาฉีด	1	10

หมายเหตุ: สาเหตุที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ส่วนที่ 2 การสอบถามการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร

ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่แรกได้รับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องการรับประทานอาหาร ส่วนมากจะไม่ได้ควบคุมอาหาร ร้อยละ 80 และควบคุมอาหาร ร้อยละ 20 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานแรกรับไว้ในโรงพยาบาล

กิจกรรม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ควบคุมอาหาร	2	20
ไม่ควบคุมอาหาร	8	80

ส่วนที่ 3 การสอบถามการปฏิบัติตัวในเรื่องการใช้จ่าย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเมื่อแรกรับไว้ในโรงพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การปฏิบัติตัวในเรื่องการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานใช้จ่ายรับประทานได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 50 และใช้จ่ายผิดได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 80 ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ร้อยละของการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานแรกรับไว้ในโรงพยาบาล

กิจกรรม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การใช้จ่ายรับประทาน	5	50
ถูกต้อง	2	40
ไม่ถูกต้อง	3	60
การใช้จ่ายผิด	5	50
ถูกต้อง	4	80
ไม่ถูกต้อง	1	20

ส่วนที่ 4 การสอบถามการปฏิบัติตัวเรื่องการออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมโครงการ

ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่แรกได้รับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตัวในเรื่องการออกกำลังกายพบว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 90 และออกกำลังกายเพียงร้อยละ 10 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ร้อยละของการปฏิบัติตัวเรื่อง การออกกำลังกาย ของผู้ป่วยเบาหวาน แรกรับไว้
ในโรงพยาบาล (n=10)

กิจกรรม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่ได้ออกกำลังกาย	9	90
ออกกำลังกาย	1	10

2.2.2 การได้รับความรู้และคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ขณะรับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โดยใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของทีมสุขภาพ ยังพบปัญหา คือ

- 1) คู่มือการปฏิบัติตัวที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มีเนื้อหาเฉพาะเรื่องการรับประทาน อาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย ไม่ครอบคลุมปัญหาเรื่อง การดูแลเท้าและแผลที่เท้า
- 2) แบบบันทึกการปฏิบัติตัว พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ละเลยการบันทึก เนื่องจาก ไม่เห็นความสำคัญของการบันทึก

2.2.3 ระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยเบาหวานที่แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ถ้าระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ (80-130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) หรือเกณฑ์พอใช้(131-180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) แพทย์จะนัด 1 เดือน เพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดและรับยาต่อเนื่องที่ คลินิกเบาหวานหรือที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี (มากกว่า 190 มิลลิกรัมขึ้นไป)และ/หรือมีอาการอื่นร่วมด้วย แพทย์จะนัดทุก 7 วันหรือ 15 วัน แล้วแต่อาการร่วมของผู้ป่วย และส่งใบส่งตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องไปยังศูนย์ดูแลต่อเนื่องภายใน 1-2 วันหลังการจำหน่าย ปัญหาที่พบ คือ

- ระบบการส่งต่อ ไม่มีการส่งใบตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานกลับมาที่โรงพยาบาล หลังจากติดตามเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทำให้ไม่ทราบว่าผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายหรือไม่

2.3 การดำเนินการพัฒนาและแก้ไขปัญหาค้นพบ ดังนี้

2.3.1 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ได้ดำเนินการปรับปรุงและพัฒนา ดังนี้

1) จัดประชุมวิชาการให้กับทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยแพทย์และผู้วิจัย เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นแนวทางเดียวกันในหัวข้อเรื่อง “ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ” ในวันที่ 26 มิถุนายน 2552 ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลบ้านไผ่ เวลา 13.00 น.– 16.00 น. โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ แพทย์ เกสัชกร พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 16 คน พยาบาลวิชาชีพจากศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง จำนวน 8 คน นักศึกษาพยาบาลจากบัณฑิตเอเชีย นักศึกษาพยาบาลสาธารณสุขชุมชน จำนวน 12 คน ข้อตกลงจากการประชุมวิชาการนำมาเป็นข้อปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2) การกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของทีมสุขภาพในการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน สู่ศูนย์สุขภาพชุมชน ได้ดำเนินการปรับปรุงและพัฒนา โดยการใช้คู่มือซึ่งระบุกิจกรรมที่ต้องทำ เอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย ถ้ากิจกรรมใดได้ดำเนินการเสร็จแล้วให้กาเครื่องหมายถูกในช่องที่ได้ปฏิบัติแล้ว เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสามารถตรวจเช็คได้ว่ากิจกรรมใดยังไม่ดำเนินการ แจ้งให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

2.3.2 การให้ความรู้และ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ขาดเนื้อหาเรื่องการดูแลเท้าและการดูแลแผลที่เท้า เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่มาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 10 ราย จะมีแผลที่เท้าร่วมด้วย จำนวน 2 ราย ได้ดำเนินการปรับปรุงและพัฒนา ดังนี้

- 1) เพิ่มเติมเนื้อหาในคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยเบาหวาน ในเรื่องการดูแลเท้าและแผลที่เท้า
- 2) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้ความรู้ผู้ป่วย เน้นย้ำและสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อการป้องกันแผลที่เท้า
- 3) ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ เขียนบันทึกการปฏิบัติตัวไม่ได้จากเขียนหนังสือไม่ได้ หรือสายตาไม่ดี แนะนำให้ลูกหลาน ญาติหรือคนข้างบ้านเขียนบันทึกโดยกระตุ้นให้บันทึกทุกวันตามความเป็นจริง

2.3.3 การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานจากแผนกผู้ป่วยในไปยังศูนย์ดูแลต่อเนื่องของ โรงพยาบาลบ้านไผ่ได้ดำเนินการปรับปรุงและพัฒนา ดังนี้

- 1) เมื่อมีผู้ป่วยเบาหวานที่แพทย์นัดมารับการตรวจรักษาซ้ำเจ้าหน้าที่ที่ตึกผู้ป่วยในจะส่งรายชื่อผู้ป่วยนัดไปให้เจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวานเพื่อการจัดเตรียมคั้นแป้งประวัติผู้ป่วยไว้ในวันที่นัด
- 2) ในกรณีที่ต้องติดตามเยี่ยมอย่างเร่งด่วนจะใช้การประสานงานโดยโทรศัพท์จากแผนกผู้ป่วยในไปยังศูนย์ดูแลต่อเนื่องและศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีการติดตามเยี่ยมทันทีหลังการจำหน่าย โดยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย
- 3) ในกรณีไม่เร่งด่วนนั้นได้ส่งใบส่งตัวผู้ป่วยให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องและประสานให้ศูนย์สุขภาพชุมชน ร่วมประเมินและวางแผนการดูแลและจำหน่ายร่วมกับงานผู้ป่วยใน
- 4) ศูนย์ดูแลต่อเนื่องรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาการส่งต่อเสนอในเวทีการประชุมประจำเดือนร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชนสรุปผลการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ผู้บริหารทราบเพื่อหาแนวทางแก้ไขและพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลหลังการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่

ระยะเวลาตั้งแต่ พฤศจิกายน - ธันวาคม 2552

หลังจากที่ได้นำระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน จำนวน 10 ราย ได้นำข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายมาปรับปรุงและพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีการประชุมกลุ่มทุกเดือน จำนวน 2 ครั้ง เพื่อสะท้อนปัญหาและนำไปพัฒนาปรับปรุงตามแผนเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และตระหนักในเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน และการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ในผู้วิจัยได้ประเมินผลและนำผลมาวิเคราะห์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ประเมินในระบบส่งต่อผู้ป่วยและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีตัวชี้วัด คือ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการ

3.1 ประเมินผลระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน

3.1.1 ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกส่วนใหญ่บอกว่ามีระบบส่งต่อที่เป็นรูปแบบชัดเจน มีขั้นตอนการบริการ ให้บริการที่รวดเร็ว มีความเป็นกันเองมากขึ้น มีแพทย์และพยาบาลจำนวนมาก ให้ความสนใจในการดูแลแบบใกล้ชิดมากขึ้น ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ความสำคัญทุกเรื่องที่ผู้ป่วยบอกกล่าว ได้รับการสนองตอบให้การแก้ไขปัญหาได้ทันที

3.1.2 ทีมสุขภาพ มีการแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานและกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของทีมสุขภาพ ที่เป็นระบบชัดเจน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 คน หลังจากเข้าโครงการวิจัยและจำหน่ายกลับบ้าน นั้คิดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดหลังการจำหน่าย 1 เดือนมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงทุกคนคิดเป็นร้อยละ 100 จากการศึกษาดูตามประเมินผลเปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ผู้เข้าโครงการวิจัย ส่วนมากมีระดับน้ำตาลลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 70 และเป็นกลุ่มที่กำลังพัฒนา พยายามปฏิบัติตัวให้ถูกต้องแต่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงคิดเป็น ร้อยละ 30 เนื่องจากเห็นความสำคัญของการควบคุมอาหารแต่ยังไม่สามารถควบคุมอาหารได้เนื่องจากอยากรับประทานอาหารที่ต้องห้าม เช่นมะม่วงสุกและรับประทานอาหารมาก หิวบ่อย ไม่ได้ ควบคุมทั้งชนิดและปริมาณปล่อยให้ตามสถานการณ์ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับน้ำตาลแบ่งตามเกณฑ์ระดับได้ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับดี(80 – 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)และระดับพอใช้(131 – 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)เท่ากัน ร้อยละ 40 รองลงมาคือ ระดับควบคุมไม่ดี (181 – 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) คิดเป็น ร้อยละ 20 จากการดูบันทึกการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา สัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า ส่วนใหญ่ จะปฏิบัติตัวในเรื่องการกินอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยารักษาโรคเบาหวานดีขึ้น ตามที่ทีมสุขภาพได้ให้คำแนะนำ แต่ผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยใน โครงการวิจัยในบางคนนั้นไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว เนื่องจากการวัดผลที่วัดในระยะเวลา 1 เดือน เป็นระยะเวลาสั้นๆ ในการที่จะให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองนั้น จะต้องใช้เวลานาน จึงจะสามารถวัดผลได้ ในการที่จะบ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงใดในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา คือ การตรวจหาค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (Glycylated Hemoglobin A₁C: HbA₁C) แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการตรวจมีราคาสูง จึงใช้การตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้า (Fasting plasma glucose) เท่านั้น ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการเข้าโครงการวิจัย (ระยะเวลา พฤศจิกายน – ธันวาคม 2552)

ผู้ป่วย เบาหวาน	ผลน้ำตาลในเลือด (mg/dl)			ข้อมูลผลการปฏิบัติตัว ที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด (สัมภาษณ์และการบันทึกคู่มือการ ปฏิบัติตัว)
	ก่อนเข้า โครงการวิจัย	ก่อนจำหน่าย กลับบ้าน	หลังเข้า โครงการวิจัย	
คนที่ 1	452 ระดับสูงมาก	120 ระดับดี	113 ระดับดี	ระดับน้ำตาลลดลงอยู่ในระดับดี เพราะปฏิบัติตามคำแนะนำของ พยาบาลและตามคู่มือการปฏิบัติตัว อย่างเคร่งครัดทั้งด้านการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา
คนที่ 2	371 ระดับสูงมาก	196 ระดับไม่ดี	236 ระดับไม่ดี แต่ลดลง	ระดับน้ำตาลสูงขึ้นอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากขาดยา 5 วันขาดไม่ได้ มารับยาตามนัด ไม่ได้ออกกำลังกาย ผู้ป่วยทำงานใช้แรง โดยการทำไร่ รดน้ำทุกวัน ทำงานเหนื่อยจึงหิว ข้าวบ่อย รับประทานข้าวมาก กลัว เหนื่อย
คนที่ 3	430 ระดับสูงมาก	120 ระดับดี	120 ระดับดี	ระดับน้ำตาลลดลงเล็กน้อยอยู่ใน ระดับดี ผู้ป่วยบอกว่าจะเหนื่อย หน้ามืดเจาะน้ำตาลในเลือดต่ำ หมอบอกถ้าเหนื่อยให้กินน้ำหวาน
คนที่ 4	HI ระดับสูงมาก	193 ระดับไม่ดี	142 ระดับพอใช้	ระดับน้ำตาลลดลงอยู่ในระดับพอใช้ ผู้ป่วยมีแผลที่เท้า แผลแห้งดี ไม่ได้ ทำแผลแล้ว ไม่ได้ออกกำลังกาย อยู่บ้านเฉยๆการรับประทานอาหาร ตามคำแนะนำโดยเน้นผักและปลา

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ผู้ป่วย เบาหวาน กลุ่ม ตัวอย่าง	ผลน้ำตาลในเลือด (mg/dl)			ข้อมูลผลการปฏิบัติตัว ที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด (สัมภาษณ์และการบันทึกคู่มือการ ปฏิบัติตัว)
	ก่อนเข้า โครงการวิจัย	ก่อนจำหน่าย กลับบ้าน	หลังเข้า โครงการวิจัย	
คนที่ 5	392 ระดับสูงมาก	146 ระดับพอใช้	230 ระดับไม่ดี แต่ลดลง	ระดับน้ำตาลสูงขึ้นอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจาก 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล รับประทานมะม่วงสุกมาก รับประทานแล้วรู้สึกสดชื่นเจาะเลือด น้ำตาลสูงทราบสาเหตุเกิดจากการ รับประทานมะม่วง ออกกำลังกาย จะ เดินรอบๆ บ้าน 30 นาที การใช้อาเจ็ด ตามคำแนะนำของเภสัชกรอย่าง เคร่งครัด
คนที่ 6	HI ระดับสูงมาก	183 ระดับพอใช้	129 ระดับดี	ระดับน้ำตาลลดลงอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยมีแผลที่เท้ารักษา 20 วัน ได้รับ การควบคุมเรื่องอาหารและการใช้ยา เคร่งครัด ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ตามที่แนะนำ รับประทานข้าวสวย ปลาและไข่และผักทุกวัน
คนที่ 7	482 ระดับสูงมาก	117 ระดับดี	123 ระดับดี	ระดับน้ำตาลอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามคู่มือ ไม่รับประทานหวาน รับประทาน ข้าวสวยส่วนมากจะเป็นอาหาร พื้นบ้าน เน้นปลา และผัก ออกกำลังกาย โดยการเดินเร็วทุกวันเช้า-เย็น นอน ตามคำแนะนำ

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ผู้ป่วย เบาหวาน กลุ่ม ตัวอย่าง	ผลน้ำตาลในเลือด (mg/dl)			ข้อมูลผลการปฏิบัติตัว ที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด (สัมภาษณ์และการบันทึกคู่มือการ ปฏิบัติตัว)
	ก่อนเข้า โครงการวิจัย	ก่อนจำหน่าย กลับบ้าน	หลังเข้า โครงการวิจัย	
คนที่ 8	396 ระดับสูงมาก	190 ระดับไม่ดี	160 ระดับพอใช้	ระดับน้ำตาลลดลงอยู่ในเกณฑ์ พอใช้ การรับประทานอาหารตาม คำแนะนำของคู่มือ ออกกำลังกาย โดยการเดินรอบบ้านในตอนเช้า ประมาณ 30 นาที ฉีดยาตาม คำแนะนำของเภสัชกรอย่าง เคร่งครัด
คนที่ 9	479 ระดับสูงมาก	227 ระดับไม่ดี	156 ระดับพอใช้	ระดับน้ำตาลลดลงอยู่ในเกณฑ์ พอใช้ ควบคุมอาหารตาม คำแนะนำโดยรับประทานข้าวสวย บางมื้อข้าวเหนียว รับประทาน เนื้สันอกและปลา ออกกำลังกายโดย การเดินเร็วทุกวันตอนเช้า รับประทานยาตามคำแนะนำ
คนที่ 10	351 ระดับสูงมาก	212 ระดับไม่ดี	139 ระดับพอใช้	ระดับน้ำตาลลดลงอยู่ในเกณฑ์ พอใช้ ผู้ป่วยบอกว่า พยายาม รับประทานตามคู่มือที่ให้ไป เน้น สันอกและปลา รับประทานหมู บางครั้งไม่ได้ออกกำลังกาย รับประทานยาตามเภสัชกรแนะนำ อย่างเคร่งครัด

3.2 การประเมินผลลัพธ์ มีการประเมินผลลัพธ์ โดยการความพึงพอใจผู้ใช้บริการและ ผู้ให้บริการตามตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนี้

3.2.1 การประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการต่อระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์ สุขภาพชุมชนในเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของตักผู้ป่วยใน พบว่า อัตรา ความพึงพอใจภาพรวมได้ร้อยละ 89 และการประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการต่อระบบการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเบาหวานและญาติจำนวน 10 ราย ดังนี้

1) ความพึงพอใจต่อการให้การดูแลรักษาของทีมสุขภาพ จากการสัมภาษณ์ เชิงลึก พบว่าพึงพอใจต่อทีมสุขภาพ ให้การดูแลรักษาและให้การพยาบาลดี การแสดงท่าที อารมณ์ พฤติกรรมบริการ เจ้าหน้าที่ให้ความเป็นกันเอง

“คุณหมอทุกคนดีหลายๆ พอใจทุกคน หมอใหญ่กะดี หมอน้อยกะดี พี่นบฮ้าย(ดู)”
ผู้ป่วยเบาหวานคนที่ 3

“หนูอยากให้มีพยาบาลมาถามอาการแม่หนู เมื่อกลับมาจากโรงพยาบาลและให้ คำแนะนำแบบนี้เพราะทุกครั้งทีกลับมาแม่ก็ทำตัวเหมือนเดิม หนูบอกก็ไม่เชื่อ 2-3อาทิตย์น้ำตาลสูง จนต้องเข้าโรงพยาบาล”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 8

“มารักษาโรงพยาบาลนี้ดีจ้า แต่ก่อนหมอบ่อยแนะนำหยัง แต่เดี๋ยวนีหมอทุกคนชิบอก ว่าเขาเป็นหยัง น้ำตาลท่อใด(เท่าไร)แล้ว เขาสู้อลอคเพราะหมอเพิ่นบอกเขา เขาจึงบ่ต้องคิดหลาย (คิดมาก)”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 2

“ยามป้ามาชอดบ้าน หมออยู่ศูนย์ก็มาถามอาการแล้วขอเบ็งยาที่มาจากโรงพยาบาลแล้ว นัดว่า จะมาเจาะเลือด ให้อยู่บ้านอีกเทื่อ”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 7

“ตะกี้(เมื่อก่อน)บ่เห็นมีหมอดตามมาเบ่งเลย บัดนี้เห็นคือชิบอกกันดี ว่าให้มาเบ่งเฮ็ดแบบนี้ดี
ແທ້ໆ ຂອບຄຸນຫລາຍໆ”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 5

2) ความพึงพอใจต่อการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจเพราะจะมีเจ้าหน้าที่มาให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติเมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีการแนะนำสถานที่ สิ่งของเครื่องใช้ และการให้ความรู้ขณะรักษาในโรงพยาบาล มีการประเมินการปฏิบัติตัวก่อนมาโรงพยาบาล วิเคราะห์สาเหตุของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ให้ความรู้และคำแนะนำตามปัญหาที่ผู้ป่วยมี มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้ความรู้และคำแนะนำเช่น เรื่องยาเภสัชกรเป็นผู้ให้ความรู้ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน มีการฝึกการคิดยาให้จนเกิดความมั่นใจว่ากระทำได้ พยาบาลวิชาชีพ ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จนผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น จนสามารถนำไปปฏิบัติตัวเองต่อที่บ้านได้ มีเอกสารเป็นคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยเบาหวานให้ผู้ป่วยเบาหวานนำไปไว้เป็นคู่มือในการปฏิบัติ ให้มีการบันทึกเรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักเมื่อมีการบันทึกเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา จะต้องมีการควบคุมตนเองและปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง จะได้รับรักษาระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่อมีการประเมินผล 1 เดือนหลังการจำหน่ายซึ่งเมื่อมีปัญหา สามารถนำเอาคู่มือมาดูได้ และแนะนำผู้ป่วยเบาหวานคนอื่นๆ ได้

“หมอดเห็นมีคู่มือให้นำ เป็นเล่มเอาไปอ่านเป็นความรู้ประจำตัว เอาไว้บอกคนอื่นนำ”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 2

“โอ๊ยคุณหมอด ฉันทคุมอาหารตลอด หวานกะบ่แตะ ข้าวกะกินน้อย กินแต่ผักลวกกับป่นจนหน้าซีเป็นผักแล้ว เจาะเลือดน้ำตาลปกติ ฉันทดีใจ”

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 1

3) ความพึงพอใจต่อการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเบาหวานที่จำหน่ายกลับบ้าน ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพPCU จำนวน 10 ราย และผู้วิจัยได้ติดตามอีกครั้งพร้อมทีมสุขภาพ จำนวน 10 ราย ผู้ป่วยเบาหวานและญาติมีความพอใจอย่างมากที่มีเจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมถึงบ้าน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ ดังนี้

“ป่าคิใจที่เห็นคุณหมอ(พยาบาล)เพิ่มมาบอกว่าโรงพยาบาลแจ้งว่าคนไข้เบาหวาน
เพิ่มออกจากโรงพยาบาลแล้วให้มาติดตาม “

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 5

“เวลาแม่หนูกลับบ้านหนูอยากให้มีพยาบาลอยู่ศูนย์มาติดตามดูด้วยและ
เจาะเลือดแม่ด้วยหลังจากออกจาก โรงพยาบาล 1 สัปดาห์เพื่อให้แน่ใจว่าแม่หนูอาการดีขึ้น “

ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 9

3.2.2 การประเมินความพึงพอใจผู้ให้บริการ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ทีมสุขภาพผู้ให้บริการ
แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีความ
พึงพอใจต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน มีระบบที่ชัดเจน มีผู้รับผิดชอบในการดูแล มีการสื่อสาร
กันในทีมสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น

“ผมพอใจมากครับ ทุกคน มีการดูแลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อร่วมกันต่างจากเมื่อก่อนที่
ต่างคนต่างดูแล ไม่คุยกันเลย เดี่ยวนี้เราคุยกันเรื่องผู้ป่วยมากขึ้น”

แพทย์ปฏิบัติการ

“ดีค่ะ ทีมสุขภาพได้พูดคุยกันมากขึ้น คนไข้ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบยังไม่มีคนไข้
กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำอีก”

พยาบาลวิชาชีพ

“พยาบาลที่ได้รับทราบผู้ป่วยเบาหวานในเขต Admit และมีการพูดคุย วางแผน
ร่วมกับพยาบาลในตึกในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และเมื่อจำหน่ายก็ออกไปเยี่ยมกันเป็นทีม รู้สึกว่า
เป็นระบบมากขึ้น”

พยาบาลวิชาชีพที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

“ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลเรื่องยาเป็นรายบุคคลจากเภสัชมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น
ได้ประเมินว่าเข้าใจไม่เข้าใจ “

เภสัชกร

สรุป

การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านไผ่ ซึ่งดำเนินการพัฒนา ตั้งแต่เดือน มิถุนายน – ธันวาคม 2552 ระยะเวลา 6 เดือน พบปัญหา คือ ไม่มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นระบบชัดเจน การให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ไม่มีระบบการติดตามผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน ผู้วิจัยได้นำการวิจัยและพัฒนา มาใช้ในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน ทีมให้การดูแลผู้ป่วยมีการทำงานเป็นทีม มีกระบวนการให้การดูแลและส่งต่อที่มีรูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานและญาติ ผู้ดูแลรวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ทุกคนมีส่วนร่วมในการที่จะทำให้การพัฒนา ระบบดำเนินไปได้ด้วยดี และมีความต่อเนื่องในระบบต่อไป

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย เบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2552 การดำเนินแบ่งเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาระบบ โดยการศึกษาสถานการณ์ การรวบรวมทางข้อมูลสถิติการ ให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลบ้านไผ่ การทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง การ สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ 2) ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ โดยการสนทนากลุ่มของทีม สุขภาพ เพื่อสร้างระบบงานขึ้นมาใหม่ 3) ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลหลังการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน วัดผลจากความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ ให้บริการ โดย การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

1.2.1 ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาระบบ โดยการศึกษาสถานการณ์ การ ให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น การรวบรวมข้อมูลทาง สถิติร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมการสัมภาษณ์ เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักคือ กลุ่มผู้ให้บริการจำนวน 12 คน ได้แก่ แพทย์ผู้รักษา จำนวน 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข ชุมชนศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 1 คน เจ้าหน้าที่เวชระเบียน 1 คนและผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน และญาติจำนวน 10 คนรวมทั้งสิ้น 22 คน

1.2.2 ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ โดยการสนทนากลุ่มของทีมสุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วย เพื่อกำหนดรูปแบบของ

ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อไปดูแลต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการร่วมกันจัดทำระบบ และนำมาทดลองใช้เป็นระยะๆจนได้ระบบการส่งต่อที่สมบูรณ์ เหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาลบ้านไผ่และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 ระยะที่ 1 ระยะก่อนการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ โดยการทบทวนเวชระเบียนและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในเวชระเบียน ผู้ป่วยยังขาดการบันทึกข้อมูลการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการสื่อสาร ข้อมูลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน ขาดการให้ข้อมูลและการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานขณะรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการขาดการบันทึกข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานอนามัยที่ใกล้บ้านผู้ป่วย เพื่อส่งต่อให้ทีม ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่ายกลับบ้าน และ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ ทีมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลและนำผลการ วิเคราะห์ข้อมูลมานำเสนอในการสนทนากลุ่มของทีมสุขภาพ เพื่อหาข้อสรุปจากการสนทนากลุ่ม นำมาทำเครื่องมือใช้ในการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน

1.3.2 ระยะที่ 2 ระยะพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ จากกรณีที่ได้นำปัญหาที่ได้ นำมาวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาและปรับปรุงระบบ เป็นระยะๆดำเนินการพัฒนา ดังนี้

1) การสร้างแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน ดำเนินการพัฒนานุเคราะห์ ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการจัดประชุมวิชาการในหัวข้อเรื่อง “การดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง” ให้แก่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและนำกระบวนการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานตาม แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (Clinical Practice Guideline: CPG) ของ สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล(สรพ.) มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เบาหวานของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดย

(1) การประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาที่ ตึกผู้ป่วยใน เน้น 3 เรื่องหลัก ในเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกายโดยใช้ แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ในช่วงระยะเวลา 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล เพื่อ ประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะได้ให้ การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

(2) ระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยให้มีทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการจำหน่ายกลับบ้านภายใน 7 วัน โดยนักวิชาการสาธารณสุขชุมชนศูนย์ดูแลต่อเนื่องและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้จัดทำทะเบียนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง การใช้ใบส่งต่อติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการตอบกลับของเจ้าหน้าที่ที่ได้ติดตามเยี่ยมแล้วส่งกลับมายังศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ประเมินผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการจำหน่าย และผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอีกครั้งหลังการจำหน่าย 1 เดือน เพื่อติดตามประเมินการปฏิบัติตัวผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์และการบันทึกการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน

(3) การประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการใช้แบบประเมินความพึงพอใจ 2 แบบ คือ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของตึกผู้ป่วยใน และ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัยเอง

2) ด้านการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้น 3 เรื่อง คือการรับประทานอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละคนในการให้ความรู้ เช่น เรื่องความรู้โรคเบาหวาน การออกกำลังกาย เป็นพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการรับประทานอาหาร เป็นโภชนากร การใช้ยา เป็นเภสัชกร และ การให้ข้อมูลในการดูแลรักษา เป็นแพทย์เจ้าของไข้

1.3.3 ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล หลังนำระบบส่งต่อไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า

1) การประเมินผลระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาและประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 10 คน ที่รับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่หอผู้ป่วยใน ได้รับการดูแลในระบบส่งต่อที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นรูปแบบที่ชัดเจน มีขั้นตอนการบริการ แพทย์พยาบาล มีเวลาได้ดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการประสานงานและปรึกษาหารือกันในการให้การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลอย่างเต็มที่

2) การประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดของการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

(1) อัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (80-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) หลังการจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 100 โดยประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน โดยเจาะระดับน้ำตาลในเลือดเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดวันที่รับการรักษา วันที่จำหน่าย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 10 คน มีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 40 แต่ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลลดลงโดยเปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลในวันที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 แต่ถ้าเปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลวันที่

จำหน่ายพบว่า มากกว่าครึ่งที่มีระดับน้ำตาลลดลง(ร้อยละ70)ในส่วนที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวให้มีระดับน้ำตาลลดลงในเกณฑ์ปกติได้ ก็มีความพยายามที่จะปฏิบัติตัว เนื่องจากเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวแต่ยังควบคุมตนเองไม่ได้ในเรื่องการรับประทานอาหาร

(2) อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยใน ภายใน 28 วันด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 0 ซึ่งในเวลา 6 เดือนที่ได้ทำการวิจัยในผู้ป่วยเบาหวาน 10 คนนั้น พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้จำหน่ายกลับบ้านและได้รับการติดตามเยี่ยม โดยผู้วิจัยและทีมสุขภาพมีผู้ป่วยเบาหวานกลับมารักษาซ้ำด้วยสาเหตุเดิม 1 คนหลังการจำหน่ายกลับบ้านได้ 35วัน ผู้ป่วยมารับการตรวจที่คลินิกเบาหวานตามนัด เจาะระดับน้ำตาลในเลือดสูง 351 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พร้อมกับมีอาการปวดท้องน้อย ปัสสาวะแสบขัด ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่า มีอาการไม่สบายปวดท้องน้อย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยอ่อนเพลีย อยากรับประทานอาหารมะม่วงสุก รับประทานมะม่วงสุก 1 ลูก โดยรับประทานกับข้าวเหนียว ก่อนมารับการตรวจ ที่คลินิก 1 วัน

(3) อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การส่งต่อผู้ป่วยสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ความพึงพอใจที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจของหอผู้ป่วยในได้ร้อยละ 89 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานและญาติมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลของทีมสุขภาพ การให้ความรู้และคำแนะนำ การให้คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยเบาหวานในการนำกลับไปใช้ในการปฏิบัติตัวที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง การติดตามเยี่ยมที่บ้านของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยพึงพอใจเป็นอย่างมาก และทีมสุขภาพที่ให้การดูแลพึงพอใจในระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากเช่นเดียวกัน

2. อภิปรายผล

จากการวิจัยและพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านไผ่ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านไผ่ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานและทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการศึกษาสถานการณ์ ทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ การสนทนากลุ่มทีมสุขภาพ ร่วมกันคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน นำระบบไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

2.1 การกำหนดแนวทางส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านไผ่ การกำหนดแนวทาง การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานไปสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน นั้น ทีมผู้วิจัยได้จัดประชุม วิชาการระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานและการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและมาตรฐาน ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มทีมสุขภาพ เพื่อพูดคุยและนำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันแก้ไขปัญหา มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม สุขภาพที่ให้การดูแล การส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแล จากทีมสุขภาพเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ (วิฒนชัย สุแสงรัตน์, 2550) ที่กล่าวว่า ทีม สุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ต้องมีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน เช่น แพทย์ มีหน้าที่เป็น ผู้ให้การดูแลรักษา พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ให้การดูแลพยาบาล ให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติ ตัว วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โภชนากร มีหน้าที่ในการให้การดูแลเรื่องโภชนาการและการให้ ความรู้และเสริมทักษะในการเลือกบริโภคอาหารของผู้ป่วย เกษตรกรทำหน้าที่ในการดูแลการใช้จ่าย ของผู้ป่วยเบาหวานและทีมสหสาขาวิชาชีพมีหน้าที่ในการเสริมความรู้โรคเบาหวาน ในการจัดระบบ การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน ควรเริ่มด้วยการจัดระบบบริการ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา วิชาชีพ เพื่อหาข้อตกลงที่เหมาะสมกับทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล โดยการระดม สมองหาแนวคิดที่จะพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นไป (สุนทรี นาคะเสถียร, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ (สุพัฒน์ สมจิตรสกุล และคณะ, 2544) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบ บริการผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล เสนอแนะว่า ผู้ป่วยเบาหวาน และทีมจะต้องมีการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นเพื่อกำหนดรูปแบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่มารับบริการ ภายใต้อัตลักษณ์ของหน่วยบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจและผู้ใช้บริการมีความสุข

2.2 การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน การให้ความรู้ และคำแนะนำ เกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานนั้น เน้นการดูแล 3 ด้าน คือ การรับประทานอาหารที่มีในท้องถิ่น การใช้ยา และการออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากก่อนมารับการรักษา ที่โรงพยาบาลมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง รับประทานอาหาร โดยไม่ควบคุม ใช้ยาไม่ถูกต้อง และ ไม่ได้ออกกำลังกาย มีผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ควบคุมอาหาร ร้อยละ 70 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ จอร์แดน และ จอร์แดน (Jordan and Jordan, 2009) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของคน อเมริกันเชื้อสายฟิลิปปินส์ ซึ่งเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เบาหวานในชั้นตอนการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์โดยผู้วิจัย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานต้องการให้ บุคลากรที่ให้การดูแลให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และมีความต้องการแผ่นพับหรือคู่มือเพื่อ

นำไปใช้ปฏิบัติที่บ้านซึ่งสอดคล้องกับ ภาวนา กิริติยตวงศ์ (2544) และสมยศ ศรีจารนัยและคณะ (2542) ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการให้ข้อมูลและความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อใช้ในการคิดและวางแผนการปฏิบัติดูแลตนเอง หลังจากได้รับการดูแลขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล และได้รับความรู้และคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวมีการให้คู่มือการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นประจำและต่อเนื่อง เกิดจากผู้ดูแลได้รับความรู้ จึงเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวานพยายามจะปรับพฤติกรรมตนเอง พยายามปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง มีความตระหนักในการควบคุมอาหาร การใช้ยา และออกกำลังกายมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สตัคคีย์ และคณะ (Stuckey, et.al. 2009) ซึ่งพบว่าจัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้พยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี (Diabetes nurse case management) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นและผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นด้วย

2.3 การติดตาม เยี่ยมผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องนั้นมีการเสนอ ให้มีทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการจำหน่ายกลับบ้านภายใน 7 วัน โดยผู้วิจัยและนักวิชาการสาธารณสุขชุมชนในศูนย์ดูแลต่อเนื่องและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้จัดทำทะเบียนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องและติดตามโดยผู้วิจัยอีกครั้งหลังการจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เปรียบเทียบกับก่อนการรักษาและก่อนการจำหน่ายกลับบ้านพบว่า ทุกคนมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและการมีความพยายามที่จะปรับพฤติกรรมตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวนา กิริติยตวงศ์ (2537) และวัลลา ดันตโยทัย (2540) ที่พบว่าหลังการให้การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานแล้ว ผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่ดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

2.4 การประเมินผลระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน การประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นต้องการ รูปแบบที่ชัดเจน มีขั้นตอนการบริการ มีความเป็นกันเอง ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกันกับทีมที่ให้การดูแล แพทย์ พยาบาล มีเวลาได้ดูแลผู้ป่วยมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่และครอบคลุมปัญหา ระดับน้ำตาลลดลงไม่มีภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา เสริมกล้า (2546) กล่าวว่าทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการร่วมพัฒนาระบบ จึงเป็น สิ่งกระตุ้นให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติงานและมีความพยายามที่จะให้งานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดและกรณีมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการทำให้การทำงานง่ายขึ้น(สมรหมาย หนูทอง, 2550) การประเมิน

ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดของการดูแลผู้ป่วย คือการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าความพึงพอใจที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจของหอผู้ป่วยในได้ร้อยละ 89 ผู้ป่วยเบาหวานและญาติมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลของทีมสุขภาพ การให้ความรู้และคำแนะนำ การให้คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยเบาหวานในการนำกลับไปใช้ในการปฏิบัติตัวที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง การติดตามเยี่ยมที่บ้าน ได้มีการดำเนินการเป็นเครือข่ายกับคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล และศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง มีการบูรณาการงานเข้าด้วยกันเพื่อให้เป็นระบบที่เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน มีการจัดตั้งคณะกรรมการในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบต่อไป

3. ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

3.1 ควรมีการพัฒนาาระบบส่งต่อในผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง และโรคเรื้อรังอื่นๆ

3.2 ควรมีการพัฒนาาระบบการให้ความรู้แก่ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา ให้สามารถดูแล หรือ ให้การประเมินภาวะเบาหวานเบื้องต้น และส่งผ่านข้อมูลมายัง เครือข่ายบุคลากรสุขภาพ เพื่อเพิ่มศักยภาพ ในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน

3.3 ควรพัฒนาระบบ การดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆด้วยเพื่อให้ได้รับการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตเสื่อม จอประสาทตาเสียหายที่

3.4 ควรพัฒนาการจัดระบบติดตามเยี่ยมบ้านโดยจิตอาสาในชุมชน กระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เพื่อลดโรคแทรกซ้อนต่างๆได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 2 ราย ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หลังการจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน ที่ไม่สามารถปฏิบัติตัวให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้

3.5 ควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่อง การจัดการด้านความรู้ (Knowledge Management) โรคเบาหวาน มีกลวิธีในการนำเสนอ ถ่ายทอดความรู้หรือประสบการณ์ให้กับผู้อื่น เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการให้กับโรงพยาบาลอื่นต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กฤษดา แสงวดีและคณะ (2539) แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- กรมการแพทย์ (2541) คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้น เรื่องเบาหวาน สำหรับผู้เสี่ยงต่อโรคและผู้เป็นโรค 5 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- กรรณิการ์ สุวรรณโคตร (2550) “การอภิปรายผลการวิจัย” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา วิทยานิพนธ์ 3 หน่วยที่ 10 หน้า 1-62 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาพยาบาลศาสตร์
- เกสร จันทร์ศิริ (2548) “อาหารพื้นเมืองข้าวเจ้ากับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน” การศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ชนิษฐา นันทบุตร (2546) “การศึกษาและการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- คู่จิ่ง กิตติวัฒน์และคณะ (2539) “ผลการใช้สมุดกราฟบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน” โรงพยาบาลโพธาราม ราชบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- กัทธิดา วสุธาดา (2543) “การพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลชัยภูมิ” การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- เครือข่ายพัฒนาเวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิกการดูแลรักษาโรคเบาหวาน (2549) เวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิก เรื่องโรคเบาหวาน กรุงเทพมหานคร เครือข่ายพัฒนาเวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิก
- จันทนา แสงเพชร (2549) “พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานบริการแบบเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลขอนแก่น” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนาการชุมชน บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- จิตรกร วิเศษปัสสา (2548) “การติดตามเยี่ยมบ้านกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- จิราพร ก้นบุญ (2550) “อุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน”
 ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตศึกษา
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- จิตชม สุวรรณน้อย (2544) “โภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน” วารสารคณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น 24, 3 : 20-22
- ชมชื่น สมประเสริฐ (2542) “รูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาล”
 วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรี สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ชนิกานต์ เขียรสูตร (2551) “ไอซีทีเพื่อการศึกษาไทย” กองบริการการศึกษา
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- คารณี มะลิหวล (2551) “การพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
 ของโรงพยาบาลคง จังหวัดนครราชสีมา” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
 มหาบัณฑิต วิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ดวงใจ สอนเสนา (2549) “การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์
 สุขภาพชุมชนปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม” วิทยานิพนธ์ปริญญา
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ทัศนีย์ ศิลปะบุตร (2536) “รูปแบบในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้กลุ่มเครือข่ายพส.6/2”
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- เทพ หิมะทองคำและคณะ (2544) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์ 3 กรุงเทพมหานคร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เทพ หิมะทองคำ (2540) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2 กรุงเทพมหานคร วิทยพัฒน์
- ทองอินทร์ วงศ์โสธร (2536) หน่วยที่ 3 ทฤษฎีระบบ ในประมวลสาระชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติ
 ในการบริหารการศึกษานนทบุรี โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- ธงชัย ประดิษฐวัฒน์ (2550) “หลักการดูแลโรคเบาหวาน” วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 6,3
 (กรกฎาคม-กันยายน): 78-93
- ธิดิ สนั่นบุญและวิทยา ศรีดามา (2545) การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานใน วิทยา ศรีดามา
 (บรรณาธิการ) กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ธีรยา วชิรเมธาวิ (2550) “ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ในโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- นาฏนภา อารยะศิลป์ประร (2544) “การพัฒนากระบวนการทำงานของทีมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร” การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- นาคยา คงคามิ (2549) “การพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลสิงห์บุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี
- นิรมล กิติกุล (2548) *องค์การและการจัดการ 10* กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นิตา ชูโต (2545) *การวิจัยเชิงคุณภาพ 2* กรุงเทพมหานคร แม่ทาส์ปอຍท์
- นිරนาท พลยั้ง (2551) “การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน” การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2550) “เทคโนโลยีในการเตรียมและฉีดอินสุลิน” *รวมาริบัติพยาบาลสาร* 13,1 (มกราคม-เมษายน) : 20-26
- บุญทิพย์ สิริรังศรี (2538) *ผู้ป่วยเบาหวาน: การดูแลแบบองค์รวม 3* นครปฐม ฝ่ายการพิมพ์ศูนย์อาเซียน
- _____ . (2538) “ผู้ป่วยเบาหวาน: วิเคราะห์กรณีศึกษาผู้ต้นอนุรักษ์ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ” *วารสารสุขภาพสาธารณสุข* 8,3 (กันยายน-ธันวาคม) : 32-43
- ประยอม ศรีรักษา (2546) “การพัฒนากระบวนการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น” การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ประพิณ วัฒนกิจ (2541) *การบริหารการพยาบาลระดับหัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก
- พันธ์ิตรี มะลิสุวรรณ (2550) *เบาหวานรู้ทันป้องกันได้* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์พิมพ์มีเดียมพ์อิมเมจ

- พูนศิริ อรุณเนตร (2541) “ผลการสอนโดยกระบวนการกลุ่มต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- พิสมัย อุตอามาตย์และบุษบา หน่ายคอน(2541) “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาระบบส่งต่อของ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร” กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- พรทิพย์ เกตุรานนท์ (2539) “รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลใน สังกัดโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (2539-2549)” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- พรพิไล วรรณสัมพันธ์ (2547) “ผลการเยี่ยมบ้านต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน สถานีอนามัยสิงห์ จังหวัดยโสธร” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต การจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- พุดสุข หิงคานนท์ (2549) “ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการบริหารระบบบริการพยาบาล” ใน *การพัฒนา ศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 3 3-54 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- _____ . (2549) “แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวล สารະชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 1 หน้า 6-7 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ภัทรารัตน์ กาบกลาง (2550) *สุขศึกษากับงานบริการคลินิกเบาหวาน One Stop Service คุณภาพ แห่งการบริการด้วยใจ มหกรรม HPHA และงานวิจัยครั้งที่ 8 ประจำปี 2550* ขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น
- มณี อาภานันทิกุล (2550) “การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำวิทยานิพนธ์” ใน *ประมวลสารະชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2* หน่วยที่ 9 หน้า 1-68 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- มารีสา ไกรฤกษ์ (2544) “แนวคิดในการวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพ” *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 24,1 : 24-30

- ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์ (2550) “การรักษาเบาหวานชนิดรับประทาน” ใน สุนิตย์ จันทรประเสริฐ
โครงการผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน พ.ศ.2550 133-162
กรุงเทพมหานคร สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน
- ราชบัณฑิตยสถาน (2546) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 กรุงเทพมหานคร
นามมีบุ๊กส์พับลิเคชั่นส์
- ราศรี ถิ่นกุลและคณะ (2549) “การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วย
กล้ามเนื้อตาย” วารสารวิจัยทางการแพทย์ 10, 2 (เมษายน-มิถุนายน) : 132
- รัชณี โชติมงคล (2543) คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ขอนแก่น ม.ป.ท.
- รัตนะ บัวสนธ์ (2547) “การวิจัยและพัฒนา” ใน ประมวลสาระชุดวิชาการระเบียบวิธีวิจัยทางรัฐ
ประศาสนศาสตร์ หน้าที่ 6 หน้า 225-83 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- วัฒน์ชัย สุแสงรัตน์และคณะ (2550) “การจัดระบบบริการเบาหวานแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดบริการ
(One Stop Service)” โรงพยาบาลขอนแก่น
- วิทยา ศรีดามา (2545) การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน 3 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- _____ . (2538) การดูแลรักษาผู้ป่วยในที่เป็นปัญหา กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วินธนา คูศิริสิน (2546) “การดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน” การศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วันชัย มีชาติ (2542) พฤติกรรมการบริหารองค์การสาธารณะ กรุงเทพมหานคร แอคทีฟ พรินท์
- วันดี ธารามาศ (2538) “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะวิกฤตและเฉียบพลัน” ใน การ
พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4 บทที่ 3-61 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์สามเจริญ
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและคณะ (2545) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้
กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยมหิดล
- วัลลา ดันตโยทัยและคณะ (2540) โรคเบาหวานและการรักษาเล่ม1 กรุงเทพมหานคร พิทักษ์การพิมพ์
- ศรีสุดา รัศมีพงษ์ (2544) “บทบาทของพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน” วารสารสาธารณสุข 8,
1: 50-51

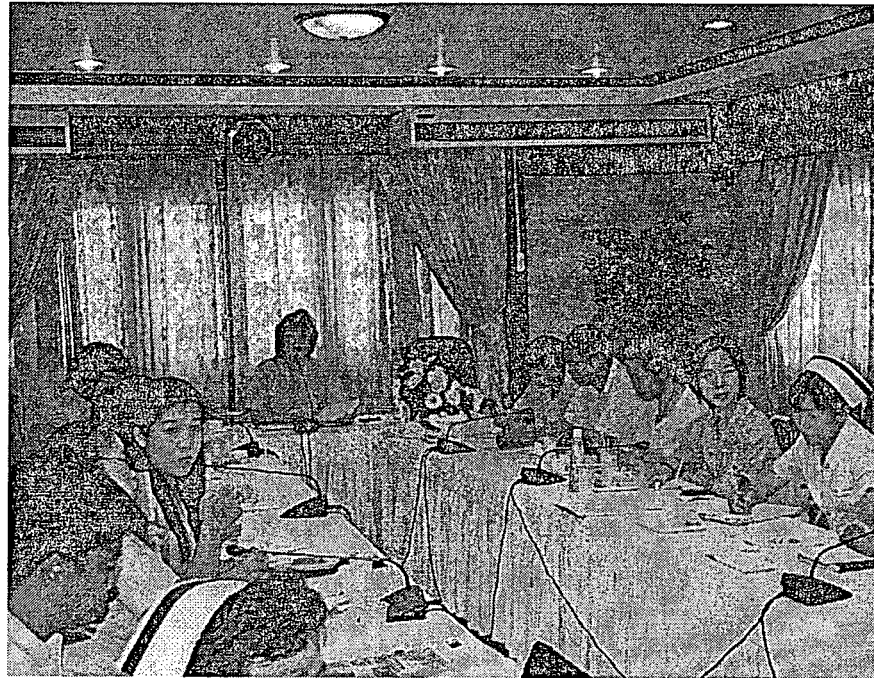
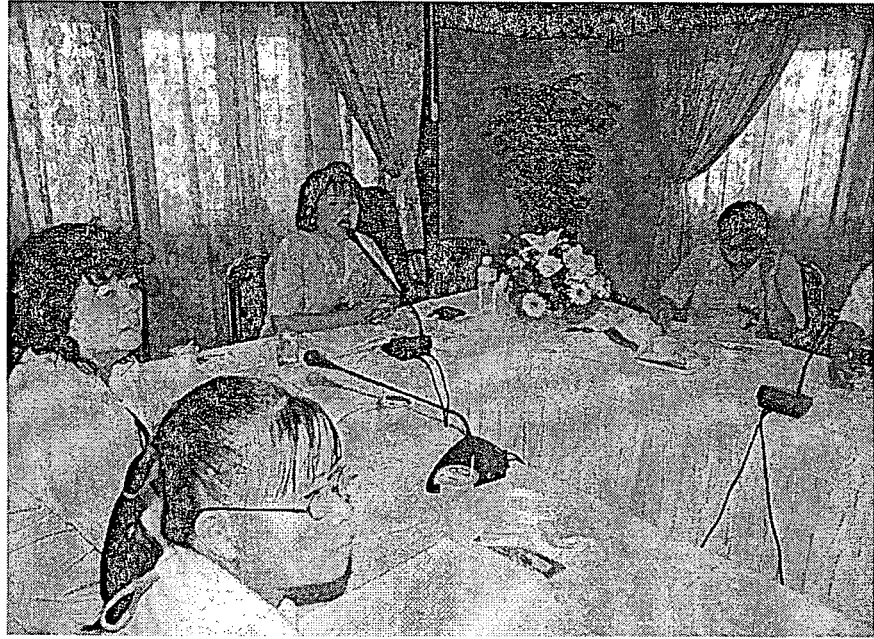
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช (2550) “โภชนบำบัดในผู้ป่วยเบาหวาน” ใน สุนิตย์ จันทรประเสริฐ
โครงการผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน พ.ศ.2550 61-102
กรุงเทพมหานคร สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน
- ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล (2527) “ระบบการรับส่งผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษาต่อของโรงพยาบาลโป่ง
น้ำร้อน” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- มาลินี คำภู (2531) “ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนของประชาชนต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยใน
เขตอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี”
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพและคณะ(2530) “ผลการศึกษาลักษณะการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาล
ชุมชน” กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สุจิตรา ลิ้มอานวยลาภและคณะ (2536) “ปัญหาความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับ
บริการการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น”
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 16, 1 : 20-26
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (2549) *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ
สุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี* กรุงเทพมหานคร
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- (2549) *เวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิก เรื่อง โรคเบาหวาน(Diabetes Mellitus)
เครือข่ายพัฒนาเวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิกการดูแลรักษาโรคเบาหวาน*
- สิทธา พงษ์พิบูลย์ (2550) “การออกกำลังภายในผู้ป่วยเบาหวาน” ใน สุนิตย์ จันทรประเสริฐ
โครงการผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน พ.ศ.2550 177-188
กรุงเทพมหานคร สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน
- สุนิตย์ จันทรประเสริฐ (2550) “การจัดองค์การให้ความรู้โรคเบาหวาน” ใน สุนิตย์ จันทร
ประเสริฐ โครงการผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน พ.ศ.2550 1-6
กรุงเทพมหานคร สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน
- สุปราณี ศรีพลวงษ์ (2543) “ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน”
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- สุพัฒน์ สมจิตรสกุลและคณะ (2544) *การพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม* กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข

- สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย (2543) *แนวทางการดูแลรักษาโรคเบาหวาน พ.ศ.2543* นนทบุรี
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- สมชาย พรหมจักร (2542) “รายงานการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลใน
เลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร”
ปริญญาโทภาคพิเศษ รัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สมพงษ์ สุวรรณวัลย์กร (2550) “การรักษาเบาหวานชนิดรับประทาน” ใน *ศูนย์ จันทรประเสริฐ
โครงการผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน พ.ศ.2550* 163-176
กรุงเทพมหานคร สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน
- สมมาตร พรหมภักดีและคณะ(2532) “การกลั่นกรองและส่งต่อผู้ป่วยของสถานีนามัย”
กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สมยศ ศรีจรรย์และคณะ (2542) “รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมของผู้ดูแลกับการควบคุมโรค
ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์”
กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สมรหมาย หนูทอง (2550) “การพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลศรีธาตุ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์ (2540) “การรับรู้บทบาทกับภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิด
ไม่พึ่งอินซูลิน” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ (2541) *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ* สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์
- อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจและคณะ (2547) *แนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงและ
หัวใจขาดเลือด* นนทบุรี โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์(ร.ส.พ.)
- อัญชลี แสนอ้วน (2542) “การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้การดูแลตนเอง
และการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของ โรงพยาบาลพิบูลย์มัง
สาหาร จังหวัดอุบลราชธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

- อุไรวรรณ โพร้งพนม (2545) “ผลของการร่ำรวยเงินซึ่งง่ต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- Daniel M., et al. (1999) “*Effectiveness of community-directed diabetes prevention and control in a rural aboriginal population in British Columbia Canada*” *Social Science & Medicine* 48,6 : 815-832 .
- Donna, L (2004) “Action research ”. In Seale. C.Gobo., Gubrium.J.F. and Silverman,D., *Qualitative research practice* (pp.536-548) London : Sage.
- Hart I.R and Newton,R.W.(1983) *The New Medicine Endocrinology.vol2* England : MTP Pren .
- Heather L.Stuckey, Cheryl Dellasega, Nora J.Grabber, David T.Mauger (2009) “Diabetes nurse case management and motivation interviewing for change(Dynamic):Study design and baseline characteristics in the Chronic Care Model for type 2 diabetes” *Contemporary Clinical Trail* 30/3 (March): 366-374 form <http://www.elsevier.com/locate/conclintrail>.
- Kurt Lewin .(1946) “Action Research and minority problems” *Journal of social Issues* 2,4 :34-40
- Laurie Hurowitz,Benjamin Littenberg, Charles D. Maclean. (2005) “Relationship Between the Chronic Care Model and Diabetes Outcomes”*General Internal Medicine, College of Medicine A cade Health, Boston.*
- Linda M Simmerio, Gretehen A. Piatt, Sharlene Emerson, Kristine Ruppert, Melissa saul(2006) “Deploying the chronic Care Model to Implement and Sustain Diabetes Self-management Training Programs. Implement The diabetes Education.

ภาคผนวก

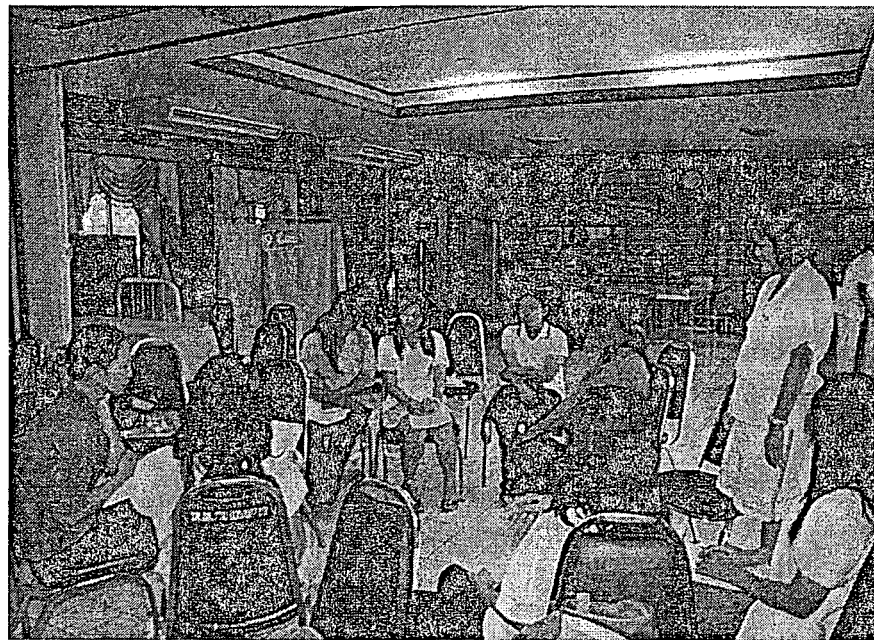
ภาคผนวก ก
กิจกรรมการวิจัย



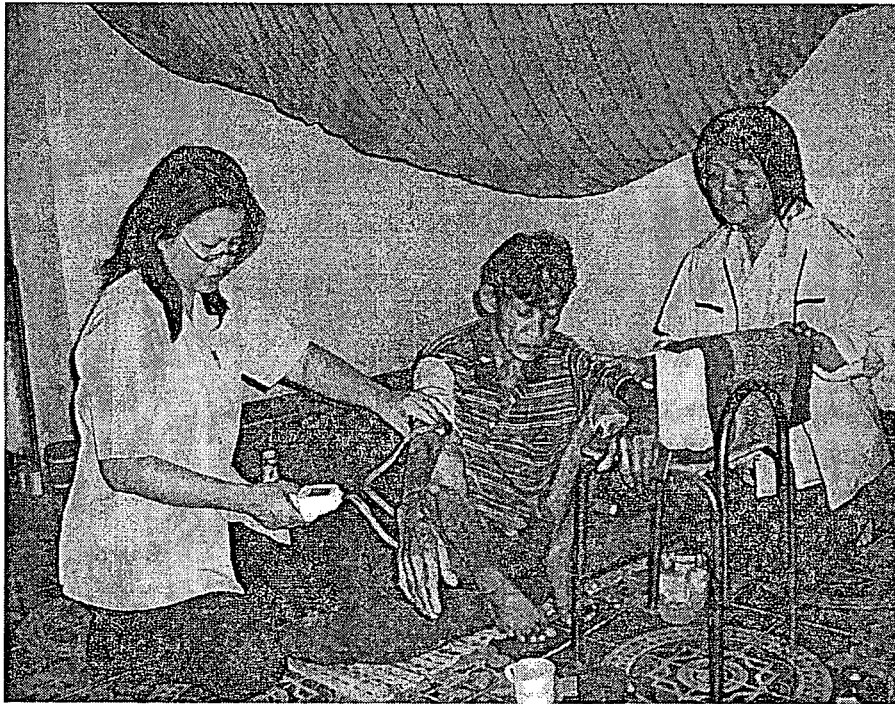
ภาพกิจกรรมการประชุมวิชาการ



ภาพกิจกรรมการประชุมวิชาการ



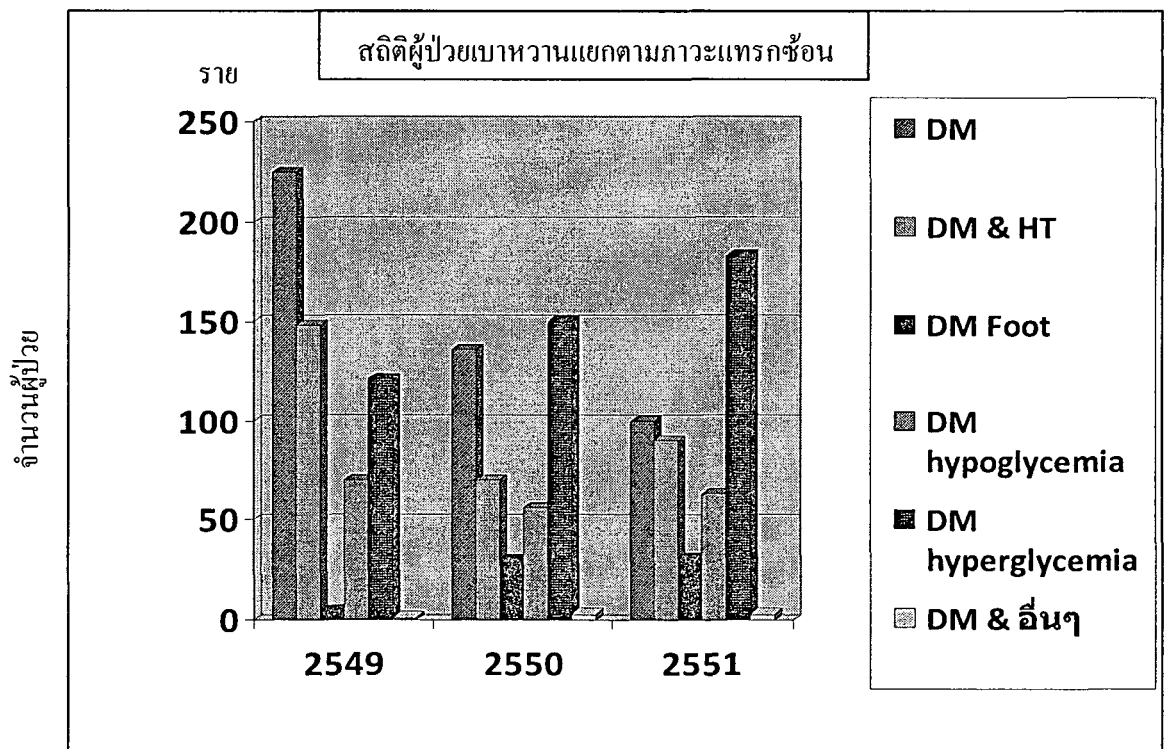
ภาพกิจกรรมการสนทนากลุ่ม



ภาพกิจกรรมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสุขภาพ

สถิติผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จำแนกตามอาการแรกรับระหว่าง
ปีพ.ศ. 2549-2551

ลำดับ	อาการที่มารพ.	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551
1	DM	225	136	100
2	Hyperglycemia	121	150	183
3	DM Foot	5	30	31
4	Hypoglycemia	70	56	63
5	DM & HT	148	70	90
6	DM + อาการร่วมอื่นๆ	1	3	3
	รวม	570	445	470



ภาคผนวก ข
จริยธรรมการวิจัย



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred,
Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่.....008/53.....

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของโรงพยาบาลบ้านไผ่
เลขที่โครงการ/รหัส ID 249100303
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ
ที่ทำงาน โรงพยาบาลบ้านไผ่ จ.ขอนแก่น

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม*Dr. Chonjit Pochaisit*.....

(อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม*Dr. S. S.*.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติจิตวิทยานันท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง..... 10 ต.ค. 2553

ภาคผนวก ก

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ 1 คำถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ของผู้ให้บริการ

1. แพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย

- 1.1 ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงนั้นท่านได้วางแผนการรักษาเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้านหรือไม่และมีวิธีการอย่างไร
- 1.2 ท่านคิดว่าควรมีวิธีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้านที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการกลับมารักษซ้ำของผู้ป่วยอย่างไร

2. เกสัชกร

- 2.1 เกสัชกรได้วางแผนเกี่ยวกับยาเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้านหรือไม่และมีวิธีการอย่างไร
- 2.2 เกสัชกรคิดว่าควรมีวิธีการดูแลเรื่องยาแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้านที่มีประสิทธิภาพอย่างไร
- 2.3 เกสัชกรคิดว่าระบบการบริหารยาแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่ติดผู้ป่วยใน มีปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไร

3. พยาบาลวิชาชีพ

- 3.1 ในขณะนี้ในตึกผู้ป่วยในที่ท่านทำงานอยู่มีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อย่างไร
- 3.2 ท่านมีวิธีการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างไรและท่านปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ได้ดีอย่างไรและท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปดูแลต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชน
- 3.3 ท่านคิดว่าวิธีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานเพื่อไปดูแลต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีประสิทธิภาพ ควรเป็นอย่างไร

4. ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและครอบครัวหรือผู้ดูแล
 - 4.1 ท่านได้ดูแลตนเองในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างไร
 - 4.2 ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อการดูแลของแพทย์และพยาบาลที่ช่วยให้ท่านหรือผู้ที่ท่านดูแล สามารถกลับบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 4.3 ท่านมีวิธีการอย่างไร ที่จะช่วยให้ท่านหรือผู้ดูแลให้สามารถดูแลสุขภาพตัวเองต่อที่บ้านได้
 - 4.4 แพทย์และพยาบาลควรจะช่วยเหลือเพื่อสนองต่อความต้องการของท่านหรือผู้ที่ท่านดูแลในการดูแลสุขภาพตนเองต่อที่บ้านได้อย่างไร
 - 4.5 เมื่อท่านกลับไปอยู่ที่บ้านท่านต้องการให้พยาบาลที่ศูนย์สุขภาพชุมชนดูแลท่านต่ออย่างไร

เครื่องมือที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม Focus group ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

1. ท่านมีความคิดเห็นต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อไปดูแลต่อเนื่องจากที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างไร
 - รูปแบบของระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน ไปศูนย์สุขภาพชุมชนปัจจุบันเป็นอย่างไร
 - ปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานในเรื่อง การส่งต่อมีอะไรบ้าง
2. ท่านคิดว่าระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน ไปศูนย์สุขภาพชุมชน ควรเป็นอย่างไร
3. ท่านคิดว่าจะมีแนวทางในการนำระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยเบาหวาน ไปดูแลต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ไปปฏิบัติอย่างไร

เครื่องมือที่ 3 การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน ไปศูนย์สุขภาพชุมชน ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

แนวคำถาม

1. ที่ติดผู้ป่วยใน ท่านพึงพอใจต่อการดูแลของทีมสุขภาพที่ดูแลท่านหรือไม่ อย่างไร
2. ขอให้ท่านเล่าการบริการที่ท่านประทับใจเมื่อเข้ารับการรักษาที่ติดผู้ป่วยใน โรงพยาบาล บ้านไผ่
3. เมื่อแพทย์จำหน่ายท่านกลับบ้าน ท่านได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน อย่างไร และท่านสามารถปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้หรือไม่ อย่างไร
4. ขอให้ท่านช่วยเสนอแนะสิ่งที่ควรปรับปรุง แก้ไข เพื่อให้มีการพัฒนาต่อไป

เครื่องมือที่ 4 การประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หอผู้ป่วยใน ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาล โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

แนวคำถาม

1. ท่านคิดว่า แนวทางการปฏิบัติในการให้การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่ หอผู้ป่วยใน มีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
2. ท่านคิดว่าการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อไปดูแลต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชน มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวาน หรือไม่ อย่างไร
3. ท่านมีความพึงพอใจต่อ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน หรือไม่ อย่างไร
4. ข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปพัฒนาและปรับปรุงระบบการส่งต่อผู้ป่วย ไปศูนย์สุขภาพชุมชน

เครื่องมือที่ 5 การประเมินความพึงพอใจที่เป็นเชิงปริมาณ ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ประเมิน

ลำดับที่.....

โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

HN.....

AN.....

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....

บ้านเลขที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน/เดือน/ปี ที่เก็บข้อมูล.....

เริ่มเก็บข้อมูลเวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

รวมใช้เวลาในการเก็บข้อมูล.....นาที

ผู้เก็บข้อมูล.....

ผู้ตรวจสอบ.....

วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจสอบข้อมูล.....

ใบส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี
 ที่อยู่ผู้ป่วย.....เบอร์โทรศัพท์(ถ้ามี).....
 ชื่อหมู่บ้าน.....ชื่อ อสม.....
 สถานที่ใกล้เคียงที่สังเกตง่าย.....
 วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....วันที่จำหน่าย.....จำนวนวันนอน.....วัน
 การวินิจฉัย.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยโดยย่อ.....

2. สภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

หาย ถึงแก่กรรม ทูเลา ไม่ดีขึ้น
 ผู้ดูแล (ระบุชื่อ).....เป็น.....ของผู้ป่วย

3. ระดับน้ำตาลก่อนจำหน่าย =mg%

สัญญาณชีพก่อนกลับ T=.....°C, P=.....ครั้ง/นาที, R=.....ครั้ง/นาที, BP=...../.....mm.Hg

4. คำแนะนำการดูแลต่อเนื่องก่อนกลับบ้าน

- ยา
 โรคและการปฏิบัติตัว
 อาการ
 อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์
 การมาตรวจตามนัด วันที่.....สถานที่.....
 อื่นๆ.....

5. จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดย

แพทย์อนุญาต ไม่สมัครใจทำการรักษา ถึงแก่กรรม
 ส่งต่อ.....

6. ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง.....

ลงชื่อ.....(ตัวบรรจง) วันที่.....
 (.....)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

แบบตอบกลับสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน วันที่.....

โดยเจ้าหน้าที่

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เจ้าหน้าที่ PCU.....

ทีมติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Health Care)

1. ปัญหาผู้ป่วยที่พบและการสนับสนุนและช่วยเหลือ

ปัญหาที่พบ	คำแนะนำ

2. ไม่พบผู้ป่วยเนื่องจาก ย้ายที่อยู่ ตาย อื่นๆ.....

ลงชื่อ..... (ตัวบรรจง) ผู้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

วันที่บันทึก.....

หมายเหตุ เมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมครั้งที่ 1 กรุณาส่งใบตอบกลับไปยัง

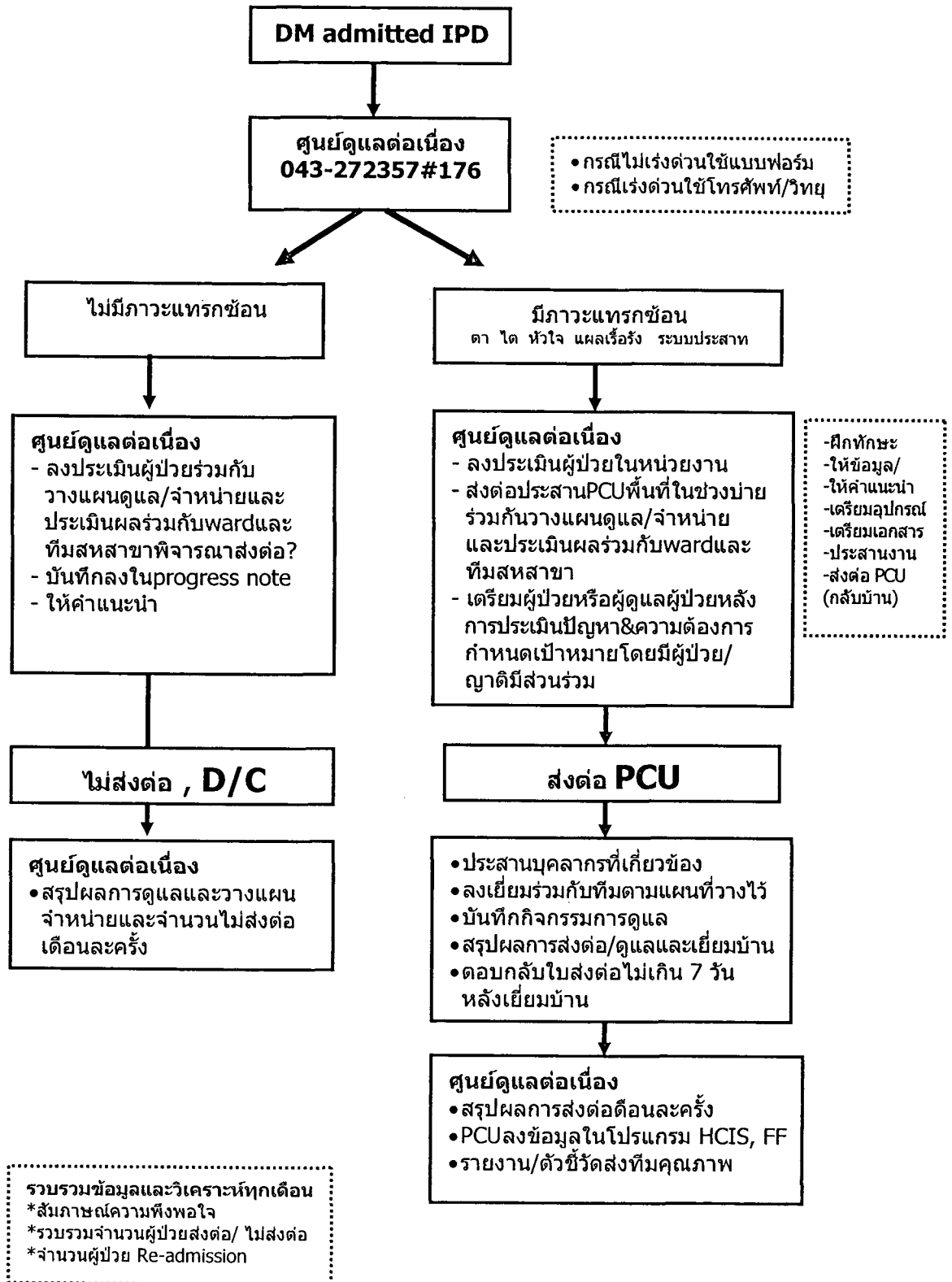
คุณประภายทิพย์ เหล่าประเสริฐ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านไผ่

ตารางกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล

	กิจกรรม	เอกสาร	ผู้รับผิดชอบ	การดูแลผู้ป่วย
1	การประเมินการปฏิบัติตัวผู้ป่วยก่อนรับการรักษาที่ รพ.	แบบบันทึกประวัติ และประเมินสมรรถนะผู้ป่วย	พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยใน	เมื่อแรกรับผู้ป่วย <input type="checkbox"/>
2	การให้ความรู้ผู้ป่วย โดยเน้น 3 เรื่องหลัก 1.การรับประทานอาหาร 2. การออกกำลังกาย 3.การใช้ยา และความรู้ทั่วไปของเบาหวาน	แบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ	1. ด้านอาหาร โดยโภชนากร/พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยใน 2. ด้านการออกกำลังกาย โดยพยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยใน 3. ด้านการใช้ยาโดยเภสัชกร 4. ความรู้ทั่วไปของเบาหวาน โดยพยาบาลวิชาชีพ ตึกผู้ป่วยใน	ขณะอยู่ในโรงพยาบาล วันแรกหรือวันที่ 2 <input type="checkbox"/>
3	การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยใน	วันที่จำหน่ายกลับบ้าน <input type="checkbox"/>
4	การติดตามดูแลต่อเนื่อง และการนัดติดตามการรักษา	-ใบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง -ใบนัดผู้ป่วย	พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชน	วันที่จำหน่ายกลับบ้าน <input type="checkbox"/>
5	การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ	- แบบประเมินความพึงพอใจของตึก - ประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเชิงลึก	พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยใน ผู้วิจัย	วันที่จำหน่ายกลับบ้าน <input type="checkbox"/> วันที่นัดติดตามผล 1 เดือน <input type="checkbox"/>
6	การประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพ	-ประเมินจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	ผู้วิจัย	ขณะให้บริการผู้ป่วย <input type="checkbox"/>

ภาคผนวก ง
แนวทางการส่งต่อหลังการพัฒนา

Flow ระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นาง ประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ
วัน เดือน ปีเกิด	10 เมษายน พ.ศ. 2503
สถานที่เกิด	อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา พ.ศ. 2525 บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง พ.ศ. 2546
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ