

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลสมุทรสาคร

นางสาวสุดใจ ตั้งประดิษฐ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2553

**The Development of a Health Care Management Model for Diabetes Patients
in Samutsakhon Hospital**

Miss Sudjai Tangpradit



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

School of Nursing

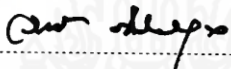
Sukhothai Thammathirat Open University

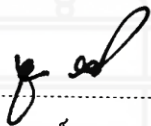
2010


หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลสมุทรสาคร
ชื่อและนามสกุล นางสาวสุดใจ ตั้งประดิษฐ์
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี
2. รองศาสตราจารย์ ดร. สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล
3. อาจารย์ นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ

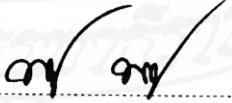
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2554

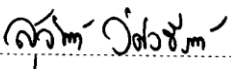
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล)


..... กรรมการ
(อาจารย์ นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ)


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิศวธีรานนท์)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร
ผู้วิจัย นางสาวสุดใจ ตั้งประดิษฐ์ รหัสนักศึกษา 2505100269 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 (การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี
 (2) รองศาสตราจารย์ ดร. สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล (3) อาจารย์ นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ **ปีการศึกษา** 2553

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร 2) สร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และ 3) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มี 2 กลุ่ม *กลุ่มแรก* สำหรับวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวัง เพื่อสร้างรูปแบบ จำนวน 13 คน ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ 8 คน และผู้ป่วยเบาหวาน 5 คน *กลุ่มที่สอง* สำหรับประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ จำนวน 20 คน ประกอบด้วยผู้แทนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ 8 คน และผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน ทีมผู้บริหารและนักวิชาการของโรงพยาบาล 11 คน เครื่องมือการวิจัยมี 2 ชุด (1) ประเด็นการสัมภาษณ์สำหรับวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวัง เพื่อสร้างรูปแบบ และ (2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เครื่องมือทั้ง 2 ชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.72 และ 0.88 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และแจกแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่อคำนวณค่าคะแนนความเหมาะสม

ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพการณ์ปัจจุบันการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ยังไม่ตอบสนองความคาดหวังของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ได้แก่ สถานที่ให้บริการแออัด อัตรากำลังและเครื่องมือไม่เหมาะสมกับการะงาน ผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ได้รับบริการที่ครอบคลุม และสะดวก รวดเร็ว การประสานงาน การส่งต่อยังไม่ชัดเจน และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานยังไม่ชัดเจน 2) รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นมี 3 องค์ประกอบ (1) นโยบายที่ชัดเจนในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย แผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ และเครือข่ายท้องถิ่น (2) การปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านในการให้บริการ (3) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อการจัดการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม และ 3) รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร (95.23 %) อย่างไรก็ตาม การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้มีการประชุมร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้การนำรูปแบบไปใช้ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สำหรับโรงพยาบาลอื่นที่ต้องการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ จำเป็นต้องพิจารณาถึงความคาดหวังของทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ ชุมชน และความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบ การจัดการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Thesis title: The Development of a Health Care Management Model for Diabetes Patients in Samutsakhon Hospital

Researcher: Miss Sudjai Tangpradit; **ID;** 2505100269; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Boontip Siritarungsri, Associate Professor; (2) Dr. Supim Sripunvoraskul, Associate Professor; (3) Mr. Phichet Banyati M.D.; **Academic year:** 2010

Abstract

The purposes of this research were: (1) to analyze the situation and expectations of health care management for diabetes patients at Samutsakhon Hospital, (2) to develop a new health care management model, and (3) to evaluate the appropriateness of the developed model for diabetes patients.

The sample was selected by purposive sampling technique according to criteria indicated and consisted of two groups. The first group analyzed the situation and expectations of health care management for diabetes patients. This group included thirteen subjects: eight health care providers in the multidisciplinary team and five diabetes patients. The second group served to evaluate the appropriateness of the developed model. The latter included eight representatives of the multidisciplinary team, one patient, eleven administrators and academic personnel of Samutsakhon Hospital. Two research tools were used. (1) Interview questions were used for analyzing the situation and expectations. Then the appropriate model was developed. (2) An evaluation form of the health care management model was employed. The content validity of these tools was verified by three experts, and it was 0.72 and 0.88 respectively. An in-depth interview and questionnaires were used for collecting the data. Record tapes were transcribed and then analyzed to elicit key ideas and themes by using content analysis. Descriptive statistics, percentage and mean were used for calculating the appropriateness of the developed model.

The results of this research were as follows. 1) The current situations of health care management for diabetes patient did not respond to the expectations of health care providers and users. For example, service locations were crowded. Numbers of personnel and equipment were not appropriate to the tasks. Services provided for diabetes patient were not comprehensive and were slow. Coordination and the referral system were not clear. Guidelines for diabetes patients were not explicit. 2) The developed model consisted of three components. A policy for managing health care of diabetes patients must be explicit and include a plan and strategic management of the hospital in conjunction with the health service network and the local community network. All members of the multidisciplinary team who had specific characteristics and skills must cooperate well. Patients and relatives should participate in caring, so they can do self-care management correctly and appropriately. Finally, 3) the developed model was suitable for Samutsakhon Hospital (95.23%). Before implementing this model at Samutsakhon hospital, involved persons had a meeting to ensure that the model was applied appropriately and effectively. Other hospitals may apply this model, but they need to consider the expectations of all users, service providers, and community services as well as the context of their hospital.

Keywords: Health care management model, Diabetes, Samutsakhon Hospital

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร” สำเร็จลงได้ด้วยความเมตตาจากที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี รองศาสตราจารย์ ดร. สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล และอาจารย์นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ ที่ได้กรุณาเสนอแนะแนวคิด และติดตามช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอื้ออาทรตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลลา ตันตโยทัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้ อาจารย์ จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความรู้ ให้กำลังใจในการศึกษา และการทำวิทยานิพนธ์เสมอมา และขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่ให้โอกาสในการเข้ารับศึกษา และสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร และหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ที่อนุญาติให้ดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณนายแพทย์ปตินันท์ พัวพัฒนกุล หัวหน้าแผนกอายุรกรรม ที่สนับสนุน และให้ข้อเสนอแนะที่ดีในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณนายแพทย์อภิชาติ ชัญญอนันต์ ที่ร่วมเรียนรู้ในการพัฒนาตลอดการศึกษา และให้ข้อเสนอแนะที่ดีอันเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอขอบพระคุณ เกศษกรหญิงวิษุณี พิตราภูล แกนนำศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้จุดประกายที่มาของเรื่อง และให้ข้อเสนอแนะที่ดี ทั้งช่วยเหลือในการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขอขอบพระคุณทีมผู้ร่วมงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ของโรงพยาบาลสมุทรสาครทุกท่านที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบเป็นอย่างดีทำให้แบ่งเบาภาระงานบางส่วนของผู้วิจัยจนสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จ และขอขอบพระคุณ พี่ๆ เพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาลทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ ทีมผู้บริหาร และนักวิชาการจากทีมนำโรงพยาบาลสมุทรสาครที่กรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่งสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ท้ายนี้ขออุทิศสารประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ให้แก่เป็นบุพการีผู้ล่วงลับของผู้วิจัย ทั้งคุณแม่รังสาด และคุณพ่อตี๋ ตั้งประดิษฐ์ ผู้ซึ่งเป็นพลังใจอันยิ่งใหญ่ให้กับผู้วิจัย ขอขอบคุณญาติพี่น้อง และหลานๆ ที่รักทุกคนที่ให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือสนับสนุน และคอยวันแห่งความสำเร็จการศึกษาของผู้วิจัย ด้วยความรักและเอื้ออาทรตลอดมา

สุดใจ ตั้งประดิษฐ์

กรกฎาคม 2554

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
คำถามการวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร	9
แนวคิดการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน	21
แนวคิดการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน	34
การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลหลัก	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	58
สภาพการณ์และความคาดหวังการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร	58
การร่างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร	73
ผลการประเมินความเหมาะสมต่อรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร	78
บทที่ 5 สรุปรายวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	81
สรุปรายวิจัย	81
อภิปรายผล	85
ข้อเสนอแนะ	92
บรรณานุกรม	94
ภาคผนวก	100
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	101
ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	103
ค เอกสารรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์	108
ง หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	110
จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	112
ฉ ตัวอย่างคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลัก	127
ประวัติผู้วิจัย	144

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก	47
ตารางที่ 4.1 ค่าคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยแสดงค่าเป็นร้อยละของคะแนน ความเหมาะสม	80



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2.1 การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร	10
ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ WHO (ICCC)	23
ภาพที่ 2.3 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner (CCM)	25
ภาพที่ 2.4 รูปแบบการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	37
ภาพที่ 3.1 แนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน	57
ภาพที่ 4.1 รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร	74



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญในลำดับต้นๆ ของประเทศไทย เนื่องจากมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่นความผิดปกติของระบบประสาท จอประสาทตาเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต รวมถึงแผลบริเวณเท้า ซึ่งเป็นภาวะคุกคามที่กระทบกับสภาพร่างกาย จิตใจ วิญญาณและสังคม ของตัวผู้ป่วย อีกทั้งเป็นภาระที่ต้องบริหารจัดการให้เกิดการดูแลสุขภาพของทีมผู้ให้บริการ และภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพของประเทศชาติ จากสถิติสภาวะสุขภาพประชากรไทยพบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2551-2552 ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 67.15 ที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นเบาหวาน และร้อยละ 32.55 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของประชากรได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง ร่วมกับการออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง (วิโรจน์เจียมจรัสศรี และวิฑูรย์ โล่สุนทร 2550: 1) ด้วยเหตุนี้การสนับสนุนให้ประชาชน ผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัว มีส่วนร่วมรับผิดชอบอย่างจริงจังในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเอง (Self-care) ในชีวิตประจำวันให้ได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา และการผ่อนคลายความเครียด จะสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆของโรคเบาหวานได้ (บุญทิพย์ สิริรังศรี และคณะ 2544: 1)

อย่างไรก็ตามการจัดการดูแลสุขภาพด้วยการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสมและลดภาวะเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเบาหวานได้จะต้องให้ความสำคัญทั้งด้านการแพทย์และบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย (เขาวเรศ วิสูตรโยธิน 2550: 4) ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาที่นานและต่อเนื่อง ดังนั้นทีมสุขภาพผู้ให้บริการต้องใส่ใจค้นหาความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และหากกลยุทธ์จัดการลดความเสี่ยงเหล่านั้น ซึ่งไม่ใช่เพียงแต่การวินิจฉัยโรค และให้การรักษาเท่านั้นแต่จำเป็นต้องสามารถควบคุมป้องกันโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการ

จัดการที่ยุ่งยากซับซ้อน (เทพ หิมะทองคำ 2554: 135) แต่หากมีแผนงานและกลยุทธ์การจัดการที่ดี ทั้งด้านการออกแบบการจัดการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพทั้ง ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ การจัดสรรทรัพยากรต่างๆ อย่างเพียงพอเหมาะสมก็จะสามารถป้องกันและควบคุมโรคได้ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และพินิจ ฟ้าอำนาจผล 2549) ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวให้ประสบความสำเร็จต้องมีการวางแผน และร่วมมือกันอย่างจริงจังตั้งแต่ต้นนโยบายระดับสูง ระดับองค์กรสุขภาพตลอดจนถึงระดับย่อยทั้งสามส่วน ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว 2) ทีมผู้ให้บริการสุขภาพ และ 3) ผู้เป็นหุ้นส่วนในชุมชนที่ต้องมาเรียนรู้และรับผิดชอบร่วมกันในการจัดการดูแลตนเองและร่วมมือกันกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีในบริบทสังคมและสภาพแวดล้อมของตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2551)

โรงพยาบาลสมุทรสาครเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 509 เตียง มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ (พ.ศ. 2553-2555) มุ่งสู่วิสัยทัศน์เป็น “ที่หนึ่งด้านบริการสุขภาพ” นโยบายที่สำคัญคือการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ จากข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล นับวันโรคเบาหวานจะทวีจำนวนมากขึ้น ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในคิด 1 ใน 5 อันดับแรกติดต่อกันโดยมีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 5,936/29,149 คน/ครั้ง เพิ่มขึ้นเป็น 7,613/38,737 คน/ครั้ง ในปี พ.ศ. 2553 และผู้ป่วยเหล่านี้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ทำให้ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลจากจำนวน 1,350/2,071 คน/ครั้ง เป็นจำนวน 1,659/2,535 คน/ครั้ง ซึ่งเป็นแนวโน้มที่สูงขึ้น (รายงานประจำปีโรงพยาบาลสมุทรสาคร พ.ศ. 2549 -2553)

การมีผู้ป่วยเบาหวานมาใช้บริการมากขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งมาตรการในป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในภาพรวมของโรงพยาบาลดูเหมือนจะยังไม่ชัดเจน การจัดการและการดำเนินงานยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการทั้งด้านของระบบบริการ ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ดังนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ดี ควรมีรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพซึ่งควรประกอบด้วยทีมผู้ให้บริการที่มีศักยภาพสูง การบริการที่มีคุณภาพ และการประเมินผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ต้องการบริหารจัดการให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพสู่เป้าหมายในการสร้างวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพที่เป็นเลิศขององค์กร (อรพรรณ โตสิงห์และคณะ 2551)

ด้วยปัญหาการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยเบาหวาน การจัดการดูแลสุขภาพและประโยชน์ของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพเบาหวานที่ดี ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และเป็นหนึ่งในทีมแกนนำทางคลินิกอายุรกรรม ตระหนักและให้ความสำคัญต่อการพัฒนาและการเรียนรู้ร่วมกันของทีมสุขภาพในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคดังกล่าว มีความ

ประสงค์นำร่องการพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด วงจรการพัฒนาศูนย์กลางความเป็นเลิศด้านบริการสุขภาพของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์สภาพการณ์เพื่อสร้างรูปแบบโดย ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions framework = ICC) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model = CCM) ของแวกเนอร์ (Wagner, 1999) เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการดูแล สุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งสามารถป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมพัฒนา ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยเบาหวานและคุณภาพชีวิตที่สมคูลของทีมสุขภาพที่ให้บริการ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร
- 2.2 เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร
- 2.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครที่พัฒนาขึ้น

3. คำถามการวิจัย

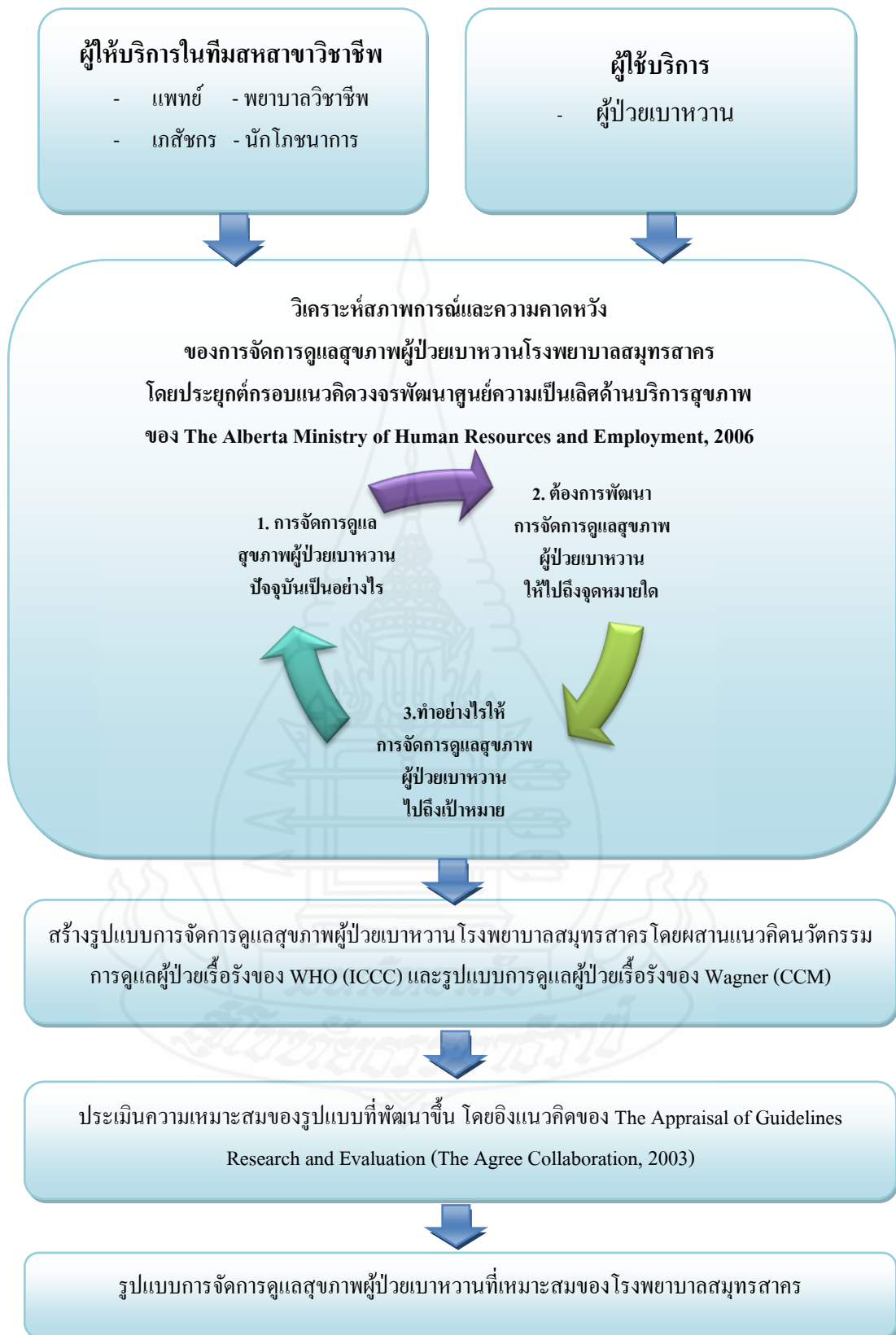
- 3.1 สภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร เป็นอย่างไร
- 3.2 รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครควรมี องค์ประกอบอะไรบ้าง
- 3.3 รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมสำหรับ การนำไปใช้ในโรงพยาบาลสมุทรสาครหรือไม่ อย่างไร

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดรูปแบบวงจรการพัฒนาบริการสุขภาพของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 มาเป็นกรอบในการศึกษาสภาพการณ์และความคาดหวังของทีมผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการเพื่อพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสมของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยประเด็นการวิเคราะห์ประกอบด้วย 3 ประเด็นได้แก่ 1) การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบันเป็นอย่างไร 2) ต้องการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้ไปถึงเป้าหมายใด และ 3) จะทำอย่างไรให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ไปถึงที่หมาย (A guidebook to Service Excellence in the Alberta Public Service, 2006)

หลังจากนั้นนำข้อมูลจากการวิเคราะห์มาประกอบการจัดสร้างเป็นรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยผสมผสานกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของแวกเนอร์ (Wagner, 1999) แล้วนำรูปแบบที่สร้างใหม่นี้มาประเมินความเหมาะสมจากกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา และกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการนำไปใช้ที่มีบทบาทเชิงนโยบายของโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยใช้หลักการ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (The Agree Collaboration, 2003) สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1.1





ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่สร้างขึ้นตามความเห็นของผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำรูปแบบไปใช้ที่มีบทบาทเชิงนโยบายของโรงพยาบาล โดยทำการศึกษาจากประชากรผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เกษัตริกร นักโภชนาการ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรสาครที่ให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เกษัตริกร และนักโภชนาการ

6.2 ผู้ใช้บริการ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและมาใช้บริการที่โรงพยาบาลสมุทรสาครในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนพฤษภาคม 2554

6.3 รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึงแนวทางในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง และครบวงจร

6.4 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึงกระบวนการร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเหมาะสมกับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวังการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน นำข้อมูลมาผสมผสานกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (ICCC) และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของแวกเนอร์ (CCM) แล้วสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีความเหมาะสมไปใช้ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

6.5 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ และกลุ่มผู้บริหารและนักวิชาการของโรงพยาบาลสมุทรสาครที่มีต่อความเหมาะสมในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

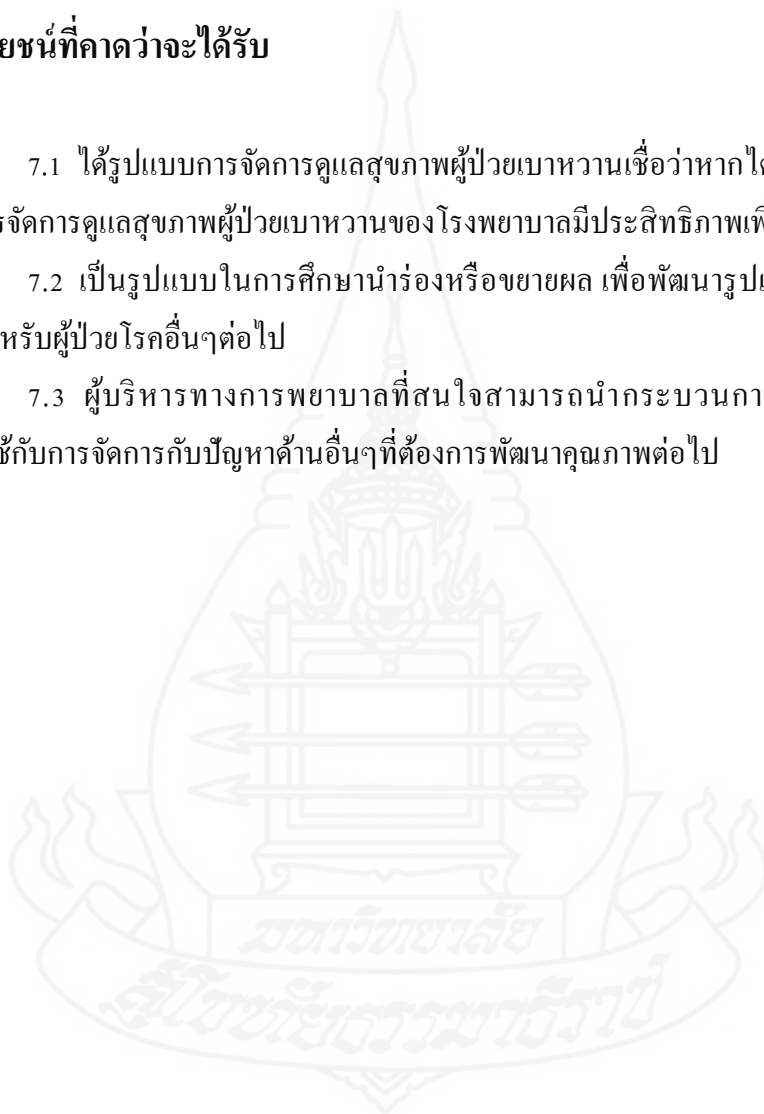
โรงพยาบาลสมุทรสาครโดยใช้หลักการ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (The Agree Collaboration, 2003) โดยมีการประเมิน 6 มิติ ได้แก่ ด้านขอบเขตและเป้าหมาย ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ ด้านการนำรูปแบบไปใช้ ด้านอิสระในการกำหนดรูปแบบ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ได้รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเชื่อว่าหากได้นำรูปแบบมาใช้จะช่วยให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

7.2 เป็นรูปแบบในการศึกษานำร่องหรือขยายผล เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคอื่นๆต่อไป

7.3 ผู้บริหารทางการแพทย์ที่สนใจสามารถนำกระบวนการพัฒนารูปแบบไปประยุกต์ใช้กับการจัดการกับปัญหาด้านอื่นๆที่ต้องการพัฒนาคุณภาพต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศึกษาและวิเคราะห์บริบทการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยมีสาระสำคัญนำเสนอตามลำดับดังนี้

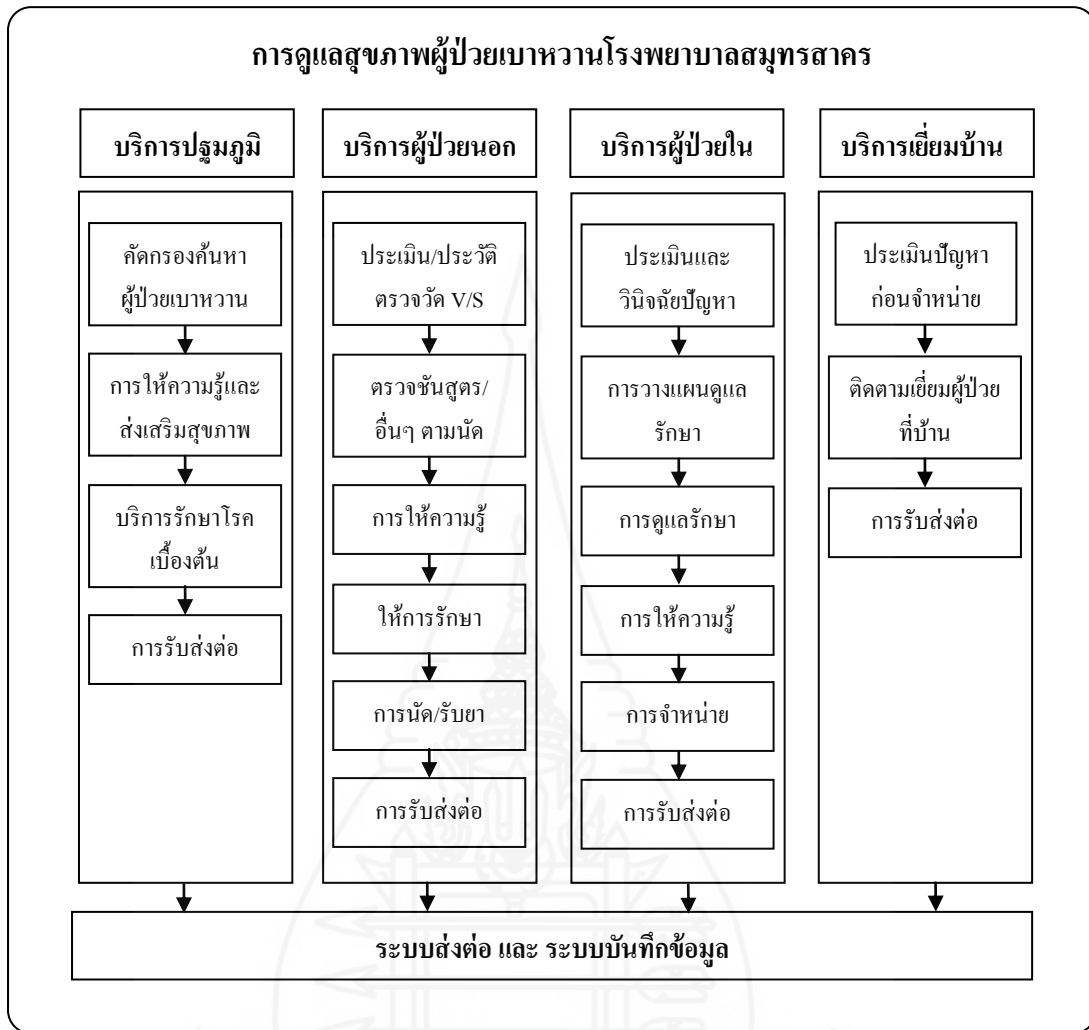
1. การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. แนวคิดการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
 - 2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 2.2 โรคเบาหวานและการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
 - 2.3 เป้าหมายและการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
 - 2.4 การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
3. แนวคิดการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
 - 3.1 ความหมายของการพัฒนารูปแบบ
 - 3.2 แนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
 - 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการพัฒนารูปแบบ
4. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลสมุทรสาคร
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

1. การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร

โรงพยาบาลสมุทรสาครเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 509 เตียง มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่ความเป็น “ที่หนึ่งด้านบริการสุขภาพ” ตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2555 โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลรักษาตนเอง สร้างความพึงพอใจกับระบบบริการของโรงพยาบาล จึงทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในทั่วทั้งโรงพยาบาล โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและประทับใจ

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับต้นๆของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้แก่ โรคเบาหวาน จากสารสนเทศของโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมาใช้บริการในปี พ.ศ. 2551 ที่แผนกผู้ป่วยนอกจากจำนวน 6,812/33,729 คน/ครั้ง เป็น 7,613/38,737 คน/ครั้ง ในปี พ.ศ. 2553 และผู้ป่วยเบาหวานเหล่านี้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องนอนที่แผนกผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. 2551 จากจำนวน 20,189 วันนอน มาเป็น 22,350 วันนอนในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งพบเป็นจำนวนมากใน 5 ลำดับแรกของโรคที่มาใช้บริการสูงสุดของโรงพยาบาลสมุทรสาคร (รายงานประจำปีของโรงพยาบาลสมุทรสาคร 2551-2553) นอกจากนั้นรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ดำเนินการอยู่เป็นการดูแลแบบตั้งรับมากกว่าการดูแลเชิงรุก กระบวนการบริหารจัดการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานยังไม่เห็นผลลัพธ์ที่เป็นหลักฐานชัดเจน ประกอบกับ ระบบการจัดเก็บฐานข้อมูล และการบันทึกเวชระเบียนยังไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

จากการทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาของผู้วิจัย ซึ่งปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าหน่วยงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เป็นเวลา 13 ปี โดยใช้การตามรอยทางคลินิก (clinical tracer) สามารถสรุปได้ว่ากระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสมุทรสาครมีการดูแล 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) บริการปฐมภูมิ 2) บริการผู้ป่วยนอก 3) บริการผู้ป่วยใน 4) บริการเยี่ยมบ้าน และ 5) ระบบการส่งต่อ และระบบบันทึกข้อมูล โดยมีขั้นตอนสำคัญในแต่ละองค์ประกอบซึ่งผู้วิจัยสรุปดังแสดงในภาพ 2.1 ดังนี้



ภาพที่ 2.1 การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

จากภาพที่ 2.1 การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้วิจัยได้รวบรวมสรุปการประชุมอย่างเป็นทางการ (สรุปรายงานจากการประชุมที่มนำทางคลินิกด้านอายุรกรรม) โดยมีขอบเขตในแต่ละองค์ประกอบ กิจกรรมที่สำคัญ และสภาพการณ์ในแต่ละองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
<p>1. บริการปฐมภูมิ</p> <p>หน่วยงานที่ดำเนินการได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสท.) 15 แห่งจากจำนวนทั้งหมด 23 แห่ง ขึ้นกับฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมุทรสาครจะเป็นแกนที่ทำให้เกิดแผนงาน โครงการ การสนับสนุนการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลตามโครงการ เช่น โครงการลดเลือดดี ซีวี สดใส การประชาสัมพันธ์ความรู้ แนวทางป้องกันให้ประชาชนในพื้นที่ กระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชน สนับสนุนแกนนำสุขภาพที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการคัดกรองเชิงรุกคือ โครงการเคาะประตูบ้านในชุมชน</p>	<p>1.1) ให้บริการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน เป็นค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังไม่มีอาการเพื่อวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยใช้วิธีการเจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ผู้ที่อ้วน อายุ 35 ปีขึ้นไป มีพ่อแม่พี่น้องเป็นเบาหวานและเป็นความดันโลหิตสูงหรือไขมันในเลือดสูง</p> <p>1.2) การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ ผู้ให้ความรู้หลักจะเป็นเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นการให้ความรู้รายกลุ่มและรายบุคคลและแจกเอกสารแผ่นพับ มีการจัด โครงการ/กิจกรรมต่างๆ ร่วมกับทางโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนในชุมชน</p> <p>1.3) ให้การดูแลรักษาเบื้องต้น โดยจัดให้มีแพทย์หมุนเวียนไปตามศูนย์สุขภาพ 15 แห่งใน 23 แห่งแต่จำกัดดูแลรักษาเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมากที่ต้องดูแลเฉพาะและใช้ยาหลายชนิด</p> <p>1.4) การรับส่งต่อ กำหนดให้มีการรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมายังศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่องใน</p>	<p>1.1) ไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยทำงานแต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น การคัด เนื่องจากประชากรในพื้นที่สมุทรสาครเป็นชาวประมง ทำงานโรงงาน อุตสาหกรรมและประชากรเคลื่อนย้ายที่ซื้อไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน</p> <p>1.2) การสอนให้ความรู้ในแต่ละพื้นที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันและทักษะการถ่ายทอดความรู้และการเสริมพลังของเจ้าหน้าที่มีความแตกต่างกัน โครงการ/กิจกรรมต่างๆ ยังไม่มีความต่อเนื่องไม่มีการประเมินซ้ำ</p> <p>1.3) กระจายผู้ป่วยเบาหวานให้ไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่ได้มากเนื่องจากแนวทางการส่งต่อยังไม่ชัดเจนและผู้ป่วยยังต้องการรักษาที่โรงพยาบาลเพราะยังไม่มั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางส่วนที่จะไปแต่การรักษาด้วยยาบางอย่างไม่มีที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การรับยาในพื้นที่ยังไม่สะดวก</p> <p>1.4) การประสานเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลประวัติและผลการรักษา ยังไม่มีความสมบูรณ์และต่อเนื่อง</p>

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
	<p>รายที่ไม่ถือคินซูลิน และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี รวมถึงการส่งกลับมารักษาที่โรงพยาบาลในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามที่กำหนด</p>	
<p>2. บริการผู้ป่วยนอก</p> <p>หน่วยงานที่ดำเนินการดูแล ได้แก่ ห้องตรวจอายุรกรรม ห้องตรวจโรคทั่วไป ห้องตรวจประกันสังคม ห้องตรวจศัลยกรรมและห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและห้องตรวจของของศูนย์ผู้ป่วยเรื้อรัง</p> <p>ห้องตรวจอายุรกรรมจะไม่มีคลินิกแยกพิเศษของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยจะกระจายมารับบริการทุกวัน</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการห้องตรวจโรคทั่วไปจะนัดมาเข้าวันพุธและวันศุกร์ ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ตรวจพบครั้งแรกที่ห้องตรวจโรคทั่วไปแล้วนัดมารักษาติดต่อกัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 250 mg/dl แต่ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์จะส่งไปพบแพทย์เฉพาะทางห้องตรวจอายุรกรรม</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการห้องตรวจประกันสังคมจะเป็นลักษณะคล้ายกับกลุ่มที่มารับ</p>	<p>2.1) การประเมินผู้ป่วย เป็นการเข้าถึงบริการด่านแรกโดยเริ่มจากการแจ้งชื่อที่ห้องบัตร รับบัตรคิวซึ่งนำหนัก วัดความดันโลหิต พยาบาลเป็นผู้ประเมินอาการเบื้องต้น คัดกรองแยกประเภทแบ่งระดับความรุนแรง แล้วนั่งรอพบแพทย์ และในรายที่แพทย์นัดจะส่งผู้ป่วยไปที่อาคารชั้นสูตตรเพื่อตรวจเลือด</p> <p>2.2) การตรวจน้ำตาลในเลือดและชั้นสูตตรอื่น โดยไปปรับบัตรคิวเพื่อเจาะเลือดอีกครั้งที่ห้องปฏิบัติการชั้นสูตตร จะนั่งรอจนได้เจาะเลือดเรียบร้อยแล้วจึงไปรับประทานอาหารเช้าแล้วจึงไปรอรับการตรวจจากแพทย์ที่หน้าห้องตรวจโรค</p> <p>2.3) การให้ความรู้ระหว่างรอตรวจจากแพทย์ พยาบาลห้องตรวจจะเป็นแกนหลักในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในระหว่างนั่งรอตรวจซึ่ง</p>	<p>2.1) ห้องตรวจอายุรกรรมมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละวันมากและปะปนกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ โดยจะมารอรับบริการตั้งแต่เวลา 05.00 น. สถานที่คับแคบแออัดจะแออัดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนกว่าได้รับการตรวจจากแพทย์ ผู้ให้บริการช่วงเช้าจะเป็นพยาบาลที่มาปฏิบัติงานเสริมนอกเวลาราชการซึ่งมีจำนวนจำกัด การประเมินปัญหาผู้ป่วยไม่ครอบคลุม การคัดกรองแบ่งระดับความรุนแรงบางครั้งไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทรุดลงขณะรอตรวจ</p> <p>2.2) ที่ห้องชั้นสูตตรนอกจากผู้ป่วยเบาหวานแล้วในแต่ละวันจะมีผู้ป่วยโรคอื่นๆมารับการตรวจเลือดเป็นจำนวนมากทำให้สถานที่บริเวณนี้แออัดคับคั่งมาก ช่วงเวลาของการรอจะนานมาก บางรายถึงกับหมดสติ จากความหิวหรือจากน้ำตาลในเลือดต่ำเพราะผู้ป่วยที่แพทย์นัดต้องงดน้ำและอาหารมาก่อน</p> <p>2.3) ส่วนใหญ่ยังเป็นการสื่อสารปฏิสัมพันธ์แบบทางเดียวของผู้ให้บริการ การให้ความรู้ยังไม่เฉพาะเจาะจงกับสภาพปัญหาของ</p>

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
<p>บริการที่ห้องตรวจโรคทั่วไป</p> <p>ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มา รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินจะเป็นผู้ป่วยที่มี ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันรุนแรง ของเบาหวาน ได้แก่ จากภาวะ น้ำตาลในเลือดต่ำ, ภาวะน้ำตาลใน เลือดสูง ,และ มีภาวะกรดคีโตน คั่งในร่างกาย(Diabetic Ketoacidosis) ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มนี้จะถูกรับไว้บน โรงพยาบาลทุกราย แต่จะอยู่บน ที่หอผู้ป่วยได้แก่แต่สิทธิการ รักษาและสภาพอาการของผู้ป่วย แต่ละราย</p> <p>ส่วนของห้องตรวจของศูนย์ ผู้ป่วยเรื้อรัง (CCC) มีการจัดตั้ง ศูนย์ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งจะดูแล เฉพาะโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วย ที่มาใช้บริการที่ศูนย์เป็นผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่ที่ส่งมาจากงาน บริการผู้ป่วยนอกต่างๆ เป็นการ ดูแลเพื่อเน้นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและส่งต่อไปดูแลรักษา ต่อเรื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล</p>	<p>เป็นกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปไม่ใช่ผู้ป่วย เบาหวานอย่างเดียว มีกิจกรรมยืด เหยียดกล้ามเนื้อ ฝึกสมาธิประกอบ เพลงทุกวันตอนเช้า นอกจากนี้ยัง ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เภสัชกร โภชนากร นักศึกษา นักรายภาพบำบัด หมุนเวียนมาให้ ความรู้จัดกิจกรรมสอนไม่ซ้ำกันใน แต่ละวัน รวมทั้งการให้คำปรึกษา ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ผู้ป่วยราย ใดที่น้ำตาลในเลือดสูงจะมี โปรแกรมเข้ากลุ่มเป็น Group Learning โดยนักศึกษารหัสส่ง พบ สหสาขาวิชาชีพตามสาขาที่ ผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลตนเอง เช่นพบเภสัชกรในรายที่มีปัญหาใน การใช้ยา หรือพบโภชนากรในราย ที่ควรปรับพฤติกรรม รับประทานแต่ก็เป็นสัดส่วน ที่น้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วย เบาหวานทั้งหมดที่มาใช้บริการ</p> <p>2.4) การดูแลรักษาจากแพทย์ เป็นการประเมินวินิจฉัยและสั่งการ รักษา ผู้ป่วยเบาหวานจะนั่งรอพบ แพทย์ตามบัตรคิวใช้เวลารอคอย ประมาณน้อย 3-5 ชั่วโมงจึงจะ ได้ผลการตรวจขั้นสุด และเข้ารับ การตรวจรักษาจากแพทย์ ซึ่ง ประเมินวินิจฉัยและสั่งการรักษา รวมเวลาอย่างมากไม่เกิน 10-15 นาที การรักษาของแพทย์จะปรับ การรักษาจากการตรวจร่างกายและ ผลระดับน้ำตาลในเลือด โอกาสใน</p>	<p>ผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ใช้บริการมี โอกาสร่วมแสดงความคิดเห็นหรือ แลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแล สุขภาพตนเองน้อย ขาดการตั้ง เป้าหมาย และการเสริมพลังให้ ผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>2.4) การดูแลรักษาของแพทย์แต่ละ คนมีความหลากหลาย ไม่เป็น มาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งเป็นการ ดูแลเฉพาะตัวโรคไม่ครอบคลุม องค์รวมแพทย์ให้เวลาในการตรวจ น้อย มาตรการตรวจป้องกันภาวะ แทรกซ้อนทาง ตา ไต เท้า หัวใจยัง ครอบคลุมทุกราย การมีส่วนร่วม ของผู้ป่วยและครอบครัวน้อย การ บันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ และเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอ ตรวจได้แก่ อาการทรุดลงหมดสติ</p>

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
	<p>การการตั้งเป้าหมายและสนับสนุน การดูแลตนเองค่อนข้างน้อย เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลา หลังจากให้การรักษาแพทย์จะ บันทึกข้อมูลการรักษาซึ่งมีเฉพาะ เรื่องของยาและผลชันสูตร และ นอกจากการรักษาตามปกติแล้ว แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาตรวจหา ภาวะแทรกซ้อนเพื่อการป้องกัน และการรักษาตั้งแต่ระยะแรก เช่น ตรวจการทำงานของไต หัวใจ ตา และเท้า ซึ่งแต่ละห้องตรวจยังไม่มี โปรแกรมการตรวจหา ภาวะแทรกซ้อนที่ชัดเจน ยกเว้นที่ ห้องตรวจอายุรกรรม เริ่มมีเกณฑ์ มาตรฐานในการจัดให้มีการตรวจหา ภาวะแทรกซ้อนเรื่องไต หัวใจ แต่ ก็ยังมีอุปสรรคในเรื่องการตรวจเท้า เจ้าหน้าที่ไม่สามารถจัดเวลาเฉพาะ ได้เพียงพอที่จะตรวจประเมินและ ให้คำแนะนำการดูแลเท้า ส่วนเรื่อง การตรวจตาเพื่อการดูแล ภาวะแทรกซ้อนยังมีข้อจำกัดเรื่อง ภาระงานของแผนกตา ทำให้ จำนวนการส่งตรวจตาต้องจำกัด ปริมาณตาม ไปด้วย</p> <p>2.5) การนัด/การรับยา ไม่มีระบบ การนัดที่แน่นอน แพทย์เป็นผู้ กำหนดเองตามความภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยแต่ละราย หลังจากการรับ ตรวจจากแพทย์แล้วพยาบาลจะเป็น ผู้เขียนใบนัด จากนั้นผู้ป่วยจึงนำ ใบสั่งยาไปส่งให้ห้องจ่ายยา แล้วรอ</p>	<p>ระบุตัวผิด เคரியด ไม่พึงพอใจใน บริการ</p> <p>2.5) ไม่มีระบบนัดที่แน่นอน ระยะเวลารอรับยานาน แม้มีการ แนะนำการใช้ยาทุกรายแต่ขาดการ ประเมินซ้ำเนื่องจากเวลาจำกัดจึงทำ ให้มีผู้ป่วยหลายรายที่กลับมารักษา ซ้ำด้วยเหตุความไม่เข้าใจการใช้ยา</p>

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
	<p>รับยาและคำแนะนำเรื่องยาตามบัตรคิวของห้องจ่ายยาอีกครั้ง ซึ่งมีผู้ป่วยจากทุกแผนกมารอรับยาเช่นกัน</p> <p>2.6) การรับส่งต่อ เป็นการส่งต่อภายนอกและภายใน ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการแบ่งระดับความรุนแรงจากแพทย์และพยาบาล โดยใช้เกณฑ์ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาล ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และรักษาด้วยการรับประทานยาอย่างเดียวไม่มียาฉีด อีกทั้งต้องสมัครใจรับการดูแลรักษาใกล้บ้าน แพทย์จะเขียนใบส่งตัวเพื่อการรักษาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่ใกล้บ้านที่สุด ส่วนรายที่มีภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินแพทย์จะรับนอนโรงพยาบาล พยาบาลที่ห้องตรวจแต่ละห้องจะเป็นผู้ประสานและส่งต่อให้แผนกผู้ป่วยในตามสิทธิการรักษาและตามสภาพอาการของผู้ป่วยแต่ละราย</p>	<p>2.6) การเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูล แผนการรักษากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกยังไม่ชัดเจนสมบูรณ์</p> <p>ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยหลายราย แม้จะมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมที่จะไปดูแลรักษาใกล้บ้าน แต่ไม่ยอมไปยังคงต้องการรับบริการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่าที่จะสมัครใจไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากยังมีความมั่นใจในบริการของโรงพยาบาลสมุทรสาคร บางรายมีโรคแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยและยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มี นอกจากนั้นการคมนาคมภายในจังหวัดนี้ก็มีความสะดวกสามารถเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว</p>
<p>3. บริการผู้ป่วยใน</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานจะรับบริการตามสิทธิการรักษาและตามระดับความรุนแรง ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ 4 แห่ง หอผู้ป่วยหนัก 2 แห่ง หอผู้ป่วยประกันสังคม 3 แห่ง และหอผู้ป่วยพิเศษอีก 8 แห่ง นอกจากนี้บางส่วนต้องนอนหอผู้ป่วยศัลยกรรมอีก 2 แห่ง ซึ่งเป็นรายที่เป็นแผลเบาหวานรุนแรง</p>	<p>3.1) การประเมินและการวินิจฉัยปัญหา ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจชันสูตร ตรวจทางรังสี เป็นขั้นตอนการดูแลที่สำคัญ กล่าวคือต้องค้นหาปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างรอบด้าน จึงจะสามารถวินิจฉัยและดูแลรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ปัญหาของขั้นตอนนี้จะเป็นเรื่องของการ</p>	<p>3.1) ไม่สามารถค้นหาและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ การประเมินปัญหาไม่ครอบคลุมแบบองค์รวม ได้แก่ เรื่องภาวะจิตใจ ความเชื่อ วิถีชีวิตและอุปสรรคในการดูแลตนเอง ขาดผู้ดูแลที่แท้จริงส่วนใหญ่จะมีการหมุนเวียนเปลี่ยนเวলাกันดูแล</p>

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
	<p>ซักระยะที่ไม่ครอบคลุมองค์รวม ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญ นำไปสู่การวินิจฉัยปัญหา และการแบ่งประเภทตามระดับความรุนแรง ได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายพ้อฟื้นจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่นภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำมาก หลังได้รับการรักษา ก็จะมีอาการดีขึ้นทันทีและจะขอลกลับบ้านอย่างรวดเร็ว</p> <p>3.2) การวางแผนการดูแล แผนการดูแลหลัก คือ แผนการรักษาทางคลินิกของแพทย์ กับและแผนของพยาบาล ไม่มีการวางแผนร่วมกัน กับผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ อีกทั้งยังขาดการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายวางแผนการดูแล</p> <p>3.3) การดูแลรักษา ระยะแรกจะเป็นการแก้ไขภาวะฉุกเฉินก่อนแล้วจึงดูแลต่อเนื่อง ประเมินซ้ำ จนถึงระยะพักฟื้นจนจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนใหญ่การรักษาเป็นเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะน้ำตาลสูงมากๆ มีภาวะแทรกซ้อนระยะยาวหลายอย่างเมื่อโรคกำเริบจะมีอาการทรุดหนักผู้ป่วยกลุ่มนี้จะนอนโรงพยาบาลนานหลายวัน การรักษาดูแลยุ่งยากซับซ้อน อย่างไรก็ตามการดูแลทั้งระยะฉุกเฉินและ</p>	<p>3.2) แผนการดูแลไม่ครอบคลุม ปัญหาของผู้ป่วย การประสานแผนการดูแลของแพทย์กับพยาบาล ไม่มีความสอดคล้องกัน การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างวิชาชีพ ไม่ครบถ้วน ไม่เชื่อมโยงข้อมูลด้านจิตใจ ความเชื่อ สังคม และข้อมูลวิถีชีวิตของผู้ป่วยมาใช้ในการวางแผน</p> <p>3.3) มาตรฐานการดูแลรักษาหลายสถาบันไม่ชัดเจน กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลต่ำจะนอนรพ.ช่วงระยะสั้นมาก ประเมินปัญหาไม่ครบถ้วน กลับมานอนซ้ำเป็นจำนวนมาก ส่วนกลุ่มที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบจะอยู่โรงพยาบาลนานเนื่องจากการรักษายุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดผู้ดูแลส่วนที่มีผู้ดูแลก็จะผลัดกันเฝ้าไข้ทำให้หาสาเหตุที่แท้จริงของการนอนโรงพยาบาลค่อนข้างยาก</p>

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
	<p>ระยะต่อเนื่องยังคงเน้นเฉพาะตัวโรคที่เป็นการดูแลทางการแพทย์ในส่วนของพยาบาลจะมีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาของแพทย์และกิจกรรมการพยาบาลและประสานแผนการรักษาของแพทย์กับทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3.4) การให้ข้อมูลและความรู้ พยาบาลเป็นแกนหลักในการให้ความรู้ เป็นการให้ความรู้รายบุคคล ประเด็นความรู้จะเป็นเรื่องที่เป็นปัญหาจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายและจากการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการมาอนโรงพยาบาลซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากผู้ดูแล มีหน่วยงานเพียงไม่กี่หน่วยงานเท่านั้นที่แพทย์ส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น มาร่วมสอนเพิ่มเติมทักษะส่วนขาดในหอผู้ป่วยเพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้</p> <p>3.5) การจำหน่าย แพทย์จะเป็นผู้ประเมินอาการเพื่อการจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินความพร้อมก่อนกลับอีกครั้ง โดยกำหนดให้ประเมินความรู้ครอบคลุมการดูแลตนเอง ทั้งด้านการเลือกรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการกับความเครียด</p>	<p>3.4) ส่วนใหญ่พยาบาลแต่ละหอผู้ป่วยเป็นผู้ให้ความรู้หลักซึ่งองค์ความรู้ประสบการณ์ ทักษะและวิธีการในการให้ความรู้มีความแตกต่างกัน การมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลของครอบครัวน้อย ขาดผู้ดูแลที่แท้จริงซึ่งเมื่ออยู่ที่บ้านกับที่โรงพยาบาลผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคนละคนกันเนื่องจากการทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่สามารถสอนทักษะการดูแลตนเองได้ ขาดการสนับสนุนและการเสริมพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>3.5) การวางแผนจำหน่ายยังไม่มีแนวทางปฏิบัติหรือคู่มือที่ใช้ร่วมกันแบบ สหสาขาวิชาชีพ ไม่มี การวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับพยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการจำหน่ายผู้ป่วย ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลภายในทีมพยาบาลและการประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพอื่น อีกทั้งแต่ละหอผู้ป่วยพยาบาลมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์แตกต่างกัน ข้อมูลที่</p>

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
	<p>3.6) การรับส่งต่อ หากการประเมิน ก่อนกลับบ้านยังมีปัญหา เรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถส่งต่อศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เพื่อติดตามเยี่ยมที่บ้านและส่งต่อการดูแลที่งานบริการผู้ป่วยนอกด้วยการนัดมาโรงพยาบาลตามที่แพทย์กำหนด</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับแต่ละครั้งอาจไม่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และเกิดความสับสนในการดูแลตนเองของผู้ป่วย</p> <p>3.6) ไม่มีระบบนัดแน่นอนแพทย์ เป็นผู้กำหนดเวลาแต่ไม่มีการระบุแพทย์เจ้าของไข้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งจะไม่พบกับแพทย์คนเดิม</p> <p>ส่วนการส่งให้เยี่ยมบ้านจะเป็นส่วนน้อยไม่ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย</p>
<p>4. บริการเยี่ยมบ้าน</p> <p>โรงพยาบาลสมุทรสาครจะแบ่งพื้นที่รับผิดชอบเป็น 2 เขต คือ ในเขตเทศบาลเมืองและนอกเขตเทศบาลเมือง พยาบาลที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องจะเป็นผู้เยี่ยมในเขตเทศบาล ส่วนนอกเขตเทศบาล ศูนย์ดูแลต่อเนื่องจะเป็นผู้ประสานส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้านให้ฝ่ายเวชกรรมสังคมแล้วประสานส่งต่อลงให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อดูแลต่อเนื่องอีกครั้ง</p>	<p>4.1) การประเมินก่อนกลับบ้าน</p> <p>พยาบาลที่หอผู้ป่วยจะประเมินและระบุประเด็นความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งแบบบันทึกข้อมูลให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง และหลังจากได้รับการประสานจากหอผู้ป่วย พยาบาลที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องจะมาประเมินผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพ และทบทวนความสามารถในการดูแลตนเอง และสอบถามที่อยู่ให้ชัดเจน ความพร้อมและความสมัครใจในการเยี่ยม</p> <p>4.2 การเยี่ยมบ้าน</p> <p>เป็นการเยี่ยมติดตามดูความสามารถในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านตามประเด็นปัญหาที่ประเมินได้ก่อนกลับบ้าน การเยี่ยมบ้านในเขตเทศบาลมีเพียงพยาบาลเป็นแกนหลักยังไม่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ</p>	<p>4.1) การประเมินและสรุปและสรุป ประเด็นการส่งต่อไม่ชัดเจนว่าต้องติดตามต่อเนื่องเรื่องอะไรอีกทั้งการส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมไม่ทันเวลา</p> <p>ผู้ป่วยกลับบ้านก่อนที่จะได้ประเมินปัญหาาร่วมกันกับพยาบาลของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง</p> <p>4.2) ปัญหาการลงพื้นที่บางครั้งไม่ เป็นไปตามแผนที่กำหนดทำให้การติดตามดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง</p> <p>โรงพยาบาลจะมีความไม่สะดวกในเรื่องของการจัดยานพาหนะและตารางการเดินทางไม่เป็นตามแผนที่กำหนด ส่วนการเยี่ยมผู้ป่วยนอก</p>

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
	<p>ส่วนการเยี่ยมออกเขตเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้รับผิดชอบ</p> <p>4.3) การรับส่งต่อ</p> <p>ในการออกเยี่ยมบ้านกรณีพบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดหนัก จำเป็นต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ พยาบาลที่ลงพื้นที่จะประสานงานกับรถฉุกเฉินและแพทย์เพื่อรับการดูแลในโรงพยาบาล</p>	<p>เขตเทศบาลการส่งข้อมูลจากโรงพยาบาลให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังล่าช้า ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ทำให้ไม่สามารถเยี่ยมได้ตามเวลา และเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>4.3) ในการลงพื้นที่พบว่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลยังขาดทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในพื้นที่ของตนเองเช่น การเลือกอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง และที่สำคัญคือขาดการสะท้อนข้อมูลผลการเยี่ยมบ้านจากทั้งของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>
<p>5.1 ระบบการรับส่งต่อ</p> <p>เป็นระบบการดูแลต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกเป็นประสานงานและการส่งต่อการดูแลของ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ในบริการปฐมภูมิ บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน งานบริการส่งต่อจะเป็นขั้นตอนที่ซึ่งมีความจำเป็นในทุกองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องครบวงจร</p> <p>5.2 ระบบการบันทึกข้อมูล</p> <p>เป็นกิจกรรมคู่ขนานของผู้ให้บริการที่ต้องดำเนินการในทุกองค์ประกอบซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนและส่งต่อข้อมูลการ</p>	<p>5.1) การรับส่งต่อดูแลรักษา</p> <p>การรับส่งต่อการดูแลรักษาภายในโรงพยาบาล ได้แก่ การส่งปรึกษา ระหว่างแผนก หน่วยงาน สหสาขาวิชาชีพ ทั้งงานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน และศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ส่วนภายนอกโรงพยาบาล ได้แก่ การรับส่งต่อระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง</p> <p>5.2) การบันทึกข้อมูลขณะดูแลของทุกวิชาชีพ กำหนดให้ทุกวิชาชีพ ต้องมีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนในทุกๆขั้นตอนของกระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วย</p>	<p>5.1) ยังขาดความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอก ไม่มีเกณฑ์กำหนดการรับส่งต่อผู้ป่วยและการสื่อสารเชื่อมโยงข้อมูล การติดตามการดูแลรักษาในแต่ละขั้นตอนการบริการ</p> <p>5.2) จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า การบันทึกข้อมูลในแต่ละขั้นตอนยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และต่อเนื่อง ยังไม่มีรูปแบบการบันทึกเฉพาะโรคเบาหวานที่ชัดเจน เข้าใจ</p>

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
<p>ดูแลรักษา ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลทั้งหมดควรให้ความสำคัญในการบันทึกให้มีความสมบูรณ์ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับส่งต่อการรักษาอย่างครอบคลุม หรือใช้ข้อมูลร่วมกันในการดูแลต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ</p>	<p>เบาหวานตั้งแต่การเข้าถึงบริการ การให้บริการ จนผู้ป่วยกลับบ้านถึงชุมชน ประกอบด้วยข้อมูลการประเมินปัญหาร่างกายจิตใจ ผลทางห้องปฏิบัติการ การรักษาของแพทย์ และข้อมูลอื่นที่เป็นประเด็นสำคัญของผู้ป่วยแต่ละราย</p>	<p>ง่าย การติดต่อสื่อสารยังไม่มีประสิทธิภาพขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องซึ่งบางหน่วยงานมีการพัฒนาแบบบันทึกเฉพาะโรคเบาหวานเช่นห้องตรวจอายุรกรรม แต่การสื่อสารและการนำไปใช้ยังไม่ครอบคลุมต่อเนื่อง บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต้องมีการค้นประวัติการดูแลรักษาในเวชระเบียนเก่า ทำให้เกิดความล่าช้าและกระทบต่อการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ อีกทั้งยังไม่มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะทำให้การติดตามประเมิน ผลลัพธ์ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์</p>

จากสถานการณ์โรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว นับวันจะมีผู้มารับบริการจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลที่ต้องจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพ อีกทั้งรูปแบบที่ดำเนินการอยู่แล้ว 5 องค์ประกอบดังกล่าวนี้ โดยภาพรวมการส่งต่อและการเชื่อมโยงในแต่ละขั้นตอนขององค์ประกอบต่างๆ ยังพบว่ามีปัญหาอุปสรรคด้วยเหตุหลายประการ การจัดการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ดูเหมือนยังเน้นการดูแลทางการแพทย์มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ข้อมูลสารสนเทศไม่ชัดเจนและเพียงพอสำหรับการบริหารจัดการและเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพ การดูแลสุขภาพยังคงเป็นแบบตั้งรับแก้ปัญหามากกว่าการดูแลสุขภาพแบบเชิงรุก การประสานงานความร่วมมือกับชุมชนยังมีน้อย และยังขาดการนำผู้ใช้บริการมามีส่วนร่วมในการจัดการดูแลอย่างจริงจัง

2. แนวคิดการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพสามารถบริหารจัดการได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับนโยบาย ข้อจำกัดของทรัพยากร สถานการณ์ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไป ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีสาระสำคัญนำเสนอตามลำดับดังนี้

- 2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 2.2 โรคเบาหวานและการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
- 2.3 เป้าหมายและการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
- 2.4 การสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความหมายของโรคเรื้อรัง “การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่ไม่สามารถฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้ ความเสื่อมจากโรคสะสมมากขึ้น หรือซ่อนเร้นสงบนิ่งหรือมีความพิการที่ต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมทั้งหมดของบุคคล เพื่อการดูแลประคับประคองการดูแลตนเอง การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และป้องกันความพิการที่อาจเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ” เป็นความหมายที่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมรอบด้านให้ความสำคัญกับบทบาทของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ของผู้ป่วย และครอบครัว ยึดหยุ่น สอดคล้องกับทัศนะทางสุขภาพ และการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม (Curtin & Lubkin, 1995 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล 2550: 11-11) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังประกอบด้วย 2 แนวคิดที่สำคัญ ดังนี้

2.1.1 แนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (Innovative Care for Chronic Conditions framework = ICCC) ประกอบด้วยการเชื่อมโยงองค์ประกอบ ดังนี้

1) นโยบายเชิงบวกด้านสิ่งแวดล้อม (Positive Policy Environment) ได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ร่วมงาน (Strengthen partnerships) สนับสนุนงานตามกรอบนโยบาย (Support legislative from work) บูรณาการนโยบาย (Integrate policies) จัดให้มีภาวะผู้นำและให้การสนับสนุน (Provide leadership and advocacy) ส่งเสริมการเงินอย่างมั่นคง (Promote consistent financing) พัฒนาและจัดสรรทรัพยากรมนุษย์ (Develop and allocate human resources)

2) ชุมชน (Community) ได้แก่ เพิ่มความตระหนักและลดความเชื่อที่ผิด (Raise awareness and reduce stigma) ส่งเสริมผลลัพธ์ให้ดีขึ้นโดยการใช้ภาวะผู้นำและการสนับสนุน

(Encourage better outcomes through leadership and support) ขับเคลื่อนและประสานทรัพยากร
(Mobilize and coordinate resources) จัดให้บริการเสริม (Provide complementary services)

3) องค์กรดูแลสุขภาพ (*Health care organization*) ได้แก่ ส่งเสริมความต่อเนื่องและการประสานความร่วมมือ (Promote continuity and coordination) ส่งเสริมคุณภาพรวมทั้งภาวะผู้นำและสิ่งสนับสนุน (Encourage quality through leadership and incentive) จัดองค์กร และจัดให้เครื่องมืออุปกรณ์แก่ทีมดูแลสุขภาพ (Organize and equip health care teams) ใช้ระบบข้อมูลข่าวสาร (Use information systems) สนับสนุนการจัดการตนเองและการป้องกัน (Support self-management and prevention)

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้เสนอระบบการป้องกันและการจัดการกับภาวะและโรคเรื้อรังใน 3 ระดับ คือ ระดับย่อย ระดับกลาง ระดับมหภาค (อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญ กุล 2550: 11-23) กล่าวถึงระบบป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรังทั้ง 3 ระดับควรมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

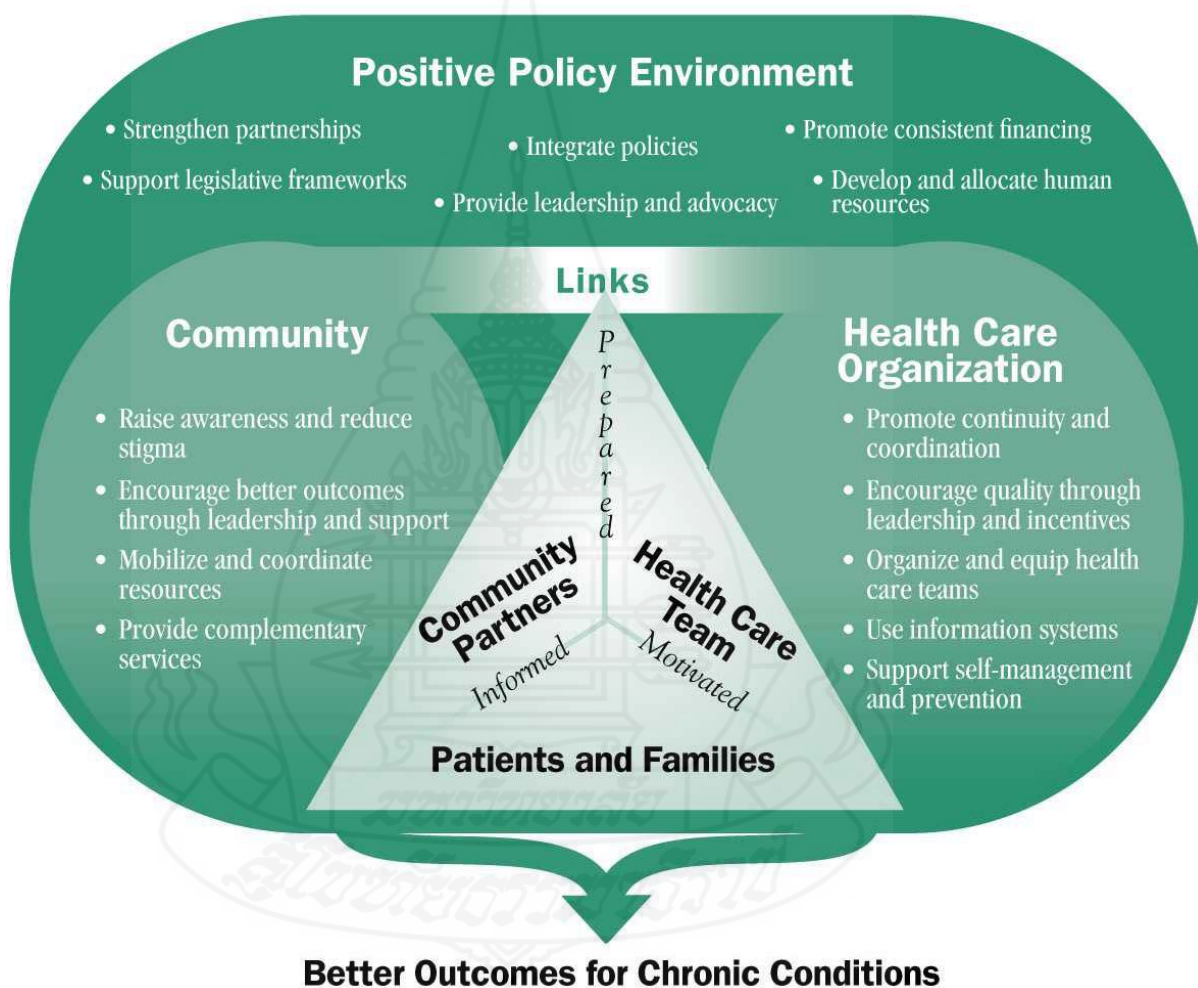
1) *ระดับย่อย (Micro-Level)* เป็นระดับของผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยภาคีสมาชิก คือ 1) ผู้ป่วยและครอบครัว 2) เจ้าหน้าที่สุขภาพ และ 3) ผู้มีส่วนร่วมกับชุมชนในระดับนี้ภาคีสมาชิกทั้งสามจะต้องได้รับการเตรียม การสร้างแรงจูงใจ และได้รับทราบข้อมูลต่างๆ เป็นอย่างดี การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษาพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบยาถูกต้องสม่ำเสมอ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความพึงพอใจและควบคุมโรคได้ดีขึ้น

2) *ระดับกลาง (Meso-level)* เป็นระดับขององค์กรสุขภาพและชุมชน องค์กรสุขภาพจะต้องจัดให้มีการบูรณาการการดูแลอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ โดยการสร้างผู้นำ การสร้างแรงจูงใจต่างๆ การจัดระบบและสร้างทีมงาน สร้างระบบข้อมูลและสารสนเทศ สนับสนุนการจัดการการดูแลตนเองและการป้องกัน ในส่วนของชุมชนจะต้องสร้างความตระหนักในปัญหาโรคเรื้อรัง การป้องกันและการจัดการ การลดความรู้สึกละอายที่ต้องเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ การกระตุ้นให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีโดยการใช้ผู้นำและการสนับสนุน การประสานการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ตลอดจนการใช้บริการแบบผสมผสาน สำนักงาน

3) *ระดับมหภาค (Macro-level)* เป็นระดับนโยบายของประเทศและนโยบายทางด้านสุขภาพ ซึ่งจะต้องกำหนดนโยบายในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เป็นปัญหาของประเทศ การสร้างความเข้มแข็งของทุกภาคีที่มีส่วนร่วม การออกกฎหมายควบคุม การสนับสนุนด้านงบประมาณ การพัฒนาและการกระจายทรัพยากรกำลังคน การบูรณาการนโยบายต่างๆ เพื่อเป้าหมายร่วมกัน การเป็นผู้นำและเป็นปากเป็นเสียงในเรื่องสุขภาพ

การจัดการกับภาวะและโรคเรื้อรังทั้ง 3 ระดับจะต้องเชื่อมโยงและมุ่งสู่ผลลัพธ์ คือ การลดอัตราการเกิดการเจ็บป่วย การเพิ่มศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ ซึ่งจะต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนาการดำเนินการจากระดับบนลงสู่การปฏิบัติในระดับล่าง ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและสังคมในแต่ละพื้นที่ ดังแสดงในภาพ 2.2

Innovative Care for Chronic Conditions Framework



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ที่มา: WHO, 2003 จาก <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/ICCC/en/>

2.1.2 แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังของ Dr. Edward H. Wagner การพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเริ่มเป็นรูปธรรมในทศวรรษ 1990 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยนายแพทย์เอ็ดเวิร์ด แวกเนอร์ (Dr. Edward H. Wagner) เป็นแกนนำกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model = CCM) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังซึ่งมีองค์ประกอบที่จำเป็น 6 องค์ประกอบ (Wagner et.al. 2001 อ้างในสมจิต หนูเจริญกิจ 2550: 11-25 และอ้างในปีتما โคมุทบุตร 2551) ได้แก่

1) การสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง (self-management support) คือ การสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเองรวมทั้งการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่าสามารถจัดการตนเองได้ หรือต้องไปพบแพทย์ การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองนั้นประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง (motivation) 2) การมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง (knowledge) 3) มีทักษะการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง (problem solving skill) 4) มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง (self efficacy) 5) ส่วนที่เป็นอุปสรรคหรือขาดแคลนทรัพยากร ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน (identified barrier)

2) การออกแบบระบบให้บริการ (delivery system design) ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ 1) Team based approach การใช้ทีมเข้าถึงผู้ป่วย 2) Planned care visit คือการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้องตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ 3) Case management คือการมีผู้จัดการเป็นรายกรณีในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน

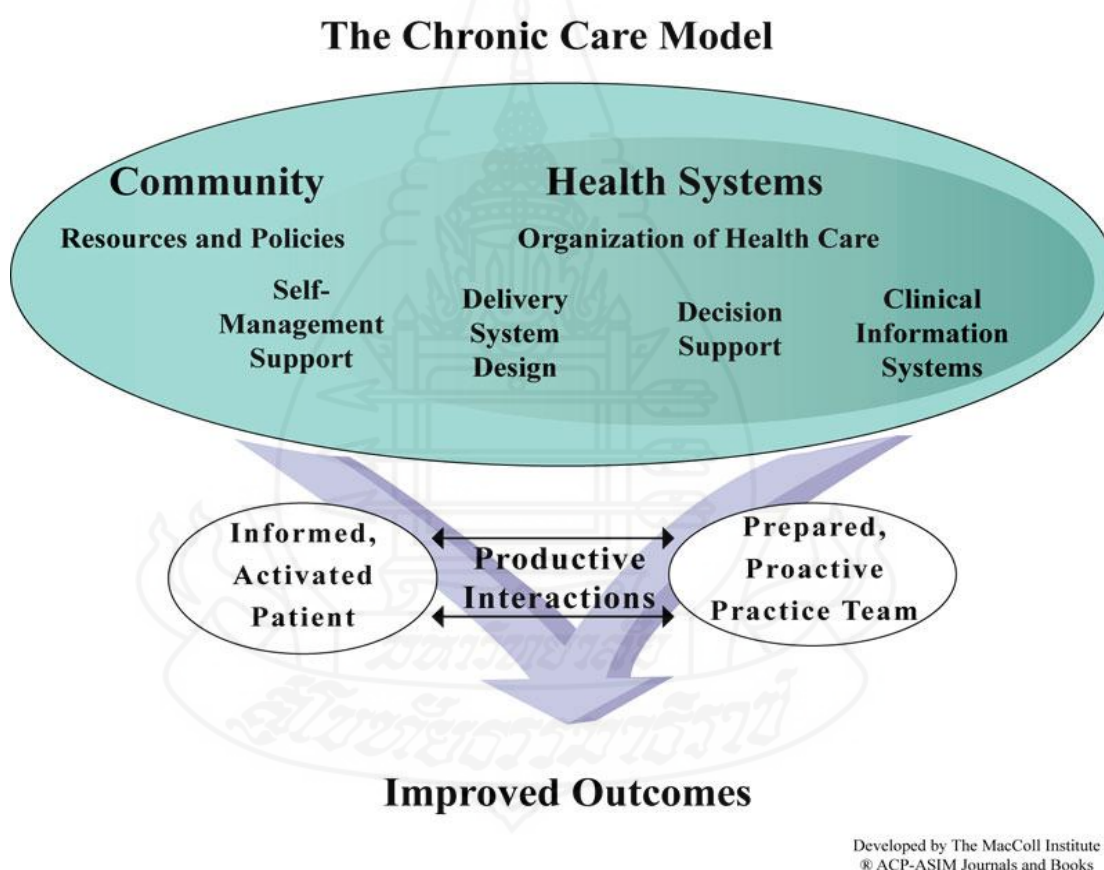
3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) คือ สนับสนุนในการใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการตัดสินใจดูแลรักษาผู้ป่วย

4) ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (clinical information) คุณสมบัติของระบบฐานข้อมูลที่ดี คือ 1) สามารถช่วยเตือนผู้ให้บริการ และผู้ป่วยว่าถึงเวลาต้องทำอะไร เช่นถึงเวลาตรวจตา ใด ประจำปี 2) สามารถแยกแยะผู้ป่วยที่อยู่ในฐานข้อมูลเป็นกลุ่มย่อย ตามความเสี่ยงเพื่อวางแผนป้องกันได้ 3) สามารถช่วยวางแผนการรักษาที่เหมาะสมเป็นรายบุคคลได้ 4) ข้อมูลสามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ป่วยในส่วนที่จำเป็น 5) สามารถประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีม และระบบงานได้

5) แหล่งประโยชน์ของชุมชนและนโยบาย (Resources and Policies) คือ การตกลงร่วมใช้ทรัพยากรขององค์กรต่างๆในชุมชนให้เกิดประโยชน์

6) *หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health Systems organization)* เป็นส่วนหนึ่งของ
 หลังคาขององค์กร หมายถึงเป็นแนวทางที่ครอบคลุมและชี้นำการปฏิบัติงานภายในองค์กรโดยรวม
 สิ่งสำคัญคือความยั่งยืนของแผนพัฒนา

องค์กรประกอบทั้ง 6 องค์กรประกอบนี้จะเกี่ยวเนื่องและอิงอาศัยกันและกันเพื่อ
 เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ และจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อทีมผู้ให้บริการมีการ
 เตรียมตัวร่วมงานกับผู้ป่วยซึ่งหมายถึง ทักษะความชำนาญ มีข้อมูล เวลา และทรัพยากรที่จำเป็น
 อย่างเพียงพอที่จะประกันการให้บริการทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันผู้ป่วย
 เบาหวานก็ต้องมีข้อมูลองค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้องและความเชื่อมั่นอย่างเพียงพอที่จะใช้การมี
 ปฏิสัมพันธ์กับทีมผู้ให้บริการให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังแสดงในภาพ 2.3



ภาพที่ 2.3 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)

ที่มา: Wagner, et.al. 2001 จาก

http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2

ภาวะของโรคเรื้อรังการจัดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ควรมีลักษณะ 1) ผสมผสานระหว่างการดูแลทางการแพทย์และการจัดการทางด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ด้วยตนเอง 2) ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกระยะของโรค ตั้งแต่ไม่มีอาการ จนมีอาการจนถึงสุดท้ายของชีวิต 3) สามารถรองรับศักยภาพที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยที่จะดำรงสถานะทางสุขภาพของตนที่เกิดจากโรคเรื้อรังและ 4) ผสมผสานการดูแล ระหว่างแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว เพื่อน และ องค์กร ในชุมชน (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร 2549: 67) และสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จก็คือความร่วมมือของสามหุ้นส่วนที่ต้องมีการเชื่อมโยงสนับสนุนซึ่งกันและกัน ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งในแต่ละส่วนมีบทบาทและการตอบสนองที่แตกต่างกัน ภายใต้งานเป้าหมายเดียวกันคือสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (WHO, 2002 อ้างใน สุพัตรา ศรีวิณิชชากร 2549: 69)

2.2 โรคเบาหวานและการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังมีลักษณะสำคัญคือระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างหรือการใช้ฮอร์โมนอินซูลิน เป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลงจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ตาบอด ภาวะไตวาย โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอีกทั้งการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลทั้งค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดูแล ซึ่งเป็นภาวะที่ยากต่อการจัดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมของสถานบริการทุกระดับ และของตัวผู้ป่วยเองซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงในสังคมปัจจุบันทั้งด้านความเครียด การบริโภคอาหารรสหวานและอาหารที่มีกากใยน้อย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกายไม่เพียงพอ (วิฑูรย์ โล่สุนทรและวิโรจน์ เจียมจรัสรังสี 2551: 632) โรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ชนิดตามสาเหตุของการเกิดโรค (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2554: 5)

2.2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus, T1DM) ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อยกว่า 30 ปี รูปร่างไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ คิมน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เกิดขึ้นรวดเร็วและรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมากอาจตรวจพบสารคีโตนในปัสสาวะ (ketonuria) หรือมีภาวะเลือดเป็นกรดจาสารคีโตน (ketoacidosis)

2.2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus, T2DM) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด คือพบร้อยละ 95 ของผู้ป่วยทั้งหมดมักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วม หรืออ้วน อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการ เช่น ปัสสาวะมาก กระหายน้ำ คิมน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด

อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่ หรือ พี่ น้อง อาจพบลักษณะอื่นของภาวะที่คืออินซูลิน

2.2.3 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (other specific type) ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติบนสายพันธุกรรมเดี่ยว โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากยา จากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่างๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้นๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน

2.2.4 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM) เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบครั้งแรกในหญิงมีครรภ์

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ของนายแพทย์เอ็ดเวิร์ด แวกเนอร์ ผลการประเมินในการนำต้นแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ทำให้คุณภาพกระบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์ระยะสั้นดีขึ้น ส่วนผลลัพธ์ระยะยาวต่ออายุขัยของผู้ป่วยยังไม่มีข้อมูลชัดเจน (วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี 2550: 82) ซึ่งต้องมีการวางแผนผสมผสานการดูแลที่มากขึ้นและมีความแตกต่างกันตามระยะของโรคและบริบทสภาพแวดล้อม (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร 2549: 67) การใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะตัวคงไม่เพียงพอ การทำงานเป็นทีมและเรียนรู้ร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพในบริบทของตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็น ต้องมีการวางแผนและการจัดการที่เป็นระบบ ทีมผู้ให้บริการและผู้ให้บริการในพื้นที่ของตนเองจะทราบว่าจะอะไรเป็นปัจจัยสำคัญให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด (ปัทมา โกมุทบุตร 2551: 317)

การจัดการ (Management) หมายถึง “กระบวนการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรโดยอาศัยขั้นตอนในการวางแผน (planning) การจัดองค์กร (organizing) การนำ (leading) และการควบคุม (controlling) การใช้ทรัพยากรทางการบริหารต่างๆ ได้แก่ มนุษย์ วัสดุอุปกรณ์ เงินทุน ตลอดจนสารสนเทศที่เกี่ยวข้องในองค์กรอย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness)” (ลัทธิตกาล ศรีวะรมย์ และณรงค์ศักดิ์ บุญเลิศ 2549: 5)

การจัดการ (Management) เป็นกระบวนการวางแผนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายโดยใช้กำลังคน การเงิน อุปกรณ์/เครื่องมือสนับสนุนและทรัพยากรอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Grohae-Murray & Dicroce, 2003 อ้างในนันทวรรณ สุวรรณรูป 2549: 4-34) การจัดการเป็นการทำงานที่ผู้บริหารทุกระดับจะต้องปฏิบัติด้วยการสั่งการและทำงานร่วมกับบุคคลอื่นโดยมีการใช้ทรัพยากรทางการบริหารต่างๆอย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ (efficiency) และให้ความสำคัญ

กับกระบวนการ (Process) ในการทำงานให้ได้ผลลัพธ์ (Outputs) โดยการใช้ทรัพยากรหรือปัจจัยนำเข้า (Inputs) ให้คุ้มค่าที่สุดที่สุด (รัชนี นามจันทรา และวรรณิ บุญช่วยเหลือ 2551: 14-8)

ดังนั้น การจัดการจึงเป็นกระบวนการออกแบบการทำงานร่วมกันของกลุ่มบุคคลเพื่อแก้ปัญหาและสร้างความสำเร็จขององค์กร เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการใช้คนเป็นกลไกสำคัญ ผู้บริหารแม้จะทุ่มเทการทำงานก็ไม่อาจสำเร็จได้โดยลำพัง ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจะต้องมีส่วนร่วมในการออกแบบการดำเนินงานทุกขั้นตอน ดังนั้นการเลือกใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีการจัดการต่างๆ ขึ้นอยู่กับขอบเขต ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบและเป้าหมายขององค์กร ผู้บริหารของโรงพยาบาลในแต่ละระดับควรมีองค์ความรู้และสามารถเลือกใช้แนวคิดการจัดการได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และลักษณะสำคัญการดำเนินของโรคและบริบทขององค์กร

2.3 เป้าหมายและการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

2.3.1 เป้าหมายการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน การจัดการดูแลสุขภาพให้บรรลุเป้าหมาย ควรเป็นการจัดการในมุมมองสุขภาพเชิงบวก (Positive health) ซึ่งหมายถึงการจัดการที่เกี่ยวข้องทั้งหมดกับการดูแลภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ใช้บริการที่เป็นบุคคล กลุ่มบุคคล หรือกลุ่มโรคเฉพาะให้ได้รับแบบแผนการดูแลสุขภาพทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลและภาวะโรค แบบองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยของตน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และพินิจ ฟ้าอำนาจผล 2549: 3-6)

การประเมินว่าการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลบรรลุเป้าหมายต้องมีการประเมินความก้าวหน้าทั้งระยะสั้นและระยะยาวโดยการกำหนดตัวชี้วัดและมีการเทียบเคียงคุณภาพ ได้แก่ 1) อัตราความชุก (Prevalence และอัตราการเกิดโรค (Incidence) 2) อัตราของระดับ fasting plasma glucose อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (FPG = 70 <130 มก./ดล.) 3) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ประจำปี 4) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c น้อยกว่า 7% 5) อัตราการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน 6) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ lipid profile ประจำปี 7) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ LDL-cholesterol น้อยกว่า 100 มก./ดล. 8) อัตราของระดับความดันโลหิตที่ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มม.ปรอท 9) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ microalbuminuria ประจำปี 10) อัตราผู้ป่วยเบาหวานมี microalbuminuria ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ACE inhibitor หรือ ARB 11-13) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ จอประสาทตา ช่องปากและเท้าอย่างละเอียด ประจำปี 14) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 15) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้า เท้า หรือขา 16) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอนให้ตรวจและดูแลเท้าตนเองหรือสอนผู้ดูแลอย่างน้อย 1 ครั้ง

ต่อปี 17) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาให้เลิกบุหรี่ 18) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่เป็น diabetic retinopathy 19) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่เป็น diabetic nephropathy 20) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มี Myocardial Infarction 21) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มี Cerebral Infarction 22) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง impaired fasting glucose (IFG) 23) อัตราการส่งตัวกลับ/ส่งต่อ ผู้ที่ควบคุมเบาหวานได้ไปดูแลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2554: 93-94)

ปัจจุบันมีการพัฒนาคุณภาพระดับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ Thailand Quality Award (TQA) ซึ่งต้องมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลรักษา โดยเทียบกับเป้าหมายเดิมของทีมเองหรือเทียบกับเป้าหมายกลางของเครือข่าย TCEN เบาหวาน (Toward Clinical Excellence Network) เครือข่ายนี้มีการศึกษาตัวชี้วัด รายละเอียดและวิธีการเก็บข้อมูลอย่างมีคุณภาพ กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาจากผลของตัวชี้วัดที่ไม่เข้าเกณฑ์ เป็นการใช้แนวคิดการพัฒนาและการเรียนรู้ที่ผสานกันอย่างรอบด้าน ซึ่งเป็นกลไกที่จะตอบสนองความต้องการที่จะยกระดับคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน (สมเกียรติ โภชิตต์ชัย และวรรณุตอร อรุณรัตน์ โชติ 2552:1) แต่ทั้งนี้การเก็บข้อมูลให้ได้ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ที่กำหนด ต้องมีกระบวนการบริหารจัดการระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวาน มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานทั้งหมดรวมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงสูงและควรอยู่ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อการบริหารจัดการข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด

2.3.2 การแบ่งบทบาทการป้องกันโรค การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานอย่างถูกต้องจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากจอตา ไต และปลายประสาท ควรแบ่งบทบาทการดูแลสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในแต่ละระดับดังนี้ (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2551: 56)

1) **การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)** เป็นการป้องกันการเกิดโรค ให้บริการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยและให้การรักษาเบื้องต้น ให้องค์ความรู้แก่ประชาชนและผู้ป่วยเบาหวานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ติดตามเยี่ยมบ้าน กระตุ้นการไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง และควรจัดตั้งชมรมเพื่อสุขภาพในชุมชน

2) **การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)** เป็นการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อเกิดโรคแล้วได้แก่การคัดกรอง ค้นหา วินิจฉัยโรคแทรกซ้อนและให้การรักษาที่ซับซ้อน ให้องค์ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง การติดตามเยี่ยมบ้าน กระตุ้นการไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง ควรให้มีชมรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม

3) การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) ผู้ป่วยมักจะมีปัญหา ยิ่งยากซับซ้อนมากขึ้น เป็นการป้องกันความพิการที่เกิดจากโรค และและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น พัฒนาคุณภาพงานบริการผู้ป่วยเบาหวาน การติดตามเยี่ยมบ้าน การจัดเครือข่ายบริการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เป็นที่ปรึกษา ช่วยเหลือ สนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้ป่วยเบาหวานแก่โรงพยาบาลระดับต่ำกว่า

2.3.3 การจัดบริการในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน การแบ่งบทบาทการป้องกันในแต่ละระดับดังกล่าวนี้จะช่วยให้การกำหนดขอบเขตรับผิดชอบของการดูแลสุขภาพได้เหมาะสมกับศักยภาพของสถานบริการ โดยเฉพาะสถานบริการระดับตติยภูมิ และระดับทุติยภูมิ ขนาดใหญ่ ต้องรับผิดชอบในการป้องกันครอบคลุมทั้งสามระดับในลักษณะเครือข่ายบริการสุขภาพครบวงจร และต้องดำเนินงานป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นทั้งระยะสั้นและระยะยาว ด้วยกลวิธีดังต่อไปนี้ (วิฑูรย์ โล่สุนทรและวิโรจน์ เจริญจรัสรังสี 2550: 636-637)

- 1) ควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ
- 2) จัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบเบ็ดเสร็จ โดยจะทำการรวมกลุ่มโปรแกรมแทรกแซงพฤติกรรมอนามัยของโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นกลุ่มเดียวกัน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมเสี่ยงรวมของโรคเรื้อรังหลายๆ โรคไว้ด้วยกัน โดยมีประชากรเป้าหมายชัดเจน ทำให้เกิดผลกระทบต่อโรคหลายโรคพร้อมกัน
- 3) จัดให้มีการเสริมพลัง ความสามารถในการดูแลตนเองทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตด้านพฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การลดน้ำหนัก ซึ่งจะเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานมากกว่าการรักษาด้วยยา
- 4) สนับสนุนการคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรก และให้ประชาชนมีโอกาสประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง
- 5) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน โดยให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างดีทั้งระบบ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด และให้ความรู้กับผู้ป่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- 6) จัดหากลวิธีที่เหมาะสมในการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ถึงวิธีการช่วยเหลือตนเองตามสภาพแวดล้อมภายในบ้านและในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่
- 7) พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามประเมินผล หรือลงทะเบียน เพื่อให้ได้ข้อมูลอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน

8) ระบบการควบคุมที่ดีจะต้องไม่เป็นระบบพิเศษ แต่ควรสอดแทรกเข้าอยู่ในระบบสาธารณสุขที่มีอยู่

9) สนับสนุนให้มีโครงการในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน พัฒนาระบบควบคุมโรคเบาหวานในชุมชนซึ่งสามารถเป็นต้นแบบในการควบคุมโรคเรื้อรังอื่นๆได้

10) จัดลำดับความสำคัญของงาน พิจารณาว่ากิจกรรมใดที่สำคัญทำให้เกิดผลกระทบสูงกว่า ก็เลือกกิจกรรมนั้นมาดำเนินการก่อนและต้องพิจารณาว่าการดำเนินการให้กิจกรรมนั้นสำเร็จได้อย่างไร

2.3.4 แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน นอกจากมาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานต่างๆเหล่านี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ร่วมกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับการดูแลโรคเบาหวานประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ 2) ชนิดของโรคเบาหวาน 3) แนวทางการคัดกรอง วินิจฉัยโรคเบาหวาน และการประเมินทางคลินิกเมื่อแรกเริ่ม 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต 5) การให้ความรู้โรคเบาหวานเพื่อการดูแลตนเอง 6) การให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 7) เป้าหมายการรักษา การติดตาม การประเมินผลการรักษาและการส่งปรึกษา 8) การวินิจฉัย ประเมิน รักษา และป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด 9) แนวทางการตรวจค้นและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตาและที่ไต 10) แนวทางการป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจและสมอง 11) แนวทางการตรวจค้น การป้องกันและการดูแลรักษาปัญหาเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน 12) การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วยเบาหวานเด็กและวัยรุ่น 13) การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในเบาหวานเด็กและวัยรุ่น 14) เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ 15) บทบาทหน้าที่สถานบริการและตัวชี้วัด 16) การให้บริการ โรคเบาหวาน โดยเภสัชกรร้านยาคุณภาพ (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2554)

แนวทางการปฏิบัติดังกล่าวนี้ ทีมผู้ให้บริการสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ ควรศึกษารายละเอียดแนวปฏิบัติอย่างรอบครอบ ทบทวนและปรึกษาข้อตกลงร่วมกัน และปรับใช้ให้เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานกลางของหน่วยงานตนเอง ซึ่งควรมีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับสถานการณ์และข้อจำกัดด้านทรัพยากรของสถานพยาบาลนั้นๆ และควรมีการติดตามประเมินผลคู่มือแนวปฏิบัติเพื่อปรับปรุงการดูแลให้มีประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม มาตรการป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ จะสัมฤทธิ์ผลได้ขึ้นอยู่กับความร่วมมือกันอย่างจริงจังของผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัวหรือผู้ดูแล ทีมผู้ให้บริการและการสนับสนุนจากทีมนำขององค์กร ซึ่ง

เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะเกี่ยวพันกันและกันให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานบรรลุตามวัตถุประสงค์

2.4 การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2.4.1 การจัดการตัวเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งรวมการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค ตลอดจนการบำบัดดูแลรักษาตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2551: 27) การจัดการตนเองเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic approach) โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการใช้สติปัญญาที่จะตัดสินใจเลือกที่จะปรับตัวเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสมและปฏิบัติเป็นประจำทุกวันตลอดไป เพื่อคงไว้หรือฟื้นฟูภาวะสุขภาพทั้งอารมณ์และร่างกาย หรือเป็นการชะลอภาวะเสื่อม ซึ่งแต่ละคนมีเป้าหมายแตกต่างกัน ทั้งนี้ต้องมีการร่วมมือกันกับทีมสุขภาพที่ให้บริการครบถ้วน และสังคม (เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา 2549: 77)

โปรแกรมการจัดการตนเองตามที่ Kanfer 1980 (อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2551: 28) เสนอคือการปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1) ระยะเวลาเฝ้าติดตามและสังเกต ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือในการค้นหาพฤติกรรมที่ต้องเปลี่ยนแปลง 2) ตั้งเกณฑ์หรือมาตรฐานเพื่อกำหนดเป้าหมายและวัดความสำเร็จ 3) การประเมินโดยการใช้ข้อมูลจากการบันทึกความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) ใช้แรงเสริมให้กับตนเองเมื่อสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ทีมผู้ให้บริการต้องสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานใช้ศักยภาพและทักษะของตนเองที่มีอยู่ในการดูแลหรือจัดการตนเองให้เหมาะสมกับวิถีชีวิต

การพัฒนาทักษะต่างๆ เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการต้องวางแผนร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ เลือกประเด็นกิจกรรมการเรียนรู้และเรียงลำดับให้เหมาะสมที่จะนำไปสู่ความสนใจและมีความสุขในการเรียนรู้ มีความเข้าใจในปัจจัยกำหนดสุขภาพ การมองเห็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ การได้ฝึกทักษะส่วนตัว การมีความเชื่อในความสามารถตน การตั้งเป้าหมายและมีแรงบันดาลใจอยากจะทำบรรลุเป้าหมาย การตัดสินใจและวางแผนการดูแลสุขภาพ การนำไปปฏิบัติและมีการประเมินผลตนเอง เพื่อปรับปรุงและพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง (นิตยา เพ็ญศิริรักษา และกรองกาญจน์ ศิริภักดี 2549:7-62)

กลวิธีสำคัญในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีคุณภาพ คือการเตรียมผู้ป่วยเบาหวานทุกคนให้เป็น “ผู้จัดการตนเอง” ที่มีประสิทธิภาพ และควรเป็นรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพที่เอื้อต่อการติดตามประเมินการสนับสนุนและการดูแลอย่างต่อเนื่อง (วัลลา ตันตโยทัย 2552: เอกสารนำเสนอผลงานวิจัยแห่งชาติ) ซึ่งสามารถวัดได้จาก ความ

พึงพอใจของผู้ป่วยสูงขึ้น มีการควบคุมตนเองตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและภาวะสุขภาพตลอดถึงคุณภาพชีวิตดีขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล 2551: 29) อาจใช้วิธีการประเมินแบบง่ายด้วยการให้ผู้ป่วยเบาหวานบันทึกข้อมูลลงในสมุดพกประจำตัวร่วมกับผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อประเมินความเข้าใจและใช้ติดตามการปฏิบัติตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2551: 21) ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างจริงจังของผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือหน่วยบริการสุขภาพ และผู้ให้บริการจึงจะส่งผลให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานบรรลุเป้าหมายได้อย่างครอบคลุม

2.4.2 ทีมผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งควรเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นอย่างดี มีความมุ่งมั่น มีทักษะและความสามารถในการสร้างแรงจูงใจและการเสริมพลัง (Empowerment) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติได้จริง (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2551: 18) บทบาทของการเป็นผู้สนับสนุนของทีมสุขภาพจะเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลจัดการตนเองได้ ซึ่งควรมีบทบาท 1) สนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการโรคเบาหวานของตนเองได้และสนับสนุนให้มีหรือดำรงไว้ซึ่งวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ และ 2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือก แสดงความคิดเห็น และสามารถควบคุมความเป็นไปในแต่ละขั้นตอนของการดูแลรักษา นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวาน บิดามารดา/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลควรมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้อย่างเต็มที่ (วิโรจน์ เจริญศรีสร้างดีและวิฑูรย์ โล่สุนทร 2551: 197)

การเตรียมพร้อมของทีมผู้ให้บริการสุขภาพในการจะรับบทบาทที่สำคัญ คือ การเป็นบทบาทผู้สนับสนุน บุคลากรควรได้รับการพัฒนาศักยภาพ อบรมฝึกทักษะส่วนบุคคลดังนี้ (วิโรจน์ เจริญศรีสร้างดีและวิฑูรย์ โล่สุนทร 2551: 198)

1) ทักษะด้านการสื่อสาร และทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และเพื่อทำความเข้าใจหรือต่อรองการกำหนดเป้าหมายการปรับพฤติกรรม

2) การจัดการสุขภาพ การให้ข้อมูล และการสนับสนุน รวมไปถึงการถ่ายทอดความรู้ แรงบันดาลใจ และทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการดูแลรักษาตนเอง

3) การตรวจวินิจฉัย รวมทั้งการตรวจภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

4) การดูแลรักษาทางคลินิก ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคเบาหวาน การรักษาโรคเบาหวาน การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วย

เบาหวาน การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา รับประทาน การใช้อินซูลิน และการดูแลรักษาโรคเบาหวานในช่วงที่มีความเจ็บป่วยอื่นๆ ร่วมด้วย การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic retinopathy) ภาวะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อโรค หัวใจและหลอดเลือด การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ

5) *ทักษะการบันทึกและการจัดการข้อมูล* การบำรุงรักษาข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ระบบการติดต่อผู้ป่วยและเรียกข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรดังกล่าวควรมีการวางแผนจัดสรรเวลาและงบประมาณอย่างเพียงพอ และเปิดโอกาสบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกวิชาชีพศึกษาและแลกเปลี่ยนความรู้ที่ทันสมัยเพิ่มเติมด้วยกลวิธีหลากหลายของการจัดการความรู้ การสื่อสารของทีมงานเป็นอีกประการหนึ่งที่จะให้ทีมดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน ควรมีการจัดประชุมอย่างสม่ำเสมอและให้มีประสิทธิภาพ โดยมีหลักสำคัญของการประชุม คือ เป้าหมายของการให้บริการ ทบทวนความสำเร็จและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน สมาชิกทีมต้องร่วมมือและสนับสนุนต่อกันและที่สำคัญคือร่วมมือกับผู้ป่วยเบาหวานในการสนับสนุนและเลือกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

3. แนวคิดการพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

การพัฒนารูปแบบหรือแบบจำลอง (Model) มีการนำแนวคิดทฤษฎีมาเป็นกรอบในการพัฒนาได้หลายแนวคิด แนวทางสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของวัตถุประสงค์ว่ามีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องเพียงใด เพราะถ้าจุดมุ่งหมายของพัฒนานั้นไม่ตรงกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงานจะทำให้เกิดความสูญเปล่าทั้งด้านทรัพยากรและเวลาและไม่สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้นได้ การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพควรต้องศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบดังต่อไปนี้

3.1 ความหมายของการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนา (Development) หมายถึง “ความเจริญ การทำให้เจริญ การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น” (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2542)

รูปแบบ (Model) หมายถึง รูปที่กำหนดขึ้นเป็นหลักหรือแนว ซึ่งเป็นที่ยอมรับและเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าสิ่งนั้นเป็นเช่นนั้น เช่น รูปแบบบ้าน รูปแบบรถ (พจนานุกรมฉบับ

ราชบัณฑิตยสถาน 2542) ประกอบด้วยมโนคติที่เป็นนามธรรมหรือรูปธรรมหรือสิ่งอื่นที่ได้รับการพิสูจน์แล้วจะช่วยให้ได้กรอบแนวคิดที่เข้าระบบระเบียบสามารถใช้ประโยชน์ในการประเมิน รับผิดชอบ วางแผนปฏิบัติ และประเมินผลได้ครบถ้วน เพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์ที่ต้องการศึกษา (ฟาริดา อิบราฮิม 2546: 18) แนวคิดของทิสนา แคมมณี (2545) กล่าวว่า การสร้างหรือการพัฒนา รูปแบบต้องผ่านกระบวนการจัดอย่างเป็นระบบ ดังนี้

3.1.1 กำหนดจุดมุ่งหมายของการพัฒนารูปแบบให้ชัดเจน

3.1.2 **ศึกษาหลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง** เพื่อกำหนดองค์ประกอบและเห็น แนวทางการจัดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบได้รอบคอบขึ้น ซึ่งจะช่วยให้รูปแบบนั้นมีความ มั่นคง

3.1.3 **การศึกษาสถานการณ์และปัญหาที่เกี่ยวข้อง** จะช่วยทำให้ค้นพบ องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ระบบมีประสิทธิภาพเมื่อนำไปใช้จริง ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เป็นสิ่งที่ ต้องนำมาพิจารณาในการจัดปแบบองค์ประกอบต่างๆ และจัดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ทั้งหลาย การนำข้อมูลจากความจริงมาใช้ในการสร้างรูปแบบจะช่วยจัดหรือป้องกันปัญหา อันจะ ทำให้รูปแบบนั้นๆ ขาดประสิทธิภาพ

3.1.4 **การกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ** เป็นการพิจารณาว่าอะไรบ้างที่จะช่วย ให้เป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายบรรลุผลสำเร็จ

3.1.5 **การจัดกลุ่มองค์ประกอบ** เป็นการนำองค์ประกอบที่กำหนดมาจัดหมวดหมู่ เพื่อความสะดวกในการคิดและดำเนินการในขั้นต่อไป

3.1.6 **การจัดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ** ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ยุ่ยาก ผู้สร้างรูปแบบต้องพิจารณาว่าองค์ประกอบใดเป็นเหตุและเป็นผลขึ้นต่อกันในลักษณะใด สิ่งใด ควรมาก่อนมาหลัง สิ่งใดสามารถดำเนินการคู่ขนานไปได้ เป็นขั้นที่ใช้เวลาการพิจารณา

3.1.7 **การจัดผังรูปแบบ** เป็นการสร้างความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ โดย แสดงให้เห็นถึงผังจำลองขององค์ประกอบต่างๆ

3.1.8 การทดลองใช้รูปแบบ เพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้น

3.1.9 **การประเมินผล** เป็นการศึกษาผลที่เกิดจากการทดลองใช้รูปแบบใดๆ แล้ว ได้ผลตามเป้าหมายหรือใกล้เคียงกับเป้าหมายมากน้อยเพียงใด

3.1.10 **การปรับปรุงรูปแบบ** การนำผลการทดลองไปใช้ประโยชน์ เพื่อปรับปรุง ให้ดียิ่งขึ้น

สรุปการพัฒนาแบบหมายถึง “กระบวนการที่ทำให้แนวคิดหรือแนวปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพเดิมไปสู่สภาพใหม่ที่ก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การพัฒนา

รูปแบบนั้นอาจจะมีขั้นตอนในการดำเนินงานแตกต่างกันส่วนรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนว่ามีการดำเนินการอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะและกรอบแนวคิดซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบ” ส่วนการนำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องพิจารณาบริบทของหน่วยงานและองค์กร จึงจะมีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการอย่างเหมาะสมและตรงประเด็น การประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบหรือมาตรฐานโดยมองที่บริบทจะทำให้เห็นความสำเร็จและโอกาสพัฒนาได้ดีกว่าการมองในประเด็นย่อยๆ รูปแบบการดูแลสุขภาพก็เช่นกัน การที่จะเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายและสามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพก็ต่อเมื่อเราเข้าใจบริบทและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยรายนั้นๆ (อนันต์ ศุภชิตกุล 2548: 32-126)

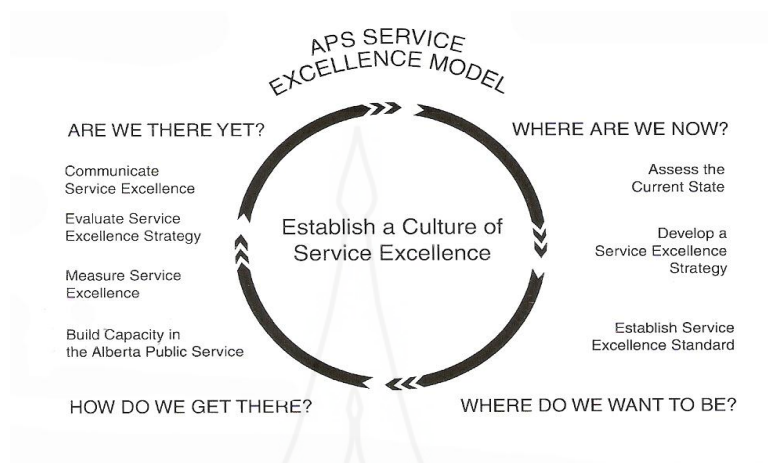
รูปแบบการดูแลสุขภาพ ควรมีโครงสร้างและองค์ประกอบของการจัดบริการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยการเชื่อมโยงกับนโยบายและแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อให้บริการสุขภาพโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางและเป็นรูปแบบของการทำงานร่วมกันทั้งเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย ผู้ป่วยและครอบครัว (สมจิต หนูเจริญกิจ 2550: 26) การเลือกใช้รูปแบบการพัฒนาจากแนวคิดใดควรมีความเหมาะสมกับบริบทและเป้าหมายขององค์กร การวิจัยครั้งนี้จึงต้องมีการวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวังในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และนำผลการวิเคราะห์มาพัฒนารูปแบบให้มีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นการยกระดับคุณภาพการดูแลรักษาและสร้างคุณค่าให้กับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและต่อเป้าหมายขององค์กรที่จะเป็นเลิศด้านบริการสุขภาพ

3.2 แนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

การพัฒนาสามารถดำเนินการตามแนวคิดทฤษฎีได้หลายรูปแบบ การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการพัฒนาศูนย์กลางความเป็นเลิศด้านบริการสุขภาพของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 เนื่องจากเป็นแนวคิดทำให้เกิดการวางจรรยาบรรณและประเมินผลอยู่ตลอดเวลาบนการเปลี่ยนแปลงของสภาพการณ์ในแต่ละพื้นที่ จึงนำมาประยุกต์เป็นกรอบในการพัฒนา ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดของแนวคิดดังต่อไปนี้

แนวคิดการพัฒนาศูนย์กลางความเป็นเลิศด้านบริการสุขภาพเป็นการพัฒนาคุณภาพพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมโดยใช้หลักฐานที่ดีที่สุดเท่าที่มีอยู่เป็นฐานคิดทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ใช้บริการเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องขององค์กร โดยใช้รูปแบบจรรยาบรรณพัฒนาอย่างต่อเนื่องของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงและประเมินผลอยู่ตลอดเวลา โดยมีการประเมินและกำหนดเป้าหมายไว้ 4 ประการ คือ 1) ต้องประเมินว่าขณะนี้เราอยู่ที่ไหน (Where are we now?) 2) เราต้องการอยู่ที่ไหน (Where do we want to be?) 3) เราจะไปถึงเป้าหมายได้อย่างไร (How do we

get there?) 4) เราได้ไปถึงจุดหมายแล้วหรือยัง (Are we there yet?) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน (The Service Excellence Guidebook อ้างใน อรรถพรณ โดสิงห์และคณะ 2551: 13-11)



ภาพที่ 2.4 รูปแบบการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006

ที่มา: www.chr.alberta.ca/makingservicestronger

วงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่องดังกล่าว ผู้วิจัยนำมาประยุกต์เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีขั้นตอนตามแนวคิดดังต่อไปนี้

- 1) ต้องประเมินว่าขณะนี้เราอยู่ที่ไหน (Where are we now?)
 - ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมของการบริการดูแลสุขภาพที่เป็นเลิศ
 - ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสถานการณ์ในปัจจุบัน (assess the current state)
- 2) เราต้องการอยู่ที่ไหน (Where do we want to be?)
 - ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนายุทธศาสตร์ของการบริการดูแลสุขภาพที่เป็นเลิศ
 - ขั้นตอนที่ 4 การจัดตั้งมาตรฐานของการบริการดูแลสุขภาพที่เป็นเลิศ ประกอบด้วย
- 3) เราจะไปถึงเป้าหมายได้อย่างไร (How do we get there?)
 - ขั้นตอนที่ 5 การเพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลสุขภาพ
 - ขั้นตอนที่ 6 การวัดผลการบริการดูแลสุขภาพที่เป็นเลิศ
- 4) เราได้ไปถึงจุดหมายแล้วหรือยัง (Are we there yet?)
 - ขั้นตอนที่ 7 การประเมินกลยุทธ์ของการจัดการดูแลสุขภาพที่เป็นเลิศ
 - ขั้นตอนที่ 8 การสื่อสารบริการดูแลสุขภาพที่เป็นเลิศ

จากแนวคิดที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าหลักการสร้างหรือการพัฒนา รูปแบบของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 เป็นแนวคิดการพัฒนาที่เป็นพลวัตรมีการประเมินผลและมีการพัฒนาตลอดเวลาเพื่อบรรลุเป้าหมาย ภายใต้สถานการณ์และบริบทอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดดังกล่าวเป็นกรอบในการศึกษาสภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาครและนำข้อมูลมาสร้างรูปแบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพมากกว่ารูปแบบเดิม เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพและสร้างคุณค่าให้กับผู้ให้บริการ เป็นการเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ให้เป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป และนำไปสู่องค์กรที่เป็นเลิศในอนาคต

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการพัฒนารูปแบบ สรุปลงเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

3.3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ มีเทคนิคสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลได้หลายวิธีการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ (qualitative interview) หรือการสนทนาอย่างมีเป้าหมายเป็นวิธีที่ใช้กันมากที่สุด มีรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างคู่สนทนาใกล้เคียงกับการสนทนาในชีวิตประจำวัน ต่างกันที่การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพมีลักษณะเป็นการสนทนาแบบกึ่งโครงสร้างมีทิศทางและขอบเขตและเป้าหมายชัดเจนแต่ไม่เคร่งครัดเรื่องโครงสร้างมากนัก มีความยืดหยุ่นในการดำเนินการ จึงควรเลือกเจาะจงหาผู้ให้สัมภาษณ์ที่เหมาะสมกับจุดมุ่งหมายที่จะวิจัยเท่านั้น เพราะคนเหล่านั้นสามารถให้ข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงที่กำลังศึกษาได้หลายมิติจะช่วยทำให้ข้อมูลที่ได้อาจมีความหลากหลายและสมบูรณ์ (ชาย โพธิ์ธิตา 2550: 304)

3.3.2 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview = IDI) มาใช้วิเคราะห์สภาพการณ์ความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพและสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ จากนั้นนำข้อมูลที่นำมาทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และนำผลมาประกอบการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครให้มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริง

3.3.3 ผู้วิจัยออกแบบแนวสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ที่มีความครอบคลุมประเด็นวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 ประยุกต์และเชื่อมโยงแนวคิดการพัฒนาดังกล่าวเข้าสู่เนื้อเรื่องของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยคำถามปลายเปิด (Open-ended question) เป็นการทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยไม่มีการบีบบังคับ ข้อมูลที่ได้

จากการสัมภาษณ์จึงเป็นความคิดเห็นที่เป็นสถานการณ์และเป็นความคาดหวังปัจจุบันที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลหลักโดยตรง

ประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ครอบคลุม การประเมินและกำหนดเป้าหมายไว้ 3 ประการ ได้แก่ 1) การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบันเป็นอย่างไร 2) ต้องการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้ไปถึงเป้าหมายใด 3) จะทำอย่างไรให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปถึงที่หมาย ข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์ตามประเด็นดังกล่าวจึงน่าจะมีความครอบคลุมในส่วนที่เกี่ยวข้องตามวัตถุประสงค์เพื่อนำมาสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร ให้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริง อย่างเหมาะสมกับบริบทและเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นกระบวนการศึกษาที่ทำให้รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครเกิดเปลี่ยนแปลงรูปแบบจากสภาพเดิมไปสู่สภาพใหม่ที่ก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เจาะลึกที่มผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ และผสมผสานหลักการทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการศึกษาแนวคิดการนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (ICCC) และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (CCM) ของแวกเนอร์ แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ประกอบการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและเป้าหมายขององค์การและให้สามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นแนวปฏิบัติที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีรูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพสูง มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ ภายใต

แผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ที่เป็นระบบอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและบริบทของโรงพยาบาล

การประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติใดๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติต่างๆ รวมถึงการพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัตินั้นไปใช้ มีอยู่หลายวิธีสำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Instrument) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประเมินคุณภาพการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ ประกอบด้วยกรอบหรือแนวทางการประเมิน 6 มิติ 23 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนน 4 ระดับ โดยคะแนน 4 เป็นคะแนนสูงสุด หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อความนั้นๆ ขณะที่คะแนน 1 เป็นคะแนนต่ำสุด หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือไม่พบว่ามีการจัดทำในข้อความนั้นๆ เกณฑ์การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบพิจารณาจากค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิติมากกว่าร้อยละ 70 และผู้ประเมินควรมี 2-4 คน โดยรายการประเมินแต่ละมิติ (The Agree Collaboration, 2003) มีดังนี้

4.1 มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and Purpose) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีข้อความระบุวัตถุประสงค์ ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแนวปฏิบัติ

4.2 มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีการระบุถึงผู้ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเป้าหมายของการใช้แนวปฏิบัติ

4.3 มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Rigor of Development) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุกระบวนการรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการสร้างแนวปฏิบัติหรือรูปแบบนั้น

4.4 มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and Presentation) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้

4.5 มิติด้านการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Applicability) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีการระบุปัญหา/อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ รวมถึงพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

4.6 มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดแนวปฏิบัติ (Editorial Independence) โดยประเมินจากมีการระบุถึงข้อเสนอแนะและการยอมรับความคิดเห็นที่ขัดแย้ง อันอาจเกิดขึ้นระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

สูตรการคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ คือ

$$\text{ค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}} * 100$$

$$\begin{aligned} \text{โดย คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} &= 4 (\text{คะแนน}) * \text{จำนวนข้อในแต่ละมิติ} * \text{จำนวนผู้ประเมิน} \\ \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้} &= 1 (\text{คะแนน}) * \text{จำนวนข้อในแต่ละมิติ} * \text{จำนวนผู้ประเมิน} \end{aligned}$$

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครเป็นการยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยหวังว่ารูปแบบที่พัฒนาใหม่นี้จะเป็นตัวอย่างของการพัฒนาคุณภาพซึ่งเริ่มต้นจากจุดเน้นของปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้เห็นความจำเป็นได้ชัดเจนว่ากระบวนการในขั้นตอนใดที่จะต้องมีการพัฒนา และเมื่อพัฒนาสำหรับโรคใดโรคหนึ่งแล้ว ก็จะสามารถนำไปใช้กับโรคอื่น ๆ ที่มีความต้องการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพตามวัตถุประสงค์ในแต่ละโรคได้อย่างเหมาะสม

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อหารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมในบริบทและสภาพแวดล้อมของงานวิจัยนี้ ซึ่งมีองค์ประกอบและปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ดังตัวอย่างการศึกษาต่อไปนี้

5.1 งานวิจัยในประเทศไทย

ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ (2547) ศึกษาพัฒนาชุดบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละภูมิภาคของไทยซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ได้กรณีตัวอย่างชุดบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของภาคเหนือ มีจำแนกกิจกรรมตามลักษณะของผู้ป่วย 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ดี ได้แก่ การสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน 3-4 เดือนต่อครั้ง 2) กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่ไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ทุกอย่างต้องอาศัยทักษะพิเศษ กิจกรรมได้แก่ การดูแลที่เป็นการทดแทนบางส่วน หรือดูแลสุขภาพที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์เฉพาะให้การเยี่ยมบ้านทุก 2-3 เดือน 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนมาก

ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จะดำเนินการเยี่ยมบ้านทุกครึ่งถึงหนึ่งเดือน ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือชุดรูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ 1) การติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อน 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการปฏิบัติตัวโดยเฉพาะเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย 3) การให้กำลังใจและการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา 4) การใช้กระบวนการกลุ่ม 5) การส่งต่อการรักษา 6) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเช่นการออกกำลังกาย 7) ติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเช่นเป็นแผลเรื้อรัง 8) การส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

ปราณี ช่างไกล (2549) ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจรด้วยวิธีการ 1) จัดทำ CPG ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน และในโรงพยาบาล 2) พัฒนาระบบค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนโดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำสุขภาพในการจัดการค้นหาคัดกรอง การประชาสัมพันธ์ และบูรณาการการค้นหาคัดกรองในงานอื่นๆ ที่มีกิจกรรมในพื้นที่ 3) พัฒนาระบบบริการในคลินิกเบาหวานและศูนย์สุขภาพชุมชนโดยผสมผสานการตรวจรักษา การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหอผู้ป่วย โดยนำแนวคิด Case Management 5) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูล โดยใช้ใบส่งต่อและใบตอบกลับ ผลการศึกษาก่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมีการเชื่อมต่อข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เพิ่มอัตราการควบคุมโรค ลดอัตราการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และเกิดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างครบวงจร

สุนันทา เปรื่องธรรมกุล (2550) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ได้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพื่อสร้างความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคเบาหวาน และเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยยึดกรอบเนื้อหา 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และ ด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน 2) การสาธิตรูปแบบการออกกำลังกายและกิจกรรมคลายเครียดเพื่อเสริมสร้างสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ รูปแบบที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโดยมี

กิจกรรมดังนี้ 1) การเยี่ยมบ้านเพื่อบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ติดตามดูแลและประเมินภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีปัญหา 2) การสร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้ชุมชนและผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคเบาหวานสามารถจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมโดยการจัดอบรมผู้ดูแล เพื่อเป็นพยาบาลประจำบ้านและการจัดเข้าค่ายเบาหวาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล

เยาวเรศ วิสูตร โยธิน (2550) ศึกษาสถานการณ์ของโรคเบาหวานในประเทศไทย โดยทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 – 2548 จำนวน 69 เรื่อง เพื่ออธิบายแนวคิดการเจ็บป่วย และการแก้ปัญหาของประชาชนต่อโรคเบาหวาน พบว่า การจัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อแก้ปัญหาโรคเบาหวาน ไม่ได้ผูกโยงกับความเข้าใจในวิถีคิด การอธิบายโรค รวมถึงการเชื่อมโยงกับสถานการณ์ชีวิตจริงของประชาชน และพบว่า แนวคิดของประชาชนต่อโรคเบาหวานตามอาการบนพื้นฐานของประสบการณ์ ระดับการศึกษา และวัฒนธรรม ได้อธิบายแนวคิดไว้ 3 ลักษณะ คือ 1) ไม่คิดว่าเป็นโรค 2) เป็นโรคแต่ไม่รุนแรง และ 3) เป็นโรคและเป็นปัญหานอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการแก้ปัญหาโดยแสวงหาบริการ เช่น วิธีการดูแลตนเอง การประเมินอาการร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ ดังนั้นการกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องให้มีการดูแลตนเอง ร่วมกับการดูแลทางการแพทย์ ควรเปิดพื้นที่สร้างโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพตนเอง และสร้างเครือข่ายของผู้ป่วยเบาหวาน จากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันเอง ครอบครัว ชุมชน เพื่อร่วมแก้ปัญหา สนับสนุน สร้างกำลังใจ ให้มีกิจกรรมแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง

วันดี ใจแสน (2551) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคในบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษานี้ให้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวานในประเทศไทย ที่แสดงถึงวิธีการควบคุมโรคเบาหวาน 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองโดยติดตามอย่างต่อเนื่อง และรูปแบบการดูแลเฉพาะเรื่อง พบว่าโปรแกรมส่วนใหญ่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมที่เกาะติดเม็ดเลือดแดงได้ ถึงแม้ว่าโปรแกรมเหล่านั้นจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของกรอบแนวคิดและวิธีดำเนินการ แต่โปรแกรมเหล่านั้นมีความคล้ายคลึงกันในแง่ของเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน ส่วนรูปแบบการดูแลเฉพาะเรื่องที่พบในการศึกษา ได้แก่ การดูแลเรื่องโภชนาบำบัด การดูแลเรื่องการใช้ยา การให้ความรู้ และการจัดการกับอาการเจ็บป่วย ผลการทบทวนยืนยันประสิทธิผลของการดูแลเรื่องโภชนาบำบัดต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมที่

เกาะติดเม็ดเลือดแดง และไขมันในเลือด ส่วนวิธีการดูแลเฉพาะเรื่องที่เหลือ พบว่าต่างก็มีประสิทธิผลในการลดระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมที่เกาะติดเม็ดเลือด

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Barr, VJ et al. (2003) ได้ทำการศึกษาผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ซึ่งมุ่งเน้นด้านการจัดบริการในคลินิก และมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย มาผสมผสานกับแนวคิด และกลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชน (population health promotion) โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ และร่วมกันทำงาน ซึ่งรูปแบบใหม่นี้ เรียกว่า Expanded chronic care model ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบใหม่นี้ช่วยในการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ทางด้านสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น มีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ประชาชน ชุมชนและทีมสุขภาพ ช่วยให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนดีขึ้น ผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น

Phillis-Tsimikas, A et al. (2004) ศึกษาความก้าวหน้าของโครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้หลักประกันสุขภาพในคาเลียเฟอร์เนียโดยเลือกทดลองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และมีความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนสูงโดยใช้ nurse case management (NCM) และใช้การให้ความรู้และการเสริมพลังแบบเพื่อนช่วยเพื่อนในระยะเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นดีกว่ากลุ่มควบคุมในเรื่องของระดับ HbA1c ไขมันในเลือด และความดันโลหิต อีกทั้งระดับความรู้ การรับรู้ต่อภาวะโรคเบาหวาน และการดูแลตนเองดีเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน

Siminerio, L, Zgibor, J and Solano, FX (2004) ได้ทำการศึกษาวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา โดย The University of Pittsburgh Medical Center ได้มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ไปใช้ในส่วน of primary care เพื่อปรับปรุงการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผลลัพธ์ของการดูแล ผลการนำไปใช้พบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีมาก และกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยผู้ให้บริการดีขึ้นมากเช่นกัน

Plati, G, et al. (2006) ได้ทำการศึกษา โดยการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ไปใช้ในชุมชน โดยการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีค่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ให้เห็นและขอเสนอแนะว่าการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาดูแลผู้ป่วยเบาหวานช่วยพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในคลินิกให้ดีขึ้น และช่วยในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดีขึ้นด้วย

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศดังกล่าว เห็นได้ว่าการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังและโดยเฉพาะโรคเบาหวานที่ผ่านมา มีการดำเนินการหลายลักษณะและหลายรูปแบบ แล้วแต่ตามความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ที่อาจแตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกัน แต่มีจุดเน้นร่วมกันคือการมีเป้าหมายร่วมกันของทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพโดยมีการจัดการร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ประชาชน และชุมชน โดยเฉพาะการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาใช้ในลักษณะของการขยายแนวคิดสู่ชุมชน ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ที่มีความสอดคล้องกับการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของกระทรวงสาธารณสุข แต่การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าไม่มีการศึกษาในเรื่องของการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในระดับกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแนวใหม่ที่ได้ขยายขอบเขตจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสมุทรสาคร



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development, R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ขอนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1.1 เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวัง และสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

1.1.1 ประชากร ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร โภชนาการ และกลุ่มผู้ใช้บริการที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานของ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554

1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ผู้วิจัยได้คัดเลือก ผู้ให้ข้อมูลหลัก จากประชากรแต่ละกลุ่ม โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และยินดีให้ความร่วมมือ ประกอบด้วย

1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ เลือกกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของการปฏิบัติงาน และเป็นตัวแทนของวิชาชีพ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของ โรงพยาบาลสมุทรสาครจำนวน 8 คนประกอบด้วย

(1) แพทย์ 2 คน เป็นอายุรแพทย์ จำนวน 1 คน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จากแผนกเวชกรรมสังคมจำนวน 1 คน

(2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน คัดเลือกพยาบาลมีประสบการณ์ตรงในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน อย่างน้อย 5 ปี โดยเลือกจากแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม 1 คน หน่วยงานหอผู้ป่วยในอายุรกรรม 1 คน และงานพยาบาลในชุมชนแผนกเวชกรรมสังคมอีก 1 คน

(3) เกสซ์กร จำนวน 2 คน จากแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 1 คน และงานบริการยาทางคลินิกผู้ป่วยในอายุรกรรมจำนวน 1 คน

(4) นักโภชนาการ เลือกเจาะจงผู้รับผิดชอบงานให้ความรู้ด้านอาหารเฉพาะโรค จำนวน 1 คน

2) กลุ่มผู้ใช้บริการ เป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5 คนเป็นผู้มารับบริการในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงที่จะให้ประเด็นสำคัญ สามารถให้ข้อมูลได้หลายมิติ และยินดีร่วมมือในการให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนา โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักให้มีคุณสมบัติแตกต่างกันดังนี้

(1) ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นจิตอาสาให้กับโรงพยาบาลสมุทรสาคร 1 คน

(2) ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน โดยเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีบุคลิกภาพในการสื่อสารดี ยินดีให้ความร่วมมือ

(3) ผู้ป่วยเบาหวานที่มานอนรักษาแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 1 คน โดยเลือกจากผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนซ้ำใน 28 วันของเบาหวานที่ต้องนอนโรงพยาบาล รู้สึกตัวดี ยินดีร่วมมือให้ข้อมูล

ตารางที่ 3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวัง และสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	อายุ/ปี	ประสบการณ์/ ปี	คุณลักษณะ	รหัส
อายุรแพทย์ (Physician = P)	45	21	ผู้ประสานงานคุณภาพของโรงพยาบาลสมุทรสาครและรับผิดชอบประสานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของทีมนำทางคลินิกอายุรกรรม	<i>p</i>
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine = FM)	38	4	รับผิดชอบการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน	<i>FM</i>
พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก (Nurse who works at outpatient department = OPN)	49	27	รับผิดชอบประสานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม	<i>OPN</i>

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	อายุ/ปี	ประสบการณ์/ ปี	คุณลักษณะ	รหัส
พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่ แผนกผู้ป่วยใน(Nurse who works at inpatient department = IPN)	47	25	หัวหน้างานหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย รับผิดชอบ ประสานการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เบาหวานของทีมนำทางคลินิก อายุรกรรม	IPN
พยาบาลวิชาชีพ แผนก เวชกรรมสังคม (Nurse who works at community = CMN)	46	24	หัวหน้างานการพยาบาลใน ชุมชน รับผิดชอบการดูแล สุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ทั้งหมดของจังหวัดสมุทรสาคร	CMN
เภสัชกรปฏิบัติงานที่แผนก ผู้ป่วยนอก (Pharmacist who works at outpatient department = OPP)	47	24	เป็นหัวหน้างานบริหารเภสัช กรรมผู้ป่วยนอก และเป็นผู้ ประสานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	OPP
เภสัชกรปฏิบัติงานที่แผนก ผู้ป่วยใน (Pharmacist who works at inpatient department = IPP)	35	11	เป็นหัวหน้างานบริหารเภสัช กรรมผู้ป่วยใน	IPP
นักโภชนาการ (Nutritionist = Nt)	43	19	หัวหน้าแผนกโภชนาการ และ ผู้รับผิดชอบงานให้ความรู้ด้าน อาหารเฉพาะโรค	Nt
ผู้ป่วยเบาหวานคนที่ 1 (Clients =C11)	57	>10	เป็นครูโรงเรียนประถมศึกษา มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและเป็น จิตอาสาของโรงพยาบาล	C11
ผู้ป่วยเบาหวานคนที่ 2	59	8	เป็นแม่บ้านในชุมชน	C12
ผู้ป่วยเบาหวานคนที่ 3	56	4	เป็นแม่บ้านเขตเมืองเป็นแกนนำ เบาหวานดูแลจัดการตนเองได้ดี	C13
ผู้ป่วยเบาหวานคนที่ 4	72	7	นักธุรกิจ เกษียณราชการครู	C14
ผู้ป่วยเบาหวานคนที่ 5	62	4	มีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ และนอน รพ. เข้าใน 28 วัน บ่อย	C15

1.2 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้น

1.2.1 ประชากร คือ ผู้ร่วมพัฒนาทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการนำรูปแบบไปใช้ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

1.2.2 กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นกลุ่มที่ประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย จากทีมผู้ร่วมพัฒนาที่เป็นผู้ให้บริการสหวิชาชีพ 8 คน ผู้แทนของผู้ใช้บริการ 1 คนและผู้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการนำรูปแบบไปใช้ จำนวน 11 คน ได้แก่ ผู้บริหาร นักวิชาการจากทีมนำของโรงพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งสิ้น 20 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี 2 ชุด ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

2.1.1 เครื่องมือชุดที่ 1 เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวัง และสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เป็นประเด็นสำหรับสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

2.1.2 เครื่องมือชุดที่ 2 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เป็นเครื่องมือที่ประเมินกระบวนการพัฒนาและ ประเมินเนื้อหาสาระสำคัญของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่โดยมีความครอบคลุมทั้งหมด 6 มิติ จำนวน 11 ข้อคำถาม

2.2 การสร้างเครื่องมือ

2.2.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎี ที่เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จากเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับการศึกษาบริบทโรงพยาบาลสมุทรสาครในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางการสร้างเครื่องมือ

2.2.2 สร้างเครื่องมือ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตามวัตถุประสงค์การวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

1) **เครื่องมือชุดที่ 1** ประเด็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยผู้วิจัยนำไปสัมภาษณ์กับผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เพื่อศึกษาสภาพการณ์และความคาดหวัง และสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 มีการประเมิน

และกำหนดเป้าหมายไว้ 3 ประการได้แก่ 1) การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบันเป็นอย่างไร 2) ต้องการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้ไปถึงเป้าหมายใด และ 3) ทำอย่างไรให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปถึงเป้าหมาย แล้วเชื่อมโยงเป้าหมายทั้ง 3 ประการ เข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ 8 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสร้างวัฒนธรรมของการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน 2) การประเมินสถานการณ์และความคาดหวัง 3) การพัฒนายุทธศาสตร์ของการจัดการดูแลสุขภาพเบาหวาน 4) การจัดตั้งมาตรฐานของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน 5) การเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพเบาหวาน 6) การวัดผลการจัดการดูแลสุขภาพเบาหวาน 7) การประเมินกลยุทธ์ของการจัดการดูแลสุขภาพเบาหวาน 8) การสื่อสารการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน (A guidebook to Service Excellence in the Alberta Public Service, 2006) โดยประเด็นการสัมภาษณ์สามารถปรับสำนวนให้เหมาะสมกับผู้ร่วมพัฒนาแต่ละราย ผู้วิจัยแยกเครื่องมือชุดนี้เป็นสองฉบับ คือ ฉบับแรกเป็นประเด็นสัมภาษณ์สำหรับผู้ให้บริการในทีมสหสาขาวิชาชีพ และชุดที่สองเป็นประเด็นสัมภาษณ์กับผู้ป่วยเบาหวาน โดยประเด็นสัมภาษณ์จะปรับให้มีความเหมาะสมในแต่ละกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมวิเคราะห์สรุปประเด็นสัมภาษณ์แล้วนำผลมาสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

2) เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดจาก Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE) Instrument (The Agree Collaboration, 2003) โดยมีคำถามครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย จำนวน 2 ข้อ 2) ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 1 ข้อ 3) ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ จำนวน 1 ข้อ 5) ด้านการนำรูปแบบไปใช้ จำนวน 2 ข้อ 6) ด้านอิสระในการกำหนดรูปแบบจำนวน 1 ข้อ รวมทั้งหมด 11 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยให้กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำรูปแบบไปใช้โดยเลือกตอบได้ 4 ระดับ คือ 4, 3, 2, 1 โดยที่คะแนน 4 เป็นคะแนนสูงสุด หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อคำถามนั้นๆ ในขณะที่คะแนน เป็นคะแนนต่ำสุด หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือไม่พบว่ามีการจัดทำในข้อคำถามนั้นๆ

2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้องครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ส่ง

เอกสารตรวจสอบ 4 ท่านไม่ตอบกลับ 1 ท่าน) ซึ่งเป็นผู้ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทและระดับปริญญาเอก มีประสบการณ์ในการทำวิจัยและมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการจากสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน ด้านการศึกษาทางการพยาบาล 1 ท่าน ด้านการศึกษาและเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและพิจารณาความสอดคล้องของสาระคำถาม ความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมและความเหมาะสมในการใช้ภาษา โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 4, 3, 2, 1 ดังนี้

- | | |
|-----------------|---|
| ระดับ 4 หมายถึง | คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด |
| ระดับ 3 หมายถึง | คำถามนั้นสอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด |
| ระดับ 2 หมายถึง | คำถามนั้นสอดคล้องกันน้อยกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด |
| ระดับ 1 หมายถึง | คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด |

นำผลการพิจารณาเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแต่ละข้อ โดยจัดแบ่งระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ความตรงที่ยอมรับได้ (ความสอดคล้องระดับ 3 และ 4) กับความตรงที่ยอมรับไม่ได้ (ความสอดคล้องระดับ 1 และ 2) แล้วนำคะแนนทั้ง 2 กลุ่มจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่า CVI ของแต่ละข้อ โดยใช้สูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด}}$$

เกณฑ์ตัดสินคุณภาพของเครื่องมือ คือ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มากกว่า 0.50 ขึ้นไป จึงสรุปได้ว่าเครื่องมือชุดนั้นมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Waltz; Strickland & Lenz 1991: 172-174)

2.3.1 เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นการสัมภาษณ์เพื่อศึกษาสภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของประเด็นสัมภาษณ์เพื่อศึกษาสภาพการณ์และความคาดหวังของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ประเด็นสัมภาษณ์มีทั้งหมด 58 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ย (CVI) เท่ากับ 0.72 (รายละเอียดวิธีคิดดังแสดงในภาคผนวก จ) จากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นสัมภาษณ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่ามีควมสอดคล้องน้อยกว่า 0.50 มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จนได้ประเด็นการสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการจำนวน 2 คน และผู้ป่วยเบาหวานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอย่างละ 1 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้ร่วมพัฒนาให้ตรงกันจะทำให้ได้ประเด็นการสัมภาษณ์ที่ชัดเจนและตรงกับเรื่องที่จะศึกษาพร้อมทั้งสังเกตปฏิบัติการตอบสนองของผู้ให้ข้อมูลระหว่างตอบคำถามทุกข้อจากนั้นนำมาปรับประเด็นการสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์กระชับเหมาะสมก่อนนำไปใช้ต่อไป (รายละเอียดของเครื่องมือดังภาคผนวก จ)

2.3.2 เครื่องมือชุด 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ประเด็นคำถามมีทั้งหมด 11 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ย (CVI) เท่ากับ 0.88 ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (รายละเอียดวิธีคิดดังแสดงในภาคผนวก จ) จากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่ามีควมสอดคล้องน้อยกว่า 0.50 มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยคงประเด็นการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบเดิมจำนวน 11 ข้อ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก จ)

3. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลหลัก

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกับมนุษย์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการด้านจริยธรรม ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยทำบันทึกเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เสนอต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

3.2 เมื่อได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล โดยให้ความยินยอมด้วยวาจาและลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามได้

3.3 การรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยข้อมูลทุกอย่างที่ได้จะถูกปิดเป็นความลับไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้ และไม่เสนอข้อมูลที่อาจบ่งบอกถึงตัวบุคคลได้

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูล เพื่อการวิจัยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เสนอประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และเมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวิจัยและระยะเวลาดำเนินการวิจัย

4.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลักล่วงหน้า โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย

4.3 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาสภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้วิจัยทบทวนวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมในการบันทึกเทป โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ในรูปแบบของการสัมภาษณ์แบบมีเป้าหมายรายบุคคล เป็นการให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้มีโอกาสสัมภาษณ์ถ่ายทอดเรื่องราว ข้อเท็จจริง และประสบการณ์ตรงในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างอิสระ โดยผู้วิจัยได้ออกแบบประเด็นการสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไว้ แล้วนำไปสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลหลักรายบุคคลอย่างเป็นระบบ และมีการเปลี่ยนแปลงคำพูดหรือภาษาให้เข้าใจง่าย เพื่อให้สามารถตอบคำถามได้ตรงประเด็น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีอิสระที่จะถามคำถามอื่นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่กำลังสัมภาษณ์อยู่ หรือมีการใช้คำถามกระตุ้นเพื่อให้ข้อมูลหลักได้อธิบายเนื้อหาเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ชัดเจน จนได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ (Berg, 2004 อ้างในมณี อาภานันท์กุล 2549: 9-23) โดยใช้

เทปบันทึกเสียงและใช้เวลายืดหยุ่นตามความเหมาะสมประมาณ 45-60 นาที ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554

รวบรวมข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ผนวกกับการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำผลมาประกอบในการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้วิจัยนำรูปแบบที่สร้างขึ้นใหม่นี้กลับไปให้ผู้ให้บริการผู้ใช้บริการที่รวมพัฒนาจำนวน 9 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงประกอบด้วยผู้บริหารจากทีมนำของโรงพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการนำรูปแบบไปใช้จำนวน 11 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยใช้วิธีการประเมินรายบุคคล ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมโดยตรงกับผู้วิจัย จากนั้นแต่ละบุคคลกรอกผลการประเมินส่งผู้วิจัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

5.1 วิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการในทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล ได้นำข้อมูลเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวมได้มาโดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

5.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเป็นรายการ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง และชัดเจนในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน ดังนี้

1) **ฟังเทปและถอดข้อความ (Transcribe)** ผู้วิจัยเป็นผู้ฟังเทปควบคู่กับการอ่านบทสัมภาษณ์โดยถอดบทสัมภาษณ์ทุกคำพูด คำต่อคำ (Verbatim) เป็นภาษาเขียน ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง

2) **นำบทสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหา** นำข้อมูลที่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูล โดยเฉพาะในส่วนของแพทย์และเภสัชกร เนื่องจากมีคำพูดบางคำเป็นศัพท์ทางการแพทย์และแก้ไขข้อมูลตามที่คุณให้ข้อมูลตรวจสอบปรับ

3) **วิเคราะห์และสรุปประเด็นของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน**

5.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ภายหลังได้ข้อมูลจากการถอดเทปเป็นภาษาเขียน และมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแต่ละคนแล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยมีขั้นตอนดังนี้ (อริย์วรรณ อ่วมตานี 2549)

- 1) อ่านข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลซ้ำหลายๆ ครั้ง ร่วมกับฟัง เทปเสียง เพื่อทำความเข้าใจความหมายของข้อมูล
- 2) คึงข้อความหรือประโยคที่สำคัญ และกล่าวซ้ำๆ กันออกมา และให้ความหมายของแต่ละข้อความหรือประโยคสำคัญนั้นให้ชัดเจน
- 3) จัดระบบความหมายของข้อความ เป็นกลุ่มประเด็นหลัก ประเด็นรอง
- 4) เขียนอธิบายข้อมูลสนับสนุนแต่ละประเด็นที่ได้

5.2 การสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

การพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบโดย 1) ศึกษาหลักการแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน การจัดการดูแลสุขภาพ และการพัฒนารูปแบบ 2) วิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวังรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบกึ่งโครงสร้างระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้บริการในทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ใช้บริการที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านบริการสุขภาพของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์สภาพการณ์ เพื่อสร้างรูปแบบ 3) รวบรวม วิเคราะห์ ข้อมูลทั้งหมด ร่วมกับการศึกษาหลักการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของแวกเนอร์ (Wagner, 1999) และแนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ 4) กำหนดโครงสร้างที่สร้างขึ้นใหม่ได้ รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่แสดงถึงกระบวนการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอย่างครอบคลุมต่อเนื่องครบวงจร คาดว่าจะมีประสิทธิภาพเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาความสอดคล้องและครอบคลุมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจนได้รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทครอบคลุมทั้งในด้านเนื้อหาทางวิชาการและข้อมูลที่ได้จากการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ

5.3 ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นใหม่ โดยใช้แบบประเมินที่ประยุกต์มาจากหลักการ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (The Agree Collaboration, 2003) โดยมีคำถามครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย จำนวน 2 ข้อ 2) ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 1 ข้อ 3) ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ จำนวน 1 ข้อ

5) ด้านการนำรูปแบบไปใช้ จำนวน 2 ข้อ 6) ด้านอิสระในการกำหนดรูปแบบจำนวน 1 ข้อ รวมทั้งหมด 11 ข้อ แบบประเมินความเหมาะสมนี้ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน กลุ่มผู้ประเมินประกอบด้วย ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ 9 คน เป็นผู้ให้บริการ 8 คน ผู้แทนจากผู้ใช้บริการที่ยินดีให้ความร่วมมือ 1 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สามารถจะนำรูปแบบไปใช้จำนวน 11 คน ประกอบด้วยผู้บริหารและนักวิชาการของทีมนำโรงพยาบาลสมุทรสาคร และหัวหน้าหน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล โดยใช้วิธีการประเมินแบบรายบุคคล โดยเริ่มจากผู้วิจัยสรุปขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย และอธิบายประเด็นการประเมินตามแบบฟอร์มประเมินที่แจกให้เป็นรายบุคคล โดยให้พิจารณาถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่สร้างขึ้นไปใช้ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร พร้อมให้แต่ละบุคคลแสดงความคิดเห็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมโดยตรงกับผู้วิจัย ก่อนกรอกผลการประเมินส่งผู้วิจัย

ซึ่งการคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ (Calculating domain scores) โดยใช้ค่าคะแนนรวมรายชื่อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมดและนำมาเข้าสู่สูตร (The Agree Collaboration, 2003) ดังนี้ (รายละเอียดดังภาคผนวก ฉ)

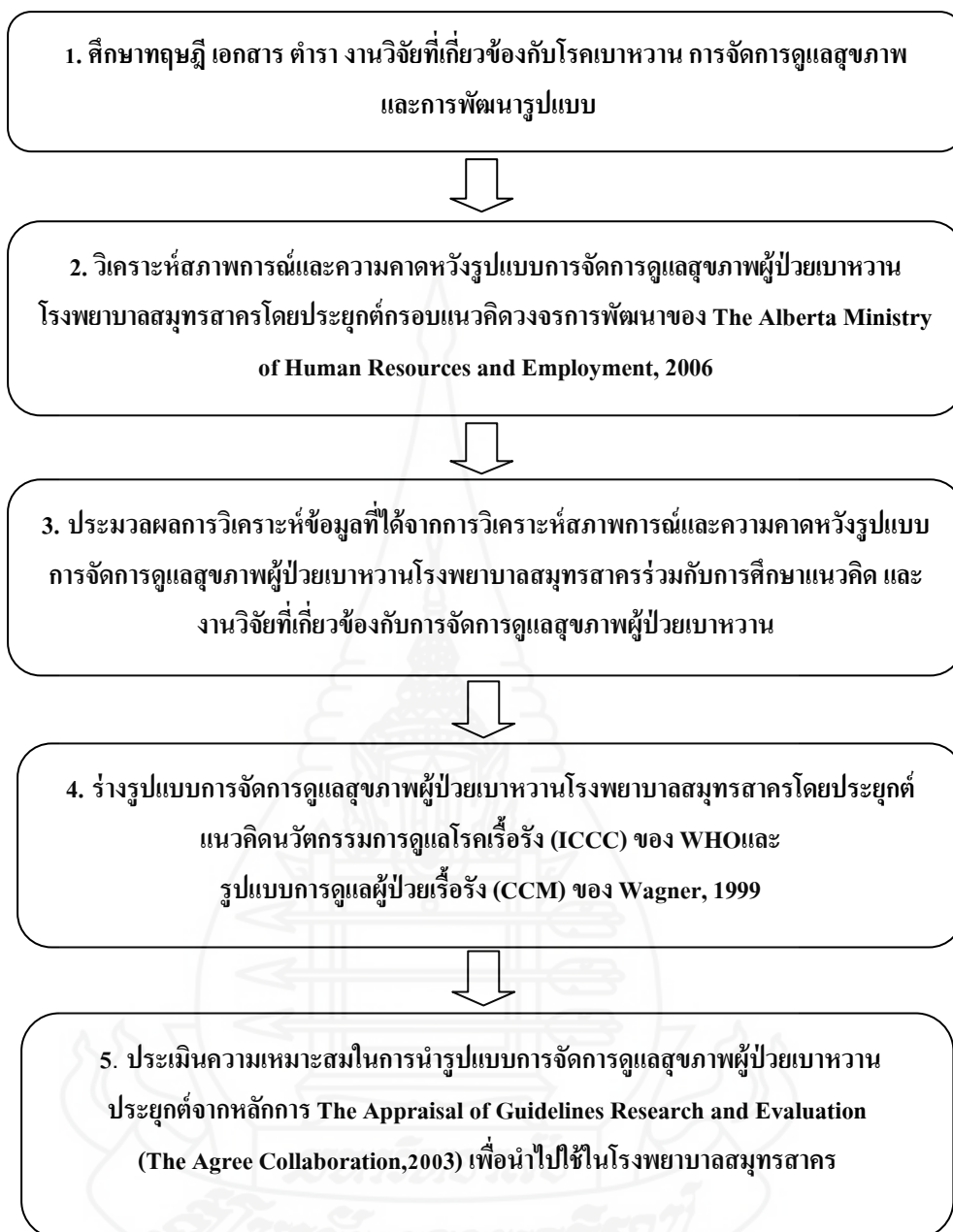
$$\text{ค่าคะแนนความเชื่อมั่นแต่ละมิติ} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}} * 100$$

คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ = 4 (คะแนน) * จำนวนข้อในแต่ละมิติ * จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้ = 1 (คะแนน) * จำนวนข้อในแต่ละมิติ * จำนวนผู้ประเมิน

เกณฑ์การประเมินคุณภาพของรูปแบบพิจารณาได้จากค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิติมากกว่าร้อยละ 70 จึงสรุปได้ว่ารูปแบบนั้นเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้ (The Agree Collaboration, 2003)

ผู้วิจัยนำผลการประเมินประกอบกับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสม เพื่อเสนอเป็นรูปแบบรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยสรุปการพัฒนาในรูปแบบรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ในครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้หลักการแนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง (ICCC) ขององค์การอนามัยโลก และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (CCM) ของแวกเนอร์ (Wagner, 1999) โดยพิจารณาร่วมกับบริบทของโรงพยาบาลสมุทรสาคร สรุปเป็นขั้นตอน ดังแสดงในภาพ 3.1



ภาพที่ 3.1 แนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย 3 ข้อ ได้แก่ 1) สภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครเป็นอย่างไร 2) รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครควรมีองค์ประกอบอะไรบ้างเป็นอย่างไร และ 3) รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในโรงพยาบาลสมุทรสาครหรือไม่ อย่างไร

1. สภาพการณ์และความคาดหวังการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสภาพการณ์และความคาดหวังการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับผู้ให้ข้อมูลหลักที่คัดเลือกมาแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ให้บริการในทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ และผู้ป่วยเบาหวาน ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์สภาพการณ์ และความคาดหวังรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยประยุกต์แนวคิดของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 ประกอบด้วยการตอบข้อคำถาม 3 ประการ ได้แก่

- 1.1 การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบันเป็นอย่างไร
- 1.2 ต้องการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปให้ไปถึงจุดหมายใด
- 1.3 ทำอย่างไรให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปถึงเป้าหมาย

1.1 การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบันเป็นอย่างไร

เพื่อตรวจสอบว่า การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครที่กำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบันมีสภาพการณ์เป็นอย่างไร และตอบสนองความคาดหวังของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการหรือไม่ อย่างไร ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.1.1 สภาพแวดล้อมและวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนมีผลกระทบต่อการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

เนื่องจากวิถีชีวิตความเป็นอยู่และการทำงานของประชาชนในจังหวัดสมุทรสาครมีลักษณะเป็นเมืองอุตสาหกรรม มีการเคลื่อนย้ายของประชากรจากพื้นที่อื่นเข้ามาอาศัยมากขึ้น เป็นแหล่งอาหารที่อุดมสมบูรณ์เกิดความเครียดต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น ประชาชนที่เป็นวัยทำงานนิยมการบริโภคอาหารเร่งด่วน มีชีวิตประจำวันที่เร่งรีบ ขาดการออกกำลังกาย สภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นและที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานอยู่แล้วก็ดูแลตนเองได้ไม่ดีพอ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“... เป็นจังหวัดที่มีวิถีชีวิตสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทมาเป็นสังคมเมือง... (OPN และ IPN)” “...อาหารการกินอุดมสมบูรณ์...เป็นอาหารทะเลเยอะอาหารfast food (จานด่วน) ก็เยอะ... ภาระแต่ละคนมากขึ้นทำให้ออกกำลังกายน้อยลงทำให้เกิดโรคมมากขึ้น... (OPN)” “...วัฒนธรรมคนมหาชัยอยู่ดีกินดี...การรับประทานอาหารมีความเชื่อดั้งเดิมของตัวเองว่าตัวเองว่ากินอาหารลักษณะอย่างนี้เป็นสิ่งที่ดี... (Ni และ IPP)” “... สิ่งแวดล้อมมันไม่เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ... อาหารหาซื้อได้ตลอดเวลาโดยเฉพาะพวกร้านสะดวกซื้อ...มีสิ่งมากระตุ้นให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยลง... (CMN)”

1.1.2 นโยบายของประเทศเอื้อต่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มี

คุณภาพ

นโยบายของประเทศโดยกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีนโยบาย และจัดสรรงบประมาณสำหรับดำเนินพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้ได้มาตรฐานมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...นโยบายตอนนี้ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)...จะมี Packet (งบประมาณ) สำหรับการดูแลพวกโรคเรื้อรังชัดเจน... เหมือนกับเป็นการบังคับทางอ้อม

ถ้าไม่ทำเงินก็ลดลง...เป็นงบปรับพฤติกรรมมาเฉพาะสำหรับ DM เริ่มตั้งแต่ การคัดกรอง เจอก็ได้เงิน การ Audit (ตรวจสอบ) เวชระเบียน ถ้าได้คุณภาพ ตามที่กำหนดก็ได้อีกเงิน มา มีกองทุน โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะแยกกองทุนมาให้ และยังมีกองทุนสุขภาพตำบล มีการให้ อสม.(อาสาสมัครสาธารณสุข) มา เจาะเลือด ให้เป็นผู้คัดกรองเบาหวาน มามีส่วนร่วมใน สอ. ชักประวัติ จัด กิจกรรม การลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์...(CMN, FM, OPN, IPN และ Nt) ” “...การที่เราทำตัวชีวิต ได้ครอบคลุมและมีคุณภาพเราก็จะได้ค่าตอบแทน ตามงานที่เราดำเนิน ไปด้วย...(OPN) ” “... มีนโยบายต่างๆ...ทำให้เราได้เข้าสู่กระบวนการดูแลคนไข้ได้อย่างเป็น ไปตามมาตรฐานมากขึ้น...(Nt) ”

1.1.3 มีการสร้างทีมงานจากผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน และเป็นลายลักษณ์อักษรในทุกระดับ

ปัจจุบัน โรงพยาบาลมีการสร้างทีมงานให้รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้ป่วย เบาหวานในทุกระดับ ทั้งระดับหน่วยงาน ระดับคอมพิวเตอร์ ระดับโรงพยาบาล และระดับจังหวัด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...มีทีมผู้รับผิดชอบซึ่งประกอบด้วย ...ทีมที่ได้รับมอบหมาย โดยตรงในหน่วยงาน... และทีมดูแลคอมพิวเตอร์... เป็นทีมที่ร่วมกันดูแล ผู้ป่วยเบาหวานแบบสหสาขาวิชาชีพประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล ทั้ง แพทย์ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก นักโภชนาการ เภสัชกร นักสุขศึกษา... (OPN) ” “... หลักๆก็จะมี PCT (ทีมนำทางคลินิก) อายุรกรรมซึ่งก็จะมีเป็น คณะกรรมการย่อยดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่แล้ว... (IPP) ” “...มีทีมพัฒนา คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยคณะกรรมการ PCT อายุรกรรมเป็นผู้ แต่งตั้ง... (IPN) ” “...ทางเวชกรรมสังคมมีทีมรับผิดชอบไป PCU โดยมีหมอ 1 คน พยาบาล 3 คน ดูแล PCU(หน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชน) ทั้งหมด 15 แห่ง...หมอก็ทำหน้าที่ตรวจผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้ ให้สุขศึกษา และแนะนำวิธีการใช้ยา แทนเภสัชกรด้วย...(FM) ” “...สร้างทีม ขึ้นมาอีกชุดหนึ่งที่เป็นทีมคอมพิวเตอร์เป็นทีมศูนย์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(CCC) ทำงานเป้าหมายแรก คือ จะยกเรื่องผู้ป่วยเบาหวานมาดูแลเป็นการเฉพาะ ... ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ ผู้ให้ความรู้เรื่อง เบาหวาน ทีมสุขศึกษา...(P) ” “...ตอนนี้มีการตั้ง NCD Board (คณะกรรมการ โรคเรื้อรังระดับจังหวัด) โรคเรื้อรัง ซึ่งเขาเริ่มต้นด้วยใช้เบาหวานเป็น Model ก่อน ตั้งแต่ระดับจังหวัด ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวง...(CMN) ” “...ทีมที่ ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน... ได้แบ่งหน้าที่รับผิดชอบกันอยู่...(Nt) ”

1.1.4 การประสานงาน การส่งต่อ และการเชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพโดยภาพรวมของโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน

ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลสมุทรสาครจะมีการจัดตั้งทีมงานเพื่อรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในทุกระดับ แต่การประสานงาน การส่งต่อ และการเชื่อมโยงในการดูแลรักษายังไม่ชัดเจน ขาดผู้แทนหลักที่แท้จริงในการประสานงานเชื่อมโยงการทำงานในภาพรวมของโรงพยาบาล ส่งผลให้การดูแลรักษาสุขภาพไม่ครอบคลุมต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ผู้ประสานความร่วมมือที่เป็นตัวเชื่อมโยงเฉพาะเจาะจงยังไม่มี... (IPN, OPN, IPP และ Nt)” “... ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของแต่ละทีมมีความหลากหลายสูง...มันคือความโกลาหล เป็นความซ้ำซ้อน เป็นความขาดแคลนในบางอย่างเป็นความไม่เชื่อมโยงในสิ่งที่มันมีอยู่...สิ่งที่เราขาดสองอย่างคือ กว้างไม่พอคือ coverage (ครอบคลุม) ได้ไม่พอ และลึกก็ลึกไม่พอ...แต่ละที่เขาก็พยายามทำอย่างเป็นเอกเทศของเขา...จุดอ่อนในที่ผ่านมาคือขาดความเชื่อมโยงกัน... (P)” “...มีการแยกส่วนกันอยู่... การประสานงานในการดูแลส่งต่อยังไม่เป็นลักษณะที่ชัดเจนทั้งระบบของโรงพยาบาล... (Nt)” “... เท่าที่เห็นก็คือยังไม่ชัดในการประสาน...ขาดการเชื่อมโยงระหว่างทีม...บางทีบางจุดเราเข้าไปทำในสิ่งที่อีกทีมทำอยู่แล้วเข้าไปซ้ำมาคือเราสามารถจะงอก (พัฒนา) อะไรกันมากขึ้นถ้าสมมุติเราโค (ประสาน) กันแต่ละทีมย่อยที่ดีกว่า... (IPP)” “... โจทย์ปัญหาที่ ณ ปัจจุบันของโรงพยาบาลสมุทรสาครมีอยู่ก็คือปัญหาการประสานงาน... (OPN)” “... ไม่มีช่องทางรองรับสำหรับผู้ป่วยชุมชนที่ส่งต่อมา...การประสานกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการในชุมชนยังไม่ลงตัว...การส่งคนไข้กลับไปชุมชนเหมือนเอาภาระไปให้เขามากขึ้น... (FM)” “... ไม่เคยวิเคราะห์ภาพรวมทำให้สถานการณ์ที่มีข้างหน้าที่ก็เพียงแค่เป็นการเผชิญหน้า... ก็เกิดการซ้ำซ้อนของงาน...ได้ความเชื่อมโยงบ้างแล้วแต่ข้อมูลที่จะเอามาตีแผ่ยังเห็นไม่ชัดเจน... (OPP)”

1.1.5 การกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ชัดเจน

การจัดบริการของโรงพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องกระจายไปใช้บริการในหลายหน่วยงาน ผู้ให้บริการมีการหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกันมาให้บริการในแต่ละวัน/แต่ละเดือน การดูแลรักษาไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน บางหน่วยงานใช้มาตรฐานของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังไม่มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานกลางของโรงพยาบาลร่วมกันส่งผลให้การดูแลรักษาสุขภาพยังไม่ครอบคลุม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“... มาตรฐานในการดูแลรักษายังไม่ค่อยชัดเจน...เป็นมาตรฐานการดูแลตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ...แพทย์... พยาบาล... นักโภชนาการ... เภสัชกร... แต่ยังไม่ได้อำนาจระบบหรือวางมาตรฐานในการดูแลร่วมกัน... (IPN)” “... แต่ละคนก็ยังเอามาตรฐานตัวเอง...แพทย์เป็นคนกำหนดแล้วแต่แพทย์จะเอาจากที่ไหนมา...การคัดกรอง คัด *point* จะอยู่ที่ตรงไหน...จะเริ่มด้วยการให้ยา หรือจะปรับพฤติกรรมก่อน...หมอแต่ละคนก็ศึกษาของตนเองมา...เขาก็มีมาตรฐานของเขาเพียงแต่การขาดการมาแชร์กัน (แลกเปลี่ยนและใช้ร่วมกัน)... ขาดเจ้าภาพหลักที่จะชี้ขาดว่าผู้ป่วยเบาหวานของเราควรจะได้รับ การดูแลอย่างไรที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน... (CMN)”

1.1.6 การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาครตอบสนองความคาดหวังของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเพียงบางส่วน

เนื่องจากมีผู้ป่วยเบาหวานมาใช้บริการมาก สถานที่ให้บริการแออัด อัตรากำลังเครื่องมือ อุปกรณ์ที่มีอยู่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว มีหลายขั้นตอนใช้เวลามากในการรอคอยในทุกจุดที่ใช้บริการ ส่งผลให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการตอบสนองความคาดหวังได้อย่างครอบคลุมและครบถ้วน ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ดังนี้

“... ปัจจุบันยังไม่เป็นตามที่คาดหวังทั้งหมด... โรงพยาบาลยังมีความแออัด... (P, Nt, IPN, OPN, CMN, IPP และ OPP)” “...ปัจจุบันได้เริ่มต้นไปแล้วมากกว่า 30 เปอร์เซ็นต์...มันขยับมาจากเดิมแต่ยังไม่ทั้งหมด... (OPP)” “...คนไข้ไม่ได้รับการดูแลครบถ้วนตามขั้นตอนตามสิทธิที่พึงจะได้รับก็มีการตรวจ เท้า ตา ไต...และยังจะต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง... (Nt)” “... อัตรากำลังและเครื่องมือยังไม่เพียงพอเหมาะสมต่อจำนวนผู้ป่วย...ผู้ป่วยยังไม่ได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว... (OPN)” “...คนไข้ส่วนหนึ่งไม่มีโอกาสได้รับคำปรึกษาด้านปัญหาสุขภาพ... (IPN)”

“...ถ้าโรงพยาบาลมีผู้ป่วยน้อยนะทุกขั้นตอน OK ทั้งหมดเลย...น่าเสียดายที่อธิบายเป็นการสั่งไม่ได้บอกความรักความเอื้ออาทร...ขั้นตอนมาพบแพทย์ก็ต้องมารออีก...หมอไม่มีเวลาอธิบายว่าอะไร...การถ่ายทอดความรู้ต้องมีการปรับวิธีการถ้าไม่ถูกใจเขาก็ไม่รับนะ...สื่อสุขภาพก็น้อย...อยากได้รอยยิ้มให้กับผู้ใช้บริการอย่างทั่วถึง... (CI1)” “...ออกจากบ้านตีห้ามาถึงหีบบัตรคิวก่อน...แล้วไปห้องเจาะเลือดหีบบัตรคิวอีกแล้วมารอหมอดตรวจ... แล้วไปรอคิวหน้าห้องยาอีก...ถ้าเจาะเลือดตัวเดียวจะเสร็จเร็วกว่าแต่ถ้าเจาะเลือดหลายตัวกลับบ้านราวๆสองโมงสาม โมง... (CI2)”

1.2 ต้องการพัฒนาระบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปให้ไปถึงจุดเป้าหมายใด

การประเมินผลในจุดนี้ที่ทีมนำและบุคลากรในทีมสุขภาพควรมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานที่จะทำให้บรรลุความสำเร็จ ดังนั้นการกำหนดทิศทางขององค์กรและแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานตามความคาดหวังของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะเป็นสะพานเชื่อมต่อระหว่างสภาพการณ์ปัจจุบันและเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต และทีมนำควรมีการกำหนดเป้าหมายร่วม การออกแบบบริการให้บริการที่เหมาะสม แผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติได้จริงจึงบรรลุผลตามที่คาดหวัง ผู้วิจัยขอสรุปประเด็นที่ต้องการพัฒนา ดังนี้

1.2.1 กำหนดเป้าหมายร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจน

การกำหนดเป้าหมายร่วมเป็นการกำหนดสิ่งที่ต้องทำให้บรรลุผลสำเร็จ ปัจจุบันการกำหนดเป้าหมายของแต่ละทีมยังมีจุดเน้นที่หลากหลาย ไม่ชัดเจน เนื่องจากแต่ละคนแต่ละวิชาชีพจะให้ความสำคัญกับเป้าหมายที่ตนเองมีส่วนรับผิดชอบโดยตรงเท่านั้น ยังไม่กำหนดวัตถุประสงค์เป้าหมายการทำงานร่วมกันของโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ดังคำกล่าว ต่อไปนี้

“... เป้าหมายเป็นเรื่องการป้องกันโรคสำคัญที่สุด... ค้นหาโรคให้เจอตั้งแต่แรกแล้วรีบเอามารักษา... ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน... และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มากที่สุด... (FM)” “... ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีระดับน้ำตาลที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี... จะผสมกันทั้ง output และ outcome คือ output หมายถึงว่าได้ผู้ป่วยที่เขามีความสามารถที่จะควบคุมตัวเองได้ ซึ่งส่งผลให้ outcome ที่ดี ... (P)” “... ผู้ป่วยสามารถประเมินสุขภาพตนเองได้ แล้วมีการจัดการกับประเด็นสุขภาพตัวเองได้ ระดับหนึ่งเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ... (Nt)” “... ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเป็นมาตรฐานเดียวกันก่อน แล้วจากนั้นจึงไปลดภาวะแทรกซ้อน... (CMN)” “... คนไข้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนโรคแทรกซ้อน หรือการชะลอของโรคแทรกซ้อนที่มันจะเกิดขึ้นกับโรคเบาหวานที่จะตามมาเรื่องการใส่ยาที่ถูกต้อง และส่งผลการรักษาที่ดีขึ้น ... (IPP)” “... เป้าหมาย คือ ผู้ป่วยต้องมีความพึงใจ เกิดความอบอุ่นใจในโรงพยาบาล แล้วก็เชื่อมร้อยได้... (OPP)” “... คาดหวังเป้าหมาย... ผู้ป่วยมีศักยภาพมีพลังใจ และผู้ป่วยมีพลังใจมีความอบอุ่นใจในโรงพยาบาลสมุทรสาคร... (OPP)”

1.2.2 การออกแบบการให้บริการมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละระดับ และเป็นบริการที่สะดวก รวดเร็วมีความครอบคลุมและต่อเนื่อง

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการดูแลได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง พิจารณาจากความหวังของผู้ให้บริการและของ

ผู้ใช้บริการเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลรักษาสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ครอบคลุม มีคุณภาพได้มาตรฐาน และมีบริการที่เชื่อมโยงและต่อเนื่องด้วยสัมพันธภาพที่ดีด้วยกันทั้งสองฝ่าย ปรับพฤติกรรมและดูแลจัดการกับตัวเองได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (one stop services) การลดขั้นตอนบริการ การจัดการรายกรณี (case management) การเยี่ยมบ้าน การกระจายผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน และการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเข้ามา รักษาในโรงพยาบาล (Satellite OPD และ centralize IPD) การจัดค่ายเบาหวาน (Camp) และควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...น่าจะมีคลินิกเบาหวานให้บริการแบบครบวงจรแบบ One stop service ... (OPN, IPN และ Nt)” “... ออกแบบชุดเจาะเลือด DM1 และ DM2 ทำให้ตรวจภาวะแทรกซ้อนครอบคลุมมากขึ้น... ภาพที่เป็นรูปธรรมหลายๆ ก็คือการนำองค์กร โดยการ Vision ในเชิงของ Satellite OPD และ centralize IPD จะตอบทุกอย่างเพียงแต่ว่ารูปแบบในการจัดการจะอย่างไร ... การเยี่ยมบ้านก็สำคัญต้องอย่างต่อเนื่องทั้งของทีมของโรงพยาบาลและของชุมชน... (P)” “...ของเรามีหลายขั้นตอนคนไข้ควรได้รับการที่สะดวก รวดเร็ว...(OPN)” “...อาจจะมี Nurse case manager...มี call center ปรึกษาปัญหาสุขภาพตลอด 24 ชั่วโมง... (IPN)” “...day camp เราจัดในผู้ป่วยรายใหม่ในวันที่เราไปตรวจ... (FM)” “...จะส่งถึง Ward ถึงชุมชนและในระหว่างทีมที่ดูแลผู้ป่วยก็ต้องร่วมกันปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทุกครั้งที่ปัญหาและอุปสรรค...(OPN)” “...คนไข้ควรได้รับการดูแลครบถ้วน คือมีการตรวจ เท้า ตา ไต... และต้องติดตามต่อเนื่อง...(Nt)”

1.2.3 กำหนดทำแผนงาน และการจัดการเชิงกลยุทธ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม

แผนกลยุทธ์ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันพบว่า ยังไม่ได้กำหนดแผนงานในส่วนนี้ ทีมนำควรมีการระดมสมองจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการและชุมชน ต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ อย่างครอบคลุม ผู้ให้ข้อมูลหลักเสนอแนะให้ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ chronic care model มาเป็นกรอบในการดำเนินงาน และออกแบบการดูแลรักษาให้เหมาะสม ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key-success Factors) ได้แก่ การมีทีมงานที่มีศักยภาพและจำนวนเพียงพอเหมาะสมกับภาระงาน และได้รับการสนับสนุนทรัพยากรทุกด้านจากผู้บริหารอย่างเพียงพอ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...การจัดทำแผนต้องรวม Stakeholders ให้ครบถ้วนก่อน...(OPN, IPN, CMN และ IPP)” “...ควรใช้ Chronic care model มาจับ...แต่การ

design ให้เป็นรูปธรรมก็คงต้องขึ้นกับแต่ละพื้นที่... อาจต้องมีแผนงานในแง่ของการร่วมกัน *design* CPG (กำหนดแนวทางเวชปฏิบัติ)ทั้งหลายในผู้ป่วยแต่ละระดับ... ต้องมี แผนงานในทุกระดับที่จะเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมที่จะออกแบบการรักษาที่จะเหมาะสมกับตัวเองให้มากที่สุด... คนใกล้ชิดหรือชุมชนเองก็น่าจะมีส่วนร่วม...(P)” “...การจัดทำแผนกลยุทธ์ถ้าเป็นภาพใหญ่ที่เราคุยๆ ก็ยังไม่มี...ต้องกำหนดแผนและติดตามร่วมกัน ประเมินผลร่วมกัน... (IPP)” “...วางแผนจากทีมรักษา...ทีมให้บริการในชุมชน...ท้องถิ่นน่าจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น...ก็ต้องวางแผนนโยบายสาธารณะ...ให้เกิดกระแสการดูแลในสังคมนอกเหนือไปจากที่โรงพยาบาลทำงานอยู่เพียงฝ่ายเดียวมันก็จะตื่นตัวกันมากขึ้น... (CMN)” “...ต้องมีการประสานแผนร่วมมือกันอย่างชัดเจน... (Nt)” “...ปัจจัยแห่งความสำเร็จต้องมีทีมผู้ดูแลที่มีศักยภาพ มุ่งมั่นตั้งใจและจำนวนเพียงพอในการให้บริการ ... (OPN, IPN, Nt, IPP และ OPP)” “...การสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ... ควรสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและอุปกรณ์ที่ทันสมัยอย่างเพียงพอ... (OPN, IPN, Nt, IPP และ OPP)”

1.3 ทำอย่างไรให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปถึงเป้าหมาย

ขั้นตอนนี้เป็นการทำงานร่วมกันในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพระบบบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เน้นการพัฒนาผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการให้มีศักยภาพเฉพาะด้านในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน มีการวัดผลสำเร็จในภาพรวมของโรงพยาบาล และนำมาสื่อสารประชาสัมพันธ์และแจ้งข่าวสารในเรื่องของสุขภาพให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกให้รับรู้ร่วมกันซึ่งเป็นกระบวนการด้านหนึ่งสำหรับการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย สรุปเป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.3.1 พัฒนาศักยภาพทีมผู้ให้บริการให้มีทักษะเฉพาะด้านในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีคุณภาพ

ผู้ให้บริการนอกจากจะมีทักษะความรู้เรื่องโรคและการดูแลทางคลินิกเฉพาะด้านของแต่ละวิชาชีพแล้ว ควรมีทักษะอื่นๆ เพิ่มเติมได้แก่ ทักษะการเสริมพลัง (Empowerment) ทักษะการสื่อสาร ทักษะการโน้มน้าวใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสังเกตพฤติกรรมและการเข้าถึงจิตใจผู้ป่วย ทักษะการถ่ายทอดความรู้ ทักษะเรื่องการประเมินสำรวจปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ทักษะการสร้างเสริมสมรรถนะในตน มีจิตบริการที่ดี (Service mind) ความสามารถในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหา ทักษะทำงานให้อยู่กับปัจจุบัน และทักษะ

ต่างๆ เหล่านี้ ทีมนำควรมีแผนการพัฒนากุศลกรและให้การสนับสนุนอย่างเพียงพอ ดังคำกล่าวจากผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“... ผู้ให้บริการควรมีทักษะการ Empowerment ... (FM, IPN, OPN และ CMN)” “...ต้องมีทักษะการสื่อสาร... (Nt, IPN, OPN และ IPP)” “...ควรมีทักษะในการ โน้มน้าว/จูงใจ/สร้างแรงบันดาลใจให้ผู้ป่วยอยากดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม... (IPN, OPN, CMN และ IPP)” “... ต้องมีความสามารถเฉพาะด้านของแต่ละวิชาชีพ... และเข้าถึงจิตใจของคนไข้... (Nt)” “...ควรมีทักษะการถ่ายทอดความรู้... (OPN และ IPP)” “...ควรมีทักษะเรื่องการประเมินสำรวจปัญหาความต้องการของผู้ป่วย... (IPN และ OPP)” “...มีทักษะการสร้างเสริมสมรรถนะในคนเพื่อให้มีความมั่นใจในการที่จะเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ถูกต้องมากขึ้น... (IPN)” “...ที่สำคัญก็คือ Service mind ... (OPN)” “...ของชุมชนเจ้าหน้าที่ต้องรู้ทุกด้าน ...รู้ว่าเมื่อไรต้องปรับยาและมีเกณฑ์เบื้องต้นให้... (FM)” “...ทีมจำเป็นต้องมีแผนและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้รับความรู้เฉพาะทางที่ทันสมัย... ส่งเข้าอบรม / ประชุมวิชาการทั้งภายในและภายนอก... (FM, Nt, IPN, OPN, CMN, OPP และ IPP)” “...การจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ดี ๆ ระหว่างบุคคล/วิชาชีพ/หน่วยงาน... (Nt, IPN, OPN, CMN, IPP และ OPP)” “...ไปศึกษาดูงานในหน่วยงานที่เขาประสบความสำเร็จ... (Nt, IPN และ CMN)” “...นำเสนอผลงานเด่นในงานประชุมวิชาการทั้งภายในและภายนอก... (Nt และ IPP)” “...หลังอบรมได้แนวทางใหม่ๆ จะนำมาพูดคุยปรึกษากันในทีม... เป็น Pre-Post Conference... การประชุมประจำเดือน ... (OPN)” “...หนึ่งอบรมเป็นพื้นฐาน... สองหลังอบรม... หมุนเวียนกันเป็นวิทยากรในแต่ละด้าน... หาข้อมูลมานำเสนอ เจ้าหน้าที่ด้วยกันเจ้าหน้าที่ก็จะกระตือรือร้นขึ้น... (CMN)”

1.3.2 พัฒนาศักยภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีทักษะการจัดการตนเองโดยให้ผู้ป่วย

เบาหวาน ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

ในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลสำหรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ควรมีการประเมินทักษะในส่วนที่ผู้ป่วยเบาหวานขาดและเติมเต็มในส่วนที่จำเป็นด้วยกลวิธีที่หลากหลาย เช่น การสนับสนุนให้ผู้ดูแล (care giver) ให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย การทำกลุ่มให้เกิดเพื่อนช่วยเหลือ (self health group) การสื่อสารสองทาง การแจกเอกสาร แผ่นพับ CD เปิดช่องทางโทรศัพท์ สอบถามปัญหาได้ตลอดเวลา การมีส่วนร่วมที่จะเลือกแนวทางที่จะดูแลตนเอง หรือ การจัดการ

อบรมการปรับพฤติกรรม ผลักดันนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บุคลากรทางการแพทย์เป็นคนที่ยืดหยุ่น มีปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ (proactive interaction)

ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองเป็นทักษะของความรู้เบื้องต้น เรื่องโรคเขาตัวเอง... ทักษะการเลือกอาหารที่เหมาะสมทั้งปริมาณและคุณภาพ... ทักษะการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย... และทักษะที่จะรู้จัก Monitor Parameter และปรับยาด้วยตัวของเขาเองได้...(P, IPN, OPN, Nt และ CMN)” “...การแก้ไขปัญหาภาวะฉุกเฉินสำหรับตนเอง การประเมินภาวะผิดปกติ... ทักษะในการคลายเครียด... (IPN, OPN และ Nt)” “...การที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน...(OPN)” “...ต้องบอกได้ว่าพฤติกรรมอะไรที่มันทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ... (CMN)” “...เขาต้องรู้ว่าทำไมต้องกินยาตัวนี้ ถ้าไม่กินจะเกิดผลอะไร... ทักษะที่ควรมี เป็นเรื่องการสื่อสาร...(IPP)” “... สนับสนุนให้ Care giver (ผู้ดูแล) มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย...(OPN และ IPN)” “...ให้สุศึกษาหลายๆครั้ง...มีการจัดอบรมการปรับพฤติกรรม...CMN)” “...การได้พบเราการได้พูดคุย หรือแก้ปัญหาการทำซ้ำๆกันมันพัฒนาทักษะให้ดีขึ้น ได้อยู่แล้ว อาจจะต้องให้เวลากับเขาหน่อย...ถ้าเขาฟังไม่ได้ อาจจะต้องใช้ผู้ดูแลมาช่วยฟังช่วยดูแลคนไข้ร่วมด้วย...(IPP)” “...การสื่อสารสองทางที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความร่วมมือของผู้ป่วยกับผู้ดูแล เราต้องทำที่จะให้เกิดตรงนั้น...(PI)” “...เปิดโอกาสให้เขาสามารถโทรศัพท์มาสอบถามปัญหาได้ตลอดเวลา...(IPN)” “...จะให้เขามีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพตัวเอง ต้องปรับไปตามบุคคล...แต่ถ้าเป็นคนไข้จิตอาสา ต้องสอนให้เขาเข้ากับทุกคนได้...มี Proactive interaction (ปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์)...(OPP)”

1.3.3 พัฒนาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มี

ประสิทธิภาพ

การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ เป็นการส่งเสริมการมีพันธกิจร่วมกันในองค์กรทั้งทีมผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ปัจจุบันการสื่อสารและประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ควรมีการพัฒนาวิธีการสื่อสารที่หลากหลายในทุกระดับ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...การสื่อสารกับทีมด้วยกันมองว่ามันเป็นจุดอ่อน...เขาก็สื่อสารหน้างานซึ่งพยาบาลเป็นคนทำหลัก...ของแพทย์จะเป็นแบบตัวต่อตัวใช้คุยกับคนไข้แต่ว่าวิธีคุยของแพทย์ก็แตกต่างกันยังไม่เป็นรูปแบบที่มีพลังพอให้

กลับไปทำได้...การสื่อสารควรเป็นแบบ 2 ทางที่มีประสิทธิภาพ... (P)” “... การเลื่อนนโยบายลงไป...ถือว่ายังค่อนข้างไม่ราบรื่นยังสื่อลงไปไม่ได้ไม่ดีพอ... โอกาสที่ในการประชุม หรือวางแผนร่วมกันยังน้อย...ยังไม่มีมีการสื่อสารในเรื่องข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของทั้ง 2 ทีมทั้งทีมรักษากับทีมส่งเสริม...เราสื่อสารและประชาสัมพันธ์กับพวกท้องถิ่นภาคีเครือข่ายในชุมชนก่อนทำไม่มากเท่าที่ควร...มันยังเป็นการสื่อสารพื้นๆ แต่ไม่ได้สื่อสารในเชิง Commitment (ตกลงร่วมกัน) กับชุมชนหรือกับผู้ป่วย...เรายังขาดการสื่อสารว่าจริงๆ แล้วคนไข้ต้องทำอะไร... เรามีช่องทาง และเครื่องมือสื่อสาร แต่ไม่ได้ใช้เครื่องมือให้เต็มศักยภาพ...การให้คนเข้ามาเป็นเครือข่าย เป็นตัวกลางเป็นผู้ส่งข่าวสาร...การณรงค์ ก็เป็นการสื่อสารสำคัญที่ต้องทำ... (CMN)” “...ส่วนใหญ่แล้วการสื่อสารจะเป็นการประชุมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง... (P, FM, Nt, IPN, OPN, CMN และ IPP)” “...การสื่อสารมันจะต้องมีการพัฒนามากกว่านี้ระหว่างทีม...ต้องมีการปรับปรุงให้ชัดเจน...(Nt)” “...อาจเป็นลักษณะการสื่อสารทาง Internet แล้วก็ต้องเข้าประชุมให้สม่ำเสมอ...มีการลงบทความในวารสาร หรือจดหมายข่าว...เพิ่มช่องทางสื่อสารและประชาสัมพันธ์เป็นเสียงตามสายหรือ.ทาง call center ตลอด 24 ชั่วโมง... (IPN)” “...ผู้ป่วยบางรายขาดนัดเราก็โทรศัพท์เพื่อติดตามผู้ป่วยให้มารักษาต่อเนื่อง หรือมีการแจกเอกสาร แผ่นพับให้ไปศึกษาที่บ้าน...(OPN)” “...เป็นการพูดคุยปกติ ตัวต่อตัว มีการให้คู่มือ...มีการให้ดู VDO การปฏิบัติตัว... มีการอบรมกลุ่ม...อาจเป็นจดหมายข่าว...มีที่วิชุมชน ให้ทีมไปพูดเรื่องเกี่ยวกับยา...(IPP)” “...การสื่อสาร มันต้องเพิ่ม ตอนนี้มันไม่ดี...(OPP)”

1.3.4 สร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังให้กับผู้ใช้บริการ

การสร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังกับผู้ใช้บริการ ทีมต้องมีการค้นหาและเสริมพลังในส่วนที่ขาด ซึ่งต้องเรียนรู้กับคนไข้ในสถานการณ์จริงปฏิบัติงานบนฐานของความรู้สึกเสมือนป่วยจริง ให้ความสำคัญกับคนไข้แสดงออกเฝ้าดูพฤติกรรมด้วยความจริงใจ จัดให้มี course Empowerment ให้เขาผู้ป่วยเบาหวานเล่าความสำเร็จในการควบคุมน้ำตาล การใส่ใจที่ส่งให้กับคนไข้ การให้คำชมเชย ให้รางวัลหรือประกาศให้เป็นตัวอย่างกับ ให้ ให้เป็น Model ที่ดีให้กับคนไข้อื่น และการจัดค่ายเบาหวาน ค่ากิจกรรมก็เป็นการจูงใจได้ส่วนหนึ่ง ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“...การสร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทีมคงต้องค้นหาแล้วก็เสริมพลังในส่วนที่เขาขาด...เราอาจต้องเรียนรู้กับคนไข้อีกเยอะเวลาเราทำในสถานการณ์จริงเพราะว่าทั้งหมดนี้มันตั้งอยู่บนฐานที่ตัวผู้ให้บริการที่ไม่ได้ป่วยด้วย...(P)” “...เราจะมี course Empowerment ให้เขา

มาแล้วให้คนอื่นฟัง ...มีการมาพูดว่าทำไมเขาถึงมากินยาได้นาน ทำไมเขาถึงเปลี่ยนความรู้สึกมาเป็นจิตอาสา เขาก็จะมีเวทิมหกรรมเบาหวานโลก ประจำปี... (OPP) “...ถ้าผู้ป่วยหรือญาติ ดูแลผู้ป่วยทำได้ดีแล้วมาพบแพทย์ผู้ให้บริการของเราก็จะให้คำชมเชย หรือให้รางวัลเพื่อเป็นกำลังใจ หรือประกาศให้เป็นตัวอย่างกับผู้ป่วยรายอื่นๆ...ผู้ป่วยจะเกิดความภาคภูมิใจ แล้วก็จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรายอื่นปฏิบัติตาม... (OPN)” “...ขั้นต้นเราให้ความสำคัญกับคนไข้ ให้กำลังใจ...(Nt)” “...อาจจะมีรางวัลที่เหมาะสมตอบแทนเขา เพื่อให้เขาเกิดการไปปฏิบัติจริง... ให้เราเห็นผลและ เป็นตัวอย่างกับบุคคลอื่น... (CMN)” “... ค่ายกิจกรรมพวกนี้ มันก็ส่วนหนึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจ ... (IPP)”

1.3.5 สร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังให้กับทีมผู้ให้บริการ

การสร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังของทีมผู้ให้บริการได้แก่ การให้ความสำคัญกับทุกคนให้เกียรติและให้กำลังใจกับวิชาชีพซึ่งกันและกันมีการดูแลในเรื่องของรางวัลเล็กๆ น้อยๆ เสริมพลังกันเองในทีม ความภูมิใจต่อผลลัพธ์ในการดูแลของผู้ป่วยเบาหวานที่ดีขึ้น มีการส่งต่อข้อมูลที่ดี การประสานงานที่ความเคารพในแต่ละสาขาวิชาชีพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...การสร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังให้กับทีมผู้ให้บริการ...เราให้ความสำคัญกับทุกคนในทีม...เราให้เกียรติและให้กำลังใจกับทุกวิชาชีพซึ่งกันและกัน...ในแผนกโภชนาการ...เราก็ให้ความสำคัญให้กำลังใจในการทำงาน... เรายังมีการดูแลในเรื่องของรางวัลเล็กๆ น้อยๆ เสริมพลังกันเองในทีมของเรา...(Nt)” “... ผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีขึ้น อันนี้จะเป็นยาชูกำลังใจและเป็นแรงจูงใจให้เกิดพลังในการทำงานของเรา...มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีการส่งต่อข้อมูลที่ดี หรือแม้แต่ในการประสานงานเราก็ให้ความเคารพในแต่ละสาขาวิชาชีพ... (OPN)”

1.3.6 สนับสนุนการจัดการด้วยตนเองอย่างมีรูปธรรม

ทีมงานให้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ บุคลากรในทีมงานอาจมีแนวคิดเรื่องการสนับสนุนการดูแลและจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ตรงกัน แต่ขั้นตอนการปฏิบัติและการติดตามผลยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนซึ่ง โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย 1) การเฝ้าติดตามและสังเกตตนเอง ค้นหาพฤติกรรมที่ต้องเปลี่ยนแปลง 2) ตั้งเกณฑ์หรือมาตรฐานเพื่อกำหนดเป้าหมายและวัดความสำเร็จ 3) การประเมินโดยการใช้ข้อมูลจากการบันทึกความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) ใช้แรงเสริมให้กับตนเองเมื่อสามารถเปลี่ยน

พฤติกรรมได้สำเร็จ (Kanfer, 1980 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2551: 28) ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ส่วนของหมอกี้มี...แรกๆให้ผู้ป่วยได้เปิดใจที่จะกล้าบอกเล่าปัญหาให้เราฟัง...(P)” “...เราจะชวนไข้เป็นองคร่วม...ส่วนใหญ่คนไข้ในชุมชนจะเป็นคนแก่มาโรงพยาบาลไม่ไหว...บางรายโดนหมอที่โรงพยาบาลดูแลไม่ไปโรงพยาบาลแล้ว...เราจะให้เอาญาติพี่น้องมาฟังด้วยทุกครั้ง...(FM)” “...เราจะให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจด้วย...(OPN)” “...ก็มีการคุยกันว่าเอาแบบนี้ดีไหม อย่างนั้นดีไหม...คือว่าจะช่วยกันคิดว่าวิธีไหนดีสำหรับเขา...(CMN)” “...พูดคุยกับเขาเพื่อให้ได้เปิดใจกับปัญหาที่เขาเจอ...แล้วก็แก้ไขให้ไปตามปัญหาให้เหมาะสมกับแต่ละคน...(IPP)” “...ถามคนไข้ว่าเขามีวิถีชีวิตอย่างไรเพื่อที่เขาจะได้สะดวก...ลงไปตรวจในพื้นที่ แล้วก็บอกมาว่าคนในพื้นที่อยากได้อะไร...(OPP)”

1.3.7 ส่งเสริมการจัดการความรู้และนวัตกรรมสุขภาพ

ในแต่ละทีมงานมีการการสร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่เอื้อต่อการทำงานของตนเองให้มีคุณภาพแต่ขาดการจัดการให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และนวัตกรรม ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...นวัตกรรมใน OPD Med (ผู้ป่วยนอกอายุรกรรม)...โดยกำหนดน้ำตาลเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย...ทำแล้วน้ำตาลเขาลดลงหรือว่ารอบเอวเขาลดลงหรือน้ำหนักเขาลดลง ได้สะสมเต็มไปได้เรื่อยๆได้ลิบช่องแล้วมีความคิด...(P)” “...มีการจัดตัวอย่างอาหารจริง...เป็นอาหารจานสุขภาพ มี Model หมวครายการอาหารแลกเปลี่ยน เพราะเราค้นพบว่าคนไข้ไม่เข้าใจคำว่า “ส่วน” เป็นปริมาณอาหารขนาดไหน...ผลหลังจากที่เรานำมาใช้...ปรากฏว่าคนไข้เข้าใจ และปฏิบัติตัวได้ดีขึ้น...มีความสุขมากขึ้นกว่าเดิม...(Nt)” “...ทำนวัตกรรมเป็นเรื่องของ “นาฬิกาเบาหวาน” ...เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับคนไข้และลดความวิตกกังวล...เป็นการเพิ่มสมรรถนะให้กับเขา...เขาเกิดความมั่นใจและภูมิใจที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง...(IPN)” “...ออกแบบจัดทำแบบคัดกรอง...สามารถประเมินได้ดีขึ้น...การจัดทำคู่มือต่างๆ ที่สามารถใช้ในการดูแลต่อเนื่องได้...ในกระบวนการปรับพฤติกรรม...การให้เจ้าหน้าที่แสดงละครให้ผู้ป่วยดู ซึ่งเป็นการสอนที่เข้าใจง่าย แล้วก็ไม่ต้องมานั่งสอนเป็นทฤษฎี...(CMN)” “...เป็นนวัตกรรมแถบสีใช้ชื่อว่า “เบาหวานมีไฟไร้โรคแทรก” ...เกิดขึ้นเนื่องจากโรงพยาบาลของเรามีผู้ป่วยเบาหวานเป็นจำนวนมาก...(OPN)” “...เราปรับเรื่องฉลากยา...ตอนนี้

ใช้เป็นคำพูดเลยว่ายาลดระดับน้ำตาลในเลือด...เราจะมีตัวอย่างยาเก่า ยาใหม่
...แบบเอกสารเล็กๆ ใส่งานในซองยาด้วย... (IPP)”

1.3.8 กระตุ้นกลไกการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับ

การเปรียบเทียบสมรรถนะและการแลกเปลี่ยนกับสถานบริการที่มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ เป็นวิธีที่จะนำองค์ความรู้มาพัฒนาหน่วยงานให้ดีกว่าที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ทีมนำยังไม่มีการกระตุ้นและจูงใจให้เกิดความท้าทาย แข่งขันประกวดผลงานคุณภาพกับหน่วยงานอื่น การดำเนินงานเป็นเพียงเปรียบเทียบกับผลงานที่ผ่านมาเท่านั้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...การเปรียบเทียบสมรรถนะยังไม่ได้เปรียบเทียบกับที่อื่นเลย ส่วนใหญ่ก็เป็นลักษณะของการเปรียบเทียบผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพกับเดือนก่อนๆ หรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุง... (IPN)” “... ตอนนี้เราไม่ได้เปรียบเทียบกับใครแต่เป็นการเปรียบเทียบกับตัวเองในการเก็บตัวชี้วัด... (OPN)” “...เราก็จะศึกษาของเขาแล้วก็ดูว่าเราอยู่ตรงไหน เราทำไม่เหมือนเขาตรงไหน... (CMN)” “...การเปรียบเทียบสมรรถนะไม่มี... (IPP)” “...การเปรียบเทียบสมรรถนะจริงๆ แล้วถามว่า เรายังไปไม่ถึงขั้นบันไดขั้นที่เราจะไปเลยไม่ต้องไปเปรียบเทียบกับใคร เราก็คงต้องทำอีกเยอะแยะ ก็เลยคิดว่าเทียบกับตัวเอง... (OPP)” “...ส่งรายงานไปให้สมาคมโรคเบาหวานทุกเดือน... (FM)” “...ต้อง Challenge (ท้าทาย)เจ้าหน้าที่ให้ไปประกวดผลงาน...เอาให้เป็นทีหนึ่งในด้านดูแลผู้ป่วยเบาหวาน... การแลกเปลี่ยนเรียนรู้...การทำ KM ไปเรื่อยๆ...ทีมเล็กๆ แשרประสบความสำเร็จกัน... เอาคนไข้ เอาชุมชน มาשרเพิ่มขึ้น... (CMN)”

1.3.9 จัดการระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีคุณภาพ

โรงพยาบาลควรมีการจัดการวางระบบ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ให้เอื้อต่อการจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพได้แก่ การบันทึกข้อมูลทางคลินิก การลงทะเบียน การบริหารข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลที่ดี พบว่าการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานยังมีข้อจำกัด โปรแกรมจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยังไม่สมบูรณ์ ควรมีการจัดการสารสนเทศ และจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศของผู้ป่วยเบาหวานให้สะดวกต่อการใช้งานและครอบคลุม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“... เรื่องของการใช้ระบบสารสนเทศเข้ามาใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลให้มีประสิทธิภาพและเรื่องของการสื่อสารข้อมูลที่ดี... (IPN และ

OPN)” “...ที่สำคัญอีกเรื่องคือการจัดระบบสารสนเทศ ในการเก็บข้อมูลไม่ครอบคลุมชัดเจน... การเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลยังมีปัญหาอุปสรรคความเชื่อมโยงของข้อมูลในการดูแลรักษาหรือว่าการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปเครือข่ายบริการในชุมชนยังไม่ไหลรื่นเท่าที่ควร... (OPN)” “...ไม่มีการนำระบบสารสนเทศเข้ามาใช้ในเรื่องของการบันทึกจัดการข้อมูล... (IPN)”

“... ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลที่ดี...ควรปรับปรุงโปรแกรม HosXP (ซอฟต์แวร์ที่ใช้ของโรงพยาบาล)...ควรผลักดันให้มีการลงทะเบียน และจัดระบบวันนัด... (OPP)” “...ควรเน้นการส่งต่อข้อมูลที่ดี... (IPP)”

1.3.10 มีการวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลควรมีการประเมินผลลัพธ์ในภาพรวมอย่างเป็นระบบ ปัจจุบันในภาพรวมผลสำเร็จยังไม่มีความชัดเจน ทั้งการกำหนดตัวชี้วัด วิธีการวัดประเมินผลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น บางทีมงานจะมีกระบวนการทบทวน แต่ยังมีมีการรวบรวมและสรุปข้อมูลจากการประชุมจากทุกทีม และนำมาประเมินวิเคราะห์หาส่วนขาดในภาพรวม เพื่อปรับปรุงผลการดำเนินงานในภาพรวมให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

(ถึงเป้าหมายที่คาดหวัง) ยังไม่แน่ใจ เรากำหนดยังไม่ชัดเจนในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เรามีการแยกส่วนกันอยู่ฉะนั้นในระดับภาพรวมคิดว่ายังไม่ชัดเจน... (Nt)” “...บางคนรู้สึกเหมือนกับไม่ได้พัฒนา... คือขาดการประเมินส่วนขาด...คิดว่าจะยังขาดรูปแบบบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยว่าคืออะไร...(CMN)” “...ในภาพรวมก็ถือว่าน่าจะประสบความสำเร็จระดับหนึ่ง ถึงแม้จะมีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละจุด ทั้ง OPD, IPD หรือ HHC (ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน) ในแต่ละที่เขาก็มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย...(IPN)” “...ตัวบ่งชี้ความสำเร็จของเราใช้ตัวชี้วัดตาม TCEN (Toward Clinical Excellence Network) ... ผลสัมฤทธิ์ยังไม่เป็นตามเป้าหมายคิดว่าต้องมีการพัฒนาต่อไปอีก... (OPN)” “...ตอนนี้มองภาพรวมไม่ค่อยออก เพราะว่ามีการทำงานหลายหน่วย...(IPP)” “...ในภาพรวม ตอนนี้เรายังไม่ไปถึงจุดมุ่งหมาย... (OPP)”

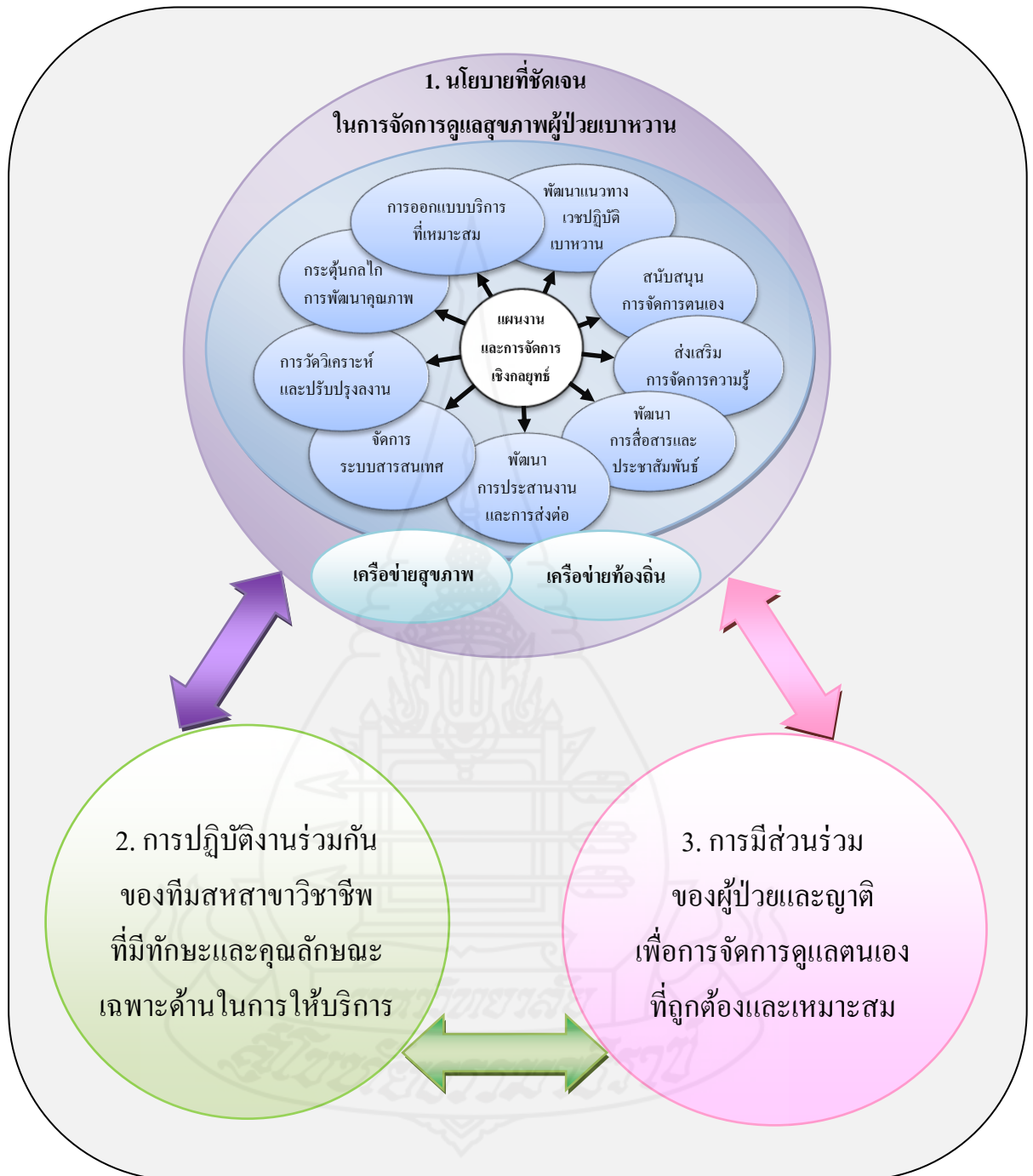
จากสภาพการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาประมวลสรุปเป็นกรอบในการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร และได้ผสมผสานแนวคิดหลักการทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครที่สามารถจัดการได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ดังแสดงในภาพ 4.1

2. การร่างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ผู้วิจัยได้ใช้ประยุกต์แนวคิดวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร จากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ได้ข้อมูลที่พบในตอนต้นที่ 1 นำมาร่างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการศึกษาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) และของแวกเนอร์ (Wagner, 1999) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ นำมาร่างเป็นรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร ดังแสดงในภาพ 4.1



รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร



ภาพที่ 4.1 รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

จากภาพแสดงถึงรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) นโยบายที่ชัดเจนในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยแผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ร่วมกับเครื่องมือสุขภาพ และเครื่องมือท้องถิ่น 2) การปฏิบัติงานร่วมกันของ

ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านในการให้บริการ และ 3) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อการจัดการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม

โดยทั้งสามองค์ประกอบเชื่อมโยงสนับสนุนต่อกันด้วยปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ ผู้วิจัยขอนำเสนอรายละเอียดของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นใหม่ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายที่ชัดเจนในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1.1 แผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ประกอบด้วยการจัดการที่มีประสิทธิภาพ 9 ด้าน

1) การออกแบบบริการที่เหมาะสม

การออกแบบบริการควรพิจารณาจากความหวังของผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ มีการออกแบบบริการที่ครอบคลุมทุกระยะของโรค ตั้งแต่ไม่มีอาการ จนมีอาการจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต และเป็นบริการที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลรักษาสุขภาพได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ครอบคลุม มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีบริการที่เชื่อมโยงและต่อเนื่องด้วยสัมพันธภาพที่ดีด้วยกันทั้งสองฝ่าย ได้แก่ การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (one stop services) การลดขั้นตอนบริการ การจัดการรายกรณี (case management) การเยี่ยมบ้าน การกระจายผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน และคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (Satellite OPD และ centralize IPD) การจัดการค่ายาเบาหวาน และควรมีการประเมินผลเพื่อพัฒนาการให้บริการให้มีความเหมาะสมและสนองตอบความต้องการของทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

2) พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติผู้ป่วยเบาหวานของ โรงพยาบาล

การกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการให้บริการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการค้นหาความต้องการด้านบริการสุขภาพที่เหมาะสมของโรงพยาบาล ควรมีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย เพื่อปรับเกณฑ์การปฏิบัติให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลสมุทรสาคร มีการควบคุมกำกับให้เกิดการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้อย่างจริงจัง และมีกระบวนการทบทวนเพื่อให้เกิดการพัฒนาสู่แนวทางปฏิบัติที่มีความเป็นเลิศ

3) การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติ

การสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองคือการสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา เข้าใจ

อุปสรรคและข้อจำกัดของตนเองรวมทั้งการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ ส่วนที่เป็นอุปสรรคควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเพียงพอและต่อเนื่องจากญาติและผู้ให้บริการ

4) ส่งเสริมการจัดการความรู้ และจัดการนวัตกรรมสุขภาพ

มีการส่งเสริมให้เกิดการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้และนวัตกรรมสุขภาพที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานนำไปสู่การปฏิบัติในทุกระดับ มีการสนับสนุนโครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้และนวัตกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดชุมชนนักปฏิบัติสำหรับพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เริ่มตั้งแต่ การประดิษฐ์คิดค้น การพัฒนาการ และการนำไปปฏิบัติ ควรจัดให้มีสถานที่ กิจกรรม ช่องทางในการพบปะพูดคุย ศึกษาดูงาน นำเสนอผลงาน แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ และความคิดเห็นประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

5) พัฒนาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์

มีการพัฒนาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้มีประสิทธิภาพแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งกลุ่มผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และประชาชนทั่วไป โดยการใช้กลวิธีการพัฒนาที่หลากหลาย ตัวอย่างเช่น การประชุม จดหมายเวียน จดหมายข่าว วารสาร อินเทอร์เน็ต อินทราเน็ต เสียงตามสาย วิทยุโทรทัศน์ของชุมชน หอกระจายข่าว โทรศัพท์ติดตามและรับปรึกษาปัญหาผู้ป่วย

6) พัฒนาระบบการประสานงาน และการส่งต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

เบาหวานให้มีประสิทธิภาพ

มีการกำหนดแนวทาง และการปฏิบัติตามแนวทางในการประสานงาน การส่งต่อและการเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล หน่วยงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ และและเครือข่ายท้องถิ่นในชุมชน มีข้อมูลที่จำเป็นในการรับส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายอย่างครบถ้วนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง มีการจัดเก็บ รวบรวม และวิเคราะห์ปัญหาการรับส่งต่อด้านต่างๆ ประชุมปรึกษาร่วมกันเพื่อการพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพ

7) การจัดการระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีคุณภาพ

มีการจัดการให้มีฐานข้อมูลสารสนเทศของผู้ป่วยเบาหวานทุกราย รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์ที่พร้อมใช้ให้ทันกับความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย มีการลงทะเบียนที่ครบถ้วนทั้งที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลรักษา ข้อมูลภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ข้อมูลควรอยู่ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ และเข้าถึงได้ง่าย และมีการทบทวนความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศที่มี

อยู่เปรียบเทียบกับความต้องการใช้ วางแผนพัฒนาปรับปรุงสารสนเทศและเทคโนโลยีสารสนเทศตามความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปใช้

8) การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานอย่างต่อเนื่อง

มีการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ ผู้รับผิดชอบ และระบบการวัด รวบรวม ทบทวน และวิเคราะห์สถานการณ์ อย่างสม่ำเสมอ มีข้อมูลสถิติ สถานการณ์ของโรคเบาหวาน จัดทำรายงานและสะท้อนผลลัพธ์แจ้งผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อปรับปรุงผลงานให้บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด

9) การกระตุ้นกลไกพัฒนาคุณภาพให้ประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับ

เป็นกลไกตอบสนองความต้องการที่จะยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งต้องมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลรักษา กับเป้าหมายและแนวทางการปฏิบัติ ทีมนำควรกระตุ้นและจูงใจให้เกิดความท้าทาย แข่งขันประกวด ผลงานคุณภาพกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล และมีการสนับสนุน ทรัพยากรด้านต่างๆอย่างเพียงพอ เพื่อให้ประสบความสำเร็จจนได้รับรางวัลและได้รับการยอมรับในระดับสากล

องค์ประกอบที่ 1.2 เครือข่ายสุขภาพ

เป็นการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ การประสานบริการ กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณภาพ ควรมีแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล ตั้งแต่การคัดกรอง การแบ่งกลุ่มตามระดับความรุนแรง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลรักษาเบื้องต้น การประสาน การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง พร้อมการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ อย่างเพียงพอ

องค์ประกอบที่ 1.3 เครือข่ายท้องถิ่น

เป็นการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วน ตำบล วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำจิตอาสา ชมรมต่างๆ เช่น ชมรมแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดการป้องกันและการจัดการกับสภาพแวดล้อม ในชุมชนที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดำรงชีวิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสมด้วยตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ชุมชน โดยการส่งเสริมให้เกิดการประสานความร่วมมือขององค์กรต่างๆในชุมชน พร้อมการสนับสนุนทรัพยากร และองค์ความรู้ที่จำเป็นในการจัดการ

องค์ประกอบที่ 2 การปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะ และคุณลักษณะเฉพาะด้านการให้บริการ

เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ กล่าวคือทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการทุกระดับควรมีทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านที่จะให้บริการได้อย่างมีคุณภาพได้แก่ ความรู้ทางคลินิก การคัดกรอง การประเมิน การจูงใจ การเสริมพลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสื่อสาร และการถ่ายทอดความรู้ ที่สำคัญควรมีวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีมแบบเชิงรุก มีการแลกเปลี่ยนความรู้และนวัตกรรม มีความมุ่งมั่นอดทน มีจิตบริการที่ดี (Service mind) ได้รับการเสริมพลังจากทีมนำและทีมที่ร่วมทำงานอย่างเพียงพอ โดยทีมนำควรมีแผนพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการทั้งด้านความรู้ทางวิชาการ โรคเบาหวาน ความรู้ทางวิชาชีพเฉพาะ และสร้างขวัญและกำลังใจอย่างต่อเนื่อง ด้วยการฝึกอบรม ฟื้นฟูความรู้ด้านวิชาการใหม่ๆ กิจกรรมการเรียนรู้ กระบวนการสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาทีมงาน กิจกรรมด้านสร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจในบทบาทของการเป็นแบบอย่างที่ดี

องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อการจัดการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม

เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมควรมีทักษะ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค การเฝ้าระวัง การประเมินภาวะผิดปกติและแก้ปัญหาฉุกเฉิน การสื่อสาร การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม การคลายเครียด การอ่านฉลากยา ฉลากความรู้ ฉลากอาหารที่สำคัญผู้ใช้บริการต้องได้รับการเสริมพลังจากญาติ และผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุปแล้วพบว่า หากโรงพยาบาลได้มีการดำเนินการในแต่ละองค์ประกอบครบถ้วน และมีการเชื่อมโยงสนับสนุนซึ่งกันและกัน จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และตอบสนองเป้าหมายของโรงพยาบาล

3. ผลการประเมินความเหมาะสมต่อรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ผู้วิจัยได้ร่างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน แล้วประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยใช้แบบประเมินที่ประยุกต์มาจากหลักการ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (The Agree Collaboration, 2003) โดยมีคำถามครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1)

มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย จำนวน 2 ข้อ 2) ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 1 ข้อ 3) ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ จำนวน 1 ข้อ 5) ด้านการนำรูปแบบไปใช้ จำนวน 2 ข้อ 6) ด้านอิสระในการกำหนดรูปแบบจำนวน 1 ข้อ รวมทั้งหมด 11 ข้อ กลุ่มผู้ประเมินประกอบด้วย ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ 9 คน เป็นผู้ให้บริการ 8 คน ผู้แทนจากผู้ใช้บริการที่ยินดีให้ความร่วมมือ 1 คน และผู้บริหารและนักวิชาการมีส่วนเกี่ยวข้องที่สามารถจะนำรูปแบบไปใช้จำนวน 11 คน ประกอบด้วยผู้บริหารและนักวิชาการของทีมนำโรงพยาบาลสมุทรสาคร และหัวหน้าหน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 20 คน

ผลการประเมิน พบว่ารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลสมุทรสาครเหมาะสม โดยผลการประเมินแต่ละมิติ ดังนี้ มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose) 95.79% มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement) 98.44% มิติด้านด้านความเข้มแข็งของรูปแบบ (Rigor and development) 95.75% มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and presentation) 93.84% มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) 92.28% มิติด้านความเป็นอิสระ (Editorial independence) 96.12% ได้คะแนนเฉลี่ย 95.23% นอกจากนั้นผู้ประเมินยังมีข้อเสนอแนะในส่วนของแผนงานว่าหากจะนำรูปแบบไปใช้ในโรงพยาบาลจริง ควรต้องมีการวางแผนการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และคาดว่ารูปแบบจะมีประสิทธิภาพเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน

โดยจำแนกคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตามกลุ่มผู้ประเมิน ดังแสดงในตาราง 4.1 ดังนี้



ตารางที่ 4.1 ค่าคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยแสดงค่าเป็นร้อยละของคะแนนความเหมาะสม

มิติการประเมิน	กลุ่มผู้ประเมิน				คะแนนประเมินโดยรวม (มิติ)
	ผู้ร่วมพัฒนา		คะแนนรวมของผู้ร่วมพัฒนา	ผู้บริหารและนักวิชาการ	
	ผู้ให้บริการ	ผู้ใช้บริการ			
1. ด้านขอบเขตและเป้าหมาย	95.83	100	97.92	89.39	95.79
2. ด้านผู้มีส่วนได้เสีย	95.83	100	97.92	100	98.44
3. ด้านเข้มแข็งของการพัฒนา	92.71	100	96.35	93.94	95.75
4. ด้านชัดเจนและการนำเสนอ	91.67	100	95.83	87.88	93.84
5. ด้านการนำรูปแบบไปใช้	87.50	100	93.75	87.88	92.28
6. ด้านความเป็นอิสระ	91.67	100	95.83	96.97	96.12
คะแนนประเมินโดยรวม (กลุ่ม)	92.42	100	96.21	92.29	95.23

จากตารางข้างต้นจะเห็นว่าค่าคะแนนประเมินความเหมาะสมโดยรวมทุกมิติได้ 95.04% ซึ่งเป็นคะแนนมากกว่า 70% (The Agree Collaboration, 2003) สามารถสรุปได้ว่ารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครที่พัฒนาขึ้น เป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้ ซึ่งผู้ประเมินส่วนใหญ่ประเมินว่ารูปแบบมีความเหมาะสม โดยผู้ร่วมพัฒนารูปแบบที่เป็นผู้ใช้บริการประเมินว่ารูปแบบมีความเหมาะสมมากที่สุด 100% กลุ่มผู้บริหารและนักวิชาการประเมินว่ารูปแบบมีความเหมาะสมน้อยที่สุด 92.29% โดยมีมิติด้านการนำรูปแบบไปใช้มีคะแนนการประเมินความเหมาะสมมากที่สุด คือ 98.44% และมิติด้านการนำรูปแบบไปใช้มีคะแนนการประเมินความเหมาะสมน้อยที่สุด คือ 92.28%

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

1.1.2 เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

1.1.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครที่พัฒนาขึ้น

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 **กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)** ในการวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร คือ ผู้ให้บริการ ที่เลือกเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีให้ข้อมูล ประกอบด้วย อายุรแพทย์ ที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักโภชนาการ 1 คน รวม 8 คน และ ผู้ใช้บริการ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการในหน่วยให้บริการของโรงพยาบาลสมุทรสาคร และยินดีให้ข้อมูลจำนวน 5 คน

1.2.2 **กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)** ในการประเมินความเหมาะสมต่อรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาเลือกเฉพาะเจาะจงจำนวน 9 คน จากทีมผู้ให้บริการ 8 คน ผู้แทนผู้ป่วยเบาหวานที่ยินดี และมีความพร้อมเป็นผู้ประเมิน 1 คน และกลุ่มผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการนำรูปแบบไปใช้ ได้แก่

ผู้บริหารและนักวิชาการจากทีมงานของโรงพยาบาล หัวหน้าหน่วยบริการที่ดูแลสุขภาพผู้ป่วย เบาหวาน 11 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 คน

1.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาเองมี 2 ชุด ได้แก่

1) *ประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์* ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเพื่อ วิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนา เครื่องมือเองโดยประยุกต์จากแนวคิดวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของ The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 นำเครื่องมือมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จาก ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.72 และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จนได้ประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร ก่อนนำไป ทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นทีมผู้ให้บริการจำนวน 1 คนและผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 1 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในประเด็นคำถามระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจะทำได้ แนวทางการตั้งคำถามที่ชัดเจนและตรงประเด็น จากนั้นปรับปรุงแก้ไขประเด็นคำถามให้สมบูรณ์ เหมาะสมก่อนนำไปใช้ต่อไป

2) *แบบประเมินความเหมาะสม* ในการนำรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือชุดนี้โดย ประยุกต์มาจากหลักการของ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (The Agree Collaboration, 2003) โดยมีคำถามครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย จำนวน 2 ข้อ 2) ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 1 ข้อ 3) ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ จำนวน 1 ข้อ 5) ด้านการนำรูปแบบไปใช้ จำนวน 2 ข้อ 6) ด้านอิสระในการกำหนดรูปแบบจำนวน 1 ข้อ รวมทั้งหมด 11 ข้อ แบบประเมินความ เหมาะสมชุดนี้ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1.2.4 *การเก็บรวบรวมข้อมูล* การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากการวิเคราะห์ สภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยใช้เครื่องมือชุดที่ 1 โดยการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการ รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด ร่วมกับการศึกษาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model) ของแวกเนอร์ (Wagner, 1999) และกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย เรื้อรัง ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) เพื่อร่างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เบาหวาน จากนั้นผู้วิจัยนำร่างรูปแบบรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ไปให้ผู้ร่วม

พัฒนาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำรูปแบบไปใช้ที่เป็นผู้บริหารและนักวิชาการของโรงพยาบาล เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยใช้เครื่องมือชุดที่ 2 นำไปแจกให้ประเมินเก็บคืนด้วยตนเองเป็นรายบุคคล พบว่ารูปแบบมีองค์ประกอบที่เหมาะสมและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อนำมาปรับร่างรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เบื้องต้น โดยการถอดข้อความ (transcribe) จากเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) จากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content Analysis) และวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยผลการคำนวณค่าคะแนนเป็นร้อยละ ผลการประเมินแต่ละมิติ ดังนี้ มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose) 95.79% มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement) 98.44% มิติด้านความเข้มแข็งของการพัฒนา (Rigor and development) 95.75% มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and presentation) 93.84% มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) 92.23% มิติด้านความเป็นอิสระ (Editorial independence) 96.12% ได้คะแนนเฉลี่ย 95.23%

1.3 ผลการวิจัย พบดังนี้

1.3.1 สภาพการณ์และความคาดหวังของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้วิจัยขอสรุปผลการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนของการพัฒนา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ในปัจจุบัน

- 1) สภาพแวดล้อมและวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนมีผลกระทบต่อ การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
- 2) นโยบายของประเทศเอื้อต่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีคุณภาพ
- 3) มีการสร้างทีมงานจากผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงและกำหนดบทบาทหน้าที่ ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษรในทุกระดับ
- 4) การประสานงาน การส่งต่อ การเชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพโดย ภาพรวมของโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน
- 5) การกำหนดแนวทางปฏิบัติในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ชัดเจน
- 6) การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตอบสนองความคาดหวังของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพียงบางส่วน

ขั้นตอนที่ 2 ความต้องการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้ไปถึงจุดเป้าหมาย

- 1) กำหนดเป้าหมายร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจน
- 2) มีการออกแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละระดับ และเป็นบริการที่สะดวก รวดเร็ว มีความครอบคลุมและต่อเนื่อง
- 3) กำหนดแผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 3 กลวิธีทำให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปถึงเป้าหมาย

- 1) พัฒนาศักยภาพทีมผู้ให้บริการให้มีทักษะเฉพาะด้านในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีคุณภาพ
- 2) พัฒนาศักยภาพผู้ใช้บริการด้วยการสนับสนุนการดูแลตนเองโดยให้ผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม
- 3) พัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ
- 4) สร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังให้กับผู้ใช้บริการ
- 5) สร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังให้กับทีมผู้ให้บริการ
- 6) สนับสนุนการจัดการด้วยตนเองอย่างมีรูปธรรม
- 7) ส่งเสริมการจัดการความรู้และนวัตกรรมสุขภาพ
- 8) กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้ประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับ
- 9) จัดการระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีคุณภาพ
- 10) มีการวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1.3.2 รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาครที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ตามคาดหวังของทั้งผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ

รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ คือ 1) นโยบายที่ชัดเจนในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยแผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ และเครือข่ายท้องถิ่น 2) การปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านในการให้บริการ 3) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อการจัดการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม

โดยทั้งสามองค์ประกอบเชื่อมโยงสนับสนุนต่อกันด้วยปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายที่ชัดเจนในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ 1.1 แผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ประกอบด้วยการจัดการที่มีประสิทธิภาพ 9 ด้าน

- 1) การออกแบบบริการที่เหมาะสม
- 2) พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติผู้ป่วยเบาหวานของ โรงพยาบาล
- 3) การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติ
- 4) ส่งเสริมการจัดการความรู้ และจัดการนวัตกรรมสุขภาพ
- 5) พัฒนาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์
- 6) พัฒนาระบบการประสานงาน และการส่งต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ
- 7) การจัดการระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีคุณภาพ
- 8) การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานอย่างต่อเนื่อง
- 9) การกระตุ้นกลไกพัฒนาคุณภาพให้ประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับ

ยอมรับ

องค์ประกอบที่ 1.2 เครือข่ายสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 1.3 เครือข่ายท้องถิ่น

องค์ประกอบที่ 2 การปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะ และคุณลักษณะเฉพาะด้านในการให้บริการ

องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อการจัดการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสม

1.3.3 การประเมินรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการได้จริง

2. อภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครผู้วิจัยขออภิปรายผลในประเด็นที่น่าสนใจตามกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้ 1) การจัดการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบันเป็นอย่างไร 2) ต้องการพัฒนาระบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้ไปถึงเป้าหมายได้ และจะอย่างไรให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปถึงเป้าหมาย และ 3) รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเหมาะสมของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

2.1 การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบันเป็นอย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลทั้งทีมผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร ยังไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร จำนวนผู้ป่วยเบาหวานยังแออัดขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากและแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นสูง เนื่องจากวิถีชีวิตความเป็นอยู่และการทำงานของประชาชนในจังหวัดสมุทรสาครมีลักษณะเป็นเมืองอุตสาหกรรมมีการเคลื่อนย้ายของประชากรจากพื้นที่อื่นเข้ามาอาศัยมาก ประชาชนที่เป็นวัยทำงานนิยมการบริโภคอาหารเร่งด่วน มีชีวิตประจำวันที่เร่งรีบ ขาดการออกกำลังกาย เน้นบริโภคอาหารทะเล และอาหารหวานมัน ไม่นิยมการรับประทานผัก จึงส่งผลให้การควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยค่อนข้างยาก และการที่เป็นแหล่งอาหารอุดมสมบูรณ์ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้มาใช้บริการเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่พื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาล และจำนวนบุคลากรมีอยู่จำกัด ส่งผลให้บริการล่าช้า การดูแลไม่ทั่วถึง คุณภาพบริการลดลง ดังคำกล่าวของผู้ให้บริการที่กล่าวว่า “...ของเราแออัด...มีหลายขั้นตอน...คนไข้ต้องเสียเวลามาก... (OPN)” “...ตรวจภาวะแทรกซ้อนถือว่าตรวจไม่ได้ตามเกณฑ์...(P)” สอดคล้องกับผู้มาใช้บริการที่กล่าวว่า “...รอนานทุกที่เลยกว่าจะได้ตรวจ...ตอนตรวจได้ก็เหนื่อยเดียว...ออกจากบ้านตีห้าถ้าเจาะเลือดตัวเดียวกลับบ้านเที่ยงวันถ้าเจาะเลือดหลายตัวก็กลับบ่ายสามโมง... (CI2)” ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ ทินกร ศิริษะภูมิ (2551) ที่พบว่าการจัดบริการต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายและต้องคำนึงสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยด้วย จึงทำให้สามารถแก้ปัญหาความแออัด และการดูแลรักษามีคุณภาพมากขึ้นและผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ

ด้วยเหตุนี้รูปแบบการให้บริการที่เน้นการดูแลรักษาในโรงพยาบาล คงต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมขึ้น ดังที่ เทพ หิมะทอง (2554: 135) เสนอว่า การจัดบริการจะต้องใส่ใจค้นหาความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และหากกลยุทธ์ในการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว การให้การวินิจฉัยโรคและให้การรักษาอย่างไรในปัจจุบันที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่จะไม่เพียงพอ และกลยุทธ์อย่างหนึ่งของการจัดการดูแลคงต้องนำผู้ให้บริการและเครือข่ายความร่วมมือขึ้นพื้นฐานในชุมชนมามีส่วนร่วมในการจัดบริการ โดยผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสมและจริงจัง ดังที่ อำพล จินดาวัฒน์ และคณะ (2549) เสนอว่าการดูแลสุขภาพต้องมีการผสมผสานระหว่างทีมผู้ให้บริการ ครอบครัว และเครือข่ายในชุมชน โดยมีความต่อเนื่องครอบคลุมทุกระยะของโรค นอกจากนั้นควรมุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการ

ด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับวิถีการดำรงชีวิตของตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้บริการที่กล่าวว่า “...ต้องวางแผนจากทีมรักษา... ทีมให้บริการในชุมชน... ท้องถิ่นต้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น... ต้องวางแผนนโยบายสาธารณะ... ให้เกิดกระแสการดูแลในสังคมนอกเหนือไปจากที่โรงพยาบาลทำงานอยู่เพียงฝ่ายเดียว...(CPM)” ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเขาวเรศ วิสูตรโยธิน (2550) เน้นว่าการให้บริการต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของประชาชนและผู้ป่วยให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของเขาและสอดคล้องกับงานวิจัยของชนิชฐา นันทบุตรและคณะที่พบว่าชุดรูปแบบบริการในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยมีความต้องการที่ความแตกต่างกัน

นอกจากนั้นโรงพยาบาลยังขาดแนวทางเวชปฏิบัติในการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกัน แต่ปัจจุบันจะมีแนวทางเวชปฏิบัติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ แต่ก็ยังไม่ได้นำมาพิจารณาเพื่อปรับใช้ในทีมผู้ให้บริการร่วมกัน ถึงแม้ว่าผู้ให้บริการผู้ป่วยเบาหวานทุกวิชาชีพจะตั้งใจปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ แต่การให้บริการผู้ป่วยยังคงดูเหมือนต่างฝ่ายต่างทำการประสานบริการไม่ชัดเจน และงานบางส่วนยังซ้ำซ้อนกัน จึงทำให้ผลลัพธ์ในการบริการไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังคำกล่าวของผู้ให้บริการว่า “...แต่ละที่(หน่วยงาน)พยายามทำอย่างเป็นเอกเทศของเขา... มันคือความโกลาหลเป็นความซ้ำซ้อนเป็นความขาดแคลนในบางอย่างเป็นความไม่เชื่อมโยงในสิ่งที่มันมีอยู่... สิ่งที่เราขาดสองอย่างคือกว้างไม่พอคือ Coverage (ครอบคลุม) ได้ไม่พอและลึกก็ลึกไม่พอ... อาจจะต้องมีแผนงานทั้งส่วนของเราและของชุมชนในแง่ของการร่วมกันกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติทั้งหลายของผู้ป่วยแต่ละระดับก็จะช่วยได้... (PI)” ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักการของแนวทางปฏิบัติปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (2554) ที่ต้องมีแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับพื้นที่บนพื้นฐานของหลักวิชาการเพื่อส่งเสริมพัฒนาบริการโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ

การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานยังไม่เป็นไปตามความคาดหวังของทีมผู้ให้บริการ พบว่ายังไม่มีกำหนดแผนงานวัตถุประสงค์และเป้าหมายการทำงานร่วมกันของโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร การจัดทำแผนงานที่นำควรระดมสมองจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการและชุมชน ต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆอย่างรอบด้าน และออกแบบการดูแลรักษาให้เหมาะสม วิฑูรย์ โสสุนทรและวิโรจน์ เขียมจรัสรังสี (2550) เสนอให้มีการแบ่งบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่ในแต่ละระดับให้ชัดเจนทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ การแบ่งบทบาทการป้องกันในแต่ละระดับดังกล่าวนี้จะช่วยให้การกำหนดบทบาทรับผิดชอบของการดูแลสุขภาพได้เหมาะสมกับศักยภาพของหน่วยบริการ สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ให้บริการที่กล่าวว่า “...ต้องมีแผนงานในทุกๆระดับ...มีการdesign

(ออกแบบ) ในสิ่งที่เรียกว่าเป็น *Health service delivery system* (ระบบการส่งต่อบริการสุขภาพ) ต้องมีการจัดระดับของผู้ป่วย...ภาพที่เป็นรูปธรรมมากก็คือการนำองค์กร โดยการ *Vision* (กำหนดวิสัยทัศน์) ในเชิงของ *Satellite OPD* และ *centralize IPD* (การกระจายผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสามารถดูแลตนเองได้ไปสู่การดูแลในเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน และคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนมากๆ เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล) จะตอบทุกอย่างได้อย่างดีอย่างต่อเนื่องทั้งของทีมของโรงพยาบาลและทีมของชุมชน...(P)”

ซึ่งความคาดหวังดังกล่าวสอดคล้องกับข้อเสนอของสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (2549) ว่าแผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ควรมีลักษณะสำคัญ 4 ประการคือ การมุ่งเน้นอนาคต การมุ่งเน้นจุดหมายร่วมขององค์กร การมุ่งเน้นกระบวนการ และการมุ่งเน้นภาพรวม สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ปราณี ช่วงไกล (2549) ที่สามารถพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องครบวงจรด้วยการมีกลยุทธ์การพัฒนาที่หลากหลายด้วยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน พัฒนาตั้งแต่ระบบการคัดกรองพื้นฐานในชุมชน การดูแลรักษาในโรงพยาบาลและในศูนย์สุขภาพชุมชน ผลสมผสานการตรวจรักษาและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนและในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหอผู้ป่วยโดยนำแนวคิด Case Management และระบบการเชื่อมโยงข้อมูล สามารถเพิ่มอัตราการควบคุมโรค ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และเกิดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างครบวงจร

2.2 ต้องการพัฒนาระบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้ไปถึงเป้าหมาย และจะทำอย่างไรให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปถึงเป้าหมาย

รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาใหม่นี้สามารถตอบคำถามตามกรอบแนวคิดการวิจัยในขั้นตอนนี้ได้ กล่าวคือ รูปแบบประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ 1) นโยบายที่ชัดเจนในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยแผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ และเครือข่ายท้องถิ่น 2) การปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านในการให้บริการ และ 3) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อการจัดการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยทั้งสามองค์ประกอบเชื่อมโยงสนับสนุนต่อกันด้วยปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ รูปแบบนี้มีความสอดคล้องกับ *Expanded chronic care model* ในงานวิจัยของ Barr, VJ et al. (2003) ที่ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) มาผสมผสานกับแนวคิด และกลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชน (*population health promotion*) โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ และ

ร่วมกันทำงาน ผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และชีวิตความเป็นอยู่ทางด้านสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น

ในองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครที่พัฒนาขึ้นใหม่ผู้วิจัยขออภิปรายผล ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายที่ชัดเจนในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย แผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ และเครือข่ายท้องถิ่น ประกอบด้วยการจัดการที่มีประสิทธิภาพ 9 ด้าน ได้แก่ 1) การออกแบบบริการที่เหมาะสม 2) พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล 3) การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติ 4) ส่งเสริมการจัดการความรู้ และจัดการนวัตกรรมสุขภาพ 5) พัฒนาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ 6) พัฒนาระบบการประสานงาน และการส่งต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ 7) การจัดการระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีคุณภาพ 8) การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานอย่างต่อเนื่อง 9) การกระตุ้นกลไกพัฒนาคุณภาพให้ประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับ

การวางแผนกลยุทธ์เป็นนี้การกำหนดแผนที่จะเป็นสะพานเชื่อมต่อระหว่างเป้าหมายและสภาพการณ์ปัจจุบัน ในภาพรวม แผนการจัดการที่มีประสิทธิภาพควรมองทั้งระบบอย่างครอบคลุมด้วยการวิเคราะห์สภาพการณ์อย่างรอบด้านเป็นการวางแผนดำเนินงานเชิงรุก สอดคล้องกับข้อเสนอของ อนุวัฒน์ สุขขุดิถกุล ที่กล่าวว่า (2548: 109 -123) การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า จะช่วยได้ระดับหนึ่ง แต่ถ้ามีการวิเคราะห์ให้ลึกซึ่งมองทั้งระบบที่เกี่ยวข้องในภาพรวมให้ครบถ้วน จะนำไปสู่การวางแผนเพื่อแก้ปัญหาในอนาคตได้ ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง อันเป็นกระบวนการทำงานที่ปรับเปลี่ยนจากการตั้งรับสู่การวางระบบเชิงรุกที่สมบูรณ์

กระบวนการพัฒนาแผนกลยุทธ์ของรูปแบบนี้จะเป็นความคาดหวังในการนำทิศทางขององค์กรมากำหนดเป็นเกณฑ์การปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ดังคำกล่าวของผู้ให้บริการที่เสนอว่า “...การจัดทำแผนต้องรวม Stakeholders (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) ให้ครบถ้วนก่อน... (OPN, IPN, CMN และ IPP)” “...ต้องกำหนดแผนและติดตาม ประเมินผลร่วมกัน ... (IPP)” “...ผู้บริหารต้องสนับสนุนทั้งงบประมาณและอุปกรณ์ที่ทันสมัยอย่างเพียงพอ...จึงจะสัมฤทธิ์ผล (OPN, IPN, NI, IPP และ OPP)” สอดคล้องกับแนวคิดของการจัดการ (Management) ที่ ลัทธินิถิล ศรีวระมย์ และณรงค์ศักดิ์ บุญเลิศ (2549) ที่เสนอว่า การจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรต้องอาศัยขั้นตอนในการวางแผน การจัดองค์กร การนำ และการควบคุม การใช้ทรัพยากรทางการบริหารต่างๆ ได้แก่ มนุษย์ วัสดุอุปกรณ์ เงินทุนตลอดจนสารสนเทศที่เกี่ยวข้องในองค์การอย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

องค์ประกอบที่ 2 การปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะ และคุณลักษณะเฉพาะด้านในการให้บริการกล่าวคือ ทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพทุกระดับมีทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านที่จะให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย ความรู้ทางคลินิก การคัดกรอง การประเมิน การจูงใจ การเสริมพลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสื่อสาร และการถ่ายทอดความรู้ที่สำคัญควรมีวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีมแบบเชิงรุก มีการแลกเปลี่ยนความรู้และนวัตกรรม มีความมุ่งมั่นอดทน บริการด้วยจิตบริการของความเป็นมนุษย์ (Service mind) ได้รับการเสริมพลังจากทีมนำและทีมที่ร่วมงานกันอย่างเพียงพอ โดยทีมนำควรมีแผนพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการทั้งด้านความรู้ทางวิชาการ โรคเบาหวาน ความรู้ทางวิชาชีพเฉพาะ และสร้างขวัญและกำลังใจอย่างต่อเนื่อง ด้วยการฝึกอบรม ฟื้นฟูความรู้ด้านวิชาการใหม่ๆ กิจกรรมการเรียนรู้ กระบวนการสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาทีมงาน กิจกรรมด้านสร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจในบทบาทของการเป็นแบบอย่างที่ดี สอดคล้องกับวิโรจน์ เจริญศรีสร้างสีและวิฑูรย์ โล่สุนทร (2551) ที่ให้มีการเตรียมความพร้อมของทีมผู้ให้บริการ ให้ได้รับการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การสื่อสาร การสอนสุขศึกษา การให้ข้อมูล การตรวจวินิจฉัยและตรวจภาวะแทรกซ้อน การดูแลทางคลินิก การบันทึกและการจัดการข้อมูล การพัฒนาศักยภาพทีมผู้ให้บริการดังกล่าวควรมีการวางแผนจัดสรรเวลาและงบประมาณอย่างเพียงพอ และเปิดโอกาสบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกวิชาชีพศึกษาและแลกเปลี่ยนความรู้ที่ทันสมัยเพิ่มเติมด้วยกลวิธีหลากหลาย มีการจัดแลกเปลี่ยนความรู้และ ทบทวนความสำเร็จและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ทีมงานต้องร่วมมือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน อันเป็นการสร้างแรงจูงใจและเสริมพลังให้กับทีมงานให้สามารถการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีคุณภาพ

องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อการจัดการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม โรงพยาบาลยังไม่มีกระบวนการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน อาจเป็นสาเหตุหนึ่งส่งผลให้มีผู้ป่วยเบาหวานมาใช้บริการเป็นจำนวนมากขึ้น ทำให้การดูแลภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม ผู้ให้บริการบางส่วนยังมีทัศนคติของการเป็นผู้ให้มากกว่าการเป็นผู้สนับสนุน กระบวนการดูแลรักษายังใช้ยาเป็นหลักในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย เช่นถ้าระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นสูงก็จะมีการเพิ่มขนาดยาสูงขึ้นไปเรื่อยๆ ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีความตระหนักที่จะรับผิดชอบในการดูแลตัวเองน้อยลงหวังพึ่งพิงแต่การรักษาด้วยยาเท่านั้น ดังคำกล่าวของผู้ให้บริการว่า “...เรามุ่งเน้นเฉพาะตัวเลขเป็นหลักให้ความสำคัญกับการแทรกแซง โดยไม่ใช้ยาน้อยที่ผ่านมาการดูแลเรื่องภาวะแทรกซ้อนถือว่าหลุดไปเยอะ...(P)”

กล่าวคือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานลักษณะเช่นนี้เป็นการดูแลแบบตั้งรับผู้ป่วยมีการพึ่งพิงการรักษาจากโรงพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาตัวเองมากขึ้นเรื่อย อันเป็นภาวะที่หนัก

สำหรับโรงพยาบาลซึ่งต้องใช้ทรัพยากรต่างๆในการบริการมากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นโรงพยาบาลควรปรับเปลี่ยนเป็นการดำเนินงานเป็นแบบเชิงรุกโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานและญาติมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการปรับพฤติกรรมตนเองดังคำกล่าวของผู้ให้บริการว่า “...สิ่งที่สำคัญของพวกเราคือการสร้างให้คนไข้ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม...(FM)” และต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบและทัศนคติในการดำเนินงานจากการบริการที่เป็นทีมสุขภาพเป็นผู้ให้การดูแลรักษาเปลี่ยนมาเป็นการบริการเพื่อผู้สนับสนุนเท่านั้น จึงจะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างยั่งยืนดังคำกล่าวของผู้ให้บริการว่า “...ต้องค่อยๆเปลี่ยนทัศนคติของเรา...ให้หันมาเน้นกระบวนการ ไม่ใช่ยาให้มากขึ้นและถ่ายโอนการดูแลส่วนนี้ไปให้ผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมอย่างยิ่งในการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตัวของเขาเอง...เราจะได้มีเวลาไปดูแลในส่วนองภาวะแทรกซ้อนให้ชัดเจนมากขึ้น...(P)” สอดคล้องกับวิโรจน์ เจริญศรีรังสีและวิฑูรย์ โล่สุนทร (2550: 4) ที่เสนอว่าการปรับบทบาทของการเป็นผู้สนับสนุนของทีมสุขภาพจะเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถดูแลจัดการตนเองได้ สอดคล้องกับ วัลลา ตันตโยทัย (2552: เอกสารนำเสนอผลงานวิจัยแห่งชาติ) ที่เน้นว่าต้องใช้จัดการด้วยกลวิธีเตรียมผู้ป่วยเบาหวานทุกคนให้เป็น “ผู้จัดการตนเอง” ที่มีประสิทธิภาพ จึงจะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและเป้าหมายของโรงพยาบาลได้อย่างยั่งยืน

ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมได้แก่ ความรู้เรื่องโรค การเฝ้าระวัง การประเมินภาวะผิดปกติและแก้ปัญหาฉุกเฉิน การสื่อสาร การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม การคลายเครียด การอ่านฉลากยา ฉลากความรู้ ฉลากอาหารที่สำคัญผู้ใช้บริการต้องได้รับการเสริมพลังจากผู้ให้บริการและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง สอดคล้อง American Association of Diabetes Educators (อ้างใน วัลลา ตันตโยทัย 2552: เอกสารนำเสนอผลงานวิจัยแห่งชาติ) กล่าวว่า การดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องผสมผสานความรู้และทักษะต่างๆ เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตประจำวันให้ได้ อย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างกระฉับกระเฉงและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 2) การเลือกรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม 3) การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง 5) แก้ปัญหาได้ถูกต้องเมื่อเกิดน้ำตาลในเลือดสูงต่ำเกินไปหรือเมื่อเจ็บป่วย 6) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน 7) ปรับตัวดำเนินชีวิตอยู่กับเบาหวานได้ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมืออย่างจริงจังจากผู้ให้บริการ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล และเครือข่ายบริการสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุนันทา เปรื่องธรรมกุล (2550) และวันดี ใจแสน (2551) ที่พบว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมที่หลากหลายทำให้สามารถควบคุม

โรคเบาหวานได้ผลดี สอดคล้องกับบทสรุปเบาหวานของ เทพ หิมะทองคำ (2554) ที่เน้นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวาน จะช่วยย่นย่อสิ่งที่เราทุกคนพยายามปฏิบัติเพื่อชีวิตที่อยู่กับเบาหวานได้อย่างมีความสุข

2.3 รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเหมาะสมของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ กลุ่มผู้ประเมินทั้งหมด 20 คน ประกอบด้วย ผู้แทนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ 8 คน และผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน ทีมผู้บริหารและนักวิชาการ 11 คน ผลการการประเมินพบว่า รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ได้จริงซึ่งได้คะแนนเฉลี่ยถึง 95.23% และคะแนนในแต่ละมิติอยู่ในระดับสูง โดยร่วมพัฒนาที่เป็นผู้แทนของผู้ใช้บริการประเมินว่ารูปแบบมีความเหมาะสมมากที่สุด 100% โดยมิติด้านผู้มีส่วนได้เสียโดยรวมมีคะแนนการประเมินความเหมาะสมมากที่สุด คือ 98.44% ทั้งนี้เนื่องจากผู้ร่วมพัฒนาทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ กลุ่มผู้บริหารและนักวิชาการ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้เสียจากทุกฝ่ายรู้สึกถึงความสำคัญต่อการเรียนรู้และมีส่วนร่วมจริงในการออกแบบการดำเนินงานในทุกขั้นตอนเพื่อบรรลุผลสำเร็จตามความคาดหวัง (รัชณี นามจันทร์ และวรรณิ บุญช่วยเหลือ 2551 อัมพล จินดาวัฒน์และคณะ 2549 และปัทมา โกมุทบุตร 2551) มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้มีคะแนนการประเมินความเหมาะสมน้อยที่สุด คือ 92.28% เนื่องจากยังไม่ได้นำรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปดำเนินการจริงทำให้ไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบได้ และผู้บริหารมีความเห็นว่ารูปแบบนี้เป็นการบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมในภาพรวมทั้งหมดของโรงพยาบาลสมุทรสาครได้อย่างครอบคลุม และคาดว่าถ้านำรูปแบบนี้ไปใช้จะทำให้ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น แต่เสนอแนะว่าก่อนนำรูปแบบไปใช้จะต้องผ่านการเห็นชอบจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ควรมอบหมายงานให้ผู้รับผิดชอบ ให้มีการวางแผนปฏิบัติการในแต่ละองค์ประกอบให้ชัดเจน มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องจึงจะทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพบรรลุตามเป้าหมายของโรงพยาบาล

3. ข้อเสนอแนะ

การพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบประเด็นข้อเสนอแนะ 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 การนำรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ให้บริการในทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ให้บริการที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ผ่านการประเมินว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ ซึ่งรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสู่เป้าหมายในภาพรวมของโรงพยาบาล ดังนั้นก่อนนำรูปแบบไปใช้ ควรผ่านความเห็นชอบจากผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญทั้งทีมผู้บริหาร และทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น

3.1.2 รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานนี้เป็นเพียงกรอบในการพัฒนา หากมีการนำไปใช้จริง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ควรนำองค์ประกอบต่างๆ ของรูปแบบมาจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และสื่อสารแผนไปสู่การปฏิบัติกับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ให้รับรู้และนำไปปฏิบัติด้วยความเข้าใจ มีการกำหนดเกณฑ์การวัด วิเคราะห์ ประเมินผลรูปแบบอย่างต่อเนื่อง สิ่งสำคัญจะต้องมีเจ้าภาพเชื่อมร้อยการดำเนินงานของทีมต่างๆ ที่รับผิดชอบให้เห็นผลลัพธ์ในภาพรวม และกำหนดทิศทางของการปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสม และบรรลุเป้าหมายที่โรงพยาบาลต้องการ

3.1.3 รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสมุทรสาคร หากโรงพยาบาลอื่นจะนำไปใช้อาจต้องพิจารณาถึงความคาดหวังของผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และเหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ที่มีความแตกต่างของแต่ละโรงพยาบาล

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาผลของการนำรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ไปใช้ในการดำเนินงาน และทำการวิจัยต่อยอดติดตามในระยะยาว เพื่อปรับปรุงรูปแบบและขยายผลในวงกว้างต่อไป

3.2.2 ควรนำกระบวนการในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคอื่นๆ

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2547) “การสังเคราะห์การวิจัยและพัฒนาเครื่องมือและกลไกการทำงานชุมชนในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข <http://hdl.handle.net/123456789/1724>
- ชาย โพธิ์ธิดา (2548) *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง (มหาชน)
- ทินกร ศิริษะภูมิ (2551) “การพัฒนาระบบบริการโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล จังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด” *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2, 2 (มกราคม-มีนาคม) : 100-114
- ทิสนา แยมมณี (2545) *ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เทพ หิมะทองคำ (2554) *เบาหวานฉบับเทพ* กรุงเทพมหานคร รัก 99 พริ้นติ้ง
- นันทวัน สุวรรณรูป (2549) “ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการพยาบาลสู่การส่งเสริมสุขภาพ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 4 หน้า 4-34 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาบริหารการพยาบาล
- บุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี พิบูลย์ กาญจนพิบูลย์ และจินดา ศรีไสว (2544) “รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน” สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
- ปราณี ช่วงไกล (2549) “การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร” *จากผลงานวิชาการนำเสนอในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2549* (กันยายน) http://mphmsu.blogspot.com/2006/12/blog-post_5383.html
- ปัทมา โกมุทบุตร (2551) “ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง: นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ” *วารสารคลินิก* 24, 4 (เมษายน) : 316-324
- “พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน” (2542) กรุงเทพมหานคร ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา (2549) “Self-management for chronic illness: Cardiovascular disease” ใน *รายงานการประชุมวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังแบบผสมผสาน : การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล* วันที่ 17-19 พฤษภาคม 2549 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หน้า 76-86

- มณี อภานันท์กุล (2549) “การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำวิทยานิพนธ์” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2* หน่วยที่ 9 หน้า 9-23 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาบริหารการพยาบาล
- เยาวเรศ วิสูตรโยธิน (2550) “แนวคิดการเจ็บป่วยและการแก้ปัญหา : มุมมองประชาชนต่อโรคเบาหวาน” ใน *ทางออกของประเทศไทย : พอเพียง ยั่งยืนและสันติสุข* การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 5 วันที่ 14 ธันวาคม 2550 โรงแรมเอส.ดี.โอเวนิว กรุงเทพมหานคร คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- รัชณี นามจันทรา และวรรณี บุญช่วยเหลือ (2551) “การบริหารการพยาบาลกับการจัดการเชิงธุรกิจ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล* หน่วยที่ 14 หน้า 14-8 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาบริหารการพยาบาล
- ราชบัณฑิตยสถาน (2542) *ศัพท์นิติศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน* กรุงเทพมหานคร ราชบัณฑิตยสถาน
- โรงพยาบาลสมุทรสาคร (2554) *สรุปผลการดำเนินงานเสนอการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวงกรณีปกติ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2554 (9-11 กุมภาพันธ์ 2554)* โรงพยาบาลสมุทรสาคร และเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร
- ลัทธิกาล ศรีวระมย์ และณรงค์ศักดิ์ บุญเลิศ (2549) “องค์การและสภาพแวดล้อมขององค์การ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการจัดการองค์การและทรัพยากรมนุษย์* หน่วยที่ 1 หน้า 5 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาบริหารการพยาบาล
- วันดี ใจแสน (2551) “การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคในบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วัลลา ตันตโยทัย (2552) “การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน” ใน *เอกสารนำเสนอผลงานวิจัยแห่งชาติ วันที่ 29 สิงหาคม 2552* เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- วิฑูรย์ โล่สุนทร และวิโรจน์ เขียมจรัสรังสี (2551) “วิทยาการระบาดของโรคเบาหวานในประเทศไทย” *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2, 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) : 636-637
- วิโรจน์ เขียมจรัสรังสี และวิฑูรย์ โล่สุนทร (2551) “การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยปฐมภูมิ” *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2, 2 (เมษายน-มิถุนายน) : 195-204

- วิโรจน์ เจริญศรีสรังสี และวิฑูรย์ โล่สุนทร (2551) “การปรับวิถีชีวิตในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน” *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2, 3 (กรกฎาคม-กันยายน) : 464-476
- วิโรจน์ เจริญศรีสรังสี (2551) “รูปแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2, 1 (มกราคม- มีนาคม) : 82-90
- ศากุล ช่างไม้ (2549) “การประเมินแนวทางปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและการประเมินผล” *มหาวิทยาลัยคริสเตียน* 12, 1 (มกราคม- เมษายน) : 15-24
- สมเกียรติ โพธิ์สตัย และวรรณุตร อรุณรัตน์โชติ (2552) *TCEN* เบาหวาน ซีทีส กำหนดเป้าเร่งพัฒนา กรุงเทพมหานคร ห้างหุ้นส่วนจำกัดอุดมรัตน์การพิมพ์และดีไซน์
- สมจิต หนูเจริญกุล (2551) “การจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล* หน้าที่ 11 หน้า 11- 6
- นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาบริหารการพยาบาล
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อ (2551) *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2551* กรุงเทพมหานคร รุ่งศิลป์การพิมพ์ (๑๕๗๗)
- _____ (2554) *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2554* กรุงเทพมหานคร รุ่งศิลป์การพิมพ์ (๑๕๗๗)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554) *การสาธารณสุขไทย 2551-2553* สถานะสุขภาพและแนวโน้มของปัญหาสุขภาพของคนไทย กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก
- สุนันทา เป็รื่องธรรมกุล (2550) “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนวังสะพุง จังหวัดเลย” *วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒน* มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
- สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2549) “แนวทางการจัดการบริการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะยาว” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการระบบสุขภาพและการจัดการ* หน้าที่ 6.2.5 หน้า 6-67 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาบริหารการพยาบาล
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และพินิจ ฟ้าอำนวยผล (2549) “แนวโน้มสถานการณ์สุขภาพของประเทศไทย” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการระบบสุขภาพและการจัดการ* หน้าที่ 3 หน้า 3-6 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาบริหารการพยาบาล

- อนุวัฒน์ สุขขุติกุล (2548) *การจัดการเชิงระบบ : วิถีสู่ความสำเร็จในการสร้างคุณค่า*
กรุงเทพมหานคร ดีไซร์
- (2549) *นวัตกรรมตามรอยและวัดผลคุณภาพ* กรุงเทพมหานคร ดีไซร์
- อรพรรณ โตสิงห์และคณะ (2551) “สถานการณ์และแนวโน้มการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ
ทางการบริการสุขภาพ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการ
บริหารการพยาบาล* หน่วยที่ 13 หน้า 13-11 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาบริหารการพยาบาล
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2549) *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Piatt A. G., Orchard J. T., Emerson S., Simmons D., Songer J. T., Brooks M. M., Korytkowaki
M., Siminerio M. L., Ahmad U., Zgibor C. J. (2006). “Translating the Chronic Care
Model Into the Community.” In *Diabetes Care*. Vol. 29, No. 4, April. pp.811-817.
- Phills, Tsimikas A., Walker C., Rivard L., Talabera G., O.F. Reimann J., Salmon M., and Araujo
R. (2004). “Improvement in Diabetes Care of Underinsured Patients Enrolled in
Project Dulce.” In *Clinical Diabetes*. Vol. 27, No. 2, pp.54-58.
- Siminerio L., Zgibor J., X. Solano Jr. F. (2004). “Implementing the Chronic Care Model for
Improvements in Diabetes Practice and Outcomes in Primary Care: The University
of Pittsburgh Medical Center Experience.” In *The Business of diabetes*. Vol. 22
- The Alberta Ministry of Human Resources and Employment (2006) “The Service Excellence
Circle” from This guide book can also be accessed at
www.chr.alberta.ca/makingservicestronger
- The Agree Collaboration (2003) “Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE)
Instrument.” Retrieved July 15, 2011, from
<http://www.agreecollaboration.org/pdf/aitraining.pdf>
- Victoria J. Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts, Darlene
Ravensdale, Sandy Salivaras. (2003). “The Expanded Chronic Care Model: An
Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the
Chronic Care Model.” In *Hospital Quarterly*. Vol. 7, No.1, pp.73-82.

Waltz, Carolyn Feher, Strickland, Ora L, and Lenz, Elizabeth R. (1991). *Measurement in Nursing Research*. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis.

World Health Organization. (2003) the WHO Innovative Carefor Chronic Conditions (ICCC) Framework, Retrieved July 15, 2011, from <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/ICCC/en/>

Wagner, et.al. (2001) “Chronic care model” Framework, Retrieved July 15, 2011, from http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|---|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลลา ตันตโยทัย | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้ | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 3. อาจารย์จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานพัฒนาระบบและมาตรฐานการพยาบาล
เฉพาะทาง สำนักการพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข |





ภาคผนวก ข

หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

ที่ ศธ 0522.26/



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด

จังหวัดนนทบุรี 11120

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อธิการบดี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ด้วย นางสาวสุดใจ ตั้งประดิษฐ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ทำ
 วิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล
 สมุทรสาคร” โดย รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ
 อยู่ระหว่างตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลา
 ตันตโยทัย บุคลากรในสังกัดหน่วยงานของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ใน
 เรื่องดังกล่าว เป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ
 วิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าว เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
 เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หวังเป็น
 อย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สถิตวิทยานันท์)
 ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ โทร. 0-2504-8036-7 โทรสาร 0-2504-8096

ที่ ศธ 0522.26/



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด

จังหวัดนนทบุรี 11120

มิถุนายน 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

เนื่องด้วยนางสาวสุคใจ ตั้งประดิษฐ์ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์สิริธรรมศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษา ดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจาก โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในรูปแบบของการสนทนา รายบุคคลกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของโรงพยาบาลสมุทรสาครจำนวน 16 คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะดำเนินการประสานเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ในการดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ในครั้งนี้ด้วย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สถิตวิทยานันท์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7 โทรสาร.0-2503-2620

ที่ ศธ 0522.26/



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด

จังหวัดนนทบุรี 11120

มิถุนายน 2553

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ด้วย นางสาวสุดใจ ตั้งประดิษฐ์ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาเห็นว่าบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ (รายนามผู้ให้ข้อมูลหลัก) เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อการวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมา เพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อการวิจัยดังกล่าวด้วย หวังว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์ล สถิตวิทยานันท์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2504-8096

ที่ ศธ 0522.26/



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด

จังหวัดนนทบุรี 11120

มิถุนายน 2553

เรื่อง ขอเชิญท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อการวิจัย

เรียน (รายนามผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อการวิจัย)

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางสาวสุดใจ ตั้งประดิษฐ์ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้สาขาวิชาพิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อการวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้นักศึกษาจะได้ประสานกับท่านในวันเวลาและสถานที่ต่อไป

จึงเรียนมา เพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อการวิจัยในการดังกล่าวด้วย จะขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สถิตวิทยานันท์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2504-8096

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์





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.....๘๘/๒๕๕๔.....

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

เลขที่โครงการ/รหัส ID 2505100269

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวสุดใจ คิ่งประดิษฐ์

ที่ทำงาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม *Dr. Chon Rodam*

(อาจารย์ ดร. ชันจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม *Dr. Srinuan Sittithayanant*

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติจิตวิทยานันท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ภาคผนวก ง

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย



หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ทำที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

วันที่.....

ข้าพเจ้า อายุ ปี
บ้านเลขที่ ถนน หมู่ที่ แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ จังหวัด

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของนางสาวสุดใจ ตั้งประดิษฐ์ เรื่องการพัฒนา
รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับ
ขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใดและพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย
ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการ
วิจัยโดยละเอียดแล้ว จากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็น
ความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตาม
เจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นางสาวสุดใจ ตั้งประดิษฐ์)



ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

คำชี้แจง ประเด็นการสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวังการ
จัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสมุทรสาคร แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของผู้
ให้บริการ และส่วนของผู้ใช้บริการ

ส่วนที่ 1 ประเด็นคำถามสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ

1.1 การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบันเป็นอย่างไร

ขั้นตอนที่ 1 วัฒนธรรมของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

- 1) มีทีม/ ผู้รับผิดชอบดูแลเฉพาะเจาะจงหรือไม่และถ้ามีประกอบด้วยใครบ้างที่
เกี่ยวข้อง
- 2) ผู้ที่เกี่ยวข้องมีการแบ่งบทบาทหน้าที่และขอบเขตการดูแลกันอย่างไร
- 3) มีผู้ประสานความร่วมมือในการเชื่อมโยงการดำเนินงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ
หรือไม่ และประสานการดูแลรักษาอย่างไร
- 4) บ่อยครั้งเพียงใดที่ได้มีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็น/มีส่วนร่วมในการจัดการดูแล
สุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน / เป็นเรื่องเกี่ยวกับอะไรบ้าง
- 5) มีการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองหรือไม่
อย่างไร

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและความคาดหวัง

การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบัน เป็นไปตามความคาดหวัง หรือไม่
อย่างไร หากมีกรุณาช่วยเล่าในประเด็นข้อ 6-9 หากไม่มีควรเป็นอย่างไรในประเด็นข้อ 10

- 6) ช่วยเล่าถึงขั้นตอน/กระบวนการทำงานเป็นอย่างไรทั้งงานที่ท่านรับผิดชอบและ
งานที่เกี่ยวข้อง
- 7) ในแต่ละขั้นตอน/กระบวนการทำงานมีผลงานออกมาเป็นอย่างไรหรืออะไรบ้าง
- 8) ขั้นตอนใดที่สำคัญที่สุด มีหลักฐานอะไรที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ขั้นตอนนั้น
สำคัญที่สุด/เพราะอะไรท่านจึงคิดเช่นนั้น
- 9) ปัจจุบันท่านคิดว่าการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเป็นไปตามที่ท่านคาดหวัง
หรือไม่
- 10) การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณภาพตามความคาดหวังของท่าน
ควรมีลักษณะเป็นอย่างไร

1.2 ต้องการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้ไปถึงจุดหมายใด

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนกลยุทธ์ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

- 11) ข้อจำกัด จุดอ่อน จุดแข็ง สิ่งคุกคามและโอกาสในการพัฒนาที่ค้นพบเพื่อการวางแผนจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีอะไรบ้าง
- 12) วิสัยทัศน์ เป้าหมายที่ต้องกำหนดในแผนงานเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่มีคุณภาพคืออะไร
- 13) การจัดทำแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ ควรทำอย่างไร และมีปัจจัยอะไรที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 4 มาตรฐานของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

- 14) ปัจจุบันมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอย่างไร เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดยทีมสุขภาพของโรงพยาบาลเองหรือไม่ ถ้าไม่มีใช้แนวทางใดเป็นมาตรฐานในการดูแลและมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด
- 15) ทีมนำทางคลินิกอายุรกรรมจะมีการทบทวนการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อพัฒนาเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร หรือมีประเด็นอะไรบ้างที่ควรมีการปรับปรุงเพื่อให้มีมาตรฐานการดูแลสุขภาพที่เป็นเลิศ
- 16) การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสมุทรสาครมีการเปรียบเทียบสมรรถนะการจัดการดูแลสุขภาพกับที่ไหนบ้าง ด้วยวิธีการอย่างไร

1.3 ทำอย่างไรให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปถึงเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 5 เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้ให้บริการ

- 17) มีนวัตกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เกิดขึ้นมาใหม่บ้างหรือไม่ และถ้ามีคืออะไร เกิดขึ้นจากอะไร มีความเหมาะสมกับการนำมาใช้หรือไม่ อย่างไร คิดว่าถ้านำมาใช้แล้วผลน่าเป็นอย่างไร
- 18) ตามความเห็นของท่านผู้ให้บริการควรมีความรู้และทักษะด้านใดบ้าง จึงจะสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ และส่วนของผู้ใช้บริการควรมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองอะไรบ้างและจะเพิ่มพูนความรู้ทักษะทั้งสองกลุ่มอย่างไร
- 19) ทีมนำควรมีแผนในการพัฒนาบุคลากร อย่างไร
- 20) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างทีมงานอย่างไร
- 21) มีการสร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังให้กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องอย่างไร

22) มีการสร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดูแลจัดการตนเองและปฏิบัติได้จริงอย่างไร

ขั้นตอนที่ 6 การวัดผลลัพธ์ของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

มีการติดตามและการสะท้อนผลลัพธ์ของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานหรือไม่ อย่างไร ในประเด็นดังนี้

- 23) เป้าหมายในการวัดผลคืออะไร
- 24) สิ่งที่ต้องวัดคืออะไร
- 25) ทำไม่ถึงต้องวัด
- 26) จะวัดอย่างไร
- 27) จะวัดเมื่อไร
- 28) ใครเป็นผู้วัดและ
- 29) ผลลัพธ์ที่ได้คืออะไร

ขั้นตอนที่ 7 ประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม

30) ขณะนี้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ประสบผลสำเร็จอย่างไรบ้าง ใช้อะไรเป็นตัวบ่งชี้ระดับความสำเร็จ ผลสัมฤทธิ์ที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่คาดหวังตามแผนหรือไม่ อย่างไร และมีอะไรบ้างจะต้องพัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและจะมีวิธีดำเนินการอย่างไร เพื่อให้เกิดผลการดูแลที่มีคุณภาพดียิ่งขึ้นในเรื่องต่อไปนี 1) ด้านผู้รับบริการ การเข้าถึง คุณภาพ พอใจ ประสิทธิภาพ คุ่มค่า ผลกระทบ 2) ด้านทีมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 8 การสื่อสารและประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

31) ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีการสื่อสาร/ การให้ข้อมูลการดำเนินงานกับทีมผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดอย่างไร ท่านคิดว่าควรพัฒนาปรับปรุง เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมวิธีการหรือช่องทางสื่อสารที่ใช้อยู่ในปัจจุบันอย่างไร

ส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน

2.1 การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบันเป็นอย่างไร

ขั้นตอนที่ 1 วัฒนธรรมของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

32) มีเจ้าหน้าที่ดูแลท่านโดยเฉพาะหรือไม่ เป็นใคร(เจ้าหน้าที่ หมายถึง บุคลากรที่ให้การดูแลสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัช และ โภชนากร ของ รพ.สมุทรสาคร)

33) เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลสุขภาพมีใครบ้าง (อาจตอบไม่ครบก็ได้ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัช และ โภชนากร หากเรียกโภชนากรไม่ถูก อาจต้องถามนำว่านอกจากนี้ ยังมีใครมาแนะนำเรื่องอาหารไหม แต่งตัวอย่างไร) และแต่ละคนดูแลท่านอย่างไร

34) ในการดูแลสุขภาพตนเอง ท่านอาศัยความร่วมมือจากใคร และบุคคลเหล่านั้นได้ทำอะไรให้ท่านบ้าง

35) เจ้าหน้าที่เหล่านั้นให้โอกาสท่านและครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของท่านหรือไม่/และใครบ้าง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและความคาดหวัง

36) เมื่อท่านมาตรวจที่โรงพยาบาล ผ่านจุดให้บริการหรือขั้นตอนใดบ้างและ ในแต่ละจุดให้บริการอะไร

37) สิ่งที่ท่านได้รับในแต่ละจุดบริการเป็นอย่างไร และ ท่านพึงพอใจมากหรือน้อยเพียงใด

38) ท่านคิดว่าจุดบริการใดสำคัญที่สุดสำหรับท่าน และมีอะไรหรือหลักฐานใดที่แสดงว่าจุดบริการนั้นสำคัญที่สุด และเพราะอะไรจึงสำคัญที่สุดสำหรับท่าน

39) การบริการดูแลสุขภาพในแต่ละจุดที่เป็นอยู่เหมาะสมมั๊ย และเป็นไปตามความคาดหวังของท่านหรือไม่

40) จากข้อ 8 หากไม่ ท่านต้องการบริการใดเพิ่มเติม หรือคาดหวังอยากโรงพยาบาลจัดบริการดูแลสุขภาพแก่ท่านอย่างไร

2.2 ต้องการพัฒนากิจการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปให้ไปถึงจุดหมายใด

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานร่วมกัน หรือไม่ อย่างไร

41) ท่านมีเป้าหมายในการเข้ามารับบริการดูแลสุขภาพ อย่างไร

42) ท่านมีโอกาสร่วมตัดสินใจ/แสดงความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพตนเองหรือไม่ ถ้ามีเป็นเรื่องเกี่ยวกับอะไร

43) พยาบาล หรือ(เจ้าหน้าที่อื่น) ได้ร่วมกับท่านในการเตรียมความพร้อมที่จะกลับบ้านและการมารับบริการที่โรงพยาบาลในโอกาสต่อไปหรือไม่ และอย่างไร

44) บริการดูแลสุขภาพที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ เป็นไปตามความคาดหวังท่านหรือไม่ และทำให้ท่านมั่นใจว่าจะสามารถดูแลตนเองได้หรือไม่

ขั้นตอนที่ 4 มาตรฐานของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

45) ท่านมีวิธี หรือ แนวทางหรือแบบแผนในการดูแลสุขภาพตนเอง หรือไม่ (เช่น ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การผ่อนคลายความเครียด)

46) หากมี ท่านได้แนวทาง นี้มาได้อย่างไร และหากไม่มีท่านดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร (ทุกคนควรมีแนวทาง แต่คำถามอาจทำให้ไม่เข้าใจ จึงอาจต้องปรับตามแต่ละบุคคล)

47) แนวทาง ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันท่านคิดว่าจะมีความเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านหรือไม่ และท่านมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองอย่างไร

48) การดูแลสุขภาพของตนเองปัจจุบันเป็นไปตามที่ท่านคาดหวังไว้หรือไม่อย่างไร และท่านมีความเห็นว่าการจัดบริการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลควรได้รับ ปรับปรุงหรือเพิ่มเติมอะไรบ้าง เพื่อจะช่วยให้ท่านสามารถดูแลจัดการตนเองได้

ทำอย่างไรให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปถึงเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 5 การเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ

49) ท่านเคยพบเพื่อนที่เป็นเบาหวานและดูแลตนเองได้ดีบ้างไหม และเขาทำอย่างไร หากเคยพบ ท่านเคยคิดปฏิบัติตามบ้างไหมและผลเป็นอย่างไร

50) ท่านมีโอกาสดำเนินกิจกรรมการกลุ่ม/กิจกรรมอื่นๆกับเพื่อนเบาหวานที่ทางโรงพยาบาลจัดหรือไม่ และท่านคิดว่ากิจกรรมดังกล่าวมีประโยชน์หรือไม่ อย่างไร และควรปรับกิจกรรมดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร

51) การถ่ายทอดความรู้ของเจ้าหน้าที่ เป็นอย่างไร ทำให้ท่านเกิดความเข้าใจ มากน้อยเพียงใด มีอะไรควรปรับปรุงบ้างไหม

52) ต้องการให้ผู้ดูแลสุขภาพของท่าน (ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลใกล้ชิด) มีการแสดงออกกับท่านอย่างไร เพราะเหตุใด

53) ท่านมีการสร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังให้ตัวเอง และผู้ดูแลท่านอย่างไร จึงจะทำให้กำลังใจและสามารถดูแลจัดการตนเองได้ดี

54) นอกเหนือจากที่กล่าวมา ท่านต้องการให้โรงพยาบาลจัดบริการดูแลสุขภาพท่านอย่างไร และต้องการบริการดูแลเป็นพิเศษอะไรบ้าง

ขั้นตอนที่ 6 การวัดผลของบริการดูแลสุขภาพควรเป็นเช่นไร และอะไร เป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานประสบผลสำเร็จ

55) เจ้าหน้าที่ มีการติดตามและบอกให้ท่านรู้ถึงผลของการดูแลสุขภาพของท่านหรือไม่ อย่างไร (เช่น การแจ้งผลการควบคุมระดับน้ำตาล การดำเนินของโรค)

56) ท่านมีวิธีประเมินผลการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างไร (เช่น การควบคุมระดับน้ำตาล ภาวะแทรกซ้อน ความสุข อื่นๆ ด้านร่างกาย จิตใจ)

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

57) ในส่วนตัวของท่านคิดว่าจะต้องปรับพฤติกรรมอย่างไร จึงจะสามารถควบคุมเบาหวานให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสมกับตนเอง

ขั้นตอนที่ 8 การสื่อสารและประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

58) ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากโรงพยาบาลบ้างหรือไม่ด้วยวิธีการใดบ้าง มีความสะดวกและพึงพอใจหรือไม่ และท่านคิดว่าควรพัฒนาปรับปรุง เปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมวิธีการให้ข้อมูลหรือช่องทางสื่อสารที่โรงพยาบาลใช้อยู่ในปัจจุบันอย่างไร



เครื่องมือชุดที่ 2

แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

โรงพยาบาลสมุทรสาคร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามระดับผลการประเมินความคิดเห็นของท่าน ดังนี้

- 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนี้ๆ
- 3 หมายถึง เห็นด้วยว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนี้ๆ
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนี้ๆ
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนี้ๆ

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				ข้อเสนอเพิ่มเติม
		4	3	2	1	
1	<p>มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose)</p> <p>วัตถุประสงค์ของรูปแบบที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นกรอบในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร อย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง ครบวงจร</p>					
2	<p>รูปแบบที่สร้างขึ้นมีความครอบคลุมมิติการจัดการที่เกี่ยวข้องทั้งหมดกับการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ</p> <p>มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย(Stakeholder involvement)</p>					
3	<p>รูปแบบสร้างจากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีประสบการณ์ตรงในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน</p> <p>มิติด้านความเข้มแข็งของการพัฒนารูปแบบ (Rig our of development)</p>					
4	<p>มีการศึกษาแนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและการพัฒนารูปแบบอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการกำหนดโครงสร้าง และองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบ</p>					
5	<p>หลักฐานทางวิชาการที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและการพัฒนารูปแบบทั้งในและต่างประเทศที่มีอายุไม่เกิน 10 ปีหรือที่มีอายุเกิน 10 ปีจะเป็นเอกสารทางวิชาการที่เขียนโดยผู้ทรงคุณวุฒิในด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการพัฒนากุณภาพ ด้านระบบสุขภาพที่ได้รับการยอมรับทั้งในประเทศและต่างประเทศ</p>					

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ระดับความ คิดเห็น				ข้อเสนอ เพิ่มเติม
		4	3	2	1	
6	มีการนำประเด็นสำคัญของหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการดูแล สุขภาพผู้ป่วยเบาหวานจากตำราและงานวิจัยมาอธิบายเชื่อมโยง สนับสนุนการสร้างรูปแบบได้อย่างเหมาะสม					
7	มีการตรวจสอบประเด็นการสนทนาเพื่อการสร้างรูปแบบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและด้านบริหาร จัดการ					
	มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and presentation)					
8	นำเสนอและเชื่อมโยงองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบได้อย่าง เฉพาะเจาะจง ชัดเจนและครอบคลุมมิติของการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เบาหวานแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องครบวงจรการระบุนความสัมพันธ บทบาทและขั้นตอนการปฏิบัติงานของทีมผู้ให้บริการได้อย่างชัดเจน และสะดวกต่อการนำไปใช้					
	มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability)					
9	รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่สร้างขึ้นสามารถ นำไปปฏิบัติได้และมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล สมุทรสาคร โดยได้รับการประเมินจากทีมงานผู้เกี่ยวข้องซึ่งได้แก่ผู้ ร่วมพัฒนา นักวิชาการและผู้บริหาร					
10	รูปแบบมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม น่าเชื่อถือ					
	มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดแนวปฏิบัติ/รูปแบบ (Editorial independence)					
11	ผู้ร่วมสนทนาทุกรายให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการ ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีอิสระ โดยไม่มีการบีบบังคับหรือ ชี้นำจากผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมพัฒนาอื่นๆ โดย มีหลักฐานปรากฏในแบบลงนามยินยอมให้ข้อมูลและแบบบันทึก ข้อมูลการสนทนา					

ตารางที่ 1 การแจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อประเด็นการสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความคาดหวังรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรสาคร (เครื่องมือชุดที่ 1 ทั้งหมด 58 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน)

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ											
	คนที่1				คนที่2				คนที่3			
	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
1		✓			✓				✓			
2		✓			✓				✓			
3		✓			✓				✓			
4		✓			✓				✓			
5		✓			✓				✓			
6		✓			✓				✓			
7		✓			✓				✓			
8		✓			✓					✓		
9		✓			✓					✓		
10		✓			✓				✓			
11		✓			✓				✓			
12		✓			✓				✓			
13		✓			✓				✓			
14		✓			✓				✓			
15		✓			✓				✓			
16		✓			✓				✓			
17		✓				✓			✓			
18		✓				✓			✓			
19		✓				✓			✓			
20		✓				✓			✓			
21		✓				✓			✓			
22		✓				✓			✓			

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงวุฒิ											
	คนที่1				คนที่2				คนที่3			
	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
23		✓				✓			✓			
24		✓				✓			✓			
25		✓				✓			✓			
26		✓				✓			✓			
27		✓				✓			✓			
28		✓				✓			✓			
29		✓				✓			✓			
30			✓		✓				✓			
31			✓		✓				✓			
32				✓		✓			✓			
33				✓		✓			✓			
34				✓		✓			✓			
35				✓		✓			✓			
36				✓			✓		✓			
37				✓			✓		✓			
38				✓			✓		✓			
39			✓				✓		✓			
40				✓			✓		✓			
41				✓			✓		✓			
42			✓				✓		✓			
43			✓				✓		✓			
44			✓				✓		✓			
45			✓				✓		✓			
46			✓				✓		✓			
47			✓				✓		✓			
48			✓				✓		✓			
49			✓				✓		✓			
50			✓				✓		✓			
51			✓				✓		✓			
52			✓				✓		✓			
53			✓				✓		✓			

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงวุฒิ											
	คนที่1				คนที่2				คนที่3			
	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
54			✓				✓		✓			
55			✓				✓		✓			
56			✓				✓		✓			
57			✓			✓			✓			
58			✓			✓			✓			

ตารางที่ 2 การแจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน (เครื่องมือชุดที่ 2 ทั้งหมด 11 ข้อ)

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงวุฒิ											
	คนที่1				คนที่2				คนที่3			
	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
1			✓				✓		✓			
2			✓				✓		✓			
3			✓			✓				✓		
4	✓				✓				✓			
5	✓				✓				✓			
6	✓				✓				✓			
7	✓				✓				✓			
8		✓			✓				✓			
9		✓			✓				✓			
10		✓			✓				✓			
11	✓				✓				✓			

นำผลการพิจารณาเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแต่ละข้อ โดยจัดแบ่งระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ออกเป็น 2 กลุ่ม คือความตรงที่ยอมรับได้ (ความสอดคล้องระดับ 3 และ 4) กับความตรงที่ยอมรับไม่ได้ (ความสอดคล้องระดับ 1 และ 2) แล้วนำคะแนนทั้ง 2 กลุ่มจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่า CVI ของแต่ละข้อ โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{CVI} = \frac{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด}}$$

เกณฑ์ตัดสินคุณภาพของเครื่องมือ คือ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มากกว่า 0.50 จึงสรุปได้ว่าเครื่องมือชุดนั้นมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Waltz; Strickland & Lenz 1991:172-174)

เครื่องมือชุดที่ 1 ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของประเด็นสนทนาเพื่อศึกษาสภาพการณ์และความคาดหวังของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครประเด็นสนทนากับผู้ให้บริการและผู้รับบริการรวมทั้งหมด 58 ข้อได้ค่า CVI ในแต่ละข้อจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดังนี้ ประเด็นสนทนาจำนวน 30 ข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 (3/3) ประเด็นสนทนาจำนวน 8 ข้อที่ CVI เท่ากับ 0.67 (2/3) และประเด็นสนทนาจำนวน 20 ข้อที่ CVI เท่ากับ 0.33 (1/3) คำนวณหาค่าเฉลี่ยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ย (CVI) เท่ากับ 0.72 ($1*30+0.67*8+0.33*20/58$) จากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นสนทนาที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่ามีควมสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จนได้ประเด็นการสนทนาที่สมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการจำนวน 2 คน และผู้ป่วยเบาหวานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอย่างละ 1 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้ร่วมพัฒนาให้ตรงกันจะทำให้ได้ประเด็นการสนทนาที่ชัดเจนและตรงกับเรื่องที่จะศึกษาพร้อมทั้งสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ให้ข้อมูลระหว่างตอบคำถามทุกข้อจากนั้นนำมาปรับประเด็นการสนทนาให้สมบูรณ์กระชับเหมาะสมก่อนนำไปใช้

เครื่องมือชุดที่ 2 ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาครประเด็นคำถามมีทั้งหมด 11 ข้อ ได้ค่า CVI แต่ละข้อ ดังนี้ ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1(3/3) และข้อคำถามจำนวน 2 ข้อที่มีค่า CVI เท่ากับ 0.33 (2/3) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ย (CVI) เท่ากับ 0.88 ($9*1+0.33*2/11$) ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นคำถาม 2 ข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่ามีควมสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยคงประเด็นการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบเดิมจำนวน 11 ข้อ

ตารางที่ 3 แสดงการแจกแจงคะแนนประเมินความเหมาะสมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ไปใช้ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ผู้ประเมิน คนที่	คะแนนประเมินรายชื่อ										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4
2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2
3	2	3	4	3	4	3	3	2	3	3	4
4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4
5	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
14	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
16	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4
17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
18	4	3	4	4	4	4	4	3	2	3	4
19	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
20	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-2

มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement) จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3

มิติด้านความเข้มแข็งของรูปแบบ (Rigor and development) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4-7

มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and presentation) จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8

มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 9-10

มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ (Editorial independence) จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 11

การคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ (Calculating domain scores)

กระทำได้โดยใช้ค่าคะแนนรวมรายชื่อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมดและนำมาเข้าสู่สูตรเพื่อหาค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ ดังนี้ (The Agree Collaboration, 2003)

คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ = 4 (คะแนน) * จำนวนข้อในแต่ละมิติ * จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้ = 1 (คะแนน) * จำนวนข้อในแต่ละมิติ * จำนวนผู้ประเมิน

$$\text{ค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}} * 100$$

ค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิติมากกว่า 70% จึงสามารถสรุปได้ว่ารูปแบบเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ โดยผลการคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ ดังนี้

มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose)	= 95.79%
มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement)	= 98.44%
มิติด้านความเข้มแข็งของรูปแบบ (Rigor and development)	= 95.75%
มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and presentation)	= 93.84%
มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability)	= 92.28%
มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ (Editorial independence)	= 96.12%
คะแนนเฉลี่ยทุกมิติ	= 95.23%



ภาคผนวก ฉ
ตัวอย่างคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลัก

ตัวอย่างการสัมภาษณ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบันเป็นอย่างไร

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างวัฒนธรรมของการดูแลสุขภาพ

R: มีทีม/ ผู้รับผิดชอบดูแลเฉพาะเจาะจงหรือไม่และถ้ามีประกอบด้วยใครบ้างที่เกี่ยวข้อง

P: ด้วยความที่โรงพยาบาลมีแบ่งผู้ป่วยตามสิทธิการรักษา คนไข้กลุ่มแรก ก็คือ เป็นคนไข้ใน กลุ่มเวชปฏิบัติทั่วไป เข้าใจว่าการดูแลยังไม่มีทีมที่ดูแลโดยเฉพาะ อาจจะมีการขอความช่วยเหลือของทีมสุขภาพอื่นๆ เช่น โภชนากร ก็อาจจะมีการขอความร่วมมือเป็นครั้งคราวไป ในส่วนของคลินิกของประกันสังคมน่าจะเป็นรูปแบบเดียวกันก็คือยังไม่มีทีมที่ดูแลโดยเฉพาะเจาะจง ในส่วนของอายุรกรรมซึ่งรับคนไข้เป็นส่วนใหญ่ ก็มีทีมที่ดูแลแบ่งทีม แต่ถามว่าถ้าเฉพาะเจาะจงก็เฉพาะเจาะจง อยู่ในระดับหนึ่ง ก็เลยมีความพยายามของโรงพยาบาลที่จะสร้างทีมขึ้นมาอีกชุดหนึ่งที่เป็นทีมคอยประสานงานเป็นทีมศูนย์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำงานเป้าหมายแรก คือ จะยกเรื่องผู้ป่วยเบาหวานมาดูแลเป็นการเฉพาะ ที่มีทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยตรง ประกอบด้วยทั้งแพทย์ เภสัชกรพยาบาล นักโภชนาการ ผู้ให้ความรู้เรื่องเบาหวาน ทีมสุขภาพ ก็จะทำงานเป็นทีม รูปแบบในปัจจุบันของโรงพยาบาลสมุทรสาคร รูปแบบเฉพาะเจาะจงมากๆเป็นมีทีมชุดนี้ คือทีมของศูนย์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

R: ผู้ที่เกี่ยวข้องมีการแบ่งบทบาทหน้าที่และขอบเขตการดูแลกันอย่างไร

P: ผู้ที่เกี่ยวข้องในแง่ของการแบ่งบทบาทหน้าที่ ของแพทย์ดูแลเกี่ยวกับในแง่ภาพรวมของผู้ป่วยหลักๆ ก็คงเป็นการสั่งยาที่เหมาะสม การให้คำแนะนำตัวโรค การค้นหาภาวะแทรกซ้อน ในส่วนของคุณพยาบาล ก็จะทำในแง่ของการช่วยคัดกรองผู้ป่วย ช่วยดูแลเรื่องของ LAB เรื่องการตรวจค้นหาภาวะแทรกซ้อน เช่น ตรวจเท้า และก็ประสานงานในแง่ของการตรวจตา ส่วนเภสัชกร จะดูแล เกี่ยวกับเรื่องของการใช้ยาอย่างถูกต้อง และการดูแลเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาเป็นหลัก ส่วน โภชนาการ จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกส่วน ถูกขนาด ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ส่วนสุขภาพช่วยในแง่ของการให้ความรู้เบื้องต้นของโรคเบาหวาน และการดูแลรักษาเบื้องต้น รวมทั้งเรื่องของเสริมสร้างกำลังใจที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะน้ำตาลด้วยตนเองได้

R: มีผู้ประสานความร่วมมือในการเชื่อมโยงการดำเนินงานกับทีมสุขภาพอื่นๆหรือไม่ และประสานการดูแลรักษาอย่างไร

: หลักๆ เช่นทีมศูนย์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก็จะมีผู้จัดการศูนย์ ก็คือ เภสัชกร เป็นคนช่วยเหลือเชื่อมโยงทีมสุขภาพ ช่วยในการให้คำปรึกษาหารือ ส่วนเรื่องประสานการดูแลของทีมก็จะเป็นคุณพยาบาล ในแง่ของการนัดที่จะเข้ารับการตรวจ อาจนัดตรวจภาวะเบาหวานขึ้นจอตากับทาง จักษุแพทย์ นัด

ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลกับโภชนากรหรือนักอื่นๆ ส่วนภาพใหญ่ในการประสานจะเป็นศูนย์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะเป็น เกสัชกร

R: บ่อยครั้งเพียงใดที่ได้มีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็น/มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน / เป็นเรื่องเกี่ยวกับอะไรบ้าง

P: ก็มีหลายประเด็น บ่อยครั้งที่ประชุมที่คุยกัน ในแง่ของกลวิธีในการที่จะเสริมพลังกำลังของผู้ป่วยในการที่จะควบคุมเบาหวานได้ด้วยตนเอง และเช่นในแง่ของเรื่องภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำจากการรักษาของเรา และปรึกษาเกี่ยวกับ case ผู้ป่วยที่ดูแลควบคุมระดับน้ำตาลได้ยาก และคุยกันอีกเรื่องก็เป็นเรื่องเกี่ยวกับระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวาน ก็บ่อยพอสมควร

R: มีการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองหรือไม่ อย่างไร

P: ส่วนของหมอก็มี เพราะว่าแนวความคิดหลักใหม่ ที่คิดว่าแตกต่างไปจากเดิมๆก็คือเราควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตัวเองมากที่สุด เพราะฉะนั้นอาจเริ่มตั้งต้น ส่วนใหญ่ขั้นตอนก็จะเป็นให้ผู้ป่วยถามปัญหาที่ยังคับข้องใจในกระบวนการดูแลรักษา เพราะคงมีหลายๆประเด็นที่ติดอยู่ในใจผู้ป่วยแต่ไม่มีโอกาสได้พูดได้ถาม อันนี้เป็นขั้นตอนแรกๆให้ผู้ป่วยได้เปิดใจที่จะกล้าบอกเล่าปัญหา แล้วเราก็จะช่วยกันร่วมกันทำความเข้าใจ ช่วยกันแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยประสบปัญหานั้นอยู่ แต่สิ่งที่เราเน้นมากๆ ก็คือ ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจตัวพยาธิสภาพ สมมุติฐานของโรค ว่ามันเป็นโรคของความสมดุลของการที่เรารับประทานอาหารที่มีน้ำตาลเข้ามามากขณะที่เราใช้พลังงานที่จะเผาผลาญลดน้อยลงไป ต้องรู้จักควบคุมอาหารเพิ่มการออกกำลังกายมากขึ้น ก็จะมีส่วนช่วยได้มากๆ ซึ่งทั้งสองส่วน คนที่มีส่วนมากๆก็คือตัวผู้ป่วยเองเพราะฉะนั้นเราคาดหวังจะให้ผู้ป่วยสามารถที่จะปรับพฤติกรรมตนเองก่อนที่จะปรับยาตรงนั้นจะเป็นรูปธรรมที่สุดในการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและความคาดหวัง

R: การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานปัจจุบัน เป็นไปตามความคาดหวัง หรือไม่

P: ก็ไม่ เป็นไปตามความคาดหวังทั้งหมด

R: การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณภาพตามความคาดหวังของท่านควรมีลักษณะเป็นอย่างไร

P: แนวโน้มดีขึ้น เพราะช่วงหลายปีที่แรกๆที่มา เราจะมุ่งเน้นในแง่ของการ ผมคิดว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปหลายอย่างที่พยายามไปแม้ว่าจะยังไม่ถึงจุดมุ่งหมาย แต่ทัศนคติต้องค่อยๆเปลี่ยน เมื่อทัศนคติเปลี่ยนวิธีกระบวนการคิดเปลี่ยน ก็หลายๆอย่างจะเปลี่ยนตามมา คิดว่าแต่ก่อนเรามุ่งเน้นเฉพาะดูแลแค่ตัวเลขเป็นหลักและก็พยายามที่จะเติมยาในส่วนแพทย์เองดูระดับน้ำตาล เราอาจมีเป้าหมายที่ยังไม่ต่างกันเช่นเอา FBS ไม่เกิน 120 หรือ 140 เองก็ตามเราอยากให้เห็น ให้อยู่ในกลุ่ม Control group เราก็พยายามเพิ่มยาเป็นหลักโดยที่ให้ความสำคัญกับ non pharmacological

intervention ก็คือการแทรกแซงโดยการไม่ใช้น้ำน้อย ประเด็นที่สองคือการติดตามภาวะแทรกซ้อนที่ผ่านมามีว่าหลุดไปเยอะคือไม่ค่อยให้ความสนใจมากเท่าไร สิ่ง que เปลี่ยนแปลงไปคือคิดว่าการบริหารงานคิดว่าเรา เน้นกระบวนการที่จะไม่ใช้น้ำให้มากขึ้นและถ่ายโอนส่วนนี้ไปให้ผู้ป่วย เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแข็งในการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตัวของเขาเอง โดยวิธีไม่ต้องใช้น้ำก็คือการควบคุมอาหารการกินอย่างชัดเจนและการออกกำลังกายอย่างชัดเจน ถัดไปก็จะดูแลในแง่ของภาวะแทรกซ้อนชัดเจนขึ้น

2. ต้องการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปให้ถึงจุดหมายใด

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนกลยุทธ์ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

R: ข้อจำกัด จุดอ่อน จุดแข็ง สิ่งคุกคามและโอกาสในการพัฒนาที่ค้นพบเพื่อการวางแผนจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีอะไรบ้าง

P: ถ้าพูดถึงสถานบริการของเราเองโรงพยาบาลสมุทรสาคร เรามีผู้ป่วยจำนวนมาก เรามีผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของแต่ละทีมคือมีความหลากหลายสูง ตรงนี้และด้วยปริมาณของผู้ป่วย คือ สภาพอย่างจังหวัดสมุทรสาครเป็นพื้นที่ที่น่าจะมีปัญหาเบาหวานเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆคิดว่าไม่น้อยหน้าและก็น่าจะมากกว่าเขา จุดแข็ง ก็น่าจะเป็นเรื่องของทีมงานที่มีความร่วมมือ และเข้าใจในการทำงานในลักษณะของทีมสุขภาพร่วมกันสูง สิ่งคุกคามหลักๆ อาจจะไม่ใช่สิ่งที่ปัญหาหนัก แต่ว่าขณะนี้ยังไม่ออกจริงๆเขาคงจะถามถึงเรื่อง SWOT ตรงนี้ผมใช้วิธีคิดแบบนี้คือว่ากรอบความคิดตรงนี้ อาจจะความคิดแบบ Service Plan ที่ผมเคยคิดมาก็ได้ เพราะเรากำลังคิดเรื่องการจัดการบริการสาธารณสุขแนวใหม่ จุดแข็งสำหรับที่นี้ทั้งพื้นที่สมุทรสาครเลยก็ได้พูดถึงว่ามีสถานบริการหลากหลาย และมีความแตกต่างกันสูง ในขณะที่จุดอ่อนในที่ผ่านมามีคือขาดความเชื่อมโยงกัน ทีนี้ถ้าเราจะดึงจุดแข็งมาใช้แล้วพยายามขจัดจุดอ่อน จุดอ่อนก็คือแต่ละที่เขาก็พยายามทำอย่างเป็นเอกเทศของเขาแต่ถ้าเราใช้รวมพลังกันทำแล้วก็แบ่งงานกันทำตามความถนัดอาจจะดีกว่า และถ้าเราใช้ความเชื่อมโยงเราก็จะลดปริมาณงาน และในแง่คุณค่าของแต่ละส่วนก็จะได้เพิ่มมากขึ้นด้วย ไม่ซ้ำซ้อน เช่นถ้าเราสามารถแบ่ง Primary แบ่ง secondary ได้อย่างชัดเจน ปริมาณงานที่แพทย์ในระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ รับผิดชอบที่จะต้องมาดูแลในส่วนของ Primary เราก็จะได้ลดลง เราจะได้เข้าไปทำในส่วนที่เป็น complication เราจะได้จะแก้ไขให้ได้ดีกว่านั้น ในขณะที่ Primary เองถ้าสามารถที่จะคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อเข้าสู่ระดับทุติยภูมิ กับตติยภูมิได้ เขาก็จะมีเวลาในการดูแลหรือให้การดูแลสุขภาพในเชิงลักษณะที่เป็น mass จำนวนมากได้มากขึ้น ฉะนั้นควรปรับให้เป็นลักษณะนี้ สิ่ง que คุกคามจริงๆ ก็น่าจะเป็นความกดดันว่าผู้ป่วยเองอยากได้คุณภาพดีมากๆ ขณะที่ต้องเสียเวลารอคอยน้อยๆ และก็ได้รับความพึงพอใจสูงมากๆ ก็จะกดดัน แต่โอกาสจะมีว่าในเชิงของนโยบายจะเริ่มมี Idea ในเชิงของ Satellite OPD และ centralize IPD ฉะนั้นแนวความคิดนี้ก็จะ

ช่วยเกลี้ยผู้ป่วยไปตามระดับความจำเป็นของผู้ป่วยได้ และก็จะเปิดโอกาสให้แพทย์และบุคลากรที่อยู่ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ได้ทำงานในส่วนที่ลึกได้มากขึ้น อันนี้คือมองSWOTแบบหนึ่งนะ

เพิ่มเติม เรื่องของตอนนี้ NCD Board ในระดับจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการเป็นประธานและมีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นกรรมการ มีสสจ.เป็นเลขา เรื่องนี้คงมีนโยบายลงมาเพื่อให้พื้นที่จัดการปัญหาสาธารณสุขภายในพื้นที่เอง เพื่อเป็น area base ฐานของความคิด NCD Board คือเขาจะให้มีส่วนร่วมของ สสจ.และก็มีคนหนึ่งที่สามารถจะขับเคลื่อนตรงนี้ได้ มี System manager ที่จะคอยจัดการ แต่ตรงนี้ก็แค่ข้อต่อเชื่อมตัวหนึ่งแต่เขาต้องเชื่อมให้ได้ว่าภายในพื้นที่ต้องสามารถจัดการและ hold คนไว้ได้และแก้ปัญหาภายในพื้นที่ คนที่เกี่ยวข้องเรื่องDM จริงๆควรต้องมานั่งคุยกันเรื่อยๆ มันเป็นเรื่องใหญ่และอยากให้มีคนจัดการตรงนั้นจังเลย (ccc) คำถามพวกนี้ของคุณเป็นคำถามน่าสนใจและรอคำตอบอยู่ จริงๆเป็นคำถามปลายเปิดง่ายแต่เป็นคำถามที่ไม่รู้ใครจะเป็นคนวิเคราะห์ได้ถูก คงมองในมุมมองของตนเองและผมยังไม่ตกผลึกพอ แต่ว่าผมพอจะเห็นว่าสุดท้ายแนวทางมันน่าจะออกมาในสิ่งที่คิด เพราะรู้สึกว่าการหลายๆปีที่ผ่านมามันพูดแบบคิดว่าน่าจะเป็นอย่างนั้นหลายคนก็เห็นด้วยกับผมบ้างบางอย่าง แต่ในแง่ของแรงผลักดันจากเบื้องบนมันไม่มีแต่ประเด็นการทำงานจริงๆจะต้องผลักดันจากเบื้องบนหรือเปล่าผมไม่อยากจะ discuss ตรงนั้น แต่ผมมองเห็นแล้วว่าในช่วงปีงบประมาณนี้ผมมีความรู้สึกว่าการหลายๆอย่างมันเข้าเกี่ยวกับสิ่งที่ผมคิดและมันก็มีความเห็นด้วยจากเบื้องบนและมันกำลังเป็น opportunity มากๆ ผมมองว่าถ้าถามSWOT มองว่าสองอันนี้เป็น opportunity มากๆ มันเป็นเรื่องที่เขาเปิดโอกาสให้แล้ว จริงๆทั้งในฝ่ายของคนที่

เป็นเจ้านายเราโดยตรงคือกระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญในส่วนนี้และSupportงานซึ่งมันจะSupport ประเด็นการดูแลคนไข้โรคเรื้อรังได้มาก และ สปสข.เองเขาก็มีแนวคิดที่ดีที่ถูกต้องแต่ด้วยความที่เขาคุมเงินเขาก็เลยใช้เงินเป็นตัวจัดการซึ่งผมเห็นดีด้วยในส่วนนั้น ก็จะมองว่าอย่างน้อยสองแรงบวกก็จะช่วยให้การขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนนี้มันดีขึ้นและซ้อนด้วยความคิดอย่างหนึ่งคือนอกจากผมเป็นหมอ ผมก็เป็นประชาชนคนไทยและเชื่อในประชาชนเพราะฉะนั้นสิ่งหนึ่งที่ผมต้องการจะแก้ปัญหาสองอย่างสำหรับชาติเท่าที่ผมคิดคือประเด็นของประชาชนต้องจัดการปัญหาสาธารณสุขด้วยตัวของเขาเอง ซึ่งภาพอันนี้มันเป็นทิศทางที่ดีแม้ว่าระยะแรกอาจจะล้มลุกคลุกคลานหรือไม่เห็นความสำเร็จแต่ทิศทางมันถูก มันเหมือนทางอาจจะไกลแต่เราตั้งเข็มทิศไว้ถูก เพราะฉะนั้นมันก็ฝ่าฟันกันไป ประชาชนสุดท้ายเขาต้องดูแลตัวเอง อันนี้มันจะคลี่คลายออกมาเพราะมันจะช่วยคลี่คลายปัญหาที่ประสบกันมาหลายปี หรือกระทั่งแตกกระเบิดมาเป็น พรบ.คุ้มครองผู้เสียหาย เพราะผมมองว่าถ้าเรายึดอำนาจในการจัดการสุขภาพไว้กับตัวผู้ให้บริการเอง เช่นเรื่องสุขภาพตอนเจ็บป่วยถามหาแพทย์เท่านั้นทุกคนก็จะคาดหวังโดยที่เขาไม่บำรุงสุขภาพของเขาเองเลยเพื่อไม่ให้ป่วย ทำอย่างไรจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทั้งหลาย หรือถ้าเป็นเบาหวานแล้ว

รู้ตัวเขาต้องกำกับการกินของเขาให้ได้และต้องรู้ว่าการออกกำลังกายอย่าใช้คำว่าไม่มีเวลา เพราะเขาจะต้องมีเวลาให้กับสุขภาพของเขา เราต้องทำตรงนี้ให้ได้ และเราต้องให้เขารู้ว่าเป็นภาระรับผิดชอบของเขาไม่ใช่การลาและมาให้ตรงเวลาและก็มารับยาเฉยๆ ไม่ใช่สิ่งนั้น เพราะฉะนั้นถ้าเราต้องขับเคลื่อนไปได้อย่างนี้อย่างน้อยพอเขาได้เป็นเจ้าของสุขภาพของเขา ความเข้าใจ ความเคียงสาทางสุขภาพส่วนนี้ Health literacy อันนี้มันจะผลักดันให้ไปตอบ 1 2 3 4 เขาก็จะเริ่มเข้าใจว่านอกจากเขาทำการออกกำลังกาย และถ้าเขาเฝ้าดูแล้วระดับน้ำตาลที่เป็นตัวตั้งต้นแบบ bio maker มันยังไม่ดีพอสิ่งที่ช่วยให้ได้คือยาหรืออะไร ก็จะค่อยๆเป็น step กันไป พวกนี้มันต้องเป็นทีมดูแลร่วมกันทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ให้สุขภาพ อันนี้เป็นconceptใหญ่ หลายๆของ CCM ต้องทำให้เขาเป็นเจ้าของแผนการรักษาสุขภาพของตัวเอง เพราะฉะนั้นเมื่อทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบแบบนี้แล้วแบ่งเบาทีมผู้ให้บริการในระบบได้เยอะพอแล้ว เขาจัดการตัวเองได้มันจะเหลือหลุดลอดมาที่จะต้องใช้นาน้อยลงมาก การดูแลที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมน้อยลงเราก็จะมีเวลาไปดูในส่วนที่ซับซ้อนมากขึ้นได้และส่วนที่เป็นคุณภาพมากขึ้นได้ผมก็คาดหวังไว้อย่างนั้น ถัดไปที่ในทิศทางระยะยาวของประเทศเองผมมองในเชิงของการที่ประชาชนเป็นใหญ่ ผมก็มองว่าเรื่องภาระรับผิดชอบในเชิงสุขภาพเป็นอันหนึ่งที่ต้องถ่ายเทลงไปที่เขาอันนี้เป็นความเห็นส่วนตัวแต่ว่าการจัดการเฉพาะในส่วนของการสาธารณสุขเองก็มีแนวโน้มจะเป็นอย่างนั้น เช่นเมื่อที่เราพูดถึงปัจเจกชนแต่ผมกำลังพูดถึง community เพราะฉะนั้นในแง่ของ พรบ.ทั้งระดับการปกครองส่วนท้องถิ่น อปท. ทั้งหลายจริงๆที่บรรจกันมาเป็นทศวรรษ ว่าตกลงจะโอนโรงพยาบาล หรือสอ.เขาสู่อปท.หรืออะไรใหม่ คือถ้าเมื่อไรที่ประชาชนแข็งแรงจริงก็สามารถสร้างกลุ่มองค์กรที่ดูแลท้องถิ่นของเขาได้ไม่ว่าอะไรก็ควรจะโอนให้ประชาชนทั้งหมดอันนี้สำหรับ Idea ผมนะ เพราะฉะนั้นตรงนี้ถามว่ามันสื่อกลางๆแต่ผมเข้าใจว่าเข้าใจว่าส่วนของหมอปริศนา แต่อาร์กซ์ เขากำลังทำตรงนี้อยู่ ชูนี้เขาทำอันนี้อยู่ เพราะฉะนั้นเขากำลังหา Model ที่เหมาะสม เช่นเขากำลังคิดถึงว่ามันจะเป็นลักษณะมีโรงพยาบาลใหญ่อยู่อันหนึ่งและอาจจะเป็น โรงพยาบาลย่อยๆผมกำลังคิดว่าเขากำลังหา Model ที่เหมาะว่าเฉพาะบางส่วนหรือเต็มรูปแบบหมายถึงในการสังกัดกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนะ แต่ตอนนี้ในระหว่างที่เขาหาข้อดีข้อเสียหรือว่าเขายังไม่จบในประเด็นนี้แต่ข้างบนอย่างน้อยมันจะ imply คือจะแสดงนัยเล็กๆแล้วว่าหลายๆการตัดสินใจเขาจะ Decentralize ลงมาให้พื้นที่ดูแล แต่คำว่าพื้นที่ก็ยังแอบอิงกับฝ่ายวิชาการก็คือกลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขเป็นคน initiate หรือว่านำขบวนอยู่แต่ต่อไปมันจะค่อยๆถอยลงมาผมมองภาพเป็นแบบนั้น NCD board เองแม้ว่ามีงบประมาณแบบนี้มา แต่ผมเห็นเขาพูดถึงกองทุนสุขภาพตำบลเขาพูดถึงกองทุนหลายๆตัวที่อาจจะไปดึงบงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่บ้างแต่รายละเอียดผมไม่จับเรื่องนี้โดยตรง แต่ว่าผมเห็นในส่วนตรงนั้นอยู่บ้าง เพราะฉะนั้นในแง่ของปัจเจกผมก็ว่าการขับเคลื่อนจะเป็นอย่างนั้นในส่วน

community ที่จะดูแลรับผิดชอบและมองว่าเป็นปัญหาส่วนหนึ่งคล้ายๆกับปัญหาของเศรษฐกิจ ถนนหนทาง บึงจัยลี อย่างอื่นที่เขาต้องใส่เข้าไปด้วยมันก็เป็น ปัญหาของท้องถิ่นที่เขาต้องจัดการ หรือควบคุมหรือมี Health Promotion ของเขาให้เห็นความสำคัญมากๆของการออกกำลังกายเขาก็ จัดสามารถตั้งกลุ่มทำของเขาเองคือพวกนี้ต้องทำโดยเขาเอง ให้เขาแข็งแรงให้ได้ อันนี้เป็นใน ส่วนของ Health Service System ในส่วน Service ของเราเอง การที่มีรณรงค์ในเชิงของการเกลี้ยกล่อมโรค ซึ่งสามารถลงไปสู่ใกล้บ้านได้และขยายระดับความสามารถ เป็นทศวรรษมุ่งสู่ Primary ในขณะที่ กระทรวงสาธารณสุขเราเขาใช้คำว่า Satellite OPD คือกระจาย OPD ออกไปหลายๆแต่ในขณะที่ centralize IPD คือกระจายออกไปหลายๆแล้วคัดกรอง case ที่มีความเสี่ยงเข้ามารับการรักษาเพื่อลด ความตาย ลด Mobility ให้ได้มากๆ คือพอกระจายออกไป เจอ case ไหนที่เป็นตาก็เอาเข้ามาการรักษา เป็นไต่เบื้องต้นรับเอาเข้ามารักษา เพราะฉะนั้นโรงพยาบาล ทุติยภูมิก็จะทำได้ทำในส่วนที่มีคุณภาพ มากขึ้น ตติยภูมิก็ต้องทำให้ได้แบบตติยภูมิให้มากขึ้นให้มีคุณภาพมากขึ้นแล้วเราก็ไปดูตัวชีวิตตรง นั้นกัน ในส่วนของผู้ตรวจสอบก็ต้องดูประเด็นพวกนี้ให้ขาดว่า Primary ควรจะทำอะไร เช่นต้อง ไปพูดเรื่องอัตราคัดกรอง ต้องไปชี้แจงเรื่องการ categorize คนไข้ไว้ยู่กลุ่มไหนแล้วทำอะไร ให้ Health education อย่างไร สามารถสร้างกลุ่มให้เขาดูแลตนเองได้ไหม เราจะตรวจสอบ self efficacy คนไข้ ใ้ได้อย่างไร พวกนี้ต้องมีการนิเทศติดตามตรงส่วนนี้ ในส่วนของทุติยภูมิ มองว่าจับคนไข้ include เข้ามา คนไข้ที่เป็น Diseases แล้วประสบความสำเร็จหรือเปล่า ตกลง control DM ได้เท่าไร uncontrolled เท่าไรมี complication อยู่เท่าไร กลุ่ม complication พวกนั้นได้รับการรักษาใหม่ ผล เป็นอย่างไร พวกนี้ต้องติดตาม การมุ่งสู่ excellence ทั้งหลายจะต้องแก้ไขในจุดที่มันจับยาก ถ้า โรงพยาบาลไม่สามารถพัฒนาได้ต้องพูดถึงความเชื่อมโยงว่าเครือข่ายที่เราจะส่งต่ออันนี้คือภาพ ของ Health Service System ภาพหลักๆจริงๆในปัญหา DM ของเรานี้มันคือความโกลาหลเป็น ความซ้ำซ้อน เป็นความขาดแคลนในบางอย่างเป็นความไม่เชื่อมโยงในสิ่งที่มันมีอยู่เพราะฉะนั้นทุก อย่างมันต้องแก้ตรงนี้ ต้องจัดการความโกลาหล ความเชื่อมโยง เพราะฉะนั้นภาพมันจะเห็นชัดแล้ว ว่าสิ่งที่เราขาดคือกว้างสองอย่างก็คือ กี่กว้างไม่พอคือ coverage ได้ไม่พอ ลึกก็ลึกไม่พอ ควร แก้ปัญหาสองอย่างอันนี้เพราะฉะนั้นภาพที่เป็นรูปธรรมหลายๆก็คือการนำองค์กร โดยการ Vision ที่ พูดถึงในเชิงของ Satellite OPD และ centralize IPD นี้ผมคิดว่าเป็นคำพูดที่คมพอแล้วนะตอบทุก อย่างเพียงแต่ว่ารูปแบบในการจัดการถ้าเพื่อให้ Satellite OPD เป็นอย่างไร ถ้าคิดในกรอบเดิมๆก็คือ การไปสร้างโรงพยาบาลไว้หลายๆ หรือครอบคลุมแล้วใช้เกณฑ์ดึงคนเข้ามาหลายๆ แต่ถามว่ายังมี Idea ใดๆว่านั่นอีกไหมเช่นฐานก็ต้องมาดู Strength จุดแข็งของเราว่ารูปแบบของชุมชนเมืองกับ ชนบทที่ต่างกันหลายๆอย่างที่ต่างออกไปเพราะว่ามันมีความเจริญมันมีหน่วยงานเล็กๆทั้ง Topic organization หรือว่า non Topic organization ก็เยอะในแง่ของร้านขายยา โช่วย คลินิก ทั้งพยาบาล

ทั้งแพทย์ อะไรสารพัด พวกนี้จริงๆเป็นความท้าทาย เพราะมันเป็นกิ่งก้านสาขาที่แตกออกไปและอยู่ทุกชุมชนและถูก drive ด้วยทุนนิยม เพราะฉะนั้นมันwork ได้ด้วยตัวมันเองระดับหนึ่งแต่น่าสงสัยว่าจะมีใครกล้าคิดในเชิงที่เรียกว่า PPM คือ Private Public Mix แล้ไหนว่าความสามารถที่จะดึงว่าเราจะวางบทบาทเขาให้เข้ามาช่วยได้มากน้อยแค่ไหน อย่างไร เป็นเรื่องที่น่าคิดมากๆ ผมคิดว่าสนุกที่จะคิดในเชิงลึกและขยายออกไปได้

R: วิสัยทัศน์ เป้าหมายที่ต้องกำหนดในแผนงานเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่มีคุณภาพคืออะไร

P: ก็เป็นลักษณะผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีระดับน้ำตาลที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี อันนี้คือภาพสุดท้าย ก็จะประสมกันในแง่ของoutcomeที่ควรจะเป็น และประสมกันทั้ง output และ outcome คือoutputคือหมายถึงว่าได้ผู้ป่วยที่มี self efficacy ที่เขามีความสามารถที่จะควบคุมตัวเองได้ ซึ่งส่งผลให้ outcome ที่ดี และระดับน้ำตาลก็ควบคุมได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภาพน่าจะเป็นเช่นนั้น ภาพต้องดี

R: การจัดทำแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ ควรทำอย่างไรและมีปัจจัยอะไรที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย

P: ความร่วมมือของผู้ป่วยกับ care giver ต้องทำที่จะให้เกิดตรงนั้น และปัจจัยที่จะบรรลุความร่วมมือดังกล่าวก็คือ การสื่อสาร 2 ทางที่มีประสิทธิภาพมากๆ คือที่ทำให้คนไข้มีส่วนร่วมที่จะ design การรักษาให้เหมาะสมกับตัวเอง เช่นคนไข้หลายๆคน อาจจะด้วยความที่เป็นเมืองของผู้ใช้แรงงานบางที่เขาขึ้นเวรไม่ตรงกับเมื่อมีอาหารที่เราให้อย่างนี้เป็นต้น คือแต่แพทย์เองก็ยังไม่ทราบก็จะให้ยาไป แต่พอควบคุมไม่ได้ดี ก็จะให้ยาไปอีกไม่ได้ปรับตามผู้ป่วย ก็คือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการออกแบบการรักษาของตนเองที่เหมาะสมกับตัวเองให้มากที่สุด และตอนนี้เราใช้ Chronic care model มาจับจริงๆเราใช้ Chronic care model แต่ว่าการdesignให้เป็นรูปธรรมก็คงต้องขึ้นกับแต่ละพื้นที่ ประการที่หนึ่งก็คือต้อง มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยทั้งหมด และมีการจำแนกผู้ป่วยทั้งในรายที่มีความเสี่ยงเป็นกลุ่มเสี่ยงและในคนที่ เป็นโรคแล้ว และเป็นภาวะแทรกซ้อนเพื่อเอามาจัดการเสร็จแล้วเราต้องมีการdesign สิ่งที่เราเรียกว่าเป็นHealth service delivery system ก็คืออาจต้องมีการจัดระดับของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นแค่กลุ่มเสี่ยง หรือว่ากลุ่มที่เป็นโรคแต่แล้วยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนอันนี้ เพื่อให้การติดตามดูแลเข้าใจภูมิหลังของผู้ป่วยได้ดี อาจต้อง design ให้เขาไปติดตามการรักษาที่ใกล้บ้าน และก็ในกลุ่มที่เป็นโรคแล้ว และก็ควบคุมได้ไม่ดีต้องการดูแลมากกว่า รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนแล้วกลุ่มลักษณะนี้ต้องเข้ามาอยู่ในส่วนทุติยภูมิ ตติยภูมิเพื่อจัดการอย่างเข้มข้น หลักๆน่าจะเป็นลักษณะนี้ และก็พูดถึงในแง่ของการส่งต่อการเชื่อมต่อระหว่างสถานพยาบาล ถ้าเรา designได้ดี ก็ลงไปถึง ศ.ส.ม.ช ว่าแบบเอาใกล้ตัวเขาเลย ต้องมีเกณฑ์ในการ refer ช่วยเลือกคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มลักษณะนี้เข้ามา อาจจะต้องมีแผนงานในแง่ของการร่วมกัน

design CPG ทั้งหลายที่จะอยู่ในผู้ป่วยแต่ละระดับพวกนี้ก็จะช่วยได้ และถ้าให้ดี ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดนี้ ผู้ป่วยจะศูนย์กลาง เพราะฉะนั้นจะมีต้องมีลักษณะ แผนงานในทุกระดับที่จะเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมที่จะ designการรักษาที่จะเหมาะสมกับตัวเองให้มากที่สุด และให้เขามีส่วนร่วมที่เขาจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะมีส่วนให้เขาควบคุมระดับน้ำตาลของเขาได้ทำให้เขาเข้าใจว่าภาวะแทรกซ้อนอะไรที่จะเกิดกับตัวเขาและเขาได้ดูแลของเขาเองด้วย จะทำให้ช่วยแพทย์ผู้รักษา เช่นชาเท้า หรือตามัว ในส่วนของ คนใกล้ชิดหรือว่าในระดับชุมชนเอง ก็น่าจะมีส่วนร่วม ที่จะสร้างบรรยากาศที่ดี เพื่อที่จะทำให้คนไข้คงสภาพตรงนั้นได้ ยกตัวอย่างคล้ายๆว่า อาจจะมีชมรมอาหารชมรมภายในหมู่บ้านนั้นๆ มีลักษณะที่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ ประเภทนั้นจะช่วยให้อาการแวดล้อมภายในชุมชนเหมาะแก่การที่เขาจะควบคุมระดับน้ำตาลของเขาได้ มีชมรมออกกำลังกาย กลุ่มนั้นทำให้คนไข้คงสภาพ คือมีความมุ่งมั่นที่จะการควบคุมน้ำตาลของเขาได้ คิดว่าประมาณนี้

ขั้นตอนที่ 4 การจัดทำมาตรฐานของการจัดการดูแลดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

R: ปัจจุบันมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอย่างไร เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดยทีมสุขภาพของโรงพยาบาลเองหรือไม่ ถ้าไม่มีใช้แนวทางใดเป็นมาตรฐานในการดูแลและมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

P: มีการกำหนดกันหลายครั้ง ล่าสุดจะเป็นของศูนย์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก็จะมีเป็น CPG เนื้อหาครอบคลุมในแง่ของแนวทางการคัดกรอง พอคัดกรองเสร็จแล้วจะได้กลุ่มผู้ป่วยหมายถึงกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน และก็จะมีการดูแล เช่น จะต้องเข้ารับการอบรม เพื่อให้รู้จักโรค รู้จักยาที่ใช้ รู้จักการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่จะอาจเกิดขึ้น ทั้งตัวโรคและการรักษา มีแนวทางการให้ยาเบื้องต้นในการควบคุม อันนี้ก็จะเป็นมาตรฐาน รวมทั้งมีแนวทางการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน เช่น ตรวจตา ตรวจเท้า ตรวจไตเมื่อไรตรวจอะไรบ้าง ประสิทธิภาพในแง่ความครอบคลุมเฉพาะ ในส่วนของศูนย์โรคเรื้อรังในเชิงของการได้รับการคัดกรองอยู่ที่ราวๆ 90 % ขึ้น

R: ทีมนำทางคลินิกอายุรกรรมจะมีการทบทวนการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อพัฒนาเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร หรือมีประเด็นอะไรบ้างที่ควรมีการปรับปรุงเพื่อให้มีมาตรฐานการจัดการดูแลสุขภาพที่เป็นเลิศ

P: มีการคุยกันอยู่หลายๆ ครั้ง แต่ประเด็นที่คิดว่าควรปรับปรุงก็คือในแง่ของความครอบคลุม ในการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนซึ่งยังคงเกณฑ์อยู่ ซึ่งปีนี้ก็ มีเป้าหมายทำให้ได้มากกว่า 80 % ขึ้นไป อันที่ทำได้ยากก็คือ การตรวจเท้า เนื่องจากทีมงานไม่พอและใช้เวลาค่อนข้างมาก กำลังคนไม่เพียงพอเป็นประเด็นหลักที่จะปรับปรุงต่อไป ส่วนในเรื่องของการตรวจตาเคยเป็นปัญหา แต่ได้ประสานงานกับทางทีม PCT จักษุ ก็ปีนี้จะเริ่มมีการตรวจนอกเวลาเพราะฉะนั้นปัญหานี้จะเบาบาง

ลงไป ในเรื่องของไต LAB เองที่ผ่านมากำลังคนน้อย แต่ตอนนี้คนเยอะขึ้นก็สามารถที่จะตรวจได้น่าจะได้ทุกราย

R: การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสมุทรสาครมีการเปรียบเทียบสมรรถนะการจัดการดูแลสุขภาพกับที่ไหนบ้าง ด้วยวิธีการอย่างไร

P: ยังไม่มีการเปรียบเทียบกับที่อื่น แต่กำลังแข่งกับตัวเองอยู่

3. ทำอย่างไรให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไปถึงเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 5 การเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

R: มีนวัตกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เกิดขึ้นมาใหม่บ้างหรือไม่ และถ้ามีคืออะไรเกิดขึ้นจากอะไร มีความเหมาะสมกับการนำมาใช้หรือไม่ อย่างไร คิดว่าถ้านำมาใช้แล้วผลน่าเป็นอย่างไร

R: ตามความเห็นของท่านผู้ให้บริการควรมีความรู้และทักษะด้านใดบ้างจึงจะสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ

P: นึกคิดมากๆคำนี้น่าสนใจมากๆ คำนี้มันอยู่ใน Chronic care model ผมมองที่ผลก่อนแล้วกันว่าเขาต้องการลักษณะที่เรียกว่า Productive interaction กันหมายถึงว่าการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างสร้างสรรค์ ก็คือจะทำอย่างไรให้มันเกิดความรู้สึกตรงนี้ระหว่างผู้ให้กับผู้รับ ในฝั่งของผู้รับเราต้องการเขาเรียกว่า Proactive team หมายถึงว่าเป็นผู้มีความต้องการให้เป็นตรงข้ามกับ Reactive เป็นคนที่ alert เมื่อเกิดปัญหาผู้ที่มี แต่ Proactive team คือมองไปข้างหน้าก่อนเกิดปัญหา เป็นทีมที่ต้อง alert ก่อนที่จะเกิดปัญหา กระตุ้นให้ผู้ป่วยจัดการตนเองก่อนที่จะเกิดปัญหาเราต้องการคนที่ให้บริการแบบนั้น เราไม่ต้องการคนที่ให้บริการที่รอตั้งรับประมาณนี้

R: จะเพิ่มพูนความรู้ทักษะกลุ่มนี้อย่างไรที่มันน่าควรมีแผนในการพัฒนาบุคลากร อย่างไร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างทีมงานอย่างไร มีการสร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังให้กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องอย่างไร

R: และส่วนของผู้ใช้บริการควรมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองอะไรบ้าง จะเพิ่มพูนความรู้ทักษะกลุ่มนี้อย่างไร มีการสร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดูแลจัดการตนเองและปฏิบัติได้จริงอย่างไร

P: ตรงนี้ผมว่าประสบการณ์ของผมยังไม่พอ ผมรู้ว่าจุดอ่อนสำหรับผมคือผมจะคิดในเชิงระบบได้ เห็นภาพแต่พอลงไปที่จะว่าทำอย่างไรให้ถึงตรงนี้นั้นต้องมีขั้นตอนที่เป็น How เป็น How Too ซึ่ง How Too ตรงนี้ผมไม่เก่งคิดจริงๆ และหลายอันผมขึ้นชมคุณพยาบาลนะ ที่ผมรู้สึกใช่เลยหรือไม่ใช่คืออาจจะมีหลักยึดของผมอยู่ แต่ผมอาจจะยังไม่มี Creative Thinking หรือผมไม่เข้าใจบางอย่างของเขา หลายๆอย่างที่ผมคิดได้เป็นท่อนๆ แต่ผมคิดทั้งหมดไม่ได้จริงๆยกตัวอย่างที่ผมชอบมากๆ เช่น ทีม OPD Medเขาทำเช่น คิดได้อย่างไรที่เอาตัวน้ำตาลเป้าหมาย เช่นจะเอา120กับน้ำตาลคนไข้

มาติดต่อกัน 250 ทุกครั้งโดยเอา 250 บวก 120 หารสองแล้วเจอกันครั้งหนึ่งว่าครั้งหน้าเอาอย่างนี้ นะ เช่นดีเป็น240 เขาก็เอา 240+120เป็น360หารครึ่งเหลือ 180 เราก็อ Happy ว่าเขาลดลง เขาก็Happy ที่ลดลง ดีมากๆเป็นเชิงเหมือน อะลุ่มอล่วยที่ไม่ถึงกับหน้าหมื่นใส่คนไปซื้ออย่างเดียวและกดคันเขา แต่ว่ามันสร้างเป้าหมายที่มันมีความเป็นไปได้ และเห็นในแง่ของความเป็นมนุษย์ หลายอย่างมันปนกันอยู่ตรงนี้ อย่างเช่นวันนี้ผมเจออีกอันหนึ่งกลายเป็นว่า Idea เขาก็ดี มีแผ่นแปะข้างหน้าแบบเดียวกับการสะสมแต้มของ เซเว่นอีเลฟเว่นว่าอันนี้เขาทำแล้วน้ำตาลเขาลดลงนะหรือว่ารอบเอวเขาลดลงนะ หรือน้ำหนักเขาลดลงนะ ได้สะสมแต้มไปได้เรื่อยๆ แล้วผมเห็นเขาดีไว้ลิปชองแล้วมีความมีดาว วิธีพวกนี้เป็นวิธีที่ผมคิดไม่ได้ ผมถึงพูดเสมอว่าผมคิดทั้งหมดแล้วตอบแทน PCT อาจจะได้ แต่ถ้างานทั้งหมดมันจะเสร็จผมทำคนเดียวไม่ได้ มันเป็นไปได้เลยคือทุกส่วนมันมีความสำคัญหมดแต่ว่า หลักยึดก็ OK ที่ผมบอกว่าในส่วนปัจเจกเราต้องผลักดันความคิดลงไปให้ได้ ว่าสุขภาพเป็นภาระของเขาเป็นสิทธิและเสรีภาพของเขา เป็นภาระของเขาที่เขาจะต้องรับผิดชอบตัวเองแต่ว่ามีคำพูดหนึ่งที่บอกว่าอันหนึ่งคือสิ่งที่ผู้ให้บริการจะทำให้เขารู้สึกอย่างนั้น ได้คือจะพูดคำว่าเสริมพลังด้วยแต่ว่ามีเวทีหนึ่งที่ทำให้ผมนั่งคิดคำนี้นี้เพราะว่ามีน้องถามและทำให้ผมออกไปคนเราจะเสริมพลังได้อย่างไรเพราะเขาไม่เคยมีพลังเลย ออจริงๆแล้วก่อนที่จะเราจะ Empowerเราต้องให้powerเขาก่อน คือมอบภาระอันนี้ให้เขาก่อน ว่าจริงๆเขามีสิทธิในตัวเขาเอง มันเหมือนแบบเดียวกับภาพตอนหนึ่งเด็กๆที่ผมเคยดูตอน King ก็จะวางดาบอยู่บนไหล่ของอัศวินและบอกว่าท่านเป็นอัศวินแล้วมันคือการยกมอบแต่จริงๆ King ไม่ได้เป็นคนให้อำนาจเขาแต่เป็นการยอมรับว่าคนนี้มีอำนาจแล้วก็ประมาณนั้น สถาบันของการให้ Service ในเชิงของสุขภาพอย่างโรงพยาบาลยิ่งโรงพยาบาลยิ่งใหญ่มันจะมีความศักดิ์สิทธิ์ในตัวมันมากจนกระทั่งคนไข้ไม่กล้าที่แม้กระทั่งที่จะทำอะไรเลยทุกอย่างยอมตามใจเรา ซึ่งเป็นสิ่งที่ปัญหาเกี่ยวกับสถาบันใหญ่ๆเพราะว่าทุกอย่างเขาก็จะเอาความรับผิดชอบมาให้คุณ ถ้าเมื่อไรคุณพลาดก็ถือว่าคุณนะผิด ซึ่งอันนี้ผมต้องการจะเปลี่ยนความสัมพันธ์กลับไปใหม่ว่า ภาระสุขภาพเขามีส่วนรับผิดชอบ แต่ถ้าเมื่อไรเขารับผิดชอบเต็มที่แล้วมันเกิดความเสียหายไป แพทย์ก็มีหน้าที่จะต้องทำให้เต็มที่เพื่อดูแลเช่นเรื่อง พรบ. คุ้มครองผู้เสียหายพูดได้แต่จริงๆต้องมีอันหนึ่งที่พูดคู่ขนานกันไปก็คือการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ไม่ใช่ว่าเช่นขับรถจะวัดเฉยๆเหลือเกินไม่ใส่หมวกกันน็อกพอเป็น Head injury ขึ้นมาแพทย์ต้องรักษาให้หาย กดคันให้หาย ไม่หายมีปัญหาอย่างนี้ไม่ถูกต้องเพียงแค่ทุกอย่างตอนนี้ทำได้ เพราะว่าคนกลุ่มใหญ่เป็นเจ้าของสิทธิอันนี้แต่คนกลุ่มน้อยคือผู้ให้บริการซึ่งเป็นกลุ่มน้อยแต่ที่ผมพูดเพราะมันไม่สมดุลกัน ไม่มีใครให้กำลังใจกันก็จบ ระบบมันต้องทำให้สมดุลให้ได้ระหว่างผู้ให้และผู้รับ ผู้ให้เองก็มีหน้าที่และความรับผิดชอบผู้รับก็มีหน้าที่และความรับผิดชอบ แต่เราต้องถ่ายโอนตรงนี้ การถ่ายโอนในเชิงปัจเจกคือทำความเข้าใจกันให้พลังกัน เสริมพลังกัน แต่ในขณะที่ Community

เองก็ต้องเข้ามาดูแลมีบทบาทในคนของเขาทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นเรื่อง เศรษฐกิจ สังคม สุขภาพก็เป็นเรื่องหนึ่ง เพื่อที่เขาจะดูแลตัวเอง ผู้ให้บริการควรเพิ่มทักษะการเสริมพลัง คิดว่าเรายังไม่ค่อยมีทักษะตรงนี้ ผมเองผมก็ยังไม่ค่อยเข้าใจเท่าไร ในทีมสุขภาพเองการเสริมพลังผมว่า Class ตรงนี้ผมก็ไม่เคยคิด คำถามนี้ก็ดีจริงๆ ที่มีคำถามดีๆ เยอะเข้าท่ามาก แต่คำถามนี้ผมตอบไม่ได้ เพราะว่าผมมัวแต่ไปคิดว่าจะไปเสริมพลังคนอื่นในคนรับผิดชอบ แต่พอลมในทีมกันเองก็ไม่มี มันเป็นประเด็นที่ผมยังไม่เคยคิดมาก่อนเลยนะต้องนั่งกลับไปนั่งคิดใหม่ มีแต่ลดทอนกำลังจริงๆ แล้วที่เอาตรงนี้ช่วยหาเวทีนั่งคุยกันจะเป็นประโยชน์มากไม่รู้ว่าตรงนี้จะทันโปรเจกต์ใหม่ แต่ถ้าโปรเจกต์เสร็จแล้วถ้ายังไม่มีการคุยเลยก็เอามานั่งคุยแล้วมันจะเห็นภาพ คำถามพวกนี้ผมกลับมีความรู้สึกว่ามันค่อนข้างดีกว่าหรือว่ามันสร้างสรรค์กว่าคำว่าประชุมทุกๆ ไป ประชุมทั่วไปมักจะกำหนดแล้วDefend กันหรือว่าโทษไปโทษมาตรงนี้มันคืออย่างยิ่ง เหมือนใช้ Model เหลียวหลังแลหน้าทบทวนแบบCCC บางครั้งผมยังสับสนอยู่พอควรนะแต่ความตลอดทั้งหมดแล้วดูทั้งแนวโน้มนำหน้าว่ามันควรจะเป็นอย่างไร CCC อาจต้องขยับเป็นทีมที่เรียกว่าDPAC มันควรจะเป็น DPAC แต่เป็น DPAC ขนาดใหญ่ DPAC มันอาจจะเป็นส่วนเล็กส่วนหนึ่งจะบอกว่าแยกกันก็ได้ CCCเองผมก็ยังมองภาพเป็น System Manager อยู่ดีก็อาจจะมีส่วนการ action ก็อุตสาหกรรม ทีมสหวิชาชีพอื่นรวมไปแล้วเช่น ทีมโภชนาการ ทีมPhysical Therapists ถ้าเขาจะให้บริการเขาก็ต้องปรับปรุงเป็น DPAC มันจะช่วย Support OPD อื่นๆที่เล่นเรื่อง Disease ตรงๆ ถ้าเมื่อไรต้องการคำแนะนำก็ส่งเข้ามาตรงนี้ได้ อาจจัดบทเรียนให้มันเหมาะกับคนไข้ในแต่ละกลุ่มอาจต้อง ขยับตัวประสานกันทั้งทีม Health education นวัตกรรมการรักษาที่ผมคิดจะทำผมคิดว่าผมจะเชื่อมโยงในแง่ของmetabolic น่าจะทำให้เป็นเชิงของmetabolic Disease ถ้าจะต่อยอดขยายในกลุ่ม metabolic Syndrome คือก่อนที่เป็นเบาหวานด้วยซ้ำไปได้จะยิ่งดี เพราะอันนั้นเขาจะใช้ FBS Cholesterol รอบเอว และBMI ซึ่งตรงนั้นก็กั้นคนไข้ ที่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงใหญ่ก่อนที่จะเป็นDM แต่ถามว่าคนไข้ที่เป็น DM สิ่งที่ประเมินเขาคือเกี่ยวกับ Parameter ที่ Modifies ได้ด้วยตัวคนไข้ อันหนึ่งที่คิดว่าน่าทำอันหนึ่งผมพูดกับพี่สารีแล้ว สิ่งที่เราทำง่ายๆ พูดถึงวัฒนธรรมที่ทำให้คนไข้ ทำอย่างไรให้ไปสู่สิ่งที่เขาจะดูแลตนเองได้ อาจจะค่อยๆ เริ่ม อันนี้ผมคิดเองแต่ว่ามันยังไม่ได้ทำ ก็ทำสายวัดเอวแจกคนไข้ เราไม่ต้องลงทุนสูงจริงๆ ใช้กระดาษก็ได้ เหมือนกับเข้าบุญถาวรแล้วเขาแขวนกระดาษ กระดาษแล้วให้เขามาวัดเอวเพื่อเขาจะได้รู้ว่าเอวเขาใหญ่มากขึ้นมากน้อยจริงๆ การชั่งน้ำหนักการวัดส่วนสูง สอนให้เขารู้จัก BMI พวกนี้เช่นเดียวกับทำให้เขารู้จักระดับน้ำตาลระดับ Cholesterol พวกนี้เป็น Parameterที่เขาจะดูแลตนเองได้ ถัดจากนั้นให้เขาวัดกราฟได้เขาจะเห็นแนวโน้มและ trend ของเขาเองได้ อันนี้คือสิ่งที่ควรจะสอนไม่ควรจะเป็นองค์ความรู้ที่อยู่เฉพาะในแพทย์พยาบาลเท่านั้น เราจะทำอย่างไรให้เขาดูแลตัว

ของเขาเองได้จริงๆ เราแตกต่างจากคนไข้คือเรารู้จักเรื่องพวกนี้รู้มากกว่าเขาเรื่องสุขภาพเรื่องยา ฉะนั้นอะไรที่ถล่นออกมาแล้วว่าเป็นตัวชี้วัด trend สุขภาพและ ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายๆติดตามของเขาเอง มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเขามีInterventionกับร่างกายเขาพวกนี้เราต้องสอน อันนี้ควรทำ ในสิ่งที่มันยากขึ้นหน่อยหนึ่งเช่นในคนที่ เป็นโรคแล้วมันจะมีพลังงานซึ่งทางบริษัทยาาก็ให้ผมเหมือนที่วงล้อหมุนหน้าตึกที่ว่าใครเป็นคนทำซึ่งเขาจะทำในระดับใหญ่ซึ่งเขามีการจัดจ้างขึ้นมา แต่ไอ้หมุนๆวงล้อนี้เขาเรียกว่า Ten year cardiovascular Risk ซึ่งเป็น ParameterจากFramingham study แต่ว่าคนไทยเราทำของเรา โดยใช้ตัวเลขของคนไทยโดยใช้รามาEGAT เข้ามาซึ่งรามา EGAT อันนี้มันจะวัด Parameterทั้งหมด 5 ตัว ฉะนั้นมันจะมีสองแผ่น ผู้ชาย ผู้หญิง สูบบุหรี่ ไม่สูบ Cholesterol เท่าไร BMI เท่าไรประเภทนี้ พอใส่ข้อมูลแล้วจะออกมาเป็นเปอร์เซ็นต์ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอีกสิบปีข้างหน้า คุณมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากน้อยแค่ไหนซึ่งถ้าเกินกว่า ก็เปอร์เซ็นต์ขึ้นมาคุณจะได้รับดูแลเป็นพิเศษ และควบคุมเพื่อที่จะให้มันลงมา สิ่งนี้ก็เป็นสิ่งเข้าใจง่ายๆสำหรับคนไข้ว่าจริงๆการรักษานานไม่ใช่แค่ น้ำตาลขึ้น น้ำตาลลงเท่านั้นเขาต้องเผชิญภาวะภาวะแทรกซ้อนเพราะฉะนั้นสิ่งเหล่านี้ต้อง Introduce และสอนคนไข้เข้าไป เราไม่ควรทำให้มันเปล่าตาย คนไข้มา F/U มาตามที่เรานัดแล้วง่ายแค่ว่าโดยที่คนไข้ไม่ได้อะไรกลับมาแล้วเขาไม่รู้ว่าเขาควรจะเปลี่ยนแปลงตัวเองอย่างไรหรือว่ามีแผนจัดการตัวเองอย่างไรซึ่งสิ่งเหล่านี้ควรทำร่วมกันทั้งคนไข้ให้บริการและคนรับบริการเขาก็ต้องปรับในส่วนของเขาอย่างนี้จะช่วยทำให้การดูแลรักษาสนุกขึ้นก็มีความหมายมากขึ้นและตัวเขาเองก็รับผิดชอบต่อการรักษาของเขาด้วย คำว่าการมีส่วนร่วมคืออย่างนี้ ส่วนของผู้รับบริการควรมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองอันนี้เป็นรายละเอียดที่ดีนะผมคิดว่าจริงๆว่าเป็นทักษะของความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคเขาตัวเอง ทักษะการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับตัวเขาทั้งปริมาณและคุณภาพ ลักษณะอาหาร ถ้าพูดถึงDM ก็จะเป็นเรื่องอาหารพลังงานต่ำทั้งหลายที่เขาจะต้องรู้จักว่าชนิดของอาหาร ต้องมีวิธีหรือทักษะการคัดแปลงอาหารให้มีรสชาติจะทานได้โดยไม่ทอดยเสียก่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยของเขา และทักษะที่จะรู้จัก Monitor Parameter ปรึกษาด้วยตัวของเขาเองได้เขาจะเห็นการเปลี่ยนแปลงและเหมือนจะเสริมพลังกลับไปให้เขาว่าสิ่งที่เขา Intervention มันก็เปลี่ยนแปลงชีวิตของเขาได้นะ อันนี้เห็นเป็นรูปธรรม คนไข้แต่ละคนอาจจะมีความปัญหาในประเด็นพวกนี้มากน้อยต่างกันอันนี้คือสิ่งที่ทีมคงจะต้องค้นหาแล้วก็เสริมพลังในส่วนที่เขาขาด ผมคิดว่าประเด็นเป็นแบบนี้มากกว่า เราจะต้องเรียนรู้กับคนไข้ก็อีกเยอะเวลาเราทำในสถานการณ์จริง เพราะว่าทั้งหมดนี้มันตั้งอยู่บนฐานที่ตัวผู้ให้บริการไม่ได้ป่วยด้วย เราเพิ่มพูนทักษะเหล่านี้คิดว่าทุกวันนี้ผมคิดว่าเรายังทำได้ไม่ค่อยดีคือ เป็นสื่อสารทางเดียว บางอย่างต่อให้มีการสอนสาธิตก็เป็นในความเข้าใจของผู้ให้บริการก็เป็นประเด็นที่ผมถนัดไปว่าเราจะทำอย่างไรที่เราจะเข้าไปเหมือนเขาจริงๆ มันต้องมีวิธี เพราะฉะนั้นส่วนหนึ่งที่

พอจะช่วยได้คือการกระจายไปใกล้พื้นดินเขามากที่สุด การ Satellite OPDจะมีประโยชน์ในเชิงของการการรักษาโรคเรื้อรังประมาณนี้ที่เป็นโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรกินซึ่งพฤติกรรมกรกินมันสัมพันธ์กับวิถีชุมชนค่อนข้างมาก เพราะฉะนั้นคนที่ดูแลและเข้าใจกระทั่งเป็นคนในชุมชนที่ดูแลเรื่องนี้อยู่แล้วเขาจะเข้าใจมากกว่าเรา

ขั้นตอนที่ 6 การวัดผลลัพธ์ของการจัดการดูแลสุขภาพ

R: มีการติดตามและการสะท้อนผลลัพธ์ของการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน หรือไม่ อย่างไร ในประเด็นดังนี้

R: เป้าหมายในการวัดผลคืออะไร สิ่งที่เราวัดคืออะไร ทำไมถึงต้องวัด จะวัดอย่างไร จะวัดเมื่อไร ใครเป็นผู้วัดและ ผลลัพธ์ที่ได้คืออะไร

P: ทุกวันนี้ผมว่าเขาสนใจในเชิงของ Biomedical maker ก็คือดูระดับน้ำตาลมากน้อย ถ้าในเชิงปัจเจกเขาคงอยากรู้ว่ามัน control มากน้อยแค่ไหน ใหญ่ๆก็คงดูเป็นภาพรวมเป็นค่าเฉลี่ยน้ำตาลของคนไข้ หลักๆก็คือรายงานข้างบนนะ สิ่งที่เราวัดคือพวกนี้ถือเป็น outcome ได้เป็น Primary outcome ว่าเรา control Biomedical makerพวกนี้ได้อยู่ในเกณฑ์ระดับไหนซึ่งอันนี้ประสบความสำเร็จอย่างหนึ่ง อันที่ควรจะวัดอีกก็คือ รวมทั้งoutcome สุดท้ายเช่น อัตราผู้ป่วยที่ Admit จาก complication ของการรักษา อัตราการเกิด complicationของ Micro vascular คือ ตา ไต เท้า กับในแง่ของ Macro vascularคนไข้ที่เป็นโรคของ cardiovascular Diseaseมากน้อยแค่ไหน ตัวเลขพวกนี้เป็นการวัดเมื่อมีคนสอบถามมา มันจะ Feedback กลับไป เพื่อปรับปรุงการรักษาหรือแปล่าก็มีประโยชน์ในเชิงนี้บ้าง อีกอันน่าจะวัดก็คืออยากให้เขาวัดในส่วนเรื่องที่เราจะทำก็คือการดูแลตนเองของผู้ป่วยตัววัดยังวัดได้ยังไม่ดีพอ เครื่องวัดขณะนี้นี้ในกลุ่มmetabolic disease ก็คือเป็นคนไข้ที่มีเกณฑ์ที่เข้า สามในสี่อะไรประเภทนี้ อีกอันก็เป็นการวัดในระยะยาวว่ามีการ termเป็น disease ก็คือ DM นี้ คงต้องใช้เวลาประเภทที่ปีแล้วเกิดเป็น กับตัวคนไข้ผมยังหาตัวชี้วัดที่ดีไม่ได้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุดท้ายอาจจะต้องมาวัดที่ Biomedical makerอีก คือผมวัดระดับ self efficacy ไม่เป็น ผมคิดว่าควรติดตามในส่วนนี้ คิดว่าคนไข้เขาเปลี่ยนวิถีชีวิตเองเพื่อให้เหมาะสมกับตัวโรคที่เขาเป็น ความสามารถในการดูแลตนเองผมว่ามันน่าจะมีส่วนอย่างแต่ผมยังไม่รู้ ตัวชี้วัดมันพยายามรวบรวมเป็นรายปี ถามว่ามันควรดีกว่านี้ไหม การระบุตัวชี้วัดน่าจะระบุ template ได้อย่างชัดเจน ระบุผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดได้ต้องสามารถที่จะบอกได้ชัดเจนว่าควรจะทำรายงานถึงสักเท่าไรด้วยความที่ผมยังนึกตัวชี้วัดได้ไม่กว้างกว่านี้ ผมเลยคิดว่าตัวชี้วัดเหล่านี้มันเคลื่อนไหวได้ไม่มากนักเพราะฉะนั้นความถี่ที่ประมาณ yearly ก็ไม่แปลก แต่อาจจะทบทวนเพื่อการพัฒนาหรือปรับให้มันดีขึ้นได้ทุกหกเดือนถามว่าตรงนี้มีส่วนในการ Monitorไหมล่าสุดผมทำอันหนึ่งเพื่อให้สะดวกขึ้นแต่จริงๆไม่คิดว่าเป็นนวัตกรรมแต่ก็สะดวกขึ้นคือใช้ Labที่มีความสำคัญเพื่อสะดวกกับแพทย์และพยาบาลคือผมDesign เป็น DM1 กับ DM2 DM1เป็นชุด Labเพื่อที่จะ

ครอบคลุมตัวชี้วัดที่เราอยากได้ใน TCEN เพราะฉะนั้น DM1พอแพทย์เขียนว่า DM1 และกำหนดใน
 ครั้งปีแรกถ้ามีคนไข้ DM ซึ่งไม่เคยตรวจ DMเลยก็ต้องให้ตรวจDM1 ซึ่งประกอบด้วย FBS BUN
 Creatinine Lipid Profile micro bilirubin อันนี้มันคือParameterที่เราจะติดตาม ปกติ TCEN มันอยากได้
 ว่าปริมาณคนไข้เช่นเปอร์เซ็นต์ทั้งหมดของคนไข้เรามี FBS ต่ำกว่า 140 ก็เปอร์เซ็นต์ ซึ่งถ้าเราจะ
 แบบนี้ส่วนใหญ่ FBS มันจะได้อยู่แล้วเพราะแพทย์ทั่วโลกก็จะเจาะ FBS ทีนี้จะมี HbA1c ที่
 โรงพยาบาลเรายังไม่ได้ทำ ทีนี้ที่ผมทำDM1ก็จะมี FBS HbA1c BUN Creatinine K Lipid Profile
 micro bilirubin เพื่อที่จะเก็บให้ครบก่อน อันนี้ coverage ของเรามุ่งหวังใกล้เคียง 100มันต้อง 90ขึ้น
 เพราะฉะนั้นทุกคนจะต้องไม่พลาดในการเจาะ มันคุ้ม แต่บางคนคงหลุดบ้างของทุกอย่างไม่มี 100 แต่
 คงใกล้เคียง ถัดไปอยากตอบโจทย์อยากสรุปจบภายในปีว่าในกลุ่มคนไข้ที่มี FBS ผ่านเราไปสัก
 ประมาณเกือบปี เช่น หกเดือน เก้าเดือนแล้วเราเจาะครั้งที่สองแล้วจะวัดหลังเดือนเมษาเป็นต้นไปนี่นะ
 คนที่เคยเจาะ DM1แล้วสามารถเจาะ DM2ได้ แต่ DM2 เราลดลงไปหน่อยเราเอาเฉพาะตัวสำคัญ วัด
 ความแตกต่างกันตรงๆเลยเช่นเราก็จะเจาะ FBS HbA1c และ LDL คู่ว่า 3 ตัวนี้ลดลงไปกว่า DM1เท่าไร
 อันนี้ถือว่าหายๆเพราะจริงๆมันดั้งขึ้นดั้งลงได้ตลอด แต่เราคิดว่ารวมๆแล้วมันสะท้อนภาพเราก็จะ
 เอามาเป็นตัวชี้วัดปีต่อปีได้ว่าภายในปีสามารถหรือเปล่า แล้วพอถัดไปก็จะมีDM1ของปี 55นะเราก็วัด
 ระหว่างปีมันก็ได้นะเรากำลังคิดว่ามันเข้าไปเราก็ต้องคิดต่อ เราใช้ตัว TCEN มาจับเพราะเป็นตัวชี้วัดที่
 ได้รับความยอมรับมากที่สุดในปัจจุบันไม่รู้จะดีมากหรือเปล่านะ ด้วยความที่มันเน้นหนักไปในเชิง
 ของจำนวนครั้งของ Intervention เพราะเชื่อว่ามันจะทำให้ดีขึ้นได้รับการตรวจฟันใหม่ ได้รับการ
 ตรวจเท้าใหม่ ซึ่งผลมันต้องตรวจลงไปอีกทีแต่อย่างน้อยการได้รับการดูแลตรงนี้ก็คือว่าเป็นการ
 ประกันคุณภาพระดับหนึ่งแล้ว และ TCEN จะมีพูดถึงในแง่ของ coverage การตรวจParameter ทางBio
 makerอยู่ที่ ว่า FBS ก็เปอร์เซ็นต์ แล้วขณะที่เขาก็ถามด้วยว่าแล้วที่มันต่ำกว่ามันมีก็เปอร์เซ็นต์ มันเป็น
 ภาพรวมในแง่ของการดูแลเบาหวานทั้งหมดมันก็เป็นตัวแทนได้ระดับหนึ่ง อาจไปแข่งขันก็ได้ แต่ต้อง
 ทำ TCEN ให้ครบหมดแล้ว outcome ต้องดี ผลลัพธ์ที่ได้เช่น TCEN ตัวเลขในแง่ของ coverageเราทำ
 ได้ไม่ดีเลยเราก็เอาส่วนนั้นมาปรับคุณภาพก็เอามาทำเรื่อง DM1, DM2 นี่ไงว่าเราต้องเพิ่มcoverageไป
ขั้นตอนที่ 7 เราจะรู้ได้อย่างไรว่า มาถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้

R: ขณะนี้การจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ประสบ
 ผลสำเร็จอย่างไรบ้าง ใช้อะไรเป็นตัวบ่งชี้ระดับความสำเร็จ ผลสัมฤทธิ์ที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่
 คาดหวังตามแผนหรือไม่ อย่างไร และมีอะไรบ้างจะต้องพัฒนาปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและจะมี
 วิธีดำเนินการอย่างไร เพื่อให้เกิดผลการดูแลที่มีคุณภาพดียิ่งขึ้นในเรื่องต่อไปนี้ ด้านผู้รับบริการ
 และด้านทีมสุขภาพ

P: รวมๆแล้วสรุปว่าผมว่าของเรายังไม่ค่อยดีพอ มองในเชิงประเด็นของเบาหวานก็คือมองในภาพของทีมนักยาก็อยากได้ผลที่ดี เราไม่อยากจะให้คนไข้ป่วยเป็นเบาหวานมากขึ้นเรื่อยๆ เราอยากให้คนไข้เบาหวานรักษาแล้วไม่เกิดเป็น complication เรื่อยๆเพราะฉะนั้นถ้าสิ่งเหล่านั้นมาเราเองมีคณไขเบาหวานเพิ่มขึ้นเรื่อย เรายังมีคณไขเบาหวานที่มาด้วย complication อยู่จำนวนไม่น้อย ไตก็มีปัญหาขึ้นเรื่อยๆ ตาก็ยังมีปัญหาและเท้ายังไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ ตรงนี้เป็นจุดอ่อนที่ง่ายๆตรงไปตรงมาที่จะต้องทำ เพราะฉะนั้นเรากำลังพูดถึงกลวิธีที่จะทำเพราะฉะนั้นในระหว่างนั้นปัญหาในเชิงของการเพิ่ม coverage เราก็กำลังทำ ในแง่ของการที่จะกระจายลงไปเป็น Satellite OPD ก็ยังอยู่ในระหว่างการดำเนินการซึ่งปัญหาที่จะไปเตรียมทีมลงไปยังเผชิญอะไรอีกเยอะ เราพูดได้ในเชิงหลักการถ้าเห็นด้วยกันทั้งหมด แต่ก็เป็นส่วนของคนทำงานแต่คนข้างล่าง สอ. เขาจะยอมรับมากน้อยแค่ไหนก็ยังเป็นประเด็นอีกเยอะ และถ้าเขายอมรับชุดความรู้ที่จะต้องถ่ายทอดลงไปให้กับคนกลุ่มนี้ ผมว่ายังต้องเสริมกันอีกเยอะเลย ภาพใหญ่เราคงคิดได้แต่ไม่รู้เตรียมคนพอไหม รวมถึงแนวความคิดหลักที่จะถ่ายทอดไปให้กับคนไข้ก็ยังเป็นประเด็นที่ทำอะไรที่จะต้อง Power และ Empower ให้ได้ สิ่งเหล่านี้ยังรออีกเยอะ เรื่องการเข้าถึงบริการเพราะฉะนั้นในแง่ของการ Satellite OPD นำเป็นตัวที่ได้ประโยชน์ที่สุด แล้วพอ Satellite OPD แล้วเนื้อหาที่ลงไปจะได้ประโยชน์นอกจากความสะดวกสบาย ความไม่คับคั่งกับ รพศ. รพท. แล้วก็ก็คือความใกล้ชิดชุมชนความเข้าใจวิถีชุมชนมากกว่า เราคาดหวังว่าจะทำให้คนไข้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เหมาะสมกับตัวเขาได้มากที่สุด ส่วนทีมภายในต้องมีการพูดคุยและเสริมพลังกันและความเชื่อมโยงในแต่ละ OPD ก็ยังเป็นโจทย์ใหญ่ ถ้าจากตรงนี้อาจจะออกไปภายนอกความเชื่อมโยงภายนอกในส่วนของ Health service system ด้วยกันระดับสอ. ที่ต้องเป็นส่วนใหญ่ที่จะต้องทำ

ขั้นตอนที่ ๘ การสื่อสารการดูแลสุขภาพที่เป็นเลิศ

R: ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีการสื่อสาร/ การให้ข้อมูลการดำเนินงานกับทีมผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดอย่างไร

P: กับทีมด้วยกันมีเวที ที่อย่างน้อยตอนนี้เป็นรูปธรรมที่สุดก็เป็นในที่ประชุม CCC committee ตรงนั้นคิดว่าเป็นเวทีที่ใหญ่ที่สุดที่ครอบคลุมทั้งหมด ส่วนของคนไข้ตรงๆในแต่ละ OPD เขาก็สื่อสารหน้างาน โดยการให้ Health education ผ่าน Health educator ซึ่งพยาบาลเป็นคนทำหลักๆ ในตัวต่อตัวแพทย์เองก็คุยแต่่วิธีคุยของแพทย์ก็แตกต่างกันไปยังไม่เป็นรูปแบบที่มีพลังพอให้กลับไปทำได้

R: ท่านคิดว่าควรพัฒนาปรับปรุง เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมวิธีการหรือช่องทางสื่อสารที่ใช้อยู่ในปัจจุบันอย่างไร

P: ผมอาจไม่รู้ Key success factor พวกนี้เลยนะอันนี้เป็นประเด็นที่พี่นุ้ยถามว่ามีอะไรที่ PCT Med ประสบความสำเร็จอะไรบ้าง ขอเอาเรื่องที่พี่ทำนี่เข้าไปคุยในที่ประชุม แต่ว่ามันต้องมีความว่างพอ ในทีม CCC ผมว่าพลังมันมากกว่าและมันอาจจะเป็นเวทีที่เสริมพลังกัน
ผมตอบไม่ได้ในหลายประเด็น เลยรู้ว่าเป็นจุดอ่อนที่ต้องทำ



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสุดใจ ตั้งประดิษฐ์
วัน เดือน ปีเกิด	21 ธันวาคม 2501
สถานที่เกิด	อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2524
สถานที่ทำงาน	งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลสมุทรสาคร อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

