

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการความร่วมมือในชุมชน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ณภัทร พลอำนาจ*, สงครามชัย ลีทองดี*, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยบูรณาการความร่วมมือในชุมชน ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 3 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 97 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 30 คน, จิตอาสา 30 คน และกลุ่มตัวแทนจากเทศบาล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตัวแทนชุมชน จำนวน 37 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณคือแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดย การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการประชุมแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาครั้งนี้มี 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) จัดตั้งคณะกรรมการ 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การพัฒนาศักยภาพจิตอาสา 5) การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) การติดตามเยี่ยมบ้าน 7) การนิเทศติดตามและสนับสนุน 8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 9) การถอดบทเรียน ผลของกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มเป้าหมาย มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ ความพึงพอใจ และระดับการมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้น กระบวนการนี้ ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น มีจำนวนเพิ่มจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 66.67 รูปแบบที่ค้นพบในการดำเนินงานครั้งนี้เรียกว่า VARIN Model ซึ่งประกอบด้วย การสร้างจิตอาสา การพัฒนาพื้นที่ มีพลังเสริม เพิ่มเติมบริการ ประสานงานชุมชน

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาในครั้งนี้คือ การสร้างจิตอาสาและการเสริมพลังเชิงบวกให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นการทำงานในพื้นที่เป็นฐานสำคัญ ด้วยการจัดให้บริการแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพและกลุ่มจิตอาสาที่มีการประสานงานกันที่เข้มแข็งและสร้างสรรค์

คำสำคัญ: การบูรณาการความร่วมมือ, กระบวนการมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยเบาหวาน

Article info:

Received: Sep 21, 2019

Revised: Nov 15, 2019

Accepted: Dec 8, 2019

Original article

The integrated community care model for diabetes mellitus patients, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province

Napat Polamnauy*, Songkramchai Leethongdee*, Mereerat Manwong**

*Faculty of Public Health, Mahasarakham University

**College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

Abstract

This action research aimed to develop the care model for DM patients with type 2 diabetes by Integrated with community care in the area of public health service center 3, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. The 97 participants were selected such as DM patients with type 2 diabetes of 30 persons, 30 care volunteers, Municipal district representative officers, public health officers and community leader's head of 37 persons. Data both qualitative and quantitative were collected by questionnaire and qualitative method. The tools of research were applied with in-depth interviews and structured questionnaire, focus groups, interviews and participated in meetings. Data analysis was applied by descriptive statistics. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The results showed that development processes of care model comprised 9 stages: 1) data collection 2) set-up NCD board team 3) action plan formulation 4) capacity building for volunteer 5) training and health behavior modification 6) home visits and follow-up 7) monitoring and evaluation 8) KM forum and discussion 9) lesson learned with AAR. After operation, the participants had a higher level of knowledge, satisfaction and participation in the care service activities. The DM patients could control blood sugar levels to a great extent 66.67%. The primarily service model is called "VARIN Model" (V: Volunteers, A: Area Base, R: Reinforcement, I: Integrated care and N: Network)

In conclusion, the supporting factors for succeed were the creating a volunteer mind and reinforcement positive forces for the target group on area base according to holistic care by inter-professional team and volunteer groups with strengthening support and created collaboration.

Keywords: Integrated care, community participation, diabetes patients

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

Ubon Ratchathani Rajabhat University

บทนำ

โรคเบาหวาน ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่มีระบบการดูแลรักษาที่ซับซ้อนและใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษามาก ขณะที่ผลลัพธ์การดูแลรักษาในภาพรวมยังไม่บรรลุประสิทธิผลดีเท่าที่ควร สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (The International Diabetes Federation หรือ IDF) ประมาณการว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 285 ล้านคนในปี ค.ศ. 2010 เป็น 592 ล้านคนในปี ค.ศ.2035 โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยพบในกลุ่มประเทศที่ด้อยและกำลังพัฒนาและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่พบมากที่สุดมีส่วนถึงร้อยละ 85-95 ของผู้เป็นโรคเบาหวานทั้งหมด (วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี, 2560) หากไม่มีระบบการดูแล การควบคุมป้องกันที่มีประสิทธิภาพ จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้น และส่งผลต่อการจัดการเพื่อการดูแลที่ยากลำบากและซับซ้อนมากขึ้น

ข้อมูลสถานการณ์เบาหวานในประเทศไทย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้คาดการณ์จำนวนประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ในระหว่างปี พ.ศ.2554 - 2563 พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เกิดขึ้น 501,299 คน และในระหว่าง พ.ศ.2554-2563 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในช่วง 501,229-553,941 คนต่อปี และจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าภายใน 6 ปี ดังนั้นคาดว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่สูงถึง 8,200,200 คน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 697.22 ต่อแสนประชากร สรุปข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรคยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน 41,897 ราย จากข้อมูลสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขยังพบว่า ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ในปี พ.ศ. 2557-2560 คิดเป็นเพียงร้อยละ 20.49, 25.24, 28.28 และ ร้อยละ 32.03 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติได้เป็นจำนวนที่สูงมาก และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 41,897 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.64 ซึ่ง

ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงสุด 14,091 ราย (ร้อยละ 33.63) ภาวะแทรกซ้อนทางตา 9,112 ราย (ร้อยละ 21.75) ภาวะแทรกซ้อนทางประสาท 7,200 ราย (ร้อยละ 17.19) ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง 5,289 ราย (ร้อยละ 12.62) และภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 5,289 (ร้อยละ 12.62) (อมรา ทองหงส์, 2558)

สถิติผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2557-2561 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น โดยในปีพ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยเบาหวาน 86,197 คนและปีพ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 91,449 คน อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ.2557 - 2561 คิดเป็นร้อยละ 18.14, 22.10, 27.51, 15.69 และ 32.24 ตามลำดับ ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอวารินชำราบพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในปีพ.ศ.2557 - 2561 คิดเป็นร้อยละ 16.18, 23.97, 33.81, 33.11 และ 40.63 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2561) ซึ่งจากสรุปผลการประเมินงานด้านคลินิก NCD คุณภาพในปี พ.ศ.2561 พื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 3 สังกัดเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าร้อยละการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานต่ำกว่าเกณฑ์ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 304 คน ในจำนวนนี้ได้รับการตรวจเลือดประจำปี 197 คน (อัตราความครอบคลุมของการตรวจ HbA1C คิดเป็นร้อยละ 64.80) และมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยมีค่าระดับ HbA1C น้อยกว่า 7 จำนวน 85 คนคิดเป็นร้อยละ 27.96 ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหานี้พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ทำโดยระบบบริการแบบเดิมยังมีจุดอ่อนหลายประการเช่น ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องดูแลตนเอง ขาดผู้ดูแลในพื้นที่ และผู้ป่วยเองขาดความรู้หรือทักษะที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง ขาดกำลังใจและไม่มีกระบวนการเพิ่มความพึงพอใจต่อระบบบริการของผู้ป่วยเบาหวานต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่

ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาแนวทางหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม โดยการบูรณาการความ

ร่วมมือในชุมชน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้และเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยใช้รูปแบบการดูแลเชิงรุก เน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนยึดหลักสำคัญคือ การดูแลระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่) โดยมีการประเมินปัญหา วางแผนปฏิบัติ และประสานความร่วมมือ ซึ่งเป็นแนวทางของการดำเนินการวิจัยแบบ Action research เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยเบาหวานได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการความร่วมมือในชุมชน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษา บริบทของพื้นที่ กระบวนการพัฒนา ผลของกระบวนการพัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ Practical action research ตามกรอบแนวคิด Kemmis, and McTaggart (1988) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และขึ้นทะเบียนรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 3 จิตอาสา เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลวารินชำราบ เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองวารินชำราบ เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 3 และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มเป้าหมาย ของการศึกษาในครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 97 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากเทศบาลเมืองวารินชำราบ และตัวแทนภาคประชาชน คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 37 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินงานวิจัยหรือเข้าร่วมการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 3 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาชนิดรับประทาน
- 2) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ดี คือ มีระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 155 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ติดต่อกันและมีระดับน้ำตาลสะสมหรือ HbA1C > 7 ขึ้นไปในรอบปี พ.ศ.2561
- 3) เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ย้ายที่อยู่
- 2) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย
- 3) ขอลถอนตัวจากกระบวนการวิจัย

1.3 จิตอาสาจำนวน 30 คน เป็นผู้ที่ม่ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีใจรักในงานบริการ มีเวลาในการเข้าร่วมฝึกอบรมและพร้อมปฏิบัติงาน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ทั้งการอ่านและเขียนอาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่ให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 3

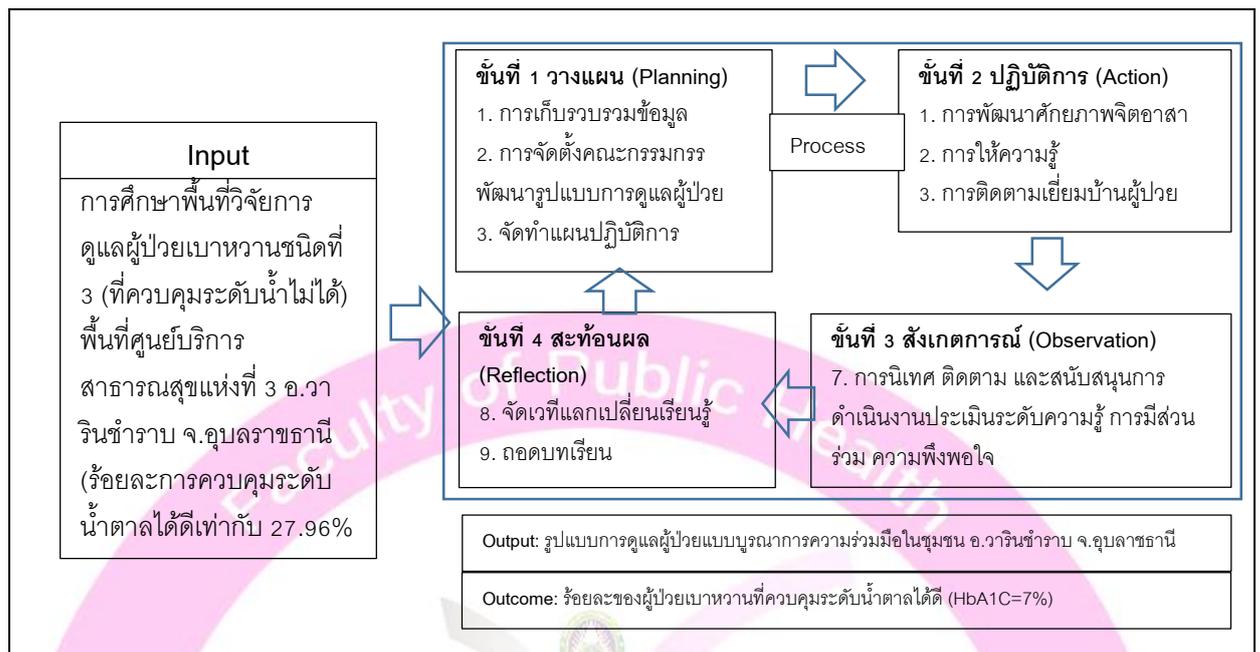
ขอบเขตด้านพื้นที่ในการวิจัย

พื้นที่ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 3 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบไปด้วยชุมชนในเขตรับผิดชอบ 11 ชุมชน

ขอบเขตด้านระยะเวลาในการวิจัย

ดำเนินการช่วงเดือนมกราคม – มิถุนายน 2562

กรอบแนวคิดการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการความร่วมมือในชุมชน โดยใช้กระบวนการ P-A-O-R ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflecting)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการมีส่วนร่วม และแบบวัดความพึงพอใจ โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุขจำนวน 3 ท่านมีค่าความตรงของเนื้อหาระหว่าง 0.70–1.00 และค่าความเชื่อมั่นจากการนำไปทดลอง (Try out) จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การศึกษาบริบทของพื้นที่ในการวิจัย

ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 3 สังกัดเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ ลักษณะชุมชนที่รับผิดชอบเป็นชุมชนเมืองและชุมชนเมืองกึ่งชนบท มีทั้งหมด 11 ชุมชน ซึ่งเป็นชุมชนขนาดเล็กอยู่ติดกับริมฝั่งแม่น้ำมูล จำนวน 2,079 หลังคาเรือน ประชากร 6,340 คน แบ่งเป็นชาย 3,048 คน หญิง 3,292 มีสถานพยาบาล 1 แห่ง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 3 มีวัดจำนวน 4 แห่งสำหรับใช้ในการประกอบพิธีกรรมและประเพณีวัฒนธรรมในชุมชน วิถีชีวิตของคนในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขาย คนหนุ่มสาวจะออกไปทำงานต่างจังหวัดหรือทำงานในเขตเมือง ด้านการรวมกลุ่มทำกิจกรรมภาพรวมในชุมชนยังไม่ค่อยได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชน เพราะต่างคนต่างทำมาหากิน คนที่อยู่อาศัยที่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นเด็กเล็กและผู้สูงอายุ บางหลังคาเรือนพบผู้ป่วยอยู่กันตามลำพัง หรือเป็นผู้ป่วยที่ดูแลช่วยเหลือกันเอง และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ 1-5 ปี และพบว่าระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานนานที่สุดถึง 30 ปี โดยผู้ป่วยมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 70.00) และค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยอยู่ระหว่าง 155-182 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ คิดเป็นร้อยละ 83.33

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชนพบว่า มีการเยี่ยมบ้านในกรณีที่ไม่ได้มาตามนัด และคนไข้ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลวารินชำราบ ซึ่งการเยี่ยมบ้านหรือการดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุมกลุ่มคนไข้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ วิเคราะห์ภาพรวมพบว่า ปัญหาสำคัญของการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ ระบบการเชื่อมโยงการดูแลกับชุมชน ไม่มีการจัดบริการเสริมทักษะลดเสี่ยงโรคให้แก่ชุมชนที่เป็นรูปธรรม ไม่มีการสนับสนุนนโยบายแผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน และนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมต่อการมีสุขภาพของคนในชุมชน ขาดการสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ขาดระบบสนับสนุนการดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในชุมชน รวมทั้งระบบสนับสนุนการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนยังไม่เป็นรูปธรรม ขาดการประสานความร่วมมือในการส่งคืนข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการจัดทำแผนงานโครงการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมืองวารินชำราบ) และชุมชนเพื่อให้สามารถจัดการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนได้ เช่น 3อ 2ส 1ย และการสร้างจิตอาสาในชุมชนยังมีไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ยังไม่มีระบบสนับสนุนให้จิตอาสาดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในชุมชน ประชาชนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน/โครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จากการประชุมกลุ่มผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พบว่าผู้ป่วยต้องการระบบการดูแลที่บ้าน โดยอยากให้มีจิตอาสาเข้ามาดูแลที่บ้านและเยี่ยมบ้านเป็นระยะ มีการอบรมให้ความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนา มี 9 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะวางแผน (Planning)

1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Group discussion) กับกลุ่มผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน จำนวน 37 คน ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่าง ๆ วัตถุประสงค์ในการประชุมครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา

2. ขั้นตอนการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้การดำเนินงานเกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยคณะกรรมการมาจากทุกภาคส่วนคือ โรงพยาบาลวารินชำราบ, สำนักงานสาธารณสุขวารินชำราบ, เทศบาลเมืองวารินชำราบ และภาคประชาชน จนเกิดคณะกรรมการทั้งหมด 5 คณะ คือ 1) คณะกรรมการอำนวยการ 2) คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานคลินิก 3) คณะกรรมการพัฒนาเครือข่าย 4) คณะกรรมการสารสนเทศ และ 5) คณะกรรมการศึกษาและประชาสัมพันธ์

3. ขั้นตอนการจัดทำแผนปฏิบัติการโดยใช้วิธีการประชุมแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ทุกคนร่วมกันหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

ระยะปฏิบัติการ (Action)

4. ขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพจิตอาสา โดยการอบรมและฝึกปฏิบัติ การอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านและในชุมชน การเจาะหาระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้วของผู้ป่วยและการแปลผล

5. ขั้นตอนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ย แก่ผู้ป่วยเบาหวานและจิตอาสา

6. ขั้นตอนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยจิตอาสาเป็นหลักร่วมกับทีมหมอครอบครัว ใช้เทคนิคการเยี่ยมเสริมพลัง

ระยะสังเกตการณ์ (Observation)

7. ขั้นตอนการสังเกต นิเทศติดตามและประเมินผลเป็นกระบวนการสังเกตและประเมินผลการดำเนินงานก่อนเข้าร่วมโครงการ ระหว่างเข้าร่วมโครงการ และสิ้นสุดโครงการเพื่อประเมินระดับความรู้ ประเมิน ระดับการมีส่วนร่วม ระดับความพึงพอใจ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ระยะสะท้อนผล (reflection)

8. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และให้จิตอาสาได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ

9. การถอดบทเรียน โดยใช้กระบวนการ After action review (AAR) เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน

ส่วนที่ 3 ผลของกระบวนการพัฒนารูปแบบ

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมีระดับความรู้เพิ่มมากขึ้น หลังดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือมีความรู้ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 30.00 และจิตอาสาที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 86.67 รองลงมาคือมีความรู้ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 13.33

2. ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้เพิ่มขึ้น 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เท่ากับ 6.93 (S.D. = 0.62)

3. ด้านการมีส่วนร่วม หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนพบว่า กลุ่มผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีส่วนร่วมมากขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ย=3.66, S.D.=0.50 อยู่ในระดับมาก ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นจากก่อนดำเนินการ

4. ด้านระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่าระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนา

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานมีส่วนร่วมมากขึ้น ตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการ ขั้นประเมินผล และขั้นสะท้อนผล นอกจากนี้ยังเกิดจากความทุ่มเทในการร่วมกันแก้ไขปัญหาทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมที่ให้จิตอาสาและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลที่บ้าน และการติดตามเป็นระยะที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบใหม่ โดยสามารถสร้างแบบจำลองได้เป็น VARIN Model ประกอบด้วย V: Volunteer การสร้างจิตอาสาเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยในชุมชน A: Area base โดยเน้นชุมชนเป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย R: Reinforcement การสร้างพลังบวกให้กับกลุ่มเป้าหมาย I: Integrated care การจัดการบริการแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ และ N: Network

การประสานงานภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งและสร้างสรรค์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะของชุมชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 3 พบว่าวิถีชีวิตของคนในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขาย คนหนุ่มสาวจะออกไปทำงานต่างจังหวัดหรือทำงานในเขตเมือง การรวมกลุ่มทำกิจกรรมภาพรวมของชุมชนยังไม่ค่อยได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชนมากนัก เพราะต่างคนต่างทำมาหากิน คนที่อยู่อาศัยที่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นเด็กเล็กและผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานขาดผู้ดูแลในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือกันในครอบครัวจะเป็นการดูแลช่วยเหลือกันเองระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ประชาชนในชุมชนไม่ค่อยมีกิจกรรมร่วมกัน ขาดการรวมกลุ่มกันในการจัดตั้งชมรมหรือกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ แต่เนื่องด้วยเป็นชุมชนดั้งเดิมโดยเฉพาะในเขตที่เป็นชุมชนกึ่งเมือง ยังคงมีลักษณะความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน มีการอนุรักษ์ประเพณีและวัฒนธรรม การให้ความเคารพต่อผู้อาวุโสและผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการ ความร่วมมือในชุมชน สามารถทำให้คนในชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ คลื่นแก้ว (2557); กิติวรธณ จรรยาสุทวิวงศ์ (2558) และจรีพร ศรีเมือง (2556) ซึ่งได้ให้ความเห็นไว้ว่าการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาโดยครอบครัว ชุมชนร่วมกันจัดทำ กิจกรรมแก้ไขปัญหามหาชน เน้นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตามประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันมาเป็นวิธีการซึ่งสามารถช่วยแก้ไขปัญหามหาชน

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการความร่วมมือในชุมชน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้ทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องได้ร่วมกันแก้ปัญหาโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและใช้เป็นฐานในการเยียวยาผู้ป่วย มีการแบ่งปันแบ่งปันทรัพยากรทั้งด้าน คน ความรู้ เงิน และเวลา ทำให้สามารถพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ดีขึ้น โดยพบว่า 1) กิจกรรมการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบ

ที่มาจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแนวทางที่ช่วยทำให้เกิดความร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาในรูปแบบการมีส่วนร่วมระดับพื้นที่ ดังจะเห็นได้ว่าระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินการอยู่ในระดับมาก 2) กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพจิตอาสาให้มีความรู้และวิธีดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน สิ่งที่เกิดขึ้นในการดำเนินการผู้ป่วยเบาหวานให้มีความไว้วางใจ เชื่อมั่นในจิตอาสา และจิตอาสาสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้ดีขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นจากการที่มีผู้คอยกระตุ้นเตือนเป็นระยะๆทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท พลยิ่ง (2551) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติกิจกรรมการติดตามดูแลผู้ป่วยการส่งต่อข้อมูลและขอความร่วมมือกับผู้ป่วย อสม. และผู้ให้บริการร่วมกันออกติดตามดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ให้บริการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาทักษะของจิตอาสาให้มีความรู้เรื่องการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายร่วมด้วย 3) กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยใส่ใจการในการควบคุมระดับน้ำตาลมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรรัตน์ สุขเลิศ(2555) ที่พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ควบคู่ไปกับการจัดกิจกรรมให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ การดูแลและอสม. ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ถูกต้อง 4) ขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้วิธี Training on the job การฝึกเจาะเลือดและการแปลผล การฝึกอบรมความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้กับจิตอาสา การให้ความรู้จิตอาสาเพื่อให้สามารถให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้ ในหัวข้อ โรคเบาหวาน อาการและภาวะแทรกซ้อน อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลเท้าและการออกกำลังกาย

กาย การบริหารยา การให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ากิจกรรมดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของญาตาวี ญาญจน์แก้ว (2553) ที่พบว่าการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อน 2 กิจกรรมอบรมผู้ดูแลเพื่อให้สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และ 5) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของจิตอาสาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ความรู้และติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติมากยิ่งขึ้น สรุปผลการทำงานที่เกิดจากการสร้างเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การยึดผู้ป่วยและชุมชนเป็นฐานในการเยี่ยมเยียน และจิตอาสาเป็นผู้คอยช่วยเหลือ โดยมีทีมหมอครอบครัวคอยเสริมพลังและการให้บริการแบบบูรณาการการดูแลในทุกมิติ ซึ่งสิ่งที่ขาดไม่ได้ในการพัฒนา คือการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพราะการทำงานของประเทศบาลและโรงพยาบาลมีการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ฉะนั้นการที่จะพัฒนาให้การดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ จึงต้องอาศัยทุกภาคส่วนที่เป็นภาคีเครือข่ายในการร่วมมือกันทำงาน โดยรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 3 จึงเป็นรูปแบบที่เรียกว่า “จิตอาสา พัฒนาพื้นที่ มีพลังเสริมเพิ่มเติมบริการ ประสานงานชุมชน” หรือเรียกว่า “VARIN Model” (V: Volunteer, A:Area base, R:Reinforcement, I:Integrated care, N:Network) ซึ่งการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มนทิรา สิงห์ทองกุล (2556); อรทัย ทองชัน (2557) ภราดร โสภา (2559) และหนึ่งฤทัย สุกใส (2560) ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยโดยภาคีเครือข่ายหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน พบว่าการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดเครือข่ายที่เข้มแข็งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ผลการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการความร่วมมือในชุมชน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้เพิ่มขึ้นโดยมีความรู้ในระดับสูงเพิ่มมากขึ้นในทุกประเด็น ทั้งความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การดูแลเท้าที่ถูกต้อง และมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงระดับการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.66 , S.D.= 0.50) และระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยในระดับมาก การศึกษานี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น (HbA1C < 7) จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67

การศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการศึกษา คือ การทำงานแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงาน ตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ปัญหา การวางแผนร่วมกัน การดำเนินการ การประเมินผล ถอดบทเรียน และคืนข้อมูลสู่ผู้ป่วยเบาหวานและชุมชน โดยการมีจิตอาสาเข้ามาช่วยดำเนินงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ด้วยจิตใจที่พร้อมให้บริการ อยากร่วมช่วยเหลือเพื่อนหรือญาติพี่น้องที่เจ็บป่วยในชุมชน ร่วมทั้งการสร้างภาคีเครือข่ายที่ประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เกิดการทำงานเป็นทีมมีการช่วยเหลือแบ่งปันทรัพยากร ร่วมกันทั้งในด้านความรู้ ด้านกำลังคน ด้านอุปกรณ์และ

งบประมาณ รวมทั้งมีการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัว ซึ่งเป็นสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาครบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ เกิดภาพของการดูแลที่ครบทุกมิติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสร้างทีมจิตอาสาเพิ่มขึ้นในชุมชนเพื่อร่วมแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ครอบคลุมทั้งกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ กลุ่มควบคุมไม่ได้ และกลุ่มที่เกิดภาวะแทรกซ้อน และใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาเพื่อให้ชุมชนได้ตระหนักถึงปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและสร้างภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งร่วมมือกันในรูปแบบพหุภาคีแบบไร้รอยต่อ

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถประยุกต์ใช้ VARIN Model ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ต้องมีจิตอาสาในชุมชนเพื่อเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วย กับเจ้าหน้าที่ และจัดตั้งคณะกรรมการในการดูแลผู้ป่วยที่มาจากภาคีเครือข่ายต่างๆ เน้นให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการร่วมกันค้นหาปัญหา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่ดีในการทำโครงการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ คลื่นแก้ว. (2557). ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยครอบครัว ชุมชน ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาล
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กิติวรรณ จรรยาสุทธิวงศ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอในศูนย์บริการสาธารณสุข
สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จวีพร ศรีเมือง. (2556). การพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานโดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระเทียม
อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชัชชาติ รัตนสาร. (2560). สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อ ปฏิรูปการดูแลรักษาโรค เบาหวานใน ประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวง
สาธารณสุข.
- ญาติวี กาญจน์แก้ว. (2553). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน บ้านน้อยสามัคคี ตำบลตาต้อ อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นรินทร์ พลเยี่ยม. (2551). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มนทิรา สิงห์ทองกุล. (2556). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน อย่างต่อเนื่องโดยอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลพนมไพร
อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิโรจน์ เขียมจรัสรังษี. (2560). โรคเบาหวานชนิดที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (2561). ข้อมูลจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ.
อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
- หนึ่งฤทัย สุกใส. (2550). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยกระบวนการสร้าง แนวคิดอย่างมีโครงสร้างและการมีส่วนร่วมของผู้ที่
มีส่วนได้ส่วนเสีย:กรณีศึกษาศูนย์แพทย์มิตรภาพ. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารทางเภสัชกรรม
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อมรรัตน์ สุขเลิศ. (2555). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสงตำบลคูมใหญ่ อำเภอ
ม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อมรา ทองหงส์. (2558). โรคเบาหวาน. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2558. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.