

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

ภาคภูมิ อินทร์ม่วง*, ยุพิน หิรัญพต*, สิริวิภา โรจนรัตนางกูร*,
โชติมณี เรืองกลิ่น* และ อารยา ฉัตรธนะพานิช*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม มี 3 ระยะ ดำเนินการช่วงเดือนตุลาคม 2566 - กรกฎาคม 2567 คือ 1) ระยะวางแผน 2) ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และ 3) ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง คือทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 40 ราย และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 260 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน ระบบ Self-record region 7 (SRR-7) และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (SMART) ที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 5 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับ การเข้าถึงบริการ การระดมทรัพยากร และการทำงานเป็นทีม หลังการพัฒนา ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับไขมันในเลือดลดลง และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันลดลง ซึ่งลดลงมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ผู้ป่วยเบาหวาน

*โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

Corresponding author: Yupin Hiranpot, Email: i1105411054@gmail.com

Received 06/05/2025

Revised 01/07/2025

Accepted 01/07/2025

THE DEVELOPMENT OF A SELF-CARE MODEL FOR DIABETIC PATIENTS WITH COMMUNITY PARTICIPATION IN CHIANG YUEN HEALTH SERVICE NETWORK, MAHA SARAKHAM PROVINCE

Pakpoom Inmuong, Yupin Hiranpot*, Siriwipa Rojanaratnangkul*,
Chotmanee Ruangklin*, Araya Chattanapanich**

ABSTRACT

This participatory action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a self-care model for diabetes patients through community participation in the Chiang Yuen Health Service Network, Maha Sarakham Province. The research comprised three phases during October 2023 - July 2024: 1) the planning phase, 2) the development phase of the self-care model for diabetes patients, and 3) the evaluation phase. The sample consisted of 40 interdisciplinary teams and village health volunteers (VHV) and 260 type 2 diabetic patients. Data were collected using a data recording form, a diabetes patient notebook, the Self-record Region 7 (SRR-7) system, and focus group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-tests, and content analysis.

The study found that the self-care model for diabetes patients (SMART) developed with community participation had five components: self-management support, monitoring and feedback, service access, resource mobilization, and teamwork. After the intervention, diabetic patients had a decrease in blood sugar level and other risk factors such as blood pressure, body mass index, waist circumference, and blood lipid levels, and a reduction in the rate of acute complications, which was statistically significantly lower than before the intervention ($p < 0.001$).

Keywords: Self-care, Community participation, Diabetic patients

*Chiang Yuen Hospital, Mahasarakham Province

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย จากรายงานของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ระบุว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 589 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีจำนวนสูงถึง 853 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยได้เพิ่มขึ้นเป็น 6.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2567² และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากไม่มีมาตรการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ

จังหวัดมหาสารคามเป็นหนึ่งในจังหวัดที่พบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานสูง โดยจากข้อมูลของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health data center) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบความชุกของโรคเบาหวาน 5 ปีย้อนหลัง อยู่ที่ร้อยละ 5.58, 5.85, 6.51, 6.63, 6.88 ในปี พ.ศ. 2563-2567 ตามลำดับ โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอยะฮีพบอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2561 อัตรา 5,475.08 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2566 อัตรา 6,903.81 ต่อแสนประชากร และพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะไตเสื่อม

(ร้อยละ 27.41) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35.82) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 5.90) และภาวะแทรกซ้อนทางเท้า (ร้อยละ 8.21) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพเขียงยืนมีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 33.69 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ร้อยละ 40)

จากข้อมูลการบริการของพื้นที่เบื้องต้นโดยทีมเครือข่ายบริการสุขภาพเขียงยืน พบประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่มีหลายประการ ทั้งด้านความรู้และทักษะการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารตามวัฒนธรรมท้องถิ่นที่มีน้ำตาลและแป้งสูง การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และความไม่ต่อเนื่องในการรับประทานยา นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีข้อจำกัด โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล รวมถึงการเชื่อมโยงข้อมูลและการติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น รายได้ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลสุขภาพ การขาดผู้ดูแลในกรณีผู้ป่วยสูงอายุ และความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่แพร่หลายในชุมชน³ (เครือข่ายบริการสุขภาพเขียงยืน, 2566)

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นองค์ประกอบสำคัญในการควบคุมโรค

และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมตามความต้องการการดูแล⁴ อย่างไรก็ตาม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยปราศจากการสนับสนุนจากระบบและเครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ และการพึ่งพาอาศัยกันในกลุ่มชน⁵ การมีส่วนร่วมของกลุ่มชนในการพัฒนาสุขภาพเป็นแนวคิดสำคัญที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลที่ว่า การมีส่วนร่วมของกลุ่มชนที่มีประสิทธิภาพต้องครอบคลุมทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มชนและบุคคลให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง⁶

อำเภอเชียงยืนมีทุนทางสังคมและศักยภาพที่สำคัญ ทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่น เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง วัฒนธรรมการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่มชน และทรัพยากรด้านสุขภาพที่กระจายตัวในพื้นที่ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม⁷

แต่ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างแพร่หลาย แต่ยังมีข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตที่แตกต่างจากพื้นที่เมือง การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มชนจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ได้แนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และมีความยั่งยืน

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า การมีส่วนร่วมของกลุ่มชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถส่งผลเชิงบวกต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประเทศไทย⁵ พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลตนเองที่ผสมผสานการมีส่วนร่วมของกลุ่มชนช่วยลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว⁸ ช่วยเพิ่มความมั่นใจและการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ กมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้กลไกการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกลุ่มชน เช่น อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว ผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนการดูแล สามารถส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายและการควบคุมอาหารที่เหมาะสม

รวมถึงลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ⁹⁻¹¹ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่มีอยู่ยังขาดการออกแบบรูปแบบการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของพื้นที่ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม การศึกษาครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบที่ครอบคลุมและยั่งยืน โดยอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้ทางการแพทย์เข้ากับศักยภาพชุมชนเพื่อเสริมสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนอย่างแท้จริง

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จึงมุ่งเน้นการบูรณาการองค์ความรู้ทางการแพทย์ร่วมกับภูมิปัญญาและทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ผลการวิจัยที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนเชียงยืน เกิดรูปแบบการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ และสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพในการร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา (Method)

เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participator action research) ดำเนินการช่วงเดือนตุลาคม 2566 - กรกฎาคม 2567

วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials and method) การศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวางแผน

ระยะเวลา 3 เดือน (ตุลาคม - ธันวาคม 2566)

1.1 การศึกษาสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ ประกอบด้วย

(1) การทบทวนข้อมูลทุติยภูมิ โดยรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์และความชุกของโรคเบาหวานในพื้นที่ วิเคราะห์แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง 3 ปี รวบรวมข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน รวมถึงวิเคราะห์อัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน

(2) ศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี 10 ราย สมาชิกครอบครัว 10 ราย และ อสม. ผู้นำชุมชน 10 ราย รวม 30 ราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่มผู้ป่วย ประเด็นปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวประเด็นบริบทการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วย ศักยภาพและทรัพยากรของชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการจัดกลุ่มประเด็นความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

1.2 การสร้างทีมและเครือข่ายประกอบด้วย

(1) จัดประชุมชี้แจงโครงการกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และนำเสนอสถานการณ์ปัญหาเบาหวานในพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์เป้าหมาย เชิญชวนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะทำงาน

(2) จัดตั้งคณะทำงาน โดยมีคณะทำงานหลัก (Core team) คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ที่สหวิชาชีพที่ดูแลงานเบาหวาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประธาน อสม., ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) และผู้แทน

ผู้ป่วยเบาหวาน และคณะทำงานระดับพื้นที่ คือ ผอ.รพ.สต., พยาบาลวิชาชีพ, อสม., อบต. และแกนนำผู้ป่วยเบาหวาน

(3) กำหนดบทบาท โครงสร้างหน้าที่การทำงาน และจัดทำแผนการจัดกิจกรรมและช่องทางการติดต่อประสานงาน

1.3 จัดเตรียมเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ระบบการบันทึกและจัดการข้อมูล และวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
ระยะเวลา 5 เดือน (มกราคม-พฤษภาคม 2567) ประกอบด้วย

2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (มกราคม 2567) ประกอบด้วย

(1) การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยจัดประชุมระดมสมองทีมสหสาขาวิชาชีพ อสม. ผู้นำชุมชน และตัวแทนผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้เทคนิค SWOT Analysis เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ จากนั้นจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยใช้เทคนิค Nominal Group Technique ให้ผู้เข้าร่วมลงคะแนนเพื่อเลือกประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องการแก้ไข และกำหนดกิจกรรมที่จำเป็นและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ร่วมกับคำนึงถึงทรัพยากรที่มีและผู้รับผิดชอบ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

อำเภอ (พชอ.) กลไกสถานีสสุขภาพ (Health station) และกลไก 3 หมอ (อสม., รพ.สต., รพ.)

(2) การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด คือ ลดระดับ HbA1c ลงอย่างน้อยร้อยละ 0.5 ในผู้ป่วยร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่าง และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันลงร้อยละ 30

2.2 การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ และ อสม. (กุมภาพันธ์ 2567) ประกอบด้วย

(1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยมีองค์ประกอบหลักสูตร คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน หลักการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติ ทักษะการสื่อสารและการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้เครื่องมือประเมินและติดตามผู้ป่วยเบาหวาน โดยวิทยากร จากโรงพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน

(2) การพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้าน โดยจัดทำคู่มือที่เข้าใจง่าย มีแนวทางการประเมินและการให้คำแนะนำที่ชัดเจน การสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการใช้ checklist สำหรับประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง

(3) การฝึกทักษะการใช้เทคโนโลยี คือ การใช้แอปพลิเคชัน Line OA สำหรับบันทึกและติดตามระดับน้ำตาล การใช้ระบบ SRR-7 ในการบันทึกและติดตามข้อมูลผู้ป่วย

วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การใช้ฐานข้อมูล Health data center ด้วยระบบ Data correct เพื่อเคลียร์ฐานข้อมูล NCD และการใช้สื่อดิจิทัลระบบ Tele-Med, Tele-Nurse, Tele-สหวิชาชีพ เป็นช่องทางการติดตามและให้คำปรึกษาผู้ป่วย

2.3 การดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง (มีนาคม-พฤษภาคม 2567) โดย

(1) การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group) และคนไข้เป็นครู (Role model) ด้วยการคัดเลือกผู้ป่วยต้นแบบที่มีการควบคุมเบาหวานได้ดี จำนวน 20-25 ราย จากนั้นอบรมให้มีความรู้และทักษะในการเป็นพี่เลี้ยง จัดกลุ่มย่อย โดยให้ผู้ป่วยต้นแบบ 1 ราย ดูแลผู้ป่วย 10-12 ราย จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มย่อยทุก 2 สัปดาห์ และมีการติดตามประเมินผลของกลุ่ม

(2) กิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ผ่านโรงเรียนเบาหวานวิทยา (ครั้งที่ 1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ครั้งที่ 2 การควบคุมอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 3 การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการดูแลเท้า ครั้งที่ 4 การใช้ยา การติดตามระดับน้ำตาล และการจัดการความเครียด)

(3) การสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านช่องทางสถานีสสุขภาพ (Health station) โดยใช้เทคโนโลยีในการติดตามและการ

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568

บันทึกผลระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม ตัวอย่างเมนูอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานในท้องถิ่น และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และ อสม. ตามระดับความเสี่ยง โดยกลุ่มเสี่ยงสูง เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ กลุ่มเสี่ยงปานกลาง เยี่ยมทุก 1 เดือน และกลุ่มเสี่ยงต่ำ เยี่ยมทุก 2 เดือน มีการส่งต่อกรณีพบปัญหาซับซ้อน และการบันทึกผลการเยี่ยมบ้าน ในแบบฟอร์มมาตรฐานและระบบ SRR-7

2.4 การนิเทศติดตาม (มกราคม-พฤษภาคม 2567) โดย

(1) ประชุมทีมผู้ดำเนินงานหลัก เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อรายงานความก้าวหน้า การดำเนินงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และอุปสรรคในการทำงาน และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่พบ

3.1 การประเมินผลลัพธ์ มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวาน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างนี้กำหนดโดยการทบทวนวรรณกรรม ใช้หลักอำนาจการทดสอบ (Power analysis กำหนด $\alpha = .05$, $\text{Power} = .80$, $\text{Effect size} = .20$ นำไป คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 190 คน ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 260

(2) ปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงาน โดยการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน เทียบกับ เป้าหมายและตัวชี้วัด ปรับปรุงกิจกรรม ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบท ร่วมกัน พัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่พบระหว่างการดำเนินงาน และบันทึกการปรับเปลี่ยน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการจัดกลุ่ม ประเด็นความคิดเห็นข้อเสนอแนะ และการสรุปประเด็นสำคัญเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบ

การพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 เน้น กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยใช้หลักการ "ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์" เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ระยะเวลา 2 เดือน (มิถุนายน-กรกฎาคม 2567) ประกอบด้วย

คน โดย มีเกณฑ์คัดเข้า คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่ เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 260 ราย และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่เจ็บป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ที่ย้ายที่อยู่หรือผู้ที่ขอถอนตัวระหว่างการดำเนินกิจกรรมออกจากการศึกษา และ 2) ทีมสหวิชาชีพ และอสม.

โดยกลุ่มนี้ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 12 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักวิชาการ สาธารณสุข 1 คน อสม. 22 คน (หน่วย บริการ ละ 2 คน) จำนวน 40 ราย โดยมีเกณฑ์ คัดเข้า คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ มี ประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วย เบาหวานอย่างน้อย 1 ปี มีบทบาทสำคัญใน การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และ สัมผัสใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์ คัดออก บุคลากรที่กำลังอยู่ในช่วงลาหยุด ลา เรียน หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ตลอดโครงการ บุคคลที่ขอถอนตัวจากการ วิจัย บุคคลที่ไม่สามารถเข้าร่วมการฝึกอบรม หรือกิจกรรมร่วมกับทีมวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือในการศึกษา

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส โรค ประจำตัวและการรักษา
- 2) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก คือ HbA1c ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้น รอบเอว ระดับไขมันในเลือด การเกิด ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และการเกิด ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง
- 3) แบบประเมินความพึงพอใจของ ทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแล 6 ด้าน คือ จัดการผู้ป่วย การทำงานร่วมกับชุมชน การ

ทำงานร่วมกันภายในทีม การพัฒนาความรู้ และทักษะ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ ทรัพยากรและการสนับสนุน จำนวน 17 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.7-1 ค่า ความเชื่อมั่น Alpha Cronbach = 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ โดยทำหนังสือ ขี้แจงและยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม ใช้วิธีการ ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ในช่วงเดือนมิถุนายน 2567 ที่ โรงพยาบาลเชียงใหม่ และ รพ.สต.

การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบปริมาณ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติ Paired t-test กำหนดค่า นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวคิดของ Vaismoradi¹² และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้วิธี Triangulation โดยเปรียบเทียบข้อมูล จากหลายแหล่ง (ผู้ป่วย ครอบครัว อสม. และ บุคลากรสุขภาพ)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาล

เชียงใหม่ เลขที่ CY7 / 2566 เมื่อวันที่ 12
ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ
เฉลี่ย 57.9 ± 2.6 ปี จบการศึกษาในระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 66.15 ส่วนใหญ่มีคู่
สมรสร้อยละ 76.15 มากกว่าครึ่งประกอบ
อาชีพเกษตรกร และระยะเวลาการเป็น
เบาหวาน ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 44.66
(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=260)

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน		กลุ่มทีมสหวิชาชีพและ อสม.	
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		เพศ	
ชาย	96 (36.92)	ชาย	8 (20.00)
หญิง	164 (63.08)	หญิง	32 (80.00)
อายุ (ปี)		อายุ (ปี)	
35-45	28 (10.77)	25-35	6 (15.00)
46-55	73 (28.08)	36-45	12 (30.00)
56-65	114 (43.85)	46-55	14 (35.00)
> 65 ปี	45 (17.30)	> 55 ปี	8 (20.00)
Mean 57.9, S.D. 8.5, (Min-Max = 35-79 ปี)		ตำแหน่งและบทบาท	
ระดับการศึกษา		แพทย์	2 (5.00)
ประถมศึกษา	172 66.15 (%)	พยาบาลวิชาชีพ	8 (20.00)
มัธยมศึกษา	67 (25.77)	เภสัชกร	2 (5.00)
สูงกว่ามัธยมศึกษา	21 (8.08)	นักโภชนาการ	2 (5.00)
สถานภาพสมรส		นักกายภาพบำบัด	1 (2.50)
โสด	18 (6.92)	นักวิชาการสาธารณสุข	5 (12.50)
สมรส	198 (76.15)	อสม.	20 (50.00)
หม้าย/หย่า/แยก	44 (16.93)	ประสบการณ์ทำงานด้านเบาหวาน (ปี)	
อาชีพ		1-5	12 (30.00)
เกษตรกร	134 (51.54)	6-10	15 (37.50)
ค้าขาย/รับจ้าง	90 (34.62)		

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน		กลุ่มทีมสหวิชาชีพและ อสม.	
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	36 (13.84)	> 10	13 (32.50)
ระยะเวลาป่วย (ปี)		Mean 7.4, S.D. 4.2, (Min-Max = 1-18 ปี)	
1-5	85 (32.69)		
6-10	116 (44.62)		
> 10	59 (22.69)		

2. ผลการศึกษาระยะวางแผน

2.1 สถานการณ์และบริบทของพื้นที่

เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ มีแนวโน้มความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 พบอัตราป่วย 6,903.81 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 3,521 ราย และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 186 รายในปีเดียวกัน ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564-2566) ผู้ป่วยมีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 33.69 ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้ยังพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาวะไตเสื่อม (ร้อยละ 27.44) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35.82) อีกทั้งอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2.2 ปัญหาและความต้องการในการดูแลตนเอง

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยเบาหวาน สมาชิกในครอบครัว และ อสม./ผู้นำชุมชน พบปัญหาและความต้องการในการดูแลตนเอง 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้และทักษะ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องการเลือกอาหารที่เหมาะสม โดยเฉพาะอาหารท้องถิ่น ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบปัญหาการบริโภคอาหารตามวัฒนธรรมท้องถิ่นที่มีน้ำตาลและแป้งสูง และการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่าผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ห่างไกลมีปัญหาในการเดินทางมารับบริการ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบปัญหารายได้ไม่เพียงพอและความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และด้านระบบการดูแล พบปัญหาการขาดการบูรณาการระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและวิถีชีวิตของคนในชุมชน ผลการศึกษายังพบว่า ชุมชนต้องการที่จะพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลตนเองที่เป็นรูปธรรม มีช่องทางการปรึกษาที่สะดวก

รวดเร็ว และรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบทท้องถิ่น ข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบกิจกรรมและ

2.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

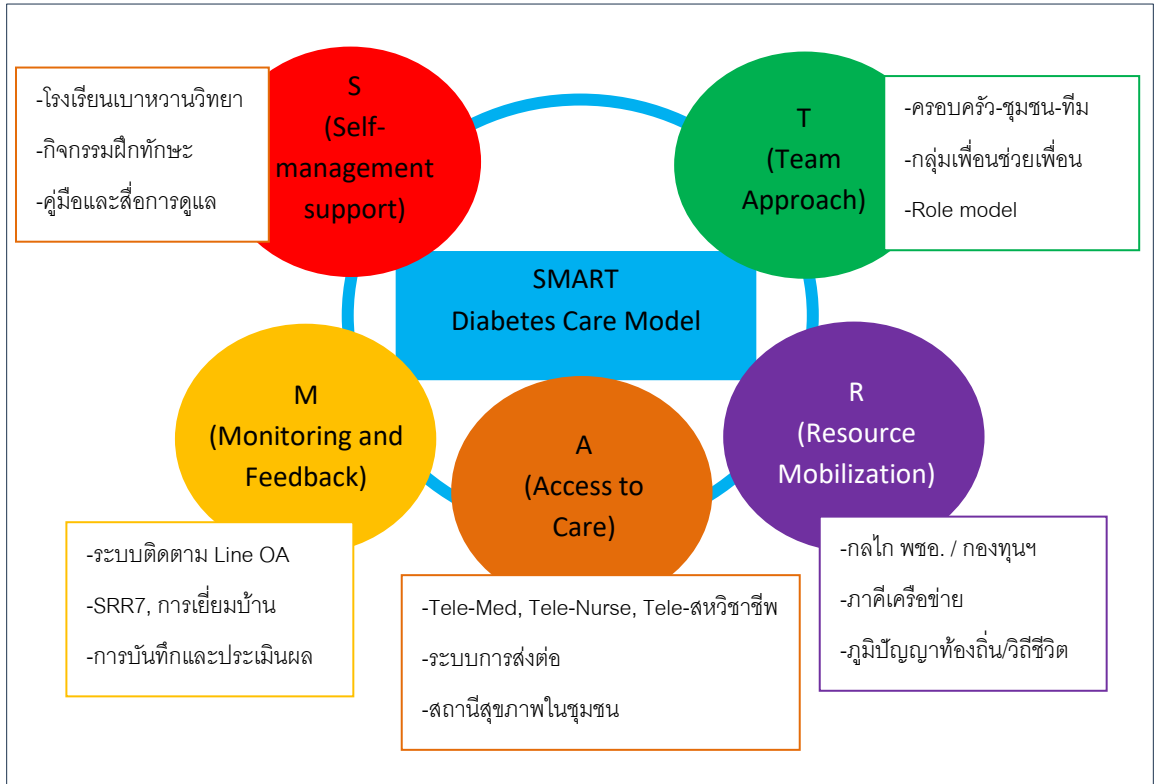
จุดแข็งสำคัญของพื้นที่ คือมีทีมสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์ เครือข่าย อสม. ที่เข้มแข็งครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีกลไก พชอ. และระบบ 3 หมอ ในการขับเคลื่อนงาน รวมถึงมีผู้ป่วยต้นแบบที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ขณะที่จุดอ่อนสำคัญคือการทำงานแบบแยกส่วน ภาระงานของบุคลากรที่มาก และการขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างชุมชนและหน่วยบริการ ส่วนโอกาสที่สำคัญได้แก่ นโยบายระดับประเทศที่สนับสนุนการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยมีอุปสรรคสำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมการ

พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและชุมชน

บริโภคที่ไม่เหมาะสม ความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และปัญหาเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน พบ 3 อันดับแรกที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน ได้แก่ การขาดการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่องของผู้ป่วยเบาหวาน (ร้อยละ 24.21) การขาดระบบการติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในชุมชน (ร้อยละ 21.75) และพฤติกรรมบริโภคอาหารท้องถิ่นที่มีน้ำตาลและแป้งสูง (ร้อยละ 18.14) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นการส่งเสริมการดูแลตนเอง การสร้างระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมท้องถิ่นในระยะต่อไป

3. รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน



แผนภูมิ 1 รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

จากแผนภูมิ SMART Diabetes Care Model เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ S (Self-management Support) มุ่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองผ่านโรงเรียนเบาหวานวิทยาและกิจกรรมฝึกทักษะ, M (Monitoring and Feedback) เน้นการติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านแอปพลิเคชัน Line OA และการเยี่ยมบ้าน, A (Access to Care) พัฒนาช่องทางเข้าถึงบริการผ่านการแพทย์ทางไกลและสถานี่สุขภาพในชุมชน, R

(Resource Mobilization) ใช้กลไก พชอ. และ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการระดมทรัพยากร และ T (Team Approach) สร้างการทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ผู้ป่วยต้นแบบ และทีมสุขภาพ

4. ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน

หลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่าระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเฉลี่ยจาก 8.01 เป็น 6.65 และสัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.18 เป็นร้อยละ 51.65 และพบการ

เปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ทั้งความดันโลหิต ไขมันในเลือด ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า การเกิด

ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=260)

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนา (mean $\pm$ S.D.)	หลังการพัฒนา (mean $\pm$ S.D.)	t	p-value
1. ระดับ HbA1c	8.01 $\pm$ 0.88	6.65 $\pm$ 0.71	24.22	<0.001*
2. ร้อยละของผู้ป่วยมีระดับ HbA1c < 7	32.18	51.65	-	<0.001*
3. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (มก./ดล.)	165.84 $\pm$ 45.62	142.35 $\pm$ 32.18	9.87	<0.001*
4. ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)	138.75 $\pm$ 15.42	132.45 $\pm$ 12.68	5.23	<0.001*
5. ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	85.46 $\pm$ 10.25	81.65 $\pm$ 8.74	4.76	<0.001*
6. ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	26.85 $\pm$ 4.32	25.62 $\pm$ 3.85	4.25	<0.001*
7. เส้นรอบเอว (ซม.)				
- ชาย	92.45 $\pm$ 8.65	89.32 $\pm$ 7.48	3.85	<0.001*
- หญิง	88.72 $\pm$ 9.28	85.46 $\pm$ 8.35	4.12	<0.001*
8. ระดับคอเลสเตอรอล (มก./ดล.)	205.68 $\pm$ 42.35	185.42 $\pm$ 35.64	6.58	<0.001*
9. ระดับไตรกลีเซอไรด์ (มก./ดล.)	198.45 $\pm$ 65.38	172.65 $\pm$ 58.42	5.42	<0.001*
10. ระดับ LDL (มก./ดล.)	128.35 $\pm$ 36.45	112.54 $\pm$ 28.36	6.28	<0.001*
11. ระดับ eGFR (มล./นาที/1.73 ม. ²)	74.85 $\pm$ 18.64	76.32 $\pm$ 17.85	1.28	0.203
12. อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ร้อยละ)	8.46	3.85	-	0.024*
13. อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ร้อยละ)	12.68	5.38	-	<0.001*

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนา (mean $\pm$ S.D.)	หลังการพัฒนา (mean $\pm$ S.D.)	t	p-value
14. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (ร้อยละ)	7.69	2.69	-	0.012*

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าโดยภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.58 ± 0.55) โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรกคือ ด้านการทำงานร่วมกับชุมชน (4.68 ± 0.51) ด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการพัฒนาครั้งนี้ได้รูปแบบ SMART Diabetes Care Model ที่ส่งผลชัดเจนในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญและสัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1c <7) เพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นจาก 32.18% เป็น 51.65% หลังดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ถือเป็นผลลัพธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญในระดับประชากรชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ⁵ ที่พบว่าการดูแลเบาหวานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการควบคุมน้ำตาลไม่

(4.63 ± 0.51) และด้านการทำงานร่วมกันภายในทีม (4.61 ± 0.52) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ขณะที่ด้านการจัดการผู้ป่วย (4.52 ± 0.57) ด้านการพัฒนาความรู้และทักษะ (4.59 ± 0.54) และด้านทรัพยากรและการสนับสนุน (4.52 ± 0.59) มีความพึงพอใจในระดับมาก

ได้มาก่อน ผลลัพธ์ครั้งนี้อาจเกิดจากการผสมผสานองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านของรูปแบบ SMART ที่ครอบคลุมปัจจัยสำคัญในการดูแลเบาหวาน โดยเฉพาะองค์ประกอบด้าน S (Self-management Support) ที่มุ่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองผ่านโรงเรียนเบาหวานวิทยาและกิจกรรมฝึกทักษะ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองที่เน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย⁶

ผลลัพธ์จากการพัฒนายังพบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ คือ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับไขมันในเลือดที่ลดลง ถือเป็นผลกระทบเชิงบวกแบบองค์รวมจากรูปแบบการดูแล และการที่ทุกปัจจัยเสี่ยงดีขึ้นพร้อม

กันนั้นอาจอธิบายได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย การที่รูปแบบที่มีองค์ประกอบด้าน A (Access to Care) และ M (Monitoring and Feedback) ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพและการติดตามอย่างต่อเนื่องถือเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวาน¹³ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ดีขึ้น

การลดลงของอัตราการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง รวมถึงอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ผลลัพธ์นี้อาจเป็นผลมาจากองค์ประกอบด้าน T (Team Approach) ที่สร้างการทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ผู้ป่วยต้นแบบ และทีมสุขภาพ¹⁴ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชัน Line OA ทำให้สามารถตรวจจับสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อนได้เร็วและป้องกันได้ทันเวลา ซึ่งการใช้เทคโนโลยีและการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานได้ถึงร้อยละ 40-60¹⁵ และด้านความพึงพอใจ ที่พบในระดับมากถึงมากที่สุดของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแล โดยเฉพาะด้านการทำงานร่วมกับ

ชุมชน สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกระบวนการมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นจุดเด่นของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และการที่ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจสูง อาจเป็นเพราะรูปแบบนี้ช่วยแก้ปัญหาการทำงานแบบแยกส่วนและภาระงานที่มากเกินไป โดยการใช้องค์ประกอบด้าน R (Resource Mobilization) ในการระดมทรัพยากรผ่านกลไก พชอ. และใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทำให้ทีมสหวิชาชีพสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ WHO^{16,17} ในประเด็น Integrated People-Centered Health Services ที่เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและชุมชน

รูปแบบ SMART Diabetes Care Model สามารถแก้ปัญหาและความต้องการได้ของพื้นที่ได้ ความสำเร็จนี้อาจเนื่องมาจากการวิเคราะห์บริบทและความต้องการอย่างละเอียดในระยะวางแผน และการออกแบบรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน โดยเฉพาะการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน สอดคล้องกับหลักการพัฒนาสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Community Health Development)⁶ ที่เน้นการใช้ทรัพยากรและศักยภาพในชุมชน

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลกับ

วิธีการดูแลอื่นได้อย่างชัดเจน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงอาจจำกัดการสรุปผลไปยังประชากรอื่น และระยะเวลาการติดตามผลค่อนข้างสั้น ยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ระยะยาวได้ ดังนั้น ควรมีการศึกษาต่อยอดในรูปแบบที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

สรุป (Conclusions)

รูปแบบ SMART Diabetes Care Model ที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ สนับสนุนการจัดการตนเอง ติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับ การเข้าถึงบริการ การระดมทรัพยากร และทำงานเป็นทีม ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบดังกล่าวส่งผลลัพธ์ที่ดีอย่างชัดเจนต่อ ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับ HbA1c ลดลงเฉลี่ยจาก 8.01% เหลือ 6.65% (ลดลง 1.36%) สัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับ HbA1c ได้ดี (HbA1c < 7%) เพิ่มขึ้นจาก 32.18% เป็น 51.65% ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับไขมันในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น น้ำตาลในเลือดต่ำ/สูง และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ SMART Diabetes Care Model ไม่เพียงส่งเสริมการควบคุม

โรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่านั้น แต่ยังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดความเสี่ยง และเสริมสร้างระบบการดูแลที่ยั่งยืนในระดับชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1) ควรขยายผลรูปแบบนี้สู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน 2) ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่รองรับการใช้งานง่ายสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการติดตามและการสื่อสาร 3) ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย อสม. และผู้ป่วยต้นแบบผ่านการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และ 4) ควรบูรณาการรูปแบบนี้เข้ากับระบบบริการปฐมภูมิและนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น เพื่อความยั่งยืนในระยะยาว

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การพัฒนาแบบแผนการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน การศึกษานี้พบว่ารูปแบบ SMART Diabetes Care Model สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และลดการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดต่ำเฉียบพลันได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และ

เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ ที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ทรัพยากร และโอกาสในการดำเนินโครงการวิจัยฉบับนี้อย่างเต็มที่ ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภอเชียงใหม่ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมตลอดกระบวนการวิจัย รวมถึง **ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว** ทุกท่านที่เข้าร่วมอย่างสมัครใจและให้ข้อมูลอันมีคุณค่า ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ลุล่วง สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณต่อ **คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงใหม่** ที่ให้คำแนะนำและอนุมัติการดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสมถูกต้องตามหลักจริยธรรม

เอกสารอ้างอิง (References)

1. International Diabetes Federation. **Diabetes around the world in 2024** [online]. 2025 [cited 2025 Apr 17]. Available from: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **Diabetes and Well-Being** [online]. 2025 [cited 2025 Apr 17]. Available from: <https://kku.world/1m71tp>
3. Chiangyuen Health Network. Annual Performance Report 2023 [Unpublished]. Mahasarakham: Provincial Public Health Office; 2023.
4. Orem DE. **Nursing Concepts of Practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
5. Jerawatana R, Siripitayakunkit A, Anothaisintawee T, Pattanaprateep O, Reutrakul S. The effects of diabetes self-management education and support program in Thailand: a systematic review and meta-analysis. **J Med Assoc Thai**. 2021; 104(6): 1050–1058. doi:10.35755/jmedassocthai.2021.06.12169 (mahidol.elsevierpure.com)
6. Ife J. **Community Development in an Uncertain World**. Cambridge: Cambridge University Press; 2013.
7. Leesri T, Vannarit T, Srisupan W, Senaratana W, Rerkasem K. Development of collaborative diabetes management in communities. **CMU J Nat Sci**. 2015;14(3):299–311. doi:10.12982/CMUJNS.2015.0090
8. Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. **Diabetes Res Clin Pract**. 2017; 123: 37–48. doi:10.1016/j.diabres.2016.11.013
9. Auemaneekul, N., Chandanasotthi, P., Rawiworrakul, T., Sowattanagoon, N., & Boonsatean, W. Community Partnership, Context-based Intervention and Diabetes Control in Thailand. **Journal of Public Health**. 2017; 46(3): 236–247. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/download/63484/59781>
10. Ploylearmsang, C. Development and Implementation of Diabetes Care by a Community Network Based on a Chronic Care Model. **Journal of Primary Care & Community Health**. 2023; 14.

<https://doi.org/10.1177/21501319231181874>

11. Sittipreechachan, P., Pichayapinyo, P., Lagampan, S., & Chongsuwat, R. A Community Health Volunteer Involvement Program for Glycated Hemoglobin Reduction Among Thai Patients With Uncontrolled Type 2 Diabetes: A Mixed-Method Study. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2022; 13: 215013192210779.

<https://doi.org/10.1177/21501319221077960>

12. Vaismoradi, M., Turunen, H. and Bondas, T. Qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*. [online]. 2013; 15: 398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>

13. Kramer ES, VanWyk J, Holmstrom HL. Telehealth and diabetes management. *Prim Care*. 2022; 49(4): 631–639. doi:10.1016/j.pop.2022.04.007

14. Dana K, Suriyo S, Kumsiruk N. Family support to glycemic control among type II diabetes mellitus patients: a systematic review. *Community Health Dev Q Khon Kaen Univ*. 2023; 11(2): 235–249.

15. Clements M, Kaufman N, Mel E. Using digital health technology to

prevent and treat diabetes. *Diabetes Technol Ther*. 2023; 25(Suppl 1): S90–S108. doi:10.1089/dia.2023.2506

16. Goodwin N. Towards people-centred integrated care: from passive recognition to active co-production? *Int J Integr Care*. 2016; 16(2): 15. doi:10.5334/ijic.2492

17. World Health Organization. *WHO Framework on Integrated People-Centred Health Services*. Geneva: WHO; 2016.