

เรื่อง : พัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บริบทโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

ผู้วิจัย : สุดาทิพย์ ดวงพลพรม, นางยุวดี อุทาภักดี, นางนิภาวรรณ อินทร์สิงห์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ HbA1c ไม่ได้ จำนวน 64 คน และ 2) บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 8 คน รวมทั้งสิ้น 72 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 ถึง เดือน เมษายน 2568

การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม และ 3) การประเมินผล โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจร P-A-O-R (Plan-Act-Observe-Reflect) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินระดับ HbA1c และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบอุปสรรคสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาล ได้แก่ ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาหาร การใช้จ่ายไม่สม่ำเสมอ และการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว 2) ระยะพัฒนา เกิดการดำเนินการพัฒนารูปแบบใน 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ระบบบริการแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (One-stop service) 2) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและต้นแบบผู้ป่วย 3) การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและ อสม. และ 4) การติดตามผ่านกลุ่มไลน์ 3) ระยะประเมินผล พบว่าระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากค่าเฉลี่ย 8.4% เป็น 7.2% ($p < .05$) ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับสูง จากผลการวิจัยสรุปได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการดูแลในโรงพยาบาลชุมชนอื่นได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

คำสำคัญ : เบาหวานชนิดที่ 2, ระดับน้ำตาลสะสม, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, การดูแลแบบสหวิชาชีพ

เรื่อง : พัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บริบทโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญระดับโลก โดยมีผู้ป่วยทั่วโลกกว่า 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี 2573 (International Diabetes Federation, 2021) ประเทศไทยมีแนวโน้ม

ความชุกของโรคเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยในปี 2563 พบผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 9.5 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี 2557 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2563) และในปี 2567 พบผู้ป่วยสะสม 3.4 ล้านคน และรายใหม่ 300,000 คนต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2567ก)

อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม มีอัตราการความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.38 ในปี 2563 เป็น 13.22 ในปี 2567 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด (กระทรวงสาธารณสุข, 2567ข) โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายสูงถึง 28,200–200,000 บาทต่อปี หากมีภาวะแทรกซ้อน (Department of Disease Control, 2022; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับ HbA1c ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น โรคไต เบาหวานขึ้นตา โรคหลอดเลือดหัวใจ และการถูกตัดอวัยวะ (กรมควบคุมโรค, 2563) นอกจากนี้ ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานยังสูงถึงหลายหมื่นล้านบาทต่อปี โดยเฉลี่ยผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปถึง 3.5 เท่า (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565)

ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับปฐมภูมิ พบว่าส่วนใหญ่ยังมีอัตราการควบคุมระดับ HbA1c ได้ตามเกณฑ์ต่ำกว่ามาตรฐาน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ระบบติดตามผู้ป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ยังไม่เอื้อต่อการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดจึงเป็นแนวทางที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนในบริบทที่เป็นจริงของโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์

1. พัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. ประเมินผลการใช้รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมที่พัฒนาขึ้น

วิธีการดำเนินงาน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ศึกษาในพื้นที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ผู้มีส่วนร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ HbA1c ไม่ได้ จำนวน 64 คน และผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ จำนวน 8 คน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 รวมทั้งสิ้น 3 ระยะ ได้แก่

1. **ศึกษาสถานการณ์** โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และบริบทของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
2. **พัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด** โดยใช้วงจรเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart) 4 ขั้นตอน คือ Plan, Act, Observe, Reflect
3. **ประเมินผล** โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบประเมินระดับ HbA1c และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบก่อน-หลังการใช้รูปแบบ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 8.4% เหลือ 7.2% นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการในคลินิก ระดับสูง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยระบบบริการแบบเบ็ดเสร็จ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การเยี่ยมบ้าน และการใช้เทคโนโลยีสื่อสาร ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่นได้อย่างเหมาะสม

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการทำงานประจำ

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานถูกนำไปประยุกต์ใช้จริงในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลนาเชือก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งการให้ความรู้เฉพาะราย การเยี่ยมบ้าน และการติดตามโดย อสม. ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่อง มีการขยายผลสู่หน่วยบริการสุขภาพพระดั่งปฐมภูมิ (รพ.สต.) ทั้ง 12 แห่งในอำเภอนาเชือก เพื่อให้ปรับใช้ตามบริบทพื้นที่ รวมทั้งจัดกิจกรรม “เบาหวานเล่าเรื่อง” เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

เกิดจากการมองเห็นปัญหาร่วมกันของทีมสุขภาพ อสม. และผู้ป่วย มุ่งสู่การปรับระบบบริการเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการเรียนรู้และลงมือปฏิบัติร่วมกันในพื้นที่จริง มีการพัฒนาระบบการดูแลควบคู่กับการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคล และปรับรูปแบบบริการให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และ อสม. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมถึงใช้ข้อมูลการประเมินผลจริงมาเป็นเครื่องมือสะท้อนผลและปรับปรุงแนวทางให้ตอบสนองต่อปัญหาได้ตรงจุด ซึ่งช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม และเสริมสร้างความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานภาระโรคจากโรคเบาหวานในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข.
กระทรวงสาธารณสุข. (2567ก). ระบบข้อมูลสุขภาพ HDC ปี 2567. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
กระทรวงสาธารณสุข. (2567ข). รายงานข้อมูลความชุกโรคไม่ติดต่อ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2563–2567. สำนักโรคไม่ติดต่อ.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). ต้นทุนทางเศรษฐกิจของโรคเบาหวานในประเทศไทย. สวรส.
สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2563). รายงานผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2563. สำนักสถิติสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
Department of Disease Control. (2022). Economic burden of diabetes in Thailand. Ministry of Public Health.
International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas (10th ed.). เข้าถึงวันที่ 1 เมษายน 2568 จาก <https://diabetesatlas.org>.