

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

DEVELOPMENT OF A COMMUNITY-BASED CARE MODEL FOR DIABETES PATIENTS
BY VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

นพดล ครุฑน้อย^{1*}, ถวัลย์ ชูแสง²

Noppadol Krutnoi^{1*}, Tawal Chooseang²

¹ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

¹ Department of Health Service Support

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจรรย์ดำรา จังหวัดนครราชสีมา

² Charntamra Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima Province

Corresponding author E-mail: Dol.kru@gmail.com*

Received: 18 Aug., 2025

Revised: 1 Oct., 2025

Accepted: 6 Oct., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมายคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าหลวง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา รวม 70 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเริ่มการศึกษาวิจัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเป็นทีมสุขภาพ โดยการนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบ ด้านตัวผู้ป่วยเองเน้นการเข้ารับยาตามนัดหมาย การปรับพฤติกรรมตนเองตามคำแนะนำยังน้อย ภายหลังการนำรูปแบบการศึกษานี้ไปใช้ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความมั่นใจในการดูแลและมีแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของตนเอง แบ่งเบาภาระเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย และญาติก็ให้การยอมรับคำแนะนำและเข้าร่วมกิจกรรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีรูปแบบ 7 ขั้นตอน คือ 1) พัฒนาศักยภาพการเยี่ยมเสริมพลังแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย 3) ร่วมวิเคราะห์ปัญหากับผู้ป่วย 4) ร่วมหาทางเลือกกับผู้ป่วย 5) เยี่ยมเสริมพลัง 6) ผู้ป่วยดูแลตนเอง 7) ติดตามผลการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เพิ่มขึ้นและมีความมั่นใจในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยร้อยละ 85 สามารถดูแลตนเองได้ตามเป้าหมาย และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบสูงถึงร้อยละ 87 ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การเสริมพลังอำนาจให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน; การดูแลในชุมชน; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This action research aimed to develop a community-based care model for diabetes patients by Village Health Volunteers (VHVs). The study involved 70 participants, including VHVs and diabetes patients, selected through purposive sampling. The study followed the principles of action research. The results showed that, before model development, VHVs served as members of the health team under the leadership of public health officers in caring for diabetes patients. Most patients mainly focused on attending scheduled medical appointments, while self-care behaviors remained limited. After implementing the action research process, VHVs gained more confidence in providing care for diabetes patients, and patients improved their health behaviors. The care model developed through this study had seven key steps: 1) Empowerment training to VHVs, 2) Building strong relationships between VHVs and patients, 3) Identifying problems together, 4) Finding solutions as a team, 5) Conducting Empowerment home visits, 6) Supporting patient self-care, and 7) Following up regularly. As a result, VHVs gained their knowledge and confidence in patient care. Importantly, 85% of patients were able to achieved their self-care, and 87% expressed a high level of satisfaction with the model. These findings highlight that empowering VHVs serves as an effective strategy to strengthen the continuity of diabetes care within the community.

Keywords: Diabetes Patients; Community care; Village Health Volunteers

บทนำ

โรคเบาหวาน จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยและของโลก เนื่องจากก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง อาทิ เช่น เบาหวานจอประสาทตา ภาวะไตวาย และโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ การป้องกันโรคสามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทั้งที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ และยังมีปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ยากคือ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวาน สามารถเกิดได้กับทุกคน เนื่องจากมีปัจจัยการเกิดโรคบางปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นหากพบว่าตนเองได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแล้ว จึงควรเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ซึ่งจากรายงานการสำรวจสุขภาพคนไทยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 – 2563

พบว่าสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากเป็นลำดับ และในปี พ.ศ. 2563 พบว่าความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุก ร้อยละ 9.50 (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2565) อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน อีกจำนวนหนึ่งเข้าไม่ถึงการรักษา และไม่ประสบผลสำเร็จในการดูแลรักษาต่อเนื่อง ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพียง 3 ใน 10 เท่านั้นที่สามารถดูแลและควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

สำหรับจังหวัดนครราชสีมา พบว่าในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 26,158, 26,289 และ 28,045 ราย ตามลำดับ และข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 686, 764 และ 745 ราย ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2565) ส่วนอำเภอพิมาย พบผู้ป่วยเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 6,898 ราย

(ร้อยละ 7.96 ต่อ ปชก.) ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 7,254 ราย (ร้อยละ 8.15 ต่อ ปชก.) และมีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 41.9 และ ปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 43.92 สำหรับในตำบลท่าหลวง จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 376 ราย และปี พ.ศ. 2566 จำนวน 388 ราย ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 43.09 และปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 48.20 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2566) ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การรับยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างใกล้ชิด ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้ และถึงแม้ในตำบลท่าหลวงจะมีอัตราการควบคุมน้ำตาลได้ดีกว่าภาพรวม แต่ก็ยังคงมีผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งที่ยังเผชิญความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย

ตามหลักการติดตามการรักษาต่อเนื่องเป้าหมายสำคัญคือ การรับประทานยาต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามอาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงคนปกติ (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) โดยยึดหลักการดูแลตามความรุนแรงของโรค กล่าวคือ ในระยะแรกต้องนัดทุก 1-4 สัปดาห์ เพื่อให้ความรู้ให้สามารถดูแลตนเองได้, ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยในระยะเวลา 3-6 เดือน ต้องคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และต่อไปนัดทุก 1-3 เดือน เพื่อดูว่ายังคุมระดับน้ำตาลได้หรือไม่ ติดตามอาการแทรกซ้อนที่ ไต ตา เท้า หัวใจและหลอดเลือด หรืออาการทั่วไป เช่น ผลข้างเคียงของยา น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต ประเมินการควบคุมอาหาร การเคลื่อนไหวทางกาย การรับประทานยา หากไม่มีโรคแทรกซ้อน ควรประเมินปัจจัยเสี่ยง เช่น ตรวจตา ตรวจร่างกายและเท้า ตรวจช่องปาก ฟัน ปัสสาวะ 1 ครั้ง งดบุหรี่ งดแอลกอฮอล์ และประเมินสุขภาพจิต (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) นอกจากการ

ดูแลตนเองที่มีความซับซ้อน ยังมีปัญหา เรื่องความแออัด การรอคอยรับบริการยาวนาน การได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง และหากให้ผู้ป่วยกลับไปรับการดูแลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใกล้บ้าน ก็พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนหลายแห่งยังไม่มีความพร้อม (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ซึ่งตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน กำหนดบทบาทหน้าที่ รพ.สต. ไว้ 5 ด้าน คือ 1) พัฒนาระบบลงทะเบียน 2) การให้บริการในสถานบริการ 3) การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน 4) การติดตามเยี่ยมบ้านดูแลรักษาต่อเนื่อง 5) การสนับสนุนให้ภาคส่วนอื่นเข้ามามีส่วนร่วม (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจารย์ตำรา ได้เปิดให้บริการคลินิกเบาหวานเดือนละ 1 ครั้ง มีการตรวจคัดกรอง ให้บริการคำปรึกษา และส่งต่อ แต่ยังไม่มีรูปแบบการดูแลในชุมชน เมื่อรับส่งต่อจากโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำหลายอย่าง อย่างถูกวิธี คร่งครัด และต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน ซึ่งเป็นเรื่องยาก หากปล่อยให้ผู้ป่วยต้องเผชิญการจัดการเพียงลำพัง การมีแรงสนับสนุนทางสังคมในชุมชน เช่น จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้มีองค์ความรู้การจัดการปัญหาสุขภาพที่ใกล้ชิดในชุมชน และเป็นคนสำคัญในการร่วมกันเผชิญปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน (ศิริประภา สิทธิพานิช และคณะ, 2565) ทักษะสำคัญที่จำเป็นต้องใช้ในการสร้างกำลังใจ ให้ผู้ป่วยเบาหวาน ได้เผชิญปัญหาการจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือทักษะการเสริมพลัง (Empowerment) ที่จะช่วยเสริมพลังเชิงบวก ให้ผู้ป่วยเบาหวาน รู้ว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ รู้สึกถึงสมรรถนะแห่งตน มีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิตของตนเอง (Pearson et al, 2019)

จากสถานการณ์และหลักการดังกล่าวข้างต้น การจะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่นี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพ ในด้านทักษะการเสริมพลัง (Empowerment) และด้านความรู้เชิงลึกการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้มีทักษะขั้นตอนการพูดคุยเสริมพลังที่จะช่วยให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และในขณะเดียวกันก็ส่งต่อพลังนี้ไปให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยปรับใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สร้างระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) (Kemmis & McTaggart, 1988) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าหลวง จำนวน 35 คน โดยคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่น้อยกว่า 1 ปี ในเขตรับผิดชอบ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จำนวน 35 คน โดยคัดเลือกผู้ป่วย

เบาหวานที่รับยาต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และอยู่ในเขตรับผิดชอบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ถูกเลือก และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม โดยใช้กรอบประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guide) เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน เก็บข้อมูลด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Paired Samples t-test

ระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 35 คน เก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือแบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรคูเดอร์ซาริตสัน 20 (KR20) ได้ค่า 0.78 สำหรับแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.77 และ 0.81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2023-103 เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2566 ถึงวันที่ 24 ธันวาคม 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดการวิจัย มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้รับการตอบแบบสอบถามไม่มีการ ระบุชื่อ และข้อมูลถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ผลการศึกษารับทราบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยการสนทนากลุ่ม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการเป็นทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแลแต่ละครั้งโดยจะได้รับการประสานจากเจ้าหน้าที่ว่าต้องติดตามรายใด และในประเด็นใด หรือการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์การคัดกรองโรคเบาหวาน โดยแบ่งกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ปฏิบัติเป็น 2 กลุ่มกิจกรรม คือ 1) กิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการได้เอง เช่น การสำรวจกลุ่มเป้าหมาย การติดตามประสานกลุ่มเป้าหมายหรือผู้ป่วย และจัดทำข้อมูลสุขภาพ 2) กิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมเป็นทีมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น ร่วมออกคัดกรองเชิงรุก ร่วมจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยเบาหวาน และการติดตามเยี่ยมบ้าน

ด้านตัวผู้ป่วยเบาหวานเอง มีจำนวนหนึ่งที่ทำให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังมีผู้ป่วยอีกหลายคนที่ไม่เข้าร่วม ซึ่งแต่ละรายมีข้อจำกัดที่ต่างกัน เช่น ความเขินอาย วันที่มีการจัดกิจกรรมตนเองไม่สะดวก ไม่มีคนมาส่ง มีภาระที่จำเป็นต้องทำ เดินทางไปต่างพื้นที่ หรือบางคนแม้เข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อต้องทำโดยลำพังที่บ้านได้

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) พบว่า 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ได้ดำเนินการอย่างจริงจังเนื่องจากรู้จักคุ้นเคย 2) การค้นหาปัญหา การจัดลำดับปัญหา ไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากมีข้อมูลจากทะเบียนประวัติการรักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่แล้ว 3) การไตร่ตรองเป้าหมาย หาทางเลือกร่วมกันกับผู้ป่วย ไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากผู้ป่วยต้องทำตามคำแนะนำ การปฏิบัติตนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์แนะนำ 4) การพัฒนาความสามารถหรือสอนแนะนำตามความต้องการของผู้ป่วย ก็ไม่มีกระบวนการรับฟังความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยควรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดมาแล้ว 5) การดำเนินการปฏิบัติตนเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ที่ผ่านมานั้นให้ความรู้และตัวผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติที่บ้านด้วยตนเอง 6) การประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นหลักในการดูแล โดยการนัดหมายผู้ป่วยทั้งหมดเข้ามารวบรวมรับกิจกรรม แต่ยังคงมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าร่วมได้เนื่องจากข้อจำกัดที่บ้าน ซึ่งบางเรื่องไม่สามารถบอกกล่าวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทั้งหมด

ระยะที่ 2 ผลการศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า

1) การวางแผนปฏิบัติการ (Planning)

ด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการกำหนดแผนการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการประชุมวางแผนร่วมกัน และมีมติเห็นพ้องต้องกันว่าควรให้มีกิจกรรมเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 3 กิจกรรม คือ

- อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพิ่มเติมความรู้โรคเบาหวาน ทักษะการเยี่ยมเสริมพลัง และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนผู้ป่วยเบาหวาน ระยะเวลา 2 วัน

เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีศักยภาพที่แตกต่างกันและต้องการเพิ่มความรู้ และทักษะการเสริมพลังอำนาจ

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำความรู้และทักษะไปติดตามเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วย เบาหวาน 6 ขั้นตอน คือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกันพูดคุย หาปัญหาและจัดลำดับปัญหา 3) อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านร่วมพิจารณาทางเลือกการจัดการปัญหา ร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ 4) อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านให้คำแนะนำหรือสาธิตการดูแลตนเอง แก่ผู้ป่วย 5) ผู้ป่วยปฏิบัติตนเปลี่ยนพฤติกรรม โดยตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตามที่ ค่อยตกลงกัน และจดบันทึก 6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องและประเมินการดูแลตนเอง ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ตามคำแนะนำของสมาคมเบาหวาน แห่งประเทศไทย

- เพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ด้วย LINE application

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบ Paired Samples t-test การพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (N=35)

ตัวแปร	Pre-test Mean (SD)	Post-test Mean (SD)	Mean Difference	df	t	p
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	7.40 (0.75)	8.60 (0.54)	1.20	34	10.59	<0.001
การเสริมพลังอำนาจตนเอง	6.90 (1.21)	8.80 (0.81)	1.90	34	10.53	<0.001

2.2) ผลการติดตามเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วย เบาหวาน 6 ขั้นตอน พบว่ากิจกรรมเริ่มต้นจากวันที่มี คลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าไป พูดคุยกับผู้ป่วยเป้าหมายที่ต้องดูแล โดยมีเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขแนะนำเบื้องต้นและ อาสาสมัครสาธารณสุข

2) การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (Action)

2.1) ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะเวลา 2 วัน เริ่มด้วยการทดสอบก่อนการอบรม (Pre-test) ต่อจากนั้น จึงให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทายยา การจัดการปัญหา และการเสริมพลังอำนาจตนเอง สิ้นสุดการอบรมด้วยการทดสอบหลังการอบรม (Post-test) ซึ่งกลุ่มเป้าหมาย เข้าร่วมอบรม จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85) มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 43) อายุเฉลี่ย 52 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 44) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้ว เฉลี่ย 14.50 ปี ผลการประเมินความรู้ก่อนและหลัง การอบรม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนความรู้เฉลี่ย หลังการอบรม ($M = 8.60, SD = 0.54$) สูงกว่าคะแนน เฉลี่ยก่อนการอบรม ($M = 7.40, SD = 0.75$) นอกจากนี้ คะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง หลังการอบรม ($M = 8.80, SD = 0.81$) ก็สูงกว่าก่อนการอบรม ($M = 6.90, SD = 1.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ประจำหมู่บ้านแนะนำตัว บอกกล่าวว่าเป็นผู้ติดตาม เยี่ยมบ้านโดยจะใช้ เวลา 60 นาที และตกลงวันที่ จะติดตามเยี่ยมต่อจากนั้นในวันเยี่ยมบ้านอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เริ่มต้นด้วยการให้บริการ วัดความดันโลหิต ตรวจเบาหวานปลายนิ้ว จับชีพจร นับหายใจ บันทึกดัชนีมวลกาย ประเมินพฤติกรรม

สุขภาพ และแนะนำการดูแลสุขภาพ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น แล้วจึงพูดคุย ตามลำดับขั้นตอนการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) 6 ขั้นตอน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่สามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1-4 และ 6 ได้ ส่วนขั้นตอนที่ 5 ที่ผู้ป่วยเบาหวานและญาติต้องปฏิบัติตามตามข้อตกลงนั้น ยังทำได้บ้างไม่ได้บ้าง ในเดือนที่ 1-2 เนื่องจากตามแผนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะขอมาติดตาม เดือนละ 1 ครั้ง หลังจากเดือนที่ 2 จึงขอผู้ป่วยว่าจะติดตามพูดคุย เพิ่มเติมผ่าน LINE application สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยลดการลงลิ้มหรือหย่อนยานการปฏิบัติตามลงได้มาก หลังสิ้นสุด ระยะเวลา 6 เดือน มีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถยุติการติดตามเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วยเบาหวานอย่างใกล้ชิดได้ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 85.00) โดยการประเมินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้หลักการหากผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดำเนินการได้ 3 อย่าง คือ รับประทานยาต่อเนื่อง เปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดแป้ง เพิ่มผัก ขยับร่างกาย หลังอาหาร และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตนเองได้ ซึ่งแสดงถึงผู้ป่วยมีพลังใจเพียงพอในการจัดการกิจวัตรตนเอง อีกทั้งครอบครัวให้ความร่วมมือจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก แต่ยังมีผู้ป่วยอีก 5 คน ยังต้องติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลเป็นคู่สมรสที่สูงอายุ และยังไม่สามารถปฏิบัติตามและจัดการตนเองได้สม่ำเสมอเพียงพอ

3) สังเกตการณ์ ติดตามและประเมินผล (Observation) พบว่า ช่วงก่อนเริ่มต้นการวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มั่นใจในความรู้ เรื่องโรคเบาหวานและทักษะการดูแลเพียงพอต่อการให้ คำแนะนำ จึงเสนอให้มีการอบรมเรื่องความรู้ โรคเบาหวาน เสนอให้เพิ่มช่องทางการติดต่อผ่านไลน์ ซึ่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ความสนใจ การเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจาก อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทราบดีว่า ผู้ป่วยแต่ละคน มีปัญหาและข้อจำกัดแตกต่างกัน การเข้าไปจัดการ

กับผู้ป่วยแต่ละคนเป็นเรื่องยาก ช่วงดำเนินการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมครบตลอดกิจกรรมต่อนั้นจึงเป็นขั้นตอน การติดตามเยี่ยมเสริมพลังซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนมีความตั้งใจจะออกเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีการตกลงกันระหว่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ป่วยเบาหวาน ถึงวันแรกที่จะไปเยี่ยมบ้าน โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละท่านลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพียงลำพัง เพื่อความเป็นธรรมชาติ และเป็นกันเองระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านครั้งแรกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนผ่านไปด้วยดีและนำกลับมาแลกเปลี่ยนพูดคุยกัน ในเดือนที่ 2 จะพบเจอปัญหามากที่สุดคือการปฏิบัติตามข้อตกลงของผู้ป่วยทำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละคนก็ต้องเพิ่มทักษะการให้คำแนะนำความรู้เฉพาะเรื่องที่ตรงกับผู้ป่วยที่ตนเองดูแล

การใช้ LINE application พบว่า อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถแยกแยะการสื่อสาร
ผ่านไลน์กลุ่ม เฉพาะเรื่องที่เป็นกรณีนัดหมายหรือความรู้
ทั่ว ๆ ไป ส่วนการปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยรายบุคคล
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้ไลน์ส่วนตัว
ของผู้ป่วยรายนั้น ๆ และพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านบางคน ก็ขอให้เจ้าหน้าที่ลงติดตาม
เยี่ยมร่วมกับตนเองในบางครั้งเพื่อเพิ่มความมั่นใจ

4) การสะท้อนผล (Reflect) จากการถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าขั้นตอนการเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วยเบาหวานเฉพาะรายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเหมาะสมกับผู้ป่วย รายที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือมีอุปสรรคในการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องทุ่มเทเวลา ทักษะ และให้ความสนใจมากเป็นพิเศษ การมีไลน์เฉพาะบุคคล ทำให้สะดวก

ในการสื่อสาร ทั้งข้อความและภาพ แต่ที่สำคัญผู้ป่วยต้องเชื่อใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าไปดูแล จากการสะท้อนผลร่วมกัน พบว่าปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จคือ ความมั่นใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งในด้านความรู้และทักษะการเสริมพลัง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและเปิดใจรับฟัง และผู้วิจัยได้ให้ข้อพึงระวังการนำข้อมูลส่วนบุคคลมาเผยแพร่ เช่น การเอ่ยนามตัวบุคคลหรือลงในโซเชียลมีเดีย ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อเนื่อง โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจร้อยละ 87.00

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษารับทราบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานร่วมเป็นทีมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดำเนินการส่วนใหญ่จะรอการประสานจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขว่าต้องดำเนินการเรื่องใดบ้าง ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งการศึกษาของ สาคกร ไชยอำมาตย์ และคณะ (2565) พบว่าหากพึ่งพาการดูแล โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงลำพัง จะไม่สามารถให้การดูแลได้ครอบคลุม และไม่สามารถให้ความรู้การปฏิบัติตัวอย่างละเอียด เนื่องจากภาระงานจำนวนมาก อีกทั้งศิริประภา สิทธิพานิช และคณะ (2565) ก็พบว่าจุดแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาสามารถให้คำปรึกษาได้ทันที จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในการศึกษานี้ มุ่งเน้นกิจกรรมที่สำคัญคือการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความรู้การเสริมพลังอำนาจ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างใกล้ชิด

และต่อเนื่อง ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความมั่นใจในการติดตามเยี่ยม ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน และเสริมพลังใจแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสาคกร ไชยอำมาตย์ และคณะ (2568) ที่ได้ศึกษารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ด้วยการนับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่พบว่าทำให้บริการของหน่วยบริการมีความแออัดเนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก จึงศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยครอบครัว โดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยวิธีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อทำหน้าที่เป็นโค้ชในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับ จุฑามาศ นักบุญ (2560) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ต่ำบาลแสนสุข อำเภอรินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าการพัฒนาศักยภาพโดยการให้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 7 ขั้นตอนในการศึกษานี้ ได้ประยุกต์จากแนวทางการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ (2553) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การหาปัญหาและจัดลำดับปัญหา

3) ร่วมพิจารณาเป้าหมาย 4) ให้คำแนะนำตามความต้องการของผู้ป่วย 5) ปฏิบัติตนเปลี่ยนพฤติกรรม 6) ติดตามประเมินพฤติกรรม มีความแตกต่างกับการศึกษาของทตติกา ฉัตรชัยพันธ์ และคณะ (2559) ที่มี 4 ขั้นตอนคือ 1) ค้นหาสภาพจริง 2) สะท้อนคิด 3) ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ 4) ปฏิบัติและคงพฤติกรรมไว้ และแตกต่างจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Bishop et al.(1988) ที่กำหนดไว้ 5 ขั้นตอนคือ 1) การผ่านประสบการณ์ 2) การระบุประสบการณ์ 3) การวิเคราะห์ 4) การวางแผน 5) การปฏิบัติจึงแสดงให้เห็นว่าขั้นตอนการเสริมพลังอำนาจ สามารถปรับประยุกต์ใช้ได้เพื่อให้เหมาะกับบริบทและความพร้อมของผู้นำไปปฏิบัติ แต่สิ่งสำคัญคือการปฏิบัติตามแผนหรือข้อตกลงระหว่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ป่วย และติดตามอย่างต่อเนื่อง (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐฉิรณ พันธ์มุง และคณะ (2567) ที่พบว่าการติดตามดูแลต่อเนื่อง คือปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ

การเลือกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อการเยี่ยมเสริมพลังของการศึกษานี้ ใช้การเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง โดยเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ดูแลผู้ป่วย 1 คน เพื่อความสัมพันธ์ใกล้ชิดและไม่เป็นภาระของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากเกินไป สามารถใช้เวลาในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมวางแผนแก้ปัญหา ทดลองปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติให้เหมาะกับบริบทของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติมา เลิศอาวุธ และคณะ (2568) ที่ใช้รูปแบบการจับคู่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับผู้ป่วยเบาหวาน โดยเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่ประสบปัญหาหรือมีอุปสรรคการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีจำนวนไม่มากจนเกินไป เนื่องจากรูปแบบ

นี้ต้องใช้เวลา การทำความเข้าใจบริบทของผู้ป่วยและการดูแลใกล้ชิด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงสามารถคอยเตือนผู้ป่วยที่ตนเองดูแล ให้เข้ารับบริการหรือปฏิบัติตามคำแนะนำทั้งการติดตามเยี่ยมและการใช้แอปพลิเคชันทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อีกจำนวนหนึ่งที่ต้องติดตามต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลเป็นคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างยังไม่เพียงพอต่อการจัดการกิจวัตรต่าง ๆ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยสำคัญนอกเหนือจากตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐฉิรณ พันธ์มุง และคณะ (2568) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและอายุ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยสรุป การวิจัยนี้ยืนยันว่าการเสริมพลังอำนาจให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบการดูแลที่เน้นความเฉพาะรายบุคคลและการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นหัวใจของความสำเร็จ

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) พัฒนาศักยภาพการเยี่ยมเสริมพลังแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเบาหวาน 3) ร่วมวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน 4) ร่วมหาทางเลือกกับผู้ป่วยเบาหวาน 5) เยี่ยมเสริมพลัง 6) ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเอง และ 7) ติดตามผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 85.00 สามารถดูแลตนเองได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสูงถึงร้อยละ 87.00 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปใช้

1) รูปแบบการดูแล 7 ขั้นตอนนี้ สามารถนำไปขยายผลเพื่อใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาการจัดการตนเองในพื้นที่อื่น ๆ

2) รูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังนี้ สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยติดเตียง เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลในชุมชน

3) ควรคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีศักยภาพและสมัครใจเข้าร่วมในระยะแรก เพื่อสร้างต้นแบบความสำเร็จ และพัฒนาให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รุ่นแรกนี้เป็นพี่เลี้ยงขยายผลสู่รุ่นต่อไป

2. ข้อควรคำนึงและปัจจัยสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติ

1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วย ถือเป็นหัวใจสำคัญ และเป็นขั้นตอนแรกที่ต้องให้ความใส่ใจเป็นพิเศษ เพื่อสร้างความไว้วางใจ

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องได้รับการพัฒนาจนเกิดความมั่นใจในตนเองและมีทักษะการประเมินผู้ป่วย เพื่อให้สามารถตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมว่าจะยุติการดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อใด

3) ควรมีการสร้างระบบให้กำลังใจและเชิดชูเกียรติแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้สำเร็จ เพื่อรักษาพลังใจในการทำงานและต่อยอดสู่การดูแลผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อชนิดอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โดยการเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) ควรมีการศึกษาติดตามการดำเนินการรูปแบบนี้ต่อไปอีกระยะ เพื่อติดตามความยั่งยืนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

3) ควรศึกษาต่อเนื่องเพื่อค้นหาหลักเกณฑ์การยุติการเยี่ยมเสริมพลัง เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้ เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน ไม่ควรให้การดูแลลักษณะนี้นานเกินไป ควรมุ่งเน้นการดูแลและจัดการตนเองของครอบครัวผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แนวทางการดำเนินงานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)*. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2563*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 พร้อมด้วยกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จุฑามาศ นักบุญ. (2560). *ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

ชุตินา เลิศอาวุธ, โสภิตา ยอดยิ่ง, และจิราพร ถาวรสุข. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านขวน อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 21(1), 104-114.

ณัฐฉัตร พันธ์มุง, นิธิฐา ศรีสวัสดิ์, พนิดา เจริญกรุง และศศิ ภรณ์ สารแสง. (2567). ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 20(2), 17-26.

ณัฐฉัตร สุริยะ, เกศกนก ดีพรม, วิศรุตดา ดีเมืองชัย, อรัญญา ชัยธวัชพิบูลย์, และคณิศร ครุพันธ์. (2568). ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 17(2), 208-224.

- ประภา สิทธานิช, จิราภรณ์ ขอสุข, กาญจนา ไชยมาตร และมาตี ชันสัมฤทธิ์. (2565). ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัว. *ยโสธรเวชสาร*, 24(2), 36-48.
- ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2565). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจารย์ตำรา. (2565). *รายงานประจำปี 2565*. นครราชสีมา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจารย์ตำรา.
- สาคร ไชยอำมมาตย์, ปรีชา ชัยอนันต์, และจิราภรณ์ ชิตตรกุล. (2568). การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ด้วยการนับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชนจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*, 35(2), 67-76.
- สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2553). *การให้ความรู้เพื่อการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2555). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2565). *ระบบฐานข้อมูล HDC*. สืบค้นจาก https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51.
- สำรว ว่องไวฤทธิ์. (2568). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอมืองจังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข*, 3(1), 141-156.
- Bishop, A. et al. 1988. *A collection of popular education resource and activities*. Ontario: CUSO education department.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The Action Research (3rd ed.)*. Victoria: Deakin University. Pearson TL, Bardsley J, Weiner S, Kolb L. Population health: the diabetes educator's evolving role. *Diabetes Educ* 2019; 45: 333-48.
- World Health organization. (2019). *Classification of Diabetes Mellitus*. Geneva: April. สืบค้นจาก <https://www.who.int/publications/i/item/classification-of-diabetes-mellitus>