

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. บริการบริการ

๑. ให้บริการด้านสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้รับบริการในสถานบริการและชุมชน
๒. ให้บริการดูแลครอบครัวโดยใช้แฟ้มสุขภาพประจำครอบครัว และรวบรวมปัญหาสุขภาพมาวิเคราะห์ลงในแฟ้มประวัติชุมชนเพื่อสรุปปัญหา วิเคราะห์วางแผนการดูแลสุขภาพต่อไป
๓. ให้บริการดูแลครอบครัวโดยใช้แฟ้มสุขภาพประจำครอบครัว และรวบรวมปัญหาสุขภาพมาวิเคราะห์ลงในแฟ้มประวัติชุมชนเพื่อสรุปปัญหา วิเคราะห์วางแผนการดูแลสุขภาพต่อไป
๔. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ทั้งผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยฉุกเฉิน พร้อมให้การช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาอาการรบกวนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งผู้ป่วยและญาติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน: กรณีศึกษา”

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑ มิถุนายน - ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ใช้ความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในสถานบริการและในชุมชน โดยใช้กระบวนการการพยาบาลในชุมชน และเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ มีส่วนร่วมในการใช้มาตรฐานการพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อควบคุมคุณภาพงาน ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่พบมากขึ้นอย่างรวดเร็วและความชุกของ โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เพิ่มความรุนแรงของโรคได้ เช่น อาหารที่รับประทานสิ่งแฉะลุ่มต่าง ๆ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อการทำงานทุกระบบของร่างกาย ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย หากผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร รับประทานยา การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้การควบคุมป้องกันมิให้อาการของโรครุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเกิดขึ้น จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลานาน แต่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ตั้งแต่การรับประทานอาหาร ไม่มารักษาตามนัด และกลับมารับรักษาด้วยภาวะ Hypoglycemia และภาวะ Hyperglycemia หรือเข้าออกโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ

ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ขึ้นอยู่กับการร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องที่จะดูแลตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ดี ทีมสหวิชาชีพและพยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะและอันตรายของโรค วิธีการควบคุมรักษาโรค การปฏิบัติตนในเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลรักษานามัย ตลอดจนการประเมินการควบคุมโรคด้วยตนเอง วิธีการสอนอาจสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มหรือเป็นรายบุคคล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

และใช้อุปกรณ์การสอน เช่น หนังสือ สไลด์ ประกอบเพื่อดึงดูดความสนใจ และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาง่ายขึ้น

ดังนั้นบทบาทของพยาบาล คือการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองที่บ้าน รวมถึงการมารับยาตามนัดเพื่อจะให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยให้นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติได้ถูกต้อง และเหมาะสมกับสภาพของโรค การสนับสนุนหรือ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคที่เป็น และเป็นທີ່ปรึกษาและช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ด้วยภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ ๗๐ - ๑๓๐ mg/dL. HbA_{1c} < ๗%

๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

๓. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติคลายความวิตกกังวลใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มีความพึงพอใจมากในการพยาบาลและติดตามเยี่ยมบ้าน

๔. ผู้ป่วยโรคเบาหวานปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และที่เท้า

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. นำไปใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

๓. นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานบริการสุขภาพชุมชน ได้อย่างเหมาะสม

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลเป็นเรื่องที่ยากและต้องใช้เวลา จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไตวายเรื้อรัง และการถูกตัดเท้า เนื่องจากเข้าถึงข้อมูลของโรคเบาหวานที่น้อย ทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของโรค อีกทั้งผู้ป่วยทำงานกรีดยางพาราตอนกลางคืน ทำให้พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ตรงตามมือ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มารับยาไม่ตรงตามนัดและขาดการออกกำลังกาย ตลอดจนญาติผู้ดูแลก็ไม่มีความรู้ในดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและการจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ในบทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ ได้นำความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการอย่างเดียวย่อมไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม จึงได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมวิชาชีพและชุมชนในการร่วมกันค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ร่วมวิเคราะห์ปัญหา เพื่อให้การพยาบาลและให้ความรู้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตามแผนการรักษา นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสม อีกทั้งได้มีการนำบุคคลต้นแบบโรคเบาหวานในชุมชนมาร่วมพูดคุยถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลตนเอง ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยมที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา ทั้งนี้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ตลอดจนสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้

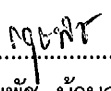
๙. ข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันจากนโยบายพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (Service plan) ทำให้การส่งกลับผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องระดับปฐมภูมิมากขึ้น และส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลเฉพาะโรค ดังนั้นพยาบาลชุมชนจึงต้องมีความรู้ทฤษฎีโรคเรื้อรังอย่างรอบด้านและทันเหตุการณ์ จึงควรมีการทบทวนความรู้และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในชุมชนอยู่เสมอ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) -

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑. นายกฤษพัช บ้านสระ สัตส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐
ขอรับรองผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ 

(นายกฤษพัช บ้านสระ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ๓๑/๕/๒๕๖๕

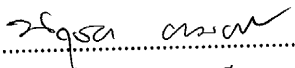
ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

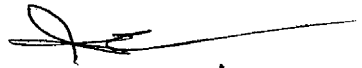
รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางนฤชยา ยามเย็น .)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านท่าฟ้าใต้
วันที่ 15 ธ.ค. / 2565.

(ลงชื่อ) 

(นายประสพ กันชัย)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการแทน

สาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน

วันที่ 15 ธ.ค. / 2565

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาปรับปรุงผลงาน (ระดับ ข้าราชการ)

๑.เรื่อง “ การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย”

๒.หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคหนึ่งที่พบบ่อยและมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อย ๆ ในประชากรไทย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคเบาหวานหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงจะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตา ระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดความพิการได้ เช่น ตาบอด การถูกตัดนิ้ว เท้า เท้าหรือขา อันเนื่อง มาจากการเกิดแผลเรื้อรัง ส่งผลต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียรายได้จากการประกอบสัมมาชีพ และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จึงต้องมีความเชื่อมโยงบริการตั้งแต่ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครประจำครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ชุมชน และผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งเป็นการให้บริการสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพแบบบูรณาการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการให้การดูแลโดยคำนึง ถึงหัวใจของความเป็นมนุษย์ เน้นให้พึ่งตนเอง พึ่งครอบครัว พึ่งชุมชน ตลอดจนใช้เครือข่ายอาสาสมัครในชุมชนให้เกิดประโยชน์

สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) ได้รายงานถึงสถานการณ์ของโรคเบาหวานว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า ๔๖๐ ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นแตะ ๕๗๘ ล้านคน ภายในปี ๒๕๗๓ โดยในปี ๒๕๖๒ ปีเดียว โรคเบาหวานส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตมากถึง ๔.๒ ล้านคน และก่อให้เกิดรายจ่ายด้านสุขภาพกว่า ๗.๖ แสนล้านดอลลาร์ หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๐ ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดทั่วโลก (International Diabetes Federation, ๒๐๒๐) ประเทศไทยเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มีอัตราการความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับประเทศในแถบแอฟริกา แปซิฟิกตะวันตก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยที่น่าเป็นห่วงคือคนไทยเสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากถึง ๒๐๐ รายต่อวัน นอกจากนี้ยังพบว่า ๑ ใน ๑๑ คนไทยที่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ ๕ ล้านคน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๓) จากข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าฟ้าใต้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔ อัตราป่วยคิดเป็น ๔,๖๒๕, ๔,๘๙๐ และ ๕,๔๕๕ ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๘๖, ๑๕.๗๑ และ ๒๗.๔๖ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน คิดเป็น ร้อยละ ๓.๖๗, ๒.๖๘ และ ๒.๘๒ (รายงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าฟ้าใต้, ๒๕๖๔) แสดงให้เห็นแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยโรคเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานได้ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าฟ้าใต้ จึงได้หาแนวทางในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังกล่าวนี้นี้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้ Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk; CVD Risk คัดกรองความเสี่ยงหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ โดยประเมินจากชนิดโรคเรื้อรัง เพศ อายุ คลอเลสเทอรอลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด

ระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อีกทั้งยังมีการตรวจสุขภาพช่องปาก ตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตาและเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อลดความรุนแรงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

นอกจากการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในสถานบริการแล้ว นั้น การสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพที่ประกอบไปด้วย บุคลากรทางการแพทย์ แกนนำชุมชน ประชาชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของบุคคล ช่วยเสริมแรงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้อันึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ รวมถึงต้องคำนึงถึงแนวคิดหลักการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ตลอดจนช่วยลดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะโรคดังกล่าวอย่างรู้เท่าทัน ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับครอบครัว สังคม อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

๓.บทวิเคราะห์ / แนวคิด / ข้อเสนอแนะ

บทวิเคราะห์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านท่าฟ้าใต้ อำเภอยะรัง จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๒๘๔ ราย พบผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวน ๗๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๔๖ (ตัวชี้วัดในระดับ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๓ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๔๐) จากการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบมีความผิดปกติ ๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๓๒ จากการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบมีความผิดปกติ ๖๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๕๓ และเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๘๒ (ตัวชี้วัดในระดับ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๓ การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกณฑ์น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒) จากการดำเนินการประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับสูงมาก (CVD Risk score=๓๐-๔๐%) จำนวน ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๒๙ และพบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับอันตราย (CVD Risk score>๔๐%) จำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๔๓ (ตัวชี้วัดในระดับ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๓ CVD Risk เกณฑ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๐%) ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มารับยาตามนัดและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับ ๗๐-๑๓๐ mg/dL. และ HbA1c<๗ (อ้างอิงตามเกณฑ์ CPG ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมของโรงพยาบาลพะเยารัง) จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาได้พบทวน วิเคราะห์ปัญหา การให้ดูแลผู้ป่วยโรค เบาหวาน พบประเด็นปัญหาดังนี้

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลยังขาดความรู้ ความตระหนักในเรื่องโรค หลักโภชนาการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมทั้งละเลยการมาตรวจตามนัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
๒. การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยฝ่ายเดียวโดยไม่ได้นำญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมาร่วมรับฟังแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมด้วย

๓. ขาดแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
๔. การให้บริการส่วนใหญ่เน้นด้านการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว ขาดความต่อเนื่องในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

แนวคิด

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ขอรับการประเมินในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านท่าฟ้าใต้ ได้นำ “แนวคิดการมีส่วนร่วม” มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จะต้องอาศัยความร่วมมือของทุก ภาคส่วน ตลอดจนเครือข่ายในชุมชน ในการเข้ามามีส่วนร่วมสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพ ร่วมคิด วางแผน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮ็อฟ (Cohen and Uphoff ,๑๙๘๐) ได้จำแนกรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม ๔ ขั้นตอน ดังนี้

๑.การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) การตัดสินใจชนิดนี้เป็นศูนย์กลางของการเกิดทางเลือกตัดสินใจที่หลากหลาย มีการกำหนดประเด็นทางเลือกและการตัดสินใจเลือก ซึ่งเปรียบได้กับการวางแผนเพื่อนำทางที่เลือกมาสู่การปฏิบัติ สามารถแบ่งการตัดสินใจนี้ออกเป็น ๓ ระยะ คือ

๑.๑ การตัดสินใจช่วงเริ่มต้น (Initial decision) เป็นการเริ่มต้นหาความต้องการ วิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการที่สำคัญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะเลือกเอาโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มคน มีความเป็นรูปธรรมโดยผ่านการใช้กระบวนการตัดสินใจ ในระยะนี้สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญและเสนอกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหา

๑.๒ การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ (Ongoing decision) ความสำเร็จในช่วงนี้เกิดขึ้นได้มากกว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจช่วงเริ่มต้น ซึ่งโครงการจะต้องค้นหาความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในภายหลังนี้ การจัดลำดับความสำคัญ และวิธีการดำเนินการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

๑.๓ ตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ (Operational decision) เป็นความเกี่ยวข้องในองค์กรเมื่อโครงการเข้ามา มีการเชื่อมโยงรวมตัวขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเกณฑ์สำหรับปฏิบัติกิจกรรมในโครงการกรอบที่สมาชิกยึดถือประกอบด้วยการประชุมเพื่อจัดทำนโยบาย การคัดเลือกผู้นำที่มีอิทธิพลต่อองค์กร

๒. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Participation in implementation) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติแบ่งได้ ๓ ทางคือ

๒.๑ การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร (Resource contribution) สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ แรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์และข้อมูลข่าวสาร ทั้งหมดนี้เป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญเพื่อพัฒนาโครงการ การส่งเสริมโดยใช้แรงงานในท้องถิ่น การบริจาคเงินและวัสดุต่างๆ แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วม สิ่งสำคัญของการร่วมนี้คือ การรู้ว่าใครเป็นผู้สนับสนุนและทำอะไร โดยวิธีการจูงใจ การได้รับค่าตอบแทนหรือโดยการบีบบังคับสนับสนุนเรื่องทรัพยากร บ่อยครั้งที่พบว่ามีความไม่เท่าเทียมกันและแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว

๒.๒ การมีส่วนร่วมในการบริหารและประสานงาน (Project administration and coordination) คนในองค์กรสามารถรวมตัวกันในการปฏิบัติงาน หรือสมาชิกทีมที่ปรึกษา หรือเป็นผู้บริหารโครงการเป็นสมาชิกอาสา ซึ่งทำหน้าที่ประสานงานกิจกรรมของโครงการมีการฝึกอบรม ให้รู้เทคนิคการปฏิบัติงานในโครงการสำหรับ ผู้เข้ามาบริหารหรือประสานงาน วิธีนี้นอกจากจะเพิ่มความไว้วางใจให้กับคนในองค์กรแล้วยังช่วยให้สมาชิกเกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเองอีกด้วย อีกทั้งยังทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลภายในและได้รับคำแนะนำซึ่งเป็นปัญหาของคนในท้องถิ่น ตลอดจนผลกระทบที่ได้รับเมื่อโครงการเข้ามา

๒.๓ การมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือ (Participation in enlistment) การขอความร่วมมือไม่จำเป็นต้องการผลประโยชน์เสมอไป แต่พิจารณาข้อเท็จจริงที่ว่าผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังนำโครงการมาใช้และผลกระทบต่อคนในองค์กรที่เข้าร่วมโครงการ

๓. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Participation in benefits) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานและมีผลในทางเศรษฐกิจมีความสำคัญต่อการยอมรับเอาโครงการที่สำคัญๆ เข้ามาทั้งที่การตัดสินใจอาจไม่เกิดขึ้นหรือมีขีดจำกัด การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์แบ่งได้ ๓ ชนิด

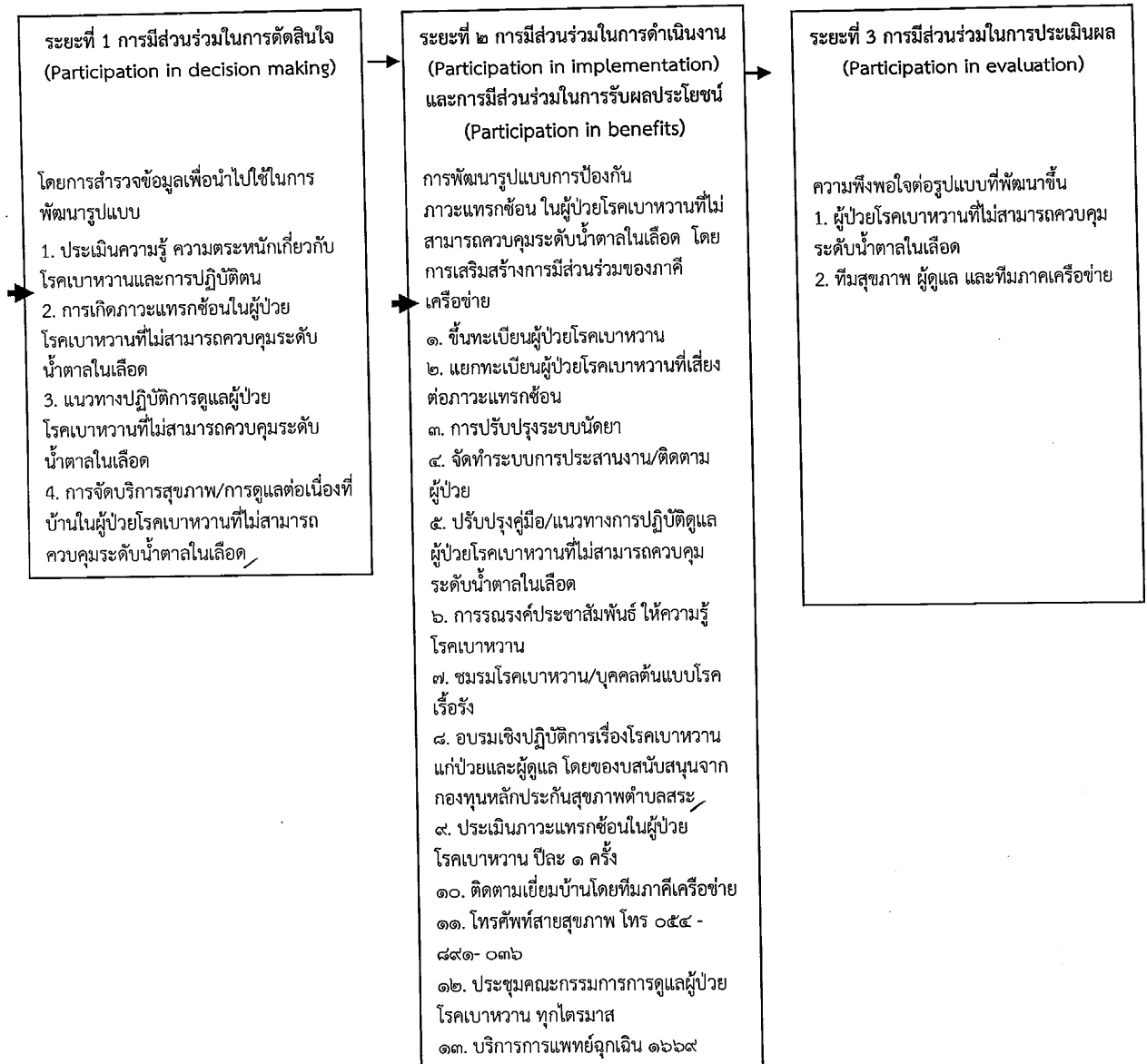
๓.๑ ผลประโยชน์ด้านวัตถุ (Material benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เช่น เป็นการเพิ่มการบริโภค รายได้ ทรัพย์สิน แต่สิ่งเหล่านี้อาจจะทำให้การสรุปข้อมูลล้นเหลือได้ ซึ่งควรวิเคราะห์ให้ได้ว่าใครคือผู้มีส่วนร่วมและดำเนินการให้เกิดขึ้น

๓.๒ ผลประโยชน์ด้านสังคม (Social benefits) เป็นความต้องการด้านพื้นฐานด้านสาธารณะ ได้แก่ บริการหรือความพึงพอใจจากสาธารณูปโภค โดยใช้รูปแบบผสมผสานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนยากจนจึงจำเป็นต้องมีการกำหนดการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ทั้งในเรื่องปริมาณ การแบ่งผลประโยชน์ และคุณภาพบริการและความพึงพอใจ

๓.๓ ผลประโยชน์ด้านบุคคล (Personal benefits) เป็นความปรารถนาที่จะเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มหรือได้รับการคัดเลือกเข้ามา เป็นความต้องการอำนาจทางสังคมและการเมือง โดยผ่านความร่วมมือในโครงการ ผลประโยชน์สำคัญที่ได้จากโครงการมี ๓ ชนิด คือความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง อำนาจการเมืองและความรู้สึกว่าตนเองทำงานมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ควรศึกษาผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังด้วยเพราะอัตราการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์แตกต่างกันจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางนโยบายหลักที่เกี่ยวข้องว่าจะให้ใครมีส่วนร่วม หากผลออกมาตรงข้ามกับความคาดหวัง จะได้แก้ไขเพื่อหาแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการวางรูปแบบใหม่

๔. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in evaluation) แบ่งออกเป็น ๒ แบบ คือ การมีส่วนร่วมทางตรง และการมีส่วนร่วมทางอ้อมในการประเมินผลด้านงบประมาณ ความพึงพอใจของบุคคลต่อโครงการ การมีส่วนร่วม วิธีการเข้ามามีส่วนร่วม การแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อต่างๆ หรือผ่านตัวแทนที่เลือกเข้าไป เพื่อนำความคิดเห็นไปใช้ประโยชน์

จากการทบทวนแนวคิด พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมสามารถแบ่งระยะการจัดรูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพ เป็น ๓ ระยะ ดังนี้ ระยะที่ ๑ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) ระยะที่ ๒ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Participation in implementation) และการมีส่วนร่วมในการรับ ผลประโยชน์ (Participation in benefits) ระยะที่ ๓ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in evaluation) ผู้ขอรับการประเมินจึงสนใจศึกษาการพัฒนากระบวนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ดีและยั่งยืนต่อไป



กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน
และอัฟฮ็อฟ (Cohen & Uphoff, 1980)

ข้อเสนอแนะ

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ขอรับการประเมินในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าฟ้าใต้ มีข้อเสนอแนะดังนี้

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะต้องเข้ารับบริการในคลินิกโรค เบาหวานในโรงพยาบาล เพื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และจัดทำข้อมูลผู้ป่วยให้ถูกต้องครบถ้วน เช่น บุคคลที่สามารถติดต่อได้ เบอร์โทรศัพท์ และ Line ID เป็นต้น
๒. แยกทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้การดูแลตามมาตรฐานส่งเสริมสุขภาพตามปัญหาที่พบเฉพาะราย ติดตามและปรับปรุงแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เหมาะสม รวมทั้งวางแผนส่งต่อหรือดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ
๓. จัดทำระบบนัดรับยา โดยนัดผู้ป่วยเป็นรายหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเตือนกันและกัน ตามแนวคิด “เพื่อนคู่หูรู้ใจ” ในการมารับยาตามนัด ในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเดินทางมาด้วยตนเองก็สามารถเดินทางมาพร้อมกับผู้ป่วยใกล้บ้านได้
๔. ปรับปรุงการระบุวันนัด จากเขียนในสมุดประจำตัวผู้ป่วย เป็นเพิ่มวันนัดที่หน้าปกสมุดประจำตัวผู้ป่วย โดยให้มีขนาดตัวอักษรที่ใหญ่ สะดวกต่อการอ่าน ป้องกันความผิดพลาดในการจำวันนัด
๕. ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาทุกครั้ง เพื่อประเมินการใช้ยาและจัดยาใหม่ให้พอดีกับวันนัด ลดยาเหลือที่บ้าน
๖. ติดตามผู้ป่วยผิวดิน ผ่านทางเบอร์โทรศัพท์ และ Line ID กรณีติดต่อผู้ป่วยผ่านช่องทางดังกล่าวไม่ได้ ให้ประสานอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการติดตามผู้ป่วย
๗. จัดทำ Line Group เพื่อใช้เป็นช่องทางประสานงานในการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ติดตามผู้ป่วย การประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนผู้สนใจ
๘. ส่งเสริมการณรงค์ ประชาสัมพันธ์ “ลดหวาน เค็ม มัน ลดเสี่ยงโรคอ้วน” โดยวิธีการแจกแผ่นพับ ติดป้ายณรงค์และวิทยุกระจายเสียงประจำหมู่บ้าน
๙. คัดเลือกบุคคลต้นแบบโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นแบบอย่างในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และบุคคลต้นแบบสามารถถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยรายอื่น
๑๐. ขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพตำบลสระ เพื่อจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติ เรื่องโรคเบาหวาน หลักการใช้ยา โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๑๑. ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ตรวจสุขภาพช่องปาก ตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตาและเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นประจำทุกปี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค
๑๒. ประสานงานเภสัชกร เพื่อขอความร่วมมือในการให้สุขศึกษาเรื่องการใช้ยาต่อเนื่อง ขนาดการใช้ยาที่ถูกต้อง ฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงของยาๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ยา
๑๓. ประสานงานนักโภชนาการ เพื่อขอความร่วมมือในการให้สุขศึกษา เกี่ยวกับอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน กรณีผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาหารได้ดี
๑๔. ประสานอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครบริหาร หรือผู้นำชุมชน เพื่อติดตามผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยขาดนัดรับยา

๑๕. กรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลินเป็นประจำ หรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมภาคีเครือข่าย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครประจำครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่บ้าน ชุมชนและทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมวางแผนแก้ไขให้ตรงประเด็นปัญหาของผู้ป่วย เสริมพลังให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับตัวยอมรับสภาพและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข
๑๖. จัดให้มีโทรศัพท์สายสุขภาพเพื่อปรึกษาปัญหาสุขภาพ โทร ๐๕๔-๘๘๑ ๐๓๖ โดยผู้ป่วยหรือญาติสามารถโทรมาปรึกษาปัญหาสุขภาพหรือซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการต่างๆที่เป็นอยู่เพื่อลดค่าใช้จ่ายและลดเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล
๑๗. แนะนำบริการรถฉุกเฉิน ๑๖๖๙ หรือรถฉุกเฉินของหน่วยงานในท้องถิ่น เพื่อรับส่งผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
๑๘. จัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาลเชียงใหม่ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แก้ไขปัญหา รวมทั้งสร้างเครื่องมือ ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตลอดจนจัดทำคู่มือผู้ป่วย โดยมีการจัดประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกไตรมาส
๑๙. จัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านท่าฟ้าใต้ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีโอกาสพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อน ๆ ที่เป็นโรคเดียวกัน เสริมสร้างพลังใจในดูแลแก้ไขปัญหาของตนเอง
๒๐. สนับสนุนให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูวิชาการเวชปฏิบัติครอบครัว สำหรับพยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุข เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เกณฑ์การวินิจฉัย แนวทางการตรวจรักษา รวมทั้งการใช้ยาในผู้ป่วยโรค เบาหวาน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๒๑. ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ปีละ ๑ ครั้ง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ตา ไต หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ที่เท้า
๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ
๓. บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
๔. มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเครือข่ายสุขภาพอำเภอเชียงม่วน เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย
๕. มีภาคีเครือข่ายสุขภาพในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในชุมชน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ มากกว่าร้อยละ ๔๐
๒. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒
๓. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ตา ไต หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๐
๔. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ มากกว่าร้อยละ ๙๐
๕. บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐
๖. มีการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเชียงม่วน
๗. ทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ).....ณัฏฐพงษ์.....ผู้เสนอแนวคิด/วิธีการ
(นายกฤษพงษ์ บ้านสระ)