คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster ตำบลสะอาด

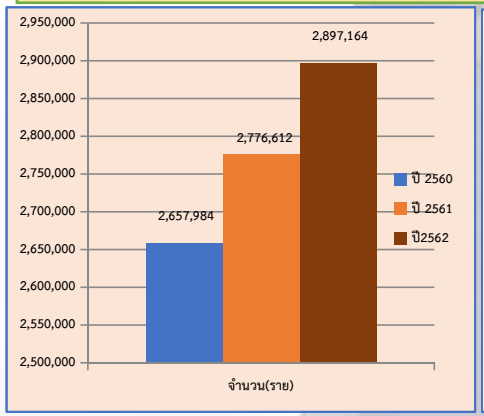
การพัฒนาการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัว ต.สะอาด อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น

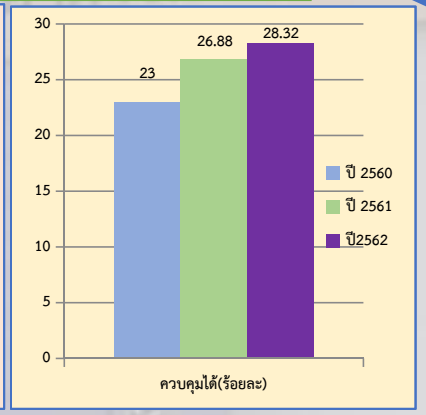
นางศิริพร เหลืองอุดม
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำพอง

ความเป็นมาและความสำคัญ

คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster ตำบลสะอาด

- โรคเบาหวานเป็นโรค Non Communicable Disease (NCD)ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย มีสถิติเพิ่มขึ้นแต่ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์ดังกราฟ

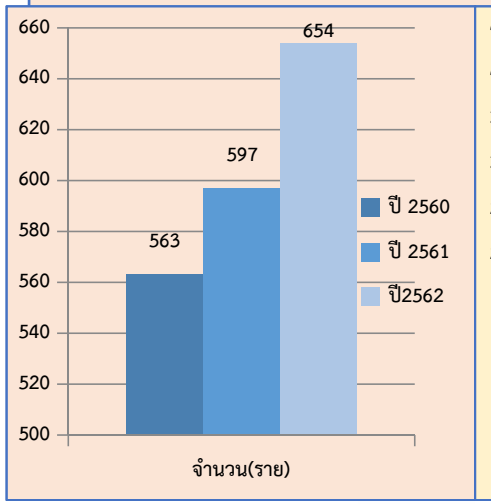


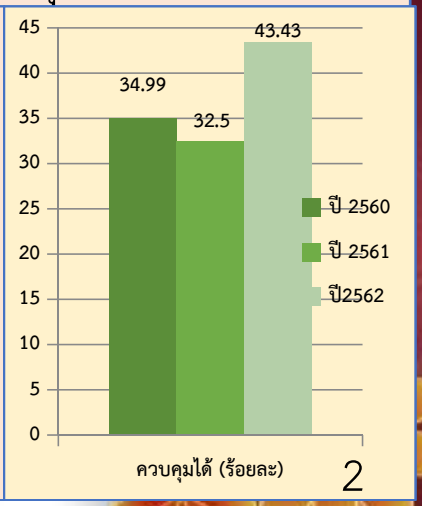


การพัฒนาบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวตำบลสะอาด

- Behavior and Psyco social Care : BPSC การดูแลแบบบูรณาการมุ่งเน้นการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยเปิดใจรับคำแนะนำและต่อยอดสู่การประเมินแบบองค์รวมส่งเสริมการปรับพฤติกรรมป้องกันโรค NCD

- ต.สะอาด มีรพ.สต. 2 แห่งถูกยกระดับเป็น คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) มีการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังมีสถิติผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นแต่ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้





* การศึกษาของ UKPDS (2000) พบว่า การปรับพฤติกรรมลดการเกิด DM ในกลุ่มเสี่ยงสูงร้อยละ 35-38 ดีกว่าการใช้ยา Metformin ส่งผลให้ผู้ป่วย DM ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตลดลง ทุก 1 HbA1C ที่ลดลงทำให้ลด Complication ต่อหลอดเลือดแดงเล็ก ร้อยละ 37 ลดการเกิดโรค IHD และ CVA ถึงร้อยละ 14 และ 12 ตามลำดับ

รพ.สต.สะอาด

รพ.สต.บ้านคำบง

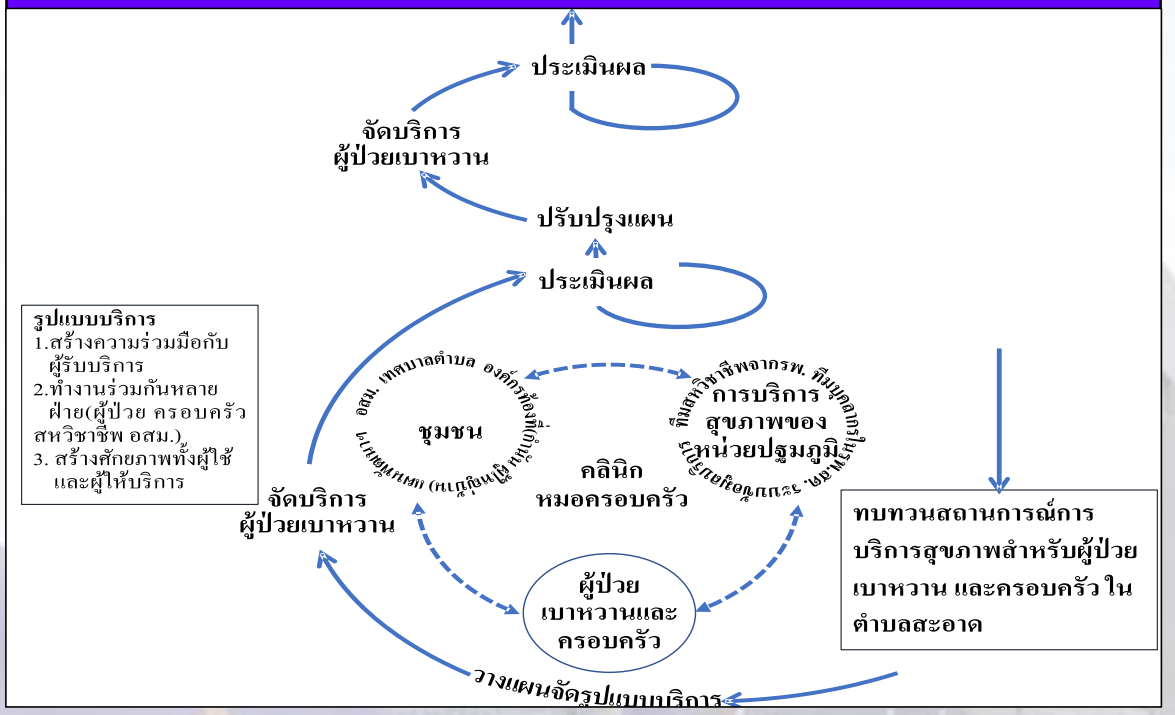
วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัว ต.สะอาด อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัว ต.สะอาด อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัว ต.สะอาด อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น

คำถามวิจัย

1. สถานการณ์การบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัว ต.สะอาด อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น เป็นอย่างไร
2. การพัฒนาการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัว ต.ส อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น เป็นอย่างไร
3. ผลการพัฒนาบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัว ต.สะอาด อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research)ตามกรอบแนวคิดของมูลเลและกู้ดแมน(Mule &Goodman,2014) ลักษณะการดำเนินงานโดยสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย และการสร้างศักยภาพ ผ่านกลไกการบริการคลินิกหมอครอบครัว โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการคุณภาพของไคเซนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

- เพื่อพัฒนาการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใน PCC ต.สะอาด อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น ซึ่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 แห่งคือรพ.สต. บ้านคำบง และรพ.สต. สะอาด ศึกษาระหว่างเดือน เมย. 2563 - เดือน มีค.2564

วงรอบที่ 1

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การจัดบริการ เมย. 2563- พ.ค. 2563

ผู้เข้าร่วม 1) ทีมสหวิชาชีพจากรพ.น้ำพอง 2) ทีมเจ้าหน้าที่รพ.สต. 3) ภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 2 พัฒนาบริการ พ.ค. 2563 - ต.ค. 2563

ผู้เข้าร่วม 1) ทีมสหวิชาชีพจากรพ.น้ำพอง 2) ทีมเจ้าหน้าที่รพ.สต.ทั้ง 2 แห่ง 3) ภาคีเครือข่าย 4) ผู้ป่วย DM ที่มารับบริการที่ PCC สะอาด

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาบริการ ตุลาคม 2563 - พฤศจิกายน 2563

วงรอบที่ 2 พฤศจิกายน 2563 - มีนาคม 2564

ระยะที่ 1 ระยะปรับปรุงแผน ระยะที่ 2 จัดบริการ ระยะที่ 3 ผู้เข้าร่วมกลุ่มเดิม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบ Purposive sampling จาก Stake Holder ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวานรวม 116 คน ประกอบด้วย

1) ทีมสหวิชาชีพจากรพ.น้ำพอง 10 คน

2) ทีมเจ้าหน้าที่รพ.สต.ทั้ง 2 แห่ง 9 คน

3) ภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 12 คน

4) ผู้ป่วย DM ที่มารับบริการที่ PCC สะอาดจำนวน 85 คน

- อ่านออกเขียนได้
- มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- ค่า HbA1C > 7mg% หรือ ระดับ DTX ≥ 161 mg/dl
- สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
- เข้าร่วมกลุ่มได้ทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1)แนวทางการสนทนากลุ่ม

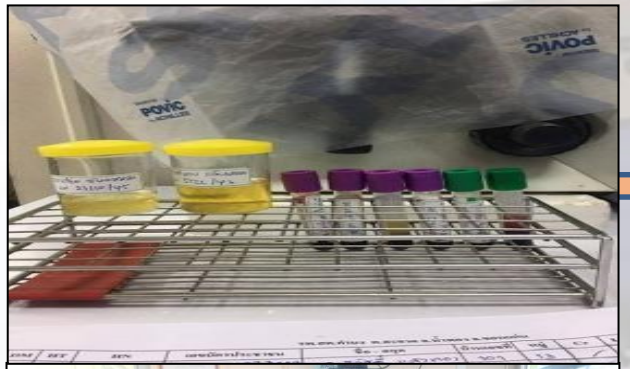
2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

3) แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเอง

- เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 1
- ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย HbA1c และ DTX ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัยด้วยสถิติ Pair sample T-test
- ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)วิเคราะห์ Thematic analysis

จริยธรรมการวิจัย ผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สสจ.ขอนแก่นเลขที่ KEC 63043/2563

ผลการวิจัย ระยะที่1 สถานการณ์การจัดบริการโรคเบาหวาน



เจาะ DTX ,เจาะ HbA1c, Cr,Lipid profile,UA)โดย พยาบาลวิชาชีพ

ซักประวัติ/วัดความดันโลหิต โดยพยาบาลวิชาชีพ

แนะนำความรู้และออกกำลังกายร่วมกัน โดยเจ้าพนักงานสาธารณสุข

ตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

รพ.น้ำพองมีนโยบายเพื่อลดความแออัดและเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง “บริการใกล้บ้านใกล้ใจในชุมชน” จึงพัฒนาบริการโดย การจัดบริการคลินิกเบาหวาน ที่รพสต. สนับสนุนเวชภัณฑ์ยาและทีมสหวิชาชีพรพ.น้ำพองทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 สถานการณ์การจัดบริการคลินิกเบาหวาน

ตรวจเท้าโดยนักกายภาพบำบัด

ตรวจคัดกรองในช่องปากโดยทันตบุคลากร

รับยาและคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกร/นัดF/U

จากการศึกษาพบว่า

- การชี้แจงนโยบาย สภาพปัญหาและความต้องการ การสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ยังไม่ชัดเจน
- การจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพยังไม่ครอบคลุมกลุ่ม DM
- การให้ความรู้ (Health Education) แบบรายกลุ่มและรายบุคคลยังไม่เป็นรูปธรรมที่ผู้ป่วยเบาหวานนำไปปฏิบัติได้จริง/จำไม่ได้
- ผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวานต้องการองค์ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ขาดการการเชื่อมโยงข้อมูลผล LABจากรพ.มายังรพสต.
- ผู้ป่วยเบาหวาน บางส่วน ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ทำให้ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะแทรกซ้อน โรค CVA ในปี2560 - 2562 จำนวน 10 ราย (101.84: แสนประชากร15 ราย (152.25 : แสนประชากร และ 21 ราย (211.67 : แสนประชากร) ตามลำดับ

ระยะที่ 2 พัฒนาบริการ มีการปรับรูปแบบบริการ

พัฒนาบุคลากร

* พยาบาลวิชาชีพ อบรม BPSC, MBBI เพื่อนำแนวคิดไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
* ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ประชุมชี้แจงการดำเนินงานเพื่อสร้างความร่วมมือ อบรมแนวคิด BPSC

สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการ

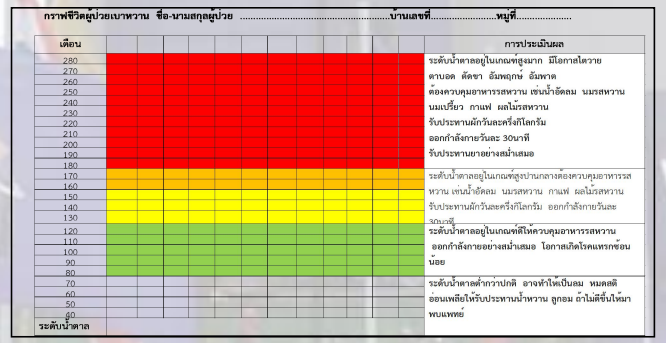
* ผู้นำชุมชน/อสม./ครอบครัวผู้ป่วย DM
* อปท.
* ทีมสหวิชาชีพจากรพ.น้ำพอง
* บุคลากรรพ.สต.
* ประสานงานห้อง LAB กับโปรแกรมเมอร์เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลผล LAB ให้สามารถดูข้อมูลได้ที่รพสต.

การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้แนวคิด BPSCและประยุกต์ใช้นวตกรรม MBBI

* แบ่งกลุ่มสีผู้ป่วยDMเป็น 4 สี เขียว เหลือง ส้ม แดง
* นำกลุ่มส้มแดงมาเข้ากลุ่มMBBI
* ปรับการให้ HE เป็นการสนทนา
* สร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
* สร้างคู่มือการทำกลุ่มของพื้นที่

ระยะที่ 2 การปรับรูปแบบบริการ โดยสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย

ค้นแฟ้มเบาหวาน เจาะ DTX วัดBP โดย อสม.



สีส้มและสีแดงเข้ากลุ่ม

แบ่งกลุ่มสี โดยพนักงานผู้ช่วยสถานีอนามัย (พสอ.)

นำแนวคิด BPSC และ MBBI มาใช้

BA : ถามเป็น ชมเป็น แนะนำเป็น

BI : ประเมินเป็น แก้ไขปัญหาเป็น

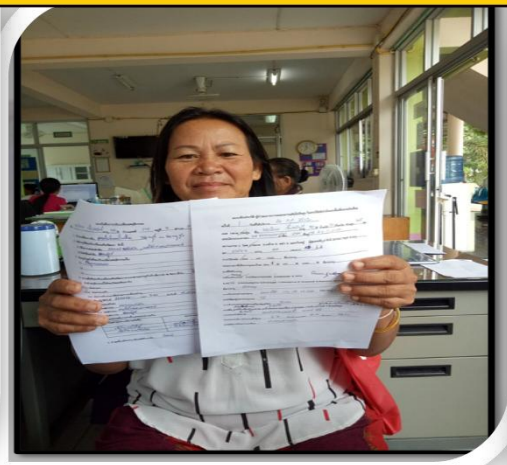
ครั้งที่ 1 ฝึกสมาธิ ลดความว้าวุ่นใจ

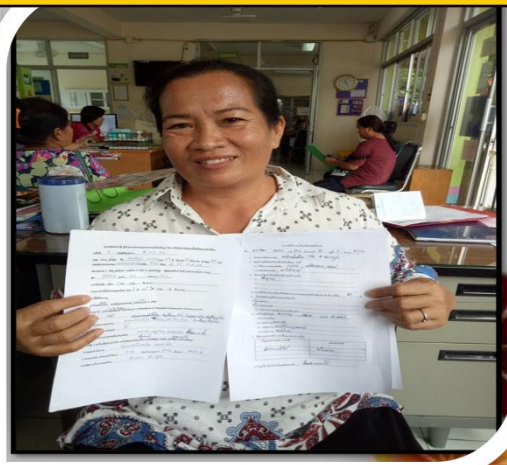
ครั้งที่ 2 ฝึกสติพื้นฐาน/สติการเคลื่อนไหวชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 3 ฝึกสติการกิน (ก่อนกิน ขณะกิน หลังกิน)

ครั้งที่ 4 ฝึกสติเป็นวิถีชีวิต

กลุ่ม MBBI ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง วางเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปัญหาที่พบ ให้การบ้านตามปัญหา นัดติดตามผลเจาะ DTX เดือนละ ครั้ง ครบ 6 เดือนเจาะ HbA1c





ระบบบริการคลินิกเบาหวานแบบเดิม

อัตลักษณ์ รพ.น้ำพอง :

"ชื่อสัตย์

เจาะเลือด HbA1c ,Cr,
Lipid profile(เจาะเลือดประจำปี)

ค้นประวัติ /เจาะ DTX
/ชั่งน้ำหนัก /วัดรอบเอว

พนักงานผู้ช่วยสถานีอนามัย (พสอ.)

ให้ความรู้การดูแลตนเอง 3 อ. 2ส.
ออกกำลังกายร่วมกัน

พยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพ

ซักประวัติ

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

ตรวจรักษา

แพทย์ Fam MED

ควบคุมได้ดีแนะนำการใช้ยานัด 3 เดือน
ควบคุมไม่ได้ดีแนะนำการใช้ยา นัด 1 เดือน

เภสัชกร

*อปท. → สนับสนุนงบประมาณ

ระบบบริการคลินิกเบาหวานแบบใหม่

ประชาสัมพันธ์การจัดบริการ → *ผู้นำชุมชน

"ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ ใส่ใจบริการ"

เจาะเลือด HbA1c ,Cr,
Lipid profile(เจาะเลือดประจำปี)

ค้นประวัติ/เจาะ DTX /
ชั่งน้ำหนัก /วัดรอบเอว → * อสม.

* DTX80-130 mg/dl
DTX 131-160 mg/dl
DTX 161-180 mg/dl
DTX ≥ 181 mg/dl → พนักงานผู้ช่วยสถานีอนามัย (พสอ.)

พยาบาลวิชาชีพ/
นักบริบาลชุมชน

ซักประวัติ BA,BI → เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

*เข้ากลุ่ม MBBI
เดือนละครั้ง ครบ 4 เดือน เจาะ
DTX ทุกเดือน
ติดตามครบ 6 เดือนเจาะ Hba1c

ครอบครัวช่วย
ดูแลพฤติกรรม

ตรวจรักษา → แพทย์ Fam MED

ควบคุมได้ดีแนะนำการใช้ยานัด 3 เดือน
ควบคุมไม่ได้ดีแนะนำการใช้ยา นัด 1 เดือน → เภสัชกร

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาบริการ

ประเด็นที่ต้องการพัฒนาตามกรอบแนวคิด Chronic Care Model	สิ่งที่เกิดการพัฒนา
1)นโยบายและทรัพยากรของชุมชน (Community resources and policy การประสานงานและชี้แจงนโยบายรวมทั้งสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแก่ภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ชัดเจน	1. มีการประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่เครือข่าย ได้แก่ อปท. ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และทีมสหวิชาชีพ เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดบริการ โดยภาคีเครือข่าย
2)หน่วยบริการสุขภาพ (Health Systems organization of health care) การจัดทำโครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ครอบคลุมกลุ่มป่วยเบาหวาน	2.จัดทำโครงการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเบาหวานขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3)การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management Support) การให้ความรู้ (Health Education) แบบรายกลุ่มและรายบุคคลยังไม่เป็นรูปธรรมที่ผู้ป่วยเบาหวานนำไปปฏิบัติได้จริง/จำไม่ได้	3 เกิดกิจกรรมกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้
4)**การออกแบบระบบการให้บริการ(Delivery System Design)** การจัดบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการยังขาดการทำกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่เป็นรูปธรรม	4.ปรับรูปแบบบริการ มีการแบ่งผู้ป่วยเบาหวานตามค่าระดับน้ำตาลนำผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5)การสนับสนุนการตัดสินใจ (Delivery System Design) ผู้รับผิดชอบงาน NCD ต้องการความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	5. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดบริการได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยได้รับการอบรมแนวคิดBPSC
6)ระบบข้อมูลทางคลินิก(Clinical Information System) ยังขาดการเชื่อมฐานข้อมูลผลการตรวจเลือดระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต.	6. มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลผลการตรวจเลือดระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต.

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาบริการ

- ผลลัพธ์ทางคลินิก

1. สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ร่วมงานวิจัยจำนวน 85 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.9 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 40 อายุเฉลี่ย 60.82 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 75.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่คือบุตร ร้อยละ 34.1 ดัชนีมวลกายมากที่สุดอยู่ระหว่าง 25.00 – 29.99 ร้อยละ 36.5

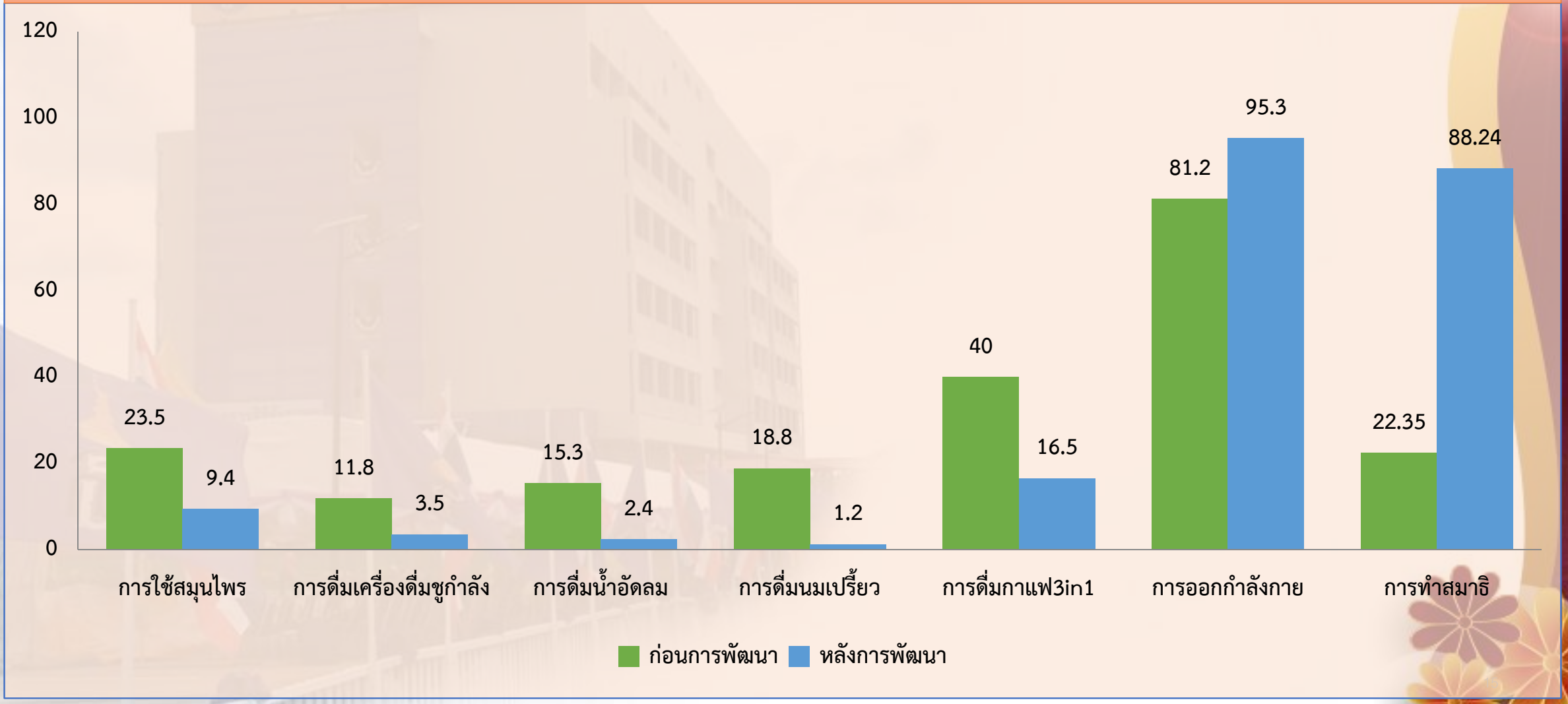
2.ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c และ DTX เปรียบบเทียบก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ดังตารางที่1

3.พฤติกรรมเสี่ยงการรับประทานอาหารลดลง การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิเพิ่มขึ้นดังกราฟที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c และ DTX ก่อนและหลังการพัฒนา

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนเข้ากลุ่มMBBI		หลังเข้ากลุ่มMBBI		t	p
	ค่าเฉลี่ย(X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)	ค่าเฉลี่ย(X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)		
ระดับ HbA1c	9.03	2.14	7.29	1.23	9.14	.001
ระดับ DTX	197.69	36.14	156.64	47.79	6.83	.001

กราฟที่ 1แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภค/การออกกำลังกาย และการทำสมาธิ ก่อน และหลังการพัฒนา



สรุปผลการวิจัย

หลังการพัฒนาบริการผู้ป่วยโรค DM ที่เข้ากลุ่มMBBI มีระดับHbA1c , DTX ลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value< 0.05)และมีพฤติกรรมเสี่ยงในการรับประทานอาหารลดลง พฤติกรรมการออกกำลังกายและการฝึกสมาธิเพิ่มขึ้น

การอภิปรายผล

* การพัฒนาบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวโดยใช้แนวคิด BPSCและประยุกต์ใช้นวตกรรม MBBI ทำให้ลดพฤติกรรมเสี่ยง เพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และสามารถดำเนินงานได้ดีในหน่วยบริการปฐมภูมิและเกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เกิดนวตกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพื้นที่ สอดคล้องกับ การศึกษาของเสกสรรค์ จวงจันทร์ และคณะ(2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกหลัง เข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05)

ข้อเสนอแนะการวิจัยนี้

ควรมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่องมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ และมีการขยายพื้นที่การพัฒนาบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยเบาหวานภายใต้แนวคิดBPSC และนวตกรรม MBBI สู่พื้นที่ดำเนินการของ PCU ต่างๆในระดับอำเภอและ จังหวัดต่อไป

การนำผลงานไปใช้ประโยชน์

1. ขยายผลมายังคลินิกเบาหวานที่รพ.น้ำพอง และที่รพ.สต.ในอำเภอน้ำพองเช่นรพ.สต.ม่วงหวาน รพ.สต.บัวใหญ่ รพ.สต.กุดน้ำใส รพ.สต.น้ำพอง รวมทั้งโรงพยาบาลอื่นๆเช่น รพ.อุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น รพ.หนองกุงศรี จ.กาฬสินธุ์
2. เป็นพื้นที่ศึกษาดูงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 7

สิ่งที่ได้เรียนรู้

- ต่อตนเอง
  1) ได้เรียนรู้ว่าถ้าอยากได้ผลลัพธ์ใหม่ต้องเปลี่ยนวิธีการแบบใหม่ไม่ยึดติดกับแบบเดิมๆ
  2) การนำนวตกรรม BPSC และ MBBI มาทดลองประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้รับบริการ
  3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องทำอย่างต่อเนื่องจึงจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี
  4) การนำเครื่องมือ/นวตกรรมมาใช้ต้องผ่านการกระทำของตนเองก่อนจึงสามารถถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้เป็นรูปธรรม
- ต่อผู้รับบริการ
  1)เกิดการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม ได้ฝึกทักษะที่นำไปใช้ได้จริง เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ
- ต่อองค์กรในโรงพยาบาล
  1)ได้ Best Practice ขององค์กรและเป็นแหล่งศึกษาดูงาน
  2)นำ Model มาขยายผลในโรงพยาบาล จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ
- ต่อชุมชน
  1) มีความภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการจัดบริการคลินิกเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักโรคไม่ติดต่อ.คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCDคุณภาพ.กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2558.;.(10-11)

2.สำนักโรคไม่ติดต่อ.แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ(พ.ศ 2560-2564) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข2560.; .(12)

3.Kemmis, S., Mc Taggar &Rhonda Nixon.The Action Research Planner Doing Critical Participatory Action Research; 2014 [1 Feb 2020] 1-24 .Available form : http://www.springer.com

4.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์.สร้างสุขด้วยสติในองค์กร.กรมสุขภาพจิต.กระทรวงสาธารณสุข.2560 : 1-11

5.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์.คู่มือการฝึกสติแบบสั้นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน.กรมสุขภาพจิต.กระทรวงสาธารณสุข.2563 : 1-25

6.กอบกุล ยศณรงค์.การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระบบบริการระดับปฐมภูมิในเครือข่ายบริการสุขภาพวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข6(2)2555; (290-297)

7.ภิญยาไปมูลเปียม,พัชนี อินใจ,วินัย ปันทะนะและไชยวัฒน์ น้ำเย็น.การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาคร อ.เวียงสา จ.น่าน.วารสารระบบสารณสุข255925(3); 394-400

8.เสกสรรค์ จวงจันทร5.พนิดา สารทอง. สายชล นิลเนตร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2562 ;17 (2) : 37-47

9 .อำพรทิพย์ อุดทาโท.การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ รพสต.บ้านดอกคำใต้ ต.แม่ตีบ อ.งาว จ.ลำปาง.เชียงรายเวชสาร 2564;13(1):136-151

THANK YOU