**ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เขตอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์.**

สมดี โคตตาแสง *นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ*

ชยุต หิรัญรักษ์ *นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ*

อรจิตร แก้วสีขาว *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*

พจนีย์ มูลสาระ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*

ดารุณี แสนโคตร *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*

ปัจชะตาพร นามโล *นักวิชาการสาธารณสุข*

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross–sectional Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิเขตอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและทีมสุขภาพ สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ แล้วสุ่มอย่างง่ายแบบสุ่มจับออกแต่ล่ะกลุ่มประชากร เก็บข้อมูลโดยผู้ร่วมวิจัยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม หลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรม และการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 เก็บข้อมูลระหว่าง 1-30 เมษายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และใช้วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

พบว่า ปัจจัยบริการ จัดให้บริการที่ชุมชนที่มีผลกับผลการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกาย p-value 0.024 (95% CI =0.04 - 0.59) การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวาน p-value 0.001 (95% CI =0.17 - 0.60) การจัดแผนการรักษาสอดคล้องวิถีชีวิต p-value 0.037 (95% CI =-0.058 -- 0.001) ให้บริการที่หน่วยบริการที่มีผล ได้แก่ การสอบถามความคิดเห็นของท่านในการวางแผนการรักษา p-value 0.006 (95% CI =0.07 - 0.47) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำสุขศึกษา p-value 0.046 (95% CI =0.002 - 0.25) ให้บริการที่หน่วยบริการเครือข่ายปฐมภูมิ มีผลที่ดีกว่าบริการในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 (95% CI =1.87 - 2.60) การจัดการโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่พบปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพการดูแลโรคเบาหวานตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ผู้เกี่ยวข้องควรนำเอามาปรับปรุงและเสริมสร้างการพัฒนาโดยดำเนินการทีละขั้นตอนอย่างค่อยเป็นค่อยไป และใช้เวลาสักนานระยะ จึงจะเห็นผลมีประสิทธิภาพประสิทธิผล.

\* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ABSTRACT

This research is Cross–sectional Descriptive Research have objective to examine Factors Affecting to Quality standard of care. diabetes nephropathy in type 2 of diabetes patients in primary health Care network Huaimek district Kalasin Province. A sample was selected from diabetes and healthcare team. The samples selected by stratified Simple sampling and random sampling. Data were collected by participants questionnaires and focus groups. After than ethical approval And testing the reliability of the engine. Coefficient alpha Akron City Beach. A reliability of Cronbach α-coefficient was 0.87. Collect data between 1-30 April 2559. Data was analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that service provider community that affect the standard of care for non-communicable disease control. Of diabetic patients was statistically significant. IncludeProviding advice about diet and exercise. p-value 0.024 (95% CI =0.04 - 0.59). The establishment of a support group for people with diabetes.p-value 0.001 (95% CI =0.17 - 0.60). The treatment plan is consistent lifestyle.p-value 0.037 (95% CI =-0.058 -- 0.001) p-value 0.037 (95% CI =0.058 -- 0.001). Providing services to that effect.IncludeThe opinion of the treatment plan.p-value 0.006 (95% CI =0.07 - 0.47). Patients are advised Healthp-value 0.046 (95% CI =0.002 - 0.25). Providing a network of primary health care units. With better services in the community with statistically significant p-value<0.001 (95% CI =1.87 - 2.60).Diabetes management by patients with chronic care model. No factors that affect the quality of diabetes care standards and control non-communicable diseases. In the primary care networkIt should be used to improve and enhance the development. By performing a gradual, step by step.And take a long-term You will see efficiency.

**คำสำคัญ:** รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

**Keywords:** Chronic Care Model (CCM)

**1. บทนำ**

ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นภาพตัวแทนของความน่าสะพรึงกลัวที่เกิดขึ้นในโลกยุคใหม่ กำลังท้าทายระบบการแพทย์ทุกมิติ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550) โรคเบาหวานจัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก (WHO, 2012) ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จะเพิ่มเป็น 300 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (Zimmet P, Alberti KG, Shaw J, 2001) และคาดว่าจะมากเป็นสองเท่า ในปี 2573 (WHO, 2008) โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยในแต่ละปี มากถึง 106,076 คน (6) ซึ่ง 1 ใน 4 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดมากกว่าร้อยละ 30 เป็นการเสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี (วิชัย เอกพลากรม, 2553) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้มีเพียงร้อยละ 28.5 มีภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 8.4 แทรกซ้อนทางไตร้อยละ 18.7 และพบแผลที่เท้าร้อยละ 2.1 ถูกตัดนิ้วเท้าและขา ร้อยละ 0.3 (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) อีก 10 ปีข้างหน้ารัฐต้องใช้งบประมาณดูแลสุขภาพประมาณ 1.5 ล้านล้านบาท และในจำนวนนี้ 1 ใน 5 จะต้องหมดไปกับการฟอกเลือดจากอาการไตวายเพียงอย่างเดียว (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข, 2556) หากไม่ดำเนินการใดๆ ในสิ้นปี พ.ศ. 2560 อาจจะต้องใช้งบประมาณถึงกว่า 17,000 ล้านบาท ที่รัฐบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และอีก 15 ปี อาจสูงถึง 1 ใน 3 ส่วนของค่าใช้จ่ายรักษาสุขภาพ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2548)

คนไทยกำลังเผชิญหน้ากับการเจ็บป่วย ด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไม่เหมาะสมและภาวะเสื่อมของร่างกาย อาทิ การบริโภคไม่ได้สัดส่วน การกินหวาน ของมัน อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง ขาดการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นเหตุให้เกิดผลตามมาในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด เบาหวานและอื่น ๆ (สำนักวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2548) อำเภอห้วยเม็ก มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ปี 2555 – 2557 ดังนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 1,741 ราย 1,834 ราย และ 1,846 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรได้ 3,541.3, 3,630.3 และ 3,650.5 ผลการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยภาพรวมได้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน กล่าวคือ ร้อย 28.1 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2556) มูลค่าการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี กล่าวคือ ในปี 2555-2556 พบว่า มูลค่าการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานทั้งปีเฉพาะผู้ป่วยนอกภาพรวม พบว่า 162,096.8 บาท และ 2,176,873.4 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.2 และ 49.3 พบว่ามี 2 ใน 3 ส่วนเมื่อเทียบภาพรวมค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกที่มาบริการตรวจรักษาโรคในโรงพยาบาลทุกโรค ซึ่งเป็นปัญหาของโรงพยาบาลห้วยเม็ก และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ที่สำคัญแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ยังไม่มีความเชื่อมโยงบูรณาการเชิงระบบร่วมกัน ซึ่งเป็นเรื่องจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลมีคุณภาพได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ญาติและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (โรงพยาบาลห้วยเม็ก, 2557)

เครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก ยึดแนวทางการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานจัดบริการตั้งแต่ในระดับชุมชน ซึ่งได้พัฒนาขึ้นมาจากการวิจัยของ Edward H Wagner (Rothman. & Wagner, 1999) เน้นไปที่การจัดการระบบ เชื่อมโยงหน่วยบริการ และส่งเสริมประสิทธิภาพของบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Medical Management Intervention) การทำงานเชิงรุกอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน (Community Intervention) (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548) จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีระบบบริการ ระบบฐานข้อมูลที่ดี มีการเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่อยู่ในชุมชน สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประสิทธิผลการพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกและหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายดีขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาโดยมี อสม.ร่วมให้บริการในระดับชุมชน และการจัดการโรคเบาหวานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจัดบริการที่เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้สามารถอธิบายสถานการณ์การจัดการโรคเบาหวานในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เปรียบเทียบการจัดบริการในชุมชนกับการจัดบริการในหน่วยบริการของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และทราบปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน จึงทำให้ผู้วิจัยทำการศึกษาในครั้งนี้ จักได้เป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

**2. วิธีการวิจัย**

**2.1 รูปแบบการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross–sectional Descriptive Research) และใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบยืนยัน จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group)เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง เดือน ตุลาคม 2558 – 30 เมษายน 2559

**2.2** **พื้นที่ดำเนินการวิจัย**

หมู่บ้านต้นแบบจัดบริการผู้ป่วยเบาหวาน 20 หมู่บ้าน และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตอำเภอห้วยเม็ก 10 แห่ง

**2.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานและทีมสุขภาพอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก จำนวน 2,194 คน ทีมสุขภาพ จำนวน 105 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก, 2557) สุมตัวอย่างแบบชั้นภูมิ แล้วสุ่มอย่างง่าย จับออกแต่ล่ะกลุ่มประชากร ได้กลุ่มผู้ป่วย จำนวน 330 ตัวอย่าง ทีมสุภาพ 105 ตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสนทนากลุ่ม 18 ตัวอย่าง (อรุณ จิรวัฒน์กุล และคณะ, 2551)

**2.4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** มี 2 ชุด คือ

**2.4.1 ชุดที่ 1 แบบสอบถามตามเกณฑ์การประเมินการดูแลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนที่ 3 ข้อมูลการจัดให้บริการการดูแลโรคเบาหวาน ส่วนที่ 4 ข้อมูลผลการดูแลตามมาตรฐานคลินิกการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนที่ 5 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

**2.4.2 ชุดที่ 2 แบบสอบถามประเมินรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของทีมสุขภาพ** ให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน (ปัทมา โกมุทบุตร, 2551) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลการผลประเมินคุณภาพการจัดการโรคเรื้อรัง คำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มี 4 ตอน ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลมาตรฐานคลินิกการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

**2.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม และใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลายตัวแปร (Multivariate Relationship) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) เท่ากับค่า p-value น้อยกว่า 0.05 ค่าความเชื่อมั่น (95%CI)

**3. ผลการวิจัยและอภิปราย**ผล

ได้รับอนุมัติจริยธรรม รหัสใบอนุมัติ HEB -01PuH-5902-027 และผลการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาชได้ 0.87 ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ ผู้ป่วยครบทุกตัวอย่าง ทีมสุขภาพ จำนวน 98 จากทั้งหมด 105 คิดเป็นร้อยละ 93.3 ผลดังนี้

**3.1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์**

พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในชุมชนและที่หน่วยบริการ เพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด แยกตามกลุ่มอายุสัดส่วนใกล้เคียงกัน เกินครึ่งของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดเป็นประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ แต่พบว่ามีผู้ป่วยไม่สามารถอ่านออกเขียนได้บางคน ลักษณะเกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน แต่พบว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งสองแห่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือญาติ ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงกัน 4 ใน 5 ส่วนของผู้ป่วยทั้งหมดยังไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ 2 ใน 3 ส่วนของผู้ป่วยทั้งหมดป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี และรักษาเบาหวานและโรคอื่นร่วม

**3.2 ลักษณะส่วนบุคคลของทีมสุขภาพที่ให้บริการเบาหวานในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอ ห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์**

พบว่าทีมสุขภาพเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ 4 ใน 5 ของทีมสุขภาพทั้งหมด สัดส่วนของบุคลากรเกินครึ่งของทั้งหมด ได้แก่ ช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพรวมกับนักวิชาการสาธารณสุข, และสถานภาพสมรสโสดค่อนทีมมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป แต่ขณะเดียวกันกลับพบว่า เกินครึ่งของทีมสุขภาพ ไม่เคยผ่านการอบรมรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีน้อยกว่า 5 ปี

**3.3 การจัดบริการและการจัดการเบาหวานที่มีผลต่อคุณภาพมาตรการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของทีมสุขภาพที่ให้บริการที่ชุมชนและในเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตอำเภอห้วยเม็ก ในจังหวัดกาฬสินธุ์**

พบว่า จัดบริการที่ชุมชน ปัจจัยบริการที่มีผลกับคุณภาพมาตรฐานการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกาย p-value 0.024 (95% CI =0.04 - 0.59) การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วย p-value 0.001 (95% CI =0.17 - 0.60) การจัดแผนการรักษาสอดคล้องกับวิถีชีวิต p-value 0.037 (95% CI =0.058 - 0.001)ให้บริการที่หน่วยบริการ ได้แก่ การวางแผนการรักษา p-value 0.006 (95% CI =0.07 - 0.47) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำสุขศึกษา p-value 0.046 (95% CI =0.002 - 0.25)

การจัดการโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ไม่พบปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพมาตรฐานการดูแลโรคเบาหวาน ตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอเขตห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ รายละเอียดตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1**  ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรหลายตัวแปร (Multivariate Relationship) ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคลทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยและ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กับผลการดูแลโรคเบาหวาน ตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง** |  | **S.D** | **Multiple Correlation** | **95%CI** | **p-value** |
| **ตอนที่ 1 :** การจัดการระบบบริการ | 7.60 | 1.53 | .10 | -.53 - .74 | 0.752 |
| **ตอนที่ 2 :** การประสานงานกับชุมชน | 7.71 | 1.48 | .06 | -.6 - .78 | 0.865 |
| **ตอนที่ 3 :** ระดับปฏิบัติการ |  |  |  |  |  |
| ตอนที่ 3 เอ : การสนับสนุนการดูแลตนเอง | 7.35 | 2.70 | .07 | -.13 - .28 | 0.506 |
| ตอนที่ 3 บี : การสนับสนุนการตัดสินใจ | 7.46 | 1.64 | -.17 | -.76 - .42 | 0.562 |
| ตอนที่ 3 ซี : กลไกการประสานงานในการให้บริการสุขภาพ | 7.78 | 1.42 | -.03 | -.66 - .60 | 0.922 |
| ตอนที่ 3 ดี : ระบบเวชระเบียน | 7.58 | 1.52 | .11 | -.37 - .61 | 0.630 |
| **ตอนที่ 4 :** การบูรณาการขององค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง | 7.72 | 1.79 | -0.02 | -0.44 - 0.39 | 0.900 |

**3.4** **การเปรียบเทียบผลการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระหว่างการจัดให้บริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่จัดบริการในชุมชนกับให้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตอำเภอห้วยเม็ก ในจังหวัดกาฬสินธุ์**

พบว่า ผลการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ให้บริการที่หน่วยบริการเครือข่ายปฐมภูมิ มีผลที่ดีกว่าบริการในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 (95% CI =1.87 - 2.60) รายละเอียดตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2**  ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างการจัดให้บริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่จัดบริการในชุมชน กับการจัดให้บริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่จัดบริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอห้วยเม็ก ในจังหวัดกาฬสินธุ์

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **การจัดให้บริการการดูแล**  **ผู้ป่วยเบาหวาน** | **ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน** | | | | |
|  | **S.D** | **Mean different** | **95%CI** | **p-value** |
| ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ | 6.98 | 1.08 | กลุ่มอ้างอิง |  | <0.001 |
| ในชุมชน | 4.74 | 0.87 | 2.23 | 1.87 – 2.60 |  |
|  |  |  |  |  |  |

* 1. **อภิปรายผล**

**3.5.1**  **การจัดบริการ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลต่อคุณภาพมาตรการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของทีมสุขภาพที่ให้บริการที่ชุมชนและในเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก ในจังหวัดกาฬสินธุ์**

จัดบริการที่ชุมชน ปัจจัยบริการที่มีผลกับคุณภาพมาตรฐานการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกาย การจัดแผนการรักษาสอดคล้องกับวิถีชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, ขนิษฐา นันทบุตร และบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2554) ศึกษากระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาคประชาชนและภาควิชาชีพ มีกระบวนการการใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ปัจจัยที่สำคัญได้แก่ การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมในกระบวนการใช้ข้อมูล การสนับสนุนกิจกรรม และการสนับสนุนกำลังคน การศึกษาของนันทพร บุษราคัมวดี และ ยุวมาลย์ ศรีปัญญาวุฒิศักดิ์ (2555) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลนครนายก พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาของ ดรุวรรณ คลังศรี, รัตนาภรณ์ อาวิภรณ์ และพักตร์วิภา สุวรรณพรหม (2556) ศึกษาการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในกระบวนการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีความสำคัญ ได้แก่ ประสบการณ์เดิมจากการทำงานของทีมที่ตระหนักถึงปัญหาของระบบ การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง และการมีภาวะผู้นำ ความร่วมมือของทีมสนับสนุนและผู้ป่วยเอง

**3.5.2**  **การจัดบริการ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลต่อคุณภาพมาตรการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของทีมสุขภาพที่ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก ในจังหวัดกาฬสินธุ์**

จัดบริการที่ให้บริการที่หน่วยบริการ ปัจจัยบริการที่มีผลกับคุณภาพมาตรฐานการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การวางแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ รัตนอมรกุล, เสาวนันท์ บำเรอราช และนวลฉวี เพิ่มทองชูชัย (2556) การศึกษาการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานที่เหมาะสม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี พบว่า มีระบบบริการและระบบฐานข้อมูลที่ดี มีการเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่อยู่ในชุมชน สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น การศึกษาของ กิติศักดิ์ ด่านวิบูลย์, พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ, มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์ และเสาวลักษณ์ สัจจาม (2556) ศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกและหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน มารับบริการลดลงหลังส่งกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และ การศึกษาของ กรรณิการ์ เชิงยุทธ, นงนุช โอบะ และธนกร ลักษณ์สมยา (2555) การศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า การจัดบริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับดี ระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อตรวจวัด 3 ครั้ง ลดลงตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบด้านองค์ประกอบแต่ละด้านพบว่า การรับรู้ของผู้ให้บริการระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**3.5.3** **ผลการเปรียบเทียบผลการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระหว่างการจัดให้บริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่จัดบริการในชุมชนกับให้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก ในจังหวัดกาฬสินธุ์**

ผลการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ให้บริการที่หน่วยบริการเครือข่ายปฐมภูมิ มีผลที่ดีกว่าบริการในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 (95% CI =1.87 - 2.60) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ รัตนอมรกุล, เสาวนันท์ บำเรอราช และนวลฉวี เพิ่มทองชูชัย (2556) ศึกษาการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานที่เหมาะสมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี พบว่า ผู้มารับบริการได้รับความสะดวก ใกล้บ้าน มีระบบฐานข้อมูลที่ดีมีการเชื่อมโยง และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่อยู่ในชุมชน การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น การศึกษาของ กิติศักดิ์ ด่านวิบูลย์, พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ, มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์ และเสาวลักษณ์ สัจจาม (2556) ศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอก และหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการลดลงหลังส่งกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น หลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญสถิติ และการศึกษาของ กรรณิการ์ เชิงยุทธ, นงนุช โอบะ และธนกร ลักษณ์สมยา (2555) การศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า การจัดบริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับดี ระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อตรวจวัด 3 ครั้ง ลดลงตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบด้านองค์ประกอบแต่ล่ะด้านพบว่า การรับรู้ของผู้ให้บริการระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**3.5.4**  **การจัดการเบาหวานที่มีผลต่อคุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของทีมสุขภาพที่ให้บริการที่ชุมชนและในเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก ในจังหวัดกาฬสินธุ์**

การจัดการโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ไม่พบปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพมาตรฐานการดูแลโรคเบาหวาน ตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอห้วยเม็ก แตกต่างจากการศึกษาของ กรรณิการ์ เชิงยุทธ, นงนุช โอบะ และธนกร ลักษณ์สมยา (2555) ศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า การจัดบริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับดี ระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อตรวจวัด 3 ครั้ง ลดลง เมื่อเปรียบเทียบด้านองค์ประกอบแต่ล่ะด้านพบว่า การรับรู้ของผู้ให้บริการระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Si D, Bailie R, Connor C, Dowden M, Stewart A, Robiinson G, et al. (2005) ศึกษาการสำรวจคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์บริการสุขภาพชุมชน 12 แห่ง ที่ดูแลคนพื้นเมืองในมณฑล Northem Territory ประเทศออสเตรเลีย พบว่าพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของรูปแบบจำลองการบริบาลเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ผลการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับHbA 1Cเท่ากับ 9.3 จำนวนผู้ป่วยที่มีค่า HbA 1C< 8 เท่ากับร้อยละ 26 โดยพบว่าระดับคะแนนผลการประเมินตาม ACIC ด้าน Organizational influence, Community linkage และ Clinical information system ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 4.3 ร้อยละ 3.8 และร้อยละ 4.5 ตามลำดับ และระดับการพัฒนาหน่วยบริการและระบบสารสนเทศเวชกรรมมีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมระดับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Bernstien, S.J. (2008) ศึกษารูปแบบใหม่ในการดูแลโรคเรื้อรัง พบว่า สามารถเปลี่ยนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดี มีประสิทธิภาพ และเกิดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ในกระบวนการรักษาร่วมกันมากขึ้น เกิดความเป็นระบบในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีฐานข้อมูลที่ดีในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การติดตามผลการรักษาระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ นำไปประกอบตัดสินใจบริการเชิงรุก

**ข้อเสนอแนะ**

**1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย**

(1) ด้านการสานประโยชน์ ทรัยพากร และชุมชน จากการศึกษาพบว่าการสานประโยชน์กับทรัพยากรของชุมชน เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นไปตามการหลักการการมีส่วนร่วม (WHO,1991) หน่วยบริการควรเน้นการแก้ไขปัญหาด้วยวิถีชุมชน ด้วยอาศัยทุนในชุมชน ขับเคลื่อนในชุมชนร่วมส่งเสริมกระตุ้นสร้างจิตสำนึกในชุมชน เพื่อนำสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกัน

(2) ด้านการสนับสนุนการดูแลตนเอง จากการศึกษาให้บริการในชุมชน พบว่า ปัจจัยบริการมีผลกับผลการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการสุขภาพ จำเป็นต้องปรับแผนการปฏิบัติใหม่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกายเฉพาะโรคเบาหวาน การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันของผู้ป่วยเบาหวาน การจัดแผนการรักษาสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

(3) ด้านหน่วยงานบริการสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า หน่วยงานบริการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพราะหน่วยบริการสุขภาพจำเป็นต้องออกแบบบริการใหม่ กล่าวคือ การนำวิธีคิดและวิธีปฏิบัติในกระบวนการออกแบบมาช่วยพัฒนารูปแบบบริการจัดบริการ ที่จะสามารถสร้างประโยชน์ได้สูงสุด ใช้งานได้สะดวกที่สุด อาทิ การมีส่วนของผู้ป่วยในการวางแผนการรักษา ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำสุขศึกษา หน่วยบริการจึงควรนำไปปรับใช้เพื่อประโยชน์ราชการและผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

(1) ควรส่งเสริมการนำการแพทย์แผนไทย สอดคล้องวิถีชีวิต เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิต มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ชะลอภาวะเสื่อมของร่างกาย มิให้เกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงจะดีกว่าปล่อยให้มีภาวะการเจ็บป่วย

(2) การพัฒนาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หลังจากทำวิจัยแล้วควรนำงานวิจัยไปพัฒนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR: Participatory action research) อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3-5 ปี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน อย่างไรก็ดีการนำต้นแบบนี้ไปประยุกต์ใช้เต็มรูปอาจเป็นเรื่องยากและใช้เวลานานสักระยะ ผู้วิจัยมีความคิดเห็นสอดคล้องกับ วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี (2551) มีข้อเสนอแนะว่า การพัฒนาต้นแบบนี้ควรดำเนินการทีละขั้นตอนอย่างค่อยเป็นค่อยไป

**4. สรุป**

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในหน่วยบริการอำเภอห้วยเม็ก เพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด หรือหญิงมากกว่าชาย 2 เท่า เกินครึ่งของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดเป็นประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ยังไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ โดยประมาณ 2 ใน 3 ส่วนของผู้ป่วยทั้งหมดมีการรักษาเบาหวานและโรคอื่นร่วม ทีมสุขภาพ พบว่าสัดส่วนของบุคลากรเกินครึ่งของทั้งหมด ได้แก่ ช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพรวมกับนักวิชาการสาธารณสุข, และสถานภาพสมรสโสดค่อนทีมสุขภาพมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีและระดับปริญญาโทหรือสูงกว่ารวมกัน แต่ขณะเดียวกันกลับพบว่า ไม่เคยผ่านการอบรมรับความรู้เกี่ยวการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ได้ร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประสบการณ์ในการทำงาน มีน้อยกว่า 5 ปี เกินครึ่งของทีมสุขภาพ

การจัดการในหน่วยบริการเครือข่ายปฐมภูมิไม่มีปัจจัยที่มีผลกับผลการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ และไม่มีตัวแปรที่สามารถทำนายผลได้ แต่ให้บริการในชุมชนพบว่า ปัจจัยบริการมีผลกับคุณภาพมาตรฐานการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกายเฉพาะโรคเบาหวาน การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันของผู้ป่วยเบาหวาน การจัดแผนการรักษาสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ให้บริการที่หน่วยบริการ พบว่า ปัจจัยบริการที่มีผลกับคุณภาพมาตรฐานการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการวางแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำสุขศึกษา ผลการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ให้บริการที่หน่วยบริการเครือข่ายปฐมภูมิ มีผลที่ดีกว่าบริการในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 (95% CI =1.87 - 2.60)

**5. กิตติกรรมประกาศ**

งานศึกษาวิจัยชิ้นนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เพราะผู้วิจัยได้รับเกียรติและการสนับสนุนด้วยความเมตตาจากผู้มีพระคุณหลายท่านโดยเฉพาะอย่างยิ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ท่านนายแพทย์ พีระ อารีรัตน์ และนายแพทย์วิษณุกร อ่อนประสงค์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยเม็ก ให้คำปรึกษาด้านวิชาการ สนับสนุนงบประมาณ ช่วยเสนอข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ นายแพทย์สรเชษฐ์ ภูลวรรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฆ้องชัย ที่ให้คำปรึกษาข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณ อาจารย์สุทิน ชนะบุญ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่ดี ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการทำวิจัย

ขอขอบคุณท่านผู้ร่วมวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอห้วยเม็ก และบุคลากรที่ร่วมศึกษาวิจัย ที่คอยประสานงานเก็บข้อมูล โดยเฉพาะน้องกิตติพงษ์ สอนล้อม นักวิชาการสาธารณสุข ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ในการให้คำแนะนำ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผล และขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้

**6. เอกสารอ้างอิง**

|  |  |
| --- | --- |
|  | กระทรวงสาธารณสุข. (2556). แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.  นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. |
|  | กระทรวงสาธารณสุข. (2556) แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (DM, HT, COPD, STROKE). กรุงเทพ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. |
|  | กิติศักดิ์ ด่านวิบูลย์, พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ, มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์ และเสาวลักษณ์ สัจจาม. (2556).  ศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกและหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย โรง-  พยาบาลหนองคาย.วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30 (1),  56-59. |
|  | กรรณิการ์ เชิงยุทธ, นงนุช โอบะ และธนกร ลักษณ์สมยา. (2555). ศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย  โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารพยาบาลและสุขภาพ, 6(2), 110-121 |
|  | โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (บรรณาธิการ). (2550). วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยาแนวคิดทาง  สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สามลดา. |
|  | ดรุวรรณ คลังศรี, รัตนาภรณ์ อาวิภรณ์ และพักตร์วิภา สุวรรณพรหม. (2556). ศึกษาการมีส่วนร่วมของ  เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในกระบวนการพัฒนาระบบงานบริการส่งมอบยาและให้คำแนะนำ  การใช้ยา ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. วารสารเภสัชกรรมไทย, 5(2),  91-107. |
|  | นันทพร บุษราคัมวดี และ ยุวมาลย์ ศรีปัญญาวุฒิศักดิ์. (2555). ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย  เบาหวาน ในโรงพยาบาลนครนายก. การพยาบาลและการศึกษา, 5(2), 114-129. |
|  | ปัทมา โกมุทบุตร (2551) ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพ  ปฐมภูมิ. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiccm.com> (วันที่ค้นข้อมูล 20 ตุลาคม 2558) |
|  | พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, ขนิษฐา นันทบุตร และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2554). ศึกษากระบวนการใช้ข้อมูลใน  การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.  วารสารสภาการพยาบาล, 5(2), 29-40. |
|  | โรงพยาบาลห้วยเม็ก (2557). สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี 2557. [ ม.ป.ท. ∴ ม.ป.พ. ]. (เอกสารอัดเนา). |
|  | วิทูรย์ โล่ห์สุนทร, และวิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. (2551). วิทยาการระบาดของโรคเบาหวานในประเทศไทย. วารสาร  วิจัยระบบสาธารณสุข, 2(4), 623 - 637. |
|  | วิชัย เอกพลากร. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย  ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551- 2. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์. |
|  | วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2548). การเข้าถึงการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย : การ  วิเคราะห์เชิงนโยบาย. วารสารระบบสาธารณสุข,1(1), 77-78. |
|  | วิโรจน์ รัตนอมรกุล, เสาวนันท์ บำเรอราช และนวลฉวี เพิ่มทองชูชัย. (2556). ศึกษาการจัดบริการ  คลินิกโรคเบาหวานที่เหมาะสมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอท่าหลวง จังหวัด  ลพบุรี.วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น,1(2), 59-68. |
|  | สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2548). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างองค์รวม ในระบบหลักประกันสุขภาพ  ถ้วนหน้า. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]. (เอกสารอัดสำเนา). |
|  | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (2556). ผลการปฏิบัติงานประจำปี 2556. [ ม.ป.ท. ∴ ม.ป.พ. ].  (เอกสารอัดเนา). |
|  | สำนักวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, และ  สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2548). สุขภาพคนไทย: การค้าเสรีกับการเข้าถึงยา.  นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาลัยวิทยาลัยมหิดล. |
|  | สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข. (2554). สุขภาพคนเมือง:ความท้าทายของการ  พัฒนาสู่สังคมสุขภาวะ.กรุงเทพ: สามเจริญพาณิชย์. |
|  | อรุณ จิรวัฒน์กุล และคณะ. (2551). ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา. |
|  | Bernstien, S.J. (2008). A new model for chronic care Delivery. Frontiers of Health Services Management, 25(2), 31-39. |
|  | Rothman. & Wagner. (1999). Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care [Electronic version]. Annuals of Internal Medicine, 138(3), 345-356. |
|  | Si D, Bailie R, Connor C, Dowden M, Stewart A, Robiinson G, et al. Assessing health center  systems for guiding improvement in diabetes care. BMC health Res 2005;5:56. |
|  | World Health Organization. ( 2012). World Health Statistics 2012: World Health Organization; 2012  [Cited 2012 Jun 12]. Available from:http:www.who.int/gho/publication/  world\_health\_statistics/2012/en/. |
|  | World Health Organization. (2008). Country and regional data world prevalence  of diabetes worldwide. Retrieved March 16, 2010, from http://www.Who.Int/diabetes/facts/  world\_fiqures/en |
|  | Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. (2001). Global and societal implications of the diabetes epidemic. Nature  2001;414: 782-7 |