

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: กรณีศึกษาบริการปฐมภูมิ อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

สุวิทย์ ภูพัฒน์วิบูลย์ วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข)*

บุญสืบ โสโสม ปรด. (พยาบาล)**

นฤมล จันทระเกษม กศ.ม. (การวัดผลการศึกษา)**

ทองปาน บุญกุศล ปร.ด. (หลักสูตรและการสอน)**

แก้ว จันทระเกษม วท.ม. (เทคโนโลยีสารสนเทศ)**

อาจารย์ จันทระพัณณิษฐ์ พย.บ.**

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศึกษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ระหว่างมิถุนายน 2554 ถึงกันยายน 2556 ประกอบด้วย 3 ระยะคือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนาโปรแกรม และ (ประเมินผล) เก็บข้อมูลจากผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และบันทึกรายงานข้อมูลเอกสาร ระยะแรกพบช่องว่างสู่การพัฒนาบริการคือการสร้างความศรัทธา และเพิ่มการเข้าถึงบริการ ดังนั้น ขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ (1) กำหนดผลลัพธ์ของบริการที่จัดขึ้นใหม่ สร้างความศรัทธา ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ (2) สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขเจาะ dextrostix blood glucose ให้ผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านในช่วงเช้าของวันที่มาตรวจตามนัด และ (3) จำแนกผู้ป่วยเสี่ยง และทำการเยี่ยมบ้านด้วยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ การศึกษาระยะประเมินผลสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่ยังคงควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ นิสัยการกินอาหาร ฤดูกาลผลไม้หวาน วัฒนธรรม และบทบาทหญิงชายเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้คือ การให้บริการปฐมภูมิต้องการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพื่อช่วยดูแลและจัดอุปสรรคของผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, บริการปฐมภูมิ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่ร่างกายผลิตอินซูลินไม่เพียงพอ มักพบในวัยผู้ใหญ่ และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ดังที่องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 เบาหวานจะเป็นโรคที่เป็น

สาเหตุการตายของประชาชนในโลกเป็นลำดับที่ 7⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่าในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2544-2554) มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากถึง 1 เท่าตัว โดยในปี พ.ศ. 2555 คาดการณ์ว่าในประชากร 100 คน จะมีคนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณ 1-2 คน⁽²⁾

ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศ

งานวิจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพเสนอว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพประกอบด้วยการเข้าถึงด้านกายภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านคุณภาพของผู้ให้บริการ ด้านการศึกษา และสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁽³⁾ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากแนวนโยบายกำหนดว่าควรจัดบริการตรวจผู้ป่วยเบาหวานที่ รพ.สต. เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป⁽⁴⁾ ทั้งนี้สอดคล้องกับนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนให้มีบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ โดยประสานการดูแลทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยใช้โมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model)

ด้วยนโยบายการให้บริการสุขภาพดังกล่าว รพ.สต. จึงต้องมีการปรับปรุงการให้บริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้โมเดล การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้นสามารถใช้กับการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ผลดี^(6,7) แต่เมื่อพิจารณาการนำรูปแบบนั้นมาใช้จริงในบริบทของประเทศไทย มีเพียง 1 รายงานวิจัยเท่านั้น⁽⁸⁾ ที่เป็นการวิจัยประเมินผลการใช้โมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ แต่งานวิจัยนี้ยังไม่สะท้อนองค์ความรู้ที่แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าถึงบริการสุขภาพตามนโยบายภาครัฐ⁽⁴⁾ ดังนั้นจึงยังไม่มีองค์ความรู้ที่แสดงให้เห็นวิธีการพัฒนาบริการของ รพ.สต. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าถึงบริการสุขภาพ

ข้อมูลการศึกษานำร่องการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานจาก รพ.สต. 5 แห่ง ของเขตบริการสุขภาพอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พบว่า นักวิชาการ

สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ไม่เคยจัดบริการคลินิกรักษาผู้ป่วยเบาหวานมาก่อน มีความกังวลต่อการยอมรับและความเชื่อถือในบริการสุขภาพของ รพ.สต. ในขณะที่ตัวชี้วัดจากนโยบายต้องการให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้านได้มากขึ้น ได้แก่ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ fasting blood sugar อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการใช้งบประมาณ 7 สี⁽⁹⁾ อีกทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีได้กำหนดว่าบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเป็นนโยบายที่สำคัญของจังหวัด ในขณะที่การให้บริการนี้ รพ.สต. ไม่เคยปฏิบัติมาก่อนจึงนับได้ว่าเป็นช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ อีกทั้งยังพบช่องว่างระหว่างทฤษฎีการดูแลโดยใช้โมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็น ความรู้เชิงวิชาการกับความจริงในการนำทฤษฎีนี้มาปฏิบัติ ดังนั้นทั้ง 5 รพ.สต. จึงต้องการพัฒนาบริการโดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนา

ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติให้ดีขึ้น เป็นการค้นหาความรู้จากการปฏิบัติ และค้นหาความรู้ที่เป็นช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ⁽¹⁰⁾ ดังที่มีรายงานวิจัยว่าโมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีความเป็นนามธรรมสูง บริบทแต่ละแห่งที่นำไปใช้มีความแตกต่างกัน มีการปฏิบัติต่างกันและได้ผลลัพธ์แตกต่างกัน⁽¹¹⁾ ดังนั้นจึงยังไม่เห็นแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ว่า รพ.สต. ทั้ง 5 แห่งจะดำเนินการพัฒนาบริการผู้ป่วยอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์คือ (1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (2) เพื่อศึกษาการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ (3) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการศึกษา

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ mutual collaborative approach ที่เป็นการค้นหาคำตอบที่เชื่อมโยงทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกัน ผู้ร่วมวิจัยสร้างความรู้ของตนเอง และเรียนรู้กันเองในกลุ่มนักวิจัย สร้างความร่วมมือกันระหว่างคณะผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยด้วยกัน⁽¹²⁾ โครงการได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ (1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์ความหมายของการเป็นเบาหวานที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (2) ระยะดำเนินการ ศึกษาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ (3) ระยะประเมินผล ศึกษาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การเก็บข้อมูล เลือก รพ.สต. 5 แห่งของอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการเป็น รพ.สต.ที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลพระพุทธบาทประมาณ 6-8 กิโลเมตร ที่เป็นพื้นที่ของเทศบาล 2 แห่ง อีก 3 แห่งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลพระพุทธบาทประมาณ 10-12 กิโลเมตร ทั้งนี้มีหลักฐานยืนยันว่า ความสำเร็จของการพัฒนาเกิดจากผู้ร่วมวิจัยมีความพร้อม มีความสมัครใจและยินดีในการร่วมพัฒนา^(13,14)

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาระหว่าง มิ.ย.-ก.ย. 54 เก็บข้อมูล ดังนี้

(1) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 5 คน เป็นตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต. 5 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 5 คน ทุกคนอยู่ในช่วงวัยกลางคน รับราชการ 26-32 ปี ใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เช่น คิดอย่างไรกับการจัดบริการคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น และดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างไร เพราะเหตุใดควรจัดบริการสุขภาพอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน

เข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น

(2) สนทนากลุ่มกับ อสม. 59 คน เลือกโดยสมัครใจจาก 5 รพ.สต. แห้งละ 10-12 คน ใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เช่น คิดอย่างไรเกี่ยวกับการเป็นเบาหวาน เพราะเหตุใดที่คิดเช่นนั้น และอะไรที่ทำให้ประชาชนเข้ารับบริการตรวจเบาหวานที่ รพ.สต. จัดขึ้น เป็นต้น

(3) สนทนากลุ่มกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จาก รพ.สต. 5 แห่ง ละ 10-12 คน รวม 57 คน เลือกจากการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เช่น คิดอย่างไรเกี่ยวกับการเป็นเบาหวาน เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น อะไรที่ทำให้ยอมรับว่าเป็นเบาหวาน เพราะเหตุใด และเข้ารับบริการที่ รพ. สต. อย่างไร เป็นต้น

(4) สนทนากลุ่มกับผู้ดูแลจาก รพ.สต. 5 แห่ง ละ 8-10 คน รวม 49 คน เลือกจากสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เช่น คิดอย่างไรเกี่ยวกับเบาหวาน อะไรที่ทำให้ญาติยอมรับการรักษาที่ รพ.สต. เพราะเหตุใด

(5) ข้อมูลเอกสารบันทึกข้อมูลการให้บริการสุขภาพ เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัยหลักที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแล ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ระยะดำเนินการ ศึกษาระหว่าง ต.ค. 54 - เม.ย. 56 เก็บข้อมูล ดังนี้

(1) สังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม สนทนาอย่างไม่เป็นทางการโดยใช้แบบสังเกต และบันทึกภาคสนามโดยใช้กรอบการบันทึกจากโมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่สะท้อนวิธีการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾ ที่สังเกตได้จากความพยายามในการจัดบริการให้ดีขึ้น เช่น การออกแบบบริการ ความกระตือรือร้น การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีความตื่นตัว จากผู้ร่วมวิจัยหลักซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ คือ นักวิชาการสาธารณสุข 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน และ อสม.59 คน

(2) เก็บข้อมูลเอกสาร จากสมุดบันทึก dextrostix

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ร่วมวิจัยในระยะวิเคราะห์
สถานการณ์

ข้อมูลผู้ร่วมวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
1. อาสาสมัครสาธารณสุข (59 คน)		
เพศ		
หญิง	54	91.5
ชาย	5	8.5
อายุ (ปี)		
19 – 35	5	8.5
36 – 60	45	76.3
มากกว่า 60	9	15.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน – ประถมศึกษา	30	50.9
มัธยมศึกษา	25	42.4
ปริญญาตรี	4	6.7
2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (57 คน)		
เพศ		
หญิง	47	82.5
ชาย	10	17.5
อายุ (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18	4	7
19 – 60	33	57.9
มากกว่า 60	20	35.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน – ประถมศึกษา	52	91.2
มัธยมศึกษา	4	7
ปริญญาตรี	1	1.8
ระยะเวลาการเป็นโรค (ปี)		
ผู้ป่วยรายใหม่ที่พบจากการคัดกรอง	10	17.5
≤ 5	25	43.9
6 – 10	13	22.8
11 – 20	7	12.2
> 20	1	1.8
3. ผู้ดูแล (49 คน)		
เพศ		
หญิง	40	81.6
ชาย	9	18.4
อายุ (ปี)		
≤ 18	7	14.3
19 – 35	5	10
36 – 60	31	63.2
> 60	6	12.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน – ประถมศึกษา	39	79.6
มัธยมศึกษา	8	16.3
ปริญญาตรี	2	4.1

blood glucose (DTX) และค่า HbA1C บันทึกใน excel ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการใน รพ.สต. 5 แห่ง อย่างต่อเนื่องมาวิเคราะห์ผลลัพธ์ในแต่ละวงจรของการพัฒนารวม จำนวน 252 คน รายละเอียด ดังตารางที่ 2 ทั้งนี้เนื่องจากมีรายงานวิจัยที่เสนอว่า ควรเน้นตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เป็นตัวชี้วัดทางคลินิกที่เชื่อถือได้ด้วย^(15,16) ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงเก็บข้อมูลจาก dextrostix blood glucose (DTX) และค่า HbA1C โดยกำหนดกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้ปีงบประมาณ 7 ปี

ระยะประเมินผล ศึกษาระหว่าง พ.ค. – ก.ย. 56 เก็บข้อมูล ดังนี้

(1) ฐานข้อมูลที่จัดเก็บไว้ในโปรแกรม excel โดยนับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการปีงบประมาณ 2554 – 2555 และปีงบประมาณ 2556 ระหว่างไตรมาส 1 และ 2 และผล DTX เปรียบเทียบผลการควบคุมน้ำตาลระหว่างเดือน พ.ค. – ก.ค. 2556 กับผลของการควบคุมน้ำตาลในช่วง พ.ย. 55 – เม.ย. 56 โดยเลือกผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง จำนวน 211 คน รายละเอียดดังตารางที่ 2

(2) สันทนากลุ่มกับผู้ป่วยเบาหวานจาก รพ.สต. 5 แห่งๆ ละ 7-9 คน รวม 46 คน รายละเอียดดังตารางที่ 3 เลือกจากการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ใช้แนวคำถามผลลัพธ์ของการได้รับการพัฒนา เช่น คิดอย่างไรกับโครงการต่างๆ ที่ได้รับการดูแลในช่วงเวลาที่ผ่านมา และประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำตาลหรือไม่ เพราะเหตุใด ข้อดี ข้อเด่นของโครงการที่ร่วมกันพัฒนาบริการครั้งนี้คืออะไร เพราะเหตุใด มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรที่เป็นผลจากการเข้าร่วมโครงการ เป็นต้น

(4) สันทนากลุ่มกับผู้ดูแลจาก รพ.สต. 5 แห่งๆ ละ 8-10 คน รวม 54 คน รายละเอียด ดังตารางที่ 3 เลือกจากผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ใช้แนวคำถามเหมือนกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน แต่เน้นบทบาทของผู้ดูแลในการจัดการภาวะสุขภาพให้กับผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ที่ทำไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูลให้รหัสที่มาของข้อมูล

ตารางที่ 2 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล

ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		ระยะดำเนินการ		ระยะประเมินผล	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	136	54.0	129	61.1
	ชาย	116	46.0	82	38.9
อายุ (ปี)	≤ 18	2	0.8	2	0.9
	19 – 60	155	61.5	150	71.1
	> 60	95	37.7	59	28.0
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน – ประถมศึกษา		183	72.6	121	57.3
มัธยมศึกษา		162	64.3	84	39.8
ปริญญาตรี		7	2.8	6	2.9
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (ปี)					
≤ 5		140	55.6	120	56.9
6 – 10		84	33.3	72	34.1
11 – 20		24	9.5	18	8.5
> 20		4	1.6	1	0.5

อ่านข้อมูลแล้วให้ดัชนี จากนั้นรวบรวมดัชนีให้เป็นประเด็นย่อย (sub theme) เมื่อพบประเด็นซ้ำบ่อยๆ จึงยกระดับขึ้นเป็นประเด็นหลัก (theme) จากนั้นนำประเด็นหลักไปตรวจสอบกับผู้ร่วมวิจัย⁽¹⁰⁾ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณระยะประเมินผลวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลได้และผู้ป่วยที่ค่าน้ำตาลสูงกว่าเดิม

ผลการศึกษา

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้ให้บริการสุขภาพ อสม. กับผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ดูแล ที่มีความแตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ โดยด้านผู้ให้บริการสุขภาพมีการรับรู้ต่อการเข้าถึงบริการ ดังนี้

1. กังวลใจ หนักใจ เกรงว่าผู้ป่วย และญาติไม่ศรัทธาต่อบริการ เนื่องจากไม่ลึกซึ้งในความรู้เรื่องเบาหวานสืบเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ส่งผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีแล้วเข้ารับบริการที่ รพ.สต. ประกอบกับ รพ.สต. แต่ละแห่งไม่มีแพทย์ประจำ ไม่มียา

อีกทั้งเป็นบริการที่ไม่เคยจัดมาก่อน ผู้ให้บริการสุขภาพสืมความรู้เรื่องเบาหวานที่เคยเรียนมานานแล้ว รวมทั้งอสม. เองก็ไม่มั่นใจ ไม่มีความรู้ในการช่วยเหลือดูแลชาวบ้าน ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการที่แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ เป็นต้น

ส่วนสถานการณ์ด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับบริการจาก รพ.สต. ขึ้นอยู่กับการยอมรับการเป็นเบาหวาน และความสามารถในการจัดการตนเอง มี 3 ประเด็น ดังนี้

2. ไม่ยอมรับการเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากไม่มีอาการแสดง ส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชาย เช่น จากการสนทนากลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานชายอายุ 52 ปีว่าบอกว่าเป็นเบาหวานมา 2 ปี ผลการตรวจ DTX 200 มก/ดล บอกว่าไม่มีอาการอะไร ทำงานได้ตามปกติ จึงไม่กินยาที่แพทย์สั่ง มีอาการมึนศีรษะบ้าง สามารถทำงานต่างๆ ได้ตามปกติ และไม่เคยคิดว่าตนเองเป็นเบาหวาน

3. ยอมรับการรักษาเบาหวานเมื่อมีอาการหรือมีโรค

แทรก ข้อค้นพบนี้พบทั้งผู้ป่วยหญิงและผู้ป่วยชาย เช่น กรณีชายวัย 65 ปี ให้ข้อมูลว่าบิดาของตนเองไม่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน พบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานโดยบังเอิญ เนื่องจากการจัดบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานหน่วยบริการเคลื่อนที่ของ รพ.สต. ในหมู่บ้าน จึงเดินเข้าไปตรวจพบว่าระดับน้ำตาลเท่ากับ 300 มก/ดล

ตารางที่ 3 ลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลระยะประเมินผล

ข้อมูลผู้ร่วมวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (46 คน)		
เพศ		
หญิง	40	87
ชาย	6	13
อายุ (ปี)		
< 18	4	8.7
19 – 60	30	65.2
> 60	12	26.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน - ประถมศึกษา	41	89.1
มัธยมศึกษา	4	8.7
ปริญญาตรี	1	2.2
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (ปี)		
< 5	27	58.7
6 – 10	13	28.3
11 – 20	5	10.8
> 20	1	2.2
2. ผู้ดูแล (54 คน)		
เพศ		
หญิง	49	90.7
ชาย	5	9.3
อายุ (ปี)		
≤ 18	6	11.1
19 – 35	31	57.4
36 – 60	7	13
> 60	10	18.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน - ประถมศึกษา	44	81.4
มัธยมศึกษา	9	16.7
ปริญญาตรี	1	1.9

ได้รับคำแนะนำให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่ไม่มีอาการแสดงอะไรจึงไม่ไปรักษา ต่อมาอีก 1 ปี มีอาการเหงื่อออกเหมือนจะเป็นลม และมีอาการหน้ามืด จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลจึงพบว่าระดับน้ำตาลได้เท่ากับ 600 มก/ดล. หรืออีกหนึ่งกรณีผู้ป่วยเบาหวานหญิงอายุ 60 ปี เคยตรวจคัดกรองกับ รพ.สต. แล้วพบว่า ระดับน้ำตาลเท่ากับ 150 มก/ดล. บอกว่าไม่มีอาการอะไร จึงไม่ได้รักษา แต่ต่อมามีอาการเหนื่อยง่าย นอนราบไม่ได้ แพทย์บอกว่าเป็นโรคหัวใจตีบและเป็นเบาหวานร่วมด้วย จึงรับรู้ว่าเป็นเบาหวาน

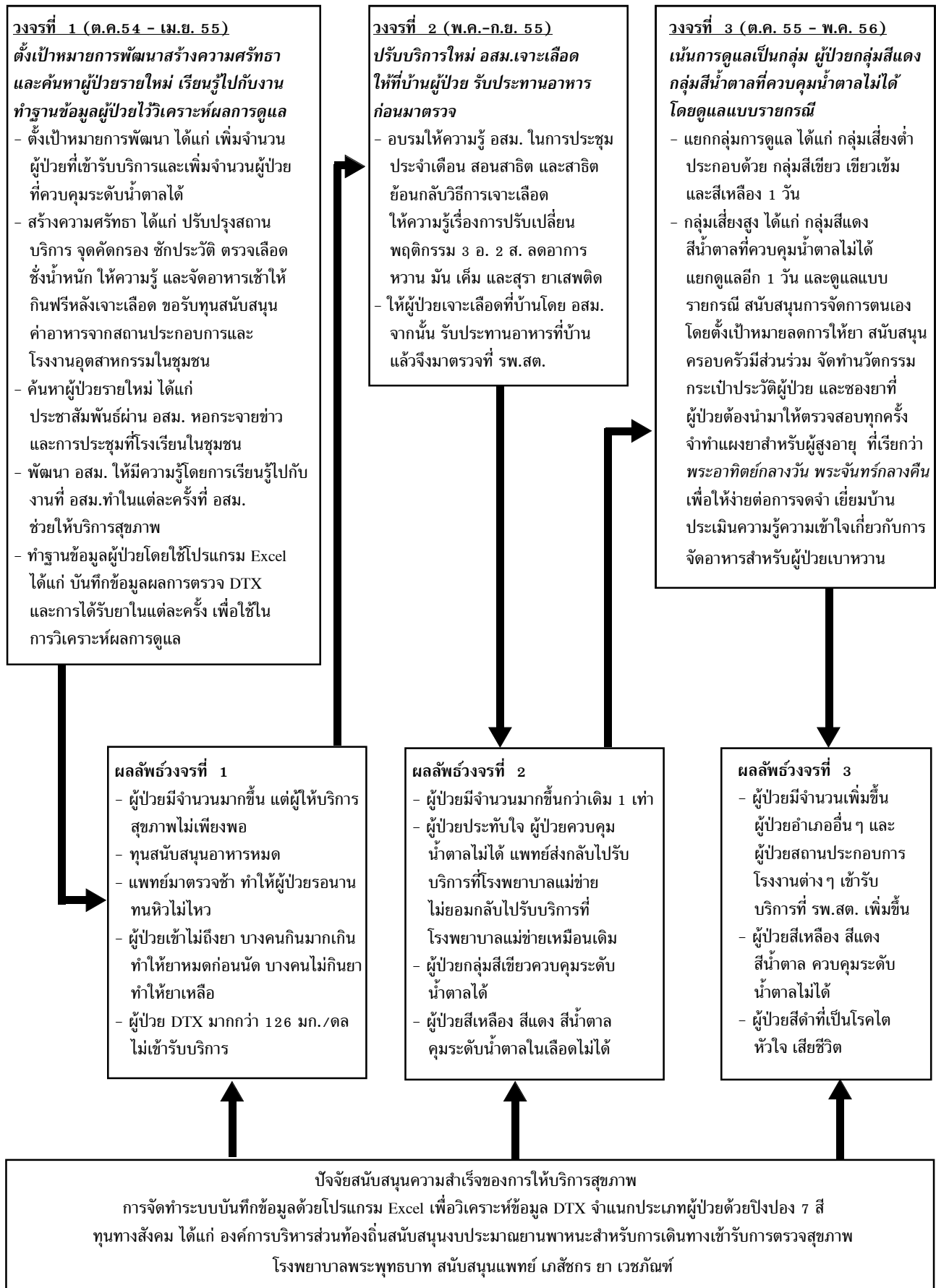
4. ยอมรับการเป็นเบาหวาน แต่จัดการตนเองไม่ได้ พบในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ต้องพึ่งพาคนอื่นเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำมือยาไม่ได้ อ่านหนังสือไม่ได้ ตามัว จำไม่ได้ว่ากินยาแล้วหรือยัง บางคนไม่มีลูกหลานพาไปตรวจที่ รพ.สต. ทำให้ขาดยา ทั้งนี้ ยังรวมถึงผู้ป่วยอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองหรือจัดการกับตนเองได้ โดยเฉพาะเรื่องการกินอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

จากผลการศึกษาพบช่องว่างที่นำสู่การพัฒนาในระยะดำเนินการด้วยการพัฒนาการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้

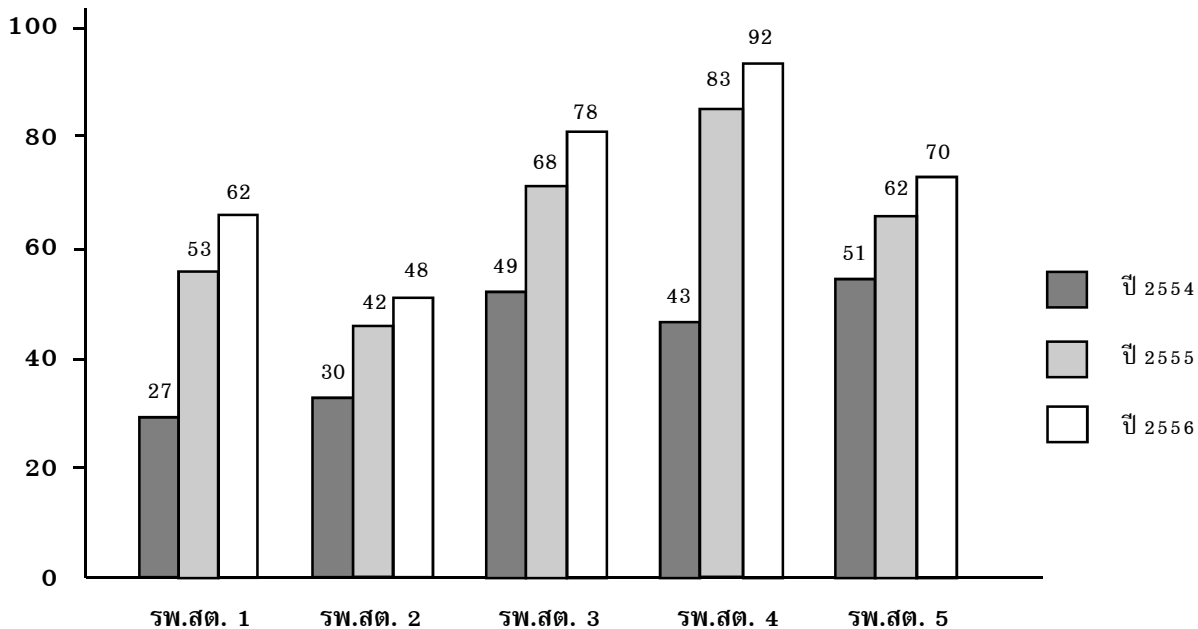
ระยะดำเนินการ ดำเนินการพัฒนาตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง⁽⁶⁾ 3 วงจร ที่บริบทของการพัฒนาครั้งนี้มีโรงพยาบาลแม่ข่าย คือโรงพยาบาลพระพุทธบาท สนับสนุนบริการโดยจัดแพทย์ เกสัชกรออกตรวจเดือนละ 2 ครั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีสนับสนุนเวชภัณฑ์ และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจัดซื้ออุปกรณ์การตรวจน้ำตาล (DTX) ให้ รพ.สต. ทั้ง 5 แห่ง เพื่อสร้างศรัทธาให้กับประชาชน และอำนวยความสะดวกในการให้บริการสุขภาพ วงจรของการพัฒนาเกิดขึ้น 3 วงจร ดังภาพที่ 1

ระยะประเมินผล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในภาพรวมพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการของทั้ง 5 รพ.สต. ในช่วง 3 ปี คือ ปี 2554 – 2556 มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2556 เป็นรายงานข้อมูลเฉพาะเพียงไตรมาสที่ 1 และ 2

ภาพที่ 1 วงจรของการพัฒนาบริการ



ภาพที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2554 – 2556



ดั่งภาพที่ 2

เปรียบเทียบผลการควบคุมน้ำตาลระหว่าง เดือน พ.ค. – ก.ค. 2556 กับผลของการควบคุมน้ำตาลในช่วง พ.ย. 55 – เม.ย. 56 โดยจำแนกเป็น 7 กลุ่ม พบว่า

กลุ่มสีเหลือง สีแดง และสีน้ำตาลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมีจำนวน ผู้ป่วยที่ค่าน้ำตาลสูงขึ้นกว่าเดิม ดังตารางที่ 4 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสาเหตุที่ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลได้เกิดจาก (1) ความเสียหาย

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วยระหว่างเดือน พ.ย. 55 – เม.ย. 56 เปรียบเทียบกับผลของการ ควบคุมน้ำตาล ในช่วง พ.ค. – ก.ค. 2556

ผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ	รวม	การควบคุมระดับน้ำตาล			
		คุมได้คงเดิม		ค่าน้ำตาลสูงขึ้นกว่าเดิม	
		จำนวน	(%)	จำนวน	(%)
1. กลุ่มปกติ (DTX <100 มก/ดล, ความดันโลหิต ≤120/80 มม.ปรอท)	1	1	(100.0)	–	
2. กลุ่มสีเขียว คุมได้ (DTX 100 –125 มก/ดล ความดันโลหิต 120/80 – 139/89 มม.ปรอท.)	17	17	(100.0)	–	
3. กลุ่มสีเขียวเข้ม (DTX ≤125 มก/ดล, ความดันโลหิต ≤ 139/89 มม.ปรอท)	24	24	(100.0)	–	
4. กลุ่มสีเหลือง (DTX = 126–154 มก/ดล, HbA1C<7%)	51	45	(88.2)	6	(11.8)
5. กลุ่มสีแดง (DTX = 155–182 มก/ดล, HbA1C=7– 8%)	57	56	(98.2)	1	(1.8)
6. กลุ่มสีน้ำตาล (DTX >183 มก/ดล, HbA1C>8%)	52	49	(94.2)	3	(5.8)
7. กลุ่มสีดำ โรคสมอง/หัวใจ/ตา/ไต/เท้า	9	1	(100.0)	8	(88.9)
รวม		201		18	

อาหารที่ซื้อมา จากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานให้ข้อมูลว่า ถึงแม้จะรู้สึกอึดแล้ว แต่อดเสียอาหารที่เหลือไม่ได้ เนื่องจากเป็นอาหารที่ซื้อมากิน และมีราคาแพง จึงกินต่ออีกจนอาหารหมด ดังนั้นจึงได้รับอาหารมากเกินไปกว่าความต้องการของร่างกาย (2) ในฤดูกาลผลไม้ไม่มาก เช่น มะม่วง ลำไย ทูเรียน ที่เป็นผลไม้ในท้องถิ่น ยิ่งมีราคาถูก พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทั้งผู้ดูแลและผู้ให้บริการสุขภาพต่างให้ข้อมูลตรงกันว่า ในฤดูกาลผลไม้ ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลสูงมาก ส่วนผู้ดูแลเองก็ให้ข้อมูลเช่นเดียวกันว่าต้องนำผลไม้ไปซ่อน (3) งานบุญงานแต่งงานของคนในชุมชนที่เป็นงานสนุกสนาน เช่น กรณีผู้ป่วยหญิงคนหนึ่งไปร่วมงานบอกเหตุผลว่าไม่สามารถควบคุมตนเองได้เนื่องจากอาหารอร่อย กินไปด้วยคุยไปด้วย ลืมคิดถึงปริมาณอาหารที่ตนเองเคยควบคุม หลังจากนั้นพบว่ามีการมีน้มน้ำตาลสูงมากไปขอรับการตรวจเลือดกับ อสม. จึงพบว่าระดับน้ำตาลสูงมากกว่า 200 มก./ดล. ส่วนกรณีผู้ป่วยชายก็ไม่สามารถควบคุมตนเองได้เนื่องจากงานเทศกาลสนุกสนานมักมีการเลี้ยงสุรา ในวงสนทนาของกลุ่มผู้ชายมักมีเหล้าเบียร์ ซึ่งทำให้อดใจไม่ได้จึงต้องกินตามกลุ่มเพื่อน (3) สื่อโฆษณาทางวิทยุชุมชนมีผลมากต่อการละเลยต่อการกินยาที่ รพ.สต. ให้เนื่องจากเชื่อคำโฆษณาว่า มีผลทำให้น้ำตาลลดได้จริงจึงหยุดกินยาที่ได้รับจาก รพ.สต. เนื้อหาโฆษณาในวิทยุชุมชนนั้นนำเสนอโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์หญิง-ชายวัยกลางคนและวัยสูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ ปวดเข่า แล้วกินอาหารเสริมตามที่โฆษณา แล้วบอกว่าระดับของน้ำตาลลดลงเป็นปกติ อาการของเบาหวานความดันโลหิตสูง ปวดข้อ ปวดเข่า หายขาดโดยไม่ต้องกินยาที่ได้รับจาก รพ.สต. หรือยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล และ (4) การกินกาแฟและเครื่องดื่มชูกำลังที่พบในกรณีผู้ป่วยชายที่ต้องทำไร่ใช้แรงงานมาก ทั้งนี้ผู้ป่วยชายให้เหตุผลว่า ถ้าหากไม่กินกาแฟหรือยาชูกำลังก็จะไม่มีแรง ทำงานไม่ได้ ทำให้สูญเสียรายได้ ดังที่ อสม. ให้ข้อมูลว่าส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยชายควบคุมระดับน้ำตาลไม่ค่อยได้เพราะดื่มกาแฟและยาชูกำลัง

วิจารณ์

ข้อค้นพบระยะวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นบริบทของไทยพบว่า ความเชื่อมั่น ความศรัทธามีส่วนสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อค้นพบนี้คล้ายกับการศึกษาอื่นๆ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ โดยเฉพาะการให้บริการที่รวดเร็ว รอไม่นาน และการได้รับยาที่มีคุณภาพ ข้อค้นพบเป็นไปตามโมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่แสดงรูปแบบการดูแลว่าต้องมีการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ ได้แก่ แพทย์พยาบาล สหสาขาวิชาชีพที่เป็นทุนทางสังคมในระดับอำเภอที่มีอยู่ เพราะการมีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอเป็นกลไกที่สำคัญยิ่งในการมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น^(5,20,21) อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบการพัฒนาเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาที่แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่ต้องการเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับบริการให้เข้าถึงบริการมากขึ้นคือ การมีอาสาสมัคร-สาธารณสุข แหล่งทุนของคนในชุมชน ได้แก่ โรงงานอุตสาหกรรม สถานประกอบการที่ช่วยสนับสนุนการจัดอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานหลังเจาะเลือดที่ รพ.สต. ทั้งนี้เนื่องจากเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่เป็นทุนทางสังคมเดิมของคณะผู้ร่วมวิจัยที่มีอยู่ ข้อค้นพบประเด็นนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของ Garza⁽¹⁹⁾ ที่เสนอว่าควรค้นหาแหล่งทุนทางสังคมหรือทรัพยากรในชุมชนเพื่อเอื้อต่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงบริการมากขึ้น

อย่างไรก็ตามการสนับสนุนงบประมาณจากสถานประกอบการโรงงานอุตสาหกรรมนั้นไม่ได้เกิดขึ้นอย่างยั่งยืนตลอดไป ผู้ให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับบริการใหม่เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการมากขึ้น โดยการสอน อสม. ให้เรียนรู้วิธีการเจาะเลือดตรวจหาน้ำตาล การให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำไปกับงานจนกระทั่งผู้ป่วยเบาหวานยอมรับและไว้วางใจให้อสม. เจาะเลือดที่บ้านให้ ซึ่งผลการศึกษานี้คล้ายกับการศึกษาของ Mendenhall และ Doherty⁽²²⁾ ที่พัฒนาให้สามีหรือภรรยา รวมทั้งคนในชุมชนเป็นผู้จัดการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน รวมทั้งช่วยกันดูแลคนในชุมชนด้วยกัน ทั้งนี้พบว่า อสม. ที่เป็นผู้ให้บริการเจาะเลือดนั้น ส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้องของคนที่อยู่ในชุมชนหรือรู้จักคุ้นเคยและไว้วางใจกัน

ส่วนการจัดทำข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษาครั้งนี้พบว่าสามารถช่วยตรวจติดตามผลลัพธ์ของการดูแลในระดับของการให้บริการปฐมภูมิได้ โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับการให้บริการสุขภาพในสถานการณ์จริงคือ การแยกประเภทผู้ป่วยเบาหวานด้วยการจัดกระเป๋าส่งผู้ป่วยเบาหวานทำให้ผู้ป่วยรู้สถานะความเสี่ยงทางสุขภาพของตนเอง มีผลทำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลการควบคุมระดับน้ำตาลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มสีเหลือง ($DTX = 126-154$ มก/ดล, $HbA1C < 7\%$) ยังไม่สามารถลดระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงกับปกติได้ แม้ว่าจะได้จัดบริการแบบรายกรณีแล้วก็ตาม ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Fort⁽²¹⁾ ที่พบว่าความยากจน บทบาทหญิงชาย เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการควบคุมให้ระดับน้ำตาลใกล้เคียงปกติได้ ทั้งนี้มีรายงานวิจัยที่ให้ข้อเสนอแนะว่า การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานควรคำนึงถึงความแตกต่างของหญิงชายด้วยกัน⁽²³⁾

สำหรับผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยแต่ละคนที่มีค่า DTX มากกว่า 126 มก/ดล ขึ้นไปร้อยละ 100 ไม่สามารถทำให้ระดับ DTX ลดลงได้ อีกทั้งยังมีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า DTX เพิ่มขึ้นอีก ผลการศึกษานี้แตกต่างจากงานวิจัยของวินัย ปะสิงขร ที่จัดโปรแกรมการเข้าค่าย 2 วัน มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังเข้าค่ายนัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเดือนละ 1 ครั้ง และเจาะ $HbA1C$ หลังเข้าโครงการเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 พบว่า $HbA1C$ ลดลง⁽²⁴⁾ การวิจัยนี้ได้ผลเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ และมีความต้องการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ ในขณะที่การศึกษานี้พบว่า การที่ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เกิดจากปัจจัยแวดล้อมด้านนิสัยการกินอาหาร งานประเพณีในหมู่บ้าน ผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติดูแล ฐานะยากจน และความเป็นชายที่ต้องทำงานประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน ดังนั้นจึงยังมีผู้ป่วย

เบาหวานอีกจำนวนมากที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแล ปัจจัยแวดล้อมเรื่องการจัดการตนเองดังมีหลักฐานการวิจัย ยืนยันว่าการนำโมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาใช้ได้ผลลัพธ์ของบริการที่ดีมีคุณภาพ เกิดจากการสนับสนุนให้มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น⁽²⁵⁾ และใช้ฐานข้อมูลสารสนเทศที่เพียงพอ มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวของรพ.สต. และมีแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนเป็นพี่เลี้ยงดำเนินการให้บริการสุขภาพ สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้⁽²⁶⁾

สำหรับการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในขั้นตอนที่ 3 ของการพัฒนาผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการวิจัยอื่นๆ^(6,20) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ของการรักษาไม่ได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อน ควรจัดบริการแบบรายกรณีเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติให้มากที่สุด

อย่างไรก็ตามจุดเด่นของการศึกษานี้คือ การจัดทำนวัตกรรมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถจัดการตนเองด้วยการได้รับยาเบาหวานครบซึ่งนับได้ว่าเป็นการให้บริการที่มีลักษณะเฉพาะมีความสอดคล้องตามวัยและบริบทของสังคมวัฒนธรรมของแต่ละที่แต่ละแห่งที่ไม่เหมือนกัน⁽¹¹⁾

สรุป

การพัฒนาบริการสุขภาพโดยใช้โมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสำหรับการศึกษานี้ สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่สนับสนุนสหสาขาวิชาชีพเวชภัณฑ์ แต่ในเชิงคุณภาพบริการด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ายังไม่สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลลงได้ ส่วนการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยนั้น เป็นการดำเนินการง่ายๆ ที่ รพ.สต. ดำเนินการจัดขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการจัดการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบกับการมีแหล่งทุนทางสังคม สถานประกอบการ

โรงงานอุตสาหกรรมที่สนับสนุนบริการเพื่อสร้างศรัทธา จึงนำสู่ความสำเร็จด้านการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการวิจัยเกิดขึ้นจากผู้ร่วมวิจัยมีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการ จึงมีข้อจำกัดด้านการนำไปใช้ การพัฒนาบริการทั้ง 3 ขั้นตอน ไม่สามารถนำไปใช้ได้หมด ดังนั้น การนำไปประยุกต์ใช้ต้องคำนึงถึงการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย และทุนทางสังคมของ รพ.สต. ของแต่ละแห่งที่มีอยู่

ผลการวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ ควรมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ติดตามดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ควรมีการพัฒนาบริการผู้ป่วยเบาหวานที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมที่เป็นช่วงวิถีชีวิตในงานเทศกาลต่าง ๆ หรือฤดูกาลของผลไม้หวาน ตลอดจนการตรวจสอบกำกับกำกับการโฆษณาชวนเชื่ออาหารเสริมต่างๆ ทางวิทยุชุมชน และการจัดการภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชายที่ใช้เครื่องตีหมยาชูกำลังที่มีผลทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. 2013. [cited 2013 Dec 12]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [Internet]. 2556. [cited 2013 Nov 12]. Available from: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
3. Gakidou E, Mallinger L, Abbott-Klafter J, Guerrero R, Villalpando S, Ridaura RL, et al. Management of diabetes and associated cardiovascular risk factors in seven countries: a comparison of data from national health examination surveys. Bull World Health Organ 2011; 89:172-83.
4. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุนทรัพย์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวีณากร, เกษม เวชสุทรานนท์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพมหานคร: ที่ คิวพี; 2552.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554 เล่มที่ 4 การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง: บริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2553.
6. วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี. ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550;2:82-90.
7. Stelfox M, Dipnarine K, Stopka C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review. Prev Chronic Dis 2013;10:1-21.
8. กรรณิการ์ เชิงยุทธ์, นงนุช โอปะ, ธนกร ลักษณะสมยา. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2556;2:110-21.
9. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติสำหรับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2556.
10. ศิริพร จิรวัดกุล. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา qualitative study in nursing. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ส.เอเซียเพรส; 2555.
11. Coleman B, Austin BT, Brach C, Wangner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. Action Research 2009;28:75-85.
12. Holter IM, Schwartz-Barcott D. Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing. J Adv N 1993;18:298-304.
13. Chandler D, Torbert B. Transforming inquiry and action: interviewing 27 flavors of action research. Action Research 2003;1:133-52.
14. Lofman P, Pelkone M, Pietila A. Ethical issues in participatory action research. Scand J Caring Sci 2004; 18:333-40.
15. งาม รังสินธุ์, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์, คณะทำงาน เจ้าหน้าที่เครือข่ายกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555.

- กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
16. Srivanichakorna S, Sukpordee N, Yana T, Sachchaisuriya P, Schelp F. Health status of diabetes type 2 patients in Thailand contradicts their perception and admitted compliance. *Primary Care Diabetes* 2011;5:195–255.
 17. Hong J, Kang H. Continuity of ambulatory care and health outcomes in adult patients with type 2 diabetes in Korea. *Health Policy* 2013;109:158–65.
 18. Wilson C, Alam R, Latif S, Knighting K, Williamson S, Beaver K. Patient access to healthcare services and optimisation of self-management for ethnic minority populations living with diabetes: a systematic review. *Health Soc Care Community* 2012;20:1–19.
 19. Garza OW. An action research approach to examining perceptions and needs in diabetes care in a community in Mexico using the innovative care for chronic conditions framework and social capital theory. [Internet]. 2013. [cited 2013 Dec 12]. Available from : <http://ir.uiowa.edu/etd/4847>
 20. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์. การทบทวนและสังเคราะห์ผลงาน R2R เพื่อผลักดันนโยบายหรือการขยายผลการปฏิบัติ: กรณี เบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2013. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค. 2013]. แหล่งข้อมูล: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3412>
 21. Fort MP, Alvarado-Molina N, Peña L, Montano CM, Murrillo S, Martínez H. Barriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. *BMC Fam Pract* 2013;14:1–9.
 22. Mendenhall TJ, Doherty WJ. Partners in diabetes: action research in a primary care setting. *Action Research* 2007;5:378–406.
 23. Coeli CM, Faerstein E, Chor D, Lopes C, Werneck, GL. Gender differences in the socioeconomic gradient in self reported diabetes: Does health service access play a role? *Diabetes Res Clin Pract* 2009;86:134–39.
 24. วินัย ปะสิงขอบ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเข้าค่ายเบาหวาน โรงพยาบาลมาบตาพุด จังหวัดระยอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2556;22:358–69.
 25. Sunaert P, Bastiaens H, Nobels F, Feyen L, Verbeke G, Vermeire E, et al. Effectiveness of the introduction of a chronic care model-based program for type 2 diabetes in Belgium. *BMC Health Serv Res* 2010;10:2–11.
 26. กอบกุล ยศณรงค์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระบบบริการระดับปฐมภูมิในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปัว จังหวัดน่าน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2555;2:290–7.

Abstract: Development of Access to Health Care for Type 2 Diabetes: a Case Study on Primary Care in Phra Phutthabat District, Saraburi Province

Suwapee Pupatvibul, B.Sc.(Public Health Nursing)*; Boonsurb Sosome, Ph.D. (Nursing)**; Narumol Jungasem, M.Ed. (Educational Measurement)**; Thongpan Boonkusol, Ph.D. (Curriculum and Instruction)**; Kao Jungasem, M.S. (Information Technology)**; Arjaree Junpanit, B.N.S**,

* Saraburi Provincial Public Health Office

** Boromarajonani College of Nursing, Praputthabat, Saraburi Province

Journal of Health Science 2014;23:239-51.

The objective of this study was to develop a health service program for patients with type 2 diabetes in health promoting hospitals of Praputthabat District, Saraburi Province. The study, conducted during June 2011 – September 2014, was comprised of 3 phases: (1) situational analysis, (2) program development, and (3) evaluation. Data collected through discussion with health care providers, diabetes patients, caregivers, health volunteers, and records on health services for the patients. In the first phase, it was found that there were service gaps which needed to be addressed by developing trust and increasing access to care. The program development phase comprised 3 steps which were (1) identifying outcomes for new services, constructing trust, and finding new diabetes cases, (2) promoting health volunteers to perform dextrostix blood glucose test for diabetes patients at home in the morning before the follow up visit to the hospital, and (3) classifying health risk and conducting home visits by nurse case manager for investigating cause of uncontrolled blood sugar. The outcomes of evaluation phase indicated that diabetes patients gain more access to care; but they were unable to control blood sugar. Barriers of self managements of blood sugar control were food consumption habits, eating more fruits during sweet fruit season, culture, and gender. It was recommended that a nurse case manager was required to provide primary care support to diabetes patients dealing with the obstacles in order to prevent diabetes complications.

Key words: diabetes type 2, access to health care, primary care, action research